

Meine Rauchfreiheit



**Verbot
rauchen**

 **Stiftung Maria Ebene**



Impressum

Herausgeber

Stiftung Maria Ebene | 6820 Frastanz | Maria Ebene 17
T 05522 72746 0 | F 05522 72746 60
mariaebene@mariaebene.at | www.mariaebene.at

Inhalt | Mag. Gerold Münt

Redaktion | Peter Rüscher

Gestaltung | Alexander Sonderegger, www.kombinat.at

© Stiftung Maria Ebene | März 2008

Bildnachweis

© Baloncici - Fotolia.com

© Lichtbildnerin - Fotolia.com

Die Bezeichnung „Raucher“ dient in dieser Broschüre der stilistischen Vereinfachung und gilt sowohl für männliche als auch weibliche Konsumenten.

Krankenhaus Maria Ebene
Maria Ebene 17 | 6820 Frastanz | 05522 727 460

Therapiestation Carina
Pater-Grimm-Weg 12 | 6800 Feldkirch | 05522 77 151

Therapiestation Lukasfeld
Herrengasse 41 | 6812 Meiningen | 05522 393 90

Clean Feldkirch
Schießstätte 12 - Top 8 | 6800 Feldkirch | 05522 380 72

Supro Suchtprophylaxe
Am Garnmarkt 1 | 6840 Götzis | 05523 54 941

Clean Bregenz
Bergstraße 8 | 6900 Bregenz | 05574 45400

Clean Bludenz
Kasernplatz 5 | 6700 Bludenz | 05552 65040

Inhalt

Seite

01.	Zahlen und Fakten	4
02.	Geschichte	5
03.	Anreiz des Rauchens	5
04.	Epidemiologie	6
05.	Schichtzugehörigkeit	6
06.	Abhängigkeit	7
07.	Test	7
08.	Krankheitsfolgen	8
09.	Passivrauchen	9
10.	Schadstoffe	10
11.	Die dunklen Geheimnisse	11
12.	Nikotin	11
13.	Die Psychologie des Rauchens	12
14.	Der Zwiespalt der Raucher	12
15.	Nikotin als Droge	13
16.	Rauchen und Gehirn	14
17.	Suchtgedächtnis	15
18.	Der Weg des Nikotins	15
19.	Rauchen in der Schwangerschaft	16
20.	Kinder und Jugendliche von rauchenden Eltern	16
21.	Frauen	17
22.	Jugendliche Raucher	17
23.	Motivationsarbeit	18
24.	Unterschiedliche Motivationsphasen	18
25.	Kontrolliertes Rauchen oder Abstinenz?	19
26.	Behandlungsangebote	19
27.	Medikamentöse Maßnahmen	20
28.	Akupunktur	20
29.	Psychotherapeutische Maßnahmen	21
30.	Gesundungsreaktionen	22
31.	Literaturverweise	23

01. Zahlen und Fakten

Tabak ist das einzige frei verfügbare Produkt, das durch seinen langfristigen Konsum die Hälfte seiner Konsumenten tötet. Der Großteil der durch das Rauchen beklagten Todesfälle tritt zwischen dem 35. und 69. Lebensjahr ein. Die überwiegenden Krankheitsfälle und Todesursachen durch den Tabakkonsum betreffen:

- **Gefäßerkrankungen durch Arterienverkalkung und Durchblutungsstörungen der Herzkranzgefäße (Herzinfarktgefahr), der Hirngefäße (Schlaganfall), der Arterien der Gliedmaßen („Raucherbein“)**
- **chronisch obstruktive Lungenerkrankungen wie Lungenentzündung, Bronchitis, Lungenemphysem, COPD**
- **Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre**
- **Krebserkrankungen von Lunge, Mundhöhle, Kehlkopf, Speiseröhre, Nieren, Blase, Darm**

Unter den 10 wichtigsten Risikofaktoren zur Ausbildung einer Krankheit liegt der Tabakkonsum in den Industrieländern noch vor Bluthochdruck, Alkoholkonsum, Hypercholesterinämie, Übergewicht.

In Österreich leben etwa 2,3 Millionen Raucher, davon 1,2 Millionen Männer. Jährlich sterben an den Folgeerkrankungen ca. 14.000 Konsumenten. Das entspricht etwa 40 Toten pro Tag. Oder, um es in einem Vergleich auszudrücken, den Todesopfern eines Busunglückes. Würde täglich ein solches Unglück im selben Busunternehmen passieren, würde sich wohl jeder Passagier eingehend überlegen, in diesem Unternehmen zu buchen.

Und wie steht es mit den Überlegungen zu Ihrem Zigarettenkonsum?

Die Raucher unterteilen sich in etwa 88 % regelmäßige und 12 % gelegentliche Konsumenten. Der weit überwiegende Teil wählt Zigaretten (96,6 %), 2,1 % bevorzugen Zigarren und Zigarillos und 1,3 % rauchen Pfeife. Hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung zeigt sich, dass der größte Raucheranteil - mit 46 bzw. 35 % - bei den 20 bis 24-jährigen Männern und Frauen liegt, und mit zunehmendem Alter abnimmt. Zumindest ab dem 15. Lebensjahr überwiegen dabei stets die männlichen gegenüber den weiblichen Rauchern. Seit Mitte der 80iger Jahre findet sich bei den Männern der Trend einer Abnahme der Raucherquote, wohin gegen sich für die Frauen ein deutlicher Anstieg des Raucheranteils feststellen lässt.

Als alarmierend erweist sich die krasse Zunahme an rauchenden Kindern und Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 15 Jahren. Deren Anteil ist im Zeitraum von 1995 bis 2000 von 21 % auf 28 % angewachsen.



02. Geschichte

Tabak wurde ursprünglich von Indianern zu kultischen Anlässen und rituellen Handlungen in der Pfeife geraucht. Anfang des 16. Jahrhunderts führten ihn die spanischen Eroberer durch Christoph Columbus nach Europa ein. Zu Ehren von Jean Nicot, einem französischen Gesandten in Portugal, der den Tabak nach Frankreich gebracht und gegenüber der Königin dessen wunderbare Wirkungen gerühmt hat, erhielt die Pflanze (*Nicotiana tabacum*) sowie der zentrale Suchtstoff (Nikotin) ihre Bezeichnungen. Bereits im 18. Jahrhundert erlangte der Tabakkonsum, damals noch durch die Pfeife, eine zunehmend breite wirtschaftliche Bedeutung. Mitte des 19. Jahrhunderts wurden die ersten Zigarren und Zigaretten gefertigt, wodurch eine massive Verbreitung von Tabakwaren erfolgte. Den größten Aufschwung erlebte die Tabakindustrie allerdings erst im letzten Jahrhundert. Schon mit der Einführung des Tabaks in Europa fanden sich Kritiker und Sittenwächter gegen diese „neue Mode“ des Rauchens. Weniger gesundheitliche als vielmehr religiös-moralische und politische Motive nährten den Kampf gegen dieses scheinbar lasterhafte und sündige Vergnügen. Wie nicht unüblich für die Geschichte der Medizin, entdeckten die Ärzte auch im Tabak anfänglich ein allheilendes Wunderkraut. Unter anderem wurde es im 17. Jahrhundert als Mittel gegen die Pestbekämpfung gepriesen. Herausragend waren auch seine Anwendungen zur Schmerzlinderung. Tabak fand aber auch zunehmend Gefallen als Genussmittel. Galt er anfänglich als ein Privileg des Adels, wurde das Rauchen später von allen Bevölkerungsschichten übernommen. Durch die immer wieder hereinbrechenden Kriege kam es zu einer enormen Verbreitung über ganz Europa. Rauchen in seinen verschiedenen Variationen prägte mit der Zeit ganz unterschiedliche Lebensstile. So wurde es etwa zum Symbol für das aufstrebende Bürgertum im 18. Jahrhundert, später eine typische Gepflogenheit der Arbeiterschicht und Künstler im ausgehenden 19. Jahrhundert und zuletzt zu einem allen zugänglichen Konsumgut und Massenprodukt.

03. Anreiz des Rauchens

Rauchen besitzt eine hohe Funktionalität. Wie kaum eine andere Droge vermag es - im Gegensatz zu anderen Substanzen wie Alkohol, Cannabis oder Kokain - ohne erkennbare Ausfallserscheinungen angenehme Effekte zu erzielen, Empfindungen und Gefühle zu modulieren, ein intensiveres Lebensgefühl zu wecken, Genuss und Gemütlichkeit auszustrahlen. Rauchen versetzt in die Lage, Trost und Freude zu spenden sowie die eigene Kreativität zu wecken. Die Gestressten fühlen sich dadurch beruhigt und entspannt, sie verschaffen sich so eine kurze Auszeit. Den Abgespannten und Müden verhilft es wieder zu neuer Konzentration und Anregung. Die Zigarette überbrückt Langeweile und Wartezeiten. Mit dem Ritual des Rauchens manifestiert sich der Eindruck, einer leichten, entspannenden Aktivität nachzugehen, ohne angestrengt oder abgelenkt zu sein. Raucher bevorzugen meist eine besondere Marke, deren Konsum sie zumindest gelegentlich auch zelebrieren. Allein durch Ausmaß und Stärke des Fingerdruckes auf den Filter lässt sich die Luftzufuhr manipulieren und dadurch die Konzentration des Nikotins variieren. Ebenso beeinflusst die Tiefe der Inhalationen das Rauch- und Genusserleben. Raucher finden über die Frage nach einer Zigarette oder Feuer unkomplizierter in den Beginn eines Gesprächs oder zu einer Kontaktaufnahme. Sie orientieren sich stärker aufeinander, stehen in Räumen oder im Freien beieinander, teilen eine Leidenschaft oder Sucht und stellen dadurch Gemeinsamkeiten und eine Verbundenheit dar. Das bivalente Wirkungsspektrum von Nikotin sorgt für einen entweder anregenden oder entspannenden Effekt. Schon der motorische Akt des Rauchens - wie das Halten der Zigarette, die Bewegung des Armes an den Mund, das Ziehen an der Zigarette, das spielerische Ausblasen des Tabakrauches, das Abtippen der Asche etc. - kann zu angenehmen Begleiterscheinungen führen, Spannungszustände vermindern und ein intensiveres Lebensgefühl hervorrufen.

04. Epidemiologie

Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation gehen für das Jahr 2000 von etwa 1,1 Milliarden Rauchern in den Industrie- und Entwicklungsländern aus. Mehr als 4 Millionen Menschen sterben pro Jahr weltweit an den Folgen des Rauchens. Davon betroffen sind derzeit vor allem die Europäische Union, die USA und die Länder der früheren UdSSR. Für das Jahr 2030 werden 10 Millionen Tabaktote angenommen, 7 Millionen allein in den Entwicklungsländern. Der Anstieg der Todesfälle durch das Rauchen nimmt vor allem in den Ländern der dritten Welt rascher zu als in den Industrienationen. In unseren Breiten sind mehr als ein Drittel aller Todesfälle im Alter zwischen 35 und 69 Jahren durch das Rauchen verursacht. Jeder Raucher verliert im Durchschnitt 8 Jahre seines Lebens. Jede Zigarette verkürzt statistisch berechnet das Leben über 5 Sekunden. 75 % aller chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen, 35 % aller kardiovaskulären Todesfälle sowie 40 bis 45 % aller Krebstodesfälle und insbesondere 90 bis 95 % aller Lungenkarzinome im Alter von 35 bis 69 Jahren werden durch das Rauchen verursacht. Das relative Risiko für einen Herzinfarkt steigt auf das drei- bis vierfache Niveau von Nichtrauchern. Verantwortlich hierfür sind oft neben dem Nikotin die zahlreichen Inhaltsstoffe des Tabakrauches. Von den insgesamt etwa 4.000 chemischen Substanzen besitzen etliche krebserregende, erbgutändernde und gefäßaktive Wirkungen.

05. Schichtzugehörigkeit

Es lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Zigarettenkonsum und sozialer Schichtzugehörigkeit festhalten. Je höher der schulische bzw. berufliche Ausbildungsgrad, umso weniger wird geraucht. Männer sowie Frauen mit niedrigem sozioökonomischen Status rauchen häufiger und mehr als Mitglieder der Oberschicht. Zudem beginnen sie mit dem Rauchen früher und - was vor allem die Frauen betrifft - hören seltener wieder auf. Hieraus erwächst für diese Personen eine deutlich höhere tabakbedingte Gesundheitsgefährdung. Auch unter Jugendlichen finden sich in unterschiedlichen Schulzweigen Zusammenhänge zwischen Bildung und Zigarettenkonsum. In Berufsschulen rauchen 59 % der Schüler- und Schülerinnen täglich, im polytechnischen Lehrgang sind es 44 %, in der Hauptschule 12 %, in der AHS-Unterstufe 9 % und in der AHS-Oberstufe 14 %.



06. Abhängigkeit

Was es Rauchern oft schwierig macht ihre Sucht zu beenden, sind auf der einen Seite die Entzugerscheinungen. Diese können in Form von Verlangen nach Zigaretten, einer depressiven Verstimmung, Angst, innerer Unruhe und Konzentrationsschwierigkeiten auftreten und werden als körperliche Abhängigkeit beschrieben. Diese Symptome dauern in etwa ein bis 2 Wochen an und nehmen kontinuierlich ab. Allerdings berichtet nur ein Teil der Ex-Raucher, jemals solche vegetativen Anzeichen erlebt zu haben. Tatsächlich erscheint die Angst vor ihnen oftmals ausgeprägter zu sein als es die körperlichen Belastungen selbst sind. Die psychische Abhängigkeit auf der anderen Seite hält deutlich länger an und erweist sich auch als die größere Herausforderung für die Abstinenz. Sie besteht aus eingeschliffenen Verhaltensmustern, wie dem Bedürfnis, eine Zigarette in den Händen oder im Mund zu halten und insbesondere in bestimmten Auslösesituationen wie Stress oder Ärger, Langeweile oder während einer Wartezeit zur Zigarette zu greifen. Auch nicht unterschätzt werden darf die starke Gewohnheitsbildung des Rauchens. Wer täglich eine Packung Zigaretten raucht und etwa zehnmal an jeder einzelnen zieht, führt die Bewegung von der Hand an den Mund zweihundertmal aus. Leicht vorstellbar, dass sich allein dieser Ablauf tief in den Tagesablauf und das Alltagsleben einprägt. Und den Rauchern das irritierende und verunsichernde Gefühl vermittelt, dass ihnen etwas fehlt und sie auf Vertrautes verzichten, sobald der Griff nach der Zigarette wegfällt.

Eine Abhängigkeitserkrankung wird definiert durch das Zusammentreffen mehrerer der folgenden Kriterien als:

- **Unfähigkeit zur Abstinenz bzw. ein starker Wunsch oder eine Art Zwang zu Rauchen**
- **Kontrollverlust über einen geregelten Substanzkonsum**
- **Toleranzentwicklung im Sinne einer ansteigenden Konsummenge des Suchtmittels**

- **Auftreten körperlicher Entzugerscheinungen**
- **fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen und Neigungen zu Gunsten des Rauchens**
- **fortgesetztes Rauchen trotz dadurch bereits entstandener eindeutiger schädigender Folgen.**

Nach aktuellem Wissen bleibt eine Abhängigkeitserkrankung irreversibel bestehen, was bedeutet, dass mit der Fähigkeit zu einem langfristigen kontrollierten bzw. mäßigen Konsum einer Droge nicht zu rechnen ist.

07. Test

Als ein effektiver Fragebogen zur Einschätzung der Schwere der Suchtentwicklung hat sich der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTNA) bewährt. Dieser besteht aus 6 Fragen, deren Antworten einen Gesamtpunktwert von 0 - 10 ergeben.

Wie viel Zeit vergeht zwischen dem Aufwachen und Ihrer ersten Zigarette?

	Punktwert
5 min.	<input type="radio"/> 3
6 - 30 min.	<input type="radio"/> 2
31 - 60 min.	<input type="radio"/> 1
mehr als 60 min.	<input type="radio"/> 0

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

	Punktwert
ja	<input type="radio"/> 1
nein	<input type="radio"/> 0

Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

	Punktwert
Die erste morgens	<input type="radio"/> 1
Andere	<input type="radio"/> 0

Wieviel Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?

	Punktwert
bis 10	<input type="radio"/> 0
11 - 20	<input type="radio"/> 1
21 - 30	<input type="radio"/> 2
31 und mehr	<input type="radio"/> 3

Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

	Punktwert
ja	<input type="radio"/> 1
nein	<input type="radio"/> 0

Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

	Punktwert
ja	<input type="radio"/> 1
nein	<input type="radio"/> 0
.....	
	Summenwert

Auswertung:

- 0 - 2 Punkte: keine oder sehr geringe Abhängigkeit
- 3 - 4 Punkte: geringe Abhängigkeit
- 5 Punkte: mittlere Abhängigkeit
- 6 - 7 Punkte: starke Abhängigkeit
- 8 - 10 Punkte: sehr starke Abhängigkeit

08. Krankheitsfolgen

Mehrfach belegt und unbestreitbar existiert ein kausaler Zusammenhang zwischen Tabakrauch und der Entstehung von Lungenkrebs. Gerade unter Männern kommt Lungenkrebs zu 90% bei Rauchern und zu 8% bei ehemaligen Rauchern vor! Durch ein Tabakverbot könnte somit der Lungenkrebs bei Männern weitgehend zum Erliegen kommen. Hohe Korrelationen lassen sich auch zwischen

Tabakrauch und anderen Krebserkrankungen belegen, wie etwa des Kehlkopfes, der Mundhöhle sowie der Speiseröhre. Nicht ganz so eng erweisen sich die Zusammenhänge zwischen Rauchen und der Krebserkrankung von Bauchspeicheldrüse, Harnblase, Niere, Magen, Gebärmutterhals und Leukämie.

Es darf nicht übersehen werden, dass Herz-Kreislaufkrankungen sowie koronare Herzkrankheiten und Schlaganfälle bei uns noch häufiger durch das Rauchen mitbedingt sind als die Krebserkrankungen. Hinsichtlich der Ausbildung einer Herz-Kreislaufkrankung spielen folgende schädlichen Mechanismen eine gesonderte Rolle:

- Rauchen fördert die vermehrte Bildung der Blutplättchen, was die Thrombosegefahr, also die Neigung zum Verschluss von Blutgefäßen, erhöht.
- Weiters begünstigt Rauchen die Verengung der Herzkranzgefäße sowie die Beschädigung der Innenwände der Blutgefäße.
- Kohlenmonoxid beeinträchtigt den Sauerstofftransport im Blut und verursacht dadurch die Unterversorgung des Herzmuskels.
- Durch polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe kommt es ebenfalls zur Schädigung der Innenschicht der Blutgefäße.
- Zudem senkt der Zigarettenkonsum den Spiegel des protektiven HDL-Cholesterins.

Es ist insbesondere auf die äußerst komplexen Zusammenhänge hinzuweisen, in denen das Rauchen keine einfache ursächliche Beziehung zu Herz-Kreislaufkrankungen einnimmt, sondern insbesondere in Verbindung mit Bluthochdruck und einem zu hohen Cholesterinspiegel eine ansteigend problematische und lebensbedrohliche Auswirkung erfährt.

09. Passivrauchen

Zunehmendes Augenmerk wird auf die Gefahren des Passivrauches gelegt. Denn aufgrund dieser unwillkürlichen Exposition erleiden auch Nichtraucher zum Teil schwerwiegende Gesundheitsschäden.

Unter Passivrauchen versteht man das Einatmen von Tabakrauch aus der Raumluft. Dieser setzt sich zu 85 % aus dem Nebenstromrauch und zu 15 % aus dem ausgeatmeten Hauptstromrauch zusammen. Nebenstromrauch entsteht zwischen den Zügen und wird von allen anwesenden Personen eingeatmet. Der Hauptstromrauch wird vom Raucher ein- und wieder ausgeatmet. Der Nebenstromrauch enthält zum Teil weit höhere Schadstoffkonzentrationen als der Hauptstromrauch.

Da die Zigaretten glut beim Passivrauch deutlich niedrigere Verbrennungstemperaturen erreicht als beim Zug an ihr (450-500°C gegenüber 950°C), lösen sich dort mehr und stärker toxische und krebs-erregende Stoffe aus der Tabakmischung. So sind etwa die Konzentrationen krebs-erregender Stoffe bis zu 170-mal höher als im Hauptstromrauch.

3 - 5	Kohlenmonoxid
3 - 4	Benzapyren
4 - 10	Stickoxide
19	2-Toluidin
40 - 170	Ammoniak
30	2-Naphthylamin
1 - 50	Formaldehyd
13	4-Aminodiphenol
2 - 3	Phenol
20 - 10	N-Nitrosodimethylamin
8 - 15	Acrolein
6 - 30	N-Nitrosopyrrolidin
8 - 15	Chinolin
7	Cadmium
10	Benzol
13 - 30	Nickel
3	Hydrazin
1 - 4	Polonium - 210

Die Zahlen geben den Faktor an, um wie viel die Konzentrationen der Stoffe im Nebenstromrauch die im Hauptstromrauch übersteigen. (Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg; dkfz; Bd 2)

Bei Erwachsenen verursacht Passivrauchen an akuten Symptomen Augenbrennen und Tränenbildung, Schwellungen und Rötungen der Schleimhäute sowie vermehrte Infektanfälligkeit. Zudem können auch Reizungen des Atemtraktes, Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Atemlosigkeit und Müdigkeit auftreten. Die in die Blutbahn aufgenommenen Giftstoffe schädigen langfristig die Gefäßwände, führen zu deren Verdickung, verschlechtern die Zusammensetzung der Blutfette und beschleunigen die Verklumpung der Blutplättchen.

Bei chronischer Belastung können Arteriosklerose, Angina pectoris sowie Schlaganfälle und Herzinfarkte resultieren. Als besonders gefährdetes und betroffenes Organ gilt die Lunge. Durch Passivrauch kann die Lunge von Nichtrauchern in ihrer Funktion bis um 8 % eingeschränkt sein. Die Reizstoffe des Tabakrauches schädigen die Flimmerhärchen der Luftröhre, was die Selbstreinigung der Lungenflügel beeinträchtigt. So kann auch durch andere verursachter Tabakqualm zu Raucherhusten, Bronchitis und Atembeschwerden bei körperlicher Anstrengung bis hin zu Asthmaanfällen führen. Zudem erhöht Passivrauchen das Risiko für die Entstehung von Lungenkrebs. Nichtraucher besitzen ein um 24 % erhöhtes Risiko für Lungenkrebs und ein um 30 % erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit, wenn sie über einen langen Zeitraum mit einem Raucher zusammenleben. Somit sind Passivraucher grundsätzlich von den gleichen akuten und chronischen Krankheiten betroffen wie Raucher. Die gesundheitlichen Auswirkungen korrelieren eng und direkt mit Ausmaß und Dauer der Belastungen des Passivrauchens (Dosis-Wirkungs-Beziehung).

10. Schadstoffe

Im Tabakrauch lassen sich etwa 4.000 unterschiedliche chemische Substanzen analysieren. Hierzu gehören krebserregende Schadstoffe, verschiedene organische Verbindungen, Lösungsmittel, Schwermetalle und gasförmige Stoffe wie Kohlenmonoxid, Zyanwasserstoff, Benzol, Formaldehyd, N-Nitrosamine, Hydrozin, Vinylchlorid, polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, freie Radikale, Kadmium, Blei, Nickel, Chrom, Aluminium, Polonium-210. Der so genannte Tabakteer ist besonders reichhaltig an Benzanthrazen und Benzopyren. Letzteres gilt als krebserregend. Insgesamt befinden sich im Tabakrauch mehr als 40 Substanzen, die Krebs auslösen können.

Zu den Substanzen im Tabakrauch gehören unter anderem:

Phenol: wirkt krebserregend; schädigt das zentrale Nervensystem, die Nieren, Leber und Herz, macht Blutbildveränderungen, Kopfschmerzen

Stickoxyde: führen zu Schleimhautreizungen, Bronchitis, Lungenödemen

radioaktive Stoffe: haben zerstörerische Wirkung auf Zellen, sowie auf den genetischen Code des Zellkerns

polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe: verursachen Krämpfe, Bewusstlosigkeit bis hin zu Atemnot

Nickel: ist krebserregend, erbgutverändernd, löst Allergien aus

Dioxine: führen zu Fettstoffwechselstörungen, Herzkreislauferkrankungen, Hirnstoffwechselstörungen, Immunschäden,

Formaldehyd: führt zu Allergien, Asthma, Bronchitis, Lungenkarzinom, Brechreiz, Durchfall, Erbrechen

Benzol: verursacht Blutbildschädigungen, Schädigungen der Blutgefäßwände, wirkt erbgutschädigend, fördert die Krebsentstehung

Kadmium: ist ein hochgiftiges und krebserregendes Schwermetall, verringert Knochendichte, schädigt innere Organe wie: Niere, Leber, Bauchspeicheldrüse, Hoden, Speicheldrüsen, Plazenta

Acrolein: führt zu Bindehautentzündung, Bronchitis, Entzündungen in Kehlkopf und Rachen

Anilin: lähmt die Atmungsfunktion des Blutes

Blausäure: blockiert die Atmungsfunktion



11. Die dunklen Geheimnisse

Bis Mitte der Neunziger Jahre hüteten die Tabakkonzerne ihr Wissen um die Wirkungsweisen des Nikotins im Gehirn, seine suchterzeugenden Eigenschaften und gesundheitsschädigenden Folgen. Erst danach konnten umfangreiches Datenmaterial und wissenschaftliche Unterlagen sichergestellt und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Aus zahlreichen Dokumenten geht klar hervor, dass:

- die Zigarettenindustrie bereits 1953 erste Zusammenhänge zwischen Tabakkonsum und Lungenkarzinomen erkannt, aber nach außen hin verschwiegen hatte
- interne Forschungen zur Suchtpotenz des Nikotins über viele Jahre geheim gehalten wurden
- mit der Entwicklung teer- und nikotinarmer Zigaretten Raucher hinsichtlich ihrer Gesundheitssorgen fälschlicherweise in Sicherheit gewogen werden sollten (Angeblich finden sich gerade bei Rauchern von Light-Zigaretten eine gehäufte Anzahl von Adenokarzinomen, die die tieferen Abschnitte des Lungengewebes betreffen).
- sich durch Veränderungen des pH-Wertes eine stärkere Freisetzung des Nikotins aus dem Tabak und dadurch eine verstärkte Abhängigkeitsentstehung erzielen lässt
- mittels Gentechnologie eine Erhöhung des Nikotingehaltes in der Tabakpflanze gezüchtet wurde

Durch Veränderungen der Tabakgemische, der Zigarettenlänge, des Filtersystems, der Durchlüftung des Zigarettenpapiers sowie der Zusatzstoffe wurde ein perfektioniertes Suchtmittel geschaffen. In einer Verordnung der EU werden 600 Zusatzstoffe für die Herstellung der Tabakwaren erlaubt. Diese Zusatzstoffe dienen spezifischen Zwecken wie:

- die Erhöhung des Nikotinanteiles
- die Verbesserung des Geschmacks
- Zusätze von Schokolade und Süßstoffen sollen

vor allem Jugendlichen und Erstnutzern den Tabakrauch angenehmer machen

- Menthol ermöglicht eine stärkere Atemtiefe, die sowohl die schädigenden Effekte des Respirationstraktes verdecken, als auch zur verstärkten Inhalation anregen
- Essenzen von Kakao erleichtern ebenfalls eine tiefere Atmung, sodass Nikotin und Teer bis in die Lungenbläschen der unteren Lungenabschnitte reichen.

Zusatzstoffe werden zudem eingesetzt, um Geruch und Aussehen des Nebenstromrauches vorteilhafter erscheinen zu lassen und die Gefährlichkeit zu verdecken. Die Angaben zu Teer- und Nikotingehalt der Zigaretten sind wenig aussagekräftig, da sie in so genannten Rauchmaschinen mit einer konstanten Inhalationstiefe gemessen werden, die auf den Menschen nicht wirklich übertragbar sind.

12. Nikotin

Nikotin ist ein toxisches Alkaloid. Es gilt als der wesentliche Wirk- und Suchtstoff im Tabak. Durch das Rauchen lösen sich etwa 30 % des in der Zigarette enthaltenen Nikotins. Bei intensivem Inhalieren werden bis zu 85 % resorbiert. Es aktiviert in wenigen Sekunden sogenannte nikotinerge Acetylcholinrezeptoren des vegetativen Nervensystems, was zu physiologischen und psychischen Veränderungen führt wie etwa:

- Verengung der Blutgefäße
- Zunahme der Herzfrequenz
- Blutdruckanstieg
- Abnahme des Hautwiderstandes
- Absinken der Hauttemperatur
- Steigerung der psychomotorischen Leistungsfähigkeit, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen.

Durch das Nikotin kommt es zudem im Gehirn zu einem Anstieg der Botenstoffe: Katecholamine (Dopamin, Noradrenalin, Adrenalin) sowie von Serotonin, Vasopressin, Betaendorphin, Cortisol,

Prolaktin und dem Wachstumshormon. Den Neurotransmittern Dopamin, Adrenalin, Betaendorphin kommt eine wichtige Funktion in der Entstehung der Abhängigkeitserkrankung zu. Die Wirkungen des Nikotins auf das cholinerge System und Noradrenalin liegen in der Steigerung der Leistungsfähigkeit sowie der Gedächtnisfunktionen. Die Zunahme an Betaendorphin sorgt für die Reduktion von Angst und Anspannung, der Anstieg von Dopamin und Adrenalin zusätzlich auch für die Gewichtskontrolle und das Nachlassen von Entzugssymptomen. Starker Nikotinkonsum korreliert im EEG mit hochfrequenten Beta-Wellen, die eine wache und konzentrierte Bewusstseinslage anzeigen.

13. Die Psychologie des Rauchens

Die Motive für das Rauchen sind mannigfaltig. Menschen rauchen, weil es ihnen schmeckt, es sie anregt oder entspannt, weil es soziale Kontakte in geselliger Umgebung erleichtert oder ihnen über ihre Langeweile oder Sorgen hinweghilft. Und sie verbinden Genuss, Sinneslust, Motivationssteigerung, ein Gefühl der Erleichterung und Entspannung sowie Glücksempfinden damit. Und solche positiven Effekte führen dazu, dass der Griff zur Zigarette zu einem ständigen Ritual wird. Rauchen stellt dadurch eine positive Verstärkung dar, die langfristig und dauerhaft beibehalten werden will. Andererseits assoziieren Raucher mit der Zigarette auch die Beseitigung unangenehmer Zustände wie etwa die Unruhe, das Verlangen nach einer Zigarette oder Entzugssymptome. Mit dem Rauchen werden somit auch unangenehme (negative) Stimmungen vermieden bzw. eingeschränkt. Allerdings bleibt oft unbedacht, dass solche unangenehmen Empfindungen erst infolge des Nikotinentzugs entstehen. Die Zigarette mildert also lediglich jene Symptome, die durch sie erst entstehen. Positive und negative Verstärkung erzeugen somit ein besonders stabiles und langfristig beibehaltenes Verhalten, das sogar die negativen Folgen des Rauchens zu überdecken vermag. Daneben erleben viele Raucher ihren Tabakkonsum aber auch ganz ohne jegliche Illusionen als eine festgefahrene Ge-

wohnheit. Sie fassen automatisch nach der Schachtel, nur weil die jeweilige Situation es zulässt zu rauchen. In derart festgefahrenen Reaktionsabläufen stellt sich die Frage erst gar nicht, ob einem die Zigarette gerade auch schmeckt. Diese Personen rauchen, weil sie sich den Alltag ohne Zigaretten schlichtweg nicht vorstellen können oder Angst vor möglichen Entzugssymptomen oder nicht aushaltbarem Verlangen haben. Tatsächlich genügt Rauchern oftmals allein die gebotene Möglichkeit, um sich einen „Glimmstängel“ anzuzünden - unabhängig davon, ob sie Verlangen oder Wunsch danach verspüren. Umgekehrt fällt es ihnen aber meist auch nicht sonderlich schwer, darauf zu verzichten, wenn sie ihrem Suchtverhalten nicht nachkommen können oder dürfen (wie z.B. bei Flügen oder Kinobesuchen).

14. Der Zwiespalt der Raucher

Da der Zug an der Zigarette im Laufe der Zeit zur alltäglichen Routine und bloßen Gewohnheit wird, bietet sie kaum noch angenehme Effekte. Allenfalls einige wenige sind noch von subjektiver Bedeutung - etwa die Morgenzigarette gegen die Entzugssymptomatik oder der Griff zur Zigarette bei Kaffee oder Alkohol. Dem überwiegenden Anteil der Rauchwaren kommt hingegen nur wenig angenehme oder genussvolle Bedeutung zu. Deshalb sind Tabakkonsumenten oft zwiespältig ihrem Suchtverhalten gegenüber eingestellt. Tatsächlich stehen etwa 1/3 der Raucher klar und unveränderlich ihrem Tabakgenuss gegenüber, etwa 2/3 spielen sich zumindest gelegentlich mit dem Gedanken, das Rauchverhalten zu verändern oder ganz aufzuhören („konsonante“ versus „dissonante Raucher“). Somit findet sich doch der Großteil der Raucher in einem inneren gedanklichen Konflikt wieder, dass sie nämlich zweierlei, sich widersprechende Haltungen hinsichtlich ihres Konsumverhaltens einnehmen. Sowohl für das Rauchen als auch die Rauchabstinenz lassen sich eine Reihe von Vor- und Nachteilen auflisten, die es dem Betroffenen oft schwer machen, eine klare Einstellung zu seinen Rauchgewohnheiten einzunehmen.

Rauchen

Vorteile

- Beruhigung, Entspannung
- „Beschäftigung“ der Finger
- in Verbindung mit Kaffee und Mahlzeiten ein Genuss
- Erleichterung von sozialen Kontakten
- Lässigkeit, Coolness; selbstsicheres Auftreten, Anregung, Ablenkung



Nachteile

- gesundheitliche Einschränkungen
- mangelnde Fitness und Kondition
- mangelnde Attraktivität (Haut, Zähne)
- hohe Kosten
- eingeschränkte Lebensqualität (Geschmack, Geruch)
- Verminderung des Selbstwertes
- Gefühl sozialer Ächtung



Rauchfreiheit

Vorteile

- Stärkung des Selbstbewusstseins
- Gesundheitsbewahrung und -förderung
- Vorbildfunktion für die Kinder
- Geld für andere Anreize
- gesteigerte Wohn- und Lebensqualität
- Suchtfreiheit, Unabhängigkeit



Nachteile

- Auseinandersetzung mit Entzug und Entwöhnung
- Gefühl von Verzicht
- größere Unruhe und Gereiztheit
- fehlende Stimulierung und Anregung
- fehlende Kommunikationsbasis durch Distanz zu den Rauchern
- stärkere Unsicherheit
- Angst vor Versagen



Dem Raucher ergeben sich gute Gründe für und gegen das Weiterräumen sowie die Abstinenz. Um nicht stets in dieser „gedanklichen Zerrissenheit“

stecken zu bleiben, neigt er dazu, die positiven Aspekte des Rauchens zu überbewerten und die negativen zu verdrängen. Viele Raucher verspüren eine gewisse „Angst“ vor dem Aufhören, schon weil sie sich die Abstinenz nicht wirklich vorstellen können. Aber kaum ein Raucher hat Angst vor dem Rauchen. Und tatsächlich sollte doch sie ein wesentlicher Anlass zur Sorge sein!

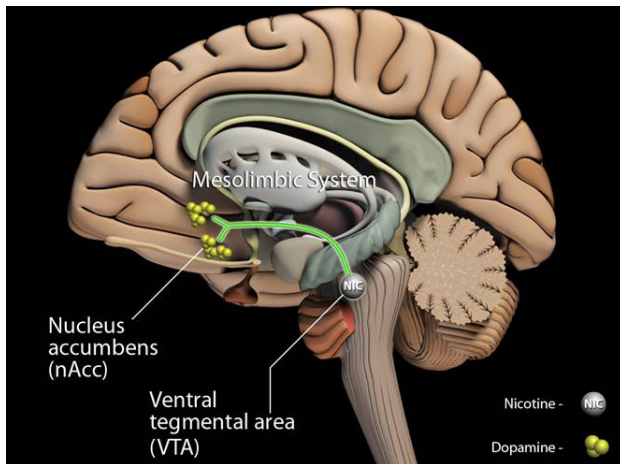
Diese kognitiven Prozesse lassen sich für die Raucherentwöhnung nutzen. Jeweils sollten Gedanken und Einstellungen in eine Richtung geändert werden, die ein stabiles, positives Image des Nichtrauchens und eine positive Einstellung gegenüber der Abstinenz und der Beendigung des Rauchens festlegen. Im Gegenzug gilt es, die positive Bewertung des Rauchens zu relativieren und die negative Bewertung zu erhöhen, weiters negative Perspektiven des Aufhörens kritisch zu hinterfragen und positive Einstellungen zum Aufhören zu verstärken.

15. Nikotin als Droge

Damit eine Substanz zu einer Droge wird, bedarf es des Erlebens angenehmer Gefühlszustände möglichst rasch nach deren Einnahme. Solche positiven Drogenwirkungen werden insbesondere durch spezielle Vorgänge in bestimmten Hirnarealen ausgelöst. Nikotin bindet sich an spezielle Rezeptoren des ventralen Tegmentum, was eine Dopaminausschüttung in den sogenannten Nucleus accumbens bewirkt. Bei beiden Lokalisationen handelt es sich um Areale des mesolimbischen Systems, einem neuronalen Netzwerk im Mittelhirn, das eine zentrale Bedeutung für die Ausbildung einer Suchterkrankung einnimmt.

Dopamin stellt eine wesentliche Überträger-substanz in diesem Nervengewebe dar und ermöglicht erst dessen Aktivierung. Sämtliche Drogen führen – wenn auch auf unterschiedliche Weise – zu einer Stimulation der Dopaminfreisetzung in diesem Hirnareal. Nikotin steigert direkt die Ausschüttung von Dopamin. Kokain blockiert dessen raschen Abbau, Opiate wie Heroin hemmen solche Nervenzellen, die

die Dopaminmenge begrenzen. Sie ist eine notwendige und entscheidende Voraussetzung für die Suchtentwicklung. Die Stimulation dieser Hirnregion bewirkt eine Ausführung all jener Verhaltensweisen, also auch des Rauchens, die diese Reizung ausgelöst haben. Das Suchtpotential einer Droge hängt eindeutig von seiner Eigenschaft ab, das mesolimbische System zu beeinflussen und eine Dopaminausschüttung zu erzielen. Allerdings spielen dabei auch andere Neurotransmitter eine entscheidende Rolle, um Suchtmitteln eine angenehme, positive Wirkung zukommen zu lassen. Zu ihnen zählen etwa Endorphine, Glutamat und Serotonin.



Begriffserläuterungen

Neurotransmitter (=Botenstoffe): chemische Stoffe für die Weiterleitung elektrischer Ladung zwischen den Nervenbahnen

Rezeptor: „Empfangsstelle“ der Nervenfaser für die Neurotransmitter zur Weiterleitung eines elektrischen Impulses

Bluthirnschranke: eine selektiv durchlässige Membran zwischen Blutbahnen und Gehirn

16. Rauchen und Gehirn

Nikotin vermag die Bluthirnschranke problemlos zu überwinden und innerhalb von 7 Sekunden in das Gehirn einzudringen. Dort heftet sich diese Substanz gezielt an bestimmte Hirnareale und Nervenfasern und beeinflusst deren Aktivität. Nikotin zählt deshalb zu den am schnellsten süchtig machenden Substanzen. Es wirkt auf unterschiedlichen neuronalen Bahnen im Gehirn und gilt somit als der hauptsächliche Wirk- und Suchtstoff im Tabak. Nikotin ist einem Neurotransmitter, dem Acetylcholin chemisch sehr ähnlich, sodass Acetylcholinrezeptoren auch auf Nikotin reagieren. Solche Rezeptoren befinden sich unter anderem an Nervenfasern des vegetativen Nervensystems. Die Effekte auf diese Nervenbahnen liegen einerseits in einer Anregung mentaler und konzentrativer Prozesse sowie andererseits in der Aktivierung von körperlichen Abläufen wie Verdauung, Herzfrequenz und Blutdruck. Darüber hinaus beeinflusst es ganz unterschiedliche Rezeptoren und deren Neurotransmitter. So werden durch Nikotin Botenstoffe des Gehirns wie Dopamin, Serotonin, Adrenalin und Endorphine vermehrt ausgeschüttet, wodurch sich unter anderem Hirnfunktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Lernleistungen steigern lassen. Zudem wird im Nucleus accumbens innerhalb des mesolimbischen Systems das dopaminerge Belohnungssystem aktiviert. Der Botenstoff Dopamin gibt den mit dem zeitgleichen Konsum einer Droge äußeren und inneren Wahrnehmungseindrücken (wie Geruch, Ort, Befindlichkeit, Geschmack, Stimmung) eine besondere Bedeutung - verbindet somit diese Umstände des Konsums mit der spezifischen Wirkung der Droge. Dadurch stellen bestimmte Situationen oder spezifische Stimmungen immer wieder Auslöser für den Drang nach dem Suchtmittel dar.

17. Suchtgedächtnis

Der durchschnittliche Raucher mit etwa 7.000 Zigaretten pro Jahr wiederholt ständig diese Erfahrung der Belohnung durch das Rauchen. Sie prägt sich eingehend in tiefe Bewusstseinschichten ein; es entsteht das Suchtgedächtnis. Zudem verändern sich die Strukturen der Nervenzellen durch eine Zunahme an Nikotinrezeptoren an den Nervenfasern bei chronischem Nikotinkonsum. Mit zunehmender Gewöhnung an das Rauchen nimmt die Zahl der Rezeptoren zu, allerdings werden sie unempfindlicher, was zur Folge hat, dass das Gehirn jeweils eine größere Dosis des Suchtmittels benötigt, um denselben Belohnungseffekt zu erreichen.

Zusammenfassung des Suchtkreislaufes im Gehirn durch Nikotin:

- Nikotin bindet sich an das ventrale Tegmentum,
- verursacht dadurch eine verstärkte Ausschüttung von Dopamin in den Nucleus accumbens,
- was von Gefühlen von Lust, Ruhe, Genuss, Wohlbefinden begleitet ist;
- darüber hinaus wirkt Nikotin aufgrund seiner chemischen Ähnlichkeit auf die sogenannten nikotineren Acetylcholinrezeptoren des vegetativen Nervensystems,
- was zu einer Vermehrung dieser Rezeptoren bei gleichzeitiger Wirkungsminderung führt,
- dadurch eine Dosissteigerung nötig macht,
- um Effekte der Stimulierung und Aktivierung hervorzurufen.
- Bei Absinken des Nikotinspiegels kommt es zu einer körperlichen und psychischen Übererregung,
- was sich in Unruhe, Anspannung, Schlafstörungen ausdrücken kann
- und den Konsum- bzw. Suchtdruck antreibt.

18. Der Weg des Nikotins

Etwa 30 % des im Tabak enthaltenen Nikotins wird durch das Verbrennen freigesetzt und gelangt so mit dem Tabakrauch in die Mundhöhle und Atemwege. Die Mundschleimhaut und die Lungenbläschen nehmen diesen Wirkstoff umgehend auf. Vom Blut

gelangt das Nikotin rasch in das Gehirn zu den vegetativen Ganglien und den motorischen Endplatten. Die Halbwertszeit des Nikotins beträgt etwa 30 bis 60 Minuten. Seine psychischen Auswirkungen zeigen - je nach Ausgangslage - sowohl sedierende als auch anregende Effekte. Aktivierte Personen fühlen sich durch das Rauchen ruhiger und entspannter, obwohl gleichzeitig eine Steigerung der Herzrate festzustellen ist. Solche mit verminderter Aktivierung erleben durch das Rauchen eine Stimulierung. In hoher Dosierung scheint die dämpfende Wirkung zu überwiegen. Darüber hinaus wird dem Nikotin eine Steigerung der Gedächtnisleistung zugesagt, weiters eine Dämpfung aggressiven Verhaltens und gereizter Stimmungen.

Begriffserläuterungen

Halbwertszeit: Zeitraum, in dem eine eingenommene Substanz auf die Hälfte wieder abgebaut ist

Vegetatives Nervensystem (NS): alle dem Willen nicht untergeordnete Nervenbahnen zur Regelung von vitalen Funktionen; wird unterteilt in sympathisches und parasympathisches NS

Motorische Endplatte: synaptischer Spalt zwischen einer Nerven- und Muskelzelle

Nikotin beeinflusst sowohl Acetylcholinrezeptoren, die sich einerseits im vegetativen Nervensystem und andererseits an den motorischen Endplatten befinden, als auch dopaminerge Neuronen, wie sie im Nucleus accumbens vorliegen. Die körperlichen Effekte ergeben sich vor allem durch die Wirkung auf das vegetative Nervensystem. Nikotin führt sowohl zur Stimulierung des sympathischen als auch des parasympathischen Nervensystems. Ersteres führt beispielsweise zur Steigerung der Herzfrequenz, letzteres zur Anregung der Verdauungstätigkeit und Erhöhung der Magensäurebildung. Eine weitere Wirkung des Nikotins auf das sympathische Nervensystem besteht in einer Unterdrückung des Hungergefühls und der gesteigerten Stoffwechselrate von Fettsäuren, die eine Gewichtsreduktion zur Folge haben.

19. Rauchen in der Schwangerschaft

Zu Beginn einer Schwangerschaft rauchen etwa 30 % der werdenden Mütter. Von diesen beenden etwa ein Drittel innerhalb der ersten 3 Schwangerschaftsmonate das Rauchen. Jede 5. Frau raucht während der gesamten Schwangerschaft weiter. Somit ist das noch ungeborene Kind bereits einer Menge von Schadstoffbelastungen ausgesetzt. Besonders problematisch wirken diese sich auf den fetalen und kindlichen Organismus aus. Viele der im Tabakrauch enthaltenen Schadstoffe vermögen die Plazenta zu durchdringen und in den Blutkreislauf des Ungeborenen einzutreten. So etwa Kohlenmonoxid, das die Sauerstoffversorgung des Gewebes des ungeborenen Kindes gefährden kann. Durch den pharmakologischen Effekt des Nikotins wird der Blutfluss durch die Plazenta verringert, was eine Minderdurchblutung und in weiterer Folge ein verzögertes Wachstum sowie ein niedrigeres Geburtsgewicht mit verursachen kann. Es gilt zu bedenken, dass der fetale und kindliche Organismus viel empfindlicher auf die Wirkung des Tabakrauches reagiert als der erwachsene Körper.

Bis zu 15 % aller Frühgeburten sowie 20 bis 30 % aller Fälle von vermindertem Geburtsgewicht sowie 60 % der perinatalen Sterblichkeit lassen sich mit dem Rauchen bzw. Passivrauchen während der Schwangerschaft in Zusammenhang bringen. Tabakrauchbelastung während der Schwangerschaft führt zu einem erhöhten Risiko für

- Fehlbildungen (Lippen-Gaumenspalte),
- Fehl-, Tot- und Frühgeburten,
- vermindertem Längenwachstum,
- kleineren Kopfumfang und
- geringerem Geburtsgewicht des Fetus.

20. Kinder & Jugendliche von rauchenden Eltern

Etwa jedes zweite Kind lebt in einem Haushalt, in dem mindestens eine Person raucht. Rauchen in Anwesenheit von Kindern kommt einer Körperverletzung gleich! Ein Großteil der während der Schwangerschaft abstinenten Mütter beginnt

nach der Entbindung bzw. Stillperiode wieder mit dem Zigarettenkonsum. Die damit verbundenen Belastungen der Gesundheit der Kleinkinder sind vielfältig und dosisabhängig. Je mehr Zigaretten im elterlichen Haushalt geraucht werden, desto größer ist das Risiko für die kindliche Gesundheit. Während der Stillzeit werden Schadstoffe, sowohl über die Raumluft, als auch über die belastete Muttermilch aufgenommen. Dies kann bei Kleinkindern zu reduziertem Saugvermögen, Unruhe, Koliken, Erbrechen sowie einer verminderten Gewichtszunahme führen. Auch muss mit postnatalen Entzugerscheinungen bei Neugeborenen gerechnet werden. Da Nikotin fettlöslich ist, dringt es schnell in die Muttermilch ein und erreicht dort höhere Konzentrationen als im Blut. Weiters kommt dem Passivrauchen ein hohes Risiko an plötzlichen Säuglingstoden zu (SIDS = sudden infant death syndrome). Es stellt nach der Bauchlage des Kindes die zweithäufigste Todesursache dar. Beim Konsum von mehr als 10 Zigaretten pro Tag erhöht sich das Risiko für SIDS auf das Siebenfache. Auch hier gilt das Ausmaß der Gefährdung als abhängig von der Anzahl der gerauchten Zigaretten sowie von der Gesamtanzahl der Raucher im Haushalt und der Dauer der Passivrauchexposition.

Kinder aus Raucherhaushalten beklagen häufiger Beeinträchtigungen des Allgemeinbefindens wie Bauchweh, Schwindel, Kopfschmerzen oder Konzentrationsstörungen. Vermehrt treten auch Beschwerden wie Husten, Heiserkeit sowie Schlafstörungen auf. Das Risiko für die Ausbildung von Mittelohrentzündungen ist bei Kleinkindern bis zu dreifach erhöht. Passivrauchen verzögert das Lungenwachstum und beeinträchtigt dadurch deren Funktion. Zudem weisen Kinder aus Raucherhaushalten ein erhöhtes Risiko für Erkrankungen wie Lungenentzündung, Bronchitis und Asthma auf. Auch der Anteil an Krankenhausaufenthalten aufgrund schwerer respiratorischer Erkrankungen sind bei Kindern mit Rauchexposition bis zu 40 bis 60 % höher.

21. Frauen

Einer gesonderten Erwähnung bedarf die Zunahme an rauchenden Frauen in den vergangenen 20 Jahren. Zwischen 1985 und 1995 hat der Anteil an Raucherinnen um 30 % zugenommen, während für den gleichen Zeitraum die Zahl der rauchenden Männer nur um 10% anstieg. Zwischen 30 und 39 Jahren rauchen fast 50 % der Männer und über 40 % der Frauen. Obwohl nach wie vor mehr Männer als Frauen rauchen, scheint es eine Frage der Zeit, bis die Frauen gleichgezogen haben. Es greifen immer mehr junge Frauen zur Zigarette - in Österreich sind 46 % der Raucherinnen unter 30 Jahre. In den Ländern der westlichen Welt versterben jährlich etwa 500.000 Frauen an tabakbezogenen Erkrankungen.

Das Erkrankungsrisiko für tabakassoziierte Störungen ist für Frauen höher. Die gleiche Anzahl an gerauchten Zigaretten führt bei Frauen im Vergleich zu Männern leichter zu Atemwegserkrankungen. Die Ursachen liegen möglicherweise in der kleineren Lungenoberfläche und dem geringeren Verteilungsvolumen, was zu höheren Schadstoffkonzentrationen führt. Neben den Schwangerschaftsrisiken führt Rauchen bei Frauen auch zu einer verminderten Fertilität und einem erhöhten Risiko für Hormonmangelerkrankungen, zu vorzeitiger Menopause und Osteoporose. Raucherinnen kommen zwischen 2 und 3 Jahre früher in die Wechseljahre. Mit der gleichzeitigen Einnahme von Kontrazeptiva steigt wiederum das Risiko für Herzinfarkt und Thrombosebildung um bis auf den zwanzigfachen Wert an.

Frauen haben im Vergleich zu Männern die etwas schlechteren Erfolgsaussichten, mit den herkömmlichen Entwöhnungsbehandlungen abstinent zu werden bzw. zu bleiben. Sie zeigen weniger eine nikotinbezogene Substanzabhängigkeit als vielmehr eine Abhängigkeit von psychosozialen Auslösern. Frauen werden eher in emotional negativ besetzten Situationen wie bei Stress oder zwischenmenschlichen Konflikten rückfällig, Männer hingegen

stärker in emotional positiven Stimmungslagen. So rauchen Frauen bevorzugt, wenn sie im Alltag überfordert sind, wenig gesellschaftliche Anerkennung bekommen, mit Stress oder Frustrationen nicht angemessen umgehen können oder aus Angst vor ungewollter Gewichtszunahme. Dadurch tendieren sie gegenüber Männern eher zu einem episodischen Rauchverhalten; sie rauchen deutlich häufiger situationsbedingt.

Auch die Nikotinersatztherapie scheint bei Frauen weniger erfolgreich zu wirken als bei Männern. Als wichtig erweist sich bei Entwöhnungshilfen für rauchende Frauen, eine gründliche Depressivitätsabklärung vorzunehmen. Denn Frauen leiden stärker als Männer beim Nikotinentzug unter depressiven bzw. dysphorischen Stimmungsschwankungen. Deshalb sprechen viele Argumente für eine geschlechtsspezifische Raucherentwöhnung, in der speziell auf die sowohl körperliche, physiologische als auch psychische und soziale Situation von Frauen eingegangen wird. Auch gilt es, besonderen Wert auf die Vermittlung von Bewältigungsmechanismen bzw. Alternativverhaltensweisen gerade für situationsbedingte Rauchanlässe zu legen.

22. Jugendliche Raucher

Bei den 15jährigen liegt der Anteil rauchender Mädchen bei 25 %, der rauchender Burschen bei etwa 20 %. Die Zunahme an insbesondere jungen Raucherinnen lässt sich mit einer Ausnahme, nämlich Finnland, europaweit feststellen. Bereits bei 84 % der 12 - 17jährigen regelmäßigen Raucher/innen lassen sich deutliche Anzeichen von starkem Verlangen oder anderen Abhängigkeitssymptomen feststellen. Etwa 22 % der jugendlichen Raucher weisen bereits 4 Wochen nach dem Beginn gelegentlichen Rauchens Symptome einer Nikotinabhängigkeit auf. Eine Studie an 351 jugendlichen Rauchern im Alter zwischen 11 und 17 Jahren zeigt hinsichtlich ihrer Nikotinabhängigkeit folgendes mittels des Fagerström-Testes erhobenes Ergebnis:

- ca. 25 % erreichen einen Punktwert von 0-2 und somit eine kaum vorhandene,
- ca. 29 % verweisen auf einen Punktwert von 3-4 mit dem Hinweis auf eine geringgradige und
- ca. 46 % mit einem Punktwert von 5-10 auf eine deutliche bis starke Abhängigkeit hin.

In dieser hohen Abhängigkeitsform überwiegen mit 46,2 % die Burschen deutlich den Anteil der Mädchen mit 36,5 %. Mit dem Rauchen während der Schwangerschaft geht nicht nur eine beträchtliche gesundheitliche Bedrohung für die nächste Generation einher, sondern auch die Gefahr, dem Ungeborenen gleichsam den Weg für einen späteren Tabakkonsum zu bahnen. Nikotinabhängigkeit lässt sich insbesondere bei Jugendlichen rasch hervorrufen und sie somit über lange Lebensphasen zu regelmäßigen Rauchern werden.

Mädchen zeigen sich besonders anfällig dafür, nach den ersten Rauchversuchen beim Tabakkonsum zu bleiben. Buben fangen in der Regel zwar früher mit der ersten Zigarette an, werden aber weniger häufig zu regelmäßigen Rauchern. Bei Mädchen sind psychosoziale Belastungen ein wesentlicher Beweggrund um mit dem Rauchen zu beginnen, nämlich Essstörungen, Körperschemaprobleme und allgemein eine Unsicherheit bezüglich des eigenen Körpers.

23. Motivationsarbeit

Die Veränderung von Rauchgewohnheiten benötigt Zeit. Ihre ambivalente Haltung zur Zigarette belässt viele Raucher in einer Pattsituation. Denn das Wissen um die Schädlichkeit des Rauchens allein genügt bei weitem nicht, um es auch zu beenden. Vielmehr erschwert eine Reihe mentaler Blockaden die persönliche Bereitschaft zur Veränderung:

- Auch ungesunde Verhaltensweisen erweisen sich in einem anderen Sinne als nützlich.
- Raucher sind nicht einfach von der Problematik des Rauchens zu überzeugen. Schließlich kennt fast jeder angeblich jemanden, der als

Kettenraucher sich mit 80 Jahren noch bester Gesundheit und Fitness erfreut.

- Für viele Raucher ist es schlicht unvorstellbar, nicht (mehr) zu rauchen. Allen Carr spricht hier von „Gehirnwäsche“ und meint damit die vordergründige und starre Überzeugung, den regelmäßigen Griff zur Zigarette zu benötigen und gegen alle Einwände zu verteidigen.

24. Unterschiedliche Motivationsphasen

Veränderungen im Umgang mit dem Zigarettenkonsum lassen sich somit nur in Abhängigkeit von der aktuellen Motivationslage erreichen. Folgende Stadien unterschiedlicher Motivationsausprägungen sind zu differenzieren:

- Absichtslosigkeit: Veränderungen des Tabakkonsums werden nicht angestrebt; das Rauchen ist kein persönliches Thema, Personen in dieser Phase erleben sich als konsonante und überzeugte Raucher.
- Absichtsbildung: Eine anfängliche, eher grundsätzliche als konkrete Auseinandersetzung mit dem Rauchen findet statt. Die Problematik des Rauchens wird erkannt und ernst genommen. Sogenannte dissonante Raucher verspüren eine innere Unzufriedenheit mit ihrem Konsumstil.
- Vorbereitungsphase: Erste Maßnahmen zur Änderung des Rauchverhaltens werden gesetzt, etwa der Versuch zur Reduktion der Zigarettenanzahl oder der Verzicht, in gewissen Umgebungen (Wohnung, Auto) zu rauchen. Ein klares Ziel oder gar eine verbindliche Abstinenzhaltung liegen noch nicht vor.
- Handlungsphase: Es existieren konkrete Ziele zur Reduktion oder Abstinenz und werden verfolgt.
- Aufrechterhaltungsphase: Den Behandlungserfolg gilt es aufrecht zu erhalten und sich vor Rückfällen in „alte“ Gewohnheiten zu wappnen.

Ziel der Entwöhnungsbehandlung soll sein, die jeweiligen Interventionen der aktuellen Motivationslage anzupassen. Auch politische und gesellschaftliche Maßnahmen (Tabaksteuer, Nichtraucherschutz, Werbeverbote, Aufklärungskampagnen, Diskussionsforen, Rauchfreiheit in Lokalen, etc.) können helfen, die Motivation von Rauchern günstig zu beeinflussen und den Wechsel in ein fortgeschritteneres Stadium zu fördern.

25. Kontrolliertes Rauchen oder Abstinenz?

Es scheiden sich die therapeutischen Geister, ob Rauchern neben den herkömmlichen Entwöhnungsprogrammen auch Methoden zum kontrollierten Genuss angeboten werden sollen. Ein solcher Konsum bedeutet, nur nach einem zuvor festgelegten Plan und bis zu einer vereinbarten Anzahl sich eine Zigarette anzuzünden. Studien zu den gesundheitlichen Effekten des eingeschränkten Rauchens erweisen sich als uneinheitlich. Einerseits bestehen klare Dosis-Wirkungs-Beziehungen zwischen der Menge konsumierter Zigaretten und den Krankheits- und Belastungsrisiken. Andererseits scheint selbst eine Reduktion von 50% und mehr die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung von Herz-Kreislauf- sowie Krebserkrankungen nicht zu verändern. Denn reduzierter Genuss führt meist dazu, die restlichen Zigaretten umso tiefer zu inhalieren und weiter abzubrennen.

Auch die längerfristigen Erfolgsaussichten lassen sich schwer vorhersehen. Es bleibt zweifelhaft, ob eine reduzierte Zigarettenanzahl tatsächlich über einen geraumen Zeitraum aufrechterhalten werden kann. Selbst die Überlegung, den kontrollierten Konsum als ein wertvolles Zwischenziel auf einem längeren Weg in die Abstinenz zu erachten, unterliegt kontroversen Argumentationen. Befürworter meinen: Wenn Raucher erst einmal entdecken, dass eine Reduktion oft leichter fällt wie befürchtet, sind sie mitunter zu weiteren Schritten bis hin zur Rauchabstinenz bereit. Die Skeptiker hingegen bedenken, dass die verbleibenden Zigaretten subjektiv zunehmend bedeutsam werden, der Raucher

sich sehr auf diese wenigen fixiert und erst recht nicht darauf verzichten will oder kann.

Allerdings zeigt ein ungleich höherer Anteil an Rauchern Interesse für einen reduzierten Konsum als für den totalen Verzicht, der möglicherweise bei entsprechenden Behandlungsangeboten auch für erste diskrete Veränderungsschritte zu motivieren ist. Sicherlich gelten Reduktionsprogramme zumindest für Raucher, die mehrfach erfolglos an Entwöhnungsbehandlungen teilgenommen haben, als eine sinnvolle Alternative.

26. Behandlungsangebote

Etwa die Hälfte der Raucher äußert sich unzufrieden über den eigenen Zigarettenkonsum. Zwischen 20 und 30 % von ihnen versuchten deshalb jedes Jahr, Veränderungen an ihrem Tabakkonsum vorzunehmen. Knapp drei Viertel aller Raucher haben denn auch bereits mindestens eine ernsthafte Abstinenzbemühung hinter sich. Größtenteils gehen sie diese ohne externe oder professionelle Unterstützung an. Eine geringere Anzahl bedient sich an Selbsthilfematerialien und Nikotinsubstitutionspräparaten. Weniger als 1 % der Ex-Raucher hat fachliche Hilfsangebote angenommen.

Das Angebot zur Verfügung stehender Behandlungskonzepte ist äußerst vielfältig und kaum zu überblicken. Es reicht von wissenschaftlich fundierten Therapien bis zu ausgesprochen esoterischen Praktiken. Leider besteht nur für einen geringen Teil ein klarer Wirkungsnachweis. Die Vielzahl divergenter Behandlungsangebote mag die allgemein noch recht wenig erfolgreichen Bemühungen von Entwöhnungsprogrammen widerspiegeln. Ziel solcher Behandlungen ist die kontinuierliche und dauerhafte Abstinenz vom Tabakkonsum. Das Vorhaben eines reduzierten oder kontrollierten Nikotinkonsums oder einer nur temporären Abstinenz können wertvolle Zwischenziele darstellen bzw. ergeben sich allenfalls aus der Konsequenz nicht erfolgreicher Abstinenzbemühungen im Sinne einer Schadensbegrenzung. Meistens wird auf

Ansätze einer vielgestaltigen Entwöhnungsbehandlung hingewiesen, die sowohl auf die biologischen als auch psychischen und sozialen Komponenten der Tabakabhängigkeit Einfluss nehmen.

Sowohl die Behandlung der körperlichen als auch der psychischen Abhängigkeit sind zu berücksichtigen sowie akute, situationsbezogene, aber auch langwirksame Kompetenzen zur Aufrechterhaltung der Abstinenz zu fördern.

27. Medikamentöse Maßnahmen

Medikamentöse Behandlungen zielen auf eine Unterdrückung der Entzugssymptomatik bzw. des Rauchverlangens ab und helfen gegen die Gewichtszunahme oder vegetativen Unstimmigkeiten (wie Verdauungsprobleme, Schlafschwierigkeiten) nach dem Beginn einer Raucherentwöhnung.

Nikotinhaltige Präparate

In erster Linie zählt hierzu die Nikotinersatztherapie. Diese Medikamente stehen in verschiedenen Anwendungsformen zur Verfügung, nämlich als Nikotinkaugummi, Nikotinplaster, Nikotinnasenspray, Nikotinsublingualtablette sowie als Nikotininhaler. Mit Ausnahme des Nasensprays gelten die genannten Präparate nicht als rezeptpflichtig. Da Nikotinersatzpräparate lediglich Nikotin enthalten, liegen selbst bei längerfristigem Gebrauch keine dem Tabakkonsum vergleichbaren schädlichen Auswirkungen vor. Neben der Milderung der Suchtsymptome unterstützen diese Ersatzmittel auch die Vermeidung von Hungerattacken und Gewichtszunahme. Die relative Wirksamkeit aller Substitutionsverfahren kann bei vorausgesetzter hinreichend hoher Dosierung und langer Anwendungsdauer als gesichert gelten und vermag die Rauchabstinenz über einen längeren Zeitraum zu unterstützen.

Entwöhnungsspezifische Medikamente

Bupropion, im Handelsname als Zyban registriert, wurde ursprünglich als Antidepressivum zugelassen und hat sich in der Entwöhnungsbehandlung der Tabakabhängigkeit bewährt. Der genauere

Wirkmechanismus ist unklar. Man geht davon aus, dass aufgrund einer Wiederaufnahmehemmung von Dopamin und Noradrenalin Rauchverlangen und Entzugssymptomatik unterdrückt werden. Als Nebenwirkungen treten vor allem Schlafstörungen und Mundtrockenheit auf. Allerdings sind im Zusammenhang mit der Einnahme dieses Medikamentes auch bereits das Risiko zu Krampfanfällen sowie unerwartete Todesfälle aufgefallen, ohne dass ein kausaler Zusammenhang gesichert und abgeklärt ist. Es gilt aber aufgrund der möglichen Nebenwirkungen als ein Medikament zweiter Wahl, das jedenfalls eine sorgfältige Nutzen-Risikoabschätzung notwendig macht.

Als ein neues Arzneimittel ist seit kurzer Zeit der Wirkstoff Vareniclin als Medikament mit dem Handelsnamen Champix erhältlich, ein partieller Nikotinrezeptoragonist, der über 2 Wirkmechanismen verfügt. Diese Tabletten vermindern gleichzeitig das Verlangen nach Nikotin und reduzieren die mit dem Rauchen verbundenen angenehmen Effekte. Als Agonist stimuliert es teilweise die Dopaminausschüttung, als Antagonist vermindert es die Stimulierung im ventralen Tegmentum durch Nikotin. An Nebenwirkungen können vor allem Übelkeit, Kopfschmerzen sowie Schlaflosigkeit auftreten. Beide Medikamente werden etwa 1 bis 2 Wochen vor der Beendigung des Rauchens eingenommen. Die Einnahmedauer wird bei ersterem Medikament für 7, bei letzterem für 12 Wochen empfohlen.

28. Akupunktur

Als eine häufig eingesetzte Behandlungsmethode zur Tabakentwöhnung erweist sich die Akupunktur als Bestandteil der traditionell chinesischen Medizin als hilfreich. Ihre Wirkweise liegt insbesondere in allgemein beruhigenden und entzugsmindernden Effekten sowie in der Dämpfung des Nikotinverlangens und des Genusserebens von Zigaretten. Akupunktur versteht sich vorwiegend als Element eines umfassenden Behandlungsplanes, der entscheidend die Motivation und das Durchhaltevermögen der Klienten zu steigern vermag. Meist wird sie in vari-

ablen Sitzungen am Ohr und an der Hand durchgeführt. Eine bereits zuvor eintägige Rauchabstinenz erhöht die Erfolgsaussichten. Die Vorteile dieses Verfahrens liegen vor allem in der kurzfristigen Hilfe für den Ausstieg aus dem Tabakkonsum. Der Nutzen einer alleinigen Behandlung mittels Akupunktur für die längerfristige Aufrechterhaltung der Abstinenz gilt wissenschaftlich als nicht belegt.

29. Psychotherapeutische Maßnahmen

Psychologische bzw. psychotherapeutische Interventionen beruhen auf ganz unterschiedlichen Konzepten, mit dem Ziel der dauerhaften Abstinenz vom Tabakkonsum. Diese können als Gruppen- oder Individualbehandlung, aber auch in Form von Telefonberatung oder Selbsthilfeprogrammen angewendet werden. Ein wesentlicher Teil solcher psychotherapeutischen Maßnahmen orientiert sich an verhaltenstherapeutischen sowie kognitiv-therapeutischen Interventionen.

Selbsthilfeprogramme

Das Angebot an Materialien zur Selbsthilfe erweist sich als schwer überschaubar und mannigfaltig. Sie beruhen auf ganz unterschiedlichen theoretischen Hintergründen und setzen heterogene praktische Schwerpunkte. Allesamt erfordern sie ein großes Ausmaß an Engagement und Eigeninitiative. Hierunter finden sich Manuale und Broschüren zu Selbstanleitung und schrittweisem Vorgehen; weiters Ratgeber, die sich darüber hinaus auf Wissens- und Einsichtsvermittlung, die Vermeidung von Gewichtszunahme oder die Förderung der eigenen Fitness konzentrieren. Aber auch CD's und DVD's bieten sich an, die Entspannungsübungen und auto-suggestive Behandlungselemente zur Stärkung des Selbstvertrauens und der Veränderungsmotivation beinhalten.

Aversionstherapie

Sie zielt darauf ab, durch Vergiftungsanzeichen infolge eines verordneten übermäßigen und exzessiven Tabakkonsums das Rauchen als aversiv bzw. unangenehm zu erleben. Somit sollte dem Raucher

die Lust bzw. positive Erwartungshaltung gegenüber der Zigarette genommen und er in die Lage versetzt werden, selbst einen Ekel vor dem Rauchen zu verspüren, um es dadurch leichter aufzugeben. Die sonst als angenehm wahrgenommenen Effekte der Zigarette werden „umprogrammiert“, sodass die negativen Auswirkungen exzessiven Konsums voll zum Tragen kommen. Aversive Therapieansätze spielen innerhalb der breiten Angebotspalette nur noch eine weit untergeordnete Rolle.

Hypnose

Diese Technik der Suggestion soll insbesondere die Einstellung des Rauchers zum Konsum und dem eigenen Körpergefühl beeinflussen und verändern. Darüber hinaus dient Hypnose der Verminderung des Nikotindranges, der Stärkung der Willenskraft sowie der Konzentrationssteigerung auf die eigentliche Therapie. Zumindest längerfristig besitzt die Hypnosetherapie - als eine eigenständige Behandlungsform - keine überzeugenden Effektivitätsraten. Sehr wohl vermögen aber hypnotherapeutische Techniken einen wertvollen Beitrag innerhalb eines umfassenderen Behandlungsrahmens zu liefern. Durch Übungen zur Imagination eines rauchfreien Lebens, die auf innere Wahrnehmungsbilder abzielen - dass beispielsweise in Rauchfreiheit das Essen besser schmeckt oder die Wohnung anders riecht - lassen sich Vorbereitungen und Einstimmungen zur Abstinenz treffen. Mittels der Trancearbeit kann sich der Patient in einem subjektiven Erlebnisraum wieder finden, so als hätte er schon monatelang nicht mehr geraucht und die kritische Zeit der Rauchfreiheit bereits überwunden. In der Trancearbeit geht es auch um ein optimistisches Selbstbild, eine besondere Form der Selbstbestimmung und um ein neues Zutrauen in sich selbst.

Telefonberatung und Internetforen

Die sogenannten Rauchertelefone erheben durch gezielte Fragestellungen anfänglich den Rauchstatus und die Aufhörmotivation und bieten Antworten und Hilfeleistungen für individuelle Fragen und Anliegen zur Unterstützung der Tabakabstinenz. Ihre großen Vorteile liegen in der vielseitigen Ver-

fügbare, der örtlichen Unabhängigkeit und den flexiblen Nutzungszeiten. In diesen Beratungskontakten kann sowohl individuell und rasch als auch anlassorientiert auf die speziellen Bedürfnisse des Anrufers eingegangen werden. Das Rauchertelefon ist zum Ortstarif unter 0810 810 013 in ganz Österreich, Montag bis Freitag von 15:00 bis 18:00, zu benützen. Zudem stehen Mailkontakte (info@rauchertelefon.at) und eine Website (www.rauchertelefon.at) zur Verfügung.

Tagesseminare

Kurzfristige, auf mehrere Stunden bis auf einen Tag hin anberaumte Interventionen beschränken sich weitgehend auf die Förderung der Ausstiegsmotivation. Solche Programme verstärken den emotionalen Zwiespalt, in dem viele Raucher stecken, um sie dadurch zum Ausstieg aus der Sucht zu bewegen. Die bekannteste auf den Wandel der Einstellung zum Tabakkonsum abzielende Methode ist jene des „Easyway“ von Allen Carr. In eindrücklichen Beispielen, provokanten Formulierungen und einleuchtenden Reflexionen vermittelt sie unentwegt die Sinnlosigkeit und „Dummheit“ des Rauchens, weiters auch die gedanklichen Irrtümer und Fehlleistungen, die letztlich den Konsumenten an sein Suchtmittel fixieren. Indem mit solchen Vorurteilen aufgeräumt und die subjektive Bedeutung jeder Zigarette als Schein und Trugschluss entlarvt werden kann, sollten die Betroffenen in der Lage sein, das Problemverhalten einzustellen. Insbesondere den bislang konsonanten Rauchern mag dadurch eine stärker ambivalente, selbstkritische und nachdenkliche Einstellung dem Rauchen gegenüber möglich werden.

Mehrtägige Tabakentwöhnungskurse

Diese Ansätze beruhen meist auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Überlegungen und folgen einem strukturierten Ablauf. Zum einen geht es um die Steigerung der Abstinenzmotivation, den Abbau von Ängsten und die Entscheidung für die Rauchfreiheit. Zum anderen beinhalten sie eine klare Festlegung des Ausstiegsdatums („Tag X“) sowie die Vorbereitung und Stabilisierung des

rauchfreien Lebens. Solche Programme beinhalten häufig Techniken wie kognitive Umstrukturierungen und motivierende Gesprächsführung, wodurch der Klient leichter eine eindeutige Haltung und Motivation zur Beendigung des Rauchens einnehmen kann. Darüber hinaus geht es um die Vermittlung neuer Verhaltensweisen als Ausgleich bzw. als Bewältigungs- oder Problemlösestrategien gegenüber Rauchverlangen und Risikosituationen. Die Orientierung auf Rückfallsgefahren, Stressbewältigung, Umgang mit Suchtverlangen, Basisinformationen zur Tabaksucht etc. machen weitere Themen dieser Kurse aus. Solche verhaltenstherapeutische Ansätze enthalten häufig eine Reihe konkreter Techniken und Wirkelemente wie etwa Verhaltensbeobachtung und Protokollierung, Identifizierung von Hinweisreizen für das Rauchen, Aufbau von Alternativverhalten, Rückfallprophylaxe, Entspannungstechnik, Einbindung sozialer Unterstützung, Ernährungsberatung oder Gewichtskontrolle. Sie werden häufig in Gruppen mit einer Größe von 8 bis 12 Teilnehmern, einer Dauer von einer bis mehreren Wochen und bis zu 10 Sitzungen angeboten. Das gemeinsame Ziel und die wechselseitige Motivation unterstützen die Bemühungen des Einzelnen.

30. Gesundheitsreaktionen

Das Rauchen beeinträchtigt eine Vielzahl körperlicher Abläufe und Befindlichkeiten. Insbesondere die Rauchfreiheit bringt eine Vielzahl an gesundheitlichen Funktionsverbesserungen mit sich, die sich schon rasch nach Beendigung des Zigarettenkonsums einstellen können:

Nach 20 Minuten: Herzschlag, Blutdruck und Körpertemperatur sinken auf Werte von Nichtrauchern

Nach 8 Stunden: Sauerstoff verdrängt das Kohlenmonoxid aus dem Blut

Nach 24 Stunden: Das Risiko für einen plötzlichen Herztod nimmt ab

Nach 48 Stunden: Geruchs- und Geschmackssinn verbessern 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, die Abgespanntheit und Kurzatmigkeit werden deutlich besser

Nach 2 Jahren: Das Herzinfarkt- und Lungenkrebsrisiko sind deutlich gesunken

Nach 10 Jahren: Das Lungenkrebsrisiko ist so hoch wie bei einem Nichtraucher

Nach 15 Jahren: Das Herzinfarkt- und Lungenkrebsrisiko ist kaum höher als bei einem Nichtraucher

31. Literaturverweise

- Batra A., Tabakabhängigkeit. Steinkopff. 2000
- Batra A., Tabakabhängigkeit - Wissenschaftliche Grundlagen und Behandlung. Kohlhammer. 2005
- Batra A., Buchkremer G. Tabakentwöhnung - Ein Leitfaden für Therapeuten. Kohlhammer. 2004
- Batra A., Buchkremer G. Nichtraucher! Erfolgreich aussteigen in 6 Schritten. Kohlhammer. 2006
- Carr A., Endlich Nichtraucher. Goldmann. 1992
- Dahlke R., Nichtraucher leicht gemacht. H. Hubendubel-Verlag. 2005
- Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg (dkfz). Passivrauchende Kinder in Deutschland - frühe Schädigungen für ein ganzes Leben. 2003
- Haller R., (Un)glück der Sucht. Wie Sie Ihre Abhängigkeiten besiegen. Ecowin. 2007
- Haustein KO., Tabakanhängigkeit. Deutscher Ärzte-Verlag. 2001
- Kröger CB, Lohmann B., Tabakkonsum und Tabakabhängigkeit. Hogrefe. 2007
- Lindinger P., Nichtraucher und trotzdem schlank! Fischer. 2000
- Lindinger P., Lust und Last des Rauchens. Fischer. 2004
- Rossi CP., Die Zigarette - Leben mit einer verführerischen Geliebten. Berenberg. 2004
- Schmidt LG und Mitarbeiter., Evidenzbasierte Suchtmedizin. Deutscher Ärzte-Verlag. 2006
- Schobersberger R., Kunze. M. Nikotinabhängigkeit - Diagnostik und Therapie. Springer. 1999
- Von der Heydt I., Rauchen Sie? Verteidigung einer Leidenschaft. Dumont. 2005



EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFT
Gefördert aus dem Europäischen Fonds
für Regionale Entwicklung



Vorarlberg
unser Land