

Björn Riegel

Mehr Vielfalt durch Rauchstopp -
Konzeption und Evaluation eines
Programms zur Raucherentwöhnung mit
hypnotischen Elementen,
motivationspsychologischen und
verhaltenstherapeutischen Einflüssen

Diplomarbeit

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren



„Mehr Vielfalt durch Rauchstopp“

Konzeption und Evaluation eines Programms zur Raucherentwöhnung mit hypnotischen Elementen, motivationspsychologischen und verhaltenstherapeutischen Einflüssen

D i p l o m a r b e i t

zur Diplomprüfung im Studiengang Psychologie des Fachbereichs Psychologie
der
Universität Hamburg

FB Psychologie

Klassifikation: 435 Süchte

vorgelegt von: Björn Riegel

Hamburg, den 14.06.2006

Inhaltsverzeichnis

	Seite
I. Theorieteil.....	7
1. Einleitung.....	7
2. Tabakkonsum und Nikotinabhängigkeit.....	11
2.1 Konsumverhalten in Deutschland.....	11
2.2 Inhaltsstoffe einer Zigarette.....	11
2.3 Gesundheitliche Folgen des andauernden Konsums.....	12
2.4 Abhängigkeit.....	13
2.4.1 Kriterien.....	13
2.4.2 Erklärungsmodelle.....	14
2.4.2.1 Systemische Theorien.....	15
2.4.2.2 Lernpsychologische Theorien.....	17
2.4.2.3 Psychodynamische Theorien.....	17
2.4.2.4 Physiologische Aspekte.....	18
3. Methoden der Raucherentwöhnung in Deutschland.....	18
3.1 Nicht - hypnotische Programme.....	19
3.1.1 Allen Carr's „Easyway“.....	19
3.1.1.1 Carr - Gruppen.....	19
3.1.1.2 Selbsthilfeliteratur: „Endlich Nichtraucher“.....	20
3.1.2 Ärztliche Beratungsangebote.....	21
3.1.2.1 Rauchersprechstunde.....	21
3.1.2.2 Beratung für Schwangere.....	21
3.1.3 Verhaltenstherapeutische Programme.....	21
3.1.4 Selbsthilfe - Literatur.....	22
3.1.5 Nikotinsubstitution.....	22
3.2 Hypnose – Programme.....	22
3.2.1 SmokeX.....	23
3.2.2 Qualmstopp.....	23
3.2.3 Das Tübinger Modell.....	24
3.3 Rückfallverhütung.....	24

	Seite
4. Hypnose und Hypnotherapie.....	25
4.1 Hypnotherapie nach Milton H. Erickson.....	26
4.2 Der Hypnosystemische Ansatz.....	27
4.3 Begrifflichkeiten und Prämissen der Therapie.....	27
4.4 Empirische Belege.....	29
4.5 Abgrenzung zur „Showhypnose“.....	30
5. Erfolgsparameter und Hypothesen.....	31
5.1 Erfolgsparameter.....	31
5.2 Hypothesen und Fragestellungen.....	31
II. Empirischer Teil.....	33
6. Entwicklung des Programms „Rauchstopp“.....	33
6.1 Haltung des „Rauchstopp“ – Beraters.....	33
6.2 Rahmenbedingungen und Ablauf.....	34
6.3 Hypnotische Interventionen.....	36
6.3.1 Transparente Interventionen.....	36
6.3.1.1 Ambivalenzarbeit.....	36
6.3.1.2 Dehypnotisieren der Eigensuggestionen.....	37
6.3.1.3 Sicherer Ort.....	37
6.3.1.4 Ideomotorik und Abschiedsdrehbuch.....	38
6.3.2 Indirekte Methoden.....	38
6.3.2.1 „My Friend John Technik“.....	38
6.3.2.2 Therapeutische und motivierende Geschichten.....	39
6.3.2.3 Minimax - Interventionen.....	39
6.4 Selbsthypnose - Training.....	40
6.5 Entspannungsmethoden.....	40
6.6 Verhaltenstherapeutische Elemente.....	41
6.7 Motivationspsychologische Einflüsse.....	41
6.8 Weitere Elemente.....	42

	Seite
8.2.3 Hypothese 3: Suggestibilität als Moderatorvariable.....	60
8.2.4 Hypothese 4: Rauchverhalten.....	61
8.2.5 Hypothese 5: Psychische Belastung.....	62
8.2.5.1 Psychische Belastung anhand des Globalen Kennwertes GSI.....	62
8.2.5.2 Differenzierte Betrachtung einzelner Skalen.....	62
8.2.6 Hypothese 6: Erlebte Veränderung.....	63
8.2.7 Hypothese 7: Demographische Variablen.....	64
8.2.7.1 Alter.....	65
8.2.7.2 Geschlecht.....	65
8.2.7.3 Partnerschaft.....	65
8.2.7.4 Schulabschluss.....	65
8.2.8 Hypothese 8: Motivation.....	65
8.2.9 Weitere Ergebnisse.....	66
8.2.9.1 Differenzierte Erfolgsmessung in der Experimental- gruppe.....	66
8.2.9.2 Zusammenhang zwischen der Abstinenz zu verschiedenen Messzeitpunkten.....	67
8.2.9.3 Vergleich der Dropout - Teilnehmer mit der Ausgangsstichprobe.....	67
9. Qualitative Auswertung.....	69
9.1 Qualitatives Vorgehen.....	69
9.2 Erste Fragestellung: Motivation.....	69
9.3 Zweite Fragestellung: Zustandsumschreibung.....	72
9.4 Dritte Fragestellung: Gründe für den vorzeitigen Programm - Abbruch.....	75
10. Diskussion und Ausblick.....	76
10.1 Diskussion der Ergebnisse.....	76
10.2 Methodenkritik und Ausblick.....	83
Zusammenfassung.....	86

	Seite
Abbildungsverzeichnis.....	87
Tabellenverzeichnis.....	89
Literatur.....	92
Anhang A: Manual.....	101
Anhang B: Handouts.....	126
Anhang C: Fragebögen.....	137
Anhang D: Rekrutierung der Stichprobe.....	153
Anhang E: Statistische Auswertung.....	157
Anhang E1: Ergebnisse zur Stichprobenbeschreibung.....	158
Anhang E2: Ergebnisse zur Hypothese 1.....	160
Anhang E3: Ergebnisse zur Hypothese 2.....	162
Anhang E4: Ergebnisse zur Hypothese 3.....	164
Anhang E5: Ergebnisse zur Hypothese 4.....	165
Anhang E6: Ergebnisse zur Hypothese 5.....	165
Anhang E7: Ergebnisse zur Hypothese 6.....	167
Anhang E8: Ergebnisse zur Hypothese 7.....	168
Anhang E9: Ergebnisse zur Hypothese 8.....	169
Anhang E10: Weiter Ergebnisse.....	170
Anhang F: CD – Texte.....	171
Danksagung.....	185

I. Theorieteil

1. Einleitung

„Silvesterabend, kurz vor Mitternacht wird die 'letzte Zigarette' angesteckt ... Es währt nicht lange, und alle guten Vorsätze sind über Bord geworfen. ... Man ist frustriert, es nicht geschafft zu haben – und raucht schließlich noch etwas mehr als vor dem Versuch... Mit dem Rauchen aufzuhören ist schnell beschlossen, nur schwer in die Tat umzusetzen – solange man nicht weiß, wie.“ (Carr, 1999: S.7)

Gute Vorsätze scheinen demnach einen schlechten Ruf und wenig Aussicht auf Erfolg zu haben. Dies wird auch durch eine Studie über den beschriebenen Neujahrsvorsatz zum Rauchstopp von Lichtenstein und Cohen (zit. nach Habicht, 2000) empirisch belegt.

Laut einer Pressemitteilung aus dem Hamburger Abendblatt vom 31.5.2005 rauchen etwa 18 Millionen Menschen in Deutschland, von denen etwa ein Drittel aufhören möchte. Davon schaffen es lediglich 4% ohne fremde Hilfe. Davison und Neale (1998) berichten, dass nicht mehr als 10% der Raucher sogar kurzzeitig erfolgreich sind. Auch Schönberg (2000) zitiert eine Spontan - Remissions - Quote von nicht mehr als 10 - 15%. Bei einer Repräsentativbefragung gaben 30% an, nur zu rauchen, weil sie nicht davon loskommen (Steigert, 1989).

All diese Daten zum Rauchverhalten in Deutschland legen nahe, dass eine effektive psychologische Unterstützung der Rauchenden eine nützliche und notwendige Maßnahme ist. Das Konsumverhalten in Deutschland sowie verschiedene Theorien zur Erklärung des Rauchverhaltens werden in Kapitel zwei beschrieben.

Kapitel drei beschäftigt sich mit verschiedenen Methoden der Raucherentwöhnung in Deutschland, wobei neben den Ansätzen, die Hypnose nicht explizit nutzen, vor allem einflussreiche hypnotherapeutische Konzepte beschrieben werden. Auffällig ist dabei, dass wenige Methoden dem Anspruch einer empirischen Validierung nachkommen, um sicher zu gehen, dass die Behandlung vor allem langfristig Erfolg verspricht und eine seriöse, schadenfreie Begleitung des Entwöhnungsprozesses garantiert.

Die vorliegende Studie hat es sich demnach zur Aufgabe gemacht, ein Konzept zur Raucherentwöhnung zu entwickeln und zu evaluieren, welches eine in Anbetracht der großen Zahl entwöhnungswilliger und -bedürftiger Raucher eine ökonomische Variante der Rauche-

rentwöhnung darstellt. Daher wurde, in einem systemischen Rahmen eingebettet, ein Programm entworfen, welches mit der Hypnotherapie sensu Erickson (vgl. Erickson, Rossi & Rossi 1978; Erickson & Rossi 1981; 2004), als erwiesenermaßen effektiver Methode für Raucherentwöhnung, arbeitet. Diese Methode wird kombiniert mit verhaltenstherapeutischen und motivationstheoretischen Elementen. In Kapitel vier werden daher die theoretischen Grundlagen der Hypnotherapie und des hypnosystemischen Ansatzes dargelegt, ehe in Kapitel fünf aus den voran stehenden Erkenntnissen Erfolgsparameter und Hypothesen für die vorliegende Studie abgeleitet werden.

Kapitel sechs beleuchtet die Konzeption des Programms näher, in dem der Ablauf dargestellt wird, aber auch die einzelnen Elemente der Behandlung in Herkunft und Zielstellung näher betrachtet werden.

Zur Evaluation dieses Konzeptes wurden zwei Experimentalgruppen einer Vergleichsgruppe gegenübergestellt. In einer Experimentalgruppe bekamen die Teilnehmer eine Einzelbehandlung, in der zweiten wurden sie Gruppen bis maximal zwölf Personen zugeteilt. Die Raucher der Vergleichsgruppe lasen das Selbsthilfebuch von Allen Carr „Endlich Nichtraucher“ und sollten selbstorganisiert in einem der Experimentalbehandlung vergleichbaren Zeitraum die Abstinenz anstreben. Das Forschungsdesign, die Stichprobe und die Datenerhebung werden in Kapitel sieben erläutert.

Kapitel acht stellt die quantitativen Ergebnisse der Studie vor, wobei folgende Punkte wesentlich sind:

Die hypnotherapeutische Untersuchungsgruppe hatte eine Erfolgsrate nach drei Monaten von 42,5% im Vergleich zu 20% in der Gruppe, die sich mit der Selbsthilfeliteratur beschäftigte. Dieses Ergebnis ist jedoch statistisch nicht signifikant. Diejenigen Teilnehmer der Experimentalgruppe, die nach drei Monaten weiterhin rauchten, konnten sowohl ihre Nikotinabhängigkeit wie auch den Konsum gegenüber der Vergleichsgruppe signifikant reduzieren.

Keine bedeutsamen Unterschiede zeigten sich im Vergleich zwischen der Einzel- und der Gruppenbehandlung. Dies ist aufgrund des wachsenden Bedarfs an Raucherentwöhnungen ein erfreulicher Befund, da es eine ökonomische Behandlung der Raucher stützt.

Ebenfalls nicht signifikant zeigte sich der Einfluss der Suggestibilität auf den Erfolg, was zeigt, dass es gelungen ist, ein Programm zu konzipieren, was nicht allein auf die Fähig-

keit zur Hypnotisierbarkeit der Klienten aufbaut, sondern auch denen hilft, die von Hypnose allein nicht profitieren.

Weitere Befunde deuten darauf hin, dass die Stärke der Abhängigkeit, sowie das Ausmaß der aktuellen Symptombelastung einen Einfluss auf die Erfolgswahrscheinlichkeit haben. Dies würde in der Konsequenz bedeuten, dass Personen, die hierbei auffällig erscheinen, eine umfangreichere Behandlung, eventuell auch mit anderen Schwerpunkten, benötigen.

Die Teilnehmer der vorliegenden Untersuchung waren mit wenigen Ausnahmen stark bis sehr stark motiviert, so dass das erhobene Niveau der Motivation keine signifikanten Unterschiede zwischen erfolgreichen und nicht-erfolgreichen Teilnehmern erkennen lässt. Jedoch war der Motivationsmittelwert der Abstinenzler stets leicht erhöht.

Die Ergebnisse zur Rückfallverhütung und zur Entwicklung der Abstinenz zu den verschiedenen Messzeitpunkten stärken die Ansicht, dass der Schwerpunkt einer Raucherentwöhnung auf den langfristigen Strategien liegen sollte, die dem ehemaligen Raucher helfen, frei zu bleiben und mit eventuellen Rückfällen konstruktiv umzugehen.

Es zeigt sich außerdem, dass durch solch eine Kurzzeitbehandlung wenige Teilnehmer eine tiefgreifende Veränderung des Erlebens und Verhaltens wahrnehmen, wobei sich lediglich bei zwei Klienten (entspricht 3%) eine negative Veränderung zeigt. Dies kann als Beleg dafür gewertet werden, dass das Programm Rauchstopp nur äußerst selten zu einem negativen Ausgang führt. Die Untersuchung der schadenfreien Wirkung einer Behandlung gehört zum Standard moderner Therapieevaluation (Rossi; Freeman & Lipsey, 1999), geht jedoch aus keiner der in Kapitel drei zitierten Methoden hervor. Daher liefert dieser Befund auf dem Gebiet der Raucherentwöhnung neue Erkenntnisse.

In Kapitel neun wird drei qualitativen Fragestellungen nachgegangen, indem die Darstellung der Ergebnisse einer Beschreibung der Erhebungs- und Auswertungsmethode folgt. Hierbei zeigt sich, dass auf der Suche nach einem positiv konnotierten Begriff für die abstinenten Zeit der Begriff „frei“ am stimmigsten erscheint.

Bei der qualitativen Betrachtung der Motivation zum Rauchstopp offenbarte sich nicht der finanzielle Aspekt als überwiegend, sondern mehr die Hoffnungen und Befürchtungen hinsichtlich der Gesundheit und eine Steigerung des seelischen Wohlbefindens, was zeigt, dass viele Betroffene mit ihrem Status als Raucher nicht zufrieden sind.

Schließlich wurden die Teilnehmer befragt, die vorzeitig das Programm Rauchstopp beendet haben. Hierbei zeigt sich, dass bei den meisten Klienten nicht die Methode ausschlag-

gebend war, sondern eher persönliche Gründe, wie Krankheit, Schicksalsschläge oder Terminprobleme.

Im zehnten Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert, ehe die Methode abschließend kritisch betrachtet und ein Ausblick für mögliche weitere Forschung auf diesem Gebiet gegeben wird.

Die formale Frage nach der Verwendung der femininen und maskulinen Form soll hier mit den Worten von Grawe, Donati und Bernauer (1995) beantwortet werden:

„Es ist auch uns nicht gelungen, das grammatikalische Geschlecht der Subjekte und Objekte unserer Sätze in eine ein-eindeutige Beziehung mit dem biologischen Geschlecht der Subjekte oder Objekte zu bringen, die wir jeweils meinten ...“, daher „benutzen wir der Einfachheit halber durchgehend die männliche Form, wenn Frauen und Männer gleichermaßen als grammatikalische Subjekte und / oder Objekte unserer Sätze gemeint sind.“ (S. X)

2. Tabakkonsum und Nikotinabhängigkeit

Zigaretten gehören in Deutschland zu den am häufigsten konsumierten Genussmitteln und damit zu einem weit verbreitetem Suchtstoff (BZgA, 2003, S.17). In diesem Kapitel soll daher die Bedeutung des Rauchens in Deutschland, das Suchtpotential und die gesundheitlichen Folgen, sowie die Definition der ICD - 10 näher betrachtet werden.

2.1 Konsumverhalten in Deutschland

Eine Erhebung des Statistischen Bundesamtes von 1999 ergab, dass etwa 26,7% aller Bundesbürger ab 15 Jahren regelmäßig rauchen, mit einem durchschnittlichen Konsum von täglich 15,4 Zigaretten. Dabei lassen sich auch deutliche Geschlechtsunterschiede erkennen, wobei diese Differenzen in den letzten Jahren geringer geworden sind: Männer rauchen mehr Zigaretten (16,4) pro Tag als Frauen (14,0) und beginnen bereits mit 18,5 Jahren (Frauen mit 19,7 Jahren) mit dem Rauchverhalten (BZgA, 2003, S.16f).

Der Beginn des Rauchverhaltens liegt im Kindes- und frühem Jugendalter. Eine Studie der BZgA (2005b) ergab, dass 38% der 12 - 15jährigen, denen das Rauchen per Jugendschutzgesetz noch verboten ist, bereits einmal oder mehrfach geraucht haben. Bei den 12 - 17jährigen zählen sich 20% zu den gelegentlichen oder regelmäßigen Rauchern (21% der Jungen und 19% der Mädchen). Allerdings belegen diese Daten im Vergleich zu den Jahren 2001 und 2003 einen Rückgang um 8%. Dieser Trend lässt sich auch in der Konsummenge und der Nie - Raucherquote dieser Studie erkennen.

Untersuchungen legen nahe, dass im Konsumverhalten interkulturelle Unterschiede existieren. Habicht (2000) nennt Daten des Rauchverhaltens in Australien, wo sich gegenläufige Trends zeigen, v.a. in den Variablen Alter und Einkommen als Einflussgrößen.

2.2 Inhaltsstoffe einer Zigarette

Die bekanntesten Inhaltsstoffe sind Nikotin und Tabak. Wer regelmäßig raucht, nimmt pro Tag 20 – 40 mg Nikotin auf. Zum Vergleich nennt Jochims (2004), dass ein Kleinkind bereits an einer verschluckten Zigarette sterben würde. Das Nikotin wird hauptsächlich durch Inhalation des verbrannten Tabaks in die Alveolen der Lunge aufgenommen, aber auch Kauen oder Schnupfen des Tabaks wird praktiziert (Köhler, 2001). Weiter führt Köhler aus, dass der euphorisierende Effekt des Nikotins für das Suchtpotential als Erklärung herangezogen werden kann.

Doch in einer Zigarette sind noch zahlreiche andere Stoffe enthalten. Im, auf der Verpackung nur zusammengefasst angegebenen, Kondensat sind etwa 3500 chemische Stoffe, neben dem Nikotin u.a. noch Phenole, Benzole, Sterine und Schwermetalle, wie Blei und Nickel. Im Tabakrauch lassen sich auch Gifte, wie Blausäure, Ammoniak oder Formaldehyde nachweisen (DHS, 2004). Ein weiterer bedeutender im Tabakrauch enthaltener Schadstoff ist das Gas Kohlenmonoxid in einer Konzentration, die man sonst nur in Autoabgasen findet (BZgA, 2003). Mehr als 20 enthaltene Stoffe gelten als krebserregend, weit mehr stehen noch unter Verdacht (Jochims, 2004).

Gerl (2004) führt an, dass heute auch Stoffe in Zigaretten enthalten sind, die kein gesundheitsgefährdendes Potential besitzen, sondern das Ziel verfolgen, das Rauchen angenehmer werden zu lassen. So sollen Stoffe wie Kakao und Honig dafür sorgen, dass der beißende Geschmack des Tabaks nicht als störend wahrgenommen wird. Menthol und Anis werden zugegeben, damit der Raucher tiefer inhalieren kann. Weiterführende Erkenntnisse zu diesem Gebiet lassen sich u.a. bei Haustein (2001) finden.

2.3 Gesundheitliche Folgen des andauernden Konsums

Für einen 30 jährigen Raucher mit einem Konsum von 20 – 30 Zigaretten pro Tag liegt die Lebenserwartung etwa 6 Jahre niedriger als bei einem Nichtraucher. In der BRD schätzt man, dass 150.000 Menschen pro Jahr vorzeitig aufgrund von Tabakkonsum sterben (Schadé, 2000).

Viele der gravierenden gesundheitlichen Schäden treten erst nach einigen Jahrzehnten auf, so dass der Raucher das Gesundheitsrisiko lange Zeit verleugnen kann, was die Motivation zur Abstinenz sinken lässt (BZgA, 2003).

Dem Nikotin kann man einen Großteil des Suchtpotentials anlasten, sowohl physisch als auch psychisch. Letzteres geht auch auf die unmittelbaren Effekte der Nikotinzufuhr zurück: Neben oben erwähnter Euphorisierung kann man je nach Ausgangslage eine aktivierende oder sedierende Wirkung erleben. Ferner kann die Gedächtnisleistung kurzfristig gesteigert werden (Köhler, 2001).

Die gesundheitsschädigenden Auswirkungen lassen sich jedoch eher auf andere Inhaltsstoffe der Zigarette zurückführen.

Bedingt durch Rauchpartikel lassen sich zuerst nicht - bösartige Erkrankungen der Atemwege, z.B. obstruktive Bronchitis, nennen. Das Krebsrisiko liegt bei Rauchern für bestimmte Krebsarten, wie Kehlkopfkrebs, Lungenkrebs oder Karzinome in der Mundhöhle, bis zu 27mal höher als bei einem Nichtraucher (Köhler, 2001; BzGA, 2003).

Als Gefäßgift lässt sich Kohlenmonoxid identifizieren, welches Arterienverengungen begünstigen. In Folge von Gefäßverschlüssen kommt es bei Rauchern daher überdurchschnittlich häufig zu Amputationen einzelner Gliedmaßen (Freund, 2005).

Neben diesen peripheren Verstopfungen kann es auch zu coronaren und zerebralen Verschlüssen kommen, was dann Herzinfarkte oder Schlaganfälle nach sich zieht.

Mehrere Autoren (Freund, 2005; BZgA, 2003) weisen daher darauf hin, dass die Anzahl täglich gerauchter Zigaretten, die als unbedenklich gelten kann, bei Null liegt, also dass es kein gesundheitsverträgliches Rauchen gibt.

2.4. Abhängigkeit

Die WHO nahm Rauchen erst 1978 in ihre Klassifikation als Sucht auf. Vorher galt selbst starkes Rauchen nur als Gewohnheit.

Die Tabakkonzerne beforschten bereits in den 60er Jahren des vergangenen Jahrhunderts die suchterzeugende Wirkung des Nikotins und verfeinerten die Zugabe von weiteren Inhaltsstoffen in Zigaretten, um einen höheren Absatz zu erzielen. 1993 kam es zu einem in den Medien viel beachteten Prozess gegen die fünf großen amerikanischen Tabakkonzerne, bei dem alle Beteiligten schworen, sich keiner Forschung bewusst zu sein, die das Ziel hat, das Suchtpotential zu steigern (Mollenkamp, Levy, Menn, Rothfeder, 1998).

In diesem Abschnitt sollen zum einen die Kriterien der Abhängigkeit laut dem gängigen Klassifikationssystem ICD - 10 aufgeführt werden, wie auch einige mögliche Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung.

2.4.1 Kriterien

Die WHO führt in der ICD - 10 Tabakabhängigkeit unter „Störungen durch psychotrope Substanzen“ (F17) auf. Den diagnostischen Leitlinien folgend müssen im vorangegangenen Jahr mindestens drei der in Abbildung 1 aufgeführten Kriterien erfüllt gewesen sein.

Die BZgA (2003) führt an, dass unklar ist, welche der Substanzen neben Nikotin noch suchterzeugend wirken, weshalb man nicht von Nikotin- sondern von Tabakabhängigkeit spricht. Man misst der psychischen Abhängigkeit, die das Ritual des Rauchens und die situationsgebundene Wirkung des Tabakkonsums umfasst, eine große Bedeutung zu.

Kriterien nach ICD – 10:

- Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, die psychotrope Substanz zu konsumieren.
- Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
- Nachweis einer Toleranz.
- Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu besorgen.
- Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen.

Abb.1: Kriterien für die Diagnose Tabakabhängigkeit (F17) laut ICD - 10. (Quelle: Dilling, 2000)

Ein wichtiges Kriterium, sowohl in der klinischen Diagnostik als auch für den angehenden Nichtraucher persönlich, sind die Entzugserscheinungen. Hier herrscht Uneinigkeit in der Bewertung. Praktiker (Freund, 2005; Gerl, 2004) verkünden, dass die physischen Entzugserscheinungen nahezu zu vernachlässigen seien. Köhler (2001) führt dagegen an, dass unzweifelhaft starke Entzugserscheinungen existieren. Bereits wenige Stunden der Nikotinabstinenz führen zu Symptomen wie Gereiztheit, Dysphorie, Schlafstörung, Konzentrationsproblemen oder verminderter Pulsfrequenz. Dies ist auf die eingestellte Nikotinzufuhr zurückzuführen, da die Gabe des Stoffes oral oder transdermal zu einer Symptomlinderung führt. Eine befriedigende physiologische Erklärung des oftmals jahrelang andauernden Cravings kann Köhler (2001) jedoch auch nicht finden.

Eine weitere Entzugssymptomatik liegt im Auftreten von Angstgefühlen, was physiologisch durchaus mit der anxiolytischen Wirkung des Nikotins auf das Gehirn erklärt werden kann (Schweizer, 2003). Diese Autorin nennt auch ein, in der subjektiven Bewertung der Raucher oftmals gewichtiges, Kriterium, nämlich ein gesteigertes Hungergefühl und damit verbunden ein Anstieg des Körpergewichtes. Dies ist die Gegenwirkung zu dem durch Nikotin hervorgerufenen gewichtsreduzierenden Effekt, der durch eine Unterdrückung des Hungergefühls, sowie einer gesteigerten Fettsäureverbrennung hervorgerufen wird (Köhler, 2001)

2.4.2 Erklärungsmodelle

Zuerst soll betrachtet werden, wie das Rauchverhalten anfängt. Wer im Kindes- oder Jugendalter damit beginnt und täglich mehr als eine Zigarette raucht, wird sich mit großer Wahrscheinlichkeit zum abhängigen Raucher entwickeln (BZgA, 2003). Für viele Jugendliche ist die erste Zigarette eine unangenehme Erfahrung, dennoch geht die Tendenz zum nochmaligen Versuch.

Studien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003) zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit des Rauchens in unteren sozialen Schichten und schwierigen Familien-

konstellationen wächst. Die Zigarette ist ferner ein Symbol der Zugehörigkeit zur Erwachsenenwelt. Auch die Umgebung stellt einen Einflussfaktor dar. So steigt das Risiko, dass Kinder anfangen zu rauchen, stark an, wenn beide Elternteile eine Raucherkarriere „vorleben“ (vgl. auch Witte, 1981).

Im Folgenden werden einige theoretische Ansätze aufgezeigt, die erklären sollen, warum das Rauchverhalten aufrechterhalten wird, wobei die systemische Betrachtung aufgrund der Relevanz für die vorliegende Arbeit einen besonderen Stellenwert einnimmt.

2.4.2.1 Systemische Theorien

Während die im Folgenden vorgestellten Erklärungsansätze das Individuum betrachten, erweitert die Systemtheorie den Blick auf das Sozialgefüge, in welches der Raucher eingebunden ist.

Wichtige Eigenschaften von Systemen, mit denen man es in den Sozialwissenschaften zu tun hat, sind Komplexität, Dynamik, Offenheit, Zufälligkeit und veränderbare Stabilität (Witte, 1981). Nach Willke (1993) sind soziale Systeme, so auch das System „Raucher“, operativ geschlossen. Im Kern ist also das Rauchverhalten angelegt und aus diesem Verhalten entwickelt sich und handelt das System nach den Prinzipien der Autopoiesis (Maturana & Varela, 1980). In dieser Tiefenstruktur ist das System von seiner Umwelt unabhängig. Theoretisch hat der Raucher unendlich viele Möglichkeiten, mit seiner Umwelt in Kontakt zu treten, was als Kontingenz bezeichnet wird. Diese wiederum hängt vom Maß der Freiheitsgrade der Selbststeuerung ab, die den Selektions- und Entscheidungsprozess prägen. Maßgeblich dabei ist auch der Sinn, der die systemspezifischen Kriterien festlegt, z.B. durch Werte, Normen oder Überzeugungen. Narrative Ansätze der Systemtheorie sehen Sinnbildung im Erfinden von persönlichen Geschichten, mit denen der Raucher sich das Rauchverhalten plausibel macht (von Schlippe & Schweitzer, 2003).

Weitere genannte Eigenschaften waren Zufälligkeit, Dynamik und veränderbare Stabilität. Hierzu sagt Schmidt (2004) „Wer einigermaßen der Gleiche bleiben will, muss sich ständig verändern.“ (S.20). Diese Eigenschaften lassen sich damit erklären, dass Teile des Systems unabhängig von einander handeln können und die Wahl einer kontingenten Option auch die Nichtberücksichtigung anderer Möglichkeiten beinhaltet (Willke, 1993). Demnach muss sich der Raucher in einem ständigen Entwicklungsfluss befinden, denn die Gründe für das Aufrechterhalten des Verhaltens ändern sich mit der Zeit.

Konkret lässt sich der Rauchbeginn als eine Auswahl aus kontingenten Möglichkeiten beschreiben, infolge dessen der Raucher die Komplexität der Umwelt mit immer derselben

Auswahl des Rauchverhaltens reduziert. Das Suchtverhalten impliziert, dass die Freiheitsgrade dieser Wahl sehr eingeschränkt sind, d.h. es fehlt dem Raucher die Sicht auf andere Alternativen. Ziel einer Behandlung wäre damit eine Erhöhung der Komplexität, der Alternativhandlungen.

Ferner kann die Zigarette als Steuerungsmedium betrachtet werden, als ein „symbolisch codiertes Gerüst, welches jenen allgemeinen (generalisierten) Sinnzusammenhang abbildet, in welchen ganz unterschiedliche, spezifische Bedeutungen eingespannt werden können. ... Medien können verstanden werden als Spezialsprachen ... welche die Rationalität oder das Funktionsmodell eines bestimmten Systems ... festlegen.“ (Willke, 1993, S.282)

Von Cranach (1990) weist außerdem auf die Geschichtlichkeit von Systemen hin, was bedeutet, dass die Aspekte der Vergangenheitsdeutung, des Gegenwartsverständnisses und der Zukunftsperspektive in die Selektion einfließen. So werden Bearbeitungsprozesse durch bestehende Schemata und Kategorien, welche selbst aus anderen überdauernden Dispositionen und Handlungszusammenhängen entstehen, angeleitet. Ferner erklärt von Cranach auch hier das Wirken der Selbstrekursivität: Die Vergangenheit ist Teil des Selbstverständnisses und beeinflusst damit die Situationsorientierung, die Selbstüberwachung und Handlungssteuerung. Indem so Handlungen ausgelöst werden, wirkt sie selbst auch auf den historischen Prozess zurück.

Einen weiteren Aspekt der zeitlichen Dimension nennt Fiesel (1990), indem er auch die Zukunft einbezieht. Er führt an, dass alles auf dieser Welt dem zweiten Gesetz der Thermodynamik unterliegt und somit der Entropie anheim fallen wird. Lediglich lebende Systeme besitzen die Macht und Fähigkeit, ihre Komplexität ständig zu steigern.

Der Raucher raucht also, weil dies in der Tiefenstruktur des Systems angelegt ist und sich daraus stets neu bildet, da es auf diese Erfahrungen und Bestandteile zurückgreifen kann (E.H. Witte, persönl. Mitteilung, 25.07.2005).

Hier liefert auch Festingers Theorie der kognitiven Dissonanz einen Beitrag, die besagt, dass Kognitionen, die untereinander inkonsistent sind, das Individuum dazu motivieren, die Konsistenz zu erhöhen (Bohner, 2002). Der Raucher vermag es also stets, für sich selbst rationale Begründungen für sein Verhalten zu finden.

Ergänzend wird hier auch schon dem hypnosystemischen Ansatz vorgegriffen (Kap. 4.2), der maßgeblich von Schmidt (2004) begründet wurde. Dieser hat bei Süchten zwei Anteile identifiziert: Den Pflichtanteil und die Bedürfnisseite. Durch eine hohe Konzentration auf den erstgenannten Teil - und damit verbunden eine Vernachlässigung der eigenen Bedürfnisse - versucht der Betroffene unbewusst sein Mangel erleben durch das Suchtmittel

zu kompensieren. Über dieses Mittel kann das Ich nun in Kontakt mit den abgespaltenen Bedürfnissen kommen. Auch hier dient die Zigarette als Kommunikationsmedium. Schmidts Überlegungen führen dahingehend weiter, dass der Betroffene über das Definieren einer Krankheit sämtliche Kontrolle über die Situation der Abhängigkeit nach außen delegieren kann, was wiederum zu Schwierigkeiten führt, wenn man die Beziehung zum Suchtmittel abbrechen will.

2.4.2.2 Lernpsychologische Theorien

In der Tradition von Bandura (1977) wird angenommen, dass sich das Rauchverhalten durch Lernen am Modell, z.B. den Eltern oder Peers, entwickelt. Durch klassische (vgl. Watson, 1913/1968) und operante Konditionierung wird das Verhalten dann gefestigt. Fiedler & Bless (2002) betonen die verstärkende Wirkung der Kognitionen. Die positiven Erwartungen an die Wirkung des Tabaks erhöhen demnach das Rauchverlangen.

Grossarth-Maticsek (1979) spricht in diesem Zusammenhang von Programmen, also internalisierten Bewertungs-, Beziehungs- und Handlungsregeln, die in der Sozialisation vermittelt werden und das Verhalten zielgerichtet steuern können, wobei die Sozialisation der Vorgang ist, in dem ein Mensch in sein jeweiliges Umfeld passend geformt wird. Hierbei nimmt das Jugendalter hier eine wichtige Rolle ein, was die Parallelität zum Rauchbeginn aufzeigt (Durkin, 2002).

2.4.2.3 Psychodynamische Theorien

Freud sah die Entstehung des Rauchwunsches in der infantilen Sexualität begründet, genauer gesagt im Lutschen (Wonnesaugen). Er führte 1905 dazu aus:

Nicht alle Kinder lutschen. Es ist anzumerken, daß jene Kinder dazu gelangen, bei denen die erogene Bedeutung der Lippenzone konstitutionell verstärkt ist. Bleibt diese erhalten, so werden diese Kinder ... als Männer ein kräftiges Motiv zum Trinken oder Rauchen mitbringen. (S. 83).

Das Rauchen hat Freud scheinbar den Männern vorbehalten, was sich aus der Entstehungszeit des Aufsatzes erklären lässt. Um die Jahrhundertwende war es bei Frauen nicht weit verbreitet, zu rauchen. Wer es denn doch tat, hatte oft emanzipatorische Ziele damit verbunden, wie Hill (1995) in ihrem historischen Roman nachzeichnet.

Somit wird der Griff zur Zigarette in der psychoanalytischen Tradition als Ersatzbefriedigung gesehen. Über den Mechanismus, der demnach hier wirkt, sagt Freud (1917):