



Figli di un Dio assente. La dannazione del fumo tra i malati di mente

The forgotten sons: patients with mental disorders are doomed to smoke

Fabio Lugoboni, Christian Chiamulera

Recentemente la prestigiosa rivista *The Lancet*, ha commentato in toni davvero entusiastici i cali di prevalenza di fumatori attivi nel Regno Unito, processo descritto come significativo e progressivo. A lato di ciò però, la nota rivista sottolineava la situazione del fumo nelle popolazioni psichiatriche, dove nessun pur piccolo successo è avvenuto negli ultimi 20 anni. Un quadro veramente sconcertante. L'editoriale, oltre a ripetere in modo puntuale che tale insuccesso o, meglio, trascuratezza, non era motivata da alcuna vera controindicazione nel proporre la cessazione del fumo a chi è affetto da malattia mentale, anche grave, sottolineava con grande enfasi e soddisfazione un accordo ritenuto fondamentale. La firma di un documento congiunto tra il Royal College of Physicians, il Royal College of Psychiatrists e la Faculty of Public Health per un coordinamento tra servizi di primo e secondo livello al fine di implementare lo smettere di fumare tra i soggetti con malattia mentale veniva data come una nuova speranza, di più, come una vera svolta.

Questa enfasi sull'importanza dell'accordo citato ha mosso non poche prelessità in noi, clinici e docenti, profondamente coinvolti nella ricerca e pratica clinica antitabagica, parallelamente ad una sentita missione didattica a tutti i livelli. Cosa significa il fumo nelle popolazioni psichiatriche?

I pazienti con disturbi psichiatrici rappresentano una minoranza della popolazione, ma consumano il 40 % di tutte le sigarette fumate nei paesi economicamente più sviluppati. Qualsiasi malattia mentale (MI), ansia, disturbi affettivi, psicotici o di personalità, si correla con una prevalenza di consumo di nicotina significativamente superiore rispetto alla popolazione generale. La nicotina interagisce con quasi tutti i neurotrasmettitori del cervello ed ha effetti positivi, almeno nelle prime fasi, sulla maggior parte dei sintomi psichici. I pazienti con comorbilità psichiatrica tendono a iniziare a fumare prima, rispetto ai

Recently, the prestigious journal *The Lancet*, reported in tones really enthusiastic the decline in the prevalence of active smokers in the UK, a process described as significant and progressive. Beside of this, however, the journal highlighted the situation of smoking in psychiatric populations, where no small success at all has occurred in the last 20 years. A picture really disheartening. The editorial, in addition, correctly reported that such failure or, better, neglect, was not motivated by any real controindication in offering smoking cessation in people suffering from mental illness, including severe ones. It emphasized greatly an agreement deemed essential. The signing of a joint document among the Royal College of Physicians, the Royal College of Psychiatrists and the Faculty of Public Health to coordinate services between the first and second level in order to implement the smoking cessation among subjects with mental illness were given as a new hope, more, as a real breakthrough.

This emphasis on the importance of such Agreement has moved many doubts in us, clinicians and researchers, deeply involved in research and clinical practice against smoking, in parallel with a heartfelt mission of teaching at all levels.

What does represent the smoke in psychiatric populations? Patients with psychiatric disorders represent a minority of the population but they consume 40% of all cigarettes smoked in most economically developed countries. Any mental illness (MI), whether anxiety, affective, psychotic or personality disorders, correlates with a prevalence of nicotine consumption significantly higher than the general population. Nicotine interacts with almost all the neurotransmitters of the brain and has positive effects, at least in the early stages, on the majority of psychiatric symptoms. Patients with psychiatric comorbidity tend to start smoking earlier and generally in comparison to their peers, develop a higher level of dependence and tolerance. These subjects, therefore, develop illnesses and die from smoking-related diseases at a significantly higher rate when they are compared to smokers in the





loro coetanei, e a sviluppare un più alto livello di dipendenza e tolleranza. Questi soggetti sviluppano quindi più malattie e muoiono per cause legate al fumo a un tasso significativamente più alto quando vengono confrontati ai fumatori nella popolazione generale. Tuttavia, paradossalmente, essi sono scarsamente informati sui rischi legati al fumo dai loro medici. Perciò la cura della salute mentale del paziente, trascurando la salute fisica, non è più accettabile. Questa negligenza, purtroppo, è legata a falsi miti profondamente radicati, che devono essere eliminati.

1. Il fumo è ritenuto essere del tutto secondario alla malattia mentale, anche se è stato chiaramente dimostrato che il tabacco provoca la morte precoce in metà di questi pazienti [1].
2. Un altro luogo comune è che i pazienti hanno poco interesse a smettere di fumare. Ciò è dovuto principalmente al fatto che il fumo è accettato come "naturale" nell'ambiente in cui la maggior parte di questi pazienti vivono. I pazienti spesso non sono informati sui pericoli del fumo, ma esprimono un interesse e sono in grado di smettere di fumare, se adeguatamente assistiti [2].
3. Tra gli operatori sanitari, una credenza molto radicata è che smettere di fumare peggiori lo stato psicologico dei pazienti. A questo riguardo, vi è una forte evidenza scientifica che la cessazione del fumo, quando adeguatamente trattata, non peggiori affatto la malattia mentale. Smettere può portare a molti benefici positivi: cognitivi, psicologici, farmacodinamici ed economici. L'ideazione suicidaria è uno dei sintomi più temuti, soprattutto tra coloro che soffrono di depressione maggiore, nonostante il fatto, spesso dimenticato, che i fumatori hanno un rischio di suicidio aumentato di 3-4 volte, indipendentemente dal trattamento, rispetto alla popolazione generale. La presenza di ideazione suicidaria non deve impedire un tentativo di smettere di fumare, deve semplicemente imporre un adeguato livello di terapia e attento follow-up professionale, in collegamento con i professionisti psichiatri [3].



general population. However, paradoxically, they are poorly informed about the risks linked to smoking by their physicians. Therefore we strongly agree that caring for a patient's mental health needs and neglecting their physical health is not acceptable, however this negligence is hidden in deeply rooted myths which must be eliminated.

1. *Smoking is widely felt to be considered secondary to mental illness, although it has clearly been shown that tobacco causes the death of half of these patients [1].*
2. *Another cliché is that the patients have little interest in quitting smoking. This is mainly due to the fact that smoking is accepted as "natural" in the environment where most of these patients live. Patients often are not informed about the dangers of smoking, but they express an interest and are able to stop smoking if they are assisted [2].*
3. *Among health care workers there is a very deeply rooted belief that quitting smoking worsens the psychological state of patients. However there is strong scientific evidence that smoking cessation, when adequately treated, does not worsen mental illness whereas quitting can lead to many positive benefits: cognitive, psychological, pharmacodynamic, work-related and economic. Suicidal ideation is one of the most feared symptoms, especially among those who suffer from major depression, this is despite the fact that it is often forgotten that smokers have a 3-4 fold increased risk of suicide, regardless of treatment, when compared to the general population. Suicidal ideation must not prevent an attempt to stop smoking. It must simply impose an appropriate level of therapy and careful professional follow-up, in connection with psychiatric professionals [3].*
4. *Smoking is often accepted as being part of the culture in many psychiatric treatment facilities, sometimes in derogation of specific smoking bans, producing a type of shared social activity. In many countries health professionals dealing with people with mental illness tend to smoke on average more than other health workers. When investigated, they often demonstrated a lack of knowledge about tobacco harms, dependence and treatment, really unexpected in healthcare professionals [4].*



4. Il fumo è spesso accettato come parte della cultura di molti setting di trattamento psichiatrico, a volte in deroga a specifici divieti di fumo, una sorta di attività sociale condivisa. In molti paesi gli operatori sanitari che si occupano di persone con malattie mentali tendono a fumare in media più di altri operatori sanitari. Quando indagato, è stato spesso dimostrato una mancanza di conoscenza dei danni da fumo, della dipendenza e del trattamento, davvero inaspettati in operatori sanitari [4].
5. C'è anche una credenza largamente diffusa che i trattamenti più ampiamente disponibili per smettere di fumare non funzionino in pazienti affetti da malattie mentali. Se non trattati sintomi gravi di astinenza sono legati a una bassissima probabilità di successo [5].

L'auto-efficacia rappresenta un obiettivo fondamentale per questi pazienti e, quindi, l'individuazione di un'adeguata consulenza ha un ruolo centrale, ma deve essere combinata con il trattamento farmacologico, appropriato nel tipo, nella lunghezza e nel dosaggio. Tutti i 6 farmaci di prima linea sono stati dimostrati efficaci nel ridurre i sintomi di astinenza e di aumentare le possibilità di successo. I trattamenti vanno spesso combinati tra loro, e sono dati con dosi elevate e per periodi prolungati rispetto a quelli della popolazione generale. Ciò comporta costi significativamente più elevati che questi pazienti trovano spesso difficoltà a sostenere se il servizio non è gratuito.

La posizione recentemente assunta dal Royal College of Physicians e dal Royal College of Psychiatrists del Regno Unito dà motivo di sperare, ma da esperienza del mondo reale, sarà difficile che questa sia la soluzione. Nella nostra esperienza di ricercatori, medici e insegnanti di dipendenza da tabacco crediamo che un grande passo avanti sia che l'istruzione universitaria diventi più aperta ai problemi legati alla dipendenza da tabacco e che formi gli psichiatri a conoscere meglio il problema. Stimolare cambiamenti tra gli psichiatri di età superiore ai 40 anni ci sembra molto difficile, mentre quelli più giovani hanno mostrato reale interesse per tali interventi, nella nostra esperienza, se correttamente addestrati. In altre parole, dobbiamo iniziare dai piedi, invece che dalla testa. Questo processo comporta più coinvolgimento da parte dei tabaccologi piuttosto che degli psichiatri senior o dei professionisti della salute pubblica.

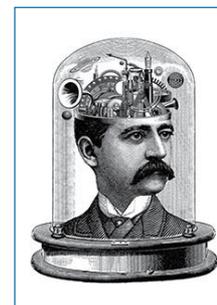
Lo scenario è complesso e ricco di criticità, ma questo non dovrebbe impedire uno sforzo coordinato tra operatori e docenti per dare a questi pazienti l'opportunità e il sostegno di cui hanno bisogno per smettere di fumare. ■

Fabio Lugoboni¹, Christian Chiamulera²

¹ Scuola di Specialità di Medicina Interna e Psichiatria, Università di Verona
² Facoltà di Scienze Motorie, Presidente del CPU in Tabagismo, Università di Verona

Disclosure: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto d'interessi. Fabio Lugoboni è consulente dell'European Varenicline Board per la problematiche fumo-depressione.

5. *There is also a commonly-held and widespread belief that the most widely available treatments for smoking cessation may not work in patients with mental illnesses. Undoubtedly untreated severe withdrawal symptoms are related to a very low chance of success [5].*



Self-efficacy represents a key objective for these patients and thus the identification of appropriate counselling has a central role but it must be combined with pharmacological treatment, appropriate in type, length, and dosage. All 7 first line drugs have been proved effective in reducing withdrawal symptoms and in increasing the chances of success. The treatments are often combined, and are given as higher doses and for prolonged periods with respect to those of the general population and involve significantly higher therapy costs, which these patients often find difficult to sustain if the service is not provided for free.

The recent position taken by the Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists in the UK gives cause for hope, but from real world experience, it will be difficult to implement these methods in practice. In our experience as researchers, clinicians and teachers of tobacco addiction we believe that a big step forward is that university education will become more open to the issues related to tobacco addiction and will train psychiatrists to better recognize the issue. To stimulate changes among psychiatrists aged more than 40 seems to us to be very hard, whilst younger ones have shown real interest in such interventions, in our experience, when properly trained. In other words, we have to start bottom up instead of top down. This process involve more tabaccologists than senior psychiatrists or public health professionals.

The scenario is complex and rich of critical issues, but this should not prevent a coordinated effort among professionals to give these patients the opportunity and the support they need to quit smoking. ■

Disclosure: Fabio Lugoboni is a consultant for smoking and depression for the Varenicline European Advisory Board.

BIBLIOGRAFIA

1. Lancet Editorial. Smoke alarm: mental illness and tobacco. Lancet 2013; 381: 1071
2. Ziedonis D, Hitsman B, Beckham JC, Zvolensky M et al. Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. Nicotine Tob Res 2008;10: 1691-715.
3. Siru R, Hulse GK, Tait RJ. Assessing motivation to quit smoking in people with mental illness: a review. Addiction. 2009;104:719-33.
4. Miller M, Hemenway D, Rimm E. Cigarettes and suicide: a prospective study of 50,000 men. Am J Public Health. 2000; 90:768-73.
5. Ratschen E, Britton J, Doody GA, Leonardi-Bee J, McNeill A. Tobacco dependence, treatment and smoke-free policies: a survey of mental health professionals' knowledge and attitudes. Gen Hosp Psychiatry. 2009; 31:576-82.