



Prof. Dr. med. B. Luban-Plozza

Das Problem der Tabakentwöhnung



Separatdruck aus Informatio Heft 4/1974
Antonius-Verlag Solothurn

Das Problem der Tabakentwöhnung *

Der gemeinsame Kampf gegen den Tabakmissbrauch und seine Schäden führte – auf Veranlassung der Schweizerischen Krebsliga, der Schweizerischen Gesellschaft für Kardiologie und der Schweizerischen Vereinigung gegen Tuberkulose und Lungenkrankheiten – verschiedene private und öffentliche Stellen und Organisationen zu einer ersten Kontaktnahme. Unter den Teilnehmern an der Zusammenkunft befanden sich auch einige bekannte Spezialisten, so Prof. Dr. Boris Luban-Plozza, Locarno, der zu Drogenentwöhnungsproblemen bereits ein bedeutendes Schrifttum verfasst hat. Seine nachfolgenden Ausführungen, welche er der «Schweizerischen Ärztezeitung» auf Ersuchen der Redaktion zur Verfügung gestellt hat, dürften besonders im Zusammenhang mit der seinerzeitigen Petition der Basler Medizinstudenten unter deren 4000 Unterzeichnern sich zahlreiche Ärzte befanden, von grossem Interesse sein.

Redaktion der Schweiz. Ärztezeitung

«Und wärest du auch zum fernsten Ort, zur kleinsten Hütte durchgedrungen, was hülft es dir? Du findest dort Tabak und böse Zungen.»

Goethe

A. Kontraindikationen des Rauchens

Für den Arzt sind besonders die Kontraindikationen des Rauchens wichtig.

Absolute Kontraindikationen:

Bronchitis acuta et chronica;
Angina pectoris;
akute Myokarditis oder Perikarditis, besonders mit Herzrhythmusstörungen;
frischer Herzinfarkt oder chronische Myokardischämien;
schwere Formen der Hypertonie;
Thromboangiitis obliterans, Arteriosclerosis obliterans;
Morbus Raynaud;
Sehstörungen (im Sinne einer Tabakamblyopie).

Relative Kontraindikationen:

Emphysem;
Asthma bronchiale;

* Aus: «Hospitalis», Zürich.

spezifische Lungenprozesse;
nervöse Herzrhythmusstörungen;
nervöse Herzbeschwerden;
Gastritis acuta et chronica;
schwere Formen einer vegetativen Dystonie.
Allgemein anerkannt ist, dass bei Sportleistungen, ganz besonders beim Hochleistungssport, wie schon längst verlangt beim Höhenflug, Rauchen kontraindiziert ist.

B. Zur theoretischen Konzeption eines Antirauchenprogramms

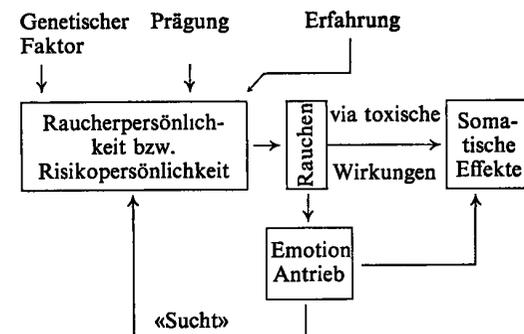
Für ein solches Programm kann das Lernziel genauer definiert werden (Jens Uwe Markens und Bernd Weidmann) als Erzeugen einer «negativen Einstellung» zum Rauchen und einer «positiven Einstellung» zum Nichtrauchen. «Einstellung» wird verstanden im Sinne Thurstones als «positiver oder negativer Affekt zu einem psychologischen Objekt».

Dem Programm liegt die Annahme zugrunde, dass die affektive und die aktionale Einstellungskomponente korrelieren, das heisst, dass durch eine Einstellungsänderung eine entsprechende Verhaltensänderung erreicht wird. Das Programm muss folgende Strategie entwickeln:

1. Abbau der Verstärker des Rauchverhaltens;
2. Aufbau von Verstärkern des Nichtraucherverhaltens (bzw. einer «Barriere» gegen das Rauchen).

Zur Psychologie des Rauchens¹

Schema der Raucherpersönlichkeit und ihrer Auswirkungen



(nach Schaefer und Blohmke modifiziert)

¹ Vgl. «Zur Therapie des Rauchens – Psychologische Aspekte», Praxis 13, 404, 1973.

Bevor das therapeutische Problem der Raucherentwöhnung besprochen werden soll, ist es erforderlich, sich mit den psychologischen Aspekten des Rauchens wenigstens kurz zu beschäftigen. Es ist sinnlos, Raucherallüren nur als Gesellschaftssucht oder Kontaktwunsch zu entlarven, wenn das Rauch- und Genussverhalten tiefenpsychologisch motiviert ist und unbeeinflusst bleibt.

Besonders heute, nach allen Mahnrufen, hat der Raucher häufig Schuldgefühle. Aber: warum raucht er trotz allem? Es geht um Lust und Last.

4 Hauptgruppen von Rauchern sind auseinanderzuhalten:

Bei Suchtrauchern, die ohne Zigaretten «nicht leben können» (sie fühlen sich ohne Rauchen nach 20 bis 30 Minuten unwohl), scheint die Zigarette eine Minieuphorie zu erzeugen. Sie entspricht einem kleinen Rausch, wobei sicher eine gewisse Parallelität zum Alkohol besteht. Man kann von «trockener Trunkenheit» reden.

Doch ist die Zigarette im Gegensatz zum Alkohol ein komplex zu betrachtendes Stimulans. Sie führt zum integral-sensorischen, stereoskopischen Genuss.

Zu den stimulierenden Faktoren der Zigarette im allgemeinen gehören ein leicht berauschendes Gefühl, der für den Raucher angenehme Geruch, die Möglichkeit, die Hände zu betätigen, zu lutschen und zu saugen, der visuelle Genuss, die soziale Anpassung, ohne etwas zu riskieren, kurz: das ganze Raucherzeremoniell.

Im Gegensatz zu den «Süchtigen» (zirka 10 bis 20 Prozent der Raucher) geniessen die sogenannten Genussraucher (indulgenten Raucher) zwischen 3 und 10 Zigaretten täglich nur deshalb, weil es ihnen «schmeckt». Sie müssen nicht inhalieren und können auf diesen Genuss jederzeit verzichten. Sie können statt der Zigarette ebensogut auch zu Ersatzmitteln, wie Bonbons oder Kaugummi, greifen. Der psychologische Test weist sie als psychisch unauffällige, lebensnahe, unproblematische, keineswegs aber als neurotisch oder depressiv veranlagte Menschen aus. Es sind keine Stressraucher.

Gegenüber dem Genussraucher leidet der sogenannte «Mussraucher» – Gewohnheitsraucher (zirka 50 bis 60 Prozent) – unter depressiven Stimmungsschwankungen oder gar Verstimmungen. Er raucht, um eine Stress-Situation zu unterbrechen, weil er Angst hat vor der Angst oder der eigenen inneren Unruhe. Die psychogene Ursache scheint hier die eigene Problematik, mit der solche Menschen einfach nicht fertig werden. Sie

können zum «schmalspursüchtigen Kettenraucher» werden. Es besteht hier sehr wahrscheinlich ein positiver Zusammenhang mit Neurotizismus und psychosomatischen Beschwerden.

Natürlich können auch rein äusserlich bedingte Störungen des Milieus Anlass sein, zu rauchen. Hierzu gehört vor allem die Langeweile. Es ist bekannt, dass Soldaten in einem Manöver dreimal soviel rauchen wie sonst, weil sie oft lange Zeit unbeschäftigt sind und warten müssen. Das gilt gleichermassen für alle jene Menschen, die irgendwann einmal warten müssen und sich dann die Zeit durch Rauchen vertreiben, um beschäftigt zu sein. Es sind die Gelegenheitsraucher (zirka 20 bis 30 Prozent). Anscheinend füllt die Zigarette hier eine gewisse Situationsleere aus.

C. Voraussetzungen zur Entwöhnung

Arzt und Patient werden mit diesem Problem oft und sehr persönlich konfrontiert.

Eine eingehende Studie von D. Horn, vorgebracht am Krebskongress 1966 in Tokio, zeigte, wie eminent wichtig das Problem der Entwöhnung ist. Von den 48 Millionen Rauchern in den USA versuchen 26,5 Millionen einmal mit dem Rauchen aufzuhören. 7,5 Millionen dachten schon ernstlich daran, Schluss zu machen.

Das Problem ist nicht, ob übermässiges Rauchen schadet. Alle wissen heute, dass übermässiges Rauchen dem Herz-Kreislauf-System schadet – vom Bronchialkarzinom gar nicht zu reden.

Das Problem ist, den Raucher, der das Rauchen ernstlich aufgeben will, dahin zu bringen, dass er nicht täglich und stündlich vor seinem eigenen Willen kapituliert. Die oft vergeblichen Versuche, die Zigaretten abzusetzen, gleichen einem Ping-Pong-Spiel.

Der Erfolg einer Entwöhnungskur hängt in erster Linie vom Raucher selbst ab. Ist er gewillt, das Rauchen aufzugeben, kann man vielleicht mit einem Erfolg rechnen.

Wie die Erfahrung lehrt, gelingt eine Entwöhnung meist nur bei den sogenannten Genussrauchern, die im Tabakrauchen eine Anregung suchen.

Sie ist sehr schwierig bei den Süchtigen und den Mussrauchern, die ständig unter einer Stresswirkung stehen und glauben, in der Zigarette eine Beruhigung und Ablenkung zu finden, um eine auch kleine Krisensituation überwinden zu können. Dieser Stressraucher bleibt daher gefährdet, weil er das Mittel Zigarette «braucht». Er gehört zu jener Gruppe, bei der die Zahl der Rückfälle am grössten



ten ist. Hinzu kommt, dass sich diese Raucher nach Aufgabe des Tabakgenusses psychisch im Sinne vermehrter Labilität anfangs oft so verändern, dass sie von ihren Angehörigen zuweilen sogar gebeten werden, wieder zu rauchen.

Der Entschluss zur Aufgabe des Rauchens muss vom Raucher sehr überzeugt gefasst werden. Dabei hat es keinen Sinn, ihm nur gute Ratschläge zu erteilen oder gar Drohungen im Sinne eines Damoklesschwertes auszusprechen. Ein guter Vergleich ist hier das Schild «Vorsicht Steinschlag» auf Bergstrassen, vor dem wohl noch kein Autofahrer umgekehrt ist. Dieses Hinweisschild ist ein Alibi für die Behörde, das Rauchverbot ein Alibi für den Arzt.

Im Verlauf der *Nikotinentwöhnung* können, nach C. Brankovic, folgende *Phasen* gegeneinander abgegrenzt werden:

1. positive Voreinstellung;
2. Kontaktaufnahme und persönliches Vertrauensverhältnis;
3. rationale Information;
4. emotionelle Einstimmung;
5. psycho-physische Umstimmung;
6. Gewöhnung an den Nikotinentzug;
7. Selbstbestätigung;
8. Langzeitkontrolle.

D. Zur Prognose der Entwöhnung

Aus prognostischen Gründen sind die Angaben des Rauchers und seines Untersuchungsbefunds ebenso wichtig wie die Kenntnis der *Nikotinentziehungssymptome*:

a) organisch

1. Gewichtszunahme,
2. hypotone Kreislaufwirkung,
3. gelegentlich Obstipation, Schwitzen, Schlafstörungen;

b) subjektiv

1. vorübergehende Gereiztheit,
2. Unwohlsein, Konzentrationsschwäche.

Für die *Gründe der Gewichtszunahme* sind verschiedene Erklärungen gegeben worden. An dem pharmakologischen Effekt des Nikotins ändert sich jedenfalls nach dessen Weglassen die vegetative Tonuslage, die sich besonders in Obstipation und vermehrtem Appetit ausdrückt.

Nach *Schievelbein* gibt es nach Nikotinentzug eine reaktive ergotrope Phase; andere deuten sie als oralen Befriedigungersatz. Durch entsprechende Diät (mageres Fleisch, Quark usw.) kann das Körpergewicht reguliert werden. Hypotone Kreislauf-

zustände können durch eine Behandlung mit Sympathikommetika, eventuell in Kombination mit Physiotherapie, kompensiert werden. Bezüglich der psychischen Situation hat sich eine intensive physikalische Therapie bewährt (Atemgymnastik, Trockenbürsten, Wechselduschen u. a.).

E. Nichtrauchertraining

Bis 1960 gehörten eine nur berufliche Betätigung, Embonpoint und Zigarette zum Statussymbol des erfolgreichen Managers, dessen Tüchtigkeit durch einen Herzinfarkt nur bestätigt werden konnte. Inzwischen sind Normalgewicht, sportliche Beweglichkeit und Fitness, Nichtrauchen und ein Minimum an Gesundheitspflege zu erstrebenswerten Zielen geworden. Diese Zielsetzung scheint heute die Nikotinentwöhnung etwas zu erleichtern. Aber der indirekte Begriff «Nichtrauchertraining» ist attraktiver als «Raucherentwöhnung».

1. Raucherentwöhnung ohne Medikamente

a) Willensmethode

Man beschliesst, entweder das Rauchen allmählich zu reduzieren oder mit dem Laster schlagartig aufzuhören (viel besser!).

Der feste Wille, nicht mehr zu rauchen, kann durch kein noch so teures Medikament ersetzt werden!

Ein Erfolg ist hier wohl bei Gelegenheitsrauchern zu erwarten, eventuell auch bei «Genussrauchern», aber kaum bei den «Mussrauchern».

Der Patient muss die Rauchutensilien vom gewohnten Platz entfernen: Tabakbeutel, Pfeife, Zigarettenpackung, Feuerzeug, Aschenbecher; damit diese Dinge aufhören, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.

Wir haben diese Methode nach *Tolstoi* benannt, denn meist gibt ein Erlebnis den Ausschlag, wie es von *Tolstoi* über sich selbst schillernd berichtet wurde.

b) Selbstkontrolle

Es werden Instruktionen steigenden Schwierigkeitsgrades befolgt, die das Rauchen schwieriger gestalten, zum Beispiel zeitliche Verzögerung und Abtrennung des Rauchens von gewohnten Umständen (Arbeit, Essen, Fernsehen), alles im Sinne einer Verhaltenstherapie. Diese Methode beruht auf dem strengen Einhalten von 37 Punkten (Brennemann).

c) Hilfsmethoden

1. Ersatzmethode

Als *orales Surrogat* erfolgt eine Ablenkung durch

Lutschen von Bonbons, Kaugummi, Pfefferminz oder ähnlichem, ausserdem durch eine Beschäftigung, bei der beide Hände benötigt werden.

Diese Methode hat aber nur sehr beschränkte Erfolgsmöglichkeiten, ausser bei der Wrappingtechnik nach *Fredericksen*. Als *mechanisches Surrogat* versucht diese das automatische Rauchen zu vermeiden, indem die Beziehung zur Zigarette durch einen «handwerklichen Engpass» immer wieder bewusst gemacht wird.

2. Physiotherapie

Jede körperliche Betätigung bietet eine günstige Ausgangslage zur Nikotinentwöhnung, besonders die, bei denen die Lungen stärker beansprucht werden, wie zum Beispiel Atemgymnastik. Hierüber liegen aber noch zu wenig Erfahrungen vor. Aber viele Vita-Parcours öffnen sich . . .

Besonders bei Frauen in der Schwangerschaft, die trotz aller logischen Einsicht das Rauchen nicht lassen können, hat sich folgende Kompromisslösung bewährt: 2 Zigaretten weniger jeden 3. Tag bis zu maximal 5. Jeden Tag dem Arzt anläuten, ob man die Methode eingehalten hat!

d) Autogenes Training

Vor allem in der Gruppenarbeit, wobei der Arzt weniger in Erscheinung tritt. Die Erfolge sind gut.

e) Hypnose

5 bis 10 Sitzungen sollen zum Erfolg geführt haben. Es gibt aber auch «einmalige» Hypnosevirtuosen.

f) Psychotherapie

Hier sind die Erfolge am besten, auch bei gezielter Anwendung durch den Nichtpsychiater. (Dieser kann sich zum Beispiel durch *Balint*-Gruppen weiter helfen.) Doch wird die Psychotherapie nur selten angewandt.

Verschiedene Voraussetzungen müssen erfüllt sein: 1. Dem Therapeuten sollte das Persönlichkeitsprofil des Rauchers bekannt sein.

2. Der Psychotherapie sollte eine Motivanalyse vorausgehen.

Für die Feststellung des Persönlichkeitsprofils und der Motivanalyse haben wir mit *Pöldinger* einen vom Probanden selbst auszufüllenden Fragebogen entwickelt, der auch statistisch ausgewertet wird². Ein Rezept für die Psychotherapie gibt es nicht; die Probleme müssen mit dem Patienten «zen-

² Vgl. «Zur Charakteristik und Psychopathologie des Rauchens», Münchn. Med. Wschr. 16, 115, 1973.

triert» durchgesprochen werden. Das Ziel ist, den Raucher als «aktiven Patienten» dahingehend zu überzeugen, dass er das Rauchen selbst aufgibt. Es wird eine Art Verhaltenstherapie entwickelt, mit Selbstkontrolltechniken.

g) Arbeit in der Gruppe

Sie sollte im gleichen «Kampf» das Zusammengehörigkeitsgefühl und Kameradschaftsempfinden fördern. Wenn mit der Familie im Sinne der *Konfrontation* gearbeitet wird, muss diese über den Sinn der Arbeit aufgeklärt werden. Sollte der Proband rückfällig werden, darf er nicht als charakteristisch schwach bezeichnet werden, höchstens als krank. Die besten Erfolge erzielt man, wenn der Ehepartner in die Therapie einbezogen wird («geteiltes Los»). *Jost* hat auf die «Kuratorfunktion» einer Schlüsselperson hingewiesen, die Vertrauen und Autorität genießt.

2. Medikamentöse Hilfsmittel

Bei der medikamentösen Raucherentwöhnung können die Arzneimittel stets nur als ein zusätzliches Hilfsmittel angesehen werden, da auch hierbei die Psychotherapie die Hauptbehandlungsmethode ist. Die Wirkung der Medikamente wird unterschiedlich beurteilt, wahrscheinlich je nachdem ob und wie sie mit der notwendigen Psychotherapie kombiniert werden. Dies wird durch die relativ gute Wirkung von Placebos bestätigt.

Bei den für eine medikamentöse Therapie in Frage kommenden Arzneimitteln gibt es zwei Gruppen, nämlich die *Lobelinpräparate* und die *Präparate ohne Lobelin*.

Die pharmakologische Wirkung des 1936 in diese Therapie eingeführten Lobelins ist noch umstritten, auch im Sinne einer nur suggestiven Wirkung der verschiedenen Präparate, die angeboten werden. Es ändert etwas den Geschmackssinn, so dass eben auch keine Zigarette mehr schmeckt.

Lobelin ist dem Alkaloid Nikotin verwandt und zeigt in gewissen Bereichen eine pharmakologische Gleichsinnigkeit. Es soll sich um eine Art Substitutionstherapie handeln. Ausserdem kann Lobelin bei langer Verabreichung einen gewissen Additionseffekt zeigen, der eine Aversion gegenüber Nikotin bewirken soll. Man spricht dann von einem «*Lobelin-Nikotin-Syndrom*». Dem steht gegenüber, dass Pharmakologen es für unwahrscheinlich halten, dass Lobelin, oral genommen, überhaupt in wirksamer Menge längere Zeit im Blut kreist.



Als 10tägige Stossbehandlung werden Präparate wie Lobidan und Bantron empfohlen (1. Tag 5 × 2 Tabl.; 2. Tag 4 × 2 Tabl.; 3. Tag 3 × 2 Tabl., dann so weiter). Lobelin wird als Lobelinum hydrochloricum auch subkutan angewandt (1 Amp. zu 10 mg morgens und abends). Zu beachten sind aber hierbei die unerwünschten Nebenwirkungen (durch erhöhten Serotoninspiegel?).

Als überbrückender Ersatz sind längst schon in Gebrauch harte Bonbons, Erdnüsse, Kaugummi, Mentholtabletten usw. Als sensorisch wirkende Mittel werden Dragées mit Tabak- und Liquiritia-geschmack sowie Mundspülungen mit Silbernitratpräparaten usw. angegeben. Inhalationen mit Sole sind zum Beispiel in Rheinfelden eingeführt worden.

Von den nicht lobelinhaltigen Präparaten scheint uns für die Raucherentwöhnung neuerdings den *Psychopharmaka* eine besondere Rolle zuzukommen. Das gilt für die Antidepressiva aus der Imipraminreihe. Sedativ wirkende Psychopharmaka dämpfen vor allem die Erregung in der Entziehungsphase bei Raucherentwöhnung.

Während Neuroleptika und Tranquilizer eine dämpfende Wirkung haben, kommt den Thymoleptika eine allgemein antidepressive bis stimulationshebende Wirkung zu, so dass die Thymoleptika (wie die Thymoanaleptika heute allgemein genannt werden) unter den Psychopharmaka hier eine Sonderstellung einnehmen.

Indiziert erscheinen Psychopharmaka vor allem bei Rauchern, bei welchen eine strenge «somatische» Indikation zur Entwöhnung gestellt wird, die zu den «Mussrauchern» bzw. sogar zu den «Schmal-spursüchtigen» gehören.

Wenn zur Bekämpfung depressiver Stimmungen bei Stressrauchern übermässig geraucht wurde, hat sich bei unseren Patienten zum Beispiel eine Behandlung mit Tofranil bewährt. Vorteilhaft ist die *stationäre Möglichkeit* der Einleitung einer solchen Therapie mit einer kürzeren Dämmereschlafkur.

Natürlich sind noch längere Beobachtungszeiten erforderlich, um ein endgültiges Urteil abgeben zu können. Immerhin stützen sich unsere Katamnesen auf Beobachtungszeiten von mindestens zwei Jahren. Diese müssten eine Aussage erlauben: die vollzogene Nikotinentwöhnung schafft nämlich, nach den Ergebnissen der Framingham-Studie, in zwei Jahren die Situation des Nichtraucher bezügl. der Infarktmorbidität (*Halhuber*).

Eine ähnliche Wirkung konnten wir bei Anwendung anderer Imipraminderivate beobachten, be-

sonders bei Anafranil-Tropfinfusionen. Patienten berichteten immer wieder spontan nach solchen Anwendungen, dass sie viel weniger «Lust» zum Rauchen hatten.

Nach *Corell* könnte programmierte Instruktion den Raucher auch in seelisch tieferen Schichten ansprechen, das Verhalten steuern und das Willensgefüge beeinflussen.

Prämiert wurde zum Beispiel das Schlagwort «Der Tod fährt Lungenzug».

In München (*J. C. Brengelmann* u. Mitarb.) wird zurzeit die Selbstkontrolle für die *Ferntherapie* durchgearbeitet. Es bestünde die Möglichkeit dieser Ferntherapie über Funk, Fernsehen oder per Kassetten auf Gruppen jeder Grösse: Wichtig scheint ein dem Patienten zugänglicher Telefonauftragsdienst.

Auch wenn die Erfolge beim Schmal-spursüchtigen und gewohnheitsmässigen Raucher mit Hilfe einer Entziehungskur vorerst noch bescheiden sind, so sind dennoch Ansatzpunkte vorhanden. Es ergeben sich hier ähnliche Probleme wie bei der Therapie von Alkoholismus, Drogenabhängigkeit, aber auch Übergewicht.

Bei gleichzeitigem starkem Alkohol- und Nikotinabusus sollte zunächst diejenige Schädigung behandelt werden, die von der individuell dominierenden der beiden Süchte herrührt.

3. Raucherentwöhnung im klinischen Verfahren

Zunächst in Stockholm (*Ejrup*), später in den USA wurden *Entwöhnungskliniken* aufgebaut. Man spricht von «SOS»-Kliniken, wobei «SOS» die Abkürzung von «save our smokers», «stop our smoking» oder «stamp our smoking» bedeutet (*Hepper, Carr, Andersen* et al.). Meist dauert die Kur dreimal 5 Tage während 3 aufeinander folgenden Wochen.

Neben diesen Kliniken sind einige Versuche unternommen worden, die Raucherentwöhnung in nicht-spezialisierten Krankenanstalten gezielt durchzuführen.

Durch das *therapeutische «Schonklima»* des *Klinikaufenthaltes* allgemein hat man jedenfalls günstige Wirkungen für die Raucherentwöhnung beobachten können. Die Kontaktaufnahme und die persönliche Arzt-Patient-Beziehung sind ausschlaggebend.

Die Situation der psychosomatischen Betreuung bzw. Rehabilitation gesundungswilliger Patienten in der «Zauberberg»-Atmosphäre einer kleinen

Kuranstalt lässt sich mit derjenigen von *C. Brano-vic* vergleichen, die wir hier zitieren:

a) Positive Voreinstellung

Die Nikotinentwöhnung ist beim differenzierten, älteren, leistungsbezogenen Menschen aus einem freien Beruf oder einer verantwortlichen Position nach dem dramatischen Ereignis eines Herzinfarktes relativ wenig problematisch (*Halhuber*). Wir finden eine starke, positive Voreinstellung und einen latenten Entwöhnungswunsch vor.

b) Rationale Information

Die rationale Information stösst im allgemeinen auf Verständnis und Interesse. Die Patienten sind bereit, ein umfangreiches Informationsmaterial während ihrer Kur durchzuarbeiten. Es fällt ihnen einerseits leicht, in Diskussionen, Gesprächen und Gruppengesprächen ihre Einwände zu verbalisieren, andererseits können sie sich eine medizinische oder epidemiologische Argumentation auch zu eigen machen.

c) Psychologische Umstimmung

Die Umstimmung erfolgt in den 3 bis 4 Wochen einer Kur in einer relativen Entlastungssituation: berufliche, gesellschaftliche und familiäre Verpflichtungen fallen weg. Es werden Kräfte frei, die nach der emotionalen Einstimmung der Nikotinentwöhnung (= sportliche Aufgabe oder «Ersatz-Plan-Soll») zur Verfügung gestellt werden können.

d) Physiotherapeutische Umstimmung

Hydrotherapie und Bewegungstherapie lenken ab, überbrücken Entziehungserscheinungen, regen an und sedieren zugleich.

Für den Arzt ist es entscheidend, bei den Patienten keine Schuldgefühle zu erzeugen, falls diese wieder rückfällig werden sollten.

Meist sind derlei Kuren durch verschiedene Phasen gekennzeichnet, während deren zunächst ein intensives Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient wachsen soll. Über die Kontaktaufnahme und das persönliche Vertrauensverhältnis hinaus werden Informationen und emotionelle Einstimmung durch Kurse und Sprechstunden angestrebt. So sieht der wirtschaftlich Denkende leicht ein, dass es unökonomisch ist, etwas für das Herz und die Gesundheit mit zeitlichem und finanziellem Aufwand zu unternehmen und zugleich gegen alle positiven Massnahmen anzurauchen.

Der Familienvater erfährt, dass über 50 Prozent der Kinder von Rauchern trotz aller verbalen Erziehung wieder zum Raucher werden! Leistungs-

bezogene Unternehmer halten eine erhöhte Leistungsfähigkeit, die persönliche Konkurrenzfähigkeit, Ausdauer und Vitalität für besonders erstrebenswert. Es muss immer wieder betont sein, dass alle Heilversuche ohne den Entwöhnungswillen des Einzelnen nicht erfolgreich sein können. Dies wird vor allem in der ersten, labilen Phase sichtbar, wo die Diskrepanz von Einsicht, Wollen und Können schmerzhaft erfahren wird.

Für den Einzelnen zutreffende Rauchermotive müssen jedenfalls durch verbindliche Nichtraucherermotive ersetzt werden. Zur Methodik der Klinik Höhenried (*Halhuber-Lepper*): Seit Mai 1969 bekamen die Raucher unter den Patienten am Aufnahmetag eine «Raucherkarte», auf der täglich die gerauchten Zigaretten vom Patienten eingeschrieben werden, etwa nach dem «Behandlungsablauf» am Schluss dieses Referates.

Der Zigarettenkonsum war immer an den Wochenenden angestiegen: Langeweile, Versuchung durch Besucher und erregende Nachrichten von zu Hause wurden als Ursache von den Patienten angegeben und wären nur durch eine sinnvolle Beschäftigungstherapie und psychotherapeutische Gruppentherapie anzugehen. Beides scheiterte am Anstellungsplan.

Bei den Sozialversicherten im Höhenried war als Motivation für die *völlige* Nikotinabstinenz nur ein erheblicher Leidensdruck wirksam. Die *Einschränkung* des Zigarettenkonsums liess sich leichter motivieren und wurde von den Patienten auch ausnahmslos akzeptiert.

4. Raucherentwöhnung durch ambulanten 5-Tage-Plan

Der zuerst klinisch angewandte 5-Tage-Plan wird immer mehr auch ambulant durchgeführt. Er wurde in den USA durch *MacForland* 1964 eingeführt.

Der 5-Tage-Plan spricht die intellektuellen und Willensbezüge an. Sind psychologische Kriterien für die Zielgruppe bekannt? Zieht die Methode Ängstliche und Hypochonder an?

Die beiden ersten Fragen sind mangels systematischer Analysen nicht zu beantworten. Die Diskussionen lassen die Frage nach Möglichkeiten der Ersatzbefriedigung für den neurotischen Raucher in der Entwöhnungssituation offen.

Jedenfalls geht es in dieser *Erziehung zum Leben ohne Rauchen* nicht nur darum, etwas wegzunehmen, sondern auch darum, etwas Positives aufzuzeigen. *Werner, Woeber* und *Stimm* berichten über





einen 5-Tage-Plan, der über 1250 Beobachtungen verfügt. Der Rauchgewohnheit versuchte man auf möglichst breiter Basis zu begegnen: Aufklärung, Gruppentherapie und Berücksichtigung individueller Gewohnheiten. Obstgenuss, Atemübungen und Hydrotherapie bewirken eine Umstimmung und beugen Entzugserscheinungen vor. Die unmittelbaren Erfolge (völlige Nikotinabstinenz) würden sogar 80 bis 90 Prozent betragen! Nach 1 bis 2 Jahren wären von 230 befragten Personen 50 bis 60 Prozent Nichtraucher, was wir in Anlehnung an *Schär* sowie *Schwartz* und *Wakefield* bezweifeln möchten. (Erfolgsrate nach Jahresfrist nicht über 20 Prozent, bezieht sich auf *Schwartz* und *Wakefield*.)

Die Liga «Leben und Gesundheit» hat einen solchen Plan («In 5 Tagen vom Rauchen befreit») mit grossem Einsatz, auch in der Schweiz, angewandt. Es sind bei uns bis jetzt 24 Kurse mit zirka 5000 Teilnehmern durchgeführt worden.

Dabei können Kurwiederholer als Schlüsselpersonen und informelle Gruppenführer eingesetzt werden, die mit zusätzlichen Informationen versehen werden müssten (*Fritsche*).

Jedoch ist die Nikotinentwöhnung in der sogenannten *Erstprävention* (Entwöhnung ohne medizinisch feststellbaren Raucherschaden), unabhängig vom Differenzierungsgrad, mit der traditionellen Methodik fast aussichtslos. Man erreicht etwa 10 Prozent Erfolg in der *Erstprävention*, gegenüber 90 Prozent (*M. Halhuber*) in der *Zweitprävention*, die erst bei Personen mit feststellbaren Läsionen einsetzt.

In der *Erst-* und *Zweitprävention* ist die Rolle, in der der Arzt dem entwöhnungswilligen oder -unwilligen Patienten entgegentritt, von ausschlaggebender Bedeutung. Sicher erscheint jegliche Therapie durch einen besonders in Gegenwart seiner Patienten rauchenden Arzt schwieriger, so wie überhaupt die Haltung des Arztes gegenüber dem Raucher wichtig ist.

Es geht auch für den Arzt um ein «soziales Training», das heisst um ein Training in der Bewältigung sozialer Alltagsprobleme (*V. Ferber*).

F. Zur «Raucherdiät»

Man kann der grossen Masse der Zigarettenraucher einige Vorschläge machen, deren Befolgung die Gefahren etwas eindämmen könnte. Praktische kleine Ratschläge entsprechen der sogenannten «Raucherdiät»:

– vor allem nicht inhalieren, im Freien rauchen;

- Filterzigaretten vorziehen, aber zahlenmässig nicht mehr als bisher filterlose;
 - nikotinarmer Zigaretten bevorzugen;
 - keine angerauchte Zigarette wieder anstecken;
 - die Zigaretten nur zur Hälfte, höchstens zu zwei Dritteln rauchen (das ist übrigens der einzige Vorschlag, mit dem die Zigarettenindustrie ohne weiteres einverstanden ist);
 - evtl. Umstellung auf Pfeifen und Zigarren.
 - Bei den Jugendlichen:
 - keine Exzesse wie Wettrauchen, Kettenrauchen;
 - keine Inhalation von Zigarren- oder Pfeifenrauch;
 - keine extrem tiefen Inhalationen.
- Noch besser: nie zu rauchen anfangen.

Behandlungsablauf

Beginn der Behandlung (genaues Datum)

Bitte jeden Abend genaue Verbrauchsmengen von ganz- oder halbgerauchten Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen aufschreiben:

1. Tag _____	16. Tag _____
2. Tag _____	17. Tag _____
3. Tag _____	18. Tag _____
4. Tag _____	19. Tag _____
5. Tag _____	20. Tag _____
6. Tag _____	21. Tag _____
7. Tag _____	22. Tag _____
8. Tag _____	23. Tag _____
9. Tag _____	24. Tag _____
10. Tag _____	25. Tag _____
11. Tag _____	26. Tag _____
12. Tag _____	27. Tag _____
13. Tag _____	28. Tag _____
14. Tag _____	29. Tag _____
15. Tag _____	30. Tag _____

Datum, an dem Sie endgültig das Rauchen aufgegeben haben.

Festgestellte Änderungen:

- Ihr Appetit?
- Ihre Verdauung?
- Ihre Atmung? Husten?
- Ihr Gedächtnis?
- Ihr Geschmack- und Geruchsinn?
- Ihr Schlaf?
- Bitte unterstreichen, was Sie betrifft.

Besondere Bemerkungen

Literaturverzeichnis: beim Verfasser.

Prof. Dr. med. B. Luban-Plozza, 6600 Locarno