

Abitudine al fumo di tabacco e adesione a stereotipi anti-cessazione

Tobacco addiction and use of anti-cessation stereotypes.

Domenico Enea, Stefania Palermo, Rosanna Marchetti, Nicoletta De Luca

Riassunto

Introduzione. Il Tabagismo è definito nel DSM IV come una dipendenza patologica. Il comportamento tabagico provoca circa 5.000.000 di morti l'anno nel mondo, 80-90.000 in Italia. Frequentemente i fumatori sottovalutano i rischi derivanti dal fumo, e ricorrono all'uso di stereotipi per giustificare, a se stessi e agli altri, il loro comportamento.

Metodi. Nel periodo ottobre 2005-Marzo 2006 è stato somministrato un foglio contenente 22 stereotipi a 140 soggetti: 70 provenivano dal servizio di Fisiopatologia Respiratoria del nostro Ospedale, quindi erano soggetti "malati" (gruppo A), e 70 si erano presentati presso il Servizio antifumo dello stesso Ospedale per partecipare a un programma terapeutico di cessazione del fumo.

Risultati. Dai risultati del nostro studio si può notare che i soggetti volontariamente in terapia antitabagica avevano una visione del problema del tabagismo più oggettiva di coloro che non avevano maturato la scelta consapevole di smettere di fumare, anche se questi erano già affetti da patologie fumo-correlate (gruppo A): infatti, da un punto di vista qualitativo, i soggetti del gruppo A tendevano a utilizzare più frequentemente quasi tutti gli stereotipi proposti, anche se non sempre la differenza quantitativa, nelle risposte, è risultata significativa.

Conclusioni. Si conferma che il fumatore è spesso "costretto" a non prendere atto della realtà, a rifugiarsi in uno stato di non completa consapevolezza, per poter continuare a soddisfare la propria dipendenza minimizzando i propri disagi e sensi di colpa.

Parole chiave: *tabagismo, disassuefazione dal fumo, stereotipi*

Abstract

Introduction. Tobacco addiction is defined by the DSM IV as a pathological dependency. Tobacco use causes 5.000.000 deaths yearly, 80-90,000 in Italy. Frequently, smokers underestimate the harm caused by smoke and resort to the use of stereotypes in order to justify, to themselves and to others, their behaviour.

Methods. During the period between October 2005 and March 2006, a form containing 22 stereotypes was distributed to 140 subjects: 70 from the Respiratory Physiopathology Service of our hospital, considered as the "sick" subjects (group A) and 70 subjects who had contacted the anti-smoking therapeutic program of the same hospital.

Results. The subjects who voluntarily went into a smoking-cessation program had a more objective view of the tobacco problem than those subjects who had not matured a choice to stop smoking, even though they were afflicted by smoke related pathologies (group A). In fact, from a qualitative point of view, the subjects of group A tended to use almost all the proposed stereotypes more frequently, even if the quantitative difference in the answers was not significant.

Conclusions. This research confirms that the smoker is often "forced" not to face reality, in order to take refuge in a state of incomplete awareness, in order to continue to satisfy his dependence, trying to minimize his discomforts and sense of guilt.

Keywords: *tobacco addiction, smoking cessation, stereotypes.*

INTRODUZIONE

Il fumo di tabacco costituisce, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la "prima causa di morte prematura e di malattia prevenibile",¹ essendo responsabile di circa 5 milioni di morti annue nel mondo, di cui 80-90000 solo in Italia.^{2,3} Sempre secondo l'OMS, si calcola che nel mondo fumino attualmente 1,2 miliardi di persone, ovvero circa il 30% dei

soggetti al di sopra dei 15 anni e che, se la tendenza attuale si manterrà nel prossimo futuro, nel 2020 le morti saliranno a 10 milioni l'anno. In Italia, i fumatori sono stimati essere 12,2 milioni, cioè il 24,3% della popolazione al di sopra dei 14 anni.^{3,17} Questa alta prevalenza di consumatori abituali di tabacco potrebbe apparire un fenomeno molto strano, se si considera che, per esempio, molte persone hanno un'avversione, quando

non un vero terrore, per gli OGM (per i quali, finora, non esistono evidenze certe di danni alla salute) e, anche se magari si tratta di fumatori, non consumerebbero mai prodotti di tal genere. Oppure si pensi ai comportamenti di massa totalmente irrazionali in occasione di recenti fenomeni epidemici, come nel caso del Morbo di Creutzfeldt-Jacob (più noto come "Mucca pazza"), che ha messo in crisi per un lungo periodo il

Domenico Enea, Stefania Palermo, Rosanna Marchetti
Responsabile del Centro Policlinico senza Fumo - Azienda Policlinico Umberto I° Roma - Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, "La Sapienza" Università di Roma.

Nicoletta De Luca
U.D.S. di Fisiopatologia Respiratoria - Azienda Policlinico Umberto I° Roma.

settore della carne bovina, malgrado, in Italia si sia verificato un solo caso di morte sicuramente riferibile alla malattia in questione. Analoga esperienza si è avuta peraltro con la SARS.

In realtà non si riesce a comprendere il fenomeno Tabagismo se non si considera che, come descritto nel DSM IV,⁴ si tratta di una dipendenza. È da notare che, dopo essere stata costretta, dopo gli studi di Doll⁵ ad ammettere i danni fumo-correlati, fino al 1994 l'Industria del Tabacco si era trincerata dietro l'alibi della libera scelta da parte del fumatore. Esiste una forte pressione pubblicitaria, più o meno occulta, da parte delle lobby del Tabacco. Se un numero così elevato di soggetti, anche di cultura e condizioni socio-economiche medie e medio-alte, continua a fumare, evidentemente lo fa per motivi di cui quasi mai ha una chiara coscienza.



Considerando l'estrema facilità con cui oggi è possibile approfondire i più svariati argomenti (vari media e internet), il "fumatore incallito" riesce a sfuggire all'informazione sui danni da fumo, per attenuare il suo disagio: tenta in pratica di eludere la dissonanza cognitivo-emozionale che deriverebbe dal suo indulgere a un comportamento nocivo per la salute.

Quando, malgrado tutto, non gli è più possibile ignorare l'argomento (specie se è già affetto da patologie fumo-correlate), per continuare a giustificare l'abitudine al fumo si costringe a una scorretta valutazione delle informazioni e si rifugia in un suo mondo fantastico, pieno di stereotipi e di "wishful thinking". Ciò è tanto più evidente, se si considera che un' elevata situazione socio-culturale, in alcuni contesti quali quello italiano, non mette al riparo da questo fenomeno, e che addirittura nel personale sanitario si ha una prevalenza superiore di fumatori che nella popolazione generale.⁶ Perfino chi è stato operato per un cancro polmonare, come dimostrato da una recente ricerca,

riprende spesso a fumare entro un anno dall'intervento.⁷

Numerosi studi^{8,9,10,13,14} documentano che i fumatori hanno una visione parziale e spesso scorretta del fenomeno tabagico e dei suoi effetti. La conoscenza esatta e completa delle cause e delle conseguenze dei comportamenti tabagici dovrebbe essere un fattore motivante di primaria importanza nel processo di cambiamento che gli individui compiono per diventare non-fumatori.^{13,15} Tuttavia, come già spiegato, è diffusa tra i fumatori l'adesione a un set di stereotipi che sortiscono un effetto frenante sull'evoluzione lungo quegli stadi di consapevolezza (Prochaska-Di Clemente) che conducono alla cessazione della dipendenza da fumo.^{11,12}

Secondo Friden⁸ gli stereotipi sul fumo sono miti, mezze verità e bugie che incoraggiano a iniziare, motivano a continuare, prevenendo dallo smettere di fumare. Sono una malaccorta interpretazione di quello che può essere considerato il senso comune e sono deliberatamente diffuse dall'Industria del Tabacco, sia per iniziare i giovanissimi al fumo che per mantenerne l'abitudine sui fumatori adulti. Gli stereotipi si prestano quindi come giustificazioni alle persone che li utilizzano per spiegare a sé stessi e agli altri il proprio comportamento. A frontare la propria dipendenza per liberarsene è sicuramente fonte di stress, e la paura di soffrire costituisce uno dei principali fattori per cui il fumatore spesso afferma: "non voglio smettere di fumare". Gli stereotipi diventano razionalizzazioni con cui mascherare a sé stessi la propria realtà,¹⁴ quindi funzionali al mantenimento del proprio comportamento tabagico". Risulta che, se sottoposti a un test sulle proprie conoscenze in materia, i fumatori tendono a sottostimare i rischi cui espongono la propria salute, rispetto ai non fumatori e a coloro che hanno smesso di fuma-

"Centro Policlinico senza fumo" Stereotipi sul fumo

Nome
n° cartella: data:
Sesso = m f Età:
CO espirato: n° sigarette:
da quanti anni:
Precedenti tentativi di smettere di fumare mai:
1 2 3 o più
Patologie respiratorie
Altre patologie

1-Le sigarette con filtro sono meno dannose

Vero:
Vero, ma:
Falso:
Falso, ma:

2-Le sigarette "leggere" (a basso contenuto di nicotina) sono meno dannose

Vero:
Vero, ma:
Falso:
Falso, ma:

3-Pipa e sigaro fanno meno male

Vero:
Vero, ma:
Falso:
Falso, ma:

4-È la carta delle sigarette che fa male

Vero:
Vero, ma:
Falso:
Falso, ma:

5-Eppure ci sono fumatori molto anziani

Vero:
Vero, ma:
Falso:
Falso, ma:

6-È inutile smettere di fumare, dato il forte inquinamento atmosferico

Vero:
Vero, ma:
Falso:
Falso, ma:

re. Sebbene la differenza sia di modesta entità, essa testimonia un processo psicologico di autoinganno che rende accettabile una pratica evidentemente autolesionista. Nel nostro studio abbiamo voluto valutare il livello di adesione ad alcuni stereotipi concernenti la nocività del fumo, lo smettere di fumare, gli aspetti culturali e sociali dei comportamenti tabagici, in due differenti gruppi di pazienti.

MATERIALE E METODI

Nel periodo ottobre 2005-marzo 2006 abbiamo somministrato un questionario contenente 22 domande a risposta multipla (v. Scheda) a 70 pazienti che sono afferiti al nostro Centro per partecipare a programmi terapeutici antifumo, e contemporaneamente a 70 soggetti, apparentemente non motivati a smettere di fumare, che frequentavano l'U.O.S. di Fisiopatologia

Respiratoria, per malattie spesso dipendenti, o almeno aggravate, dall'abitudine al fumo. Tale questionario era autosomministrato.

Il gruppo (A) è costituito dai 70 soggetti "malati", mentre il gruppo (B) da quelli intenzionati a smettere di fumare.

Sotto il profilo demografico i due campioni sono risultati non significativamente differenti per quanto riguarda l'età media: (57,8 e 47,4 anni).

La composizione di genere dei gruppi risultava invece invertita: 44 maschi e 26 femmine nel gruppo A; 43 femmine e 27 maschi nel gruppo B.

I due gruppi non differivano significativamente per anni di dipendenza tabagica, rispettivamente 34,7 e 29,9 per numero di sigarette fumate, rispettivamente 21,6 e 23,4 e per numero di tentativi di smettere, rispettivamente 1,2 e 1,6.

RISULTATI E DISCUSSIONE

Nel complesso, osservando le risposte alle domande del questionario, non è possibile rilevare una marcata differenza quantitativa tra i due campioni. I soggetti volontari differiscono significativamente da quelli "malati", solo in risposta a quattro su ventidue stereotipi, e in particolare:

- è inutile smettere di fumare, dato il forte inquinamento atmosferico (tab 1) ($\chi^2= 14,46$; $p< 0,05$);

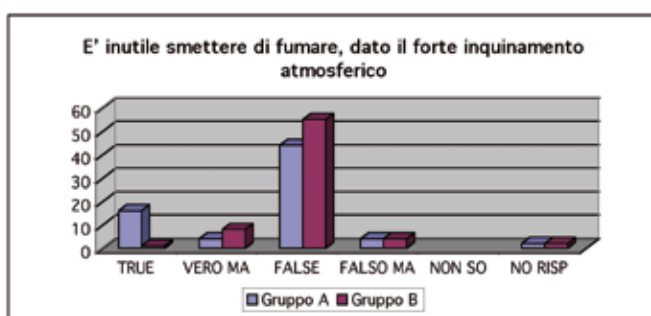


Tabella 1.

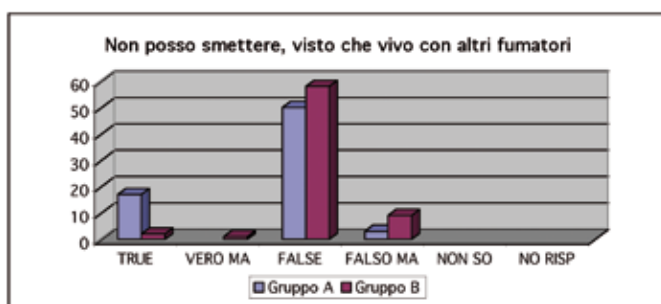


Tabella 2.

- non posso smettere, visto che vivo con altri fumatori (tab 2) ($\chi^2= 12,43$; $p< 0,05$);
- è inutile tentare di smettere, visto che ci ricascano tutti (tab 3) ($\chi^2= 12,68$; $p< 0,05$);
- faccio regolarmente dei controlli, smetterò appena scoprirò qualcosa che non va! (tab 4) ($\chi^2= 11,8$; $p< 0,05$).

Comunque, da un punto di vista qualitativo, questa è una tendenza che si può osservare per quasi tutti gli stereotipi proposti, anche quando la differenza quantitativa, nelle risposte, non è risultata significativa.

CONCLUSIONI

È stata osservata una differenza sistematica, per quanto spesso lieve, nei com-

7-Non serve smettere di fumare se ci sono già dei danni alla salute

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

8-Smettere di colpo è rischioso

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

9-Anche se comincio (o ricomincio) a fumare, potrò poi smettere quando lo deciderò

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

10-Meno di 5 sigarette al giorno non fanno male

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

11-Le avvertenze sui pacchetti di sigarette sono inutili

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

12-Il fumo fa dimagrire

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

13-Fumare è fine, emancipa e rende interessanti

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

14-Dietro tutte queste campagne anti-fumo ci devono essere degli interessi di qualcuno

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:



Tabella 3.

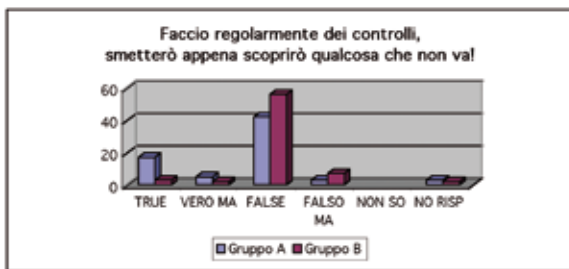


Tabella 4.

portamenti di risposta dei due gruppi di pazienti. Si può notare che i soggetti volontariamente in terapia hanno una visione del problema del tabagismo più oggettiva di coloro che non hanno maturato la scelta consapevole di smettere di fumare. Sembra che questi ultimi pazienti, mal-

grado i danni fumo-correlati già presenti, non abbiano ancora subito un processo maturativo personale, e mostrano quindi una tendenza più marcata ad aderire a stereotipi falsi e demotivanti: come se il processamento cognitivo dell'informazione attinente alle problematiche tabagiche, in fumatori che non hanno maturato la scelta volontaria di smettere, subisca un bias sistematico verso la minimizzazione dei rischi, il fraintendimento riguardo le effettive possibilità di riuscire a smettere, la malinterpretazione di alcuni dati della realtà sociale e culturale. Il fumatore è in pratica come "costretto" a non prendere atto della realtà, a rifugiarsi in uno stato di non completa consapevolezza, per poter continuare a soddisfare la propria dipendenza minimizzando i propri disagi e sensi di colpa. ■

Bibliografia

- World Health Organization (WHO). Tobacco or Health: A global Status Report. Geneva: World Health Organization, 1997: 1-32.
- Linee guide concernenti la prevenzione, la diagnosi e l'assistenza in oncologia. Accordo tra il Ministero della Sanità e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano. Suppl. 102 G.U.: n.100; 2 maggio 2001.
- Zagà V. DOXA-OSSFAD. Rapporto 2006 sul fumo di tabacco in Italia. Tabaccologia 2006; 3: 11-12.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV. Washington DC, 1997: 181-183.
- Doll R. e al. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British Doctors BMJ. 1994 309:901-11.
- Nardini S. E al. Il progetto obiettivo AIPO "Ospedali senza Fumo": risultati descrittivi della prima fase apidemiologica. Rassegna di patologia dell'apparato respiratorio 2001; 16: 261-272.
- Walker MS, Vidrine DJ, Gritz ER, Larsen RJ, Yan Y, Govindan R, Fisher EB. Smoking Relapse during the First Year after Treatment for Early-Stage Non-Small-Cell Lung Cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2006 Nov 28; [Epub ahead of print] Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2006;15(12):2370-7.
- Dillard, A.J. e al. Smokers 'misjudge health risks'. Journal of Health Communication 2005; (11,1): 933-102.
- Frieden, T.R. e Blakeman, D.E. The Dirty Dozen: 12 Myths That Undermine Tobacco Control. American Journal of Public Health 2005 (95,9) 1500-1505.
- Oncken, C. e al. Smokers' unrealistic optimism about their risk. Preventive Medicine. 2005 (40,6) 779-784.
- Weinstein, N.D. e al. Smokers' unrealistic optimism about their risk. Tobacco Control 2005 (14) 55-59.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., 'Trans-theoretical therapy: Toward a more integrative model of change'. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19(3), 1982, pp.276-288.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C., Velicer, W.F., Rossi, J.S., 'Standardized, Individualized, Interactive and Personalized Self-Help Programs for Smoking Cessation', Health Psychology, 12 (5), 1993, 399-405.
- Gardner, A. Many Smokers Unaware of Cigarettes' Risk. Forbes/HealthDayNews, 9 Dicembre 2004.
- Huget, J. Smoke Gets in Their Eyes. The Washington Post, 29 Marzo 2005.
- Kleinjan, M. e al. Excuses to continue smoking: The role of disengagement beliefs in smoking cessation. Addictive Behaviors (31), 2006; 2223-2237.
- S. Rossi, C. Mortali, M. Mazzola, D. Mattioli, R. Spoletini, R. Pacifici. Il fumo in Italia. OSSFAD - Istituto Superiore di Sanità (<http://progetti.iss.it/ofad>).

15-Non posso smettere, visto che vivo con altri fumatori

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

16-Attualmente ho troppi problemi per pensare a smettere di fumare

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

17-È inutile tentare di smettere, visto che ci ricascano tutti

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

18-Nella vita dobbiamo comunque affrontare dei rischi. E prima o poi ci tocca morire

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

19-Meglio vivere meno e godersi la vita, che privarsi di tutti i piaceri

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

20-Fumare non deve essere pericoloso, visto che molti dottori ed infermieri fumano

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

21-Idem... visto che lo Stato vende il tabacco

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma:

22-Faccio regolarmente dei controlli, smetterò appena scoprirò qualcosa che non va!

Vero:
Vero, ma:

Falso:
Falso, ma: