

1 Zur Nutzung dieses Buches

Das Tabakentwöhnungsprogramm »Nichtrauchen! Erfolgreich aussteigen in 6 Schritten« wird üblicherweise in einer Gruppe mit sechs bis 12 Personen durchgeführt. Das Programm ist interaktiv konzipiert. Die Therapeuten geben die Struktur vor und sprechen relevante Themen und Probleme an, die dann von den Teilnehmern diskutiert und umgesetzt werden. Eine Gruppengröße von mehr als 12 Personen erlaubt es nur unzureichend, auf individuelle Probleme einzugehen. Bei einer zu kleinen Gruppengröße dagegen leidet manchmal die Ideenentwicklung durch die Teilnehmer. Die Sitzungen finden üblicherweise einmal wöchentlich statt und dauern jeweils 90–120 Minuten. Der Schwerpunkt liegt auf psychotherapeutischen Strategien, das Programm beinhaltet aber auch Informationen und individuelle Empfehlungen zum Einsatz einer medikamentösen Begleitbehandlung. Unserer Erfahrung nach sind nicht alle Teilnehmer dazu bereit, eine medikamentöse Unterstützung anzuwenden. Die psychotherapeutischen Interventionen werden üblicherweise sehr gut angenommen.

Zu Beginn dieses Buches werden die Diagnostik, physiologische und psychologische Aspekte der Tabakabhängigkeit, psychiatrische Komorbiditäten sowie therapeutische Strategien, die bei der Anwendung des Programms hilfreich sind, zusammenfassend dargestellt. Im Anschluss an die Beschreibung des Grundprogramms wird der Umgang mit typischen Problemen besprochen, die im Verlauf einer Tabakentwöhnung auftreten können. Im Einzelnen handelt es sich dabei um die Bewältigung einer schwer ausgeprägten Entzugssymptomatik, die Regulation negativer Gefühle, den Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten und Stressmanagementstrategien. Außerdem werden geschlechterspezifische Aspekte der Tabakentwöhnung besprochen. In jedem Kapitel wird zunächst in das Thema eingeführt. Dieses Hintergrundwissen ist für Sie als Therapeut relevant, den Kursteilnehmern muss es jedoch nicht in dieser Detailfülle vermittelt werden. Anschließend werden die Ziele des jeweiligen Moduls dargestellt und Möglichkeiten beschrieben, wie dieses in die Praxis umgesetzt werden kann. Am Ende eines jeden Kapitels weisen wir auf weiterführende Literatur hin, wobei wir deutsche Texte bevorzugt haben. Die ergänzenden Therapiematerialien bestehen aus Arbeitsblättern, die im Buch abgedruckt und auch als separates elektronisches Dokument über ContentPLUS verfügbar sind, sowie einer Folienpräsentation, die in Form einer Power-Point-Datei ebenfalls über ContentPLUS zur Verfügung steht. Weitere Informationen hierzu finden Sie auf der vorderen Umschlaginnenseite.

Als Autoren freuen wir uns sehr über Rückmeldungen, Ihre Erfahrungsberichte mit dem Material und Tipps zur Verbesserung dieses Buches.

Kontaktadresse:

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Sektion Suchtforschung und Suchttherapie
Arbeitskreis Raucherentwöhnung
Calwer Str. 14
72070 Tübingen
Tel.: 07071 / 29 8 73 46
E-Mail: sucht@med.uni-tuebingen.de
Internet: www.medizin.uni-tuebingen.de/ukpp

2 Grundlagen zur Tabakabhängigkeit und Entwöhnung

2.1 Physiologische Abhängigkeit

Das in Tabakprodukten enthaltene Nikotin verfügt über ein hohes Abhängigkeitspotenzial, das von Rauchern meist erheblich unterschätzt wird. Aufgrund des raschen Blutdurchflusses in der Lunge wird das inhalierte Nikotin sehr schnell ins Blut aufgenommen. Innerhalb von sieben bis zehn Sekunden entfaltet es seine Wirkung im zentralen Nervensystem an speziellen Bindungsstellen, den nikotinergen Acetylcholinrezeptoren. In einer vereinfachten neurobiologischen Modellvorstellung wird von einem dopaminergen »Belohnungssystem« im Gehirn ausgegangen. Nikotin aktiviert dieses Belohnungssystem, das Gefühle von Lust, Freude und Befriedigung reguliert. Durch das Rauchen wird die Freisetzung verschiedener Botenstoffe im Gehirn stimuliert, u. a. Dopamin, Acetylcholin, Noradrenalin und Serotonin. In geringen Dosen kommt es im Rahmen einer cholinerg-katecholaminergen Aktivierung zu einer Anregung, Leistungssteigerung und Aktivierung. Bei höherer Dosierung stellt sich dagegen aufgrund einer cholinergen Blockade und β -Endorphin-Freisetzung eine beruhigende und entspannende Wirkung ein. Die als angenehm empfundenen pharmakologischen Wirkungen, insbesondere die dopaminerge Aktivierung, liegen (unter anderem) der Etablierung einer Tabakabhängigkeit zugrunde. Zudem scheint regelmäßiges Rauchen die Aktivität der Enzyme Monoaminoxidase A und B zu vermindern, was mit einer antidepressiven Wirkung einhergeht und ebenfalls zur Entwicklung einer Tabakabhängigkeit beiträgt.

Langfristig entwickelt sich durch regelmäßiges Rauchen eine Toleranz gegenüber den akuten Wirkungen des Nikotins, sodass Tabakkonsumenten nach und nach die Zigarettenmenge steigern, um die positiv erlebten Effekte des Nikotins weiterhin spüren zu können. Zudem kommt es zu einer Desensibilisierung der Nikotinrezeptoren und, als Folge der wiederholten und verlängerten Rezeptordesensibilisierung, zu einer Vermehrung dieser Rezeptoren im Gehirn. Dies spielt besonders bei starken Rauchern eine Rolle, denn die Rezeptorenvermehrung erfolgt in Abhängigkeit von der Nikotindosis. Es wird angenommen, dass regelmäßige Raucher während eines Abstinenzversuchs Rauchverlangen und Entzugerscheinungen erleben, sobald die Rezeptoren beginnen, sich von der Desen-

sibilisierung zu erholen. Das Nikotinentzugssyndrom ist charakterisiert durch physiologische und emotionale Symptome unterschiedlicher Zusammensetzung und Schweregrade und ist umso stärker ausgeprägt, je höher der Nikotinkonsum war. Entzugssymptome sind nicht gesundheitsbedrohlich, werden aber von den Rauchern meist als unangenehm bis stark beeinträchtigend empfunden. Sie zählen zu den am häufigsten genannten Faktoren, die einen Rauchstoppversuch verhindern, den Entwöhnungsprozess erschweren und zu frühen Rückfällen führen. Entzugssymptome und Rauchverlangen können durch eine medikamentöse Unterstützung ebenso wie durch psychotherapeutische Strategien wirkungsvoll verhindert bzw. reduziert werden.

Obwohl durch regelmäßiges Rauchen die Dopaminausschüttung zunächst gesteigert wird, reduziert sich langfristig die Fähigkeit des Gehirns, Dopamin auszuschütten. Ein Entzug von Nikotin ist daher mit einer Minderung der Dopaminfreisetzung unter das Ausgangsniveau verbunden, was zu einer Dysregulation des körpereigenen Belohnungssystems führt und einen Teil der affektiven Symptomatik des Entzugssyndroms erklären könnte.

Diese Befunde (Reagibilität des zentralen Belohnungssystems auf Nikotin, Veränderung der Nikotinrezeptoranzahl und affektive Modulationen durch den Tabakkonsum) fassen nur die wichtigsten Erkenntnisse zur Neurobiologie der Tabakabhängigkeit zusammen, die sehr komplex und noch nicht gänzlich verstanden ist. Die Ausführungen sollen aber verdeutlichen, warum im Falle einer bestehenden Abhängigkeit die reine Vorsatzbildung der Raucher häufig nicht ausreicht, um die Abstinenz zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Die Vermittlung eines neurobiologischen Modells ist für die Motivationsförderung und die Entwöhnungstherapie wichtig und hilfreich und begründet auch die Notwendigkeit einer medikamentösen Mitbehandlung bei starker Nikotinabhängigkeit.

Ergänzende Literatur

Heinz, A., Batra, A., Scherbaum, N., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2012) Neurobiologie der Abhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.

Singer, M.V., Batra, A., Mann, K. (Hrsg.) (2011) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Thieme.

2.2 Psychologische Abhängigkeit

Psychologische und neurobiologische Theorien zum Rauchen ergänzen sich wechselseitig. Die positiv und negativ verstärkenden Wirkungen des Nikotins und das Bestehen einer körperlichen Abhängigkeit sind entscheidende Faktoren für die Aufrechterhaltung des Tabakkonsums und das Scheitern von Abstinenzversuchen. Lerntheoretisch werden die Entwicklung und das Aufrechterhalten

des Rauchverhaltens durch Modelllernen, klassische und operante Konditionierungsprozesse sowie kognitive Prozesse erklärt. Diese lerntheoretischen Überlegungen bildeten auch die Grundlage für die Konzeption der psychotherapeutisch basierten Standardbehandlung und der Ergänzungsbausteine.

Oft bildet sich schon bei Kindern durch Beobachten der Eltern, befreundeter Raucher, Stars, Werbespots usw. eine Bewertung des Rauchens aus (z. B. »Rauchen ist cool«). Somit spielen zu Beginn vor allem sekundäre Effekte eine Rolle wie soziale Anerkennung und die positive Assoziation des Rauchens (z. B. mit Sportlichkeit, Extraversion) über die Werbung. Sobald regelmäßig geraucht wird, erlangen die primären Effekte des Rauchens eine größere Bedeutung. Diese beinhalten sowohl positive Verstärkerwirkungen, wie z. B. eine Steigerung der Wachheit und Konzentration, als auch negative Verstärkerwirkungen, wie das Nachlassen von Entzugssymptomen oder negativen Gefühlen. Zudem tragen nicht-nikotinbezogene Reize wie die Hand-Mund-Bewegung, das Ein- und Ausatmen des Rauches, ein mit dem Akt des Rauchens einhergehender Rückzug aus einer unangenehmen Situation oder die sozialen Interaktionen dazu bei, dass das Rauchen eine hohe psychologische Relevanz bekommt. Raucher lernen rasch, dass sich mit einer Zigarette bestimmte unangenehme Situationen und innere Zustände (z. B. Entzugerscheinungen, Langeweile, Unsicherheit) nicht nur reduzieren, sondern sogar gänzlich vermeiden lassen. Sie lernen das Rauchen gezielt einzusetzen, sodass es in bestimmten Situationen zur Gewohnheit wird und einen festen Platz in der Tagesstruktur, dem Bewältigungsrepertoire und im Selbstbild der Raucher einnimmt. Das Rauchen erhält multiple funktionale Bedeutungen.

Insbesondere bei starken Rauchern werden diese Situationen (z. B. Telefonieren, Arbeit am Computer) und Gefühlszustände (z. B. deprimierte Stimmung, Ärger) an das Rauchen gekoppelt. In der Folge werden die Zigarette und das Rauchritual mit positiven Erfahrungen, angenehmen Gefühlen, Stressreduktion und Entspannung assoziiert und wandeln sich – lerntheoretisch gesprochen – von unkontingierten zu konditionierten Stimuli. Aufgrund der raschen Wirkungsweise des Nikotins erfolgt diese Konditionierung schnell und effektiv. Ist sie einmal etabliert, kann schon die Wahrnehmung rauchrelevanter Schlüsselreize (z. B. Klingeln des Telefons) unabhängig vom Nikotinspiegel im Blut ein Rauchverlangen auslösen. So werden viele Zigaretten geraucht, ohne dass die Raucher explizit darüber nachdenken. Gleichzeitig bildet die Person Erwartungen an die Wirkung der Zigarette aus, die häufig dysfunktional sind und einen Rauchstopp erschweren. Es kann sich dabei um Erwartungen z. B. bezüglich der Wirkung des Rauchens handeln (»Nur mit Rauchen kann ich meinen Stress bewältigen.«), des Rauchstopps (»Wenn ich nicht mehr rauche, habe ich nichts Schönes mehr im Leben.«) oder der eigenen Fähigkeit zur Abstinenz (»Ich bin ein undisziplinierter Mensch und werde es sowieso niemals schaffen.«). Zudem wird die Entwicklung gesunder Strategien im Umgang mit Stress, zwischenmenschlichen Konflikten und negativen Gefühlen oft vernachlässigt, was die Abstinenz weiter erschwert. Die Anwesenheit rauchrelevanter Schlüsselreize sowie das Fehlen von Rauchalternativen in kritischen Situationen kann auch Monate nach dem Rauchstopp Rauchverlangen auslösen und einen Rückfall einleiten, selbst wenn die Entzugssymptomatik längst erfolgreich überstanden ist.

Ausgehend von diesen Annahmen beinhalten kognitiv-verhaltenstherapeutische Tabakentwöhnungsprogramme das Erlernen von Selbstkontrollstrategien, die Entwicklung von Rauchalternativen sowie die Diskussion von Gedanken und Einstellungen zum Rauchen und deren Veränderung. Dabei ist es wichtig, die Tabakentwöhnungsbehandlung nicht auf das Gelingen des Rauchstopps und den Umgang mit Entzugerscheinungen zu beschränken. Gegebenenfalls sollten Strategien zum Umgang mit negativen Gefühlen und zwischenmenschlichen Konflikten, Entspannungstraining usw. mit einbezogen werden. Die individuelle Funktionalität des Rauchens ist zu bedenken und zusätzlich generell ein gesunder Lebensstil zu fördern.

Ergänzende Literatur

Lujik, C., Reuter, M., Netter, P. (2005) Psychobiological theories of smoking and smoking motivation. *European Psychologist* 10(1): 1–24.

Torchalla, I. (2007) Psychologische Phänotypen als Prädiktoren der Behandlungsergebnisse in der Tabakentwöhnung (Dissertation). Tübingen: Eberhard Karls Universität. www.tobi.as-lib.uni-tuebingen.de/volltexte/2007/2745/pdf/Torchalla_Dissertation_2007_final.pdf

2.3 Rauchen und psychiatrische Erkrankungen

Zahlreiche Untersuchungen belegen eine erhöhte Prävalenz des Rauchens bei Patienten mit schizophrenen Psychosen (45–90 %), depressiven Erkrankungen (40–60 %), bipolaren Störungen (55–70 %), anderen Suchterkrankungen (75–90 %) oder Angststörungen (20–55 %) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (in Deutschland: 27 %). Lediglich bei Patienten mit Demenzerkrankungen, Zwangserkrankungen oder einer Anorexia nervosa scheinen die Prävalenzzahlen unter dem Bevölkerungsdurchschnitt zu liegen.

Die Motive für den Tabakkonsum sind ähnlich wie bei gesunden Rauchern: Rauchen dient als Coping-Strategie bei negativen Gefühlen, der Tagesstrukturierung, zur Belohnung oder als Ausdruck von Lebensqualität, der Vermeidung von Entzugerscheinungen usw. Zusätzlich wird es von Personen mit einer psychiatrischen Erkrankung häufig zur Beeinflussung der psychiatrischen Symptomatik oder der medikamentösen Nebenwirkungen eingesetzt. Meistens haben diese Personen einen höheren Tageszigarettenskonsum, eine stärker ausgeprägte Tabakabhängigkeit, eine schwerere Entzugssymptomatik und eine geringere Abstinenzwahrscheinlichkeit als psychisch Gesunde. Damit ist ihr Risiko höher, an den Folgen des Rauchens zu erkranken und zu versterben. Psychisch kranke Raucher geben häufig einen großen Teil ihres Einkommens für Zigaretten aus und haben dadurch, verglichen mit psychisch kranken Nichtrauchern, weniger Geld für Dinge übrig, die ihre Lebensqualität verbessern könnten. Außerdem zeigen sie tendenziell eine stärker ausgeprägte psychiatrische Symptomatik, haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für eine zusätzliche Abhängigkeitserkrankung, einen

beschleunigten Medikamentenmetabolismus und nehmen oft höhere Dosen an Psychopharmaka ein. All dies sind Gründe, um psychisch kranke Personen zur Abstinenz zu motivieren.

Zur Erklärung der Komorbidität von Tabakabhängigkeit und anderen *Suchterkrankungen* werden komplexe genetische, neurobiologische, lerntheoretische und psychosoziale Mechanismen angenommen. Beim Substanzkonsum erfolgt eine gleichsinnige Verstärkung des Belohnungssystems im Gehirn durch Nikotin, Alkohol, Amphetamine und Opiate. Darüber hinaus kann Nikotin unangenehme akute Wirkungen des Alkohol- oder Drogengebrauchs z. T. ausgleichen. Der Konsum von Alkohol/Drogen ist oft mit dem Konsum von Zigaretten gekoppelt, und konditionierte Schlüsselreize können sowohl den Drang zum Alkohol-/Drogenkonsum als auch das Rauchverlangen aktivieren. Zudem weist das soziale Umfeld von Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung häufig ebenfalls eine hohe Raucherprävalenz und damit auch ein hohes Rückfallpotenzial auf. Da der gleichzeitige starke Konsum von Alkohol und Tabakprodukten das Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen und Krebserkrankungen vervielfältigt, sollte eine Tabakentwöhnung dringend empfohlen werden. Studien zeigen, dass zeitgleiche Alkohol- und Tabakentwöhnungen nicht interferieren und sich positiv auf die Abstinenz bei beiden Substanzen auswirken.

Personen mit *depressiven Erkrankungen* oder *Angsterkrankungen* profitieren oft im Sinne einer Selbstmedikation und der antidepressiven Wirkung des Rauchens, die vermutlich auf die serotonerge Stimulation durch Nikotin oder auf eine Hemmung der Monoaminoxidase zurückgeht. Es gibt aber umgekehrt auch Hinweise darauf, dass das Rauchen – insbesondere bei frühem Beginn – ursächlich eine depressive Erkrankung oder Angsterkrankung triggert und in gewisser Weise »psychotoxisch« wirkt. Es muss außerdem beachtet werden, dass nach einem Rauchstopp prinzipiell die Gefahr eines negativen affektiven Zustands besteht. Es kann sogar eine depressive Episode auftreten bzw. es können Panikattacken ausgelöst werden, selbst wenn zum Zeitpunkt des Rauchstopps keine psychiatrische Symptomatik besteht. Zudem bedingen die mangelnde Selbstwirksamkeitserwartung depressiver Menschen, deren Selbstunsicherheit und fehlende Coping-Strategien bei häufig wiederkehrenden negativen Affekten eine hohe Rückfallgefahr bei Abstinenzversuchen oder verhindern gar einen Aufhörversuch.

Personen mit einer *schizophrenen Psychose* rauchen nicht nur mehr, sondern auch intensiver als nicht-schizophrene Patienten. Rauchen scheint – vermutlich aufgrund der Stimulation durch Dopamin und andere Botenstoffe – die Negativsymptomatik zu reduzieren und kognitive Leistungen zu verbessern. Zusätzlich scheint es neuroleptikabedingte Nebenwirkungen (Parkinsonoid, Antriebsminderung, depressive Verstimmung) zu vermindern. Obwohl Personen mit einer psychotischen Erkrankung oft eine geringe Erfolgszuversicht hinsichtlich eines Rauchstopps und eine hohe Rückfallrate haben, sollten sie zur Abstinenz motiviert und dabei unterstützt werden. Mitunter besteht eine reduzierte Informationsverarbeitungskapazität, das Programm ist dann entsprechend anzupassen.

Das Vorhandensein einer psychiatrischen Erkrankung sollte in der initial durchgeführten Diagnostik erfragt werden. Unseren Erfahrungen zufolge nimmt an jedem Tabakentwöhnungskurs in der Regel mindestens eine Person mit einer

psychischen Erkrankung teil. Bei diesen Personen sollte eine Tabakentwöhnung von erfahrenen Entwöhnungsspezialisten durchgeführt und sorgfältig vorbereitet werden. Vor einer geplanten Raucherentwöhnung wird eine wenigstens vierwöchige stabile Medikation empfohlen. Die abstinenzorientierte Raucherentwöhnungsbehandlung sollte erst beginnen, wenn die akute psychiatrische Symptomatik remittiert ist. Bei substanzabhängigen Personen kann jedoch schon während der Entwöhnungsbehandlung von Alkohol bzw. Drogen auf eine Tabakabstinenz hingewirkt werden. Nikotinentzugssymptome wie depressive Verstimmung, Schlafstörungen, Ängstlichkeit, Konzentrationsstörungen, Unruhe und Appetitstörungen können als Symptome der Grunderkrankung missinterpretiert werden oder auch die psychiatrische Symptomatik verstärken. Die mögliche Exazerbation einer psychiatrischen Erkrankung wie auch eine infolge der Tabakabstinenz auftretende Änderung der Serumspiegel von Antipsychotika und Antidepressiva muss frühzeitig erkannt und behandelt werden. Bei einer Entwöhnungsbehandlung von Rauchern mit einer medikamentös behandelten psychiatrischen Erkrankung sollte daher der behandelnde Psychiater mit einbezogen sein. Es ist zudem sinnvoll, die Patienten längere Zeit zu begleiten – auch über das Entwöhnungsprogramm hinaus. Dies kann z. B. in Form einer Telefonberatung erfolgen.

Zur Unterstützung der Tabakentwöhnung sollte unbedingt eine begleitende Medikation empfohlen werden. Beim Nikotinersatz ist zu beachten, dass oft höhere Dosierungen und Kombinationsbehandlungen eines lang und eines kurz wirksamen Präparates (z. B. Pflaster und Kaugummi) erforderlich sind. Während der Nikotinersatz letztlich »lediglich« die Fortsetzung des (vertrauten) Nikotinkonsums für eine beschränkte Zeit vorsieht, sind Bupropion und Vareniclin hinsichtlich (neuer) Nebenwirkungen kritischer auf ihren Einsatz hin zu prüfen. Bupropion ist ein monozyklisches Antidepressivum. Die Kombination mit anderen Antidepressiva wie auch der Einsatz bei Patienten mit schizophrenen Störungen wird unterschiedlich beurteilt. Insbesondere Nebenwirkungen wie Agitation, Angst und Schlafstörungen können die Therapie behindern. Da Psychopharmaka die Krampfschwelle senken, kann u. U. eine Kombination mit Bupropion das Risiko für Krampfanfälle erheblich steigern. Andererseits können Patienten mit einer Depression von Bupropion profitieren. Vareniclin ist seit 2007 im Handel erhältlich. Zur Verträglichkeit bei Personen mit psychiatrischen Störungen existieren widersprüchliche Daten: Einerseits liegen Hinweise auf eine erhöhte Suizidalität und Aggressionsbereitschaft während der Behandlung vor, andererseits wurde auch schon von einer guten Verträglichkeit beim Einsatz bei psychiatrischen Patienten berichtet. Vielversprechend sind auch medikamentöse Ansätze zur Rauchreduktion in Vorbereitung auf die Abstinenz. Dabei wird z. B. ein Teil des Nikotinbedarfs mittels Nikotinpflaster, -kaugummi oder -tabletten abgedeckt, um auf diese Weise die Zahl der täglich konsumierten Zigaretten zu senken. Dies kann bei der Vorbereitung zur Abstinenz helfen, indem Motivation und Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt werden, oder in seltenen Fällen als Alternative dienen, wenn eine Abstinenz nicht erreicht werden kann.

Ergänzende Literatur

- Heinz, A., Batra, A., Scherbaum, N., Gouzoulis-Mayfrank, E. (2012) Neurobiologie der Abhängigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kalman, D., Morissette, S.B., George, T.P. (2005) Co-Morbidity of Smoking in Patients with Psychiatric and Substance Use Disorders. *The American Journal on Addictions* 14(2): 106–123.
- Prochaska, J.J. (2009) Ten Critical Reasons for Treating Tobacco Dependence in Inpatient Psychiatry. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association* 15(6): 404–409.

2.4 Diagnostik

Eine psychiatrische Erkrankung und eine stark ausgeprägte psychologische oder körperliche Abhängigkeit können die Abstinenz enorm erschweren. Um die Rückfallgefahr und mögliche Komplikationen bei der Entwöhnung abzuschätzen und die therapeutische Strategie optimal anzupassen, ist vor einer Intervention eine ausführliche Diagnostik ratsam. Empfehlenswert ist es, folgende Informationen zu Beginn der ersten Sitzung zu erheben (Batra et al. 2006):

- Rauchanamnese (Rauchbeginn, Rauchdauer),
- aktuelles Rauchverhalten (Tageszigarettenskonsum, Konsummuster, CO-Messung),
- Stärke der Tabakabhängigkeit,
- Rauchverhalten im sozialen Umfeld,
- bisherige Abstinenzversuche (erfolgreiche Strategien, Komplikationen, Gründe für den Rückfall),
- Risikofaktoren (psychiatrische und somatische Erkrankungen, Einnahme von Psychopharmaka und anderen Medikamenten, allgemeine Stressbelastung Schwangerschaft),
- Ressourcen (soziale Unterstützung, rauchfreier Arbeitsplatz),
- Veränderungsmotivation (d. h. Wichtigkeit eines Rauchstopps und Zuversicht bzgl. der eigenen Fähigkeiten).

In den internationalen Klassifikationssystemen, der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) und dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV), wurden Kriterien für Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit definiert. Beide Systeme haben ähnliche Definitionen, beispielhaft werden hier die Kriterien des ICD-10 genannt:

- Ein starkes Verlangen oder eine Art Zwang, Tabak zu konsumieren.
- Eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Tabakkonsums.

- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Absetzen oder Reduktion des Tabakkonsums.
- Eine Toleranzentwicklung gegenüber den Wirkungen der Substanz, wobei zunehmend höhere Dosen erforderlich sind.
- Die Aufgabe oder Vernachlässigung anderer wichtiger Vergnügungen oder Interessenbereiche wegen des Tabakgebrauchs.
- Ein anhaltender Tabakkonsum trotz des Wissens um seine schädlichen Folgen.

Von den sechs genannten Kriterien müssen mindestens drei in den letzten 12 Monaten gleichzeitig vorhanden gewesen sein, damit die Diagnose eines Abhängigkeitssyndroms gestellt werden kann.

Das Nikotinentzugssyndrom ist charakterisiert durch physiologische und emotionale Symptome unterschiedlicher Zusammensetzung und Schweregrade, wie:

- ein starkes Verlangen nach Zigaretten (Craving)
- Müdigkeit, Krankheitsgefühl oder Schwäche
- Ängstlichkeit
- Niedergeschlagene oder depressive Stimmung
- Irritierbarkeit, Nervosität, innere Unruhe
- Reizbarkeit, Ungeduld
- Ärger, Aggressivität
- Schlafstörungen
- Appetitsteigerung
- Konzentrationsstörungen

Anhand der DSM-IV- und der ICD-10-Kriterien für Tabak- bzw. Nikotinabhängigkeit erfolgt eine dichotome Klassifikation in abhängige oder nicht abhängige Raucher. Für die klinische Praxis an sich ist dies unbefriedigend, denn es wird nicht weiter zwischen den als abhängig klassifizierten Personen differenziert. Die Nennung der Kriterien lässt sich jedoch hervorragend zu Beginn der psychoedukativen Kurskomponente einsetzen, um die Abhängigkeitsdiagnose zu erläutern.

Andere Messinstrumente erfassen die Abhängigkeit als eine dimensionale Größe. Eines der bekanntesten ist der Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit (FTND). Insgesamt können bei ihm in sechs Fragen 0 bis 10 Punkte erreicht werden, wobei 0 bis 2 Punkte als sehr geringe, 8 bis 10 Punkte als sehr schwere Abhängigkeit gelten (► **Tab. 1**). Der FTND wird zum einen wegen seiner Kürze empfohlen, zum anderen, weil er in vielen Studien zuverlässig die Abstinenz vorhersagen konnte: Je größer der erreichte Summenscore, desto geringer war die Wahrscheinlichkeit, dass das Rauchen aufgegeben wurde, und umso größer die Rückfallgefahr. Dies sollte jedoch weder Raucher noch Therapeuten von einem Behandlungsversuch abhalten. Der FTND wird lediglich zur Therapieplanung eingesetzt, denn die Intensität der medikamentösen und psychologischen Behandlung sollte umso höher sein, je größer der FTND-Wert ist. Dies ist den Kursteilnehmern während der Psychoedukation transparent zu machen.