



Fondatore: Prof. Franco Granone

CORSO DI FORMAZIONE IN IPNOSI CLINICA
E COMUNICAZIONE IPNOTICA

Anno 2024

L'IPNOSI COME SOSTEGNO PER LA
GESTIONE DEL CRAVING IN PAZIENTI
DIPENDENTI DA CRACK IN TRATTAMENTO

Candidato

Dott. Melluso Bonifacio Mauro

Relatore

Dott. Ennio Foppiani



Abstract	5
Introduzione.....	6
Il Gruppo Abele: storia e trasformazione in Fondazione	7
Il contributo del Gruppo Abele di Torino nel trattamento delle dipendenze	8
Gli obiettivi della ricerca e domande guida	10
Concetti chiave e revisione della letteratura	11
Il crack	11
Bibliografia.....	12
Diffusione del crack nel mondo e in Italia.....	13
Sitografia	15
L'astinenza da Crack	16
L'astinenza da crack: sintomi, durata e confronto con l'astinenza da eroina.....	16
Il trattamento del Molo 18	18
Il nuovo progetto del Centro Crisi	19
allontanarsi dal Crack per andare dove? La piramide dei bisogni di Rober Dilts e Maslow	20
Mindfulness, Yoga e Meditazione nella gestione dell'ansia e nel radicamento al qui ed ora	21
Altre attività proposte: la funzione dello sport.....	22
Apprendimento dell'autoregolazione dell'energia.....	23
Riequilibrio del ritmo sonno-veglia.....	23
Andare via da per andare dove?	24
Il progetto sull'utilizzo dell'ipnosi a supporto del trattamento sul crack in giovani adulti.....	28
Stato dell'arte sull'argomento	28
Altre esperienze e tracce di lavoro.....	29
L'ipnosi come strumento di supporto nel programma del Molo 18	33
Selezione degli aderenti al progetto pilota.....	34
Selezione delle persone attraverso test di suggestionabilità	38
Il test di Spiegel.....	40
Esercizio delle dita che si uniscono	42

Esercizio delle mani unite	43
Durata del progetto	45
L'ansia. Una compagna scomoda nel trattamento del crack	45
L'ipnosi e il trattamento sull'ansia	50
Protocollo psicoeducativo ipnotico strutturato nel progetto.....	51
Esempi di script sulla gestione dell'ansia	55
L'ipnosi in continuità al lavoro sul cambiamento	59
Tecniche induttive usate.....	69
Lo strumento per valutare l'ansia: lo STAI – State-Trait Anxiety Inventory test.....	71
Riferimenti bibliografici.....	75
Strategie di coping e ipnosi	76
Coping e ipnosi: un terreno comune.....	78
Primi risultati	81
Un caso studio	82
Le sedute di Vi.XX	92
Difficoltà Ricontrate nell'applicazione del progetto	96
L'ipnosi come strumento di potenziamento delle risorse nei giovani in trattamento al Molo	
18. Una riflessione sull'elevata compliance al trattamento.....	97
Conclusioni	99

Abstract

L'elaborato intende illustrare l'esperienza dei primi mesi del progetto di utilizzo dell'ipnosi e in generale della Comunicazione Ipnотica nel Servizio del Centro Crisi Molo 18, della Fondazione Gruppo Abele. Il Molo 18 è un servizio a bassa soglia di prima accoglienza, residenziale che offre un trattamento specifico per giovani adulti, maschi e femmine, dipendenti da Crack. Il trattamento offerto integra il supporto psicologico, quello socio educativo e quello medico. Il percorso è multifasico è dura mediamente dai sei ai nove mesi accompagnando poi in un'ulteriore fase di reinserimento. Il servizio ad oggi costituisce un unicum nel panorama dei trattamenti alle dipendenze in Italia. La specificità del Crack viene ampiamente spiegata nell'elaborato e impone di trattare un'astinenza che ha una bassa intensità sul piano fisico e molto alta sul piano cognitivo. Lo strumento dell'ipnosi si ritiene utile soprattutto nella gestione dell'ansia, sul supporto alle strategie di coping e sulla possibilità di orientare il cambiamento, propedeutico alla remissione, anche sul piano più identitario e motivazionale. Il parametro che si è scelto di osservare è la possibilità che l'ansia di stato possa nel tempo degradare a fronte della stabilità dell'ansia di stato. A tal fine si è deciso di adottare l'utilizzo del test STAI-Y che misura queste due declinazioni dello stato ansioso. La divisione in un gruppo su cui testare lo strumento di ipnosi ha visto delle difficoltà per la presenza di comorbidità psichiatrica in parte del gruppo, per disomogeneità nell'inizio del trattamento al Centro Crisi, e per il numero di

drop out dal trattamento soprattutto nella prima parte del percorso. La difficoltà dei dati fino a qui raccolti è data soprattutto per la concomitante presenza di terapia farmacologica con stabilizzatori, ansiolitici e neurolettici. La terapia inoltre cambia nel tempo per ciascun paziente a seconda delle scelte della psichiatra dell'equipe. L'ipnosi è parte di una serie di strumenti e attività che costituiscono l'offerta terapeutica (meditazione, yoga, colloqui individuali, gruppi, teatro, montagna terapia e numerose attività sportive). La specificità della materia comporta un basso numero di riferimenti in letteratura e ancorà più scarno nella specificità del trattamento al crack. Ad oggi il progetto avviato costituisce la base per un progetto molto più ampio nel tempo e nell'inclusione del numero dei pazienti trattati. Ad oggi però l'esperienza del trattamento con l'ipnosi sta fornendo risposte molto confortanti che inducono ad investire molto in futuro su tale strumento.

Introduzione

Il presente elaborato affronta l'adozione della Comunicazione ipnotica strutturata in un primo protocollo psicoeducativo presso la struttura residenziale di osservazione, diagnosi e trattamento dedicata a giovani in fascia 18-28 con problematiche di dipendenza da Crack. La struttura afferente alla Fondazione Gruppo Abele di Torino è denominata Molo 18 ed è autorizzata al funzionamento da parte dell'Asl e accreditata come Centro Crisi. All'interno del percorso trattamentale offerto, che ha durata di circa 6-9 mesi, la Comunicazione ipnotica è usata prevalentemente nella gestione del craving da Crack e in particolare per far fronte all'attivazione che l'astinenza produce. Il progetto del Centro è stato scritto ed è coordinato da me. Attualmente si pone come unico progetto con queste caratteristiche in Italia. La Struttura ha una capienza di 15 persone, maschi e femmine ed è situata in Via Pacini 18. Si dispone in circa 800 mq con spazi comuni, una cucina, due uffici, una stanza medici e infermeria una stanza colloqui e diverse stanze singole o doppie.

Il Gruppo Abele: storia e trasformazione in Fondazione

Il Gruppo Abele nasce a Torino nel 1965 per iniziativa di don Luigi Ciotti, giovane sacerdote impegnato a dare risposte concrete alle situazioni di emarginazione e disagio sociale che si manifestavano, in quegli anni, con crescente evidenza nelle aree periferiche della città. Fin dall'inizio, l'azione del Gruppo si è ispirata a una visione inclusiva e comunitaria dell'intervento sociale, con l'obiettivo di offrire non solo assistenza materiale, ma anche accompagnamento relazionale, dignità e cittadinanza alle persone escluse o vulnerabili. Nel corso dei decenni, l'organizzazione ha progressivamente ampliato la propria area di intervento, occupandosi di tematiche e popolazioni diverse: persone con dipendenze, minori in difficoltà, detenuti ed ex detenuti, migranti, vittime di tratta, donne in condizione di violenza, senza dimora, giovani a rischio e famiglie fragili. A ciò si è affiancata un'intensa attività di sensibilizzazione, educazione alla legalità e promozione dei diritti, svolta attraverso campagne, pubblicazioni, attività formative e lavoro di rete con il mondo della scuola, della politica e del volontariato. L'approccio del Gruppo Abele ha sempre cercato di coniugare il lavoro concreto sul campo con una riflessione critica sui contesti sociali e culturali che generano esclusione. L'attenzione alla persona, alla relazione d'aiuto e alla comunità come spazio di cura ha caratterizzato l'operatività dell'associazione, che ha spesso anticipato o influenzato l'evoluzione delle politiche sociali e sanitarie italiane, in particolare nell'ambito delle dipendenze, della marginalità urbana e dell'accoglienza. Nel 2023, il Gruppo Abele ha intrapreso un importante processo di trasformazione istituzionale, divenendo a tutti gli effetti una Fondazione. Questo passaggio ha rappresentato un'evoluzione naturale della storia dell'organizzazione, volta a consolidarne l'identità, garantire continuità progettuale e rafforzare la capacità di incidere nelle politiche sociali in un contesto sempre più complesso. La trasformazione in Fondazione ha permesso di unificare le diverse anime dell'ente – operativa, culturale, educativa e politica – sotto un'unica struttura giuridica, mantenendo però la coerenza con i valori fondativi: prossimità, giustizia sociale, solidarietà e responsabilità collettiva.

Il contributo del Gruppo Abele di Torino nel trattamento delle dipendenze

Il Gruppo Abele rappresenta una delle esperienze più significative in Italia nell'ambito della presa in carico, cura e reinserimento di persone con problematiche di dipendenza. Nato originariamente come iniziativa rivolta a giovani in situazione di marginalità, ex detenuti e soggetti a rischio di devianza, il Gruppo Abele si è progressivamente evoluto fino a diventare un punto di riferimento nazionale nella lotta alla tossicodipendenza, distinguendosi per una visione integrata e comunitaria del trattamento che pone la persona al centro del trattamento. L'intervento del Gruppo Abele si caratterizza fin dalle origini per un'impostazione che integra dimensione terapeutica, educativa e relazionale, superando la tradizionale dicotomia tra modello medico e modello repressivo. Al centro dell'intervento viene posta la persona, con la sua storia, le sue vulnerabilità e potenzialità, e non semplicemente la sua dipendenza come sintomo.

Questo approccio si sviluppa attraverso:

- Comunità terapeutiche residenziali, dove l'esperienza di vita condivisa, la responsabilizzazione e la costruzione di legami significativi costituiscono strumenti fondamentali del processo di cambiamento.
- Percorsi individualizzati di cura, che integrano interventi psicologici, psicoterapeutici e psicoeducativi, con una forte attenzione alle dinamiche motivazionali e al lavoro sulle rappresentazioni del sé.
- Lavoro di équipe multidisciplinare, che include educatori, psicologi, psicoterapeuti, medici e assistenti sociali, in una prospettiva bio-psico-sociale.
- Accompagnamento al reinserimento socio lavorativo, attraverso il supporto nel post trattamento e la nascita di cooperative confluite nel Consorzio Abele lavoro
- L'adozione di un approccio Sistemico, che vede la persona dipendente come colei che porta spesso il sintomo di un disagio contestuale. Tale approccio prevede anche il supporto al contesto che si riverbera ad esempio nella possibilità di incontro anche per le famiglie delle persone che dipendono

Uno degli assi portanti dell'intervento del Gruppo Abele è rappresentato dalla relazione d'aiuto, intesa come spazio di fiducia e riconoscimento reciproco. In questa cornice, l'operatore non è soltanto un tecnico, ma una figura di riferimento che accompagna l'individuo nella costruzione di un nuovo senso di sé, nella rielaborazione delle proprie esperienze traumatiche, e nella definizione di progetti di vita alternativi all'uso di sostanze. Accanto alle comunità residenziali, il Gruppo Abele ha sviluppato nel tempo numerosi servizi di bassa soglia ovvero con rapida possibilità di accesso e di riduzione del danno, anticipando molte delle linee guida oggi riconosciute a livello internazionale (ad esempio da WHO e EMCDDA).

Tali servizi includono:

- Unità mobili di strada, attive nei contesti urbani più marginali, con funzione di primo contatto, ascolto e orientamento.
- Drop-in per consumatori attivi, dove è possibile ricevere supporto sanitario, consulenze psicologiche, materiale sterile e informazione sui rischi legati all'uso.
- Programmi di accompagnamento psicologico e sociale, anche in assenza di astinenza, basati sull'accettazione incondizionata della persona e sul principio del "danno minimo".

Il lavoro del Gruppo Abele si estende anche all'ambito della prevenzione primaria e secondaria, attraverso:

- Progetti nelle scuole e nei contesti giovanili.
- Interventi informativi e formativi.
- Sostegno alle famiglie.
- Attività di sensibilizzazione e promozione di stili di vita sani.

In questi interventi, il focus psicologico è centrato sull'autoconsapevolezza, sulla costruzione dell'identità, sulle abilità di coping, e sulla valorizzazione delle risorse personali e relazionali.

Accanto all'operatività sul campo, il Gruppo Abele ha sempre promosso una lettura critica e sistemica del fenomeno delle dipendenze, ponendo l'accento sui fattori di rischio di natura sociale, relazionale ed esistenziale. In questa prospettiva, la dipendenza non è letta

unicamente come patologia individuale, ma come esito multifattoriale di processi di esclusione, disgregazione del legame sociale, e povertà educativa ed affettiva.

Il lavoro psicologico si inserisce quindi in un progetto più ampio di ricostruzione del senso, di reinserimento sociale e di empowerment individuale.

Gli obiettivi della ricerca e domande guida

la domanda che ha guidato il presente studio verteva sulla possibilità di usare l'ipnosi in un trattamento integrato specifico per la remissione dal Crack per giovani pazienti dipendenti in trattamento residenziale.

Nello specifico l'idea è quella di coglierne l'utilità nella gestione di tre fattori centrali:

1. La gestione dell'ansia legata allo stato di craving dalla sostanza tenendo presenza che l'astinenza dal crack pur non avendo grandi attivazioni dal punto di vista fisico ha invece dei grandissimi picchi sul piano cognitivo
2. Migliorare le strategie di coping nella gestione del periodo di stabilizzazione e remissione iniziale
3. Contribuire al lavoro attraverso il piano immaginativo e simbolico sulla motivazione intrinseca a non usare più sostanze psicotrope, alimentando la possibilità di "sognarsi" e immaginarsi altro

Concetti chiave e revisione della letteratura

Il crack

Meccanismi neurobiologici della dipendenza da crack

Il crack, forma cristallina e fumabile della cocaina, si distingue per la rapidità e l'intensità con cui esercita i suoi effetti sul sistema nervoso centrale. L'assunzione per via inalatoria consente alla sostanza di raggiungere il cervello nel giro di pochi secondi, provocando un'intensa sensazione di euforia – il cosiddetto “rush” – che ha una durata molto breve, generalmente compresa tra i cinque e i dieci minuti. Tale rapidità d'azione contribuisce significativamente al potenziale fortemente additivo della sostanza. Il crack agisce in modo diretto sul sistema mesolimbico dopaminergico, circuito cerebrale cruciale nella regolazione del piacere e del comportamento motivato. In particolare, la sostanza blocca il riassorbimento (reuptake) della dopamina a livello delle sinapsi, provocandone un'elevata concentrazione extracellulare, soprattutto nel nucleo accumbens, area considerata centrale nella codifica della ricompensa. Questo meccanismo determina una iperstimolazione dopaminergica, responsabile dell'euforia intensa percepita dal consumatore. Tuttavia, l'esposizione ripetuta a questi picchi di dopamina altera progressivamente la sensibilità dei recettori dopaminergici e la funzionalità del sistema di ricompensa, favorendo lo sviluppo di tolleranza e incrementando la frequenza e la quantità di consumo. Contestualmente, si assiste a un rafforzamento del craving, ovvero del desiderio compulsivo di ricorrere alla sostanza, anche in risposta a stimoli ambientali o emotivi associati all'uso. Un altro snodo fondamentale nella comprensione della dipendenza da crack è rappresentato dall'amigdala, struttura cerebrale deputata alla regolazione delle emozioni, in particolare quelle legate a paura, ansia e apprendimento emotivo. L'amigdala contribuisce a creare associazioni emotive potenti tra l'atto del consumo e le sensazioni di piacere, consolidando memorie affettive che spingono alla ripetizione del comportamento.

Nel corso dell'uso cronico, l'alterazione delle dinamiche funzionali dell'amigdala può indurre uno stato di iperattivazione ansiosa nei periodi di astinenza, che agisce come ulteriore fattore di vulnerabilità al ricorso alla sostanza, nel tentativo di modulare emozioni

spiacevoli. Questo processo circolare contribuisce a mantenere e rinforzare il comportamento di dipendenza.

Oltre agli effetti neurochimici, il crack compromette le funzioni cognitive superiori, in particolare quelle legate all'autoregolazione, alla pianificazione e al controllo degli impulsi. Le alterazioni indotte dall'uso prolungato compromettono le aree corticali prefrontali, determinando una progressiva perdita del controllo volontario sul comportamento di consumo, a dispetto della consapevolezza delle conseguenze negative. La dipendenza si sviluppa e si consolida, quindi, attraverso un insieme complesso di fattori neurobiologici, psicologici e ambientali, tra cui spiccano:

- la ricompensa rapida e intensa prodotta dalla sostanza,
- lo sviluppo della tolleranza e del craving,
- la vulnerabilità emotiva mediata dall'amigdala,
- il deterioramento delle capacità decisionali e inibitorie.

L'intervento psicologico, in questo contesto, assume un ruolo cruciale nel ricostruire la capacità del soggetto di riconoscere i propri bisogni, regolare le emozioni, sviluppare strategie alternative al consumo e rielaborare i legami simbolici ed emotivi con la sostanza.

Bibliografia

- Invernizzi, R. W., & Samanin, R. (2006). Neurobiologia delle dipendenze: dalla dopamina alla motivazione. Psicofarmacologia oggi, FrancoAngeli.
- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2006). Neurobiologia delle dipendenze. Cortina Editore.
- NIDA – National Institute on Drug Abuse (2018). Le basi neuroscientifiche della dipendenza. Versione italiana a cura del Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Diffusione del crack nel mondo e in Italia

Il crack rappresenta una delle forme più pericolose di consumo di cocaina, in quanto unisce l'elevata potenza psicoattiva della sostanza alla modalità di assunzione fumata, che ne favorisce un assorbimento rapidissimo e quindi un alto potenziale di dipendenza. La diffusione del crack ha avuto una storia differenziata a livello globale, riflettendo sia dinamiche socio-economiche che specifiche vulnerabilità territoriali e culturali.

A livello globale

La diffusione del crack si è originata negli Stati Uniti negli anni Ottanta, in particolare nelle aree urbane più povere, dove il basso costo della sostanza rispetto alla cocaina in polvere e la rapidità degli effetti hanno favorito il suo utilizzo. In contesti come New York, Los Angeles e Chicago, l'emergenza crack ha avuto impatti profondi sul piano sanitario, sociale e criminale, contribuendo all'aumento della marginalizzazione e all'inasprimento delle politiche penali.

Successivamente, l'uso di crack si è esteso in altri contesti urbani e metropolitani in America Latina, Africa e in alcuni Paesi europei. In Brasile, ad esempio, il consumo di crack è esploso negli ultimi due decenni, con il formarsi di vere e proprie "cracolandie" (zone urbane segnate da un uso massivo e visibile), in particolare nelle grandi città come San Paolo o Rio de Janeiro.

In Europa

In Europa, il consumo di crack è stato inizialmente meno rilevante rispetto agli Stati Uniti, ma ha conosciuto un incremento negli ultimi anni, soprattutto in specifici contesti urbani di Francia, Regno Unito, Paesi Bassi e Irlanda. Secondo l'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (EMCDDA), si registra una crescita nella domanda di trattamenti per uso di cocaina freebase o crack, in particolare tra popolazioni con elevata vulnerabilità socioeconomica, spesso senza fissa dimora o con problematiche psichiatriche.

In Italia

Nel contesto italiano, l'uso di crack è rimasto per lungo tempo marginale rispetto ad altre sostanze, ma negli ultimi anni si osservano segnali di crescita e cambiamento del fenomeno, soprattutto nelle aree metropolitane del Centro-Nord come Milano, Torino, Bologna e Roma. La sostanza è spesso associata a contesti di grave marginalità, policonsumo e condizioni di disagio psichico e sociale.

I dati più recenti del Dipartimento per le Politiche Antidroga e del Sistema Nazionale di Allerta Precoce indicano un aumento delle segnalazioni relative al consumo di crack, anche nei servizi di bassa soglia e nelle unità mobili. L'utilizzo della sostanza è talvolta sottostimato, anche per motivi legati alla reticenza degli utenti, alla frammentazione dei servizi e alla difficoltà di rilevare consumi sommersi. Inoltre, il crack in Italia viene sempre più spesso preparato artigianalmente a partire da cocaina cloridrato, utilizzando bicarbonato o ammoniaca, il che ne facilita la diffusione anche tra soggetti che in precedenza consumavano cocaina solo per via nasale.

Situazione attuale del crack in Italia: diffusione, accesso ai servizi e trattamenti attivati

La Relazione al Parlamento 2024 evidenzia un dato significativo: tra il 2017 e il 2023, la percentuale media di principio attivo nei campioni di crack sequestrati è passata dal 57% all'87%, indicando una maggiore purezza e potenziale pericolosità della sostanza.

A livello sanitario e assistenziale, il crack ha un impatto crescente sui sistemi di cura. Nel 2023 si è registrato:

- un aumento della quota di persone in carico ai Ser.D. per cocaina/crack, che è salita dal 51% al 55% rispetto all'anno precedente;
- un incremento dei percorsi terapeutici attivati per uso primario di cocaina/crack presso le strutture riabilitative del privato sociale, che hanno raggiunto il 40% del totale.

Il Sistema dei Servizi per le Dipendenze (Ser.D.) ha assistito 132.200 pazienti nel 2023. Le sostanze per le quali le persone sono state trattate coincidono quasi sempre con quelle di primo uso, tra cui il crack è oggi considerato un motore emergente della domanda di trattamento.

In parallelo, si osserva:

- un aumento dei ricoveri ospedalieri droga-correlati dovuti a cocaina/crack, che rappresentano oggi il 25% dei ricoveri totali legati a sostanze (erano il 12% dieci anni fa);
- una crescita dei decessi attribuiti a intossicazione acuta da cocaina/crack, che nel 2023 hanno superato il 32% dei decessi droga-correlati con sostanza specificata, secondo i dati delle Tossicologie Forensi.

Questi numeri confermano la trasformazione del panorama delle dipendenze in Italia, con un declino relativo dell'eroina e una crescita delle problematiche legate alla cocaina in forma base (crack). Il fenomeno si caratterizza per l'alta incidenza tra persone in condizioni di marginalità estrema, consumo compulsivo e forte comorbidità psichiatrica.

In risposta a queste sfide, il sistema dei servizi ha rafforzato:

- le comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali;
- i programmi di trattamento integrato, con interventi psicologici e psicoeducativi specifici;
- le attività di prevenzione nei contesti scolastici e territoriali;
- i servizi di prossimità e riduzione del danno, attivi soprattutto nelle grandi città.

Si conferma tuttavia una disomogeneità territoriale nella distribuzione e nell'accessibilità dei servizi, con un forte divario Nord-Sud in termini di offerta e capillarità degli interventi.

Sitografia

- Dipartimento per le Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri.
<https://www.politicheantidroga.gov.it>
- Sistema Nazionale di Allerta Precoce (SNAP).
<https://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/allerta-precoce>

- EMCDDA – Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze.
<https://www.emcdda.europa.eu>
- NIDA – National Institute on Drug Abuse.
<https://nida.nih.gov>
- UNODC – Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine.
<https://www.unodc.org/unodc/it/data-and-analysis/statistics.html>
- Gruppo Abele – Documentazione e ricerche su droghe e marginalità.
<https://www.gruppoabele.org>
- Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Politiche Antidroga (2024). Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2024.
<https://www.politicheantidroga.gov.it>

L'astinenza da Crack

L'astinenza da crack: sintomi, durata e confronto con l'astinenza da eroina

L'astinenza da crack si configura come una sindrome psico-fisiologica complessa, prevalentemente di tipo psicogeno, legata alla brusca interruzione dell'assunzione della sostanza dopo un uso prolungato o intensivo. A differenza degli oppiacei, il cui ritiro provoca manifestazioni fisiche evidenti e spesso drammatiche, l'astinenza da crack è caratterizzata da sintomi emotivo-cognitivi intensi e da una forte instabilità psicologica, che rappresenta una sfida importante nel trattamento terapeutico. L'astinenza da crack non provoca i famosi sintomi astinenziali manifestati da brividi, febbre ossea, dolori muscolari intensi, vomito o dissenteria preservando quasi del tutto il fisico da dolori o manifestazioni fastidiose tuttavia provoca una fortissima attivazione di tipo psicologico che si manifesta in fortissima irritabilità, irrequietezza, paura, attacchi di ansia o panico. Il disagio psichico sembra potersi placare solo con una nuova assunzione di crack.

Sintomi dell'astinenza da crack

L'astinenza da crack si presenta generalmente in tre fasi:

1. Crash iniziale (prima fase: 12–72 ore)
 - Profonda spossatezza fisica e mentale

- Anedonia (incapacità di provare piacere)
- Irritabilità, ansia e depressione acuta
- Desiderio intenso (craving) per la sostanza
- Ipersonnia o sonno disturbato con incubi vividi
- Ipersensibilità emotiva e disforia

2. Fase intermedia (da 1 a 10 giorni)

- Craving fluttuante
- Umore depresso persistente
- Difficoltà cognitive, in particolare attenzione e memoria di lavoro
- Sintomi di tipo ansioso o paranoide
- Irritabilità e aggressività latente

3. Fase tardiva o di estinzione (settimane–mesi)

- Craving episodico e ricorrente
- Vulnerabilità a fattori ambientali scatenanti (cue reactivity)
- Persistente labilità emotiva
- Episodi di dissociazione affettiva o flashback emotivi
- In alcuni casi: sintomatologia psicotica residuale

Durata dell'astinenza da crack

La fase acuta dell'astinenza da crack si esaurisce generalmente entro una o due settimane, ma i sintomi psicologici residui possono perdurare per settimane o mesi. Questo fenomeno, noto come sindrome da astinenza prolungata, si manifesta con alterazioni del tono dell'umore, disturbi del sonno, impulsività e craving episodico, rappresentando un fattore di rischio elevato per la ricaduta.

In conclusione si rileva che se il quadro sintomatologico dell'astinenza da eroina (o dal Metadone, usato come sostanza antagonista nel trattamento finalizzato alla sua remissione) è dominato da manifestazioni somatiche drammatiche (mialgie, crampi, lacrimazione, sudorazione profusa, nausea), ma tendenzialmente autolimitanti. Al contrario, l'astinenza da crack, pur essendo meno visibile, comporta una rilevante compromissione psichica, con intensi vissuti di vuoto, disperazione e ansia, che possono richiedere un monitoraggio psicologico e farmacologico attento. Si rileva come oggi non esista un farmaco antagonista per il Crack come ad esempio il Metadone o la

Bupremorfina per l'eroina. Questa situazione rende ancora più dura la disassuefazione e la tenuta in astinenza.

Bibliografia essenziale

- Koob, G. F., & Le Moal, M. (2006). Neurobiologia delle dipendenze. Milano: Cortina Editore.
- Invernizzi, R. W., & Samanin, R. (2006). Psicofarmacologia delle dipendenze. FrancoAngeli.

Il trattamento del Molo 18

Il Centro di Osservazione diagnosi e trattamento delle dipendenze, ovvero Centro Crisi Molo 18 del Gruppo Abele apre il 10 gennaio 2024 con un progetto molto innovativo.

Facendo un passo indietro il Centro Crisi è in realtà un progetto attivo nell'attuale sede dagli anni 90 ed è stato aperto per la prima volta come primo centro specifico antidroga in Italia nel 1973 ¹con il nome di Molo 53. Il Centro Crisi nella sua storica "mission" ha da sempre accolto policonsumatori maggiorenni dipendenti in prevalenza dall'eroina che iniziavano un percorso di disassuefazione intraprendendo uno scalare con il Metadone². Il percorso era strutturato da una permanenza di circa 3- 6 mesi e il supporto era solitamente dedicato all'accompagnamento durante la fase di astinenza altrimenti chiamata "carezza" o "craving".

I sintomi classici erano per lo più di natura corporea con aumento della frequenza respiratoria, sudorazione, sbadigli, lacrimazione, tremori, contrazioni muscolari, febbre, brividi ecc.

Il progetto del Centro Crisi ha avuto un momento di grande difficoltà durante il periodo del Covid fino a quando la difficoltà di aderire alle numerose procedure per la sicurezza della salute imposte in quel periodo insieme ad una contrazione del numero delle richieste di inserimenti ha comportato la temporanea cessazione del Servizio. Si è attivato un momento di forte ripensamento sul senso del servizio e l'Associazione Gruppo Abele ha

¹ Perché ubicato in via Verdi 53 a Torino

² Farmaco oppioide sintetico usato per la disintossicazione da oppiacei

deciso di intraprendere un periodo di mappatura dei nuovi bisogni emergenti dal territorio in ambito dipendenze.

In coerenza con l'ultima relazione annuale sullo stato delle dipendenze trattata sopra e con ciò che emergeva dalla mappatura fatta dal Servizio dell'Unità di Strada e drop in è risultata evidente il fatto che ci fosse a Torino (come in gran parte del resto di Italia) una particolare emergenza che stava coinvolgendo un forte uso di Crack anche, ma non solo, nella popolazione di giovani e giovanissimi.

Il Crack pur essendo una sostanza diffusa già dagli anni 80 nel mondo ha avuto in questi ultimi anni una forte riscoperta. A differenza dell'eroina si usa anziché per via iniettiva, attraverso delle "pipette" di facile reperimento o auto fabbricazione. Offre quindi una modalità di consumo meno "aggressiva" di quella attraverso le siringhe. È inoltre una sostanza inodore quando fumata, di un costo relativamente basso, attualmente molto spinta sulle piazze di spaccio dal narcotraffico, che può essere consumata facilmente in vari contesti. Il crack consente inoltre numerose fumate con un apparente minor rischio di overdose rispetto all'Eroina.

[Il nuovo progetto del Centro Crisi](#)

il nuovo progetto del Centro Crisi è così stato rivolto a giovani in fascia 18-28 anni policonsumatori ma con sostanza d'elezione il crack.

Nel policonsumo ci può essere una concomitante assunzione di altre sostanze quali Cocaina, Ketamina, alcool e farmaci, in prevalenza benzodiazepine.

Il nome Molo 18 vuole da una parte richiamare il nome del primo, innovativo, servizio per le dipendenze del Gruppo Abele (Molo 53). Il 18 fa riferimento al target dell'età di riferimento ma anche al fatto che il servizio sia ubicato in via Pacini 18. Il Molo fa riferimento alla possibilità di avere un posto che favorisce "l'attracco" in un momento di grande difficoltà.

L'equipè multidisciplinare è composta da un Responsabile psicologo, altri cinque psicologi/ ghe , tre edutori ed educatrici professionali, un' infermiera, un medico di base e una psichiatra.

L'intervento è di tipo psico socio educativo ed ha una durata di circa sei/ nove mesi.

La capienza della struttura è di quindi posti misti e le accoglienze pur privilegiando il territorio piemontese avvengono anche dal resto d'Italia.

Nel momento in cui scrivo sono stati accolti cinquantuno ragazzi e ragazze.

L'intervento prevede:

- un percorso di supporto psicologico individuale con uno psicologo di riferimento
- un percorso di supporto educativo con un educatore di riferimento
- un percorso di supporto attraverso la partecipazione a gruppi di supporto
- un percorso di supporto alla famiglia
- la partecipazione ad attività giornaliere
- un supporto di tipo più sanitario e farmacologico

[allontanarsi dal Crack per andare dove? La piramide dei bisogni di Rober Dilts e Maslow](#)

il percorso al Molo 18 mira, come detto, alla remissione dall'uso di Crack, o perlomeno a garantire un momento di forte distacco dalla sostanza nell'ottica della riduzione del danno che il crack comporta nella vita di chi lo usa.

Se i percorsi orientati all'uso di eroina e al conseguente scalare del Metadone come farmaco d'elezione per il contenimento del craving consentivano un tempo sufficiente per impostare un percorso senza che ci fosse una grande attivazione verso la sostanza dovuta alla stabilizzazione attraverso il metadone, oggi invece non essendoci un farmaco analogo per il crack, il craving appare fortissimo non appena si inizia il percorso di disassuefazione.

L'equipè ha pertanto bisogno di instaurare in poco tempo una relazione calda che consenta un rapporto di fiducia verso il Centro e verso il trattamento. Le prime settimane impongono cos' un periodo in cui è necessario attingere alla propria forza di volontà e alla propria motivazione per non cadere al richiamo della sostanza. Si evince da subito la necessità di apprendere delle

strategie, anche semplici per superare le crisi che come detto attingono più alle dimensioni emotiva e cognitiva che fisica.

In questo quadro si rende evidente la necessità di imparare a controllare alcune manifestazioni quali ansia, tachicardia, pensiero ricorrente. È in questo quadro che l'ipnosi, di cui parlerò in seguito, rappresenta un'opportunità insieme ad altri strumenti.

In particolare l'equipè propone strumenti strutturati e gruppali per gestire l'attivazione quali la Mindfulness e lo yoga oltre che altri momenti di meditazione.

Mindfulness, Yoga e Meditazione nella gestione dell'ansia e nel radicamento al qui ed ora

La mindfulness è la consapevolezza che emerge dal prestare attenzione, intenzionalmente e senza giudizio, al momento presente.

(Kabat-Zinn, 1990)

Si è dimostrata efficace nella gestione dell'ansia in quanto:

- Riduce la ruminazione e la reattività automatica ai pensieri ansiosi
- Migliora la regolazione emotiva e la tolleranza dell'incertezza
- Favorisce una modalità di osservazione "meta-cognitiva" dei pensieri ansiosi

Alcuni protocolli di intervento basati sulla mindfulness sono ad esempio il

- MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction): protocollo in 8 settimane per la riduzione dello stress e dell'ansia
- MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): utilizzato soprattutto nella prevenzione delle ricadute depressive ma anche nei disturbi d'ansia

La meditazione è invece una pratica che favorisce diversi effetti sull'ansia e quindi aiuta nel supporto al coping in quanto ad esempio ristruttura la relazione con i pensieri e le emozioni, rende possibile una presenza mentale stabile nel "qui e ora" e riduce l'attività dell'amigdala e favorisce il funzionamento della corteccia prefrontale

Al molo 18 si è scelta la proposta di un'attività in cui un volontario esperto propone una meditazione guidata utile nei primi approcci con soggetti iperattivi.

La meditazione aiuta a stare nel qui ed ora ed assumere uno sguardo non giudicante. Aiuta inoltre i pazienti in trattamento a stare in un tempo apparentemente vuoto, spesso considerato foriero di noia o di "brutti pensieri".

Bibliografia

- Kabat-Zinn, J. (2010). Dovunque tu vada, ci sei già. Milano: TEA.
- Kabat-Zinn, J. (2006). Vivere momento per momento. Mindfulness e riduzione dello stress. Milano: TEA.
- Didonna, F. (a cura di). (2009). Mindfulness. Verso una psicoterapia integrata. Milano: FrancoAngeli.

Altre attività proposte: la funzione dello sport.

L'attività sportiva, inserita in modo strutturato e consapevole in un programma terapeutico per giovani adulti in disintossicazione dal crack, rappresenta uno strumento regolativo, neurobiologico e motivazionale di straordinaria efficacia. In soggetti sotto i 28 anni, come quelli accolti dal Molo 18, spesso caratterizzati da profili impulsivi, disregolazione dopaminergica e forte instabilità nei ritmi sonno-veglia, lo sport può agire su più piani simultaneamente, favorendo il recupero non solo fisico, ma anche psichico e identitario.

Lo sport facilita la regolazione della dopamina e del sistema della ricompensa. Il consumo di crack infatti è un potente stimolante dopaminergico e produce una forte "upregulation" della dopamina extracellulare nel circuito mesolimbico (nucleus accumbens, amigdala, corteccia prefrontale). Tuttavia, tale iperstimolazione è seguita da un crollo funzionale (downregulation), che porta a anedonia, apatia e craving persistente.

L'esercizio fisico aumenta in modo naturale e graduale il rilascio di dopamina, serotonina e endorfine e stimola l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene migliorando il tono dell'umore attivando inoltre i circuiti cerebrali alternativi al consumo e facilitando la ricostruzione di una motivazione intrinseca. In particolare, attività aerobiche di media intensità (corsa, nuoto, basket) incrementano la dopamina in modo fisiologico, riducendo l'urgenza del craving e promuovendo sensazioni di benessere corporeo e mentale.

Lo sport inoltre supporta lo sviluppo dell'autoefficacia e della percezione di competenza. Il giovane dipendente da crack spesso ha un profilo identitario frammentato, ha vissuto fallimenti scolastici, relazionali e personali, e presenta un senso di impotenza appresa e bassa stima di sé.

La pratica sportiva restituisce così una dimensione di controllo, permette esperienze incrementali di successo, migliorando l'autoefficacia (Bandura, 1997) e agisce sul senso di competenza personale, rinforzando il Sé attivo, capace e presente.

Nei contesti di comunità, lo sport può diventare setting di ristrutturazione narrativa, dove il giovane non è più "il tossicodipendente", ma "il compagno di squadra", "il portiere", "colui che ha resistito 30 minuti di corsa".

Apprendimento dell'autoregolazione dell'energia

Il crack induce nel soggetto pattern di comportamento estremamente discontinui: periodi di intensa iperattività e stati di prostrazione psico-fisica. La pratica sportiva abitua gradualmente a un uso più saggio e calibrato dell'energia vitale.

Lo sport in tale accezione abitua a ridosare lo sforzo, evitando il "tutto e subito", favorendo la costanza e il rispetto di micro-obiettivi e rende evidente il legame tra disciplina e beneficio, spostando il focus dall'urgenza al progetto.

Riequilibrio del ritmo sonno-veglia

Un ulteriore vantaggio della pratica sportiva all'interno del percorso comunitario mira a riequilibrare il ciclo sonno-veglia che è uno degli assi più danneggiati nei consumatori

cronici di crack, spesso soggetti a insonnia, inversione del ritmo circadiano e affaticamento diurno.

Lo sport infatti regola in modo naturale la secrezione di melatonina e cortisolo, facilitando l'addormentamento

Implicazioni relazionali ed educative

Infine, in un contesto comunitario, l'attività sportiva diventa uno spazio di relazione positiva, di socializzazione "non tossica" e di cooperazione, essenziali nel percorso di rieducazione sociale del giovane.

Elenco degli sport proposti durante il percorso presso il Molo 18

- Calcio
- Beach volley
- Nuoto
- Running
- Basket
- Cross fit
- Arrampicata
- Montagna terapia
- Pugilato

[Andare via da per andare dove?](#)

Un pensiero al centro del programma del Molo 18 si basa sul pensiero che attivare la forza di volontà per resistere al craving sia solo l'inizio.

Come ho descritto una grande parte del percorso aiuta e supporta i beneficiari nello stare nel "qui ed ora" attraverso supporti quali la mindfulness, la meditazione e l'ipnosi.

Le attività sportive supportano il riequilibrio di dopamina e il senso di autoefficacia.

Parte fondamentale del percorso dopo i primi mesi di stabilizzazione è quella rivolta a comprendere oltre che quello da cui ci si vuole allontanare, dove orientare i propri sogni e

obiettivi per rispondere alla domanda: “cosa conta abbastanza per me e per la mia vita che renda l'utilizzo di sostanze incongruo o non coerente con le mie scelte?”.

Da questo punto di vista le due teorie che posso citare sono quelle di Robert Dilts e di Maslow. I Livelli logici del cambiamento (Dilts) e piramide di Maslow: due mappe per l'accesso alla consapevolezza e al cambiamento profondo

Il cambiamento autentico e duraturo raramente si ottiene agendo solo sui comportamenti osservabili. Per innescare trasformazioni che siano sostenibili nel tempo, occorre salire di livello, ovvero accedere a dimensioni più profonde della motivazione, della consapevolezza e del senso di identità. In questo senso, le teorie di Robert Dilts (livelli logici del cambiamento) e di Abraham Maslow (gerarchia dei bisogni) possono essere lette in modo sinergico come due strumenti complementari per comprendere e accompagnare i percorsi di cambiamento.

La piramide dei bisogni di Maslow: dalla sopravvivenza alla realizzazione di sé

Secondo Maslow, la spinta motivazionale umana segue una gerarchia, che parte dai bisogni fondamentali (fisiologici, sicurezza) per poi ascendere a quelli psicosociali (appartenenza, stima) e culminare nella piena realizzazione del proprio potenziale.

Questo modello suggerisce che la motivazione cambia natura man mano che si soddisfano i bisogni di base: da una motivazione estrinseca, orientata alla sopravvivenza o al riconoscimento sociale, si passa a una motivazione intrinseca, spinta dal desiderio di esprimere la propria identità, i propri valori e la propria passione.

I livelli logici del cambiamento (Dilts): da cosa fai a chi sei

Robert Dilts, nell'ambito della PNL (Programmazione Neuro-Linguistica), ha elaborato un modello gerarchico dei livelli del cambiamento che si articola in:

1. Ambiente (dove e quando)

2. Comportamenti (che cosa fai)
3. Capacità (come lo fai)
4. Valori e convinzioni (perché lo fai)
5. Identità (chi sei)
6. Spiritualità o appartenenza (a che cosa appartieni, per chi lo fai)

Secondo Dilts, il cambiamento è tanto più profondo e duraturo quanto più avviene a livelli alti della piramide, dove entrano in gioco la visione di sé, i propri valori, il senso di scopo e la connessione a qualcosa di più grande.

Letti in chiave integrata, Maslow e Dilts ci offrono una lettura multilivello del cambiamento, in cui:

- I bisogni di Maslow rappresentano il motore motivazionale che alimenta l'energia del cambiamento;
- I livelli logici di Dilts offrono una mappa strutturale che descrive dove si colloca il cambiamento (e dove eventualmente si blocca).

Quando una persona si trova nei livelli più bassi di Maslow (fame, sicurezza), è più probabile che agisca solo su ambiente e comportamento (primi livelli di Dilts), con una motivazione estrinseca. Quando invece sale verso bisogni di autostima, appartenenza e autorealizzazione, diventa possibile operare su valori, identità, scopo, generando una trasformazione intrinsecamente motivata e più stabile.

La vetta: quando il cambiamento tocca la passione, l'identità e il senso

In entrambi i modelli, si arriva infine a un punto in cui il cambiamento non è più un "fare" ma un "essere". Non si cambia solo per ottenere qualcosa, ma perché quel cambiamento rappresenta chi siamo.

Quando il cambiamento accade a questi livelli:

- Si attiva la motivazione intrinseca;

- Si supera la semplice adesione a regole esterne o premi;
- Si entra in uno stato in cui scelte, emozioni, valori e azioni sono allineati, generando coerenza e significato.

Riferimenti bibliografici

- Bandura, A. (1997). Autoefficacia. Teoria e applicazioni. Erickson.
- Kabat-Zinn, J. (2010). Dovunque tu vada, ci sei già. TEA.
- Marchand, W. R. (2016). Yoga e Mindfulness nella psicoterapia. FrancoAngeli.
- Russo, P. M., & Scorza, M. (2008). Dipendenze. Modelli teorici e strategie di intervento. Carocci.
- Schilirò, G. (2015). Neuroscienze e comportamento. Piccin Nuova Libreria.
- Dilts, R. (2000). I livelli logici del cambiamento. NLP Italy Publishing.
- Maslow, A. H. (2011). Motivazione e personalità. Armando Editore.
- Bateson, G. (1972). Verso un'ecologia della mente. Adelphi.
- Varela, F. J., Thompson, E., Rosch, E. (1993). La via di mezzo della conoscenza. Feltrinelli.

Il progetto sull'utilizzo dell'ipnosi a supporto del trattamento sul crack in giovani adulti

Stato dell'arte sull'argomento

L'ipnosi clinica è stata utilizzata, nel tempo, per una vasta gamma di condizioni psicologiche e psicosomatiche: dall'ansia alle fobie, dai disturbi del sonno fino al trattamento del dolore cronico. Tuttavia, il suo impiego nei contesti delle dipendenze patologiche, e in particolare in relazione all'uso di cocaina e crack, è stato oggetto di un numero estremamente limitato di studi scientifici. In questa parte proverò a fare una breve panoramica sulle pubblicazioni disponibili, sottolineando allo stesso tempo le criticità metodologiche, l'assenza di studi randomizzati controllati e la necessità di ulteriori ricerche in questo campo. Ad oggi rilevo come la Struttura in cui si sta svolgendo lo studio sia unica in Italia e pertanto è difficile trovare studi approfonditi. Una delle pubblicazioni più citate in questo ambito è il case report di Page e Handley (1993), pubblicato sull'*American Journal of Clinical Hypnosis*. Gli autori riportano il caso di una giovane donna con una dipendenza cronica da cocaina (circa 5 grammi al giorno) che, attraverso l'utilizzo di autoipnosi quotidiana con un nastro originariamente progettato per smettere di fumare (modificato mentalmente sostituendo il termine "smoking" con "coke"), ha ottenuto un'interruzione completa dell'uso della sostanza. Il follow-up a nove anni conferma il mantenimento dell'astinenza. Sebbene il risultato sia rilevante, va sottolineato che si tratta di un singolo caso.

Un altro contributo, pubblicato da Marcus (2006) sulla rivista *Contemporary Hypnosis*, descrive un intervento Ericksoniano su un paziente con dipendenza da crack. L'ipnosi è stata impiegata in una singola sessione orientata all'utilizzazione del linguaggio del paziente, alla costruzione di un futuro desiderabile e all'integrazione di esperienze positive. Il soggetto ha riferito benefici duraturi e ha proseguito autonomamente l'uso dell'autoipnosi. Anche in questo caso, però, si tratta di una narrazione clinica su base soggettiva senza alcun tipo di controllo sperimentale o validazione longitudinale (Marcus, 2006).

Un contributo più articolato viene da Fareed et al. (2009), che hanno applicato sessioni di ipnosi di gruppo su un campione di dieci pazienti dipendenti da eroina e altre sostanze (tra cui la cocaina) all'interno di un programma di mantenimento con metadone. Al termine delle dieci sessioni, tutti i partecipanti avevano interrotto l'assunzione di droghe "da strada", e il follow-up a due anni ha mostrato un tasso di astinenza del 78%. Questo studio, pur interessante, non è specificamente focalizzato sulla cocaina/crack.

Infine, uno studio pubblicato da Potter (2004) ha esaminato l'efficacia di un programma intensivo (20 sedute in 3-4 settimane) su 18 soggetti con dipendenze multiple, inclusa la cocaina. L'autore riporta un tasso di successo (definito come completa astinenza a un anno) del 77%. Anche in questo caso, però, è assente un disegno sperimentale rigoroso.

Dall'analisi dei contributi disponibili emergono diverse criticità metodologiche:

- Gli studi sono quasi esclusivamente casistiche cliniche o case report, privi di gruppi di controllo.
- Nessuno studio ha impiegato disegni randomizzati controllati.
- I campioni sono estremamente ristretti, spesso eterogenei per tipo di sostanza o stato di trattamento farmacologico, e non stratificati per età, sesso o durata della dipendenza.
- Non esistono, da quello che ho potuto constatare, ad oggi linee guida internazionali o raccomandazioni da parte di enti come APA o NICE sull'impiego dell'ipnosi nei disturbi da uso di cocaina.

Nonostante la scarsità di evidenze, alcuni autori propongono un utilizzo dell'ipnosi non come tecnica sostitutiva, ma come intervento complementare a trattamenti psicoterapici e psicoeducativi strutturati (CBT, colloqui motivazionali, gruppi terapeutici, ecc.). In questa prospettiva, l'ipnosi può favorire:

- la riduzione del craving,
- il rafforzamento dell'auto-efficacia percepita,
- la modulazione degli stati interni disforici,
- il recupero di esperienze identitarie positive.

Sembrerebbe pertanto che l'ipnosi, per quanto teoricamente promettente nel trattamento delle dipendenze, non può essere considerata ad oggi una tecnica con evidenza consolidata per la cura della dipendenza da cocaina o crack. Le pubblicazioni disponibili sono poche, non sistematiche e spesso aneddotiche.

Altre esperienze e tracce di lavoro

Le prime tracce di rinascita della terapia ipnotica sulle dipendenze sono state di tipo avversativi attraverso riflessi condizionati con traumatizzazione verso qualunque uso di sostanze, oppure di sostituzione ipnotica. Tutti questi tentativi hanno avuto tassi di successo bassissimi e tutti i blocchi avversativi venivano superati. Wadden e Penrod nel

1981 hanno fatto una revisione di tutti questi casi. Ci si sposta allora dall'avversativo al tentativo di instaurare un ciclo virtuoso. Granone ha sottolineato come "Ogni qualvolta il divezzamento ipnotico viene condotto solo attraverso suggestioni ipnotiche e postipnotiche atte a provocare alterazioni cenestesiche verso l'alcool, il paziente, esaurito il condizionamento, si rivela presto recidivo nel vizio di ubriacarsi. Attraverso le suggestioni ipnotiche, abbiamo perciò tentato di ricostituire la personalità dei nostri alcolisti, sostenendoli a risolvere i loro conflitti, ad attenuare l'ansia e, specialmente, a rafforzare l'io". Nel 55 W.J.Bryan propone due fattori in azione dipendenze che erano la causa coazione e il modello di abitudine e quindi lui cominciò a pensare di gestire l'astinenza con la suggestione diretta, ma di fare un lavoro differente sulla dipendenza. Lui lavorava con quelle che possono essere denominate le 5 "R" del trattamento:

- il rilassamento,
- la regressione alla prima esperienza con la sostanza
- la rieducazione, cioè la modificazione di risposte allo stress e la modificazione di schemi emotivi, l
- la riabilitazione ovvero c'è modificazione di stili di vita
- il rinforzo

Bryan notava che le prognosi più favorevoli erano con pazienti motivati e con sessioni quotidiane fino alla scomparsa della dipendenza psicologica, cioè fino alla scomparsa della componente positiva della dipendenza, quella del desiderio di regolare un disagio.

Possiamo allora considerare tre fasi di applicazione dell'ipnosi:

una fase di accoglienza, una fase di trattamento e una fase di reinserimento.

Nella fase di accoglienza dobbiamo dare risposta al momento di crisi attuale quindi affrontare la componente oggettiva insieme alla componente psicologica. L'obiettivo è allevare la sintomatologia di astinenza e diminuire la sintomatologia psichica.

Mettere quindi le basi per supportare il trattamento farmacologico, gestire il craving e motivare al trattamento generale.

avremo sempre a che fare con sei sintomi che permangono per lungo tempo, anche per anni Sono stati descritti da Agosto e Miller e sono questi sei il Numb Ein cioè:

uno stato di confusione di annebbiamento, problemi di memoria, reazione emotive, eccessive intorbidita, disturbi del sonno, facile affaticabilità e bassa resistenza allo sforzo e difficoltà di coordinamento fisico.

in Shaun ad altri approcci terapeutici si rileva come le tecniche che hanno dato buoni risultati siano quelle che lavorano sul rinforzo dell'io, sulle capacità di rilassamento, di superare la noia e sulle strategie di coping, sulla capacità di lavorare sull'antifragilità della persona. Una proposta era ad esempio la domanda <<*Cosa saresti tu in questo momento se non avessi avuto problemi con le sostanze e cosa sarai nel futuro, non avendo più problemi con queste sostanze?*>> facendo poi eseguire un'immaginazione di copying adattativo alla tecnica utilizzata. Tali tecniche poi lavorano sull'autoipnosi, cioè sulla capacità di utilizzare le proprie risorse per autoregolare gli stati di disagio. Baehrs e Hill nel 1971 hanno lavorato con degli alcolisti con un programma che prevedeva 15 sessioni di un'ora e mezza ciascuno lavorando su sull'insight, e andavano a lavorare di rinforzo nelle quattro aree critiche di copying, un altro approccio è stato fatto con soggetti in Metadone associando i comportamenti associati alla droga come negativi e quelli di astinenza associandoli ad un'accezione positiva. I soggetti lavoravano facendo vedere in ipnosi gli aspetti positivi quando non si usava la sostanza. Questo lavoro ha dato molti risultati positivi e ha lavorato su:

- Contenimento dell'ansia
- Ridefinizione della percezione corporea
- Accesso alle esperienze positive passate di forza e cambiamento
- Rinforzo dell'io
- Incrementare la resilienza allo stress
- Ristrutturazione dei vissuti emotivi
- Riconoscimento delle proprie potenzialità evolutive e trasformative
- Ristrutturazione degli stili di coping
- Stabilizzazione delle relazioni interpersonali
- Sviluppo o ripristino dei sistemi di azione sociale e relazionale

Bibliografia

Fareed, A., Stout, S., Casarella, J., Vayalapalli, S., Cox, J., & Drexler, K. (2009). Group hypnosis as a treatment for drug abuse in patients on methadone maintenance treatment. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), 227–234.

<https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351889.17078.0b>

Marcus, J. D. (2006). An Ericksonian approach to crack cocaine addiction: a single-session intervention. *Contemporary Hypnosis*, 23(1), 25–30. <https://doi.org/10.1002/ch.157>

Page, R. A., & Handley, G. W. (1993). The use of hypnosis in cocaine addiction. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(2), 120–123.

<https://doi.org/10.1080/00029157.1993.10403054>

Potter, G. (2004). Intensive therapy: utilizing hypnosis in the treatment of substance abuse disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(2), 107–118.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15376606>

A Comparative Study of Hypnotherapy and Psychotherapy in the Treatment of Methadone Addicts. Aaron J. Manganiello, 2011

L'ipnosi come strumento di supporto nel programma del Molo 18

La possibilità di sperimentare l'ipnosi a supporto del trattamento sul Craving è stata da subito accolta con entusiasmo sia dall'equipè del Centro che dal gruppo dei ragazzi/e ospiti in trattamento. C'è stata da subito molta curiosità e volontà di aderire alle sedute.

Il fatto che lo strumento sia stato proposto da me che sono il Responsabile del Centro è stato dal mio punto di vista un grande facilitatore perché in genere c'è molta fiducia e rispetto da parte dei giovani accolti. Le sedute sono sempre state svolte nella stessa stanza che io uso come ufficio per le riunioni "importanti" con i ragazzi, i SerD di riferimento e le famiglie. La stanza è accogliente, abbastanza silenziosa ed appartata. Le sedute si sono sempre svolte su due poltrone posizionate frontalmente ma in modo "sfasato". La speranza, condivisa in equipè, è stata quella di poter portare un ulteriore strumento al servizio del trattamento integrato adottato, soprattutto per arginare l'elevato rischio di drop out nel primo mese di percorso, contenere un po' il forte craving spesso condiviso nel gruppo di pazienti e contenere la richiesta spesso importante di terapia (soprattutto benzodiazepine) per gestire il craving.



La stanza in cui avvengono le sedute

Selezione degli aderenti al progetto pilota

Si è scelto di selezionare dodici ragazzi sui quindici in percorso al momento dell'inizio del progetto. Un criterio di esclusione dal progetto è stata la presenza di episodi o funzionamenti psicotici in tre dei ragazzi presenti in percorso. Un ragazzo in particolare aveva dei forti episodi con presenza di deliri e allucinazioni dovute ad un "bunding" di crack poco prima dell'ingresso avvenuto una settimana prima dell'avvio del progetto. In

generale ho deciso di escludere, in accordo con l'equipè, tali pazienti anche per le sedute successive al progetto presentato in questo elaborato.

In un paziente con funzionamento psicotico (DSM-5-TR: disturbo psicotico breve, disturbo schizofreniforme, schizofrenia, disturbo schizoaffettivo o tratti psicotici nella personalità schizotipica) l'ipnosi potrebbe confondersi con esperienze allucinatorie.

Il mio timore è che il soggetto possa perdere ulteriormente i confini tra immaginazione e realtà con il rischio che attribuisca significati deliranti a suggerimenti neutri.

Il funzionamento psicotico spesso comporta un ridotto esame di realtà e un'alta suggestionabilità e l'ipnosi implica l'utilizzo del linguaggio metaforico, immagini, narrazioni.

Nel funzionamento psicotico la metafora terapeutica può essere vissuta come minaccia o messaggio cifrato

Se prevedo l'esclusione dalle sedute durante episodi psicotici acuti o in presenza di deliri/allucinazioni attivi oppure in fasi di scompenso psichico o con forte disorganizzazione del pensiero ritengo ci sia invece la possibilità di coinvolgimento se:

- Il paziente è stabilizzato farmacologicamente (su consenso dello psichiatra del Centro)
- È in fase di remissione dei sintomi psicotici positivi e vi è un forte alleanza terapeutica

In questi casi riterrai comunque utile utilizzare induzioni corporee molto semplici, a orientamento sensoriale usando un linguaggio più concreto, centrato sul qui ed ora, senza simbolismo o suggestioni ambigue.

Tutti i pazienti hanno invece un disturbo da uso di sostanze di cui riporto le caratteristiche principali.

Il Disturbo da uso di sostanze³ (Substance Use Disorder, SUD) nel DSM-5-TR (2022) è un quadro clinico complesso caratterizzato da un pattern problematico di uso di una o più

³ American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – Text Revision*. Raffaello Cortina Editore.

sostanze, che porta a disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento, manifestato da almeno 2 criteri diagnostici (su 11) nell'arco di 12 mesi.

I criteri diagnostici del Disturbo da uso di sostanze (DSM-5-TR) riportano come un individuo deve presentare almeno due dei seguenti 11 criteri, suddivisi in 4 cluster:

A. Compromissione del controllo

1. La sostanza è assunta in quantità maggiori o per un periodo più lungo rispetto a quanto previsto.
2. Desiderio persistente o sforzi infruttuosi per ridurre o controllare l'uso della sostanza.
3. Molto tempo speso per ottenere, usare o recuperare dagli effetti della sostanza.
4. Craving, o forte desiderio/impulso di usare la sostanza.

B. Compromissione sociale

5. Uso ricorrente della sostanza con fallimento nel soddisfare obblighi principali (scuola, lavoro, casa).
6. Uso continuativo nonostante problemi interpersonali o sociali causati o esacerbati dall'uso.
7. Riduzione o abbandono di attività sociali, lavorative o ricreative importanti a causa dell'uso.

C. Uso rischioso

8. Uso ricorrente in situazioni fisicamente pericolose (es. guida sotto effetto).
9. Uso continuato nonostante consapevolezza di avere un problema fisico o psicologico causato o peggiorato dalla sostanza.

D. Criteri farmacologici

10. Tolleranza: bisogno di dosi progressivamente maggiori per ottenere l'effetto desiderato, o diminuito effetto a parità di dose.

11. Astinenza: sindrome da astinenza specifica per la sostanza o uso della sostanza (o di una simile) per attenuare i sintomi.

Evidenzio infine come nel DSM-5-TR (come già nel DSM-5 del 2013):

- Si unificano le diagnosi precedenti di abuso e dipendenza in un'unica categoria dimensionalmente graduata: disturbo da uso di sostanze.
- Viene introdotto il craving come nuovo criterio.
- Non viene più considerato come criterio negativo il solo fatto di avere problemi legali dovuti all'uso.

Tra i pazienti coinvolti tre avevano una diagnosi di Disturbo borderline di personalità (rilevo come molti pazienti accedano comunque al Centro senza la formalizzazione di una diagnosi pregressa).

Di questi due sono stati messi nel gruppo dei sei pazienti del gruppo di controllo che NON ha partecipato attivamente al progetto partecipando alle sedute.

Metto di seguito le considerazioni fatte insieme all'equipe sulla possibilità nel futuro di fare sedute di ipnosi con tali pazienti.

Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP), come descritto nel DSM-5-TR, è caratterizzato da una marcata instabilità emotiva, relazionale e identitaria, accompagnata da comportamenti impulsivi e vissuti interni intensi e disorganizzanti.

È possibile vedere come si possano seguire momenti di grande idealizzazione a cui ne seguono altri di repentina svalutazione.

Le caratteristiche cliniche del Disturbo Borderline⁴ (DSM-5-TR)

⁴ American Psychiatric Association (2022). *DSM-5-TR Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – Text Revision*. Raffaello Cortina Editore.

Riportano come criteri principali (almeno 5 su 9):

1. Paura intensa dell'abbandono, reale o immaginato
2. Relazioni instabili, altalenanti tra idealizzazione e svalutazione
3. Disturbo dell'identità: immagine di sé instabile
4. Impulsività in almeno due aree dannose (es. sesso, spese, abuso di sostanze, guida spericolata)
5. Comportamenti suicidari o automutilanti ricorrenti
6. Instabilità affettiva marcata
7. Senso cronico di vuoto
8. Rabbia intensa o difficoltà a controllarla
9. Episodi dissociativi o sintomi paranoidi transitori

Il DBP è spesso caratterizzato da identità fluida o instabile, e l'ipnosi potrebbe rinforzare meccanismi di dipendenza verso il terapeuta che può diventare oggetto di Idealizzazione potente ("l'unico che può salvarmi") seguita da svalutazione drammatica ("mi ha manipolato", "non mi capisce")

Escluderei comunque dal coinvolgimento in sedute di ipnosi i pazienti in fase acuta con comportamenti di autolesività, ideazione suicidaria attiva o scompenso relazionale o nei primi periodi del percorso se l'alleanza terapeutica è fragile

Potrebbero essere invece coinvolti se il paziente è stabilizzato emotivamente, se è presente una relazione terapeutica forte, continua e affidabile.

Selezione delle persone attraverso test di suggestionabilità

La selezione dei primi sei pazienti nel progetto oltre che tener conto di quanto detto circa la comorbilità con difficoltà afferenti la sfera psichiatrica ha anche visto la preferenza per persone che rispondevano bene a test di suggestionabilità all'ipnosi.

Riporto come Granone nel suo trattato di ipnosi (pag.164 e sg.) rispetto la percentuale dei soggetti ipnotizzabili e sulle condizioni che influiscono sulla condizione ipnotica evidenzia la difficoltà di stabilire statistiche scientificamente attendibili sull'ipnotizzabilità delle persone, per via della forte variabilità:

1. Variabilità dell'ipnotizzatore ovvero le capacità personali e la tecnica impiegata incidono fortemente sull'esito.
2. Eterogeneità dei soggetti in quanto a suo dire le risposte all'ipnosi variano molto tra sani, nevrotici, psicopatici, etilisti, e persino tra soggetti sani con diversi livelli di suggestionabilità.
3. Necessità di specificare il grado di ipnosi poiché è essenziale chiarire se si parla di trance leggera, media, profonda o sonnambulica.

Granone afferma come la percentuale di ipnotizzabilità non è fissa, ma dipende da:

- grado di ipnosi richiesto;
- caratteristiche dell'ipnotizzatore;
- caratteristiche cliniche e psicologiche del soggetto;
- contesto (età, sesso, stato emotivo, momento della seduta).
- L'efficacia dell'ipnosi non è solo tecnica, ma anche relazionale, e risente dell'arte del suggerire e della qualità della comunicazione ipnotica.

Granone scrive al riguardo delle prove di suggestionabilità:

<< Nel reparto per le malattie nervose dell'Ospedale Maggiore di Vercelli, chi scrive ha adottato per molto tempo una serie di prove di suggestionabilità, che figurano stampate nella cartella clinica di ogni malato e che erano compiute, s'intende, con l'accortezza richiesta da ogni esame psicologico.

Esse concernono la possibilità di porre ostacoli alle operazioni mentali per via suggestiva e la suscettibilità a giudizi intuitivi erronei per effetto della suggestione. Eccone l'elenco:

- *Prova dei pesi di Rossolimo: si presentano due cubi di legno di peso perfettamente uguale, uno dei quali porta, ben visibili, numerosi chiodi in-fissi. Il paziente suggestionabile troverà più pesante il cubo con i chiodi.*
- *Prova tattile: si presentano in cornicette identiche due fotografie riproducenti stoffe diverse, una liscia e un'altra molto rugosa; il soggetto suggestionabile proverà diversa sensazione tattile.*
- *Prova delle dimensioni con colori uguali: si presentano due cerchi, due quadrati e due asticcioline di legno, di colore e dimensioni uguali. Successivamente si presentano altri due cerchi, due quadrati e due asticcioline di uguale colore, ma di dimensioni lievemente diverse. La persona suggestionabile non troverà differenze di dimensione.*
- *Prova delle dimensioni con colori diversi: l'opposto di prima; oggetti con uguali dimensioni, ma con diverso colore, verranno creduti di diversa dimensione.*
 - *Prova di Chévreul: si dà al paziente da tenere per un capo, all'altezza dell'anca, una corda alla cui estremità è attaccato un pendolo di metallo. A circa cinque centimetri di distanza dal pendolino si mette per terra un blocchetto di ferro inerte, dicendo che è magnetizzato e che quindi attirerà a sé il pendolino. Se il paziente è suggestionabile si vedrà che il pendolino ciondolerà nella direzione del blocchetto di ferro.>> (trattato di Ipnosi, Granone, pag 64).*

Granone sottolinea comunque come più suggestionabilità non significa più ipnotizzabilità.

Nella mia breve esperienza ho usato come test di suggestionabilità il test di Spiegel spiegando durante l'esecuzione, al fine di non frustrare troppo la persona in caso di insuccesso che si trattava di un esercizio immaginativo teso solo a comprendere il miglior modo per intervenire.

Il test di Spiegel

All'interno dei percorsi terapeutici che prevedono l'utilizzo dell'ipnosi, la valutazione preliminare della suggestionabilità del soggetto rappresenta un passaggio fondamentale per selezionare coloro che possono trarre maggiore beneficio da tale approccio. Tra i diversi strumenti a disposizione, il Test di Spiegel si configura come uno strumento rapido, semplice e clinicamente utile per identificare il livello di responsività ipnotica di un individuo.

Sviluppato dal medico statunitense Herbert Spiegel, questo test si basa sull'osservazione di alcune risposte neuromotorie e comportamentali del soggetto in risposta a istruzioni verbali, mirate a valutare il grado di assorbimento attentivo, concentrazione e capacità immaginativa, tutti aspetti correlati alla suscettibilità ipnotica.

Il test viene solitamente somministrato in ambito clinico in pochi minuti e prevede una procedura standardizzata. Il soggetto viene invitato a portare il braccio dominante davanti a sé, con il dito indice esteso verso l'alto, mentre l'operatore fornisce alcune suggestioni verbali specifiche. Durante l'esecuzione, si osservano tre principali indicatori:

1. Rigidità muscolare: il dito rimane teso, in posizione verticale, a indicare una certa concentrazione e aderenza all'esercizio;
2. Oscillazione o movimento del dito: movimenti involontari suggeriscono una risposta ideomotoria spontanea;
3. Adesione immaginativa alla suggestione: il soggetto riferisce di percepire sensazioni corporee o visive coerenti con le suggestioni offerte.

Al termine della breve prova, l'operatore assegna un punteggio da 0 a 5 sulla base dell'intensità e coerenza delle risposte osservate. Un punteggio pari o superiore a 3 è generalmente considerato indicativo di una buona suscettibilità ipnotica (Spiegel & Spiegel, 1978), e suggerisce la potenziale efficacia dell'ipnosi come strumento terapeutico nel trattamento del soggetto.

In contesti in cui è necessario selezionare i pazienti più idonei a ricevere sedute ipnotiche il Test di Spiegel può essere utilizzato come criterio di screening. La somministrazione di questo test consente non solo di ottimizzare le risorse terapeutiche, ma anche di aumentare la probabilità di ottenere risposte significative e durature alle tecniche ipnotiche.

È importante sottolineare che il Test di Spiegel non fornisce una diagnosi clinica, né esclude completamente la possibilità di beneficiare dell'ipnosi nei soggetti con basso punteggio. Tuttavia, si configura come uno strumento predittivo valido, integrabile in una più ampia valutazione psicodiagnostica.

Riferimenti bibliografici

- Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). Trance and Treatment: Clinical Uses of Hypnosis. Basic Books.

Altre proposte veloci consentono di verificare in modo meno strutturato la disponibilità del paziente alla suggestionabilità

Esercizio delle dita che si uniscono

Si chiede alla persona di assumere una posizione comoda sulla sedia:

unire le mani come se stesse pregando.

"Ora, ... distendi gli indici di entrambe le mani, ... tenendoli alla distanza di un centimetro l'uno dall'altro.

Concentrati sullo spazio tra le tue dita, ... e mentre ti concentri, ... voglio

che immagini due calamite legate attorno alle tue dita.

E ora, ... puoi notare come per effetto di queste calamite, ...

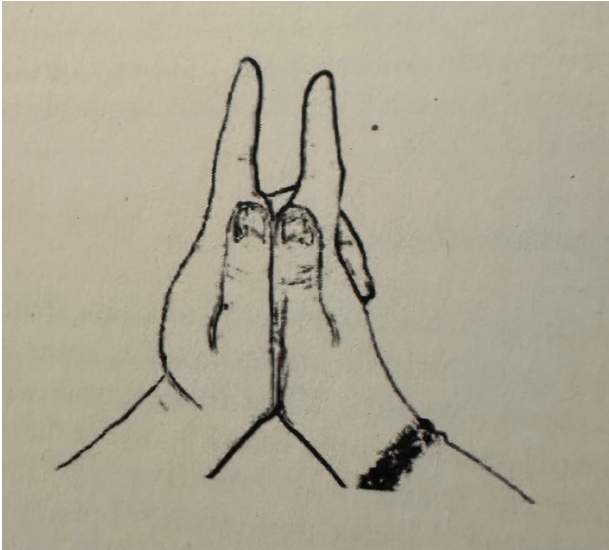
le tue dita ven-

gono attratte l'una verso l'altra,... sempre più vicino,.. più forte, .. più forte.

Puoi immaginare, ... che si avvicinano sempre di più, ... sempre di più,...

sempre più vicino, ... fino a potersi toccare.

È quando si saranno toccate, ... potrai entrare in uno stato di profondo rilassamento, ... e le mani si abbasseranno.



Esercizio delle mani unite

Questo esercizio funziona bene anche con gruppi di persone e viene condotto fornendo le suggestioni in modo autoritario.

Si chiede alla persona di prestare attenzione a quanto le si sta per dire, rimanendo in piedi con le braccia diritte e con i gomiti bloccati.

"Molto bene, ... e ora, ... unisci le mani stringendo le dita, ... mentre tieni fermi i gomiti.

Chiudi adesso gli occhi, ... e usa la tua immaginazione.

Lentamente, ... premi forte tra loro i palmi delle mani, ... come se volessi

far uscire l'aria che vi è intrappolata

Premili sempre di più, ... sempre più forte.

E tanto più premi i tuoi palmi tra loro, ... e l'aria esce dalle tue mani, ...

tanto più le tue mani si uniscono.

Sentilo!

Lascia che accada!

E ora, ... puoi immaginare che tra le due mani, al posto dell'aria, ci sia uno strato di una potentissima colla, che unisce i palmi delle tue mani

impedendogli di distaccarsi.

Le due mani ora sono unite, ... aderiscono completamente l'una all'altra.

Fra un momento, ... ti chiederò di provare a separarle, ... e scoprirai che non ci riuscirai.

Conterò ora da uno a tre: ... uno, ... le tue mani sono incollate tra loro, ... due, ... aderiscono l'una all'altra come un'unica cosa, ... sono sempre più strette, ... più strette, ... e puoi notare come le nocchie delle dita,diven-tano bianche, ... sempre più bianche, ... tre, ... puoi provare a separare le tue mani ma non ci riesci.

Prova ma non ci riesci! (dire questa frase in pochi secondi con tono autoritario e ad alta voce).

E più ci provi più non ci riesci!

Bravo, ... ora smetti di provare e rilassati".



Durata del progetto

Il progetto si propone di avere una durata almeno annuale al fine di raccogliere un numero minimo di dati da raccogliere ed esaminare.

Al netto di quanto scritto sono diversi i soggetti che si ritiene rischioso introdurre ed è importante tener conto che il numero di 12 sedute pensate per valutare l'andamento dell'ansia per un tempo congruo fanno sì che per avere un numero sufficiente di soggetti da valutare debba seguire i tempi in cui si riesce ad avere un ricambio del gruppo.

È prevedibile pensare che alcuni soggetti abbandoneranno precocemente il percorso e si rileva come ad oggi il maggior numero di drop out avvengano nei primi due mesi mentre dopo tale tempi la tenuta in trattamento appare molto più stabile.

Ad oggi il progetto è ancora in una fase iniziale e non si possono ancora avere sufficienti risultati.

L'ansia. Una compagna scomoda nel trattamento del crack

L'ansia è uno stato psicofisiologico complesso caratterizzato da attivazione del sistema nervoso autonomo, correlata alla percezione di una minaccia potenziale, reale o simbolica. È un'emozione di base, universale, evolutivamente utile alla sopravvivenza, che però può diventare disfunzionale quando è sproporzionata, cronica o mal regolata.

Dal punto di vista neurofisiologico, l'ansia coinvolge l'attivazione dell'amigdala, del sistema limbico e di circuiti dopaminergici e noradrenergici, con aumento di cortisolo, tachicardia, ipervigilanza, e comportamenti di evitamento o fuga.

Declinazioni dell'ansia in ambito clinico

Nel DSM-5-TR, l'ansia si declina in diverse forme psicopatologiche, che possono coesistere o alternarsi:

- Ansia generalizzata: Preoccupazione cronica, somatizzazioni, insonnia, tensione
- Ansia anticipatoria: Timore di eventi futuri, tipica del craving
- Ansia da separazione: Forte disagio nella perdita di legami significativi
- Attacchi di panico: Episodi acuti di intensa paura con sintomi somatici
- Fobia sociale: Paura di giudizio, evitamento del contatto umano
- Ansia somatica: o agitazione psicomotoria Tremori, tensione muscolare, irrequietezza
- Ansia dissociativa: Accompagnata da depersonalizzazione o derealizzazione
- Ansia da astinenza: Legata all'assenza della sostanza, con craving somatizzato

Ansia e craving nel disturbo da uso di crack

Nel caso del disturbo da uso di cocaina/crack, l'ansia gioca un ruolo centrale nella dinamica del craving e nelle ricadute.

Il craving è un desiderio urgente e compulsivo di assumere la sostanza, percepito come necessario per alleviare uno stato interno disturbante (es. ansia, vuoto, noia, rabbia). È sostenuto da memorie emozionali implicite e da trigger ambientali o interni.

Nei pazienti in disintossicazione da crack, l'ansia può:

- Attivare il craving come strategia appresa di autoregolazione
- Essere confusa con la sindrome da astinenza (tachicardia, insonnia, agitazione)

- Rinforzare comportamenti di evitamento, isolamento, e regressione

Neurobiologia dell'ansia e craving

L'uso cronico di crack altera la regolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA) e provoca disregolazione dopaminergica. L'assenza della sostanza porta a un iperattivazione del sistema limbico (ansia + craving + agitazione psicomotoria).

L'ansia diventa una memoria condizionata, e la sostanza viene cercata come auto tranquillante.

Implicazioni cliniche nel trattamento

L'ansia è uno dei principali predittori di ricaduta precoce nei pazienti in trattamento per crack. Lavorare sull'ansia richiede approcci bottom-up (regolazione corporea, grounding) e interventi psicoeducativi sul riconoscimento precoce degli stati interni

Il progetto in essere mira a trattare l'ansia come parte del craving grazie al supporto di tecniche ipnotiche o immaginative mirate. Tale intervento come descritto si promuove quando il funzionamento psichico lo consente

Panico: una reazione complessa e multisistemica

Dal punto di vista psicofisiologico, il panico si configura come una risposta acuta e globale dell'organismo a uno stimolo percepito come minaccioso. Questo stimolo può derivare sia da fonti esterne che interne: una percezione sensoriale, una sensazione somatica, ma anche una semplice immagine mentale – reale o fantastica – può innescare l'intero processo. Il panico coinvolge simultaneamente strutture cerebrali profonde (come l'amigdala e l'ipotalamo), sistemi neurovegetativi (il sistema simpatico), e meccanismi cognitivi di attribuzione e interpretazione del segnale corporeo.

Durante un episodio di panico si assiste a un'intensa attivazione neurofisiologica: accelerazione del battito cardiaco, aumento della frequenza respiratoria, sudorazione profusa, ipersensibilità propriocettiva e alterazioni neurovegetative facilmente misurabili attraverso indici come la conduttanza cutanea (riflesso psicogalvanico). Questa escalation fisiologica può rapidamente travolgere la persona, generando la sensazione soggettiva di

perdita di controllo, paura di morire, di impazzire o di essere dominati da una forza interna incontrollabile.

Il circolo vizioso del panico: tra corpo e mente

La genesi e il mantenimento dell'attacco di panico seguono una dinamica di tipo circolare. Le alterazioni somatiche attivano pensieri catastrofici e convinzioni disfunzionali (es. "sto per morire", "sto impazzendo"), che a loro volta amplificano l'attivazione fisiologica, generando nuove sensazioni corporee minacciose. Si crea così un feedback loop che intensifica l'esperienza fino al culmine dell'attacco. Nel corso del tempo, e soprattutto in soggetti che hanno vissuto più episodi di panico, tale meccanismo può diventare autonomo: anche in assenza di stimoli esterni, è sufficiente un ricordo o una rappresentazione mentale per attivare la sequenza panico-genica. La mente, come affermava Rawling, diventa contemporaneamente vittima e carnefice di sé stessa: "legati da vincoli invisibili alle nostre paure, siamo al tempo stesso burattini e burattinai, vittime delle nostre aspettative." Nei soggetti in fase di disintossicazione da crack, la possibilità di sviluppare attacchi di panico è significativamente aumentata. Questo accade per molteplici motivi:

- Iperattivazione fisiologica cronica: L'uso prolungato di crack induce un continuo stato di iperattività del sistema dopaminergico e simpatico, che rende l'organismo più reattivo a ogni variazione interna.
- Disregolazione del sistema nervoso autonomo: Durante l'astinenza, il sistema nervoso autonomo fatica a ristabilire un equilibrio omeostatico. Ciò rende più probabile l'attivazione incontrollata di risposte di allarme.
- Allodinia interocettiva: La percezione alterata dei segnali interni del corpo (es. tachicardia, dispnea) può essere interpretata come minacciosa anche in assenza di un reale pericolo. Questo fenomeno è particolarmente frequente nei soggetti con storie di uso di sostanze stimolanti.
- Aspettative catastrofiche e vulnerabilità cognitiva: Chi è in trattamento spesso associa le sensazioni somatiche tipiche dell'astinenza (insonnia, ansia, tremori, palpitazioni) a vissuti di pericolo imminente, facilitando l'innescare del panico.

Evidenze neuroscientifiche a sostegno

Le ricerche neuroscientifiche più recenti confermano che, durante l'attacco di panico, l'attivazione delle aree cerebrali più antiche (come l'amigdala) precede l'intervento delle regioni corticali superiori deputate alla regolazione cognitiva. In altre parole, la reazione di paura è istintiva, automatica e rapidissima, precedendo la possibilità di un'elaborazione consapevole. Questa "disconnessione funzionale" tra cervello emotivo e cervello razionale è particolarmente marcata nei soggetti in astinenza, i quali presentano una ridotta capacità di modulazione corticale delle emozioni.

Implicazioni terapeutiche

Nel trattamento di pazienti tossicodipendenti, soprattutto da sostanze come il crack, è fondamentale saper riconoscere i segni prodromici del panico e offrire strumenti psicologici ed educativi adeguati per la gestione dell'ansia acuta. Interventi di psicoeducazione, tecniche di grounding, training di regolazione respiratoria e strategie cognitivo-comportamentali orientate alla ristrutturazione delle credenze catastrofiche possono rivelarsi particolarmente efficaci. Inoltre, in una prospettiva integrata, è utile lavorare sulla ricostruzione del senso di sicurezza interna e sull'interpretazione funzionale dei segnali corporei, aiutando il paziente a distinguere tra segnali fisiologici normali e vere minacce.

Bibliografia

Barlow, D. H. (2014). Disturbi d'ansia e attacchi di panico. La natura e il trattamento (2^a ed.). Raffaello Cortina Editore.

Clark, D. M., & Salkovskis, P. M. (2005). Comprendere e curare gli attacchi di panico: Un approccio cognitivo. Edizioni Erickson.

Damasio, A. R. (2017). L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano (G. Panzieri, Trad.). Adelphi. (Opera originale pubblicata nel 1995)

Koob, G. F., & Le Moal, M. (2013). Neurobiologia delle dipendenze (F. Bonifacino, Trad.). Raffaello Cortina Editore. (Opera originale pubblicata nel 2006)

Nardone. (2006). Non c'è notte che non veda il giorno. La terapia in tempi brevi per gli attacchi di panico. Tea edizioni

L'ipnosi e il trattamento sull'ansia

Il lavoro di questi mesi ha consentito di offrire un ulteriore strumento di supporto nella stabilizzazione alla disassuefazione dal crack. Come riportato precedentemente si pone all'interno di una serie di interventi offerti durante il percorso. Tali interventi hanno fatto esperire ai pazienti del Molo 18 attività supportive quali lo Yoga, la Mindfulness, la meditazione, l'arte terapia, il teatro.

Le sedute di lavoro insieme ai ragazzi che hanno visto le use della comunicazione ipnotica sono state pensate come parte di una prima bozza di protocollo di supporto psico educativo. Le sedute previste per ciascun ragazzo/a hanno visto una parte del percorso come finalizzato alla gestione di stati di ansia, paura o panico mentre un'altra parte delle sedute, come riporto più avanti è stata maggiormente orientata al poter riflettere sui propri obiettivi per il cambiamento desiderato. L'ansia è stata trattata come parte importante del programma attivato.

In stato di trance infatti la persona può sviluppare la capacità di condizionare il proprio stato fisico e psichico e il proprio comportamento.

Attivare un buon rilassamento e il controllo delle reazioni somatiche consente:

- Abbassamento dell'ansia
- Riequilibrio psicofisico
- Rafforzamento dell'io

Parte fondamentale del processo è consentire l'apprendimento dell'autoipnosi in quanto consente di regolare rapidamente i propri stati interni.

Attraverso l'autoipnosi è possibile la gestione autonoma ed efficace del proprio benessere (percezione di controllo) e avere effetti sul benessere generale della persona e sul suo livello di autostima.

Esperienze molto piacevoli sono l'apprendimento del luogo sicuro e l'ancoraggio che permette al paziente di tornarci ogni volta che si desidera acquisendo così uno strumento potente per la gestione dell'ansia, soprattutto di quella fisiologica.

Due tecniche importanti di cui scriverò in modo più approfondito successivamente sono state quelle legate al “rinforzo dell'io” e quella di ipnosi progressiva. Concludo questa parte specificando che con pazienti dipendenti dal Crack il lavoro sull'ansia deve prevedere oltre che la gestione somatica dei sintomi, anche nuove strategie di coping e la possibilità di mettere al lavoro la motivazione intrinseca al cambiamento.

Protocollo psicoeducativo ipnotico strutturato nel progetto

“Regolare l'ansia. Stare nel corpo, stare nel presente. Beneficiari: i giovani adulti in trattamento da crack presso il Molo 18. Durata: 6 incontri (1 a settimana – 60 minuti).

Format: individuale. Tecniche: ipnosi granoniana, psicoeducazione corporea, lavoro esperienziale

Obiettivi del protocollo

- Aumentare la tolleranza agli stati interni disturbanti (es. tremori, attivazione fisiologica)
- Fornire strumenti ipnotici autoindotti per contenere l'ansia e prevenire ricadute
- Favorire il ritorno al qui ed ora
- Rafforzare il senso di agency e sicurezza interna

Struttura dei 6 incontri

Incontro 1 – Il corpo può sostenere

Tema: Tremore, agitazione, iperattivazione – contenimento corporeo

Psicoeducazione:

- Il sistema nervoso dopo l'uso di crack: iperarousal e ipersensibilità
- Normalizzazione del tremore come scarica fisiologica
- Differenza tra scarica traumatica e rilascio

Induzione ipnotica:

“Il corpo può sostenere i tremori”

Obiettivo: costruire una relazione non fobica con l'attivazione corporea, senza giudizio.

Esercizio da fare in stanza: Prendere nota ogni volta che si avverte un tremore e usare la frase-àncora del tipo:

“Questo tremore può passare. Il mio corpo lo sa contenere.”

Incontro 2 – Lasciar venire la pace. Tema: Ricerca della calma – accesso alle prime sensazioni di sollievo. Psicoeducazione:

- La pace non come condizione perfetta ma come “micromomento”
- Psicofisiologia del rilassamento: attivare il parasimpatico

Induzione ipnotica:

“La possibilità di trovare un po' di pace”

Obiettivo: far sperimentare la presenza transitoria della pace senza sforzo.

Esercizio a casa:

Ogni giorno cercare 2 momenti in cui “qualcosa si è calmato” annotando quando e come

Incontro 3 – Il corpo che si rilassa

Tema: Rilassamento fisico profondo come antidoto alla vigilanza. Psicoeducazione:

- Il corpo in stato di allerta continua
- Respirazione diaframmatica e “disarmo muscolare”

Induzione ipnotica:

“Rilassamento fisico progressivo”

Obiettivo: favorire l’inibizione motoria e il senso di abbandono corporeo.

Esercizio da fare nella propria stanza:

Ripetere a letto o su una sedia la “scan-body” del rilassamento prima di dormire

Incontro 4 – Quando l’ansia arriva. Tema: Lavorare sull’ansia come evento interno, non minaccia. Psicoeducazione:

- Funzione evolutiva dell’ansia
- “Dare forma all’ansia”: dall’impulso indistinto al simbolo

Induzione ipnotica:

“Gestire l’ansia quando arriva”

Obiettivo: introdurre un dialogo interno e dare agency al soggetto.

Esercizio da fare in stanza:

Disegna l'ansia. Ogni volta che compare, chiediti: "Cosa vuoi da me?"

Incontro 5 – Qui e ora

Tema: percepire la presenza – contrastare la mente che fugge. Psicoeducazione:

- “Qui ed ora” e craving: come il passato e il futuro alimentano la compulsione

Induzione ipnotica:

“Stare nel presente”

Obiettivo: ridurre il rimuginio e accedere all'esperienza diretta.

Esercizio a casa:

Ogni giorno, per 5 minuti: ascolta un suono, un odore, un dettaglio visivo, senza giudizio

Incontro 6 – Il luogo sicuro. Tema: Costruzione interna di sicurezza e contenimento.

Psicoeducazione:

- Il “luogo sicuro” come risorsa ipnotica autoindotta

Induzione ipnotica:

“Costruire un luogo sicuro dentro di sé”

Obiettivo: attivare una rappresentazione interna positiva e protettiva.

Esercizio a casa:

Disegna o descrivi il tuo luogo sicuro. Tornaci con il respiro ogni volta che ne hai bisogno

Esempi di script sulla gestione dell'ansia

1. Induzione sul corpo e sulla possibilità di sostenere i tremori

“Ora che puoi chiudere gli occhi, se vuoi... ti invito a portare l'attenzione verso il tuo corpo...

... e forse potresti accorgerti che c'è una parte che trema... o che potrebbe iniziare a tremare...

... e non devi far nulla per fermarlo...

... puoi solo accogliere questo tremore come qualcosa che... ti appartiene...

... come un'onda del corpo... un piccolo terremoto... che dice qualcosa...

... e che forse... può semplicemente essere sostenuto...

... lascia che si esprima... che prenda lo spazio che gli serve...

... perché ogni tremore che arriva... può anche passare...

... come un'onda che sale... e poi scende...

... e nel mentre... tu ci sei... e respiri...

... e il tuo corpo... anche se trema... ti tiene.”

2. Induzione sulla possibilità di trovare un po' di pace

“Non si cerca la pace... a volte...

... è lei che arriva... magari... un attimo solo...

... come un soffio...

... e forse, adesso, puoi lasciarti guidare da quel piccolo desiderio...

... di trovare... anche solo un po' di pace...

... là dove sei...

... senza dover andare altrove...

... forse... dentro... c'è uno spazio... piccolo... ma tuo...

... dove la confusione si fa più leggera...

... dove i pensieri possono fermarsi un momento...

... e in questo spazio... forse la pace può venire... a farti visita...

... anche solo per pochi secondi...

... e poi... magari... restare..."

3. Induzione di rilassamento fisico

"Mentre ti lasci andare... puoi cominciare a sentire il corpo... diventare un po' più pesante...

... partendo dai piedi... che poggiano... solidi...

... e poi le gambe... che possono sciogliersi...

... e il respiro... che si fa più lento...

... ogni respiro... è come un'onda che porta via una tensione...

... una dopo l'altra...

... e il viso... che si distende...

... e le mani... che si aprono...

... e tutto il corpo... che entra in uno stato di quiete...

... come quando ci si lascia cullare...

... e non c'è nulla da fare...

... solo... lasciarsi andare.”

4. Induzione sulla possibilità di gestire l'ansia quando arriva

“L'ansia... a volte... arriva senza avvisare...

... come un ospite indesiderato...

... ma forse... non serve cacciarla...

... forse... si può provare a parlarci...

... puoi immaginare... di darle una forma... un volto...

... e di chiederle: “Cosa vuoi dirmi?”

... e puoi anche dirle: “So che ci sei... ma ora guido io...”

... puoi vedere te stesso mentre... anche con lei... continui...

... cammini... respiri... ti muovi...

... come se potessi... contenerla... e non esserne travolto...

... lei può esserci... ma tu... sei più grande...

... e puoi scegliere... come stare... anche con lei.”

5. Induzione sul provare a stare sul qui ed ora

“In questo momento... mentre ascolti la mia voce...

... puoi notare che... sei qui... adesso...

... il passato è passato... il futuro non è ancora...

... ma questo istante... è reale...

... e dentro questo istante... c'è tutto quello che ti serve...

... un respiro... una percezione...

... puoi sentire i piedi poggiare... l'aria sul viso...

... e tutto ti dice che... sei nel presente...

... e solo qui... ora... puoi stare...

... puoi respirare... puoi esistere...

... e lasciar andare... almeno per un momento... ciò che non è qui.”

6. Induzione sul poter avere un luogo sicuro

“Immagina... o lascia che emerga... un luogo che per te è sicuro...

... un luogo che può anche non esistere nella realtà...

... ma che dentro di te... è possibile...

... forse è una stanza... o un paesaggio...

... dove nessuno può farti del male...

... dove ogni parte di te... viene accolta...

... dove puoi essere... senza difese...

... e lì... puoi entrare... ogni volta che ne hai bisogno...

... puoi tornarci... nei momenti difficili...

... e quel luogo... diventa una risorsa...

... un rifugio...

... che ti accompagna... anche quando fuori... tutto è in movimento.”

L'ipnosi in continuità al lavoro sul cambiamento

Nell'esperienza fatta in questi mesi la comunicazione ipnotica non è stata usata esclusivamente nelle sedute tese a maturare esperienze e consapevolezza sulla gestione degli stati negativi del craving quali ansia, senso di panico, paura e disturbi somatoformi.

Una parte delle sedute è stata dedicata a lavorare sulla motivazione al cambiamento.

A tal fine le teorie sul cambiamento di fondo sono state quelle sopra descritte di Dilts e Maslow in una forma integrata.

Riporto in seguito degli esempi strutturati sui vari livelli che ho predisposto.

1. Ambiente (dove e quando)

Obiettivo: aumentare il senso di controllo sull'ambiente, rafforzare il senso di protezione e la capacità di scegliere contesti favorevoli alla disintossicazione.

Seduta ipnotica: **“La stanza sicura”**

Induzione in stato di rilassamento, poi guida immaginativa in cui il paziente costruisce una “stanza interiore” dove si sente protetto, al sicuro, fuori da ogni influenza.

Viene invitato a esplorare questa stanza, modificarla a piacere, arredarla con oggetti significativi.

Si ancora questa esperienza con un gesto o una parola da usare nei momenti in cui si ritrova in ambienti rischiosi.

2. Comportamento (che cosa fai)

Obiettivo: rafforzare comportamenti alternativi all'uso, creare sequenze comportamentali nuove nei momenti di craving.

Seduta ipnotica: **“La scelta automatica”**

Il paziente visualizza un bivio: da una parte il comportamento automatico legato al consumo (es. procurarsi il crack), dall'altra una serie di micro-azioni alternative (es. respirare, chiamare qualcuno, allontanarsi).

Nella trance, si immagina di premere un “tasto” interno che gli fa scegliere automaticamente la strada alternativa.

Si lavora con ancore cinestesiche e simboli (es. un semaforo verde che appare solo sulla strada alternativa).

3. Capacità (come lo fai)

Obiettivo: recuperare risorse cognitive ed emotive per affrontare il craving, l'ansia o i momenti di vuoto.

Seduta ipnotica: **“L'allenamento invisibile”**

Si induce una visualizzazione in cui il paziente si allena mentalmente a gestire momenti critici.

Immagina una “palestra delle risorse interiori” dove pratica abilità come la calma, la fermezza, la resilienza.

Ogni abilità è rappresentata da un “attrezzo” che si può usare e rinforzare nel tempo.

Viene suggerito che ogni giorno, anche inconsciamente, il cervello sta “allenando” queste abilità.

4. Valori e convinzioni (perché lo fai)

Obiettivo: ristrutturare convinzioni disfunzionali (es. “sono debole”, “non posso cambiare”), rafforzare valori guida.

Seduta ipnotica: **“La bussola dei valori”**

Il paziente incontra in trance una “figura guida” (può essere un Sé futuro, un animale simbolico, una persona saggia) che gli consegna una bussola.

La bussola indica i valori autentici (es. libertà, dignità, responsabilità, amore) e lo orienta quando si sente perso.

Si lavora simbolicamente sull’idea che ogni scelta fatta in linea con quei valori lo rafforza interiormente.

Alla fine, si ancora la sensazione con un’immagine simbolica (una luce, un suono, un oggetto da tenere con sé).

5. Identità (chi sei)

Obiettivo: ricostruire una nuova identità oltre quella da “tossicodipendente”, stimolare il riconoscimento di sé come persona in evoluzione.

Seduta ipnotica: **“L’abito nuovo”**

Il paziente immagina di togliersi un “abito” vecchio, logoro, che rappresenta la vecchia identità.

Incontra poi un sarto che cuce su misura un nuovo abito, simbolo di una nuova versione di sé (più adulta, libera, responsabile).

Si lavora su immagini di sé futuro: “Come ti presenteresti al mondo con questo nuovo abito?”

Si ancora la nuova identità attraverso una dichiarazione simbolica interna (“Io sono...”).

6. Spiritualità/Appartenenza (a che cosa appartieni)

Obiettivo: ritrovare un senso di appartenenza e connessione a qualcosa di più grande: la famiglia, la comunità, la vita.

Seduta ipnotica: **“L’albero delle radici e dei rami”**.

Il paziente visualizza un grande albero: le radici rappresentano le sue origini, le ferite, ma anche le forze. I rami rappresentano la sua crescita, il suo futuro. Durante la trance, si immagina come parte di questo albero, connesso alla terra (passato) e al cielo (valori superiori).

Viene invitato a sentire che non è solo, ma parte di un disegno più grande, e che la sua trasformazione ha valore anche per gli altri.

Conclusione

L’obiettivo è che ogni seduta lavori in modo coerente con il livello logico specifico, ma anche in modo trasversale, attivando risorse simboliche, somatiche ed emotive. La

comunicazione ipnotica permette di “parlare” all’inconscio senza forzature, favorendo un processo di integrazione identitaria e motivazionale, particolarmente efficace nei pazienti in disintossicazione da crack, dove il vissuto di rottura, vergogna e disconnessione è spesso molto profondo.

Esempi di Script delle sedute sui livelli logici di Dilts

1. LIVELLO AMBIENTE

Script: **“La stanza sicura”**

Induzione

«Mentre ti accomodi, lascia che il tuo corpo cominci a rilassarsi... come se ogni respiro potesse sciogliere una piccola tensione. Inspiri... ed espi... lentamente. Con ogni respiro, ti lasci andare un po’ di più. I piedi si rilassano... le gambe... la schiena... il volto. E ora puoi chiudere gli occhi e immaginare di entrare in un luogo solo tuo...»

Sviluppo simbolico

«Davanti a te si apre una porta. È una porta che conduce a un ambiente speciale... una stanza interiore. La apri... ed entri. Qui tutto è come lo desideri. Il pavimento, i colori, la luce, i suoni... tutto comunica protezione. Nessun pericolo può raggiungerti.

Qui sei libero dal giudizio, dalla paura, dal bisogno. Puoi modificare la stanza come vuoi... aggiungere oggetti che ti danno sicurezza. Forse un divano, un quadro, un suono di sottofondo...»

Ancoraggio

«Senti quella calma profonda? Associala a un gesto semplice, ad esempio stringere leggermente il pollice e l’indice. Quel gesto sarà il tuo ponte per tornare in questa stanza ogni volta che ti troverai in un ambiente ostile. Ogni volta che farai quel gesto... sarà come aprire quella porta interiore.»

Uscita

«E ora, mentre la stanza si dissolve lentamente... porti con te quella sensazione... e quando sarai pronto, tornerai lentamente a percepire il tuo corpo nella stanza reale... e riaprirai gli occhi sentendoti protetto, centrato, presente.»

2. LIVELLO COMPORTAMENTO

Script: "La scelta automatica"

Induzione

«Porta l'attenzione al respiro... inspira profondamente... ed espira lentamente... mentre lasci andare ogni tensione... come se ti stessi preparando a una decisione importante. Ogni volta che espi... lasci andare il controllo... e ti affidi al tuo inconscio...»

Sviluppo simbolico

«Ti trovi su un sentiero... davanti a te c'è un bivio. A sinistra una strada già nota: l'impulso, il craving, il gesto automatico. A destra, una via nuova... quella del respiro, della chiamata, del passo indietro.

Visualizza te stesso di fronte a entrambe. Puoi notare che la strada nota è più grigia... pesante... e ha un odore acre. Quella nuova, invece, è luminosa, leggera, libera.

Ora immagina di avere un telecomando in mano. Premendo un tasto, attivi automaticamente la strada nuova. Il tasto è lì... sotto il tuo pollice...»

Ancoraggio

«Premi mentalmente quel tasto. E ogni volta che lo farai, anche fuori da qui, il tuo corpo saprà come deviare automaticamente verso la scelta sana. Anche nei momenti in cui sembra difficile.

Quel gesto diventa il tuo automatismo. Ma stavolta un automatismo che ti salva.»

Uscita

«Riprendi contatto col corpo... con i suoni... e mentre torni nel qui e ora, sai che il tasto è sempre con te. Pronto. Silenzioso. Efficace.»

3. LIVELLO CAPACITÀ

Script: “L’allenamento invisibile”

Induzione

«Con ogni respiro senti che il corpo si alleggerisce... come se si preparasse a un viaggio speciale. Il luogo dove stiamo per andare è una palestra... ma non una palestra comune. È la palestra delle tue risorse interiori...»

Sviluppo simbolico

«Visualizza uno spazio ampio e silenzioso, pieno di attrezzi strani, luminosi. Ogni attrezzo serve ad allenare una capacità interiore: la calma, il coraggio, la fermezza.

Ti avvicini a uno: quello della pazienza. Lo tocchi... e mentre lo usi, il tuo corpo sente come se stesse costruendo una nuova fibra muscolare... interna... invisibile.

Poi vai verso l’attrezzo del “dire no”... e lo usi come se stessi allenando una nuova risposta nervosa.

Ti alleni, ti rinforzi, e senti che ogni giorno, anche fuori da qui, il tuo inconscio continua l’allenamento.»

Ancoraggio

«Scegli un gesto: un piccolo movimento delle dita, un tocco sulla gamba. Quello sarà il richiamo del tuo allenamento invisibile. Ogni volta che lo farai, le tue risorse si attiveranno.»

Uscita

«E ora, lasci questa palestra interiore con gratitudine... portando con te la sensazione di forza. E quando sarai pronto, riaprirai gli occhi. Calmo. Solido. Allenato.»

4. LIVELLO VALORI E CONVINZIONI

Script: **“La bussola dei valori”**

Induzione

«Rilassati profondamente... come se stessi scendendo in un luogo interno, un po' più profondo... ogni respiro è un passo in giù... verso un luogo dove potrai ricevere una guida importante...»

Sviluppo simbolico

«Ti trovi in una radura. Al centro c'è una figura: può essere un vecchio saggio, un animale, o anche una versione futura di te. Ti sorride e ti porge una bussola.

Questa bussola è magica: non indica il nord, ma i tuoi valori. Quando sei in dubbio, la bussola ti ricorda cosa conta davvero.

Prova a guardarla. Leggi le parole: Libertà. Cura. Onestà. Rispetto.

E ora visualizza una scena della tua vita futura in cui, grazie alla bussola, fai una scelta importante. Senti l'orgoglio, la coerenza, la dignità.»

Ancoraggio

«Ogni volta che ti sentirai smarrito, potrai richiamare l'immagine di questa bussola. Potrai anche portare con te un piccolo oggetto che la rappresenti. Un portachiavi, una pietra, un disegno.»

Uscita

«Ora la figura ti saluta... la radura si dissolve lentamente... e torni con calma nel tuo corpo. Con quella bussola nel cuore. E negli occhi.»

5. LIVELLO IDENTITÀ

Script: **“L’abito nuovo”**

Induzione

«Rilassati profondamente... come se stessi lasciando andare ogni ruolo imposto... ogni etichetta... ogni nome che ti è stato dato. Adesso stai per incontrare una parte più vera di te...»

Sviluppo simbolico

«Ti trovi in una bottega antica, piena di specchi e tessuti. Un sarto ti invita a toglierti l’abito vecchio... quello legato al passato, alla dipendenza, alla vergogna. Lo piega con rispetto... lo mette via. Poi ti invita a scegliere un nuovo abito. Come lo vuoi? Elegante, sportivo, essenziale? Che colore ha? Che stoffa?

Lo indossi lentamente... senti come ti cambia il modo di stare in piedi... di respirare... di guardare il mondo.

Ti guardi allo specchio. Chi sei, ora?»

Ancoraggio

«Fai tua una frase interiore che descriva questa nuova identità. Può cominciare con: “Io sono...” e concludersi con una parola che ti appartiene. Ripetila mentalmente 3 volte.»

Uscita

«Il sarto ti sorride. “Quando vuoi, questo abito sarà tuo.” E lentamente torni nel tuo corpo... portando con te questa immagine nuova... questo modo diverso di essere nel mondo.»

6. LIVELLO APPARTENENZA / SPIRITUALITÀ

Script: "L'albero delle radici e dei rami"

Induzione

«Ogni respiro è come una radice... che scende in profondità... mentre la mente sale, leggera... come un ramo che si allunga verso il cielo...»

Sviluppo simbolico

«Immagina di essere un albero. Le radici affondano nella terra: sono le tue origini, le difficoltà, ma anche le risorse. Nonostante tutto, sei qui. Sei vivo.

Poi senti i rami: crescono, si aprono. Alcuni portano frutti, altri foglie, altri ancora solo ombra.

Al centro c'è il tronco: sei tu, oggi. La tua esistenza ha un senso. E anche il tuo cambiamento lo ha.

Altri alberi ti circondano. Non sei solo. Sei parte di una foresta.»

Ancoraggio

«Scegli un ramo: quel ramo rappresenta un progetto, una persona, un valore in cui credi. Ogni volta che lo visualizzerai, sentirai la connessione con qualcosa di più grande. Qualcosa che vale la pena coltivare.»

Uscita

«E ora, mentre l'albero si dissolve... porti con te le sue radici e i suoi rami... E riapri gli occhi, con la consapevolezza di essere parte. Di qualcosa. Di qualcuno. Di te.»

Tecniche induttive usate

Metodo della fissazione dell'indice dell'ipnotista (Bernheim 1890)

Con la persona comodamente seduta sulla poltrona si richiede di fissare l'indice della mano destra posto a due palmi dagli occhi della persona. L'indice man mano si avvicina in modo da cagionare una convergenza dei bulbi oculari e provoca stanchezza degli occhi. Quando si scorgono alcuni segnali quali le palpebre che si muovono velocemente, lacrimazione oppure deglutizione. A quel punto si chiede di chiudere gli occhi con frasi cadenzate in ripetizioni e rassicuranti

Metodo del blocco dei globi oculari

Si fanno chiudere al paziente gli occhi chiedendo di girarli contemporaneamente verso l'alto in modo di fissare un punto alla base del naso.

Si comprimono i bulbi oculari in senso latero-mediale mentre il paziente è invitato a guardare in alto in modo da compiere contemporaneamente una rotazione in alto e una convergenza dei bulbi oculari. Contestualmente si aggiunge a livello psicologico suggestivo un'induzione di idee di rilassamento e sonno. L'apertura degli occhi non potrà più avvenire in quanto è difficile aprire le palpebre e contemporaneamente roteare in alto i bulbi oculari.

Questo con le concomitanti suggestioni di torpore può indurre trance

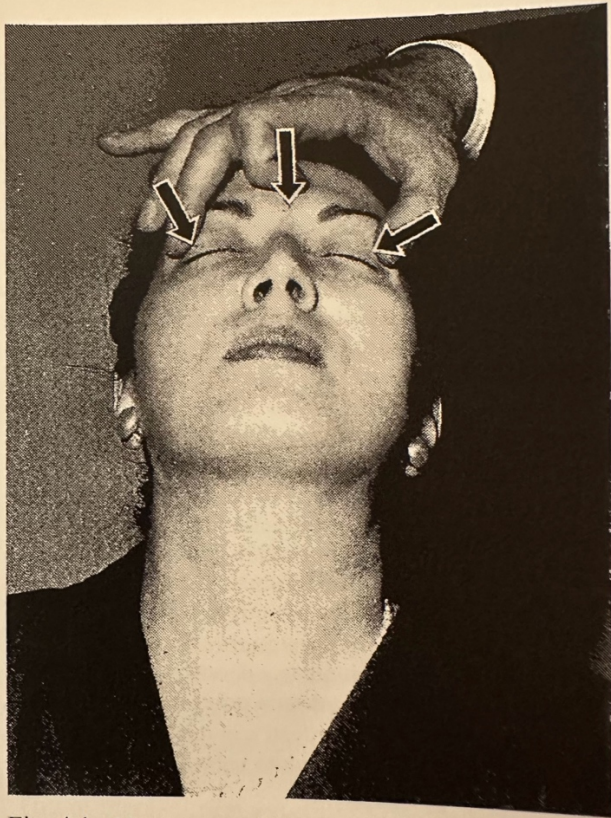


Fig. 4.1. Manovra per indurre e approfondire la trance ipnotica.

Da Granone, trattato di ipnosi pag 56

Lo strumento per valutare l'ansia: lo STAI – State-Trait Anxiety Inventory test

Questo test è stato utilizzato per sondare se l'ansia percepita subiva una diminuzione durante il trattamento attraverso le sedute con l'ipnosi.

Il test è stato somministrato da una delle psicologhe del Centro.

Presentazione dello STAI – State-Trait Anxiety Inventory

Lo STAI (State-Trait Anxiety Inventory) è uno strumento psicodiagnostico tra i più utilizzati a livello internazionale per la valutazione dell'ansia, sia come stato transitorio sia come tratto stabile della personalità. Ideato da Spielberger, Gorsuch e Lushene e pubblicato in Italia da Organizzazioni Speciali (Firenze, 1981), lo strumento è ampiamente impiegato sia in ambito clinico sia in contesti di ricerca psicologica.

Ambito e modello teorico di riferimento

Lo STAI è utilizzato prevalentemente per l'assessment clinico dell'ansia, intesa secondo una prospettiva multidimensionale. Secondo la definizione proposta dall'American Psychiatric Association (1995), l'ansia è una condizione psicofisiologica connessa all'anticipazione di pericoli o eventi negativi, spesso accompagnata da disforia e da sintomi somatici di tensione. In questa prospettiva, l'ansia può manifestarsi sia in risposta a stimoli specifici e contingenti (ansia di stato), sia come tratto costante della personalità (ansia di tratto).

Costrutti misurati

Lo STAI si compone di due scale distinte:

- STAI-X1 – Ansia di Stato: misura l'ansia come stato emotivo transitorio, ovvero la risposta soggettiva a una situazione percepita come minacciosa o stressante nel momento presente.

- STAI-X2 – Ansia di Tratto: valuta l'ansia come disposizione stabile della personalità, cioè la tendenza abituale dell'individuo a reagire con ansia a una vasta gamma di situazioni.

Questa distinzione consente una valutazione differenziata dei livelli di ansia legati a fattori situazionali e strutturali.

Caratteristiche della somministrazione

Il test è autovalutativo e viene somministrato in forma carta-matita, sia individualmente sia in modalità collettiva, ed è destinato a un ampio spettro di popolazione, compresi adolescenti, adulti e anziani, con diversi livelli culturali. La somministrazione delle due scale richiede circa 10–15 minuti, e la correzione può avvenire manualmente tramite griglie oppure con software automatizzati.

Le modalità di risposta variano tra le due scale:

- Nella scala X1, l'individuo valuta come si sente nel momento presente (es. “per nulla”, “un po’”, “abbastanza”, “moltissimo”).
- Nella scala X2, viene chiesto come si sente abitualmente, con un range da “quasi mai” a “quasi sempre”.

Proprietà psicometriche

Lo STAI-X mostra buone caratteristiche psicometriche:

- Per la scala di stato (X1), la consistenza interna (α di Cronbach) varia da .83 a .92, mentre l'affidabilità test-retest, come prevedibile per una variabile transitoria, è più bassa (da .16 a .54).
- Per la scala di tratto (X2), l'affidabilità test-retest risulta più elevata (da .73 a .86), con una consistenza interna compresa tra .86 e .92.

La validità di costrutto e la validità concorrente sono ben documentate, con correlazioni significative con altre scale di ansia come la Taylor Manifest Anxiety Scale e l'Affect Adjective Check List.

Evoluzione e versioni successive

Nel 1989 è stata introdotta una nuova versione del test: lo STAI-Y, che migliora la discriminazione tra ansia e depressione, superando alcune limitazioni diagnostiche della forma X. La scala X1 è stata inoltre integrata nella batteria CBA 2.0, che offre un assessment psicologico a più ampio spettro.

Campioni normativi

I dati normativi italiani sono stati elaborati a partire da un campione iniziale di 370 soggetti “normali”, successivamente ampliato fino a 2.304 soggetti distribuiti su tutto il territorio nazionale, con età compresa tra i 16 e i 60 anni. Sono disponibili norme specifiche anche per popolazioni cliniche (es. pazienti cardiologici, neurologici, obesi, alcolisti) e per soggetti in età geriatrica.

Somministrazione dello STAI

- Individuale vs. collettiva: la scelta è stata quella di fare una somministrazione individuale, per evitare influenze tra i pazienti e garantire risposte più sincere e meno superficiali e casuali. Inoltre, alcuni pazienti possono avere difficoltà di lettura, comprensione o attenzione e in un setting individuale, è possibile aiutarli senza che si sentano a disagio davanti agli altri. Infine, durante la somministrazione individuale si può osservare il comportamento del paziente (esitazioni, reazioni emotive, difficoltà nel rispondere), informazioni preziose per l'interpretazione dei risultati.
- Frequenza: per valutare le variazioni nel tempo, e considerando la durata media dei percorsi terapeutici, si è pensato di somministrare lo strumento una volta al mese ad una distanza di qualche giorno dalla seduta di ipnosi. In futuro si potrebbe però optare per una somministrazione successiva ad ogni seduta per valutare le aspettative sul cambiamento dell'ansia di stato in concomitanza con la seduta di ipnosi.
- Presentazione: Il manuale suggerisce di non presentare il test come un test per l'ansia, si è scelto pertanto di presentarlo come un test per valutare e monitorare lo stato di benessere. È importante specificare che risposte oneste e spontanee

consentiranno alla struttura e all'équipe di essere maggiormente d'aiuto e più efficaci. È inoltre d'aiuto specificare che le risposte date non usciranno (se non in modo anonimo) al di fuori dell'équipe, la quale è tenuta a rispettare il segreto professionale.

- Istruzioni: Il manuale consiglia di sottolineare che le istruzioni sono diverse per le due parti del questionario: per la valutazione dello stato si richiede al paziente di esprimere “come si sentono in un determinato momento (una data situazione o in intervallo di tempo che interessa il clinico)” e per valutare il tratto di indicare “come si sentono di solito in generale”.

Restituzione al paziente

- Cosa e come: la scelta è stata di spiegare in modo semplice i risultati, evitando tecnicismi e focalizzandomi su cosa può significare per il loro percorso ("Sembra che il tuo livello di ansia sia rimasto stabile/diminuito/aumentato. Come ti senti rispetto a questo?").
- Scopo: Mostrare eventuali miglioramenti o aree di difficoltà su cui lavorare, rinforzando la motivazione.

Comunicazione con l'équipe

- Cosa dire: la scelta è stata di riferire all'équipe i dati in modo sintetico e funzionale al trattamento. Ad esempio: “Abbiamo osservato un aumento/diminuzione dell'ansia in X settimane, potrebbe essere utile esplorare le cause.”
- Come dirlo: si è creato un report che riassume l'andamento dell'ansia ad ogni somministrazione di test, da comunicare individualmente agli operatori di riferimento o in gruppo alla riunione d'équipe.

Futura Integrazione con un test per il malingering (SIMS o IOP-29)⁵

⁵ SIMS e IOP-29 rappresentano due strumenti affidabili e complementari nella valutazione del malingering psicopatologico. Il SIMS è più adatto a una prima scrematura generalizzata, mentre l'IOP-29 è preferibile per valutazioni più mirate e sofisticate, grazie alla sua costruzione empiricamente bilanciata e all'accuratezza del punteggio FAB. Entrambi gli strumenti, tuttavia, devono essere utilizzati all'interno di un processo valutativo più ampio, integrando dati anamnestici, osservazione clinica e altri test di personalità o funzionamento cognitivo.

- Perché: Alcuni pazienti potrebbero enfatizzare o minimizzare sintomi di ansia per ottenere benefici (es. prolungare o diminuire la permanenza in struttura, evitare attività specifiche).
- Quando somministrarlo: Non avrebbe molto senso somministrare il SIMS o l'IOP-29 con la stessa frequenza dello STAI nel monitoraggio del percorso terapeutico. Lo STAI misura i livelli di ansia in modo dinamico, quindi ha senso ripeterlo periodicamente per osservare i cambiamenti nel tempo. Invece, i SIMS e l'IOP-29 servono per identificare simulazione o esagerazione dei sintomi, un aspetto che di solito non cambia frequentemente nel tempo, a meno che ci siano motivazioni particolari dietro (es. richieste di benefici, pressioni legali). Pertanto, si pensa di somministrarli in ingresso per avere un quadro iniziale, e poi se emergono segnali di sospetto (ad esempio, se il paziente riferisce un peggioramento sproporzionato rispetto a quanto osservato clinicamente) e prima di decisioni importanti.

Riferimenti bibliografici

- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1980). S.T.A.I. – Questionario di autovalutazione per l'ansia di stato e di tratto – Forma X. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Spielberger, C. D. (1989). S.T.A.I. – Inventario per l'ansia di stato e di tratto – Forma Y. Firenze: Organizzazioni Speciali.
- Sanavio, E., Sica, C. (1999). I test di personalità. Bologna: Il Mulino.
- Bertolotti, G., Sanavio, E., Vidotto, G., Zotti, A. M. (1994). Un modello di valutazione psicologica in medicina riabilitativa. Pavia: Pi-M Editrice.
- Biagiarelli, P. G., Fioravanti, M., & Lazzari, R. (1984). Struttura fattoriale dello STAI: controllo della sua stabilità e validità. Bollettino di Psicologia Applicata, 169, 45–51.
- Vidotto, G., & Bertolotti, G. (1991). Una valutazione base dell'ansia di stato: la versione ridotta dello STAI-X1. Bollettino di Psicologia Applicata, 198, 33–40.

Strategie di coping e ipnosi

Il termine coping in psicologia indica l'insieme delle strategie cognitive, emotive e comportamentali che una persona utilizza per far fronte a situazioni percepite come stressanti, minacciose o dolorose.

In altre parole, il coping è il modo in cui l'individuo si adatta e reagisce a richieste interne o esterne che eccedono o mettono alla prova le sue risorse.

Le strategie di coping non riguardano un tratto stabile della personalità, ma un processo dinamico e situazionale. Cambiano a seconda del contesto, del momento e delle risorse disponibili. Le strategie possono essere consapevoli (strategie intenzionali) o automatiche (abitudini di risposta).

Non sono “buone” o “cattive” in senso assoluto: una strategia di coping può essere efficace in un contesto e inefficace in un altro.

Tipologie di coping (secondo Lazarus e Folkman, 1984) sono il Coping focalizzato sul problema che mira a modificare la situazione stressante (es.: cercare informazioni, pianificare, risolvere un conflitto), il Coping focalizzato sull'emozione che mira a regolare le emozioni legate allo stress (rilassamento, ristrutturazione cognitiva, ricerca di supporto sociale) e il Coping disfunzionale o di evitamento che mira invece a ridurre il disagio senza affrontare la causa reale (abuso di sostanze, ritiro sociale, procrastinazione).

Il coping rappresenta la capacità di adattamento psicologico di fronte alle difficoltà.

È centrale in ambito clinico, educativo e riabilitativo, perché allenare strategie di coping funzionali significa rafforzare resilienza, autonomia e benessere.

Strategie di Coping per la Gestione del Craving da Crack

Come detto un trattamento efficace combina interventi psicoeducativi, cognitivi, comportamentali e relazionali.

Esempi di strategie di coping possono allora essere espressi in approcci e tecnici differenti di cui porto qualche esempio.

1. Tecniche cognitive

- Ristrutturazione cognitiva: riconoscere i pensieri automatici (“Se non fumo non resisto”) e sostituirli con pensieri realistici (“Il craving è temporaneo, passa in pochi minuti”).

- Decatastofizzazione: ridimensionare la percezione di urgenza (“Il craving non è pericoloso in sé, è un segnale che posso imparare a gestire”).

2. Tecniche comportamentali

- Rimandare la decisione: “Aspetto 15 minuti” e intanto impegnarsi in un’attività alternativa.
- Coping cards: avere con sé frasi chiave o istruzioni rapide per i momenti di rischio.
- Esposizione controllata e graduale allo stimolo: con supporto terapeutico, affrontare progressivamente i trigger per ridurre l’impatto.

3. Strategie fisiologiche

- Tecniche di respirazione e rilassamento muscolare: riducono l’attivazione corporea legata all’impulso.
- Mindfulness e ipnosi: osservare il craving come un’onda che sorge e si abbassa, senza agire.

4. Strategie relazionali

- Chiamare una persona di supporto (peer, educatore, amico sobrio).
- Gruppi di auto-mutuo-aiuto o colloqui: condividere in tempo reale il momento di vulnerabilità.

Esempi di passaggi nella Gestione del Craving da Crack

1. Riconoscere il craving (consapevolezza).
2. Accettazione senza giudizio (normalizzazione).
3. Respiro e attesa (il craving di solito dura 5–20 minuti).
4. Distrazione o attivazione (spostare il focus su attività sostitutive).
5. Condivisione(non isolarsi, chiedere supporto).

Coping e ipnosi: un terreno comune

Le strategie di coping sono modalità cognitive, emotive e comportamentali che una persona attiva per fronteggiare situazioni stressanti o di craving (nel caso delle dipendenze). L'ipnosi granoniana si fonda sull'idea che la persona possieda già in sé le risorse necessarie per trasformare il proprio rapporto con la realtà, e che il compito del terapeuta sia favorire un "cambiamento di stato" in cui quelle risorse possano emergere.

L'ipnosi diventa essa stessa una strategia di coping perchè punta ad attivare risorse personali di adattamento e a trasformare la percezione della situazione problematica.

Coping centrato sul problema e ipnosi

Sono strategie cognitive e comportamentali finalizzate a modificare la situazione stressante (pianificazione, problem solving, ricerca di supporto).

L'ipnosi granoniana attraverso trance, suggestioni indirette, monoideismi plastici consente alla persona di trovare nuove prospettive e soluzioni pratiche che prima non vedeva, grazie alla sospensione del dialogo interno abituale.

L'ipnosi facilita un distacco dal problema e crea lo spazio mentale per pianificare strategie più funzionali.

Coping centrato sull'emozione e ipnosi

Il Coping emotivo consente la regolazione delle emozioni generate dallo stress (ridurre ansia, paura, desiderio compulsivo). In tal senso l'ipnosi granoniana induce un rilassamento profondo e una riconnessione col corpo che riduce l'intensità delle emozioni negative, consentendo al soggetto di viverle in modo più fluido e meno minaccioso.

L'ipnosi diventa un "coping emozionale avanzato", capace di trasformare l'esperienza emotiva attraverso nuove immagini e sensazioni.

Coping centrato sull'evitamento e ipnosi

Il Coping evitante promuove la fuga, negazione o distrazione per non affrontare lo stimolo stressante (a volte disfunzionale nelle dipendenze ma utile nel breve periodo).

In tal senso l'ipnosi granoniana non si limita a distrarre, ma permette una ristrutturazione dell'esperienza percettiva, trasformando il significato del craving o del ricordo traumatico.

L'ipnosi offre un'alternativa all'evitamento passivo, promuovendo invece un evitamento trasformativo, in cui il problema cambia configurazione e perde la sua presa.

Nell'approccio granoniano, il terapeuta non dirige ma accompagna, immergendo la persona in una relazione accogliente e non giudicante. Questo aspetto relazionale può potenziare le strategie di coping perché aumenta la percezione di supporto sociale (coping relazionale), riduce il senso di impotenza e rafforza la fiducia nelle proprie capacità.

L'ipnosi può diventare uno strumento di coping immediato, sostituendo la risposta automatica di consumo con un vissuto corporeo di calma e padronanza.

Può allora essere usata nella prevenzione delle ricadute in quanto permette di ancorare stati interni di sicurezza e autostima, che la persona può richiamare nei momenti di vulnerabilità.

Consente inoltre la ristrutturazione cognitiva in quanto durante la trance emergono nuove narrazioni di sé, che rafforzano coping attivi e resilienti.

La funzione della metafora nel coping

La metafora è un linguaggio simbolico che permette al soggetto di dare forma ed espressione a vissuti interni complessi, spesso difficilmente comunicabili sul piano razionale. Consente l'accesso all'esperienza implicita in quanto bypassa i filtri razionali e raggiunge direttamente il piano immaginativo, corporeo, emozionale.

Consente poi una ristrutturazione cognitiva indiretta: concetti come "craving come onda", "ansia come nuvola passeggera" o "pensieri come foglie che scorrono sul fiume" offrono un nuovo modo di interpretare il sintomo, trasformandolo da ostacolo insormontabile a fenomeno temporaneo e attraversabile.

Incrementa il senso di agency: la metafora non solo spiega ma suggerisce implicitamente una modalità di azione. Dire "puoi cavalcare l'onda" o "lasciare che la nuvola passi" fornisce una strategia operativa, pur restando in un linguaggio poetico e non prescrittivo.

Consente infine l'integrazione mente-corpo in quanto molte metafore coinvolgono immagini sensoriali e cinestesiche, stimolando la persona a percepire il proprio corpo come risorsa (es. "radicarsi come un albero" per fronteggiare l'impulso).

Esempio di Script ipnotico che utilizza la metafora del craving come onda

“E adesso puoi trovare una posizione comoda...
sentire il peso del tuo corpo che si appoggia...
e lasciare che il respiro diventi piano piano più ampio, naturale...
come se ogni inspirazione portasse con sé stabilità...
e ogni espirazione lasciasse andare una parte delle tensioni...

E mentre ti lasci guidare da questo ritmo naturale, puoi immaginare di trovarti davanti al mare...

Un mare che si muove, vivo, mai uguale a se stesso...
e notare le onde... onde che si formano, crescono, si alzano... e poi inevitabilmente si abbassano, ritornando quiete.

Può capitare di incontrare ostacoli o problemi che possono somigliare a quell'onda.
Un'onda che a volte arriva improvvisa, a volte più lenta...
e sembra grande, intensa, quasi insuperabile...
e tuttavia, come ogni onda, anche quella è destinata a passare.

Ora puoi immaginare di essere lì, sulla riva, e vedere quell'onda che si avvicina...
E puoi scegliere: invece di opporre resistenza, invece di farti travolgere... puoi decidere di lasciarla attraversarti.
Sentire che tu resti saldo... come il corpo che galleggia, che si lascia portare su e giù...
senza paura...
senza dover lottare, senza soccombere.

Puoi persino percepire, dentro di te, la sensazione del corpo che si muove con quell'onda...
come se quella difficoltà fosse solo un passaggio... un movimento che non ti definisce, che non comanda te...
ma che tu osservi, riconosci e lasci andare.

E mentre lasci che l'onda ti attraversi, puoi accorgerti che la tua forza è proprio lì...

non nel combattere... ma nel restare presente, stabile, vivo.
Come una roccia che rimane mentre l'acqua scorre...
come un respiro che continua mentre ogni onda si allontana.
E ogni volta che un'onda di difficoltà interiore si presenta... puoi ricordare questa immagine.
La forza di attraversarla... di stare... e di lasciare che passi.
Sapendo che ogni onda è temporanea... e che tu hai già in te le risorse per restare saldo, presente, libero.
E adesso, piano piano, puoi riportare l'attenzione al tuo corpo...
al respiro che scorre tranquillo...
alle gambe, alle braccia, alle mani...
come se stessi ritornando gradualmente qui, nella stanza, con una nuova consapevolezza...
con la certezza che ogni volta che arriva un'onda... tu puoi attraversarla...
e restare integro, al di là di essa.
E quando ti sentirai pronto... potrai aprire gli occhi... portando con te questa forza, questo ricordo... e la calma di sapere che i momenti di difficoltà in questo percorso sono solo un'onda che passa.”

Primi risultati

Ad oggi non è ancora possibile avere dei risultati attendibili in quanto il progetto è nella sua fase iniziale.

Emerge dalla percezione dell'equipè e dai vissuti soggetti di coloro che hanno iniziato il trattamento molto entusiasmo e fiducia verso lo strumento dell'ipnosi come supporto.

A fine seduta la percezione di serenità, maggiore consapevolezza, rilassamento sono stati d'animo frequenti e condivisi.

Le sedute, pur non essendo obbligatorie vedono un'adesione pressoché totale alla proposta. Si scorge la necessità di dividere meglio coloro che vengono sottoposti alle sedute da quelli che non lo saranno, precisando che tutti vorrebbero però essere tra coloro

che usufruiscono di tale strumento. Questi primi mesi di lavoro pertanto consentono di essere molto ottimisti pur non potendo ancora presentare dei dati chiari sui risultati. Il lavoro di studio intende però proseguire per almeno un anno ancora in modo da avere molti pazienti in trattamento da poter osservare.

Un caso studio

Descrivo il caso di Ni., un giovane ragazzo di 27 anni che si è sottoposto a 10 sedute e che attualmente ha finito il percorso ed è tornato a casa insieme ai suoi genitori. Il suo percorso è durato 8 mesi ed attualmente è ancora in remissione.

Allego l'ultimo test STAI-Y

Nome: Ni.

Età: 27 anni

Genere: Maschile

Titolo di studio: Laurea triennale

Data di somministrazione: 13/04/2025

Strumento utilizzato: STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory – Forma Y)

Finalità: Valutazione dell'ansia come stato e come tratto

Osservazioni comportamentali

Durante la somministrazione del test, Ni. si è mostrato collaborativo e disponibile. Ha seguito le istruzioni con attenzione, prendendosi il tempo necessario per completare il questionario senza fretta. Ha letto alcune domande a voce alta, altre a voce bassa e altre ancora mentalmente, mostrando un approccio personale ma coerente al compito. Il suo atteggiamento è risultato in linea con il suo consueto funzionamento, caratterizzato da calma, presenza e capacità di autoregolazione.

Descrizione dello strumento

Lo STAI-Y è un questionario autosomministrato composto da 40 item, suddivisi in due scale:

- Ansia di stato: valuta l'esperienza ansiosa transitoria, legata a condizioni momentanee.
- Ansia di tratto: misura la tendenza stabile a percepire le situazioni come minacciose e a rispondere con vissuti ansiosi.

Specifiche sull'interpretazione

Sebbene il manuale dello STAI-Y (Spielberger, 1983⁶; adatt. it. Pedrabissi & Santinello, 1989⁷) non fornisca cut-off clinici ufficiali, la letteratura scientifica ha proposto soglie empiriche per identificare punteggi significativamente elevati. In ambito clinico, viene comunemente adottato un approccio basato sulla deviazione standard, per cui un punteggio $T \geq 60$ viene considerato indicativo di elevata sintomatologia ansiosa, potenzialmente clinicamente rilevante (Julian, 2011⁸).

Inoltre, nella pratica psicodiagnostica è frequente l'utilizzo delle seguenti soglie orientative per i punteggi T:

- $T \geq 60$: ansia elevata (clinicamente significativa)
- $T 55-59$: ansia moderatamente elevata
- $T 45-54$: nella norma

Risultati

	Punteggio Grezzo	Punti T	Percentile
Ansia di stato	20	33	1

⁶ Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Consulting Psychologists Press.

⁷ Pedrabissi, L., & Santinello, M. (1989). *Inventario per l'ansia di stato e di tratto: nuova versione dello STAI forma Y*. Firenze: Giunti OS Organizzazioni Speciali.

⁸ Julian, L. J. (2011). Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care & Research*, 63(S11), S467-S472.

Ansia di tratto	21	33	1
-----------------	----	----	---

Interpretazione

Ansia di Stato

Il punteggio T di 33 indica un livello estremamente basso di ansia situazionale. Nicolò, al momento della somministrazione, non presentava segni di tensione o preoccupazione emotiva significativa.

Ansia di Tratto

Anche il punteggio T di 33 in questa scala evidenzia una predisposizione ansiosa molto bassa, suggerendo che il soggetto tende generalmente a non percepire le situazioni come minacciose o stressanti.

Aspetti caratterizzanti

Un profilo così basso in entrambe le scale può avere diverse interpretazioni:

- Può riflettere uno stile emotivo caratterizzato da autocontrollo e bassa attivazione ansiosa, compatibile con una buona gestione dell'emotività.
- In alternativa, valori estremamente bassi possono indicare una sottovalutazione o negazione del disagio, volontaria o inconsapevole, da approfondire clinicamente.

Conclusioni e raccomandazioni

Il profilo di Ni. emerso dal test suggerisce un livello di ansia molto basso, sia come risposta momentanea sia come tratto di personalità. Il comportamento calmo e regolato osservato durante la somministrazione del test è coerente con i punteggi molto bassi ottenuti sia nella scala di ansia di stato che in quella di tratto. Il comportamento di Ni. durante la somministrazione non contraddice i risultati, ma neppure esclude con certezza l'ipotesi di una sottovalutazione emotiva, la quale è stata indagata con un altro test (IOP-29), che ha fornito un elemento di chiarezza: il punteggio lì ottenuto indica una

presentazione considerata credibile, non compatibile con una simulazione intenzionale dei sintomi. Pertanto, i dati supportano l'ipotesi che Ni. abbia descritto in modo autentico il proprio stato psicologico e che il basso livello ansioso riportato nel test è verosimilmente genuino, e non frutto di negazione volontaria o strategica del disagio.

Il lavoro nelle sedute

Le sedute con Ni. Sono state, piacevoli, intense e regolari.

Ni. Ha mostrato una grande facilità ad entrare in uno stato di trance in cui raccontava di esperire uno stato di grande benessere. Rispondeva bene a tutti i monoideismi plastici proposti.

Ni. Attraverso gli ancoraggi aveva acquisito una buona capacità di autoipnosi che usava da solo nella propria stanza soprattutto di sera che per lui era il momento con attivazione più alto.

Con Ni. Abbiamo lavorato insieme sul suo Rinforzo dell'io attraverso l'attivazione delle sue risorse in modo da ottenere il superamento di momenti di difficoltà. Siamo andati a recuperare esperienze concrete di forza ed efficacia (saper suonare, la laurea, il suo lavoro di grafico) che in passato lo avevano fatto stare anche molto bene per trasferirle nella sua attuale situazione problematica attuando insieme uno spostamento di risorse.

Ogni seduta vedeva un congruo spazio dedicato al pre-talk in cui andavamo insieme a cercare le sue esperienze positive.

Iniziata la seduta, dopo averlo rapidamente indotto in trance, lo accompagnavo a rivivere l'esperienza di cui mi aveva parlato. Provavo allora a condurlo nello sperimentare e amplificare quelle sensazioni positive, piacevoli, proattive individuate.

Si richiamavano allora quell'esperienze (la sicurezza di quando suonava la chitarra o il senso di autoefficacia di quando componeva grafica).

Un esempio di script era allora: <<porta la tua attenzione e lasciati assorbire da quando suoni la tua chitarra.... fino ad essere completamente coinvolto e partecipe dell'esperienza.... come l'ultima volta che l'hai sperimentata... oppure una volta in cui ti ha fatto stare particolarmente bene.... in cui ti sei sentito particolarmente tranquillo e completamente immerso dal suono (→ attivazione della RISORSA)

“Lasciati coinvolgere e assorbire sempre di più... sperimenta dentro di te esattamente quello che provi quando suoni la tua chitarra...

Mentre tutto questo accade puoi accorgerti dei cambiamenti che avvengono dentro di te....

“.

In quel caso ratificavo alcuni cambiamenti osservabili come segnali di rilassamento percepibili aprendo alla possibilità che il cambiamento voluto potesse realizzarsi.

A questo punto provavo a far emergere e focalizzare sempre meglio quella specifica risorsa che serviva a Ni. per affrontare la sua difficoltà e per aiutarlo a creare le connessioni tra la sua esperienza e la difficoltà vissuta.

“suonare la chitarra Suonare la chitarra è un po’ come quello che ti serve per affrontare un momento di difficoltà...

All’inizio ti sembra impossibile.

Hai le dita che fanno male, le corde che non rispondono come vorresti.

Strimpeli, ma non esce niente di buono.

Ti dici che non ce la farai mai.

Che non è per te.

Che gli altri sono più portati.

Ma poi, se resisti...

Se insisti...

Se impari a stare nella fatica...

Succede qualcosa.

Le dita diventano più forti.

I calli coprono le ferite.

Il suono inizia a prendere forma.

Non perfetto, ma tuo.

E così è nei momenti difficili:

all’inizio non sai dove mettere le mani.

*Ti tremano le gambe.
Vorresti mollare.
Ma se ci stai dentro, senza scappare,
se ascolti anche il silenzio,
se ti lasci guidare da chi ne ha già passate,
a un certo punto il dolore smette di essere solo rumore,
e diventa musica.
La tua musica.
E allora capisci che non stavi solo lottando contro qualcosa,
ma stavi imparando a suonare te stesso.”.*

Ipnosi progressiva

Un altro strumento utile è stato quello di introdurre la dimensione temporale per «vedere» il momento in cui il problema sarebbe stato risolto.

Per ipnosi progressiva si intende la capacità del soggetto di proiettarsi nel futuro, sperimentando le sensazioni come se le provasse nel qui ed ora.

Si può utilizzare per superare condizioni attuali e ottenere sollievo dal disagio e dall'ansia. Anche in questo caso si lavorava insieme a Ni. Nella fase di pre-talk invitandolo ad individuare il desiderio o la condizione che avrebbe voluto sperimentare nel futuro.

Una volta indotto, lo si proiettava ad un domani in cui sarebbe stato bene a casa, dopo il percorso Comunitario, quando si sarebbe sentito bene, recuperando tutte le sue forze e le energie. Rinforzandolo sulla grande motivazione al cambiamento e alla sua capacità di aver preso decisioni che lo hanno portato a stare meglio e ad affrontare la sua dipendenza.

Lo script della sfera di cristallo

*Mentre ascolti il suono della mia voce,
puoi cominciare a notare il ritmo del tuo respiro...
che lentamente... naturalmente...
diventa più calmo...
più profondo...
più tranquillo...*

*E mentre il corpo si rilassa,
come una barca che si lascia cullare dal mare...
puoi immaginare di scendere...
scendere lentamente...
in un luogo sicuro dentro di te...*

*Un luogo dove tutto è calmo...
dove nulla può farti del male...
un luogo dove puoi stare bene...
protetto... sereno...
completamente al sicuro...*

*Adesso, proprio davanti a te,
puoi immaginare una sfera di cristallo...
appoggiata su un supporto antico... come se fosse lì da sempre...
trasparente, lucida... e viva...
come se dentro contenesse qualcosa di molto importante...*

*E mentre la guardi, puoi notare...
che dentro comincia a prendere forma un'immagine...
un'immagine del tuo futuro...
non un futuro qualunque...
ma proprio quel momento in cui starai bene...
quel momento in cui tutto questo che stai vivendo adesso sarà superato...*

*La sfera ti mostra te stesso, in un tempo che deve ancora arrivare...
ma che è già reale...
in quella visione, tu stai bene...
respiri a pieni polmoni...
hai lo sguardo luminoso...
c'è forza nelle tue spalle...
leggerezza nei tuoi pensieri...*

*Guarda quella versione di te...
Osserva come si muove,
come parla,
come respira...
C'è qualcosa nel suo viso... una sicurezza nuova...
un'energia pulita, essenziale...*

*E tu puoi sentire quella forza già adesso...
mentre la osservi nella sfera,
una parte di te la riconosce...
perché è già dentro di te...
già scritta...
già possibile...*

*Ora la sfera comincia a brillare leggermente,
e ti accorgi che puoi entrare in quell'immagine...
puoi avvicinarti,
toccarla...
e attraversarla...*

*Come se fossi lì...
nel futuro...
a vivere il giorno in cui ce l'hai fatta...
Il giorno in cui ti guardi allo specchio e sorridi...
Il giorno in cui dici:
"È passato.
L'ho superato.
Sto bene.
Sto tornando a me stesso..."*

*E voglio che tu senta tutto questo nel corpo...
La sicurezza nelle gambe...*

la stabilità nel petto...

la chiarezza nella mente...

la pace nel cuore...

Rimani lì ancora qualche istante...

respira questo benessere...

assaporalo...

perché questa è una memoria futura...

che adesso può cominciare a radicarsi dentro di te...

E mentre lentamente ti prepari a lasciare questa immagine,

sappi che puoi portarla con te...

puoi tornare a questa visione ogni volta che ne sentirai il bisogno...

perché adesso il tuo inconscio sa dove andare...

E anche se non tutto sarà facile...

puoi fidarti che una parte di te ha già tracciato la strada...

e ci tornerai...

un passo alla volta...

con calma... con fiducia...

Adesso, con molta tranquillità,

comincia lentamente a tornare al tuo respiro...

al corpo che riposa...

alla stanza in cui sei...

riporta con te tutto ciò che ti è servito...

E quando sei pronto...

puoi riaprire gli occhi...

sentendoti più calmo... più lucido...

e con dentro quella luce del futuro...

che comincia già da adesso."

Al termine del lavoro, infine lo ancoravo a quanto vissuto e lo invitavo a riprovare quella sensazione di serenità.

Una volta con Ni. è successa una cosa molto bella ed emozionante. Durante un lavoro sul corpo, dopo aver lavorato con monoideismi plastici al braccio e alla mano destri per fargli vivere una sensazione di “pesantezza e stabilità” e poi averlo fatto lavorare su alcune risorse latenti che poteva recuperare, al termine della seduta con grande commozione mi aveva fatto notare come fosse sparito il tremore alla mano che lo attanagliava da circa un anno. Rilevo come si trattasse di un tremore di natura extrapiramidale indotto da un neurolettico con cui era stato in terapia. Il tremore alla mano era completamente scomparso. La seduta dopo abbiamo provato a trasferire quelle risorse apprese trattando la mano sinistra. In questo caso il tremore persisteva in modo meno accentuato sull’anulare essendo scomparso sul resto delle dita.



Le sedute di Vi.XX

La seconda situazione che presento è quella di Vixx.

È un giovane di 28 anni che sta affrontando il primo trattamento di disintossicazione nonostante l'esordio precoce a circa 16 anni con le sostanze. Vi. Ha alternato momenti felici in cui ha raccolto molte soddisfazioni (la maturità scientifica, la laurea in finanza, l'agonismo nella boxe) a momenti di grande difficoltà, sconforto e solitudine, soprattutto legati a sofferenze direttamente collegate all'uso di sostanze.

Vi. si presenta spaventato, nonostante una mole imponente (circa 200 cm di altezza per 130 kg di peso) e con una grande e doloroso senso di solitudine.

Le uniche figure rimaste vicine sono i genitori e la sorella, lui racconta di un legame fortissimo con il papà vissuto come un angelo custode e come il suo “salvatore”.

Allo stai Vi presenta il seguente quadro:

REPORT PSICODIAGNOSTICO

Nome: ViXX

Età: 28 anni

Genere: Maschile

Titolo di studio: Laurea triennale

Data di somministrazione: 08/07/2025

Strumento utilizzato: STAI-Y (State-Trait Anxiety Inventory – Forma Y)

Finalità: Valutazione dell'ansia come stato e come tratto

Osservazioni comportamentali

Durante la somministrazione del test, ViXX si è mostrato compliant, collaborativo e concentrato, affrontando la prova con un ritmo non frettoloso e con buona attenzione. Ha mantenuto un atteggiamento apparentemente sereno e disteso, senza segnali osservabili di disagio, impulsività o evitamento. Il comportamento è apparso coerente con la finalità valutativa e ha contribuito alla validità dei dati raccolti.

Descrizione dello strumento

Lo STAI-Y è un questionario autosomministrato composto da 40 item, suddivisi in due scale:

- Ansia di stato: valuta l'esperienza ansiosa transitoria, legata a condizioni momentanee.*
- Ansia di tratto: misura la tendenza stabile a percepire le situazioni come minacciose e a rispondere con vissuti ansiosi.*

Specifiche sull'interpretazione

Secondo la letteratura aggiornata, nella pratica psicodiagnostica è consigliato utilizzare le seguenti soglie orientative per i punteggi T:

- T ≥ 60: ansia elevata (clinicamente significativa)*
- T 55–59: ansia moderatamente elevata*
- T 45–54: nella norma*

Risultati

	Punteggio Grezzo	Punti T	Percentile
Ansia di stato	33	47	47
Ansia di tratto	37	50	57

Interpretazione

Entrambi i punteggi si collocano nella norma. ViXX non mostra segni di ansia clinicamente significativa, né a livello situazionale né come predisposizione stabile. Il profilo suggerisce una buona regolazione emotiva, senza segnali di sofferenza psicologica rilevante.

Aspetti caratterizzanti

Il profilo non presenta item fortemente indicativi di disagio, e non emergono contenuti qualitativi clinicamente rilevanti. È possibile descrivere il funzionamento emotivo come equilibrato e funzionale.

Conclusioni e raccomandazioni

Il profilo ansioso di è compatibile con un assetto emotivo stabile e non problematico. Non si rilevano criticità tali da suggerire interventi clinici focalizzati sull'ansia, ma può essere utile valorizzare le risorse di stabilità emotiva e monitorare eventuali cambiamenti in contesti di maggior pressione.

In coerenza a quanto emerso dallo STAI-Y ViXX appare determinato nel percorso e orientato ad un cambiamento importante che consenta una lunga remissione dal crack. Vixx presenta anche difficoltà con l'alcool e gambling.

Partecipa attivamente a tutte le attività proposte ricercando il supporto offerto dai gruppi e dai colloqui psico educativi.

Legge molto e in passato si era appassionato al Buddismo e allo Yoga che praticava regolarmente.

Purtroppo durante il percorso ViXX, pochi giorni dopo la somministrazione dello Stai-Y è stato raggiunto da una terribile notizia, ovvero la morte del padre avvenuta improvvisamente in seguito ad un infarto.

Nonostante il grande dolore ViXX ha deciso di non abbandonare il percorso sentendo invece come questo costituisse per lui un luogo sicuro dal forte pericolo che questo grande lutto aveva comportato per lui. Nelle prime settimane ViXX è apparso

“stranamente sereno e sorridente” dando evidenza di un processo di grande distanziamento emotivo dal dolore per la morte del padre.

Dopo invece il dolore ha iniziato ad emergere portando con se anche manifestazioni fisiche come costrizione toracica, senso di smarrimento, pianti inconsolabili e grande craving.

Non è mai cessata però la fiducia verso la proposta di trattamento offerto.

Abbiamo deciso insieme di aggiungere le sedute di ipnosi tra gli interventi offerti. Pur mostrandosi totalmente estranea alla conoscenza dell'ipnosi si è da subito lasciato guidare in questa nuova esperienza.

ViXX afferma di provare grande conforto dalle sedute (al momento 3) di ipnosi. Riferisce di sentirsi ogni volta più sereno, “connesso” e in qualche modo felice.

In seduta non abbiamo mai parlato della morte del papà ma ci siamo concentrati principalmente su alcune strategie di coping.

Nella prima seduta ViXX ha potuto ricercare il suo luogo sicuro che per lui è il mare.

Nella seconda seduta abbiamo lavorato sulla paura del craving rievocando il luogo sicuro e immaginando il craving come un'onda da cui farsi attraversare.

Nella terza seduta abbiamo infine lavorato sul rinforzo dell'io.

ogni seduta con Vixx dura nel complesso circa un'ora e mezza in quanto nella prima parte facciamo il punto di come sta andando il percorso, come vanno le sue esperienze di autoipnosi attraverso gli ancoraggi in seduta e poi concordiamo il lavoro che andremo a trattare in seduta. L'ultima parte facciamo il punto su come è andata la seduta vera e propria. Vixx esprime sempre molta riconoscenza per la possibilità di usufruire dell'ipnosi.

L'esperienza di ViXX con la sua grande compliance sta evidenziando come lo strumento dell'ipnosi possa essere molto utile e potente nella complessità di un trattamento come quello offerto dal Molo 18.

Difficoltà Riscontrate nell'applicazione del progetto

L'introduzione del progetto raccontato nell'elaborato che ha introdotto l'ipnosi nel trattamento del Craving e in particolare dell'ansia presso il Centro Molo 18 ha evidenziato diverse criticità operative e metodologiche che rendono attualmente complessa la valutazione della sua efficacia come intervento isolato. Una prima problematica strutturale è legata all'alto tasso di dropout, fisiologico nei percorsi con pazienti dipendenti da crack soprattutto in una struttura residenziale di prima accoglienza: l'impulsività e la tendenza alla ricaduta rapida nei momenti di crisi comportano spesso l'interruzione anticipata del percorso, rendendo difficile completare l'intero ciclo di dodici sedute ipnotiche previsto nel protocollo. Solo una parte dei soggetti ha portato a termine il trattamento ipnotico in modo continuativo.

In secondo luogo, va segnalata la presenza di terapie farmacologiche molto eterogenee tra i pazienti coinvolti. Alcuni facevano uso di ansiolitici (come Delorazepam, Alprazolam o Rivotril), altri di antipsicotici, e altri ancora di antipsicotici quali ad esempio Entumin. L'effetto di queste molecole sul sistema nervoso centrale varia sensibilmente e può interferire sia con la qualità della risposta ipnotica, sia con la percezione soggettiva dell'ansia. Non avendo un campione omogeneo per regime farmacologico, non è stato possibile isolare l'effetto dell'ipnosi come variabile indipendente nella riduzione dell'ansia. Ulteriore criticità è emersa dal fatto che i pazienti erano in fasi molto differenti del proprio percorso terapeutico al momento dell'inizio del protocollo ipnotico: alcuni erano già in trattamento da cinque mesi, altri solo da due settimane. Ciò ha implicato gradi molto diversi di stabilizzazione neuro-psicologica e di insight, influenzando fortemente la ricettività all'intervento ipnotico.

Infine, è necessario considerare che il lavoro sull'ansia non si fonda esclusivamente sull'ipnosi, ma su un approccio multidimensionale e integrato: oltre alle sedute ipnotiche, vengono infatti proposte a cicli attività di mindfulness, yoga, meditazione guidata e percorsi di rieducazione emotiva. Questa rete di interventi rende difficile attribuire un cambiamento specifico, ad esempio nella riduzione dell'ansia di stato (misurata eventualmente con strumenti come STAI-Y1) unicamente all'intervento ipnotico. Inoltre,

non essendo standardizzate le modalità di somministrazione dei vari strumenti, il confronto tra l'ansia di tratto (che dovrebbe restare più stabile) e quella di stato risulta metodologicamente poco affidabile.

L'ipnosi come strumento di potenziamento delle risorse nei giovani in trattamento al Molo 18. Una riflessione sull'elevata compliance al trattamento

Presso il Centro di Crisi Molo 18, si è osservata una sorprendente compliance e un'ottima risposta dei giovani pazienti all'utilizzo dell'ipnosi come parte integrante del percorso terapeutico. Questo dato clinico rappresenta un segnale prognostico molto rilevante, poiché testimonia la disponibilità dei ragazzi a lasciarsi guidare in uno spazio nuovo, diverso rispetto al setting tradizionale, in cui è possibile esplorare risorse interne profonde e sperimentare modalità alternative di coping.

L'ipnosi come spazio di accesso alle risorse profonde.

L'esperienza ipnotica, soprattutto con approccio immaginativo e corporeo, fornisce ai ragazzi una cornice sicura e protetta nella quale entrare in contatto con dimensioni interiori spesso trascurate o sommerse dal vissuto di urgenza tipico del craving da crack.

All'interno di questo spazio, il giovane non è costretto ad affrontare l'impulso con sforzo cosciente o con la sola forza di volontà, ma può accedere a livelli più profondi della psiche, dove risiedono potenzialità non ancora espresse. L'ipnosi diventa quindi un ponte tra coscienza e risorse inconsce, capace di ampliare il senso di possibilità e di offrire esperienze trasformative.

Un elemento centrale del lavoro ipnotico è l'uso della metafora, che permette di rappresentare il craving e i vissuti correlati in una forma simbolica, meno minacciosa e più gestibile.

Immaginare, ad esempio, il craving come un'onda che arriva e poi si ritira, aiuta i ragazzi a sviluppare una nuova modalità di coping grazie al quale non resistere all'impulso né lasciarsene travolgere, ma attraversarlo e lasciarlo passare.

Le metafore offrono così un duplice beneficio: da un lato alleggeriscono il carico emotivo associato al sintomo, dall'altro suggeriscono implicitamente strategie operative che i ragazzi possono richiamare nella quotidianità. Si tratta di un apprendimento esperienziale, che diventa patrimonio interno e si integra con il lavoro svolto nelle altre aree terapeutiche del centro.

Attraverso l'ipnosi è inoltre possibile introdurre ancoraggi e monoideismi plastici, ovvero stati mentali e immagini fortemente concentrate e positive che si fissano nella memoria emotiva e corporea.

Un gesto semplice, come portare la mano sul petto o respirare profondamente, può essere associato in ipnosi a un vissuto di calma o di forza interiore. Questo legame corpo-mente diventa un vero e proprio strumento di autoregolazione, disponibile anche al di fuori della seduta.

I monoideismi plastici, ovvero immagini potenti e univoche (ad esempio un braccio che diventa estremamente leggero oppure la sensazione di essere una roccia stabile che resiste al mare in tempesta), hanno un forte impatto sulla percezione di sé e producono un incremento del senso di auto-efficacia. Per ragazzi che spesso hanno sperimentato fallimenti e perdita di controllo, vivere in ipnosi un'esperienza di padronanza costituisce un atto riparativo e fortemente motivante.

La disponibilità dei giovani del Molo 18 a lasciarsi coinvolgere in questo lavoro ipnotico rappresenta un ottimo segnale prognostico. La compliance dimostra fiducia nel percorso, apertura al cambiamento e desiderio di sperimentare strumenti nuovi per affrontare la dipendenza.

L'ipnosi, integrata con gli altri interventi psicoeducativi, relazionali e riabilitativi del centro, arricchisce il trattamento con un piano esperienziale che va oltre la razionalità, permettendo di vivere in anticipo e in modo protetto ciò che poi potrà essere tradotto nella vita quotidiana.

L'esperienza del Molo 18 mostra come l'ipnosi, quando ben inserita all'interno di un progetto terapeutico multidisciplinare, diventi un potente alleato nel percorso di recupero dalla dipendenza da crack.

Non solo favorisce la gestione del craving attraverso metafore e strategie di coping, ma potenzia risorse interne, rafforza il senso di autoefficacia e restituisce ai ragazzi un'immagine più integra e competente di sé stessi.

In questo senso, la buona compliance all'ipnosi non è solo un dato clinico positivo, ma anche la prova che i ragazzi ospiti sono pronti a riappropriarsi di strumenti trasformativi, a sostegno del loro cammino verso l'autonomia e la libertà dalla sostanza.

Conclusioni

L'ipnosi è stata introdotta come parte del trattamento integrato per lavorare sull'ansia, un sintomo centrale e pervasivo sia nella fase acuta che in quella di stabilizzazione del trattamento.

In un contesto clinico complesso e multidimensionale, che prevede supporto psicologico individuale e gruppale, supporto farmacologico, sostegno ai familiari, interventi educativi e socio riabilitativi, l'utilizzo dell'ipnosi granoniana ha avuto come obiettivo dell' induzione di fisiologici stati modificati di coscienza attraverso il monoideismo plastico l'attivazione di vere e proprie risorse interne, la modulazione fisiologica dell'arousal e una più funzionale gestione dei vissuti corporei e cognitivi legati all'ansia. Le sedute non si sono limitate al contenimento degli stati ansiosi ma mirano a coostruire attraverso il lavoro ipnotico strategie di coping e accesso alle parti più motivate al cambiamento.

Le sedute ipnotiche sono state programmate in un ciclo di dodici incontri, con uno script differenziato per obiettivi (come descritto nei capitoli precedenti): contenimento somatico dei tremori, induzione alla calma, rilassamento muscolare progressivo, gestione dell'anticipazione ansiosa, centratura nel qui ed ora e costruzione immaginativa di un luogo sicuro.

L'ipnosi è diventata quindi parte di un protocollo psicoeducativo più ampio, centrato sulla regolazione dell'attivazione fisiologica e sulla ricostruzione della percezione di autoefficacia nella gestione degli stati interni.

Questo primo piccolo studio costituisce la base su cui impostare uno studio più corposo della durata di almeno un anno che si propone di intercettare almeno 30 pazienti in percorso di trattamento residenziale.

I pazienti presi in esame sono tutti giovani adulti tra i 18 e i 28 anni, con diagnosi di Disturbo da uso di sostanze (DSM-5-TR, F14.20 o F14.21 a seconda della presenza di complicanze). Le sedute del percorso avviato sono state condotte in ambiente protetto,

secondo una logica di gradualità e rispetto del momento evolutivo individuale nel percorso di trattamento.

Se da un lato, quindi, il lavoro di ricerca condotto finora non ha ancora restituito gli esiti attesi in termini di validazione clinica dell'ipnosi come trattamento specifico per la riduzione dell'ansia nei pazienti tossicodipendenti da crack, dall'altro lato, i riscontri qualitativi e soggettivi raccolti sono estremamente promettenti. La risposta dei ragazzi coinvolti è stata sorprendentemente positiva: tutti hanno partecipato con entusiasmo, senza mai opporsi alla seduta o riportare stati di disagio o malessere. Al contrario, molti hanno manifestato il desiderio spontaneo di proseguire il trattamento e alcuni ragazzi non ancora coinvolti hanno chiesto di poter accedere alle sedute nei cicli successivi.

Una percezione ricorrente tra i partecipanti è stata quella della distorsione temporale: spesso, dopo aver esperito lo stato di trance, i soggetti riferivano che le sedute sembravano molto più brevi rispetto alla loro reale durata. Anche in caso di script ipnotici della durata di 25-30 minuti, i pazienti riferivano l'impressione di essere rimasti in trance solo per 5-10 minuti. Questo elemento veniva riportato con un senso di benessere e leggerezza, quasi a indicare che il tempo scorresse "più velocemente perché stavano bene".

Al termine di ogni seduta, tutti i partecipanti riportavano un significativo stato di rilassamento, spesso percepito come maggiore rispetto a quello iniziale, e in alcuni casi con benefici autopercepiti molto marcati. L'esperienza soggettiva di benessere è quindi un dato costante e unanimemente riconosciuto. Uno strumento che si è rilevato molto importante è stata la possibilità di fare apprendere ai partecipanti tecniche di autoipnosi attraverso gli ancoraggi in modo che potessero autonomamente elicitarne lo stato di rilassamento e benessere in autonomia.

In conclusione posso affermare come l'ipnosi al Centro Molo 18 rappresenta oggi un'esperienza considerata molto positiva, destinata a proseguire e a strutturarsi progressivamente nel tempo. Il progetto è già in fase di ampliamento e sarà oggetto di ulteriore sistematizzazione, validazione e possibile integrazione con altri approcci evidence-based. A titolo personale evidenzio come la pratica dell'ipnosi mi abbia arricchito come Psicologo e come Responsabile del Centro, consentendomi di sperimentare durante le sedute una relazione calda di accoglienza e riconoscimento umano molto profonda con i ragazzi e le ragazze che hanno partecipato a questo primo step di sperimentazione.

