

ALCOLISTI ANONIMI E “ADDICTIVE PERSONALITY”

Mauro Cibir

Medico Psichiatra, Psicoterapeuta
SerT - Alcologia U.L.S.S. 13 - DOLO VE

Riassunto: L’Autore descrive l’attività e le dinamiche di Alcolisti Anonimi A.A., gruppo autogestito di riconosciuta efficacia nel recupero di alcolisti. Dopo una descrizione sulle modalità di funzionamento di gruppo, viene evidenziato come AA tratteggi una propria “caratterologia” dell’alcolista che va oltre la semplice assunzione alcolica. Nel corso del tempo si costituisce infatti un peculiare assetto di pensiero, detto “Addictive Personality” tendente a difendere il comportamento disadattivo rispetto all’alcol. Tale pensiero, basato su meccanismi di negazione, razionalizzazione, proiezione e scissione, si estende a poco a poco a tutte le aree vitali, provocando un progressivo distacco dalla realtà. Alcolisti Anonimi attua il suo processo di recupero partendo dal cosiddetto “cambiamento epistemologico” e quindi procedendo alla revisione del pensiero “addict”.

L’approccio di Alcolisti Anonimi, che va ben oltre il semplice fronteggiamento del problema “alcol” può costituire un modello per ipotizzare approcci psicoterapici “modificati” che tengano conto del peculiare pensiero dei soggetti con Disturbi da uso di Sostanze.

Alcolisti Anonimi (A.A.) è una associazione di alcolisti in recupero presente in tutto il mondo e diffusa anche in Italia. Per il recupero dalla alcoldipendenza A.A. utilizza un approccio non professionale, interamente basato sul reciproco aiuto, la cui efficacia è comprovata da milioni di situazioni risolte.

Il metodo di Alcolisti Anonimi, basato sul percorso dei “dodici passi” , è stato utilizzato in numerose condizioni caratterizzate dalla presenza di comportamenti impulsivi, ripetitivi e distruttivi, che sfuggono al controllo della volontà vi sono infatti associazioni “anonime” di tossicodipendenti (Narcotici Anonimi - N.A.) (Wells, 1992) mangiatori compulsivi (Overeaters Anonymous, presenti anche in Italia) (Gentile N. e coll, 1998) di giocatori compulsivi (Gamblers Anonymous), di dipendenti dal sesso, dal lavoro, e da altre “dipendenze comportamentali”.

Alcolisti Anonimi nasce dall’incontro, avvenuto nella cittadina di Akron, negli Stati Uniti, nel 1935, tra due alcolisti; essi scoprirono che parlare dei propri problemi con l’alcol riduceva la compulsione al bere. Partendo da questa intuizione i “padri fondatori” svilupparono una metodologia ed una “filosofia” che si diffusero ben presto in tutto il mondo.

In Italia il movimento di Alcolisti Anonimi nacque a Roma nel 1972. Nel decennio successivo la crescita fu lenta. sia per l’isolamento dei gruppi stessi, sia per la scarsa attenzione dei professionisti, dei mezzi di comunicazione e della opinione pubblica verso i problemi alcolcorrelati. La situazione cambia decisamente dopo il 1980. Nel 1995 secondo i Servizi Generali di A.A., i gruppi in Italia erano 420, presenti in tutto il territorio nazionale, ma con prevalenza al Nord ed al Centro. Si calcola che attualmente almeno diecimila persone frequentino correntemente Alcolisti Anonimi nel nostro paese (Allaman e Petrikin, 1996).

A fronte di tale diffusione sta la scarsità di conoscenze rispetto alle dinamiche di questi gruppi. Taluni atteggiamenti di chiusura propri dei gruppi “anonimi” da un lato ed il disinteresse degli ambienti scientifici dall’altra, hanno portato alla quasi completa assenza di indagini che tentassero di descriverne e il funzionamento e spiegarne l’efficacia. Il presente studio si basa su:

- la revisione dei pochi studi scientifici pubblicati;
- l’analisi della “letteratura interna” di AA. (*tra questi segnalo Alcolisti Anonimi, ed. italiana 1980; Alcolisti Anonimi diviene adulta, ed. it. 1987; Dodici Passi e Dodici Tradizioni, ed. it. 1983; Come la*

vede Bill, ed.it. 1982; Vivere Sobri, ed. it. 1975; Riflessioni giornaliere, ed it. 1995; Trasmetti il Messaggio, ed. it. 1997)

- la partecipazione ai gruppi “paralleli” di familiari o a “riunioni aperte”;
- l’esame di reperti psicoterapici in soggetti che seguivano contemporaneamente un gruppo A..A.

LA “FILOSOFIA” DI ALCOLISTI ANONIMI

La Dipendenza è per A.A. “malattia fisica, psichica e spirituale”, mantenuta dalla compulsione e dalla perdita di controllo scatenate, nel soggetto dipendente, dalla assunzione di alcol. Il disturbo insorge in persone con “problemi di carattere” ed in breve tempo fa terra bruciata attorno all’alcolista, coinvolgendone profondamente la famiglia e l’ambiente sociale.

Recenti acquisizioni sulla fenomenologia dei Disturbi da Uso di Sostanze confermano questa descrizione: ad esempio il DSM IV (manuale Diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali, IV edizione) (A.P.A., 1996) include la perdita di controllo tra i criteri diagnostici delle Dipendenze. Un altro aspetto in cui il parallelismo tra l’esperienza di A.A. e recenti scoperte neurofisiologiche appare evidente è la problematica del “craving” o “appetizione patologica” (per A.A. “compulsione”) (Cibin, 1993). Fino a pochi anni fa la violenza del desiderio di assumere sostanze che attanaglia il dipendente assorbendone tutte le risorse mentali e fisiche, non era riconosciuta come problema centrale di questi pazienti. IL “craving” era considerato un sintomo della sindrome di astinenza. Solo negli ultimi anni è cresciuta negli ambienti scientifici la cognizione della centralità del craving nella sofferenza dei soggetti con Disturbi da Uso di Sostanze e nella ricaduta, anche dopo lunghi periodi di astensione. Parallelamente alla valorizzazione della appetizione patologica nella clinica, è stato acclarato il ruolo di alcune strutture del SNC, in particolare delle vie meso-limbo-corticali dopaminergiche (vie che costituiscono il “sistema a ricompensa”) nella genesi della gratificazione connessa all’uso di sostanze e quindi del craving. Queste scoperte hanno portato ad interessanti sviluppi nella farmacoterapia di questi disturbi (Gori e Mueller, 1992; Di Chiara e Imperato,

1988; Gentile e Cibir, 1993).

CARATTERISTICHE DEI GRUPPI ANONIMI

Caratteristiche peculiari dei gruppi “anonimi” sono (Cibir, 1988):

- problema comune: i partecipanti condividono un problema comune (nel caso di AA., la dipendenza); non sono ammessi alle riunioni “ordinarie” professionisti o comunque osservatori a diverso titolo, se non essi stessi tossicodipendenti; è possibile intervenire a particolari riunioni “aperte”.
- parità tra i partecipanti: non vi è nel gruppo un conduttore professionista. o comunque “designato”, ma il ruolo di leader viene assunto a turno dai membri anziani. All’interno del gruppo è possibile distinguere un “nucleo stabile” di partecipanti che danno la garanzia della continuità del gruppo. Questi ultimi esprimono un impegno continuativo ed un approfondimento personale di notevole livello; gli anziani instaurano con i nuovi arrivati un rapporto peculiare denominato “sponsorship”. Attorno al “nucleo stabile” si raccolgono persone che utilizzano il gruppo prevalentemente per fronteggiare il problema concreto, per poi allentare e diluire il rapporto nel tempo una volta raggiunto l’obiettivo.
- Coesione di gruppo: la coesione, la atmosfera di accettazione e accoglienza, l’assenza di condanna morale, creano all’interno del gruppo un clima caldo, carico emotivamente e fortemente motivante (Di Clemente, 1993; Cibir, Gentile 1994).
- Autonomia: l’autonomia del gruppo costituisce una delle caratteristiche fondamentali per il buon funzionamento.

LE CONSEGUENZE DELL’USO DI SOSTANZE SULLA PERSONALITA’

Una delle elaborazioni più interessanti dei gruppi “anonimi” rispetto alla dipendenza riguarda le conseguenze dell’uso di sostanze sulla personalità. Vi sono quindi stati alcuni ricercatori hanno riletto tali

elaborazioni in chiave professionale, traendone elaborazioni teoriche e prassi operative (Brown, 1985; Guelfi, 1992, Guelfi e coll. 1998; Ludwig, 1988)

Secondo questa linea di pensiero l'uso di sostanze che esercitano una azione sulle funzioni chimiche del cervello associate al controllo dell'umore e più in generale della vita psichica, si inserisce nel "ciclo benessere - malessere", un ciclo naturale, fisiologico, le cui polarità sono proprie della vita umana, in una alternanza che deriva dai casi della vita e dalle oscillazioni endogene, e possono essere accentuate fino all'esasperazione in momenti particolari dell'esistenza di una persona, o per motivi psicopatologici.

Le sostanze psicoattive si inseriscono in questo "ciclo", nel tentativo di controllarlo, anzitutto sfruttando le proprietà farmacologiche delle sostanze stesse, ma anche attraverso **le caratteristiche comportamentali e relazionali dell'uso di tali sostanze.**

Il potenziale "addict" è colui che si sente sedotto dalla possibilità di controllare il "ciclo benessere - malessere" in ragione di talune caratteristiche particolari delle sostanze, le quali infatti devono :

- * **avere un effetto prevedibile**; l'effetto di una sostanza è sempre quello, e ci si può attendere ragionevolmente che si ripeterà ogni volta che la assumiamo.
- * **essere sempre disponibile**; le sostanze che hanno prodotto assuefazione in una persona sono lì, e chiedono solo di essere usate.
- * **essere fruibile anche in solitudine**; per la gratificazione ricercata nella dose di droga l'addict non abbisogna di altre persone, la può assumere in totale isolamento.

L'assunzione della sostanza rappresenta dunque una scorciatoia che finisce per sopprimere i modi naturali di generare benessere e piacere e per contrastare lo sviluppo di efficaci meccanismi di fronteggiamento verso la sofferenza e i sentimenti negativi.

L'esperienza di soddisfacimento dei bisogni emozionali non attraverso le relazioni naturali, ma attraverso il ripetuto abbandonarsi all'uso di sostanza, produce alterazioni che lasciano il segno sulla personalità che ne fa uso.

Questo complesso di pensieri e di sentimenti si organizza progressivamente in un pattern, un modello psicologico-comportamentale, che si struttura in quella che viene chiamata "**Addictive Personality**". Elemento centrale del pensiero "addict" è la **negazione** del processo in atto. La negazione è la risultante del senso di colpa derivante dall' "azione" e dal processo dell'addiction, e rappresenta il rifiuto del riconoscimento della perdita di controllo.

Il meccanismo della negazione si accompagna ad altri meccanismi psichici che rispondono alla stessa logica: principalmente razionalizzazione, proiezione e scissione.

Il sistema dipendenza / negazione si sviluppa in una "logica" caratterizzata dalla finalità di spiegare la persistenza dei comportamenti di consumo di sostanza e di proteggere la possibilità di proseguirlo. La negazione della relazione di dipendenza è il perno della logica in questione, e altera il funzionamento del pensiero fino ad assumere in casi estremi i caratteri di un vero e proprio sistema delirante.

Una volta stabilita, la dipendenza si sviluppa come un processo comportamentale sostenuto dalle nuove caratteristiche sovrastrutturali della personalità che hanno preso il sopravvento. La persona comincia a dipendere dalla propria addiction (cioè dall'insieme strutturato delle proprie abitudini, dall'attaccamento all' "uso", dal proprio modello di pensiero e di comportamento) oltre e più che dall'effetto psicotropo ricercato (e infatti l'addiction dura anche al di là dei diminuiti effetti della sostanza e al di là della disintossicazione, per mesi e anni.). Comincia a svilupparsi uno stile di vita: la persona si isola sempre di più all'interno di un sistema volto a proteggere l'addiction.

Il soggetto cerca di autolimitarsi (nel senso di contenere il numero dei drinks, dei "buchi", delle "canne") senza successo e con un maggiore carico di vergogna e scoramento, dopo gli inevitabili fallimenti; ogni fallimento lo porta a usare ancora di più. La gente intorno comincia a rendersi conto di ciò che accade, e a preoccuparsi, ma il soggetto preso nel meccanismo della dipendenza e della sua logica perversa, percepisce la preoccupazione degli altri solo come un problema in più (sono le proverbiali "menate" dei

genitori, le "rotture" del coniuge), un ostacolo al mantenimento dell'abitudine di usare, anziché un potenziale supporto per il recupero (Prochaska e coll. 1994).

La dipendenza entra in crisi quando la falsa logica che la protegge, i rituali collaudati di confronto con la realtà cominciano a non rispondere più alle loro funzioni. Sorgono problemi ambientali e fisici (problemi familiari, economici, lavorativi, giudiziari; malattie intercorrenti) che rendono evidente la intollerabilità della situazione. Questa crisi è parte di ciò che AA. chiamano "toccare il fondo". "Toccare il fondo" è un vissuto soggettivo, diverso per ognuno: ogni persona ha il "suo" fondo, che per fortuna non è sempre la solitudine, la cirrosi epatica, lo sbando sociale. È, a volte, la semplice idea di aver perduto la libertà, di essere divenuto schiavo, di perdere una persona amata, o altre circostanze del genere.

Tab. 1: MECCANISMI DI DIFESA (FRONTEGGIAMENTO)

Negazione	Rifiuto di ammettere sentimenti e/o pensieri dolorosi o sentiti come pericolosi
Minimizzazione	Una forma di negazione centrata sul togliere peso ai problemi
Razionalizzazione, Intellettualizzazione	Argomentare per giustificare i propri comportamenti ; usare logica e ragionamenti, per difendersi da emozioni dolorose
Proiezione	Attribuire non realisticamente sentimenti e/o pensieri spiacevoli ad altra/e persone
Spostamento	Scaricare i propri sentimenti negativi su altra/e

	persone
Internalizzazione	Biasimare se stesso per tutto ciò che accade

I PROCESSI DEL RECUPERO

Il primo passo del cammino di recupero tracciato da AA / NA recita:

PASSO 1.

"Abbiamo riconosciuto la nostra impotenza di fronte all'alcol (alla nostra dipendenza) e che le nostre vite erano divenute incontrollabili"

Gregory Bateson (1971) ha analizzato questo passaggio, e lo ha definito un "cambiamento epistemologico", dalla epistemologia dell'alcolista, centrata sulla negazione e sulla sfida simmetrica a quella dell'alcoolista in recupero, centrato sulla assunzione di una posizione opposta ed alternativa, definita "complementare" (Watzlavick e coll 1971), cioè non competitiva, rispetto all'alcool, alla droga e alla personalità addictive. La cornice epistemologica della dipendenza attiva, riassumibile come segue:

"Posso usare alcol in modo controllato.

Non sono un alcolista"

si trasforma in base a questo processo, nel suo opposto, che suona

"Non posso usare alcol in modo controllato.

Sono un alcolista"

Ritengo che il processo del cambiamento epistemologico di AA. , sia centrale, anche se espresso in modi non sempre consapevoli, in ogni processo di recupero.

Ma dopo questo primo traguardo sorgono altri importanti obiettivi. I bisogni emozionali di fondo, i problemi del controllo del "ciclo benessere - malessere", la incapacità di rispondere a queste esigenze senza ricorrere a sostanze psicoattive, a comportamenti di addiction, sono questioni che via via si impongono nelle fasi successive del recupero.

E qui emerge con evidenza il problema della personalità del soggetto prima della dipendenza, quei fattori di vulnerabilità che lo hanno indotto a pensare che assumere una sostanza avrebbe funzionato per medicare le ferite del Sé, con tutto quello che ne è poi seguito. Il recupero pieno comporta riapprendere a rispondere ai propri bisogni emozionali, al disagio, alla ricerca del piacere senza ricorrere alla sostanza preferita, e senza ricorrere ad "altre" sostanze nè a forme di dipendenza centrate su altri comportamenti di addiction (Orford , 1985), quali il gioco d'azzardo, il lavoro eccessivo, il mangiare troppo, la sessualità compulsiva. Si tratta di cambiamenti profondi, complessi e radicali, necessariamente lenti e progressivi.

Nella Tabella 2 sono messe in relazione talune tradizioni di AA., spesso superficialmente considerate delle curiose bizzarrie, con le funzioni che svolgono nel processo di recupero.

Nella Tabella 3 è schematizzata la modificazione della “Addictive Personality” con la indicazione dei principali meccanismi di difesa (fronteggiamento) in gioco.

TABELLA 2: Il processo di recupero in AA.

TAPPE DEL CAMBIAMENTO	CONCETTI E “TECNICHE”
Cambiamento epistemologico	forza superiore, concetto di malattia
Riconoscimento nel gruppo di pari	coesione di gruppo, “ideologia”, anonimato, autonomia
Fronteggiamento del problema alcol	supporto reciproco, “24 ore”, primo bicchiere,
Modificazione “Addictive Personality”:	
Rinforzo	trasmissione del Messaggio

Tabella 3: Modificazioni della Addictive Personality

Negazione, minimizzazione	ammissione del problema
Razionalizzazione	revisione “false credenze”
Proiezione, Spostamento, Scissione	assunzione di responsabilità, revisione di vita

IL GRUPPO DEI FAMILIARI

Accanto al gruppo A.A. si riunisce il gruppo dei familiari (AlAnon). Nella denominazione di questo gruppo si denota un atteggiamento di subordinazione rispetto al gruppo degli alcolisti. Questa impostazione si è profondamente modificata nel tempo, al punto che il gruppo dei familiari ha acquisito una completa

autonomia e soprattutto la coscienza della necessità di una crescita personale, non necessariamente finalizzata al supporto del congiunto malato.

Il gruppo AlAnon è a tutti gli effetti un gruppo “anonimo”, che interviene su quella che può essere considerata la più diffusa “dipendenza comportamentale”, la “dipendenza dal dipendente, o “codipendenza” (Zavan e coll. 1998 , Zavan e coll, in corso di pubblicazione).

I familiari conviventi sviluppano infatti un pattern comportamentale tipico, se pur diversificato tra genitori, figli e partner, in cui l'intera famiglia si riorganizza attorno alla persona dipendente, sviluppando atteggiamenti di connivenza o ambivalenza, o, più tardi, di rabbia e ostilità. In ogni caso la vita del familiare finisce per centrarsi esclusivamente sulle vicende del dipendente, perdendo ogni autonomia personale. Il dipendente è nel contempo causa del problema e motivo di vita, oggetto di una sfida (o me o la droga) in cui il familiare esce quasi sempre sconfitto.

Obiettivo del gruppo è il “distacco emotivo”, cioè la riconquista dell'autonomia personale, che permetta al familiare di vivere meglio, e di aiutare in maniera fattiva il “proprio” dipendente.

ALCOLISTI ANONIMI E LE ISTITUZIONI

Pur nati con una rilevante componente di contrapposizione alle istituzioni, AA. ed AlAnon stanno rapidamente superando questo atteggiamento, e sono oggi disponibili a collaborare in un rapporto rispettoso dell'autonomia dei gruppi stessi. Tale collaborazione può assumere la forma dello “scambio” di pazienti (Aliotta e coll. 1998), della partecipazione a modelli integrati di intervento nel territorio (Cibin, 1996), della disponibilità a ricerche su Alcolisti Anonimi stessi (Cibin e coll. 1997). Abbiamo già ricordato come l'autonomia, espressa anche come autofinanziamento, sia una delle caratteristiche imprescindibili per

il buon funzionamento dei gruppi. Le modalità di rapporto dei gruppi con l'esterno sono indicate dalle "Dodici Tradizioni " (Ricci e coll. 1988).

I GRUPPI ANONIMI COME MODELLO PSICOTERAPICO "SPONTANEO"

Abbiamo già rilevato come AA/NA tratteggino una caratterologia del soggetto con Disturbi da Uso di Sostanze. Egli non è semplicemente una persona che ha perso il controllo nei confronti delle droghe, ma è caratterizzato da "difetti di carattere" preesistenti alla dipendenza, e da un peculiare assetto di pensiero finalizzato alla "difesa" del comportamento tossicomane che abbiamo definito "addictive personality".

Alcuni Autori sostengono che una sostanza sia in grado di divenire necessaria alla vita psichica di una persona solo ove vada a supportare talune funzioni mentali carenti, o a sostituirsi ad esse: "le sostanze non sono sostituti simbolici di oggetti di amore mancanti, ma sostituti della struttura mentale stessa" (Kohut 1977 a). Lo stesso Kohut affianca alcolismo e tossicodipendenze alla personalità narcisistica, come condizioni in cui vi è un deficitario sviluppo del sè (Kohut, 1977 b). Si tratterebbe dunque di soggetti caratterizzati da una fissazione ad uno stadio preedipico o protoedipico, e da manifestazioni quali scarsa tolleranza alle frustrazioni, modalità relazionali aggressive o ambivalenti, noia e ricerca di sensazioni forti. Come conseguenza a questa lettura, il funzionamento mentale del tossicodipendente inattivo viene spesso identificato con il modello narcisistico-borderline, e di conseguenza l'intervento psicoterapico assimilato a quello che si opera in questi ultimi.

Il modello della "addictive personality" introduce un ulteriore elemento: il paziente tossicodipendente non è semplicemente un borderline che usa sostanze, ma ha sviluppato un peculiare pensiero sovrastrutturale, che si lega ed interseca profondamente con quello "originario", formando una entità nuova, di cui è necessario tenere conto. L'intervento psicoterapico dovrà modificarsi tenendo conto di queste acquisizioni, introducendo nel setting varianti che lo rendano più adatto a questi soggetti (Ricci e

coll. 1992). In questa ottica quello dei gruppi “anonimi” potrebbe costituire un modello di “psicoterapia spontanea” ricco di spunti e suggestioni.

Per ulteriori informazioni su Alcolisti Anonimi: Servizi Generali A.A., via di Torre Rossa 35, 00165 ROMA, tel. 06.6636629, fax. 06.6628334.

BIBLIOGRAFIA

Aliotta V., Allaman A., Cibin M., Fanella F., Jean G., Pini P., Zavan V., Collaborazione tra Alcolisti

Anonimi e Servizi Alcolologici. In “Libro Italiano di Alcolologia”, S.E.E. Editore. Firenze 1998.

Allaman A., Petrikin C., Alcoholics Anonymous and the alcohol treatment system in Italy,

Contemporary Drug Problems, Spring 1996.

American Psychiatric Association: DSM-IV Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali.

Masson Editore, Milano, 1996.

Bateson G.: The cybernetics of Self: A theory of alcoholism. Psychiatry 1971, 34, 1-18. Tr. it.in: La

cibernetica dell'Io: una teoria dell'alcolismo. Adelphi, Milano, 1976 (10a Edizione, 1990) 339-373

Brown S.: Treating the Alcoholic. A Developmental Model of Recovery. John Wiley & Sons, New York, 1985

Cibin M.: Basi teoriche, organizzazione e funzione dei gruppi “anonimi”. in AA.VV. “La Dipendenza

Alcolica” ARFI Ricerca Monografie 1, Padova 1988.

Cibin M.: Craving: physiopathology and clinical aspects. Alcolologia, 5, 3, 255- 259, 1993.

Cibin M. : Formazione e progettualità verso la costruzione di un Sistema Alcolologico Integrato nel Veneto.

Il Seme e l'Albero, 9, 78, 1996

- Cibin M., Allaman A., Zavan V. e Servizi generali A.A.** , Alcolisti Anonimi in Italia: alcuni dati preliminari. Abstract XV Congrso Società Italiana di Alcologia, Alcologia (Sezione Italiana)9, 2, 53, 1997.
- Cibin M., Gentile N.:** Gruppi anonimi e motivazione, Il vaso di Pandora, 2,4,19, 1994.
- Di Chiara G., Imperato A.:** Drug abused by umans preferentially increase synaptic dopamine concentration in the mesolimbic system. Proc Natl Acad Sci U.S.A., 85, 5274, 1988.
- Di Clemente C. :** Alcoholics Anonymous and the structure of change. in Miller W.R. e McReady B.S., Research on Alcoholics Anonymous: opportunities and alternatives, Rutges University Press, Newark, 1993.
- Gentile N., Cibin M. :** Linee guida per la diagnosi ed il trattamento dei Disturbi da Uso di Sostanze Psicoattive, Minerva Medica, Torino, 1993.
- Gentile N., Cibin M., Saccon D., Sanavio D.,** Patologie dell'alimentazione, Piccin Editore, Padova, 1998.
- Gori F., Mueller E.E.** (a cura di). : Basi biologiche e farmacologiche delle Tossicodipendenze, Pythagora Press, Milano, 1992.
- Guelfi GP.:** Effetti dell'uso di sostanze psicoattive e della tossicodipendenza sulla personalità InAvico U, Macchia T, Dell'Utri R, Mancinelli R: Droga e tossicodipendenze. Edizioni Clas International, Brescia, 1992, pp.181-190 (a)
- Guelfi G.P., Orlandini D., Cibin M.:** Sofferenza Psicologica ed "Addictive Personality", in Libro Italiano di Alcologia, S.E.E. Editore, Firenze, 1998.
- Ludwig AM :** Understanding the Alcoholic's Mind, Oxford University Press, New York - Oxford, 1988
- Kohut H.:** Preface. In Blaine HD, Julius DA (Eds): Psychodynamics of drug dependence. NIDA Research Monograph n.12, Washington, D.C., 1977a.

Kohut H.: The restoration of the self, International Universities Press, New York, 1977 b.

Orford J. : Excessive Appetites: a psychological view of addictions. John Wiley & Sons, Chichester, 1985

Prochaska JO, Norcross JC, DiClemente CC. : Changing for Good. William Morrow Company Inc., 1994

Ricci G.P., Giannini L., Cibir M: Rapporti tra Alcolisti Anonimi ed istituzione curante nel trattamento dell'alcoldipendenza. in AA.VV. La Dipendenza Alcolica, ARFI Ricerca Momografie 1, Padova, 1988.

Ricci G.P., Cibir M., Ditadi A., Gozzetti G. : Disturbi narcisistici in soggetti con uso di oppioidi: una esperienza terapeutica di gruppo. Psichiatria Generale e dell'Età evolutiva, 30. 507, 1992.

Watzlawick P., Beavin JH., Jackson DD.: Pragmatica della comunicazione umana. Astrolabio, Roma, 1971.

Wells B. : Narcotics Anonymous (N.A.): the phenomenal growth of an important resource. Br J Addiction, 82, 6, 851, 1992.

Zavan V., Brambilla C., Cibir M : Talking about partners so that about substance. First Part: Is Codependence the other face of Addiction?, Alcologia, 9, 3, 191-197, 1997.

Zavan V., Brambilla C., Cibir M: Talking about partners so that about substance. Second Part: To care or not to care? Alcologia, in press.