



in Zusammenarbeit mit dem Dezernat für Fortbildung und Gesundheitsförderung der Bundesärztekammer und dem Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT e.V.)

Nr. 2
Februar
2005

Editorial

Dass Tabakentwöhnung für Kolleginnen und Kollegen in Praxis, Klinik und Beratungsstellen ein zunehmend wichtiges Thema wird, wurde auch auf der 2. Deutschen Konferenz für Tabakkontrolle deutlich, die am 15. und 16. Dezember 2004 im Deutschen Krebsforschungszentrum stattfand. Dort war die Nachfrage nach den beiden Workshops zur Tabakentwöhnung unter den mehr als 300 Teilnehmern immens. In den Zwischenfragen und Diskussionen wurde deutlich, dass insbesondere ein großes Interesse an der praktischen Umsetzung von evidenzbasierten Interventionen in der konkreten Beratungssituation besteht.

Im Mittelpunkt dieser zweiten Ausgabe unseres Newsletters stehen die verhaltens- und psychotherapeutischen Interventionen und die Interventionen bei den speziellen Populationen „Schwangere“ und „Jugendliche“, die in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) empfohlen werden.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für erfolgreiche Tabakentwöhnung

Ihr Redaktionsteam

Martina Pötschke-Langer
Peter Lindinger
Anil Batra
Wilfried Kunstmann

Neuigkeiten

1) Unter der Adresse <http://www.motivatehealthyhabits.com/smoking-old/task1.php3?slidenum=01> findet sich ein kurzes englischsprachiges Demo-Video, in dem Ausschnitte einer Kurzintervention mit einer gering ausstiegsmotivierten Patientin gezeigt werden

2) Weltnichtrauchertag am 31. Mai 2005
Motto: Gesundheitsberufe und Tabakkontrolle
Infos unter http://www.euro.who.int/tobaccofree/Projects/20040924_2 sowie <http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2005/rationale/en/>

Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung

Fortbildungen für Fachberufe:

1. Heidelberger Curriculum Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung – Basiswissen und praktische Anleitungen. Empfohlen von der Bundesärztekammer für die Fachkunde Suchtmedizin. Ärztinnen und Ärzte erhalten 5 Fortbildungspunkte

Inhaltsverzeichnis:

Neuigkeiten	1
Veranstaltungen zur Tabakentwöhnung	1
Schwerpunktthema: Die deutschen Leitlinien zur Tabakentwöhnung – Teil II	2-4

te der Landesärztekammer Baden-Württemberg. **Termine:** 25. Februar 2005 (nur für Ärztinnen und Ärzte) und 24. Juni 2005 (jeweils freitags 14–18 Uhr). Infos unter www.tabakkontrolle.de; Anmeldung unter who-cc@dkfz.de

2. Kursleiterschulung für das Gruppenprogramm „Eine Chance für Raucher – rauchfrei in 10 Schritten“ durch das Institut für Therapieforschung München. Infos unter <http://www.vtausbildung.de/praevention/10schritte.htm>; Anmeldung bei Olga Lichtig (E-mail: lichtig@ift.de)
Tel.: 089/360804-68, Fax: 089/360804-69

3. „Crash-Kurs“ für Ärzte zum Erwerb von Kenntnissen zur Raucherentwöhnung. **Termin:** 19. März 2005
Infos bei der Landesärztekammer Thüringen Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung Frau Schneider, Postfach 10 07 40, 07707 Jena

4. Hamburger Suchttherapietage (mit 20stündigem WAT-Curriculum Tabakentwöhnung). **Termin:** 17.–20. Mai 2005, Programm unter www.suchttherapietage.de

5. Onlineseminar „Tabakabhängigkeit, Raucherberatung, Tabakentwöhnung“ des Bundesverbandes Deutscher Pneumologen unter <http://www.pneumologenverband.de/medinfo/main/passthru/onlineseminare/6.shtml>.
Dauer ca. 12 Unterrichtsstunden; mit Abschlussstest

6. Online-Workshop der University of Massachusetts Medical School „Basic Skills for Working with Smokers“ unter <http://www.umassmed.edu/behavmed/tobacco/scheduled.cfm>.
Dauer mindestens 11 Stunden; mit Abschlussstest

Kongresse/Tagungen:

7. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakabhängigkeit (WAT e.V.). Themenschwerpunkt: „Tabakentwöhnung – niederschwelliger Zugang oder individualisierte Therapie?“ Ärzte und Psychologen erhalten 4 CME-Fortbildungspunkte. **Termin:** 16. März 2005, 13–17 Uhr
Gästehaus der Universität Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Infos unter KeimRPI@t-online.de

8. Society for Research on Nicotine and Tobacco (SRNT) 11th Annual Meeting and 7th Annual European Conference. **Termin:** 20.–23. März 2005, Hilton Prag, Tschechische Republik. Infos unter <http://www.srnt.org/meeting/2005/2005.html>

SCHWERPUNKTTHEMA:

Die deutschen Leitlinien zur Tabakentwöhnung – Teil II Verhaltens- und psychotherapeutische Interventionen

Unter der Federführung von Anil Batra wurden von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DG-Sucht) differenzierte Empfehlungen zur Tabakentwöhnung erarbeitet. Vorab sind hier die wichtigsten Empfehlungen zusammengestellt. Eine Publikation wird in Kürze erfolgen. Die folgenden Auszüge der Leitlinien werden durch *kursiv gekennzeichnete Kommentare* ergänzt.

Die Beurteilung der Evidenz der zitierten Arbeiten erfolgte gemäß den Empfehlungen des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin ÄZQ in vier Stärken:

Ia: Vorliegen einer Metaanalyse oder von mindestens 2 kontrollierten, randomisierten Studien
 Ib: Evidenz aufgrund mindestens einer kontrollierten, randomisierten Studie (RCT)
 IIa: Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, kontrollierten Studie (Fallkontroll- oder Kohortenstudie)
 IIb: Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi experimentellen Studie ohne Randomisierung
 III: Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht experimenteller deskriptiver Studien ohne Randomisierung (Vergleichsstudie, Korrelationsstudie)
 IV: Evidenz aufgrund Berichten, Meinungen von Expertengruppen, Konsensuskonferenzen und / oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten ohne quantitative Datenanalyse

Empfehlungen sind in 3 Klassen unterteilt:
 A: Empfehlung empirisch gut fundiert (wenigstens eine Metaanalyse, systematisches Review oder eine RCT oder Studien in der Studienpopulation mit konsistentem Ergebnis; Ia, Ib)
 B: Empfehlung allgemein begründet (Studien der Evidenzklasse IIa, IIb, III liegen vor)
 C: Empfehlung im Einzelfall klinisch belegt (Evidenz der Klasse IV liegt vor)

Eine Reihe von Maßnahmen aus dem Bereich der klassisch-verhaltenstherapeutischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Intervention findet in der Raucherentwöhnung Anwendung:

- Verhaltensanalysen
- Selbstbeobachtung
- Verhaltenskontrakte
- Entwicklung von Verhaltensalternativen
- Kognitive Umstrukturierung
- Stressbewältigung
- soziale Unterstützung
- Rollenspiele
- Entspannungstechniken
- Selbstkontrolltechniken etc.

Die Anwendung von verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethoden findet sich in fast allen strukturierten Behandlungskonzepten und therapeutischen Anwendungen zur Unterstützung der Raucherentwöhnung wieder. Für viele Komponenten konnte eine spezifische Wirksamkeit nachgewiesen werden. Studien zu psychodynamisch orientierten Therapieansätzen fehlen dagegen vollständig. Psychodynamisch/analytische Methoden spielen in der Behandlung der Tabakabhängigkeit praktisch keine Rolle. Die Ergebnisse der Metaanalyse der Behandlungen mittels verhaltenstherapeutisch basiertem Rückfallsmanagement sind

deutlich signifikant. Dieser Ansatz erhöht nach vorliegenden Studien die langfristige Abstinenzquote um eine OR von 1.5 (95% CI: 1.3-1.8, Fiore et al. 2000) gegenüber einer fehlenden Intervention. In einer Metaanalyse, die sich auf 30 Studien stützte, zeigte sich eine deutliche und signifikante Überlegenheit der Gruppenprogramme (*die i.d.R. auf verhaltenstherapeutischem Rückfallmanagement basieren*) über Selbsthilfe-Interventionen OR=2.16 (95% CI: 1.4-2.7) bzw. gegenüber fehlender Intervention oder Minimalintervention OR=1.91 (95% CI: 1.2-3.0).(Ia)

Behandlungen mittels verhaltenstherapeutisch basiertem Rückfallmanagement (...) bilden nach den vorliegenden Untersuchungen einen der wesentlichen Bausteine in der Behandlung der Tabakentwöhnung.

Problemlöse-Training und Training von allgemeinem Bewältigungsverhalten	
Strategien	Beispiele
Basisinformationen Bereitstellen von Basiswissen zum Rauchen und erfolgreicher Entwöhnung	Dauer und Wesen des Entzugs Rauchen als Sucht Die Illusion der Kontrolle – z.B. „nur mal ein Zug“ erhöht die Rückfallgefahr enorm
Erkennen von individuellen Risikoprofilen Identifikation von äußeren Ereignissen, inneren Zuständen oder Aktivitäten, die möglicherweise die Gefahr vergrößern, wieder zu rauchen/rückfällig zu werden	Unter Rauchern sein Unter Zeitdruck stehen In eine Auseinandersetzung geraten Verlangensattacken oder schlechte Laune haben Alkohol konsumieren
Bewältigungsverhalten Erkennen und Einüben von Bewältigungs- oder Problemlösestrategien Diese Fähigkeiten werden typischerweise zur Überwindung von gefährlichen Situationen eingesetzt	Lernen, Gefahrensituationen vorauszusehen und ihnen auszuweichen Erlernen von mentalen Strategien, um negative Stimmungen zu reduzieren Umsetzen eines gesunden Lebensstils, der Stress vermindert, Lebensqualität verstärkt und Lebensfreude fördert Mentale und verhaltensbezogene Aktivitäten erlernen, um die Aufmerksamkeit vom Rauchverlangen wegzuverlagern
Unterstützung innerhalb der Tabakentwöhnungsbehandlung	
Den Patienten positiv verstärken und seine Selbstwirksamkeit fördern	Darauf hinweisen, dass jetzt effektive Entwöhnungsbehandlung zugänglich/ verfügbar ist Darauf hinweisen, dass etwa die Hälfte aller Personen, die je geraucht haben, inzwischen aufgehört haben Vermitteln, dass Sie daran glauben, dass der Patient es schaffen kann Fragen, was der Patient in bezug auf den Rauchstopp empfindet Unmittelbare Anteilnahme und Bereitschaft zur Unterstützung ausdrücken Offen sein für Befürchtungen, Ängste, erlebte Schwierigkeiten und Ambivalenz
Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten fördern	Nachfragen: Ausstiegsgründe Schwierigkeiten beim Ausstieg Erzielte Erfolge Sorgen und Ängste rund ums Aufhören

Soziale Unterstützung durch die Therapeuten und soziale Unterstützung außerhalb des therapeutischen Rahmens (Freunde, Familie, Kollegen) verbessern die Ergebnisse der Raucherentwöhnung (Ia). Nach den vorliegenden Untersuchungen bilden sie wesentliche Bausteine der Behandlung der Tabakabhängigkeit.

Unabhängig vom eher pharmakologisch geprägten craving lässt sich bei vielen Ex-Rauchern eine unspezifische, über die Zeit des Entzugs hinausreichende Lust auf das Rauchen beobachten, der sinnvollerweise mit den vorgenannten verhaltenstherapeutischen Elementen eines Rückfallmanagements begegnet werden sollte.

Weder die prophylaktische Behandlung von möglichen affektiven Problemen, noch prophylaktische Gewichtskontrollmaßnahmen scheinen die Ergebnisse der Tabakentwöhnung nach

vorliegenden Untersuchungsergebnissen zu verbessern (Ia). Auch **Kontingenzkontrakte**, **Entspannungstechniken** und **Atemübungen** verbessern die Ergebnisse der Raucherentwöhnung nach den vorliegenden Untersuchungen nicht (Ib). *Obwohl Befunde aus der Prädiktorforschung vorliegen, dass affektive Probleme, ein hohes Belastungsniveau oder eine starke Gewichtszunahme mit geringeren Erfolgschancen einhergehen (z.B. Minneker 1991), ist es bislang nicht gelungen, Behandlungen bezüglich dieser Risikofaktoren zu adaptieren (s auch „Schlussbemerkung“). Eine mögliche Erklärung hierfür könnte darin bestehen, dass solche Zusatzmodule häufig nur auf Kosten anderer Programmkomponenten eingebracht werden können, womit die Effektivität des Behandlungsprogramms insgesamt nicht verbessert wird.*

Aversionstherapie ist nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung eine Methode mit möglichem Behandlungspotential (II). Auf eine breite Anwendung sollte jedoch bei unsicherem Nachweis und möglichen gesundheitsschädlichen Schäden angesichts der zahlreichen Behandlungsalternativen verzichtet werden (IV).

Die teilweise spektakulär anmutenden aversiven Techniken wie rapid smoking (rasches Rauchen einer Vielzahl von Zigaretten innerhalb kürzester Zeit) oder oversmoking (eine Verdoppelung oder Verdreifachung des Tageskonsums) wurden v.a. in den 70er und 80er Jahren in den USA angewandt (Lando et al 1978, Lichtenstein et al. 1977). Trotz signifikant positiver Effekte (OR 1.98, KI 1.36 – 2.90 für rapid smoking, Hajek & Stead 2004) müssen die vorliegenden Daten auf Grund methodischer Probleme mit Einschränkung beurteilt werden (Fiore et al. 2000, Hajek & Stead 2004).

Therapien, die auf dem „Motivational Interviewing“ basieren, werden zurzeit in einer Reihe von größeren Studien zur Behandlung unterschiedlicher Suchtformen einschließlich Tabak angewandt. In der Behandlung von Patienten mit Alkoholproblemen zeigten sich positive Ergebnisse. Ob diese Ergebnisse sich auf die Raucherentwöhnung übertragen lassen, bleibt abzuwarten (Ockene et al. 2000).

Der derzeitige Stand der Forschung ist möglicherweise Ausdruck der auch weiter unten erwähnten Teilnehmerselektion: Aufgenommen werden i.d.R. nur bereits ausstiegsmotivierte Raucher, bei denen die motivierende Gesprächsführung die Änderungskompetenzen nicht zusätzlich stärken kann. In Behandlungssettings, bei denen der Anteil wenig motivierter Raucher größer ist, konnten ermutigende Effekte erzielt werden (Colby et al. 1998, Richter et al. 2002).

In einem aktuellen BMBF-Projekt in Allgemein- und Sucht-Rehakliniken waren die Teilnehmer eines auf dem Motivational Interviewing-basierten Motivationsprogramms genauso erfolgreich wie die Teilnehmer eines kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programms (Metz et al. 2004, Kröger et al. 2004). Inwieweit sich diese Ergebnisse auch auf Patienten in anderen Settings wie ambulante Gruppen übertragen lassen, muss noch geprüft werden.

Anwendungsformen verhaltenstherapeutischer Interventionen

Selbsthilfematerialien scheinen einen signifikanten therapeutischen Effekt zu haben, besonders wenn sie individualisiert werden. Der Effekt ist jedoch fraglich, wenn das Selbsthilfematerial zusätzlich zu einer Pharmakotherapie oder einer individuellen Beratung gegeben wird (Ia).

Es muss deutlich unterschieden werden zwischen den Materialien, die in wissenschaftlichen Studien eingesetzt und untersucht werden und der im Buchhandel erhältlichen Fülle von Ausstiegsratgebern.

Die Qualitäten, aber auch die Ansprüche der verschiedenen Bücher sind sehr unterschiedlich. Die im deutschsprachigen Raum verfügbaren Manuale sind laut einer Analyse von Schumann et al. (1999) nur zum Teil nach verhaltenstherapeutischen Grundsätzen konzipiert.

Bei insgesamt ungenügender Nachweissituation zeigt sich bei einer ausreichenden Anzahl von **Telefonberatungs-Kontakten** möglicherweise eine positive Beeinflussung der Therapieergebnisse (Evidenz Ib).

Inzwischen hat sich die Nachweissituation für die Wirksamkeit der telefonischen Raucherberatung im Vergleich zu anderen Interventionen ohne persönlichen Kontakt etwas gebessert (OR 1.56, 1.38 - 1.77, Stead & Lancaster 2003). Die Angebote telefonischer Raucherberatung haben in den letzten Jahren in Deutschland stetig zugenommen. Zwei bundesweit zugängliche und einige regionale Rauchertelefone haben die Versorgungssituation für Raucher verbessert.

Gruppen- versus Einzelbehandlung

In der Abwägung der Indikation zwischen einer intensiven verhaltenstherapeutischen Behandlung in der **Gruppe** oder als **Einzelbehandlung** im Vergleich mit einer beratenden Minimalintervention spielen mehrere Aspekte eine Rolle: die höheren Kosten der intensiveren Behandlung rechtfertigen einen Einsatz der individualisierten Verhaltenstherapie in der Gruppe oder in der Einzelbehandlung nur bei einer nachweislich höheren Effektivität. Eine individuelle Behandlung ist nach vorliegenden wenigen Untersuchungen signifikant effektiver als Minimalinterventionen (OR=1.55, 95% CI: 1.3-1.9; Ia). Es ist davon auszugehen, dass insbesondere stark abhängige Raucher von einer intensiveren Behandlung deutlich besser profitieren als von einer Beratung (IV). Unter gesundheitsökonomischen Aspekten ergäbe sich hieraus die Indikation zur intensiveren Behandlungsform.

Individuelle Therapien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit sind wirksamer als Minimalinterventionen (Evidenz Ia).

Gruppentherapien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit sind wirksam, der Einzelbehandlung jedoch nicht überlegen (Evidenz Ia).

Bei therapeutischen Interventionen ließ sich eine Verbesserung der Ergebnisse durch längere Einzelsitzungen (>10 min) und häufigere Kontakte (>8) erzielen. Die Ergebnisse wurden allerdings durch Gesamtkontaktzeiten über 90 min nur unwesentlich, über 300 min nicht verbessert (Ia, Fiore et al. 2000). Allerdings fehlen Untersuchungen zu den optimalen Abständen zwischen den Sitzungen oder dem Zusammenhang mit spezifischen Therapieformen.

Die Anwendung von mehr als einer Vorgehensweise (z.B. Selbsthilfe und Gruppen) scheint die Ergebnisse zu verbessern. Nach den gegenwärtigen Untersuchungsergebnissen scheinen mindestens 8 Sitzungen von mindestens 10 Minuten Dauer für eine optimale Therapie notwendig (Ia). Eine Erhöhung der Gesamtkontaktzeit über 300 min führt zu keinen Ergebnisverbesserungen (Ia).

Schlussbemerkung

Die Beurteilung der einzelnen Verfahren muss bei der gegenwärtigen Datenlage mit Einschränkung erfolgen. Psychotherapeutische Verfahren zeigen unterschiedliche Erfolgsraten abhängig vom individuellen Anwendungsrahmen und vom Therapeuten. Die gegenwärtigen Erfolgsraten liegen z.T. im Rahmen einstelliger Prozentzahlen und erfordern bei methodisch schwieriger Durchführung relativ große Fallzahlen. *Die relative Überlegenheit im Vergleich zu einer Kontrollbedingung (bemessen als Odds ratio) ist jedoch nachgewiesen.*

Diese Studien sind aufwändig, kostspielig und technisch schwierig. Die untersuchten Populationen waren bei den verschiedenen Studien uneinheitlich. So wurden die Selbsthilfemanuale z. T. an große Gruppen von unselektionierten Rauchern verteilt. Andere Untersuchungen wiederum wurden an Gruppen von selektionierten Populationen untersucht. Weitere Studien werden benötigt und können zu Revisionen der aktuellen Beurteilung führen.

Nicht-medikamentöse therapeutische Interventionen sind wirksam vermittelbar mittels

- Eigenständiger Selbsthilfematerialien (möglicherweise weniger wirksam als Adjuvans) (Evidenz Ib)
- Telefonberatungen (Evidenz Ib)
- strukturierter Gruppen (Evidenz Ia).
- Individualbehandlungen (Evidenz Ia).

Es besteht eine Beziehung zwischen der Intensität der Unterstützung und der Effektivität der Maßnahme, Die Behandlungserfolge der erwähnten „psychotherapeutischen Interventionen“ sind unabhängig von einer gleichzeitig durchgeführten Pharmakotherapie (Ia). Das heißt, die Behandlungsergebnisse einer pharmakologischen Behandlung lassen sich durch „psychotherapeutische Behandlungen“ und „psychotherapeutische Interventionen“ lassen sich durch pharmakotherapeutische Interventionen verbessern.

Bisherige Untersuchungsergebnisse ergeben für die Akupunktur oder die Hypnotherapie keine Wirksamkeit zusätzlich zum Placeboeffekt.

Für keine der „alternativen“ Interventionen (*homöopathische oder kräutermedizinische Produkte*) existieren Wirksamkeitsnachweise.

Bei einer Vielzahl von weiteren therapeutischen Maßnahmen müssen Untersuchungen abgewartet werden, um eine empirische Beurteilung der Behandlungsmodalitäten zu erlauben (einschließlich Behandlungen nach den Prinzipien des motivational interviewing, cue exposure, physiologische feed-back, etc.).

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse erlauben es bisher nicht, spezifische Methoden für spezifische Untergruppen von Rauchern zu empfehlen. D.h. es ist nach dem gegenwärtigen Stand der Dinge nicht möglich, dem tabakabhängigen Patienten individuell spezifische Therapien auf empirischer Basis zu empfehlen. Auch gibt es keine empirischen Nachweise für spezifische Wirksamkeit (überadditive Effekte) von bestimmten Kombinationen von pharmakologischen und non-pharmakologischen Behandlungen.

Spezielle Problemgruppen

Schwangere Frauen sollten so früh wie möglich in der Schwangerschaft aufgefordert werden, den Tabakkonsum einzustellen.

Die Behandlung schwangerer Raucherinnen muss um Therapie-module ergänzt werden, die eine langfristige Aufrechterhaltung der Abstinenzmotivation zum Ziel haben (IV).

Schwangeren Raucherinnen, die trotz einer professionellen, nichtmedikamentösen Unterstützung nicht abstinent werden können, soll eine Nikotinsubstitution angeboten werden (IV).

Die Behandlung sollte in den Händen der betreuenden Gynä-

kologen oder Hausärzte verbleiben. Die behandelnden Ärzte sollten die Anwendung der Nikotinersatztherapie überwachen.

Vor dem Einsatz von Nikotin zur Behandlung der Tabakabhängigkeit bei **Jugendlichen** sollte die Schwere der Abhängigkeit erfasst, alternative Formen der Therapie untersucht und die Behandlung im Falle einer Verschreibung von Nikotinersatz sorgfältig überwacht werden (WHO 2001).

Der Einsatz von Nikotinersatzpräparaten soll nur bei Vorliegen einer Abhängigkeitsdiagnose und bei einer Unfähigkeit zur Abstinenz ohne medikamentöse Unterstützung unter ärztlicher Kontrolle erfolgen (IV, WHO 2001).

Im Fall einer Abstinenzunfähigkeit oder mangelnden Motivation zur Abstinenz kann ein Behandlungsansatz mit dem Ziel einer Reduktion des Tabakkonsums eine Alternative darstellen (IV, WHO 2001).

Die Nikotinsubstitution in Verbindung mit verhaltenstherapeutischen Selbstkontrollstrategien unterstützt den Raucher bei der Reduktion des täglichen Zigarettenkonsums (II, Hughes 2000). *Da auch ein sehr geringer Tabakkonsum zu signifikanten Gesundheitsschäden führt (z.B. eine um 40% erhöhte Wahrscheinlichkeit für einen Herzinfarkt bei 1 bis 5 Zigaretten pro Tag, Yusuf et al. 2004), werden die Konzepte zum kontrolliert reduzierten Rauchen sich daran messen lassen müssen, inwieweit sie sich zur Vorbereitung einer vollständigen Abstinenz eignen.*

Quellen

- Batra A, Lindinger P, Schütz C (in Vorbereitung) AWMF-Leitlinien zur Behandlung der Tabakabhängigkeit
- Colby SM, Monti PM, Barnett NP, Rohsenow DJ, Weissman K, Spirito A, Woolard RH, Lewander WJ. (1998) Brief Motivational Interviewing in a hospital setting for Adolescent Smoking: A preliminary study. J Cons Clin Psychol.; 66 (3): 574–578.
- Fiore MC, Bailey WC, Cohen SJ et al. (2000) Treating Tobacco Use and Dependence. Clinical Practice Guideline. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Am J Public Health Service.
- Hajek P, Stead LF (2004) Aversive smoking for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3
- Hughes JR (2000) Reduced smoking: an introduction and review of the evidence. Addiction. 95 (Suppl 1): 3–7.
- Kröger, C., Metz, K. & Bühler, A. (2004). Tabakentwöhnung bei Patienten in Rehabilitationskliniken. Suchtmedizin, 6, 61–66
- Lando HA. (1978) Stimulus control, rapid smoking, and contractual management in the maintenance of nonsmoking. Behavior Therapy, 9:962–963.
- Lichtenstein E, Rodrigues MR. (1977) Long-term effects of rapid smoking treatment for dependent cigarette smokers. Addictive Behaviors;2:109–112
- Metz K, Kröger C, Schulz F, Heppekausen K (2004) Smoking Cessation in Rehabilitation Centres for Alcoholics: Comparing a Motivational and a Skill Training Program. Poster präsentiert auf der 6. Annual Conference of the SRNT Europe, Tübingen, 6.–9. Oktober 2004
- Minneker-Hügel, E. (1991) Bedingungen des Rückfalls bei Rauchern. Frankfurt: Peter Lang
- Schumann A, Hapke U, John U (1999) Selbsthilfemanuale zur Raucherentwöhnung: Bewertung anhand inhaltlicher und formaler Kriterien. Sucht. 45: 250–262.
- Stead LF, Lancaster T, Perera R. (2003) Telephone counselling for smoking cessation. The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1
- Stotts AL., DiClemente CC, Dolan-Mullen P (2002) One-to-one: A motivational intervention for resistant pregnant smokers. Addictive Behaviors, 27, 275–292
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S et al. (2004) Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet; 364:937–952
- World Health Organization (2001) Regulation of Nicotine Replacement Therapies: An Expert Consensus. Copenhagen