



CGT bij stoppen met roken

Veel patiënten met psychiatrische problematiek roken. Naast medicatie kan cognitieve gedragstherapie helpend zijn bij stoppen met roken. In dit artikel wordt een beschrijving gegeven van een module Stoppen Met Roken en worden de ervaringen van patiënten weergegeven met deze module.

REINATE KROMHOUT, verpleegkundig specialist i.o., Parnassia Groep

ARJEN NEVEN, psychiater en opleider, Fivoor, Den Haag

LEERDOELEN

Na het lezen van dit artikel:

- weet u hoe een module cognitieve gedragstherapie Stoppen Met Roken vormgegeven kan worden;
- kunt u cognitief-gedragstherapeutische onderdelen, zoals G-schema of de voor- en nadelenbalans, inzetten bij stoppen met roken;
- weet u wat de ervaringen van deelnemers met deze module zijn.

TREFWOORDEN

cognitieve gedragstherapie, roken, stoppen met roken, dubbele diagnose

1 STUDIEPUNT

Patiënten met psychiatrische problematiek roken vaker en meer vergeleken met de algemene bevolking: zij consumeren in Nederland 44% van alle sigaretten. De gevolgen van roken leiden tot een 25 jaar lagere levensverwachting.¹ De hogere prevalentie van roken is onder andere te verklaren op basis van risicofactoren zoals werkloosheid, stress, verminderde zelfcontrole en impulsiviteit.^{2,3}

In 2018 heeft GGZ Nederland een intentieverklaring ondertekend, waarin is afgesproken dat GGZ-instellingen in 2025 rookvrij zijn.⁴ In de meeste GGZ-instellingen bestaat de stoppen-met-roken (SMR-) behandeling uit voorschrijven van nicotinevervangende middelen (NVM), zoals nicotinepleisters, en het voorschrijven van andere medicatie (zoals bupropion of varenicline). Behalve medicatie worden soms ook cognitieve gedragstherapie (CGT), psycho-educatie of andere ondersteunende behandelvormen toegepast.⁵

Een literatuurstudie over de effecten van CGT liet zien, dat op maat gemaakte CGT in combinatie met medicatie bijdraagt aan effectiviteit van SMR.⁶⁻¹⁰ In dit artikel wordt een beschrijving gegeven van een voor patiënten met een dubbele diagnose op maat gemaakte CGT-module Stoppen Met Roken (CGT-SMR) en worden de ervaringen beschreven van de patiënten die deze module gevolgd hebben.

BESCHRIJVING CGT-STOPPEN MET ROKEN

Enkele algemene informatie over de module CGT-SMR:

- De module CGT-SMR bestaat uit zes groepsbijeenkomsten van 45-60 minuten.
- De groep komt wekelijks bij elkaar op het Centrum Dubbele Problematiek (CDP) van Fivoor in Den Haag.
- De module is bedoeld voor patiënten die willen stoppen met roken of in de voorbereidingsfase hiervoor zitten.
- Het betreft een gesloten groep. Deelnemers kunnen alleen aan het begin van de cyclus instromen.
- In een groep kunnen zowel vanuit de kliniek als ambulant maximaal acht deelnemers plaatsnemen.
- De theorie en huiswerkopdrachten worden plenair besproken, waarbij interactie tussen de deelnemers wordt gestimuleerd.
- Het doel is meer inzicht te krijgen in factoren die ervoor zorgen dat iemand blijft roken en om een plan van aanpak te maken om met roken te stoppen.

De module CGT-SMR is gebaseerd op het *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken*¹¹ en het addendum *Tabaksverslaving* bij het behandelprotocol 'Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken'.¹² Daarnaast is de



module CGT-SMR geschikt gemaakt voor en gericht op patiënten met een dubbele diagnose. Ook is er gezocht naar aansluiting bij andere groepsbehandelingen op het CDP die worden vormgegeven vanuit fasegericht behandelen in het kader van IDDT (Integrated Dual Disorder Treatment; geïntegreerd behandelen van dubbele diagnose).¹³

Een bijeenkomst ziet er als volgt uit:

- Elke bijeenkomst begint met het bespreken van het gemaakte huiswerk van de keer daarvoor. Dit bestaat onder andere uit een registratieopdracht volgens een G-schema, aangevuld met een opdracht waarmee tijdens de groepsbijeenkomst gestart was.

Een G-schema is een manier van registreren, waardoor de deelnemer beter begrijpt waarom hij bepaald gedrag inzet en wat de gevolgen hiervan zijn. In figuur 1 is een voorbeeld van een G-schema weergegeven.

- Verder wordt plenair een functieanalyse gemaakt aan de hand van een concreet voorbeeld van een deelnemer.
- Tijdens iedere bijeenkomst wordt theorie behandeld en psycho-educatie gegeven over de effecten van SMR en de interactie met andere psychische klachten, gevolgd door een gezamenlijke interactieve opdracht.

In de eerste bijeenkomst wordt uitleg gegeven over de fasen van motivatie volgens Prochaska en Diclemente, waarin wordt beschreven dat patiënten verschillende fasen van motivatie doormaken voordat ze tot gedragsverandering overgaan.¹³ Daarnaast wordt uitgelegd wat het verschil is tussen interne en externe motivatie en dit wordt gekoppeld aan de specifieke motivatie van de deelnemers.

In de tweede bijeenkomst wordt uitleg gegeven over de neurotransmitters die betrokken zijn bij verslaving. Ook wordt de werking van nicotine uitgelegd. Verder wordt besproken hoe een voor- en nadelenbalans ingevuld kan worden. Als huiswerk wordt behalve de registratieopdracht gevraagd een voor- en nadelenbalans voor roken in te vullen (tabel 1).

Tabel 1 De voor- en nadelenbalans van roken.

Voordeel korte termijn	Nadeel korte termijn
Wat levert het je op? Hoe voel je je als je net gerookt hebt?	Welke nadelen ervaar je?
Voordeel lange termijn	Nadeel lange termijn
Als je nooit zou stoppen met roken, welke voordelen komen er in de loop van de jaren bij?	Wat verwacht je dat er gebeurt met de nadelen op lange termijn? Denk bijvoorbeeld aan lichamelijke klachten.



Figuur 1 Een voorbeeld van een G-schema voor roken.

In bijeenkomst 3 wordt uitleg gegeven over de combinatie roken en andere psychiatrische problemen, zoals schizofrenie, depressie, bipolaire stoornis en persoonlijkheidsproblematiek. De koppeling wordt gemaakt met de specifieke problematiek van de deelnemer.

In de vierde bijeenkomst wordt met de deelnemers gesproken over hun wensen met betrekking tot het volledig stoppen met roken of minderen van de hoeveelheid sigaretten. Er wordt uitleg gegeven over ontwenningverschijnselen en over verbetering van de somatische gevolgen van roken. Ook het begrip 'trek' wordt besproken. De deelnemers wordt gevraagd voor hen specifieke risicosituaties te beschrijven, mede aan de hand van een lijst met bekende risicosituaties (zie tabel 2 op de website).

In bijeenkomst 5 wordt uitleg gegeven over medicatie gericht op stoppen met roken en wordt een veranderplan opgesteld en eventueel een stopdatum besproken.

De zesde bijeenkomst is een terugkombijeenkomst, drie tot vier weken na de vijfde bijeenkomst. De bijeenkomst heeft als doel de ervaringen met stoppen/minderen te delen, samen successen en minder goede ervaringen te delen en eventuele vervolgstappen te bespreken. Het is aan de deelnemers om te bepalen welk onderwerp extra aandacht krijgt.

ERVARINGEN VAN DEELNEMERS

Door middel van een semigestructureerde vragenlijst werd nagegaan wat de ervaringen waren van deelnemers met de module CGT-SMR. Interviews vonden plaats tussen april 2020 en januari 2021 op het CDP van Fivoor. De populatie van het CDP bestaat uit patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en verslavingsproblematiek. De onderzoekspopulatie betrof klinische en poliklinische patiënten van het CDP die de CGT-SMR hebben gevolgd. De participanten die de CGT-SMR hadden afgerond en bereikbaar bleken, werden, na instemming door middel van *informed consent*, geïncludeerd.

Er werden tien deelnemers geïncludeerd: negen klinische deelnemers en één poliklinische. Over het algemeen waren alle participanten tevreden over de ingezette CGT-SMR, of zij nu in groepsverband of individueel, klinisch of ambulante de CGT-SMR hadden doorlopen. Na analyse van de interviews leverden de onderzoeksvragen onderstaande thema's op.

Motivatie

Alle participanten gaven aan gemotiveerd te zijn om te stoppen met roken voorafgaand aan deelname aan de CGT-SMR. Gezondheids- en financiële redenen werden genoemd als reden om te willen stoppen. Vier participanten gaven aan dat hun motivatie na

deelname hetzelfde was gebleven, zes gaven aan dat hun motivatie om te stoppen vergroot was. De helft van de participanten benoemde dat deelname aan de groep maakte dat hun motivatie aanwezig en scherp bleef. Ze verwachtten dat na het stoppen van de groep hun motivatie zou verminderen.

Effecten CGT-SMR

Alle participanten die in groepsverband de CGT-SMR hebben gevolgd, vonden het fijn om over hun ervaringen te kunnen spreken en ervoeren steun van elkaar. Ten aanzien van de CGT-technieken werd vooral de functieanalyse, waarbij de participant inzicht kreeg in de in stand houdende factoren met betrekking tot het roken, als positief ervaren. Ook andere inzichtgevendende technieken, zoals het bespreken van de risicosituaties en het in kaart brengen van de voor- en nadelen van roken, werden gewaardeerd en zetten aan tot vergroting van de motivatie en het schrijven van een plan van aanpak. Het thema over lichamelijke gevolgen van roken vonden de participanten een logisch onderdeel van de CGT-SMR, maar niet afschrikwekkend. De meeste participanten vonden het fijn dat er extra aandacht was voor psychische klachten en de interactie met SMR. Sommige participanten hadden ook reguliere SMR-behandelingen gevolgd en merkten dat daar onvoldoende werd gesproken over psychische klachten, zoals piekeren en onrust of de relatie van roken met andere diagnoses als schizofrenie.

Duur en frequentie CGT-SMR

Alle participanten vonden de totale duur van de CGT-SMR te kort. Zij hadden graag gezien dat er meer sessies waren, om de eerdergenoemde motivatie scherp te houden en interventies in de praktijk te oefenen. De CGT-SMR was voornamelijk waardevol om inzicht te creëren en een plan van aanpak te schrijven. Een aanbeveling van de participanten was de CGT-SMR te verlengen om meer te kunnen inzetten op interventies ter ondersteuning van een stoppoging. Daarbij worden voorbeelden genoemd als oefenen met rollenspellen, inzetten op andere vrijetijdsbesteding en ontspanningsoefeningen. Vanwege de COVID-19-pandemie en uitval van groepsgenoten kwam het voor dat participanten individueel werden gesproken. Een voordeel daarvan was dat participanten ook konden ervaren op welke wijze een individuele sessie kon bijdragen aan hun behandeling. Het merendeel van de participanten ervoer het als een positieve toevoeging om de mogelijkheid te hebben tot extra individueel contact. Als de keuze werd gegeven tussen groeps- of individuele deelname, prefereerde het merendeel deelname in groepsverband. Men vond een frequentie van eens per week voldoende.

Opname en SMR

Bijna alle participanten gaven aan dat een inbandige rookkamer hun stoppoging niet ondersteunde.

Ze zouden willen dat de rookkamer werd gesloten.

- Een aantal rokende participanten merkte dat zij onnodig meer rookten door aanwezigheid van een rookkamer.
- Een ander nadeel van de inbandige rookkamer was het sociale aspect. De gestopte roker miste hierdoor de connectie met de groepsleden die nog wel rookten, zo werd aangegeven.
- Nog een nadeel was de zichtbaarheid: bij veel inbandige rookkamers is deze kamer gescheiden van de woonkamer door middel van een raam. Zo bleef het ritueel zichtbaar voor participanten: het roken na de maaltijd of bij spanning en stress, de handeling zelf, de asbakken en de nicotinelucht als de deur opengaat.

Laagdrempelig contact met personeelsleden werd wenselijk gevonden.

Zo werd het gewaardeerd als het personeel:

- aandacht gaf aan de stoppende patiënt;
- motiverend stond tegenover het geven van bijvoorbeeld nicotinepleisters of zuigtabletten;
- op de hoogte was van de CGT-SMR-groep die werd gevolgd, zodat zij eventueel ondersteuning konden bieden op momenten dat degenen die de groep gaven niet bereikbaar waren.

Het laagdrempelige contact kan volgens de participanten bijdragen aan het vasthouden van de motivatie en vergroot de compliance. Ervaringsdeskundigheid van de groepstherapeut ten aanzien van roken werd gewaardeerd, maar niet als noodzakelijk beschouwd. De helft van de participanten voorziet dat zij opname niet zouden weigeren als de kliniek rookvrij zou zijn. Iets minder dan de helft verwachtte dat het zelfs ondersteunend zou kunnen werken als er al behoefte is om te stoppen.

Factoren van invloed op SMR

De participanten benoemden dat zij een groot sociaal aspect zagen in roken. Roken is overal aanwezig en is minder stigmatiserend dan bijvoorbeeld overmatig alcohol- of drugsgebruik.

De helft van de participanten benoemde dat het doorbreken van de routine van roken erg lastig voor ze is. Ze benoemden dat het zelfstandig volhouden van de motivatie moeilijk is en dat zij vaker dan gemiddeld mensen in hun omgeving hebben die roken. Daar werd ook de rokende medepatiënt mee bedoeld, met wie zij tijdens opname dagelijks werden geconfronteerd. Een klein aantal participanten ervoer de rokende medepatiënt als reden om niet tijdens een opname te willen stoppen, naast de beperkte invulling van de dag.

Bijna alle participanten gaven aan hun stoppoging te combineren met een vorm van NVM. Zonder NVM verwachtten zij dat het stoppen geen of onvoldoende kans van slagen heeft.

Het merendeel van de participanten zag een relatie met hun ander middelengebruik: zij zagen dezelfde copingmechanismen in hun drugsgebruik en dezelfde triggers voorafgaand aan gebruik.

Inmiddels is de groep CGT-SMR aan 27 patiënten gegeven, van wie er acht voortijdig zijn uitgevallen. Er is niet concreet gekeken welk percentage van de patiënten is gestopt met roken. De ervaring is dat de deelnemers in verschillende fasen van motivatie tot stoppen met roken zaten. Eén patiënt was al gestopt met roken en werd gesterkt in zijn motivatie. Voor verschillende andere patiënten gold dat ze meer inzicht kregen in de interactie met hun psychische problemen en dat ze een concreet plan van aanpak hadden gemaakt. Daarin stond bijvoorbeeld dat ze eerst hun psychische problemen wilden aanpakken, alvorens te stoppen met roken. Verschillende patiënten waren geminderd met roken.

DO'S EN DON'TS

- Bespreek met elke patiënt de rookstatus.
- Bespreek met elke patiënt die rookt de motivatie om te stoppen met roken en de eventuele twijfel hierover.
- Geef de patiënt de ruimte om zijn eigen keuze te maken en blijf in gesprek.
- Probeer niet de patiënt te overtuigen.
- Bied elke patiënt nicotinevervangende medicatie aan bij het stoppen met roken, bij voorkeur voorafgaand aan het starten van de CGT-SMR.
- Geef aandacht aan de functie van het roken en kijk welke alternatieven passend zijn. Geef extra informatie over (het dempen van) emoties en hoe de patiënt dit patroon in stand houdt door middelengebruik.
- Bedenk wat nodig is om de afdeling rookvrij te maken. Raadpleeg hiervoor eventueel de leidraad *Rookvrije ggz in de context van verplichte zorg* (www.nvvp.net/cms/showpage.aspx?id=4735).

CONCLUSIE

CGT-SMR draagt volgens de participanten bij aan inzicht in SMR en de relatie met psychische klachten en middelengebruik. Daarnaast helpt het bij het vergroten en vasthouden van motivatie ten aanzien van stoppen met roken.

Gezien de beschreven relatie met ander middelengebruik, wordt aanbevolen nader onderzoek te doen naar het integreren van CGT-SMR met andere

CGT-modules gericht op middelengebruik. De behoefte daaraan van poliklinische participanten kwam in dit onderzoek onvoldoende naar voren (n = 1) en dient nader onderzocht te worden.

Helpende factoren ten aanzien van CGT-SMR zijn

- het (in pandig) rookvrij maken van de kliniek;
- waar nodig personeelsleden scholen in het laagdrempelig ondersteunen bij SMR;
- het aanbieden van (nicotinevervangende) medicatie;
- het verlengen van de huidige CGT-SMR wat betreft het aantal bijeenkomsten, zodat er meer ruimte is voor het actief aanleren van vaardigheden;
- het facultatief aanbieden van individuele gesprekken naast de groepsbehandeling CGT-SMR vergroot het inzicht in individuele problemen en versterkt de motivatie.

Door CGT-SMR verder te specificeren naar de behoeften van de patiënt, zal de kwaliteit van het aanbod verbeteren. Daarnaast draagt het bij aan het ondersteunen en toewerken naar een rookvrije GGZ en het creëren van een gezond klimaat in de kliniek.

Het Werkboek CGT-SMR is op te vragen bij de auteurs. ■

LITERATUUR

1. Schroeder SA, Morris CD. Confronting a neglected epidemic: tobacco cessation for persons with mental illnesses and substance abuse problems. *Annual review of public health* 2010;31:297-314.
2. Junger M. Onderzoek naar de samenhang en de determinanten in risicogedrag. Preventieprogramma 4. Geraadpleegd via <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/programmas/project-detail/preventieprogramma-4/onderzoek-naar-de-samenhang-en-de-determinanten-in-risicogedrag/verslagen/> op 13 september 2019.
3. Monshouwer K, Blankers M, Meer M van der, et al. Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging. Factsheet Roken en depressie. Geraadpleegd via <https://www.trimbos.nl/docs/54f653ee-8535-4334-8d1c-10bb38d46290.pdf> op 13 september 2019.
4. GGZ Nederland. We maken de zorg rookvrij. Geraadpleegd via <http://www.ggz nederland.nl/actueel/we-maken-de-zorg-rookvrij> op 13 september 2019.
5. Hopman P, Blankers M, Dom G, et al. Rookbeleid in de ggz. Documentonderzoek en enquête. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2017;59(2):111-5.
6. Baker A, Richmond R, Haile M, et al. A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *The American Journal of Psychiatry* 2006;163(11):1934-42.
7. Evins AE, Mays VK, Cather C, et al. A pilot trial of bupropion added to cognitive behavioral therapy for smoking cessation in schizophrenia. *Nicotine & Tobacco Research* 2001;3(4):397-403.
8. George TP, Ziedonis DM, Feingold A, et al. Nicotine transdermal patch and atypical antipsychotic medications for smoking cessation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 2000;157(11):1835-42.
9. Gillbody S, Peckham E, Man M-S, et al. Bespoke smoking cessation for people with severe mental ill health (SCIMITAR): a pilot randomised controlled trial. *The Lancet* 2015;2(5):395-402.
10. Hall S, Tsoh J, Prochaska J, et al. Treatment for cigarette smoking among depressed mental health outpatients: A Randomized clinical trial. *American Journal of Public Health* 2006;96(10):1808-14.
11. Schippers G, Smeerdijk M, Merckx M. Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken. Utrecht: Perspectief Uitgevers; 2016.
12. Wildt W de, Graaf R van de. Addendum Tabaksverslaving. In: Het behandelprotocol Cognitieve Gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren; 2019.
13. Wamel A van, Neven A. Geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose (IDDT). Utrecht: Trimbos-instituut; 2015.
14. Broekhoven T. Alcoholverslaving. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2001.