

## Synpunkter på rökavvänjning

# Synpunkter på rökavvänjning – erfarenheter från Köpenhamn

### Abraham Rosenberg

Doktor Abraham Rosenberg redovisar erfarenheter från rökavvänjningsverksamhet i Köpenhamn, där samtalsterapi, autosuggestion och olika övningar används. Författaren påpekar betydelsen av mätningar av koloxidinnehållet i blod hos patienter före och under behandling.

Min adkomst til at tale på denne kongres og mine erfaringer er baseret på et mangeårigt virke med tobaksafvænning og de mangeartede problemer i forbindelse hermed—dels som leder af en tobaksafvænningsklinik, der etableredes i København i marts 1958 og dels på baggrund af et mangeårigt arbejde i praksis hermed.

Inspireret af Ejrups arbejde på Karolinska sjukhuset indførte jeg hans princip med lobelin i behandlingen, men kunne meget snart påvise, at lobelinet, hvorom lød advarende ord fra farmakologisk side, kunne udgå af behandlingen, uden at dette forringede kurens effekt.

Min behandlingsform tog primært sigte på de psykologiske og psykiske momenter og deres samspil, der efter min opfattelse er det essentielle ved rygevanens opståen, idet dette samspil, jeg senere skal vende tilbage til, indgår i det fysiologiske begreb-baning, som her må sidestilles med rygevanen.

### Tobaksmanipulationerne — sansefysiologiske påvirkninger

Det er nemlig samspillet mellem beskæftigelsesmomentet ved rygningen (tobaksmanipulationerne), sansefysiologiske påvirkninger og tobaksrøgens (destillatets) farmakodynamiske effekt på organismen, der skaber og vedligeholder rygevanen, således at det at ryge føles behageligt, har en tranquiliserende effekt, opmuntrer til såvel åndeligt

som legemligt arbejde, udfylder pauser under og efter arbejde, udløsende en følelse af velvære og veltilpashed, holder den nervøse hånd beskæftiget og udfylder eventuelle døde øjeblikke i en samtale.

*Beskæftigelsesmomentet* ved rygningen udgøres af et samspil mellem nødvendighedsbevægelser (åbne cigaretpakken, tænde, stoppe pibe, ryge og slukke) og udtryksbevægelser (forskellig rygetempo efter tobakswarens art, sugestyrke, bevægelse af røgvejens muskulatur i mund, svælg, bronkier og næse).

*De sansefysiologiske påvirkninger* er mangesidede: optiske, akustiske, tryk- og berøringssans, stillingssans, muskel- og senesans, termiske og lungepåvirkning ved inhalationen.

*Farmakodynamiske påvirkninger* skyldes røgdestillatets, kulilten kun ved inhalation, og nikotinet også ved mundrygning.

Endnu et forhold må komme på tale—formentlig det væsentligste, for at forstå rygevanens opståen og følgelig princippet for tobaksafvænning.

Fra sansefysiologien kender vi, at såfremt en eller anden påvirkning under bestemte betingelser bevirker, at en impuls breder sig ad bestemte veje gennem nervesystemet, og derved fremkalder en bestemt reaktion, da vil en hyppig gentagelse af denne påvirkning bevirke, at den pågældende vej gennem nervesystemet bliver mere og mere farbar. Man taler om, at en forudgående impuls

baner vej for de følgende og betegner fænomenet baning. Baning fører til fastere og fastere sammenknytning mellem en bestemt påvirkning og en bestemt dertil svarende reaktion, og omvendt vil en undertrykkelse af sådanne forbindelsesveje anvendelse føre til, at vejene bliver mindre farbare, de bliver blokerede.

Det er dette fysiologiske princip, baning, der fører til rygevanens opståen, og afvænningsbehandlingen tager følgelig sigte på en blokering af forbindelsevejene.

## Behandling

Det institueres derfor *momentan rygeophør* (blokering af forbindelsesvejene), *samtaleterapi*, *autosuggestionsøvelser* og et *psykosedativum* (f.ex. valium mg 2+2+4).

*Samtaleterapien* har karakter af en psykoterapi. Det betyder overmåde meget for patienten at kunne forelægge sine mangartede rygeproblemer for lægen, således at denne kan belyse dem et for et, som ved en hvilken som helst anden sygdom. Patienten føler sig styrket i sit ønske om at holde op med at ryge ved lægens opfattelse af den overdrevne rygning som en sygdom, der har antaget karakter af en eufomani. Det har væsentlig betydning for patienten meget snart at kunne fornemme sin forbedrede kondition, ophør af tobakshoste, velbefindende om morgenen, den forbedrede lugte- og smagssans, og at få disse forhold belyst ved samtalen med lægen.

*Autosuggestionsøvelserne* skal erstatte beskæftigelsesmomentet ved den tidligere rygning og skal udfylde en række sansefysiologiske påvirkninger (tryk, berøring, stillingssans, muskel og senesans, optiske, akustiske og lungepåvirkning), og disse øvelser, der nøje gennemgås for og sammen med patienten, består af følgende:

*Skriveøvelse*: en bestemt sætning formes af patienten (jeg vil ikke dø af lungekræft el. jeg vil ikke være slave af tobak el. andet), og denne sætning nedskrives i en stilebog f.ex. 20 gange for derefter at blive læst højt (imiterende muskel, sene, stillingssans, optisk og akustisk).

*Vejrtrækningsøvelse*, der erstatter inhalationen og skal eftergøre sugebevægelserne, inhalationen og

udpustningen gennem næse og mund evt. kombineret med en synkebevægelse.

*Afspændingsøvelse*, i siddende eller liggende stilling, hvor man forsøger som ved enhver anden form for suggestion at fastholde en forestilling om adfærd, som, når den har nået en vis styrke, har tilbøjelighed til at realisere sig. Princippet ved afspændingsbehandlingen er det, at man efter en indledet afslapning lader patienten koncentrere sig om bestemte forestillinger, der svarer til oplevelser af de fænomener, man ønsker at tilvejebringe (ren, sund og frisk luft -onomatopoetica, så først lungerne renses for tjæren og siden blodet og de indre organer for tjæren og kulilten).

*Psykosedativet* dæmper den uro, der opstår, når rygevanen aflægges, dæmper angstfølelsen, spændingstilstandene, øresusen, hovedpinen, hjertebanken, svimmelhed stigende til regulære kollapstilfælde, den stigende irritabilitet, der indvirker lige så stærkt på omgivelserne (familien). Psykosedativet fører så godt som altid patienten umærkeligt gennem kuren, hvad der forbavser navnlig de patienter, de gentagne gange ved egen hjælp har søgt at blive rygevanen kvit.

Kuren varer 2 uger, herefter sker der en aftrapning af sedativet gennem de efterfølgende fjorten dage. Autosuggestionsøvelserne skal benyttes op til 12 måneder. Vedvarende kontakt med patienten er af stor betydning for fastholdelse af det opnåede rygeophør, og vigtigt er især kontakten indenfor de første 2 måneder, hvor rygerecidiverne fandt sted.

## Problemer

Udover defæcationsproblemer og forøget appetit, som lægen gør klogt i på forhånd at advisere patienten om inden behandlingens påbegyndelse, synes der ikke at være nogle problemer. Kun må lægen gøre sig klar, at psykisk labile rygere, rygere med store personlige problemer ikke kan gennemføre behandlingen med succes. De psykisk stabile må på den anden side være motiverede for en behandling, førend lægen kan påbegynde kuren.

## Behandlingseffekt

En tobaksafvænningsbehandling har lidt under, at

lægen udelukkende var henvist til patientens oplysninger for at kunne vurdere behandlingens effekt. Lægen savnede i virkeligheden en objektiv vurdering, f.ex. i lighed med fastebloodsukkerbestemmelse, el. anden laboratoriebestemmelse, der entydigt kunne aflæses, dels till vurdering af eventuelle fremskridt i behandlingen og dels i udformning af andre og forbedrede behandlingsprincipper.

I bestemmelsen af kuliltehæmoglobinet kan denne mangel nu afhjælpes.

Med reference til Knud Kjeldsens disputats — Smoking and athero sclerosis — kan nævnes, at en serie ikkerygere havde omkring 0,4—0,5 % kuliltehæmoglobin, der er i god øverensstemmelse med Gruts resultater i 1949 hos voksne ikke-rygere i København.

Kjeldsens resultater hos voksne normale rygere ligger omkring 4,2 % kuliltehæmoglobin, hvilket også viser god overensstemmelse med tidligere undersøgelser, og det anføres, at kuliltehæmoglobininholdet stiger med tobaksforbrugets størrelse og med inhalation.

Der foreligger kun få undersøgelser over graden af elimination af kulilten, her skal ligeledes henvises til Kjeldsens disputats, hvor det anføres forskelligt af forskellige undersøgere (1/2 af kulil-

ten elimineres i løbet af 240 minutter, en anden undersøger påviser et fald fra 20 til 10 % kuliltehæmoglobin på 90 minutter, en tredje undersøger når til 250 minutter), og endeligt skal henvises til den af danskeren Asmussen i 1944 opstillede ligning, hvorefter den til enhver tid kuliltehæmoglobinkoncentration kan beregnes, når man har den initiale kuliltehæmoglobinkoncentration (ifølge Asmussen formindskes kuliltehæmoglobinkoncentrationen med 15 % pr time).

Det er af overmåde stor betydning, at kuliltebestemmelse indføres i behandlingen, af mange grunde.

En patient bliver rystet i sin grundvold ved sort på hvidt at få dokumenteret et kulilteindhold på 16 %, som en af mine patienter fører med.

Det er et led i psykoterapien, at lægen kan love patienten, at denne kulilteforgiftning i løbet at ganske få dage vil være ophørt, og yderligere viser jeg patienterne laboratoriesvarene, således at de også på denne måde kan se den positive virkning af behandlingen.

Dernæst kan lægen nu direkte af laboratoriesvaret i det store og hele vurdere patientens oplysninger, og slutteligt vil denne laboratoriebestemmelse indgå i den fremtidige forskning for at nå frem til optimale behandlingsformer.