

## Vecchie e nuove terapie del tabagismo

Moderatori: Alessandro Sanduzzi (Napoli), Mario Polverino (Cava de Tirreni-SA)

### L'approccio psico-comportamentale nella cura del tabagismo

Giacomo Mangiaracina

(Direttore di Tabaccologia, Direttivo Nazionale SITAB, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, 2° Facoltà di Medicina, Università Sapienza, Roma)

I trattamenti delle dipendenze, in senso generale, rivestono un livello di complessità tale da non potersi affidare alla prescrizione dei farmaci. La patologia da dipendenza è cosa ben diversa rispetto alla patologia d'organo. L'approccio deve per forza essere altrettanto complesso, integrato, multicomponentiale, a cui deve far anche riscontro una analisi diagnostica multimodale.

Lo stesso Fagerstrom<sup>1</sup> ha in varie occasioni precisato, anche in un editoriale di "Tabaccologia" del 2003, che il suo famoso "Test" misura solo la dipendenza "da Nicotina" e non "da Tabacco", invitando i ricercatori ad esplorare nuovi modelli diagnostici del tabagismo. Un fatto certo è che ai fumatori "piace" fumare. Si tratta però di un piacere di breve durata, giusto il tempo di una sigaretta, che lascia il posto a una rinnovata angoscia da privazione<sup>2</sup>, nota da molto tempo in letteratura scientifica (Herning, 1983)<sup>3</sup>. Il piacere è in fondo il comune denominatore delle dipendenze in genere, e cela forti conflittualità. Nonostante che i fumatori ostentino questo "piacere", dall'altro sono consapevoli del pericolo che il fumo riveste per la salute e per la vita, a partire dalle avvertenze scritte sul pacchetto. D'altro canto, l'atteggiamento sociale nei confronti del tabacco è per certi versi mutato nel tempo, e l'immagine di fumatore è più negativa che un tempo. Basti pensare ai cambiamenti apportati dalla legge antifumo, che ha finalmente relegato i fumatori al ruolo di "minoranza" che spetta loro, per il fatto che in Italia sono il 22% della popolazione. Infine è di per sé conflittuale la definizione di piacere attribuita a ciò che in fondo limita in modo evidente e pesante la libertà dell'individuo. Il piacere ha note basi neurochimiche ma necessita di una elaborazione psichica. Dopamina e serotonina mediano chimicamente queste sensazioni. È vero che la nicotina, alcaloide neurotrofo, si lega ai recettori colinergici del tegmento ventrale anteriore (TVA) facendo innalzare i livelli intracerebrali di dopamina. Ma ciò avviene anche mangiando, cammi-



nando, correndo, facendo sesso, giocando, gustando cioccolato e caffè, e assumendo determinati farmaci come il bupropione. Ciò significa che nel trattamento della dipendenza tabagica risulta utile guidare il fumatore su nuove e piacevoli abitudini.

#### L'esperienza italiana

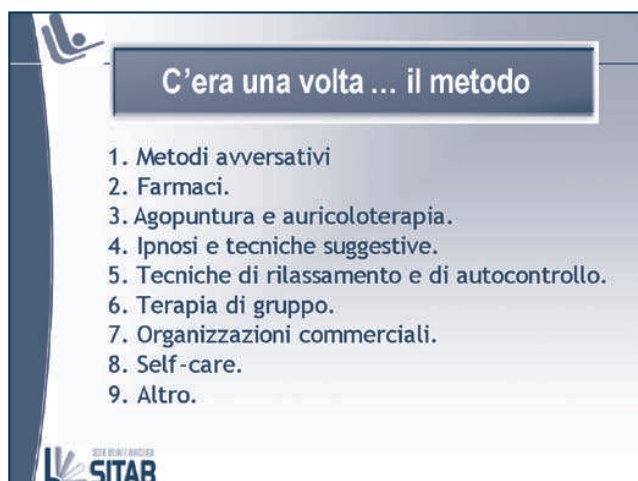
L'approccio "psico-comportamentale" si sviluppa nell'ambito della relazione terapeutica, in forma individuale e di gruppo, integrando le due modalità con il trattamento

farmacologico. Ciò si realizza concretamente ed efficacemente nei programmi "GFT" (Gruppi di Fumatori in Trattamento)<sup>4</sup>, creato sull'esperienza del *Five-Day Plan* di McFarland e Folkemberg<sup>5</sup>, e in forma minore nei "GDF" (Gruppi per la Disassuefazione dal Fumo), metodologia creata dal sottoscritto per la Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, sulla base dell'esperienza realizzata nel decennio precedente.

L'approccio grupale è senza dubbio preferibile almeno per due ragionevoli motivi: 1) è efficace; 2) è efficiente in termini di costi. Con il termine di "gruppo" nelle scienze sociali si indica un insieme numericamente piccolo di persone che entrano in relazione tra loro in base ad interessi comuni e ad una comune identità che si esprime con il "sentimento del noi". I rapporti che si stabiliscono sono del tipo "faccia a faccia" e si conferisce valore alle persone che lo compongono, agli interessi e agli scopi comuni. Prevale l'identificazione con gli scopi, il senso di reciprocità ed il mutuo sostegno. Un gruppo di fumatori in terapia è composto da un insieme di persone eterogenee per estrazione sociale, età e sesso, accomunate dalla dipendenza da tabacco e dal desiderio di vincerla. Presenta tre momenti peculiari: 1) la Preparazione, 2) il Full-Immersion, 3) il Mantenimento.

#### 1. PREPARAZIONE - Il Colloquio Clinico

Ogni programma terapeutico che abbia autorevolezza sul piano tecnico scientifico, deve prevedere un colloquio clinico ad



ogni inizio di percorso. In una relazione di aiuto, il rapporto medico-paziente viene letteralmente sconvolto. Si sviluppa un rapporto di insieme e di totalità. Il terapeuta si pone su un piano osservazionale e riflette su come l'individuo può interagire con le proprie sensazioni, le proprie emozioni, i pensieri, la cultura, le abitudini, i comportamenti. Il rapporto medico-paziente diviene un sistema dove non vi è l'uno senza l'altro, dove le due funzioni si compenetrano, dove il terapeuta si identifica empaticamente col malato, e viceversa il malato si percepisce medico di se stesso. Questa "magia" si realizza con la forza dell'ascolto e dell'osservazione nel contesto del colloquio clinico, e permette di: conoscere, capire, orientare e decidere.

#### **Conoscere**

La conoscenza è reciproca. L'operatore conosce il "cliente" e viceversa. La relazione "faccia a faccia" porta già in sé dei contenuti terapeutici. Il cliente esplora il contesto terapeutico e la capacità dell'operatore ad infondergli fiducia. Al tempo stesso l'operatore ha la possibilità di sondare la sua storia, i percorsi, il contesto familiare, lavorativo e sociale, la compliance al programma e l'adesione alle proposte terapeutiche. Questa conoscenza è accresciuta dalla raccolta di dati del cliente attraverso la cartella tabaccologica.

#### **Capire**

La stadiazione del percorso di cambiamento del fumatore in terapia permette un approccio mirato sul processo, ma anche di capire le sue reali intenzioni e gli elementi che possono condizionare l'inserimento o l'esclusione dal programma terapeutico. Il cliente deve a sua volta comprendere la struttura del programma, l'importanza e la necessità di realizzare un cambiamento personale, e persino le sue potenzialità di riuscita.

#### **Orientare**

Le azioni dirette a incrementare la dissonanza cognitiva e la frattura interiore, il dialogo funzionale alla relazione terapeutica, i consigli, l'incoraggiamento, la fiducia, la competenza, sono gli strumenti attraverso cui l'operatore guida il soggetto nella decisione.

#### **Decidere**

L'adesione al programma è un momento di grande importanza nell'intero processo. È l'obiettivo a cui tende il sistema operatore-paziente. L'accordo terapeutico tra operatore e paziente coincide con l'opportunità, offerta al cliente, di realizzare il suo personale percorso di cambiamento. La decisione del cliente poggia sulla fiducia nell'operatore, nel programma, nel sistema generale di supporto ai suoi bisogni, e sull'autoefficacia.

#### **La seduta preliminare**

Il GFT si organizza solitamente una settimana o alcuni giorni prima dei cinque giorni intensivi. Consente al corsista di porsi per la prima volta su un piano di relazione con gli altri fumatori dopo essere entrato per gradi nel percorso trattamentale, siglando consapevolmente il proprio contratto con l'operatore e con il gruppo.

#### **2. Full-Immersion**

La fase intensiva rappresenta il corpo centrale del programma e si snoda in cinque sedute serali consecutive della durata di un'ora. Alla fine di ogni seduta consegue la gestione organizzata delle 24 ore successive, attraverso una serie di consigli redatti in una dispensa-guida.

La dinamica di conduzione in questa fase è direttiva, anche perché il tempo di rapporto tra gruppo e operatore è troppo breve perché possa svilupparsi un legame terapeutico di tipo psicoterapico. Il GFT non è psicoterapia di gruppo.

#### **3. Mantenimento**

Una volta ottenuta l'astensione dal fumo, occorre consolidarla. Il percorso di mantenimento prevede quattro incontri, uno a settimana, di un'ora o poco più. È possibile dare vita a gruppi aperti di auto-mutuo-aiuto per un tempo maggiore o addirittura senza limiti definiti (gruppi continui) a cui possono confluire corsisti che hanno completato il primo percorso terapeutico.

#### **Caratteristiche del GFT**

1. Metodo sperimentato su un vasto campione (oltre 30.000 pazienti in Italia).



**Metodi o strumenti di lavoro?**

- Counseling individuale breve e strutturato**  
(Adlaf E, Ivis F, Paglia A, Ialomiteanu A., 1999)
- Terapia di Gruppo**
  - "Five-Day Plan" (McFarland e Folkemberg, 1950)
  - "GFT" (Mangiaracina G, 1985)
  - "GDF" (Colarizi C, Morasso G, Mangiaracina G, Ceruti C, 1986)
- Self-care assistito** (Quit-Lines, Internet-Care)
- NRT** (Nicotine Replacement Therapy)
- Farmaci**
  - Clonidina, Nortriptilina
  - Bupropione
  - Vareniclina

**SITAB**

- Adatto a gruppi di media grandezza (15-20 persone) con conseguente riduzione consistente del rapporto costo / beneficio.
- Modalità flessibile di applicazione sulla base dei contesti e delle situazioni.
- Approccio multimodale integrato: farmaci, NRT, sostegno individuale, gruppi aperti.
- Programma "allargato" con ricadute sul contesto familiare, sociale, lavorativo.

### Risultati

Le terapie di gruppo rappresentano lo strumento di lavoro con maggiore possibilità di successo. Molti anni fa Swartz riportava percentuali di successo del *Five-Day Plan* dal 15 al 30% ad un anno di astinenza<sup>6</sup>. La LILT riporta il 25-30% nei suoi programmi<sup>7</sup>. Analoghi risultati consegue il servizio Tabagismo dell'ospedale S. Filippo Neri di Roma. Dati più recenti (Enea D, 2003) relativi a GFT condotti al Policlinico Umberto I, e monitorati dalla cattedra di Farmacologia dell'Università La Sapienza, danno un risultato, sempre ad un anno, di oltre il 50%, verificati con la prova del CO espirato. Considerati i risultati noti delle letterature scientifica, questo dato sembra molto alto ma del tutto attendibile. Lavorare con i Gruppi significa sviluppare capacità e valenze professionali finalizzate all'ottenimento di risultati che, per l'esperienza continua, sono destinati a migliorare nel tempo.

In definitiva, fermo restando le conoscenze consolidate in materia di neurobiologia della nicotina<sup>8</sup>, la componente psicologica del fumare risulta preponderante nell'ambito della

complessità del sistema. Il fenomeno della *Cue Reactivity*, studiato negli ultimi anni, ha riproposto in modo nuovo il problema della dipendenza "non-nicotinica"<sup>9</sup>.

I professionisti della salute non sono sufficientemente preparati ad affrontare tecnicamente una patologia con tali caratteristiche. La formazione del medico, ma anche quella dello psicologo, non è calibrata sulla cura delle dipendenze, che di conseguenza ancora oggi rappresentano il problema "negato" della formazione universitaria.

In questo scenario ci si vede costretti ad una formazione post-universitaria che metta l'operatore nelle condizioni di lavorare al meglio delle sue possibilità. L'approccio che impropriamente definiamo *psico-comportamentale* non è di per sé una formula standardizzata attraverso canoni e protocolli. È una modalità di lavoro specializzato che verte principalmente sulla valenza dell'operatore della salute, di qualunque estrazione professionale.

Nella sua formazione continua puntiamo perciò al suo *empowerment*, al consolidamento delle sue capacità e delle sue abilità (*skills*) in modo da risultare un operatore efficace nell'ambito della relazione di aiuto. In tale contesto emergono entrambi gli aspetti relativi al tema di questo convegno in quanto da un lato il problema si cala nella dimensione professionale individuale, e dall'altro investe il sistema formativo generale. ■

### Bibliografia

- Fagerstrom K. *Tobacco or Nicotine Dependency?*. Good Mornig Tabaccologia. Tabaccologia n.1, 6, 2003. ([http://www.tabaccologia.org/PDF/1\\_2003/3\\_1\\_2003.pdf](http://www.tabaccologia.org/PDF/1_2003/3_1_2003.pdf))
- Mangiaracina G. Il problema delle ricadute. *Italian Heart Journal*; 2 (Suppl 1): 90-92, 2001.
- Herning RI, Jones RT, Bachman J. EEG changes during tobacco withdrawal. *Psychophysiology* 1983; 20:507-512.
- Mangiaracina G. *Curare il Fumo*. EDUP Editore, Roma, 2005. [http://www.rai.it/RAInet/societa/Rpub/raiRSoPubArticolo2/0,7752,id\\_obj=30681%5Esezione=societa,00.html](http://www.rai.it/RAInet/societa/Rpub/raiRSoPubArticolo2/0,7752,id_obj=30681%5Esezione=societa,00.html)
- McFarland JW, Folkemberg E. *How to Stop Smoking in Five Days*; Prentice-Hall, Inc., 1964.
- Schwarze J.L. *Review and evaluation of Smoking Cessation Methods*, US dept. Of Health and Uman Services, NIH publication n.822840, 1987.
- Colarizi C, Morasso G, Mangiaracina G, Ceruti C. *Stop al Fumo, metodo per la disassuefazione dal Fumo*. Manuale per conduttori. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, Ministero della Sanità, Roma, 1986.
- Slade J, Bero LA, Hanauer P, Barnes DE, Glantz SA. Nicotine and Addiction. *The Brown and Williamson Documents*. *Jama*, Special Communication, July 19, 1995.
- Chiamulera C. *Biologia del tabagismo: un continuum dalle molecole ai processi psico-comportamentali*. Speciale World No-Tobacco Day 2005. Tabaccologia 2/2005.

