

Il problema delle ricadute

Giacomo Mangiaracina

Presidente SITAB, Società Italiana di Tabaccologia

(Ital Heart J 2001; 2 (Suppl 1): 90-92)

© 2001 CEPI Srl

Per la corrispondenza:

Dr. Giacomo Mangiaracina

Società Italiana
di Tabaccologia
Via G. Scalia, 39
00136 Roma

E-mail:
mangiaracina@globalink.org

Mantenere la condizione di non fumatore rappresenta l'aspetto di maggiore rilievo in un programma di cessazione. Tuttavia le ricadute costituiscono un evento di possibilità insita nel processo stesso del cambiamento secondo il modello prospettato da Prochaska e DiClemente¹ negli anni '80. Nel campo delle dipendenze in particolare si avrebbe una certa analogia di comportamento sia che si tratti di tabacco, che di alcool o di oppiacei, ritrovandosi la maggiore incidenza in un primo aspetto di carattere temporale, quello dei primi 3 mesi².

Sulle cause di ricaduta le variabili e le correlazioni che la determinano sono molteplici e danno la dimensione della complessità del problema. Brandon et al.³, in uno studio recente, prendono in considerazione le seguenti variabili nel trattamento individuale del tabagismo con terapia nicotinic sostitutiva: demografiche (sesso, età, reddito, studio, lavoro, etnia, stato civile), caratteriali (componente depressiva rilevata con test di Beck), tipologiche (durata della dipendenza, numero di sigarette fumate, tentativi precedenti, punteggio NAT - *nicotine addiction test*).

Si potrebbe già obiettare sull'esclusione di dati relativi alle abitudini religiose, dal momento che è documentata una correlazione fra religioni e stili di vita e che per tale motivo esiste un dipartimento delle aree di studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità dedicato a "Fumo e Religione"³. E non vi sarebbero neppure dati sull'efficacia del terapeuta e sulle sue caratteristiche, dal momento che la valutazione dell'efficacia del trattamento, in questo come in molti altri casi, si basa essenzialmente sul metodo.

Mancherebbero pure rilevazioni sui contesti familiari e sociali entro cui il fumatore in trattamento vive e si pone in un sistema di relazioni.

Quando parliamo poi di trattamento collettivo, di terapie comportamentali o di gruppo, entrano in gioco variabili ulteriori, come la valenza del conduttore in primo piano (sia sul piano umano che professionale), il setting terapeutico (ospedaliero, privato, ecc.), la disponibilità di materiale didattico appropriato, la possibilità di accedere a sostegni ulteriori, e pure il grado di motivazione, la cui rilevazione si esporrebbe comunque a critiche.

In questo modo si viene ad incrementare il grado di complessità delle determinanti della ricerca.

In modo più esemplificativo si può affermare che ciascun fumatore ha in realtà diversi motivi per non smettere di fumare, molto solidi, che si fondano principalmente sul desiderio di mantenere l'abitudine⁴. Questa abitudine è particolare, perché costituita da una sequenza di 15-20 gesti per sigaretta che costituiscono altrettanti rinforzi positivi, teoricamente uno per ogni boccata di fumo. Non esiste alcuna dipendenza al mondo in cui un soggetto si somministri una sostanza per 20, 30, 40 volte al giorno. Una media di 600 gesti al giorno determinano per forza una coazione che sfocia inevitabilmente in una strutturazione della personalità. In questo modo paradossalmente il fumatore riceve risposte a precise esigenze, a veri e propri bisogni primari, come il bisogno di strutturare il tempo⁵ ed il bisogno di dipendenza in sé, una nicchia regressiva che lo riporta inconsciamente e virtualmente ad uno stato primordiale di sicurezza⁶.

Partendo da queste considerazioni si comprende bene che lo "smettere" per un fumatore equivale ad una forma di mutilazione, all'incapacità di gestire la vita e il quotidiano, dalle cose più semplici alle più complesse. Ogni occasione potrà essere quella buona per riappropriarsi dello strumento che meglio conosce, funzionale al controllo dell'ansia: ricominciare a fumare.

Alcuni autori hanno condensato questi aspetti nella capacità di *coping*, ossia di contrapporre allo stress, ovvero all'ansia di adeguamento agli stimoli, delle soluzioni valide che non sottraggano energia vitale all'individuo, vale a dire quella necessaria a mantenere un'omeostasi psico-fisica⁷.

Un aspetto di fondo nel trattamento della dipendenza tabagica è costituito dal fatto che il fumatore deve considerare il suo fumare come un problema. Superato questo passo, quello ulteriore sarà la valutazione e l'utilizzo delle proprie capacità e risorse per far fronte al problema (*self-efficacy*)^{8,9}.

Purtroppo con il passare del tempo di astinenza, anche la percezione del problema si riduce di consistenza, e si riducono di pari passo anche la percezione delle differenze dello stato di salute prima e dopo il fumo, come anche la percezione del rischio. In questa fase di caduta delle motivazioni si producono i pensieri irrazionali denominati comunemente alibi. Ciò che invece rimane inalterato è il ricordo della sensazione di sicurezza, dei percorsi automatici, coattivi e ossessivi che paradossalmente continuano ad essere rappresentati nella sua immaginazione come elementi rassicuranti¹⁰.

Nella mia esperienza realizzata dal 1975 al 1997 con terapie di gruppo su 30 000 fumatori, con la collaborazione di conduttori da me formati, ho potuto osservare che le ricadute erano in fondo riconducibili a due categorie di problemi: le tensioni interiori e le pressioni esterne. Da quanto però detto in precedenza le prime avrebbero rilevanza maggiore, perché gli effetti delle pressioni esterne, siano esse sociali, familiari o più specificamente promozionali, sono sempre la risultante di un'interazione fra il soggetto e lo stimolo¹¹.

L'operatore dei programmi anti-fumo dovrà considerare la ricaduta come un evento possibile, che va affrontato già a monte offrendo la possibilità di un sostegno ulteriore al fumatore in trattamento e l'opportunità di ri-decidere attraverso un ulteriore percorso terapeutico che potrà differenziarsi sulla base di un ulteriore colloquio motivazionale nel quale si prenderanno in considerazione i motivi che avrebbero determinato la ricaduta^{12,13}.

Come limitare le ricadute

Alcune indagini danno significanza ed efficacia ai colloqui motivazionali ripetuti come risulta da una metanalisi condotta da Irvin et al.⁸ su 26 studi che si riferivano ad un totale di 9600 fumatori trattati. Altri studi invece sembrerebbero non dare molta rilevanza all'efficacia di questo tipo di approccio¹⁴⁻¹⁶.

Un altro tipo di intervento invece, dimostratosi efficace nel limitare le ricadute, è consistito nell'invio sistematico di lettere e nel fare telefonate sistematiche. L'analisi dei costi-benefici ha però evidenziato che per mantenere un fumatore astinente nell'anno, il costo/mailling sarebbe di 126 dollari per fumatore. Improponibile per un intervento di grandi proporzioni¹⁷.

Nell'ambito dei trattamenti di gruppo precedentemente descritti ho potuto rilevare un'evidente riduzione delle ricadute attraverso i seguenti 10 step annoverati nel programma GFT (Gruppi di Fumatori in Trattamento):

1. selezione dei corsisti mediante un colloquio clinico;
2. seduta preliminare in gruppo;
3. full immersion in gruppo di 5 giorni;
4. un incontro settimanale in gruppo per 4-8 settimane;
5. incentivazione di incontri sociali dei corsisti (più recentemente si suggerisce l'adesione all'associazione "non fumatori", con un proprio sito internet, www.nonfumatori.it, e servizi collegati: chat, forum, gruppi di discussione);
6. follow-up (inteso anche come opportunità ri-contatto fra gli operatori e il fumatore);
7. coinvolgimento dei fumatori in trattamento in programmi di collaborazione ad iniziative o alla partecipazione a corsi di formazione per operatori;
8. offerta di servizi di prevenzione o check-up (organizzati con associazioni di volontariato ed in atto con l'Ospedale San Filippo Neri di Roma, con richiesta del medico curante);
9. offerta di sostegni psicoterapici o di altro genere, individuali;
10. una guida "step by step" che rimane al fumatore alla fine del programma e che potrà essergli di aiuto nelle situazioni di difficoltà.

La formazione dell'operatore rappresenta infine l'aspetto da curare in modo assoluto, elemento base e di rilievo in termini di capacità di intervento e di omogeneità dell'approccio anche ai fini della valutazione dei risultati¹⁸.

Bibliografia

1. Prochaska JO, DiClemente CC. Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. *Prog Clin Biol Res* 1984; 156: 131-40.
2. Koop CE. Surgeon General Report. Reducing the health consequences of smoking. 25 Years of progress. Rockville, MA: US Department of Health and Human Services, 1989.
3. Landi A. Acts on meeting on Tobacco and Religion, Tobacco Free Initiatives. Geneva: WHO, 1999.
4. Eisenk HJ. Smoking, health and personality. London: Weidenfeld and Nicolson, 1965.
5. Berne E. Principi di terapia di gruppo. Roma: Astrolabio Editore, 1970.
6. Lesourne O. Il grande fumatore e la sua passione. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1986.
7. Abrams DB, Monti PM, Pinto RP, Elder JP, Brown RA, Jacobus SI. Psychosocial stress and coping in smokers who relapse or quit. *Health Psychol* 1987; 6: 289-303.
8. Ben-Noun L. The capability to resist smoking relapse. *Public Health Rev* 1998; 26: 331-42.
9. Davis JR, Glaros AG. Relapse prevention and smoking cessation. *Addict Behav* 1986; 11: 105-14.
10. Stevens VJ, Hollis JF. Preventing smoking relapse, using an individually tailored skills-training technique. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 420-4.
11. Mangiaracina G. Uscire dal fumo. Firenze: Edizioni ADV, 1992.

12. Mangiaracina G. GFT. Manuale per operatori dei programmi antifumo. Roma: Gea Progetto Salute, 1999.
13. Mangiaracina G. Respira libero. Guida per i corsisti dei programmi antifumo. Firenze: Edizioni ADV, 1998.
14. Garety PA, Freeman D. Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence. *Br J Clin Psychol* 1999; 38 (Part 2): 113-54.
15. Gilpin EA, Pierce JP, Farka AJ. Duration of smoking abstinence and success in quitting. *J Natl Cancer Inst* 1997; 89: 572-6.
16. Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang M. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 563-70.
17. Brandon TH, Collins BN, Juliano LM, Lazev AB. Preventing relapse among former smokers: a comparison of minimal interventions through telephone and mail. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 101-13.
18. Mangiaracina G. La Formazione degli operatori alla scienza della cessazione dal fumo. In: Atti del Congresso "A Fuoco il Fumo". Padova, 1999.