

ISTITUTO FRANCO GRANONE

C.I.I.C.S.

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE

Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2017

VECCHIE E NUOVE DIPENDENZE

L'ipnosi nel trattamento dei disturbi da addiction

Candidato:

Dott. Daniele Bosco

Relatore:

Dott. Ennio Foppiani

INDICE

1.	INTRODUZIONE	3
2.	PRINCIPI GENERALI DELLA DIPENDENZA	6
	2.1 <i>Le dipendenze e la Storia</i>	6
	2.2 <i>Le dipendenze e la terminologia</i>	8
	2.3 <i>Le dipendenze ed il sistema di ricompensa naturale</i>	10
3.	DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE E DISTURBI DA ADDICTION	12
	3.1 <i>Gli effetti delle dipendenze</i>	14
	3.2 <i>La doppia diagnosi</i>	17
	3.3 <i>Orientamenti medici e psicologici alla cura</i>	19
	3.4 <i>Altri comportamenti che possono causare addiction</i>	21
	I. <i>Dipendenza da Internet e cellulare</i>	22
	II. <i>Dipendenza da sesso/cybersesso</i>	23
	III. <i>Dipendenza da lavoro</i>	24
	IV. <i>Shopping compulsivo</i>	25
	V. <i>Dipendenza affettiva</i>	26
	VI. <i>Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)</i>	27
4.	L'IPNOSI	32
	4.1 <i>Applicazione dell'ipnosi al trattamento delle dipendenze</i>	34
	4.2 <i>Caso clinico</i>	38
5.	CONCLUSIONI	43
6.	BIBLIOGRAFIA	44

1. INTRODUZIONE

Lo scopo di questo elaborato è percorrere un viaggio attraverso le dipendenze cercando di esplorare le caratteristiche di ciascuna di esse. Partiamo dai seguenti quesiti: cos'è la dipendenza, cosa la provoca e chi sono i soggetti coinvolti. Nell'immaginario collettivo le dipendenze sono provocate da eroina, alcol e cocaina e i "consumatori" sono, nei primi due casi i reietti della società, coloro che trovi agli angoli delle strade, i soggetti da cui stare lontani perché pericolosi. Nell'ultimo caso, la cocaina, la polvere bianca, è la droga dell'alta società che molti consumatori non considerano droga, non considerano dipendenza.

Oggi però le dipendenze e i consumatori non sono solo le tipologie sopra esposte. I fruitori, a differenza del passato, non sono chiaramente identificabili, non sono necessariamente pericolosi, in quanto provengono da tutte le classi sociali e spesso sono ben integrati nella comunità. Insomma sono i cosiddetti insospettabili.

D'altro canto anche le classificazioni di ciò che può provocare dipendenza è mutata. Essa può essere provocata da sostanze chimiche come l'LSD, da comportamenti all'apparenza innocui ma che, esasperati, possono degenerare in gioco d'azzardo, sesso-dipendenza e dipendenza da social network.

Questa trasformazione è avvenuta a causa dell'evoluzione tecnologica e culturale e del progresso della chimica e della farmacologia.

Per misurare l'entità del fenomeno si riportano alcuni dati: nella relazione annuale 2017 presentata al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze viene evidenziato, seppur con elaborazioni preliminari dell'indagine, che in Italia circa una persona su tre (il

33,5%) di età compresa tra i 15 e i 64 anni abbia utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nella vita e circa una persona su 10 (il 10,3%) ne abbia fatto uso nell'ultimo anno.

Le percentuali aumentano se si concentra l'analisi sulla popolazione giovane-adulta, ovvero di età compresa tra i 15 e i 34 anni. In questa fascia di popolazione infatti la percentuale di coloro che hanno fatto uso nella vita di una qualsiasi sostanza illegale raggiunge il 43% (il 22,5% relativamente al consumo negli ultimi 12 mesi).

L'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) nel 2016 stimava che i consumatori giornalieri di bevande alcoliche fossero il 21,4% della popolazione di età superiore agli 11 anni. La quota, invece, di coloro che consumano alcol occasionalmente e che bevono alcolici fuori dai pasti è pari al 43% e del 29.2% della popolazione.

Per le nuove dipendenze, la stima dei soggetti "dipendenti" varia dall'1,3 al 3,8 per cento della popolazione. In termini assoluti si tratta di un gruppo sociale che va dai 750.000 ai 2.300.000 italiani adulti.

I dati riportati evidenziano che i comportamenti abusanti, non solo si sono modificati nel tempo, ma hanno raggiunto un enorme platea di soggetti, anche di giovane età, che hanno deciso inizialmente di sperimentare ma che sono successivamente diventati "vittime" dell'uso abituale.

Tali comportamenti sono spesso percepiti dagli stessi soggetti che li pongono in essere come devianti. La Società riveste un ruolo fondamentale in quanto deve, non solo assistere ma, soprattutto, strutturarsi per prevenire tali situazioni e fornire, a chi lo richiede, i supporti necessari per ristabilirsi e riabilitarsi.

Nell'ambito dei supporti e delle tecniche tese alla cura di tali comportamenti devianti trova impiego il metodo ipnotico che, insieme

con le cure farmacologiche e psicologiche, si dimostra uno strumento utile per il trattamento di tali problematiche.

Sarà oggetto del presente elaborato il sistema di ricompensa naturale che, come noto, ha la funzione biologica di orientare i soggetti nella scelta degli stati che provocano piacere. Saranno classificati i comportamenti definiti "*da addiction*" riconosciuti come tali dalla comunità scientifica e quelli ancora in fase di studio. Sarà analizzato il tema della doppia diagnosi e delle co-relazione tra disturbi psichici e dipendenza ed infine sarà esaminato il trattamento delle patologie attraverso l'uso del metodo ipnotico.

2. PRINCIPI GENERALI DELLA DIPENDENZA

L'OMS organizzazione Mondiale della Sanità descrive il concetto di dipendenza patologica o di sindrome della dipendenza come "quella condizione psichica e talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza tossica e caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni, che comprendono sempre un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione" (Pigatto, 2003).

L'uso delle sostanze stupefacenti inizia generalmente come scelta consapevole dettata dalla volontà di raggiungere uno stato piacevole, con la conseguenza, però, che il soggetto diventato "dipendente" è poi costretto a tale scelta nonostante le note conseguenze negative.

L'utilizzo delle droghe affonda le radici nel passato laddove venivano usate e spesso abusate per molteplici usi legati a riti di tipo sociale, religiosi, medicanti oppure semplicemente volti alla ricerca del piacere.

2.1 Le dipendenze e la Storia

Chi non ricorda la bottega del droghiere dove in passato si potevano acquistare una varietà infinita di spezie usate per i piatti della nostra tradizione culinaria, quindi prevalentemente per i condimenti, ma anche per produrre farmaci di origine vegetale.

L'oppio, la cannabis, la mandragora, il vino, le sementi e le piante selvatiche venivano utilizzate come analgesici, sonniferi, cure contro le punture di insetto, contro le bruciature o semplicemente per

comunicare con le divinità sin dal popolo sumero 5000 anni fa. Ne troviamo traccia scritta anche in Egitto intorno al 1500 a.c. dove queste sostanze venivano usate come sedativi o indicazioni in cui si raccomandava di contenerne il consumo.

Furono grandi consumatori di sostanze stupefacenti anche gli antichi greci ed i romani che ne appresero l'esistenza dai popoli con cui avvenivano gli scambi commerciali e le utilizzarono durante le cerimonie religiose o durante i banchetti per allietare gli ospiti per via delle loro proprietà allucinatorie o inebrianti. Solo l'avvento del Medioevo e del Cristianesimo mise ufficialmente al bando tutte le sostanze psicotrope anche se nella realtà se ne poteva trovare presenza nei luoghi di culto come i monasteri e le abbazie.

Dopo alcuni decenni però, per via del progresso della farmacologia e della nascita della chimica si fu in grado di sintetizzare sempre più sostanze e soprattutto, grazie alla crescita economica, le droghe furono sempre più alla portata di tutti con la conseguenza che le sostanze psicoattive insieme all'alcol trovarono nuovi usi divenendo un business per le aziende produttrici, una risorsa per la scienza ma anche una dipendenza per coloro che ne facevano abuso.

Nel 1680 Thomas Sydenham produsse la tintura d'oppio (o laudano) e nel 1803 Friederich Seturner elaborò la morfina. A seconda del principio base utilizzato e della sua rielaborazione, si poterono raggiungere diversi scopi: antidolorifico, sedativo, eccitante. L'uso eccessivo diede vita ai primi morfinomani e l'invenzione della siringa e con la somministrazione endovenosa nacquero i primi eroinomani.

La sostanza più diffusa, però, è stata l'alcol assieme al tabacco. Quest'ultimo inizia a diffondersi a partire dal '700. Il progressivo miglioramento delle tecniche di distillazione resero più accessibile il consumo di bevande sempre più alcoliche che, con la rivoluzione

industriale e la conseguente formazione e concentrazione di grandi masse proletarie, favorirà la diffusione dell'alcolismo.

Nel 1905 la Bayer pubblicizzava un prodotto efficace contro la tosse provocata dalla tubercolosi: era eroina.

Qualche decennio dopo usciranno i barbiturici che avranno funzioni sedativo-ipnotiche a cui seguirà la scoperta delle anfetamine che saranno utilizzate dai soldati per alleviare la fatica ed aumentare la concentrazione.

Nel 1912 viene sintetizzata la metanfetamina (l' MDMA o ecstasy) e nel 1943 il dott. Hofmann sintetizzò l'LSD. Queste due sostanze diventeranno popolari solamente dopo gli anni '70 quando furono utilizzate come sostanze psicotrope finalizzate alla ricerca del piacere. Come non citare, in questo contesto, la nota e contestata canzone dei Beatles "Lucy in the Sky with Diamonds" del 1967 il cui titolo rappresentava l'acronimo di LSD e per questo bandita da tutte le radio inglesi.

Nel corso degli ultimi anni si registra che le dipendenze sono aumentate e mutate, non sono più strettamente connesse all'assunzione di sostanze stupefacenti ma sono incentrate sui comportamenti, trovano spazio nell'attività lavorativa, nell'utilizzo di internet, nel gioco d'azzardo, nello shopping ma anche se di diversa matrice provocano gli stessi effetti sociali e psicologici delle precedenti.

2.2 Le dipendenze e la terminologia

Nella terminologia legata all'uso di sostanze stupefacenti che alterano l'attività mentale si possono annoverare:

Abuso: termine per indicare un soggetto che usa droghe o alcol ma collocabile ad un minor grado di compromissione dal punto di vista fisico e psichico rispetto ad un tossico/alcol-dipendente.

Addiction: in Italia è un termine utilizzato indistintamente per indicare qualsiasi genere di dipendenza (fisica, psicologica o comportamentale). Nei paesi anglosassoni, invece, si utilizza il termine "dependence" per la dipendenza fisica e chimica mentre quello di "addiction" per il bisogno psicologico di attuare determinati comportamenti.

Astinenza: manifestazioni psico-fisiche che si vengono a creare con la mancanza più o meno prolungata della sostanza.

Craving: comportamento incontrollato, focalizzato all'ottenimento della sostanza che ha prodotto e mantiene la dipendenza.

Dipendenza: questo termine fa riferimento a quei fattori quali il bisogno compulsivo e l'astinenza che rendono difficile per un soggetto smettere di assumere una sostanza. La dipendenza da sostanze stupefacenti può essere psicologica e/o fisica.

- **Dipendenza fisica (alterato stato biologico):** comparsa di disturbi fisici violenti durante l'interruzione della somministrazione che assumono la denominazione di sindrome da astinenza.
- **Dipendenza psichica (alterato stato psichico e comportamentale):** il soggetto avverte l'impulso irrefrenabile di ripetere il comportamento di assunzione della sostanza psicotropa o del modello comportamentale.

Remissione: può essere completa o parziale, a seconda che cessi in modo totale o parziale il consumo di sostanza psicoattiva.

Tolleranza: la necessità di assumere dosi progressivamente sempre più alte della stessa sostanza per avere gli effetti precedentemente ricevuti.

Uso non patologico: utilizzo ricreativo di modiche quantità di sostanze (alcol, caffè, ecc.) che non provoca ripercussioni sul piano sociale/lavorativo e non causa l'insorgenza di sintomi fisici di tolleranza e di astinenza.

2.3 Le dipendenze ed il sistema di ricompensa naturale

Perché siamo attratti dalle droghe? Per rispondere a questo quesito si deve richiamare il cosiddetto sistema di ricompensa naturale. Come noto, questo sistema è il circuito cerebrale in grado di gratificare, con il piacere, l'appagamento di funzioni naturali come bere, mangiare o fare sesso. Queste funzioni, allorquando soddisfatte, vengono ripetute dall'individuo in quanto producono piacere, senso di benessere di soddisfazione e a volte anche di euforia; è come dire che il piacere è la "moneta di scambio" per quanto "di naturale" è stato fatto. Ne consegue che l'individuo tende a ripetere l'azione, ad esempio, avere del cibo e mangiare è meglio che essere affamati, bere e meglio che essere assetati, fare sesso è più piacevole che non farlo.

L'intensità del piacere percepito ha indotto l'uomo a sperimentare, sempre più spesso, metodi artificiali finalizzati a stimolare questo sistema attraverso l'uso di droghe e comportamenti di addiction che generano nell'individuo la stessa ricompensa, la stessa tentazione e lo stesso desiderio di ciò che invece è naturale. Studi recenti hanno, inoltre, dimostrato che le aree interessate al piacere per gli stimoli naturali sono le stesse che si attivano con le droghe. Questo spiega la natura biologica della tossicodipendenza. Ovviamente questo avviene sia per le stimolazioni naturali sia per le droghe per cui ripetere

l'azione ha come conseguenza un ritorno di una sensazione piacevole già provata o desiderata.

Il sistema di ricompensa naturale è un circuito cerebrale che ha inizio, con l'invio della dopamina che parte dall'area ventrale tegmentale (VTA) del mesencefalo. Attraverso lunghe proiezioni assoniche giunge in varie zone della corteccia cerebrale oltre che nel nucleo accumbens (NA) all'interno del sistema limbico. La via VTA - NA viene stimolata con la produzione di dopamina reagendo agli stimoli naturali che producono piacere in modo proporzionale; tanto più uno stimolo provoca sensazioni di benessere tanto più il nucleo accumbens viene colpito da una quantità maggiore di dopamina. Viceversa maggiore è il quantitativo di dopamina presente all'interno del nucleo accumbens, maggiore è lo stato di piacere percepito. Le droghe ed il loro utilizzo attivano nello stesso modo tale circuito.

La dopamina agisce anche sulla memoria e sull'apprendimento indirizzando così il soggetto dipendente a provare piacere anche solo al pensiero, all' "allestimento" e quindi al desiderio del comportamento che sarà poi ulteriormente rinforzato dall'uso vero e proprio della sostanza. Le droghe stimolano maggiormente il circuito di ricompensa naturale rispetto agli stimoli naturali producendo più dopamina.

3. DISTURBI CORRELATI ALL'USO DI SOSTANZE E DISTURBI DA ADDICTION

Per dipendenza si intende un'alterazione del comportamento che da semplice e comune abitudine diventa una ricerca spasmodica e patologica del piacere attraverso mezzi, sostanze o comportamenti che sfociano nella condizione patologica. Il "dipendente" perde ogni possibilità di controllo sull'abitudine.

All'interno del DSM-V le categorie di abuso e dipendenza da sostanze del passato DSM-IV sono state fuse in un unico disturbo da uso di sostanze, misurato su un continuum da lieve a grave, i cui criteri per la diagnosi sono stati inclusi in un unico elenco di 11 sintomi.

Esso distingue ulteriormente questi disturbi in **disturbi da uso di sostanze** evidenziando 10 classi farmacologiche con l'aggiunta del disturbo da gioco d'azzardo come disturbo non correlato a sostanze: 1) alcol, 2) caffeina, 3) cannabis, 4) allucinogeni, 5) inalanti, 6) oppioidi, 7) sedativi, ipnotici e ansiolitici, 8) stimolanti (cocaina e farmaci anfetamino-simili), 9) tabacco, 10) altre (o sconosciute); e **indotti da sostanze**: 1) intossicazione da sostanza, 2) astinenza da sostanza, 3) disturbi psichici indotti da sostanza/farmaco – disturbo psicotico, disturbo bipolare e disturbo correlato, disturbo depressivo, disturbo d'ansia, disturbo ossessivo compulsivo e disturbo correlato, disturbo da sonno veglia, disfunzione sessuale, delirium disturbo neurocognitivo, altro (non conosciuto).

Perché possa parlarsi di diagnosi per il *Disturbo da Uso da Sostanze* è necessaria la presenza di una modalità patologica d'uso che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativa e ciò accade in presenza di almeno due delle condizioni seguenti che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

- 1) La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- 2) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- 3) Notevole quantità di tempo investita in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena") o a recuperare i suoi effetti;
- 4) Craving o forte desiderio o spinta all'uso della sostanza;
- 5) Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;
- 6) Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza stessa;
- 7) Abbandono o notevole riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'assunzione della sostanza;
- 8) Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;
- 9) Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dall'assunzione della sostanza stessa;
- 10) Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti elementi: a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato; b) un effetto

notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;

11) Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti elementi:
a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche);
b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

Un disturbo da uso di sostanze lieve è suggerito dalla presenza di 2-3 sintomi, moderato da 4-5 sintomi e grave da 6 o più sintomi. Il cambiamento della gravità nel corso del tempo è anche rilevabile dalle riduzioni o dagli aumenti nella frequenza e/o dose di sostanza usata, valutati tramite il resoconto diretto dall'individuo interessato, il resoconto di altri esperti e le osservazioni del clinico e test biologici.

3.1 Gli effetti delle dipendenze

I comportamenti di addiction manifestano segnali di tipo comportamentale e fisico che si modifica a seconda della sostanza che si sta utilizzando o del comportamento che si sta attuando. La pratica clinica permette di indicare in linea generale alcuni sintomi:

1. Alterazione dei ritmi circadiani
2. Improvviso cambiamento del comportamento
3. Perdita di interesse generalizzata
4. Continui sbalzi d'umore
5. Trascuratezza e scarsa cura di sé
6. Sguardo inespressivo e rossore degli occhi

Nello specifico è possibile classificarli per sostanza di abuso:

Tipo di sostanza	Sintomi
Alcol	Euforia e perdita di effetti inibitori, riduzione della visione laterale, perdita di equilibrio, difficoltà motorie, nausea, confusione.
Caffeina	Aumento della pressione arteriosa, eccitabilità, insonnia, tachicardia, aumento secrezioni gastriche, aumento della diuresi e del metabolismo basale.
Cannabis	Bocca secca, tachicardia, aumento della fame e del sonno, rallentamento dei riflessi, pensieri paranoici, rossore oculare.
Allucinogeni (LSD)	Alterazione della percezione, incremento pressione sanguinea e della frequenza cardiaca, euforia, allucinazioni, euforia, distorsioni del tempo e dello spazio, paranoia, nausea, panico.
Inalanti	Confusione, delirio, allucinazioni visive, uditive e tattili, disturbi visivi e nistagmo, disattenzione, impulsività, illusione, aritmia.
Oppioidi	Nausea, stipsi, allucinazioni,

	deliri, incubi, confusione, sonnolenza, convulsioni, prurito, sudorazione, depressione respiratoria.
Sedativi, ipnotici e ansiolitici	Inibizione diminuita, coordinazione motoria rallentata, letargia, muscoli allentati, si cammina barcollando, scarso discernimento, riflessi lenti o incerti, disorientamento, nistagmo, deficit di memoria, marcia instabile, eloquio indistinto.
Stimolanti (cocaina e farmaci anfetamine o simili)	Lucidità compromessa, dilatazione delle pupille, narcosi alle mucose nasali e alla gola, senso di agitazione, forti tremori, tachicardia, ipertensione, loquacità, tensione muscolare, innalzamento della temperatura corporea, euforia, depressione, nervosismo, aggressività, manie di persecuzione e paranoie, megalomania, allucinazioni.
Tabacco	Nausea, salivazione, mal di testa, mal di stomaco, vomito, diarrea, pallore, sudore freddo, dolori muscolari, difficoltà respiratorie, confusione, convulsioni.
New addiction	Generalizzando: Pensieri ossessivi, calo del controllo degli impulsi, incapacità di porre fine all'uso.

3.2 La doppia diagnosi

Analizziamo ora la "doppia diagnosi" riferita alla coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico.

E' stato dimostrato che i disturbi da uso di sostanze hanno una "comorbilità" (coesistenza di più patologie diverse in uno stesso individuo) più significativa tra i pazienti psichiatrici gravi affetti da schizofrenia, bipolarità e grave depressione, ciò accade per circa il 50% dei soggetti affetti dalle patologie predette.

Più in generale l'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction) stima che circa il 30-50% dei soggetti con disagio psichico sviluppi dipendenza per almeno una sostanza (includendo nicotina, caffeina e alcol) e che il 41-66% dei soggetti dipendenti da una sostanza abbia al contempo un disturbo psichico.

La doppia diagnosi trova conferma in vari fattori tra i quali i quadri clinici, l'impossibilità di attuare un trattamento con i soli strumenti psichiatrici e la difficoltà di adottare terapie univoche.

L'uso di sostanze, spesso, complica il quadro psicopatologico rendendolo più complesso e difficilmente inquadrabile in criteri nosografici in uso. In questi casi diventa più complesso trattare il paziente con interventi farmacologici e psicoterapeutici specifici. La resistenza alle terapie è oltretutto alta e determina un netto peggioramento della prognosi.

Per fini terapeutici, e quindi per individuare la cura migliore per il soggetto trattato, è possibile ipotizzare una classificazione tenendo conto di tre tipologie di pazienti: pazienti con disturbo psichiatrico primario e tossicodipendenza secondaria, pazienti con disturbo da uso

di sostanza primario e disturbo psichiatrico secondario e pazienti con disturbo psichiatrico primario e tossicomania primaria.

Lo studio di Bignamini (2002) evidenzia, però, la possibilità di avere diagnosi di dipendenza patologica primaria in assenza di condizioni psicopatologiche.

Si individuano 5 tipologie:

- Insorgenza di una ripetizione efficace dello stimolo (tempo/cinetica/dose). Non è la semplice assunzione di una sostanza ma lo schema d'uso che induce la dipendenza.
- Efficacia dello stimolo in quanto soddisfa il soggetto (alleviando sofferenze, inducendo benessere psicofisico, provocando intensa sensazione di piacere, modificando la percezione della realtà).
- Alterazione della condizione neuropsicofisiologica (tolleranza/astinenza).
- Alterazione del pattern dei bisogni (il bisogno acquisito di riprovare la sensazione prevale sugli altri bisogni, anche se primari). Ne consegue alterazione del pensiero, dell'affettività e del comportamento.
- Presenza di desiderio orientato alla ripetizione del comportamento di variabile intensità fino alla perdita di controllo.

Sulla base di questi principi Bignamini e suoi collaboratori deducono che la dipendenza è una condizione patologica correlata ad una alterazione del sistema di gratificazione e ad una coartazione delle modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere

caratterizzata da craving e da una relazione con un oggetto (sostanza, situazione, comportamento) connotata dalla reiterazione e marcata difficoltà alla rinuncia.

3.3 Orientamenti medici e psicologici alla cura

La cura di una patologia non prevede solo una corretta diagnosi ma richiede l'individuazione delle ragioni che hanno determinato la patologia attraverso le quali è degenerata e che in definitiva costituiscono la causa da rimuovere per risolvere il problema. E' fondamentale, pertanto, capire la relazione tra il soggetto e le sostanze di abuso, come sono interconnessi e come si influenzano tra di loro.

Paolo Rigliano (2015), per comprendere meglio la relazione tra il soggetto e l'oggetto inteso come sostanza o comportamento, utilizza due metafore: l'oggetto come protesi e l'oggetto come bacchetta magica. Nel primo caso l'utilizzo della sostanza/comportamento è una protesi che serve per raggiungere volontariamente obiettivi limitati e precisi in modo consapevole che non intacca la funzionalità complessiva del soggetto. Pensiamo ad esempio agli ansiolitici, all'hashish e l'alcol utilizzati solo per affrontare situazioni dove l'oggetto non ha la forza per imporsi sulla persona. In sostanza ci ritroviamo di fronte ad un uso e non ad una dipendenza quanto più le sostanze rimangono saltuarie, revocabili e "sotto controllo".

Il secondo caso, invece, si pone quando il soggetto non è in grado di "mantenere il controllo" a causa di una sofferenza strutturata sorta in un contesto psicopatologico di pressioni enormi, di lutti, di emergenze e situazioni di crisi in cui la struttura personale sperimenta confusione e debolezza. Queste situazioni nuove, estreme ed emotivamente forti possono attivare il circuito tossicomane dal

momento in cui i soggetti entrano in contatto con la sostanza e trovano in essa l'unica soluzione indispensabile per risolvere o affrontare la crisi. E così (Rigliano 2015) l'oggetto diventa un arto vero e proprio, parte di sé, una bacchetta magica indispensabile per vivere, o meglio, strumento necessario per un'altra possibilità di vita.

Passiamo ora ad esaminare quali possono essere gli obiettivi per il trattamento di pazienti affetti da disturbo da addiction.

Essi sono molteplici ma se volessimo sintetizzarli, i più immediati sono la riduzione o l'interruzione dell'uso delle sostanze o del comportamento da addiction con il conseguente miglioramento delle condizioni generali di salute, il ritorno ad una vita normale sia familiare che lavorativa e, per alcuni pazienti, la cessazione dei comportamenti devianti e antisociali.

Nell'immediato, quindi, possiamo affermare che un risultato apprezzabile è quello di ridurre la compulsione all'uso della sostanza e gestire il ricorrente desiderio all'uso. Il miglioramento dello stato di salute del soggetto ed il conseguente miglioramento della sua qualità di vita saranno poi le leve per la prosecuzione della terapia.

Per valutare la complessità della patologia è fondamentale la diagnosi iniziale che deve comprendere un'anamnesi ben dettagliata in modo da poter indirizzare al meglio la cura. Quindi età, genere, razza, orientamento sessuale, eventuale sieropositività, informazioni sulla famiglia, sull'impiego lavorativo così come la storia di vita sono essenziali per l'invio ad un trattamento di tipo psicologico che deve necessariamente affiancare quello fondamentale medico-farmacologico.

In linea generale il trattamento psicologico è fondamentale come terapia da affiancare a quella indispensabile farmacologica che ha

come obiettivo l'immediato contenimento dell'uso della sostanza. Per la cura delle dipendenze come la cannabis e le new addiction viceversa, la terapia psicologica (individuale o di gruppo) è l'unico trattamento possibile a causa dell'inesistenza di farmaci specifici.

3.4 Altri comportamenti che possono causare addiction

La dipendenza, come già riportato in precedenza, non coinvolge solamente aspetti legati alla neurobiologia ma anche aspetti comportamentali. Le nuove dipendenze, infatti, coinvolgono problematiche di tipo sociale oltre che psichiche e non includono alcun uso di sostanze.

Per new addiction si intendono quelle forme di dipendenza che non implicano l'uso o l'abuso di alcuna sostanza chimica ma i cui effetti e comportamentali negativi si ripercuotono nelle relazioni sociali del soggetto dipendente. Frutto dei cambiamenti sociali e tecnologici, le new addiction possono essere elencate in:

- Dipendenze da internet;
- Dipendenza da cellulare;
 - Dipendenza da sesso/cybersesso;
 - Dipendenza da lavoro;
 - Shopping compulsivo;
 - Dipendenza affettiva o relazionale;
 - Gioco d'azzardo patologico (GAP);

A dispetto delle apparenze possiamo trovare alcuni punti di contatto tra le dipendenze comportamentali e le dipendenze da sostanze tra

cui l'incapacità di resistere all'impulso o la reiterazione di un comportamento nonostante riconosciuto come problematico.

Su questi comportamenti patologici ha inciso profondamente l'innovazione tecnologica e i cambiamenti sociali che da un canto generano stress, vuoto e noia e dall'altro ne incitano l'immediata gratificazione fornendo vari strumenti come la creazione di bisogni e dei mezzi adatti per soddisfarli.

I. Dipendenza da Internet e cellulare

Elementi comuni presenti in queste dipendenze sono la "progressione" e il rapporto di "s subordinazione" che si instaura ai fini del "benessere" del soggetto dipendente.

L'Internet Addiction Disorder (IAD) è caratterizzato da una forte necessità da parte del soggetto dipendente di "essere connesso" continuamente al Web. L'avvicinamento è progressivo ma giunge fino al punto di compromettere completamente la vita reale e in alcuni casi a sostituirla con una vita virtuale.

Le conseguenze più comuni sono la perdita delle amicizie reali, della vita sociale e gravi ripercussioni sulla vita lavorativa che in alcuni casi hanno condotto persino all'abbandono del posto di lavoro. Oltre all'abbandono totale della cura della propria persona.

L'impossibilità di connettersi comporta sofferenza, irritabilità fino a stati di agitazione e depressione. Nei casi più gravi, poi, l'assiduo utilizzo senza pause può indurre scompensi psicotici o condurre alla morte (per complicanze cardiache).

Come detto, l'elemento della progressione lo ritroviamo anche nella dipendenza da videogiochi ove il soggetto dipendente si ritrova a

vivere un'alternanza di momenti di tolleranza e momenti di astinenza. Il "dipendente" è in sostanza costretto ad aumentare progressivamente le "dosi" di tempo passato a giocare per ottenere il livello di eccitazione desiderato mentre l'astinenza comporta una serie di sintomi psico-fisici che si manifestano quando il soggetto è impossibilitato a giocare. Anche in questo caso le conseguenze possono essere la compromissione dei rapporti sociali, compromissione della salute o disturbi del sonno, dell'alimentazione o dell'umore.

Si parla, invece, di «cellularomania» o «nomofobia» quando il soggetto "dipendente" ha una vera e propria difficoltà a staccarsi fisicamente dal telefono. Lo smartphone viene considerato come uno strumento per soddisfare bisogni di ordine affettivo-relazionale e come principale mezzo per comunicare con gli altri fino ad entrare in veri e propri stati d'ansia in caso di batteria scarica o di mancanza di rete.

II. Dipendenza da sesso/cybersesso

La dipendenza da sesso virtuale è uno dei disturbi più diffusi tra i soggetti affetti da dipendenza da Internet. Questa dipendenza si sviluppa in soggetti con personalità timida, riservata, che non sono a proprio agio con il proprio fisico e hanno grandi difficoltà ad interagire con l'altro sesso. Attraverso l'uso del pc, infatti, è possibile non rivelare il proprio aspetto fisico sentendosi così più liberi di manifestare il piacere sessuale senza timore di essere visti o giudicati.

E' proprio l'anonimato, insieme con la Convenienza e l'Evasione una delle caratteristiche che favorisce la dipendenza da cyber-sex.

L'Anonimia permette, non solo la libertà di poter esternare le fantasie sessuali, normalmente, in questi casi, represses ma permette anche di abolire e liberarsi di tutte le convenzioni.

La convenienza permette di connettersi dalla propria abitazione garantendo così la propria privacy e l'evasione rappresenta una sorta di fuga mentale.

Anche in questo caso la conseguenza principale è l'abbandono della vita reale in sostituzione di una vita parallela con forti impatti deleteri per la vita di relazione o di coppia.

Il Partner di dipendenti da cyber-sex, infatti, perde autostima e intimità nella relazione, si sente tradito e tende, oltre a porre in essere comportamenti indagatori, ad aumentare l'attività sessuali con il dipendente sperando di poter diminuire il desiderio per il sesso virtuale instaurando così una relazione insana e patologica.

III. Dipendenza da lavoro

Nella letteratura internazionale la dipendenza da lavoro viene definita come "un disturbo ossessivo-compulsivo", che si manifesta attraverso richieste auto-imposte e un'incapacità a regolare le proprie abitudini lavorative fino all'esclusione delle altre principali attività della vita (Robinson, 1998). Secondo la definizione di Oates (1971), il "workaholic è una persona il cui bisogno di lavorare è talmente eccessivo da creare notevoli disagi e interferenze nello stato di salute, nella felicità personale, nelle relazioni personali e nel suo funzionamento sociale". In questo caso, il soggetto dipendente cerca di alleviare sentimenti di ansia, vuoto e bassa autostima dedicando tutto il suo tempo ed energie alla sfera lavorativa. Da qui la sensazione di "valere molto" derivante dal "fare molto".

Il soggetto work addict ha perso il controllo sulla propria attività lavorativa, non ha regole ma accrescere sempre di più il proprio impegno lavorativo senza porre alcun limite. Espleta l'attività lavorativa a letto, in vacanza, di notte e non riesce mai a staccarsi da tutto ciò che rappresenta attività lavorativa. Attenzione, nonostante questo, il comportamento del dipendente da lavoro, a differenza delle altre dipendenze non è definito come portatore di un disagio o di una patologia in quanto ricompensato con prestigio, successo, denaro e potere.

L'etica del lavoro incoraggia tale fenomeno e la dipendenza da lavoro viene accettata e promossa in quanto socialmente produttiva.

IV. Shopping compulsivo

Il disturbo da shopping compulsivo, come noto, associato ai disturbi del controllo degli impulsi, si manifesta con il ripetersi di episodi in cui il "dipendente" prova un irrefrenabile impulso a fare acquisti che seppur riconosciuti come inutili o eccessivi non riescono ad essere evitati o tenuti sotto controllo. L'acquisto compulsivo porta il soggetto dipendente a conseguenze dannose sul piano psicologico, finanziario, relazionale e lavorativo.

Un episodio di shopping compulsivo si sviluppa, quindi, intorno a determinati stati emozionali piuttosto che sulla base di reali bisogni o desideri: stati negativi come ansia e tensione costituiscono gli antecedenti dell'episodio, mentre stati emozionali positivi di euforia o sollievo ne costituiscono l'immediata condizione gratificante, seguita però da emozioni spiacevoli quali la frustrazione e il senso di colpa.

Il disturbo da shopping compulsivo si distingue da un normale comportamento d'acquisto per la natura degli oggetti acquistati:

spesso vengono acquistati oggetti di cui non si ha reale bisogno o già posseduto o ancora che non corrispondono ai gusti personali o che sono al di fuori delle possibilità economiche.

Lo shopping compulsivo normalmente sorge in soggetti affetti da altre patologie, in particolare disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, disturbi del controllo degli impulsi e disturbi da uso di sostanze.

V. Dipendenza affettiva

La "love addiction" ha trovato tardivo ingresso nella categoria dei disturbi relazionali in quanto l'interazione e la relazione con un altro essere umano ne ha reso difficile il riconoscimento come un comportamento problematico.

Come intuibile una quota di "love addiction", definibile sana, deve sussistere in qualsiasi relazione e proprio in quanto contenuta e misurata, è utile all'instaurarsi del rapporto e necessaria all'essere umano per ottenere conferme, sostegno, conforto, empatia e scambio all'interno di una relazione. Nel momento in cui la dipendenza affettiva perde le predette caratteristiche assumendo forme definite come totalizzanti può, non solo danneggiare la relazione in corso ma divenire una vera e propria patologia.

L'aspetto di forte dipendenza dal partner è comprensibile nella fase del corteggiamento e dell'innamoramento, in quanto dipendere dalle conferme da parte dell'altro è in parte fisiologico e utile alla nascita del legame, ma questi comportamenti diventano disfunzionali se perdurano nel tempo.

Le persone dipendenti sono schive e inibite, quando sono sole si sentono indifese: vivono nel terrore di essere abbandonate e sono sconvolte quando le relazioni affettive si interrompono. Il dipendente

affettivo è colui che ha difficoltà a riconoscere i propri bisogni e ha la tendenza a subordinarli ai bisogni dell'altro.

VI. Il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

L'ultima dipendenza oggetto dell'analisi che stiamo conducendo è il cosiddetto Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) che nel 1980 viene riconosciuto ufficialmente dall'APA (Associazione degli Psichiatri Americani) come patologia e classificato inizialmente come "disturbo del controllo degli impulsi non classificati". Il DSM V nel 2013 ha riclassificato il GAP insieme agli altri disturbi additivi da sostanze psicoattive nella categoria "disturbi correlati a sostanze e disturbi da addictions" che sostituiva, proprio per includere il GAP, la precedente "substance use disorders". In sostanza il disturbo da gioco da Gioco d'Azzardo Patologico (Gambling Disorders) viene inserito nella categoria della Dipendenza, in un apposita sottocategoria indicata come Disturbo non correlato ad uso di sostanze.

I criteri diagnostici secondo il DSM-V sono:

A. Comportamento da gioco d'azzardo problematico ricorrente e persistente che porta a stress o a un peggioramento clinicamente significativo come indicato dalla presenza nell'individuo di 4 (o più) dei seguenti sintomi per un periodo di almeno 12 mesi:

1. Bisogno di puntare una quantità di soldi crescenti per ottenere l'eccitazione desiderata.
2. Mostra irrequietezza ed irritabilità quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.
3. Ha più volte tentato, senza successo, di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo.

4. È spesso assorbito dal pensiero del gioco d'azzardo.
 5. Spesso gioca quando si sente sofferente (es. colpevole, ansioso, depresso).
 6. Dopo aver perso denaro nel gioco, spesso ritorna un altro giorno per rifarsi.
 7. Nasconde il suo coinvolgimento con il gioco d'azzardo.
 8. Ha messo in pericolo o perso una relazione significativa, il lavoro, opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo.
 9. Fa affidamento sugli altri per procurarsi i soldi per tamponare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.
- B. Il comportamento da gioco d'azzardo patologico non è meglio attribuibile ad un episodio maniacale.

Il DSM V specifica, inoltre, il decorso (Episodico, Persistente), la remissione (precoce, prolungata) e la gravità (lieve, moderata e grave).

In questo tipo di dipendenza il gioco non costituisce un passatempo ma lo si attua in maniera compulsiva aumentando progressivamente la frequenza delle giocate incidendo sul normale sviluppo della vita sociale e lavorativa provocando una serie di sintomi fisici e psicologici tipici delle dipendenze patologiche. Le nuove tecnologie hanno, poi, indubbiamente aumentato le occasioni di gioco d'azzardo, come ad esempio il gioco d'azzardo on-line tra cui possiamo citare le scommesse sportive, i casinò virtuali, il videopoker, le lotterie dello stato e il bingo. La stessa pubblicità e le sollecitazioni mediatiche giocano un ruolo importante in quanto favoriscono sfide illusorie alla fortuna e rappresentano il gioco con semplicità e facilità di accesso ciò a causa della rapidità delle giocate, della suggestione degli effetti

visivi e sonori, della falsa percezione dell'abilità e dell'offerta continua e costante.

Il Gioco d'Azzardo Patologico o Gambling è quindi un disturbo la cui caratteristica fondamentale è un comportamento persistente, ricorrente e disadattivo che compromette le attività personali, familiari o lavorative. Il soggetto, completamente assorbito dal pensiero del gioco, occupa il suo tempo pianificando come procurarsi i soldi ed organizzandosi su come e dove giocare. Trascorre inoltre la maggior parte del tempo a rielaborare le vecchie giocate. Al compimento dell'azione seguono poi la sensazione di piacere, benessere e gratificazione che spesso lasciano il posto al senso di colpa.

Analogamente ai soggetti con dipendenza da sostanze, i giocatori patologici continuano a giocare nonostante la consapevolezza del problema; come indicato all'interno dei criteri del DSM, infatti, nascondono o mentono ai familiari e spesso pongono in essere comportamenti antisociali per ottenere il denaro. Nelle situazioni più estreme possono anche mettere a repentaglio o perdere una relazione significativa, quindi il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera a causa del gioco.

Nell'inquadrare il fenomeno del gioco d'azzardo, alcuni autori hanno distinto diverse tipologie di giocatori e di gioco:

Alonso Fernandez (1996) e Dickerson (1993), identificano 4 tipologie di giocatori:

1. il giocatore **sociale** che è mosso dalla partecipazione ricreativa, considera il gioco come un'occasione di divertimento e socializzazione capace di governare i propri impulsi distruttivi. Il gioco non incide, quindi, negativamente sulle relazioni affettive, sul lavoro e sul tempo libero;

2. il giocatore **problematico** è colui che pur non essendo ancora dipendente, vive problemi sociali da cui sfugge o a cui cerca soluzione attraverso il gioco che, in sostanza, assorbe energie e risorse sottraendole alle sue normali occupazioni;
3. il giocatore **patologico** è colui in cui la dimensione del gioco si manifesta attraverso un comportamento distruttivo alimentato da altre problematiche psichiche come l'ansia e la depressione;
4. il giocatore **patologico impulsivo/dipendente** è colui in cui sono evidenti gravi sintomi che sottolineano il rapporto patologico con il gioco d'azzardo e che sono centrati sull'impulsività e la dipendenza. Il gioco diventa l'unica ragione di vita per la persona.

Serpelloni (2012) classifica invece tre tipologie di gioco d'azzardo:

1. Il Gioco d'Azzardo **Informale e Ricreativo**; un comportamento fisiologico che necessita di una consapevolezza dei suoi potenziali rischi. Normalmente vi è una fruizione saltuaria e le motivazioni prevalenti sono la socializzazione o la competizione. I costi per il soggetto sono contenuti.
2. Il Gioco d'Azzardo **Problematico**; un comportamento volontario a rischio per la salute dell'individuo (mentale, fisica e sociale) con necessità di diagnosi precoce e di intervento. Si manifesta con un aumento della frequenza di gioco e nella regolarità della ricerca dello stimolo. Il soggetto incrementa la quantità di "lavoro" per fruire dello stimolo aumentando anche il tempo di gioco e il denaro impiegato.
3. Il Gioco d'Azzardo **Patologico**; è una dipendenza patologica, una malattia neuro-psicologica, con conseguenze sanitarie e sociali che necessita di diagnosi, cura e riabilitazione. Il gioco diventa un'attività quotidiana o intensiva caratterizzato da

elevati costi e spesso anche debiti. Si manifesta, inoltre, il craving ed è frequente la recidiva.

Dalle classificazioni sopra esposte è interessante notare come, diversamente dall'uso di sostanze, il disturbo nasce e si sviluppa da un'attività ludica e lecita. Motivo per il quale il gioco d'azzardo patologico può riguardare fasce importanti della società comprendendo anche gli adolescenti e gli anziani.

È, infine, doveroso fare un accenno alla questione del gioco d'azzardo da un punto di vista economico. I dati ufficiali del ministero dell'economia (libro blu 2016) affermano che la raccolta, cioè l'insieme delle puntate nell'anno 2016 è stato di 96 miliardi con un aumento dell'8% rispetto al 2015. La necessità per lo stato di questi introiti sviluppa una curiosa ambiguità: da un lato, il gioco viene pubblicizzato, sponsorizzato e rinnovato con nuove offerte, dall'altro, vengono finanziate campagne di prevenzione ed informazione. Lo Stato, inoltre, inserisce il trattamento da disturbo da gioco d'azzardo all'interno dei LEA (livelli essenziali di assistenza).

4. L'IPNOSI

L'ipnosi è uno stato di coscienza modificato, fisiologico e dinamico nel quale si attuano notevoli modificazioni psichiche, somatiche e viscerali per mezzo di monoideismi plastici derivanti dal rapporto operatore – soggetto. Con il termine monoideismo plastico si intende la possibilità creativa che un'idea rappresentata mentalmente, in modo esclusivo, possa estendersi e realizzarsi nell'organismo con modificazioni di tipo percettivo, emozionali, nervose e viscerali.

L'ipnosi si rileva quindi come una condizione in cui il soggetto vive o rivive un'esperienza di mental imagery multimodale, vivida, basata sulla memoria o sull'immaginazione, che pervade in toto il soggetto, il suo stato di coscienza ed i processi di percezione (Jasinkaitis 1998).

Tale processo avviene per mezzo dell'induzione ipnotica che è la procedura con la quale il soggetto viene accompagnato in ipnosi. Non esiste una procedura standardizzata per attuarla, lo stesso Franco Granone affermava che *"ogni tecnica è valida nelle mani dell'ipnotista che se l'è creata e l'adopera con fiducia"*, ma viene personalizzata e tarata sulle caratteristiche dell'operatore e del soggetto.

Prescindendo da esse, però, è possibile individuare delle fasi all'interno del processo ipnotico:

- **PREINDUZIONE:** si crea una relazione cordiale ed aperta per mezzo dell'ascolto atto a costruire una relazione di fiducia e che ha l'obiettivo di abbassare la critica.
- **INDUZIONE:** ha l'obiettivo di destabilizzare la coscienza ordinaria per ottenere uno stato modificato e fisiologico ottenuto attraverso la massima concentrazione rivolta ad una singola idea, alla conseguente progressiva riduzione della consapevolezza e all'insinuazione di un gradevole e crescente stato di relax.

- CORPO E RISTRUTTURAZIONE: avviene una lieve dissociazione transitoria con modifiche dello schema corporeo, dello spazio/tempo, delle emozioni, del senso dell'Io atte alla riorganizzazione con modalità nuova degli elementi precedenti
- DEINDUZIONE: Viene ristabilizzata la coscienza ordinaria
- CODA: Periodo di maggiore suscettibilità ad una nuova destabilizzazione.

I segnali che indicano l'avvenuto stato di ipnosi cambiano da soggetto a soggetto ma possono essere sintetizzati in:

- Distensione della muscolatura facciale;
- Variazioni del colore della pelle;
- Relativa Immobilità;
- Diminuzione dei movimenti di orientamento nello spazio;
- Catalessia di qualche arto;
- Variazioni nella deglutizione e nel blinking;
- Variazioni di respirazione e battito cardiaco;
- Automaticità di movimento (es. levitazione della mano);
- Sguardo "assente"/orientato alla lontananza;
- Sguardo fisso;
- Variazioni di voce e tonalità vocale;
- Risposte rallentate (cognitive e motorie);
- Come se (interpretazione letterale);
- Dissociazione ("essere altrove");
- Rilassamento muscolare.

L'ipnosi viene utilizzata in vari settori: medicina (chirurgia, odontoiatria, dermatologia, ginecologia), campo infermieristico, sport, studio, scopi militari ed all'interno delle psicoterapie, ove, durante lo

stato ipnotico, il soggetto può modificare la sua percezione del mondo e quindi la sua modalità di pensiero.

4.1 Applicazione dell'ipnosi al trattamento delle dipendenze

Le cure di un soggetto con problemi di dipendenza, affinché possano ottenersi risultati soddisfacenti richiede la presenza, all'interno del percorso riabilitativo, di specialisti quindi medici, psicologici, educatore e assistenti sociali.

Premessa l'eterogeneità dei soggetti dipendenti, che come detto, si differenziano per motivi di età, sesso, diagnostici ed aspetti sociali oltre che per diversità di sostanza abusata e al vissuto personale, si può affermare che tutti questi soggetti possono essere trattati con il metodo ipnotico.

L'ipnosi può agire o agisce suggerendo al soggetto di immaginarsi in uno stato libero dalla dipendenza sperimentando così una nuova percezione di sé oppure attraverso tecniche avversative che conducono il paziente, nella fase post ipnotica, ad avere reazioni negative ogni qualvolta abbia desiderio della sostanza. I pazienti che hanno fatto abuso di sostanze o che hanno comportamenti da addiction in stato avanzato spesso, però, sono incapaci di attivare quelle motivazioni sufficienti e durature atte ad una ristrutturazione cognitiva e solitamente non hanno la capacità di concentrazione necessaria per porre in essere i suggerimenti dettati durante la fase ipnotica. E' fondamentale in questo stadio della cura, quindi, agire, almeno nella fase iniziale, sulla riduzione dell'angoscia e sull'autostima per la ristrutturazione della personalità.

Nello specifico, l'ipnotista attraverso le suggestioni deve indurre al soggetto immagini e sensazioni che mirano ad evocare schemi associativi e processi mentali naturali già presenti nella mente del

paziente in quel momento offuscata dai comportamenti da addiction atti a ricercare nuove possibilità esistenziali, a ridurre/risolvere la sofferenza e consolidare una nuova immagine di sé.

Si richiama all'uopo, la traccia di seduta utilizzata durante il corso CIICS 2017 - modulo per psicologi - che può essere replicata all'interno di una terapia ipnotica con i soggetti che fanno abuso di sostanza.

a. Raccolta informazioni e definizione del Tema terapeutico che ha l'obiettivo di individuare le risorse del paziente attraverso le domande:

- Cosa ti piace fare? Cosa ti piace di ciò?
- Perché "la dipendenza" costituisce per te un problema?
- Cosa manca che se ci fosse risolverebbe il problema?

In questa fase è possibile anche indagare su quali sono le motivazioni del desiderio oltre che i fattori scatenanti. Il paziente si può trovare di fronte ad una domanda che non si poneva da tempo perché l'addiction è diventata unico oggetto di piacere ed è diventato l'unico scopo di vita. Attraverso la riflessione, il paziente sarà indotto a ricordare che ci sono altri elementi che in passato gli provocavano piacere, soddisfazione, energia e sicurezza.

b. Induzione; "Andiamo a/in cosa piace fare"

Attraverso la focalizzazione dell'attenzione il soggetto inizia un graduale assorbimento nell'esperienza. Inizia il viaggio "in cosa piace fare" in un luogo che per il soggetto dipendente sarà un luogo sicuro e privo dell'impulso e della tentazione dove, pertanto, è in grado di essere un soggetto autonomo senza dover assumere sostanze. Qualora il soggetto non fosse in grado di lavorare con

l'immaginazione, potrebbe anche recuperare il ricordo da un'esperienza passata.

Il terapeuta, commentando l'osservazione, ratifica i cambiamenti osservabili che aprono alla possibilità che il cambiamento possa verificarsi ma soprattutto deve riconoscere le risorse inconscie necessarie all'ottenimento dello scopo (es, il coraggio di dire no; la capacità di stare da soli).

In questa fase il terapeuta individua le strategie che il desiderio mette in atto e consegna al paziente le tecniche pratiche per il controllo del desiderio.

c. Accesso e attivazione delle risorse

Connettere le risorse del paziente e metterle a confronto con i comportamenti e gli atteggiamenti delle azioni devianti mediante messaggi stimolatori:

- X (la risorsa) è esattamente come Y (la dipendenza)
- "mi chiedo in che modo siano uguali... in che modo le parti per te più rilevanti di... ti possano aiutare a risolvere il problema della dipendenza"
- introduzione della dimensione di apprendimento: "così come hai imparato a puoi imparare..."
- introduzione della dimensione temporale: le connessioni cominciano ora e possono proseguire nel futuro.

Questa fase, oltre ad attivare i processi cognitivi assopiti, può aiutare il paziente a gestire attivamente il desiderio e a prenderne le distanze partendo da se stesso come colui che si aiuta.

d. Introduzione di storie o metafore

Narrare storie di vita comune, casi clinici, di apprendimento, analogie o metafore atte a ricordare le conseguenze negative dell'uso della sostanza/comportamento e far leva sulle risorse e sulle capacità del paziente. Evidenziare che dalla dipendenza si può uscire in quanto vi sono altri modi di vivere e altre modalità per ottenere la propria realizzazione personale. Storie e metafore saranno più o meno articolate sulla base delle capacità cognitive del paziente e sulla sua capacità di gestire la frustrazione.

e. Contestualizzazione

L'aggancio alla realtà porta il paziente a proiettarsi nel futuro allorquando la dipendenza sarà risolta.

La speranza dettata dal rinforzo dell'Io orienta il paziente in una dimensione mai provata prima. La vita non è solo l'impulso o la gestione della quotidianità ma è anche progettualità e proiezione di sé nel futuro (abilità quasi inesistente per i tossicodipendenti).

f. Riorientamento

L'ulteriore possibilità di utilizzare il "tema terapeutico" uscendo dalla trance (es. Quando vuoi, con coraggio e sicurezza, in libertà...) può aiutare il paziente nel problema decisionale, è lui che decide e che ha in mano le sue scelte.

g. Cosa è cambiato?

Individuare le differenze ed avere uno scambio sull'esperienza è una ulteriore fase di ascolto oltre che di indagine sul paziente e aiuta a migliorare la relazione. Il paziente "toccherà con mano" la possibilità del cambiamento e soprattutto che esiste il cambiamento.

h. Utilizzo dell'esperienza

Si insegna al paziente che può provare l'esperienza vissuta in terapia anche fuori dalla seduta e che ciò che è riuscito a fare deriva esclusivamente dalle sue capacità. Anche fuori, gradualmente, può imparare a gestire le proprie emozioni, gli impulsi senza subire le interferenze provocate dal desiderio per la sostanza.

i. Grazie...

La relazione finale con i pazienti dipendenti è fondamentale in quanto al paziente deve essere chiaro che il terapeuta garantisce il suo supporto per un lungo periodo di tempo, placala paura dell'abbandono e lo supporta nei fallimenti.

Il trattamento ipnotico così come descritto non può ridursi ad una sola seduta ma va strutturato a seconda delle risorse di cui è in possesso il paziente trattato. Richiedere ad un paziente di "calarsi" in uno stato di immaginazione può diventare frustrante come la sua incapacità di smettere di fare uso di sostanze. Tempo, costanza, relazione e risorse del paziente sono quindi strumenti fondamentali nella terapia ipnotica.

4.2 Caso clinico

Viene di seguito riportato un caso clinico relativo ad un paziente in trattamento per abuso di hashish ed alcol presso il mio studio privato da circa un anno.

Antonio è un uomo di 49 anni, lavora in proprio come consulente informatico e presenta un quadro di salute generale buono. Si presenta logorroico e segue uno schema mentale di difficile comprensione. Racconta che i suoi genitori si sono trasferiti dal sud negli anni '70 e hanno costituito in Piemonte il proprio nucleo familiare composto dai genitori, Antonio e suo fratello più grande.

Antonio è molto legato ad entrambi i genitori e quando viene da me dichiara che i problemi legati all' hashish e all'alcol si sono acuiti a causa della scoperta della malattia della madre avvenuta qualche mese prima. E' proprio con la comparsa della malattia della madre che Antonio capisce in autonomia che si sta "rifugiando" nelle sostanze e chiede il mio aiuto.

Durante le prime sedute racconta che convive con una coetanea e due figli di cui uno avuto con l'attuale compagna ed un secondo nato da un precedente matrimonio. Riferisce che dopo il lavoro e la visita alla madre, quotidianamente, fuma e beve per rientrare a casa "fuso". In realtà assume hashish sin dall'età adolescenziale e più volte nella stessa giornata; gli è sempre piaciuto bere ma, mai come adesso, frequenta i bar prima di rientrare a casa.

In fase iniziale il trattamento psicoterapico applicato è volto all'acquisizione, da parte del paziente, della consapevolezza degli effetti quotidiani dell'uso delle sostanze. In particolare dell'effetto dissociativo che le sostanze producono: il distacco dalla realtà e come fittiziamente aiutano ad affrontare i problemi.

Antonio racconta che anche la sua compagna fa uso massiccio di hashish e riferisce di quanto sia assente nella gestione della casa, dei figli e con lui oltre ad essere stata completamente assente nel decorso della malattia della madre. Tutto il peso della famiglia lo sente sulle sue spalle.

La tecnica adottata inizialmente si è fondata sull'uso dell'atteggiamento della compagna come specchio e strumento utile per spiegare ad Antonio gli effetti dell'uso delle sostanze e delle conseguenze che possono provocare anche all'interno delle relazioni.

Il trattamento suddetto insieme con il lavoro condotto sulle motivazioni di base che lo hanno spinto nell'abusare delle sostanze,

risulta efficace anche grazie alla sua motivazione al cambiamento e alle risorse intorno a lui (è molto legato ai figli dei quali si è sempre preso cura in autonomia, alla casa ed al proprio lavoro).

La terapia ha fruttato una decisa remissione dell'uso delle sostanze. Ciò anche dovuto ai cambiamenti che Antonio è riuscito ad attuare nella propria vita, la perdita definitiva della madre e l'allontanamento dalla compagna, seppur dolorosi, sono stati da lui affrontati con coraggio e con una buona conoscenza di sé.

Dopo mesi di psicoterapia, dopo evidenti segnali di miglioramento ed in concomitanza con la mia formazione presso il CIICS, ho proposto ad Antonio di iniziare le sedute utilizzando l'ipnosi con l'obiettivo di riattivare delle abilità assopite a causa dell'uso delle sostanze e dell'alcol.

Ho spiegato ad Antonio cosa è l'ipnosi, come si svolge e dopo aver ottenuto il suo consenso abbiamo iniziato il trattamento seguendo la traccia di seduta sopra esposta appresa durante il corso.

Abbiamo concordato tre incontri, di circa 20 minuti ciascuno, nei quali abbiamo utilizzato la comunicazione ipnotica come strumento di ausilio alla terapia. Di seguito riporto lo scambio iniziale ed alcune considerazioni elaborate durante le sedute.

T: Antonio, puoi dirmi qualcosa che ti piace fare?

A: Andare al mare, come sto facendo in questi fine settimana

T: Cosa ti piace del mare?

A: L'aria, la spensieratezza, vedere che mio figlio è felice quando sono lì.

T: Perché fumare e bere costituiscono un problema per te?

A: Non sarebbero un problema se fumassi ogni tanto ma quando fumo tanto mi sono reso conto che mi estraneo totalmente dalla realtà e non mi accorgo di ciò che mi sta intorno.

T: Cosa manca che se ci fosse risolverebbe il problema?

A: Solo la mia volontà, ormai ho capito che se non fumo sono in grado di cavarmela discretamente.

In questa prima fase, seppur avvenuta dopo mesi di psicoterapia, Antonio sembra aver chiaro i suoi obiettivi, il problema non è più esterno a sé ma dipende da lui, dimostrando così una buona predisposizione al cambiamento.

Nel corso del trattamento ipnotico di Antonio, il mare ha giocato un ruolo fondamentale in quanto diventa il luogo sicuro dove non vi è l'impulso e la tentazione, dove Antonio è in grado di essere autonomo senza dover assumere sostanze. In questo luogo Antonio è in grado di attivare le risorse che gli permettono di gestire attivamente il desiderio e a prenderne le distanze. Antonio intende acquistare una casa al mare e ciò lo porta a proiettarsi nel futuro allorquando la dipendenza sarà risolta e a comprendere che vi sono altre modalità per ottenere la propria realizzazione personale legata non all'impulso o alla gestione della quotidianità ma alla progettualità e alla proiezione del futuro. Attraverso le varie fasi ipnotiche Antonio è riuscito a "toccare con mano" la possibilità del cambiamento e soprattutto che esiste il cambiamento. Antonio, in sostanza, è riuscito a declinare nella realtà ciò che ha appreso in terapia e ha imparato a gestire le proprie emozioni senza subire le interferenze provocate dal desiderio per la sostanza.

Al termine delle sedute rimane colpito positivamente dall'esperienza, dalla sua capacità di concentrarsi, di immaginarsi all'interno di un

ambiente vissuto come reale, pieno di colori, odori e sensazioni positive e di come le metafore utilizzate durante le sedute (*"come il mare può essere agitato o in burrasca, sporco o pieno di scogli, allo stesso modo il tuo stato d'animo può essere agitato e confuso... ma come sai il mare si può apprezzare e navigare meglio quando è piatto e sereno e così tu... potrai avere maggior controllo quando sarai calmo e sereno"*) siano state un ottimo spunto di riflessione.

Il trattamento di Antonio sta volgendo al termine, non assume più hashish e non abusa con l'assunzione di alcol. La sua vita personale è decisamente cambiata, frequenta una nuova compagna con cui ha una relazione appagante e felice.

5. CONCLUSIONI

Il viaggio attraverso le dipendenze che abbiamo percorso ha illustrato la varietà dei comportamenti da addiction, la loro multifattorialità e la complessità dei trattamenti. Ho voluto disegnare una panoramica complessiva del fenomeno dipendenze, descrivendone le tipologie e rappresentando la difficoltà da parte delle classi diagnostiche, della letteratura e della pratica clinica di affrontare un fenomeno in continua evoluzione.

Le nuove sfide infatti riguardano in particolar modo lo studio delle nuove dipendenze e le nuove tecniche e terapie di trattamento tra le quali può acquisire sempre più rilevanza il trattamento ipnotico.

6. BIBLIOGRAFIA

AA.VV., Craving 1 e 2 , in "Medicina delle Tossicodipendenze", n.39 e n.40 , 2003.

Alonso-Fernandez F., La dipendenza dal gioco. In *Le altre droghe*, EUR, Roma, 1996.

Agenzia delle dogane e dei monopoli. *Organizzazione, attività e statistiche*, 2016.

Bignamini E., Cortese M., Garau S., Sansebastiano S., *Dipendenza da sostanze e patologia psichiatrica*, Editeam, Bologna, 2002.

Casiglia E., Rossi A.M., Lapenta A.M., Somma M., Tirone G., Tosello M. *Ipnosi sperimentale e clinica*. Editrice Artistica Bassano. Bassano Del Grappa, 2006.

Dickerson M., *La dipendenza da gioco. Come diventare giocatori d'azzardo e come smettere*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1993.

DRAKE R.E. *Il trattamento integrato dei pazienti con doppia diagnosi* (traduzione italiana a cura di Angelo Fioritti). POL.it, 2006.

DSM-5: *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina, 2014

Erickson M.H., Rossi, E.L., *Two Level Communication and the Micro-Dynamics of Trance*. In *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1976.

Erickson M.H., Rossi, E.L., Rossi, S.I., *Hypnotic Realities: the Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion*. New York: Irvington Publishers, 1979. (Tr. it. *Tecniche di suggestione ipnotica: induzione dell'ipnosi clinica e forme di suggestione indiretta*. Roma: Astrolabio, 1982).

Feltenstein M.W., See R.R., The neurocircuitry of addiction: an overview, *British Journal of Pharmacology*, 2008.

Granone F., *Trattato d'Ipnosi*, UTET, Torino, 2009.

Gori E., Müller E.E., *Basi biologiche e farmacologiche delle tossicodipendenze*, Pitagora Press Milano, 1992.

Hyman S., *Addiction: a disease of learning and memory*, *American Journal of Psychiatry*, 2005.

Iacovelli A., *L'utilizzo dell'ipnosi come tecnica ausiliaria nel recupero di soggetti tossicodipendenti in trattamento in una comunità terapeutica. Ipnosi 1-2012*, F. Angeli, 2012.

Kaminsky D, Rosca P, Budowski D, Korin Y, Yakhnich L, Group hypnosis treatment of drug addicts. *Harefuah Aug-Sep;147(8-9):679-83, 751*, 2008.

Kogon M. M., Jasiukaitis P., Berardi A., Gupta M., Kosslyn S. M. & Spiegel D., *Imagery and hypnotizability revisited. International journal of clinical and experimental hypnosis*, 1998.

La Barbera D, La Cascia C. *Il Gioco d'Azzardo Patologico. Noós. Aggiornamenti in Psichiatria*, 2008; 14 (2): 129-138.

La Barbera D, Cannizzaro G, Monaco M. *L'exercise addiction. Noos Aggiornamenti In Psichiatria* 2008;14 (2): 177-185.

La Barbera D, Cannizzaro S. *Le psicotecnologie e l'Internet Addiction Disorder. Noos Aggiornamenti in psichiatria* 2008; 2: 139-146.

La Barbera D. *Le dipendenze tecnologiche*, in V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Le dipendenze tecnologiche. Clinica e psicopatologia. Cortina, Milano*, 2005; 113-132.

Malizia E., Storiografia della tossicodipendenza, in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze , Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol. I, pagg.3-21, 2003.

NIDA, Drugs, Brains & Behavior – The Science of Addiction, 2007.

Oates W., Confessions of a Workaholic: The Facts about Work Addiction, World Publishing Company, New York, NY, 1971.

OLIVENSTEIN C. (a cura di). La vita del tossicomane. Seminario dell'Ospedale Marmottan 1980. Libreria Editrice Lauretana, Loreto, 1987.

Page RA, Handley GW, 1993. The use of hypnosis in cocaine addiction. Am J ClinHypn. 1993 Oct;36(2):120-3.

Pigatto A., La condizione di dipendenza patologica, in U. Zizzoli, M. Pissacroia (a cura di), Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin, Padova, (2003).

Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 N. 125.

Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, 2017.

Rigliano P., Doppia diagnosi, Tra tossicodipendenza e psicopatologia - Nuova Edizione, Raffaello Cortina Editore, 2015.

Robinson B.E., Chained to the desk: A guidebook for workaholics, their parents and children, and the clinicians who treat them. New York: New York University Press, 1998.

Serpelloni G., Rimondo C., Gambling, Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici,

vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione, Italian Journal on Addiction, 2012.

Weitzenhoffer A. M., The Practice of Hypnotism. New York: John Wiley & Sons, 2000.

Sitografia:

<http://www.dronet.org>

<http://www.drugabuse.gov>;

<http://www.emcdda.europa.eu/>;

<http://gambling.dronet.org/>

<http://www.insostanza.it>;

<http://www.salute.gov.it>