

# Correlazione tra sintomi depressivi, tratti di rimuginio e tassi di cessazione tabagica a breve termine in tabagisti trattati con programmi integrati di disassuefazione

## *Correlation between depressive symptoms, brooding traits and short-term smoking cessation rates in tobacco users treated with integrated treatment programs*

Mario Franzini, Mariangela Abrami, Carmelo Scarcella, Cinzia Gasparotti, Giovanni Pè, Fabio Roda, Daniela Rossi, Marco Stilo, Lucia Zazio

---

### Riassunto

**Introduzione:** Dati di letteratura riportano che la comorbidità tra disturbo correlato alla nicotina, disturbi depressivi e scarsa tolleranza allo stress, ma non ansia di tratto possono peggiorare gli esiti dei trattamenti di disassuefazione tabagica a breve termine. Vi sono poche evidenze invece sul possibile ruolo di tratti di rimuginio (uno stato interiore di preoccupazione eccessiva). Lo studio vuole valutare se vi sia una correlazione negativa tra l'esito di trattamenti di disassuefazione tabagica standardizzati ed integrati in utenti afferenti a Centri per il Trattamento del Tabagismo ed elevati punteggi di depressione, ansia di tratto e di tendenza al rimuginio rilevati attraverso test autocompilativi come la scala di Beck e la STAI X2 e la PSWQ.

**Metodo:** 88 utenti sono stati testati nella fase valutativa con BDI II (che rileva la sintomatologia depressiva), PSWQ 100 (che rileva tratti di rimuginio); e STAI X 2 (che rileva l'ansia di tratto). Gli esiti degli utenti con punteggi superiori ai cut-off alle scale citate sono stati confrontati con analisi multivariata con quelli di utenti con punteggi inferiori al cut-off.

**Risultati:** Il gruppo di utenti con punteggi superiori al cut-off nelle tre variabili menzionate ha mostrato di avere minore probabilità di cessare l'abitudine tabagica a fine trattamento ed a 3 mesi. All'analisi multivariata la correlazione maggiore si è trovata con un punteggio alla BDI II uguale o superiore a 14, che è l'unico inoltre che ha mostrato significatività statistica. La prevalenza di utenti con BDI II = o > di 14 è stata del 33,8% del campione.

**Conclusioni:** Possiamo concludere che sintomi depressivi lievi-moderati alla BDI II si correlano significativamente ad un minore successo dei trattamenti di disassuefazione tabagica degli utenti in trattamento presso i CTT. Tratti di rimuginio alla PSWQ si correlano in modo non significativo.

**Parole chiave:** BDI II, PSWQ, depressione, cessazione tabagica.

### Abstract

**Introduction:** Literature data shows that nicotine-related disorder, depressive disorders, and poor stress tolerance comorbidity, but not trait anxiety, may worsen the short term outcomes of smoking cessation treatments. There are poor evidences about a possible role of brooding traits (an inner state of excessive worry). The study aims to assess whether there may be a negative correlation between standardized and integrated smoking cessation treatment outcomes and elevated depression, anxiety traits and brooding tendency scores detected through self-compilation questionnaires such as Beck Depression Inventory, STAI X2, and PSWQ in users afferent to Tobacco Smoking Treatment Centers.

**Method:** 88 users have been tested in the assessment phase with BDI II (which measures depressive symptoms), PSWQ (that detects brooding traits); and STAI X 2 (which detects anxiety traits). The cessation outcomes of cut off higher scales users were compared with multivariate analysis.

**Results:** The group users with higher cut-off scores in the three mentioned variables has been shown to be less likely to reach smoking cessation at the end of treatment and after the 3 subsequent months. In multivariate analysis the highest correlation was found with equal or greater than 14 BDI II score, which is also the only one that showed statistical significance. The BDI II equal or major than 14 users prevalence was 33.8% of the sample.

**Conclusions:** Mild to moderate depressive symptoms at the BDI II significantly correlate to a less successful smoking cessation treatments by Tobacco Smoking Treatment Centers. Worry PSWQ traits haven't significant evidence.

**Keywords:** BDI II, PSWQ, depression, smoking cessation.

## Introduzione

La letteratura scientifica mette in luce come la comorbidità tra dipendenza da tabacco e disturbi depressivi possa modificare gli esiti dei trattamenti di disassuefazione tabagica e come la prevalenza dei disturbi depressivi pregressi od attuali nei fumatori sia superiore a quella della popolazione generale [1].

Vi sono alcune evidenze di significatività tra scarsa tolleranza allo stress ed esito dei trattamenti a breve termine, ma non a lungo termine: uno studio di Ana M. Abrantes del 2009 [2] riporta che un importante predittore dei risultati di cessazione del fumo potrebbe essere individuato in differenze individuali nella capacità di tollerare gli affetti negativi dovuti a stress psicofisico o psicologico.

Uno studio di Adam M. Leventhal dello stesso anno [3] riporta che l'anedonia è correlata ad un minore tasso di cessazione del fumo. L'effetto della privazione di nicotina sul bisogno di fumare è maggiore nei soggetti con elevata anedonia. I fumatori con anedonia hanno fatto un maggior numero di tentativi falliti di smettere nel passato. L'affettività negativa, l'anedonia i problemi interpersonali si correlano a maggiori ricadute.

Uno studio multicentrico su 600 fumatori (Berlin e coll. 2006) [4] rivela che un punteggio della BDI  $\geq 10$ , in fumatori che non hanno diagnosi di Depressione Maggiore corrente, quindi subclinica, predice una maggiore incapacità a smettere che nei fumatori con BDI  $< 10$ .

I fumatori con BDI  $> 10$  avevano inoltre significativamente maggiori punteggi di nevroticismo e più bassi punteggi di estroversione e di consapevolezza.

In una metanalisi di 15 studi la prevalenza di fumatori con storia di depressione maggiore era del 34% in media su 2984 partecipanti [5]. Nella stessa metanalisi si evidenzia che una storia di depressione ricorrente tende ad aumentare il rischio di ricaduta nel fumo a breve ed a lungo termine, mentre un singolo episodio depressivo non ha significatività in tal senso, soprattutto per le donne [6] e non per gli uomini [7].

Vi sono pochi studi che hanno valutato il possibile influsso di uno stato depressivo attuale sulle probabilità di cessazione dell'abitudine tabagica. Due studi pubblicati, di Glassman e coll. [8] e di Lasser e coll. [9], concludono che fumatori con Depressione fanno maggiori sforzi nello smettere di fumare e necessitano di maggiori tentativi rispetto a fumatori non depressi.

Poco chiare invece sono le evidenze circa una possibile correlazione negativa tra ansia di tratto e risultati di cessazione tabagica [10]. Pochi studi hanno indagato una possibile correlazione tra tratti di rimuginio (tendenza alla preoccupazione eccessiva) e tassi di cessazione dell'abitudine tabagica. Uno studio di Peasley-Miklus del 2011 [11] non ha individuato una correlazione tra tratti di preoccupazione e rimuginio alla PSWQ e tassi di cessazione del fumo in un campione di 286 fumatori che chiedevano di partecipare ad un trattamento.

Obiettivo di questo studio è evidenziare se esista una correlazione tra la presenza di sintomatologia depressiva, tratti di ansia e di rimuginio e la probabilità di smettere di fumare attraverso programmi di disassuefazione tabagica. A tal fine lo studio ha valutato un campione di tabagisti che sono afferiti ai CTT del Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Brescia (servizi ambulatoriali per il trattamento della dipendenza tabagica) e che soddisfacevano il criterio diagnostico di disturbo correlato alla nicotina secondo il DSM-IV-TR [12].

Attraverso la somministrazione di una batteria di scale sono stati rilevati:

- la prevalenza di sintomi ansiosi, depressivi, di tratti personologici di rimuginio;
- la correlazione tra presenza di sintomi ansiosi, depressivi, di tratti personologici di rimuginio e gli esiti dei trattamenti individuali o di gruppo a fine trattamento ed a 3 mesi.

Si è anche confrontato il tasso di cessazione con il punteggio del Test di Fagerstrom, che rileva il grado di dipendenza da nicotina, per valutare una possibile correlazione tra sintomi astinenziali e tassi di cessazione del fumo, tenendo conto che gli utenti ricevono trattamenti antiastinenziali.

## Metodo

### Arruolamento del paziente

Sono stati reclutati per lo studio tutti i fumatori che si sono rivolti ai CTT del Dipartimento Dipendenze

dell'ASL di Brescia nel periodo novembre 2013-dicembre 2014 per sottoporsi ad una iniziale valutazione psicologica per il trattamento di disassuefazione tabagica individuale o di gruppo.

### Trattamento di disassuefazione

Avviene attraverso 8 incontri di gruppo o 6 incontri individuali, con lo psicologo del CTT.

Tutti i pazienti vengono valutati dal medico, ed alcuni di loro ricevono un trattamento farmacologico per la gestione di eventuali sintomi astinenziali da nicotina. I trattamenti possibili sono: Vareniclina, NRT o Bupropione.

### Criteri di inclusione e di esclusione

Sono stati inclusi i soggetti fumatori con diagnosi di disturbo correlato a nicotina. Sono state ammesse le diagnosi comorbili (DSM IV TR) di disturbo d'ansia generalizzato, disturbo da attacco di panico, fobia sociale, disturbo ossessivo compulsivo, disturbo depressivo maggiore, disturbo distimico, disturbo bipolare, disturbo dell'adattamento, disturbo post-traumatico da stress. Sono stati esclusi i soggetti che presentavano comorbidità con altre dipendenze attive, comorbidità con altri disturbi psichiatrici diversi da quelli elencati sopra, oligofrenia, sindromi psicoorganiche.

### Procedure adottate

Per lo svolgimento dello studio si è somministrata una batteria testale autocompilativa ed è stata svolta una valutazione medica e psicologica a ciascun tabagista in trattamento che ha accettato di partecipare allo studio.

La batteria testale è stata somministrata durante la prima valutazione medica e psicologica (fase diagnostica) o durante la prima seduta di trattamento.

La batteria testale e le informazioni anamnestiche raccolte sono le seguenti:

- Beck Depression Inventory – BDI II;
- STAI X – 2;

- Penn State Worry Questionnaire – PSWQ;
- Diagnosi DSM-IV-TR.

### Analisi dei dati

L'analisi dei dati raccolti è stata essenzialmente di tipo descrittivo, con la valutazione della prevalenza di tabagisti con punteggi alle scale BDI II, STAI-X 2, PSWQ superiori al valore di cut-off. Inoltre è stata fatta una valutazione della percentuale dei soggetti che permangono in terapia in relazione agli esiti della batteria testale.

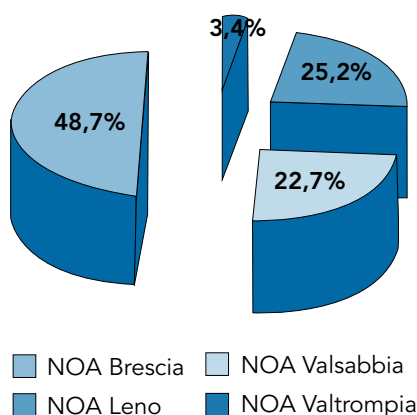
È stata analizzata la correlazione tra i punteggi alle scale BDI II, STAI-X 2, PSWQ con i tassi di cessazione tabagica a fine trattamento ed a 3 mesi.

## Risultati

### Caratteristiche dei soggetti partecipanti

Sono state raccolte informazioni relative a 119 soggetti (59 donne e 60 uomini) che si sono rivolti ai CTT del Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Brescia per la disassuefazione dal fumo nel periodo dall'8 novembre 2013 al 17 dicembre 2014; poco meno della metà dei soggetti si è rivolto al CTT del NOA di Brescia (**Figura 1**).

L'età media è di 48,8 anni nei maschi e di 46,2 anni nelle femmine. Le età minime e massime erano 17 e 74 anni. Il 10% dei partecipanti avevano meno di 31 anni, il 75% dei soggetti meno di 55 anni.



**Figura 1** Distribuzione per CTT.

### Esito dei trattamenti

Il tasso di abbandono prima dell'inizio del trattamento è stato del 26,1% e riguarda soggetti che prima o durante la fase di valutazione hanno rinunciato a partecipare al programma. La successiva analisi si riferisce quindi agli 88 soggetti che hanno effettivamente iniziato il trattamento.

La percentuale di successo è pari al 78,4%, con 62 soggetti che risultano astinenti al termine del programma e 7 con una riduzione dell'abitudine al fumo del 50%. Il 19,3% (17 persone) non ha portato a termine il trattamento e 2 soli fumatori, pur avendo terminato il programma non hanno avuto miglioramenti (**Tabella 1**).

I centri CTT propongono una terapia individuale o di gruppo solitamente associata ad una terapia farmacologica. L'83,7% di chi ha seguito una terapia di gruppo ha terminato il trattamento con successo, contro il 71,8% di chi ha seguito una terapia individuale (differenza non statisticamente significativa). La terapia individuale sembra inoltre essere gravata da un maggior numero di abbandoni in corso di trattamento rispetto alla terapia di gruppo (**Tabella 2**).

Tra i 69 soggetti con esito positivo, il 59,4% ha partecipato al trattamento gruppale, mentre il 40,6% ha partecipato al trattamento individuale. Nell'89,8% dei casi le sedute di *counselling* (individuali o di gruppo) sono state associate ad una terapia antiastinenziale.

Il follow up a 3 mesi mostra una astensione dal fumo nel 53,4% dei casi ed una riduzione del 50% nel-

**Tabella 1** Esito del trattamento.

Esito trattamenti	Numero	%
Astinente	62	70,5%
Riduzione 50%	7	8,0%
Invariato	2	2,3%
Abbandono in trattamento	17	19,3%
Totale	88	100,0%

**Tabella 2** Esito trattamento: terapia individuale vs di gruppo.

Esito trattamento	Terapia di gruppo (n = 49)	Terapia individuale (n = 39)
Astinente	73,50%	66,70%
Riduzione 50%	10,20%	5,10%
Invariato	0,00%	5,10%
Abbandono in trattamento	16,30%	23,10%

**Tabella 3** Follow-up a tre mesi (solo persone con esito positivo a fine trattamento).

	Numero	%
Astinente	42	70,5%
Riduzione 50%	3	8,0%
Ripresa	5	2,3%

l'8,0% dei fumatori che avevano iniziato il percorso. Per 29 soggetti (pari al 33%) non è disponibile il dato del follow up a 3 mesi (persone non più rintracciabili o per i quali non è stato registrato il dato) (Tabella 3). Il 78,6% di chi aveva terminato il programma con esito positivo mantiene questo risultato a 3 mesi, mentre solo il 3,6% riprende a fumare.

**Punteggi scale e correlazione con i tassi di cessazione dell'abitudine tabagica a fine trattamento**

La Beck Depression Inventory II [13] è una scala per la valutazione della depressione. È composta da 21 item, derivati da osservazioni cliniche dei sintomi e degli atteggiamenti

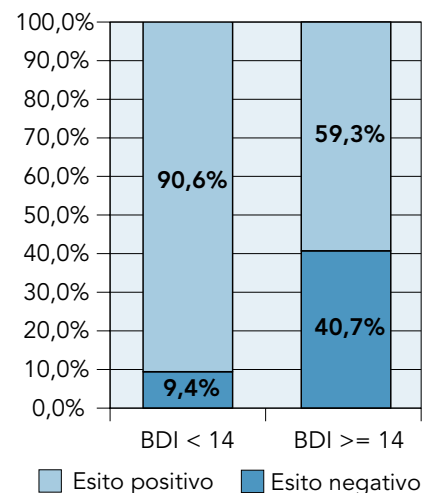
che più spesso si riscontrano in pazienti con diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore [14]. I punteggi medi al questionario, come rilevati dallo studio condotto da Centomo e Sanavio su circa 900 adulti italiani, sono 7,9 per i maschi (Deviazione Standard 6,39) e 11,34 per le femmine (DS 7,34) [14]. Nello studio al momento della valutazione iniziale viene misurato il grado di depressione tramite la scala **BDI II** che classifica le seguenti categorie:

- assenza di significativa sintomatologia depressiva (punteggio 0-13);
- grado di depressione in lieve (punteggio 14-19), moderato (punteggio 20-28) e severo (punteggio uguale o superiore a 29).

Il punteggio di 14 corrisponde al *cut-off* al di sotto del quale si considera l'assenza di depressione. Su 88 tabagisti partecipanti al programma il punteggio medio era di 11,8 più elevato nelle femmine (13,2) che nei maschi (10,5). Il 33,8% (n = 27) presentava un punteggio superiore a 14, indice della presenza di un certo grado di sintomatologia depressiva. Nella maggior parte dei casi si trattava di sintomatologia lieve-moderata. Per 8 persone non c'è stata la registrazione del punteggio (Tabella 4).

Dividendo i soggetti in due gruppi a seconda che avessero un punteggio superiore o inferiore al *cut off* della scala BDI e valutando il successo o l'insuccesso del trattamento (Figura 2) si nota che nei soggetti con un certo grado di depressione (punteggio superiore al *cut-off*) la proporzione di successi è stata molto inferiore rispetto ai soggetti non depressi (p = 0,001).

Gli **utenti trattati in gruppo** con



**Figura 2** Esito del trattamento e punteggio BDI.

indice depressivo basso (< 14 BDI II) hanno terminato il programma con successo nel 90,6% dei casi, contro il 59,3% di quelli con indice depressivo superiore al *cut-off* (p 0,002).

Per gli **utenti trattati individualmente**, pur essendoci una maggior percentuale di successi in chi aveva punteggio BDI inferiore al *cut-off* (83,3% rispetto al 58,3% di chi aveva un punteggio superiore a 14), la differenza non era statisticamente significativa.

La scala PSWQ [15] è uno strumento volto alla misura dell'abitudine a preoccuparsi in genere, indipendentemente dal contenuto delle preoccupazioni, dal momento o dalla situazione. Consta di 16 item valutabili dal soggetto su una scala a 5 punti. Valori elevati indicano un'inclinazione a preoccuparsi con frequenza ed intensità eccessive (PSWQ ≤ 39 non significativo; PSWQ 40-59 preoccupazione mo-

**Tabella 4** Prevalenza di sintomatologia depressiva alla BDI II.

Punteggio BDI	Terapia di gruppo	Terapia individuale	Totale partecipanti
[0-13] assenza sintomatologia depressiva	29 (65,9%)	24 (66,7%)	53 (66,3%)
[14-19] depressione lieve	7 (15,9%)	4 (11,1%)	11 (13,8%)
[20-28] depressione moderata	6 (13,6%)	4 (11,1%)	10 (12,5%)
[>= 29] depressione severa	2 (4,6%)	4 (11,1%)	6 (7,5%)

derata; PSWQ  $\geq 60$  preoccupazione grave). Con riferimento alla tarratura italiana [16] su un campione di 388 adulti, gli uomini hanno ottenuto un punteggio medio di 27,7 (DS = 10,6), mentre le donne un punteggio medio di 34,4 (DS= 11,3).

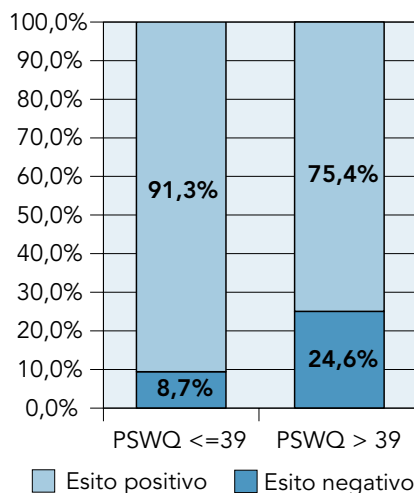
Nel gruppo di fumatori partecipanti al programma è stato registrato un punteggio medio di 46,5, statisticamente più alto nelle donne (46,8 nelle donne e 45,6 negli uomini;  $p = 0,02$ ), superiore al punteggio medio del campione di validazione [14]. Il 71,3% ( $n = 57$ ) presentava un punteggio superiore a 40, indice della presenza di grado di preoccupazione moderato o severo (**Tabella 5**).

Non sembra esserci una correlazione tra l'età e il punteggio rilevato alla scala PSWQ, anche se i fumatori con età superiore ai 60 anni sono quelli che hanno fatto registrare il punteggio più alto (47,3). Nei fumatori con un minor grado di preoccupazione la percentuale di successo è stata del 91,3%, mentre nei fumatori con punteggio superiore al cut-off la percentuale di esiti positivi è del 75,4% (**Figura 3**). La differenza non risulta comunque statisticamente significativa ( $p = 0,108$ ).

Si fa però notare che i fumatori con un alto grado di preoccupazione sono anche quelli con un valore di BDI tendenzialmente maggiore. La scala STAI-X2 [17] è uno strumento volto a misurare l'ansia di tratto (STAI-X2, 20 item), ossia la tendenza del soggetto ad esperire ansia nella maggior parte delle situazioni della vita quotidiana (punteggio < 20 non significativo; punteggio 20-40 "cut off" ansia di tratto lieve; punteggio = 40-60 ansia di tratto moderata; punteggio  $\geq 60$  ansia di tratto elevata).

Il punteggio medio della scala STAI registrato all'inizio del programma era 49; nelle donne il punteggio era 47,2 mentre negli uomini 50,6 ( $p = 0,01$ ).

Nel 68,3% dei casi vi era un punteggio indicativo di ansia moderata-elevata, percentuale più alta nei soggetti trattati in gruppo (73,9%)



**Figura 3** Esito del trattamento e punteggio PSWQ.

rispetto a quelli trattati individualmente (61,1%) (**Tabella 6**). La percentuale di successo del trattamento è superiore nei fumatori con punteggio inferiore al cut-off di 40, cioè con tratto d'ansia di grado lieve (88,5% contro il 76,8% di chi ha un punteggio superiore al cut-off di 40 (differenza non significativa) (**Figura 4**).

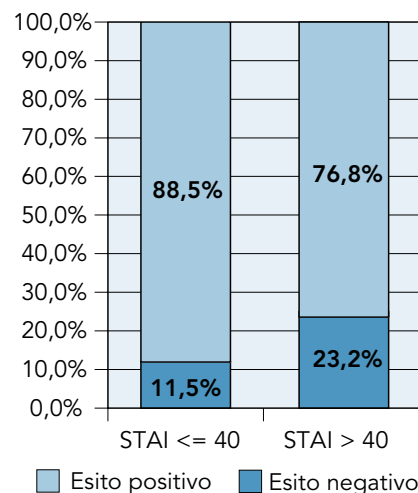
Il test di Fagerstrom consta di 6 item a risposta multipla, volti ad indagare i principali aspetti della dipendenza da nicotina. Viene infine calcolato un punteggio totale (da 0 a 10) che rispecchia la gravità della dipendenza. Un punteggio superiore a 5 indica un grado di dipendenza medio-forte.

**Tabella 5** Punteggio PSWQ all'inizio.

Punteggio PSWQ	Terapia di gruppo	Terapia individuale	Totale partecipanti
[0-39] punteggio non significativo	11 (22,9%)	12 (37,5%)	23 (28,7%)
[40-59] preoccupazione moderata	33 (68,8%)	18 (56,3%)	51 (63,8%)
[ $\geq 60$ ] preoccupazione grave	4 (8,3%)	2 (6,3%)	6 (7,5%)

**Tabella 6** Punteggio STAI all'inizio del trattamento.

Punteggio STAI	Terapia di gruppo	Terapia individuale	Totale
[20-40] ansia di tratto lieve	12 (26,1%)	14 (38,9%)	26 (31,7%)
[40-60] ansia di tratto moderata	22 (47,8%)	17 (47,2%)	39 (47,6%)
[ $\geq 60$ ] ansia di tratto elevata	12 (26,1%)	5 (13,9%)	17 (20,7%)



**Figura 4** Esito del trattamento e punteggio STAI.

I fumatori partecipanti al progetto avevano un punteggio medio di 6, con ben 70 soggetti su 85 con un punteggio superiore a 5 (**Figura 5**). Non vi sono differenze tra uomini e donne. Solo nei soggetti con età superiore ai 60 anni si è trovato un punteggio medio inferiore al cut-off di 5. I fumatori con un maggior grado di dipendenza da nicotina sono stati prevalentemente inviati verso un percorso di *counselling* individuale (**Tabella 7**).

L'esito del programma non è significativamente diverso tra il gruppo di fumatori con dipendenza medio-forte (punteggio  $\geq 5$ ) da quelli con un punteggio inferiore a 5.

**Tabella 7** Test di Fagerstrom.

	Terapia di gruppo	Terapia individuale	Totale partecipanti
[<5] dipendenza lieve	11 (22,9%)	4 (10,8%)	15 (17,6%)
[>= 5] dipendenza moderata-grave	37 (77,1%)	33 (89,2%)	33 (82,4%)

**Analisi logistica multivariata**

L'analisi multivariata conferma che il parametro maggiormente correlato al successo del trattamento è il punteggio della scala BDI: un punteggio superiore al *cut-off* di 14 porta ad una maggior percentuale di insuccessi (OR = 0,09; p = 0,005). Non sembra esserci invece un legame statisticamente significativo tra i valori delle altre scale e l'esito del trattamento; emerge comunque come un maggior grado di preoccupazione espresso da un punteggio PSWQ alto e la presenza di ansia di tratto elevata siano legate ad una maggior difficoltà ad ottenere risultati positivi ad un programma di disassuefazione dal fumo, anche se non vi è la significatività statistica.

**Discussione**

Il campione di tabagisti che hanno richiesto un trattamento di disassuefazione tabagica presentava una prevalenza di sintomi depressivi alla BDI II superiore al *cut-off* nel 33,8%, di tendenza al rimuginio alla PSWQ superiore al *cut-off* nel 71,2% dei casi, di ansia di tratto superiore al *cut-off* nel 68,3% dei casi.

Il confronto dei punteggi delle scale con i tassi di cessazione a fine trattamento evidenziano come punteggi elevati al BDII, alla PSWQ e alla STAI-X2 tendano a correlarsi con un minor grado di cessazione del fumo a fine trattamento. Tuttavia solo un punteggio uguale o superiore a 14 alla BDI II è stato in grado di determinare differenze statisticamente significative tra i tassi di successo e di insuccesso a fine trattamento per la disassuefazione tabagica. Alla luce di ciò, sembra che la presenza di una significativa sintomatologia depressiva più che di "worry" (da intendersi come "preoccupazione", o meglio, "rimuginio", ossia un processo mentale caratterizzato da una catena di pensieri negativi relativamente incontrollabili) costituisca un fattore in grado di influenzare l'esito del trattamento per la dipendenza da nicotina, tanto in un setting individuale quanto gruppale. Inoltre l'analisi multivariata evidenzia come il punteggio alla BDI II sia l'elemento che maggiormente si correla agli esiti del trattamento sia a fine trattamento che a 3 mesi (pur non raggiungendo a 3 mesi la significatività statistica). Il grado di

dipendenza dalla nicotina rilevato dal Test di Fagerstrom non influisce invece sui risultati, essendo controllato dal trattamento farmacologico antiastinenziale.

**Conclusioni**

Da un punto di vista clinico il rilievo di punteggi superiori al *cut off* alla BDI II nella fase di valutazione iniziale sembra essere un elemento rilevante che può condizionare l'esito dei trattamenti integrati, in accordo con i risultati dello studio multicentrico di Berlin [4]. Ciò sembra indicare l'opportunità di prendersi cura della presenza di disturbi depressivi all'inizio del trattamento in fumatori che tentano la disassuefazione tabagica. Attenzione va posta anche alla presenza di tratti di ansia e di rimuginio alla PSWQ superiori al *cut-off*. Ciò al fine di aumentare le probabilità di cessazione del fumo attraverso un trattamento integrato.

Uno studio che correli l'esito al trattamento di disassuefazione tabagica in fumatori con punteggio alla BDI II = o > di 14 non trattati per la sintomatologia depressiva rispetto a tabagisti con elevato punteggio alla BDI II trattati (ove si confermasse un Disturbo Depressivo) sarebbe auspicabile.

[Tabaccologia 2016; 2:18-24]

**Mario Franzini**

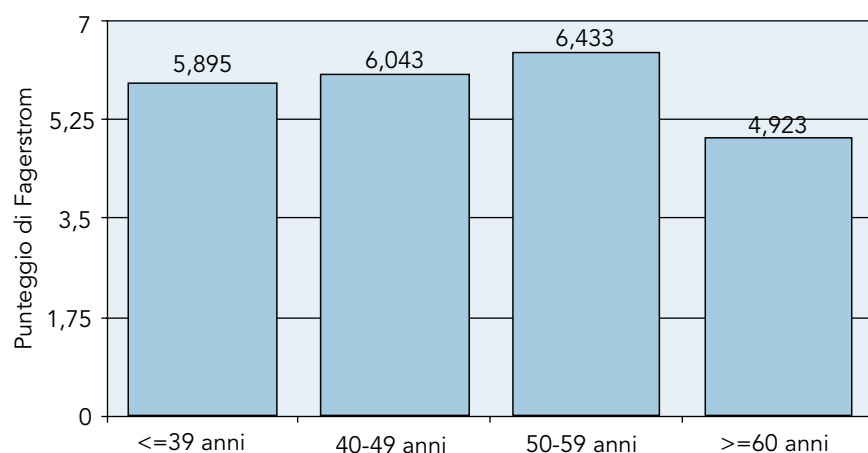
✉ [mario.franzini@asst-spedalivicili.it](mailto:mario.franzini@asst-spedalivicili.it)  
ASST Spedali Civili Brescia  
Tel. 030 3839935, Fax 030 3839963

**Mariangela Abrami,  
Carmelo Scarcella,  
Cinzia Gasparotti, Daniela Rossi**  
ATS Brescia

**Giovanni Pè, Fabio Roda,  
Marco Stilo**  
ASST Spedali Civili Brescia

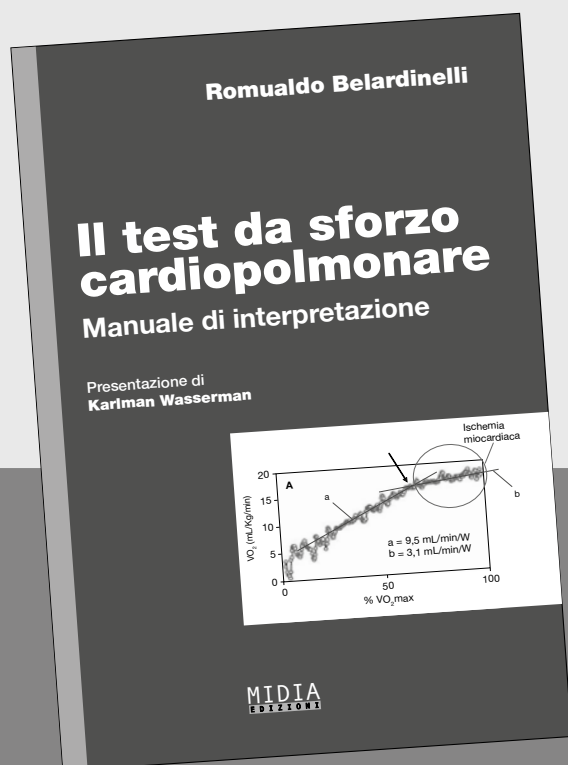
**Lucia Zazio**  
ASST del Garda

► *Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi.*

**Figura 5** Punteggio di Fagerstrom all'inizio del trattamento.

## Bibliografia

- Vickers KS et al. Depressed versus nondepressed young adult tobacco users: Differences in coping style, weight concerns and exercise level, *Health Psychology*, Vol 22(5), Sep 2003;498-503.
- Abrantes AM et al. The role of negative affect in risk for early lapse among low distress tolerance smokers. *Addictive Behaviors* 2008 Nov;33(11):1394-1401.
- Leventhal AM et al. Dimensions of depressive symptoms and smoking cessation *Nicotine Tob Res* 2008 Mar;10(3):507-517.
- Berlin I et al. Pre-cessation depressive mood predicts failure to quit smoking: the role of coping and personality traits. *Addiction* 2006;101:1814-1821.
- Hitsman B, Borrelli B, Mc Charque DE, Spring B Niaura R. History of depression and smoking cessation outcome: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71(4):657-663.
- Covey LS. Tobacco cessation among patients with depression. *Prim Care* 1999;26(3):691-706.
- Borrelli B. History of depression and negative affect have been associated with smoking treatment failure. *American Journal of Preventive Medicine* 1996;12(5):378-387.
- Glassman AH, Helzer JE, Covey LS et al. Smoking, smoking cessation and major depression. *JAMA* 1990;264(12):1546-1549.
- Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S et al. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. *JAMA* 2000;284(20):2606-2610.
- Becona E, Vazquez FL, Miguez MC. Smoking cessation and anxiety in a clinical sample. *Personality individual Differences*. 2002;32:489-494.
- Peasley-Miklu C et al. An examination of smoking outcome expectancies, smoking motives and trait worry in a sample of treatment-seeking smokers". *Addictive Behaviours*, 2012;37,4:407-413.
- American Psychiatric Association (2000). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM IV-TR*, Masson, Milano 2004.
- Beck AT, Steer RA, Brown G. *Beck Depression Inventory. Second Edition (BDI-II)*. Psychological Corporation 1996.
- Sanavio E. *Le scale CBA. Cognitive Behavioural Assessment: un modello di indagine psicologica multidimensionale*. Raffaello Cortina Editore, Milano 2002.
- Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL & Borkovec TD. Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. In *Behavior Research and Therapy* 1990;28:487-495.
- Morani S, Pricci D, Sanavio E. Penn State Worry Questionnaire e Worry Domains Questionnaire: presentazione delle versioni italiane e analisi della fedeltà. In Carraresi C. & Melli G. (a cura di), *Assessment in psicologia clinica*. Edizioni Centro Studi Erickson, Trento 2012.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR & Jacobs GA. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA(1983).



## Direttamente a casa tua

Acquista online sul sito  
[www.midiaonline.it](http://www.midiaonline.it)

€ 65,00



Disponibile  
nelle migliori  
librerie scientifiche

Midia srl - Tel. 040 3720456 - Fax 040 3721012  
[midia@midiaonline.it](mailto:midia@midiaonline.it) - [www.midiaonline.it](http://www.midiaonline.it)