

1. Einleitung

Die Geschichte des Tabakkonsums in Europa ist auch eine Geschichte der Auseinandersetzung um Genussmittel und deren Gefährlichkeit.

Das Rauchen wurde mit der Einführung der Zigarre und schließlich durch die Massenfertigungen der Zigaretten ab Mitte des 19. Jahrhunderts der breiten Bevölkerung zugänglich und änderte somit auch seine Bedeutung. Aus einem zunächst genussvollen Konsum wurde es zu einer Beschäftigung für den gestressten und beschäftigten Menschen. Durch die industriellen Entwicklungen in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts bekam das Rauchen auch eine große wirtschaftliche Bedeutung. „Die tabakanbauende und –verarbeitende Industrie ist zu einem florierenden Wirtschaftszweig mit gigantischen Umsätzen geworden. Nicht zuletzt sind die Steuereinnahmen zu einem unverzichtbaren Bestandteil des Staatshaushaltes geworden“ (DHS, 2003, Seite 12).

Die aktuelle Kontroverse konzentriert sich auf die Gefährlichkeit des Tabakkonsums. Das Wissen um die gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens entstand keineswegs erst in den vergangenen Jahrzehnten. Wenn auch präzise wissenschaftliche Untersuchungen fehlten, so herrschte doch schon vor 100 Jahren ein Problembewusstsein bezüglich der Unfähigkeit zur Abstinenz mancher Raucher und der beobachteten Folgeerkrankungen.

Dennoch befinden wir uns heute noch in der Situation, dass die Tabakabhängigkeit sowohl von vielen Konsumenten als auch durch unser Gesundheitswesen nicht als gleichwertig mit den anderen stoffgebundenen Abhängigkeiten gesehen wird.

Diese Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Thema „Nikotinabhängigkeit bei Frauen. Konsumverläufe und Behandlungsmöglichkeiten“.

Zur Einführung gehe ich auf die Verbreitung des Tabakkonsums in Europa ein, dabei speziell auch auf die Entwicklung des Zigarettenrauchens.

Unter Punkt 3 behandle ich das Thema „Frauen und Zigaretten“. Seit mehr als 150 Jahren spielt das Zigarettenrauchen im Leben von Frauen eine Rolle. Im Laufe dieser Zeit haben sich immer mehr Frauen diesen Habitus angeeignet. Besonders in den letzten Jahrzehnten ist die Zahl der Raucherinnen in der Bevölkerung rapide angestiegen, einhergehend mit einer Verlagerung des Schwerpunkts vom individuell gelegentlichen und niedrigen zum regelmäßigen und höheren Konsum. Das Rauchen ist somit zu einem weit verbreiteten, im Leben vieler Frauen verwurzelten Mittel zur Alltagsgestaltung und –bewältigung geworden (vgl. Koppenhöfer, 2000).

Unter Punkt 4 behandle ich die Wirkweise der Zigarette, die gesundheitliche Gefährdung und die subjektiv empfundenen Vorteile des Rauchens. Gerade in der Behandlung des Rauchers/der Raucherin ist es wichtig, ein fundiertes Wissen über die gesundheitliche Gefährdung des Rauchens zu bekommen und vermitteln zu können und vor allem aber auch verstehen zu können, was die subjektiv empfundenen Vorteile des Rauchens sind, die auch dazu führen, das weiter geraucht wird, wider jeden besseren Wissens um die gesundheitlichen Schädigungen durch das Rauchen.

Unter Punkt 5 komme ich auf die Tabak- beziehungsweise Nikotinabhängigkeit zu sprechen. Dieser Punkt beschäftigt sich mit den Kriterien, die eine Tabak- beziehungsweise Nikotinabhängigkeit ausmachen. Dies ist in der Behandlung von Rauchern und Raucherinnen wichtig, da im Vorfeld einer Behandlung festgestellt werden muss, in welchem Grad einer möglichen Abhängigkeit der Raucher/die Raucherin sich befindet.

Unter Punkt 6 komme ich zu den „Zahlen zum Rauchen“. Dabei gehe ich auf die Epidemiologie des Rauchens ein und auf die Zahlen zur Eindämmung des Rauchens, der Tabakwarenstatistik, den Tabaksteuern, die Ausgaben für die Tabakwaren, den Mikrozensus 2003 und die tabakbedingten Todesfälle und dazugehörigen Kosten.

Punkt 7 ist der Hauptpunkt meiner Arbeit. Zu diesem Punkt, der sich mit Frauen und Rauchen speziell beschäftigt, habe ich eine qualitative Studie durchgeführt. Dazu habe ich aus meinem näheren Umfeld anhand des Mittels „narratives Interview“ vier Frauen befragt. Diese Frauen gaben mir Antworten zu den Themenschwerpunkten Konsumverläufe, Ausstiegsversuche und Rückfälle.

Des Weiteren gab es Aussagen zu den Punkten: Zigarettenkonsum der Eltern/Familie, den Gesundheitsaspekt, die appetitzügelnde Wirkung des Rauchens, die positiven Aspekte des Nichtrauchens, aktuelle Wünsche, aufhören zu wollen und die Unterschiede zwischen rauchenden Frauen und rauchenden Männern. Die Interviews habe ich jeweils mit Einverständnis der Frauen auf Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Zu Beginn der narrativen Interviews habe ich mit den Frauen einen Fragebogen bearbeitet und den Fagerström-Test durchgeführt. Dieser stellt den Grad der Abhängigkeit bei Rauchern und Raucherinnen fest. Dieser Test ist wichtig vor jeder Behandlung von Rauchern und Raucherinnen, da dabei festgestellt werden kann, welches Rauchverhalten die einzelne Person hat und in welchem Grad der Abhängigkeit derjenige/diejenige sich befindet. Den Fragebogen habe ich in der Form ausgewertet, dass ich die gesammelten Daten jeweils in einem Text

zusammengefasst habe, um damit die Interviewpartnerinnen vor der Auswertung der Interviews kurz vorzustellen.

Unter Punkt 8 behandle ich die unterschiedlichen Typen des Rauchverhaltens. Diese Bestimmung ist ebenso vor Beginn einer Behandlung wichtig, da somit bestimmt werden kann, in welcher Situation oder unter welchen besonderen Umständen jemand raucht. Diese Informationen können dann in der Behandlung verwendet werden, besonders um alternative Bewältigungsfertigkeiten aufbauen zu können, zum Beispiel beim Rauchen in Stresssituationen.

Unter Punkt 9 komme ich auf das Stadienmodell der Abstinenzmotivation von Prochaska und Diclemente zu sprechen. Im Vorfeld einer möglichen Behandlung ist es wichtig zu wissen, in welchem Stadium der Veränderungsbereitschaft sich die jeweilige Person befindet. So kann man bestimmen, ob es vielleicht von Nöten ist, die Motivation zur Abstinenz noch aufzubauen und zu festigen oder ob jemand schon so weit ist, den Schritt in die Abstinenz zu gehen.

Punkt 10 beschäftigt sich mit dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Störungskonzept.

Unter Punkt 11 komme ich zu dem Thema „Verhaltenstherapie und Tabakentwöhnung“. Die Verhaltenstheorie bietet Erklärungen für die Entstehung und die Aufrechterhaltung des Rauchverhaltens und auch konkrete Ansätze für die praktische Durchführung von Raucherentwöhnungsmaßnahmen an. Sie ist seit Jahrzehnten die Grundlage der meisten psychologischen Raucherentwöhnungsmethoden. Dieser Punkt dient auch dazu, den darauffolgenden Punkt 12, der sich mit einem Programm zur Raucherentwöhnung nach dem verhaltenstherapeutischen Ansatz beschäftigt, besser zu verstehen.

Im Punkt 12 habe ich mich hauptsächlich auf das Buch von Anil Batra und Gerhard Buchkremer „Tabakentwöhnung. Ein Leitfaden für Therapeuten“ gestützt. Es beschreibt ein Raucherentwöhnungsprogramm, das in 6 Stunden/Schritten durchzuführen ist.

Da ich im Punkt 11 schon auf den Ansatz der Verhaltenstherapie eingegangen bin, habe ich mich in Punkt 12 darauf beschränkt, dieses Programm zusammengefasst darzustellen. Auch kommen dabei die Probleme in der Raucherentwöhnung zur Sprache.

Unter Punkt 13 beschäftige ich mich mit weiteren Möglichkeiten zur Raucherentwöhnung, die hauptsächlich auf einer medikamentösen Unterstützung liegen. Auch kommen dabei die nicht empfohlenen Verfahren zur Sprache.

2. Tabakpflanzen und ihr Ursprung

Nicotiana tabacum, die in Mittel- und Südamerika genutzte Tabakpflanze, kommt so nicht in der Natur vor, sondern ist ein Produkt des Anbaus und zwar eine Hybride aus *Nicotiana sylvestris* und *Nicotiana tomentosiformis*. *Nicotiana rustica* wurde in Nordamerika angebaut und verfügt über einen höheren Nikotingehalt. Die Tabakpflanze wurde unter anderem als *Nicotiana major* in den Kräuterbüchern des 17. Jahrhunderts abgebildet, weil dem Tabak heilende Wirkung zugesprochen wurde.

Der Nikotingehalt der Tabakblätter wird erhöht, wenn die Spitzen der Pflanzen gekappt und die Seitentriebe entfernt werden (englisch: topping). Trocknen verbessert den Geschmack der Blätter (vgl. K.O.Haustein, 2001).

2.1 Die Verbreitung des Tabakkonsums in Europa

Auf dem amerikanischen Kontinent, der Heimat der Tabakpflanze, wurde Tabak bereits in der präkolumbianischen Zeit in allen heute gebräuchlichen Formen konsumiert: geraucht, gekaut und geschnupft. Eine Art Urform der Zigarette kam in Mexiko vor, wo neben dem Pfeiferauchen auch zerkleinerter Tabak in Schilfröhrchen geraucht wurde (vgl. Koppenhöfer, 2000).

Nach der Entdeckung Amerikas 1492 eigneten sich die spanischen und portugiesischen Seeleute bestimmte Formen des Tabakgebrauchs rasch an und brachten sie nach Europa. Die Zigarette spielte dabei aber keine Rolle, es war vor allem das Pfeiferauchen, das übernommen wurde, außerdem die Verwendung des Tabaks als Zierpflanze und Heilmittel. Entdecker, Eroberer, Händler und Matrosen verbreiteten den Tabak im Laufe der nächsten zwei Jahrhunderte über die ganze Welt.

Im Gegensatz zu den Kolonialwaren Kaffee, Tee, Kakao und Zucker, die lange Zeit den Oberschichten vorbehalten blieben, konnte sich das Rauchen wegen der relativ niedrigen Kosten und der im ländlichen Raum möglichen Eigenversorgung sehr viel rascher und allgemeiner durchsetzen.

Einen großen Anteil an der Ausdehnung des Tabakkonsums und der Übernahme neuer Formen sowohl innerhalb als auch zwischen den Regionen und Nationen hatten immer auch Kriegssituationen. So verbreiteten im Laufe des Dreißigjährigen Krieges die Söldnerheere auch in Deutschland das Rauchen.

Von Beginn an gab es gegensätzliche Meinungen und heftige Kontroversen um den Tabakkonsum: Sahen die einen in ihm den Hochgenuß und ein medizinisches Wundermittel, das von allen erdenklichen Leiden und Krankheiten befreien konnte, so bezeichneten andere

den Konsum als teuflisches Laster oder ekelhafte Gewohnheit und warnten vor einem Missbrauch, der schlimme seelische und körperliche Folgen nach sich zieht.

„Die Haltungen der jeweiligen Machthabenden reichten, teils aus persönlichen Überzeugungen und Vorlieben, teils aus politischen und ökonomischen Interessen, von einer aktiven Förderung der Verbreitung des Konsums bis hin zu drastischen Unterdrückungsmethoden und Strafandrohungen, z.B. in Russland zeitweise durch das Aufschneiden der Lippen, der Verbannung, usw. in Frankreich und der Türkei sogar der Todesstrafe“ (Koppenhöfer, 2000).

Allerdings konnten weder Sanktionen noch moralische Verurteilungen den ständigen Zuwachs des Tabakkonsums verhindern und die GegnerInnen gerieten mehr und mehr in die Defensive. Von Beginn des 18. Jahrhunderts an wurden dem Tabakkonsum nur noch sporadische Widersprüche entgegengesetzt. Da sich die Besteuerung des Handels und die Vergabe von Tabakmonopolen als reichfließende Geldquellen entpuppten, wurde der Anbau und Verbrauch von Tabak von den Obrigkeiten nun zunehmend gefördert.

Die vorherrschenden Konsumformen unterschieden sich je nach Epoche, Region und sozialer Klasse. Die meistverbreiteste Konsumform war das Pfeiferauchen. Es bestimmte in Europa allerdings nie die herrschende Mode. Als billigste Art des Tabakkonsums war es vor allem kennzeichnend für die ländliche und bäuerliche Kultur und später auch für die städtischen Unterschichten

Im 17. Jahrhundert kam in Spanien, Frankreich und Italien außerdem das Schnupfen auf und wurde in den weltlichen und geistigen Oberschichten kultiviert. Mit wachsendem französischen Einfluss auf die europäische Aristokratie bestimmte das Tabakschnupfen dann im 18. Jahrhundert die Mode in höfischen Kreisen. In manchen Ländern verbreitete sich dieses Distinktionsmittel des Adels schnell auch in den übrigen Gesellschaftsschichten, in Deutschland hingegen blieb die Allgemeinheit mehr beim Pfeiferauchen. Anfang des 19. Jahrhunderts verlor das Schnupfen dann wieder an Popularität. Das Symbol der neuen Epoche und der sie beherrschenden bürgerlichen Klasse wurde die Zigarre.

In Spanien war die Zigarre von Anfang an herrschende Tabakkonsumform gewesen und wurde schon zu Beginn des 18. Jahrhunderts in großen Manufakturen hergestellt. In Deutschland dagegen wurde erst 1788 in Hamburg eine kleine Manufaktur eröffnet. Dass die Zigarre außerhalb von Spanien in Europa nahezu unbekannt war, lag wohl unter anderem an ihrem relativ hohen Preis.

„Erst nach 1814 verbreiteten französische und englische Soldaten, die sich während der Napoleonischen Kriege auf spanischem Boden bekämpft hatten, die Sitte in ihren Heimatländern“ (Koppenhöfer, 2001).

Von nun an setzte sich die Zigarre auch im übrigen Europa durch. In Preußen, wo Zigarrrauchen auf der Straße verboten war, wurde das öffentliche Rauchen zur Zeit der Märzrevolution 1848 von den RevolutionärInnen symbolisch eingesetzt, um gegen die herrschende Staatsgewalt und für mehr bürgerliche Freiheiten zu demonstrieren. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde die Zigarre dann zum Inbegriff bürgerlichen Lebensgenusses und zum typisierenden Attribut des kapitalistischen Unternehmers.

Da das Zigarrrauchen relativ teuer blieb, blieb auch ein soziales Gefälle erhalten: In den unteren Bevölkerungsschichten kam ihm der Stellenwert einer selten genossenen Delikatesse zu.

In den USA war bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts hinein eine weitere Tabakkonsumform populär, die aber in Europa nur sehr begrenzte Bedeutung erlangte: das Tabakkauen. Eine wichtige Rolle spielte es hier nur unter Seeleuten und Bergarbeitern, denen aus Sicherheitsgründen das Rauchen meist verboten war.

2.2 Die Entwicklung des Zigarettenrauchens

Die Zigarette, die heute weltweit den massenhaften Tabakkonsum bestimmt, brauchte lange, um sich zu verbreiten und gegenüber anderen Konsumformen durchzusetzen. Ihre im 19. Jahrhundert erst zögerliche, ab dem 20. Jahrhundert rapide wachsende Popularität verdankt sie ihren spezifischen Eigenschaften, die mit den Entwicklungen der neuen Zeit in vielerlei Hinsicht korrespondieren.

Bei den Anfängen der Zigarettenherstellung in Europa handelte es sich vermutlich lediglich um eine von den ArbeiterInnen der großen Tabakmanufakturen in Spanien praktizierte Methode, die Abfälle der Zigarrenproduktion zu verwerten und so zu einem billigen Rauchvergnügen zu kommen. Doch schon im 18. Jahrhundert wurden sie dann in Spanien auch eigens zum Verkauf hergestellt. Anfang des 19. Jahrhunderts kamen sie von Spanien nach Frankreich, wo sie ihren heute gebräuchlichen Namen erhielten: den französischen Diminutiv von Cigare. Während das Zigaretterrauchen im Osmanischen Reich und in Russland, wo ein relativ milder und somit für die Zigarette geeigneter Tabak hergestellt wurde, rasch an Popularität gewann, blieb es in Westeuropa vorerst eine Ausnahmeerscheinung.

Einen ersten großen Durchbruch erlangte die Zigarette durch den „Krim-Krieg“ 1854 zwischen der Türkei und Russland, in den Soldaten aus Frankreich, England und Sardinien-Piemont zur Unterstützung der Türkei entsandt wurden. Im Zuge des Austauschs der Rauchgewohnheiten zwischen den Verbündeten lernten die westeuropäischen Soldaten mit der Möglichkeit, Tabak in Zeitungspapier gewickelt zu rauchen, eine Methode kennen, die billiger war als das Zigarrrauchen und der Kriegssituation angemessener als die zerbrechliche Pfeife. Die erste deutsche Zigarettenfabrik wurde 1862 in Dresden gegründet. In den nächsten Jahrzehnten wurden in Deutschland und anderen Ländern Europas viele neue Betriebe eröffnet und gleichzeitig weiterhin ein Großteil der Zigaretten importiert. Obwohl nun der Einzug der Zigarette in Europa seinen Lauf nahm, ging zumindestens in Deutschland das Zigarre- und Pfeiferauchen vorerst nur langsam zurück und dieses Nebeneinanderher dauerte noch bis zum Zweiten Weltkrieg an. Erst danach hatte die Zigarette die beiden anderen Konsumformen wirklich verdrängt (vgl. Koppenhöfer, 2001).

Wie zuvor das Schnupfen und Zigarrrauchen hielt die Mode des Zigaretterrauchens zunächst nur in bestimmten Kreisen Einzug. In den ersten Jahrzehnten gewann sie fast ausschließlich in den Städten und Oberschichten an Bedeutung. Im Kontrast zur Zigarre, die nun den behäbigen Bürger stilisierte, wurde die Zigarette zum Symbol für Weltläufigkeit und elegante Lebenskunst, verbunden mit einem Hauch von Verruchtheit. Mit der Zigarette wurde mit dem exotischen Flair des Orients gespielt. Auch die in Deutschland hergestellten Marken wurden vorwiegend mit orientalischen Namen versehen.

Wie zuvor beim Tabakschnupfen und Zigarrrauchen wurden nicht nur die Zigaretten selbst sondern auch die damit verbundenen Utensilien zu Statussymbolen und Medien der Selbstinszenierungen.

Zu Beginn des Ersten Weltkrieges stellte sich die Situation in Deutschland noch folgendermaßen dar: Im Adel und Grossbürgertum hatte sich die Zigarette schon durchgesetzt, während in den unteren Bevölkerungsschichten noch das Pfeiferauchen üblich war. Während des Ersten Weltkrieges gewöhnten sich dann auch viele Soldaten an die weniger umständliche Zigarette und behielten diese Gewohnheit hinterher größtenteils bei. Zwischen 1912 und 1920 war im Deutschen Reich der durchschnittliche jährliche Zigarettenverbrauch pro EinwohnerIn von 128 auf 319, also auf mehr als das Doppelte, angestiegen (vgl. Koppenhöfer, 2001).

Mit der Etablierung der Zigarette erweiterten sich die Kreise der TabakkonsumentInnen und veränderte sich auch das Rauchverhalten. Während im Zeitalter von Pfeife und Zigarre und noch Ende des 19. Jahrhunderts das Rauchen für breite Schichten der Bevölkerung ein

unbekannter Genuss war, wurde es mit der Zigarette zunehmend zum Alltagsvergnügen, nicht nur für viel mehr Männer, sondern auch für Frauen und Jugendliche. Für diese bisher einzigartige Popularität eines Tabakprodukts war ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren verantwortlich: So handelte es sich bei der Zigarette um ein maschinengefertigtes Massenprodukt zu günstigem Preis, das allen gesellschaftlichen Schichten zur Verfügung stand. Bereits die ersten Zigarettenmaschinen konnten stündlich etwa 2000 Stück herstellen. Auch wurde von der mittlerweile etablierten Werbeindustrie ein hoher Aufwand betrieben, um den Markt der RaucherInnen zu erweitern. Des Weiteren war die Zigarette auch für den Massenkonsum prädestiniert. Man konnte sie in größeren Mengen bei sich tragen und ohne großen Aufwand quasi nebenbei konsumieren.

Da der Tabak relativ mild war und die Nikotindosis einer Zigarette vergleichsweise gering, fiel der Einstieg in das Zigaretterrauchen leichter als in das Pfeife- und Zigarrrauchen. Zudem verkörperte die Zigarette einen anderen Zeitbegriff als Zigarre und Pfeife und passte damit sowohl symbolisch als auch praktisch zu Rhythmus und Tempo der neuen Zeit. Durch ihre Eigenschaften kam die Zigarette der Zunahme von Leistungsanforderungen und Stresssituationen und der gewachsenen Nachfrage nach alltäglichen und schnell verfügbaren Stimulantien und Sedativa entgegen (vgl. Koppenhöfer, 2001).

Zudem verkörperte und unterstrich die Form der Zigarette das neue Schlankheitsideal.

Schließlich genügte sie durch die Wahl der Marke und der Utensilien den Bedürfnissen nach Statussymbolen, so dass sie trotz ihrer allgemeinen Zugänglichkeit nicht egalierend wirkte.

Zwischen 1920 und 1936 war der jährliche durchschnittliche Zigarettenverbrauch je EinwohnerIn nochmal von 319 auf 572 gestiegen (vgl. Koppenhöfer, 2001).

Während des Zweiten Weltkrieges wurde die Versorgung mit Zigaretten rationiert, um den Devisenabfluss für Tabakimporte zu bremsen. Zugleich wurde aber versucht, deutsche Zigaretten gegen die der internationalen Konzerne zu etablieren, so zum Beispiel die Dresdner Marke „Trommler“. Zwischen 1939 und 1948 bekamen die Erwachsenen „Raucherkarten“ zugeteilt, wobei Männer doppelt so hohe Rationen erhielten wie Frauen. Diese Raucherkarten wurden häufig gefälscht, gestohlen und gegen andere Waren eingetauscht. Viele RaucherInnen gingen zum Eigenanbau von Tabak über oder griffen zu Ersatzstoffen. Zudem florierte der Schwarzmarkt und in der Nachkriegszeit wurde die US-amerikanische Zigarette zur stabilsten Währungseinheit für den Tausch von Lebensmitteln und Sachwerten untereinander. Nach der Währungsreform nahm der Zigarettenkonsum wieder kontinuierlich zu. Das Zigarren- und Pfeiferrauchen spielte nun nur noch eine untergeordnete Rolle.

Der Wirtschafts- und Kulturimperialismus der USA und eine entsprechende US-amerikanische Orientierung des neuen Lebensgefühls der Westdeutschen trugen dazu bei, dass der Zigarettenmarkt allmählich anstatt von der ursprünglich orientalischen Mode fast ausschließlich vom US-amerikanischen Einfluss bestimmt wurde. In den USA war die Zigarettenproduktion in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts noch steiler angestiegen als in Deutschland und hatte zudem einige Neuerungen gebracht: Zum einen war dies die Entwicklung der „Amerikan Blend“ einer Tabakmischung, die viel milder war als die in Europa vorherrschenden und die durch eine besondere Verarbeitung sauren statt alkalischen Rauch produzierte (saurer Rauch lässt sich weit besser in die Lunge inhalieren, von wo aus das Nikotin über die Blutbahn in 7-8 Sekunden ins Gehirn gelangt).

Zu den Neuerungen zählten außerdem die Form des „King Size“, das integrierte Filter und der bereits in Schachteln abgepackte Zigarettenverkauf. Durch die zunehmend hohen Marktanteile weniger Marken und den Wegfall von Etais und Zigarettenspitzen nahm die Zigarette nun noch offensichtlicher den Charakter eines Massenprodukts an.

Die typisch US-amerikanische Zigarette, die heute fast überall auf der Welt verbreitet ist, etablierte sich also ab der Nachkriegszeit in Westdeutschland und drängte alle anderen Tabakprodukte an den Rand.

Die Konsumkurve stieg bis in die 70er Jahre hinein in der Bundesrepublik steil an. 1970 lag der durchschnittliche jährliche Zigarettenkonsum pro EinwohnerIn bei 1921 Stück. Seitdem hat er sich mit leichten Schwankungen auf diesem Niveau eingependelt, wobei in jüngster Zeit ein geringfügiger Trend nach unten festzustellen ist. Hierbei sind die selbstgedrehten Zigaretten nicht berücksichtigt, bei denen Mitte der 70er und Anfang der 80er Jahre in Folge von Steuer- und Preiserhöhungen und der Verbreitung des „Selbstdrehens“ in alternativen Kreisen jeweils noch Konsumsteigerungen zu verzeichnen waren.

Dass sich der Verbrauch an Zigaretten seit 1950 vervierfacht hat, ist nicht gleichbedeutend mit einer entsprechenden Erhöhung der Zahl der RaucherInnen. Der Anstieg ist vor allem auf eine Änderung des Konsumverhaltens zurückzuführen. Es gibt heute weniger schwache und mehr starke RaucherInnen als früher. „Nach Hess (1987, S.137, Tab.18) ging der Anteil der RaucherInnen an der „rauchfähigen Bevölkerung“ der alten Bundesrepublik (hier: alle Personen über 15 Jahren) zwischen 1960 und 1981 sogar von 37% auf 35% zurück, doch ist im gleichen Zeitraum der durchschnittliche Zigarettenverbrauch pro RaucherIn und Tag von 13,3 auf 23,2 Stück angestiegen (Koppenhöfer, 2001, S.25).

3. Frauen und Zigaretten

3.1 Die Geschichte des Rauchens bei Frauen

Im Allgemeinen sind die Auskünfte über die Geschichte des Tabakkonsums bei Frauen in der Literatur entweder sehr fragmentarisch und episodenhaft, oder eher sehr verallgemeinert dargestellt (vgl. Koppenhöfer, 2001).

Die zunehmende Aneignung des Zigarettenrauchens durch die weibliche Bevölkerung wird zwar in allen Darstellungen in Verbindung mit Emanzipationsbestrebungen und einer Änderung der gesellschaftlichen Stellung der Frau gebracht. Doch wird dabei in der Regel die Vorstellung geweckt, es habe sich seit der Einführung des Tabaks in Europa eine nahezu ungebrochene Entwicklung vollzogen von der Ablehnung des Tabakkonsums bei Frauen hin zur Akzeptanz, die mit der Zigarette als Konsumform ihren Anfang nahm.

Im 17. und 18. Jahrhundert war Tabakkonsum von Frauen nichts Ungewöhnliches. Weit verbreitet und sozial akzeptiert war er unter den Frauen der Europäischen Aristokratie, die in dieser Epoche das Tabakschnupfen kultivierte. Auch in den weiblichen Ordensgemeinschaften war das Tabakschnupfen verbreitet und akzeptiert. Hier wie in der adligen Oberschicht, wo die Frauen im 18. Jahrhundert ein verhältnismäßig hohes Maß an Gleichberechtigung erlangten, klafften die Geschlechtsrollenerwartungen relativ weit auseinander. Im ausgehenden 18. Jahrhundert war das Schnupfen nachweislich zumindest in einigen Regionen auch unter den bürgerlichen Frauen nicht unüblich.

Ende des 18. Jahrhunderts wurden die Rollen von Frau und Mann in der bürgerlichen Gesellschaft neu definiert und als je entgegengesetzte und sich ergänzende naturhafte Wesenseigenschaft festgeschrieben. Dies diente dem Zweck, aufgrund der Aufhebung der Standesgrenzen und der sich vollziehenden Trennung von Erwerbs- und Familienleben ein die neuen Verhältnisse stabilisierendes Orientierungsmuster, das Geschlecht, an die Stelle des veralteten zu setzen, das die Vorrangstellung des Mannes legitimierte. Mit Hilfe dieser Polarisierung der Geschlechtcharaktere prägten sich im Bürgertum des 19. Jahrhunderts geschlechtsspezifisch scharf getrennte Lebenswelten und Rollenerwartungen aus. Diese Ideologie übertrug sich auch auf die nicht-bürgerlichen Gesellschaftsschichten und setzte sich zumindestens als Norm im Laufe des Jahrhunderts gesamtgesellschaftlich durch.

Die Polarisierung der Geschlechtcharaktere manifestierte sich auch im Tabakkonsum, der mit neuer Rigorosität männlich konnotiert wurde. Dem von Frauen praktizierten Tabakschnupfen und Pfeiferauchen, das in aristokratischen und vielerorts auch in bäuerlichen Kreisen offenbar unbeanstandet blieb, wurde im Bürgertum mit scharfer Missbilligung und Spott begegnet.

„Tabakkonsum sollte hier vom weiblichen Lebensbereich strikt abgeschirmt werden. Es wurde nicht nur als höchst ungehörig betrachtet, wenn eine Frau rauchte, sondern auch, sich als Mann mit brennender Zigarre oder in verrauchter Kleidung in weiblicher Gesellschaft zu bewegen. Das Rauchen wurde nun in exklusiven Männerterritorien kultiviert: im Club, in der Kneipe, in der Studentenbude, bei der Armee, im Raucherzimmer oder Herrenzimmer des bürgerlichen Hauses. So verband es sich mit Orten und Tätigkeiten, die Frauen qua ihres Geschlechts verwehrt werden sollten: die geistige Arbeit, das Studium, die Beschäftigung mit politischen und militärischen Themen (...)“ (Koppenhöfer, 2001, S. 59).

Diese rigorose Zuordnung des Rauchens zur Männerwelt machte es als Symbolträger für Auflehnung und Emanzipationsbestrebungen geeignet. So konnte es nun von Frauen, die in männlich konnotierte Domänen vordrangen, provokativ eingesetzt werden, um die eigene Überwindung der eng gezogenen Grenzen der weiblichen Wirkungswelt zu demonstrieren. Weil die Geschlechterordnung die Diskriminierung der Frauen legitimierte, wurde die rauchende Frau als existentielle Bedrohung empfunden. Im 19. und auch Anfang des 20. Jahrhunderts waren Raucherinnen häufig Gegenstand von Karikatur und Sozialkritik mit dem Ziel, Emanzipationsbestrebungen von Frauen zu verunglimpfen. In diesen Darstellungen erschienen die „Emanzipierten“ durchweg lächerlich oder gefährlich: Sie vernachlässigten ihre Pflichten, äfften männliche Verhaltensweisen und Tätigkeiten nach, ohne etwas davon zu verstehen, waren sexuell unattraktiv und „unbemannt“ oder lasziv und dämonisch verführerisch. Die Rauchutensilien unterstrichen dabei die Botschaft, dass solche Frauen gegen ihre Natur lebten, also „unweiblich“ seien.

Im IndustriearbeiterInnenmilieu des späten 19. Jahrhunderts waren rauchende Frauen völlig unüblich. Ungeachtet der relativ häufigen Erwerbstätigkeit von Frauen hatte die bürgerliche Geschlechterdefinition als Richtlinie und Ideal auch hier Fuss fassen können.

Auch im ländlichen Raum wurde das Rauchen bei Frauen mehr und mehr bespöttelt und in die Randgruppen abgedrängt, die sich noch stärker der dörflichen Kontrolle entzogen. Bis zur Jahrhundertwende war es hier gemeinhin zum Attribut der Alten und Außenseiterinnen geworden.

3.2 Das Zigaretterrauchen

Als sich das Zigaretterrauchen Ende des 19. Jahrhunderts in der bürgerlichen Oberschicht und in KünstlerInnenkreisen ausbreitete waren es schließlich die Damen der Gesellschaft, die als erstes in größerem Umfang mit diesem Brauch experimentierten und ihn gegen Widerspruch und Vorurteile für sich durchsetzten.

Die Zigarette erhielt in diesen weltläufigen Kreisen ein Image, das von dem der Pfeife und Zigarre sehr verschieden war. Ihr haftete selbst der Beigeschmack des Femininen an. Flüchtigkeit, Leichtigkeit und elegante Lebenskunst, verbunden mit einem Hauch von Verruchtheit symbolisierend galt die Zigarette auch als Aufforderungssignal und Accessoire zum Flirt. Rauchende Frauen wurden nun zunehmend als reizvoll und verführerisch dargestellt.

Doch für die große Mehrheit der Frauen blieb das Rauchen auch mit der Zigarette ein Tabu. Bis zum Ersten Weltkrieg gehörte es in Deutschland zur „Halbwelt“ und zu extravaganten Kreisen und galt als eine Verhaltensweise, die sich für „anständige“ Frauen nicht schickte. Der erste Weltkrieg führte in einem breiten Ausmass zu einem Zusammenbruch der Geschlechterkonventionen. Während viele Männer in den Krieg zogen, hielten die Frauen die heimische Wirtschaft in Gang und übernahmen zunehmend männliche Gewohnheiten. In diesem Freiraum griffen auch Frauen außerhalb der Oberschichts- und Künstlerinnenkreisen zur Zigarette. Ganz zurückdrehen ließ sich diese Entwicklung nicht mehr, als die Männer heimkehrten und wieder ihre gewohnten Plätze einnehmen wollten. Mit der Kriegserfahrung und der beginnenden ökonomischen Unabhängigkeit war ein neues Selbstbewusstsein der Frauen entstanden, das in der Folgezeit unter anderem in der erstmaligen Anerkennung der Frauen als Staatsbürgerinnen und Wählerinnen, in einem hohen Anteil erwerbstätiger Frauen und einem steilen Anstieg der Scheidungsrate zum Ausdruck kam. Die Erschütterung der Geschlechtsrollenbilder zeigte sich auch in einem veränderten weiblichen Schönheitsideal. Modisches Vorbild wurde die sogenannte „Garconne“. Zu ihren typischen Attributen gehörten der Kurzhaarschnitt, kurze, weite, die weiblichen Rundungen kaschierenden Kleider oder Männerhosen und Sakko, Monokel, Krawatte und eben die Zigarettenspitze. „Sie unterstrich – besonders mit der optischen Verlängerung durch die Zigarettenspitze – die schmale Linie der neuen Mode und dämpfte zudem das Hungergefühl. Sandgruber (1986, S. 134) stellte die Vermutung an, dass das neue Schlankheitsideal für Frauen sogar mehr zum Erfolg der Zigarette beigetragen hat als die Unzufriedenheit mit der Geschlechterrolle. Diese Hypothese wird unterstützt durch von der das Potential des weiblichen Marktes rasch erkennenden Tabakindustrie zu der Zeit aufgebotene Strategien, um Frauen vom Rauchen zu überzeugen. „American Tobacco“ beispielsweise, die als erstes in diesen Markt investierte, warb mit dem Slogan: „Für eine schlanke Figur – Greif zur Lucky statt zu Süßem““ (Koppenhöfer, 2001, S. 62).

Neben der Emanzipationswelle der Frauen behauptete auch die traditionelle Vorstellung vom weiblichen und männlichen Geschlechtscharakter und somit der „Unweiblichkeit“ des Rauchens weiterhin ihren Einfluss auf die Gesellschaft.

Mit dem Nationalsozialismus wurde die Einengung der Rolle der Frau auf die Mutterschaft, einhergehend mit einem wiederum dem Leitbild der 20er Jahre entgegengesetzten körperlichen und modischen Frauenideal erneut propagiert. In diesem Zusammenhang wurde auch das Ressentiment gegen den Zigarettenkonsum, der sich nach wie vor nicht mit dem mütterlichen Ideal vertrug, systematisch geschürt.

„Die deutsche Frau raucht nicht“ wurde als Parole ausgegeben und vom „Bund Deutscher Mädels“ wurden Abbildungen von Marlene Dietrich mit einer Zigarette in der Hand verbreitet, worunter zu lesen war: „Dies ist keine deutsche Frau, deutsche Mädels!“ (vgl. Koppenhöfer, 2001).

Die Forderung nach einem völligen Rauchverbot für Frauen blieb allerdings erfolglos und im Zweiten Weltkrieg wurde auch die Agitation wieder eingestellt. Wenn auch die Ressentiments gegen rauchende Frauen nicht verschwanden, so war wohl doch der Widerspruch zwischen dem nationalsozialistischen Frauenideal und der Notwendigkeit, Frauen in die Kriegsanstrengungen einzubinden und männlich konnotierte Aufgaben übernehmen zu lassen, zu gross geworden. Zwischen 1939 und 1948 bekamen auch die weiblichen Erwachsenen Raucherkarten zugeteilt, wobei ihnen allerdings nur die Hälfte der Rationen für Männer zugewilligt wurden. Die erneute Übernahme von Männerarbeit und die gewaltigen seelischen und körperlichen Belastungen während der Kriegs- und Nachkriegszeit führten unter den Frauen wiederum zu einem Anstieg des Rauchens.

Diese Entwicklung setzte sich dann auch in den 50er und 60er Jahren fort. Das Image der rauchenden Frau diversifizierte sich und verlor nun endgültig die ehemals anrühige und provozierende Eindeutigkeit. Es verband sich nun mit dem Bild der erwerbstätigen, emanzipierten Frau, war aber auch mit dem der Mittelschichts-Hausfrau zu vereinbaren. Wenn eine Frau auf der Straße rauchte, konnte sie allerdings weiterhin empörte oder zweideutige Blicke auf sich lenken (vgl. Koppenhöfer, 2001).

Als die Tabakindustrie ab den 60er Jahren als Reaktion auf die bekanntgewordenen Gesundheitsrisiken des Rauchens mit filter- und teearmen Zigaretten warb, stellten Frauen hierfür die bevorzugte Zielgruppe dar. Dass die schlanken und leichten Zigaretten von Frauen auch schneller angenommen wurden, lag wohl neben dem nicht-männlichen Image auch an der subtilen Suggestion, sie zu rauchen ginge einher mit einer schlanken Figur.

Die zunehmende Akzeptanz des Rauchens bei Frauen ist seit dem Aufkommen des Bürgertums bis heute eng an die Zigarette als Konsumform gekoppelt. Heute, da zigaretterrauchende Frauen zur Normalität geworden sind, kommt, vor allem in den USA und wieder mal zuerst in exklusiven Kreisen, neu der Trend zum Zigarrenrauchen auf.

4. Die Zigarette: Wirkweise, gesundheitliche Gefährdung und subjektiv empfundene Vorteile des Rauchens

4.1 Wirkweise: Die Schadstoffe im Zigarettenrauch

„Eine brennende Zigarette ist ein kleines Laboratorium, in dem durch verschiedene Vorgänge aus den natürlichen Bestandteilen des Tabaks sowie den Zusätzen (Düngemittel, Weichmacher, Feuchtigkeitsbinder, Aromen, usw.) circa zweitausend Substanzen, darunter ein Cocktail von akut und chronisch wirkenden Giften freigesetzt werden“ (Hess, et. al., 2004, S.55).

Die darin stattfindenden Vorgänge lassen sich folgendermassen zusammenfassen: In der Glutzone entstehen beim Rauchen Temperaturen bis zu 900 Grad Celsius. Die Tabakbestandteile verwandeln sich teilweise in Gase. In der Destillationszone setzt die Hitze Wasserdampf frei, durch den wieder andere Inhaltsstoffe des Tabaks frei werden, die sich mit dem Wasserdampf und den Gasen mischen. In der Kondensationszone kühlt sich dieses Gemisch ab und schlägt sich nieder, beim Weiterrauchen reichert es sich, soweit es nicht gleich in den Haupt- oder Nebenstromrauch übergeht, zum Ende der Zigarette hin immer mehr an, so dass die Giftstoffkonzentration im Hauptstromrauch immer mehr zunimmt. Der Hauptstromrauch ist jener Rauch, der vom Raucher in die Atemwege eingesogen wird. Der Nebenstromrauch ist jener Rauch, der in den Zugpausen in die Umgebungsluft abgegeben wird. Die normale Abwehrreaktion des Körpers, die Aufnahme des Rauches durch Hustenstöße zu verhindern, wird durch Gewöhnung ausgeschaltet.

Man unterscheidet beim Rauch eine Gasphase und eine Teilchenphase. Die toxikologisch wichtigsten Bestandteile der Gasphase, die circa 500 verschiedene Verbindungen enthält, sind (neben Stickstoffoxyd, Ammoniak, gasförmige Nitrosaminen, Blausäure, Methanol, usw.) verschiedene Aldehyde (zum Beispiel Acetaldehyd und Formaldehyd) und vor allem das Kohlenmonoxid (CO). Die Aldehyde sowie das Acrolein, das aus dem bei der Tabakbearbeitung zugesetzten Glycerin entsteht, wirken wie die Blausäure als Reizstoffe auf Kehlkopf, Luftröhre und Bronchien, zerstören dort die Schleim transportierenden Flimmerhärchen und sind für die chronischen katarrhalischen Entzündungen (Raucherhusten,

Raucherkatarrh) mitverantwortlich; sie gelten außerdem als so genannte Co-Karzinogene, das heißt Stoffe, die Karzinogenen helfen, Krebs zu erzeugen (vgl. Hess, et. al., 2004).

Der Kohlenmonoxydgehalt des Hauptstromrauchs liegt im Durchschnitt bei 2-3 Prozent. Wird es in die Lunge inhaliert, so dringt es durch die Lungenbläschen ins Blut ein und verbindet sich mit dem roten Blutfarbstoff, dem Hämoglobin, zu dem es eine mehr als zweihundert Mal höhere Affinität hat als der Sauerstoff. Bei Rauchern können zwischen 5 und 20 Prozent des Hämoglobins vom Kohlenmonoxid besetzt sein und für den lebenswichtigen Sauerstofftransport durch den Körper entfallen, was zu Leistungsminderung, Kreislauf- und Herzscheiden führt. Akute Kohlenmonoxid-Wirkungen sind auch ein leicht narkotischer Effekt, Betäubungserscheinungen und Schlafstörungen. Allerdings wird die Menge des durchschnittlich im Rauch einer jeweiligen Zigarette enthaltenen Kohlenmonoxids, dessen Gefährlichkeit zunehmend mit der von Nikotin und Teer gleichgestellt oder in Bezug auf Herz und Kreislauf sogar höher eingeschätzt wird, dem Raucher erst seit Oktober 2003 mitgeteilt.

Die Teilchenphase enthält Wasserdampf, Nikotin und Teer. Als Teer oder Kondensat bezeichnet man den gesamten Restbestand der Teilchenphase nach Abzug von Wasser und Nikotin.

Er setzt sich aus ca. 2500 Verbindungen zusammen und besteht hauptsächlich aus polyzyklischen aromatischen Kohlenwasserstoffen, darunter dem klassischen Krebserzeuger Benzpyren, sowie aus aromatischen Amininen, Phenolen, teilchenförmigen Nitrosaminen, usw. Die Phenole haben einen chemischen Effekt: Es sind Reizstoffe, die das Flimmerepithel der Atemwege zerstören und dadurch zu Schleimansammlungen führen, die der Raucher als starken Hustenreiz spürt. Diese Schleimansammlungen führen dazu, dass die Abwehr bakterieller Infekte beeinträchtigt wird. Wenn der Schleim nicht mehr befördert wird, bleiben auch die Teerbestandteile haften und können dann ihre krebserzeugende Wirkung entfalten. Ähnliches geschieht in den Lungenbläschen. Dort können durch die Einwirkungen des Teers die Trennwände zerstört werden, wodurch die Bläschen sich zu Hohlräumen vereinigen. Die Gasaustauschfläche wird kleiner, es kommt zu sogenannten Lungenblähungen (Emphysem) mit Kurzatmigkeit, Kreislaufbelastungen und verstärkter Anfälligkeit für Infektionen. Im Teer sind aber auch noch zahlreiche andere toxikologisch bedeutsame Bestandteile enthalten, wie etwas Spuren von Arsen, Cadmium, Brom und Nickel, oder auch Stoffe, die aus Düngemitteln oder Pestiziden stammen.

Der Teergehalt des Tabakrauchs ist aufgrund der medizinischen Kritik in den letzten Jahrzehnten erheblich vermindert worden und zwar sowohl durch Veränderungen im Tabak

als auch durch den Einsatz von Filtern: 1960 waren 69 Prozent, 1979 schon 88 Prozent aller verkauften Zigaretten Filterzigaretten. Der durchschnittliche Teergehalt der deutschen Zigaretten sank von 26,9 mg im Jahre 1961 auf 13,5 mg in 1978 (vgl. Hess, et.al., 2004). Mittlerweile hat die EU in Art. 3 der „Richtlinie 2001/37/EG des Europäischen Parlaments über die Herstellung, Aufmachung und den Verkauf von Tabakerzeugnissen beschlossen, dass ab dem 1.1.2004 die folgenden Werte nicht mehr überschritten werden dürfen: Teergehalt 10 mg/Zigarette; Nikotingehalt 1,0 mg/Zigarette; Kohlenmonoxidgehalt 10 mg/Zigarette. Deutschland hat diese Richtlinie zum 1. Oktober 2003 mit dem Inkrafttreten der sogenannten Tabakprodukt-Verordnung ratifiziert (vgl. Hess, et. al., 2004).

Nikotin ist, wie die meisten Drogen pflanzlicher Herkunft, ein Alkaloid. Es hat die chemische Formel $C_{10}H_{14}N_2$ und tritt in reinem Zustand als farblose, ölige Flüssigkeit auf, die sich an der Luft braun färbt und den typischen Tabakgeruch verbreitet. Es ist ein sehr potentes Gift, 50-100 mg oral eingenommen, beziehungsweise eine weit geringere Menge injiziert, können je nach vorhandener oder nicht vorhandener Toleranz einen Erwachsenen, 10 mg ein Kind töten. Der Tabak einer heutigen Zigarette enthält im Durchschnitt 2-4 mg Nikotin, so dass das Essen von Tabak zu erheblichen Vergiftungserscheinungen führt. Einen tödlichen Ausgang nehmen solche Vergiftungen allerdings nur äußerst selten, weil zugleich Brechreiz ausgelöst und der Tabak rechtzeitig wieder erbrochen wird.

Beim Rauchvorgang geht rund ein Drittel des Nikotins in den Hauptstromrauch über, ein weiteres Drittel in den Nebenstromrauch, der Rest wird durch die Verbrennung umgewandelt. Die Menge des Nikotins im Hauptstromrauch ist reduziert worden, sie betrug für deutsche Fabrikzigaretten 1961 durchschnittlich 1,44 mg und 0,74 mg im Jahre 1978. Wie oben bereits gesagt, gilt für die EU ab Januar 2004 ein gesetzlicher Höchstwert von 1,0 mg Nikotin im Rauch einer Zigarette. Allerdings ist die Gesamtmenge des aus einer Zigarette aufgenommenen Nikotins nicht nur vom Nikotingehalt des Tabaks oder der Art des Filters abhängig sondern auch von anderen Faktoren wie zum Beispiel der Art des Rauchens (vgl. Hess, et.al., 2004).

Die physiologischen Wirkungen des Nikotins sind sehr vielfältig. Im vegetativen Nervensystem erregt es sowohl den Sympathikus als auch den Parasympathikus, in höheren Dosen hemmt es die Tätigkeit beider. Diese Effekte des Nikotins werden durch seine chemische Verwandtschaft mit dem körpereigenen Acetylcholin erklärt, einem Stoff, der in den Nervenknäuten für die Übertragung von Reizen sorgt. Nikotin kann dessen Wirkungsorte, die sogenannten Acetylcholinrezeptoren, besetzen und von sich aus eine acetylcholin-ähnliche Erregung der sympathischen und parasympathischen Nerven auslösen. In höheren Dosen

kann es die Rezeptoren ständig besetzt halten und weitere Erregung durch den natürlichen Überträgerstoff blockieren. Es kann also sowohl erregen als auch lähmen. Seine Ähnlichkeit mit dem Acetylcholin bewirkt außerdem, dass Nikotin zur Ausschüttung von Noradrenalin aus den sympathischen Nervenendungen sowie von Adrenalin und Noradrenalin aus dem Nebennierenmark führt, das wiederum erhöhte Herzfrequenz und Gefäßkontraktion zur Folge hat. Durch Einwirkung auf das Rückenmark kommt es zur Verringerung der Muskelspannung und der reflektorischen Erregbarkeit und somit zu einem meist als angenehm empfundenen Entspannungsgefühl. Teils gewünscht, teils gefürchtet ist der Einfluss auf den Magen-Darm-Kanal, wo durch Reizung des Parasympathikus die Verdauungsbewegungen stimuliert werden. Auch die Wirkungen auf das Zentralnervensystem, wie Anregung der Atmung und Steigerung der Konzentration und des Gedächtnisses durch Stimulation der Synapsen, kommen hauptsächlich durch Noradrenalinausschüttungen zustande und werden gewöhnlich als angenehm und stimmungshobend empfunden. In früheren Zeiten hat die noch wenig dosierte Aufnahme großer Mengen von Nikotin häufig zu Vergiftungserscheinungen geführt. Bei Anfängern oder bei Rauchern, die eine ungewohnt große Menge von Zigaretten konsumieren kann es zu Schwindelanfällen und Schweißausbrüchen und durch die Reizung des Brechzentrums im verlängerten Mark zu Übelkeit, durch die Reizung der Peristaltik zu Durchfall und durch die Reizung des zentralen Nervensystems zu Tremor und Krämpfen kommen. Im Allgemeinen ist aber der Tabakkonsum heute sozusagen domestiziert und der gewohnte Raucher entwickelt zudem für die Wirkungen des Nikotins eine Toleranz. Er nimmt zwar täglich hohe Dosen von Nikotin auf, aber in Raten und die jeweilige Rate wird relativ schnell wieder abgebaut. Heute sind weniger die akuten als vielmehr die chronischen Wirkungen des Nikotins toxikologisch bedeutsam. Von diesen ist vor allem die Verengung der Blutgefäße zu nennen, die zu Kalkablagerungen (Arteriosklerose, Koronarsklerose) sowie zu erhöhtem Blutdruck und erhöhter Herzaktivität führt. Auch wird durch zuviel Adrenalin und Noradrenalin deren Ausschüttung das Nikotin fördert, der Fettsäurespiegel des Blutes erhöht; die Blutplättchen haften dann leichter aneinander und an den Gefäßwänden; die Trombosebildung wird begünstigt, es kann zum Verschluss der sowieso verengten Gefäße und zum offenen Raucherbein, zum Herzinfarkt oder zum Gehirnschlag kommen.

4.2 Gesundheitliche Gefährdung

„Nikotin wurde 1828 in Heidelberg entdeckt.

„De Nicotiana – Über die Tabakpflanze-“, nannten der Chemiker Reinmann und der Mediziner Posselt ihre lateinisch geschriebene Studie über den Wirkstoff in den Tabakblättern. Sie gaben ihm den Namen Nikotin, chemisch bezeichnet als 3-(1-Methyl-2-pyrrolidinyl) –pyridin bezeichnet“ (Bleich, et.al., 2003).

Nicotiana Tabacum, die Tabakpflanze, ist ein Nachtschattengewächs. Das Nikotin erzeugt sie in ihren Wurzeln und wenn die Pflanze reift, wandert der Stoff in die Blätter. Nikotin ist eines der stärksten Pflanzengifte; die tödliche Dosis für den Menschen beträgt nur 50 mg. Etwa 80-90 % des resorbierten Nikotins wird in der Leber, in den Nieren, aber auch in der Lunge metabolisiert; die Hauptmetaboliten sind Cotinin und Nikotin-1-N-oxid. Die Eliminationshalbwertszeit beträgt etwa eineinhalb Stunden, bei nikotinentwöhnten Personen etwas weniger. Nikotin und seine Metaboliten werden rasch mit dem Harn ausgeschieden

„Zunächst scheint für den Raucher das Rauchen kaum gefährlich zu sein, denn die akuten Wirkungen sind relativ gering und harmlos. Es entsteht kein Rausch wie nach dem Genuss von Alkohol oder illegalen Drogen. Das ist einer der Gründe dafür, dass das Rauchen lange Zeit gesellschaftlich gebilligt worden ist, zumindest solange, wie es nicht zur Belästigung anwesender Nichtraucher führte“ (DHS, 2003, S.25).

Die Gesundheitsschäden, die das Rauchen bewirkt, treten meist erst nach langer Zeit auf, bei vielen erst nach Jahrzehnten, zumindest sehr viel später als bei anderen Genuss- und Suchtmitteln. Daher kann ein Raucher das Gesundheitsrisiko lange Zeit verleugnen, so dass eine Motivation zur Abstinenz aufwendiger ist.

„Letztlich aber sind die Gesundheitsschäden, die durch das Rauchen, insbesondere bei einem hohen Zigarettenkonsum, entstehen, erheblich umfangreicher als die durch Alkohol und illegale Drogen bedingten Störungen: In Deutschland sterben jährlich 110 000 bis 140 000 Menschen an den Folgen des Zigarettenrauchens gegenüber weniger als 2000 Drogentoten und circa 42 000 alkoholbedingten Todesfällen (DHS, 2003, S.25).

Das Tabakrauchen hat charakteristische akute und vielerlei andere chronische Wirkungen. Die durch das Rauchen bewirkte Änderungen von Organfunktionen und mentalen Vorgängen bewegen sich im Rahmen der physiologischen Schwankungsbreite. Nach jahrelangem Rauchen treten aber in vielen Fällen Gesundheitsschäden auf, die zunächst noch rückbildungsfähig sind. Schließlich kann es aber zu irreversiblen Organschäden und/oder zu malignen Erkrankungen kommen.

„Einige Wirkungen des Tabakrauchs sind auf bestimmte Tabakrauchbestandteile zurückgeführt worden, z.B. Nikotin oder Kohlenmonoxid; von anderen wissen wir nur, dass sie nicht durch Nikotin verursacht werden. Für die malignen tabak-assoziierten Erkrankungen werden in erster Linie die tabakspezifischen Nitrosamine NNK und NNN, die polycyclischen aromatischen Kohlenwasserstoffe, die Arylamine, das Benzol und das radioaktive Polonium-210 verantwortlich gemacht. Kardiovaskuläre Erkrankungen werden vornehmlich durch CO₂, Stickstoffoxide, Wasserstoffcyanide, Kadmium, Zink und Kohlenstoffdisulfide verursacht“ (DHS, 2003, S. 26).

Wirkungen, die nicht auf einen bestimmten Tabakrauchbestandteil zurückgeführt werden können sind z.B. die Leukozytose der Raucher, die Beeinträchtigung der Lungenfunktion, die Enzyminduktion, die Veränderung des Blutlipidprofils, die antiöstrogene Wirkung, die Dysfunktion peripherer Nerven, die Verschlechterung des Geruchsinns.

„Tabakrauchen erhöht das Risiko, an Lungen-, Kehlkopf-, Mundhöhlen,- und Speiseröhrenkrebs zu erkranken. Einige andere maligne Erkrankungen sind ebenfalls bei Rauchern häufiger als bei Nichtrauchern.

Weiterhin begünstigt das Tabakrauchen die Entwicklung der Arteriosklerose und deren Folgen: Periphere, coronare und zerebrale Durchblutungsstörungen (Raucherbein, Herzinfarkt, Schlaganfall). Auch die chronische Bronchitis, die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung und das Lungenemphysem gehören zu den tabakassoziierten Krankheiten.

„Rauchen verzögert die Magenentleerung, begünstigt den gastroösophagealen Reflux und erschwert die Ulcusheilung“ (DHS, 2003, S.27).

4.2.1 Rauchen in der Schwangerschaft

Rauchen in der Schwangerschaft wirkt sich sehr nachteilig für den Fetus aus.

Die Aufnahme von Nikotin und Kohlenmonoxid während einer Schwangerschaft verhindert, dass das Embryo genügend Nährstoffe und Sauerstoff erhält, die es für eine gesunde Entwicklung braucht. Folgende Risiken bestehen beim aktiven Rauchen und auch beim Passivrauchen der Mutter während der Schwangerschaft:

- erhöhtes Risiko einer Fehlgeburt
- dreifach erhöhtes Risiko einer Todgeburt
- zweifach erhöhtes Risiko einer Frühgeburt
- erhöhtes Leukämierisiko
- Untergewicht des Neugeborenen, was wiederum ein Risikofaktor für die normale psychische und physische Entwicklung eines Kindes darstellt

- Unterentwicklung der Lungentätigkeit des Neugeborenen

„Vergleicht man das Risiko der durch das Zigaretteraugen ausgelösten Schäden mit anderen Risiken in der Perinatalperiode, dann überwiegen die Raucherschäden deutlich über allen anderen“ (Haustein, 2001, S.239).

Auch nach der Geburt erhöht das Rauchen der Mutter das Risiko für gesundheitliche Schäden beim Kind:

- erhöhtes Risiko für plötzlichen Kindstod
- Atemwegserkrankungen
- Asthma
- Mittelohrinfektionen
- Allergieanfälligkeit (vgl. BZGA, Band 2, 2000).

„Auch das Verhalten von Kleinkindern unter dem Aspekt einer während der Schwangerschaft rauchenden Mutter wurde untersucht: Waren die Mütter Raucherinnen, wurden bei den Kindern extrovertierte Züge (aggressiv, oppositionell, überaktiv) stärker betont als introvertierte (depressiv, ängstlich, zurückgezogen), wobei diese Eigenschaften bei Jungen und Mädchen in etwa gleicher Form auftraten“ (Haustein, 2001, S.247).

Rauchende Frauen kommen früher in das Klimakterium und sind besonders osteoporosegefährdet. Rauchen beschleunigt die Alterung der Haut und die Runzelbildung (facial wrinkling).

4.2.2 Tabakrauchen und Krebssterblichkeit (Tabelle aus DHS, 2003, S.27)

Lokalisation		Relatives Risiko	Anteil des Rauchens an der Mortalität
Lunge	Männer	22,4	90 %
	Frauen	11,9	79 %
Kehlkopf	Männer	10,5	81 %
	Frauen	17,8	87 %
Mundhöhle	Männer	27,5	92 %
	Frauen	5,6	61 %
Speiseröhre	Männer	7,6	78 %
	Frauen	10,3	75 %
Pankreas	Männer	2,1	29 %
	Frauen	2,3	34 %

Harnblase	Männer	2,9	47 %
	Frauen	2,6	37 %
Niere	Männer	3,0	48 %
	Frauen	1,4	12 %
Magen	Männer	1,5	17 %
	Frauen	1,5	25 %
Leukämie	Männer	2,0	20 %
	Frauen	2,0	20 %
Cervic		2,1	31 %
Endometrium		0,7	--

Tabelle 3: Tabakrauchen und Krebssterblichkeit.

(Quelle: Newcomb, Carbone 1992, Med. Clin.N.Amer.)

Raucher gefährden aber nicht nur ihre eigene Gesundheit, sondern auch die ihrer Mitmenschen.

4.2.3 Passivrauchen

„Der Tabakrauch, der die Luft von Innenräumen, in denen geraucht wird, erfüllt (environmental tobacco smoke, ETS), besteht zu 85 % aus Nebenstromrauch und zu 15 % aus Hauptstromrauch. Ein Mensch, der sich in solchen Räumen aufhält oder aufhalten muss, ist ein Passivraucher“ (DHS; 2003, S.28).

Nichtraucher mit passiver Tabakrauchbelastung haben mehr Carboxyhämoglobin im Blut als Nichtraucher ohne Tabakbelastung und sie scheiden Nikotin, Cotinin und mutagene Substanzen mit dem Harn aus. „603 von 663 Nichtrauchern einer Studie (91%) hatten Cotinin im Harn, wobei eine passive Tabakrauchbelastung in den meisten Fällen verneint wurde. Der Nikotinmetabolit Cotinin dient aufgrund seiner langen Eliminationshalbwertszeit als biologischer Marker, zeigt aber nur die Tabakrauchbelastung während der letzten vier Tage an“ (DHS, 2003, S.28).

Tabakrauch in der Raumluft stellte eine Geruchsbelästigung dar und ist für die meisten Nichtraucher wegen seiner schleimhautreizenden Wirkung sehr schwer erträglich (Bindehautreizung, erhöhte Lidschlagfrequenz, Reizung der Stimmbänder).

Insbesondere Kinder in Familien mit rauchenden Eltern sind durch das Passivrauchen beeinträchtigt. Kleinkinder sind besonders tabakrauchempfindlich. In der Ausatemluft dieser Kinder ist eine erhöhte Kohlenmonoxidkonzentration nachweisbar. In Speichel und Harn von passivrauchenden Kindern finden sich messbare Mengen von Cotinin, dem primären

Abbauprodukt von Nikotin. Elterliches Rauchen erhöht die kindliche Bleibelastung. Kleinkinder erkranken umso häufiger an Bronchitis und Pneumonie, je mehr Zigaretten in ihrer Wohnung geraucht werden. Ältere Kinder in Haushalten mit Rauchern sind häufiger krank als Kinder, die mit Nichtrauchern leben.

Die Lungenfunktion von passivrauchenden Kindern ist beeinträchtigt. Elterliches Rauchen begünstigt die Sensibilisierung bei Allergenexposition und ist ein Risikofaktor für kindliches Bronchialasthma. (vgl. DHS, 2003).

Die Hemmung der Lungenentwicklung durch prä- und postnatales Passivrauchen prädisponiert wahrscheinlich zu einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung im späteren Leben.

„Bei Erwachsenen erhöht Passivrauchen das Herzinfarkt- und Lungenkrebsrisiko. Die Mehrzahl von vorliegenden Studien lassen einen Zusammenhang zwischen unfreiwilliger Tabakrauchexposition und Lungenkrebsinzidenz erkennen, aber der wissenschaftliche Nachweis eines Kausalzusammenhangs ist bisher nur für das aktive Rauchen erbracht worden“ (DHS, 2003, S.29).

4.3 Veränderungen bei Abstinenz

„Nach Beendigung des Rauchens normalisieren sich die Körperreaktionen und die Gesundheit verbessert sich:

- Nach 20 Minuten: Herzschlag, Blutdruck und die Körpertemperatur sinken auf die Werte eines Nichtrauchers
- Nach 8 Stunden: Sauerstoff verdrängt das Kohlenmonoxid aus dem Blut
- Nach 24 Stunden: Das Risiko für einen plötzlichen Herztod nimmt ab
- Nach 48 Stunden: Der Geruchs- und Geschmackssinn verbessert sich
- Nach 3 Tagen: Das Atmen fällt leichter
- Nach 3 Monaten: Der Blutkreislauf verbessert sich. Die Lunge kann fast ein Drittel mehr Sauerstoff aufnehmen.
- Nach 9 Monaten: Der Raucherhusten verschwindet, Abgespanntheit und Kurzatmigkeit werden deutlich besser
- Nach 2 Jahren: Das Herzinfarkt- und das Lungenkrebsrisiko ist deutlich gesunken
- Nach 10 Jahren: Die Lungenkrebsgefahr ist so hoch wie bei einem Nichtraucher
- Nach 15 Jahren: Das Herzinfarkt- und das Lungenkrebsrisiko ist kaum noch höher als bei einem Nichtraucher“ (BZGA, Band 2, 2000. Seiten 17-18).

4.4 Subjektiv empfundene Vorteile des Rauchens

Nikotin entfaltet seine Wirkungen in allen Teilen des Nervensystems und setzt Neurotransmitter frei, die auf Erfolgsorgane wie Muskeln und Drüsen wirken und ihrerseits Hormone freisetzen (vgl. Koppenhöfer, 2001). Über das vegetative Nervensystem führt die Nikotinzufuhr zu einer leichten Erhöhung von Blutdruck und Herzschlagfrequenz und zur Abnahme der Hauttemperatur, zu einer partiellen Verringerung der Muskelspannung und der reflektorischen Erregbarkeit, zur Stimulation der Verdauung, u.a.

Das wichtigste Zielorgan ist das Gehirn, das nach jedem inhalierten Zigarettenzug mit Nikotin überflutet wird. Hier entfaltet das Nikotin seine subjektiv angenehmen psychotropen Wirkungen, die einerseits als stimulierend und aktivierend, andererseits als beruhigend und entspannend erlebt werden können. Angesichts dieses ambivalenten Wirkungsspektrums wird vermutet, dass der jeweils wahrgenommene Effekt sowohl von der Ausgangsstimmung abhängig ist als auch von der unbewusst gesteuerten Nikotinaufnahme, denn bei kleineren Nikotindosen tritt eher der stimulierende, bei höheren Dosen eher der beruhigende Effekt ein. So kann sich das Nikotin den aktuellen Bedürfnissen anpassen. Bei Müdigkeit wirkt es anregend, bei Nervosität dagegen entspannend.

Zudem stimuliert Nikotin das Belohnungszentrum des Gehirns, setzt also Endorphine frei, die die Grundstimmung anheben.

Durch die Zigarette lässt sich die Nikotinwirkung gut dosieren und steuern. Über die Lunge in die Blutbahn aufgenommen, erreicht das inhalierte Nikotin in sieben Sekunden das Gehirn und baut sich auch rasch wieder ab. Die Halbwertszeit beträgt ca. 15 Minuten.

Es ist dabei nicht nur das Nikotin alleine, das den Reiz des Zigaretterrauchens ausmacht. Auch unabhängig von den pharmakologisch induzierten Effekten des Nikotins kommt dieser Tätigkeit eine psychische und soziale Wirksamkeit zu.

Beim Vorgang des Rauchens wird das Zusammenspiel aus pharmakologischen, sensuellen und sozialen Wirkungen in seiner Komplexität genutzt. Doch je nach Persönlichkeit, aktueller Situation und Bedürfnislage können für die individuelle Raucherin und den individuellen Raucher jeweils andere Effekte dieses Aktes bedeutsam sein.

- Die Zigarette kann soziale Interaktionen unterstützen und regulieren. Das Anbieten von Zigaretten, das Fragen nach Feuer, das gemeinsame Rauchen, usw. erleichtern die Kontaktaufnahme. Die durch das Rauchen entstehende Gemeinsamkeit überwindet Barrieren und kann den Einstieg in die Suche nach weiteren Gemeinsamkeiten

schaffen. In einer Gruppe von RaucherInnen stellt sich leicht ein Zusammengehörigkeitsgefühl ein, mit dem die Gruppe Offenheit nach innen und gleichzeitig Abgrenzung nach außen signalisiert. Das Rauchen kann auf unterschiedlichste Weise in Kommunikationsprozesse eingebettet werden.

- Die Zigarette kann sich als Vehikel der Selbstdarstellung und Identitätsstabilisierung nutzen. Durch die Wahl der Zigarettenmarke, die Art des Rauchens, die damit verbundene Körpersprache und Mimik lässt sich das Rauchritual persönlich ausgestalten. Auch kann der Raucher/die Raucherin darüber die Zugehörigkeit zu einer Gruppe oder die Identifikation mit einem Typus demonstrieren. Das Rauchen wird zu einem integrierten Teil der Persönlichkeit und hilft, Identität aufzubauen, bzw. zu erhalten.
- Die Zigarette kann Halt und Sicherheit geben. Bei Unsicherheit oder Erregung kann das Rauchritual Schutz bieten. Heikle Momente und Peinlichkeiten lassen sich leichter bewältigen, wenn man zur Zigarette greift. Schon durch die zweckgerichtete Betätigung können sich psychomotorische Spannungszustände lösen. Als Bestandteil der Identität unterstützt das Rauchen bei Verunsicherung die Wiedererlangung des inneren Gleichgewichts.
- Die Zigarette kann stimulieren. Solange die Nikotindosis nicht zu hoch ist, kann das Rauchen beleben und erfrischend wirken, die Konzentration steigern, Aufmerksamkeit und Gedächtnis verbessern und helfen, Denkhemmungen zu überwinden.
- Die Zigarette kann beruhigen. In höheren Dosen wirkt Nikotin eher beruhigend. So kann das Rauchen dazu dienen, emotionale Spannungen und eventuell damit verbundene körperliche Verspannungen zu reduzieren und Aufregung, Ärger und Aggressionen abzubauen, Stress zu bewältigen.
- Die Zigarette kann die Anpassung an soziale Verhaltenserwartungen unterstützen. Aufgrund der stimulierenden Wirkung kann das Rauchen über Phasen des Desinteresses an zu erfüllende Aufgaben hinweghelfen und die Motivation und Disziplin steigern. Der „Selbstberuhigungs-Effekt“ gibt die Möglichkeit, sich bei Aggression, Ärger und Unzufriedenheit über das Rauchen abzureagieren. So kann das Rauchen die Bereitschaft erhöhen, sich anzupassen und Auseinandersetzungen zu vermeiden.
- Mit der Zigarette kann man sich selbst etwas gönnen. Da Zigaretten allgemein verfügbar sind lassen sie sich leicht als Mittel dafür nutzen, sich selbst etwas Gutes zu tun. Diese Möglichkeit der Selbst-Befriedigung eigener Bedürfnisse kann

unabhängiger von der Fürsorge und Zuwendung durch andere machen. Nach Abschluss einer Arbeit, einer längeren Anstrengung oder einer unangenehmen Aufgabe kann man sich mit dem Rauchen selbst belohnen. Wenn man für seine Leistungen wenig Anerkennung von außen erhält, kann man sich durch diese Möglichkeit der Selbstbestätigung unabhängiger von der Bestätigung durch andere machen.

- Die Zigarette kann dazu dienen, Situationen abzugrenzen und Übergänge zu gestalten. Mit der Zigarettenpause, der letzten Zigarette vor dem Gehen, etc. lassen sich Beginn und/oder Ende von Situationen markieren. So kann das Rauchen auch helfen, Übergänge zu gestalten.
- Die Zigarette kann auf unkomplizierte Weise Phasen des Nichtstunkönnens oder – wollens, des Wartens und der Langeweile ausfüllen (vgl. Koppenhöfer, 2001).
- Die Zigarette kann das Alleinsein begleiten. Indem man sich zum Rauchen zurückzieht oder während des Alleinseins eine Tätigkeit unterbricht, um zu rauchen, kann man sich einen Freiraum, einen gesonderten Zeit-Raum schaffen, in sich gehen, sich sammeln.
- Das Rauchen kann helfen, das Körpergewicht zu verringern, bzw. zu halten. Das Rauchen wirkt über mehrere Mechanismen negativ auf das Körpergewicht ein: Es dämpft den Hunger, vermindert die Lust auf süßschmeckende Nahrungsstoffe, steigert den Stoffwechsel und verringert die Energieausnutzung. Zudem kann die kalorienfreie Rauchgewohnheit an die Stelle der Eßgewohnheit jenseits der Hungerstillung treten. Im Durchschnitt sind RaucherInnen leichter als NichtraucherInnen und nehmen häufig an Gewicht zu, wenn sie mit dem Rauchen aufhören.
- Die Zigarette kann körperliche Schmerzen dämpfen.
- Die Zigarette kann Genuss sein. Die Wirkung des Nikotins und der Rauchvorgang können als an sich lustvoll empfunden werden. So kann das Rauchen Vergnügen machen, in eine behagliche Stimmungslage versetzen, etc.
- Die Zigarette ist ein symbolisches Instrument. Die Stärke des Rauchens resultiert nicht zuletzt aus seiner „Symbolisierungspotenz“ (vgl. Koppenhöfer, 2001). Dieser Begriff soll verdeutlichen, dass die Zigarette nicht Symbol für etwas Bestimmtes sondern ein Medium mit vielfältigen symbolischen Ausdrucksmöglichkeiten ist. Durch seine Alltäglichkeit und Öffentlichkeit ist das Rauchen als ein solches Medium geradezu prädestiniert: Es kann in viele alltägliche Handlungen eingebunden und bei einer Vielzahl von Gelegenheiten sichtbar eingesetzt werden.

„Da das Rauchen der Welt der Erwachsenen zugeordnet ist, hat es für Kinder und Jugendliche eine eigene symbolische Signifikanz. Es eignet sich vorteilhaft als Ausdrucksmittel des Erwachsenseins und der Rebellion gegen Autoritäten, da es demonstrativ eingesetzt und mit weniger Aufwand imitiert werden kann als andere Erwachsenenrituale“ (Koppenhöfer, 2001, S. 33).

Mit dem Rauchen kann die frühzeitige Teilhabe am konventionalisierten Modell des Erwachsenseins signalisiert werden. Aufgrund der Regelverletzung treten dabei Provokation, Risikobereitschaft und ein Statusgewinn gegenüber Gleichaltrigen in den Vordergrund. Über das Rauchen kann eine generelle Missachtung konventionalisierten Erwachsenseins signalisiert werden. Das Rauchen fungiert als Protestmittel gegen herrschende Werte wie Rationalität, Vernunft und Gesundheit und somit auch dagegen, die Jugendphase als kalkulierte Laufbahn und Investition für die Zukunft zu begreifen. In diesem Fall stehen Tabuverletzung, Opposition, Anderssein und Konflikt im Vordergrund (vgl. Koppenhöfer, 2001).

5. Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit

Die Definition einer Abhängigkeit von Tabak mit Verwendung eines exakten Diagnoseschlüssels ist in den diagnostischen Leitlinien (DSM-IV und ICD-10) nicht im einzelnen beschrieben. Im allgemeinen gilt für die Tabakabhängigkeit die gleichen Kriterien wie für andere Abhängigkeiten. In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen werden die Störungen durch Tabak dem Kapitel V (F1) zugeordnet: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Die allgemeinen Suchtkriterien werden im ICD-10 unter 8 Punkten abgehandelt, dabei soll die Diagnose Abhängigkeit nur gestellt werden, wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kriterien vorhanden waren:

- ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Substanzen zu konsumieren
- verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Substanzkonsums
- Substanzgebrauch, mit dem Ziel, Entzugssymptome zu mildern und der entsprechenden positiven Erfahrung
- ein körperliches Entzugssyndrom
- Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.

- Ein eingeeignetes Verhaltensmuster im Umgang mit der Substanz
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. Die schädlichen Folgen können körperlicher Art sein, sozialer oder psychischer Art.

Eine eigenständige Definition einer Nikotinsucht oder Tabakabhängigkeit, insbesondere auch mit einer Trennung von psychischer und physischer Abhängigkeit, wird demnach nicht beschrieben. Insbesondere wird ein entscheidender Unterschied zwischen der Tabakabhängigkeit einerseits und den übrigen Abhängigkeiten andererseits nicht berücksichtigt: das Fehlen einer psychotoxischen Wirkung des Nikotins, d.h. der abhängige Raucher verliert nicht seine Persönlichkeit und in der Regel auch nicht seinen Arbeitsplatz, im Gegensatz zum z.B. Alkoholabhängigen (vgl. Bleich, et.al., 2003).

Das amerikanische Klassifikationssystem DSM IV fokussiert auf den für die psychoaktive Wirkung wichtigsten Tabakbestandteil, das Nikotin und spricht von einer Nikotinabhängigkeit.

Eine Abhängigkeit kann bei jeder Form des Tabakkonsums entstehen. Innerhalb von wenigen Jahren täglichen Rauchens entwickeln die meisten Raucher eine Abhängigkeit. Etwa 70 bis 80 % der Raucher in Deutschland, also etwa 14 Millionen Menschen können als nikotinabhängig bezeichnet werden.

„Für die starke Ausprägung der Tabakabhängigkeit sind verschiedene Gründe verantwortlich:

1. Nikotin produziert eine Vielzahl positiver Effekte, wie z.B. erhöhte Konzentration, bessere Laune, verminderter Ärger oder vermindertes Gewicht.
2. Der Wirkstoff Nikotin erreicht das Gehirn innerhalb von 10 Sekunden nach der Inhalation, wodurch fast unmittelbar eine Wirkung spürbar wird.
3. Die gewünschte Nikotindosis kann durch die Art des Rauchens exakt kontrolliert werden.
4. Durch die häufige Wiederholung des Rauchverhaltens, durch die sich beispielsweise ein Raucher, der 20 Zigaretten am Tag raucht, 200-mal pro Tag eine Nikotindosis zuführt, stabilisiert sich das Rauchverhalten.

5. Da das Rauchen überall im Alltag geschieht, wird es an alltäglichen Verhalten, wie z.B. Kaffeetrinken gekoppelt. Somit gibt es viele Schlüsselreize“ (BZGA, Band 2, 2000, S. 14).

Es gibt zwei Formen der Abhängigkeit: die körperliche und die psychische Abhängigkeit. Die als angenehm empfundenen körperlichen Wirkungen des Nikotins halten nicht lange an, so dass bei ausbleibender Nikotinzufuhr ein unangenehmer körperlicher Zustand entsteht, der erst durch erneutes Rauchen beendet wird. Das Rauchen steht unter aversiver Kontrolle, d.h. es dient der Vermeidung körperlicher Entzugserscheinungen. Es besteht eine körperliche Abhängigkeit. Psychische Abhängigkeit bedeutet, dass das Rauchen zu einer eingeübten Gewohnheit wird, die sich nur schwer abstellen lässt. Raucher greifen in bestimmten Situationen automatisch zur Zigarette: nach dem Essen, zum Kaffee, unter Stress, usw. Dabei wird das Rauchverhalten über die antizipierte positive Wirkungserwartung stabilisiert: Raucher glauben ruhiger, angeregter, entspannter oder kreativer zu werden.

International hat sich der Fagerström-Test zur Messung der Ausprägung der Nikotinabhängigkeit durchgesetzt. Er ist in Behandlungsstudien weit verbreitet und besitzt eine hohe Zuverlässigkeit ebenso wie eine hohe Gültigkeit.

Auf den Fagerström-Test werde ich zu Beginn der qualitativen Studie zu „Nikotinabhängigkeit bei Frauen“ noch genauer eingehen.

In der klinischen Praxis haben sich die folgenden Aspekte als Indikatoren des Abhängigkeitsgrades bewährt:

- frühmorgendliches Rauchen
- mehr als zehn konsumierte Zigaretten täglich
- mehrfache, vergebliche Abstinenzversuche in der Vergangenheit.

Die körperlichen Entzugserscheinungen, die bei einer Reduktion des Zigarettenkonsums oder der Abstinenz auftreten können, wurden bereits als ein Kriterium der Abhängigkeit dargestellt. Im Einzelnen können folgende Entzugserscheinungen auftreten:

- Reizbarkeit
- Depressive Verstimmung
- Angstzustände
- Herzklopfen
- Niedriger Blutdruck

- Müdigkeit
- Schlaflosigkeit
- Gewichtszunahme
- Verdauungsstörungen
- Starkes Verlangen nach einer Zigarette (craving)
- Frustration
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Erhöhter Appetit, Hungergefühl

(vgl. BZGA, Band 2, 2000)

Entzugserscheinungen beginnen nach wenigen Stunden und erreichen nach 24 bis 48 Stunden ihren Höhepunkt. Je nach Abhängigkeitsgrad dauern die meisten Symptome einige Tagen bis Wochen, oft sind sie aber nach etwa einer Woche stark abgeklungen oder ganz verschwunden. Das Craving und das Hungergefühl können sechs Monate oder länger vorliegen. Die Entzugssymptome sind zu einem Teil durch den Mangel an Nikotin verursacht, treten häufig aber auch in Abhängigkeit von auslösenden Reizen auf und sind somit das Resultat eines Konditionierungsprozesses. Entzugserscheinungen können den Entwöhnungsprozess erschweren und stellen ein hohes Rückfallrisiko dar.

6. Epidemiologie

„Die regelmässigen Erhebungen des Statistischen Bundesamtes (Mikrozensus) aus den Jahren 1989, 1992, 1995 und 1999 zeigen innerhalb dieses Zeitraumes in der Bundesrepublik Deutschland eine nur geringfügige Veränderung der Raucherprävalenzen bei den erwachsenen Rauchern. Bedenklich ist dagegen vor allem die Entwicklung, die in den letzten Jahren bei den Jugendlichen im Alter zwischen 10 und 20 Jahren zu beobachten ist.

In der Bundesrepublik Deutschland rauchten bei der letzten Erhebung im Jahre 1999 ca. 26,7 % aller Bürger ab dem 15. Lebensjahr, dabei etwa 40,5 % der 30 bis 40-jährigen, jedoch nur etwas 28,9 % der 40 –bis 65-jährigen. Der durchschnittliche Zigarettenkonsum beträgt in der Bundesrepublik im Schnitt etwa 15,4 Zigaretten pro Tag. Die Angaben zur Zahl der abhängigen Raucher differieren stark, nicht zuletzt aufgrund der Schwierigkeiten, die Kriterien des DSM und ICD auf die Raucher zu übertragen. Die Repräsentativerhebung zum Gebrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen aus dem Jahre 2000, durchgeführt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit kam zu dem Ergebnis, dass 8,2 % der Bundesbürger in der Gesamtbevölkerung als nikotinabhängig im Sinne des DSM IV zu gelten

haben. Dies entspräche einem Anteil von ca. 23 % aller Raucher und erscheint niedriger als erwartet.

Geschlechtsspezifische Unterschiede:

Noch liegen deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede des Tabakkonsums in der Allgemeinbevölkerung vor. Mehr als 22 % der rauchenden Männer, aber nur 12,5 % der rauchenden Frauen konsumieren mehr als 20 Zigaretten am Tag. Männer rauchen dabei pro Tag durchschnittlich 16,4 Zigaretten, Frauen 14,0 Zigaretten. Der Beginn des Rauchverhaltens liegt bei Männern durchschnittlich im Alter von 18,5 Jahren, bei Frauen erst ab 19,7 Jahren.

Unter den Männern gibt es 1999 mehr „Nie-Raucher“ und „Ex-Raucher“ als in den vergangenen Jahren, dagegen ist seit 1967 bei den Frauen ein Rückgang der „Nie-Raucherinnen“ zu beobachten. Der Anteil der Ex-Raucher liegt in der Bundesrepublik Deutschland bei der Befragung des BMG (2000) zufolge bei etwa 19 % der weiblichen und 26 % der männlichen Bevölkerung“ (DHS, 2003, S. 16-17).

6.1 Eindämmung des Rauchens

„Anders als bei früheren Bundesregierungen ist in zunehmenden Maße der politische Wille erkennbar, das Rauchen einzudämmen und gleichzeitig das Nichtrauchen zum Normalfall zu machen. Dieses Klima schlägt sich auf verschiedensten Ebenen nieder. Besonders hervorzuheben sind die Initiativen auf Länderebene, Schulen komplett rauchfrei zu machen. Der Schulsenator des Landes Berlin hat die Schulen mit Beginn des Schuljahres 2004/2005 aufgefordert, das Rauchen in den Schulen und auf dem Schulgelände zu verbieten, und der Gesundheitsminister Bayerns möchte alle Schulen des Bundeslandes bis 2008 in rauchfreie Bereiche umwandeln. In anderen Bundesländern, aber auch auf Gemeindeebene gibt es vergleichbare Bestrebungen.

Ein wichtiges Instrument zur Eindämmung des Rauchens ist und bleibt die Steuerpolitik. In verschiedenen Veröffentlichungen wird nachgewiesen, wie eng der Zusammenhang zwischen Tabaksteuererhöhungen und dem Konsumverhalten ist. Nach Berechnungen der Weltbank führt beispielsweise eine zehnpromtente Preiserhöhung für Zigaretten in Industriestaaten insgesamt zu einer durchschnittlichen Verringerung des Zigarettenkonsums um rund 4 Prozent. Nachdem sich nun abzeichnet, dass in 2004 die Einnahmen aus der Tabaksteuer zurückgehen könnten, wurde die mehrstufige Tabaksteuererhöhung seitens der Tabakindustrie, aber auch einiger Politiker, sofort wieder infrage gestellt. Wichtig bei dieser

Diskussion ist jedoch, dass die Tabaksteuer ein gesundheitspolitisches Steuerungselement darstellt und nicht ausschließlich der Einnahmenerzielung dient. Es ist daher richtig, dass an der Erhöhung der Tabaksteuer als einer von vielen Massnahmen zur Reduktion des Rauchens festgehalten wird und auch sonst alle Ebenen der Beeinflussung des Rauchverhaltens genutzt werden“ (DHS, Jahrbuch Sucht 2005, S. 30).

6.2 Tabakwarenstatistik

„Der Verbrauch an Zigaretten nahm im Jahr 2003 auf 132,6 Mrd. Stück ab, nach 145,1 Mrd. in 2002. Dies entspricht einem Rückgang um 8,6 %. Entsprechend ist der Pro-Kopf-Verbrauch gesunken und lag 2003 bei 1.607 Stück pro Jahr. Da der besondere Steuersatz für Feinschnittrollen am 1.1.2002 wegfiel, verlagerte sich der Konsum bereits 2002 zum größten Teil auf den Feinschnitt zum Selbstdrehen, der weiterhin geringer als Fabrikzigaretten besteuert wird. Die Erhöhung der Tabaksteuer für Zigaretten führte in 2003 zu einem über 20-prozentigen Anstieg des Verbrauchs an Feinschnitt auf den Rekordwert von 18.603 Tonnen. Zigarren und Zigarillos sind im Vergleich zum Vorjahr ebenfalls leicht gestiegen (+ 1,6 %). Damit setzt sich der Trend der letzten Jahre fort. Beim Pfeifentabak beträgt das Plus 2,7 % im Vergleich zum Jahr 2002.

6.3 Tabaksteuern

„Die Tabaksteuereinnahmen stiegen im Jahr 2003 trotz des rückläufigen Zigarettenkonsums geringfügig an. Die Mehreinnahmen betragen 324 Mio. Euro und erhöhten das Gesamtaufkommen auf über 14 Mrd. Euro (+ 2,5 %). Den Hauptanteil an der Tabaksteuer haben mit 95 % die Zigaretten, gefolgt von Feinschnitt mit einem Anteil von inzwischen 4,8 %. Der Rest spielt für die Steuereinnahmen praktisch keine Rolle. Die Tabaksteuer stellt für den Finanzminister nach der Mineralölsteuer die zweitwichtigste Einnahmequelle unter den Verbrauchssteuern dar und ist nach Einkommen-, Umsatz- und Mineralölsteuer insgesamt die viertwichtigste Steuereinnahme des Bundes“ (DHS, Jahrbuch Sucht 2005, S. 32).

6.4 Ausgaben für Tabakwaren

„Die jährlichen Ausgaben für Tabakprodukte beliefen sich im letzten Jahr auf 23,2 Mrd. Euro und blieben damit annähernd unverändert (- 0,3%). Die Ausgaben für Feinschnitt haben sich um fast 40 % von etwas über 1 Mrd. Euro auf knapp 1,5 Mrd. Euro erhöht, während die Ausgaben für Zigaretten von 21,6 Mrd. Euro auf 21,1 Mrd. Euro zurückgingen (- 2,3 %).“ (DHS, Jahrbuch Sucht 2005, S.34-35).

6.5 Der Mikrozensus 2003

„Der Mikrozensus 2003 ist mit einem Stichprobenumfang von 1 % der Bevölkerung die mit Abstand größte Erhebung zum Rauchen in Deutschland ; außerdem gibt es keine obere Altersgrenze. 27 % der Bevölkerung von 15 oder mehr Jahren (33 % der Männer und 22 % der Frauen) bezeichnen sich als Raucher. Seit 1992 ging der Raucheranteil bei Männern um 3,6 Prozentpunkte zurück, bei Frauen stieg er um 0,6 Prozentpunkte. Von den Rauchern sind rund 88 % (Männer 90 %, Frauen 86 %) regelmässige und 12 % (Männer 10%, Frauen 14 %) gelegentliche Raucher. Fast alle Raucher konsumieren Zigaretten (97%), 2,1 % sind Zigarren- und Zigarilloraucher und 1,3% rauchen Pfeife. Der Raucheranteil erreicht bei den 20-24-jährigen Männern und Frauen jeweils den höchsten Anteil (Männer 46 %, Frauen 35 %), und nimmt mit zunehmenden Alter wieder ab. Dabei liegen die Männer in jeder Altersklasse höher als die Frauen, zumindestens was die Personen ab 15 Jahren betrifft“ (DHS, Jahrbuch Sucht 2005, S.37-38).

6.6 Tabakbedingte Todesfälle und Kosten

„Anfang der 90er Jahre legte eine Arbeitsgruppe um R.Peto eine umfangreiche Übersicht über den tabakbedingten Anteil an der Mortalität in Europa sowie in einigen außereuropäischen Ländern vor. Für Deutschland sind insgesamt 111.000 tabakbedingte Todesfälle genannt, davon 43.000 durch Krebs, 37.000 durch Kreislaufkrankheiten und 20.000 durch Atemwegskrankheiten. Zur Schätzung der Zahlen wurde eine grobe indirekte Methode verwendet, die nicht die nationalen Raucheranteile mit einbezieht, sondern sich auf die Differenzen zwischen Lungenkrebs-Sterbeziffern bei Rauchern und Nichtrauchern stützt. Dessen ungeachtet machen die Zahlen aber die Größenordnung des Problems deutlich. Eine neuere Untersuchung von Welte et.al. kommt für Deutschland zu ganz ähnlichen Zahlen (...) Rund 117.000 Menschen sind 1993 an tabakbedingten Krankheiten gestorben. Anders ausgedrückt: 22 % aller Todesfälle bei Männern und 5 % aller Todesfälle bei Frauen sind nach dieser Studie dem Rauchen anzulasten.

Die Kosten, die durch tabakbedingte Krankheiten und Todesfälle anfallen, belaufen sich für 1993 auf 17,3 Mrd. Euro, das sind rund 200 Euro pro Einwohner oder 800 Euro pro Raucher. Darin enthalten sind Ausgaben für ambulanten und stationäre Behandlung, Arzneimittel, verlorene Produktivität, Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Würden auch Produktivitätsverluste durch unbezahlte Arbeit mit berücksichtigt, wären die Kosten noch erheblich höher.

Eine zweite Arbeitsgruppe um Ruff et.al. berechnete (...) die entsprechenden Zahlen für 1996 und ermittelte 137.000 tabakbedingte Todesfälle und 16,6 Mrd. Euro tabakbedingte Kosten. Im gleichen Jahr veröffentlichten John und Hanke eine dritte Schätzung, die 143.000 tabakbedingte Todesfälle für das Jahr 1997 ergab.

Zusammengefasst ergeben sich aufgrund neuerer Studien rund 110.000 bis 140.000 tabakbedingte Todesfälle und ca. 17 Mrd. Euro tabakbedingte Kosten“ (DHS, Jahrbuch Sucht 2005, S.47-48).

7. Frauen und Rauchen – eine qualitative Studie-

7.1 Beschreibung der Studie

7.1.1 Entwicklung des Themas für die Master-Arbeit

Vor circa zwei Jahren wurde das Thema Nichtrauchererschutz und Raucherentwöhnung immer mehr Thema in unserer Einrichtung. Als Nichtraucherin bin ich darauf bedacht, dem blauen Dunst so gut ausweichen zu können, wie es nur geht, was in unserer Einrichtung allerdings nicht so leicht ist.

Ich arbeite als Diplom-Sozialarbeiterin in einer niedrigschwelligen Drogenhilfeeinrichtung für Personen, die von illegalen Drogen abhängig sind und für die es das wenigste bedeutet, Zigaretten zu rauchen.

Zudem raucht ein Teil unserer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, so dass das Thema, damals als erstes, rauchfreier Konsumraum für den intravenösen Konsum, sehr stark diskutiert und erstmals abgelehnt wurde, da auch die Mitarbeiter/-innen während der Arbeit im Konsumraum nicht auf ihre Zigarette verzichten wollten. Es wurde dann in der Einrichtung durchgesetzt, dass im Konsumraum Rauchverbot ist und hat sich heute, über zwei Jahre später, etabliert.

Damals war mir auch auffällig, dass die Akzeptanz bei den Klienten und Klientinnen größer und auch schneller erreicht war, als bei den Mitarbeiter/-innen. Das Thema „rauchfreie Zonen“ blieb weiterhin im Gespräch. Ich begann mich dann auch als Nichtraucherin stärker für dieses Thema zu interessieren. Ich brachte das Thema im Bekannten- und Freundeskreis ein und hatte da vor allem Interesse daran, ob jemand schon mal versucht hatte, mit dem Rauchen aufzuhören, ob es dazu einen Anlass gab, wie dieser Abstinenzversuch gestartet wurde und warum es dann zum Rückfall, beziehungsweise zu den Rückfällen kam. Ich fragte dann auch im Mitarbeiterkreis und bekam teils ähnliche Aussagen, teils sehr unterschiedliche Aussagen zu hören und beschloss, dass ich mich diesem Thema in der Master-Arbeit widmen möchte.

Die thematische Konzentration auf Frauen passierte dabei eher zufällig. Die Personen, die ich fragte, die auch zu einem Interview bereit waren, waren hauptsächlich Frauen. Zudem hat es mich interessiert, wie Frauen, die ja häufig sehr gesundheitsbewusst sind, das Thema Rauchen und Gesundheit vereinbaren können. Zudem erlebte ich in beiläufigen Beobachtungen schon seit Jahren, dass Rauchen bei Männern nach meinem subjektiven Empfinden eine höhere Toleranz im direkten Umfeld und auch gesellschaftlich hat, als das Rauchen bei Frauen. Auch diesen Punkt wollte ich mir etwas genauer anschauen.

7.1.2 Beschreibung der qualitativen Studie

7.1.2.1 Auswahl der Interviewpartnerinnen

Ich habe diese Studie anhand der Befragung von vier Frauen durchgeführt.

Die Auswahl der Interviewpartnerinnen fand so statt, dass ich die Kriterien aufstellte, dass die Frauen schon über einen längeren Zeitraum rauchen sollten, Ausstiegsversuche hatten und es danach zu Rückfällen kam. Die vier Frauen befinden sich in meinem näheren Freundes- und Bekanntenkreis und wohnen in Frankfurt und der näheren Umgebung.

Die Interviewpartnerinnen A und B habe ich für das Interview in ihrer Wohnung aufgesucht, die Interviewpartnerinnen C und D kamen zu mir nach Hause.

7.1.2.2 Fragebogenerhebung und Fagerström-Test

Vor Beginn des Interviews habe ich an die Interviewpartnerinnen einen Fragebogen ausgeteilt, der die „Eckdaten“ wie: Alter, Nationalität, Familienstand, Schul- und Berufsausbildung erfassen sollen. Zudem stellte ich darin Fragen über Alter zu Beginn des Konsums, Anzahl der Zigaretten damals, Anzahl der Zigaretten heute, Anzahl der Ausstiegsversuche, Anzahl der Rückfälle.

In einem speziellen gesundheitsbezogenen Teil habe ich erfragt, ob gesundheitliche Probleme vorhanden sind, die auf das Rauchen bezogen werden können und ob es vielleicht sogar schon medizinische Behandlungen dieser Erkrankungen gegeben hat.

Diese so erfassten Daten habe ich dann in der Auswertung so verwertet, dass ich sie zu einem Text zusammengefasst habe, der dazu dienen soll, die Interviewpartnerinnen jeweils kurz vorzustellen, bevor es dann zu der Auswertung der Aussagen in den Interviews kommt.

Ebenso im Zusammenhang mit dem Fragebogen habe ich mit den Interviewpartnerinnen den Fagerström-Test ausgefüllt, um festzustellen, in welchem Grad der Abhängigkeit sich die Interviewpartnerinnen befinden. Da Interviewpartnerin B derzeit nicht raucht, hat sie diesen Test in „Erinnerung an ihre früheren Konsumgewohnheiten“ ausgefüllt.

7.1.2.3 Die Interviews

Anhand eines Interviewleitfadens habe ich dann die Interviews schon entsprechend vorstrukturiert in die Themenblocks „Beginn des Konsums“, „Verlauf des Konsums“, „Ausstiegsversuche“ und „Rückfälle“. Während der Interviews haben sich dann noch weitere Themen entwickelt wie: „Zigarettenkonsum der Familie/Eltern“, „Gesundheitsaspekt“, „Appetitzügelnde Wirkung des Rauchens/Kontrolle des Körpergewichts durch das Rauchen“,

„Positive Aspekte des Nichtrauchens“, „Aktuelle Wünsche aufzuhören“, „Unterschiede rauchende Frauen/rauchende Männer“.

Die Interviews habe ich mit Einverständnis der Interviewpartnerinnen auf Tonband aufgezeichnet. Vor dem Interview hatte ich den Befragten jeweils verbindlich mitgeteilt, dass das Gesagte nicht weitergegeben wird außer zum Zwecke dieser Arbeit und die Personen in der späteren Auswertung anonymisiert werden. Ich habe dabei die Interviewpartnerinnen in A, B, C und D umbenannt.

„Nachdem die Beforschten zunächst über Sinn und Zweck der Aufzeichnung aufgeklärt wurden und ihre grundsätzliche Einwilligung gegeben haben, hofft der Forscher, dass sie das mitlaufende Gerät einfach vergessen und das Gespräch natürlich abläuft. Diese Hoffnung wird sich dann erfüllen, wenn die Präsenz der Aufzeichnung in Grenzen gehalten wird. Um der Natürlichkeit der Situation möglichst nahe zu kommen, empfiehlt es sich, den technischen Aufwand der Aufzeichnung auf das durch die Fragestellung und den theoretischen Rahmen tatsächlich Notwendige zu begrenzen. Auf jeden Fall sollte sich der Forscher bei seinen Aufzeichnungen auf das für seine Fragestellung unbedingt Notwendige begrenzen, sowohl hinsichtlich der Zahl der aufgezeichneten Dokumente als auch, was die Vollständigkeit des Zugriffs betrifft. Im Rahmen der Dialektik von Authentizität und Strukturierung sollte der Forscher sich bei seiner Entscheidung von folgender Sparsamkeitsregel leiten lassen: Er sollte nur so viel aufzeichnen, wie er zur Beantwortung seiner Fragestellung unbedingt braucht. Er sollte nur so viel an technischem Aufwand in der Erhebungssituation betreiben, wie von seinem theoretischen Interesse her unbedingt notwendig erscheint. Die Einschränkung der Präsenz der Aufzeichnung und die möglichst weitgehende Aufklärung der Untersuchten über Sinn und Zweck der Form der Aufzeichnungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, tatsächlich alltägliches Verhalten in natürlichen Situationen in den Blick zu bekommen“ (Flick, Kardoff, et.al., 2000, S.161).

7.1.2.4 Auswertung der Interviews

Die Tonbänder habe ich nach den Interviews sorgfältig transkribiert, um durch die genaue Transkription auch keine Inhalte zu verfälschen und die genauen Wortlaute wiedergeben zu können.

„Zwischen der Aufzeichnung der Daten und ihrer Interpretation steht als notwendiger Zwischenschritt ihre Verschriftung. Hierfür gibt es unterschiedlich genaue Transkriptionssysteme. Das Interesse richtet sich häufig auf ein Höchstmaß an erzielbare Genauigkeit bei der Klassifikation von Äußerungen und ihrer Darstellung. Abgesehen davon,

dass sich darüber hinaus Ideale naturwissenschaftlicher Messgenauigkeit in die interpretative Sozialwissenschaft durch die Hintertür einschleichen, droht dies häufig in Fetischismus auszuarten, der in keinem begründbaren Verhältnis mehr zu Fragestellung und Ertrag der Forschung steht (Flick, Kardoff, et.al., 2000, S.161).

Zur Auswertung der Interviews habe ich die transkribierten Texte Zeile für Zeile durchgelesen und anschließend in mein System der Zuordnung kodiert. Als Form der Zuordnung diente mir dabei die Reduktion, dabei werden gleich und ähnliche Aussagen zusammengefasst und ein Deutungsmuster, eine Kernvariante wird als wesentlich herausgearbeitet (vgl. Flick, Kardoff, et.al., 2000, S. 165).

Entscheidend für die Auswertung ist die Beschaffenheit des Zuordnungssystems und der Umgang damit. Im Umgang mit den gesammelten Daten lassen sich durch das Prinzip der „gleichschwebenden Aufmerksamkeit“ folgende Probleme umgehen (Freud 1912 in Flick, Kardoff, et.al., 2000, S.150): „Sowie man nämlich seine Aufmerksamkeit absichtlich bis zu einer bestimmten Höhe anspannt, beginnt man auch unter dem dargebotenen Material auszuwählen, man fixiert das eine Stück besonders scharf, eliminiert dafür ein anderes und folgt bei seiner Auswahl seinen Erwartungen und Neigungen. Gerade dies darf man aber nicht; folgt man bei der Auswahl seinen Erwartungen, so ist man in der Gefahr, niemals etwas anderes zu finden, als man bereit weiß; folgt man seinen Neigungen, so wird man sicherlich die mögliche Wahrnehmung fälschen“. Man läuft als Forscher Gefahr, dass man aufgrund seiner eigenen theoretischen Annahmen und Strukturen, die seine Aufmerksamkeit auf konkrete Punkte lenken, aber auch aufgrund eigener Ängste, blind bleibt für die Strukturen im untersuchten Feld, bzw. Subjekt. Damit bringt er sich und seine Forschung um die Entdeckung des tatsächlich Neuen.

Zu der Auswertung der einzelnen Aussagen, die ich entsprechend dieses Systems kodiert habe, habe ich auch, sofern es möglich war, zur Unterstützung Ausführungen in der Literatur herangezogen.

7.2 Exkurs: Das narrative Interview

Um dem Leser/der Leserin einen Einblick in den wissenschaftlichen Teil der Arbeit zu geben und vor allem mit dem dabei verwendeten Mittel, möchte ich einen kleinen Exkurs zum Thema „Das narrative Interview“ machen.

In der Praxis der empirischen Sozialforschung spielen qualitative –teilstandardisierte und offene- Interviews in vielfältigen Varianten eine Rolle. Sie sind zum Teil in komplexere qualitative Designs integriert, etwas als en passant geführte Feldgespräche im Rahmen teilnehmender Beobachtung oder als Expertengespräch zur Erarbeitung basaler Informationen über ein bestimmtes Forschungsfeld. Es gibt aber auch eine große Zahl qualitativer Studien, in denen teilstandardisierte oder offene Interviews die zentrale Datenbasis bilden.

Das narrative Interview ist ein sozialwissenschaftliches Erhebungsverfahren, das nicht dem sonst üblichen Frage- und Antwort-Schema folgt (vgl. Flick, Kardoff, et al, 2000,. Seite 183). Im narrativen Interview wird der Informant gebeten, die Geschichte eines Gegenstandsbereichs, an der der Interviewte teilgehabt hat, in einer Stegreiferzählung darzustellen.

Der Hauptteil des narrativen Interviews besteht daher aus der Erzählung selbsterlebter Ereignisse durch den Informanten. Aufgabe des Interviewer ist es, den Informanten dazu zu bewegen, die Geschichte des in Frage stehenden Gegenstandsbereiches als eine zusammenhängende Geschichte aller relevanten Ereignisse von Anfang bis Ende zu erzählen. Dies geschieht durch eine erzählgenerative Anfangsfrage des Interviewers.

Stegreifgeschichten sind spontane Erzählungen, die nicht durch Vorbereitungen oder standardisierte Versionen einer wiederholt erzählten Geschichte vorgeprägt oder vorgeplant sind, sondern aufgrund eines besonderen Anlasses aus dem Stand heraus erzählt werden. Der Kern des narrativen Interviews ist die Erzählung der Geschichte eines Ereigniszusammenhangs, den der Interviewpartner/die Interviewpartnerin zumindestens teilweise selbst erlebt hat.

7.2.1 Darstellungsformen in Erzählungen

Das Hauptprinzip des narrativen Interviews ist also die Erzählung einer selbsterlebten Geschichte. In solchen Erzählungen wird vergangene Erfahrung rekonstruiert und in einen Zusammenhang gebracht. Aus der gegenwärtigen Erinnerung wird die Entwicklung des Stromes (vergangener) Ereignisse dargestellt: Es wird zunächst die Ausgangssituation geschildert und es werden dann aus der Fülle der Erfahrungen die für die Erzählung

relevanten Ereignisse ausgewählt und als zusammenhängender Fortgang von Ereignissen dargestellt, bis hin zur Darstellung der Situation am Ende der Entwicklung.

In die Erzählung als dominante Darstellungsform können andere Darstellungsformen eingelagert werden, nämlich Beschreibungen und Argumentationen. Die argumentative Darstellung von Eigentheorien soll einen Zusammenhang klärend herstellen. Beschreibungen dienen dazu, Zustände, Situationen, typische Verfahrensweisen darzustellen. Beschreibungen können sich auf innere Zustände beziehen; sie können sich aber auch auf äußere Gegebenheiten beziehen, von denen der Erzähler meint, dass sie dem Zuhörer nicht bekannt sind und dass ein dargestelltes Ereignis ohne dieses Wissen nicht verständlich oder glaubhaft ist.

Narrationen enthalten so drei wesentliche Darstellungsformen: Erzählen, Beschreiben und Argumentieren.

7.2.2 Dominanz der Erzählstruktur im narrativen Interview

Gegenstand von narrativen Interviews ist immer ein zusammenhängendes Geschehen, die Abfolge von Ereignissen, die die Geschichte eines „Ereignisträgers“ ausmacht. Es kann sich dabei ebenso um die Lebensgeschichte eines Menschen oder um die Geschichte einer Betriebsstillegung handeln. Erzählbar ist immer nur die „Geschichte von“, nicht aber ein Zustand oder eine immer wiederkehrende Routine. Im narrativen Interview ist die dominante Darstellungsform immer die Erzählung, wobei der Entwicklungsprozess des Erzählgegenstandes dargestellt wird.

7.2.3 Phasen des narrativen Interviews

7.2.3.1 Interviewbeginn

Anders als beim herkömmlichen Interview strukturiert sich das narrative Interview nicht durch ein Spiel von Frage und Antwort. Vielmehr wird der Interviewpartner zum Erzähler, er erzählt ungestört durch den Interviewer die Geschichte eines selbsterlebten Ereigniszusammenhanges, wobei ihm dafür inhaltlich und zeitlich genügend Raum gegeben wird (vgl. Flick, Kardoff, et al., 2000, Seite 184). Der Interviewer ist während dieser Erzählung in der Rolle des Zuhörers, er unterbricht nicht und gibt vor allem keine Werturteile über das Gehörte ab.

Um den Ablauf eines narrativen Interviews darzustellen, kann man ein solches Interview als eine Folge von Aufgaben auffassen, die die beiden Gesprächspartner miteinander zu lösen haben. Natürlich besteht, wie bei jedem anderen Interview auch, die erste Aufgabe des Interviewers darin, einen Interviewpartner zu finden und ihn dazu zu bewegen, Zeit für eine

Sache zu investieren, die zunächst einmal nicht die seine ist (Anwerbungsphase). Kommt dann das Gespräch zustande, besteht die nächste Aufgabe des Interviewers darin, den Interviewpartner über die Besonderheiten des narrativen Interviews zu informieren. Daran anschließend muss er seine Bitte nach Erzählung der Geschichte, um die es in seinem Interview geht, stellen und seinem Gegenüber auch plastisch verdeutlichen, was mit Erzählung und Geschichte gemeint ist. Wenn der Interviewer dann den Eindruck hat, dass der Interviewpartner die Aufgabe verstanden hat und mit ihr einverstanden ist, erfolgt die Redeübergabe: Der Interviewer bittet seinen Interviewpartner, mit der Erzählung zu beginnen (Einstiegsphase). Übernimmt dieser die ihm gestellte Aufgabe, so beginnt die Phase der Hauptidee. Während der Interviewpartner die Rolle des Erzählers übernimmt, ist der Interviewer nur Zuhörer. Er sollte dabei versuchen, sich in die Geschichte hineinzuhören, die Perspektive des Erzählers zu verstehen und dieses Verstehen auch durch Zeichen zu signalisieren, so dass der Erzähler die Gewissheit hat, dass die Art seiner Mitarbeit auch den Wünschen des Interviewers entspricht.

Kommt der Erzähler an das Ende der Geschichte, wird er dies durch eine Koda deutlich machen. Er macht dem Interviewer damit deutlich, dass dieser nun wieder an der Reihe ist. Zu Beginn der Nachfragephase bittet der Interviewer den Erzähler, unklar gebliebene Erzählpassagen zu präzisieren. Auch hier wird wieder ein Erzählstimulus gesetzt. Ist so das in der Hauptidee angelegte narrative Potential weitgehend ausgeschöpft, kann der Interviewer mit der letzten Phase beginnen, in der dem Interviewpartner auch Fragen gestellt werden können, die auf theoretische Erklärungen für das Geschehene abzielen und auf die Bilanz aus der Geschichte, mit der der Sinn des Ganzen auf einen Nenner gebracht wird.

7.2.3.2 Probleme der Interviewführung im narrativen Interview

Die Übernahme der Rolle eines Erzählers ist für den Interviewpartner eine ungewohnte Aufgabe, da das Vorverständnis von Interviews, das man hat, immer das Wechselspiel von Frage und Antwort impliziert. Aber auch der Interviewer kann seine Aufgabe als schwierig empfinden; vor allem unerfahrene Interviewer haben bei ihren ersten Interviews das Gefühl, aufdringlich zu sein, wenn sie um die Erzählung der Lebensgeschichte bitten. Um sich dieser peinlichen Angelegenheit zu entledigen, neigen sie dann häufig dazu, die Bitte nach einer ausführlichen Erzählung vorschnell, überstürzt oder verkürzt auszusprechen.

Ein anderer Interviewfehler besteht darin, dass nicht nach der Erzählung einer Geschichte von Ereignissen gefragt wird, sondern nach Motiven, Zuständen, Routinen, die nicht durch Erzählungen, sondern durch Beschreibungen und Argumentationen dargestellt werden

können. Der Interviewpartner versteht in solchen Fällen gar nicht recht, dass von ihm eine Erzählung erwartet wird.

Während der Phase der Haupterzählung ist der Interviewer gehalten, weder thematische noch evaluative Interventionen vorzunehmen. Er sollte vermeiden, während der Haupterzählung Fragen zu stellen, die der eigenen Aufklärung dienen.

7.2.3.3 Struktur und Auswertung narrativer Interviews

Narrative Darstellungen, wie die im narrativen Interview erzeugten Stegreiferzählungen, zeichnen sich dadurch aus, dass nicht nur in ihrer inhaltlichen Aussage, sondern auch in ihrer formalen Textstruktur Eigenheiten zu finden sind, die Aufschluss über Erfahrungsqualitäten geben. So wird durch erzählerische Mittel deutlich gemacht, wann in der Vergangenheit sich die Erfahrung von Situationen oder das Selbst des Erzählers geändert haben, wann für den Erzähler etwa eine neue Zeit anfangt. Solche Überschreitungen von zeitlichen Schwellen werden in der Erzählung durch formale Mittel (zeitliche Markierer) deutlich gemacht.

Ebenso wird durch die Textstruktur deutlich, in welchem Bezug der Erzähler zum Fortgang der Ereignisse steht: hat er die Bedingungen seines Handelns im Griff oder reagiert er nur noch auf die Bedingungen, die ihm von außen gesetzt sind.

Ein Vergleich von Ergebnissen der formalen und inhaltlichen Textstrukturanalyse und den Eigentheorien der Interviewpartner, mit denen der Erzähler sich selbst den Fortgang der Geschichte erklärt, zeigt meist, dass die Menschen sehr viel mehr von ihrem Leben wissen und darstellen können, als sie in ihren Theorien über sich und ihr Leben aufgenommen haben. Dieses Wissen ist den Informanten auf der Ebene der erzählerischen Darstellung verfügbar, nicht aber auf der Ebene von Theorien. Dem Forscher, der eine Lebensgeschichte analysiert, ist es dagegen möglich, auch diejenigen Aspekte der erzählten Lebensgeschichte durch analytische Abstraktionen einer Theoretisierung zugänglich zu machen, die den Betroffenen zum Zeitpunkt des Interviews in ihrer Eigentheorie nicht verfügbar waren.

Das narrative Interview liefert so reichhaltigere Daten als Befragungsformen, die ausschließlich an die Alltagstheorien der Befragten gebundenes Wissen erheben.

7.3 Der Fagerström-Test

Der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA) präzisiert nikotin-relevante Suchtkriterien in Frage- und Antwortform. Der FTNA erlaubt die Diagnosestellung und eine Graduierung der Nikotinabhängigkeit und kann damit zugleich ein Prädiktor für den Erfolg einer Entwöhnungstherapie sein. So kann der FTNA eine gute Prädiktion des kurz- und mittelfristigen Abstinenzersfolges leisten, insbesondere bei Männern, während für Frauen der Cotininspiegel zu Therapiebeginn den Entwöhnungserfolg bei Therapieende und nach einem Jahr vorhersagt. (vgl. Bleich, et. al., 2003).

Insgesamt ist der FTNA eine Weiterentwicklung des Fagerström Tolerance Questionnaire (FTQ) von Heatherton, Kozlowski, Frecker und Fagerström (1991) und ist als einfache und leicht zu verstehende Selbstbeurteilungsskala entwickelt worden. Er findet Verwendung im klinischen Bereich sowie in der Forschung und dient der Diagnostik von Nikotinabhängigkeit, der Schweregradeinteilung und der Indikationsstellung für Suchttherapie. Die Anwendung des FTNA kommt für alle Jugendlichen und erwachsenen Frauen und Männern mit Nikotinkonsum in Betracht.

Der FTNA besteht aus 6 Fragen mit jeweils 4 Antwortmöglichkeiten bei 2 Fragen und jeweils 2 Antwortmöglichkeiten bei 4 Fragen. Alle Fragen stehen mit dem Rauchverhalten in Zusammenhang. Die Summe der Bewertungsziffern dient zur Schweregradbestimmung. Es kann maximal ein Score von 10 erreicht werden.

Der Proband gibt zunächst seine demographischen Daten an. Dann beantwortet er die 6 Fragen des FTNA, indem er die für ihn zutreffende Antwortmöglichkeit ankreuzt. Die Auswertung erfolgt als einfache Addition der mit Hilfe einer Schablone der jeweils angekreuzten Antwortalternativen zuzuordnenden Rohwerten.

Eine Differenzierung des Schweregrades der Nikotinabhängigkeit kann nach erreichter Punktezahl vorgenommen werden.

0-2 Punkte stellt keine, bzw. sehr geringe Nikotinabhängigkeit dar; 3-4 Punkte stellen eine geringe Nikotinabhängigkeit dar, 5 Punkte eine mittlere, 6-7 Punkte stellen eine starke und 8-10 Punkte eine sehr starke Nikotinabhängigkeit dar.

1. FTNA-Item: Wie viel Zeit vergeht zwischen dem Aufwachen und Ihrer ersten Zigarette ?

Diese Frage ist für die Erfassung einer Nikotinabhängigkeit von theoretisch wichtiger Bedeutung. Abhängige Raucher haben am frühen Morgen bzw. beim Aufwachen niedrige Nikotinspiegel, das die Halbwertszeit des Nikotins relativ kurz ist. Diese Raucher klagen daher bis zum Konsum der ersten Zigarette häufig über Unwohlsein, vermutlich auch als

Folge einer Entzugssymptomatik. „Studien haben gezeigt, dass diese Frage ein ausgezeichneter Messparameter zu biochemischen Messungen (Nikotin, Cotinin, Kohlenmonoxid) darstellt und außerdem ein guter Prädiktor für eine erfolgreiche Raucherentwöhnung sein soll“ (Bleich, et.al., 2003)

2. FTNA-Item: Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. Kirche, Bücherei, Kino, usw.) das Rauchen zu lassen ?

3. FTNA-Item: Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen ?

„Obwohl diese Frage nicht zur Prädiktion biochemischer Veränderungen beiträgt wurde sie dennoch im Gesamttest belassen, da sie als Ausdruck einer psychischen Abhängigkeit verstanden werden kann. Des weiteren soll die Frage die reflektierte Diskussion der Nikotinabhängigkeit zwischen Patient und Behandler fördern“ (Bleich, et.al., 2003).

4. FTNA-Item: Wieviel Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag ?

Die Anzahl der am Tag gerauchten Zigaretten ist ein valider Wert für eine bestehende Nikotinabhängigkeit; frühere Studien legten sogar die Vermutung nahe, dass die Abhängigkeit eine direkte Funktion der gerauchten Zigarettenanzahl sein soll. Der tägliche Zigarettenkonsum korreliert außerdem mit dem Erkrankungsrisiko und mit der Exposition gegenüber Tabakbestandteilen. Die Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten zeigte sich in einigen Studien als Prädiktor für eine künftig mögliche Abstinenz.

5. FTNA-Item: Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages ?

6. FTNA-Item: Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen ?

Raucher, die trotz Krankheit rauchen sind stärkere Raucher.

Der Fagerström-Test befindet sich in der Anlage dieser Arbeit.

„Zahlreiche Untersuchungen zeigen, dass der Schweregrad der Nikotinabhängigkeit mit laborchemischen Analysen von Nikotin, Cotinin und Kohlenmonoxid positiv korreliert. Je höher also der Schweregrad der Nikotinabhängigkeit ist, desto höher sind auch die Nikotin-, Cotinin- und CO-Konzentrationen im Blut, im Urin und/oder in der exhalieren Atemluft. Zudem zeigen Studien, dass der tägliche Zigarettenkonsum mit dem Erkrankungsrisiko korreliert und der Zeitpunkt der ersten gerauchten Zigarette am Tag ein guter Prädiktor für eine erfolgreiche Raucherentwöhnung darstellt“ (Bleich, et.al., 2003).

7.4 Vorstellung der Interviewpartnerinnen und Auswertung der individuellen Fagerström-Tests

7.4.1 Vorstellung von Interviewpartnerin A

Interviewpartnerin A ist 48 Jahre alt und Deutsche. Sie ist geschieden und hat 3 Kinder, wobei das jüngste Kind im Alter von 5 Jahren noch bei ihr im Haushalt wohnt.

Sie hat die Schule mit der Mittleren Reife abgeschlossen und ist gelernte Biolaborantin und Industriekauffrau.

Als sie ihre erste Zigarette geraucht hatte, war sie 9 Jahre alt, ihre Schulfreundin war damals dabei und hatte mitgeraucht. Sie schreibt, dass sie geraucht hatte, weil sie von dieser Freundin gefragt wurde, ob sie mitrauchen möchte. Bei der ersten Zigarette war ihr schwindlig. Heute, zum jetzigen Zeitpunkt raucht sie im Schnitt 20 bis 30 Zigaretten täglich. Auf die Frage, ob es Situationen gibt, in denen sie immer raucht, beschreibt sie, dass dieser Ort ihre Arbeitsstelle ist. Ihr Zigarettenkonsum wurde schon von anderen Personen thematisiert, besonders auf der Arbeit wird sie häufig auf ihren Konsum angesprochen. Der Zigarettenkonsum hat bei ihr schon körperliche Folgen hinterlassen in Form von Atemwegserkrankungen und Herzproblemen.

Sie hat insgesamt 10 Mal versucht aufzuhören. Sie hat dabei keine speziellen Mittel oder Programme genutzt sondern „einfach aufgehört“. Sie hat bei diesen Abstinenzversuchen dann zwischen 2 Tagen und 1 Jahr nicht mehr geraucht.

Sie fing nach der längeren Abstinenz wieder mit dem Rauchen an, weil ein „extrem emotionales Telefonat mit der Mutter“ sie in eine emotionale Stresssituation gebracht hatte, die sie wieder zu Zigaretten greifen ließ. Sie hat sich beim Rauchen dann aber nicht gut gefühlt. Körperlich reagierte sie mit einem Schwindelgefühl darauf. Sie hat sich dann auch sofort nach diesem Telefonat Zigaretten gekauft. Sie beschreibt, dass sie bei diesem Rückfall kein schlechtes Gewissen hatte.

Auf die Frage, was für sie Gründe waren, weiterzurauchen schreibt sie, dass „Sucht“ der Hauptgrund war. Sie empfindet die vermeintliche Entspannung als einen positiven Aspekt beim Rauchen.

Der derzeitig genannte Grund, mit dem Rauchen aufzuhören ist für sie gesundheitliche Rücksicht gegenüber sich, aber besonders gegenüber anderen.

Das negative am Rauchen ist für sie Gestank, die gesundheitlichen Folgen, die hohen Kosten und die Abhängigkeit.

7.4.1.1 Auswertung Fagerström-Test

Wann nach dem Aufwachen rauchst Du Deine erste Zigarette

Innerhalb von 5 Minuten

6 bis 30 Minuten

31 bis 60 Minuten

nach 60 Minuten

Fällt es Dir schwer, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, nicht zu rauchen

Ja

Nein

Auf welche Zigarette würdest Du nicht verzichten wollen

Die erste am Morgen

Andere

Wie viele Zigaretten rauchst du etwa pro Tag

1 bis 10

11 bis 20

21 bis 30

31 und mehr

Rauchst Du am Morgen mehr als am Rest des Tages

Ja

nein

Kommt es vor, dass du rauchst, wenn Du krank bist und tagsüber im Bett bleiben musst ?

Ja

nein

Bei der Auswertung des Tests ergaben sich 6 Punkte gesamt. Dies spricht für eine „starke Abhängigkeit“.

7.4.2 Vorstellung von Interviewpartnerin B

Interviewpartnerin B ist 32 Jahre alt und Deutsche. Sie ist verheiratet und hat ein Kind. Sie hatte das Abitur gemacht und ist derzeit Studentin der Psychologie.

Als sie ihre erste Zigarette geraucht hatte war sie dreizehn. Damals war ihre Schwester dabei und ihre Motivation war, dass sie durch das Rauchen erwachsen und cool wirken wollte. Sie hatte sich dabei dann auch gut, erwachsen und stark gefühlt. Körperlich hat sie auf das erste Rauchen mit Schwindel reagiert und fand den Geschmack im Mund eklig. Sie war aber stolz bei dem Gefühl, etwas Verbotenes getan zu haben.

Heute ist sie Nichtraucherin, zur Zeit des Interviews ist sie im siebten Monat schwanger. Sie rauchte früher besonders wenn sie telefonierte oder morgens nach dem Aufstehen zum Kaffeetrinken. Der Konsum von Zigaretten hatte damals auch körperliche Folgen bei ihr ausgelöst. Sie war kurzatmig, musste häufig Husten und hatte eine schlechte Kondition.

Sie beschreibt, dass sie insgesamt 50 mal versucht hatte, mit dem Rauchen aufzuhören. Sie hatte zur Unterstützung Ratgeber-Bücher gelesen, hatte Nikotinpflaster benutzt oder hat versucht, ohne weitere Hilfsmittel auszukommen.

Sie hatte dann jeweils zwischen einem halben Tag, drei Wochen und dann auch 5 Jahre nicht geraucht.

Rückfälle erfolgten dann aus Frust. Auslöser war unter anderem ein Streit mit dem Freund. Sie hat sich dabei schlecht gefühlt und reagierte mit Schwindel und beklagte den schlechten Geschmack im Mund. Sie hatte ein schlechtes Gewissen bei ihren Rückfällen.

Gründe weiterzurauchen war damals die Sucht. Das Positive am Rauchen war für sie, dass es eine Ersatzbefriedigung einnehmen konnte.

Gründe, mit dem Rauchen grundsätzlich aufzuhören waren und sind für sie: finanzielle Gründe, die bessere Lebensqualität, die gesteigerte Freizeit, die gesundheitliche Verbesserung.

Das Negative am Rauchen generell ist für sie, dass es stinkt, teuer ist, ungesund ist, es macht den Geschmacks- und Geruchssinn kaputt, die Wohnung stinkt nach dem Rauchen, man war auf Raucherecken angewiesen.

7.4.4 Vorstellung von Interviewpartnerin D

Interviewpartnerin D ist 48 Jahre alt und Deutsche. Sie hat zwei Kinder. Sie hat die Fachhochschulreife und ist von Beruf Sozialarbeiterin in der Suchtkrankenhilfe.

Sie war dreizehn, als sie ihre erste Zigarette rauchte. Es war auf einer Party mit Schulkameraden. Sie hatte geraucht, um das Gefühl zu haben, dazuzugehören. Sie hatte sich nicht gut gefühlt und hatte Angst vor den Eltern. Körperlich hatte sie mit Schwindel auf die erste Zigarette reagiert. Sie hatte Angstgefühle, weil sie etwas Verbotenes tat.

Sie raucht heute eine Zigarette pro Woche. Sie raucht immer nur gelegentlich. Der Konsum hatte, als sie noch mehr rauchte, körperliche Folgen ausgelöst, sie hatte chronische Bronchitis. Sie hat auch Bedenken vor dem Suchtpotential, dass es mal mehr Zigaretten werden könnten als die momentane Anzahl.

Sie hatte eine längere Abstinenzzeit von elf Jahren gehabt. Ansonsten hatte sie bei ihren Ausstiegsversuchen dann eine Woche jeweils nicht geraucht.

Sie hatte wegen Stress wieder mit dem Rauchen angefangen. Der Auslöser war eine Prüfungssituation. Sie hatte sich gut dabei gefühlt, da sie dachte, es würde bei der einen Zigarette bleiben. Sie fühlte sich „wie high“, hatte einen leichten Schwindel. Sie hatte dabei noch nicht gedacht, dass sie einen Rückfall hat und hatte auch kein schlechtes Gewissen gehabt.

Gründe, weiterzurauchen ist, dass sie sich in einer Stresssituation mit dem Rauchen besser fühlt. Das Positive am Rauchen ist für sie die Ablenkung und der Stressabbau.

Der Grund, mit dem Rauchen ganz aufzuhören ist die Angst, „wieder sehr abhängig zu werden“.

Das Negative am Rauchen sind für sie Krebserkrankungen, Hautprobleme (sie hat Neurodermitis), der Mundgeruch, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, sie würde mit dem Sport aufhören müssen, wenn sie wieder jeden Tag rauchen müsste, da sie dann keinen Sinn mehr im Sport sehen würde.

7.4.4.1 Auswertung Fagerström-Test

Wann nach dem Aufwachen rauchst Du Deine erste Zigarette

7.5 Auswertung der Interviews

7.5.1 Beginn des Konsums und der weitere Verlauf

A: Angefangen habe ich, als ich acht oder neun Jahre alt war mit einer Klassenkameradin, das war eigentlich kein richtiger Anfang, das war mal probiert und da hatten wir beide nicht nur eine sondern bestimmt fünf Zigaretten geraucht.

Schwindlig war mir und das war dann vorerst auch erst mal das Ende, auch mangels Masse, kein Geld als Kind.

Mit zwölf habe ich dann weitergemacht. Als ich dann die Schule gewechselt habe und dann aufs Gymnasium kam...da war ich also ungefähr zwölf gewesen, als ich angefangen hatte.

(...) das hat sich dann gesteigert, da kann ich mich noch genau daran erinnern. Bis ich in die Ausbildung kam mit 16, da war so ein Päckchen, da waren 10 Stück drin, das hat so für eine Woche gereicht. Das war ja wirklich nicht viel gewesen und als ich dann in der Ausbildung war mit sechzehneinhalb, da habe ich dann so ein Päckchen an einem Tag geraucht. Irgendwann gab es dann die größeren Päckchen und die kleineren wurden abgeschafft und da ist es dann außer Kontrolle geraten, da habe ich dann mehr geraucht. Das ging, bis ich dann zwanzig war, da hatte ich dann ein großes Päckchen mit zwanzig Zigaretten geraucht.

Interviewpartnerin A fing im Alter von 8/9 Jahren gemeinsam mit einer Schulkameradin mit dem Rauchen an. Ihre Motivation damals war das Ausprobieren. Körperlich hatte sie erstmals eine negative Reaktion. Ihre Motivation, das Rauchen dann wieder zu lassen waren laut ihrer Aussage die fehlenden finanziellen Mittel.

Der richtige Einstieg begann mit zwölf Jahren, wieder im Kontext Schule. Sie hat die tägliche Menge an Zigaretten dann über einen längeren Zeitraum kontinuierlich gesteigert. Mit sechzehn waren es dann im Durchschnitt 10 Zigaretten in der Woche. Von einer wöchentlichen Konsummenge von 10 Stück werden es dann 10 Zigaretten am Tag. Sie beschreibt eine weitere Erhöhung des Konsums wegen der Abschaffung der kleineren Zigarettenpäckchen und hatte dann bis zum Alter von zwanzig Jahren den täglichen Konsum von 20 Zigaretten.

B: Ich habe angefangen mit dreizehn oder vierzehn, mit meiner Schwester zusammen und immer heimlich...wir sind immer heimlich auf so einen Acker gefahren und haben

geraucht. Am Anfang noch ab und zu...bis ich täglich geraucht habe, das hat dann eine Weile gedauert, so nach drei, vier Monaten. (...) dann täglich. Am Anfang nicht so viel, das war aber, weil ich so wenig Geld hatte, das musste ich ja vom Taschengeld bezahlen, aber später habe ich dann täglich geraucht. Also eine Schachtel am Tag. (...) das ist ziemlich so geblieben...eine und eine halbe Schachtel...ich habe ja ziemlich lange geraucht und das ist dann so geblieben. Wo ich mehr geraucht habe, das war mehr beim Weggehen als tagsüber. Aber tagsüber schon auch, also in den Pausen, in der Schule, da auch. (...) weil alle in der Clique geraucht haben. Ich fand die Clique so cool und weil alle da geraucht haben und ich wollte da dazugehören, da habe ich dann auch geraucht, und die anderen, die nicht geraucht haben, das waren dann immer so die Spießler und die Weicheier.

Interviewpartnerin B fing im Alter von dreizehn/vierzehn Jahren mit dem Rauchen an, ihre Schwester war bei dem ersten Konsum und bei dem weiteren Verlauf erstmals dabei. Sie konsumierten heimlich, unbeobachtet von den Eltern. Sie beschreibt, dass es dann noch eine Weile gedauert hat, bis es zu einem täglichen Konsum kam. Sie gibt finanzielle Gründe an, warum es zuerst bei einer geringeren Konsummenge blieb. Später, als die finanziellen Mittel besser wurden, wurde von ihr auch die Konsummenge gesteigert. Besonders in den Zeiten, in denen sie ausgegangen ist, hat sie mehr geraucht, also im Schwerpunkt abends. Tagsüber waren die Situationen, in denen sie geraucht hatte meist in Pausen, in der Schule. Sie betont, dass alle in der Clique geraucht hatten und da sie dabei sein wollte, dazugehören wollte, hatte sie mitgeraucht. Jugendliche, die nicht geraucht hatten, wurden als „Weicheier und Spießler“ bezeichnet.

C: Mit dem Rauchen angefangen, da war ich so circa 13 Jahre alt und zwar mit meinem damaligen Freund, den ich da gerade kennengelernt hatte und der war schon ein bisschen älter als ich, hatte auch geraucht und natürlich wollte man sich da etwas hervortun und wichtig machen und hat dann eben auch geraucht. Es war immer ganz spannend, etwas heimlich zu machen, bei uns zu Hause wurde nicht geraucht, meine Eltern nicht, meine Schwester nicht, eigentlich die ganze Familie nicht und ich kam mir da schon besonders vor. Und ich glaube, dieses Weiterräumen war jetzt nicht, weil es einem so supergut geschmeckt hatte, das ist einfach nicht so...ich bin ja 1963 geboren und da war das dann ganz in...da hat dann jeder geraucht, wobei ja auch vornehmlich gedreht wurde und in diesen Kreisen, die Jugendlichen damals, da gehört

das einfach dazu, die Raucherei. (...) wenn der Tabak alle war, dann wurde halt geschnorrt. Man ist da jetzt nicht losgegangen und hat sich dann das zweite Päckchen gekauft oder so, das kann ich jetzt nicht sagen. Und es gab halt einfach auch Zeiten, wo man nicht so viel geraucht hat, weil das auch nicht ging. Ich habe eigentlich auch erst später, wo ich dann angefangen hatte zu lernen, da hatte ich dann auch mehr geraucht, weil man dann ja auch Filterzigaretten geraucht hatte, weil es einfacher ist, dass man sie sich nicht erst drehen muss.

Interviewpartnerin C fing mit dreizehn Jahren mit dem Rauchen an, um es ihrem damaligen Freund gleichzutun und ihm zu imponieren. Sie beschreibt, dass sie mitgeraucht hatte, weil sie sich „hervortun und wichtig machen“ wollte. Für sie war der besondere Reiz, etwas heimlich zu tun, was von ihren Eltern nicht erwünscht gewesen wäre. Sie beschreibt dass sie sich dabei „besonders“ vorkam, also sich mit diesem Verhalten, dem Konsum von Zigaretten, deutlich von ihrer Familie abgrenzte. Sie hat dann auch weniger wegen einem deutlichen Genuss geraucht, sondern weil zu der Zeit „dann jeder geraucht hatte“ und das Rauchen zu der Clique, zu den Jugendlichen dazugehörte.

D: Mit dem Rauchen angefangen habe ich mit dreizehn, das war eine Party, die wir von der Schule aus hatten, also eine private Geburtstagsparty von einer Schulkameradin. Da war ich dreizehn, wollte irgendwie immer dazugehören und hatte aber schon dauernd das Gefühl, ich tue jetzt was Verbotenes, hatte auch tierische Angst, dass meine Eltern das riechen, aber ich wollte dazu gehören und dann habe ich die mitgeraucht. (...) dann ging es weiter, das war so ein klassisches Thema, würde ich sagen, so Unsicherheit in der Pubertät, mit vierzehn hatte ich dann schon mehr geraucht, das ging dann weiter, dass man so auf dem Schulhof in der Ecke, die gab es damals noch. Das war dann ganz legitim, da hatte man dann auch ein ganz tolles Thema gehabt. „Haste mal ne Kippe für mich“ so ging das eigentlich weiter, dass man schon....Schnorrerei, um mal ins Gespräch zu kommen und weil man auch nicht so richtig wusste, was soll ich jetzt mit den Jungs reden, das war so eigentlich das Thema, um was sich das dann in meinen Gedanken gedreht hatte und mit den Zigaretten konnte man das eigentlich recht gut überbrücken. (...) die Zigaretten standen eigentlich immer mehr für Unsicherheit und mehr dazugehören und damit das zu tun, was alle machen, weil die haben in unserer Klasse alle geraucht, fast alle.

Interviewpartnerin D hat im Alter von dreizehn Jahren mit dem Rauchen angefangen. Der Ort des ersten Konsums war eine Party, die sie gemeinsam mit Schulkameraden gefeiert hatte. Sie sagt, dass sie mitgeraucht hatte, weil sie dazugehören wollte. Sie hatte dabei ein schlechtes Gefühl, weil sie wusste, dass sie damit „etwas Verbotenes“ tat. Im weiteren Verlauf gibt sie als Motivation an, dass man mit dem Rauchen gut Unsicherheiten während der Pubertät überspielen konnte. Die Zigarette bot die Möglichkeit, mit anderen ins Gespräch zu kommen aufgrund des gemeinsamen Themas „Rauchen“, außerdem war es ein einfacher Aufhänger, um besonders Jungen ansprechen zu können. Sie beschreibt, dass es eigentlich auch weniger um das Rauchen selbst, sondern mehr um die Aspekte „Unsicherheit verbergen“, „dazugehören wollen“ und „das tun was alle machen“ ging.

Bis auf Interviewpartnerin A haben alle im Alter von dreizehn/vierzehn Jahren mit dem Rauchen begonnen. Auffällig ist, dass immer jemand anderes noch dabei war, die Schulkameradin, Schwester, der Freund, also nicht alleine geraucht wurde. Gerade bei B, C und D war der besondere Reiz auch, etwas heimlich zu tun, was von den Eltern nicht gewünscht oder gebilligt worden wäre. Interviewpartnerin C schien das Rauchen auch besonders benutzt zu haben, um sich von ihrer Familie deutlich abzugrenzen um das Gefühl zu bekommen, besonders und anders zu sein.

Die Interviewpartnerinnen B, C und D beschreiben, dass sie die Motivation zum Rauchen hatten, um zu einer Clique, einer Gruppe dazu zugehören. Interviewpartnerin C wollte ihrem damaligen Freund gefallen. B und D beschreiben, dass sie sich durch das Rauchen in der Clique eingliedern wollten. D beschreibt, dass das Rauchen das Gefühl von Unsicherheit kompensieren konnte. Es war scheinbar auch weniger der Anlass gegeben, zu rauchen weil es gut geschmeckt hätte.

Besonders die finanziellen Mittel waren zu Beginn des Konsumverlaufs das Steuerungsmittel schlechthin, ob weitergeraucht wurde und vor allem wie viel geraucht wurde.

„Mädchen und Jungen probieren in der Altersspanne zwischen 10 und 15 Jahren aus, wie Zigaretten schmecken. Anders als beim Konsum von Alkohol ist es nicht die Familie, die an der Initiation beteiligt ist, vielmehr warnen Väter und Mütter ihre Kinder vor dem Rauchen und das auch dann, wenn sie selbst rauchen. In vielen Familien reagieren die Eltern mit Sanktionen, wenn sie feststellen, dass ihr Kind raucht. Aus diesen Gründen findet die Initiation meist im Verborgenen und in einer Peer-Group statt. Die Jugendlichen reden auch nicht viel darüber, sondern behalten das Wissen für sich bzw. teilen es mit ihren Freunden

und Freundinnen. Die geschlechtsspezifischen Differenzen im Hinblick auf die Initiation und die ersten Erfahrungen mit Tabak sind gering. In den jüngeren Altersgruppen übersteigt der Anteil der Gelegenheitsraucher/innen mit 1 bis 5 Zigaretten pro Tag den Anteil der regelmässigen Raucher/innen. Das ändert sich etwas im Alter von 16 Jahren. Von diesem Alter an überwiegt der Anteil der regelmässigen Raucher/-innen den der Gelegenheitsraucher/-innen. Geschlechtsspezifische Unterschiede lassen sich in den Altersgruppen bis 25 Jahren nicht (mehr) feststellen.

Die Motive der Jugendlichen, Zigaretten auszuprobieren sind vielfältig. An erster Stelle steht wie immer die Neugier. Man will ausprobieren, wovor Erwachsene ständig warnen. Man will zu einer Gruppe gehören. Man will das Gefühl haben, erwachsen zu sein. Diejenigen, die nach verschiedenen Versuchen mit Zigaretten schließlich Raucher/-innen sind, geben als Motive an, dass sie das einfach gerne tun, dass es ihnen schmeckt, dass es ansteckend ist in einer Gruppe oder einer Gesellschaft. Zur Lust am Rauchen kommt da Gefühl dazu, als Raucher/-in einer Gruppe zuzugehören- eben der der Raucher/-innen. Erst an zweiter Stelle steht die Erfahrung, dass Rauchen Stress abbauen hilft, leistungsfähig macht, usw.“ (Vogt, 2004, S.38-39).

„Der Anteil der Raucher/-innen in den jüngeren Altersgruppen ist höher als in den älteren. Besonders auffällig ist das in der Altersgruppe zwischen 50 und 60 und besonders deutlich ist der Rückgang bei den Frauen. Aber auch sonst findet man in allen Altersgruppen ab 20 Jahren erhebliche Geschlechtsunterschiede. Der Anteil der Frauen, die rauchen, liegt fast durchweg 10 % niedriger als der Anteil der Männer, die rauchen. Dazu kommt, dass Frauen im Vergleich zu Männern weniger Zigaretten pro Tag rauchen. Die Ergebnisse sind bedeutsam, da die Gesundheitsgefährdungen des Rauchens mit der Menge der konsumierten Zigaretten ansteigen.

Detailstudien zeigen, dass der Anteil der Raucher/innen unter den sozial Benachteiligten besonders groß ist. Frauen und Männer mit niedrigem Einkommen und solche, die auf Sozialhilfe angewiesen sind, mit wenig Schulbildung und schlechten Jobs, Migranten/Migrantinnen und alleinerziehende Mütter rauchen besonders oft. Man kann also am Rauchen zeigen, dass es für einen Teil der Raucher/innen einen Zusammenhang gibt zwischen dem Rauchen und der sozialen Lage: Je problematischer die soziale Lage ist, umso eher suchen die Betroffenen Entlastung und wohl auch Entspannung in den Zigaretten. Je höher dagegen das Bildungsniveau der Frauen und vor allem der Männer, je besser ihre Stellung im Beruf ist, umso eher verzichten sie auf das Rauchen. In diesen Gruppen findet man besonders hohe Raten von Ex-Raucher/innen. Appelle zur Gesundheitsvorsorge

erreichen demnach vor allem Frauen und Männer, die ohnehin schon mehr für ihre Gesundheit tun als die sozial Benachteiligten“ (Vogt, 2004, S.40-41).

„Die meisten Raucher, fast alle Erwachsenen und ein sehr großer Anteil rauchender Kinder kennen die gesundheitlichen Gefahren des Zigaretterrauchens. Dennoch rauchen sie weiter. Demnach wird nicht aus Unkenntnis soviel geraucht, sondern mit Risikobereitschaft. Man vermutete eine Zeitlang eine bestimmte Raucherpersönlichkeit. Aber anscheinend kann jeder Mensch tabaksüchtig werden. Zusammenhänge zwischen der Persönlichkeit und dem Rauchen wurden zwar oft untersucht, die Ergebnisse sind jedoch sehr inkonsistent. Persönlichkeitsdimensionen wie „Extraversion“, „novelty seeking“ und „Neurotizismus“ scheinen mit dem Rauchen verbunden zu sein. Negative Affekte und emotionaler Stress korrelieren ebenfalls mit dem Rauchverhalten und weisen auf eine mögliche antidepressive Wirkung des Zigarettenrauchens hin“ (DHS, 2003, S.43).

7.5.2 Zigarettenkonsum der Eltern/Familie

A: (...) nur mein Vater und der hat eigentlich viel geraucht, der hat bestimmt zwanzig Zigaretten am Tag geraucht. Meine Mutter gar nicht, die hat aber auch nichts dagegen gesagt.

C: (...) bei uns zu Hause wurde nicht geraucht, meine Eltern nicht, meine Schwester nicht, eigentlich die ganze Familie nicht und ich kam mir da schon etwas besonders vor.

Bei den Interviewpartnerinnen wird nur von A und B der Konsum, beziehungsweise Nicht-Konsum in der Familie beschrieben. Unter den Eltern der Interviewpartnerinnen schien nur der Vater von A geraucht zu haben. Bei C wurde in der ganzen Familie ansonsten nicht geraucht und aus den hervorgegangenen Interviewaussagen von B trat hervor, dass sie mit dem Rauchen zusammen mit ihrer Schwester angefangen hatte.

„Ob Kinder und Jugendliche zu rauchen anfangen, hängt am meisten von den Bezugspersonen ab. Zahlreiche Untersuchungen haben den Einfluss rauchender Eltern bewiesen: Wo Vater oder Mutter und insbesondere beide Elternteile rauchen, findet man unter den Kindern weit mehr Raucher als in anderen Familien. Dabei hat anscheinend das Rauchen des Vaters mehr Einfluss auf den Sohn, entsprechend das Rauchen der Mutter auf die Tochter. Das spricht für Identifikationstendenzen, die durch die Beobachtung von sogenannten

negativen Identifizierungen bestätigt werden: Wenn das Verhältnis zum Vater gestört ist, tendiert der Sohn eher zum konträren Verhalten, er meidet die Zigarette als Gegensatz zum rauchenden Vater“ (DHS, 2003, S. 42).

7.5.3 Ausstiegsversuche

A: Da hatte ich richtig aufgehört zu rauchen als ich schwanger war mit meinem Sohn, da war ich einundzwanzig. Da hatte ich während der Schwangerschaft aufgehört (...) (...) und der zweite Versuch, das war die zweite Schwangerschaft gewesen mit meiner Tochter. Sobald ich erfahren habe, dass ich schwanger bin, habe ich aufgehört zu rauchen. Da habe ich erstmal...bei der I. hatte ich die ersten zwei Wochen solche Lightzigaretten geraucht und habe es dann aber aufgegeben, mir ging es da ja dann auch nicht gut mit dem Rauchen. Das hat sich halt ergeben. Ich bin schwanger, dann höre ich auf zu rauchen. Die Versuche danach, ich glaube, das lag am Geld, dass wir nicht viel Geld hatten und dann habe ich halt aufgehört zu rauchen aber nie länger als eine Woche ausgehalten. (...) irgendwann mal, das war vor fünfzehn Jahren, da war ich erkältet, da hatte dann irgendwann eine Ärztin Lungenentzündung festgestellt, da habe ich aufgehört zu rauchen und da habe ich dann auch noch Asthma gekriegt. (...) und als ich dann ins Krankenhaus kam, letztes Jahr und vorletztes Jahr, da habe ich dann aufgehört zu rauchen, weil ich zu faul war rauszugehen zum Rauchen und es war kalt. Nach der Nasen-OP, da ist einem eh nicht nach rauchen und dann hatte ich auch schon aufgehört zu rauchen, wenn die M. krank war (die Tochter, Anmerkung I.). (...) Als ich das eine Jahr nicht geraucht hatte, hatte ich das auch von einem Tag auf den anderen gemacht, habe dann nur noch das eine Päckchen fertig geraucht und das hatte mir dann gar nichts ausgemacht. Da habe ich in dem Sinne auch keinen Entzug gehabt, gar nichts. (...) das war halt „Ich höre jetzt auf zu rauchen und Feierabend“.

Interviewpartnerin A hörte während ihrer ersten Schwangerschaft im Alter von 21 Jahren mit dem Rauchen auf, ebenso bei den darauffolgenden beiden Schwangerschaften. Bei dem mittleren Kind hatte sie zu Beginn der Schwangerschaft zuerst den Konsum auf „Lightzigaretten“ umgestellt und hatte dann im weiteren Verlauf der Schwangerschaft doch ganz mit dem Rauchen aufgehört. Auch war ein weiterer Grund, das Rauchen aufzugeben, geringe finanzielle Mittel und eine Erkrankung mit Lungenentzündung und später Asthma. Auch hörte sie während Krankenhausaufenthalten mit dem Rauchen auf, da die jeweiligen

Erkrankungen ihr den Genuss am Rauchen nahmen. Ein weiterer Grund aufzuhören war auch, wenn die jüngste Tochter, die bei ihr im Haushalt mitwohnt, erkrankt war.

Sie hat mit dem Rauchen aufgehört, indem sie vom einen auf den anderen Tag dann nicht mehr geraucht hatte, ohne weitere Hilfsmittel. Sie beschreibt, dass sie dabei dann auch keine Entzugssymptome verspürt hat.

B: Das erste Mal war mit 21. Keiner hat es mir geglaubt und gesagt, das schaffst du eh nicht und ich habe dann so einen Trotz gekriegt und habe gedacht, eben wohl. Ich war auch in einer WG, in der alle geraucht hatten. Wir waren zu fünft und alle haben geraucht und wenn da alle sitzen und rauchen, dann schafft man das eh nicht. Und weil mir keiner geglaubt hat, so aus Trotz...und wenn ich ältere Frauen gesehen habe, die geraucht haben, da habe ich gedacht, so will ich nicht aussehen, wenn ich mal alt bin. (...) dann kenne ich Frauen, die sind fünfzig, die haben ihr Leben lang gequalmt und die haben immer so eine trockene...so eine komische Haut, die sind am schnaufen und am husten und kommen kaum den Berg hoch und da habe ich gedacht, so will ich nicht aussehen, wenn ich mal alt bin. (...) und weil ich so wenig Geld hatte, weil ich meinen Schulabschluss nachgeholt hatte und das Geld, das ich hatte, da ist immer so viel für Zigaretten drauf gegangen, das mich das schon geärgert hatte. Und ich will auch nicht rauchen, irgendwann sehe ich dann so aus wie ein hutzeliges Weibchen und dafür muss ich dann mein ganzes Geld ausgeben.

(...) ich habe dann ganz oft probiert und meistens hat es einen Tag gehalten oder zwei und das ging dann so über Wochen und irgendwann hat es dann mal geklappt und da habe ich dann ohne Hilfsmittel aufgehört. Da habe ich dann auch fünf Jahre lang nicht geraucht. (...) ich habe dann fünf Jahre lang nicht geraucht und dann war das mit der V. (die Tochter, Anmerkung I.). Ich stelle mir das ganz schlimm vor in der Schwangerschaft, wenn man gar nicht aufhören will und dann aber aufhören muss, das ist schwierig.

Interviewpartnerin B startete ihren ersten Ausstiegsversuch im Alter von 21 Jahren aus Trotz heraus, weil ihre damaligen Mitbewohner ihr nicht glaubten, dass sie es schaffen würde, mit dem Rauchen aufzuhören. Sie beschreibt, dass es schwierig ist, mit dem Rauchen aufzuhören, wenn das nähere Umfeld raucht. Eine weitere Motivation zum Aufhören war auch, dass sie das Aussehen von älteren, rauchenden Frauen dahingehend bewertet hat, dass sie später, wenn sie auch älter ist, „so nicht aussehen will“. Zum einen beschreibt sie den Zustand der Haut als

„komisch“ und trocken und beschreibt auch die körperlichen Folgen des Rauchens wie Husten und mangelnde Kondition. Ein weiterer Grund zum Aufhören waren auch fehlende finanzielle Mittel. Die Abstinenzzeiten hatten zu Beginn nicht lange angehalten, meist ein paar Tage. Sie hat alle Ausstiegsversuche damit unternommen, dass sie von einem auf den anderen Tag aufgehört hat. Auch ihre jetzige Abstinenzzeit hat sie damit begonnen, dass sie ohne weiteren Hilfsmittel mit dem Rauchen aufgehört hat.

C: (...) ich hatte mal vierzehn Tage aufgehört. Das war jetzt nicht, weil ich mich schlecht gefühlt hatte, das war jetzt weil mein damaliger Freund Asthma hatte, ich dem das auch nicht antun wollte zu rauchen. (...) das zweite Mal habe ich aufgehört zu rauchen, da lebte ich mit meinem jetzigen Mann schon zusammen, der es einfach hasst, wenn ich rauche.

(...) ein Raucherprogramm würde ich nicht mitmachen, weil ich halt einfach der Meinung bin, man hört auf und dann ist halt Schluss. Also, was man machen könnte, ist halt sich ein Nikotinkaugummi kaufen und dann halt damit die Zeit ein bisschen zu überbrücken oder ein Pflaster. Das muss man abchecken, ob es einem so richtig schwer fällt oder ob da halt so eine Gewöhnungssache ist und ich rauche öfter auch mal mehrere Tage nicht und da könnte ich nicht sagen, dass ich da jetzt irgendwelche Missempfindungen hätte.

Interviewpartnerin C beschreibt, dass sie ihren ersten Ausstiegsversuch gemacht hatte, weil sie die Gesundheit ihres damaligen Freundes schonen wollte. Auch beim zweiten Mal hat sie auf Rücksicht auf einen späteren Partner, ihren jetzigen Mann aufgehört. Sie sagt, dass sie den Ausstieg aus dem Zigarettenkonsum ohne Hilfe eines Raucherentwöhnungsprogramms machen würde, da sie findet, dass man, wenn man aufhören möchte, dann auch so, ohne Raucherentwöhnungsprogramm, aufhören kann. Sie räumt allerdings ein, dass man zur Überbrückung dann doch zu Hilfsmittel wie Pflaster oder Kaugummi greifen könnte. Sie selbst beschreibt, dass sie während ihrer kurzen Abstinenzzeiten, die längste war vierzehn Tage, keinerlei Entzugssymptome hatte und keine Missempfindungen verspürt hatte.

D: (...) das kam eigentlich relativ spät, dieses Bewusstsein. Ich habe ja relativ spät angefangen, mit achtzehn und richtig süchtig geraucht. (...) als ich es dann geschafft hatte ganz aufzuhören, so mit siebenundzwanzig. Weil da dachte ich dann ständig über Kehlkopfkrebs nach und ich hatte dann ständig Bronchitis, das war eigentlich schon

chronisch gewesen. (...) also, es war einmal ein Versuch, da habe ich es einfach gelassen und wurde dann natürlich prompt rückfällig. Und das nächste Mal, da ging es eigentlich, das war schon wenige Wochen später, da ging es dann ganz klar um den Willen, also ich wollte aufhören. Ich habe weder einen Kurs gemacht, noch was drüber gelesen. Ich habe dann einfach gesagt, ich höre jetzt auf, das war heftig, ich habe das dann halt mit Kaugummis geschafft. Das war so für mich die Möglichkeit, an was anderes zu denken, ich hatte den ganzen Tag keinen Publikumsverkehr, da konnte ich das mir im Büro leisten, herumzukauen und habe da schon fast so viel Geld ausgegeben am Anfang wie für die Zigaretten. (...) und zugenommen hatte ich. Ich habe also auch schon mit Essen kompensiert, ganz klar.(...) ich war unheimlich stolz, dass ich das geschafft hatte und hatte dann so auch kein Bedürfnis mehr gehabt.

Interviewpartnerin D beschreibt, dass sie sich als süchtige Raucherin erst im Alter von achtzehn Jahren empfunden hat. Als sie dann mit dem täglichen Konsum aufhörte, war sie siebenundzwanzig Jahre alt. Die Hauptmotivation aufzuhören waren dabei gesundheitliche Gründe wie die Angst vor Krebs und eine chronische Bronchitis, die sich entwickelt hatte über den Verlauf ihres Zigarettenkonsums. Sie hatte bei ihrem ersten Ausstiegsversuch ohne weitere Hilfsmittel mit dem Rauchen aufgehört und wurde kurz danach wieder rückfällig. Ein paar Wochen später versuchte sie auf dem gleichen Weg den Ausstieg, holte sich dabei dann aber die Ersatzhandlung „Kaugummi kauen“ zur Hilfe (es handelte sich dabei um übliche Kaugummis, keine Nikotinkaugummis, Anmerkung I.). Auch kompensierte sie nach ihrer Aussage den fehlenden Nikotinkonsum durch vermehrte Nahrungsaufnahme.

Bei Interviewpartnerin A waren die Gründe für die Ausstiegsversuche ihre drei Schwangerschaften, dann auch gesundheitliche Gründe und später auch geringe finanzielle Mittel zu der jeweiligen Zeit. Auch war ein Grund für sie aufzuhören, wenn ihre jüngste Tochter erkrankt war.

Ebenso waren für die Interviewpartnerinnen B, C und D gesundheitliche Folgen, geringe finanzielle Mittel und die Rücksicht auf nahestehende Personen im Umfeld die Motivation, mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Interviewpartnerin B beschreibt zusätzlich noch das Aussehen von rauchenden, älteren Frauen als ein abschreckender Faktor, mit dem Rauchen grundsätzlich aufhören zu wollen.

A und C haben auf keine Hilfsmittel wie Raucherentwöhnungsprogramme, Nikotinpflaster, Nikotinkaugummis zurückgegriffen, um mit dem Rauchen aufzuhören. Interviewpartnerin B

beschreibt, dass sie „Ratgeber-Bücher“ gelesen hatte und Nikotinplaster eingesetzt hatte. Interviewpartnerin D beschreibt, dass sie auf das Kauen von herkömmlichen Kaugummis zurückgegriffen hat, um nicht ans Rauchen denken zu müssen, beziehungsweise eine Ersatzhandlung zum Rauchen vorzunehmen. Auch war für sie die vermehrte Nahrungsaufnahme eine Kompensationsmöglichkeit zum fehlenden Rauchen. Interviewpartnerin C hatte bei ihren Ausstiegsversuchen zwar auch auf keinerlei Hilfsmittel zurückgegriffen, räumt aber ein, dass sie sich durchaus den Einsatz von Nikotinplaster- oder Kaugummis hätte vorstellen können.

Auch bei einer hohen Motivation, mit dem Rauchen aufhören zu wollen, können den Rauchern/Raucherinnen einige Probleme im Weg stehen. „Rauchern ohne Abhängigkeitssyndrom gelingt die Verwirklichung der Abstinenz häufig ohne fremde Hilfe. Anders stellt es sich dagegen bei einer Abhängigkeit dar“ (Batra, et. al., 2004, Seite 23). Die Tabakabhängigkeit ist sowohl durch eine physische als auch eine psychische Komponente bestimmt. Dies muss bei den Ausstiegsversuchen und auch später bei der Rückfallprophylaxe berücksichtigt werden. „Die physische Komponente ist durch die Nikotinabhängigkeit charakterisiert und führt beim Rauchstopp zu körperlichen Entzugssymptomen. Diese umfassen Schlafstörungen, Müdigkeit, Konzentrationsmangel, Nervosität, Unruhe, Verstopfung und Hungergefühl. Die psychische Abhängigkeit äußert sich in einem heftigen Rauchverlangen, dem Unvermögen, auf das Rauchen in bestimmten Situationen zu verzichten und der so genannten allgemeinsprachlich umschriebenen „Macht der Gewohnheit“. Das Rauchen wurde „gelernt“ und ist fester Bestandteil des individuellen Verhaltensrepertoires geworden“ (Batra, et.al., 2004, S.23).

Jeder ernstgemeinte Entwöhnungsversuch muss sich also mit beiden Komponenten beschäftigen.

„Nicht alle Raucher rauchen gern. Die Vorstufen zum Ausstieg, also die meist mehrfachen Aufhörversuche, finden sich in den folgenden Zahlen: 1998 haben 35 % der rauchenden Männer (West 37%, Ost 31 %) und 33 % der rauchenden Frauen (Ost und West identisch) während der letzten 12 Monate mindestens einmal versucht aufzuhören. Die rauchfreie Zeit betrug einen Tag oder mehr. Will man die tatsächlich nicht mehr Rauchenden betrachten, so ist es günstiger, statt der Ex-Raucher-Anteile ein anderes Mass zu errechnen. Bezieht man die Exraucher-Anteile auf die Summe der Raucher plus der Exraucher- also auf die Jemals-Raucher – so erhält man die so genannte Aussteigerquote, die im Mittel bei 36 bis 43 % liegt.

Naturgemäß steigen die Anteile der Aussteiger mit dem Alter an, da mit zunehmenden Alter der Wunsch und die Notwendigkeit aufzuhören, ebenso wie die Unzufriedenheit mit der eigenen Abhängigkeit, immer deutlicher werden. Es gibt jedoch sowohl zwischen alten und neuen Bundesländern als auch zwischen Männer und Frauen Unterschiede in den Aussteigerquoten. In der Studie des BMG/IFT aus dem Jahr 2000 wurde die Änderungsbereitschaft nach dem so genannten Phasenmodell erfasst. Danach laufen Raucher auf dem Weg zum Aufhören die Phasen Absichtslosigkeit, Absichtsbildung, Vorbereitung, Handlung (Aufhören) und Aufrechterhaltung (des Nichtrauchens). Rund 20 % der Raucher haben nicht vor aufzuhören, 37 % spielen mit dem Gedanken und rund 10 % bereiten sich vor (Aufhören in den nächsten 4 Wochen) oder haben gerade aufgehört (in den letzten 6 Monaten). 35 % haben bereits vor mehr als 6 Monaten aufgehört“ (DHS, Jahrbuch Sucht 2005, S. 41-47).

Bei der Behandlung von Rauchern ist es auch wichtig im Vorfeld festzustellen, in welchem Stadium der Veränderungsbereitschaft sich der Raucher gerade befindet.

„Prochaska und DiClemente haben ein Stadienmodell der Veränderungsbereitschaft konzipiert, das die Raucher gemäß dem Stand ihrer Bereitschaft, das Rauchen aufzugeben, unterteilt und hilft, Interventionen zur Motivation und Behandlung von Rauchern auf die jeweilige Veränderungsbereitschaft abzustimmen.

Auf dieses Stadienmodell komme ich noch unter Punkt 9 zu sprechen. Im Punkt 8 werde ich die unterschiedlichen Rauchertypen ansprechen.

Auf die Möglichkeiten der Raucherentwöhnung komme ich in Kapitel 10 dieser Arbeit zu sprechen, zum einen auf ein Raucherentwöhnungsprogramm unter verhaltenstherapeutischen Aspekten und auch auf andere Alternativen des Ausstiegs.

Wie der einzelne Raucher/die einzelne Raucherin ihre Ausstiegsversuche unternimmt, ist individuell sehr unterschiedlich und wird wahrscheinlich auch individuell unterschiedlich bleiben, ungeachtet von Alternativ-Programmen und Alternativ-Möglichkeiten zu der Methode, von heute auf morgen mit dem Rauchen aufzuhören.

7.5.4 Rückfälle

A: (...) und habe dann direkt nach der Entbindung wieder damit angefangen, am nächsten Tag. Da bin ich dann umgekippt, nach der Zigarette, gleich auf der Etage, da durfte man in den Krankenhäusern noch rauchen, da hatte ich einen Kreislaufkollaps gekriegt, was mich nicht abgeschreckt hat. Also, am gleichen Tag hatte ich dann nicht mehr geraucht aber dann am Tag darauf und habe im selben Mass weitergeraucht wie vorher.

(...) da habe ich ein Jahr lang nicht geraucht und dann rief mich meine Mutter an und wollte, dass die I. bei denen schläft und das wollte ich nicht, das war total stressig, als ich gesagt habe, warum die da nicht schlafen darf und da habe ich dann wieder angefangen zu rauchen. Ich habe zuerst eine geraucht, die schon eklig alt war und habe mir dann wieder Zigaretten gekauft und habe dann in dem selben Maß wieder weitergeraucht wie vor einem Jahr.

(...) Stresssituationen. Das auslösende Gespräch fand vormittags statt und bis abends hatte ich dann mein Pensum wieder gehabt. Das war jedes Mal so, wenn ich wieder angefangen hatte zu rauchen, das ist jedes Mal die gleiche Menge von vorneherein gewesen.

Nachdem für A der Grund aufzuhören, die Schwangerschaft, beendet war, begann sie gleich nach der Entbindung wieder mit dem Konsum von Zigaretten. Sie reagiert auf diese erste Zigarette recht heftig mit einem Kreislaufkollaps, was sie aber, wie sie sagt, nicht davon abhielt, weiterzurauchen. Dies zeigt eigentlich, dass der Wunsch, wirklich aufzuhören, nicht sehr groß gewesen sein muss, da das Risiko für sie selbst und ihr neugeborenes Kind auch nach der Entbindung noch sehr groß sein kann, unter anderem bezüglich der Folgen des Passivrauchens beim Kind (siehe Punkt 4.2.1). Dies zeigt auch, dass der Abstinenzwunsch eng an den Zustand der Schwangerschaft gebunden war, sobald dieses Motiv verschwand, die Schwangerschaft beendet war, gab es scheinbar keinen erkennbaren Grund mehr in dieser Zeit, weiterhin das Rauchen zu lassen; ungeachtet der schädlichen Wirkung des Rauchens und Passivrauchens für Kind und Mutter.

Eine weitere Situation bei einem Rückfall war die stresskompensierende Wirkung des Rauchens bei einem emotional anstrengenden Telefonat mit ihrer Mutter. Dies zeigt das für das Verhalten in Stresssituationen keine alternativen Handlungen gelernt wurden als das

Rauchen. Sie beschreibt, dass sie dann auch gleich in der selben Menge geraucht hatte wie vor ihrem Abstinenzversuch.

B: (...) weil ich so frustriert war. Da hatte ich so mit meinem Freund Krach und da habe ich gedacht, wenn ich jetzt anfangen zu rauchen, dann gucken sie nach mir und denken dann, wenn sie jetzt wieder anfängt zu rauchen, dann muss es der Armen ja ganz schlecht gehen und dann kümmert man sich um mich...und es hat nicht funktioniert. Ich habe auch so gedacht, ich rauche jetzt mal eine und dann höre ich wieder auf. (...) und dann habe ich so gedacht, ich habe da jetzt diese Schachtel und jetzt rauche ich am Wochenende mal eine und dann höre ich wieder auf und aus diesem Wochenende sind dann zwei Jahre geworden und ich habe dann zwei Jahre lang geraucht.

(...) ich habe mehr geraucht als früher, das ging ganz schnell. Das war glaube ich nach dem Wochenende, wo ich dann mal so eine geraucht hatte und dann hatte ich wieder meine eineinhalb Schachteln am Tag gehabt, das ging ganz schnell. Und ich glaube, ich habe sogar fast mehr geraucht, weil ich immer das Gefühl gehabt hatte, ich höre ja bald eh wieder auf und dann musst du vorher nochmal schnell rauchen.

(...) manchmal, wenn ich weggehe und bin dann mit Leuten zusammen, die rauchen, dann denke ich manchmal auch, jetzt könnte ich auch eine rauchen. Oder eine Freundin von mir, mit der treffe ich mich manchmal zum Kaffee, und wenn die dann eine raucht, fehlt es mir ...

Interviewpartnerin B beschreibt, dass sie aufgrund des Gefühls, gefrustet zu sein, einen Rückfall hatte. Auslöser war ein Streit mit ihrem Freund. Zum einen diente bei diesem Rückfall das Rauchen in der Situation zum Ausgleich eines schlechten Gefühls; zum anderen wollte sie es als Mittel um Aufmerksamkeit zu erlangen einsetzen. Das Rauchen sollte dazu dienen, der Außenwelt das Zeichen zu setzen, dass es ihr sehr schlecht gehen muss, wenn sie nach der Streitsituation wieder mit dem Rauchen anfängt und erhoffte sich so eine positive Unterstützung durch ihr Umfeld, das sie bedauern soll und zu einer Polarisierung in Gut und Böse verhelfen soll; sie soll in ihrem Rückfall den Part der Guten haben, die durch ihrem Partner zu einem Rückfall gebracht wurde und ihr so die Verantwortung an dem Rückfall nimmt. Sie hatte den Eindruck, dass sie auch wieder jederzeit mit dem Rauchen aufhören könnte, dass dieser Rückfall nur von vorübergehender Dauer sein würde. Sie beschreibt, dass sie den Eindruck hatte, dass sie auch mehr geraucht hatte als vor dem Abstinenzversuch.

Zur Zeit des Interviews ist sie abstinente vom Rauchen. Sie beschreibt, dass sie aber immer noch merkt, dass sie Lust aufs Rauchen verspürt, wenn sie in ihrer Freizeit mit Leuten zusammen ist die rauchen.

C: (...) das hatte ich dann mal so vierzehn Tage, drei Wochen durchgehalten aber dann ging es dem auch wieder besser, wir hatten oft Besuch und die Leute haben dann halt auch geraucht und dann...ich weiss nicht, das ging dann irgendwie ganz normal weiter, ich habe mir darüber auch keine großen Gedanken gemacht. (...) aber es ist halt auch so, wenn ich abends in der Kneipe bin mit Kumpels, ja dann hat man auch ein bisschen was getrunken und dann raucht man halt wieder eine und so fängt das dann halt auch wieder an. Dann raucht man zwar halt nicht mehr zu Hause aber man raucht halt auf dem Weg zur Arbeit oder halt abends, wenn man unterwegs ist und ich genieße das dann halt einfach auch.

(..) das war vom Gefühl her nicht so, dass ich jetzt gemerkt hätte, ich habe jetzt vierzehn Tage nicht geraucht, mir war jetzt nicht schlecht oder sonst was. Ich habe halt eine geraucht und dann war das halt ok., dann ging es halt wieder los.

Interviewpartnerin C verfiel sehr schnell wieder in alte Gewohnheiten, durch den Umgang mit Personen in ihrer Freizeit, die in ihrer Gegenwart und auch in der Gegenwart ihres asthmakranken Freundes geraucht hatten. Dieser Rückfall konnte wahrscheinlich auch deshalb so schnell kommen und sich wieder als Gewohnheit einschleichen, weil sie keine eigene Motivation hatte, mit dem Rauchen aufzuhören; also es nicht für sich tat sondern für Personen aus ihrem Umfeld mit dem Rauchen aufhörte. Auch in dem Zusammenhang mit dem abendlichen Ausgehen in Kneipen, man trinkt etwas mit anderen, war der Griff zur Zigarette wieder schnell da. Das Rauchen war somit an die Situation Kneipenabend und die ebenfalls rauchenden Freunde gebunden.

Sie machte mit ihren Rauchgewohnheiten dann auch sehr schnell wieder weiter wie vor dem Abstinenzversuch. Sie beschreibt, dass sie auch keine körperlichen Folgen gespürt hatte, als sie die erste Zigarette wieder geraucht hatte. Allerdings war die Abstinenzzeit von C mit der Dauer von vierzehn Tagen nicht sehr lang.

D: (...) das einzige, was ich gemerkt hatte, wenn sich jemand eine frische Zigarette angesteckt hatte, dass ich das immer noch gerne roch und da habe ich dann gemerkt, ich bin immer noch eine süchtige Raucherin, also, das war mir da schon noch bewusst.

Das war klar, wenn ich jetzt wieder eine rauche, bin ich dann wieder dabei. Es war eigentlich mehr, dass ich stolz war, es geschafft zu haben und der Rückfall kam dann in einer blöden Situation, wo ich dann nicht mehr so stolz war, wo dann alle geraucht hatten nach einer Prüfung, von dem Abitur, das ich nachgemacht hatte, eine Matheprüfung. Einfach so aus einer Laune heraus, es bleibt dann bei der einen. Das war einfach mehr so ein Joke. Jeder wusste, ich rauche nicht und alle dann so „Was, Du rauchst?“ und ich meinte, ich kann es ja auch wieder lassen und dem war dann halt nicht so. Ich habe schon so in Stresssituationen, wenn es um so Beziehungskisten ging, im Gespräch mit Freunden oder auch wenn es um meine eigene Beziehung ging, die war halt damals in der Krise, die Ehe, dass ich dann an Zigaretten komischerweise gedacht hatte. Das war auch nie ganz weg. Und diese Situation, das war dann auch eine Stresssituation, da hatte ich eigentlich mehrere Probleme. (...) ich habe dann angefangen, die eine Zigarette und dann hatte ich plötzlich Lust, wieder weiter zu rauchen. Dann habe ich mir auch wirklich wieder welche gekauft. Ich hatte eine Beziehungskrise, die Ehe ging nach vierzehn Jahren dann auseinander und habe dann solange mein Mann noch bei mir gewohnt hatte, abends auf dem Balkon gestanden und habe, wenn ich gemerkt habe, wir kommen nicht ins Gespräch oder wir kommen mit unseren Gesprächen nicht weiter, geraucht. Dann bin ich regelmässig raus, vor den Kindern habe ich nicht geraucht und dann fing ich an, mir auch wieder Zigarettenpackungen zu kaufen. (...) ich fand es schon eine Entlastung für mich, das geht mir heute noch immer so, wenn ich gelegentlich mal in einer Stresssituation rauche, wenn mich so eine Stresssituation anfliegt (...) dann kommt die Gier auf Nikotin in solchen Situationen seltsamerweise und ich fand aber eigentlich ekelhaft, da jetzt wieder auf dem Balkon stehen zu müssen und ich fand den Geschmack eigentlich auch gar nicht gut. Ich habe eher gedacht, mensch, jetzt hast Du diese elf Jahre so gebrochen und es war alles für die Katz, so habe ich mich da erstmal gefühlt. Es waren schon auch so ein bisschen Schuldgefühle, auch meiner Gesundheit gegenüber. (...) ich finde es zwar auch nicht gut, ich sehe es als Rückfall, das auf jeden Fall, ich sehe es immer wieder als neuen Rückfall. Manchmal mache ich auch drei Züge und denke dann auch, was ein Blödsinn und ich finde das dann auch ganz ekelhaft und drücke die dann aus und manchmal bin ich dann wieder so gierig, dass ich die dann fast bis zum Filter rauchen muss.

Interviewpartnerin D reagiert sehr stark auf „cues“: den Duft einer frisch angesteckten Zigarette zum Beispiel. Sie merkte, dass es positive Aspekte für sie beim Rauchen gab, die sie auch in ihrer Abstinenzzeit noch sehr interessierten. Sie konnte es aber so beschreiben, dass es ihr bewusst war, dass sie immer noch Gefahr laufen könnte, rückfällig zu werden, wenn sie nicht aufpasst. Der Rückfall kam dann in einer Stresssituation, einer Prüfung in der Abendschule. Sie schloss sich nach der Prüfung den anderen Prüflingen mit dem Rauchen an, in dem Glauben, sie könnte jederzeit wieder ohne Probleme aufhören; nach dem Motto „es ist ja nur eine“.

Andere Situationen waren auch Gespräche über Beziehungsprobleme, sei es bei Problemen von anderen in Beziehungen oder ihre eigenen Beziehungsprobleme. Sie beschreibt, dass sie dann in solchen Situationen häufig ans Rauchen gedacht hatte. Auch beschreibt sie, dass sie einfach Lust aufs Rauchen hatte. Das Rauchen bedeutet für sie in Stresssituationen Entlastung, sie beschreibt auch eine „Gier aufs Nikotin“, also Zeichen der Nikotinsucht. Zusammenfassend kann man sagen, dass das Craving bei D besonders in Stresssituationen und emotional belastenden Momenten sehr hoch ist.

Andererseits findet sie die Handlung, auf dem Balkon zu stehen und rauchen zu müssen ekelhaft und fand den Geschmack beim Rauchen auch nicht gut. Auch kamen nach der langen Abstinenzzeit von elf Jahren Schuldgefühle auf und das Gefühl, dass nun die ganzen elf Jahre umsonst gewesen sein müssen. Dies ist ein Denken nach dem Alles-oder-nichts-Prinzip. Entweder die Abstinenz funktioniert, oder ein Rückfall macht alles zunichte was in dieser Abstinenzzeit aufgebaut wurde.

Sie ist beim Rauchen sehr ambivalent: einerseits empfindet sie das Verhalten Rauchen als ekelhaft und blödsinnig, andererseits beschreibt sie auch die Gier, wenn sie die Zigarette fast bis zum Filter rauchen muss. Also wechseln sich die positiven entlastenden Gefühle gepaart mit den Zeichen von Nikotinabhängigkeit mit den Gefühlen von Schuld und Scham einer Rückfälligen ab.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Rückfälle häufiger und schneller passieren können, wenn der Abstinenzversuch nicht aus einem eigenen, tiefen Wunsch, mit dem Rauchen aufhören zu wollen entstanden ist.

A hatte während der Schwangerschaft aus Vernunftsgründen aufgehört mit dem Rauchen und dann gleich nach der Entbindung wieder begonnen.

C begann auch wieder mit dem Rauchen, als die Gesundheit des Freundes sich gebessert hatte und die Freunde auch in Gegenwart des Partners wieder mit dem Rauchen weitermachten.

Weitere Rückfallsituationen waren sowohl bei A, B und D Stresssituationen. Bei A war es ein belastendes Telefonat mit der Mutter, B reagierte bei einem Streit mit dem Partner mit einem Rückfall. Sie setzte den Rückfall auch noch dazu ein als Mittel, Aufmerksamkeit von ihrem Umfeld zu erlangen. Auch versuchte sie das aushalten müssen eines schlechten Gefühles mit Rauchen zu kompensieren. D begann während einer Prüfungssituation wieder mit dem Rauchen und rauchte dann weiterhin in belastenden Situationen, bei denen es in der Hauptsache um Beziehungsprobleme ging. Das Verhalten Rauchen wird auch heute noch in Stresssituationen beibehalten.

Bei B und D ist jeweils die Unterschätzung der Sucht da mit der Phantasie, nach einer kurzen Zeit jederzeit wieder mit dem Rauchen aufhören zu können.

Bei B und D sind die Situationen, wieder rauchen zu wollen, an bestimmte Situationen und cues gebunden: wenn andere im Umfeld rauchen, Kneipenbesuche, wenn der Duft einer frisch angesteckten Zigarette wahrgenommen wird.

D beschreibt auch sehr deutlich die Lust aufs Rauchen, dass da auch ein „Gier auf das Nikotin“ ist (craving). Sie beschreibt auch deutlich die Ambivalenz beim Rauchen, dass zum einen der Vorgang als solcher als schlecht angesehen wird, andererseits ist da aber auch der Genuss beim Rauchen und die positiven Aspekte, Situationen, in denen Rauchen eine Funktion erfüllt; um mit schlechten Gefühlen umzugehen, um mit Stress umzugehen und um sich in eine Gruppe zu integrieren.

Grundsätzlich ist es wichtig, genau zu hinterfragen, warum jemand mit dem Rauchen aufhören möchte, ob das wirklich aus einer eigenen Motivation heraus passieren soll oder aus der Motivation und dem Wunsch einer oder mehrerer Personen aus dem Umfeld (siehe Stadien der Veränderung, Punkt 9).

Wichtig ist es auch bei der Einleitung in den Ausstieg genau hinzusehen, in welchen Situationen immer geraucht wird; an welche Gefühle und Umgebungen, Personen und Situationen das ganze gekoppelt ist. Wichtig ist es auch, auf welche Schlüsselreize die jeweiligen Personen immer „anspringen“ um alternative Handlungsmöglichkeiten schon im Vorfeld entwickelt werden können um den willigen Aussteigern ein Handlungsrepertoire in die Hand geben zu können, das über das „Verhalten Rauchen“ hinausgeht und in ihrem Sinne sinnvoll ersetzt. Ebenso ist eine Analyse des jeweiligen Rauchertypes vor Beginn einer Behandlung ratsam (siehe Punkt 8).

„Vor Beginn einer Verhaltensänderung ist die genaue Kenntnis der typischen Rauchmuster, der Funktion des Rauchens und der Konsequenzen des Rauchens in bestimmten Situationen- auch im Hinblick auf rückfallgefährliche Situationen, die zu einem späteren Zeitpunkt die

kontinuierliche Abstinenz gefährden können- wichtig (...).Mit Hilfe der Selbstbeobachtung (...) werden rückfallgefährliche Situationen sowie Hinweisreize, sogenannte „Cues“ identifiziert. Hinweisreize sollen künftig frühzeitig als Warnsignale identifiziert, eventuell vermieden oder beseitigt werden“(Batra, et.al., 2004)

Parallel zum Abbau des Problemverhaltens sollten alternative Verhaltensweisen aufgebaut werden, die die Funktion des Rauchens partiell übernehmen können –

Entspannungstechniken, aber auch sportliche und mit dem nun begonnen gesunden Leben in Einklang stehende Beschäftigungen. Gegebenenfalls muss das Freizeitverhalten geändert werden, wenn Kontakte mit Freunden vor allem in einer rauchertypischen Umgebung (z.B. Gaststätten, Vereinslokalen, o.ä.) aufrechterhalten wurden.

„Mit einer nachlassenden Motivation, beim Auftreten von Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz, beim Aufkommen des Gefühls, mit der Abstinenz Lebensqualität verloren zu haben, wächst die Rückfallgefahr. Inadäquate Versuche, rückfallgefährliche Situationen zu überwinden, mangelnde Fertigkeiten, soziale Unterstützung zu akquirieren und Defizite in den zur Verfügung stehenden Copingstrategien sind für baldige Rückfälle verantwortlich. Versuchungssituationen, beruflicher und privater Stress gehören zu den häufigsten Rückfallursachen.

Die verhaltenstherapeutisch orientierte psychotherapeutische Behandlung muss also Bewältigungsfertigkeiten des Einzelnen im Hinblick auf rückfallgefährliche Situationen stärken. Die Rückfallprophylaxe bedient sich der sozialen Kontrakte (Verträge, Vereinbarungen oder Wetten), der Vorbereitung auf rückfallgefährdende Versuchungssituationen durch Rollenspiele und der kognitiven Vorbereitung von Bewältigungsmöglichkeiten. Individuelle Risiken, eine starke Entzugssymptomatik oder eine starke Gewichtszunahme, die vom Raucher schlecht toleriert wird und nicht selten zum Rückfall führt, kann durch Informationen zur gesunden Ernährung oder aber vermehrte körperliche Aktivität und sportliche Betätigung, bzw. durch eine medikamentöse Unterstützung zur Bewältigung der Entzugssymptome begrenzt werden“ (Batra, et.al., 2004, S.27).

7.5.5 Gesundheitsaspekt

A: (...) Gesundheitliche Aspekte, ich glaube, da denkt kein Mensch darüber nach, bis er dann gesundheitliche Folgen spürt. Damals war ich ja auch noch sportlich, das hat überhaupt nicht interessiert. Ich bin den Weg zur Ausbildung gelaufen, eher gerannt. Das waren morgens zwei Kilometer hin und wieder zwei Kilometer zurück und ich glaube, wenn man trotzdem Sport macht, dann fällt das einem eh nicht so auf.

(Denken in jugendlichen Jahren, Anmerkung I.)

(...) an der Kondition habe ich es schnell gemerkt, wie die nachgelassen hat und im Laufe der Jahre hat die extrem nachgelassen. (...) wenn ich krank bin, reduziere ich das Rauchen schon noch. Das ist dann noch ein viertel höchstens von dem Pensum, das ich vorher geraucht habe. Alleine aus Vernunftsgründen, dann fehlt mir das auch nicht, weil mir die Gesundheit dann schon wichtiger ist.

Interviewpartnerin A beschreibt, dass es in den jungen Jahren, zu Beginn des Konsums, noch nicht von Interesse war, ob das Rauchen gesundheitliche Folgen mit sich bringen könnte. Erst in späteren Jahren, als das Rauchen sich zum Beispiel auf die Kondition auswirkte wurde es mehr gewichtet. Die Vernunft, aus gesundheitlichen Gründen das Rauchen zu reduzieren oder vielleicht auch ganz einzustellen kam auch erst in späteren Jahren.

B: (...) ich hatte schon öfter Husten und ich hatte auch morgens immer Husten. Und ich war auch nicht so fit. Ich war viel müde und ich habe keinen Sport mehr gemacht, ich hatte immer das Gefühl, Rauchen und Sport passt nicht zusammen. Ich kenne auch Frauen, die rauchen und gehen noch joggen, ich habe, als ich geraucht hatte, gar nichts mehr gemacht. Ich war da auch extrem unfit. Wenn ich drei Stockwerke hoch musste, habe ich geschnauft. Also, die Kondition war schlechter.

B verspürte durch einen Husten die gesundheitlichen Konsequenzen des Rauchens. Auch sie beschreibt ein Nachlassen der Kondition und passte sich dem Rauchen so an, dass sie keinen Sport mehr gemacht hatte, da sie beide Sachen nicht miteinander vereinbaren konnte.

C: (...) also, in der Schule wurde da ja durchaus darüber aufgeklärt und es gab da ja auch immer irgendwelche Aktionen, aber es ist in dem Alter eigentlich auch kein Thema, darüber macht man sich keine Gedanken und ich meine, wenn man nicht

gerade vier Schachteln Zigaretten am Tag raucht, dann merkt man in dem Alter noch nicht so viel und so viel war das ja auch nicht, das war eigentlich auch vollkommen uninteressant. Interessant wird es eigentlich erst später, wenn man hört, dass irgendwelche Leute Erkrankungen dadurch haben, dass man sich da dann wirklich Gedanken darum macht, aber in dem Alter...da merkt man nicht viel, das ist einfach so (im jugendlichen Alter, Anmerkung I.)

(...) also, ich habe halt schon gemerkt, wenn ich dann abends unterwegs war und habe dann viel geraucht, dass ich dann morgens so kurzatmig bin und auch so kaltschweißig und dann auch so Kopfschmerzen habe, aber dann reduziert man das ja auch von ganz alleine wieder. Dann schmeckt das ja auch einfach nicht. Das ist dann ja auch einfach das, was man dann an körperlichen Beschwerden so hat. Ich habe keinen Husten oder so was, es gibt ja Leute, die husten so fürchterlich. Aber ich merke dann nichts am Kreislauf oder so. Oder das ich kalte Füße habe oder kalte Hände, das habe ich nicht.

Auch C beschreibt, dass es in jugendlichen Jahren nicht von Interesse war, welche Konsequenzen Rauchen mit sich bringt. Auch hatte sie, als sie jünger war, noch nicht so viel geraucht wie heute. Aufmerksam wurde sie dann erst, wenn Gesundheit bei anderen Personen Thema wurde.

Körperliche Reaktionen auf das Rauchen hatte sie dann aber verspürt in Form von Kurzatmigkeit und Kopfschmerzen und reagierte dann entsprechend mit einer Reduktion des Konsums.

D: (...) da habe ich mir gar keine Gedanken darum gemacht. Ich habe gedacht, wir sind alle unsterblich, das war mehr Gesundheit im Zusammenhang mit Psyche, dass ich mich einfach wohler gefühlt hatte, wenn ich was in den Händen hatte, aber ich kam jetzt nicht auf die Idee, dass mich das irgendwie krank machen könnte oder abhängig...da hatte ich gar nichts mit zu tun (...) (im jugendlichen Alter, Anmerkung I.).

(...) ich hatte es ständig mit dem Kehlkopf, das war ein ständiges Räuspern, ich hatte Bronchitis, also wirklich vier Mal im Jahr auch eine Bronchitis, die auch ganz schwer dann wieder weggegangen ist und auch sehr anfällig für Erkältungen, ganz einfach, das war auch ganz extrem. Ich hatte da halt auch Ängste, ich habe es ja auch beim Sport gemerkt. Ich habe auch damals schon gejoggt und fand es damals halt auch bedenklich, wenn du so weiterrrauchst, was soll denn dann werden in ein paar Jahren.

D beschreibt ebenfalls, das man sich als Jugendliche wenige Gedanken um Gesundheit machte. Sie beschreibt in den späteren Jahren massive Beschwerden wie eine chronische Bronchitis und eine verstärkte Anfälligkeit für Erkältungen. Auch hatte sie Beeinträchtigungen bei ihrer Kondition und machte sich in dem Zusammenhang dann auch Sorgen, wie es in späteren Jahren damit weitergehen sollte.

Allgemein und zusammenfassend kann man sagen, dass sich Jugendliche noch keine Gedanken um Spätfolgen machen, da die Konsequenzen des Rauchens zu diesem Zeitpunkt sich noch in keiner Weise zeigten, zumindestens bei den vier Interviewpartnerinnen. Erst in späteren Jahren, wo gesundheitliche Folgen mehr und mehr zunehmen und deutlicher spürbar werden, kommen entsprechende Gedanken auf, dass Rauchen vielleicht doch zu reduzieren oder einzustellen.

„Für den (jugendlichen)Raucher sind diese Spätfolgen des Rauchens wenig abschreckend, die Konsequenzen sind zu weit von der eigenen Lebensführung entfernt, als dass sie verhaltenssteuernd wirksam werden könnten. Hier sind- wenn gesundheitliche Gründe überhaupt eine Rolle spielen- vor allem Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit von größerer Bedeutung (...)“ (Batra, et.al., 2004, S.17).

„Alle, Nichtraucher/-innen wie Raucher/-innen sind sich sehr wohl der gesundheitlichen Risiken bewusst, die mit dem Tabakkonsum verbunden sind. Dieses Wissen motiviert die Nichtraucher/-innen dazu, Tabak gar nicht erst zu probieren, und es bewegt viele Raucher/-innen dazu, das Rauchen aufzugeben. Der Anteil derjenigen, die das Rauchen wieder aufgeben, fluktuiert in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen besonders stark. Diejenigen Frauen und Männer, die sich Gruppen anschließen, die von Nichtraucher/-innen dominiert werden, geben am ehesten das Rauchen auf“ (Vogt, 2004, S.40).

7.5.6 Appetitzügelnde Wirkung des Rauchens/Kontrolle des Körpergewichts durch das Rauchen

B:(...) aber ich fand mich eh nicht zu dick, ich war eh immer zu dünn und beim Rauchen war es dann so, dass ich mich eher eine Zeit lang zu dünn fand. Ich hatte schon weniger Hunger, das stimmt schon, man isst auch weniger.

Interviewpartnerin B beschreibt, dass sie nicht wegen einer appetitzügelnden Wirkung geraucht hat, da sie sich sowieso zu dünn empfunden hatte, auch ohne das Rauchen. Sie räumt aber ein, dass man durch das Rauchen weniger Hunger hat und weniger isst.

C: (...) also, da muss ich sagen, davon hatte ich nie was gemerkt. Es war immer völlig unabhängig, ob ich nun geraucht habe oder nicht, das kann ich nicht sagen. Ich kann auch nicht sagen, dass ich geraucht hätte, um nicht essen zu müssen. Das kann ich nicht sagen, dafür esse ich auch gerne, also auch so genüsslich und da würde ich lieber was essen bevor ich was rauche. Das hat bei mir also jedenfalls nichts damit zu tun, schön wärs. Ich denke mir, dass Leute, wenn sie aufhören zu rauchen, durchaus dicker werden könnten, weil sie ja irgendwie eine Suchtverlagerung haben, weil sie dauernd was essen müssen anstelle eine Zigarette zu rauchen. Aber ich kann jetzt nicht sagen, dass man von vorneherein dünn bleibt, nur weil man raucht.

C beschreibt, dass sie ebenfalls keine appetitzügelnde Wirkung beim Rauchen verspürt hatte. Auch setzt sie das Rauchen nicht ein, um nicht essen zu müssen. Sie beschreibt, dass ihr der Genuss wichtig ist und dass sie dann das Essen dem Rauchen bevorzugen würde. Sie kann sich aber vorstellen, dass in Abstinenzzeiten das Essen eine kompensatorische Wirkung zum Rauchen einnehmen kann.

D: (...) das war später, so Anfang zwanzig, schon eher ein Thema, aber in dem Alter, so vierzehn, da war das absolut kein Thema. Das war ja auch nur gelegentlich und das hätte dann auch nicht die Folge gehabt, dass ich weniger esse.

(...) und zugenommen hatte ich, ja. Ich habe also auch schon mit Essen kompensiert, ganz klar (in Abstinenzphasen, Anmerkung I.).

D beschreibt, dass die appetitzügelnde Wirkung des Rauchens in jungen Jahren keine Rolle spielte, wohl aber in dem Alter Anfang zwanzig. Sie beschreibt, dass sie in der Abstinenzzeit an Gewicht zugenommen hatte, da sie das fehlende Rauchen durch Essen kompensiert hatte.

Zusammenfassend kann man sagen, dass keine der vier befragten Frauen das Rauchen im Schwerpunkt zur Gewichtsreduktion oder Gewichtserhaltung eingesetzt hat. Die Interviewpartnerinnen C und D beschreiben eine kompensatorische Wirkung des Essens zum

Rauchen. Das Essen wurde anstelle des Rauchens gesetzt (bei Interviewpartnerin D) und es wurde somit eine Ersatzhandlung vorgenommen.

Die Gewichtszunahme ist häufig eine Angst des Rauchers in möglichen Abstinenzzeiten. Mit einer begleitenden Ernährungsberatung zur Raucherentwöhnung könnte man dieser Angst entgegenkommen, da diese Problematik des Mehr-Essens als Kompensation und die darauffolgende Gewichtszunahme häufig auch ein Grund sein kann, warum das Rauchen nach einer Abstinenzzeit dann wieder aufgenommen wird.

7.5.7 Positive Aspekte des Nichtrauchens

B:(...) aber ganz oft bin ich auch einfach froh, dass ich nicht rauche. Wenn ich irgendwo bin, wo man nicht rauchen darf, es gibt ja immer mehr Nichtraucherräume, wenn ich feststelle, gerade im Winter, wenn die anderen unruhig werden und müssen dann in der Kälte auf dem Balkon schnell mal eine rauchen, dann denke ich mir, ach, wie schön, dass ich das nicht mehr machen muss. (...) und weil ich ja auch ein Kind habe und das wollte ich zu Hause auch nicht so vollqualmen und habe dann in der Küche geraucht und habe dabei das Fenster aufgehabt und dann hatte ich immer so eine eiskalte, vollgequalmte Küche, das war auch nicht so gemütlich. Auch dass die Klamotten nicht mehr so stinken. Ich habe auch wieder angefangen Sport zu machen und ich hatte dann auch so das Gefühl, so im Urlaub am Meer, da hatte ich dann auch so das Gefühl, die Luft ist besser.

Interviewpartnerin B beschreibt im Interview die positiven Aspekte des Nichtrauchens dahingehend, dass sie die Situationen, in denen sie als Raucherin Nichtraucherräumen begegnen muss, nun nicht mehr hat. Die Konfrontation als Raucherin mit Nichtrauchern und deren Umgebungen bleiben ihr erspart. Zu dem beschreibt sie es als positiv, dass sie nicht mehr z.B. in der Kälte auf den Balkon muss, um rauchen zu können. Auch die Rücksicht auf das Kind ist es, was das Nichtrauchen einfacher macht. Positiv empfindet sie auch, dass sie den schlechten Geruch nicht mehr wahrnehmen muss, wieder Sport machen kann und auch ihre Atemwege wieder besser funktionieren, die Luft um sie herum wieder besser ist.

7.5.8 Aktuelle Wünsche aufhören zu wollen

C: (...) im Moment habe ich es mir halt gerade überlegt, jetzt nicht aufgrund der Tatsache, dass es mir schlecht gehen würde oder so...es sind halt immense Kosten, die da im Moment so auf einen zukommen, wenn man eine Schachtel Zigaretten raucht, dass ich schon dazu übergegangen bin, mir unter der Woche ein Päckchen Tabak zu kaufen. (...) aber es ist derzeit nicht der Grund, dass ich sage, mir geht es nicht gut oder ich habe jetzt Angst, dass ich krank werde, ich weiss nicht, da habe ich mir nicht so Gedanken darüber gemacht.

Interviewpartnerin C gibt als Ausstiegsgrund die derzeit hohen finanziellen Kosten für das Rauchen an. Es wären also, wenn sie aktuell mit dem Rauchen aufhören wollte nicht etwaige gesundheitliche Gründe, sondern eher die finanzielle Seite, die sie ein Beenden des Konsums ins Erwägung ziehen ließe.

D: (...) Es ist so, dass ich jetzt nicht mehr so richtig den Sinn sehe. Ich möchte schon, wenn ich so richtig gestresst bin, es nicht so ganz aufgeben und ich möchte aber auch nicht mehr so richtig anfangen. (...) aber so richtig den Druck aufzuhören, wie ich ihn damals hatte, den habe ich nicht mehr. Da habe ich jetzt nicht so die Motivation, wenn es jetzt so bleibt. Wahrscheinlich müsste ich dann jetzt wieder so richtig anfangen, und dann, weil ich bin ja auch sehr gesundheitsbewusst, das würde mich dann schon belasten, gerade auch wegen meinem Sport.

Interviewpartnerin D beschreibt den für sie positiven Aspekt des Rauchens, den sie auch weiterhin nutzen möchte, in dem Fall die Stressreduktion. Ausstiegsgrund wäre für sie, im Gegensatz zu C der gesundheitliche Aspekt, da sie weiterhin Sport treiben möchte und Rauchen und Sport nicht in Einklang bringen kann.

7.5.9 Unterschiede rauchende Frauen/rauchende Männer

A: (...) ich glaube, Frauen hören eher auf als Männer. Dass Frauen eher aufhören oder öfter aufhören als Männer, das glaube ich.

Interviewpartnerin A denkt, dass bei Frauen der Wunsch aufzuhören und auch das Aufhören mit dem Rauchen eher und schneller vollzogen wird als bei Männern.

B: (...)ich glaube, das war früher mal so, dass Frauen dann schief angeguckt worden sind, aber heute ist das wohl eher nicht mehr so. Es gibt, finde ich, immer mehr Leute, die aufhören zu rauchen, also, es gibt eher so einen Trend, nicht mehr zu rauchen und es gibt in meinem Bekanntenkreis immer noch Frauen, die rauchen und ich kenne auch mehr Frauen die rauchen, als Männer die rauchen.

Interviewpartnerin B hat den Eindruck, dass in der vergangenen Zeit es eher Thema war, dass rauchende Frauen anders beurteilt wurden als rauchende Männer. Sie beschreibt, dass sie eher einen Trend verspürt, dass ihr Umfeld mit dem Rauchen aufhört, die Raucher/-innen weniger werden. Dennoch nimmt sie mehr rauchende Frauen als rauchende Männer wahr.

C: (...) ich glaube, bei Männern ist es eher so irgendwie normal. Bei Frauen:“ Das muss doch nicht sein, mach das doch nicht...“. Das ist das, was ich so aus meiner Kindheit und Jugend kenne, das es zu Hause geheißen hat, Mädchen rauchen nicht, wie sieht das denn aus ?! Aber ich denke, heute ist das irgendwie uninteressant, wobei ich auch glaube, dass mehr Frauen rauchen als Männer, mittlerweile. Wenn man so die Kids auf der Straße sieht, so die Schülerinnen, dann sehe ich also mehr Schülerinnen mit `ner Kippe in der Hand als dass da die Jungs rauchen würden.

Interviewpartnerin C beschreibt, dass das Rauchen bei Männern eher als normal angesehen wird. Mädchen und Frauen wollte man in ihrem Umfeld das Rauchen früher eher ausreden als etwas, was Mädchen nicht machen. Sie hat die gleiche Beobachtung wie B, dass sie mehr rauchende Mädchen und Frauen beobachtet als Jungen und Männer.

D: (...) kann sein, dass es jetzt heute nicht mehr so schlimm ist, aber ich habe neulich eine alte Frau gesehen, die unterwegs geraucht hat, da dachte ich „seltsam“, das fand

ich komisch. Da habe ich schon darüber nachgedacht, warum ich das komisch finde, weil die Männer, da rennen viele rum und rauchen, also, es hat mich schon angesprungen. Ich denke schon, dass es gesellschaftlich wohl anders gesehen wird. Also auch Frauen und Alkohol und unterwegs mit der Flasche in der Hand...also, das ist schon schwach, ich finde es selbst auch nicht so toll. Es wirkt halt schon süchtig und das fällt mir bei Frauen seltsamerweise mehr auf.

Interviewpartnerin D beschreibt, dass sie es selbst als Unterschied empfindet, ob eine Frau raucht oder ob ein Mann raucht. Sie meint, dass es gesellschaftlich schon anders angesehen wird und sie selbst empfindet es auch eher als ein Zeichen von Schwäche, wenn eine Frau raucht oder Alkohol trinkt in der Öffentlichkeit.

Zusammenfassend kann man sagen, dass es in der Beobachtung der Interviewpartnerinnen früher eher den Trend gab, zu sagen „Mädchen rauchen nicht“ oder auch „Frauen rauchen nicht“. Es wird beobachtet, dass heute scheinbar immer mehr Mädchen und auch Frauen rauchen, als es vielleicht vor einigen Jahren der Fall war.

Es wird aber auch eher der Trend beobachtet, dass das Umfeld der Interviewpartnerinnen bemüht ist, mit dem Rauchen aufzuhören und dann auch mehr die Frauen das Thema haben, mit dem Rauchen aufzuhören.

„Bei Männern in Westdeutschland hat der Anteil der Raucher seit Mitte der 80er Jahre von 41,6 % auf gegenwärtig 37,7% abgenommen. Auch für Männer in Ostdeutschland ist ein leichter Rückgang auf 38,9 % im Jahre 2003 zu beobachten. Für Frauen lässt sich hingegen ein deutlicher Anstieg des Raucheranteils feststellen. Während der Anteil der Raucherinnen in den alten Bundesländern im Beobachtungszeitraum sukzessive auf derzeit 32,3 % zugenommen hat, ist für die neuen Bundesländer eine Ausweitung auf 21,8 % auf 28,7 % zwischen 1990-1992 und 1998 zu verzeichnen, dem ein Rückgang auf 26,1 % bis zum Jahre 2003 folgte. Der Rückgang der letzten Jahre sollte aber nicht vorschnell als Trendwende interpretiert werden, da der starke Anstieg des Raucheranteils in den Vorjahren vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Transformationsprozesses in den neuen Bundesländern nach der Wiedervereinigung zu sehen ist“ (DHS, Jahrbuch Sucht 2005, S. 39-40).

7.6 Zusammenfassung

Zur Übersicht möchte ich zu den einzelnen Themenschwerpunkten der Studie die Ergebnisse nochmals kurz zusammenfassen.

Bezüglich des Einstiegs in den Konsum von Zigaretten war auffällig, dass die Interviewpartnerinnen im Durchschnitt im Alter von 13 mit dem Rauchen begonnen haben. Eine Ausnahme stellte dabei Interviewpartnerin A dar, die im Alter von 8 Jahren zum ersten Mal geraucht hatte.

Auffällig war auch, dass am Anfang nicht alleine geraucht wurde, sondern Freundinnen, die Schwester oder auch der damalige Freund dabei war.

Bei den Jugendlichen war es besonders auch der Reiz, zu wissen, dass sie etwas verbotenes tun, etwas, was die Eltern nicht gebilligt hätten. Ein großes Motiv spielte beim ersten Rauchen auch die Neugierde. Das Rauchen diente dazu, sich von der Familie, besonders von den Eltern abzugrenzen. Es signalisierte die Zugehörigkeit zu einer Gruppe, es erfüllte die Funktion, über Unsicherheiten und Sprachlosigkeit gegenüber von anderen Jugendlichen hinweg zu helfen.

Die finanziellen Mittel der damaligen Zeit in ihrer Jugend waren das Steuerungsmittel schlechthin, das bestimmte, ob und wie viel geraucht wurde.

Bei den Interviewpartnerinnen wurde im Elternhaus überwiegend nicht geraucht. Unter den Interviewpartnerinnen schien nur der Vater von A stärker geraucht zu haben.

Interviewpartnerin B beschrieb, dass sie den ersten Konsum im Beisein von ihrer Schwester hatte.

Allgemein gesagt hatten Untersuchungen gezeigt, dass in Elternhäusern, in denen geraucht wird, häufig auch unter den Kindern Raucher gefunden werden. Das Rauchen dient dabei der Identifikation, entweder zum Vater oder zur Mutter hin, was das Rauchverhalten angeht.

Bei Frauen sind die Gründe für den Ausstieg aus dem Tabakkonsum häufig Schwangerschaften. Zum einen soll das noch ungeborene Kind nicht geschädigt werden, zum anderen wollen Frauen während der Schwangerschaft verstärkt auf gesundes Verhalten achten.

Weitere Gründe sind allgemein die Gesundheit. Das Aussehen spielt ebenfalls eine große Rolle. Es wird in der Zeit des Rauchens und Nichtrauchens beobachtet, wie andere Raucher aussehen, wie sich die Haut verändert oder auch die Kondition sich zum Nachteil verändert.

Dies zu verhindern und um nicht in die gleiche Lage zu kommen ist ebenfalls ein weiterer Grund, Ausstiegsversuche zu unternehmen.

Auch war Rücksichtnahme auf Personen im nahen Umfeld Grund, mit dem Rauchen aufhören zu wollen, oder es zumindest kurzfristig einzustellen.

Ebenso sind finanzielle Mittel ein weiteres Steuerungsmoment, ob die Frauen weiterrauchten oder damit aufhören wollten.

Im Schwerpunkt haben die Frauen ihre Ausstiegsversuche ohne weitere Hilfsmittel unternommen. Interviewpartnerin D schilderte, dass sie auf herkömmliche Kaugummis zurückgriff, um sich abzulenken. Interviewpartnerin B las „Ratgeber-Bücher“ und nahm Nikotinplaster.

Bei den Rückfällen war auffällig, dass sie besonders schnell vorkamen, wenn der Ausstiegsversuch nicht aus einer höchst eigenen Motivation vorgenommen wurde, sondern aus Rücksicht auf andere. Auch reine Vernunftgründe, wie zum Beispiel Schwangerschaft führten dann doch dazu, dass wieder geraucht wurde, sobald die Schwangerschaft, also das Motiv beendet war.

Auffällig war, dass besonders in Stresssituationen schnell wieder zur Zigarette gegriffen wurde. Belastende Situationen verlangten in dem Moment einen Ausgleich auf psychischer und auch physischer, suchtbezogener Ebene und führten zum Rückfall, vermutlich auch besonders deswegen, da für solche Situationen keine anderen alternativen Handlungsmöglichkeiten gelernt wurden.

Während des Rückfalls wurde die Stärke der Sucht auch unterschätzt. Vielfach herrschte die Meinung vor, man könnte ja jederzeit mit dem Rauchen wieder aufhören. Die Interviewpartnerinnen B und D reagierten auch sehr sensibel auf Cues: den Duft einer frisch angesteckten Zigarette, Situationen, in denen sonst immer geraucht wurde.

Bei einer Rückfallprophylaxe müsste mit den Probanden sehr speziell diese Cues und Auslösersituation identifiziert werden und vor allem müssen in der gesamten Therapie alternative Handlungsmöglichkeiten erarbeitet und auch trainiert werden..

Wichtig ist es auch, beim Ausstiegsversuch mit dem Probanden die Für und Wider von Abstinenz und auch vom Rauchen zu erarbeiten, damit ersichtlich ist, welche Funktionen das Rauchen in der Vergangenheit auch hatte. Es ist wichtig, ein „Gesamtpaket“ zu erfassen: zum einen den Charakter von Sucht und auch die Funktionen, die das Verhalten Rauchen erfüllt hat. Riskant ist es bei dieser Form der Droge, dass keine unmittelbaren Folgeschäden beim Rauchen ersichtlich sind, wie zum Beispiel beim Alkohol der Rausch. Folgeschäden kommen

meist erst viele Jahre später auf, so dass im jeweiligen Moment des Rauchens nicht an die Folgen gedacht wird. Hierbei ist eine gute Information des Rauchers vor dem Ausstiegsversuch und während der Abstinenzzeit wichtig.

Auch ist es wichtig, dass vor Beginn der Behandlung der jeweilige Rauchertyp bestimmt wird und auch analysiert wird, in welcher Phase der Veränderungsbereitschaft sich der Raucher/die Raucherin befindet.

Gerade Jugendliche machen sich zu Beginn des Konsums noch keinerlei Gedanken darüber, welche Konsequenzen ihr Konsum später mit sich bringen könnte. Die Folgeschäden sind häufig, wie schon erwähnt, erst viele Jahre später sichtbar.

Erst im „höheren“, heutigen Alter machen sich die interviewten Frauen mehr Gedanken darüber, wie das Rauchen ihrer Gesundheit schaden könnte und es vielleicht auch zum jetzigen Zeitpunkt schon tut.

Den Frauen ist der Effekt der Appetitzügelung durch das Rauchen bekannt. In der Befragung selbst hatte aber keine der Interviewpartnerinnen beschrieben, dass sie diesen Effekt des Rauchens bewusst eingesetzt hätten. Interviewpartnerin B beschrieb kurz, dass sie weniger Hunger hatte. Interviewpartnerin D hatte an sich beobachtet, dass sie während ihrer Abstinenzzeit mehr gegessen hatte.

Zu dem Unterschied beim Rauchen von Mann und Frau kann zusammenfassend gesagt werden, dass es in der Beobachtung der Frauen früher schon den Trend gab, dass das Umfeld gesagt hatte „Mädchen rauchen nicht“. In der heutigen Zeit ist ein stärkerer Trend des Rauchens bei Mädchen und jungen Frauen zu verzeichnen.

In der subjektiven Wahrnehmung der interviewten Frauen wird Rauchen bei Männern eher geduldet und akzeptiert als beim Mädchen und Frauen.

8. Typen des Rauchverhaltens

Wie auch die Befragung der Interviewpartnerinnen gezeigt hat, gibt es unterschiedliche Typen des Rauchverhaltens. Zur Unterscheidung gibt es mindestens drei Typen des Rauchverhaltens:

„**Genussrauchen** ist gekennzeichnet durch Freude am Rauchen und positiver Einstellung hierzu (consonant smoker), d.h. diese Raucher wollen durchaus fortfahren, sehen keinen Grund zum Aufhören und sie haben auch wenig Raucherbeschwerden. Die meisten von ihnen haben übrigens relativ spät mit dem Rauchen begonnen.

Von **Konflikt- oder Stressrauchern** spricht man, wenn wegen Nervosität und in schwierigen Situationen geraucht wird, des weiteren in Krisen und bei Verstimmungen. Diese Raucher berichten von Konzentrationssteigerung und Dämpfen des Hungergefühls, insbesondere aber von beruhigenden Effekten, auch von angst- und spannungslösender Wirkung. Hier sind also die psychopharmakologischen Effekte ausschlaggebend. Bei Frauen findet man diesen Typus des Rauchverhaltens häufiger.

Süchtiges Rauchen weicht von den bisherigen Typen deutlich ab, es ist schon an der hohen täglichen Zigarettenzahl und den oft erheblichen Raucherbeschwerden erkennbar. Die Betroffenen beurteilen ihr Rauchen als eine Gewohnheit oder auch als Sucht. Ihre Einstellung zum Rauchen ist meist negativ (dissonant smoker); sie sehen wohl ein, dass sie besser nicht rauchen sollten, aber sie können das Rauchen nicht einstellen. Wenn sie versuchen würden aufzuhören, bekommen sie ausgeprägte Entzugserscheinungen (Kopfschmerzen, Schwindel, Hitzewallungen, Magenbeschwerden, aber auch Unruhe und Spannungsgefühl).

Abstinenzversuche sind selten und kurz. Die süchtigen Raucher werden unterschieden in die „peak seekers“, die zu bestimmten Tageszeiten und Gelegenheiten große Mengen an Zigaretten konsumieren können und die „through maintainers“. Diese bemühen sich, einen konstanten Nikotinspiegel zu halten und beginnen häufig am frühen Morgen innerhalb von weniger als 30 Minuten nach dem Erwachen, um das Nikotindefizit der Nacht auszugleichen. Sie rauchen über den ganzen Tag verteilt und erwachen zum Teil sogar nachts wegen des Nikotindefizits“ (DHS, 2003, Seite 45).

Diese Typen des Rauchverhaltens entsprechen auch weitgehend der Typologie des Alkoholkonsums. Hier gibt es auch Trinken aus Genussgründen, andererseits Konflikttrinken und abhängiges Trinken, entweder im Sinne eines Kontrollverlusttrinkens oder als „Spiegeltrinken“.

9. Das Stadienmodell der Abstinenzmotivation

Prochaska und DiClemente haben ein Stadienmodell der Veränderungsbereitschaft konzipiert, das die Raucher gemäß dem Stand ihrer Bereitschaft, das Rauchen aufzugeben, unterteilt und hilft, Interventionen zur Motivationsförderung und Behandlung von Rauchern auf die jeweilige Veränderungsbereitschaft abzustimmen.

„Unbewusste Vorphase/Vorahnungsphase (Precontemplation): Der Raucher gilt bezüglich der Einschätzung seines Rauchverhaltens noch als ein konsonanter Raucher. Das Rauchen soll auch langfristig beibehalten werden, Nachteile und Gefährdungen werden nicht wahrgenommen oder im Rahmen einer internen Bilanzierung als unbedeutend abgetan.

Überlegungs- oder Nachdenkphase/Einsichtsphase (Contemplation): Erst jetzt kommen Zweifel hinsichtlich der Richtigkeit der Entscheidung auf: Der Raucher kennt und bedenkt Argumente, die gegen das Rauchen sprechen, behilft sich aber häufig mit einer Verschiebung des Abstinenzwunsches in eine nicht näher zu terminierende Zukunft. Aktive Schritte zur Aufgabe des Rauchens werden noch abgelehnt.

Entschlussphase (Preparation): Sobald die Vorteile des Rauchens in der Wahrnehmung des Rauchers hinter den Nachteilen zurücktreten, wird der Entschluss, einen Abstinenzversuch zu unternehmen, konkret.

Aktions- oder Handlungsphase (Action): Sobald der Entschluss konkret wird, Informationen vorhanden sind und das Vorgehen zumindest in Ansätzen klar ist, unternimmt der Raucher den wichtigen Schritt. Viele versuchen, selbständig abstinent zu werden, manche nehmen medikamentöse Aufhörhilfen, psychologische Beratungen oder die Unterstützung von Freunden oder Familienangehörigen in Anspruch.

Erhaltungsphase (Maintenance): Erst nach einer mindestens sechsmonatigen Abstinenz beginnt definitionsgemäß die Erhaltungsphase. Noch besteht ein gewisses Rückfallrisiko, der abstinente Raucher sollte weiterhin in seiner Abstinenzmotivation unterstützt werden.

Nichtraucherphase (Termination): Ein ehemaliger Raucher hat erst nach Jahren das Stadium des stabilen Ex-Rauchers erreicht“ (DHS, 2003, Seite 61).

10. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Störungskonzept

10.1 Psychologie des Rauchens

Nach tiefenpsychologischer Theorie stellt das Rauchen eine Regression in die orale Phase als Reaktion auf seelische Konflikte dar, die nicht anders gelöst werden können. (vgl. Margraf, 2003).

Im Gegensatz dazu bietet die Verhaltenstheorie sowohl Erklärungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung des Rauchverhaltens als auch konkrete Ansätze für die praktische Durchführung von Raucherentwöhnungsmaßnahmen an. Sie ist seit Jahrzehnten die Grundlage der meisten psychologischen Raucherentwöhnungsmethoden.

10.2 Verhaltenstheoretische und kognitive Aspekte des Rauchens

„Niemand wird als Raucher geboren, sondern man erlernt dieses Verhalten im Laufe des Lebens und es sind wiederum Lernprozesse, die für die Aufrechterhaltung des Rauchens verantwortlich sind“ (Margraf, 2003, Seite. 302).

10.2.1 Klassische Konditionierung

Bei der klassischen Konditionierung wird eine bestimmte Verhaltensweise an auslösende Reize gekoppelt. Beim Rauchen kann zum Beispiel der Anblick einer Zigarettenschachtel, das Klingeln des Telefons oder das Entspannungsgefühl nach dem Essen zum Auslösereiz werden. Durch häufige Wiederholung der Abfolge Reiz – Reaktion entsteht eine Verknüpfung, so dass ein bestimmtes Verhalten automatisch von dem gelernten Reiz ausgelöst wird. Ohne dass der Raucher es bewusst wahrnimmt, zündet er sich eine Zigarette in bestimmten Auslösesituationen an, zum Beispiel wenn er im Büro einen Anruf bekommt, wenn er Kaffee riecht oder wenn er das Absinken seines Nikotinspiegels im Blut (unbewusst) wahrnimmt.

10.2.2 Operante Konditionierung

Unter operanter Konditionierung versteht man das Lernen aus den Konsequenzen. Verhaltensweisen werden häufiger gezeigt, wenn auf sie angenehme Konsequenzen folgen, als wenn sie negative oder neutrale Wirkungen nach sich ziehen. Da das Nikotin nach jedem Zug an der Zigarette unmittelbar (7 Sekunden) über den Blutkreislauf zu dem Wirkort im zentralen Nervensystem gelangt, wird das Rauchen kontingent verstärkt, das heißt, das Rauchen wird jedes Mal unmittelbar durch seine Wirkungen belohnt. Der Raucher fühlt sich entspannter oder angenehm angeregt, beziehungsweise in Gesellschaft wohler und sicherer. In

der Folge neigt er dazu, das Rauchen um der angenehmen Wirkung willen zu wiederholen: Der Suchtkreislauf beginnt (vgl. Margraf, 2003).

Durch beide Formen der Konditionierung kommt es zu einer Abhängigkeit vom Rauchen, wobei das Nikotin das Agens für die belohnenden psychophysiologischen Effekte ist. Vermittelt werden die Reiz-Reaktionsketten durch kognitive Prozesse, zum Beispiel die Erwartungen an die angenehme Wirkung des Rauchens, beziehungsweise extreme Befürchtungen für den Fall des Rauchverzichts. Kognitionen sind als intervenierende Variablen zwischen Reiz und Reaktion in der Verhaltensdiagnostik durch die Organismusvariable (O) im sogenannten S-O-R-K-Schema enthalten, das heißt in der Bedingungs- und der Verhaltensanalyse des Problemverhaltens.

10.2.3 Kognitive Ansätze

Die Erwartungen an die Wirkung des Rauchens spielen eine wichtige Rolle für die Entwicklung und Manifestierung der Abhängigkeit. Andererseits sind es gerade die Erwartungen an die Folgen der Abstinenz, die viele Raucher davor zurückschrecken lassen, das Rauchen zu beenden. Die Einstellungen der Raucher zur Abstinenz sind geprägt durch Katastrophisierungen, absolutistisches Denken und durch geringe Frustrationstoleranz. Es werden katastrophale Folgen erwartet, die offensichtlich unrealistisch sind. Realistisch ist vielmehr, dass die Raucherentwöhnung für einige Tage, Wochen, im Extremfall für Monate unangenehm, anstrengend und lästig ist.

„Es werden absolute Forderungen gestellt wie „Es darf nicht so schwer fallen“, „Ich darf nicht gereizt oder aggressiv sein“ oder „Ich darf nicht an Gewicht zulegen“. Realistisch ist aber, dass die Entwöhnung individuell unterschiedlich schwer fällt, dass es menschlich ist, in der Entwöhnungsphase gereizt und aggressiv zu werden und dass die meisten Menschen während der Entwöhnung an Gewicht zunehmen“ (Margraf, 2003, Seite 303).

Die geringe Frustrationstoleranz zeigt sich in Einstellungen, dass man sich sein Leben ohne die Zigarette für bestimmte Situationen nicht vorstellen kann, oder dass eine Entwöhnung einen noch unnötig zusätzlich belasten würde. Tatsächlich kann man jede Situation ohne Zigarette aushalten. Man schafft es allerdings nur dann, Nichtraucher zu werden, wenn man zum Verzicht und dem damit verbundenen Ertragen der kurzfristigen unangenehmen Begleiterscheinungen bereit ist. Die Einstellungen zum Rauchen und zur Raucherentwöhnung stehen im Mittelpunkt der kognitiven Therapie, wobei bewährte Methoden der Einstellungsänderung, zum Beispiel der Sokratische Dialog, wie ihn die rational-emotive

Therapie von Ellis beschreibt, Vorstellungsbildungen und Selbstinstruktionstraining als therapeutische Mittel eingesetzt werden.

11. Verhaltenstherapie und Tabakentwöhnung

„Mit der Forschung zur Raucherentwöhnung und der Entwicklung verschiedener Formen der Raucherentwöhnungsbehandlung wurden in Großbritannien und den USA in den 60er Jahren begonnen. Ausgehend von der Erkenntnis, dass bei der Tabakabhängigkeit sowohl körperliche als auch psychische Faktoren die Abhängigkeit bestimmen, wurden neben der Erforschung medikamentöser Methoden insbesondere auch psychologisch wirksame Verfahren entwickelt“ (A.Batra, et.al., 2004, Seite 21).

Im Rahmen dieser Bemühungen entstanden auch viele wirkungslose und zum Teil auch unseriöse Verfahren. Um die erfolgsversprechenden und wissenschaftlich fundierten Methoden von den weniger seriösen Angeboten trennen zu können, haben deutsche und englischsprachige Wissenschaftler folgende Bewertungskriterien aufgestellt:

Demnach müssen Raucherentwöhnungsmethoden:

- wissenschaftlich abgeleitet und dauerhaft wirksam sein
- wirtschaftlich und praktikabel beziehungsweise breit anwendbar sein
- zur Rückfallverhütung geeignet sein, beziehungsweise den Betroffenen im Falle eines Rückfalls Möglichkeiten zur Bewältigung der Krise an die Hand geben (vgl. Batra, et.al., 2004).

Bei den Verhaltenstherapien handelt es sich um die umfassendsten und wirksamsten Verfahren zur Raucherentwöhnung. Sie werden zumeist in Gruppen, aber auch einzeln durchgeführt und bestehen aus drei Phasen:

1. Selbstbeobachtungsphase
2. akute Entwöhnungsphase
3. Phase zur Stabilisierung des Entwöhnungserfolges und zur Rückfallprophylaxe

Die Selbstbeobachtungsphase hat das Ziel, die Funktionen des Rauchverhaltens im Alltag sichtbar zu machen. Selbstbeobachtung und damit der Erwerb von Wissen über Funktionszusammenhänge eines Verhaltens, das bisher automatisiert und unkontrollierbar

erschien, ermöglicht die Vorbereitung auf schwierige Situationen und hilft damit bei der Bewältigung der akuten Entwöhnungsphase sowie bei späteren rückfallkritischen Situationen. Die akute Entwöhnungsphase erfolgt im Anschluss an die Selbstbeobachtungsphase entweder über die Punkt-Schluss-Methode (sofortiger Rauchstopp) oder über die schrittweise Reduktion des Zigarettenkonsums (vgl. Batra, et.al., 2004). Die schrittweise Entwöhnung erfolgt über die Bildung von Teilzielen und den Einsatz von Selbstkontrollregeln. In der Phase der Unterstützung des akuten Entwöhnungsprozesses geht es um den Aufbau von Alternativverhalten zum Rauchen. Dadurch soll ein Ersatz für das Rauchen gefunden und in den Alltag integriert werden. Des Weiteren soll der Entwöhnungserfolg durch den Einsatz von Verträgen und Belohnungen bei Erfolg sowie den Aufbau sozialer Unterstützung abgesichert werden.

In der Phase der Stabilisierung des Entwöhnungserfolges und der Rückfallprophylaxe soll der langfristige Erfolg der Entwöhnung durch die Identifikation von rückfallkritischen Situationen und der Entwicklung und Erprobung von Bewältigungsstrategien in Form von Rollenspielen und über das gezielte Aufsuchen rückfallkritischer Situationen abgesichert werden.

„Die Kombination aus verhaltenstherapeutischen Selbstkontrollprogrammen mit Verfahren zur Nikotinsubstitution wird dem Verständnis der Tabakabhängigkeit als einer Kombination aus psychologischen und physiologischen Komponenten am ehesten gerecht“ (Batra, et.al., 2004, Seite. 22).

11.1 Tabakentwöhnung auf den Grundlagen der Verhaltenstherapie

11.1.1 Wirkelemente der Verhaltenstherapie

Psychoedukation, das heißt, gezielte Informationsvermittlung zum Aufbau einer Therapierationale und Motivationsförderung: Voraussetzung für eine solide Motivation ist eine umfassende sachliche Aufklärung über individuelle Risiken des Tabakkonsums, Modelle der Tabakabhängigkeit und der Entstehung des Konsumverhaltens, Vorteile der Abstinenz und Möglichkeiten der Entwöhnung. Ziel der Motivationsarbeit ist in erster Linie die Festigung der intrinsischen Motivation und die Steigerung des Therapievertrauens. Informationen über die Nachteile des Rauchens sollen durch Vermittlung von Kenntnissen über mögliche positive Veränderungen mit beginnender Abstinenz und die Vorteile des Nichtrauchens ergänzt werden.

„Der Raucher lernt, den Tabakkonsum hinsichtlich einer möglichen Abhängigkeit zu bewerten. Inhalt der Psychoedukation ist eine Aufklärung über die zu erwartenden

Entzugssymptome, damit keine Verunsicherungen durch die als Entzugssymptomatik zu verstehende Nervosität, die Konzentrationsstörungen oder Schlafstörungen auftreten. Dauer, Schwere und Möglichkeiten zur Unterdrückung der Entzugssymptome müssen bekannt sein, um eine frühe Rückfälligkeit aufgrund der Entzugssymptome abzuwenden. Empfehlungen zum Umgang mit Nervosität und Unruhe, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und dem starken Verlangen nach einer Zigarette sind ebenfalls Teil der Psychoedukation zu Beginn der Therapie“ (Batra, et.al., 2004, Seite 23-24).

11.1.2 Abbau des Problemverhaltens und Aufbau eines Alternativverhaltens

Der Prozess der Therapie zielt darauf ab, alte, im Zusammenhang mit dem Rauchen erworbene Verhaltensmuster abzubauen und neue, mit dem Rauchen nicht kompatible Verhaltensweisen zu ermöglichen. Zu den therapeutischen Techniken gehören operante Verfahren, also Einsatz von direkten und indirekten Belohnungen für das Alternativverhalten und direkte und indirekte „Bestrafungen“ für die Fortsetzung des Problemverhaltens, Selbstkontrollmethoden zur Stimuluskontrolle und der gezielte Aufbau eines Alternativverhaltens.

11.1.3 Verhaltensbeobachtung: Selbstbeobachtung und Protokollierung

„Vor Beginn einer Verhaltensänderung ist die genaue Kenntnis der typischen Rauchmuster, der Funktion des Rauchens und der Konsequenzen des Rauchens in bestimmten Situationen wichtig. Dies ist auch wichtig in Hinblick auf rückfallgefährliche Situationen, die zu einem späteren Zeitpunkt die Abstinenz gefährden könnten.

Die Protokollierung der Verhaltensbeobachtung erfolgt über Strichlisten oder Situations- und Tagesprotokolle, in denen nicht nur alleine die Zahl der Zigaretten registriert werden, sondern auch die Umstände beschrieben werden, unter denen geraucht wird. In einem erweiterten Sinne gehört dabei auch die Protokollierung von Versuchungssituationen und erfolgreichen Maßnahmen zur Unterdrückung des Rauchverlangens dazu. Diese Selbstbeobachtungsphase sollte mindestens sieben Tage, jedoch nicht mehr als zehn Tage dauern.

Die Selbstbeobachtung hat nicht nur den Zweck, den Tageszigarettenskonsum zu quantifizieren, sowie objektive und valide Angaben zu den Umständen und der Funktion des Rauchens zu erhalten, sondern auch die Funktion, rückfallgefährliche Situationen zu isolieren, das heißt, Situationen herauszuarbeiten, in denen der Raucher häufig zur Zigarette greift oder das Rauchverhalten an bestimmte Hinweisreize bindet.

11.1.4 Situations-/Reizkontrolle

Mit Hilfe der Selbstbeobachtung, der Strichlisten und Tagesprotokolle werden rückfallgefährliche Situationen sowie Hinweisreize, also „Cues“ identifiziert. Hinweisreize sollen künftig frühzeitig als Warnsignale identifiziert, eventuell vermieden oder beseitigt werden. Rauchutensilien, Aschenbecher, Zigaretten oder Feuerzeuge müssen entfernt und typische, mit dem Rauchen verbundene Beschäftigungen vermieden werden (vgl. Batra, et.al., 2004).

11.1.5 Operante Verstärkung

„Das Rauchen wird als extrem verstärkend erlebt. Die unmittelbaren Wirkungen des Nikotins, der Geschmack und der assoziierten Empfindungen können nur schwer durch andere Belohnungen, sei es Sinnesempfindungen, Kognitionen oder Emotionen, geschweige denn durch materielle Verstärker ersetzt werden. Dennoch sollten sich die Raucher der operanten Verstärkung bedienen“ (Batra, et.al., 2004, Seite 25).

Der erfolgreiche Rauchstopp ist initial und in definierten Zeitabständen in Abhängigkeit vom Erfolg zu belohnen. Misserfolge, das heißt, das Nichterreichen des Abstinenzziels oder Abstinenzverletzungen, können dagegen bestraft werden.

Wirksam sind dabei vor allem kurzfristige und für die betreffende Person subjektiv wertvolle Verstärker. Der Abstinenzserfolg sollte auch noch langfristig verstärkt werden, am besten durch intermittierende Erinnerungen zu bestimmten Daten, um die Abstinenzmotivation durch die Verdeutlichung des bis dahin erreichten Abstinenzserfolges weiter zu erhöhen.

11.1.6 Soziale Unterstützung/Kurshelfer und soziale Kontrakte

Die Berücksichtigung einer sozialen Unterstützung im Therapieprozess erhöht die Abstinenzaussichten. Hierzu eignen sich nicht nur die Bekanntgabe des Aufhörwunsches und die Einbeziehung des Partners in die Therapie, sondern auch vertragliche Regelungen oder Vereinbarungen. Hierbei werden Raucher gebeten, eine Person ihres Vertrauens um Unterstützung zu bitten. In dieser Vereinbarung wird festgelegt, dass eine bestimmte Leistung erbracht wird, wenn ein Therapieziel nicht erreicht wird, andererseits aber auch eine bestimmte Belohnung in Anspruch genommen werden soll, wenn das angestrebte Ziel erreicht wird.

11.1.7 Aufbau von Alternativverhalten

Parallel zum Abbau des Problemverhaltens sollten alternative Verhaltensweisen aufgebaut werden, die die Funktion des Rauchens partiell übernehmen können: Entspannungstechniken, aber auch sportliche, mit dem nun begonnenen „gesunden Leben“ in Einklang stehende Beschäftigungen. Gegebenenfalls muss nun das Freizeitverhalten geändert werden, wenn zum Beispiel Kontakte mit Freunden vor allem in rauchertypischen Umgebungen aufrechterhalten wurden. Neu auftretende Verhaltensweisen, die rückfallverhütend wirken, müssen genauso wie der Verzicht auf den Zigarettenkonsum zunächst positiv verstärkt werden, bis sich die positive Verstärkung aus den Erfolgen des neuen Verhaltens ergibt.

11.1.8 Rückfallprophylaxe

Mit einer nachlassenden Motivation, beim Auftreten von Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung der Abstinenz, beim Aufkommen des Gefühls, mit der Abstinenz Lebensqualität verloren zu haben, wächst die Rückfallgefahr. Inadäquate Versuche, rückfallgefährliche Situationen zu überwinden, mangelnde Fertigkeiten, soziale Unterstützung zu akquirieren und Defizite in den zur Verfügung stehenden Copingstrategien sind für baldige Rückfälle verantwortlich. Versuchungssituationen, beruflicher und privater Stress gehören zu den häufigsten Rückfallursachen. Die verhaltenstherapeutisch orientierte psychotherapeutische Behandlung muss also Bewältigungsfertigkeiten des Einzelnen im Hinblick auf rückfallgefährliche Situationen stärken.

Die Rückfallprophylaxe bedient sich der sozialen Kontrakte (Verträge, Vereinbarungen oder Wetten), der Vorbereitung auf rückfallgefährliche Versuchungssituationen durch Rollenspiele und der kognitiven Vorbereitung von Bewältigungsmöglichkeiten. Individuelle Risiken, eine starke Entzugssymptomatik oder eine starke Gewichtszunahme, die vom Raucher schlecht toleriert wird und nicht selten zum Rückfall führt, dann durch Informationen zur gesunden Ernährung oder vermehrter körperlicher Aktivität zur Bewältigung der Entzugssymptome begrenzt werden.

11.1.9 „Punkt-Schluss“ und Reduktionsmethode

Zwei verschiedene Verfahren werden zur Beendigung des Konsums eingesetzt: die „Punkt-Schluss-Methode“ und die Reduktionsmethode. Während die Reduktionsmethode eine allmähliche Reduktion des täglichen Zigarettenkonsums mit Hilfe von Selbstkontrollregeln vorsieht, strebt die „Punkt-Schluss-Methode“ die sofortige Beendigung des Zigarettenkonsums an einem definierten Tag an. Bei der Reduktionsmethode wird in Kauf

genommen, dass die Abstinenzmotivation des Rauchers mit dem Sinken der Zahl der täglich konsumierten Zigaretten abnimmt, da dieser den Konsum nur weniger Zigaretten pro Tag schließlich als weitaus weniger gesundheitsgefährdend erlebt als den zuvor häufig praktizierten Konsum von mehr als 20 Zigaretten pro Tag. Der ambivalente Raucher stellt dabei gleichzeitig fest, dass mit jeder Zigarette, auf die er verzichtet, der Tabakkonsum wieder genussvoller wird. Manche beschließen daher zu diesem Zeitpunkt, bei einem mäßigen Konsum zu bleiben und lassen dabei außer Acht, dass der Konsum sich mittelfristig wieder steigern wird. Mit der Punkt-Schluss-Methode ist eine sofortige unterstützende Nikotinsubstitution möglich. Der Raucher kommt hierbei sehr viel schneller zum Ziel und wird für seinen Abstinenzersfolg unmittelbar verstärkt.

12. Therapeutische Raucherentwöhnung anhand von 6 Therapieschritten

In diesem Kapitel möchte ich nun eine therapeutische Raucherentwöhnung anhand von 6 Therapieschritten vorstellen. Dieses Programm arbeitet mit der Punkt-Schluss-Methode. Die Informationen zu diesem Programm basieren auf dem Buch „Tabakentwöhnung – Ein Leitfaden für Therapeuten – von Anil Batra und Gerhard Buchkremer. Da ich in dem vorangegangenen Kapitel schon unter anderem auf die Wirkelemente der Verhaltenstherapie eingegangen bin, möchte ich diese sechs Therapieschritte nur noch kurz zusammengefasst darstellen.

12.1 Vorbereitungen zur Therapie

In einer vorgeschalteten Informationsveranstaltung sollten die Teilnehmer Informationen zum Ablauf des Therapieprogramms, also Termine und Inhalte sowie zu den Kosten der Behandlung bekommen. Bei dieser Gelegenheit sollten die Teilnehmer auch darauf hingewiesen werden, dass ein regelmäßiges Erscheinen an allen sechs Terminen sinnvoll ist, da die einzelnen Therapieschritte aufeinander aufbauen. Die Teilnehmer sollten pro Termin 90 Minuten Zeit mitbringen, am ersten Termin möglicherweise auch bis zu 120 Minuten.

- Erhebung und Dokumentation zur Rauchanamnese: sinnvoll ist es, die Rauchanamnese auf einem standardisierten Dokumentationsbogen festzuhalten. Teil der Dokumentation sollten dabei neben den typischen soziodemographischen Daten und Angaben zur Raucheranamnese auch der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit, die Anzahl früherer Abstinenzversuche, eine Einnahme insbesondere psychotroper Medikamente sowie die Aufzählung der Begleiterkrankungen sein. Neben Risikofaktoren für einen Rückfall sollten auch

bislang in Anspruch genommene Hilfsmittel und Therapieformen dokumentiert werden.

- Diagnosestellung: anhand des Fagerström-Tests kann die Stärke der Abhängigkeit für die Nikotinabhängigkeit erhoben werden.
- Vorbereitung der Behandlungs- und Verlaufskontrolle: Ein Therapieprotokoll dient der Dokumentation des therapeutischen Fortschritts. Es wird dabei empfohlen, die Dokumentation der therapeutischen Fortschritte auf Reduktionserfolge, Nebenwirkungen der Begleitmedikation, Abstinenztag und Rückfallsituationen abzustimmen.

12.2 Die 1. Stunde

Therapeutische Ziele der ersten Stunde:

1. Gegenseitiges Kennenlernen der Gruppenmitglieder innerhalb der Gruppe: Dabei stellt sich der Therapeut zuerst vor, mit der Nennung seiner zugehörigen Einrichtung in der er arbeitet. Dann stellen sich die Teilnehmer vor und benennen auch die möglicherweise mitgebrachten Erwartungen an den Kurs.
2. Verstärkung des Abstinenzvorhabens, Motivationsförderung: Viele Teilnehmer sind neugierig, aber auch noch zweifelnd und ambivalent bezüglich ihrer Entscheidung, das Rauchen aufzugeben. Es gilt dabei die Gruppenkohäsion zu fördern und zugleich ein gemeinsames Ziel zu definieren. Dabei wird untersucht, was die individuellen und aktuellen Motivationen der einzelnen sind, das Rauchen aufzugeben. In vielen Fällen ist die Motivation noch schwankend und ausbaufähig. Mit Hilfe des Waage-Modells können Vor- und Nachteile der Abstinenz und auch des Konsums einander gegenüber gestellt werden. Das Waage-Modell kann dabei einzeln oder auch in der Gruppe erarbeitet werden. Wichtig ist auch die Diskussion häufiger oder unausgesprochener Gegenargumente gegen die absolute Abstinenz. Die erarbeitete Anfangsmotivation der Teilnehmer kann mit Hilfe einer Motivationskarte fixiert werden.
3. Vermittlung von Informationen zum Rauchen und zur Tabakabhängigkeit: Allgemeine Informationen sollen die Gruppe auf einen einheitlichen Wissenstand bringen. Folgende Themen sollten dabei unbedingt besprochen werden:
 - Epidemiologie des Rauchens
 - Gesundheitsgefährdende Wirkung des Rauchens
 - Motivationsförderung durch Benennung positiver Veränderungen, die mit dem Nichtrauchen auftreten

- Werbestrategien der Tabakindustrie
 - Psychologische und biologische Modelle der Tabakabhängigkeit
 - Wirkungen des Nikotins
 - Folgen des Nikotinentzuges
 - Darstellung der potentiellen Entwöhnungsmöglichkeiten
 - Vorteile der Verhaltenstherapie
 - Mögliche positive Effekte der medikamentösen Unterstützung durch Nikotin, bzw. Bupropion (auf die medikamentösen Möglichkeiten gehe ich in Kapitel 13 noch näher ein).
4. Physiologische Messung der Rauchbelastung: Diese Messung erfolgt zum Beispiel mit Hilfe eines Kohlenmonoxid-Messgeräts zur Visualisierung der Kohlenmonoxid-Belastung der Ausatemluft. Diese Messung ist nicht nur eine einfache Methode zur Abstinenzkontrolle, da sie Auskunft über den Zigarettenkonsum im Verlauf der letzten vier bis acht Stunden gibt, sie lässt sich auch als Feedback-Mechanismus im Sinne der Motivationshilfe im Gespräch mit dem Raucher einsetzen.
 5. Dokumentation des Fortschritts der Gruppe: Innerhalb der Therapiegruppe nehmen sowohl kompetitive Mechanismen als auch eine supportiv wirksame Gruppenkohäsion einen Einfluss auf den Therapieerfolg. Dies gilt es zu verstärken, indem beispielsweise ein gemeinsames Gruppenziel formuliert wird, zum Beispiel ab einem gemeinsamen Termin rauchfrei zu sein.
 6. Klärung der Erwartungen an den Kurs und der Befürchtungen an den Prozess der Tabakentwöhnung: In einer offenen Diskussionsrunde sollen die Teilnehmer der Gruppe Gelegenheit bekommen, Erwartungen, Befürchtungen, negative Vorerfahrungen, Gerüchte und Vorkenntnisse ausführlich zu diskutieren.
 7. Erläuterung der Therapierationale: „Die Stärke dieses leitliniengerechten Therapieprogramms liegt in der Kombination der wirksamen verhaltenstherapeutischen Therapieelemente mit einer medikamentösen Begleitbehandlung. Dem Programm zugrunde liegt ein Modell der Tabakabhängigkeit, das soziale, psychologische und biologische Bedingungen verknüpft. Dem Raucher muss vermittelt werden, dass die Unfähigkeit zur Abstinenz nicht einer „Charakterlosigkeit“ oder „Willensschwäche“ entspringt, sondern ihre Erklärung in vielfachen Interaktionen der psychischen und biologischen Ursachen sowie der Versuchungssituationen findet. Aus diesem Grunde ist nur ein Therapieprogramm, das klassische und operante Verstärkerprinzipien berücksichtigt, die kognitive

Auseinandersetzung mit potentiellen Rückfallsituationen fördert und die körperliche Entzugssymptomatik mindert, geeignet, dem Raucher Fertigkeiten zu vermitteln, die ihm eine langfristige Abstinenz zu sichern helfen“ (Batra, et.al., 2004, Seite 42).

8. Erläuterung der verhaltenstherapeutischen Prinzipien: Dabei sollte angesprochen werden:

- die konsequenzorientierte Handlungsweise
- die Bevorzugung der kurzfristigen Verstärker, zum Beispiel Entspannung vor langfristigen Gefährdungen
- Auslösende Stimuli
- Erläuterung der Bedeutung positiver und negativer, kurz- und langfristiger Konsequenzen.

Ein erfolgreiches Raucherentwöhnungsprogramm berücksichtigt sowohl die psychische als auch die physische Abhängigkeit. Die Überwindung der psychischen Abhängigkeit gelingt durch ein Wahrnehmen dieser Verknüpfungen des Rauchers mit den oft unbewusst angestrebten Konsequenzen oder unbewusst wahrgenommenen Reizen.

9. Erläuterung der medikamentösen Unterstützung: Dabei sollte die Wirkweise von einer medikamentösen Entwöhnungshilfe erläutert werden. Dabei besonders die Wirkung der Unterdrückung der Entzugserscheinungen, die Entlastung, sich ganz auf die Veränderung des Verhaltens konzentrieren zu können, die Formen der medikamentösen Unterstützung und die Erfolge und Nebenwirkungen der medikamentösen Entwöhnungshilfe.

In diesem Punkt bin ich selbst ambivalent. Zum einen kann ich nachvollziehen, dass es Sinn macht, eine gewohnte Nikotindosis nach und nach herunter zu setzen, damit sich der Körper an eine stetig geringere Dosierung bis hin zur Null-Dosierung gewöhnt. Zum anderen würde ich als Therapeutin in der Raucherentwöhnung lieber dazu greifen, dem Raucher/der Raucherin anhand von verhaltenstherapeutischen Methoden zum rauchfreien Leben zu verhelfen. Dennoch ist es natürlich wichtig, beide Möglichkeiten zu diskutieren, beziehungsweise sieht es dieses Programm ja vor, beide Methoden gekoppelt zu verwenden.

10. Einleitung der Selbstbeobachtungsphase zur erweiterten Diagnostik: Aufgrund der verhaltenstherapeutischen Grundlage dieses Programmes ist es erforderlich, eine Selbstbeobachtungsphase zu integrieren. Dabei sollen die Charakteristika des Rauchens, typische Rückfallsituationen und vorhandene Ressourcen zum Umgang mit schwierigen Situationen ausgelotet werden. Die Selbstbeobachtungsphase sollte für

die Dauer von mindestens einer Woche durchgeführt werden. In dieser Zeit können sowohl Materialien zur einfachen Protokollierung der Zahl der Zigaretten pro Tag ausgegeben werden, als auch Tageskarten, die nicht nur die Zahl der Zigaretten, sondern auch die zeitlichen, örtlichen und situativen Umstände des Konsums erfassen sollen.

11. Einführung in die Feedback-Runde nach jeder Therapiesitzung: Die Feedback-Runde dient der Überprüfung der Umsetzung von Therapieinhalten. Jeder Teilnehmer sollte sein momentanes Befinden mitteilen oder Anregungen und Kritik vorbringen können.
12. Ausblick auf die Inhalte der nächsten Therapiesitzung: Neben der Schilderung der Inhalte der nächsten Stunden gilt es, insbesondere eine Perspektive bezüglich des Abstinenzziels zu nennen.

Materialien, die in der 1. Stunde ausgeteilt werden sollten:

- Motivationskarte: was ist die Motivation des einzelnen Rauchers/der einzelnen Raucherin, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Strichliste: für die Dauer von einer Woche wird jede einzelne Zigarette, die konsumiert wurde, dokumentiert. Diese Markierung soll vor dem jeweiligen Anzünden vorgenommen werden. Im Sinne der Reaktivität ist dann zu erwarten, dass jeder Rauchvorgang unmittelbar reflektiert wird.
- Situationsfragebogen: soll dem Raucher helfen, typische Rauchsituationen zu identifizieren.
- Tageskarte: dient der Identifikation individueller Rauchsituationen. Dabei sollen auch besonders kritische Situationen, in denen ein Rückfall möglich sein könnte, markiert werden.
- Raucheralternativen: Der Raucher soll explizit Lösungsstrategien für die individuellen kritischen Situationen ausarbeiten und in der nächsten Stunde vorstellen.
- Motivationswaage: sollte von jedem einzelnen bearbeitet werden, nach den Punkten Vor- und Nachteile des Rauchens, Vor- und Nachteile der Abstinenz

12.3 Die 2. Stunde

1. Begrüßung und positives Feedback: In einer Eingangsrunde sollen die Teilnehmer des Kurses die Möglichkeit erhalten, zum Verlauf der letzten Woche und zum Erfolg der Selbstbeobachtung Stellung zu beziehen. Der Therapeut hat die Aufgabe, weniger einen möglichen Reduktionserfolg als vielmehr die Kooperation der Teilnehmer bei der

Durchführung der Selbstbeobachtung zu verstärken und nochmals auf die Wichtigkeit einer sorgfältigen Analyse der rückfallgefährlichen Situationen hinzuweisen. Es kann erneut die Kohlenmonoxidkonzentration der Ausatemluft bestimmt werden. Dies hat weniger einen kontrollierenden Zweck, als vielmehr die Aufgabe, die Teilnehmer in ihrem Abstinenzersfolg zu verstärken.

2. Besprechung des Selbstbeobachtung (Strichliste, Tageskarte und Situationsfragebogen):

Am Anfang der Besprechung der Selbstbeobachtungsaufgabe steht die Auswertung der Strichliste. Dabei kann auf das Phänomen eingegangen werden, dass durch eine Aufmerksamkeitslenkung auch das Problemverhalten und insbesondere die Protokollierung des Problemverhaltens vor der Ausübung der Tätigkeit zur Reduktion der Auftretenshäufigkeit führt. Wichtig ist weniger die Besprechung der Reduktionserfolge als vielmehr die Vorbereitung der Abstinenz durch die Besprechung von möglichen Strategien, um schwierigen und abstinenzgefährdenden Situationen begegnen zu können. Die anderen Teilnehmer des Kurses sind dazu aufgefordert, eigene Ideen und Erfahrungen einzubringen, wenn es um die Ausarbeitung von Verhaltensalternativen geht.

3. Festlegung des ersten Nichtrauchertages: „Erst nach erfolgreicher Besprechung möglicher riskanter Situationen soll, nachdem ausdrücklich darauf hingewiesen wurde, dass rückfallgefährliche Situationen sich erst im Verlauf der nächsten Woche in noch größerem Umfang darstellen werden, eine Aufforderung erfolgen, nach der erfolgreichen Selbstbeobachtungsphase den ersten Nichtrauchertag festzulegen. Die Auswahl soll auf einen Tag fallen, der leichter zu bewältigen ist als die anderen. Hierzu bieten sich stressfreie Zeiten an. Häufig ist dies ein Tag am Wochenende, wenn hier nicht viele Freizeitaktivitäten mit dem Tabakkonsum gekoppelt sind“ (Batra, et. al., 2004, Seite 58). Der Tag sollte schriftlich fixiert werden. Es ist wichtig, diesen Nichtrauchertag möglichst vielen Personen mitzuteilen, das erhöht die „soziale Kontrolle“.

4. Veränderung der Umgebung, Aufsuchen einer rauchfreien Umgebung, Beseitigung von Rauchtensilien, Entwicklung von Rauchalternativen: Zweckmäßig sind zwei Verfahren der Stimuluskontrolle:

1. Die Stimulusbeseitigung: Abbau der Vorratshaltung, Entfernung oder Vernichtung von Zigaretten, Schlüsselreizen, Aschenbecher, Feuerzeug,...
2. Verhaltenserschwerung: Es werden zusätzliche Hindernisse aufgebaut, um das Problemverhalten Rauchen zu erschweren. Zum Beispiel kann vereinbart werden, dass man immer eine fremde Person um Feuer bitten muss, wenn man rauchen möchte.

Das Rauchen, beziehungsweise das Rauchverlangen, wird unter anderem durch Hinweisreize ausgelöst. Typische Hinweisreize, sogenannte Cues, für den Raucher sind Rauchutensilien oder komplexe Situationen, die als Auslöser gelten (Streit, Arbeitsbesprechung, ...). Die Kontrolle der diskriminativen Stimuli soll die Verhaltensänderung durch Beseitigung, bzw. Reduktion von verhaltensauslösenden Reizen erleichtern. Die Voraussetzung zur Beseitigung oder zumindest Reduktion der Hinweisreize und zur Abschwächung der Reizfunktion ist die erfolgreich durchgelaufene Selbstbeobachtungsphase, die sowohl dem Raucher als auch dem Therapeuten Kenntnisse über die möglichen rückfallgefährlichen Situationen und Reizkonstellationen vermittelt. Der Raucher soll angewiesen werden, zumindest am Anfang Situationen zu vermeiden, die für ihn mit dem Rauchen verknüpft sind. Raucher-Cues, wie z.B. Aschenbecher sollen aus dem Umfeld des Patienten entfernt werden. Die Arbeitspausen sollten fern von Rauchern abgehalten werden, die abendliche Freizeitgestaltung sollte nicht in Umgebungen ausgeübt werden, die mit Versuchungen zum Rauchen verbunden sind. Durch die Stimuluskontrolle kommt ein Prozess der Löschung in Gang. Das Rauchen wird durch den Verzicht auf die früheren Rauchsituationen nicht mehr durch geselliges Beisammensein belohnt, das Zigarettenrauchen wird nicht mehr mit Genuss verbunden sein. Um die Gefahr zu reduzieren, von anderen zum Tabakkonsum aufgefordert zu werden, ist es hilfreich, den Abstinenzwunsch öffentlich zu machen.

Im Fall eines aufkommenden Rauchverlangens sollten alternative Möglichkeiten zur Stressreduktion, Entspannung, aber auch zur Selbstbelohnung beziehungsweise Bedürfnisbefriedigung vorbereitet werden.

5.Einsatz kognitiver Strategien: Die kognitive Vorbereitung der Abstinenz erfolgt über eine Motivationsförderung. Anhand der initialen Motivation, den Tabakkonsum aufzugeben, kann jeder Teilnehmer der Gruppenbehandlung einen persönlichen Leitsatz ausarbeiten, der seine Motivation kurz und prägnant zusammenfasst, wie zum Beispiel: Ich will gut riechen und körperlich fit sein.

6.Versuchungssituationen beobachten, protokollieren und mögliche Rauchalternativen diskutieren: In den ersten beiden Wochen werden die Raucher immer wieder Situationen entdecken, die mit dem Rauchverlangen verbunden sind. Jede dieser Situationen sollte protokolliert werden, wenn möglich mit einer kurzen Beschreibung der auslösenden Situation aber auch der spontan eingesetzten Lösungsstrategie.

7.Einsatz sportlichen Ausgleichs, um die körperliche Fitness zu steigern: Der im Rahmen der Tabakabstinenz häufig auftretenden Gewichtszunahme, die sich nicht nur durch den gesteigerten Appetit sondern auch durch den reduzierten Grundumsatz der abstinenten

Raucher erklärt, wird entgegen gewirkt. Zugleich steigt die körperliche Ausdauer und Leistungsfähigkeit, der Raucher spürt die positiven Veränderungen der Abstinenz rascher und deutlicher.

8. Empfehlungen und Anleitung zur Anwendung der medikamentösen Unterstützung: „In den Leitlinien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit wird empfohlen, Medikamente zur Unterstützung des Abstinenzvorhabens einzusetzen. Die medikamentöse Behandlung zielt auf eine Unterdrückung der Entzugssymptomatik, des Rauchverlangens und der Gewichtszunahme“ (Batra, et. al., 2004, Seite 62).

Auf die einzelnen medikamentösen Möglichkeiten zur Tabakentwöhnung komme ich unter Punkt 13 noch ausführlicher zu sprechen.

9. Feedback-Runde: Wie nach jeder Therapiestunde werden die Teilnehmer in einer Feedback-Runde zu den aufkommenden Hoffnungen, Befürchtungen und Unsicherheiten befragt.

Material für die 2. Stunde:

- Bekanntgabe des ersten Nichtrauchertages
- Der persönliche Motivationssatz
- Rauchalternativen

12.4 Die 3. Stunde

1. Begrüßung, Abstinenzkontrolle und positive Rückmeldung: Die Teilnehmer sollen zur Einleitung von ihren Erfolgen der letzten Woche berichten. Jeder Teilnehmer sollte dabei Gelegenheit haben, zum geplanten Abstinenztag, den ersten Schwierigkeiten und den ersten Erfolgen ausführlich Stellung zu beziehen. Der Therapeut übernimmt dabei vorrangig die Aufgabe zu verstärken, ohne in jedem einzelnen individuellen Fall direkt in die therapeutische Arbeit einzusteigen, wenn erste Schwierigkeiten berichtet werden. Es kann wieder die Kohlenmonoxidkonzentration der Ausatemluft geprüft werden. Weiterhin soll dies weniger eine Abstinenzkontrolle darstellen sondern der Verstärkung des Abstinenzersfolges der Teilnehmer dienen. Vom Therapeuten wird eine ausführliche Würdigung der Erfolge erwartet.
2. Besprechung des Erfolges/Misserfolges: Jeder Teilnehmer soll nochmals ausführlich den Abstinenzersfolg der letzten Woche darlegen. Erfolgreiche Raucher sollten zuerst berichten dürfen, nicht erfolgreiche, noch rauchende Teilnehmer sollten ihre Schwierigkeiten schildern.

3. Bei Scheitern des Abstinenzvorhabens soll ein weiterer Nichtrauchertag festgelegt werden: Bei Scheitern des Abstinenzvorhabens ist zunächst das Angebot auszusprechen einen neuen Nichtrauchertag festzulegen.
4. Einführung operanter Verstärker, Abschluss von Vereinbarungen, Funktion von Belohnungen als Motivationsverstärker erklären: „ Angesichts des Verzichtes, den der Raucher zu leisten hat, kommt dem Einsatz von Belohnungen ein großer Stellenwert zu. Die operante Verstärkung ist aus zwei Gründen wichtig: zum einen wird der Raucher für jeden Abstinenzersfolg, den er verbuchen kann, beispielsweise für jeden zigarettenfreien Tag, positiv verstärkt, das heißt belohnt. Zum anderen hat für viele Raucher die Zigarette selbst eine belohnende Funktion gehabt. Anstelle der Zigarette können nun andere positive Verstärkungen in den Alltag eingebaut werden. Es wird damit vermittelt, dass der Verzicht auf die Zigarette nicht einen Verzicht auf Lebensqualität, sondern vielmehr einen Gewinn von Lebensqualität darstellt“ (Batra, et.al., 2004, Seite 70). Die positive Verstärkung bezeichnet den Einsatz einer materiellen oder immateriellen Belohnung. Direkte Bestrafungen bezeichnen unangenehme Verluste oder Tätigkeiten, die als „Strafe“ ausgeübt werden. Positive Verstärker und aversive Konsequenzen sind nur sinnvoll, wenn sie konsequent eingesetzt werden. Bei der Ausarbeitung von möglichen Belohnungen oder Bestrafungen ist es wichtig, den Teilnehmern selbst die Gelegenheit zu geben, ihre individuellen Verstärker zu entdecken.
5. Abschluss von Vereinbarungen: Soziale Kontrakte in Form von Vereinbarungen, Verträgen oder Wetten sollen kurzfristig erreichbare und realistische Ziele fixieren. Neben dem Endziel der anhaltenden Abstinenz werden auch Teilziele genannt, deren Erfüllung ebenfalls verstärkt werden sollte. Für das Erreichen eines definierten Endzieles, aber auch für die Erfüllung von Teilzielen werden positive, individuelle Verstärker eingesetzt. Die Vereinbarung von aversiv erlebten Konsequenzen für das Scheitern des Abstinenzvorhabens sollte ebenfalls aufgenommen werden. Wie bei der operanten Verstärkung ist auch hier wichtig, dass die Belohnungen und Bestrafungen unmittelbar nach Erreichen beziehungsweise Misslingen des Zieles erfolgen. Wichtig sind diese Punkte in jeder Vereinbarung: Vereinbarungsziel, die Konsequenzen bei Erreichen des Zieles, von Teilzielen sowie bei Nichterreichen des Zieles. Der Vertragspartner ist namentlich zu nennen. Der Zeitraum, in welchem das Ziel erreicht werden soll, wird festgehalten.

6. Einbeziehung eines Kurshelfers (Freund , Bekannter): Ein offizieller Partner, ein Kurshelfer sollte das Vorhaben als „neutraler Wächter“ begleiten, die Abstinenz einfordern, Belohnungen vermitteln, Erfolge verstärken und im Fall eines Rückfalls motivierend zur Seite stehen. Als Kurshelfer ist jede Person geeignet, die in irgendeiner Weise mit dem Teilnehmer verbunden ist. Dies sollten nach Möglichkeit Freunde sein, die nicht zu viel eigene Interessen mit der Abstinenz oder Nichtabstinenz verbinden und deswegen unterbewusst auf den Abstinenzserfolg einwirken könnten.
7. Adaption der medikamentösen Unterstützung, Besprechen von Nebenwirkungen, unter Umständen von fehlerhaften Anwendungsstrategien: „Nach dem Einsatz der Nikotinsubstitution oder der Medikation mit Bupropion in der vergangenen Woche können entweder Nebenwirkungen aufgrund einer leichten Überdosierung oder eine mangelnde Wirksamkeit beklagt werden. Es ist jedoch eher damit zu rechnen, dass die Medikation unterdosiert wurde. Viele Erscheinungen, die von den Teilnehmern berichtet werden, sind daher eher als Entzugssymptome zu werten und weniger als Intoxikationserscheinungen des Nikotinplasters, Kaugummis oder Nasalsprays zu interpretieren. Dennoch ist es gelegentlich erforderlich, eine Adaption der Dosis durchzuführen, die Teilnehmer bei dem Umgang mit Nikotinersatz zu beraten oder ein Nebenwirkungsmanagement zu diskutieren“(Batra, et. al., 2004, Seite 73).
8. Aufbau einer gesunden, wenig belastenden, kalorienarmen Ernährung: Ein wesentlicher Rückfallgrund ist eine starke Gewichtszunahme von Teilnehmern. Als Ursache ist dafür sowohl eine Mehraufnahme an Kalorien als auch ein veränderter Stoffwechsel zu diskutieren. Raucher verbrauchen aufgrund eines erhöhten Grundumsatzes im Durchschnitt etwa 200 Kalorien mehr als Nichtraucher. Beim Wegfallen der täglichen Zigaretten kommt es zu einer Verwertung dieser 200 Kalorien, die letztlich in eine Gewichtszunahme mündet.
9. Feedback-Runde: Wichtig ist es, die Abstinenzserfolge zu betonen und den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, Schwierigkeiten erneut zu benennen, wenn die Abstinenz nicht durchgehalten werden konnte, einen neuen Entwöhnungstag zu bestimmen und erste rezidivprophylaktisch wirksame Elemente in die Behandlung einzubauen.

Material für die 3. Stunde:

- Belohnungskarte
- Verstärkerliste
- Verpflichtende Vereinbarung
- Informationen für den Kurshelfer
- Informationen zur gesunden Ernährung
-

12.4 Die 4. Stunde

1. Positives Feedback- Rückmeldung über die erreichten Ziele: Wie in den Stunden zuvor auch werden die CO-Messungen oder der Rapport über die pro Woche oder pro Tag gerauchten Zigaretten genutzt, um ein positives Feedback zu geben. Mittlerweile kann auch dazu übergegangen werden, die Zahl der abstinenten Tage als Ausdruck für den anhaltenden Erfolg in Diskussion zu bringen.

2. Motivationsförderung durch Rückmeldung der positiven Veränderungen: Es ist dabei wichtig, die körperlichen Veränderungen, die zunehmende körperliche Fitness und die Verstärkung durch ehemalige Mitraucher in der Familie als Hinweis auf eine positive Veränderung zu werten.

3. Rückbesinnung auf die ursprüngliche Motivation und Überprüfung sowie Ergänzung derselben: Für manche mag sich die Motivation aus den ersten Therapiestunden bestätigt haben. Für andere wiederum tritt die ursprüngliche Motivation angesichts der auftretenden Schwierigkeiten in den Hintergrund. Nach den ersten schwierigen Tagen ergibt sich jetzt eine gute Gelegenheit, die ursprüngliche Motivation nochmals aufzugreifen und gegebenenfalls zu ergänzen.

4. Intensivierung der operanten Verstärkung und Ausbau des Alternativverhaltens: Die Teilnehmer sollen eine Liste erstellen, in denen sie mögliche Belohnungen auflisten. Auch soll die Frage bearbeitet werden, welche Alternativen es gibt, die in Versuchungssituationen gewählt werden können, zum Beispiel telefonieren, im Garten arbeiten, etc.

5. Rückfälle und rückfallkritische Situationen: Typische Rückfallsituationen, die von Teilnehmern zu diesem Stadium genannt werden, sind folgenden Bereichen zuzuordnen:

- situative Faktoren: in Anwesenheit anderer Raucher, auf Festen, gesellschaftlichen Anlässen, in Gesellschaft von anderen, bei Angeboten mitzurauchen, vielleicht auch bei der Entdeckung eines eigenen, noch versteckt gehaltenen oder verlorenglaubten Vorrats an Zigaretten wird situativen Merkmalen nicht ausreichend vorbereitet

begegnet. Es kommt zu einer spontanen Zusage an das Rauchverhalten und zur Abstinenzverletzung, die nur dadurch gerechtfertigt werden kann, dass anschließend mit Genuss weitergeraucht wird.

- Emotionale Faktoren: wie Ärger, Niedergeschlagenheit, Langeweile, Anspannung oder Aggressivität, die sich nicht anders entladen lassen, werden durch den Konsum von Zigaretten kompensiert.
- Selbstunsicherheit, geringes Erfolgsvertrauen: Der selbstunsichere Raucher mit vielen kognitiven Selbstzweifeln, mit der Neigung, die Umgebung zu idealisieren, vielleicht auch mit der Illusion einer Kontrolle über den Tabakkonsum und dem Versuch, eine erste Zigarette ungestraft rauchen zu dürfen, unterliegt meist dem Irrtum, die Abhängigkeit von der Zigarette überwunden zu haben oder aber überwinden zu können.
- Physiologische Abhängigkeit: Nicht zuletzt spielen auch physiologische Faktoren, Entzugssymptome, ein starkes Verlangen, Übermüdung aber auch der begleitenden Alkoholkonsum oder Kaffeekonsum eine weitere Rolle bei der Behandlung eines Rückfalles.

In der Gruppe besteht die Möglichkeit, jede einzelne dieser Konstellationen bezüglich der Rückfallgefahren für jeden einzelnen zu diskutieren und konkrete Lösungsstrategien zu erarbeiten.

6. Ausführliche Besprechung von rückfallkritischen Situationen, Vorbereitung durch

Rollenspiele: Rückfallkritische Situationen, die durch situative Merkmale bestimmt werden, können im Rahmen von Rollenspielen vorbereitet und damit rückfallpräventiv durchgearbeitet werden.

7. Anleitung zum Entspannungstraining: Stress oder die Suche nach Entspannung ist für viele Raucher einer der wichtigsten Gründe, zur Zigarette zu greifen. Weil das Rauchen so häufig zum Abbau von Spannungen eingesetzt wird, ist es besonders wichtig, eine alternative Möglichkeit zur Entspannung zu lernen. Auch die innere Distanzierung zum Rauchen wird durch autosuggestive Leitsätze in Verbindung mit einer Entspannungstechnik möglich. Das progressive Muskelrelaxationstraining nach Jacobson ist eines der am häufigsten angewendeten Verfahren zur Entspannung. Es gilt als das Verfahren, das am einfachsten zu erlernen ist. Die Teilnehmer müssen auch zum Üben außerhalb der Therapiestunden angehalten werden.

8.Feedback-Runde: Die Raucher werden nun nunehmend als Ex-Raucher angesprochen und in ihrer werdenden Abstinenz verstärkt. Sie werden sensibilisiert, Schwierigkeiten auch jetzt noch wahrzunehmen und rückfallgefährliche Situationen, Stress, Entzugssymptomen oder Versuchungssituationen durch eine Steigerung der Fertigkeiten im Umgang mit diesen Situationen entgegenzutreten.

Material für die 4. Stunde:

- eigene Bewältigungsstrategien aufzeichnen
- Übungsanleitung zur Muskelrelaxation nach Jacobson
- Verpflichtende Vereinbarung

12.6 Die 5. Stunde

Wesentlicher Inhalt der 5. Therapiestunde ist die Vorbereitung des Umgangs mit einer Rückfallsituation. Die Stunde beinhaltet darüber hinaus eine Wiederholung der Inhalte der 4. Therapiestunde: Die Raucher sind noch abstinent, haben aber schon viele Erfahrungen mit den Schwierigkeiten gemacht, die Abstinenz aufrechtzuerhalten.

1.Rückmeldung über die erreichten Ziele: Die Rückmeldungen über die erreichten Ziele, die möglichst aus der Gruppe an die einzelnen Teilnehmer kommen sollten, beziehen sich auf die Abstinenztage, die gesundheitlichen Fortschritte und die Verbesserung der körperlichen Parameter wie CO-Gehalt der Ausatemluft oder Leistungsfähigkeit.

2.Einsatz operanter Verstärker: Häufig vernachlässigen ehemalige Raucher den Einsatz von Belohnungen, das Nichtrauchen wird rasch zur Selbstverständlichkeit. Der Therapeut sollte darauf drängen, dass jeder erreichte Abstinenztag als etwas Besonderes angesehen wird und positiv verstärkt wird.

3.Fortführungen der Vereinbarungen, des Muskelentspannungstrainings, der Alternativverhaltensweisen und der medikamentösen Unterstützung: Der Therapiebaustein der Vereinbarungen sollte fortgeführt werden. Werden im Falle eines Erfolges die Belohnungen oder im Falle eines Rückfalles die negativen Konsequenzen nicht umgesetzt, sollte die Intension dieser Technik nochmals gemeinsam besprochen werden. Wichtiges Ziel ist hierbei nicht die externe Kontrolle, sondern die Stärkung der Eigenverantwortung der Therapieteilnehmer. Ebenso sollte das Muskelentspannungstraining unter Anleitung des Therapeuten einmal miteinander durchgeführt werden. Es sollen weiterhin die rückfallgefährlichen Situationen identifiziert werden. Es sollte auf die Fortführung der konsequenten Anwendung der medikamentösen Unterstützung geachtet werden.

4. Interventionen für den Fall, dass noch geraucht wird: Nur wenige Teilnehmer sind meist nach der vierten Woche noch nicht abstinent oder schon wieder rückfällig. Dies kann für den Therapeuten ein Indiz sein für das Vorhandensein einer psychischen Komorbidität (depressive Störung, Psychose oder Alkoholmissbrauch- bzw. abhängigkeit). Liegen hier noch keine Anhaltspunkte vor und ist die Nachexploration ergebnislos, sollte der Teilnehmer nochmals seinen Abstinenzwunsch überprüfen. Auch die Teilerfolge des Rauchers sollen verstärkt werden.

5. Informationen über die Rückfalldynamik: Von einem „slip“ (einmaliger Ausrutscher) wird dann gesprochen, wenn nach einer Abstinenzphase einige Züge von einer Zigarette geraucht werden. An diesem Punkt begünstigt eine negative Selbstbewertung und Selbstentmutigung das Fortschreiten des Rückfallprozesses über mehrer Ausrutscher (lapses) bis hin zu einem vollständigen Rückfall (relapse), dem täglichen Rauchen einer Zigarette und mehr. Mit dem persönlichen Rückfall-Krisenplan erarbeiten die Kursteilnehmer im Vorfeld für jede Phase des Rückfallprozesses individuell kognitive und verhaltensbezogene Maßnahmen, die im Falles eines Ausrutschers beziehungsweise auch eines vollständigen Rückfalles möglichst schnell in die erneute Abstinenz zurückführen sollen.

6. Ausarbeitung eines Krisenplanes: In der Gruppe sollten alle Teilnehmer Strategien zum Umgang mit dem Rückfall nennen. Wichtig für die Teilnehmer ist: nicht der Rückfall als solcher, sondern die mangelnde Bewältigung eines einzelnen Zuges einer Zigarette, das Konsumieren einer ganzen Zigarette oder einer Schachtel ist das Problem in der Aufrechterhaltung der Abstinenz. Ziel der Therapie ist es daher, die Raucher frühzeitig auf die Möglichkeiten der erneuten Sicherung der Abstinenz hinzuweisen. Der kurzfristige Rückfall sollte nicht undenkbar sein, sondern frühzeitig diskutiert werden.

7. Feedback-Runde: Die Raucher werden wie in der 4. Woche als Ex-Raucher angesprochen und in ihrer Abstinenz verstärkt. Sie sollen weiter für rückfallgefährliche Situationen, Stress, Entzugssymptome oder Versuchungssituationen sensibilisiert werden.

Material für die 5. Stunde:

- Persönlicher Rückfall-Krisenplan
- Verpflichtende Vereinbarungen

12.7 Die 6. Stunde

In der sechsten und letzten Stunde sollten alle eingeführten Techniken wie Motivationsanalyse, operante Verstärkung, Stimuluskontrolle, Ablenkung,

Vertragsmanagement, soziale Unterstützung durch Kurshelfer, Entspannungstechnik, Problemlösung und medikamentöse Unterstützung nochmals zur Sprache kommen. Zusätzlich dient diese Stunde der Intensivierung der Rückfallprophylaxe.

1.Stärkung der Motivation und Rückmeldung über die erreichten Ziele: Die Bestandteile der Rückmeldung werden nur noch stichwortartig aufgeführt (Co-Messung, positive Rückmeldung zu den bisherigen Erfolgen, Rückbesinnung auf die Anfangsmotivation zur Abstinenz).

2.Einsatz operanter Verstärker: Zum Abschluss der Therapie sollten die Teilnehmer nochmals nach möglichen Belohnungen suchen, die geeignet sind, eine langfristige Abstinenz nach vier Wochen, drei, sechs oder zwölf Monaten zu verstärken.

3.Fortführung der Vereinbarungen, des Muskelentspannungstrainings, der Alternativverhaltensweisen und der medikamentösen Unterstützung: Die Kursteilnehmer sollen zum Abschluss langfristiger Vereinbarungen mit dem Kurshelfer ermutigt werden. Zugleich soll die Entspannungstechnik angewandt und ein positiver, persönlicher Leitsatz eingeübt werden.

4.Interventionen für den Fall, dass noch geraucht wird: In seltenen Fällen sind Teilnehmer noch in der sechsten Woche ohne Abstinenzserfolg. In diesem Fall sollten Teilerfolge verstärkt werden.

5.Hilfestellung zum Therapiebaustein „Rückfallprophylaxe“: Besprechen von Versuchungssituationen, gegebenenfalls Durchführung von Rollenspielen. Eine erneute Motivationsanalyse, Hinweise auf die Ernährungstipps können in das Gruppengespräch aufgenommen werden. Verfügen die Kursteilnehmer über keine oder nur wenig persönliche Erfahrung mit Rückfällen und/oder erleben sie im Rahmen des Kurses nur wenige rückfallkritische Situationen, so kann es hilfreich sein, rückfallkritische Situationen anhand von Fallbeispielen theoretisch zu bearbeiten, um daraus Strategien zur Rückfallprophylaxe abzuleiten.

6.Abschluss-Feedback: Im Vordergrund der abschließenden Feedbackrunde steht von Seiten des Therapeuten nicht die Zusammenfassung der bisher erreichten Erfolge, sondern insbesondere der Ausblick auf ein anderes Leben und ein neues Selbstverständnis als Nichtraucher und damit eine Ermutigung zur aktiven und selbstbewussten Übernahme der neuen Rolle als Nichtraucher.

Material für die 6. Stunde:

Hier kann nochmals mit dem Material der 5. Stunde gearbeitet werden.

12.8 Probleme in der Raucherentwöhnung

12.8.1 Umgang mit Rückfälligkeit/ Das Sozialkognitive Modell des Rückfalls nach Marlatt und Gordon

Nicht selten kommt es im Rahmen einer Raucherentwöhnungsbehandlung nach Erreichen der Abstinenz zu einem Ausrutscher oder auch zur Wiederaufnahme der alten Rauchgewohnheiten. Günstig ist es, als Therapeut schon zu Beginn der Behandlung darauf hinzuweisen, dass Rückfälle vorkommen und diese keinen Grund darstellen sollten, die Behandlung abzubrechen. Viel eher geht es dann darum, diese als Chance zu nutzen, eigene Verhaltensmuster zu reflektieren und so einem erneuten Rückfall vorzubeugen. Das frühzeitige Thematisieren eines möglichen Rückfalls erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass ein rückfälliger Kursteilnehmer auch weiterhin in die Gruppe kommt und nicht wegen der, sehr häufig mit Rückfällen verbundenen Schamgefühlen, die Behandlung abbricht. Rückfälligkeit im Rahmen der Raucherentwöhnungsbehandlung verdient Zeit zur ausführlichen Bearbeitung. Sinnvoll ist es, die Verhaltensmuster sichtbar zu machen, die im individuellen Fall zu einem Rückfall geführt haben und die in dieser Situation verhaltenswirksame Kognitionen, Emotionen und physiologischen Wahrnehmungen ausführlich zu besprechen. Es geht letztlich darum die förderlichen Elemente eines Rückfalles herauszuarbeiten.

Marlatt und Gordon (1985) stellten auf dem Hintergrund von Banduras Selbstwirksamkeitskonzept ein sozialkognitives Rückfallmodell vor, in dem der Zusammenhang zwischen drei Bestimmungsstücken des Rückfallgeschehens spezifiziert wird:

„Rückfallsituationen. Dem Modell zufolge wird die Auftretenswahrscheinlichkeit einer Rückfallsituation vor allem durch (a) eine „unausgewogene Lebenssituation“ und (b) „scheinbar irrelevante Entscheidungen“ der Betroffenen erhöht. Unter einer unausgewogenen Lebenssituation wird ein ungünstiges Verhältnis zwischen solchen Ereignissen und Umständen, die als unangenehm empfunden werden, verstanden. Diese Konstellation führe zu negativen Gefühlen, insbesondere zu einer gesteigerten Wahrnehmung des Gefühls, ungerecht behandelt worden zu sein. Hierdurch steige das Bedürfnis nach Entschädigung und Genugtuung, wodurch wiederum die Abstinenzbemühungen der Betroffenen unterminiert werden können. Insbesondere können Marlatt und Gordon zufolge nunmehr sogenannte „scheinbar irrelevante Entscheidungen (apparently irrelevant decisions) das Eintreten von konkreten Risikosituationen begünstigen, (...) selbst wenn sie von den Betroffenen und ihrer

Umwelt nicht als für einen Rückfall relevant eingeschätzt werden“ (Lindenmeyer, 1999, Seiten 27-28).

Bewältigungsfertigkeiten: Ein Betroffener reagiert nicht passiv beziehungsweise automatisiert mit einem Rückfall; die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls ist entscheidend von der Verfügbarkeit und dem Einsatz alternativer Bewältigungsfertigkeiten (coping skills). Hierbei werden insbesondere aktiv-bewältigende und passiv-vermeidende Bewältigungsrichtungen sowie zwei Bewältigungsmodi unterschieden (kognitive Strategien versus verhaltensorientierte Strategien).

Abstinenzzuversicht: Darunter wird die Überzeugung verstanden, in einer Rückfallsituation über effektive Alternativen anstelle des früheren Konsumverhaltens zu verfügen. Es wird angenommen, dass Personen mit hoher Abstinenzzuversicht in Rückfallsituationen eher effektives Bewältigungsverhalten zeigen und weniger häufig rückfällig werden.

Marlatt und Gordon postulieren ein 2-Phasen-Modell des Rückfalls. Danach fällt ein Abhängiger nach einem einmaligen Konsum (sogenannter Ausrutscher oder lapse) insbesondere deshalb wieder in sein früheres Konsumverhalten zurück, weil er hier auf typische Weise mit einem starken Absinken seiner Abstinenzzuversicht im Sinne eines sogenannten Rückfallschocks (abstinence violation syndrome) reagiert. Angenommen wird hierbei eine kognitive (z.B. „Ich bin ein Versager“) und eine emotionale (z.B. Panik) Komponente des Rückfallschocks (vgl. Lindenmeyer, 1999).

12.8.2 Die Angst vor der Gewichtszunahme

Eine der am häufigsten vorkommende Befürchtung ist eine mögliche Gewichtszunahme, nachdem mit dem Rauchen aufgehört wurde. Dies tritt jedoch nicht zwangsläufig ein, wenn die Umstellung des Stoffwechsels während der ersten rauchfreien Wochen entsprechend berücksichtigt wird. Generell lässt sich feststellen, dass sich der Grundumsatz verringert und weniger Kalorien verbraucht werden. Einer Gewichtszunahme kann mittels einer ausgewogenen Ernährung und vermehrter sportlicher Aktivität begegnet werden. Im Rahmen einer Behandlung ist es hilfreich, den Fokus der Aufmerksamkeit von der Gewichtszunahme wegzulenken und sich auf den Zugewinn an Gesundheit und Fitness zu konzentrieren.

Manchmal ist es hilfreich, darauf hinzuweisen, dass sich durch den Einsatz von Nikotinersatzmitteln eine mögliche Gewichtszunahme wenigstens zeitweilig reduzieren lässt. Es kann nützlich sein, in der Behandlung das Szenario durchzuspielen, was es letztlich bedeuten würde, bis ans Lebensende weiter rauchen zu müssen, nur um das Risiko nicht einzugehen, vielleicht etwas an Gewicht zuzulegen. Dabei wird dann meist schnell deutlich,

wie absurd es wäre, trotz der Beeinträchtigungen, die sich daraus ergäben, weiter zu rauchen (vgl. Batra, et.al., 2004, Seite 106).

12.8.3 Mangelnder Einsatz von Belohnungen

Ein wichtiger Therapiebaustein ist der Einsatz von operanten Verstärkern. Der erfolgreiche Rauchstopp ist zu Beginn der Behandlung und in definierten Zeitabständen zu belohnen, das Nichterreichen beziehungsweise die Verletzung der Abstinenz können „bestraft“ werden. Der Stolz, das Abstinenzziel erreicht zu haben, ist in der Anfangszeit ein wichtiger Verstärker, sollte jedoch unbedingt durch andere Belohnungen ergänzt werden. Am wirksamsten sind hierbei für die Person wertvolle Verstärker, die auch langfristig zum Symbol für den eigenen Erfolg werden können. Erschwerend kommt hinzu, dass das Rauchen häufig selbst als leicht verfügbare und schnell wirkende Belohnung eingesetzt wurde, zum Beispiel nach Feierabend für den anstrengenden Arbeitstag oder nach Bewältigung einer schwierigen Aufgabe. Hier einen entsprechenden Ersatz zu finden ist sehr wichtig für eine Sicherung in der Abstinenz. Es kann dabei hilfreich sein, wenn jeder Teilnehmer für sich eine Liste erstellt mit möglichen Belohnungen (Verstärkern), die er einsetzen kann anstelle von Zigaretten (vgl. Batra, et.al., 2004, Seite 106).

12.8.4 Ablehnung von sozialen Kontrakten

Es kann vorkommen, dass die Teilnehmer des Kurses die Einbeziehung von sozialen Kontrakten ablehnen. Meist befürchten sie eine zu starke Kontrolle, einen Autonomieverlust oder auch einen Selbstwertverlust im Falle eines Scheiterns. Der Therapeut muss nun vermitteln, dass der soziale Kontrakt eine Möglichkeit der Selbstkontrolle darstellt. Er soll nicht nur sicher helfen, dass die Vereinbarungen eingehalten werden. Er soll auch garantieren, dass positive Konsequenzen des Abinentseins in Anspruch genommen werden. Die soziale Verstärkung spielt eine wesentliche Rolle bei der Aufrechterhaltung des Raucherdaseins, in gleicher Weise sollte auch die soziale Verstärkung bei der Bewältigung der Abstinenz genutzt werden.

12.8.5 Scheitern der Selbstbeobachtung

Das Scheitern der Selbstbeobachtungsphase kann ein früher Hinweis auf die mangelnde Motivation des Rauchers sein. In diesen Fällen ist es offensichtlich nicht gelungen, die Notwendigkeit einer aktiven Auseinandersetzung mit der Problematik des Rauchens zu verdeutlichen. Entweder ist die Motivation zu schwach, die Einsicht in die Schwere der

Problematik zu gering oder der Wunsch nach einer externen Lösung zu groß. Zwar kann dabei dann die medikamentöse Unterstützung verstärkt angeboten werden, auf alle Fälle bietet es sich jedoch an, entweder direkt oder aber zu einem späteren Zeitpunkt die Motivation des Teilnehmers zu überprüfen und gegebenenfalls erneut in die Motivationsarbeit einzusteigen.

12.8.6 Ablehnung der medikamentösen Unterstützung

Viele der Kursteilnehmer können einer Verwendung von Nikotinersatzmitteln skeptisch gegenüber stehen. Häufig verfügen sie dabei über negative Vorinformationen oder haben selbst ungenügende Erfahrungen mit der Anwendung von Nikotinersatzmitteln gemacht. Deshalb ist es wichtig, die Teilnehmer ausreichend über die Wirkweise der einzelnen Mittel und deren Nebenwirkungen zu informieren. Dadurch können die Teilnehmer sich bewusst für ein Mittel entscheiden oder aber auch die Entscheidung treffen, ohne den Einsatz von Nikotinersatzmitteln auskommen zu wollen.

12.9 Anmerkungen zum Raucherentwöhnungsprogramm

Wenigen Rauchern gelingt es schon bei einem ersten Versuch, mit dem Rauchen aufzuhören. Meist sind mehrere Abstinenzversuche erforderlich, ehe ein Raucher/eine Raucherin zum Ex-Raucher/zur Ex-Raucherin wird.

Wenn ich mich im Bekannten- und Freundeskreis umgehört hatte, bekam ich häufig die Auskunft, dass die Notwendigkeit des Aufhörens recht spät gesehen wird. Das Problem beim Rauchen ist, dass selten unmittelbare negative Folgen oder Schädigungen verspürt werden. Es ist nicht wie beim Trinken von Alkohol, dass man unmittelbar nach dem Konsum betrunken oder angeheitert ist oder ein Gefühl des „high seins“ verspürt oder einen Rausch bekommt, die Kontrolle verliert und somit etwaige unmittelbar folgende Konsequenzen verspürt. Sicherlich berichteten die Interviewpartnerinnen auch davon, dass ihnen bei den ersten Zigaretten nach einer Abstinenzzeit übel wurde, aber über dieses Gefühl konnten sie scheinbar schnell hinwegkommen und konnten so ihr vorheriges Konsummuster wieder etablieren. So genießen Raucher und Raucherinnen häufig die subjektiv empfundenen und auch körperlich wahrgenommenen erstmals positiven Begleiterscheinungen des Rauchens, häufig ohne an spätere Langzeitschäden zu denken. Häufig existiert der Gedanke „Krank werden, das passiert mir schon nicht“ und so wird dann weitergeraucht, bis tatsächlich gesundheitliche Folgen auftreten.

Meist entsteht die Abstinenzmotivation aufgrund erster gesundheitlicher Einschränkungen, eventuell auch beim Bemerken der eigenen Abhängigkeit oder bei einem aufkommenden Wunsch, für andere, zum Beispiel das eigene Kind, ein gutes Vorbild sein zu wollen.

Bei der Entwöhnung von Rauchern ist es wichtig zu beachten, dass die Tabakabhängigkeit eine physische und eine psychische Komponente umfasst. Entscheidend für die Entstehung der körperlichen Abhängigkeit sind die psychotropen Wirkungen des Nikotins. Nikotin imitiert einen körpereigenen Botenstoff, das Acetylcholin an den nikotinergen Acetylcholinrezeptoren. Es bewirkt mittelbar im Gehirn die Aktivierung des dopaminergen Systems und die Freisetzung einer Reihe von Neurotransmittern, die wiederum auf das Selbstbelohnungssystem des Gehirns wirken und daher das psychische Befinden beeinflussen. Diese Veränderungen werden vom Raucher meist als positiv erlebt. Dabei zeigt das Nikotin eine mit anderen Rauschmitteln wie z.B. Amphetaminen, Kokain oder Morphin vergleichbare suchterzeugende Wirkung (vgl. Batra, et.al., 2004).

Bei der Entwicklung der psychischen Abhängigkeit spielen verschiedene Lernprozesse eine Rolle. Die lerntheoretische Sichtweise geht davon aus, dass die Auftretenwahrscheinlichkeit eines Verhaltens zum einen von seinen Konsequenzen bestimmt und zum anderen durch klassische Konditionierungsprozesse verankert wird. Positive und negative Verstärkermechanismen erhöhen die Auftrittswahrscheinlichkeit, wenn sie kontingent erfolgen. Die Bindung an vormals neutrale Stimuli automatisiert das Verhalten. Aber auch Modelle (soziales Lernen) und kognitive Prozesse (intrinsische Attributionen, Effekterwartungen) bestimmen die Entwicklung und Aufrechterhaltung des Verhaltens. Andere Menschen im näheren Umfeld stehen als Modelle zur Verfügung. Klassische Konditionierungsprozesse ergeben sich im Verlauf des Konsums, wenn angenehme psychotrope Effekte des Rauchens an bestimmte Tätigkeiten, Situationen oder Schlüsselreize gekoppelt werden. Auf der Ebene der Verstärker sind psychotrope Effekte, Selbstsicherheit, Stimmungsverbesserung, Gefühle der Zugehörigkeit, Konzentrationssteigerung, Entlastung durch Pausen, aber auch negative Verstärker wie Vermeidung von Entzugssymptomen, ungeliebte Tätigkeiten, Spannungsreduktion, u.a. wirksam. Sowohl positive als auch negative Verstärkermechanismen halten die Sucht aufrecht.

Neben den Prinzipien der Konditionierung ist das Rauchverhalten durch kognitive Einstellungen, Erwartungen an den Rauchvorgang sowie durch das Modelllernen beeinflusst. Positive Eigenattributionen und Erwartungen an die Wirkung erhöhen das Rauchverlangen und führen zur Beschaffung und zum Konsum von Zigaretten (vgl. Batra, et.al., 2004).

In der Behandlung von Rauchern und Raucherinnen finde ich es wichtig, zu Beginn der Behandlung zum einen den Fagerström-Test durchzuführen. Dadurch kann festgestellt werden, in welchem Grad der Abhängigkeit der Raucher/die Raucherin sich befindet. Desweiteren ist es wichtig, festzustellen, welcher Typ des Rauchverhaltens vorliegt, ob es zum Beispiel ein Genussraucher ist, ein Konfliktraucher oder ein abhängiger Raucher, wobei es durchaus möglich ist, dass die Typen des Rauchverhaltens in einer Person zusammenkommen, das heißt, der oder diejenige raucht in Konflikt- und Stresssituationen und ist auch nach den Kriterien abhängiger Raucher/Raucherin. Vor Beginn der Behandlung ist es wichtig, mit dem Raucher/der Raucherin herauszufinden, in welchen Situationen vornehmlich geraucht wird, was die auslösenden Momente und Emotionen sind und in welchen Situationen und bei welchen Emotionen zum Beispiel gar nicht geraucht wird. Die Bestimmung dieser Situationen ist auch sehr wichtig für die Rückfallprophylaxe, um den Raucher/die Raucherin auf rückfallgefährliche Situationen vorbereiten zu können. Auch ist es wichtig, herauszufinden in welchem Stadium der Abstinenzmotivation der Raucher/die Raucherin sich befindet. Bei Rauchern, die sich vielleicht noch nicht endgültig zur Abstinenz entschieden haben, ist es wichtig die Motivation zu fördern und zu stabilisieren und so individuell auf die Schwächen und Stärken eingehen zu können.

Da vor dem Beginn einer Verhaltensveränderung die genaue Kenntnis der typischen Rauchmuster, der Funktion des Rauchens und der Konsequenz des Rauchens in bestimmten Situationen wichtig ist, bedient sich dieses Raucherentwöhnungsprogramm verschiedener Elemente für eine Phase der Selbstbeobachtung. In dieser Phase soll den Teilnehmer/innen bewusst werden, was ihre Motivation zur Abstinenz ist, sie sollen die Vor- und Nachteile des Rauchens und des Nichtrauchens wahrnehmen. Durch das Führen von Strichlisten soll der Automatismus des Rauchens unterbrochen werden, dadurch dass die Teilnehmer/innen vor dem Anzünden der Zigarette dieses protokollieren. Dies ermöglicht auch eine Reflektion des Verhaltens und noch die Möglichkeit der Entscheidung, ob diese Zigarette geraucht werden muss oder nicht. Auch sollen die Teilnehmer/innen feststellen, welche Situationen es sind, in denen geraucht wird, ob es bestimmte Tageszeiten und Situationen oder emotionale Befindlichkeiten sind, in denen besonders häufig geraucht wird. Dies ist auch wichtig für die spätere Rückfallprophylaxe, um rückfallgefährliche Situationen ausfindig zu machen. Auch sind die Teilnehmer/innen angehalten, alternative Lösungsstrategien zum Rauchen zu finden, die individuell auf sie passen.

Das vorgestellte Programm bedient sich einer schrittweisen Entwöhnung der Raucher/innen. Sicherlich ist es sinnvoll, auslösende Stimuli aus dem Umfeld möglichst zu entfernen. Schwieriger finde ich es allerdings, wenn man komplett das Umfeld oder auch den Personenkreis meiden sollte, indem bislang geraucht wurde. Auch später nach einer Entwöhnung wird es nicht möglich sein, immer rauchenden Personen oder Umgebungen in denen geraucht wird, ausweichen zu können. Ich fände während des Programms die Konfrontation mit den Situationen und Personen wichtig, da man so schon „trainieren“ kann, wie man mit rückfallgefährlichen Situationen umgeht.

Wichtig ist es, dass der Raucher/die Raucherin sich alternative Belohnungen auswählt. Häufig wurde das Rauchen zur Belohnung eingesetzt, es ist wichtig, dies nun ersetzen zu können. Auch ist es wichtig, Vereinbarungen zu treffen, die mit dem Wunsch aufhören zu wollen, in Verbindung stehen. Je höher die soziale Kontrolle ist, desto schwieriger und aufwendiger wird für den Raucher/die Raucherin der Rückfall. Besonders wichtig finde ich es auch, dass Informationen zu einer gesunden Ernährung gegeben werden, da die Angst vor Gewichtszunahme doch ein häufiger Rückfallgrund ist. Je mehr Informationen der Raucher/die Raucherin an die Hand bekommt, sei es zum Rauchen selbst, zur gesunden Ernährung oder zu alternativem Verhalten zum Rauchen, desto bewusster kann der Schritt in ein abstinentes Leben getan werden.

Besonders der Punkt der Rückfallprophylaxe sollte ausführlich behandelt werden. Nach dem Raucherentwöhnungsprogramm ist der Ex-Raucher/die Ex-Raucherin erstmals alleine mit sich und der Nikotinsucht. Rückfallgefährliche Situationen kommen zwischen der Therapiestunden und nach dem Entwöhnungsprogramm. So ist es wichtig, den Raucher/die Raucherin gut vorzubereiten, wie sie vorgehen kann, wenn gefährliche Situation aufkommen. Auch ist es wichtig, zum Beispiel Entspannungstechniken beizubringen, da das Rauchen meist auch der Entspannung diene und somit eine alternative Verhaltensweise geschaffen werden sollte.

Für jemanden, der sich entschließt, das Rauchen unter Anleitung aufgeben zu wollen, empfinde ich das Programm als gut. Es beinhaltet viele Komponenten, die den Raucher/die Raucherin aktiv in die Pflicht nehmen, an dem bisherigen Verhalten „Rauchen“ etwas verändern zu können. Es ist keine passive Entwöhnung. Der Raucher/die Raucherin muss aktiv nachdenken, was das bisheriges Verhalten ausgelöst hatte, es ist eine genaue Analyse erforderlich. Auch muss aktiv nach alternativen Handlungsmöglichkeiten gesucht werden. Ich kann momentan schlecht abschätzen, wie in einer Gruppensituation vielleicht einzelne

Teilnehmer „untergehen“ könnten, die Gefahr bestehen könnte, dass sie in ihren Bedürfnissen vernachlässigt werden könnten.

Dieses Programm ist aber auch so konzipiert, dass es durchaus auch möglich wäre, es für Einzeltherapien anzuwenden.

Skeptisch bin ich bei der Gabe von einer medikamentösen Unterstützung. Sinnvoll erachten kann ich noch die Substitution mit einer stufenweise Herunterdosierung von Nikotin. Die Entscheidung, eine medikamentöse Unterstützung zur Hilfe zu nehmen muss jeder Raucher/jede Raucherin selbst treffen.

13. Weitere Möglichkeiten zur Raucherentwöhnung

13.1 Medikamentöse Unterstützung

Seit 2003 sind in Deutschland zwei grundsätzlich verschiedene medikamentöse Verfahren für die Tabakentwöhnung zugelassen: Die Nikotinsubstitution und die Behandlung mit Bupropion. „Eine medikamentöse Unterstützung ist nur sinnvoll, wenn die Motivation zur Beendigung des Tabakkonsums gegeben ist und zugleich eine Auseinandersetzung mit den Rauchgewohnheiten stattfindet. Für den abhängigen Raucher ist eine Form der psychotherapeutischen Beratung beziehungsweise Behandlung als optimale Unterstützung des Abstinenzvorhabens anzusehen, die durch die medikamentöse Begleitbehandlung ergänzt wird. Metaanalysen zahlreicher Studien zur Tabakentwöhnung haben nachgewiesen, dass mit Hilfe der Nikotinsubstitution oder der Einnahme von Bupropion die Erfolgsaussichten eines Entwöhnungsvorhabens nahezu verdoppelt werden“ (DHS, 2003, Seite 78).

Je stärker die Nikotinabhängigkeit ausgeprägt ist, desto eher macht eine medikamentöse Unterstützung des Abstinenzvorhabens Sinn. Während Raucher mit einem FTND-Wert von weniger als drei Punkten in erster Linie von einer Motivationsbehandlung oder unterstützenden Gesprächen, eventuell auch von einer Gruppenbehandlung profitieren, ist der Behandlungserfolg von Rauchern mit einem FTND-Wert von mehr als sechs Punkten von einer medikamentösen Behandlung abhängig (vgl. DHS, 2003).

13.1.1 Die Tabakentwöhnung mit Hilfe der Nikotinsubstitution

„Ausgehend von einem biologischen Modell für die Nikotin- beziehungsweise Tabakabhängigkeit kann als Ursache für die typischen Entzugssymptome ein relativer Nikotinmangel angenommen werden. Daher liegt es nahe, die Substanz Nikotin, die für die Entstehung der körperlichen Abhängigkeit entscheidend ist, bei der Entstehung von

tabakassoziierten Folgekrankheiten jedoch von untergeordneter Bedeutung ist, zumindest vorübergehend zu ersetzen und allmählich auszuschleichen“ (DHS, 2003, Seite. 79).

Dadurch werden abtinenzgefährdende Früh- sowie Spätsymptome positiv beeinflusst. Zeitgleich kann und muss die Entwöhnung auf der Verhaltensebene vonstatten gehen, optimalerweise im Rahmen einer verhaltenstherapeutischen Behandlung.

Nikotinersatzprodukte, die lediglich Nikotin enthalten stellen immer, auch wenn eine Tabakabstinenz nur durch deren langdauernde Anwendung aufrechterhalten werden kann, die bessere Alternative zur Zigarette dar. Kardiovaskuläre Risiken sind im Vergleich zum Konsum von Zigaretten deutlich reduziert, die Belastung der Atemwege und der Lunge bleibt aus und die Aufnahme einer großen Zahl kanzerogener Stoffe entfällt (vgl. DHS, 2003).

Seit 1983 ist Nikotin in Deutschland als Medikament für die Tabakentwöhnung zugelassen. Eingeführt wurde zunächst das Nikotinkaugummi, gefolgt vom Nikotinpflaster (1990) und dem Nikotinnasenspray (1997). Zugelassen wurden mittlerweile auch eine Nikotin-Sublingualtablette, sowie der Nikotininhaler. Seit 2003 steht außerdem eine Lutschtablette zur Verfügung. Im deutschen Handel sind derzeit jedoch nur Nikotinpflaster, -kaugummi, und –lutschtablette, alle anderen Produkte müssen im Ausland bezogen werden.

Verschreibungspflicht besteht nur noch für das Nasenspray sowie den Nikotininhaler, alle anderen Produkte wurden mittlerweile aus der Verschreibungspflicht entlassen.

Die einzelnen Produkte unterscheiden sich nicht nur in der Art der Freisetzung von Nikotin, sondern auch in dessen Aufnahmegeschwindigkeit und –menge. Daraus ergeben sich unterschiedliche Indikationen in der Entwöhnungsbehandlung. Nikotinkaugummi, Nikotinnasenspray und –tabletten vermitteln einen raschen Wirkungseintritt des zugeführten Nikotins und können nicht nur die Entzugserscheinungen rasch reduzieren, sondern können darüber hinaus auch einen Teil der positiven Wirkung der Zigarette imitieren. Mit dem Pflaster wird erst allmählich eine Sättigung mit Nikotin aufgebaut, die allerdings langanhaltend vor starken Entzugserscheinungen schützt. Aus suchttherapeutischer Sicht ist der Einsatz des Nikotinpflasters zu favorisieren., da die Nikotinwirkungen in diesem Fall vom üblichen Zufuhrverfahren entkoppelt werden. Es findet also zugleich eine Löschung des problematischen Verhaltens statt. Nikotinkaugummi, Tabletten und insbesondere das Nasalspray sind potentiell geeignet, die Abhängigkeit von Nikotin zu unterhalten.

Nikotinersatzprodukte sind nur für die Entwöhnung von Rauchern zugelassen. Die Anwendung ist für den Nichtraucher und insbesondere auch für Kinder, die an Nikotinwirkungen nicht gewöhnt sind, gefährlich (vgl. DHS, 2003).

Risiken bestehen auch bei Rauchern, die unter schweren kardialen Erkrankungen mit dem Risiko einer koronaren Minderdurchblutung leiden., oder bei schwangeren Frauen. In diesen Fällen ist der Entwöhnungsbehandlung ohne den Einsatz von Nikotin den Vorzug zu geben.

13.1.1.1 Nikotinpflaster

Das Nikotinpflaster enthält in einer Klebeschicht eine definierte Menge Nikotin. Je nach Pflastergröße, bzw.-stärke sollen mit einem Nikotinpflaster gemäß den Produktinformationen 10, 20 oder 30 Zigaretten ersetzt werden. Nikotin wird je nach Pflastersystem über einen Zeitraum von 16, beziehungsweise 24 Stunden kontinuierlich über die Klebeschicht des Pflasters der Haut zugeführt. Unterschiede in der Wirksamkeit konnten zwischen 16- und 24-Stunden-Pflastern nicht nachgewiesen werden.

Vorteil dieser Applikationsform ist der dadurch entstehende konstante Serumnikotinspiegel. Durch die kontinuierliche Gabe über Nikotinpflaster entfällt der durch den Abfall des Nikotinspiegels im Blut entstehende Stimulus zum Anzünden von einer Zigarette. Es kommt darüber hinaus zu einer verhaltenstherapeutisch wichtigen Entkoppelung der physischen von der psychischen Komponente der Abhängigkeit. Lernpsychologisch wäre dies mit der Löschung der Konditionierung gleichzusetzen. Eine Abhängigkeitsentwicklung von Pflaster ist unwahrscheinlich.

Das Nikotinpflaster sollte vor allem mittelstark abhängigen Rauchern mit einem kontinuierlichen Rauchverhalten empfohlen werden. Das Pflaster muss täglich gewechselt werden. Der Raucher sollte mit der stärksten Darreichungsform beginnen und nach vier bis sechs Wochen auf die nächstniedrigere Dosis wechseln. Denkbar ist bei besonders starken Rauchern auch eine Kombination zweier Pflaster, um größere Mengen an Nikotin zu substituieren. Nach spätestens drei Monaten sollte das Pflaster abgesetzt werden. Als Nebenwirkungen wurden in einzelnen Fällen Unverträglichkeitsreaktionen auf der Haut beschrieben (vgl. DHS, 2003).

13.1.1.2 Nikotinkaugummi

Zur Verfügung stehen dabei zwei verschiedene Dosierungen (2 mg beziehungsweise 4 mg Nikotin). Der Raucher setzt durch das Kauen Nikotin frei, das über die Mundschleimhaut aufgenommen wird. Die Nikotinzufuhr erfolgt beim Nikotinkaugummi rascher als mit Hilfe

des Pflasters. Neben der Nikotinzufuhr spielt hierbei sicherlich auch die orale Stimulation eine Rolle. Das Kaugummi wird bei einer leichten wie auch bei einer mittelschweren Abhängigkeit mit Erfolg eingesetzt. Aufgrund dieser flexiblen Handhabung der Tagesdosis ist die Dosis leicht steuerbar. Insbesondere bei Rauchern, die einen unregelmäßigen Konsum gepflegt haben, hat es gegenüber der Pflasterbehandlung Vorteile. Starke Raucher sollten 4 mg-Nikotinkaugummis verwenden.

Die Behandlungsempfehlungen sehen vor, dass zunächst regelmäßig über den Tag verteilt eine individuell definierte Zahl an Kaugummis konsumiert wird, die im Verlauf von maximal zwölf Wochen allmählich reduziert werden sollte. Nebenwirkungen von gastritischen Beschwerden und lokalen Reizerscheinungen treten bevorzugt dann auf, wenn zu intensiv gekaut wurde (vgl. DHS, 2003).

13.1.1.3 Nikotinnasenspray

Mit Hilfe des Nikotinnasensprays kann sich der Raucher sehr rasch hohe Nikotindosen zuführen. Es wird über die Nasenschleimhaut absorbiert. Durch zwei Hübe wird das Äquivalent an Nikotin aus einer durchschnittlichen Zigarette ersetzt. Die Applikation ist mit einem starken sensorischen Stimulus verbunden, der für manche Raucher unerträglich stark ist. Der Einsatz des Nikotinnasensprays sollte in erster Linie bei starken Rauchern erfolgen. Ein Vorteil ist die flexible Handhabung und rasche Bioverfügbarkeit des Nikotins. Das Nasalspray sollte nach einem festen Schema dosiert und ausgeschlichen werden, kann aber jederzeit auch in einer rückfallgefährlichen Situation zum Einsatz kommen. Das Abhängigkeitsrisiko ist bei dieser Substitutionsform am höchsten. Nebenwirkungen treten vor allem als Reizungen der Nasenschleimhäute auf. Das Nasalspray ist in Deutschland weiterhin zugelassen, jedoch nicht mehr im Handel und muss über eine internationale Apotheke bezogen werden.

13.1.1.4 Nikotininhaler

Der Inhaler imitiert die Handhabung der Zigarette am ehesten. Nikotin, das sich auf einem Schaumstoffträger im Inneren einer Kunststoffkapsel befindet, wird über ein Mundstück eingeatmet, also kalt geraucht. Das Abhängigkeitsrisiko ist unklar. Die Anwendung imitiert zwar den Rauchvorgang, allerdings sind die resorbierten Nikotinmengen im Vergleich mit der Zigarette gering. Diese Form der Substitutionsbehandlung soll in erster Linie für leichte und mittelschwer abhängige Raucher gedacht sein, diskutiert wird auch ein Einsatz zur temporären Nikotinsubstitution. Aus suchttherapeutischer Sicht scheint dieses Produkt, das

die Zigarette und das Rauchverhalten am deutlichsten imitiert, am wenigsten für die Entwöhnung geeignet zu sein. Nebenwirkungen sind bis auf lokale Reizerscheinungen kaum zu erwarten. Der Nikotininhaler ist in Deutschland zugelassen, jedoch nicht im Handel und muss ebenfalls über eine internationale Apotheke bezogen werden (vgl. DHS, 2003).

13.1.1.5 Nikotinsublingualtablette

Das pharmakologische Profil der Nikotinsublingualtablette ähnelt dem des 2 mg Nikotinkaugummi. Nikotin wird über die Mundschleimhaut resorbiert, nachdem die Tablette sich unter der Zunge aufgelöst hat. Die Nikotinsublingualtablette reduziert Entzugssymptome wirkungsvoll. Das Abhängigkeitsrisiko ist unklar. Die Nebenwirkungen sind gering, zumeist in Form von Schluckauf, gastrointestinalen Beschwerden, Schmerzen im Mund oder Rachen. Ein wesentlicher Vorteil gegenüber anderen Darreichungsformen ergibt sich nicht. Einzuwenden ist allerdings, dass die Einnahme einer Tablette bei aufkommenden Rauchverlangen aus suchttherapeutischer Sicht problematisch ist. Auch die Nikotinsublingualtablette ist in Deutschland zugelassen, jedoch nicht im Handel und kann über die internationale Apotheke bezogen werden (vgl. DHS, 2003).

13.1.1.6 Nikotinlutschtablette

Die Nikotinlutschtablette ist ebenfalls für die Tabakentwöhnung zugelassen und seit dem Jahr 2003 im Handel erhältlich. Wie das Kaugummi steht sie in einer 2 mg und einer 4 mg Dosierung zur Verfügung und ist für Raucher mit einer mittelstarken oder starken Abhängigkeit gedacht. Im Rahmen einer Entwöhnungsbehandlung sollte in den ersten sechs Wochen eine konstante Dosis eingehalten werden, im Verlauf der nächsten sechs Wochen wird die Behandlung ausgeschlichen. Die Anwendung kann mit lokalen und gastrointestinalen Reizerscheinungen verbunden sein. Das Abhängigkeitsrisiko ist auch hier nicht bestimmt worden. Es gilt, dass die Anwendung einer Tablette zur Reduktion des Rauchverlangens aus suchttherapeutischer Sicht bedenklicher erscheint als die Anwendung des Nikotinpflasters oder des Nikotinkaugummi.

„Bei starken Rauchern kann die Gabe eines einzelnen Präparates möglicherweise nicht ausreichen, um die Entzugssymptome und das Craving nachhaltig zu beeinflussen. Sinnvoll scheint hier die Kombination aus Pflaster und einer rascher wirkenden Darreichungsform, vorgeschlagen werden Nasalspray oder Kaugummi, denkbar ist genauso auch die Gabe einer Nikotintablette. Aufgrund der geringen Erfahrungen mit der Kombinationsbehandlung sollte

diese ärztlich überwacht werden. Insbesondere die Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung könnte erhöht sein, darüber hinaus besteht leichter als bei der Monotherapie mit einer Darreichungsform die Gefahr der Überdosierung.

Die Wirksamkeit aller Nikotinsubstitutionsverfahren ist auf der Basis von mehr als 100 randomisierten, methodisch guten Studien an insgesamt mehr als 34 000 Rauchern ausreichend gut belegt. Die Untersuchungen zeigen eine Überlegenheit der Nikotinersatztherapien gegenüber Placebo um den Faktor 1,6 bis 2,3. Wenn also eine Placebobehandlung zu einer Erfolgsquote von circa 10 % nach einem Jahr führt, ist durch eine Ergänzung der Behandlung mit Nikotinpflaster eine Erfolgsquote von etwa 17 % zu erwarten.

Die Nikotinersatztherapie wird nicht von den Kassen erstattet. Die Kosten betragen je nach Darreichungsform, Dosis und Abnahmemenge im Regelfall circa 2,50 bis 3,00 Euro pro Tag und entsprechen damit den Aufwendungen, die der Raucher bislang für den Tabakkonsum erbracht hat. Die Nikotinersatztherapie ist einfach zu handhaben und bei sachgemäßer Handhabung nebenwirkungsarm. (...) Der Einsatz der Nikotinsubstitution kann die langfristige Erfolgsquote deutlich anheben“ (DHS, 2003, Seiten 82-84).

13.1.1.7 Die Tabakentwöhnung mit Hilfe von Bupropion (Zyban)

Bupropion (Bupropionhydrochlorid, laut INN-Klassifikation: Amfebutamon) wurde 1988 in den USA als Antidepressivum zugelassen. Im Jahre 1997 wurde zunächst in den USA, im Jahre 2000 in mehreren europäischen Ländern die Zulassung auf die Tabakentwöhnung ausgedehnt. Vorausgegangen waren Beobachtungen, dass Patienten, die auf dieses Medikament eingestellt waren, eine Verringerung des Rauchverlangens erlebten. In mehreren systematischen Untersuchungen konnte die Wirksamkeit dieses Arzneimittels bestätigt werden. Dabei konnte bei der Behandlung mit Bupropion im Vergleich mit einer Placebobehandlung eine Verdoppelung der Abstinenzquoten festgestellt werden. Die Kombination von Bupropion und Nikotinpflaster scheint noch höhere Erfolgsquoten zu erbringen, weist allerdings auch eine höhere Nebenwirkungsrate als die Behandlung mit einem der Wirkstoffe in Monotherapie auf, so dass diese Therapie nicht empfohlen wird.

„Noch ist der Wirkmechanismus der Behandlung mit Bupropion unklar. Die Unterdrückung des Rauchverlangens wird mit einer zentralen Wiederaufnahmehemmung von Dopamin in Verbindung gebracht, durch die Inhibition der Wiederaufnahme von Noradrenalin könnte die reduzierte Gewichtszunahme im Rahmen einer Behandlung mit Bupropion erklärt werden.

Die Wirkeigenschaft als Antidepressivum könnte Rauchern, die nach Beginn der Tabakabstinenz unter depressiven Verstimmung leiden, hilfreich sein“ (DHS, 2003, Seite 84). Problematisch könnte im Einzelfall das Nebenwirkungsprofil der Substanz sein: Am häufigsten werden Schlafstörungen und Mundtrockenheit berichtet, zu nennen sind außerdem Zittern, Konzentrationsstörungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Unruhe, Hautausschläge, Schwitzen, Blutdrucksteigerungen, Übelkeit und Obstipation. Ähnlich wie bei anderen Antidepressiva beinhaltet auch die Behandlung mit Bupropion ein erhöhtes Risiko für epileptische Anfälle. Insbesondere Patienten mit einer Essstörung, einem Krampfleiden in der Vorgeschichte, einem Diabetes oder einem hirnorganischen Leiden sind diesbezüglich besonders gefährdet und sollten daher von der Behandlung mit Bupropion ausgenommen werden.

Kontraindikationen liegen vor bei: Überempfindlichkeit gegen Bupropion, Essstörungen, schwere Leberzirrhose, bipolare Erkrankung, gleichzeitiger Gabe von MAO-Hemmern, bekanntem Tumor des ZNS, Alkohol- oder Benzodiazepinentzug, Krampfleiden oder Krampfanfällen in der Vorgeschichte, gleichzeitiger Einnahme von Medikamenten, die die Krampfschwelle herabsetzen (Antipsychotika, Antidepressiva, Theophyllin, systemische Steroide, Antimalariamittel, Tramadol, Chinolone, sedierende Antihistaminika).

Die Behandlung wird folgendermaßen durchgeführt: In den ersten sieben Tagen sollte nur eine Tablette am Morgen eingenommen werden, nach einer Woche sollte bei guter Verträglichkeit die Dosis auf zwei Tabletten pro Tag erhöht werden. Der Abstand zwischen beiden Einnahmen sollte wenigstens acht Stunden betragen. Während der ersten Woche darf noch geraucht werden, der Raucher erlebt dabei aber eventuell schon ein Nachlassen der positiven Wirkungen des inhalierten Zigarettenrauches. Danach sollte der Tabakkonsum eingestellt werden. Die Anwendungsempfehlungen sehen vor, die Einnahme von Bupropion sechs Wochen nach dem Abstinenzbeginn fortzusetzen.

Bupropion stellt für abhängige Raucher eine wirksame Alternative zu den Nikotinersatztherapeutika dar. Aufgrund der Nebenwirkungen und Risiken sollte eine sorgfältige Nutzen-/Risikoabschätzung erfolgen. Die Behandlung sollte ärztlich indiziert sein und therapeutisch begleitet werden (vgl. DHS, 2003).

13.1.1.8 Weitere, nicht empfohlene Verfahren

Neben weiteren medikamentösen Behandlungsansätzen, die sich nicht als wirksam genug erwiesen haben, existiert ein großer Markt für Interventionen, die auf wissenschaftlich nicht akzeptierten Prinzipien beruhen. Es ist davon auszugehen, dass nicht spezifische Therapieeffekte, sondern allgemein suggestive Elemente und die Wirkungsüberzeugung des Rauchers entscheidend für die positiven Erfolge sind.

- medikamentöse Therapien: Clonidin wird in den USA zur Behandlung abhängiger Raucher empfohlen. In Deutschland hat Clonidin zwar einen gewissen Stellenwert in der Entzugsbehandlung alkoholabhängiger Patienten, für die Tabakentwöhnung ist es jedoch nicht zugelassen. Weitere medikamentöse Behandlungsversuche haben keine große Bedeutung im Rahmen einer effektiven Tabakentwöhnungsbehandlung. Entweder sind die Erfolge zu gering oder das Nebenwirkungsprofil der Substanz ist nicht tolerabel. Untersucht wurden zahlreiche Psychopharmaka und andere psychotrope Substanzen. Im Handel erhältlich sind auch manche homöopathische und kräutermedizinische Mittel zur Unterstützung der Tabakentwöhnung. Studien zur Wirksamkeit fehlen aber (vgl. DHS, 2003).
- Suggestive Therapien: Dazu gehört die Fremdhypnose, aber auch Handauflegen und andere Verfahren, bei denen der Therapeut bei meist guter Ausgangsmotivation des Rauchers auf die Willensbildung Einfluss nimmt. Diesen Methoden wird nachgesagt, dass bei relativ geringem therapeutischen Aufwand recht gute kurzfristige Erfolge zu verzeichnen seien. Die Datenlage ist jedoch sehr unsicher. Studien, die eine Wirksamkeit belegen könnten, fehlen. Nachteilig ist bei diesem Verfahren, dass der Raucher passiv bleibt. Zwar wird der suggestive Einfluss kurzfristig wirksam, dem Raucher werden hier, im Gegensatz zu den verhaltenstherapeutischen Verfahren, jedoch keine Fertigkeiten bei der Bewältigung von Versuchungssituationen vermittelt.
- Akupunktur: Sie wird bevorzugt in alternativ-medizinischen und naturheilkundlich orientierten Praxen eingesetzt. Die Einordnung der Wirksamkeit der Therapiemethode ist schwierig. Der Akupunktur werden noch unbekannte Wirkungsweisen zugeschrieben. Zugleich muss davon ausgegangen werden, dass die suggestiven Komponenten der Akupunktur wesentlich zum Erfolg beitragen. Eine Empfehlung kann auf einer evidenzbasierten Grundlage nicht ausgesprochen werden, da in kontrollierten Studien keine ausreichende langfristige Abstinenz nachgewiesen werden konnte (vgl. DHS, 2003).

- Autogenes Training: Das autogene Training ist ein kognitives Entspannungsverfahren, das nach therapeutischer Anleitung vom Patienten selbständig angewendet werden kann. Autogenes Training kann zu einer inneren Distanzierung vom Rauchen verhelfen. Hierzu ist es erforderlich, dass der Patient die Grundlagen des Trainings beherrscht, ehe die kognitive Umstrukturierung und Bewältigung der Versuchungssituation mit Hilfe des autogenen Trainings gezielt auf das Rauchproblem angewendet werden kann. Langfristige Erfolge sind nicht belegt, die Durchführung ist mit einem relativ hohen Zeitaufwand und großem therapeutischen Einsatz verbunden (vgl. DHS, 2003).
- Aversionstherapie: Zu den früheren verhaltenstherapeutischen Verfahren gehören die Verfahren, die eine Kopplung des bislang als eher positiv erlebten Stimulus erlebten Rauchens an neue, nun unangenehme und aversiv erlebte Erfahrungen anstreben. Die bekannteste Variante ist das „rapid smoking“, bei dem der Raucher angewiesen wird, innerhalb kürzester Zeit ein Mehrfaches des gewohnten Konsums bis zum Auftreten von Intoxikationserscheinungen zu konsumieren. Es wird aufgrund der befürchteten negativen Begleitwirkungen trotz einer ausreichenden Effektivität kaum noch eingesetzt. Auch die Applikation von Schmerzreizen, um das Tabakrauchen mit einem unangenehmen, aversiv erlebten Effekt zu verbinden, gilt nicht mehr als adäquate Therapiemethode. Die Vergällung des Geschmacks, beispielsweise durch die Verabreichung von Silberacetat, ist nicht ausreichend anhaltend wirkungsvoll (vgl. DHS, 2003).

14. Schlusswort

Mit dieser Masterarbeit wollte ich das Thema „Frauen und Nikotinabhängigkeit. Konsumverläufe und Behandlungsmöglichkeiten“ darstellen. Hauptbestandteil dieser Darstellung waren die vier Interviews, die ich mit Frauen, die noch rauchen oder geraucht haben geführt habe.

Der Einstieg in den Zigarettenkonsum lag im Schwerpunkt bei dem Alter von 13 Jahren, mit einer Ausnahme. Es wurde dabei meist in Gegenwart von Freunden/Freundinnen oder Geschwistern geraucht.

Die Primärprävention könnte verhindern, dass Kinder und Jugendliche mit dem Rauchen beginnen und dann infolgedessen Jahrzehnte später unter den tabakassoziierten Folgekrankheiten zu leiden haben. Die Prävention wird zunehmend von größerer gesundheitspolitischer Bedeutung. Eine erfolgreiche Prävention des Rauchens in der Bevölkerung setzt eine genaue Kenntnis der Entstehungsfaktoren und der Risikopopulation voraus. Der Einstieg in das Rauchen erfolgt durch das Lernen am Modell, durch Übernahme von Werthaltungen in der peer-group und durch die Wahrnehmung, dass das Rauchen zu einer höheren gesellschaftlichen Akzeptanz führen kann. Das soziale Umfeld, aber auch die Massenmedien üben großen Einfluss auf die Entwicklung des Rauchverhaltens bei Kindern und Jugendlichen aus. Effektive Präventionsarbeit klärt über gesundheitliche und soziale Konsequenzen und Schäden auf; vor allem spielt die allgemeine Förderung des Gesundheitsbewusstseins eine wichtige Rolle. Ziel eines psychosozialen Präventionsprogrammes ist die Stärkung des Selbstbewusstseins als Nichtraucher und die Verbesserung des Images des Nichtrauchers.

Bei Frauen sind die Gründe für den Ausstieg aus dem Tabakkonsum häufig Schwangerschaften. Zum einen wollen sie nicht, dass ihr noch ungeborenes Kind geschädigt wird, zum anderen wird während der Schwangerschaft häufig verstärkt Wert auf gesundheitsbewusstes Verhalten gelegt. Andererseits unterliegen schwangere Frauen auch häufig verstärkt der sozialen Kontrolle und der Erzeugung eines schlechten Gewissens bei der Nichtbefolgung der Abstinenz. Wie auch bei der Primärprävention ist bei dem Thema „Rauchen und Schwangerschaft“ eine gute Information über die Folgen des Rauchens für Kind und Mutter wichtig. Aufklärung über Schädigungen und Folgen kann verhindern, dass Frauen die Entscheidung treffen, auch während der Schwangerschaft weiter zu rauchen.

Allgemein spielte auch bei den befragten Frauen das Thema Gesundheit eine wichtige Rolle. Zum einen rücken die späteren Folgen des Rauchens mehr und mehr in den Blickpunkt. Zum anderen werden sich auch Gedanken dazu gemacht, wie das spätere Aussehen von rauchenden Frauen ist: dass sich die Haut früher verändert, die Kondition schlechter ist, etc.

Auch waren finanzielle Mittel ein Steuerungselement, ob die Frauen beschlossen haben, mit dem Rauchen aufhören zu wollen. Teilweise hat sich die Menge der täglich gerauchten Zigaretten an den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln orientiert. Ein wichtiger Punkt zu den Abstinenzversuchen war auch die Rücksichtnahme auf Personen im nahen Umfeld, sei es Beziehungspartner oder die Kinder.

Bei den Ausstiegsversuchen haben die Frauen selten zu Hilfsmitteln gegriffen. Meist wurde versucht, von heute auf morgen aufzuhören. Teilweise wurden Kaugummis oder auch Nikotinpflaster und entsprechende Literatur zur Hilfe herangezogen. Häufig fand dabei keinerlei Auseinandersetzung mit auslösenden Situationen statt, es fand im Vorfeld auch keine Analyse der rückfallgefährlichen Situationen statt, so dass teilweise die Interviewpartnerinnen sehr schnell wieder rückfällig wurden und dabei auch sehr schnell wieder in alte Konsummuster verfielen. Nach dem Abstinenzverletzungsprinzip „Jetzt ist sowieso alles egal, jetzt ist sowieso alles umsonst gewesen“ wurde wieder genauso viel konsumiert wie vor dem Ausstiegsversuch.

Eine genaue Analyse der Konsummuster, die verhaltenstherapeutische orientierte Selbstbeobachtungsphase und die Auseinandersetzung mit rückfallgefährlichen Situationen können hilfreich sein, Abstinenzversuche besser zu planen und mit besserem Hintergrundwissen von der Nikotinsucht sind ausstiegswillige Raucher und Raucherinnen besser gerüstet auf ihrem Weg in die Abstinenz. Auch kann ein, wie unter Punkt 12 dargestelltes Raucherentwöhnungsprogramm verhelfen, bewusst den Schritt in die Abstinenz zu gehen.

Bei den Rückfällen wurde auch häufig die Stärke der Sucht unterschätzt. Rauchen führt nicht zu Rauschzuständen, Bewusstseinsveränderungen und unkontrolliertem Verhalten und ist leicht in den funktionierenden Alltag integrierbar. Diese Aspekte lässt viele die Funktion des Rauchens unterschätzen. Rauchen wirkt sich in der Regel nicht beeinträchtigend auch die Leistungsfähigkeit aus, sondern erhöht teilweise eher die Bereitschaft dazu. So werden auch gesellschaftliche Erwartungen und Anforderungen meist weiter erfüllt. Diese Droge ist legal, omnipräsent und ohne größeren Aufwand

verfügbar und konsumierbar. Sie kann viele unterschiedliche Funktionen erfüllen. Süchtiges Rauchen ist nicht stigmatisiert. Es ist möglich, mit dieser Droge ohne größeren körperlichen, psychischen, sozialen und finanziellen Leidensdruck zu leben. Aufgrund dieser Charakteristika der Nikotinsucht ist der Ausstieg aus der physischen und psychischen Abhängigkeit sehr oft schwierig und mit Rückfällen behaftet. Bei einer Rückfallprophylaxe müssen mit den ausstiegswilligen Probanden die auslösenden Situationen für ihren Konsum analysiert werden und alternative Handlungsmöglichkeiten müssen trainiert werden. Wichtig ist es auch, die Motivation zu stärken, in dem sich die Raucher und Raucherinnen mit dem Für und Wider von der Abstinenz und auch vom Rauchen auseinandersetzen.

Zu dem Unterschied von rauchenden Frauen und rauchenden Männern wurde zusammengetragen, dass es in der Beobachtung der befragten Frauen schon zu deren Jugendzeit den Trend gab zu sagen „Mädchen und Frauen rauchen nicht“, da es nicht dem vorherrschenden Bild von Mädchen und Frauen entsprach. Das Rauchen hat, auch historisch betrachtet hauptsächlich einen männlich konnotierten Habitus. In der jetzigen Zeit ist ein stärkerer Trend des Rauchens bei Mädchen und Frauen zu verzeichnen. Dennoch ist in der subjektiven Wahrnehmung der Frauen das Rauchen bei Männern eher akzeptiert als bei den Frauen.

Zusammenfassend möchte ich sagen, dass es zum einem wichtig ist, stark im primärpräventiven Bereich aktiv zu werden, um so verhindern zu können, dass immer mehr Kinder und Jugendliche mit dem Rauchen beginnen. Bei Mädchen und Frauen, die rauchen, kann der Aspekt der Gesundheit und der Fitness genutzt werden, um anhand dieser beiden Kriterien zusammen mit einer breitgefächerten Information über das Rauchen und die gesundheitlichen Folgen dahingehend wirksam sein zu können, dass Mädchen und Frauen den Schritt in die Abstinenz gehen.

Ich möchte an dieser Stelle den vier Interviewpartnerinnen danken, ohne deren Mitwirkung diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

15. Literaturverzeichnis

1. Batra, A., Buchkremer, G.(2004) „Tabakentwöhnung – Ein Leitfaden für Therapeuten „
2. Bleich, S. (2002) „FTNA“
3. BZGA, Gesundheitsförderung konkret, Band 2 (2000) „Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht“
4. BZGA, Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 18 (2002) „Kommunikationsstrategien zur Raucherentwöhnung. Ein Überblick über die wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema“
5. DHS, Suchtmedizinische Reihe, Band 2 (2003) „Tabakabhängigkeit“
6. DHS (2005) „Jahrbuch Sucht 2005“
7. Fengler, J. (2002) „Handbuch der Suchtbehandlungen. Beratung-Therapie-Prävention“
8. Gastpar, M. (1999) „Lehrbuch der Suchterkrankungen“
9. Glinka, H.J. (1998) „Das narrative Interview“
10. Hausen, K. (2004) „Die Zigarette – Leben mit einer verführerischen Geliebten“
11. Haustein, K.-O. (2001) „Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen“
12. Hess, H., Kolte, B., Schmidt-Semisch H. (2004) „Kontrolliertes Rauchen. Tabakkonsum zwischen Verbot und Vergnügen“
13. Heinz, A. (2003) „Neurobiologie der Alkohol- und Nikotinabhängigkeit“

14. Kluge, S. (1999) „Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung“
15. Koppenhöfer, E. (2000) „Frauen und Zigaretten. Über das Ambivalente am Rauchen und seine Ausprägungen in weiblichen Lebenszusammenhängen“
16. Lindenmeyer, J. (1999) „Alkoholabhängigkeit“
17. Lindinger, P. (2004) „Lust und Last des Rauchens“
18. Margraf, J. (2003) „Lehrbuch der Verhaltenstherapie“, 2. Auflage, Band 2
19. Miller, W., Rollnick, S. (1999) „Motivierende Gesprächsführung“
20. Schmidbauer, W., vom Scheidt, J. (1999) „Handbuch der Rauschdrogen“
21. Täschner, K.L. (1997) „Harte Drogen – Weiche Drogen“
22. The World Bank, DKFZ Heidelberg (2003) „Der Tabakepidemie Einhalt gebieten. Regierungen und wirtschaftliche Aspekte der Tabakkontrolle“
23. Vogt, I. (2004) „Beratung von süchtigen Frauen und Männern. Grundlagen und Praxis“
24. Wüsthof, A.; Böning, V. (2002) „Kippen. Leben ohne Zigaretten“

17. Anhang

1. Fagerström-Test: Der Fagerström-Fragebogen zur Ermittlung von Nikotinabhängigkeit

Wann nach dem Aufwachen rauchst Du Deine erste Zigarette

Innerhalb von 5 Minuten	3 Punkte
6 bis 30 Minuten	2 Punkte
31 bis 60 Minuten	1 Punkt
nach 60 Minuten	

Fällt es Dir schwer, an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, nicht zu rauchen

Ja	1 Punkt	Nein	0 Punkte
----	---------	------	----------

Auf welche Zigarette würdest Du nicht verzichten wollen

Die erste am Morgen	1 Punkt
Andere	0 Punkte

Wie viele Zigaretten rauchst du etwa pro Tag

1 bis 10	0 Punkte
11 bis 20	1 Punkt
21 bis 30	2 Punkte
31 und mehr	3 Punkte

Rauchst Du am Morgen mehr als am Rest des Tages

Ja	1 Punkt	nein	0 Punkte
----	---------	------	----------

Kommt es vor, dass du rauchst, wenn Du krank bist und tagsüber im Bett bleiben musst ?

Ja	1 Punkt	nein	0 Punkte
----	---------	------	----------

Auswertung:

0-2 Punkte: geringe Abhängigkeit

3-5 Punkte: mittlere Abhängigkeit

6-7 Punkte: starke Abhängigkeit

8-10 Punkte: sehr starke Abhängigkeit

2. Fragebogen zum Interview

1. Alter
2. Nationalität
3. Familienstand
 - Ledig
 - Verheiratet
 - Getrennt lebend
 - Geschieden
4. Kinder
5. Schulabschluss
6. Berufsausbildung

7. Wie alt warst Du, als Du die erste Zigarette geraucht hattest
8. Wer war dabei
9. Warum hast Du geraucht
10. Wie hast Du Dich dabei gefühlt
11. Wie hast Du körperlich darauf reagiert
12. Wie hast Du psychisch darauf reagiert

13. Wieviel rauchst Du heute
14. Gibt es Situationen, in denen Du immer rauchst
15. Hat Dich schon mal jemand auf Deinen Zigarettenkonsum angesprochen.
16. Hast Du den Eindruck, dass der Konsum gesundheitlich Folgen bei Dir hat.
17. Wenn ja, welche sind das

18. Wie oft hast Du schon versucht aufzuhören
19. Wie hast Du das gemacht
20. Wie lange hast Du dann nicht mehr geraucht.

21. Warum hast Du dann wieder mit dem Rauchen angefangen
22. Was war der Auslöser
23. Wie hast Du Dich dabei gefühlt
24. Wie hattest Du körperlich darauf reagiert

25. Wie hattest Du psychisch darauf reagiert

26. Hattest Du ein schlechtes Gewissen

27. Was sind für dich Gründe, weiter zu rauchen

28. Was ist das positive am Rauchen

29. Was sind für Dich Gründe, mit dem Rauchen aufzuhören

30. Was ist das negative am Rauchen

3. Interviewleitfaden

- aufgeteilt in vier Fragekomplexe-

1. Wann hast Du mit dem Rauchen angefangen, in welchem Zusammenhang und wie war der weitere Verlauf
2. Hast Du schon mal versucht aufzuhören. Wie oft und wie hast Du das gemacht. Ist Dir das schwergefallen/leichtgefallen und was hat Dir beim aufhören geholfen. Wie lange hast Du dann jeweils nicht geraucht.
3. Warum hast Du wieder angefangen mit dem Rauchen, was war der Auslöser. Hast Du dann auch gleich wieder die gleiche Menge geraucht wie vorher.
4. Willst Du jetzt gerade mit dem Rauchen aufhören und wie willst Du das machen.