

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Disturbo dello spettro autistico (sindrome di Asperger) e trattamento individualizzato del tabagismo: descrizione di un caso

Gorizia A. Esposito*, Giovanni Pistone**, Liborio M. Cammarata***

SUMMARY

■ *The link between psychiatric disorders and tobacco addiction is very close and has been evident for decades. On autism there is almost no trace in the international literature that relates to the subject. Our experience shows – even in cases of tobacco addiction related to psychiatric pathologies particularly connoted by the neurochemical effects of nicotine and by the gestural compulsion that the repeated consumption of tobacco satisfies – how an adequate and specific psycho-pharmacological setting, the correct training and involvement of a care-giver and long-term follow-up can allow the attainment of the cessation and the consolidation of this condition, with positive effects also on other aspects behavioral and subjective of the underlying pathology.* ■

Keywords: *Clinical case, Autism, Tobacco addiction, Psycho-pharmacological setting, Care-giver.*

Parole chiave: *Caso clinico, Autismo, Tabagismo, Setting psico-farmacologico, Care-giver.*

Introduzione

Il legame tra patologie psichiatriche e tabagismo è molto stretto ed è evidente da decenni.

Diversi studi sono stati condotti non soltanto allo scopo di quantificare numericamente tale rapporto nelle singole malattie, ma di qualificarlo anche in relazione alla rete sociale, lavorativa e familiare ed alla compresenza di altre patologie organiche.

Sin dagli anni '60 si pone l'attenzione sulle modalità di consumo delle sigarette da parte degli schizofrenici, degli ansiosi, dei depressi, degli ossessivo-compulsivi, dei bipolari e di coloro che soffrono di attacchi di panico e di disturbo post-traumatico da stress.

Sull'autismo (classico o ad alto funzionamento), per nostra conoscenza, non vi è invece quasi traccia nella letteratura internazionale che riguardi l'argomento.

Allo stato attuale, se è vero che vari aspetti diagnostici sono stati chiariti e discussi, non è peraltro disponibile uno schema specifico di trattamento per la disassuefazione da questa dipendenza,

poiché si tende a privilegiare il raggiungimento di un compenso sotto il profilo strettamente "psichiatrico", tendendo a sottovalutarla ed a "concederla".

Questo, nell'ottica del fatto che un malato assuntore di psicofarmaci significativamente incidenti sul suo stile di vita non viene quasi mai adeguatamente stimolato (o se sì, non nella maniera più opportuna) ad affrontare il proprio tabagismo valutando realmente i vantaggi della sua cessazione.

Vi sono invece delle condizioni psichiatriche nelle quali, con il giusto supporto psicofarmacologico, il setting favorevole ed un orientamento del ruolo del caregiver, il tabagismo può essere affrontato non solo in termini di riduzione del danno ma di vera e propria disassuefazione.

Ciò restituisce al paziente una qualità e quantità di vita migliore, al pari degli ex-tabagisti non psichiatrici e, in più, potenzia notevolmente l'autostima e l'autoefficacia di una persona abituata ad essere trattata come "diversa" e, in quanto tale, considerata incapace di conseguire determinati obiettivi.

Caso clinico

F.C. si rivolse al CTT per la prima volta nel 2010. 20 anni, viveva con la madre dopo la separazione dei genitori avvenuta alcuni anni prima ed era affetto da Sindrome di Asperger (SA), diagnosticata nella prima infanzia.

Nel tempo libero leggeva e giocava al computer.

* Psicologa/Psicoterapeuta Centro di Trattamento del Tabagismo (CTT). Ph.D., Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università Milano Bicocca.

** Dirigente Medico - Referente CTT.

*** Direttore Dipartimento Interaziendale "Patologia delle Dipendenze" - AA.SS.LL. BI-NO-VC-VCO. Dipartimento Patologia delle Dipendenze - ASL NO - Novara.

Frequentava un Istituto di Scuola Secondaria di secondo grado; in classe era abbastanza socievole coi compagni e non aveva mai manifestato particolari problemi di relazione coi docenti.

Il suo rendimento era più che sufficiente.

Da alcuni anni fumava tabacco.

La cosa lo soddisfaceva sia sul piano del benessere interiore (lo "rilassava" nei momenti di tensione e di stanchezza, gli aumentava la concentrazione quando era impegnato nello svolgimento di una qualche attività) che su quello gestuale e relazionale (fumare lo faceva sentire "interessante", "si accorgevano di lui", lo aiutava nell'iniziare un discorso od a presentarsi).

Accompagnato dalla madre anche alla valutazione psicologica, nel primo colloquio riferiva di fumare 20 sigarette al giorno e di voler smettere per una sensazione di fastidio relativa alla tosse. Il paziente fin da subito aveva esplicitato timori verso la dismissione in quanto un precedente tentativo (realizzato col MMG usando solo vareniclina) lo aveva portato a sperimentare una serie di sintomi astinenziali, in particolare nervosismo, che lo scoraggiavano molto in quel nuovo tentativo, seppur strutturato all'interno di un Centro dedicato.

Dalla valutazione testistica (Questionario MAC-T, Test di Horn e Test di Mondor) (1), emergeva una motivazione in fase di determinazione, fase nella quale si colloca chi ritiene di avere un problema e ha intenzione di risolverlo.

La disponibilità al cambiamento risultava media, l'autoefficacia (punteggio 6), come percezione individuale di poter raggiungere un obiettivo in un tempo stabilito era bassa.

Anche la frattura interiore (p. 17) intesa come la dolorosa percezione della distanza tra i pensieri e il comportamento messo in atto, risultava media.

Il processo di cambiamento fu interpretato attraverso il "modello transteorico degli stadi del cambiamento" elaborato da Prochaska e Di Clemente (2).

Nel test di Horn, i significati attribuiti alle sigarette ruotavano intorno al loro uso per ridurre le tensioni e nelle situazioni di stress (p. 15), oltre che rispondere all'abitudine (p. 12).

Emergeva anche una dipendenza psicologica dalla sigaretta alta, risposta a vari stati e bisogni interni.

Il test Mondor rilevava possibilità discrete di smettere di fumare (p. 11).

Il quadro emerso, sia dal punto di vista clinico che psicologico, aveva portato l'équipe curante alla proposta di un trattamento integrato con terapia farmacologica (sostitutivi della nicotina) e psicoterapia individuale cognitivo-comportamentale.

Nonostante una iniziale adesione, l'inizio della terapia farmacologica non fu accompagnato da un movimento psicologico verso il cambiamento.

Il trattamento venne interrotto producendo solo una diminuzione del numero di sigarette, ma non il raggiungimento dell'obiettivo della dismissione completa.

Il paziente si ripresentò al CTT nel 2015 per un nuovo tentativo di disassuefazione tabagica. Accompagnato anche questa volta dalla madre, il paziente presentò una situazione di evoluzione personale importante.

In questi anni varie erano state le aree della propria vita nettamente migliorate, col conseguimento del diploma di scuola media superiore e della patente nonché con un'esperienza di vita semi-autonoma a Milano dove aveva svolto alcuni tirocini lavorativi.

Aveva provato a smettere di fumare ri-usando la vareniclina per un breve periodo, prescritta dal MMG, ma senza successo.

Adesso si sentiva pronto ad affrontare il problema del tabagismo, seppur esplicitando il carattere compulsivo di tale comportamento, diventato risposta a vari stati emotivi.

Dalla valutazione psicodiagnostica emersero alcune differenze rispetto al percorso precedente: le possibilità di smettere evidenziate dal test di Mondor risultarono più elevate, il comportamento del fumo strutturato sempre intorno al bisogno di gestire situazioni di stress e tensione, ora appariva legato anche ad un bisogno di stimolazione e si accompagnava ad una grossa componente di gestualità.

Permaneva la dipendenza psicologica (test di Horn).

Al test Mac-T, il paziente risultava ancora una volta in fase di determinazione, ma i punteggi relativi alla frattura interiore, che definisce la maggiore insoddisfazione verso il proprio comportamento, a fronte di pensieri che vanno nella direzione di smettere di fumare, erano aumentati.

Al paziente e al care-giver, ancora una volta venne proposto un percorso psicoterapico centrato su tecniche cognitivo-comportamentali tese all'auto-osservazione, all'addestramento e all'acquisizione di nuove abilità pratiche relative alla gestione ed al controllo dello stimolo (problem solving).

Con il paziente, in particolare, iniziò un lavoro di identificazione degli stimoli e delle situazioni a rischio di uso della sigaretta, ristrutturando l'ambiente per limitarli al massimo (cue-reactivity), imparando ad evitarli e/o fronteggiarli e individuando comportamenti (azioni sostitutive) e pensieri alternativi a quelli "maladattivi", per favorire lo sviluppo di attività alternative a quelle precedentemente correlate al fumo anche con l'individuazione di gratificazioni sostitutive (contingency treatment).

Il percorso iniziò proprio con la compilazione del "diario del fumatore", strumento terapeutico di auto-osservazione e valida fotografia delle caratteristiche e dei significati del comportamento del fumo nella quotidianità.

La creazione di una atmosfera emotiva propria della relazione di aiuto, la compilazione puntuale del diario, la supervisione costante del care-giver con il rinforzo di strategie alternative al fumo, portò ad una graduale diminuzione del numero di sigarette da 30/35 sig. al giorno a 15 sig./die.

Con il fondamentale rinforzo della madre ad un controllo stretto del numero di sigarette (fino ad arrivare alla distribuzione delle sigarette nell'arco della giornata), il paziente si stabilizzò sulle 15 sigarette al giorno.

Visti i movimenti psicologici attivati verso una maggiore consapevolezza del comportamento riguardo al fumo, l'équipe curante decise di inserire il trattamento farmacologico consistente in NRT 21 mg e, per compensare il bisogno forte di gestualità, furono proposte le sigarette NTB, mantenendo il numero di 15 sigarette al giorno.

Le caratteristiche di questo tipo di paziente impongono in genere particolare attenzione agli schemi di comportamento che appaiono ripetitivi e stereotipati, per cui l'obiettivo iniziale della terapia farmacologica fu quello di non portare particolari stravolgimenti nell'equilibrio appena raggiunto. Mantenendo il diario del fumatore anche per le NTB, il controllo del care-giver, e le sedute di psicoterapia a cadenza settimanale, il paziente riuscì a scalare il numero di sigarette NTB e poi anche il dosaggio di NRT.

Emersero in più momenti stati di vulnerabilità e fatica nella gestione del proprio comportamento, soprattutto nelle situazioni di interazione sociale.

Dopo aver iniziato ad eliminare le sigarette NTB considerate meno importanti, il paziente interruppe il loro uso (Aprile 2016), scalando poi gradualmente il dosaggio del farmaco sostitutivo fino a fine trattamento (Maggio, 2016).

Il lavoro psicoterapico seguì le fasi della disassuefazione (preparazione, sospensione e mantenimento), passando dalla gestione

del craving, all'analisi funzionale dei comportamenti di uso per arrivare ad un lavoro di valutazione delle situazioni a rischio e di prevenzione delle ricadute. F.C., dopo il raggiungimento dell'astensione totale dal fumo di sigaretta e la conclusione del trattamento farmacologico, mantiene tale condizione dopo quasi tre anni di follow-up, durante i quali sono continuati le visite periodiche con carbossimetrie ed i colloqui psicoterapici col paziente e di rinforzo con la caregiver.

Discussione

I disturbi dello spettro autistico, in cui la SA è confluita nel DSM V (3-4), rappresentano un disturbo pervasivo dello sviluppo.

I soggetti affetti da questa sindrome manifestano una persistente compromissione delle relazioni interpersonali, comportamenti ripetitivi, interessi ristretti ad una piccola cerchia di attività.

Poiché la netta maggioranza dei pazienti non manifesta ritardi significativi nello sviluppo del linguaggio e delle funzioni cognitive, spesso la sindrome viene codificata anche come "autismo ad alto funzionamento".

La diagnosi differenziale si effettua rispetto all'ADHD, ai disturbi non verbali dell'apprendimento, alla fobia sociale, al disturbo schizoide di personalità.

Inoltre possono essere compresenti anche depressione, ansia ed ossessivo-compulsività (quest'ultimo elemento è spesso alla base dell'iterazione comportamentale legata all'uso delle sigarette).

I pazienti si presentano verbosi, logorroici (se l'argomento "imposto" all'interlocutore è particolarmente gradito al paziente), goffi ed imbarazzati nei movimenti.

Per quest'ultimo motivo sentono frequentemente l'esigenza di "dirottare" l'attenzione di chi li osserva (da cui si sentono giudicati) su altri diversivi (ad es. abbigliamento, acconciatura, maquillage, accessori, sigarette...).

Oltre alla difficoltà nell'instaurare relazioni, vi possono essere alterazioni in aree come il contatto visivo, la mimica facciale, la postura, la gestualità, il riconoscimento delle reazioni (a volte infastidite) di chi ascolta un "monologo" (a volte ripetitivo) su un tema di scarso interesse.

I comportamenti motorii iterativi sono fondamentali per la diagnosi: il gesto, compiuto soprattutto con le mani, ha spesso una funzione "rassicurante" come nel disturbo ossessivo-compulsivo. Questi movimenti sono più lunghi, più volontari e più ritmici rispetto ai semplici "tic" tipici di altre patologie neurologiche (coree, Gilles de la Tourette, ecc.).

Portare la sigaretta alla bocca per aspirare una boccata, riabbassare la mano, fare uscire il fumo dalla bocca, gustare il sapore e l'odore del tabacco combusto (degli effetti della nicotina parleremo in seguito) è una tipica sequenza di movimenti cui il soggetto con SA non riesce a rinunciare, più e più volte al giorno (5).

Nel cervello dei soggetti con disturbi dello spettro autistico vi sono delle alterazioni neurotrasmettitoriali testimoniate da diversi studi.

Inizialmente questi hanno focalizzato il ruolo della serotonina, dimostrando che nella citologia ematica degli autistici vi sono livelli alterati di questo neurotrasmettitore.

L'eliminazione del triptofano dalla dieta (un amminoacido precursore della serotonina) sembra accentuare i comportamenti ripetitivi, l'ansia e il senso di infelicità degli autistici adulti.

Di contro, l'uso degli antidepressivi inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI) alleviano tale sintomatologia.

Altri studi hanno indagato le alterazioni delle proteine di trasporto della serotonina (soprattutto nella corteccia frontale, in alcu-

ne aree del lobo temporale e nel mesencefalo), così come i livelli di produzione di tale neurotrasmettitore nei bimbi autistici, che appare ridotto rispetto alla media in base ad un meccanismo geneticamente predeterminato.

Negli ultimi dieci anni, i ricercatori hanno spostato il loro interesse sullo studio del sistema dopaminergico.

Ciò è stato stimolato dall'osservazione che i bloccanti della dopamina (es. gli antipsicotici) sono efficaci nel ridurre alcune manifestazioni tipiche dell'autismo come l'aggressività, l'autoleisionismo fisico e l'iperattività.

Vi sono inoltre evidenze che suggeriscono l'incremento dei livelli di un precursore della dopamina (acido omovanillico) nel liquido cefalorachidiano ed anche l'attività dell'allele A1 del recettore dopaminergico D2 (quello che predispone il soggetto "novelty seeker" alla dipendenza da sostanze) è significativamente incrementata.

Inoltre, è stato suggerito che una particolare struttura genetica degli alleli relativi alla proteina di trasporto della dopamina (un marker altamente specifico per il sistema di riferimento) può essere associata all'iperattività, all'impulsività, all'ansia sociale ed ai tic nei bimbi autistici.

La PET di questi soggetti ha dimostrato livelli più bassi di attività dopaminergica prefrontale ed un aumentato legame del trasmettitore con il recettore D2.

Questa metodica ha anche dimostrato come, in un campione di soggetti autistici ad alto funzionamento, vi sia uno sbilanciamento rispetto allo standard dei sistemi serotoninergico (ipofunzionante) e dopaminergico (iperfunzionante).

Il legame della dopamina col suo trasportatore appare significativamente incrementato in diverse aree cortico-frontali.

Tale iperfunzionamento del sistema dopaminergico e dell'espressione dei recettori, nonché l'elevata sintesi e deposito di dopamina nei nuclei striati e nella corteccia frontale degli individui adulti affetti da SA sono tutti fattori che concorrono nel chiarire gli elementi comportamentali di questi soggetti.

La corteccia orbitofrontale, infatti, è strettamente correlata alla modulazione delle emozioni e la sua disfunzione porta ad aggressività, impulsività e reiterazione dei comportamenti stereotipati tipici della sindrome.

In questo contesto, l'uso della sigaretta diventa quasi auto terapeutico per i pazienti con SA.

Essa soddisfa tutte le componenti gestuali, comportamentali e relazionali del soggetto adolescente/adulto, è legale e quindi di facile reperibilità, è accettata socialmente, è di pronto utilizzo quando serve (la nicotina satura i propri recettori nell'area limbica entro 7 secondi dall'aspirazione della boccata).

La nicotina soddisfa le componenti neurochimiche, inducendo maggiore vigilanza, attività e concentrazione; riducendo l'appetito, la sonnolenza e la sensazione di fatica fisica; inducendo l'aumento della sintesi e rilascio di dopamina che, come già riportato prima, è un neurotrasmettitore di cui l'Asperger ha bisogno in quantità notevoli per alimentare il proprio status ed evitare quindi di sperimentare la sintomatologia "negativa".

Per questi motivi risulta particolarmente difficile supportare il soggetto con SA in un tentativo di disassuefazione tabagica in quanto egli deve dapprima "problematizzare" la propria dipendenza e poi deve combattere contro la paura di sganciarsi da uno strumento che costituisce per lui una garanzia di stabilità (6-13).

Dal punto di vista psicoterapeutico, vari sono stati gli elementi caratterizzanti il percorso, tra cui la buona compliance del paziente, alimentata dalla iniziale focalizzazione del lavoro psicologico sulla costruzione della "relazione di aiuto".

L'obiettivo è stato quello di creare un'atmosfera emotiva, capace di facilitare il cambiamento e di incoraggiare il paziente durante il suo tentativo di cessazione a parlare delle sue motivazioni e preoccupazioni.

Fin da subito è stata delineata l'importanza del caregiver al quale è stato dedicato un supporto continuo finalizzato al rinforzo di elementi emersi nelle sedute psicoterapiche ed alla raccolta di un punto di vista esterno, con osservazioni del paziente nel suo contesto di vita.

Fondamentale anche il monitoraggio/controllo sui comportamenti messi in atto dal paziente.

Il percorso ha previsto sedute a cadenza settimanali e le indicazioni in chiusura di ogni seduta sono sempre state molto dettagliate, ad esempio relativamente al numero di sigarette ed alla loro distribuzione nel corso della giornata.

L'obiettivo è stato quello di non lasciare spazio alla gestione autonoma da parte del paziente, poiché l'instabilità emotiva legata ai significati attribuiti alla sigaretta avrebbero portato a continue rivisitazioni di quanto inizialmente appreso, con ricadute negative sull'efficacia del percorso.

Anche le strategie comportamentali da utilizzare sono state soggette a continue valutazioni della resilienza del paziente (risorse e capacità residue), tenuto conto delle rigidità tipiche della patologia autistica e dei suoi tempi di maturazione di scelte e decisioni, tendenzialmente lunghi.

Durante tutto il percorso, continuo è stato il sostegno attraverso la mobilitazione delle risorse individuali e l'incentivazione del senso di autoefficacia nelle diverse fasi di cambiamento. Necessari per il rinforzo sono stati l'empatia espressa, l'ascolto riflessivo (nonostante la reiterazione degli argomenti portati), l'attenzione sulle discrepanze tra il comportamento attuale e quello desiderato ed il supporto alla self-efficacy del paziente e alla sua percezione di possedere la capacità di cambiare.

Utile infine è stata la proiezione del paziente in situazioni di vita quotidiana senza la sigaretta, al fine di rinforzare l'indipendenza ed il senso di libertà provati da un non fumatore, a cui deve ambire chiunque inizi un percorso di disassuefazione tabagica.

Conclusione

La nostra esperienza mostra come – anche in casi di tabagismo correlato a patologie psichiatriche particolarmente connotate dagli effetti neurochimici della nicotina e dalla compulsione gestuale che il consumo reiterato di tabacco soddisfa – un adeguato e specifico setting psico-farmacologico, il corretto adde-

stramento e coinvolgimento di un care-giver e il follow-up a lungo termine possono permettere il conseguimento della disassuefazione e il consolidamento di tale condizione, con ricadute positive anche su altri aspetti comportamentali e soggettivi della patologia di fondo.

Bibliografia

- (1) American Psychiatric Association (2013). Diagnostic criteria for 299.80 Asperger's disorder (AD). In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th (DSM-V)*.
- (2) American Psychiatric Association (2000). Diagnostic criteria for 299.80 Asperger's disorder (AD). In: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th text revision (DSM-IV-TR)*.
- (3) Bertogli G., Cosci F. (2011). I disturbi affettivi nei fumatori. *Tabaccologia*, 4: 33-38.
- (4) Fujiwara T., Morisaki N., Honda Y. et al. (2016). Chemicals, nutrition and autism spectrum disorder: a mini-review. *Front Neurosci*, 10: 174-178.
- (5) Guelfi G.P., Spiller V., Scaglia M. et al. (1999). La valutazione della motivazione al cambiamento nel tabagismo: il questionario MAC-T. Poster al Convegno "A fuoco il fumo". Padova, sett.-ott.
- (6) Gurriaran X., Rodriguez-Lopez J., Florez G. et al. (2018). Relationships between substance abuse/dependence and psychiatric disorders based on polygenic scores. *Genes brain behave*, e12504. doi: 10.1111/gbb.12504.
- (7) Hallerback M.U., Lugnegard T., Gillberg C. (2014). ADHD and nicotine use in schizophrenia or Asperger syndrome: a controlled study. *J. Atten. Disord.*, 18(5): 425-433.
- (8) Kalkman H.O., Feuerbach D. (2016). Modulatory effects of $\alpha 7$ -nAChRs on the immune system and its relevance for CNS disorders. *Cell Mol Life Sci*, 73(13): 2511-2530.
- (9) McAlonan G., Suckling J., Wong N. et al. (2008). Distinct patterns of grey matter abnormality in high-functioning autism and Asperger's syndrome. *J. of Child Psychol. Psych.*, 49(12): 1287-1295.
- (10) McPartland J., Klin A. (2006). Asperger's syndrome. *Adolesc Med Clin.*, 17(3): 771-788.
- (11) Nakamura K., Sehine Y., Ouchi Y. et al. (2010). Brain serotonin and dopamine transporter bindings in adults with high-functioning autism. *Arch. Gen. Psychiatry*, 67(1): 59-68.
- (12) Nieminen-Von Wendt T., Paavonen J.E., Ylisaukko-Oja T. et al. (2005). Subjective face recognition difficulties, aberrant sensibility, sleeping disturbances and aberrant eating habits in families with Asperger syndrome. *BMC Psychiatry*, 5: 20-27.
- (13) Prochaska J., Di Cemente C. (1983). Stage and processes of self-change in smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult. Clin. Psychol.*