

***CENTRO ITALIANO DI IPNOSI
CLINICO SPERIMENTALE***

TABAGISMO E IPNOSI



Relatore: prof. Edoardo Casiglia

Tesi di Marco Dalla Riva

ANNO 2012

INDICE

- a) INTRODUZIONE
- b) DATI STATISTICI
- c) CRITERI DIAGNOSTICI
- d) I FATTORI della DIPENDENZA
 - 1. Fisiologico
 - 2. Psicologico
 - 3. Sociale
- e) TRATTAMENTI per SMETTERE di FUMARE EVIDENCE – BASED
 - 1. Farmacologici
 - 2. Psicoterapeutici (di breve durata ed intensi)
- f) TRATTAMENTI di IPNOSITERAPIA
 - 1. Breve durata
 - 2. Intensi
- g) POPOLAZIONI SPECIALI
- h) CONCLUSIONI
- i) BIBLIOGRAFIA

a) INTRODUZIONE

È strano pensare che un'abitudine, un vizio così socialmente accettato come quello del fumo di sigaretta sia considerato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità una malattia cronica e recidivante (World Health Organization, 1992). Come in altre forme di dipendenza, come ad esempio dall'eroina e dalla cocaina, un fumatore ha cercato di smettere molte volte prima di diventare un ex fumatore in modo stabile. Le ricadute, infatti, dopo la cessazione sono frequenti soprattutto durante le prime settimane. Statisticamente, dopo il picco iniziale, si osserva che le ricadute gradualmente diminuiscono durante i primi 3 mesi, il periodo è denominato perciò di cessazione, per poi riprendere dal 3 mese fino 6/12 mese che è definito il periodo di ricaduta (Michael C. Fiore, 2008).

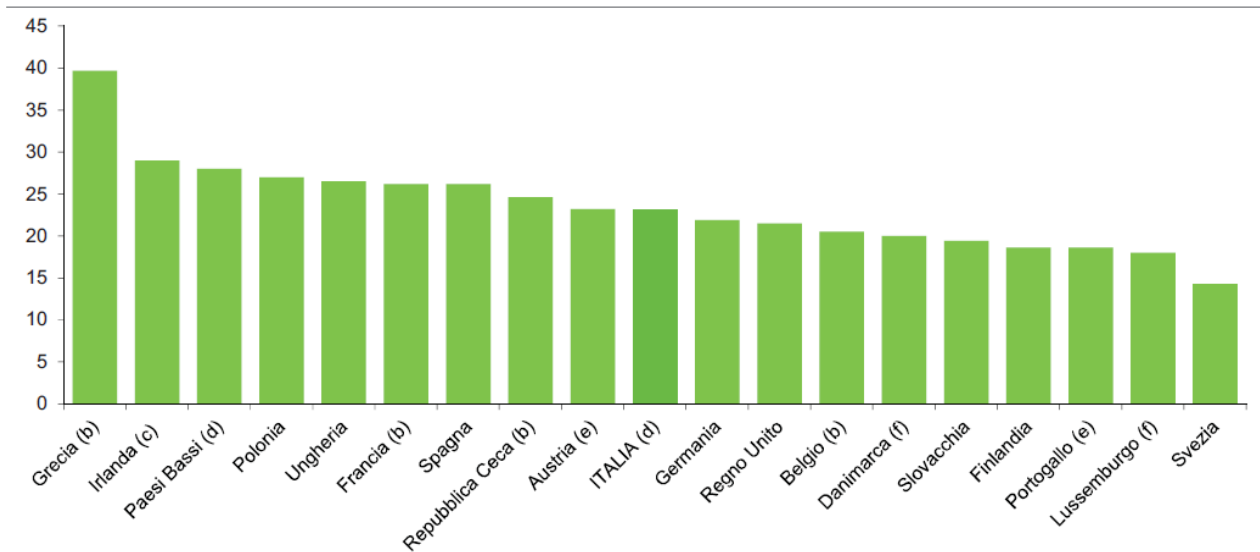
Smettere con le sigarette non è per niente semplice e un fattore importante da prendere in considerazione, come vedremo nel presente lavoro, è la dipendenza dalla nicotina presente nel tabacco, anche se, i fattori psicologici e sociali svolgono un ruolo di primaria importanza in questa abitudine. Per aiutare le persone a vincere questa dipendenza sono stati ideati vari interventi, alcuni dei quali saranno presentati nella tesi, che presentano un range atteso di successo che oscilla dall'1% al 36% dopo un anno di trattamento (Tonnesen, 2009). Particolare attenzione sarà posta agli interventi che si sono rivelati efficaci (evidence-based) sia per quanto riguarda gli approcci non ipnotici sia per quelli di ipnositerapia. Alla fine faremo alcune considerazioni su alcuni pazienti "speciali", ossia quelli che presentano altre problematiche di dipendenza e/o disturbi psichiatrici, poiché, come osserveremo, necessitano particolare attenzione nel trattamento.

b) DATI STATISTICI

Il tabacco è stato un prodotto quasi sconosciuto in Europa fino al XVI secolo, per cui i fumatori costituivano una piccolissima minoranza della popolazione mondiale. Tale prodotto si è diffuso maggiormente solo in seguito alla comparsa sul mercato europeo della sigaretta, inventata in Oriente e introdotta dai Turchi durante la guerra di Crimea a metà del XIX secolo. Sono stati i soldati di ritorno da questa campagna militare a diffondere l'abitudine di arrotolare il tabacco in un foglio di carta. Il suo consumo è notevolmente aumentato nel XX secolo in relazione alle due guerre mondiali, in particolare si registra un'espansione esponenziale dopo la Seconda Guerra mondiale, quando sono state inventate, con la meccanizzazione del processo, le sigarette chiare che hanno conquistato il mercato. Attualmente nel mondo ci sono oltre 1 miliardo di fumatori che fumano all'incirca 6 mila miliardi di sigarette l'anno; il consumo medio per fumatore è di circa 1.600 sigarette l'anno. Queste cifre sono in costante aumento, "grazie" soprattutto ai paesi del Terzo Mondo, dove dal 1970 si registra una crescita del 67% nel consumo del tabacco. La Cina è divenuta il più importante mercato per le multinazionali del tabacco, i fumatori, infatti, di questo paese hanno superato abbondantemente i 300 milioni. Nel mondo un fumatore su quattro è di nazionalità cinese.

Per i confronti europei, considerando i 19 paesi aderenti all'Ocse, si può osservare dal grafico riportato qui sotto che l'Italia si trova quasi in posizione mediana.

Grafico 1: Fumatori giornalieri di 15 anni e più nei paesi Ue (2009)



Fonte: Ocse, Health data

Gli ultimi dati sul tabagismo in Italia (OSSFAD–Indagine DOXA-ISS, 2012) rivelano che sono 10,8 milioni le persone dipendenti dal fumo pari a 20,8% della popolazione italiana totale (>14 anni). Di essi 6,1 milioni sono uomini (24,6%) e 4,7 milioni sono donne (17,2). Confrontando i dati dal punto di vista cronologico si scopre che in Italia dal 1980 in poi si nota una graduale diminuzione, dovuta essenzialmente alla riduzione della prevalenza degli uomini fumatori. Nella popolazione totale si è passati dal 34,9% del 1980 al 20,8% del 2012; nello stesso intervallo di tempo, mentre nelle femmine il dato è praticamente invariato intorno al 17%, per i maschi vi è una diminuzione di 25 punti percentuali (54,3% nel 1980; 24,6% nel 2012). L'abitudine al fumo è diffusa maggiormente nella classe di età compresa tra i 25 e i 44 anni, per i maschi la prevalenza in questa fascia d'età si attesta al 33,7% mentre per le femmine al 24,1%. L'età di inizio per oltre il 45% è l'adolescenza, più precisamente tra i 15 e i 17 anni, e solitamente le persone iniziano a fumare in contesti ludici ricreativi, quali ad esempio feste e compleanni, poiché risentono dell'influenza degli amici e/o dei compagni di scuola (66,5%). Le altre motivazioni per iniziare a fumare sono principalmente o per provare piacere/soddisfazione (15,6%) o per sentirsi più grandi/emancipati (8,4%). Per quanto riguarda la tipologia di consumo la stragrande maggioranza fuma sigarette confezionate (95,8) e la preferenza è accordata al pacchetto da 20, che è scelto dall'82% dei consumatori, il cui costo oscilla solitamente dai 3,80 ai 4,90 euro.

Interessante per la presente ricerca è osservare che la stragrande maggioranza (quasi l'84%) dei fumatori ha cercato di interrompere l'abitudine del fumo e sono riusciti a smettere per un periodo di tempo molto variabile: il 70,1% per giorni/settimane/mesi mentre il 13,7% per anni. Smettere non è per niente semplice e il 90,1% dei tentativi di cessare l'abitudine, senza ricevere alcun supporto, si rivelano infruttuosi. Per quanto

riguarda le intenzioni e i progetti futuri emerge che il 35% dei fumatori ha intenzione di smettere nei prossimi 30 giorni mentre il 7,7 ha l'intento di farlo nei prossimi 6 mesi.

c) CRITERI DIAGNOSTICI

La dipendenza da nicotina è classificata, secondo il DSM IV–TR (American Psychiatric Association, 1994), come un disturbo da uso di sostanze ed è definita come “ una tendenza disadattiva nell'uso di sostanze che porta ad almeno tre dei seguenti criteri per un lasso di tempo di 12 mesi:

1. Sviluppo di tolleranza.
2. Sintomi da astinenza.
3. La sostanza è assunta in quantità maggiori o per un periodo più lungo di quanto voluto.
4. Persistenza nel desiderio e tentativi infruttuosi di diminuire o controllare l'assunzione della sostanza.
5. Notevole tempo impiegato per ottenere la sostanza, per usarla o per ristabilirsi dai suoi effetti.
6. Riduzione o cessazione di attività sociali, professionali o ricreative.
7. Uso continuativo della sostanza nonostante si riconosca di essere affetti da problemi psicologici o fisici da essa causati o peggiorati.

I fumatori che interrompono o riducono bruscamente il fumo possono andare incontro ad una crisi di astinenza. I criteri diagnostici per l'astinenza sempre secondo il DSM IV –TR includono 4 o più dei seguenti segni e sintomi che incorrono entro le 24 ore dalla totale cessazione o riduzione della quantità di nicotina assunta:

1. Umore disforico o depresso
2. Insonnia
3. Irritabilità, frustrazione o rabbia
4. Ansia
5. Difficoltà di concentrazione
6. Irrequietezza
7. Diminuzione della frequenza cardiaca
8. Aumento dell'appetito o del peso

Questi disturbi cominciano poche ore dopo la sospensione del fumo, raggiungono la massima intensità nei giorni successivi (3 - 4 giorni dopo) per poi gradatamente ridursi nell'arco di tempo che va da 1 a 3 settimane. Ovviamente la persona sperimenta un craving (desiderio di riassumere la sostanza) che si presenta nella maggior parte dei soggetti entro 24 ore dall'ultima assunzione e che tende a persistere, in graduale attenuazione, per alcuni giorni (una decina circa). In una minoranza di fumatori il craving può permanere per periodi più lunghi che vanno da alcune settimane ad alcuni mesi. Pur essendoci una grande variabilità si osserva che le modificazioni dell'appetito e le difficoltà di concentrazione permangono più a

lungo rispetto all'irritabilità o all'irrequietezza e che l'intensità dell'astinenza tende a correlare con i quantitativi assunti per cui, alle dosi più elevate di nicotina corrispondono sindromi di astinenza più severe e la maggior difficoltà a smettere.

d) I FATTORI IMPORTANTI NELLA DIPENDENZA

Nella dipendenza da fumo, sia nell'istaurarsi sia nel suo mantenimento nel tempo, intervengono numerosi fattori la cui adeguata comprensione può permetterci di intervenire in maniera efficace. È per questo che ora analizzeremo i fattori fisiologico, psicologico, sociale e le variabili prognostiche.

1. Fattore fisiologico

Nel fumo, prodotto dalla combustione di una sigaretta, possiamo ritrovare più di 4000 composti presenti sia allo stato solido – particelle – sia allo stato di gas. Tra i composti di natura solida, il cosiddetto particolato, troviamo il “catrame”, a sua volta costituito da “nicotina” e la totalità degli idrocarburi meno volatili, come gli idrocarburi aromatici e gli idrocarburi ciclici come il benzopirene. Tra i composti di natura gassosa troviamo, invece, il monossido di carbonio (CO), il biossido di azoto (NO₂), la formaldeide, i composti policiclici aromatici (IPA) ed altri composti organici volatili (COV) come ad esempio il polonio. Particolare attenzione va riservata alla *nicotina* poiché è una sostanza psicoattiva che si ritiene possa contribuire al mantenimento della dipendenza, all'istaurarsi della tolleranza e alla comparsa della sindrome di astinenza. È un alcaloide presente naturalmente nella pianta del tabacco, in particolare, nelle foglie di cui costituisce circa lo 0,3 - 5% del peso secco. Normalmente in una sigaretta se ne ritrova una quantità variabile tra il milligrammo e il milligrammo e mezzo, che viene assorbita, tramite il fumo, in misura variabile. La quantità effettivamente assorbita dal corpo dipende, infatti, da vari fattori tra i quali segnaliamo: il tipo di tabacco, l'effettiva inalazione (più è intenso il rosso del fuoco più nicotina si aspira) e la presenza di un filtro. La nicotina assorbita dai polmoni entra nella circolazione sanguigna e, attraverso il sangue, in circa 8-10 secondi, raggiunge i principali organi bersaglio: cervello, ghiandole surrenali (che determina la liberazione adrenalina), fegato e di nuovo apparato broncopolmonare. È curioso osservare che la velocità di diffusione della nicotina attraverso la barriera ematoencefalica è doppia rispetto a quella dell'eroina. Nel cervello si diffonde, in particolare, nell'ippocampo, nel talamo, nel mesencefalo, nel tronco e nella corteccia dove agisce sui neuroni colinergici determinando la liberazione non solo di acetilcolina ma anche di noradrenalina, serotonina, dopamina (in particolare nel VTA e nel Nucleo Accumbens generando una sensazione di piacere), vasopressina, ormone somatropo e ACHT. La liberazione di acetilcolina è correlata alla dose: a basse concentrazioni ne aumenta l'attività, a concentrazioni elevate o croniche blocca i suoi recettori. Non va trascurata l'azione anoressizzante determinata dalla riduzione dell'appetito, ed in particolare, la riduzione nella ricerca dei carboidrati, dovuta probabilmente all'azione della dopamina e dell'adrenalina indotta dalla nicotina.

Al di là della nicotina, che di per sé è tossica ma non cancerogena, gli effetti dannosi legati all'abitudine tabagica sono dovuti soprattutto ad altre sostanze che si sviluppano durante la combustione della sigaretta; tra le 4000 riscontrate nel fumo di tabacco ve ne sono almeno un sessantina di cancerogene (ricordiamo le nitrosamine, il benzopirene e vari composti aromatici), ed altre velenose, come l'arsenico ed il cianuro, o irritanti, vedi ammoniaca e formaldeide. Quali sono le ripercussioni sulla salute? Per dirlo basta ricordare che, in media, un fumatore ha una speranza di vita di 8 anni inferiore rispetto a quella di un non fumatore.

2. **Fattore psicologico**

La nicotina produce nell'organismo un insieme di azioni favorevoli dapprima stimolanti ed euforizzanti, poi rilassanti ed ansiolitici (azione bifasica). Dopo questi effetti positivi subentra, però, un effetto deprimente (Casey, 2002), che spinge ad accendere di nuovo una sigaretta e spesso ad aumentare le dosi per mantenere costanti i livelli di nicotina nell'organismo e le sensazioni di piacere connesse. I fumatori accaniti arrivano ad accendere una sigaretta ogni 15-30 minuti, più o meno il periodo che serve a eliminare la dose di nicotina assorbita. La sigaretta può, quindi, essere assunta per beneficiare dello stato di "benessere" che crea (allevia la fatica, aumenta l'attenzione, tranquillizza, compensa la noia) tanto da divenire per il fumatore un farmaco che si autosomministra per ridurre le sensazioni spiacevoli indotte dalle situazioni stressanti o dalla deprivazione della nicotina stessa. I dati disponibili in letteratura (Pomerleau C, 1987) hanno dimostrato che il fumo riduce le fluttuazioni dell'umore in situazioni stressanti sia esse di natura positiva sia negativa. Tuttavia i fumatori sono risultati (Parrot A., 1999) essere più suscettibili alle situazioni stressanti rispetto ai non fumatori. La ridotta percezione dello stress può, quindi, essere dovuta alla dipendenza dalla nicotina che può avere un effetto smorzante o accentuante l'impatto dello stress. È interessante osservare che tanto è maggiore lo stato emotivo (negativo o positivo) tanto più è probabile che il fumatore sia portato a fumare. Se si osserva il comportamento di un fumatore di fronte allo svolgimento di un compito si noterà che, tenderà a fumare nervosamente prima di iniziarlo e poi, piacevolmente, dopo averlo eseguito.

Si accompagna agli effetti piacevoli della nicotina l'abitudine al fumo. Si osserva, infatti, che più un determinato comportamento è messo in atto da una persona più è probabile che si inneschi in modo sempre più automatico ed involontario. Le persone fumatrici si trovano spesso con la sigaretta accesa tra le mani senza che se ne siano accorti poiché tale comportamento è divenuto parte integrante di un'attività come guidare l'automobile, parlare al telefono, ecc. Non va tralasciato anche il fatto che la sigaretta è uno stimolo associativo – sensoriale capace di indurre condizionamento ed importanti effetti di rinforzo. Il piacere per il fumatore deriva, non solo dall'aspirare, gustare il fumo, ma anche dal contatto orale/tattile con la sigaretta e dai vari rituali del fumo.

Un altro aspetto da considerare è l'azione anoressizzante del fumo. Tal effetto potrebbe essere considerato dal paziente in maniera positiva, ossia, un modo per mantenere basso il peso corporeo; inoltre, l'eventuale aumento di peso, successivo

alla cessazione, potrebbe non solo costituire un problema per la persona ma essere anche un fattore di ricaduta. C'è da segnalare che l'aumento medio di peso per chi smette di fumare è di 5-6 Kg (Froom P, 1998) e tale aumento è da considerarsi un effetto secondario comune alla maggioranza dei programmi di disintossicazione. Le linee guida dell'AHRQ suggeriscono di preparare il paziente all'eventuale aumento di peso consigliandogli di modificare le proprie abitudini, come ad esempio, aumentando l'attività fisica o mangiando una quantità maggiore di frutta e vegetali. Le ricerche psicologiche hanno dimostrato, inoltre, che i fumatori sottostimano il grado di rischio connesso al fumo. Seconda la ricerca Doxa (OSSFAD-Indagine DOXA-ISS, 2012) oltre l'80% dei fumatori autovaluta il proprio stato di salute come buono-ottimo contro il 73,9% dei non fumatori, mentre la valutazione non buona – pessima viene assegnata al 18,3% dei fumatori contro il 25,8% dei non fumatori. C'è una sorta di “distorsione ottimistica” sui rischi per la salute di tale abitudine. I fumatori sono informati che il fumo fa male ma sembra che non lo riconoscono a se stessi. Una ragione potrebbe essere il fatto che le conseguenze del fumo sulla salute hanno un impatto percepito con un lungo ritardo, spesso misurato in decenni, tra l'inizio del fumo e la comparsa di patologie.

3. Fattore sociale

Un aspetto da non tralasciare è il contesto sociale - culturale in cui la persona si ritrova a vivere. Per capirlo questo basti considerare che oltre il 77% dei fumatori ha oltre la metà degli amici che fumano (il 67,2% ha il miglior amico fumatore) e che quindi il fumare può essere un'attività distintiva dal punto di vista relazionale. Le “pressioni sociali” esercitate dal gruppo di appartenenza possono essere, quindi, estremamente forti e vincolare la persona a continuare a fumare nonostante le pressioni esterne a smettere. Va evidenziato che le probabilità di successo, nel tentativo di smettere, sono maggiori se il fumatore è sostenuto dall'ambiente sociale in cui è inserito e si trova circondato da persone che non fumano. È per questo che può essere consigliabile includere nel trattamento alcuni familiari del fumatore. Alcuni autori evidenziano l'effetto facilitante che il fumo svolge sulle relazioni sociali, soprattutto, nei confronti di persone estranee. Le persone tramite il fumo possono mascherare o vincere la timidezza, apparire sicure e disinvolte, e avere un pretesto per far conoscenza. La scusa di richiedere un accendino, una sigaretta è un modo socialmente accettato di approcciare l'altro/a.

Un discorso a parte meritano a questo punto le **variabili** associate a una bassa probabilità di successo nel tentativo di smettere che sono: l'alta dipendenza dalla nicotina (es. consumo di 20 sigarette o più al giorno e/o l'assunzione della prima sigaretta entro trenta minuti dal risveglio mattutino), la comorbilità psichiatrica e l'uso di sostanze (es. presenza di sintomi depressivi, uso di sostanze psicoattive o schizofrenia), alti livelli di stress (es. circostanze di vita stressanti e/o cambiamenti di vita quali divorzio o licenziamento) e l'essere esposti ad altri fumatori (es. altri fumatori in casa). Le variabili al contrario correlate a un aumento delle probabilità sono: una forte motivazione, l'essere pronto a smettere (es. quit-data entro un mese),

una moderata o alta autoefficacia e una rete sociale di supporto (es. un ambiente di casa e di lavoro libero dal fumo).

e) **TRATTAMENTI PER SMETTERE DI FUMARE** **Evidence – Based**

Prima di analizzarli risulta utile considerare che la disassuefazione da fumo può avvenire o per interruzione brusca (cold turkey) o per graduale riduzione. Non sembra esseri una differenza statisticamente significativa tra le due modalità ed è quindi consigliabile lasciare al libero arbitrio della persona la decisione. Per quanto riguarda la progressiva diminuzione questa può realizzarsi o per progressiva diminuzione del numero di sigarette o per il passaggio a sigarette con un contenuto inferiore di nicotina (Massachusetts Department of Public Health, 1997). La riduzione della metà del numero di sigarette nell'arco di una settimana in concomitanza con la scelta di sigarette con un contenuto inferiore di nicotina può ridurre la sindrome di astinenza nei fumatori incalliti. Va evidenziato che non ci sono, però, evidenze dell'efficacia del solo cambio di marca poiché la persona tende ad utilizzare modalità compensatorie quali trattenere le inalazioni, ispirare con maggiore frequenza o aspirare più profondamente.

Le linee guida proposte dall'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), in *Treating Tobacco Use and Dependence* (Michael C. Fiore, 2008), sono un punto di riferimento nell'affrontare questo argomento poiché riportano i trattamenti che sono risultati maggiormente efficaci e validi nella disassuefazione da fumo. Alla base della loro proposta terapeutica c'è il modello delle "5A" che può essere applicato in tre minuti ed è, particolarmente indicato, nelle fasi iniziali del colloquio. Le cinque "A" stanno per:

- **Ask:** chiedere e analizzare le condizioni del paziente a ogni visita.
- **Advice:** suggerire al fumatore in maniera chiara, forte e personalizzata di smettere di fumare.
- **Asses:** determinare la motivazione a smettere del paziente e il suo grado di dipendenza nicotinic. La domanda da porre è: "Desideri fare un tentativo per smettere?".
- **Assist.** Per le persone desiderose di smettere gli interventi proposti sono elencati nella tabella riportata qui sotto (Tabella 3); invece per quelle non motivate l'indicazione è di fornire interventi per aumentare i tentativi futuri di smettere (vedi colloquio motivazionale breve).
- **Arrange:** Per i pazienti motivati programmare dei contatti di follow-up entro la prima settimana di cessazione (quit date); per quelli non motivati affrontare le tematiche della motivazione e della dipendenza nella successiva visita medica.

Tabella 1: Strategie per assistere i fumatori pronti a smettere.

Componenti	Esempi
Aiutare il paziente a sviluppare un progetto di disintossicazione .	<ul style="list-style-type: none"> • SET. <i>Definire una data</i> d'inizio della cessazione, preferibilmente entro la settimana successiva. • TELL. <i>Comunicare</i> alla famiglia, agli amici, alle persone vicine l'intenzione di disintossicarsi e invitarli a fornire un valido supporto. • ANTICIPATE. <i>Anticipare circa le difficoltà</i> che il paziente affronterà specialmente nelle prime e più critiche settimane, includendo i sintomi dell'astinenza. • REMOVE. <i>Eliminare</i> dall'ambiente familiare le sigarette.
Raccomandare la farmacoterapia laddove non sia controindicata. Fornire il counseling pratico .	<ul style="list-style-type: none"> • Suggestire l'uso di TERAPIA farmacologica efficace. Spiegare come questi farmaci aumentino le probabilità di successo e riducano i sintomi astinenziali. • ASTINENZA. Lo sforzo per la totale astinenza è essenziale. Non un singolo tiro di sigaretta dopo la quit-data. • TENTATIVI PRECEDENTI. Identificare ciò che ha aiutato e ciò che è andato male nei tentativi precedenti. • ANTICIPARE i TRIGGERS e le SFIDE del prossimo tentativo. Discutere i triggers e le sfide e di come il soggetto può superarli con successo. • ALCOL. Poiché l'alcol è associato a ricadute il paziente dovrebbe considerare di limitare/astenersi dall'uso di alcol mentre smette con le sigarette. • ALTRI FUMATORI in famiglia. Smettere è più difficile quando c'è un fumatore in famiglia. Il paziente dovrebbe incoraggiare il familiare a smettere o a non fumare in sua presenza.
Fornire un supporto sociale .	<ul style="list-style-type: none"> • Fornire un CONTESTO CLINICO favorevole durante la disintossicazione, assicurandogli l'aiuto e la collaborazione dello staff. • CONTESTO EXTRA CLINICO. Il paziente sia incoraggiato a chiedere aiuto al coniuge, agli amici e ai colleghi nel supportare il proprio tentativo di disintossicazione.
Fornire altri supporti .	<ul style="list-style-type: none"> • Fornire materiali ausiliari in considerazione dell'età, della razza e del grado d'istruzione.
Fissare appuntamenti di controllo sia di persona sia per telefono.	<ul style="list-style-type: none"> • TIMING. La visita di controllo dovrebbe essere eseguita entro la prima settimana dalla cessazione. • ACTIONS. Nel caso in cui non ci siano state ricadute ci si congratuli per il successo; siano analizzati i problemi incontrati e siano anticipate le difficoltà future. Si rivedano gli accorgimenti farmacologici adottati e si consideri l'eventualità di adottare un trattamento specifico.

Fonte: (Michael C. Fiore, 2008)

Tra i trattamenti suggeriti si possono distinguere, a scopo esplicativo, quelli farmacologici da quelli psicoterapeutici anche se, nella realtà clinica come abbiamo appena visto (tabella 3), sono spesso associati poiché la loro associazione ne aumenta l'efficacia. Li passeremo ora in rassegna.

1. Farmacologici

Sono 7 i trattamenti farmacologici che hanno ottenuto delle evidenze scientifiche sulla loro validità hanno, infatti, ottenuto, come si vede nella tabella riportata qui sotto, percentuali di successi elevate nelle disintossicazioni se confrontati all'uso del placebo. Va evidenziato che i pazienti con un'elevata dipendenza dalla nicotina sono

quelli che ottengono più benefici dal loro uso. Tali trattamenti sono presentati singolarmente, anche se possono essere abbinati tra di loro.

Tabella 1: Efficacia e percentuali di astinenza per i vari farmaci e combinazioni di farmaci rispetto al placebo a 6 mesi dal fine trattamento (n. 86 studi).

Medication	Number of arms	Estimated odds ratio (95% C.I.)	Estimated abstinence rate (95% C.I.)
Placebo	80	1.0	13.8
Monotherapies			
Varenicline (2 mg/day)	5	3.1 (2.5–3.8)	33.2 (28.9–37.8)
Nicotine Nasal Spray	4	2.3 (1.7–3.0)	26.7 (21.5–32.7)
High-Dose Nicotine Patch (> 25 mg) (These included both standard or long-term duration)	4	2.3 (1.7–3.0)	26.5 (21.3–32.5)
Long-Term Nicotine Gum (> 14 weeks)	6	2.2 (1.5–3.2)	26.1 (19.7–33.6)
Varenicline (1 mg/day)	3	2.1 (1.5–3.0)	25.4 (19.6–32.2)
Nicotine Inhaler	6	2.1 (1.5–2.9)	24.8 (19.1–31.6)
Clonidine	3	2.1 (1.2–3.7)	25.0 (15.7–37.3)
Bupropion SR	26	2.0 (1.8–2.2)	24.2 (22.2–26.4)
Nicotine Patch (6–14 weeks)	32	1.9 (1.7–2.2)	23.4 (21.3–25.8)
Long-Term Nicotine Patch (> 14 weeks)	10	1.9 (1.7–2.3)	23.7 (21.0–26.6)
Nortriptyline	5	1.8 (1.3–2.6)	22.5 (16.8–29.4)
Nicotine Gum (6–14 weeks)	15	1.5 (1.2–1.7)	19.0 (16.5–21.9)
Combination therapies			
Patch (long-term; > 14 weeks) + <i>ad lib</i> NRT (gum or spray)	3	3.6 (2.5–5.2)	36.5 (28.6–45.3)
Patch + Bupropion SR	3	2.5 (1.9–3.4)	28.9 (23.5–35.1)
Patch + Nortriptyline	2	2.3 (1.3–4.2)	27.3 (17.2–40.4)
Patch + Inhaler	2	2.2 (1.3–3.6)	25.8 (17.4–36.5)
Patch + Second generation antidepressants (paroxetine, venlafaxine)	3	2.0 (1.2–3.4)	24.3 (16.1–35.0)
Medications not shown to be effective			
Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors (SSRIs)	3	1.0 (0.7–1.4)	13.7 (10.2–18.0)
Naltrexone	2	0.5 (0.2–1.2)	7.3 (3.1–16.2)

Fonte: (Michael C. Fiore, 2008)

Possono essere associati tra loro nel trattamento e si possono classificare in due tipologie generali: terapie sostitutive della nicotina e sostanze non nicotiniche.

Nella prima categoria rientrano 5 tipologie di trattamento il cui scopo è di ridurre o prevenire i sintomi di astinenza o del craving fornendo un certo quantitativo di nicotina. Tale quantitativo nicotinicco viene gradatamente ridotto minimizzando così, i sintomi astinenziali. Queste modalità sono:

- Gomme alla nicotina in formato da 2 mg o da 4 mg. La nicotina viene assorbita dalla mucosa orale e, alla persona, è consigliato di masticare lentamente la

gomma per circa trenta minuti. La durata del trattamento varia normalmente da 1 a 6 mesi.

- Pastiglie alla nicotina che il paziente deve far sciogliere in bocca. Il trattamento dura all'incirca 24 settimane (6 mesi) e nel periodo tra la prima e la sesta settimana di trattamento, si raccomanda ai fumatori di assumere un minimo di 9 pastiglie al giorno.
- Cerotti transdermici. Permettono di avere un rilascio continuo di nicotina e si applicano giornalmente sulla parte alta del busto. Il trattamento raccomandato varia da 6 a 8 settimane e la peculiarità di questo trattamento è che non sembra necessario lo scalaggio graduale della dose fino alla sua sospensione (tapering).
- Inhalatori orali (sigaretta elettronica). Tale dispositivo permette di inalare la nicotina, lasciandola solo a livello orale (bocca e gola) grazie a delle cartucce di plastica contenente nicotina. Questo modo di trattamento ha il vantaggio di consentire alla persona di soddisfare anche gli aspetti comportamentali e sensoriali della dipendenza e non solo il bisogno "fisico" di nicotina.
- Spray nasali. Rilasciano nicotina nel circolo sanguigno in maniera più rapida rispetto a tutte le altre tecniche presentate anche se meno rapidamente della sigaretta. La dose iniziale è di una o due inalazioni all'ora con una durata di trattamento di 8 settimane con successiva sospensione o tapering.

Due sono i farmaci che non utilizzano la nicotina e sono:

- bupropione cloridato (nome commerciale Zyban). Si tratta di un antidepressivo atipico che agisce a livello neuro-ormonale aumentando da una parte, il rilascio di dopamina, e dall'altro modulando l'azione della noradrenalina a livello del SNC. Le linee guida prevedono che questo farmaco venga somministrato una settimana prima della cessazione del fumo e che il trattamento dura all'incirca dalle 7 alle 12 settimane.
- Varenicline Tartrate (nome commerciale Champix). Tale farmaco va ad agire sui ricettori della nicotina bloccandoli, quindi se da una parte ne mima gli effetti, dall'altra evita il piacere del fumo di sigaretta. Il trattamento deve iniziare generalmente 1-2 settimane prima della cessazione e dura generalmente 12 settimane.

2. Psicoterapeutici di breve durata ed intensi

All'interno di questa fascia d'interventi le linee guida fanno una distinzione tra i trattamenti clinici di breve durata e quelli intensi. I trattamenti di **breve durata** si sviluppano nell'arco di un breve incontro, solitamente intorno ai 10 minuti, ma contengono componenti che possono anche costituire i cardini di un intervento più prolungato. Va precisato che gli interventi si specificano sul livello di motivazione del paziente per cui per i soggetti si differenziano in: motivati, non motivati e che hanno smesso da poco. Per la tipologia di pazienti:

a) motivati in aggiunta alle strategie presentate nella tabella 3 c'è anche il **Counseling pratico**. Nella tabella sottostante si possono ritrovare gli elementi di tale pratica che si sono rivelati utili per assistere il paziente (Assist).

Tabella 2: Strategie per assistere i fumatori pronti a smettere.

Azione	Strategie migliorative
Problem solving/training di abilità <i>Riconoscere le situazioni di pericolo</i> Identificare gli eventi o gli stati interni che aumentano il rischio di ricadute. <i>Sviluppare le abilità di coping</i> Identificare e praticare le abilità di coping o problem solving.	<ul style="list-style-type: none"> • Stress e stadi d'animo negativi • Essere circondato da persone che fumano • Bere alcol • Sperimentare l'impulso di fumare (craving.) • La disponibilità di sigarette e gli stimoli (cues) per il fumo • Imparare ad anticipare ed evitare le tentazioni e i trigger. • Imparare strategie cognitive che riducono gli stati d'animo disforici. • Realizzare cambiamenti negli stili di vita che riducono lo stress, aumentano la qualità della vita e riducono l'esposizione agli stimoli del fumo. • Imparare abilità cognitive e comportamentali per fronteggiare gli stimoli del fumo (distrazione dell'attenzione, cambiamenti di abitudini.) • Il fatto che ogni sigaretta (anche un singolo tiro) aumenta la probabilità di una ricaduta totale. • I sintomi astinenziali tipicamente hanno un picco entro 1-2 settimane ma possono persistere per mesi. Questi sintomi includono umore disforico, impulso al fumo e difficoltà di concentrazione. • La dipendenza indotta dal fumo
Fornire informazioni base sul fumo e sulla cessazione	<ul style="list-style-type: none"> • Evidenziare che ci sono dei trattamenti efficaci per la dipendenza. • Evidenziare che metà delle persone che fumavano hanno smesso. • Comunicare fiducia nelle capacità di smettere del paziente. • Chiedere come si sente il paziente a proposito dello smettere. • Esprimere direttamente preoccupazioni e la disponibilità ad aiutarlo. • Chiedergli le preoccupazioni e le ambiguità circa lo smettere.
Trattamenti di supporto <i>Incoraggiare i pazienti nel tentativo di smettere.</i> <i>Trasmettere supporto e preoccupazioni.</i> <i>Incoraggiare il paziente a parlare del processo di smettere.</i>	Chiedere: <ul style="list-style-type: none"> • le ragioni per smettere. • le preoccupazioni e le ansie intorno allo smettere. • successi che ha raggiunto. • le difficoltà che ha incontrato nello smettere.

Fonte: (Michael C. Fiore, 2008)

b) non motivati può essere utile utilizzare il **Colloquio motivazionale breve** (William R. Miller, 2004). Questo approccio si focalizza sugli "stili" di comunicazione interpersonale poiché ritiene che influiscano in maniera rilevante sulla motivazione al cambiamento. Quest'ultima, definita come il livello manifesto di disponibilità al cambiamento, è considerata il "prodotto di un'interazione" tra le persone ed è concepita come la risultante di tre elementi:

- Volontà (willing): l'importanza attribuita al cambiamento. È concettualizzata come il grado di frattura interiore tra lo stato attuale e l'obiettivo finale.
- Capacità (able): la fiducia nella possibilità di compiere il cambiamento.
- Disponibilità (ready): l'essere pronto ad attuarlo.

È una metodologia direttiva, centrata sul cliente, al fine di aumentare la motivazione intrinseca al cambiamento attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza. Analizzando questa definizione si evince: in primo luogo che tale approccio è un modo di essere in relazione con la persona; in seconda istanza che si occupa degli interessi e delle preoccupazioni attuali della persona; in terzo luogo che il focus è centrato sull'elicitarla la motivazione intrinseca della persona poiché è ritenuta il vero motore del cambiamento; infine è orientato all'analisi e alla risoluzione dell'ambivalenza, spesso in una particolare direzione, poiché è ritenuta, il primo passo, del processo di cambiamento. I principi guida su cui si fonda il colloquio motivazionale sono i seguenti:

1. esprimere empatia. È una caratteristica essenziale della metodica e si basa sull'ascoltare la persona in maniera rispettosa con il desiderio vero di comprendere il suo punto di vista. L'atteggiamento mentale è quello dell'accettazione.
2. aumentare la frattura interiore. L'obiettivo è di incrementare la frattura tra il comportamento attuale e gli obiettivi, i valori della persona per superare l'inerzia dello status quo facendo leva sulle ciò che gli sta a cuore.
3. aggirare ed utilizzare le resistenze. Gli autori utilizzano per spiegarla l'analogia del Judo nel quale l'attacco non viene fronteggiato direttamente ma sfruttando l'impeto dell'attacco a proprio vantaggio. Il modello propone che la resistenza scaturisce dall'interazione interpersonale, per non cooperare, infatti, sono necessarie due persone, ed è ritenuta un segnale di dissonanza nella relazione con il terapeuta. Sotto questo punto di vista è considerato il modo in cui il cliente afferma al terapeuta: "Aspetti un attimo, non la sto seguendo, non sono d'accordo". Ciò che veramente conta è il modo in cui il terapeuta risponde alla resistenza.
4. Supportate il senso di autoefficacia.

Concetto cardine del colloquio motivazionale è il principio della psicologia sociale secondo cui più una persona discute a favore di una posizione più ne diventa convinta e questo può essere riassunto in questa frase "Quando ascolto ciò che dico, imparo quello in cui credo" (Ben 1972). Il colloquio motivazionale si sviluppa in due fasi. La prima fase riguarda la creazione di una motivazione intrinseca per il cambiamento e si occupa, in particolar modo, sui primi due fattori della motivazione: la volontà e la capacità. La seconda riguarda il rafforzamento dell'impegno a cambiare e lo sviluppo di un piano per metterlo in pratica. Questo modello incorpora gli stadi del cambiamento di Di-Clemente e Prochaska secondo cui gli individui, per modificare il proprio comportamento, passano attraverso i seguenti stadi di cambiamento:

1. Precontemplazione.
2. Contemplazione

3. Preparazione
4. Azione
5. Mantenimento

Nella prima fase si ritrovano le persone non interessate a cambiare stile di vita e a questo stadio ritroviamo solitamente circa il 40% dei soggetti. Il terapeuta con questa tipologia di soggetti deve avere come obiettivo il far nascere un dubbio sull'habitus tabagistico ponendo l'accento, da una parte, sulla pericolosità dell'abitudine e dall'altra sui benefici dell'astinenza. Per minimizzare il rischio di incappare nella resistenza il modello consiglia di usare domande aperte e di analizzare-comprendere anche gli aspetti ritenuti positivi nel fumo. Una strategia consigliata in questa fase è quella della bilancia decisionale in cui la persona pesa e paragona gli aspetti positivi e negativi sia del continuare a fumare sia dello smettere.

Nello stadio di contemplazione ritroviamo in percentuale un altro 40% di persone. A questo livello l'idea di smettere ha fatto capolinea nelle teste degli individui, tant'è che cercano informazioni circa il fumo e lo smettere, ma non sono ancora in grado di iniziare un percorso o dubitano circa la loro volontà e/o capacità di smettere. L'intervento clinico è teso a sciogliere i dubbi e a spostare l'ago della bilancia verso la disassuefazione. Per questi stadi si può utilizzare la strategia delle cinque "R" che è raccomandata dall'AHRQ:

- **Relevance:** far emergere l'importanza per la persona di interrompere il vizio.
- **Risk:** far individuare al paziente le problematiche e le conseguenze negative relate al fumo (i rischi per la salute propria ed altrui, i costi economici, ecc...).
- **Rewards:** far riconoscere i benefici ottenibili dallo smettere.
- **Roadblocks:** individuare gli eventuali ostacoli che possono presentarsi sulla via della disintossicazione. Vanno analizzati i tentativi passati, per capire cosa ha funzionato e cosa no, e gli elementi del trattamento che potrebbero risultare, alla persona, difficoltosi.
- **Repetition:** a ogni incontro gli interventi vanno ripetuti al fine motivare sempre più il paziente.

Nella terza fase, quella denominata preparatoria, ci sono le persone che sono pronte a smettere ma che procrastinano l'inizio della disassuefazione. Generalmente si tratta di persone che hanno già effettuato dei tentativi in passato e che presentano fantasie di essere dei non fumatori. L'intervento clinico a questa fase è di supportare al meglio il soggetto ricercando la modalità migliore per massimizzare le probabilità di successo nel tentativo. Statisticamente rientrano in questa fase il 20% dei fumatori.

Nelle ultime due fasi le persone non sono più dei fumatori per cui, soprattutto nella fase dell'azione, bisogna prevenire eventuali ricadute aiutandoli a mantenere le nuove abitudini.

c) che hanno smesso da poco. È importante che il clinico rinforzi i successi ottenuti del paziente nel tentativo, riveda i benefici ottenuti e assista il paziente nel risolvere eventuali problemi derivati dalla cessazione. Per i problemi che emergono durante l'astinenza le linee guida prevedono le modalità riportate nella tabella sottostante .

Tabella 3: Affrontare i problemi emersi dalla cessazione.

Problema	Risposta
Mancanza di supporto.	<ul style="list-style-type: none"> • Aiutare il paziente ad identificare supporti all'interno del suo ambiente di vita. • Indirizzare il paziente a un'organizzazione appropriata che offre counseling e supporto.
Umore negativo o depresso.	<ul style="list-style-type: none"> • Se significativo fornire counseling, prescrivere un'appropriata terapia o inviare il paziente da uno specialista.
Forti o prolungati sintomi astinenziali.	<ul style="list-style-type: none"> • Se il paziente riporta craving prolungato o altri sintomi astinenziali considerare l'ipotesi di estendere l'uso di appropriata terapia farmacologica o di aggiungere altri farmaci.
Aumento di peso.	<ul style="list-style-type: none"> • Raccomandare di iniziare o incrementare l'attività fisica. • Rassicurare il paziente che l'aumento di peso dopo la cessazione è comune e solitamente limitato. • Enfaticizzare che i benefici per la salute derivati dallo smettere sono notevoli rispetto al modesto aumento di peso. • Enfaticizzare l'importanza di una dieta salutare e uno stile di vita attivo. • Suggestisci sostituti a basso contenuto calorico come mento, chewing gum sugarfree, vegetali.
Ricadute	<ul style="list-style-type: none"> • Inviare il paziente da un nutrizionista. • Mantenere il paziente nei trattamenti farmacologici che ritardano l'aumento di peso (es. bupropione, NRTs in particolare le gomme e le pastiglie alla nicotina). • Suggestire l'uso continuato di medicinali che possono ridurre le probabilità che la ricaduta divenga completa. • Incoraggiare il paziente a fare un altro tentativo o raccomandare la totale astinenza. • Rassicurare che lo smettere può richiedere molteplici tentativi e che le ricadute possono essere esperienze di apprendimento. • Fornire o inviare ad un programma intensivo.

Fonte: (Michael C. Fiore, 2008)

Negli interventi psicoterapeutici *intensi* non ritroviamo riferimenti a chiari e riconosciuti modelli teorici ma delle indicazioni eterogenee che vengono riportate nella tabella sottostante (tabella 4). Questi trattamenti che richiedono molteplici visite, protratte nel tempo e che si esplicano con molteplici figure, risultano essere più efficaci degli interventi brevi; inoltre, sono maggiormente appropriati anche sui pazienti che non manifestano la motivazione a smettere.

Tabella 4: Componenti dei trattamenti intensivi

Denominazione	Esplicazione
Assessment	L'assessment dovrebbe determinare se il fumatore desidera fare un tentativo usando un programma intensivo. Altri assessment dovrebbero fornire informazioni utili nel counseling (es. livello di stress, dipendenza).
Programma clinico	Molti tipi d'interventi sono efficaci e dovrebbero essere usati. Una strategia di counseling dovrebbe fornire: un forte invito a smettere, informazioni relative ai rischi e ai benefici, la prescrizione di medicinali efficaci. I terapeuti dovrebbero aggiungere un intervento di counseling.
Programma intenso	Ci sono evidenze di una forte relazione dose-risposta per cui quando possibile l'intensità del programma dovrebbe essere: <ul style="list-style-type: none"> • lunghezza della sessione: più lunga di 10 minuti • numero di sessioni: 4 o più

Format del programma	Possono essere usati sia counseling individuali sia di gruppo. Il counseling telefonico è efficace e può supportare i trattamenti forniti nel setting clinico. Gli interventi di follow-up dovrebbero essere inseriti nel programma.
Tipi di counseling	Il counseling dovrebbe includere il counseling pratico (problem-solving/training di abilità) e supporto sociale all'interno del trattamento.
Popolazione medica	La combinazione di counseling e trattamento farmacologico incrementa le percentuali di astinenza.

Fonte: (Michael C. Fiore, 2008)

La percentuale di astinenza stimata nelle linee guida proposte da Fiore e al. (Michael C. Fiore, 2008) è, con un intervallo di confidenza pari al 95%, per: il counseling di 14.6, i trattamenti farmacologici di 21.7, la loro contemporanea associazione di 27.6 che sale fino a 32.5 se il programma counseling dura più di 8 sessioni. Vale la pena evidenziare che l'approccio di counseling come abbiamo visto non è definito e che qualsiasi "clinico" può effettuarlo (medico, dentista, infermiere, psicologo, ecc.).

Particolare enfasi è posta in letteratura alla terapia **cognitivo - comportamentale** poiché è risultata in grado di duplicare la percentuale di successo rispetto al gruppo di controllo. È un intervento adattabile alla maggior parte dei programmi clinici che si caratterizza per il fatto di essere altamente strutturato, prevede, infatti, interventi diversi e particolareggiati nelle varie fasi dell'intervento. Nella parte iniziale l'attenzione del clinico deve essere posta principalmente a due aspetti che sono:

i tentativi precedenti di sospendere l'abitudine. Questi devono essere analizzate per dedurre: le motivazioni sottese, i metodi e le strategie utilizzate (l'interruzione improvvisa, graduale riduzione, l'utilizzo di farmaci), le difficoltà incontrate durante il percorso inclusa l'eventuale comparsa dei sintomi astinenziali e la ragioni della ricaduta. Indagando questi aspetti l'obiettivo del terapeuta non è solo di raccogliere informazioni ma di persuadere la persona a considerarli non dei fallimenti ma esperienze fatte e attraverso cui può imparare qualcosa di prezioso da mettere in campo per il nuovo tentativo.

il rapporto con il fumo. Al soggetto è richiesto di tenere un "diario del fumo" per monitorare non solo l'aspetto quantitativo giornaliero ma anche quello qualitativo. Il paziente, infatti, deve indicare su tale diario: l'ora, il posto, la situazione, lo stato d'animo, i pensieri e il grado di necessità di ogni sigaretta (tale valutazione viene compiuta su una scala da 1, bassa necessità, a 5 alta necessità).

Ciò fornisce un quadro molto particolareggiato dell'abitudine al fumo che consente al terapeuta di avere una miniera di informazioni da utilizzare e, specialmente, gli permette di individuare i problemi e i fattori scatenanti l'abitudine.

L'approccio ha delle tecniche specifiche che possono essere utilizzate che sono:

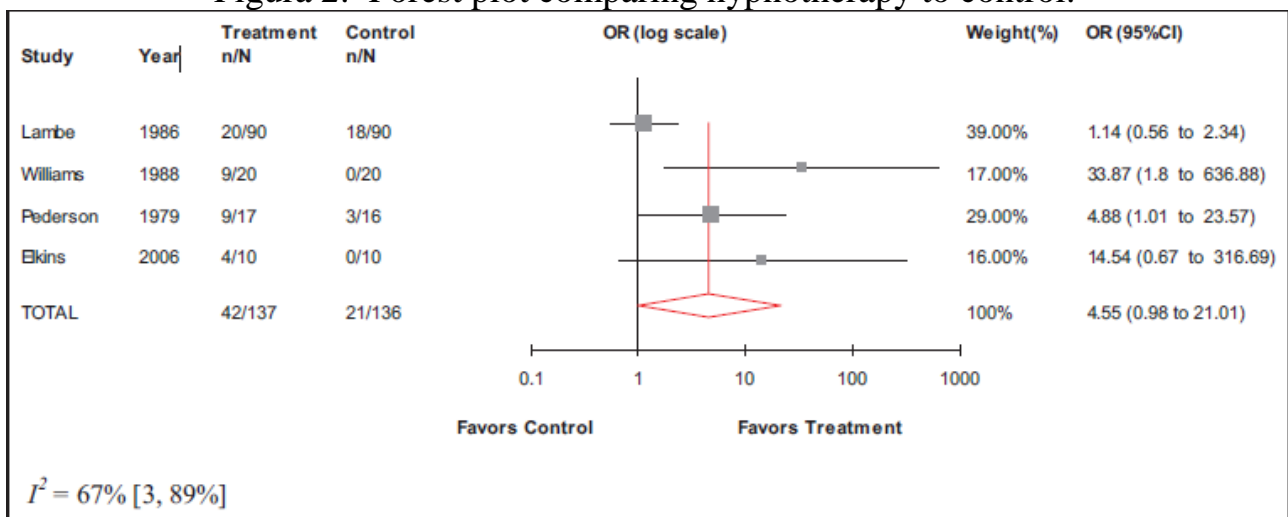
1. il prevenire e l'evitare le situazioni a rischio e le condizioni che lo spingono a fumare.
2. allontanare il paziente stesso dalle situazioni a rischio.
3. l'intraprendere attività che sono incompatibili al fumo quando avverte la necessità di fumare (come per esempio camminare, frequentare luoghi in cui è proibito fumare, respirare profondamente o praticare altri metodi di rilassamento).

4. il dimostrasi decisi e risoluti nell'affrontare i fattori scatenanti.
5. il modificale l'opinione sul fumo, rimodellando i pensieri positivi o annullando i pensieri irrazionali, sostituendo i punti di vista disadattavi con altri costruttivi.

f) TRATTAMENTI di IPNOSITERAPIA

In letteratura l'uso dell'ipnosi per smettere di fumare è considerato tra i metodi alternativi alla farmacoterapia e viene spesso considerata insieme all'agopuntura (la quale prevede la stimolazione di specifici punti dell'orecchio con degli aghi) e le tecniche avversive (come ad esempio l'assunzione rapida di un gran numero di sbuffi di fumo in periodo tempo breve). L'ipnositerapia è una modalità di trattamento richiesta dai pazienti si stima, infatti, che nel 2005 il 13% dei fumatori americani l'abbia sperimentata ma la cosa interessante è osservare che il 40% dei fumatori abbia l'interesse nel sperimentarla come mezzo di disassuefazione. La sua efficacia rimane dibattuta e si osserva una notevole varietà nelle sue stime tra gli studi effettuati. Ci sono studi che riportano un alto tasso di efficacia superiore all'80% (Crasilneck H, 1977) e altri che ne riportano meno del 20% (Ahijevych K, 2000). Si osserva però che nell'ultima metanalisi pubblicata sull'American Journal of Medicine nel 2012 (Tahiri M, 2012), contrariamente alla precedente revisione condotta per "The Cochrane Collaboration" (Barnes J, 2010) l'ipnositerapia risulta una metodica che potrebbe essere statisticamente significativa. Come si evince dal grafico sottostante, infatti, la stima dell'effetto, OR, è di 4.55, anche se l'intervallo di confidenza è ampio (0.98 -21.01) e include 1.0.

Figura 2: Forest plot comparing hypnotherapy to control.



Fonte: (Tahiri M, 2012)

Nella metanalisi appena riportata sono stati inclusi solamente gli studi randomizzati e controllati più rigorosi, nei quali c'era un appropriato gruppo di controllo e in cui il risultato era monitorato, attraverso un'analisi biologica, a 6 o a 12 mesi. Va osservato che un gran numero di ricerche ipnotiche per la disassuefazione tabagistica non sono state incluse nella metanalisi presentata, come in altre, poiché non presentavano

queste caratteristiche; inoltre non tutti gli studi rivelano chiaramente la procedura ipnotica effettuata ma si limitano a fornire informazioni generali quali ad esempio se l'intervento era gruppale o individuale.

Si osserva ancora la figura 2 si nota che l'effetto delle procedure ipnotiche non è stabile ma varia in base allo studio considerato. Interessante allora è analizzare gli studi per capire gli elementi terapeutici che li caratterizzano. A livello generale un variabile, come abbiamo visto per altri approcci, che può differenziare gli interventi è l'intensità del trattamento. Basandoci su questo valore possiamo differenziare così gli studi:

1. Ipnositerapia di breve durata.

Solitamente si tratta di un'unica seduta ipnotica che può essere seguita, in alcuni casi, da una sessione di follow-up. Gli studi più presenti in letteratura usano per lo più la metodica di David Spiegel e di Harry E. Stanton. Secondo la revisione condotta da Green & Lynn (Green JP, 2000) il loro tasso di efficacia oscilla intorno al 20% o meno. Analizzeremo anche la metodica proposta da D. Botsford poiché contiene degli spunti interessanti.

Nell'approccio di **Spiegel** (Spiegel H., 1970) la seduta ha una durata di 45 minuti circa e, dopo un breve colloquio atto a raccogliere le generalità del fumatore, sono valutati sia il profilo di induzione ipnotica (Hypnotic Induction Profile) sia la personalità del paziente facendo riferimento a tre tipologie: i Dionisiaci (dominati dalle emozioni), gli Apollinei (fondati sulla razionalità) e gli Odissei (collocati a metà fra i due tipi precedenti). Si procede successivamente all'induzione e all'insegnamento dell'autoipnosi. I contenuti verbali della suggestione vengono adattati in base alla tipologia psicologica del paziente e qui sotto ne è riportato uno stralcio.

“In questo stato di meditazione ti concentri sul senso di fluttuazione e, allo stesso tempo, ti concentri su questi tre punti critici:

Il primo punto è: per il tuo corpo, il fumo è un veleno. Sei costituito da un certo numero di componenti, il più importante dei quali è il tuo corpo. Il fumo non è un veleno per te quanto lo è specificamente per il tuo corpo.

Il secondo punto è: non puoi vivere senza il tuo corpo. Il tuo corpo è una pianta preziosa attraverso la quale tu sperimenti la vita.

Il terzo punto è: nella misura in cui vuoi vivere, devi al tuo corpo rispetto e protezione. Questo è il tuo modo di riconoscere la natura fragile, preziosa del tuo corpo, e, allo stesso tempo, il tuo modo di vederti come il custode del tuo corpo. Tu sei, in verità, il custode del tuo corpo. Quando assumi questo impegno a rispettare il tuo corpo, possiedi dentro di te il potere di aver fumato la tua ultima sigaretta. Nota come questa strategia pone l'accento su ciò verso cui sei a favore, anziché su ciò verso cui sei contrario. E' vero che il fumo è un veleno e tu sei contro di esso, ma l'accento è sull'impegno a rispettare il tuo corpo. In conseguenza del tuo impegno, diventa per te naturale proteggere il tuo corpo dal veleno di altro fumo.

Nota che quando assumi questo impegno a rispettare il tuo corpo, assumi anche un atteggiamento verso il mangiare e verso il bere che riflette il tuo rispetto per il corpo. Come risultato, ciascuna esperienza relativa al mangiare e al bere diventa di per se un esercizio alla cura disciplinata del tuo corpo. Puoi, se vuoi, utilizzare questo stesso esercizio per mantenere il tuo peso ideale mentre proteggi il tuo corpo contro il veleno di ulteriore fumo. Adesso ti propongo di ripetere inizialmente

questi esercizi almeno in dieci diverse occasioni della giornata, preferibilmente ogni ora o due. All'inizio l'esercizio richiede circa un minuto, ma diventando più esperto puoi farlo in molto meno tempo. L'esercizio è il seguente. Ti siedi oppure ti distendi e rivolgendoti a te stesso conti fino a tre. All'uno, guardi in alto verso le tue sopracciglia. Al due, chiudi le palpebre e fai un respiro profondo; e al tre, espiri, lasci che i tuoi occhi si rilassino e lasci il corpo fluttuare.

Mentre ti senti fluttuare, permetti a una mano oppure all'altra di sentirsi come un pallone galleggiante e lasciala fluttuare verso l'alto, così come la tua mano è ora. Il momento in cui raggiunge la posizione eretta, diventa per te il segnale per entrare in uno stato di meditazione.

In questo stato di meditazione ti concentri su questi tre punti critici:

1. Per il tuo corpo, non per te, per il tuo corpo fumare è un veleno.

2. Hai bisogno che il tuo corpo viva.

3. Devi al tuo corpo rispetto e protezione.

Rifletti su ciò che significa questo per te nell'intimo, poi conduci te stesso fuori da questo stato di concentrazione chiamato autoipnosi contando all'indietro in questo modo.

Ora, tre, preparati. Due, con le palpebre chiuse ruota gli occhi in alto (e fallo ora). E uno, lascia che le tue palpebre si aprano lentamente. Poi, quando i tuoi occhi sono di nuovo a fuoco, lentamente forma un pugno con la mano che è sollevata e mentre apri lentamente il pugno, percezione e controllo ritornano allo stato abituale. Lascia la tua mano fluttuare verso il basso. È la fine dell'esercizio, ma tu mantieni un generale senso di fluttuazione.

La procedura di **Stanton** (Stanton H., 1978) prevede che il terapeuta forniva inizialmente delle suggestioni per il rinforzo dell'Io che vanno verso: il miglioramento dello stato di salute, un maggiore rilassamento, la calma, l'autostima, l'autoefficacia, l'indipendenza e la capacità di pensare in modo ottimistico e positivo.

Il paziente, successivamente, dopo essere stato invitato ad esporre le proprie motivazioni alla cessazione, riceve suggestioni più dirette riferite al fumo di cui riportiamo qui un'esemplificazione: "Sei fiducioso, completamente fiducioso di riuscire a vincere l'abitudine di fumare sigarette... Sarai capace di abbandonare l'abitudine così facilmente... Ti chiederai perché hai cominciato a fumare... Non ti mancherà affatto fumare... Da questo momento in avanti, ogni qualvolta penserai di fumare una sigaretta, se ne cercherai automaticamente una, se qualcuno te ne offrirà una, tu dirai "No"... una voce echeggerà nella tua mente "No! No! No!... Fumare è una sciocca, stupida abitudine... mi danneggia fisicamente... nuoce alla mia salute... non fumerò mai più. Riuscirai a vincere completamente l'abitudine di fumare le sigarette... Scoprirai di essere capace di farlo... Sai nella tua mente, adesso, che sei capace di farlo... È facile e tu puoi farlo... La tua mente può e dovrebbe controllare il tuo corpo... Quando tu smetti di fumare e tu puoi farlo a partire da questo momento, ti sentirai fisicamente meglio, più sano, respirerai più facilmente, i tuoi sensi saranno più acuti... e ti sentirai meglio anche mentalmente, gratificato dal fatto di essere stato capace di controllare il tuo corpo... felice di avere il controllo... felice di essere abbastanza forte da smettere di fumare così facilmente... Lo fai tu, non io... È il tuo trionfo... la tua vittoria. Quando vedrai altre persone fumare intorno a te, ti sentirai appagato di non fumare... Dirai a te stesso, "non fumerò mai più... la vista e l'odore delle sigarette sono spiacevoli... non provo affatto alcun desiderio di fumare... non ho bisogno di fumare... non mi aiuta in alcun modo e mi sento decisamente meglio quando non fumo".

Prendi la tua decisione adesso... Vincerai completamente l'abitudine di fumare le sigarette e smetterai di fumare ora... e non fumerai mai più... È facile e tu puoi farlo... Non sentirai alcun senso di mancanza o di infelicità... invece ti sentirai bene, felice, fiero di te stesso... Una volta che tu avrai preso questa decisione di smettere di fumare, nessuna forza sarà capace di cambiare questa decisione... Sarai completamente fiducioso di smettere e di smettere definitivamente.

Non hai bisogno di fumare sigarette... da ora in avanti, se penserai a fumare, e questo succederà assai raramente, farai immediatamente un respiro profondo, lo rilascerai e ti rilasserai, e ti sarà

chiaro nella mente che tu non hai bisogno di fumare... Hai un completo controllo e la tua decisione di smettere di fumare non potrà essere invertita”.

Completa il quadro dei trattamenti brevi una procedura ipnotica della PNL elaborata da **David Botsford** (Botsford, 2007). Tale approccio dedica grande attenzione al linguaggio, non solo per il ricalco linguistico e non, ma anche per lo sforzo che deve essere continuamente fatto dal terapeuta di parlare col paziente in termini positivi e/o ottimistici. I termini utilizzati sono fondamentali poiché in questa teoria è la parola che definisce il significato di un'esperienza (one-word reframing). È da preferire, per esempio, la parola “abitudine” a quella di dipendenza o l'espressione eccitato a quella di ansioso. Si suggerisce inoltre di non utilizzare spesso l'espressione tu ma di preferire la “terza persona” ossia parole come persona, un non fumatore, gente, ecc. Il tu potrebbe risultare, infatti, troppo intrusivo e diretto mentre ricorrendo alla “terza persona” il paziente riferisce automaticamente a se stesso ciò che viene detto con spirito meno critico. Nella sua metodica ritroviamo:

- l'analisi dei precedenti tentativi di smettere soprattutto per quelli che sono durati almeno due settimane. Particolare attenzione va posta nel colloquio alle sensazioni positive che il soggetto ha sperimentato durante l'astinenza da nicotina perché saranno ripresentate al paziente, fatto opportunamente regredire al periodo in cui aveva smesso.
- l'esaminare e l'apportare modifiche alle strategie ossia alle modalità attraverso cui la persona sperimenta il processo di desiderare, ricercare e accendere la sigaretta. L'aspetto più importante di questa tecnica è la trasformazione del sistema rappresentazionale della persona alterandone le sub-modalità, ovvero, le specifiche qualità sensoriali percepite da ogni senso. Tale attività è svolta in particolare sul trigger (stimolo d'innescò) dell'abitudine al fumo in modo tale da cambiare l'esperienza della persona e farla sentire in controllo.
- l'analizzare la routine quotidiana della persona, sia per ottenere informazioni sulle abitudini al fumo del soggetto, sia per seminare l'idea che ci possono essere delle alternative più funzionali. Una domanda per fare questo è chiedere al soggetto: “in quali situazioni, in una tipica giornata, fuma?”.
- la gestione dello stress. In quei pazienti in cui l'abitudine al fumo è una modalità di management emotivo la tecnica consigliata prevede nella fase iniziale di esplicitare alla persona che lo stress non è di per se stesso né un male né un bene un po' come la temperatura, che a volta è desiderabile sia calda a volte sia fredda. Lo stress è rappresentato al paziente come una scala che va da zero a 100 dove zero è il rilassamento assoluto e 100 lo stress più elevato. Poi si induce l'ipnosi nel modo che si preferisce e si prosegue secondo l'autore: “La tua mente inconscia ha accesso a tutti i tuoi ricordi conservati nel retro della tua mente. Qualcosa come fotografie in album fotografici che ti ricordano il corso della tua vita passata; centinaia di foto che mostrano ogni momento della tua vita E la cosa grandiosa è che hai già trovato con successo il livello appropriato di allerta e rilassamento per ogni situazione che affronti nella vita quotidiana. E vorrei che prendessi quegli album fotografici che mostrano tutte le foto di (nome della persona) nel corso della sua vita lavorativa. La buona

notizia è che ci sono già stati molti giorni nella tua carriera lavorativa in cui hai trovato il giusto livello di allerta e rilassamento che è appropriato per quella particolare situazione. Vorrei che dessi un'occhiata a quell'album ora e ritrovassi un giorno di lavoro inusualmente impegnativo. Un giorno dove c'era un gran lavoro da svolgere con una scadenza ravvicinata. Un particolare giorno difficile quando lui/lei (nome della persona) ha trovato il giusto livello di allerta e di rilassamento per avere l'energia, la capacità di tenuta, l'adrenalina che gli era necessaria per affrontare quel giorno. E, quando hai trovato quell'immagine di lui/lei (nome della persona) che con successo affronta quel giorno di impegnativo lavoro, osserva lui/lei (nome della persona) in quel giorno. Guarda l'espressione del suo volto, nota com'è disposto il suo corpo, ascolta il tono della sua voce e le cose che sta dicendo. Esamina attentamente la foto di lei/lui (nome della persona) che affronta con successo quel giorno veramente impegnativo. E nota il numero 40 nell'angolo sinistro di quella foto, che indica 40 sulla scala numerica. E se ti piace ciò che vedi e senti puoi entrare all'interno del corpo di lei/lui (nome della persona) così che puoi sentire ciò che il tuo corpo sente, vedere le cose che puoi vedere con i tuoi occhi e sentire le cose che puoi sentire con le tue orecchie. E mentre accade questo di il numero 40 a te stesso ancora, ancora e ancora. Vedi il numero 40 scritto davanti a te. Quaranta, quaranta, quaranta. E ogni volta che vorrai ri-sperimentare questo livello di allerta per ogni futuro giorno impegnativo tutto quello che dovrai fare sarà dire il numero 40, ancora e ancora, e lo sperimenterai in maniera tanto vivida quanto ne sei consapevole proprio ora”.

Questa procedura è ripetuta, con le appropriate modifiche, anche per: un normale giorno di lavoro; un'attività piacevole del tempo libero, e per l'attività più rilassante che la persona ricordi e che si posiziona a livello 0 della scala. Una volta che è stato fatto questo la persona è invitata a svolgere, sempre in stato trance, l'esercizio di modificare il proprio livello di allerta e di rilassamento girando una manopola o spostando la leva di un cambio.

- il fronteggiamento delle situazioni a rischio ricaduta che sono ritenute essere: gli eventi sociali (quali un battesimo, un matrimonio, l'uscire con gli amici, ecc...), l'incontrare vecchi amici con cui la persona era solita fumare e i periodi di vita difficili nei quali il fumo potrebbe rappresentare un aiuto per affrontare la situazione. La persona può sperimentare, grazie all'ipnosi, la o le situazioni di tentazione e immaginare di rimanere un non fumatore rifiutando di accendersi la sigaretta.

2. **Ipnositerapia intensiva**

Tale modalità si caratterizza per i seguenti criteri: a) più di una seduta, b) suggestioni ipnotiche individualizzate, c) intensa relazione interpersonale, d) trattamenti aggiuntivi e follow up. Gli studi che incontrano questi criteri sono quelli di Gary R. Elkins & Hasan Rajan (Elkins G, 2006) e di Timothy P. Carmody & Carol Duncan (Timothy P. Carmody, 2008). Analizziamo in questa categoria anche le procedure ipnotiche di Franco Granone (Granone F, 1983) poiché contiene alcuni principi del trattamento intensivo.

L'approccio di **Elkins** si articola 8 sedute precedute da un incontro preparatorio. Ogni seduta dura all'incirca un'ora e in ogni seduta è inclusa una sessione di colloquio motivazionale breve. Nella seduta preparatoria il clinico discute con il paziente i miti e le idee sbagliate sull'ipnosi e il paziente riceve materiale di auto-aiuto elaborati dal

National Cancer Institute. Ai soggetti veniva richiesto di scegliere una data di cessazione (quit-date), all'incirca 7 giorni dopo, e di tenere monitorato giornalmente il numero di sigarette fumate prima dell'astinenza. Ai partecipanti è fornita, inoltre, una registrazione audio e l'indicazione di praticare giornalmente l'autoipnosi.

Le induzioni ipnotiche avvenivano nella 1,2,4 e 7 seduta ed erano standardizzate. Il clinico seguiva per le suggestioni una trascrizione ma le specifiche immagini per il rilassamento e per gli effetti positivi della disassuefazione erano individualizzate in base alle preferenze del paziente. L'induzione ipnotica utilizzata è riassunta qui sotto.

- a) *Induzione*. Inizia focalizzando la tua attenzione su un punto del soffitto. Mentre ti concentri inizia a sentirti più rilassato. Concentrati intensamente così che gli altri pensieri passano in secondo piano. Quando questo accade nota una sensazione di rilassamento e di pesantezza e permetti alle tue palpebre di chiudersi.
- b) *Rilassamento*. Senti un'onda di rilassamento che dalla cima della tua testa inizia a diffondersi sulla fronte, sulla faccia, sul viso, sul collo e sulle spalle. Ogni muscolo e ogni fibra del tuo corpo divengono sempre di più completamente rilassati. Nota sempre più una sensazione di lasciarsi andare, di divenire così profondamente rilassato.
- c) *Benessere*.... E mentre divieni ancora più rilassato, scopri un senso di benessere. Sentiti sicuro e protetto. Un sentimento di calma, di pace e di sicurezza. Sentiti così calmo che niente può disturbare o interferire con questa sensazione di benessere.
- d) *Immagini mentali per il rilassamento*. Mentre senti con una parte della tua mente la mia voce, con un'altra parte vai in un posto dove ti senti sicuro e protetto. Un posto dove divieni così profondamente rilassato che sei capace di rispondere a ogni suggestione proprio come desideri, sentire ogni cosa che vuoi sentire e sperimentare.
- e) *Impegno per smettere di fumare* ... e oggi diventerai un non fumatore, diventerai libero dalla nicotina ... e libero dalla sigaretta ... non fumerai sigarette o userai tabacco ancora. Ogni giorno che passa il tuo impegno per rimanere libero dalle sigarette diventerà più forte e ogni volta che entrerai in questo stato rilassato ricorderai le ragioni per cui vuoi smettere.
- f) *Dissociazione dal craving*. Mentre entri in un livello ancora più profondo di ipnosi puoi notare una sensazione di fluttuazione, minor consapevolezza del corpo, solo fluttuazione nello spazio. Il tuo corpo fluttua in una sensazione di confort e la tua mente, solo consapevole di essere in quel piacevole luogo (personalizza l'immagine per un posto piacevole). Come il tuo corpo fluttua non sarai seccato dal craving per la nicotina. La tua mente blocca dalla consapevolezza cosciente ogni craving e tu puoi sentirti più distaccato dal tuo corpo in quanto diventi più rilassato.
- g) *Suggestioni post ipnotiche* ... e mentre diventi e mente rimani libero dalla nicotina e libero dalle sigarette, tu scoprirai un senso di soddisfazione e di realizzazione. Scoprirai che ancora di più sarai in grado di dormire molto bene, il tuo olfatto migliorerà, il tuo gusto migliorerà. Non mangerai eccessivamente e scoprirai il giusto quantitativo di cibo per saziarti.
- h) *Autoipnosi*. Ogni volta che praticherai l'autoipnosi o ascolterai il nastro che ti fornirò oggi, sarai in grado di entrare in uno stato di rilassamento profondo, tanto profondo quanto lo hai sperimentato oggi ... e all'interno di questo stato rilassato scoprirai un senso di controllo. Sarai in grado di rilassarti così profondamente che starei bene e sarai in grado di avere un senso di dissociazione che impedisce la consapevolezza cosciente di ogni craving eccessivo per la nicotina. All'interno di questo stato rilassato il tuo impegno per rimanere libero dalle sigarette diventerà ancora più forte e scoprirai una specie di forza dal praticare l'autoipnosi.

- i) *Immagini positivi sui benefici di smettere di fumare* ... ora guarda te stesso nel futuro come un non fumatore, libero dalla nicotina e dalle sigarette. Nota tutte le cose positive intorno a te, quanto in salute ti senti, e (qui l'immagine è personalizzata in base alla percezione del paziente dei benefici derivanti dallo smettere di fumare). Vedi quanto bene sei in grado di sentire e di non fumare, indipendentemente se ci sono situazioni difficili o stressanti.

La percentuale di successi al follow-up del 3 mese è del 60% che scende però alla 26 settimana al 40%. L'astinenza è confermata da un esame biochimico.

Nel secondo approccio, quello di **Timothy P. Carmody & Carol Duncan**, gli autori, utilizzando un ampio campione (286 soggetti), hanno confrontato l'approccio ipnotico con il counseling comportamentale associando a entrambi gli interventi i cerotti transdermici alla nicotina. L'intervento si esplicava in due appuntamenti di un'ora ciascuno preceduti da un incontro preparatorio, durante il quale il clinico raccoglieva alcune informazioni sulla persona. Le induzioni ipnotiche avvenivano nelle sedute successive e il terapeuta seguiva un protocollo adattandolo alle caratteristiche della persona. I pazienti ricevevano anche delle sessioni di counseling telefonico alla 3, 4 e 6 settimana. L'intervento telefonico, che durava all'incirca 20 minuti, continuava il training di abilità iniziato durante l'iniziale sessione di counseling e i pazienti che erano ricaduti erano incoraggiati a stabilire una nuova quit - data. Non ci sono molto dettagli sulla procedura ipnotica utilizzata ma gli autori affermano che l'intervento utilizzava suggestioni e immagini guidate sviluppate da Spiegel (1994), Lynn et al. (1993), Green (1999) e Gorassini e Spanos (1986). L'obiettivo del trattamento è di fornire ai partecipanti la capacità di maneggiare le abilità ipnotiche per incrementare la motivazione e l'autoefficacia nel resistere alle tentazioni del fumo. A tal fine ai partecipanti è fornito un menu di abilità per fronteggiare i sintomi astinenziali e l'impulso a fumare. Le suggestioni ipnotiche proposte sono di: rilassamento, impegno a smettere, immaginarsi come un non fumatore, abilità a resistere all'impulso di fumare, controllo emotivo e di sviluppo di uno stile di vita salutare. Tra le suggestioni ci sono anche il posto sicuro, la ripetizione della frase chiave e l'"ancoraggio" per aiutare i partecipanti a generare un coping adattivo in risposta a situazioni a rischio ricaduta. Ai partecipanti è, inoltre, fornita la registrazione di entrambe le sedute con l'istruzione di praticare l'autoipnosi giornalmente. Al follow-up a 6 mesi il 29% dei soggetti del gruppo d'ipnosi erano astinenti contro il 23% dei soggetti dell'altro gruppo, a 12 mesi le percentuali si stabilizzano a 24% nei soggetti sottoposti al trattamento ipnotico e a 16% per il gruppo di counseling comportamentale. Lo studio rivela che le strategie ipnotiche significativamente associate all'astinenza sono: la regolare pratica dell'autoipnosi, l'uso della frase chiave (Key phrase), e l'uso dell'ancoraggio quando le persone si sentono stressate. Interessante è osservare che nella condizione ipnotica i pazienti con sintomatologia depressiva o con una storia di depressione esibivano percentuali di successo, ai follow-up a 6 e a 12 mesi, più alti rispetto agli altri soggetti e il numero di dropout era più basso rispetto all'altra condizione.

Il dott. **Granone** considerava la dipendenza e l'assuefazione alla sigaretta una forma di sostegno che permette al fumatore, il più delle volte caratterizzato dal punto di vista psichico da tratti ansiosi, di inserirsi in un "circuito di sicurezza". Ritrova, inoltre, in questa forma di dipendenza dei condizionamenti automatici come binomi: fumo-riduzione di ansia; fumo-aumento di energia e fumo-spostamento di cariche affettivo aggressive.

La terapia da lui proposta si sviluppa in circa dieci sedute svolte nell'arco di trenta/quaranta giorni. In tale approccio ritroviamo: l'ipnoanalisi, l'addestramento del soggetto all'autoipnosi e lo studio della personalità del paziente poiché, alla base della dipendenza, riteneva vi fosse una problematica da risolvere. Un aspetto cardine della terapia è la creazione di un senso di repulsione verso il fumo; a tal fine l'ipnotista può avvalersi di suggestioni avversative e inibenti interessanti tutti i sensi. Un'esemplificazione di tale metodologia è riportata qui sotto. L'interruzione brusca del fumo è preferita alla riduzione graduale delle sigarette poiché è ritenuta avere maggiori probabilità di successo.

Modalità pratica di ipnositerapia antitabagica.

"Suggestioni avversive. E adesso ascolti. Lei respira sempre più profondo e più lento, come se dormisse, e ogni respiro susciterà in lei un torpore sempre più profondo e intenso. Uno ... respiri lento e lungo, due ... respiri lento e lungo, tre ... e così via ... e adesso man mano che il torpore cresce, lei si concentrerà su un recente episodio di smodato fumare, durante il quale, avendo diverse sigarette a disposizione, si è intossicato con il fumo. Lei rivive le sensazioni di allora ... Deve riviverle come se fossero attuali Le sensazioni già vissute. (Pausa)

Più si isola e si concentra su quel ricordo, più quelle sensazioni diventano intense; tanto intense da saturare completamente qualsiasi bisogno di fumare ancora ... tanto intense da averne quasi nausea, nausea ... Così saziato, sente eliminato il bisogno di fumare ed avverte che il fumo di tabacco non solo le è indifferente, ma che le diventa addirittura insopportabile e disgustoso.

A questo punto, pertanto, le è possibile rendersi conto di tutta l'assurdità distruttrice insita nel pericoloso vizio di fumare e ricordare perfettamente quanto in precedenza le ho esposto prima sugli effetti della nicotina, sino ad averne paura Sino ad averne paura...

Visualizzi il tabacco mescolato ad insetti ripugnanti avvolto in carta moneta sudicia e infetta; visualizzi stampato sulle sigarette il teschio simbolo della morte, come quello che figura nell'etichetta del farmacista sul vaso della nicotina, e lo visualizzi nell'atto di inspirare il fumo nauseabondo della sigaretta.

D'ora in avanti ogni sigaretta avrà sempre più un sapore amaro, disgustoso, nauseabondo, come la peggiore sostanza assaporata nella vita.

Il fumo della sigaretta sarà talmente acre e acido da riuscire insopportabile alle mucose del naso e degli occhi, che bruceranno e cominceranno a lacrimare.

La sigaretta fra le dita le sembrerà un rifiuto viscido e spiacevole.

Su ogni cartina bianca della sigaretta, come su ogni pacchetto di sigarette, vedrà stampato il simbolo della morte che si mette sui recipienti che contengono veleno: il teschio con le tibie incrociate.

Il fumo le susciterà cardiopalmo, aumento dei battiti cardiaci, dolore retrosternale tipo angina di petto, angoscia respiratoria, e contemporaneamente sentirà le mie parole che le ricorderanno i danni che provoca la nicotina al nostro organismo.....

Se le visioni annichilenti che ha sperimentato l'hanno colpita e disgustata, la vittoria sul tremendo vizio del fumo, che sente di poter conseguire, le restituisce insieme con la fiducia in sé, la salute e

la gioia di vivere....[pausa lunga]. Ora lei si riposa continuando a rilassarsi e ad addormentarsi sempre più profondamente e nel frattempo immagina di ascoltare un disco che le ripete insistentemente, monotonamente, con la mia voce, questa frase: Se accendo la sigaretta, spengo la mia vita ... se accendo la sigaretta, spengo la mia vita ... (Tecniche avversative riflessologiche).

Continui ad ascoltare la ripetizione di queste parole fino a quando sentirà definitivamente svanita la voglia di fumare. Perché non si può essere così pazzi da distruggere, spegnere la propria vita, venendo meno a quei doveri che ciascuno deve avere verso se stesso, verso la propria famiglia, verso la società ... Se accendo la sigaretta, spengo la mia vita ... [Pausa lunga] ...

Ora lei si sente completamente libero dalla schiavitù del tabacco; si sente calmo, rilassato e in piena forma. Questo benessere durerà sempre, ma se accidentalmente, qualche volta, dovesse sentire ancora la deleteria spinta a fumare, anziché lasciarsi andare a tale impulso, lei immediatamente rifarà questo esercizio: si rilasserà, per una decina di minuti attuando la respirazione che ha praticato con me, e cioè inspirando lungo e lento ed espirando breve e veloce, mentre avvicinerà il pollice e l'indice della mano sinistra finché si saranno toccati fra loro. Tornerà allora a ricordare e a rivivere quell'episodio menzionato precedentemente, di fumo smodato, fino a che saturo e sazio di tale fumo suggestivo, la voglia di fumare sarà scomparsa [Autoipnosi].

Tornerà poi a ricordare quell'aforisma del disco: "Se accendo la sigaretta, spengo la mia vita ..." e continuerà ad ascoltare quel disco fino alla definitiva scomparsa dello stupido desiderio di avvelenarsi con il tabacco.

L'abbandono del fumo produrrà in lei effetti benefici sia a breve sia a lungo termine: riduzione e quindi scomparsa dell'escreato mattutino; miglioramento della respirazione, della circolazione e dell'attività digestiva; l'aumento di peso tanto paventato si ha solo nei soggetti nevrotici che compensano la mancanza di fumo con l'ingestione eccessiva ed incontrollata di alimenti, in particolar modo dolci".

g) POPOLAZIONI di FUMATORI SPECIALI

Numerosi studi rivelano una maggiore incidenza di fumatori nella popolazione affetta da malattie psichiatriche, ed in particolare, tra le persone depresse e gli schizofrenici. I soggetti depressi o che hanno una storia di depressione sono fumatori con maggior probabilità, meno inclini a smettere e presentano con la disintossicazione una tendenza maggiore a stati disforici o a ricadute depressive. Possono presentare, inoltre, sintomi di astinenza estremi (Glassman, 1993). L'American Psychiatric Association raccomanda, per individui con storia di depressione o che hanno presentato sintomi depressivi in conseguenza di un passato tentativo di disintossicazione, un monitoraggio attento della sintomatologia e un trattamento terapeutico e/o farmacologico della depressione se iniziano a presentarsi segni di disforia. Negli schizofrenici oltre all'alta incidenza gli studi effettuati rivelano un'alta difficoltà nella disintossicazione. Sono pochi, infatti, non solo gli schizofrenici che desiderano smettere di fumare ma anche le osservazioni empiriche disponibili per il loro trattamento. Per il paziente psichiatrico, che presenti problemi di salute connessi al fumo, si consiglia un ampio piano di intervento focalizzato, in particolare, sullo sviluppo di abilità sostitutive e socializzanti, attraverso l'uso di tecniche comportamentali; per coloro che fumano in modo sostenuto nei contesti ospedalieri o paraospedalieri è consigliato l'uso dei farmaci sostitutivi della nicotina. Va osservato,

inoltre, che il fumo può interagire con il trattamento farmacologico di psicofarmaci tra cui gli antidepressivi e antipsicotici.

Meno forte sono le prove a favore di una relazione tra disturbi d'ansia e fumo. I fumatori come abbiamo visto riportano livelli di stress più elevati rispetto alla popolazione di non fumatori. Il fumo si somma ad ansia e stress inducendo sintomi astinenziali, nei periodi che intercorrono tra una sigaretta e l'altra che aumentano lo stato di tensione e di stress della persona. Spesso, una volta raggiunta la disintossicazione per un periodo di alcune settimane, lo stress e l'ansia si stabilizzano ad un livello inferiore rispetto a com'era prima della cura.

Altra popolazione di fumatori particolare è costituita dalle persone affette da uso/abuso di altra/e sostanza/e. Vi è un'incidenza molto elevata, infatti, in tale tipologia di pazienti oscilla tra l'80% e il 90%. Stando così le cose la maggior parte delle persone inserite in un programma di disintossicazione saranno anche fumatori ma solitamente, la maggiore pericolosità legata all'altra sostanza, ridimensionerà la necessità di curare la dipendenza da nicotina. I dati ottenuti nei trattamenti della dipendenza da sostanza di abuso suggeriscono che è difficile smettere di fumare mentre si riduce la somministrazione delle sostanze di abuso, ma anche che lavorare sulla disintossicazione della nicotina non aumenta il rischio di ricadute. Le linee guida dell'American Psychiatric Association suggeriscono che la sincronizzazione della disintossicazione da fumo e altra sostanza debba essere decisa dallo stesso paziente.

h) CONCLUSIONI

L'ipnosi è utilizzata da molto tempo per aiutare le persone a rompere la dipendenza dal fumo ed è considerata dagli esperti una metodica complementare ed alternativa per smettere di fumare. La metanalisi di Tahiri e al., esposta nel presente lavoro, (Tahiri M, 2012) ha evidenziato che l'ipnosi è in grado di aumentare le percentuali di successo in modo comparabile ad altre metodiche ma le evidenze non sono ancora sufficienti per includere l'ipnosi tra gli interventi evidence-based. Certamente l'ipnosi può essere uno dei trattamenti ma è necessario approfondire le conoscenze per capire ancora meglio: quali variabili moderano il suo effetto, quali tipologie di pazienti beneficiano di questo trattamento e le modalità attraverso cui l'ipnosi ottiene risultati. Poiché gli studi ben condotti sulla sua efficacia sono pochi e, visto la grande variabilità tra gli studi nelle percentuali di successo, è possibile che l'effetto potenziale - reale dell'ipnositerapia rimanga per lo più sconosciuto. In analogia, inoltre, a quanto osservato nelle altre metodiche terapeutiche, gli interventi di ipnositerapia intensivi ossia, nei quali vi è una relazione terapeutica prolungata e una maggiore personalizzazione dell'intervento, possono essere più efficaci degli interventi di ipnositerapia di breve durata o minimi. Va segnalato però che la maggior parte dei trattamenti ipnotici intensi, come quelli presentati nel presente lavoro, prevedevano l'uso contemporaneo di altre metodiche, come l'uso del colloquio motivazionale breve o i cerotti transdermici a rilascio di nicotina, per cui non si può

pervenire a conclusioni, sull'efficacia dell'ipnosi, come singola modalità di trattamento. Altri studi sono quindi necessari per arrivare a queste conclusioni.

i) BIBLIOGRAFIA

- Ahijevych K, Y. R. (2000). Descriptive outcomes of the American Lung Association of Ohio hypnotherapy smoking cessation program. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48: 374-387.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostical and statistical manual of mental disorder (4th ed.)*. Washington.
- Barnes J, D. C. (2010). *Hypnotherapy for smoking cessation (Review)*. The Cochrane Collaboration.
- Botsford, D. (2007). *Hypnosis for Smoking Cessation: An Nlp and Hypnotherapy Practitioner's Manual*. Crown House Publishing.
- Casey, N. (2002). *The Nicotine Trick*. London: Metro Publishing.
- Crasilneck H, H. J. (1977). *Clinical Hypnosis: Principles and Applications*. New York: Grune & Stratton.
- Elkins G, M. J. (2006). Intensive Hypnotherapy for Smoking Cessation: A Prospective Study. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54:3, 303-315.
- Froom P, M. S. (1998). Smoking cessation and weight gain. *J Fam Pract*.46(6), 460-4.
- Glassman, A. H. (1993). Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *The American Journal of Psychiatry*, Vol 150(4), 546-553.
- Granone F. (1983). *Trattato di Ipnosi*.
- Green JP, L. S. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: an examination of the evidence. *J. Clin. Exp Hypn.*, 48(2):195-224.
- Massachusetts Department of Public Health. (1997). *Cigarette Nicotine Disclosure Reports as Required by Massachusetts General Law*.
- Michael C. Fiore, T. B. (2008). A Clinical Practice Guideline for Treating Tobacco. A U.S. Public Health Service Report. *American Journal of Preventive Medicine*.
- OSSFAD-Indagine DOXA-ISS, D. R. (2012). *Rapporto sul fumo in Italia*.
- Parrot A. (1999). Does cigarette smoking cause stress? *American Psychological Association*, 54: 817-820.
- Pomerleau C, P. O. (1987). The effects of psychosocial stressor on cigarette smoking and subsequent behavioral and physiological responses. *Psychophysiology*, 24: 278-285.
- Spiegel H. (1970). A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Volume 18, Issue 4,.
- Stanton H. (1978). A One-Session Hypnotic Approach to Modifying Smoking Behavior. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Volume 26, Issue 1,.
- Tahiri M, M. S. (2012). Alternative smoking cessation aids: a meta-analysis of randomized controlled trials. *The American Journal of Medicine*, 125(6):576-84.
- Tonnesen, P. (2009). Smoking cessation: How compelling is the evidence? A review. *Health Policy*, S15-S25.
- William R. Miller, S. R. (2004). *Il colloquio motivazionale. Preparare le persone al cambiamento*. Centro Studi Erickson.
- World Health Organization. (1992). *International Classification of Diseases (10th ed.)*.