

La psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo. Un nuovo approccio

Hypnotic Psychotherapy in tobacco smoking treatment. A new approach

Francesco Tarantino

Riassunto

Introduzione: Negli ultimi anni vari studi hanno valutato il ruolo della ipnosi nella *smoking cessation* con conclusioni non univoche né definitive. L'ipnosi contro la dipendenza da tabacco può essere impiegata come terapia singola, ed in tal caso mira a ridurre nel soggetto la voglia di fumare, aumentando la volontà di smettere o come terapia complementare ed in quest'ultima evenienza serve a rinforzare la concentrazione sul trattamento di prima scelta. In questo lavoro si evidenzia l'importanza dell'ipnosi nella cura del tabagismo con un mio nuovo approccio denominato Psicoterapia Ipnotica Antifumo Breve (PIAB) i cui primi risultati clinici sono stati già pubblicati. La PIAB tuttavia deriva da un altro mio metodo pubblicato nel 2013, chiamato Training Ipnotico Antifumo (TIA), il quale si è rivelato utile nel trattamento della dipendenza nicotinicica anche se richiede tempi più lunghi. La PIAB nel trattamento del tabagismo viceversa è caratterizzata per essere più breve del TIA oltre che per utilizzare una specifica prospettiva fenomenologico-esistenziale che rende la cura stessa più adeguata.

Metodi: Il campione è composto da 108 tabagisti e suddiviso in tre sottogruppi, ciascuno composto di 18 femmine e 18 maschi, con analoghe caratteristiche. Il primo gruppo comprende i pazienti trattati con la PIAB, il secondo quelli trattati con consulenza e strategie cognitivo-comportamentali, il terzo è rappresentato dai fumatori non sottoposti a trattamento fungendo per certi versi da gruppo di controllo. Sono stati quindi comparati i risultati dei tre gruppi al fine di provare l'efficacia della PIAB. La PIAB si svolge in media in 10-20 giorni, con 6 sedute ipnotiche, a distanza ravvicinata. La prima seduta è incentrata sulla valutazione e preparazione dell'intervento ipnotico. La seconda seduta, distanziata da 3-7 giorni dalla prima, è eseguita con 10-12 ore di assenza di fumo. Al termine di questa seduta viene insegnato il training auto-ipnotico. Seguono altre 4 sedute consecutive, una al giorno. La sesta ed ultima seduta, distanziata da altri 3-7 giorni, ha come obiettivo il rinforzo dei risultati. Tutti i pazienti sono stati controllati con la rilevazione del Monossido di Carbonio (CO) in espirium.

Risultati: I risultati migliori si sono ottenuti nel gruppo trattati con la PIAB. I successi riguardo alla cessazione del fumo di questo primo gruppo (36,3%) sono superiori di oltre il doppio rispetto al secondo gruppo (16,6%) trattati con counseling (intervento delle 5A e 5R) e strategie cognitivo-comportamentali. I risultati enormemente negativi del gruppo di controllo, circa il 97,3% di insuccessi, dimostrano invece l'enorme difficoltà (se non proprio l'impossibilità) a smettere di fumare senza un aiuto terapeutico qualificato. I dati statistici inoltre sono stati integrati con l'esposizione sintetica di due casi clinici, trattati positivamente con la psicoterapia ipnotica breve, al fine di rendere maggiormente comprensibile il trattamento ipnotico nelle sue varie fasi.

Conclusioni: Con il presente studio si è messo in risalto che l'ipnosi, poiché facilita le comunicazioni mente-corpo, può essere uno strumento psicoterapeutico importante nel tabagismo, se basato su procedure psicoterapeutiche codificate e standardizzate come il metodo PIAB. I risultati di questa ricerca evidenziano come la psicoterapia ipnotica, attraverso lo stato di coscienza modificato (trance), sia in grado di cambiare l'apprendimento incentivo abnorme (craving), che struttura la dipendenza nicotinicica, favorendo la cessazione del fumo di tabacco con la relativa estinzione dei condizionamenti comportamentali e del disagio esistenziale. Si auspica pertanto che i risultati positivi di questo lavoro, anche se parziali, possano stimolare altre indagini cliniche e sperimentali sul ruolo della psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo.

Parole chiave: Tabagismo, psicoterapia ipnotica antifumo breve, PIAB, apprendimento incentivo abnorme, fenomenologico.

Abstract

Introduction: In the last few years, the role of hypnosis in smoking cessation was assessed, getting to indefinite and non univocal conclusions. Hypnosis in case of tobacco addiction may be used as a single treatment, and in this case it aims to reduce a person's desire to smoke, enhancing the will to quit, or as a complementary treatment, and in this case it is used to foster the concentration upon the first choice treatment. In this article we evidence the importance of hypnosis as a treatment for tobacco addiction by means of a new approach called "Brief Hypnotic Psychotherapy for smoking cessation" (PIAB), which preliminary outcomes are already published. PIAB comes from another method of mine published in 2013 named "Hypnotic training against tobacco smoking" (TIA), which showed to be useful as a treatment for nicotine addiction even if it needs a longer period. PIAB is characterised to be shorter than TIA, and also uses a specific perspective phenomenological – existential approach which makes the cure more effective.

Methods: We analysed 108 smokers divided in three groups, each of them composed of 18 males and 18 females, with similar characteristics. The first group were patients treated with PIAB, the second group with counselling and CBT strategies, and the third group with usual standard treatment, which could be used as a control group. Outcomes of the three groups were compared together in order to prove the efficacy of PIAB. PIAB takes place usually in 10-20 days with 6 hypnotic sessions at close range. The first session is centred on evaluation and preparation of the hypnosis intervention. The second session which takes place 3-7 days after the first, is done after 10-12 hours of cigarette smoking abstinence. At the end of this session, an auto-hypnosis training is taught to the participants. After this, 4 other sessions take place consecutively, one every day. The sixth and last session, after a 3-7 day interval, has the aim to reinforce the results.

Results: The best results were obtained in the group treated with PIAB. Success rates regarding smoking cessation of this first group (36.3%) are two-fold higher than the rates of the second group (16.6%) treated with counselling (the 5A and the 5R intervention) and cognitive-behavioural strategies. The hugely negative results obtained by the third group, about 97.3% of failure, shows how difficult cessation may be without qualified treatment help. Statistical data are integrated with a brief exposition of two clinical cases, positively treated with brief hypnotic psychotherapy, in order to give a better comprehension about the various phases of the hypnotic treatment. All patients were monitored by the detection of carbon monoxide (CO) in espirom.

Conclusions: With this report it is shown how hypnosis, as it enhances communication between mind and body, may be an important psychotherapeutic tool for smoking cessation, if based on standardised and codified psychotherapy procedures, such as PIAB. The outcomes of this research give evidence on how hypnotic psychotherapy, through a modified conscious state (trance), is able to modify the abnormal learning (craving), which underlines the nicotine dependence, promoting smoking cessation and extinguishing conditioned behaviours and existence unease. We hope that the positive results of this report, although still partial, may stimulate other clinical and experimental surveys on the role of hypnotic psychotherapy for smoking cessation treatment.

Keywords: Smoking cessation, hypnotic psychotherapy for smoking cessation, PIAB, abnormal incentive learning, phenomenology.

Introduzione

Milton H. Erickson, psichiatra americano nonché uno tra i più noti ipnotisti moderni, ha definito l'ipnosi come "un tipo speciale, ma normale di comportamento che s'instaura quando l'attenzione e i processi di pensiero vengono diretti verso la massa di apprendimenti esperienziali acquisiti dalle esperienze della vita" consentendo così un potenziamento delle espressioni di capacità o di una loro migliore utilizzazione [1].

Negli ultimi anni vari studi hanno valutato la funzione della ipnosi

anche nella *smoking cessation* con conclusioni diversificate e comunque non risolutive. Anche in questo campo l'ipnosi persegue l'obiettivo di aumentare le possibilità di successo della terapia, rendendola aderente alle scelte da parte del tabagista stesso [2].

L'ipnosi contro la dipendenza da tabacco può essere impiegata come terapia singola, ed in tal caso mira a ridurre nel soggetto la voglia di fumare, aumentando la volontà di smettere, o come terapia complementare, ed in questa evenienza serve a rinforzare la concentrazione sul trattamento di prima scelta. Si

può praticare l'ipnosi di gruppo, anche se i trattamenti collettivi sono ritenuti meno efficaci delle tecniche individuali.

Non tutte le Linee Guida per la *smoking cessation* parlano della ipnosi come possibile strumento terapeutico e quando viene citato è sempre come strumento di supporto di seconda o terza linea, magari inserito in un setting di counseling motivazionale e comportamentale.

Di ipnosi parlano le Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità/Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (ISS/OSSFAD) del 2003 come cura

alternativa, per la cessazione del fumo [3], non più presente nelle Linee Guida del 2008 [4].

Le Linee Guida ENSP 2012 (*European Network for Smoking and Tobacco Prevention*) [5] consigliano i trattamenti ipnotici solo come terapie adiuvanti nei programmi terapeutici di prima linea sebbene la loro efficacia sia ancora controversa. In particolare viene raccomandato di utilizzare l'ipnosi (come pure le terapie non convenzionali) quando è espressamente richiesta dal tabagista per evitare di allontanarlo dal trattamento. Nelle predette linee guida inoltre la terapia ipnotica è raccomandata nell'ottica della riduzione del danno.

Le Linee guida USA (Fiore 2008) evidenziano la carenza di procedure standardizzate nelle terapie ipnotiche per la cessazione del fumo come pure di adeguati criteri riguardo all'inclusione dei tabagisti nei relativi trattamenti [6]; in tale studio tuttavia sono state segnalate sufficienti prove di positività con il trattamento ipnotico per smettere di fumare.

Le Linee Guida ERS 2007, partendo dal presupposto che la cessazione del fumo è fondamentale per la riduzione delle patologie fumo-correlate, ritengono come l'ipnosi debba essere inclusa nel trattamento del tabagismo per non lasciare niente di intentato [7].

Molte altre Linee Guida come quelle Europee (2002) [8], Australiane (2011) [9], Neozelandesi (2014), Inglese (2000), Indiane (2011) [10] e del Paraguay (2010) non ne fanno cenno [11].

Altre ricerche ancora dimostrano la contraddittorietà e la problematicità degli studi circa l'efficacia dell'ipnosi: da un lato riportano buoni risultati sino al 70-80 % di esiti positivi, dall'altro scarsi o nulli effetti positivi tanto da considerare il trattamento ipnotico del tabagismo, almeno in parte, il paradiso dei ciarlatani [12-15]. Tali studi da un lato incoraggiano l'uso dell'ipnosi, anche nella direzione neo-ericksoniana [16], nella cura della dipendenza nicotina, dall'altro rilevano insufficienti evidenze scientifiche so-

prattutto per la complessità a stabilire protocolli terapeutici standardizzati ai quali conformarsi.

In questo lavoro si vuole evidenziare l'importanza dell'ipnosi nella cura del tabagismo con un nuovo metodo personale denominato Psicoterapia Ipnotica Antifumo Breve (PIAB) [17] i cui primi risultati clinici sono stati pubblicati (2016). La PIAB, inoltre, deriva da un altro metodo originale pubblicato nel 2013, chiamato Training Ipnotico Antifumo (TIA) [18,19], il quale si è rivelato utile nel trattamento della dipendenza nicotina nonostante la sua relativa lunga durata.

La PIAB invece è un metodo più breve del TIA che utilizza una prospettiva fenomenologico-esistenziale per innescare nel tabagista una possibilità di essere senza fumo, a partire dal mondo quotidiano, rendendo la cura più efficace.

Ad ogni modo questa ricerca ha come obiettivo primario la valutazione dell'efficacia della PIAB attraverso il riferimento ad una casistica clinica rappresentativa più ampia rispetto a quella iniziale, su cui lo stesso approccio è stato costruito, nonché la comparazione con due gruppi di tabagisti di cui uno di controllo.

Materiale e metodi

Il modello teorico di riferimento

Tale modello (Figura 1) è stato pubblicato nel 1995 nel volume *"Tossicomane ed Esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici"* [20] con un aggiornamento nel 2004 [21] e nel 2009 [22]. Esso parte dall'incontro terapeuta-paziente passando tramite la trance ipnotica, la quale ha come fondamento la riflessione, per arrivare infine alla psicoterapia ipnotica che ha il suo presupposto nell'autenticità dell'essere.

Questo modello tiene in considerazione l'indirizzo neo-ericksoniano che dà importanza all'autoguarigione tramite l'esperienza di riassicurazione [23] con particolare riferimento al *rapport* (empatia) e all'unicità della personalità del paziente (pz) [24].

La tecnica d'induzione ipnotica, che

utilizzo da moltissimi anni, consiste in una manovra induttiva in cui l'aspetto esperienziale (Tarantino, 2000, p. 100) appare con tutta la sua specificità. Questa tecnica comprende: A) l'induzione di una prima forma di *trance*, B) la riorientazione nello stato di veglia, C) la verbalizzazione, nello stato ordinario di coscienza, dei relativi vissuti fenomenologici sperimentati nello stato ipnotico, D) l'approfondimento ipnotico attraverso metafore o allegorie [25-27].

In questa procedura si possono facilmente rintracciare i fondamentali fenomenologici [28-31] vale a dire: A) la sospensione dell'atteggiamento naturale, o epochè, B) la modificazione della coscienza in relazione alla riflessione, C) la verbalizzazione dei vissuti così come si manifestano nella coscienza intenzionale, D) la "rimemorazione", nella successiva trance, dei fenomeni attraverso un'analisi intenzionale genetica dove i noemi (contenuti nella coscienza) e le noesi (atti di pensiero) assumono nuovi significati "nella" e "per" la coscienza, E) il passaggio dalla realtà naturale a quella ipnotica [25-27].

Prima di esporre le caratteristiche del campione, con i metodi di trattamento utilizzati, è opportuna un'annotazione sulla comunicazio-

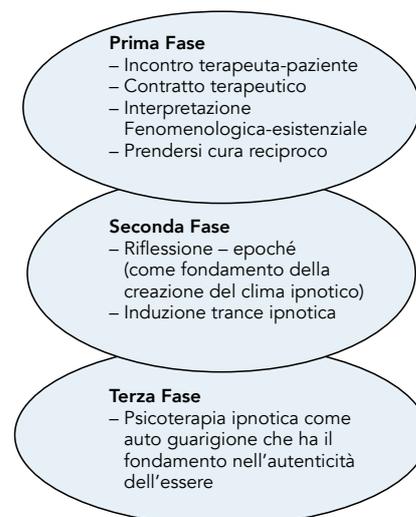


Figura 1 Modello di psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana nella prospettiva fenomenologico-esistenziale (Tarantino, 2004, p. 110).

ne mente-corpo e sulla prospettiva fenomenologica nell'ipnosi nonché nelle addictions. Tale nota è utile per capire i possibili meccanismi d'azione della psicoterapia ipnotica nella cura del tabagismo con una visione più ampia.

Un'annotazione sull'ipnosi e sulle addictions: la comunicazione tra mente e corpo

Mosconi [32], fondatore della concezione neo-ericksoniana dell'ipnosi, ha messo in risalto la poliedricità della sua natura compresa una visione scettica [33] in cui essa è negata. Questa poliedricità può essere interpretata, secondo questo autore [32], alla luce di vari paradigmi teorici tra cui quello:

- fisiologico (l'ipnosi concepita per lo più come sonno parziale o inibizione cerebrale),
- psicodinamico (l'ipnosi specialmente come rapporto regredito),
- comunicazionale-relazionale (l'ipnosi innanzitutto come particolare forma di comunicazione),
- psico-biologico in cui è sviluppata soprattutto la dimensione mente-corpo.

Lo stesso Mosconi, in una prefazione di un mio libro (*Nuove Frontiere in Psicoterapia Ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale*, p. 13) ha messo in risalto come, nella conoscenza dell'ipnosi, vi siano "accanto alle vaste zone di luce molte persistenti macchie d'ombra" [34].

Attualmente si tende a condividere l'idea secondo cui l'ipnosi sia uno stato particolare modificato di coscienza, spontaneo, indotto o auto-indotto, che può essere utilizzato per la cura dei disturbi psicologici. L'ipnosi, ad ogni modo, rappresenta la via regia per le comunicazioni mente-corpo e può avere un ruolo importante nella cura del tabagismo in quanto vi sono implicati complessi meccanismi interattivi di ordine psicologico e neurobiologico [20]. Tra questi meccanismi, il *craving* (insieme all'apprendimento incentivo abnorme) e l'astinenza, che strutturano la dipendenza tabagica, sono particolarmente im-

portanti poiché coinvolgono sofisticati condizionamenti interattivi tra pensieri, emozioni, comportamenti e quindi tra mente-corpo. Qui di seguito vi è una sintetica esposizione delle teorie di Rossi che ha collaborato, per molti anni, con Milton Erickson a cui si è fatto cenno nell'introduzione di questo articolo. Rossi [35] nel 1986 ha pubblicato una sintesi, sugli studi e ricerche nella comunicazione mente-corpo, definita: "teoria della memoria e dell'apprendimento dipendenti dallo stato di ipnoterapia". Secondo questo autore [35], nella comunicazione mente-corpo, è fondamentale l'ipotalamo che è una struttura (localizzata al centro del cervello) composta da un fascio di centri nervosi i quali "integrano le funzioni corticali superiori della mente con i sistemi della memoria e dell'apprendimento del sistema limbico e dei centri ipotalamici di praticamente tutte le funzioni biologiche del corpo". Tale organo [35], che funziona come un trasduttore, converte "gli impulsi nervosi della mente nelle molecole messaggere ormonali del corpo", controllando il sistema nervoso autonomo, endocrino ed immunitario. Lo stesso Rossi [35], poi, considera importante il sistema neuro-peptidico nella comprensione della psicosomatica e quindi della comunicazione mente-corpo con particolare riferimento alla connessione mente/gene. Crasilneck e Hall hanno evidenziato come l'ippocampo abbia una funzione specifica nell'induzione della trance [36].

Inoltre le comunicazioni mente-corpo, secondo lo stesso Rossi [37], sono rintracciabili nella trance ipnotica che si produce periodicamente e spontaneamente in ognuno di noi nel corso dei cicli ultradiani. La trance ipnotica comune quotidiana e la fase di riposo-attività del ciclo ultradiano (che avviene ogni 90-120 minuti) hanno in comune alcune modificazioni psicofisiologiche (rallentamento generale dei processi riflessivi del ritmo cardiaco, della respirazione, ecc.). Rossi [37] sostiene altresì che nel ritmo ultradiano si manifesta un'oscillazione

endogena del SNC tramite una maggiore attivazione dell'emisfero destro (sede dell'attività creativo-immaginativa) nonché del sistema parasimpatico. Questi cicli, sempre secondo tale autore [37], sono importanti poiché permettono di sfruttare meglio l'ipnosi, stimolando particolari processi creativi nei trattamenti psicoterapeutici in cui è facilitata la comunicazione mente-corpo attraverso l'azione appunto dell'emisfero destro (emozionale) ed il controllo del sistema limbico (limbico-ipotalamico).

Rossi [35] in definitiva sostiene che "la chiave per la terapia mente-corpo consiste nell'accedere e nel modificare i sistemi della memoria e dell'apprendimento dipendenti dallo stato che codificano sintomi e problemi". Naturalmente, ciò comporta un cambiamento del filtro della memoria e dell'apprendimento dipendenti dallo stato di coscienza modificato (trance) nel sistema limbico-ipotalamico, rapportabile ai citati cicli ultradiani e quindi alla trance ipnotica spontanea o indotta.

Tale autore ha aggiornato poi la sua "teoria della memoria e dell'apprendimento dipendenti dallo stato nell'ipnoterapia" con un'altra teoria, pubblicata nel 2004, chiamata "genomica psicosociale" [37], che approfondisce le comunicazioni mente-corpo sul piano bioinformatico. È opportuno esporre brevemente tale teoria poiché riveste un'importanza centrale nella spiegazione della cura ipnotica del tabagismo.

Rossi [38] parte dal presupposto che i pazienti riorganizzano le proprie complessità psicologiche, più profonde, utilizzando le proprie capacità in un modo che si accorda con la propria vita esperienziale. Di conseguenza, per tale autore [38], "l'ipnoterapia è un processo di apprendimento per il paziente, una procedura di rieducazione", naturalmente in sintonia con il profilo psicologico-esperienziale del pz stesso. La genomica psicosociale di Rossi assegna all'ipnosi una fondazione bioinformatica mostrando come l'attività psico-sociale (l'esperienza,

la novità psicologica, l'arricchimento spirituale e l'esercizio fisico) riesce a modulare l'"espressione genica" e la plasticità del cervello negli stati di malattia e nello stress. L'ingresso nel ciclo bioinformatica può essere di natura biologica o psicologica [38] poiché è fondamentale per una teoria dell'ipnosi terapeutica conseguire che:

- 1) esperienza (*experience mind-cognition*),
- 2) sequenza (*sequence genes*),
- 3) struttura (*structure body-proteins*),
- 4) funzione (*function physiology*) "siano tutte espressione dell'informazione cui esse sono relazionate e che possono essere trasformate dall'una all'altra".

In altre parole, nel ciclo bioinformatico se si entra in uno di qualsiasi questi livelli, con un approccio psicoterapeutico ipnotico, è "teoricamente possibile modulare e forse guarire disfunzioni di qualsiasi altro livello" [38].

Rossi [38], in definitiva, con la sua "genomica psicosociale" mostra come la psicoterapia ipnotica faciliti la guarigione dell'unità mente-corpo. Nei nessi mente-corpo inoltre è importante il ruolo dei cosiddetti "neuroni a specchio" quali basi biologiche dell'empatia [39]. Questa particolare modalità relazionale (empatia) tra terapeuta e paziente è essenziale nella costituzione di ogni approccio psicoterapeutico ed ipnotico (come è stato accennato in precedenza). I risultati delle ricerche, in tale ambito psicofisiologico, costituiscono quindi ulteriori elementi da tener presente nelle comunicazioni mente-corpo nell'ipnosi e nelle addictions. Naturalmente queste scoperte sui "neuroni a specchio" debbono inserirsi in una visione etica (e fenomenologica) della vita umana come evidenziato da Bracco [40].

Prima di passare ad esporre i nessi mente-corpo nelle addictions (compresa la dipendenza nicotina) è suggestivo premettere come Rossi [35] nel costruire la sua "teoria della memoria e dell'apprendimento dipendenti dallo stato di ipno-

terapia" sia partito dagli studi di Hilgard. Questo autore ritiene quanto segue: "Un altro approccio alle esperienze di dissociazione è l'azione peculiare di alcune droghe sulla ritenzione e la rievocazione di esperienze apprese che porta a quello che è chiamato apprendimento dipendente dallo stato di coscienza. Se l'apprendimento ha luogo sotto l'influenza di una certa droga, la memoria di questo apprendimento può essere inutilizzabile nello stato normale, ma ritorna quando la persona è di nuovo sotto l'influenza della droga" [35]. Per certi versi ciò avviene nel bevitore che scorda quello che ha detto o fatto quando era ubriaco per ricordarlo solamente quando è di nuovo sbronzo.

Ho evidenziato questi aspetti in un intero capitolo di un mio volume del 1995 (*Tossicomanie ed esistenza. Aspetti Psicologici ed esistenza*) mettendo in risalto le comunicazioni mente-corpo nel craving, nell'apprendimento incentivo e nell'astinenza con gli aspetti esistenziali delle addictions [20].

Per certi versi l'apprendimento dipendente dallo stato di coscienza avviene nel fumatore compulsivo quando non ricorda di aver fumato alcune sigarette (o di averlo fatto in modo automatico) ma di divenirne consapevole non appena è pressato dal craving. Nell'uno e nell'altro caso sperimenta uno stato particolare di coscienza e precisamente nel primo sotto l'azione compulsiva del craving e nel secondo sotto l'effetto astinenziale. Ciò risulta direttamente o indirettamente da molti resoconti (circa 60%) dei diari "del fumatore" somministrati ai pz, presi in esame in questo studio, che saranno discussi più avanti.

L'uso di tabacco (nicotina), molto probabilmente al pari di altre addictions da sostanze e da non sostanze, può surrogare alcune gratificazioni naturali stimolando i centri cerebrali preposti a importanti funzioni della conservazione della specie e dell'individuo (fame, sete, sesso, ecc.) [41]. Le strutture biologi-

che terminali in cui sono interpretati gli stimoli nicotinici e di altre droghe si trovano nelle aree limbiche del SNC mentre le proprietà gratificanti riportano ad una via finale comune identificata nella stimolazione dopaminergica [42]. I meccanismi psicologici delle addictions quindi vanno ricercati in un apprendimento alterato, identificato nel craving, consistente nell'attribuire ad alcune sostanze (o situazioni) proprietà emotive a stimoli che sono neutri ma condizionati ad essi [41,42]. Ciò si evidenzia nell'analisi di qualsiasi "diario del fumatore" [43], somministrato ai pz di questo studio, in cui è emerso come il fumo sia associato ad innumerevoli situazioni di ordine biologico, psicologico, esistenziale, sociale e culturale di cui si parlerà successivamente.

Peraltro le attuali teorie psiconeurobiologiche sostengono che i processi sottesi al craving, su cui si costruisce l'addiction, produrrebbero una plasticità neuronale indotta da una "nuova espressione genica" [42].

Alla luce di quanto espresso, emerge come i meccanismi psicobiologici mente-corpo, coinvolti nella strutturazione delle addictions (tabagismo incluso), siano analoghi per certi versi a quelli psicoterapeutici ipnotici in quanto entrambi implicano "l'apprendimento dipendente dallo stato di coscienza". Naturalmente nel primo caso vi è un apprendimento abnorme (craving) che si evolve in un disturbo psicopatologico (l'addiction nicotina), nel secondo caso invece vi è un'altra forma possibile di apprendimento (o rieducazione) identificata nella psicoterapia ipnotica volta alla cura della dipendenza tabagica.

Queste ipotesi, anche se solo in parte dimostrate, possono dare un'idea della valenza della psicoterapia ipnotica nella cura del tabagismo, al pari degli altri approcci psicoterapeutici, sdoganandola così dal ruolo di cenerentola all'interno dei trattamenti della dipendenza nicotina.

La prospettiva fenomenologico-esistenziale

Nei casi clinici di tabagismo trattati, la finalità terapeutica, come è stato già accennato, è orientata all'autenticità dell'essere giacché, nei fumatori, l'inautenticità dell'essere si manifesta nella "chiacchiera", nella "curiosità" e nell'"equivoco" naturalmente nell'accezione esistenziale [18]. Il mondo del tabagista infatti è basato sulla ripetizione di atti (l'atto del fumare) nonché sulla percezione dell'impossibilità a modificare tali atti. Pertanto, l'incapacità di smettere di fumare rappresenta per il fumatore da un lato una realtà dell'essere impossibile e, dall'altro, dell'essere possibile solo in questa impossibilità [18]. Ciò risulta molto evidente dall'analisi del "diario del fumatore" [43] (utilizzato in questo studio) che consiste nel registrare su un foglio le modalità di fumare, prima di ogni sigaretta, nell'arco della giornata.

Nel trattamento del tabagismo, il "diario del fumatore" ha una funzione strategica poiché può creare uno spazio tra l'intenzionalità di fumare e l'atto stesso del fumare il quale si manifesta sotto forma di un rituale. È proprio questo "spazio di riflessione" (o contemplazione) tra intenzione ed atto, caratterizzato da una momentanea interruzione dell'automatismo, che può innescare la cura tramite la riflessione-decisione di smettere di fumare, come possibilità di essere in modo diverso. Questa fugace possibilità può legarsi ad un'intuizione eidetica in grado di trasformare un'impossibilità di esistere, in quanto essere-dipendente, in una possibilità di fronteggiare l'astinenza. La riflessione nello stesso tempo comporta, in termini fenomenologici, una modificazione dello stato di coscienza [21], peraltro costitutiva della trance, ed intimamente legata al processo di cura. D'altro canto la voglia irresistibile di fumare (*craving*) è caratterizzata da un'intenzionalità coartata che, nel momento in cui si appropria della possibilità di riflessione, può dilatare la risposta (atto del fumare) sino ad estinguerla in caso di suc-

cesso terapeutico. In altre parole il tabagista può esercitare nel predetto "spazio riflessivo" (tra voglia e atto di fumare) una sospensione del vissuto del *craving* attuando una sorta di epoché nell'accezione husserliana. Con tale processo il pz mette tra parentesi l'atteggiamento nicotino-dipendente, che è artificiale ed ego-sintonico, per relazionarsi ad una possibilità di essere "altro" e cioè non dipendente [20].

D'altro canto l'esistenza inautentica, intrisa di artificialità in quanto associata all'azione della nicotina e più in generale dell'*addiction*, sembra spingere verso un'esistenza autentica (senza fumo) proprio perché, al pari di quella con il fumo, fa parte dello stesso mondo del pz, come fossero due facce di una stessa medaglia [20].

In realtà il tabagista conduce un'esistenza artificiale caratterizzata da un lato dall'essere frammentario, vuoto ed intriso d'istinto di morte (il fumo è la prima causa di morte nel mondo) e dall'altro da una coesistenza impossibile nonché da una progettualità inadeguata [20] che sembra esprimere, nel naufragio del suo mondo quotidiano, un tentativo di "afferrare" una possibilità autentica di essere.

L'autoguarigione (cioè attingere dalle proprie risorse) esprime quindi la possibilità di esistere senza fumo. In vero il tabagista nella sua storia di vita non è stato sempre tale come pure il suo modo di essere fumatore non esclude degli spazi, nel suo mondo quotidiano, di non fumatore.

Il tempo nella persona tabagista è sempre scandito da momenti in cui fuma e da altri in cui non fuma e per questo motivo esso rappresenta uno degli aspetti fondanti del processo di cura. Il tempo senza fumo, come si può facilmente immaginare, spinge verso quello con il fumo stimolando una progressiva riduzione della distanza tra i due tempi che sono fortemente intrecciati tra di loro. Pertanto la possibilità di modulare tale distanza, con uno spazio riflessivo diretto a sospendere il pensiero (*craving*) dall'azione (astinenziale) di fumare,

può mutarsi in fattibilità di cura e di cessazione del fumo. La modulazione di tale distanza, come pure quella nel rapporto tra terapeuta (non fumatore) e pz (fumatore), sembra costituire quindi l'essenza della cura. Secondo Cargnello è proprio la modulazione della distanza uno dei più importanti aspetti costitutivi in ogni forma di psicoterapia [44]. In particolare Calvi (2015) evidenzia un aspetto paradossale presente nella psicoterapia ipnotica in cui l'ipnosi sembra distanziare il pz dal terapeuta mentre in realtà lo avvicina al suo mondo esistenziale [45] stimolando una cura adeguata.

Alla luce di quanto sopra esposto, la psicoterapia ipnotica nella prospettiva fenomenologica si basa proprio sugli aspetti temporali a cui si è fatto cenno. La regressione di età in ipnosi (nei periodi in cui il pz non fumava), con l'associazione del benessere all'assenza di fumo e del malessere alla presenza del fumo, ha il suo aspetto costitutivo nella temporalità che si manifesta nel mondo quotidiano del pz. Nel fumatore infatti vi è una specie d'inversione associativa in cui il benessere corporeo, ma anche mentale, è legato al fumare mentre il malessere è associato al non fumare rinforzato peraltro dai sintomi di astinenza. Le stesse modalità di respirare, con il fumo o senza il fumo, arricchiscono il pz di una percezione collegata ad un spazio esistenziale (vita quotidiana) che promuove un esistere (*ex-sistere* = venir fuori) senza fumo.

La psicoterapia ipnotica, intervenendo nei collegamenti mente-corpo ed emozionali-razionali, può facilitare il processo di cura nel tabagismo laddove l'uso dell'approccio fenomenologico rappresenta una forma d'interfaccia tra l'aspetto biologico e psichico [22].

Il campione

Il campione è composto da 108 tabagisti e suddiviso in tre uguali sottogruppi, ciascuno composto di 18 femmine e 18 maschi, denominati gruppo 1, gruppo 2 e gruppo 3. Il primo raggruppamento compren-

de i pazienti trattati con la PIAB, il secondo quelli trattati con consulenza e strategie cognitivo-comportamentali, il terzo insieme è rappresentato dai fumatori non sottoposti a trattamento, cioè da quelli che hanno abbandonato il programma terapeutico dopo la prima seduta, fungendo per certi versi da gruppo di controllo. I pazienti dei tre

gruppi hanno caratteristiche analoghe in termini di età e dipendenza nicotina.

I criteri d'inclusione nel campione sono la richiesta volontaria di cessazione del fumo ed in particolare: per il gruppo 1 la richiesta dell'ipnosi, per il gruppo 2 di una terapia psicologica e per il gruppo 3 di un generico trattamento sanita-

rio. In quest'ultimo gruppo la richiesta di cura antitabagica è caratterizzata più da una curiosità circa le modalità di cessazione del fumo che da una reale esigenza ad intraprendere un percorso di cessazione del fumo.

Nella **Tabella 1** si può osservare che l'età media dei pazienti, compresi nel campione, è di 50,2 anni.

Tabella 1 Campione dei pazienti trattati con la PIAB.

Pazienti presi in carico

	Numero di pazienti	Età media
Maschi	54	51,6
Femmine	54	48,8
Totali	108	50,2

Tipologia di invianti

Inviante	MMG, PLS, P.O. *		Pubblicità (marketing sanitario)		Familiari		Amici		Internet	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
% Utenti	55,5	66,6	16,6	5,5	5,5	5,5	27,7	11,1	3,7	1,0
% Totale	61,1		11,1		5,5		19,4		2,7	

Grado d'Istruzione

	Elementare		Media Inferiore		Media Superiore		Laurea	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Percentuale di utenti	12,9	5,5	59,2	62,9	16,6	22,2	11,1	11,1
Totale percentuale utenti	9,2		61,1		19,4		11,1	

Percentuali del grado di dipendenza (FNTD), intensità craving (VAS), autoefficacia e motivazione

	Lieve			Medio			Alta (o molto alta)		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
FNTD	5,5	3,7	4,6	22,2	29,6	25,9	72,3	66,6	69,5
VAS	3,7	5,5	4,6	16,6	16,6	16,6	77,7	83,3	80,8
Autoefficacia	5,5	16,6	11,2	38,8	38,8	38,8	55,5	44,4	50,0
Motivazione	27,7	44,4	36,1	44,4	44,4	44,4	27,8	11	19,5

Quantità di Sigarette fumate

	Maschi	Femmine	Totale
Numero medio di sigarette fumate al giorno	19,4	22,4	20,9
Numero medio di anni di tabagismo	30,0	29,3	29,6

* **Legenda:** MMG = Medici Medicina Generale; PLS = Pediatri Libera Scelta; P.O. = Presidio Ospedaliero.

Il livello d'istruzione nel 61,1% dei casi è medio-inferiore, mentre nel 19,4% risulta medio-superiore. In una piccola quantità sono presenti tabagisti con licenza elementare. I pz sono stati inviati in gran parte dai medici di medicina generale (61,1%).

Il diario del fumatore ha evidenziato che circa il 75% dei tabagisti, analizzati in questo studio, fuma con le seguenti modalità:

- 1) dopo ogni caffè,
- 2) per spezzare la noia della giornata lavorativa,
- 3) per concentrarsi o rilassarsi meglio,
- 4) dopo il pranzo, dopo la cena e prima di andare a letto,
- 5) in alcuni momenti ricreativi di gruppo.

Il 25% dei pz invece fuma in associazione alla guida di un veicolo, alla televisione o all'ascolto di una canzone preferita. Il fumo pervade quindi l'intero mondo quotidiano del tabagista ed associato a svariate situazioni.

La dipendenza nicotinică risulta (Tabella 3), in circa nel 69,5% dei pazienti, di grado alto come pure il craving da tabacco (80,6%). L'autoefficacia percepita, circa la possibilità di cessazione del fumo di tabacco, è adeguata in molti casi (88,8%), con una discreta motivazione a superare il tabagismo e precisamente di livello medio nel 44,4% dei pazienti e di livello alto nel 19,4% dei casi. Il numero medio di sigarette fumate ogni giorno, da ciascun fumatore, è di 20,9 mentre il un numero medio di anni di sigarette fumate è di 29,6.

Per quanto riguarda il sesso si può dire che i maschi, nella misura del 72,3%, hanno una dipendenza (nel grado alto) superiore alle femmine (66,6%) mentre queste (83,3%) mostrano una maggiore intensità di craving, sempre nel grado alto, rispetto ai primi (77,7%). Il livello di autoefficacia e motivazionale è più alto nei maschi (27,8%) rispetto alle femmine (11%). Per il resto il campione è piuttosto omogeneo nei due sessi.

Metodi

I tre gruppi dell'intero campione hanno avuto un'eguale valutazione iniziale e trattati in modo differente. Il gruppo 1 è stato trattato con la PIAB, il gruppo 2 è stato trattato con il counseling associato a strategie cognitivo-comportamentali mentre il gruppo 3 non è stato trattato poiché ha interrotto la terapia dopo la prima seduta.

La metodica psicoterapeutica ipnotica, utilizzata nella cura del tabagismo applicata al gruppo 1, è denominata PIAB (Psicoterapia Ipnotica Antifumo Breve). In pratica la PIAB è un approccio psicoterapeutico molto più breve del TIA, poiché il trattamento si svolge in media in 10-20 giorni con 6 sedute, a distanza ravvicinata. Nel TIA viceversa la terapia si sviluppa in 70-90 giorni con 8-10 sedute a cadenza settimanale.

Sono stati trattati, tramite PIAB, 36 casi (18 maschi e 18 femmine) di tabagismo, con reclutamento basato sulla richiesta volontaria. Sono stati esclusi i casi in cui l'ipnosi non è indicata come le sindromi psicotiche.

In modo schematico il trattamento del tabagismo, tramite PIAB, comprende le seguenti modalità:

- 1) la valutazione psicologico-clinica del tabagista,
- 2) l'induzione della trance ipnotica,
- 3) l'utilizzazione di adeguate strategie psicoterapeutiche ipnotiche,
- 4) il monitoraggio dell'efficacia dei risultati.

Inoltre nella PIAB sono utilizzate tecniche ipnotiche come la regressione di età [46], il decondizionamento del craving che utilizza una tecnica ipno-comportamentale di desensibilizzazione sistematica [47], i rinforzi dell'lo con le tecniche ipnotiche di Hartland [36] che potenziano l'autoefficacia e le abilità di coping. In particolare la tecnica ipnotica di regressione di età, che come è stato detto consiste nel riportare il pz nel periodo in cui non fumava, è importante per stimolare il processo di autoguarigione e quindi di cessazione del fumo di

tabacco. Infatti con questa tecnica, facendo sperimentare la percezione di vissuti di benessere senza fumo e di malessere con il fumo, si stimolano i tabagisti a "rivivere" i lassi di tempo in cui non erano fumatori.

Le tecniche di Hartland, come è noto, rinforzano l'io con suggestioni ipnotiche dirette ed indirette favorendo il superamento dei sintomi astinenziali. Inoltre il rilassamento mentale, che la trance ipnotica di per sé produce, riduce lo stato di ansietà. Questo, in varia misura, è presente nei tabagisti impegnati a ridurre o a smettere totalmente di fumare. La validità del trattamento è stata valutata anche con la misurazione del monossido di carbonio (espirato).

Il gruppo 2, trattato con il counseling (5-6 sedute), è incentrato sul modello di Prochaska – Di Clemente [48] e sul metodo delle 5A e 5R [49] nonché integrato con strategie cognitivo-comportamentali finalizzate ad implementare il coping o l'autoefficacia.

Entrambi i metodi (5A e 5R), previsti dalle citate Linee Guida Antifumo dell'ISS prendono il nome dalle loro iniziali. Il primo comprende: la valutazione iniziale del tabagismo (Ask), la raccomandazione di smettere di fumare (Advise), l'accertamento che il soggetto voglia smettere di fumare (Assess), l'aiuto a smettere di fumare (Assiste) e la pianificazione del follow-up (arrange).

Il secondo metodo comprende:

- 1) la rilevanza dell'informazione nella cura del tabagismo (rilevance),
- 2) i rischi acuti e a lungo termine conseguenti al fumo nonché i rischi ambientali del fumo passivo (risks),
- 3) le ricompense inerenti ai vantaggi di non fumare (rewards),
- 4) gli ostacoli riguardanti la cessazione del fumo (roadblock),
- 5) la ripetizione dell'intervento motivazionale (repetition) [50].

Il modello di Prochaska – Di Clemente, utilizzato nel counseling, parte dagli stadi motivazionali del tabagista (precontemplazione, contem-

plazione, decisione, azione, mantenimento, recidiva) per innestare un cambiamento importante diretto alla cessazione del fumo.

Il gruppo 3 funge da controllo. I pazienti di tale gruppo, come già accennato, hanno caratteristiche analoghe agli altri due gruppi, ma non sono stati trattati in quanto hanno interrotto il trattamento dopo la prima seduta. I pz di questo gruppo hanno avuto nella prima seduta una valutazione con le relative indicazioni terapeutiche.

La valutazione del tabagismo, eseguita con il DSM-5 [51], prende altresì in particolare considerazione la misurazione:

- del grado di dipendenza con il *Fagerström Nicotine Test Dependence* (FNTD) [52],
- dell'intensità del *craving* (voglia irresistibile di fumare) con la *Visual Addiction Scale* (VAS) [52],
- del livello di motivazione a smettere di fumare con il questionario di Marino (4 domande che accertano il livello di motivazione su 4 livelli: bassa, media, alta e molto alta) [52,53],
- dell'autoefficacia percepita (della cura) con una scala di autovalutazione da 1 a 10 [52,53],
- delle modalità di fumare, tramite il "diario del fumatore", in cui il pz registra le sigarette fumate su un foglio, prima di accenderle durante una giornata, il luogo, l'attività svolta, lo stato d'animo e l'auto-misurazione del *craving* con una scala da 1 a 10 [43].

LA PIAB, come il metodo TIA, utilizza la prescrizione invariata ipnotica (PII) e la prescrizione dei tre respiri (PTR) che personalmente ho messo a punto [17,19].

La PII consiste nell'apprendimento ed esecuzione, da parte del pz, di un training auto-ipnotico semplificato. La PTR, che è una semplificazione della PII, consiste nell'addestrare il pz ad eseguire tre respiri (contandoli mentalmente) nelle prime avvisaglie in cui sta per manifestarsi il *craving* (o la compulsività a fumare) al fine d'impedire al pz di fumare. La PTR è data in stato di

trance ipnotica verificando, dopo la deipnotizzazione, l'apprendimento del comando e la relativa esecuzione nei momenti opportuni da parte dello stesso pz. Tale riscontro è importante poiché fornisce una misura dell'efficacia medesima della psicoterapia ipnotica. La PTR inoltre può sostituire, in alcuni pazienti, la PII nel caso questa risulti particolarmente difficile da eseguire o quando vi è poco tempo a disposizione.

La seduta-tipo di trattamento terapeutico è divisa in tre parti:

- nella prima si induce la trance,
- nella seconda si effettua l'intervento psicoterapeutico ipnotico,
- nella terza si dà la prescrizione terapeutica in stato di trance che viene ripetuta nello stato di veglia nelle stesse modalità con cui viene utilizzato il TIA.

La seduta-tipo inoltre è opportuno modularla a seconda del contesto clinico in cui essa si svolge.

È opportuno a questo punto descrivere in modo dettagliato le fasi e i passaggi della metodica PIAB esposti nella **Tabella 2**.

La PIAB parte da una valutazione del pz (come il TIA nella prima seduta) e si conclude con la prescrizione del citato "diario del fumatore" [43], che ha come finalità la riduzione anche minima del numero delle sigarette fumate e la preparazione dell'intervento ipnotico vero e proprio. Diversamente dal TIA (in cui le sedute hanno una cadenza settimanale) al termine della prima seduta viene programmata la seconda seduta (in genere dopo 3-7 giorni) con la prescrizione che sarà effettuata con 10-12 ore di astinenza dal fumo.

La seconda seduta, in cui si effettua l'intervento psicoterapeutico ipnotico vero e proprio, è effettuata nella prima parte della giornata (intorno alle ore 8.00) dopo che il pz ha fumato l'ultima sigaretta la sera precedente (all'incirca alle ore 21.00). Per i pazienti che non possono venire la mattina si può programmare la seduta nel tardo pomeriggio, in questa evenienza il pz fuma l'ul-

tima sigaretta alle ore 7.00, naturalmente il pz può aumentare, ma non diminuire, il numero delle ore di astinenza rispetto a quelle prescritte.

In ogni modo l'astinenza non deve scendere sotto le 10-12 ore, in caso contrario è opportuno rimandare la seduta in un'altra occasione più favorevole. In tale seduta si comunica enfaticamente al pz che nel caso di successo farà (di norma) altre quattro sedute, una al giorno per quattro giorni consecutivi sempre senza aver fumato. Al termine della seconda seduta gli viene insegnato ad eseguire il training auto-ipnotico (incluso nella PII) e la PTR di cui sono state già esposte le modalità di attuazione con le relative finalità [17-19].

Dopo la seduta iniziale e le successive quattro sedute (senza fumo) segue una sesta seduta, a distanza di tre-sette giorni, rinforzando i risultati ottenuti e segnando, nello stesso tempo, la conclusione del trattamento in senso stretto. In caso di insuccesso si può concordare con il pz un ulteriore ciclo terapeutico. Viene svolto poi il *follow up* al 1°, 3°, al 6°, al 9° e al 12° mese in cui si può attuare, se necessario, un rinforzo psicoterapeutico ipnotico.

Le sedute ipnotiche ripercorrono, come nel TIA, le problematiche incentrate sui rischi per la salute del tabagismo e dei benefici per smettere di fumare (benessere senza fumo e malessere con il fumo).

La psicoterapia ipnotica in particolare è basata su un'induzione della trance che è approfondita con tecniche di regressione di età più volte indicate. Queste tecniche, in quanto riportano il pz in un'età più giovane e nel periodo in cui il pz non fumava, rinforzano nello stesso tempo le motivazioni per facilitare la *smoking cessation* tramite la sperimentazione di vissuti di stili di vita sani cioè liberi dalla dipendenza nicotina. Inoltre si fa sperimentare in seduta il respiro associato al benessere psicofisico in quanto non accompagnato con il fumo. Analogamente si fanno rievocare le esperienze di vita positive

Tabella 2 Psicoterapia ipnotica antifumo breve (PIAB).

Sedute e Monitoraggio	Obiettivo	Interventi principali
n. 1 (preceduta da un contatto telefonico)	Valutazione	Prescrizione del diario del fumatore. Preparazione per la seconda seduta con astinenza di 10-12 ore
n. 2 (si svolge dopo 3-7 giorni dalla prima seduta)	Prolungamento dell'astinenza per 24 ore. Apprendimento della PII e della PTR	Esecuzione della PII e della PTR in regressione ipnotica di età
n. 3 (si svolge dopo un giorno dalla seconda seduta)	Prolungamento dell'astinenza per ulteriori 24 ore	Esecuzione in trance della PII e della PTR in regressione ipnotica di età
n. 4 (si svolge dopo un giorno dalla terza seduta)	Prolungamento dell'astinenza per ulteriori 24 ore	Sperimentazione in trance del benessere senza fumo e del malessere con il fumo a partire dalla respirazione naturale
n. 5 (si svolge dopo un giorno dalla quarta seduta)	Prolungamento dell'astinenza per ulteriori 24 ore. Cessazione fumo	Sperimentazione in trance in regressione di età del benessere nei periodi in cui non era presente la dipendenza dal fumo
n. 6 (si svolge dopo 3-7 giorni dalla quinta seduta)	Rinforzo dei risultati positivi. In caso di insuccesso, ripetizione della terapia	Tecniche ipnotiche di rinforzo dell'io
Monitoraggio	Follow up al 1°, 3°, 6°, 9° e al 12° mese	Eventuale rinforzo dei risultati positivi
Eventuale recidiva	Eventuale ulteriore ciclo terapeutico	Riprendere la terapia laddove è fallita

non associate al fumo. La PTR e la PII sono importanti per rinforzare i risultati positivi, facendo diventare il pz protagonista del proprio essere, con un'esistenza libera dal fumo. Prima di passare all'esposizione dei risultati, mi preme sottolineare come la costruzione della PIAB sia in linea con le osservazioni di Callieri, ancora attuali, presenti nella post-fazione di un mio libro del 2004 (Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale, p. 231) [54] e cioè "Anche per la psicoterapia ipnotica gli obiettivi vanno sempre precisati, specie per quei pazienti che provengono da una precedente esperienza psicoterapeutica non riuscita o presto arenatasi".

Risultati

Nella **Tabella 3** sono esposti i risultati dei casi trattati con la PIAB. Come si può osservare nella stessa tabella, si registra la cessazione del fumo di tabacco nel 36,3% dei pazienti e precisamente nel 38,8% dei maschi e nel 33,3% delle femmine. Nel 27,7% del campione invece si

rileva la riduzione di 1/3 delle sigarette fumate (33,3% nei maschi e 22,2% nelle femmine). Infine nel 33,3% dei casi si evidenzia la riduzione di 2/3 del numero di sigarette

fumate e precisamente nel 22,2% nei maschi e nel 44% nelle femmine. In altre parole in circa 1/3 dei fumatori si riscontra una cessazione del fumo. I pazienti sono stati

Tabella 3 Risultati dei pazienti del gruppo1 trattati con PIAB.

Riduzione o cessazione fumo	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Situazione invariata	1	5,5	0	0	1	2,7
Riduzione di 1/3	6	33,3	4	22,2	10	27,7
Riduzione di 2/3	4	22,2	8	44,4	12	33,3
Cessazione completa	7	38,8	6	33,3	13	36,3

Tabella 4 Confronto dei risultati tra i tre gruppi.

Riduzione o cessazione fumo	Gruppo 1 (Trattato con PIAB)			Gruppo 2 (Trattato con Counseling)			Gruppo 3 (Gruppo di Controllo)		
	M %	F %	T %	M %	F %	T %	M %	F %	T %
Situazione invariata	5,5	00,0	2,7	22,2	27,7	25,0	89,0	94,4	91,8
Riduzione di 1/3	33,3	22,3	27,7	11,2	33,3	22,2	5,5	5,5	5,5
Riduzione di 2/3	22,3	44,4	33,3	44,4	22,4	33,3	0,0	00	00,0
Cessazione completa	38,9	33,3	36,3	22,2	16,6	19,5	5,5	00	2,7

monitorati, al 1°, 3°, al 6°, al 9° e 12° mese, con colloqui di valutazione, contatti telefonici e la misurazione del monossido di carbonio.

Nella **Tabella 4** si possono facilmente osservare le differenze tra i tre gruppi. I risultati migliori si sono ottenuti nel gruppo 1 trattati con la PIAB. I risultati di cessazione del fumo di questo primo gruppo (36,3) sono superiori di circa il doppio rispetto al secondo gruppo (16,6) trattati con counseling (intervento delle 5A e 5R) associato a strategie cognitivo-comportamentali. I risultati inerenti alla cessazione del fumo del Gruppo 3 (pari al 2,7%) dimostrano da un lato l'importanza dell'aiuto terapeutico e dall'altro l'enorme difficoltà (o addirittura impossibilità) a smettere di fumare "da solo".

Nella **Tabella 5** sono esposti i risultati relativi a due esempi di casi clinici trattati con psicoterapia ipnotica breve che hanno seguito con

successo il programma terapeutico. L'esposizione, sia pure sintetica, di due casi clinici rende maggiormente comprensibile il trattamento ipnotico nelle sue varie fasi.

Nella prima colonna vi è la valutazione del grado di dipendenza, della voglia di fumare (*craving*), dell'autoefficacia percepita per smettere di fumare, della motivazione a contrastare il tabagismo ed infine il risultato del trattamento. L'esito della cura ipnotica è positivo in entrambi i casi. Come si può osservare le caratteristiche dei due fumatori sono analoghe in quanto la dipendenza ed il *craving* sono alti mentre la motivazione e l'autoefficacia percepita, a smettere di fumare, sono adeguate.

Nella seconda colonna sono inserite alcune notizie anamnestiche e personali significative, evidenziando il numero medio delle sigarette fumate. Nel caso A la motivazione a fumare è legata al "sentirsi adul-

to" mentre l'effetto del tabacco è rapportabile al rilassamento. Nel caso B invece la motivazione a fumare è legata alla curiosità adolescenziale.

Nella terza colonna, riferita all'induzione della trance e alla preparazione della psicoterapia ipnotica, si evidenziano le modalità d'induzione dell'ipnosi, che sono variegata [1,16,21], in relazione al tipo di personalità del pz.

Nella quarta colonna sono descritte le metafore per accedere alle risorse inconsce per innescare la cura sotto forma di autoguarigione legata a ciò che è positivamente presente nel pz ed utilizzabile per la cessazione del fumo. Le metafore naturalmente, in quanto sintoniche alla personalità e storia del pz, favoriscono l'utilizzazione delle tecniche ipnotiche di regressione di età. Sono utilizzate anche le tecniche di rinforzo dell'Io.

Nella quinta colonna infine sono

Tabella 5 Esempificazioni di due casi clinici trattati con PIAB.

Casistica Valutazione Risultati	Notizie anamnestiche	Induzione trance e preparazione psicoterapia ipnotica	Esempi di metafore per accedere alle risorse inconsce per innescare la cura. Rinforzo dell'Io	Obiettivi e scopi della cura ipnotica (associata alla PII e alla PTR)
Caso A Sesso femminile Anni 43 FNTD: forte VAS: alta Autoefficacia: buona Motivazione: discreta Risultati: cessazione fumo	Fuma da 23 anni in media 22 sigarette al giorno. Inizia a fumare a 17 anni per sentirsi adulto. È appassionata di passeggiate. Effetto del fumo: rilassamento	L'immagine di una passeggiata è inserita nell'induzione ipnotica dando rilievo ad ogni passo e alla visione del paesaggio. La percezione del ritmo della camminata (o della vista del panorama) può essere modificata in relazione alle sue intenzioni	La camminata e la visione del paesaggio sono le metafore che fanno percepire una respirazione non associata al fumo che allontana il malessere favorendo il benessere. La regressione di età fa rivivere il ricordo felice di precedenti periodi della sua vita senza fumo come pure il malessere collegato alle prime esperienze di fumatrice	1) autocontrollo della gestualità automatica del fumo 2) decondizionamento del <i>craving</i> 3) rinforzo delle abilità di <i>coping</i> in quanto il fumare è associato al malessere e il non fumare al benessere
Caso B Anni 55 Sesso maschile FNTD: forte VAS: alta intensità Autoefficacia: discreta Motivazione: discreta Risultati: cessazione fumo	Fuma 20 sigarette al giorno da 35 anni. Conoscenza dell'ipnosi classica. Inizia a fumare per curiosità a 18 anni. Effetto riferito del fumo: puro piacere	Uso del metodo tradizionale con tecniche d'induzione prevalentemente dirette. Si fa sentire la percezione del benessere senza fumo prestando attenzione al "qui ed ora" e cioè nel respirare senza fumare	La metafora del sonno è percepita in maniera sintonica alla trance intesa come una forma meritata di rilassamento, senza fumo, dopo un intenso travaglio. Si fa percepire che il relax si può ottenere anche da sveglio (senza fumo) giacché esso ripropone il malessere. La regressione ipnotica di età (nel periodo in cui il pz non fumava) permette di attingere alle risorse inconsce intese come benessere senza fumo	1) sperimentazione, associata ad una forte carica emotiva di benessere (nello stato di trance regressiva) del "respirare" senza "fumare" 2) stimolazione delle abilità di <i>coping</i> a fronteggiare l'essere senza fumo

descritti gli obiettivi, le modalità e gli scopi della psicoterapia ipnotica. Si può facilmente osservare l'utilità della PII e della PTR, insieme alla regressione ipnotica di età, nell'innescare i processi di cura recuperando esperienze positive del passato, senza fumo, del pz. Si può osservare inoltre, in quest'ultima colonna, l'utilizzazione soprattutto del vissuto del benessere senza fumo come risorsa naturale del pz stesso per attuare un cambiamento positivo.

Discussione

I metodi di cessazione del fumo, inseriti nella Cochrane Library, sono diversi [55]. Essi mettono in risalto come l'auto-aiuto, il counseling individuale e i gruppi comportamentali insieme ai trattamenti sostitutivi di nicotina e farmacologici abbiano evidenza di efficacia in varia misura.

Le linee guida per la cessazione del fumo di tabacco della Regione Piemonte, che riportano i buoni risultati del citato studio di Nagar [15], inducono a ritenere utile l'ipnosi nella cura del tabagismo. Tale autore, in particolare, in uno studio pubblicato nel 2014 riferisce di aver trattato con ipnosi 691 pz tabagisti (57% uomini e 43% donne) con successi terapeutici iniziali intorno al 27% per gli uomini e 29% per le donne [15].

Savino [2] in una rassegna di 11 studi, dal 1970 al 2005 in campo internazionale, mostra diversi punti di debolezza nella standardizzazione dei protocolli terapeutici in quanto non sono specificate le tipologie dei trattamenti in relazione al numero di sedute, al grado di gravità di dipendenza o all'indirizzo teorico e clinico seguito. Le conclusioni di questi studi (con risultati positivi dal 22% al 88%) non aiutano a stabilire l'efficacia dell'ipnosi nel trattamento del tabagismo.

In un'altra revisione sistematica si è evidenziato la maggiore efficacia dell'ipnosi rispetto alle altre tecniche psicologiche (Abbott 1998), mentre altri studi non sono stati

in grado di stabilire vantaggi certi dall'uso dell'ipnosi (Green, 2006) [2,3,5-15]. Le terapie farmacologiche del tabagismo, in una rassegna di Zagà, segnalano percentuali di successo sino al 33% [56].

Nella ricerca di evidenze scientifiche sull'efficacia dell'ipnosi o di altre psicoterapie, esistono difficoltà importanti in gran parte rapportabili alla carenza di procedure terapeutiche codificate e standardizzate. Inoltre è necessaria una conoscenza scientifica di base dell'ipnosi nei suoi vari aspetti [1,32,37].

In effetti, come mostrato nel presente studio, la ricerca di evidenze scientifiche in psicoterapia ipnotica presuppone un modello teorico di riferimento a cui rapportare l'attività clinica, la valutazione analitica del pz, il numero delle sedute impiegate, i metodi per indurre la trance insieme alle strategie per raggiungere gli obiettivi ed il monitoraggio dei risultati stessi. In questo modo, come si può facilmente immaginare, è possibile attuare in prospettiva ricerche degne di essere prese in considerazione soprattutto nelle fasi propedeutiche dei progetti sperimentali e clinici di evidenze scientifiche.

I risultati di questo studio incoraggiano ad utilizzare l'ipnosi nei trattamenti per la cessazione del fumo anche laddove si registra solo una riduzione del numero di sigarette. In tale evenienza sarebbe opportuno associare l'ipnosi con altri trattamenti nell'ambito di programmi terapeutici multidisciplinari con medici e psicologi.

La riduzione del fumo, come è stato evidenziato da tempo da Compas et al., con la cosiddetta tecnica del "fumo programmato", infatti può dare risultati importanti con un tasso di astinenza pari al 44% dopo un anno [57]. Occorrerebbero, pertanto, studi particolari e mirati ad indagare tali possibilità aprendo nuove vie terapeutiche integrate. In questo studio si è cercato di ovviare alle carenze procedurali specificando il modello teorico di riferimento, la valutazione clinica del pz, il numero delle sedute impie-

gate nell'arco temporale, le tecniche d'induzione della trance nonché le strategie per raggiungere gli obiettivi insieme al monitoraggio dei risultati.

In particolare nel presente articolo è stato presentato un approccio psicoterapeutico che utilizza l'ipnosi per smettere di fumare come il TIA di cui si è fatto cenno. È opportuno soffermarsi brevemente sulle somiglianze e differenze tra questi due metodi. Il TIA può essere utilizzato meglio nei pz che desiderano smettere di fumare in maniera graduale, in un maggior lasso di tempo o nei pz meno motivati a smettere di fumare.

La PIAB può essere utilizzata in pz, fortemente motivati, che desiderano smettere di fumare in modo veloce. Essa infatti permette di supportare il pz nei primi giorni di trattamento in cui è importante:

- a) impedire l'interruzione del trattamento terapeutico,
- b) sostenere le motivazioni positive a cessare di fumare,
- c) rinforzare l'aggancio del pz al setting psicoterapeutico,
- d) contenere sotto il profilo psicologico l'astinenza dal fumo di tabacco,
- e) rispondere positivamente alle aspettative del pz di cessare di fumare nel più breve tempo possibile,
- f) stimolare una positiva collaborazione del pz attraverso l'assunzione di impegni specifici come l'apprendimento del training autorilassante (o autoipnotico) o la prevenzione delle recidive,
- g) superare le eventuali recidive in modo tempestivo.

Inoltre la PIAB, come evidenziato nei risultati, miscelando particolari metodiche, come la regressione di età ipnotica, il decondizionamento del craving, il rilassamento mentale ed il rinforzo dell'Io, permette una maggiore efficacia dei risultati. In particolare la tecnica ipnotica di regressione di età è fondamentale per stimolare il processo di autoguarigione e quindi di cessazione del fumo di tabacco. Tale

tecnica è importante anche da un punto di vista storico poiché ha portato alla scoperta del metodo catartico da cui si è sviluppata la psicoterapia moderna [46].

Sono così rinforzate le abilità di coping per contrastare il craving e progressivamente estinte le risposte condizionate per assenza di gratificazione del fumo di sigaretta (riferita appunto al rituale e alla ricompensa nicotina). La percezione del benessere è rinforzata anche in seduta in quanto il pz respira appunto senza fumare.

La PII e la PTR, per altri versi, sono utili sia per mantenere il pz in un ruolo attivo nel processo psicoterapeutico, sia per attivare le risorse personali liberate dall'inconscio del pz stesso. In particolare, come è stato messo in risalto nei due casi clinici, la PII aiuta a fronteggiare l'astinenza ed il craving (intimamente connessi) mentre la PTR aiuta a prevenire le recidive.

In definitiva vi sono sostanziali differenze tra la PIAB ed il counseling associato alle strategie cognitivo-comportamentali in quanto la prima utilizza uno stato modificato di coscienza, che rende più duraturo l'apprendimento, come è stato dimostrato da Rossi [32,37] con la teoria neuroscientifica dell'ipnosi denominata genomica psico-sociale. Lo stesso metodo delle 5A e 5R ha delle somiglianze con la PTR, tuttavia nel primo approccio la prescrizione viene data con la tecnica della consulenza mentre nella PTR si fa sperimentare, in stato di trance, il benessere senza fumo nell'immediatezza ("qui ed ora") della seduta. Lo stesso discorso vale per la tecnica di regressione ipnotica di età: la prescrizione di un'attività rilassante senza fumo (come una passeggiata) non è la stessa cosa della sperimentazione, in seduta ipnotica, di un'esperienza di rilassamento in cui segue l'esplicitazione del vissuto nel "qui ed ora" nell'ambito del processo psicoterapeutico ipnotico.

Come è stato messo in evidenza nei risultati ed in particolare nei casi clinici, la differenza quindi tra le tec-

niche psicoterapeutiche che utilizzano l'ipnosi ed altre che non ne fanno uso consiste proprio nel favorire nel pz (trattato con ipnosi) un vissuto emozionale, in trance, che facilita l'apprendimento di uno stile di vita senza fumo peraltro presente, con varie modalità, in altri stati modificati di coscienza [58,59] come nei ritmi ultradiani [35,37,38] a cui si è fatto cenno. Tale vissuto molto probabilmente rinforza il cambiamento proprio con la trance ipnotica, insieme al relativo stato particolare di coscienza, che modifica il filtro della memoria nonché dell'apprendimento, facilitando il processo di cura tramite particolari interazioni mente-corpo, come indicato dal citato Rossi [35,37].

Con i risultati di questa ricerca si è voluto rilevare che la psicoterapia ipnotica, tramite l'induzione di uno stato modificato di coscienza (trance ipnotica), può trasformare l'apprendimento incentivo abnorme (il craving), che struttura la dipendenza dalla nicotina, in un apprendimento positivo (o di "rieducazione"), senza fumo, favorendo così la cessazione del fumo di tabacco. Vi sono poi altri studi che, sia pure indirettamente, stimolano l'uso dell'ipnosi nel tabagismo. Tali studi partono dal presupposto di come l'apprendimento incentivo abnorme nicotino faciliti anche la dipendenza da altre droghe, soprattutto in età adolescenziale. A tal proposito appaiono interessanti le analisi nel versante epidemiologico [60] e le ricerche, in quello neurobiologico, effettuate da Baumeister e Tosmann [61]. Queste ricerche incoraggiano l'impiego dell'ipnosi proprio perché essa promuove uno stato modificato di coscienza tanto da indurre un cambiamento positivo, con il relativo superamento dell'apprendimento incentivo abnorme (craving), favorendo la *smoking cessation*.

Questo cambiamento, in ogni caso, è facilitato pure dalla prospettiva fenomenologico-esistenziale, utilizzata nella PIAB, poiché incentrata sui vissuti del tabagista a partire dal suo mondo quotidiano e, senza

soluzione di continuità, con quanto traspare nell'esperienza registrata nello stesso diario del fumatore ampiamente utilizzato in quest'indagine. D'altro canto, la cura del tabagismo tramite un apprendimento incentivo, senza l'uso dell'ipnosi, sembra avere effetti positivi come ho messo in risalto in una ricerca pubblicata su questa rivista nel 2012 [62]. È questo un altro versante che necessiterebbe di essere approfondito con altre ricerche specifiche [62].

La dimostrazione dell'efficacia della PIAB naturalmente deve essere provata da ulteriori studi e ricerche per riscontrarne l'evidenza scientifica con casistiche più ampie, studi sperimentali e randomizzati. Ciò richiede una "socializzazione" degli studi sui trattamenti terapeutici ipnotici nella comunità scientifica e nell'ambiente clinico. Per tale motivo una sintesi (abstract) dei risultati di questo nuovo approccio ipnotico, nella cura del tabagismo (PIAB), è stata presentata al XII° Congresso Nazionale di Milano del 2016 della SITAB e pubblicata, nello stesso anno, sulla rivista "Tabaccologia" [63].

Conclusioni

Questa ricerca ha avuto come scopo la presentazione di un approccio clinico breve psicoterapeutico ipnotico nella prospettiva fenomenologica, denominato PIAB, finalizzato alla cura del tabagismo.

Tale approccio psicoterapeutico si differenzia dal TIA e da altri metodi di *smoking cessation* soprattutto per il breve arco di tempo, circa 10-20 giorni, per ottenere la cessazione del fumo di tabacco.

Con il presente studio si è messo in risalto che l'ipnosi, in quanto facilita efficaci comunicazioni mente-corpo, può essere considerato uno strumento psicoterapeutico importante nel tabagismo, naturalmente se basato su procedure psicoterapeutiche codificate e standardizzate. La psicoterapia ipnotica attraverso lo stato di coscienza modifi-

cato (trance ipnotica) può trasformare l'apprendimento incentivo abnorme (craving), che struttura la dipendenza nicotina, in un apprendimento positivo favorendo la cessazione del fumo di tabacco. La psicoterapia ipnotica s'identifica così in un "processo di apprendimento", sintonico con il mondo esistenziale del paziente, che tramite la funzione di interfaccia della fenomenologia tra il mondo psicologico e quello biologico, favorisce la comunicazione mente-corpo.

Il sistema di procedure, utilizzate in questo approccio, inoltre costituisce un'ulteriore garanzia in tema di validità scientifica poiché basato sulle linee-guida nazionali ed internazionali nel trattamento del tabagismo.

Si auspica pertanto che i risultati positivi di questo lavoro, anche se parziali, possano stimolare altre indagini cliniche e sperimentali sul ruolo della psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo.

[Tabaccologia 2017; 2:13-27]

Francesco Tarantino

✉ tarantinofrancesco13@libero.it
Dirigente del Centro Antifumo di Copertino, Asl Lecce,
Psicologo Psicoterapeuta

► *Disclosure: l'autore dichiara l'assenza di conflitto d'interessi.*

Bibliografia

1. Milton Erickson H, Le nuove vie dell'ipnosi. Astrolabio, Roma 1977;823.
2. Savino G, Chiaroscuri e ombre. L'ipnosi nel trattamento della dipendenza tabagica. Tabaccologia 2008;2:20-21. http://www.tabaccologia.it/PDF/2_2008/9_022008.pdf.
3. Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo. Osservatorio Fumo, Alcol e Droga, Istituto Superiore di Sanità, 2008.
4. Linee Guida ISS-OSSFAD 2008: http://www.iss.it/binryfumo4/cont/linee_guida_brevi_2008.pdf.
5. Linee Guida ENSP 2012: <http://www.tabaccologia.it/PDF/ENSP-EU%20guidelines%20%202012.pdf>.
6. Linee Guida USA 2008: <http://www.tabaccologia.it/PDF/USA%20treatment%20guidelines%20in%20English%202008.pdf>.
7. Linee Guida ERS: http://www.tabaccologia.it/PDF/Linee%20Guida_ERS%202007_smoking%20cessation.pdf.
8. Linee Guida WHO Europe: http://www.tabaccologia.it/PDF/Linee%20Guida_WHO%20Europe_2002.pdf.
9. Linee Guida Australia 2011: <http://www.tabaccologia.it/PDF/Australia%20treatment%20guidelines%20in%20English%202011>.
10. Linee Guida India: <http://www.tabaccologia.it/PDF/India%20treatment%20guidelines%20in%20English%202011.pdf>.
11. Linee Guida Paraguay 2010: <http://www.tabaccologia.it/PDF/Paraguay%20treatment%20guidelines%20in%20Spanish%202010.pdf>.
12. Ernst E, Smoking cessation: paradise for charlatans, MMW Fortschr Med Aug 3, 2006;148(31-32):18.
13. Carmody TP, Duncan C, Simon JA et al. Hypnosis for smoking cessation: a randomized trial. Nicotine Tob Res 2008 May;10(5):811-818.
14. Lynn SJ, Green JP, Accardi M, Cleere C. Hypnosis and smoking cessation: the state of the science. Am J Clin Hypn 2010 Jan;52(3):177-181.
15. Nagar A. L'ipnosi nella disassuefazione del fumo: un'esperienza ospedaliera decennale. Tabaccologia 2014;3-4: 24-25.
16. Mosconi GP. Questa è l'ipnosi. Storia, tecniche e successi di una terapia tutta da scoprire. Firenze Atheneum 2002; 58-69.
17. Tarantino F. Il Training ipnotico nella cessazione del fumo di tabacco. Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnologica 2013;4:98.
18. Tarantino F. Con il cuore e con la mente. Per una prospettiva fenomenologica nelle psicoterapie. Milella Lecce 2015;102.
19. Tarantino F. Il trattamento del tabagismo con la psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana. La prospettiva fenomenologica. Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnologica 2016; 3:60-70.
20. Tarantino F. Tossicomane ed esistenza. Aspetti psicologici e psicoterapeutici. Capone Ed, Cavallino di Lecce 1995;52-90.
21. Tarantino F. Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale. AMISI, Milano 2004;110.
22. Tarantino F. La psicoterapia nella prospettiva fenomenologico-esistenziale, Psicopuglia 2009;11:64.
23. Mosconi GP, Benatti C, Massone A et al. Appunti per una teorizzazione della psicoterapia ipnotica (Primo Manifesto) in Ipnosi e Psicoterapia Ipnologica, Atti del X Congresso Nazionale. Milano 1995;9-17.
24. Giacosa S, Laurini S, Paglialonga E et al. La teoria della mente nella Psicoterapia Ipnologica Neo-Ericksoniana. Quarto Manifesto teorico didattico. XVI Congresso Nazionale AMISI. Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnologica 2015;2:161.
25. Tarantino F. La psicoterapia ipnotica nella prospettiva fenomenologico-esistenziale. Casi Clinici. Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnologica 2000;4:100.

26. Tarantino F. Fondamenti fenomenologici nella psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana in Mosconi G. Costruire ponti di comprensione verso il futuro, XII^o Congresso Nazionale. Milano 2001;143.
27. Tarantino F. La psicoterapia ipnotica neo-ericksoniana nella cura delle tossicomanie in una prospettiva esistenziale. *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica* 2004;3.
28. Husserl E. La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale. Il Saggiatore, Milano 1968;262-270.
29. Heidegger H. Essere e tempo. Longanesi, Milano; 68.
30. Husserl E. Idee per una fenomenologia pura. Einaudi 1969;27.
31. Vattimo G. Introduzione ad Heidegger. Laterza, Bari 1993;23-31.
32. Mosconi GP. Psicoterapia Ipnotica. Principi e Fondamenti, Piccin, Padova 1993;47-53.
33. Barber TX. L'ipnosi un approccio scientifico. Astrolabio, Roma 1972;63-67.
34. Mosconi GP. Prefazione in Tarantino F. Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale. AMISI, Milano 2004;13.
35. Rossi EL. Recenti sviluppi nell'ipnoterapia di Erickson: comunicazione mente-corpo. *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Sperimentale* 1986;2:5-6.
36. Crasilneck B, Hall AS. Ipnosi clinica. Astrolabio 1997;36.
37. Rossi EL. Discorso tra geni. *Neuroscienza dell'ipnosi terapeutica e della psicoterapia*. Editris, Morcone 2004;37-138.
38. Rossi EL. La bioinformatica dell'ipnosi terapeutica: un aggiornamento neuroscientifico della neuro-psico-fisiologia dell'ipnosi ericksoniana. *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica* 2004;3:210.
39. Gallese V, Migone P, Morris NE. La simulazione incarnata: i neuroni a specchio. Le basi neurofisiologiche dell'intersoggettività ed alcune implicazioni nella psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane* 2006; XL,3:543-580, <http://www.psico-terapiaescienzeumane.it>.
40. Bracco M. "Empatia e neuroni a specchio. Una riflessione fenomenologica ed etica", *Comprendere* 2005;15:33-53.
41. Di Chiara G. Psicobiologia delle tossicodipendenze in Serpelloni G, Pirastu R, Brignoli O. *Medicina delle tossicodipendenze*. SEMG, Roma 1996;1-20.
42. Somaini L. Aspetti neurobiologici dell'addiction, in Marino V, Serpelloni G. Marketing preventivo. Appunti per una nuova preparazione del consumo di droghe. Galli, Varese 2007;41-60.
43. Tinghino B, Baraldo M, Beatrice M et al. "Guida al trattamento del tabagismo", *Rivista di Tabaccologia* 2010;4:3.
44. Cargnello D. Sul problema psicopatologico della distanza. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria* 1953;14.
45. Calvi L. Presentazione, in Tarantino F. Con il cuore e con la mente. Per una prospettiva fenomenologica nelle psicoterapie. Milella 2015;20.
46. Chertok L. L'ipnosi. Teoria – Pratica – Tecnica. Edizioni Mediterranee, Roma 1984;186.
47. Gulotta G. Ipnosi. Aspetti psicologici, clinici, legali, criminologici. Giuffrè, Varese 1980;308-311.
48. Spiller V, Scaglia M, Ceva S. Il modello trans teorico. Una modalità eclettica di terapia. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo* 1998;2.
49. Giusti M, Meneghelo V, Castoro G et al. Il counseling antifumo in Foschino Barbano MG, Foschino Barbaro MP, Resta O. Il controllo del tabagismo. Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico Bari 2006;141-148.
50. Foschino Barbaro MG, Foschino Barbano MP, Resta O. Il controllo del tabagismo. Dalla Prevenzione alla promozione della salute, Azienda Ospedaliero-Universitaria Consorziale Policlinico, Bari 2006;144-145.
51. Biondi M (a cura). Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM – 5. Raffaello Cortina, Editore, Milano, 2014;665-672.
52. Istituto Superiore Sanità, OSSFAD, Centro Policlinico senza fumo, SITAB. Cartella socio-sanitaria. Roma 2000.
53. Marino L. "La disassuefazione dal fumo. L'ambulatorio" in Nardini S, Donner C. L'epidemia di fumo in Italia. EDI-AIPO Scientifica, Pisa 2000.
54. Callieri B. "Postfazione" in Tarantino F. Nuove Frontiere in psicoterapia ipnotica. La prospettiva fenomenologico-esistenziale. Amisi, Milano 2004;231.
55. The Cochrane Library, Issue 1, 2000, Oxford: Update Software.
56. Zagà V. Linee guida e terapia farmacologica della disassuefazione. *Tabaccologia* 2009;1:28-29.
57. Kring AM, Davison GC, Neale JM. *Psicologia Clinica*. Zanichelli, Bologna 2012;343.
58. Tarantino F. "Stati modificati di coscienza: La prospettiva fenomenologica". *Psychofenia* 2012;26:69-118; <http://sibese.unisalento.it/index.php/psychofenia>.
59. Tarantino F. Giampiero Mosconi e l'ipnosi neo-ericksoniana. *Rivista Italiana di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica* 2010;3: 98-110.
60. Vetere C. Rassegne critiche bibliografiche, *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo* 2005;3-4:29-38.
61. Baumeister SE, Tosmann P. Association between early onset of cigarette alcohol and cannabis use and later drug use patterns: an analysis of a survey in European metropolises". *European Addiction Research* 2005;11:92-98.
62. Tarantino F. "L'assegnazione dei crediti scolastici come incentivo a non fumare nei giovani studenti", *Tabaccologia*, 2012. <http://www.tabaccologia.it/PDF/2012;4:27-30>.
63. Tarantino F. La psicoterapia ipnotica nel trattamento del tabagismo: Un nuovo approccio. *Tabaccologia (Abstract)*, in Atti del XII Congresso Nazionale SITAB, 2016;4:20. <http://www.tabaccologia.it/PDF/2016>.