

POLICY BRIEF

Psichedelici e legislazione europea: ricadute sociali e sanitarie tra proibizionismo e antiproibizionismo

Sara Ballotti¹, Matteo Defraia¹, Samuele Giovagnini¹, Fernando De Lucca², Stefano Roti¹

¹ Istituto Gestalt Firenze I.G.F.

² Instituto Encuentro de Gestalt de Uruguay



Citation

Ballotti S., Defraia M., Giovagnini S., De Lucca F., Roti S. (2023). Psichedelici e legislazione europea: ricadute sociali e sanitarie tra proibizionismo e antiproibizionismo Phenomena Journal, 5, 93-108. <https://doi.org/10.32069/pj.2021.2.194>

Direttore scientifico

Raffaele Sperandeo

Supervisore scientifico

Valeria Cioffi

Journal manager

Enrico Moretto

Contatta l'autore

Sara Ballotti
dottoressaballotti@gmail.com

Ricevuto: 19 ottobre 2023

Accettato: 28 novembre 2023

Pubblicato: 7 dicembre 2023

ABSTRACT

Research on the use of psychedelic substances for the treatment of mental distress is finding renewed interest in recent years. The history of human cultures has always been linked to substance use; this link has, in modern times, undergone scientific research into its effects, with promising results. In the 1960s, social tensions led the United Nations to produce three international Conventions to regulate and limit the “drug” phenomenon. An investigation of the legislative landscape reveals different modes of expression in the alternation between prohibition and anti-prohibition. This paper shows that the most antiprohibitionist countries have seen an increase in the publication of scientific articles concerning the therapeutic use of psychedelics and the positive health, economic, cultural, social spillovers of said use..

KEYWORDS

psychedelics, drugs, anti-prohibitionism, legislation, European Union.

ABSTRACT IN ITALIANO

La ricerca sull'uso delle sostanze psichedeliche per la cura del disagio mentale sta trovando negli ultimi anni un rinnovato interesse. La storia delle culture dell'uomo è da sempre legata all'uso di sostanze. Questo legame, in epoca moderna, ha visto ricerche scientifiche sui loro effetti, con risultati promettenti. Negli anni sessanta ci sono state tensioni sociali che hanno portato le Nazioni Unite a produrre tre Convenzioni internazionali per regolamentare e limitare il fenomeno “droga”. Da un'osservazione del panorama legislativo, è emersa una diversa modalità di espressione dell'alternanza tra proibizionismo e antiproibizionismo. Nel nostro lavoro si evidenzia come nei Paesi maggiormente antiproibizionisti ci sia stato un incremento delle pubblicazioni di articoli scientifici riguardanti l'uso terapeutico degli psichedelici ed effetti positivi a livello sanitario, economico, culturale, sociale.

PAROLE CHIAVE

psichedelici, droga, antiproibizionismo, legislazione, Unione Europea.



Attribution-NonCommercial 4.0
International (CC BY-NC 4.0)

1. Introduzione

L'utilizzo di alcune sostanze a scopi terapeutici, filosofici, religiosi ha una storia millenaria e transculturale. In antichità queste sostanze provenivano dal mondo animale e vegetale e venivano definite come "piante maestre" o "piante di potere", alludendo in tal senso al potere curativo che veniva loro attribuito ed il loro utilizzo era circoscritto ai contesti rituali e sciamanici, in cerimonie in cui venivano utilizzate a scopi curativi e sociali (solo per citare alcuni esempi Amanita Muscaria in Siberia, Ayahuasca in Brasile, Peyote e San Pedro in Messico, funghi psilocibinici in Messico, teotlanacatl o "cibo degli dei"). Le tracce di questo loro utilizzo sono diffuse ed evidenti in tutte le culture mondiali di ogni epoca [1]. Alcuni studiosi, data la grande mole di queste evidenze etno-archeo-antropologiche, è giunta ad ipotizzare un legame molto più intimo e costante di quanto non si credesse - e non fortuito od occasionale - tra l'uomo e le piante "sacre" già dalla preistoria tanto da avvallare negli ultimi decenni teorie antropologiche che incentrano in questa simbiosi tra specie umana e piante sacre il fulcro dello sviluppo intellettuale psico-biologico e culturale della specie umana stessa [2,3]. Per quanto sia difficile e per alcuni versi stravagante accampare teorie antropologiche così radicali, risulta altrettanto impossibile negare il loro utilizzo nei millenni, fino ad epoche più "prossime" alla nostra (greci, romani, popolazioni scandinave) [4]. Rimangono ancora oggi in varie culture religiose gli utilizzi di cactus mescalinici, decotti rituali a base di DMT e armalina come l'Ayahuasca, la Tabernanthe iboga del Gabon tra gli Bwiti, solo per riportare alcuni esempi attuali [5].

Dopo un lungo periodo attraverso la preistoria, seguendo le traiettorie delle culture sciamaniche e dei rituali dei popoli neolitici e precristiani, le tracce della tradizione psichedelica nel Vecchio Mondo, prima offuscate e quasi perdute a causa anche della liturgia dominante cattolica e monoteista, riappaiono attraverso lo sguardo dei primi europei nel Nuovo Mondo, che ne testimoniano il consueto utilizzo tra gli indios centroamericani [6].

La definizione di sostanze psichedeliche e/o psicotropiche è molto più recente e risale agli inizi degli anni '50 del ventesimo secolo, quando, grazie alla scoperta dell'LSD, si è consolidato un interesse moderno verso queste sostanze (che ha avuto avvio con gli studi sulla mescalina nella prima metà del 900), che hanno iniziato ad essere studiate attraverso ricerche cliniche e tramite il loro impiego come coadiuvante nella psicoterapia. L'attenzione scientifica è stata, in quel periodo, molto intensa, tanto che tra gli anni '50 e gli anni '90 sono stati pubblicati più di 700 studi riguardanti terapie psicotropiche e psichedeliche in moltissimi Paesi [7], Italia compresa, con i focus più disparati, ad esempio: cura per l'alcolismo e le dipendenze in generale, trattamento per la depressione e l'ansia, disturbo ossessivo-compulsivo, schizofrenia, disturbi di personalità, patologie oncologiche, ma anche su persone "sane" per studiare ad esempio spiritualità, creatività artistica e scientifica [8]. Proprio in Italia, in quegli anni, sono stati intrapresi numerosi studi clinici sull'utilizzo di mescalina, psilocibina ed LSD, ricerche poi dimenticate e "riscoperte" di recente [9].

Agli inizi degli anni '60 queste sostanze hanno visto un loro utilizzo "laico" soprattutto all'interno della controcultura americana, grazie alle aperture verso l'LSD ed alle indagini di Gordon Wasson in Messico che documentò in più sessioni le cerimonie della *sabia* Maria Sabina con l'utilizzo di funghi psilocibinici [10]. Questi eventi hanno catalizzato un processo di trasformazione sociale in cui una frangia sempre più animata, pacifista e progressista, si contrapponeva ad una struttura sociale chiusa, reazionaria e conservatrice, che si pose duramente in opposizione allo status quo della società americana post bellica ed autoritaria. Questa opposizione ha poi portato progressivamente, dal 1966 in avanti, ad un blocco internazionale rispetto al loro utilizzo laico e clinico.

In questi anni si è passati dal concetto di "droghe" (nell'accezione fin qua descritta), al concetto di "droga", cioè si sono come accorpate tutte le sostanze, al di là del loro effetto sull'essere umano, in un unico concetto che rimanda a percezioni di pericoloso e dannoso.

Il blocco internazionale, assieme al cambio di percezione della società verso le droghe, ha creato una sorta di "Medioevo psichedelico", un oscurantismo che è durato un trentennio, dal 1970 al 2000. Tuttavia dopo il '66 l'utilizzo degli psichedelici non si è fermato, ma è continuato in contesti *psiconautici* sommersi (cioè in contesti in cui gli individui hanno continuato ad esplorare altri stati di coscienza per contemplare la natura dell'esistenza e dell'esperienza umana) ed in ambito ricreativo. Anche la ricerca, in un qualche modo, non si è fermata completamente: ad esempio Stanislav Grof, uno dei pionieri della terapia con LSD, ha esplorato altri metodi per entrare in stati non ordinari di coscienza senza l'utilizzo di sostanze psicoattive, con la respirazione olografica [11]. In alcune parti del mondo, poi, si è potuto continuare ad utilizzare queste sostanze, ma limitatamente ad alcune situazioni particolari e regolamentate: in molti Stati dell'America latina queste piante non sono state rese completamente illegali, ma ne è stato garantito il loro utilizzo religioso (es: Ayahuasca nei riti del Santo Daime [12], il peyote nelle cerimonie religiose della Chiesa Nativa Americana [13, 14, 15]).

Dall'inizio degli anni 2000 si sta assistendo a quello che viene definito *Rinascimento psichedelico* cioè un rinnovato e forte interesse per lo studio e la ricerca clinica delle sostanze psichedeliche.

Gli psichedelici, o rivelatori della mente [16], sono oggi considerati una categoria a sé stante nella classificazione delle droghe psicoattive. La definizione di queste sostanze è complessa, come testimoniato anche dalle varie denominazioni attribuitegli nel corso degli anni (allucinogeni, psicotomimetici, psicotropici, enteogeni), perché è complesso definire con una sola parola i loro effetti caratteristici. Descriviamo quindi le loro principali qualità, distintive rispetto alle altre droghe [17]:

- gli psichedelici classici (LSD, mescalina, psilocibina), hanno **bassa tossicità fisica e non inducono dipendenza** (possono anzi essere coadiuvanti nelle terapie di disintossicazione da altre droghe che inducono dipendenza)
- nella maggior parte dei casi sono caratterizzati da una **elevata tolleranza** tale per cui la loro reiterata assunzione li rende in breve tempo inefficaci

- **l'esperienza psichedelica ha qualità unica ed inspiegabile**, per cui il loro effetto non è valutabile su scala aumento/diminuzione dei fenomeni psico-fisici appartenenti alla normale sfera esperienziale
- hanno un vero e proprio **down** che segue una fase di plateau (in cui si verificano gli effetti principali) e **non lasciano la persona in uno stato depresso** e di scarica energetica (come invece provocano stimolanti ed empatogeni). Questa fase di discesa è parte integrante dell'esperienza psichica.

Da un punto di vista psicoterapeutico l'azione degli psichedelici ha a che fare con la dissoluzione dell'ego (DIED, Drug-Induced Ego Dissolution), cioè una rottura dei suoi confini. Proprio questa "morte dell'ego" [18] è centrale nelle esperienze mistiche e nei profondi stati modificati di coscienza che si possono raggiungere, appunto, con gli psichedelici, ma anche con le pratiche meditative.

La legislazione internazionale sta cambiando via via che le evidenze scientifiche confermano l'importanza dell'impiego degli psichedelici come coadiuvanti nella psicoterapia. Alcuni Stati si stanno dimostrando più recettivi e più riformisti, altri più conservatori. In particolare in questi Stati più riformisti si sta assistendo ad una diversa classificazione delle sostanze così da non equipararle più tutte tra loro (dalla cannabis all'eroina) ma cercando di distinguerle rispetto ai reali effetti, rischi, benefici, utilizzi, contesti, ecc.

2. Convenzioni internazionali

Nel corso del XX secolo le Nazioni Unite hanno emanato tre convenzioni sovranazionali (nel 1961, nel 1971 e nel 1988) con lo scopo di contrastare il traffico e l'utilizzo di droga, seguendo un modello sostanzialmente proibizionista, sia per ragioni di tutela dell'ordine sociale e della salute pubblica, sia per ragioni di controllo e sicurezza territoriali [19].

Le ragioni che hanno spinto gli Stati a collaborare nella lotta al traffico illecito delle sostanze stupefacenti, sono indicate espressamente nei lavori preparatori della Conferenza della Nazioni Unite dell'88, cioè la constatazione che l'aumento della produzione, della consumazione e dei traffici di sostanze stupefacenti rappresentassero, oltre che una minaccia per la salute dell'umanità, anche un potenziale danno per le basi economiche, culturali e politiche della società nonché per la stabilità, sicurezza e sovranità degli Stati, basi, soprattutto queste ultime, minate anche dall'indiscusso legame tra il traffico illecito transfrontaliero ed altre attività criminali organizzate correlate [20].

Ogni stato firmatario ha poi legiferato all'interno del proprio Paese sulla linea di queste convenzioni internazionali. Ad oggi queste tre Convenzioni costituiscono il sistema internazionale di controllo sulle cosiddette droghe.

La *Convenzione unica sugli stupefacenti di New York* del 1961 è un trattato internazionale dell'Organizzazione delle Nazioni Unite [21], che vieta o limita produzione, commercio, possesso ed utilizzo di alcune specifiche sostanze di origine vegetale. È presente una chiara indicazione rispetto la possibilità di ricerca medica e scientifica,

con autorizzazioni speciali, con ogni sostanza stupefacente citata. I trattati precedenti avevano legiferato oppio, coca e loro derivati; con questo viene ampliato il gruppo delle sostanze illecite, includendo sostanze stupefacenti create nel frattempo ed introducendo anche sostanze fino a quel momento lecite, come la cannabis. Queste sostanze sono contenute nella *Yellow List* e suddivise in quattro tabelle in base alla loro pericolosità, in termini di attitudine a creare dipendenza, ed ognuna di queste tabelle prevede restrizioni differenti (le maggiori restrizioni sono per la tabella 4, poi a seguire 1, 2 e 3).

Oppio, cocaina, eroina, cannabis sono inserite nella tabella 1. L'inclusione di sostanze di origine vegetale in tali liste non sempre è avvenuta alla luce di evidenze scientifiche circa la loro pericolosità [19]. Ad oggi oltre 180 Paesi hanno sottoscritto questa convenzione, tra questi rientrano tutti gli Stati appartenenti all'EU.

Nel 1971 l'Organizzazione delle Nazioni Unite ha redatto la *Convenzione sulle sostanze psicotrope di Vienna* [22], con lo scopo di vietare o limitare produzione, commercio, possesso ed utilizzo di sostanze che non erano presenti nella Convenzione del '61, come anfetaminici, barbiturici, benzodiazepine e sostanze psichedeliche. In questo caso la disciplina per gli psicotropi è meno stringente rispetto a quella del '61 per gli stupefacenti. La Convenzione del '71 riafferma la legalità del solo uso medico-scientifico delle sostanze, subordina la loro cessione al rilascio di prescrizioni mediche, struttura sistemi di controllo e stima del fabbisogno statale, crea un meccanismo di licenze e autorizzazione per la fabbricazione, la commercializzazione e la distribuzione nazionale ed internazionale. Anche in questo caso viene creata una lista, la *Green List*, in cui le sostanze controllate sono suddivise in 4 tabelle in base al rischio per la salute e all'importanza terapeutica. Ognuna di queste tabelle prevede restrizioni differenti: le sostanze più rigorosamente controllate sono nella tabella 1 e il controllo diminuisce gradualmente mano a mano che si avanza alle successive. Dietro la formazione di queste liste c'è una logica opposta a quella adottata nel caso della Convenzione Unica e ai singoli Stati vengono concessi maggiori spazi di autonomia per la regolamentazione dell'uso lecito e della circolazione di queste sostanze a livello nazionale [23].

Nella tabella 1 vengono inizialmente inseriti alcuni psichedelici, quali LSD, DMT, mescalina, psilocibina, ma anche altre sostanze come ad esempio il THC (uno dei principi attivi della cannabis). Con gli aggiornamenti successivi sono state aggiunte altre sostanze, come MDMA. Ad oggi oltre 180 Paesi hanno sottoscritto questa convenzione, tra questi rientrano tutti gli Stati appartenenti all'EU.

La *Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope di Vienna* del 1988 nasce per "combattere con maggiore efficacia i vari aspetti del traffico illecito di sostanze stupefacenti e psicotrope di dimensione internazionale" [24]. A tale scopo, inasprisce il carico repressivo della Convenzione Unica, sia introducendo restrizioni a sostanze che non sono né stupefacenti né psicotrope, ma che sono necessarie alla loro fabbricazione (i precursori), sia imponendo nuovi obblighi sanzionatori direttamente in capo agli Stati firmatari rispetto a detenzione e acquisto di stupefacenti e alla coltivazione di sostanze destinate al consumo

personale. Tra questi spiccano gli obblighi di distruzione delle coltivazioni illecite di piante contenenti sostanze stupefacenti o psicotrope e l'adozione di misure appropriate per impedirne la coltivazione sul territorio nazionale; obblighi che devono però esplicarsi nel rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e tenendo debitamente conto degli usi leciti tradizionali (quando sono attestati dalla storia) e della protezione dell'ambiente.

Anche in relazione alle condotte connesse alla detenzione, all'acquisto ed al consumo di sostanze stupefacenti per uso personale, la Convenzione impone l'intervento statale, sancendo però la possibilità di prevedere per i fatti di minore gravità misure alternative alla detenzione (riabilitazione, trattamento, post-cura, riadattamento, reinserimento sociale). Questa convenzione è stata sottoscritta nel 1988 da 106 Paesi.

3. Legislazione nazionale degli Stati dell'Unione Europea

Sebbene tutti gli Stati dell'Unione Europea abbiano sottoscritto le Convenzioni e, quindi, concordino nel considerare consumo, uso e possesso di sostanze stupefacenti come un reato, non tutti i Paesi adottano lo stesso atteggiamento rispetto alla pena conseguente. Le Convenzioni stesse riconoscono ad ogni Stato la possibilità di legistare autonomamente rispetto alle pene verso questi reati, tenendo in considerazione le proprie caratteristiche, la propria storia, le proprie problematiche (sociali, economiche, strutturali) ed i propri programmi di sviluppo.

In materia di disciplina delle sostanze stupefacenti, facendo un focus sulle pene, si evidenzia una differenziazione tra ordinamenti di stampo proibizionista e ordinamenti di stampo antiproibizionista. Mentre i primi tendono alla penalizzazione del fenomeno "droga" per tutto il processo (dalla produzione, alla diffusione, fino all'assunzione), i secondi, invece, ammettono delle forme di depenalizzazione, almeno in alcune fasi del ciclo.

Alcune Nazioni europee (ad esempio Grecia, Lussemburgo, Francia) in accordo con il mandato restrittivo delle Convenzioni, assumono una posizione proibizionista nei confronti degli psichedelici, come anche di tutte le sostanze stupefacenti. Un cospicuo numero di Nazioni ha un atteggiamento maggiormente antiproibizionista (ad esempio Spagna, Portogallo, Austria). Nessun Paese si colloca come completamente proibizionista o completamente antiproibizionista ed alcuni hanno posizioni non di facile lettura in quanto non specificano esatti parametri di legge per definire i quantitativi di sostanza che vengono considerati per uso personale, rimandando in tal modo questa decisione al singolo giudice che potrà o meno applicare le attenuanti previste.

A fondamento dell'approccio tendenzialmente antiproibizionista vi è la concezione che il fenomeno della tossicodipendenza debba essere considerato, più che un fenomeno criminale, un problema di salute pubblica e, per questo, necessitante non tanto di una regolamentazione repressiva, quanto, piuttosto, di un'apposita politica di welfare.

In questo quadro, l'Italia dimostra attualmente una tendenza fortemente proibizionista, ma non pura, in quanto il nostro sistema prevede "*il fatto di lieve entità*" come

fattispecie autonoma di reato e, attraverso questa disposizione, opera la depenalizzazione delle condotte minori in materia di stupefacenti, oltre a non menzionare il consumo come reato [25].

L'attuale legislazione internazionale vieta la liberalizzazione delle sostanze inserite nelle varie tabelle, ma consente la loro depenalizzazione per il possesso [26]. Tra gli Stati che sono andati verso la depenalizzazione del possesso per uso personale si riscontrano tre principali modalità [27]:

- **depenalizzazione:** cioè una riduzione dell'uso delle sanzioni esistenti, che non richiede cambiamenti effettivi alla legislazione in essere (ad esempio la politica dei Paesi Bassi di tollerare il possesso per uso personale);
- **deviazione:** cioè l'indirizzare i trasgressori verso servizi educativi, terapeutici e sociali piuttosto che sanzionarli;
- **decriminalizzazione:** cioè la rimozione delle sanzioni penali per l'uso personale, sostituendole con sanzioni civili (ad esempio con delle multe) come in Repubblica Ceca, oppure indirizzando le persone verso servizi sociali o assistenza sanitaria come in Portogallo.

I Paesi con approccio antiproibizionista sono, come detto, svariati ed in ognuno vi sono situazioni giuridiche differenti, con leggi che sanciscono aspetti diversi.

Quantitativi massimi: in alcuni Stati come Austria, Estonia, Lituania, i legislatori hanno definito i quantitativi massimi di sostanza che è possibile possedere per uso personale. Ad esempio in Estonia la “grande quantità” interviene quando il quantitativo di sostanza posseduta può intossicare 10 persone [28].

In altri Stati, pur avendo riferimenti legislativi che differenziano piccolo e grande quantitativo, non sono sanciti chiaramente i limiti e questo lascia spazio interpretativo al sistema giudiziario.

Consumo ed uso personale: Paesi come Estonia [28], Lituania [29], Slovenia [30], Croazia [31], Svezia [32], Finlandia [33], Danimarca [34], Belgio [35], Germania [36], hanno introdotto alternative al carcere come ammonizioni, sanzioni pecuniarie o servizi sociali per consumo e possesso di droghe.

In alcuni Paesi le misure alternative al carcere non sono sancite in modo chiaro e lasciano discrezionalità di decisione al giudice, ad esempio in Polonia [37].

In altri, invece, pur essendo stabilita per legge la possibilità di avvalersi di misure alternative al carcere, si nota una tendenza all'applicazione di misure detentive, come ad esempio in Finlandia [38].

Altre ancora non considerano il consumo e il possesso per uso personale come reato e pertanto non prevedono sanzioni. Ad esempio in Austria [39], così come in Spagna [40], Repubblica Ceca [41] e Malta [42]. In Italia il consumo non è menzionato come reato, ma il possesso per uso personale sì e prevede sanzioni amministrative [25].

La situazione del Portogallo è maggiormente articolata e tra le più antiproibizioniste di tutta Europa. Con la legge 15 del 1993 viene sancita la possibilità di una multa pecuniaria per l'uso personale, ma se il consumatore è occasionale viene dispensato dalla pena. Nel 2000, poi, con la legge 30, è stato posto fine alle sanzioni per l'uso personale (per consumo, acquisto e detenzione) ed è stato ampliato il quantitativo

massimo di droghe che si possono possedere per uso personale, passando dal quantitativo necessario per 5 giorni a quello necessario per 10 giorni [43].

Con quest'ultima legge viene sancito anche un passaggio sostanziale col quale la persona tossicodipendente non è da perseguire legalmente, ma alla quale va fornita assistenza sanitaria e sociale. Contemporaneamente viene operata una distinzione tra persone con problemi di tossicodipendenza, che necessitano di assistenza particolare (sanitaria, educativa, sociale, lavorativa), e persone che consumano saltuariamente droghe. Per questo motivo la persona che viene colta in possesso di sostanze non segue un iter giuridico, ma viene inviata ad una apposita Commissione per la dissuasione alla dipendenza da droghe, formata da personale sanitario, allo scopo di determinare se tale persona sia tossicodipendente (e quindi necessita di assistenza) o un consumatore saltuario. L'introduzione di questo iter ha permesso un alleggerimento di tutto il sistema giudiziario e l'istituzione di un sistema educativo e assistenziale specifico che ha ridotto, già nei primissimi anni dalla sua introduzione, i decessi per overdose e l'utilizzo di sostanze come l'eroina [44].

La fotografia che abbiamo della situazione portoghese prima della decriminalizzazione mostra un forte utilizzo di droghe, soprattutto eroina (utilizzo di cannabis, invece, tra i più bassi di Europa), e di problematiche legate alle droghe, ad esempio diffusione dell'HIV (nel '99 il Portogallo era il paese europeo col maggior tasso di tossicodipendenti da eroina affetti da HIV) [45].

A seguito dell'introduzione della legge sulla decriminalizzazione, in Portogallo si sono registrati alcuni cambiamenti in diversi settori già dai primi anni dalla sua entrata in vigore, tali cambiamenti riguardano:

- **sistema giudiziario**

si sono abbassati i costi a carico dello Stato sia in termini economici diretti (ad esempio indagini di polizia, costi e sforzi dei tribunali), sia in termini economici indiretti (ad esempio sovraffollamento delle carceri), sia in termini di impiego delle risorse esistenti (ad esempio possibilità per le forze dell'ordine di spostare le proprie risorse verso i grandi traffici di droga) [46, 47]

- **sistema sanitario**

si è assistito ad un forte calo dei decessi per droga (tranne un rialzamento nel 2015), ampiamente sotto alla media europea [43]. Anche i nuovi casi di HIV sono diminuiti [43, 48], così come i nuovi casi di epatite B e C. L'utilizzo di eroina è fortemente calato [43, 44], così come l'utilizzo di MDMA e cocaina. L'utilizzo di cannabis è aumentato nel 2003 per poi restare stabile. Il consumo una tantum di cannabis tra gli studenti, così come di altre sostanze illegali, ma anche di tabacco, è leggermente inferiore rispetto alla media europea. Mentre il consumo una tantum di nuove sostanze psicoattive e l'eccessivo utilizzo di alcol sono molto inferiori alla media europea. La spesa pubblica destinata alla lotta al consumo di droghe si è notevolmente abbassata [43].

- **opinione pubblica e ricadute sociali**

si è osservato un abbassamento dello stigma e della paura verso le persone tossicodipendenti e verso i consumatori di sostanze, una loro migliore integrazione nella

società, una maggiore facilità del loro reinserimento lavorativo e recupero sociale [44].

La percezione dell'opinione pubblica è quella di un miglioramento della condizione dei tossicodipendenti così come di interventi più precoci e mirati nei loro confronti. Grazie al sistema introdotto è stato possibile ampliare gli interventi educativi rispetto alle sostanze, che hanno portato ad una dissuasione dei consumatori occasionali. I temi legati alla droga sono entrati nel dibattito politico in modo informato, mentre prima erano un argomento tabù [44].

4. Ricerca scientifica con sostanze psichedeliche in Unione Europea

La ricerca psichedelica ha recentemente vissuto una rinascita inaspettata. Nei primi anni del 2000 ci sono stati più progressi nel campo della psichedelia che in tutti i trenta anni precedenti. Attualmente in tutto il mondo ci sono pazienti in trattamento con psilocibina, MDMA, ibogaina, LSD, DMT, solo per citare le sostanze principali. Oggi, oltre alle neuroscienze che studiano l'effetto degli psichedelici sul cervello umano, le ricerche si stanno concentrando sia sull'utilizzo di queste sostanze nell'accompagnamento alla morte (impiego *tanatogeno*) [17], sia sul ruolo che queste hanno o potrebbero avere nel trattamento di molti disturbi: depressione maggiore, disturbi dell'umore, disturbo post traumatico da stress, disturbi neurologici e degenerativi come il Parkinson, dipendenza da sostanze come ad esempio alcol ed eroina, cancro, emicrania, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbi del comportamento alimentare, disturbi dello spettro autistico, ecc.

Nonostante i diversi status legali delle sostanze psichedeliche nel continente, la ricerca sul loro potenziale terapeutico si sta svolgendo in molti Paesi dell'Unione Europea. I Paesi maggiormente degni di nota includono Germania, Paesi Bassi, Spagna e Portogallo. Questi, facilitati da leggi meno proibitive e/o da importanti storie di ricerca decennali, sono estremamente attivi sia in ambito universitario sia privato. Verrà preso in esame anche il Regno Unito, da poco uscito dalla UE, ma estremamente all'avanguardia nel campo della ricerca psichedelica.

Di seguito sono riportati alcuni degli studi più importanti, ma la lista non può essere esaustiva e le citazioni sono solo a titolo di esempio, in quanto la mole di studi presentati negli ultimi 10 anni è enorme.

A differenza di altri paesi europei, la Germania non ha avuto una battuta di arresto della ricerca psichedelica negli anni '70. La ricerca sulla psilocibina è continuata, presso l'Università di Colonia, fino agli anni '90, mentre gli studi sugli effetti della mescalina sono continuati fino al '92 [49].

Attualmente presso l'ospedale Charité di Berlino sono in corso due ricerche cliniche che studiano la psilocibina nel trattamento della depressione. Lo studio clinico denominato "EPIsoDE – *Efficacy and Safety of Psilocybin in Treatment-Resistant Major Depression*" è condotto presso l'Istituto centrale per la salute mentale di Mannheim e il Charité Campus Berlin Mitte [50]. Charité funge anche da sito per lo studio di Fase II di Compass Pathways che esplora gli effetti della psilocibina in pazienti

con depressione resistente al trattamento [51].

La ricerca sulle sostanze psichedeliche nei Paesi Bassi è in corso in molte Istituzioni. Una di queste è l'Università di Maastricht, dove sono in atto studi per comprendere meglio il meccanismo di azione di sostanze psichedeliche come la psilocibina e l'MDMA [52]. Inoltre, i Paesi Bassi collaborano con COMPASS Pathways per lo studio sugli effetti della psilocibina sulla depressione resistente al trattamento [51]. In Spagna, tra gli anni 2000 e 2002, è stato condotto il primo studio clinico che ha esaminato il potenziale della psicoterapia assistita con MDMA per il trattamento del disturbo da stress post-traumatico [53]. Nel 2016, il dipartimento di farmacologia di Barcellona, in collaborazione con il Dipartimento di Neuroscienze di San Paolo ha condotto uno studio che mirava a comprendere meglio gli effetti dell'Ayahuasca, della psilocibina e dell'LSD [54, 55].

Il Centro internazionale per l'educazione, la ricerca e il servizio etnobotanico (ICEERS) di Barcellona sta trasformando il rapporto della società con le piante psicoattive. Il direttore scientifico, José Carlos Bouso, coordina gli studi sui potenziali benefici delle piante psicoattive, principalmente Ayahuasca e ibogaina. Guidato da Genis Oña, ICEERS ha avviato il primo studio clinico di Fase II in assoluto, esplorando il potenziale dell'ibogaina nel trattamento della dipendenza da oppioidi presso l'ospedale Sant Joan de Reus in Spagna nel 2020 [56].

I ricercatori portoghesi sono interessati agli studi clinici sulle sostanze psichedeliche e stanno iniziando a sviluppare nuovi programmi di ricerca, ma, nonostante la depenalizzazione, queste sostanze restano controllate e le attuali barriere rallentano la ricerca scientifica.

In Portogallo sono stati quindi condotti meno studi clinici direttamente con gli psichedelici rispetto agli svariati articoli di revisione che esaminano diversi aspetti degli effetti e del potenziale di tali sostanze per la salute e il benessere [57].

L'Unità di Neuropsichiatria della Fondazione Champalimaud di Lisbona è stata recentemente coinvolta nello studio di Fase II sull'utilizzo della psilocibina per la depressione resistente al trattamento. Sebbene a Lisbona siano stati trattati solo due pazienti, i risultati preliminari di questo studio multicentrico sono stati positivi [51]. All'Università di Lisbona, il professor Pedro Teixeira assieme a colleghi dell'Imperial College di Londra e della Johns Hopkins hanno proposto che le sostanze psichedeliche potrebbero in futuro essere utilizzate per promuovere intenzionalmente il cambiamento dei comportamenti sanitari. Nel loro documento di revisione i ricercatori suggeriscono che gli psichedelici possono facilitare l'adozione di diete più sane, esercizio fisico, esposizione alla natura e pratiche di consapevolezza o riduzione dello stress [58]. Pedro Teixeira coordina anche iniziative di ricerca presso il Synthesis Institute ed è il fondatore del sito web no-profit SafeJourney.

Attualmente sono in corso numerose ricerche in molte Istituzioni, tra cui: Università di Porto, Università di Coimbra, Università di Beira Interior.

All'inizio degli anni 2010, ricercatori nel Regno Unito hanno iniziato a condurre studi di neuroimaging con psilocibina [59]. Nel 2017, l'Imperial College di Londra (ICL) ha condotto uno studio sulla psilocibina con 19 pazienti affetti da depressione resi-

stente al trattamento (TRD), utilizzando la tecnologia fMRI per misurare i cambiamenti nella funzione cerebrale nei soggetti prima e dopo la somministrazione di questa sostanza. Lo studio ha scoperto che la psilocibina, accompagnata dal supporto psicologico, produce effetti antidepressivi rapidi e prolungati, con il potenziale di "resettare" il cervello, offrendo un possibile nuovo trattamento per la TRD [60]. Nell'ottobre 2021, presso l'University College di Londra è stato lanciato il progetto Understanding Neuroplasticity Induced by Tryptamines (UNITY). UNITY sarà il primo studio presso l'UCL, condotto su esseri umani per testare l'efficacia degli psichedelici che mira a esplorare gli effetti della DMT [61]. Inoltre sono state condotte anche alcune ricerche sull'MDMA, in gran parte grazie a Awakn Life Sciences e ai suoi ricercatori affiliati all'ICL [62]. Sono degni di nota anche gli studi che indagano gli effetti della terapia assistita da MDMA per il disturbo da uso di alcol [63].

Sempre nel Regno Unito sono stati condotti alcuni studi con l'fMRI che suggeriscono come il nostro cervello è attivo anche quando non facciamo niente, quando siamo a riposo, come avesse una modalità di base sempre attiva e che cambia poco in risposta a ciò che facciamo. Secondo la teoria della modalità di default (DMN - Default Mode Network), essa è rappresentata da una rete di interconnessioni tra aree cerebrali del lobo parietale e frontale: la corteccia prefrontale mediale, il lobo temporale mediale (MTL), il giro cingolato posteriore. Il DMN, tuttavia, è più attivo quando dirigiamo i nostri pensieri verso l'interno e diminuisce la sua attività quando li dirigiamo verso l'esterno. In questo secondo caso si attiva un altro circuito cerebrale, il Task Positive Network (TPN). Quindi il DMN è normalmente associato alle operazioni metacognitive quali, ad esempio, immaginazione, introspezione, auto-riflessione, per questo si ipotizza che il DMN sia la sede dell'ego; il TPN è invece normalmente associato al ricordare eventi passati, immaginarne di futuri, mettersi nei panni dell'altro. DMN e TPN sono solitamente in contrapposizione tra loro, così da assicurare una differenza interpretativa tra mondo interno e mondo esterno. Con l'assunzione di sostanze psichedeliche si assiste ad una riduzione di questa contrapposizione e, quindi, anche alla distinzione tra mondo interno e mondo esterno [17]. Nello stato psichedelico esiste quindi una maggiore connettività funzionale rispetto allo stato di veglia ordinario, questo implica che nello stato psichedelico ci si trova in una sorta di punto critico entropico. Se lo stato ordinario di coscienza sembra organizzarsi in uno stato di "ordine estremo", gli psichedelici sembrerebbero invece spostare l'entropia cerebrale verso un punto critico di "disordine estremo", muovendo in questo modo i contenuti della coscienza a un livello superiore, cioè verso il livello più alto di criticità, e quindi verso un contenuto di coscienza ampliato, di maggiore flessibilità della mente e di labilità emotiva [64]. La criticità conferisce vantaggi funzionali a un sistema in termini di massimizzazione dell'adattabilità preservando l'ordine; un sistema che si sposta verso la criticità sembra favorire la flessibilità e la suscettibilità alla perturbazione rispetto alla conservazione [17]. Proprio questa capacità degli psichedelici di rompere i pattern stereotipati di pensiero e comportamento, disintegrando i modelli precedenti, potrebbe giustificare il loro potenziale terapeutico. Sembra quindi necessario l'accoppiamento tra i lobi MTL e le regioni corticali del DMN per il manteni-

mento di un ordinario stato di coscienza adulto, con la sua capacità metacognitiva. Una rottura dell'accoppiamento ippocampo-DMN è invece necessaria per una regressione ad uno stato primario di coscienza, quello che in termini freudiani possiamo definire inconscio. Questo favorisce l'espansione di coscienza [65].

Nonostante alcuni Paesi Europei siano ancora quasi completamente fermi nella ricerca sulle sostanze psichedeliche (come Austria, Belgio, Lussemburgo, Finlandia e Polonia), altre Nazioni, come Repubblica Ceca, Danimarca, Francia, Svezia e Italia, nonostante i frequenti limiti legali, stanno timidamente iniziando ad interessarsi all'argomento, aumentando progressivamente il numero di pubblicazioni scientifiche sugli usi terapeutici delle sostanze psichedeliche, numero comunque esiguo al confronto con altri Paesi [66].

5. Conclusioni

Dall'analisi delle leggi che regolamentano il consumo di sostanze illecite nei diversi Stati europei, appare evidente che il modo di affrontarlo è frammentato [67, 68]: non è più scontato che il possesso di sostanze illegali per uso personale (quindi senza intenzione o tentativo di spaccio) debba essere affrontato attraverso la criminalizzazione. Sia l'opinione pubblica sia i legislatori di alcuni Paesi, nel corso degli anni, hanno spesso cercato misure alternative e nel 2019 anche l'ONU si è espressa in questa direzione invitando gli Stati membri a “promuovere alternative alla condanna e alla pena nei casi appropriati, compresa la depenalizzazione del possesso di droga per uso personale” e a “promuovere il principio di proporzionalità” [69].

Molti studi effettuati nel corso degli anni concordano sul fatto che la “liberalizzazione” delle droghe non sia associata ad un forte incremento nel loro consumo [28, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77].

Alcuni Stati europei stanno andando in direzione antiproibizionista come ad esempio Austria, Repubblica Ceca, Germania, Spagna, Paesi Bassi, Portogallo. Altri Stati, pur avendo inserito nei loro ordinamenti misure alternative al carcere per l'uso personale di sostanze illecite, si sono limitati a questo e non hanno avviato, parallelamente, programmi educativi e sociali volti ad una effettiva consapevolizzazione rispetto a queste sostanze, ma hanno continuato a portare avanti campagne di sensibilizzazione di stampo proibizionista.

La longeva storia antiproibizionista del Portogallo, seppur parzialmente monitorata, ci ha consentito di vedere gli effetti positivi che la decriminalizzazione ha avuto nel Paese.

La decriminalizzazione di per sé non sempre porta ad effettivi cambiamenti nei modelli di uso delle droghe e dei problemi a questi connessi [78], ne è un esempio il consumo di cocaina che dagli anni '90 ha visto un incremento trasversale del suo utilizzo, al di là del sistema legale del singolo paese [79].

Il nesso causale tra droga, morte, malattia e criminalità non è diretto ma è mediato da cultura, fattori socioeconomici e risposte politiche [44]. L'esempio del Portogallo può indicare una strada antiproibizionista funzionale nella riduzione del traffico clan-

destino di droghe, migliorando la condizione sociale, giuridica e sanitaria dei cittadini e preservando le libertà individuali.

I dati presentati rispetto al sistema portoghese, così gli alti tassi di uso di sostanze nei Paesi proibizionisti, ci portano ad un riflessione rispetto alla critica che spesso viene mossa contro all'antiproibizionismo: l'eliminazione del sistema repressivo (carcere, sanzioni pecuniarie) verso chi utilizza sostanze porterà ad un incremento dell'utilizzo stesso. Questa affermazione non solo pare non trovare riscontro, ma sembra essere smentita poiché appare infatti evidente che l'antiproibizionismo, se affiancato ad un sistema educativo mirato e a strutture sociosanitarie specializzate, sia un'ottima strada verso un utilizzo consapevole delle sostanze stupefacenti, nonché ad un abbassamento del loro uso.

L'approccio proibizionista si dimostra controproducente per lo sviluppo della ricerca scientifica sul potenziale terapeutico delle sostanze psichedeliche, nonostante le numerosissime evidenze scientifiche che sottolineano il loro potenziale nel trattamento di patologie che ad oggi rispondono solo parzialmente alla farmacologia conosciuta. Il cambiamento di percezione culturale e dell'opinione pubblica, infine, possono sostenere una caduta dello stigma verso le sostanze e i loro utilizzatori, innescando un circolo virtuoso in cui il dibattito pubblico informato possa differenziare le varie droghe e possa sostenere la ricerca sugli effetti di queste sostanze.

BIBLIOGRAFIA

1. Samorini, G. (2018). *Archeologia delle piante inebrianti*. Youcanprint SelfPublishing
2. Samorini, G. (2012). *Droghe tribali*. Milano: Shake Edizioni.
3. McKenna, T. (2019). *Il cibo degli dei. Alla ricerca del vero albero della conoscenza*. Bologna: Piano B. Edizioni.
4. Wasson, R. G., Hofmann, & A. Ruck, C. A. P. (1998). *Alla scoperta dei misteri eleusini*. Milano: Apogeo.
5. Binet J. (1974). *Drogue et mystique: le Bwiti des Fangs*. Diogène, vol. 86, pp. 34-57.
6. Tzvetan T. (2005). *La conquista dell'America*. Torino: Einaudi.
7. Passie T. (1997). *Psycholytic and psychedelic therapy research 1931-1995*, Hannover: Laurentius Publ.
8. Pollan M. (2022). *Come cambiare la tua mente*. Milano: Adelphi.
9. D'Arienzo, A., & Samorini, G. (2023). *Italian psychedelic therapies of the past century: an historical overview*. Drug Science, Policy and Law, Vol. 9: 1-12.
10. Estrada, A. (1981). *Vita di Maria Sabina: la sciamana ei funghi allucinogeni*. Roma: Savelli.
11. Grof, S., & Grof, C. (2010). *Respirazione ologica. Teoria e pratica. Nuove prospettive in terapia e nell'esplorazione del sé*. Milano: Apogeo.
12. Antunes, H. F. (2022). *Between prohibitionism and religious freedom: Legal Disputes Concerning an Ayahuasca Church and the United States Government*. Novos estudos CEBRAP, 40, 463-478.
13. De Verges, G. (1974). *Constitutional Law: Freedom of Religion: Peyote and the Native American Church*. *American Indian Law Review*, 2(2), 71-79.
14. Fletcher, M. L. (2006). *American Indian Religious Freedom Act*.
15. Michaelsen, R. S. (1984). *The Significance of the American Indian Religious Freedom Act of 1978*. *Journal of the American Academy of Religion*, 52(1), 93-115.

16. Osmond H. (1957). *A review of the clinical effects of psychotomimetic agents*. Ann.N.Y.Ac.Sci. 1957; 66: 418-34
17. D'Arienzo, A., & Samorini, G. (2019). *Terapie psichedeliche*, vol. I e II. Milano: Shake.
18. Grof S. (1970). *The use of LSD in psychotherapy*. Journal of Psychoactive Drugs, 3: 52-62
19. Scarcella, B. (2018). *La rivoluzione di fumo. Propositi nazionali di legalizzazione delle droghe leggere alla prova delle Convenzioni internazionali*. Diritto penale contemporaneo n. 3, 213:244.
20. Bianco, M. I. (2023). *La normativa italiana in tema di stupefacenti al banco di prova del modello proibizionista sovranazionale. Tra necessaria dissuasività delle pene, rispetto del principio di proporzionalità e recupero del tossicodipendente*. Questione Giustizia
21. *Single convention on narcotic drugs*. (1961). Organizzazione delle Nazioni Unite.
22. *Convention on psychotropic substances*. (1971). Organizzazione delle Nazioni Unite
23. McAllister, W. (1991). *Conflicts of Interest in the International Drug Control System*. Journal of Policy History 3, 4, pp. 494-517
24. *United Nations Convention against illicit traffic in narcotic drugs and psychotropic substances*. (1988). Organizzazione delle Nazioni Unite
25. EMCDDA (2019). *Italy country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
26. INCB (2019). *Report of the International Narcotics Control Board for 2018*. Vienna: International Narcotics Control Board
27. Stevens, A. (2019). *Is policy 'liberalization' associated with higher odds of adolescent cannabis use? A re-analysis of data from 38 countries*. International Journal of Drug Policy 66: 94–99.
28. EMCDDA (2019). *Estonia country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
29. EMCDDA (2019). *Lithuania country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
30. EMCDDA (2019). *Slovenia country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
31. EMCDDA (2017). *Croatia country drugs report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
32. EMCDDA (2019). *Sweden country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
33. EMCDDA (2019). *Finland country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
34. EMCDDA (2019). *Denmark country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
35. EMCDDA (2019). *Belgium country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
36. EMCDDA (2019). *Germany country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
37. EMCDDA (2019). *Poland country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
38. EMCDDA (2019). *Finland country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
39. EMCDDA (2019). *Austria country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
40. EMCDDA (2019). *Spain country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
41. EMCDDA (2019). *Czechia country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
42. EMCDDA (2019). *Malta country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

43. EMCDDA (2019). *Portugal country drug report*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
44. Hughes, C., & Stevens, A. (2007). *The effect of decriminalization of drug use in Portugal*. The Beckley Foundation drug policy programme
45. EMCDDA (2000). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
46. Trigo de Roza, A. (2007). *Presentation: Conference on quasi-coerced treatment and other alternatives to imprisonment*. Paper presented to Conference on quasi-coerced treatment and other alternatives to imprisonment Bucharest.
47. Council of Europe (2007). SPACE I (Council of Europe Penal Statistics), Council of Europe (http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_cooperation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_I/List_Space_I.asp), retrieved on from.
48. Tavares, L.V., Graça, P.M., Martins, O., & Asensio, M. (2005). *External and Independent Evaluation of the “National Strategy for the Fight Against Drugs” and of the “National Action Plan for the Fight Against Drugs and Drug Addiction – Horizon 2004”*. Lisbon: Portuguese National Institute of Public Administration.
49. Frank, M. (2021, March 27). *Psychedelic drug research comes to Berlin*. Berliner Zeitung. <https://www.berliner-zeitung.de/en/psychedelic-research-comes-to-berlin-li.148455>
50. Mertens, L. J., Koslowski, M., Betzler, F., Evens, R., Gilles, M., Jungaberle, A., Jungaberle, H., Majić, T., Ströhle, A., Wolff, M., Wellek, S., & Gründer, G. (2022). *Methodological challenges in psychedelic drug trials: Efficacy and safety of psilocybin in treatment-resistant major depression (EPIsoDE) – Rationale and study design*. *Neuroscience Applied*, 1, 100104. <https://doi.org/10.1016/j.nsa.2022.100104>
51. Goodwin, G. M., Aaronson, S. T., Alvarez, O., Arden, P. C., Baker, A., Bennett, J. C., Bird, C., Blom, R. E., Brennan, C., Bruschi, D., Burke, L., Campbell-Coker, K., Carhart-Harris, R., Cattell, J., Daniel, A., DeBattista, C., Dunlop, B. W., Eisen, K., Feifel, D. & Malievskaia, E. (2022). *Single-Dose psilocybin for a treatment-resistant episode of major depression*. *New England Journal of Medicine*, 387(18), 1637–1648. <https://doi.org/10.1056/nejmoa2206443>
52. Mason, N. L., Kuypers, K. P. C., Müller, F., Reckweg, J., Tse, D. H. Y., Toennes, S. W., Hutten, N. R. P. W., Jansen, J. F. A., Stiers, P., Feilding, A., & Ramaekers, J. G. (2020). *Me, myself, bye: Regional alterations in glutamate and the experience of ego dissolution with psilocybin*. *Neuropsychopharmacology*, 45(12), 2003–2011. <https://doi.org/10.1038/s41386-020-0718-8>
53. Bouso, J. C., Doblin, R., Farré, M., Alcázar, M. Á., & Gómez-Jarabo, G. (2008). *MDMA-Assisted psychotherapy using low doses in a small sample of women with chronic posttraumatic stress disorder*. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(3), 225–236. <https://doi.org/10.1080/02791072.2008.10400637>
54. dos Santos, R. G., Osório, F. L., Crippa, J. A. S., Riba, J., Zuardi, A. W., & Hallak, J. E. C. (2016). *Antidepressive, anxiolytic, and antiaddictive effects of ayahuasca, psilocybin and lysergic acid diethylamide (LSD): A systematic review of clinical trials published in the last 25 years*. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 6(3), 193–213. <https://doi.org/10.1177/2045125316638008>
55. dos Santos, R. G., Osório, F. L., Crippa, J. A. S., Riba, J., Zuardi, A. W., & Hallak, J. E. C. (2016b). *Antidepressive, anxiolytic, and antiaddictive effects of ayahuasca, psilocybin and lysergic acid diethylamide (LSD): A systematic review of clinical trials published in the last 25 years*. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 6(3), 193–213. <https://doi.org/10.1177/2045125316638008>
56. José Carlos Bouso - Blossom profile. (2022, June 1). Blossom. <https://blossomanalysis.com/people/jose-carlos-bouso/>
57. *Arquivo de Investigacao*. (n.d.). SafeJourney. Retrieved October 17, 2023, from <https://www.safejourney.pt/investigacao/>
58. Teixeira, P. J., Johnson, M. W., Timmermann, C., Watts, R., Erritzoe, D., Douglass, H., Kettner, H., & Carhart-Harris, R. L. (2021). *Psychedelics and health behaviour change*. *Journal of Psychopharmacology*, 36(1), 12–19. <https://doi.org/10.1177/02698811211008554>

59. Carhart-Harris, R. L., Williams, T. M., Sessa, B., Tyacke, R. J., Rich, A. S., Feilding, A., & Nutt, D. J. (2010). *The administration of psilocybin to healthy, hallucinogen-experienced volunteers in a mock-functional magnetic resonance imaging environment: A preliminary investigation of tolerability*. *Journal of Psychopharmacology*, 25(11), 1562–1567. <https://doi.org/10.1177/0269881110367445>
60. Carhart-Harris, R. L., Roseman, L., Bolstridge, M., Demetriou, L., Pannekoek, J. N., Wall, M. B., Tanner, M., Kaelen, M., McGonigle, J., Murphy, K., Leech, R., Curran, H. V., & Nutt, D. J. (2017). *Psilocybin for treatment-resistant depression: FMRI-measured brain mechanisms*. *Scientific Reports*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13282-7>
61. *Understanding neuroplasticity induced by tryptamines (UNITY)* -. (2020, July 29). Understanding Neuroplasticity Induced by Tryptamines (UNITY) -. <http://project-directory.lido-dtp.ac.uk/projects/understanding-neuroplasticity-induced-by-tryptamines-unity/>
62. *Awakn life sciences - Revolutionary treatments for addiction*. (2021, January 21). Awakn Life Sciences. <https://awaknlifesciences.com/>
63. Sessa, B., Higbed, L., & Nutt, D. (2019). *A review of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (mdma)-assisted psychotherapy*. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00138>
64. Carhart-Harris L. R. (2018). *The entropic brain-revisited*. *Neuropharm* (2018), 142: 167-78.
65. Carhart-Harris L. R., et al. (2014). *The entropic brain: a theory of conscious states by neuroimaging research with psychedelic drugs*. *Front. Hum. Neurosci.*, 8:20.
66. *Blossom*. (2021, December 15). Blossom. <https://blossomanalysis.com/>
67. Bewley-Taylor, D.R. (2012). *International Drug Control: Consensus Fractured*. Cambridge: Cambridge University Press.
68. McLean, K. (2018). *A kind of peace: Tracking the reflexive and resilient drug war*, *International Journal of Drug Policy* 51: 117–120.
69. UN CEBC (2019). *Summary of Deliberations*. New York: United Nations.
70. Cecho, R., Baska, T., Svihrova, V., & Hudeckova, H. (2017). *Legislative norms to control cannabis use in the light of its prevalence in the Czech Republic, Poland, Slovakia, and Hungary*. *Central European Journal of Public Health* 25(4): 261–265.
71. Hughes, B., Matias, J., & Griffiths, P. (2018). *Inconsistencies in the assumptions linking punitive sanctions and use of cannabis and new psychoactive substances in Europe*. *Addiction* 113(12):2155–2157
72. Kotlaja, M.M., & Carson, J.V. (2018). *Cannabis prevalence and national drug policy in 27 countries: An analysis of adolescent substance use*. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 63(7): 1082–1099. <https://doi.org/10.1177/0306624X18814184>.
73. Maloff, D. (1981). *A review of the effects of the decriminalization of marijuana*. *Contemporary Drug Problems* Fall: 307.
74. Rogeberg, O., & Stevens, A. (2016). *Liberalization and adolescent cannabis use – issues with interpretation and country coding*. *PlosOne*. URL (accessed 1 November 2019): from <http://www.plosone.org/annotation/listThread.action?root=87919>.
75. Simons-Morton, B., Pickett, W., Boyce, W., ter Bogt, T.F.M. & Vollebergh, W. (2010). *Cross-national comparison of adolescent drinking and cannabis use in the United States, Canada, and the Netherlands*. *International Journal of Drug Policy* 21(1): 64–69.
76. Stevens, A. (2016). *Inequality and adolescent cannabis use: A qualitative comparative analysis of the link at national level*. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 23(5): 410–421.
77. Vuolo, M. (2013). *National-level drug policy and young people's illicit drug use: A multilevel analysis of the European Union*. *Drug and Alcohol Dependence* 131(1–2): 149–156
78. Reuter, P., & Stevens, A. (2007). *An Analysis of UK Drug Policy*. London: UK Drug Policy Commission.
79. EMCDDA (2006). *Annual report 2006: The state of the drugs problem in Europe*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.