Online publiziert: 18.02.2022

Thieme

Stationäre Behandlung exklusiv zur Raucherentwöhnung – Konzept einer intensivierten verhaltenstherapeutischen Gruppentherapie

Residential Treatment Exclusively for Smoking Cessation – Concept of an Extensive Behavioral Group Therapy

Autoren
Jonas Dickreuter[1], Andreas Jähne[3], Jens A. Leifert[1, 2]

Institute
1 Universitätsklinikum Freiburg, Tumorzentrum (CCCF), Freiburg
2 Breisgau-Klinik, Abteilung Innere Medizin – Onkologie, Bad Krozingen
3 Oberberg Fachklinik Rhein-Jura, Bad Säckingen

Schlüsselwörter
Raucherentwöhnung, stationär, Gruppentherapie, Verhaltenstherapie, Tabakentwöhnung

Key words
smoking cessation, residential, group therapy, behavior therapy, tobacco cessation

online publiziert 2022

Bibliografie
Suchttherapie
DOI 10.1055/a-1731-6386
ISSN 1439-9903
© 2022. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse
Dr. Jens Leifert
Universitätsklinikum Freiburg
Tumorzentrum (CCCF)
Präventionsteam – CPMT
Hugstetterstraße 55
79106 Freiburg
Deutschland
jens.leifert@uniklinik-freiburg.de

ZUSAMMENFASSUNG

Zielsetzung Angesichts hoher Morbidität und Mortalität durch Tabakabhängigkeit besteht ein dringender Bedarf an effektiven Angeboten zur Raucherentwöhnung. Die leitliniengemäß durchgeführten ambulanten Therapien sind in ihrer langfristigen Wirksamkeit jedoch limitiert. Im Folgenden wird ein erstmalig in Deutschland entwickeltes wissenschaftliches stationäres Therapiekonzept ausschließlich zur stationären Raucherentwöhnung beschrieben und die Evidenz für die langfristige Effektivität dieser intensivierten Therapieform zur Raucherentwöhnung diskutiert.

Methodik Es handelt es sich um ein multimodales neuntägiges verhaltenstherapeutisches Therapiekonzept für den stationären Einsatz. Die Entwöhnung wird als Gruppentherapie leitliniengemäß von einem mobil einsetzbaren Team geschulter Raucherentwöhner:innen durchgeführt, ergänzt durch Angebote zur Förderung der Gruppenkohäsion, Tagesstrukturierung, zum Bewegungstraining, Ernährungsmanagement, Ressourcenaufbau, Expositionstraining rückfallkritischer Situationen und zur achtsamkeitsbasierten Stressbewältigung.

Schlussfolgerungen Eine stationäre Raucherentwöhnungstherapie ist als vielversprechende Ergänzung bzw. Alternative zur ambulanten Entwöhnung umsetzbar. Die intrinsische Abstinenzmotivation soll in einem geschützten Rahmen bei professioneller Betreuung und Unterstützung in der Gruppe gestärkt werden mit Fokus auf den Transfer der Kompetenzen in den Alltag. Erste Studienergebnisse weisen auf eine hohe langfristige Entwöhnungsquote hin. Eine wissenschaftliche Überprüfung der (Kosten-)Effektivität anhand randomisiert-kontrollierter Studien steht noch aus.

ABSTRACT

Objective Tobacco dependence is associated with high morbidity and mortality. Long-term effectiveness of the evidence-based outpatient therapies however, is limited. Hence, effective treatments for smoking cessation are urgently needed. This article aims to illustrate the first scientific German concept for residential therapy exclusively for smoking cessation and to discuss the current evidence for the long-term effectiveness of this intensified treatment for smoking cessation.

Methods The concept comprises a multimodal nine-day behavioral smoking cessation therapy for use in an inpatient setting. A mobile team of certified smoking cessation therapists

Heruntergeladen von: Rüther Tobias, LMU München Augenklinik. Urheberrechtlich geschützt.

carries out the behavioral group therapy in accordance with the German S3-guideline for smoking cessation. This is supplemented by activities to improve group cohesion and support daily structure, including physical exercises, nutrition management, resource activation, exposure training and mindfulness-based stress reduction.

Conclusions A residential smoking cessation therapy is feasible in an inpatient context and could provide a promising addition or alternative to existing outpatient interventions. It aims to increase the intrinsic abstinence motivation and focuses on transferring competencies to everyday life in a protected environment with professional care and group support. Early study results suggest high long-term abstinence rates. Yet randomized-controlled studies will be necessary to determine the effectiveness and cost-efficiency.

Einleitung

Tabakabhängigkeit ist weltweit der wichtigste vermeidbare Risikofaktor für zahlreiche schwerwiegende Krankheiten, insbesondere Krebs-, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen [1]. Im Jahr 2018 wurden in Deutschland 13,3 % (127.000) aller Todesfälle auf Folgen des Rauchens zurückgeführt [2]. Die jährlichen direkten Kosten des Tabakkonsums werden mit 30,32 Mrd. Euro beziffert, die indirekten Kosten – beispielsweise durch Produktivitätsverluste, Rehabilitation oder Pflegebedürftigkeit – mit 67 Mrd. Euro [3]. Entsprechend der in 2021 aktualisierten S3-Behandlungsleitlinie besitzen verhaltenstherapeutische Einzel- und Gruppeninterventionen den höchsten Empfehlungsgrad für die Tabakentwöhnung. Darüber hinaus wird für starke Raucher:innen die Kombination mit einer Nikotinersatztherapie (NET) bzw. medikamentöser Unterstützung empfohlen [4]. Obwohl ein Großteil der Raucher:innen (59–68 %) den Konsum beenden oder (30 %) zumindest reduzieren möchte [5,6], bleiben selbst mithilfe der leiliniengemäßen ambulanten Raucherentwöhnungstherapien nur etwa 20 % der Raucher:innen über mindestens sechs Monate hinweg abstinent [7, 8].

Die meisten anderen stoffgebundenen Süchte werden vorrangig in einer stationären Entgiftungs- bzw. Entwöhnungsbehandlung therapiert. In den USA wird eine stationäre Therapie bereits zur Raucherentwöhnung, insbesondere für starke Raucher:innen, als umfassendste Maßnahme empfohlen [9].

Eine stationäre Raucherentwöhnung könnte einen effektiven neuen Therapieansatz mit zahlreichen potentiellen Vorteilen gegenüber einer ambulanten Raucherentwöhnung bieten: Durch den geschützten Rahmen und das rauchfreie Setting über die Gruppensitzungen hinaus werden mit dem Rauchen verknüpfte Stimuli als signifikante Risikofaktoren für einen Rückfall – insbesondere in den ersten kritischen Tagen nach dem Rauchstopp – systematisch reduziert [10, 11]. Der tägliche intensivierte therapeutische Kontakt und die gemeinsamen Aktivitäten in der Gruppe tragen dazu bei, die wahrgenommene soziale Unterstützung für eine Abstinenz zu fördern [12]. Darüber hinaus kann die Bewältigung von Entzugssymptomen ärztlich überwacht und unterstützt werden, z. B. leitliniengemäß durch eine Pharmakotherapie oder eine individuell angepasste NET [13]. Ferner wird erwartet, dass zusätzliche therapeutische Angebote im stationären Setting, wie körperliche Aktivität und Entspannungsverfahren, zu einer Reduktion von Nikotinverlangen und von Entzugssymptomen beitragen [14, 15]. Neue Routinen und Fähigkeiten für den Umgang mit Stress und Suchtdruck können entwickelt und in einer geschützten Umgebung erprobt werden sowie die wahrgenommene Selbstwirksamkeit für die Abstinenz gestärkt werden [16].

Merksatz

Eine stationäre Raucherentwöhnung ermöglicht eine intensivierte Betreuung und gegenseitige Unterstützung in der

In Deutschland bietet sich eine stationäre Raucherentwöhnung insbesondere im Setting von Rehabilitationskliniken an, da hier die Infrastruktur und eine multidisziplinäre professionelle Unterstützung mit Angeboten zur Verbesserung verschiedener gesundheitsförderlicher Aktivitäts- bzw. Lebensveränderungen bereits vorhanden sind, z. B. durch Bewegungsprogramme oder Ernährungsberatung. Dadurch wird das Symptommanagement gestärkt und weitreichende Strategien zur Rückfallvorbeugung können erlernt werden [13, 17].

Erste empirische Studien zur Wirksamkeit von stationärer Raucherentwöhnungstherapie deuten auf hohe langfristige Abstinenzquoten zwischen 26.1 % und 65 % nach einem Zeitraum von sechs bis 24 Monaten hin [13, 16, 18–27]. Als Ursache für die Varianz der Abstinenzquoten kommen verschiedene Faktoren in Betracht. Die Heterogenität der Interventionen (Therapiedauer zwischen drei und 21 Tagen, unterschiedliche Begleitprogramme, zum Teil inkludierte ambulante Nachsorge), die unterschiedlichen selektiven Stichproben, die Wahl verschiedener Endpunkte wie der kontinuierlichen oder der 7-Tage-Abstinenz zum Katamnesezeitpunkt mit und ohne biochemischer Validierung sowie die unterschiedliche Handhabung von Dropouts zum Katamnesezeitpunkt erschweren die Vergleichbarkeit der Ergebnisse. In einer Kohortenstudie aus den USA zeigten sich signifikant erhöhte 6-Monats-Abstinenzquoten von 52 % in einer stationären (n = 226) im Vergleich zu 27 % in einer ambulanten Raucherentwöhnungstherapie (n = 4327) [13]. Die Ergebnisse sind bedingt belastbar, da es sich um keine randomisiert-kontrollierten Studien handelt und eine hohe Selbstselektion der Teilnehmenden hinsichtlich der Motivation für eine derart umfangreiche Therapie, verbunden mit hohem Zeit-, Organisations- und teilweise finanziellem Aufwand angenommen werden muss [13, 16, 18, 21]. Auf der anderen Seite wiesen die meisten Teilnehmenden der bisherigen Studien eine höhere körperliche Nikotinabhängigkeit und mehrere vorherige erfolglose Rauchstoppversuche [19, 21] auf, die sich negativ auf die Selbstwirksamkeitserwartung und den Therapieerfolg auswirken könnten.

Für Deutschland fehlt bisher die wissenschaftliche Konzeption einer stationären Raucherentwöhnungstherapie. Um diese Lücke zu schließen, wurde in Anlehnung an das Konzept von Hays und Kollegen [13] eine intensivierte Raucherentwöhnungstherapie für ein stationäres Setting entwickelt. Im Folgenden werden der the-

Heruntergeladen von: Rüther Tobias, LMU München Augenklinik. Urheberrechtlich geschützt.

oretische Hintergrund und Ablauf vorgestellt sowie Möglichkeiten und Grenzen der Therapie diskutiert.

Methoden

Die Raucherentwöhnungstherapie wurde für eine stationäre multimodale Behandlung im Setting einer Rehabilitationsklinik mit einer neuntägigen Gesamtdauer entwickelt. Sie wird leitliniengemäß durch verhaltenstherapeutisch ausgebildete und in motivierender Gesprächsführung [28] geschulte Raucherentwöhnungstherapeut:innen umgesetzt. Die Intervention kann an verschiedenen Standorten durch ein mobiles Team ausgebildeterer Fachleute durchgeführt werden, um vor Ort kein spezialisiertes Personal vorhalten zu müssen. Sie wird ergänzt durch eine Nikotinersatztherapie und ist an Rehabilitations- aber auch Akutkliniken einsetzbar.

Merksatz

Ein neues stationäres Therapiemodell für Raucher:innen soll geschaffen werden, das in verschiedenen Klinikkontexten umgesetzt werden kann.

Die Therapieform wurde in einer Pilotstudie (n = 20) erfolgreich mit dem Ergebnis einer kontinuierlichen 6-Monats-Abstinenzquote von 50 % erprobt [27]. Eine randomisiert-kontrollierte Studie zum Wirksamkeitsvergleich anhand der kontinuierlichen 12-Monats-Abstinenzquoten (biochemisch validiert) mit einer leitliniengemäßen ambulanten Raucherentwöhnungstherapie befindet sich in der Auswertungsphase [29] (Stand 01/2022).

Theoretische Fundierung

Die therapeutische Haltung orientiert sich an den Prinzipen der motivierenden Gesprächsführung, einem klientenzentrierten zielorientierten Gesprächsführungsstil, der ein partnerschaftliches, empathisches und evokatives Vorgehen zur Stärkung intrinsischer Veränderungsmotivation anstrebt [28]. Für den gesamten Prozess spielt die Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung eine herausragende Rolle, da eine Verhaltensänderung nur im Vertrauen darauf erfolgt, dass die antizipierten positiven Konsequenzen aus eigener Kraft erreicht werden können [30]. Der/Die Therapeut:in nimmt eine geleitende, unterstützende und reflektierende Rolle ein.

Die Teilnehmenden werden unterstützt, sich mit individuellen Gründen für eine Tabakabstinenz auseinanderzusetzen, die Vor- und Nachteile des Rauchens gegen diejenigen der Tabakabstinenz abzuwägen und darauf aufbauend eine selbstverantwortlich gesetzte Abstinenzentscheidung zu treffen. Persönliche Fähigkeiten und Unterstützungsmöglichkeiten zur Erlangung der Rauchfreiheit werden reflektiert und ein positives Selbstbild als zukünftige/r Nichtraucher:in entwickelt, wobei die Therapiegruppe als Erfahrungs- und Unterstützungsquelle hervorgehoben wird, auch über das Therapieende hinaus.

Die Inhalte der Therapie beruhen auf den in Deutschland am besten untersuchten verhaltenstherapeutischen Therapieprogrammen zur Raucherentwöhnung, dem *Rauchfrei-Programm* des Instituts für Therapieforschung (IFT) [31] sowie *Nichtraucher in 6 Wochen* des Arbeitskreises Raucherentwöhnung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen (AKR) [32]. Sie werden in sechs täglichen 90-minütigen Einheiten sowie je einer Begrüßungs- und Abschiedsrunde von zertifizierten Entwöhner:innen (IFT bzw. AKR) durchgeführt. Die Gruppengröße beträgt im Idealfall acht bis zwölf Teilnehmende. Innerhalb der ersten 24 Stunden nach Ankunft im stationären Setting findet ein therapeutisches Einzelgespräch statt zur Anamnese, Ziel- und Motivationsklärung, Identifikation von individuellen Ressourcen bzw. Hindernissen für die Abstinenz sowie eine Beratung hinsichtlich einer Nikotinersatztherapie bzw. den für die Raucherentwöhnung zugelassenen Wirkstoffen Vareniclin und Buproprion. Die Teilnehmenden werden informiert, dass Vareniclin erst nach einer einwöchigen Titrationsphase, d. h. zum Therapieende, die volle Wirkdosis entfaltet. Überbrückend wird bei verstärktem Suchtdruck die Verwendung von Nikotinersatzpräparaten empfohlen.

Ein Einzelgespräch für etwaige offene Anliegen bzw. Ängste steht am 6. Tag optional zur Verfügung. Der Rauchstopp in Form eines gemeinsamen Rituals erfolgt nach der Schlusspunktmethode am 2. Tag und somit früher als in den zugrunde gelegten Programmen konzipiert. Nach Hays und Kolleg:innen [13] und den Erfahrungen in der eigenen stationären Pilotstudie [27], befinden sich die Raucher:innen zu Therapiebeginn im Sinne des Transtheoretischen Modells (TTM) [33] meist bereits in einem fortgeschrittenen Stadium der Verhaltensänderung, der Kontemplations- bzw. Planungsphase und streben einen raschen Rauchstopp an. Hierdurch kann die Vorbereitungszeit zugunsten mehr Zeit für die Festigung der Rauchfreiheit und Übungen zum Transfer in den Alltag während der Therapiephase verkürzt werden.

Der Tagesablauf wird nach dem Rauchstopp mit zahlreichen Angeboten vorstrukturiert. Im Verlauf werden zunehmend Übungsgelegenheiten zum Umgang mit freier Zeit geschaffen, um Pausen, die zuvor mit dem Rauchen gefüllt waren, aktiv zu gestalten.

Ablauf

Bei der vorgestellten Konzeption beginnen die Therapieeinheiten der Raucherentwöhnungsgruppe jeweils mit einer Metapher als Affirmation des Wandels hin zu dauerhafter Rauchfreiheit, einer CO-Messung zur Visualisierung der körperlichen Veränderungen durch den Rauchstopp sowie einer Stimmungsrunde zum Austausch aktueller Anliegen innerhalb der Gruppe. Die Sitzungen enden jeweils mit einer täglich wechselnden Achtsamkeitsübung, um das Repertoire an Strategien für den Umgang mit Suchtdruck und Risikofaktoren zu vergrößern.

Der 1. Tag beginnt mit der Einführung und Vorstellung der Teilnehmenden und Therapeut:innen. Durch einen Vortrag zum Thema Veränderung wird eine positive Abstinenzerwartung und -zuversicht entwickelt und die Gruppe als Ressource betont. Der Rauchstopp am nächsten Tag wird geplant und die Teilnehmenden erhalten eine Vorlage für einen individuellen Abschiedsbrief an die letzte Zigarette zur emotionalen Auseinandersetzung mit der bevorstehenden Abstinenz.

Am 2. Tag stehen die Abstinenzentscheidung und der Rauchstopp im Zentrum. Die Vor- und Nachteile des Rauchens im Vergleich zur Abstinenz werden in einem Rollenspiel und individuellen Vier-Felder-Schema reflektiert. Jede/r Teilnehmende verfasst einen persönlichen Motivationssatz für die Abstinenz. Determinanten der biologischen Abhängigkeit, Entzugssymptome und deren Bewältigung, u. a. durch NET bzw. Medikamente, werden besprochen. Der erste rauchfreie Abend wird geplant. Alle Teilnehmenden tref-

Heruntergeladen von: Rüther Tobias, LMU München Augenklinik. Urheberrechtlich geschützt.

fen sich zum gemeinsamen Abschiedsritual: Sie verabschieden ihre Sucht, indem sie sämtliche Rauchutensilien abgeben und ihren Abschiedsbrief als Papierboot gefaltet in einen (symbolischen) Bach zu Wasser lassen. Nach der Überquerung einer (sinnbildlichen) Brücke werden sie als Nichtraucher:innen begrüßt und für ihre Entscheidung bestärkt.

Der 3. Tag befasst sich mit der psychischen Funktion des Rauchens. Nach einem Erfahrungsaustausch zum Rauchstopp werden die Lernprinzipien des Rauchens besprochen. Typische (frühere) Rauchsituationen werden anhand von Rauchprotokollen ausgewertet, welche die Teilnehmenden vor der Entwöhnung geführt haben. In Kleingruppen werden Verhaltensalternativen erarbeitet und im Plenum vorgestellt.

Der 4. Tag vertieft die Rolle als Nichtraucher:in. Die Gruppe setzt sich mit Veränderungen nach dem Rauchstopp auseinander und benennt kurz- und langfristige Belohnungen zur Motivationsstärkung für die Rauchfreiheit. Mithilfe von Achtsamkeits- und Vorstellungsübungen (z. B. Zeitprojektion) entwickeln die Teilnehmenden eine positive Zukunftserwartung. Sie schreiben sich eine Postkarte mit Wünschen und Zielen für ihre Zukunft, die ihnen sechs Wochen nach Therapieende zugesandt wird.

Am 5. Tag wird der Umgang mit Sucht und Suchtdruck erarbeitet. Ein Ampelmodell des Suchtdrucks [31] mit Strategien entsprechend der Belastungshöhe wird erstellt. Sensorische, taktile, kognitive, emotionale, verhaltens- und achtsamkeitsbezogene Skills (Bewältigungsfertigkeiten) werden vorgestellt und von den Teilnehmenden erprobt, um einen individuellen „Notfallkoffer“ zur suchtfreien Bewältigung von Anspannungsphasen bzw. starken negativen Emotionen zu entwickeln.

Der 6. Tag dient als Ruhetag. Auf Wunsch wird ein Einzelgespräch angeboten (s. o.).

Am 7. Tag erfolgt eine Auseinandersetzung mit Rückfalltriggern zur Stabilisierung der Abstinenz. Die Teilnehmenden lernen, sich als Nichtraucher:innen gegenüber Argumenten für das Rauchen zu positionieren und üben in Rollenspielen, sich aktiv von konsumierenden Personen abzugrenzen. Anschließend wird ein Expositionsrational vermittelt. Die Teilnehmenden planen das bewusste Aufsuchen einer früheren Konsumsituation als eigenständige (gemäßigte) Exposition am selben Tag. Im Gegensatz zum Cue Exposure Training, bei dem wiederholt Hinweisreize für das Rauchen dargeboten werden, um das konditionierte Suchtverlangen auf diese zu löschen [34], soll bei dem vorliegenden Konzept die Exposition dazu dienen, neues Verhalten zu bahnen (vgl. [26]) und dabei den Umgang mit möglicherweise aversiven Emotionen zu verbessern (vgl. Exposition der Angstbehandlung [35]).

Quellen für langfristige soziale Unterstützung in Form eines Buddy-Systems, der Gruppe, durch Angehörige sowie die Raucherentwöhnungsberatung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) werden thematisiert.

Der 8. Tag befasst sich mit der Rückfallprophylaxe. Zunächst erfolgt eine Nachbereitung der Exposition vom Vortag. Anschließend werden Rückfallauslöser besprochen [32] und Rückfälle anhand des TTM eingeordnet [33]. Ein sog. „Drehbuch“ zur Bewältigung internaler und externaler Rückfallauslöser wird erarbeitet, um einen möglichen Abstinenz-Verletzungs-Effekt zu überwinden (vgl. Rückfallschock, [32]). Die Teilnehmenden werden gebeten, sich in eine/n Freund:in nach einem „Ausrutscher“ hineinzuversetzen und konstruktive Unterstützungsmöglichkeiten anzugeben [31]. Zur Vorbereitung auf den Alltag werden die weitere Inanspruchnahme von NET bzw. Medikamenten, Entsorgung verbliebener Rauchutensilien am Wohnort, Planung der ersten Tage und der Umgang mit dem sozialen Umfeld besprochen.

Am 9. Tag stehen die Reflektion von Entwicklungen auf dem Weg zur rauchfreien Identität sowie von Motivation und Zuversicht im Mittelpunkt. In der Abschiedsrunde erhalten die Teilnehmenden einen bestärkenden Text für Zuhause und werden eingeladen, Rückmeldungen zu ihren Therapieerfahrungen zu äußern.

In ▶ **Tab. 1** ist der Ablauf der Gruppentherapie zusammenfassend dargestellt.

Begleitende Therapieelemente

Eine medizinische Eingangsuntersuchung klärt Vorerkrankungen bzw. Medikationen ab, die möglicherweise durch den Rauchstopp beeinflusst werden oder eine erfolgreiche Gruppentherapie bzw. das begleitende Therapieprogramm beeinträchtigen können.

Die Raucherentwöhnungsgruppe wird durch ein umfangreiches Begleitprogramm ergänzt (s. ▶ **Tab. 2**): jeweils ein Bewegungstraining am Vormittag zur Aktivierung, tägliche Kräftigungs- und Entspannungsübungen und -anwendungen, eine Ernährungsberatung mit gemeinsamem Kochen in der Gruppe und ein tägliches Achtsamkeitstraining. Jeder Abend schließt mit einer ärztlichen Befindlichkeitsrunde in der Gruppe.

Das Bewegungstraining soll dazu beitragen, mögliche Entzugssymptome wie Unruhe oder eine dysphorische Stimmung zu bewältigen und neue gesundheitsförderliche Routinen für einen gesunden Lebensstil zu entwickeln.

Ergänzend zu den Inhalten in der verhaltenstherapeutischen Entwöhnungsgruppe informiert die Ernährungsberatung über eine mögliche Gewichtszunahme und Änderung des Essverhaltens nach dem Rauchstopp. Einerseits wird über eine gesunde Ernährung im Alltag und die Gefahr einer Kompensation des Rauchens, z. B. durch vermehrten Süßigkeitenkonsum, aufgeklärt. Andererseits soll die Akzeptanz für eine (eventuell vorübergehende) Gewichtszunahme gestärkt werden, um Rückfällen vorzubeugen [4].

Das Achtsamkeitstraining hat zum Ziel, konkrete Strategien zum Umgang mit Stress, Pausen und Suchtdruck zu erlernen und die Wahrnehmung für die positiven Veränderungen durch den Rauchstopp zu sensibilisieren, z. B. für die Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit oder des Geruchs- und Geschmackssinns beim Essen.

In einer ärztlichen Befindlichkeitsrunde zum Tagesabschluss berichten die Teilnehmenden von ihren Tageserfahrungen und reflektieren ihren Umgang mit rückfallkritischen Situationen. Sie können medizinische Fragen stellen, z. B. zur Dosisanpassung der NET. Im Zentrum stehen die Stärkung der Gruppenkohäsion und die Unterstützung bei der Problembewältigung durch einen gemeinsamen Austausch, die Validierung durch die Gruppe, Modellverhalten und Anregungen zum Umgang mit schwierigen Situationen.

Diskussion

Tabakentwöhnungsprogramme entsprechend der aktuellen S3-Leitlinien werden üblicherweise als ambulante Therapieverfahren durchgeführt. Dabei wird verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppentherapie mit dem Angebot einer NET bzw. medikamentö-

Heruntergeladen von: Rüther Tobias, LMU München Augenklinik. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 1** Ablauf der stationären Raucherentwöhnungstherapie in der Gruppe

	Thema	Inhalt
1. Tag: Einführung	**Begrüßung**	Vorstellungsrunde, Klärung des Ablaufs
	Positive Ergebniserwartung	Motivierender Vortrag zum Thema Veränderung
	Planung des Rauchstopps	„Abschiedsbrief" an die Zigarette, Vorbereitung Rauchstoppritual
2. Tag: Rauchstopp	**Entwicklung eines Gruppenverständnisses**	Gruppenerwartungen und -regeln klären
	Stärkung der Abstinenzmotivation	Rollenspiel und 4-Felder-Schema zur Ambivalenz des Rauchens, Motivationssatz mit Abstinenzziel formulieren
	Körperliche Abhängigkeit	Vortrag zu Suchtgedächtnis, Entzugssymptomen und NET
	Vorbereitung auf Abstinenz	Planung: Strategien gegen Suchtdruck, erster rauchfreier Abend
	Gemeinsames Rauchstoppritual	Verabschiedung der letzten Zigarette, „Absenden" des Abschiedsbriefs, Abgabe sämtlicher noch vorhandener Rauchutensilien
3. Tag: Funktionalität des Rauchens	**Reflexion Rauchstoppritual**	Erfahrungsaustausch zum Rauchstopp
	Psychologische Funktionalität des Rauchens	Psychoedukation: Lernprozesse des Nikotinkonsums, Erarbeitung von Auslösern und Alternativen anhand der Rauchprotokolle
4. Tag: Das Positive im Fokus	**Rolle als Nichtraucher:in**	Positive Zukunftsimagination als Nichtraucher:in, Achtsamkeitstraining, Reflexion von Veränderungen durch die Rauchfreiheit
	Selbstbelohnung	Texte mit Belohnungen für Abstinenz formulieren und verteilen
	Selbstbestärkung	Eigene Postkarte* schreiben: Wünsche/Ziele für rauchfreie Zukunft
5. Tag: Umgang mit Sucht	**Warnsignale für Suchtdruck**	Vortrag über Suchtdruck, Ampelmodell [31] zum Umgang mit Rückfalltriggern erarbeiten
	Bewältigung von Suchtdruck	Skills: Vorstellung bzw. Sammlung und Training von Bewältigungsstrategien zur Erstellung eines individuellen „Notfallkoffers"
6. Tag: Ruhetag	***Optionales Einzelgespräch***	
7. Tag: Kritische Situationen üben	**Umgang mit Rückfalltriggern**	Positionierung gegenüber Argumenten für das Rauchen. Rollenspiele zur Abgrenzung von Angeboten zum Tabakkonsum
	Soziale Unterstützung	Aufbau bzw. Aktivierung sozialer Unterstützung: Buddy-System, Gruppenkontakt, Angehörige, Rauchfreihotline der BZgA
	Expositionstraining	Erläuterung des Expositionsrationals, eigenständiges Aufsuchen einer früherer Konsumsituation im Anschluss
8. Tag: Vorbeugung von Rückfällen	**Nachbereitung der Exposition**	Reflexion der Expositionserfahrungen
	Rückfallprophylaxe	Identifikation von Rückfallauslösern, Vorstellungsübung und „Drehbuch" zur Rückfallbewältigung [31], Umgang mit Rückfällen anhand TTM [33]
	Vorbereitung auf den Alltag	Tagesstrukturierung, Umgang mit (rauchendem) Umfeld, Planung der weiteren Inanspruchnahme von NET bzw. Medikamenten
9. Tag: Abschied	**Ausblick und Rückmeldung**	Feedbackrunde: Erfahrungen mit der Therapie und der Rauchfreiheit, bestärkender Text für Zuhause, Verabschiedung

* Wird den Teilnehmenden sechs Wochen nach stationärer Therapie zugesandt

sen Unterstützung kombiniert. Ein stationäres Therapieprogramm bietet demgegenüber folgende Vorteile: Ein geschütztes rauchfreies Umfeld, eine hohe mögliche Gruppenkohäsion und intensivierte professionelle Therapie zur Unterstützung bei der Tabakabstinenz, dem Management der Entzugssymptome sowie der medikamentösen Einstellung und Kontrolle. Die stationäre Therapieform scheint insbesondere geeignet, um eine initiale Abstinenz zu erlangen, auch bei hoher körperlicher und psychischer Abhängigkeit [26]. In allen berichteten Fällen wurde eine vollständige oder nahezu vollständige Entwöhnungsquote zum jeweiligen Therapieende der stationären Raucherentwöhnungstherapie erzielt [19, 20, 27, 36]. Die langfristigen Abstinenzquoten liegen für eine chronische Suchterkrankung im mittleren bis hohen Bereich, wenngleich die zahlreichen Rückfallrisiken im Alltag [37] auch mithilfe einer kurzzeitigen intensivierten stationären Therapie nicht gänzlich minimiert werden können. Es konnte gezeigt werden, dass eine stationäre Raucherentwöhnungstherapie die Wahrnehmung der Vorteile einer Tabakabstinenz, das Stressempfinden, die empfundene Unterstützung durch den/die Partner:in und die Selbstwirksamkeitserwartung für die Abstinenz verbessern. Ein direkter Zusammenhang dieser Faktoren zur langfristigen Abstinenz wurde hingegen nicht ermittelt [16].

Die hier vorgestellte Konzeption stellt die Adaption der etablierten Tabakentwöhnungsprogramme für das stationäre Setting als

Heruntergeladen von: Rüther Tobias, LMU München Augenklinik. Urheberrechtlich geschützt.

▶ **Tab. 2** Inhalte und Dauer der multimodalen stationären Therapie

Inhalt	Dauer
Therapeutisches Einzelgespräch	1 h
Medizinische Anamnese	30 min
Raucherentwöhnungsgruppe	6 × 90 min
Ärztliche Gruppenbetreuung	6 × 30 min
Aktivierungs- und Fitnesstraining	insgesamt 15 h
Physikalische Therapie	insgesamt 3 h
Achtsamkeitstraining	6 × 30 min
Ernährungsberatung, Lehrküche	insgesamt 3 h
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	bei Bedarf

neuntägige multimodale Therapie dar. Die Begleittherapie aus Sport, Achtsamkeit, Entspannung und Ernährungsberatung erscheint intuitiv nachvollziehbar, da sie viele Probleme adressiert, mit denen Raucher:innen nach dem Rauchstopp zu kämpfen haben, wie eine mögliche Gewichtszunahme oder fehlende Alternativen zur Stressbewältigung. Eine ausgewogene aktive Lebensführung soll angestoßen und vielfältige praktische Kompetenzen zur Bewältigung von Stress, Problemen und Risikosituationen vermittelt werden, um die Selbstwirksamkeitserwartung sowie die Akzeptanz für Veränderungen durch den Rauchstopp entsprechend der S3-Leitlinie zur Förderung der langfristigen Abstinenz zu stärken [4].

Dennoch besteht für viele der begleitenden Therapieelemente in ihrer singulären Anwendung in der Therapie keine ausreichende Evidenz. Daher bedarf ihre Anwendung und Kombination mit klassischen Elementen der Entwöhnungstherapie der empirischen Überprüfung. Für Sport- und Bewegungsprogramme als einzige Begleitmaßnahme einer zumeist begrenzten Entwöhnungstherapie bzw. -beratung konnte kein signifikanter Effekt auf die langfristige Tabakabstinenz gezeigt werden, jedoch bestehen Hinweise für eine Reduktion des Suchtdrucks [15]. Zudem kann die Effektivität von achtsamkeitsbasierten Maßnahmen für die Tabakentwöhnung bislang aufgrund inkonsistenter Befunde und niedriger Evidenzqualität nicht beurteilt werden [4]. Auch ist fraglich, wie effektiv eine dreistündige Ernährungsberatung die in 84 % der Fälle [38] im ersten Jahr nach dem Rauchstopp auftretende Gewichtszunahme wirkungsvoll reduzieren bzw. ausreichend Akzeptanz für etwaige Körperveränderungen schaffen kann. Schließlich muss geprüft werden, ob und in welcher Form ein Expositionstraining die Abstinenz am besten unterstützen kann. Statt einer Desensibilisierung in Sensu zur graduellen Auseinandersetzung mit kritischen Konsumsituationen [36], wurde in der vorliegenden Konzeption ein Vorgehen in vivo für Situationen mit mittlerer Schwierigkeit gewählt, da dies als günstig für die Behandlung vieler psychischer Störungen wie der Alkoholabhängigkeit angesehen wird [39]. Hierdurch sollen die Teilnehmenden auf schwierige Situationen unter Realbedingungen vorbereitet werden, um die Abstinenzzuversicht nach Therapieende zu fördern. Bei längerer Therapiedauer wäre eine wiederholte Exposition zur Förderung der neuen Verhaltensmuster wünschenswert. Ferner wurde die medikamentöse Therapie aufgrund der begrenzten Realisierbarkeit und Beratungsmöglichkeit vor Ort erst zum Beginn der stationären Therapie angeboten. Wenngleich die Teilnehmenden in einem sehr geschützten Setting betreut wurden und Nikotinersatzpräparate zur Überbrückung innerhalb der ersten Wochen der Titrationsphase empfohlen wurden, könnte eine bereits vor dem Therapiebeginn begonnene medikamentöse Therapie möglicherweise einen noch besseren Schutz vor Entzugserscheinungen und ein früheres Abklingen etwaiger Nebenwirkungen in den ersten Tagen des Rauchstopps ermöglichen.

In der vorliegenden Konzeption wurde als Vorbereitung für einen randomisiert-kontrollierten Wirksamkeitsvergleich mit ambulanten Raucherentwöhnungsprogrammen bewusst auf eine ambulante Nachsorge verzichtet [4]. Stattdessen wurde eine telefonische Unterstützung bei Bedarf für bis zu zwei Wochen nach Therapieende angeboten und auf die Telefonberatung zur Raucherentwöhnung der BZgA verwiesen, was der gängigen Praxis bei der ambulanten Raucherentwöhnung entspricht (Leifert et al. in Vorbereitung). Dabei könnte einer strukturierten Nachsorge insbesondere nach einer stationären Raucherentwöhnung ein hoher Stellenwert für den Transfer der Rollenveränderungen, Routinen und Fähigkeiten in den Alltag zukommen. So wurden im Bereich der stationären Kurzzeitinterventionen zur Raucherentwöhnung signifikant höhere langfristige Abstinenzquoten durch eine einmonatige Nachsorge erzielt [40]. Sie könnte sowohl telefonisch als auch online realisiert werden und steht im Fokus zukünftiger Untersuchungen.

Das hier entwickelte Konzept einer stationären Raucherentwöhnungstherapie bildet die Grundlage für eine wissenschaftliche Evaluation der Wirksamkeit von stationärer Raucherentwöhnung, der Therapiebestandteile und des Therapieumfangs. Ein solches multimodales Therapieprogramm konnte im Alltag einer Rehabilitationsklinik etabliert werden. Die Ergebnisse der ersten pilothaften Erhebung weisen auf eine hohe Effektivität und Nachfrage für die entwickelte Konzeption hin [27]. Die Rückmeldungen der Teilnehmenden waren durchgehend positiv: Das geschützte Setting und die hohe Gruppenkohäsion wurden als sehr unterstützend wahrgenommen. Innerhalb der neuntägigen Therapie konnten selbst starke Raucher:innen (Punktwert im Fagerströmtest ≥ 5) mit mehrfach erfolglosen (ambulanten) Entwöhnungsversuchen eine Tabakabstinenz erlangen. Die neue Rolle als Nichtraucher:in festigte sich mit jedem rauchfreien Tag und ein Großteil der Teilnehmenden fühlte sich zum Therapieabschluss ausreichend zuversichtlich für eine langfristige Abstinenz.

Allerdings steht eine randomisiert-kontrollierte Überprüfung der Wirksamkeit und Kosteneffektivität dieser neuen Therapieform, auch im Vergleich zu bereits wirksamen Raucherentwöhnungstherapien, noch aus. Zudem müssen mögliche Selektionseffekte der Teilnehmenden hinsichtlich einer höheren Motivation, Selbstwirksamkeits- und Abstinenzerwartung durch den hohen Aufwand zur Teilnahme an der stationären Therapie kontrolliert werden. Ebenfalls offen ist, inwiefern die Therapieeffekte auf das stationäre Setting, differentielle Effekte der begleitenden Angebote bzw. deren Kombination oder einen Dosis-Wirksamkeits-Zusammenhang zurückzuführen sind [19].

Eine leitliniengemäße Raucherentwöhnungstherapie ist als zeitlich begrenzte stationäre Behandlung umsetzbar und besitzt ein hohes Potential zur Ergänzung und Verbesserung der bestehenden

Heruntergeladen von: Rüther Tobias, LMU München Augenklinik. Urheberrechtlich geschützt.

Versorgung. Sie könnte zum einen als primäre Therapie zur Raucherentwöhnung bei gesunden Raucher:innen angeboten werden, insbesondere bei starker Nikotinabhängigkeit oder bei Therapieresistenz gegenüber anderen Entwöhnungsverfahren [21, 26]. Zum anderen wäre sie auch als Zusatzangebot bei der stationären Behandlung von rauchenden Patient:innen mit anderen Primärindikationen einsetzbar [23].

Weder ambulante noch stationäre Raucherentwöhnungstherapien sind bisher im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten. Eine zumindest teilweise Kostenübernahme könnte Raucher:innen motivieren bzw. unterstützen eine professionelle Raucherentwöhnung in Anspruch zu nehmen. Dies trüge letztlich dazu bei, krankheitsbedingte Folgekosten der Tabakabhängigkeit zu reduzieren.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Eine Raucherentwöhnungstherapie ist im stationären Setting umsetzbar und gemäß vorläufiger Daten erfolgversprechend als Alternative zu bestehenden Entwöhnungskonzepten.
- Ein geschützter Rahmen wird empfohlen, um Konsumtrigger zu reduzieren, insbesondere für Personen mit starker Nikotinabhängigkeit, niedriger Abstinenzzuversicht oder Schwierigkeiten, in ihrem gegenwärtigen Umfeld abstinent zu werden.
- Die stationäre Therapie basiert auf verhaltenstherapeutischen Entwöhnungskonzepten und wurde durch Interventionen zur Gesundheitsförderung, Stärkung der Achtsamkeit und dem Erwerb von Strategien zur Stress- und Problembewältigung ergänzt.
- Als wirksame Therapieelemente werden unter anderem eine intensivierte professionelle Unterstützung, hohe Gruppenkohäsion und Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung diskutiert.
- Randomisiert-kontrollierte Studien zur Überprüfung der Wirksamkeit dieser Therapieform, des optimalen Umfangs und einer etwaigen Nachsorge werden zukünftig benötigt.

Förderung

Die Therapieentwicklung erfolgte im Rahmen eines von der Deutschen Krebshilfe e.V. geförderten Projekts zur Überprüfung der Wirksamkeit stationärer Raucherentwöhnung (Projektnummer: 70112396).

Danksagung

Herzlichen Dank an Frau Barbara Pschichholz für die sorgsame und konstruktive Durchsicht des Manuskripts.

Autoren

Jonas Dickreuter, M. Sc. Psychologie

ist Psychologischer Psychotherapeut sowie zertifizierter Kursleiter für das Rauchfrei-Programm des IFT und promoviert am Universitätsklinikum Freiburg zur Umsetzbarkeit und Wirksamkeit stationärer Raucherentwöhnungstherapie. In Studium und Therapieausbildung beschäftigte er sich vertieft mit stationärer Suchtbehandlung und führt Schulungen zur motivierenden Gesprächsführung durch.

Dr. med. Jens Leifert

ist Arzt für Innere Medizin und Onkologie am Universitätsklinikum Freiburg und Leiter der Onkologie an der Breisgau-Klinik in Bad Krozingen. Er arbeitet wissenschaftlich seit Jahren auf dem Gebiet der Tabakentwöhnung und leitet die Forschungsgruppe Stationäre Raucherentwöhnung am Tumorzentrum des Universitätsklinikums, die bereits eine große Zahl an Teilnehmer:innen in die Rauchfreiheit begleitet hat.

Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Jähne

ist Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztl. Direktor der Oberberg Fachklinik Rhein-Jura in Bad Säckingen und der Oberberg Tagesklinik in Lörrach. An der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg beschäftige er sich mit Grundlagen- und Versorgungforschung der Tabakabhängigkeit. Er ist Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie und des Wissenschaftlichen Arbeitskreises Tabakentwöhnung (WAT e.V.).

Interessenkonflikt

Andreas Jähne ist Mitglied in der aktualisierten AWMF S3-Leitlinienkommission zur Behandlung der Tabakabhängigkeit. Die weiteren Autoren geben keine Interessenkonflikte an.

Literatur

[1] Stanaway JD, Afshin A, Gakidou E et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet 2018; 392: 1923–1994. doi:10.1016/S0140-6736(18)32225-6

[2] Schaller K, Kahnert S, Graen L et al. Tabakatlas Deutschland 2020. Heidelberg: Deutsches Krebsforschungszentrum; 2020

[3] Effertz T. Die Kosten des Rauchens in Deutschland im Jahr 2018 – aktuelle Situation und langfristige Perspektive. Atemwegs-Lungenkrankh 2019; 45: 307–314. doi:10.5414/ATX02359

[4] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.). S3-Leitlinie „Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung“ – Langversion. AWMF-Register Nr. 076-006. 2021

[5] Babb S, Malarcher A, Schauer G et al. Quitting smoking among adults – United States, 2000–2015. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2017; 65: 1457–1464. doi:10.15585/mmwr.mm6552a1

Heruntergeladen von: Rüther Tobias, LMU München Augenklinik. Urheberrechtlich geschützt.

[6] Breitling LP, Rothenbacher D, Stegmaier C et al. Aufhörversuche und -wille bei älteren rauchern: Epidemiologische Beiträge zur Diskussion um „Lifestyle“ versus „Sucht“. Dtsch Ärztebl Int 2009; 106: 451–455. doi:10.3238/arztebl.2009.0451

[7] Stead LF, Carroll AJ, Lancaster T. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2017. doi:10.1002/14651858.CD001007.pub3

[8] Lancaster T, Stead LF. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2017; 3: CD001292. doi:10.1002/14651858.CD001292.pub3

[9] Williams JM, Steinberg ML, Kenefake AN et al. An argument for change in tobacco treatment options guided by the ASAM criteria for patient placement. J Addict Med 2016; 10: 291–299. doi:10.1097/ADM.0000000000000239

[10] Winkler MH, Weyers P, Mucha RF et al. Conditioned cues for smoking elicit preparatory responses in healthy smokers. Psychopharmacology (Berl) 2011; 213: 781–789. doi:10.1007/s00213-010-2033-2

[11] Ashare RL, Wileyto EP, Perkins KA et al. The first 7 days of a quit attempt predicts relapse: validation of a measure for screening medications for nicotine dependence. J Addict Med 2013; 7: 249–254. doi:10.1097/ADM.0b013e31829363e1

[12] Fiore MC, Jaén CR, Baker TB et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. clinical practice guideline. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. 2008

[13] Hays JT, Croghan IT, Schroeder DR et al. Residential treatment compared with outpatient treatment for tobacco use and dependence. Mayo Clin Proc 2011; 86: 203–209. doi:10.4065/mcp.2010.0703

[14] Ussher M, Cropley M, Playle S et al. Effect of isometric exercise and body scanning on cigarette cravings and withdrawal symptoms. Addict Abingdon Engl 2009; 104: 1251–1257. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02605.x

[15] Ussher MH, Faulkner GEJ, Angus K et al. Exercise interventions for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2019; 2019. doi:10.1002/14651858.CD002295.pub6

[16] Ames SC, Croghan IT, Clark MM et al. Change in Perceived Stress, Partner Support, Decisional Balance, and Self-Efficacy Following Residential Nicotine Dependence Treatment. J Addict Dis 2008; 27: 73–82. doi:10.1300/J069v27n01_08

[17] Reif S, George P, Braude L et al. Residential treatment for individuals with substance use disorders: assessing the evidence. Psychiatr Serv 2014; 65: 301–312. doi:10.1176/appi.ps.201300242

[18] Hays JT, Wolter TD, Eberman KM et al. Residential (inpatient) treatment compared with outpatient treatment for nicotine dependence. Mayo Clin Proc 2001; 76: 124–133. doi:10.1016/S0025-6196(11)63117-0

[19] Green A, Yancy WS, Braxton L et al. Residential smoking therapy. J Gen Intern Med 2003; 18: 275–280. doi:10.1046/j.1525-1497.2003.11114.x

[20] Hoffman EH, Blackburn C, Cullari S. Brief residential treatment for nicotine addiction: a five-year follow-up study. Psychol Rep 2001; 89: 99–105

[21] Ho R, Fok P, Chan H. Pilot study of a 3-day residential treatment for smoking cessation in Hong Kong. Tob Prev Cessat 2018; 4. doi:10.18332/tpc/101577

[22] Hodgkin JE, Sachs DPL, Swan GE et al. Outcomes from a patient-centered residential treatment Plan for tobacco dependence. Mayo Clin Proc 2013; 88: 970–976. doi:10.1016/j.mayocp.2013.05.027

[23] Park H-Y, Choe Y-R, Oh I-J et al. Efficacy of an inpatient smoking cessation program at a single regional cancer center: A prospective observational study. Medicine (Baltimore) 2021; 100: e24745. doi:10.1097/MD.0000000000024745

[24] Park M-J, Seo Y-G, Noh H-M et al. Effectiveness of national residential smoking cessation program. Int J Environ Res Public Health 2021; 18: 9901. doi:10.3390/ijerph18189901

[25] Schoberberger R, Bayer P, Groman E et al. Stationäre Rauchertherapie – Projekt Josefhof. Erste Resultate des Modellprojekts. SUCHT 2000; 46: 424–427. doi:10.1024/suc.2000.46.6.424

[26] Schoberberger R, Böhm G, Schroeder Y. Heavy dependent nicotine smokers – Newfound lifestyle appreciation after quitting successfully. Experiences from inpatient smoking cessation therapy. Public Health 2015; 129: 539–544. doi:10.1016/j.puhe.2015.02.011

[27] Leifert JA, Engler U, Pschicholz B et al. Stationäre Behandlung ausschließlich zur Raucherentwöhnung – Ergebnisse einer Pilotstudie. Suchtmedizin 2018; 20: 299–304

[28] Miller WR, Rollnick S, Demmel R. Motivational interviewing. 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Freiburg im Breisgau: Lambertus 2015

[29] Dickreuter J, Schmoor C, Bengel J et al. Efficacy of a short-term residential smoking cessation therapy versus standard outpatient group therapy (‘START-Study’): study protocol of a randomized controlled trial. Trials 2020; 21: 562. doi:10.1186/s13063-020-04253-x

[30] Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman; 1997

[31] Gradl S. Entwicklung und Evaluation des Tabakentwöhnungsprogramms „Das Rauchfrei Programm“. Dissertation (CD). Leipzig 2008

[32] Batra A, Buchkremer G, Sattler K. Tabakentwöhnung: ein Leitfaden für Therapeuten. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2004

[33] Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. J Consult Clin Psychol 1983; 51: 390–395. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390

[34] Unrod M, Drobes DJ, Stasiewicz PR et al. Decline in cue-provoked craving during cue exposure therapy for smoking cessation. Nicotine Tob Res 2014; 16: 306–315. doi:10.1093/ntr/ntt145

[35] Lang T, Pittig A, Jacobi F. Expositions- und Konfrontationsverfahren. In: Brakemeier E-L, Jacobi F, Hrsg. Verhaltenstherapie in der Praxis. Weinheim Basel: Beltz; 2017: 254–272

[36] Schoberberger R, Böhm G, Groman E et al. Klinische Psychologie im Bereich Sozialmedizin – Stationäre Raucherentwöhnung als Beispiel nationaler Forschungskooperationen. In: Klinische Psychologie im Krankenhaus. Wien: Springer; 2011: 283–290

[37] Marlatt GA, Gordon JR. Hrsg. Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford Press; 1985

[38] Aubin H-J, Farley A, Lycett D et al. Weight gain in smokers after quitting cigarettes: meta-analysis. BMJ 2012; 345: e4439–e4439. doi:10.1136/bmj.e4439

[39] Bentz D, Michael T, Margraf J. Konfrontation und Exposition. Psychiatr Psychother Up2date 2009; 3: 409–428. doi:10.1055/s-0029-1223376

[40] Rigotti NA, Clair C, Munafò MR et al. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. Cochrane Database Syst Rev 2012. doi:10.1002/14651858.CD001837.pub3

Heruntergeladen von: Rüther Tobias, LMU München Augenklinik. Urheberrechtlich geschützt.