

Il Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire (WI-PREPARE) come strumento di valutazione del rischio di ricaduta nella disassuefazione da fumo di tabacco

The Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire: an useful tool to predict the risk of relapse after smoking cessation

Giuseppe Cuoghi, Chiara Resentera, Fabio Lugoboni

Riassunto

Il tabagismo appartiene, per la sua estensione, per la gravità dei danni che comporta alla salute, ai grandi problemi con i quali la società moderna è chiamata a confrontarsi. Solo nel 1988 la medicina ufficiale affermò che la nicotina creava dipendenza come le altre droghe. Le industrie del tabacco, che conoscevano da tempo le caratteristiche psicotrope della nicotina, continuarono ad affermare e a giurare in pubblico che essa non dava nessun tipo di dipendenza. In Italia circa il 40% dei fumatori attivi dice che vorrebbe smettere di fumare ma non ci riesce, proprio a causa della forte dipendenza causata dalla nicotina. Solo il 9% di coloro che hanno smesso di fumare riesce a rimanere astinente per 1 anno. Risulta chiaro che il tabagismo non è un vizio, non è un'abitudine, ma una vera e propria tossicodipendenza, una malattia cronica e recidivante, e come tale deve essere trattata. Occorre quindi analizzare e sostenere il paziente rispetto alla ricaduta ed ai sentimenti negativi che la accompagnano, affrontare la ricostruzione del "processo" che ha portato alla ricaduta riconoscendone le varie tappe, gli stati d'animo ed il livello di consapevolezza che le hanno caratterizzate, individuando insieme al paziente le cause delle difficoltà e dei problemi aiutandolo a migliorare le modalità che usa per fronteggiarle e offrendogli nuovi strumenti di coping. Strumenti che possono riguardare sia il processo di ricaduta (prevedendo quindi tecniche di evitamento o fronteggiamento o training per lo sviluppo delle capacità assertive e dell'autoefficacia) che le situazioni emotive o interpersonali che il paziente non riesce a gestire (spesso originatesi all'interno della famiglia), o ancora situazioni di scarsa motivazione. Il Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire (WI-PREPARE) è un questionario di breve somministrazione e di facile scoring e può essere somministrato, al posto del Fagerstrom test (FTND), a chi ha intenzione di smettere di fumare e rappresenta un utile strumento in grado di prevedere, con buona approssimazione, la probabilità di ricaduta nei primi 6 mesi, ritenuti unanimemente i più cruciali, dopo la cessazione, permettendo ai terapeuti di modulare l'intensità delle cure e del follow-up.

Parole chiave: Fumo, disassuefazione, trattamento, ricaduta, tool.

Abstract

Cigarette smoking, because of its diffusion and severity of damage, is one of the main health concerns of modern societies. Only in 1988, official medicine admitted that nicotine could be addictive, just as other drugs. In Italy about 40% of smokers would like to quit smoking but fail to do so, because of the strong addiction caused by nicotine. Only 9% of those who quit are still smoke free after one year. It is clear that cigarette smoking is not a bad habit, rather a true dependence, a chronic, relapsing disease, and needs treatment for these reasons. We need to assess and support

the patient to avoid relapse and related negative feelings, face the reconstruction of the "process" that caused the relapse understanding the different steps, the moods and the levels of awareness that characterised it. We should investigate together with the patient upon the reasons of the difficulties and the problems and help him or her to foster the ways with by they could cope with them, by offering new coping instruments. Tools that may concern not only the relapse process (preparing avoiding, coping and assertive auto-efficacy training techniques) but also the emotional or interpersonal situations that the patient is not able to manage (often beginning in the families), and low motivational states. The Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire (WI-PREPARE) is a brief administrated one, easily scored and may be administrated, instead of the Fagerstrom test (FTND), to those who wish to quit smoking and represents a useful tool to predict, with a good approximation, the probability of relapse in the first six months period, mostly considered as crucial after cessation, permitting therapists to tailor treatment intensity an follow-ups.

Keywords: Smoking, cessation, treatment, relapse, tool.

Introduzione

Il tabagismo appartiene, per la sua estensione, per la gravità dei danni che comporta alla salute, ai grandi problemi con i quali la società moderna è chiamata a confrontarsi. Solo nel 1988 la medicina ufficiale affermò che la nicotina creava dipendenza come le altre droghe. Le industrie del tabacco, che conoscevano da tempo le caratteristiche psicotrope della nicotina, continuarono ad affermare e a giurare in pubblico che essa non dava nessun tipo di dipendenza. Risulta chiaro che il tabagismo non è un vizio, non è un'abitudine, ma una vera e propria tossicodipendenza, una malattia cronica e recidivante, e come tale deve essere trattata [1,2]. Occorre quindi analizzare e sostenere il paziente rispetto alla ricaduta ed ai sentimenti negativi che la accompagnano, affrontare la ricostruzione del "processo" che ha portato alla ricaduta riconoscendo le varie tappe, gli stati d'animo ed il livello di consapevolezza che le hanno caratterizzate.

Il processo di ricaduta

La definizione di ricaduta assume significati diversi a seconda del modello teorico di riferimento. Tornare a fumare assiduamente dopo un periodo di astinenza o di consumo moderato, è un fatto che accade molto di frequente nei tabagisti che fanno un percorso di disintossicazione. Gli approcci tradizionali al trattamento delle dipendenze spesso concettualizzavano la ricaduta

come una sconfitta, un risultato negativo che equivale al fallimento del trattamento. Queste prospettive considerano l'esito del trattamento come dicotomico, bianco o nero, esso può solamente assumere la forma dell'astinenza completa o della recidiva. In questi modelli non vi è spazio per la prevenzione della ricaduta o, meglio, non viene analizzato il complesso processo della ricaduta nel suo esplicarsi [3]. Circa l'80% delle persone trattate per problemi di alcol tornano ad ubriacarsi almeno una volta. Una percentuale compresa tra il 60 ed il 90% di ex-fumatori si accende una sigaretta entro un anno da quando ha smesso. Nonostante ciò, molte persone riescono alla fine, a superare le loro dipendenze. Quando negli anni '60 Alan Marlatt, ex-direttore dell'Addictive Behaviors Research Center all'Università di Washington, iniziò a lavorare nel reparto di alcologia, più o meno il 70% dei pazienti con cui lavorava, continuava ad entrare ed uscire da programmi di disintossicazione. Egli iniziò a studiare come chi aveva smesso con successo riuscisse a mantenere l'astinenza, e si accorse che molti di loro avevano le ricadute, ma erano capaci di imparare dai loro errori, immaginandosi cosa fare la volta successiva per evitare di cadere nuovamente. Iniziò così a considerare la ricaduta come un processo in transizione, una serie di eventi che si svolgono nel tempo [4]. La ricaduta come una regola, piuttosto che come un'eccezione, come

un'opportunità piuttosto che come una catastrofe. La ricaduta che, se gestita nel modo giusto, può aprire le porte ad un successo durevole. "Un po' come quando si impara ad andare in bicicletta", sosteneva Marlatt, "quasi tutti cadono almeno una volta".

Numerosi studi hanno dimostrato come le ricadute, nella maggior parte dei casi, non sono processi puntiformi e spesso seguono un pattern comune [5]. Frequentemente, per preservare la sua autostima, il paziente tende a riferire questi errori come "casuali" o determinati dalle pressioni sociali. Se "il caso" può essere visto come un tentativo di attenuare i sensi di colpa e di impotenza, numerosi studi hanno dimostrato come la ricaduta spesso "viene da lontano" e porta l'ex-fumatore a compiere una serie di "atti apparentemente insignificanti" (spesso non coscienti o almeno non chiari nel loro vero significato) che progressivamente lo riavvicinano alle sigarette [6].

Questa concettualizzazione fornisce un quadro d'azione più ampio per studiare ed intervenire nel processo di ricaduta al fine di prevenire o ridurre gli episodi di recidiva migliorando in tal modo l'esito del trattamento.

Attraverso una tecnica chiamata "Ecological Momentary Assessment", Shiffman ha indagato l'esatto momento della ricaduta chiedendo a un gruppo di fumatori in trattamento di registrare regolarmente, su un diario elettronico, il loro umore e l'ambiente circostante.

Se capitava loro di cedere alla tentazione e di fumare una sigaretta gli domandava di aggiungere una descrizione più dettagliata, che includesse il luogo, l'attività e la precedente assunzione di cibo o bevande [7].

Ci si accorse ben presto che due distinti tipi di fattori giocavano un ruolo chiave nel processo di ricaduta: le **determinanti situazionali** (es. situazioni ad alto rischio, capacità individuali di coping) e le **cause sottostanti** antecedenti (es. variabili esistenziali, craving) [8].

Marlatt e Gordon svilupparono così nel 1985 un modello concettuale della ricaduta e uno strumento noto come "counselling di prevenzione della ricaduta", applicabile nel setting professionale, in cui vengono identificate situazioni scatenanti comuni e vengono proposte strategie psicologiche e comportamentali che possono essere di aiuto per prevenire o limitare gli episodi di relapse [4,9].

Secondo questo modello, le persone che si trovano ad affrontare un cambiamento come quello di smettere di fumare, inizieranno a sperimentare una maggiore autoefficacia ed una maggior padronanza dei propri comportamenti, sensazioni che dovrebbero incrementare man mano che viene mantenuta l'astinenza.

Ci sono tuttavia alcune situazioni o eventi che possono rappresentare una minaccia al senso di padronanza raggiunto e, di conseguenza, far precipitare l'individuo in una crisi da mancanza di controllo. Sono quelle che Marlatt chiama le sette "Situazioni ad Alto Rischio":

- Stati emotivi negativi (rabbia, ansia, depressione, frustrazione, noia, etc.) e positivi (festeggiamenti, stimoli ambientali correlati alle sigarette).
- Conflitti interpersonali e familiari.
- Pressioni sociali (ad esempio trovarsi con altre persone che stanno fumando).
- "Occasioni".
- Condizioni fisiche negative (stato di malattia non conseguente all'uso di sigarette, aumento di peso).

- Verifica dell'autocontrollo (assumere la sostanza a scopo sperimentale, per curiosità più che per desiderio).
- Co-assunzione di sostanze, alcol in primis.

Svariati studi concordano nel rilevare che queste situazioni sono alla base di oltre il 90% delle ricadute e le più frequenti sono le prime tre, che coprono il 75% circa dei casi.

Anche altri autori [10] identificano nello stato emotivo, e in particolare nell'affettività negativa riscontrata nelle 4-5 ore precedenti, il principale fattore di ricaduta: la rabbia, l'ansia, la depressione e l'irritazione, quando salgono all'improvviso, sono gli stimoli più potenti.

Queste Situazioni ad Alto Rischio sono in agguato maggiormente nei primi tre mesi di astinenza, ma insidiano il paziente soprattutto nel momento della progressiva "normalizzazione dell'astinenza", processo in cui egli inizia a dare al suo essere astinente dal fumo un valore relativamente più normale, non più speciale come nei primi periodi di astinenza quando sentiva la soddisfazione della vittoria conquistata [3].

Viene introdotto inoltre il concetto di "violazione dell'astinenza" (abstinence-violation effect, AVE) ovvero l'attribuzione di significato che il paziente dà alla prima violazione dell'astinenza. Potremmo dire un

"effetto da rottura di giuramento". Un'attribuzione legata a vissuti di fallimento personale e inadeguatezza anziché ad una non ancora completa abilità nell'affrontare situazioni ad "alto rischio", porta più facilmente ad una seconda violazione e all'abbandono del trattamento (un fumatore in astinenza che fa due tiri di sigaretta da un amico, poi si fa dare una sigaretta da un altro e si compra un pacchetto intero, immaginando di avere già buttato al vento tutti i suoi progressi).

Secondo questo modello, lo schema della ricaduta risulta essere il seguente:

Situazione ad alto rischio → risposta di fronteggiamento (coping) inadeguata → diminuzione della sensazione di autoefficacia e aspettative positive sugli effetti della sigaretta → caduta iniziale → sentimenti di colpa e di fallimento (abstinence-violation effect) ed effetti della sigaretta percepiti come positivi → aumentata probabilità di ricaduta completa (Figura 1).

Un classico approccio dicotomico, bianco o nero, poteva trasformare un semplice errore, uno scivolone (lapse) in una ricaduta completa. Da questo nuovo punto di vista un errore non porta inevitabilmente a una ricaduta completa, ma apre invece a molteplici opportunità per scongiurarla.

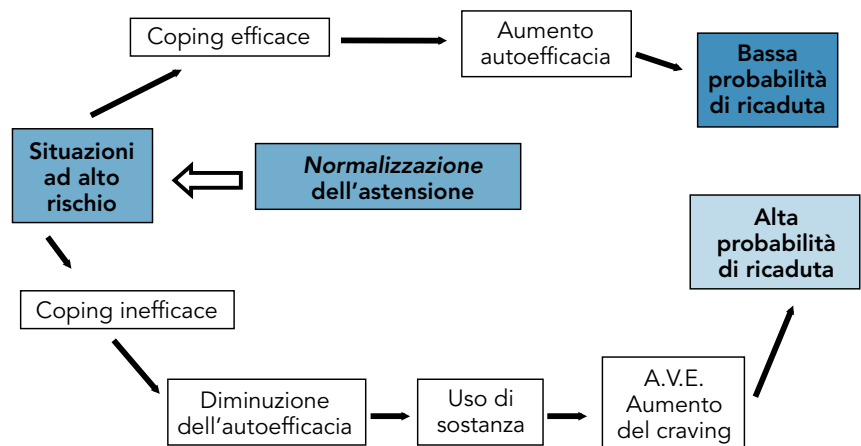


Figura 1 Modello della ricaduta (Marlatt).

Fattori di ricaduta e strumenti di valutazione

Un numero considerevole di ricerche indica che molteplici fattori sono in varia misura coinvolti nella probabilità di ricadere in chi vuole smettere di fumare [11], di conseguenza gli strumenti deputati alla valutazione del rischio di ricaduta dovrebbero tenere in considerazione queste diverse dimensioni, variabili da persona a persona.

Tra questi i più importanti sono:

- Fisiologici (es. livello di dipendenza da nicotina, sintomi di astinenza, sovrappeso).
- Comportamentali (es. "tipo" di fumatore).
- Fisici e sociali (es. vivere o lavorare con fumatori, politiche e regole sociali contro il fumo, pubblicità di sigarette).
- Psicologici ed emotivi (es. stress, depressione, ansia, paura di ingrassare, disturbi psichici).
- Cognitivi (es. consapevolezza, vantaggi e svantaggi percepiti, motivazione, autoefficacia).
- Di accessibilità agli interventi (programmi di trattamento disponibili e accessibili).
- Contesto sociale o circostanze di vita che possono abbassare la priorità data al tentativo di smettere (es. povertà, educazione, isolamento sociale, sensazione di insicurezza sociale).

Studi sulla popolazione adulta suggeriscono che di tutti questi fattori, il grado di dipendenza da nicotina è quello più consistentemente predittivo di ricaduta [12].

Caratteristiche personali che possono essere collegate alla ricaduta

Durata della dipendenza

Molti studi indicano che coloro che hanno iniziato a fumare più tardi riescono a smettere più facilmente [13].

Livello di dipendenza (gravità, prima sigaretta)

I tabagisti con un più alto livello di dipendenza da nicotina si mostrano meno propensi a fare un tenta-

tivo per smettere e trovano più difficile smettere quando ci provano. Questo può riflettere sintomi di astinenza più severi, un maggiore neuro-adattamento, un tipo di apprendimento più radicato ma anche un ambiente sociale che scoraggia la cessazione. Ci sono anche evidenze che i fumatori con dipendenza più alta esperiscono maggiori livelli di affettività negativa ed un craving più intenso, fattori questi legati alla ricaduta [14].

Severità dei sintomi di astinenza

Uno dei principali motivi per cui si continua a fumare è il sollievo dai sintomi della sindrome d'astinenza da nicotina. Mediamente i sintomi di astinenza risultano essere più intensi nella prima settimana e durano dalle 2 alle 4 settimane. Tuttavia questi sintomi possono essere altamente variabili tra le persone e nel corso del tempo. In alcuni individui i sintomi possono essere caotici, affievolirsi e ritornare e possono presentarsi per parecchie settimane. Le ricadute sono correlate ad una maggiore severità percepita dei sintomi, ad un aumento della loro intensità nel corso del tempo e ad un maggior grado di sollievo dai sintomi quando si ricomincia a fumare [15]. L'urgenza di fumare (craving) è un potente predittore di ricadute [16]. Il craving è chiaramente correlato alla dipendenza da nicotina, dal momento che risulta tipicamente più intenso nei primi giorni dopo la cessazione e che i trattamenti sostitutivi nicotinici riducono la sua severità. Tuttavia la necessità di fumare può venire innescata anche da stimoli esterni legati al fumo, anche mesi o anni dopo aver smesso.

Genetica

Le ricerche genetiche, soprattutto sui gemelli, stanno identificando sempre più geni associati al metabolismo della nicotina e a percorsi neurotrasmettitoriali specifici [17]. Alcuni studi hanno indagato la risposta di fumatori con specifici genotipi a diverse farmacoterapie, con l'obiettivo di individuare marker genetici utili per trovare i

trattamenti individualizzati più efficaci. Tuttavia la dipendenza da nicotina è complessa, con molte componenti genetiche ed ambientali coinvolte, e sono necessari ancora molti studi per chiarire i singoli contributi genetici ed i loro effetti combinati con le influenze esterne.

Storia di precedenti tentativi falliti

Sembra che i precedenti tentativi di smettere, la loro durata e la loro vicinanza temporale (recency) siano predittivi di nuovi tentativi. E allo stesso tempo, tentativi di breve durata precedono spesso ricadute complete [18].

Scarsa fiducia, bassa autoefficacia

L'autoefficacia è l'intima consapevolezza di avere le capacità di fare ciò che serve per ottenere il risultato desiderato. La teoria dell'autoefficacia ipotizza che essa sottenda la motivazione e che sia un requisito per attuare un cambiamento, avendo le competenze, le conoscenze e le opportunità necessarie. In generale alti livelli di autoefficacia sono predittivi di cessazioni coronate dal successo, nel breve e medio termine [19]. L'autoefficacia non solo è causa di un possibile cambiamento ma è anche riflesso dei recenti cambiamenti, è rafforzata dal successo, ma tende a scendere spontaneamente a seguito di ricadute.

Preoccupazione per l'aumento di peso

La paura d'ingrassare è un fattore significativo nello scoraggiare dallo smettere di fumare e nel determinare ricadute [20]. Le evidenze suggeriscono che questa preoccupazione sia più rilevante per le giovani donne e che è maggiormente associata a un indice di massa corporea più elevato, a più precedenti tentativi falliti ed a un basso sostegno per smettere.

Disturbi dell'umore

L'affettività negativa è una componente chiave dei sintomi di astinenza ed un forte predittore di craving e ricadute. Di frequente i fumatori vedono nelle sigarette un

modo per gestire lo stress e per rilassarsi. Ma, rispetto a chi riesce a rimanere astinente, quelli più a rischio di ricadute riportano più frequentemente sintomi di maggior stress emotivo e di umore depresso [21]. Le ricerche suggeriscono che anche l'anedonia (l'incapacità di provare piacere) sia associata a scarsi risultati nella cessazione dal fumo. Depressione e fumo di sigarette spesso coesistono. Rispetto a chi non fuma, i tabagisti manifestano più sintomi depressivi, episodi depressivi più frequenti e gravi e tassi più elevati di ideazione suicidaria e di suicidi [22]. Le evidenze suggeriscono che anche l'ansia sia associata all'intensità dei sintomi di astinenza e alla probabilità di ricadere nella dipendenza, ma non sembra associata alle ricadute nelle prime due settimane dalla cessazione.

Fattori esterni che possono essere predittivi di ricadute

Fattori sociali

Esiste una correlazione positiva tra il supporto sociale e l'astinenza e alcuni studi suggeriscono che la percezione del sostegno da parte di chi sta smettendo sia un importante fattore di successo ed è influenzata dal tipo di relazione che si ha con il "supporter" [23]. Le evidenze mostrano che smettere di fumare diventa molto difficile se l'ambiente sociale di chi vuole smettere è pieno di fumatori e che anche l'alcol è legato alle ricadute [24].

Stimoli ambientali

Le ricerche evidenziano che i fumatori rispondono agli stimoli fumo-correlati con un craving più intenso e rispondono ugualmente ai posti dove normalmente erano presenti stimoli di questo tipo che sono stati rimossi [25]. Anche la pubblicità delle sigarette, dove permessa, può ridurre la motivazione a smettere e facilitare le ricadute. La promozione incidentale delle sigarette come ad esempio nei film, continua ad influenzare la normalizzazione del fumo agendo come stimolo.

Cultura e norme popolari e sociali

Il legame di un individuo con la comunità in cui vive, gioca un ruolo importante nella probabilità o meno di un suo coinvolgimento con le droghe. Le norme anti-fumo e la disapprovazione sociale in un dato paese, hanno un effetto diretto sul maggiore o minore consumo di sigarette e sulle possibili ricadute.

Test per la valutazione di una possibile ricaduta

Esistono pochi test per valutare la tendenza del paziente alla ricaduta (in parte per via della notevole multidimensionalità di questo processo) ed i pochi disponibili vengono utilizzati più per scopi di ricerca che nella pratica clinica.

Probabilmente il test attualmente più adatto allo scopo è il **Fagerström Test for Nicotine Dependence** (FTND) [26], una scala di 6 item, sviluppato come misurazione della dipendenza fisica da nicotina. Ci sono evidenze che i singoli item mostrino la più alta correlazione con la dimensione di astinenza da nicotina e che rappresentino una misura del grado in cui i fumatori la sperimentano [27]. Tanto più alto sarà il punteggio al test di Fagerström al momento di smettere (≥ 4), tanto più probabile e rapida si può presentare una ricaduta completa. Al contrario ci si può aspettare che i soggetti con bassi punteggi, anche nel caso di una meno probabile ricaduta, dopo un periodo di 4-6 settimane fumeranno ancora in modo incostante. Alcune ricerche indicano che questa relazione tra la baseline al FTND con la ricaduta diminuisca significativamente con il tempo [28] e molti studi sono concordi nell'attribuire la maggior parte del valore predittivo (a 1 settimana e a 6 mesi) del FTND al suo primo item (*Quanto tempo dopo il risveglio accende la prima sigaretta*) e probabilmente in parte al quarto (*Quante sigarette fumi durante la giornata*) [29].

In relazione a quest'ultimo punto alcuni ricercatori hanno preso in

considerazione un altro test, derivato direttamente dal FTND, l'**Heaviness of Smoking Index** (HSI) [30]. L'HSI è una scala che comprende solo il primo e il quarto item del FTND (quelli che valutano il tempo per la prima sigaretta del giorno ed il numero di sigarette fumate al giorno) e sembra aver ragione della quasi totalità del valore predittivo del FTND [31].

Altri due strumenti di misurazione della dipendenza da nicotina sono emersi in anni più recenti, basati entrambi su una concettualizzazione multidimensionale della dipendenza. Il primo è la **Nicotine Dependence Syndrome Scale** (NDSS) [32], un questionario di 19 item su scala Likert a 5 punti che si prefigge di valutare diverse dimensioni della dipendenza da nicotina, tra cui il numero di sigarette fumate/giorno, elementi dell'astinenza (es. intensità del craving) ed il tempo di latenza prima di ritornare a fumare. Un altro strumento recente è il **Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives** (WISDM) [33], un questionario autosomministrato di 28 item e 13 sottoscale su scala Likert a 5 punti, sviluppato per valutare sette diverse dimensioni della sindrome di astinenza (rabbia, ansia, difficoltà a concentrarsi, craving, fame, tristezza e insonnia). Entrambi questi ultimi strumenti sono stati soggetti a pochi studi psicometrici, in cui hanno mostrato comunque una buona capacità predittiva di ricaduta a 1 settimana e a 6 mesi dall'inizio dell'astinenza, tuttavia inferiore al Test di Fagerström che rimane la scala più largamente usata ed efficace per questo proposito.

Il Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire

Il Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire (WI-PREPA-RE) [34] è una scala sviluppata con l'intento di misurare più dimensioni del rischio di ricaduta, non solo la dipendenza da nicotina. Molti studi hanno infatti dimostrato che la ricaduta riflette il contributo di

molteplici fattori, spesso debolmente correlati tra di loro e, analizzando un gran numero di misure potenzialmente coinvolte nel processo di ricaduta, gli autori hanno cercato di determinare quali erano quelle caratteristiche che più consistentemente ne erano predittrici. Il questionario è nato con la volontà di rispondere a due criteri:

- **Utilità.** In primo luogo doveva essere uno strumento di massima utilità nel setting clinico, in cui il tempo stringe. Di conseguenza sarebbe dovuto essere breve e di facile somministrazione.
- **Validità.** Una nuova misura della propensione alla ricaduta avrebbe dovuto avere validità predittiva almeno uguale o superiore a quelle già esistenti, in particolare al FTND.

Partendo dall'assunto che le misurazioni della dipendenza da nicotina avrebbero costituito un elemento centrale del questionario, sono stati inclusi gli item per valutare l'intensità della dipendenza (numero di sigarette fumate) ed il craving al risveglio (astinenza dopo deprivazione notturna). Utilizzando i principali modelli teorici della ricaduta gli autori hanno sistematicamente esaminato molti altri fattori che erano potenzialmente collegati con la possibilità di ricaduta ma che non risultavano significativamente correlati o ridondanti con la dipendenza fisica (es. elementi di stress e stimoli esterni, la presenza di fumatori nel contesto di vita ecc.). L'obiettivo di questa ricerca è stato quello di identificare un piccolo numero di item che, collettivamente, potessero prevedere in modo efficace la possibilità di ricaduta nel breve e nel lungo periodo dopo un tentativo di cessazione, intercettando misure di dipendenza fisica, fattori ambientali e caratteristiche individuali.

Il questionario è stato creato basandosi sui dati ottenuti da 3 diversi studi clinici, randomizzati a doppio cieco. Ai partecipanti, in trattamento per smettere di fumare ($n = 1481$), sono stati somministrati i seguenti questionari col fine di ri-

cavare gli item più significativi:

- **Demographics and smoking history.** Un'indagine demografica per valutare caratteristiche di genere, etnia, età, stato coniugale, educazione ed impiego.
- **Direct Assay of Dependence Criteria.** 14 item su scala likert a 7 punti che misurano tre costrutti correlati alla dipendenza da nicotina: la probabilità di ricadere, i sintomi di astinenza e l'auto-somministrazione di sigarette.
- **Fagerström Test for Nicotine Dependence.**
- **Nicotine Dependence Syndrome Scale.**
- **Positive and Negative Affect Schedule.** (PANAS) [35] una scala dell'affettività positiva e negativa.
- **Tobacco Dependence Screener.** È uno strumento sviluppato per valutare 10 dei criteri della dipendenza da nicotina secondo il DSM-IV.
- **Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives.** Comprende 68 item su scala Likert a 7 punti sviluppati per valutare di 13 differenti domini motivazionali secondo diversi approcci teorici.
- **Wisconsin Smoking Withdrawal Scale.** Una scala di 28 item che valuta sette differenti sintomi di astinenza (rabbia, ansia, difficoltà a concentrarsi, craving, fame, tristezza e insonnia).

In totale sono stati presi in considerazione 211 item per lo sviluppo del WI-PREPARE di cui ne sono stati selezionati soltanto 7.

I risultati dell'analisi cross-validazionale hanno mostrato che, rispetto al FTND, il WI-PREPARE ha significativamente incrementato la capacità previsionale di ricaduta a 1 settimana e a 8 settimane dalla data di cessazione, mostrando comparabile efficacia previsionale a 6 mesi.

Il WI-PREPARE è un questionario di breve somministrazione e di facile scoring e può essere somministrato, al posto del FTND, a chi ha intenzione di smettere di fumare. Il suo punteggio finale va da 1-13 e, secondo gli autori un risultato di 4 potrebbe suggerire una probabilità di ricaduta approssimativa

del 50% dopo 8 settimane mentre un punteggio di 7 una probabilità del 75%. Tuttavia, sottolineano la necessità di studi più approfonditi per poter fornire interpretazioni più certe.

La capacità predittiva del WI-PREPARE, così come del FTND, diminuisce sensibilmente a 6 mesi dalla cessazione. Questo dato può significare che, mentre sembra ragionevole che le ricadute precoci riflettano dimensioni misurabili quali la dipendenza, le ricadute più tarde potrebbero rappresentare processi stocastici, aleatori (esposizione fortuita ad eventi stressanti, fluttuazioni dell'autoefficacia ecc.) che sono perlopiù impossibili da prevedere attraverso misure statistiche effettuate mesi prima. L'aggiunta di item per valutare altri domini (es. motivazione), oppure l'analisi più approfondita di alcuni costrutti (es. autoefficacia), potrebbero in futuro migliorare ulteriormente la forza predittiva del WI-PREPARE.

Infine, un dato interessante ma allo stato attuale di difficile interpretazione, è la significatività del ruolo dell'educazione nel processo di ricaduta, con gli individui di bassa scolarità più inclini a ricadere nella dipendenza.

Conclusioni

La ricaduta è molto più che il semplice accendersi una nuova sigaretta o utilizzare un'altra volta alcol o droghe. Il processo di ricaduta viene da lontano, è simile all'urtare la prima tessera del gioco del domino, che cade sulla seconda, che colpisce la terza finché inizia la reazione a catena [36]. Se però la prima tessera sembra così piccola che facilmente ci si convince che non possa fare danno (es. fermarsi ad annusare il fumo degli altri per strada, andare a bere qualcosa con amici che fumano), senza che ce ne accorgiamo la reazione è innescata e, prima o dopo, ci piomberà sulla schiena l'ultima, enorme tessera del domino, troppo pesante da gestire se si è da soli, con una forza tale che causerà seri danni. Per evitare di curarsi tornando ad utilizzare ciò che ci ha

curato in passato (sigarette, alcol, droghe, gioco d'azzardo) bisogna innanzitutto imparare due cose:

- A non urtare la prima tessera del domino.
- A riconoscere la reazione a catena e sviluppare piani di emergenza per fermarla velocemente, prima che gli ultimi eventi diventino così grandi e pesanti da risultare ingestibili.

La progressione dei problemi e delle situazioni ad alto rischio in cui tendiamo a metterci costituiscono il "processo di ricaduta" ed è importante sottolineare che non si ricomincia a fumare a causa dell'ultimo problema nella sequenza di questo processo. Ma perché l'intera sequenza di problemi è andata fuori controllo.

Il processo di ricaduta non termina però quando ci si accende un'altra sigaretta. Questo evento, che nei paesi anglosassoni definiscono "slip", scivolone, non dovrebbe pregiudicare l'intero percorso, ma se gestito nel modo giusto, può aprire le porte ad un successo durevole. D'altra parte l'esperienza della ricaduta fa quasi sempre parte della storia del tabagista che giunge ad un trattamento: quasi tutti hanno provato a smettere o a ridurre, prima di chiedere aiuto. Spesso però hanno sperimentato il fallimento, la perdita di fiducia personale e della famiglia, l'ac-

centuarsi della perdita di controllo, l'isolamento, situazioni che rendono i successivi tentativi ancora più difficili.

Occorre quindi analizzare e sostenere il paziente rispetto alla ricaduta ed ai sentimenti negativi che la accompagnano, affrontare la ricostruzione del "processo" che ha portato alla ricaduta riconoscendone le varie tappe, gli stati d'animo ed il livello di consapevolezza che le hanno caratterizzate. Individuare insieme al paziente le cause delle difficoltà e dei problemi aiutandolo a migliorare le modalità che usa per fronteggiarle e offrendogli nuovi strumenti di coping. Strumenti che possono riguardare sia il processo di ricaduta (prevedendo quindi tecniche di evitamento o fronteggiamento o training per lo sviluppo delle capacità assertive e dell'autoefficacia) che le situazioni emotive o interpersonali che il paziente non riesce a gestire (spesso originatesi all'interno della famiglia), o ancora situazioni di scarsa motivazione.

Un potenziale vantaggio nell'utilizzo del WI-PREPARE è che i domini di indagine da cui è costituito, potrebbero essere rilevanti per la pianificazione dell'intervento. Ad esempio, gli individui che riportano un alto consumo di sigarette, chi fuma più frequentemente di prima mattina e coloro che sperimentano un forte craving, potrebbero be-

neficiare di terapia farmacologica a dosi più alte o a lungo termine [37,38,39] e di interventi di psicoterapia più incisivi. Coloro invece che riportano un'alta esposizione a stimoli fumo-correlati o vivono in compagnia di fumatori, potrebbero beneficiare di provvedimenti comportamentali per ridurre queste esposizioni, come il divieto di fumare in casa o il minimizzare l'esposizione a stimoli quali sigarette, accendini, posacenere. Diventa quindi fondamentale che anche la prevenzione non rimanga un evento puntiforme e isolato ma diventi a sua volta un "processo" che si innesta lungo tutto il percorso di disintossicazione.

[*Tabaccologia* 2015; 4:40-47]

Ringraziamenti

Gli AA desiderano ringraziare Geoffrey Carli per la traduzione del test WI-PREPARE in italiano.

**Giuseppe Cuoghi,
Chiara Resentera,
Fabio Lugoboni**

Unità di Degenza di Medicina
delle Dipendenza, Policlinico GB
Rossi, Verona

**Corresponding author:
Fabio Lugoboni**

✉ fabio.lugoboni@ospedaleuniverona.it

Bibliografia

1. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*. 1997;278:45-47.
2. Volkow ND, Li TK. Drugs and alcohol: treating and preventing abuse, addiction and their medical consequences. *Pharmacol Ther*. 2005;108:3-17.
3. Lugoboni F. *AIUTARE A SMETTERE DI FUMARE? È più facile di quanto pensi*. Ed. Seed, Torino, 2012.
4. Marlatt GA & Gordon J.R. (Ed.) (1985). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press, New York, 1985.
5. Shiffman S. Relapse process and relapse prevention in addictive behaviors. *Behavior Therapist*. 1992;15:9-11.
6. Lugoboni F. *Migliorare la compliance in medicina interna: il ruolo del colloquio motivazionale*. Ed. Seed, Torino, 2008.
7. Shiffman S, Stone AA, Hufford MR. Ecological momentary assessment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2008;4:1-32.
8. Larimer ME, Palmer RS, Marlatt GA. Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*. 1999;23:151-160.
9. Marlatt GA. Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*. 1996;91 Suppl:S37-49.
10. Shiffman S. A cluster-analytic classification of smoking relapse episodes. *Addictive Behaviors*. 1986;3:295-307.
11. Ockene JK, Emmons KM, Mermelstein RJ, Perkins KA, Bonollo DS, Voorhees CC, & Hollis JF. Relapse and maintenance issues for smoking cessation. *Health Psychology*. 2000;19:17-31.

12. Vangeli E, Stapleton J, Smit E, Borland R and West R. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: a systematic review. *Addiction*. 2011;106:2110-2121.
13. Khuder SA, Dayal HH and Mutgi AB. Age at smoking onset and its effect on smoking cessation. *Addictive Behaviors*. 1999;24:673-677.
14. Japuntich S, Leventhal A, Piper M, Bolt D, Roberts L, Fiore M, et al. Smoker characteristics and smoking-cessation milestones. *American Journal of Preventive Medicine*. 2011;40:286-294.
15. Piasecki T. Relapse to smoking. Review. *Clinical Psychology Review*. 2006;26:196-215.
16. Doherty K, Kinnunen T, Militello FS and Garvey AJ. Urges to smoke during the first month of abstinence: relationship to relapse and predictors. *Psychopharmacology*. 1995;119:171-178.
17. Munafò M, Clark T, Johnstone E, Murphy M and Walton R. The genetic basis for smoking behavior: a systematic review and meta-analysis. *Nicotine & Tobacco Research*. 2004;6:583-597.
18. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, et al. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*. 2006;15(Suppl 3):83-94.
19. Borland R and Balmford J. Perspectives on relapse prevention: an exploratory study. *Psychology & Health*. 2005;20:661-671.
20. Alberg AJ, Carter CL and Carpenter MJ. Weight gain as an impediment to cigarette smoking cessation: a lingering problem in need of solutions. *Preventive Medicine*. 2007;44:296-297.
21. Cofta-Woerpel L, McClure J, Li Y, Urbauer D, Cinciripini P and Wetter D. Early cessation success or failure among women attempting to quit smoking: trajectories and volatility of urge and negative mood during the first postcessation week. *Journal of Abnormal Psychology*. 2011;120:596-606.
22. Wilhelm K, Wedgwood L, Niven H and Kay-Lambkin F. Smoking cessation and depression: current knowledge and future directions. *Drug and Alcohol Review*. 2006;25:97-107.
23. Stewart DW, Thomas JL, Copeland AL. Perceptions of support provided to smokers. *Journal of Smoking Cessation*. 2010;5:95-101.
24. Leeman RF, McKee SA, Toll BA, Krishnan-Sarin S, Cooney JL, Makuch RW, et al. Risk factors for treatment failure in smokers: Relationship to alcohol use and to lifetime history of an alcohol use disorder. *Nicotine & Tobacco Research*. 2008;10:1793-1809.
25. Paris M, Carter B, Traylor A, Bordnick P, Day S, Armsworth M, et al. Cue reactivity in virtual reality: the role of context. *Addictive Behaviors*. doi:10.1016/j.addbeh.2011.01.029.
26. Heatherington TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*. 1991;86:1119-1127.
27. Etter JF, Duc TV, Perneger TV. Validity of the Fagerstrom test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*. 1999;94:269-281.
28. Zhou X, Nonnemaker J, Sherrill B, Gilsenan A, Coste F and West R. Attempts to quit smoking and relapse: factors associated with success or failure from the ATTEMPT cohort study. *Addictive Behaviors*. 2009;34:365-373.
29. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, Bolt DM, Smith SS, et al. Transdisciplinary Tobacco Use Research Center (TTURC) Tobacco Dependence Phenotype Workgroup. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: Implications for nicotine dependence. *Nicotine Tobacco Research*. 2007;9(Suppl 4):S555-S570.
30. Kozlowski LT, Porter CQ, Orleans T, Pope MA, Heatherington T. Predicting smoking cessation with self-reported measures of nicotine dependence: FTQ, FTND, and HIS. *Drug and Alcohol Dependence*. 1994;34:211-216.
31. Baker TB, Piper ME, McCarthy DE, et al. Time to first cigarette in the morning as an index of ability to quit smoking: implications for nicotine dependence. *Nicotine and Tobacco Research*. 2007;9(Suppl 4):S555-S570.
32. Shiffman S, Waters AJ, Hickcox M. The Nicotine Dependence Syndrome Scale: A multidimensional measure of nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*. 2004;6:327-349.
33. Piper ME, Federman EB, Piasecki TM, Bolt DM, Smith SS, Fiore MC, Baker TB. A multiple motives approach to tobacco dependence: The Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives (WISDM). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72:139-154.
34. Bolt DM, Piper ME, McCarthy DE, Japuntich SJ, Fiore MC, Smith SS, Baker TB. The Wisconsin Predicting Patients' Relapse questionnaire. *Nicotine and Tobacco Research*. 2009;11:481-492.
35. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988;54:1063-1070.
36. Gorski, Terence T, Relapse – Relapse Prevention – A New Recovery Tool, *Alcoholism & Addiction Magazine*. 1989;12:708-799.
37. Herrera N, Franco R, Herrera L, Partidas A, Rolando R, & Fagerström KO. Nicotine gum, 2 and 4 mg, for nicotine dependence. A double-blind placebo-controlled trial within a behavior modification support program. *Chest*. 1995;108:447-451.
38. Shiffman S, Dresler CM, Hajek P, Gilburr S, Targett DA, Strhs KR. Efficacy of a nicotine lozenge for smoking cessation. *Archives of Internal Medicine*. 2002;162:1267-1276.
39. Garvey AJ, Kinnunen T, Nordstrom BL, Utman CH, Doherty K, Rosner B, et al. Effects of nicotine gum dose by level of nicotine dependence. *Nicotine & Tobacco Research*. 2000;2:53-63.