

FACTSHEET ROKEN EN SCHIZOFRENIE

KERNPUNTEN

- Schizofrenie is een psychiatrische stoornis die wordt gekenmerkt door ernstige cognitieve en emotionele verstoringen. Schizofrenie leidt tot een verminderd maatschappelijk functioneren, en komt bij ongeveer 1 op de 200 mensen voor.
- Mensen met schizofrenie hebben een 12-15 jaar kortere levensverwachting dan de algemene bevolking. Meer dan tweederde van de mensen met schizofrenie overlijdt aan coronaire hartziekten. Roken is hiervan een van de belangrijkste veroorzakers en daarmee een van de grote risicofactoren voor vroegtijdig overlijden.
- De meerderheid (circa 60%) van de mensen met schizofrenie in Nederland rookt. Zij roken bovendien bovengemiddeld veel. Tegelijkertijd zijn er ook veel mensen met schizofrenie die succesvol gestopt zijn of nooit gerookt hebben.
- Voor de hypothese dat roken een vorm van zelfmedicatie is voor mensen met schizofrenie, en tot een afname van de ernst van symptomen leidt, is geen onverdeeld wetenschappelijk bewijs. Wel leidt roken ertoe dat diverse soorten antipsychotica minder lang werkzaam zijn.
- De afgelopen jaren kijkt men in de zorg anders tegen het roken door schizofreniepatiënten aan en wordt roken erkend als schadelijk en veranderbaar gedrag. Als gevolg hiervan zijn er interventies ontwikkeld en onderzocht om mensen met schizofrenie te ondersteunen bij het stoppen met roken.
- Ondersteuning bij stoppen met roken met het medicijn bupropion leidt tot positieve resultaten bij mensen met schizofrenie, mits ze hun antipsychotica ook slikken. Over de effectiviteit van ondersteuning met psychosociale interventies of nicotinevervangers is nog weinig bekend.

HET VÓÓRKOMEN VAN SCHIZOFRENIE EN ROKEN

Wat is schizofrenie?

Schizofrenie wordt gekenmerkt door cognitieve en emotionele verstoringen. De meest bekende symptomen zijn wanen (denkbeelden die niet kloppen met de werkelijkheid) en hallucinaties (waarnemingen die niet door een externe prikkel worden veroorzaakt) [1], hoewel deze symptomen niet noodzakelijk zijn om schizofrenie te diagnosticeren. Uitgaand van de vijfde herziene editie van de Diagnostic Statistical Manual (DSM-V) is van schizofrenie sprake wanneer er minimaal twee van de volgende vijf kenmerkende symptomen worden vastgesteld, die gedurende minimaal een maand een groot deel van de tijd aanwezig zijn: positieve symptomen (wanen, hallucinaties); onsamenhangende/ gedesorganiseerde spraak; ernstig gedesorganiseerd of katatoon gedrag (geen of niet-doelgerichte beweging); en negatieve symptomen (vervlakking van het gevoel, gedachten- of spraakarmoede of apathie). Daarnaast moet er sprake zijn van in elk geval één van de volgende drie symptomen: wanen, hallucinaties of onsamenhangende/ gedesorganiseerde spraak. Schizofrenie is een psychiatrische stoornis die zich bij mannen meestal tussen het zestigste en vijfendertigste levensjaar voor het eerst openbaart, terwijl bij vrouwen de beginleeftijd wisselt [3].

In toenemende mate heerst de opvatting dat er vloeiende overgangen zijn tussen psychisch gezond zijn en psychische ziekte. Deze opvatting is zeker ook toepasbaar op schizofrenie. Psychotische of psychoseachtige verschijnselen komen bij 10-20% van de algemene bevolking wel eens voor en hoeven doorgaans niet behandeld te worden. Er is pas mogelijk sprake van schizofrenie bij een langdurige, ernstige achteruitgang in het functioneren, waarvoor men behandeld moet worden [3].

Mensen met schizofrenie zijn vaak sterk belemmerd in hun dagelijks functioneren (relaties, zelfverzorging, school, werk). Ook gaat schizofrenie relatief vaak samen met diverse andere lichamelijke en geestelijke aandoeningen.

Mensen die lijden aan schizofrenie sterven gemiddeld 12-15 jaar jonger dan de algemene bevolking [4]. Schizofrenie veroorzaakt hiermee meer verloren levensjaren per patiënt dan de meeste vormen van kanker en andere lichamelijke ziekten [4].

Eén mogelijke verklaring voor het hoge aantal verloren levensjaren van mensen met schizofrenie is het relatief vaak voorkomen van zelfdoding, in de eerste jaren van de ziekte en niet zelden al op relatief jonge leeftijd [5]. Schizofrenie gaat echter ook vaak samen met een ongezonde leefstijl (ongezonde voeding, te weinig beweging, roken, drinken) waardoor de kans op diverse lichamelijke ziekten wordt verhoogd [5]. Zo hebben mensen met schizofrenie een kans van 30%-35% op het metabool syndroom [6], een stofwisselingsaandoening veroorzaakt door een disbalans tussen hoeveel iemand eet en hoeveel iemand beweegt. Het metabool syndroom leidt in de algemene bevolking onder meer tot een vier keer zo hoog risico op diabetes en een twee keer zo hoog risico op cardiovasculaire stoornissen en vroegtijdig overlijden [6]. Deze somatische ziekten zijn uiteindelijk verantwoordelijk voor een veel hoger aantal voortijdige overlijdensgevallen dan zelfdoding onder mensen met schizofrenie.

Hoe vaak komt schizofrenie voor in de algemene bevolking?

Naar schatting 0,5% van de Nederlandse bevolking van 18 tot en met 64 jaar krijgt gedurende het leven schizofrenie. Dit komt neer op ongeveer 50.500 mensen in Nederland [7,8]. Deze schatting is gebaseerd op de gegevens uit het tweede NEMESIS onderzoek (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2) [7]. Dit percentage komt goed overeen met internationale schattingen, waarin men op basis van 188 onderzoeken uitgevoerd in 46 landen tussen 1965 en 2002 uitkomt op een percentage van 0,4% [9].

Opvallend is dat het voorkomen van schizofrenie onder migranten 1,8 keer zo hoog is als onder niet-migranten [9]. Verder blijkt dat mannen een 15% verhoogde kans hebben schizofrenie te krijgen vergeleken met vrouwen [10], hoewel dit verschil tussen mannen en vrouwen niet altijd wordt gevonden [9]. Het lijkt er samenvattend op dat schizofrenie in de meeste landen ongeveer in gelijke proporties voorkomt, maar dat er tussen verschillende groepen binnen een land verschillen zijn in hoe groot de kans is dat men schizofrenie krijgt.

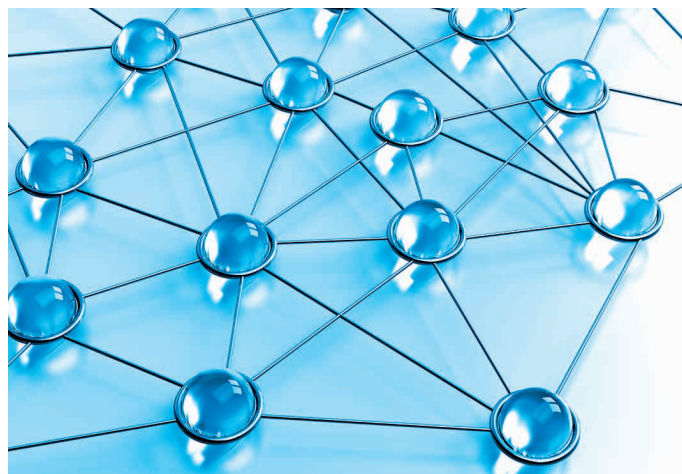
Het aantal nieuwe gevallen van schizofrenie per jaar is in Nederland op basis van al wat ouder onderzoek uit 1996 geschat op 12,2 per 100.000 [11]. Dit komt neer op ongeveer 1230 nieuwe gevallen van schizofrenie per jaar in Nederland, uitgaand van de algemene bevolking tussen 18-65 jaar oud [8,11]. Deze schatting wordt gestaafd door recent onderzoek van Sutterland en collega's [12].

Is er een relatie tussen roken en schizofrenie?

Algemeen wordt aangenomen dat relatief veel mensen met schizofrenie roken, en dat de rokers onder hen relatief veel roken. De wetenschappelijke literatuur steunt deze veronderstelling [13]. Tegelijkertijd zijn er ook onderzoeken die laten zien dat het aandeel rokers onder mensen met schizofrenie soms fors hoger wordt ingeschat dan in werkelijkheid het geval is, en dat onderzoeken die de hoogste percentages

rokers onder mensen met schizofrenie rapporteren, vaker worden aangehaald dan onderzoeken die lagere percentages rokers presenteren [14]. Hierdoor kan ten onrechte het beeld ontstaan dat bijna alle mensen met schizofrenie roken, dat ze bijna altijd veel roken, en niet kunnen of willen stoppen. Terwijl dit beeld onterecht en onjuist is.

Toch is het percentage rokers onder schizofreniepatiënten reden tot zorg. Onderzoek waarin de uitkomsten van 42 onderzoeken uit 20 landen in een meta-analyse zijn gecombineerd laat zien dat mensen met schizofrenie een sterk verhoogde kans hebben om te roken in vergelijking met de algemene populatie. Voor mannen blijkt de kans om bij schizofrenie te roken nog sterker verhoogd dan bij vrouwen het geval is [13]. In dezelfde meta-analyse wordt het percentage mensen met schizofrenie dat rookt geschat op 62% [13]. Andere meta-analyses komen met vergelijkbare schattingen (zie bijvoorbeeld [15]). Wel is het zo dat de percentages rokende schizofreniepatiënten in landen waar de algemene bevolking minder rookt in absolute zin beduidend lager liggen, maar nog altijd hoger dan in de algemene bevolking gebruikelijk is (bijvoorbeeld 26% onder mensen met schizofrenie tegenover 10% in de algemene bevolking, in Colombia [16]).



Ook mensen met een angst- of stemmingsstoornis roken vaker dan de algemene bevolking, maar mensen met schizofrenie hebben met hen vergeleken een nóg grotere kans om te roken [13]. Dit blijkt uit een overzicht van 18 onderzoeken uit negen landen, waarin de percentages rokers onder mensen met ondermeer angst-, stemmingsstoornissen en schizofrenie worden vergeleken.

Niet alleen hebben mensen met schizofrenie een verhoogde kans te roken, ze roken ook bovengemiddeld veel sigaretten per dag, een verschijnsel dat zich wereldwijd voordoet [13]. Er kan worden gesteld dat rokende schizofreniepatiënten vaker zwaar roken dan rokers in de algemene bevolking. In deze onderzoeken varieerden de definities van zwaar roken echter (>20, >25 of >30 sigaretten per dag) [13].

De in deze paragraaf besproken samenhang tussen roken en schizofrenie blijft ook bestaan wanneer wordt gecontroleerd voor mogelijke alternatieve verklaringen, zoals gebruik van antipsychotische medicatie, sociaaleconomische status, of alcohol en drugsgebruik [17-19].

Waarom is deze relatie belangrijk?

Mensen met schizofrenie hebben een verhoogde kans om vroegtijdig te overlijden en het verschil in leeftijd waarop iemand met schizofrenie overlijdt, neemt in vergelijking met de leeftijdsverwachting van de algemene bevolking steeds verder toe [21,22]. Het aantal verloren levensjaren van mensen met schizofrenie is als gevolg van hun ziekte in de afgelopen decennia kortom steeds groter geworden. Hoewel zelfdoding de belangrijkste niet-natuurlijke doodsoorzaak is en 10% van de mensen met schizofrenie door zelfdoding om het leven komt, overlijdt meer dan tweederde van de mensen met schizofrenie aan coronaire hartziekten. Ter vergelijking: in de algemene bevolking overlijdt ongeveer 50% aan coronaire hartziekten [20,23], en komt 1,24% van de Nederlanders door zelfdoding om het leven (pijljaar 2012) [8].

Doordat mensen met schizofrenie vaker en meer roken neemt hun risico op coronaire hartziekten ook toe. Wanneer ze coronaire hartziekten hebben krijgen mensen met schizofrenie vaker zorg en zijn ze minder therapietrouw dan niet-schizofreniepatiënten, waardoor het perspectief op herstel slechter is [23]. In sommige landen is het bovendien zo dat de toegang tot zorg voor mensen met schizofrenie beperkt is [23], bijvoorbeeld in landen waar men voor veel vormen van zorg zelf moet betalen. Ook zijn er aanwijzingen dat rokende schizofreniepatiënten een verhoogde kans hebben om een of meer pogingen tot zelfdoding te doen of te hebben gedaan in vergelijking met niet-rokende schizofreniepatiënten [24]. Indien mensen met schizofrenie minder zouden roken zou dit ook de kans op de belangrijkste doodsoorzaken van deze groep reduceren, en verkleint dit het aantal verloren levensjaren in absolute zin en ten opzichte van de algemene bevolking.

Leidt roken bij schizofrenie tot andere aandoeningen en problemen?

Het voorkomen van diverse aan roken gerelateerde aandoeningen is hoger onder mensen met schizofrenie dan onder de algemene bevolking [22]. Mogelijkerwijs komt dit mede door de hogere prevalentie van roken binnen deze populatie, en ook vanwege de relatief hoge tabaksconsumptie per roker [5], hoewel oorzaak en gevolg hier moeilijk zijn te onderscheiden. Toch wordt roken beschouwd als een belangrijke factor in ziekte en vroegtijdig overlijden van mensen met schizofrenie als gevolg van hart- en vaatziekten, en ziekten van de luchtwegen [25].

Ook zijn er naast de verhoogde ziektelast negatieve financiële en daarmee sociale consequenties verbonden aan het roken door schizofreniepatiënten. Zij geven een relatief groot deel van hun inkomen uit aan sigaretten. Een Amerikaanse studie toonde aan dat de helft van de rokende schizofreniepatiënten 27% of meer van hun inkomen uitgeven aan tabak [26]. Dit heeft als gevolg dat er (nog) minder geld overblijft voor bijvoorbeeld sociale activiteiten buitenshuis, scholing, zorg, gezonde voeding of sport.

VERKLARINGEN VOOR HET VERBAND TUSSEN ROKEN EN SCHIZOFRENIE

Waarom roken mensen met schizofrenie vaak en veel?

Wat precies de oorzaak is van het verhoogde tabaksgebruik onder mensen met schizofrenie is niet bekend. Een bekende theorie is dat roken een vorm van zelfmedicatie is. Roken,

en in het bijzonder nicotine, zou de negatieve bijwerkingen van bepaalde antipsychotische medicatie onderdrukken. Ook zou het de negatieve symptomen van schizofrenie (vervlakking van het affect, gedachten- of spraakarmoede, apathie) onderdrukken, en een positief effect hebben op de cognitieve vermogens van mensen met schizofrenie [19]. Er zijn echter ook onderzoeken die deze zelfmedicatiehypothese onwaarschijnlijk achten [27,28].

Twee neurobiologische theorieën waarom mensen met schizofrenie veel en vaak roken zijn (1) dat nicotine de dopamineactiviteit in bepaalde hersengebieden (o.a. prefrontale cortex), die bij mensen met schizofrenie mede als gevolg van de medicatie verstoord is, kan herstellen [27,29,30]; en (2) dat verminderde activiteit van de neurotransmitter glutamaat in bepaalde hersengebieden bij mensen met schizofrenie mogelijk kan worden hersteld door het toedienen van nicotine [27,31]. Geen van deze theorieën wordt echter breed beschouwd als de verklaring waarom mensen met schizofrenie veel roken.

Heeft roken invloed op het beloop van schizofrenie?

Roken heeft invloed op drie factoren die van belang zijn voor het beloop van schizofrenie: cognitie, stemming, en medicatie. Cognitieve functies, zoals aandacht en het geheugen, zijn vaak verminderd of verstoord bij mensen met schizofrenie [2]. Nicotine kan door stimulering van nicotinerge acetylcholine-receptoren deze verslechtering in functies mogelijk positief beïnvloeden [32-34].

Ten aanzien van stemming wordt gevonden dat het roken door psychiatrisch patiënten, waaronder mensen met schizofrenie, gezien kan worden als een poging het beloningssysteem te stimuleren, om zo negatieve of depressieve gevoelens te onderdrukken [35]. Omgekeerd kan stoppen met roken leiden tot ontweningsverschijnselen, zoals anhedonie en depressieve klachten [35].

Deze twee bevindingen op cognitieve processen en stemming suggereren dat tabak of nicotine op de korte termijn invloed kunnen hebben op de symptomen die horen bij schizofrenie. Tegelijkertijd is er ook onderzoek waaruit blijkt dat roken juist samengaat met een verergering van de positieve symptomen van schizofrenie, met alcohol- of drugsgebruik, en met een hoger risico op suïcide (zie bijvoorbeeld [36]).

Ten derde heeft roken invloed op de omzetting en afbraak van antipsychotische medicatie, en daarmee op de effectiviteit van deze medicijnen. Doordat bij de afbraak van nicotine deels dezelfde enzymen betrokken zijn als bij de afbraak van bepaalde psychofarmaca, kan roken ervoor zorgen dat de bloedconcentraties en de werkzaamheid van deze medicatie negatief worden beïnvloed. De afbraak ervan wordt versneld onder invloed van nicotine [19,37,38,39]. Hierdoor moeten rokers hogere doseringen nemen dan niet-rokers met schizofrenie voor eenzelfde effect van de medicatie [18,40]. Dit kan tot een hogere belasting van organen leiden die betrokken zijn bij de afbraak van deze medicatie.

Heeft schizofrenie invloed op het beloop van roken?

Gebrek aan motivatie, een van de negatieve symptomen van schizofrenie, heeft een ongunstig effect op het vermogen

om op eigen kracht te stoppen met roken. Mede hierom blijven mensen met schizofrenie vaker roken als ze eenmaal begonnen zijn. Tegelijkertijd zijn mensen met schizofrenie wel degelijk geïnteresseerd in passende interventies om stoppen-met-roken te ondersteunen, bijvoorbeeld het bezoeken van een stoppen-met-roken groep, wanneer deze mogelijkheden hen worden geboden [41]. Andere aanwijzingen dat schizofrenie invloed heeft op het beloop van roken zijn niet gevonden.

STOPPEN MET ROKEN EN INTERVENTIES BIJ SCHIZOFRENIE

Willen mensen met schizofrenie stoppen met roken?

Het beeld dat bestaat van mensen met schizofrenie die niet willen of kunnen stoppen, ook al worden ze hierin ondersteund, doet de werkelijkheid tekort. Wel is het zo dat een aantal symptomen en neveneffecten van schizofrenie, waaronder cognitieve problemen, gedesorganiseerd denken, aandachtsproblemen, problemen met het doorzettingsvermogen of de motivatie, depressieve symptomen, of alcohol- en drugsgebruik, van invloed zijn op de moeite die mensen met schizofrenie kost om te stoppen met roken [36,42,43]. Daarnaast zijn er studies die laten zien dat mensen met schizofrenie de mogelijke risico's op gezondheidsschade als gevolg van roken te laag inschatten vergeleken met rokers zonder schizofrenie [36,44].



Tegelijkertijd weten we dat mensen met schizofrenie geïnteresseerd zijn in stoppen-met-roken interventies wanneer deze hen worden aangeboden [41,45]. Een van de redenen dat relatief weinig mensen met schizofrenie stoppen met roken is echter dat ze veel minder vaak worden geadviseerd en ondersteund bij het stoppen met roken [46,47]. Soms wordt hen zelfs geadviseerd om niet te stoppen vanwege hun psychiatrische conditie [14,48].

Meer recent kijkt de hulpverlening anders aan tegen het roken door schizofreniepatiënten en wordt het erkend als schadelijk gedrag dat verandering en in sommige gevallen behandeling vereist. Als gevolg hiervan zijn er bijvoorbeeld

richtlijnen voor stoppen-met-roken interventies voor mensen met schizofrenie ontwikkeld (zie bijvoorbeeld [49]). Het aantal interventies specifiek ontwikkeld om stoppen met roken door mensen met schizofrenie te ondersteunen neemt de laatste jaren toe.

Welke stoppen-met-roken interventies zijn bewezen effectief voor mensen met schizofrenie?

In een recente Cochrane review [36] is een breed palet aan stoppen-met-roken interventies voor mensen met schizofrenie onderzocht op effectiviteit, door resultaten van eerdere kwalitatief hoogwaardige onderzoeken te combineren. Er is gekeken naar psychosociale interventies, contingency management interventies waarbij gestopt blijven (financieel) wordt beloond, behandelingen met nicotinevervangers zoals nicotinepleisters, en overige farmacologische interventies (met bupropion en met varenicline). In totaal werden 34 onderzoeken opgenomen in deze meta-analyse.

Het sterkste bewijs werd gevonden voor het positieve effect van het medicijn bupropion bij het stoppen met roken door mensen met schizofrenie. (7 onderzoeken; 340 deelnemers; relatief risico = 3,0; gemeten aan het einde van de behandeling). Dit betekent dat rokers met schizofrenie die stoppen met roken met behulp van bupropion een drie keer grotere kans hebben om aan het einde van de interventie nog gestopt te zijn met roken in vergelijking met de rokers die een placebo hebben gekregen. Ook op de langere termijn, zes maanden na beëindiging van de behandeling, blijven de resultaten met bupropion positief (5 onderzoeken; 214 deelnemers; relatief risico = 2,8). Bupropion is een antidepressivum waarmee ook rokers zonder psychiatrische stoornissen positieve resultaten behalen [50]. Mensen met schizofrenie die met bupropion werden behandeld rapporteerden zelden ernstige (psychische) bijwerkingen van dit middel wanneer ze ook hun antipsychotica bleven slikken. Nemen ze geen antipsychotica, dan is er op basis van de wetenschappelijke literatuur wel een (klein) risico te verwachten op het krijgen van een psychose als gevolg van het gebruik van bupropion [51].

De resultaten met het medicijn varenicline waren minder positief. Varenicline beïnvloedt de werking van nicotine op de hersenen, waardoor de gevoeligheid voor nicotine afneemt. Met varenicline zijn bij rokers zonder psychische problemen goede resultaten behaald [50]. Weliswaar werd op basis van twee studies gevonden dat direct na behandeling het aantal gestopte rokers met schizofrenie hoger lag in de varenicline-groep dan in de placebogroep, maar dit effect verdween na 6 maanden of langer.

Daarnaast werden er ernstige bijwerkingen gerapporteerd. Twee van de 144 met varenicline behandelde mensen met schizofrenie rapporteerden suïcidale gedachten en/of pogingen tot zelfdoding [36].

De resultaten van ‘contingency management’ behandelingen, waarbij mensen met schizofrenie een financiële beloning ontvingen wanneer ze stopten met roken en gestopt bleven, waren aanvankelijk positief, in vergelijking met actieve controlebehandeling zonder contingency management component. Deze aanvankelijk positieve effecten verdwenen echter toen de financiële beloning voor de deelnemers werd weggenomen [36].

Om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over de effectiviteit van behandelingen met nicotinevervangers of psychosociale interventies was te weinig onderzoek van voldoende methodologische kwaliteit beschikbaar toen de Cochrane review in 2013 verscheen [36]. Een andere recente meta-analyse rapporteert wel gunstige resultaten van zowel farmacologische en psychosociale interventies op de korte termijn, maar vindt deze aanvankelijk positieve resultaten niet op de langere termijn [52].

“VOEL JE VRIJ” GROEPSINTERVENTIE STOPPEN MET ROKEN VOOR PSYCHIATRISCH PATIËNTEN

Momentum Advies & Coaching heeft in samenwerking met GGZ inGeest de intensieve stoppen-met-roken groepsinterventie ‘Voel je Vrij GGZ’ ontwikkeld voor rokende psychiatrische patiënten. Een kleine pilotstudie die in 2012 is uitgevoerd leerde dat het haalbaar is om deze interventie uit te voeren bij de beoogde populatie, en gaf een eerste indicatie dat de succespercentages mogelijk vergelijkbaar zijn met die van interventies gericht op de algemene populatie rokers in Nederland. Momenteel worden GGZ medewerkers getraind in het kunnen geven van deze interventie in hun eigen instelling. In Nederland zijn nog nauwelijks programma’s beschikbaar om stoppen met roken onder psychiatrische patiënten met behulp van psychosociale interventies te faciliteren.

Heeft stoppen met roken een effect op het beloop van schizofrenie?

Een duidelijk en veel gerapporteerd effect van roken bij schizofrenie is de interactie met de afbraak van veelgebruikte medicatie, waardoor de dosering hiervan bij rokende mensen met schizofrenie doorgaans hoger is dan bij hen die niet roken [39]. Het gevolg hiervan is dat wanneer deze mensen stoppen met roken de dosis van de antipsychotica moet worden bijgesteld: bij gelijkblijvende dosering zou de bloedconcentratie van de medicatie te hoog worden. Door de verlaging van de medicatiedosering valt te verwachten dat bijwerkingen kunnen afnemen, hoewel dit in de geraadpleegde wetenschappelijke literatuur niet werd beschreven.

Recent onderzoek laat verder zien dat er weinig tot geen aanwijzingen zijn dat stoppen met roken een negatieve invloed op de psychiatrische klachten heeft, maar in dit onderzoek vond men aan de andere kant niet dat de klachten en ernst van de symptomen afnamen nadat mensen met schizofrenie waren gestopt met roken [53].

Hoe denken zorgverleners over stoppen-met-roken interventies bij schizofrenie?

Stoppen-met-roken interventies bij mensen met schizofrenie krijgen momenteel slechts in beperkte mate aandacht van de

professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Roken wordt vaak getolereerd bij mensen met schizofrenie door hulpverleners, en soms zelfs beschouwd als normaal zelfmedicatie-gedrag [54].



De populariteit van de zelfmedicatiehypothese heeft ervoor gezorgd dat onderzoek naar behandeling bij stoppen met roken voor mensen met psychiatrische problemen nog in de kinderschoenen staat, en dat het onder de aandacht brengen van stoppen-met-roken interventies in deze populaties weinig prioriteit krijgt [54].

Het erkennen van nicotineafhankelijkheid als een te behandelen stoornis, en het aanbieden van passende interventies door zorgverleners aan mensen met psychische stoornissen zoals schizofrenie is beperkt en verdient meer aandacht [55].

Ook is het nodig dat er op dit gebied een cultuuromslag wordt bewerkstelligd in de geestelijke gezondheidszorg. Uit onderzoek in het buitenland blijkt dat momenteel de opvatting heerst dat een tolerante houding ten opzichte van roken op zijn plaats is [54]. Ook wordt de gelegenheid te roken, of het verstrekken van sigaretten soms als beloning ingezet.

Het voeren van rookbeleid voor zowel patiënten als medewerkers binnen psychiatrische instellingen is inmiddels gemeengoed [56]. Toch laten diverse onderzoeken zien dat de zorgverleners daardoor niet altijd hun attitudes ten opzichte van roken door mensen met psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie bijstellen [54,57]. Op dit gebied is de komende jaren dus kortom nog veel werk te verzetten.

LITERATUUR

- [1] Bruggeman, R., & Meijer, S. (2010). Wat is schizofrenie en wat is het beloop? In: RIVM (2010). Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM. URL: <http://www.webcitation.org/6J0qVraD8>
- [2] Cahn, W., Krabbendam, L., Myin-Germeys, I., Bruggeman, R., & de Haan, L. (red.) (2011). Handboek Schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom.
- [3] Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2012). Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie. De Tijdstroom, Utrecht.
- [4] van Os J, Kapur S. (2009). Schizophrenia. Lancet, 22; 374: 635-45.
- [5] Saha S, Chant D, McGrath J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry, 64: 1123-31.

- [6] Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, van Winkel R, Yu W, De Hert M. (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders - a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*, 39(2):306-18.
- [7] de Graaf, R., Ten Have, M. & van Dorsselaer, S. (2010). De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten. Trimbos-instituut, Utrecht:Trimbos-instituut.
- [8] CBS Statline (2013). Bevolkingsteller Nederland op 28 augustus 2013. Den Haag: CBS.
- [9] Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J (2005) A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med* 2(5): e141
- [10] van der Werf M, Hanssen M, Köhler S, Verkaaik M, Verhey FR; RISE Investigators, van Winkel R, van Os J, Allardyce J. Systematic review and collaborative recalculation of 133 693 incident cases of schizophrenia. *Psychol Med*. 2012 Dec 17:1-8.
- [11] Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. (1997a) Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: het NEMESIS-onderzoek. II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. *Ned Tijdschr Geneeskd*, 141: 2453-60.
- [12] Sutherland AL, Dieleman J, Storosum JG, Voordouw BA, Kroon J, Veldhuis J, Denys DA, de Haan L, Sturkenboom MC. (2013). Annual incidence rate of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders in a longitudinal population-based cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 48(9):1357-65.
- [13] de Leon J, Diaz FJ. (2005). A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*, 76(2-3):135-57.
- [14] Chapman S, Ragg M, McGeechan K. (2009). Citation bias in reported smoking prevalence in people with schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry*, 43(3):277-82.
- [15] Myles N, Newall HD, Curtis J, Nielssen O, Shiers D, Large M. (2012). Tobacco use before, at, and after first-episode psychosis: a systematic meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, 73(4): 468-475.
- [16] Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE, Rueda-Sánchez M, Farelo-Palacín D, Díaz FJ, de Leon J. (2006). Smoking is associated with schizophrenia, but not with mood disorders, within a population with low smoking rates: a matched case-control study in Bucaramanga, Colombia. *Schizophr Res*, 83(2-3): 269-276.
- [17] Lyons, M.J., Bar, J.L., Kremen, W.S., Toomey, R., Eisen, S.A., Goldberg, J., Faraone, S.V., Tsuang, M. (2002). Nicotine and familial vulnerability to schizophrenia: a discordant twin study. *J Abnorm Psychol*, 111: 687-693.
- [18] Aguilar, M.C., Gurpegui, M., Diaz, F.J., de Leon, J. (2005). Nicotine dependence and symptoms in schizophrenia: naturalistic study of complex interactions. *Br J Psychiatry*, 186: 215-221.
- [19] Kumari, V., Postma, P. (2005). Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses. *Neurosci Biobehav Rev*, 29: 1021-1034.
- [20] Hennekens, C.H., Hennekens, A.R., Hollar, D., Casey, D.E. (2005). Schizophrenia and increased risks of cardiovascular disease. *Am Heart J*, 150: 1115-1121.
- [21] Auquier, P., Lancon, C., Rouillon, F., Lader, M., Holmes, C. (2006). Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 15: 873-879.
- [22] Saha, S., Chant, D., McGrath, J. (2007). A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*, 64: 1123-1131.
- [23] Hennekens, C.H. (2007). Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia. *J. Clin. Psychiatry*, 68(Suppl 4): 4-7.
- [24] Kanwar J, Okusaga O, Giegling I, Konte B, Vaswani D, Sleemi A, Vaswani R, Hartmann AM, Friedl M, Hong LE, Reeves G, Stephens S, Dixon L, Rujescu D, Postolache TT. (2013). In patients with schizophrenia, non-fatal suicidal self-directed violence is positively associated with present but not past smoking. *Schizophr Res*, 149(1-3): 194-5.
- [25] Kelly DL, McMahon RP, Wehring HJ, Liu F, Mackowick KM, Boggs DL, Warren KR, Feldman S, Shim J-C, Love RC, Dixon L. (2011). Cigarette Smoking and Mortality Risk in People with Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 37(4): 832-838.
- [26] Steinberg, ML; Williams, JM; Ziedonis, DM (2004). Financial implications of cigarette smoking among individuals with schizophrenia. *Tob Control*, 13(2): 206.
- [27] Dome P, Lazary J, Kalapos MP, Rihmer Z. Smoking, nicotine and neuropsychiatric disorders. (2010). *Neurosci Biobehav Rev*, 34(3): 295-342.
- [28] Hahn B, Harvey AN, Concheiro-Guisan M, Huestis MA, Holcomb HH, Gold JM. (2013). A test of the cognitive self-medication hypothesis of tobacco smoking in schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 74(6): 436-43.
- [29] Guillin, O., Abi-Dargham, A., Laruelle, M. (2007). Neurobiology of dopamine in schizophrenia. *Int Rev Neurobiol*, 78: 1-39.
- [30] Schilstrom, B., Ivanov, V.B., Wiker, C., Svensson, T.H. (2007). Galantamine enhances dopaminergic neurotransmission in vivo via allosteric potentiation of nicotinic acetylcholine receptors. *Neuropsychopharmacology*, 32: 43-53.
- [31] Lewis, D.A., Gonzalez-Burgos, G. (2006). Pathophysiologically based treatment interventions in schizophrenia. *Nat Med*, 12: 1016-1022.
- [32] Sacco, K.A., Termine, A., Seyal, A., Dudas, M.M., Vessicchio, J.C., Krishnan-Sarin, S., Jatlow, P.I., Wexler, B.E., George, T.P. (2005). Effects of cigarette smoking on spatial working memory and attentional deficits in schizophrenia: involvement of nicotinic receptor mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*, 62: 649-659.
- [33] Buchanan, R.W., Freedman, R., Javitt, D.C., Abi-Dargham, A., Lieberman, J.A. (2007). Recent advances in the development of novel pharmacological agents for the treatment of cognitive impairments in schizophrenia. *Schizophr Bull*, 33: 1120-1130.
- [34] Barr, R.S., Culhane, M.A., Jubelt, L.E., Muftic, R.S., Dyer, M.A., Weiss, A.P., Deckersbach, T., Kelly, J.F., Freudenreich, O., Goff, D.C., Evins, A.E. (2008b). The effects of transdermal nicotine on cognition in nonsmokers with schizophrenia and nonpsychiatric controls. *Neuropsychopharmacology*, 33: 480-490.
- [35] Aubin HJ, Rollema H, Svensson TH, Winterer G. Smoking, quitting, and psychiatric disease: a review. (2012). *Neurosci Biobehav Rev*, 36(1): 271-84.
- [36] Tsoi DT, Porwal M, Webster AC. (2013). Interventions for smoking cessation and reduction in individuals with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013-2: CD007253.
- [37] Salokangas, R.K., Saarijärvi, S., Taiminen, T., Lehto, H., Niemi, H., Ahola, V., Syvalahti, E. (1997). Effect of smoking on neuroleptics in schizophrenia. *Schizophr Res*, 23(1): 55-60.
- [38] Ziedonis, D.M., George, T.P. (1997). Schizophrenia and nicotine use: report of a pilot smoking cessation program and review of neurobiological and clinical issues. *Schizophr Bull*, 23: 247-254.
- [39] Desai, H.D., Seabolt, J., Jann, M.W. (2001). Smoking in patients receiving psychotropic medications: a pharmacokinetic perspective. *CNS Drugs*, 15: 469-494.
- [40] de Leon, J., Diaz, F.J., Aguilar, M.C., Jurado, D., Gurpegui, M. (2006). Does smoking reduce akathisia? Testing a narrow version of the self-medication hypothesis. *Schizophr Res*, 86: 256-268.
- [41] Addington, J., el-Guebaly, N., Addington, D., Hodgins, D. (1997). Readiness to stop smoking in schizophrenia. *Can J Psychiatry*, 42: 49-52.
- [42] Moss TG, Sacco KA, Allen TM, Weinberger AH, Vessicchio JC, George TP. (2009). Prefrontal cognitive dysfunction is associated with tobacco dependence treatment failure in smokers with schizophrenia. *Drug Alcohol Depend*, 104(1- 2): 94-9.
- [43] Culhane MA, Schoenfeld DA, Barr RS, Cather C, Deckersbach T, Freudenreich O, Goff DC, Rigotti NA, Evins AE. (2008). Predictors of early abstinence in smokers with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*, 69(11): 1743-50.

[44] Kelly DL, Raley HG, Lo S, Wright K, Liu F, McMahon RP, Moolchan ET, Feldman S, Richardson CM, Wehring HJ, Heishman SJ. (2012). Perception of Smoking Risks and Motivation to Quit Among Nontreatment-Seeking Smokers With and Without Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 38(3): 543-551.

[45] Moeller-Saxone K. (2008). Cigarette smoking and interest in quitting among consumers at a Psychiatric Disability Rehabilitation and Support Service in Victoria. *Aust N Z J Public Health*, 32: 479-481.

[46] Prochaska JJ, Gill P, Hall SE, Hall SM. (2005). Identification and treatment of substance misuse on an inpatient psychiatry unit. *Psychiatr Serv*, 56: 347-349.

[47] Himelhoch S, Daumit G. (2003). To whom do psychiatrists offer smoking-cessation counseling? *Am J Psychiatry*, 160: 2228-2230.

[48] Green M, Clarke D. (2005). Smoking reduction and cessation: a hospital based survey of outpatients' attitudes. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 43: 18-25.

[49] Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL, Noel JM, Boggs DL, Fischer BA, Himelhoch S, Fang B, Peterson E, Aquino PR, Keller W; Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). (2010). The 2009 Schizophrenia PORT Psychopharmacological Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophr Bull*, 36(1): 71-93.

[50] Cahill K, Stevens S, Perera R, Lancaster T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: an overview and network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013-5: CD009329.

[51] Englisch S, Morgen K, Meyer-Lindenberg A, Zink M. (2013). Risks and benefits of bupropion treatment in schizophrenia: a systematic review of the current literature. *Clin Neuropharmacol*, 36(6): 203-15.

[52] Bennett ME, Wilson AL, Genderson M, Saperstein AM. (2013). Smoking Cessation in People with Schizophrenia. *Curr Drug Abuse Rev*. May 30. [Epub ahead of print].

[53] Ragg M, Gordon R, Ahmed T, Allan J. (2013). The impact of smoking cessation on schizophrenia and major depression. *Australas Psychiatry* 21(3), 238-245.

[54] Ziedonis, D., Hitsman, B., Beckham, J.C., Zvolensky, M., Adler, L.E., Audrain- McGovern, J., Breslau, N., Brown, R.A., George, T.P., Williams, J., Calhoun, P.S., Riley, W.T. (2008). Tobacco use and cessation in psychiatric disorders: National Institute of Mental Health report. *Nicotine Tob Res* 10, 1691-1715.

[55] Fagerström K, Aubin HJ. (2009). Management of smoking cessation in patients with psychiatric disorders. *Curr Med Res Opin*, 25(2): 511-8.

[56] Lawn, S., Pols, R. (2005). Smoking bans in psychiatric inpatient settings? A review of the research. *Aust N Z J Psychiatry*, 39: 866-885.

[57] Ratschen, E., Britton, J., McNeill, A. (2011). The smoking culture in psychiatry: time for change. *Br J Psychiatry*, 198: 6-7.

Colofon

Auteurs

Matthijs Blankers,
Karin Monshouwer, Toine Ketelaars,
Margriet van Laar

Inhoudelijk advies:

Ronald van Gool
(GGZ InGeest), Regina van der Meer
(onafhankelijk expert), Bouke Sterk
(UMC St Radboud)

Ontwerp & productie

Canon Nederland N.V.

Beeld

www.istockphoto.com

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1277

© 2014, Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze opgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.



**ROKEN
INFOLIJN**
www.rokeninfo.nl
0900-1995
0,10/min