

Synpunkter på rökavvänjning

Erfarenheter av rökavvänjning i Stockholm

Ture Arvidsson

Författaren redovisar resultat från cirka 4.000 rökare som behandlats i Stockholm under flera år. Antalet ickerökare efter ett år var 35 % i ett subsample av materialet omfattande cirka 100 patienter.

Doktor Ture Arvidsson är verksam vid läkarhuset, Gubbängstorget, Stockholm.

Stockholms rökavvänjningspoliklinik är en avläggare till den mottagning som Ejrup startade redan 1956 och som väl var den första i sitt slag i världen. Den har bytt lokaler flera gånger under årens lopp och finns nu sedan 1968 inrymd i Läkarmottagningen i Gubbängens centrum. Jag har förestått mottagningen sedan 1963. Två halvtidsanställda sjuksköterskor står för merparten av arbetet med patienterna. Hittills har drygt 4000 rökare behandlats.

Behandlingsmetodik

En rökavvänjningskur omfattar normalt 12 besök. Behandlingen pågår i regel en månad med de flesta besöken koncentrerade till de första två veckorna. Följande metoder användes:

1. Individuell behandling (i regel hos sköterskorna) varvid förutom allmänt stödjande och motivationsstärkande terapi ges injektioner med 0,1—0,4 ml Skopyl subkutan dagl och Egazil durerter 2—3 tabl. $\times$ 2 över veckosluten. Man eftersträvar torrhetkänsla i munnen, som fördärvar smaken vid ev. rökning. Dessutom har behandling med injektioner mycket stor suggestiv effekt.

2. Gruppterapi med hypnos en kväll i veckan. Antalet deltagare brukar variera mellan 10 och 20. Tid 1 1/4 timme. Gruppen är öppen. Varje deltagares problem med rökavvänjningen diskuteras, varefter de sista 20 min. anslås till grupp-hypnos. Positiva suggestioner ges i syfte att stärka pat:s beslutsamhet och förmåga att stå emot rök-

begäret. Likgiltighet för rökningen suggereras.

3. Enskild hypnos ges i lämpliga fall och i mån av tid. Pat. kan också få gå i hypnos efter bandspelare. De pat. som ägt bandspelare har fått band med antiröksuggestioner inspelade.

4. Aversionsterapi reserveras för särskilt svårbehandlade fall. Metoden beskrevs 1964 av McGuire och Vallance. Rökaren får en elektrisk stöt från ett induktorium i ena armen varje gång — eller rättare nästan varje gång han drar ett bloss. Vid varje behandling får han röka 1—2 cigaretter. Så småningom uppstår en betingad rädsla eller motvilja mot rökning. Men pat. blir också alltmer rädd för själva behandlingen, och den är därför inte särskilt populär.

Fördelarna med att ha flera olika behandlingsmetoder är uppenbara. En enda metod passar kanske inte alla patienter. Det kan dessutom vara bra att ha en metod i reserv, om pat inte lyckas sluta röka helt med den först nämnda metoden, som ju är den tekniskt enklaste.

Hur stark är rökvanan?

Vid världskongressen Om rökning och hälsa i New York 1967 fastslog den arbetsgrupp som sysslade med problemet, att rökning är beroendeframkallande och att beroendet har två komponenter, dels en biokemisk eller farmakologisk faktor som rimligtvis utgörs av nikotinet, dels en psykosocial faktor som spelar en betydande roll. Om den psykosociala faktorn överväger är det

relativt lätt att sluta röka och abstinensbesvärerna är obetydliga. Om den farmakologiska faktorn däremot dominerar är beroendet svårare att bryta och abstinensbesvärerna kan vara svåra.

Vad är det då som konstituerar styrkan i en vana? Jag har tänkt mig följande formel: $V = (F); (T); (P)$, där V betecknar styrkan i en vana, F är frekvensen d v s hur ofta handlingen i fråga upprepas, T är tillfredsställelsen, alltså vad vanan ger i form av spänningsreduktionen, stimulation o dyl. P är en personlighetsfaktor, som jag tror vara graden av ixtymi (seghet, envishet, omständlighet) hos personen i fråga. Enligt formeln skulle sålunda vanan bli starkare ju mer jag röker, ju mer jag får ut av rökningen och ju mera ixtym jag är. Om F ökar för mycket brukar T sjunka p. g. a. att rökningens negativa effekter alltmer framträder. Om F elimineras försvagas rökvanan snabbt och slocknar ungefär som en betingad reflex som inte förstärkes. Varje skapat behov dör i brist på näring (William James).

Abstinensbesvär vid rökavvänjning

De vanligaste abstinensbesvärerna är dysfori, ibland även verkliga depressioner, trötthet, koncentrationssvårigheter och yrsel vid hypotension. En lätt blodtryckssänkning under ett par veckor är vanliga. Påtagliga koncentrationssvårigheter har uppträtt i ca 30 % av fallen. Dessa upplevs ofta som mycket besvärande fr. a. av personer med intellektuellt arbete. Eftersom rökning verkar stimulerande på såväl binjuremarg som bark, har jag postulerat att det vid rökavvänjning, då det som regel blir ett tvärt avbrytande av all nikotintillförsel, skulle uppkomma en tillfälling insufficiens hos binjurarna. Om man stimulerar med ACTH, visar det sig att trötthet och koncentrationssvårigheter försvinner prompt hos c:a 80 % av patienterna. Vi brukar ge Aceton prol. 30 E i tre-4 dagar i sträck. Vid andra nervösa besvär ges vid behov vanliga sedativa och antidepressiva medel.

Materialiet

100 konsekutiva fall under 1968 utvaldes och efterundersöktes 1 år senare. Samtliga kunde anträffas. Fördelningen mellan män och kvinnor

råkade bli precis jämn. De flesta pat. eller 94 % var i åldern 20—50 år. 95 % var cigarrettrökare, de flesta stortrökare.

Tabell 1. Rökkonsumtion

Antal cig.	Under 10	10—19	20—29	30—39	över 40
	%	%	%	%	%
Män	0	12	21	9	3
Kvinnor	3	15	22	8	2

Dessutom rökte 5 % (män) pipa, i genomsnitt 150 g per vecka.

Tabell 2. Motiv för rökavvänjning

	%
Dålig kondition	34
Lufttrörsbesvär	23
Besvär från hjärta och kärl	17
Halsbesvär	15
Magbesvär	10
Cancerrädsla	10
Ekonomiska skäl	9

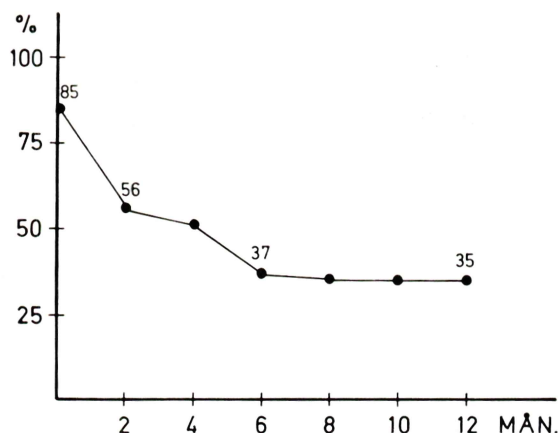
Påtagliga besvär av rökningen är huvudmotivet för rökavvänjning. Rädsla för lungcancer förekommer intressant nog hos endast 10 %. Besvär från luftvägarna och dålig kondition dominerar och finns hos 57 % av patienterna.

Tabell 3. Förekomst av nervösa besvär hos patienterna

	Män	Kvinnor
	%	%
Inga nervösa besvär	32	12
Lättare "	28	16
Måttliga "	20	38
Svårare "	20	34

Patienterna har själva fått skatta sitt psykiska hälsotillstånd efter en skala från inga besvär alls till svårare besvär. Vid svårare besvär har det oftast rört sig om en pågående ångestneuros, en depression eller ett mera uttalat psykasteniskt insufficiensstillstånd. Även 2 schizofrena pat. ingår i materialet. Som framgår av tabell 3 är det bara 12 % av kvinnorna och 30 % av männen som inte har några besvär med sina nerver. Trots detta kommer som framgår av figur 1 85 % att kunna sluta helt med rökningen under behandlingens gång. Tre pat. (3 %) måste p g a nervösa besvär och för mycket arbete avbryta kuren efter några få besök.

Figur 1. Antalet rökare som lyckades sluta helt efter kursens slut (85) och återstående rökfria varannan månad därefter.



Som tidigare nämnts tror jag att en personlighetsfaktor spelar en stor roll vid vanebildning. De flesta rökare som söker en rökavvänjningspoliklinik har antingen försökt sluta på egen hand utan framgång eller anser de att det inte lönar sig att försöka utan hjälp. De sitter hårt fast i sin vana. Under letande efter personlighetsdrag som skulle kunna tänkas vara av betydelse har jag fastnat för graden av ixotymi (envishet, seghet, häftningstendens). Patienterna har nu själva fått skatta i hur hög grad de ansett sig vara envisa till sin läggning. Trots att det snarast ligger något negativt i ordet envis har 3/4 av patienterna bedömt sig vara mer eller mindre envisa. Se tabell 4. Men om envisheten gjort vanan stark, så har den förvisso också varit till god hjälp för pat. under kurens lopp, när det gällt att inte ge upp när rökbegäret ansatt vederbörande.

Tabell 4. Förekomst av ixotyma drag

	Män	Kvinnor
	%	%
Inga ixotyma drag	24	26
Lätta "	22	22
Måttliga "	40	46
Påtagliga "	14	6

Resultat

Av figur 1 framgår att 85 % av patienterna var helt rökfria efter behandlingens slut. De första

två månaderna därefter är emellertid recidivfrekvensen stor. Sedan rätar dock kurvan upp sig mer och mer och tycks stabilisera sig efter 6 mån. Efter 1 år är 35 % icke-rökande. Vid tidigare efterundersökningar har i stort sett samma resultat erhållits (1). Ball som förestår en rökavvänjningsklinik vid Central Middlesex Hospital i London redovisar ett omedelbart resultat av 67 % och efter 1 år 33 % fortfarande rökfria (2). Andra rökavvänjare i USA, England och Norge har publicerat resultat som ligger på 20—40 % rökfria efter 1 år. Av dem som recidiverar kommer dock många tillbaka för ny kur. Det är också intressant att höra många patienter berätta att en eller flera personer i deras närmaste omgivning passar på att sluta röka samtidigt som pat. utan någon speciell hjälp. Liksom man börjar röka därför att ens kamrater röker, så slutar man ofta röka därför att anhöriga och arbetskamrater gör det.

Av de 35 % som inte rökte efter 1 år var de flesta män (69 % mot 30 % kvinnor). Andra rökavvänjare har gjort samma erfarenhet, och det har spekulerats åtskilligt över de möjliga orsakerna till detta faktum. Om man analyserar orsakerna till recidiven kanske man dock kan få en ledtråd.

Tabell 5. Orsaker till recidiv

	Män	Kvinnor
	%	%
Personliga kriser, nervösa besvär	50	85
Starkt rökbegär	58	31
Provrökte utan röklust	15	5
Viktökning	4	5

Procenttalen överstiger 100 beroende på att flera recidivister angett flera orsaker. Tabell 3 visar att kvinnorna har betydligt mera magbesvär, och det är tydligt att detta faktum spelar en roll för den stora kvinnliga recidivfrekvensen. Viktökning oroar många men är inte så ofta anledning till återfall. Av kvinnorna ökade 1/3 i vikt. Viktökningen varierade mellan 2 och 10 kg. 2/3 av männen ökade 2—10 kg i vikt.

Förslag till förändringar av behandlingen

Liksom vid behandling av alkoholsjuka och andra

giftberoende patienter måste man även vid rökavvänjning vara beredd på recidiv. Recidivet hör till sjukdomsbilden. Man måste därför lägga upp behandlingen så, att recidivisten kan fångas upp igen så fort som möjligt. Av recidivfrekvensen framgår att återfallen är sparsamma efter 6 månaders abstinens. Behandlingen borde därför pågå i någon form till dess att faran är över. När det gäller t. ex. alkoholsjuka brukar det inte vara så svårt att motivera pat. till regelbundna återbesök. Många går ju på antabuskur tre gånger i veckan under lång tid. Att motivera rökare till 6 månaders

regelbunden kontakt torde dock vara svårare men borde kunna gå på något sätt.

LITTERATUR

1. *Mcguire, R.J., Vallance, M.* Aversion therapy by electric shock: a simple technique. *Brit. med. J.*, 1964, 1, 151—153.
2. World conference on smoking & health. A summary of the proceedings. 1967.
3. *Ball, Keith P., Kirby, Brian J., Bogen, Connie.* First year's experience in anti-smoking clinic. *Brit. med. J.*, 1965, 1, 1651—1653.

Synpunkter på rökavvänjning

Rökavvänjningsverksamhet i Göteborg

Lars Wilhelmsen

I det följande redovisas erfarenheter från en rökavvänjningspoliklinik, som var i verksamhet hösten 1965 och våren 1966 samt några erfarenheter av rökavvänjning på hjärtinfarktpatienter — en verksamhet som påbörjades i januari 1968 och pågår för närvarande. Under våren 1970 har vi påbörjat gruppterapi för rökare i ett preventivt försök mot hjärtinfarkt och hjärninfarkt i Göteborg, men från detta försök föreligger inga resultat.

Momenten i rökavvänjningsverksamheten har sammanfattats i följande punkter:

I detta arbete redovisas moment i rökavvänjningsverksamheten samt resultat från rökavvänjningsverksamhet på 491 patienter vid en rökavvänjningsklinik i Göteborg. Efter ett år var 25 % av patienterna rökfria. Variabler som hade betydelse för prognosen redovisas. I en serie av patienter med hjärtinfarkt var efter ett år 50 % rökfria.

Docent Lars Wilhelmsen innehar en forskartjänst i Nationalföreningen mot hjärt- och lungsjukdomar och är verksam vid medicinska kliniken I, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg.

1. Upplysning om tobakens skadeverkningar
2. Motivationsbildning för att sluta röka
3. Olika metoder att genomföra rökstopp
 - a) Upplysning om lämplig metod för att klara ett rökstopp