

CENTRO ITALIANO DI IPNOSI CLINICO-SPERIMENTALE C.I.I.C.S.

ISTITUTO FRANCO GRANONE

SCUOLA POST-UNIVERSITARIA DI IPNOSI CLINICA E SPERIMENTALE

Fondatore Franco Granone

Direttore Antonio Maria Lapenta

CORSO BASE DI IPNOSI CLINICA E COMUNICAZIONE IPNOTICA ANNO 2014

RELAZIONE FINALE

L'IPNOSI NEL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA TABAGICA

RELATORE

Massimo Somma

CANDIDATO

Giustina Veneziano

Indice

Introduzione	pag.1
1. L'ipnosi	pag. 3
1.1. Breve storia dell'ipnosi	
1.2. Interpretazioni	
1.3. Definizione di ipnosi	
2. La dipendenza tabagica	pag. 16
2.1 Inquadramento del problema	
2.2 Il fumo come agente patogeno	
2.3 Il tabagismo come dipendenza	
2.4 Aspetti clinici	
2.5 Motivazioni	
2.6 Percorsi terapeutici	
3. Ipnositerapia e trattamento della dipendenza tabagica	pag. 30
4. Caso clinico	pag. 37
Considerazioni conclusive	pag. 42
Ringraziamenti	pag. 44
Riferimenti bibliografici e sitografici	

INTRODUZIONE

*E la mia voce ti accompagnerà ovunque tu vada
e diventerà la voce dei tuoi genitori, dei maestri,
degli amici, la voce del vento e della pioggia.*

Milton H. Erickson

Conosciuta fin da tempi antichissimi, mai completamente analizzata ed inquadrata nelle sue innumerevoli potenzialità, l'ipnosi è rimasta appannaggio del mondo dello spettacolo e degli eventi misteriosi fino ad oltre la metà del XVIII secolo. Nelle ritualità tribali, se ne sono sempre serviti guaritori, stregoni, indovini, guru e sciamani sparsi su tutto il pianeta e i segreti dell'arte, fino ad oggi, vengono gelosamente tramandati da padre in figlio o da maestro ad allievo-pupillo, per via trans-personale. L'ipnosi clinica moderna ha dunque combattuto una lunga battaglia per raggiungere e mantenere l'attuale immagine di integrità professionale passando, sin dalle origini, fasi in cui i ciarlatani si mescolavano con gli studiosi della psiche umana, i teatranti da baraccone con i ricercatori, suscitando in questo percorso momenti di entusiasmo, di diffidenza e di indifferenza.

La crescente efficacia e la conseguente diffusione delle tecniche ipnotiche in campi impensabili solo qualche decennio fa, ha riacceso l'interesse scientifico verso uno dei fenomeni più complessi ed interessanti della psicologia, della fisiologia e della comunicazione intra e inter-personale. L'ipnosi negli ultimi anni è diventata uno strumento preziosissimo non solo sul piano propriamente terapeutico, ma anche sul piano delle tecniche di comunicazione, individuali e di massa. Oggi essa trova ampio spazio sia di ricerca scientifica sia di applicazioni cliniche e viene utilizzata, ad esempio, per il controllo del dolore, per vincere la balbuzie o l'insonnia, nella disassuefazione degli alcolisti, nell'ansia, nelle fobie, ed in tante altre situazioni che vengono studiate scientificamente.

L'idea di un elaborato che approfondisse il trattamento della dipendenza tabagica con l'ipnositerapia è nata dall'emergere della riflessione che in Italia si stima che siano circa novantamila l'anno le morti attribuibili al fumo di tabacco, dato davvero preoccupante per non prendere in considerazione la possibilità di utilizzare, nella mia attività libero professionale, uno strumento di provata efficacia nel trattamento delle dipendenze. L'elaborato, avvalendosi di una bibliografia di studi sia internazionali, sia italiani, intende trattare le dimensioni ed i significati di questi fenomeni, e soprattutto verificare come l'ipnosi si inserisca in questo tipo di intervento, attraverso l'uso di tecniche e di messaggi suggestivi volti a sostenere ed incrementare le motivazioni a mantenere le buone abitudini di igiene di vita acquisite.

CAPITOLO 1

L'IPNOSI

1.1 BREVE STORIA DELL'IPNOSI

L'ipnosi ha accompagnato l'uomo fin dall'antichità, confondendosi con i rituali magici e religiosi, usata a scopo terapeutico oppure come mezzo per ottenere la chiaroveggenza. Tra i documenti più antichi ricordiamo un papiro egizio del III sec. d.C., pubblicato da Brugsch (1893), che descrive il caso di un ragazzo indotto in trance facendogli fissare un oggetto luminoso. Le tecniche ritualistiche cambiano da cultura a cultura, rispecchiandone le peculiarità, ma lo scopo, sia di certe pratiche magiche che di certe forme di meditazione trascendentale sembra essere lo stesso: ottenere l'autoipnosi o l'ipnosi collettiva.

Forse perché inizialmente avvolta in un alone di mistero o di misticismo, l'ipnosi è stata a lungo considerata imbroglio o ciarlataneria, o comunque un fenomeno che non meritava di essere analizzato seriamente. E' solo nel XVIII secolo che furono compiuti i primi studi per dare una spiegazione scientifica dell'ipnosi, basata sulla teoria del magnetismo animale del tedesco Mesmer. Franz Anton Mesmer (1734-1815), è unanimemente accettato dalla Comunità Scientifica quale il primo Medico che si interessò all'ipnosi, pur essendosi imbattuto in essa, per caso, da altre vie prevalentemente intuitive e osservazionali. Nella sua tesi di Laurea in Medicina dal titolo: *Dissertatio physico-medica De Planetorum Influxu*, Mesmer si propone infatti di dimostrare - basandosi sulla legge di Newton della gravitazione

universale - che « i corpi celesti agiscono sulla nostra terra e che tutte le cose che si trovano in essa agiscono su questo corpo, che essi si muovono, agitano e cambiano tutte queste cose e che i nostri corpi umani sono anch'essi soggetti alla stessa azione dinamica ». In particolare egli vuole dimostrare che: a) ogni cambiamento nei corpi celesti provoca un qualche cambiamento nei liquidi che circolano nella macchina animale, anch'essa parte della terra e soggetta quindi alle condizioni atmosferiche e che b) nell'uomo esiste un fattore di attrazione specifico, « la gravita animale», sottile e impalpabile, di una materialità analoga a quella che costituisce la materia luminosa. Secondo Mesmer l'influsso delle azioni esterne sull'uomo è spiegabile in base al principio di accordo: l'uomo tende, secondo una pulsione all'armonia, a porsi in rapporto con tutto ciò che è in corrispondenza con lui.

Di fatto, Mesmer inizia nel 1772 la pratica magnetica, applicando il magnete nella cura delle “malattie nervose” e in particolare nella cura dell'isteria, ritenuta un disturbo tipicamente femminile. Il magnetismo rappresentava una branca marginale della medicina, guardata ormai con sospetto dal mondo scientifico. Pur identificando nella legge della gravitazione universale la sua base teorica faceva però uso di un linguaggio molto simile a quello delle scienze occulte, e trovava in Paracelso e in Maxwell i suoi maestri riconosciuti. Nel 1773 Mesmer riesce a guarire, mediante l'applicazione di magneti, una giovane isterica di 24 anni, mademoiselle Osterlin: seguendo questo metodo, riuscì ad ottenere nella paziente una violenta crisi, in seguito alla quale la paziente guarì diventando insensibile all'azione dei magneti.

Il caso della signorina Osterlin porta Mesmer a sviluppare una linea di pensiero autonoma che identificava nella “crisi”, strumento privilegiato dell'azione del cambiamento, il momento centrale della terapia. Approfondendo le ricerche sull'azione dei magneti giunse a postulare l'ipotesi della pluralità di forze a sostanza magnetica e a ritenere che non solo i magneti ma anche gli uomini e gli animali, insomma tutto ciò che egli toccava, poteva essere

magnetizzato. Per questa via giunse ad attribuire sempre maggiore importanza al fattore umano e a concludere che le sostanze magnetizzate esplicano sull'uomo un effetto benefico. Mesmer giunge così a postulare un "magnetismo" e una nuova pratica in cui il terapeuta si trova al centro dell'azione di guarigione, direttamente in contatto con il paziente: solo all'interno della relazione magnetizzatore-paziente è lecita la trasmissione dell'energia magnetica, al di fuori del contesto terapeutico la magnetizzazione può costituire una pericolosa operazione.

Allievo di Mesmer fu l'Abate Faria, il quale sottolineò l'importanza delle differenze individuali, come caratteristiche psicologiche che influiscono sulla suscettibilità; più suscettibili erano: le donne, le persone impressionabili, gli isterici e le persone già magnetizzate. Questo accentuare l'importanza delle caratteristiche individuali, riconoscendo la persona e non l'operatore come agente attivo, contraddiceva le affermazioni della teoria magnetica e rappresentava una posizione veramente nuova e anticipatrice. Secondo Faria, il magnetismo era dovuto ad un processo di concentrazione ed il sonnambulismo andava considerato come un "sonno lucido" che si stabilisce senza limitazione della volontà e della libertà interiore. Faria utilizzava una tecnica impositiva nella quale, attraverso il tono perentorio con cui pronunciava la parola "Dormi!", si verificava l'induzione.

Le intuizioni di Mesmer aprirono comunque la strada a quei ricercatori che, dopo di lui, hanno continuato gli approfondimenti e le osservazioni scientifiche sui fenomeni interconnessi con i rapporti interpersonali. Tra gli altri, si possono citare gli studi condotti da Jan Martin Charcot (1825-1893), da Hippolyte Bernheim (1840-1893), da Sigmund Freud (1856-1939) e da Joseph Babinsky (1857-1932).

Charcot, neurologo docente alla Salpêtrière, sosteneva che l'ipnosi fosse una nevrosi del tutto sovrapponibile all'isteria e all'epilessia, con la distinzione in essa di tre fasi tipiche: la letargica, la catalettica e la sonnambulica; perciò di alcuna utilità terapeutica. Questa teoria

fu ripresa e fortemente contrastata da Bernheim il quale, nel 1882, abbandonò l'insegnamento della Medicina che svolgeva a Strasburgo e si trasferì a Nancy per associarsi a Liébeault e fondare una Scuola ove praticare l'ipnosi a scopo terapeutico. Il suo convincimento era che l'ipnosi fosse "una peculiare condizione psichica che potenzia la suscettibilità alla suggestione" intesa come "influenza di una idea suggerita alla mente" (Bernheim, 1884). Dimostrò scientificamente che non è l'applicazione di un magnete o di altro mezzo a produrre effetti particolari su alcuni distretti corporei, ma specifiche condotte verbali. In una prima fase Freud aderì alla scuola di Charcot, ma presto se ne staccò. Freud si appassionò all'ipnosi per tentare di far riemergere alcuni sintomi e far ricordare meglio emozioni perdute nell'inconscio, ma ben presto abbandonò la metodica, in quanto ipotizzò che l'ipnotista potesse essere percepito dal paziente come elemento esaltante della figura paterna (parte del super-io): veniva così ad affievolirsi il suo senso critico con possibili distorsioni della realtà rimossa. La rinuncia di Freud all'ipnosi costituì la ragione principale del disinteresse e della avversione degli psicoanalisti nei confronti delle tecniche ipnotiche: essa ebbe l'effetto di ostacolare notevolmente lo sviluppo delle applicazioni e delle ricerche sull'ipnosi. Babinsky, autorevole neurologo, già allievo prediletto di Charcot, sosteneva che suggestione e ipnotismo fossero interconnessi: non c'è l'una senza l'altro e che forte fosse il rischio di simulazione ed inganno reciproco tra paziente e terapeuta. Egli interpretò l'isteria (che chiamò pitiatismo, cioè malattia curabile con la persuasione), come dovuta alla suggestione e curabile appunto facendo ricorso alla persuasione.

Ricordiamo poi la figura eccezionale di Milton Erickson (1901- 1980), autore di numerosi scritti sull'ipnosi che costituiscono i testi più autorevoli sulle tecniche dell'induzione della trance ipnotica, fondatore dell'American Society for Clinical Hypnosis. L'ipnosi Ericksoniana può essere vista forse come l'"ultima generazione" dell'ipnosi, definita indiretta proprio perché utilizza maggiormente la mediazione del linguaggio.

Tra i pionieri dell'ipnosi italiana si distingue la figura di V. Benussi (-1927), autore di studi specifici diretti alla ricerca di un'onesto conciliazione tra ipnosi e psicoanalisi, interrotti solo dalla sua precoce morte. Nel 1960 viene fondata l'Associazione Medica Italiana per lo Studio dell'Ipnosi (AMISI), che nel 1961 organizza il primo corso di formazione in ipnosi e inizia a pubblicare dal 1965 la "Rassegna di ipnosi e medicina psicosomatica". Nel 1965 G. Gualtieri fonda a Verona il centro di ipnosi clinica "Bernheim", dove vengono tenuti corsi di formazione. Nel 1979 viene fondato a Torino il Centro Italiano di Ipnosi Clinico-Sperimentale (CIICS), che sotto la presidenza di Granone organizza una scuola post-universitaria che tiene ogni anno corsi propedeutici e formativi specialistici. Oggi il CIICS è presieduto da A. M. Lapenta.

1.2. INTERPRETAZIONI

Se prendiamo spunto dalla lettura storica fatta da Granone nel suo "Trattato di ipnosi" (1989), la storia dell'ipnosi può essere inquadrata in quattro grandi periodi.

Il primo periodo è quello "*mistico*". L'essere umano si è evoluto ma non al punto da funzionare in modo completamente diverso dall'epoca degli antichi sacerdoti egizi, greci e romani, e ciò ci permetterebbe di affermare che, probabilmente, alcune cerimonie religiose del passato possono essere oggi rilette come pratiche ipnotiche. Ad esempio nel "sonno nel tempio" i sacerdoti greci e romani, si servivano di soggetti in stato ipnotico per avvicinarsi alla divinità e predire l'avvenire. Granone cita le pratiche di iniziazione degli indiani Chippewa in cui è previsto che lo stregone accompagni in un sonno magico i giovani da iniziare: durante questo "sonno" il soggetto acquisirebbe tutte le informazioni utili per la sua vita adulta. Questa interpretazione magico-religiosa è ancora presente ai giorni nostri in molte culture, dal Sud America all'Asia, all'Oceania, mentre in Europa questa

interpretazione dell'ipnosi arriva fino al tardo Settecento. Interessante la figura del prete cattolico Johann Gassner (1727-1779) che curava i credenti-pazienti per mezzo di un rituale religioso esorcistico, che spesso sfociava in urla e convulsioni da parte dei malati.

La seconda fase è definita “*magnetica-fluidica-metapsichica*” e appartiene a tutto il diciottesimo e diciannovesimo secolo. È con la figura di Franz Anton Mesmer (1734- 1815), di cui si è parlato precedentemente, che l'ipnosi trova una nuova spiegazione fenomenologica. Negli ultimi decenni del diciottesimo secolo si collocano gli studi dell'Abate Faria e del medico inglese Braid, al quale dobbiamo il termine moderno di “ipnotismo” e di “monoideismo”. Braid sostiene, con i suoi esperimenti e le sue teorie, che gli effetti della trance possono essere attribuiti a un'alterazione prodotta dal sistema nervoso attraverso la concentrazione dell'attenzione e la fissità dello sguardo.

Nella terza fase, definita “psicologica”, i medici francesi Bernheim e Liébault, appartenenti alla cosiddetta “Scuola di Nancy”, criticano la visione di Charcot evidenziando come la fenomenologia ipnotica sia individuo-dipendente, cioè ognuno ha la potenzialità di sviluppare manifestazioni ipnotiche con connotazioni che appartengono alla sua esperienza pregressa. In questo vasto panorama interpretativo, nel pieno fiorire della psicoanalisi, Freud, che come abbiamo visto si era in un primo momento approcciato alla trance con finalità terapeutiche, attacca poi l'ipnosi nella sua interpretazione, sostenendo che suggestione e ipnosi coincidano: l'azione dell'ipnosi sarebbe puramente sintomatica poiché, al termine della suggestione fornita, sarebbero rimasti inalterati i conflitti coperti durante la trance ipnotica. Tra gli studiosi di spicco di questa fase psicologica Granone ricorda il contributo, ancora oggi importante per comprendere la trance, di Emile Coué (1857-1926). Egli sostiene che la suggestione agisce sull'immaginazione e sarebbe quest'ultima a influire sulle funzioni del nostro corpo. Agire sull'immaginazione significa avere la possibilità di guarire organi ammalati attraverso la costante ripetizione dell'autosuggestione adatta

all'individuo. Questo può avvenire perché non si possono pensare due cose contemporaneamente e ogni pensiero che occupa la mente in modo esclusivo diventa realtà e si trasforma in azione. Coué inoltre definisce l'autosuggestione affermando che ogni suggestione agisce e si concretizza soltanto se accolta e fatta propria dal soggetto stesso, trasformandosi così da idea in azione. Un altro importante studioso di questa fase è Pierre Janet (1859-1947) che, studiando il fenomeno dell'amnesia post-ipnotica, ritiene che l'ipnosi sia conseguenza della strutturazione di una coscienza secondaria dissociata che temporaneamente sostituisce la coscienza del normale stato di veglia. Con questi presupposti egli si dedica molto all'utilizzo di tecniche di connessione mente-corpo con finalità terapeutiche e volte al benessere della persona.

La quarta fase, definita "*fisiologica*", vede l'ipnosi approdare all'interpretazione scientifica moderna, passando attraverso i noti studi e gli esperimenti del russo Ivan Pavlov, per il quale la suggestione sarebbe un esempio di riflesso condizionato. In trance ipnotica si verifica una parziale inibizione corticale, mentre la presenza delle altre zone non inibite permetterebbe la realizzazione delle diverse fenomenologie ipnotiche, attivabili tramite la parola. Durante questa fase l'ipnosi inizia ad acquistare sempre maggiore credibilità scientifica grazie anche allo sviluppo di nuovi e moderni strumenti e supporti tecnologici in grado di rilevare e misurare il funzionamento anatomico e fisiologico di tale fenomeno.

1.3. DEFINIZIONE DI IPNOSI

Ma che cos'è l'ipnosi?

Nell'immaginario collettivo l'ipnosi è sovente associata alla magia o alla manipolazione, suscitando curiosità ma anche diffidenza. Lapenta, in una lezione del Corso base di ipnosi

clinica e comunicazione ipnotica del 2014 afferma che, prima di definire che cos'è l'ipnosi, è necessario soffermarsi su cosa *non* è.

- L'ipnosi *non* è sonno: l'analisi elettroencefalografica ha infatti dimostrato che il soggetto in stato ipnotico non sta dormendo e possediamo dati strumentali che differenziano i due stati.
- L'ipnosi *non* è parapsicologia, né trucco o gioco di prestigio e la trance ipnotica non si instaura con fluidi o poteri particolari.
- L'ipnosi *non* è forzatura della volontà perché la persona in ipnosi non commette atti contrari alla sua morale.
- L'ipnosi *non* è siero della verità in quanto il soggetto, anche in *trance* profonda, conserva una parte vigile della coscienza.
- L'ipnosi *non* è neppure suggestione, se intendiamo per suggestione l'accettazione acritica dell'idea dell'altro.

Dunque, chiarito cosa *non* è l'ipnosi, possiamo ora affrontare la questione di cos'è, tenendo presente che le definizioni variano considerevolmente, talvolta sono discordanti tra loro, a seconda delle diverse Scuole e dei modi con cui sono stati interpretati i fenomeni ipnotici.

Braid (1843) fu il primo ad introdurre la parola ipnotismo, definendolo come uno “stato particolare del sistema nervoso, determinato da manovre artificiali”, mentre Charcot nel 1878 lo definì come una “nevrosi sperimentale”.

Erickson (1958) definisce l'ipnosi “uno stato di attenzione e ricettività intensificate e di accresciuta reattività a un'idea o ad una serie di idee”.

Guantieri ritiene l'ipnosi uno “stato” vero e proprio, anche se dinamico, un “IV stato organismico”, che si differenzia dagli altri tre stati che sono la veglia, il sonno senza sogni (non REM), il sonno con sogni (REM). E precisa: “Con il termine ipnosi possiamo indicare

un insieme di condizioni, stato psicofisico e rapporto interpersonale ad un tempo...del tutto peculiari, tra loro intimamente correlate, che si instaurano, a seguito di opportune stimolazioni, attraverso il susseguirsi di molteplici fenomeni, psichici e psicosomatici, che coinvolgono l'uomo e il suo modo di essere nella sua totalità, determinando in tal modo particolari effetti". Inoltre egli rilevava che "L'ipnosi non è solo terapia, non è solo psicoterapia, non è solo risposta psichica, ma è anche risposta somatica viscerale, organica, è in sostanza una risposta psicosomatica dove corpo e mente interagiscono uno sull'altro, aiutandosi e compensandosi a vicenda, è un insieme di fenomeni neurologici, biochimici, elettrici, psicologici, sociali" (Guantieri, 1973).

Ancora, Fromm e Nasc (1977) la definiscono come " uno stato modificato di coscienza caratterizzato da un aumento dell'assorbimento nell'esperienza interna mentre, parallelamente, si modifica o si riduce la percezione dell'ambiente esterno e l'interazione con esso ".

Granone (1989) la definisce come "un modo di essere dell'organismo per l'azione di determinati stimoli dissociativi che lo fanno regredire a livelli di comportamenti para-fisiologici" e la differenzia dall'ipnotismo che "è la possibilità di indurre in un soggetto un particolare stato psicofisico che permette di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali del soggetto stesso, per mezzo del rapporto creatosi fra questo e l'ipnotizzatore". Granone, quindi, intende *l'ipnosi* come un modo di essere dell'organismo, ossia una condizione fisiologica dell'essere umano, sindrome a sé stante e avulsa dall'operatore, e che come tale può essere anche autoindotta mediante spontanei monoideismi suggestivi; mentre *l'ipnotismo* è quella tecnica che permette di attuare il fenomeno ipnotico in cui importante è la figura dell'ipnotizzatore e l'instaurarsi di uno stretto rapporto interpersonale tra questi e il soggetto che si intende ipnotizzare.

Più recentemente, Spiegel (2004) definisce l'ipnosi come un'attività psicofisiologica caratterizzata da attenzione focalizzata, assorbimento e attenzione recettiva con una corrispondente riduzione della consapevolezza periferica.

Da un punto di vista neurologico l'ipnosi è un processo dinamico lungo un *continuum* ampio e mutevole dello stato di coscienza. L'aspetto caratterizzante di tale dinamismo è il monoideismo plastico, *primum movens* del fenomeno ipnosi, per cui l'attenzione del soggetto si concentra su una sola rappresentazione mentale la quale, imponendosi alla coscienza si attua, secondo il suo contenuto, in movimento, in sensazione, in immagine. Perché l'ipnosi possa essere ottenuta è fondamentale, inoltre, un rapporto interpersonale fra l'operatore e il soggetto, caratterizzato da una specifica comunicazione. In particolare, l'attenzione è rivolta al rapporto empatico che è auspicabile si instauri fra l'operatore e il paziente, un rapporto dove si suggestiona e si "modifica" tanto più efficacemente e in modo positivo, quanto più fondato sul dinamismo ipnotico.

Lapenta (2006), afferma che: "l'ipnosi è sia stato di coscienza modificato, fisiologico, dinamico, sia un rapporto medico-paziente durante i quali sono possibili modificazioni psichiche, somatiche, viscerali, per mezzo di monoideismi plastici."

Gonella (2002) ci aiuta a comprendere cosa accade durante l'ipnosi: " Il paziente in ipnosi è in una condizione di coscienza non alterata, ma modificata rispetto allo stato di coscienza abituale in quanto ricca di contenuto emozionale, attenuata nell'atteggiamento critico e caratterizzata dal monoideismo plastico; questa plasticità si concretizza ogni qualvolta si vive intensamente un'idea e le si "dà corpo", appunto in modo creativo, fino a modificare il comportamento e/o cambiare situazioni organo-viscerali (sino alla analgesia, alla pirobazia ecc.), influenzare il sistema endocrino e/o il potenziale immunitario (come rilevato dalla psico-neuro-endocrino- immunologia)".

Somma, in una lezione del Corso base di ipnosi clinica e comunicazione ipnotica del 2014, distingue la struttura dell'ipnosi in:

- **PRE INDUZIONE** : Realizzazione di un rapporto di fiducia e confidenza;
- **INDUZIONE** : Manovre atte ad attivare e sostenere la realizzazione di monoideismi plastici;
- **CORPO** : La realizzazione del progetto terapeutico con l'utilizzo delle modalità più consone alla coppia induttore-soggetto;
- **DEINDUZIONE** : Progressivo allontanamento dalla realizzazione dei monoideismi plastici con il ripristino dello stato di coscienza ordinario;
- **CODA** : Periodo di maggiore facilità alla reinduzione.

E suggerisce l'acronimo "AFFARE" per tenere a mente il concetto:

- Aumento della
- Fiducia
- Fissazione della
- Attenzione affinché si
- Realizzi un monoideismo che
- Evidenzi un cambiamento

Quindi, possiamo affermare che gli elementi che definiscono il fenomeno ipnotico sono la condizione di coscienza modificata rispetto alla sua espressione abituale ed il rapporto interpersonale fra operatore e paziente. Inoltre lo stato ipnotico permette di interagire con l'elaborazione del significato dello stimolo sospendendo la naturale criticità difensiva della mente in stato di veglia e consentendo all'informazione di essere considerata libera da

condizionamenti e scelta per il suo valore adattivo alle esigenze di quel momento: è necessario quindi chiarire che l'ipnosi non equivale ad un'accettazione a-critica dell'informazione: il cervello non è in stand-by ma in stato di controllo.

Ma che cosa avviene quindi nello stato di trance in seguito all'attivazione del monoideismo utile ad elicitare l'esperienza fenomenologica dell'individuo? Le principali evidenze di una trance vissuta o in atto sono:

- la rappresentazione interna prevale sugli stimoli provenienti dal mondo esterno;
- il cono percettivo è ristretto e focalizzato e diminuisce la consapevolezza periferica;
- può verificarsi la sensazione di non stare in alcun luogo specifico, o anche di trovarsi in una localizzazione spaziale indefinita, facilmente trasformabile. La percezione dello spazio, come quella del tempo, è sospesa o alterata;
- alcune abilità cognitive quali la memoria, l'intuizione, il *problem solving*, la creatività, sono potenziate;
- è possibile esercitare un controllo sulla muscolatura liscia, che di solito è indipendente dalla coscienza, modificando, almeno in parte, le risposte dei visceri, dei vasi sanguigni, del cuore.

Per quanto riguarda l'induzione dello stato ipnotico, esistono vari metodi: ogni operatore tende ad utilizzare maggiormente quello che più si addice alle proprie attitudini e alla propria personalità. Secondo Granone (1989) tutte le tecniche induttive avrebbero un comune denominatore, cioè quello di esaltare la suggestionabilità individuale, attuando il controllo e i poteri di critica del paziente, in modo che egli possa accettare le idee enunciate dall'operatore. Questo corrisponderebbe con l'esaltare le funzioni dell'emisfero cerebrale destro, immaginativo, creativo, artistico, con la sorveglianza quiescente del sinistro, emisfero della logica, della critica, del linguaggio articolato. Granone reputa fondamentale, inoltre, ogni qual volta si voglia indurre uno stato ipnotico, basare la propria tecnica sulla particolare

personalità del soggetto, sui suoi bisogni e sui suoi desideri, valendosi anche delle risposte e del suo atteggiamento al momento dell'induzione senza mai opporvisi.

Nell'induzione ipnotica l'ipnotista trasforma le espressioni abituali del linguaggio in un particolare "linguaggio ipnotico": un linguaggio dalle caratteristiche originali con parole, grammatica, sintassi sue proprie per cui le frasi possono presentarsi ambigue, con cadenze toniche inusuali, essere interrotte e riprese, lasciate in sospeso, senza verbi, il tutto suggestivamente idoneo a trasmettere immagini, sensazioni, emozioni.

Durante l'induzione i gesti e le parole dell'ipnotista devono presentarsi misurati, tendenti all'essenziale per sottolineare nella loro concisione l'importanza della comunicazione in atto. Inondare il paziente con un fiume di parole non è né utile né necessario, a meno che proprio questo sia l'obiettivo voluto.

Quindi, come si presenta il soggetto in ipnosi? Nagar (2005) descrive il soggetto in ipnosi la maggior parte delle volte immobile, con i movimenti spontanei ridotti al minimo, la deglutizione rallentata, l'espressione del volto animica con lieve apertura della rima orale o anche caduta del labbro inferiore. Le palpebre, immobili o scosse da cloni rapidi e continui, possono essere completamente chiuse o lasciare scoperta la parte inferiore della sclera, la pupilla rivolta all'insù, dando il soggetto la sensazione di non percepire l'ambiente circostante. La posizione corporea tende a mantenersi imm modificata, i movimenti, se richiesti, si presentano piuttosto rallentati, proiettati all'essenziale, e si esprimono talvolta in scatti piccoli e progressivi. Da questa inerzia psicomotoria è possibile che il soggetto progressivamente emerga, sollecitato o meno dall'ipnotista, sino ad attivare risposte ideomotorie ed ideosensoriali complesse che possono segnalare la comparsa dello stato sonnambulico. Durante la seduta ipnotica, possono inoltre presentarsi spontaneamente processi dissociativi più o meno complessi.

CAPITOLO 2

LA DIPENDENZA TABAGICA

2.1 INQUADRAMENTO DEL PROBLEMA

Il problema del tabagismo scaturisce dal consumo del tabacco da fumo, prevalentemente in sigarette. Il principale ingrediente attivo del tabacco è la nicotina, che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso tra le droghe, in una categoria a sé (OMS, 1991). Al pari di tutte le altre droghe, anche la nicotina è contraddistinta da «effetti psichici piacevoli, desiderabili e talvolta perfino utili, ma associati a rischi d'abuso e d'altre conseguenze negative sul piano individuale e sociale» (Silvestrini, 1995).

Gli effetti «piacevoli, desiderabili e talvolta perfino utili» del tabacco sono racchiusi in un quadro che, secondo le circostanze, può rispondere al bisogno di tranquillizzazione o, all'inverso, di stimolazione, assieme ad un miglioramento della capacità di concentrazione e d'apprendimento. Probabilmente la diffusione del fumo si spiega con la sua capacità di soddisfare un'ampia gamma di bisogni.

Poiché il fumo è un fattore di rischio accertato in termini di morbilità e mortalità, data la sua frequenza è probabilmente il fattore di rischio a più alta prevalenza del nostro paese. Secondo dati recenti in Italia fuma il 35% dei maschi e il 23.8% delle femmine, pari al

29.2% della popolazione adulta oltre i 15 anni. E' accertato che il fumo è in aumento fra i giovani: tra i 15-24 anni di età i fumatori attivi sono il 37.6% dei maschi ed il 30.4% delle femmine, con un incremento complessivo del 4.8% rispetto al 1990, dal 29.3 al 34.1% (Doxa 2001). Vi è inoltre un fenomeno singolare: mentre tra i maschi i fumatori calano percentualmente con l'aumentare del grado di istruzione, nelle femmine succede esattamente il contrario.

2.2 IL FUMO COME AGENTE PATOGENO

Una letteratura imponente e sostanzialmente univoca dimostra che il tabagismo è all'origine di un numero di decessi e malattie superiore a quello che può essere addebitato all'insieme di tutti gli altri fattori ambientali, comprendendovi alcol e altre droghe, omicidi, suicidi, incidenti automobilistici e lavorativi, incendi ed AIDS. Più colpiti di altri sono senza dubbio l'apparato respiratorio e cardiocircolatorio. Il danno che il fumo provoca sull'epitelio bronchiale è principalmente dovuto all'azione irritante dei gas inalati con la nicotina (ammoniaca, cianuro di idrogeno, ossido nitrico, ecc.). Tale azione si esplica con l'aumento delle secrezioni bronchiali e la perdita delle ciglia dell'epitelio, situazione che può portare, oltre ad un elevato rischio di fenomeni infettivi acuti favoriti dal ristagno del muco, alla broncopneumopatia cronica ostruttiva. Numerose sono le sostanze cancerogene presenti nel fumo inalato e la loro azione cancerogena completa è stata dimostrata. Queste sostanze hanno un'azione infiammatoria e cancerogena anche a livello di esofago e stomaco, dove arrivano con la saliva deglutita. Nella genesi dei danni cardiovascolari la nicotina ha un ruolo centrale: essendo uno stimolante adrenergico aumenta sensibilmente la frequenza cardiaca, causa vasocostrizione con aumento conseguente della pressione arteriosa sia nei valori sistolici che diastolici. La nicotina, con altre sostanze inalate fumando, accelera i processi di aterogenesi. Fumare potenzia inoltre l'attività piastrinica causando un aumentato rischio

trombotico. Occorre richiamare l'attenzione, inoltre, su un aspetto precedentemente ignorato o sottovalutato della nocività del fumo: i potenziali danni a carico della riproduzione, che coinvolgono i gameti maschili e femminili, la fertilità e lo sviluppo embrio-fetale.

2.3 IL TABAGISMO COME DIPENDENZA

Sicuramente la nicotina è una droga a tutti gli effetti da cui è difficile affrancarsi, e ciò per vari motivi. Innanzitutto, se fumata, giunge rapidamente al cervello e risponde quindi molto bene alla definizione per cui una droga è tanto più temibile quanto più veloce è la sua azione psicoattiva, e il fumo raggiunge infatti in pochi secondi le aree cerebrali bersaglio. La sigaretta dà inoltre la possibilità al fumatore di acquisire un perfetto *drug control* molto più efficiente rispetto alle altre droghe; ciò significa che il fumatore, attraverso il numero, la frequenza e l'intensità delle boccate, si può autodosare perfettamente la sostanza secondo le sue esigenze psicofisiche: più nicotina se si sente agitato, e la nicotina avrà un effetto rilassante, meno nicotina, ma in modo costante, se si richiede un'azione stimolante. Dal punto di vista biochimico la crisi di astinenza si manifesta nel nicotino-dipendente con una tempesta neurormonale provocata dal forte calo della dopamina a livello del nucleo accumbens nel sistema mesocortico-limbico con conseguente intensa stimolazione della corteccia prefrontale da parte delle fibre noradrenergiche solitamente inibite dalla dopamina stessa. Il forte senso di allertamento e pericolo avvertito dal soggetto viene prontamente annullato dalla riassunzione di nicotina, con istintiva avversione a riprovare tale esperienza. Col termine "*craving*" si suole definire il desiderio, quasi sempre invincibile, di drogarsi, in questo caso di fumare.

2.4 ASPETTI CLINICI

Alcuni tra i criteri suggeriti per valutare la dipendenza da nicotina, sono:

1. il fallimento dei tentativi di smettere di fumare nonostante vi sia il desiderio di farlo; è stato osservato che spesso un fumatore riesce a farcela dopo il quarto tentativo;
2. l'impiego di una rilevante porzione del proprio reddito per procurarsi la sostanza; in una famiglia in cui fumano più persone, in una vita spendono l'equivalente per l'acquisto di un appartamento;
3. la persistenza del consumo di sigarette nonostante la presenza e la consapevolezza di un problema di salute;
4. il craving, ossia il desiderio intenso ed incontrollabile (Hughes, 1991-1992) dopo breve astinenza, che trova sollievo dalla ripresa a fumare e che dunque rappresenta una causa importante di ricaduta.

Uno schema di valutazione semplice, in uso da molti anni nell'alcoldipendenza, può essere applicato al tabagismo. Si tratta del "CAGE", acronimo composto dalle iniziali delle parole:

- Cut-down: la persona pensa di smettere.
- Annoyed: la persona è infastidita dalle esortazioni a smettere di amici e familiari.
- Guilty: la persona si è sentita talvolta in colpa a causa della sua abitudine.
- Eye-opener: fumare (o bere) al mattino dà la carica per partire e affrontare la giornata.

Basta rispondere affermativamente ad una sola delle 4 domande, per ritenere che la persona in esame possa essere affetta da una patologia da dipendenza.

La prima diagnosi da porre è il grado di nicotino-dipendenza del paziente che stiamo per prendere in carico: a tale scopo il *Fagerstrom test for nicotine dependence* (FTND, 1991) è lo strumento più validato; è di immediata comprensione e richiede solo pochi minuti per la somministrazione.

2.5 LE MOTIVAZIONI

Perché si comincia a fumare?

Molti hanno fumato la prima sigaretta da bambini, nella propria abitazione, di nascosto dai genitori. Altri lo hanno fatto, assieme agli amici, a scuola. La naturale curiosità che si prova per tutto ciò che è nuovo, specie se è proibito, il valore simbolico di comportamenti che per il giovane rappresentano l'iniziazione al mondo degli adulti, per la donna l'emancipazione da un certo stato di soggezione, la noia e l'insofferenza per l'ambiente nel quale si vive, sono solo alcune delle motivazioni che spingono a fumare. In un secondo tempo subentra un fattore che moltiplica gli effetti delle motivazioni specifiche: la libera disponibilità della droga, sotto forma di sigaretta facilmente acquistabile o, addirittura, liberamente disponibile nell'ambiente familiare.

Perché si continua a fumare?

Alcune considerazioni permettono di identificare nel fumo un comportamento capace di assumere un significato e un valore funzionale nell'ambito psicologico. In particolare:

1. Il fumo è un comportamento appreso;
2. Il fumo è un comportamento che tende a essere fortemente correlato a situazioni tipiche (guidare, concedersi una pausa, parlare al telefono, bere il caffè, prepararsi la colazione, riposare dopo il pasto, guardare la TV);
3. Il fumo si struttura ben presto come uno strumento capace di dare l'impressione dell'espansione delle proprie abilità (ad esempio, scrivere, risolvere i problemi, cavarsela in situazioni ambigue);
4. Il fumo è un comportamento continuamente rinforzato da una percezione di immediata gratificazione e piacere. È una strategia che ha gratificato il fumatore con successo milioni di volte.

Senza prescindere dagli effetti neurochimici della nicotina, possiamo però ricordare che secondo più recenti elaborazioni del concetto di dipendenza in alcuni casi esso è verificato anche in assenza dell'assunzione di una sostanza. Per fare un esempio, si è giunti alla definizione del gioco d'azzardo come di una dipendenza, pur mancando in questo caso l'uso di un principio attivo farmacologicamente. Il nucleo della dipendenza allora diventa l'atto compulsivo. Per ricordare una definizione di Bignamini, "La dipendenza è una condizione patologica correlata a una alterazione del sistema di gratificazione e a una coartazione delle modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere, caratterizzata da *craving* e da una relazione con un oggetto (sostanze, situazione, comportamento) connotata da reiterazione e marcata difficoltà alla rinuncia" (Bignamini et al., 2001).

Viene così più agevole comprendere come, sia pure a distanza di molto tempo dalla cessazione dell'uso di tabacco, possano talora continuare a essere presenti segni e sintomi della dipendenza, in quanto possiamo considerare la dipendenza anche come bisogno compulsivo nei confronti di una situazione o di un comportamento, pur essendo esauriti i meccanismi dell'astinenza fisica o recettoriale.

Nel considerare gli aspetti patologici delle dipendenze occorre però ricordare come la dipendenza sia, originariamente, un aspetto vitale della relazione. "Essere persona umana vuol dire essere in rapporto e l'essere umano è segnato nelle sue più profonde potenzialità dal bisogno di attaccamento" (Romanini, 1991). Questo bisogno di attaccamento, il dipendere da qualcosa o da qualcuno, l'essere rassicurati e protetti nella relazione, sono meccanismi primari di difesa che sin dall'infanzia dimostrano la loro utilità per la sopravvivenza fisica e psichica. In tappe successive però il percorso di crescita vede spostarsi la dipendenza verso forme più adulte e consapevoli, fino a lasciare spazio alle relazioni personali e alla sfera della socialità, che in altri termini identificano un modo sano e funzionale di essere interdipendenti. Questo spiega come il meccanismo della dipendenza

possa così facilmente talora trasformarsi in un processo patologico nel caso in cui questo percorso di autonomizzazione subisca un arresto o addirittura una regressione. Dal punto di vista psicologico infatti:

1. Il fumo sembra spesso essere la risposta funzionale a una difficoltà a relazionarsi, cosa che viene vissuta in modo più forte nell'adolescenza. L'82% dei fumatori diventa tale prima dei 18 anni. Il fumo "facilita", sia pur in modo patologico, il passaggio all'età adulta e per questo motivo il comportamento poi diventa acquisito.
2. Il fumo è una dipendenza capace di placare il disagio, almeno in parte, dovuto all'ansia, alla discrepanza tra l'essere e il dover essere.
3. Spesso il fumo è un sintomo attraverso cui il paziente si riappropria della propria identità, a fronte di una idea inadeguata della propria identità, riconosce davanti a se stesso il proprio valore e il valore delle cose che fa, attraverso il meccanismo dell'autogrificazione.

Si comprende bene, dunque, come, una volta instauratasi, la dipendenza tabagica si automantenga attraverso questi diversi meccanismi.

Quali i vantaggi dello smettere?

Le morti attribuibili direttamente al fumo ogni anno in Italia sono circa 90 000. Smettere di fumare comporta un dimezzamento del rischio di tumore delle alte vie respiratorie e digerenti dopo 5 anni ed una riduzione fino al 70% dopo 10 anni per il carcinoma bronchiale. A questo riguardo è importante far notare che smettere di fumare entro i 45 anni porta il rischio di tumore polmonare a livelli quasi sovrapponibili alla popolazione che non ha mai fumato.

L'ex-fumatore percepisce molto tangibilmente un rapido miglioramento della funzionalità respiratoria e ciò si verifica anche in età e fasi della malattia respiratoria avanzate.

Particolarmente sollevante è il rapido miglioramento della tosse dovuto al mancato contatto con i gas irritanti del fumo. La rapida scomparsa del monossido di carbonio si accompagna ad un aumento del trasporto di ossigeno con vantaggi rapidi in termini di ossigenazione ed in termini estetici; questi ultimi sono più evidenti nelle donne in virtù della maggiore vascolarizzazione sottocutanea.

Il rischio coronarico si riduce del 50% in 1 anno fino a parificarsi con quello dei non fumatori dopo 15 anni e il rischio di ictus si riallinea coi non fumatori dopo 5-15 anni.

Notevoli benefici si riscontrano nei bambini affetti da asma bronchiale non più esposti al fumo dei genitori: negli asmatici infatti il fumo passivo può essere addirittura letale.

2.6 PERCORSI TERAPEUTICI

Smettere di fumare è un cambiamento importante nella vita dei tabagisti e comporta un percorso che si snoda attraverso varie fasi. La conoscenza di questi meccanismi permette all'operatore di non arenarsi di fronte ad atteggiamenti molto diffusi di apparente "non motivazione" e di definire volta per volta qual è la risposta migliore in rapporto al punto in cui si trova il paziente. Può risultare molto utile per chi guida la disassuefazione fare riferimento ad uno schema di "elaborazione della separazione dalla sigaretta", il quale può permettere di orientarsi rispetto a situazioni emotive difficilmente inquadrabili. Nel percorso di separazione dalla sigaretta, il paziente attraversa delle fasi che somigliano a quelle individuate dalla psicologa Kubler-Ross, autrice di studi sul processo di elaborazione del lutto e della perdita, in modo particolare rispetto a malati oncologici. Il principio è che tutte le perdite, in fondo, si somigliano e che i meccanismi psichici messi in atto per affrontare queste situazioni hanno dei forti elementi in comune (Tinghino, 2003).

Kubler-Ross appurò che, davanti a una situazione di drammatico cambiamento (ad esempio, la comunicazione di una diagnosi infausta, l'impatto con la morte o il morire) scattassero delle dinamiche così strutturate in termini cronologici:

- Shock/negazione;
- Rabbia;
- Contrattazione;
- Depressione;
- Accettazione.

1. *Shock/negazione*. È la reazione più immediata rispetto alla comunicazione dell'evento o alla situazione drammatica. Il paziente tende a negare, restando sconvolto, che sia possibile l'evento. "Hanno sbagliato diagnosi"; "Non è possibile che sia successo a me"; "Io sto benissimo": questi sono i pensieri più comuni. Una cosa simile si verifica in chi affronta il processo dello smettere di fumare: "Io non ho bisogno di smettere"; "Il fumo non fa più male rispetto a tanti altri fattori di inquinamento" ecc. Ovviamente un impatto così forte è più evidente quando lo smettere di fumare è un input dato dall'esterno (ad esempio, il cardiologo che diagnostica un infarto) rispetto a una decisione maturata autonomamente.

2. *Rabbia*. Una volta accettata la realtà dell'evento ("è vero che io ho questa malattia"; "è capitato proprio a me") la seconda fase emotiva è spesso di rabbia: "Che colpa ho io?"; "A chi ho fatto del male?"; "Perché la vita mi ha riservato questa amarezza?". Talora è una rabbia indifferenziata che si sparge contro elementi non direttamente coinvolti nella situazione diagnostica/terapeutica, ma spesso può scatenarsi contro chi cura. Nel processo di disassuefazione dalla sigaretta il paziente esterna questa rabbia contro gli amici o i familiari, contro chi conduce il gruppo, contro ogni cosa, perché si sente defraudato di qualcosa, di un piacere e di un elemento di autogratificazione.

3. *Contrattazione*. È il momento in cui si cerca una mediazione tra l'evento di cambiamento e la realtà. Si tratta di un tentativo di addolcire la situazione, di trovare un compromesso: "Potrei evitare l'intervento chirurgico se..."; "Potrei semplicemente ridurre il numero di sigarette fumate o fumarne la metà".

4. *Depressione*. Quando tutti gli elementi della realtà vengono identificati così come sono e senza possibilità di compromessi e quando il paziente ha sperimentato, inutilmente, diversi meccanismi di difesa, si sente improvvisamente scoperto nelle sue risorse, sconfitto, perdente. È il momento della depressione, in cui anche gli elementi positivi vengono sottovalutati in una visione catastrofica e demoralizzante delle cose. I pazienti che hanno smesso di fumare vedono la vita come scialba, hanno voglia di piangere (e spesso piangono), possono anche ritornare a fumare perché questa situazione risulta loro intollerabile.

5. *Accettazione*. Dopo aver attraversato tutte queste fasi comincia ad affacciarsi la possibilità di una alternativa. La perdita viene riconosciuta, il lutto elaborato, ma allo stesso tempo vengono visti nella giusta luce gli elementi positivi della realtà: "Sto soffrendo perché non fumo, ma comincio a star meglio"; "È dura, però il respiro è migliorato"; "Dopo il pranzo ho una voglia terribile, però ho imparato a fare quattro passi e tutto si risolve"; "All'inizio mi sentivo solo e abbandonato, adesso ho trovato nuovi interessi e nuovi amici".

Il percorso sopra esposto non va comunque ritenuto rigido, in quanto ciascun paziente può avere modalità e tempi suoi di elaborazione delle varie fasi. Sono possibili momenti di regressione a fasi precedenti così come situazioni di stallo o blocco prolungato. Compito del terapeuta è aiutare il fumatore a riconoscersi in una di queste tappe e aiutarlo a evolvere in avanti.

Il trattamento farmacologico. Il farmaco attualmente più impiegato è il bupropione (amfebutamone), un derivato anfetaminico. Usato in passato come antidepressivo, atipico in

quanto dopaminergico, è stato di recente rilanciato come farmaco utile per smettere di fumare poiché l'osservazione clinica aveva riportato un numero significativo di cessazione spontanea del fumo in pazienti depressi in terapia. In effetti il farmaco ha alcune caratteristiche di grande interesse: innanzitutto è attualmente l'unico farmaco che, grazie alla sua attività dopaminergica, ha un sicuro effetto *anticraving*; inoltre, il farmaco, come i derivati anfetaminici, è dotato di un effetto anoressizzante, utile nel controbilanciare l'iperfagia del fumatore che smette ed un effetto stimolante in grado di mitigare il torpore che spesso insorge nei primi giorni di astinenza; a ciò si aggiunge infine un modico effetto antidepressivo. Il paziente può talora non avvertire alcun beneficio in termini di minor voglia di fumare e a tal proposito è importante indagare non solo il numero di sigarette fumate, ma anche l'intensità delle boccate e se la sigaretta viene fumata fino in fondo, ricordando che la prima metà della sigaretta rilascia solo un quarto della nicotina disponibile mentre i rimanenti tre quarti si concentrano nella seconda metà. In tali casi si tende ad associare un altro tipo di terapia, come una terapia sostitutiva a base di nicotina (NRT), se già non lo seguiva. L'uso medico di nicotina per smettere di fumare è tuttora considerato il trattamento di riferimento dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2000). Il punto di forza dei cerotti sta nella costanza del rilascio di nicotina, ma questo è anche il punto debole del trattamento: spesso infatti il paziente tende a fumare nei momenti di stress quando sente il maggior *craving* per la nicotina, mentre lo stesso paziente può essere infastidito dall'eccessivo carico nicotinico nei momenti di relax, con irritabilità, nausea e palpitazioni (Fagerstrom, 1993).

Lo spray alla nicotina eroga in media 0,5 mg di sostanza a ogni spruzzo che va a essere assorbita dalla mucosa nasale. Il picco che si ottiene è efficace e rapido, ma altrettanto rapida è la caduta dei livelli plasmatici, per cui sono necessarie ripetute somministrazioni.

Gli *inhaler* sono costituiti da bocchini, in tutto simili a quelli per sigaretta, in cui però si inserisce una cartuccia contenente nicotina. Questi dispositivi erogano circa 3 mg di nicotina e mimano molto la ritualità della sigaretta. Sono indicati in chi ha una forte dipendenza dalla gestualità, ma hanno gli stessi inconvenienti farmacocinetici degli spray. Possono però essere usati in aggiunta al cerotto, per contrastare momenti di bisogno particolarmente critici, in cui una supplementazione di nicotina può risultare efficace.

Il *counselling* individuale. Con il termine *counselling* si intende comunemente un intervento, effettuato da un operatore specificamente formato, diretto a singoli individui o a gruppi, finalizzato al potenziamento delle risorse e delle capacità personali, attraverso la promozione di atteggiamenti attivi e propositivi, stimolando le capacità di scelta. Il *counselor* sostiene la motivazione nel percorso intrapreso verso un obiettivo condiviso e fissato attraverso un “contratto terapeutico”, per mezzo di una “relazione d’aiuto”. Il *counselling* viene utilizzato allo scopo di risolvere problemi non specifici (prendere decisioni, migliorare le relazioni interpersonali) e contestualmente circoscritti (famiglia, lavoro, scuola). A differenza del paziente nella psicoterapia, il cliente nel *counselling* non ha bisogno di essere curato né aiutato a superare una sofferenza psicologica, ma si avvale delle competenze del *counselor* come sussidio delle capacità che già possiede in modo da conseguire obiettivi che desidera nei modi e nei tempi che gli sono consoni. È infatti importante che il *counselling* non venga identificato come una soluzione magica o scambiato per la risposta a un bisogno di accudimento e cura totali. Dall’altra parte, l’atteggiamento non deve essere giudicante o terrorizzante, ma di ascolto attivo e di sostegno.

Terapia di gruppo. Esistono varie tipologie di gruppi di trattamento. Ne esporremo alcune:

Gruppi di disassuefazione della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori. Formulati nel 1986, questi gruppi costituiscono un metodo molto diffuso in Italia di trattamento del tabagismo,

considerato anche il numero di sedi della Lega sul territorio nazionale. I gruppi prevedono un colloquio iniziale di valutazione, condotto da uno psicologo. Nel caso in cui non vengano riscontrate controindicazioni il paziente è iscritto al gruppo. È possibile che lo psicologo inviti il paziente a rinviare la terapia, perché non adeguatamente motivato o perché concomitano delle situazioni che lo renderebbero non efficace. Il gruppo è strutturato in 9 incontri, a cadenza bisettimanale. La conduzione è affidata a uno psicologo e il numero di partecipanti previsto è di 10-15 al massimo. Salvo situazioni locali, generalmente il metodo non prevede l'uso di farmaci. Il lavoro svolto è molto incentrato sulla consapevolezza dei motivi che spingono a fumare, sulla riflessione sugli stati emotivi e sul sostegno psicologico.

Gruppi aperti. Sono utilizzati nell'ambito della Regione Emilia-Romagna sulla scorta delle esperienze formulate dal Centro Antifumo-Ser.T. di Ferrara. Sono una derivazione metodologica dei gruppi della Lega Tumori, con delle modifiche importanti:

- ✓ I gruppi sono “aperti”, ossia è previsto - a un certo punto del percorso - l'inserimento di nuovi iscritti che vengono affiancati dai più anziani.
- ✓ Lo scalaggio delle sigarette è graduale e le prime 24 ore di sospensione sono fissate al 14° giorno di terapia (data limite).
- ✓ Oltre al monitoraggio quotidiano delle sigarette (calendarietto) viene utilizzata una tecnica supplementare di autosservazione su ciascuna sigaretta fumata.
- ✓ La durata complessiva è di 8 settimane più 4 incontri di verifica nel primo anno, per complessivi 16 incontri di gruppo.
- ✓ Eventuale terapia sostitutiva nicotinic e/o bupropione.
- ✓ Promozione del volontariato degli ex fumatori.

Il corso intensivo per smettere di fumare, nell'esperienza di Ferrara, è di 8 settimane per complessivi 12 incontri. Seguono 4 verifiche di gruppo distribuite nel corso di 1 anno. La frequenza degli incontri è di 2 volte la settimana per le prime 4 settimane (dal primo

all'ottavo incontro) e poi di 1 volta la settimana per le successive 4 settimane. Ogni incontro ha la durata di circa 2 ore.

Gruppi fumatori in trattamento. Il numero dei partecipanti è di 20-25 per gruppo ed è prevista la presenza di un conduttore “esperto”. L'obiettivo del gruppo è attivare le dinamiche di auto-aiuto tra i partecipanti e di sostegno da parte del conduttore. È prevista una selezione, tramite un colloquio clinico (valutazione, definizione del grado di dipendenza, definizione del contratto e degli obiettivi terapeutici). Una prima seduta preliminare è dedicata alla definizione collettiva del contratto, alla preparazione del “passaggio all'atto”, seguono 5 incontri (full immersion) in cui il paziente raggiunge quota “zero” con le sigarette. Successivamente ci sono 4 incontri (uno la settimana) di mantenimento. È prevista la prescrizione di NRT o bupropione, oltre che *counselling* sanitario.

La terapia individuale. Si può differenziare dal *counselling* perché presuppone un intervento più profondo, talora multidisciplinare, “costruito” su misura per il paziente, spesso legato a un trattamento psicologico e psicoterapico.

Materiale di self-help. Negli anni sono state sviluppate diverse forme di materiale di auto aiuto quali manuali, programmi per computer o cd audio/video contenenti informazioni sui danni del fumo e strategie per smettere di fumare. Uno dei manuali più diffusi è quello di Allen Carr (1985), *bestseller* da milioni di copie vendute in tutto il mondo. La procedura seguita nel manuale è una forma di suggestione morbida, mista a tecniche cognitivo-comportamentali di convincimento in cui si evocano i danni del fumo e i vantaggi dello smettere, fornendo delle metafore a doppio legame sul fatto che è il fumo che rende ansiosi, e non il fumo che toglie l'ansia.

CAPITOLO 3

IPNOSITERAPIA E TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA TABAGICA

*È tempo di liberarsi dalla nebbia del fumo che avvolgendo
i problemi li rende solo più indistinti e irrisolvibili.*

Aldo Nagar

Dal 1958, l'ipnosi è stata riconosciuta dalla *American Medical Association* come una forma legittima di trattamento terapeutico, quando somministrato da un medico adeguatamente formato. Con l'avvento di società di certificazione e con un più attento controllo da parte delle organizzazioni internazionali, l'ipnosi ha aumentato il suo livello di professionalità e sono cresciute le applicazioni cliniche in cui essa è utilmente impiegata.

L'ipnosi contro la dipendenza da nicotina può essere impiegata come terapia singola, ed in tal caso mira a ridurre nel soggetto la voglia di fumare, aumentando la volontà di smettere, o come terapia complementare, ed in tal caso serve a rinforzare la concentrazione sul secondo

trattamento. Spiegel (1970) per quanto attiene alla terapia di disassuefazione dalla dipendenza da tabacco, suggerisce essenzialmente tre suggestioni ipnotiche: per il mio corpo il tabacco è un veleno; il mio corpo merita d'essere protetto dal fumo; è possibile e gradevole vivere senza fumo.

L'ipnotista attraverso le suggestioni, induce immagini, sensazioni, allo scopo di evocare schemi associativi e processi mentali naturali preesistenti nella mente del paziente. Erickson afferma che l'ipnotista può evocare sia i ricordi in quanto questi si trovano già nella mente della persona, sia altri fenomeni ipnotici solo perché nel paziente esistono già schemi cognitivi predisposti per tali processi.

Nell'intraprendere l'ipnositerapia per la cessazione della dipendenza da tabacco, è necessario comprendere le ragioni specifiche che spingono il paziente a fumare e possibilmente individuare la personalità del soggetto. Come si è detto precedentemente, la ragione principale che rende difficile smettere di fumare, oltre alla dipendenza da nicotina, è l'abitudine, che diventa rituale, parte significativa della propria vita quotidiana. L'ipnositerapia deve quindi tendere a modificare quei processi mentali che portano il paziente ad accendere una sigaretta in determinate situazioni per un'abitudine ormai in lui radicata. Non vanno neanche sottovalutati il "piacere della trasgressione" e la "gratificazione orale". In alcuni casi il fumare sottende o una tendenza alla depressione o una vera e propria depressione conclamata, in questi casi occorre un trattamento adeguato, con un sostegno psicologico durante la cura (Merati, 1999).

Obiettivi primari dell'ipnosi sono il potenziamento della volontà sì da renderla più determinata a liberarsi dalla dipendenza, il ridurre al minimo il desiderio del fumo e i disagi legati all'astensione, il rompere le abitudini e i condizionamenti comportamentali-psicologici che si accompagnano all'atto del fumare (Nagar, 2005).

Può a volte essere sufficiente una sola seduta d'ipnosi per raggiungere l'astensione scendendo anche da quaranta sigarette a zero: più difficile è mantenerne, senza ulteriori interventi, la stabilità nel tempo perché non è facile annullare completamente, in una sola seduta e in maniera definitiva, dipendenza farmacologica e condizionamenti psicocomportamentali stabilizzatisi in decenni. Anche di fronte ad una immediata astensione è quindi prudente programmare ulteriori sedute che, sia pure in tempi sempre più distanziati, coprano almeno l'arco di tre mesi, meglio ancora sei mesi, un anno: particolare attenzione deve essere rivolta ai primi due mesi dove più frequente si presenta la possibilità di ricaduta.

Prima di procedere all'induzione, è importante chiarire al paziente alcuni punti della terapia ipnotica nelle loro linee essenziali, sottolineando ad esempio l'assenza di eguaglianza tra sonno fisiologico e ipnosi, assicurando che non vi è nessuna possibilità in ipnosi di commettere atti contrari alla propria struttura etica morale, spiegando che l'uscita dalla trance ipnotica, anche in caso di scomparsa dell'ipnotista, è sempre e comunque assicurata dal suo spontaneo esaurirsi fisiologico. Se è importante dare al paziente la certezza che il cambiamento, pur difficile, non è mai impossibile, è necessario anche ricordare che l'ipnosi non può sostituirsi alla fermezza della volontà. Aspettative in tal senso dovranno essere rapidamente eliminate: l'ipnosi non è una bacchetta magica ma un metodo d'intervento che unito a una ferma determinazione ed impegno può dare risultati eccellenti. Inoltre, alcune persone, sottovalutando la gravità della dipendenza, presentano aspettative decisamente irrealistiche. L'ipnosi deve in tempi immediati e in non più di una sola seduta ottenere l'astensione dal fumo annullando quantità di sigarette spesso elevate: di fronte all'insuccesso o al successo parziale di quanto richiesto non sono disponibili a proseguire la terapia, si dichiarano deluse ed insoddisfatte del metodo e, giudicando di averne completamente esaurito le possibilità, decidono di interrompere l'esperienza.

Per comprendere la possibile efficacia di un trattamento ipnotico occorre partire da un dato essenziale anche se solo indicativo. La possibilità di essere ipnotizzati vede un quindici per cento della popolazione disponibile e predisposta favorevolmente, contro un venticinque per cento resistente all'ipnosi, il restante sessanta per cento è disponibile all'ipnosi in modo random, essendo molto condizionato da situazioni contingenti e dal contesto in cui si opera. È evidente che nonostante i successi, anche personali, che si possono vantare nell'applicazione dell'ipnositerapia nel trattamento tabagico, per poter esprimere un giudizio scientificamente valido sulla sua efficacia occorrerebbe stabilire dei protocolli standard del trattamento stesso, sia esso singolo, di gruppo o di sostegno ad altri interventi. In realtà questo è estremamente difficile da realizzare nel campo dell'ipnositerapia, infatti le tecniche induttive della trance ipnotica sono innumerevoli, in quanto ogni persona è sensibile a stimoli verbali e fisici personali e molto spesso differenti per ciascun individuo. Quindi, in base alle caratteristiche e ai comportamenti del paziente, l'ipnotista dovrà ricercare le tecniche induttive più adatte e le suggestioni più appropriate.

Le suggestioni utilizzabili possono avere contenuti diversi: in linea di massima è meglio evitare le suggestioni pesantemente avversative che tendono a rendere fortemente disagiata l'atto di fumare, non solo perché spesso non accettate anche se realizzate, ma soprattutto perché il loro fallimento, sempre possibile, può rendere difficile il proseguimento della terapia. Esempi di suggestioni avversative sono: sigarette simili a viscidici serpi, nausea, vomito, vertigini durante l'inalazione del fumo, rigidità della mano con impossibilità a prendere la sigaretta o contrattura spastica labiale che impedisce di fumarla, allucinazioni visive di morte proiettate sulla carta avvolgente. L'uso di suggestioni blandamente avversative unite a suggestioni ristrutturanti positive, che sottolineano i vantaggi nascenti dalla raggiunta astensione si rivelano della massima efficacia. Altre suggestioni, più complesse, anche non verbali, tendono a determinare l'attivazione di comportamenti alternativi atti a modificare o sostituire gestualità precedentemente legate al fumo con altre nuove. Queste ultime,

diventate segnali di rapido condizionamento, sono spesso in grado di attivare brevi stati di autoipnosi, efficaci per superare momenti difficili: può essere, ad esempio, suggerito che la mano, all'atto di prendere il pacchetto di sigarette, scivolerà via e si allontanerà dalla tasca compiendo un gesto differente (un breve appoggio sulla fronte, un rapido stringere il pugno, un accarezzarsi l'orecchio) con la finalità non solo di superare la situazione critica in uno stato di autoipnosi vigile ma anche di attivare in modo sempre più automatico la gestualità sostitutiva. In alcuni casi diventa indispensabile inserire, oltre alle suggestioni per l'astensione dal fumo, suggestioni finalizzate a migliorare i vissuti esistenziali del paziente (Nagar, 2005).

In ipnositerapia è inoltre possibile servirsi dell'aneddoto come strumento terapeutico. Erickson, ad esempio, era famoso per la sua capacità di comunicazione precisa e diretta, centrata sul singolo paziente, e per l'uso dell'aneddoto come mezzo raffinato ed efficace di comunicazione verbale. Possono essere aneddoti le fiabe, le leggende, le parabole o le allegorie, così come le cronache di fatti e le avventure di vita vissuta. Quasi tutti gli aneddoti di Erickson erano descrizioni di avvenimenti reali della sua vita o di quella di familiari e pazienti. È possibile servirsi di aneddoti in qualsiasi momento del processo terapeutico, senza controindicazioni, ed è consigliabile l'utilizzo in determinati processi, quali ad esempio la diagnosi, lo stabilire un rapporto empatico, l'applicazione di una strategia terapeutica (Erickson, 1983).

Per perseguire obiettivi di rinforzo della motivazione a mantenere l'astinenza, e quindi di prevenzione della ricaduta si insegnano tecniche di autoipnosi, che consentono al soggetto di riprodurre, quando ne senta la necessità, lo stato di rilassamento e quelle suggestioni che egli reputa più positive. L'autoipnosi è uno stato ipnotico raggiunto in maniera autonoma dal paziente in risposta o a suggestioni postipnotiche o ad autosuggestioni e richiede l'attivazione di un complesso riflesso condizionato. L'apprendimento dell'autoipnosi, che

può richiedere tempi variabili da soggetto a soggetto, è uno strumento che incrementa le possibilità di successo nella soluzione della dipendenza tabagica, dove ha trovato un impiego assai esteso e importante.

Può essere poi utile audioregistrare sin dal primo incontro la seduta induttiva e invitare il paziente a risentire ripetutamente nel corso della giornata la registrazione: la maggior parte delle volte infatti il suo ascolto ricrea l'atmosfera della seduta precedente recuperando lo stato d'ipnosi e potenziando le suggestioni inserite. L'ascolto della registrazione non solo facilita l'attivazione di nuovi condizionamenti che modificano i precedenti, ma può sostituirsi all'uso della sigaretta in situazioni della vita precedentemente legate ad essa.

A proposito del concetto di ripetizione, Assagioli (1977) nel concettualizzare la "volontà sapiente", ovvero l'abilità di sviluppare la strategia più efficace e che richiede il minor sforzo, elenca una serie di leggi psicologiche, fra le quali la sesta: "L'attenzione, l'interesse, l'affermazione e la ripetizione rafforzano le idee, le immagini e le formazioni psicologiche su cui si accentrano".

La ripetizione agisce come il colpo del martello sul chiodo, fa penetrare l'idea o l'immagine e la fissa, fino a che diviene dominante e persino ossessiva. Questa tecnica è molto utilizzata, ad esempio, dai pubblicitari, ed è di sicura efficacia nel trattamento delle dipendenze con l'utilizzo della tecnica ipnotica.

Erickson nel suo "La ristrutturazione della vita con l'ipnosi" (1987), introduce una tecnica di approccio indiretto per smettere di fumare, specificando che la cessazione di una cattiva abitudine con l'aiuto dell'inconscio può avvenire anche attraverso alterazioni dell'orientamento mediante il "non sapere". E ci dice: "Vi dovrebbe interessare sapere che il dottor Sectar non ha smesso di fumare. Semplicemente non sa quando fumerà la

prossima sigaretta. Probabilmente sarà fra anni e anni, ma non ha smesso - semplicemente *non sa* quando fumerà di nuovo!”

Una considerazione finale va riservata alle peculiari modalità di funzionamento della «mente totale» (Erickson, 1982) in ipnosi. Sembrerebbe che la fenomenologia ipnotica sia legata più all'attività dell'emisfero destro che non a quella dell'emisfero cosiddetto «dominante», con una marcata incidenza del ruolo del sistema limbico ed ipotalamico e del sistema reticolare di attivazione. Nella produzione e nel pilotaggio dei fenomeni ipnotici sono poi evidenziabili, a livello clinico e sperimentale, una quantità di meccanismi psicologici implicati nell'attivazione, nel mantenimento e nell'utilizzazione dei fenomeni ipnotici che interessano sia gli aspetti di consapevolezza percettiva, sia gli aspetti relazionali e di «credenza» (Erickson, 1983; Gulotta, 1980).

Particolarmente interessante è infatti il constatare come, in ipnosi, la psicofisiologia della percezione si modifichi al punto da permettere sia eclatanti distorsioni percettive, sia una facilitata «ricostruzione» allucinatoria della realtà: con conseguenze che vanno spesso ben oltre il limitato intervallo temporale della trance (Granone, 1962-1989).

L'Ipnosi rappresenta dunque una «normale» condizione di reattività psicofisiologica modificata; esattamente come durante gli stati emozionali. E, esattamente come durante gli stati emozionali gli eventi cognitivi si fissano più rapidamente e profondamente, lo stesso accade in ipnosi: ed è appunto per questo che essa rappresenta la condizione di lavoro in cui più rapidamente e profondamente possono installarsi efficaci cambiamenti terapeutici nell'ambito di un trattamento di disassuefazione da fumo.

CAPITOLO 4

CASO CLINICO

*Ho capito che le risposte non le trovi nelle sigarette,
che riesci a gestire meglio i problemi della vita se li osservi con chiarezza,
senza avvolgerli in una nube di fumo.*

Una paziente

Nella dipendenza da tabacco sono ravvisabili tre componenti fondamentali: l'abitudine, la ricerca del piacere, l'autosomministrazione di un farmaco.

L'abitudine (ovvero la dipendenza comportamentale). Più un organismo attiva un determinato comportamento, più è probabile che tale comportamento si ripresenti in modo sempre più automatico sì da diventare componente inscindibile delle azioni ripetitive giornaliere: i fumatori si trovano spesso ad accendere la sigaretta in maniera inavvertita quando sono impegnati in attività normalmente associate al fumo. Il fumo stesso diventa

parte integrante di molti comportamenti, come parlare al telefono, terminare un pasto od entrare in automobile: l'abitudine così radicata può spiegare il disagio che il soggetto prova nella condizione di astinenza in quanto deve rimparare a svolgere le azioni abituali quotidiane senza la presenza della sigaretta.

La ricerca del piacere (ovvero la dipendenza emozionale e psicologica). Le persone fumano per provare piacere, perché il fumo possiede un fattore di rinforzo positivo che stimola all'utilizzo, dovuto all'incremento dell'attività delle vie di ricompensa dopaminergiche meso-limbiche e meso-limbo-corticali. La nicotina sembra produrre euforia od uno stato di benessere, paragonabile a quello determinato da altre sostanze ad azione psicotropa causanti dipendenza, cui si associa un'azione ansiolitica.

L'autosomministrazione di un farmaco (ovvero la dipendenza farmacologica). La dipendenza farmacologica, dovuta alla nicotina, può essere molto elevata, anche perché la nicotina riduce le sensazioni spiacevoli derivanti dalle situazioni di stress.

Anche in considerazione di questi fattori, quando si presenta in studio un paziente con l'intenzione di smettere di fumare, è necessario esaminare le giustificazioni al fumo, le motivazioni a smettere, le paure legate al raggiungimento dell'astensione. Quindi, una volta raccolta l'anamnesi e valutato il grado di dipendenza dalla nicotina con il test di Fagerstroem, saranno presentate l'ipnosi e le sue possibilità nella disassuefazione dal fumo. Suggestiscono l'ipnosi come intervento d'elezione la capacità di ridurre la sindrome da astinenza, l'efficacia nel modificare o annullare abitudini e comportamenti legati al fumo, il possibile inserimento in una psicoterapia atta a superare le problematiche psicologiche spesso presenti. Prima di procedere all'induzione alcuni punti importanti della terapia ipnotica devono essere chiariti nelle loro linee essenziali. È indispensabile valutare le conoscenze già in possesso del paziente integrandole se insufficienti, correggendole se errate. Occorre chiedere quali siano le aspettative del paziente nei confronti

dell'ipnositerapia, ed eventualmente ridimensionale qualora queste non siano realistiche. Si potrà sottolineare che l'ipnosi è in grado di agire in modo assai efficace sulle componenti della dipendenza, sia organiche che psicologiche, ma che una cosa è necessario che sia già presente: la ferma volontà di smettere di fumare, che attraverso l'ipnosi può essere attivata, ma certo non imposta. Deve essere evidenziata l'impossibilità di assicurare a priori la riuscita dell'induzione, in relazione alla complessità dei meccanismi psico-neuro-fisiologici coinvolti: è da accettare quindi la possibilità dell'insuccesso. Obiettivo primario dell'ipnosi è il potenziamento della volontà: attraverso l'aiuto dell'ipnosi il paziente può trovare in sé le risorse per la rivalsa nei confronti della dipendenza, ridurre al minimo il desiderio del fumo e i disagi legati all'astensione, rompere le abitudini e i condizionamenti comportamentali e psicologici che si accompagnano all'atto del fumare. Si chiederà poi al paziente se vuole smettere subito o progressivamente, confermando che l'obiettivo da raggiungere, qualunque sia la scelta, è l'astensione assoluta.

A completamento di questo elaborato è stata videoregistrata la prima induzione di una paziente che si è presentata in studio con la precisa richiesta essere aiutata a smettere di fumare.

Il caso clinico descritto è una donna circa cinquantenne, educatrice professionale, divorziata, con una figlia ventenne, fumatrice di trenta sigarette al dì. Ha iniziato a fumare a 19 anni, imitando alcuni compagni di Università. Ha entrambi i genitori fumatori, il punteggio al test di Fagerstroem è 4, nessuna interruzione del fumo è stata mai ottenuta. L'ipnosi raggiunta è buona. La paziente ha scelto di smettere di fumare progressivamente.

Attualmente alla paziente sono state fatte sette induzioni ipnotiche in otto incontri nell'arco di due mesi (un incontro a settimana).

Durante il primo colloquio clinico, sono emerse problematiche legate all'ambiente di lavoro, che le causano stati d'ansia che talvolta esitano in attacchi di panico, e che la paziente cerca di "gestire" con il fumo. Alla domanda "perché fuma?" la paziente riferisce che fumare la rilassa, soprattutto nei momenti di difficoltà e forte ansia, che rappresenta "*la mia ancora di salvezza, il mio rifugio nei momenti più bui, come durante la separazione da mio marito*". Per tali motivi le è stato proposto in abbinamento all'ipnositerapia un sostegno psicologico ad orientamento cognitivo-comportamentale, in modo da aiutarla a contenere l'ansia e gli attacchi di panico. La paziente non è sicura che fumare le piaccia veramente tanto, anzi la presenza di qualcuno che fuma davanti a lei le dà fastidio. Ma ormai fumare è diventata un'abitudine, una "*coperta alla mia insicurezza*", e non riesce a farne a meno. Tuttavia dichiara di avere una forte volontà di smettere, di avere tutti i motivi per smettere e nessuno per andare avanti con il fumo. "*È un anno che mi dico tutte le mattine di smettere ma è tutto un insieme di propositi che falliscono ogni volta all'ultimo istante*".

Nell'arco degli incontri, attraverso l'ipnositerapia ed il sostegno per l'ansia, la paziente è riuscita a diminuire le sigarette a circa 20 al giorno. "*Sono molto sorpresa: ieri ho fumato una sigaretta dopo pranzo e quando mi è tornata dopo la voglia ho fatto l'ancoraggio che mi ha insegnato e mi sono sentita subito più rilassata; anche sul lavoro, mi sento più sicura di me, più efficace, è come se quasi non temessi più il confronto con i colleghi. Sono sorpresa, mi sento diversa dal solito: ho spesso desiderio di fumare ma cerco di non farlo. Mi vengono dei pensieri sul fumo: ecco, mi dico, in questo momento accenderei la sigaretta ma non lo faccio; quando prendo il caffè mi dico: ci starebbe bene adesso una sigaretta, e a volte supero la tentazione. Voglio continuare a diminuire sempre più, fino a smettere completamente!*"

In questa paziente l'obiettivo da raggiungere, ovvero l'astensione dal fumo, non può che inserirsi in un intervento terapeutico complesso, ad ampio raggio, temporalmente dilatato,

in quanto la persistenza nella dipendenza segnala la presenza di importanti problematiche esistenziali cui il fumo dà risposte non facilmente sostituibili: diventa indispensabile per ottenere l'astensione agire su di esse offrendo scelte, strategie, soluzioni alternative da sostituire a quelle precedenti, improduttive e fortemente condizionanti il fumo.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'ipnosi si propone come una tecnica di supporto alla motivazione del paziente con l'obiettivo di aumentare le possibilità di successo della terapia. Il fatto che l'ipnosi non debba necessariamente essere accompagnata da un trattamento farmacologico, contribuisce a renderla indicata per quei soggetti che rifiutino l'assunzione di farmaci per la cessazione della dipendenza da tabacco o per i quali sia controindicata. Inoltre, l'ipnosi è uno strumento che può inserirsi in una strategia di intervento psicoterapico atta a superare le problematiche psicologiche spesso presenti. Non solo: l'ipnosi può facilitare il mantenimento dei risultati a lungo termine tramite l'insegnamento dell'autoipnosi e l'utilizzo dei condizionamenti post-ipnotici dati dal terapeuta. Oltretutto, con l'apprendimento dell'autoipnosi il soggetto è invitato a partecipare pienamente alla propria terapia ed è evitato il rapporto gerarchico terapeuta-paziente. Resta il problema della mancanza di evidenze nella letteratura internazionale, per la difficoltà a definire protocolli standard ai quali attenersi. Tuttavia la descrizione di numerose esperienze positive dell'utilizzo dell'ipnositerapia nella *smoking cessation* suggeriscono l'ipnosi come uno degli interventi d'elezione nella disassuefazione dal fumo.

Anche l'opinione pubblica mostra di nutrire molta fiducia nell'ipnosi per liberarsi dalle sigarette. In una ricerca realizzata al Mayo Clinic College of Medicine di Rochester nel Minnesota, presso 1777 clienti di cliniche specializzate nella disintossicazione dal fumo: il 27% dichiara di avere utilizzato delle forme di medicina complementare o alternativa, quali:

ipnosi, rilassamento, agopuntura e meditazione (Sood et al, 2003). La tecnica che viene considerata come la più efficace e la più promettente, dalla maggior parte degli utenti, è senz'altro l'ipnosi (Perussia, 2014).

Queste considerazioni emerse dalle riflessioni effettuate per la stesura dell'elaborato, mi convincono sempre più che l'ipnosi possa rappresentare non solo una tecnica in accompagnamento alla psicoterapia tradizionale, ma lo strumento principe in un percorso di disassuefazione da tabacco.

Ringraziamenti

A conclusione del mio elaborato il mio ringraziamento va ai Docenti del CIICS, che mi hanno stimolato e aiutato a comprendere l'utilità dell'ipnosi come strumento clinico e terapeutico per la mia professione. Un sincero grazie vorrei rivolgerlo al mio relatore Massimo Somma, alla sua pazienza e disponibilità. Infine vorrei rivolgere un ringraziamento particolare ad Angelo Gonella, che mi ha offerto l'opportunità di frequentare i "mercoledì dell'ipnosi" organizzati proprio nel suo studio di Racconigi. Questi incontri mi hanno dato l'occasione di meglio comprendere ed approfondire il fenomeno ipnotico, di esplorarne i limiti e le possibilità, attraverso gli scambi di impressioni anche con altri allievi, ma soprattutto dietro la guida attenta di Gonella il quale, con la sua originalità di approccio e la sua profonda conoscenza della tecnica, è riuscito a trasmettermi entusiasmo e passione per l'ipnosi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

Assagioli R., *L'atto di volontà*, Astrolabio, Roma, 1977.

Bernheim, H., *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille*, Doin, Paris, 1884.

Braid J., *Neurohypnology, or the Rational of Nervous Sleep Considered in Relation with Animal Magnetism*, Londra, 1843.

Brugsch, H., *Aus dem Morgenlande*, Ph. Reclam jr Universal Bibliothek, N 3151/52, pp.43-53, Lipsia, 1893.

Carr A., *The easy way to stop moking*, Penguin Books, London, 1985.

Cavallaro E., *Ipnosi: una introduzione psicofisiologica*. Caleidoscopio Italiano, Genova, 1996.

Charcot, J.M., *Catalepsie et somnambulisme hysteriques provoqués*, Progrès méd. Vol 6, 973, 1878.

Erickson M.H., *Hypnosis in painful terminal illness*. Am. J.Clin. Hypn.1:117-121, 1958.

Erickson M.H., *A scuola di ipnosi*, Boringhieri, Torino, 1983.

Erickson M.H., *La ristrutturazione della vita con l'ipnosi*, Astrolabio, Roma, 1987.

Fagerstrom K.O., "Valutare la dipendenza", Italian Heart Journal, aprile 2001, vol. 2/Suppl 1: 53-55.

Fagerstrom K.O., Schneider N.G., Lunell E. *Effectiveness of nicotine patch and nicotine gum as individual versus combined treatments for tobacco withdrawal symptoms*. Psychopharmacology 1993; 111: 271-7.

Fromm, E., Nash M. R., *Psychoanalysis and Hypnosis*, Madison: International Universities Press, Inc, 1997.

Gonella A., Ferracuti S., Cannoni E-, De Carolis A., Lazzari R., *Rorschach measures during depth hypnosis and suggestions of a previous life*, *Perceptual and Motor Skills*, 95:877-85, 2002.

Gonella A., L'ipnosi in odontostomatologia. Considerazioni su una casistica di 152 casi. Metodica e suoi risultati. *Rassegna ipnosi e Sofrologia. Stati di rilassamento*. Minerva Medica, 73:3195, Torino, 1982.

Gonella A., L'agente terapeutico in psicoterapia, *Atti del Convegno Nazionale della Scuola Post-Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale CIICS: L'agente terapeutico in psicoterapia*, Torino, Villa Gualino, 22-05-1999. *Rassegna di Psicoterapia e Ipnosi e Medicina Psicosomatica e Psicopatologia Forense*. Università degli Studi di Roma La sapienza, 1999.

Gonella A., Nuovi orientamenti all'utilizzo dell'ipnosi medica in odontostomatologia. *Atti del XVIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica: significato e senso della malattia*", Siena, 3-6/11/1999, *Atti del Congresso*.

Gonella A., Ipnosi, Suggestione, Persuasione nel processo terapeutico. *Atti del Convegno Nazionale della Scuola Post-Universitaria di Ipnosi Clinica e Sperimentale CIICS: Suggestione, persuasione nel processo terapeutico*, Torino, Villa Gualino, 20-05-2000. *Rassegna di Psicoterapia e ipnosi e medicina psicosomatica e psicopatologia forense*. Università degli Studi di Roma La sapienza, 2002.

Gonella A., Applicazione dell'ipnosi in ambito medico e psicoterapico. In: *Atti del XVI congresso internazionale di studi delle esperienze di confine*, San Marino 2012, pag.65-70.

Granone F., Trattato di ipnosi. Utet, Torino, 1989.

Guantieri G., L'ipnosi come oggetto di studio e mezzo d'impiego in medicina, Rizzoli, Milano, 1973.

Gulotta G., Ipnosi. Aspetti psicologici, clinici, legali, criminologici. Giuffrè Editore, Milano; 1980.

Heatherton T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerstrom K.O. *The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire*. Br J Addict 1991; 86: 1119-27.

[It.wikipedia.org/wiki/Franz_Anton_Mesmer](http://it.wikipedia.org/wiki/Franz_Anton_Mesmer).

Kubler-Ross E., La morte e il morire, Cittadella Editrice, Assisi, 1990.

Lapenta A.M., Casiglia E., Somma M., Tirone G., Tosello M., Rossi A.M. Ipnosi sperimentale e clinica, Edizione Artistica, Bassano, 2006.

Merati L., L'ipnosi come terapia contro il tabagismo, Atti XVII Congresso nazionale S.I.M.P., Siena, 1999.

Mesmer F. A., *Dissertatio Physio-Medica de Planetorum Influxu*, in Amadou, R. (a cura di), *Le Magnétisme Animai*, Payot, Parigi, 1957.

Nagar A., Ipnosi e fumo, Edizioni Medico Scientifiche, Grugliasco, To, 2005.

Organizzazione Mondiale della Sanità, *Responding to drug and alcohol problems in the Community*. Annex 1. Commonly abused substance, a cura di Grant M. e Hodgson R., Ginevra, 1991.

Organizzazione Mondiale della Sanità. Il trattamento della dipendenza da fumo di tabacco. Raccomandazioni basate sulle prove di efficacia per i servizi sanitari in Europa. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2000; 15: 44-6.

Perussia F., Manuale di ipnosi, Eb.o.d. s.a.s., Milano, 2014.

Silvestrini B., Malati di droga, Sperling & Kupfer, Milano, 1995.

Sood A., Ebbert J.O., Sood R., Stevens S.R., *Complementary treatments for tobacco cessation: A survey*. Nicotine and Tobacco Research, 8, 767-771, 2006.

Spiegel H, Spiegel D. *Trance & Treatment*. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2004.

Spiegel H. *A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis*. Int. J. Clin. Exp. Hypn. 1970;18:235-250.

Tinghino B., Il trattamento del tabagismo, Centro Antifumo di Monza, ASL Milano 3, 2003.