

Rivista ➡ Numero #7 ➡ Studi

▶ [Ipnosi e Fumo](#) - di Aldo Nagar▶ [Lo sguardo di Sartre](#) - di Fabrizio Biasin

Scarica in formato PDF

Contributi scientifici: *Ipnosi*

Aldo Nagar

IPNOSI E FUMO**L'ipnosi nel trattamento della dipendenza tabagica****SOMMARIO**

In questo articolo si presentano alcuni argomenti tratti dal libro del Dr. Aldo Nagar, di prossima pubblicazione. La dipendenza tabagica si sta proponendo come problema sanitario di estrema gravità e di assai difficile soluzione. Il libro ne esamina l'origine, le motivazioni e le problematiche psicologiche, farmacologiche, comportamentali che ne stanno alla base.

L'autore presenta inoltre la sua esperienza nel suo trattamento con l'ipnosi, maturato nel corso di più di trent'anni di esperienza clinica.

TERMINOLOGIA IPNOTICA

Trance: stato dissociativo dell'Io con isolamento sensoriale, avulsione dal tempo e dallo spazio circostante e regressione a sottosistemi di funzionamento psichici primari che può sfociare:

- nell'ipnosi (auto o eteroindotta) se si instaurano delle ideoplasie
- ella trance mistica
- ell'intuizione scientifica
- In manifestazioni medianiche

Ipnosi: con la messa in atto di particolari interventi, ("tecniche induttive"), si osserva in un numero variabile di soggetti il prodursi di stato psicosomatico particolare associato ad una fenomenologia psiconeurofisiologica specifica che viene definito ipnosi. La sua comparsa è principalmente risposta a messaggi eterosuggestivo diretti e indiretti variamente espressi ma contribuiscono a determinarlo e ne costituiscono parte integrante anche fenomeni ad insorgenza spontanea: questi, svincolati dalle suggestioni impartite sono espressione di elaborazione autonoma o/e autosuggestiva di componenti psiconeurosomatosensoriali specifiche della personalità. Nello stato così raggiunto, i monoideismi suggestivi attivati determinano dissociazioni funzionali reversibili ed a vari livelli permettendo di incidere profondamente sulle risposte organiche e psicologiche individuali.

Ipnosi vigile: stato di coscienza in cui il soggetto, pur vigile, si trova sotto l'influsso preponderante di monoideismi suggestivi che attivano risposte psicosomatiche correlate.

Ideoplasia ipnotica: monoideismo plastico ricco di contenuto emozionale e spesso acritico, capace di modificare comportamenti, sensazioni o situazioni organiche viscerali. L'ideoplasia ipnotica può essere auto o eteroindotta ed essere associata a valenze dissociative diverse varianti dall'ipnosi vigile all'ipnosi sonnambulica. Il suo realizzarsi è in rapporto ad una specifica suggestionabilità d'organo o d'apparato condizionata da fattori congeniti o acquisiti.

Ipnosismo: si esprime con tale termine sia l'utilizzo dei mezzi di induzione ipnotica sia lo studio dei fenomeni ipnotici e delle loro possibilità terapeutiche.

Autoipnosi: stato di ipnosi autoindotto. Esso può esser attuato sia in maniera spontanea dal singolo soggetto (obiettivo di difficile acquisizione, che richiede notevole cautela per i rischi dovuti alla dissociazione autonomamente indotta), sia essere risposta ad una "suggestione postipnotica", che permette di raggiungere lo stato di trance attraverso l'utilizzo di segnali condizionanti specifici attivati dall'ipnotista.

Ipnosismo: analisi dello psichismo attuata in ipnosi.

Ipnositerapia: ogni terapia che utilizzi lo stato ipnotico.

Psicoterapia: intervento terapeutico su base psicologica e relazionale finalizzato ad attenuare o annullare una sindrome clinica di tipo psicopatologico e/o un disturbo di sviluppo o di personalità.

L'INDUZIONE IPNOTICA

Quali sono le problematiche da affrontare nel corso dell'induzione ipnotica, quali le variabili che in un continuo fluire e intersecarsi garantiscono il successo?

Nessun ausilio tecnico, per quanto complesso o elaborato, può, a nostro giudizio, superare la parola nella flessibilità all'adeguarsi alle mutevoli situazioni che l'induzione ipnotica di volta in volta può incontrare. La voce, che nelle variabili e molteplici espressioni della parola prende forma, si propone strumento essenziale per realizzare l'ipnosi ed egualmente lo è il "suono" del silenzio; una parola infatti può acquisire potenzialità inusitate per il silenzio che la può precedere o seguire: il silenzio può suscitare sensazioni, interrogativi, ricerca che, oltre a facilitare l'induzione ipnotica stessa, possono attivare importanti risposte emozionali. L'efficacia della parola può essere inoltre amplificata dalla comunicazione metaverbale che, inevitabile complemento, l'accompagna e porta il linguaggio al suo più completo significato espressivo.

Ogni frase del nostro parlare ha un ritmo intrinseco naturale che la tonalità della voce, le pause espressive, i movimenti del corpo modulano e completano nella sua forza comunicativa: nell'induzione ipnotica tutto questo si attiva in maniera preminente. L'ipnotista trasforma le espressioni del comportamento verbale abituale in un particolare "linguaggio ipnotico" con parole, grammatica, sintassi proprie: ne nasce un linguaggio dalle caratteristiche originali dove le frasi possono avere cadenze toniche inusuali, essere interrotte e riprese spesso senza verbi, lasciate in sospeso ricche di ambiguità: il tutto suggestivamente idoneo a trasmettere immagini, sensazioni, emozioni.

Nel corso dell'induzione i gesti e le parole dell'ipnotista devono presentarsi misurati, tendenti all'essenziale a sottolineare nella loro concisione l'importanza della comunicazione che si sta svolgendo. Inondare il paziente con un fiume di parole non è né utile né necessario, a meno che proprio questo si voglia realizzare: di sicuro tale atteggiamento segnala spesso l'ansia dell'ipnotista che paventa nel minimo vuoto verbale il possibile annullarsi del rapporto. In realtà il soggetto tenderà piuttosto in circostanze simili a sottrarsi al profluvio di parole attivando vigilanza e critica e vanificando le tecniche induttive, anche se è possibile che, pur di liberarsi da una situazione vissuta come estremamente disagiata, nessun'altra alternativa essendo possibile, scelga lui stesso di "fuggire" nell'ipnosi.

È bene ricordare che ogni induzione è un unico, irripetibile fatto creativo e che ogni suggestione necessita per la sua attuazione di un tempo ottimale legato alla sua complessità e alle caratteristiche di suggestionabilità del soggetto. È importante che l'ipnotista impari già a riconoscere da minimi segni iniziali la risposta alla suggestione data e che non insista, oltre il tempo strettamente necessario, nel richiedere l'esecuzione di suggestioni di dubbio assorbimento: la massima attenzione inoltre deve essere posta nel non presentare suggestioni contraddittorie o di cui la situazione ambientale non permetta la realizzazione.

Tanto maggiore sarà l'abilità induttiva tanto più il paziente sarà coinvolto in un continuum suggestivo sempre più assorbente e vincolante dove la percezione della realtà sarà sempre più sfumata sino ad essere sostituita dalle immagini suggerite: esse potranno assumere, in un contesto eticamente corretto, non potendo la suggestione imporre qualcosa che sia istintivamente estraneo, esistenza autonoma attivando percezioni e sensazioni adeguate..

Quali sono le "caratteristiche" che rendono un'induzione efficace? Perché innumerevoli sono le tecniche proposte ed ognuna può egualmente portare al successo o all'insuccesso. A quali esigenze inoltre è necessario rispondere un'induzione che deve riproporsi più volte nel tempo inserendosi in un contesto psicoterapeutico ben definito?

Ogni ipnotista, dopo una sperimentazione di variabile durata, finisce per privilegiare una tecnica induttiva ben precisa su cui di volta in volta inserire variazioni di maggior o minore entità. Spontaneo è il passaggio con l'aumentare delle capacità professionali da tecniche più rigide e formali a tecniche più semplici, rapide, naturalistiche mai rifiutando di ricorrere, se necessario, anche ad approcci decisamente inabituali. L'esperienza acquisita gli permetterà di variare ampiamente il suo intervento induttivo non esitando ad utilizzare in situazioni particolari e senza disagio anche tecniche squisitamente "teatrali", anche se tale esigenza si presenta nella pratica clinica assai raramente.

A scopo didattico le tecniche ipnotiche possono essere divise in gruppi, più nella forma che nella sostanza, perché eguale è l'obiettivo finale, il che ne condiziona nelle linee essenziali il percorso.

Il primo gruppo comprende le *tecniche ipnotiche tradizionali*, che cioè una tradizione ha consegnato ben codificate e strutturate, ampiamente utilizzate in passato e ancor oggi, anche se in maniera più sfumata e con minor frequenza. Esse comportano spesso manipolazioni corporee, anche se limitate, del soggetto, spesso leggeri tocamenti o picchettamenti con le dita, che vogliono fissare, rinforzare, amplificare le suggestioni inviate: l'azione diretta sul corpo è complemento e appoggio alla funzione suggestiva della parola. Altre volte l'obiettivo è un "controllo" più diretto sulla persona che può realizzarsi con i "passi" (passaggi con sfioramento delle dita su varie parti corporee) o stringendone le mani, lo sguardo fisso intensamente sul volto, alla ricerca di una rapida fascinazione cui spesso si accompagnano spinte oscillatore, spesso automantenentesi, con difficoltà alla conservazione dell'equilibrio. Approcci simili, ancor più imperativi e con più ampia manipolazione del soggetto, sono da sempre caratteristici dell'ipnosi teatrale: in quest'ultima si evidenzia spesso "un'aggressività" non solo verbale ma anche corporea che dovrebbe facilitare il successo. L'induzione teatrale deve avvenire in tempi rapidi e ottenere risultati immediati, il più stupefacenti possibili, per tener continuamente desta l'attenzione del pubblico: la manipolazione corporea esasperata vuol sottolineare e confermare in maniera inconfutabile lo "straordinario dominio" dell'ipnotizzatore sul suo soggetto il che aumenta la spettacolarità della suo intervento alla ricerca sempre di una implicita "fascinazione collettiva".

Tecniche così "invasive", se mai utilizzate con finalità terapeutiche, richiedono la massima attenzione e prudenza e dovrebbero essere impiegate solo per il tempo minimo indispensabile; troppo alto, se usate in maniera impropria, è il rischio di suscitare profondi disagi emozionali e l'attivazione di componenti erotiche impreviste. Queste, se non rapidamente controllate, possono portare o al rifiuto della situazione induttiva, vissuta come intrusiva e sgradita, o all'incontrollato abbandonarsi ad essa come originale, anche se inaspettato, momento seduttivo, specie quando problematiche di origine sessuale rendano più facile questa proiezione. L'ipnotista deve porre attenzione a questa possibilità sempre presente, imparando a modulare i messaggi, ipnotici e non, in maniera tale da annullare ogni potenziale rischio.

Vi sono situazioni in cui l'induzione si realizza in tempi brevissimi dando la sensazione che il soggetto cada rapidamente in balia dell'ipnotista in un rapporto che, almeno all'apparenza, si presenta fortemente possessivo: dipendenza netta e accettazione passiva e acritica delle suggestioni sembrano esserne le caratteristiche più evidenti: ma anche in una situazione apparentemente così regressiva nulla occorre mai dare per scontato: è necessario continuare ogni volta a verificare l'accettazione emozionale dei messaggi perché questa può all'improvviso annullarsi di fronte a suggestioni errate o improprie mettendo in forse il prosieguo dell'ipnosi stessa: il rifiuto inoltre di una suggestione imperativa può determinare una improvvisa ed imprevista refrattarietà ipnotica che rende il soggetto insensibile a ogni intervento suggestivo successivo.

L'induzione ipnotica può essere attuata con *tecniche permissive*: il tutto può risolversi in messaggi prevalentemente verbali invitanti ad effettuare particolari movimenti corporei e a percepirne le sensazioni risultanti, il che dovrebbe portare progressivamente allo stato ipnotico: l'ipnotista in questi casi non sembra neppure coinvolto nel processo

induttivo esplicando prevalentemente la sua opera nel richiedere "asetticamente" un insieme di azioni e nel verificarne l'esecuzione corrispondente a quanto suggerito: sono tecniche che si richiamano al training autogeno dove il successo o l'insuccesso sono attribuibili principalmente al soggetto cui è proposto di ascoltare, percepire, eseguire. La direttività appare minima e tanto più facilmente sarà raggiunto lo stato ipnotico quanto più rapidamente sarà trasformato in autoplasia suggestiva quanto presentato. Se difetto vi può essere nel metodo questo è legato alla sua lunghezza e ripetitività che può generare impazienza in alcuni, delusione in altri col rischio di attenuare o perdere la valenza dei messaggi induttivi. È comunque una tecnica non particolarmente impegnativa e di esecuzione relativamente facile: non esistono suggestioni particolarmente strutturate o imperative a rischio di fallimento, il che porta ad un rapporto iniziale tra ipnotista e soggetto emotivamente piuttosto neutro. È una tecnica consigliabile al principiante perché le vie da percorrere sono ben definite e non richiedono elaborazioni personali o particolare originalità: il loro insuccesso può essere facilmente accettato ed assorbito. Altre volte l'uso delle tecniche permissive può presentare difficoltà non lievi specie quando le suggestioni indirette siano parte essenziale dell'induzione e debbano essere strutturate con modalità varie, spesso complesse, per assicurarne l'efficacia.

Esistono anche tecniche definite "*naturalistiche*" che rappresentano un adattamento estemporaneo ed originale dell'approccio ipnotico al paziente, alla sua patologia, alla situazione ambientale: in esse si intersecano e si amalgamano componenti diversissime, talora paradossalmente antitetiche: sono fortemente creative e l'obiettivo da raggiungere viene ottenuto attraverso le vie più disparate e imprevedute. Non solo, ma certe induzioni naturalistiche possono avere già in se stesse importanti valenze terapeutiche. Erickson, ipnotista americano, ne è stato il principale esponente: il loro uso ottimale richiede al terapeuta capacità non comuni.

Un tipo particolare di induzione è l'*induzione non verbale*: utilizza contatti e messaggi corporei a molteplice espressività suggestiva in risposta alle "esigenze" emozionali ed istintive del paziente.

Tali tecniche, dove la parola è esclusa, sono in grado di produrre in mani esperte e in tempi assai rapidi lo stato ipnotico a conferma di quanto sia possibile parlare, ascoltare, ricevere col corpo. Sono tecniche che esigono una notevole abilità nel decodificare i messaggi non verbali inviati dal paziente e nel correttamente rispondervi: il tutto in un continuum suggestivo dove una comunicazione "primordiale" stabilisce un istantaneo e istintivo scambio di emozioni, sensazioni, esperienze. Questo contesto ottimale può spiegare certe "fascinazioni ipnotiche" o induzioni così rapide da far sospettare l'esistenza di una forza misteriosa. In realtà, se di forza misteriosa si tratta, questa è la forza misteriosa che è presente in ogni comunicazione umana, e che, in certe circostanze e al di fuori di ogni percezione cosciente, risulta così efficace e potente da realizzare quell'improvviso, immediato, complesso e per molti versi ancor misterioso, scambio di informazioni che costituisce "il fenomeno ipnotico".

Le tecniche induttive "*mascherate*" permettono di indurre l'ipnosi in un soggetto non consenziente e a sua insaputa: a parte l'illegalità del metodo, esse non sono certo di semplice attuazione. Possono essere presentate come invito a un rilassamento indispensabile per una corretta visita medica: un segnale di condizionamento post ipnotico immediato, apparentemente neutro e di facile inserimento, faciliterà il ripristino dell'ipnosi al momento voluto. L'uso di tecniche mascherate può permettere di evidenziare la simulazione di patologie mediche e scervere l'organico dallo psicogeno: il procedimento dovrà essere successivamente spiegato al soggetto e giustificato dagli obiettivi da raggiungere.

È utile ricordare ancora che esistono tecniche particolari adatte ai bambini, che esulano da schemi strettamente "ortodossi": si avvalgono soprattutto di un approccio naturalistico e sfruttano la ricca immaginazione dell'età infantile. In particolare, nel utilizzare l'ipnosi nell'età infantile con l'ipnosi, non bisogna mai dimenticare la maniera di porsi di fronte al mondo del bambino che comporta risposte spesso assai diverse da quelle riscontrabili nell'età adulta.

Per valutare il "*livello ipnotico*" sono state proposte in tempi diversi numerose scale di "profondità ipnotica", legate alla presenza o meno di una determinata sintomatologia. Ma ognuna di esse presta il fianco a numerose critiche. Giustamente afferma Granone che, più che di profondità dello stato ipnotico, si debba parlare di suscettibilità d'organo o apparato alla suggestione ipnotica, condizionata da caratteristiche neurofisiologiche individuali: queste variano non solo da individuo a individuo, ma anche nello stesso soggetto e possono modificarsi da momento a momento della stessa seduta ipnotica.

Tenendo ben presenti queste limitazioni, possiamo, rifacendoci a Granone e semplificando alquanto, dividere lo stato ipnotico in:

ipnosi superficiale: è presente senso di torpore, rilassamento corporeo, tendenza alla immobilità, persistenza alla chiusura palpebrale, se realizzata, catalessi di breve durata;

ipnosi media: è presente catalessi più accentuata, attenzione orientata principalmente sull'ipnotizzatore, suggestionabilità sia muscolare sia sensitiva, rilassamento intenso, possibilità di fenomeni amnesici;

ipnosi profonda: è presente obbedienza automatica, allucinabilità positiva e negativa spontanea, suggerita e in risposta a suggestioni postipnotiche, fenomenologia psicosomatica importante, amnesia completa spontanea, scrittura automatica, sonnambulismo.

Il livello successivo normalmente include ma non sempre la fenomenologia dei livelli precedenti. Dello stato ipnotico è inoltre importante non solo il livello raggiunto ma anche la stabilità nel tempo, condizione essenziale per ottenere risultati terapeutici soddisfacenti.

IPNOTIZZABILITÀ

La percentuale dei soggetti ipnotizzabili varia ampiamente secondo i vari autori. Condizionano l'induzione ipnotica troppi fattori soggettivi per definire rigidi criteri statistici. Giudichiamo, sostenuti dal parere di molti, che un abile ipnotista possa indurre in una trance almeno leggera il 95% dei soggetti, di questi un 40-50% possa progredire verso una trance media e il 25-30% ottenere una trance profonda: questo in un rapporto ottimale medico paziente non sempre facile da raggiungere.

I risultati migliori si ottengono in soggetti adulti, psichicamente normali, dalla ricca vita emotiva con ottime capacità fantastiche, di immedesimazione e coinvolgimento. Esse permettono al soggetto di accettare e vivere profondamente le sensazioni e le idee suggerite facilitando la comparsa della trance ipnotica.

Risultati meno soddisfacenti si realizzano in personalità fredde, ipercritiche, con componenti fobiche ossessive e accentuate o esasperate necessità di controllo. I bambini dai quattro anni in su sono ottimi soggetti per l'ipnosi: con essi è necessario però abbandonare ogni schema rituale, proponendo induzioni informali che facciano leva sugli interessi tipici dell'età infantile.

È necessario anche rapidamente riconoscere gli stati ipnotici ad essa peculiari: essi possono per un occhio inesperto non discostarsi dallo stato di veglia ma un bambino, pur continuando a giocare e a correre, può trovarsi egualmente in una profonda trance sonnambolica con amnesia al risveglio.

La suscettibilità all'ipnosi diminuisce nella vecchiaia specie se sono presenti fenomeni involutivi ma in molti anziani persistono ancora capacità ideativo-emozionali-fantastiche tali da permettere un'ipnosi sufficiente a raggiungere positivi risultati clinici. Non sono ipnotizzabili gli idioti, gli schizofrenici e i maniaci in fase acuta: la continua disturbante presenza delle idee deliranti o l'agitazione psicomotoria presente rende impossibile all'ipnotista instaurare un rapporto efficace. Assai difficile è l'induzione ipnotica nei gravi casi di ossessione paranoide dove la patologia sottostante sfugge alla suggestione ipnotica; anche quadri "isterici" complessi o gravi problematiche ipocondriache con deliri di riferimento possono rispondere con difficoltà all'ipnosi.

LA SUGGERIZIONE IPNOTICA

La suggestione nella sua ampia variabilità espressiva è alla base dell'induzione ipnotica: inizialmente condizionata nel suo attuarsi dalla realtà presente, progressivamente se ne libera sino ad assumere vita propria ed autonoma. La risposta suggestiva si attiva attraverso meccanismi fuori dal controllo ordinario della coscienza che deve limitarsi ad osservarne la comparsa: questa scissione è elemento fondamentale della dissociazione ipnotica e può interessare i più disparati apparati e sistemi in relazione alla suggestionabilità individuale.

Per ottimizzare l'efficacia dei messaggi suggestivi è indispensabile riconoscere ed accettare la realtà che il soggetto inizialmente vive, ad essa collegandosi: nei tempi successivi le suggestioni, da questa realtà sempre più svincolati, potranno essere percepite e interiorizzate come indiscutibili situazioni oggettive attivando risposte psicosomatiche adeguate. L'ipnotista può trasformarsi per il soggetto in fonte principale, talvolta unica, di informazioni, facilitato il tutto dalla riduzione delle capacità critico discriminative: è quanto si realizza in maniera specifica nell'ipnosi sonnambolica, anche se persiste nel sonnambulo la capacità di effettuare scelte autonome differenti o anche in deciso contrasto con quelle proposte dall'ipnotista.

Le suggestioni presentate possono riguardare i campi più disparati anche se ne può limitare il successo la povertà del patrimonio esperienziale del soggetto. La loro realizzazione è condizionata da molte variabili, in particolare dal rispetto della struttura etico-morale individuale. Le modalità suggestive possono esprimersi in suggestioni dirette o indirette, verbali o non verbali, semplici o complesse.

La suggestione diretta è tanto più incisiva quanto più rapidamente riesce a produrre l'immagine mentale e la risposta psicosomatica corrispondente.

La suggestione indiretta non attiva in maniera immediata l'immagine, la suggerisce implicitamente e la fa evocare "spontaneamente" dal soggetto stimolando automatismi associativi a vari livelli.

La suggestione non verbale attivando analogie e metafore che superano le potenzialità interpretative della parola permette di accedere rapidamente all'inconscio emozionale individuale e sfuggendo al filtro critico razionale della coscienza, può determinare rapidi, intensi e complessi cambiamenti neuropsicologici e somatici.

La suggestione diretta implica una realizzazione visibile, percepibile e oggettivamente verificabile di quanto suggerito: è espressione di aspettativa reciproca di cui è prevista in tempi definiti l'attuazione: se il suo successo può facilitare "l'assorbimento" di suggestioni successive, il suo fallimento può essere fonte di delusione per il soggetto, di difficoltà e confusione per l'ipnotista. In particolare quest'ultimo potrà trovarsi impreparato ad accettare l'esito negativo della suggestione, specie se ne era stata già data per scontata la riuscita: soluzione migliore è sempre avere disponibili, inviando una suggestione diretta, vie alternative percorribili in caso di insuccesso.

LO STATO IPNOTICO

Come si presenta il soggetto in ipnosi? La maggior parte delle volte è immobile, i movimenti spontanei ridotti al minimo, la deglutizione rallentata, l'espressione del volto amimica 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 intravedere la parte inferiore della sclera, la pupilla rivolta all'insù, dando comunque il soggetto la sensazione di non percepire più l'ambiente circostante. La posizione corporea tende a mantenersi imm modificata per lungo tempo, i movimenti, se richiesti, risultano rallentati, proiettati all'essenziale, esprimendosi spesso a scatti piccoli e progressivi. Il loro inizio può esigere sollecitazioni ripetute suggerendo difficoltà all'attuazione per pesantezza o rigidità: è possibile anche riscontrare un ipertono muscolare diffuso che spesso accompagna un'ansia notevole. Da questa inerzia psicomotoria il paziente può progressivamente emergere, sollecitato o meno dall'ipnotista, sino ad attivare risposte ideomotorie ed ideosensoriali complesse segnalanti la comparsa dello stato sonnambolico.

Esistono pazienti che in ipnosi hanno tendenza a verbalizzare spontaneamente, altri invece devono essere stimolati più volte ad esprimersi con possibile superficializzazione o anche uscita dalla trance. Il desiderio o la convinzione di dover esporre fatti importanti all'ipnotista può facilitare l'espressione verbale ma paradossalmente l'intensità emozionale suscitata dalle problematiche stesse può portare ad un mutismo completo, resistente a sollecitazioni ripetute, come se l'articolazione della parola fosse improvvisamente perduta. Risposte semplici, un sì o un no alle domande formulate dall'ipnotista, vengono eluse, pur essendo concessi tempi adeguati di attesa: in situazioni simili si può invitare il paziente a comunicare con cenni non verbali a significato negativo o affermativo. Vengono così rispettati i motivi del silenzio, nello stesso tempo è possibile attivare gli schemi specifici dissociativi ipnotici in quanto le risposte richieste possono essere suggerite svincolate dal controllo della coscienza e come tali essere percepite e attuarsi. Il paziente potrà così avvertire il braccio muoversi in maniera automatica in una direzione o l'altra in risposta alle domande dell'ipnotista segnalando con un sì o un no gestuale quanto richiesto, spesso evidenziando conoscenze ignorate in veglia. Processi dissociativi simili più o meno complessi possono presentarsi

anche spontaneamente nello stato ipnotico ed essere in alcuni casi talmente ampi da portare ad uno "sdoppiamento reversibile della personalità", al manifestarsi cioè di una personalità secondaria dai mezzi di comunicazione suoi propri che può mettersi in contatto con l'ipnotista al di fuori e indipendentemente dalla "personalità principale". La personalità secondaria è generalmente coperta da amnesia al "risveglio", ma può continuare a segnalare la sua presenza dopo l'uscita dalla trance in azioni "impreviste" che si inseriscono in veglia nella normale vita quotidiana.

LA DEINDUZIONE IPNOTICA

Terminata la seduta ipnotica, si rende necessario attuare l'uscita dall'ipnosi, cosa che può essere attuata avvisando il paziente che la seduta sta volgendo al termine: di lì a qualche momento l'ipnotista comincerà lentamente a contare da dieci a uno e mentre i numeri scorreranno lo stato ipnotico inizierà a dissolversi, le braccia a muoversi, le palpebre ad aprirsi con recupero del normale stato di veglia. I messaggi deinduttivi possono anche ripercorrere fedelmente a ritroso il processo induttivo iniziale: questo è specialmente attuabile nell'ipnosi non verbale.

Preso atto di queste possibilità, quali sono gli accorgimenti necessari per ottimizzare la deinduzione ipnotica, quali le problematiche da superare per la sua corretta esecuzione? E' indispensabile rispettare la gradualità del "risveglio" e ottenere con suggestioni adatte una cenestesi ottimale all'uscita dall'ipnosi, anche a costo di interrompere una deinduzione già avviata; da evitare l'interruzione rapida, brusca, imperativa dello stato ipnotico: una scelta simile provoca spesso, per l'improvviso riaffacciarsi alla realtà, sgradevoli sensazioni di disorientamento temporo-spaziale. Cefalea, nausea, conati di vomito, stordimento o vertigini possono accompagnarle, espressione di disagio e rifiuto al subitaneo riorientamento richiesto dall'ipnotista.

E' indispensabile porre attenzione nel processo deinduttivo a tutti i segnali che indicano il progressivo instaurarsi dello stato di veglia, seguirli nel loro sviluppo stimolandoli e amplificandoli al caso, utilizzando per ottimizzarli anche la suggestione stessa cui il paziente, pur a fase deinduttiva avanzata, continua ad essere recettivo. L'ipnotista potrà accelerare i tempi del conteggio se il "risveglio" è più rapido del previsto o, se nessuna modifica è ancora presente terminato lo stesso, attendere in silenzio l'uscita dall'ipnosi. Il soggetto potrà interpretare tale atteggiamento come messaggio definitivo di chiusura e aprire gli occhi o potrà persistere nello stato ipnotico. Vari sono i motivi che possono giustificare questa risposta: il primo, il più frequente, specie alle prime induzioni, è che il paziente non abbia ben compreso quanto richiesto o non sappia come eseguirlo in quanto le istruzioni inviate non sono state sufficientemente chiare: in questo caso sarà sufficiente ripresentare il messaggio deinduttivo in maniera più esplicita. Altre volte il paziente non esce dall'ipnosi perché non lo desidera e non è disponibile ad accettare quanto richiesto: può trovare lo stato ipnotico per il benessere ottenuto particolarmente gratificante e paventare il ritorno ad una realtà che si prospetta spiacevole o semplicemente desiderare di completare "esperienze importanti in atto" che l'interruzione della trance renderebbe irrimediabilmente perdute: il tutto può anche essere comunicato verbalmente, se richiesto, all'ipnotista come spiegazione all'atteggiamento assunto. Il paziente sarà allora invitato a uscire dall'ipnosi solo quando si sentirà pronto e potrebbe essere dopo un minuto, dieci, quindici: è suo diritto prendersi tutto il tempo necessario, il terapeuta aspetterà in silenzio che l'esperienza finisca. Se questo non avviene dopo una ragionevole attesa, soluzioni più elaborate dovranno essere previste.

E' bene controllare il paziente sino alla risoluzione completa dello stato ipnotico, destinato comunque ad avvenire anche in assenza dell'ipnotista: c'è sempre un momento infatti in cui il fenomeno, non più attivamente sostenuto, si esaurisce spontaneamente con ritorno allo stato di veglia. In alcune persone, anche dopo una corretta deinduzione, possono persistere per più giorni sensazioni particolari a lento esaurimento come stanchezza, sonnolenza, percezione di estraneità, di distacco dal mondo. Altre volte sembra che il soggetto non riesca a liberarsi o voglia trattenere per sé alcuni contenuti suggestivi "assorbiti" durante l'ipnosi pur avendo l'ipnotista agito correttamente per eliminarli come se, una volta immessi, sia stata perduta la capacità di annullarli; divenuti parte integrante del vissuto post ipnotico del paziente, possono essere fonte di notevole disagio: una spiegazione alla loro persistenza può essere trovata talvolta nei vissuti del paziente.

Lo stato ipnotico non scompare immediatamente al "risveglio" ma si dissolve progressivamente in tempi variabili il che impone di trattare un paziente a deinduzione appena terminata come se ancor fosse in ipnosi. Questo spazio temporale, di durata variabile da qualche minuto a più ore, è definito "alone post ipnotico": in esso la suggestionabilità ipnotica persiste elevata.

LA SUGGESTIONE POST IPNOTICA

Caratteristica peculiare dell'ipnosi è la possibilità di prolungarne l'azione tramite la suggestione o comando post ipnotico. Più che di "suggestione postipnotica", termine ormai entrato nell'uso, si dovrebbe parlare di "suggestione a termine" in quanto ne è prevista la realizzazione in tempi immediatamente successivi la risoluzione dell'ipnosi o dilatati sino a coprire spazi temporali molto ampi. La suggestione post ipnotica può inserirsi all'inizio, nel mezzo o alla fine della seduta ipnotica ed essere coperta da amnesia. Rientrano nelle suggestioni post ipnotiche le suggestioni di benessere aspecifico che precedono la deinduzione ipnotica: esse tendono a prolungare per un tempo variabile la cenestesi ottimale raggiunta nell'ipnosi.

La suggestione post ipnotica può attivare risposte psiconeurologiche e somatiche a molteplici livelli e di variabile intensità. Il realizzarsi della suggestione post ipnotica è condizionata dalle caratteristiche costituzionali del soggetto: sta all'abilità dell'ipnotista intuirle si da presentare suggestioni post ipnotiche dalla massima possibilità di riuscita. La suggestione post ipnotica permette di conseguire rapidi e importanti risultati terapeutici, può contribuire a risolvere stati fobici, ossessivi, depressivi reattivi, tossicodipendenze e a controllare il dolore.

L'attuarsi della suggestione post ipnotica riporta il soggetto in uno stato ipnotico che può variare dall'attenzione responsiva, all'ipnosi vigile, alla trance sonnambulica. La suggestione tende a "ripresentarsi" al momento designato con caratteri coattivi più o meno accentuati: se non in contrasto con i dettami etici si realizza nei tempi previsti a meno che condizioni particolari rendano questo impossibile. L'ostacolo temporaneo alla sua attuazione può provocare ansia e tensione che non si risolvono se non con il compimento della suggestione stessa: il suo impedimento definitivo porta ad una scelta di compromesso tra quanto richiesto e quanto effettivamente realizzabile. L'attuazione di una suggestione strutturalmente incoerente, insensata o assurda sarà spesso motivata da una pseudorazionalizzazione che ne permetterà la giustificazione: in risposta ad ulteriori osservazioni

sull'illogicità di quanto eseguito, il soggetto spesso risponderà semplicemente che "sentiva di dover fare così". Le suggestioni postipnotiche possono essere motorie, sensitive, sensoriali, finalizzate ad azioni particolari o anche interessare l'attività onirica, perché è possibile suggerire la comparsa di specifici sogni durante il sonno notturno. Interrotto per qualsivoglia motivo lo stato ipnotico, sarà possibile eliminare le suggestioni inserite, postipnotiche comprese, solo rimettendo il soggetto in trance: è necessario quindi annullare prima della deipnotizzazione tutte le suggestioni che non si vuole persistano in veglia, anche se il paziente può neutralizzare, entro certi limiti, dimenticanze in tal senso dell'ipnotista. La durata di una suggestione postipnotica è variabile: è opportuno procedere, se le esigenze terapeutiche lo richiedono, ad una periodica riattivazione anche se ne è stata verificata la persistenza per anni senza ulteriori richiami.

AUTOIPNOSI

Si definisce tale uno stato ipnotico raggiunto in maniera autonoma in risposta a suggestioni post ipnotiche o ad autosuggestioni. Nel primo caso è risposta ad una induzione ipnotica pregressa, nel secondo è il risultato dell'autoimmissione di messaggi suggestivi e, a stretto rigore terminologico, è l'unica che possa effettivamente definirsi tale: la precedente infatti è da ritenersi attuazione, sia pur variamente ed ampiamente elaborata, di suggestioni post ipnotiche ad origine estrinseca. Elemento discriminativo delle due forme risulta la diversa fonte iniziale perché è presumibile che l'attivazione suggestiva utilizzi nel suo realizzarsi, qualunque ne sia l'origine, lo stesso percorso neurofisiologico.

L'autoipnosi può anche essere anche considerata il risultato dell'attivazione di un complesso riflesso condizionato espressione di un unico o di molteplici condizionamenti strutturati in un insieme vincolante di procedure. L'autoipnosi può anche comparire come risposta ad una suggestione post ipnotica coperta da amnesia o informalmente impartita e non avvertita dal soggetto come tale.

L'apprendimento dell'autoipnosi può richiedere tempi variabili. L'attivazione dello stato ipnotico viene ancorato inizialmente all'esecuzione di un gesto definito suggerito dall'ipnotista verificandone subito l'efficacia per rinforzarlo o modificarlo, se insufficiente. Occorre sincerarsi che ad esso segua un'ipnosi almeno "leggera" che si può tentare di approfondire con induzioni e deinduzioni ripetute. Attivato il condizionamento si affermerà che progressivamente la presenza fisica dell'ipnotista diventerà superflua: sarà sufficiente che il paziente ripeta da solo il gesto stabilito perché ricompaia l'ipnosi; si dirà ancora che essa potrà a volte realizzarsi nella sua completezza, altre volte solo in parte ed avere bisogno di ulteriori interventi che migliorino la risposta: a questo verrà provveduto in tempi successivi. Il paziente sarà continuamente incoraggiato nei suoi tentativi di apprendimento e stimolato a superare le difficoltà: ogni problematica insorta nel processo autoinduttivo sarà di volta in volta esaminata e discussa.

Per facilitare l'autoipnosi è importante stabilire un ancoraggio il più stretto possibile alla seduta ipnotica. Il riproporsi di situazioni strettamente collegate alle sedute, (ricupero della stessa posizione induttiva iniziale, fissazione di un quadro di medesimo soggetto o altri accorgimenti), può facilitare il successo autoinduttivo. Anche la registrazione di una o più sedute, già programmate in funzione di un ascolto successivo, può dimostrarsi di estrema utilità nel facilitare la comparsa dell'autoipnosi. Il riascolto della seduta infatti permette di ripresentare un numero illimitato di volte la persona dell'ipnotista, le sue parole, e ricreandone l'atmosfera aumenta le potenzialità delle suggestioni inserite.

Quali sono le indicazioni terapeutiche per l'autoipnosi? Molte sono le situazioni psicologiche, psichiatriche o mediche in cui l'autoipnosi o stati simili pur con nomi diversi sono stati utilizzati con successo. Lo stato autoipnotico, correttamente gestito, migliora le abituali prestazioni dell'organismo e il profondo rilassamento psicosomatico raggiunto è utile nel trattamento di diverse patologie quanto più la componente psicologica ne è parte determinante: le autosuggestioni, ripetute e radicate nel profondo io viscerale, permettono di risolvere importanti disturbi funzionali e, attivando il sistema neuropsicoimmunitario, migliorano le difese fisiologiche individuali.

Tutta la patologia tumorale può beneficiare dell'autoipnosi grazie a suggestioni che possono, nella serenità profonda che l'ipnosi offre, ottenere l'analgesia, la distorsione temporale, la trasformazione del sintomo. Anche gli stati fobici e le patologie psicosomatiche ne traggono giovamento: l'autoipnosi può dare un considerevole aiuto al superamento delle fobie rompendo risposte e condizionamenti inveterati e eliminando i disagioli sintomi somatici che spesso le accompagnano. Il parto nel suo espletamento può beneficiare dell'autoipnosi, gestibile in maniera autonoma dalla partorientista stessa durante il travaglio. L'autoipnosi è utile per superare insonnie ostinate, facilitando lo stato ipnotico la comparsa del sonno fisiologico e la rottura dei condizionamenti negativi preesistenti: le suggestioni dirette e indirette sono in grado di ripristinare il regolare presentarsi del sonno come processo inconscio, annullando il controllo ossessivo legato al momento dell'addormentamento.

Se l'autoipnosi può essere finalizzata con successo alla soluzione di un problema particolare, essa può anche di volta in volta, inserita in spazi più aspecifici e senza vincoli definiti di utilizzo, attivare le potenzialità del soggetto in risposta a molteplici necessità esistenziali.

Presenteremo adesso nei loro tratti essenziali la sintomatologia psichica e somatica che può comparire in ipnosi, soffermandoci in particolare sulle modificazioni della memoria, della percezione, della sensibilità dolorosa, del sistema neurovegetativo e immunologico.

SINTOMATOLOGIA PSICHICA

Nello stato ipnotico si realizzano in vario grado alterazioni dell'attenzione, della memoria, della percezione, dei processi intellettivi.

L'*attenzione* del soggetto può subire ampie oscillazioni. Può diventare estremamente selettiva e così intensa da evidenziare situazioni normalmente non percepibili in veglia, all'opposto può risultare talmente superficiale e sfocata verso l'ambiente circostante da cogliere unicamente quanto evidenziato dall'ipnotista.

La *modificazione della memoria* può portare all'iperamnesia o all'amnesia postipnotica.

La prima determina un aumento delle capacità mnesiche che riduce i tempi di apprendimento o può permettere di rievocare avvenimenti ormai dimenticati del passato; la seconda comporta la parziale o completa dimenticanza in veglia di quanto vissuto in ipnosi.

L'*amnesia postipnotica* è di tipo rievocativo, essendo la memoria di fissazione perfettamente funzionante durante la

trance ipnotica. Il soggetto infatti, pur amnesico all'uscita dalla *trance*, è in grado, rimesso in ipnosi, di ricordare senza difficoltà quanto in essa precedentemente avvenuto. Può accadere che, pur ricordando l'esperienza ipnotica, non ne riconosca l'origine nell'ipnosi (*amnesia della sorgente*) o che persistano nella coscienza solo alcune delle sensazioni vissute svincolate dal contesto che le ha generate. Talvolta il soggetto è convinto di aver dormito, avendo interpretato l'ipnosi come sonno, e riferisce di nulla ricordare se non sogni: essi in realtà riflettono le suggestioni e le esperienze della seduta. L'amnesia ipnotica può presentarsi sia spontaneamente, sia in risposta ad una suggestione postipnotica di oblio, ma non vi è alcuna certezza che un'amnesia insorta nella prima induzione si ripeta nuovamente nelle successive. Inoltre in risposta a particolari sollecitazioni il materiale amnesico può riemergere in maniera improvvisa ed imprevista alla memoria: tale possibilità esige un uso molto prudente dell'amnesia postipnotica. Quanto acquisito in ipnosi, anche se coperto da amnesia, entra nella sua completezza a far parte della personalità: riflessi condizionati realizzati nello stato ipnotico persistono in veglia e sorprendono il soggetto che non sa riconoscerne l'origine.

L'amnesia suggestiva può essere rapidamente eliminata con immediato recupero del vissuto ipnotico, utilizzando un messaggio condizionante di annullamento, inseribile nella seduta ipnotica stessa; a sua volta l'amnesia spontaneamente realizzata può essere ostacolata nella sua insorgenza da suggestioni a ricordare, ma né in un caso né nell'altro esiste alcuna certezza del risultato.

E' probabile che differenti siano, anche se al momento attuale non ancora sufficientemente noti, i meccanismi neurofisiologici sottesi all'amnesia spontanea e a quella suggestiva, implicando la prima una dissociazione psichica spontanea più ampia che impedisce la normale rievocazione degli engrammi mnemonici: in taluni casi estremi l'amnesia post ipnotica può sfociare in uno sdoppiamento di personalità con coscienza alternante.

L'amnesia postipnotica non deve essere considerata un requisito essenziale dello stato ipnotico: è riscontrabile solo in una minoranza dei soggetti, persistendo la maggior parte delle volte il pieno ricordo dell'ipnosi.

L'*iperamnesia ipnotica* presenta notevole interesse a livello sperimentale e diagnostico-clinico. Il particolare stato di coscienza ipnotico permette di migliorare sensibilmente le capacità mnestiche sia nella fissazione del presente sia nel recupero del passato. Nello stato d'ipnosi infatti, le interferenze ambientali alla fissazione o al recupero degli engrammi mnemonici precedenti si riducono al minimo, mentre tecniche particolari come la "*distorsione temporale*" possono ridurre i tempi di apprendimento. Nella distorsione temporale il "tempo psichico" può essere soggettivamente dilatato o contratto, permettendo di memorizzare in un breve "tempo ipnotico" la stessa quantità di nozioni memorizzabili in un tempo reale più prolungato.

L'iperamnesia ipnotica permette di recuperare il passato in due modi: il soggetto può ricordare nel tempo presente esperienze passate dimenticate oppure può, perdendo il contatto colla realtà attuale, completamente "ritrovarsi e immergersi" nelle situazioni rievocate ("*rivivificazione d'età*").

Nella rivivificazione d'età il passato è rivissuto assumendo attitudini, linguaggio, ideazione, movimenti dell'età regredita. La verosimiglianza è confermata da particolari intonazioni della voce o difetti della parola, dall'uso del linguaggio infantile, dal riproporsi di disegni, comportamenti, conoscenze, scrittura proprie dell'epoca. Essa deve sempre essere valutata con spirito critico, per escludere importanti investimenti di ruolo a componente pitagorica.

La rivivificazione d'età inoltre non è mai così perfetta come l'età suggerita e rievocata comporterebbe, mentre continua a persistere, se pur particolarmente modificato, il rapporto con l'ipnotista: esso permette al momento stabilito il recupero all'età attuale. Tale esperienza conferma che tracce mnemoniche riguardanti sia lo psichico sia il somatico possono persistere ben radicate, e, pur irrecuperabili nel normale stato di coscienza, possono, in particolari situazioni, (l'ipnosi è una di queste) riaffiorare e riattivarsi. La rivivificazione d'età, normalmente realizzantesi in uno stato di ipnosi profonda è generalmente coperta da amnesia e deve essere ritenuta una possibilità peculiare dell'ipnosi. Essa può essere utilizzata a scopo sia diagnostico che terapeutico per esplorare e meglio conoscere situazioni del passato particolarmente significative. Egualmente attuabile è nella rivivificazione d'età l'elaborazione di un vissuto patologico proseguito nel tentativo di annullare, modificare, alterare tracce traumatiche ancor persistenti nel presente. E' evidente che, per la delicatezza e la difficoltà delle problematiche potenzialmente riscontrabili, la vivificazione d'età dovrà essere attuata solo da ipnotisti molto esperti in grado di far fronte rapidamente a qualunque emergenza.

L'*attività immaginativa* si estrinseca soprattutto nelle "visualizzazioni" ad occhi chiusi: esse nascono in parte spontaneamente, in parte in risposta alle suggestioni inviate. I loro caratteri le avvicinano all'attività onirica ripercorrendo spesso i tempi e gli schemi condensativi simbolici del sogno: sono spesso indipendenti dalla volontà del soggetto, possono subire significative interferenze esterne e seguire fedelmente i suggerimenti dell'ipnotista o distaccarsene totalmente. Le emozioni suscitate possono emergere all'improvviso o progressivamente, in parte o completamente, ed assumere variabile valenza terapeutica. La visualizzazione ipnotica è generalmente vivida, essere risposta a suggestioni post ipnotiche ben precise o anche attivare l'inizio di un sogno. Si può avere conferma della sua presenza dalla descrizione verbale, spontanea o richiesta, delle immagini suggerite: se in alcuni casi può essere utile conoscerne contenuto e svolgimento forzando l'eventuale reticenza del soggetto a parlarne, in altri è preferibile, verificata la realizzazione delle suggestioni iniziali, nulla più chiedere, rispettando il silenzio e attendere di conoscere il tutto terminata la seduta. Grazie alla visualizzazione ipnotica possono essere ricercate, recuperate, espresse, in maniera evidente o simbolica, le radici di problemi presenti: quanto visualizzato può accompagnarsi inoltre a sensazioni somatiche specifiche come nausea, vomito, cardiopalmo, arrossamento cutaneo, sudorazione profusa.

Le *alterazioni percettive* in ipnosi interessano tutte le componenti sensoriali: possono presentarsi spontaneamente o essere la risposta a suggestioni specifiche dell'ipnotista che tendano a modificare la percezione del reale. Distinguiamo le alterazioni percettive in *illusioni* (erronea percezione di qualcosa che esiste) e in *allucinazioni*, riferibili a percezioni esistenti unicamente nella mente del soggetto, svincolate da qualunque rispondenza reale. Le allucinazioni percettive, generalmente riscontrabili nell'ipnosi profonda, possono dividersi in *positive* (percepire come esistente qualcosa che esistente non è) e *negative* (il non percepire qualcosa che esistente è). Le alterazioni percettive possono essere utilizzate come fonte di riflessi condizionati a finalità terapeutica. Esse infatti, ancorate a particolari situazioni, possono trasformarsi nel contenuto di suggestioni postipnotiche specifiche. La loro attuazione, iniziata nello stato ipnotico, si ripresenta successivamente nelle situazioni previste dall'operatore. Il progressivo

rafforzamento che si determina fa sì che la suggestione si ancori in modo sempre più intenso nella personalità del soggetto contribuendo a determinare la risoluzione della patologia presente: tali possibilità possono essere sfruttate nella disassuefazione degli alcolisti: l'uso di suggestioni avversative sensitive, visive, olfattive, cenestesiche, realizzantesi in maniera coatta, rende al paziente impossibile l'assunzione di alcolici: a questo approccio dovrà accompagnarsi una adeguata intervento psicoterapico e farmacologico.

Le modifiche dei processi intellettivi riguardano in particolare le capacità critiche che possono risultare compromesse nelle loro caratteristiche di analisi e sintesi, di elaborazione e valutazione.

L'ideazione in risposta alle suggestioni dell'ipnotista tende ad assumere carattere coatto determinandone l'esecuzione, se non in contrasto colla struttura eticomorale profonda del soggetto. Suggestioni particolari possono provocare, in alcune personalità, un'alterazione dell'ideazione esprimendosi nella comparsa di quadri fobici, ossessivi, impulsivi, subdeliranti. Assai difficile è ottenere la loro persistenza dopo l'esaurimento della trance, come potrebbe richiedere un uso criminoso dell'ipnosi.

ISTINTI, CARATTERE, SENTIMENTI, VOLONTÀ

Di quali modificazioni sono suscettibili in ipnosi gli istinti, il carattere, i sentimenti, la volontà? Non risulta modificabile l'atteggiamento istintivo profondo né manipolabile la struttura eticomorale individuale a meno di ricorrere all'inganno. Tale eventualità, presente anche in condizioni di veglia, è in ipnosi più facilmente attuabile per il possibile ottundimento delle facoltà critiche. L'uso criminoso dell'ipnosi esige comunque un insieme di condizioni difficilmente realizzabili: ad un ipnotizzatore dotato di volontà criminale deve corrispondere un soggetto eccezionalmente succube, a meno che già non siano spontaneamente presenti tendenze a delinquere che la suggestione semplicemente slatentizza: su questo la letteratura più qualificata è concorde; non solo, ma nella nostra trentennale esperienza abbiamo visto anche suggestioni potenzialmente terapeutiche non conformantisi alla struttura eticoistintiva del soggetto non conseguire risposta o determinare l'interruzione della trance. Se il momentaneo ottundimento della critica può portare a eseguire azioni, non moralmente di per sé riprovevoli, ma semplicemente ridicole, il successivo ripristino delle capacità discriminative può creare seri problemi all'incauto ipnotista che se ne è reso responsabile.

Se la suggestione si conforma invece a desideri e aspirazioni, essa ne facilita la riuscita perché fa emergere risorse e capacità potenziando volontà e impegno.

E' noto che in certi Paesi (Israele ed in alcuni stati degli U.S.A.) l'ipnosi è ammessa come mezzo di indagine processuale. Qual'è la sua attendibilità nella ricerca della verità e qual'è l'uso corretto che deve essere fatto? Innanzitutto la veridicità di quanto emerge in ipnosi non è assolutamente certa: il soggetto può mentire sia volontariamente sia involontariamente anche nella trance più profonda: il materiale affiorato può trovare credibilità solo se confermato da un contesto più ampio. E' possibile invece recuperare ricordi sfumati o cancellati in veglia che permettono una cronologia più esatta degli avvenimenti, di importanza notevole nella possibile soluzione di delicate questioni medico-legali.

Per finalità giudiziarie l'induzione ipnotica deve essere effettuata solo da specialisti che, indotta l'ipnosi, pur continuando a rimanere presenti con funzione di insostituibile controllo, lasceranno il campo all'indagine dell'autorità inquirente. Quest'ultima dovrà prestare attenzione, dato lo stato di suggestionabilità del soggetto, a non instillare o suggerire involontariamente risposte che potrebbero annullare ogni attendibilità al materiale emerso.

Anche a questo fine, al pari di quanto richiesto nella normale pratica clinica, è necessario ottenere un consenso valido all'induzione, perché non è lecito ipnotizzare alcuno contro la sua volontà.

SINTOMATOLOGIA SOMATICA

A livello somatico le modificazioni di maggior interesse riguardano la sensibilità, la muscolatura volontaria, la cenestesi, l'apparato neurovegetativo ed endocrino.

Le alterazioni della sensibilità possono determinare parestesie di ogni tipo, iperestesia o anestesia, iperalgesia o analgesia.

L'analgesia ipnotica, sfruttata sin da tempi remotissimi, è realizzabile per un utilizzo chirurgico in un 10-15% dei soggetti ipnotizzati: quadri di ipoalgesia sono ottenibili con maggior facilità. Le applicazioni ottimali dell'ipo-analgesia ipnotica riguardano non tanto il dolore acuto quanto il dolore cronico, mai dimenticando le cautele che la scienza medica esige nel trattamento di ogni patologia dolorosa. Alle potenzialità analgesiche l'ipnosi permette di associare un profondo rilassamento psicofisico, che riesce a spezzare il circolo vizioso "dolore ansia, ansia dolore": è un utilizzo dell'ipnosi che meriterebbe maggior diffusione. Gli ipnotisti hanno proposto tecniche particolarmente raffinate per il trattamento della patologia dolorosa: esse permettono, riducendo la dipendenza farmacologica, una miglior vita di relazione al paziente e ai suoi familiari. L'essenza dell'analgesia ipnotica è ancora sconosciuta. Se la suggestione determini l'azione analgesica attraverso la produzione di neuropeptidi specifici, o impedendo la trasmissione dello stimolo doloroso dalla periferia, o interagendo in maniera complessa a livello dei circuiti di integrazione corticale, o attivando tutte queste possibilità non è ancora definibile con certezza. Recenti studi, di cui abbiamo avuto personale conferma, hanno messo in evidenza che i potenziali evocati da uno stimolo doloroso in soggetti con analgesia ipnotica raggiungono la corteccia: è quindi probabile che tali potenziali non entrino a far parte della esperienza dolorosa cosciente per un blocco funzionale dei circuiti di integrazione corticali.

L'anestesia o l'analgesia realizzate in ipnosi sono completamente svincolate da qualunque via nervosa anatomicamente definita e si realizzano là dove la suggestione lo richiede, utilizzando come parametro di riferimento solo la parola o il gesto dell'ipnotista. A conferma di ciò un arto analgesico può continuare a svolgere correttamente le sue funzioni motorie e tattili e la perdita della sensibilità profonda non accompagnarsi ad alcuna atassia come il coinvolgimento delle vie anatomiche richiederebbe.

Quanto suscetibile in ipnosi non ha alcuna valenza patologica: è solo espressione delle possibilità dissociative presenti in personalità normali che lo stato ipnotico permette di attivare.

L'apparato motorio muscolo-tendineo può rispondere prontamente in ipnosi alla suggestione. Si possono ottenere paralisi flaccide o spastiche di arti ed è possibile risolvere paralisi di tipo funzionale o alterazioni della dinamica

muscolare di origine psicogena; sono anche riducibili, meglio controllabili, talvolta eliminabili, ipertonie extrapiramidali di varia origine e movimenti ticcosi. Forza e tono muscolare sono potenziabili a tal punto da rendere possibile il "*ponte catalettico*": il corpo del soggetto, steso orizzontale con due soli punti di appoggio a livello della nuca e dei talloni, persiste per un tempo notevole immobile e senza dolore in tale posizione, così contratto nella muscolatura da poter sostenere il peso dell'ipnotista. Un arto può inoltre assumere plasticamente la posizione scelta (*flexibilitas cerea*) e in essa rimanere immobile, per quanto scomoda essa sia e senza sforzo per un tempo elevato (*catalessia*). Egualmente un movimento impresso dall'ipnotizzatore ad un arto può persistere per molto tempo in una iterazione continua (*automatismo motorio*).

Anche le alterazioni motorie, come quelle della sensibilità, devono essere inserite in un contesto specifico loro proprio che le differenzia da quelle di origine organica, mancando in queste la semeiotica di accompagnamento presente nelle altre.

Alterazioni della cenestesi

Possono presentarsi spontaneamente alterazioni cenestesiche tra le più svariate (benessere o malessere generalizzato, caldo, freddo, pesantezza, leggerezza, stordimento, nausea). Esse sono egualmente attivabili con opportune suggestioni. Sensazioni di sdoppiamento e di modifica dello schema corporeo compaiono in particolari soggetti ma sono assai poco frequenti.

Alterazioni dell'apparato neurovegetativo ed endocrino

La suggestione ipnotica ha la possibilità di interferire sul sistema neurovegetativo come segnalato da numerosi autori. Possono essere influenzate iperidrosi, scialorrea, secrezioni enzimatiche, reazioni allergiche, difese immunitarie. A livello del sistema cardiovascolare è possibile determinare la scomparsa di extrasistoli, la riduzione della pressione arteriosa e controllare i fattori ansiogeni che rendono più difficile la riabilitazione postinfartuale. Le crisi asmatiche beneficiano della suggestione ipnotica, in particolare quando ad esse si accompagna una componente psichica così intensa da essere di per se stessa in grado di scatenare l'attacco. In dermatologia è segnalata la scomparsa di verruche, la risoluzione dell'alopecia ed il miglioramento o anche la guarigione di lesioni eczematose e psoriasiche. La motilità intestinale può essere influenzata dalla suggestione ipnotica con regolarizzazione dell'alvo.

IPNOSITERAPIA

AL'utilizzo terapeutico dell'ipnosi può attuarsi con modalità differenti: ne esamineremo le principali, mai dimenticando che lo stato ipnotico rimane pur sempre "un substrato", dotato di caratteristiche peculiari, su cui deve inserirsi una psicoterapia idonea a valorizzarne le molteplici potenzialità.

Il valore e l'importanza terapeutica dell'ipnosi si evidenziano soprattutto nelle vie di accesso che essa apre non solo alla personalità psichica profonda ma anche a quella somatica e viscerale. Essa permette di modificare alla radice apprendimenti, comportamenti, emozioni anche se all'ipnosi mai devono essere chieste soluzioni che non è in grado di dare o pretendere di supplire con essa a inaccettabili carenze professionali.

Difficile è valutare le possibilità terapeutiche di uno stato ipnotico "puro" persistente, dove siano unicamente attivate e immediatamente scompaiano, appena realizzate, le suggestioni necessarie alla sua induzione e nulla più vi sia inserito dall'esterno. Possiamo certo, indotto il soggetto in ipnosi, abbandonarlo al silenzio più assoluto senza altro aggiungere, ma nulla ci assicura che le stesse suggestioni utilizzate per l'induzione non persistano attive e continuino ad essere elaborate nello stato ipnotico stesso. Quali le potenzialità di un simile utilizzo dell'ipnosi? Uno stato ipnotico, ottimale, persistente per tempi sufficienti e privo di suggestioni specifiche, può effettivamente modificare, riequilibrare, annullare le alterazioni presenti? Riteniamo la risposta positiva pur con limiti variabili da soggetto a soggetto, da organo ad organo, da patologia a patologia: l'inconscio, "vivificato" dallo stato ipnotico, può attivare soluzioni nuove e modificare l'io biologico profondo. Tanto più efficace sarà il risultato finale quanto più il soggetto avrà focalizzato chiaramente gli obiettivi da raggiungere e le motivazioni adottate assumeranno carattere autosuggestivo vincolante su un substrato d'organo recettivo. Giudichiamo comunque un simile utilizzo difficilmente in grado di risolvere patologie di rilievo.

L'uso dell'ipnosi di più antica data è quello che la propone come intervento "suggestivo diretto" sul sintomo. Tale utilizzo, anche se sottoposto nel tempo a giustificate critiche, non deve essere rigettato a priori ma valutato con attenzione perché, pur con tutti i limiti, può portare a risultati importanti. È innegabile che le conoscenze psicodinamiche attuali consiglino estrema prudenza nell'utilizzo della suggestione diretta sul sintomo, ma a differenza degli psicoanalisti per cui l'eliminazione del sintomo nevrotico, risultato di un compromesso o di un conflitto, è senza utilità se non si modifica la problematica sottogiacente, gli ipnotisti pensano che in molti casi il sintomo, quando si è strutturato per lunghi anni creando vere "anchilosi psichiche", possa essere diventato indipendente dalla problematica che lo ha generato come un figlio adulto dalla madre. L'eliminazione, anche per via strettamente suggestiva, di un sintomo fortemente invalidante, se non più risposta conversiva o contentiva a problematiche importanti, può iniziare un processo di guarigione che successivi interventi psicologici consolideranno. D'altra parte se al sintomo competono ancora funzioni essenziali di difesa, il soggetto si rifiuterà di eliminarlo o lo recupererà in tempi brevissimi eguale o modificato. Lo stesso ipnotista può cautelarsi in tal senso inserendo suggestioni che prevedano esse stesse, al bisogno, la ricomparsa del sintomo o la sua eventuale sostituzione con un altro meno disturbante. Se la suggestione diretta è ben strutturata e la patologia idonea i risultati ottenibili possono essere assai soddisfacenti e stabili.

Altro possibile uso dell'ipnosi sta nella sua capacità di agire come mezzo di condizionamento e decondizionamento rapido ed intenso, tanto più efficace quanto maggiore è lo stato dissociativo raggiunto. La dissociazione ipnotica e gli automatismi attivabili permettono di agire più profondamente e intensamente su psiche e corpo riuscendo a rimuovere nuclei morbosi inveterati e le disfunzioni neurovegetative correlate. È possibile ottenere in una sola seduta la scomparsa o la modifica di condizionamenti inveterati purché la suggestione presentata non violi la struttura etica morale del soggetto determinandone il rifiuto. Ricordiamo a conferma la relativa facilità con cui in alcuni alcolisti si possono rapidamente attivare riflessi condizionati inibenti l'assunzione dell'alcool dovuti ad una percezione alterata di abituali sensazioni visive, olfattive, gustative o come attraverso il condizionamento ipnotico un sintomo anche di lunga durata possa scomparire senza alcuna sostituzione. Anche messaggi unicamente

gestuali presentati nell'ipnosi non verbale possono annullare abitudini consolidate: è quanto avvenne in una studentessa di medicina in cui si riuscì ad eliminare il vizio di mangiarsi le unghie, senza nulla sostituirci, semplicemente avvicinando le sue dita alla bocca e accennando con esse a un vistoso no. I nuovi condizionamenti si inseriscono nella struttura psicocomportamentale del soggetto e possono esservi ancorati dalla suggestione post ipnotica: essi si ripropongono al ripresentarsi del condizionamento precedente ogni volta sostituendolo e determinando la ricomparsa di uno stato di ipnosi che ne perfeziona l'apprendimento. Limiti ai condizionamenti ipnotici restano l'invulnerabilità della struttura etica morale, la profondità della trance, il livello di suggestionabilità specifico d'organo, la fantasia e l'originalità del terapeuta.

L'utilizzo ottimale dell'ipnosi è attuabile in contesti psicoterapeutici ben definiti, in particolare nelle psicoterapie cognitive comportamentali come la R.E.B.T. di Ellis. In ipnosi si può rendere più efficace e stabilizzare con metafore, analogie, suggestioni dirette o indirette, verbali o non verbali, quanto discusso in veglia sì da aumentarne la valenza terapeutica: in particolare è possibile ripresentare i punti essenziali già esaminati, verificarne il corretto apprendimento e stabilire condizionamenti post ipnotici. L'approccio utilizzato può variare dallo strettamente suggestivo al discorsivo razionale, trasformarsi in dialogo o diventare "visualizzazione" terapeutica. È possibile evidenziare o confermare nella seduta ipnotica la relazione tra eventi ed emozioni disturbanti correlate; di esse si può ottenere il controllo o la risoluzione con persistenza di quanto raggiunto in veglia. Per garantire risultati validi in quadri patologici di notevole gravità è comunque indispensabile realizzare una dissociazione ipnotica ampia, anche se temporanea e reversibile, da attuare sempre sotto attento controllo.

Questo intervento terapeutico viene variamente definito: ipnositerapia di sostegno, ristrutturante, della presa di coscienza o ipnositerapia tout court.

Nell'uso dell'ipnosi nelle psicoterapie brevi vorremmo esaminare le possibilità diagnostiche e terapeutiche che due possibilità specifiche del metodo, l'ipnoanalisi e la rivivificazione d'età, presentano.

Per ipnoanalisi si intende una analisi della personalità realizzata durante lo stato ipnotico. In essa può emergere materiale diagnosticamente significativo grazie alla riduzione del controllo che l'io razionale critico attua sull'espressione dei sentimenti profondi, anche se è possibile che, in risposta all'affiorare imprevisto e tumultuoso di intense situazioni emozionali, si creino difficoltà espressive di linguaggio tali da portare al silenzio totale. Di fronte alla loro insorgenza l'ipnotista può stimolare il soggetto a rispondere con un sistema di comunicazione gestuale ridotto all'essenziale, un gesto per il sì, un gesto per il no, di cui già si è parlato, o proporre l'uso della scrittura automatica. Questa ultima possibilità può offrire conoscenze importanti grazie alla dissociazione ampia di cui è segnale mentre l'ignoranza in veglia di quanto scritto in ipnosi, generalmente presente, può proteggere e rassicurare a sufficienza l'io cosciente del soggetto. Pur eseguibile in una ipnosi leggera, l'ipnoanalisi può esigere per ottenere risultati ottimali una trance media o profonda: si deve essere inoltre ragionevolmente certi della sua necessità senza dimenticare che nel corso dell'analisi lo stato ipnotico può spontaneamente superficializzarsi sino a scomparire del tutto spesso in relazione a problematiche emerse o a fattori disturbanti esterni.

La rivivificazione d'età che permette di rivivere con caratteristiche fisiologiche psicologiche comportamentali dell'età regredita gli avvenimenti del passato, può essere attivata da suggestioni specifiche o anche comparire spontaneamente nel corso dell'ipnosi stessa. La rivivificazione d'età, se spontanea, può manifestarsi in maniera imprevista e può riportare all'improvviso il paziente in una situazione traumatica pregressa con ricupero e slatentizzazione di emozioni a lungo soffocate. Sono questi momenti di arduo impegno per l'ipnotista che può trovarsi a dover affrontare situazioni esistenziali violentemente scompensanti. La regressione d'età può ripresentarsi da seduta a seduta, insensibile a qualunque tentativo di impedirne la comparsa, in uno sviluppo spesso cronologicamente sequenziale sino a un suo spontaneo esaurimento che coincide spesso con il definitivo superamento dei problemi evidenziati. All'uscita dall'ipnosi l'amnesia, normalmente presente, può talvolta accompagnarsi alla ripetizione confabulante e confusa di espressioni verbali pronunciate durante l'ipnosi, cui il paziente non sa dare giustificazione, o a sensazioni particolari trasferite dalla situazione ipnotica alla veglia senza che ne sia riconosciuta la fonte originaria.

Nella rivivificazione d'età, sia essa spontanea o suggestiva, all'ipnotista possono essere conferiti ruoli e personalità tra le più disparate; può essere identificato con persone emotivamente significative per il soggetto con rapida liberazione di sentimenti come amore, angoscia, ira, odio, che possono sfociare anche in comportamenti violentemente aggressivi: sono situazioni non frequenti ma di gestione assai difficile.

Come sequela della rivivificazione d'età, in personalità isteroidi, può persistere a lungo, parecchie ore o anche giornate intere, uno stato subconfusionale con sensazioni di disorientamento temporale spaziale e recupero, spontaneo o in risposta a stimoli particolari, di nuove esperienze di rivivificazione autolimitanti, che il soggetto può non ricordare o ricordare parzialmente.

Di fronte alla fenomenologia spesso imponente che la rivivificazione d'età presenta occorre sempre criticamente valutare quanto riconducibile a rivivificazione reale e quanto espressione di investimento in ruolo a sfumatura isteroide variamente espressa.

L'IPNOSITERAPIA NELLA DIPENDENZA TABAGICA

Nella terapia di ogni tossicodipendenza esiste la necessità non solo di raggiungere nel più breve tempo possibile l'astensione dalla sostanza incriminata ma anche di ottenerne la persistenza nel tempo: il fumo non fa eccezione; occorre comunque separare la dipendenza dalla nicotina che in tre settimane al più tardi si esaurisce dall'assuefazione al fumo come atto psicologico comportamentale complesso la cui estinzione definitiva richiede tempi più lunghi, mesi, anni ed è la causa principale delle ricadute.

Preso atto di questa realtà, quale può essere l'impiego dell'ipnosi nella disassuefazione dal fumo e quali le ragioni che la propongono come intervento terapeutico di elezione?

Ne giustificano l'uso *la possibilità di ridurre la sindrome da astinenza, l'efficacia nel modificare o annullare abitudini e condizionamenti legati al fumo, l'inserimento ottimale infine in una psicoterapia breve atta a superare le problematiche psicologiche spesso presenti.*

Prima di evidenziare possibilità e modalità di utilizzo dell'ipnosi nella disassuefazione dal fumo è indispensabile presentare, sia pure nei tratti essenziali, le problematiche della dipendenza tabagica esaminando in particolare,

data la decisa prevalenza, il consumo di tabacco per via inalatoria.

LA DIPENDENZA TABAGICA

Il fumo di tabacco è un aerosol di goccioline (*particolati*) sospese in gas contenenti acqua, catrame, nicotina ed altri alcaloidi. L'emissione principale di fumo avviene aspirando a lato dell'imboccatura della sigaretta mentre nelle pause la fuoriuscita di fumo si verifica sia dalla parte dell'imboccatura sia dal lato del cono di combustione. Nel fumo di tabacco sono state individuate più di 4000 sostanze chimiche, molte delle quali possono contribuire all'insorgenza di patologie umane. Le sostanze tossiche più importanti comprendono *il benzopirene, altri idrocarburi aromatici policiclici, le amine aromatiche, i fenoli, i cresoli, (sostanze tutte cancerogene), la nicotina e il monossido di carbonio*: la presenza di questo gas riduce le capacità di trasporto dell'ossigeno da parte dell'emoglobina e può elevare notevolmente i livelli di carbossiemoglobina nei fumatori cronici determinando uno stato permanente di ipossia.

La *nicotina* è un alcaloide notevolmente tossico con azione sia stimolante sia inibente sul sistema gangliare: essa viene assorbita dall'albero respiratorio, dalla pelle, dalla mucose con rapido aumento del livello nel sangue. Superata la barriera ematoencefalica, sia passivamente sia con meccanismo attivo attraverso i plessi coroidei, entro 10-15 secondi si distribuisce nel tessuto cerebrale, in particolare nell'ippocampo, nel talamo, nel mesencefalo, nel tronco e nella corteccia dove agisce sui recettori colinergici nicotinici, in particolare sulla subunità beta che sembra aver un ruolo significativo nel determinare la dipendenza. La stimolazione dei recettori nicotinici comporta la liberazione di acetilcolina, noradrenalina, dopamina, serotonina, vasopressina, ormone somatotropo ed ACTH: la liberazione di acetilcolina è correlata alla dose. La nicotina si ritrova nei neuroni dopaminergici nigrostriati e mesolimbici; recentemente è stato dimostrato attraverso microdialisi che la nicotina stimola anche il rilascio del neurotrasmettitore dopamina nel nucleo accumbens implicato nel circuito cerebrale del piacere il che giustifica le sensazioni gradevoli percepite dai fumatori.

L'assunzione di nicotina comporta anche una riduzione dell'appetito forse attraverso variazioni metaboliche particolari e soppressione specifica della ricerca dei carboidrati: la regolazione dell'alimentazione potrebbe essere dovuta all'aumento della concentrazione di dopamina e adrenalina causata dalla nicotina.

Gli effetti indotti acutamente dalla nicotina sul sistema cardiovascolare, mediati dal rilascio di catecolamine, determinano l'aumento della pressione arteriosa sistolica e diastolica, della frequenza, contrattilità ed eccitabilità cardiaca, del consumo di ossigeno miocardico, del flusso coronarico e della vasocostrizione periferica.

La nicotina innalza inoltre le concentrazioni sieriche di glucosio, cortisolo, acidi grassi liberi, vasopressina e beta endorfine.

La nicotina presenta a confronto ad altre droghe alcune caratteristiche che la rendono singolare. È facilmente reperibile sul mercato in confezioni semplici, comode e accattivanti, è economica, non necessita di preparazioni o manutenzioni particolari, non c'è pericolo di sovradosaggio e la sua qualità è controllata all'origine. Il fumare sigarette inoltre non produce una diminuzione delle capacità lavorative, non comporta intossicazione e i danni fisici provocati dal fumo non hanno comparsa immediata, ma necessitano per evidenziarsi di un lungo periodo di assunzione valutabile in decenni. Questa lunga latenza può indurre il consumatore a sottovalutare i danni o a ritenersi in qualche modo esente dagli stessi.

La *nicotina è la sostanza che induce la dipendenza*: pochi soggetti dopo un uso continuo per un anno sono in grado di smettere senza difficoltà. Essa è il fattore principalmente condizionante l'insorgenza e la continuità dell'abitudine al fumo, anche se è possibile che il modo di fumare o di assumere il tabacco possa incidere sull'intensità della dipendenza stessa: i fumatori di sigari o di pipa o coloro che masticano il tabacco risultano meno soggetti a svilupparla.

Si parla di *dipendenza da una sostanza psicoattiva* (DSM IV) quando se ne attua un uso compulsivo, le cui conseguenze sono dannose per l'individuo e la società.

Il consumo della sostanza porta:

a tolleranza, ovvero al bisogno di aumentare notevolmente le dosi della sostanza per raggiungere l'effetto desiderato o l'intossicazione, oppure ad una marcata riduzione dell'effetto con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;

ad astinenza, ossia alla comparsa di una caratteristica crisi di astinenza per mancata assunzione della sostanza oppure alla necessità di assumere la sostanza stessa per ridurre o alleviare i sintomi da astinenza;

ad assumere la sostanza spesso in quantità superiori o per periodi di tempo più prolungati di quanto previsto;

a desiderio persistente oppure a tentativi infruttuosi di sospendere o controllare l'uso della sostanza;

a spendere una grande quantità di tempo in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti;

a interruzione o riduzioni di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza;

ad uso continuativo della sostanza, nonostante la consapevolezza di poterne ricavare danni fisici o problemi psicologici, persistenti o ricorrenti, causati o esacerbati dall'uso della medesima.

La *nicotina presenta tutte queste caratteristiche*.

La dipendenza dal tabacco non è determinata solamente dalla presenza della nicotina, ma anche da almeno altre tre componenti fondamentali: *l'abitudine, la ricerca del piacere, l'autosomministrazione di un farmaco*.

L'abitudine. Più un organismo attiva un determinato comportamento, più è probabile che tale comportamento si riproduca in modo sempre più automatico sì da trasformarsi in componente essenziale delle azioni ripetitive abituali. I fumatori si trovano spesso ad accendere la sigaretta in maniera inavvertita quando sono impegnati in attività normalmente associate all'atto di fumare. Il fumo stesso diventa parte integrante delle attività quotidiane, 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 molte azioni della sua vita senza l'accompagnamento della sigaretta.

La ricerca del piacere. Le persone fumano per provare piacere, perché il fumo possiede un fattore di *rinforzo positivo* che ne stimola l'utilizzo, legato all'incremento dell'attività delle vie di ricompensa dopaminergiche meso-limbiche e meso-limbo-corticali. La nicotina, nel caso specifico, sembra produrre euforia od uno stato di

benessere paragonabile a quello prodotto da altre sostanze ad azione psicotropa causanti dipendenza, cui si associa un'azione ansiolitica. I livelli maggiori di rinforzo positivo si realizzano proprio nei comportamenti di dipendenza come quello determinato dal fumo di sigaretta, in cui il fumatore mantiene un notevole controllo sui livelli della sostanza ed è in grado di autoregolare rapidamente l'inizio e la fine dell'azione farmacologica. Entro sette secondi dall'aspirazione del fumo, il bolo di nicotina giunge direttamente al cervello; modificando la frequenza delle boccate, la profondità dell'inalazione o il tempo di stazionamento del fumo nei polmoni, il fumatore è in grado di regolare l'assorbimento della nicotina per ottimizzarne gli effetti.

L'autosomministrazione di un farmaco. Le persone fumano anche per autosomministrarsi un farmaco, che riduce le sensazioni spiacevoli derivanti dalle situazioni di stress o dalla privazione del fumo stesso. Queste ultime sono legate in parte alle modificazioni del sistema dopaminergico meso-limbico e meso-limbo-corticale, che risponde gradatamente meno allo stimolo ed esige una somministrazione di nicotina costante ed anche alla deplezione cronica del sistema serotoninergico, che può sfociare in momenti depressivi e in un aumento dell'aggressività. Queste tendenze sono parzialmente controllate dagli effetti acuti della nicotina, ma diventano evidenti nel momento dell'astensione o in situazione di stress (*rinforzo negativo*).

A questa tossicodipendenza farmacologica si aggiungono un insieme di patologie d'organo legate al fumo: esse creano problemi medici di notevole gravità. Ricordiamo ancora che sebbene il fumare sia legato al cancro con un preciso nesso di causalità, per la nicotina non è dimostrato alcun effetto carcinogenetico: tuttavia, nella pratica del fumo, la nicotina viene trasformata in numerose altre amine cancerogene.

LA SINDROME DI ASTINENZA

La sindrome da astinenza si presenta significativa nel 70% dei fumatori che interrompono bruscamente il fumo ed è spesso causa della recidiva nell'abitudine. Essa è caratterizzata come sintomo fondamentale dal desiderio di riassumere la sostanza o *craving*. Il craving compare nella maggior parte dei fumatori entro 24 ore dall'ultima assunzione della sostanza persiste in graduale attenuazione per alcuni giorni, circa una decina, ma può perdurare sia pur con minor frequenza per alcune settimane. Alcuni forti fumatori riferiscono il desiderio di riassumere la nicotina per periodi molto lunghi, oltre i dodici mesi. Esiste una grande variabilità nei tempi di remissione dei sintomi dovuti ad astinenza e nella scomparsa del craving in relazioni caratteristiche fisiologiche individuali ed a fattori ambientali.

I sintomi da astinenza più frequenti consistono nella comparsa entro 24 ore dall'interruzione o dalla riduzione della quantità di nicotina assunta di: ansia (87%), sonno perturbato (84%), irritabilità (80%), impazienza (76%), difficoltà a concentrarsi (73%), irrequietezza (71%), desiderio impellente di fumare (62%), fame (53%), problemi gastrointestinali (33%), cefalea (24%), sonnolenza (22%), depressione (5%). Si possono presentare anche riduzione notevole della frequenza cardiaca, tremori, sudorazione.

La gravità dello stato di astinenza si associa ai livelli di assunzione nicotinicca precedenti la sospensione sebbene tale tipo di associazione risulti piuttosto debole e non affidabile.

L'origine della dipendenza

Come si instaura la dipendenza e quali sono le cause che ne determinano la comparsa? Per quanto siano stati documentati aspetti genetici che ne possono facilitare lo sviluppo la persona non nasce dipendente. La dipendenza si realizza attraverso un processo in cui sostanza e persona interagiscono all'interno di un contesto definito: risultato ultimo è lo strutturarsi di una personalità diversa da quella originaria, la personalità dipendente (*additive personality*).

I fattori che influenzano la decisione di iniziare a fumare sono la curiosità e il desiderio di provare, l'esempio dei genitori, l'influenza dei compagni, l'aspirazione a diventare adulti o a imitare gli adulti e la disponibilità di sigarette. I fattori che favoriscono la prosecuzione dell'abitudine possono essere distinti in non farmacologici e farmacologici. I primi comprendono risposte psicosociali (aumentata sensazione di sicurezza nei contatti sociali), gratificazione sensoriale a diversi livelli (tattile, gustativo, olfattivo, visivo), soddisfazione edonistica (percezione di intenso piacere), condizionamenti automatici (ripetizione meccanica ed inconscia di gesti e comportamenti). I fattori farmacologici comprendono sensazione di rilassamento, ottimizzazione dell'umore, migliore risposta agli stress, controllo della dipendenza (annullamento dei sintomi di astinenza).

L'occasione che realizza il primo incontro con la sostanza non è così importante: si potrà provare spinti da curiosità, in modo del tutto occasionale o consigliati da un amico o anche per adeguarsi alle abitudini del gruppo. In ogni caso è questo un momento cruciale perché la sostanza potrà risultare gradita all'individuo interferendo positivamente sul tono dell'umore usualmente oscillante in modo non troppo marcato tra benessere e malessere e portare alla decisione di riprovarla oppure no. Se la scelta è di riusarla questa tenderà ad avere in un primo momento un aspetto "autoterapeutico" per il recupero di un benessere tanto più irrinunciabile quanto più sollievo da una precedente sensazione di disagio. Questa scoperta inciderà profondamente sugli approcci successivi. La persona tenderà a ricercare sempre più la sostanza per sperimentarne gli effetti positivi attivandosi al massimo in questa fase il ruolo del sistema di ricompensa dopaminergico (meso-limbo-corticale). La ricerca può diventare talmente compulsiva da veicolare notevoli risorse fisiche, psichiche, economiche, sociali con sempre più ampia perdita del controllo e l'istaurarsi per alcune sostanze tra cui la nicotina dei meccanismi farmacologici della tolleranza e dell'astinenza. Anche se spesso l'astinenza è considerata il sintomo cardine della dipendenza essa arriva in realtà solo al termine di un processo progressivo di perdita di controllo sull'uso della sostanza stessa le cui espressioni ultime sono le conseguenze fisiche, psichiche, sociali che l'uso della sostanza comporta.

La personalità dipendente può essere immaginata come costituita da una serie di strati avvolgenti sovrapposti in cui lo strato più esterno è rappresentato dal "danno" conseguente all'uso della sostanza, più internamente viene la "dipendenza fisica", quindi i meccanismi cognitivi legati alla perdita di controllo e, al centro, la gratificazione che l'uso della sostanza procura. Le conseguenze di questa impostazione suggeriscono un intervento di recupero per gradi successivi che si propongono di intervenire sui danni correlati all'uso della sostanza, di trattare l'astinenza farmacologica, di favorire infine nuovi stili di vita e di attivare scelte gratificanti alternative.

LA RICADUTA

È noto che raggiunta l'astinenza le persone possono ricadere nuovamente nella dipendenza, il che sembra caratteristica non solo delle situazioni di dipendenza da sostanza ma di tutti i comportamenti a rischio.

Le problematiche legate alla ricaduta rappresentano un aspetto importante della dipendenza e richiedono un attento esame. Lo schema teorico che maggiormente ha contribuito a comprendere il momento della ricaduta è quello proposto da Marlatt e Gordon basato su un approccio cognitivista.

La persona astinente continua a conservare ben vivo il ricordo degli effetti piacevoli suscitati in passato dall'uso della sostanza. Essi rimangono radicati nella memoria, collegati alle situazioni, ai gesti, alle persone, ai luoghi che si sono ad essa nel tempo associati e il loro ripresentarsi nei momenti più svariati può risvegliare il desiderio di riprovarla: la persistenza di questa sensibilità agli stimoli che si ricollegano all'uso della sostanza determina quella che viene definita *cue reaction* (riattivazione della traccia).

Risvegliato il desiderio la persona si trova in uno stato di disagio. Sa che potrebbe sentirsi meglio se usasse nuovamente la sostanza stessa: basterebbe anche un sola boccata per star bene; d'altra parte ricorda tutti gli effetti negativi legati alla perdita di controllo sul fumo, sa quanta fatica gli è costato smettere ed ha presente il benessere raggiunto con l'astensione: la risposta è una situazione di profondo conflitto con tensione, nervosismo, irritabilità.

Ma per ricadere è necessario usare nuovamente la sostanza proprio nel momento in cui il ricordo e risposta emotiva ad esso collegata si sono riattivati. Se il tempo passa senza che la sostanza sia usata, gradatamente la tensione scema, il momento critico si risolve lasciando la piacevole soddisfazione di aver saputo resistere alla tentazione e stimolando ulteriormente l'impegno a mantenere l'astinenza. Se la sostanza viene usata in un momento diverso da quello critico la possibilità di ricadere nella dipendenza risulta meno probabile; questa constatazione è importante perché comporta che l'utilizzo della sostanza e la ricaduta non necessariamente coincidano: la ricaduta consiste in una nuova perdita di controllo sull'uso della sostanza ed è definita dal comportamento della persona e non dalla riassunzione della sostanza stessa.

L'impatto di questo schema concettuale sulla terapia è di estrema importanza. Esso ci ricorda che l'impegno più importante nel trattamento delle dipendenze deve essere rivolto alla prevenzione della ricaduta che potrà essere ottenuta con strumenti cognitivi comportamentali (fuggire le situazioni a rischio, imparare a controllare le emozioni che spingono alla ricerca della sostanza) ed anche, è sperabile in un prossimo futuro, con mezzi farmacologici efficaci.

LA SCELTA DECISIONALE

La scelta decisionale di rinunciare al fumo si sviluppa attraverso un processo che è stato oggetto di interessanti studi: Weiss segnala la presenza di diverse fasi nel rapporto tra accettazione dell'abitudine a fumare e il suo rifiuto: 1) *fase precontemplativa*, 2) *contemplativa*, 3) *preparatoria*, 4) *di azione*, 5) *di mantenimento*, 6) *di cessazione*. Nella fase iniziale " spiega Weiss" rientrano coloro che non intendono realmente smettere a breve, sia perché ignorano o minimizzano i danni del fumo, sia perché ritengono di non poter rinunciare alla sigaretta. La successiva fase "*contemplativa*" implica un "impasse" non diverso dal precedente: il fumatore può benissimo manifestare la sua intenzione di non fumare più e dichiararsi pronto ad un rapido abbandono del fumo, ma in realtà è ancora "uncinato" (e lo resterà a lungo) al tabacco. Dalle indagini di Weiss si deduce che la stragrande maggioranza dei fumatori appartiene a questi due gruppi. Conclusione: non andrebbero reclutati nei programmi di interruzione del fumo perché votati ad un insuccesso quasi sicuro, anche se un discorso formale sulla necessità di smettere di fumare può e deve essere presentato. Il discorso cambia quando il soggetto si trova nella fase "*preparatoria*". Questo significa che fuma meno, che si rende conto dei danni che gli procura la sigaretta, che è seriamente intenzionato a liberarsene. Se prova a smettere è probabile che ci riesca: è il momento ottimale per l'intervento terapeutico. La successiva fase, quella dell'"*azione*", è un continuo rimettere tutto in discussione. La vivono i fumatori completamente pentiti" avverte Weiss", ma la vivono in uno stato di estrema vulnerabilità, per cui il terapeuta deve stare all'erta (e mettere all'erta il "pentito") perché nel vissuto senza sigarette basta un momento di debolezza o di distrazione perché l'ex fumatore si ritrovi con la sigaretta tra le labbra. Soltanto dopo sei mesi che ha smesso (e ha resistito alla tentazione di ricominciare), il soggetto entra nella fase di "*mantenimento*": le sue difese si sono consolidate, il rischio di ricaduta si allontana. Vivere senza fumo è diventata una scelta definitiva, sebbene soltanto quando siano trascorsi cinque anni dalla astensione si possa ragionevolmente parlare di punto di non ritorno. In realtà la recidiva dell'abitudine di fumare si ha nel 37 per cento dei soggetti durante il primo anno e scende al 7 per cento soltanto al quinto anno. L'ultima fase è quella detta della "*cessazione*", traguardo finale non raggiunto da moltissimi dove il fumo ha ormai perso qualunque significato essendo uscito completamente dai circuiti di sicurezza comportamentali e non soddisfacendo più ad alcuna esigenza psicologica od emozionale.

I riflessi di questo approccio sull'intervento nella dipendenza sono stati molto importanti. In primo luogo si è passati da una visione della motivazione come fattore essenziale per intraprendere la terapia ad un approccio che vede nella motivazione anche un obiettivo da costruire, facilitare ed incentivare. In secondo luogo si è compresa l'importanza di adottare strategie adeguate alla situazione motivazionale che l'individuo di volta in volta presenta. Alcuni interventi che possono essere appropriati nella fase precontemplativa (ad esempio indurre il dubbio che fumare possa essere dannoso) si rivelano inappropriati nella fase di determinazione (preparazione ed azione) in cui è necessario proporre un preciso programma terapeutico. In terzo luogo si è giunti alla conclusione di non definire "irrecuperabili" pazienti che appaiono non motivati ma di ricercare le sia pur difficili ma possibili strategie per attivare il passaggio dalle fasi precontemplativa o contemplativa alle fasi successive.

Per valutare la dipendenza alla nicotina viene proposto il *test di Fagerstroem* che richiede la risposta ad un insieme di domande specifiche sul fumo. Ad ogni risposta viene assegnato un punteggio: il punteggio totale raggiunto è correlato al livello di dipendenza presente.

Quante sigarette fuma al giorno?	<15	0
	15-25	1
	>25	2
Qual'è il tasso (mg.) di nicotina contenuto nelle sigarette che fuma?	<0.8	0
	=0,8<1.5	1
	>1,5	2
Inala il fumo?	Mai	0
	Talvolta	1
	Sempre	2
Fuma un maggior numero di sigarette al mattino rispetto al pomeriggio?	Sì	1
	No	0
Fuma la prima sigaretta del giorno	Entro 30' dal risveglio	1
	Più tardi	0
Qual è la sigaretta più importante della giornata?	La prima	1
	Le altre	0
Fuma anche se una malattia la obbliga a letto?	Sì	1
	No	0
Fa fatica a non fumare negli ambienti dove è proibito?	Sì	1
	No	0

Grado di dipendenza (somma dei punti): 0-4 scarsa o nulla; 5-6 media; 7-8 forte; > 9 molto forte.

Da: KO. Fagerstroem: Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment Add. Behav. 1978; 3: 235-241.

L'anamnesi clinica

Definite le problematiche legate alla dipendenza, si esamineranno le componenti la cui presenza ancora il soggetto all'abitudine al fumo rendendone variamente complessa la disassuefazione.

Un'indagine anamnesticamente accurata deve accompagnare ogni richiesta di astensione perché il fumo può risultare la miglior risposta disponibile per contenere complesse problematiche esistenziali e suggerire come soluzione ottimale anche la rinuncia alla terapia: in particolare sono da valutare attentamente le caratteristiche di personalità che hanno portato alla scelta del fumo perché possono rappresentare un vincolo fortemente condizionante il successo della terapia.

E' innegabile che, di fronte alla diffusione ubiquitaria della "tentazione tabagica" solo una minoranza, sia pure elevata, diviene dipendente. Le motivazioni psicologiche che spingono a questa scelta e ne giustificano la persistenza possono rimanere invariate o modificarsi nel tempo, sempre ad esse aggiungendosi inevitabile una dipendenza farmacologica e comportamentale. La dipendenza risulta generalmente talmente elevata che solo una assai ridotta minoranza, non superiore al 5%, riesce ad attivare risorse decisionali sufficienti a interrompere spontaneamente il fumo.

L'età a cui nasce la decisione di interrompere il fumo difficilmente è l'età giovanile a meno che patologie gravi già presenti, peggiorate dal fumo, spingano in questa direzione. Ad affrontare il problema si inizia generalmente dai quarant'anni in poi con un interesse progressivamente crescente verso gli anni cinquanta, quando, inequivocabilmente, i segni dei danni da fumo cominciano a manifestarsi pur con dubbi e ripensamenti che possono procrastinare la decisione definitiva agli anni successivi.

E' evidente che la scelta di liberarsi da un fumo ininterrotto, quanto più tardivamente è presa, tanto più esige volontà e impegno per superare una lunga dipendenza e annullare comportamenti radicati dal tempo. E' un risultato non facile da raggiungere tanto più che situazioni esistenziali spesso presenti (pensionamento, solitudine dovuta a vedovanza o all'abbandono da parte dei figli della casa d'origine) contribuiscono a dare al fumo valenze non facilmente sostituibili. Taluni di questi pazienti, in particolare, esprimono apertamente il rifiuto per una scelta, che solo la gravità di una patologia, nettamente peggiorata dal fumo, costringe ad accettare. Ma anche in età giovanile di fronte ad un'astensione imposta da malattie fortemente invalidanti quali un diabete mellito, un'asma bronchiale, un'arteriopatia obliterante, si possono evidenziare dipendenze non meno accentuate, spesso accompagnate da significative problematiche psicologiche, conseguenti in parte alla patologia stessa, cui il fumo sembra dar sollievo; quando, infine, il fumo stesso non assuma valenza, sia pur distruttiva, di sfida alla malattia: il poter continuare a fumare diventa conferma delle capacità di esistenza e resistenza di fronte alla malattia stessa: "sinché riesco a fumare, la mia situazione non è ancora così grave" è il pensiero rassicurante che il paziente ripete a se stesso e riferisce al terapeuta.

La presenza attuale o pregressa di patologie psichiatriche deve rendere estremamente cauti nell'attivare il trattamento di disassuefazione: a parte le controindicazioni proprie alla terapia ipnotica, occorre non dimenticare che il fumo può essere un'importante risorsa per il contenimento di gravi forme depressive con istinti anticonservativi. Una patologia psichiatrica maggiore (psicosi schizofrenica, psicosi maniaco depressiva, depressione maggiore, alcolismo, delirio paranoide) induce in linea di massima a rifiutare il trattamento a meno che l'intervento venga richiesto o concordato con lo psichiatra curante. La percentuale di successo risulta comunque assai bassa: sono pazienti, spesso forti fumatori, che, dopo una iniziale disponibilità, abbandonano la terapia alle prime difficoltà; inoltre il possibile riaffiorare o riacutizzarsi della patologia preesistente (in una nostra paziente la riduzione sin quasi a zero delle sigarette fumate si accompagnò all'insorgere di un episodio maniacale) può esigere interventi di emergenza di notevole impegno.

Alcuni soggetti trovano nel fumo *la più soddisfacente risposta a importanti problematiche esistenziali*: in situazioni simili un approccio diretto unicamente all'eliminazione del fumo è facilmente destinato a fallire; . E' importante riconoscere e rispettare questa realtà astenendosi da un intervento mirato unicamente all'abolizione del fumo, né deve fare eccezione l'ipnosi: anche se normalmente destinata in situazioni simili a fallire, essa può in soggetti recettivi con suggestioni imperative e vincolanti costringere all'astensione, pericolosamente annullando difese di cui il fumo potrebbe essere componente essenziale: indispensabile risulta l'attivazione di una psicoterapia per aumentare possibilità di successo assai scarse.

Anche *nella abituale vita relazionale il fumo può adempiere a molteplici e importanti funzioni*: esse devono essere evidenziate per studiare le alternative possibili: il fumo può assumere funzione di "iniziale barriera difensiva" (il tempo necessario ad accendere la sigaretta ed a "tirare la prima nota" permette un attimo di pausa consentendo un momento di riflessione e il controllo dell'ambiente circostante), può trasformarsi in mezzo comunicazionale raffinato ed efficace o sottolineare una posizione di potere che permette la violazione delle regole fumando là dove è proibito.

Accertare l'età d'inizio del fumo e la sua evoluzione temporale, valutare il coinvolgimento emozionale e la carica decisionale presente, indagare su precedenti tentativi di astensione e frequenza, motivazione, successo, insuccesso, durata degli stessi, evidenziare i motivi della ripresa del fumo e della sua persistenza sono conoscenze indispensabili da acquisire per attivare una efficace terapia.

La valutazione della fermezza decisionale e l'esame delle indicazioni che spingono il paziente a richiedere l'astensione sono i punti successivi da acquisire: spesso la motivazione principale è data dalla patologia medica sottostante la cui invalidante presenza costringe il paziente all'intervento. Sottolineare e confermare i danni del fumo senza lanciarsi in un improduttivo terrorismo ma rimanendo in una realtà facilmente obiettivabile può colmare conoscenze incomplete, rendere operanti scelte ancora incerte e stimolare in maniera decisa la volontà di cambiamento. Egualmente altre motivazioni, meno frequenti, ma soggettivamente significative come disagio e fastidio per l'odore di fumo presente sulla propria persona o sulle proprie cose, difficoltà a continuare in prestazioni fisiche abituali, limitazioni sempre maggiori incontrate a causa del fumo nell'ambiente familiare o di lavoro, irritazione per uno spreco di denaro così evidente, possono avere importanza nel massimizzare l'impegno.

Sesso e condizione sociale giocano un ruolo importante nell'attivare le motivazioni a smettere: specie nella donna, l'insoddisfazione per aspetti estetici non graditi, alito spiacevole, denti gialli, pelle avvizzita o precocemente invecchiata, può spingere ad un deciso impegno mentre la presenza di figli in età infantile e i sensi di colpa collegati all'assorbimento del fumo passivo possono trasformarsi in un potente incentivo a interrompere il fumo; egualmente la scoperta del suo rifiuto nell'ambiente sociale di appartenenza e la sgradevole sensazione di emarginazione percepita possono indurre all'astensione.

Scoprire se *la scelta di smettere di fumare sia spontanea o richiesta o imposta* dall'ambiente familiare o lavorativo è essenziale: nel secondo caso è indispensabile estrema cautela nell'agire perché difficilmente si accetta di smettere di fumare per far piacere o obbedire a qualcuno; l'imposizione tende piuttosto ad attivare risposte conflittuali di rifiuto: si accetta sì di provare ma per dimostrare in realtà che, nonostante la buona volontà e la disponibilità all'impegno, risolto il tentativo in un insuccesso come di massima avviene, l'unica scelta ragionevole è ritenere il vizio non più correggibile e lasciare al fumatore il suo fumo. Anche se la presenza di una situazione simile rende molto difficile il trattamento, un tentativo può essere compiuto: il colloquio iniziale potrà essere l'occasione per trasformare, attraverso una diversa elaborazione dei problemi, le pressioni esterne in decisione autonoma di astensione.

E' necessario ancora chiedere al paziente *in quali tempi vuole abbandonare il fumo, se immediatamente di brusco o in modo progressivo*, perché diversi sono i presupposti decisionali e differente la qualità dell'intervento. Chi decide di troncarsi bruscamente è più disponibile a un impegno maggiore e a meglio accettarne i potenziali disagi. L'esperienza conferma che in un ampio numero di pazienti la scelta di un rapido ed immediato azzeramento del fumo, nella sua invariabile identità, può essere più facilmente assorbita di una riduzione progressiva da attuare sotto continuo controllo.

La disassuefazione graduale si presenta generalmente meno impegnativa, più morbida, rinegoziabile, con spazi temporali maggiori ma ha inconvenienti di non poco conto: innanzitutto non è sempre facile ottimizzare i tempi della riduzione ed esige, nel suo progredire, un controllo sempre più stretto sui tempi di attesa e di astensione dal fumo: essa può attivare in alcuni un comportamento ossessivo con componenti ansiose così elevate da annullare le motivazioni alla terapia. La scelta di una riduzione progressiva deve concludersi in tempi ben definiti, in quattro, cinque incontri al massimo nel corso di un mese, accettando e affrontando un altissimo rischio di abbandono quando le sigarette si riducono a quattro, cinque o anche meno: in questi momenti i condizionamenti psico-comportamentali residui possono rivelarsi della massima intensità, e pur in presenza di una netta riduzione della dipendenza farmacologica, rendere assai difficile l'astensione e la rinuncia completa al fumo, espressione della non ancora raggiunta accettazione della sua perdita definitiva e irrecuperabile.

La situazione critica deve essere rapidamente superata stimolando al massimo le motivazioni iniziali per evitare l'interruzione della terapia da parte di un paziente ormai scarsamente disponibile ad ulteriori impegni e già pago della riduzione e del benessere raggiunto.

Anche *la quantità di sigarette fumate e la risposta psicocomportamentale correlata devono essere valutate*. Un

consumo di sigarette nettamente superiore alle venti, un atteggiamento di passiva rassegnazione e fatalità verso il fumo, una modesta disponibilità o uno scarso impegno nell'adeguarsi alle prescrizioni mediche, il rifiuto ad accettare la realtà di una tossicodipendenza, sono tutti segnali che suggeriscono possibilità di successo molto limitate. In situazioni simili è quanto mai indicato far precedere l'inizio della terapia dall'effettuazione del *test dell'elastico*. Esso permette in maniera molto semplice di valutare l'impegno e le residue possibilità di controllo sul fumo, in particolare sui condizionamenti e gli automatismi ad esso correlati: obiettivo finale è rendere questi ultimi evidenti e agire positivamente su di essi. Facile nella sua attuazione, il test può dare anche informazioni sull'atteggiamento con cui l'astensione potrebbe essere vissuta e sui conflitti suscetibili: viene generalmente proposto quando le sigarette non sono inferiori alle venti. Esso consiste nel semplice invito ad avvolgere con un elastico, in doppio giro verticale, il pacchetto sì da impedirne l'apertura inavvertita. Nessun obbligo di non fumare, anche se l'elastico avvolgente il pacchetto può essere percepito come implicito messaggio di astensione in un contesto terapeutico finalizzato alla cessazione del fumo. Al paziente viene solo chiesto di fare un segno, un puntino in genere, all'esterno del pacchetto per ogni sigaretta fumata, dopo essersi chiesto ogni volta, all'insorgere del desiderio, se questo debba essere immediatamente esaudito o ne possa essere ritardata l'esecuzione per un tempo anche minimo. Alla fine della giornata il numero delle sigarette fumate sarà riportato su un foglio su cui sono evidenziati i giorni della settimana scelti per la prova. Se in qualche situazione il consumo di sigarette si presentasse inusuale, il paziente è invitato a segnalarlo per valutare l'incidenza sul fumo di particolari condizionamenti ambientali. Si motiverà la richiesta spiegando che l'obiettivo finale è la verifica delle capacità residue di controllo sul fumo il che permetterà di evidenziare anche gli automatismi presenti.

Nei pazienti che lo eseguono il test aiuta a percepire una realtà frequentemente ignorata, evidenziando gli automatismi presenti e attivando l'impegno alla loro eliminazione.

In linea di massima si ottiene senza eccessiva difficoltà e senza alcun segno di astinenza importante una riduzione del 20 - 30% delle sigarette fumate; la soddisfazione per i risultati ottenuti e la scoperta del fumo "inutile" aumentano la motivazione alla terapia e il desiderio di raggiungere il successo.

La mancata riduzione delle sigarette nel test dell'elastico ha in linea di massima valore prognostico negativo. La sua effettuazione in caso di insuccesso può essere nuovamente richiesta, invitando il soggetto ad un maggior impegno, o riproposta dopo la prima seduta d'ipnosi. Se si registra un nuovo fallimento solo uno stato ipnotico ampiamente dissociativo e pesanti suggestioni avversative, unite ad una psicoterapia finalizzata, potranno avere effettive possibilità di successo nell'annullare la dipendenza, specie se l'accompagnano problematiche esistenziali importanti. Occorre quantificare, per quanto possibile, nel colloquio iniziale *l'incidenza delle tre componenti principali dell'atto del fumare: quella gestuale-comportamentale, quella da dipendenza farmacologica, quella da risposta condizionata ansiolitica e antidepressiva alle problematiche stressanti*: la preponderanza di quest'ultima aumenta le difficoltà alla terapia perché non è solo la dipendenza dalla nicotina da annullare ma soprattutto sono da modificare modelli esistenziali cui il fumo sembra dare risposte non facilmente sostituibili; meglio affrontabili, si utilizzi o no l'ipnosi, sono le componenti strettamente comportamentali del fumo e la dipendenza farmacologica da nicotina: in particolare è possibile, attraverso l'ipnosi, neutralizzare o ridurre i sintomi da astinenza, segnale indiretto sia della possibile liberazione di neuropeptidi oppiaceosimili, sia della stimolazione del sistema recettoriale adrenergico e dopaminergico.

IPNOSITERAPIA

Esaurito il colloquio anamnestico, sarà presentata al paziente l'ipnosi e le sue possibilità nella disassuefazione dal fumo.

Può a volte essere sufficiente una sola seduta d'ipnosi per raggiungere un risultato esaltante, che permette al paziente di scendere 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. Diventa pertanto opportuno, anche di fronte ad una immediata astensione, programmare ulteriori sedute che, sia pure in tempi sempre più distanziati, coprano almeno l'arco di tre, sei mesi, meglio ancora di un anno: particolare attenzione deve essere rivolta ai primi tre mesi dove più frequente si presenta la possibilità di ricadute. Eguale atteggiamento deve essere riservato anche a quei pazienti che, smesso recentemente di fumare, si rivolgono all'ipnosi per stabilizzare il risultato raggiunto e superare le tentazioni che quotidianamente si presentano. L'ipnosi sarà soprattutto in questo contesto indirizzata a facilitare la persistenza nell'astensione affrontando le problematiche psicologiche e comportamentali possibile fonte di ricaduta.

L'utilizzo dell'ipnosi dovrebbe, per ottimizzarne l'efficacia, essere strettamente individuale pur essendo utilizzabile anche un'ipnosi di gruppo in assenza di alternative: è indispensabile comunque dedicare un tempo, anche minimo, di attenzione personale a ciascun partecipante.

Se da un lato è importante dare al paziente la certezza che il cambiamento, pur difficile, non è mai impossibile, è necessario ricordare che l'ipnosi non può sostituirsi alla fermezza della volontà né costringere a scelte e motivazioni che sono ancora estranee, indifferenti o imposte dall'ambiente; l'ipnosi può certo amplificare e facilitare il compimento di decisioni già prese, anche se di difficile esecuzione, ma non può obbligare il paziente a farle nascere, a farle proprie, a realizzarle. Aspettative irrealistiche in tal senso dovranno essere rapidamente eliminate: l'ipnosi non è una bacchetta magica che in un istante cancella e annulla il passato ma un metodo d'intervento che unito a ferma determinazione ed impegno può dare risultati eccellenti.

Vi sono persone che si avvicinano all'ipnosi in maniera totalmente passiva: si attendono che sia unicamente il terapeuta ad agire, che l'ipnosi cancelli di colpo e completamente abitudini di lunga durata annullando ogni desiderio o collegamento al fumo: un atteggiamento simile segnala una notevole dipendenza sia comportamentale che psicologica e non facilita il successo della terapia escludendosi il soggetto a priori da qualunque intervento attivo. Vi sono anche persone impazienti che sottovalutando la gravità del problema hanno aspettative decisamente irrealistiche. L'ipnosi deve in tempi immediati e in non più di una sola seduta ottenere l'astensione dal fumo annullando la dipendenza da quantità di sigarette spesso elevata: di fronte all'insuccesso o al successo parziale di quanto richiesto non sono disponibili a ulteriori interventi, si dimostrano deluse ed insoddisfatte del metodo e,

giudicando di averne completamente esaurito le possibilità, decidono di non andare oltre e di chiudere l'esperienza. Alcuni punti riguardanti la terapia ipnotica devono essere chiariti nelle loro linee essenziali prima di procedere all'induzione. È indispensabile valutare le conoscenze già in possesso del paziente integrandole se insufficienti, correggendole se errate. Si sottolineerà in particolare *l'assenza di eguaglianza tra sonno fisiologico e ipnosi*: quest'ultima sarà presentata come uno stato psicologico particolare in cui è possibile far nascere nuove potenzialità e amplificare quelle già presenti. Egualmente si assicurerà che non vi è *nessuna possibilità di commettere atti contrari alla propria struttura etico morale*, mentre *l'uscita dall'ipnosi è sempre e comunque assicurata*, anche in caso di scomparsa dell'ipnotista, dal suo progressivo e spontaneo esaurirsi fisiologico. *Ridurre al minimo il desiderio e i disagi legati all'astensione, rompere le abitudini e i condizionamenti comportamentali e psicologici che si accompagnano all'atto del fumare sono gli altri obiettivi che l'ipnosi permetterà di raggiungere.*

Le suggestioni che utilizziamo nella disassuefazione dal fumo hanno contenuti diversi: *evitiamo in linea di massima le suggestioni pesantemente avversative* che tendono a rendere estremamente disagiata l'atto del fumare non solo perché spesso non accettate, anche se realizzate, ma soprattutto perché il loro fallimento, sempre possibile, può rendere difficile il proseguimento della seduta. *Le suggestioni avversative* presentate nella seduta ipnotica possono essere dirette a colpire i vari sensi interessati dal fumo: gusto, odorato, vista, tatto; i trattati di ipnosi ne presentano una quantità impressionante: sigarette simili a viscidì serpi, comparsa di nausea, vomito, vertigini durante l'inalazione del fumo, rigidità della mano al momento di prendere la sigaretta, contrattura spastica labiale di rifiuto, allucinazioni visive di morte proiettate sulla carta delle sigarette. Più vantaggioso giudichiamo *l'uso di suggestioni blandamente avversative unite a suggestioni ristrutturanti positive*, che sottolineano i vantaggi nascenti dalla raggiunta astensione dal fumo, *di suggestioni a finale aperto* che meglio e più rapidamente possono adeguarsi al vissuto esperienziale del soggetto, *di suggestioni strettamente individualizzate* al fine che richiamandosi alla patologia presente o a specifiche esigenze personali risultano della massima efficacia. Può anche essere utilizzata con prudenza *la suggestione diretta* per l'eliminazione sintomatica dei comportamenti attraverso la richiesta più o meno imperativa della loro cessazione. *Altre suggestioni, più complesse, anche non verbali, tendono a determinare comportamenti alternativi* come la modifica o la sostituzione di gestualità precedentemente legate al fumo con altre nuove: diventate quest'ultime segnali di rapido autocondizionamento ipnotico, riescono spesso ad attivare brevi stati di autoipnosi, essenziali per superare momenti difficili: può essere, ad esempio, suggerito che la mano, al momento di prendere il pacchetto di sigarette, scivolerà via e si allontanerà dalla tasca effettuando un gesto diverso (un breve appoggio sulla fronte, un rapido stringere il pugno, un accarezzarsi l'orecchio) con la finalità non solo di superare il momento critico in uno stato di autoipnosi vigile ma anche di attivare in modo sempre più automatico gestualità sostitutive.

Limiti all'utilizzo delle suggestioni, dirette, indirette, post ipnotiche, sono la fantasia dell'ipnotista e la suscettibilità ipnotica del soggetto; si tratti di suggestioni classiche avversative o di suggestioni strettamente personalizzate esse potranno essere variamente modulate o modificate nel corso della terapia. In alcuni casi diventa indispensabile inserire, oltre a suggestioni specifiche per l'astensione dal fumo, suggestioni finalizzate a migliorare i vissuti esistenziali del paziente.

L'ottimizzazione del rapporto relazionale deve essere costantemente perseguita, ottenuta ed allargarsi ben oltre il tempo della seduta ipnotica: sostegno verbale, incoraggiamento, battute scherzose, sdrammatizzazione e ristrutturazione dei problemi, nascita di motivazioni, rottura di comportamenti improduttivi, eliminazione di aspettative irrealistiche, presentazione di strategie alternative, sono strumenti tutti che permettono di aumentare le possibilità di successo. In ogni momento della terapia è importante che il paziente si senta fortemente appoggiato, motivato e stimolato a un cambiamento che deve essere ritenuto finalmente possibile.

Le tecniche comportamentali-cognitive di appoggio e di attivazione motivazionale sono indispensabili nella disassuefazione dal fumo: ad esse l'ipnosi permette di conferire la massima efficacia. Possono già essere evidenti, sia pure in maniera embrionale o incompleta, in alcune strategie già utilizzate dal paziente stesso: valorizzarle, modificarle, completarle, al caso proponendone di nuove, è essenziale specie quando è ormai da raggiungere, dopo riduzioni progressive, l'astensione assoluta dal fumo. Porre in evidenza una scatola di plexiglas trasparente dove mettere la sigaretta con la dicitura "pericolo" o ammucchiare il denaro risparmiato giorno per giorno non fumando, costringersi a bruciare con la sigaretta, accesa in violazione ai programmi stabiliti, una banconota di elevato valore sino a incenerirla completamente, avvolgere il pacchetto con un foglio tappezzato di frasi sui danni del fumo, sommare ogni giorno la cifra risparmiata rinunciando all'acquisto delle sigarette, sono alcune delle scelte proponibili: limite importante al loro successo è la disponibilità del paziente ad impegnarsi nella loro esecuzione.

Trent'anni di pratica clinica e l'elevato numero di fumatori trattati ci spingono ad alcune osservazioni su questioni solo apparentemente marginali e spesso trascurate. Chiedersi *come sarà vissuta la decisione di smettere di fumare* con la sua proposta di irreversibilità, quali problematiche possa comportare una disassuefazione riuscita e quali paure possa paradossalmente suscitare, sono interrogativi cui occorre dare una risposta precisa. Smettere di fumare può offrire una qualità di vita migliore con il recupero e l'ottimizzazione di molte funzioni fisiologiche ma la rottura di equilibri preesistenti, pur dannosi, ma percepiti come stabili e sicuri, può essere vissuta come un rischioso viaggio verso l'ignoto. Mentre non sono ancora ben definiti né immediati i vantaggi della nuova scelta, certe sono le difficoltà da affrontare giorno dopo giorno, specie quando il fumo continua ad essere presente nell'ambiente familiare: fonte di tentazione continua può facilitare e stimolare la ripresa di un'abitudine da troppo breve tempo interrotta. Anche il successo raggiunto con la terapia, sia esso l'astensione totale o una netta riduzione del fumo, può creare impreviste difficoltà per il possibile rapido riemergere di atteggiamenti e comportamenti disturbanti, cui il soggetto aveva fatto fronte in precedenza col fumo, non facili da gestire in maniera alternativa: la loro comparsa può generare ansia, disagio, confusione, rifiuto alla prosecuzione della terapia e il suo abbandono.

Le difficoltà, maggiori nell'età avanzata, a stabilizzare i nuovi apprendimenti tendono a facilitare, di fronte alla ricomparsa di esperienze strettamente legate al fumo, la ripresa, spesso automatica, dell'abitudine: può diventare necessario per impedirlo attivare un sostegno particolare, che può allargarsi all'ambito familiare, per valorizzare i risultati già raggiunti: salute, benessere, risparmio economico, autostima, scomparsa dell'odore di fumo, libertà psicologica, ben evidenziati, possono facilitare la persistenza dell'astensione.

Un'attenzione estrema richiede la presenza di *tendenze depressive o depressione in atto*, in terapia o meno, in

quanto il fumo può avere una valenza antidepressiva importante anche se non è ancora noto con esattezza quale meccanismo neurofisiologico vi sottenda. Spesso nei primi due mesi di astensione, con maggior incidenza nella prime due settimane, tendono a presentarsi, specie in persone anziane, lievi stati depressivi, la maggior parte a risoluzione spontanea. Si riscontrano momentanea e variabile perdita d'interesse verso l'ambiente circostante, alterazioni del sonno, inerzia decisionale, difficoltà nell'affrontare le abituali situazioni esistenziali. Questa risposta psicocomportamentale, quando presente, segua essa una decisione spontanea di astensione o sia il risultato di un intervento che abbia ignorato le componenti psicologiche del fumo (agopuntura, elettrostimolazione, cerotto o chewingum alla nicotina), può spiegare e giustificare la ricaduta dell'abitudine e sottolinea la necessità di un controllo protratto per ottenere risultati duraturi. Non sempre è facile definire quanto la situazione depressiva sia unicamente riconducibile alla sindrome d'astinenza, quanto atteggiamento di personalità cui il fumo offre risposte adattative, quanto ricomparsa di una depressione, in precedenza compensata o mascherata.

L'AMBULATORIO DI IPNOSITERAPIA E DISASSUEFAZIONE DAL FUMO DELL'OSPEDALE MOLINETTE DI TORINO

Se le statistiche segnalano una astensione spontanea dal fumo raggiunta senza ausili esterni oscillante dal 2 al 5%, quali sono i risultati ottenibili con l'ipnosi?

Soprattutto in ambito pubblico, quale può essere una struttura ospedaliera o un ambulatorio specialistico, l'ipnosi può essere utilizzata con successo in un numero elevato di pazienti dando un contributo significativo nel raggiungere l'astensione dal fumo: i costi dell'intervento risultano modesti, il metodo sicuro e apprendibile, i risultati ottenibili soddisfacenti.

Presenteremo nelle righe successive i risultati della nostra attività in ambito pubblico, segnalando gli orientamenti e le scelte che giudichiamo più idonei per un uso efficace dell'ipnosi nella disassuefazione dal fumo. Quanto riferito riguarda il trattamento ambulatoriale e dei controlli periodici di circa 700 (tutti personalmente esaminati dal 1 gennaio 2000 al 31 dicembre 2002) dei 1600 pazienti presentatisi nell'Ambulatorio di Ipnositerapia e disassuefazione dal fumo dell'Ospedale Molinette di Torino, affidato alla nostra responsabilità, dal luglio 1993.

Si accede al servizio tramite l'impegnativa del medico di base che segnala la patologia esigente la disassuefazione dal fumo. Le patologie ammesse al trattamento comprendono le cardiopatie, le patologie broncopolmonari, l'arteriopatia periferica obliterante, le vasculopatie cerebrali, il diabete mellito, le neoplasie, le collagenopatie, le neuropatie e la condizione fisiologica di gravidanza.

Al momento della prenotazione viene consegnato al paziente un modulo con informazioni essenziali sull'ipnosi, sulle sue possibilità nella disassuefazione dal fumo, sul numero e la frequenza delle sedute e richiesto il consenso scritto alla terapia. Viene richiesta la compilazione del test di Fagerstroem per valutare il grado di dipendenza dalla nicotina. Il numero iniziale di sedute è variabile da tre a otto nei primi tre, quattro mesi con intervalli temporali più stretti se la richiesta di astensione è immediata: in quest'ultimo caso la necessità di condizionamenti post ipnotici rapidi, ripetuti e di un supporto psicologico adeguato impongono controlli molto ravvicinati per aumentare al massimo le possibilità di successo. Interventi successivi, più distanziati, coprenti da sei mesi ad un anno, sono previsti per ridurre al minimo il rischio di recidive.

Nel valutare i risultati della statistica presentata devono essere tenute presenti due caratteristiche particolarmente frequenti nei pazienti trattati: l'esistenza nella maggior parte dei casi di una patologia importante, in alcuni casi molto grave, nettamente peggiorata dal fumo, inequivocabile segnale di una notevole dipendenza e l'età media piuttosto avanzata (un campione numeroso dei pazienti si situa tra i 55 e i 70 anni d'età) comportante una lunga consuetudine col fumo e l'acquisizione di abitudini fortemente vincolanti.

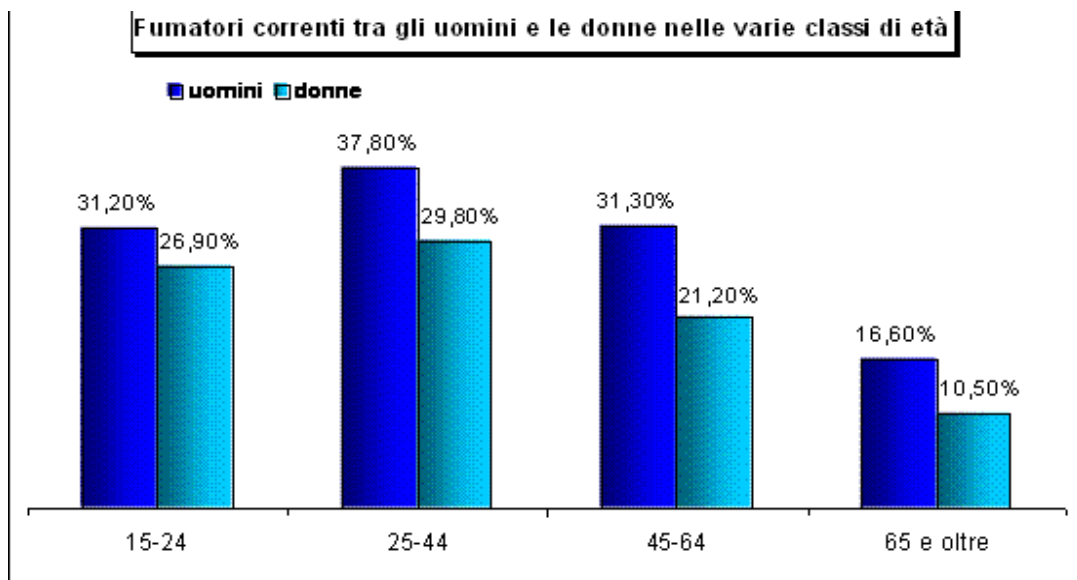
E' evidente che, considerate queste premesse, l'eliminazione della tossicodipendenza tabagica in tali soggetti non può che presentarsi difficile e complessa. Ampiamente prevedibile è quindi una percentuale di interruzione iniziale molto alta ed è quanto abbiamo verificato nella nostra esperienza: un 30% dei fumatori interrompe la terapia molto precocemente dopo il primo o il secondo incontro.

La presenza di problematiche psicologiche di rilievo, importante causa di interruzione della terapia, è assai frequente nei fumatori in particolare nel sesso femminile; nella nostra esperienza raggiunge il 50% delle fumatrici, il 25% dei fumatori: esse possono essere quanto mai varie e richiedere interventi differenziati e complessi. Più o meno contenute dal fumo possono esigere un impegno notevole sia per la loro soluzione sia per rompere i legami col fumo stesso. Le situazioni cui più frequentemente il fumo sembra dar sollievo sono momenti di disagio comportamentale, risposta a timidezza, a perfezionismo, a ipercontrollo, ad ansia eccessiva: il fumo si è trasformato, grazie all'azione ansiolitica ed antidepressiva della nicotina, in risposta immediata condizionata finalizzata ad affrontare le problematiche non risolte.

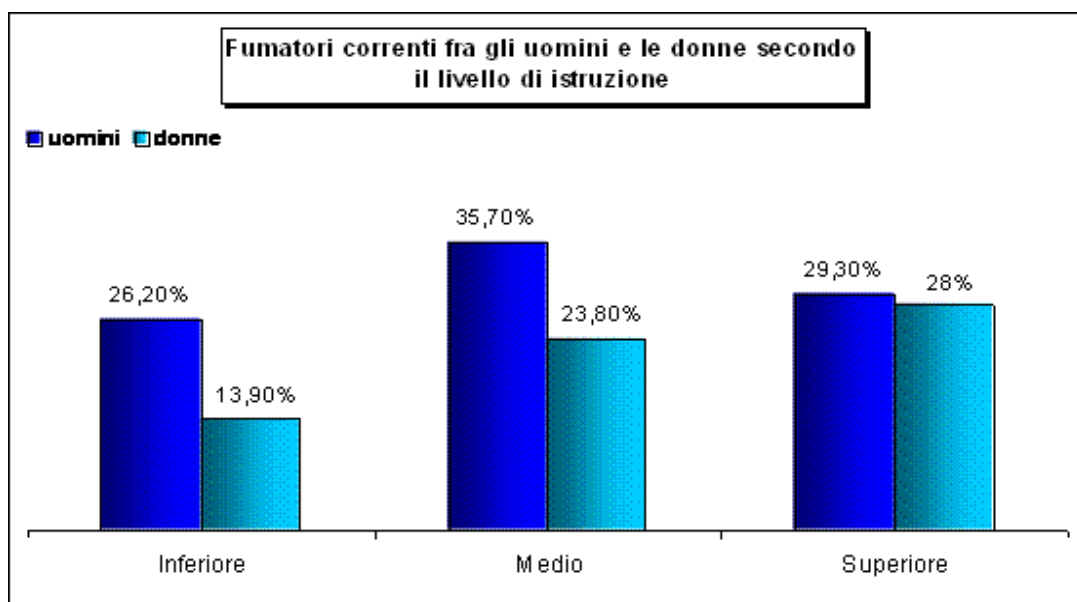
Si ritiene utile prima di presentare i risultati dell'attività dell'Ambulatorio di Ipnositerapia e disassuefazione dal fumo riportare i dati ISTAT 2002 sulla situazione "fumo" in Italia.

I fumatori in Italia (indagine Doxa marzo-aprile 2002 su un campione di 3238 fumatori)

Campione	Totale	Uomini	Donne
	3.238	1.556	1.682
Mai fumatori	58,3%	47%	68,7%
Ex-fumatori	15,2%	21,9%	9%
Fumatori di sigarette, di cui:	26,6%	31,1%	22,3%
meno di 15 sigarette al giorno	11,5%	11%	12%
15-24 sigarette al giorno	12,3%	15,5%	9,4%
25 sigarette o più al giorno	2,6%	4,4%	1%



Secondo l'indagine Doxa si fuma maggiormente nella fascia d'età compresa tra i 25 e i 44 anni, mentre la percentuale di fumatori cala decisamente tra gli oltre sessantaquattrenni.



In base all'indagine Doxa la percentuale più alta di fumatori maschi si riscontra tra chi ha un livello di istruzione media: fra le donne fuma di più chi ha una laurea o un diploma di scuola media superiore.

Edotti della diffusione del fumo in Italia e delle sue caratteristiche, presenteremo nelle righe seguenti i risultati statistici della nostra esperienza clinica.

Dal gennaio 2000 al dicembre 2002 si sono presentati all'Ambulatorio di Ipnositerapia per la disassuefazione dal fumo 691 pazienti, 295 donne e 396 uomini.

Di essi vengono riportati età, stato civile, titolo di studio, numero di sigarette fumate, età d'inizio del fumo, presenza di fumo genitoriale, di coniuge fumatore o ex fumatore, gravità della patologia medica, presenza di problematiche psicologiche o psichiatriche.

Per quanto riguarda l'intervento di disassuefazione si evidenziano il punteggio al test di Fagestroem, il numero di sigarette fumate, il tipo di astensione richiesto, progressiva o immediata, la presenza di precedenti interruzioni del fumo.

Per quanto riguarda l'astensione si presenta il numero ed l'età delle persone che l'hanno raggiunta, presenza o assenza di precedenti interruzioni del fumo, la richiesta espressa di astensione immediata o progressiva, il risultato del test di Fagerstroem.

I soggetti astinenti hanno realizzato per un 10% un'ipnosi superficiale, per un 80% un'ipnosi media, per un 10% un'ipnosi profonda.

UOMINI	Valore
Numero Pazienti	396
Età < 40	47
Età 40 - 60	197
Età > 60	147
Stato Civile	
Celibe/Nubile	60
Coniugato	290
Convivente	4
Divorziato	22
Separato	11
Vedovo	5
Non disponibile	4
Titolo di studio	
Analfabeta	1
Diploma	149
Laurea	39
Licenza elementare	45
Licenza media	159
Non disponibile	3
Sigarette fumate	
Sigarette < 10	16
Sigarette 10 - 20	159
Sigarette 21 - 30	106
Sigarette > 30	115
Età inizio fumo	
Età inizio < 10	9
Età inizio 10 - 13	44
Età inizio 13 - 17	197
Età inizio 17 - 20	83
Età inizio > 20	59
Non disponibile	4
Disassuefazione richiesta	
Immediata	231
Non attuata	18
Progressiva	147
Problematiche psichiatriche presenti	31
Problematiche psicologiche presenti	90
Precedente interruzione fumo presente	255
Precedente interruzione fumo assente	141
Fumo genitoriale	
Entrambi	60
Padre	258
Madre	9
Nessuno	60
Non disponibile	8
Coniuge	
Fumatore	107
Non fumatore	289
Ex - fumatore	27
Test di Fagerstroem	
Test di Fagerstroem (0-4)	37
Test di Fagerstroem (5-6)	118
Test di Fagerstroem (7-8)	168
Test di Fagerstroem (>8)	70
Patologia medica	
Assente	3
Discreta	123
Grave	214
Molto grave	56

Non idonei alla terapia	17
Interruzione precoce della terapia	Valore
Interruzione dopo 1 visita	55
Interruzione dopo 2 visite	83
Astinenza raggiunta	101
Ricaduta	53
Entro 1 mese	32
Entro 3 mesi	8
Entro 6 mesi	4
Entro 12 mesi	9
Oltre 12 mesi	0
Astinenza in corso	48
< 6 mesi	12
da 6 mesi a 12 mesi	8
da 12 mesi a 24 mesi	17
> 24 mesi	11
Età pazienti astinenti	
Pazienti Astinenti con età < 40	18
Pazienti astinenti con età 40 - 60	51
Pazienti astinenti con età > 60	32
Gravità della patologia nei pazienti con astinenza raggiunta	
Assente	0
Discreta	42
Grave	48
Molto grave	11
Test di Fagerstroem nei pazienti astinenti	
0- 4	14
5- 6	37
7- 8	39
> 8	11
Astensione raggiunta e precedente astensione dal fumo	
Astensione pregressa presente	67
Astensione pregressa assente	34
Tipo di disassuefazione richiesta dai pazienti astinenti	
Richiesta di disassuefazione immediata	75
Richiesta di disassuefazione progressiva	26

DONNE	Valore
Numero Pazienti	295
Età < 40	39
Età 40 - 60	156
Età > 60	94
Non disponibile	6
Stato Civile	
Celibe/Nubile	46
Coniugato	171
Convivente	7
Divorziato	20
Separato	26
Vedovo	23
Non disponibile	2
Titolo di studio	
Diploma	110
Laurea	37
Licenza elementare	29
Licenza media	116
Non disponibile	3
Sigarette fumate	
Sigarette < 10	11
Sigarette 10 - 20	151

DONNE	Valore
Sigarette 21 - 30	77
Sigarette > 30	54
Non disponibile	2
Età inizio	
Età inizio < 10	1
Età inizio 10 - 13	14
Età inizio 13 - 17	119
Età inizio 17 - 20	77
Età inizio > 20	80
Non disponibile	4
Disassuefazione richiesta	
Disassuefazione immediata	154
Disassuefazione progressiva	127
Disassuefazione non attuata	14
Problematiche psichiatriche presenti	36
Problematiche psicologiche presenti	164
Precedente interruzione del fumo presente	188
Precedente interruzione del fumo assente	107
Fumo genitoriale	
Padre	168
Madre	9
Entrambi i genitori fumatori	73
Nessun genitore fumatore	34
Non disponibile	11
Coniuge	
Coniuge fumatore	96
Coniuge non fumatore	199
Coniuge ex-fumatore	48
Test di Fagerstroem	
Test di Fagerstroem (0-4)	39
Test di Fagerstroem (5-6)	80
Test di Fagerstroem (7-8)	117
Test di Fagerstroem (>8)	55
Non disponibile	4
Gravità patologia	
Assente	5
Discreta	95
Grave	170
Molto grave	25
Abbandono precoce della terapia dopo 1 visita	37
Abbandono precoce della terapia dopo 2 visite	38
Pazienti non idonee al trattamento	14
Astinenza raggiunta	81
Ricaduta dopo astinenza	33
Entro 1 mese	16
Entro 3 mesi	4
Entro 6 mesi	6
Entro 12 mesi	8
Oltre 12 mesi	2
Pazienti con astinenza in corso	48
< 6 mesi	9
da 6 mesi a 12 mesi	15
da 12 mesi a 24 mesi	14
> 24 mesi	10
Età pazienti astinenti	
Pazienti Astinenti con età < 40	12
Pazienti astinenti con età 40 - 60	47
Pazienti astinenti con età > 60	21
Gravità della patologia nei pazienti con astinenza raggiunta	
Assente	1
Discreta	33

DONNE	Valore
Grave	43
Molto grave	4
Test di Fagerstroem nei pazienti astinenti	
0- 4	11
5- 6	22
7- 8	33
> 8	15
Astensione raggiunta e precedente astensione dal fumo	
Pregressa astensione presente	57
Pregressa astensione assente	24
Tipo di disassuefazione richiesta dai pazienti astinenti	
Richiesta nei pazienti astinenti di disassuefazione immediata	58
Richiesta nei pazienti astinenti di disassuefazione progressiva	23

COMMENTI

L'esame dai dati statistici induce ad alcune osservazioni.

La percentuale di donne che sono si presentate per la disassuefazione rispecchia la percentuale nazionale fumatrici/fumatori 42, 6% rispetto al 41,7 del campione nazionale.

Solo una decisa minoranza dei soggetti, il 15% degli uomini e l'11,5% delle donne, ha nell'anamnesi l'assenza del fumo genitoriale confermando l'importanza del "contagio familiare" nell'acquisizione della dipendenza tabagica.

Risulta più frequente la presenza di una fumatrice consorte di un fumatore o ex fumatore 48% che di un fumatore consorte di una fumatrice o ex fumatrice 33,8%.

La percentuale di fumatrici laureate 12,5% si conferma più elevata rispetto al corrispondente campione maschile 9,8% sottolineando una maggior presenza del fumo nel ceto medio-alto femminile acculturato.

L'età di inizio del fumo si situa prevalentemente tra i 13 e i 17 anni con lieve ritardo temporale nel sesso femminile.

Una parte elevata del campione è formata da forti fumatori e fumatrici di più di 30 sigarette al di ben superiore alla statistica nazionale (il 29% del campione maschile, il 18% del campione femminile di fronte a una percentuale nazionale del 4,4% e dell'1%) segnalando una percentuale non trascurabile di forti fumatrici.

Le problematiche psichiatriche e psicologiche risultano presenti con frequenza assai elevata nelle donne 67,7% pur essendo ben presenti 30,5 % anche negli uomini confermando al fumo la valenza di droga sociale pseudoterapeutica.

Una parte del campione (4,5%) non è stato giudicato idoneo alla disassuefazione prevalentemente per la presenza di patologie psichiatriche o assenza di sufficienti motivazioni. Solo il 3% di soggetti non è risultato ipnotizzabile. Il legame tra ipnosi profonda e successo della disassuefazione non è risultato né assoluto né determinante.

La percentuale di interruzione precoce della terapia con abbandono entro il primo o secondo incontro risulta decisamente elevata il 30% (36,4.% uomini, 26,6% donne), maggiore di quasi 10 punti percentuali negli uomini, segnalando la fragilità e la difficoltà al mantenimento della decisione di astensione.

Nei soggetti, entrati effettivamente in terapia, l'ipnosi ha permesso di raggiungere una percentuale di astensione del 40% con lieve scarto a favore del sesso maschile.

Nei soggetti astinenti prevalgono i fumatori tra i 40 e 60 anni (45,9% uomini 58,00 % donne) mentre rispetto al totale dei fumatori trattati divisi per diverse fascia d'età il risultato peggiore (22% di astensione) è stato conseguito, come prevedibile dai soggetti con età superiore ai 60 anni.

La richiesta di astensione immediata è presente nei soggetti che hanno interrotto il fumo in misura quasi doppia di quella di astensione progressiva.

La percentuale di problematiche psicologiche e psichiatriche cresce all'aumentare del punteggio nel test di dipendenza aumenta e riduce nettamente la possibilità di raggiungere l'astensione rispetto ai soggetti che a parità di punteggio non le presentano.

Le persone che hanno interrotto la terapia precocemente presentano per lo più un punteggio elevato nel test di Fagerstroem.

LA RICADUTA

Una percentuale discreta di fumatori e fumatrici ricade nella dipendenza, nella nostra statistica in percentuale più alta i primi rispetto alle seconde.

La tendenza del fumatore e della fumatrice a non rispettare tempi e metodi della cura è un causa importante della ricaduta. Dei 53 fumatori ricaduti, 29 avevano interrotto, raggiunta l'astensione, anzitempo la terapia, delle 34 fumatrici ricadute 18 egualmente non l'avevano completato. Quasi nulle sono risultate le ricadute superato l'anno di astinenza, due donne, nessun uomo confermando l'importanza di un controllo protratto nel tempo.

E' presente una minor frequenza di ricaduta entro i primi sei mesi nelle donne rispetto agli uomini: è possibile che sia dovuta a un impegno decisionale maggiore, a una più soddisfacente risposta alla psicoterapia, sia pur essenziale, inevitabilmente associata, che permette di meglio affrontare le problematiche esistenziali e la loro relazione col fumo, alla più frequente presenza di un coniuge non fumatore o ex fumatore che riduce il rischio di contagio familiare, a un maggior senso di responsabilità e interesse per la propria persona, stimolato dal benessere raggiunto e dai miglioramenti estetici ottenuti.

Nella parte conclusiva (non riportata) sono presentati numerosi casi clinici di cui viene esaminata la terapia, in particolare le sedute ipnotiche finalizzate all'astensione. Un elenco di suggestioni e metafore finalizzate alla disassuefazione dal fumo completa il tutto.

Sommario del libro:

Fenomenologia e clinica dell'ipnosi: Storia – Terminologia. Il colloquio preinduttivo L'induzione ipnotica - La suggestione ipnotica - Lo stato ipnotico - La deipnotizzazione - La suggestione post ipnotica - Autoipnosi - Sintomatologia psichica - Sintomatologia somatica – Ipnositerapia.

La dipendenza tabagica: La sindrome d'astinenza - L'origine della dipendenza - La ricaduta
La scelta decisionale - La terapia farmacologica - L'anamnesi clinica.

L'Ambulatorio di Ipnositerapia e disassuefazione dal fumo dell'Ospedale Molinette:

Casistica clinica e induzioni.

Appendice: Metafore, suggestioni, similitudini.

Il *Dott. Aldo Nagar*, medico psicoterapeuta, è stato responsabile per nove anni dell'Ambulatorio di Ipnositerapia e disassuefazione dal fumo dell'Ospedale Molinette ed è direttore dei Corsi d'Ipnosi del COSPES. Esercita l'attività professionale in Torino.

E' possibile contattare il Dott. Nagar all'indirizzo nagar@ipnosiefumo.it o al numero telefonico 011-5097213.

Per maggiori informazioni è possibile consultare il sito <http://www.ipnosiefumo.it>

E' possibile prenotare una copia del volume di pagine 250 telefonando al COSPES o direttamente all'Autore 011-5097213.

▶ [Lo sguardo di Sartre](#) - di Fabrizio Biasin

▶ [Ipnosi e Fumo](#) - di Aldo Nagar

Rivista ➡ Numero #7 ➡ Studi