

Dependența de nicotină și terapia non-farmacologică de oprire a fumatului. Prima parte.

Nicotine addiction and non-pharmacological therapy for smoking cessation. First part.

Prof. Dr. Iuliana POPOVICI, Șef Lucr. Dr. Lăcrămioara OCHIUZ,
Conf. Dr. Ileana Cornelia COJOCARU

Facultatea de Farmacie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Iași

REZUMAT

Nicotina, alcaloidul din tutun, este considerată că produce cea mai mare dependență dintre toate substanțele secolului XXI și fumatul se află în centrul atenției, „cucerind” tot mai mult teren, în țările în curs de dezvoltare, cu toată campania dusă împotriva acestuia. Fumatul este un factor declanșator al multor afecțiuni cronice: infarct, emfizem, bronșită cronică, arterită. În acest referat sunt prezentate o serie de aspecte privind fiziopatologia dependenței de nicotină și terapia non-farmacologică a întreruperii fumatului.

Cuvinte cheie: dependența de nicotină, terapia non-farmacologică de oprire a fumatului

ABSTRACT

Nicotine is a tobacco alkaloid and it is considered to produce the highest addiction from all substances in the XXI century. Smoking is in the spotlight, the speed of tobacco consumption gaining more and more ground in the developing countries, despite any campaign run against it. Smoking is the trigger in many chronic diseases: heart attacks, pulmonary emphysema, chronic bronchitis, arthritis. In this paper there are presented a series of aspects concerning the physiopathology of nicotine addiction and non-pharmacological therapy for smoking cessation.

Key words: nicotine addiction, non-pharmacological therapy for smoking cessation.

INTRODUCERE

O estimare efectuată de OMS în anul 2004, pe baza datelor statistice culese din cele 193 de state membre ale organizației, evidențiază că maladiile ucigăse „clasice” (cum ar fi tuberculoza, paludismul, bolile infecțioase și chiar SIDA) au lăsat încet-încet locul bolilor cronice: afecțiunile cardiace și cerebrale, cancerul, diabetul. Astfel bolile cardiace – de tipul infarctului – stau la originea a 12,2% dintre

decesele înregistrate. Urmău, în ordine: atacurile cerebrale – 9,7%, infecțiile respiratorii grave – 7%, bronșita cronică – 5%. Se constată îmbătrânirea populației din țările sărace, fenomen care are o tendință categoric crescătoare în următorul sfert de secol. O asemenea evoluție se explică în țările bogate prin îmbătrânirea „naturală”, iar în cele în curs de dezvoltare și sărace, printr-o adevărată explozie a tabagismului, a sedentarismului, a obezității, asociată – în mod paradoxal – alcoolismului

Adresă de corespondență:

Prof. Dr. Iuliana Popovici, Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa”, Str. Universității, Nr. 16, Iași

și malnutriției, fapt atribuit calității hranei care, în ciuda multelor calorii, este săracă în elemente nutritive.

Fumatul însă se află în centrul atenției, el „cucerind“ tot mai mult teritoriu în țările în curs de dezvoltare, ca important factor declanșator al afecțiunilor cronice (infarct, emfizem, bronșită cronică, arterită). Industria tutunului, o veritabilă industrie a morții, ucide anual o treime până la o jumătate din consumatorii fideli, fiecare fumător scurtându-și viața, în medie, cu 1,5 ani. În această categorie sunt incluși și „fumătorii pasivi“ – adică cei ce stau în același spațiu cu fumătorii activi. Numărul deceselor atribuite acestui factor de risc major – în patologii cardio-vasculare, atacuri cerebrale, boli pulmonare cronice, inclusiv cancer pulmonar, bronșite, traheite, tuberculoză – a depășit 54 milioane în 2004 și va ajunge la 83 milioane în 2030.

Ținând seama de efectele nocive ale fumatului, asistăm astăzi la campanii de întraajutorare a celor care doresc să abandoneze fumatul.

În continuare, în acest referat sunt prezentate o serie de aspecte privind fiziopatologia dependenței de nicotină și terapia non-farmacologică. În nota II urmează să fie prezentată terapia farmacologică – terapia de înlocuire a nicotinei (NRT) și terapia non-nicotinică.

FIZIOPATOLOGIA DEPENDENȚEI DE NICOTINĂ

Dependența de fumat constă în incapacitatea de a renunța la utilizarea tutunului, cu toate conștientizările consecințelor sale nefaste asupra sănătății. Nicotina din tutun este recunoscută ca o substanță care cauzează efecte secundare, fiind considerată că produce cea mai mare dependență dintre toate substanțele secolului XXI și are o lungă istorie a utilizării și a abuzului, de peste 300 de ani. Introdus în civilizația Europei, adus din America pentru Caterina de Medici, regina Franței, de medicul Jean Nicot De VILLEMAIN (1530–1600), ambasador al Franței la Lisabona, tutunul s-a împrăștiat rapid pe tot globul.

Substanța chimică de bază din tutun este nicotina, un alcaloid natural, care produce dependență. Tutunul se află sub formă de țigări de fumat, țigarete și forme fără fum ca: tutun de prizat, sașete și tutun de mestecat (1, 2). Astăzi sunt peste 500 milioane de fumători în lume și numărul lor continuă să crească, cu toate consecințele negative asupra sănătății.

Această dependență este chiar mai puternică decât cea cauzată de opiacee sau de către alcool. Dependența de nicotină dezvoltă atât factori fizici,

cât și componente fiziologice și sociale. La nivelul creierului au loc procese chimice și biologice care amplifică toleranța la nicotină și ca urmare creșterea utilizării ei. Nicotina este o substanță toxică, fapt pentru care la început un fumător are stări de rău, cu greață, amețeli, dar aceste efecte secundare sunt repede depășite și organismul devine tolerant la nicotină cu o creștere a numărului de țigări fumate. Atunci când aceștia încearcă să se lase de fumat, scăzând numărul de țigări fumate zilnic, ei simt adesea efectele fizice ale abstenenței, cum ar fi:

- dorința de a fuma;
- anxietate;
- dificultăți de concentrare;
- izolare și nepăsare;
- perturbarea somnului;
- simptome gastro-intestinale.

O cauză posibilă pentru hiperactivitatea adrenergică centrală (neliniște, anxietate, dorința de a fuma) este stimularea excesivă a neuronilor din regiunea zonei „coeruleus“ a creierului de către norepinefrină (2). Simptomele de abstenență culminează, în general, la 24-72 ore după ultima țigară fumată, deși ricoșul abstenenței poate surveni la mai multe săptămâni după întreruperea completă a fumatului. Totuși dorința de a fuma poate continua mulți ani (3). Nevoia fiziologică de a fuma este rezultatul naturii sale repetitive, acea mișcare rituală mână-gură cu fiecare țigară fumată. Mișcarea aceasta este repetată de 250 ori/zi sau de peste 90.000 anual pentru fumători de un pachet/zi, multiplicată cu numărul de ani cât durează fumatul. Apoi, utilizarea țigărilor în situații specifice de stres sau de crize emoționale, contribuie de asemenea la „nevoia fiziologică“ de a fuma, care conferă o senzație pozitivă, de întărire. Nicotina pare să producă euforie sau o stare similară consumului de stupefiante sau de stimulente psihomotorii.

În timpul fumatului, nicotina este eliberată direct spre creier, cantitatea disponibilă fiind crescută de consumul concomitent de cafeină (din cafea, ceai etc.) (3).

Odată obișnuiți, fumătorii continuă să fumeze spre a reduce sentimentul neplăcut ce apare la „abstenență“, cât și pentru a „alina“ stresul. Creșterea în greutate la oprirea fumatului rezultă din apariția senzației de foame cu consumul crescut de alimente, fapt ce va întări necesitatea continuării fumatului.

Situațiile sociale au un rol preponderent în continuarea fumatului. De exemplu: unii fumează după masă, alții când se trezesc și beau o cafea sau când vorbesc la telefon. Aceste acte sunt activități de rutină și continuă și după oprirea fumatului. Prietenii, rudele care fumează, sunt implicați în aceste situații sociale.

Se conchide că renunțarea la fumat prezintă un grad mare de dificultate ca rezultat al dependenței de nicotină și al aspectelor psihologice și sociale ale fumatului. Doar 20% dintre cei care încearcă să renunțe la fumat reușesc după prima sau a doua tentativă și mai mult de 70% necesită 7 sau mai multe încercări (2). Reluarea fumatului este frecventă după perioade variate de abținere, uneori mai mare de 10 ani, cu toate că cei mai mulți indivizi sunt fumători ocazionali după doi ani.

Riscurile asociate cu fumatul sunt atribuite nu numai nicotinei din tutun și care dă dependență, cât mai ales celor peste 4.000 de compuși chimici din fumul de țigară, dintre care aproximativ 50 sunt cancerigeni.

Între acestea s-au identificat: gudroanele, monoxidul de carbon, amoniacul, oxizii de azot, benzo-pirenul etc.

Fumatul este una dintre cele mai frecvente cauze ale morbidității și mortalității în lume, dar aceasta poate fi ușor de prevenit (tabelul 1).

Tabelul 1. Riscurile asociate cu fumatul (4–7)

- **Cancer:** fumatul este responsabil aprox. 30% de decesele datorate cancerului. Cancerul de plămâni, pancreas, rinichi, buze, cavitatea orală, faringe, laringe, esofag, vezică urinară, este de 21-27 ori mai frecvent la fumători decât la nefumători.
- **Acidul ascorbic:** un antioxidant însemnat pentru organismul uman – la fumători prezintă un nivel seric scăzut comparativ cu cel al nefumătorilor (cu 25% mai mic la cei care fumează sub 20 de țigări pe zi și cu 40% mai scăzut la cei care fumează peste 20 de țigări/zi). Acest fapt crește necesarul de vitamină C.
- **Boala coronariană și trombozele cerebrale:** fumătorii prezintă un risc de 2-4 ori mai mare de a suferi de o boală coronariană și de 1,5 ori de a dezvolta tromboze cerebrale. De asemenea, există un risc crescut de a suferi de ateroscleroză periferică vasculară, așa-numitul „picior de fumător” (arterita obliterantă).
- **BPOC:** (= bronhopneumopatie obstructivă cronică) substanțele oxidante din fumul de țigară scad funcția ciliară și astfel crește producția de mucus de către celulele caliciforme. Migrarea celulelor inflamatorii în țesutul pulmonar conduce la BPOC (incluzând bronșita cronică și emfizemul). De asemenea, crește incidența infecțiilor pulmonare și ale căilor respiratorii superioare.
- **Efecte asupra copiilor:** fumatul în timpul sarcinii conduce la scăderea în greutate a nou-născutului (aprox. cu 150 g dacă e născut la termen) și crește cu 25-50% riscul decesului fetal sau neo-natal. S-a mai semnalat o creștere semnificativă, de 35%, a sindromului de moarte subită – în perioada neo-natală – la copiii mamelor fumătoare.
- **Afectarea orală:** la fumători crește riscul bolilor cavității orale:
 - leukoplakia (pete albe pe mucoasa orală care se pot maligniza);
 - „palatul fumătorului”;
 - sângerări gingivale;

- periodontită și gingivită ulcerative;
- cancer al buzelor, al gurii și gâtului.
- **Întârzierea cicatrizării plăgilor:** fapt atribuit vasoconstricției cutanate, creșterii adezivității plachetare, scăderii proliferării hematiilor, a macrofagelor și fibroblastelor.
- **Rezistența la insulină:** este crescută la fumătorii cronici, la care s-a constituit o concentrație plasmatică crescută de glucoză față de aceea a nefumătorilor, deși se evidențiază o concentrație plasmatică similară de insulină.
- **Impotența sau disfuncția erectilă:** apar de două ori mai frecvent la fumători decât la nefumători, fiind afectați chiar și fumătorii pasivi.
- **Ulcer:** crește incidența hemoragiilor digestive și a ulcerului perforat.
- **Efecte asupra aparatului locomotor:** fumatul afectează densitatea osoasă, conducând la lombosciatică, perturbă dinamica osului și refacerea calusului în caz de fracturi, precum și cicatrizare anevoioasă în cazul fracturilor deschise.
- **Efecte dermato-cosmetice:** fumatul conduce la îmbătrânirea prematură a pielii, cu apariția ridurilor accentuate.

Pe lângă riscul asumat de fumători, și fumătorii pasivi (familia, prietenii, colegii) pot prezenta un risc crescut privind apariția cancerului. Expunerea la fumul de țigară cauzează: iritarea ochilor și a gâtului, tuse, rinită, dureri de cap și variate tipuri de cancer, îndeosebi cel pulmonar. În plus, are legătură cu apariția problemelor respiratorii și otita medie recurentă la copii, ca și cu „sindromul de moarte subită infantilă” (SIDS = Sudden Infant Death Syndrome).

În cazul fumătorilor care primesc medicamente pentru diferite afecțiuni, pot apărea interacțiuni între acestea și substanțele nocive din fumul de țigară. Acestea alterează absorbția, distribuția, metabolismul și chiar acțiunea multor medicamente. De aceea fumătorii necesită creșterea dozelor de medicamente sau numărul de administrări pentru a obține un efect terapeutic optim.

Următoarele medicamentele pot fi afectate în acest mod:

- teofilina;
- antidepresivele triciclice (amitriptilina, desimipramina, imipramina, nortriptitina);
- inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei (SSRIs = Selective serotonin reuptake inhibitors);
- unele antipsihotice (clozapina, clorpromazina, haloperidolul, flufenazina, orlanzapina, tiotixen etc.);
- hormonii estrogeni;
- varfarina;
- unele analgezice (pentazocinul, propoxifenul);
- flecainida;
- benzodiazepinele (clordiazepoxidul, diazepamul);
- propranololul;
- cimetidina.

Cu toate aceste riscuri, dependența de nicotină este tot mai crescută, atât la bărbați cât și la femei. Motivele care duc la întreruperea fumatului sunt:

- efectele dăunătoare ale acestei practici asupra sănătății;
- sarcina;
- costul tot mai crescut al țigărilor;
- presiunea familiei și a prietenilor.

Beneficiile stopării fumatului, pe termen lung, sunt: reducerea apariției tulburărilor cardiovasculare, a cancerului, a problemelor respiratorii (mai ales BPOC) și a infecțiilor (10, 11).

SCOPURILE TERAPIEI

În principal, scopurile terapiei constau în următoarele:

- ajută pacientul să atingă stadiul de menținere privind comportamentul său față de fumat;
- ajută pacientul să identifice aspectele personale, fizice, psihice și sociale, determinate de fumat;
- prevăd suportul social pentru a-și schimba atitudinea, prin încurajare și consiliere;
- ajută pacientul spre a-și dezvolta iscusința (priceperea) în rezolvarea problemelor privind realizarea și menținerea abstenenței;
- alină simptomele dependenței de nicotină și nevoia de a fuma printr-o terapie medicamentoasă (farmacologică) dacă este necesar.

Cei mai mulți dintre fumători raportează că se lasă de fumat prin proprie voință, reducând treptat numărul de țigări sau oprind complet fumatul. Aceste situații sunt un succes relativ, cu un procent de 16-20% persoane care abandonează fumatul (care rămân abstinente după aceea un an). Cu un program de asistență și consiliere rata abandonării fumatului ajunge rareori mai mare de 20% decât media. Totuși, intervențiile clinice intensive (6-12 săptămâni pentru o persoană sau un grup consiliat de către personal calificat) sunt în general mai eficiente decât autoajutorarea sau diferitele programe de sănătate publică. Astfel procentul celor ce abandonează fumatul este de 20-50% pentru programele clinice intensive față de 5-15% pentru cei ce urmează programe publice pentru sănătate.

Combinarea a două sau mai multor metode de stopare a fumatului (terapii non-medicamentoase și medicamentoase) constituie un remarcabil succes. Un astfel de program conține mai multe elemente ce pot fi combinate în funcție de specificul fiecărui pacient (8).

Tabelul 2 ilustrează un astfel de program utilizat adesea în SUA și Canada (3).

Tabelul 2. Componentele unui program utilizat pentru oprirea fumatului

- Evaluarea dependenței de nicotină de către un specialist, motivația și dorința de a nu mai fuma, perioada de schimbare, stresul, autosuficiența etc.
- Rezolvarea problemelor generale, iscusința în a lua această hotărâre, prevenirea recidivelor și „managementul” stresului.
- Greutatea corporală, dieta, consilierea nutriționiștilor.
- Exerciții fizice/program de „fitness”.
- Suportul social din afară sau din cadrul programului.
- Aversiunea la tratament.
- Reducerea fumatului.
- Antrenament de relaxare și de respirație.
- Hipnoza.
- Acupunctura.
- Terapia medicamentoasă (farmacologică).
- Perseverența în urmarea programului.

TERAPIA NEMEDICAMENTOASĂ (NON-FARMACOLOGICĂ)

Tratamentul dependenței de nicotină beneficiază de variate metode de urmat și de terapiile complementare (sau alternative). Aceste metode combinate pot fi un succes la pacienții care sunt fumători „ușori”. De asemenea, acest gen de terapie este adecvată la pacienții la care terapia medicamentoasă este contraindicată din cauza potențialului de interacțiune cu o altă medicație prescrisă (cum ar fi pentru bolile cardiovasculare) sau în caz de sarcină.

Programe adecvate, individuale sau de grup, consiliate de către personalul sanitar

Pacienții, indiferent de nivelul lor de dependență de nicotină, sunt încurajați să participe la unul dintre programele specifice cazului lor. Fumătorii ușori pot fi capabili de a abandona fumatul utilizând numai un singur program modificat, dar fumătorii „moderați” și cei „înrațiți” beneficiază în plus și de „terapie” medicamentoasă. Există multe programe de grup și de consiliere pe care le pot utiliza pacienții, singuri sau îndrumați de personalul sanitar. De asemenea, sunt puse la dispoziție o varietate de materiale documentare: pliante, broșuri, documentare-video etc. Aparent, unul din 5 fumători care sunt pregătiți să stopeze fumatul cere formal ajutor fără a fi pe deplin convins.

Cu toate că fumătorii pot pretinde că se implică într-unul din programele de auto-ajutor, cadrele sanitare de specialitate trebuie să intervină, într-o manieră adecvată, pentru toți fumătorii. Fiecare instructaj trebuie să aibă ca obiectiv creșterea numărului de țigări ce nu mai sunt fumate pentru cel puțin 6 luni.

În general, participarea la program determină o creștere a succesului privind sistarea fumatului. Programele de comportament implică de obicei o varietate de maniere, cum ar fi: relaxarea, educarea („training-ul“), managementul stresului, restructurarea cognitivă, prevenirea recidivei și dezvoltarea unor modalități de adaptare.

Tabelul 3 prezintă tipurile de suport comportamental pe care personalul de specialitate le pot furniza pacienților care doresc să se lase de fumat (9).

Personalul sanitar calificat trebuie să aloce un timp minim, de 20 minute săptămânal pentru cel puțin 4 săptămâni, crescând durata la mai mult de 8 săptămâni cu scopul creșterii eficacității programului. Este de dorit continuarea consilierii extinse, de la 1 sau 2 ani, cu încă 3, 6, 9, 12 și 24 luni. De asemenea, pentru o reușită definitivă a tratamentului, se vor aplica teste multiple.

Terapii complementare

Din cauza efectului nociv al fumului de țigară atât asupra fumătorului, cât și a nefumătorilor activi („fumătorii pasivi“), există astăzi o „adevărată luptă“ contra acestuia. Pare doar o ficțiune aplicarea unor „tehnici“ pentru abandonarea fumatului, dar terapiile complementare aplică remedii și proceduri eficiente și non-invazive.

Terapia pentru respingerea fumatului

Acest tip de terapie se bazează pe conceptul de asociere a unei senzații neplăcute cu fumatul, ceea ce poate conduce la diminuarea dorinței de a fuma. Tehnicile utilizate includ:

- șocuri electrice de intensitate mică;
- apnee „voită“;

- fumat în ritm rapid;
- gusturi, mirosuri sau sunete neplăcute, stimuli vizuali.

Totuși nu există studii metodologice corecte care să susțină acest tip de terapie, cu toate că fumatul în ritm rapid sau excesiv s-a dovedit promițător, dar din cauza posibilelor efecte nocive asupra plămânului și inimii, această metodă nu e recomandată decât foarte rar și sub supraveghere (8).

Hipnoza

Hipnoza este o stare de relaxare profundă a atenției în cursul căreia persoana este mai receptivă la sugestionări. Hipnoterapia pentru dependența de nicotină încearcă să schimbe obiceiurile și atitudinea persoanei față de țigări. Priceperea și experiența terapeutului sunt foarte importante atât pentru susceptibilitatea pacientului la hipnoză, cât și pentru dorința lui de a abandona fumatul (8).

Terapia cu laser

În acest tip de tratament o rază laser este direcționată spre diferite puncte cheie de pe suprafața corpului, ca și în acupunctură. Această stimulare acționează ca un „trăgaci“ asupra eliberării de endorfine care alină simptomele dependenței de nicotină. Totuși nu există studii relevante în ceea ce privește suportul succesului acestei terapii (8).

Terapia prin țigări din plante medicinale

Paradoxal, se poate renunța la fumat folosind un tip de țigări, dar nu din tutun, ci din plante medicinale. După un timp de folosire va apărea fenomenul respingerii țigaretelor. Aceste plante sunt:

Tabelul 3. Modalități de asistare prezentate de către personalul de specialitate

Un set de date inițiale	Pacientul este rugat să decidă, în cadrul următoarelor 2 săptămâni, o dată la care să urmeze fie un program de reeducare privind fumatul, fie o terapie de înlocuire a nicotinei.
Metode sugerate de a se opune stimulentei de a fuma	Ajutorarea pacienților în a identifica stimulii ce conduc la fumat – cum ar fi prezența scrumierelor, băutul unei cafele etc. – și sugerarea căilor de a le evita (de ex.: îndepărtarea tuturor scrumierelor din locuință sau de pe masă într-un restaurant, înlocuirea cafelei cu ceai etc.). Se recomandă pacientului un plan de destindere: exerciții fizice, tehnici de relaxare, mese hipocalorice etc.
Stăpânirea situațiilor cu „risc crescut“	Ajutorarea pacienților în a identifica și a face față cu pricepere la situațiile în care fumatul prezintă un „risc crescut“.
Identificarea suporturilor	A se consulta pacientul pentru a identifica persoanele sau programele care pot constitui un suport pentru abandonarea fumatului.
Stabilirea țintelor și a răsplății	Ajutarea pacientului să-și stabilească o țintă pentru a se lăsa de fumat și răsplătirea pentru creșterea motivației.
Stabilirea suportului următor	Lunar – pe perioada a 3 luni, apoi la 6-12 luni pentru o reușită definitivă. Pentru cei care nu izbutesc să abandoneze fumatul decât cu tratament și cu terapie adițională adecvată, însoțite și de consiliere, se prevăd următoarele contacte: la fiecare 2 săptămâni – timp de 3 luni –, apoi la 6, 9, 12, 18 și 24 luni.
Abandonarea programului cu o recădere	Dacă survin recăderile, se ajută pacientul să studieze un plan pentru următoarea încercare. Se ajută pacientul să-și revizuiască experiența întâmplărilor prin care a trecut, spre a identifica singur aspectele pozitive și negative și de a formula un nou plan care să includă strategii specifice situațiilor cu „risc crescut“.

- arnica (*Arnica montana L.*);
- salvia (*Salvia officinalis L.*);
- socul (*Sambucus nigra L.*);
- podbalul (*Tusilago farfara L.*);
- cuișoarele (*Eugenia cariochylata*).

Plantele uscate și mărunțite sunt incluse în diverse amestecuri din care se fabrică țigări. De exemplu:

- creștișoară (*Betonica officinalis L.*), izmă (*Mentha piperita L.*) și podbal;
- arnică, izmă, creștișoară, podbal, soc, coada calului (*Equisetum arvense*), usturoi (*Allium sativum L.*), pedicuță (*Lycopodium clavatum L.*), lemn cânesc (*Liqustrum lucidum L.*), vinariță (*Asperula odorata L.*);
- izmă, vinariță, podbal.

La amestecuri se pot adăuga și cuișoare măcinate.

Totuși, aceste tipuri de țigări, prin ardere, produc substanțe nocive, cum ar fi monoxidul de carbon, gudroane și alți compuși toxici.

Studiile efectuate în S.U.A. au relevat că aceste tipuri de țigări, din motive pur comerciale, mai au un conținut de tutun de maximum 70%, ceea ce le contraindică pentru utilizare în scopul sistării fumatului.

Tehnici orientale de tratament a dependenței de nicotină: exerciții de respirație, acupunctura și presopunctura

Respirația este una dintre primele funcții ale corpului care este dur „lovită“ de fumat. Pentru reglarea ei, se așază o palmă pe piept și cealaltă pe abdomen. Se inspiră încet, pe nas și simultan se umflă abdomenul, folosindu-se astfel diafragma încât aerul pătrunde adânc în plămâni. Expirația se efectuează tot lent, pe nas; se repetă exercițiul până la obținerea unui ritm constant, de 8-12 respirații pe minut (o respirație = inspirație + expirație).

Această tehnică de respirație va intra în reflex și se efectuează atunci când apare dorința de a fuma sau persoana respectivă devine neliniștită.

Acupunctura și presopunctura sunt tehnici de tratament, cu specializări rigurose definite, practicate de milenii în China. Astăzi, aceste terapii sunt recunoscute și de Organizația Mondială a Sănătății (5).

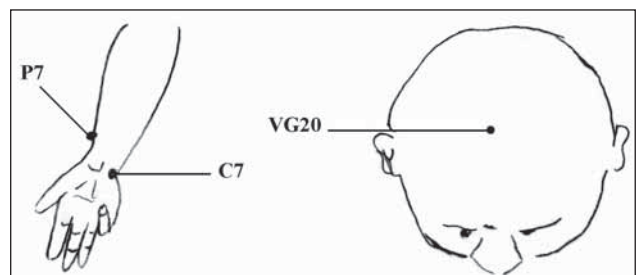
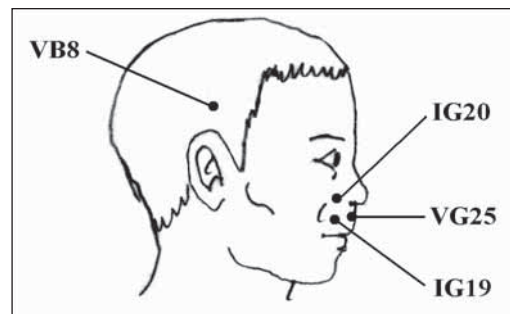
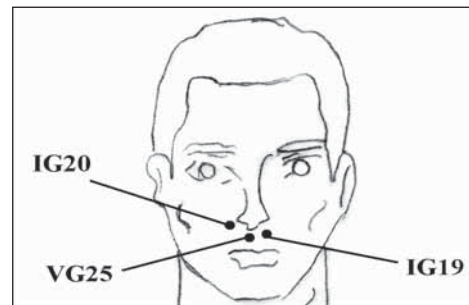
Aceste tehnici sunt efectuate de specialist, vizându-se puncte strategice în zona nasului sau al urechii, pe meridianele energetice ale corpului (9).

Înainte de începerea procedurilor, pacientul nu va fuma cel puțin două ore, iar pe durata tratamentului nu va consuma alimente și băuturi cu gust amar, deoarece acestea reactivează dorința de a fuma.

Pentru stimularea punctelor energetice se folosesc ace speciale (pentru acupunctură) sau degetele mâinii, sau un capăt rotunjit al unui creion (pentru

presopunctură), când se masează circular, energic, în sensul acelor ceasornicului, timp scurt. Tratamentul durează 10-15 ședințe, în câte 3 timpi pe zi, 5-10 minute/ședință. Câteva puncte activate pentru acest tratament sunt enumerate în cele ce urmează și ilustrate în figura 1:

- VG₂₅ – sub nas, pe buza superioară;
- IG₁₉ – la 0,5 măsuri lateral de punctul aflat la unirea treimii superioare cu cele 2/3 inferioare pe șanțul naso-labial (o măsură reprezintă lățimea degetului mare al mâinii);
- IG₂₀ – la 0,5 măsuri de marginea externă a aripiei nasului, în șanțul naso-genian (la nivelul bazei piramidei nazale, acolo unde nările se unesc cu obraji);
- P₇ – pe artera radială la 15 măsuri deasupra pliului mâinii;
- C₇ – puțin sub pliul pumnului, pe marginea internă;
- VG₂₀ – la 7 măsuri deasupra marginii posterioare de inserție a părului, la jumătatea liniei ce unește vârful urechilor;
- VB₈ – situat la o măsură deasupra marginii superioare a urechii (punct foarte mult folosit în intoxicații cu droguri).



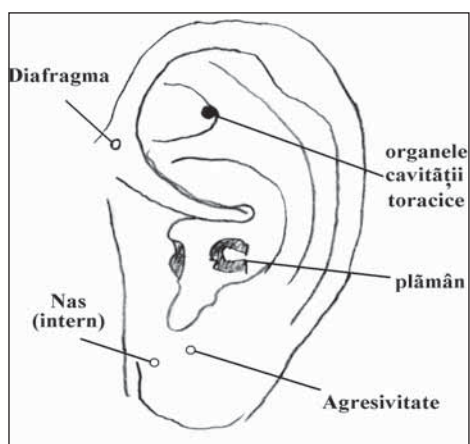


Figura 1. Punctele energetice stimulate prin acupunctură sau presopunctură în cazul dependenței de nicotină

Timp de câteva zile, va persista dorința pentru (sau lipsa a) ceva nedefinit, nu neapărat țigări, senzație ce va dispărea rapid, dacă tratamentul se completează cu ceaiuri medicinale. Un exemplu de astfel de ceai este: 50 g semințe sau rădăcină de pătrunjel – se fierb cu un litru apă, timp de 5 minute; se acoperă vasul și după 15 minute de strecoară. Se beau zilnic câte 2 cești înainte de mese. Frunzele de pătrunjel pot fi consumate verzi, în salate sau în mâncăruri; au rol detoxifiant în cazul fumătorilor „înrașiți”.

BIBLIOGRAFIE

1. **Pfister W.R.** – Oral transmucosal delivery of nicotine-smoking cessation therapy, cp. 7, in: Gosh T.K., Pfister W.R.: Drug Delivery to the oral cavity. Ed. Taylor & Francis Group, CRC Press, Fl., 2005, 149–190.
2. **Gossel T.A.** – The physiological and pharmacological effects of nicotine. *US Health Professional Suppl.* 2000, Febr., 88–92.
3. **Weinberger A.H., Desai R.A., McKee S.A.** – Nicotine withdrawal in U.S. smokers with current mod, anxiety, alcohol use and substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 2010, 108, 1, 7 – 12.
4. **Henningfield J.E., Fant R.V., Gitchell J., Shiffman S.** – Tobacco dependence. Global public health potential for new medications development and indications. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 2000, 909, 247–256.
5. **White A.R., Rames H., Ernst E.** – Acupuncture for smoking cessation (Cochrane Review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2006, 3, 315–345.
6. **Schein J.R.** – Cigarette smoking and clinically significant drug interactions. *Ann. Pharmacother.* 2005, 29, 1139–1147.
7. **Fagerström K.O.** – Measuring the degree of physical dependence of tobacco-smoking with reference to individualization of treatment. *Addict. Behav.* 2008, 3, 235–241.
8. **Schwartz J.L.** – Methods for smoking cessation. *Clinics Chest. Med.* 2006, 12, 737–753.
9. **Bezhilbnyk-Buttler K.Z., Jeffries J.J.** – Clinical Handbook of psychotherapy drugs. 11th ed., Seattle, Hogrefe and Huber Publishers, 2001.
10. **Hughes J.R.** – Measurement of effects of abstinence from tobacco: a qualitative review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 2007, 21, 127 – 137.
11. **Kodi M.M., Fu S.S., Willenbring M.L., Gravelly A., Nelson D.B., Joseph A.M.** – The impact of depressive symptom on alcohol and cigarette consumption following treatment for alcohol and nicotine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 2008, 32, 92 – 99.