



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI GUGLIELMO MARCONI

FACOLTÀ DI PSICOLOGIA

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA

*«PSICOPATOLOGIA DELLA DIPENDENZA.
PERCORSO D'INDIPENDENZA DALLA TERAPIA
SOSTITUTIVA ALLA TERAPIA PSICHEDELICA, IN
OCCIDENTE E NELLE PRATICHE TRADIZIONALI»*

Relatore:

Chiar.^{mo} Prof. MARCO SAETTONI

Candidata:

GIULIA TANTINI

Matr. N°: 0008970

A.A. 2017-2018

INDICE

INTRODUZIONE

Comportamento dipendente e abuso di sostanze. p. 7

PRIMO CAPITOLO

I disturbi correlati a sostanze e non: criteri di ieri e di oggi nel DSM p. 15

1. DSM-I e DSM-II p. 17
2. DSM-III e DSM-III-R p. 19
3. DSM-IV e DSM-IV-TR p. 22
4. DSM-5 p. 26
5. Conclusioni p. 33

SECONDO CAPITOLO

Eziologia della dipendenza patologica p. 35

1. L'orientamento cognitivo-comportamentale p. 37
2. Il modello psicoanalitico psicodinamico p. 40
3. Trauma, disregolazione emotiva e dipendenza p. 46
4. Conclusioni p. 51

TERZO CAPITOLO

I circuiti neuroanatomobiologici della dipendenza p. 53

1. Circuiti limbici e corteccia frontale p. 56
2. Sistema cortico-mesolimbico dopaminergico p. 60
3. Alterazioni strutturali e funzionali del cervello p. 64
4. Conclusioni p. 68

QUARTO CAPITOLO

La cura della dipendenza secondo le medicine tradizionali	p. 71
1. Viaggio in Amazzonia per la cura delle dipendenze	p. 76
2. Il monastero <i>Tham Krabok</i> in Thailandia	p. 84
3. Dall’Africa, l’iboga per la tossicodipendenza da eroina	p. 87
4. Conclusioni	p. 90

QUINTO CAPITOLO

La politica antidroga e il potenziale dell’assistenza pubblica italiana	p. 93
1. Astinenza, sostituire, ridurre il danno, autoregolazione	p. 96
2. Portogallo, i risultati a vent’anni dalla legge sperimentale	p. 100

CONCLUSIONI	p. 105
-------------	--------

BIBLIOGRAFIA	p. 109
--------------	--------

INTRODUZIONE

Il primo problema che si incontra nella trattazione delle dipendenze è di tipo terminologico, a causa della forte valenza evocativa che spontaneamente oggi suscita una discussione sul fenomeno delle droghe. Pressoché ogni sostanza immessa nell'organismo, per via inalatoria, transcutanea, enterale e parenterale, è assunta, volente o nolente, perché produce effetti sul nostro sistema nervoso e sull'organismo in generale. Da un punto di vista evolutivo, la conoscenza delle risorse botaniche, animali e minerali offerte dalla natura, muove sia dalla stretta sopravvivenza e dall'adattamento all'ambiente, sia dalla spinta esplorativa, verso l'altro, il non conosciuto. Tra gli effetti di tali prodotti naturali, abbiamo imparato a distinguere i vari tipi di nutrimenti a seconda della funzione che essi svolgono: cibo buono o cibo cattivo, secondo le condizioni della persona e il suo intento, perché la possibilità curativa e l'intossicazione dipendono dall'effettivo uso della sostanza, considerando effetti primari e collaterali.

Alcune sostanze hanno come effetto principale quello di modificare la psiche umana, influenzando sullo stato di coscienza, sulle percezioni, sul pensiero, sulle emozioni e sul comportamento. Le droghe sono prodotti e preparati che contengono principi psicoattivi, naturali o sintetici, in grado di influenzare lo stato psichico di chi le assume¹. La loro classificazione può avvenire in molti modi, a seconda dell'origine, degli effetti che provocano a livello chimico, psichico e fisico, delle funzioni e sedi cerebrali su cui agiscono, della modalità di assunzione o delle motivazioni del loro impiego. L'uso delle sostanze psicoattive² è sempre

¹ Definizione di droga, <http://www.treccani.it/vocabolario/>.

² Che agiscono sulla psiche. Definizione di psicoattivo, <http://www.treccani.it/vocabolario/>.

esistito sulla Terra e i motivi per i quali gli esseri umani vi ricorrono si possono annoverare tra quelli osservati da Samorini:

spirituale-religioso, sciamanico-terapeutico, esorcistico, divinatorio-oracolare, teratogeno (uso per fini bellici), iniziatico-pedagogico, come correttivo del carattere, per il controllo psicologico, criminale, come viatico, come tanatogeno, sacrificatorio, giudiziario, come socializzante e regolatore della socializzazione, ludico, per scopi sessuali; vanno aggiunte le finalità preferenziali delle società moderne industriali e post-industriali: produttivo-prestazionale, cognitivo-psiconautico, tolstojano³.

L'archeologia e l'etologia⁴ mostrano che nella storia umana e animale il comportamento di modificare lo stato mentale ordinario con l'ausilio di sostanze, drogarsi, è una costante atavica e transculturale⁵. La storia ci insegna anche che accanto agli usi, buoni o malvagi che siano, esistono gli abusi di droga e la presenza di quel meccanismo che fa sì che sia la sostanza a un certo punto a possedere la persona, che diventa dipendente⁶. La dipendenza patologica, con le sue specifiche alterazioni cognitive e comportamentali, e dunque non circoscritta alle sostanze, è tradotta con il termine *addiction*⁷. Dunque accanto alle pratiche ancestrali legate all'uso conoscitivo e medico delle sostanze psicoattive, l'essere umano ha

³ Con tolstojano si fa riferimento all'uso delle droghe per "bisogno di nascondere a sé stessi", Samorini, Giorgio, *Animali che si drogano*, ShaKe Edizioni, Coriano (RM), 2013, cit., pp. 137-139.

⁴ Per ogni approfondimento sulla fenomenologia delle sostanze psicoattive, anche dal punto di vista archeologico, mitologico, antropologico, etnobotanico ed etologico, è utile consultare <http://samorini.it/site/>.

⁵ Samorini, op. cit., pp. 139-140.

⁶ Dipendenza, dal latino *dependeo*, ovverosia pendere da, Castiglioni, Luigi; Mariotti, Scevola, *Vocabolario della lingua latina*, Loescher, Torino, 1966.

⁷ Da *addictus* latino, lo schiavo per debiti, il condannato, *Ibidem*.

sviluppato dei sistemi di cura per le devianze correlate alle droghe. Oggi queste antiche conoscenze sono rintracciabili nelle medicine tradizionali e spesso comportano l'impiego di altre sostanze psicoattive nel processo di guarigione dalla dipendenza.

È anche vero però che l'uso non necessariamente si trasforma in abuso o in *addiction*, questo è valido anche per le droghe che provocano dipendenza fisica rapidamente⁸, e comunque non è detto che l'abuso di una sostanza sia a vita e in egual misura sempre⁹: studi recenti dimostrano che anche la tossicodipendenza da eroina incorre in un naturale decadimento dopo 6-8 anni¹⁰.

Di volta in volta, le autorità religiose o politiche, rappresentando la cultura o la morale prevalente, hanno provveduto a condannare e proibire delle sostanze, alimentari e psicoattive, percepite come dannose per l'individuo e una minaccia per l'intera società. Gli Stati sono arrivati perfino ad utilizzare le droghe come veri e propri strumenti di controllo e di guerra, per indebolire la popolazione e soggiogare gli avversari¹¹ – ed utilizziamo il passato prossimo per non addentrarci in dibattiti storico-politici qui fuori luogo. Dietro alla facciata normativa, è però possibile rintracciare, dalle origini della storia umana e in maniera trasversale nel mondo, culti che spesso prevedono rituali iniziatici con ricorso a sostanze

⁸ Come esempio del fatto che non è la sostanza in sé a dare dipendenza, quanto un altro insieme di fattori in interazione con la sostanza, citiamo il tabacco: sono noti i dati sul tabagismo e i suoi danni; meno noto invece l'impiego della pianta nei rituali amazzonici, senza provocare alcuna dipendenza.

⁹ Qui, come approfondiremo nel terzo capitolo, si apre il dibattito polarizzato tra le due visioni sulle droghe che pensano alla tossicodipendenza o come malattia cronica recidivante oppure la immettono nel continuum del processo di autoregolazione tra consumo controllato e incontrollato, Zuffa, Grazia, *Dai «controlli» nei setting naturali agli interventi nei servizi per le dipendenze*, in Zuffa, Grazia; Ronconi, Susanna, a cura di, *Droge e autoregolazione. Note per consumatori e operatori*, Ediesse, Roma, 2017, pp. 23-50.

¹⁰ Serpelloni, op. cit., p. 19.

¹¹ Si pensi ad esempio alle prescrizioni religiose riguardanti la carne di maiale per gli Ebrei e anche gli alcolici per i Musulmani o più recentemente all'epoca proibizionista tra le due guerre mondiali negli Stati Uniti d'America. Ricordiamo, per citare forse quella più palese e famosa, ma non l'ultima, la guerra dell'oppio che ha coinvolto a metà del XIX secolo la Gran Bretagna e la Cina imperiale.

per la ricerca di conoscenza¹² o per scopi curativi. Il più delle volte però questo tipo di conoscenze, navigando nella clandestinità, rimaneva appannaggio di strette cerchie, non del grande pubblico. Tanto è bastato però per rendere la relazione con le droghe una costante nella storia umana, al di là dei tentativi di proibirle.

Tra la posizione moral-normativa e quella che vede l'uso di sostanze come un comportamento normale nel mondo animale, di cui l'umanità fa parte, è la prima quella in genere assunta dai governi. Le politiche proibizioniste, come primo effetto, ottengono di rendere agli occhi pubblici invisibile la relazione tra gli esseri umani e le droghe proibite, senza che ciò significhi che essa sia meno attiva in realtà. Questa emarginazione avviene anche nella ricerca scientifica, come nell'ultimo secolo dimostra la poca attenzione conferita allo studio fenomenologico delle droghe da parte del mondo scientifico, con evidenti ricadute a cascata sulla connotazione sociale del fenomeno delle sostanze illecite e di chi ne faccia uso¹³. Persecuzione e ignoranza sono una combinazione sempre efficace per mantenere un certo tipo di potere e di controllo.

Questa storia ricorre ed è rintracciabile in diversi epoche e molte parti del mondo, ma la particolarità della situazione attuale nel mondo occidentalizzato è che non abbiamo mai così capillarmente criminalizzato l'uso della droga – saltano agli occhi le clamorose eccezioni: nicotina e alcol – e mai come ora abbiamo un'incidenza tanto elevata di uso patologico delle sostanze, tanto da essere nella totalità del fenomeno un'emergenza sociale tale da considerarsi la prima causa di morte nella fascia di età sotto i 50 anni, e in particolare tra gli *under 20*, nel mondo occidentale¹⁴.

¹² Samorini, op. cit., p. 143.

¹³ *Ibidem*, pp. 140-143.

¹⁴ https://www.nytimes.com/interactive/2017/06/05/upshot/opioid-epidemic-drug-overdose-deaths-are-rising-faster-than-ever.html?smid=tw-nytimes&smtyp=cur&_r=0;
<http://www.repubblica.it/>

Qui ci soffermiamo sulle elaborazioni del concetto di dipendenza, secondo la visione occidentale e secondo la medicina tradizionale amazzonica, africana e orientale, e sui sistemi di cura che da esse derivano.

In particolare, tra le discipline scientifiche di cui dispone il mondo occidentale e occidentalizzato per comprendere e curare la dipendenza si annoverano la medicina, psichiatria e neuroscienze, e la psicologia, tra le quali si auspica una sempre maggiore integrazione e interazione disciplinare. Tenendo a mente sia il progresso in ambito scientifico, sia la situazione politica ed infine anche il mutamento sociale avvenuto negli ultimi settant'anni nel mondo occidentale, l'evoluzione della definizione psichiatrica di disturbo correlato a sostanze è osservata, nel primo capitolo, nella storia dei *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, dalla prima del 1952 all'ultima versione, la quinta, del 2013, dove per la prima volta appaiono le dipendenze comportamentali ed elementi di diagnosi dimensionale, pur lasciando aperta, per sua natura categoriale, la *quaestio* su comorbilità e continuum psicopatologico.

L'ingresso dei disturbi dipendenti non correlati a sostanze nel DSM 5, l'efficacia dell'approccio integrato e i contributi delle neuroscienze avvalorano l'intervento della psicoterapia nel favorire l'adesione del paziente al trattamento e nel ridurre il rischio di recidive.

Nel secondo capitolo, l'orientamento analitico-dinamico e quello cognitivo-comportamentale, in modo differente, illuminano sui fattori che contribuiscono a innescare una dipendenza patologica e forniscono strumenti adattabili, calibrati a seconda dell'estensione dell'intervento e della motivazione al cambiamento della persona. La clinica d'approccio biopsicosociale non reintegra solamente il dualismo mente-corpo ma considera l'individuo anche parte della sua rete relazionale, sociale e culturale. Così facendo, tale visione biologica, psicologica e sociale

salute/prevenzione/2015/08/09/news/droghe_abuso_prima_causa_di_morte_in_eta_14-20_anni-120702240/.

permette di attingere da un insieme considerevolmente maggiore di posizioni sull'eziopatogenesi e sulla diagnosi e aumenta la disponibilità degli strumenti di intervento, dando al terapeuta i riferimenti per aiutare in modo più personalizzato e mirato il paziente, nel rispetto delle sue richieste e conferendo valore alle sue risorse.

Le tecnologie di neuroimmagine, come vedremo nel terzo capitolo, danno risultati di estremo interesse per la comprensione dei circuiti cerebrali coinvolti e gli effetti neurobiochimici della dipendenza, da sostanze e non. Tra i risvolti di tali ricerche, c'è anche la possibilità di osservare gli effetti neuroplastici della terapia farmacologica, psicoterapica e integrata. Le neuroscienze si stanno interessando anche degli effetti delle sostanze psicoattive in oggetto di questa tesi, apportando evidenza scientifica di alcuni dei benefici indotti da tali esperienze psichedeliche in quadri psicopatologici conclamati di dipendenza, così come di altri disturbi. Queste scoperte da un lato costituiscono un sostegno integrativo di enorme potenziale nella scelta dell'intervento terapeutico e nella prevenzione, se riescono a sfuggire al determinismo psicobiologico e si mantengono in continuo dialogo con le altre discipline, dall'altro aprono nuovi interrogativi, rivolti alla psichiatria e alla politica, sulla definizione, sulla diagnosi e sulla cura del comportamento dipendente.

Il quarto capitolo pone all'attenzione esperienze di cura di tossicodipendenze attraverso percorsi che includono l'assunzione di sostanze psicoattive (enteogeni) in contesti rituali, emanazioni di cosmovisioni e culture terapeutiche di altre parti del mondo, per necessità storica e per virtù intrinseca. La tradizione amazzonica legata alle piante maestro, tra le quali spicca ma non è sola l'ayahuasca, apre le fila in conseguenza dell'attenzione che ha attirato in misura sempre crescente negli ultimi decenni da parte dei viaggiatori occidentali, che si recano in Sud America in cerca di un'esperienza per conoscersi o per curarsi, e da parte dei ricercatori di molte discipline che studiano la botanica dei

composti a base di erbe e i loro effetti da un punto di vista neurologico e biochimico, raccontano dall'interno l'uso tradizionale e la funzione rituale e ne riportano l'efficacia terapeutica. Motivo di ulteriore interesse scientifico sono realtà come il Centro di Takiwasi che fa convergere medicina, psicoterapia, diete nella foresta amazzonica e permanenza in comunità nel proprio programma al servizio, riconosciuto dallo Stato peruviano, della cura delle tossicodipendenze. Se da dove siamo ci volgiamo verso Oriente incontriamo il percorso di disintossicazione elaborato nel monastero buddista di *Tham Krabok* in Thailandia per la cura alle dipendenze. Dalla tradizione africana, infine, l'ibogaina, anch'essa già nota e da lungo tempo studiata per il suo impiego in psicoterapia nelle sperimentazioni psichedeliche dagli anni Cinquanta e Sessanta in America, risulta particolarmente efficace nell'interrompere il circuito della dipendenza e interessante date le peculiari modalità di assunzione della sostanza e del suo effetto neurobiochimico.

Di queste realtà, diverse dalla nostra occidentale, non si vuole dare un resoconto approfondito e dettagliato, per il quale si rimanda alla bibliografia, quanto piuttosto cogliere i nessi tra la concezione dell'essere umano e della sua funzione nell'esistenza, la concezione e la funzione che ha la dipendenza secondo questi sistemi interpretativi e come si compongono i percorsi di cura tradizionali che in tutti i casi che citeremo prevedono l'impegno di piante in contesti specifici.

Il quinto ed ultimo capitolo ci porta nella realtà locale italiana, inserita nel contesto europeo e internazionale. Il pensiero dominante sulle droghe si riflette nei trattati internazionali e si condensa nella politica di proibizione e criminalizzazione del traffico e dell'uso delle sostanze dichiarate illecite. Il dibattito sulle droghe in Italia è sempre attivo e il panorama internazionale inizia a manifestare delle crepe nel modello unico. Illustreremo per esempio il Portogallo che da vent'anni ha attuato

una politica di decriminalizzazione delle droghe e introdotto un cambiamento della struttura sociale d'assistenza.

Con questa tesi sollecitiamo a prestare attenzione all'uso delle parole, ai differenti modi di narrare, di spiegare e quindi anche di vedere il comportamento dipendente nell'essere umano secondo le differenti discipline e tradizioni mediche, poiché da esse discende di fatto la concezione non solo della dipendenza ma soprattutto dell'essere umano in quanto tale e delle sue possibilità di guarigione.

PRIMO CAPITOLO

I DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE E NON: CRITERI DI IERI E DI OGGI NEL DSM

Il primo capitolo è dedicato alla concezione psichiatrica di dipendenza attraverso l'individuazione dei criteri diagnostici elaborati dai Manuali diagnostici e statici dei disturbi mentali nel corso della loro storia.

Nella definizione psichiatrica di dipendenza che emana dalla *American Psychiatric Association* è bene tenere a mente come essa rifletta sia il pensiero scientifico sia evidentemente il clima politico, culturale e morale sulle tossicodipendenze in Occidente che, in ragione della sua primazia nella storia recente, riecheggia anche nelle organizzazioni internazionali¹. È importante considerare per altro che rispetto alle prime pubblicazioni, quando il fenomeno della tossicodipendenza era evidentemente presente, il progressivo ampliamento e l'aumentata specificazione della patologia dipendente nei DSM rifletta un mutamento sociale altrettanto rilevante che ha fatto assurgere il comportamento dipendente e le conseguenze ad esso collegato a piaga sociale contemporanea.

Dopo la seconda guerra mondiale, il panorama politico è radicalmente cambiato, con la definitiva perdita di centralità dell'Europa e l'affermazione dell'egemonia, nello schieramento occidentale, degli Stati Uniti d'America. Ciò avviene tanto in campo economico e politico, quanto in quello sociale, culturale e scientifico, risultandone investite dagli

¹ L'Organizzazione mondiale della sanità, agenzia dell'ONU, si occupa dalla sua fondazione di stilare la Classificazione internazionale delle malattie, nota come ICD, di cui è recentissima l'uscita della sua undicesima versione. Da subito, l'intento degli autori del ICD e del DSM è quello di cercare di uniformare e rendere coerente, pur ognuno nel suo campo, le classificazioni delle malattie mentali nei due testi.

anni Cinquanta anche le produzioni del pensiero psichiatrico e psicoanalitico. È in questo contesto che l'APA, *American Psychiatric Association*, pubblica nel 1952 la prima edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM, secondo l'acronimo parziale del titolo in inglese)². È utile guardare alle evoluzioni concettuali e terminologiche sulle dipendenze elaborate dall'Associazione Psichiatrica Americana nei DSM seguendo le successive riedizioni e revisioni del 1968³, 1980⁴, 1987, 1994⁵, 2000⁶ e fino a quella del 2013⁷, ammettendo che sulla definizione scientifica di disturbi da *addiction* il pensiero politico, morale e culturale dal quale essa emana non le sia totalmente estraneo⁸.

² *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. First Edition*, American Psychiatric Association, Washington DC, 1952.

³ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition*, American Psychiatric Association, Washington DC, 1968.

⁴ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition*, American Psychiatric Association, Washington DC, 1980.

⁵ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.

⁶ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision*, American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.

⁷ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*, American Psychiatric Association, Washington DC, 2013.

⁸ Robinson, Sean M.; Adinoff, Bryon, *The Classification of Substance Use Disorders : Historical, Contextual, and Conceptual Considerations*, Behavioral Sciences, 6, 18, 2016, pp. 1-2.

I.1. DSM-I e DSM-II.

Il DSM-I, nel quale sono rintracciabili le influenze della psicoanalisi e del modello psicosociale, concettualizza l'eziologia dei disturbi correlati a sostanze, citando la *drug addiction* e l'alcolismo, come derivati e sintomatici di un disturbo di personalità di fondo. Pur accennando a quei casi nei quali si possa diagnosticare un disturbo correlato a sostanze in assenza di un immediatamente riconoscibile disturbo di personalità, si tratta di eccezioni, mentre di norma esso è considerato secondario a un primario disturbo di personalità⁹.

Nel decennio successivo alla pubblicazione del DSM-I, i progressi della terapia farmacologica applicata alla psichiatria e il crescente bisogno di un tipo di classificazione dei disordini mentali più orientata sul modello medico, non hanno ancora mutato il tipo di descrizione del disturbo correlato a sostanze nel DSM-II rispetto alla prima edizione¹⁰. Il DSM-II introduce però nuove categorie, rilevanti nella pratica ambulatoriale, e in particolare riconosce tre tipi di alcolismo: l'eccesso episodico (quattro intossicazioni annue), l'eccesso abituale, con almeno dodici intossicazioni l'anno o, senza intossicazione, sotto influenza dell'alcol almeno una volta a settimana, e infine l'*alcohol addiction*. I termini della dipendenza sono definiti in relazione all'astinenza, intesa come incapacità di astenersi per un giorno o come abuso prolungato per almeno 3 mesi. Un fattore di ambiguità, che questa seconda versione del manuale immette per la prima volta e che resterà fino al DSM 5 motivo di confusione semantica, riguarda la specificazione per la quale la *drug addiction* possa sortire una diagnosi

⁹ Robinson, op. cit., pp. 8-9.

¹⁰ Blashfield, Roger K.; Keeley, Jared W.; Flanagan, Elizabeth H.; Miles, Shannon R., *The Cycle of Classification: DSM-I Through DSM-5*, Annual Review of Clinical Psychology, 2014 (10), pp. 27-30.

di dipendenza anche senza comportare problematiche di astinenza. Il DSM-II infine incoraggia a indicare in doppia diagnosi un disturbo correlato a alcol o di dipendenza da sostanze anche se espressione sintomatologica di un altro disturbo¹¹.

¹¹ Robinson, op. cit., p. 11.

I.2. DSM-III e DSM-III-R.

Il DSM-III del 1980 è un testo in rottura rispetto alle versioni precedenti e si afferma come nosografico, ateorico, multiassiale e su base statistica. I disturbi mentali sono descritti in base a categorie sintomatologiche o quadri sindromici con evidenza clinica, senza riferimenti all'eziopatogenesi o al trattamento. L'approccio medico e lo sforzo verso una maggiore validità e attendibilità diagnostica rendono nel suo insieme il DSM-III uno strumento in grado di permettere il dialogo nella comunità scientifica internazionale, formulando un linguaggio comune e chiaro e fornendo un campo convenzionale, e dunque limitato ma, funzionante e largamente condiviso per lo sviluppo delle ricerche in ambito nosografico¹².

Il DSM-III introduce nuove diagnosi, tra le quali ci interessa il disordine da uso di sostanze. Accanto all'uso ricreazionale, all'uso culturalmente accettato e all'uso medico di alcune sostanze, si definisce disturbo quell'uso che provoca comportamenti socialmente indesiderati quali la menomazione sociale e lavorativa, incapacità di controllo e di astenersi dall'uso della sostanza, e lo sviluppo di sintomi di astinenza per cessazione o riduzione nell'assunzione della stessa.

La classificazione del disturbo da uso di sostanze procede quindi nella suddivisione in due categorie: il disturbo per abuso di sostanze e quello di dipendenza da sostanze¹³. Questo tipo di distinzione, benché fondamentalmente criticata perché vulnerabile alle fluttuazioni politiche e legali in relazione alle droghe più che risultare un'evidenza clinica¹⁴,

¹² Blashfield, op. cit., pp. 30-32.

¹³ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition*, op. cit., p. 163.

¹⁴ Robinson, op. cit., pp. 11-12.

permette d'altra parte di chiarire la semantica delle dipendenze adottata dall'APA.

L'abuso di sostanze si distingue dall'uso non patologico sulla base di tre ordine di criteri:

- una modalità patologica di assunzione che comporta l'incapacità di smettere, ridurre o controllare la sostanza nonostante la consapevolezza del danno;
- un impatto disfunzionale a livello sociale, relazionale e lavorativo legato all'uso, cui vanno aggiunti quei rischi comportamentali connessi alle norme legali sulla detenzione e sul consumo e agli incidenti provocati dallo stato alterato indotto dalla sostanza;
- almeno un mese di, non costante ma, frequente uso tanto da provocare le disfunzionalità citate pocanzi¹⁵.

Per quanto riguarda invece il disturbo di dipendenza da sostanze, il DSM-III lo descrive come una patologia più grave della precedente perché, in aggiunta ai criteri valutati per l'abuso, comporta una dipendenza fisiologica che si manifesta con tolleranza e con astinenza. La tolleranza è definita come la necessità di incrementare il dosaggio al fine di ottenere l'effetto desiderato dalla sostanza, per contrastare la sua diminuzione dovuta all'uso prolungato e assiduo della stessa dose nel tempo. L'astinenza è una sindrome sostanza specifica che si manifesta dopo la cessazione o la riduzione dell'assunzione di una droga utilizzata precedentemente in modo regolare e assiduo¹⁶.

¹⁵ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition*, op. cit., pp. 164-165.

¹⁶ *Ibidem*, p. 165.

Il DSM-III specifica inoltre che cinque classi di sostanze, di cui tre usate anche in ambito medico, sono suscettibili di sortire diagnosi sia di abuso sia di dipendenza: alcol, barbiturici, oppioidi, anfetamine e cannabis. La cocaina e gli allucinogeni sono associati solo al disturbo di abuso di sostanze, mentre il tabacco solo alla dipendenza senza però provocare disfunzionalità sociale e lavorativa – all’epoca. Altra specificazione importante è data dalla valutazione dell’andamento del disordine che insieme allo stato episodico, continuo e in remissione, non prevede lo stato di guarigione dallo stesso. Da questa considerazione discende l’attribuzione di un modello di consumo intensivo-dipendente generalizzato che, tradotto nella pratica clinica, fa sì che la tossicodipendenza sia definita una malattia cronica recidivante, a cui si oppone solo la condizione di astinenza¹⁷. Per il DSM-III infine i disturbi di personalità e dell’umore sono spesso presenti in associazione con i disturbi da uso di sostanze, che a loro volta possono intensificarli, e si annoverano tra i fattori predisponenti, citando soprattutto il disturbo antisociale di personalità¹⁸.

Nella revisione del 1987 del DSM-III la classificazione muta: la categoria di dipendenza si amplia includendo il criterio della modalità patologica d’assunzione dell’abuso, mentre la dipendenza fisiologica, come per esempio la tolleranza da oppioidi manifestata da coloro che vi ricorrono dopo interventi chirurgici, diventa una categoria distinta¹⁹.

¹⁷ Zuffa, Grazia, *Dai «controlli» nei setting naturali agli interventi nei servizi per le dipendenze*, in Zuffa, Grazia; Ronconi, Susanna, a cura di, *Droge e autoregolazione. Note per consumatori e operatori*, Ediesse, Roma, 2017, pp. 24-27.

¹⁸ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition*, op. cit., pp. 165-168.

¹⁹ Robinson, op. cit., pp. 12-13.

I.3. DSM-IV e DSM-IV-TR.

Il DSM-IV e la sua versione aggiornata nel 2000 rimettono in discussione il rapporto tra abuso di sostanze e dipendenza e nel farlo provvedono a una serie di specificazioni terminologiche. Per prima quella di sostanza con la quale si fa riferimento a droghe, a farmaci e a tossine. Le sostanze d'abuso sono raggruppate in undici classi: alcol, anfetamine, caffeina, cannabis, cocaina, allucinogeni, inalanti, nicotina, oppioidi, PCP, sedativi, ipnotici e ansiolitici. Ognuna di queste sostanze è trattata sulla base dei suoi specifici aspetti in relazione all'abuso, alla dipendenza, all'intossicazione e all'astinenza.

I disturbi correlati a sostanze sono suddivisi tra disturbi da uso di sostanze, che includono la dipendenza e l'abuso di sostanze, e i disturbi indotti da sostanze, che comprendono l'intossicazione e l'astinenza, e i disturbi mentali indotti da sostanze, quali demenza, amnesia persistente, disturbi psicotici e dell'umore, ansia, disfunzioni sessuali e disturbi del sonno²⁰.

La dipendenza da sostanze è descritta come una modalità di autosomministrazione continuativa prodotta da tolleranza e astinenza o da comportamento compulsivo che viene perpetrato benché vi sia consapevolezza del legame tra l'uso della sostanza e l'insieme di sintomi cognitivi, psicologici, comportamentali e fisici che essa provoca. La dipendenza è inoltre caratterizzata da *craving*, definito come incontrollato desiderio di assumere la sostanza.

Per giungere a una diagnosi di dipendenza da sostanze devono essere presenti almeno tre o più dei seguenti criteri:

²⁰ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision*, op. cit., pp. 191-192.

1. tolleranza;
2. astinenza;
3. assunzione in quantità e per periodi superiori rispetto a quanto previsto;
4. desiderio persistente e infruttuosi tentativi di smettere o controllare l'uso della sostanza;
5. ingente quantità di tempo spesa per attività legate al consumo, quali reperire, somministrarsi e riprendersi dagli effetti della sostanza;
6. impatto sulle attività sociali, lavorative e ricreative dato dall'uso della sostanza;
7. uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza.

A differenza della precedente edizione del DSM, la dipendenza fisiologica è richiesta come criterio specifico nel caso in cui siano evidenti i sintomi di tolleranza o di astinenza. In assenza di questa evidenza, soddisfatti almeno tre tra gli altri criteri descritti, la diagnosi di dipendenza è non fisiologica, ma caratterizzata da un modello di uso compulsivo. Questo punto è stato oggetto di molte critiche da parte della comunità scientifica e infatti verrà superato nella revisione del testo del 2000.

Il DSM-IV-TR chiarisce i concetti di tolleranza e astinenza. La tolleranza si identifica con il desiderio di assumere sempre maggiori quantità per raggiungere l'effetto della sostanza o con la marcata diminuzione dell'effetto dopo un uso prolungato di un certo dosaggio. Il criterio di tolleranza, sottolinea il manuale, varia per tipo di sostanza e per le caratteristiche individuali, quali l'età, il peso e la storia di dipendenza

dell'assuntore. L'astinenza è data dalla concomitanza di effetti comportamentali, cognitivi, psicologici e fisici sgradevoli e disfunzionali risultanti dal declino della presenza della sostanza nel corpo. Astinenza è altresì ricorrere alla sostanza proprio per ovviare a questi sintomi spiacevoli. Una diagnosi di astinenza intesa come disturbo indotto da sostanze²¹, spesso in effetti associato a quella di disturbo dipendente, specifica che la sindrome provocata dall'assenza di sostanza causa disabilità clinicamente significative nel funzionamento sociale e lavorativo, e che non sia attribuibile a una condizione medica generale o ad altro disturbo mentale. I due criteri di tolleranza e astinenza non sono necessari per una diagnosi di dipendenza da sostanze, ma sono associati a prognosi peggiore²².

Il disturbo da abuso di sostanze invece non ha tra i suoi criteri diagnostici la tolleranza e l'astinenza, che immediatamente riconducono alla diagnosi di disturbo di dipendenza da sostanza²³. L'abuso è descritto per le conseguenze dannose provocate dall'uso ripetuto di una sostanza, in particolare per gli episodi ricorrenti, nell'arco di 12 mesi, di intossicazione o di altri sintomi correlati all'abuso che abbiano effetti disfunzionali sulla vita sociale e lavorativa; o che comportino situazioni di rischio per l'incolumità fisica o problemi legali; infine, per la reiterazione dell'abuso della sostanza nonostante il costo sociale e relazionale che esso comporta²⁴.

La quarta edizione del DSM all'interno dei disturbi correlati a sostanze introduce accanto ai disturbi da uso, dipendenza e abuso, una nuova categoria, quella di disturbo indotto da sostanze. Il primo disturbo

²¹ *Ibidem*, pp. 201-202.

²² *Ibidem*, pp. 192-198.

²³ Su questo, il manuale sottolinea che la diagnosi di abuso di sostanze sia appannaggio di chi è giovane o alle prime esperienze con le droghe, e che in conseguenza di ciò possa riportare conseguenze sul piano sociale per un lungo periodo anche prima di commutarsi in dipendente, *Ibidem*, p. 198.

²⁴ *Ibidem*, pp. 198-199.

descritto è l'intossicazione²⁵, cui segue il disturbo d'astinenza. Tra le specifiche associate alla dipendenza, all'abuso, all'intossicazione e all'astinenza, il DSM-IV-TR sottolinea come i disturbi correlati a sostanze siano comunemente in comorbilità con altri disturbi mentali, come i disturbi di personalità antisociale e borderline, il disturbo bipolare, della condotta e la schizofrenia, e come ne complichino la prognosi e il trattamento²⁶. Ci sono anche delle caratteristiche specifiche attribuibili alla cultura, al genere e all'età connesse con il consumo di sostanze. In particolare il manuale afferma che l'età dai 18 ai 24 anni è quella con più alta prevalenza d'uso di qualunque sostanza, che l'intossicazione è in genere il preludio di un disturbo correlato a sostanze e che, se c'è manifesta intossicazione, è spesso associato al disturbo della condotta, con effetti sulla riuscita scolastica²⁷.

Il DSM-IV-TR infine distingue i disturbi mentali primari da quelli indotti da sostanze o da altra condizione medica generale. È importante per discernere il disturbo mentale primario e quello indotto verificare la relazione temporale tra l'assunzione della sostanza e la manifestazione dei sintomi o della sindrome, così come mettere a confronto i parametri di età, esordio e sintomatologici tipici per confermare o meno la doppia diagnosi²⁸.

²⁵ L'intossicazione è una sindrome sostanza-specifica reversibile dovuta all'assunzione recente della droga che provoca uno stato alterato e disfunzionale a livello psicologico, comportamentale e cognitivo, che non è attribuibile ad altra condizione medica o altro disturbo mentale, *Ibidem*, pp. 199-201.

²⁶ *Ibidem*, pp. 204.

²⁷ *Ibidem*, p. 205.

²⁸ *Ibidem*, pp. 209-212.

I.4. DSM-5.

L'uscita nel 2013 della quinta versione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, come le riedizioni precedenti, sfata il mito di una medicina e una scienza immutabile; il pensiero e le ricerche evolvono e se ne vedono i risultati. Lo sforzo operato da tutte le figure professionali coinvolte nell'elaborazione di un modello nosografico sempre più valido e condiviso a livello internazionale si condensa nel DSM-5 che raccoglie i dati e i progressi scientifici di oltre trent'anni di ricerche in ambito psichiatrico, rendendolo l'evoluzione più saliente in materia dopo la pubblicazione del DSM-III del 1980²⁹.

Le variazioni più significative nel capitolo dedicato alla trattazione delle dipendenze riguardano da un lato l'eliminazione della categoria di abuso e del parametro collegato ai problemi legali, profondamente criticato perché suscettibile di interpretazione a seconda delle variabili legislative; dall'altro l'introduzione del *craving*, come criterio per la diagnosi, e, dal punto di vista della classificazione, della categoria delle dipendenze comportamentali³⁰.

Al titolo *Substance-Related and Addictive Disorders*, il DSM-5 dalle prime righe introduce le evidenze neuroscientifiche a supporto delle novità introdotte in questa edizione, provocando un profondo cambiamento dal punto di vista semantico del testo.

“All drugs that are taken in excess have in common direct activation of the brain reward system, which is involved in the reinforcement of behaviors and the production of

²⁹ Biondi, Massimo; Bersani, Francesco Saverio; Valentini, Martina, *Il DSM-5: l'edizione italiana*, Rivista di Psichiatria, 49 (2), 2014, pp. 57-60

³⁰ Robinson, op. cit., pp. 13-17.

memories. They produce such an intense activation of the reward system that normal activities may be neglected. Instead of achieving reward system activation through adaptive behaviors, drugs of abuse directly activate the reward pathways. The pharmacological mechanisms by which each class of drugs produces reward are different, but the drugs typically activate the system and produce feelings of pleasure, often referred to as a "high". Furthermore, individuals with lower levels of self-control, which may reflect impairments of brain inhibitory mechanisms, may be particularly predisposed to develop substance use disorders, suggesting that the roots of substance use disorders for some persons can be seen in behaviors long before the onset of actual substance use itself."³¹

Lo stesso sistema di ricompensa³² e simili sintomi comportamentali si attivano anche nel disturbo da gioco d'azzardo e su internet. Per questo motivo il DSM-5 introduce per la prima volta la sezione della *behavioral addiction* accanto alle dipendenze da sostanze. Di questa categoria potrebbero far parte anche altri comportamenti eccessivi e ripetitivi, noti come nuove dipendenze, come quella affettiva, da sesso, da acquisto compulsivo, da esercizio fisico, da lavoro e da tecnologia³³, ma gli autori specificano che non sono stati inseriti nel testo per insufficienza di prove

³¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*, cit., p. 481.

³² Nel terzo capitolo vedremo che le neuroscienze sono in realtà andate avanti nel loro modello sulle dipendenze, ipotizzando che sia non tanto, o non solo, il sistema di ricompensa, quanto piuttosto un disequilibrio metabolico e funzionale tra circuiti limbici e circuiti corticali.

³³ Pinna, F.; Dell'Osso, B.; Di Nicola, M.; Janiri, L.; Altamura A.C.; Carpiniello, B. et al., *Behavioural addictions and the transition from DSM-IV-TR to DSM-5*, *Journal of Psychopathology*, 21, 2015, pp. 380-389.

e studi per stabilire dei criteri diagnostici, auspicando di fatto maggiori indagini.

I disturbi correlati a sostanze ricalcano a primo impatto la suddivisione introdotta dal DSM-4 tra disturbi da uso di sostanze e disturbi indotti da sostanze. Le vere novità arrivano dal superamento del paradigma fondato su abuso e dipendenza e dall'introduzione del concetto di *craving*. Il *craving* è, come abbiamo già visto, il desiderio incontenibile di assumere la droga, tanto da non riuscire a pensare ad altro. Il DSM-5 specifica che esso può avvenire in qualsiasi momento ma più spesso in associazione a stimoli ambientali che richiamano l'acquisto o la somministrazione della sostanza. A suffragio di ciò, il manuale richiama come il *craving* attivi le strutture cerebrali deputate alla ricompensa e al condizionamento classico.

La diagnosi per disturbo di uso di sostanze si articola su quattro gruppi di criteri, per coprire l'insieme dei comportamenti patologici legati all'uso della sostanza, come le alterazioni del controllo (1-4), la disabilità sociale (5-7), l'uso rischioso (8-9) e l'aspetto farmacologico (10-11). Il DSM-5 propone una valutazione diagnostica in base al numero di criteri riscontrati, introducendo così una diagnosi più simile a un *continuum* dimensionale che categoriale: lieve se ne sono presenti due o tre; moderata con quattro-cinque e grave con sei o più sintomi³⁴.

Qui di seguito gli undici criteri per il disturbo da uso di sostanze:

1. assunzione per periodi e quantità maggiori rispetto a quanto prefissato;

³⁴ “Changing severity across time is also reflected by reductions or increases in the frequency and/or dose of substance use, as assessed by the individual's own report, report of knowledgeable others, clinician's observations, and biological testing.”, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*, cit., p. 484.

2. persistente desiderio di smettere o ridurre l'uso della sostanza e ripetuti infruttuosi tentativi di diminuire o controllarlo;
3. dispendio di grandi quantità di tempo per attività correlate all'uso della sostanza come procurarsela, somministrarsela e riprendersi da essa;
4. intenso desiderio di drogarsi (*craving*);
5. impatto sulle attività e degli impegni familiari, sociali e lavorativi;
6. problemi sociali e interpersonali ricorrenti dovuti all'uso della sostanza;
7. importante disfunzionalità nella sfera sociale, lavorativa e interpersonale;
8. uso della sostanza anche in circostanze rischiose per la vita;
9. ricorso alla sostanza nonostante la consapevolezza dei problemi fisici e psicologici causati dalla stessa;
10. tolleranza;
11. astinenza³⁵.

Il manuale, inoltre, per facilitare la diagnosi differenziale, presenta le categorie diagnostiche associate a ciascun gruppo specifico di sostanze in una tavola che riportiamo integralmente di seguito³⁶.

³⁵ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, cit.*, pp. 483-484.

³⁶ *Ibidem*, p. 482.

	Psychotic disorders	Bipolar disorders	Depressive disorders	Anxiety disorders	Obsessive-compulsive and related disorders	Sleep disorders	Sexual dysfunctions	Delirium	Neurocognitive disorders	Substance use disorders	Substance intoxication	Substance withdrawal
Alcohol	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W/P	X	X	X
Caffeine				I		I/W					X	X
Cannabis	I			I		I/W		I		X	X	X
Hallucinogens												
Phencyclidine	I	I	I	I				I		X	X	
Other hallucinogens	I*	I	I	I				I		X	X	
Inhalants	I		I	I				I	I/P	X	X	
Opioids			I/W	W		I/W	I/W	I/W		X	X	X
Sedatives, hypnotics, or anxiolytics			I/W	W		I/W	I/W	I/W	I/W/P	X	X	X
Stimulants**	I	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I	I		X	X	X
Tobacco						W				X		X
Other (or unknown)	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W/P	X	X	X

Note. X = The category is recognized in DSM-5.

I = The specifier "with onset during intoxication" may be noted for the category.

W = The specifier "with onset during withdrawal" may be noted for the category.

I/W = Either "with onset during intoxication" or "with onset during withdrawal" may be noted for the category.

P = The disorder is persisting.

*Also hallucinogen persisting perception disorder (flashbacks).

**Includes amphetamine-type substances, cocaine, and other or unspecified stimulants.

Il DSM-5 descrive il *Gambling Disorder* introducendo per la prima volta una dipendenza non correlata a sostanze in virtù della sua similarità con i sintomi comportamentali riscontrati nei disturbi da uso di sostanze. Il criterio A enuncia una problematica persistente e ricorrente con il gioco d'azzardo che comporta disagio clinico evidente per la durata di almeno un anno, in quattro o più delle seguenti aree:

1. il bisogno di scommettere sempre maggiori quantità di denaro per ottenere la stessa carica d'eccitazione;
2. irritazione e irrequietezza durante i tentativi di astenersi dal comportamento;
3. numerosi tentativi di controllo o di smettere andati falliti;
4. costante preoccupazione verso il gioco d'azzardo;
5. ricorso al comportamento per disagio emotivo (senso di colpa, depressione, ansia, etc.);
6. nonostante la perdita, dare la rivincita;
7. ricorso alla menzogna per coprire l'entità del coinvolgimento con il gioco d'azzardo (che può portare anche a furto, frode, etc.);
8. perdita di amicizie, famiglia e opportunità scolastiche o lavorative;
9. richiesta di denaro ad altri per riparare alla disperata situazione finanziaria causata dal gioco d'azzardo³⁷.

Le neuroscienze, che approfondiremo più avanti, ci consentiranno di comprendere meglio il perché delle forti somiglianze nelle descrizioni sintomatologiche del disturbo da uso di sostanze e quello della dipendenza

³⁷ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, cit.*, pp. 585-589.

comportamentale. Esse inoltre confermeranno in gran parte la scelta operata dal DSM 5 di introdurre una valutazione diagnostica dimensionale basata sul grado di operatività e di pervasività del circuito disfunzionale dipendente.

I.4. Conclusioni.

In una prospettiva transdisciplinare che può effettivamente contribuire a una maggiore comprensione del fenomeno della dipendenza patologica, ricordiamo che la psichiatria e la psicologia sono scienze relativamente giovani, che hanno ottenuto l'autonomia scientifica quasi in contemporanea dalle discipline da cui emanano, rispettivamente la neurologia e la filosofia, e che entrambe trovano la propria origine e principale sviluppo in Europa e negli Stati Uniti. Come a dire che, in Occidente, la psichiatria e la psicologia, due sistemi esplicativi e nosografici delle patologie della mente umana, avrebbero dovuto svolgere sin dall'inizio una funzione sostanzialmente complementare nella prassi diagnostica e clinica. Perché, così come la loro divisione disciplinare ricalca la distinzione tra mente e corpo, tra psiche e soma, tra spirito e materia che è intrinsecamente parte della storia del nostro pensiero, la loro nascita nella stessa fase storica tradisce la reale necessità di riunire e reintegrare la visione dell'essere umano come unico e indivisibile³⁸. Questo modo di pensare la psicopatologia, nel tendere a vedere unito e integro ciò che è diviso solo per il linguaggio medico ma non nella realtà, può aiutare anche nei casi di così detta doppia diagnosi.

Se sui due piatti della bilancia poniamo l'impianto teorico, diagnostico e terapeutico, da una parte della psichiatria e dall'altra della psicologia, la novità sta nell'ago, rappresentato in questa metafora dalla tecnologia di mappatura per immagini *in vivo* del cervello umano. Le neuroscienze che si sono sviluppate dalla fine del secolo scorso e che nell'ultimo decennio stanno fornendo dati di estrema importanza sia per

³⁸ Un essere umano non solo, ma che è peraltro immerso in una rete relazionale imprescindibile, secondo l'approccio biopsicosociale.

le terapie farmacologiche sia per la psicoterapia, danno evidenza scientifica dei processi implicati nell'assunzione di droghe e gradualmente spostano l'attenzione dai criteri sintomatologici alle alterazioni delle funzionalità cerebrali coinvolte nei quadri psicopatologici di dipendenza, e le similitudini con altri disturbi³⁹.

Ci auguriamo che iniziando a recepire le scoperte neuroscientifiche, la psichiatria e la farmacoterapia, in virtù del loro vasto impiego nell'assistenza pubblica alle persone che manifestano patologie di tipo dipendente, possano trovare il modo di integrare, accanto alle terapie agoniste e antagoniste nei confronti della droga d'abuso, anche l'impiego di nuove terapie, magari coadiuvate da sostanze psichedeliche ed enteogene, per guarire dalle dipendenze.

³⁹ Serpelloni, Giovanni, *Neuroscienze e dipendenze: una nuova opportunità di innovazione per i Dipartimenti delle Dipendenze*, in Serpelloni, Giovanni; Bricolo, Francesco; Mozzoni, Marco, *Elementi di neuroscienze e dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze*, Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20, VERONA, 2008, p. 21.

SECONDO CAPITOLO

EZIOLOGIA DELLA DIPENDENZA PATOLOGICA

L'eziologia della dipendenza patologica è multifattoriale, cioè è il frutto dell'interazione della dimensione neurobiologica, psicologica e socio-ambientale. Ciò vale anche per tutti quei comportamenti che provochino dipendenza patologica, non solo le sostanze. Le cause dello sviluppo patologico di una dipendenza non sono del tutto chiare però certamente ciò avviene per l'incontro con la sostanza o con l'oggetto della dipendenza e il comportamento in relazione ad essi. Ci sono quindi dei fattori che attengono all'ambiente, alla disponibilità della droga – o di internet, di giochi d'azzardo, di cibo, etc. – e alla cultura più o meno propensa ad accettarla, e un insieme di concausalità che rendono la persona che vi è esposta vulnerabile di sviluppare un rapporto patologico con l'oggetto. In aggiunta a questi elementi, ci sono da annoverare anche *“le caratteristiche farmacologiche della sostanza che può essere più o meno legante”*¹. Questo è vero per quanto riguarda le dipendenze correlate a sostanze, anche se abbiamo visto che non è la sostanza in sé a provocare la relazione patologica con essa, bensì l'interazione tra questa e le caratteristiche individuali².

La multifattorialità implica una lettura complessificata del fenomeno. I fattori congeniti, temperamentali, neurobiologici possono predisporre a un certo modo di vivere la relazione con il mondo ma sono le esperienze con l'ambiente e di vita nel periodo dello sviluppo che

¹ http://www.dronet.org/biblioteca/vul_pdf/01modellistica.pdf, Serpelloni, Giovanni; Gerra, Gilberto; Zaimovic, Amir; Bertani, Maria Elena e Gruppo di Lavoro sulla Vulnerabilità, *Modellistica interpretativa della “vulnerabilità all'addiction”*, pp. 4-5.

² Manna, Vincenzo; Salvatore, Ruggiero, *Dipendenze patologiche da sostanze: comorbidità psichiatrica o continuum psicopatologico?*, Rivista di psichiatria, 2001, 36 (1), pp. 1-13.

possono rafforzare o ridurre l'impatto dell'incontro con un certo tipo di sostanza. L'assunzione di una droga o lo sviluppo di un certo comportamento, pur trovando un terreno più o meno fertile per diventare patologiche, inducono a loro volta delle modifiche neurali, psichiche, cognitive e comportamentali, che a seconda dell'ambiente e della storia di vita del paziente, possono contribuire a dare manifestazione ai tratti congeniti e influenzarne l'esito disfunzionale della relazione.

L'eziologia multifattoriale ha un grande impatto sul trattamento del comportamento dipendente patologico. Degli aspetti legati alla neurobiologia ci occuperemo nel successivo paragrafo dedicato alle scoperte neuroscientifiche sia per quanto riguarda le vulnerabilità sia per ciò che attiene ai circuiti cerebrali sollecitati dall'incontro con l'oggetto della dipendenza. Qui invece daremo spazio ai modelli eziopatologici sviluppati da diversi orientamenti psicoterapeutici, principalmente psicodinamica e cognitivo-comportamentale. Ognuno di essi è in grado di sottolineare alcuni aspetti particolari che incidono sul processo che accentua le probabilità di sviluppare una dipendenza patologica, così come di fornire strumenti terapeutici efficaci. Più che considerarli approcci validi in via esclusiva, sarebbe utile accoglierli come sistemi esplicativi in grado di aumentare la complessità e la profondità della lettura della dipendenza, e a seconda della storia e delle peculiarità individuali di fornire un più attinente e più adeguato intervento terapeutico alla persona che presenta una patologia dipendente.

II.1. L'orientamento cognitivo-comportamentale.

Il motivo per il quale l'orientamento cognitivo-comportamentale è presentato per primo è riconducibile al fatto che nell'ambito dell'odierno sistema pubblico, ma anche privato, incaricato di curare dalle dipendenze questo ottiene un'amplia diffusione. In particolare, numerosi studi danno evidenza che esso è un valido supporto per prevenire le ricadute nella dipendenza. Operando sia sul piano cognitivo sia su quello comportamentale, esso è caratterizzato, rispetto a una terapia di tipo psicoanalitico, da una relativa rapidità d'efficacia e di conseguenza anche da un'economicità che lo rende l'intervento terapeutico, spesso il solo utilizzato, a sostegno della terapia farmacologica o residenziale³.

Coerentemente con il proprio impianto teorico originario, l'approccio comportamentista vede la dipendenza come un comportamento appreso che è consolidato dal condizionamento in risposta a determinati stimoli ambientali. Ne consegue che la terapia vada ad operare sul rimodellamento del comportamento modificando il tipo di condizionamento, attraverso l'immissione un altro stimolo di rinforzo⁴.

Negli anni Settanta del secolo scorso, il comportamentismo rigido subisce le influenze del cognitivismo che sposta l'attenzione prevalentemente dagli stimoli ambientali ai processi cognitivi. Il sistema di credenze e gli schemi cognitivi organizzano la percezione e strutturano la personalità individuale, in maniera funzionale o disfunzionale rispetto alla necessità di adattarsi all'ambiente⁵.

³ Dutra, Lissa; Stathopoulou, Georgia; Basden, Shawnee L.; Leyro, Teresa M.; Powers, Mark B. et al., *A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. A Randomized Clinical Trial*, American Journal of Psychiatry, n. 165, 2008, pp. 179-187.

⁴ Ainsworth Salter, Mary D., *Object Relations, Dependency, and Attachment: A Theoretical Review of the Infant-Mother Relationship*, Child Development, No. 40, 1969, pp. 12-25.

⁵ Giusti, Edoardo; Maglioni, Mara, *Terapia delle dipendenze. Il percorso verso l'autonomia e l'interdipendenza*, Sovera Edizioni, Roma, 2016, pp. 24-26.

Il modello cognitivista di prevenzione delle ricadute, in corso di trattamento contro le dipendenze, va a valutare i possibili fattori rischio a livello interpersonale, ambientale, psicologico e fisiologico. Una volta identificate le situazioni che potrebbero aumentare il rischio di una risposta disadattiva che ricondurrebbe al consumo della sostanza, l'intervento si fonda sullo stimolo delle risorse adattative della persona, offrendo delle tecniche per fronteggiare lo stress sia sul piano della cognizione sia sul piano del comportamento, e sostenendo il percorso di astinenza⁶.

Secondo questo approccio inoltre la componente comportamentale basata sul condizionamento operante svolge un ruolo fondamentale nel mantenimento della dipendenza. Lo stimolo del sistema di ricompensa attraverso il rinforzo positivo e la rimozione degli stimoli negativi, cioè il rinforzo negativo, possono essere osservati, non giudicati e accettati, senza procedere all'azione o alla reazione. Marlatt ha aperto così la terza frontiera della terapia cognitivo-comportamentale includendo nell'insieme di strategie proposte per scongiurare le ricadute la meditazione Vipassana, nota con *mindfulness*. Questo tipo di allenamento conduce all'osservazione dei meccanismi di condizionamento dipendente e rafforza le capacità personali di accettazione e di tenuta⁷ a fronte di fattori stressanti⁸.

Un passaggio nodale di questo tipo di approccio alla dipendenza è la considerazione del *craving* come di un meccanismo cognitivo e non come una risposta fisiologica alla sostanza. Il *craving* è visto come una risposta a stimoli ambientali, all'astinenza, a situazioni stressanti, ad aspettative di disponibilità della sostanza. La ristrutturazione delle

⁶ Witkiewitz, Katie; Marlatt, G. Alan; Walker, Denise, *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders*, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, Vol. 19, No. 3, 2005, pp. 211-214.

⁷ La *mindfulness*, nel richiamare la calma e allontanare lo stress, da forse tempo alla corteccia prefrontale di attivarsi propriamente e non solo di reagire agli impulsi limbici (o inconsci)?

⁸ *Ibidem*, pp. 214-216.

esperienze di *craving* aiutano a rafforzare l'autoefficacia e le risposte adattive ai richiami alla droga, aumentando la dimensione motivazionale al cambiamento e al mantenimento dell'astinenza. In questo senso la *mindfulness* come metodo di osservazione e quindi di spostamento dell'attenzione e movimento di accettazione senza azione, non solo aumenta la consapevolezza circa i meccanismi afferenti al desiderio smodato, e dunque di rallentarne il processo di attivazione, ma inducendo uno stato di benessere e di rilassamento, offre un rinforzo positivo contribuendo a rendere la meditazione stessa una risposta sostitutiva al comportamento dipendente⁹. Questo effetto è spiegato dalle teorie neuroscientifiche sulle dipendenze, come vedremo nel terzo capitolo.

Basate sugli stessi assunti riguardanti il comportamento appreso di dipendenza e le esperienze di *craving*, anche l'ipnoterapia, per esempio applicata ai casi di tabagismo, opera in uno stato modificato di coscienza come una procedura di rieducazione delle strutture profonde e di riapprendimento lavorando sui nessi mente-corpo e stimolando i processi di consapevolezza all'attivazione del *craving* nello stato di coscienza. Gli studi in questo campo sono ancora limitati e non forniscono dati sufficienti per una trattazione più approfondita¹⁰.

L'aspetto interessante di questo tipo di approcci terapeutici alla cura delle dipendenze è dato dalla conferma che stanno trovando anche dal punto di vista neurobiologico. Le neuroscienze in questo senso sono ora in grado di sollecitare l'applicazione delle tecniche cognitivo-comportamentali o ipnotiche a seconda dei casi individuali più adeguati a un certo tipo di trattamento, soprattutto qualora non fosse il caso, per la presenza di comorbilità avverse, di proporre una terapia psicodinamica ristrutturante di lungo periodo.

⁹ *Ibidem*, pp. 216-224.

¹⁰ Tarantino, Francesco, *La psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo. Un nuovo approccio*, Tabaccologia, no. 2, 2017, pp. 13-27.

II.2. Il modello psicoanalitico psicodinamico

Sin dagli albori, la psicoanalisi si occupa di dipendenza¹¹. Le diverse teorie psicodinamiche riconoscono che il cucciolo dell'uomo alla nascita dipende fisiologicamente per la sua sopravvivenza dal nutrimento e dalle cure che gli sono fornite normalmente dalla madre. Tutte, secondo la propria visione sulla natura e origine della dipendenza, adducono a disfunzioni o ad eventi stressanti intercorsi nella relazione di dipendenza o di attaccamento alla madre il mancato accesso in modo pieno alla normale indipendenza, o meglio interdipendenza, che dovrebbe caratterizzare la vita dell'adulto. Questo insuccesso evolutivo porta il bambino ad adottare dei comportamenti compensativi, nel tentativo di reintegrare la componente mancante del bisogno di nutrimento, di accoglienza e di sicurezza tipico delle precoci fasi dello sviluppo psicofisico, che nella fase adulta, sotto l'influenza degli eventi di vita, nei casi più gravi possono portare a dipendenza patologica.

Non è possibile in questa sede affrontare in modo approfondito l'evoluzione del pensiero psicodinamico in relazione al tema della dipendenza. Si vuole però fornire le basi concettuali che conducono alla più recente formulazione della dipendenza patologica come qualsiasi comportamento, non solo correlato a sostanze, in grado di offrire piacere o sollievo temporanei da una sofferenza emotiva di origine traumatica, dovuta a una mancata integrazione di eventi stressanti nella fase dello sviluppo del bambino, che tenta di risolvere il problema, senza essere il problema stesso, che non sia possibile smettere e che sul lungo periodo riverberi conseguenze negative.

¹¹ In via aneddotica, lo stesso Freud scrive uno dei suoi primi saggi, poi rinnegato, sulla sua esperienza con la cocaina, dal titolo *Über Coca* del 1885. Egli inoltre, forse è il caso di ricordare, era un assiduo fumatore di sigari e non interruppe la sua dipendenza da tabacco neanche quando questo gli provocò il cancro alla mandibola, causa finale della sua morte nel 1939.

Nell'esposizione della teoria sullo sviluppo libidico-affettivo dell'apparato psichico, Freud individua la fase orale, caratterizzata da una concentrazione delle pulsioni alla bocca nel periodo tra la nascita e i diciotto mesi circa, durante la quale il primo oggetto d'amore del bambino è il seno materno, poiché gli fornisce nutrimento e soddisfa le sue pulsioni orali. Definisce questa prima forma di amore come il prototipo che guiderà tutte le future relazioni d'amore nell'adulto. Questa fase è considerata inizialmente anoggettuale, simbiotica e assolutamente necessaria allo sviluppo di un sano senso di autostima, sicurezza e tolleranza ai limiti. Il bambino non distingue la madre o il seno della madre da sé: è da questo stato di narcisismo primario che con adeguate frustrazioni il bambino arriva alla progressiva differenziazione di sé dalla madre. Per Freud, quando nell'adulto c'è la persistente necessità di protezione, di sostegno e di dipendere dagli altri, c'è una fissazione alla fase orale dello sviluppo libidico-affettivo¹².

Queste intuizioni di Freud mettono per la prima volta l'attenzione sull'importanza della relazione tra madre e bambino nelle prime fasi dello sviluppo e sulle possibili correlazioni tra una fissazione orale e la presenza di tratti dipendenti nell'età adulta¹³. Allo stesso tempo apre alle riflessioni sulla psicologia del sé e a cascata sul tema della dipendenza si occuperanno l'approccio teorico sistemico-relazionale, psicosociale¹⁴, gestaltico, umanistico-esistenziale¹⁵ e bio-corporeo¹⁶.

¹² Mangini, Enrico, *Lezioni sul pensiero freudiano e sue iniziali diramazioni*, LED, Milano, 2011, cap. 12.

¹³ *Ibidem*, pp. 16-17.

¹⁴ Erik Erikson individua nella fase fiducia-sfiducia il nodo legato all'insorgere di patologie dipendenti per la mancata integrazione della relazione madre-figlio nel costruire la fiducia di base di cui necessità il piccolo, in Giusti, op. cit., pp. 17-19.

¹⁵ Dell'approccio centrato sulla persona di Rogers, risultano particolarmente utili a fini terapeutici l'instaurazione di una solida alleanza terapeutica fondata sull'empatia e il favorire il processo di individuazione e di autorealizzazione, e così facendo evitare di colludere con le dinamiche transferali e patologiche della dipendenza, Rogers, Carl R.; Kinget, Marian, *Psicoterapia e relazioni umane*, Boringhieri, Torino, 1970.

¹⁶ Nell'unità tra struttura psichica e struttura corporea, Reich prima e poi Lowen hanno elaborato dei sistemi di analisi del carattere e un insieme di esercizi bio-energetici che lavorano sull'oralità e dunque sull'apparato che coinvolge bocca, lingua, deglutizione, Reich, Wilhelm, *Analisi del*

Sulla strada aperta da Klein alla psicologia delle relazioni oggettuali¹⁷, Winnicott radica l'integrazione riuscita dell'Io del bambino alla reale interazione di cura della madre nei suoi confronti. In parallelo con il periodo che Ferenczi denomina di onnipotenza magico-allucinatoria, la madre-ambiente gratifica i bisogni psichici e fisici del bambino ed egli esperisce l'onnipotenza attraverso il rispecchiamento che la madre gli fornisce in risposta ai suoi impulsi¹⁸. Man mano che il bambino cresce, tra i sei mesi e i due anni, il graduale fallimento dell'adattamento materno consente la progressiva separazione e differenziazione da lei. La madre sufficientemente buona è colei che istintivamente assolve alle funzioni di rispecchiamento, di contenimento, di manipolazione e di presentazione dell'oggetto e che progressivamente frustra o disillude l'onnipotenza del bambino e gradualmente introduce il principio di realtà, in modo che il figlio acceda dapprima a un'area transizionale e infine all'indipendenza¹⁹.

Il fallimento di questo compito per trascuratezza, per mancata risposta empatica e coerente o per malessere della stessa madre provoca l'emersione di un falso Sé del bambino che si adatta e compiace la madre per evitare che il suo vero Sé ne venga sfruttato o annientato. A seconda del grado di questo fallimento si possono manifestare evoluzioni psichiche patologiche più o meno gravi, con un punto in comune: il bambino perdendo prematuramente l'illusione onnipotente e mancando l'integrazione dell'Io si sintonizza sulle richieste della madre, perde reattivamente il contatto con i suoi bisogni spontanei e non sviluppa un pieno senso d'autostima²⁰.

carattere, Sugarco Edizioni, Varese, 1973; Lowen, Alexander, *Bioenergetica*, Feltrinelli Editore, Milano, 2012.

¹⁷ Klein, Melanie, *Invidia e gratitudine*, Giunti Editore, Firenze, 2012.

¹⁸ Bonomi, Carlo, a cura di, *Sandor Ferenczi e la psicoanalisi contemporanea*, Edizioni Borla, Roma, 2006, pp. 110-121.

¹⁹ Giusti, op. cit., pp. 20-21.

²⁰ Winnicott, Donald, *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Armando Editore, Roma, 2002, pp. 157-172.

Introducendo una chiave interpretativa etologica, Bowlby innesca un importante aggiornamento nella teoria psicoanalitica relazionale con l'elaborazione della teoria dell'attaccamento:

“an infant's attachment to his mother originates in a number of species-characteristic behavior systems, relatively independent of each other at first, which emerge at different times, become organized toward the mother as the chief object, and serve to bind child to mother and mother to child.”²¹”

Il modello proposto da Bowlby e da Ainsworth individua quattro possibili esiti di attaccamento del bambino alla madre, o al principale *caregiver*, dai quali discendono altrettante possibili configurazioni caratteriali nell'età adulta.

“Nell'ottica della comprensione delle dinamiche che determinano le traiettorie di sviluppo di un soggetto a partire dalla prima infanzia, riteniamo che l'ambiente nel quale questo viene allevato, e che viene caratterizzato anche dalla qualità delle relazioni con i caregiver principali, oltre a determinarne lo stile di attaccamento si configura anche come contesto all'interno del quale le diverse esperienze di vita assumeranno significati particolari, proprio in relazione alle caratteristiche dello specifico individuo, del suo ambiente di sviluppo e delle relazioni che all'interno di questo si realizzano. In questo senso uno “stile di attaccamento” configura, in senso

²¹ Ainsworth, cit., p. 27.

ampio, più una modalità di attribuzione di significato dell'esperienza, mediata dai particolari modelli operativi interni interiorizzati, che uno specifico modo di relazionarsi tra il bambino e il suo caregiver.²²”

Persone che hanno strutturato stili di attaccamento insicuri sono più propensi a sviluppare alterazioni disfunzionali del Sé e problemi di autostima, e ciò di base favorisce l'insorgere di patologie dipendenti in età adulta. Un assunto di Bowlby risulta particolarmente interessante ai nostri fini ed è quello secondo cui non c'è antinomia tra dipendenza e indipendenza, ma che uno sviluppo sano della persona porta a riconoscere e tollerare l'interdipendenza relazionale, e ciò viene vissuto e appreso per l'appunto proprio all'interno della relazione primaria²³.

Secondo la psicologia del Sé e il lavoro di Kohut, se il bambino non incontra genitori empatici e fa esperienza di inaffidabilità delle cure, non sviluppa una personalità sana perché non gli è permesso l'evoluzione naturale della grandiosità narcisistica e delle relazioni narcisistiche. Ciò gli procura una frammentazione del Sé e un'autostima fragile, che cerca di compensare per mascherare il vuoto interno, fino a dimostrare disturbi narcisistici del comportamento come la tossicodipendenza²⁴.

Anche la terapia Gestalt ci offre buoni spunti di riflessione sulla dipendenza, soprattutto nel sottolineare l'aspetto autistico e narcisistico della relazione dipendente, Io-Esso, rispetto alla creatività e all'incontro con l'altro frutto della consapevole esistenza della rete di interdipendenza della relazione Io-Tu. La dipendenza si discosta anche dai termini di Qui e Ora, poiché senza cogliere le opportunità relazionali creative e vive del

²² Ciulla, Stefano; Caretti, Vincenzo, *Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza*, Psichiatria e psicoterapia, 21 (2), 2012, p. 103.

²³ Ainsworth, op. cit., pp. 30-43.

²⁴

momento, il dipendente riproduce la modalità carenziale di contatto con il mondo cercando nell'altro non intimità ma senso di sicurezza²⁵.

Da un punto di vista sistemico-relazionale, poi, dando sostanziale importanza alle cure parentali o agli stili di accudimento, e quindi all'ambiente relazionale dentro il quale nasce e si sviluppa nelle prime fasi la psiche del bambino, si può trovare con tutta probabilità, nell'ottica della trasmissione trigerazionale, che la dipendenza intesa come un bisogno di attaccamento non soddisfatto appartiene anche ai genitori che a loro volta non sono stati sufficientemente accuditi dai loro *caregiver*²⁶.

²⁵ *Ibidem*, pp. 29-30.

²⁶ Giusti, op. cit., pp. 26-28.

II.3. Trauma, disregolazione affettiva e dipendenza.

Numerosi studi scientifici internazionali suggeriscono una correlazione tra l'esposizione a un trauma in età infantile e lo sviluppo di psicopatologie nell'età adulta, molte delle quali comprendono dipendenze patologiche²⁷. In particolare, il trauma sembra avere l'effetto di alterare l'equilibrio psichico infantile²⁸ e la capacità di riconoscimento e regolazione delle emozioni. Il deficit della regolazione degli affetti sembra essere uno dei meccanismi fondamentali che accumulano le dipendenze correlate a sostanze così come tutti quei comportamenti e oggetti che assumono la valenza di *addiction*.

“Da questa prospettiva, i comportamenti additivi sembrano tutti rappresentare un tentativo disfunzionale di fronteggiare l'emergere incontrollato di vissuti traumatici infantili che il soggetto contrasta ritirandosi in stati mentali dissociati dal resto della coscienza ordinaria, per mezzo di un oggetto-droga.”²⁹

Dagli elementi raccolti nel paragrafo precedente è possibile ricostruire il discorso partendo dalla teoria dell'attaccamento di Bowlby.

Poiché il bambino non nasce equipaggiato dello strumentario né fisico né psicologico necessario per affrontare il mondo, egli dipende dal *caregiver*. La figura di accudimento principale ha quindi la funzione di prendersi cura di lui e, entrando in connessione empatica con il bambino,

²⁷ <https://iris.unipa.it/bitstream/10447/77013/1/Trauma%20e%20Addiction.doc>; Di Carlo, Giovanbattista; Caretti, Vincenzo, *Il ruolo del trauma nell'addiction*.

²⁸ Si veda Ferenczi, in Bonomi, Carlo, a cura di, *Sandor Ferenczi e la psicoanalisi contemporanea*, Edizioni Borla, Roma, 2006.

²⁹ <https://iris.unipa.it/bitstream/10447/77013/1/Trauma%20e%20Addiction.doc>; Di Carlo, Giovanbattista; Caretti, Vincenzo, *Il ruolo del trauma nell'addiction*.

di dare senso ai propri stati emotivi. Perché il bambino possa apprendere, per progressivamente gestire autonomamente i propri stati affettivi, egli deve essere in una condizione di quiete e trovare la risposta della madre. La funzione regolativa delle emozioni da parte della madre, consente al bambino di ritornare a uno stato di quiete e di organizzazione mentale che gli consentono il processo di mentalizzazione delle intenzioni e degli stati affettivi propri e altrui³⁰.

Quando il bambino non trova una empatica e responsiva sintonia, in grado di regolarne gli stati affettivi, e sufficienti cure da parte del *caregiver*, non è in grado di strutturare un senso di sicurezza, di continuità e d'integrazione del Sé. Per tornare allo stato di quiete necessariamente il bambino ricerca altre fonti esterne di grado di regolare la sua affettività, che però non aiutano la mentalizzazione ma coprono il vuoto creato dal mancato apprendimento ad autoregolarsi, cioè ad essere indipendente, e fa ricorso a strategie dissociative per allontanare dalla coscienza stimoli interni o esterni suscettibili di attivare stati mentali non comprensibili e non integrabili, autonomamente³¹.

Se interviene un trauma, le possibilità di integrarlo e di non sviluppare una condizione psicopatologica ha come fattori protettivi la capacità di mentalizzare e regolare i propri stati affettivi. Ma se il trauma avviene in età precoce, quando il bambino strutturalmente non è in grado di affrontarlo e il genitore fallisce il contatto con il bambino, egli apprende a fare ricorso a stati dissociati per tornare allo stato di quiete. Il fatto che il *caregiver* manchi il contatto empatico con il bambino in questa fase è un trauma di per sé, e ciò spesso è indice che la madre stessa abbia avuto un attaccamento di tipo insicuro o disorganizzato, motivo per il quale essa non è in relazione o non si accorge dei bisogni o degli stati del bambino.

³⁰ Similmente alla funzione alfa e alla *rêverie* materna di Bion.

³¹ Ciulla; Caretti, op. cit., pp. 103-105.

Il ricorso continuo alla dissociazione la rende un meccanismo strutturale alla personalità e la mancata abilità a mentalizzare chiude il mondo intorno al dipendente e lo impoverisce nelle relazioni. Questa povertà relazionale è dovuta allo scarso scambio empatico, poiché l'altro o non è visto, perché tutta l'attenzione è presa dal controllo dei possibili segnali d'allerta della gestione psichica dovuta alla mancanza di comprensione degli stati affettivi propri e altrui, o è visto come sostegno esterno al mantenimento dell'equilibrio psico-emotivo e dunque come persona da cui dipendere.

“L'impovertimento che avviene a seguito del ricorso patologico alla dissociazione causa un deficit nelle capacità di mentalizzazione e di regolazione autonoma degli affetti, lasciando così il soggetto nell'impossibilità di cogliere fino in fondo le intenzionalità delle persone con cui si relaziona (una caratteristica che può facilmente sfociare in un tratto paranoico) e nella necessità di trovare un regolatore esterno dei propri stati affettivi e dei propri impulsi; la soluzione di solito trovata dal soggetto per questa seconda necessità porta facilmente all'instaurarsi di una dipendenza patologica.”³²

La dissociazione da adulti può essere aiutata, ricercata e riprodotta con quei comportamenti che danno un sollievo momentaneo a uno stato emotivo di difficile gestione psichica, ritrovando quello stato di quiete che altrimenti non si ha l'autonomia di procurarsi. Il ricorso a una sostanza, un

³² <https://iris.unipa.it/bitstream/10447/77013/1/Trauma%20e%20Addiction.doc>; Di Carlo, Giovanbattista; Caretti, Vincenzo, *Il ruolo del trauma nell'addiction*.

oggetto o un comportamento è letto nell'ottica della automedicazione, della dipendenza come rifugio mentale³³.

In relazione a quanto fin qui esposto tra la connessione tra trauma e dipendenza e in regione dell'argomento di questa tesi sugli approcci tradizionali alla cura delle dipendenze, Gabor Maté³⁴, uno psichiatra ungherese naturalizzato canadese, lavora a Vancouver in una comunità pubblica di tossicodipendenti e ci offre importanti spunti di riflessione. Egli adduce l'origine della dipendenza alla mancanza di contatto con sé stessi, dovuta a una società narcisistica e all'intervento in età infantile di un trauma non elaborato, che induce a cercare sostegno e supporto al di fuori di sé. In questo senso Maté descrive la dipendenza come qualunque comportamento, che da momentaneo sollievo a un disagio, che viene protratto nonostante la consapevolezza delle conseguenze negative che esso comporta. La personalità di chi è dipendente prova un senso di vuoto, un disagio incipiente e manca della capacità di capire e di regolare sé stesso senza far ricorso a una fonte esterna di sollievo. Ci sono sostanze, aggiunge Maté, che offrono sollievo dal dolore, senso di piacere e di ricompensa e anche un senso di connessione umana ed empatica. Se la persona non l'ha mai avuto tutto ciò da altre risorse nel momento in cui ne avrebbe avuto bisogno, il ricorso alla sostanza fa sentire normale e di vivere per la prima volta nella vita. Poiché i circuiti cerebrali coinvolti e attivati dalla droga forniscono quell'essenziale senso di quiete, di vita e di contatto umano, ciò aumenta la difficoltà di smettere di drogarsi. In questo senso, Maté ritiene che solo la profonda comprensione empatica del dramma della persona dipendente possa aprire le possibilità di guarigione³⁵.

³³ Ciulla; Caretti, op. cit., pp. 105-106.

³⁴ <https://drgabormate.com/blog/>

³⁵ Maté, Gabor, *Addiction: Childhood Trauma, Stress and the Biology of Addiction*, Journal of Restorative Medicine, 2012 (1), pp. 56-63.

Secondo il suo parere e la sua esperienza, un approccio medico alle dipendenze è particolarmente inefficace perché opera sugli effetti chimici o comportamentali indotti dalla sostanza e non sul contesto e sul senso della vita che essa assume per chi non ha trovato altre fonti di sollievo a parte la droga. Maté nella sua pratica personale e clinica ha fatto ricorso all'ayahuasca. La pianta, dice, permette di prendere consapevolezza del bagaglio psicologico della persona sin dall'infanzia. L'ayahuasca fa vedere che questo fardello fa intimamente parte della nostra vita e prendendone coscienza, tutto il dolore, il trauma, i significati e le costruzioni mentali che sono stati creati per allontanarlo e cancellarlo, possono essere affrontati e messi da parte, per vivere il presente nel qui e ora. Un altro effetto dell'ayahuasca è quello di mostrare tutto il potenziale umano ed empatico di cui la persona è dotata, che è stato atrofizzato a causa delle esperienze traumatiche e della dipendenza, dando un pieno senso di sé. Questo spiraglio di consapevolezza, di pienezza, di gioia connessa all'amore che l'esperienza con l'ayahuasca offre, dà la forza di curarsi e, dopo una vita costellata di fallimenti di comprensione e di adattamento al mondo che hanno richiesto il sostegno di fonti esterne per sopravvivere, per la prima volta dà un senso di vittoria e di possibilità evolutiva³⁶.

Nel prossimo capitolo dedicato alle neuroscienze, avremo modo di verificare l'impatto sui circuiti cerebrali delle sostanze e dei comportamenti dipendenti, dei traumi infantili e, in quello successivo sulle tradizioni mediche altre, degli effetti che si possono riscontrare, anche a livello neurobiologico, in relazione all'uso di piante coadiuvanti o predisponenti l'interruzione della dipendenza.

³⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=07nOScAHnXI> In the Realm of Hungry Ghosts - Dr. Gabor Maté.

II.4. Conclusioni.

Le teorie psicologiche sull'eziopatogenesi della dipendenza trovano un'ampia conferma negli studi sulle vulnerabilità riscontrate dalle neuroscienze nel corso delle prime fasi dello sviluppo e nell'adolescenza. La corrispondenza nella considerazione dell'importanza degli effetti sul cervello e sulla psiche dei traumi precoci, dovuti oltre che ai casi di abuso psicologico, fisico o sessuale, alla carenza di cure materne, di empatia e dunque della facoltà regolatrice del *caregiver* nei confronti del bambino, fa riflettere.

Infatti, visto l'aumento considerevole delle patologie legate alle dipendenze da sostanze e comportamentali soprattutto nel mondo occidentale ed occidentalizzato, viene da domandarsi se non vi sia stato un cambiamento netto e progressivo nel corso dell'ultimo secolo, o più, nella relazione madre-bambino. Lo smembramento del tessuto sociale che normalmente, nella storia umana, ha sostenuto le famiglie e anche le giovani madri, dovuto all'avvento del sistema produttivo liberal-capitalista, può essere annoverato tra le concause di questa epidemia. Unito a ciò, la tendenza a medicalizzare la gravidanza e il parto, così come l'orientamento che per anni ha favorito l'allattamento artificiale a quello naturale al seno materno, per esempio, hanno da un lato facilitato l'insorgere di disagi psicologici nella puerpera, per altro carente del sostegno delle altre donne di famiglia, e dall'altro impedire l'instaurarsi di un sano attaccamento del bambino alla madre. Poiché si suppone che madri non sufficientemente buone possano aver avuto a loro volta dei *caregiver* inadeguati, la trasmissione intergenerazionale di una modalità disfunzionale di accudire i figli potrebbe anche spiegare l'elevata incidenza delle patologie legate alla dipendenza, e alla sfera narcisistica, a netta prevalenza nel mondo occidentalizzato.

Inoltre, il trattamento delle dipendenze non può prescindere dalle valutazioni circa l'origine della patologia stessa se si vuole davvero curare e non solo contenere una malattia che viene definita cronica e recidivante secondo il paradigma psichiatrico. Come sembrano dimostrare le terapie che includono l'uso di sostanze psichedeliche, depurative e di enteogeni nei rituali tradizionali, il percorso di cura dalle dipendenze è possibile andando a rintracciare nella propria storia personale quegli eventi traumatici non integrati nella personalità che hanno favorito il legame disfunzionale con l'oggetto-droga e l'insorgere della patologia dipendente. Questi rituali e queste sostanze inducono di fatto un'evoluzione personale e spirituale che reintegra la persona e le permette di attingere a risorse e comportamenti più funzionali alla realizzazione della propria vita, superando la fase dipendente.

TERZO CAPITOLO

I CIRCUITI NEUROANATOMOBIOLOGICI DELLA DIPENDENZA

Le neuroscienze sono una materia estremamente affascinante. Ci danno la possibilità di osservare il funzionamento del cervello umano, l'organo simbolo della massima evoluzione delle specie viventi. La scienza illustra un complessissimo sistema interconnesso, estremamente dettagliato e funzionale, basato sul principio omeostatico, in continua interazione con tutto ciò che gli sta attorno, che guida il nostro pensare, il nostro sentire e il nostro agire.

Perché questa fascinazione non abbagli ma illumini, ricordiamoci che il percorso di conoscenza scientifica evolve secondo gli strumenti di cui dispone per studiare la realtà e che ci sono sempre nuove scoperte che potrebbero cambiare radicalmente la nostra visione del mondo e delle quali oggi si ignora l'esistenza. In questo momento, appunto, le neuroscienze stanno cambiando la visione dell'essere umano in un modo inimmaginabile solo pochi decenni fa. Esse osservano il cervello, quali aree sono imputate a una certa funzione e quali zone sono interconnesse nell'espressione di comportamenti complessi, le azioni neurochimiche e l'evoluzione anatomica cerebrale nel corso dello sviluppo. Accanto allo studio del funzionamento normale del cervello si affianca quello del suo stato alterato, che sia da una patologia o da una sostanza, aumentando la conoscenza dell'attività e della reattività adattativa dell'encefalo. In quest'ottica, le neuroscienze hanno prestato molta attenzione allo studio delle dipendenze, e in questa fase si stanno aprendo alla ricerca sugli effetti terapeutici delle sostanze psichedeliche come l'ayahuasca e l'ibogaina, nella cura dalle dipendenze.

Grazie alla enorme mole di studi scientifici, le neuroscienze arrivano a dare una specificità neuroanatomobiologica che induce a proporre teorie molto articolate sul funzionamento cerebrale in presenza di una dipendenza patologica, anche se gli stessi neuroscienziati sono i primi a chiarire che parti dell'intero processo sfuggono ancora alla loro comprensione¹.

Le scoperte neuroscientifiche hanno numerosi risvolti e per questo anche differenti interlocutori. Le conoscenze circa l'evoluzione nel corso dello sviluppo e la plasticità cerebrale offrono strumenti di intervento e d'azione a terapeuti, a educatori, a insegnanti e in generale anche ai genitori. Inoltre, per le possibilità terapeutiche di cui sono portatrici queste scoperte, nell'ambito della prevenzione e del trattamento delle dipendenze, le neuroscienze sollevano un'importante questione etica e politica. Dalle ricerche sui fattori neurogenetici fino alla tutela dei diritti fondamentali del dipendente, le neuroscienze si riconoscono un'enorme responsabilità nella diffusione e nella divulgazione delle proprie conoscenze, di cui devono evidenziare i limiti e prevenire le possibili strumentalizzazioni deterministiche².

In questo capitolo, illustreremo dapprima i circuiti neuroanatomici coinvolti nella dipendenza, che riguardano principalmente il sistema limbico e la corteccia prefrontale. In seguito, il sistema neurobiologico implicato nell'attivazione e nell'inibizione di queste zone che vede come protagonista la dopamina. Infine, il contributo delle conoscenze sulla funzionalità cerebrale nell'età evolutiva sembra chiarire

¹ Carter, Adrian; Hall, Wayne; Nutt, David, *La neurobiologia della dipendenza*, in Serpelloni, Giovanni; Bricolo, Francesco; Mozzoni, Marco, *Elementi di neuroscienze e dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze*, Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20, Verona, 2° edizione, 2010, p. 105.

² Hall, Wayne; Carter, Lucy; Morley, Katherine I., *La ricerca delle neuroscienze sulle dipendenze: un prospetto per una futura analisi etica e politica*, in Serpelloni, op. cit., pp. 227-236.

gli aspetti di vulnerabilità allo sviluppo di una relazione dipendente patologica all'incontro con le sostanze. Per una trattazione esaustiva e approfondita di ognuno di questi argomenti e delle loro implicazioni si rimanda nel dettaglio alla letteratura raccolta nella bibliografia.

III.1. Circuiti limbici e corteccia frontale.

La dipendenza si esprime come un comportamento complesso che coinvolge dinamiche biochimiche, psicologiche e sociali. Per questo motivo, da un punto di vista cerebrale, la neuroanatomia e i corrispondenti sistemi neurocognitivi implicati nel comportamento dipendente sono numerosi e in continua interazione circolare tra loro.

In particolare sono coinvolti nella dipendenza il nucleo accumbens (NAcc), per quanto riguarda rinforzo e ricompensa; la corteccia orbitofrontale (OFC) e il giro del cingolo anteriore (aCG) per ciò che attiene alla compulsione, al *craving* e al controllo inibitorio; la corteccia prefrontale (PFC) per l'alterazione del controllo esecutivo e il danno cognitivo; l'amigdala, l'ippocampo e lo striato sono coinvolti nell'apprendimento, nella memoria e nella formazione delle abitudini; la corteccia dell'insula per le rappresentazioni delle pulsioni corporee; infine l'asse ipotalamico pituitario adrenale è perturbato dagli eventi stressanti e dallo stress cronico³.

A differenza di quelle che erano le ipotesi iniziali, la dipendenza non riguarda solo delle alterazioni nelle risposte al piacere e alla ricompensa mediate dal sistema limbico. Le recenti ricerche di *neuroimaging* hanno evidenziato una compromissione dell'azione inibitoria e di modulazione dello stimolo da parte della corteccia prefrontale, in tutte le fasi della tossicodipendenza, quali l'intossicazione, il desiderio ossessivo, il comportamento di ricerca e di autoassunzione della droga e l'astinenza⁴.

³ Carter, op. cit., pp. 104-105.

⁴ Bricolo, Francesco A.; Gomma, Maurizio; Bellamoli, Elisa; Serpelloni, Giovanni, *Rassegna dei modelli teorici di interpretazione della dipendenza da sostanze stupefacenti*, in Serpelloni, op. cit., pp. 28-30.

Dal punto di vista comportamentale, la caratteristica principale della dipendenza patologica è la vulnerabilità alla ricaduta dovuta al desiderio smodato dell'oggetto-droga e all'incapacità di controllarlo. Uno dei paradigmi teorici di lettura della dipendenza (la sindrome I-RISA postulata da Goldstein e Volkow nel 2002) la legge come una

“patologia dell’attribuzione di importanza a uno stimolo predittivo della disponibilità di sostanza e di come il cervello regola le scelte comportamentali in risposta agli stimoli. Quindi la fase finale della dipendenza è caratterizzata da una eccessiva importanza motivazionale verso la ricerca della sostanza.”⁵

Da un lato, dunque, è ridotta la capacità della corteccia prefrontale di fornire un controllo esecutivo sulla ricerca della sostanza, dall'altro è aumentata la sua reattività rispetto allo stimolo della sostanza. Questa sovraeccitazione della corteccia frontale si innerva nel nucleo accumbens che favorisce il carattere compulsivo del comportamento dipendente, diminuendo il valore delle gratificazioni naturali e il controllo cognitivo, che di conseguenza incrementano l'attivazione allo stimolo associato alla sostanza. La proiezione glutamatergica che connette la corteccia prefrontale e l'accumbens, definita *“locus anatomico della patologia”⁶*, è considerata responsabile della disfunzione comportamentale nella dipendenza, poiché incide sulla salienza motivazionale e sulla direzione dei comportamenti.

La regolazione prefrontale del comportamento nei soggetti dipendenti è ridotta e ciò contribuisce a ridurre la valutazione motivazionale e la capacità decisionale. Le alterazioni cognitive

⁵ *Ibidem*, p. 30.

⁶ *Ibidem*, cit., p. 31.

impediscono di riconoscere le conseguenze dell'assunzione della droga e quindi di inibirne il ricorso. Ma la corteccia prefrontale, poiché si attiva per lo stimolo associato alla sostanza, aumenta la salienza motivazionale degli stimoli legati alla droga e così incentiva il desiderio e la ricerca della sostanza.

Le aree di interconnessione tra la corteccia prefrontale e il sistema limbico, vale a dire la corteccia orbitofrontale e il giro del cingolo anteriore, sono coinvolte nel desiderio ossessivo e nell'assunzione compulsiva nonché nella perdita di controllo sull'uso della droga. Nei tossicodipendenti si osserva l'attivazione dell'OFC a confronto con stimoli relativi alla droga e a ricordi delle esperienze legate ad essa, e ciò sembra correlato al *craving* riferito soggettivamente. Anche il fatto che l'attività metabolica della corteccia orbitofrontale passi da un livello molto alto a un livello molto basso in astinenza sembra legato alla compulsione ad assumere la droga.

L'insula è collegata alla corteccia e al talamo che vi convogliano le informazioni riguardanti lo stato interno del corpo, quello emotivo e omeostatico provenienti dall'organismo. Essa è "*coinvolta nella percezione cosciente dello stato fisiologico del corpo*"⁷. Per questo, da quanto osservato sugli animali, la corteccia insulare potrebbe essere responsabile della rappresentazione degli stati interni legati alle fasi della tossicodipendenza, quali il *craving* e la sindrome d'astinenza. Questi studi, ancora alle prime fasi, potrebbero aprire nuove prospettive di analisi della relazione la introcezione e gli effetti della tossicodipendenza.

L'amigdala ha un ruolo chiave nello stabilire le associazioni apprese tra eventi rilevanti dal punto di vista motivazione e stimoli di per sé neutri. Connessa con i nuclei centrali del tronco dell'encefalo, dell'ipotalamo e i neuroni dopaminergici dell'area tegmentale ventrale,

⁷ Carter, op. cit., pp. 110-113.

essa è coinvolta nelle associazioni automatiche ed endocrine. La connessione dell'amigdala con la corteccia prefrontale e il nucleo accumbens è necessaria perché le associazioni apprese influenzino risposte comportamentali più complesse⁸.

La via mesolimbica è coinvolta nella formazione delle abitudini, includendo la funzione di apprendimento degli stimoli condizionati da parte del nucleo accumbens e dell'amigdala, delle abitudini per opera del caudato e del putamen, e infine nella memoria dichiarativa per azione dell'ippocampo. Quindi l'amigdala e l'ippocampo sono decisivi per il consolidamento dell'apprendimento legato allo stimolo dipendente e sembrano dirigere i comportamenti di ricaduta.

L'amigdala e l'ippocampo, implicati nella funzione cognitiva della memoria, attivati dagli stimoli associati alla droga e dalla conoscenza dello stimolo di rinforzo, attivano la corteccia orbitofrontale e il cingolo anteriore nell'aspettativa del rinforzo, che a loro volta portano a un aumento della sensazione del desiderio ossessivo e a una riduzione del controllo inibitorio. In questi termini, la relazione tra circuiti limbici e corticali è circolare. Proprio questa circolarità nell'interazione tra i due sistemi, che sono mossi dai circuiti dopaminergici, sembra essere responsabile del mantenimento dell'assunzione compulsiva e della dipendenza⁹.

⁸ Bricolo, op. cit., pp. 30-31.

⁹ *Ibidem*, pp. 32-33.

III.2. Sistema cortico-mesolimbico dopaminergico

La visione prevalente sulle dipendenze negli ultimi decenni attribuiva una valenza di gratificazione e di motivazione all'uso di certe sostanze in grado di stimolare il sistema cortico-mesolimbico dopaminergico. La dopamina è un neurotrasmettitore coinvolto in numerose funzioni importanti quali il controllo motorio, il funzionamento cognitivo, la valutazione della salienza, la motivazione, la memoria, l'apprendimento, l'attaccamento e la pianificazione.

Le modificazioni della via dopaminergica dovuta all'abuso di sostanze, per via dei suoi collegamenti con le aree corticali e mesolimbiche sembrano svolgere un ruolo fondamentale nel comportamento dipendente. Il dibattito sulla centralità della dopamina nella dipendenza è tutt'ora aperto, perché ancora poco si sa dell'attività degli altri neurotrasmettitori o sostanze neurochimiche che intervengono nel processo. Anche se non è totalmente chiaro come, l'abuso di sostanze sembra comunque influenzare il sistema dopaminergico¹⁰.

In base alla teoria dopaminergica, gli stimoli in grado di potere motivazionale positivo attivano uno specifico fascio di fibre dopaminergiche che originano dall'area ventrale tegmentale (VTA)¹¹ e proiettano nello striato, raggiungendo il nucleo accumbens e altre strutture della corteccia frontale. Questa azione avviene per meccanismi diretti, sui

¹⁰ Ciccocioppo, Roberto, *Elementi delle basi neurobiologiche della tossicodipendenza*, in Serpelloni, op. cit., pp. 105-106.

¹¹ "Le prime modificazioni sembrano aver luogo nell'area tegmentale ventrale [...]: una singola somministrazione di una varietà di sostanze di abuso (come cocaina, amfetamina, morfina, alcol e nicotina) aumenta la forza delle sinapsi eccitatorie sui neuroni dopaminergici, nell'VTA dei topi.", Carlson, Neil R., *Fisiologia del comportamento*, Piccin Nuova Libreria, Padova, 2014, cit., pp. 617-618.

sistemi di ricaptazione e di rilascio della dopamina, o indiretti per la stimolazione del recettore della droga sulla trasmissione dopaminergica¹².

La teoria dopaminergica si sta evolvendo grazie alle neuroscienze. Precedentemente incentrata quasi in via esclusiva sul sistema di ricompensa e gratificazione modulato dalla via dopaminergica, ora le recenti scoperte suggeriscono che il rilascio di dopamina nel nucleo accumbens sia responsabile piuttosto della valutazione della salienza e della significatività degli stimoli, indipendentemente dalla loro capacità di offrire la ricompensa.

*“Associando forti aumenti di dopamina all’assunzione di droga e agli stimoli della droga, l’apprendimento guida la motivazione all’assunzione di droghe, indipendentemente da qualsiasi piacere che il loro uso possa apportare. [...]La segnalazione della dopamina stimola la ripetizione del comportamento che aumenta il suo rilascio.”*¹³

Partendo da uno stato normale di funzionamento precedente all’assunzione di sostanze, la droga inizialmente aumenta il rilascio di dopamina mentre l’utilizzo patologico delle droghe provocano una drastica riduzione di tale rilascio dovuta a una risposta regolatrice al ribasso della stimolazione dopaminergica. Questi cambiamenti plastici a

¹² “Ad esempio gli psicostimolanti, come cocaina e anfetamina, agiscono direttamente sui sistemi della ricaptazione e del rilascio della dopamina (DA) a livello delle terminazioni neuronali dopaminergiche del NAc favorendo un aumento dei livelli extra-sinaptici di neurotrasmettitore. La nicotina attiva i suoi recettori nicotinici, che a livello della VTA facilitano la depolarizzazione delle fibre dopaminergiche cortico-meso- limbiche. I numerosi derivati dell’oppio (morfina, eroina e congeneri) facilitano la trasmissione dopaminergica per stimolazione dei recettori oppioidi localizzati a livello della VTA e dei recettori presenti a livello del NAc. Una robusta letteratura scientifica dimostra, inoltre, che con meccanismi indiretti l’attività dopaminergica nel NAc è facilitata anche dall’etanolo, dai cannabinoidi e da altre sostanze di abuso.”, Ciccocioppo, cit., p. 97.

¹³ *Ibidem*, cit., p. 107.

livello sinaptico sono visibili dalla riduzione del numero dei ricettori dopaminergici nello striato¹⁴.

*“Mano a mano che l’uso ripetuto di droghe assume maggiore rilevanza sulle attività rinforzanti normali o quotidiane, viene rafforzato l’apprendimento condizionato dell’associazione tra gli effetti della droga e gli indizi esterni correlati. Questa attività ridotta nel circuito dopaminergico della ricompensa può persistere per mesi dopo l’astinenza e può diventare la ragione per cui tossicodipendenti in astinenza, possano avere una ricaduta mesi o persino anni dopo essere diventati astinenti.”*¹⁵

Allo stesso modo, si spiegherebbero il *craving* e la sindrome d’astinenza. Con l’interruzione nell’assunzione della sostanza, la diminuzione del rilascio di dopamina può diventare uno stimolo motivazionale alla ricerca di droga¹⁶.

La riduzione della dopamina nel nucleo accumbens è correlata a cambiamenti dell’attività della corteccia orbitofrontale e del giro del cingolo anteriore. In condizioni di dipendenza, con l’esposizione a droghe e a stimoli legati ad esse, l’attività dopaminergica nell’OFC e nell’aCG aumenta notevolmente, e ciò sembra collegato al desiderio compulsivo. Anche in condizioni di astinenza, la drastica diminuzione dell’attività metabolica dell’OFC sembra spiegare la sua risposta iperattiva alla vista dello stimolo legato alla droga¹⁷.

¹⁴ Vedremo l’importanza dello striato nel prossimo paragrafo.

¹⁵ *Ibidem*, cit., p. 107-108.

¹⁶ *Ibidem*, p. 108.

¹⁷ *Ibidem*, pp. 111-113.

Le alterazioni dopaminergiche indotte dalle droghe influenzano anche il funzionamento della corteccia frontale, compromettendo la capacità di scelta e di azione. Secondo alcuni studi, le droghe sovvertono il sistema dopaminergico di apprendimento nella corteccia prefrontale, per cui gli indizi legati alla droga, con segnalazione dopaminica alta rispetto alle normali attività quotidiane, assumono una rilevanza stimolante eccessiva. Gli effetti della dopamina nella corteccia prefrontale sembrano rafforzare il comportamento di ricerca della droga¹⁸.

Il consolidamento della memoria e dell'apprendimento collegato alla droga coinvolgono l'amigdala e l'ippocampo che sono innervate da un lato dal fascio dopaminergico proveniente dall'area ventrale tegmentale e dall'altro subiscono l'inibizione attraverso l'attivazione dopaminergica della corteccia mediale frontale, e ciò potrebbe ulteriormente portare una disinibizione delle risposte affettive¹⁹.

Riassumendo, il circuito mesocorticale della dopamina, che tocca la corteccia prefrontale, la corteccia orbitofrontale e il cingolo anteriore, è probabilmente coinvolto nell'esperienza cosciente dell'intossicazione, nelle aspettative, nell'assunzione compulsiva della sostanza e nella rilevanza del rinforzo della droga.

Il circuito mesolimbico della dopamina, che raggruppa il nucleo accumbens, l'amigdala e l'ippocampo, è associato agli effetti acuti di rinforzo della droga, alla memoria e alle risposte condizionate associate al *craving*. Osservando l'azione dopaminergica in quest'area, sembra che essa sia coinvolta anche nei cambiamenti emozionali e motivazionali in astinenza²⁰.

¹⁸ *Ibidem*, pp. 111-112.

¹⁹ Goldstein, R. Z.; Volkow, Nora D., *La tossicodipendenza e le sue basi neurobiologiche: evidenze di neuroimaging rispetto al ruolo della corteccia frontale*, in Serpelloni, op. cit., pp. 163-175.

²⁰ Bricolo, op. cit., p. 30.

III.3. Alterazioni strutturali e funzionali del cervello.

Le neuroscienze identificano la dipendenza come una malattia che è in grado di alterare pesantemente alcune strutture e funzioni del cervello. Lo studio che esse hanno fatto sul normale funzionamento dell'encefalo e sulle modificazioni che esso subisce nel corso dell'età evolutiva è importante perché ci permette di comprendere meglio quelle che sono le vulnerabilità naturalmente insite nella sua progressiva maturazione e le implicazioni che alcuni eventi ambientali nelle prime fasi di vita possono avere nel favorire l'esito dipendente dall'incontro con le sostanze.

Partendo dal modello *drive-controller* nella determinazione dei comportamenti, in termini neuronali

“la rete del drive è composta dal sistema limbico e in particolare da amigdala, nucleo accumbens e ippocampo, mentre il controller coinvolge aree corticali quali la corteccia prefrontale dorsolaterale e la corteccia orbitofrontale.”

Il *drive* è la motivazione, derivante dalla lettura della realtà, che induce all'azione. Il riconoscimento del bisogno reale è dunque cruciale per l'espressione di una spinta motivazionale consona e di un comportamento funzionale. Il *controller* espleta invece le funzioni volontarie legate alle matrici cognitive del soggetto. Queste basi del pensiero si sviluppano per apprendimento degli stimoli ambientali, degli stili educativi, dei modelli socio-culturali e per l'elaborazione della propria esperienza personale.

“L'azione del drive e del controller, relativamente all'uso di sostanze, subisce variazioni nel tempo ed è in grado di

modulare diversi comportamenti tendendo, il primo, a ridurre la sua intensità con l'aumento dell'età ed il secondo ad aumentarla."²¹

L'età è infatti un fattore centrale nello sviluppo cerebrale poiché il sistema limbico, che media l'emotività e gli impulsi, è il primo a svilupparsi, mentre la corteccia prefrontale e quella frontale, responsabile della cognizione, della razionalità, delle funzioni sociali e del linguaggio terminano il loro sviluppo attorno ai 25 anni. Inoltre, nella fase perinatale e postnatale e poi nell'adolescenza si assiste alla sinaptogenesi, vale a dire alla proliferazione di sinapsi, che in seguito si riducono eliminando le connessioni neurali meno usate e consolidando quelle più utilizzate²². Ciò rende queste due fasi della vita estremamente delicate, poiché interferenze nello sviluppo sono in grado di provocare alterazioni strutturali e funzionali che possono perdurare e influenzare la capacità modulatrice del *controller* anche nell'età adulta.

Traumi psicologici, esperienze abusanti o di abbandono e l'esposizione a stress acuti e cronici nell'età dello sviluppo e in adolescenza aumentano la vulnerabilità alla dipendenza, spesso in concomitanza al manifestare altre psicopatologie.

“Per tali ragioni, le possibili disregolazioni e/o modificazioni neurotrasmettitoriali da un lato e quelle neuroendocrine (particolarmente quelle legate all'asse dello stress) dall'altro, entrambi conseguenti alla esposizione ad eventi stressanti acuti e cronici durante l'infanzia e/o l'adolescenza, possono rappresentare uno degli anelli di congiunzione tra le EIA [Esperienze

²¹ Bricolo, op. cit., pp. 35-37.

²² *Ibidem*, pp. 41-42.

Infantili Avverse] e l'aumento della vulnerabilità allo sviluppo di abuso di sostanze psicotrope nell'uomo."²³

Tra le esperienze avverse che possono avere un impatto sullo sviluppo cerebrale, è noto dagli studi condotti sui bambini orfani istituzionalizzati che la carenza di adeguate cure parentali, in particolare materne, e la deprivazione socio-emozionale possono provocare un'alterazione del metabolismo funzionale delle strutture limbiche.

“Questi bambini, rispetto ai coetanei vissuti in normali famiglie, mostrano un'anomala distribuzione delle fibre che collegano la corteccia frontale alle aree sottocorticali. Nello specifico, le fibre fronto-striatali risultano ridotte e questa anomalia potrebbe spiegare la presenza dei deficit comportamenti (come l'iperattività, l'impulsività e lo scarso controllo attentivo) nei bambini istituzionalizzati,"²⁴

e dunque la predisposizione ad instaurare una relazione patologica con le sostanze.

Lo stress nell'età dello sviluppo porta a una sovrastimolazione del sistema limbico e a ciò si aggiunge una innata immaturità del sistema corticale che dovrebbe modularne gli agiti. In fase adolescenziale, il comportamento di ricerca di novità, d'assunzione di rischio e di soddisfazione immediata, invece che procrastinata al futuro, degli impulsi è di per sé presente perché funzionale alla formazione dell'essere adulto.

²³ Somaini, Lorenzo; Raggi, Maria Augusta; Donnini, Claudia; Saracino, Maria Addolorata; Manfredini, Matteo; Gerra, Maria Lidia; et al., *Vulnerabilità all'abuso di sostanze psicotrope: Esperienze Infantili Avverse (EIA), polimorfismi genetici e correlati neuroendocrini*, in Serpelloni, cit., p. 242.

²⁴ Bricolo, cit., p. 46.

Questo comportamento rischioso è associato allo squilibrio tra il sistema limbico e quello corticale²⁵.

È importante per questo motivo che soprattutto durante l'adolescenza, quando si verifica la massima esposizione al rischio di incontrare le sostanze e di sviluppare una dipendenza, l'ambiente offra gli stimoli in maniera equilibrata tra *drive* e *controller*, tanto più visto che l'uso di droghe sin dalla giovane età può provocare delle gravi alterazioni del funzionamento di un cervello che non è ancora maturo, con conseguenze sulla traiettoria di crescita cerebrale e sul funzionamento della persona adulta, come abbiamo visto precedentemente²⁶.

²⁵ Casey, B. J.; Getza, Sarah; Galvan, Adriana, *Il cervello dell'adolescente*, in Serpelloni, op.cit., pp. 56-59.

²⁶ Bricolo, op. cit., pp. 47-48.

III.4. Conclusioni.

Le neuroscienze offrono ampio riscontro ai criteri diagnostici dell'ultimo DSM, soprattutto nella considerazione della dipendenza come un *continuum* che si valuta per grado di gravità, e confermano l'attivazione degli stessi circuiti cortico-mesolimbici sia nella dipendenza da sostanze sia in quella comportamentale²⁷. Inoltre, la psichiatria, con le progressive scoperte sugli aspetti neurotrasmettitoriali e neurobiochimici, potrà offrire dei trattamenti farmacologici più mirati, non soltanto in funzione agonista o antagonista rispetto alla sostanza, ma anche per i meccanismi più profondi che sottendono al comportamento dipendente. Infine, le neuroscienze aprono a nuove tecniche terapeutiche che implicano la stessa tecnologia utilizzata per l'analisi del cervello, e in questo caso si pensi alla stimolazione magnetica transcranica per la cura della dipendenza, come per esempio già avviene per la tossicodipendenza da cocaina²⁸.

Per quanto riguarda la psicologia, le neuroscienze da un lato confermano l'instaurarsi di un comportamento condizionato appreso, dall'altro sostengono che tra i fattori di vulnerabilità alla dipendenza ci possa essere una carenza di cure da parte del *caregiver* verso il bambino, o che lui percepisce come tali, e un trauma, che come abbiamo visto porta il bambino a perdere il contatto con i propri bisogni, a non acquisire la capacità di autoregolazione affettiva e a ricercare impulsivamente un sostituto esterno da cui dipendere per ritornare a un'omeostasi psichica.

²⁷ Alavi, Seyyed Salman; Ferdosi, Masoud; Jannatifard, Fereshte; Eslami, Mehdi; Alaghemandan, Hamed; Setare, Mehrdad, *Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views*, International Journal of Preventive Medicine, 3 (4), 2012, pp. 290-294.

²⁸ Bricolo, Francesco A.; Bellamoli, Elisa; Manganotti, Paolo; Serpelloni, Giovanni, *Stimolazione Magnetica Transcranica: cenni storici e funzionamento*, in Serpelloni, op. cit., pp. 209-216; e Bricolo, Francesco A.; Bellamoli, Elisa; Manganotti, Paolo; Serpelloni, Giovanni, *La stimolazione cerebrale nello studio e nel trattamento della tossicodipendenza*, *Ibidem*, pp. 217-223.

Un altro importante ambito di azione delle neuroscienze a sostegno della psichiatria e della psicologia risiede nella possibilità di osservare e valutare i cambiamenti nella funzionalità chimica e anatomica cerebrale indotti dal trattamento farmacologico e psicoterapico. In questo senso, come accenneremo nel corso del prossimo capitolo, un interessante campo di ricerca è quello che riguarda l'apprezzamento dei cambiamenti neurobiologici provocati dalle sostanze enteogene e psichedeliche nel corso del trattamento per la cura dalle dipendenze.

Se le neuroscienze si mettono al servizio della cura delle tossicodipendenze in costante dialogo con le altre discipline, senza incorrere nel determinismo e nel riduzionismo neuropsicologico, il loro potenziale in termini di reale utilità potrebbe essere davvero grande.

QUARTO CAPITOLO

LA CURA DELLA DIPENDENZA

SECONDO LE MEDICINE TRADIZIONALI

Quando le Nazioni Unite nella convenzione sulle droghe del 1961, ratificata in Italia nel 1974, stilano la lista di quelle illecite, gli psicofarmaci prodotti dall'industria farmaceutica sono diventati gli unici rimedi a disposizione degli psichiatri. Fino a quel momento però erano legalmente in corso gli studi degli effetti delle sostanze psichedeliche sulla psicoterapia e sulla risoluzione di disturbi d'ansia, depressivi, ossessivi e dipendenti. Da quella data questo filone di ricerca è stato in gran parte abbandonato data l'impossibilità per medici e terapeuti di operare legalmente e scientificamente.

L'inserimento nella tabella n. 1¹, con massimo potenziale di danno e di dipendenza, delle sostanze psicotrope è frutto del pregiudizio politico e culturale prevalente dell'epoca e certamente ha alimentato e perfino aumentato un'ignoranza nei confronti delle droghe e con ciò lo stigma sociale della persona dipendente. La convenzione è antiscientifica visto che è assodato che gli psichedelici non provochino tolleranza o dipendenza, e incongrua poiché dalla stessa sono assenti alcol e tabacco.

Al tempo stesso gli interventi di prevenzione e di cura delle tossicodipendenze negli ultimi cinquant'anni, dimostrano i dati, sono stati insufficienti e inefficaci. L'emarginazione dello studio fenomenologico delle droghe ha indotto alla convinzione erronea che sia la sostanza in sé a provocare la dipendenza e a presumere che solo la sostituzione di una sostanza con un'altra meno dannosa potesse ridurre il rischio associato alle dipendenze. Il danno è tanto più grave perché, nella criminalizzazione del

¹ http://www.politicheantidroga.gov.it/media/1226/048-1-5_06_1974-n-412.pdf, Convenzione unica sugli stupefacenti di New York 1961

possesso e del consumo di droga, il tossicodipendente si trova senza aiuto, in circostanze che sono l'esito infausto di un trauma infantile irrisolto, cui si aggiunge la disfunzionalità relazionale, sociale e lavorativa dovuta alla dipendenza².

In questo momento storico però la comunità scientifica sta richiamando a gran voce l'attenzione della politica, dei medici, degli psichiatri, dei terapeuti, degli educatori, degli operatori, sulla realtà terapeutica dell'uso di psichedelici nel trattamento di numerosi disturbi psicopatologici e moltissime ricerche danno evidenza della loro efficacia nella cura delle dipendenze. Grazie alla salvaguardia dei rituali tradizionali che includono l'uso di sostanze enteogene, alla ricerca antropologica ed evidentemente alla scarsa efficacia degli strumenti in mano alla psichiatria e agli esiti sostanzialmente fallimentari della psicofarmacologia, molti studi ultimamente si sono concentrati proprio sulla terapia psichedelica applicata alle tossicodipendenze³.

Prima di fare un rapido giro per il mondo, alla ricerca dei potenziali terapeutici alle tossicodipendenze della somministrazione rituale di piante in Amazzonia, in Asia, presso il monastero di *Tham Krabok*, e nella subcultura medica occidentale nell'uso dell'ibogaina, sostanza proveniente dall'Africa centrale, sono necessarie alcune premesse terminologiche e sul lessico.

Le sostanze psicotrope, così come sono intese dal punto di vista dei trattati internazionali, vale a dire, come sostanze suscettibili di indurre tossicopatìa⁴, raggruppano dunque una varietà eterogenea di sostanze psicoattive o stupefacenti. Al loro interno, per convenzione, vi rientrano anche gli psichedelici. Le droghe psichedeliche, coniate così da Osmond

² Sessa, Ben; Johnson, Matthew W., *Can psychedelic compounds play a part in drug dependence therapy?*, The British Journal of Psychiatry, 206, 2015, pp. 1-3.

³ Rucker, James J.H.; Iliff, Jonathan; Nutt, David J., *Psychiatry & the psychedelic drugs. Past, present & future*, Neuropharmacology, XXX, 2017, pp. 1-19.

⁴ <http://www.treccani.it/enciclopedia/psicotropo/>

facendo riferimento a mescalina, psilocibina, dimetiltriptamina (DMT) e acido lisergico dietilamide, hanno l'effetto di "manifestare la mente". Con il termine allucinogeno, c'è un riferimento al vissuto allucinatorio in relazione alla droga ed è dunque una definizione fuorviante rispetto alla complessità delle caratteristiche del viaggio sotto effetto della sostanza. In un'ulteriore aggiornamento lessicale da parte del mondo scientifico occidentale, alla ricerca di buona definizione per quelle sostanze che nel mondo rituale e sciamanico sono chiamate piante sacre o piante maestro, il termine enteogeno, come ispiratore del divino, coglie l'aspetto sacro e spirituale ed è per questo preferibile⁵. Un'ulteriore accezione è quella di oneirofrenico, attribuibile agli effetti dell'ibogaina e dell'armalina, indicando il potenziale

“di incrementare la visione di sequenze oniriche vivide, che possono essere contemplate da svegli chiudendo gli occhi, senza perdere il controllo sull'ambiente esterno e senza alterazioni nel pensiero”⁶.

La tradizione legata agli enteogeni perdura presumibilmente da quando l'uomo è sulla terra. Le malattie sono considerate come un processo energetico e psicologico tossico rispetto alla normale tendenza evolutiva dell'essere umano, come un impedimento alla realizzazione spirituale. Lo stesso vale per le tossicodipendenze che d'altra parte non sono una patologia preminente nelle culture dove si fa uso delle piante maestro e dove sono intatti i rituali di passaggio, di apertura alla conoscenza e alla guarigione, in senso profondo, esistenziale e olistico.

⁵ Giudici, Federico, *La medicina della selva. Ayahuasca, droghe e terapia psichedelica nel curanderismo amazzonico*, 2012, 33-40.

⁶ Naranjo, Claudio, *Viaggio di guarigione. Il potenziale curativo della terapia psichedelica*, Edizioni Spazio Interiore, Roma, 2016, p. 33.

La cultura sciamanica non è solo millenaria ma anche universale. Essa è incarnata nella figura dello sciamano che ha dei tratti comuni riconoscibili in tutte le culture indigene, dalla Siberia all’Africa, dal Sud America all’Estremo Oriente. Lo sciamano infatti è colui che fa un lavoro interiore di conoscenza di sé che, trasformandolo, lo porta a conoscere e a utilizzare le forze umane, terrestri, animali e spirituali e a mantenerle in equilibrio. Questa saggezza, che gli deriva per lignaggio o per un processo di guarigione personale che lo rende atto a guarire, è ciò che gli permette di ricoprire un ruolo fondamentale all’interno della propria comunità, in difesa e nella cura dei suoi componenti. Il viaggio dello sciamano, così come il percorso di cura di chi si rivolge a lui, quasi sempre include il ricorso a rituali di conoscenza e di cura con la somministrazione di piante sacre che permettono di accedere a realtà e ad energie altre che sono il fondamento della trasformazione psichica, fisica e spirituale⁷. Lo sciamano è l’unico in grado di preparare le piante, di sapere come e in quale quantità somministrarle, e infine condurre il rituale che consenta la funzione desiderata dalla sostanza per lo specifico stato psicofisico ed energetico-spirituale della persona. In questo, la preparazione e la serietà dello sciamano sono direttamente proporzionali alla sua reale capacità curativa, in assenza di tali requisiti i danni per l’avventore sprovveduto possono essere grandi.

A fronte di una differenza così acuta nella concettualizzazione dell’essere umano e nei sistemi di cura ancestrali che ne derivano, c’è anche l’evidenza dell’Occidente che, per certe caratteristiche intrinseche del suo sviluppo connesse alla frammentazione tra mente e corpo, tra uomo e natura, produce un’umanità largamente malata, psicologicamente, fisicamente e spiritualmente. Questo stesso Occidente malato si rivolge

⁷ Llamazares, Ana María, *Occidente Herido: El Potencial Sanador del Chamanismo en el Mundo Contemporáneo*, Diversidad, Diciembre 2013, 7 (4), pp. 67-104.

con flussi sempre maggiori a quelle conoscenze sciamaniche in cerca di cura e superamento dei disagi occidentali.

Gli studi scientifici degli ultimi decenni colgono da un punto di vista antropologico, psicologico, neuroscientifico e biochimico gli effetti dall'uso delle sostanze enteogene e dei rituali nella cura delle dipendenze e cercano di colmare la distanza tra queste antropologie mediche. I due linguaggi, quello tradizionale e quello scientifico, non possono essere sovrapposti. Solo l'esperienza personale e diretta davvero può contenere i due saperi⁸.

Come le autorità in materia di droga e alcuni casi nazionali stanno recependo le nuove correnti di pensiero sulla concezione della tossicodipendenza si vedrà nel prossimo capitolo. Qui, pur nelle limitate possibilità di sperimentazione scientifica in Occidente, la quantità crescente di studi sull'impegno degli psichedelici nei rituali tradizionali ormai offrono un quadro esteso di dati neurobiologici e psicologici tale da non poter più ignorare questa opportunità di trattamento delle tossicodipendenze.

⁸ Consigliere, Stefania; Coppo, Piero, *Tristi gli psico-tropici? A proposito di Jean-Loup Amselle e della "febbre dell'ayahuasca" nella foresta amazzonica*, La ricerca folklorica, n. 67/68, apr-ott 2013, pp. 287-302.

IV.1. Viaggio in Amazzonia per la cura della dipendenza.

Numerosissimi negli ultimi decenni sono stati gli occidentali che si sono recati in Amazzonia per provare l'ayahuasca. Come tutti i fenomeni di massa di questi tempi, il flusso di psiconauti e turisti psichedelici ha avuto un grande impatto sul mondo *curandero* della foresta: l'ayahuasca è diventata un business, che porta gente e soldi, modifica le strutture sociali tradizionali, diluisce le conoscenze, fa apparire persone che si spacciano per curatori e, peggio di tutto, la superficialità nella preparazione delle persone preposte alla cura e degli avventori provoca più facilmente incidenti anche letali che sono poi cavalcati dai detrattori occidentali, contribuendo così a disinformare e a perdere il senso profondo di queste pratiche.

Discernere adeguatamente quei *curanderos* che rispondono all'interesse massificatore occidentale e quelli invece che possiedono la conoscenza per un duro e lungo percorso di iniziazione è un punto cruciale da cui dipende anche gran parte dell'esito della cura. La tendenza occidentale di scollegare l'assunzione di una sostanza dal contesto e dalla persona che segue tale rituale trova corrispondenza anche nella volontà di valutare gli effetti della ayahuasca e delle piante maestro, che vengono impiegati nelle diete, sulla tossicodipendenza rispetto al processo più ampio e profondo di trasformazione e di cura fisica e spirituale della persona, di cui la dipendenza è un aspetto. Per questo motivo è importante ricordare che se il nostro modo di pensare disintegra il tutto per osservarne le parti, il sapere ancestrale e sciamanico muove da una visione d'insieme della persona, delle forze naturali e soprannaturali, del contesto e del momento per somministrare la cura. Questo è un aspetto fondamentale e non trascurabile quando si vuole, o si vorrebbe, adottare un sistema di cura che appare più efficace di quello adottato dalle nostre parti, anche se al

tempo stesso è naturale che un sistema di cura in quanto sistema culturale si evolva e si modifichi.

Il flusso di persone che si rivolgono alla tradizione sciamanica amazzonica denuncia però anche un altro aspetto essenziale. Gli occidentali vanno in cerca di altri sistemi per curare le proprie ferite fisiche, psicologiche e spirituali, presumibilmente provocate dalla stessa società da cui provengono, che non è d'altra parte capace di offrire una soluzione adeguata alle richieste e al malessere. La presunzione della validazione scientifica scaturita da un pensiero frammentato, materialista e meccanicista anche applicata alla mente umana, entra in netto contrasto quindi con la visione delle tradizioni millenarie di cura dell'essere umano. L'efficacia transculturale della medicina amazzonica, soprattutto nella sua forma più elevata della dieta, potrebbe avere infine un impatto anche sulla società occidentale, che tanto richiede di integrarsi con le forze sottili dell'animo umano e della natura che ci circonda, poiché le persone che hanno fatto esperienza di una profonda trasformazione psicospirituale, ritornando a casa, contribuiscono a immettere il seme del cambiamento nella nostra civiltà agonizzante⁹.

Tra tutte le realtà più o meno istituzionalizzate disperse nella foresta amazzonica tra l'Equador, il Perù, la Colombia e il Brasile, in questa sede scelgo di portare l'esperienza del Centro Takiwasi. I motivi di questa scelta ricadono nel fatto che esso rappresenta la realtà di più lunga data dove vengono integrati i dispositivi occidentali e tradizionali per la cura delle dipendenze, perché esso ha ottenuto il riconoscimento da parte delle istituzioni peruviane e perfino europee grazie ai risultati che ottiene ed infine perché da un lato è molto studiato e dall'altro ha acquisito una lunga esperienza clinica, e negli ultimi anni si sforza di raccogliere dati più sistematizzati.

⁹ Llamazares, op. cit., pp. 67-104.

Fondato dal medico francese Mabit nel 1992¹⁰, il Centro Takiwasi¹¹ è un luogo di cura dalle tossicodipendenze principalmente da alcol, eroina, cocaina, cannabis nell'Amazzonia peruviana. Esso si inserisce nel panorama medico di cura alle dipendenze come uno spazio terzo, un ibrido nel quale si trovano ad interagire la cultura medica occidentale e amazzonica.

La dipendenza da sostanze stupefacenti non è una patologia comune nelle comunità indigene che usano l'ayahuasca – nelle quali sono invece alcol e sigarette accusate di fiaccare le energie e lo spirito. Al Centro Takiwasi si integra dunque un disagio psicologico occidentale a una lettura di tale disfunzione esistenziale di tipo tradizionale amazzonico. La tossicodipendenza è infatti concepita come il frutto di una molteplicità di cause, da quelle riscontrabili anche nell'approccio biopsicosociale, che sono riconducibili a un tentativo di autocura e di regolare gli stati affettivi, l'autostima o le situazioni interpersonali altrimenti penosi, a quelle che rispecchiano la visione sciamanica delle forze sottili che regolano l'armonia all'interno del corpo e tra l'essere umano e l'ambiente che lo ospita, la Terra, l'universo¹². In questo senso, la dipendenza è vista come un tentativo, con modalità erronea e dannosa, di accedere alla spiritualità andando a cercare oltre lo stato mentale ordinario, che non offre le chiavi adeguate per superare uno stato di inquietudine esistenziale¹³.

Il trattamento implica un processo che richiede una residenza media di nove mesi all'interno della comunità terapeutica e che si articola in una fase di purificazione psicofisica e una terapeutica coadiuvate dai ritiri in isolamento nella foresta con l'uso di piante sacre (diete) e dalla

¹⁰ Mabit, Jacques, *Blending Traditions –Using Indigenous Medicinal Knowledge to Treat Drug Addiction*, Maps, Vol. XII (n. 2), Summer 2002, pp. 25-32.

¹¹ <https://www.takiwasi.com/>

¹² Berlowitz, Ilana; Ghasarian, Christian; Walt, Heinrich; Mendive, Fernando; Alvarado, Vanessa; Martin-Soelch, Chantal, *Conceptions and practices of an integrative treatment for substance use disorders involving Amazonian medicine: traditional healers' perspectives*, Revista Brasileira de Psiquiatria, 00, 2017, pp. 1-8.

¹³ Giudici, op. cit., pp. 72-73.

psicoterapia, individuale e di gruppo, per l'integrazione dei vissuti e il conferimento di significato¹⁴. Il trattamento scaturisce dal funzionamento d'insieme delle sue parti che includono una valutazione accurata dello stato psicofisico del paziente, le regole comportamentali e alimentari essenziali per favorire la disintossicazione e l'accesso all'espressione più profonda dell'anima, l'isolamento dalla società e il contatto diretto con la natura, l'uso di un insieme di piante sacre offerte dalla foresta con funzioni diverse e sempre interagenti tra loro, considerate le specificità del paziente, e infine il contesto e il tempo necessari a consolidare il cambiamento della persona¹⁵.

L'ayahuasca è il perno della terapia amazzonica che ne usa gli effetti in concertazione con quelli delle piante sedative, purgative ed emetiche che favoriscono la purificazione dalla tossicità del corpo e della mente e sulle quali scarseggiano gli studi scientifici. L'efficacia e la sicurezza¹⁶ del trattamento è dovuta a quattro fattori principali: la sostanza, il *set* motivazionale della persona, il *setting* che include il rituale e la guida esperta del *curandero* che sa somministrare le sostanze adeguatamente preparate e infine l'integrazione e la consapevolezza del processo, con l'accompagnamento psicoterapico¹⁷. L'effetto congiunto della pulizia e dell'apertura indotta dalle diete della foresta minimizza i sintomi d'astinenza e porta alla comprensione delle ragioni che hanno indotto alla schiavitù da una sostanza e all'attribuzione di un significato molto più ampio, più libero e più empatico della propria esistenza¹⁸. In questo senso il processo, di cui l'ayahuasca è parte, consente di disintossicare

¹⁴ Mabit, op. cit., pp. 29-30.

¹⁵ Talin, Piera; Sanabria, Emilia, *Ayahuasca's entwined efficacy: An ethnographic study of ritual healing from 'addiction'*, International Journal of Drug Policy, 44, 2017, pp. 25-27.

¹⁶ Mabit, Jacques, *Ayahuasca: Toxicity and Limitations on its Use*, Extract from the expert witness report made for the Manto Wasi case and orally presented to the Court in Santiago de Chile, 2012. <http://ex.takiwasi.com/fra/pubing01.php>.

¹⁷ Loizaga-Velder, Anja; Verres, Rolf, *Ayahuasca Use in the Treatment of Substance Dependence – Qualitative Results*, Journal of Psychoactive Drugs, 46 (1), 2014, pp. 67-68.

¹⁸ Berlowitz, op. cit., pp. 8-10.

l'organismo e di accedere a un rinnovato contatto con il corpo, di aumentare la consapevolezza e la compassione verso la propria storia di vita e le proprie risorse umane, ed infine di favorire un riorientamento del sistema dei valori e il cambiamento delle abitudini riguardo al rispetto e alla valorizzazione della propria vita come una parte, piccola, di un potere energetico e spirituale molto più grande che governa la natura e il cosmo intero¹⁹.

“In other words, this is a process of initiation; it is a semantic experience which carries meaning that can respond to the chaotic and disorderly quest of the drug addict. [...] This process supposes an internal structural change which goes beyond the palliative of a simple external behavioral change”²⁰.

Molti studi di etnobotanica e di etnofarmacologia si sono concentrati sugli alcaloidi presenti nel composto dell'ayahuasca e sulla loro azione sul sistema cerebrale, oggi grazie anche alle neuroscienze. L'ayahuasca è un decotto delle parti lignee aree della *Banisteriopsis Caapi* e delle foglie della *Psychotria Viridis*. La prima pianta maestro è ricca di due beta-carboline, l'armala e l'armalina che, oltre ad avere proprietà tremorgeniche, sono dei potenti inibitori delle monoamine ossidasi (MAO). Le MAO hanno la funzione di metabolizzare sostanze tossiche esogene, tra cui anche la DMT, la dimetiltriptamina presente nella *Psychotria Viridis*.

¹⁹ Loizaga-Velder, Anya, *A Psychotherapeutic View on the Therapeutic Effects of Ritual Ayahuasca use in the Treatment of Addiction*, Maps Bulletin Special Edition, Spring 2013, pp. 36-40.

²⁰ Mabit, cit., p. 30.

La funzione iMAO delle BC ricopre un ruolo fondamentale nell'attivazione dell'attività visionaria delle triptamine quali il DMT presente nell'Ayahuasca [...]. Dopo decenni di supposizioni, la presenza del DMT nella ghiandola pineale sarebbe stata recentemente confermata, e ciò rafforzerebbe l'ipotesi triptaminica della produzione onirica proposta da J. Callaway: le BC e il DMT presenti in questa ghiandola agirebbero in maniera affine a quello dell'Ayahuasca, e durante il sonno si verificherebbe un aumento delle BC, che agirebbero come iMAO, permettendo quindi l'attivazione del DMT. I sogni sarebbero dunque frutto dell'attività allucinogena del DMT endogeno. Presso la cultura psiconautica questo meccanismo è stato denominato endohuasca (ayahuasca endogena). [...] Oltre ad attivare il DMT e altre molecole psicoattive, le BC possiedono di per sé proprietà inebrianti che sono state definite "onirofreniche", in quanto agiscono come visionari pur non interferendo con le funzioni dell'ego²¹. Riguardo la neurofisiologia di quest'attività "onirofrenica", è noto che armina e armalina possiedono un'affinità modesta nei confronti dei recettori serotoninici, affinità che è solitamente considerata la principale causa dell'attività allucinogena di diverse molecole"²².

²¹ Naranjo, Claudio, *Ayahuasca. Il rampicante del fiume celeste*, Spazio Interiore, 2014, pp.70-75.

²² D'Arienzo, Adriana; Samorini, Giorgio, *Ayahuasca, beta-carboline e le nuove frontiere terapeutiche*, Erboristeria Domani, 399, nov.-dic. 2016, cit., pp. 77.

Per quanto riguarda gli effetti neuroanatomici della ayahuasca grazie alle tecnologie di neuroimmagini²³ si osserva che, agendo direttamente o indirettamente sul sistema dopaminergico e serotoninergico dell'area mesolimbica, essa

“decreases the functional connectivity within the prefrontal cortex and in connections with other areas of the brain that are involved in a wide range of ordinary cognitive processes. This decoupling phenomenon results in increased flexibility of high-level networks involving a more open communication among them. It permits a freer operation of the medial temporal lobe structures, which are associated with the release of cognitive states closely related to emotions and fears. The outcome is a complex mental condition characterized by increased somatic awareness and subjective feelings, but lacking the metacognitive ability for self-reflection on personal behavior and one’s mentalization provided by the frontal cortex. This so-called primary cognition produces a state of heightened suggestibility because of the suspension of the frontal networks that are typically used to maintain control over mental processes and perceptions of the outside environment. [...] These varied effects of ayahuasca may also result from its ability to increase activity in various areas of the right hemisphere (anterior insula, anterior cingulate/fronto-medial cortex). These areas are implicated in somatic awareness, emotional

²³ Palhano-Fontes, Fernanda; Andrade, Katia C.; Tofoli, Luis F.; Santos, Antonio C.; Crippa, Jose Alexandre S.; Hallak, Jamie E.C. et al., *The Psychedelic State Induced by Ayahuasca Modulates the Activity and Connectivity of the Default Mode Network*, PLoS ONE, 10 (2), 2015, pp. 1-13.

*arousal, feelings, and processing of emotional information. Ayahuasca also appears to increase activity in the left hemisphere's amygdala/parahippocampal gyrus structures that play a role in emotional arousal and memory, enabling ayahuasca to make repressed memories conscious and to re-experience emotions associated with them. Such apperception enables one to reprocess these memories in more constructive ways and with a potential for processing traumatic pasts in novel ways*²⁴.

Se infine si aggiunge che anche per il cattivo sapore e a causa delle proprietà emetiche del composto e della durezza del processo psichico e fisico che essa comporta, l'ayahuasca non dà effetti collaterali²⁵ e non crea dipendenza, ciò rende il suo impiego nella cura delle tossicodipendenze sicuro, profondo e relativamente veloce.

²⁴ Frecska, Ede; Bokor, Petra; Winkelman, Michael, *The Therapeutic Potentials of Ayahuasca: Possible Effects against Various Diseases of Civilization*, *Frontiers in Pharmacology*, 7, 35, 2016, pp. 6-8.

²⁵ Dos Santos, Rafael G.; Bouso, José Carlos; Hallak, Jaime E.C., *Ayahuasca, dimethyltryptamine, and psychosis: a systematic review of human studies*, *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 7 (4), 2012, pp. 141-157.

IV. 2. Il monastero *Tham Krabok* in Thailandia.

Il *Wat Tham Krabok* è un monastero buddista in Thailandia dove dal 1957 per volontà e vocazione del suo fondatore, l'abate Phra Chamroon Parnchand, si offre un trattamento unico e sistematizzato per la cura dalla tossicodipendenza²⁶. Benché in tutt'altro contesto e scaturente da un'altra cultura ci sono alcuni punti di contatto tra l'esperienza a Takiwasi e quella al monastero *Tham Krabok*.

Innanzitutto, sono luoghi nei quali per poter accedere al trattamento è attentamente valutata la motivazione della persona di liberarsi dalla sua dipendenza. Sulla base di questo requisito, le è poi richiesto di seguire alcune regole imprescindibili, vale a dire accettare il trattamento così come è proposto, per i tempi di residenza, per l'astinenza da ogni sostanza e medicina, dal sesso e da certi alimenti. Non ci sono seconde possibilità, l'unica è quella presente. I due centri sono isolati dall'esterno e immersi nella natura, sono comunità a transito continuo che prevedono sia una fase di isolamento sia una fase condivisa. In entrambe le strutture si ricorre all'uso di piante, somministrate in un contesto preciso, con un rituale supervisionato da una guida. Le due esperienze il più delle volte condividono l'esito finale del trattamento, vale a dire non solo la cura della dipendenza ma una trasformazione soggettiva molto profonda, che comporta un cambiamento dei valori, delle abitudini e l'apertura a una consapevolezza spirituale nuova.

Il trattamento del monastero thailandese si basa su una permanenza massima di un mese, suddivisa nei primi giorni obbligatori e degli altri facoltativi ma consigliati. La prima fase si compone di cinque giorni iniziali in isolamento nei quali si svolge la disintossicazione, che

²⁶ <https://wat-thamkrabok.org/>.

può avere dei momenti molto intensi, per mezzo dell'ingestione di un decotto di una miscela secreta di piante cui devono seguire sei-sette litri d'acqua. Questo composto provoca dai 15 ai 30 minuti di vomito violento e spettacolare, contornato dai canti e dai voti pronunciati per incoraggiamento dagli altri compagni e dai monaci. Il paziente è sottoposto alla sera a bagni e saune con piante medicinali che consentono la depurazione per via transcutanea. Alla mattina, l'ingestione di altre piante completano la disintossicazione per via enterica. Durante questa prima fase non è possibile usare nessuno prodotto per la pulizia del corpo – questo punto è condiviso anche nelle diete a Takiwasi – perché interferiscono con il potere curativo delle piante sacre.

Al termine di questi cinque giorni, il paziente è considerato libero dalla droga. Ne seguono altrettanti, in un'altra zona del monastero, durante i quali il paziente si riposa e recupera nuove energie con il sostegno dei monaci che invitano a svolgere le attività del monastero, letture o meditazione. L'intensa disintossicazione è succeduta dalla ripresa delle forze e dell'autostima, e dalla propensione all'introspezione in un luogo bello immerso nella natura.

Da questo momento, il paziente può richiedere di andar via. Se decide di rimanere, eventualmente continuando con alcune leggere pratiche disintossicanti, si dedica alla vita del monastero e facoltativamente alla meditazione, preparandosi al ritorno nella società²⁷.

L'evoluzione spirituale che ne risulta alla fine della permanenza nel monastero non è francamente buddista, è più suggellata dal voto, *sajja* ovvero verità, espresso al momento dell'ingresso nella comunità e dal *mantra* che viene consegnato al paziente al momento della sua uscita.

²⁷ Mabit, Jacques, *Addiction y shamanismo budista. El monasterio de las cuevas de bambù*, Takiwasi. Revista de reflexion e intercambio, 1 (2), 1993, pp. 57-87.

“In questo caso, Tham Krabok crea una relazione più utile di sicurezza e protezione attraverso il vincolo spirituale che rappresenta la sajja, vincolo interiorizzato come impegno verso la propria immagine della divinità che alberga in ogni essere umano. La consegna del mantra finale e della medaglia materializzano l’invisibile canale di comunicazione con il Monastero e l’Abate e, attraverso di loro, con le divinità o le forze universali invocati durante la sajja.”²⁸

Per una questione di politica di riservatezza rigidissima, che impedisce la divulgazione dei dati raccolti con questionari ed elaborati solo all’interno del monastero, e per le relazioni di tolleranza con il governo thailandese, non vi sono studi statistici pubblici, ma l’abate Phra Chamroon Parnchand intervistato nel 1993 da Mabit, fondatore del Centro Takiwasi, non dubitava del successo del 70-75% dell’esito del trattamento. Il *Wat Tham Krabok* pubblica sul suo sito solamente il dato, di per sé impressionante, delle persone che vi sono andate in cura: dal 1959 al 2015, sono 110.312²⁹.

²⁸ *Ibidem*, cit., p. 72.

²⁹ <https://wat-thamkrabok.org/statistics/>.

IV.3. Dall’Africa, l’iboga per la tossicodipendenza da eroina.

Sulla scia delle sperimentazioni psichedeliche degli anni Cinquanta e Sessanta negli Stati Uniti, Lotsof nel 1962 fece accidentalmente esperienza dell’ibogaina e con questa, insieme ai suoi compagni di viaggio, si liberò dalla tossicodipendenza da eroina³⁰. Il bando che di lì a poco cadde sullo studio in ambito medico ufficiale dell’ibogaina non ha impedito lo sviluppo di una subcultura medica che pratica in camere d’albergo o in cliniche private l’ibogaina per la cura dalle dipendenze gravi da eroina e da cocaina³¹.

L’ibogaina è uno degli alcaloidi presenti nell’albero di iboga, *Tabernanthe Iboga*, che cresce in Africa centro-occidentale, principalmente in Gabon, Cameroon e nella Repubblica del Congo. La pianta è il pilastro centrale delle cerimonie curative e iniziatiche del culto Bwiti³², un sapere presumibilmente da sempre presente in Africa, ma che l’Occidente ha iniziato a conoscere solo nel XIX secolo³³.

Il suo impiego specifico per le tossicodipendenze è dunque scollegato dal contesto originario che riscontra un’incidenza irrisoria di tale patologia, ed inoltre la scoperta della sua potente azione contro la dipendenza, pur accidentale, ha avuto un’ampia validazione empirica ma non scientifica, almeno fino agli ultimi tempi, per cui non è ancora del tutto chiaro come questa sostanza riesca ad esercitare i suoi effetti disintossicanti.

³⁰ Rahmani, Sabah, *L’iboga, une racine aux pouvoirs hallucinants*, Le Monde Science et Techno, 6 dicembre 2012.

³¹ Alper, Kenneth R.; Lotsof, Howard S.; Kaplan, Charles D., *The ibogaine medical subculture*, Journal of Ethnopharmacology, 115, 2018, pp. 9-10.

³² <http://samorini.it/site/mitologia/iboga/>.

³³ Maciulaitis, R.; Kontrimaviciute, V.; Bressolle, F.M.M.; Briedis, V., *Ibogaine, an anti-addictive drug: pharmacology and time to go further in development. A narrative review*, Human & Experimental Toxicology, 27, 2008, pp. 181-182.

L'impiego, l'efficacia e la sicurezza dell'ibogaina dipende strettamente dal suo dosaggio, che a bassi livelli ha un'azione stimolante, mentre ad alti espleta la sua funzione visionaria, fino a poter indurre nei casi più estremi problemi cardiaci e la morte. La sua assunzione per interrompere la tossicodipendenza consiste in un dosaggio abbastanza alto, in un'unica somministrazione, il cui effetto perdura fino a circa 72 ore³⁴.

Dal momento dell'assunzione si possono distinguere tre fasi. Nel corso delle prime dodici ore si manifestano fenomeni visionari, come un sogno, che ripercorrono l'intera storia di vita e i suoi passaggi salienti. Nello stadio successivo, di altrettanta durata media, la persona accede a una fase riflessiva, di valutazione delle esperienze soggettive viste precedentemente. Questo primo giorno d'azione della sostanza implica un ritiro dall'ambiente, ritrosia della persona ad interagire e una sostanziale atassia. Nell'ultima fase, i seguenti due giorni, l'individuo riacquisisce progressivo contatto con la realtà con lo scemare dello stato modificato di coscienza indotto dalla sostanza.

Alla conclusione degli effetti dell'ibogaina, il desiderio sfrenato della sostanza, i sintomi di astinenza e il comportamento di ricerca di eroina e di cocaina risultano drasticamente diminuiti³⁵. Come suggerisce Heink nel suo saggio del 2017,

“generally speaking, the ibogaine experience appears to be significantly different from normal waking consciousness across all aspects of a psychedelic experience³⁶. [...] If the psychedelic experience itself

³⁴ Shep, L.J.; Slaughter, R.J.; Galea, S.; Newcombe, D., *Ibogaine for treating drug dependence. What is a safe dose?*, *Drugs and Alcohol Dependence*, 166, 2016, pp. 1-5.

³⁵ Maciulaitis, op. cit., pp. 189-191.

³⁶ Heink, Annamarie; Katsikas, Steve; Lange-Altman, Tiffany, *Examination of the Phenomenology of the Ibogaine Treatment Experience: Role of Altered States of Consciousness and Psychedelic Experiences*, *Journal of Psychoactive Drugs*, 49 (3), 2017, p. 206.

contributes to outcomes for individuals treated with ibogaine, then understanding the subjective experience may increase the understanding of ibogaine's mechanisms of action as an addiction-interruption treatment"³⁷.

Da un punto di vista neurobiologico, studi sugli animali, più che sugli esseri umani, sembrerebbero mostrare che l'ibogaina agisce per mezzo del suo metabolita, la noribogaina, su diversi sistemi neurotrasmettitoriali, principalmente serotonina e glutammato, che hanno un effetto inibitore sui ricettori oppioidi (mu e kappa) e agonista sui trasmettitori serotoninici (5-HT), probabilmente responsabili della attenuazione dell'astinenza. Questa azione combinata potrebbe spiegare la brusca interruzione della dipendenza dopo una singola dose di ibogaina³⁸.

Benché molto lontano dal contesto rituale nel quale normalmente trova il suo uso l'ibogaina, le cliniche private nelle quali è da tempo in pratica questo trattamento, nei pochi paesi dove è consentita, conferiscono molta importanza al rispetto della tranquillità dell'esperienza per il paziente, la necessità di una guida che ne segua l'esperienza e che nei giorni successivi alla stessa gli consentano di elaborarla e sedimentarla, e ovviamente alla sicurezza per la salute della persona³⁹.

Uno studio esteso e approfondito sull'impiego dell'ibogaina per l'interruzione delle tossicodipendenze sarebbe auspicabile per comprendere le modalità d'azione della sostanza sull'essere umano e per creare un protocollo per un trattamento sicuro.

³⁷ *Ibidem*, p. 202.

³⁸

http://www.iceers.org/docs/science/iboga/Ibogaine%20Proceedings/ch08_Heroin_Kamlet.pdf, Mash, Deborah C.; Kovera, Craig A.; Pablo, John, *Ibogaine in the Treatment of Heroin Withdrawal*, pp. 167-169.

³⁹ <https://www.youtube.com/watch?v=vt0E8N4FRFY>, IBOGAINE - Rite of Passage (Full Documentary).

IV.4. Conclusioni.

Se c'è un punto in comune tra la visione occidentale, sudamericana, thailandese e di provenienza africana della dipendenza è che il processo per uscirne richiede un duro e profondo lavoro. Nelle modalità e nei risultati che questi sistemi ottengono con le rispettive terapie però essi divergono sostanzialmente.

La terapia sostitutiva sposta la dipendenza da una sostanza ad un'altra, lascia il tossicodipendente nella sua condizione dipendente, anche dalla comunità di ricovero per mantenersi puliti dalla droga, e con questo risulta essere una terapia lunga, costosa e in pochi casi risolutiva.

Le esperienze di terapia della tossicodipendenza come quella di Takiwasi, di *Tham Krabok* o dell'ibogaina pongono domande molto importanti. Le prime sicuramente chiedono di comprendere il funzionamento del trattamento, condotto da una guida, che come abbiamo visto non si limita all'assunzione di sostanze psichedeliche ma include un contesto rituale e norme per il suo svolgimento, che favoriscono l'espletarsi del potere curativo delle piante sacre. In quale misura poi, ci potremmo domandare, il potere curativo della dipendenza patologica si distingue dal potere di guarire l'intera persona, come dimostrano le numerose testimonianze di presa di consapevolezza e di riappropriazione della spiritualità intrinseca all'esistenza. Andando a guardare la tradizione di cura nei nostri lidi, potrebbe essere utile chiedersi quali erano le piante in grado di indurre un similare stato modificato di coscienza tale da poter svolgere da sostituto delle sostanze vietate per legge e riprodurre un rituale con una funzione similare a quelli che abbiamo illustrato.

Poi c'è un altro insieme di domande, rivolte alla scienza, alla psichiatria e alla politica, e chiedono quale sia l'interesse per il quale delle pratiche terapeutiche empiricamente efficaci siano così marginalizzate,

soprattutto nella cura delle dipendenze, che sono una delle patologie che oggi giorno provoca più danno nella popolazione giovanile occidentale di qualsiasi altra. Queste esperienze sembrano porre in difficoltà la psichiatria e le neuroscienze proprio nella sua visione medicalizzata e deterministica della mente umana, della sua tensione alla cura e della sua capacità di modificarsi ed evolvere, considerata anche la velocità delle cure tradizionali. In quale misura, infine, lo scambio di conoscenze tra una cultura e un'altra può creare un campo terzo utile e funzionale al contesto, anche legale, e agli intenti di cura?

QUINTO CAPITOLO

LA POLITICA ANTIDROGA E IL POTENZIALE DELL'ASSISTENZA PUBBLICA ITALIANA

La definizione di dipendenza non sarebbe correttamente interpretabile secondo la visione occidentale senza accennare alle sue implicazioni sociali, politiche ed economiche globali. I dati sul consumo di droghe sin dalla preadolescenza, sui costi sociali e sulle patologie connesse all'uso di sostanze messi insieme ai dati sulla lotta al narcotraffico, alla criminalità organizzata, al traffico di armi e al riciclaggio di denaro sporco, sollecitano un ripensamento rispetto a quanto fin qui considerato in merito alla tossicodipendenza. Infatti, se l'uso di sostanze psicotrope ha sempre fatto parte delle condotte esplorative, conoscitive e spirituali degli esseri umani, e non solo, in modo trasversale in tutto il mondo, il comportamento patologico dipendente, l'abuso di droga e il rischio connesso a questo comportamento non hanno mai avuto un'incidenza così estesa e problematica come in quest'ultimo secolo, soprattutto nella società occidentalizzata.

La complessità delle dinamiche politiche, economiche e sociali coinvolte nel fenomeno della droga sono oggetto di questo ultimo capitolo. L'esposizione sarà breve, ma sufficiente a chiarire che una vera cura, e prevenzione, del comportamento dipendente non è relegabile agli ambulatori medici e non può essere svincolato da un mutamento più ampio che coinvolga la società nel suo insieme.

La società, e l'assetto politico-economico caratteristico della civiltà occidentale, è direttamente responsabile dell'eccesso che ha assunto la relazione con le droghe in questa fase storica. L'orientamento alla produzione e al consumo hanno posto l'essere umano al servizio del

sistema economico, invertendo le posizioni dell'equazione: la persona non è vista in quanto tale, ma è l'oggetto di un mercato cui deve rispondere adeguatamente per poter essere all'interno della società.

La conformità al modello induce a ricercare il prototipo di normalità, a definire ciò che è deviato e a proteggersi dalla malattia che ha potenziale epidemico e letale. Tutto ciò che devia dalla traccia della normalità convenuta è demonizzato, soprattutto se risulta incontrollabile. La propensione umana alla ricerca del non conosciuto, dell'ignoto, dell'altro, ha portato l'umanità là dove è ora, nel bene e nel male, e tutto ciò non sarebbe potuto accadere se non fossimo andati oltre il limite del conosciuto, oltre la normalità, oltre a ciò che costituisce la norma. In una società che si è costituita e fondata sulla forza della scienza, della tecnologia e della medicina sostenute proprio da quella tensione alla libertà della conoscenza e di andare oltre i limiti conosciuti, l'inibizione della libertà di essere sé stessi e di non dover rispondere ad un unico modello è un effetto collaterale necessario alla sopravvivenza del sistema.

Le droghe sono da sempre state lo strumento principe dell'esplorazione umana, negli stati non ordinari di coscienza. Il potenziale di libertà che un certo tipo di utilizzo delle droghe possono dare all'essere umano è spaventoso per ogni ordine costituito, a maggior ragione se questo per la sua sopravvivenza richiede non solo una sottomissione ma anche un attivo conformismo nei comportamenti e nell'espressione. Le droghe sono da un lato il sistema con il quale l'individuo evade da una realtà che gli è incompatibile, dall'altro un problema perché lo distolgono dalla funzione produttiva attesa, conforme al mercato¹. Questo sistema socio-economico è cristallizzato dalla legge nazionale e dai trattati internazionali², che impongono una linea

¹ <http://www.vita.it/it/article/2017/02/06/la-societa-additiva-tra-business-e-dipendenza/142357/>.

² Ghodse, Hamid, *International Policies on Addiction. Strategy Development and Cooperation*, British Journal of Psychiatry, 166, 1995, pp. 145-148.

proibizionista e di criminalizzazione delle droghe. Il mantenimento di questa politica costa allo Stato cifre esorbitanti in termini di strutture assistenziali e mediche, di spese e condizioni carcerarie, di dispiego di risorse di polizia³ e costa in termini di capitale umano la cui erosione è la massima espressione della modalità autodistruttiva e autocannibalica dell'Occidente malato, visto l'incidenza di psicopatologie in generale, e di quel malessere che porta alla dipendenza da sostanze o da oggetti-droga.

Qui in breve vedremo quali sono i temi portanti del dibattito sulle droghe a livello italiano e quali realtà politiche nazionali hanno scelto di scartare dalla norma e sperimentare la decriminalizzazione delle sostanze stupefacenti. Sono idee e soluzioni differenti rispetto a quelle adottate attualmente dallo Stato italiano che comporterebbero una modificazione dell'attribuzione funzionale della struttura già esistente e una riallocazione delle risorse consentendo da un lato una minor dispersione e dall'altro un risparmio non solo a livello dell'assistenza pubblica, ma anche sulla salute, sulla sicurezza e sull'integrazione sociale.

³ <http://www.emcdda.europa.eu/>.

V.1. Astinenza, sostituire, ridurre il danno, autoregolazione.

La legislazione italiana istituisce un sistema capillare sul territorio di assistenza pubblica per la prevenzione e la riabilitazione dalla dipendenza patologica e dall'abuso di sostanze⁴. Essa è ovviamente figlia del pensiero politico, economico, sociale e culturale dei nostri tempi. Da un lato quindi ha una utenza ridotta rispetto al panorama ben più vasto di coloro che fanno uso di sostanze, a causa della paura di essere segnalati e di incorrere in guai giudiziari; dall'altro, si fonda preminentemente sull'interpretazione psichiatrica della dipendenza e della cura che ne consegue, come unico modello, valido per tutti.

Questo modello parte dalla definizione di dipendenza come di una malattia cronica recidivante, di cui la droga è il fattore responsabile della deriva nella dipendenza e la cui unica alternativa è l'astinenza. Ma a guardar bene, poiché è appunto recidivante, le fasi di astinenza sono viste il più delle volte come una fase intermedia tra due ricadute, autoconfermando il modello. Il sistema di assistenza pubblica che ne deriva offre due strumenti, la terapia farmacologica sostitutiva, principalmente per gli eroinomani, e la comunità terapeutica, dove l'approccio psicosociale è preponderante rispetto all'intervento psicoterapico⁵.

⁴ Legge 26 giugno 1990, n. 162. Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. *Gazzetta Ufficiale*, n. 147 Suppl. Ord. del 26/06/1990; <http://www.camera.it/parlam/leggi/060491.htm>, per la legge Fini-Giovanardi del 2006.

⁵ Per l'alcolismo, la terapia breve e motivazionale sono le più consigliate, seguite dalla terapia farmacologica sui i ricettori GABA o con il naltrexone; per la dipendenza da oppioidi le prescrizioni più frequenti sono il metadone e la buprenorfina; per la tossicomania da cocaina non ci sono riconosciute terapie farmacologiche mentre la terapia cognitivo-comportamentale e gli interventi psico-sociali sono i trattamenti più frequenti, in Sessa, Ben; Johnson, Matthew W., *Can psychedelic compounds play a part in drug dependence therapy?*, *The British Journal of Psychiatry*, 206, 2015, pp. 1-3.

In carenza di risorse economiche e di mezzi, senza deroghe alla normativa sulla ricerca degli aspetti fenomenologici dell'assunzione delle sostanze e immersi nell'ostracismo sociale che non colloca il tossicodipendente se non al di fuori della comunità, gli operatori del servizio pubblico possono e mirano a contenere il disturbo, più che aiutare la persona a guarire dalla sua dipendenza tossica⁶.

Per colmare la grande distanza tra questa unica modalità operativa e la realtà dei tossicodipendenti, sono emerse diverse proposte per innovare gli interventi:

“diurni, serali, interventi brevi residenziali o semiresidenziali, progetti di housing e di supporto alla formazione lavoro, interventi e progetti orientati a una riduzione dei rischi o dei danni legati ai comportamenti assuntivi. [...] La riduzione del danno è una strategia di intervento estremamente importante per rispondere ad una serie di problematiche legate sia all'uso compulsivo sia ad un consumo consapevole e autodeterminato: si tratta quindi di stabilire, in termini di prospettive possibili, se ogni servizio (o meglio ogni sistema di servizio) debba contenere al proprio interno un'intera gamma di offerte (che vanno dal supporto ad un consumo più responsabile e sicuro alla proposta motivazionale per migliorare l'adesione agli interventi terapeutici e riabilitativi); oppure possa essere pensato un sistema che svolga la funzione di 'facilitatore' per la messa in rete di opportunità diverse. Tali opportunità comprendono il collegamento a rete (network specifico) e la

⁶ <http://www.psychiatryonline.it/node/1318> Leonardo Montecchi, *Tossico dipendenza o dipendenza tossica?* 2012

valorizzazione di associazioni di consumatori che possono sostenere e migliorare capacità e competenze soggettive, le realtà di auto-mutuo-aiuto, le offerte di interventi terapeutici anche esterni al servizio stesso ed altro.”⁷

La riduzione del danno è un passaggio necessario che in effetti inizia a dare atto del fatto che la tossicodipendenza non è un fenomeno unico, ma c'è una differenza e una varietà di stili e modelli di consumo. Tre sembrano essere i principali stili: quello degli istituzionalizzati, quello degli integrati alla società e il sommerso. Questi ultimi due gruppi in particolare non si presentano ai servizi per sfuggire lo stigma sociale e perché hanno una relazione con la droga che si allontana dalla rigida idea che la sostanza sia incompatibile con la vita della persona. Stanti così le posizioni, gli obiettivi degli operatori e degli utenti sono diversi.

“Il mancato riconoscimento dell’uso del servizio per l’autoregolazione è strettamente correlato al non riconoscimento delle abilità degli utenti, tipico del modello patologico-neurobiologico. Eppure le capacità degli utenti sono molteplici e molti di loro ne danno continuamente prova: si pensi a come riescono a difendersi dall’overdose, sulla sola base della loro esperienza di consumo; oppure a come riescono a vivere in strada, sapendo utilizzare le opportunità esistenti (mense, dormitori), a come sono in grado di interagire coi servizi. Grazie a queste loro risorse e competenze, la gran

⁷ Giglio, Angelo, *Le esperienze innovative nascoste*, in www.dolcevitaonline.it/wp-content/uploads/2018/06/Libro-Bianco-2018-embargo260618ore11.pdf.

parte mantiene anche una qualche dignità, un certo equilibrio con la propria salute.”⁸

Un cambiamento nella direzione di comprendere la funzione della sostanza per l'individuo e i differenti stili di consumo compatibili con la vita della persona porta a valorizzare le competenze del consumatore nella sua capacità di autoregolazione e a toglierlo dallo stigma che lo vuole malato cronico.

Ciò cambierebbe profondamente la relazione dell'operatore con il dipendente, nella misura in cui su di essa non pende più la spada del fallimento e poiché comporta una lettura più ampia e profonda della persona, per l'aspetto del mantenimento della salute, dell'inserimento sociale e relazionale. In questo senso il servizio potrebbe essere ripartito tra una presenza nei momenti in cui la persona che fa uso di sostanze riscivola nella dipendenza e direzionare la terapia farmacologica solo nei casi di gravi problemi di salute o sociali. Questo permetterebbe di liberare risorse e allocarle verso questi gruppi di consumatori che altrimenti non accedono ad alcun servizio⁹.

In questo senso, il nuovo modello di autoregolazione comporterebbe la nascita di una figura professionale nuova o la conversione di quella ora operante, delle strutture assistenziali e cosa che oggi manca totalmente, un mutamento del giudizio sociale verso la persona che consuma droghe.

⁸ Zuffa, Grazia, conversazione con Vecchio, Stefano, “*Linee per l’innovazione. Il nuovo modello dell’autoregolazione*”, in www.dolcevitaonline.it/wp-content/uploads/2018/06/Libro-Bianco-2018-embargo260618ore11.pdf.

⁹ Zuffa, Grazia, *Dai «controlli» nei setting naturali agli interventi nei servizi per le dipendenze*, in Zuffa, Grazia; Ronconi, Susanna, a cura di, *Droghe e autoregolazione. Note per consumatori e operatori*, Ediesse, Roma, 2017, pp. 23-50.

V.2. Portogallo, i risultati a vent'anni dalla legge sperimentale.

Così come il vigente modello di trattamento delle tossicodipendenze non è l'unico, neanche la legislazione nazionale che regola le droghe è la sola possibile.

I dati mostrano un sostanziale fallimento della politica proibizionista, dal punto di vista economico per il mercato nero, la criminalità, il sistema giudiziario e carcerario, e dal punto di vista sociale di prevenzione e cura¹⁰. La legge può criminalizzare e proibire, ma può anche liberalizzare le droghe, depenalizzare la detenzione degli stupefacenti e legalizzare la produzione, il commercio, la vendita e il consumo delle sostanze¹¹.

Il Portogallo è il primo paese in Europa ad aver fatto un cambiamento drastico di legislazione relativa alle droghe e il suo esempio è stato più recentemente seguito anche dalla Svizzera e dalla Norvegia, sempre guardando solo al panorama europeo¹². Nel 1998 il parlamento portoghese vara una politica di decriminalizzazione del possesso e del consumo di sostanze illecite, innalzando di larga misura le quantità compatibili all'uso personale¹³, che è entrata in vigore nel 2001¹⁴.

¹⁰ <https://www.ilfattoquotidiano.it/2018/06/26/droghe-il-ix-libro-bianco-parla-chiaro-non-e-col-carcere-che-si-combatte-la-dipendenza/4452067/>.

¹¹ Mandruzzato, Federico, tesi di laurea, *Gli effetti economici della legalizzazione delle droghe leggere in Italia*, Ca' Foscari, A.A. 2013/2014, pp. 21-30.

¹² In realtà ci sono altre esperienze nel mondo, come alcuni Stati degli USA dove sono state emanate delle liberalizzazioni per esempio della cannabis o l'Uruguay, in https://droghe.aduc.it/articolo/uruguay+rivoluzionaria+politica+mondiale+droghe_26336.php.

¹³ "Il limite di detenzione per uso personale non può eccedere la quantità necessaria per il consumo individuale medio per un periodo di 10 giorni (stabilito dalla legge in 25 grammi per la cannabis, 5 grammi per l'hashish, 2 grammi per la cocaina, 1 grammo per l'eroina e in 10 pillole per l'LSD o l'ecstasy)", *Ibidem*, cit. p. 51.

¹⁴ "Questa strategia propone una serie di 13 iniziative per guidare l'azione pubblica nel campo degli stupefacenti: rafforzare la cooperazione internazionale, depenalizzare l'uso delle sostanze, focalizzarsi sulla prevenzione, assicurare l'accesso alle strutture di recupero, promuovere l'integrazione sociale, sviluppare trattamenti di recupero anche nelle carceri, aumentare la ricerca, semplificare il coordinamento interdipartimentale, estendere gli interventi di riduzione dei danni, incentivare i trattamenti di recupero al posto della pena carceraria, sviluppare la

“Rather than being arrested, those caught with a personal supply might be given a warning, a small fine, or told to appear before a local commission – a doctor, a lawyer and a social worker – about treatment, harm reduction, and the support services that were available to them.”¹⁵

Ne è conseguita una riorganizzazione complessiva dei servizi per le dipendenze e per la salute mentale e un’implementazione degli interventi di riduzione del danno, con servizi a bassa soglia, unità informative di strada e distribuzione di siringhe pulite.

Nel clima che si è creato dall’introduzione della legge c’è una maggiore comunicazione e interazione tra i servizi di polizia, di assistenza sociale e all’alloggio, alla salute e di accesso al lavoro per coloro che consumano droga. La continuità dell’esercizio della legge, intoccata anche dai governi conservatori, ha favorito da un lato l’instaurarsi della fiducia del consumatore verso il nuovo sistema e dall’altro ha mutato l’atteggiamento sociale verso la dipendenza. La riattivazione della comunità, una che è giunta a questa scelta per la gravità della situazione legata all’abuso di eroina e al contagio del virus dell’AIDS degli anni Ottanta e Novanta, ha sollevato lo stigma sulla persona favorendone attivamente l’inclusione, accettando la scelta individuale, riducendo il danno con un consumo sicuro e offrendo risposte diversificate secondo il tipo di richiesta.

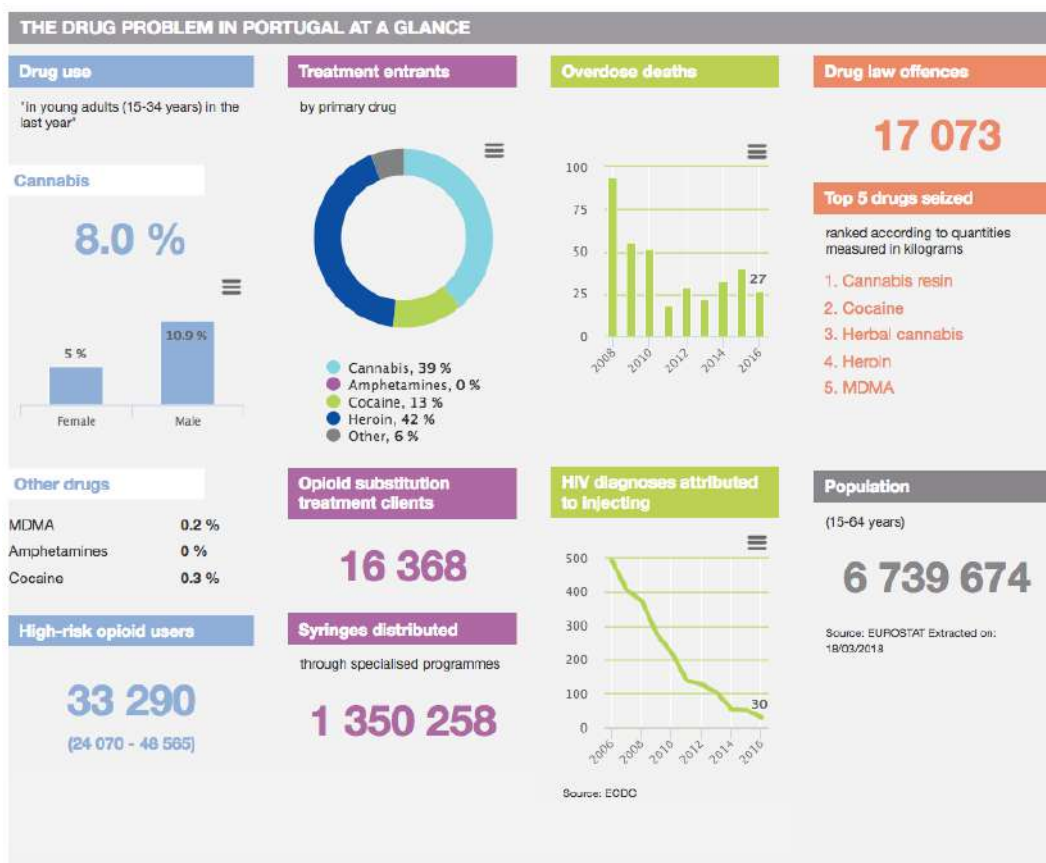
La rivoluzione portoghese è basata su tre pilastri: non esistono le droghe leggere o le droghe pesanti, esiste una relazione malata con

lotta al traffico di droga e al riciclaggio di denaro sporco e raddoppiare gli investimenti pubblici nel settore degli stupefacenti”, Ibidem, cit., pp. 50-51.

¹⁵ <https://www.theguardian.com/news/2017/dec/05/portugals-radical-drugs-policy-is-working-why-hasnt-the-world-copied-it>.

le droghe; la persona che ha un rapporto malato con le droghe ha probabilmente delle relazioni perturbate con i suoi cari, con sé stesso e con il mondo; il terzo e ultimo pilastro è che sradicare la droga dal mondo è un'utopia¹⁶. Il consumatore non è visto più come un criminale, ma come una persona che ha una relazione più o meno disfunzionale con la sostanza, a seconda del momento e degli eventi di vita.

I dati redatti nel quindicennale dall'entrata in vigore della legge mostrano dei risultati promettenti. Benché il periodo sia troppo breve per sentirne l'effetto anche in relazione alle conseguenze sulla salute dovuto a un consumo prolungato, le morti per droga, i tassi d'infezione e di incarcerazione sono scesi drasticamente, come illustra il sintetico prospetto di seguito:



¹⁶ *Ibidem.*

Mentre questo il quadro sulla situazione italiana:



I dati sono raccolti dal rapporto sulle droghe di quest'anno, 2018, redatto dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*. Il confronto tra il Portogallo¹⁷ e l'Italia¹⁸, pur nella dovuta proporzione sulla popolazione, è proposto con l'intento di mostrare che altre realtà sono possibili, e divulgarne i risultati.

Nel senso generale di questa tesi, è una responsabilità di tutti non ignorare la realtà ma mantenere la complessità e valutare le soluzioni più efficaci e innovative per provocare un cambiamento socio-sanitario su vasta scala in relazione a una questione tanto estesa e drammaticamente

¹⁷ http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/portugal_en.

¹⁸ http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2018/italy_en.

rilevante come lo è la tossicodipendenza nel mondo occidentalizzato d'oggi.

CONCLUSIONI

Il processo di globalizzazione aggiunge complessità a tutti i livelli del fenomeno legato alle dipendenze. Da un lato amplifica il rischio dall'altro amplia la disponibilità di sistemi per contrastarlo attingendo alle conoscenze terapeutiche radicate alla tradizione ancestrale, che aumentano la possibilità di una risposta mirata, più veloce e personalizzata ai bisogni e alle aspirazioni individuali, e di un cambiamento interno più profondo e più duraturo d'insieme, che travalica la disintossicazione biochimica. Per quanto riguarda il lato oscuro della globalizzazione, ci sono una molteplicità di cause per le quali si può pensare di addurre una responsabilità diretta e indiretta alla nostra civiltà contemporanea nella produzione e nel mantenimento delle patologie legate alla tossicodipendenza e alle varie altre forme della dipendenza tossica. Il sistema sociale a impianto liberal-capitalista con induzione al consumo ha disassato la relazione tra l'individuo e il suo contesto allentando i vincoli familiari, storici e culturali, producendo una diffusa mancanza di contatto con sé e con l'altro e rinchiudendolo in una bolla narcisistica che sostituisce il bisogno di relazione viva e tenta riempirne il vuoto con dipendenze "morte".

L'Occidente e la parte di mondo occidentalizzata sono i luoghi nei quali l'incidenza di disturbi per uso di sostanze è considerata un'emergenza sociale. Là dove c'è consumo c'è mercato, nero, sommerso, che alimenta il narcotraffico e la criminalità che vi ruota attorno, dalla produzione al consumo passando per il trasporto e la distribuzione, tracciando delle traiettorie precise sul globo, dal Sud America o dall'Asia Centrale verso Occidente e aumentando esponenzialmente i casi di emarginazione, detenzione e decesso riconducibili al circuito della droga.

Alla mobilità delle merci, se ne affianca una in continua ascesa che fluisce in direzione opposta alla precedente, di persone in cerca di cura dalle dipendenze secondo sistemi e metodi tradizionali¹.

L'era globale ha un effetto amplificatore su ogni aspetto della vita umana, è una cassa di risonanza così ampia che lascia a mala pena il tempo di adattarsi ai cambiamenti che corrono, mentre tutto si mescola e in fretta assume forme nuove. Nella capacità che abbiamo di soffermarci sulle cose, andare a cercare la purezza di significato e di funzione di ciò che a livello locale ha da sempre funzionato come cura dei disagi e delle sofferenze individuali è un'operazione necessaria e utile. È necessario modulare la spinta globale massificata per andare oltre la superficialità di un contenimento sommario alle derive incontrollate dei fenomeni e per fornire una cornice, un contesto di riferimento che contenga e colga l'aspetto individuale, personale, umano, sociale e storico. È utile ricercare le specificità delle culture mediche perché, cogliendone il senso e gli intenti, esse offrono il contributo di altri percorsi di cura, fondati su saperi antichi e su millenaria esperienza, che espandono le possibilità di cambiamento e di evoluzione per la persona, e per la società.

A livello pratico e contingente, il contatto diretto e la responsabilità di agire è di medici, psichiatri, psicoterapeuti, operatori sociali e famiglie, i quali per quanto riguarda le possibilità di cura delle dipendenze possono trovare nelle medicine tradizionali degli strumenti integrativi, coadiuvanti e spesso più veloci e anche più economici. In questo senso emerge l'importanza di favorire lo spazio d'azione e le risorse economiche alla ricerca scientifica, per dare comprensione e fondamento all'impiego di cure alternative. I governi nazionali e internazionali hanno invece la responsabilità politica e sociale di ripensare

¹ Consigliere, Stefania; Coppo, Piero, Tristi gli psico-tropici? A proposito di Jean-Loup Amselle e della "febbre dell'ayahuasca" nella foresta amazzonica, *La ricerca folklorica*, 67/68, apr-ott 2013, pp. 287-302.

e modificare il sistema concettuale che verte sulla considerazione del tossicodipendente come un criminale e, assimilando gli orientamenti emergenti sulla dipendenza, adoperarsi per la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio e del danno. In Europa, il Portogallo nel 1999 ha varato una politica antidroga in controtendenza di depenalizzazione di tutte le sostanze stupefacenti e a distanza di quasi vent'anni mostra dati incoraggianti, perfino sbalorditivi, tanto da essere seguito anche dalla Svizzera e recentemente dalla Norvegia.

I risultati, benché parziali e non poco scientifici, delle esperienze e dei modelli di trattamento delle dipendenze presentati nei capitoli quarto e quinto, impongono un'attenta valutazione perché ciò che è più distante dal sistema occidentale è proprio la concezione stessa dell'essere umano, del suo istinto alla sperimentazione e la sua tensione alla cura e alla crescita. Ciò che queste possibilità alternative mostrano è la limitatezza dell'approccio medicalizzato e deterministico, e l'importanza del contesto e di una guida empatica che aiuti il consumatore di droghe a sanare i traumi del proprio vissuto e a vedere una vita fuori dalla dipendenza.

Come una fotografia sgranata sul mondo della cura della dipendenza, questa tesi sollecita a non ignorare esperienze terapeutiche e istituzionali che mostrano altro rispetto a come oggi in genere si pensa la dipendenza e a come si agisce per depotenziarla, e incoraggia il dialogo tra saperi, ricordando che i dettagli e gli intenti fanno la differenza.

BIBLIOGRAFIA

MONOGRAFIE E FONTI

- Bonomi, Carlo, a cura di, *Sandor Ferenczi e la psicoanalisi contemporanea*, Edizioni Borla, Roma, 2006.
- Carlson, Neil R., *Fisiologia del comportamento*, Piccin Nuova Libreria, Padova, 2014.
- Castiglioni, Luigi; Mariotti, Scevola, *Vocabolario della lingua latina*, Loescher, Torino, 1966.
- De Rienzo, Paul; Beal, Dana; and Members of the Project, *The Ibogaine Story. Report the Staten Island Project*, Autonomedia, New York, 1997.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*, American Psychiatric Association, Washington DC, 2013.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. First Edition*, American Psychiatric Association, Washington DC, 1952.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition*, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition, Text Revision*, American Psychiatric Association, Washington DC, 2000.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition*, American Psychiatric Association, Washington DC, 1968.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition*, American Psychiatric Association, Washington DC, 1980.
- Fava, Gianluca, *Stupefacenti. Analisi, problematiche e legislazione*

- italiana*, Primiceri Editore, Padova, 2017.
- Giudici, Federico, *La medicina della selva. Ayahuasca, droghe e terapia psichedelica nel curanderismo amazzonico*, 2012.
- Giusti, Edoardo; Maglioni, Mara, *Terapia delle dipendenze. Il percorso verso l'autonomia e l'interdipendenza*, Sovera Edizioni, Roma, 2016.
- Hinnenthal, Ina Maria; Cibir, Mauro, a cura di, *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina. Modello Soranzo*, SEEd, Torino, 2011.
- Klein, Melanie, *Invidia e gratitudine*, Giunti Editore, Firenze, 2012.
- Kring, Ann M.; Sloan, Denise M., *Emotion Regulation and Psychopathology. A Transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment*, The Guilford Press, New York, 2010.
- Laezza, Maurizio, responsabile di, *Guida per conduttori di corsi intensivi per smettere di fumare. Progetto Regionale Tabagismo, Programma formativo sperimentale*, Regione Emilia-Romagna, Centro Antifumo, Ausl, Ferrara, 2000.
- Legge 26 giugno 1990, n. 162. Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza. *Gazzetta Ufficiale*, n. 147 Suppl. Ord. del 26/06/1990.
- Lowen, Alexander, *Bioenergetica*, Feltrinelli Editore, Milano, 2012.
- Mandrizzato, Federico, tesi di laurea, *Gli effetti economici della legalizzazione delle droghe leggere in Italia*, Ca' Foscari, A.A. 2013/2014.
- McWilliams, Nancy, *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Roma, 1999.
- Monezi Andrade, André Luiz; De Micheli, Denise, edito da, *Innovations*

- in the Treatment of Substance Addiction*, Springer, Switzerland, 2016.
- Naranjo, Claudio, *Ayahuasca. Il rampicante del fiume celeste*, Spazio Interiore, 2014.
- Naranjo, Claudio, *Viaggio di guarigione. Il potenziale curativo della terapia psichedelica*, Edizioni Spazio Interiore, Roma, 2016.
- Reich, Wilhelm, *Analisi del carattere*, Sugarco Edizioni, Varese, 1973.
- Rogers, Carl R.; Kinget, Marian, *Psicoterapia e relazioni umane*, Boringhieri, Torino, 1970.
- Samorini, Giorgio, *Animali che si drogano*, ShaKe Edizioni, Coriano (RM), 2013.
- Serpelloni, Giovanni; Bricolo, Francesco; Mozzoni, Marco, *Elementi di neuroscienze e dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze*, Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20, Verona, 2008.
- Serpelloni, Giovanni; Bricolo, Francesco; Mozzoni, Marco, *Elementi di neuroscienze e dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze*, Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20, Verona, 2° edizione, 2010.
- Winnicott, Donald, *Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*, Armando Editore, Roma, 2002.
- Woods, Douglas W.; Kanter, Jonathan W., *Disturbi psicologici e terapia cognitivo-comportamentale. Modelli e interventi clinici di terza generazione*, Franco Angeli, Milano, 2016.
- Zappa, Luigi Enrico; Caslini, Manuela; Clerici, Massimo, *Le parole senza voce. Il costrutto Alessitimico tra disturbi del comportamento alimentare e dipendenze*, Franco Angeli, Milano, 2011.

Zuffa, Grazia; Ronconi, Susanna, a cura di, *Droghe e autoregolazione*.
Note per consumatori e operatori, Ediesse, Roma, 2017.

ARTICOLI E SAGGI

- Ahmad, Kamarudin; Aziz, Zoriah, *Mitragyna speciosa* use in the northern states of Malaysia: A cross-sectional study, *Journal of Ethnopharmacology*, 141, 2012, pp. 446-450.
- Ainsworth Salter, Mary D., *Object Relations, Dependency, and Attachment: A Theoretical Review of the Infant-Mother Relationship*, *Child Development*, 40, 1969, pp. 969-1025.
- Alavi, Seyyed Salman; Ferdosi, Masoud; Jannatifard, Fereshte; Eslami, Mehdi; Alaghemandan, Hamed; Setare, Mehrdad, *Behavioral Addiction versus Substance Addiction: Correspondence of Psychiatric and Psychological Views*, *International Journal of Preventive Medicine*, 3 (4), 2012, pp. 290-294.
- Alper, Kenneth R.; Lotsof, Howard S.; Kaplan, Charles D., *The ibogaine medical subculture*, *Journal of Ethnopharmacology*, 115, 2018, pp. 9-24.
- Anglesio, Alberto; Fulcheri, Guido; Sanfilippo, Biagio, *Dipendenze patologiche: la prospettiva adleriana*, *Rivista di psicologia individuale*, 48, 2000, pp. 55-74.
- Authier, Simon; Accardi, Micheal V.; Paquette, Dominique; Pouliot, Mylène; Arezzo, Joseph; Stubbs, R. John et al., *Functional neurotoxicity evaluation of noribogaine using video-EEG in cynomolgus monkeys*, *Journal of Pharmacological and Toxicological Methods*, 81, 2016, pp. 306-312.
- Authier, Simon; Delatte, Marcus S.; Kallman, Mary-Jeanne; Stevens, Joanne; Markgraf, Carrie, *EEG in non-clinical drug safety assessments: Current and emerging considerations*, *Journal of Pharmacological and Toxicological Methods*, 81, 2016, pp. 274-285.

- Belgers, M.; Leenaars, M.; Homberg, J.R.; Ritskes-Hoitinga, M.; Schellekens, A.F.A.; Hooijmans, C.R., *Ibogaine and addiction in the animal model, a systematic review and meta-analysis*, *Transl Psychiatry*, 6, 2016, pp. 1-11.
- Berlowitz, Ilana; Ghasarian, Christian; Walt, Heinrich; Mendive, Fernando; Alvarado, Vanessa; Martin-Soelch, Chantal, *Conceptions and practices of an integrative treatment for substance use disorders involving Amazonian medicine: traditional healers' perspectives*, *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 00, 2017, pp. 1-10.
- Bignamini, Emanuele; Bombini, Roberta, *Approccio psicodinamico al tossicodipendente*, *Rivista di psicologia individuale*, 56, 2004, pp. 87-102.
- Biondi, Massimo; Bersani, Francesco Saverio; Valentini, Martina, *Il DSM-5: l'edizione italiana*, *Rivista di Psichiatria*, 49 (2), 2014, pp. 57-60.
- Blashfield, Roger K.; Keeley, Jared W.; Flanagan, Elizabeth H.; Miles, Shannon R., *The Cycle of Classification: DSM-I Through DSM-5*, *Annual Review of Clinical Psychology*, 2014 (10), pp. 25–51.
- Bogenschutz, Michael P.; Johson, Matthew W., *Classic hallucinogens in the treatment of addictions*, *Progress in Neuro-Psychopharmacology; Biological Psychiatry*, xxx, 2015, pp. 1-9.
- Bogenschutz, Michael P.; Pommy, Jessica M., *Therapeutic mechanisms of classic hallucinogens in the treatment of addictions: from indirect evidence to testable hypotheses*, *Drug Testing and Analysis*, 4, 2012, pp. 543-555.
- Bowen, Sarah; Witkiewitz, Katie; Clifasefi, Seema L.; Grow, Joel; Chawla, Neharika et al., *Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention Standard Relapse Prevention, and Treatment*

- as Usual for Substance Use Disorders*, American Medical Association, 71 (5), May 2014, pp. 547-556.
- Brierley, Daniel I.; Davidson, Colin, *Developments in harmine pharmacology – Implications for ayahuasca use and drug-dependence treatment*, Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 39, 2012, pp. 263-272.
- Brown, N. Paula; Lund, Jensen A.; Murch, Susan J., *A botanical, phytochemical and ethnomedicinal review of the genus Mitragyna korth: Implications for products sold as kratom*, Journal of Ethnopharmacology, 202, 2017, pp. 302-325.
- Canal, Clinton E.; Murnane, Kevin S., *The serotonin 5-HT_{2C} receptor and the non-addictive nature of classic hallucinogens*, Journal of Psychopharmacology, 31 (1), 2017, pp. 127-143.
- Cantelmi, T.; Lambiase, E.; Sessa, A., *Le dipendenze comportamentali*, Psicobiettivo, 2004 (2), pp. 1-25.
- Carai, Mauro A. M.; Agabio, Roberta; Bombardelli, Ezio; Bourov, Iouri; Gessa, Gian Luigi; Lobina, Carla et al., *Potential use of medicinal plants in the treatment of alcoholism*, Fitoterapia, 71, 2000, pp. 38-42.
- Carella Prada, Ozrem; Perali, Marco; Giubettini, Maria (2008), *Considerazioni sulla psicopatologia del tossicodipendente*, Rivista di psichiatria, 43 (2), 2008, pp. 72-78.
- Chang, Quing; Hanania, Taleen; Mash, Deborah C.; Maillet, Emeline L., *Noribogaine reduces nicotine self-administration in rats*, Journal of Psychopharmacology, 29 (6), 2015, pp. 704-711.
- Ciulla, Stefano; Caretti, Vincenzo, *Trauma, dissociazione, disregolazione, dipendenza*, Psichiatria e psicoterapia, 21 (2), 2012, 101-119.
- Cloutier-Gill, Laurie; Wood, Evan; Millar, Trevor; Ferris, Caroline;

- Socias, M. Eugenia, *Remission of severe opioid use disorder with ibogaine: a case report*, J Psychoactive Drugs, 48, 2016, pp. 214-217.
- Consigliere, Stefania; Coppo, Piero, *Tristi gli psico-tropici? A proposito di Jean-Loup Amselle e della "febbre dell'ayahuasca" nella foresta amazzonica*, La ricerca folklorica, 67/68, apr-ott 2013, pp. 287-302.
- Cortini, E.; Clerici, M.; Carrà, G., *Esiste un approccio europeo alle comunità terapeutiche per i disturbi correlati a sostanze? Una revisione narrativa*, Journal of Psychopathology, 19, 2013, pp. 27-33.
- D'Arienzo, Adriana; Samorini, Giorgio, *Ayahuasca, beta-carboline e le nuove frontiere terapeutiche*, Erboristeria Domani, 399, nov.-dic. 2016, pp. 74-83.
- Dos Santos, Rafael G.; Bouso, José Carlos; Hallak, Jaime E.C., *Ayahuasca, dimethyltryptamine, and psychosis: a systematic review of human studies*, Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 7 (4), 2012, pp. 141-157.
- Dutra, Lissa; Stathopoulou, Georgia; Basden, Shawnee L.; Leyro, Teresa M.; Powers, Mark B. et al., *A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. A Randomized Clinical Trial*, American Journal of Psychiatry, 165, 2008, pp. 179-187.
- Ekman Schenberg, Eduardo; de Castro Comis, Maria Angelica; Rasmussen Chaves, Bruno; de Silveira, Dartiu Xavier, *Treating drug dependence with the aid of ibogaine: A retrospective study*, Journal of Psychopharmacology, 28 (11), 2014, pp. 993-1000.
- Frecska, Ede; Bokor, Petra; Winkelman, Michael, *The Therapeutic*

- Potentials of Ayahuasca: Possible Effects against Various Diseases of Civilization*, *Frontiers in Pharmacology*, 7 (35), 2016, pp. 1-17.
- Garrison, Kathleen A.; Potenza, Marc N., *Neuroimaging and Biomarkers in Addiction Treatment*, *Current Psychiatry Reports*, 16 (12), 513, 2014, pp. 1-9.
- Ghods, Hamid, *International Policies on Addiction. Strategy Development and Cooperation*, *British Journal of Psychiatry*, 166, 1995, pp. 145-148.
- Heink, Annamarie; Katsikas, Steve; Lange-Altman, Tiffany, *Examination of the Phenomenology of the Ibogaine Treatment Experience: Role of Altered States of Consciousness and Psychedelic Experiences*, *Journal of Psychoactive Drugs*, 49 (3), 2017, pp. 201-208.
- Hinnenthal, Ina; Manera, Ester; Gallo, Sebastiano; Cibir, Mauro, *Trattamento Residenziale: un approccio emotivo e cognitivo-comportamentale*, *Cocaina* 6.6, 2006, pp. 385-395.
- Koenig, Xaver; Hilber, Karlheinz, *The Anti-Addiction Drug Ibogaine and the Heart: A Delicate Relation*, *Molecules*, 20, 2015, pp. 2208-2228.
- Krebs, Teri S.; Johansen, Pal-Orjan, *Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials*, *Journal of Psychopharmacology*, 26 (7), pp. 994-1002.
- Kuypers, K.P.C., *Out of the box: A psychedelic model to study the creative mind*, *Medical Hypotheses*, 115, 2018, pp. 13-16.
- Llamazares, Ana María, *Occidente Herido: El Potencial Sanador del Chamanismo en el Mundo Contemporáneo*, *Diversidad*, Diciembre 2013, 7 (4), pp. 67-104.

- Loizaga-Velder, Anja; Verres, Rolf, *Ayahuasca Use in the Treatment of Substance Dependence – Qualitative Results*, Journal of Psychoactive Drugs, 46 (1), 2014, pp. 63-72.
- Loizaga-Velder, Anya, *A Psychotherapeutic View on the Therapeutic Effects of Ritual Ayahuasca use in the Treatment of Addiction*, Maps Bulletin Special Edition, Spring 2013, pp. 36-40.
- Lotsof, H.S., *Ibogaine in the treatment of chemical dependence disorders: clinical perspectives*, Newsletter of the Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies, 5 (3), Winter 1994-95, pp. 16-27.
- Mabit, Jacques, *Addiction y shamanismo budista. El monasterio de las cuevas de bambù*, Takiwasi. Revista de reflexion e intercambio, 1 (2), 1993, pp. 57-87.
- Mabit, Jacques, *Blending Traditions –Using Indigenous Medicinal Knowledge to Treat Drug Addiction*, Maps, XII (2), Summer 2002, pp. 25-32.
- Maciulaitis, R.; Kontrimaviciute, V; Bressolle, F.M.M.; Briedis, V., *Ibogaine, an anti-addictive drug: pharmacology and time to go further in development. A narrative review*, Human & Experimental Toxicology, 27, 2008, pp. 181-194.
- Mangini, Enrico, *Lezioni sul pensiero freudiano e sue iniziali diramazioni*, LED, Milano, 2011.
- Mangini, Mariavittoria, *Treatment of alcoholism using psychedelic drugs: A review of the program of research*, Journal of Psychoactive Drugs, Oct.-Dec. 1998,30 (4), pp. 381-418.
- Manna, Vincenzo; Ferrone, Concetta Maria, *Alcol dipendenza, abuso di sostanze e craving: considerazioni cliniche e proposta di un*

- trattamento integrato multimodale*, Bollettino di farmacodipendenza e alcolismo, XXIV (1), 2001, pp. 50-61.
- Manna, Vincenzo; Salvatore, Ruggiero, *Dipendenze patologiche da sostanze: comorbilità psichiatrica o continuum psicopatologico?*, Rivista di psichiatria, 2001, 36 (1), pp. 1-13.
- Marazziti, D.; Presta, S.; Picchetti, M.; Dell'Osso, L., *Dipendenze senza sostanza: aspetti clinici e terapeutici*, Journal of Psychopathology, 21, 2015, pp. 72-84.
- Maté, Gabor, *Addiction: Childhood Trauma, Stress and the Biology of Addiction*, Journal of Restorative Medicine, 2012 (1), pp. 56-63.
- Michielin, Paolo; Bettinardi, Ornella, *Prove di efficacia e linee guida per i trattamenti psicologici e le psicoterapie*, Link - Rivista scientifica di psicologia, 2004, pp. 6-26.
- Moosavyzadeh, Abdolali; Ghaffari, Farzaneh; Mosavat Seyed Hamdollah; Zargaran, Arman; Mokri, Azarakhsh; Faghihzadeh, Soghra et al., *The medieval Persian manuscript of Afyunieh: the first individual treatise on opium and addiction in history*, Journal of Integrative Medicine, 2018, xx (x), xxx-xxx, pp. 1-7.
- Morgan, Celia; McAndrew, Amy; Stevens, Tobias; Nutt, David; Lawn, Will, *Tripping up addiction: the use of psychedelic drugs in the treatment of problematic drug and alcohol use*, Current Opinion in Behavioral Sciences, 13, 2017, pp. 71-76.
- Nunes, Amanda A.; dos Santos, Rafael; Osorio, Flavia L.; Sanches, Rafael F.; Crippa, José Alexandre S.; Hallak, Jaime E. C., *Effects of Ayahuasca and its Alkaloids on Drug Dependence: A Systematic Literature Review of Quantitative Studies in Animals and Humans*, Journal of Psychoactive Drugs, 2016, pp. 1-12.

- Palhano-Fontes, Fernanda; Andrade, Katia C.; Tofoli, Luis F.; Santos, Antonio C.; Crippa, Jose Alexandre S.; Hallak, Jamie E.C. et al., *The Psychedelic State Induced by Ayahuasca Modulates the Activity and Connectivity of the Default Mode Network*, PLoS ONE, 10 (2), 2015, pp. 1-13.
- Paskulin, Roman; Jamnik, Polona; Danevcic, Tjasa; Kozelj, Gordana; Krasovec, Roc; Krstic-Milosevic, Dijana et al., *Metabolic plasticity and the energy economizing effect of ibogaine, the principal alkaloid of *Tbernanthe iboga**, Journal of Ethnopharmacology, 2012 (143), pp. 319-324.
- Pinna, F.; Dell'Osso, B.; Di Nicola, M.; Janiri, L.; Altamura A.C.; Carpiniello, B. et al., *Behavioural addictions and the transition from DSM-IV-TR to DSM-5*, Journal of Psychopathology, 21, 2015, pp. 380-389.
- Rahmani, Sabah, *L'iboga, une racine aux pouvoirs hallucinants*, Le Monde Science et Techno, 6 dicembre 2012.
- Robinson, Sean M.; Adinoff, Bryon, *The Classification of Substance Use Disorders : Historical, Contextual, and Conceptual Considerations*, Behavioral Sciences, 6, 18, 2016, pp. 1-23.
- Rodger, James, *Ibogaine through a Comparative and Interpretive Phenomenology of the Visionary Experience*, Anthropology of Consciousness, 29 (1), 2018, pp. 77-119.
- Rucker, James J.H.; Iliff, Jonathan; Nutt, David J., *Psychiatry & the psychedelic drugs. Past, present & future*, Neuropharmacology, XXX, 2017, pp. 1-19.
- Sessa, Ben; Johnson, Matthew W., *Can psychedelic compounds play a part in drug dependence therapy?*, The British Journal of Psychiatry, 206, 2015, pp. 1-3.

- Sessa, Ben; Nutt, David, *Making a Medicine out of MDMA*. The British Journal of Psychiatry, 206, 2015, pp. 4-6.
- Shep, L.J.; Slaughter, R.J.; Galea, S.; Newcombe, D., *Ibogaine for treating drug dependence. What is a safe dose?*, Druga and Alcohol Dependence, 166, 2016, pp. 1-5.
- Stokes, Paul R.A.; Kalk, Nicola J.; Young, Allan H, *Bipolar disorder and addictions: the elephant in the room*, The British Journal of Psychiatry, 211, 2017, pp. 132-134.
- Szabo, Attila; Kazai, Anita; Frecska, Ede; Brys, Zoltan, *Pszichedelikumok és kvázi-pszichedelikumok a modern kutatások tükrében: orvosi kannabisz, MDMA, szalvinorin A, ibogain és ayahuasca*, Neuropsychopharmacologia Hungarica, XVII (3), 2015, pp. 120-128.
- Talin, Piera; Sanabria, Emilia, *Ayahuasca's entwined efficacy: An ethnographic study of ritual healing from 'addiction'*, International Journal of Drug Policy, 44, 2017, pp. 23-40.
- Tarantino, Francesco, *La psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo. Un nuovo approccio*, Tabaccologia, 2, 2017, pp. 13-27.
- Thomas, Gerald; Lucas, Philippe; Capler, N. Reille; Tupper, Kenneth W.; Martin, Gina, *Ayahuasca-Assisted Therapy for Addiction: Results from Preliminary Observational Study in Canada*, Current Drug Abuse Reviews, 6, 2013, pp. 1-13.
- Triulzi, I.; Politi, M.; Mendive, F. % Palla, I.; Turchetti, G., *Economic Evaluation of Ayahuasca Treatment for Substance Use Disorders (SUD) Patients in a Peruvian Centre*, Value in Health, 19 (1), 2016.
- Tupper, K.W., *The globalization of ayahuasca: Harm reduction or benefit*

maximization?, International Journal of Drug Policy, 19 (4), 2008, pp. 297-303.

Turkkan, Jaylan S.; Shurtleff, David, *Cognitive Sciences Research: More than Thinking about Drug Abuse*, Psychological Science, 10 (3), May, 1999, pp. 179-180.

Valentina, Martina; Biondi, Massimo, *L'emergere delle dipendenze comportamentali*, Rivista di psichiatria, 51 (3), 2016, pp. 85-86.

Witkiewitz, Katie; Marlatt, G. Alan; Walker, Denise, *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders*, Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 19 (3), 2005, pp. 211-228.

NETBIBLIOGRAFIA

beckleyfoundation.org/ayahuasca-stimulates-the-birth-of-new-brain-cells/

beyondaddiction.ca/2016/03/28/attachment-and-addiction/

chacruna.net/treating-patients-with-ibogaine-ayahuasca/

drgabormate.com/blog/

drgabormate.com/book/in-the-realm-of-hungry-ghosts/

drgabormate.com/opioids-universal-experience-addiction/

drgabormate.com/profound-power-amazonian-plant-respect-demands/

droghe.aduc.it/articolo/uruguay+rivoluziona+politica+mondiale+droghe_26336.php

ex.takiwasi.com/fra/pubing01.php; Mabit, Jacques, *Ayahuasca: Toxicity and Limitations on its Use*, Extract from the expert witness report made for the Manto Wasi case and orally presented to the Court in Santiago de Chile, 2012.

[geniusnetwork.com/in-the-realm-of-hungry-ghosts-a-candid-](http://geniusnetwork.com/in-the-realm-of-hungry-ghosts-a-candid-conversation-about-addiction-with-gabor-mate-and-joe-polish/)

[conversation-about-addiction-with-gabor-mate-and-joe-polish/](http://geniusnetwork.com/in-the-realm-of-hungry-ghosts-a-candid-conversation-about-addiction-with-gabor-mate-and-joe-polish/)

harmonia.la/mente/por_que_tiene_tanto_potencial_terapeutico_la_ayahuasca

ibogaine.mindvox.com/articles/ibogaine-story-staten-island-project/

iris.unipa.it/bitstream/10447/77013/1/Trauma%20e%20Addiction.doc;

Di Carlo, Giovanbattista; Caretti, Vincenzo, *Il ruolo del trauma nell'addiction*

it.euronews.com/2017/12/19/norvegia-come-il-portogallo-vota-per-depenalizzare-le-droghe

networkmagazine.ie/articles/gabor-mat%C3%A9-new-understanding-addiction

nierika.info/english/

politica.elpais.com/politica/2015/11/06/actualidad/1446809463_803822.

html; *El misterioso poder de la ayahuasca. El uso de la infusión amazónica se expande en Europa con las corrientes espirituales mientras la ciencia avanza en el estudio de usos terapéuticos en depresiones y adicciones.*

reset.me/study/study-long-term-use-of-ayahuasca-linked-to-changes-in-personality-and-brain-structure/

samorini.it/site/

urkumanta.org/plantas-maestras-amazonicas/; Crescente, Jorge, *Plantas maestras de dietas amazónicas*

wat-thamkrabok.org/

www.ayahuasca-info.it/ayahuasca-sicurezza-rischi-controindicazioni/

www.ayahuasca-info.it/category/ricerche-scientifiche-ayahuasca/

www.ayahuasca-info.it/ricerche-scientifiche-ayahuasca/ayahuasca-breve-contributo-della-neuroscienza-e-della-psicologia-analitica/

www.ayahuasca-info.it/ricerche-scientifiche-ayahuasca/ayahuasca-depressione-studi-clinici-testano-efficacia-terapeutica/

www.ayahuasca-info.it/ricerche-scientifiche-ayahuasca/perche-ha-tanto-potenziale-terapeutico-ayahuasca/

www.cesda.net/?p=12923 Il sistema antidroga portoghese: le ragioni del successo, 13 dicembre 2017

www.choosehelp.com/topics/complementary-alternative-therapies/shamanic-visions-to-cure-your-addiction-an-overview-of-ayahuasca-as-an-addiction-treatment

www.dolcevitaonline.it/wp-content/uploads/2018/06/Libro-Bianco-2018-embargo260618ore11.pdf

www.dronet.org/biblioteca/vul_pdf/01modellistica.pdf; Serpelloni, Giovanni; Gerra, Gilberto; Zaimovic, Amir; Bertani, Maria Elena e Gruppo di Lavoro sulla Vulnerabilità, *Modellistica*

interpretativa della “vulnerabilità all’addiction”, 2002.

www.drugabuse.gov/

www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento-la-ciencia-de-la-adiccion/prefacio

www.emcdda.europa.eu/emcdda-home-page_en

www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDA-T18001ITN_PDF.pdf Relazione europea sulla droga. Tendenze e sviluppi, 2018

[www.glunis.com/XX/Unknown/105561182858410/Medicina-](http://www.glunis.com/XX/Unknown/105561182858410/Medicina-Tradizionale-Andina-Amazzonica;)

[Tradizionale-Andina-Amazzonica;](http://www.glunis.com/XX/Unknown/105561182858410/Medicina-Tradizionale-Andina-Amazzonica;) Carotenuto, Domenico, *Medicina tradizionale andina-amazzonica.*

[www.huffingtonpost.com/entry/gabor-mate-](http://www.huffingtonpost.com/entry/gabor-mate-addiction_us_569fd18ae4b0fca5ba76415c)

[addiction_us_569fd18ae4b0fca5ba76415c](http://www.huffingtonpost.com/entry/gabor-mate-addiction_us_569fd18ae4b0fca5ba76415c)

www.iceers.org/docs/science/iboga/Ibogaine%20Proceedings/ch08_Heroin_Kamlet.pdf;

Mash, Deborah C.; Kovera, Craig A.; Pablo, John, *Ibogaine in the Treatment of Heroin Withdrawal.*

[www.ilfattoquotidiano.it/2018/06/26/droghe-il-ix-libro-bianco-parla-](http://www.ilfattoquotidiano.it/2018/06/26/droghe-il-ix-libro-bianco-parla-chiaro-non-e-col-carcere-che-si-combatte-la-dipendenza/4452067/)

[chiaro-non-e-col-carcere-che-si-combatte-la-dipendenza/4452067/](http://www.ilfattoquotidiano.it/2018/06/26/droghe-il-ix-libro-bianco-parla-chiaro-non-e-col-carcere-che-si-combatte-la-dipendenza/4452067/)

www.medicinadelledipendenze.it/home.html

www.neip.info/downloads/villaescusa/Proyecto%20Idea.pdf;

Proyecto Idea: terapia integrativa de sustancias visionarias y disciplinas psicoespirituales en el tratamiento de toxicomanías.

[www.nytimes.com/interactive/2017/06/05/upshot/opioid-epidemic-drug-](http://www.nytimes.com/interactive/2017/06/05/upshot/opioid-epidemic-drug-overdose-deaths-are-rising-faster-than-ever.html?smid=tw-nytimes&smtyp=cur&_r=0)

[overdose-deaths-are-rising-faster-than-ever.html?smid=tw-nytimes&smtyp=cur&_r=0](http://www.nytimes.com/interactive/2017/06/05/upshot/opioid-epidemic-drug-overdose-deaths-are-rising-faster-than-ever.html?smid=tw-nytimes&smtyp=cur&_r=0)

www.politicheantidroga.gov.it/media/1226/048-l-5_06_1974-n-412.pdf;

Convenzione unica sugli stupefacenti di New York 1961

www.politicheantidroga.gov.it/media/1236/009-l-26_06_1990-n-162.pdf

www.psicoattivo.com/la-dipendenza-come-apprendimento/

www.psicoattivo.com/piacere-apprendimento-dipendenze-uso-di-sostanze-etica-devianza-meccanismi-politiche-educative-sociali-socio-sanitarie-sistema-di-ricompensa-cerebrale-neurotrasmettitore-dopamina/

www.psicologia-psicoterapia.it/articoli-psicoterapia/saiga-psicodinamico-tossicodipendente.html

www.psychiatryonline.it/node/1318 Leonardo Montecchi, *Tossico dipendenza o dipendenza tossica? 2012*

www.psychiatryonline.it/node/6714 Leonardo Montecchi, *Clinica della complessità*, Frattali, 2017

www.psychologytoday.com/us/blog/addiction-in-society/201112/the-seductive-dangerous-allure-gabor-mat

www.repubblica.it/cronaca/2018/06/26/news/libro_bianco_sulle_droghe-200063290/?ref=RHRS-BH-I0-C6-P15-S1.6-T1

www.repubblica.it/esteri/2016/11/10/news/depenalizzazione_uso_droga_meno_morti_e_malati_di_hiv_il_modello_portoghese_funziona-151719153/

www.repubblica.it/salute/medicina-ericerca/2018/03/27/news/geoverdose_la_mappa_che_traccia_le_morti_per_droga-192367831/?ref=search

www.repubblica.it/salute/prevenzione/2015/08/09/news/droghe_abuso_prima_causa_di_morte_in_eta_14-20_anni-120702240/

www.rivistadipsichiatria.it/allegati/00189_2001_01/fulltext/1-13.pdf

www.scuolabagolino.gov.it/wp-content/uploads/2015/01/3_1-Psicologia_e_Psicopatologia_delle_Dipendenze.pdf

www.sitd.it/sitd/index.html

www.takiwasi.com/docs/arti_ing/san_patrignano_distressing_vision.pdf

www.takiwasi.com/index.php

www.thefix.com/dr-gabor-mate-donald-trump-traumaphobia-and-compassion-interview

www.thefix.com/dr-gabor-mate-trauma-underlying-stigma-addiction-interview

www.theguardian.com/news/2017/dec/05/portugals-radical-drugs-policy-is-working-why-hasnt-the-world-copied-it

www.theguardian.com/travel/2016/jun/07/peru-ayahuasca-drink-boom-amazon-spirituality-healing

www.thehumanxp.com/gabor-mate-transcript/

www.treccani.it/vocabolario/

www.vita.it/it/article/2017/02/06/la-societa-additiva-tra-business-e-dipendenza/142357/

www.youtube.com/watch?v=07nOScAHnXI In the Realm of Hungry Ghosts - Dr. Gabor Maté.

www.youtube.com/watch?v=bgDjFVqSgag&t=17s; AYA2014-
Ayahuasca: Clínica. Gabor Maté, Rafael Sanches, Mia Fabregas, Anja Loizaga, R. Guimarães

www.youtube.com/watch?v=CEWCJLSFEUg; AYA2014 Usos de la Ayahuasca: Indígenas. Juan Bautista, Sia Kaxinawa, Kajuyali (en español)

www.youtube.com/watch?v=hyJFX51ejU8; AYA2014 - Ayahuasca: Desarrollo Personal. Naranjo, Saenz, Fericgla, Villaescusa, Luna (en español)

www.youtube.com/watch?v=vt0E8N4FRFY; IBOGAINÉ - Rite of Passage (Full Documentary).