



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

Nr. 50
Dezember
2012

EDITORIAL

Sind Sie im Verlauf einer Ausstiegsberatung auch schon von Patienten gefragt worden, ob Sie denn selbst auch geraucht haben? Bei der Frage geht es in den meisten Fällen nicht darum, welche Marke oder Menge Sie geraucht haben, sondern ob Sie in der Lage sind, die vermeintlichen und tatsächlichen Schwierigkeiten des Rauchstopps „wirklich“ nachzuempfinden. Eine professionelle Reaktion wird darin bestehen, die Frage kurz aufzugreifen, um dann den eigentlichen Beratungsfokus – den Rauchstopp des Patienten – wieder aufzunehmen. Der Ausstiegsverlauf ist von vielen Faktoren abhängig und vom einen zum nächsten Patienten sehr verschieden. Die Versicherung, über das erforderliche Expertenwissen zu verfügen, um die Ausstiegsschwierigkeiten des jeweiligen Patienten zu verstehen, können ehemals rauchende, aber auch nierrauchende Behandler gleichermaßen vermitteln.

Die Option, dass der Behandler aktuell Raucher sei, ist in der ursprünglichen Fragestellung, ob man denn selbst geraucht habe, gar nicht enthalten. Das ist für viele Patienten auch schwer vorstellbar. Im Rahmenübereinkommen FCTC und dort in den „Leitlinien für die Umsetzung von Artikel 14 – Maßnahmen zur Verminderung der Nachfrage im Zusammenhang mit Tabakabhängigkeit und Aufgabe des Tabakkonsums“ wird auch formuliert, dass es die Schlüsselrolle von Gesundheitsberufen erforderlich mache, dass sie Tabakkonsum vermeiden, „da sie Vorbildfunktion haben und durch den Konsum von Tabak die Aufklärungsarbeit zu dessen gesundheitlichen Auswirkungen untergraben“. Der Versorgungsalltag hier in Deutschland sieht aber anders aus: rauchende Behandler bilden in allen Berufsgruppen zwar nicht die Mehrheit, sind aber immer noch Teil der Versorgungsrealität. Können und sollen sich rauchende Angehörige von Gesundheitsberufen dennoch in der Tabakentwöhnung von Patienten engagieren? Dazu würde uns Ihre Meinung interessieren. Richten Sie Ihre Stellungnahme dazu mit dem Betreff „Stellungnahme Newsletter“ per Email an who-cc@dkfz.de. In der nächsten Ausgabe werden Ihre Meinungen dazu hier vorgestellt.

Bei einem Blick über den Atlantik werden diese Probleme auf eigene Art gelöst, wie man auch am Umgang mit rauchenden Bewerbern an Kliniken in Texas feststellen kann. In mehreren Einrichtungen werden Bewerber, die Tabak rauchen oder kauen, nicht mehr eingestellt. Während die Kritiker dieser neuen Regelung von Diskriminierung und

Inhaltsverzeichnis:

• Editorial	1
• Fortbildungen für Fachberufe	2
• Kongresse/Tagungen	2
• News in Kürze	3
• Neue Publikationen	3-5

Missachtung persönlicher Rechte sprechen, gibt die Klinikdirektion an, dass es dabei primär um die Vorbildfunktion der 13 000 Beschäftigten für gesunde Verhaltensweisen geht. Es sei Bestandteil der Gesundheitsförderung, wo Beschäftigte sich um das Wohl von Patienten kümmern, und dies nur möglich sei, wenn Beschäftigte mit gutem Beispiel vorangehen, so die Klinikleitung. Ziel sei es „to live by what we actually say“. Auch die Kostenseite spiele eine Rolle: So seien die Versicherungsbeiträge für Raucher höher.

Bei Neueinstellungen wird ein Cotinin-Test durchgeführt; wenn dieser Test positiv ausfällt, werden die Bewerber zunächst abgelehnt und ein kostenloses Tabakentwöhnungsprogramm angeboten. Bewerber können sich nach der ersten Ablehnung noch einmal vorstellen, wenn sie für mind. 90 Tage rauchfrei waren. Ganz neu ist dieses Vorgehen nicht; die Cleveland-Klinik in Ohio war das erste akademische Lehrkrankenhaus, das eine solche Regelung in 2007 eingeführt hat.

Der 1. Dezember 2012 markiert einen der bedeutendsten Meilensteine in der Geschichte der Tabakkontrolle: In Australien werden die Einheitsverpackungen („plain packaging“) verpflichtend eingeführt. Plain packaging ist allerdings ein leicht missverständliche Bezeichnung:



Die Packung muss nämlich die gesetzlich vorgeschriebenen schriftlichen und bildlichen Warnhinweise enthalten, darf den Markennamen nur in einer neutralen, genormten Form erwähnen und ist in einem möglichst unattraktiven Braunton gehalten.

Dass diese besondere Form einer Tabakkontrollmaßnahme sehr wirkungsvoll sein muss, kann man alleine an der massiven Gegenwehr der Tabakindustrie ablesen, die mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln versucht hat, die Einführung der Einheitspackung zu verhindern. Australische Wissenschaftler und Tabakkontrollexperten ziehen anlässlich der Einführung jetzt im Advent 2012 das Fazit, dass es zwar noch eine Menge zu tun gebe, es aber auch an der Zeit sei, stolz auf den errungenen Erfolg für die öffentliche Gesundheit zu sein.

Ein lesenswertes Interview mit Mike Daube, einem der wichtigen Akteure in diesem Zusammenhang, ist in einem Bulletin der WHO wiedergegeben (1)

In der letzten Ausgabe 2012 unseres Newsletters wollen wir kurz auf eine aktualisierte Metaanalyse der Cochrane-Gruppe zu Nikotinersatztherapie eingehen sowie drei aktuelle Publikationen vorstellen. Dabei geht es um den Einsatz kurzer Textnachrichten zur Rückfallprophylaxe, die Wirksamkeit von Motivational Interviewing bei Schwangeren und kürzlich entbundenen Frauen und schließlich um Akzeptanz und Commitment bei der Bewältigung von Rauchverlagen.

Wie gewohnt informieren wir Sie zunächst über die Fortbildungs- und Veranstaltungstermine der kommenden Monate.

Mit kollegialen Grüßen und den besten Wünschen für eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gesundes und erfolgreiches Jahr 2013,

Ihr Redaktionsteam
Martina Pötschke-Langer, Peter Lindinger,
Anil Batra, Wilfried Kunstmann

(1) <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/12/12-031212.pdf>

VERANSTALTUNGEN ZUR TABAKENTWÖHNUNG

FORTBILDUNGEN FÜR FACHBERUFE

1. Kursleiterschulung für das „Rauchfrei Programm“ des IFT und der BZgA durch das Institut für Therapieforschung München. Termin: Mainz, 16.03.2013-17.03.2013; München, 18.02.2013-22.02.2013; Berlin, 15.04.2013-19.04.2013, Dresden, 27.04.2013-28.04.2013. Die verkürzten Schulungen in Mainz und Dresden sind nur für Psychologen, Ärzte, (Sozial)Pädagogen, Sozialarbeiter, Gesundheits- und Sozialwissenschaftler mit Zusatzqualifikation in einem psychotherapeutischen Verfahren zugänglich. Infos unter <http://www.rauchfrei-programm.de/schulung.htm>; Anmeldung bei braun@ift.de; Tel.: 089/360804-91; Fax: 089/360804-98

2. 20-stündiges „Curriculum Tabakabhängigkeit und Entwöhnung“, zertifiziert durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V.. Teilnehmer werden ausführlich in die Techniken der Motivierenden Gesprächsführung und in die verhaltenstherapeutische Behandlung von Rauchern mit dem gemäß § 20 SGB V anerkannten Programm „Nichtraucher in 6 Wochen“ eingeführt und sollten allgemeine Erfahrung in der Suchttherapie mitbringen. Teilnehmer haben Anspruch auf Fortbildungspunkte der Landesärztekammer bzw. der Landespsychotherapeutenkammer. Termin: 10.04.2013 –12.04.2013 (im Rahmen der Tübinger Suchttherapietage). Ort: Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen. Information und Anmeldung: Sektion Sucht der Universitätsklinik Tübingen, Tel.: 07071/2982313, Fax: 07071/295384 oder sucht@med.uni-tuebingen.de

3. 2-tägiges, durch den Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. zertifiziertes Kursleiter-Seminar zur Durchführung von Tabakentwöhnungen in Gruppentherapie des Institutes für Raucherberatung & Tabakentwöhnung Bayern (IRT Bayern). Teilnehmer qualifizieren sich für die Leitung von Kursen nach dem Entwöhnungsprogramm des IRT Bayern. Die Kurse sind von allen gesetzlichen Krankenkassen anerkannt. Termin: 01.03.2013–02.03.2013. Ort: IRT Bayern, Limburgstr. 16 a, 81539 München. Weitere Auskünfte und Anmeldung unter 089/68 999 511.

4. Curriculum Tabakentwöhnung der Bundesärztekammer: Die Qualifikationsmaßnahme für Ärzte hat einen Umfang von 20 Stunden und kombiniert in einem „Blended Learning“-Format zwei Präsenzeinheiten (insgesamt 12 Stunden) mit online-gestütztem, tutoriell begleitetem Selbststudium (8 Stunden) sowie einem Aufbaumodul zur Qualifikation „Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm“. Termine Münster: Einführung 06.03.2013 von 16:00-20:30 Uhr, Aufbaumodul 20.04.2013, 9:00-17:00 Uhr, Ärztekammer Westfalen-Lippe, Veranstaltungsort: Ärztehaus, Gartenstraße 210-214, 48147 Münster, Tel. 0251/929-2220. Weitere Auskünfte zum Curriculum und Terminen in 2013 unter Tel.: 030/400456412 oder cme@baek.de

KONGRESSE / TAGUNGEN:

National:

1) 13. Frühjahrstagung des Wissenschaftlichen Aktionskreis Tabakentwöhnung (WAT) e.V. Thema: Tabakabhängigkeit und Entwöhnung - Aspekte der Kostenökonomie und Finanzierung. Ärzte und Psychologen erhalten 4 CME-Fortbildungspunkte. Termin: 20.03.2013, 13–17 Uhr. Tagungsort: Gästehaus der Universität; Frauenlobstraße 1 (Ecke Miquelallee), Frankfurt. Programm und Anmeldung unter www.wat-ev.de

2) 18. Tübinger Suchttherapietage vom 10.04.2013 – 12.04.2013. Programm telefonisch bei Herrn Pforr 07071/2983666

oder per E-Mail matthias.pforr@med.uni-tuebingen.de

International:

3) 19. Annual International Meeting der Society for Research on Nicotine and Tobacco Europe (SRNT) vom 13.03.2013–16.03.2013 in Boston, Massachusetts, USA. Infos unter www.smt.org/conferences.

NEWS IN KÜRZE

Die Cochrane-Arbeitsgruppe hat im November 2012 ein Update einer wichtigen Metaanalyse veröffentlicht:

Stead LF, Perera R, Bullen C, Mant D, Hartmann-Boyce J, Cahill K, Lancaster T. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 11. Art. No.: CD000146. DOI: 10.1002/14651858. CD000146.pub4.

Aus 150 identifizierten wurden 117 Studien mit insg. mehr als 50 000 Studienteilnehmern für den Vergleich zwischen jedwelcher Form von Nikotinersatztherapie (NET) und Placebo- oder anderen, nicht-NET-Kontrollen herangezogen. Die relative Wirksamkeit (risk ratio, RR) für alle Darreichungsformen von NET zusammen liegt bei 1.60 (95% KI 1.53 – 1.68). Das jeweilige RR für die einzelnen Präparate beträgt

- 1.49 (95% KI 1.40 – 1.60, 55 Studien) für Nikotinkaugummi;
- 1.64 (95% KI 1.52 – 1.78, 43 Studien) für Nikotinpflaster;
- 1.95 (95% KI 1.61 – 2.36, 6 Studien) für Nikotinschlund- und Sublingualtabletten;
- 1.90 (95% KI 1.36 – 2.67, 4 Studien) für Nikotininhaler und
- 2.02 (95% KI 1.49 – 2.73, 4 Studien) für Nikotin-Nasenspray

Aus einer Studie zu Nikotin-Mundspray wurde ein RR von 2.48 (95% KI 1.24 – 4.94) errechnet. Diese Effekte wurden weitgehend unabhängig von der Dauer oder Intensität zusätzlicher Unterstützung oder des Settings erzielt, in dem NET zum Einsatz kam. Die Effektstärke war auch ähnlich groß in einer kleinen Gruppe von Studien, die den Einsatz von NET ohne Verschreibung untersucht hat. Bei stark abhängigen Rauchern wurde eine signifikante Überlegenheit des 4 mg-Kaugummi im Vergleich zum 2 mg-Kaugummi ermittelt. Es liegt eine Evidenz vor, dass die Kombination von Nikotinpflaster und einer rasch anflutenden Form von NET wirksamer ist als eine Monotherapie mit einer NET-Darreichungsform (RR 1.34, 95% KI 1.18 – 1.51, 9 Studien). Die relative Wirksamkeit eines kurzzeitigen Einsatzes von NET vor dem Ausstiegstermin betrug 1.18 (95% KI 0.98 – 1.40, 8 Studien) und somit knapp unter dem Signifikanzniveau. In fünf Studien wurde NET mit Bupropion verglichen; es gibt keine Hinweise auf eine über- oder unterlegene Wirksamkeit (RR 1.01; 95% KI 0.87 – 1.18). Die Kombination von NRT und Bupropion ist wirksamer als eine Monotherapie mit Bupropion (RR 1.24; 95% KI 1.06 – 1.45, 4 Studien). An Nebenwirkungen sind in erster Linie produktspezifische Unverträglichkeiten wie Hautreizungen von Pflastern oder Reizungen im Mundbereich bei Kaugummi und Tabletten zu nennen.

Aus den gesichteten Studien lassen sich keine Hinweise ableiten, dass NET das Risiko für kardiale Infarkte erhöht. Die Schlussfolgerung der Autoren lautet, dass alle erhältlichen Darreichungsformen von NET die Ausstiegchancen von ausstiegswilligen Rauchern um 50 bis 70% erhöhen kann. Eine intensive zusätzliche Unterstützung könne die Ausstiegchancen insgesamt verbessern, sei aber nicht Voraussetzung, damit NET seine Wirkung entfaltet.

NEUE PUBLIKATIONEN

a) Snuggs S, McRobbie H, Myers K, Schmocker F, Goddard J & Hajek P (2012) Using text messaging to prevent relapse to smoking: intervention development, practicality and client reactions. *Addiction*, 107 (Suppl. 2), 39–44

Hintergrund: Etwa jedem zweiten durch den Tabakentwöhnungsdienst des Nationalen Gesundheitservice NHS im Vereinigten Königreich unterstützten Raucher gelingt zwar eine vierwöchige Abstinenz, allerdings erleiden die meisten dieser Patienten innerhalb von sechs Monaten wieder einen Rückfall. Kurze Textnachrichten (SMS) haben sich bereits als hilfreich bei der Vorbereitung des Rauchstopps erwiesen; in dieser Publikation wird die Entwicklung, Implementierung und Effektivität einer solchen Intervention zur Rückfallprophylaxe beschrieben.

Methode: Auf der Grundlage zweier Prinzipien – verlängerte motivationale Unterstützung und Ermutigung zur Fortsetzung der medikamentösen Therapie – wurden durch das Projektteam aus Tabakentwöhnungsexperten kurze Textnachrichten erstellt mit dem Ziel, die Motivation zur Aufrechterhaltung der Tabakabstinenz zu verbessern, eventuelle Rauchvorfälle beraterisch zu betreuen und zu nachfolgender Abstinenz anzuleiten sowie die Verwendung pharmakologischer Therapiekomponenten für die empfohlene Dauer sicherzustellen. Die Empfänger der Kurznachrichten erhielten die Aufforderung, einen Teil der Nachrichten zu beantworten und sich im Falle eines Rückfalls mit den Tabakentwöhnungsdiensten des NHS in Verbindung zu setzen. Zusätzlich wurde bei drei Gelegenheiten eine kostenfreie Zusendung von Nikotin-Sublingualtabletten angeboten. Insgesamt gab es 17 SMS, von denen 9 interaktiv waren (z.B.: „Hallo Thomas, nur eine kurze Nachfrage, ob Sie noch rauchfrei sind. Bitte antworten Sie mit Ja oder Nein“). Alle Teilnehmer erhielten alle Nachrichten mit namentlicher Ansprache; anfangs wurde eine Nachricht pro Woche verschickt, nach 12 Wochen dann eine Nachricht alle zwei Wochen. Die untersuchte Stichprobe umfasste 202 Teilnehmer, die im Rahmen eines Ausstiegsangebots des NHS für vier Wochen Abstinenz erreicht hatten. Erfasst wurde die Eignung für eine routinemäßige Implementierung, die Bereitschaft, auf interaktive Angebote in den Kurznachrichten zu reagieren, wie hilfreich das Rückfallpräventionsprogramm eingeschätzt wurde, und der biochemisch verifizierte Verlauf des Rauchstatus über 26 Wochen.

Ergebnisse: Es konnten 94% der eingeladenen Teilnehmer in das Programm aufgenommen werden. Die Implementierung war meist einfach zu bewerkstelligen; nur bei durch Apotheken rekrutierte Patienten fehlten häufig wichtige Kontaktdaten. Das Rückfallpräventionsprogramm wurde sowohl von den Tabakentwöhnungsdiensten als auch den Klienten gut aufgenommen. 70% (N= 63) derjenigen, die das Follow-up abgeschlossen hatten, empfanden die Intervention hilfreich. 85% (N = 172) gaben zumindest auf eine der neun interaktiven Textnachrichten eine Rückmeldung. 64 Teilnehmer (32% von allen und 47% derjenigen, die beim Follow-up erreicht werden konnten) gaben eine kontinuierliche Abstinenz nach sechs Monaten an. 9 Prozent (N=18) waren rückfällig geworden und nutzten das Programm, um sich wieder mit dem Tabakentwöhnungsdienst in Verbindung zu setzen; 10 (5%) davon waren in der Lage, sich von dem Rückfall zu erholen und wieder abstinent zu werden.

Diskussion: Für diese Zielgruppe (Raucherinnen und Raucher, die an einem Ausstiegsangebot des NHS teilgenommen und dabei für vier Wochen Abstinenz geschafft hatten) scheint ein Rückfallpräventionsprogramm mittels SMS gut geeignet zu sein und angenommen zu werden. Die Implementierung ist im Rahmen der Routine der Tabakentwöhnungsdienste relativ unaufwendig (zu leisten) und kostengünstig. Es ist gelungen, einen Teil rückfällig gewordener Teilnehmer wieder in ein Ausstiegsprogramm aufzunehmen; das scheint das wichtigste und erfreulichste Einzelergebnis zu sein. Um allerdings die tatsächliche Wirksamkeit bestimmen zu können, bedarf es zusätzlicher kontrollierter Studien.

b) Hayes CB, Collins C, O'Carroll H, Wyse E, Gunning M, Geary M & Kelleher CC (2012) Effectiveness of Motivational Interviewing in Influencing Smoking Cessation in Pregnant and Postpartum Disadvantaged Women. *Nicotine & Tobacco Research*, doi:10.1093/ntr/nts225

Hintergrund: Rauchende Schwangere und Frauen kurz nach der Entbindung stellen eine wichtige Kernzielgruppe für Tabakentwöhnung dar, ganz besonders dann, wenn sie aus benachteiligten Verhältnissen stammen. Motivierende Gesprächsführung (Motivational Interviewing, MI) hat sich in der Tabakentwöhnung inzwischen zwar etabliert, aber systematische Studien dazu sind immer noch selten. In dieser Arbeit wurde untersucht, inwieweit ein integrierter Ansatz, bei dem Mitarbeiter in MI geschult wurden, geeignet ist, Änderungen im Rauchverhalten von Schwangeren aus niedrigen Einkommensgruppen herbeizuführen.

Methode: In einer quasi-experimentellen Kohortenstudie wurden im Norden Dublins, Irland, zunächst 500 weiterrauchende Frauen bei ihrem ersten Kontakt zu einer pränatalen Einrichtung rekrutiert und als Kontrolle definiert. Nach einem Training der dortigen Mitarbeiter wurden 500 weitere Teilnehmerinnen für die Studie rekrutiert; diese fungierten als Interventionsgruppe. Das MI-Training war ursprünglich für zwei volle Tage ausgelegt, musste dann aber wegen hoher Arbeitsauslastung und Unabkömmlichkeit für 83% der Klinikmitarbeiter auf einen Tag verdichtet werden. Ziel des Trainingskurses war es, die

zugrundeliegenden Prinzipien von MI (s. auch Newsletter 27, Mai 2010) verständlich zu machen und Beratungsfähigkeiten zu vermitteln, um diese als Kurzintervention(en) (<10min je Kontakt) anwenden zu können. Die Beratung begann während des Erstkontaktes (12. bis 20. Schwangerschaftswoche) und wurde nach Möglichkeit bei den nächsten Kontakten fortgesetzt. Daten zum Rauchverhalten wurden in der 28.–32. Schwangerschaftswoche, eine Woche nach der Geburt, drei bis vier Monate und 7–9 Monate postpartum erhoben. Als primäres Erfolgsmaß wurde kontinuierliche, mit Cotinintests verifizierte Abstinenz definiert. Darüber hinaus wurden auch Veränderungen der Rauchintensität bei weiterrrauchenden Teilnehmerinnen erhoben.

Ergebnisse: Das MI-Training wurde von 92,8% der Teilnehmer vollständig absolviert und von 92% der Teilnehmenden als gutes oder sehr gutes Training von Fertigkeiten bewertet. Auch sechs Monate nach dem Training fühlten sich noch 94% „eher“ oder „vollständig“ in der Lage, MI in ihre Beratung zu integrieren.

Bei den Schwangeren konnte zu keinem Messzeitpunkt ein signifikanter Unterschied zwischen Kontrolle und MI-Gruppe bezüglich des Anteils tabakabstinenten Frauen festgestellt werden. Allerdings waren in der Kontrollgruppe mehr Spontanausstiege beim Erstkontakt beobachtet worden (15,4% vs. 10%, p=.01). Am Gesamtergebnis änderte sich auch nach Ausschluss dieser Fälle nichts. Die Response-Rate nahm in der MI-Gruppe ab dem dritten Kontakt stärker ab als in der Kontrollgruppe.

Die jeweiligen Abstinenzquoten sind nachfolgender Tabelle zu entnehmen.

MZP	Kontrolle	MI-Gruppe	p
SSW 28-32	8,8%	8,2%	.73
1 W pp	11,4%	8,6%	.14
3-4 M pp	4,8%	5,8%	.48
7-9 M pp	4,0%	4,8%	.36

Tabelle 1: Abstinenzquoten von Kontroll- und MI-Gruppe zu den vier Messzeitpunkten (MZP); (SSW = Schwangerschaftswoche, pp= postpartum)

Diskussion: In dieser Studie wurde eine qualitativ gute MI-Intervention bei einer Kohorte rauchender und benachteiligter junger Frauen getestet, aber weder bei der Gesamtkohorte noch bei denjenigen, die vor dem ersten Kontakt zu einer pränatalen Klinik aufgehört hatten, ein nachhaltiger Effekt auf die Ausstiegsrate festgestellt.

Aus anderen Studien mit MI-Interventionen bei Schwangeren werden höhere Erfolgsquoten berichtet. Das könnte daran liegen, dass die MI-Intervention hier sehr stark zeitlich limitiert war und manchmal weniger als 5min dauerte, während andere Studien 30minütige Beratungen anbieten konnten. Ein Zusatzangebot von NET wurde geprüft, aber wegen der unklaren Evidenzlage nicht umgesetzt.

Impressum:

Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich.

Herausgeber:

Deutsches Krebsforschungszentrum

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

Im Neuenheimer Feld 280, D-69120 Heidelberg
Tel.: +49 (0) 6221 42 3010, Fax: +49 (0) 6221 42 3020
E-Mail: who-cc@dkfz.de, Internet: www.tabakkontrolle.de

Verantwortlich für den Inhalt:

Dr. med. Martina Pötschke-Langer

Redaktion:

Dr. Martina Pötschke-Langer, Dipl.-Psych. Peter Lindinger,
Prof. Dr. Anil Batra, Dr. Wilfried Kunstmann

Die Datenlage zu MI bei Schwangeren ist nach wie vor uneindeutig. Während aus dem „New England Smoking Cessation/Reduction in Pregnancy Trial“ berichtet wird, dass MI-basierte Telefonberatung in Verbindung mit Selbsthilfematerialien und finanziellen Incentives im Vergleich zu einer Kontrollbedingung wirksamer war, wurden in einer Meta-Analyse aus fünf Studien keine überdauernden Wirkeffekte nachgewiesen. Da die sozialen Unterschiede bei Schwangeren auch durch erhöhtes Rauchverhalten der sozial Schwächeren sichtbar sind, ist es dringend notwendig, geeignete Programme für diese Zielgruppe zu entwickeln – unter Beteiligung der Betroffenen und unter der Berücksichtigung ihrer Lebenswelten.

c) Litvin EB, Kovacs MS, Hayes PL & Brandon TH (2012) Responding to Tobacco Craving: Experimental Test of Acceptance Versus Suppression. *Psychology of Addictive Behaviors*, doi:10.1037/a0030351

Hintergrund: Die Acceptance & Commitment Therapie (ACT) ist ein relativ neuer psychotherapeutischer Ansatz. Eine ihrer Grundannahmen besagt, dass eine bloße Unterdrückung oder Verdrängung von Gedanken an das Rauchen (der klassische Umgang mit Rauchverlangen bzw. craving nach dem Rauchstopp) nicht vollständig gelingen kann und daher eher negative Konsequenzen hat wie verstärktes Wiederaufflammen (Rebound) von craving und Abnutzung der Selbstwirksamkeit. Beim ACT-Ansatz werden Gedanken und Gefühle bezüglich craving in achtsamer Akzeptanz und Zuwendung bewältigt; es soll erlernt werden zu unterscheiden, welche Formen von craving beiseite geschoben werden können und welche nicht. Durch diese flexiblen Copingstrategien soll die Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Ziel der Anwendung von ACT ist nicht in erster Linie, dass die Frequenz des „ans Rauchen denken müssen“ abnimmt, sondern dass diese Rauchgedanken zu kürzeren und weniger intensiven „Verlangensattacken“ führen. Kontrolle wird dann primär in Bezug auf das Verhalten und nicht auf die Gedanken ans Rauchen ausgeübt. Auch wenn erfahrene Therapeuten diese Ansätze bereits in der Tabakentwöhnung einsetzen, wurde die Eignung und Wirksamkeit bislang noch nicht explizit getestet.

Methode: Der Studienaufbau war sehr komplex und kann hier auch nicht annähernd genau beschrieben werden. 162 erwachsene Raucher mit mind. einem Stoppversuch in der Vergangenheit und einer Ausstiegsintention in den nächsten sechs Monaten wurden auf zwei experimentelle Arme oder die Kontrollgruppe randomisiert. Im Rahmen einer insgesamt 90minütigen ersten Sitzung erhielten alle Teilnehmenden nach einer vorangegangenen dreistündigen Rauchpause unter Laborbedingungen eine 10minütige Präsentation zu ACT-Strategien, klassischen Coping-Strategien oder neutralen Inhalten (Kontrolle). Um die Aufmerksamkeit während der Präsentation hochzuhalten, wurde ein Behaltenstest angekündigt und

durchgeführt. Nach der Laborintervention folgte eine Expositionsphase mit starken rauchbezogenen Reizen (Zigaretten ihrer Marke und die Aufforderung, diese anzuzünden, aber nicht daran zu ziehen). Verlangensstärke, Selbstwirksamkeit, Gedankenhäufigkeit und Affekte wurden mit dafür entwickelten Fragebögen erfasst. Vorhergesagt wurde, dass die Gruppe mit den klassischen Strategien weniger Rauchgedanken entwickelt, aber beide Interventionen zu vermindertem craving und negativen Affekten führen. Abnutzung von Selbstwirksamkeit und Rebound von craving wurde nur für die Unterdrückungsgruppe prognostiziert. Nach der Laboreinheit sollten alle Teilnehmer für drei Tage einen Ausstieg probieren. Hier wurde prognostiziert, dass die ACT-Gruppe die höchste Selbstwirksamkeit und den geringsten Tabakkonsum berichtet.

Ergebnisse: Insgesamt lässt sich sagen, dass die Teilnehmer, die gelernt hatten, Rauchgedanken zu unterdrücken, dies erfolgreich anwenden konnten und weniger ans Rauchen dachten als die beiden anderen Gruppen. Beide Interventionen waren gleichermaßen und besser als die Kontrolle geeignet, craving und Affekte günstig zu beeinflussen. Bezüglich Selbstwirksamkeit und Rebound konnte allerdings keine Überlegenheit der ACT-Gruppe nachgewiesen werden. Nach den drei Tagen „Ausstieg auf Probe“ schnitten die beiden Interventionsgruppen im Vergleich zur Kontrolle bezüglich Selbstwirksamkeit besser ab, aber beim Rauchverhalten während dieser Tage gab es keinerlei Unterschiede zwischen den drei Gruppen.

Diskussion: Von dieser Studie können Impulse für weitere psychologische Forschungen ausgehen; so wäre denkbar, dass bei bestimmten Merkmalen eine ACT-basierte Bewältigungsstrategie effektiver sein könnte als eine Vermeidungsstrategie. Dabei wären dann andere Vermittlungsformen gefragt; flexible Bewältigungsstrategien zur Tabakentwöhnung lassen sich nicht alleine aus einer 10minütigen Präsentation erlernen.