

Terapia del tabagismo e malattie psichiatriche

Dr. Giovanni Pistone*- Dr.ssa Gorizia A. Esposito**

*Dirigente Medico Ref. C.T.T.

**Psicologa/Psicoterapeuta
Fai clic per aggiungere un testo

C.T.T. del D.P.D. s.c. Ser.D.

A.S.L. NO - Novara

Tabagismo e malattie psichiatriche

Il tabagismo è diffuso tra i soggetti psichiatrici in ragione di 4-5 volte in più rispetto alla popolazione generale. Il 40-50% delle morti tra tali pazienti è dovuto a malattie fumo-correlate, principalmente oncologiche, respiratorie e cardiovascolari. Le patologie più coinvolte sono: schizofrenia, disturbi d'ansia e dell'umore, ADHD, demenza e bulimia.

Tabagismo e malattie psichiatriche

Il fumare tabacco può essere una concausa (e non sempre una conseguenza) dei disordini psichiatrici, in quanto con le sue componenti può agire da fattore di innesco e/o di cronicizzazione di essi, sia attraverso l'induzione di modifiche strutturali e funzionali del cervello (neuroplasticità), che mediante la modulazione degli effetti psicotropi degli psicofarmaci usati per la terapia.

Tabagismo e malattie psichiatriche

Poiché i pazienti psichiatrici fumatori sperimentano particolari difficoltà nell'affrontare con successo un tentativo di disassuefazione, terapeuti e familiari tendono ad indulgere nei loro confronti, nella convinzione che essi non siano realmente intenzionati a smettere o che il tentativo sia troppo oneroso per le loro risorse, col rischio di una destabilizzazione chimica e comportamentale.

Tabagismo e malattie psichiatriche

Si cerca quindi un “compromesso”, privilegiando la componente psichiatrica a scapito di quella dipendente del paziente, nei confronti del quale l’obiettivo principale è raggiungere un buono stato di compenso, evitando la riacuzie della patologia di fondo e puntando quindi generalmente solo ad una riduzione del danno. Vi sono invece condizioni in cui, beneficiando del giusto supporto psico-farmacologico, di un setting favorevole e di un orientamento nel ruolo del caregiver, può essere conseguita una disassuefazione.

Vantaggi della disassuefazione

I vantaggi del raggiungimento di tale status:

- prevenzione delle patologie fumo-correlate;
- migliore azione degli psicofarmaci;
- riduzione degli effetti negativi del fumo di tabacco su struttura e funzioni cerebrali;
- aumento di autostima ed autoefficacia per una persona abituata ad essere considerata incapace di conseguire determinati obiettivi.

European Network for smoking and tobacco prevention (ENSP 2020)

Anche le linee-guida europee del trattamento del tabagismo raccomandano l'azione sui tabagisti con malattie mentali, poiché l'efficacia appare sovrapponibile a quella della popolazione generale; per schizofrenia e psicosi, è consigliabile un trattamento prolungato ed un monitoraggio più accurato, in rete con lo psichiatra di riferimento, per evitare destabilizzazioni farmaco-indotte.

Malattie mentali e tabagismo

Lo schizofrenico e il paziente con PTSD tendono a fumare più compulsivamente e con aspirazioni più intense.

Nell'ansia e nei disturbi dell'umore bipolare, la disassuefazione in soggetti con queste patologie è particolarmente difficile per l'intensità dell'astinenza percepita, soprattutto nel sesso femminile.

La nicotina, infatti, migliora molti degli effetti negativi di tali malattie.

Tabagismo e depressione

Un'importante correlazione è stata inoltre evidenziata con la depressione. Probabilmente l'elemento induttore è il cadmio, contenuto in alte quantità nel fumo di tabacco. Esso aumenta la permeabilità della BEE, peggiora la trasmissione monoaminergica e perturba il sistema catecolamine/serotonina. Inoltre sembra indurre decremento di serotonina, dopamina e norepinefrina in tutte le regioni cerebrali. La disassuefazione in fumatori depressi può migliorare o guarire i sintomi al pari di una terapia.

Effetti della nicotina sul SNC

- Modula la memoria della paura e dell'elaborazione delle emozioni, inducendo l'ansia;
- esercita effetti positivi su cognizione, memoria, apprendimento ed attenzione (ricercata in particolare da schizofrenici, dementi ed iperattivi);
- assieme ad altre componenti del fumo agisce sui sistemi monoaminergico e glutamatergico, determina stress ossidativo, è pro-infiammatorio e neurotropico, contribuendo alla neuropatogenesi del disturbo bipolare.
- attiva gli $\alpha 7$ ed i $\beta 2$ -ChR, migliorando le percezioni sensoriali e inducendo liberazione di pulses di dopamina corticale.
- contrasta l'anedonia, che fa sperimentare meno piacere in azioni diverse dal fumare.

Effetti del fumo di tabacco sul SNC e sulla terapia farmacologica

Il fumo di tabacco induce alterazioni strutturali in zone cerebrali implicate nella genesi di diverse patologie psichiatriche in soggetti predisposti. Inoltre, è un induttore del citocromo P450, in particolare il CYP 1A2, coinvolto nel metabolismo di numerosi psicofarmaci, con necessità di aggiustamento dei dosaggi al rialzo e quindi con maggiori possibilità di e.c., intolleranze e discontinuità nel seguire correttamente la terapia. Anche il cervello contiene questi citocromi, deputati al metabolismo di sostanze endogene (CYP2B6) come serotonina e testosterone.

Prodotti alternativi

E-cig o prodotti che erogano tabacco riscaldato sono una falsa soluzione, principalmente perché:

- rafforzano entrambe le componenti della dipendenza (comportamentale e chimica);
- Non vi è azione sullo stile di vita, con predisposizione ad un pericoloso uso duale e ricadute nell'uso di sigarette tradizionali;
- potenziale induzione di forme di dipendenza “integrative” in soggetti predisposti geneticamente (es. alcol, cannabis, cocaina), secondo quanto dimostrato da Kandel nel 2014 (nicotina come “gateway drug”);
- i prodotti alternativi non sono innocui;
- ennesimo rifugio nell’”harm reduction” come obiettivo principale;
- utili solo nel caso in cui la terapia strutturata abbia fallito più di una volta.

Setting

In psicologia clinica, il setting è definibile come l'insieme delle condizioni che delimitano, ospitano e sostengono l'intervento. E' quindi la delimitazione di uno spazio fisico, mentale e relazionale. Ascolto, che contenga i vissuti del paziente. Contratto, come insieme di accordi che i due attori prendono a partire dalla richiesta d'intervento per raggiungere specifici obiettivi.

Dipendenza psicologica

Il comportamento del fumare sigarette con modalità “dipendenti” è l’espressione di un disagio od una strategia di adattamento a situazioni di difficile gestione. Si diventa fumatori per rispondere ad un bisogno di sicurezza, connotando situazioni tipiche come: concentrarsi, fare una pausa, scaricare la tensione, rilassarsi.

Dipendenza psicologica

La gratificazione può trasformarsi in un vero e proprio linguaggio, una risposta surrogata ai propri bisogni. In tal senso, il trattamento integrato psico-farmacologico che viene avviato dopo la fase di valutazione, si basa sull'autosservazione, sull'addestramento e sull'acquisizione di nuove abilità pratiche relative alla gestione dello stimolo (problem solving).

Intervento psicologico

Il paziente apprende così: ad evitare e/o fronteggiare le situazioni-stimolo, ad individuare azioni o pensieri sostitutivi a quelli maladattivi, a sviluppare tali attività sostituendole progressivamente al fumo e ad individuare gratificazioni sostitutive. Sin dall'inizio, si utilizzano strumenti specifici inducenti consapevolezza (es. diario clinico).

Fasi dell'intervento psicologico

- Preparazione
- Sospensione
- Mantenimento

Asperger: definizione

La sindrome di Asperger (s.A.) è un disturbo pervasivo codificato dal DSM IV, che nel DSM V è confluito nell'alveo dei "Disturbi dello spettro autistico". Le caratteristiche principali di tale patologia sono rappresentate da: deficits nella comunicazione verbale e non verbale usata per i rapporti interpersonali, aree di interesse ridotte, difficoltà nel modificare i propri comportamenti per adattarsi ai vari contesti sociali, comportamenti ripetitivi e stereotipati sul piano verbale e gestuale. Spesso i soggetti non hanno deficits intellettivi significativi e sono quindi definiti "ad alto funzionamento".

Asperger e tabagismo

Il tabagismo, caratterizzato dalla reiterazione quotidiana plurima dell'accensione e del consumo delle sigarette nonché dall'assunzione di quantità medio-alte di nicotina, soddisfa spesso le caratteristiche della malattia sia per quanto riguarda la gestualità che la modulazione del circuito neurochimico della gratificazione.

Caso clinico

C.F., maschio di 27 anni, affetto da s. di Asperger diagnosticata a 6, tabagista dall'età di 16, giunse al nostro Centro nell'Ottobre 2015 accompagnato dalla madre. Egli era già seguito da anni da una psichiatra del DSM dell'ASL NO e, come unica terapia, eseguiva una fiala i.m. di Risperidone da 25 mg ogni due settimane. Quasi astemio, non riferì altre forme di dipendenza patologica. Furono eseguite le valutazioni clinico-funzionali e psicodiagnostiche d'ingresso e, quasi da subito, considerata l'alta motivazione del paziente, fu iniziato un percorso psicoterapico di tipo cognitivo-comportamentale con sedute settimanali focalizzate sulla gestione del craving, l'analisi funzionale dei comportamenti d'uso, la valutazione delle situazioni a rischio e la prevenzione delle ricadute.

Caso clinico

Il soggetto riferiva tra l'altro di “non potere assolutamente rinunciare” alle sigarette anche perché costituivano per lui una sorta di “linguaggio” nei confronti dei pari che provava a frequentare, soprattutto delle ragazze. Fumando, egli esprimeva il suo modo di essere “maturo”, di “stare al passo con gli altri” e di “far capire ad una ragazza che lei gli piaceva”; modo di essere che però non riusciva ovviamente ad esteriorizzare con altre forme di comportamento più adeguato. Inoltre, la reiterazione del gesto ed il “benessere” legato all'effetto della nicotina avevano blindato un consumo di circa 25-30 sigarette/die, che aveva resistito negli anni ad alcuni tentativi di disassuefazione, tra cui quello realizzato con vareniclina (consigliata dal MMG e dallo Psichiatra di riferimento), cui il paziente si dimostrò intollerante. Inoltre, volendo “smettere di fumare”(sic!), egli non aveva mai provato (né aveva intenzione di provare) l'e-cig.

Trattamento

Per i primi sei mesi, psicoterapia cognitivo comportamentale con sedute settimanali ed intervento orientativo sul care-giver (madre); incontri quindicinali col medico. Al raggiungimento di una sufficiente consapevolezza e dell'uso di 10 sig/die, inizio di terapia con NRT (sistema transdermico e chewing gum) della durata complessiva di 4 mesi con conseguimento della disassuefazione dall'inizio. Per qualche settimana, uso di NTB.

Risultati

A più di 4 anni dal conseguimento dell'astensione, il paziente continua a mantenere con soddisfazione tale condizione. L'essere riuscito a smettere con lentezza ma anche con gradualità e progressione, lo ha aiutato a proceduralizzare ed interiorizzare le nuove strategie alternative alla sigaretta nelle condizioni a rischio che prima lo inducevano a fumare. L'aver raggiunto un obiettivo inseguito per tanti anni e ritenuto impossibile, lo ha reso consapevole delle proprie competenze e potenzialità, accrescendo le sue autostima ed autoefficacia con riflessi significativi anche nel campo del lavoro e delle relazioni sociali. Inoltre, il riconosciuto merito della care-giver opportunamente guidata nella sua attività di controllo e supporto, ha rinsaldato il rapporto con la madre che era in crisi da qualche tempo.

Conclusioni

Le caratteristiche dei disturbi dello spettro autistico rendono i pazienti che ne sono affetti particolarmente vulnerabili al tabagismo, sia per il gesto e per i significati attribuiti all'oggetto "sigaretta" che per l'assunzione costante di nicotina con i suoi effetti. Spesso tali pazienti si accontentano di una riduzione del danno oppure, smettendo di fumare senza adeguato supporto, tendono a ricadere, con la frustrazione e la rassegnazione che ne conseguono. Nel nostro caso, una psicoterapia intensiva ed un'adeguata farmacoterapia sostitutiva, unitamente ad un opportuno coinvolgimento del care-giver ed un follow-up prolungato per riconoscere e gestire preventivamente eventuali fattori di rischio, hanno prodotto una duratura astensione dall'uso di tabacco che, a nostro giudizio, esiterà difficilmente in una ricaduta.

Referenze bibliografiche

Tidey J.W. et al “Smoking cessation and reduction in people with chronic mental illness.” BMJ 2015; 351: h4065.

European Network for smoking and tobacco prevention (ENSP)
“Linee Guida per il trattamento della dipendenza da tabacco.”
2020

Boksa P. “Smoking, psychiatric illness and the brain.” J. Psych. Neurosci. 2017; 42 (3): 147-149.

Scinicarello F, Buser M.C. “Blood Cadmium and depressive symptoms in young adults (20-39 years).” Psychol. Med. 2015; 45 (4): 807-815.

Tackett A.P. et al. “E-cigarette regulation: a delicate balance for public health.” Addiction 2020; 115 (12): 2197-2199

Esposito G.A. et al. “Disturbo dello spettro autistico (sindrome di Asperger) e trattamento individualizzato del tabagismo: descrizione di un caso.” Mission 2019; 52: 50-53.