

3. Relazioni primarie e vulnerabilità all'*addiction*

Guardiamo all'esperienza *addictive* come ad un fenomeno di campo che coinvolge l'individuo, il suo contesto, le sue relazioni significative e la relazione terapeutica (Brownell e Schultess, 2014; Pintus e Grech, 2021; Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021).

Il paziente *addictive* offre alla relazione terapeutica un'intenzionalità di contatto non vista e non sostenuta che è espressione di un bisogno di riconoscimento mai pienamente soddisfatto, per cui il ricorso all'oggetto *addictive* rappresenta «il desiderio “trasfigurato”, in modo patologico, del desiderio legittimo di essere riconosciuto dall'Altro» (Cavaleri e Pintus, 2010, p. 45).

La storia di questi pazienti è spesso caratterizzata da carenze di accudimento primario, di riconoscimento, di appartenenza (Cozolino, 2008; Siegel, 2009; Pintus e Pappalardo, 2019) e da una pervasiva angoscia abbandonica (Pintus e Grech, 2021). Si sono adattati a queste esperienze «irrigidendo la mascella nell'addentare l'oggetto» (Perls *et al.* 1997, p. 256). Ne consegue una cronica desensibilizzazione, e spesso evitamento, dalle relazioni intime che sono sentite come fonte di sofferenza, trovando invece nell'oggetto «quel riconoscimento che un tempo mi dava la relazione con l'Altro» (Cavaleri e Pintus, 2010, p. 45).

L'interdipendenza è una condizione essenziale per l'essere umano (Cavaleri, 2007) e il sistema cerebrale si modifica in relazione agli stimoli ambientali, sensoriali e relazionali a cui è esposto sin dalle prime fasi del suo sviluppo. Crescere in contesti relazionali di riconoscimento adeguato e di sostegno all'intenzionalità relazionale consente all'individuo di evolversi in modo equilibrato (Cavaleri, 2007). Al contrario, le relazioni primarie caratterizzate da carenza di contenimento emozionale e da un campo situazionale ad alto livello di ansia possono alterare profondamente il percorso evolutivo.

La desintonizzazione primaria, ossia la difficoltà da parte del *caregiver* di essere pienamente presente al confine di contatto con il bambino, ha infatti importanti conseguenze neurofisiopatologiche e psicologiche, quali il ridotto sviluppo dell'area meso- limbica, il *deficit* nella decodifica emozionale, la spinta alla sperimentazione (Panksepp, 1998). Ciò rende l'individuo insicuro e vulnerabile (Pintus e Pappalardo, 2019). Questi precoci fallimenti relazionali facilitano l'inibizione nella produzione di neuropeptidi come l'ossitocina e le monoamine (Pulvirenti, 2007) che contribuiscono a regolare il senso di sicurezza, la percezione del pericolo e delle emozioni positive, e la costruzione di mappe cognitive. La loro carenza, in situazioni di attaccamento insicuro ambivalente o evitante, genera fattori di modulazione degli stati affettivi di tipo compensatorio come, ad esempio, i tratti *Novelty Seeking*, *Harm*

*Avoidance e Reward Dependence*² che sono fattori di vulnerabilità per comportamenti *addictive* (Cloninger, 1987; Cozolino, 2008; Porges, 2018).

Nella sofferenza relazionale che chiamiamo *addiction* troviamo spesso storie familiari nelle quali la funzione di riconoscimento è stata compromessa per una bassa qualità di sintonizzazione dell'Altro significativo al confine di contatto (Pintus e Pappalardo, 2019), al punto che troviamo molte analogie tra esperienze *addictive* ed esperienze traumatiche (Pintus, 2011; 2014; Dell'Osso *et al.* 2015; Pintus e Laudicina, 2021; Pintus e Grech, 2021).

L'emergere di una vera e propria *addiction*, per le sue caratteristiche di attivazione del sistema delle aspettative, di intensità, piacevolezza e velocità, rappresenta un'esperienza così impattante dal punto di vista emotivo e fisiologico che difficilmente può essere integrata nello sfondo, specialmente se l'esordio accade in un momento del ciclo vitale nel quale lo sfondo esistenziale (fisiologico e sociale) non ha ancora una sua compiuta stabilità e integrazione. In questi casi l'oggetto *addictive* può diventare una figura fissa e persistente che blocca la dinamica figura-sfondo, impedendo l'emergere di nuove figure, l'integrazione della novità e la crescita dell'organismo (Pintus 2015; 2016; 2021; Pintus e Grech, 2021).

La carenza di integrazione riduce progressivamente lo spazio dell'esperienza, del gioco, della ricombinazione creativa e della spontaneità (Wheeler, 1991), impoverisce la crescita dello sfondo esperienziale, che non viene più nutrito da processi integrativi, e avvia l'individuo verso percorsi regressivi (Cavaleri, 2014). Infatti, il ricorso compulsivo all'oggetto *addictive* rappresenta uno schema motorio che inibisce in maniera competitiva altri schemi adattivi fino a trasformarsi in un istinto (Shallice, 1990).

In psicoterapia della Gestalt l'enfasi sulla dimensione fenomenologica, estetica e di campo dell'esperienza relazionale (Spagnuolo Lobb, 2015; Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021) è occasione per ripercorrere l'esperienza primaria di sentirsi accolti, riconosciuti e accuditi, favorendo il ripristino di modalità fisiologiche di funzionamento neurobiologico e stimolando processi di apprendimento e assimilazione della novità (Panksepp, 2012).

² Cloninger (1987) descrive tre dimensioni temperamentali che sostengono il comportamento *addictive*: i tratti *Novelty Seeking*, cioè una spiccata tendenza alla ricerca di stimoli nuovi, inaspettati, piacevoli e stimolanti; i tratti *Harm Avoidance*, cioè la tendenza all'evitamento del dolore, la predisposizione a rispondere a stimoli avversivi con reazioni intense e a fuggire le punizioni; i tratti *Reward Dependence*, cioè la tendenza a rispondere positivamente e con grande intensità a segnali gratificanti mettendo in atto comportamenti associati a gratificazioni imminenti.

4. La ricaduta nell'*addiction*

Una peculiarità dell'*addiction* è il rischio di ricaduta anche a distanza di anni e nonostante un programma terapeutico ben riuscito, a causa di un'attribuzione (automatica e disfunzionale) di salienza ad uno stimolo predittivo della disponibilità della sostanza³. Nelle dipendenze il cervello è sottoposto ad una costante modificazione neuro-funzionale, autoregolandosi nelle scelte comportamentali in risposta a certi stimoli *trigger*⁴ (Pintus e Grech, 2021).

Nel corso del tempo la funzionalità della corteccia prefrontale va riducendosi progressivamente, contribuendo alla diminuzione della pregnanza di stimoli diversi dai *trigger* e al *deficit* della capacità decisionale; anzi, in presenza di uno stimolo predittivo della disponibilità della sostanza, la corteccia prefrontale si attiva intensamente con la conseguente selezione di uno schema comportamentale orientato verso l'oggetto del legame (Volkow e Fowler, 2000). Così, la fase finale dell'*addiction* è caratterizzata da un'eccessiva "salienza" motivazionale verso la ricerca della sostanza (Robinson e Berridge, 1993).

A sostenere questo processo disfunzionale è il *craving* (APA, 2014), un desiderio intenso e incoercibile verso l'oggetto del piacere che genera pensiero polarizzato, intensa mancanza, attivazione comportamentale e perdita di controllo. Il *craving* è infatti stimolato da *cues*⁵ capaci di innescare un meccanismo di condizionamento associato con l'oggetto del legame (Bricolo *et al.*, 2010). La salienza pervasiva di questi stimoli sensoriali ha come esito la desertificazione dello sfondo, la perdita della reattività ad altre eccitazioni e la persistenza di una figura che porta alla riduzione del processo integrativo e di crescita.

In letteratura manca una definizione condivisa di ricaduta (Moe *et al.*, 2021) e l'*outcome*⁶ di ogni tentativo di cambiamento è variabile (Project

³ Per un approfondimento vedi Marchiori, 2014, pp. 187-208.

⁴ Un *trigger*, o fattore scatenante, è qualunque stimolo in grado di innescare emozioni e ricordi relativi al legame con l'oggetto della dipendenza. Può essere uno stimolo ambientale, relazionale o stati interni come emozioni o sensazioni. Il contatto con un *trigger* può riattivare il comportamento di ricerca della sostanza o dell'oggetto del legame dipendente.

⁵ Per *cue* si intende un indizio verbale, ambientale o relazionale, predittivo di un'esperienza o di un'emozione intensa. Negli stati di astinenza i *cues* possono essere sensazioni e sintomi avversi che attivano la ricerca di sostanza; in condizioni di stabilità i *cues* possono essere stimoli predittivi della disponibilità della sostanza da cui si dipende.

⁶ Per *outcome* nelle tossicodipendenze si intende la valutazione degli esiti dei trattamenti tesi a modificare comportamenti e stili di vita. A differenza di altre valutazioni analoghe, la risultante (in termini comportamentali) non sempre ed unicamente è in relazione di causa-effetto con gli interventi eseguiti, per via di una quantità enorme di fattori interferenti non dipendenti dai trattamenti, e che risultano molto più in grado di far variare comportamenti e stili di vita.

MATCH Research Group, 1997; Dawson *et al.*, 2007). Distinguiamo tra “recidiva”, quando la persona rinuncia al suo obiettivo di cambiamento riattualizzando modalità comportamentali disadattive, e “scivolata”, quando il paziente continua a tentare di cambiare nonostante qualche inciampo (Maisto *et al.*, 2016; Di Clemente e Crisafulli, 2017, 2022).

Secondo il modello biopsicosociale di Marlatt e Gordon (1985) la ricaduta è il venire meno della capacità di affrontare distorsioni cognitive e sensazioni/emozioni legate all’oggetto minando la fiducia e le aspettative del paziente sulla possibilità di affrontarne l’assenza. Una prospettiva più recente considera la ricaduta un processo multidimensionale che coinvolge l’individuo e le transazioni con il suo contesto ambientale (Witkiewitz e Marlatt, 2007). Di certo la ricidiva di questa sofferenza rappresenta una caratteristica altamente stigmatizzante per questi pazienti (Earnshaw, 2020). In una logica circolare proprio questo stigma può facilitare la ricaduta, aumentando la percezione dello stigma stesso (Witte *et al.*, 2019), con sentimenti di vergogna e di ridotta auto-efficacia verso il proprio cambiamento (Earnshaw, 2020; Bozdağ e Çuhadar, 2021). Neanche i clinici sono immuni da atteggiamenti stigmatizzanti (Van Boekel *et al.*, 2013) e molti pazienti riportano esperienze di stigma anche in contesti di cura (Earnshaw, 2020).

Negli ultimi venti anni c’è stato un passaggio dall’enfasi per il mantenimento dell’astinenza verso una prospettiva più ampia di *recovery*, definita dalla *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (SAMHSA) come «un processo di cambiamento attraverso il quale gli individui migliorano la loro salute ed il loro benessere, si prendono cura di sé e si impegnano a raggiungere il loro completo potenziale» (SAMHSA, 2012, p. 3).

Questa visione appare in linea con la scelta della psicoterapia della Gestalt di non guardare alla cura delle *addictions* secondo la logica dell’ottenimento prioritario dell’astensione comportamentale; il nostro *target* non è infatti la sobrietà in sé quanto il ripristino di competenze relazionali spontanee e creative al confine di contatto che consentono di uscire dallo schema relazionale *addicted* (Pintus e Crolle Santi, 2014).

5. Fattori di rischio e di protezione della ricaduta

L’analisi dei fattori di rischio e di protezione della ricidiva, e la condivisione di questi nella relazione terapeuta-paziente, rappresentano un passaggio chiave nel trattamento delle persone *addicted*⁷ e nella promozione della consapevolezza e della responsabilità del paziente.

⁷ Per un approfondimento si veda Marchiori, 2014, pp. 187-208.

5.1. Fattori ambientali

Alcuni autori evidenziano il rischio come connesso a relazioni con persone dipendenti o con problemi legali (Sadegiye *et al.*, 2004), alla facile disponibilità della sostanza (Caprioli *et al.*, 2007), al rifiuto da parte degli amici, al divorzio, alla morte del *partner* (Abolhasan *et al.*, 2016) e anche al disagio economico (Gokcearslan *et al.*, 2011).

Uno studio prospettico di *follow-up* di dieci anni su pazienti con *addiction* in comorbidità con gravi disturbi mentali (Xie *et al.*, 2005) riporta la recidiva in circa un terzo dei pazienti in remissione nel primo anno e nei due terzi degli stessi in tutto il periodo di *follow-up*. Tra i fattori predittivi di ricaduta sono indicati il sesso maschile, un livello basso di scolarità, l'isolamento e la mancanza di *compliance*. I disturbi dell'umore (Sinha, 2011) e i disturbi d'ansia (McKay *et al.*, 1995) sono tra le comorbidità psichiatriche che più di altre aumentano la vulnerabilità alla recidiva.

Altri autori (Atadokht *et al.*, 2015) sottolineano come l'adolescenza rappresenti un momento del ciclo vitale particolarmente a rischio di recidiva soprattutto in presenza di problematiche identitarie, relazionali e psicopatologiche; altri importanti fattori di vulnerabilità sono la familiarità per problematiche *addictive* (Suchman *et al.*, 2001), la morte dei genitori, l'isolamento all'interno della famiglia, l'alto livello di emotività espressa in famiglia e il basso supporto sociale percepito (Atadokht *et al.*, 2015).

Al contrario una buona comunicazione tra familiari e la promozione della *self-efficacy* rappresentano fattori di protezione dalle recidive (McKay *et al.*, 2004; Ibrahim *et al.*, 2011; Lemos *et al.*, 2012; Nikmanesh *et al.*, 2016). Anche la promozione del "capitale psicologico" sembrerebbe correlare positivamente con lo sviluppo di fattori di resilienza alle recidive (Zen e Tan, 2021)⁸; il buon clima relazionale familiare ha un significativo effetto predittivo sui livelli individuali di ottimismo (Sahin *et al.*, 2010), di speranza (Connelly, 2005), resilienza (Rosenblum *et al.*, 2005) ed autoefficacia (Reitz *et al.*, 2014), aumentando la motivazione all'astensione dal consumo (Carvajal *et al.*, 1998; Irving *et al.*, 1998) e la resilienza agli stimoli *trigger* (Stajduhar *et al.*, 2009; Jafari *et al.*, 2010). Sembrerebbe, insomma, che la cura delle relazioni familiari, sociali e affettive rappresenti un fattore di protezione dal rischio di recidiva con vantaggi per l'intero sistema familiare (Zeng e Tan, 2021).

Questi dati di ricerca sembrerebbero ulteriormente suffragare l'ipotesi cli-

⁸ Per "capitale psicologico" si intendono una serie di risorse emotive e relazionali: speranza, resilienza, ottimismo e auto-efficacia (Luthans e Youssef, 2007).

nica che l'*addiction* rappresenti un adattamento creativo in un campo situazionale caratterizzato da desintonizzazione primaria, carenze precoci di riconoscimento, ripetuti fallimenti relazionali (Pintus e Pappalardo, 2019) e che il processo di cambiamento debba passare non tanto dal garantire l'astensione dall'oggetto *addictive*, quanto dal ripristino di modalità relazionali spontanee al confine di contatto e dalla rivitalizzazione dello sfondo (Pintus, 2011; Pintus e Crolle Santi, 2014), in una relazione terapeutica di riconoscimento (Pintus e Pappalardo, 2019; Pintus e Grech, 2021).

5.2. Vulnerabilità neurobiologica

Quanto visto sin qui sul piano relazionale e ambientale ha implicazioni da un punto di vista neurobiologico, a riprova del fatto che esperienze di desintonizzazione relazionale, specie se protratte nel corso della vita, generano alti livelli di vulnerabilità neurofisiologica e immunitaria (Pintus e Pappalardo, 2019). Infatti, il sistema cerebrale dello stress, la sintesi dei glucocorticoidi e le relative modificazioni indotte sulla corteccia cerebrale prefrontale e sullo striato intervengono nella modulazione della ricerca delle sostanze e nel rischio di ricaduta (Wemm e Sinha, 2019).

Nei pazienti con dipendenza da cocaina, aumentati livelli plasmatici di cortisolo e di livelli sierici di BDNF (*Brain-Derived Neurotropic Factor*) sembrano predittivi di un tempo precoce di ricaduta (D'Sa *et al.*, 2012).

Esistono, inoltre, specifici *markers* di vulnerabilità neurofisiologica per lo sviluppo di comportamenti *addictive* a riprova di quanto sosteneva Khantzian circa la *Self Medication Hypothesis* (1985) e la *Self Selection Hypothesis* (1997). Infatti, soggetti *addictive* sembrano avere un'espressione più bassa del Neuropeptide Y (NPY) in risposta allo *stress*, dato che sembra predittivo di una maggiore severità della ricaduta (Milivojevic e Sinha, 2018).

Altri studi mostrano, in soggetti alcolisti con ricadute, un'atrofia bilaterale della corteccia orbitofrontale e prefrontale mediale destra (Beck *et al.*, 2012) oppure una riduzione globale dello spessore corticale nella maggior parte delle regioni cerebrali (Durazzo *et al.*, 2011), per cui sembrerebbe che l'atrofia della materia grigia nelle regioni cerebrali che regolano la risposta allo *stress* possa giocare un ruolo importante nel rischio di ricaduta. In condizioni di *stress* cronico e concomitante consumo prolungato di droghe, si ha una disregolazione dei sistemi periferici dello *stress*, con interruzioni simultanee a livello dei circuiti cortico-striatali- limbici, e tali modificazioni sembrano predittive di un futuro rischio di ricaduta. In altri studi un'elevata intensità dei sintomi astinenziali è associata ad un peggiore *outcome* del trattamento e ad una maggiore tendenza alla recidiva (Sinha, 2008; Epstein *et al.*,

2009; Sinha *et al.*, 2009); una ridotta produzione di cortisolo in risposta allo *stress* è stata associata ad una recidiva più precoce negli alcolisti e nei tabagisti (Milivojevic e Sinha, 2018). Inoltre, le persone con *addiction* presentano un'iperattività basale del sistema nervoso centrale e *markers* periferici, con ipoattività in risposta allo *stress* e agli stimoli indotti dalle droghe (Sinha, 2011).

Infine, Leach e Kranzler (2013) hanno rilevato che pazienti con un'elevata sensibilità al rifiuto possono avere un sistema oppioide disfunzionale e una carenza di oppioidi endogeni (Macdonald e Leary, 2005), al punto che l'*addiction* da oppiacei potrebbe compensare difficoltà nell'ingaggio sociale (Panksepp *et al.*, 1978; Eisenberger e Lieberman, 2005).

5.3. *Tratti personologici*

Anche la presenza di specifici tratti personologici e di personalità possono interagire tra loro per aumentare il rischio di ricaduta di un soggetto con *addiction*. Pazienti con un'elevata sensibilità al rifiuto sociale in un ambiente relazionale ipercritico sono particolarmente vulnerabili alla ricaduta (Leach e Kranzler, 2013); alti livelli di emotività espressa, basse competenze comunicative e intensi conflitti con i partner possono indurre pazienti in remissione ad un *outcome* negativo (O'Farrell *et al.*, 1998; Fals-Stewart *et al.*, 2010), e in generale conflitti interpersonali correlano con la ricaduta nonostante la consapevolezza delle conseguenze avverse (Sripada *et al.*, 2011).

Ricordiamo, infine, alcuni tratti personologici, precedentemente richiamati, particolarmente correlati con il rischio di ricaduta, come i tratti *Sensation/Novelty Seeking*, *Harm Avoidance* e *Reward Dependence* (Cloninger, 1987).

6. La ricaduta come espressione di un crollo dello “sfondo”

Anche dalla disanima di questi fattori comprendiamo come le persone in *addiction* abbiano grandi difficoltà nell'accogliere e assimilare la novità e nell'aggiornare la propria definizione di sé (Pintus e Grech, 2019), al punto che molti pazienti continuano a definirsi “ex tossici” nonostante possano aver svolto un efficace trattamento terapeutico-riabilitativo comunitario o ambulatoriale.

Infatti, a differenza di altre condizioni psicopatologiche molti pazienti *addicted* mostrano un'identità confluyente con l'oggetto *addictive* (Pintus e Laudicina, 2021) anche dopo una prolungata remissione clinica (Pintus, 2021);

è proprio la “fase di autonomia o recidiva” quella più a rischio per la comparsa di una ricaduta (Pintus, 2011; Pintus e Crolle Santi, 2014).

Si tratta, infatti, di un momento esistenziale e terapeutico molto delicato nel quale di solito la persona vive un conflitto tra il desiderio di autonomia e la paura di contattare un’angoscia troppo forte da gestire senza l’oggetto *addictive*. Se da una parte è possibile vivere con maggiore serenità il contatto con l’ambiente/terapeuta, fornire una narrazione di sé e della propria storia passata, progettare il futuro e una nuova definizione di sé, dall’altra, nonostante lo stimolo *trigger* sia neutro, resta il forte ricordo emotivo-cognitivo della relazione con l’oggetto.

Al contempo il paziente esprime un’alternanza di sensazioni, oscillando periodicamente tra un senso d’impazienza verso il futuro e la ridefinizione di sé, e momenti di *empasse* e di esitazione nell’andare avanti. Il confronto con la storia personale passata e con le aspettative future apre spesso a vissuti di angoscia, fallimento, nostalgia e a possibili recidive che appaiono modalità regressive di adattamento ad un campo situazionale complesso. Nonostante la terapia rappresenti un’esperienza riparativa per il paziente, possono verificarsi delle condizioni sfavorevoli che causano una “riapertura della ferita”, quali, ad esempio, vissuti di rifiuto, abbandono, relazioni con *partner* giudicanti o ipercritici (Leach e Kranzler, 2013).

Appare, quindi, indispensabile da parte del terapeuta e dell’ambiente in senso lato offrire un forte contenimento relazionale a sostegno delle intenzionalità del campo (Spagnuolo Lobb, 1990, 2011; Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021) orientate, nella “fase dell’autonomia o recidiva”, verso la reintegrazione della *funzione personalità* e della *funzione es*⁹. Non a caso la maggioranza delle morti per *overdose* si verificano a conclusione di un percorso in carcere o in comunità terapeutica qualora non si sia sostenuta adeguatamente la ricostruzione creativa di uno sfondo esperienziale nuovo e integrato a livello fisiologico e sociale (Pintus, 2021).

L’implicito del lavoro terapeutico con l’*addiction* è il lavoro sullo sfondo, su ciò che è stato assimilato, eventualmente dimenticato e che costituisce il sistema di supporto necessario alla creazione di nuovi contatti e al processo integrativo dell’esperienza. Secondo Perls *et al.* (1997) questo sistema di supporto proviene dalla fisiologia spontanea che promuove l’assimilazione e l’integrazione dell’esperienza (la *funzione es*) e dal complesso delle definizioni di sé nei diversi sistemi situazionali (la *funzione personalità*). Nel soggetto dipendente, in una data situazione di elevata alterazione della consueta

⁹ Per un approfondimento delle funzioni del sé e del concetto del sé come formazione figura/sfondo si veda Perls *et al.*, 1997 e Spagnuolo Lobb, 2015, Macaluso, 2024.

attivazione a livello fisiologico o relazionale e di carente sostegno e riconoscimento, le funzioni del sé possono crollare regredendo a modalità primordiali di adattamento e riducendo la capacità integrativa del sé.

L'ipotesi clinica che sosteniamo è che la ricaduta nelle *addiction* sia l'espressione del crollo dello sfondo esperienziale, vale a dire il risultato di un disturbo improvviso o cronico della *funzione es* e della *funzione personalità* in un campo situazionale complesso o stressante nel quale manca adeguato sostegno relazionale-ambientale al riconoscimento delle intenzionalità. Nella nostra esperienza clinica il rischio di recidiva maggiore si ha quando nel campo esperienziale del paziente viene meno il necessario supporto alla reintegrazione dello sfondo fisiologico (un sentimento positivo o negativo troppo forte, una malattia improvvisa, sensazioni confusive o poco chiare, ecc.) e dello sfondo sociale (una grave perdita, un fallimento lavorativo, una notizia perturbante, un cambiamento sociale improvviso).

Pertanto, guardiamo alla ricaduta nelle *addiction* non tanto come ad una mera disfunzione o ad un autosabotaggio quanto al processo di adattamento regressivo nel momento in cui qualcosa crolla, in termini di sostegno ambientale o terapeutico, nello sfondo fisiologico e sociale che sostiene il paziente nella fase dell'autonomia o recidiva.

Il processo terapeutico, ove necessario attuato da professionalità diverse, deve tenere sempre conto di queste eventualità che potrebbero riattualizzare modalità regressive di relazione con l'ambiente e con l'oggetto *addictive* e strutturare un sistema di sostegno forte in grado di prevenire possibili crolli dello sfondo e di limitarne l'impatto qualora la recidiva accada comunque. La relazione terapeutica tra il paziente e i diversi attori di un processo di cura così complesso deve tenere al centro la dignità del paziente e sostenere la sua intenzionalità di contatto. Bisogna ingaggiare il paziente in una relazione altamente contenitiva che promuova la ristrutturazione e il sostegno alla capacità di fare contatto attraverso il sistema di contatti scontati e il corpo risensibilizzato (dentro e fuori la pelle) e attraverso una nuova definizione di sé sul piano identitario, relazionale e sociale.

La co-creazione di un campo situazionale fisico e relazionale (Spagnuolo Lobb e Cavaleri, 2021; Wollants, 2021) in cui il paziente possa vivere un forte radicamento e nutrirsi del riconoscimento relazionale è occasione riparativa di ferite lontane e profonde, e promotrice di uno sfondo più integrato, elastico, ricco e solido, che è obiettivo della terapia dell'*addiction* e della prevenzione della sua ricaduta.

7. Un esempio clinico¹⁰

C. è un paziente in carico al Servizio per le Dipendenze Patologiche da trent'anni; è sposato, ha due figli, lavora per una cooperativa sociale. È nato in un paese anglofono da emigrati siciliani ed ha un fratello minore. All'età di 6 anni i genitori decidono di rientrare nel loro paese natale. C. ricorda il trasferimento in Sicilia come "traumatico" per via delle difficoltà linguistiche e di adattamento al nuovo contesto di vita, infatti, a scuola viene preso di mira dai compagni per il suo carattere timido e introverso e per le differenze culturali.

Il padre è descritto come autoritario e critico, la madre poco attenta ai bisogni del figlio e ambivalente sul piano affettivo. Per motivi di lavoro i genitori affidano C. ed il fratello alle cure della nonna paterna che non riesce a dare regole coerenti né a contenere il bisogno affettivo suo e del fratello, e C. riferisce un pervasivo senso di solitudine in quel periodo della sua vita. In adolescenza ha scarso rendimento scolastico, presenta problemi comportamentali, comincia ad abusare di cannabis e alcol, fino a quando i genitori mandano lui ed il fratello a vivere con gli zii oltreoceano, dove proseguiranno gli studi. Per C. è la realizzazione di un sogno in quanto li spera di risolvere le proprie difficoltà, ma in realtà, nonostante trovi un migliore adattamento, continua ad assumere sostanze stupefacenti e insieme al fratello viene iniziato dal cugino all'abuso di cocaina ed eroina.

Dopo il diploma, il padre lo richiama a casa, gli trova un buon impiego, conosce la donna che diventerà sua moglie e che gli chiede di astenersi dall'assumere droghe, cosa che C. riesce a fare per diversi anni, fino alla nascita della prima figlia, allorché riprende a fare uso di eroina e cocaina. In quello stesso periodo ha un episodio depressivo maggiore che lo porta ad assentarsi dal lavoro per mesi e al suo rientro in servizio viene licenziato.

Da quel momento la moglie inizia a criticarlo aspramente, minaccia di lasciarlo e portare con sé i figli qualora non dovesse cessare di assumere droghe; C. accetta di tornare al SerT¹¹ e di farsi ricoverare in una clinica privata per disintossicarsi, ma l'esperienza si rivela disastrosa: non rispetta le regole della struttura né tollera gli altri ospiti, manifestando atteggiamenti "regressivi", riesce a disintossicarsi dall'eroina ma si dimette contro il parere dei sanitari. Al suo rientro a casa inizia a soffrire di disturbi gastro-intestinali e dolori diffusi per circa 6 mesi e per i quali non è stata individuata nessuna causa organica. In questo frangente il suo profilo timico risulta sempre più deflesso: convinto che i suoi problemi di salute siano conseguenti all'astensione da eroina, decide di "automedicarsi" avviandosi di fatto ad un'ennesima ricaduta. Il paziente si rivolge di nuovo al SerT per una terapia metadonica e inizia un percorso psicoterapeutico.

¹⁰ Il caso clinico qui presentato è stato seguito da Beatrice Petrosino.

¹¹ Nel sistema di organizzazione dei servizi sanitari della Regione Sicilia il SerT è l'Unità Operativa Semplice (UOS) che nell'ambito della Unità Operativa Complessa (UOC) Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche promuove, programma e coordina gli interventi e i progetti riguardanti la prevenzione, la cura, la riabilitazione, il reinserimento sociale e la riduzione del danno.

Questo è il contesto in cui avviene il nostro primo incontro clinico: una serie di ricadute, fallimenti terapeutici, percorsi interrotti, assenza di supporto familiare e ambientale, disturbi dell'umore. La figura prevalente che emerge in terapia è la sintomatologia ansioso-depressiva, in particolare la sua difficoltà ad accettare il proprio stato attuale e il desiderio di *“ritornare quello che ero prima”*.

I colleghi del servizio lo etichettano come “caso disperato”, per me rappresenta una grande sfida relazionale. Sin dall'inizio mi appare chiaro quanto il metadone e gli psicofarmaci siano gli oggetti attorno ai quali ruota la giornata di C., scandita dagli orari in cui deve necessariamente assumerli per placare l'angoscia e la frustrazione dei tanti fallimenti. Ad ogni incontro C. ribadisce la funzione del metadone nella sua vita (*“è l'unica cosa che riesce a tirarmi su, nessun'altra cosa riesce a darmi più piacere”*), così come la sua paura di un distacco dallo stesso (*“e se stessi di nuovo male? Non so se riuscirei a sopportarlo... e poi la psicologa che mi ha seguito prima mi ha detto che ormai il mio cervello non può più farne a meno”*). Appaiono evidenti la sua ambivalenza verso il trattamento e le continue critiche della moglie e dei genitori (*“mia moglie dice che mi sto solo imbottendo di farmaci, che il metadone me lo devo togliere da solo e che se non lo faccio mi lascia, dice ai miei figli che sono un drogato e se li porta via... ai miei genitori non interessa nulla di me e della mia famiglia, invece mio fratello l'hanno sempre aiutato”*).

Nel caso di C. osserviamo chiaramente un disturbo della *funzione personalità* e della *funzione es*: con il licenziamento il paziente sente di aver perso la capacità di provvedere alla sua famiglia, il suo ruolo di padre e marito, riconoscendosi unicamente nell'etichetta di *“tossico fallito”*; nel rapporto con il corpo e la sensorialità presenta una grande anestesia e difficoltà a sentire e denominare le sue sensazioni e i desideri ricorrendo ai farmaci per “spegnere” tutto ciò che proviene da “sotto la pelle”; inoltre, lamenta spesso cefalea, parestesie, tremori, insonnia e umore instabile. Il corpo non sembra più fonte di vitalità, è un corpo malato.

Il mio lavoro con C. comincia dalla nostra relazione terapeutica, sgombrando il campo dall'eco delle critiche familiari, dagli atteggiamenti giudicanti e dai sensi di colpa, e co-creando un *ground* solido che sostenga e sviluppi la capacità di entrambi di essere pienamente con l'altro in una esperienza nuova e che consenta a C. di sentirsi finalmente riconosciuto. Il *ground* di sicurezza che riusciamo a creare rappresenta un *locus* di radicamento relazionale in grado di accogliere la fiducia del paziente e ripristinare la spontaneità della sua intenzionalità di contatto.

Riscopriamo insieme la sua passione per la batteria e la musica. Per C. è

importante consapevolizzare che non esiste solo il metadone come unico oggetto di benessere e di piacere. A poco a poco C. si riconosce competente in varie attività e viene riconosciuto come tale dagli altri; grazie alla passione per la musica recupera il suo rapporto con il figlio minore che gli verbalizza il desiderio di imparare a suonare la batteria. Incoraggio quindi C. a superare le sue paure, sostenendo nuove eccitazioni e l'emergere di nuove figure in un campo relazionale di forte empatia e riconoscimento, e C. ricomincia a sentirsi di nuovo "utile", importante nella crescita del figlio e riconosciuto dalla moglie.

Un momento fondamentale nella terapia con C. è stato l'emergere nel campo del mancato sostegno ricevuto dai genitori sin dall'infanzia. A partire dalla co-creazione terapeuta-paziente di un esperimento (Spagnuolo Lobb, 2021), utile per il superamento della desensibilizzazione al confine di contatto, C. ha potuto sciogliere le sue emozioni retroflesse verso i genitori, vivacizzando la funzione io in modo più adattivo e coerente con le funzioni della sua vita personale e relazionale. Nel tempo ha imparato a non subire passivamente le critiche, dialogando in modo diretto ed equilibrato, ha ridotto gradualmente il dosaggio del metadone e degli ansiolitici, evitando di delegare alle sostanze la funzione di modulatori dei propri stati psicofisici, è riuscito a "stare" di più con le proprie emozioni e sensazioni fisiche, riappropriandosi della facoltà di poterle mitigare ed elaborare. Nella relazione terapeutica C. ha ritrovato un *ground* sicuro, un adeguato sostegno, che gli ha consentito di riparare la frattura dello sfondo e permettere a nuove figure di emergere spontaneamente dal campo co-creato. Il lavoro con C. ha avuto come punto focale la possibilità di preservare la dignità del paziente consentendogli di riconoscersi in una nuova definizione di sé, di sentire il sostegno alla sua intenzionalità derivante dalla costruzione di contatti più solidi con i familiari e di risensibilizzare il corpo "ferito".

8. Conclusioni

In linea con l'epistemologia gestaltica, la ricaduta nell'*addiction* può essere considerata come espressione del crollo dello sfondo di sicurezze scontate. Il lavoro clinico, basato sul sostegno alla *funzione es* e alla *funzione personalità*, può ridurre il rischio di ricaduta. Il sostegno terapeutico alla ricostruzione di uno sfondo esperienziale più saldo, integrato, vitale, dinamico, in un clima di sospensione del giudizio che superi la tendenza alla stigmatizzazione e al sentirsi etichettato, può aiutare il paziente a prevenire eventuali rischiose recidive.

Giancarlo Pintus: Psicologo, psicoterapeuta della Gestalt, didatta dell'Istituto di Gestalt HCC Italy presso cui insegna psicoterapia della Gestalt per le esperienze *addictive*. Specializzato presso la Scuola Nazionale sulle Dipendenze, è stato ricercatore presso la Clinica Psichiatrica dell'Università di Pisa. Svolge attività clinica e di supervisione in una Comunità Terapeutica per tossicodipendenti a Bellaria di Cei (TN). È perito per i Tribunali Ecclesiastici e Ordinari, ed esercita la libera professione a Enna e Caltanissetta.

Beatrice Petrosino: Psichiatra, psicoterapeuta della Gestalt, Dirigente Medico SerT Caltagirone-Palagonia ASP3 Catania. Referente Progetto Gioco d'Azzardo Patologico UOC Dipendenze Patologiche ASP3 Catania. Ha svolto attività clinica e di ricerca presso l'Ambulatorio dedicato ai disturbi dello spettro autistico nell'adulto della Clinica Psichiatrica dell'Università di Catania. Esercita la libera professione a Catania e Caltagirone.

BIBLIOGRAFIA

- Abolhasan A., Seyed M. R., Abdolhosein E. S. (2016). Research Article Measurement of Factors Influencing the Relapse of Addiction: A Factor Analysis. *Int J High Risk Behav Addict*, 6, 3: e32141. DOI: 10.5812/ijhrba.32141
- American Psychiatric Association, APA (2014). DSM-5, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina.
- Atadokht A., Hajloo N., Karimi M., Narimani M. (2015). The Role of Family Expressed Emotion and Perceived Social Support in Predicting Addiction Relapse. *Int J High Risk Behav Addict*, 4, 1:ee21250. DOI: 10.5812/ijhrba.21250
- Bardo M.T. (1998). Neuropharmacological Mechanisms of Drug Reward: Beyond Dopamine in the Nucleus Accumbens. *Crit. Rev. Neurobiol.* 12, 1/2: 37-67.
- Beck A., Wüstenberg T., Genauck A., Wrase J., Schlagenhauf F., Smolka M.N., Mann K., Heinz A. (2012). Effect of Brain Structure, Brain Function, and Brain connectivity on Relapse in Alcohol-dependent Patients. *Arch Gen Psychiatry*, 69, 8: 842-852.
- Bozdağ N., Çuhadar D. (2021). Internalized Stigma, Self-efficacy and Treatment Motivation in Patients with Substance Use Disorders. *Journal of Substance Use*, 27, 2: 174-180. DOI: 10.1080/14659891.2021.1916846
- Bricolo F.A., Gomma M., Bellamoli E., Serpelloni G. (2010). Rassegna dei modelli teorici di interpretazione della dipendenza da sostanze stupefacenti. In: Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M., a cura di, *Elementi di neuroscienze e dipendenze*. Verona: Dipartimento delle Dipendenze ULSS 2, pp. 27-38.
- Brownell P., Schultess P. (2014) Le dipendenze. In: Francesetti G., Gecele M., Roubal J., a cura di, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*. Milano: FrancoAngeli, pp. 413-438.
- Caprioli D., Celentano M., Paolone G., Badiani A. (2007). Modeling the Role of Environment in Addiction. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 31, 8: 1639-1653. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2007.08.029
- Carvajal S.C., Clair S.D., Nash S.G., Evans R.I. (1998). Relating Optimism, Hope, and Self-esteem to Social Influences in Deterring Substance Use in Adolescents. *J. Soc. Clin. Psychol.*, 17: 443-465.
- Cavaleri P.A. (2007). *Vivere con l'altro. Per una cultura della relazione*. Roma: Città Nuova.
- Cavaleri P.A. (2014). Il piacere della regressione. In: Pintus G., Crolle Santi M.V., a cura di, *La relazione assoluta. Psicoterapia della Gestalt e dipendenze patologiche*. Roma: Aracne, pp. 141-163.

- Cavaleri P.A., Pintus G. (2010). “Essere-con” nel mondo di oggi. Dialogo sulla cultura della relazione. *Quaderni di Gestalt XXIII*, 1: 35-49, DOI: 10.328/GEST2010-001003
- Cloninger R.C. (1987). A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. A Proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44, 6: 573-588
- Connelly T.W. (2005). Family Functioning and Hope in Children with Juvenile Rheumatoid Arthritis. *MCN Am. J. Matern. Child Nurs.* 30, 4: 245-250. DOI: 10.1097/00005721-200507000-00008
- Cozolino L. (2008). *Il cervello sociale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dawson, D. A., Goldstein, R. B., Grant, B. F. (2007). Rates and Correlates of Relapse Among Individuals in Remission from DSM-IV Alcohol Dependence: A 3-year Follow-up. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 31, 12: 2036-2045. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2007.00536.x
- D’Sa C., Dileone R. J., Anderson G. M., Sinha R. (2012). Serum and Plasma Brain-derived Neurotrophic Factor (BDNF) in Abstinent Alcoholics and Social Drinkers. *Alcohol.*, 46, 3: 253-259. DOI: 10.1016/j.alcohol.2011.12.001
- Dell’Osso L., Massimetti E., Rugani F., Carmassi C., Fareed A., Stratta P., Rossi A., Massimetti G., Maremmani I. (2015). Life Events (Loss and Traumatic) and Emotional Responses to Them in Acute Catastrophe Survivors and Long-lasting Heroin Use Disorder Patients Never Exposed to Catastrophic Events. *Heroin Addict Relat Clin Probl.*, 17: 49-58.
- Di Clemente C.C., Crisafulli M.A. (2017). Alcohol Relapse and Change Needs a Broader View than Counting Drinks. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41, 2: 266-269. DOI: 10.1111/acer.13288
- Di Clemente C.C., Crisafulli M.A. (2022). Relapse on the Road to Recovery: Learning the Lessons of Failure on the Way to Successful Behavior Change. *Journal of Health Service Psychology*, 48: 59-68. DOI: 10.1007/s42843-022-00058-5
- Durazzo T.C., Tosun D., Buckley S., Gazdzinski S., Mon A., Fryer S.L., Meyerhoff D.J. (2011). Cortical Thickness, Surface Area, and Volume of the Brain Reward System in Alcohol Dependence: Relationships to Relapse and Extended Abstinence. *Alcohol Clin Exp Res*, 35, 6: 1187-1200. 10.1111/j.1530-0277.2011.01452.x
- Eisch A.J., Barrot M., Schad C.A., Self D. W., Nestler E.J. (2000). Opiates Inhibits Neurogenesis in the Adult Rat Hippocampus. *Proc. Natl Acad Sci USA*, 97, 13: 7579-7584. DOI: 10.1073/pnas.120552597
- Eisenberger, N.I.; Lieberman, M.D. (2005). Why it Hurts to be Left Out. The Neurocognitive Overlap Between Physical and Social Pain. In: Williams K.D., Forgas J.P., von Hippel W., eds., *The Social Outcast: Ostracism Social Exclusion, Rejection, and Bullying*. New York, NY: Cambridge University Press, pp. 109-127.
- Epstein D.H., Marrone G.F., Heishman S.J., Schmittner J., Preston K.L. (2009). Tobacco, Cocaine, and Heroin: Craving and Use During Daily Life. *Addict Behav.* 35: 318-324. DOI: 10.1016/j.addbeh.2009.11.003
- Earnshaw V.A. (2020). Stigma and Substance Use Disorders: A Clinical, Research, and Advocacy Agenda. *American Psychologist*, 75, 9: 1300-1311. DOI: 10.1037/amp0000744
- Fals-Stewart W., O’Farrell T.J., Hooley J. (2010). Relapse Among Married or Cohabiting Substance-abusing Patients: The Role of Perceived Criticism. *Behavior Therapy*, 41, 2: 388-400. DOI: 10.1016/S0005-7894(01)80021-6
- Goldestein R.Z., Volkow N.D. (2002). Drug Addiction and Its Underlying Neurobiological Basis: Neuroimaging Evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am. J. Psychiatry*, 159, 10: 1642-1652. DOI: 10.1176/appi.ajp.159.10.1642
- Gokcearslan E., Ozgur O., Akgun R. (2011). Social Service Need for the Treatment of Alcohol and Substance Addiction “Amatem Case”. *Int J Acad Res.*, 3, 2: 258-264.

- Ibrahim F., Kumar N., Samah B.A. (2011). Self-efficacy and Relapsed Addiction Tendency: An Empirical Study. *Soc. Sci.*, 6: 277-282. DOI: 10.3923/sscience.2011.277.282
- Irving L.M., Seidner A.L., Burling T.A., Pagliarini R., Robbinssisco D. (1998). Hope and Recovery from Substance Dependence in Homeless Veterans. *J. Soc. Clin. Psychol.*, 17: 389-406.
- Jafari E., Eskandari H., Sohrabi F., Delavar A., Heshmati R. (2010). Effectiveness of Coping Skills Training in Relapse Prevention and Resiliency Enhancement in People with Substance Dependency. *Procedia Soc. Behav. Sci.*, 5: 1376-1380.
- Kalivas P.W., Volkow N.D. (2005). The Neural Basis of Addiction: A Pathology of Motivation and Choice. *Am J. Psychiatry*, 162, 8: 1403-1413.
- Khantzian E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 11: 1259-1264. DOI: 10.1176/ajp.142.11.1259
- Khantzian E.J. (1997). The Self-medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, Vol. 4, 5: 231-244. DOI: 10.3109/10673229709030550
- Kelley A.E. (2004). Ventral Striatal Control of Appetitive Motivation: Role in Ingestive Behavior and Reward-related Learning. *Neurosci Biobehav Rev.*, 27, 8: 765-776.
- Leach D., Kranzler H.R. (2013). An Interpersonal Model of Addiction Relapse. *Addictive Disorders and their Treatment*, 12, 4: 183-192. DOI:10.1097/ADT.0b013231826ac408
- Lemos V.A., Antunes H.K., Baptista M.N., Tufik S., Mello M.T., Formigoni M.L. (2012). Low Family Support Perception: A “Social Marker” of Substance Dependence? *Rev Bras Psiquiatr.*, 34, 1: 52-59.
- Luthans F., Youssef C.M. (2007). Emerging Positive Organizational Behavior. *J. Manag. Off. J. South. Manag. Assoc.*, 33: 321-349.
- Macaluso M.A. (2024). *Fenomenologia del sé e relazione terapeutica. Individuo e campo nell'approccio gestaltico*. Milano: FrancoAngeli.
- Macdonald G., Leary M.R. (2005). Why Does Social Exclusion Hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain. *Psychol Bull.*, 131, 2: 202-223.
- Maisto S.A., Roos, C.R., Hallgren K.A., Moskal D., Wilson A.D., Witkiewitz K. (2016). Do Alcohol Relapse Episodes During Treatment Predict Long-term Outcomes? Investigating the Validity of Existing Definitions of Alcohol Use Disorder Relapse. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40, 10: 2180-2189. DOI: 10.1111/acer.13173
- Marchiori L. (2014). Dipendenze e prevenzione. Fattori di rischio e di protezione. In: Pintus G., Crolle Santi M.V., a cura di, *La relazione assoluta. Psicoterapia della Gestalt e dipendenze Patologiche*. Roma: Aracne, pp.187-208.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). *Relapse Prevention*. New York, NY: Guilford Press.
- McFarland K., Lapish C.C., Kalivas P.W. (2003). Prefrontal Glutamate Release into the Core of the Nucleus Accumbens Mediates Cocaine-induced Reinstatement of Drug-seeking Behavior. *J. Neurosci*, 23: 3531-3537. DOI: 10.1523/JNEUROSCI.23-08-03531.2003.
- McKay J.R., Foltz C., Leahy P., Stephens R., Orwin R.G., Crowley E.M. (2004). Step Down Continuing care in the Treatment of Substance Abuse: Correlates of Participation and Outcome Effects. *Eval Program Plann*, 27, 3: 321-331. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2004.04.005
- McKay J.R., Rutherford M.J., Alterman A.I., Cacciola J.S., Kaplan M.R. (1995). An Examination of the Cocaine Relapse Process. *Drug Alcohol Depend.*, 38: 35-43.
- Milivojevic V., Sinha R. (2018). Central and Peripheral Biomarkers of Stress Response for Addiction Risk and Relapse Vulnerability. *Trends Mol Med.*, 24, 2: 173-186. DOI: 10.1016/j.molmed.2017.12.010.
- Moe F.D., Moltu C., McKay J.R., Nesvag S., Bjornestad J. (2021). Is the Relapse Concept in

- Substance Use Disorders a “One Size Fits All” Concept? A Systematic Review of Relapse Operationalisations. *Drug and Alcohol Review*, 41-4: 743-758. DOI: 10.1111/dar.13401
- Nikmanesh Z., Baluchi M.H., Motlagh A.A.P. (2016). The Role of Self-Efficacy Beliefs and Social Support on Prediction of Addiction Relapse. *Int J High Risk Behav Addict.*, 6, 1: e 21209. DOI: 10.5812/ijhrba.21209
- O’ Farrell T.J., Hooley J., Fals-Stewart W., Cutter H. (1998). Expressed Emotion and Relapse in Alcoholic Patients. *J Consult Clin Psychol.*, 66, 5: 744-752.
- Orange D. (2014). Preface, in Spagnuolo Lobb M., *The Now-for-Next in Psychotherapy. Gestalt Therapy Recounted in Post-Modern Society*. Siracusa: Istituto di Gestalt HCC Italy Publ.Co., pp. 15-18.
- Panksepp J., Herman B., Conner R., Bishop P., Scott J.P. (1978). The Biology of Social Attachments: Opiates Alleviate Separation Distress. *Biol Psychiatry.*, 13, 5: 607-618.
- Panksepp J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Panksepp J., Biven L. (2012). *Archeologia della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Perls F., Hefferline R.F., Goodman P. (1997). *Teoria e Pratica della Terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*. Roma: Astrolabio (ed. or.: *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. New York, NY: The Gestalt Journal Press, 1951; 1994).
- Pintus G. (2011). Tempo e relazione nel vissuto dipendente. Percorsi Ermeneutici e clinici. In: Menditto M., a cura di, *Psicoterapia della Gestalt contemporanea. Esperienze e strumenti a confronto*. Milano: FrancoAngeli, pp. 203-210.
- Pintus G. (2015). Processi neurobiologici e riconoscimento terapeutico nell’esperienza addictive. *Quaderni di Gestalt*, XXVIII, 1: 63-71. DOI: 10.3280/GEST2015-001005.
- Pintus G. (2016). Neurobiological Processes and Contact Competence in Addictive Experience. *International Journal of Psychotherapy*, XX, 3: 23-29.
- Pintus G., Crolle Santi M.V., a cura di (2014). *La relazione assoluta. Psicoterapia della Gestalt e dipendenze Patologiche*. Roma: Aracne.
- Pintus G., Pappalardo N.G. (2019). Sintonizzazione genitoriale, riconoscimento degli stati affettivi e vulnerabilità alle addiction: alcuni dati di ricerca. *Quaderni di Gestalt*, XXXII, 2: 79-97. DOI: 10.3280/GEST2019-002005
- Pintus G., Grech M. (2021). L’addiction come trauma persistente dello sfondo: neurobiologia e psicoterapia della Gestalt. In: Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della Situazione*. Milano: FrancoAngeli, pp. 193-212.
- Pintus G., Laudicina L. (2021), Esperienza addictive ed esperienza traumatica: fratture dello sfondo a confronto. Un contributo di ricerca. *Quaderni di Gestalt*, XXXIV,2: 45-57. DOI: 10.3280/GEST2021-002004
- Porges S.W. (2018). *La guida alla teoria polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza*. Roma: Giovanni Fioriti (ed. or.: *The Pocket Guide to the Polyvagal Theory: The Transformative Power of Feeling Safe*. New York, NY: WW Norton, 2017).
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 1: 7-29. DOI: 10.15288/jsa.1997.58.7
- Pulvirenti L. (2007). *Il cervello dipendente*. Milano: Mondadori.
- Reitz A.K., Mottistefanidi F., Asendorpf J.B. (2014). Mastering Developmental Transitions in Immigrant Adolescents: The Longitudinal Interplay of Family Functioning, Developmental and Acculturative Tasks. *Dev. Psychol.*, 50: 754-765. DOI: 10.1037/a0033889
- Robinson E., Berridge K.C. (1993). The Neural Basis of Drug Craving: An Incentive Sensitization Theory of Addiction. *Brain Research Review*, 18: 247-291. DOI: 10.1016/0165-0173(93)90013-P

- Rosenblum A., Magura S., Fong C., Cleland C.M., Norwood C., Casella D., Truell, J., Curry P. (2005). Substance Use Among Young Adolescents in Hiv-affected Families: Resiliency, Peer Deviance, and Family Functioning. *Subst. Use Misuse*, 40: 581-603. DOI: 10.1081/JA-200030816
- Sadegiye Ahari S., Azami A., Barak M., Amani F., Firuz S. (2004). Reviewing the Causes of Recurred Addiction in Patients Who Referred to Centers Introduced of Tehran Welfare. *Ardabil Med Univ J.*, 3, 4: 36-40.
- Sahin Z.S., Nalbone D.P., Wetchler J.L., Bercik J.M. (2010). The Relationship of Differentiation, Family Coping Skills, and Family Functioning with Optimism in College-Age Students. *Contemp. Fam. Ther.*, 32: 238-256.
- SAMHSA (2012). Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Disponibile al sito <http://blog.samhsa.gov/2012/03/23/definition-of-recovery-updated>.
- Shallice T. (1990). *Neuropsicologia e struttura della mente*. Bologna: il Mulino.
- Siegel D.J. (2009). *Mindfulness e cervello*. Milano: Raffaello Cortina (ed. or.: *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. New York, NY: Norton, 2007).
- Sinha R. (2008). Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. *Ann N. Y. Acad. Sci.*, 1141: 105-130.
- Sinha R. (2011). New Findings on Biological Factors Predicting Addiction Relapse Vulnerability. *Curr Psychiatry Rep.*, 13: 398-405. DOI: 10.1007/s11920-011-0224-0.
- Spagnuolo Lobb M. (1990). Il sostegno specifico nelle interruzioni del contatto. *Quaderni di Gestalt*, 10/11: 13-23.
- Spagnuolo Lobb M. (2011). *Il now-for-next in psicoterapia. La psicoterapia della Gestalt raccontata nella società post-moderna*. Milano: FrancoAngeli.
- Spagnuolo Lobb M. (2015). Il sé come contatto. Il contatto come sé. Un contributo all'esperienza dello sfondo secondo la teoria del sé della psicoterapia della Gestalt. *Quaderni di Gestalt, XXVIII*, 2: 25-56. DOI: 10.3280/GEST2015-002003
- Spagnuolo Lobb M. (2021). Il Lavoro sullo sfondo, l'estetica e la "danza". La conoscenza relazionale estetica e la reciprocità. In: Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di, *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli, pp. 25-51.
- Spagnuolo Lobb M., Cavaleri P.A., a cura di (2021), *Psicopatologia della situazione. La psicoterapia della Gestalt nei campi clinici delle relazioni umane*. Milano: FrancoAngeli.
- Sripada C.S., Angstadt M., McNamara P., King A.C., Phan L.K. (2011). Effects of Alcohol on Brain Responses to Social Signals of Threat in Humans. *Neuroimage*, 55, 1: 371-380.
- Stajduhar K.I., Funk L.M., Shaw A.L., Botorff J.L., Johnson J.L. (2009). Resilience from the Perspective of the Illicit Injection Drug User: An exploratory descriptive study. *Int. J. Drug Policy*, 20: 309-316.
- Suchman N.E., Luthar S.S. (2001) The Mediating Role of Parenting Stress in Methadone-Maintained Mothers' Parenting. *Parent Sci Pract.*, 1, 4: 285-315.
- Van Boekel L.C., Brouwers E.P.M., van Weeghel J., Garretsen H.F.L. (2013). Stigma Among Health Professionals Towards Patients with Substance Use Disorders and Its Consequences for Healthcare Delivery: Systematic Review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 1/2: 23-25. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018
- Volkow N.D., Fowler J.S. (2000). Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex. *Cerebral Cortex*, 10: 318-325.
- Wemm S.E., Sinha R. (2019). Drug-induced Stress Responses and Addiction Risk and Relapse. *Neurobiology of Stress*, 1, 10: 100148. DOI: 10.1016/j.ynstr.2019.100148
- Wheeler G. (1991). *Gestalt Reconsidered. A New Approach to Contact and Resistance*. New York, NY: Gardner Press Inc.

- Witkiewitz K., Marlatt G.A. (2007). Modeling the Complexity of Post-treatment Drinking: It's a Rocky Road to Relapse. *Clinical Psychology Review*, 27, 6: 724-738. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.01.002
- Witte T.H., Wright A., Stinson E.A. (2019). Factors Influencing Stigma Toward Individuals who Have Substance Use Disorders. *Substance Use & Misuse*, 54, 7: 1115-1124. DOI: 10.1080/10826084.2018.1560469.
- Xie H., McHugo G.J., Fox M.B., Drake R.E. (2005). Substance Abuse Relapse in a Ten-year Prospective Follow-up of Clients with Mental and Substance Use Disorders. *Psychiatr Serv.*, 56, 10: 1282-1287. DOI: 10.1176/appi.ps.56.10.1282
- Wollants G. (2021). *Psicoterapia della Gestalt: terapia della situazione*. Milano: Franco-Angeli (ed. or.: *Gestalt Therapy. Therapy of the Situation*, London, UK: Sage Publications Ltd, 2012).
- Zeng X., Tan C. (2021). The Relationship Between the Family Functioning of Individuals with Drug Addiction and Relapse Tendency: A Moderated Mediation Model. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18, 2: 625. DOI: 10.3390/ijerph18020625.