

Addendum Tabaksverslaving

Bij het behandelprotocol Cognitieve
Gedragstherapie bij problematisch
middelengebruik en gokken

Wencke de Wildt • Robert van de Graaf

© 2019 Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort

Alle rechten voorbehouden.

Auteurs

Wencke de Wildt

Robert van de Graaf

Met dank aan Andrée van Emst voor eerdere input

Geraadpleegde experts

Mieke Zinn

Maarten Merx

Vormgeving

Inktwerk, De Meern

Uitgave

Stichting Resultaten Scoren, Kenniscentrum Verslaving in samenwerking met Perspectief Uitgevers.



Stichting Resultaten Scoren, Postbus 830, 3800 AV Amersfoort

www.resultatenscoren.nl

info@resultatenscoren.nl



Perspectief Uitgevers, Korte Nieuwstraat 6 R, 3512 NM Utrecht

www.zorg-perspectief.nl | www.perspectiefuitgevers.nl

info@perspectiefuitgevers.nl

Verschenen

Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken [tweede druk]
ISBN 978 94 92121 080

Richtlijn Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren
ISBN 978 94 92121 233

Handleiding Detoxificatie van psychoactieve middelen. Verantwoord ambulant of intramuraal detoxificeren
ISBN 978 94 92121 240

(H)erkend en juist behandeld. Handreiking voor implementatie en uitvoering van een LVB-vriendelijke intake in de verslavingszorg
ISBN 978 94 92121 226

Handleiding CGT-J Cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik, gokken en gamen bij jongeren
ISBN 978 94 92121 318

Handleiding CGT+ cognitief gedragstherapeutische behandeling van problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking
ISBN 978 94 92121 172

Werkboek CGT+
ISBN 978 94 92121 196 [set van twee exemplaren]

Handleiding 1 korte individuele cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 004

Werkboek 1 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 097 [set van vier exemplaren]

Handleiding 2 individuele cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken [tweede druk]
ISBN 978 94 92121 028

Werkboek 2 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 103 [set van vier exemplaren]

Handleiding 3 korte groepsgerichte cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 042

Werkboek 3 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 110 [set van vier exemplaren]

Handleiding 4 groepsgerichte cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 066

Werkboek 4 cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken
ISBN 978 94 92121 127 [set van vier exemplaren]

Richtlijn ADHD en middelengebruik bij adolescenten
ISBN 978 94 92121 134

Handleiding ADHD en middelengebruik bij adolescenten
ISBN 978 94 92121 141

Werkboek ADHD en middelengebruik bij adolescenten
ISBN 978 94 92121 165 [set van drie exemplaren]

1 Inleiding

Zo'n 70 tot 90% van de mensen die in de verslavingszorg hulp zoekt voor een verslaving aan alcohol of drugs rookt (Tromp-Beelen, 2018). Ook rookt zo'n 60% van de mensen met een gokstoornis (Lorains, 2011). Dit is een veel hoger percentage dan de prevalentie in de algemene bevolking. Buitenlands onderzoek laat zien dat cliënten¹ in de verslavingszorg waarschijnlijk 40–50 procent van alle tabak roken (Lawn en Campion 2013; Moss et al. 2010) en bovendien vaak langer, meer en zwaardere tabak roken dan rokers zonder een alcohol- of drugsverslaving (Lawn en Campion 2013; Stockings et al. 2014; Moss et al. 2010; Mackowick et al. 2012).

De afgelopen jaren is de aandacht voor de behandeling van tabaksverslaving in de verslavingszorg toegenomen. Verslavingszorginstellingen van Verslavingskunde Nederland (www.verslavingskudenederland.nl) hebben zich tot doel gesteld om in 2019 een volledig rookvrije werk- en behandelcultuur te hebben en cliënten optimaal te stimuleren tot en te ondersteunen bij een rookvrij leven. Dit vormt dan ook de aanleiding voor de uitgave van dit addendum, behorend bij het behandelprotocol individuele cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik (Merkx, 2014).

In dit addendum wordt een handreiking gegeven om tijdens de verslavingsbehandeling ook het roken aan te pakken. De aanwijzingen kunnen tevens gebruikt worden om tabaksverslaving als hoofddiagnose te behandelen. Zoals dat ook geldt voor de behandeling van verslavingen aan andere psychoactieve stoffen en gedragsverslavingen, vraagt de uitvoering van deze behandeling gedegen kennis van deze specifieke verslaving: tabaksverslaving, en kennis en vaardigheden op het gebied van motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie. In dit addendum wordt ervan uitgegaan dat de behandelaar vertrouwd is met de uitvoering van motiverende en cognitief gedragstherapeutische verslavingsinterventies en de achtergrond daarvan. Het voorziet in tabak-specifieke achtergrondinformatie voor de behandelaar en specifieke tips en aandachtspunten bij de aanpak van deze problematiek. Voor de cliënt zijn specifieke werkboeken ontwikkeld en beschikbaar. De inhoud van dit addendum is samengesteld met behulp van de beschikbare Nederlandse richtlijnen, wetenschappelijk onderzoek, en praktijkkennis van ervaren behandelaren op het gebied van stoppen met roken c.q. de behandeling van tabaksverslaving. Dit product is tevens opgenomen in de Zorgstandaard Tabaksverslaving als bewezen effectieve behandelinterventie in de verslavingszorg.

¹ In dit addendum wordt, in navolging van het protocol cognitieve gedragstherapie, gesproken over cliënten in plaats van patiënten.

2 Achtergrondinformatie

Veel voorkomende misvattingen over de behandeling van tabaksverslaving in de verslavingszorg

In de verslavingszorg worden cliënten die voor alcohol- of drugsproblematiek in behandeling komen vaak (nog) niet behandeld voor hun tabaksverslaving. Veel behandelaars raden deze groep rokers nog steeds af om tijdens de behandeling ook te stoppen met roken, omdat zij ervan uitgaan dat de kans op succes met stoppen met roken in deze doelgroep (nagenoeg) nihil is. Ook wordt vaak verondersteld dat het voor de cliënt te ambitieus en te moeilijk is om met alle middelen tegelijkertijd te stoppen. Behandelaars vrezen dat het resultaat van de alcohol- of drugsbehandeling minder gunstig zal zijn en er een grotere kans is op terugval als de cliënt ook probeert te stoppen met roken. Of ze denken dat psychische klachten zullen toenemen als er ook met roken wordt gestopt. Deze veronderstellingen zijn echter niet gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

Misverstand 1 Mensen die in de verslavingszorg in behandeling zijn willen niet stoppen met roken.

In tegenstelling tot wat veel behandelaars denken, wil een flink deel van de mensen die in behandeling zijn voor een alcohol- of drugsprobleem (44-80%) ook het roken aanpakken (Clarke, Stein, McGarry, & Gogineni, 2001; Zullino, Besson, & Schnyder, 2000).

Misverstand 2 Mensen die verslaafd zijn aan alcohol of drugs slagen er toch niet in om te stoppen met roken.

Er zijn diverse studies uitgevoerd naar de effectiviteit van behandeling van tabaksverslaving bij cliënten met een alcohol- of drugsprobleem. De meerderheid van deze studies toont aan dat tabaksbehandeling effectief is voor deze cliënten (Baca & Yahne, 2008; Prochaska, Delucchi, & Hall, 2004). Al lijken de succespercentages, variërend van 4,7% bij zes maanden follow-up tot aan 23,4% bij één week follow-up, bescheiden, deze gegevens zijn desondanks klinisch van groot belang vanwege de aanzienlijke gezondheidswinst die het gevolg is van stoppen met roken (West, 2007).

Misverstand 3 Stoppen met roken heeft een nadelig effect op de behandeling van een alcohol- of drugsverslaving.

Empirisch onderzoek laat zien dat stoppen met roken geen nadelig effect heeft op het resultaat van de behandeling van alcohol- of drugsverslavingen. Sterker nog: het heeft waarschijnlijk juist een positief effect! In een meta-analyse zetten Prochaska et al. (2004) 19 gerandomiseerde, gecontroleerde studies naar de effectiviteit van behandeling van tabaksverslaving bij alcohol- en drugsverslaafde patiënten op een rij. In deze studies werd vaak niet alleen gekeken naar de uitkomsten ten aanzien van het rookgedrag, maar ook naar de invloed van het stoppen met roken op het alcohol- en drugsgebruik. Zij concluderen dat de kans op lange termijn abstinentie van alcohol of drugs met 25% wordt verhoogd wanneer patiënten ook voor tabaksverslaving worden behandeld. In een review van Baca en Yahne (2009) wordt eveneens geconcludeerd dat stoppen met roken geen negatieve gevolgen heeft voor de resultaten van een alcohol- of drugsbehandeling en dat deze resultaten zelfs verbeteren wanneer tabaksbehandeling wordt aangeboden. Dit review baseert zich niet alleen op studies waarin specifieke interventies voor stoppen met roken werden aangeboden, maar ook op onderzoek waarin gekeken is naar correlaties tussen rookgedrag en alcohol- en drugsgebruik. Hieruit blijkt dat patiënten in periodes dat ze gestopt zijn met roken, over het algemeen minder alcohol drinken of drugs gebruiken (Friend & Pagano,

2005; Lemon, Friedmann, & Stein, 2003). In een recente review (Thurgood et al., 2016) naar de effectiviteit van stoppen met roken behandeling bij mensen met overige verslavingsproblematiek bleek in twee studies dit gerelateerd te zijn aan betere uitkomsten op het middelengebruik. Geen enkele trial suggereerde een negatief effect van een behandeling van stoppen met roken op de uitkomsten van alcohol of overige drugs. Ook blijkt het succes van alcoholbehandeling afhankelijk te zijn van de mate waarin het cliënten lukt ook iets aan hun rookgewoonten te veranderen (zie o.a. Walitzer et al. 2015).

Onderzoek wijst dus uit dat behandeling van tabaksverslaving geen negatieve effecten lijkt te hebben op het resultaat van een alcohol- of drugsbehandeling en mogelijk zelfs een positief effect heeft op het behandelresultaat.

Misverstand 4 *Psychische klachten nemen toe als mensen stoppen met roken, dus mensen met psychische klachten kunnen maar beter blijven doorroken.* Hoewel het ontwennen van tabak vaak gepaard gaat met psychische klachten, zoals angst en somberheid zijn deze klachten over het algemeen van voorbijgaande aard. Ze kunnen enkele maanden aanhouden. Daarna is de stemming vaak beter dan voor het stoppen met roken. Voor veel psychofarmaca geldt bovendien dat de dosering verlaagd kan worden als de cliënt stopt met roken. Het roken van tabak zorgt namelijk voor een versnelling van het metabolisme van bepaalde medicatie, zoals olanzapine en clozapine. Stoppen met roken betekent dus dat de doseringen van deze medicatie omlaag kunnen. Vooral van de twee genoemde medicamenten is dit van belang, omdat de spiegels na het stoppen met roken kunnen leiden tot toxische niveaus (Tromp-Beelen, 2018).

Medicamenteuze behandeling

Gedragmatige behandeling van tabaksverslaving kan ondersteund worden met nicotine-ervangende middelen (NVM) en andere medicatie. Over het algemeen is een gecombineerde gedragmatige en medicamenteuze (medische) behandeling het meest effectief en verdient daarmee de voorkeur. De Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning (2016) beveelt, gezien de effectiviteit en het relatief gunstige bijwerkingenprofiel, nicotine-ervangende middelen als eerste keus aan. Vanaf 10 sigaretten per dag wordt aangeraden om nicotine-ervangende middelen te gebruiken of andere medicatie in te zetten als extra ondersteuning. Ook kan medicatie gebruikt worden bij mensen die minder dan 10 sigaretten per dag roken, maar wel medicamenteuze ondersteuning wensen, of in het geval een eerdere begeleide stoppoging zonder medicatie mislukt is. Nicotine-ervangende medicatie kan gezien worden als een vorm van substitutietherapie vergelijkbaar met het vervangen van heroïne door methadon.

Nicotine-ervangende middelen

Deze zijn beschikbaar als pleisters, kauwgom en tabletten. NVM zijn laagdrempelig verkrijgbaar, bewezen effectief en goed op maat te doseren, zowel tijdens de onthoudingsperiode als bij terugvalpreventie. Het effect van nicotine-ervangende middelen op het stoppen met roken is groter bij het gebruik van twee typen nicotine-ervangende middelen, dan bij het gebruik van één soort. Geadviseerd wordt om een langer werkende vorm (pleister) in combinatie met een sneller werkend type (zuigtablet) te gebruiken. Nicotine-ervangende middelen kunnen ook gebruikt worden bij zwangere vrouwen, adolescenten en mensen met co-morbide verslavingen, psychiatrische en de meeste lichamelijke aandoeningen. Het is bij bijkomende ziekten en ook bij ander medicatiegebruik wel van groot belang om extra alert te zijn op negatieve bijeffecten, en bij medicatiegebruik of er medicatie-interacties zijn die een probleem vormen of dat er potentieel gevaarlijke veranderingen in de metabolisatie van medicatie optreden nadat gestopt is met roken (e.g. olanzapine en clozapine). Geregeld

hebben mensen het gebruik van nicotine-vervangende middelen al geprobeerd bij eerdere stoppogingen, vaak met matig succes. Dit kan goed te maken hebben met een te lage dosering of niet passend gebruik. Ook kan het zijn dat het eerder niet gecombineerd is toegepast met gedragsmatige behandeling. De meest effectieve behandeling is, zoals gezegd, een combinatie van medicatie met gedragsmatige behandeling.

Overige medicatie

Overige bewezen effectieve medicamenteuze opties zijn bupropion, nortriptyline en varenicline. Deze medicamenten hebben over het algemeen wat meer kans op bijwerkingen en ze hebben contra-indicaties. Daarom ziet de richtlijn ze niet als eerste keus medicatie bij stoppen met roken. Meer informatie over medicatie kan worden gevonden in de eerdergenoemde richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning (2016), de Richtlijn detoxificatie, hoofdstuk tabak (2017) of het hoofdstuk tabak in het handboek farmacotherapie bij verslaving (Tromp-Beelen, 2018). Het wordt aangeraden een consult bij een (verslavings)arts in te plannen om de mogelijkheden en onmogelijkheden van een medicamenteuze behandeling naast de gedragsmatige behandeling te bespreken.

Overige ondersteunende methoden

In Nederland is een divers aanbod van alternatieve therapieën voor stoppen met roken, zoals hypnotherapie, lasertherapie, elektrostimulatie en acupunctuur. Veel rokers maken gebruik van deze methoden in de hoop van het roken af te komen. De effectiviteit van deze methoden ten opzichte van placebo is, echter, niet aangetoond en daarom worden deze vormen niet geadviseerd (Richtlijn behandeling tabaksverslaving, 2016).

3 Handreiking voor de behandelaar per thema

Inleiding

Praktijkervaring leert dat een goede voorbereiding op de verandering bij rokers zo mogelijk nog essentiëler is dan bij andere middelen. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat het roken sterk verweven is in het dagelijks leven en omdat in het openbare leven veel triggers zijn vanwege het relatief sociaal geaccepteerd zijn van het roken van sigaretten. Waar het stoppen met gebruik in een verslavingsbehandeling voor alcohol of drugs over het algemeen vroeg in de behandeling plaatsvindt, en de risicosituaties vervolgens worden geanalyseerd en vaardigheden worden getraind, is het bij stoppen met roken extra van belang om goed voorbereid aan het stopmoment te beginnen. Dat betekent dat het stopmoment over het algemeen wat later in deze cognitieve gedragstherapie ligt en thema's en vaardigheden naar voren gehaald kunnen worden. Tegelijkertijd kan het een valkuil zijn om in uitgebreide voorbereiding te blijven hangen en niet tot daadwerkelijk stoppen te komen. Het is aan de behandelaar en de cliënt om in samenspraak te komen tot een goede balans in voorbereiding versus uitvoering van de gedragsverandering.

Motiveren tot gedragsverandering

Motiveren behelst niet alleen het verhogen van het ervaren belang van verandering (het *willen*), maar ook het verhogen van het ervaren vertrouwen van de cliënt in het vermogen om te *kunnen* veranderen. Voor rokers geldt dat de nadelen van roken over het algemeen wel bekend zijn. Zo'n 80% van de rokers heeft de wens om te stoppen. Er lijkt vaak vooral sprake te zijn van een laag vertrouwen in het eigen kunnen. *'Ik weet dat roken slecht voor me is en ik zou moeten stoppen, maar met alle pogingen achter de rug kan ik echt wel zeggen dat het me gewoon niet lukt.'* Gebrek aan vertrouwen, oftewel lage zelfeffectiviteit, kan zelfs een obstakel zijn voor het onderkennen dat verandering belangrijk is. De behandelaar zal dus middels motiverende gespreksvoering niet alleen aandacht moeten hebben voor het vergroten van het belang van verandering, maar ook moeten inzetten op het vergroten van het zelfvertrouwen. Ook een goede voorbereiding op het stopmoment is cruciaal om met vertrouwen aan de stoppoging te beginnen (zie verderop). In het contact is het vanzelfsprekend van groot belang dat ook de behandelaar vertrouwen uitstraalt dat stoppen met roken mogelijk is.

Inventarisatie van nadelen van gebruik en voordelen van verandering

De behandelaar past dit op de gebruikelijke wijze toe. Naast de nadelen van gebruik die de cliënt zelf aandraagt is het van belang dat de behandelaar objectieve informatie geeft over de gevolgen van roken, zoveel als mogelijk aansluitend bij de cliënt.

Roken vergroot de kans op verschillende soorten **kanker**. Jaarlijks krijgen 19.000 Nederlanders kanker als gevolg van roken. De bekendste zijn longkanker en kanker in de mondstreek (slokdarm, strottenhoofd en mondholte). Maar de kankerverwekkende stoffen uit rook komen terecht in het hele lichaam. Rokers hebben ook meer kans op het krijgen van leukemie en kanker in de maag, blaas, nieren, lever, baarmoederhals, alveesklier en darmen.

Rokers lopen een verhoogd risico op **hart- en vaatziekten**, zoals een verhoogde bloeddruk, een beroerte, een hartaanval en hartfalen.

Roken is de belangrijkste veroorzaker van **longziekten**. Veelvoorkomende longziekten zijn longkanker en COPD. Ieder jaar gaan er door roken ruim 6.000 mensen dood aan COPD en 10.000 aan longkanker (de meest dodelijke vorm van kanker in Nederland). Daarnaast veroorzaakt zowel roken als meerroken ademhalingsproblemen, zoals benauwdheid, piepend ademhalen, hoesten en astma-aanvallen.

Roken kan verschillende **ziekten in de mond** veroorzaken of verergeren, zoals tandvleesontstekingen of mondkanker. Als je rookt, kunnen tanden, kiezen en vullingen verkleuren. Tand en mond zijn ook moeilijker schoon te houden. Rokers proeven (en ruiken) minder goed, roken geeft bovendien een slechte adem. Bij rokers is ontstoken tandvlees minder gemakkelijk te zien. Omdat nicotine zorgt voor vernauwde bloedvaten, bloedt het tandvlees minder snel. Parodontitis komt vaker voor bij rokers én in ergere mate dan bij niet-rokers. De tandarts of mondhygiënist kan parodontitis behandelen, maar de behandeling heeft een beter resultaat als gestopt wordt met roken.

Daarnaast zijn er nog andere **gezondheidsrisico's** en **andere ziekten** die vaker voorkomen bij rokers dan bij niet-rokers. Zo verhoogt roken de kans op diabetes, ziekte van Alzheimer en reuma. Vrouwen die roken hebben minder kans om zwanger te worden en meer kans op volledige onvruchtbaarheid. Roken tijdens de zwangerschap brengt grote risico's met zich mee voor zowel de moeder als het kindje. Bij mannen vergroot roken de kans op impotentie. Ook is het zaad bij rokende mannen minder van kwaliteit.

Bron: www.rokeninfo.nl

Ook de te verwachte positieve consequenties van stoppen met roken, zoals aangedragen door de cliënt, kunnen door de behandelaar worden aangevuld met objectieve informatie over de effecten van stoppen met roken. Benoem interessante feiten om de cliënt te prikkelen. Weet de cliënt bijvoorbeeld dat de eerste positieve effecten al optreden na 20 minuten?

- *Na 20 minuten:* De bloeddruk en hartslag daalt.
- *Na 24 uur:* Je longen beginnen aan de grote schoonmaak. Je hoest waarschijnlijk slijm op. Alle koolmonoxide (CO) is al uit je lichaam (NB. Dit is te meten met een CO-meter).
- *Na 48 uur:* Alle nicotine is uit je lichaam. Je ruikt en proeft al wat beter.
- *Na 72 uur:* Je hebt meer energie. Ademen gaat makkelijker.
- *Na 2-12 weken:* De longfunctie en bloedsomloop is verbeterd.
- *Na 1 maand:* Je conditie is beter geworden en je beweegt gemakkelijker. Als je een rokershoestje had verdwijnt dit.
- *Na 1 jaar:* Je risico op hart- en vaatziekten is inmiddels gehalveerd. Je risico op allerlei andere ziekten neemt de komende jaren steeds verder af.
- *Na 5-15 jaar:* Het risico op een beroerte is gelijk aan dat van een niet-roker.
- *Na 10 jaar:* Het verhoogde risico op longkanker is gehalveerd en het risico op andere kankersoorten verminderd.
- *Na 15 jaar:* Het risico op hart- en vaatziekten is gelijk aan dat van een niet-roker.

Tip! *Stimuleer de cliënt om zelf op zoek te gaan naar aanvullende informatie en na te gaan wat daarvan voor hem of haar van belang is. Bijvoorbeeld via www.rokeninfo.nl of www.ikstopnu.nl. Deze laatste website staat op alle verpakkingen van sigaretten, shag, sigaren en andere tabaksproducten.*

Vergroten van het vertrouwen in eigen kunnen

Veel mensen zullen 'mislukte' eerdere stoppogingen achter de rug hebben. Leg de cliënt uit dat stoppen met roken een (leer)proces is, en mensen over het algemeen meerdere pogingen nodig hebben om (te leren) rookvrij te leven. Geef aan dat een goede voorbereiding

(samen met professionele hulp) de kans op succes vergroot en dat je daarom in deze behandeling daar veel aandacht aan zult besteden. Het kan handig zijn om de succesvolle elementen uit eerdere stoppogingen met cliënt te zoeken, zodat deze gebruikt kunnen worden in de nieuwe stoppoging. Hanteer verder de technieken van motiverende gespreksvoering om verandertaal gericht op het kunnen veranderen te ontlocken. Deze vorm van verandertaal wordt ook wel "vertrouwen-taal" genoemd (Miller & Rollnick, 2014). Vertrouwen-taal kan op verschillende manieren ontlockt worden, onder meer door open vragen te stellen.

'Hoe zou je deze verandering kunnen aanpakken?'
'Wat zou een eerste geschikte stap kunnen zijn?'
'Uitgaand van wat jij weet van jezelf, hoe kan je deze verandering doen slagen?'
'Welke obstakels zie je en hoe kan je ze aanpakken?'
'Wat geeft je enig vertrouwen dat je dit kan?'
Uit: Miller & Rollnick, 2014.

Ook kan gebruik gemaakt worden van de zogenaamde *Meetlat van vertrouwen* om vertrouwen-taal te ontlocken (Miller & Rollnick, 2014). Aan de hand van de volgende vragen worden antwoorden ontlockt die vertrouwen-taal bevatten:

1. Hoe groot is je vertrouwen dat je kunt stoppen met roken als je daartoe zou besluiten? Waar plaats je je zelf op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 staat voor helemaal geen vertrouwen en 10 voor bijzonder veel vertrouwen?
2. Wat maakt dat je op een ... zit en niet op een 0 (of een ander lager cijfer)?
3. Wat is ervoor nodig om van een ... naar (een hoger cijfer) te komen?
4. Hoe kan ik je helpen om van een ... naar (een hoger cijfer) te komen?

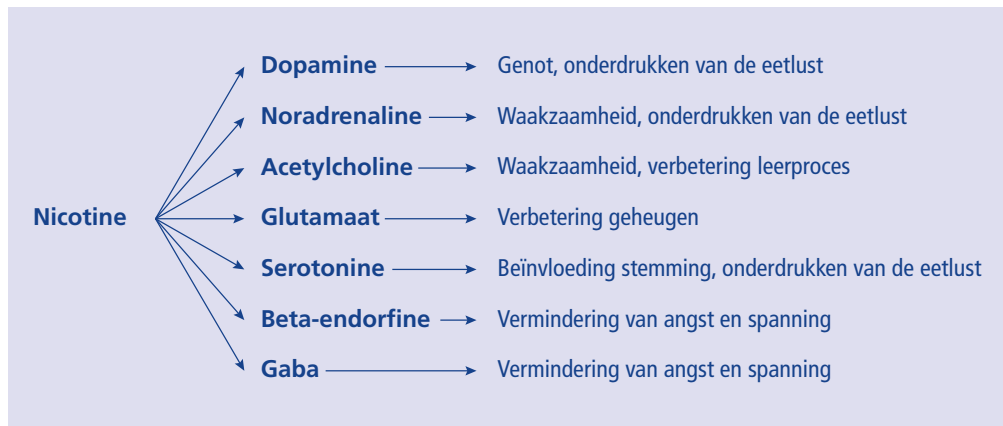
Een andere manier om vertrouwen te bouwen is het de cliënt laten benoemen van persoonlijke eigenschappen of kwaliteiten die hem kunnen helpen bij het veranderproces (bijv. volhardend, geduldig, energiek, positief, optimistisch). De behandelaar vraagt naar voorbeelden, nadere toelichting en luistert reflectief om zo vertrouwen-taal te ontlocken en te bevestigen. Ook het terugkijken op eerdere succesvolle veranderingen kan argumenten voor vertrouwen ontlocken.

Algemene psycho-educatie

Tijdens de cognitieve gedragstherapie zijn er vele momenten waarop de behandelaar gerichte psycho-educatie aan de cliënt kan geven. Bij de specifieke thema's wordt dit, waar van toepassing, aangegeven. Enkele algemene aspecten van psycho-educatie worden hieronder uitgewerkt.

De neuro-chemische effecten van nicotine

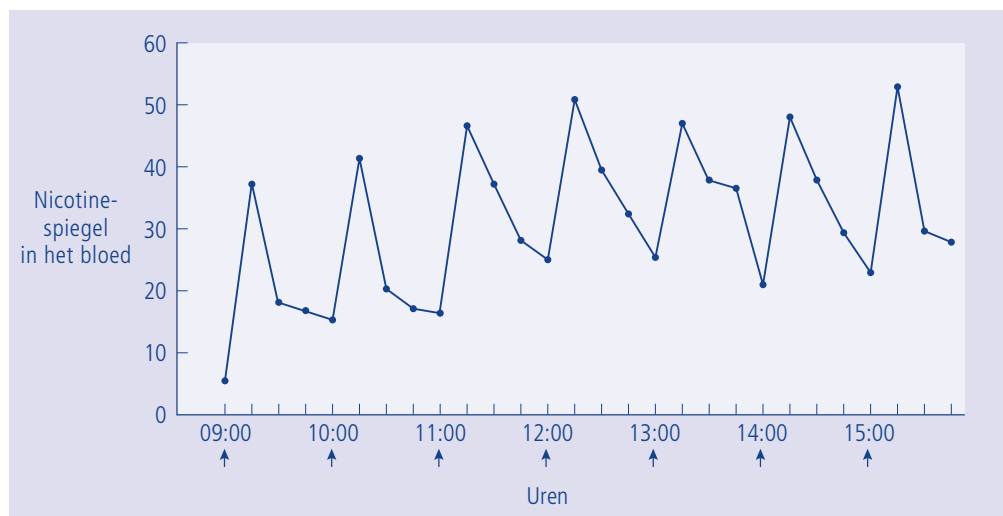
Leg uit dat nicotine op verschillende neurotransmittersystemen aangrijpt en daarmee verschillende neuro-chemische effecten heeft.



Figuur 1 Benowitz, 1999 (*Tromp-Beelen, 2018*).
Let op: deze positieve effecten treden vooral op bij rokers; niet bij niet-rokers

De verslavende werking van nicotine

Nicotine is de kern-verslavende stof in tabak(srook). Veel mensen realiseren zich niet dat de verslavende werking van nicotine vergelijkbaar is met stoffen als heroïne en cocaïne. Uitleg over de verslavende werking is daarom van belang. Hoe jonger wordt begonnen met nicotinegebruik, hoe ernstiger de verslaving over het algemeen wordt. Veel verslaafde rokers bouwen met de eerste sigaretten van de dag een nicotineniveau op in het bloed. Dit wordt ongeveer constant gehouden door de daaropvolgende sigaretten. Bij het opstaan is de nicotine in het bloed tot een nulpunt gedaald. De nicotinereceptoren in het lichaam 'schreeuwen' dan om nicotine. Daarom is de eerste sigaret vaak zo bevredigend, de ontwenningklachten en daarmee gepaard gaande trek worden hiermee snel weg gerookt. Bij sommige mensen is dit zo sterk dat ze hier 's nachts een aantal keer wakker van worden. Ze moeten vanwege de ontwenning opstaan om te roken. Sinds de introductie van de e-sigaret gebruiken sommige rokers of dampers (e-sigaret gebruikers) in bed een e-sigaret om deze nachtelijke ontwenningverschijnselen te verminderen. Veel mensen schrijven positieve effecten aan het roken toe, bijvoorbeeld dat roken ontspant of zorgt voor betere concentratie. Er is hier echter sprake van het verminderen van ontwenningverschijnselen wat ervaren wordt als ontspanning of verbeterde concentratie.



Figuur 2 Nicotinespiegel in het bloed gedurende de dag (*Bron: Trimbos; Tromp-Beelen, 2018*).

Tweede- en derdehands rook

Tweedehandsrook is de rook die je uitademt gecombineerd met de rook die direct van een sigaret afkomt. Deze wordt ingeademd door iedereen die in de buurt staat en ook door de roker zelf. De meeste mensen zijn er mee bekend dat tweedehands rook ook tot gezondheidsschade leidt, maar het kennisniveau over de schadelijkheid van roken onder Nederlanders is relatief laag (Tromp-Beelen, 2018). Samenwonen met iemand die in huis rookt, vergroot de kans op hart- en vaatziekten, zoals een hartaanval (25-30% meer kans) of een beroerte (20-30% meer kans). Meerroken vergroot de kans op longkanker met 20 tot 30%. Er zijn aanwijzingen dat meerroken ook het risico kan verhogen op meer longziekten en andere ziekten die met roken te maken hebben. Voor veel mensen is het minder bekend dat ook derdehands rook schadelijk is: rook die neergedaald is op kleding, tapijt, gordijnen, huid en in de haren. Deze rookdeeltjes kunnen nog jaren aanwezig blijven en kunnen een reactie aangaan met andere stoffen. Zo kunnen deze stoffen nog kankerverwekkender dan de oorspronkelijke tabaksrook worden. Met name voor baby's die rondkruipen en huisdieren die van alles in hun mond stoppen of er aan likken is dit extra gevaarlijk. Ook als iemand alleen maar buiten rookt, wordt er derdehands rook mee het huis ingenomen via de haren, kleding en huid. Voor verdere informatie verwijzen we naar de notitie over derdehandsrook van het Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (Bommelé & van Laar, 2017).

Het gebruik van cafeïne

Cafeïne wordt door veel mensen gebruikt. Het zit bijvoorbeeld in koffie, veel theesoorten, cola en energiedrankjes. Cafeïne werkt stimulerend en zorgt ervoor dat men zich alerter voelt. Roken beïnvloedt de afbraak van cafeïne in de lever. Teerproducten in tabaksrook zorgen ervoor dat bepaalde enzymen cafeïne versneld afbreken. Hierdoor hebben mensen die roken doorgaans meer cafeïne (bijv. sterkere koffie of meer kopjes koffie per dag) nodig voor hetzelfde stimulerende effect dan iemand die niet rookt. Wanneer mensen stoppen met roken kan het lichaam opeens de cafeïne minder snel afbreken waardoor het een sterker effect krijgt. Je kan een overdosering cafeïne krijgen. Zo kunnen ze slaapproblemen krijgen wanneer ze gewend zijn na het eten nog een kopje koffie te drinken. Ook kan een overdosering cafeïne het onrustige gevoel wat veel mensen ervaren tijdens het stoppen met roken flink versterken. De klachten hiervan lijken op ontweningsverschijnselen van stoppen met roken wat een reden kan zijn om weer te gaan roken. Een algemene stelregel is dan ook om na het stoppen met roken de hoeveelheid cafeïne gebruik minimaal te halveren. Adviseer de cliënt om bij voorkeur niet meer dan 2-3 kopjes per dag te drinken, en geen koffie, cola, cafeïne-bevattende thee of energiedrankjes na het avondeten.

Registratie van het tabaksgebruik en risicosituaties

Bij de registratie van het tabaksgebruik is het van belang dat de cliënt het gebruik van *alle* tabaksproducten en daaraan gerelateerde producten registreert (e-sigaret, pijp, sigaar, snuif-tabak, snuiftabak, snus). Denk ook aan het roken van cannabis.

Vraag de cliënt tevens te letten op *hoe er* gerookt wordt: hoe diep wordt er geïnhaleerd? Geef uitleg over compenserend roken. Dit speelt vooral bij rokers die het aantal sigaretten proberen te minderen. Onbewust gaat de roker vaak intenser aan een sigaret trekken om ook bij minder sigaretten per dag toch voldoende nicotine binnen te krijgen, zodat ontweningsverschijnselen worden voorkomen.

Wanneer cliënten een afbouwschema hanteren is het van belang om bij het bespreken van de registraties in te gaan op de situaties waarin de cliënt meer heeft gerookt dan gepland.

Doelen stellen

Stoppen met roken of minder roken

In de keuze voor het matigen van roken versus stoppen met roken, is het professioneel advies om volledig met roken te stoppen. Argumenten hiervoor zijn:

- Structureel minderen is lastig en is, zelfs door rokers die goed gemotiveerd zijn om te minderen, maar moeilijk vol te houden.
- Structureel minderen gaat gepaard met compenserend roken, zoals dieper inhaleren en meer trekjes per sigaret, waardoor minder sigaretten zelfs schadelijker kunnen zijn (Tromp-Beelen, 2018).
- De gezondheidswinst bij structureel minderen is heel beperkt, omdat ook al een geringe blootstelling aan tabaksrook tot schade leidt. Er is mogelijk een lichte daling in longkanker, maar op sterfte, hart- en vaatziekten, COPD, astma, longfunctie, postoperatieve complicaties en andere aan tabak gerelateerde aandoeningen is het effect van minderen afwezig of twijfelachtig.

Bron: Factsheet Minderen met roken (Trimbos, 2017).

- Verder blijft het minder roken bijdragen aan het normaliseren van het roken in het straatbeeld; bovendien is het iemand zien roken voor veel (ex-)rokers een trigger om te roken, en kan het bij jongeren leiden tot roken ('zien roken doet roken').

Raad de cliënt aan om met alle tabaksproducten (incl. e-sigaret) te stoppen. In geval van medische urgentie, zoals hartfalen of zwangerschap, is het professioneel advies uiteraard zeer dringend om het roken te staken.

Indien desondanks de cliënt niet gemotiveerd kan worden voor stoppen met roken, is minderen (dus zonder compensatoir roken) beter dan doorroken op hetzelfde niveau. Als de cliënt bij het minderen gebruik maakt van nicotine-vervangende middelen is de kans groter dat hij uitkomt op een blijvend lagere tabaksconsumptie of uiteindelijk zelfs stoppen met roken (*Bron: Factsheet Minderen met roken, Trimbos, 2017*).

Het is hier van belang dat de behandelaar uitleg geeft dat het stoppen met roken geen nadelige gevolgen heeft voor de kans op succes van de behandeling van andere verslavingen. Leg de cliënt uit dat onderzoek heeft uitgewezen dat het waarschijnlijk juist helpt om het alcohol- of drugsgebruik onder controle te krijgen.

Tijdelijk stoppen met roken

Tijdelijk stoppen met roken kan ook een doel zijn, bijvoorbeeld als de cliënt een operatie moet ondergaan, tijdens zwangerschap of tijdens een opname in een rookvrije verslavingskliniek of ziekenhuis. Tijdelijk stoppen brengt gezondheidswinst met zich mee, en kan bovendien een opmaat zijn naar definitieve abstinentie. Ook deze cliënten moeten worden geadviseerd en gemotiveerd om bij voorkeur niet opnieuw te beginnen met roken. Zie een tijdelijke 'pauze' in het roken als een kans om te leren om zonder sigaret te kunnen. De weg er naar toe: in één keer stoppen of afbouwen. Voor de wijze waarop het doel bereikt wordt, abrupt stoppen dan wel geleidelijk minderen, geldt dat in één keer stoppen over het algemeen effectiever is (*Bron: Factsheet Minderen met roken, Trimbos, 2017*). Een verklaring hiervoor is dat rokers die eerst minderen hun stoppoging mogelijk uitstellen. Zelfs voor rokers met een voorkeur voor minderen suggereert de wetenschappelijke literatuur dat zij beter in één keer kunnen stoppen met roken. Voor rokers die niet in één keer kunnen of willen stoppen is minderen een goed alternatief, mits de methode van geleidelijke gecontroleerde c.q. gestructureerde reductie wordt toegepast. Dit behelst dat bewust wordt toegewerkt naar stoppen met roken middels een afbouwschema. Dit helpt ook om het dagelijkse rookpatroon

te doorbreken. Het verdient aanbeveling een schema te hanteren dat niet langer dan drie weken duurt, en waarbij de stopdatum vastligt. Indien de cliënt hiervoor kiest, ondanks de bewezen meerwaarde van abrupt stoppen, is het belangrijk dat het stopmoment waar naar toe wordt gewerkt in het tijdsbestek van deze CGT-behandeling valt. Zo is er nog voldoende gelegenheid om ook de vaardigheden te oefenen in een abstinente periode.

Vorbereiden op verandering

In de voorbereiding is het geven van psycho-educatie over de te verwachte ontwenningssverschijnselen belangrijk. Maar ook een goed zicht op risicosituaties en hoe hiermee om te gaan is in deze fase helpend en versterkt de zelfeffectiviteit van de cliënt. Dat betekent dat deze thema's al behandeld kunnen worden voordat gestopt wordt.

Psycho-educatie over ontwenningssverschijnselen

Leg uit dat de meeste klachten zich beperken tot de eerste week. De ontwenningssverschijnselen beginnen al na enkele uren. Na drie dagen zijn ze vaak op hun hoogtepunt. Ze kunnen tot vier weken duren. Toegenomen eetlust en trek kunnen langer aanhouden.

Tabaksonthoudingsverschijnselen (DSM-5)

- Prikkelbaarheid, frustratie of woede
- Angst
- Concentratieproblemen
- Toegenomen eetlust
- Rusteloosheid
- Sombere stemming
- Insomnia

Overige geregeld voorkomende verschijnselen:

- Vertraagde hartfrequentie
- Hyperreactiviteit van de longen ('Verkoudheidsklachten', hoesten)
- Tintelingen in de handen
- Hoofdpijn
- Verandering van stoelgang

Veel ontwenningssverschijnselen zijn psychische klachten; bij het bespreken van ontwenningssverschijnselen is het van belang om realistisch te zijn zonder een doemscenario voor te houden. Veel mensen hebben al eerder stoppogingen gedaan en zijn bekend met ontwenningssverschijnselen.

NB. *Bij medicatiegebruik worden eventuele optredende psychische klachten (bijv. insomnia) vaak geduid als bijwerkingen van de medicatie, terwijl dit ook ontwenningssverschijnselen kunnen zijn of een overdosis van cafeïne. Cliënten kunnen dus in het verleden ontwenningssverschijnselen hebben gehad, die ze destijds onterecht hebben geduid als bijwerkingen van de medicatie. Dit kan een reden zijn om geen medicatie te willen gebruiken.*

Een positieve benadering van het bespreken van ontwenningssverschijnselen is om te benadrukken dat lichamelijke onthoudingsverschijnselen juist een goed teken zijn: het betekent dat het lichaam zich aan het herstellen is. Verkoudheidsklachten bijvoorbeeld zijn een teken dat de longen zich herstellen, tintelingen in de handen worden veroorzaakt door een betere doorbloeding van de vingers.

Psychische ontwenningsverschijnselen, zoals somberheid, kunnen soms langer aanhouden. Sommige mensen houden hier maanden last van. Na twee tot drie maanden is de stemming over het algemeen juist beter dan voor het stoppen. Geef aan dat stemmingsklachten goed gemonitord worden in de behandeling: het is raadzaam dit middels gevalideerde en gestandaardiseerde vragenlijsten te doen, bijvoorbeeld met de DASS21. Wanneer de klachten aanhouden kan nader onderzoek gedaan worden om vast te stellen of er sprake is van een depressieve stoornis, welke vooral bij zware rokers relatief vaak voorkomt. Het verloop van de ontwenningsverschijnselen zelf kunnen met behulp van (de Nederlandse vertaling van) de Minnesota Withdrawal Scale – Revised worden gemonitord. Deze vragenlijst staat in de Richtlijn Detoxificatie vermeld (Van de Graaf, 2016).

Omgaan met ontwenningsverschijnselen

Besprek met de cliënt ter voorbereiding op het stopmoment, op welke wijze hij of zij met de ontwenningsverschijnselen kan omgaan. Geef tips die bij anderen werkzaam zijn gebleken, zoals voldoende water drinken, ontspanningsoefeningen, afleiding zoeken. Besprek ook de relatie met het gebruik van cafeïne (zie Algemene psycho-educatie).

Leren van eerdere stoppogingen

Veel cliënten zullen al eerder een of meerdere stoppogingen hebben ondernomen. Besprek wat daarbij wel en wat niet hielp.

Sociale steun

Het kenbaar maken van het stoppen met roken en het mobiliseren van sociale steun is een belangrijk onderdeel van de voorbereiding op verandering. Besprek met de cliënt welke mensen ondersteunend kunnen zijn op moeilijke momenten. Besprek ook welke rokende familieleden of vrienden een tijdje beter gemeden kunnen worden, en moedig de cliënt aan hen te vragen niet in diens bijzijn te roken.

Tip! Wanneer de cliënt een rokende partner of huisgenoot heeft, is het raadzaam de cliënt te vragen deze persoon uit te nodigen voor een van de sessies (of een extra sessie te plannen) alvorens te stoppen met roken. Doel van de sessie is om te bespreken welke afspraken zij met elkaar kunnen maken om het stoppen met roken van de cliënt te ondersteunen.

Zelfcontrolemaatregelen

Stimuluscontrole maatregelen. Net als bij het stoppen met andere middelen zijn stimuluscontrole maatregelen buitengewoon effectief. Moedig de cliënt aan het huis volledig rookvrij te maken. Niet alleen het weggooien van sigaretten en asbakken, maar ook het verwijderen van meubels die doorrookt zijn. Het kan helpen om goed schoon te maken en rookgeur zo veel mogelijk te verwijderen (gordijnen wassen, jassen wassen, goed luchten van alle kamers). Hetzelfde geldt voor het rookvrij maken van de auto. Ook het tijdelijk stoppen met alcohol, koffie en het roken van een joint, vaak triggers voor het opsteken van een sigaret, kan helpend zijn.

Stimulusrespons interventies

Zoethout en kauwgum zijn handige alternatieven, evenals gezonde tussendoortjes in situaties waarin de cliënt gewend was te roken. Wandelen en andere fysieke activiteiten zijn helpend en bevorderen bovendien een gezonde leefstijl. Besprek welke routines de cliënt kan veranderen die geassocieerd zijn met roken, bijvoorbeeld de stoel waarin altijd werd gerookt verplaatsen of verwijderen.

E-sigaret: wel of niet aanraden?

Het volledig overstappen van roken op dampen geeft minder gezondheidsschade, maar deze neemt toe met de mate van het dampen. Er is geen goed bewijs dat de e-sigaret een effectief hulpmiddel is bij de behandeling van tabaksverslaving. Het effect op het stoppen met roken lijkt overeen te komen met het gebruik van nicotine-vervangende middelen (NVM). De e-sigaret is een meer verslavende vorm van het toedienen van nicotine dan NVM. Het wordt net als bij het roken van een sigaret via de longen zeer snel opgenomen in het bloed. Bij het dampen worden echter schadelijke stoffen ingeademd, waarvan de langetermijneffecten nog niet bekend zijn. Bovendien wordt het rookgedrag in zeker zin in stand gehouden. Veel mensen die met de e-sigaret beginnen met het idee langzaam af te bouwen blijven er toch vaak mee doorgaan. Ook komt 'dual use' (roken én dampen) frequent voor.

De gewoonte en nicotine behoefte blijft bestaan. De kwaliteit van de dampvloeistof is niet goed te controleren en er zitten schadelijke stoffen in de e-sigaret. We raden dit hierom niet aan als hulpmiddel bij het stoppen met roken. Dit is ook het advies van de multidisciplinaire richtlijn (Richtlijn, 2016) en de Richtlijn Detoxificatie (2017) (Van de Graaf, 2017). Het gelijktijdig gebruik van e-sigaret en tabak wordt eveneens ontraden. Dit kan namelijk zorgen voor een extra verslavend effect. Als een cliënt al volledig is overgestapt op de e-sigaret en het nicotinegehalte aan het afbouwen is, dan kan de cliënt hierin uiteraard middels deze behandeling ondersteund worden.

***Tip!** Meer lezen over de e-sigaret? Bekijk deze pagina:
<https://www.rokeninfo.nl/professionals/tabaksproducten/e-sigaret>*

Responsconsequenties

Tabak is bij uitstek het middel waarmee veel geld wordt uitgespaard als je ermee stopt. Moedig de cliënt aan het bespaarde bedrag te besteden aan een mooie beloning of belonende activiteit. Rokers die zichzelf belonen zijn over het algemeen succesvoller in het stoppen met roken.

Functie-analyse

Leg de cliënt uit dat roken vaak begint als min of meer planmatig, doelgericht gedrag. Roken wordt aangeleerd onder invloed van operante conditioning (met name sociaal leren via bekrachtigers door de peer group en ervaren positieve interne effecten). Er is sprake van een dominante R(gedrag)-Sr(bekrachtiger)-associatie, waarbij de beschikbaarheid van de bekrachtiger doorgaans wordt gesignaleerd door de discriminatoire stimulus of Sd (Sd: R-Sr). Na verloop van tijd, bij continuering van rookgedrag, raakt dit doelgerichte gedrag steeds meer geautomatiseerd, en ontstaat er een min of meer geautomatiseerde Stimulus-Respons associatie tussen de prikkels die met roken samenhangen en het roken zelf. Deze stimuli lokken het roken vanaf een bepaald moment min of meer reflexmatig uit, ongeacht de consequenties van het roken. De controle van het gedrag verschuift dus van de consequente factoren naar de antecedente factoren. Het roken is dan verworden tot een gedragsroutine of een ingesleten gedragspatroon (habit). De positieve bekrachtiging van het roken is zeer snel: nicotine bereikt binnen 7 seconden de hersenen en de mogelijkheden om te roken zijn volop aanwezig zonder dat het negatieve consequenties heeft op het dagelijks functioneren.

Bij het opstellen van de functie analyse is het van belang om goed te kijken naar de eventuele rol van alcoholgebruik (of andere middelen) als uitlokkende stimulus.

Noodmaatregelen

In de uitleg die in deze sessie wordt gegeven over terugval is het raadzaam om goed stil te staan bij de irrationele cognities die mensen vaak hebben over een uitglijder of terugval. Vrijwel alle cliënten hebben al eerdere 'mislukt' stoppogingen achter de rug. Benadruk dat de weg naar een rookvrij leven een (leer)proces is en mensen vrijwel altijd meerdere stoppogingen nodig hebben. Maak de uitleg over terugval zo gepersonaliseerd mogelijk en gebruik hierin cliënt-specifieke risicosituaties en ervaringen.

Omgaan met trek

Trek in roken kan op verschillende manieren ervaren worden. Sommige cliënten ervaren trek als iets lichamelijks, bijvoorbeeld *'Ik voel me onrustig'*, *'Ik krijg kramp in mijn maag'*, *'Ik kan het ruiken'* of *'Ik proef de nicotine in m'n mond'*. Anderen ervaren trek meer cognitief *'Ik heb het nu nodig'*, of *'Ik kan alleen maar aan roken denken'*. Ook zijn er cliënten die trek meer als een emotie ervaren, bijvoorbeeld somber of angst. Het is van belang om goed op de hoogte te zijn van de wijze waarop de cliënt trek ervaart zodat de uitleg hierop toegesneden kan worden. Besteed voldoende tijd aan de oefening gevoelsurfen. Het is raadzaam deze oefeningen ook in volgende sessies te laten terugkomen.

Veranderen van gedachten

In de theoretische uitleg over het veranderen van gedachten legt de behandelaar uit dat roken zowel het impulsieve systeem beïnvloedt, als ook het controlesysteem. Vrijwel alle rokers zijn goed op de hoogte dat roken op de lange termijn negatieve gevolgen heeft, echter het controlesysteem kan het gedrag niet meer controleren in een dergelijk hoog-risicosituatie. De aandacht wordt automatisch getrokken naar de sigaretten en het gedrag is erop gericht te roken.

Verwachtingen, opvattingen en gedachten met betrekking tot roken kunnen mede bepalen of er in een risicosituatie ook daadwerkelijk gerookt wordt. Zoom met de cliënt in op de anticiperende gedachten, gedachten over de effecten van het roken (bijv. *'Door het roken kan ik me beter concentreren'*). Besteed daarna aandacht aan de toestemmingsgedachten, gedachten over de wenselijkheid van het roken. Bijvoorbeeld *'Ik heb het wel verdiend'*, of *'Mijn opa is rokend 90 geworden, dus wat maakt het uit'*. Een opa die rokend 90 is geworden, is een uitzondering. Twee derde van de langdurige rokers sterft aan de gevolgen ervan en een kwart reeds voor de pensioengerechtigde leeftijd (Tromp-Beelen, 2018).

Omgaan met sociale druk

Niet alleen het aangeboden krijgen van tabakswaar is een frequent voorkomende risicosituatie, maar ook het uitgenodigd worden om mee te gaan naar een plek waar gerookt mag worden. Zeker in de beginfase zal vermijding vaak worden ingezet als zelfcontrolemaatregel. De vaardigheden om sigaretten te weigeren zijn ook van toepassing op het afslaan van de uitnodiging om mee te gaan naar een dergelijke risicosituatie.

Zoals in het protocol beschreven neemt het realiteitsgehalte van het rollenspel toe naarmate attributen van de te oefenen situatie onderdeel zijn van het rollenspel. Denk aan pakjes sigaretten, shag en vloei van het merk dat de cliënt rookt. Andere attributen die het realiteitsgehalte verhogen zijn bijvoorbeeld een aansteker, lucifers, asbak, muziek en achtergrondgeluiden.

4 Keuzebijeenkomsten

Keuzethema's uit het reguliere CGT-protocol die met name relevant zijn voor stoppen met roken, zijn omgaan met een sombere stemming en spanning. Het omgaan met terugval is eveneens een belangrijk keuzethema omdat zeker bij de behandeling van tabaksverslaving geldt dat een terugval relatief veel impact heeft op de zelfeffectiviteit van de cliënt. Keuzethema's kunnen prima al eerder in de behandeling gebruikt worden wanneer het betreffende thema op dat moment al relevant is.

Daarnaast zijn er twee thema's die specifiek toegevoegd kunnen worden: het omgaan met aankomen in gewicht, en een keuzesessie in geval van een rokende partner of huisgenoot.

Omgaan met een sombere stemming

Dit keuzethema is relevant wanneer de cliënt last heeft van een sombere stemming als gevolg van de ontwenning, of wanneer de cliënt bekend is met een depressieve stoornis.

Sombere stemming als ontwenningssklacht kan twee tot drie maanden aanhouden, maar is meestal na een maand al wel verdwenen. Leg de cliënt uit dat na die periode de klachten meestal juist verbeteren door het stoppen met roken.

Stoppen met roken als er sprake is van een depressieve stoornis

Het kan ook zijn dat de cliënt al bekend is met een depressieve stoornis. Bijna de helft (46 procent) van de mensen met een depressie rookt, 1,5 keer zoveel als in de algemene bevolking (Bron: *Factsheet Roken en depressie, 2017 Trimbos Instituut*). Geef de cliënt uitleg over het samen voorkomen van depressie en tabaksverslaving: voor een deel kan de relatie verklaard worden door gemeenschappelijke risicofactoren zoals werkloosheid, stress of bepaalde genen, die onafhankelijk van elkaar zowel de kans op een depressie als op tabaksverslaving vergroten. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat roken de kans vergroot op een latere depressie en omgekeerd; een depressie vergroot de kans om te gaan roken en te blijven roken. Door het stoppen met roken kunnen de depressieve klachten tijdelijk toenemen. Leg uit dat, anders dan vaak wordt verondersteld, er geen aanwijzingen zijn dat stoppen of minderen met roken het beloop van een depressie ongunstig beïnvloedt. Integendeel, de ernst van de depressie vermindert juist veelal. Wel is het zo dat stoppogingen minder vaak succesvol zijn en de kans op terugval groter is. Het is van belang dat de depressieve klachten tijdens de behandeling zorgvuldig gemonitord worden en, uiteraard, dat de *cliënt parallel een bewezen effectieve behandeling voor de depressieve stoornis ontvangt* (dubbele diagnose-problematiek vraagt een dubbele diagnose-behandeling). De behandeling van tabaksverslaving is effectiever wanneer hierin ook aandacht wordt besteed aan het omgaan met depressieve symptomen. Daarvoor kan dit keuzethema worden gebruikt, zoals beschreven in het protocol.

Belangrijk. *De werking van sommige antidepressiva wordt beïnvloed door het roken van tabak vanwege de versnelde metabolisatie van veel medicatie door het roken. Het opnieuw bepalen van de bloedspiegel na het stoppen met roken kan nodig zijn om geen risico te lopen op bijwerkingen door een overdosering. Dit geldt voor o.a. fluvoxamine, amitriptyline, imipramine, maar ook voor andere psychofarmaca, zoals de antipsychotica olanzapine en clozapine. De antidepressiva bupropion en nortryptiline staan geregistreerd als medicijnen met een bewezen positief effect op het stoppen met roken. De eventuele aanwezigheid van een depressieve stoornis kan een argument zijn om juist voor één van deze medicamenten te kiezen. Betrek dus altijd een verslavingsarts of psychiater bij de behandeling als een cliënt psychofarmaca gebruikt en wil stoppen met roken.*

Omgaan met spanning

Leg uit dat ontspanning vaak gezien wordt als voordeel van roken. Leg uit dat de onrust als gevolg van een laag nicotinegehalte vaak als spanning wordt ervaren. Door te roken verdwijnt deze onrust en dat kan als ontspanning worden geduid. Leg uit dat roken niet werkelijk voor ontspanning zorgt, integendeel. Mensen die langdurig roken verleren om zichzelf te ontspannen. Men heeft lange tijd geen ontspanning ervaren en soms herkent men zelfs het gevoel niet meer.

Deze sessie kan worden ingevuld conform het protocol, waarin er aandacht is voor het leren herkennen van spanning, het bedenken van ontspannende activiteiten en het leren van ontspanningsoefeningen. Bij rokers speelt bovendien vaak ook het moeten leren om een moment voor jezelf te nemen zonder sigaret. Bespreek daarom ook hoe de cliënt hier invulling aan kan geven.

Omgaan met terugval

Deze sessie kan worden ingevuld conform het protocol. Indien de gedragsmatige interventie onvoldoende effect heeft en de cliënt nog geen ondersteunende nicotine-vervangende middelen of andere medicatie gebruikt, is het belangrijk om te benadrukken dat de meest effectieve behandeling bestaat uit een combinatie van gedragsinterventie en medicatie. Plan daarvoor een consult in bij de verslavingsarts. Ook wanneer de cliënt op voorhand aangeeft liever geen medicatie te willen, motiveer dan toch tot een consult bij de arts. Geef aan dat het in ieder geval goed is dat de cliënt zich laat informeren over de verschillende mogelijkheden.

Extra keuzethema: Omgaan met dikker worden

Psycho-educatie

Veel mensen maken zich bij het stoppen met roken zorgen dat ze aankomen in gewicht. Geef uitleg over de relatie tussen nicotine en stofwisseling: de nicotine in de hersenen stimuleert de stofwisseling en onderdrukt de eetlust. Wanneer mensen stoppen met roken normaliseert de stofwisseling weer en krijgt men meer eetlust. Bovendien smaakt en ruikt alles weer lekkerder door het stoppen met roken waardoor men meer trek in eten kan krijgen. De meeste rokers die stoppen komen hierdoor ongeveer 2-3 kg aan. Benadruk dat feitelijk de stofwisseling dus normaliseert en dat roken veel schadelijker is dan die 2-3 kg.

Het beperken van gewichtstoename

Bespreek wat de cliënt kan doen om gewichtstoename te beperken. Dat kan door enerzijds te letten op eten en anderzijds op bewegen.

Bespreek gezonde alternatieven voor de momenten waarop de cliënt zin heeft om te snoepen. Denk aan fruit, gedroogde vruchten, zoethout kauwen, suikervrije kauwgom, groenten, rauwkost, rozijntjes. Veel water drinken is ook helpend. NB. Let op dat een cliënt niet na het stoppen met roken meer alcohol gaat drinken. Ook dit kan zorgen voor gewichtstoename en verhoogt de kans op terugval in roken.

Voldoende beweging helpt niet alleen tegen gewichtstoename maar kan ook helpen tegen ontwenningverschijnselen. Stoppen met roken kan zo bovendien ingebed worden in een gezondere leefstijl. Bespreek met de cliënt passende vormen van beweging.

Let op! Indien de cliënt ondanks bewust gezond eten en bewegen toch meer dan 6 kg in gewicht stijgt, kan er eventueel wat mis zijn met de schildklier. Een consult bij een (verslavings)arts voor aanvullend onderzoek (bijv. bloedonderzoek) hiernaar is dan van belang.

Extra keuzethema: Rokende partner of huisgenoot

Stoppen met roken is lastig wanneer er in de directe nabijheid wordt gerookt. Indien de cliënt een rokende partner heeft of een rokende huisgenoot dient hieraan aandacht te worden besteed in de behandeling. Een extra sessie met de cliënt en de partner of huisgenoot is dan aan te raden. Mogelijk kan deze persoon gemotiveerd worden om ook te stoppen met roken. Zo niet, dan is de sessie erop gericht om tot afspraken te komen die voor de cliënt ondersteunend zijn om de stoppoging te laten slagen. Aandacht voor rokers in de directe nabijheid is voor elke roker die wil stoppen van belang, maar met name voor zwangere vrouwen en kinderen, die zowel door de roker die wil stoppen als door andere rokers in de omgeving worden geschaad.

Websites en hulpmiddelen waarnaar cliënten kunnen worden verwezen

Er zijn verschillende goede websites waar cliënten aanvullende informatie en tips kunnen vinden, en ook ervaringsverhalen zijn opgenomen. Bijvoorbeeld www.rokeninfo.nl en www.ikstopnu.nl. Op www.ikstopnu.nl is ook informatie te vinden over apps die ondersteunend kunnen zijn met een korte beschrijving per app. Moedig de cliënt aan apps uit te proberen en te kijken welke het meest helpend is voor hem of haar. www.ikstopnu.nl staat ook op elke verpakking van sigaretten, shag en andere tabaksproducten. Je kan de cliënt vragen zijn of haar sigarettenpakje te laten zien, zodat je de website kan aanwijzen op de verpakking en je ze bewust kan maken dat ze deze website altijd bij zich hebben.

Specifieke doelgroepen

Bij zwangerschap

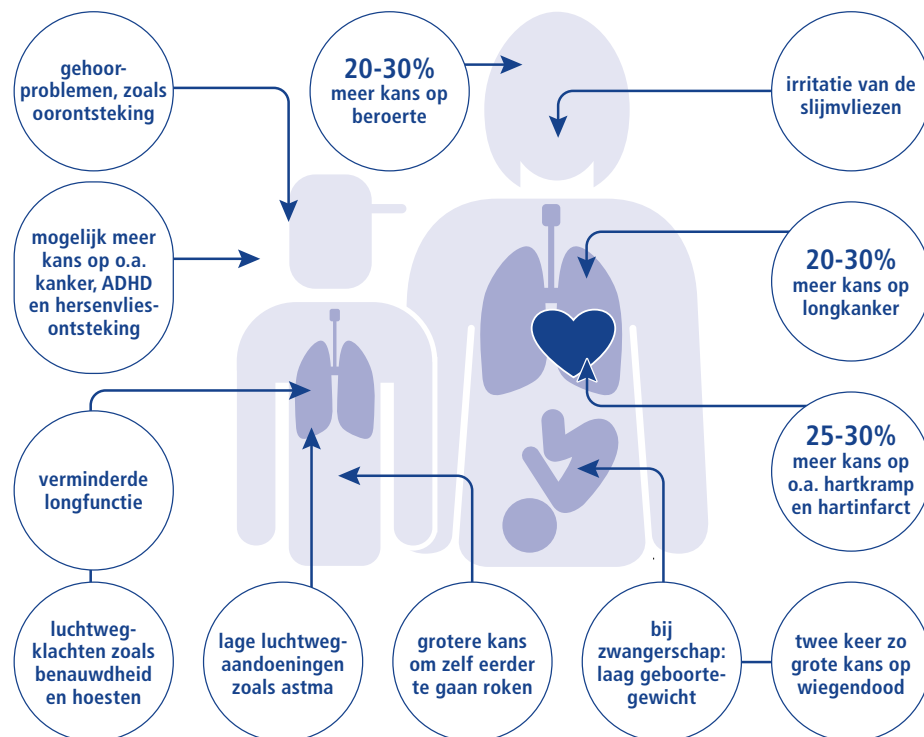
Voor mensen met een zwangerschapswens en zwangere vrouwen is het belangrijk de psycho-educatie specifiek op deze situatie toe te snijden. Het advies moet zijn dat het roken zo lang mogelijk voor de conceptie moet worden gestopt (bij voorkeur minimaal een jaar) omdat dit ook de vruchtbaarheid (van de vrouw en de man) beïnvloedt. Naast de gezondheidsvoordelen van het stoppen voor de cliënt zelf is stoppen met roken van grote meerwaarde voor de gezondheid van het kind. Stoppen met roken vroeg in de zwangerschap brengt de kans op vroeggeboorte en een laag geboortegewicht terug naar het niveau van iemand die helemaal niet heeft gerookt tijdens de zwangerschap (McCowan et al., 2009). Het is belangrijk om ook aandacht voor de periode na de zwangerschap te hebben tijdens de behandeling. 43% van de tijdens de zwangerschap gestopte vrouwen valt binnen een half jaar na de bevalling weer terug in het roken (Tromp-Beelen et al., 2018). Hoewel nicotine uit zowel tabaksrook als uit nicotine vervangende middelen een negatief effect kan hebben op het verloop van de zwangerschap, is over het algemeen NVM te verkiezen boven het roken. Het is dus niet per definitie zo dat NVM niet voorgeschreven mogen worden aan een zwangere. Dit moet echter wel door een arts met kennis van zaken worden voorgeschreven. In het 'Praktijkadvies gebruik nicotine-vervangende middelen in de zwangerschap' (2018) worden de belangrijke elementen van de afweging van het gebruik van NVM tijdens zwangerschap gegeven (<http://rookvrijestartassets.rokeninfo.nl/docs/74826ec0-6eaa-4bb6-89b0-c5d692a07a78.pdf>).

Er is specifiek ondersteunend materiaal beschikbaar waar de behandelaar gebruik van kan maken en waar de cliënt op gewezen kan worden. Op de website van het Trimbos-instituut zijn ondersteunende filmpjes te vinden (<http://www.trimbos.nl>) en ook de website van Taskforce Rookvrije Start geeft veel aanvullende informatie: <https://rookvrijestart.rokeninfo.nl/>.

Er is tevens een aparte multidisciplinaire richtlijn 'Addendum behandeling van tabaksverslaving en smr ondersteuning bij zwangere vrouwen' waarin de stoppen met roken-zorg voor zwangere vrouwen wordt beschreven.

Ouders

Zien roken doet roken. Cliënten met kinderen halen vaak een belangrijke motivatie uit de wens om een goed voorbeeld voor hun kinderen te zijn. Bekrachtig deze motivatie door aan te geven dat kinderen van rokende ouders inderdaad 2-3 keer zo veel kans hebben om zelf te gaan roken in vergelijking met kinderen van niet-rokende ouders. Beginnen met roken wordt deels bepaald door erfelijke belasting, maar zeker ook door het rookgedrag en de attitude ten aanzien van roken in het gezin. Tabaksverslaving is binnen gezinnen vaak onderdeel van een bredere 'familieleefstijl': de overdracht van generatie op generatie (intergenerationale overdracht) is sterk. Eén succesvolle rookstop poging kan binnen een gezin dus van doorslaggevende betekenis zijn in het beschermen van de kinderen tegen het roken. Attendeer de cliënt op de schadelijkheid van meeroken. Kinderen zijn hier kwetsbaarder voor dan volwassenen omdat ze nog in ontwikkeling zijn. Als kinderen opgroeien in een huis waar regelmatig binnen wordt gerookt, hebben ze meer kans op astma, oorontsteking, hoesten, benauwdheid en hersenvliesontsteking. De longen van kinderen die meeroken ontwikkelen minder goed dan van niet-meerokende kinderen. Bij jonge kinderen zorgt een rokerige omgeving voor een dubbel zo grote kans op wiegendood (plotseling overlijden).
Bron: www.rokeninfo.nl.



Figuur 3 Effecten van roken op de gezondheid bij volwassenen (rechts) en kinderen (links).
(Bron: www.rokeninfo.nl)

Er is specifiek foldermateriaal beschikbaar voor ouders, ter ondersteuning in de behandeling: <https://www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/sp0130-publieksfolder-rookvrij-opgroeien-set-van-50-stuks>.

Literatuur

1. Baca, C.T., Yahne, C.E. (2009). Smoking cessation during substance abuse treatment: *What you need to know*. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 205-219.
2. Bommelé, J. & van Laar, M.M. (2017). *Notitie derdehands rook*. Utrecht: Trimbos-instituut.
3. Clarke, J.G., Stein, M.D., McGarry, K.A., & Gogineni, A. (2001). Interest in smoking cessation among injection users. *American Journal of Addiction*, 10, 159-166.
4. Durazzo, T. C., et al. (2014). Effects of cigarette smoking history on neurocognitive recovery over 8 months of abstinence in alcohol-dependent individuals. *Alcoholism. Clinical and Experimental Research*, 38, 2816–2825.
5. Friend, K.B., & Pagano, M.E. (2005). Smoking cessation and alcohol consumption in individuals in treatment for alcohol use disorders. *Journal of Addictive diseases*, 24, 61-75.
6. Graaf, R.C. van de, Slingerland J. (2017). *Tabak*. In *Richtlijn Detoxificatie Psychoactieve Middelen*. Amersfoort: Resultaten Scoren & Perspectief Uitgevers.
7. Lawn S, Champion J. Achieving (2013). Smoke-free mental health services: lessons from the past decade of implementation research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(9), 4224-4244.
8. Lemon, S.C., Friedmann, P.D., & Stein, M.D. (2003). The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 28, 1323-1331.
9. Lorains, F.K., Cowlishaw, S., Thomas, S.A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.
10. Mackowick, K.M., Lynch, M.J., Weinberger, A.H., George, T.P. (2012). Treatment of tobacco dependence in people with mental health and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, 14(5), 478-485.
11. McCowan, L.M.E., Dekker, G.A., Chan, E., Stewart, A., Chappell, L.C., Hunter, M., Moss-Morris, R. & North, R.A. (2009). Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: prospective cohort study. *BMJ*, 338, b1081.
12. Miller, W. R. & Rollnick, S. (2014). *Motivational interviewing. Helping people change*. (3rd ed.) New York: The Guilford Press.
13. Moss, T.G., Weinberger, A.H., Vessicchio, J.C., Mancuso V., Cushing, S.J., Pett, M, Kitchen, K., Selby P., George, T.P. (2010). A tobacco reconceptualization in psychiatry: toward the development of tobacco-free psychiatric facilities. *American Journal on Addictions*, 19(4), 293-311.
14. Nationaal Expertisecentrum Tabaksontmoediging (2017). *Factsheet Roken en depressie*. Utrecht: Trimbos Instituut.
15. Prochaska, J.J., Delucchi, K., Hall, S.M., A (2004). Meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1144-1156.
16. Richtlijn 2016 (2016). *Richtlijn behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning*. Herziening 2016. Utrecht: Trimbos- instituut en Nederlands Huisartsen Genootschap.
17. Stockings, E.A., Bowman, J.A., Prochaska, J.J., Baker, A.L., Clancy, R., Knight, J., Wye, P.M., Terry, M., Wiggers, J.H. (2014). The impact of a smoke-free psychiatric hospitalization on patient smoking outcomes: a systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 617-633.

18. Thurgood, S.L., McNeill, A., Clark-Carter, D., Brose, L.S. (2016). A Systematic Review of Smoking Cessation Interventions for Adults in Substance Abuse Treatment or Recovery. *Nicotine & Tobacco Research*, 18(5), 993-1001.
19. Tromp-Beelen, P.G., Croes, E.A., Van de Graaf, R.C. Tabak. In W. van den Brink W., Dom G., Dumont G.J.H. et al. Farmacotherapie bij verslaving (2018). Prelum: Houten.
20. Walitzer, K. S., et al. (2015). Tobacco smoking among male and female alcohol treatment-seekers: clinical complexities, treatment length of stay, and goal achievement. *Substance Use and Misuse*, 50, 166–173.
21. Walitzer, K.S., Dearing, R.L., Barrick C., Shyhalla, K. (2015). Tobacco smoking among male and female alcohol treatment-seekers: clinical complexities, treatment length of stay, and goal achievement. *Substance Use & Misuse*, 50(2), 166-173.
22. West, R. (2007). The clinical significance of 'small' effects of smoking cessation treatments. *Addiction*, 102, 506-509.
23. Zullino, D., Besson, J., & Schnyder, C. (2000). Stages of change of cigarette smoking in alcohol dependent patients. *European Addiction Research*, 6, 84-90.