

Hypnotherapie bei Nikotinabusus

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Cornelia C. Schweizer
aus Ehingen

Tübingen

2003

Hypnotherapie bei Nikotinabusus

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych. Cornelia C. Schweizer
aus Ehingen

Tübingen

2003

Tag der mündlichen Qualifikation:

23. Juli 2003

Dekan:

Prof. Dr. M. Hautzinger

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. D. Revenstorf

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. P. Schlottke

Danksagung

Folgenden Personen und Institutionen, die wesentlich zur Entstehung dieser Arbeit beigetragen haben, möchte ich ganz herzlich danken:

Meinem Doktorvater Professor Dr. Dirk Revenstorf für die Hypnosesausbildung und die sehr gute Supervision, für die vielen hervorragenden kreativen Impulse und dafür, dass er immer reichlich Freiraum für die Umsetzung eigener Ideen gewährte. Der Studienstiftung des Deutschen Volkes für die großzügige finanzielle Unterstützung in Form des Promotionsstipendiums. Uli Föhl für die freundliche und äußerst kompetente Methodik-Beratung (Was macht das Buch?). Anita Ottenwälder für die zuverlässige Durchführung eines Teils der Therapien.

Ganz besonders bedanken möchte ich mich bei meinen Klientinnen und Klienten, von denen ich viel gelernt habe.

Mein besonderer Dank gilt außerdem Angelika Schlarb, die durch unsere gemeinsam erstellte Diplomarbeit die Basis für die vorliegende Arbeit gelegt hat, für ihre Freundschaft und kritisch-kreative Unterstützung, sowie für ihre Tätigkeit als Co-Therapeutin in den Gruppensitzungen. Eva-Maria Bartl und Angelika Doll-Knödler dafür, dass sie immer geglaubt haben, dass diese Arbeit eines Tages fertiggestellt sein würde (oder überzeugend so getan haben, als würden sie es glauben). Rainer Willnauer fürs Gassi gehen mit Lulu. Meiner Tante Anneliese Schweizer für die hingebungsvolle Versorgung von Kindern und Garten und für das leckere Essen. Meinen Eltern Ursula und Wilhelm Schweizer für die Rechtschreibkorrektur der Arbeit und dafür, dass sie mir das Studium ermöglicht haben. Meinen Söhnen Paul und Hanno für ihre (meist vorhandene) Kooperation und dafür, dass sie mich täglich ein- und aufdringlich daran erinnern haben, dass es wichtigere Dinge als Dissertationen gibt. Bei Paul möchte ich mich noch besonders für seine vielen Gänge zur Uni-Bibliothek bedanken, in der er sich mittlerweile wahrscheinlich besser auskennt als seine Mutter.

Meinem Liebsten, Stefan Weiss, danke ich für die umfassende Unterstützung in jeder Hinsicht.

Inhalt

I THEORIETEIL	10
1 EINLEITUNG UND ZUSAMMENFASSUNG	10
2 TABAKKONSUM UND NIKOTINABHÄNGIGKEIT	14
2.1 HISTORISCHE ENTWICKLUNG DES TABAKKONSUMS	14
2.1.1 <i>Kolumbus und die „brennenden Rollen“ der Indianer.....</i>	14
2.1.2 <i>Die Verbreitung des Tabaks in Europa: Mode und Medizin.....</i>	14
2.1.3 <i>Die Tabakgegner.....</i>	16
2.1.4 <i>Die europäische Politik und der Tabak.....</i>	17
2.1.5 <i>Veränderung der Tabakkonsumformen im geschichtlichen Verlauf.....</i>	18
2.1.6 <i>Die Zigarette im 20. Jahrhundert</i>	18
2.2 AKTUELLE ENTWICKLUNGEN BEZÜGLICH DES RAUCHENS.....	19
2.2.1 <i>Konsumverhalten deutscher Raucherinnen</i>	19
2.2.2 <i>Volkswirtschaftliche Entwicklungen</i>	21
2.2.3 <i>Initiativen gegen den Tabakkonsum.....</i>	22
2.2.4 <i>Schmerzensgeld bei tabakbedingten Erkrankungen.....</i>	23
2.2.5 <i>Rauchverbote und Nichtraucherinnenschutz.....</i>	24
2.3 DER BEGINN DER „RAUCHERKARRIERE“: RAUCHEN IM KINDES- UND JUGENDALTER..	25
2.3.1 <i>Rauchende Kinder und Jugendliche in der BRD</i>	25
2.3.2 <i>Gesetzesmaßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen.....</i>	26
2.3.3 <i>Initiativen und Präventionsprogramme.....</i>	27
2.3.4 <i>Ursachen und Entwicklung des Rauchens im Kindes- und Jugendalter.....</i>	28
2.4 INHALTSSTOFFE DER ZIGARETTE: NIKOTIN & CO	28
2.5 GESUNDHEITLICHE AUSWIRKUNGEN DES TABAKKONSUMS	31
2.5.1 <i>Allgemeine gesundheitliche Beeinträchtigungen</i>	32
2.5.2 <i>Durch das Rauchen bedingte Erkrankungen.....</i>	32
2.5.3 <i>Spezifische Risiken für Frauen</i>	35
2.5.4 <i>Todesfälle als Folge des Tabakkonsums</i>	36
2.5.5 <i>Schädlichkeit des Passivrauchens.....</i>	36
2.6 NIKOTINABHÄNGIGKEIT	37
2.6.1 <i>Rauchen: Gewohnheit oder Sucht?.....</i>	37
2.6.2 <i>Kriterien der Nikotinabhängigkeit</i>	38
2.7 ERKLÄRUNGSMODELLE FÜR DAS RAUCHEN	41
2.7.1 <i>Psychologische Aspekte des Rauchens</i>	41
2.7.2 <i>Physiologische Aspekte der Nikotinsucht und des Nikotinentzugs.....</i>	43
3 THERAPIE.....	47
3.1 ALLGEMEINE PSYCHOTHERAPEUTISCHE WIRKFAKTOREN	47
3.1.1 <i>Gemeinsamer Faktor Klienten</i>	48
3.1.2 <i>Die therapeutische Beziehung.....</i>	48
3.1.3 <i>Hoffnung als Grundlage des gemeinsamen Faktors Placebo und Erwartung.....</i>	48
3.1.4 <i>Psychotherapeutische Technik.....</i>	49

3. 2	THEORIEN ZUR HYPNOTHERAPIE	50
3. 2. 1	<i>Historische Wurzeln der Hypnotherapie</i>	50
3. 2. 2	<i>Die Dissoziationstherapie – Pierre Janet (1925)</i>	51
3. 2. 3	<i>Die Neodissoziationstheorie – Ernest R. Hilgard (1974)</i>	51
3. 2. 4	<i>Die Drei-Dimensionen-Theorie – Ronald E. Shor (1962)</i>	52
3. 2. 5	<i>Die psychoanalytische Interpretation – Merton Gill & Margaret Brenman (1961, 1967)</i>	52
3. 2. 6	<i>Der ökosystemische Ansatz – David P. Fourie (1991)</i>	53
3. 2. 7	<i>Der kognitiv-sozialpsychologische Ansatz – Nicolas P. Spanos (1988)</i>	53
3. 3	BEGRIFFLICHKEITEN, WIRKUNGEN UND ZIELE IN DER MODERNEN HYPNOTHERAPIE .	53
3. 3. 1	<i>Hypnotherapie, Hypnose und Trance</i>	53
3. 3. 2	<i>Trancephänomene</i>	54
3. 3. 3	<i>Kontextvariablen</i>	55
3. 3. 4	<i>Wirkungen und Ziele der Hypnotherapie</i>	55
3. 4	PRÄMISSEN DER HYPNOTHERAPIE NACH ERICKSON	57
3. 4. 1	<i>Ressourcenorientierung, Utilisation und Reframing</i>	58
3. 4. 2	<i>Therapeutisches Tertium</i>	58
3. 4. 3	<i>Konfusion</i>	59
3. 4. 4	<i>Minimale Veränderung mit Kaskadeneffekt</i>	60
3. 4. 5	<i>Schutz des unbewussten Bearbeitungsprozesses</i>	60
3. 4. 6	<i>Beiläufigkeit</i>	61
3. 5	EMPIRISCHE BELEGE FÜR DIE WIRKSAMKEIT VON HYPNOTHERAPIE	67
3. 6	HYPNOTISIERBARKEIT, SUGGESTIBILITÄT UND TRANCETIEFE.....	67
3. 6. 1	<i>Klärung der Begrifflichkeiten</i>	67
3. 6. 2	<i>Hypnoseskalen</i>	68
3. 6. 3	<i>Hypnotisierbarkeit und Therapieerfolg</i>	69
3. 7	EINZEL-UND GRUPPENPSYCHOTHERAPIE	69
3. 7. 1	<i>Anfänge der Gruppentherapie</i>	69
3. 7. 2	<i>Effektivität von Gruppen- und Einzeltherapie</i>	70
3. 7. 3	<i>Allgemeine Faktoren der Gruppentherapie nach Yalom</i>	70
3. 7. 4	<i>Gruppenhypnose</i>	73
4	RAUCHERENTWÖHNUNG	75
4. 1	ERFOLGSVARIABLEN, EBENEN, PHASEN IN DER RAUCHERENTWÖHNUNG.....	75
4. 1. 1	<i>Phasen der Raucherentwöhnung</i>	75
4. 1. 2	<i>Ebenen der Raucherentwöhnung</i>	76
4. 1. 3	<i>Erfolgsvariablen in der Raucherentwöhnung</i>	76
4. 2	NICHT HYPNOTHERAPEUTISCHE METHODEN DER RAUCHERENTWÖHNUNG	79
4. 2. 1	<i>Selbsthilfe durch die Raucherin</i>	79
4. 2. 2	<i>Ärztlicher Rat und Mitwirkung von Pflegekräften</i>	79
4. 2. 3	<i>Verhaltenstherapie</i>	79
4. 2. 4	<i>Suggestive Therapien, Akupunktur und Homöopathie</i>	82
4. 2. 5	<i>Computergestützte Verfahren und Raucherentwöhnung via Internet</i>	83
4. 2. 6	<i>Medikamentöse Behandlungsmethoden</i>	84
4. 2. 7	<i>Aversionstherapie</i>	88

4.3	RAUCHERENTWÖHNUNGSPROGRAMME IN DEUTSCHLAND – EIN ÜBERBLICK	89
4.4	HYPNOSE IN DER RAUCHERENTWÖHNUNG	94
4.4.1	<i>Meta-Analysen zur Effektivität hypnotherapeutischer Raucherentwöhnung</i>	94
4.4.2	<i>Studien zur hypnotherapeutische Raucherentwöhnung</i>	95
4.4.3	<i>Wirkvariablen der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung</i>	103
4.4.4	<i>Hypnotherapeutische Behandlungsmethoden der Raucherentwöhnung</i>	105
4.5	KRITISCHE BETRACHTUNG DER ERWÄHNTEN STUDIEN	110
4.5.1	<i>Grundsätzliche Überlegungen</i>	110
4.5.2	<i>Bewertung der beschriebenen Studien</i>	112
5	ENTWICKLUNG DES EIGENEN PROGRAMMS	115
5.1	GRUNDSÄTZLICHE ÜBERLEGUNGEN.....	115
5.2	NICHTHYPNOTISCHE THERAPIEELEMENTE	116
5.2.1	<i>Gruppen- versus Einzeltherapie</i>	116
5.2.2	<i>Abstinenztage</i>	117
5.2.3	<i>Nikotinpflaster</i>	117
5.2.4	<i>Kohlenmonoxidmessung</i>	117
5.2.5	<i>„Tipps und Tricks“</i>	117
5.3	GESTALTUNG DER HYPNOTHERAPEUTISCHEN THERAPIEELEMENTE	119
5.3.1	<i>Grundidee der hypnotherapeutischen Vorgehensweise</i>	119
5.3.2	<i>Formulierung der Suggestionen und Hypnosetechnik</i>	119
5.3.3	<i>Inhaltliche Gestaltung</i>	120
5.3.4	<i>Nutzung der Trance während der drei Hypnosesitzungen</i>	122
II	EMPIRISCHER TEIL: WIRKUNG EINES NONDIREKTIVEN HYPNOSEPROGRAMMS AUF DIE NIKOTINABSTINENZ	
6	ERFOLGSPARAMETER UND HYPOTHESEN	133
6.1	ERFOLGSPARAMETER	133
6.2	HYPOTHESEN.....	134
7	METHODE	137
7.1	UNTERSUCHUNGSDESIGN.....	137
7.1.1	<i>Experimentalgruppe</i>	137
7.1.2	<i>Kontrollgruppe</i>	137
7.2	STICHPROBE	138
7.2.1	<i>Stichprobenrekrutierung</i>	138
7.2.2	<i>Eingangsvoraussetzungen, Zusammensetzung und Umfang der Stichprobe</i>	139
7.2.3	<i>Beschreibung der Stichprobe</i>	140
7.3	BEHANDLUNGSABLAUF.....	143
7.3.1	<i>Experimentalgruppe</i>	143
7.3.2	<i>Kontrollgruppe</i>	146
7.4	MEB INSTRUMENTE	146
7.4.1	<i>Anmeldebogen</i>	146
7.4.2	<i>Fagerström Test Nicotine Dependence: FTND</i>	147
7.4.3	<i>Symptom-Checkliste von Derogatis: SCL-90-R</i>	148
7.4.4	<i>Creative Imagination Scale: CIS</i>	151

7. 4. 5	<i>Allgemeine Depressions Skala: ADS</i>	153
7. 4. 6	<i>State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar: STAXI</i>	155
7. 4. 7	<i>Protokollbogen</i>	160
7. 4. 8	<i>Klienten-Feedbackbogen</i>	160
7. 4. 9	<i>Therapeutenfragebogen</i>	163
7. 4. 10	<i>Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens: VEV</i>	163
7. 4. 11	<i>Katamnesebogen</i>	165
7. 5	VORGEHEN BEI DER DATENERHEBUNG	167
7. 5. 1	<i>Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung</i>	167
7. 5. 2	<i>Ablaufschema</i>	167
8	ERGEBNISSE	168
8. 1	DATENAUSWERTUNG UND STATISTISCHE METHODEN	168
8. 2	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	170
8. 2. 1	<i>Haupthypothese I: Hypnosetherapie versus Kontrollgruppenbehandlung</i>	170
8. 2. 2	<i>Haupthypothese II: Einzel- versus Gruppenbehandlung</i>	175
8. 2. 3	<i>Suggestibilität</i>	179
8. 2. 4	<i>Abstinenztage</i>	180
8. 2. 5	<i>Nikotinpflaster</i>	181
8. 2. 6	<i>Vermutete/ tatsächliche schwierige Situationen</i>	185
8. 2. 7	<i>Rauchverhalten</i>	187
8. 2. 8	<i>Demographische Variablen</i>	191
8. 2. 9	<i>Psychische Symptombelastung, Ärger und Depression</i>	191
8. 2. 10	<i>Allgemeine Veränderungen</i>	196
8. 2. 11	<i>Motivation</i>	197
8. 2. 12	<i>Soziale Unterstützung</i>	197
8. 2. 13	<i>Behandlungszeitraum</i>	199
8. 2. 14	<i>Therapeutinnenvariable</i>	199
8. 2. 15	<i>Glaubwürdigkeit der Klientinnenangaben</i>	199
8. 2. 16	<i>Prädiktoren für Drop-out</i>	200
9	DISKUSSION UND AUSBLICK	209
9. 1	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	209
9. 2	METHODISCHE MÄNGEL	218
9. 3	ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK.....	220
	LITERATUR	221
	ANHANG I: KLIENTENANFRAGEN	235
	ANHANG II: ANWERBUNG DER PROBANDEN	237
	ANHANG III: MESSINSTRUMENTE	245
	ANHANG IV: KOHLENMONOXIDMESSUNG	272
	ANHANG V: NICOTINELL	280
	ANHANG VI: "TIPPS & TRICKS"	283
	ANHANG VII: SUGGESTIONEN UND METAPHERN	286
	LEBENS LAUF	296

I Theorieteil

*„Die Theorie bestimmt,
was wir beobachten können.“*

Albert Einstein

Kapitel 1

Einleitung und Zusammenfassung

„Dass sie dennoch und immer noch an Dämonen glauben – sozusagen an andere, tiefer hinter den Dingen zurück gezogene Dämonen – ist mir auch klar. Selbst Herr Shi-shmi glaubt an sie. Er bringt ständig kleine Brandopfer dar. Die Brandopfer bestehen aus kleinen weißen Röllchen, die er in den Mund steckt und – erschrickt nicht – anzündet ... wie ein Feuerschlucker. Aber die Röllchen brennen nicht, sie glimmen nur, rauchen und stinken ziemlich. Trotz scharfer Beobachtung konnte ich keinen Sinn in diesen verglimmenden Röllchen erkennen. (...) Es muß also eine kultische Handlung sein. Herr Shi-shmi beweist übrigens eine halsbrecherische und schon geradezu asketische Fertigkeit im Darbringen dieser Brandopfer. Bis das Röllchen nahe an seinen Mund herangekommen ist, behält er es im Mund, erst wenn es so klein ist, wie mein kleinstes Fingerglied, hört er damit auf. Dann scheint auch der Zauber (eine Bann-Beschwörung?), an die er ziemlich fest glaubt, verfliegen zu sein, denn den Rest des Röllchens wirft er achtlos weg. Etwa alle halbe Stunde – habe ich beobachtet – bringt Herr Shi-shmi so ein Rauchopfer dar. Nie vergißt er es. Er führt stets ein Päckchen mit solchen Röllchen mit sich, und in der Wohnung bewahrt er einen größeren Vorrat auf.“

(Herbert Rosendorfer, Briefe in die chinesische Vergangenheit)

Während der Reisende aus der Vergangenheit das Rauchen als einen rituellen und sehr kultivierten Akt beschreibt, sieht die Realität der Nikotinsucht manchmal wesentlich unkultivierter aus: Eine Notiz im Schwäbischen Tagblatt vom Juni 2002 berichtet: „Seine Gier nach Zigaretten hat ein Betrunkener (...) auf ungewöhnliche Weise zu stillen versucht. Mit einem gemieteten Radlader mit Schaufel hat der 36-Jährige einen Zigarettenautomaten samt Betonfundament ausgegraben und abtransportiert.“

Gewiß gehen die wenigsten Raucher derart rabiāt vor, um ihre Sucht zu befriedigen; die allermeisten jedoch sind sich der Tatsache bewußt, vom Nikotin abhängig zu sein. Sie nehmen daher häufig Unannehmlichkeiten in Kauf, um Zigaretten zu beschaffen und um rauchen zu können: Flugreisen, Kino- und Theaterbesuche werden vermieden, die Freizeitgestaltung beinhaltet dafür häufig nächtliche Fahrten zum Zigarettenautomaten oder der Tankstelle; längere Konferenzen ohne Pausen werden für viele Raucher zur regelrechten Qual. Manche Raucher „müssen“ abends länger aufbleiben, um möglichst spät die letzte Zigarette zu rauchen und so die nächtliche rauchfreie Zeit kurz zu halten – als Alternative bietet sich für stark abhängige Raucher nur das gelegentlich ebenfalls praktizierte regelmäßige nächtliche Aufstehen an, um zu rauchen.

Beim Wunsch, das Rauchen zu beenden, steht deshalb oft weniger der gesundheitliche Aspekt im Vordergrund, sondern primär der Wunsch, endlich wieder die Form von Freiheit zu genießen, die „Marlboro-Country“ – trotz anderslautender Suggestionen der Zigarettenwerbung – sicherlich niemals bietet. In Zeiten der wirtschaftlichen Rezession und damit einhergehender Reform des Gesundheitswesens rückt das Rauchen aufgrund seiner enormen Folgekosten für das Gesundheitssystem zudem ins gesellschaftspolitische Blickfeld: Besonders die – trotz mancher Präventionsansätze – hohe Anzahl rauchender Jugendlicher in der BRD stimmt bedenklich. Allerdings handelt es sich beim Nikotinkonsum trotz der gegenwärtigen gesellschaftlichen Brisanz um ein altes Phänomen: Kapitel zwei der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit seiner bis ins 15. Jahrhundert zurückgehenden historischen Entwicklung, anschließend werden aktuelle Aspekte und die gesundheitlichen Auswirkungen des Rauchens diskutiert und schließlich unterschiedliche Erklärungsmodelle für den Nikotinabusus vorgestellt.

Das dritte Kapitel beleuchtet zunächst die allgemeinen psychotherapeutischen Wirkfaktoren und stellt anschließend Theorien, Prämissen und empirische Belege zur Hypnotherapie vor. Im vierten Kapitel werden Erfolgsvariablen der Raucherentwöhnung erörtert und eine Übersicht über deren derzeitigen Stand (speziell in der BRD) gegeben. Anschließend werden Studien zum Einsatz der Hypnotherapie in der Raucherentwöhnung vorgestellt und diskutiert. Das fünfte und letzte Kapitel des Theorieteils beschreibt die Entwicklung des hier evaluierten Programms. Basierend auf der mit meiner Kollegin Angelika Schlarb erstellten Diplomarbeit aus dem Jahr 1999, in deren Rahmen eine hypnotherapeutische Raucherentwöhnung in Gruppen mit gutem Erfolg angeboten worden war, wurde das Untersuchungsdesign der vorliegenden Studie für den Vergleich des hypnotherapeutischen Vorgehens in der Gruppe mit dem im Einzelsetting konzipiert. Eine Kontrollgruppe mit denselben verhaltenstherapeutischen Komponenten, die zusätzlich auch in den Hypnosegruppen angeboten wurden, erlaubte außerdem den Vergleich mit einem nicht-hypnotherapeutischen Vorgehen. Die Klienten aller Gruppen erhielten zudem Nikotinpflaster.

Der zweite, empirische Teil dieser Arbeit beschreibt Durchführung und Ergebnisse der Raucherentwöhnungstudie anhand einer Stichprobe von 149 Klienten. Im sechsten Kapitel werden Erfolgsparameter und Hypothesen vorgestellt, Kapitel sieben erörtert das Untersuchungsdesign, die Rekrutierung der Stichprobe und deren Zusammensetzung, den Behandlungsablauf und die verwendeten Meßinstrumente.

Das achte Kapitel stellt die Ergebnisse der Studie vor. Wesentlich sind in diesem Zusammenhang folgende Punkte:

Die Untersuchungsbedingung, in der die Raucher hypnotherapeutisch behandelt wurden, hatte eine signifikant höhere Erfolgsrate als die Kontrollgruppe: 66,3 Prozent der Klienten der Experimentalbedingung waren bei der Katamnese nach drei Monaten abstinent, aber nur 27,3 Prozent der Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der Zwölf-Monatskatamnese waren 48,1 Prozent der Probanden der Experimentalgruppe und 22,6 Prozent der Kontrollgruppe abstinent. Dieses Ergebnis belegt eine signifikante Überlegenheit der hypnotherapeutischen Vorgehensweise gegenüber der Kontrollgruppenbehandlung.

Keine signifikanten Unterschiede hingegen zeigten sich beim Vergleich der Behandlung in der Gruppe mit der im Einzelsetting: Die Erfolgsraten lagen jeweils ähnlich hoch. Dieser Befund ist insofern erfreulich, als durch die abnehmende gesellschaftliche Akzeptanz des Rauchens, zunehmende Rauchverbote und den vermehrt in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückten Nichtraucherschutz effiziente und zugleich ökonomische Entwöhnungsmöglichkeiten vermehrt gefragt sind – beispielsweise, wenn es darum geht, Programme für ganze Firmen anzubieten.

Wie bei einer hypnotherapeutischen Vorgehensweise zu erwarten, zeigte sich, dass Personen mit ausgeprägterer Suggestibilität vermehrt vom vorliegenden Programm profitierten. Besonders gute Erfolgsaussichten hatten außerdem diejenigen Raucher, die vor dem Beginn der eigentlichen Behandlung über einen zuvor vereinbarten Zeitraum von zwei Tagen ohne fremde Hilfe nicht geraucht hatten, ebenso Personen, die eigene Rituale entwickelt hatten, um sich vom Rauchen abzuhalten. Überraschend waren die Befunde zur Nikotinplasterverwendung: Die zusätzliche Verwendung von Nikotinplastern scheint hier nicht die positiven Effekte auf die langfristige Abstinenz gehabt zu haben, die vorhergesagt worden waren; ebenso wenig ließ sich ein höheres Profitieren der körperlich abhängigen Raucher (im Gegensatz zu den nur psychisch Abhängigen) vom Nikotinplaster nachweisen.

Weiter zeigte sich, dass die Klienten Rückfallsituationen in der Regel nicht korrekt vorhersagten, und dass diejenigen, die bereits Aufhörversuche hinter sich hatten, erfolgreicher waren als Probanden, bei denen es sich um den ersten Versuch handelte. Weitere Variablen zum Rauchverhal-

ten (wie Konsumhöhe oder die Dauer der als Raucher verbrachten Jahre) blieben ebenso wie demographische Variablen ohne erkennbaren Einfluß auf den Behandlungserfolg: Das Programm scheint demnach für unterschiedlichste Personen mit unterschiedlichem Rauchverhalten gleichermaßen erfolgversprechend zu sein.

Bezüglich der psychischen Symptombelastung der Probanden wurde belegt, dass bei der Katamnese abstinente Personen bei Behandlungsbeginn geringere Werte in den Skalen Depression, Ängstlichkeit, phobischer Angst und globaler psychischer Belastung (erhoben mit der SCL-90-R) sowie geringere Ärger-Dispositions-Werte (Erhebungsinstrument: STAXI) zeigten als nicht Abstinente. Für die Skalen des STAXI – eines Instruments zur Erfassung des Ärgerausdrucks – wurden außerdem teilweise deutliche Unterschiede zwischen den hier Behandelten und der Eichstichprobe festgestellt: Dies betraf insbesondere das Ausmaß des nach innen gerichteten Ärgers bei Frauen; letztere hatten, jedoch nur bei der Katamnese-messung, extrem hohe Werte, was auf ein hohes Maß an unterdrücktem, physisch oder verbal nicht geäußertem Ärger schließen läßt.

Im neunten und letzten Kapitel werden die Ergebnisse zusammengefaßt, kritisch diskutiert und ein Ausblick für mögliche weitere Forschungsarbeiten im Bereich der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung gegeben.

Anmerkung zur formalen Gestaltung:

In dieser Arbeit soll mit dem Begriff „Trance“ der Zustand beschrieben werden, der durch eine hypnotherapeutische Behandlung hervorgerufen wird; „Hypnose“ bezeichnet die dabei eingesetzte Technik.

Da ich weder die weibliche noch die männliche Form ausschließlich verwenden möchte, aber die Lesefreude auch nicht durch Wortgebilde wie „Experminentalgruppenteilnehmer/innen“, welche auf eine gleichberechtigte Nutzung der beiden Formen abzielen, trüben will, habe ich mich für das kapitelweise Abwechseln zwischen männlichem und weiblichem Genus entschieden.

Kapitel 2

Tabakkonsum und Nikotinabhängigkeit

2.1 Historische Entwicklung des Tabakkonsums

Im folgenden Abschnitt soll die Entwicklung des Tabakkonsums von den Anfängen bis heute betrachtet werden (Hamann, 1999).

2.1.1 Kolumbus und die „brennenden Rollen“ der Indianer

Als Kolumbus im Oktober 1492 im Glauben, Indien entdeckt zu haben, auf Kuba landete, traf er auf dieser noch heute für ihren hervorragenden Tabak berühmten Insel der Überlieferung zufolge bereits die ersten rauchenden Einheimischen. Sein Kundschafter Torres berichtete dazu: „Unterwegs begegneten wir vielen Männern und Frauen, die ein kleines Feuerchen mit sich führten, das in den Blättern eines Krautes glühte, dessen Rauch sie mit Entzücken und Wonne einatmen. Dieses Kraut wickeln sie in ein trockenes Blatt und bilden eine Rolle. Die zünden sie an dem einen Ende an und schlürfen und saugen am anderen, um den Rauch mit ihrem Atem einzusaugen.“ (zitiert bei Barthel, 1988, S. 592).

Über die Herkunft des Wortes „Tabak“ gibt es unterschiedliche Versionen: Während einerseits behauptet wird, bereits die Indianer hätten die „brennenden Rollen“ als „Tobacco“ bezeichnet (Irving, 1984), wird bei Barthel (1988) andererseits beschrieben, die Bezeichnung käme von den kleinen Musketen, den „Tobago“, welche spanische Kinder zu Pfingsten abfeuerten, und deren Form den indianischen „Zigaretten“ entsprach.

2.1.2 Die Verbreitung des Tabaks in Europa: Mode und Medizin

Wie auch immer – die Eroberer fanden an dem neuen Genußmittel schnell Gefallen und bald wurden die ersten Tabakblätter nach Portugal, Spanien und Italien, wenig später auch nach Frankreich und England und schließlich auch nach Deutschland exportiert. Der Rat der Stadt Köln war es dann auch, welcher bereits im Jahr 1583 die erste Tabaksteuer erhob, die jedoch – damals wie heute – die Verbreitung des Tabakkonsums nicht verhinderte.

Obgleich Portugal und Spanien die ersten Länder waren, die das indianische Kraut im großen Stil einführten, beginnt die Geschichte der Rauchkultur in England: Ein Engländer, Ralph Lane, brachte aus Virginia die erste Pfeife, die bei den Indianern als heiliges Gerät galt, mit nach Europa. Rasch wurde das Pfeiferauchen bei Hof Mode, und bereits ab 1620 wurden jährlich 100.000 Pfund Tabak aus Virginia nach England verschifft; der Export wuchs so schnell, dass Tabak in Virginia teilweise als Zahlungsmittel diente. Unter Mary Stuarts Sohn, König Jakob I., wurde die Einfuhr des „bösen Krauts“ jedoch mit hohen Zöllen belegt. Wer auf der Straße rauchte, wurde per königlichem Erlaß verprügelt, und schließlich wurde der Tabakanbau verboten. Dieses Verbot blieb in England bis 1910 in Kraft.

Ganz anders gestaltete sich die Geschichte des Tabakkonsums in Frankreich: Hier war Tabak zunächst weniger Mode als vielmehr Medizin. Der französische Botschafter Jean Nicot – nach welchem später das Nikotin benannt wurde – stellte fest, dass sich durch das Auflegen von Tabakblättern Hautkrankheiten heilen ließen. In der Zeit der Revolution war Rauchen und „Bürger sein“ in Frankreich ein und dasselbe: Es gab Cafés mit der Aufschrift an der Tür: „Ici on s’honore du titre citoyen et on fume.“ (Hier ist man stolz, Bürger zu sein, und hier raucht man).

Schließlich avancierte Tabak zunächst in Frankreich, später in ganz Europa, zum Allheilmittel: Das Rauchen wurde als Mittel gegen Lungenentzündung, Koliken, Gicht, Potenzstörungen und Kopfschmerzen verordnet. Ein Erfurter Arzt schrieb 1644: „Tabak getrunken ist gut for die Würmer, Tabak getrunken ist gut for den Stein, Tabak getrunken ist gut for das Zipperlein.“ Zudem sei Tabak gut für Menschen, „so den Kopf viel gebrauchen müssen.“ (zitiert bei Hamann, 1999, S. 69).

Als 1640 in London die Pest ausbrach, mußten die in Eton studierenden jungen Männer als Vorbeugemaßnahme rauchen, und bis in Mitte des 18. Jahrhunderts hinein hielt sich unter Medizinern die Überzeugung, das sicherste Mittel zur Behebung von Unfruchtbarkeit bei Frauen sei es, sie rauchen zu lassen.

Allerdings war der Tabak auch eine Medizin, die sehr gern eingenommen wurde, und so gab es zeitweilig in Frankreich und Bayern Tabak nur in der Apotheke und auf Rezept, während in der Schweiz der Konsum generell verboten, bei schweren Erkrankungen jedoch mit ärztlichem Rezept erlaubt war, was merkwürdige und unerklärliche Epidemien zur Folge gehabt haben soll.

2. 1. 3 Die Tabakgegner

Es gab aber auch Tabakgegner; so schrieb zum Beispiel Goethe: „Das Rauchen macht dumm; es macht unfähig zum Denken und Dichten. Es ist auch nur für Müßiggänger, für Menschen, die Langeweile haben, die ein Drittel des Lebens verschlafen.“ (J. W. v. Goethe an K. L. v. Knebel, zitiert bei Haustein, 2001). Tabak zählte außerdem zu den sogenannten „Lüsterheitswaren“, und Liselotte von der Pfalz führte sogar die männliche Homosexualität indirekt aufs Rauchen zurück, wenn sie schreibt: „Mich wundert nicht mehr, wenn die Mannsleute die Weiber verachten und sich untereinander lieben; die Weiber sind gar zu verachtliche Kreaturen itzunder mit ihrer Tracht, ihrem Saufen und mit ihrem Tabak, der sie gräßlich stinken macht.“ (zitiert bei Barthel, 1988, S. 601).

Die Hauptgegner des Tabakkonsums fanden sich jedoch auf Seiten der Kirche: Der Mund galt als Ein- und Ausgang der Seele und sollte nicht verunreinigt werden. Schon 1589 bestimmte daher ein Gebot, dass vor Besuch der heiligen Messe das Konsumieren von Tabak nicht gestattet sei und 1642 verbot Papst Urban VIII. unter Androhung der Exkommunikation, in Kirchen zu rauchen oder zu schnupfen. 1724 wurde das Verbot jedoch von Benedikt XIII., einem starken Raucher, wieder aufgehoben. Rigoros ging auch der russische Zar Michael gegen das Rauchen vor: Wer rauchend angetroffen wurde, erhielt Prügel und noch etwas härter griff der Schah Abbas der Große von Persien durch, unter dem Rauchern Nasen und Lippen abgeschnitten wurden. Noch schlechter erging es ihnen in der Türkei: Dort wurden sie direkt am Tatort geköpft.

In Deutschland war man weniger rigoros, aber auch hier erließ ein Berliner Polizeipräsident 1810 ein Verbot des Rauchens auf den Straßen, „weil es ebenso unanständig als gefährlich und dem Charakter gebildeter, ordnungsvoller Städte entgegen ist“ (zitiert bei Barthel, 1988, S. 608). Einen wirklich fanatischen Gegner des Rauchens gibt es jedoch auch in der deutschen Geschichte: Adolf Hitler. Dieser verkündet im März 1942, Deutschland könne nur von einem Nichtraucher befreit werden und entfesselte die weltweit größte Nicht-Raucher-Kampagne, berichtet eine im *British Medical Journal* veröffentlichte Studie (Spiegel, 7/1997).

Die Verteufelung des Tabakkonsums („Die deutsche Frau raucht nicht“) schien jedoch eher zu einer Protesthaltung zu führen; der Tabakkonsum in Deutschland stieg. „Da sich die Tabakkonzerne außerdem als systemtreue Anhänger der Nazi- Bewegung zu erkennen gaben, konnten die Anti-Tabak-Aktivisten letztlich wenig ausrichten. Selbst ihr Hinweis darauf, dass die drei Erzfeinde des Reiches – Churchill, Roosevelt und Stalin – leidenschaftliche Raucher waren, während die drei Faschistenführer Hitler, Franco und Mussolini sich als stramme, asketische Nichtraucher für ihr Volk aufopfert, verpuffte ohne den gewünschten Propagandaeffekt.“ (Spiegel, 7/1997, S. 188).

2. 1. 4 Die europäische Politik und der Tabak

Wie auch schon in der französischen Revolution gewann das Rauchen während des Dritten Reiches also eine politische Bedeutung. In seiner Kulturgeschichte des Rauchens weist Barthel auf einen weiteren politischen Aspekt des Rauchens hin: „Dass Rauchen zum einen eine Rolle spielte, wenn es politisch gärte, darauf deutet eine Herleitung des Wortes Fidibus. Ein Fidibus soll ein geheimer Zettel gewesen sein, auf dem die unruhigen Studenten der Metternichzeit jeweils zu ihren Tabakkollegien einluden und der jedesmal mit den Worten „Fidelibus fratibus“ (den treuen Brüdern) begann. Auf diesen Treffen wurden nach dem Hambacher Fest von 1832 politische Pläne demokratischer und nationaler Couleur geschmiedet. Damit den Behörden der Reaktion diese Einladungszettel nicht als Indizien dienen konnten, verbrannte man sie, indem man damit die Pfeifen anzündete.“ (Barthel, 1988, S. 607).

Aber nicht nur im Untergrund erfüllte das Rauchen oder Nichtrauchen politische Funktionen; es eignete sich ebenso für den offenen politischen Widerstand: Als 1815 auf dem Wiener Kongreß italienisches Gebiet Österreich zugesprochen wurde, reagierte Italien, dessen Tabak zum größten Teil aus Österreich importiert wurde, mit einem „Tabakkrieg“; es hörte auf, den österreichischen Tabak zu konsumieren.

Auf diplomatischer Ebene setzte Otto von Bismarck das Rauchen ein. Über die Sitzungen einer Kommission in Frankfurt um 1850 – auf der bislang nur der Vertreter Österreichs geraucht hatte – berichtete er (zitiert nach Rost, 1968): „Als ich nun hin kam, gelüstete mich’s ebenfalls nach einer Zigarre, und da ich nicht einsah, warum nicht, ließ ich mir von der Präsidialmacht Feuer geben, was von ihr und den anderen Herren mit Erstaunen und Mißvergnügen bemerkt zu werden schien. (...) Für diesmal rauchten nun bloß Österreich und Preußen. Aber die anderen Herren hielten das augenscheinlich für so wichtig, dass sie darüber zu Hause berichteten. Die Sache erforderte reifliche Überlegung, und es dauerte wohl ein halbes Jahr, dass nur die beiden Großmächte rauchten. Darauf begann auch Schrenkh, der bayerische Gesandte, die Würde seiner Stellung durch Rauchen zu bewahren. Der Sachse Nostitz hatte gewiß auch große Lust dazu, aber wohl noch keine Erlaubnis von seinem Minister. Als er indes das nächste Mal sah, dass der Hannoveraner Bothmer sich eine genehmigte, muß er sich mit Rechberg verständigt haben; denn er zog jetzt ebenfalls vom Leder und dampfte. Nun waren nur noch der Württemberger und der Darmstädter übrig, und die rauchten überhaupt nicht. Aber die Ehre und die Bedeutung ihrer Staaten forderten es gebieterisch, und so langte richtig das folgende Mal der Württemberger eine Zigarre heraus und rauchte sie als Brandopfer für das Vaterland wenigstens halb.“

Bismarck selbst allerdings rauchte nicht nur, um die Gleichberechtigung Preußens gegenüber Österreich zu behaupten; er war auch, was wir heute als Kettenraucher bezeichnen und schreibt

dazu in seinen Memoiren: „Ich habe auf den Reisen zwischen Frankfurt und Berlin (...) in einem Jahre 2000 Meilen gemacht, damals stets die neue Zigarre an der vorhergehenden entzündend (...).“ 1898 starb Bismarck nach langem Leiden an den Folgen dieses exzessiven Tabakkonsums.

2. 1. 5 Veränderung der Tabakkonsumformen im geschichtlichen Verlauf

Im Verlauf der Geschichte des Tabaks änderte sich jedoch nicht nur dessen Bewertung und politische Bedeutung, sondern auch die Art, ihn zu konsumieren: Während er zunächst in der Pfeife geraucht, geschnupft und gekaut, sowie zu medizinischen Zwecken auf die Haut aufgetragen, pulverisiert und inhaliert wurde, kam im 18. Jahrhundert der Gebrauch von Zigarren und Zigaretten auf. Dabei setzte sich die Zigarre zunächst in Italien durch, wo 1779 ein deutscher Maler vom Vatikan das Recht, „bastioni di tabaco“ zu deutsch „Tabakstäbchen“, herzustellen bekam.

Von der Zigarette dagegen, ursprünglich von den Indianern erfunden, wird behauptet, Casanova habe in Europa als erster das Zigarettenrauchen entdeckt. Und tatsächlich wurden im Spanien seiner Zeit bereits Zigaretten geraucht. Das Papier für diese selbstgedrehten Zigaretten wurde in Form kleiner Bücher in Buchhandlungen vertrieben. Ab 1784 gab es auch die ersten industriell gefertigten Zigaretten aus der königlichen Tabakfabrik in Sevilla. Durchsetzen konnte sich diese neue Form des Tabakkonsums aber erst in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts mit der Entwicklung besserer Zigarettenpapiere; bis dahin war stets das Papier schneller als der Tabak verbrannt.

Berühmte Zigarettenkonsumentinnen dieser Zeit waren Napoleon III. und die österreichische Kaiserin Sissi, die – selbst Kettenraucherin – das Rauchen schließlich auch am Wiener Hof etablierte.

2. 1. 6 Die Zigarette im 20. Jahrhundert

Im 20. Jahrhundert wurde die Zigarette fester Bestandteil des gesellschaftlichen Lebens: Sie zeichnete sich durch ein hohes Maß an Alltagstauglichkeit aus, praktisch im Handling und der Aufbewahrung, bald überall legal zu erwerben, sowie erschwinglich und die relativ kurze Dauer einer „Zigarettenlänge“ ließ eine Raucherpause in allen möglichen Lebenslagen zu.

Nach dem 2. Weltkrieg wurden in Deutschland die bis dahin überwiegend orientalischen Zigaretten von den „Amis“ abgelöst. Die neue amerikanische Zigarette avancierte nach Kriegsende sogar für einige Zeit zum Zahlungsmittel und bestimmte den Wechselkurs: Bis zur Währungsreform wurden für 20 Ami-Zigaretten bis zu 1000 Reichsmark bezahlt.

Diese Verbindung zwischen Zigaretten und Amerika hat sich bis heute in der Werbung gehalten: Man denke an den „Marlboro-Cowboy“, „let’s go West“ oder an den Markennamen „Astor“; Johann Jacob Astor war ein amerikanischer Millionär deutscher Abstammung. Auf die neuesten aktuellen Entwicklungen bezüglich des Rauchens gegen Ende des 20. und zu Beginn des 21. Jahrhunderts wird im nächsten Abschnitt ausführlich eingegangen

Zum Abschluß des historischen Überblicks noch eine Meldung des Schwäbischen Tagblatts vom Mai 2001: „ Der prominente israelische Rabbiner Ovadia Yossef hat drakonische Strafen gegen Raucher gefordert. Tabakkonsumenten sollten mit 40 Stockschlägen bestraft werden, forderte der Vorsitzende der orthodoxen Shass- Partei. (...) Hersteller und Verkäufer von Tabakwaren würden vom Himmel bestraft.“ Wer raucht, bekommt Schläge – dies scheint sich vom 17. bis ins 21. Jahrhundert hinein nicht gänzlich verändert zu haben.

2. 2 Aktuelle Entwicklungen bezüglich des Rauchens

2. 2. 1 Konsumverhalten deutscher Raucherinnen

2. 2. 1. 1 *Raucherinnen in der BRD: Demographische Unterschiede*

Tabak wird heute zumeist geraucht, nur noch sehr selten gekaut oder geschnupft (Bundesministerium f. Jugend, Familie und Gesundheit, 1983, S. 92). Geraucht wiederum werden in 97 Prozent der Fälle Zigaretten; nur drei Prozent der Raucherinnen rauchen Pfeife, Zigarillos oder Zigarren.

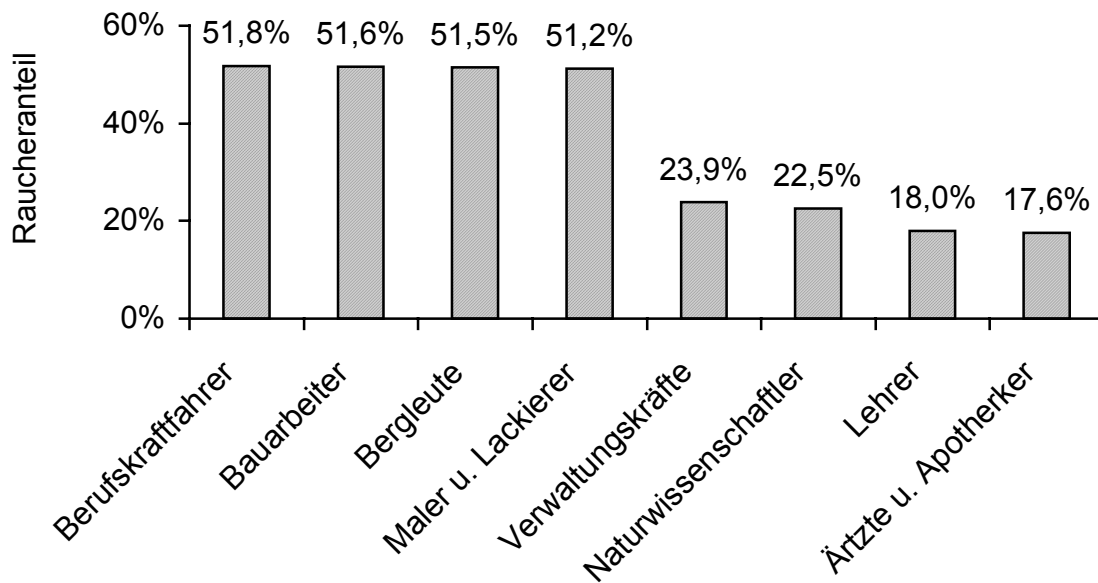
Weltweit rauchen nach Angaben der WHO derzeit mehr als 1,1 Milliarden Menschen; etwa 18 Millionen davon sind Deutsche, davon gelten 4 Millionen als süchtig. In der BRD ist die Zahl der Raucherinnen zwischen 1995 und 2000 trotz aller Kampagnen gleich geblieben: 35 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen¹ – insgesamt 28 Prozent der deutschen Bevölkerung ab 15 Jahren – rauchen. Dabei nimmt in der Altersklasse der über 40-jährigen der Anteil der Raucherinnen ab, nachdem die Quote bei den 35 bis 40-jährigen ihren Höchststand erreicht.

Zu diesem Ergebnis kam eine Umfrage des statistischen Bundesamtes (dpa, 28. 07. 2000). Weiter ergab die repräsentative Erhebung, dass in den nördlichen Bundesländern (vor allem in Berlin, Bremen und Hannover) mehr geraucht wird als im Süden: Die geringsten Raucherinnenanteile haben Sachsen, Bayern und Baden-Württemberg.

¹ Der Anteil der Raucherinnen nahm in der BRD während der letzten Jahre kontinuierlich zu, während der prozentuale Anteil der männlichen Raucher sank.

Bezüglich der soziologischen Verteilung des Tabakkonsums fällt folgendes auf: „In der Unterschicht wird signifikant häufiger geraucht als in der Oberschicht (...). Dagegen finden sich in Großstädten signifikant häufiger, in Gemeinden unter 5000 Einwohnern signifikant die wenigsten aktuellen Raucher.“ (Bundesministerium f. Jugend, Familie und Gesundheit, 1983).

Auch zwischen verschiedenen Berufsgruppen gibt es, wie die nachfolgende Graphik veranschaulicht, deutliche Unterschiede im Rauchverhalten:



Graphik 1: Rauchverhalten einer Auswahl verschiedener Berufsgruppen

Allerdings scheint nicht nur die Angehörigkeit zu bestimmten Berufsgruppen mit hohem Zigarettenkonsum einher zu gehen, sondern auch das Fehlen einer Erwerbstätigkeit: 47 Prozent der Erwerbslosen rauchen, aber nur 36 Prozent der Erwerbstätigen. Auch Geschiedene rauchen mit 44 Prozent weitaus häufiger als Verheiratete (26 Prozent).

2. 2. 1. 2 Konsumhöhe

Von den regelmäßigen Raucherinnen geben sieben Prozent an, weniger als fünf Zigaretten am Tag zu rauchen, 74 Prozent rauchen zwischen sechs und 20 Zigaretten täglich und 19 Prozent konsumieren mehr als eine Schachtel pro Tag (dpa, 28. 07. 2000).

Der durchschnittliche Konsum einer Raucherin liegt damit bei etwa einer Schachtel pro Tag. Vor circa 15 Jahren lag der tägliche Verbrauch noch bei ungefähr 15 Zigaretten. Umgerechnet auf einen 16-Stunden-Tag bedeutet dies, dass alle 48 Minuten die nächste Zigarette konsumiert wird.

„Tatsächlich wird bei jeder Gelegenheit zur Zigarette gegriffen, und mit den vorgeschobenen Gründen verdeckt man, dass bereits das Stadium der Sucht erreicht ist, in dem die Kontrolle über Ja und Nein zur Zigarette beinahe verloren ist.“ (Deutsche Herzstiftung, o. J.).

2. 2. 2 Volkswirtschaftliche Entwicklungen

Nach Ende des zweiten Weltkriegs begannen sich die Konzerne Philip Morris (Marlboro, L&M, Chesterfield), R. J. Reynolds Tobacco (Camel, Overstolz, Reyno) und die British-American Tobacco (Lucky Strike, HB) auf dem deutschen Markt anzusiedeln. Die Umsatzzahlen stiegen zunächst beständig, stagnierten während der 80-er Jahre und steigerten sich nach dem Fall der Berliner Mauer wieder: 82 Millionen Zigaretten pro Tag hatten die DDR-Bürger schon ohne Werbung – die verboten war – und ohne Automaten geraucht; mit Werbemaßnahmen ließ der Umsatz sich leicht noch steigern (Hamann, 1999).

Obwohl sich in den 90-er Jahren Tabakgegnerinnen vermehrt zu Wort meldeten, stieg der Umsatz weiter; möglicherweise mitbedingt durch den Zuzug von Aussiedlern, die häufig rauchten.

Auch steigende Preise konnten kaum vom Rauchen abhalten. Nachdem die bundesdeutsche Tabaksteuer 2001 an den höheren EU-Standard angepaßt und in der Folge die Zigarettenpreise erhöht worden waren, hatte dies keinen Rückgang der Verkaufszahlen zur Folge.

Dennoch scheinen sich die großen Konzerne – möglicherweise in der Erwartung, dass Aufklärung und Nichtraucherkampagnen schließlich doch nicht ohne Resonanz bleiben werden – derzeit umzuorientieren: RJR und Morris kauften sich erfolgreich in die Nahrungsmittelbranche ein, Reemtsma legte sich Brauereien zu, und eine Tochterfirma der British American Tobacco kaufte eine Duschkabinefirma (Hamann, 1999). Sicherlich hängt dies auch mit der Entwicklung auf dem amerikanischen Markt zusammen:

Anders als in Deutschland ist in den USA ein deutlicher Trend weg vom Rauchen zu verzeichnen: Dort sank die Raucherrate von 1965 bis 1993 von 42,4 auf 26,2 Prozent, was im wesentlichen auf öffentliche Aufklärungskampagnen zurückzuführen ist (Tölle, 1997).

Derartige Aufklärungsaktionen gibt es in den letzten Jahren auch in Europa immer häufiger und in immer größerem Umfang.

2. 2. 3 Initiativen gegen den Tabakkonsum

„Ja zum Sport heißt Nein zum Tabak“: Unter diesem Motto stand der Welt-Nichtrauchertag am 31. 05. 2002, der mit der Fußball-Weltmeisterschaftseröffnung zusammenfiel. Im Rahmen der Initiative der Deutschen Krebshilfe sollten insbesondere an sportlicher Fitness interessierte Raucherinnen angesprochen werden, ihren Sportidolen nachzueifern und das Rauchen einzustellen (Schwäbisches Tagblatt, 01. 06. 2002).

Zur bislang weltweit größten Nichtraucherkampagne der Weltgesundheitsorganisation riefen im Mai 2002 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und das Deutsche Krebsforschungszentrum auf. Im Rahmen der Aktion „Rauchfrei 2002“ wurde ein Preisgeld in Höhe von insgesamt 10.000 Euro ausgesetzt: Wer vom 1. Mai an vier Wochen nicht rauchte (und davor mindestens zwölf Monate regelmäßig geraucht hatte) konnte 2500 Euro gewinnen (dpa, 30. 04. 2002). 50.000 Menschen beteiligten sich in Deutschland an der Initiative, weltweit waren es nach Schätzungen des Deutschen Krebsforschungszentrums eine Million. Damit verdoppelte sich die Anzahl der Beteiligten im Vergleich zur letzten Kampagne im Jahr 2000 - Stichprobenbefragungen zufolge blieben 30 Prozent der hier Beteiligten nach Ablauf der vier Wochen weiter abstinent (Schwäbische Zeitung, 13. 02. 2002).

In Frankreich sorgte im Sommer 2002 eine Nichtraucherkampagne besonderer Art für Aufregung: In einem 27-Sekunden-Spot wurde ein Mann gezeigt, der an Lungenkrebs leidet und nur noch 39 Kilogramm wiegt. „Er hat noch fünf Tage zu leben“, sagt der Sprecher über den Kranken, der im Januar 1999 starb und dessen Agonie von seiner Frau gefilmt wurde (dpa, 24. 07. 2002). Die Franzosen reagierten schockiert: Derartige „Realo-Bilder“ waren in Frankreich noch nie gesendet worden, wohl aber bei den Briten, wo solche Schockbilder Studien zufolge Wirkung gezeigt haben sollen.

Auch von Seiten der Bundesärztekammer gab es eine Initiative zum Thema Raucherentwöhnung. Im Frühjahr 2001 stellte sie neue „Therapie-Empfehlungen zur Tabakabhängigkeit“ vor, die schädliche Folgen beleuchten und den praktizierenden Arzt mit Behandlungsmethoden vertraut machen sollen. Zudem appellierte die Kammer an die Krankenkassen, die Kosten der Raucherberatung in Zukunft zu erstatten (Schwäbische Zeitung, 11. 04. 2001), blieb damit jedoch bislang erfolglos.

2. 2. 4 Schmerzensgeld bei tabakbedingten Erkrankungen

2. 2. 4. 1 *Schadenersatzforderungen in den USA*

Zur Kasse gebeten werden jedoch zunehmend die Tabakkonzerne; die Geschichte der US-amerikanischen Rechtsprechung bei Schadenersatzklagen erkrankter Raucherinnen stellt sich als eine Liste ständig steigender Dollarsummen dar:

Am 11. 08. 1996 verurteilte ein Geschworenengericht im amerikanischen Bundesstaat Florida den Zigarettenkonzern Brown & Williamson Tobacco Co. dazu, einem langjährigen Raucher, der an Krebs erkrankt war, 750.000 Dollar zu zahlen. Das Urteil wurde zwar später revidiert, stellt aber dennoch einen Wendepunkt bezüglich der Behandlung von Entschädigungsklagen erkrankter Raucherinnen dar. Im März 1997 wurde ein amerikanische Tabakkonzern der Ligett-Gruppe dazu verpflichtet, den US-Staaten in den nächsten 25 Jahren jeweils 25 Prozent seiner Bruttogewinne zu überlassen. Im Juni 1997 kam es zu einer Einigung zwischen den Tabakkonzernen und den US-Staaten, im Rahmen derer die Konzerne die staatlich auferlegten Beschränkungen bezüglich Plakatwerbung und Zigarettenautomaten akzeptierten. Außerdem mußten sich drei große Konzerne verpflichten, in den nächsten 25 Jahren 368 Milliarden Dollar in einen Fond einzuzahlen, aus dem unter anderem Antiraucherkampagnen und Entwöhnungskuren finanziert werden sollten.

Im Juli 2000 verhängte ein Gericht in Miami eine Rekordstrafe in Höhe von 145 Milliarden Dollar Schadensersatz (und damit zugleich die höchste je ausgesprochene Zivilstrafe) gegen fünf führende Konzerne (Schwäbisches Tagblatt, 17. 07. 2000). Angestrengt hatten das Musterverfahren drei krebskranke Ex-(?) Raucherinnen. Im Mai 2001 erklärten sich laut einer Notiz im Schwäbischen Tagblatt vom 05. 05. 2001 drei weitere US-Tabakfirmen bereit, 700 Millionen Dollar an kranke Raucherinnen beziehungsweise an Hinterbliebene verstorbener Raucherinnen zu zahlen.

Im August 2001 schließlich wurde der amerikanische Tabakkonzern Philip Morris dazu verurteilt, einem an Lungenkrebs erkrankten Raucher 100 Millionen Dollar zu bezahlen, kam dabei jedoch noch billig davon, da die vorherige richterliche Instanz – gegen die der Konzern in Revision gegangen war – dem Geschädigten drei Milliarden Dollar als Strafzahlung und weitere 5,5 Millionen als Entschädigung zugesprochen hatte (Schwäbisches Tagblatt, 11. 08. 2001).

2. 2. 4. 2 *Auswirkungen auf Deutschland*

Während einige Gegner des Nikotinkonsums und der Tabakindustrie die US-Urteile begrüßen, gibt es auch kritische Stimmen, die befürchten, dass, sollte die Entwicklung in Europa ähnlich verlaufen wie in den USA, auch hierzulande bald kein Kaffeebecher ohne die Aufschrift „Kaffee kann sehr heiß sein und zu Verbrennungen führen“ zu finden sein wird. Dies käme ihrer Mei-

nung nach einer Bankrotterklärung an die Mündigkeit von Bürgerinnen und Bürgern gleich und würde der Verantwortung jedes einzelnen, angemessen auf die eigene Gesundheit zu achten, nicht gerecht. Bislang müssen gemäß der deutschen Rechtsprechung allerdings nur solche Schäden ersetzt werden, „bei denen der konkrete Verursacher, die Schadenentstehung und die Höhe des Schadens im Einzelfall nachgewiesen und beziffert werden könnten.“ (v. Hippel, 1998); da dies im Falle der tabakbedingten Gesundheitsschäden kaum möglich sein dürfte, hat die deutsche Tabakindustrie bislang wenig zu befürchten. Da im deutschen Sozialversicherungssystem die Behandlungskosten vom Versicherer getragen werden, haben Geschädigte bei uns auch weniger Anlaß, diese Art der Rechtsprechung in Frage zu stellen. Betrachtet man allerdings die entsprechenden Statistiken, so zeigt sich deutlich, dass zumindest die Sozialversicherung Interesse an einer anderen Regelung der Kostenverteilung haben müßte: Die Einnahmen durch die Tabaksteuer betragen im Jahr 2001 12,1 Milliarden Euro (dpa, 28. 09. 2002); die Folgen der Tabakschäden jedoch belasteten das Gesundheitswesen mit mindestens 16 Milliarden Euro.

2. 2. 5 Rauchverbote und Nichtraucherinnenschutz

In Deutschland sind laut einer Umfrage im Auftrag der Nichtraucher-Initiative Deutschlands rund vier Millionen Nichtraucherinnen an ihrem Arbeitsplatz häufig oder ständig dem blauen Dunst der Kolleginnen ausgesetzt. Das bedeutet, dass jede fünfte nichtrauchende Erwerbstätige durch das Passivrauchen gesundheitlich geschädigt wird. Einige Zahlen zum Thema Nichtraucherinnenschutz verdeutlichen die kritische Einstellung, die mittlerweile in der BRD dem Rauchen gegenüber eingenommen wird (Nürnberger Gesellschaft für Konsumforschung, 1. 10. 2000):

Meinungen zum Nichtraucherinnenschutz in der BRD:

- 75 % aller Nichtraucherinnen sind für einen gesetzlichen Nichtraucherinnenschutz am Arbeitsplatz.
- 75 % aller Nichtraucherinnen möchten außerdem auch lieber rauchfrei essen und trinken.
- 80 % wünschen sich, auch in Post, Bank und bei Behörden keinem Rauch ausgesetzt zu sein.
- 20 % aller Raucherinnen sagen von sich, dass sie dem Nichtraucherinnenschutz positiv gegenüberstehen.
- 80 % aller Nichtraucherinnen und 50 Prozent der Raucherinnen meinen, dass Kinder zu Hause keinem Zigarettenrauch ausgesetzt werden sollten.

Trotz dieses Einstellungswandels der Bevölkerung hat der gesetzliche Nichtraucherinnenschutz in der BRD einen schweren Stand: 1998 scheiterte ein diesbezüglicher Vorstoß einiger Abgeordneter im Bundestag (dpa, 02. 05. 2001). Anders sieht die Situation im privaten Raum, in Gaststätten oder im Bereich der öffentlichen Verkehrsmittel aus: In fremden Wohnungen zu rauchen, ist unüblich geworden, in jedem Restaurant gibt es große rauchfreie Zonen, und in einem Großteil der öffentlichen Verkehrsmittel sowie auf allen Inlands- und vielen Transatlantikflügen der Lufthansa ist das Rauchen grundsätzlich verboten. Auch die deutsche Bahn macht ab September 2002 diesbezüglich einen Vorstoß, der aber wohl weniger dem Nichtraucherinnenschutz als der Kostenersparnis und Verbesserung des Images der deutschen Bahnhöfe dient: Nachdem der Bonner Hauptbahnhof im Rahmen eines Pilotprojekts schon seit Juli 2001 Deutschlands erster „Nichtraucherbahnhof“ ist und die diesbezüglichen Erfahrungen positiv waren, soll das Rauchen von September 2002 in den 63 publikumsstärksten deutschen Bahnhöfen verboten werden.

2. 3 Der Beginn der „Raucherkarriere“: Rauchen im Kindes- und Jugendalter

2. 3. 1 Rauchende Kinder und Jugendliche in der BRD

Zum Rauchverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zunächst einige Zahlen:

- Zwar sinkt die Zahl der Drogentoten, gleichzeitig aber auch das Einstiegsalter für Drogen aller Art: Laut einer Meldung der AP vom 26. 06. 2002 liegt es für Nikotin derzeit bei 13,6 Jahren.
- 13 Prozent aller 13-jährigen rauchen regelmäßig, bei den 15-jährigen ist es bereits ein Viertel.
- Deutschland hat mit 400.000 Zigarettenautomaten die höchste Automatendichte der Welt; damit ist es in keinem anderen Land für Kinder derartig leicht, legal Zigaretten zu erwerben.

Die deutschen Jugendlichen liegen damit mit ihrem Nikotinkonsum international an der Spitze. Gleichzeitig sterben jährlich mehr als 100.000 Menschen in der BRD an den Folgen des Tabakkonsums², und längst ist hinreichend bekannt, dass, je länger jemand raucht, es desto schwieriger wird, das Rauchen zu beenden (Buchkremer & Batra, 1995). Ebenso erschwert ein junges Einstiegsalter von unter 15 Jahren das Aufhören im Vergleich zu Raucherinnen, die schon 25 Jahre oder älter waren, als sie begannen zu rauchen (Deutsche Krebshilfe, 1996). Wesentlich ist

² Im Vergleich zu „nur“ 50.000 Alkohol-Toten.

das Einstiegsalter zudem auch in Bezug auf das Risiko, an Krebs zu erkranken: Wird vor dem 15. Lebensjahr mit dem Rauchen begonnen, so erhöht sich das Lungenkrebsrisiko im Vergleich zu Raucherinnen, die erst nach dem 25. Lebensjahr regelmäßig zur Zigarette greifen, um das Fünffache. Unter diesen Gesichtspunkten sind die oben genannten Zahlen um so alarmierender; erste Konsequenzen, unter anderem von Seiten der Bundesregierung, werden derzeit erwogen:

2. 3. 2 Gesetzesmaßnahmen zum Schutz von Kindern und Jugendlichen

Mit dem „Aktionsplan Drogen und Sucht“ will die Regierung im Frühjahr 2003 ihre Drogenpolitik erweitern (Schwäbisches Tagblatt, 26. 06. 2002). Dabei soll insbesondere den legalen Suchtmitteln der Kampf angesagt werden. Der Aktionsplan soll konkrete Ziele für die nächsten zehn Jahre enthalten; zur Überprüfung der Umsetzung der Maßnahmen ist die Einrichtung eines „Nationalen Drogen- und Suchtrats“, vorgesehen. Geplant ist außerdem eine Änderung des Jugendschutzgesetzes: Wie beim Alkohol soll es ein Verkaufsverbot für Tabakwaren an Jugendliche unter 16 Jahren und ein Automatenverbot geben.

Die Zigarettenindustrie wäre mit einem Automatenverbot sicherlich nicht einverstanden, scheint jedoch die Bereitschaft signalisiert zu haben, Zigarettenautomaten mit einer vier Jahre dauernden Übergangsfrist auf Chipkartenbetrieb umzurüsten: Damit würden die Automaten für Jugendliche unter 16 Jahren mit Hilfe der Chipkarte gesperrt. Bedenken kommen allerdings von Seiten der Datenschützer: Würden die Daten der Chipkarte im Automaten gespeichert – was technisch kein Problem wäre – so ließen sich präzise Konsumprofile der Kunden erstellen. Als „vertretbar“ bewertet der Bundesbeauftragte für Datenschutz das Verfahren jedoch, wenn lediglich das Altersmerkmal abgefragt und keine Daten gespeichert würden (dpa, 06. 02. 2002).

Sicher ist jedoch, dass die Umstellung auf die Chipkarte den Zugang zu Zigaretten für unter 16-jährige lediglich erschwert, aber nicht unmöglich macht; jede Jugendliche könnte sich problemlos die Karte älterer Bekannter leihen. Zahlreiche Suchtexpertinnen sind daher der Ansicht, dass ein Verkaufsverbot an unter 16-jährige nur dann wirksam wäre, wenn es mit einem Automatenverbot einher ginge und dass außerdem ein Werbeverbot für Tabakprodukte notwendig wäre (dpa, 26. 07. 2002).

2. 3. 3 Initiativen und Präventionsprogramme

Ein anderes staatliches Präventionsprogramm ist der in 16 europäischen Ländern stattfindende Wettbewerb „be smart – don't start“. Dabei sollen Schulklassen überzeugt werden, ein halbes Jahr lang nicht zu rauchen; der Einstieg soll hinausgezögert und die Auseinandersetzung mit dem Thema Rauchen gefördert werden. Im Schuljahr 2000/2001 beteiligten sich in Deutschland 100.000 Schülerinnen aus 4500 Klassen an der Aktion; circa ein Drittel soll die sechs rauchfreien Monate durchgehalten haben (Schwäbisches Tagblatt, 23. 07. 2002).

Eine weitere staatliche Maßnahme zur Prävention ist das „Gesundheitsförderungsprogramm Klasse 2000“. Ziel ist hier die Suchtprävention in den ersten Schuljahren durch frühzeitige Förderung einer positiven Gesundheitseinstellung und Stärkung des Selbstwerts der Kinder. Die in zahlreichen bayerischen Schulen erprobte Maßnahme erbrachte signifikante Erfolge im Vergleich zwischen den Interventions- und Kontrollklassen (Dupree & Bölskei, 1998).

Insgesamt sind die bisherigen staatlichen Versuche zur Primärprävention in Deutschland zu begrüßen, scheinen jedoch noch nicht in ausreichendem Umfang wirksam geworden zu sein, während in Großbritannien, Norwegen und Finnland die Zahl nicht rauchender Schüler steigt; Folge einer restriktiven Politik mit Werbeverböten und umfassenden Präventionsmaßnahmen (Haustein, 2001).

Ein Antiraucherprogramm für Jugendliche bietet auch die Heidelberger Thoraxklinik an: Regelmäßig werden dort Schulklassen eingeladen, um die Folgen des Rauchens – den meisten Jugendlichen theoretisch bereits bekannt – real zu erleben. In der Klinik werden Patientinnen wegen Lungenkrebs behandelt; 90 Prozent von ihnen hatten geraucht. Im Rahmen eines Vortrags sehen die Jugendlichen Videos von Bronchoskopien, werden Zeuginnen der Bestätigung der Verdachtsdiagnose und haben Gelegenheit, mit an Lungenkrebs erkrankten Patientinnen zu sprechen. Die meisten Jugendlichen zeigen sich im Anschluß beeindruckt oder schockiert; viele nehmen sich als Konsequenz vor, das Rauchen zu beenden (Schwäbisches Tagblatt, 26. 07. 2002).

Aber auch von Seiten der Tabakindustrie gab es Ankündigungen, für den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor den Gefahren des Nikotins tätig zu werden: Am 11. 10. 2000 berichtete das Schwäbische Tagblatt über einen siebenstelligen Betrag, den die Zigarettenindustrie dem Gesundheitsministerium zur Unterstützung einer Kampagne gegen das Rauchen im Jugendalter zur Verfügung stellen wollte. Allerdings bemängelte die Drogenbeauftragte der Bundesregierung noch ein Jahr später (Schwäbisches Tagblatt, 11. 11. 2001), dass „den Ankündigungen, Präventionsmaßnahmen auch finanziell zu unterstützen, (...) bislang keine Taten gefolgt (sind).“

Interessant ist auch der folgende Vorstoß von Philipp Morris zum Thema Jugendschutz: Der weltgrößte Zigarettenhersteller drehte einen „Kinowerbespot gegen das Rauchen im Jugendalter“. Darin wird ein 14-jähriger gezeigt, der sagt: „Ich rauche nicht“. Kritische Stimmen schätzen die Kampagne allerdings als „Werbung durch die Hintertür“ ein, die einzig dazu diene, die Grenzen zwischen Werbung für und gegen den Tabak zu verwischen und – im Widerspruch zur vorgeschobenen Intention – gerade die jungen potentiellen Konsumenten ansprechen solle (Nicht-raucherinitiative Deutschland, 2001).

2. 3. 4 Ursachen und Entwicklung des Rauchens im Kindes- und Jugendalter

Im allgemeinen verläuft die Entwicklung der Nikotinabhängigkeit in fünf aufeinanderfolgenden Phasen: „Probierrauchen, unregelmäßiges Rauchen, regelmäßiges geringes Rauchen, regelmäßiges starkes Rauchen und Nikotinabhängigkeit.“ (Stumpfe, 1989). Dabei endet der erste Rauchversuch zumeist mit starken aversiven Gefühlen. Später in der Adoleszenzphase findet oftmals ein zweiter Rauchversuch, der dann „erfolgreich“, das heißt mit dem zunächst unregelmäßigen Rauchen endet. Normen und Werte im Freundeskreis spielen in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle (Schreiber, 1992) und zwar weniger bezüglich des Beginns des Rauchverhaltens, als vielmehr in Bezug auf seine Stabilisierung (Kane, 1991). Broken-home-Situationen begünstigen eine mögliche Suchtkarriere von Jugendlichen, „während geordnete Kindheitsverhältnisse sich suchtvorhütend auswirken“ (Handwörterbuch der Psychiatrie, S. 589). Nicht zu vergessen ist auch die Rolle der Medien, die sich für Heranwachsende einstellungsmodulierend auswirkt (Buchkremer & Batra, 1995, S. 310).

Bezüglich der zwischen 1993 und 1997 um fast 80 Prozent gestiegenen Zahl der rauchenden Mädchen (Schwäbisches Tagblatt, 11. 11. 2001) ist anzumerken, dass die Ursache hierfür in einer falsch verstandenen Emanzipation liegen könnte; einer Art Gleichberechtigung, die sich darin ausdrückt, dasselbe Maß an unvernünftigem Verhalten zu zeigen wie das männliche Geschlecht.

2. 4 Inhaltsstoffe der Zigarette: Nikotin & Co

Den meisten Raucherinnen vom Packungsaufdruck her bekannte Inhaltsstoffe der Zigarette sind Teer (beziehungsweise der Kondensatgehalt), sowie das Nikotin. Dass aber über 5000 chemische Verbindungen im Tabakrauch nachgewiesen sind (Schuh, 1985, S. 7), von denen rund 400 gesundheitsschädlich sind – mindestens 50 davon wirken karzinogen – wissen die wenigsten. Einige der Gifte selbst wiederum sind vom Namen her bekannt, zum Beispiel Arsen oder Formaldehyd. Außerdem enthält Zigarettenrauch Parfümmischungen, radioaktive Substanzen, ver-

schiedene organische Verbindungen, Lösungsmittel, Schwermetalle und gasförmige Stoffe, allen voran das sauerstoffblockierende Kohlenmonoxid (Haustein, 2001). Neben Nikotin und Kohlenmonoxid zählt Teer wohl zu den wichtigsten Inhaltsstoffen: Er besteht vor allem aus Kohlenwasserstoffen, von denen viele als karzinogen bekannt sind (Buchkremer, 1991).

Von den Herstellern werden dem Tabak außerdem Substanzen zugesetzt. Einige der in der EU verwendeten über 600 Zusatzstoffe sind Ammoniumchlorid, Süßstoff, Kakao, Pyridin, Glycyrrhizin und Laevulinsäure. Diese Stoffe – welche teils allein, teils in Kombination mit anderen enthaltenen Substanzen toxisch wirken – werden aus folgenden Gründen dem Tabak beige-mischt:

Tabakzusatzstoffe und ihre Funktion:

- Ammoniumverbindungen erhöhen den freien Nikotinanteil und steigern so den „Kick“ beim Inhalieren.
- Süßstoffe und Schokolade mildern den Geschmack und machen damit das Rauchen für Kinder und Erstnutzer angenehmer.
- Kakao bewirkt eine Dilatation der Bronchien; es kann tiefer inhaliert werden.
- Der für Passivraucherinnen unangenehme Nebenstromrauch wirkt durch Zusatzstoffe geruchlich vorteilhafter – allerdings nicht weniger toxisch. (Haustein, 2001)

Der wichtigste und gleichzeitig gefährlichste Inhaltsstoff des Tabaks ist jedoch das Hauptalkaloid der Tabakpflanze; das Nikotin. Allerdings liegt die Gefahr hier nicht, wie häufig angenommen, in der karzinogenen Wirkung: Zentral ist das Nikotin vielmehr deshalb, weil es die Abhängigkeit verursacht. Nikotin wirkt stark toxisch und hat eine Sucht erzeugende Wirkung, die mit der von Kokain und Heroin zu vergleichen ist. Durch Nikotinzufuhr kommen äußerst schnell angenehme psychotrope Effekte zustande.

Dabei ist die Wirkung des Nikotins biphasisch, das heißt, in Abhängigkeit von der Dosis gegensätzlich: „Das Nikotin kann also auf zweierlei Weise wirken (...). Eine kleine Menge der Substanz stimuliert, eine große dämpft. Raucher können im allgemeinen die regulierende Funktion des Nikotins einsetzen, um den Grad ihrer Aufmerksamkeit auf ein Normalmaß einzupendeln. Sie verwenden das Nikotin demnach nicht, um ihre Verfassung in die eine oder andere Richtung zu

übertreiben, sondern um sich zu normalisieren; um sich aus einem Zustand der Langeweile herauszuführen oder sich bei einer Überstimulation zu beruhigen.“ (Krogh, 1993, S. 52 und 69).

Wichtig für die Qualität eines Stoffes als psychotrope Substanz ist jedoch nicht nur der Effekt selbst, sondern auch die Geschwindigkeit, mit der dieser eintritt: Je schneller die Wirkung, desto unmittelbarer erfolgt auch im Sinne einer Konditionierung die Verstärkung des Konsumverhaltens und desto schneller und enger werden – in diesem Fall – das Rauchen und das angenehme Gefühl im unmittelbaren Anschluß daran miteinander verknüpft (siehe dazu Kapitel 2. 7. 1. 2).

Nikotin wird aus den unterschiedlichen Formen der Tabakzubereitung unterschiedlich schnell resorbiert. Während beim „Paffen“ von Zigarren oder Pfeifen über die Schleimhäute die Resorption eher langsam vonstatten geht, geschieht dies beim inhalierten Zigarettenrauch extrem schnell. Das Nikotin wird dabei über das Epithel der Lungenalveolen aufgenommen und gelangt unter Umgehung der Leber direkt ins Gehirn.

Über die Geschwindigkeit, mit der Nikotin in dieser Form aufgenommen wird, schreibt Benowitz: „Wenn ein Mensch Zigarettenrauch einatmet, erreicht das darin enthaltene Nikotin das Gehirn über die Blutbahn in etwa acht Sekunden; das ist schneller als bei einer intravenösen Injektion.“ (Benowitz, 1986, S. 23). Dadurch ist die Zigarette ein ideales Vehikel für die Freisetzung des Wirkstoffs Nikotin: Der Effekt ist innerhalb kürzester Zeit spürbar und die Raucherin kann zudem mit ihren Zügen die Dosis selbst regulieren und damit Intoxikationszeichen (Tachykardie, Schweißausbrüche, Durchfall etc.) vermeiden.

Nikotin in Zigarettenform ist also die optimale Droge: Schnelle Wirkung, gepaart mit dosisabhängig gegensätzlichem Effekt bei erhaltener Reaktions- und Arbeitsfähigkeit. Dementsprechend hoch ist das Suchtpotential des Stoffes: 32 Prozent der „Probierraucherinnen“ werden süchtig – im Gegensatz zu nur 23 Prozent beim Heroin. Trotz dieses schon hohen Suchtpotentials war es in den 80-er Jahren oberstes Ziel der Tabakindustrie, eine erhöhte Nikotinfreisetzung und die Effektivitätssteigerung der Nikotinwirkungen zu erzielen: Dabei wurde zum Beispiel der Zusatz von Nikotin zum Tabak erwogen (Slawen, 1982) und mit gentechnischen Verfahren versucht, den Nikotingehalt der Pflanzen bei unverändertem Teergehalt zu erhöhen (Haustein, 2001). Wichtig sind in diesem Zusammenhang auch pH-Wert Manipulationen des Tabaks, die zur erhöhten Freisetzung von Nikotin in Form der freien Base führen und so den „Kick“ beim Rauchen steigern.

Im folgenden Kasten werden die mit der Abhängigkeit in Zusammenhang stehenden physiologischen Nikotinwirkungen kurz zusammengefaßt (Haustein, 20001).

Nikotinwirkungen:

- Nikotin bindet an die Nikotinrezeptoren im ZNS und erleichtert damit die Freisetzung bestimmter Transmitter wie Dopamin, Noradrenalin und Acetylcholin.
- Erregung, Erhöhung des Genußempfindens und anxiolytischer Effekt.
- Verbesserung von Aufmerksamkeit und Leistung bei sich wiederholenden Aufgaben.
- Verringerung des Hungergefühls, Beschleunigung des Stoffwechsels und damit Reduktion des Körpergewichts.
- Durch Neuroadaptation der Nikotinrezeptoren kommt es bei wiederholten Gaben zu Toleranzentwicklung und Entzugssymptomen.

Zur ausführlichen Beschreibung der physiologischen Mechanismen der Nikotinsucht siehe Kapitel 2. 7. 2.

Gleichzeitig ist Nikotin auch hochgiftig: Die farblose, ölige Substanz wird in der Landwirtschaft als Insektenvernichtungsmittel eingesetzt, früher betäubte man damit Elefanten (Krogh, 1993). Die Nikotintagesdosis einer durchschnittlichen Raucherin würde bei nichtrauchenden Personen Vergiftungen hervorrufen; aber „Raucher sind weniger nicotinempfindlich als Nichtraucher; sie genießen Nicotindosen, die bei Nichtrauchern Übelkeit und leichte Vergiftungserscheinungen auslösen.“ (DHS, 1994, S. 24). Allerdings wäre dieselbe Dosis, auf einmal konsumiert, selbst bei starken (und dementsprechend nikotingewöhnten Raucherinnen) tödlich.

Höhere Nikotindosen lösen Krämpfe aus, in toxischen Dosen eingenommen – bei nicht nikotingewöhnten Personen circa 60 Milligramm – kommt es zur zentralnervösen Erregung, Atemlähmung und Kreislaufkollaps. Der Abbau von Nikotin erfolgt sehr schnell (60 – 90 Minuten) in der Leber; hierbei entsteht das als Marker genutzte Cotinin.

2. 5 Gesundheitliche Auswirkungen des Tabakkonsums

Das Rauchen ist an der Entstehung von etwa 300 Krankheiten beteiligt und wird damit Prognosen zufolge in wenigen Jahren weltweit die häufigste Krankheits- und Todesursache sein (dpa/AP, 09. 02. 2002).

2. 5. 1 Allgemeine gesundheitliche Beeinträchtigungen

Allgemein läßt die körperliche Leistungsfähigkeit schon bei geringem Zigarettenkonsum nach: „Der Raucher bringt sich künstlich in eine Höhe zwischen 2000 und 3500 m (...). Seine körperliche Leistungsfähigkeit – siehe die Olympiade in Mexico City – ist dementsprechend, insbesondere bei Mittel- und Dauerleistungen, erheblich herabgesetzt (...). Tabakrauch bewirkt innerhalb von einigen Sekunden einen zwei- bis dreifach erhöhten Atemwegswiderstand durch Engstellung der Bronchiolen, der etwa 10 – 30 Minuten anhält.“ (Lübs, 1980).

Dennoch haben viele Raucherinnen subjektiv den Eindruck, mit der Zigarette ihre Leistungsfähigkeit steigern zu können. Wenn überhaupt, so trifft dies allerdings nur unter bestimmten Umständen bei Konzentrationsaufgaben auch zu, auf gar keinen Fall jedoch bei körperlichen Leistungen.

2. 5. 2 Durch das Rauchen bedingte Erkrankungen

2. 5. 2. 1 *Chronische Bronchitis, koronare Herzkrankungen und Durchblutungsstörungen*

Zu den bekanntesten Erkrankungen infolge des Rauchens gehören chronisch obstruktive Bronchitiden, Lungenemphysem, koronare Herzkrankheit und das sogenannte „Raucherbein“, eine Durchblutungsstörung der unteren Extremitäten. Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen den größten Teil der durch das Rauchen verursachten Gesundheitsschäden aus: In Deutschland ist von jährlich 80.000 bis 90.000 Neuerkrankungen auszugehen. Chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen stehen derzeit weltweit an sechster Stelle der Erkrankungsliste und werden bei weiter zunehmender Anzahl von Tabakkonsumentinnen in 20 Jahren an dritte Stelle vorrücken (Haustein, 2001).

2. 5. 2. 2 *Krebserkrankungen*

Seit einigen Jahren sind Informationen über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Krebs und Rauchen jeder Zigarettenpackung und jedem Werbeplakat zu entnehmen³; bekannt ist dies schon lange: „1937 wurde die Entstehung von Krebs durch Zigarettenrauchen tierexperimentell nachgewiesen; 1938 wurde die kürzere Lebenserwartung von Raucherinnen gegenüber Nichtraucherinnen erstmals statistisch belegt; Anfang der 50-er Jahre wurde der Nachweis erbracht, dass Rauchen Lungenkrebs fördert“ (Elbert, Rockstroh, 1990). Die häufigsten Krebsarten aufgrund

³ Lediglich amerikanische Raucherinnen mit enormen Schadensersatzansprüchen scheinen nach wie nichts davon gehört zu haben.

des Rauchens sind das Plattenepithel-Karzinom der Lunge sowie Karzinome des Kehlkopfes. Dabei steigt das individuelle Krebsrisiko mit der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten und der Dauer der „Raucherkarriere“.

Konsumart und -höhe	Anzahl	Erhöhtes Krebsrisiko
Pfeifen- und Zigarrenrauchen	–	3,7-fach
Zigarettenrauchen	Bei 1 – 10 Stück täglich	4,6 – 11-fach
	Bei 11 – 20 Stück täglich	18,6-fach
	Bei 21 – 35 Stück täglich	31,6-fach
	Bei mehr als 35 Stück täglich	43,6-fach

Tabelle 1: Erhöhung des Krebsrisikos in Relation zur Konsumhöhe

Tabakkonsum spielt erwiesener Maßen eine ursächliche Rolle bei:

- 60 – 90 % aller Lungen- und Bronchialkrebserkrankungen
- 30 – 70 % aller Blasenkrebskrankungen
- 30 % aller Nierenkrebskrankungen und Bauchspeicheldrüsenkrebskrankungen

Die Kombination von Alkohol und Tabakrauch ist wahrscheinlich verantwortlich für:

- 85 % aller Kehlkopfkrebserkrankungen
- 60 – 80 % aller Krebserkrankungen der Mundhöhle und des Rachens
- 75 % aller Speiseröhrenkrebskrankungen

(Deutsche Krebshilfe, 1996)

Von der Nachricht, dass mit durchschnittlich 35 filterfreien Zigaretten pro Tag ein 80-fach erhöhtes Lungenkrebsrisiko zu erwarten sei, zeigt sich manche Raucherin schockiert und wechselt zu Zigaretten mit Filter. Die Schadstoffaufnahme verringert sich dabei jedoch allenfalls um 20 Prozent. Auch der Effekt sogenannter „Lightzigaretten“ ist zweifelhaft; in der Regel wird hier tiefer inhaliert, der „light-Effekt“ also direkt ausgeglichen. (Deutsche Krebshilfe, 1996). In die-

sem Zusammenhang gilt als gesichert, dass durch die tiefe Inhalation eine Zunahme von Adenokarzinomen der Lunge zu beobachten ist, die in jüngster Zeit vor allem bei Frauen – welche häufiger Lightzigaretten konsumieren – diagnostiziert werden und eine besonders ungünstige Prognose haben. Filterzigaretten oder Lightzigaretten vermindern das Krebsrisiko also nicht, sondern verursachen im Gegenteil unter Umständen sogar noch schwerwiegendere Erkrankungen (Haustein, 2001).

Die irreführenden Bezeichnungen „mild“ oder „light“ sollen daher ab Anfang 2003 per EU-Richtlinie verboten und gleichzeitig die Höchstwerte für Nikotin, Teer und Kohlenmonoxid gesenkt werden (dpa, 16. 05. 2001). Zum selben Zeitpunkt werden auch größere und inhaltlich weitergehendere Warnhinweise auf den Packungen Pflicht: Gesundheitswarnungen sollen nicht, wie bisher, lediglich vier Prozent, sondern mindestens 30 Prozent der Vorder- und 40 Prozent der Rückseite der Schachtel bedecken.

2. 5. 2. 3 *Potenzstörungen*

Potenzstörungen gehören zu den weniger bekannten Nebenwirkungen des Rauchens: Vor allem in Verbindung mit erhöhten Cholesterinwerten oder Diabetes löst Nikotin diese jedoch erwiesenermaßen aus. In Norwegen wird aus diesem Grund auf Zigarettenpackungen vor Impotenz gewarnt.

2. 5. 2. 4 *Parodontose*

Ebenfalls kaum bekannt sind die Wirkungen auf Zahnfleisch und Kiefer: Wer über einen längeren Zeitraum hinweg täglich raucht, hat nach neuesten Forschungsergebnissen ein dreifach erhöhtes Parodontose-Risiko; das Immunsystem der Mundhöhle wird geschädigt und der Kieferknochen abgebaut. Frühwarnzeichen wie Zahnfleischbluten bleiben zudem, anders als bei Nichtraucherinnen, bei Raucherinnen aus (dpa, 02. 03. 2002).

2. 5. 2. 5 *Weitere rauchbedingte Erkrankungen*

Häufige Raucherschäden treten auch an den Nieren auf, wobei insbesondere im Zusammenhang mit einem Diabetes mellitus die Nierenfunktion zunehmend eingeschränkt wird. Erhöhte Risiken wurden außerdem bei Fertilitätsstörungen, dem gehäuften Auftreten kindlicher Leukämien und Hirntumoren, bei Osteoporose und Erkrankungen der Augen mit nachfolgender Erblindung sowie der Ausbildung lymphatischer Leukämien nachgewiesen (Haustein, 2001).

2. 5. 3 Spezifische Risiken für Frauen

2. 5. 3. 1 *Zigarettenkonsum und orale Kontrazeption*

Rauchende Frauen, die zudem Kontrazeptiva einnehmen und älter als 35 Jahre sind, haben ein deutlich erhöhtes Schlaganfall-, Herzinfarkt- und Thromboserisiko (Berma & Gritz, 1991). In Anbetracht dieser Tatsache verschreiben viele Frauenärztinnen unter diesen Bedingungen keine oralen Kontrazeptiva mehr. Zudem setzt die Menopause bei Raucherinnen früher ein (Heuer-Jung, 1996).

2. 5. 3. 2 *Rauchen während der Schwangerschaft*

Raucht eine Schwangere, so hat dies für das Ungeborene gravierende Folgen. Risikostoffe sind das inhalede Kohlenmonoxid und das Plazentagift Cadmium, das ein erhöhtes Abortrisiko, vorzeitige Plazentaablösung und Fehlbildungen im Lippen-Kiefer-Gaumen-Bereich bewirken kann (Haustein, 2001). Aufgrund der verengten Blutgefäße der Plazenta erleidet das Kind eine Mangelversorgung an Sauerstoff und Nährstoffen. Neugeborene von Raucherinnen sind deshalb meist leichter und kleiner (Wenderlein, 1980) und haben einen geringeren Kopfumfang als Kinder von Nichtraucherinnen (Behrens et al., 1987). Die verminderte Lungenfunktion der rauchenden Mutter gilt als Ursache für die erhöhte perinatale Säuglingssterblichkeit und für die häufigeren Totgeburten, Spontanaborte und Frühgeburten (Kubista, 1994).

Tabakkonsum während der Schwangerschaft und postpartal ist zudem ein wesentlicher Ursachenfaktor für den plötzlichen Kindstod⁴ (dpa, 05. 07. 2002). Hier soll ein neu entwickelter Schnelltest eine gewisse Abhilfe schaffen: Aufschluß über die Belastung der aktiv oder passiv rauchenden Schwangeren und damit des Ungeborenen gibt ein Urintest in den ersten drei Schwangerschaftsmonaten: Gemessen wird dabei die Höhe des Nikotinstoffwechselprodukts Cotinin. Hohe Werte, so die erhoffte Wirkung, führen eher als Appelle dazu, dass die werdende Mutter das Rauchen einstellt. Aber auch beim Neugeborenen kann der Test durchgeführt werden: Bei einem hohen Wert kann der Säugling im ersten Lebensjahr vorsorglich mit einem Monitor überwacht werden.

Gründe genug, das Rauchen während der Schwangerschaft einzustellen, gäbe es also und den meisten Frauen ist dies auch bekannt. Forschungsergebnisse zeigen, dass 50 Prozent der rauchenden Frauen während einer Schwangerschaft selbständig das Rauchen beenden (Windson & Orleans, 1986; Cnattingius et al., 1992, Kunze et al., 1992). Diese Abstinenzrate ist im Verhältnis zur allgemeinen Rate derer, die ohne fremde Hilfe von der Zigarette loskommen – nämlich drei

⁴ Am plötzlichen Kindstod (SIDS) stirbt in Deutschland eines von 1000 lebend geborenen Kindern.

bis elf Prozent – einerseits beachtlich, andererseits jedoch in Anbetracht all der Ungeborenen, deren Mütter weiter rauchen, viel zu gering. Und leider wird nicht jede Schwangere, die um der Gesundheit ihres Kindes willen aufhört zu rauchen, so hoch geehrt wie die Schauspielerin Veronica Ferres, die – hochschwanger – zur „Exraucherin des Jahres 2001“ ernannt wurde (Aktionskreis Stuttgarter Nichtraucher, 2001).

2. 5. 4 Todesfälle als Folge des Tabakkonsums

Allein in Deutschland gab es im Jahr 2001 über 100.000 Todesfällen infolge des Zigarettenkonsums (dpa, 26. 07. 2002); das bedeutet, täglich sterben hier etwa 300 Menschen an Erkrankungen, die durch das Rauchen verursacht wurden. Neueste Untersuchungen (Schwäbische Zeitung, 30. 08. 2002) gehen von jährlich 143.000 Sterbefällen in Deutschland aufgrund des Rauchens aus: Dies entspricht einem Drittel der Männer und einem Sechstel der Frauen zwischen 35 und 65 Jahren. In Europa starben Anfang der 90-er Jahre Schätzungen zufolge jährlich etwa 400.000 Menschen an den Folgeschäden des Rauchens (Batra, AKR 1991), weltweit sind es derzeit jährlich circa zehn Millionen Menschen (Haustein, 2001). Damit ist „die Nikotinabhängigkeit (...) weltweit der Feind Nummer Eins der Volksgesundheit.“ (Cahan in: Krogh, 1993, S. 9) und rangiert diesbezüglich deutlich vor illegalen Drogen oder Alkohol.

2. 5. 5 Schädlichkeit des Passivrauchens

Deutschlands Raucherinnen exhalieren jährlich 7.500 Tonnen Kohlenwasserstoffe. Wer neben einer Raucherin sitzt, atmet zwar nur ein Prozent der giftigen Stoffe ein, die eine Raucherin inhaliert. Dafür liegt jedoch die Konzentration vieler Gifte jedoch im Rauch, der ohne Umweg direkt in die Luft strömt, erheblich höher als im Rauch, den die Raucherin selbst inhaliert.

Bei Passivraucherinnen sind innerhalb der ersten beiden Stunden nach der Exposition bereits erste Veränderungen an den Endothelzellen, Blutplättchen und Neutrophilen feststellbar. Beim chronischen Passivrauchen verdoppelt beziehungsweise verdreifacht sich das Risiko für die Ausbildung einer koronaren Herzkrankheit, von arteriosklerotischen Veränderungen und Apoplexiehäufigkeit (Haustein, 2001). Nach Schätzungen des Robert-Koch-Instituts in Berlin sterben in Deutschland jährlich 3000 bis 5000 Menschen an durch das Passivrauchen bedingten Erkrankungen (dpa, 12. 10. 2000). Ein Großteil dieser Todesfälle geht auf Krebserkrankungen zurück: Untersuchungen zufolge besteht für Passivraucherinnen ein um 40 Prozent erhöhtes Krebsrisiko – Ehefrauen, deren Partner über eine Schachtel täglich konsumieren, sollen sogar ein dreifach gesteigertes Lungenkrebsrisiko aufweisen (Deutsche Krebshilfe, 1996).

Immer mehr deutsche Kinder leiden zudem unter Asthma bronchiale; seit 1995 wurde eine Zunahme um 33 Prozent festgestellt. Zunehmender Verkehr oder Feuchtigkeitsschäden in Schlafräumen werden als mögliche Auslöser diskutiert; als diesbezüglich größten Risikofaktor sehen Mitarbeiterinnen eines Forschungsprojekts in Münster (dpa, 13. 06. 2001) jedoch das Rauchen. Auch hier ist nicht nur das aktive Rauchen der Kinder selbst wesentlich, sondern vor allem der passive Konsum infolge des elterlichen Rauchverhaltens.

2. 6 Nikotinabhängigkeit

2. 6. 1 Rauchen: Gewohnheit oder Sucht?

Noch 1957 bewertete das Experten-Komitee der WHO selbst starkes Rauchen als Gewohnheit und nicht als Sucht. Die damals angeführten Argumente wie zum Beispiel fehlende Beweise für eine nikotininduzierte körperliche Abhängigkeit im Tierversuch oder die Annahme, die beobachteten Symptome nach Beendigung des Zigarettenkonsums seien keine Entzugssymptome, gelten heute als überholt.

Von der Tabakindustrie wurde firmenintern die suchterzeugende Wirkung von Nikotin bereits 1968 erfaßt, jedoch der Öffentlichkeit gegenüber geleugnet (Haustein, 2001). Da Nikotin im Gegensatz zu Alkohol und Heroin kaum psychotoxisch wirksam ist, zeigen auch stark abhängige Raucherinnen – zumindest solange sie ausreichend mit Nikotin versorgt sind – nur geringe soziale Auffälligkeiten. Dieser Umstand trug sicherlich dazu bei, dass die Nikotinabhängigkeit erst seit 1978 von der WHO aufgeführt wird; 1980 nahm die American Psychiatric Association (APA) sie im DSM-III auf.

Tatsächlich sind viele der im Zusammenhang mit dem Rauchen zu beobachtenden Phänomene sehr viel einleuchtender auf der Basis eines Suchts- oder Abhängigkeitskonzepts zu verstehen als durch eine lieb gewonnene Gewohnheit: Fragt man zum Beispiel eine Raucherin nach dem Grund für ihr Tun, so wird die Antwort in den wenigsten Fällen lauten: „Ich rauche gern“. In Befragungen geben über 80 Prozent der Raucherinnen an, nicht gern zu rauchen, aber nicht aufhören zu können. Die meisten Raucherinnen haben denn auch mehrere erfolglose Versuche, abstinent zu werden, hinter sich; im Jahr 2000 haben Schätzungen zufolge fast acht Millionen Raucherinnen versucht, das Rauchen zu beenden – die meisten davon erfolglos.

Oder man denke an eine Notiz im Schwäbischen Tagblatt vom 27. 06. 1999: „Angesichts immer mehr Randalierern in Flugzeugen hat die Pilotenvereinigung Cockpit eine Lockerung des Rauchverbots auf Langstreckenflügen gefordert. (...) 566 dieser Vorfälle mit sogenannten „unruly pas-

sengers“ seien auf das strikte Rauchverbot zurückzuführen.“ Bloßer Verzicht auf eine Gewohnheit scheint ein solches Verhalten nur unzureichend zu erklären.

Gleichzeitig gibt es wissenschaftliche Argumente, die am Vorhandensein einer physischen Nikotinabhängigkeit keinen Zweifel mehr lassen: Versuchspersonen drücken zum Beispiel einen Hebel häufiger, wenn dadurch eine Nikotininfusion ausgelöst wurde, als eine Vergleichsgruppe, welcher eine Salzlösung verabreicht wird (Henningfield, 1983) und in Rattenversuchen wurde nachgewiesen, dass zumindest ein Teil der Tiere eine Abhängigkeit entwickelt, die durch die schnelle Anflutung des Alkaloids im Gehirn erzeugt zu werden scheint (Haustein, 2001).

Um das Vorhandensein einer Nikotinabhängigkeit diagnostisch dingfest zu machen, wurden unterschiedliche Kriterien entwickelt.

2. 6. 2 Kriterien der Nikotinabhängigkeit

2. 6. 2. 1 Kriterien der Nikotinabhängigkeit nach Stumpfe (1992):

- „Der Raucher hat meist einen Zigarettenvorrat zu Hause.
- Wenn er nicht rauchen kann, bekommt er Entzugsbeschwerden: (...) das ist die körperliche Abhängigkeit.
- Ohne Tabak verspürt er bald ein unbezwingbares Verlangen danach – das ist die seelische Abhängigkeit.
- Die Beschwerden verschwinden nach dem Rauchen einer Zigarette.
- Der Raucher raucht regelmäßig seine Zigaretten, zum Beispiel jede halbe Stunde eine, ganz gleich, ob er arbeitet oder sich ausruht.
- Er raucht über den ganzen Tag. Dadurch hat er in seinem Körper immer einen gleichmäßigen Nikotin-Blutspiegel. Dazu benötigt er ungefähr 20 – 30 Zigaretten am Tag.
- Trotz körperlicher Beschwerden und Krankheiten, die das Rauchen verursacht (...) rauchen viele Betroffene weiter. Nur etwa die Hälfte aller Raucher kann bei einer lebensgefährlichen Krankheit, die mit dem Rauchen zusammenhängt, aufhören.
- Der Raucher hat schon mehrfach versucht, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Wenn der Raucher einmal längere Zeit nicht geraucht hat, dann wird er nach einer Zigarette wieder rückfällig.“

2. 6. 2. 2 Kriterien nach dem ICD 10

Tabakabhängigkeit ist in der ICD 10 unter Störungen durch psychotrope Substanzen (F 1) kodiert. Dabei gelten die folgenden diagnostischen Leitlinien: Während des vorangegangenen Jahres müssen mindestens drei der folgenden Kriterien jeweils gleichzeitig vorhanden gewesen sein (Dilling, 1993).

Kriterien nach dem ICD 10:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, die psychotrope Substanz zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums.
4. Nachweis einer Toleranz.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu besorgen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen.

2. 6. 2. 3 Kriterien nach dem DSM-IV

Im DSM-IV ist unter der Ziffer 292.0 (F17.3) der Nikotinentzug aufgeführt:

Kriterium A: Nach mindestens mehreren Wochen täglichen Nikotinkonsums

Kriterium B: entwickelt sich bei plötzlicher Beendigung oder Reduktion innerhalb von 24 Stunden ein charakteristisches Entzugssyndrom. Das Entzugssyndrom schließt mindestens vier der folgenden Symptome ein:

1. Dysphorische oder depressive Stimmung
2. Schlaflosigkeit
3. Ablenkbarkeit, Enttäuschung oder Ärger
4. Angst
5. Konzentrationsschwierigkeiten
6. Unruhe
7. Verminderte Herzfrequenz
8. Gesteigerter Appetit oder Gewichtszunahme

Kriterium C: Die genannten Entzugssymptome verursachen den Betroffenen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Kriterium D: Zusätzlich gilt, dass die Symptome nicht auf einen medizinischen Krankheitsfaktor zurückzuführen sind und nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden können.

2. 6. 2. 4 Kriterien nach Fagerström (FTND)

Durch den Fagerström Test Nicotine Dependence (FTND) wird die Stärke der Tabakabhängigkeit ermittelt. Der Fragebogen besteht aus folgenden sechs Items:

Items des FTND:

1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen sein zu lassen?
3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?
4. Wieviel Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag?
5. Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?
6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

Insgesamt ist eine Punktzahl von 0 bis 10 erzielbar, wobei

0 – 2 Punkte eine sehr geringe,

3 – 4 Punkte eine geringe,

5 Punkte eine mittlere,

6 – 7 Punkte eine starke und

8 – 10 Punkte eine sehr starke Abhängigkeit bedeuten (Heatherton et al., 1991).

Raucherinnen mit 0 – 2 Punkten werden als vorwiegend psychisch abhängig, solche mit Scores von 5 – 10 als überwiegend physisch abhängig beurteilt und ein Punktwert von 3 – 4 gilt als nicht zuordnungsbar.

2.7 Erklärungsmodelle für das Rauchen

2.7.1 Psychologische Aspekte des Rauchens

2.7.1.1 Systemische Aspekte

Bei einem systemischen Verständnis von Sucht (hier nicht nur aufs Rauchen, sondern auch auf andere Süchte bezogen) wird davon ausgegangen, dass süchtige Menschen sich zunächst durch ein hohes Maß an Pflichterfüllung auszeichnen. Häufig fällt es ihnen schwer, sich abzugrenzen und auf Anfragen des Umfelds auch einmal mit „nein, ich will nicht“ zu antworten. Diese mangelnde Fähigkeit, zu den eigenen Bedürfnissen zu stehen, drückt sich aber nicht nur im Umgang mit dem sozialen Umfeld aus, sondern auch darin, wie solche Menschen mit ihren eigenen inneren schwachen, regressiven oder lustbetonten Anteilen umgehen: Diese Seiten werden abgespalten.

In der Folge kommt es zu einem Mangel erleben; die abgewehrte regressive Seite kommt – vielleicht über Jahre – nicht zum Zuge, bis schließlich, häufig zufällig, eine der Lust, der Regression, dem Spielerischen entgegenkommende Erfahrung im Zusammenhang mit dem Suchtstoff gemacht wird. Damit tritt das lang ersehnte Erleben des Loslassen-könnens ein; aus der *Sehnsucht* wird die *Sucht*.

Evident wird dieser Zusammenhang, wenn man zum Beispiel die Zigarettenwerbung betrachtet. Diese geht deutlich auf die Sehnsucht des Zielpublikums ein: Menschen, die anscheinend keinerlei Pflichten, dafür aber jede Menge Spaß, Lust und Freiheiten haben, tummeln sich im „Marlboro-Country“ oder auf der „Camel-Trophy“. Mit der Realität einer Raucherin, die im fortgeschrittenen Stadium der Abhängigkeit mit dem Zug an der Zigarette keinesfalls ins Marlboro-Land der Freiheit versetzt wird, sondern allenfalls eine kurzfristige Befreiung von ihren Entzugssymptomen erfährt, scheint dies zunächst wenig zu tun zu haben. Andererseits darf die Person sich im weiteren Verlauf süchtig nennen; was tatsächlich bis dahin ungeahnte Freiheiten bergen kann: Wo bisher nicht gewagt wurde zu sagen „ich will nicht“ steht nun das „ich will ja gern, aber ich kann leider nicht“. In der Sucht wird die „Sehnsuchtsseite“ also dominant, die „Pflichtseite“ dagegen dissoziiert; während ohne das Suchtmittel die Verhältnisse genau gegenteilig angeordnet sind.

Da mittlerweile Süchte zunehmend als Krankheiten anerkannt werden, erfährt die Abhängige für ihr wenig pflichtbewußtes Verhalten in diesem Fall auch keine Sanktionen durch die soziale Umwelt. Die Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die abhängige Person sich und andere nicht im Zweifel darüber läßt, dass sie nicht in der Lage ist, ihr Verhalten bezüglich des Suchtmittels zu steuern. Offensichtlich wird dies beim *Alkoholkranken*, der seine Frau unter Alkoholeinfluß

schlagen kann, ohne zu befürchten, dass sie sich von ihm trennt (es war ja der Alkohol), aber auch die Raucherin, die leider eine Zigarettenpause machen *muß* – die sie sich ohne Zigarette nicht gönnen würde – handelt nach diesem Schema.

Diese Abgabe jeglicher Kontrolle hat jedoch einen Nachteil: Will die Person später den Substanzgebrauch beenden, muß sie zunächst ihr inneres Konzept der fehlenden Kontrolle revidieren und die Verantwortung für ihr Tun wieder selbst übernehmen. Führt dagegen weiter der Suchtstoff die Regie, so hat die Person selbst keine Möglichkeit, regulierend einzugreifen (Schmidt, 2000). Interessant ist in diesem Zusammenhang der Wunsch vieler Klientinnen, die mit einer Suchtproblematik zur hypnotherapeutischen Behandlung kommen: Die Hypnose soll bei ihnen bewirken, dass sie nicht mehr rauchen *können*. Möglicherweise sind solche Klientinnen, die sich, wie oben erwähnt, meist durch ein hohes Maß an Pflichtbewußtsein und Loyalität auszeichnen, selbst ihrem eigenen Suchtanteilen gegenüber zu treu, um das Rauchen nur einfach deshalb zu beenden, weil sie es nicht mehr *wollen*, und sie benötigen auch hier die Legitimation, nicht mehr zu *können*.

Auf die Implikationen dieses Modells für die Behandlung wird weiter unten eingegangen (vgl. Kapitel 4. 4. 4. 5).

2. 7. 1. 2 *Lernpsychologische Theorien*

Lernpsychologisch betrachtet, entsteht das Rauchverhalten zunächst durch Lernen am Modell: Das Kind oder die Jugendliche erlebt, wie Eltern oder Peers die Zigarette als Mittel zur Anregung, Entspannung, Streßreduktion etc. einsetzen und ahmt dieses Verhalten nach. Später wird das erlernte Verhalten durch unterschiedliche Faktoren aufrechterhalten.

Operante Verstärkung: Da die angenehme Wirkung einer Zigarette innerhalb von nur sieben Sekunden eintritt, ist gemäß der Lerntheorie der Verstärkungseffekt hier besonders ausgeprägt. Die langfristigen negativen Wirkungen zeigen sich oft erst Jahre später und haben damit kaum Auswirkungen auf die aktuelle Verhaltenssteuerung (Buchkremer, 1991). Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Beendigung von Entzugserscheinungen durch das Rauchen ; das Rauchen erzeugt also nicht nur angenehme Situationen, sondern wird mit zunehmender physischer Abhängigkeit auch mehr und mehr zur einzigen Möglichkeit, die unangenehmen Entzugserscheinungen zu vermeiden oder zu beenden.

Klassische Konditionierung: Das Rauchverhalten wird zudem im Laufe der Jahre durch die zeitliche Koppelung eng mit zahlreichen Situationen und Reizen verknüpft; tatsächlich berichten viele Raucherinnen auf die Frage, in welchen Situationen sie typischerweise zur Zigarette griffen, dass es für sie kaum Situationen gäbe, die nicht mit dem Rauchen in Verbindung gebracht

würden. Das mit der Nikotinaufnahme verbundene Handlungsritual bewirkt zudem durch klassische Konditionierungsprozesse die gleichen psychotropen und vegetativen Wirkungen wie das Nikotin selbst (Buchkremer, 1989).

Hinweisreize: Die Raucherin wird außerdem durch bestimmte Hinweisreize, zum Beispiel den Anblick einer Zigarettenpackung, zum Rauchen veranlaßt (solche Hinweisreize fürs Rauchen sind dank der Zigarettenwerbung in der Öffentlichkeit durch Werbeplakate, im privaten Raum über das Fernsehen, meist reichlich vorhanden).

Organismusvariable: Zusätzlich wird die sogenannte Organismusvariable, in diesem Fall die physische Nikotinabhängigkeit, wirksam (Buchkremer, 1991).

2. 7. 1. 3 *Psychoanalytischer Aspekt*

In der psychoanalytischen Tradition wird das Rauchen als orale Ersatzbefriedigung verstanden: Die süchtige Raucherin regrediert in frühe Kindheitsstadien, um die damals nicht oder nicht ausreichend erlebte orale Befriedigung nachzuholen (Buchkremer, 1991).

2. 7. 2 Physiologische Aspekte der Nikotinsucht und des Nikotinentzugs

Im folgenden Abschnitt sollen die physiologischen Aspekte im Zusammenhang mit Nikotinsucht und -entzug kurz umrissen werden (Haustein, 2001).

2. 7. 2. 1 *Pharmakologie des Nikotins*

Über die physiologischen Mechanismen im Zusammenhang mit der Nikotinabhängigkeit ist bekannt, dass Nikotin an den Acetylcholin-Rezeptoren andockt. Nikotin erregt dabei wie ACh Rezeptoren des Parasympaticus, wobei zwischen nikotinergeren und muskarinergeren Rezeptoren (N- beziehungsweise M-Rezeptoren) und deren Wirkungen unterschieden wird. Das Nikotin ist jedoch „wirksamer als das ACh, weil die Verbindung mit dem Rezeptor stärker ist und länger anhält.“ (Ashton & Stepney, 1983).

Über die nikotinergeren Rezeptoren führt Nikotin in geringen Dosen durch Stimulation sympathischer Ganglien zur Steigerung der Herzfrequenz und leichter Blutdruckerhöhung, Emotionen werden gedämpft und das Konzentrationsvermögen gesteigert. Umgekehrt kann Nikotin – höher dosiert – durch eine Blockade der sympathischen Ganglien beziehungsweise durch Erregung der parasympathischen Ganglien die Herzfrequenz verlangsamen.

Nikotinwirkungen sind mehrfach in Selbstmedikationsversuchen an Affen und Ratten untersucht worden. Aus diesen Tierversuchen könnte abgeleitet werden, dass es die Gedächtnisleistung fördert und aggressives Verhalten vermindert (Jaffe, 1985). Dabei zeigte sich außerdem,

dass geringe Dosen motorisch stimulierend wirken, so dass Nikotin als Psychostimulanz einzuordnen ist. Diese lokomotorisch erregenden Effekte kommen über eine verstärkte Dopaminfreisetzung aus dem Nucleus accumbens im hinteren Teil des mesolimbischen Systems zustande. Dieselben Reaktionen im Zusammenhang mit Dopamin sind bei der Gabe von Amphetamin und Kokain zu beobachten; vermutlich ist der zugrundeliegende Mechanismus identisch. Zusätzlich stimuliert Nikotin die Freisetzung von Noradrenalin aus Anteilen des ventralen Hippocampus.

In den zerebralen Strukturen von Raucherinnen findet sich eine höhere Dichte von Nikotinrezeptoren als bei Nichtraucherinnen, wobei die zusätzlichen Rezeptoren vorwiegend im Hippocampus, Gyrus rectus und im zerebellären Kortex gebildet werden. Besonders angereichert sind diese Rezeptoren im – oben bereits im Zusammenhang mit den lokomotorischen Effekten erwähnten – Nucleus accumbens; dort ist auch das vom Dopamin regulierte Belohnungssystem lokalisiert.

Da im Tierversuch Dopamin durch Nikotingaben freigesetzt wird, kann angenommen werden, dass dieser Kern für die Entwicklung der Abhängigkeit bedeutsam ist. Dieser bewirkt zunächst das bekannte Glücks- und Entspannungsgefühl beim Genuß der Zigarette, wobei die Gefühlsqualität vom anfänglichen „Lieben“ der Zigarette schnell ins unbedingte Verlangen umschlägt. Bei stark abhängigen Raucherinnen sind jedoch noch zahlreiche weitere Gehirnregionen (Hippocampus, Neocortex, Gyrus rectus, Kleinhirnrinde, mittlere Raphne) involviert. „Chronische Nikotininfusionen führen zur verstärkten Bildung von Nikotinrezeptoren, doch vermutlich auch zu einer Abnahme der Gesamtzahl der Rezeptoren, die tatsächlich arbeiten.“ (Krogh, 1993, S. 101f); die Rezeptoren werden also durch die lang anhaltende Nikotinwirkung desensibilisiert.

Die Stärke der Nikotinabhängigkeit steht unter Umständen im Zusammenhang mit den vermehrt gebildeten Nikotinrezeptoren; wahrscheinlich wird das überschüssige Nikotin an desensibilisierte oder inaktivierte Sensoren gebunden.

Als weitere Wirkung des Nikotins ist aus postmortalen Studien an menschlichen Gehirnen bekannt, dass starkes Rauchen zu einer Abnahme der 5-HT-Konzentration im Hippocampus führt. Da Angstreize beim Menschen zu einer vermehrten 5-HT-Freisetzung führen und Anxiolytika diese unterdrücken, könnte dies die anxiolytische Wirkung von Nikotin erklären.

Auch die von Raucherinnen empfundene Streßreduktion durch das Rauchen sowie die Neuro-pathologie der Depression scheint mit der 5-HT-Freisetzung in Zusammenhang zu stehen: Depressive Patientinnen rauchen häufiger als Gesunde, was auf eine antidepressive Wirkung des Rauchens schließen läßt, und umgekehrt scheinen einige Antidepressiva in der Raucherentwöhnung zumindest prinzipiell brauchbar zu sein (siehe dazu auch Kapitel 4. 2. 6).

Neuerdings werden auch genetische Aspekte im Zusammenhang mit der Nikotinsucht diskutiert: In einer Studie an 2.680 Zwillingspaaren sowie 543 einzelnen Zwillingen wurden Persönlichkeitsfaktoren und Rauchverhalten erhoben. Es zeigte sich, dass die Zusammenhänge bei monozygoten Zwillingen stärker ausgeprägt waren als bei dizygoten Paaren (Heath et al, 1995). Allerdings beziehen sich diese Ergebnisse nicht auf die Entwicklung des Rauchverhaltens, sondern vielmehr auf starkes Rauchen und die Unfähigkeit, es zu beenden.

2. 7. 2. 2 *Nikotinentzug*

Das für die Raucherin wahrnehmbare Resultat der weiter oben beschriebenen Vorgänge ist die Tatsache, dass sie sich beim Nikotinentzug – und dieser wird bei starken Raucherinnen spätestens 30 – 40 Minuten nach dem Konsum der letzten Zigarette spürbar – mißgelaunt, depressiv und reizbar fühlt: Die Dopaminausschüttung geht zurück, beziehungsweise das vom Körper produzierte Dopamin wird nicht mehr zuverlässig erkannt. Beim Nikotinentzug sinkt jedoch nicht nur die Stimmung; auch die Konzentrationsfähigkeit leidet: Am in England bereits seit 1984 fest etablierten Nichtrauchertag (an dem auch starke Raucherinnen auf die Zigarette verzichten) passieren der Statistik zufolge mehr Unfälle als an jedem anderen Tag im Jahr; an einigen nikotinfreien Tagen lag die Unfallquote um 10 Prozent höher als sonst (Deutsches allgemeines Sonntagsblatt, 23. 06. 2000).

Einen Faktor, der beim Nikotinentzug meist ansteigt, gibt es jedoch: Das Körpergewicht. „Die durchschnittliche Gewichtszunahme liegt in den ersten Monaten bei 2,5 Kilogramm, nach sechs bis zwölf Monaten beträgt sie etwa vier Kilo.“ (Düsseldorfer Forschungsstelle für Nikotinabhängigkeit, 2000). Der Grund dafür liegt zum einen in der sinkenden und damit Energie sparenden Pulsfrequenz nach dem Entzug: Die durchschnittliche Pulsfrequenz einer Raucherin liegt bei 84; nach dem Aufhören sind es nur noch 72 Schläge in der Minute. Zum anderen senkt Nikotin die Insulinausschüttung und erhöht damit den Blutzuckerspiegel; nach dem Entzug sinkt dieser ab. Die Folge davon ist der bekannte Heißhunger auf Süßes, der viele ehemalige Raucherinnen in der ersten Zeit ohne Zigarette immer wieder befällt. Verantwortlich für das geringere Gewicht von Raucherinnen ist außerdem die erhöhte Sekretion von Katecholaminen aus dem Nebennierenmark und von Steroidhormonen aus der Nebennierenrinde (Haustein, 2001).

Die wichtigsten Nikotinentzugserscheinungen werden im Kasten auf der folgenden Seite nochmals zusammengefaßt:

Nikotinentzugserscheinungen:

- Erregbarkeit, Ruhelosigkeit und depressive Verstimmungen
- Konzentrationsschwäche
- Angstgefühle
- Hunger und Gewichtszunahme
- Schläfrigkeit und Schlafstörungen
- heftiges Verlangen nach einer Zigarette („craving“)

Die Ausprägung der einzelnen Symptome kann individuell stark schwanken; die durchschnittliche Dauer variiert von einigen Tagen oder Wochen bis hin zu Monaten.

Kapitel 3

Therapie

3.1 Allgemeine psychotherapeutische Wirkfaktoren

Im Rahmen dieser Arbeit werden immer wieder Unterschiede zwischen verschiedenen Behandlungsformen aufgezeigt: Unterschiede in den Erfolgsquoten verschiedener Studien zur Raucherentwöhnung, Unterschiede zwischen Hypnotherapie und anderen Therapieformen; Unterschiede zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe. Sicherlich ist es sinnvoll, solche Unterschiede zu betrachten, um psychotherapeutische Verfahren im Sinne der Klienten optimieren zu können.

Bei aller Unterschiedlichkeit gibt es jedoch auch viele wesentliche Faktoren, die allen psychotherapeutischen Behandlungsformen gemeinsam sind. Die therapeutische Praxis wird dieser Tatsache gerecht; die meisten Psychotherapeuten arbeiten eklektizistisch, wobei der heutige pragmatische Eklektizismus davon ausgeht, dass bei jeder schulenspezifischen Intervention auch unspezifische Faktoren wirksam werden (Frank & Frank, 1991).

Im Bereich der Forschung jedoch und im Wettstreit der Therapieschulen – der gerade in den letzten Jahren aufgrund der zunehmenden Konkurrenz um die Anerkennung durch die Krankenkassen angeheizt wurde – gerät diese wichtige Tatsache häufig aus dem Blickfeld. Letztere sieht ihre Aufgabe vornehmlich in der Herausarbeitung der Unterschiedlichkeit und diese Arbeit stellt diesbezüglich keine Ausnahme dar.

Dennoch befaßt sich der folgende kurze Abschnitt mit den gemeinsamen Faktoren aller Therapieschulen (Hubble, Duncan & Miller, 1999). Wichtig erscheint dies vor allem, um der zu oft vernachlässigten Tatsache gerecht zu werden, dass Therapie zum großen Teil nicht nur deshalb wirkt, weil Psychotherapeuten sich intensiv und kompetent um Klienten bemühen, sondern dass, unabhängig vom therapeutischen Handeln, ein Großteil der erfolgten Veränderung auf den Fähigkeiten und Ressourcen der Klienten selbst beruht.

Michael Lambert schlug auf der Basis umfassender Studien (Lambert, 1992) vier therapeutische Faktoren als die wesentlichen Elemente vor, die zur Besserung auf Seiten der Klienten beitragen:

Therapeutische Faktoren:

- Extratherapeutische Faktoren
- Beziehungsfaktoren
- Placebo/ Hoffnungs-Faktoren
- Die eigentliche Technik des Therapeuten

3. 1. 1 Gemeinsamer Faktor Klienten

Hierzu zählen Patientenmerkmale, also all das, was die Klienten zur Therapie mitbringen und was ihr Leben außerhalb der Therapie beeinflusst. Dazu gehören interne und soziale Ressourcen der Klienten ebenso wie Glaubenssätze und Überzeugungen und selbst zufällige Ereignisse in deren Leben, welche den Therapieverlauf günstig beeinflussen. Dem Erkenntnisstand zufolge erklärt dieser Faktor 40 Prozent der Veränderungsvarianz im Verlauf der therapeutischen Behandlung.

3. 1. 2 Die therapeutische Beziehung

Die Faktoren bezüglich der Therapiebeziehung werden auch als „allen Behandlungsformen gemeinsame Faktoren“ bezeichnet; sie stehen nach Lambert für 30 Prozent der Varianz. Es handelt sich hier um eine ganze Bandbreite beziehungsbezogener Variablen wie Sorge, Empathie, Wärme, Akzeptanz und Bestätigung, die insbesondere Carl Rogers bekannt gemacht hat, welche sich aber in den meisten Therapieformen finden lassen.

3. 1. 3 Hoffnung als Grundlage des gemeinsamen Faktors Placebo und Erwartung

Allein die Perspektive auf Hilfe soll die Ursache für 15 Prozent der Wirkung einer Therapie sein. Diese Klasse der therapeutischen Faktoren bezieht sich auf den Teil der Besserung, der sich aus dem Wissen des Klienten, behandelt zu werden, ergibt. Nach Franks und Franks (1991) zeichnen sich erfolgreiche Therapien dadurch aus, dass Klienten und Therapeuten an deren heilende Kraft glauben; der Placeboeffekt – gemeinhin als Störvariable behandelt – wäre bei dieser Definition also ein wichtiger positiver Faktor in Psychotherapien.

3. 1. 4 Psychotherapeutische Technik

Die jeweilige psychotherapeutische Technik mit ihren spezifischen Annahmen, Erklärungen, Lösungsstrategien und Interventionen macht vermutlich ebenfalls 15 Prozent der Varianz aus. Abhängig von der theoretischen Orientierung werden unterschiedliche Inhalte betont. Den meisten Therapieschulen gemeinsam ist die Erwartung der Therapeuten, dass die Klienten etwas in ihrem Leben verändern werden und die Idee, Klienten darauf vorzubereiten, etwas zu tun, um sich selbst zu helfen. Die therapeutische Technik ist also keinesfalls bedeutungslos; sie stellt einen – jedoch nicht den einzigen – Faktor, der zum positiven Ergebnis der Behandlung beiträgt, dar.

Insgesamt gesehen, schließen sich gemeinsame Faktoren und spezifische Techniken als Determinanten des Therapieerfolgs nicht aus. Im übrigen können therapeutische Techniken nur bis zu einem gewissen Grad unabhängig von den gemeinsamen Faktoren betrachtet werden (Butler & Strupp, 1986): Jede Technik wird im innerpersonellen Kontext angeboten und ist in Erwartungen und Überzeugungen der Teilnehmenden eingebunden.

Bezüglich der Effektivität von Hypnotherapie ist in diesem Zusammenhang anzumerken, dass es zu den spezifischen Merkmalen der Hypnose gehört, in einem Maß mit dem unspezifischen Faktor „Hoffnung“ verknüpft zu sein, wie die Schulpsychologie es nicht vermag: Hypnose kann als ein Ritual verstanden werden, das – wie sonst vielleicht nur der Glaube, „Berge versetzt“ und das damit ganz wesentlich zur Steigerung der Effektivität einer Behandlung beiträgt: Kirsch et al. (Kirsch, 1996, zitiert nach Hubble, Duncan & Miller, 1999) konnten in Metaanalysen zum Beispiel nachweisen, dass Hypnose die Effektstärke von kognitiver Verhaltenstherapie nahezu verdoppelt.

Ähnliches gilt für den unspezifischen Faktor „therapeutische Beziehung“: Es gehört zu den spezifischen Charakteristika der Hypnose, dass Klienten in der Therapie regredieren und den Therapeuten in einer permissiven, wohlwollenden und fürsorglichen Elternrolle erleben; dies wiederum ist die ideale Voraussetzung für eine fruchtbare Gestaltung der Therapiebeziehung – wie unter 3. 1. 2 beschrieben.

Dennoch sollte Hypnose auf keinen Fall auf ihren Ritualcharakter oder die positive Gestaltung der therapeutischen Beziehung beschränkt gesehen werden: Die spezifischen und wirkungsvollen Mechanismen der Hypnotherapie werden im folgenden Abschnitt näher erläutert.

3.2 Theorien zur Hypnotherapie

In diesem Abschnitt werden die wichtigsten Theorien zur Hypnose kurz dargestellt (Kossak, 1993, Revenstorf & Peter, 2001).

3.2.1 Historische Wurzeln der Hypnotherapie

Die meisten heute gängigen Therapieverfahren sind in der Hypnose begründet oder stehen mit dieser in Verbindung: Häufig werden in Psychotherapien mehr oder weniger direkt Dinge suggeriert und tranceartige Zustände therapeutisch genutzt. Dieser enge Zusammenhang zwischen Hypnose und vielen psychotherapeutischen Verfahren ist nicht verwunderlich, denn die Hypnose stellt das erste und älteste Psychotherapieverfahren überhaupt dar (Revenstorf & Peter, 2001).

Historisch ist die Hypnose im weitesten Sinne in schamanischen Heilritualen begründet, innerhalb derer transpersonale Kräfte angerufen wurden, um den Kranken zur Genesung zu verhelfen. Ebenfalls vom Wirken himmlischer Mächte überzeugt war der im 18. Jahrhundert tätige Pfarrer Johann Joseph Gaßner, der seine Erfolge bei Teufelsaustreibungen durch die göttliche Unterstützung erklärte -und dem zugleich auffiel, dass mit den bösen Geistern gleichzeitig auch psychovegetative Störungen verschwanden.

Später hielt Franz Anton Mesmer (1734 – 1815) Gaßners Exorzismus seine aufgeklärtere, physikalische Theorie des animalischen Magnetismus entgegen. Allerdings – und dies wurde Mesmer von akademischen Experten deutlich zu verstehen gegeben – konnte die Existenz der Magnetkraft, von der Mesmer annahm, dass sie aus dem Gleichgewicht geratene Energien harmonisiere, nicht bewiesen werden. Ob Mesmers Theorie tatsächlich eine wissenschaftliche Grundlage hatte, ist bis heute nicht abschließend geklärt; Mesmer wird heute jedoch als Begründer der modernen Hypnose und damit der Psychotherapie betrachtet. Paradox ist, dass Mesmers Theorien von den damaligen Experten mit einer aus heutiger Perspektive vollkommen psychologischen Erklärung abgelehnt wurde: Alles beruhe auf Imagination und Imitation. Mesmers Studien bewirkten dennoch, dass die Hypnose sich vom Magischen emanzipierte, und bis zur Erfindung anderer Möglichkeiten zur Schmerzreduktion bei Operationen Mitte des 19. Jahrhunderts war Hypnose in diesem Bereich eine verbreitete Methode.

In dieser Zeit prägte der schottische Arzt Braid (1795 – 1860) den Begriff „Hypnose“ abgeleitet vom griechischen Wort *hypnos* für Schlaf. Seine neurologische Theorie zur Erklärung hypnotischer Phänomene besagte, durch die Konzentration auf einen Stimulus bei der Fixationsmethode komme es zu einer Ermüdung des entsprechenden Nervs; die Folge sei ein partieller Schlaf. Auch Liébeault (1823 – 1904) und Bernheim (1804 – 1919) in Nancy gingen lange Zeit davon aus, bei

der hypnotischen Trance handele es sich um eine Art künstlichen Schlaf. Der Pariser Neurologe Charcot (1825 – 1893) dagegen erklärte die hypnotische Trance als eine passagere Form der Hysterie und legte damit den Grundstein für die Theorie seines Schülers Janet.⁵

3. 2. 2 Die Dissoziationstherorie – Pierre Janet (1925)

Wie bei seinem Vorgänger Charcot waren auch Janets Forschungsgebiete die Technik der Hypnose und das Krankheitsbild der Hysterie. Janet war der Ansicht, Hypnose ermögliche, das Bewußtsein in drei Bereiche aufzuteilen – genau wie bei der Hysterie käme eine solche Aufspaltung durch Dissoziationsprozesse zustande. Janets medizinische Erklärung hierfür war die folgende: Durch Hypnose kommt es zu einer Blockade der Reize an den Synapsen, dadurch sind die sensorischen Zentren des Cortex von den motorischen abgekoppelt. Weiter ging er davon aus, dass aufgrund dieses Abkopplungsprozesses Reize direkt ins motorische Zentrum gelangen könnten, ohne zuvor bewußt wahrgenommen worden zu sein.

3. 2. 3 Die Neodissoziationstheorie – Ernest R. Hilgard (1974)

Hilgard erweiterte Janets Dissoziationstheorie: Sein Interesse galt insbesondere der Erforschung hypnotischer Phänomene mit dem Ziel, das Verfahren zu standardisieren und die Effekte zu systematisieren.

Er postuliert eine übergeordnete Kontrollinstanz, welche die selektive Dominanz unterschiedlicher Systeme regelt. Dabei geht er von unterschiedlichen miteinander interagierenden kognitiven Verarbeitungssystemen aus, die jedoch auch isoliert voneinander – das heißt dissoziiert – tätig sein können. Zudem kontrolliert eine übergeordnete Instanz die einzelnen Systeme in ihrer Interaktion. Gemäß Hilgard können durch hypnotische Prozesse einzelne Systeme aktiviert und beeinflusst werden, so dass die im Wachzustand üblichen Hierarchien der einzelnen Systeme sich im Trancezustand zu verändern beginnen. Mit dieser Verschiebung von Hierarchien erklärt die Neodissoziationstheorie Phänomene wie Amnesie, Ausführung posthypnotischer Aufträge und Anästhesien.

Weiter nimmt Hilgard an, Suggestibilität sei ein stabiles Persönlichkeitsmerkmal; seine Forschungsarbeiten belegen, dass die Suggestibilität seiner Probanden über einen Zeitraum von zehn

⁵ Für eine Vertiefung der Geschichte der Hypnotherapie sei auf die entsprechenden Standardwerke von Revenstorf (1993), Revenstorf & Peter (2001) oder Bongartz & Bongartz (1998) verwiesen.

Jahren stabil blieb ($r = .60$). Eine solch hohe Stabilität über die Zeit hinweg wird ansonsten nur in Intelligenzmessungen erreicht.

Bezüglich der Definition der hypnotischen Trance vertritt Hilgard wie auch Erickson (Erickson & Rossi, 1981) und Orne (1977) die Theorie des hypnotischen Sonderzustands: Trance wird als ein spezieller Zustand bezeichnet, der mit Schlaf, Narkose, Koma oder anderen Bewußtseinszuständen zu vergleichen ist.

3. 2. 4 Die Drei-Dimensionen-Theorie – Ronald E. Shor (1962)

Wesentliche Konstrukte in Shors Theorie sind:

- Hypnotische Rollenübernahme
- Trance-Tiefe
- Tiefe der archaischen Beteiligung

Unter hypnotischer Rollenübernahme versteht Shor eine anfangs bewußt übernommene Rolle, die später in ein unwillkürlich ausgeführtes Verhalten übergeht. Die Trance-Tiefe hängt gemäß seiner Theorie primär davon ab, wie stark die Orientierung an der äußeren Realität abnimmt. Shor bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die psychoanalytische Übertragungsreaktion: Aufgrund der Übertragung erhöht sich die Empfänglichkeit des Klienten für die therapeutische Interventionen. Dies wirkt sich positiv auf die Trancetiefe aus; gleichzeitig wird der Therapeut dadurch zur Projektionsfläche für unbewußte frühe Erfahrungen. Die dritte Dimension stellt die Tiefe der archaischen Beteiligung dar.

3. 2. 5 Die psychoanalytische Interpretation – Merton Gill & Margaret Brenman (1961, 1967)

Gills und Brenmans Theorie basiert auf der Ich-Psychologie von Hartmann (1958): Ausgangsbasis ihrer Überlegungen sind die beiden Grundvariablen *Übertragung* und *Regression im Dienste des Ich*.

Gemäß der psychoanalytischen Interpretation der hypnotischen Vorgänge wird der Klient im Verlauf der Induktion veranlaßt, die autonomen Kontrollfunktionen des Ichs aufzugeben. Weil durch diesen Vorgang dem Ich Energie abgezogen wird, kann es nur noch in beschränktem Umfang andere Aktivitäten entfalten. Die nun im Vordergrund stehenden Ich-Teile bearbeiten in der Trance wichtige Themen aus der Vergangenheit des Klienten. Die Regression in der Trance ist jedoch nie vollständig, das Ich behält stets Kontrollfunktion, um die Person zu schützen.

3. 2. 6 Der ökosystemische Ansatz – David P. Fourie (1991)

Der ökosystemische Ansatz Fouries basiert auf der Kommunikationstheorie von Watzlawick (Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974 zitiert nach Kossak); hier werden systemische Kommunikations- und Veränderungsprozesse beschrieben. Hypnotisches Verhalten wird in seiner Theorie im Kontext des sozialen Systems betrachtet; der hypnotische Zustand wird auf die spezifische Kommunikationsstruktur zwischen Hypnotherapeut und Klient zurückgeführt.

3. 2. 7 Der kognitiv-sozialpsychologische Ansatz – Nicolas P. Spanos (1988)

Spanos erklärt hypnotische Phänomene sozialpsychologisch über Motivationsprozesse; seine Hauptaussagen sind die folgenden:

- Es gibt keine „hypnose-spezifische“ Logik.
- Hypnotische Phänomene sind sozialpsychologisch begründet.
- Der Hypnotisand muß aktiv beteiligt und in Richtung des Suggestioninhalts orientiert sein.
- Es muß die Bereitschaft da sein, die Rolle einer „guten Versuchsperson“ zu spielen.

Sind die entsprechenden sozialpsychologischen Faktoren gegeben, bedarf es seiner Meinung nach keinerlei Tranceinduktion. Spanos geht also davon aus, dass der hypnotische Sonderzustand des Bewusstseins nicht existiert und alle hypnotischen Phänomene durch sozialpsychologische Mechanismen zu erklären sind.

3. 3 Begrifflichkeiten, Wirkungen und Ziele in der modernen Hypnotherapie

3. 3. 1 Hypnotherapie, Hypnose und Trance

Die moderne *Hypnotherapie* stellt ein therapeutisches Verfahren dar, bei dem der Klient mittels der Hypnose in einen besonderen Bewußtseinszustand, die Trance, versetzt wird, in welchem es ihm besser als im Alltagsbewusstsein gelingt, die eigenen Ressourcen zu nutzen.

Die *Hypnose* ist in diesem Verständnis die Rahmenbedingung, die es erleichtert, die physiologischen, kognitiven und emotionalen Beschränkungen des Alltagskontexts zu verlassen und neue Möglichkeiten der Problemlösung zu erwägen und zu erproben.

Der besondere Bewusstseinszustand, in welchem sich die hypnotisierte Person befindet, wird als *Trance* bezeichnet. Innerhalb dieses Zustands der veränderten Verarbeitung haben logische Kategorien eine geringere Bedeutung, die äußere Realität verliert an Relevanz, während die Fähigkeit,

innere Realitäten intensiv zu erleben und zu visualisieren, zu nimmt. Diese Tatsache kann therapeutisch genutzt werden, um Ressourcen zu aktivieren, Umstrukturierungen vorzunehmen und psychosomatische Reaktionen zu beeinflussen, und zwar in einer Weise und Intensität, die im normalen Wachzustand nicht möglich wäre.

3. 3. 2 Trancephänomene

Subjektiv führt die Trance zu Prozessen, die sich deutlich vom Alltagsverhalten abheben. Dazu gehören die folgenden, als Trancephänomene bezeichneten Veränderungen:

Trancephänomene:

- Körperliche Entspannung bei gleichzeitiger mentaler Wachheit
- Lebhaftere Vorstellungen
- Verringerung der externen Wahrnehmung
- Analgesie und Katalepsie
- Zeitverzerrung (in der Regel Verkürzung um etwa 50 Prozent)
- unter Umständen Amnesie für Tranceinhalte

Ein weiteres Merkmal der Trance ist, dass sie (nach Orne, 1977; Shor, 1979; Fromm, 1984; Hilgard, 1986). wiederholt hergestellt werden kann.

Anhand folgender Verhaltensweisen und beobachtbarer physiologischer Veränderungen auf Seiten des Klienten läßt sich für den Therapeuten ablesen, ob dieser sich in Trance befindet:

- Absenkung von Tonus, Herzrate und Blutdruck (das Gesicht wirkt glatter, Darm- und Magen Geräusche treten auf)
- Dilatation der Gefäße (erkennbar an der Veränderung der Hautfarbe)
- Regelmäßigere, tiefere und langsamere Atmung
- Geringere Ansprechbarkeit, Immobilität und „Sprechfaulheit“
- Schluckreflex (häufigeres Schlucken)
- Ideomotorische Reaktionen
- Veränderte Innervation von Beuger und Strecker (Levitation, Katalepsie)
- Verlangsamung der Lidschlagfrequenz, Lidschluß oder Defokussierung der Augen

3. 3. 3 Kontextvariablen

Verschiedene Kontextvariablen erleichtern es dem Klienten, in Trance zu gehen (Revenstorf, 1994; Barber & De Moor, 1972). Dazu gehören:

Kontextvariablen:

- Definition der Situation als Hypnose
- Monotone, nicht alltägliche Intonation
- Beseitigung von Befürchtungen
- Kooperation
- Entspannungsinstruktion
- Kopplung von Trancesuggestionen an spontane Veränderungen
- Fokussierung, Dissoziation
- Schließen der Augenlider
- Zielgerichtete Imagination
- Verhinderung von Mißerfolg durch Umdeutung

3. 3. 4 Wirkungen und Ziele der Hypnotherapie

Aus den beschriebenen Trancephänomenen lassen sich die Ziele der Hypnotherapie ableiten (Revenstorf & Peter, 2001):

1. *Harmonisierung des inneren Milieus*

Die sich in der Trance häufig spontan einstellenden physiologische Entspannungsreaktionen führen zu einer Harmonisierung somatischer Prozesse. Hierdurch werden Streßreaktionen abgebaut, somatische Heilungsprozesse gefördert und das Immunsystem gestärkt. Genutzt werden kann dieser Effekt in der Behandlung von Krebs, Schlafstörungen und bei bestimmten viralen Infekten.

2. *Erhöhung der Suggestibilität*

Während der hypnotischen Trance ist die Neigung, Gesagtes als sinnvoll hinzunehmen, erhöht: Die hypnotisierte Person ist suggestibler als im normalen Alltagsbewußtsein. Für den Therapeuten ergibt sich hier die Möglichkeit, Dinge direkt zu suggerieren, von denen er annimmt, dass sie hilfreich sein könnten und damit Verhaltens- oder Einstellungsänderungen zu erleichtern.

3. Veränderung der Wahrnehmung

Durch die Fokussierung des Hypnotisanden auf sein momentanes Erleben steigt der emotionale Gehalt der Tranceerlebnisse stark an. Ähnlich wie in der Gestalttherapie bewirkt diese emotionale Involviertheit ein hohes Maß an Evidenzerleben für die in der Trance gefundenen Problemlösungen. Dies wiederum macht die spätere Umsetzung für den Klienten leichter.

Die Hypnonalgesie – also die Veränderung der Wahrnehmung im Sinne einer Dissoziation von Schmerzerleben – macht Operationen und zahnmedizinische Eingriffe ohne die Verwendung von chemischen Analgetika möglich.

4. Aktivierung der Vorstellung

Das gesteigerte visuelle Vorstellungsvermögen während der Trance kann genutzt werden, um somatische Heilungsprozesse beispielsweise bei Krebserkrankungen über die Visualisierung des entsprechenden Organs und seiner Heilung zu fördern.

Die Umstellung auf einen bildhaften Verarbeitungsmodus bewirkt außerdem, dass die im Alltagsbewusstsein aktiven logischen Verknüpfungen – die häufig zugleich Einschränkungen des Denkens bewirken – aufgehoben werden: Damit ist der Weg frei für neue, kreative Lösungen.

5. Unwillkürlichkeit

Klienten, die zur Therapie kommen, haben meist ihren Fundus an rational begründeten Strategien bereits erfolglos zur Problemlösung eingesetzt: Unwillkürliche Suchprozesse oder Körperreaktionen wie die Handlevitation bieten hier die Möglichkeit, das erschöpfte bewusste Lösungspotential durch unwillkürliche Prozesse zu ergänzen.

6. Nutzung „stillen Wissens“

Eng mit dem Aspekt der Unwillkürlichkeit verbunden ist die Idee vom „stillen Wissen“ einer Person: Unwillkürliche motorische Veränderungen – wie die Katalepsie – bekommen Signalfunktion, um das verborgene Wissen über Zusammenhänge, mögliche Ursachen eines Problems oder Lösungsmöglichkeiten zu aktivieren.

7. Regression

Wenn Klienten sich in einen Trancezustand begeben, delegieren sie einen Teil ihrer Außenkontrolle an den Therapeuten: Es entsteht also eine asymmetrische Rollenverteilung, bei der der Therapeut die Rolle des beschützenden Elternteils, der Klient dagegen eine kindlich-regressive Haltung einnimmt. Dieser Umstand lässt sich therapeutisch nutzen: Zum einen erhöhen sich durch die Regression Suggestibilität, Kreativität und Flexibilität des Klienten, zum anderen wird eine

„Nachbeelterung“ durch den Therapeuten möglich, was beispielsweise bei der Behandlung von in der Kindheit missbrauchten Menschen indiziert sein kann.

3.4 Prämissen der Hypnotherapie nach Erickson

„Mehrere hundert Mark ergaunerte eine Hypnotiseurin am vergangenen Donnerstag in einem Laden in der Tübinger Ammergasse. Die (...) Frau betrat um die Mittagszeit den Laden (...). Dann versetzte sie den Mann in Hypnose und ließ sich Geldscheine aushändigen. Als der Verkäufer wieder zu klarem Verstand kam, war die Frau verschwunden.“ Was auch immer an diesem Donnerstag geschehen sein mag, die Notiz im Schwäbischen Tagblatt vom 31. 07. 2001 entspricht der in den Medien vertretenen Meinung zur Hypnose: Der Hypnotisand sei ohnmächtig dem Willen des übermächtigen Hypnotiseurs ausgeliefert.

Diese Auffassung entspringt der traditionellen Form von Hypnose: Die Geschichte der Hypnotherapie ist seit ihren Anfängen geprägt von der Vorstellung, ein Therapeut mit hoher Suggestivkraft müsse ein durch die hypnotische Induktion empfänglich gemachtes Individuum durch suggestives Einreden „umprogrammieren“... und wie der rege Zulauf bei Bühnenhypnoseshows zeigt, scheint die Phantasie, willenlos – und damit ohne Verantwortung für das eigene Handeln zu sein – eine hohe Attraktivität zu besitzen. Allerdings widerspricht die Vorstellung der Willenslosigkeit moderneren psychotherapeutischen Zielen, nämlich den Klienten zu mehr Wahlfreiheit bezüglich ihrer Lebensgestaltung zu verhelfen: Wer willenlos ist, kann nicht wählen.

Seit 1940 entwickelte der amerikanische Psychiater Milton H. Erickson (1901 – 1980) eine neue Auffassung von Hypnotherapie, die den Fokus nicht mehr auf die Macht des Hypnotherapeuten, seine Klienten effizient zu beeinflussen, sondern auf die Fähigkeiten und die Ressourcen des Hypnotisanden legt.

Erickson „(...) machte die Auffassung populär, dass hypnotische Trance ein Zustand selbst bestimmter Potenz des Individuums sei und einen Zugang zu eigenen Ressourcen darstelle. Die therapeutische Kunst bestehe darin, dem Patienten diesen Zugang zu eröffnen und ihn dann seine eigenen Lösungen finden zu lassen.“ (Revenstorf & Peter 2001, S. 6). Dieser ericksonsche Therapieansatz hatte nicht nur ein neues Hypnotherapiekonzept zum Inhalt, sondern auch auf andere Therapieschulen, insbesondere auf die Systemische Therapie, weitreichende Auswirkungen.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Prinzipien des ericksonschen Ansatzes kurz skizziert werden (Revenstorf & Peter, 2001).

3. 4. 1 Ressourcenorientierung, Utilisation und Reframing

„Sobald Du Dir vertraust,
sobald weißt Du zu leben.“

J.W. v. Goethe

Das Vertrauen, von dem Goethe hier spricht, ist Menschen, die zur psychotherapeutischen Behandlung kommen, meist verloren gegangen. *Ressourcenorientierung* bedeutet, dass der behandelnde Therapeut das grundlegende Vertrauen in die Fähigkeiten des Klienten, eine Lösung für seine Probleme zu finden, hat und dies auch zu vermitteln weiß. Möglichkeiten hierfür bieten die Prinzipien der Utilisation oder des Reframings.

Durch *Utilisation* umgeht Erickson das, was andere Therapieschulen als „Widerstand“ bezeichnen: Alle individuellen Merkmale des Klienten – einschließlich des „Widerstands“ – werden für eine Veränderung genutzt: Widerstand wird so zur Ressource.

Auch das Symptom selbst kann in diesem Sinne „*reframed*“ also in einen neuen Rahmen oder Kontext gestellt werden, der es als einen zwar mit Nachteilen behafteten, aber von der Grundintention her sinnvollen Lösungsversuch kennzeichnet. Eine solche Sichtweise verhilft den Klienten zu einem verbessertem Selbstwert; dadurch werden Selbstheilungskräfte frei, der beim traditionellen, defizitorientierten Bild vom unfähigen Patienten, der den kompetenten Therapeuten um Hilfe ersuchen muß, brach liegen bleiben.

3. 4. 2 Therapeutisches Tertium

Die Grundprämisse des ericksonschen Arbeitens, nämlich die Idee, dass jeder Klient alle nötigen Ressourcen zur Bewältigung seines Problems schon in sich trägt, ist für Menschen, die zur Therapie kommen, zunächst kaum nachvollziehbar, da die Notwendigkeit, einen Psychologen aufzusuchen, meist als Beweis der eigenen Unzulänglichkeit gewertet wird. Erickson führt deshalb das Unbewusste als intrapersonale Hilfsgröße ein: Der Klient kann seine Selbstheilungskräfte in eine wohlwollende und weise Instanz innerhalb seiner selbst – nämlich ins Unbewusste – projizieren und so fällt es ihm leichter, an die eigene unbewußte Kompetenz zu glauben.

Zur Frage, ob es dieses, neben Klient und Therapeut dritte Medium in der Therapie, das ericksonsche Unbewusste *wirklich* gebe, sei zunächst auf die Kriterien der Konstruktion von Wirklichkeit verwiesen: Gemäß den Aussagen des radikalen Konstruktivismus (zum Beispiel Watzlawick,

1978) ist unser kognitives System semantisch geschlossen. Das bedeutet, die wahrgenommene Wirklichkeit wird als von außen kommend erlebt, dabei aber in ihrer Bedeutung intern konstruiert. Als „wirklich“ wahrgenommen – im Gegensatz zum „eingebildeten“ – wird dabei, was folgende Kriterien erfüllt:

- Die Sinnesorgane werden angesprochen und die Wahrnehmungen der einzelnen Sinnesorgane sind untereinander stimmig.
- Das Wahrnehmungsobjekt ist im Raum lokalisierbar, besitzt eine konstante Form und bewegt sich aus sich selbst.
- Mit dem wahrgenommenen Objekt können Handlungen vollzogen werden, es ist möglich, mit ihm in Interaktion zu treten und es wird als bedeutungsvoll bewertet.

All diese Kriterien erfüllt das in der Trance erlebte „Unbewußte“ und wird deshalb als real existierend erlebt. Insofern ist das Therapeutische Tertium zunächst ein Konstrukt, wird aber für die Beteiligten mit zunehmender Nützlichkeit immer „wirklicher“. Tatsächlich kann aber auch etwas noch „Wirklicheres“ gemeint sein, wenn vom Unbewussten die Rede ist, nämlich die als neuronale Spuren niedergelegten Erinnerungen und Fähigkeiten eines Menschen, die zur aktuellen Lösungsfindung genutzt werden können (Revenstorff, 1994a).

3. 4. 3 Konfusion

Menschen gehen dann zum Psychotherapeuten, wenn ihre gewohnten und bewährten Bewältigungsstrategien an ihre Grenzen stoßen und damit dysfunktional werden. Trotz der dann offensichtlichen Insuffizienz der bisherigen Verhaltensstrategie fällt es den meisten Klienten aber schwer, die gewohnte Strategie abzulegen. Erickson geht davon aus, dass es seinen Patienten im Zustand der Destabilisierung leichter fällt, neue Lösungsstrategien zu entwickeln und umzusetzen. Gemäß der modernen systemischen Auffassung bedeutet therapeutische Veränderung das Aufgeben einer Homöostase, was aber nur dann möglich wird, wenn das System einen „Attraktor“ verlassen kann, um einen neuen aufzusuchen. Der dazwischen liegende „energetische Hügel“ wird mit Hilfe der Destabilisierung leichter überwunden.

Erreicht wird dieser labile Zustand zum Beispiel durch eine komplizierte Tranceinduktion, die durch so zahlreiche kognitiv kaum zu bewältigende, logisch nur schwer nachvollziehbare, unter Umständen nicht verständliche komplizierte oder unvollständige verbale und grammatikalische Konstruktionen, die tiefer zu erfassen, nur Sie, der Leser oder die Leserin (und vielleicht nicht einmal Sie) heute oder morgen oder irgend eines Tages in der Lage sein werden oder jetzt schon sind, falls Sie es nicht

im nächsten Moment sein werden oder bereits waren, während Ihr bewusstes Verständnis Ihnen sagt, dass Sie schon verstanden haben, was es unbewusst zu verstehen gab, und Sie weiter darüber nachdenken, ob Sie bezüglich dieser Passage schon jetzt oder erst zu einem späteren Zeitpunkt für sich zu einem tieferen Verständnis kommen wollen...

Der Mechanismus dieser kognitiven Überlastung dürfte nun deutlich geworden sein. Er entspricht in etwa dem Effekt, der sich bei der Lektüre entsprechender Fachliteratur oder beim Anhören bestimmter Vorträge meist spontan innerhalb kurzer Zeit einstellt: Aufgrund einer kognitiven Überlastung durch Verwirrung oder Langeweile zieht es der Leser oder Zuhörer vor, in Trance zu gehen.

3. 4. 4 Minimale Veränderung mit Kaskadeneffekt

Die Nutzung des Kaskadeneffekts beruht auf dem Gedanken, dass schon eine winzige Variation in einem eingefahrenen Muster weitgreifende Veränderungen nach sich ziehen kann. Diese erste kleine Veränderung wiederum versucht Erickson seinen Klienten zu erleichtern, indem sie auf einem „Nebenschauplatz“, der mit dem Problem, wegen dem die Person zur Behandlung kam, nichts zu tun zu haben scheint, erzielt wird. Hat die Neuorganisation des Verhaltens auf diese Weise ihren Anfang genommen, kann sie in anderen Verhaltensbereichen fortgeführt werden.

3. 4. 5 Schutz des unbewussten Bearbeitungsprozesses

Die in der Trance gefundenen kreativen Problemlösungen sind häufig für das rationale Denken des Klienten zunächst nicht akzeptabel: Daher ist es laut Erickson sinnvoll, die neue Lösung für einige Zeit vor dem allzu kritischen bewussten Denken zu schützen. Dies geschieht, indem die Tranceinhalte nicht direkt im Anschluß an die Rückführung besprochen werden und spontane Amnesien bestehen gelassen oder gefördert werden.

Im Sinne der Selbstorganisation von Systemen wird der Veränderungsprozess also durch Destabilisierung zunächst auf der unbewussten Ebene angeregt und durch den Kaskadeneffekt eine weitreichendere Fluktuation ausgelöst. Der Schutz des unbewussten Bearbeitungsprozesses hält das System dabei eine ausreichende Zeit so flexibel, dass die Neuorganisation ungestört von kritischen rationalen Einwänden erfolgen und die Veränderung sich etablieren kann.

3. 4. 6 Beiläufigkeit

Ein weiteres wichtiges therapeutisches Kommunikationsprinzip bei Erickson ist das der Beiläufigkeit: Suggestionen werden indirekt gegeben und fordern dadurch nicht die Auseinandersetzung mit dem rationalen kritischen Anteilen des Klienten und dessen Wertesystem heraus. Intern wird die neue Information jedoch verarbeitet und kann damit schneller gewinnbringend genutzt werden, als wenn sie zuerst alle kritischen inneren Instanzen des Klienten hätte passieren müssen.

Therapeutisch realisiert wird das Prinzip der Beiläufigkeit unter anderem über den Gebrauch von:

- Indirekten Suggestionen
- Stellvertretertechnik
- Metaphern

Im folgenden sollen diese Techniken kurz erläutert werden, wobei der Fokus sich primär auf die Möglichkeiten richtet, von welchen in der weiter unten beschriebenen Arbeit überwiegend Gebrauch gemacht wurde.

3. 4. 6. 1 Indirekte Suggestionen

Erickson entwickelte ein eigenes Sprachmodell, das dem Klienten durch die Verwendung von indirekten Suggestionen erlaubt, eigene Inhalte einzufügen. Hierfür kann der Therapeut die folgenden Hilfsmittel nutzen (Revenstorf & Peter, 2001):

Nominalisierungen: Ein unwiderlegbarer Sachverhalt wird zitiert: „Die Entspannung wahrzunehmen, kann gut tun.“

Vielsinnigkeiten: Wörter, die mehrere Bedeutungen haben, können so verwendet werden, dass ihr vordergründiger Inhalt den Zugang zur zweiten, dahinter liegenden tieferen Bedeutung bahnt. Ein Beispiel wäre „vernebeln“ in Bezug aufs Rauchen; vordergründig wird hier vom Zigarettenrauch gesprochen, dahinter steht jedoch eine Bedeutung im Sinne von „verschleiern, nicht offen machen.“

Eingebettete Fragen und Suggestionen: Eine Frage wird zwar gestellt, aber nicht an den Klienten, so dass dieser sie auch nicht direkt zu beantworten braucht: „Ich frage mich, ob Sie heute schon wissen, wie Sie dem Genuß in Ihrem Leben zukünftig Raum geben werden.“ Dieser Satz ist gleichzeitig ein Beispiel für eine eingebettete Suggestion: „Dem Genuß künftig Raum geben.“

Negative Suggestionen: Bei „widerständigen“ Klienten werden Aufträge häufig besser in Form Ihrer Negation erteilt: „Sie sollten sich nicht zu sehr auf meine Wort konzentrieren.“

Analoges Markieren: Indirekte Aufträge werden analog, das heißt zum Beispiel über Veränderung der Stimmlage, der Lautstärke oder der Sprachmelodie hervorgehoben: „Es ist ganz gleichgültig, wann Sie *die Augen schließen* oder ob die Lider *die Augen schließen*, während Sie sie schon *geschlossen haben*.“

Generalisierungen: „Jeder weiß, was dem eigenen Körper wirklich gut tut.“

Verwendung von Verben, die Wahlfreiheit implizieren: „Sie können in Trance gehen, wenn Sie das jetzt schon möchten.“

Komparative: Die Verwendung von Steigerungsformen, bei denen der Vergleich fehlt: „Ihre Hand wird leichter und leichter.“

Pseudokonkretismus: Indem der Therapeut ganz konkret von Dingen spricht, erleichtert er dem Klienten die Vorstellung. Dabei ist es gleichgültig, ob der Therapeut über das, von dem er spricht, tatsächlich Bescheid weiß: „Und nur Sie kennen Ihre ganz spezielle Art, in Trance zu gehen.“

Schein-Alternativen: Einige Veränderungsalternativen werden aufgezählt, dabei aber impliziert, andere Möglichkeiten – zum Beispiel, dass nichts sich verändert – gäbe es nicht: „Ich weiß nicht, ob Sie in Trance gehen, indem Sie die Kugel fixieren, oder indem Sie einfach die Augen schließen.“

Pseudokausalität: Eine in jedem Fall wahre Tatsache – zum Beispiel über auftretende Körperphänomene beim Klienten – wird kausal mit anderen Zusammenhängen verknüpft: „Weil Ihre Atmung bereits so ruhig geworden ist, werden Sie bald die innere Gewissheit spüren...“

Einkreistechnik: Bei der Einkreistechnik wird ein bestimmtes Thema angesprochen, indem unterschiedliche damit zusammenhängende Bilder und Szenen beschrieben werden. Beispielsweise kann über die detaillierte Beschreibung von Szenen, die der Klient vermutlich in seiner Kindheit erlebt hat (zum Beispiel die Einschulung, sich das Knie aufschlagen und getröstet werden, etc.) in eine Altersregression geführt werden.

3. 4. 6. 2 *Einstreuungen und Stellvertretertechnik*

Einstreuungen und Stellvertretertechnik werden häufig miteinander kombiniert und sollen deshalb zusammen beschrieben werden.

Einstreuungen sind ursprünglich direkte Suggestionen, die aber zum Beispiel durch eine sprachliche Mehrdeutigkeit indirekt wirksam werden. Dabei kann die sprachliche Doppeldeutigkeit des Personalpronomens „sie“ als Plural beziehungsweise Anredeform genutzt werden. Ein Beispiel hier-

für wäre die folgende Sequenz; die in Versalien gedruckten Wörter kennzeichnen die Einstreuungen (Revenstorf & Peter, 2001, S. 186):

„Wer hat nicht schon Zugvögel beobachtet, die sich im kalten Spätherbst sammeln und dabei sehr aufgereggt scheinen, was verständlich ist. SIE müssen sich entscheiden, ob SIE in der kalten, bedrohlichen Umgebung bleiben wollen oder sich auf den Weg machen, der vielleicht länger ist, aber SIE in die Wärme bringt, wo SIE frei und leicht leben können. (...) Aber auch, wenn SIE schwach scheinen, haben SIE doch die Kraft dazu.“

Gleichzeitig wird hier die *Stellvertretertechnik* verwendet: Die Zugvögel können zum Beispiel stellvertretend für Klienten stehen, die vor der Entscheidung stehen, entweder in einer Lebenssituation zu verweilen, die ihnen nicht gerecht wird oder aber sich einer neuen, unbekanntem Situation zu stellen. Therapeutisch indiziert ist in diesem Fall die Stellvertretertechnik dann, wenn der Klient sich einer offenen Bearbeitung des Dilemmas nicht zugänglich zeigt, weil die damit verbundenen Ängste zu übermächtig sind. Der indirekte Zugang bietet dann eine gute Möglichkeit, die Ängste zu umgehen und das Thema therapeutisch zu bearbeiten.

3. 4. 6. 3 Metaphern

„Ob er heitere, traurige oder spannende Geschichten erzählte, seine Stimme verzauberte jeden. Sie brachte nicht nur Trauer, Zorn und Freude hervor, es wurden sogar Wind, Sonne und Regen für uns spürbar. Wenn Salim zu erzählen anfang, segelte er in seinen Geschichten wie eine Schwalbe. Er flog über Berge und Täler und kannte alle Wege von unserer Gasse bis nach Peking und zurück. Wenn es ihm gefiel, landete er auf dem Berg Ararat – und sonst nirgends – und rauchte seine Wasserpfeife.“

(Rafik Schami, Erzähler der Nacht, S. 9)

Metaphern als indirekte Methoden in der Psychotherapie sollen an dieser Stelle etwas ausführlicher behandelt werden, da sie im nachfolgend beschriebenen Programm häufig angewendet werden (Kossak, 1993, Revenstorf, 1993).

Definition der Metapher

Meyers großes Taschenlexikon (1983) definiert die Metapher folgendermaßen: Metapher, (zu griech. Metapherein „übertragen“), sprachliches Bild, dessen Bedeutungsübertragung auf Bedeutungsvergleich beruht: das eigentlich gemeinte Wort wird durch ein anderes ersetzt, das eine sachliche oder gedankliche Ähnlichkeit oder dieselbe Bildstruktur aufweist.

In der Literaturwissenschaft lassen sich die unterschiedlichen Positionen in zwei Richtungen einteilen; die Substitutionstheorie und die Interaktionstheorie.

1. Die Substitutiotheorie

In der auf Aristoteles zurückgehenden Substitutionstheorie wird der Metapher keine eigene Bedeutung beigemessen, sie drückt als sprachliches Stilmittel lediglich eine Ähnlichkeit aus, die es auch wirklich gibt. Ein Beispiel hierfür wäre der „Fuß des Berges“; die Übertragung kommt durch die Ähnlichkeit mit den unteren Extremitäten zustande.

2. Die Interaktionstheorie

Das Metaphernverständnis der Interaktionstheorie dagegen wird der Tatsache gerecht, dass Metaphern neben ihrer Anschaulichkeit auch inhaltlich eine eigene Aussage besitzen: Es findet eine Interaktion zwischen zwei Komponenten statt, die ursprünglich voneinander getrennt waren. Diese Verbindung zwischen den Konzepten muß vom Empfänger einer Metapher erkannt und deren Modalität rekonstruiert werden.

Indem sie den Prozeß der gegenseitigen Beeinflussung und Anpassung zweier Konzepte betont, entspricht die Metapherdefinition der Interaktionstheorie jenem Verständnis von Metaphern, das ihrer Anwendung in der Psychotherapie zugrunde liegt.

Der Kern jeder Metapher ist die Nebeneinanderstellung einer „Topik“ und eines „Vehikels“, die auf einem gemeinsamen „Grund“ miteinander verbunden werden.

Die Topik ist das Subjekt der Metapher, das Vehikel benutzt der Sprecher, um die Topik zu erklären, und auf dem gemeinsamen Grund wird die Verbindung der Attribute, die Topik und Vehikel teilen, hergestellt. Ein Beispiel aus dem Hohelied Salomos wäre „... liebe Braut, du bist ein verschlossener Garten ...“ – es erfolgt eine Nebeneinanderstellung der Topik „Braut“ und dem Vehikel „verschlossener Garten“. Der Grund ist gekennzeichnet durch die Eigenschaft „schön, aber der Eintritt ist verboten“.

Theorien zum Verständnis von Metaphern

1. Die 3-Stufen-Theorie

Nach Searle (1993) vollzieht sich das Verstehen eines metaphorischen Ausdrucks in drei Stufen:

Stufe I: Analyse des Satzes auf wörtliche Bedeutung.

Stufe II: Bewertung deren Wahrheitsgehalts unter Einbeziehung des Kontextes.

Stufe III: Wenn die wörtliche Interpretation innerhalb des bestehenden Kontextes keinen Sinn ergibt, sucht der Hörer nach einer nicht-wörtlichen Bedeutung, die den Ausdruck mit dem Kooperationsprinzip konsistent macht.

Widerlegt wurde die 3-Stufen-Theorie jedoch von der empirischen Forschung; sie ergab, dass eine wörtliche Analyse der metaphorischen nicht vorausgehen muß, sondern beide Prozesse parallel ablaufen.

2. Metapher als eine der Sprache übergeordnete kognitive Instanz

Lakoff (1993) sieht die Bedeutung von Metaphern nicht als lediglich dem sprachlichen Bereich zugeordnet; er betrachtet Metaphern als zentrale kognitive „Werkzeuge“, die das Denken und Sprechen über abstrakte Konzepte ermöglichen.

Laut Gibbs (1992) bestimmen Metaphern durch eine Vorstrukturierung metaphorischer Schemata im Langzeitgedächtnis, wie Erfahrung kategorisiert und eine Sinnzuweisung vorgenommen wird.

Für die Darstellung abstrakter Inhalte mit Hilfe von Metaphern gibt es zahlreiche Beispiele:

- „Quelle“ für „Ursache“
- „Licht“ für „Hoffnung“
- „Wärme“ für „Anteilnahme“

3. Die Klasseninduktionstheorie

Der bislang neueste theoretische Ansatz zum Verständnis von Metaphern stammt von Glucksberg und Keysar (1990): Hier werden Metaphern als Klasseninduktionsaussagen betrachtet, bei denen die Topik einer diagnostischen Kategorie zugewiesen wird, die keinen eigenen Namen haben muß, sondern durch Eigenschaften des Vehikels bestimmt wird. Das Vehikel kann dabei als „Prototyp“ dienen und den Kategoriennamen vorgeben.

Gemäß der Klasseninduktionstheorie wäre der Filmtitel „Das Leben ist ein langer, ruhiger Fluß“ also so zu verstehen, dass die Topik „das Leben“ als Mitglied der Kategorie „Fluß“ gekennzeichnet wird, wobei das Vehikel „Fluß“ gleichzeitig zum Prototyp und Namen der übergeordneten Kategorie wird. Der Topik „Leben“ werden nun Eigenschaften des Vehikels „Fluß“ wie „in ständiger Bewegung zu sein, etc.“, zugeschrieben; Eigenschaften, die im gegebenen Kontext keinen Sinn ergeben wie „naß, von Fischen bewohnt“ werden ausgeblendet.

Kritik an der Klasseninduktionstheorie übt Lakoff (1993), der bemängelt, dass sie kaum zur Erklärung poetischer oder konzeptueller Alltagsmetaphern tauglich sei.

Empirische Belege zur Wirksamkeit von Metaphern

1. Metaphern in der Hypnotherapie

In einer Studie von Gambert-Varga, Schmid und Revenstorf (1991) wurden zwei indirekte Verfahren, nämlich die Einstreutechnik und therapeutische Metaphern, miteinander verglichen. Als Erfolgskriterium wurde das Ausmaß der Schmerzreduktion beim Eiswassertest (Cold Pressure Test) gewählt.

Die Autoren fanden bei ihren Versuchspersonen eine größere Wirksamkeit der Metaphern, die sich sowohl im längeren Ertragen des kalten Wassers als auch in signifikant geringeren situativen Angstwerten und der effektiveren Vermittlung von Schmerzbewältigungsstrategien äußerte. Als Grund dieses Vorteils der Metapherntechnik wird die möglicherweise effektivere Ressourcenaktivierung vermutet; insgesamt ist die zu vermutende Nützlichkeit von Metaphern in der Hypnotherapie jedoch eher wenig erforscht und belegt.

2. Metaphern im nicht-hypnotherapeutischen Kontext

Außerhalb des hypnotherapeutischen Kontextes beschäftigte sich Angus mit dem Gebrauch von Metaphern in der Psychotherapie und kam zu folgenden Ergebnissen (Angus & Rennie, 1988): Metaphern repräsentieren Aspekte des Selbstbildes und Rollenbeziehungsmuster, die der Klient im Dialog einnimmt. Entscheidend für den Therapieerfolg scheint zu sein, ob zwischen Therapeut und Klient Übereinstimmung in Verständnis und Gebrauch der Metapher herrscht; ist dies der Fall, so empfindet der Klient die Deutungen des Therapeuten als hilfreich und aufklärend, fehlt diese Übereinstimmung jedoch, so fühlt sich der Klient mißverstanden, während der Therapeut den Klienten als widerständig einstuft.

Mc Mullen (1989) verglich drei erfolglose und drei erfolgreiche Therapiefälle miteinander: Die erfolgreichen Fälle waren dadurch gekennzeichnet, dass Klient und Therapeut interaktiv eine zentrale Metapher entwickelten und jeweils die Metaphern des anderen benutzten. Anders präsentierten sich die nicht erfolgreichen Therapien; hier fanden Therapeut und Klient nicht zu einer gemeinsamen Metapher, insgesamt wurde wenig bildliche Sprache verwendet.

Auch Martin, Cummings und Hallberg (1992) stellten fest, dass die Metaphern, die Klienten am häufigsten erinnern, meist solche sind, die in Interaktion mit dem Therapeuten erarbeitet worden waren. Die hier umrissenen Studien sind aufgrund der kleinen Anzahl der jeweils untersuchten Therapeut-Klient-Diaden nur begrenzt aussagekräftig, können jedoch als Hinweis auf die zu vermutende hohe therapeutische Wirksamkeit von Metaphern gedeutet werden (Schlarb & Schweizer, 1999)

3.5 Empirische Belege für die Wirksamkeit von Hypnotherapie

Zahlreiche Untersuchungen belegen, dass hypnotherapeutische Interventionen bei unterschiedlichen somatischen, psychoneurotischen und psychosomatischen Störungen sowie Verhaltensproblemen indiziert sind und Metaanalysen bestätigen deren Effektivität. An dieser Stelle kann auf diese Ergebnisse nur stark verkürzt eingegangen werden (Revenstorf & Peter, 2001). Für eine ausführliche Darstellung sei auf die entsprechenden Standardwerke von Kossak (1989), Revenstorf (1993), Peter et al. (1991) oder Hammond (1990) verwiesen.

Neben zahlreichen Kasuistiken liegen auch kontrollierte Gruppenstudien vor: Grawe et al. (1994) fanden bis 1983 19 kontrollierte Studien mit etwa 1000 Klienten. Bei 13 von 17 Prä-Post-Vergleichen und sechs von neun Kontrollgruppen-Vergleichen ergaben sich signifikante Verbesserungen und zwar insbesondere in den Bereichen Angst, Psychosomatik, Schlafstörungen und Schmerz. Ebenfalls 1994 stellten Revenstorf & Prudlo in 77 Studien an insgesamt über 5800 Patienten eine signifikante Wirksamkeit der Hypnotherapie bei der Behandlung von Warzen, Schmerz, Migräne, Nebenwirkungen von Chemotherapie, Schlafstörungen, Rauchen und Angststörungen sowie eine längere Überlebensdauer bei Mamma-Karzinomen fest. In einer neueren Metaanalyse kamen Bongartz et al. (1999) in 112 Studien mit 5600 Klienten zu vergleichbaren Ergebnissen.

3.6 Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe

Eine wichtige Forderung im Zusammenhang mit der Erforschung der Wirksamkeit von Hypnotherapie ist die Erhebung der Suggestibilität der Probanden: Nur wenn fest steht, dass die Teilnehmer einer Hypnotherapiestudie prinzipiell hypnotisierbar waren, kann der Studie grundsätzliche Aussagekraft zugeschrieben werden.

Daher soll an dieser Stelle kurz auf die entsprechenden Begrifflichkeiten und den gegenwärtigen Forschungsstand eingegangen werden (Krause in Revenstorf & Peter, 2001).

3.6.1 Klärung der Begrifflichkeiten

Hypnotisierbarkeit: Weitzenhoffer (1989) definiert Hypnotisierbarkeit als die Fähigkeit eines Individuums, hypnotisiert zu werden beziehungsweise eine bestimmte Tiefe in der Hypnose zu erreichen. Ihre Messung erfolgt häufig über die Beobachtung des Hypnotisanden.

Trancetiefe: Sie bezeichnet eine Zustandsvariable und kann sich im Verlauf der Hypnosesitzung verändern. Trancetiefewerte korrelieren oft hoch mit der Hypnotisierbarkeit (Tart, 1970). Die Tiefe der Trance wird meist durch Selbstbeobachtung erhoben.

Suggestion: Suggestion leitet sich aus dem Lateinischen von „suggerere“ ab, wörtlich übersetzt mit „unterschieben“. Um die Kriterien einer Suggestion zu erfüllen, muß die Reaktion unwillkürlich erfolgen (Peter, 1993); sonst würde es sich um eine bloße Aufforderung handeln.

Suggestibilität: Von Gheorghiu (1996, S. 126) wird Suggestibilität definiert als „die Fähigkeit, auf Suggestionen zu reagieren (...)“.

3. 6. 2 Hypnoseskalen

Häufig wird an Studien zur Hypnotherapie zu Recht moniert, dass die Suggestibilität der Versuchspersonen nicht erhoben wurde. Diesbezüglich ist jedoch anzumerken, dass in keiner anderen Therapieform die Eignung des Klienten für das entsprechende Verfahren gemessen wird: Hypnoseskalen sind somit einzigartig in der klinischen Praxis.

Meist wird die Hypnotisierbarkeit gemessen, indem die Reaktionen des Hypnotisanden auf bestimmte Suggestionen – häufig solche, welche die Ausführung klassischer hypnotischer Phänomene fordern – erhoben werden.

Häufig verwendete Trance- und Hypnotisierbarkeitsskalen sind:

Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C: SHSS: C (Weitzenhoffer & Hilgard, 1962): Der am häufigsten verwendete experimentelle Test; in der Durchführung allerdings aufwendig.

Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility: HGSHS (Shor & Orne, 1962): Ein Test, der sich besonders für ein Screening größerer Gruppen gut eignet.

Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults: SHCS: A (Hilgard & Hilgard, 1975): Testet vor allem klinisch relevante Phänomene.

Hypnotic Induction Profile: HIP (Spiegel & Spiegel, 1978): Der Test ist sehr schnell durchführbar; allerdings ist die Validität dieses sogenannten „Augenrolltests“ umstritten.

Creative Imagination Scale: CIS (Wilson & Barber, 1978): Verwendet viele Vorstellungsbilder und misst unter Umständen eher die Imaginationsfähigkeit.

Im Zusammenhang mit den in dieser Studie verwendeten indirekten Hypnosetechniken ist hier noch anzumerken, dass es derzeit keine Skalen zur Messung der Reaktionen auf diese Art von Suggestionen gibt; im Gegenteil sind die Skalen meist in einer sehr autoritären Sprache verfasst, die der Art des therapeutischen Rapports in der ericksonschen Hypnotherapie zuwider läuft.

3. 6. 3 Hypnotisierbarkeit und Therapieerfolg

Die Tatsache, dass Hypnotisierbarkeit bei bestimmten klinischen Störungsbildern wie Schmerz, Warzen oder Allergien mit dem Therapieerfolg korrelieren, gilt inzwischen als gut belegt (Bowers, 1989, Evans, 1989, Van Dyck et al., 1991). Bei anderen Bereichen, beispielsweise in der Raucherentwöhnung, sind die Befunde weniger konsistent.

Für die klinischen Bereiche, in denen der positive Zusammenhang zwischen der Höhe der Hypnotisierbarkeit und dem Behandlungserfolg belegt ist, bedeutet dies, dass dem Kliniker über die Messung der Hypnotisierbarkeit eine Möglichkeit zur Verfügung steht, um schon vor Beginn der eigentlichen Behandlung abzuschätzen, ob Klienten von hypnotherapeutischen Interventionen wahrscheinlich profitieren werden. Im Falle einer nur geringen Hypnotisierbarkeit kann entweder eine alternative Behandlungsmethode erwogen oder aber mit dem Klienten „Hypnose geübt werden“; durch geeignete Trainingsmaßnahmen scheint sich die Hypnotisierbarkeit deutlich steigern zu lassen (Gorassini & Spanos, 1986).

3. 7 Einzel-und Gruppenpsychotherapie

3. 7. 1 Anfänge der Gruppentherapie

Die heilende Wirkung der Gruppe in der Psychotherapie wurde früh erkannt; schon Alfred Adler führte Gruppentherapien im Kontext der Erziehungsberatung durch. Hierüber schrieb Rayner 1933: „Individualpsychologen finden, dass die öffentliche Beratung den Kindern und Eltern mehr hilft als das private Gespräch, außerdem ist sie ein Mittel der Gruppenerziehung. Das Kind erkennt, dass seine Schwierigkeit ein Gemeinschaftsproblem ist.“ (Rayner, 1933, zitiert nach Ansbacher & Ansbacher, 1982).

Allerdings waren es zu Anfang häufig auch rein pragmatische Erwägungen, aus denen der Gedanke der Gruppenbehandlung erwuchs: Dreikurs begann 1931, Gruppentherapien durchzuführen und beschrieb seine ersten Erfahrungen wie folgt: „Unter dem Druck eines übervollen Terminkalenders wurde drei Patienten mit gleichen Problemen eine gemeinsame Beratung angeboten. Es war nur ein Gruppengespräch vorgesehen. Die Patienten erlebten jedoch das Gespräch

als derart befriedigend, dass sie um eine Fortsetzung dieser Gruppengespräche bitten.“ (Dreikurs, 1980, S. 143). Aufgrund dieser positiven Erfahrungen integrierte Dreikurs die Gruppentherapie in seine Arbeit und formulierte die folgenden therapeutischen Faktoren zur Wirksamkeit der Gruppentherapie:

- Der Patient übernimmt die Rolle des Beobachters und Zuhörers und kann damit die Dynamik seiner eigenen Probleme besser nachvollziehen.
- Der Therapeut achtet in der Gruppentherapie darauf, dass alle Patienten gleichwertig angesehen werden, was diesen wiederum hilft, ihr Selbstkonzept sowie ihre sozialen Einstellungen zu überprüfen.
- Die Gruppe verstärkt die soziale Orientierung jedes Teilnehmers und verändert deren Normen im sozialen Umgang.

Die therapeutische Gruppe stelle somit ein einzigartiges soziales Klima dar, das zu neuen sozialen Erfahrungen führe. (Dreikurs, 1980, zitiert nach Lehmkuhl, 2002).

3. 7. 2 Effektivität von Gruppen- und Einzeltherapie

Seit diesen Anfängen der Gruppenpsychotherapie haben die meisten therapeutischen Richtungen neben Konzepten für die Einzeltherapie auch Gruppenkonzepte entwickelt.

Das im Kapitel 3. 1 beschriebene Äquivalenzparadox in der Psychotherapieforschung (Lambert & Bergin, 1994) bezieht sich allerdings auch auf den Wirkungsvergleich zwischen Einzel- und Gruppentherapie: Beide Settings bringen ähnlich günstige Behandlungseffekte (Tschunke, 1999). Dieser Befund schließt dennoch nicht aus, dass eventuell unterschiedliche Behandlungseffekte existieren, die von der derzeitigen vergleichenden Psychotherapieforschung noch nicht erhoben werden konnten (Tschunke et al., 1998).

3. 7. 3 Allgemeine Faktoren der Gruppentherapie nach Yalom

Der folgende Abschnitt befaßt sich mit den speziell durch die Gruppensituation zustande kommenden allgemeinen, das heißt schulen- und interventionsunabhängigen Faktoren der Veränderung beim Klienten (Yalom, 1970).

Faktoren der Gruppentherapie nach Yalom:

1. Mitteilung von Information
2. Einflößen von Hoffnung
3. Universalität des Leidens
4. Altruismus
5. Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe
6. Interpersonelles Lernen
7. Die Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs
8. Nachahmendes Verhalten
9. Gruppenkohäsion
10. Katharsis

1. *Mitteilung von Information:* Ein allgemeiner Veränderungsfaktor betrifft die Mitteilung von Information: In der Informationsweitergabe an andere Gruppenmitglieder drückt sich zum einen der Beziehungsaspekt der Informationsaustauschenden aus, zum anderen verändert der Austausch über Ursprung und Ursachen einer Störung aber auch das Gefüge des Krankheitsbildes. Für Raucherentwöhnungsgruppen bedeutet dies zum Beispiel, dass durch die Tatsache, sich mit den anderen Gruppenmitgliedern über seine Rauchgewohnheiten auszutauschen, die Motivation aufzuhören, der Umgang mit Versuchungssituationen oder sonstige mit dem Rauchen in Verbindung stehende Verhaltensweisen bereits einer Veränderung unterworfen sind.
2. *Einflößen von Hoffnung:* In einer Gruppe stehen die Teilnehmer in wechselseitigem Kontakt. Hierdurch können Veränderungsimpulse aufgenommen und ausgesendet werden; „erfolgreichere“ Klienten dienen den anderen als Modell, wobei das Modell seinerseits von dieser Rolle profitiert.
3. *Universalität des Leidens:* Die Erkenntnis des einzelnen, dass die anderen Mitglieder der Gruppe ebenfalls Schwierigkeiten haben oder Defizite aufweisen, hat einen günstigen Einfluß auf das Selbstwertgefühl. Yalom nennt diesen Faktor die „Universalität des Leidens“.
4. *Altruismus:* Die Gruppenmitglieder unterstützen sich meist gegenseitig. In diesem altruistischen Handeln erfährt sich das Individuum als stark und kompetent, woraus ein gesteigertes Selbstbewusstsein resultieren kann.

5. *Korrigierende Rekapitulation der primären Familiengruppe*: Als weiteren Faktor beschreibt Yalom die „korrigierende Rekapitulation“ der primären Familiengruppe: Unbearbeitet gebliebene Emotionen und Handlungsweisen aus der Herkunftsfamilie können in der Gruppentherapiekonstellation durchgearbeitet werden. Dabei erleben die Klienten meist den Therapeuten in der Rolle des Vaters oder der Mutter, während die Gruppenmitglieder als Geschwister empfunden werden.
6. *Interpersonelles Lernen*: Werden in der Gruppentherapie negative Reaktionen ausgedrückt, die durch unreflektierte alte Familienerfahrungen und internalisierte Normen bedingt sind, machen Rückmeldungen der Gruppenmitglieder dies transparent und somit einer Veränderung zugänglich.
7. *Die Entwicklung von Techniken des mitmenschlichen Umgangs*: Schließlich werden in der Gruppenkonstellation neue Verhaltensweisen entwickelt und erprobt. Die Rückmeldung durch die Gruppe kann also hilfreich sein, um neue Techniken des mitmenschlichen Umgangs zu erlernen.
8. *Nachahmendes Verhalten*: Gleichzeitig können auch Verhaltensweisen im Sinne von Banduras Modellernen von anderen Gruppenmitgliedern durch Nachahmung übernommen werden.
9. *Gruppenkohäsion*: Ein weiterer Einflußfaktor, der bei einer Gruppentherapie eine Rolle spielt, ist die Gruppenkohäsion, das heißt das Bestreben der Mitglieder, eigenen Einsatz zu erbringen, um in der Gruppe bleiben zu können. Um die Akzeptanz der anderen Gruppenmitglieder zu bekommen, muß das Individuum eine Anpassungsleistung in Bezug auf die Gruppennorm vollbringen. In der Raucherentwöhnung wäre eine solche Gruppennorm, abstinenz zu sein und zu bleiben.
10. *Katharsis*: Als letzter Faktor ist die Katharsis anzuführen, also emotionalen Entladungen, welche durch das An- und Aussprechen von Affekten herbeigeführt werden.

Einige der genannten Faktoren werden auch in der Einzeltherapie wirksam, jedoch beziehen sich die oben aufgeführten Punkte im wesentlichen auf gruppenspezifische Phänomene.

3. 7. 4 Gruppenhypnose

3. 7. 4. 1 Anwendungsgebiete

Braun (1979) beschreibt die Anwendungsgebiete der Gruppenhypnose für vier Bereiche.

Anwendung von Gruppenhypnose:

1. Gruppen mit dem Ziel der Heilung oder Linderung physischer Krankheiten und Symptome: Patienten-Trainingsgruppen und symptomorientierte Gruppen (Fettsucht, multiple Sklerose, Arthritis und Krebs) oder Gruppen, die Familien und Personal in der Gesundheitspflege unterstützen (Zahnärzte und Geburtshelfer bei der Schmerzkontrolle).
2. Gruppen zur Steigerung der Produktivität: Im universitären Bereich können zum Beispiel Studiengewohnheiten, das Verhalten bei Prüfungen und Motivationsprobleme angegangen werden (Krippner, 1977).
3. Gruppen mit dem Fokus auf persönlichen Wachstumsmöglichkeiten.
4. Psychotherapiegruppen, innerhalb derer jeweils Patienten mit gleicher Diagnose eine Gruppe bilden (zum Beispiel bei Alkoholismus, Drogensucht, Phobien und Psychosen).

3. 7. 4. 2 Indikationen und Kontraindikationen

Nach Braun (1979) kann Gruppenhypnose grundsätzlich in jeder Phase der Gruppenentwicklung eingesetzt werden, sofern keine Kontraindikationen ersichtlich sind. Beispiele für Möglichkeiten zum Einsatz von Gruppenhypnose sind: Ruhe und Offenheit in der Informationssammelungsphase können durch den Einsatz von Hypnose erhöht werden. Hypnose kann außerdem für die Abklärung von Prioritäten hilfreich sein; dabei können intrapsychische Aspekte interpersonal ausgedrückt werden, gruppenbezogener Widerstand kann erkannt und aufgelöst werden. In der eigentlichen therapeutischen Arbeit erhöht Hypnose die Fähigkeit zur Differenzierung und die Risikobereitschaft der Klienten. Während der Endphase der Therapie können Themen wie Abschied und Loslassen hypnotherapeutisch bearbeitet werden.

Die Kontraindikationen der Gruppenhypnose entsprechen prinzipiell denen im Einzelsetting, sind genau wie die der Einzelhypnotherapie relativ und hängen zum großen Teil von der Erfahrung und individuellen Einschätzung des Therapeuten ab. Zu den Kontraindikationen der Hypnotherapie siehe zum Beispiel Peter in Revenstorf & Peter (2001).

Schwieriger kann es im Gruppensetting allerdings sein, die ideomotorischen Tranceanzeichen zu beobachten, besonders, wenn die Teilnehmerzahl groß ist. Zudem ist es unter Umständen schwieriger, eine detaillierte Rückmeldung der einzelnen Teilnehmer zu erhalten, da diese einander in ihrer Meinungsbildung gegenseitig beeinflussen. Andererseits kann die Gruppe sehr hilfreich sein, um den Glauben an die Wirksamkeit der Hypnose bei zweifelnden Teilnehmern aufzubauen und verstärken, indem die positiveren Erfahrungen einzelner Teilnehmer für die Skeptischen einen Anreiz darstellen. Möglicherweise besteht im Gruppensetting zudem ein höherer Grad an Aufmerksamkeit und Bereitschaft zur Veränderung als in der individueller Hypnose, da der Gruppendruck zusätzlich motiviert.

Der Prozeß der Hypnose selbst ist in der individuellen und der Gruppenthypnose derselbe (Klippstein, 1998). Allerdings beschleunigt Hypnose nach Kirsch, Montgomery & Sapirstein (1995) den therapeutischen Prozeß; dies gilt sowohl für das individuelle als auch für das Gruppensetting.

Kapitel 4

Raucherentwöhnung

4.1 Erfolgsvariablen, Ebenen, Phasen in der Raucherentwöhnung

4.1.1 Phasen der Raucherentwöhnung

Maßnahmen zur Raucherentwöhnung können sich auf unterschiedliche Phasen des Entwöhnungsprozesses konzentrieren. Dabei lassen sich folgende Stadien unterscheiden (BZgA, 2000):

1. *Diagnose:*

Sie beinhaltet die Identifizierung des Raucherintertyps, die Feststellung der Schwere der Nikotinabhängigkeit (zum Beispiel durch die Verwendung des FTND) und die Analyse des Rauchverhaltens.

2. *Motivierung:*

In der zweiten Phase wird die Bereitschaft zum Beenden des Rauchens analysiert, eventuell verbessert oder erst geschaffen. Stellt sich hier heraus, dass keine hinreichende Motivation erreicht werden kann, ist es unter Umständen notwendig, die Klientin mit der Vorgabe noch einmal nach Hause zu schicken, ihre Motivation zu überdenken. Weiter wird diese Phase genutzt, um das Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Abstinenz zu stärken.

3. *Beendigung:*

Wenn die Raucherin sich entschieden hat, mit dem Rauchen aufzuhören, beginnt die Phase der Beendigung, in die der Rauchstop fällt.

4. *Aufrechterhaltung:*

An die Beendigungsphase schließt sich eine Stabilisierungsphase an, in der die Abstinenz gefestigt werden soll.

Bei der Beschreibung von Raucherentwöhnungsprogrammen ist eine eindeutige Abgrenzung der Phasen nicht möglich: Die einzelnen Stadien gehen ineinander über, und die meisten Entwöhnungsmethoden sind für mehrere oder alle Phasen relevant.

4. 1. 2 Ebenen der Raucherentwöhnung

Klar unterscheiden läßt sich dagegen, an welcher Ebene des Rauchverhaltens eine bestimmte Methode ansetzt: Hierbei lassen sich unterscheiden:

- die kognitiv-emotionale Ebene
- die motorische Ebene
- die biochemisch-physiologische Ebene

Teilweise konzentrieren sich Therapieansätze lediglich auf eine einzelne Ebene (beispielsweise die physiologische im Fall der Nikotinsubstitution), während multimodale Programme sich dadurch auszeichnen, dass sie eine Berücksichtigung aller drei Ebenen anstreben.

4. 1. 3 Erfolgsvariablen in der Raucherentwöhnung

Eine Befragung von 12.000 Ex-Raucherinnen für das „Gesundheitsmagazin Praxis“ ergab fünf Variablen, die von den ehemaligen Raucherinnen als entscheidend für ein erfolgreiches Abstinenzwerden eingeschätzt wurden:

1. *Sofort-Stop*: Von einem Tag auf den anderen aufzuhören ist erfolgversprechender als die sogenannte „Reduktionsmethode“. Für die Richtigkeit dieser Einschätzung spricht auch folgendes Ergebnis einer Befragung von 265 Personen durch die BZgA: 80 Prozent der langfristig erfolgreichen Ex-Raucherinnen beendeten mit der Sofort-Stop-Methode das Rauchen.
2. *Soziale Unterstützung*: Es ist hilfreich, den Entschluß, das Rauchen zu beenden, öffentlich zu machen; Familienangehörige und Freunde sollten über das Abstinenzvorhaben informiert werden. Auch die soziale Unterstützung bei Gruppenbehandlungen ist in diesem Zusammenhang zu sehen: Besonders hilfreich werden regelmäßige Gruppentreffen (71 Prozent) und der Austausch mit anderen (67 Prozent) erlebt (Huber, o. J., zitiert nach Dauenhauer, 1996).
3. *Rückweg verbauen durch Vertragsmanagement*: Vereinbarungen, Wetten und Verträge mit Bekannten und Familienangehörigen stellen Belohnungen bei erfolgreicher Abstinenz – beziehungsweise „Bußgelder“, wenn geraucht wurde, in Aussicht
4. *Selbstverstärkung*: Sich für den Erfolg selbst zu belohnen, stellt eine weitere wichtige Variable dar (Mohl, 1980). Dies kann zum Beispiel durch Belohnungen für eine bestimmte Anzahl rauchfreier Tage, durch das tägliche Sich-bewußt-machen, was bereits erreicht wurde oder eine Sparbüchse, in die für jede nicht gerauchte Schachtel der entsprechende Betrag geworfen wird, geschehen.

5. Schließlich wurden noch die Punkte, *für Ablenkung* zu sorgen und *viel Flüssigkeit* zu sich zu nehmen, als entscheidend für den Erfolg bewertet.

Darüber hinaus sind die folgenden Variablen wichtig (BZgA, 2000):

Motivierung: Zur Motivierung werden häufig kognitive Therapietechniken angewendet, die auf der Theorie der kognitiven Dissonanz, Attributionstheorien und Reaktanztheorien oder der Rational Emotiven Therapie nach Ellis (1997) basieren. Die Motivierung beinhaltet die Auflistung oder Imagination der Vor- und Nachteile des Rauchens beziehungsweise Nichtrauchens, Informationsgabe zu tabakassoziierten Gesundheitsschäden sowie zu den gesundheitlichen Vorteilen des Nichtrauchens, Besprechung der Motive für das Entwöhnungsvorhaben, Diskussion möglicher Schwierigkeiten in der Realisation und Vorstellungsübungen zum Leben als Nichtraucherin.

Entgegen der naheliegenden Vermutung, bereits eingetretene körperliche Schädigungen durch das Rauchen würden die Aufhörmotivation erhöhen, scheint dies nicht der Fall zu sein: Nur 40 – 50 Prozent der bereits ernsthaft erkrankten Raucherinnen beenden ihren Konsum (Stumpfe et al., 1991b) und häufig berichten Patientinnen sogar, die Belastung durch eine Erkrankung führe zu einem erhöhten Zigarettenkonsum.

Selbstbeobachtung: Schon im Vorfeld der Beendigung des Rauchens können Selbstbeobachtungen eingesetzt werden: Die „Noch-Raucherin“ reflektiert und protokolliert gegebenenfalls, in welchen Situationen sie besonders viel oder besonders wenig raucht.

Nikotinsubstitution: Die Nikotinsubstitution als Behandlungsmethode wird weiter unten näher erläutert. Zumindest bei stark abhängigen Raucherinnen bildet sie häufig einen wesentlichen Behandlungsbaustein zusätzlich zu gleichzeitig erfolgenden anderen Therapiemaßnahmen.

Entspannungstraining: Ein leicht zu erlernendes Entspannungsverfahren wie zum Beispiel die Progressive Muskelentspannung nach Jacobson hilft der Ex-Raucherin zum einen, mit akuten Entzugssymptomen wie Unruhe und Nervosität umzugehen und erlaubt zudem langfristig, Streßbewältigung anders als durch Rauchen zu praktizieren.

Stimuluskontrolle: Dazu gehört, in der ersten Zeit nach dem Aufhören alles zu vermeiden, was als mit dem Rauchen gekoppelt erlebt wird (zum Beispiel Kaffee zu trinken oder den Abend in der Kneipe zu verbringen). Aschenbecher und andere an das Rauchen erinnernde Gegenstände müssen entsorgt werden, ebenso selbstverständlich die Zigaretten selbst. Außerdem sollte generell eine Neustrukturierung des Tagesablaufs angestrebt werden, um auch hier Hinweisreize aufs Rauchen zu vermeiden.

Alternativverhalten, Problemlösung und soziale Fertigkeiten: Durch Einübung neuer Verhaltensweisen sollen Versuchungssituationen bewältigt werden. Dies kann eine einfache Maßnahme wie Ablenkung beim aufkommenden Rauchwunsch sein, aber auch komplexe soziale- und Problemlösefertigkeiten beinhalten, wenn es etwa darum geht, Konfliktsituationen konstruktiv anzugehen, statt zur Zigarette zu greifen.

Essverhalten und Gewichtskontrolle: Exzessives Essen soll häufig Entzugserscheinungen mindern, zudem kommt es infolge der Stoffwechselumstellung nach dem Aufhören ohnehin zu einer Gewichtszunahme. Das Resultat ist eine oft hohe Gewichtszunahme, die vor allem Frauen gelegentlich dazu bewegt, wieder mit dem Rauchen zu beginnen, um ab- oder nicht weiter zuzunehmen. Aus diesem Grund sollte das Essverhalten nach dem Rauchstop in der Raucherentwöhnung stets thematisiert werden.

Bewegung und Sport: Der Aufbau einer sportlichen Betätigung erfüllt mehrere Funktionen: Zum einen beugt Bewegung der Gewichtszunahme vor, zum anderen kann sie als Alternativverhalten in Versuchungssituationen, zur Streßreduktion und zur Kompensation des Verstärkerverlusts nach Beendigung des Rauchens eingesetzt werden.

Identitätsbildung: Nachdem die Raucherin sich oft über Jahrzehnte als solche definierte und das Rauchen meist in der Pubertät als der identitätsbildenden Phase begonnen wurde, ist das Rauchverhalten eng mit dem eigenen Selbstbild verknüpft. Darauf, dass es in diesem Kontext eine unbefriedigende Lösung sein muß, nach dem Aufhören lediglich etwas *nicht zu sein* – nämlich *Nichtraucherin*, wurde in der Literatur verschiedentlich hingewiesen (zum Beispiel Gerl, 2002). Notwendig ist in diesem Zusammenhang also der Aufbau einer neuen, befriedigenden und positiv formulierten Identität.

Rückfallprophylaxe: Eine wirksame Rückfallprophylaxe sollte die häufigsten Situationen, die das Scheitern von Entwöhnungsversuchen bedingen, thematisieren, antizipieren und mögliche Bewältigungsstrategien erarbeiten.

Dazu gehören nach Stumpfe et al. (1992) die folgenden Punkte:

- psychosomatische Beschwerden
- Motivationsverlust
- Entzugssymptome
- Belastung durch äußere Faktoren
- Verführung durch andere Raucherinnen
- Gewichtszunahme
- fehlende soziale Unterstützung

4.2 Nicht hypnotherapeutische Methoden der Raucherentwöhnung

4.2.1 Selbsthilfe durch die Raucherin

*„Das Rauchen aufzuhören, ist ganz einfach.
Ich habe schon hundertmal damit aufgehört.“*

Mark Twain

Das ideale Verfahren zur Raucherentwöhnung wäre sicherlich das selbstständige Aufhören – sei es als „Neujahrsvorsatz“, bedingt durch eine Erkrankung oder spontan ohne äußeren Anlaß. Allerdings ist bekannt, dass nicht nur bei Mark Twain die ohne äußere Hilfe erreichte Abstinenz von lediglich kurzer Dauer war; nur 15 Prozent derer, die allein aufhören zu rauchen, bleiben langfristig abstinent (Baer, Foreyt & Wrigth, 1977). Wesentlich bei der „Selbstbewältigung“ ist die sportliche Betätigung der ehemaligen Raucherin (Haustein, 2001): Sie wirkt sich günstig aus auf craving-Effekte, Verstimmungen, Schlafstörungen, Spannungszustände, Gewichtszunahme sowie den Umgang mit Streß und scheint die Anzahl der Rückfälle zu reduzieren.

4.2.2 Ärztlicher Rat und Mitwirkung von Pflegekräften

Haustein (2001) berichtet, dass sich eine individuelle ärztliche Beratung in verschiedenen Studien als hilfreich erwies, wobei der Umfang der Beratung nicht ausschlaggebend zu sein scheint, da auch Kurz- oder Gruppenberatungen nützlich waren. Zusätzliche telefonische Kontakte erwiesen sich als sinnvoll. Während die Wirksamkeit des ärztlichen Rats laut Haustein als gesichert betrachtet werden kann, wird die Effektivität der Beratung durch Pflegekräfte als geringer eingeschätzt, allerdings wurden auch hier statistisch signifikante, wenn auch nur mittelgradige Effekte erreicht, so dass auch diese Form der Beratung als nützlich eingestuft werden kann.

4.2.3 Verhaltenstherapie

Die grundlegende Annahme der Verhaltenstherapie, das Rauchen sei ein durch Konditionierungsprozesse erlerntes Verhalten, führt zu einer therapeutischen Vorgehensweise, in deren Mittelpunkt das „Verlernen“ des so erworbenen Verhaltens steht.

Methoden der verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnung:

Selbstmanagement und Aufbau alternativer Verhaltensweisen: Situationen, in denen bisher geraucht wurde, werden aktiv umgestaltet.

Selbstinstruktion; zum Beispiel durch bestimmte innere Sätze („Nichtrauchen ist besser“).

Selbstkontrolle und Selbstbeobachtung durch das Protokollieren der gerauchten Zigaretten.

Kognitive Umstrukturierung und Motivationsförderung: Abstinenz wird als attraktives Ziel herausgearbeitet.

Informationsvermittlung über die Folgen des Rauchens und die Vorteile des Nichtrauchens.

Verhaltensbeobachtung, um aufkommenden craving-Effekten frühzeitig entgegensteuern zu können.

Verstärkung: Die ehemalige Raucherin wird angehalten, sich für ihre Abstinenzfolge selbst zu belohnen.

Gewichtskontrolle: Die Klientinnen werden auf die häufige Gewichtszunahme nach dem Aufhören hingewiesen und angeleitet, geeignete Strategien zur Gewichtskontrolle zu erarbeiten.

Zwei gut evaluierte verhaltenstherapeutischen Programme im deutschsprachigen Raum sind die 5-Tage-Therapie von J. Mc Farland und E. Folkenberg und das Freiburger Entwöhnungsprogramm. Diese sollen exemplarisch etwas ausführlicher beschrieben werden, um einen Eindruck von der verhaltenstherapeutischen Arbeitsweise zu vermitteln. Einige weitere, weniger bekannte verhaltenstherapeutische Programme im deutschen Sprachraum werden im Kapitel 4. 3 kurz vorgestellt.

4. 2. 3. 1 5-Tage-Therapie von J. Mc Farland und E. Folkenberg

Die 5-Tage-Therapie wurde in den 60-er Jahren entwickelt und wird zu den Sofort-Stop-Methoden gerechnet. Sie stammt aus den USA; der erste in Deutschland durchgeführte Kurs fand 1969 in Hamburg statt. Anfangs in Großgruppen, später in Gruppen mit zehn bis zwanzig Personen wurde die Behandlung zunehmend auch in der BRD angeboten. Seit Anfang der 80-er Jahre wurde die 5-Tage-Therapie wissenschaftlich erforscht (Stumpfe, 1988a).

Die Kurse finden an fünf aufeinanderfolgenden Tagen statt; jeder Kursabend dauert zwischen 90 und 120 Minuten. Dabei werden im Gruppengespräch psychologisch-medizinische Informationen zum Thema Rauchen gegeben und die persönliche Motivation, nicht zu rauchen, bearbeitet, die Teilnehmerinnen berichten außerdem über aufgetretene Probleme und besprechen im Sinne einer Rückfallprophylaxe Situationen, in denen sie in Zukunft gefährdet sein könnten, wieder mit dem Rauchen anzufangen.

Beim 5-Tageprogramm werden als „erfolgreich behandelt“ nur Klientinnen eingestuft, die vollständig abstinent sind. Dieses Erfolgsmaß wird teilweise auch durch eine CO-Messung objektiviert. Die Erfolgsquote beträgt zwischen 90 und 95 Prozent. Die meisten Rückfälle ereignen sich im ersten Vierteljahr nach Kursende, nach einem Jahr sind laut Stumpfe (1990) noch rund 30 Prozent der Teilnehmerinnen abstinent.

Später wurde der 5-Tage-Plan in ein 15-Tage-Therapieprogramm – das Bad Nauheimer Programm – integriert (Bauermann, 1989). Heute wird ein Nachfolgeprogramm der 5-Tage-Therapie vom Deutschen Verein für Gesundheitspflege unter dem Titel „*Endlich frei!*“ angeboten (vgl. Kapitel 4. 3).

4. 2. 3. 2 *Das Freiburger Entwöhnungsprogramm*

Dieses Entwöhnungsprogramm berücksichtigt zusätzlich die Motivationsphase, in der sich die abstinentwillige Person befindet (Zimmer et al., 1993). Bestandteile des Programms sind das Absetzen der Zigaretten an einem vereinbarten „Tag X“, mit vorausgehender therapeutische Vorbereitung, die Individualisierung der Behandlung durch Erarbeitung der für die einzelne Teilnehmerin günstigsten Bewältigungsstrategien und eine Nachbetreuung unmittelbar nach dem Aufhören zur Rückfallprophylaxe.

Um die regelmäßige Teilnahme bis zum Katamnesetermin sicher zu stellen, wird vereinbart, dass ein Geldbetrag erst bei der Katamnese an die Klientinnen ausbezahlt wird. Die Erfolgsquote diese Programms beträgt 50 Prozent nach 12 Monaten und 42 Prozent nach 4,5 Jahren.

4. 2. 3. 3 *Reduziertes Rauchen*

Zu den verhaltenstherapeutischen Methoden gehört auch der Versuch, durch abgestufte Reduktion des Konsums schließlich ganz abstinent zu werden. Dies geschieht meistens durch Selbstkontroll- und Beobachtungsverfahren, indem zuerst die leichter entbehrlichen, später auch die „wichtigen“ Zigaretten weggelassen werden und über diese hierarchische Reduktion beziehungsweise die noch gerauchten Zigaretten ein Protokoll geführt wird. Weitere Möglichkeiten sind die Verwendung unterschiedlicher Filterstärken zur Minderung der aufgenommenen Nikotinmenge oder Zigaretten mit reduziertem Nikotingehalt. Gemeinsam ist all diesen Reduktionsverfahren die geringe Wirksamkeit: Nur fünf Prozent der Raucherinnen schaffen es, auf diese Weise abstinent zu werden (Haustein, 2001); als Intervention zur Schadensbegrenzung bei therapieresistenten Raucherinnen wird das Verfahren jedoch teilweise dennoch diskutiert (Schoberberger & Kunze, 1999).

4. 2. 3. 4 *Multikomponenten-Programme*

An der Universität Tübingen wurde 1991 unter der Leitung Dr. Batras und Prof. Dr. Buchkremers von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Arbeitskreis Raucherentwöhnung (AKR) gegründet. Seither wurden in diesem Rahmen verschiedene, meist auf verhaltenstherapeutischen Konzepten in Kombination mit anderen Komponenten beruhende Programme zur Raucherentwöhnung entwickelt, durchgeführt und evaluiert.

Ein wesentlicher Teil dieser Arbeiten bezieht sich auf die Entwöhnungsbehandlung in Arztpraxen und auf Selbsthilfemanuale. Um deren Wirksamkeit zu überprüfen, wurde in einer Vier-Phasen-Studie die Effizienz einer verhaltenstherapeutischen Raucherentwöhnung in der Gruppe mit denen eines verhaltenstherapeutisch strukturierten Selbsthilfemanuals verglichen (Batra et al., 1994). Insgesamt nahmen an dieser Studie 232 Raucherinnen teil. Es wurden neun 90-minütige Sitzungen mit je 6 – 12 Probandinnen in wöchentlichem Abstand durchgeführt. Zusätzlich benutzten alle Klientinnen Nikotinpflaster (Mann, 1996). Diese begleitende Nikotinpflasterbehandlung galt auch für die Selbsthilfegruppe. Die Versuchspersonen dieser Bedingung erhielten in wöchentlichen Abständen jeweils eines von insgesamt sechs Kapiteln eines Selbsthilfemanuals. Die Abstinenzraten lagen bei der Einjahreskatamnese für die verhaltenstherapeutische Gruppentherapie bei 22 Prozent, für die Selbsthilfemanualbedingung bei 19 Prozent.

4. 2. 4 *Suggestive Therapien, Akupunktur und Homöopathie*

Die meisten Entwöhnungstherapien enthalten auch suggestive Elemente, indem zum Beispiel bestimmte Sätze wiederholt werden („Ich rauche nicht.“). Zumindest kurzfristig sind Behandlungen, die sich allein auf den Effekt von Suggestionen stützen, durchaus wirksam (Dobler-Mikola et al., 1981, zitiert nach Tölle, 1989). So zum Beispiel die Entwöhnungstherapie des Handauflegers Hermano: Direkt nach der Therapie waren 40 Prozent der Behandelten abstinent, nach fünf Jahren noch 20 Prozent und nach 12 Jahren 15 Prozent.

Akupunktur wird in China seit circa 5000 Jahren zur Therapie verschiedener Erkrankungen eingesetzt. Auch in Deutschland findet sie mehr und mehr Anklang, insbesondere auch bei der hiesigen Schulmedizin. Zur Frage nach der Wirksamkeit dieser Behandlung gibt es unterschiedliche Aussagen: Während eine Studie (He et al., 1997, zitiert nach Schoberberger & Kunze, 1999) signifikante Unterschiede in der durchschnittlichen Zigarettenkonsumreduktion zwischen einer Akupunkturgruppe und den Versuchspersonen, die lediglich eine Placeboakupunktur erhalten hatten, ergab, konnte eine groß angelegte Untersuchung an 996 entwöhnungswilligen Raucherinnen keine Unterschiede zwischen Akupunktur- und Placebogruppe belegen (Clavel & Paolette, 1990).

Zur Wirksamkeit der Akupunktur siehe auch die Studie von Mac Hovec und Man (1978), bei der Gruppenhypnose mit Akupunktur verglichen wurde (Kapitel 4. 4. 2).

Auch homöopathische Medikamente werden zur Raucherentwöhnung eingesetzt; über eine mögliche Effektivität dieses Verfahrens gibt es derzeit jedoch keine verlässlichen Aussagen (Schoberberger & Kunze, 1999).

4. 2. 5 Computergestützte Verfahren und Raucherentwöhnung via Internet

Eine relativ neue Entwicklung stellt die Raucherentwöhnung mittels Computer und Internet dar: Ein computergestütztes Verfahren wurde auf der Basis des transtheoretischen Modells (Prochaska & DiClemente, 1992) entwickelt.

Die Raucherinnen werden anhand der von ihnen in periodischen Abständen zu beantwortenden Fragebogen einer der fünf Stufen der Veränderung (kein Problembewußtsein, Bewußtsein, Vorbereitung, Handlung, Aufrechterhaltung) zugeordnet und erhalten aus Textbausteinen zusammengesetzte briefliche Rückmeldungen, die der Phase, in der sie sich jeweils befinden, Rechnung tragen. Diese Briefe enthalten Informationen und Tipps für das weitere Vorgehen, zusätzlich werden Broschüren versandt (Martin-Diener et al., 1997, zitiert nach Schoberberger & Kunze, 1999).

Eine andere Variante stellt die Entwöhnung über das Medium Internet dar: Hier wird das Raucherentwöhnungsprogramm IQFL (Internet Quit for Life Programme) angeboten. Es handelt sich dabei um ein kognitives Gruppentherapieprogramm nach D. F. Marks, (1990; zitiert nach Schoberberger & Kunze, 1999) wobei die Gruppenteilnehmerinnen aus einem internationalen Kreis von Personen bestehen, die ebenfalls mit IQFL abstinent werden wollen. Die Gruppenmitglieder bereiten sich dabei gemeinsam auf den „D-Day“, an dem das Rauchen beendet werden soll, vor und ergreifen in einer zweiten Stufe Maßnahmen, die eine dauerhafte Abstinenz sichern sollen.

Über die Effizienz dieser Verfahren kann bislang noch keine eindeutige Aussage gemacht werden, unabhängig davon ist das Angebot solcher niederschwelliger Maßnahmen, mit denen eine große Anzahl Entwöhnungswilliger erreicht werden kann, sicherlich zu begrüßen.

4. 2. 6 Medikamentöse Behandlungsmethoden

Die medikamentöse Therapie der Raucherentwöhnung wurde in den vergangenen Jahrzehnten mit unterschiedlichen Präparaten untersucht. Am häufigsten eingesetzt und von der WHO empfohlen werden derzeit Nikotinersatzpräparate. Über das in Deutschland seit dem Jahr 2000 für die Raucherentwöhnung zugelassene Antidepressivum Bupropion liegen bislang nur wenige Studien vor; alle anderen Arzneimittel haben sich nicht bewährt oder sind ebenfalls noch nicht ausreichend untersucht (Haustein, 2001).

4. 2. 6. 1 *Nikotinsubstitution*

Die Substitution von Nikotin ist zur Milderung der Entzugserscheinungen vor allem für stark physisch abhängige Personen sinnvoll und wurde in den vergangenen zehn Jahren an fast 30 Millionen Raucherinnen angewandt, sowie an 34.800 Raucherinnen in etwa 180 Studien erprobt (zum Beispiel Batra, Schupp & Buchkremer, 1998). Das Verfahren kann also bedenkenlos durchgeführt werden, die langfristigen Abstinenzquoten bei einer alleinigen Nikotinsubstitutionsbehandlung liegen allerdings lediglich bei 15 Prozent (Mann, 1996). In Kombination mit einer anderen Behandlungsform steigert die Nikotinersatzbehandlung deren Effektivität jedoch um das zwei bis dreifache und ist damit als ein geeignetes Instrument der Raucherentwöhnung einzustufen (Haustein, 2001).

Nikotinkaugummi:

Im Vergleich mit einem Placebo-Nikotinkaugummi reduziert der Nikotinkaugummi die Rückfallquote signifikant (Puska et al., 1979; Schneider et al., 1977, 1983, 1984; Jarvis et al., 1982, zitiert nach Tölle, 1989). Sein Einsatz kann aber auch unerwünschte Wirkungen haben: Die Mundschleimhaut wird gereizt, er ist kontraindiziert bei Magengeschwüren und anderen dyspeptischen Syndromen, auch Zahnprothesenträgerinnen können den Kaugummi nicht benutzen, allerdings steht für den letztgenannten Personenkreis in Zukunft die Nikotinsublingualtablette zur Verfügung. Schwerwiegende Nebenwirkungen (Myokardinfarkte, Vorhofflimmern, Migräne, Hysterektomie etc.) wurden in den 90-er Jahren bei etwa 25 Millionen Behandlungen nur in 11 Fällen gemeldet; der kausale Zusammenhang zur Nikotinkaugummieinnahme ist hier jedoch nicht gesichert (Haustein, 2001).

Ein wesentlicher Nachteil des Nikotinkaugummis ist, dass der Suchtkreislauf (Entzugserscheinung tritt auf – Nikotin wird oral aufgenommen – Entzugserscheinung verschwindet) nicht unterbrochen wird. So erklärt sich die Tatsache, dass in seltenen Fällen ehemalige Raucherinnen eine „Nikotinkaugummisucht“ entwickeln und den Kaugummi über lange Zeiträume und in großen Mengen konsumieren.

Nasalspray:

Häufiger ist eine Suchtverlagerung auf das Nikotinersatzpräparat beim Nasalspray zu beobachten; allerdings behebt dieses durch die schnellere Anflutung craving-Effekte auch besonders gut. Viele Raucherinnen empfinden die Anwendung dennoch als subjektiv äußerst unangenehm, da der plötzliche Nikotinschub starkes Brennen in der Nase, ein dröhnendes Gefühl im Kopf, Nasenbluten und Niesattacken bewirken kann (Tölle, 1989).

Transdermale Nikotinzufuhr:

Beim Nikotinpflaster wird mithilfe eines transdermalen Liberationssystems (TTS) eine bis zu 24 Stunden konstante Wirkstoffabgabe erzielt. Im Gegensatz zu anderen Formen der Nikotinsubstitution gewährleistet das Nikotinpflaster damit die kontinuierliche Zufuhr von Nikotin, bei welcher der Kreislauf der oralen Nikotinaufnahme unterbrochen wird. Positiv ist außerdem die Möglichkeit der genauen Dosierung durch drei unterschiedliche Pflasterstärken und die leichte Handhabung zu bewerten.

Das Pflaster wird in der Regel morgens aufgeklebt und bleibt 24 Stunden am Körper. Wird das Pflaster jedoch nur 16 Stunden täglich getragen – da manche Patientinnen bei ununterbrochener Nikotinzufuhr nachts nicht schlafen können – beeinträchtigt dies die Wirkung nicht (Tonnesen et al., 1988; Daughton et al., 1991, 1999, zitiert nach Haustein, 2001). Die Verträglichkeit der Pflaster ist abgesehen von leichtem Brennen auf der Haut im allgemeinen sehr gut; lediglich, wenn zusätzlich geraucht wird, können Nikotinvergiftungserscheinungen auftreten, die für Gesunde jedoch ungefährlich und eventuell sogar im Sinne einer Aversionstherapie wirksam sind.

Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Nikotinpflasterbehandlung traten in Studien bei 20 Teilnehmerinnen der Verumgruppe und 13 Personen der Placebogruppe auf; die Symptome wie Kopfschmerz, allgemeines Unwohlsein, Schwindel und Erbrechen scheinen also möglicherweise eher dem Nikotinentzug als der Pflasterbehandlung zuzuordnen zu sein (Palmer et al., 1992; Fiore et al., 1994, zitiert nach Haustein, 2001).

4. 2. 6. 2 *Bupropion*

Eine noch recht neue Entwicklung stellt die Behandlung der Nikotinabhängigkeit mit einem seit Juli 2000 in Deutschland zugelassenen verschreibungspflichtigem Medikament dar. Bei dem in der BRD unter dem Markennamen „Zyban“ bekannten Präparat der Pharmafirma Glaxo Wellcome mit dem Wirkstoff Bupropion handelt es sich um ein Antidepressivum, das in den USA bereits seit 1997 zugelassen ist.

Die Vermutung, dass es sich hier um einen dem Suchtdruck entgegensteuernden Wirkstoff handeln könnte, kam aus der Beobachtung einer „Nebenwirkung“, die bei der Behandlung depressiver Patientinnen auftrat: Ein Teil der Behandelten hörte unter Einnahme des Medikaments spontan auf zu rauchen. In einer Studie wurden daraufhin 893 Raucherinnen systematisch untersucht: Diese wurden einer Placebo-, einer Nikotinpflaster-, einer Bupropion- und einer Kombinationsbedingung (Bupropion und Nikotinpflaster) zugeteilt. Nach einem Jahr waren 15,6 Prozent der Placebo- und 16,4 Prozent der Pflastergruppe nikotinfrei. Die Bupropion-Gruppe kam auf 30,3 Prozent und die Kombinationsgruppe sogar auf 35,5 Prozent Abstinente (dpa, 29.06.2000). Der Wirkmechanismus von Bupropion beruht vermutlich auf einer Erhöhung des Dopaminspiegels. Subjektiv erleben Raucherinnen, dass Zigaretten unter der Einnahme des Präparats unangenehm zu schmecken beginnen.

Die Reaktionen auf die „Pille gegen das Rauchen“ waren verständlicherweise zunächst euphorisch: Der Wunsch der meisten Raucherinnen, ohne unangenehme Entzugserscheinungen und ohne eigene Willensanstrengung abstinent zu werden, schien in Erfüllung gegangen zu sein: Innerhalb des ersten Jahres nach der Zulassung für den deutschen Markt nahmen 310.000 Menschen in Deutschland das Medikament ein. Bereits 14 Monate nach der Einführung gab es jedoch Meldungen über Todesfälle im zeitlichen Zusammenhang mit der „Zyban“-Einnahme: Das Berliner Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und die Arzneimittelkommission sprachen von fünf registrierten Todesfällen (dpa, 09.02.2002), betonten aber, dass ein ursächlicher Zusammenhang nicht gesichert sei und warnte gleichzeitig vor schweren Nebenwirkungen wie allergischen Reaktionen, Depressionen und Suizidalität, psychotischen Reaktionen, Krampfanfällen und Schlaflosigkeit. Zusammenfassend läßt sich festhalten, dass in der Raucherentwöhnung Bupropion zum gegenwärtigen Zeitpunkt therapeutische Alternativen mit besserem Sicherheitsprofil und gesicherter Wirksamkeit entgegenzustehen scheinen; eine endgültige Bewertung der Risiko-Nutzen-Relation durch die europäische Arzneimittelkommission steht aber noch aus.

Unzweifelhaft ist jedoch, dass in der Raucherentwöhnung das psychotherapeutische Vorgehen – eventuell kombiniert mit einer Nikotinsubstitution – bei erwiesenermaßen guten Erfolgsquoten ein geringeres Nebenwirkungsrisiko als die medikamentöse Variante aufweist. Aus psychologischer Sicht sollte die Behandlung mit Bupropion ebenso wie die im nächsten Abschnitt beschriebenen weiteren medikamentösen Verfahren deshalb in jedem Fall Patientinnen vorbehalten bleiben, bei denen nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden (eventuell kombiniert mit einer Nikotinsubstitution) bereits versucht wurden, aber erfolglos geblieben sind.

4. 2. 6. 3 Weitere medikamentöse Methoden

Die weiteren medikamentösen Behandlungsverfahren zur Raucherentwöhnung werden im Folgenden nur kurz zusammenfassend behandelt; für eine ausführliche Darstellung siehe Haustein (2001).

Antidepressiva: Außer Buprobion wurden auch Imipramin, Doxepin, Fluoxetin, Venlafaxin, Moclobemid und Nortriptylin zur Raucherentwöhnung eingesetzt. Insgesamt können diese Stoffe die Entwöhnung zwar unterstützen, ein eindeutiger Effekt konnte jedoch nur beim Wirkstoff Nortriptylin nachgewiesen werden. Wegen seiner unerwünschten Nebenwirkungen ist das Medikament dennoch nur als Mittel zweiter Wahl einzuordnen und in Deutschland nicht zur Raucherentwöhnung zugelassen.

Clonidin: Der antihypersiv wirkende α -Antagonist Clonidin ist für seine die Opiatabhängigkeit reduzierenden Eigenschaften bekannt und zeigte auch in der Raucherentwöhnung Effekte. Allerdings überwiegen auch hier die unerwünschten Nebenwirkungen (Sedierung, Mundtrockenheit). Das Medikament ist in Deutschland ebenfalls zur Raucherentwöhnung nicht zugelassen.

Mecamylamin: Hier handelt es sich um einen Nikotinantagonisten; die Nikotinwirkung und damit das Belohnungssystem wird durch Hemmung der nikotininduzierten Dopaminfreisetzung blockiert – in der Folge geht der Rauchwunsch zurück. In einer Studie (Rose et al., 1994, zitiert nach Haustein, 2001) erzielte die Kombination von Nikotin und Mecamylamin eine Abstinenzrate von 40 Prozent im Vergleich zu nur Mecamylamin (20 Prozent) und nur Nikotinbehandlung (15 Prozent). Die kombinierte Anwendung von Mecamylamin und Nikotin erwies sich also als vorteilhaft, allerdings sollten vor der umfassenden klinischen Anwendung noch größere Studien durchgeführt werden. In Deutschland ist Mecamylamin nicht zugelassen.

Tranquilizer, β -Rezeptorenblocker und Buspiron: Depressionen und Angst sind Symptome des Nikotinentzugs; deshalb wurde der Effekt anxiolytisch wirkender Medikamente in der Raucherentwöhnung untersucht. Die beiden Tranquilizer Meprobamat und Diazepam zeigten keine signifikanten Wirkungen, während die β -Rezeptorenblocker Metoprolol und Oxprenolol schwache Effekte hatten. Auch das atypisch wirkende Anxiolytikum Buspiron zeigte eine gewisse Wirkung, allerdings stehen auch hier größere Studien noch aus.

Lobelin: Das in seiner Wirkung dem Nikotin ähnliche Alkaloid Lobelin wurde früher zur Raucherentwöhnung eingesetzt; es existieren jedoch keine kontrollierten Studien, die eine Wirksamkeit belegen könnten.

4. 2. 7 Aversionstherapie

Den verschiedenen Formen der Aversionsbehandlung ist gemeinsam, dass das für die Raucherin angenehme Raucherlebnis mit einem unangenehmen Reiz gekoppelt und damit aversiv belegt werden soll. Um dieses Ziel zu erreichen, gibt es unterschiedliche Möglichkeiten:

Elektroschocks: Bei dieser inzwischen nicht mehr genutzten Methode erhielt die Raucherin zeitgleich mit dem Rauchen alle sechs Sekunden elektrische Impulse.

Rapid-Smoking: Hierbei wird durch schnelles Rauchen eine milde Nikotinüberdosierung mit unangenehmen Symptomen wie Schwindel und Übelkeit erzeugt. Grundsätzlich sollte die Methode nur bei medizinisch gesunden Personen angewandt werden, für Risikopatientinnen ist sie ungeeignet. Zu dieser aversiven Entwöhnungsvariante siehe auch die Studie von Barkley, Hastings und Jackson (1977) unter 4. 4. 2, bei der die Effekte des Rapid-Smoking mit denen der Gruppenhypnose verglichen wurden.

Sättigungsrauchen: Das „maximale“ oder „Sättigungsrauchen“ funktioniert nach demselben Prinzip wie das erwähnte Rapid-Smoking; die Überdosierung erfolgt hier jedoch durch den erhöhten Zigarettenkonsum. Auch hier gelten medizinische Kontraindikationen für bereits erkrankte Patientinnen.

Verdeckte Sensibilisierung: Diese Methode zählt ebenfalls zu den Aversionstherapien: Auslösende Momente für das Rauchverlangen werden mit angstbesetzten Elementen wie „Krebs“, „Raucherlunge“ oder „Beinamputation“ über Konditionierungsprozesse in der Vorstellung der Klientin verknüpft.

Weitere Methoden: Auch das verlängerte Halten des Rauchs im Mund (Kraft, 2000), verstärktes Paffen oder die Provokation von Hustenreizen gehören zu den aversiven Verfahren, allerdings haben sich diese als wenig wirksam herausgestellt.

Nach Haustein (2001) zeigte von allen aversiven Verfahren in Studien lediglich das übermäßige Rauchen einen gewissen Effekt. Da die Methode der Nikotinüberdosierung jedoch für Risikopatientinnen unter Umständen gefährvoll sein kann, wird sie kaum mehr eingesetzt. Auch im hypnotherapeutischen Setting wurden teilweise aversive Suggestionen verwendet; einige Studien dazu werden unter 4. 4. 4. 3 näher beschrieben.

4.3 Raucherentwöhnungsprogramme in Deutschland – ein Überblick

Wer sich mit Raucherentwöhnung beschäftigt, begegnet immer wieder Klientinnen, die entweder bereits Aufhörversuche bei teils prominenten Raucherentwöhnern hinter sich haben, oder aber wissen möchten, welche der auf dem Markt angebotenen Selbsthilfeprogramme zusätzlich hilfreich sein könnten. Deshalb soll im Folgenden ein kurzer, an eine Zusammenstellung der BZgA (2000) angelehnter tabellarischer Überblick über Raucherentwöhnungsprogramme in Deutschland gegeben werden. Die Angebote wurden unterteilt in Selbsthilfemaßnahmen (Tabelle 2) und Behandlungsprogramme (Tabelle 3).

Da dies den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen würde, werden die Maßnahmen nicht detailliert beschrieben, sondern lediglich einige zusammenfassende Bemerkungen zum nachgewiesenen Erfolg (sofern vorhanden) und zu ihrer Seriosität und Glaubwürdigkeit gemacht. Allerdings muß hierzu vermerkt werden, dass das Programm des AK Raucherentwöhnung in Tübingen die einzige hier beschriebene Selbsthilfemaßnahme darstellt, deren Wirksamkeit wissenschaftlich belegt ist. Bei den Behandlungsprogrammen fand eine systematische Evaluierung in immerhin sechs Fällen statt (Bölskei, BZgA, Nachfolgeprogramm des 5-Tage-Plans, Kraft, Salmen/Klein und Unland). Allerdings entspricht die Qualität dieser Studien nicht den internationalen Standards, da keine Kontrollgruppendesigns zur Anwendung kamen.

Weil eine einheitliche Bewertung nach dem Kriterium der Effektivität somit schwierig ist, gewinnen andere Kriterien, wie Seriosität, Glaubwürdigkeit und Transparenz zusätzlich an Bedeutung. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil unrealistische Versprechungen dem öffentlichen Ruf der Programme zur Raucherentwöhnung schaden. In einer Zeit, in der die Etablierung von Raucherentwöhnungsverfahren im Rahmen der Gesundheitsversorgung angestrebt wird, sollte dies deshalb unbedingt vermieden werden.

Die beiden größten Gruppen der beschriebenen Programme bedienen sich entweder kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren oder arbeiten „suggestiv“ mit „Tiefenentspannung“ beziehungsweise bezeichnen sich als NLP-Programme. Obgleich hier ein Zusammenhang mit hypnotherapeutischen Methoden gesehen werden kann, bezeichnet sich keines der Programme als explizit hypnotherapeutisch. Hypnotherapeutische Ansätze werden daher im Kapitel 4.4 näher erläutert.

Autoren	Titel	Medium	Bewertung
Arbeitskreis Raucherentwöhnung in Tübingen	<i>Nichtraucher in 6 Wochen</i> : Ein Selbsthilfeprogramm für alle, die das Rauchen aufgeben wollen.	Buch	Das Selbsthilfeprogramm des AKR hat sich in verschiedenen Studien als effektiv erwiesen. Es werden keine unrealistischen Versprechungen gemacht, der theoretische Hintergrund sowie die praktische Vorgehensweise werden gut verständlich dargestellt.
Beier, W. (1992)	<i>Kein Verlangen mehr nach Zigaretten.</i> <i>Ohne Rauchen das Leben meistern.</i>	Tonkassette mit Begleitheft	Die Wirkmechanismen werden nicht erläutert, allerdings wird darauf hingewiesen, dass keine Garantien übernommen werden können.
Besser-Siegmund, C. (1996)	<i>Das Rauchen aufgeben.</i> NLP – Das Psycho-Power-Programm.	Taschenbuch	Dauer, Zeitaufwand und Wirkmechanismen werden erläutert und unrealistische Versprechungen vermieden.
Bick, M. (1997)	<i>Nie wieder Zwanzig Wege mit dem Rauchen aufzuhören.</i>	Taschenbuch	Das Buch enthält Interviews zum Thema Rauchen und Nichtrauchen und kann eventuell eine Entscheidungshilfe bieten. Hilfestellungen bei der Entwöhnung werden, andes als vom Titel suggeriert, nicht gegeben.
BZgA (1999)	<i>Ja – ich werde rauchfrei</i>	Broschüre	Aufmachung und Zielsetzung wirken seriös und glaubwürdig.
BZgA (1999)	<i>Rauchfrei für mein Baby</i>	2 Broschüren	Die Broschüren wurden im Rahmen eines wissenschaftlich evaluierten Projekts entwickelt und auf ihre Akzeptanz hin untersucht.
Carr, A. (1997)	<i>Endlich Nichtraucher!</i> Der einfachste Weg, mit dem Rauchen Schluss zu machen.	Buch	Zu Beginn des Buches wird angekündigt, dass die Methode sofort und dauerhaft wirkt und dass die Teilnehmerinnen an Gewicht nicht zunehmen werden. Diese Aussagen erscheinen zweifelhaft. Das Buch kann die Motivation, aufzuhören, stärken; Anleitungen zur Verhaltensmodifikation werden jedoch nicht gegeben.
Dahlke, R. (1989)	<i>Rauchen.</i> Heilmeditationen mit Musikuntermalung.	Tonkassette	Es werden keine unrealistischen Erfolge versprochen, allerdings fehlen genaue Angaben zu Zielgruppe, Zeitaufwand oder Zielen des Programms.
Drews, U. (1997)	<i>Das Rauchen aufgeben.</i> Entwöhnung mit Autohypnose als Weg zum Erfolg. Die ganzheitliche Methode.	Audio-CD mit Begleitheft	Ungünstig auf die Glaubwürdigkeit wirkt sich aus, dass das CD-Booklet einen Hinweis auf „NICOGreen-Tee“ enthält, ohne dass klar wird, welcher Zusammenhang zwischen diesem Tee und dem Aufhören besteht. Irreführend ist auch der Untertitel „Die ganzheitliche Methode“, da bei weitem nicht alle Ebenen der Raucherentwöhnung thematisiert werden.
Enkelmann, N. B. (1997)	<i>Raucherentwöhnung</i> Vom Raucher zum konsequenten Nichtraucher.	Tonkassette mit Begleittext	Es werden klare Angaben zum Gebrauch des Handbuchs gemacht und darauf verwiesen, dass der wichtigste Schritt die eigenverantwortliche Umsetzung in der Praxis sei. Nur auf der Rückseite des Deckblatts ist allerdings vermerkt, dass beide Kassettenseiten identisch sind.
Freitag, E. F. (1995)	<i>Nichtraucher.</i> Gesünder und freier leben ohne zu rauchen.	2 Tonkassetten mit Begleittext	Dauer, Zeitaufwand, Handhabung und Wirkmechanismen bleiben unklar. Konkrete Hilfestellungen werden nicht gegeben.

Grün, H. (1990)	<i>Einfach zuhören – und Nichtraucher werden.</i>	2 Tonkassetten	Das Programm wird als „außergewöhnlich“ und als „der einzig dauerhaft Erfolg versprechende Weg“ beschrieben. Gleichzeitig wird für weitere Titel des Autors geworben, die mit den gleichen Mitteln unterschiedliche Probleme lösen sollen.
Heese, C. (1998)	<i>Ab heute Nichtraucher!</i> Der beste Weg, Buch das Rauchen aufzugeben.	Buch	Es werden keine unrealistischen Erfolge versprochen; insgesamt wirkt das Programm seriös und glaubhaft. Wirkmechanismen, Ziele und Zielgruppe werden erklärt und dargelegt.
Herzog, D. (1997)	<i>Mentales Nichtrauchertraining</i>	Buch	Hier werden unrealistische und unhaltbare Versprechungen gemacht („Mit dieser Methode treten keine Entzugserscheinungen auf. Sie werden nicht rückfällige“).
Herzog, D. (1997)	<i>Mentales Nichtrauchertraining</i>	2 Audio-CDs bzw. Tonkassetten mit Begleittext	Es bleibt unklar, inwieweit das Hören der CD alleine wirksam sein soll, da in der Broschüre ausdrücklich empfohlen wird, zusätzlich das Buch zu lesen.
Hinkelmann, K.G. (1998)	<i>Besser leben – endlich Nichtraucher.</i> Das Fünf-Schritte-Programm für alle, die mit dem Rauchen aufhören wollen.	Buch	Das Buch wirkt seriös und glaubhaft; es wird nichts Unrealistisches versprochen. Das Programm selbst wurde nicht evaluiert, aus der Literatur ist jedoch bekannt, dass kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme grundsätzlich effektiv sein können.
Jacobson, B. (1985)	<i>Lachkeller.</i> Warum Rauchen eine Frauen-Frage ist.	Buch	Das Buch gibt wenig konkrete Tipps, sondern beschreibt eher verschiedene Möglichkeiten, das Rauchen zu beenden.
Kraft, D. (1993)	<i>Audiotherapie 4. Nichtraucher werden leicht gemacht.</i>	Tonkassette	Im Großen und Ganzen werden keine unrealistischen Versprechungen gemacht, es wird lediglich angekündigt, das Programm könne eine Hilfe und Erleichterung sein.
Krispien, E. (1997)	<i>Die sieben Stufen: Eine Einweihungsweise: Raucher-Entwöhnungs-Meditation. Meditation zur Überwindung jeder Art von Sucht.</i>	Tonkassette	Unrealistische Erfolge werden versprochen, und es gibt wenig konkrete Information. Das Programm ist stark esoterisch gefärbt.
Lerner, S. (1997)	<i>Nichtrauchen beginnt im Kopf.</i>	Taschenbuch	Das Programm wirkt seriös und glaubhaft. Es werden keine unrealistischen Versprechungen gemacht. Die Wirkungsweise wird klar erläutert.
Liebl, H. (1997)	<i>CD-ROM Für 14. In 14 Tagen zum Nichtraucher.</i>	CD-Rom mit Benutzerinfo	Teilweise werden falsche Erwartungen geweckt: „Aufhören ohne Entzugserscheinungen.“
McFarland, J. W. & Folkenberg, E. J. (1997)	<i>Wie Sie in fünf Tagen das Rauchen aufgeben.</i>	Buch	Das Programm ist sehr verbreitet und hat einen religiösen Hintergrund, allerdings ohne dass mit dem Verkauf des Buches unmittelbare religiöse Interessen verbunden zu sein scheinen. Insgesamt wirkt das Buch seriös.
Merkle, R. (1995)	<i>Nie mehr rauchen.</i> Ein Schritt-für-Schritt-Programm zur erfolgreichen Raucherentwöhnung.	Buch	Dauer und Zeitaufwand des Programms bleiben unklar; falsche Erwartungen werden aber nicht geweckt.

Mohl, H. (1995)	<i>Rauchen? Der erfolgreiche Ausstieg.</i>	Buch		Vor allem wegen der umfangreichen Informationen und zahlreicher Auszüge aus wissenschaftlichen Untersuchungen wirkt das Programm sehr seriös.
Prischel-Walz, G. (1985)	<i>Raucher für Raucher, die sich entschlossen haben, endgültig das Rauchen aufzugeben.</i>	Buch		Das Heft informiert objektiv über verschiedene Methoden der Raucherentwöhnung, ist jedoch veraltet, da die Nikotinsubstitution nicht erwähnt wird.
Rhls, M. & Lotti, H. (1993)	<i>Frei vom Rauchen. Gezielt aufhören – und das Leben neu genießen.</i>	Buch		Das Buch wurde im Rahmen eines Forschungsprojekts erstellt. Zur Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Elemente, mit denen gearbeitet wird, liegen klare Hinweise vor.
Schneider, K., Dolke, G. & Damme, U. (1995)	<i>Von der Last zu rauchen zur Last gesund zu werden. NLP – Ein Weg zu mehr Gesundheit.</i>	Tonkassette mit Begleitheft		Es wird dargestellt, dass das Programm bei sehr starken Raucherinnen nur eingeschränkt wirksam ist. Wirkmechanismen, Zielgruppen, Dauer und Handhabung werden klar erläutert.
Stein, A. (1992)	<i>Raucherentwöhnung. Stereo-Tiefensuggestion.</i>	Audio-CD mit Begleitheft		Suchtraucherinnen wird empfohlen, neben der CD zusätzliche Hilfsmöglichkeiten zu nutzen. Wirkung, Handhabung und Zielsetzung werden transparent gemacht.
Stein, A. (1994)	<i>Raucherentwöhnung</i>	Tonkassette mit Begleitheft		Noch deutlicher als im CD-Begleitheft wird darauf hingewiesen, dass die Methode vor allem zur Unterstützung anderer Verfahren dienen soll. Aus dem Titel ist dies allerdings nicht ersichtlich.
Trendelenburg, F. & Kessler, B. (1988)	<i>Schluss mit dem Rauchen!</i>	Buch		Das Buch wurde im Rahmen eines wissenschaftlichen Projekts erstellt. Es basiert auf verhaltenstherapeutischen Wirkfaktoren.
Ulene, A. & Sachs D. P. (1993)	<i>Die letzte Zigarette.</i>	Videokassette		Das Programm wurde in Zusammenarbeit mit der American Medical Association erstellt und wirkt sehr seriös und glaubhaft.
Walter, M. (1996)	<i>Nichtraucher in 30 Tagen. Das mentale Erfolgssystem, um mit dem Rauchen Schluss zu machen. Auf einfache Art – Für immer.</i>	2 Tonkassetten mit Buch		Das Programm besitzt eine hohe Transparenz; es wird klar dargestellt, was von den Teilnehmerinnen erwartet wird. Allerdings werden auf dem Einband unrealistische Versprechungen gemacht.
Wienand, H. (1994)	<i>Unsere alltäglichen Sübhe. In 30 Tagen frei von Abhängigkeiten: Essstörungen, Alkohol, Rauchen, Medikamente.</i>	Buch		Es werden keine falschen Erwartungen geweckt; das genaue Vorgehen und die Wirkmechanismen bleiben jedoch unklar.

Tabelle 2: Liste deutschsprachiger Selbsthilfeprogramme (BZgA, 2000)

Autormen	Titel	Angebot/Materialien	Bewertung
Basler et al. (1993)	<i>Gift gelohnt aufhören. Nichtraucher leicht gemacht</i>	Gruppenprogramm; Kursleiternmanual, Teilnehmermaterialien	Zur Zeit wird das Programm nicht mehr angeboten. Es handelte sich um ein Gruppentraining, das verhaltenstherapeutische Ansätze und die Verwendung von Nikotinkaugummis verband. Eine kleine Evaluationsstudie (n = 20) ergab 78 Prozent Abstinenz bei Kursende.
Böleskei et al. (1995)	<i>Raucherentwöhnung</i>	Gruppenprogramm; unveröffentlichte Aufzeichnungen	Das verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm wird kontinuierlich evaluiert. Bei der 12-Monatskatarnese liegt die Abstinenzrate bei 30 – 44 Prozent.
BZgA/HFI Institut für Therapieforschung (1997)	<i>Eine Chance für Raucher. Rauchfrei in 10 Schritten</i>	Kursangebot; Kursleiternmanual; Kursleiterschulungen; Teilnehmermaterialien	Das Vorgängerprogramm <i>Nichtraucher in 10 Wochen</i> war das erste verhaltenstherapeutische Gruppenprogramm zur Raucherentwöhnung in der BRD und sehr verbreitet. Es handelt sich um ein kognitiv-verhaltenstherapeutisch multimodales und systematisch evaluiertes Programm.
Carr, A. (1983/1993)	<i>Allen Carr's Easyway – einfach Nichtraucher</i>	Kursangebot; Informationsproschüre	Nach Berichten von Kursteilnehmerinnen erfolgt sechs Stunden lang eine Art Gehirnwäsche, deren Inhalt etwa vergleichbar mit dem des Buchs von Allan Carr ist (<i>Endlich Nichtraucher</i> , siehe Seite 83).
Deutscher Verein für Gesundheitspflege (1995)	<i>Endlich frei!</i>	Seminarangebot, Kursleiterschulungen; Kursleiternmanual, Teilnehmermaterialien	Es handelt sich hier um die Weiterentwicklung des bekannten und gut evaluierten 5-Tage-Plans. Der Träger des Deutschen Vereins zur Gesundheitspflege ist die freikirchliche Gemeinschaft der Siebenten-Tags-Adventisten. Der starke religiöse Bezug ist dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programm auch deutlich anzumerken.
Hirzel, G. & Schippers, R. (1985)	<i>Mit leichten Schritten zur letzten Zigarette</i>	Kursangebot; Teilnehmermaterialien	Das kognitiv-verhaltenstherapeutische Kursprogramm setzt den Schwerpunkt auf körperliche Bewegung und richtet sich auch an Raucherinnen, die ihren Konsum zunächst nur reduzieren wollen. Das Programm wird im Rahmen eines Projekts der AOK Mettmann und des Instituts für Therapieforschung wissenschaftlich begleitet.
Kraft, D. (1995)	<i>Endlich Nichtraucher!!</i>	Seminarangebot	Die 2-stündigen Seminare des Hypnotherapeuten Dieter Kraft sind in Deutschland sehr bekannt. Er bietet Tiefenentspannung mit verhaltenstherapeutischen Elementen an. Eine Diplomarbeit zur Wirksamkeitsüberprüfung ergab Abstinenzraten von circa 30 Prozent nach sieben Monaten.
Salmen, S. & Klein, K. (1995)	<i>Raucherentwöhnung im Betrieb</i>	Kursangebot; Kursleiternmanual, Teilnehmermaterialien	Es handelt sich um ein evaluiertes verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm mit Nikotinsubstitution. Als zusätzliche Unterstützung werden Entspannungsverfahren eingesetzt. Das Programm ist für die betriebliche Gesundheitsversorgung konzipiert.
Umland, H. (1995)	<i>Wir gewöhnen uns das Rauchen ab - wieder frei und selbstbestimmt leben</i>	Kursangebot; Kursleiternmanual, Teilnehmermaterialien	Das Programm verbindet kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie mit transdermalen Nikotinsubstitution und wurde auf seine Wirksamkeit überprüft.

Tabelle 3: Liste deutschsprachiger Behandlungsmaßnahmen (BZgA, 2000)

4.4 Hypnose in der Raucherentwöhnung

Der erste Bericht zur Verwendung von Hypnose in der Raucherentwöhnung wurde 1847 von Morley veröffentlicht. Er beschreibt in einem Artikel zum „Animalischen Magnetismus“, wie der in Massachusetts ansässige Arzt Robbins posthypnotische und aversive Suggestionen zur Raucherentwöhnung bei zwei Klienten erfolgreich eingesetzt habe (Gravitz, 1991).

4.4.1 Meta-Analysen zur Effektivität hypnotherapeutischer Raucherentwöhnung

Leider wird außerhalb der hypnotherapeutischen Literatur Hypnose als Verfahren zur Raucherentwöhnung meist lediglich mit dem Hinweis, es lägen keine hinreichend evaluierten Studien vor, kurz erwähnt (BZgA, 2000; Haustein, 2001; Fiore et al, 1996). Tatsächlich aber wurde der Einsatz von Hypnotherapie bei der Raucherentwöhnung bereits relativ häufig erforscht und zahlreiche Studien belegen die Effektivität der hypnotherapeutischen Behandlung in diesem Anwendungsfeld (vgl. dazu 4.4.2).

Der Vorwurf, die Studien hielten strengen wissenschaftlichen Kriterien nicht stand, muß freilich teilweise als berechtigt angesehen werden; allerdings gibt es auch sehr methodenkritische Arbeiten zur hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung wie das Review von Green und Lynn (2000). Da die Kritik am methodischen Vorgehen aber häufig auch für Arbeiten außerhalb des hypnotherapeutischen Settings zutrifft, soll diese 4.5.2 eingehender erläutert werden.

Auffällig sind die starken Unterschiede bezüglich der Einschätzung der Effektivität; so berichten Revenstorf & Prudlo (1994) in ihrem Artikel über die wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose über im Schnitt 34 Prozent Abstinenz bei 21 zugrunde liegenden Studien, während eine Übersicht von Zeig (Revenstorf, 1993) von einem durchschnittlichen Erfolg von 64 Prozent ausgeht. Agee (1983) beschreibt in ihrer Metaanalyse 16 amerikanische Studien zur Behandlung von Raucherinnen und berechnet eine Abstinenzrate zwischen 4 – 88 Prozent.

Holroyd (1980) vergleicht in einem Übersichtsartikel 17 Studien zur hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung – das Ergebnis ist eine durchschnittlichen Erfolgsquote von 48 Prozent.

Schulte und Hueber (2000) stellen in einer Literaturübersicht 26 Studien zur hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung vor, die seit 1983 veröffentlicht wurden. Hier ergab sich bei einem mittleren follow-up-Zeitraum von 9,5 Monaten eine Variation der Abstinenzraten zwischen null und 86,5 Prozent. Im Durchschnitt wurde eine Erfolgsquote von 28,7 Prozent (n-gewichtet) erreicht.

Eine neuere Übersicht von Gerl & Freund (2001) geht von einer Abstinenzrate von circa 25 Prozent aus, was etwa dem Mittelwert aller professioneller Entwöhnungshilfen entspräche. Hierbei sollte aber auch berücksichtigt werden, dass es sich beim Rauchen nicht um ein bloßes Verhaltens-, sondern um ein Suchtproblem handelt (Peele, 1985; Koop, 1988; Wise, 1988; Russell, 1990, zitiert nach Gerl & Freund, 2001): Für eine Suchttherapie aber sind diese 25 Prozent ein beachtlicher Erfolg.

Die insgesamt sehr unterschiedlichen Erfolgsangaben im Bereich der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung sind auf folgende Faktoren zurückzuführen:

- Es werden unterschiedliche Kriterien für den Behandlungserfolg zugrunde gelegt: Teilweise zählen auch Klientinnen, die ihren Konsum nur reduziert haben, zu den erfolgreich Behandelten, oder aber es wird bereits das zeitweilige Beenden, anstelle des langfristigen Freibleibens vom Rauchen als Erfolgskriterium angesetzt.
- Ebenso werden die Daten zum Drop-out unterschiedlich behandelt: In einigen Studien gehen alle Teilnehmerinnen, die sich zum Katamnesetermin nicht mehr melden, als Nichtabstinente in die Berechnungen ein, in anderen Studien zählen diese Personen als Drop-outs oder werden gar nicht mehr erwähnt.
- Auch die starken Unterschiede in der Dauer der Katamnesezeiträume tragen wesentlich zu der großen Spanne zwischen den einzelnen Effizienzeinschätzungen bei.
- Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Vorselektion der Teilnehmerinnen über die Art der Anwerbung oder über die sogenannten „Abstinenztage“; ein Zeitraum von einigen Tagen vor Behandlungsbeginn, während derer nicht geraucht werden darf. Wenn Klientinnen, die sich an diese Vorgabe nicht gehalten haben, nicht weiter behandelt werden und auch nicht als Drop-outs oder Nichtabstinente in die Studie eingehen, hat dies eine deutlich höhere Abstinenzrate zur Folge.

4. 4. 2 Studien zur hypnotherapeutische Raucherentwöhnung

Die im Folgenden aufgeführten Studien sollen einen Überblick über den Forschungsstand zum Thema hypnotherapeutische Raucherentwöhnung geben.

Nuland & Field (1970) entwickelten eine neue Behandlungsmethode für klinische Patienten im Einzelsetting und verglichen diese mit ihrer eigenen älteren Methode, bei der die Therapeutinnen eine eher kontrollierende und beherrschende Funktion ausgeübt hatten. Beim nun angewandten Verfahren wurden die Klientinnen in der Anwendung von Selbsthypnose und Entspannungsverfahren

ren geschult, in der Trance wurden unbewußte Motive für das Rauchen exploriert und Imaginationen für den „Kampf gegen das Gift“ entwickelt. Nach sechs Monaten hatten 60 Prozent der Patientinnen bei dem neuen Verfahren das Rauchen aufgegeben, während nach der alten Methode nur 25 Prozent der Patientinnen erfolgreich waren (Nuland & Field, 1970).

Spiegel führte 1970 eine Gruppenbehandlung mit Hypnose an insgesamt 615 Klientinnen durch, die alle bereits mehrere erfolglose Abstinenzversuche hinter sich hatten. Die Behandlung bestand aus nur einer Sitzung, die folgende Elemente enthielt:

1. Testung der Klientinnen mit dem hypnotischen Induktionsprofil (HIP). Diese Standardmethode wurde von Spiegel & Spiegel entwickelt und beginnt mit dem Augenrolltest: Die Patientinnen werden gebeten, langsam die Augäpfel bei geöffneten Lidern nach oben zu rollen. Ist dabei fast nur noch das Weiße des Augapfels zu sehen, deutet dies auf eine hohe Hypnotisierbarkeit hin. Anschließend wurde eine Handlevitation induziert. Diese Standardinduktion diente einerseits zur Erfassung der Suggestibilität, andererseits zum Erlernen von Selbsthypnose.
2. Nachdem sich die Patientin in Trance befand, wurde sie gebeten, sich auf drei Basissätze zu konzentrieren: „1. For your body smoking is a poison. 2. You cannot live without your body. 3. You are in truth your body's keeper.“ (vgl. auch 4. 4. 4. 3).
3. Die drei standardisierten Punkte wurden ständig – auch in der Selbsthypnose – wiederholt. Diese sollte von den Klientinnen als Hausaufgabe bis zu zehnmal am Tag durchgeführt werden.

Nach sechs Monaten meldeten sich 44 Prozent zurück, von denen 44 Prozent abstinent waren.

1970 erschien auch eine bis heute nicht replizierte Studie von Kline. Er behandelte seine Klientinnen zwölf Stunden ohne Unterbrechung in der Gruppe; die Teilnehmerinnen durften den Raum nur verlassen, um zur Toilette zu gehen. Außerdem durften sie 24 Stunden vorher nicht rauchen. Das beachtliche Resultat dieser Behandlung: Von 60 Klientinnen, von denen jeweils zehn zu einer Gruppe gehörten, waren nach einem Jahr noch 88 Prozent abstinent. Zudem zeigten sich in den Phasen der hypnotischen Entspannung die für den Entzug typischen Unregelmäßigkeiten des Ausatemungsmusters der Raucherinnen – gemessen durch einen Polygraphen – signifikant verbessert.

Einen völlig anderen Schwerpunkt legten Pederson, Scrimgeour und Lefcoe (1975): Sie verglichen „Hypnose“ mit „Beratungsgespräch“ jeweils im Gruppensetting, außerdem gab es eine unbehandelte Kontrollgruppe. Die Klientinnen (n = 48) wurden per Zufall den einzelnen Gruppen

zugeordnet. Die Beratungsgespräche zum Thema Nichtrauchen fanden sechs Wochen lang wöchentlich statt, in der Hypnosebedingung gab es dagegen nur eine einzige Sitzung.

Die Autoren berichteten folgende Ergebnisse: Nach drei Monaten waren 56 Prozent in der Hypnosegruppe abstinent, während dies bei nur elf Prozent in der Beratungsgruppe der Fall war. In der Wartelisten-Kontrollgruppe hörte niemand mit dem Rauchen auf. Die Katamnese nach 10 Monaten ergab, dass die Abstinenzrate in der Hypnosegruppe mit 50 Prozent etwa konstant blieb, während sämtliche Probandinnen der beiden anderen Gruppen wieder rauchten.

Perry und Mullen (1975) behandelten 38 Klientinnen nach Spiegels Methode im Einzelsetting, nach drei Monaten waren 13 Prozent abstinent.

Watkins (1976) beschrieb eine an Nuland und Field (1970) angelehnte individualisierte Behandlungsmethode speziell für Collegestudentinnen. Sie vermied bewußt das Wort Hypnose, um Vorurteile zu umgehen, verwendete jedoch hypnotherapeutische Verfahren wie Handlevitation, Augenfixation, sowie individualisierte Suggestionen. Nach Beendigung der fünf Behandlungssitzungen waren 58 Prozent der 48 Klientinnen abstinent. Beim follow-up nach sechs Monaten reduzierte sich die Erfolgsquote auf 50 Prozent.

Einen Vergleich verschiedener Verfahren führten Barkley, Hastings und Jackson (1977) in einem Gruppenprogramm durch: Sie untersuchten den Effekt des Schnellrauchens und die Technik der Hypnose. In der Kontrollgruppenbedingung wurden „Anti-Raucher-Filme“ vorgeführt und anschließend diskutiert. Die Behandlung erstreckte sich über zwei Wochen, in denen sieben Sitzungen abgehalten wurden. Dabei wurden jeweils die ersten und die letzten 15 Minuten der Sitzungen in allen Untersuchungsbedingungen identisch gestaltet; lediglich die dazwischen liegenden 30 Minuten unterschieden sich. In der Bedingung „Schnellrauchen“ hielten sich die Probandinnen in einem kleinen Raum auf und bekamen alle zehn Sekunden den Befehl, an der Zigarette zu ziehen, in der Hypnosegruppe erhielten sie eine Entspannungshypnose unter Einbeziehung von Körperempfinden und einer Handlevitation (siehe auch Hall und Crasilneck, 1970). Die Ergebnisse dieser Studie waren: Nach neun Monaten 25 Prozent Abstinenz in der Hypnosebedingung, 42 Prozent in der Rapid-Smoker-Bedingung und null Prozent in der Kontrollgruppenbedingung.

Sanders (1977) setzte in einer interessanten Studie die gegenseitige Hypnose in der Gruppe als herausragendes Element in ihrer Behandlung von Raucherinnen ein; jede Teilnehmerin sollte einer anderen Teilnehmerin eine Suggestion zum Thema Nichtrauchen vorgeben. In jeder Sitzung wiederholten sich außerdem folgende Behandlungsschritte:

1. Ein Brainstorming zum Thema „Nichtraucherin werden oder es schon sein“.
2. Eine Zeitprogression und Imagination in die Zukunft.
3. Ein hypnotischer Traum mit folgendem Inhalt: Ein Weg teilt sich, und zwei Richtungen bieten sich an: Ein Raucherweg und ein Nichtraucherweg. Dieser hypnotische Traum wird gleichzeitig als Motivationsvariable benutzt.
4. Die Imagination, Nichtraucherin zu sein.
5. Ein Selbsthypnosetraining, um zu Hause üben zu können.

Die Gruppen mit jeweils vier Teilnehmerinnen hatten wöchentlich zwei Sitzungen über einen Zeitraum von vier Wochen. Das Ergebnis: Nach 10 Monaten waren 68 Prozent der Behandelten abstinent.

Shewchuk (1977) verglich die Wirksamkeit von Gruppentherapie, Individualtherapie mit Hypnose und Individualtherapie ohne Hypnose. Er behandelte 44 Klientinnen nach der Methode von Spiegel. Die Einjahres-Katamnese ergab eine Abstinenzrate von 17 Prozent.

Eine recht geringe Erfolgsquote ergab auch die Studie von Perry et al. (1979): Sie behandelten 26 Personen im Einzelsetting, von denen nach Ablauf von drei Monaten nur vier Prozent abstinent waren.

Ein etwas erweitertes Angebot machten Berkowitz et al. (1979) ihren Klientinnen: Sie behandelten 40 Personen in Einzelsitzungen nach Spiegels Methode; wer Schwierigkeiten bei der Bewältigung der Hausaufgaben hatte, konnte jedoch kostenlos weitere Behandlungen in Anspruch nehmen. Bei dieser Studie ergab sich nach sechs Monaten eine Abstinenzrate von 20 Prozent.

Mac Hovec und Man (1978) verglichen Hypnotherapie mit Akupunktur. Dabei prüften die Autoren neben der korrekten Akupunktur auch eine Placebo-Akupunktur und unterteilten die Hypnose-Bedingung in Gruppen- und in Einzelhypnose. Die Kontrollgruppe stellte eine unbehandelte Gruppe dar. Die Resultate nach sechs Monaten ergaben, dass die individuelle Hypnosebedingung am erfolgreichsten war (Individual-Hypnose 83 Prozent, Gruppenthypnose 50 Prozent, Akupunktur 75 Prozent, Placebo-Akupunktur 25 Prozent und Kontrollgruppe 17 Prozent Abstinente). Die Aussagekraft der Ergebnisse wird allerdings durch die Tatsache eingeschränkt, dass auch Probandinnen, die ihren Konsum lediglich reduziert hatten, als Abstinente aufgeführt wurden.

Stanton (1978) entwickelte eine spezielle Behandlungsform der Raucherentwöhnung mit Hypnose, die aus nur einer Sitzung besteht. Sie enthält folgende Elemente:

1. Aufbau eines guten Rapports und Schaffung einer günstigen „geistigen Lage“ bei der Klientin.
3. Induktion der Hypnose.
4. Ich-Stärkung unter Berücksichtigung der individuellen Gründe, das Rauchen zu beenden.
5. Standardisierte Suggestionen bezüglich des Rauchens.
6. Red- Ballon- Technik. Diese Technik wurde von Walch (1976) beschrieben und war zunächst dazu gedacht, Patientinnen von ihren Schuldgefühlen zu befreien (vgl. 4. 4. 4. 4).
7. Imagination des Erfolges: Die Klientin stellt sich eine in der Mittel geteilte Tafel vor. Auf der linken Seite der Tafel notiert sie alle Gründe, die für das Rauchen sprechen und radiert sie anschließend wieder aus. Auf der rechten Seite werden alle Gründe gegen das Rauchen notiert, und bleiben dort stehen. Dieser Vorgang wird mehrfach wiederholt.

Von 75 Patienten, die mit dieser Methode behandelt worden waren, gaben 45 das Rauchen auf. Sechs Monate nach der Behandlungssitzung waren 34 Patientinnen (45 Prozent) noch immer Nichtraucherinnen.

In einer kontrollierten Studie (Javel, 1980) wurden 30 Raucherinnen entweder mit Hypnotherapie oder Suggestionen ohne Hypnose behandelt, oder einer Warteliste-Kontrollgruppe zugeordnet. Die beiden Behandlungsgruppen erhielten jeweils eine einstündige Sitzung und wurden im Anschluß telefonisch über einen Zeitraum von drei Monaten befragt. 60 Prozent der mit Hypnose behandelten sowie 40 Prozent der mit einfachen Suggestionen behandelten Probandinnen, aber keine Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe waren abstinent: Die beiden Experimentalgruppen waren der Kontrollgruppe signifikant überlegen.

Eine aufwendige Studie mit 307 Klientinnen führten Barabasz, Baer, Sheehan und Barabasz (1984) durch: Bei dieser Studie wurde die Methode der beschränkten Umweltstimulationstherapie – „restricted environmental stimulation therapy“ (REST) – eingesetzt. Die Hypnose fand für einen Teil der Probandinnen in der Gruppe und für den anderen Teil als individuelle Behandlung statt. Sie bestand aus zwei Maßnahmen: a) Eine Hypnoseseitzung und b) eine Audiohypnosekassette, die zu Hause gehört werden sollte. Die Ergebnisse nach 19 Monaten zeigten, dass die Bedingung einer individuellen Hypnoseseitzung in Kombination mit ein bis drei Sitzungen, während derer die Klientin in einem Absorptionstank saß und über einen Kopfhörer hypnotische Suggestionen zum Nichtrauchen (Spiegel & Spiegel, 1978) hörte, mit 47 Prozent Abstinenten die erfolgreichste war.

Auch Rabkin (1984) führte eine Studie anhand einer größeren Stichprobe durch (n = 140). Die Klientinnen wurden mit Hypnose, Psychoedukation oder einem Programm zur Verhaltensmodi-

fikation behandelt, beziehungsweise der Wartelisten-Kontrollgruppe randomisiert zugewiesen. Nach sechs Monaten waren in den Behandlungsgruppen 24 bis 36 Prozent abstinent, während die Teilnehmerinnen der Kontrollgruppe ihr Rauchverhalten nicht änderten. Rabkins Untersuchung stellt eine der wenigen Studien dar, in der die Aussagen der Versuchspersonen anhand biochemischer Marker (Messungen der Thiocyanat-Werte in Haarproben) überprüft wurden.

In der Untersuchung von Williams & Hall (1988) wurden 60 Versuchspersonen randomisiert auf drei Behandlungsgruppen verteilt. Die Experimentalgruppe erhielt eine Hypnosesitzung, die beiden Kontrollgruppen wurden entweder mit einem Aufmerksamkeits-Placebo (Diskussion zum Thema Rauchen) oder überhaupt nicht (Warteliste-Kontrollgruppe) behandelt. Nach 12 Monaten waren 45 Prozent der Hypnosegruppe, aber niemand in den Kontrollgruppen abstinent.

Neufeld und Lynn (1988) erzielten in einer Studie mit Selbsthypnose und Audiokassetten 25 Prozent Abstinenz nach drei Monaten, nach sechs Monaten waren es noch 18 Prozent.

In Deutschland gibt es nur wenige kontrollierte Studien zur Raucherentwöhnung mit Hypnose. Eine davon ist die Diplomarbeit von Hueber (1997). Hier wurde die standardisierte Gruppemethode eines Laienhypnotiseurs angewandt. Die Erfolgsrate nach sieben Monaten betrug 28 Prozent.

Ein verhaltens- und hypnotherapeutisches Konzept mit umfangreicher psychoedukativer Einführung und Ausnutzung der Gruppenkohäsion für stationär behandelte psychosomatische Patientinnen boten Henning und Trabert (1999) an. Unter Nutzung der Gruppendynamik und der Kohäsion der Gruppe sowie der im Vorfeld dokumentierten Motivation wurden zunächst im Sinne einer kognitiv-behavioralen Stimuluskontrolle alle Raucher-Utensilien ritualisiert abgegeben. Es folgte eine Latenzphase von zwei Tagen, um den Patientinnen Zeit zum Nachdenken und zu ersten eigenen Erfahrungen mit der Entzugsymptomatik zu geben. Für den Cravingfall wurde therapeutische Unterstützung nach 24 Stunden als Gruppennottermin angeboten. Nach 48 Stunden traf sich die Gruppe regulär zu einer Diskussion über die Gefühle, das Craving und das gesundheitliche Befinden. Weiter wurde ein angenehmer Ort mit Zeitprogression suggeriert (nach Revenstorf, 1990) und ein Ressourcenscreening mit einer Zeitorientierung von der Zukunft in die Gegenwart mit Verankerung durch Wohlfühlen und tiefe Entspannung angeleitet. Hier kam als Ergänzung die Gruppenmotivation durch den Erlebnisaustausch und die Förderung von individuellen, positiven Bildern hinzu. Die Gruppensitzung endete mit dem Angebot zur weiteren therapeutischen Unterstützung im Cravingfall nach 24, 48, und 96 Stunden. Wenn Patientinnen solch einen Unterstützungstermin wahrnahmen, wurde individueller auf die Trance und Bildersuche eingegangen. Durchschnittlich 1,5 Nottermine pro Person wurden wahrgenommen. Der Abschlusstermin am siebten Tag nach Beginn mit der Abgabe eines Bewertungsbogens war wieder

Pflichttermin für alle Teilnehmerinnen, es folgte eine allgemeine Diskussion mit Selbsteinschätzung und einer abschließenden positiven, therapeutischen Bewertung.

Beim follow-up nach sechs Monaten ergab sich folgendes Bild: Der Rücklauf der versandten Fragebogen betrug 100 Prozent. Sechs von zwölf Patientinnen waren abstinent, während die sechs Rückfälligen bereits innerhalb der ersten sechs Wochen nach Kursende wieder zu rauchen begannen. Interessant ist dieses Ergebnis, weil es zeigt, dass trotz der Komorbidität der behandelten Personen (Ess-Störungen, andere Süchte, Persönlichkeitsstörungen) auch bei einer Klinikpopulation gute Erfolge erzielt werden können. Insbesondere die Gruppendynamik und das Peergrouping wurden in dieser Studie von den Teilnehmenden sehr positiv empfunden.

Schulte und Hueber (2000) überprüften anhand einer Stichprobe von 135 freiwilligen Teilnehmerinnen ein hypnotherapeutisches Gruppenprogramm, das aus nur einer Sitzung bestand. Diese Sitzung umfaßte eine Motivationsphase, Techniken der Altersregression und Zeitprogression, sowie direkte und indirekte Suggestionen mit positivem und aversivem Inhalt. Nach sieben Monaten waren noch 36 Prozent der befragten Probandinnen abstinent.

Cardona und Martin (2000) führten eine Studie im Einzelsetting durch. Die 51 Patientinnen wurden mit einem standardisierten Programm behandelt, das jedoch Individualisierungen der Suggestionen zuließ. Die Behandlung bestand aus mindestens zwei Sitzungen, weitere Termine waren möglich, sofern die Klientinnen dies wünschten – durchschnittlich wurden 2,4 Sitzungen benötigt. Die Katamnese erfolgte telefonisch nach 12 – 72 Monaten. In Relation zu diesem im Vergleich mit anderen Studien langem Zeitraum ist das Ergebnis beachtlich: 59,3 Prozent waren abstinent, wobei Therapieabbrecherinnen mit berücksichtigt wurden.

Die Tabelle auf der folgenden Seite faßt die oben beschriebenen Studien zusammen.

Autorin	Vpn	Katamn. Zeit in Monaten	Abstinenzrate	Beschreibung & Anzahl der Sitzungen
Nuland & Field 1970		6	60 Prozent (neue Methode) 25 Prozent (alte Methode)	Mehrere Einzelsitzungen mit individualisierten Suggestionen
Spiegel 1970	615	6	44 Prozent	Eine Gruppensitzung
Kline 1970	60	12	88 Prozent	12 Stunden Gruppe non-stop
Pedersen, Scrimgeour & Lefcoe 1975	48	10	50 Prozent Hypnose 0 Prozent Beratung 0 Prozent Warteliste	Einmal 1 ½ Stunden Gruppenthypnose 6 Wochen Beratung (wöchentlich)
Perry & Mul- len 1975	38	3	13 Prozent	Eine Einzelsitzung
Watkins 1976	48	6	50 Prozent	Fünf Einzelsitzungen mit individuellen Suggestionen
Barkley, Hastings & Jackson 1977	29	9	25 Prozent Hypnose 42 Prozent Rapid Smoker 0 Prozent Warteliste	Sieben mal 1 Stunde in der Gruppe: Hypnose Rapid Smoking Kontrolle: Anti-Raucher-Filme
Sanders 1977	19	10	68 Prozent	Gruppensitzungen mit gegenseitiger Hypnose
Shewchuk 1977	44	12	17 Prozent	Eine Einzelsitzung nach der Methode von Spiegel (1970)
Perry et al. 1979	26	3	4 Prozent	Eine Einzelsitzung
Berkowitz et al. 1979	40	6	20 Prozent	Eine Einzelsitzung; Klientinnen mit Schwierigkeiten konnten weitere Sitzungen bekommen
MacHovec & Man 1978	58	6	40 Prozent Gruppenthypn. 50 Prozent Einzelhypnose 25 Prozent Akupunktur 0 Prozent Placebo-Akupun. 0 Prozent Kontrollgruppe	Vergleich unterschiedlicher Verfahren in drei Sitzungen
Stanton 1978	75	6	45 Prozent	Eine Einzelsitzung mit individualisierten Suggestionen
Javel 1980	30	3	60 % Hypnose 40 % Suggestion ohne Hypn. 0 % Warteliste	Einmal 60 Minuten
Barabasz et al. 1984	307	10 – 19	47 % REST + Einzelhypn. 36 % Gruppenthypn. 28 % Einzelhypn.	REST +/- 1 – 1½ Std. Einzelhypnose Gruppenthypnose
Rabkin 1984	140	6	29 bis 37 % Experimentalgruppe 0 Prozent Warteliste	Vergleich Hypnose, Psychoedukation, Verhaltensmodifikation, Warteliste
Williams & Hall 1988	60	12	45 Prozent Hypnosegruppe 0 Prozent Warteliste 0 Prozent Placebo	Eine Sitzung
Lynn 1988	27	6	18 Prozent	Eine Gruppensitzung, dann Kassette täglich
Hueber 1997		7	28 Prozent	Standardisierte Gruppenmethode eines Laienhypnotiseurs
Henning 1999	12	6	50 Prozent	Psychoedukation und Ausnutzung der Gruppenkohäsion bei stationär behandelten psychosomatischen Patientinnen, mehrere Sitzungen
Schulte & Hueber 2000	135	7	36 Prozent	Gruppenprogramm mit einer Sitzung
Cardona & Martin 2000	51	12 – 72	59 Prozent	Mindestens zwei Einzelsitzungen mit halbstandardisierten Suggestionen

Tabelle 4: Überblick über die hypnotherapeutische Raucherentwöhnung

4. 4. 3 Wirkvariablen der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung

Mehrere Autorinnen haben versucht, die einzelnen Wirkvariablen bei der Raucherentwöhnung mit Hypnose herauszuarbeiten (Holroyd, 1980; Agee, 1983; Gerl, 1997; Freund & Gerl, 1999). Demnach sollte ein erfolgreiches hypnotherapeutisches Raucherentwöhnungsprogramm möglichst folgende Bedingungen erfüllen:

Wirkvariablen der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung:

- Nutzung der positiven Erwartungseffekte durch die Verwendung des Begriffs „Hypnose“
- hohe Motivation der Klientin
- ein erfahrener Therapeut, der persönlich anwesend zu sein hat
- drei bis fünf Sitzungen
- individuelle und Ich-stärkende Suggestionen
- posthypnotische Suggestionen
- Übung in Selbsthypnose
- unterstützende Telefonkontakte nach den Sitzungen
- soziale Unterstützung, vor allem durch nichtrauchende Bezugspersonen

Gruppen- versus Einzelhypnose

Bei den oben aufgeführten Studien ergibt sich für die Einzelhypnose eine durchschnittliche Abstinenz von 34,6 Prozent bei einer Spanne von 4 – 60 Prozent; für die Gruppenthypnose ein Wert von 43,9 Prozent bei einer Spanne von 18 – 88 Prozent. Zwei Studien (beide mit Einzelsettings: Perry & Mullen, 1975 und Perry et al., 1979) bleiben unter der Grenze von 15 Prozent Abstinenz, die laut Baer et al. (1977) von Selbstaufhörern erreicht werden. Die höchste Abstinenzrate von 88 Prozent erreicht die 12-stündige Gruppensitzung von Kline (1970).

Die Erfolgsraten der Gruppenthypnose scheinen also etwas höher; allerdings ist wiederum anzumerken, dass die Vergleichbarkeit der einzelnen Studien aufgrund der großen Heterogenität bezüglich der Erfolgsmaße sehr begrenzt ist.

Individualisierte versus standardisierte Suggestionen

Auffällig ist, dass alle Studien, die die individuellen Wünsche und Motive der Klienten, das Raucher aufzugeben, in ihre Suggestionen aufgenommen haben, hohe Erfolgsraten aufweisen:

Autorin	Erfolgsrate
Kline (1970)	88 Prozent
Nuland & Field (1970)	60 Prozent
Watkins (1976)	50 Prozent
Sanders (1977)	68 Prozent
Stanton (1978)	45 Prozent
Henning (1999)	50 Prozent
Cardona & Martin (2000)	59 Prozent

Tabelle 5: Studien mit individualisierten Suggestionen

Zeig (1993) schreibt hierzu: „Es verwundert nicht, dass ein individualisierter therapeutischer Ansatz effektiver ist als eine Routineprozedur, und wenn es eine Kunst ist, das Bedürfnis nach Zigaretten einzuschränken, dann ist es auch eine Kunst, dieses Bemühen therapeutisch zu fördern. Erickson war immer hartnäckig in der Betonung des individuellen Vorgehens, da ihm Kochbuchrezepte nicht gefielen. (...) Das individualisierte Vorgehen funktioniert allein aus dem Grund besser, dass der Persönlichkeit des Klienten so Rechnung getragen wird. Dies ist wichtig, weil sich Symptome immer aus sehr persönlichen Gründen entwickeln.“ Auch in den Gruppenstudien von Kline (1970) und Sanders (1978) wurden die vom Klienten selbst berichteten Wahrnehmungen individualisiert und waren ein bedeutender Faktor in diesen Therapien. Die Abstinenzraten zwischen Behandlungsformen mit individualisierten versus standardisierten Suggestionen liegen bei 16 miteinander verglichenen Studien bei $M = 63$ Prozent versus $M = 3$ Prozent (Agee, 1983).

Eine versus mehrere Sitzungen

Ein wichtiger Faktor scheint auch die Anzahl der Sitzungen zu sein: Die Abstinenzraten der von Agee referierten Studien liegen zwischen 25 – 68 Prozent ($M = 53$ Prozent) bei mehr als einer Sitzung, im Gegensatz zu Raten zwischen 4 – 88 Prozent ($M = 32$ Prozent) bei nur einer Sitzung (Agee, 1983).

4. 4. 4 Hypnotherapeutische Behandlungsmethoden der Raucherentwöhnung

Die Prämissen einer modernen hypnotherapeutischen Vorgehensweise wurden bereits unter Kapitel 3. 4 ausführlich beschrieben. Speziell in der Raucherentwöhnung werden zusätzlich die folgenden Strategien angewandt (Gerl & Freund, 2001):

Ein wesentlicher Stellenwert kommt der personalen Identität als höchster funktionaler Ebene des Wandels zu. Das Rauchen wurde meist in der Pubertät begonnen, einer Phase also, in der die eigene Identität noch wenig gefestigt ist. Häufig setzte dabei die Adoleszente das Rauchen ein, um die eigene Persönlichkeit zu stärken, weil es die Zugehörigkeit zu einer attraktiven Gruppe manifestierte. Insofern ist gerade bei Klientinnen, die sehr jung zu rauchen angefangen haben, die personale Identität wesentlich über das Rauchen definiert.

Viele Raucherinnen geben zudem an, ein ausgesprochen positives Bild von sich als Raucherin zu haben, das mit Begriffen wie „gesellig“, „fröhlich“, „witzig“, „kommunikativ“, etc. eng verknüpft ist. Ein typischer Kommentar in diesem Zusammenhang ist die häufig zu hörende Bemerkung von Klientinnen, dass es in der Raucherecke – zunächst in der Schule, später bei der Ausbildung oder Arbeitsstelle – immer am interessantesten und schönsten gewesen sei, weil Raucher einfach die netteren Menschen seien.

Wird das Rauchen nun eingestellt, so steht die ehemalige Raucherin vor der Aufgabe, ihr Selbstbild neu zu definieren: Lediglich „Nichtraucherin“ zu sein, bedeutet dann jedoch eine bedauernde Reduzierung. Damit Klientinnen dauerhaft von der Sucht freikommen können, bedarf es deshalb einer positiv formulierten, eigenständigen Selbstdefinition. Ziel einer Hypnosetherapie muß in diesem Kontext also immer auch sein, dieses neue Selbstbild zu entwickeln. Dazu können unterschiedliche Techniken und Strategien eingesetzt werden (Gerl, 2002).

Techniken und Strategien der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung:

- Übernahme des skeptischen Parts durch den Behandler
- Ablenkung der bewußten Aufmerksamkeit vom relevanten Änderungsgeschehen
- Einführung und Nutzung des Unbewußten als „Drittem im Bunde“, ideomotorische Signale
- Indirekte Suggestionen, posthypnotische Suggestionen, Metaphern
- Bedeutungsreframing (zum Beispiel „Rückfall“ als „Vorfall“)
- Altersregression zur Ressourcenarbeit, Zukunftsprogression, Swish-Technik
- Aktivierung von gesünderen Handlungsalternativen
- Fokussierung auf die personale Identität

Diese und einige weitere, mehr aversiv orientierte hypnotherapeutische Techniken in der Raucherentwöhnung sollen im Folgenden am Beispiel einzelner Studien kurz skizziert werden.

4. 4. 4. 1 *Stärkung des Willens und Selbstwerts*

Die Vorgehensweise von Barber (Barber, 1969) ist an den Ressourcen der Klientinnen orientiert und versucht mit einer selbstwert- und willensstärkenden Technik, die Klientin zum Nichtrauchen zu bewegen „Und weil du entschieden hast, aufzuhören, kann dich niemand auf der Erde, nichts, aber auch gar nichts davon abbringen. Nichts wird dich veranlassen, jemals wieder eine Zigarette zu nehmen.“

Hierzu setzt er auch die Methode der Zeitprogression ein „Und diese Worte können ein Wissen für dich bedeuten, eine Dankbarkeit gegenüber deiner Stärke, weil du es geschafft hast, die Kraft hattest, ganz aus Dir heraus das zu tun, was du beschlossen hattest zu tun.“; integriert dabei auch den Gesundheitsgewinn „ Vielleicht fühlst du Mitleid für sie. Aber du kannst auch ganz und gar die klare Luft deiner Freiheit genießen und spüren.“ Die „Rauchervergangenheit“ dagegen wird negativ besetzt „... eines Gefängnisses. Ein Gefängnis, welches, und das weißt du, dich gehalten hat aus irgendeinem Grunde, der vielleicht schon lange vergessen ist.“

Der Klientin wird außerdem die Selbsthypnose nahegelegt „Jedesmal, wenn du dich besser fühlen möchtest, ruhiger und entspannter, jedesmal, wenn du dich erholen möchtest von Streß oder einer Mißstimmung, dann kannst du dich zurücklehnen – in einem Sessel oder einem Sofa oder einem Bett – lehn dich einfach zurück und atme sehr tief, richtig tief und befreiend ein, halte diesen Atem an, nur für einen Moment, und stoße ihn dann vollkommen wieder aus und mit ihm die unangenehmen Gefühle und den Streß. Du wirst spüren, wie es dir besser geht, du dich wohl fühlst, und diese Gefühle werden dich automatisch überströmen, ganz von allein.“

4. 4. 4. 2 *STOP-Imagination*

Gruenewald (in: Hammond, 1990) überprüft die Motivation der Klientin mit folgender Vorstellung: „Stell dir eine Zigarette vor auf dem Tisch vor Dir. ... Sie rollt und rollt ... Dieser Gedanke wird immer stärker in dir, dass nur du allein und nur, wenn du wirklich und vollkommen mit deinem ganzen Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören, mit dir übereinstimmst, diese Zigarette nur durch deinen Gedanken fallen lassen kannst. Du weißt, ganz ohne Überraschung, dass wenn sie einmal gefallen ist, dies das Ende deines Rauchens ist.“ Zur Vertiefung wird die Klientin in einen „rauchfreien“ Raum geführt: „dieser Raum ist ein Raum, in dem Rauchen einfach nicht existiert. Dieser Gedanke gibt dir ein großartiges Gefühl, ein Gefühl von Frieden und Gelassenheit und auch Klarheit. Du nimmst wahr, zuerst nur schwach und dann klarer und klarer, dass du allein diesen Raum kreierte hast, diesen Raum, der

immer deiner sein wird ...“. Mit Hilfe des STOP-Signals soll die Klientin in schwierigen Situationen dem Rauchverlangen widerstehen „Wenn du dieses STOP-Zeichen beachtest, hast du einen Moment Zeit, um darüber nachzudenken, ob du wirklich eine Zigarette möchtest ... und meistens wird die Antwort „nein“ sein ... und der Grund wird vergehen – bis zum nächsten Mal ... wenn du die STOP-Zeichen-Prozedur wiederholst ...“

4. 4. 4. 3 *Aversive Techniken*

Eine Aversion dem Rauchen gegenüber wurde schon früh hervorzurufen versucht, indem man einen „unangenehmen Geruch und Geschmack beim Rauchen, Kratzen und Brennen im Hals, Räuspern und Übelkeit“ oder die „Verachtung dieser Sucht“ suggerierte (Hirschlaff, 1919; Heyer, 1927 in: Leuner & Schroeter, 1997). Später (Bick, 1958) wurde empfohlen, durch die Suggestion, der Raucher werde „sich bei jedem Zug verschlucken“, über die Aversion hinaus einen „aktiven Block“ zu setzen. Barber (T. X.) arbeitet mit aversiven Hypnoseinhalten „Indem Sie rauchen, streben Sie auf irgendeine Art und Weise einer langsamen, aber sicheren Selbsttötung entgegen. Dass Sie nicht wirklich auf sich und auf Ihr Leben aufpassen und nicht darauf achten, vollständig lebendig zu sein und wirklich zu leben. Und Sie wissen es nicht.“ Auch andere Noch-Raucherinnen werden als abschreckendes Beispiel mit einbezogen „Wenn du andere Menschen rauchen siehst, tun sie dir leid. Du bemitleidest sie, weil sie einen frühen Tod oder eine Krankheit in Kauf nehmen für diese Gewohnheit. Du fühlst dich nur traurig, wenn du diese Leute siehst.“ Auch hier wird die STOP-Technik verwendet: „STOP, ich brauche das Rauchen nicht mehr. Ich bin nicht länger eine Puppe, ich brauche das Rauchen nicht, wie ich es einmal gelernt habe. Ich habe das Rauchen vor Jahren gelernt, aber nun bin ich herausgewachsen aus diesem Verhalten. Ich bin nicht länger ein Kind. Ich bin nicht länger eine Marionette. Ich kontrolliere mein Leben jetzt selbst. Ich starte heute mit meinem Leben, mit meinem eigenen Leben, vollständig, mit Freude, mit all meiner Kraft – wissend, dass ich jeden Tag mein Bestes geben werde, das Leben so sinnvoll wie möglich für mich zu gestalten, für jeden, den ich liebe und für den Sinn und die Kostbarkeit meines Lebens.“

Spiegel (1970) setzt direkte aversive Suggestionen ein: „1. Für Ihren Körper ist Rauchen Gift. Rauchen ist für Sie nicht so ein Gift, wie es eines für Ihren Körper ist. 2. Sie können nicht ohne Ihren Körper leben. Ihr Körper ist eine wertvolle physische Anlage, durch die Sie das Leben erfahren. 3. In dem Ausmaß, in dem Sie Ihr Leben leben wollen, schulden Sie Ihrem Körper Respekt und Schutz. Sie sind der Wächter Ihres Körpers. Wenn Sie sich verpflichten, Ihren Körper zu respektieren, dann haben Sie die Kraft und das Wissen, dass Sie die letzte Zigarette geraucht haben, in sich.“

Wester hat eine auf sehr aversiven Elementen basierende Hypnoseinduktion ausgearbeitet, die jedoch nach seinen Angaben nur dann angewandt werden soll, wenn die Klientin das Gefühl hat,

sie brauche eine solche Induktion „Wir wissen, dass du, wenn du ein normales Trinkglas, ein ganz normales Trinkglas mit Teer und Nikotin von Zigaretten füllst und es trinken würdest, du innerhalb von 12 Minuten tot wärst. Du willst dich nicht umbringen – auch nicht langsam – und deshalb wirst du mit dem Rauchen aufhören und ein Nicht-Raucher werden ... Zusätzlich dazu, dass du deinen Körper respektierst, kannst du dich so stolz fühlen, dass du dich jetzt unter Kontrolle hast und nicht länger Objekt dieser schlechten und verschmutzenden Gewohnheit bist. Überall wo du hingehst, werden die Menschen begrüßen, dass du nicht rauchst – und nicht länger die Menschen durch deine Gewohnheit belästigst.“ Gegen aversive Techniken wurde allerdings schon früh eingewandt, zu stark ekel- oder angsterregende Vorstellungen könnten dazu führen, dass die Suggestion zurückgewiesen werde. Ulett (1965, zitiert nach Leuner & Schroeter, 1997) empfahl deshalb, nur eine leicht aversive Vorstellung, zum Beispiel die Zigarette schmecke „etwas bitter oder unangenehm“ zu verwenden.

Insgesamt ist das Suggestieren aversiver Vorstellungen mittlerweile in den Hintergrund getreten; allenfalls werden Mißempfindungen und Folgeschäden des Rauchens bei Patientinnen thematisiert, deren Motivation, das Rauchen zu beenden, gering ausgeprägt zu sein scheint.

4. 4. 4. 4 *Red-Balloon-Technique*

Stanton (1978) benutzt die „Red-Balloon-Technique“ von Walch (1976). Dabei wird suggeriert, dass die Zigaretenschachtel in den Korb des Ballons gelegt wird und dass dieser Heißluftballon, der die Abhängigkeit und den Wunsch zu rauchen symbolisiert, davonfliegt. Der Ballon nimmt dabei den Rauchwunsch mit sich. Am Ende werden Copingstrategien imaginiert, um Situationen, in denen üblicherweise geraucht wurde, in Zukunft ohne Zigarette zu bewältigen.

4. 4. 4. 5 *Hypnosystemische Techniken*

Schmidt (2000) praktiziert ein hypnosystemisches Vorgehen in der Suchtbehandlung, das er auch auf die Raucherentwöhnung anwendet. Das diesem Ansatz zugrundeliegende theoretische Verständnis von Sucht wurde bereits unter 2. 7. 1. 1 erläutert. Im Folgenden sollen die einzelnen Phasen dieses Therapiemodells in ihrer praktischen Anwendung kurz vorgestellt werden:

1. *Klärung von Überweisungskontext, autonomer Problemdefinition und Auftrags Erwartungen:* Gerade in der Dynamik von Suchtproblemen ist es wichtig, den individuellen Therapieauftrag der Klientinnen – unabhängig von Erwartungen des sozialen Umfelds oder der behandelnden Hausärzte – herauszuarbeiten.
2. *Entwicklung detaillierter Zielvisionen:* Zentral ist in diesem Zusammenhang, das Ziel positiv zu formulieren, also nicht lediglich herauszuarbeiten, was nicht mehr getan werden soll, sondern auch das, was statt dessen entwickelt werden kann.

3. *Herausarbeitung der „Ausnahmen vom Problem“*: Personen, die zu einer Suchtbehandlung kommen, weil sie es nicht allein geschafft haben, den Tabakkonsum zu beenden, erleben sich selbst häufig als sehr inkompetent. Hier ist es notwendig, durch Herausarbeitung ihrer Fähigkeiten Autonomie und Selbstachtung zu stärken.
4. *Vergleiche von Problem- und Lösungsmustern*: Aus dem Vergleich von Problem- und Lösungsmuster ergeben sich hilfreiche Informationen zur Problementstehung und Möglichkeiten, die „Ausnahmen vom Problem“ zu vermehren.
5. *Dissoziationsstrategien – das Suchtverhalten als Lösungsversuche der „süchtigen“ Seite*: Die Idee, lediglich „eine Seite von sich“ als abhängig zu erleben, und nicht mehr den ganzen Menschen, versetzt viele Klientinnen in die Lage, die „Einladungen“ dieser Seite wirksamer abzulehnen.
6. *Genogrammarbeit*: Ein versöhnlicher Umgang mit der Herkunftsfamilie ermöglicht der Klientin, auch die Entwicklung der eigenen Suchtmuster mit mehr Empathie zu betrachten.
7. *„Ambivalenz-Coaching“*: Der Auswirkungsvergleich von Problem- und Lösungsmuster stellt bei Schmidts Vorgehen eine zentrale Interventionsphase dar. Häufig wird an dieser Stelle der verdeckte positive Aspekt des Symptoms klar, und es wird der Klientin möglich, diese unbewußt angestrebten Ziele auf gesündere Art zu berücksichtigen.
8. *Kooperation mit dem Angehörigen-System*: Das Einbeziehen der Familie bedeutet nicht, dass diese therapiert werden soll – vielmehr dient sie als Bezugsfeld und gibt Hilfestellung, die neuen Kompetenzen der Klientin stabil zu integrieren.
9. *Klientinnen als Autoritäten für die Zielgestaltung*: Jeder Schritt der Zusammenarbeit wird direkt mit der Klientin entwickelt: Die Zielvorstellungen der Klientin stellen die Leitlinien der gesamten Behandlung dar. Konzeptionelle Prämisse dieser Vorgehensweise ist die Gleichwertigkeit von Klientinnen und Therapeutinnen über den gesamten therapeutischen Prozess hinweg.

4. 4. 4. 6 *Zukunftsprojektion und Swish-Muster*

Die Zukunftsprojektion hat in der Raucherentwöhnung zunächst die Funktion, das Therapieziel evident und anziehend zu machen, soll darüber hinaus der Klientin jedoch auch erlauben, in diesem ressourcenhaften Zustand zu verweilen. Dazu imaginiert sich die Klientin als attraktive, nicht rauchende Person an einem anziehenden Ort in der Zukunft. Gelingt es der Klientin nun, sich ihre verbesserten und gesunden Lebensmöglichkeiten sinnlich zu vergegenwärtigen, so kann mit dem sogenannten swish-Muster weitergearbeitet werden (Gerl, 2002): Dazu wird die Zukunftsprojektion als eine Art „Standbild“ festgehalten. Dieses Bild wird über das der typischen Rauchsituation projiziert, so dass diese überdeckt wird. Dies geschieht mittels eines speziellen Timings,

das den dabei erfolgenden Konditionierungsprozess optimieren hilft (Bandler & MacDonald, 1988 in Gerl & Freund, 2001). Dieser Prozess wird selbsthypnotisch weiter geübt und dabei weitgehend automatisiert. Die swish-Technik ist wesentlicher Bestandteil des SMOKEX®-Ansatzes (zum Beispiel Gerl, 2002), der im deutschen Sprachraum von 60 Hypnotherapeuten vertreten wird.

4. 4. 4. 7 *Rückfallprävention*

Wright arbeitet folgende Rückfallpräventionssuggestionen aus: „Ob du dieses Wohlgefühl stärker und deutlicher in dein Bewußtsein und in dein Unbewußtes einbinden kannst ... um es zu einem Teil von dir zu machen ... der zu dir gehört ... Wenn du spürst, dass sich Streß bildet ... Können Daumen und Zeigefinger beginnen, den Ring zu drehen ... und du wirst in der Lage sein, dich selbst in Trance zu versetzen, um dieses Wohlgefühl zu spüren, dieses vollkommen angenehme Gefühl, das in dir ist ... Was auch immer dich gerade konfrontiert, du kannst es handhabbar machen ... auf eine veränderbare Größe verkleinern ...“

4. 5 **Kritische Betrachtung der erwähnten Studien**

4. 5. 1 Grundsätzliche Überlegungen

Grundsätzlich können unterschiedliche Behandlungsverfahren nur dann bezüglich ihrer Effektivität wissenschaftlich bewertet und verglichen werden, wenn sie definierten Standards folgen. Nach Haustein (2001) müßte ein solcher Standard für Raucherentwöhnungsverfahren mindestens die folgenden Faktoren berücksichtigen:

Standards für Raucherentwöhnungsverfahren:

- Der Behandlungserfolg wird an Markern gemessen (durch Erhebung des CO-Gehalts in der Expirationsluft oder Messung des Cotinin-Spiegels im Plasma, Urin oder Speichel).
- Als Erfolgskriterium gilt eine Abstinenzzeit von mindestens sechs Monaten; die Reduktion des Zigarettenkonsums auf weniger als zehn Zigaretten täglich wäre lediglich als Teilerfolg zu bewerten.
- Praktikabilität und wirtschaftliche Vertretbarkeit des Verfahrens müssen gewährleistet sein, da von Millionen potentiell entwöhnungswilliger Raucherinnen auszugehen ist.

Weiter gibt es methodische Voraussetzungen, die ein Therapieverfahren generell erfüllen sollte, um als nachweislich wirksam gelten zu können. Im Einklang mit der APA (American Psychological Association) stellen Chambless und Hollon (1998) dazu folgende Kriterien auf:

Studien müssen als Kontrollgruppenstudie mit randomisierter Zuteilung, Zeitreihenanalyse oder als Einzelfallstudie mit mindestens drei Probandinnen konzipiert sein. Um die notwendige statistische Power zu sichern, schlagen die Autoren mindestens 25 Versuchspersonen pro Gruppe vor. Weiter müssen Eingangskriterien und Meßinstrumente zur Erhebung des Erfolgs valide und reliabel definiert und beschrieben werden. Notwendig ist außerdem ein genaues Therapiemanual, um Art und Verlauf der Behandlung nachvollziehbar zu machen.

Erfüllt eine einzelne Studie diese Bedingungen, so reicht dies allerdings nach Chambless und Hollon (1998) noch nicht aus, um eine Behandlung als gesichert effektiv zu betrachten:

Effektivität therapeutischer Verfahren:

- Als „*möglicherweise effektiv*“ kann ein Verfahren dann gelten, wenn mindestens eine Studie gezeigt hat, dass die behandelte Gruppe besser ist als eine unbehandelte-, beziehungsweise alternativ behandelte- oder Plazebogruppe, oder aber die Behandlung genauso effektiv ist, wie ein bereits etabliertes Verfahren.
- Das Prädikat „*effektiv*“ erhält ein Verfahren, wenn zwei unabhängige Studien das genannte Erfolgskriterium belegen konnten.
- Das Kriterium „*effektiv und spezifisch*“ wird erst dann als erfüllt betrachtet, wenn zwei unabhängige Studien nachweisen, dass das Verfahren besser wirksam war als ein Plazebo oder eine bereits anerkannte Behandlung.

Spezifisch für den Bereich hypnotherapeutischer Forschung fordern Lynn et al. (2000) außerdem:

- *Stichprobe, Meßinstrumente, Aufnahmekriterien* für die Probandinnen und *Randomisierung* sollten genau beschrieben und spezifiziert werden.
- Eine die Reliabilität gewährleistende *Beschreibung des therapeutischen Vorgehens* muß vorliegen.
- Der Grad der *Hypnotisierbarkeit* sollte immer erhoben werden: Ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen, so sollten sie entweder parallelisiert werden oder aber die Hypnotisierbarkeit muß als Covariante in die statistischen Analysen eingehen.
- Zudem wird auch die *Motivation* wirksam und sollte deshalb immer erfaßt werden.

- Variablen zum *Rapport* und Art der *interpersonalen Beziehung* sollten ebenfalls erhoben werden.
- Erhoben werden sollten auch positive und negative *Prädiktoren für den Therapieerfolg*.
- *Deskriptive Daten* müssen vollständig angegeben, *Drop-outs* aufgeführt und Gründe für das Ausscheiden diskutiert werden.
- Die *statistische Power* sollte durch eine ausreichend große Stichprobe gesichert, beziehungsweise deren notwendige Mindestgröße unter Einbeziehung der gewünschten Effektstärke im voraus ermittelt werden.
- *Katamnesezeiträume* sind ausreichend lang zu wählen, beziehungsweise Katamnesen mehrfach durchzuführen: Unter Umständen relativieren sich damit Effekte wieder (wie zum Beispiel in der Raucherentwöhnung) oder aber sie treten erst mit zeitlicher Verzögerung ein.
- Gefordert wird außerdem, vermehrt die Effektivität von *Hypnose als Adjunkt* zu anderen Therapieformen zu überprüfen.

4. 5. 2 Bewertung der beschriebenen Studien

Im Review zur hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung von Green und Lynn (2000) bleiben von 59 recherchierten Studien drei, die den Kriterien von Chambless & Hollon (1998) standhalten. Dazu gehören auch die oben beschriebenen Arbeiten von Schubert (1983) und Rabkin (1984). Eine umfassende Bewertung der wissenschaftlichen Aussagekraft aller erwähnten Studien würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Deshalb soll im Folgenden lediglich exemplarisch auf einige Punkte eingegangen werden.

Kontrollgruppe:

Häufig wird die Wartelistenvariante als Kontrollgruppe eingesetzt und meist telefonisch befragt (Pederson, Scrimgeour & Lefcoe, 1975). Eine solche Wartelistenkontrollgruppe ist in klinischen Studien üblich; bei der Raucherentwöhnung ist diese Vorgehensweise jedoch methodisch nicht sinnvoll. Grundvoraussetzung für die Beendigung des Rauchens ist der entsprechende Vorsatz, und dieser fehlt bei den Kontrollgruppen, so dass Erfolgsraten von null Prozent hier nicht überraschend, sondern fast vorauszusetzen sind.

Datenerhebung:

Häufig wird in den Untersuchungen nicht beschrieben, wie die Daten erhoben wurden. Meist geschieht dies telefonisch (Pederson, Scrimgeour & Lefcoe, 1975), sonst in Form von Fragebogen oder verbal im direkten Kontakt (Sanders 1977). Eine Überprüfung der Angaben anhand

biologischer Marker erfolgt nur in wenigen Studien; bei der Übersicht von Schulte und Hueber (2000) beispielsweise kamen biochemische Marker nur in zwei von 26 Studien zum Einsatz.

Raucherstatus und Eingangskriterien:

Teilweise werden in den beschriebenen Studien weitere relevante Umstände – zum Beispiel wie stark die Entwöhnungswilligen zu Beginn der Behandlung rauchen oder ob sie schon viele Abstinenzversuche hinter sich haben – nicht erwähnt.

Mac Hovec und Man (1978) haben zum Beispiel nur Raucherinnen in ihre Studie aufgenommen, die noch keine Entwöhnungsbehandlung hinter sich hatten, nicht in psychotherapeutischer Behandlung waren und zuvor keine Erfahrung mit Hypnose oder Akupunktur gemacht hatten. Barabasz, Baer, Sheehan und Barabasz (1984) dagegen teilten die Raucherinnen gemäß verschiedener Kriterien in „hard-core smoker“ und normale Raucher ein.

Stichprobengröße und Anzahl der Teilnehmerinnen pro Bedingung:

Häufig sind die Stichproben insgesamt zu klein, um statistisch aussagekräftig zu sein. So haben 13 Studien im Review zur hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung von Green und Lynn (2000) eine zu geringe Stichprobengröße. Hierzu zählen auch die oben aufgeführten Arbeiten von Williams & Hall (1988) und Pedersen et al. (1975).

Sind die Felder eines Versuchsdesigns zudem numerisch sehr unterschiedlich besetzt, kann dadurch die Aussagekraft des Ergebnisses zusätzlich gemindert werden. So sind zum Beispiel die Ergebnisse von Barkley, Hastings und Jackson (1977), die bei der Hypnosebedingung nur acht Personen behandelten, kritisch zu sehen.

Erfolgsmaß, Vorselektion und Drop-out:

Wie schon erwähnt, wurde in den einzelnen Studien das Erfolgskriterium sehr unterschiedlich festgelegt, was eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse, ebenso wie fehlende Angaben über Rekrutierung und Vorselektion der Probandinnen, erschwert.

Teilweise bleibt das Erfolgskriterium auch völlig unklar, dies stellt einen krassen methodischen Mangel dar. Wird bereits die Reduzierung des Rauchens als Erfolg bewertet, ergeben sich unter Umständen gute Ergebnisse, die sich jedoch innerhalb kurzer Zeit relativieren dürften: Viele Raucherinnen steigern ihren Konsum innerhalb weniger Monate wieder auf das alte Niveau.

Ob und in welchem Umfang es zu Drop-outs kam und in welcher Weise diese in die Berechnung eingehen, findet ebenfalls häufig keine Erwähnung. In der Übersicht von Agee (1983) beispielsweise vermindert sich die Erfolgsrate von 4 – 88 Prozent auf durchschnittlich 25 Prozent, wenn

nicht die Zahl der sich zurückmeldenden, sondern die Gesamtzahl der teilnehmenden Personen als Berechnungsbasis genommen wird (Gerl, 2001).

Bei der oft erwähnten Studie von Spiegel (1970) meldeten sich von 615 Teilnehmenden nur 44 Prozent zurück. Davon waren zwar beachtliche 44 Prozent abstinent; dies entspricht jedoch – gemessen an der Gesamtteilnehmerschaft – nur etwa 20 Prozent. Auch in der Übersicht von Schulte und Hueber (2000) wird von hohen Drop-out Raten (bis zu 48 Prozent) berichtet.

Therapeutische Strategie:

Häufig wird nicht ausreichend beschrieben, was als Hypnose zum Einsatz kam. Möglicherweise wurden teilweise überholte inadäquate therapeutische Methoden verwendet (Green & Lynn, 2000).

Kapitel 5

Entwicklung des eigenen Programms

5.1 Grundsätzliche Überlegungen

Die inhaltliche Gestaltung des verwendeten Nichtraucherprogramms wurde teilweise bereits im Rahmen einer vorangegangenen Studie (Schlarb & Schweizer, 1999) entwickelt und auf deren Wirksamkeit überprüft; in der vorliegenden Untersuchung jedoch um einige wesentliche Elemente erweitert. Im Folgenden sollen die Überlegungen, auf denen das Programm basiert, kurz dargestellt werden.

Insgesamt war die Gestaltung der therapeutischen Elemente an den Prämissen der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung (vgl. Kapitel 4. 4. 4) orientiert. Die Entwicklung des Programms wurde dabei im wesentlichen von drei Grundideen geleitet: Zum einen von der Tatsache, dass Abhängigkeit als Resultat verschiedenster innerpsychischer, sozialer und physischer Prozesse zu verstehen – und daher auch multimodal zu behandeln – sei und zum anderen von der Idee, den Beginn des Nichtrauchens als ein bewußtes Abschiednehmen von der Zigarette zu gestalten. Wesentlich erschien dabei, den Abschied zugleich als Neubeginn zu kennzeichnen und dessen positive Seiten hervorzuheben, um im Sinne eines ressourcenorientierten Arbeitens auf die neue Genußfähigkeit, den besseren Gesundheitszustand und die Freiheit, Projekte zu unternehmen, die auszuführen bisher die Sucht im Wege stand (wie zum Beispiel lange Flugreisen oder sportliche Aktivitäten) zu fokussieren. Ein drittes grundlegendes Element war der Gedanke, dass das therapeutische Angebot den Klienten helfen sollte, eine neue personale Identität – ein neues Selbstbild, bei dem das Rauchen keine Rolle mehr spielt – zu entwickeln.

Um die bei jedem Raucher vorhandene Ambivalenz bezüglich der Abstinenz therapeutisch zu pacen, wurden hypnosystemische Techniken eingesetzt, die es dem Klienten durch die Arbeit mit inneren Anteilen erlauben, sowohl mit den aufhörmotivierten als auch mit den diesbezüglich skeptischen Persönlichkeitsanteilen in Kontakt zu kommen.

Um der erwähnten Komplexität gerecht zu werden, wurde nicht ausschließlich Hypnose verwendet, sondern die Hypnosebehandlung im Sinne eines multimodalen Ansatzes in ein Programm mit folgende Elementen eingebettet:

5.2 Nichthypnotische Therapieelemente

5.2.1 Gruppen- versus Einzeltherapie

Für die eine Hälfte der Experimentalgruppe wurden die Hypnosesitzungen als Gruppenthypnose konzipiert. Die zugrunde liegende Überlegung hierbei war, den Teilnehmenden die Möglichkeit zu geben, durch Erfahrungsaustausch und Modellernen ihre Kompetenzen im Umgang mit Versuchungssituationen zu erweitern und Unterstützung in der Gruppe zu erfahren. Siehe dazu auch Kapitel 3. 7. 3; dort wurden die Wirkvariablen der Gruppenthherapie bereits näher beschrieben.

Ein wichtiges Element in diesem Zusammenhang war die Bildung von Patenschaften: In Anlehnung an die Konzeption der Anonymen Alkoholiker und der Erfolgsvariablen der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung laut Gerl (1993) sollten die Klienten mindestens einen Telefonkontakt pro Woche mit einer bestimmten Person aus der Gruppe initiieren (wer mit wem eine Patenschaft einging, wurde während der Vorbesprechung geklärt; in der folgenden Sitzung erhielten die Teilnehmer eine Telefonliste). Die Klienten wurden instruiert, die Patenschaft insbesondere auch dann zu nutzen, wenn sie im Verlauf der Behandlung Krisen erlebten und spürten, dass ihr Vorsatz, abstinenz zu bleiben, zu wanken begann. Durch die feste Zuordnung bestimmter Personen zueinander sollte gewährleistet werden, dass diese Form der Peergruppe auch tatsächlich genutzt wurde; in der vorangegangenen Studie waren diese Kontakte bei loser Zuordnung kaum gepflegt worden.

Für die andere Hälfte der Experimentalgruppe wurde eine Einzelbehandlung konzipiert, die, abgesehen von Gruppengesprächen und Patenschaften, dieselben Therapieelemente und Suggestionen enthielt. Im Unterschied zur Gruppenbehandlung war hier jedoch in der therapeutischen Arbeit ein individuelleres Eingehen auch auf solche Problematiken bei den Klienten vorgesehen, die nur mittelbar mit dem Rauchen in Zusammenhang standen.

Interessant ist der Vergleich zwischen Gruppen- und Einzelbehandlung insofern, als die Gruppenthherapie ein – vermutlich unter anderem durch die gegenseitige soziale Unterstützung der Klienten, deren Erfahrungsaustausch und Komponenten des Modellerns – erfolgreiches und dabei gleichzeitig sehr ökonomisches Behandlungsverfahren darstellt⁶, andererseits aber nicht geklärt ist, ob mittels einer entsprechenden Einzelbehandlung mit individualisierterem therapeutischem Vorgehen unter Umständen eine noch höhere Abstinenzquote zu erzielen wäre.

⁶ Der letztere Aspekt ist insofern relevant, als mit der abnehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz des Rauchens ökonomische und speziell Gruppenentwöhnungsprogramme zunehmend benötigt werden, um beispielsweise ganzen Firmen eine Behandlung zukommen lassen zu können.

5. 2. 2 Abstinenztage

Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass Behandlungserfolge im allgemeinen dann von den Klienten besser aufrechterhalten werden können, wenn die Veränderung intern attribuiert wird (Lambert & Bergin, 1994). Insbesondere gilt auch der Zusammenhang zwischen dem Aufhören schon zwei Tage vor Therapiebeginn – im Folgenden als „Abstinenztage“ bezeichnet – und einem positiven Behandlungsverlauf als belegt (siehe Gerl & Freund, 1999, Schlarb & Schweizer, 1999). Alle Klienten wurden daher gebeten, zweieinhalb Tage vor der ersten Hypnoseseitzung das Rauchen einzustellen. Um schwierige Fälle nicht auszusortieren, war von vornherein vorgesehen, auch Klienten, welche die Abstinenzzeit nicht durchhielten, in die Studie aufzunehmen.

5. 2. 3 Nikotinpflaster

Ebenfalls bei der Vorbesprechung erhielten alle Teilnehmenden Nikotinpflaster, um auf diese Weise auch der physiologischen Suchtkomponente entgegenzuwirken. Für die Dauer der Pflasterbehandlung wurde auf Grund der Erfahrungen aus der vorangegangenen Studie – bei der sich keinerlei Unterschiede in den Abstinenzraten von Personen, die das Pflaster drei Wochen in Vergleich zu denen, die es drei Monate verwendeten, ergeben hatte – ein Zeitraum von drei Wochen als ausreichend betrachtet. Zur Nikotinsubstitution siehe auch Kapitel 4. 2. 6. 1.

5. 2. 4 Kohlenmonoxidmessung

Um die Kohlenmonoxidwerte der Raucher bestimmen zu können, wurden mittels eines einfachen Atemtests die CO-Werte in der Ausatemluft ermittelt und mit dem CO-Meßgerät auf Prozentwerte im Blut umgerechnet (Gerätebeschreibung im Anhang). Die Werte jeder einzelnen Sitzung konnten also zum einen der Kontrolle des Zigarettenkonsums, zum anderen aber auch als Instrument zur Motivationserhöhung dienen. Dieser Effekt sollte noch dadurch verstärkt werden, dass die Teilnehmenden der Gruppenbedingung ihre Werte an einem Diagramm an der Flipchart, für die gesamte Gruppe gut sichtbar, einzutragen hatten.

5. 2. 5 „Tipps und Tricks“

Ein auf verhaltenstherapeutischen Prinzipien beruhendes Blatt mit Ratschlägen zur Raucherentwöhnung wurde erarbeitet, das die Klienten bei der Vorbesprechung erhielten. Diese Zusammenstellung von praktischen Tipps sollte helfen, neue Nichtraucherhaltensweisen zu entwickeln und vor allem auch das Durchhalten der oben erwähnten Abstinenztage erleichtern.

• Klein, aber oho! – Wichtige Sätze

1. Kleben Sie sich Sprüche an Stellen, an denen Sie sich jeden Tag aufhalten (Küche, Bad, Arbeitsplatz etc.) mit Leitsätzen, die Ihnen helfen können, z. B. Du schaffst es!! Oder: Ich will aufhören, weil ...
2. Prägen Sie sich genauso wichtige Sätze ein, die Sie sich sagen können, wenn Sie in einer Versuchungssituation sind, zum Beispiel „Denk an Deinen rasselnden Atem.“ etc.
3. Schließen Sie Wetten oder Verträge mit Freunden oder Kollegen ab – die Wetteinsätze sollten sich dabei in realistischer Höhe bewegen. Fixieren Sie den Vertrag schriftlich, legen Sie die Bedingungen genau fest und hängen Sie ihn an die Wand.

• Belohnung

4. Belohnen Sie sich immer wieder mit einer Kleinigkeit fürs Nichtrauchen.
5. Führen Sie einen Nichtraucherkalender, in den Sie die wachsende Zahl der rauchfreien Tage eintragen, hängen Sie ihn gut sichtbar auf und lassen Sie sich von Ihrer Familie oder Freunden für Ihr Durchhaltevermögen loben.
6. Wenn Sie einer Versuchungssituation erfolgreich widerstanden haben, belohnen Sie sich. Sagen Sie sich, wie stolz Sie auf sich sind.
7. Kleben Sie ein Nichtraucherschild auf eine Spargbüchse und werfen Sie jeden Tag das durchs Nichtrauchen ersparte Geld hinein. Stellen Sie die Dose gut sichtbar auf und kaufen Sie sich etwas davon, was Sie sich schon lange gewünscht haben. Oder eröffnen Sie ein Nichtraucher-Konto mit einem Dauerauftrag und überweisen Sie Ihr durchs Nichtrauchen ersparte Geld (eine Schachtel pro Tag entspricht: 1800,- DM im Jahr!!!) jeden Monat.
8. Sie haben nun viel mehr Zeit für Neues! Nutzen Sie Ihre neugewonnene Zeit, um persönliche Wünsche und Hobbys zu realisieren.

• Vorsicht! – Gefährliche Situationen

9. Meiden Sie Orte und Situationen, die Sie mit dem Rauchen verbinden.
10. Räumen Sie Aschenbecher, Zigaretten, Feuerzeug und alles, was Sie sonst noch ans Rauchen erinnern könnte, beiseite.
11. Gestalten Sie Ihre traditionellen „Rauchzeiten“ um: Statt der Zigarette nach dem Essen machen Sie einen Spaziergang, in der Badewanne lesen Sie, anstatt zu rauchen ...
12. Besuchen Sie solche Plätze, an denen viel geraucht wird, wie Kneipen oder Skatabende, einige Zeit nicht.
13. Vermeiden Sie Getränke, die Lust auf Zigaretten machen, wie Kaffee oder Alkohol.
14. Überbrücken Sie Ihren Rauchwunsch mit zuckerfreiem Kaugummi, Pfefferminz oder Lakritze.
15. Erklären Sie Ihren Bekannten und Kollegen, dass Sie nicht mehr rauchen und keine Zigaretten mehr angeboten haben möchten. Bitten Sie um Verständnis dafür, dass zumindest die nächsten Wochen über in Ihrer Nähe nicht geraucht werden soll. Erklären Sie Ihre Wohnung zur rauchfreien Zone.

• Gesundheit und Ernährung

16. Halten Sie sich möglichst wenig in geschlossenen Räumen auf: Bewegen Sie sich viel an der frischen Luft.
17. Sorgen Sie für ausreichend Schlaf und Entspannung; wenn Sie ein Entspannungsverfahren gelernt haben, wenden Sie es an.
18. Fangen Sie etwas Neues an! Besuchen Sie einen Volkshochschulkurs, fangen Sie mit Joggen, Tennis, Schwimmen an!! Sport ist nicht nur geeignet, eine Gewichtszunahme zu verhindern, sondern lindert auch die Nervosität, die Sie anfangs vielleicht manchmal erleben. Stellen Sie sich ihren Körper vor, wie er in ein paar Wochen sein wird!
19. Manche nehmen am Anfang 1 – 2 kg zu; wenn Sie einige Tipps beachten, können Sie dem jedoch entgegenwirken. In der ersten Tagen sollten Sie immer eine kalorienarme Kleinigkeit zu essen, zum Beispiel etwas Obst oder eine Karotte, bei sich haben. Trinken Sie vor jeder Mahlzeit viel Wasser oder ein anderes kalorienarmes Getränk. Ernähren Sie sich ausgewogen und vollwertig, hungern Sie auf keinen Fall, sondern essen Sie etwas, wenn Ihnen danach ist.

• Streiß

20. Wenn Sie das Gefühl haben, gestresst zu sein, atmen Sie einmal tief und ganz bewußt durch, lassen die den Atem langsam aus dem Brustkorb entweichen.
21. Denken Sie sich eine Geste aus, die nur Sie allein kennen. Wenn Sie dann in eine schwierige Situation kommen, wenden Sie Ihre individuelle Geste an, anstatt zu rauchen.
22. Beginnen Sie in „traditionellen“ Rauchzeiten eine völlig andere Tätigkeit.

5.3 Gestaltung der hypnotherapeutischen Therapieelemente

Bezüglich der Behandlungsdauer war zunächst eine lange Version mit insgesamt sieben Sitzungen über einen Zeitraum von neun Monaten vorgesehen; nur wenige Klienten machten jedoch von der Möglichkeit des Besuchs der letzten zwei Sitzungen Gebrauch, als Resultat dieser Erfahrung wurde die Behandlung in der Folge auf fünf Sitzungen reduziert.

5.3.1 Grundidee der hypnotherapeutischen Vorgehensweise

Dem hypnotherapeutischen Vorgehen lag die Idee zugrunde, das Abstinenterwerden von der Zigarette als einen Prozeß des Abschiednehmens zu begreifen und die Raucherphase als einen Lebensabschnitt zu würdigen und abzuschließen. Dementsprechend sollten vor allem Suggestionen verwendet werden, die Themen wie „Erinnerungen an die schönen Seiten des Rauchens aushalten lernen“, „loslassen können“, „Freude über das bevorstehende rauchfreie Leben“ und ähnliches ansprachen.

Die Suggestionen sollten primär auf die Nutzung der natürlichen Ressourcen hinzielen; als weitere Themen wurden die Fokussierung auf den besseren Gesundheitszustand, die größere Genußfähigkeit als Nichtraucher, aber auch mögliche Symptomfunktionen oder Hindernisse, die dem Nichtrauchen noch im Weg stehen könnten, vorgesehen.

Durch die Verwendung hypnosystemischer Techniken, die es dem Klienten durch die Arbeit mit inneren Anteilen erlauben, sowohl mit den aufhörermotivierten als auch mit den diesbezüglich skeptischen Persönlichkeitsanteilen in Kontakt zu kommen, sollte außerdem die Ambivalenz bezüglich des Nichtrauchens therapeutisch bearbeitet werden.

Von negativen Suggestionen, die Angst vor den Folgen des Rauchens oder unangenehme Empfindungen beim Rauchen suggeriert hätten, sollte möglichst wenig Gebrauch gemacht werden, da hiervon, wenn überhaupt, nur ein kurzfristiger Effekt erwartet wurde.

5.3.2 Formulierung der Suggestionen und Hypnosetechnik

Bei der Ausgestaltung der Trance wurde eine größtenteils nondirektive Vorgehensweise gewählt und mit Hilfe folgender Techniken umgesetzt:

Indirekte Formulierungen: Durch die Nutzung von indirekten Formulierungen wird die subjektiv erlebte Wahlfreiheit der Klienten erhöht, Widerstände minimiert und Suchprozesse ausgelöst.

Beispiele für indirektes Formulieren sind:

- Alternativen, die immer zur gewünschten Reaktion führen: „Ihre Augen können sich sofort oder in einigen Augenblicken schließen.“
- Verneinungen des Gegenteils: „Sie müssen dieser Geschichte nicht zuhören.“
- Scheinbare Kausalitäten: „Weil Sie bisher mit der Zigarette genossen haben, werden Sie ohne Zigarette erst recht genießen.“
- Implikationen: „Während Sie sich mit jedem Ausatmen entspannter fühlen, gehen Sie mit jedem Atemzug tiefer in Trance.“
- Offene Formulierungen durch die Nutzung der Wendungen „Sie können“, „vielleicht“, „es kann sein, dass...“.

Konfusion: Suggestionen, die Verwirrung erzeugen, sind geeignet, eingefahrene Denkmuster umzustrukturieren; der rationale Verstand wird überlastet, und die nachfolgenden Suggestionen werden ohne bewußte Hinterfragung aufgenommen (vgl. Revenstorf, 1990). Ein Beispiel für die Verwendung der Konfusionsstrategie wäre: „... und es ist gleichgültig, ob die Lider die Augen schließen oder ob die Augen die Lider schließen ... Augen schließen ...“

Dissoziation: Auch die Dissoziation ist eine Technik, die dazu dient, das gewohnte Denken in Frage zu stellen. Beispiel hierfür wäre die Formulierung „... und Ihr bewußter Verstand hört dieser Geschichte zu, während Ihr Unbewußtes auf seinen eigenen Wegen wandert ...“

Verstärkung subliminaler Bewegungen: Diese Technik kann dazu dienen, bestimmte Veränderungen, beispielsweise eine Handlevitation oder den Lidschluß herbeizuführen, ohne dass es dazu einer direkten Anweisung von Seiten des Therapeuten bedarf.

5. 3. 3 Inhaltliche Gestaltung

Das Vorgehen bei der Tranceinduktion wurde folgendermaßen geplant:

1. Sicherer Ort

Um den Teilnehmern einen ersten Zugang zur Trancearbeit zu ermöglichen, wird zunächst ein „sicherer Ort“ eingeführt. Zur Entspannungsankerung wird eine angenehme Situation oder Erinnerung suggeriert; die Klienten werden aufgefordert, sich diese Situation in all ihren Sinnesmodalitäten vorzustellen und sich der Vorstellung hinzugeben, von dem durch dieses Bild entstandenen Wohlgefühl eingehüllt zu werden, wie von einer schützenden Hülle, deren wahrgenommene

Intensität sich von Atemzug zu Atemzug steigern. Weiter wird Unwillkürlichkeit suggeriert, mit der die positive und ressourcenreiche Erinnerung „immer wenn Sie es brauchen“ auftauchen würde. Den Klienten wird im Rahmen dieser „Wohlfühl- oder Entspannungstrance“ außerdem suggeriert, dass alle weiteren Suggestionen und Bilder Vorschläge und Möglichkeiten seien, die sie neugierig ausprobieren könnten „...wie ein unbekanntes Gericht, das aber niemand genötigt wird, aufzuessen...“.

2. Fraktionierung und Besprechung der Entspannungstrance

Im Anschluß an die Entspannungstrance werden die Klienten reorientiert und über ihre Tranceerfahrung befragt. Im Rahmen dieser kurzen Besprechung wird außerdem nahegelegt, die in der Trance als besonders hilfreich erlebten Bilder im Sinne einer Selbsthypnose außerhalb der Behandlung für sich zu nutzen. Die Klienten werden zudem im Verlauf der ersten Sitzung gebeten, eigene „Ruheort-Geschichten“ zu Hause schriftlich festzuhalten, und wenn sie dies möchten, zur zweiten Sitzung mitzubringen. In der dritten Sitzung werden zur Entspannungsankerung dann weitgehend oder ausschließlich die eigenen Motive der Klienten verwendet.

Die Fraktionierung wird zum einen als trancevertiefendes Element eingesetzt, zum anderen dient die Besprechung der Entspannungstrance der Rückmeldung an die Therapeutinnen: Der Bericht der Klienten über diese Tranceerfahrung kann, wenn auch begrenzt, Aufschluß über Suggestibilität, über Formulierungen oder Bilder, die für einzelne Teilnehmer aversiv belegt sind, oder über Passagen, die besonders ansprechend wirken, geben.

3. Einleitung

Hier werden Vorschläge zum Einnehmen einer bequemen Haltung und der Lenkung der Aufmerksamkeit nach innen gemacht. Als Ruhepunkt, der die Blickfixation erleichtert, wird eine schimmernde Murmel angeboten.

4. Fokussierung der Aufmerksamkeit

Den Teilnehmenden werden Instruktionen zur Augenfixation gegeben, um die Ausblendung von Außenreizen zu erreichen. Weiter wird auf die eigene Atmung und Körperwahrnehmung fokussiert.

5. Vertiefung

Durch das Zählen von eins bis zehn oder alternativ die Suggestierung einer Treppe oder Rutsche, auf welcher der Hypnotisand sich tiefer nach unten bewegt, wird die Trance vertieft und bei den Klienten die Überzeugung gefördert, sich qualitativ neue Erlebnisdimensionen zu erschließen.

6. *Nutzung der Trance*

In Abhängigkeit vom Thema der einzelnen Sitzung werden hier die entsprechenden Suggestionen und Metaphern verwendet (siehe unten).

7. *Reorientierung*

Durch Rückwärtszählen von zehn bis eins und die Suggestion, sich mit jeder Zahl frischer und wacher zu fühlen, werden die Klienten zeitlich und räumlich reorientiert. Bei der Reorientierung werden unterschiedliche Einstreuungen eingebracht, Beispiele hierfür sind: „10 ... und mit jeder Zahl, die ich rückwärts zähle, werden Sie mehr zum Nichtraucher; 8 ... achtgeben auf sich, achtsam sein; 6 ... und mit jeder Zahl genießen Sie das Gefühl, frei durchatmen zu können; 5 ... fünf Finger an der Nichtraucherhand“ (Schlarb & Schweizer, 1999).

5. 3. 4 Nutzung der Trance während der drei Hypnoset Sitzungen

Eine ausführliche Darstellung der Induktionen und Metaphern befindet sich im Anhang; an dieser Stelle werden die Geschichten und Suggestionen lediglich zusammengefaßt wiedergegeben, interpretiert und erläutert.

Im Folgenden werden die thematischen Schwerpunkte der Suggestionen jeder Sitzung beschrieben:

5. 3. 4. 1 *Die erste Sitzung*

Thematische Schwerpunkte der ersten Hypnoset Sitzung sind die Hinführung der Klienten zu ersten Trancerfahrungen und das Gewinnen von Vertrauen in die Hypnosebehandlung sowie in die eigenen Ressourcen.

Erste Tranceerfahrung und Ratifizierung: Pendelübung

Zunächst wird den Klienten erklärt, dass es sich bei der Pendelübung keinesfalls um ein „Auspendeln“, wie es aus dem esoterischen Bereich bekannt sei, handele, sondern um eine Demonstration der Wirksamkeit unbewußter Kräfte, der jedoch eine natürliche Erklärung zugrunde liege. Die Teilnehmer erhalten eine an einer Schnur befestigte Glaskugel, nehmen die Schnur an ihrem äußersten Ende zwischen Daumen und Zeigefinger und lassen das Pendel mit locker aufgestütztem Arm knapp über dem Boden baumeln.

Nun werden Suggestionen gegeben, die eine unwillkürliche Bewegung des Pendels, zuerst im Kreis und anschließend hin und her, initiieren. Diese Bewegungen werden zur Ratifikation der Trance genutzt, darüber hinaus wird den Klienten die Bewertung der Bewegung als ideomotori-

ches Signal vorgeschlagen: Die Bewegung des Pendels wird dazu als Sinnbild der Nutzung bislang unbekannter Ressourcen und der Tatsache, dass der eigene Wille oft unbewußt viel „bewegen“ könne, gedeutet. Gleichzeitig werden bei der „Pendeltrance“ Einstreuungen eingebracht, die Themen wie „Abschied und Neubeginn“, „Ziele voller Freude und Energie umsetzen“, „Entscheidungen zum richtigen Zeitpunkt treffen“ berühren.

Im Anschluß an die Trance wird den Klienten erklärt, wie die Pendelbewegung durch subliminale Bewegungen zustande komme und dass dieses unbewußte Einsetzen der eigenen Energien die Ressource sei, die durch das hypnotherapeutische Arbeiten erschlossen werden könne. Sinn dieser Aufklärung ist, mögliche Assoziationen mit dem erwähnten Auspendeln zu vermeiden und gleichzeitig das Vertrauen in die hypnotherapeutische Arbeitsweise zu fördern.

In diesem Zusammenhang wird auch darauf hingewiesen, dass das Wort „Suggestion“ auf englisch „Vorschlag“ bedeute und dementsprechend auch alle in der Folge verwendeten Suggestionen als Vorschläge zu verstehen seien, die jeder Teilnehmende annehmen, ausschlagen oder modifizieren könne, ebenso wie es jederzeit möglich sei, die Trance selbst zu beenden. Auf die Selbstkontrolle der Hypnotisanden wird insbesondere auch deshalb großer Wert gelegt, weil das Ziel der Therapie unter anderem im Wiedererlangen von Kontrolle (über die Sucht) besteht.

Nutzung der Trance: Im Wald

Im Anschluß an die Nachbesprechung der ersten Tranceübung mit dem Pendel werden die Klienten erneut gebeten, in Trance zu gehen. Nach der Etablierung des sicheren Orts, der Fraktionierung und kurzen Besprechung wird die Trance vertieft und der Aufenthalt in einem Wald suggeriert, dessen einer Teil krank, schwarz und neblig, aber auch angenehm schemenhaft und mit weichen Konturen ausgestattet wirkt. Durch diese nicht durchweg negativ getönte Metapher für die physiologischen und psychologischen Folgen des Rauchvorgangs soll dem Persönlichkeitsanteil im Klienten, welcher den angenehm weichzeichnerischen, betäubenden Effekt des Rauchens schätzt, Rechnung getragen werden, andererseits wird auch betont, dass es positiv sein kann, wenn der Nebel sich lichtet und eine klarere Sicht der Dinge erlaubt. Die Analogie „Wald = Lunge“ wird dabei direkt vorgegeben.

Im weiteren Verlauf der Suggestionen werden die Klienten an die andere Seite des Waldes, welcher sich in einem gänzlich anderem Zustand befindet, heran geführt: Hier sind die Konturen klar und deutlich, die Luft frisch, die Bäume sind dabei, auszutreiben und die ersten kleinen grünen Blätter werden bereits sichtbar. Eingestreut werden hier außerdem Passagen, in denen von „frischer Luft“, „freiem Atmen“ und ähnlichem die Rede ist, gezielt erfolgen außerdem auch Einstreuungen, die Assoziationen an einige in der Zigarettenreklame verwendete Schlagwörter

hervorrufen, wie „Freiheit“ und „Genuß“. Die zugrundeliegende Intention dabei ist, den Klienten zu vermitteln, dass genau die Wünsche, deren Erfüllung sie sich von der Zigarette erhofften, oft erst ohne Zigarette erfüllt werden können. Weiter wird der Umstand beleuchtet, dass die Klienten sich zu diesem frühen Zeitpunkt der Behandlung häufig noch in einer starken Ambivalenz befinden: Im weiteren Verlauf der Suggestionen wird deshalb immer wieder betont, dass die Person sich im Moment wahrscheinlich noch auf der „verrauchten“ Seite befinde und dass es unterschiedliche Arten und Wege gäbe, sich endgültig hinüber auf die frische Seite des Waldes zu bewegen, wobei jedoch Hindernisse (ein verschlossenes Tor) zu bewältigen wären. Als Ressource werden an dieser Stelle die Idee von einem körpereigenen Wissen, das schon dem Neugeborenen ermögliche, die eigenen Bedürfnisse genau zu erspüren, sowie die Person des „inneren Heilers“ eingeführt.

Nutzung der Trance: Innerer Heiler

Der Hypnotisand trifft einen „inneren Heiler“, der die Fragen des Klienten, beispielsweise nach Möglichkeiten, auf die neue, frische Seite des Waldes zu gelangen – also endgültig Nichtraucher zu werden – beantwortet. Diese Begegnung mit einer archetypischen Person endet im Idealfall damit, dass der Klient den Schritt auf die „Nichtraucherseite“ während der Trance vollzieht. Für Personen, bei denen das zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich ist, wird suggeriert, dass der „innere Heiler“ zumindest die Antwort auf die Frage wisse, welche Hindernisse noch auszuräumen wären, damit dieser Schritt vollzogen werden könne. In der an die Trance anschließenden Besprechung läßt sich für die Therapeutinnen anhand des Verlaufs der Erlebnisse der Klienten deutlich ablesen, in welcher Phase des Prozesses des Abstinenzwerdens sich der Klient derzeit befindet und wie hoch die diesbezügliche Motivation einzuschätzen ist.

Schachtelgeschichte: Steinpalmenmetapher

Als Schachtelgeschichte, das heißt eingebaut in die Geschichte vom Wald und innerem Heiler wird außerdem die Steinpalmenmetapher erzählt. Dabei wird erst nach Beendigung der eingeschobenen Geschichte (B) die ursprüngliche Handlung (A) zu Ende geführt.

Die Verschachtelung läßt sich folgendermaßen darstellen:

A1 (B1) A2 (B2) A3

Nach Lankton und Lankton (1983) wirkt diese Vorgehensweise trance- und amnesieinduzierend. Dieser Effekt wird durch die Überladung des rationalen Bewußtseins mit einer übergroßen Informationsfülle erklärt; durch die Überlastung der Aufmerksamkeit kann die Information direkt ins Unbewußte gelangen. Durch das Fehlen der bewußten Wahrnehmung kommt nach Grindler und Bander (1988) auch der amnestische Effekt zustande.

Metapher 1: „Die Steinpalme“ (Partisch, 1986)

Ein Mann, der in einer verzweifelten Situation, kurz vor dem Verdursten in der Wüste, einen Stein nach einer kleinen Palme geworfen hatte, kommt Jahre später an denselben Ort zurück und findet dort eine versteinerte Palme vor, unter der sich allabendlich Menschen versammeln, um Geschichten auszutauschen. Auf sein Nachfragen hin wird ihm berichtet, wie es durch den Steinwurf zur Versteinering der Palme kam; der Stein war im Palmenherzen stecken geblieben. Er möchte nun das Geschehene wieder gutmachen und erhält von einem alten Mann den Ratschlag, die Palme um Verzeihung zu bitten, was er im Folgenden tut. Daraufhin springt der Stein aus dem Palmenherzen, trifft eine Wasserader, das Wasser tritt aus und das Land in der Umgebung der Palme wird grün und fruchtbar.

Handlung der Geschichte	Therapeutisch intendierte Analogien
Mann in der Wüste:	Der aktive, nach Lösungsmöglichkeiten suchende Anteil des Klienten, der zu einem früheren Zeitpunkt des Lebens am Ende seiner Ressourcen angelangt zu sein schien.
Verzweifelte Situation; kurz vor dem Verdursten:	Krise (eventuell Pubertätskrise, als begonnen wurde zu rauchen)
Kleine Palme:	Der verletzte, in seinem Wohlergehen gefährdete Anteil des Klienten.
Steinwurf verursacht Verletzung der kleinen Palme:	Inadäquate Bewältigungsstrategien (zum Beispiel beginnen zu rauchen), die krank machen können.
Steckenbleiben des Steins und Versteinern der Palme:	Die inadäquate Bewältigungsstrategie wird beibehalten.
Jahre vergehen:	Jahre vergehen ...
Der Mann kommt an der Ort des Geschehens zurück:	Der Klient setzt sich heute mit den problematischen Verhaltensweisen (dem Rauchen) auseinander.
Menschen, die sich dort versammelt haben, und alter Mann:	Nichtrauchergruppe und Therapeutinnen.
Bitte um Vergebung:	Revidierung alter Verhaltensweisen.
Der Stein löst sich aus der Palme:	Die Folgen dieses unfruchtbaren Musters können rückgängig gemacht werden (das Rauchen kann beendet werden).
Wasser verwandelt den Ort in eine fruchtbare Oase:	Durch die Auflösung des alten Musters werden Ressourcen aktiviert; möglicherweise lassen sich dadurch auch in Lebensbereichen, die nicht unmittelbar mit dem Rauchen zu tun haben, positive Veränderungen einleiten.

Tabelle 6: „Die Steinpalme“

Die Metapher von der Steinpalme soll an dieser Stelle die Auseinandersetzung mit möglichen Funktionen des Rauchens und die Auflösung überholter Muster fördern. Insbesondere wird dabei auf die Verarbeitung alter Verletzungen und Revidierung unfruchtbarer Bewältigungsstrategien, die in Bezug auf das erfolgreiche Abstinenterwerden noch hinderlich sein könnten, fokussiert.

Abschluß der Trance: Zeitprogression

Als weitere Technik wird die Zeitprogression angewandt: Die Hypnotisanden werden ein Jahr in die Zukunft „geschickt“, um zu sehen, wie gesund der „Lungenwald“ zu diesem Zeitpunkt – nach einem Jahr ohne zu rauchen – schon aussehen wird.

Der Klient wird einerseits als Gärtner dieses Waldes, der für dessen Pflege verantwortlich wäre, bezeichnet, aber auch auf die natürlichen Ressourcen des einzelnen wird hingewiesen:

„... die Bäume wachsen von allein ...“. Anschließend erfolgt die Reorientierung durch Rückwärtszählen und eine kurze Nachbesprechung.

5. 3. 4. 2 Die zweite Sitzung

Thema der zweiten Sitzung ist primär die Bearbeitung von Ambivalenzen: Die Raucherseite soll zur Koalition bewegt werden, damit keine „Untergrundorganisation“ aus dem unbewußten Wunsch, weiter zu rauchen, entsteht. Mit Hilfe der Technik der „magnetischen Hände“ werden die Raucher- und die Nichtraucherseite – welche im Grunde beide etwas Gutes für den Klienten wollen – integriert.

Weitere Themen sind die Aktivierung von Ressourcen sowie Versuchungssituationen, in die der noch nicht gefestigte Nichtraucher vermutlich früher oder später geraten würde.

Vertiefung und magnetische Hände

Nachdem den Klienten zunächst das Aufsuchen des sicheren Ortes suggeriert wurde, werden sie reorientiert. Anschließend wird ausführlich auf die Notwendigkeit eingegangen, sich immer wieder mit dem Wunsch, zu rauchen, zu konfrontieren. Den Klienten wird anhand eines Beispiels aus der Politik erläutert, dass „Oppositionsparteien, denen kein Gehör geschenkt wird, zur Untergrundbewegung werden können“. Die folgende Übung wird als eine Möglichkeit, mit der „Opposition“, das heißt dem Rauchwunsch, ins innere Gespräch zu kommen. Anschließend wird eine kurze Erklärung des Prinzips der Unwillkürlichkeit und dessen Bedeutung für die folgende Übung gegeben.

Dann erfolgt die Anweisung, die Hände so vor den Oberkörper zu halten, als hielte man einen Ball mit beiden Händen fest. Die Vertiefung wird hier hauptsächlich mit Hilfe der Einstreuungs-

technik, indem wiederholt Begriffe wie „tief“, „Tiefe“ oder auch „Motief“ verwendet werden, realisiert.

Eingestreut in die Vertiefung erfolgen Suggestionen zur Handleviation: „... fühlen Sie ein Kribbeln in den Händen, das die Trance ankündigt, oder diese ganz gewisse Art von Kälte, die angenehm leicht sein kann, wie ein leichter, kühler Wind...“ und zur Regression: „... Ball, den Sie als Kind zum Spielen hatten, festhalten... als wollten Sie einen Ball umfassen, mit dem Sie als Kind gespielt haben...“. Die Katalepsie und der damit einhergehende Eindruck von Unwillkürlichkeit dienen dabei zunächst der Tranceratifikation. Weiter wird ausgeführt, dass ein Säugling unwillkürlich und reflexhaft umklammere, was ihm wohl tut, seine Arme jedoch auseinandergehen, wenn er erschrickt oder etwas nicht möchte.

Nutzung der Trance: Ambivalenzarbeit

In der Folge wird suggeriert, dass die beiden Hände jeweils für eine bestimmte Seite im Klienten stünden, welche unterschiedliche Dinge zu realisieren wünschen, deren gemeinsamer Nenner jedoch das Gute sei, welches beide Seiten für die Person wollen. Weiter werden die Klienten angeleitet zu spüren, welche Hand für welchen inneren Anteil stehe, beispielsweise die eine Hand für den Wunsch nach Genuß (derzeit über die Sucht realisiert) und die andere Hand für den Wunsch nach Gesundheit. Beide Seiten sollen zudem als Gestalten, Personen oder Symbole visualisiert werden, für die es wichtig sei, in einen Dialog zu kommen.

In Analogie zum Verhalten des Säuglings wird anschließend suggeriert, dass sich beide Hände – wie magnetisch angezogen – einander nähern und schließlich berühren werden, wenn das Unbewußte Möglichkeiten der Umsetzung, bei welchen sich beide Anteile ergänzen, findet. Im Moment der Berührung sollen dem Klienten diese Integrationsmöglichkeiten bewußt zugänglich werden. Bei Klienten, die „hängen bleiben“, also die Annäherung der Hände nicht oder nicht vollständig vollziehen, werden an dieser Stelle Fragen ans Unbewußte gestellt, welche wiederum durch ein Sichannähern der Hände bei Zustimmung und ein Auseinandergehen bei Ablehnung beantwortet werden.

Die Fragen lauten:

- „Gibt es ein Hindernis, das die Annäherung verhindert?“
- „Gibt Ihr Unbewußtes die Zustimmung, dieses näher zu betrachten?“
- „Gibt es Erfahrungen in den letzten 5, 10, 15, etc. Jahren, die mit dem Hindernis zusammenhängen?“
- „Welcher Art?“
- „Welches wäre der nächste Schritt, um das Hindernis aus dem Weg zu räumen?“

Hier folgt die Instruktion, dass die Hände in den Schoß sinken sollen, wenn der nächste notwendige Schritt klar geworden sei. Im Anschluß wird die folgende Metapher erzählt:

Ressourcenaktivierung – Metapher 2: „Der Adler“ (nach Revenstorf)

Ein Bauer findet einen jungen Adler, nimmt ihn mit und zieht in auf dem Hühnerhof auf. Eines Tages kommt ein Fremder vorbei und stellt fest, dass der Vogel im Hühnerhof doch ein Adler und kein Huhn sei; er möchte dem Adler das Fliegen beibringen. Der Bauer dagegen meint, das wie ein Huhn aufgezogene Tier fühle und benehme sich eben wie ein Huhn. Der Fremde bleibt bei seinem Vorsatz und versucht mit sich täglich steigenden Bemühungen, den Adler das Fliegen zu lehren. Schließlich, beim dritten Versuch, fliegt der Adler.

Handlung der Geschichte	Therapeutisch intendierte Analogien
Adler:	Klient.
Bauer:	Pessimismus oder hindernde Umwelteinflüsse.
Fremder:	Optimismus oder Therapeutin.
Mißglückte Versuche, dem Tier das Fliegen beizubringen:	Blockade natürlicher Ressourcen oder mißglückte Versuche, das Rauchen aufzugeben.
Weitere, sich steigende Bemühungen:	Erste Therapie- oder Lösungsversuche.
Flug des Adlers:	Entfaltung natürlicher Ressourcen (Abstinent werden).

Tabelle 7: „Der Adler“

Die Adlermetapher dient der Überwindung der Blockade natürlicher Ressourcen, letzte Zweifel bezüglich des Erfolgs der Bemühungen, das Rauchen aufzugeben, sollen beseitigt werden. Gleichzeitig wird der Aufbau einer „neuen Identität“ angeregt und diese positiv besetzt; der Adler übertrifft das Huhn in Bezug auf Schönheit und Fähigkeiten und hat eine höhere Lebensqualität.

Aufsuchen von Versuchungssituationen

Die Klienten werden nun angeleitet, „Versuchungssituationen“ aufzusuchen. Dazu werden „rückfallträchtige“ Situationen detailliert beschrieben; Sinn dieses Vorgehens ist, dass die Klienten später nicht unvorbereitet in solche Situationen kommen, vielmehr sollen sie die Möglichkeit haben, im Rahmen der Trance alternative Reaktionsweisen zu erarbeiten und zu erleben. Die Hypnose wurde hier also als Konditionierung in sensu eingesetzt, wobei zusätzlich als posthypnotische Suggestion Unwillkürlichkeit suggeriert wird, mit welcher sich das neue Wissen, Ziga-

retten nicht zu brauchen, immer dann vor die „Sehn-Sucht“ schieben würde, wenn diese überhand zu nehmen drohe.

Als Suggestion bezüglich des erlebten Genusses beim Rauchen wird dargelegt, dass dieser Genuß als lediglich in die Zigarette projiziert zu bewerten sei und die Klienten nun den Genuß von der Zigarette durch die Hand zurück in den Körper strömen lassen könnten. Als Reframe zur Beibehaltung des Genusses ohne zu rauchen wird weiter suggeriert, dass Raucher „Genußspezialisten“ seien, denen das Genießen ohne Zigarette noch leichter fallen würde als unter Verwendung einer „Krücke“, wie das Rauchen sie darstelle.

Bezug nehmend auf die Prämisse, dass der Abschied vom Rauchen zugleich der Beginn einer Lebensphase sein kann, die mit einem höheren Maß an Unabhängigkeit und Freiheit einhergeht, wird abschließend ausgeführt, dass die Klienten nach dem Loslassen der Zigarette „die Hand wieder frei haben, für die Dinge, die sie wirklich tun möchten“.

Anschließend erfolgt die Reorientierung.

Klienten, die zu diesem Zeitpunkt zu Hause noch Zigaretten vorrätig haben, werden am Ende der Sitzung gebeten, sie in der nächsten Stunde mitzubringen.

5. 3. 4. 3 Die dritte Sitzung

Themen der dritten Sitzung sind Rückfallprophylaxe, der endgültige Abschied von der Zigarette sowie die Möglichkeit, den damit verbundenen Neuanfang zugleich für eine Neuorientierung in anderen Lebensbereichen zu nutzen und die in der Therapie gewonnenen Erfahrungen und Ressourcen weiter auszubauen.

Außerdem wird eine stärker an direktiven Hypnoseformen orientierte Progression in die Zukunft durchgeführt, in der die Klienten sich als Nichtraucher erleben können.

Vertiefung: Rutsche

Nach der Etablierung des Ruhebildes, das sich in der dritten Sitzung weitgehend an den von den Klienten eingebrachten Motiven orientiert, erfolgt die Vertiefung hier, indem die Klienten sich vorstellen, eine Rutsche hinunterzugleiten. Mit dieser Vorstellung, die zumeist aus der Kindheit vertraut sein dürfte, wird gleichzeitig über die Regression eine größere Trancetiefe erzielt. Gleichzeitig werden durch die Regression alte Ressourcen reaktiviert.

Das Bild der Rutsche erfüllt dabei noch einen weiteren Zweck: Die Rutsche entspricht zugleich der Linie, die als graphische Darstellung der Kohlenmonoxidwerte in der Ausatemluft der Klienten, die zu diesem Zeitpunkt bereits nicht mehr rauchen, entstanden ist. Verstärkt wird diese Vorstellung durch die Beschreibung der wechselnden Farbe dieser Rutsche – anfangs ist sie rot,

dann gelb, und schließlich wird sie grün. Der Farbverlauf entspricht den Farben im Diagramm, beziehungsweise an der Anzeige des CO-Meßgeräts: Für Raucher (rot), leichte oder Passivraucher (gelb) bis zur grünen Farbe, die für Nichtraucher steht. Die grüne Farbe erlaubt dabei auch die Assoziation mit dem grünen „Lungenwald“ und stellt damit die Verbindung zu den Themen der ersten Sitzung her.

Nutzung der Trance: Im grünen Bereich und Begegnung mit dem Rauchwunsch

Den Klienten wird suggeriert, dass sie nun endgültig im „grünen Bereich“ angekommen seien und es ihnen von nun an leicht fiele, dort zu bleiben. Als Körperanker wird das Atmen verwendet: „...sich selbst immer und immer wieder in Ihren eigenen grünen Bereich zu bringen, wenn Sie einmal tief durchatmen, und Sie können dann ganz tief in Ihrem Inneren spüren, wie gut das tut – im grünen Bereich zu sein...“

Den Klienten wird weiter – im Sinne einer Rückfallprophylaxe – beschrieben, dass auch im „grünen Bereich“ die Konfrontation mit dem eigenen Wunsch zu rauchen, möglich und wahrscheinlich sei. Metaphorisch beschrieben wird die Begegnung mit dem Rauchwunsch als ein Treffen mit einer Person, als ein Besuch, der auch uneingeladen kommt und der mit gebührendem Respekt freundlich und entschieden wieder verabschiedet sein will.

Dabei wird im Besonderen darauf fokussiert, dass es nicht möglich sei, solche „Besuche eines alten Bekannten“ völlig zu unterbinden, dass es aber wichtig sei, mit ihm in Kontakt zu treten, um ihn auch wieder zum Gehen zu bewegen. Dieser Vorgehensweise liegt die Idee zugrunde, dass ein Symptom (hier die Sucht) nur solange Symptomcharakter behält, wie der Kontakt zur entsprechenden Verhaltensweise gestört ist; gelingt es dem Klienten, die innere Verbindung wieder aufzunehmen, gewinnt er die Kontrolle darüber zurück. Anschließend wird übergeleitet zur folgenden Metapher:

Metapher 3: „Der Maler“ (mündliche Weitergabe)

Ein König beauftragt den besten Maler des Landes, ein Bild seines Lieblingsvogels zu erstellen. Der Maler bedingt sich ein Jahr Zeit für die Fertigstellung aus, das der König ihm unwillig zubilligt. Nach Ablauf des Jahres kommt der König zum Maler, und dieser malt das Bild vor den Augen des Königs innerhalb von wenigen Minuten. Als der König daraufhin wegen der langen Wartezeit ärgerlich wird, zeigt ihm der Maler einen Schrank voller Skizzen, die Voraussetzung für das schnelle Gelingen des Werks waren.

Handlung der Geschichte	Therapeutisch intendierte Analogien
König:	Anteil des Klienten, der ein bestimmtes Ziel, zum Beispiel mit dem Rauchen aufzuhören, ungeduldig verfolgt.
Maler:	Weitere Anteile des Klienten, die für die Zielumsetzung aktiviert werden.
Bild seines Lieblingsvogels erstellen:	Ziel des Klienten (zum Beispiel Nichtrauchen).
Ein Jahr Zeit:	Raum oder Zeit, die notwendig sind, um ein Ziel erreichen zu können.
Schrank voller Skizzen, die Voraussetzung für das schnelle Gelingen des Werks waren:	Bemühungen, die nicht sofort offensichtlich, aber unumgänglich sind, um das Ziel erreichen zu können.

Tabelle 8: „Der Maler“

Die Metapher vom Maler dient an dieser Stelle der Bekräftigung der Tatsache, dass die von den Klienten geleistete „Vorarbeit“ – beispielsweise in Form der Auseinandersetzung mit den Funktionen des Rauchens während der vorangegangenen Hypnoseseitzungen – gleichzeitig eine Gewähr für das Gelingen dieses Vorhabens sei.

Nutzung der Trance: Red Balloon und Schatzkiste

Im letzten Teil der dritten Sitzung wird die „Red Balloon“ Technik nach Walch (1976) angewandt: Bei dieser auch von Stanton (1986) verwendeten Suggestion wird den Klienten der Aufenthalt auf einer grünen Wiese beschrieben, auf der ein roter Heißluftballon bereit zur Abfahrt wartet. Der Hypnotisand wird dann aufgefordert, alles, was er an „Päckchen“ loswerden möchte, in den Ballonkorb zu legen. Die Formulierung wird dabei vage gehalten, um verschiedene Interpretationen, welcher Art diese „Päckchen“ sein könnten, zu ermöglichen. Dadurch entsteht die Möglichkeit, die Trance nicht lediglich im Sinne eines Abschließens mit dem Rauchen zu nutzen, sondern den Abschied von weiteren alten Mustern oder Belastungen zu vollziehen.

Weiter wird suggeriert, dass die Klienten, nachdem sie sich von jeder der abgelegten Lasten sorgfältig „verabschiedet“ haben, die Befestigungsseile des Ballons lösen, so dass dieser davon schwebt und schließlich ganz verschwindet. An dieser Stelle werden wiederholt Einstreuungen eingesetzt, die „das Aufatmen“, „die Erleichterung“ im Zusammenhang mit dem Wegschweben des Ballons betonen.

Anschließend wird Bezug genommen auf mögliche neu gewonnene Fähigkeiten oder Einsichten; diese können zum Beispiel in einer Schatzkiste an einem sicheren Ort verwahrt werden, von dem suggeriert wird, dass der Klient hier jederzeit Zugriff auf seine „Schätze“ habe.

Hierdurch soll gewährleistet werden, dass die Klienten auch nach Beendigung der Therapie den Kontakt zu ihren neuen Ressourcen sicher halten können.

Zeitprogression

Abschließend erfolgt eine Zeitprogression in die Zukunft des Klienten, in deren Rahmen direktiv im Sinne einer posthypnotischen Suggestion, die aber indirekt über das Ansprechen des „grünen Bereichs“ erfolgt, das Abstinenzbleiben vorgegeben wird.

Reorientierung und Abschlusßritual

Nachdem die Klienten reorientiert worden sind, werden sie auf die Möglichkeit hingewiesen, ihre zu dieser letzten Sitzung mitgebrachten Zigaretten in eine entsprechend der Farbe des Ballons rote Schachtel zu legen und sich in Form dieses Rituals endgültig vom Rauchen zu verabschieden.

5. 3. 4. 4 Katamnesetermin

Im Rahmen des Katamnesetermins wird zum Abschluß der Sitzung eine kurze Entspannungstrance durchgeführt, die sich an den Suggestionen vom „sicheren Ort“ aus den vorangegangenen Sitzungen orientiert. Zusätzlich werden hier jedoch noch Einstreuungen zum Reframing eines möglichen Rückfalls eingesetzt, indem beschrieben wird, wie jedes Kind, wenn es laufen lernt, auch gelegentlich taumelt und fällt, dies jedoch nie zum Anlaß nimmt, aufzugeben, sondern im Gegenteil sich stets sofort wieder aufrichtet.

Da die Nachbesprechung – obgleich allein die Tatsache ihrer Existenz sicherlich Einfluß auf die Behandlung nimmt – sonst nicht als Teil der Behandlung konzipiert wurde, wird der Ablauf der Katamnesesitzung im Kapitel 7. 3 beschrieben.

II Empirischer Teil

Wirkung eines nondirektiven Hypnoseprogramms auf die Nikotinabstinenz

*„Die große Tragödie der Wissenschaft;
die Ermordung einer schönen Hypothese
durch eine schmutzige Tatsache.“*

*Thomas Henry Huxley
Biogenesis and Abiogenesis (1870)*

Kapitel 6

Erfolgsparemeter und Hypothesen

6.1 Erfolgsparemeter

Der Erfolg der Behandlung wird in der vorliegenden Studie primär an den Abstinenzraten zu unterschiedlichen Meßzeitpunkten (nach vier Wochen, drei und zwölf Monaten) gemessen.

Weitere Erfolgsparemeter sind:

- Reduktion des Konsums
- geringere FTND-Werte (Beschreibung der Meßinstrumente siehe Kapitel 7. 4)
- gesunkene Kohlenmonoxidwerte-Werte (siehe Meßinstrumente, Kapitel 7. 4)
- Beteiligung an allen Behandlungssitzungen

6.2 Hypothesen

Haupthypothese 1: Hypnosetherapie versus Kontrollgruppenbehandlung

- Die Klientinnen der Experimentalgruppe (Hypnose, verhaltenstherapeutische Elemente, Kohlenmonoxidmessung und Nikotinpflaster) sind signifikant erfolgreicher als die der Kontrollgruppe (verhaltenstherapeutische Elemente, Kohlenmonoxidmessung und Nikotinpflaster).

Haupthypothese 2: Einzel- versus Gruppenbehandlung

- Die Erfolgsrate der Gruppenbehandlung ist nicht signifikant geringer als die der Einzelbehandlung.

Hypothese 3: Suggestibilität

- Die Suggestibilität der bei der Katamnese abstinenten Probandinnen, gemessen mit der CIS und HGSHS (zur Beschreibung der Meßinstrumente siehe 7. 4) ist signifikant höher als die der nicht Abstinenten.
- Gemäß der CIS höhersuggestible Personen schätzen auch selbst ihre Trancetiefe als höher ein.
- Klientinnen mit hohen Werten im Suggestibilitätstest (CIS) bewerten die Hypnose in Relation zum Gespräch mit den Therapeutinnen oder innerhalb der Gruppe als wesentlicher gegenüber Klientinnen mit geringen Werten.

Hypothese 4: Abstinenztage

- Klientinnen, die während der Abstinenztage nicht geraucht haben, sind erfolgreicher als solche, die während der Abstinenztage rauchten.

Hypothese 5: Nikotinpflaster

- Die Behandlung mit der Kombination von Nikotinpflaster und Hypnose (Klientinnen der Experimentalgruppe, die zusätzlich Pflaster verwendeten), ist erfolgreicher als eine Behandlung ohne Hypnose, aber mit Nikotinpflaster (Kontrollgruppe) oder eine solche mit Hypnose, aber ohne Nikotinpflaster (Klientinnen der Experimentalgruppe, die kein Pflaster verwendeten).
- Vor allem körperlich abhängige Raucherinnen profitieren von der Anwendung des Pflasters.

Hypothese 6: Vermutete / tatsächliche schwierige Situationen

- Die Klientinnen sagen Situationen, in denen es ihnen schwer fallen wird, nicht zu rauchen und sie leicht rückfällig werden könnten, in der Mehrzahl der Fälle nicht korrekt voraus.

Hypothese 7: Rauchverhalten

- Die bei der Katamnese nicht abstinenten Teilnehmerinnen haben früher begonnen, zu rauchen, rauchen bereits länger und haben mehr erfolglose Aufhörversuche hinter sich als die Abstinenten.
- Die Konsumhöhe und der FTND-Wert der Klientinnen (FTND; siehe 7. 4) stellen einen Prädiktor für die zu erwartende Abstinenz dar; je höher diese sind, desto weniger erfolgreich ist die Klientin.

Hypothese 8: Demographische Variablen

- Das Programm ist unabhängig von allen demographischen Variablen gleich erfolgreich.
- Eine Ausnahme stellt das Alter der Klientinnen dar: Je älter sie sind, desto höher ist die Erfolgsquote.

Hypothese 9: Psychische Symptombelastung, Ärger und Depression

- Hohe Werte im SCL-90-R, STAXI und ADS (Beschreibung der Meßinstrumente siehe unter 7. 4) sind Prädiktoren für weniger Erfolg.
- Raucherinnen haben im Vergleich zur Standardstichprobe höhere Werte in STAXI, ADS und SCL-90-R.

Hypothese 10: Allgemeine Veränderungen

- Wurden von den Klientinnen Rituale oder spezielle Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Nichtrauchen entwickelt (siehe Katamnesebogen unter 7. 4), ist der Erfolg höher.
- Teilnehmerinnen der Hypnosegruppe erleben im Verlauf der Therapie häufiger positive Veränderungen ihres Erlebens und Verhaltens (erhoben mit der VEV, siehe Beschreibung der Meßinstrumente unter 7. 4) als Klientinnen der Kontrollgruppe.

Hypothese 11: Motivation

- Die Höhe der Motivation (gemessen mit dem Anmeldebogen; vgl. 7. 4) von erfolgreichen und weniger erfolgreichen Klientinnen unterscheidet sich signifikant: Höher motivierte Personen sind erfolgreicher.

Hypothese 12: Soziale Unterstützung

Das erfahrene Ausmaß an sozialer Unterstützung ist entscheidend für den Behandlungserfolg: Klientinnen, die

- mit dem Partner im gleichen Haushalt leben,
- vom sozialen Umfeld in ihrem Abstinenzvorhaben unterstützt werden,
- innerhalb der Entwöhnungsgruppe die Möglichkeit der Unterstützung durch andere Teilnehmerinnen wahrnehmen

sind erfolgreicher als solche, bei denen das nicht der Fall ist.

Hypothese 13: Behandlungszeitraum

- Eine Behandlung mit sieben Sitzungen ist nicht signifikant erfolgreicher als eine Behandlung mit nur fünf Sitzungen.

Hypothese 14: Therapeutinnenvariable

- Die Therapeutinnenvariable korreliert nicht mit dem Behandlungserfolg.

Hypothese 15: Glaubwürdigkeit der Klientinnenangaben

- Die CO-Werte korrelieren durchgängig mit den Klientinnenangaben zum Rauchverhalten.

Kapitel 7

Methode

Die methodische Konzeption der Studie orientierte sich an den im Kapitel 4. 5 dargestellten Überlegungen zur Gestaltung hypnotherapeutischer Forschung beziehungsweise von Studien zur Raucherentwöhnung.

7.1 Untersuchungsdesign

Für die Durchführung der Untersuchung wurde folgendes Forschungsdesign konzipiert:

7.1.1 Experimentalgruppe

7.1.1.1 *Gruppenhypnosebedingung*

Die Teilnehmer der Experimentalgruppe in der Gruppenhypnosebedingung erhielten die Hypnosebehandlung sowie verhaltenstherapeutische Therapieelemente, Gruppengespräche und die Möglichkeit, im Rahmen einer „Patenschaft“ Kontakt mit anderen Teilnehmern zu halten, außerdem die Kohlenmonoxidmessung und Nikotinpflaster. Alle Teilnehmer waren zudem aufgefordert, die beiden Abstinenztage vor Behandlungsbeginn einzuhalten.

7.1.1.2 *Einzelhypnosebedingung*

In der Einzelhypnosebedingung erhielten die Klienten ebenfalls die Hypnosebehandlung sowie verhaltenstherapeutische Therapieelemente, außerdem die Kohlenmonoxidmessung und Nikotinpflaster. Gruppengespräche und die Möglichkeit, sich mit anderen Teilnehmern zu treffen, fielen hier jedoch weg. Alle Teilnehmer wurden auch in dieser Bedingung gebeten, die beiden Abstinenztage vor Behandlungsbeginn einzuhalten.

7.1.2 Kontrollgruppe

Die Teilnehmer der Kontrollgruppe erhielten die erwähnten Therapieelemente (VT, Nikotinpflaster und CO- Messung) in gleicher Weise wie die Experimentalgruppe, mit Ausnahme der Hypnose.

Eine Darstellung der Versuchsgruppen findet sich in untenstehender Tabelle:

Experimentalgruppe I	Experimentalgruppe II	Kontrollgruppe
Gruppenhypnosebedingung mit VT- Elementen, Nikotin-pflaster, CO- Messung, Grup-pengesprächen und Paten-schaften.	Einzelhypnosebedingung mit VT- Elementen, Nikotinpfla-ster und CO- Messung.	VT- Elemente, Nikotinpflaster und CO- Messung
n = 60	n = 46	n = 43
gesamt: n = 149		

Tabelle 9: Überblick über die Versuchsgruppen

7.2 Stichprobe

7.2.1 Stichprobenrekrutierung

Die Probanden wurden über mehrere Pressenotizen angeworben (der genaue Wortlaut ist im Anhang wiedergegeben).

Dabei wurden zunächst, ohne spezifische Angaben zu machen, Raucherentwöhnungskurse angeboten. Nach der telephonischen Anfrage der Interessenten sollten die Probanden nach Alter, Geschlecht und Rauchverhalten parallelisiert und den Experimental- beziehungsweise Kontrollgruppen zugeordnet werden. Erst im Anschluß an die Gruppenzuordnung sollten die potentiellen Teilnehmer Briefe erhalten, in welchen Art und Dauer der Behandlung detaillierter beschrieben werden sollten.

Dieses methodisch korrekte Vorgehen erwies sich jedoch als ungünstig; das unspezifische Angebot einer nicht näher beschriebenen Art von Raucherentwöhnung stieß nur auf sehr mäßiges Interesse.

Daher war es, um die Studie anhand einer ausreichend großen Stichprobe durchführen zu können, notwendig, getrennte Pressenotizen für Experimental- beziehungsweise Kontrollgruppen zu veröffentlichen; die Resonanz auf die Pressenotizen stieg daraufhin merklich an.

Als zusätzliche Aquisemaßnahme wurde ein Flyer verfaßt und in circa 50 Tübinger Arztpraxen (vorzugsweise bei Internisten und Herz-Lungenspezialisten) ausgelegt; allerdings meldete sich die Mehrzahl der Klienten weiterhin aufgrund der Pressenotizen an.

Die Interessenten, die auf die Pressenotizen hin im Psychologischen Institut anriefen, wurden zunächst gebeten, sich schriftlich zu melden. Auf diese Weise sollte die Anzahl von Anfragen auf diejenigen Personen reduziert werden, bei denen eine ausreichende Motivation vermutet werden konnte, weil sie sich die Mühe machten, eine schriftliche Anfrage zu verfassen.

Auf diese Anfrage hin wurden Informationsbriefe versandt, in denen Art, Dauer und Kosten der Behandlung genau beschrieben wurden (siehe Anhang). Dieses Schreiben enthielt außerdem Informationen zu möglichen Kontraindikationen der Nikotinplasterverwendung.

Zum Informationsschreiben gehörte außerdem ein Anmeldeformular und der SCL-90-R-Fragebogen (siehe Beschreibung der Meßinstrumente), mit der Bitte, beides zur verbindlichen Anmeldung ausgefüllt und zusammen mit einem Paßfoto zurückzusenden. Der SCL-90-R-Bogen diente dabei einem ersten Screening, um eventuell stark belastete Interessenten, für die die standardisierte Behandlung nicht sinnvoll gewesen wäre, einer individuellen Einzeltherapie zuzuführen. Von dieser Möglichkeit wurde allerdings kein Gebrauch gemacht.

Von den insgesamt etwas über 1000 Anfragen kamen ungefähr 180 zur verbindlichen Anmeldung zurück; diese erhielten anschließend einen Termin für das Vorgespräch. Ein Teil dieser potentiellen Klienten meldete sich jedoch kurzfristig vor dem ersten Treffen wieder ab oder erschien nicht zum vereinbarten Termin.

149 Personen wurden insgesamt behandelt, davon 60 in der Gruppenthypnose-, 46 in der Einzelhypnose- und 43 in der Kontrollgruppenbedingung.

7. 2. 2 Eingangsvoraussetzungen, Zusammensetzung und Umfang der Stichprobe

Schon im Anschreiben war darauf hin gewiesen worden, dass der feste Wille, das Rauchen zu beenden, Voraussetzung für die Teilnahme an der Studie sei. Der mit der Anmeldung zurückzusendende SCL-90-R Fragebogen wurde außerdem bei allen Klienten einem Screening unterzogen, um Personen mit starken psychischen Beeinträchtigungen gegebenenfalls einer individuellen Behandlung außerhalb der Studie zuzuführen. Von dieser Möglichkeit wurde allerdings in keinem Fall Gebrauch gemacht, so dass die Klienten letztendlich keine speziellen Eingangsvoraussetzungen zu erfüllen hatten.

Von den insgesamt 149 Klienten wurden 52 im Rahmen einer vorangegangenen Studie zur Gruppenthypnose mit identischen oder vergleichbaren Therapieelementen (Schlarb & Schweizer, 1999, 2001) behandelt; hiervon entfallen 40 auf die Gruppenthypnosebedingung und zwölf auf die Kontrollgruppe.

Der Stichprobenumfang ging mit 149 Probanden etwas über den gemäß Cohen für Häufigkeitsdifferenzen notwendigen Wert von $n = 143$ bei maximal fünf Freiheitsgraden für mittlere Effektgrößen – ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ vorausgesetzt – hinaus. Für die Berechnung von multiplen Korrelationen oder Varianzanalysen sind nach Cohen jeweils nur deutlich kleinere Stichprobenumfänge notwendig, sofern ebenfalls von einer mittleren Effektstärke und einem Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ ausgegangen wird (Cohen in Bortz & Döring, 2002).

Die geringere Anzahl von Probanden in der Kontrollgruppenbedingung kam dadurch zustande, dass es äußerst schwierig blieb, Personen für die Nikotinplasterbehandlung zu finden.

Bezüglich der Ungleichverteilung der Klientenanzahl zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe ist außerdem anzumerken, dass die vorangehende Studie für die Kontrollgruppe nach vier Wochen eine Abstinenzrate von lediglich 33 Prozent – im Vergleich zu 83 Prozent in der Experimentalgruppe – ergab. Aus ethischen Überlegungen wurde daher angestrebt, die deutlich weniger erfolgsversprechende Kontrollgruppenbehandlung bei nicht mehr Klienten als notwendig durchzuführen, obwohl die methodische Aussagekraft der Studie dadurch etwas leidet.

7. 2. 3 Beschreibung der Stichprobe

7. 2. 3. 1 Demographische Variablen

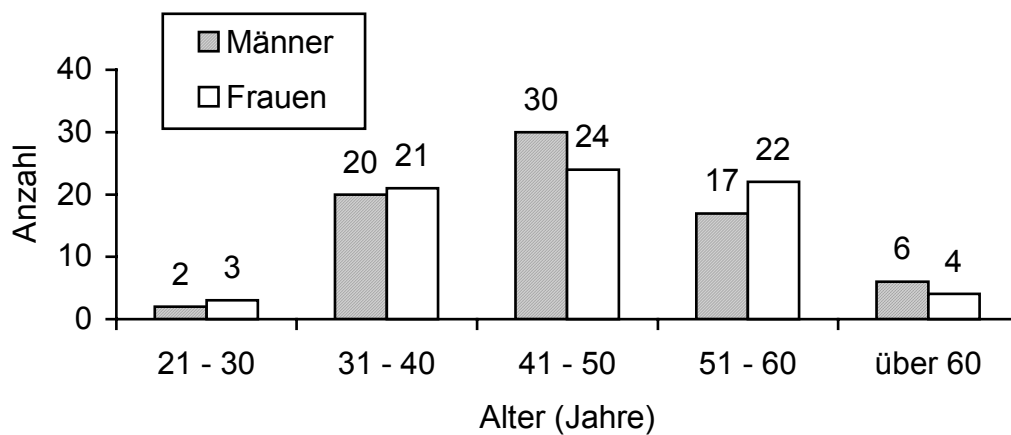
Von den insgesamt 149 Teilnehmern waren 74 weiblich und 75 männlich.

Zur Altersverteilung siehe folgende Tabelle:

Alter	Anzahl
21-30 Jahre	n = 5 (3,4 Prozent)
31-40 Jahre	n = 41 (27,5 Prozent)
41-50 Jahre	n = 54 (36,2 Prozent)
51-60 Jahre	n = 39 (26,2 Prozent)
61-70 Jahre	n = 10 (6,7 Prozent)

Tabelle 10: Altersverteilung der Teilnehmer

Die Altersverteilung in Relation zum Geschlecht gestaltete sich wie in Grahik 2 dargestellt:



Graphik 2: Altersverteilung der Teilnehmer

21,6 Prozent der Teilnehmer waren unverheiratet, 59,5 Prozent verheiratet, 15,5 Prozent geschieden und 3,4 Prozent verwitwet; 54,7 Prozent lebten zu zweit mit einem Partner, 25 Prozent mit Verwandten, Kindern oder Freunden zusammen, 19,6 Prozent allein und eine Person machte keine Angaben zu ihrer Wohnsituation.

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung des jeweils höchsten Schulabschlusses der Teilnehmer:

Schulabschluß	Anzahl
Hauptschule	n = 33 (22,1 Prozent)
Realschule	n = 47 (31,5 Prozent)
Abitur	n = 26 (17,4 Prozent)
Hochschule	n = 41 (27,5 Prozent)
Keine Angaben	n = 2 (1,3 Prozent)

Tabelle 11: Höchster Bildungsabschluß der Teilnehmer

Die Verteilung der Erwerbstätigkeit der Teilnehmer setzte sich folgendermaßen zusammen:

Erwerbstätigkeit	Anzahl
Voll Berufstätige	n = 87 (58,4 Prozent)
Teilweise Berufstätige	n = 28 (18,4 Prozent)
Im Haushalt Tätige	n = 13 (8,7 Prozent)
Auszubildende	n = 2 (1,3 Prozent)
Rentner	n = 11 (7,4 Prozent)
Arbeitslose	n = 6 (4,0 Prozent)
Keine Angaben	n = 2 (1,3 Prozent)

Tabelle 12: Erwerbstätigkeit

7. 2. 3. 2 *Rauchverhalten der Teilnehmer*

Gemäß dem FTND waren:

19 Prozent psychisch-, aber nicht nikotinabhängig (Score 0 – 2)

21 Prozent nicht zuzuordnen (Score 3 – 4)

60 Prozent nikotinabhängig (Score 5 – 10)

Die Klienten rauchten – bei einer Spanne von acht bis 80 – durchschnittlich 27,77 Zigaretten pro Tag; in der Kontrollgruppe mit 27,50 Zigaretten täglich unwesentlich weniger als in der Experimentalgruppe mit durchschnittlich 28,04 Zigaretten pro Tag. 89 Prozent der Klienten hatten schon mindestens einen Abstinenzversuch hinter sich.

Bezüglich keiner der oben erwähnten Variablen gab es signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe, der Gruppen- und der Einzelbehandlung oder zwischen den Klienten, die im Rahmen der Diplomarbeit beziehungsweise der vorliegenden Studie behandelt wurden.

7.3 Behandlungsablauf

7.3.1 Experimentalgruppe

Die Behandlung fand in den Räumen des Psychologischen Instituts statt und umfaßte fünf Sitzungen:

- Das Vorgespräch
- Drei Sitzungen für die eigentliche Behandlung
- Das Katamnesetreffen

7.3.1.1 *Gruppenhypnosebedingung*

Die Gruppengröße lag bei durchschnittlich sechs Teilnehmern. Um allen Gruppenmitgliedern das erforderliche Maß an Aufmerksamkeit zukommen lassen zu können, wurden die Sitzungen von zwei Therapeutinnen gemeinsam geleitet.

Vorbesprechung

Zu Beginn der ersten Sitzung stellten sich zunächst die Therapeutinnen und anschließend die Klienten vor. Letztere wurden ermuntert, außer Namen, Alter, Familienstand und Beruf anzugeben möglichst auch etwas über ihre „Raucherkarriere“, momentane Rauchgewohnheiten, frühere Abstinenzversuche und Aufhörmotivation zu berichten. Weiter wurde das Gruppengespräch genutzt, um die Motivation, das Rauchen zu beenden und das Vertrauen in die eigene Fähigkeit zur Abstinenz zu stärken. Anschließend wurde den Teilnehmern der Behandlungsablauf noch einmal erläutert.

Danach wurden die Nikotinplaster verteilt und deren Wirkung und Handhabung sowie mögliche Kontraindikationen erklärt. Die Teilnehmer erhielten außerdem das „Tipps & Tricks-Blatt“; Fragen zu dessen Inhalt wurden in der Gruppe besprochen. Anschließend wurden den Klienten die Prinzipien der Klinischen Hypnose und deren Abgrenzung von der vielen bekannten Bühnenhypnose kurz erläutert.

Als wichtigen Bestandteil des Vorgesprächs hatten die Klienten ausführlich Gelegenheit, Befürchtungen und Ängste zum Thema Hypnose zu formulieren, und die Therapeutinnen hatten die Möglichkeit, entsprechende Aufklärungsarbeit zu leisten. Im Anschluß an diesen Gesprächsteil wurde den Klienten die Möglichkeit, „Patenschaften“ einzugehen, erläutert. Die Teilnehmer wurden aufgefordert, sich paarweise zusammen zu finden, und die Einwilligung wurde eingeholt, in der nächsten Sitzung eine Telefonliste mit den Nummern der Klienten zu verteilen, um so den

Austausch zu erleichtern. Schließlich wurde der CO-Test durchgeführt und die Ergebnisse an der Flipchart durch ein Diagramm visualisiert.

Zum Abschluß des Vorgesprächs füllten die Klienten das STAXI und die ADS-L aus. Der Test zur Messung der Suggestibilität (CIS) wurde den Teilnehmern erläutert und die Audiokassette mit dem Fragebogen zur Durchführung mit nach Hause gegeben (Beschreibung der Meßinstrumente siehe unter 7. 4).

Insgesamt dauerte die Vorbesprechung in Abhängigkeit von der Gruppengröße zwei bis zweieinhalb Stunden.

Abstinenztage

Zwischen der Vorbesprechung und der ersten Hypnosesitzung sollten die Teilnehmer aufhören zu rauchen. Die erste Hypnosesitzung fand am Abend des dritten Tages nach dem Aufhören statt. Die weiteren beiden Sitzungen folgten mit jeweils einwöchigem Abstand.

Die erste Hypnosesitzung

Nach der Begrüßung der Teilnehmer fand ein Gruppengespräch statt, in dessen Rahmen sich die Teilnehmer über die Erfahrungen während der ersten Nichtraucherstage austauschten. Wenn Klienten von schwierigen Situationen berichteten, wurde versucht, den Auslösestimulus für das Rauchverlangen zu erarbeiten und unter Einbeziehung der Ideen und Ressourcen der Gruppe alternative Bewältigungsstrategien zu etablieren.

Gab es Gruppenmitglieder, die noch nicht aufgehört hatten, zu rauchen, wurde versucht zu erarbeiten, welche Schritte oder Maßnahmen für sie hilfreich sein könnten, um das Rauchen zu beenden. Anschließend erfolgte die CO-Messung und das Eintragen ins Schaubild. Nach einer kurzen Pause fand die eigentliche Hypnose statt (zu deren Inhalten siehe Kapitel 5).

Nach der Reorientierung gaben die Klienten Rückmeldung über ihre Tranceerfahrungen und hatten Gelegenheit, sich hierüber auszutauschen. Zum Abschluß der Sitzung füllten die Teilnehmer den Feedbackbogen aus (vgl 7. 4). Die Sitzungsdauer betrug etwa zwei bis zweieinhalb Stunden.

Im Anschluß an die Sitzung tauschten die Therapeutinnen sich in einer kurzen Nachbesprechung aus und bearbeiteten den Therapeutenfragebogen (siehe Meßinstrumente, 7. 4).

Die zweite Hypnosesitzung

Die Sitzung entsprach in Struktur, Dauer und Ablauf der ersten Sitzung. Für die inhaltliche Gestaltung der Hypnose siehe „Entwicklung des eigenen Programms“.

Die dritte Hypnosesitzung

Die Sitzung entsprach in Struktur und Ablauf ebenfalls den vorigen Sitzungen. Im Gruppengespräch wurde hier insbesondere die Aufrechterhaltung der Abstinenz thematisiert.

Am Ende der Behandlung erfolgte ein Abschiedsritual. Die Klienten konnten, wenn sie dies wünschten, ihre Zigarettenschachtel in ein Kästchen legen. Anschließend wurde besprochen, was mit den abgegebenen Zigaretten geschehen sollte, weil die Art der „Entsorgung“ vielen Teilnehmern wichtig war.

Katamnesetermin

Drei Monate nach der letzten Hypnosesitzung fand der Katamnesetermin statt. Mit der Einladung zum Katamnesegespräch wurde der VEV-Bogen mit der Bitte versandt, diesen zum letzten Termin ausgefüllt mitzubringen. Im Rahmen der Sitzung berichteten die Teilnehmer über die vergangenen Monate, danach wurde die CO-Messung durchgeführt und die Werte ins Diagramm eingetragen. Anschließend wurde besprochen, welche Situationen in der nächsten Zeit noch problematisch sein könnten und was für Vorsichtsmaßnahmen möglich wären, um nicht rückfällig zu werden, und eine kurze Entspannungstrance wurde durchgeführt. Teilnehmer, die wieder begonnen hatten zu rauchen, wurden, falls vorhanden, in ihrem Vorsatz bestärkt, einen weiteren Abstinenzversuch zu machen und entsprechende Möglichkeiten erörtert.

Abschließend füllten die Klienten die STAXI- und ADS-L-Bögen sowie den Katamnesebogen aus (siehe 7. 4). Die Dauer der Nachbesprechung betrug etwa zwei Stunden.

7. 3. 1. 2 Einzelhypnosebedingung

Die Einzelhypnosebehandlung entsprach inhaltlich weitgehend der oben beschriebenen Gruppensitzung. Unterschiede zwischen Einzel- und Gruppenbehandlung waren jedoch:

- Bei der Einzelbehandlung war während des eigentlichen Behandlungsblocks (den drei Hypnosesitzungen) kein Erfahrungsaustausch mit anderen Teilnehmern möglich. Lediglich das Vorgespräch und die Katamnese Sitzung fanden aus organisatorischen Gründen in kleinen Gruppen von durchschnittlich drei Teilnehmern statt. Die Möglichkeit zu Gesprächen mit anderen Klienten während dieser Sitzungen wurde jedoch sehr begrenzt gehalten.
- Für die Teilnehmer der Einzelbehandlung wurden keine Patenschaften mit anderen Klienten eingerichtet.
- In der Einzelbedingung wurde im therapeutischen Gespräch inhaltlich individueller auf den einzelnen Klienten eingegangen; häufig nutzten die Klienten im Einzelsetting auch eher die Möglichkeit, nicht unmittelbar mit dem Rauchen zusammenhängende Probleme (beispielswei-

se in der Partnerschaft) mit ihrer Therapeutin zu erörtern. Von therapeutischer Seite wurde diese Nutzung der Therapie begrüßt; allerdings blieben – um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten – die Suggestionen auch im Einzelsetting prinzipiell standardisiert, jedoch mit der Option, bei Bedarf spezifischer auf individuelle Themen der Klienten einzugehen.

- Die Dauer der Sitzungen in der Einzelbehandlung betrug lediglich 60 Minuten. Diese trotz identischer Suggestionen kürzere Dauer der Einzelsitzungen kam durch das Fehlen der Gesprächsrunden zustande, die in der Gruppenbedingung viel Zeit in Anspruch nahmen.

7.3.2 Kontrollgruppe

Die Treffen der Kontrollgruppe fanden in Gruppen mit etwa zehn Teilnehmern statt. Die Klienten bekam alle Behandlungselemente (VT, Nikotinpflaster und CO- Messung) in gleicher Weise wie die Experimentalgruppe, mit Ausnahme der Hypnose selbst und der Möglichkeit, Partnerschaften einzugehen. Auch die Testung der Suggestibilität wurde bei der Kontrollgruppe nicht durchgeführt. Durch den Wegfall der Hypnose reduzierte sich in dieser Bedingung die Sitzungsanzahl auf zwei etwa zweistündige Sitzungen im Abstand von drei Monaten.

7.4 Meßinstrumente

7.4.1 Anmeldebogen

Der Bogen wurde entwickelt, um bereits vor dem ersten persönlichen Klientenkontakt die folgenden Informationen erheben zu können:

Datenerhebung im Anmeldebogen:

1. Demographische Variablen
2. Aktuelles Rauchverhalten (FTND, siehe unten)
3. Beginn und Dauer des Rauchens
4. Art und Dauer bisheriger Abstinenzversuche
5. Bevorzugte Rauchsituationen
6. Zuversichtlichkeit, in bestimmten Situationen abstinent bleiben zu können
7. Aufhörmotivation
8. Soziale Unterstützung bezüglich des Abstinenzvorhabens

Die Klienten werden außerdem über mögliche Kontraindikationen in Bezug auf die Nikotinpflasterbehandlung informiert und gebeten, gegebenenfalls mit ihrem Hausarzt Rücksprache zu hal-

ten. Personen, bei denen aufgrund medizinischer Kontraindikationen die Nikotinpflasterbehandlung nicht angebracht ist, wird eine Behandlung außerhalb der Studie vorgeschlagen.

Dem Anmeldebogen ist außerdem die Bitte beigefügt, dem ausgefüllten Bogen ein aktuelles Passfoto beizulegen; die korrekte Zuordnung der Informationen zu den einzelnen Klienten während des Vorgesprächs ist dadurch wesentlich erleichtert.

7. 4. 2 Fagerström Test Nicotine Dependence: FTND

Der FTND ist ein Instrument zur Bestimmung des Grades der Nikotinabhängigkeit von Rauchern (Heatherton, Fagerström et al. 1991). Die sechs Items wurden für die vorliegende Untersuchung in den Anmeldebogen integriert.

Die Items des FTND:

1. Wann nach dem Aufwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen sein zu lassen?
3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?
4. Wieviel Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag?
5. Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?
6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

Die einzelnen Items sind unterschiedlich gewichtet; insgesamt ergibt sich ein Summenscore von null bis zehn. Die Konsumhöhe und der Zeitraum zwischen Erwachen und erster Zigarette liefern 66 Prozent des möglichen Gesamtscores.

Fagerström hat die Summenscores folgendermaßen gruppiert (Schoberberger, 1972):

- FTND-Score 5 – 10: Nikotinabhängig
- FTND-Score 3 – 4: Nicht entscheidbar, ob psychisch- oder nikotinabhängig
- FTND-Score 0 – 2: Psychisch-, aber nicht nikotinabhängig

7. 4. 3 Symptom-Checkliste von Derogatis: SCL-90-R

Die heute gültige Form des SCL-90-R wurde 1977 von Derogatis (Derogatis, 1977) an einer Stichprobe von 1002 ambulanten Psychatriepatienten entwickelt.

Der Test bietet einen Überblick über die psychische Symptombelastung der Person in Bezug auf neun Skalen und drei globale Kennwerte. Die Beantwortung erfolgt mittels Ankreuzen der zutreffenden Aussagen.

7. 4. 3. 1 Die neun Skalen beschreiben die Bereiche:

Skala 1: Somatisierung:

Zwölf Items umfassen einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen. Die Skala fokussiert auf Distress, der durch die Wahrnehmung körperlicher Dysfunktionen bedingt ist. Diese Symptome haben erwiesenermaßen eine hohe Prävalenz bei Störungen mit funktioneller Ätiologie, können aber auch tatsächliche körperliche Störungen widerspiegeln.

Personen mit hohen Werten leiden unter anderem unter:

Kopfschmerzen, Herz- und Brustschmerzen, Kreuzschmerzen, Übelkeit, Muskelschmerzen, Schwierigkeiten beim Atmen, Hitzewallungen oder Kälteschauern, Taubheit in einzelnen Körperteilen und Schweregefühlen in Armen und Beinen.

Skala 2: Zwanghaftigkeit

Zehn Items beschreiben leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit. Skala zwei berücksichtigt Symptome, die eng mit dem klinischen Syndrom der Zwanghaftigkeit zusammenhängen; Gedanken, Impulse und Handlungen, die einerseits als ich-fremd, andererseits als konstant vorhanden erlebt werden.

Personen mit hohen Werten leiden unter anderem unter:

Gedächtnisschwierigkeiten, Beunruhigung wegen Nachlässigkeit, der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, dem Zwang, nachzukontrollieren, Leere im Kopf und zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten.

Skala 3: Unsicherheit im Sozialkontakt

Neun Items beinhalten leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger Unzulänglichkeit. Die Skala bezieht sich auf Minderwertigkeitsgefühle, Selbstabwertung und Unwohlsein in interpersoneller Kommunikation.

Personen mit hohen Werten leiden unter anderem unter:

Schüchternheit, dem Gefühl, dass andere Leute unfreundlich sind, einem unbehaglichen Gefühl, wenn andere Leute sie beobachten und Befangenheit beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit.

Skala 4: Depression

Dreizehn Items umfassen Traurigkeit bis hin zur schweren Depression. In Skala vier geht es um die Manifestationen der klinischen Depression mit Motivationsverlust, dysphorischer Stimmung und Suizidgedanken sowie weiterer kognitiver und somatischer Depressionskorrelate.

Personen mit hohen Werten leiden unter anderem unter:

Verminderung des Interesses an Sexualität, Energielosigkeit, Neigung zum Weinen, Selbstvorwürfen, Einsamkeitsgefühlen und unter dem Gefühl, dass alles hoffnungslos und sehr anstrengend ist.

Skala 5: Ängstlichkeit

Zehn Items beschreiben ein Spektrum von leichter Nervosität bis hin zu tiefer Angst. Kognitive Komponenten wie Besorgnis und Furcht und somatische Korrelate werden berücksichtigt.

Personen mit hohen Werten leiden unter anderem unter:

Erschrecken ohne Grund, innerem Zittern, Furchtsamkeit, Herzklopfen, starker Ruhelosigkeit, dem Gedanken, dass ihnen etwas Schlimmes zustoßen könnte und schreckerregenden Vorstellungen.

Skala 6: Aggressivität/ Feindseligkeit

Sechs Items beschreiben Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu ausgeprägter Aggressivität. Skala sechs bezieht sich auf die für Ärger, Zorn und Aggression typischen Gedanken, Gefühle und Handlungen.

Personen mit hohen Werten leiden unter anderem unter:

Gefühlsausbrüchen, dem Drang, jemanden zu schlagen oder Dinge zu zerbrechen, der Neigung, immer wieder in Auseinandersetzungen zu geraten und unter dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen.

Skala 7: Phobische Angst

Sieben Items beinhalten ein leichtes Bedrohungsgefühl bis hin zur massiven phobischen Angst. Die Items fokussieren vor allem auf die unangemessene Furcht vor bestimmten Objekten, Situationen oder Orten.

Personen mit hohen Werten leiden unter anderem unter:

Furcht auf offenen Plätzen, Befürchtungen, wenn sie allein aus dem Haus gehen, unter der Notwendigkeit, bestimmte Dinge und Tätigkeiten zu meiden und unter Abneigung gegen Menschenmengen.

Skala 8: Paranoides Denken

Sechs Items umfassen Mißtrauen bis hin zu ausgeprägtem paranoidem Denken, wobei paranoides Verhalten als Denkstörung verstanden wird.

Personen mit hohen Werten leiden unter anderem unter:

Ideen, die andere nicht mit ihnen teilen, mangelnder Anerkennung ihrer Leistungen durch andere, dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann, und dem Gefühl, dass andere Leute über sie reden.

Skala 9: Psychotizismus

Zehn Items beschreiben das Gefühl der Entfremdung und Isolation bis hin zu psychotischen Episoden. Die Skala umfaßt einen verzerrten, isolierten Lebensstil bis hin zu den Primärsymptomen der Schizophrenie.

Personen mit hohen Werten leiden unter anderem unter:

Ideen, die andere nicht mit ihnen teilen, mangelnder Anerkennung ihrer Leistungen durch andere, dem Gefühl, dass man den meisten Leuten nicht trauen kann und dem Gefühl, dass andere Leute über sie reden.

Zusatzfragen, die keiner Skala zugeordnet und bei Bedarf separat ausgewertet werden, sind Fragen nach:

- schlechtem Appetit
- dem Gedanken ans Sterben
- Schlafstörungen
- dem Drang, sich zu überessen
- Schuldgefühlen

7. 4. 3. 2 Die globalen Kennwerte

Die drei globalen Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten über alle Items:

GSI (global severity index)	mißt die grundsätzliche psychische Belastung
PSDI (positive symptom distress index)	mißt die Intensität der Antworten
<i>PST</i> (positive symptom total):	gibt die Anzahl der Symptome an, bei denen eine Belastung vorliegt

7. 4. 4 Creative Imagination Scale: CIS

Zur Überprüfung der Suggestibilität wurde die CIS von Wilson (1976) und Barber (1978) verwendet.

7. 4. 4. 1 Aufbau der CIS

Die Skala besteht aus zwei motorischen und acht kognitiven Items, deren Inhalt sich die Klienten vorzustellen angewiesen werden.

Die Suggestionen betreffen folgende Bereiche:

- Schwere des Armes
- Leichtigkeit der Hand und Anästhesie der Finger
- Gustatorische Empfindungen
- Olfaktorische Empfindungen
- Auditive Wahrnehmungen
- Temperaturveränderungen
- Zeitveränderungen
- Altersregression
- Entspannung

7. 4. 4. 2 Durchführung

Bei der Durchführung der CIS muß keine vorherige Hypnoseinduktion durchgeführt werden; nach Straus (1980), zitiert nach Krause (2001) verändert eine traditionelle Hypnoseinduktion mit Augenfixation und Entspannungssuggestionen die Werte der CIS nicht wesentlich. Allerdings ist es möglich, dass manche Klienten aufgrund einer Aufmerksamkeitsfokussierung während der Testdurchführung spontan in Trance gehen.

Für die vorliegende Studie ist die CIS günstig, weil sie vom Klienten mit Hilfe einer Audiokassette zu Hause selbst durchgeführt werden kann.

Die Datenerhebung erfolgt mittels retrospektiver Selbstbeobachtung der Teilnehmenden bezüglich ihrer Reaktionen auf die vorgegebenen Suggestionen: Auf dem Auswertungsbogen wird auf einer fünffach gestuften Skala geantwortet. Hohe Werte entsprechen einer ausgeprägten Suggestibilität.

7. 4. 4. 3 Beispielitems

1. In einem ersten Test wurden Sie gebeten, sich zunächst ein, dann zwei und drei Wörterbücher vorzustellen, die auf Ihrer Handfläche gestapelt wurden. Verglichen mit dem, was Sie erlebt hätten, wenn tatsächlich Wörterbücher auf Ihrer Hand gestapelt worden wären, war Ihre erlebte Vorstellung:				
0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch
2. In einem zweiten Test wurden Sie gebeten, sich vorzustellen, wie Ihre Hand von einem starken Wasserstrahl eines Gartenschlauchs angehoben wird. Verglichen mit dem, was Sie erlebt hätten, wenn Ihre Hand tatsächlich von einem Wasserstrahl in die Höhe gehoben worden wäre, war Ihre erlebte Vorstellung:				
0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch
3. In einem dritten Test wurden Sie gebeten, sich vorzustellen, wie ein lokales Betäubungsmittel in Ihre Hand injiziert wurde, worauf zwei Finger taub wurden. Verglichen mit dem, was Sie erlebt hätten, wenn tatsächlich zwei Finger aufgrund eines Betäubungsmittels taub geworden wären, war Ihre erlebte Vorstellung:				
0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch

7. 4. 5 Allgemeine Depressions Skala: ADS

Der Fragebogen (Hautzinger & Bailer, 1992) stellt ein an repräsentativen Stichproben normiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Vorhandenseins und der Dauer von Beeinträchtigungen durch depressive Affekte, körperliche Beschwerden, motorische Hemmung und negative Denkmuster.

Es handelt sich dabei um die deutschsprachige Form der „Centre for Epidemiological Studies Depression Scale“ (CES-D) (Radloff, 1977), welche speziell für den Einsatz an nicht-klinischen Stichproben, Bevölkerungsgruppen und epidemiologischen Gemeindestichproben entwickelt wurde.

7. 4. 5. 1 Die beiden Formen der ADS

Die ADS existiert in zwei Versionen: Der Langform ADS-L mit 20 Items, welche damit weitgehend der amerikanischen CES-D Skala vergleichbar ist und der Kurzform ADS-K mit 15 Items.

In der vorliegenden Studie wurde die ADS-L Skala verwendet, welche im folgenden näher beschrieben werden soll.

7. 4. 5. 2 Die 20 Item- Version der ADS: ADS-L

Die mittels der ADS erfragten Depressionsmerkmale sind unter anderem:

- Erschöpfung
- Selbstabwertung
- Einsamkeit
- Antriebslosigkeit
- Weinen
- Rückzug
- Fröhlichkeit
- Schlafstörungen
- Konzentrationsprobleme
- empfundene Ablehnung durch andere
- Hoffnungslosigkeit
- Niedergeschlagenheit
- Traurigkeit
- Angst
- Appetitstörungen

Die Symptome werden durch einfache Sätze erfragt. Der Bezugszeitraum ist „die letzte Woche“.

Daraus ergibt sich eine vierstufige Beantwortungsmöglichkeit jeder Frage:

0	selten oder überhaupt nicht	weniger als ein Tag
1	manchmal	ein bis zwei Tage lang
2	öfters	drei bis vier Tage lang
3	meistens, die ganze Zeit	fünf oder mehr Tage lang

7. 4. 5. 3 Die Items der ADS-L

Die 20 Items der ADS-L lauten:

1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen
2. hatte ich kaum Appetit
3. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern
4. kam ich mir genauso gut vor wie andere
5. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren
6. war ich deprimiert/niedergeschlagen
7. war alles anstrengend für mich
8. dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft
9. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag
10. hatte ich Angst
11. habe ich schlecht geschlafen
12. war ich fröhlich gestimmt
13. habe ich weniger als sonst geredet
14. fühlte ich mich einsam
15. waren die Leute unfreundlich zu mir
16. habe ich das Leben genossen
17. mußte ich weinen
18. war ich traurig
19. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können
20. konnte ich mich zu nichts aufraffen

7. 4. 5. 4 *Lügenkriterium*

16 der 20 Items der ADS-L sind so ausgerichtet, dass die Beantwortung mit „meistens“ auf eine deutliche depressive Beeinträchtigung hinweist. Vier Items sind umgekehrt gepolt; eine Beantwortung mit „selten“ drückt demnach eine depressive Symptomatik aus.

Die vier umgekehrt gepolten Items dienen als Lügenkriterium: Personen, die stereotyp in der Antwortspalte „selten oder überhaupt nicht“ ihre Antwortkreuze setzen, erzielen bei den umgekehrt gepolten Items hohe Werte, die nicht zu den sonstigen Antworten passen.

Zur Bestimmung noch akzeptabler beziehungsweise nicht mehr als glaubwürdig zu betrachtender Angaben dient die folgende Formel:

$$\boxed{\sum \text{positiv gepolte Items} \text{ minus } 4 \times \sum \text{negativ gepolte Items}}$$

Wird ein kritischer Wert von < -28 Punkten erreicht, so sollte der Fragebogen nicht länger als glaubwürdig angesehen werden.

7. 4. 6 State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar: STAXI

Der Fragebogen von Schwenkmezger, Hodapp (Schwenkmezger et al., 1992) ist ein kurzes und ökonomisches Verfahren zur Erfassung von Ärger und Ärgerausdruck.

Die Skala basiert auf der gleichnamigen amerikanischen Fassung, dem State-Trait-Anger-Expression-Inventary (Spielberger, 1988), stellt jedoch nicht eine einfache Übersetzung der Originalitems, sondern eine Neuentwicklung unter Ausweitung des ursprünglichen Itempools dar.

Hierfür wurde der Test um für die der deutschen Sprache spezifischen Beschreibungen von Ärger und Ärgerausdruck erweitert und eine bevölkerungsrepräsentative Normierung durchgeführt.

7. 4. 6. 1 *Überblick über Fragebogen zur Erfassung von Emotionskonstrukten nach Spielberger*

Die Ärgerausdrucksskalen des STAXI sind in den Kontext der umfassenden Bemühungen Spielbergers, grundlegende Emotionen zu analysieren, einzuordnen. Hintergrund der Analyse dieser Konstrukte aus der Tradition der Trait-State-Dimensionen – zu denen außer Ärger auch Angst und Neugier gehören – ist die Auffassung, dass es sich hier um sehr grundlegende Emotions- und Motivationssysteme handle, anhand derer Forschungsanliegen aus der Allgemeinen Psychologie mit persönlichkeits- und differentialpsychologischen Fragestellungen verknüpft werden können. Aus der anwendungsorientierten Perspektive ergibt sich eine hohe Relevanz durch die Tatsache, dass Auftretenshäufigkeit und Intensität sowie Ausdrucks- und Verarbeitungsformen von Emotionen eine zentrale Bedeutung bei Ätiologie und Verlauf psychosomatischer Erkran-

kungen zugesprochen wird. Außer der STAXI wurden von Spielberger das State-Trait-Angstinventar (STAI, Spielberger, 1966, 1972) sowie das State-Trait-Persönlichkeitsinventar (STIP, Spielberger, 1979) entwickelt.

7. 4. 6. 2 Überblick über die Skalen des STAXI

Das STAXI umfaßt insgesamt 44 Items, die fünf Skalen und zwei Zusatzskalen bilden:

Die Ärger-Zustands-Skala (State-Anger S-A) umfaßt zehn Items, welche die Intensität des subjektiven Ärgerzustands zu einem bestimmten Zeitpunkt abbilden.

Die Ärger-Dispositions-Skala (Trait-Anger T-A), bestehend aus

- der Ärger-Temperaments-Skala (angry temperament TA/T) und
- der Ärger-Reaktions-Skala (angry-reaction TA/R)

enthält zehn Items und erfaßt die Bereitschaft, in Ärger provozierenden Situationen mit einer Erhöhung des Zustandsängers zu reagieren. Dabei erfaßt die Ärger-Temperaments-Unterskala (TA/T) die eher allgemeine Neigung, Ärger ohne spezifische Provokation zu erfahren und die Ärger-Reaktions-Unterskala (TA/R) die Bereitschaft, Ärger dann zu äußern, wenn man sich unfair behandelt fühlt.

Die Skala zur Erfassung von nach innen gerichtetem Ärger (Anger-in AI) umfaßt acht Items zur Messung der Häufigkeit, mit der ärgerliche Gefühle unterdrückt werden.

Die Skala zur Erfassung von nach außen gerichtetem Ärger (Anger-out AO) besteht aus acht Items und erfaßt die Häufigkeit, mit der Ärger nach außen gegen Personen oder Objekte gerichtet wird.

Die Ärger-Kontroll-Skala (Anger Control AC) stellt mit ebenfalls acht Items einen Indikator für die Häufigkeit von Versuchen, Ärger nicht aufkommen zu lassen, dar.

Der Fragebogen ist in drei Teile untergliedert:

	Inhalt	Instruktion
Teil I	Zehn Zustandsitems (S-A)	„Wählen Sie diejenige Antwort, die Ihren augenblicklichen Gefühlszustand am besten beschreibt.“
Teil II	Zehn Dispositionsitems (TA/T und TA/R)	„Wählen Sie diejenige Antwort, die am besten beschreibt, wie Sie sich im allgemeinen fühlen.“
Teil III	24 Items aus den drei Ausdrucksskalen (AI, AO, AC)	„Wählen Sie diejenige Antwort, die am besten beschreibt, wie Sie im allgemeinen handeln oder fühlen.“

Tabelle 13: Überblick über die drei Teile des STAXI

7. 4. 6. 3 Zuordnung der Items zu den Skalen

Items der Ärger-Zustands-Skala (S-A):

- Ich bin... ungehalten, wütend, sauer, enttäuscht, aufgebracht, schlecht gelaunt, ärgerlich.
- Ich könnte... vor Wut in die Luft gehen, laut schimpfen.

Items der Ärger-Dispositions-Temperaments-Skala (TA/T):

- Ich... werde schnell ärgerlich, rege mich schnell auf, bin ein Hitzkopf.
- Wenn ich... gereizt werde, könnte ich losschlagen, sage ich häßliche Dinge.

Items der Ärger-Dispositions-Reaktions-Skala (TA/R):

- Es macht mich zornig, wenn ich vor anderen kritisiert werde.
- Ich bin aufgebracht, wenn ich etwas gut mache und ich schlecht beurteilt werde.
- Wenn ich etwas vergeblich mache, werde ich böse.
- Ich koche innerlich, wenn ich unter Druck gesetzt werde.
- Es ärgert mich, wenn ausgerechnet ich korrigiert werde.

Items der Skala zur Erfassung von nach innen gerichtetem Ärger (AI):

- Ich... fresse Dinge in mich hinein,
 - ... koche innerlich, zeige es aber nicht,
 - ... empfinde Groll, rede aber mit niemand darüber,
 - ... bin ärgerlicher, als ich es zugeben möchte,
 - ... bin weit mehr erzürnt als andere es wahrnehmen,
 - ... könnte platzen, lasse es aber niemanden merken,
 - ... ziehe mich vor anderen Menschen zurück,
 - ... bin ärgerlicher als ich es mir anmerken lasse.

Items der Skala zur Erfassung von nach außen gerichtetem Ärger (AO):

- Ich... stoße Bedrohungen aus, ohne sie wirklich ausführen zu wollen,
 - ... mache Dinge wie Türen zuschlagen,
 - ... mache häßliche Bemerkungen,

- ... werde wütend,
- ... platze heraus, so dass andere meinen Ärger zu spüren bekommen,
- ... werde laut,
- ... fahre aus der Haut,
- ... verliere die Fassung.

Items der Ärger-Kontroll-Skala (AC):

- Nach außen bewahre ich die Haltung.
- Ich... halte meine Gefühle unter Kontrolle,
 - ... bewahre meine Ruhe,
 - ... kontrolliere mein Verhalten,
 - ... kann mich selbst daran hindern, wütend zu werden,
 - ... kontrolliere meinen Ärger,
 - ... versuche, tolerant und verständnisvoll zu reagieren,
 - ... sage mir: Reg´ dich nicht auf.

7. 4. 6. 4 *Testdurchführung und Auswertung*

Die Beantwortung erfolgt jeweils auf einer Vier-Punkte-Rating-Skala mit den verbalen Verankerungen:

Teil I:	„überhaupt nicht“	(1)	Teil II und III:	„fast nie“	(1)
	„ein wenig“	(2)		„manchmal“	(2)
	„ziemlich“	(3)		„oft“	(3)
	„sehr“	(4)		„fast immer“	(4)

Das STAXI wird ausgewertet, indem die Punktwerte pro Item jeder Skala addiert werden. Iteminversionen sind nicht notwendig, da alle Items unidirektional verrechnet werden: Ein hoher Skalenwert gibt dabei eine hohe Ärgerausprägung wieder.

Der Wertebereich streut für die Skalen S-A und T-A zwischen 10 und 40 und für TA/T sowie TA/R zwischen fünf und 20. Bei den Skalen AI, AO und AC sind Werte zwischen acht und 32 möglich.

7. 4. 6. 5 Interpretationshinweise anhand der Beschreibungen von Personen mit hohen Skalenwerten

Die Ärger-Zustands-Skala (State-Anger S-A): Personen mit hohen Skalenwerten erfahren relativ intensive Ärgergefühle. Erhöht sich S-A entsprechend der Höhe von T-A, so ist es wahrscheinlich, dass die Erhöhung situationsspezifisch bedingt ist. Bei gleichzeitig hohen AI-Werten können hohe Zustandsärgerwerte auch chronische Ärgerreaktionen widerspiegeln.

Die Ärger-Dispositions-Skala (Trait-Anger T-A): Personen mit hohen T-A-Werten erfahren relativ häufig Ärger und fühlen sich oft durch andere unfair behandelt. Es ist zudem wahrscheinlich, dass sie häufig Frustrationen ausgesetzt sind. Ob sie Ärger unterdrücken oder nach innen wenden, nach außen abreagieren oder Kontrollversuche unternehmen, ist über die AI-, AO- und AC-Skalen zu beurteilen.

Die Ärger-Temperaments-Skala (angry temperament TA/T): Personen mit hohen Werten haben ein hitziges Temperament und erleben bei bereits geringer Provokation Ärger. Sie sind oft impulsiv, und es mangelt ihnen an Ärgerkontrolle.

Die Ärger-Reaktions-Skala (angry-reaction TA/R): Personen mit hohen Werten sind gegenüber Kritik, wahrgenommener Ablehnung und negativer Bewertung durch andere überaus empfindlich. Unter solchen Umständen erleben sie intensive Ärgergefühle.

Die Skala zur Erfassung von nach innen gerichtetem Ärger (Anger-in AI): Personen mit hohen Werten erleben zwar oft Ärger, zeigen dies aber nicht nach außen oder unterdrücken die Ärgergefühle, anstatt sie nach außen physisch oder verbal abzureagieren. Da AI von AO unabhängig ist, können Personen in beiden Skalen hohe Werte aufweisen. Welche Ausdrucksform in einer Situation dominiert, hängt von den situativen Umständen, insbesondere aber von der sozialen Stellung anwesender Personen ab.

Die Skala zur Erfassung von nach außen gerichtetem Ärger (Anger-out AO): Personen mit hohen Werten erleben häufig Ärger und äußern dies gegenüber anderen Personen oder Objekten in aggressiver Weise. Dies kann durch die Bedrohung anderer Personen erfolgen, aber auch durch Verhaltensweisen wie Türen zuschlagen. Häufig sind auch verbale Ausdrucksformen wie Kritik, Sarkasmus, Bedrohung, Beschimpfung, Beleidigung.

Die Ärger-Kontroll-Skala (Anger Control AC): Personen mit hohen Werten wenden viel Energie zur Steuerung und Kontrolle von Emotionen in ärgerprovozierenden Situationen auf. Da Ärgerkontrolle eine in hohem Maße sozial erwünschte Verhaltensweise darstellt, kann die Kontrolle im Extremfall auch zu Passivität, Rückzug und Depression führen. Dies trifft möglicherweise besonders auf Personen zu, die gleichzeitig hohe T-A- und niedrige AO-Werte aufweisen.

7. 4. 7 Protokollbogen

Um insbesondere bei den Gruppenbehandlungen die Protokollführung zu erleichtern, wurde ein Formblatt entwickelt, in welches neben Namen und Codenummer der Klienten deren Konsumhöhe und Kohlenmonoxidwerte zu den fünf Meßzeitpunkten, die erfolgte Rückgabe der Tests und Vergabe beziehungsweise Nutzung der Nikotinplaster vermerkt wurden.

7. 4. 8 Klienten-Feedbackbogen

Nach jeder Hypnosesitzung füllten die Klienten einen Rückmeldungsbogen aus. Dieser diente nicht in allen Teilen der statistischen Auswertung, sondern sollte vorrangig den Therapeutinnen die Möglichkeit geben, ein Feedback der Klienten über ihre Befindlichkeit zu erhalten.

Intention dabei war, auf der Basis dieser zusätzlichen Informationen das weitere therapeutische Vorgehen optimal auf die Bedürfnisse des jeweiligen Klienten abstimmen zu können.

Der Rückmeldungsbogen enthält Fragen über die Bereiche:

1. Rauchverhalten
2. Motivationale Lage bezüglich des Abstinenzvorhabens
3. Behandlung allgemein
4. Hypnose (nur in der Experimentalgruppe)
5. Allgemeine Befindlichkeit (fokussiert werden hier die Bereiche Depression und Aggressivität)

Die Teile eins und zwei wurden ausgewertet, Teil drei bis fünf dienten der Rückmeldung an die Therapeutinnen.

7. 4. 8. 1 *Rauchverhalten*

Zum gegenwärtigen Rauchverhalten aller Klienten wurden erhoben:

- der in der Sitzung gemessene Kohlenmonoxidwert
- Benutzung des Nikotinplaster
- Einhaltung der Abstinenztage vor der ersten Hypnosesitzung

Bei abstinenten Klienten:

- Anzahl der seit dem Aufhören nicht gerauchten Tage beziehungsweise Wochen

Bei Klienten, die nicht aufgehört haben zu rauchen:

- FTND

Bei Klienten, die rückfällig geworden sind:

- Anzahl der Tage oder Wochen, seit denen wieder geraucht wird
- FTND

Abstinenten Klienten übersprangen letztere Fragen und gingen direkt zum nächsten Block über.

7. 4. 8. 2 *Motivationale Lage bezüglich des Abstinenzvorhabens*

Bezüglich der momentanen Motivation der Klienten wurden durch Ankreuzen auf einer 10-Punkte-Skala mit den verbalen Verankerungen „1 = niedrigste Ausprägung des Merkmals; zum Beispiel: gar nicht zwiespältig, gar nicht zuversichtlich, gar nicht sicher...“ und „10 = höchste Ausprägung des Merkmals; zum Beispiel: vollkommen zwiespältig, vollkommen zuversichtlich, vollkommen sicher...“ Antworten auf die folgenden Fragen erhoben:

- Wie stark ausgeprägt ist Ihre Absicht, aufzuhören / abstinent zu bleiben?
- Wie sicher sind Sie, dass Sie es schaffen, aufzuhören / abstinent zu bleiben?
- Wie zwiespältig sind Ihre Gefühle bei dem Gedanken, nie mehr zu rauchen?
- Fühlen Sie sich von Familie/Freunden in Ihrem Aufhörvorhaben unterstützt?

Die Klienten wurden außerdem aufgefordert, kurz zu skizzieren, woran sie bemerken oder bemerkt haben, dass für Sie der richtige Zeitpunkt aufzuhören, da ist, beziehungsweise gewesen ist.

7. 4. 8. 3 *Behandlung allgemein*

Zu allgemeinen Behandlungsvariablen wurde ebenfalls auf der 10-Punkte-Skala erfragt:

- Die Sitzung heute hat mich zufriedengestellt.
- Ich habe mich in der Gruppe wohl gefühlt.
- Ich fühle mich von den Therapeutinnen verstanden.
- Ich sehe Möglichkeiten, anders zu handeln.

Außerdem wurde in der Gruppenbedingung die Frage „Haben Sie Kontakt zu einem anderen Mitglied der Gruppe aufgenommen (Patenschaft)?“ durch Ankreuzen von „Ja“ beziehungsweise „Nein“ beantwortet.

7. 4. 8. 4 *Hypnose*

Bei der Experimentalgruppe wurden zudem (ebenfalls anhand der 10-Punkte-Skala) Informationen zum Erleben des Trancezustands erhoben:

- Ich konnte mich während der Sitzung „fallen“ lassen.
- Ich hatte während der Hypnose lebhafte bildliche Vorstellungen.
- Ich hatte während der Hypnose ungewöhnliche Körperempfindungen.
- Die Tiefe der Trance in dieser Sitzung schätze ich ein.

Die Klienten wurden außerdem gebeten, kurz zu beschreiben, welches Bild oder welche Metapher während der Hypnose für sie am wichtigsten war.

In der Gruppenbedingung war zusätzlich die folgende Frage zu beantworten: „Wie wirksam war für Sie in dieser Sitzung die Hypnose in Relation zum Gruppengespräch und dem Kontakt zu den anderen Gruppenmitgliedern?“

Dabei konnte auf einer fünfstufigen Skala angekreuzt werden:

<i>vor allem Hypnose wirksam</i>	<i>beides gleich wirksam</i>	<i>vor allem Gruppe wirksam</i>
1 ----- 2	3 ----- 4	5

Für die Einzeltherapiebedingung lautete die Frage: „Wie wirksam war für Sie in dieser Sitzung die Hypnose in Relation zum Gespräch“ mit entsprechender Antwortskala.

7. 4. 8. 5 *Allgemeine Befindlichkeit*

Auf einer fünf-Punkte-Skala mit den verbalen Verankerungen „1= gar nicht“ und „5 = sehr“ wurden alle Klienten gebeten, Fragen zu Ihrer derzeitigen Befindlichkeit zu beantworten.

Die verwendeten Items stammen aus den Unterskalen des SCL-90-R zu den Bereichen Depression sowie Aggressivität/Feindseligkeit.

7. 4. 9 Therapeutenfragebogen

Ebenfalls nicht für die statistische Auswertung sondern als Instrument der therapeutischen Reflexion verwendet wurde der Therapeutenfragebogen, der von den Therapeutinnen nach jeder Sitzung ausgefüllt wurde. Der Bogen erfragt die von therapeutischer Seite wahrgenommenen hypnotischen Reaktionen beim Klienten und zum Rapport während der vorangegangenen Sitzung:

- Ausmaß der Amnesie
- Abwesender Eindruck
- War entspannt
- Katalepsie, motorische Reaktionen
- Trancetiefe gesamt
- Guter Rapport
- Hat sich gut aufgehoben gefühlt
- Sitzung hat Klient befriedigt

Die Beantwortung erfolgte auf einer 10-Punkte-Skala: Eins entspricht dabei einer sehr geringen, zehn einer sehr hohen Ausprägung des Merkmals.

7. 4. 10 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens: VEV

Der VEV wurde 1978 von Zielke & Kopf-Mehnert entwickelt. Er dient dazu, Stärke und Richtung der Veränderung von Verhalten und Erleben bei Klienten nach Beendigung einer Therapie zu messen.

7. 4. 10. 1 *Besonderheiten und Aufbau des VEV*

Beim VEV wird Veränderung nicht, wie häufig praktiziert, über die Differenz zweier zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhobenen Meßwerte erschlossen, sondern mit einer einzigen Messung retrospektiv erfaßt.

Die Items erfassen einen bipolaren Veränderungsfaktor mit den Polen "Entspannung, Gelassenheit, Optimismus" auf der einen und "Spannung, Unsicherheit und Pessimismus" auf der anderen Seite.

Der VEV besteht aus 42 Items. Über die erfolgte Veränderung innerhalb eines bestimmten Zeitraums geben die Befragten auf einer siebenfach gestuften Skala mit den beiden Extremen „starke Veränderung in der angegebenen Richtung“ beziehungsweise „starke Veränderung in der entgegengesetzten Richtung“ Auskunft.

Veränderung												
<i>in gleicher Richtung</i>			<i>keine</i>	<i>in entgegengesetzter Richtung</i>								
+3	-----	+2	-----	+1	-----	0	-----	-1	-----	-2	-----	-3
<i>stark</i>		<i>mittel</i>		<i>schwach</i>		<i>0</i>		<i>schwach</i>		<i>mittel</i>		<i>stark</i>

7. 4. 10. 2 Beispielitems

- Ich fühle mich weniger gehetzt.
- Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf.
- Ich weiß jetzt eher, was ich tun will und tun kann.
- Ich habe jetzt das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht mehr herauskomme.
- Das Leben hat für mich keinen rechten Inhalt mehr.
- Ich bin mit mir zufrieden und mache mir weniger Gedanken über mich selbst.
- Ich sehe Schwierigkeiten gelassener entgegen.
- Ich bin innerlich ruhiger geworden.

7. 4. 10. 3 Auswertung

Die Auswertung des VEV ist auf eine mögliche Veränderung im Vergleich zur sogenannten „Nullveränderung“ gerichtet.

Ein Wert von 168 (Summe über alle 42 Items) entspricht einer „Nullveränderung“. Testwerte, die über dieser Grenze liegen, werden als Zunahme von Entspannung, Gelassenheit und Optimismus interpretiert; liegen sie unter diesem Wert, deutet dies auf eine Zunahme von Spannung, Unsicherheit und Pessimismus hin.

Die Autoren geben kritische Grenzen an, die erreicht werden müssen, damit die Veränderungen auf einem gewählten Signifikanzniveau ($p \geq 0,05$, beziehungsweise $p \leq 0,01$) als statistisch bedeutsam aufgefaßt werden können.

Die Retestreliaibilität nach acht Wochen ist mit $r = .61$ als eher niedrig zu bewerten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass der Test ein fluktuierendes Merkmal erfassen soll. Die Übereinstimmungsvalidität mit konstruktnahen Skalen wird als sehr brauchbar bezeichnet (Zielke, Kopf-Mehnert, 1978).

7. 4. 11 Katamnesebogen

Alle Klienten füllten bei der Katamnese Sitzung einen kurzen Katamnesebogen aus.

Dieser enthält Fragen über die Bereiche:

1. Gegenwärtiges Rauchverhalten
2. Motivationale Lage bezüglich des Abstinenzvorhabens
3. Einschätzung und Nutzung der unterschiedlichen Behandlungsbausteine

7. 4. 11. 1 Rauchverhalten

Zum gegenwärtigen Rauchverhalten aller Klienten wurde erhoben:

- der in der Sitzung gemessene Kohlenmonoxidwert

Bei abstinenten Klienten:

- Anzahl der seit dem Aufhören nicht gerauchten Tage beziehungsweise Wochen

Bei Klienten, die nicht aufgehört haben, zu rauchen:

- FTND

Bei Klienten, die rückfällig geworden sind:

- Anzahl der Tage oder Wochen, seit denen wieder geraucht wird
- FTND
- Beschreibung der Situation, in welcher der Klient sich dafür entschieden hat, wieder zu rauchen

Abstinente Klienten übersprangen die letzten Fragen und gingen direkt zum nächsten Block über.

7. 4. 11. 2 *Motivationale Lage bezüglich des Abstinenzvorhabens*

Bezüglich der momentanen Motivation der Klienten wurden durch Ankreuzen auf einer 10-Punkte-Skala mit den verbalen Verankerungen „1 = *niedrigste Ausprägung des Merkmals; zum Beispiel: gar nicht zwiespältig, gar nicht zuversichtlich, gar nicht sicher...*“ und „10 = *höchste Ausprägung des Merkmals; zum Beispiel: vollkommen zwiespältig, vollkommen zuversichtlich, vollkommen sicher...*“ Antworten auf die folgenden Fragen erhoben:

- Wie stark ausgeprägt ist Ihre Absicht, aufzuhören / abstinent zu bleiben?
- Wie sicher sind Sie, dass Sie es schaffen, aufzuhören / abstinent zu bleiben?
- Wie zwiespältig sind Ihre Gefühle bei dem Gedanken, nie mehr zu rauchen?
- Fühlen Sie sich von Familie/Freunden in Ihrem Aufhörvorhaben unterstützt?

Durch Ankreuzen von „Ja“ oder „Nein“ sollten die Klienten außerdem angeben, ob sie Rituale oder spezielle Verhaltensweisen entwickelt haben, die Ihnen in schwierigen Situationen helfen, nicht zu rauchen.

7. 4. 11. 3 *Fragen zur Behandlung*

Kontakt zu anderen Gruppenmitgliedern: In der Gruppenbedingung wurde zudem die Frage „Haben Sie Kontakt zu einem anderen Mitglied der Gruppe aufgenommen (Patenschaft)?“ durch Ankreuzen von „Ja“ beziehungsweise „Nein“ beantwortet.

Einschätzung der Wirksamkeit der Hypnose: In der Gruppenthypnosebedingung war außerdem die folgende Frage zu beantworten: „Wie wirksam war für Sie die Hypnose in Relation zum Gruppengespräch und dem Kontakt zu den anderen Gruppenmitgliedern?“

Dabei konnte auf einer fünfstufigen Skala angekreuzt werden:

<i>vor allem Hypnose wirksam</i>	<i>beides gleich wirksam</i>	<i>vor allem Gruppe wirksam</i>
1 ----- 2	3 ----- 4	5

Für die Einzelhypnosebedingung lautete die Frage: „Wie wirksam war für Sie die Hypnose in Relation zum Gespräch“ mit entsprechender Antwortskala.

7.5 Vorgehen bei der Datenerhebung


Der zeitliche Ablauf der Datenerhebung soll im Folgenden zusammenfassend skizziert werden.

7.5.1 Zeitlicher Ablauf der Datenerhebung

Mit dem Informationsschreiben erhielten die Interessenten den Anmeldebogen, in den der FTND integriert war, sowie den SCL-90-R-Bogen; beides wurde zur verbindlichen Anmeldung ausgefüllt zurück gesendet. Beim Vorgespräch wurde den Klienten der Hypnosegruppe die Durchführung der CIS erläutert und die Audiotkassette sowie der CIS-Bogen mit nach Hause gegeben. Bei den Kontrollgruppen wurde keine Suggestibilitätstestung durchgeführt. Alle Klienten füllten beim Vorgespräch außerdem den ADS-L und den STAXI-Fragebogen aus. Die Kohlenmonoxidtestungen fanden zu allen fünf Zeitpunkten, bei denen die Klienten im Institut waren, statt. Ebenso wurde zu allen Meßzeitpunkten Protokoll geführt. Nach jeder Hypnosesitzung füllten die Klienten den Hypnose-Feedback-Bogen und die Therapeutinnen den Therapeuten-Fragebogen aus. Mit der Einladung zum Katamnesegespräch wurde der VEV-Bogen mit der Bitte versandt, diesen zum letzten Termin ausgefüllt mitzubringen. Beim Katamnese-termin füllten die Teilnehmer den Katamnesebogen, in welchen der FTND wiederum integriert war, sowie zum zweiten mal die STAXI und ADS-L-Bögen aus.

7.5.2 Ablaufschema

Vorbesprechung	1. Hypnose	2. Hypnose	3. Hypnose	Katamnese
Anmeldebogen mit FTND		FTND	FTND	Katamnesebogen mit FTND
FTND				VEV
SCL-90				
CIS				
STAXI (1)				STAXI (2)
ADS-L (1)				ADS-L (2)
CO-Messung	CO-Messung	CO-Messung	CO-Messung	CO-Messung
Protokollbogen	Protokollbogen	Protokollbogen	Protokollbogen	Protokollbogen
	Klienten-Feedback-bogen	Klienten-Feedback-bogen	Klienten-Feedback-bogen	
	Therapeuten-fragebogen	Therapeuten-fragebogen	Therapeuten-fragebogen	



Zeit

Kapitel 8

Ergebnisse

8.1 Datenauswertung und statistische Methoden

Die Datenauswertung erfolgte auf SPSS (Version 10.0) für Windows.

Für die im Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg relevanten Haupthypothesen 1 und 2 (Überprüfung der Wirksamkeit von Hypnosetherapie im Vergleich zur Kontrollgruppenbehandlung beziehungsweise von Einzel- versus Gruppensetting) wurde als abhängige Variable primär das Kriterium der vollständigen Abstinenz eingesetzt. Da belegt ist, wie schnell abhängige Raucherinnen nach zeitweiliger Reduktion meist wieder das alte Konsumniveau erreichen, war hier inhaltlich nur dieses konservative Vorgehen sinnvoll; die Reduktion des Konsums wird für die Haupthypothesen daher nur zusätzlich dargestellt. Zudem fanden bei den Haupthypothesen zur Sicherung möglicher Effekte die Reduktion der FTND- und Kohlenmonoxid-Werte Verwendung. Bei Hypothesen, deren Fokus weniger auf dem Erfolg der Behandlung, sondern auch auf der Überprüfung möglicher Unterschiede bezüglich anderer unabhängiger Variablen lag, wurde aufgrund des höheren Skalenniveaus primär die Reduktion des Konsums als abhängige Variable verwendet.

Da im Vorfeld eine randomisierte Zuteilung zu den einzelnen Behandlungsgruppen nicht möglich war, wurden – um Unterschiede vor Behandlungsbeginn auszuschließen – Experimental- versus Kontrollgruppe, Einzel- versus Gruppenbehandlung sowie die Ergebnisse der Klientinnen der vorangegangenen versus der neu durchgeführten Studie jeweils bezüglich aller interessierender Variablen verglichen, ohne dass sich hier signifikante Unterschiede ergeben hätten. Für entsprechende Fragestellungen wurden anschließend die Daten zusammengefaßt, um die statistische Power zu erhöhen.

Wenn nicht anders angegeben, erfolgte die Testung zweiseitig. Einige der im folgenden noch einmal formulierten Hypothesen zielen auf die Bestätigung der Nullhypothese ab. Da dabei aufgrund der Unkontrollierbarkeit des β -Fehlers von einer hohen β -Fehler-Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden muß, wird gemäß Erdfelder und Mausfeld (1996) auf einem α -Fehler-Niveau von 20 Prozent geprüft, und damit die β -Fehler-Wahrscheinlichkeit reduziert. Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit p größer 0,2 wird also von der Bestätigung der Nullhypothese ausgegangen, p

zwischen 0,05 und 0,2 wird als Indifferenzbereich gewertet, in dem keine verlässlichen Aussagen gemacht werden können, und p kleiner oder gleich 0,05 gilt als Beleg für die Sicherung eines signifikanten Unterschieds.

Als Verfahren zur statistischen Auswertung kamen zur Verwendung:

Chi-Quadrat-Tests für nominalskalierte Daten

t-Tests für Mittelwertsvergleiche von intervallskalierten Daten zwischen zwei Gruppen

Mehrfaktorielle Varianzanalysen mit Meßwiederholung wurden zur Überprüfung des Einflusses unterschiedlicher Faktoren auf die abhängige Variable Konsumhöhe mit der unabhängigen Variable Meßwiederholung zu verschiedenen Zeitpunkten (bei Beginn und im Verlauf der Behandlung) verwendet. Dabei gingen zwischen den Personen variierende Faktoren wie die Art der durchlaufenen Behandlung, die Nikotinplasterverwendung oder der Grad der Abhängigkeit in die Berechnung ein. Hierzu wurden nach Greenhouse-Geisser korrigierte Freiheitsgrade und F-Werte verwendet.

Diskriminanzanalysen wurden dann verwendet, wenn der Vorhersagewert von dichotomen oder intervallskalierten Prädiktoren als unabhängigen Variablen bezüglich der dichotomen abhängigen Variable Behandlungsabbruch zu bestimmen war.

Bei den tabellarischen Darstellungen werden für die Variablenbezeichnungen teilweise Kürzel gebraucht, die jedoch selbsterklärend sein dürften; sonst orientieren sich Abkürzungen an der üblichen Terminologie (AV: Abhängige Variable, UV: unabhängige Variable, n: Anzahl, χ^2 : Chi-Quadrat-Wert, t: t-Wert, F: F-Wert, M: Mittelwert, s: Standardabweichung, s^2 : Varianzschätzung, df: Freiheitsgrade, p: Irrtumswahrscheinlichkeit, r: Korrelationskoeffizient). Der leichten Übersichtlichkeit halber werden die Irrtumswahrscheinlichkeiten am Zeilenende mit Sternen gekennzeichnet; dabei stehen ein Stern für $p \leq 0,05$, zwei Sterne für $p \leq 0,01$ und drei Sterne für $p \leq 0,001$.

Auf die Überprüfung der intervallskalierten Daten auf ihre Normalverteilung wurde verzichtet: Aufgrund der Größe der Stichprobe kann von einer ausreichenden Robustheit der statistischen Verfahren gegen die Verletzung der Normalverteilungsannahme ausgegangen werden. Variierende Versuchspersonenanzahlen oder Freiheitsgrade hängen mit fehlenden Daten zusammen. Die Bezeichnung Drop-out wird im folgenden nicht nur für Klienten verwendet, von denen ab einem bestimmten Zeitpunkt keine Daten mehr erhoben werden konnten, sondern auch synonym mit Behandlungsabbruch, da die entsprechenden Zahlen bis zur Drei-Monats-Katamnese identisch sind. Die Drop-out-Raten wurden für alle Hypothesen in die statistische Auswertung einbezogen; die Ergebnisse sind unter 8. 2. 16 zusammenfassend dargestellt.

8.2 Darstellung der Ergebnisse

8.2.1 Haupthypothese I: Hypnosetherapie versus Kontrollgruppenbehandlung

Die zugrunde gelegte Hypothese lautet:

Die Klientinnen der Experimentalgruppe (Hypnose, verhaltenstherapeutische Elemente, Kohlenmonoxidmessung und Nikotinplaster) sind signifikant erfolgreicher als die der Kontrollgruppe (verhaltenstherapeutische Elemente, Kohlenmonoxidmessung und Nikotinplaster).

8.2.1.1 Abstinenzraten nach drei und zwölf Monaten

Innerhalb der Experimentalgruppe waren beim Katamnesetermin nach drei Monaten 66,3 Prozent abstinent im Vergleich zu nur 27,3 Prozent Abstinenten in der Kontrollgruppe. Zum Zeitpunkt der Zwölf-Monats-Katamnese waren 48,1 Prozent der Teilnehmerinnen der Experimentalgruppe und 22,6 Prozent der Probandinnen der Kontrollgruppe abstinent.

Die folgende Tabelle stellt dieses wichtige Ergebnis der Studie dar.

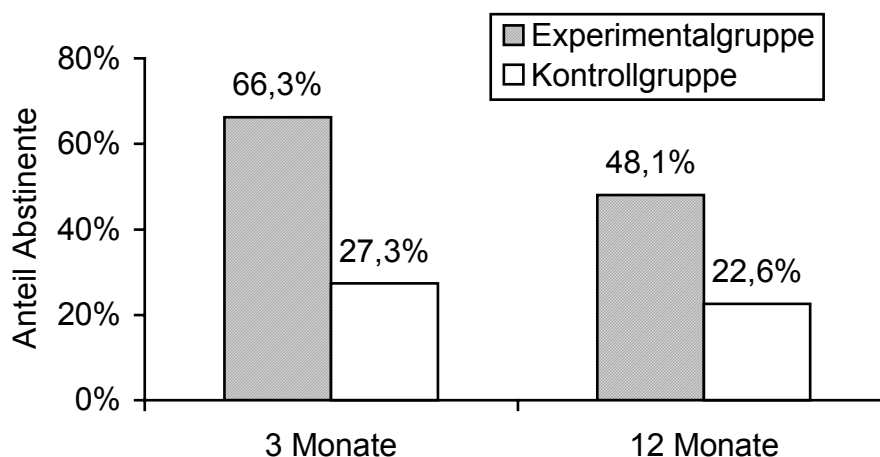
	abstinent		nicht abstinent	
	3 Monate	12 Monate	3 Monate	12 Monate
Experimentalgr.	n = 61 66,3 %	n = 37 48,1 %	n = 31 33,7 %	n = 40 51,9 %
Kontrollgr.	n = 9 27,3 %	n = 7 22,6 %	n = 24 72,7 %	n = 24 77,4 %
Gesamt	n = 70 56 %	n = 44 40,7 %	n = 55 44 %	n = 64 59,3 %

Tabelle 13: Abstinenzraten in der Experimental- und Kontrollgruppe bei der Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese

Im Chi-Quadrat-Test erwies sich die Unterschiedlichkeit der Abstinenzraten zwischen Experimental- und Kontrollgruppe bei der Drei-Monats-Katamnese als signifikant ($\chi^2 = 15,02$ $df = 1$, $p = 0,000$). In der Hypnosegruppe war zu diesem Zeitpunkt demnach der Anteil an Abstinenten signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

Für die Zwölf-Monats-Katamnese belegte der Chi-Quadrat-Test ebenfalls signifikante Unterschiede der Raten von Experimental- und Kontrollgruppe: ($\chi^2 = 5,93$ $df = 1$, $p = 0,015$): Auch nach zwölf Monaten war in der Hypnosegruppe der Anteil an Abstinenten signifikant höher als in der Kontrollgruppe.

Die folgende Graphik veranschaulicht diese Ergebnisse:



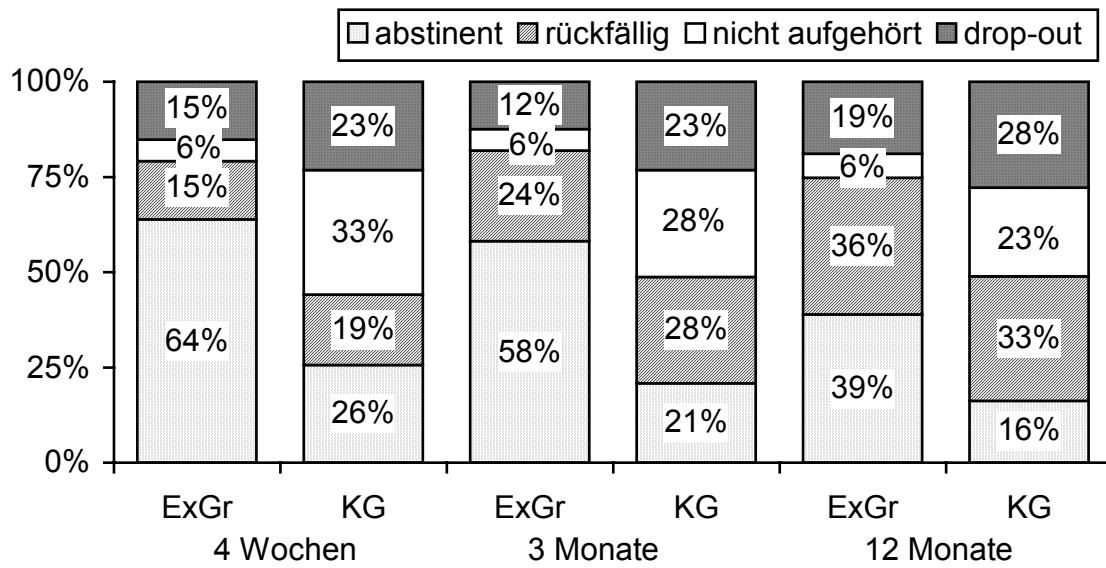
Graphik 3: Abstinenzraten in der Experimental- und Kontrollgruppe bei der Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese

Werden die Therapieabbrecher (Drop-outs) in die Berechnung mit einbezogen, und wird zudem bei den Nichtabstinenten zwischen Personen, die das Rauchen nicht beendet haben und solchen, die rückfällig geworden sind, unterschieden, so präsentieren sich die Ergebnisse von Experimental- und Kontrollgruppe nach vier Wochen, nach drei und zwölf Monaten wie in Tabelle 14 zusammenfassend dargestellt:

	Status nach					
	Vier Wochen (t1)		Drei Monaten (t2)		Zwölf Monaten (t3)	
	ExGr	KG	ExGr	KG	ExGr	KG
abstinent	n = 67 63,8 %	n = 11 25,6 %	n = 61 58,1 %	n = 9 20,9 %	n = 37 38,9 %	n = 7 16,3 %
rückfällig	n = 16 15,2 %	n = 8 18,6 %	n = 25 23,8 %	n = 12 27,9 %	n = 34 35,8 %	n = 14 32,6 %
nicht aufgehört	n = 6 5,7 %	n = 14 32,6 %	n = 6 5,7 %	n = 12 27,9 %	n = 6 6,3 %	n = 10 23,3 %
drop-out	n = 16 15,2 %	n = 10 23,3 %	n = 13 12,4 %	n = 10 23,3 %	n = 18 18,9 %	n = 12 27,9 %

Tabelle 14: Ergebnisse von Experimental- und Kontrollgruppe nach vier Wochen, drei und zwölf Monaten

Die folgende Graphik veranschaulicht dieses Ergebnis:



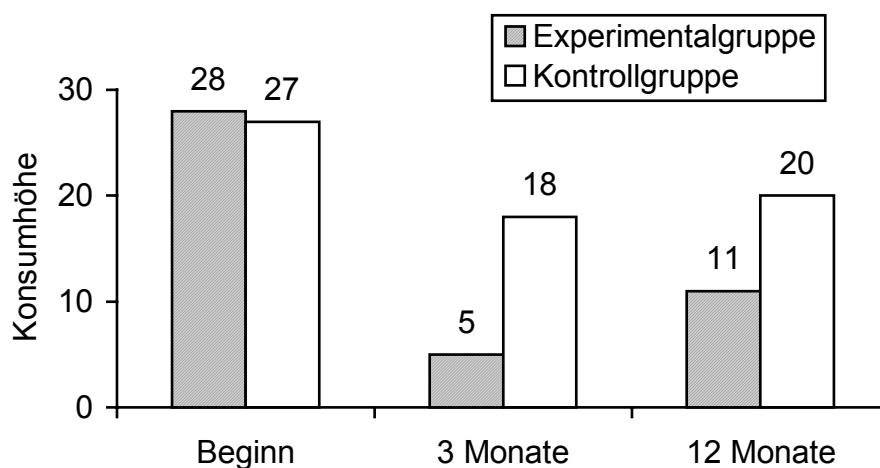
Graphik 4: Ergebnisse von Experimental- und Kontrollgruppe nach vier Wochen, drei und zwölf Monaten

8. 2. 1. 2 Konsumhöhe

Tabelle 15 und Graphik 5 stellen die durchschnittliche Konsumhöhe von Experimental- und Kontrollgruppe zu den drei Meßzeitpunkten (Behandlungsbeginn, nach drei und zwölf Monaten) dar:

AV	M		s		n	
	ExGr	KG	ExGr	KG	ExGr	KG
Konsumhöhe bei Beginn	28,04	27,50	14,23	13,30	46	22
Konsumhöhe nach 3 Monaten	5,09	18,00	8,93	14,41	46	22
Konsumhöhe n. 12 Monaten	11,37	20,91	12,67	16,02	46	22

Tabelle 15: Konsumhöhe von Experimental- und Kontrollgruppe bei Behandlungsbeginn, Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese



Graphik 5: Konsumhöhe von Experimental- und Kontrollgruppe bei Behandlungsbeginn, nach drei und zwölf Monaten

Die Ergebnisse der zwei-faktoriellen Varianzanalyse für die abhängige Variable „Konsumhöhe“ mit dem Meßwiederholungsfaktor „Zeit“ in den drei Stufen „Behandlungsbeginn“, „Drei-Monats-Katamnese“ und „Zwölf-Monats-Katamnese“ und den zwischen den Versuchspersonen variierenden Faktoren „Experimental- und Kontrollgruppe“ werden in der folgenden Tabelle dargestellt:

Quelle	df	s ²	F	p	
Zeit	1,71	4871,6	44,64	0,000	***
Gruppe	1	2381,21	7,45	0,008	**
Zeit * Gruppe	1,71	853,3	7,82	0,001	***

Tabelle 16: Ergebnisse der ANOVA für die abhängige Variable „Konsumhöhe“ mit dem Meßwiederholungsfaktor „Zeit“ und den zwischen den Versuchspersonen variierenden Faktoren „Experimental- und Kontrollgruppe“. Die Fehlervarianz beträgt 112,85.

Während bei Behandlungsbeginn Experimental- und Kontrollgruppenmitglieder nahezu gleich viel rauchen, fällt die Konsumhöhe bei Klientinnen der Experimentalgruppe bis zur Drei-Monats-Katamnese deutlicher ab und steigt anschließend bis zur Zwölf-Monats-Katamnese wieder etwas mehr als bei der Kontrollgruppe an. Dabei zeigen sich sowohl für die beiden Haupteffekte „Zeit“ und „Gruppe“ als auch für deren Wechselwirkung signifikante Ergebnisse: Die Konsumhöhe von Experimental- und Kontrollgruppe entwickelt sich demnach über die Zeit hinweg signifikant unterschiedlich.

Die Unterschiedlichkeit in der Konsumhöhe zwischen den beiden Gruppen erwies sich im t-Test für unabhängige Stichproben zu Behandlungsbeginn als nicht signifikant, nach drei beziehungsweise zwölf Monaten jedoch als signifikant ($t = 0,74$, $df = 92$, $p = 0,462$ für t_1 , $t = -4,92$, $df = 78$, $p = 0,000$ für t_2 und $t = -2,71$, $df = 106$, $p = 0,008$ für t_3): In der Experimentalgruppe wurde also zu den Meßzeitpunkten t_2 und t_3 signifikant weniger als in der Kontrollgruppe geraucht.

8. 2. 1. 3 *Reduktion des Kohlenmonoxidwerts*

Als im t-Test für unabhängige Stichproben nicht signifikant unterschiedlich zeigten sich die Reduktionsraten der Kohlenmonoxidwerte von Experimental- versus Kontrollgruppe mit $M = 23,93$, $s = 12,44$ für Experimental- und $M = 22,80$, $s = 15,22$ für die Kontrollgruppe ($t = 0,26$, $df = 71$, $p = 0,759$). Dieses zunächst überraschende Ergebnis wird allerdings dadurch verständlich, dass in der Kontrollgruppe lediglich zehn Personen zur Katamnese (und damit zur Kohlenmonoxidmessung kamen), während in der Experimentalgruppe bei 63 Probandinnen die Messung durchgeführt werden konnte.

Außerdem besteht ein enger Zusammenhang zwischen Behandlungsabbruch und Konsumhöhe zum Zeitpunkt der Katamnese: Der t-Test für unabhängige Stichproben ergab eine mittlere Konsumhöhe von 2,24 Zigaretten ($s = 5,73$) für Personen, die alle Sitzungen einschließlich der Katamnese besuchten, im Vergleich zu 7,08 Zigaretten ($s = 10,10$) bei Therapieabbrechern. Dies entspricht einem signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($t = -2,09$, $df = 48$, $p = 0,041$): Das Nichtzustandekommen signifikanter Unterschiede in den Kohlenmonoxidwerten zwischen Experimental- und Kontrollgruppe – trotz belegter Differenzen im Zigarettenkonsum – könnte also damit zusammenhängen, dass in beiden Fällen lediglich eine nach der Konsumhöhe vorselegierte – und damit bezüglich der Kohlenmonoxidwerte homogene Gruppe – zum Katamnesetermin erscheint.

8. 2. 1. 4 *FTND-Werte*

Die Reduktion der FTND-Werte zeigte sich signifikant unterschiedlich zwischen Experimental- und Kontrollgruppe: Während sich der Wert der Experimentalgruppe von der Messung bei Behandlungsbeginn zur Katamnese im Mittel um 1,78 Punkte reduzierte ($s = 1,54$), waren in der Kontrollgruppe lediglich 0,78 Punkte ($s = 0,80$). Dies entspricht im t-Test für unabhängige Stichproben folgendem Ergebnis: $t = 2,21$, $df = 31$, $p = 0,035$: Die Experimentalgruppe reduzierte ihre FTND-Werte also signifikant deutlicher.

8. 2. 2 Haupthypothese II: Einzel- versus Gruppenbehandlung

Die zugrunde gelegte Hypothese lautet:

Die Erfolgsrate der Gruppenbehandlung ist nicht signifikant geringer als die der Einzelbehandlung.

8. 2. 2. 1 *Abstinenzraten nach drei und zwölf Monaten*

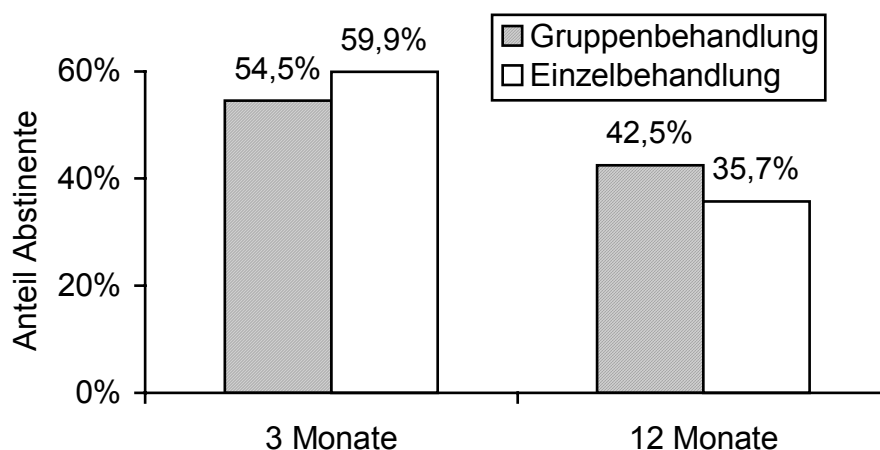
Von den Klientinnen der Gruppenbehandlung waren beim Katamnesetermin nach drei Monaten 54,5 Prozent abstinent im Vergleich zu 59,5 Prozent Abstinenten in der Einzelbehandlung, während bei der Zwölf-Monats-Katamnese von den in der Gruppe behandelten Personen 42,5 Prozent und im Einzelsetting 35,7 Prozent abstinent waren. Die folgende Tabelle stellt diese Ergebnisse dar.

	abstinent		nicht abstinent	
	3 Monate	12 Monate	3 Monate	12 Monate
Gruppenbeh.	n = 48 54,5 %	n = 34 42,5 %	n = 40 45,5 %	n = 46 57,5 %
Einzelbeh.	n = 22 59,9 %	n = 10 35,7 %	n = 15 40,5 %	n = 18 64,3 %
Gesamt	n = 70 56 %	n = 44 40,7 %	n = 55 44 %	n = 64 59,3 %

Tabelle 17: Abstinenzraten in der Gruppen- und Einzelbehandlung bei der Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese

Im Chi-Quadrat-Test erwies sich die Unterschiedlichkeit der Abstinenzraten zwischen Gruppen- und Einzelbehandlung nach drei Monaten als nicht signifikant ($\chi^2 = 0,26$, $df = 1$, $p = 0,613$). Für die Zwölf-Monats-Katamnese ergab der durchgeführte Chi-Quadrat-Test folgende Werte: $\chi^2 = 0,39$, $df = 1$, $p = 0,529$. Auch bei der Zwölf-Monats-Katamnese ist also davon auszugehen, dass die Abstinenzraten von Gruppen- versus Einzelbehandlung sich nicht signifikant unterscheiden. Gemäß Erdfelder und Mausfeld (1996) kann demnach davon ausgegangen werden, dass die Abstinenzraten von Gruppen- versus Einzelbehandlung sich nicht signifikant unterscheiden.

Die folgende Graphik veranschaulicht obige Ergebnisse:



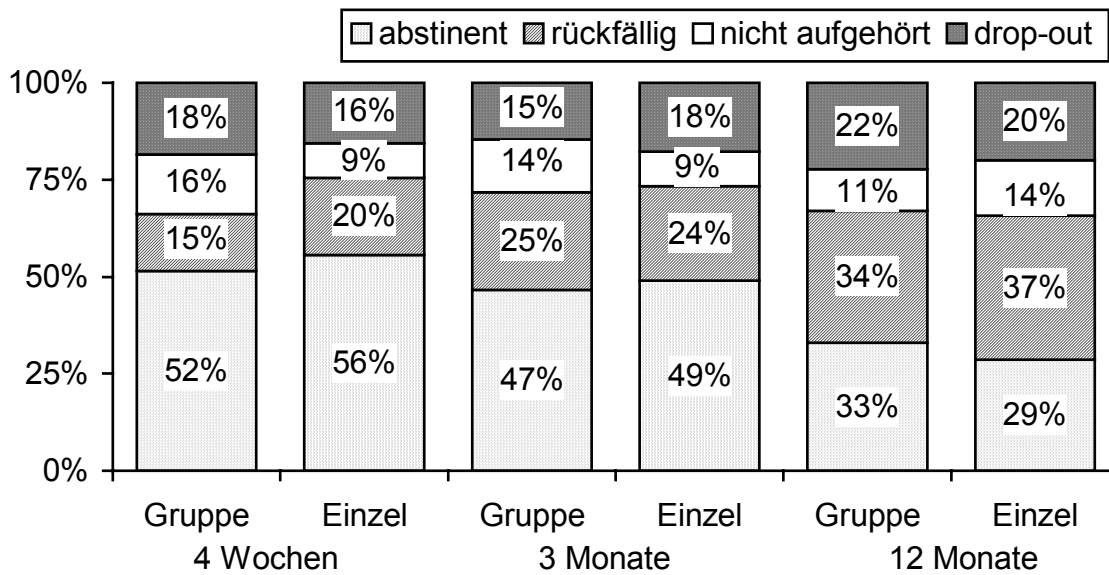
Graphik 6: Abstinenzraten in der Gruppen- und Einzelbehandlung bei der Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese

Werden die Drop-outs in die Berechnung mit einbezogen und zudem bei den Nichtabstinenten zwischen Personen, die das Rauchen nicht beendet haben und solchen, die rückfällig geworden sind, unterschieden, so präsentieren sich die Ergebnisse von Gruppen- und Einzelbehandlung nach vier Wochen, nach drei und zwölf Monaten wie in Tabelle 18 zusammenfassend dargestellt:

	Status nach					
	Vier Wochen (t1)		Drei Monaten (t2)		Zwölf Monaten (t3)	
	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel
abstinent	n = 53	n = 25	n = 48	n = 22	n = 34	n = 10
	51,5 %	55,6 %	46,6 %	48,9 %	33,0 %	28,6 %
rückfällig	n = 15	n = 9	n = 26	n = 11	n = 35	n = 13
	14,6 %	20,0 %	25,2 %	24,4 %	34,0 %	37,1 %
nicht aufgehört	n = 16	n = 4	n = 14	n = 4	n = 11	n = 5
	15,5 %	8,9 %	13,6 %	8,9 %	10,7 %	14,3 %
drop-out	n = 19	n = 7	n = 15	n = 8	n = 23	n = 7
	18,4 %	15,6 %	14,6 %	17,8 %	22,3 %	20,0 %

Tabelle 18: Ergebnisse von Gruppen- und Einzelbehandlung nach vier Wochen, drei und zwölf Monaten

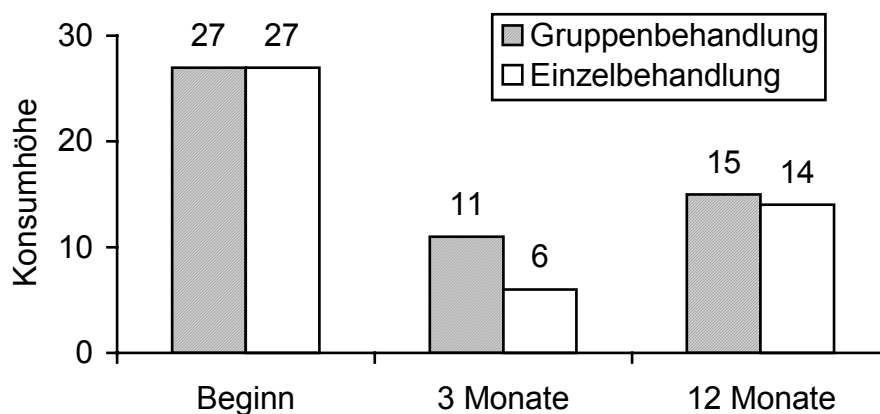
Die folgende Graphik veranschaulicht dieses Ergebnis:



Graphik 7: Ergebnisse von Gruppen- und Einzelbehandlung nach vier Wochen, drei und zwölf Monaten

8. 2. 2. 2 Konsumhöhe

Die durchschnittliche tägliche Zigarettenkonsumhöhe bei Behandlungsbeginn war bei den Probandinnen der Gruppen- versus der Einzelbehandlung nahezu gleich (27,88 versus 27,85 Zigaretten). Die Werte reduzierten sich bis zur Katamnese nach drei Monaten auf 11,27 bei der Gruppen- und 6,22 Zigaretten in der Einzelbehandlung. Nach zwölf Monaten wurden von in der Gruppe behandelten Personen durchschnittlich 14,88 und von einzeln behandelten 13,81 Zigaretten täglich konsumiert. Graphik 8 stellt die durchschnittliche Konsumhöhe der beiden Gruppen zu den drei Meßzeitpunkten (Behandlungsbeginn, nach drei und zwölf Monaten) dar.



Graphik 8: Konsumhöhe von Gruppen- und Einzelbehandlung bei Behandlungsbeginn, nach drei und zwölf Monaten

Um eine mögliche Unterschiedlichkeit in der Konsumhöhe zwischen Gruppen- und Einzelbehandlung zu belegen, wurde eine zwei-faktorielle Varianzanalyse für die abhängige Variable „Konsumhöhe“ mit dem Meßwiederholungsfaktor „Zeit“ in den drei Stufen „Behandlungsbeginn“, „Drei-Monats-Katamnese“ und „Zwölf-Monats-Katamnese“ und den zwischen den Versuchspersonen variierenden Faktoren „Gruppen- und Einzelbehandlung“ gerechnet. Die Ergebnisse werden in der folgenden Tabelle dargestellt:

Quelle	df	s ²	F	p	
Zeit	1,65	7612,68	61,31	0,000	***
Gruppe	1	204,27	0,58	0,449	
Zeit * Gruppe	1,65	138,34	1,11	0,323	

Tabelle 19: Ergebnisse der ANOVA für die abhängige Variable „Konsumhöhe“ mit dem Meßwiederholungsfaktor „Zeit“ und den zwischen den Versuchspersonen variierenden Faktoren „Gruppen- und Einzelbehandlung“. Die Fehlervarianz beträgt 109,08.

Während bei Behandlungsbeginn von in der Gruppe und einzeln behandelten Klientinnen nahezu gleich viel geraucht wird, fällt die Konsumhöhe bei Klientinnen des Einzelsettings bis zur Drei-Monats-Katamnese etwas steiler ab, steigt aber anschließend bis zur Zwölf-Monats-Katamnese auf beinahe dasselbe Niveau wie bei den Klientinnen der Gruppenbehandlung an. Dabei zeigt sich für den Haupteffekt „Zeit“ ein signifikantes Ergebnis, nicht jedoch für den Haupteffekt „Gruppe“ oder die Wechselwirkung.

Die Unterschiedlichkeit in der Konsumhöhe zwischen den beiden Gruppen erwies sich im t-Test für unabhängige Stichproben zu allen drei Meßzeitpunkten als nicht signifikant, wobei bei der Drei-Monats-Katamnese beinahe ein signifikanter Wert erreicht wird. Das Einzelsetting scheint also zunächst eine etwas höhere Wirksamkeit zu haben, zwölf Monate nach der Behandlung ist dieser Effekt jedoch nicht mehr nachzuweisen. Siehe dazu die folgende Tabelle:

AV	M		s		t	df	p
	Gruppe	Einzel	Gruppe	Einzel			
Konsumhöhe bei Beginn	27,86	28,21	12,44	14,85	-0,12	92	0,902
Konsumhöhe nach 3 Monaten	11,67	6,46	13,25	9,95	1,95	78	0,053
Konsumhöhe n. 12 Monaten	12,29	14,04	14,04	13,26	-0,58	106	0,567

Tabelle 20: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich der Konsumhöhe von Gruppen- und Einzelbehandlung bei Behandlungsbeginn, nach drei und zwölf Monaten

8. 2. 2. 3 Reduktion des Kohlenmonoxidwerts

Bezüglich der Reduktion des Kohlenmonoxidwerts zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Gruppen- und Einzelbehandlung ($M = 23,10$, $s = 11,97$ beziehungsweise $M = 25,16$, $s = 14,37$): $t = -0,64$, $df = 71$, $p = 0,52$). Allerdings sind auch diese Ergebnisse, wie unter 8. 2. 1. 3 bereits dargelegt, kaum interpretierbar.

8. 2. 2. 4 FTND-Werte

Die Reduktion der FTND-Werte war zwischen Gruppen- und Einzelbehandlung nicht signifikant unterschiedlich: Der Wert der in der Gruppe Behandelten reduzierte sich von der Messung bei Behandlungsbeginn bis zur Katamnese im Mittel um 1,05 Punkte ($s = 0,97$), im Einzelsetting waren es 1,78 Punkte ($s = 1,71$). Dies entspricht im t-Test für unabhängige Stichproben folgendem Ergebnis: $t = -1,55$, $df = 31$, $p = 0,129$.

8. 2. 3 Suggestibilität

Die zugrunde gelegten Hypothesen lauten:

- Die Suggestibilität der bei der Katamnese abstinenten Probandinnen, gemessen mit der CIS und HGSHS (zur Beschreibung der Meßinstrumente siehe 7. 4) ist signifikant höher als die der nicht Abstinenten.
- Gemäß der CIS höhersuggestible Personen schätzen auch selbst ihre Trancetiefe als höher ein.
- Klientinnen mit hohen Werten im Suggestibilitätstest (CIS) bewerten die Hypnose in Relation zum Gespräch mit den Therapeutinnen oder innerhalb der Gruppe als wesentlicher gegenüber Klientinnen mit geringen Werten.

Die Mittelwerte der Zigarettenreduktion in Abhängigkeit von der Suggestibilität (hier und im folgenden mit Mediansplit gerechnet) stellten sich wie folgt dar: Die überdurchschnittlich suggestiblen Personen reduzierten ihren Konsum um durchschnittlich 26,60 Zigaretten ($s = 12,97$), während die unterdurchschnittlich Suggestiblen nur um 9,43 Zigaretten ($s = 12,66$) täglich reduzierten.

Ein t-Test für unabhängige Stichproben zeigte, dass damit die überdurchschnittlich suggestiblen Klientinnen im Vergleich zu den unterdurchschnittlich Suggestiblen ihren Konsum signifikant deutlicher reduzierten ($t = 5,90$, $df = 74$, $p = 0,000$).

Ebenso zeigten sich signifikante Unterschiede im t-Test für unabhängige Stichproben bezüglich den Einschätzungen der Klientinnen der von ihnen erreichten Trancetiefe zwischen über- und

unterdurchschnittlich suggestiblen Personen ($t = 2,46$, $df = 45$, $p = 0,018$): Die Suggestibleren schätzten ihre Trance als tiefer ein ($M = 6,76$, $s = 1,78$) als die weniger suggestiblen ($M = 5,21$, $s = 2,50$).

Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich für die Einschätzung der Hypnose in Relation zum Gespräch mit den Therapeutinnen oder innerhalb der Gruppe in Abhängigkeit von der Höhe der Suggestibilität der Probandinnen: Über- und unterdurchschnittlich Suggestible schätzten die Wirksamkeit der Hypnose nahezu gleich ein ($M = 3,03$, $s = 0,94$ beziehungsweise $M = 3,29$, $s = 1,27$). Der t-Test für unabhängige Stichproben erbrachte Werte von $t = -0,73$, $df = 41$, $p = 0,469$).

8. 2. 4 Abstinenztage

Die zugrunde gelegte Hypothese lautet:

Klientinnen, die während der Abstinenztage nicht geraucht haben, sind erfolgreicher als solche, die während der Abstinenztage rauchten.

76,7 Prozent der bei der Katamnese Abstinenten hatten die beiden Abstinenztage vor Behandlungsbeginn durchgehalten, ohne zu rauchen, im Vergleich zu nur 26,3 Prozent Abstinenten in der Gruppe derer, die die Abstinenzzeit vor Behandlungsbeginn nicht einhielten. Tabelle 21 stellt diesen Zusammenhang dar.

	abstinent	nicht abstinent
Abstinenztage eingehalten	$n = 56$ (76,7 %)	$n = 17$ (23,3 %)
Abstinenztage nicht eingeh.	$n = 5$ (26,3 %)	$n = 14$ (73,7 %)
Gesamt	$n = 61$ (66,3 %)	$n = 31$ (33,7 %)

Tabelle 21: Einhaltung der Abstinenztage vor Behandlungsbeginn und spätere Abstinenz

Der Chi-Quadrat-Test ergab einen signifikanten Unterschied der Abstinenzraten zum Katamnesezeitpunkt zwischen denjenigen, die die Abstinenzzeit zu Beginn eingehalten hatten, und solchen Teilnehmerinnen, bei denen das nicht der Fall gewesen war ($\chi^2 = 17,13$, $df = 1$, $p = 0,000$).

8. 2. 5 Nikotinpflaster

Die zugrunde gelegten Hypothesen lauten:

- Die Behandlung mit der Kombination von Nikotinpflaster und Hypnose (Klientinnen der Experimentalgruppe, die zusätzlich Pflaster verwendeten), ist erfolgreicher als eine Behandlung ohne Hypnose, aber mit Nikotinpflaster (Kontrollgruppe) oder eine solche mit Hypnose, aber ohne Nikotinpflaster (Klientinnen der Experimentalgruppe, die kein Pflaster verwendeten).
- Vor allem körperlich abhängige Raucherinnen profitieren von der Anwendung des Pflasters.

Um eine mögliche Unterschiedlichkeit in der Konsumhöhe zwischen Personen in der Hypnosegruppe, die Nikotinpflaster verwendeten, solchen, die die Hypnosebehandlung durchliefen, ohne Pflaster zu benutzen und den Klientinnen der Kontrollgruppe, die Nikotinpflaster, aber keine Hypnose bekamen, zu belegen, wurde eine 2-faktorielle Varianzanalyse für die abhängige Variable „Konsumhöhe“ mit dem Meßwiederholungsfaktor „Zeit“ in den drei Stufen „Behandlungsbeginn“, „Drei-Monats-Katamnese“ und „Zwölf-Monats-Katamnese“ und den zwischen den Versuchspersonen variierenden Faktoren „Hypnose *und* Pflaster“, „Hypnose *ohne* Pflaster“ und „*nur* Pflaster“ (Kontrollgruppenbehandlung) gerechnet; siehe dazu die folgenden Tabellen.

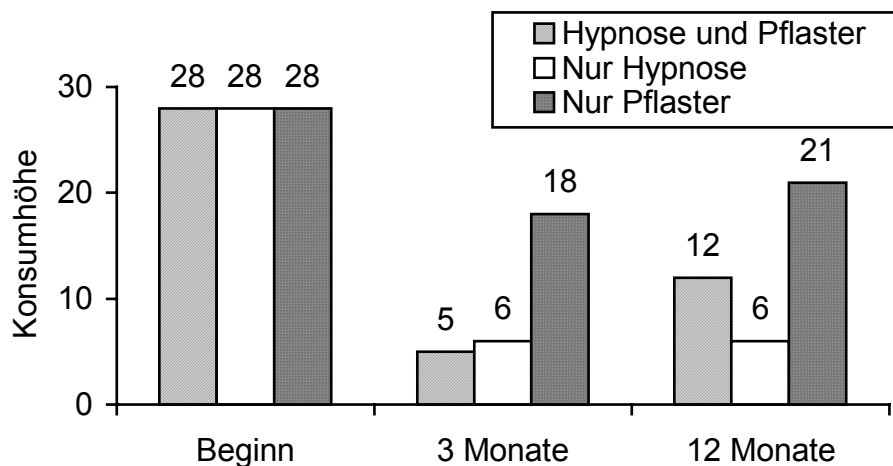
AV	M			s		
	Hyp & Pfl	Hypnose	Pflaster	Hyp & Pfl	Hypnose	Pflaster
Konsum Beginn	28,05	28,00	27,50	14,85	8,37	13,30
nach 3 Monaten	4,98	6,00	18,00	8,46	13,42	14,41
nach 12 Monaten	12,02	6,00	20,91	12,59	13,42	16,02

Tabelle 22: Konsumhöhe von Hypnosebehandelten, die Pflaster verwenden, Hypnosebehandelten, die keine Pflaster verwenden und Probandinnen der Kontrollgruppe (nur Pflaster) bei Behandlungsbeginn, Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese. Die Versuchspersonenanzahlen betragen jeweils $n = 41$ für die Hypnose & Pflasterbedingung, $n = 5$ für die Nur-Hypnosebedingung und $n = 22$ für die Nur-Pflasterbedingung

Quelle	df	s ²	F	p	
Zeit	1,69	3684,59	33,39	0,000	***
Gruppe	2	1209,54	3,73	0,029	*
Zeit * Gruppe	3,39	467,22	4,23	0,005	**

Tabelle 23: Ergebnisse der ANOVA für die abhängige Variable „Konsumhöhe“ mit dem Meßwiederholungsfaktor „Zeit“ und dem zwischen dem Versuchspersonen variierenden Faktor „Behandlungsart in Verbindung mit der Pflasterverwendung“. Die Fehlervarianz beträgt 65.

Die varianzanalytische Auswertung belegte signifikante Ergebnisse sowohl für die beiden Haupteffekte „Zeit“ und „Gruppe“ als auch für deren Wechselwirkung. Die folgende Graphik veranschaulicht die Ergebnisse: Die Konsumhöhe sinkt in der Hypnosebehandlung sowohl mit als auch ohne Pflaster bis zur Drei-Monats-Katamnese etwa gleich stark ab, während in der Kontrollgruppe deutlich weniger reduziert wird. Bis zur Zwölf-Monats-Katamnese steigt der Konsum in der Gruppe, die Hypnose in Verbindung mit Pflastern bekam, jedoch wieder an, während er in der Nur-Hyposbedingung konstant bleibt.



Graphik 9: Konsumhöhe und Pflasterverwendung

Weiter wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben für die beiden Gruppen Hypnose *mit* und Hypnose *ohne* Pflaster und die abhängige Variable Konsumhöhe gerechnet. Die Ergebnisse sprachen nicht für signifikante positive Effekte der Pflasterverwendung, zeigten sich dabei jedoch teilweise inkonsistent mit denen der Varianzanalyse, was vor allem mit den stark unterschiedlichen Konsummittelwerten zum Zeitpunkt der Zwölf-Monats-Katamnese zusammenhängen dürfte. Siehe dazu die folgende Tabelle:

AV	M		s		t	df	p
	Pflast.	Kein Pf.	Pflast.	Kein Pf.			
Konsumhöhe bei Beginn	29,1	25,2	14,7	8,3	0,68	61	0,498
Konsumhöhe nach 3 Monaten	5,5	5,0	8,6	12,2	0,12	54	0,898
Konsumhöhe n. 12 Monaten	10,7	9,7	12,3	14,1	0,30	75	0,760

Tabelle 24: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich der Konsumhöhe von Pflasterverwendern und Nichtverwendern innerhalb der Hypnosegruppe bei Behandlungsbeginn, nach drei und zwölf Monaten

Wie die Differenz in der Konsumhöhe zwischen Personen der Hypnosebehandlung mit beziehungsweise ohne Pflasterverwendung bei der Zwölf-Monats-Katamnese einzuschätzen ist, läßt sich anhand des vorhandenen Datenmaterials nicht abschließend beurteilen.

Um den zweiten Teil der Hypothese, der sich auf den unterschiedlich hohen Nutzen bezieht, den gemäß FTND körperlich versus psychisch abhängige Raucherinnen von der Pflasterverwendung haben, zu überprüfen, war die Berechnung von zwei Varianzanalysen vorgesehen: In die erste sollten nur die Pflasterverwender eingehen, in die zweite nur Personen, die keine Pflaster verwendeten. Ein Vergleich der Ergebnisse hätte Aufschluß über einen möglichen höheren Nutzen des Pflasters für körperlich abhängige Raucherinnen erbringen können. Aufgrund der zu geringen Fallzahlen für die zweite Berechnung konnte die Varianzanalyse jedoch nur für die Gruppe der Pflasterverwender durchgeführt werden; die Daten der Personen, die keine Pflaster verwendeten, werden daher nur deskriptiv dargestellt. Bei der durchgeführten Berechnung handelt es sich um eine 2-faktorielle Varianzanalyse für die abhängige Variable „Konsumhöhe“ mit dem Meßwiederholungsfaktor „Zeit“ in den drei Stufen „Behandlungsbeginn“, „Drei-Monats-Katamnese“ und „Zwölf-Monats-Katamnese“ und den zwischen den Versuchspersonen variierenden Faktoren „körperliche versus psychische Abhängigkeit“. Die Ergebnisse werden in den folgenden Tabellen dargestellt:

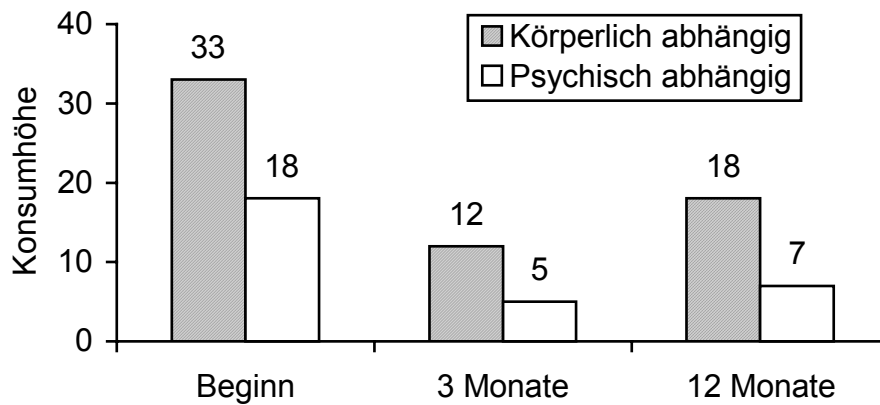
AV	M		s	
	Körperlich abh.	Psychisch abh.	Körperlich abh.	Psychisch abh.
Konsum Beginn	33,00	18,38	15,55	5,74
nach 3 Monaten	12,14	5,38	14,25	8,53
nach 12 Monaten	18,33	6,54	16,22	8,26

Tabelle 25: Pflasterverwender: Konsumhöhe von körperlich versus psychisch Abhängigen bei Behandlungsbeginn, Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese. Die Versuchspersonenanzahlen betragen $n = 36$ für die körperlich Abhängigen und $n = 13$ für die psychisch Abhängigen.

Quelle	df	s ²	F	p	
Zeit	1,68	3602,10	26,43	0,000	***
Abhängigkeit	1	3501,67	10,22	0,002	**
Zeit * Abhängigkeit	1,68	180,07	1,32	0,270	

Tabelle 26: Pflasterverwender: Ergebnisse der ANOVA für die abhängige Variable „Konsumhöhe“ mit dem Meßwiederholungsfaktor „Zeit“ und dem zwischen den Versuchspersonen variierenden Faktor „Art der Abhängigkeit“. Die Fehlervarianz beträgt 79.

Die varianzanalytische Auswertung belegte signifikante Ergebnisse für die beiden Haupteffekte „Zeit“ und „Abhängigkeit“, nicht jedoch für deren Wechselwirkung. Die folgende Graphik veranschaulicht die Ergebnisse: Die Konsumhöhe ist bei den körperlich Abhängigen von Beginn an höher als bei den psychisch Abhängigen, sinkt bis zur Drei-Monats-Katamnese steiler ab und steigt danach wieder etwas deutlicher an als bei den psychisch Abhängigen.

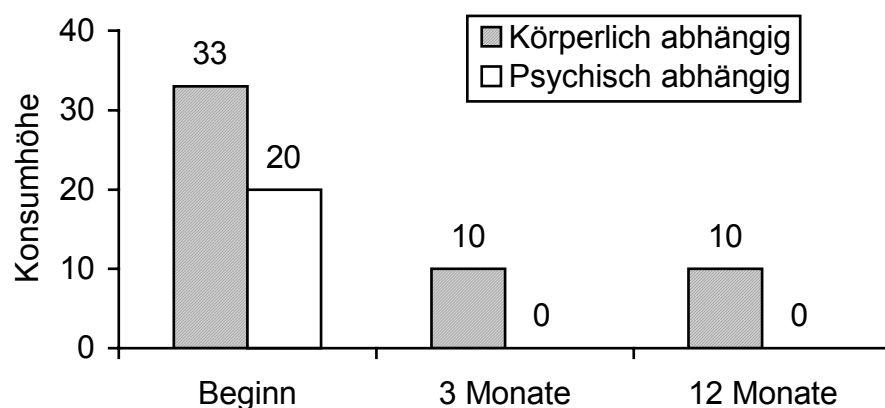


Graphik 10: Pflasterverwender: Konsumhöhe und Art der Abhängigkeit

Im folgenden werden die Daten der Klientinnen, die kein Pflaster verwendeten, tabellarisch und graphisch dargestellt:

AV	M	
	Körperlich abhängig	Psychisch abhängig
Konsum Beginn	33,33	20,00
nach 3 Monaten	10,00	0,00
nach 12 Monaten	10,00	0,00

Tabelle 27: Klientinnen ohne Pflaster: Konsumhöhe von körperlich versus psychisch Abhängigen bei Behandlungsbeginn, Drei- und Zwölf-Monats-Katamnese. Die Versuchspersonenanzahlen betragen $n = 3$ für die körperlich Abhängigen und $n = 1$ für die psychisch Abhängigen.



Graphik 11: Klientinnen ohne Pflaster: Konsumhöhe und Art der Abhängigkeit

Die rein deskriptive Durchsicht der Daten spricht für folgende, der Hypothese konträre Vermutung: Körperlich abhängige Raucherinnen, die Nikotinpflaster verwenden, profitieren nicht mehr davon als psychisch Abhängige. Eine endgültige Aussage läßt sich jedoch wegen der fehlenden Berechnungen aufgrund der zu geringen Fallzahlen bei den Klientinnen, die kein Pflaster verwendeten, nicht machen.

8. 2. 6 Vermutete / tatsächliche schwierige Situationen

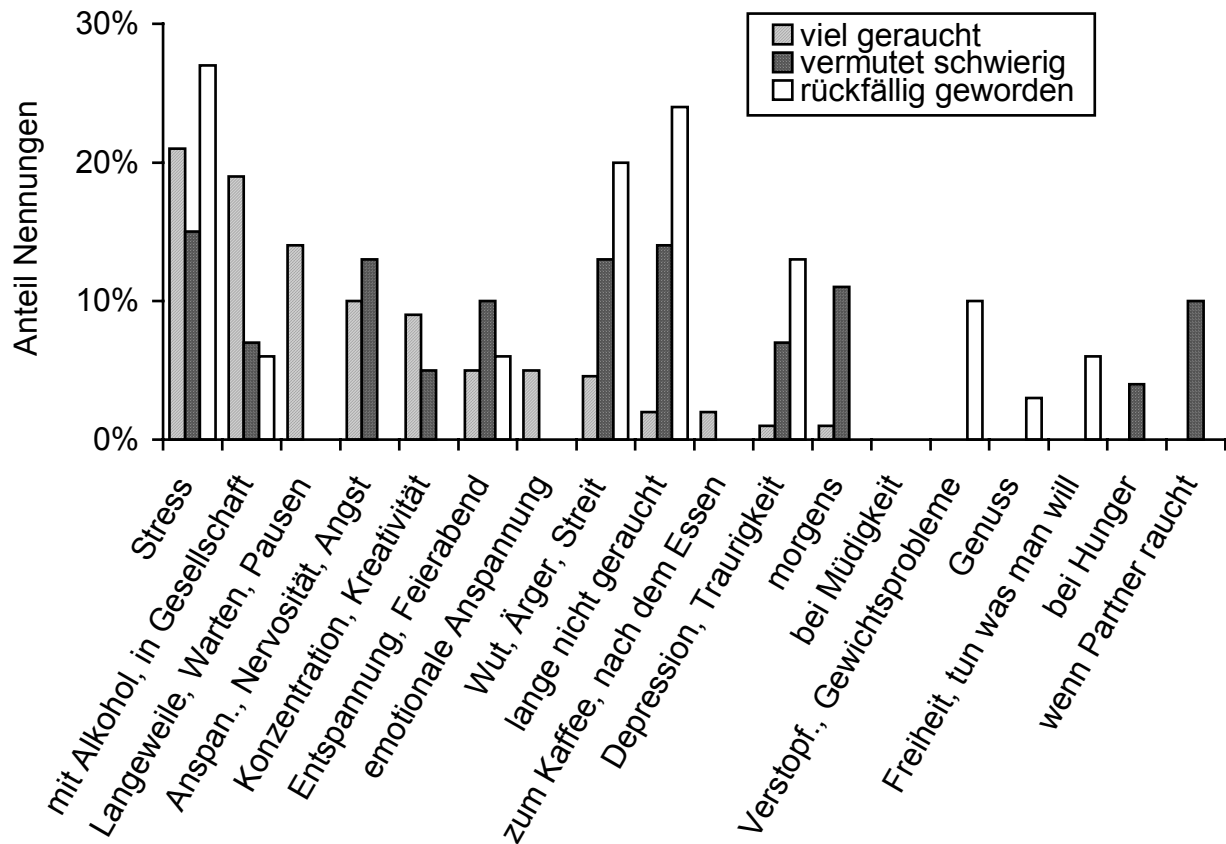
Die zugrunde gelegte Hypothese lautet:

Die Klientinnen sagen Situationen, in denen es ihnen schwer fallen wird, nicht zu rauchen und sie leicht rückfällig werden könnten, in der Mehrzahl der Fälle nicht korrekt voraus.

Weder die Korrelationen zwischen dem Ausmaß der Zuversichtlichkeit, in einer bestimmten Situation abstinent zu bleiben und der tatsächlichen Rückfallsituation, noch der Chi-Quadrat-Test zum Vergleich der Situationen, in denen viel geraucht worden war mit den Bedingungen, unter denen der Rückfall tatsächlich statt fand, ergaben signifikante Ergebnisse: Der Vorhersagewert der als schwierig eingeschätzten Situationen oder der Situationen, in denen viel geraucht wurde auf den tatsächlichen Rückfall scheint also gering zu sein. Wegen des großen Umfangs und der weniger hohen Relevanz wird auf eine ausführliche Darstellung aller Werte der entsprechenden Tests an dieser Stelle verzichtet. Eine deskriptive Darstellung findet sich auf den nächsten Seiten:

	Situation (Mehrfachnennung möglich)		
	Tatsächlich häufig geraucht	Als kritisch eingeschätzt	Rückfällig geworden
Stress	36 (21,05 %)	52 (15,29 %)	8 (27,59 %)
Bei Alkohol, in Gesellschaft	33 (19,30 %)	26 (7,65 %)	2 (6,90 %)
Langeweile, Warten, Pausen	24 (14,04 %)	*	0
Anspannung, Nervosität, Angst	18 (10,53 %)	47 (13,82 %)	0
Konzentration und Kreativität	17 (9,94 %)	17 (5,00 %)	0
Entspannung, Feierabend	10 (5,85 %)	36 (10,59 %)	2 (6,90 %)
Emotionale Anspannung	9 (5,26 %)	*	0
Wut, Ärger, Streit	8 (4,68 %)	47 (13,82 %)	6 (20,69 %)
Lange nicht geraucht	5 (2,92 %)	48 (14,12 %)	7 (24,14 %)
Zum Kaffee, nach dem Essen	5 (2,92 %)	*	0
Depression, Traurigkeit	3 (1,75 %)	27 (7,94 %)	4 (13,79 %)
Morgens	2 (1,17 %)	40 (11,76 %)	0
Bei Müdigkeit	1 (0,58 %)	*	0
Verstopfung, Gewichtsprobl.	*	*	3 (10,34 %)
Genuss	*	*	1 (3,45 %)
Freiheit, tun was man will	*	*	2 (6,90 %)
Bei Hunger	*	16 (4,71 %)	0
Wenn Partner raucht	*	37 (10,88 %)	0

Tabelle 28: Situationen, in denen viel geraucht wurde, als kritisch eingeschätzte Situationen und tatsächlich erfolgter Rückfall. Ein Stern bedeutet, dass der entsprechende Wert nicht erhoben wurde.



Graphik 12: Situationen, in denen viel geraucht wurde, als kritisch eingeschätzte Situationen und tatsächlich erfolgter Rückfall

8. 2. 7 Rauchverhalten

Die zugrunde gelegten Hypothesen lauten:

- Die bei der Katamnese nicht abstinenten Teilnehmerinnen haben früher begonnen, zu rauchen, rauchen bereits länger und haben mehr erfolglose Aufhörversuche hinter sich als die Abstinenten.
- Die Konsumhöhe und der FTND-Wert der Klientinnen zu Behandlungsbeginn (FTND; siehe 7. 4) stellen einen Prädiktor für die zu erwartende Abstinenz dar; je höher diese sind, desto weniger erfolgreich ist die Klientin.

Das mittlere Einstiegsalter der Teilnehmenden betrug 17 Jahre, bei einer Spanne von elf bis 30 Jahren. Am häufigsten (22,7 Prozent) wurde mit 16 Jahren begonnen zu rauchen. Die folgende Tabelle stellt die Altersverteilung beim Beginn des Rauchens zusammenfassend dar.

Einstiegsalter beim Rauchen			
11 – 15 Jahre	16 – 20 Jahre	21– 25 Jahre	26 – 30 Jahre
n = 48	n = 83	n = 12	n = 4
32,6 %	56,4 %	8,2 %	2,8 %

Tabelle 29: Einstiegsalter beim Rauchen

Die mittlere Dauer der mit Rauchen verbrachten Jahre betrug (bei einer Spanne von drei bis 55) 27,12 Jahre (siehe die folgende Tabelle).

Rauchdauer		
1 – 5 Jahre	n = 1	0,7 %
6 – 10 Jahre	n = 3	2,1 %
11 – 15 Jahre	n = 11	7,6 %
16 – 20 Jahre	n = 28	18,7 %
21 – 25 Jahre	n = 28	18,7 %
26 – 30 Jahre	n = 28	18,7 %
31 – 35 Jahre	n = 19	12,7 %
36 – 40 Jahre	n = 23	15,4 %
41 – 45 Jahre	n = 3	2 %
46 – 50 Jahre	n = 4	2,7 %
51 – 55 Jahre	n = 1	0,7 %

Tabelle 30: Rauchdauer

89 Prozent der Klientinnen hatten schon mindestens einen Abstinenzversuch hinter sich. Die Anzahl der Aufhörversuche stellt die folgende Tabelle dar:

Anzahl der Aufhörversuche				
0	1 – 5	6 – 10	11 – 15	16 – 20
n = 16	n = 112	n = 11	n = 2	n = 4
11 %	77,3 %	7,5 %	1,4 %	2,8 %

Tabelle 31: Anzahl der Aufhörversuche

Die Reduktionsmittelwerte von Personen, die schon Aufhörversuche hinter sich hatten und solchen, die noch nie versucht hatten, aufzuhören, unterschieden sich im t-Test für unabhängige Stichproben signifikant ($t = 2,16$, $df = 78$, $p = 0,033$): Wer früher bereits versucht hatte, das Rauchen zu beenden, reduzierte im Mittel um 19,76 Zigaretten ($s = 15,22$) im Vergleich zu nur 7,75 Zigaretten Reduktion bei denen, die erstmals einen Entwöhnungsversuch versuchten ($s = 10,71$).

Keine signifikanten Ergebnisse hingegen erbrachten die t-Tests für unabhängige Stichproben beim Vergleich von Einstiegsalter, Anzahl der als Raucherin verbrachten Jahre und der bisherigen Aufhörversuche zwischen bei der Katamnese abstinenten und nicht abstinenten Personen. Siehe dazu auch die folgende Tabelle:

AV	M		s		t	df	p
	abst.	n. abs.	abst.	n. abs.			
Einstiegsalter	17,07	17,13	3,11	3,36	0,09	122	0,925
Rauchdauer	27,90	25,44	9,29	8,89	1,50	123	0,136
Anzahl der Aufhörversuche	3,51	3,48	3,39	4,77	0,04	120	0,964

Tabelle 32: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich von Einstiegsalter, Rauchdauer und Anzahl bisheriger Aufhörversuche von bei der Katamnese Abstinenten und nicht Abstinenten

Gemäß dem FTND waren zu Behandlungsbeginn:

- 19 Prozent psychisch-, aber nicht nikotinabhängig (Score 0 – 2)
- 21 Prozent nicht zuzuordnen (Score 3 – 4)
- 60 Prozent nikotinabhängig (Score 5 – 10)

Da die Erhebung der Konsumhöhe einen Teil des FTND darstellt, konnte hier keine Berechnung anhand der Reduktionsraten durchgeführt werden; deshalb wurde das Kriterium der Abstinenz angewendet. Von den körperlich Abhängigen waren bei der Katamnese 51,3 Prozent abstinent im Vergleich zu 59,1 Prozent der psychisch abhängigen Probandinnen. Die Verteilung der Abstinenz in Relation zur Art der Abhängigkeit stellt die folgende Tabelle dar:

	abstinent	nicht abstinent
Körperlich Abhängig	n = 39 (51,3 %)	n = 37 (48,7 %)
Psychisch Abhängig	n = 13 (59,1 %)	n = 9 (40,9 %)
Gesamt	n = 52 (53,1 %)	n = 46 (46,9 %)

Tabelle 33: Art der Abhängigkeit und Abstinenz

Der durchgeführte Chi-Quadrat-Test zeigte, dass es keine signifikanten Unterschiede in den Abstinenzraten der körperlich versus der psychisch Abhängigen gab ($\chi^2 = 0,41$, $df = 1$, $p = 0,52$).

Die zu Behandlungsbeginn bei durchschnittlich 28 Zigaretten pro Tag liegende Konsumhöhe ist in der folgenden Tabelle im einzelnen dargestellt:

Konsumhöhe		
1 – 10	n = 4	4,2 %
11 – 20	n = 40	42,6 %
21 – 30	n = 26	27,7 %
31 – 40	n = 12	12,8 %
41 – 50	n = 7	7,4 %
51 – 60	n = 4	4,2 %
61 – 70	n = 0	0 %
71 – 80	n = 1	1,1 %

Tabelle 34: Konsumhöhe zu Behandlungsbeginn

Bezüglich der Konsumhöhe zu Behandlungsbeginn zeigten sich im t-Test für unabhängige Stichproben keine Unterschiede zwischen bei der Katamnese abstinenten und nicht abstinenten Klientinnen ($t = -0,85$, $df = 77$, $p = 0,398$): Die später Abstinenten rauchten vor der Therapie durchschnittlich 26,61 Zigaretten täglich ($s = 12,98$); während diejenigen, die bei der Katamnese noch oder wieder rauchten, zu Beginn im Mittel 29,21 Zigaretten täglich konsumiert hatten ($s = 14,22$).

8. 2. 8 Demographische Variablen

Die zugrunde gelegten Hypothesen lauten:

- Das Programm ist unabhängig von allen demographischen Variablen gleich erfolgreich.
- Eine Ausnahme stellt das Alter der Klientinnen dar: Je älter sie sind, desto höher ist die Erfolgsquote.

Im Kapitel 7. 2. 3 wurde die Stichprobe bereits unter demographischen Gesichtspunkten beschrieben. Im Chi-Quadrat-Test zeigte sich für keine der untersuchten demographischen Variablen ein Zusammenhang mit der Abstinenz zum Katamnesezeitraum. Untersucht wurden dabei die Variablen Geschlecht, Alter, Familienstand, Schulabschluß, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit.

Da die Signifikanz-Werte dabei durchgängig größer als 0,2 waren, kann davon ausgegangen werden, dass das Programm unabhängig von allen untersuchten demographischen Variablen gleich erfolgreich angewendet werden kann.

Auf eine ausführliche Darstellung aller Werte und Tabellen wird an dieser Stelle aus Platzgründen verzichtet.

8. 2. 9 Psychische Symptombelastung, Ärger und Depression

Die zugrunde gelegten Hypothesen lauten:

- Hohe Werte im SCL-90-R, STAXI und ADS (Beschreibung der Meßinstrumente siehe unter 7. 4) sind Prädiktoren für weniger Erfolg: Bei der Katamnese nicht abstinenten Teilnehmerinnen haben daher zu Behandlungsbeginn höhere Werte als Abstinente.
- Raucherinnen haben im Vergleich zur Standardstichprobe höhere Werte in STAXI, ADS und SCL-90-R.

Symptom-Checkliste von Derogatis: SCL-90-R

Im t-Test für unabhängige Stichproben zur Erhebung möglicher Unterschiede im SCL-90-R zwischen bei der Katamnese Abstinenten versus nicht Abstinenten zeigten sich folgende signifikante Ergebnisse: Bei der Katamnese abstinenten Teilnehmerinnen hatten im Vergleich zu den nicht abstinenten bei Behandlungsbeginn signifikant geringere t-Werte in den Skalen Depression, Ängstlichkeit und der globalen psychischen Belastung, außerdem einen signifikant geringeren Roh-Wert in der Skala für phobische Angst. Siehe dazu die folgende Tabelle:

AV	M		s		t	df	p	
	abst.	n. abs.	abst.	n. abs.				
Depression	54,60	59,29	12,15	13,01	-2,02	117	0,045	*
Ängstlichkeit	52,25	57,90	10,65	11,96	-2,71	117	0,008	**
phobische Angst	0,15	0,29	0,21	0,46	-2,28	117	0,024	*
globale psych. Belastung	53,49	59,06	12,65	13,77	-2,28	117	0,024	*

Tabelle 35: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich der SCL-90-R-Werte von bei der Katamnese Abstinenden und nicht Abstinenden

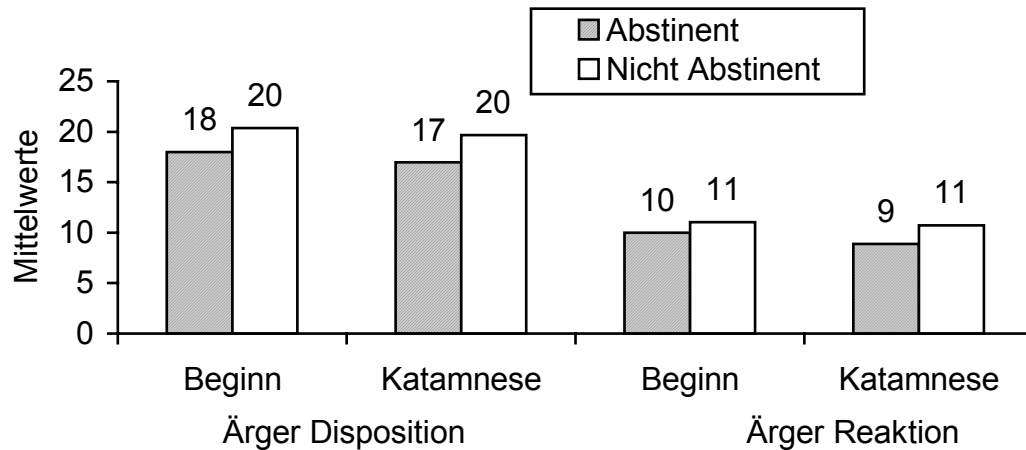
Im t-Test für eine Stichprobe zum Vergleich mit der Eichstichprobe des SCL-90-R ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar: STAXI

Bezüglich des Vergleichs der STAXI-Werte zwischen Abstinenden und nicht Abstinenden belegte der t-Test für unabhängige Stichproben signifikant geringere Wert der Abstinenden in der Ärger-Dispositions-Skala bei Messung bei Behandlungsbeginn und bei der Katamnese. Die Abstinenden erfuhren demnach weniger Ärger und fühlten sich seltener ungerecht behandelt oder Frustrationen ausgesetzt. Weiter unterschieden sich die Mittelwerte bezüglich der Ärger-Reaktions-Skala, einer Unterskala der oben erwähnten Ärger-Dispositionsskala, jedoch nur bei der Katamnese-messung: Zum ersten Meßzeitpunkt zeigte sich hier noch kein signifikanter Unterschied. Bei der Katamnese waren die Abstinenden signifikant weniger empfindlich gegenüber Kritik, wahrgenommener Abwertung und negativer Bewertung durch andere, während sie sich bei Behandlungsbeginn von den später nicht Abstinenden diesbezüglich noch nicht signifikant unterschieden. Siehe dazu auch die folgende Tabelle und Graphik 13:

AV	M		s		t	df	p	
	abst.	n. abs.	abst.	n. abs.				
Ärger-Disposition Behandlungsbeginn	17,95	20,35	4,44	4,91	-2,26	76	0,026	*
Ärger-Disposition Katamnese	16,97	19,67	4,63	5,48	-2,12	62	0,037	*
Ärger-Reaktion Behandlungsbeginn	9,98	11,05	3,76	3,64	-1,28	76	0,203	
Ärger-Reaktion Katamnese	8,89	10,74	2,70	3,12	-2,53	62	0,014	*

Tabelle 36: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich der STAXI-Werte von bei der Katamnese Abstinenden und nicht Abstinenden



Graphik 13: Werte im STAXI und Abstinenz

Hier ergaben sich außerdem bei den Abstinenten signifikante Unterschiede im t-Test für abhängige Stichproben bezüglich der Mittelwerte der Ärger-Zustands-Skala der Messung bei Behandlungsbeginn im Vergleich zur Katamnese-messung: Zum Meßzeitpunkt zwei ($M = 13,76$, $s = 5,07$) erlebten die Abstinenten signifikant intensivere Ärgergefühle als zum Meßzeitpunkt eins ($M = 11,70$, $s = 3,33$), während dies bei den nicht abstinenten nicht der Fall war ($M = 13,37$, $s = 3,99$ für t_2 und $M = 12,04$, $s = 2,60$ für t_1). Der t-Test erbrachte für die Gruppe der Abstinenten einen Wert von $t = -2,376$ mit $df = 36$ und $p = 0,023$.

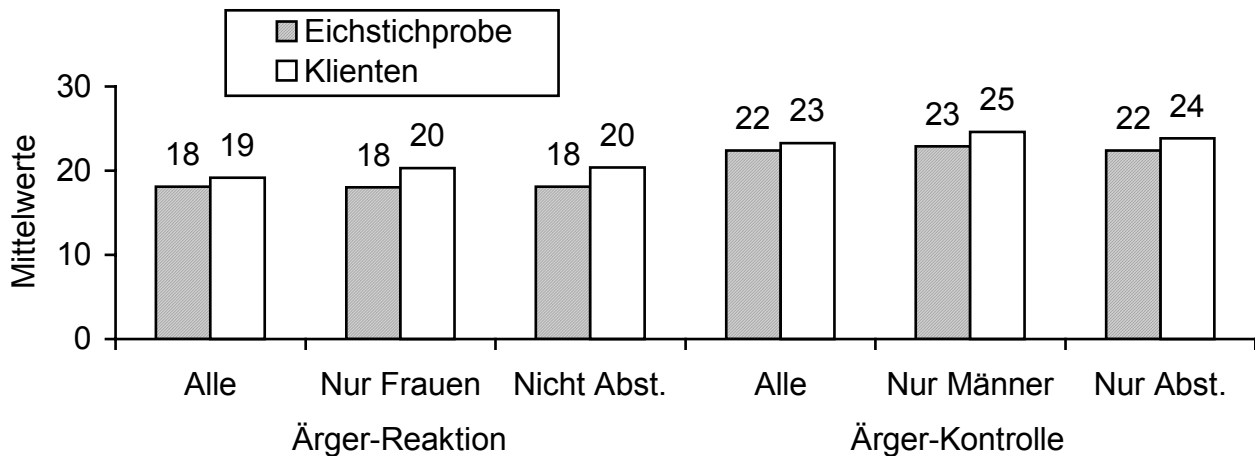
Im t-Test für eine Stichprobe zum Vergleich mit der Eichstichprobe des STAXIs ergaben sich folgende Ergebnisse (aus Platzgründen werden nur die signifikanten Werte dargestellt): Zum Meßzeitpunkt bei Behandlungsbeginn hatten die hier behandelten Personen, und zwar insbesondere die später nicht Abstinenten sowie Frauen, signifikant höhere Mittelwerte in der Ärger-Reaktions-Skala als die Eichstichprobe. Die Probandinnen waren also gegenüber Kritik, wahrgenommener Ablehnung und negativer Bewertung durch andere besonders empfindlich und erleben unter solchen Umständen intensive Ärgergefühle.

Gleichzeitig hatten die Klientinnen signifikant höhere Werte als die Eichstichprobe in der Ärgerkontroll-Skala, hier waren insbesondere Männer und die später Abstinenten betroffen. Dieser Personenkreis wendete demnach viel Energie zur Steuerung und Kontrolle von Emotionen in ärgerprovozierenden Situationen auf.

Die entsprechenden Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle und Graphik 14 dargestellt:

AV	Test-Wert	M	s	t	df	p	
Ärger-Reaktion für alle	18,10	19,17	4,75	2,17	92	0,032	*
Ärger-Reaktion nur für Frauen	18,01	20,33	4,86	3,20	44	0,003	**
Ärger-Reaktion nur für nicht Abstinente	18,10	20,35	4,91	2,791	36	0,008	**
Ärger-Kontrolle für alle	22,40	23,30	3,98	2,18	92	0,032	*
Ärger-Kontrolle nur für Männer	22,94	24,63	3,66	3,19	47	0,003	**
Ärger-Kontrolle nur für Abstinente	22,4	23,83	3,22	2,84	40	0,007	**

Tabelle 37: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich der Klientinnenmittelwerte mit der Eichstichprobe bei Behandlungsbeginn



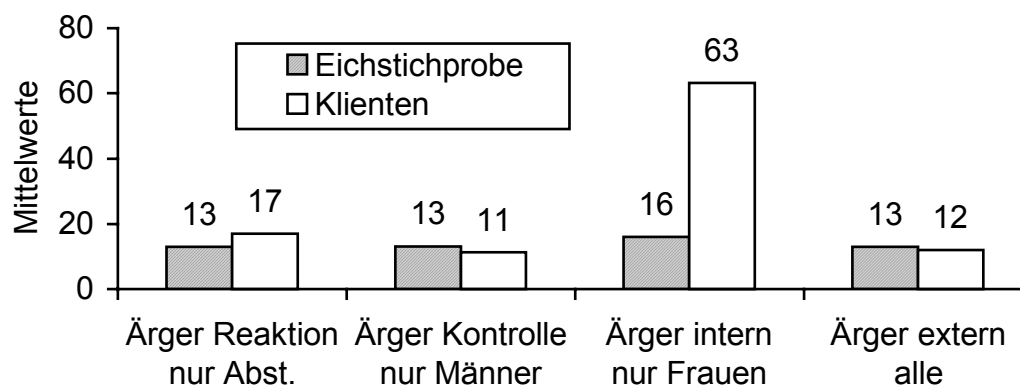
Graphik 14: Werte im STAXI im Vergleich mit der Eichstichprobe bei Behandlungsbeginn

Bei der Katamnese messung hatten sich die oben beschriebenen Befunde bezüglich des Umgangs mit Ärgergefühlen verändert: In der Ärgerreaktions-Skala ergab sich nun nur noch für abstinenten Personen ein diesmal jedoch deutlich erhöhter Mittelwert. In der Ärger-Kontrollskala hatten die Männer signifikant niedrigere Werte als die Eichstichprobe, schienen also Ärgergefühle nun weniger zu kontrollieren.

Die Frauen dagegen erreichten extrem hohe Werte in der Skala für nach innen gerichteten Ärger. Sie erlebten demnach zwar oft Ärger, zeigten dies aber nicht nach außen, sondern unterdrückten die Ärgergefühle, anstatt sie physisch oder verbal abzureagieren. Dementsprechend hatten die Klientinnen bei der Katamnese außerdem signifikant niedrigere Werte als die Eichstichprobe in der Skala für nach außen gerichteten Ärger. Sie äußerten demnach ihren Ärger gegenüber anderen Personen oder Objekten seltener in aggressiver Weise. Tabelle 38 stellt die Ergebnisse der t-Tests bei der Katamnese dar (siehe dazu auch Graphik 15):

AV	Test-Wert	M	s	t	df	p	
Ärger-Reaktion nur für Abstinete	13,00	16,97	4,63	5,21	36	0,000	***
Ärger-Kontrolle nur für Männer	13,10	11,37	3,61	-2,63	29	0,013	*
n. innen gerichteter Ärger nur für Frauen	16,07	63,09	27,58	9,93	33	0,000	***
nach außen gerichteter Ärger für alle	13,00	11,95	3,23	-2,59	63	0,012	*

Tabelle 38: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich der Klientinnenmittelwerte mit der Eichstichprobe bei der Katamnese



Graphik 15: Werte im STAXI im Vergleich mit der Eichstichprobe bei der Katamnese

Allgemeine Depressions Skala: ADS

Im Ausmaß der Depressivität ließen sich weder bei der Messung bei Behandlungsbeginn noch bei der Katamnese zwischen Abstineten und nicht Abstineten signifikante Unterschiede im Vergleich mit der Eichstichprobe feststellen. Siehe dazu die folgende Tabelle:

AV	M		s		t	df	p
	abst.	n. abs.	abst.	n. abs.			
ADS Behandlungsbeginn	48,33	49,76	9,38	10,57	0,62	72	0,537
ADS Katamnese	47,31	49,68	12,74	12,21	-0,721	58	0,474

Tabelle 39: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich der ADS-Werte von bei der Katamnese Abstineten und nicht Abstineten

8. 2. 10 Allgemeine Veränderungen

Die zugrunde gelegten Hypothesen lauten:

- Wurden von den Klientinnen Rituale oder spezielle Verhaltensweisen im Zusammenhang mit dem Nichtrauchen entwickelt (siehe Katamnesebogen unter 7. 4), ist der Erfolg höher.
- Teilnehmerinnen der Hypnosegruppe erleben im Verlauf der Therapie häufiger positive Veränderungen ihres Erlebens und Verhaltens (erhoben mit der VEV, siehe Beschreibung der Meßinstrumente unter 7. 4), als Klientinnen der Kontrollgruppe.

81,8 Prozent der bei der Katamnese Abstinenten, aber nur 40 Prozent der nicht Abstinenten gaben an, Rituale oder spezielle Verhaltensweisen entwickelt zu haben, um sich selbst vom Rauchen abzuhalten. Der Chi-Quadrat-Test zeigte, dass dieser Unterschied signifikant war ($\chi^2 = 10,02$, $df = 1$, $p = 0,002$). Siehe dazu auch Tabelle 40.

	abstinent	nicht abstinent
Rituale entwickelt	n = 18 (81,8 %)	n = 4 (18,2 %)
Keine Rituale entwickelt	n = 16 (40,0 %)	n = 24 (60,0 %)
Gesamt	n = 34 (54,8 %)	n = 28 (45,2 %)

Tabelle 40: Entwicklung von Ritualen und Abstinenz

Bezüglich des zweiten Teils der Hypothese (höheres Maß an positiven Veränderungen des Erlebens und Verhaltens in der Hypnose- als in der Kontrollgruppe) wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt ($\chi^2 = 0,11$, $df = 2$, $p = 0,946$). Siehe dazu folgende Tabelle:

	Veränderung des Erlebens und Verhaltens		
	besser	keine Änderung	schlechter
Experimentalgruppe	n = 15 (30 %)	n = 31 (62,0 %)	n = 4 (8,0 %)
Kontrollgruppe	n = 4 (26,7 %)	n = 10 (66,7 %)	n = 1 (6,7 %)
Gesamt	n = 19 (29,2 %)	n = 41 (63,1 %)	n = 5 (7,7 %)

Tabelle 41: Erlebtes Maß an Veränderung in Experimental- versus Kontrollgruppe

8. 2. 11 Motivation

Die zugrunde gelegte Hypothese lautet:

Die Höhe der Motivation (gemessen mit dem Anmeldebogen; vgl. 7. 4) von erfolgreichen und weniger erfolgreichen Klientinnen unterscheidet sich signifikant: Höher motivierte Personen sind erfolgreicher.

Der mit Mediansplit (für hoch und niedrig Motivierte) gerechnete t-Test für unabhängige Stichproben für das Erfolgskriterium Reduktion ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (M = 18,57, s = 12,57 für hoch Motivierte und M = 14,20, s = 11,53 für niedrig Motivierte): $t = 1,15$, $df = 48$, $p = 0,255$.

8. 2. 12 Soziale Unterstützung

Die zugrunde gelegte Hypothese lautet:

Das erfahrene Ausmaß an sozialer Unterstützung ist entscheidend für den Behandlungserfolg: Klientinnen, die

- mit dem Partner im gleichen Haushalt leben,
- vom sozialen Umfeld in ihrem Abstinenzvorhaben unterstützt werden,
- innerhalb der Entwöhnungsgruppe die Möglichkeit der Unterstützung durch andere Teilnehmerinnen wahrnehmen

sind erfolgreicher als solche, bei denen das nicht der Fall ist.

Bezüglich der Wohnsituation der Probandinnen ergab sich, dass von den Klientinnen, die bei der Katamnese nicht rauchten, 57,8 Prozent mit Partnern, Kindern oder Freunden im gleichen Haushalt lebten, im Vergleich zu 45,5 Prozent Abstinenten in der Gruppe derer, die allein lebten. Tabelle 42 stellt diesen Zusammenhang dar.

	abstinent	nicht abstinent
Wohnt mit anderen	n = 59 (57,8 %)	n = 43 (42,2 %)
Wohnt alleine	n = 10 (45,5 %)	n = 12 (54,5 %)
Gesamt	n = 69 (55,6 %)	n = 55 (44,4 %)

Tabelle 42: Wohnsituation und Abstinenz

Der Chi-Quadrat-Test ergab keine signifikanten Unterschiede für den Zusammenhang zwischen Wohnsituation und Abstinenz ($\chi^2 = 2,12$, $df = 1$, $p = 0,289$).

Ebenso wenig signifikant wurde ein t-Test für unabhängige Stichproben zum Vergleich der Reduktionsraten zwischen allein und nicht allein lebenden Versuchspersonen ($t = -0,25$, $df = 77$, $p = 0,80$): Die mittlere Reduktion der Alleinlebenden betrug mit 19,21 Zigaretten ($s = 11,38$) sogar etwas mehr als die der mit Partnern oder Familien Lebenden mit 18,09 Zigaretten ($s = 15,87$).

Auch bezüglich des Ausmaßes der bei Behandlungsbeginn erwarteten beziehungsweise später tatsächlich erfahrenen sozialen Unterstützung des Abstinenzvorhabens durch Angehörige unterschieden sich die Gruppen der Abstinenten und nicht Abstinenten im t-Test für unabhängige Stichproben nicht. Siehe dazu Tabelle 43:

AV	M		s		t	df	p
	abst.	n. abst.	abst.	n. abst.			
Erwartete soziale Unterstützung	4,10	4,00	1,25	1,18	0,36	76	0,719
Erfahrene soziale Unterstützung	7,72	6,46	2,79	3,41	1,56	58	0,123

Tabelle 43: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich der sozialen Unterstützung von bei der Katamnese Abstinenten und nicht Abstinenten

Für den letzten Teil der Hypothese, der sich auf die in der Entwöhnungsgruppe in Anspruch genommene soziale Unterstützung in Form von Patenschaften bezieht, konnten ebenfalls weder im t-Test für unabhängige Stichproben bezüglich der Reduktion ($M = 29,00$, $s = 12,94$ für diejenigen, die die Patenschaft in Anspruch genommen hatten, beziehungsweise $M = 25,85$, $s = 12,88$ für diejenigen, die es nicht taten, $t = 0,47$, $df = 17$, $p = 0,646$) noch im Chi-Quadrat-Test für die Abstinenzraten Belege gefunden werden ($\chi^2 = 1,00$, $df = 1$, $p = 0,316$).

Bezüglich der erwarteten oder erfahrenen sozialen Unterstützung durch Angehörige beziehungsweise Paten innerhalb der Entwöhnungsgruppe konnte also kein Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg belegt werden.

8. 2. 13 Behandlungszeitraum

Die zugrunde gelegte Hypothese lautet:

Eine Behandlung mit sieben Sitzungen ist nicht signifikant erfolgreicher als eine Behandlung mit nur fünf Sitzungen.

Weder im t-Test für unabhängige Stichproben bezüglich der Reduktion ($M = 21,52$, $s = 17,25$ für fünf Sitzungen und $M = 24,50$, $s = 11,65$ für sieben Sitzungen; $t = -0,71$, $df = 54$, $p = 0,482$) noch im Chi-Quadrat-Test für die Abstinenzraten ($\chi^2 = 0,742$, $df = 1$, $p = 0,389$) ließ sich zwischen sieben und fünf Sitzungen ein Unterschied im Erfolg feststellen.

Demnach ist davon auszugehen, dass sieben Sitzungen im Vergleich zu nur fünf keinen höheren Behandlungserfolg erwarten lassen.

8. 2. 14 Therapeutinnenvariable

Die zugrunde gelegte Hypothese lautet:

Im Behandlungserfolg des vorliegenden Programms gibt es keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit davon, welche Therapeutin die Therapie durchführt.

Der t-Test für unabhängige Stichproben ergab keinen Unterschied bezüglich der Reduktionsraten in Abhängigkeit von der jeweils behandelnden Therapeutin ($M = 16,12$ versus $17,52$, $s = 17,64$ versus $11,73$, $t = -0,315$, $df = 58$, $p = 0,754$). Gemäß Erdfelder und Mausfeld (siehe 8. 1) kann hier also davon ausgegangen werden, dass die Klientinnen bei den beiden Therapeutinnen nicht unterschiedlich erfolgreich waren.

8. 2. 15 Glaubwürdigkeit der Klientinnenangaben

Die zugrunde gelegte Hypothese lautet:

Die Kohlenmonoxidwerte-Werte korrelieren durchgängig mit den Klientinnenangaben zum Rauchverhalten.

Beim Vorgespräch belegte die Berechnung der Korrelation zwischen angegebener Konsumhöhe und gemessenem CO-Wert einen geringen Zusammenhang: $r = 0,438$, $p = 0,000$, $n = 94$. Für die – um den Behandlungserfolg zu belegen – wichtigere CO-Messung bei der Katamnese ergab sich eine mittlere Korrelation von $r = 0,709$ ($p = 0,000$, $n = 40$) zwischen der angegebenen Konsumhöhe und dem gemessenen CO-Wert. Es kann also davon ausgegangen werden, dass die Angaben der Klientinnen zu ihrem Rauchverhalten hinreichend der Realität entsprechen.

8. 2. 16 Prädiktoren für Drop-out

Als abhängige Variable wurde der Besuch aller fünf Behandlungssitzungen einschließlich der Katamnesesitzung nach drei Monaten („kein Drop-out“) versus den vorzeitigen Abbruch („Drop-out“) gewählt. Die unabhängigen Variablen lagen teils intervallskaliert vor, teils wurden mehrstufige nominalskalierte Variablen dichotomisiert. Dichotomisierte Variablen sind mit 1 beziehungsweise 2 codiert; die jeweilige Bedeutung wird in der Tabellenbeschriftung erläutert. Welche Prädiktorvariablen jeweils zusammen in eine Diskriminanzanalyse eingingen, orientierte sich an deren inhaltlichem Zusammenhang; der Übersichtlichkeit halber liegt die maximale Anzahl an Prädiktoren pro Analyse bei elf. Zur zusätzlichen Absicherung wurden für alle folgenden Diskriminanzanalysen zusätzlich t-, beziehungsweise Chi-Quadrat-Tests gerechnet. Wenn nicht anders erwähnt, ergaben die Berechnungen mit denen der Diskriminanzanalyse ein konsistentes Bild.

8. 2. 16. 1 Hypnosetherapie versus Kontrollgruppenbehandlung, Einzel- versus Gruppenbehandlung und Suggestibilität

Zum Vergleich von Klientinnen, die alle Behandlungssitzungen besuchten, mit denjenigen, die vor Behandlungsende abbrachen, wurden zunächst die Variablen „Gruppenzugehörigkeit“ (Hypnosetherapie versus Kontrollgruppenbehandlung, beziehungsweise Einzel- versus Gruppenbehandlung) und „Suggestibilität“ betrachtet. Um ihre Trennfähigkeit zu prüfen, wurde für jede der unabhängigen Variablen einzeln ein F-Test durchgeführt. Tabelle 44 stellt die Ergebnisse dar:

UV	M		s		F	p
	Kein Drop	Drop-out	Kein Drop	Drop-out		
Exp.gruppe vs. KG	1,14	1,00	0,35	0,00	3,31	0,072
Gruppe vs. Einzel	1,30	1,45	0,46	0,51	1,46	0,230
Suggestibilität	1,21	1,55	0,41	0,51	8,94	0,004 **

Tabelle 44: Univariate Diskriminanzprüfung der Merkmale „Hypnosetherapie versus Kontrollgruppenbehandlung“ (1 = Experimentalgruppe, 2 = Kontrollgruppe), „Gruppen- versus Einzelbehandlung“ (1 = Gruppe, 2 = Einzelsetzung) und „Suggestibilität“

Einen signifikanten Beitrag an der Diskriminanzfunktion leistete hier nur die Variable „Suggestibilität“ mit einem standardisierten kanonischen Diskriminanzfunktionskoeffizienten von 0,898.

Die Prüfung der Diskriminanzfunktion im Gesamten durch das Diskriminanzkriterium und den Eigenwert ergab, dass die Diskriminanzfunktion signifikant trennt zwischen Klientinnen, die an der gesamten Behandlung teilnahmen und solchen, die sie abbrachen. Der Wilks'-Lambda-Wert beträgt 0,840, dies entspricht einem Chi-Quadrat-Wert von 14,87 und einem Signifikanzniveau von 0,002. Siehe dazu die folgende Tabelle:

Funktion	Eigenwert	Kanonische Korrelation	Wilks' Lambda	χ^2	p
1	0,190	0,40	0,840	14,87	0,002 **

Tabelle 45: Eigenwerte und Wilks' Lambda

Die Prüfung der Diskriminanzfunktion anhand richtiger und falscher Klassifizierungen zeigt, dass 78,7 Prozent der Fälle korrekt klassifiziert wurden (siehe Tabelle 46).

	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit	
	Kein Drop-out	Drop-out
Kein Drop-out	n = 59 (85,5 %)	n = 10 (14,5 %)
Drop-out	n = 9 (45 %)	n = 11 (55 %)

Tabelle 46: Klassifizierungsergebnisse

Innerhalb des signifikanten Gesamtmodells liefert demnach die Variable „Suggestibilität“ einen Beitrag zur Trennung zwischen Personen, die die ganze Behandlung durchliefen und solchen, die vorzeitig beendeten: Höher Suggestible brachen die Behandlung häufiger ab.

8. 2. 16. 2 *Abstinenztage und Rauchverhalten*

Zum Vergleich von Personen, die alle Behandlungssitzungen besuchten und solchen, die vor Behandlungsende abbrachen, wurden bezüglich des Rauchverhaltens die Kohlenmonoxid-Werte beim Vorgespräch, die erfolgte Einhaltung der beiden Abstinenztage vor Behandlungsbeginn, bisherige Aufhörversuche und deren Anzahl analysiert. Um ihre Trennfähigkeit zu prüfen, wurde für jede der unabhängigen Variablen einzeln ein F-Test durchgeführt. Tabelle 47 stellt die Ergebnisse dar:

UV	M		s		F	p	
	Kein Drop	Drop-out	Kein Drop	Drop-out			
CO-Wert	29,42	23,05	12,18	11,30	4,75	0,032	*
Abstinenztage	0,94	1,36	0,47	0,49	12,92	0,001	**
Aufhörversuche	1,07	1,00	0,26	0,00	1,63	0,205	
Anzahl Aufhorver.	3,23	5,64	3,09	5,40	6,92	0,010	**

Tabelle 47: Univariate Diskriminanzprüfung der Merkmale „Höhe des CO-Werts beim Vorgespräch“, „Einhaltung der Abstinenztage“ (1 = eingehalten, 2 = nicht eingehalten), „bisherige Aufhörversuche“ (1 = ja, 2 = nein) und „Anzahl“ (der bisherigen Aufhörversuche)

Einen signifikanten Beitrag an der Diskriminanzfunktion leisteten hier die Variablen „CO-Wert“ mit negativem Vorzeichen, „Abstinenztage“ mit positivem Vorzeichen und „Anzahl der bisherigen Aufhörversuche“ ebenfalls mit positivem Vorzeichen, wie die folgende Tabelle darstellt:

	Funktion
	1
CO-Wert	-0,367
Abstinenztage	0,711
Anzahl der bisherigen Aufhörversuche	0,505

Tabelle 48: Standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten

Die Prüfung der Diskriminanzfunktion im Gesamten anhand des Diskriminanzkriteriums beziehungsweise des Eigenwerts zeigt, dass die Diskriminanzfunktion signifikant zwischen Personen, die die gesamte Behandlung durchliefen und solchen, die sie abbrachen, zu trennen vermag. Der Wilks'-Lambda-Wert beträgt 0,079, dies entspricht einem Chi-Quadrat-Wert von 20,09 und einem Signifikanzniveau von 0,000. Siehe dazu Tabelle 49.

Funktion	Eigenwert	Kanonische Korrelation	Wilks' Lambda	χ^2	p	
1	0,253	0,45	0,798	20,09	0,000	***

Tabelle 49: Eigenwerte und Wilks' Lambda

Die Prüfung der Diskriminanzfunktion anhand richtiger und falscher Klassifizierungen zeigt, dass 73,3 Prozent der Fälle korrekt klassifiziert wurden (siehe Tabelle 50).

	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit	
	Kein Drop-out	Drop-out
Kein Drop-out	n = 54 (76,1 %)	n = 7 (23,9 %)
Drop-out	n = 8 (36,4 %)	n = 14 (63,6 %)

Tabelle 50: Klassifizierungsergebnisse

Die Höhe des Kohlenmonoxid-Werts beim Vorgespräch, die Einhaltung der Abstinenztage und die Anzahl der bisherigen Aufhörversuche stellen demnach Prädiktoren für den behandlungsabbruch dar: Bei höheren CO-Werten zu Behandlungsbeginn, Einhaltung der Abstinenztage und einer geringeren Anzahl bisheriger Aufhörversuche ist die Abbruchrate niedriger.

8. 2. 16. 3 Vermutete / tatsächliche schwierige Situationen

Beim Vergleich der Klientinnen, die alle Sitzungen besucht hatten, mit den Abbrecherinnen bezüglich der Zuversichtlichkeit vor Behandlungsbeginn, in bestimmten Situationen abstinent zu bleiben, gingen folgende Items des Anmeldebogens in die Berechnung ein:

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie sind, in den folgenden Situationen nicht zu rauchen:

(1=gar nicht zuversichtlich, 2=wenig zuversichtlich, 3=einigermaßen zuversichtlich, 4=zuversichtlich, 5=völlig zuversichtlich)

Wenn Sie sich in geselliger Runde befinden und Alkohol trinken. 1----2----3----4----5

Wenn Sie ängstlich und nervös sind. 1----2----3----4----5

Wenn Sie sich nach einer eher unangenehmen Tätigkeit belohnen wollen. 1----2----3----4----5

Wenn Sie Hungergefühle dämpfen möchten. 1----2----3----4----5

Wenn Sie Ihre Konzentration steigern wollen. 1----2----3----4----5

Wenn Sie sehr verärgert über etwas oder jemand sind. 1----2----3----4----5

Wenn Sie spüren, daß Sie eine Aufmunterung brauchen. 1----2----3----4----5

Wenn Sie morgens gerade aufstehen. 1----2----3----4----5

Wenn Sie sich überarbeitet und gestreßt fühlen und sich entspannen wollen. 1----2----3----4----5

Wenn Ihnen bewußt wird, daß Sie eine Weile nicht geraucht haben. 1----2----3----4----5

Wenn Sie mit Partner/in oder Freund/in zusammen sind und er/sie raucht. 1----2----3----4----5

Um sie auf ihre Trennfähigkeit hin zu überprüfen, wurde für jede der unabhängigen Variablen ein F-Test durchgeführt. Tabelle 51 stellt die Ergebnisse dar:

UV	M		s		F	p
	Kein Drop	Drop-out	Kein Drop	Drop-out		
Geselligkeit	2,65	2,54	1,48	1,51	0,05	0,819
Angst	2,73	2,54	1,15	1,51	0,22	0,636
Belohnung	2,92	2,08	1,12	0,95	5,67	0,019 *
Hunger	3,95	3,46	1,18	1,56	1,36	0,248
Konzentration	3,32	3,08	1,06	1,19	0,49	0,485
Ärger	2,78	2,69	1,16	1,38	0,05	0,817
Aufmunterung	3,38	2,38	1,11	0,96	8,17	0,006 **
Morgens	3,27	2,08	1,50	1,38	6,31	0,015 *
Stress / zur Entsp.	2,46	2,31	1,02	1,11	0,20	0,653
Weile n. geraucht	3,35	3,15	1,23	1,46	0,22	0,638
Andere rauchen	2,97	3,00	1,19	1,58	0,00	0,949

Tabelle 51: Univariante Diskriminanzprüfung des Merkmals „Zuversichtlichkeit“

Einen signifikanten Beitrag an der Diskriminanzfunktion leisteten hier die Variablen „Belohnung“, „Aufmunterung“ und „morgendliches Rauchen“, jeweils mit positivem Vorzeichen, wie die folgende Tabelle darstellt:

Funktion	
1	
Belohnung	0,428
Aufmunterung	0,909
Morgens	0,485

Tabelle 52: Standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionskoeffizienten

Die Prüfung der Diskriminanzfunktion im Gesamten durch das Diskriminanzkriterium beziehungsweise des Eigenwerts zeigt, dass die Diskriminanzfunktion nicht signifikant zwischen Personen, die die gesamte Behandlung durchliefen und solchen, die sie abbrachen, zu trennen ver-

mag: Der Wilks'-Lambda-Wert beträgt 0,757, der Chi-Quadrat-Wert 11,81, die Irrtumswahrscheinlichkeit beträgt 0,378. Siehe dazu Tabelle 53.

Funktion	Eigenwert	Kanonische Korrelation	Wilks' Lambda	χ^2	p
1	0,320	0,49	0,757	11,81	0,378

Tabelle 53: Eigenwerte und Wilks' Lambda

Die Prüfung der Diskriminanzfunktion anhand richtiger und falscher Klassifizierungen zeigt, dass 70,0 Prozent der Fälle korrekt klassifiziert wurden. Siehe dazu die folgende Tabelle:

	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit	
	Kein Drop-out	Drop-out
Kein Drop-out	n = 25 (67,6 %)	n = 12 (32,4 %)
Drop-out	n = 3 (23,1 %)	n = 10 (76,9 %)

Tabelle 54: Klassifizierungsergebnisse

Aufgrund des nicht signifikanten Gesamtmodelles sind die Ergebnisse für die Variablen „Belohnung“, „Aufmunterung“ und „morgendliches Rauchen“ nur sehr vorsichtig interpretierbar: Personen, die die Behandlung abbrechen, scheinen bezüglich dieser Situationen jeweils weniger zuversichtlich zu sein, das Rauchen unterlassen zu können, als Klientinnen, die alle Sitzungen besuchen.

8. 2. 16. 4 *Demographische Variablen, Motivation, soziale Unterstützung und Rituale*

Für demographische Variablen, Komponenten der Motivation und sozialen Unterstützung sowie die Durchführung von Ritualen ergab die Diskriminanzanalyse keine signifikanten Ergebnisse. Die Tabellen auf den folgenden Seiten stellen dies dar:

UV	M		s		F	p
	Kein Drop	Drop-out	Kein Drop	Drop-out		
Geschlecht	1,42	1,60	0,50	0,51	0,92	0,341
Wohnsituation	1,21	1,30	0,41	0,48	0,31	0,575
Stärke der Motivation	4,21	4,50	0,89	0,70	0,86	0,357
Sicherheit, es zu schaffen	3,72	3,40	1,00	0,84	0,86	0,358
Zwispältigkeit b. Gedanken daran	2,60	2,30	1,14	0,94	0,59	0,447
Soziale Unterstützung	4,24	3,90	0,96	1,37	0,78	0,381
Durchführung von Ritualen	1,51	1,80	0,50	0,42	2,59	0,115

Tabelle 55: Univariate Diskriminanzprüfung der Merkmale „Wohnsituation“, „Stärke der Motivation“, „Sicherheit, es zu schaffen“, „Zwispältigkeit beim Gedanken daran“, „soziale Unterstützung“ und „Durchführung von Ritualen“

Die Prüfung der Diskriminanzfunktion im Gesamten durch das Diskriminanzkriterium beziehungsweise des Eigenwerts zeigt, dass die Diskriminanzfunktion nicht signifikant zwischen Personen, die die gesamte Behandlung durchliefen und solchen, die sie abbrachen, zu trennen vermag. Siehe dazu Tabelle 56:

Funktion	Eigenwert	Kanonische Korrelation	Wilks' Lambda	χ^2	p
1	0,287	0,472	0,777	9,45	0,222

Tabelle 56: Eigenwerte und Wilks' Lambda

Die Prüfung der Diskriminanzfunktion anhand richtiger und falscher Klassifizierungen zeigt, dass 76,7 Prozent der Fälle korrekt klassifiziert wurden. Siehe dazu die folgende Tabelle:

	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit	
	Kein Drop-out	Drop-out
Kein Drop-out	n = 26 (78,8 %)	n = 7 (21,2 %)
Drop-out	n = 3 (30,0 %)	n = 7 (70,0 %)

Tabelle 57: Klassifizierungsergebnisse

Diese Ergebnisse waren teilweise inkonsistent mit denen der durchgeführten t-, beziehungsweise Chi-Quadrat-Tests, die daher kurz dargestellt werden sollen, obwohl ihre Aussagekraft aufgrund der anderslautenden Aussage der Diskriminanzanalyse beschränkt ist:

Bezüglich der Wohnsituation der Probandinnen ergab sich, dass von den Klientinnen, die alle Sitzungen besucht hatten, 79,7 Prozent mit Partnern, Kindern oder Freunden im gleichen Haushalt lebten, im Vergleich zu nur 57,9 Prozent in der Gruppe derer, die die Behandlung vorzeitig abbrachen. Der Chi-Quadrat-Test ergab einen signifikanten Unterschied für den Zusammenhang zwischen Wohnsituation und Drop-out ($\chi^2 = 3,87$, $df = 1$, $p = 0,049$). Siehe dazu auch Tabelle 58.

	Kein Drop-out	Drop-out
Wohnt mit anderen	n = 59 (79,7 %)	n = 15 (20,3%)
Wohnt alleine	n = 11 (57,9 %)	n = 8 (42,1 %)
Gesamt	n = 70 (75,3 %)	n = 23 (24,7 %)

Tabelle 58: Wohnsituation und Drop-out

Ein t-Test für unabhängige Stichproben zum Vergleich des Maßes an sozialer Unterstützung zwischen Klientinnen, die die ganze Behandlung durchliefen und solchen, die sie abbrachen, zeigte außerdem, dass Personen, die von den Angehörigen mehr unterstützt werden, seltener abbrechen ($t = 2,26$, $df = 48$, $p = 0,028$). Die mittlere soziale Unterstützung der Klientinnen, die nicht abbrachen, betrug 4,30 ($s = 0,94$) im Vergleich zu 3,46 ($s = 3,46$) bei den Personen, die nicht alle Sitzungen besuchten.

8. 2. 16. 5 psychische Symptombelastung, Ärger, Depression und allgemeine Veränderungen

Für die Überprüfung eines möglichen Zusammenhangs zwischen den Skalen des SCL-90-R, STAXI, ADS und VEV mit den Drop-out-Raten wurden der Übersichtlichkeit halber wegen der großen Anzahl an Variablen keine Diskriminanzanalyse, sondern t-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet. Die Ergebnisse sind des großen Umfangs wegen im folgenden nur auszugsweise für diejenigen Variablen dargestellt, bei denen sich signifikante Effekte nachweisen ließen. Die folgende Tabelle stellt die Ergebnisse der t-Tests für unabhängige Stichproben zusammenfassend dar.

AV	M		s		t	df	p	
	Kein D. o.	Drop- out	Kein D. o.	Drop- out				
SCL Skala 1	0,48	0,85	0,46	0,51	-3,15	88	0,002	**
SCL Skala 5	0,41	0,68	0,45	0,47	-2,46	88	0,016	*
SCL Zusatzfr.	3,60	6,57	3,52	4,36	-3,27	88	0,002	**
SCL GSI	53,96	62,57	13,78	11,22	-2,70	88	0,008	**
SCL PST	54,54	62,35	13,36	10,62	-2,53	88	0,013	*
SCL PSDI	54,03	60,74	11,77	9,80	-2,45	45	0,016	*
STAXI AC	24,08	20,36	4,59	7,28	2,03	45	0,048	*

Tabelle 59: Ergebnisse der t-Tests zum Vergleich der SCL-90-R- und STAXI-Werte von Personen, die die ganze Behandlung durchliefen und Therapieabrechtern

Bezüglich der Skalen des SCL-90-R zeigten sich damit folgende Zusammenhänge zu den Drop-out-Raten: Personen, die nicht alle Sitzungen besuchten, hatten im Vergleich zu denjenigen, die die gesamte Behandlung einschließlich der Katamnese durchliefen, signifikant höhere Werte in den Bereichen Somatisierung (Skala 1), Ängstlichkeit (Skala 5) und bei Zusatzfragen, die keiner Skala zugeordnet wurden (schlechter Appetit, Gedanken ans Sterben, Schlafstörungen, Drang, sich zu überessen, Schuldgefühle), außerdem in der grundsätzlichen psychischen Belastung (GSI), der Anzahl der Symptome, wo eine Belastung vorliegt (PST) und der Intensität der Antworten (PSDI).

Im STAXI ergab sich für die Messung bei der Katamnese, dass Klientinnen, die die Behandlung abgebrochen hatten, signifikant niedrigere Werte in der Ärger-Kontroll-Skala (AC) hatten als diejenigen, die alle Sitzungen besucht hatten.

Kapitel 9

Diskussion und Ausblick

9.1 Diskussion der Ergebnisse

Die **Abstinenzquoten** von 66,3 Prozent nach drei und 48,1 Prozent nach zwölf Monaten in der Experimentalgruppe im Vergleich zu nur 27,3 Prozent nach drei, beziehungsweise 22,6 Prozent nach zwölf Monaten in der Kontrollgruppe sprechen für eine signifikante Überlegenheit der hypnotherapeutischen Vorgehensweise gegenüber der Nikotinpflasterbehandlung mit verhaltenstherapeutischen Elementen. Signifikante Unterschiede zwischen Kontroll- und Experimentalgruppe zeigten sich auch in der Reduktion des Konsums und der Werte im FTND; auch hier erwies sich die hypnotherapeutische Behandlung als erfolgreicher als die der Kontrollgruppe. Dies steht im Widerspruch zu den Aussagen Stumpfes (1990), der von einer vergleichbaren Effizienz der verschiedenen Verfahren zur Raucherentwöhnung bei Erfolgsraten von etwa 30 Prozent ausgeht, oder Hausteins (2001), der der Hypnotherapie in diesem Bereich keine wesentlichen Erfolge zuschreibt.

Als aus hypnotherapeutischer Sicht erfreulich zu bewerten sind diese Ergebnisse insbesondere auch deshalb, weil sich die erwähnten Zahlen auch bei einer konservativen Betrachtungsweise unter Berücksichtigung der Drop-outs nicht wesentlich verschlechtern (58 Prozent nach drei beziehungsweise 39 Prozent Abstinente nach zwölf Monaten in der Experimentalgruppe versus 21 beziehungsweise 16 Prozent in der Kontrollgruppe) und außerdem anhand der Kohlenmonoxidwerte der Klienten operationalisiert wurden.

Die Ergebnisse zum **Gruppen- versus Einzelbehandlungssetting** belegten keine signifikant besseren Ergebnisse für die Einzelbehandlung: Von den in der Gruppe behandelten Klienten waren nach drei Monaten 55 Prozent und nach zwölf Monaten 43 Prozent abstinent, im Einzelsetting waren es 60 beziehungsweise 36 Prozent. Zu keinem Meßzeitpunkt erwies sich die Unterschiedlichkeit in den Abstinenzraten als signifikant, ebenso wenig ergab sich ein Unterschied in der Reduktion der FTND-Werte oder der Konsumhöhe zwischen Gruppen- und Einzelbehandlung.

Auffällig ist jedoch, dass in der Einzelbehandlung die Abstinenzrate bei der Drei-Monats-Katamnese höher war als in der Gruppenbehandlung, und hier für die Differenz der Konsumhö-

he ein fast signifikanter Wert zustande kam, dann jedoch steiler abfiel als in der Gruppenbehandlung und nach zwölf Monaten einen niedrigeren Wert als den der Gruppe erreichte. Eine mögliche Erklärung hierfür wäre, dass die Klienten im Einzelsetting eine stärkere Bindung an „ihre“ Therapeutin entwickeln und daher im Sinne einer sozialen Erwünschtheit möglichst versuchen, bis zur Katamnese abstinent zu bleiben, danach jedoch, da dieser Motivator anschließend nicht mehr vorhanden ist, rückfällig werden, während die Teilnehmer der Gruppenbehandlung von Anfang an mehr auf ihre intrinsische Motivation angewiesen sind und daher auch nach dem Katamnesetreffen keinen Einbruch erleben. Letztlich kann darüber, wie dieses Ergebnis zu interpretieren ist, jedoch nur spekuliert werden, da in der bisherigen Forschung derartige Befunde keine Erwähnung finden:

Festzuhalten bleibt jedoch, dass die vorliegende Studie keine Hinweise dafür erbringt, dass eine Behandlung im Einzelsetting der Gruppenbehandlung langfristig überlegen ist. Dies widerspricht auf den ersten Blick der vorherrschenden Meinung in der Literatur, welche meist von einer höheren Effizienz des Einzelsettings ausgeht; allerdings wird hier häufig Gruppenbehandlung mit vollständig standardisierten Suggestionen gleichgesetzt und übersehen, dass Gruppensetting und individualisiertes Vorgehen sich nicht ausschließen müssen. Angesichts der Millionen potentiell entwöhnungswilliger Raucher ist die hier belegte Gleichrangigkeit der Gruppenbehandlung im Vergleich zum Einzelsetting ein überaus positives Ergebnis.

Das Ergebnis, dass das Ausmaß der Zigarettenreduktion im Zusammenhang mit der **Suggestibilität** der Probanden stand (die überdurchschnittlich Suggestiblen reduzierten ihren Konsum signifikant deutlicher), entspricht der Tatsache, dass laut modernen Hypnosetheoretikern eine Hypnosebehandlung nur wirksam werden kann, wenn die betreffende Person ausreichend suggestibel ist: Dies wurde auch im Bereich der Raucherentwöhnung bereits verschiedentlich gezeigt: Barabasz et al. (1984) stellten zum Beispiel einen beinahe linearen Zusammenhang zwischen Trancetiefe und Abstinenzrate fest (Barabasz, Baer, Sheehan und Barabasz, 1984). Auch Evans (1983) zeigte eine Beziehung zwischen Hypnotisierbarkeit und dem Erfolg der Behandlung auf, ebenso Basker (1982), der einen signifikanten Zusammenhang zwischen Hoch- beziehungsweise Niedrigsuggestiblen und deren Abstinenz in einem Sechs-Monats-follow-up nachwies.

Der hier gefundenen Zusammenhang des Erfolgs mit der Suggestibilität spricht außerdem dafür, dass die Klienten der Hypnosebehandlung auch tatsächlich eine solche erfahren haben.

Überraschend ist, dass die über- und unterdurchschnittlich Suggestiblen die Wirksamkeit der Hypnose in Relation zum Gespräch mit der Therapeutin oder innerhalb der Behandlungsgruppe als nahezu gleich einschätzten. Zudem zeigten sich signifikante Zusammenhänge zwischen Drop-

out-Raten und Suggestibilität: Die höher Suggestiblen brachen die Hypnosebehandlung häufiger vorzeitig ab; wobei unklar bleibt, wie dieses Ergebnis zu interpretieren ist.

Die Selbsteinschätzung der Klienten bezüglich der Tiefe der erlebten Trance zeigte sich konsistent mit den Ergebnissen des verwendeten Suggestibilitätstest (CIS): Die laut CIS suggestibleren Personen bewerteten die Tiefe ihrer Trance als signifikant tiefer als die weniger suggestiblen. Bei der Planung der Suggestibilitätsmessung wird es häufig schwierig, zur therapeutischen Vorgehensweise „passende“ Suggestibilitätstests zu finden: Ein auf vornehmlich motorischen Items basierender Test wie die HGSHS ist beispielsweise nur dann einzusetzen, wenn auch die verwendeten therapeutischen Suggestionen motorische Trancephänomene einbeziehen. Bei der hier gebrauchten CIS stellt sich die Frage, ob die direktiv formulierten Items zur Messung der Suggestibilität bei Personen, die nondirektiv hypnotherapeutisch behandelt werden, sinnvoll sein kann und ob der Test grundsätzlich nicht an Stelle der Suggestibilität eher die Imaginationsfähigkeit mißt (Krause in Revenstorf & Peter, 2001). Zwar lassen sich diese Fragen anhand der vorliegenden Daten nicht abschließend beantworten; die Tatsache, dass die Selbsteinschätzung der Klienten konsistent mit den Suggestibilitätstestergebnissen ist, belegt jedoch, dass die CIS hier ein adäquates Meßinstrument darstellte.

Gerl und Freund (1999) halten die beiden **Abstinenztage**, die die Klienten vor der ersten Hypnosesitzung einzuhalten haben, einerseits für aussagekräftige Prädiktoren hinsichtlich der längerfristigen Abstinenz und andererseits für ein wichtiges Instrument zur Motivationsüberprüfung. Ihrer Meinung nach ist eine Therapie wenig sinnvoll, wenn der Klient nicht in der Lage ist, während der beiden Abstinenztage „rauchfrei“ zu bleiben.

Die vorliegende Untersuchung stützt diese Ansicht insofern, als sich signifikante Unterschiede in den Abstinenzraten zum Katamnesezeitpunkt zwischen Klienten, die die zwei Tage durchgehalten hatten, und solchen, die es nicht geschafft hatten, zeigten: Letztere waren signifikant seltener abstinent. Wer die zweitägige Abstinenzzeit nicht durchgehalten hatte, brach die Behandlung zudem auch häufiger ab. Das Durchhalten der Abstinenzzeit ist insofern ein Prädiktor für den Behandlungserfolg. Allerdings waren immerhin 26,3 Prozent derer, die die Abstinenztage nicht durchgehalten hatten, bei der Katamnese abstinent. Davon, dass eine Behandlung bei nicht durchgehaltenen Abstinenztagen in jedem Fall aussichtslos sei, kann nach diesen Befunden also nicht ausgegangen werden.

Interessant waren die Ergebnisse zur **Nikotinplasterverwendung**: Bei der Drei-Monats-Katamnese rauchten die Klienten, die die Hypnosebehandlung *ohne Pflaster* durchlaufen hatten, etwa gleich viel wie diejenigen, die *zusätzlich Pflaster* verwendeten, während die in der Kontrollgruppe (also *mit Pflaster, aber ohne Hypnose*) Behandelten deutlich mehr rauchten. Die Tatsache,

dass das Nikotinpflaster die Wirksamkeit der Hypnose nicht zusätzlich steigerte, widersprach bereits den Erwartungen: Noch inkonsistenter mit bisherigen Befunden war jedoch die Tatsache, dass bis zur Zwölf-Monats-Katamnese die Klienten der *Nur-Hypnose-Gruppe* ihren Konsum nicht mehr steigerten, die Klienten, die *zusätzlich Pflaster* verwendet hatten, ihren Konsum jedoch mehr als verdoppelten. Die vorliegenden Ergebnisse widersprechen damit der vorherrschenden Meinung vom positiven Effekt des Nikotinpflasters (zum Beispiel Haustein, 2001); allerdings ist einschränkend anzumerken, dass bei den vorliegenden Daten starke Abweichungen der mittleren Konsumhöhe in Abhängigkeit vom verwandten statistischen Verfahren zu beobachten waren, die die Aussagekraft der Berechnungen einschränken⁷.

Weiter war vorhergesagt worden, dass insbesondere körperlich abhängige Raucher (im Vergleich zu den nur psychisch Abhängigen) von der Pflasterverwendung profitieren würden. Aufgrund zu geringer Fallzahlen in der Gruppe der Klienten, die kein Pflaster verwendeten, konnten hier nicht alle zur endgültigen Beurteilung notwendigen Berechnungen durchgeführt werden; die deskriptive Durchsicht des Datenmaterials spricht jedoch auch hier gegen die genannte Hypothese.

Weiter wurden **Situationen, in denen viel geraucht wurde und die Klienten wenig zuversichtlich waren, abstinent zu bleiben, verglichen mit Situationen, in denen sich der tatsächliche Rückfall ereignete**, und die Häufigkeit der entsprechenden Nennungen betrachtet: In keinem Fall wurde ein Zusammenhang festgestellt; ein Vorhersagewert der als schwierig eingeschätzten Situationen oder Gelegenheiten, in denen viel geraucht worden war, auf die tatsächliche Rückfallsituation scheint also nicht gegeben zu sein. Einzig die recht allgemeine Angabe „bei Stress“ tauchte sowohl in den „Vielrauchsituationen“ wie den als kritisch eingeschätzten Situationen und als Begleitumstand des Rückfalls als häufigste Nennung (bei den Rückfallsituationen in 28 Prozent der Fälle) auf. Als zweithäufigster Rückfallgrund (24 Prozent) wurde das „lange nicht geraucht zu haben“ angeführt, dicht gefolgt von den Nennungen „bei Wut, Ärger, Streit“ (21 Prozent) und „bei Depression, Traurigkeit“ (14 Prozent). Rückfälle aufgrund einer Gewichtszunahme nach dem Abstinenterwerden, die in der Literatur verschiedentlich als entscheidender Faktor genannt wird (Kohaut, Brochhaben, Bölczkei, 1996), wurde hier nur in 10 Prozent aller Fälle angegeben. Auch der häufig als besonders „rückfallträchtig“ angesehene „gesellige Anlaß“ in Verbindung mit Alkoholgenuß wurde lediglich in 6,9 Prozent der Fälle als wesentlicher Grund für den Rückfall genannt. Rückfällig geworden zu sein, weil sie nicht auf den Genuss beim Rau-

⁷ Der Konsummittelwert nach zwölf Monaten lag in der Varianzanalyse bei 12 Zigaretten in der *Hypnose-und-Pflaster-Gruppe* versus sechs Zigaretten in der *Nur-Hypnose-Gruppe*; beim t-Test jedoch bei 11, beziehungsweise 10 Zigaretten.

chen verzichten wollte, gab nur eine einzige Person an – ein krasser, (wenn auch nicht überraschender) Gegensatz zur von der Zigarettenindustrie vorgegaukelten Intention beim Rauchen.

Bezüglich der Drop-out-Raten zeigte sich hier, dass Klienten, die bei Behandlungsbeginn weniger zuversichtlich waren, in Situationen, in denen sie das Rauchen als Belohnung oder als Mittel zur Stimmungsaufhellung eingesetzt hatten oder morgens nach dem Aufstehen in Zukunft nicht mehr zu rauchen, die Behandlung häufiger abbrachen.

Zum **Rauchverhalten vor der Behandlung** wurde folgendes festgestellt: Personen, die schon Aufhörversuche hinter sich hatten, reduzierten ihren Konsum signifikant deutlicher als Klienten, die noch keine Versuche unternommen hatten, das Rauchen zu beenden. Die Anzahl der bereits unternommenen Aufhörversuche stand zudem im Zusammenhang mit den Drop-out-Raten: Mit sinkender Anzahl der bisherigen Aufhörversuche nahm auch die Drop-out-Rate ab.

Im Zusammenhang mit der Drop-out-Rate stand ebenso die Höhe des Kohlenmonoxid-Werts beim Vorgespräch: Klienten mit höheren Werten brachen die Behandlung seltener ab. Dieser Befund entspricht der Erfahrung, dass Klienten häufig schockiert auf hohe Werte bei der Kohlenmonoxid-Messung reagieren, und dies als zusätzlicher Motivator wirken kann, auf alle Fälle zu versuchen, das Rauchen zu beenden.

Bezüglich der Anzahl der bisherigen Aufhörversuche, des Einstiegsalters beim Rauchen, der als Raucher verbrachten Jahre, der bisherigen Konsumhöhe und der Art der Abhängigkeit (körperlich versus psychisch abhängig gemäß dem FTND) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen bei der Katamnese abstinenten und nicht abstinenten Probanden. Dieses Ergebnis entspricht zwar nicht der Hypothese und bisherigen Untersuchungen zu diesem Bereich, ist jedoch erfreulich insofern, als es belegt, dass das vorliegende Programm auch bei starken Rauchern mit einer deutlich ausgeprägten körperlichen Abhängigkeit erfolgreich ist.

Der Vergleich des Behandlungserfolgs über alle **demographischen Variablen** hinweg ergab zudem keine Unterschiede der Abstinenzraten: Das Programm scheint demnach gleichermaßen unabhängig von Alter, Geschlecht, Familienstand, Schulabschluß, Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit für die unterschiedlichsten Personen geeignet zu sein.

Interessant waren auch die Ergebnisse bezüglich **psychischer Symptombelastung** (Erhebungsinstrument: SCL-90-R), **Ärgerausdruck** (Erhebungsinstrument: STAXI) und **Depression** (Erhebungsinstrument: ADS):

Im **SCL-90-R** hatten bei der Katamnese abstinente Teilnehmer in der Messung bei Behandlungsbeginn signifikant geringere Werte in den Skalen Depression, Ängstlichkeit, phobischer Angst und globaler psychischer Belastung als später nicht abstinente Teilnehmer.

Bezüglich der Drop-out-Raten zeigte sich außerdem, dass Personen, die nicht alle Sitzungen besuchten, signifikant höhere Werte in den Bereichen Somatisierung, Ängstlichkeit, und bei Zusatzfragen, die keiner Skala zugeordnet wurden (zum Beispiel schlechtem Appetit, dem Gedanken ans Sterben, Schlafstörungen, dem Drang, sich zu überessen, Schuldgefühlen) aufwiesen, außerdem in der grundsätzlichen psychische Belastung, der Anzahl der Symptome, wo eine Belastung vorliegt und in der Antwortintensität. Wie diese Befunde genau zu interpretieren sind, bleibt unklar, und auch die Literatur gibt diesbezüglich keine Interpretationshinweise. Festgehalten werden kann jedoch, dass ein höheres Maß an psychischer Gesundheit dem Behandlungserfolg zugute zu kommen scheint, und daher eine Raucherentwöhnungsbehandlung unter Umständen an Wirksamkeit gewinnen könnte, wenn Klienten ermutigt werden, nicht nur das unmittelbare Problem des Abstinentwerdens, sondern auch die oben angeführten Bereiche therapeutisch zu bearbeiten.

Im **STAXI** wurde außerdem bei den Abstinenten ein signifikant niedrigerer Wert in der Ärger-Dispositions-Skala im Vergleich zu den nicht Abstinenten festgestellt; und zwar sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei der Katamnese: Die abstinenten Klienten erfuhren also weniger Ärger und fühlten sich seltener ungerecht behandelt oder frustriert. Auch in der Ärger-Reaktions-Skala des STAXI wurde in der Katamnese bei den Abstinenten ein signifikant niedrigerer Wert erhoben, während sich bei der Messung zu Behandlungsbeginn hier noch keine Unterschiede gezeigt hatten. Bei der Katamnese waren demnach abstinente Personen weniger empfindlich gegenüber Kritik und Abwertung als nicht abstinente, während sie sich zu Behandlungsbeginn nicht von letzteren unterschieden hatten.

Sehr interessant war auch folgendes Ergebnis: In der Ärger-Zustands-Skala gaben die Abstinenten bei der Katamnese signifikant intensivere Ärgergefühle im Vergleich zum Behandlungsbeginn an, was bei den nicht Abstinenten nicht der Fall war. Dies könnte so interpretiert werden, dass nach dem Wegfall des Rauchens als Mittel, erlebten Ärger zu dämpfen, dessen erlebte Intensität deutlich ansteigt, während diese sich bei denjenigen, die ihre Wut sich sozusagen weiterhin in Rauch auflösen lassen, gleich bleibt.

Bezüglich der STAXI ergab sich außerdem, dass Klienten, die die Behandlung abgebrochen hatten, signifikant niedrigere Werte in der Ärger-Kontroll-Skala (als einem Indikator für die Häufigkeit von Versuchen, Ärger nicht aufkommen zu lassen) zogen als diejenigen, die alle Sitzungen besucht hatten. Da die Ärger-Kontroll-Skala einen engen Zusammenhang mit Faktoren der sozialen Erwünschtheit aufweist, kann dieser Befund unter Umständen so interpretiert werden, dass Personen, die sich in ihrem Verhalten in geringerem Maß von dessen sozialer Erwünschtheit leiten lassen, die Behandlung eher abbrechen: Dass dies eine vom Therapeuten oder den anderen

Gruppenmitgliedern unerwünschte Verhaltensweise darstellt, wäre für diese Menschen weniger ausschlaggebend.

Beim Vergleich mit der Eichstichprobe des STAXIs ergaben sich folgende Ergebnisse: Zum Meßzeitpunkt bei Behandlungsbeginn hatten die hier behandelten Personen, und zwar insbesondere die später nicht Abstinenten, ebenso Frauen, signifikant höhere Mittelwerte in der Ärger-Reaktions-Skala als die Eichstichprobe. Diese Klienten waren demnach gegenüber Kritik, wahrgenommener Ablehnung und negativer Bewertung durch andere besonders empfindlich und erlebten unter solchen Umständen intensive Ärgergefühle. Gleichzeitig hatten die Probanden signifikant höhere Werte als die Eichstichprobe in der Ärgerkontroll-Skala, hier waren insbesondere Männer und die später Abstinenten betroffen. Dieser Personenkreis wendete demnach viel Energie zur Steuerung und Kontrolle von Emotionen in ärgerprovozierenden Situationen auf. Da Ärgerkontrolle eine in hohem Maße sozial erwünschte Verhaltensweise darstellt, könnte diese Kontrolle im Extremfall auch zu Passivität, Rückzug und Depression führen. Dies trifft hier möglicherweise besonders zu, da die Probanden gleichzeitig hohe Werte in der Ärger-Reaktions-Skala aufweisen.

Bei der Katamnesemessung hatten sich die oben beschriebenen Befunde bezüglich des Umgangs mit Ärgergefühlen verändert: In der Ärgerreaktions-Skala zeigten sich nun nur noch für abstinente Personen ein diesmal jedoch deutlich erhöhter Mittelwert. In der Ärger-Kontrollskala hatten die Männer signifikant niedrigere Werte als die Eichstichprobe, schienen Ärgergefühle nun also weniger zu kontrollieren.

Nur die Frauen dagegen hatten extrem hohe Werte in der Skala für nach innen gerichteten Ärger. Sie erlebten demnach zwar oft Ärger, zeigten dies aber nicht nach außen, sondern unterdrückten die Ärgergefühle, anstatt sie physisch oder verbal abzureagieren. Dementsprechend hatten die Frauen bei der Katamnese außerdem signifikant niedrigere Werte als die Eichstichprobe in der Skala für nach außen gerichteten Ärger. Sie äußerten demnach ihren Ärger gegenüber anderen Personen oder Objekten seltener in aggressiver Weise, was wiederum im Zusammenhang mit den hohen Werten in der Skala für nach innen gerichteten Ärger als bedenklich bewertet werden könnte.

Darüber, wie diese Vielzahl an Einzelergebnissen zum Umgang mit Ärger zu deuten sind, kann nur spekuliert werden. Um verlässliche Aussagen machen zu können, wären weitere Forschungsarbeiten wünschenswert. Festzuhalten bleibt jedoch, dass es signifikante Unterschiede in der Art der Ärgerverarbeitung zwischen den hier untersuchten Rauchern und der Eichstichprobe, innerhalb der Klientenstichprobe zwischen Männern und Frauen sowie zwischen den bei der Katamnese abstinenten und nicht abstinenten Teilnehmern zu geben scheint. Lediglich in der Ärger-

Temperaments-Skala (einem Indikator für Impulsivität und das Erleben von Ärger bei bereits geringer Provokation) gab es weder innerhalb der Klientenstichprobe noch im Vergleich mit der Eichstichprobe signifikante Unterschiede.

Es erscheint daher notwendig, in der therapeutischen Arbeit im Raucherentwöhnungssektor verstärkt auch den Umgang mit aggressiven Gefühlen zu thematisieren, da das Rauchen – unter Umständen in Ermangelung anderer Bewältigungsstrategien – eingesetzt wird, um Ärger und Wut leichter steuern zu können.

Überraschenderweise, und konträr zur diesbezüglichen Hypothese konnten keine Zusammenhänge zwischen Depressivität, erhoben mit der **ADS**, und dem Behandlungserfolg aufgezeigt werden.

Zur erlebten **allgemeinen Veränderung** (erhoben mit dem VEV) im Verlauf der Behandlung und der Frage, ob Klienten Rituale entwickelt haben, um sich vom Rauchen abzuhalten, ergaben sich folgende Ergebnisse: 82 Prozent der bei der Katamnese abstinenten Teilnehmer hatten Rituale oder spezielle, für sie hilfreiche Verhaltensweisen entwickelt, aber nur 18 Prozent der nicht Abstinenten. Dieses Ergebnis unterstreicht, wie wichtig es ist, Klienten im Therapieverlauf immer wieder zu ermuntern, eigene Rituale zur Bewältigung des Rauchwunsches zu entwickeln.

Bezüglich des zweiten Teils der Hypothese, in der ein höheres Maß an positiven Veränderungen des Erlebens und Verhaltens in der Hypnose- im Vergleich zur Kontrollgruppe vorhergesagt worden war, wurden keine signifikanten Unterschiede festgestellt. Dies widerspricht den mündlichen Aussagen vieler Teilnehmer der Hypnosegruppe, die häufig von einer Verbesserung der Lebensqualität durch die erhöhte Fähigkeit, mit Streßsituationen umzugehen und sich zu entspannen berichtet hatten. Möglicherweise meinten die Klienten in diesem Fall jedoch andere Veränderungen als die, die der VEV erhob.

Obgleich aufgrund der bisherigen Forschungsbefunde zum Thema **Aufhörmotivation** weiterhin anzunehmen ist, dass die Höhe und Art der Motivation einen entscheidenden Prädiktor für die spätere Abstinenz darstellt, konnte anhand der hier erfassten Daten kein diesbezüglicher Zusammenhang hergestellt werden. Erfasst worden war die Motivation beziehungsweise die Stärke ambivalenter Gefühle beim Gedanken ans Aufhören anhand folgender Fragen im Anmeldebogen:

Wie stark ausgeprägt ist ihre Absicht, aufzuhören? (1=sehr schwach 5=sehr stark) 1--2--3--4--5

Wie sicher sind Sie, daß Sie es schaffen, aufzuhören? (1=sehr unsicher 5=sehr sicher) 1--2--3--4--5

Wie zwiespältig sind Ihre Gefühle beim Gedanken, nie mehr zu rauchen? (1=gar nicht zwiespältig 5=sehr) 1--2--3--4--5

Möglicherweise hängt der hier erhobene Befund mit der Art der Fragestellung zusammen: Perry (1975) erhob die Motivation anhand von Fragen nach dem Wunsch, mit dem Rauchen aufzuhören, dem gegenwärtigen Verlangen nach Zigaretten, den Gründen fürs Rauchen, und als wichtigster Variable der eigenen Überzeugung, motiviert zu sein, das Rauchen zu beenden. Er kam dabei zu Ergebnissen, die den Vorhersagewert dieser Variablen bezüglich der späteren Abstinenz belegten.

Obwohl die Untersuchungen zur Motivation in der vorliegenden Studie insgesamt wenig aufschlußreich waren, bleibt jedoch eines festzuhalten: Hundt und Bospalec (1974) gehen davon aus, dass letztlich die Motivation zählt und die Wahl der Therapie unerheblich wird, sofern diese hoch genug ist. Dem widersprechen die vorliegenden Ergebnisse: Obwohl zwischen Kontroll- und Experimentatgruppe keine signifikanten Unterschiede in der Motivationshöhe vorlagen, unterschieden sich diese signifikant im Erfolg.

Zur Untersuchung des Stellenwerts der **sozialen Unterstützung** für den Behandlungserfolg wurde folgendes festgestellt: Gemäß den Ergebnissen der vorhergehenden Studie (Schlarb & Schweizer, 1999) ist die Tatsache, ob eine Personen allein oder mit ihrem Partner zusammen lebt, von entscheidendem Einfluß auf den Behandlungserfolg. Um die hier gegebene soziale Unterstützung auch für allein lebende Klienten zu gewährleisten, wurden in der vorliegenden Arbeit Patenschaften innerhalb der Behandlungsgruppen initiiert. Obgleich viele Klienten im Gespräch berichteten, von der Patenschaft zu profitieren, ließen sich positive Effekte auf den Behandlungserfolg nicht nachweisen. Insgesamt war die Akzeptanz dieses Angebotes ohnehin gering: Nur 13 Prozent der Klienten gaben an, die Patenschaft genutzt zu haben. Auch bezüglich der erwarteten beziehungsweise erfahrenen oder durch das Zusammenleben im selben Haushalt erlebten Unterstützung durch Angehörige ließ sich kein Zusammenhang zu Abstinenzraten oder der Konsumreduktion erheben. Allerdings zeigte sich, dass ein signifikant höherer Anteil der Therapieabbrecher allein lebte, und dass Personen, die die Behandlung abbrachen, sich außerdem weniger unterstützt von ihren Angehörigen sahen als solche, die das gesamte Programm absolvierten.

Wie erwartet ergaben sich durch die Variation der **Anzahl der Sitzungen** (sieben versus fünf) keine Unterschiede in den Abstinenz- oder Reduktionsmaßen. Relevant ist dieses Ergebnis vor allem für die Praxis; eine zeitlich komprimierte Therapie kann ohne Bedenken hinsichtlich eines möglichen Effektivitätsverlusts durchgeführt werden.

Ebensowenig unterschied sich der Behandlungserfolg in Abhängigkeit von der jeweils **behandelnden Therapeutin**. Die guten Behandlungsergebnisse scheinen demnach nicht auf der gelegentlich in der Literatur (zum Beispiel Gerl in Revenstorff & Peter, 2001) erwähnten Tatsache zu

beruhen, dass immer wieder einzelne Therapeuten hervorragende Ergebnisse erzielen, sondern läßt zumindest vermuten, dass diese eher auf den Qualitäten des Programms an sich beruhen.

Schließlich wurde noch die **Glaubwürdigkeit der Klientenangaben** zum Rauchverhalten überprüft. Es zeigte sich, dass die Angaben der Klienten zur Konsumhöhe mit den Meßergebnissen des CO-Meßgeräts korrelierten, es kann also – wie schon von Rabkin et al. (1984) angenommen – von einer guten Übereinstimmung der Selbstberichte mit den objektiven Messungen ausgegangen werden. Aufgrund des geringen technischen Aufwands und der Tatsache, dass viele Klienten die CO-Messung als ausgesprochen motivationsfördernd erleben, scheint das Vornehmen einer solchen Messung innerhalb von Raucherentwöhnungsbehandlungen also weiterhin empfehlenswert. Dies gilt insbesondere auch deshalb, weil zweifelhaft bleibt, ob auch Klienten, die nicht davon ausgehen, dass ihre CO-Werte „kontrolliert“ werden, wirklich wahrheitsgemäß über ihr Rauchverhalten Auskunft geben.

9.2 Methodische Mängel

Im Kapitel 4. 5. 1 wurden methodische Standards für Raucherentwöhnungsverfahren beziehungsweise Wirksamkeitsstudien zur Hypnose vorgestellt. Für eine methodisch einwandfreie Studie im Sektor der hypnotherapeutischen Raucherentwöhnung müssen demnach folgende Kriterien erfüllt sein (Haustein, 2001; Chambless & Hollon, 1998; Lynn et al., 2000):

- Der Behandlungserfolg wird an Markern gemessen, zum Beispiel durch Erhebung des CO-Gehalts in der Expirationsluft.
- Katamnesezeiträume sind ausreichend lang zu wählen, beziehungsweise Katamnesen mehrfach durchzuführen – in der Raucherentwöhnung gilt als Erfolgskriterium eine Abstinenzzeit von mindestens sechs Monaten.
- Praktikabilität und wirtschaftliche Vertretbarkeit des Verfahrens müssen gewährleistet sein, da von einer hohen Anzahl potentiell entwöhnungswilliger Rauchern auszugehen ist.
- Studien müssen als Kontrollgruppenstudie mit randomisierter Zuteilung, Zeitreihenanalyse oder als Einzelfallstudie mit mindestens drei Probanden konzipiert sein.
- Um die notwendige statistische Power zu sichern, werden mindestens 25 Versuchspersonen pro Gruppe vorgeschlagen, oder es muß die notwendige Mindestgröße der Stichprobe unter Einbeziehung der gewünschten Effektstärke im voraus ermittelt werden.

- Notwendig ist außerdem ein genaues Therapiemanual, um Art und Verlauf der Behandlung nachvollziehbar zu machen.
- Stichprobe, Meßinstrumente, Eingangskriterien und Randomisierung sollten genau beschrieben und spezifiziert werden.
- Der Grad der Hypnotisierbarkeit sollte immer erhoben werden.
- Auch die Motivation der Klienten ist zu den Wirkfaktoren zu rechnen und sollte deshalb gemessen werden.
- Variablen zum Rapport und Art der interpersonalen Beziehung sollten ebenfalls erfaßt werden.
- Erhoben werden sollten auch positive und negative Prädiktoren für den Therapieerfolg.
- Deskriptive Daten müssen vollständig angegeben, Drop-outs aufgeführt und Gründe für das Ausscheiden diskutiert werden.

Die vorliegende Studie erfüllt alle aufgeführten Kriterien bis auf eines: Die randomisierte Zuteilung der Klienten zur Experimental- beziehungsweise Kontrollgruppe. Wie unter 7. 2. 1 bereits beschrieben, war die Randomisierung zunächst zwar vorgesehen, erwies sich aber unter praktischen Gesichtspunkten als nicht praktikabel: Zur Aquis waren zunächst, ohne spezifische Angaben zu machen, über Pressenotizen Raucherentwöhnungskurse angeboten worden. Nach der telephonischen Anfrage der Interessenten sollten die Probanden nach Alter, Geschlecht und Rauchverhalten parallelisiert und der Experimental- beziehungsweise Kontrollgruppe zugeordnet werden. Erst im Anschluß an die Gruppenzuordnung sollten die potentiellen Teilnehmer Briefe erhalten, in welchen Art und Dauer der Behandlung detaillierter beschrieben werden sollten. Dieses methodisch korrekte Vorgehen erwies sich jedoch als nicht durchführbar; das unspezifische Angebot einer nicht näher beschriebenen Art von Raucherentwöhnung stieß nur auf sehr mäßiges Interesse; eine genügend große Stichprobe auf diesem Weg zu rekrutieren wäre innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit unmöglich gewesen. Daher war es für die Durchführung der Studie notwendig, getrennte Pressenotizen für Experimental- beziehungsweise Kontrollgruppen zu veröffentlichen; die Resonanz stieg daraufhin merklich an. Das methodische Manko dieser fehlenden Randomisierung wird teilweise jedoch dadurch ausgeglichen, daß die beiden Gruppen sich in keinem der erhobenen Parameter unterschieden.

Ein weiterer – unter methodischem Aspekt – nicht optimal gelöster Punkt war die im Vergleich zur Experimentalgruppe kleinere Stichprobe in der Kontrollgruppenbedingung: Diese Ungleichverteilung geht darauf zurück, dass die Kontrollgruppenbehandlung sich bereits in der vorange-

gangenen Studie bei einer kleinen Stichprobe von zwölf Personen als nicht sonderlich effektiv erwiesen hatte, und deshalb vermieden wurde, diese Behandlung mehr Probanden anzubieten, als für die endgültige Wirksamkeitsüberprüfung unbedingt notwendig war.

9.3 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Studie weist vielfältige Implikationen für die therapeutische Arbeit im Raucherentwöhnungssektor auf: Die Überlegenheit der ressourcenorientierten Hypnotherapie gegenüber der Nikotinplasterbehandlung mit verhaltenstherapeutischen Elementen konnte ebenso belegt werden wie die nahezu gleichen Erfolgsraten im Einzelsetting gegenüber der ökonomisch effizienteren Gruppenbehandlung. Wichtig ist hierbei auch, dass sich das Programm unabhängig von demographischen Variablen der Klienten oder deren vorherigem Rauchverhalten als gleichbleibend wirksam erwies, und auch kein Zusammenhang zur Person der behandelnden Therapeutin hergestellt werden konnte.

Wichtige Hinweise gab die Studie zudem für das konkrete therapeutische Vorgehen: Sowohl die Angaben der Klienten zu den Situationen, in denen sie rückfällig wurden, als auch die Ergebnisse zum Umgang mit Ärger im STAXI belegen die Notwendigkeit, zur Rückfallprophylaxe in der Raucherentwöhnung nicht nur die „gängigen“ Anlässe für Rückfälle bei geselligen Anlässen in Verbindung mit Alkoholgenuss oder aufgrund der Gewichtszunahme nach dem Rauchstopp zu bearbeiten, sondern auch Elemente wie Stressbewältigung und insbesondere den Umgang mit aggressiven Gefühlen. Wesentlich erscheint es zudem, Klienten zu ermutigen, eigene Rituale im Umgang mit dem Rauchwunsch zu entwickeln und anzuwenden.

Inkonsistent mit bisherigen Forschungsarbeiten waren die Befunde zur Nikotinplasterverwendung: In der vorliegenden Studie ließen sich keine positiven Effekte nachweisen; für eine abschließende Beurteilung sollten jedoch weitere Forschungsergebnisse abgewartet werden.

Ein für die Hypnoseforschung wichtiges Ergebnis dieser Studie ist die Tatsache, dass mit der vorliegenden Arbeit eine umfassende und methodisch so weitgehend korrekte Überprüfung der Wirksamkeit von Hypnotherapie vorgenommen wurde, wie es innerhalb der übergeordneten ethischen Prinzipien möglich war. Dabei wurden eindeutig positive Effekte der Hypnose auf den Behandlungserfolg nachgewiesen. Um diese Ergebnisse weiter zu untermauern und damit im Sinne der im Kapitel 4. 5. 1 erwähnten Prinzipien von Chambless und Hollon (1998) Hypnose bei Nikotinabusus zu den erwiesenermaßen effektiv und spezifisch wirksamen Verfahren zählen zu können, sind weitere methodisch einwandfreie Studien in diesem Sektor notwendig und wünschenswert.

Literatur

- Agee, E. L. (1983). Treatment procedures using hypnosis in smoking cessation programs: A review of the literature. *Journal of the American Society of Psychosomatic Dentistry and Medicine*. 30; 11–126.
- American Psychiatric Association (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM IV* (dt. Bearbeitung und Einführung von Sass, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M.) Hogefte. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle.
- Angus, L. E. & Rennie, D. L. (1988). Therapist participation in metaphor generation: Collaborative and non-collaborative styles, *Psychotherapy*, 25 (4); 552–560.
- Ashton & Stepney (1983). *Smoking: Psychology and Pharmacology*. London, New York.
- Baer, Foreyt & Wright (1977). Selfdirected termination of excessive cigarette use among untreated smokers. *Journal of Behavior Therapy*. 8; 71–74.
- Barabasz, Baer, Sheehan & Barabasz (1986). A three-year follow-up of hypnosis and restricted environmental stimulation therapy for smoking. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 34; 169–181.
- Barber & De Moor (1972). A theory of hypnotic induction procedures. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 15; 112–135.
- Barkley, Hastings & Jackson (1977). The effects of rapid smoking and hypnosis in the treatment of smoking behavior. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 25; 7–17.
- Barthel, M. (1988). Der Tabak und seine Gegner. Aus der Kulturgeschichte des Rauchens, in: *DAMALS, das Geschichtsmagazin*, 7/88.
- Basker (1982). Hypnosis in the alleviation of the smoking habit. In: Waxman, et al. (Eds.). *Modern trends in hypnosis*. New York. Plenum.
- Batra, A. & Buchkremer, G. (1991). *AKR: Arbeitskreis Raucherentwöhnung*. Herrenbergerstr. 23, 72070 Tübingen.
- Batra, A., Schupp, P. E. & Buchkremer, G. (1998). Die Behandlung von schwerabhängigen Rauchern mit Nikotinpflaster und Nikotinnasenspray. In: Haustein (Hrsg.): *Rauchen und Nikotin – Aktuelle Beiträge zur Raucherentwöhnung*. 1. Deutsche Nikotinkonferenz, Erfurt, 15. 5. 1998. Verlag Perfusion GmbH, Nürnberg.

- Bauermann (1989). Bad Nauheimer Programm.
- Behrens, O., Goeschen, K. & Schneider, J. (1987). Rauchen als Risikofaktor in der Schwangerschaft? Epidemiologie des Rauchens und die Folgen in der Schwangerschaft. *Zeitschrift f. Geburtshilfe*. 191; 225–229.
- Benowitz, N. L. (1986). Clinical Pharmacology of Nicotin. In: *Annual Review of Medicin*. 37, 23.
- Berkowitz, B., Ross-Townend, A, & Kohberger, R (1979). Hypnotic treatment of smoking: The single-treatment method revisited. *American Journal of Psychiatry*, 1979, 136, 83–85.
- Berma, B. A. & Gritz, E. R. (1991). Women and Smoking. Current Trends and Issues for the 1990s. *Journal ob Substance Abuse*. 3; 221–238.
- Bismarck, O. (1898). *Memoiren*. Verlag der Cotta´schen Buchhandlung. Stuttgart.
- Bongartz, B. & Bongartz, W. (1998). *Hypnosetherapie*. Hogrefe.
- Bongartz, W., Flammer, E. & Schonke, R. (1999). Die Effektivität der Hypnotherapie: Eine meta-analytische Studie. Vortrag auf der Jahrestagung der M.E.G., 1999. Bad Orb.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Braun (1979). Hypnosis and family therapy. *American Journal of Clinical hypnosis*. 26; 182–186.
- Breteler, A., Mertens, C. & Rombouts, M. (1990): Motivation to change smoking behavior: Determinants in the comtemplation stage. In: Schmidt, L. R. & Schwenkmezger, P. & Maies, K. (Eds.): *Theoretical and applied aspects of health psychology (1993)*. Chur. Harwood.
- Buchkremer, G. & Batra, A. (1995). *Tabak-Abhängigkeit in: Faust, Volker: Psychiatrie, ein Fachbuch für Klinik, Praxis und Beratung*. Fischer Verlag.
- Buchkremer, G. & Rehms, W. (1991). *Nikotin: Abhängigkeit und Entwöhnung in Psychiatrie für die Praxis* 13. München: MMV Medizin Verlag; 153–157.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2000). *Raucherentwöhnung in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln.
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (1983). *Konsum und Mißbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten und Tabakwaren durch junge Menschen*. Bonn.
- Butler, S. F. & Strupp, H. H. (1986). Specific and non-specific factors in psychotherapy: A problematic paradigm for psychotherapy research. *Psychotherapy*, 23, 30–40.

- Cardona, E. & Martin, M. (2000). Tobacco Addiction and hypnosis: Performance of a two session hypnosis-based protocol in a clinical series. 15. Internationaler Kongress für Hypnose. München, 2. – 17. 10. 2000.
- Chambless, D. L. & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66,7–18.
- Clavel, F. & Paolette, C. (1990). A study of various smoking cessation programs based on close to 1000 volunteers recruited from the general population: 1-month results. *Rev Epidemiol Sante Publique* 38 (2), 133–138.
- Cnattingius et al. (1992). Who continues to smoke while pregnant? *Journal of epidemiology and community health*. 46; 218–221.
- Dauenhauer, M. (1997). Rauchen und Nikotinabhängigkeit. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Psychologisches Institut der Eberhard-Karls-Universität. Tübingen.
- Deutsche Krebshilfe (1996). Informationen zum Nichtrauchen. Internet.
- Deutsche Herzstiftung e. V. (o. J.). Zeitschrift der Deutschen Herzstiftung. Sonderdruck Nr. 7. Methoden der Raucherentwöhnung. Frankfurt.
- DHS: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahr e. V. (Hrsg.) (1994). Tabakabhängigkeit. Eine Information für die Ärzte. Hamm.
- Dilling, H. et al. (Hrsg.) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. Hans Huber, Bern.
- Dreikurs, R. (1980). Zur Psychotherapie in der Medizin. München.
- Dupree, T. & Bölskei, P. L. (1998). Gesund ins Erwachsenenalter am Beispiel des schulischen Präventionsprogramms Klasse 2000. In: Rauchen und Nikotin – Aktuelle Beiträge zur Raucherentwöhnung (Hrsg. K.-O. Haustein). 1. dt. Nikotinkonferenz. Verlag Perfusion GmbH, Nürnberg. 69–73.
- Edmonston, Jr. (1961, 1967). Hypnotic time distortion: A note. *American Journal of Clinical Hypnosis*.
- Elbert & Rockstroh (1990). Psychopharmakologie. Heidelberg.
- Ellis, Albert (1997). Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven-Verhaltenstherapie. Stuttgart. Klett Cotta.
- Ensel, W. (1986). Measuring depression: The CES-D-Scale. In: Lin, N. Dean, A. & Ensels, W. (Eds.). Social support, life events, and depression. Orlando: Academic Press.

- Erdfelder, E., Mausfeld, R., Meiser, T. & Rudinger, G. (Hrsg.) (1996). Handbuch quantitative Methoden. Psychologie Verlags Union, Weinheim. Beltz Verlag. 253–283.
- Erickson, M. H. (1980). The collected papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol. IV. Innovative hypnotherapy. Rossi (Ed.) New York. Irvington.
- Evans, F. J. (1989). The independence of suggestibility, placebo response, and hypnotizability. In: Gheorghiu, V. A. et al.: Suggestion and suggestibility: Theory and research. Springer, Berlin, Heidelberg, pp 145–154.
- Fagerström, K.-O. & Schneider, N. G. (1989). Measuring Nicotine Dependence: A Review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12; 159–182.
- Fiore, M. C., Bailey W. C. & Cohen, S. J. et al. (1996). Smoking Cessation. Clinical Practice Guideline, 18. Rockville, M. D.: U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
- Fourie (1991). Hypnotherapie – eine ökosystemische Annäherung. *Experimentelle und klinische Hypnose*. 5; 141–180.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). Persuasion an healing: A comparative study of psychotherapy (3rd ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press, dtsh. Die Heiler. Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung. Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Franke, G. (1977). Die Symptom-Checkliste von Derogatis (SCL-90-R). Deutsche Version: Beltz Test.
- Gabert-Varga, U., Schmid, M. & Revenstorf, D. (1991). Einstreutechnik und therapeutische Suggestionen.
- Gerl, W. & Freund, U. (2001). Rauchen. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis. Springer.
- Gerl, W. (1997). Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung. Was macht sie effektiv? In: *Hypnose und Kognition*. 14; 67–81.
- Gerl, W. (2002). Aus der Praxis – Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung. In: M.E.G.a.phon. 12/2002; 8–10.
- Gheorghiu, V. A. (1996). Die adaptive Funktion suggestionaler Phänomene. Zum Stellenwert suggestionsbedingter Einflüsse. *Hypnose und Kognition* 13 (1 und 2); 125–146.

- Gibb, R. W. (1992). Categorization and metaphor understanding. *Psychological Review*, 99 (3); 572–577.
- Glucks, S. & Keysar, B. (1990). Understanding metaphorical comparisons: Beyond similarity. *Psychological Review*, Göttingen, Toronto, Zürich 97, 3–18.
- Gorassini, D. R. & Spanos, N. P. (1986). A cognitive skills approach to the successful modification of hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology* 50; 1004–1012.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe, Göttingen.
- Green, J. P. & Lynn, S. J. (2000). Hypnosis and suggestion – based approaches to smoking cessation: An examination of evidence. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 48 (2). 195–224.
- Grinder, J. & Bandler, R. (1988). *Therapie in Trance*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hamann, G. (1999). *Wer raucht, kriegt Prügel! Geschichte der Genußmittel*. Frankfurt. Edition Fischer.
- Hammond, D. (1990). *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. Norton. New York.
- Handwörterbuch der Psychiatrie (1992). *Handwörterbuch der Psychiatrie*. Enke.
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaption*. New York: International Universities Press.
- Haustein, K.-O., (2001). *Tabakabhängigkeit. Gesundheitliche Schäden durch das Rauchen. Ursachen – Folgen – Behandlungsmöglichkeiten – Konsequenzen für Politik und Gesellschaft*. Deutscher Ärzte-Verlag Köln.
- Hautzinger, M. & Bailer, M (1992). *Allgemeine Depressions Skala (ADS)*. Beltz Test.
- Heath, A. C., Slutske, W. S. & Martin, N. G. (1995). Personality and the inheritance of smoking behavior: a genetic perspective. *Behav Genet* 1995; 25: 103–117.
- Heatherton et al. (1991) The Fagerström Test of Nicotine Dependence: arevision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Brit.J.Add.* 1991; 86: 119–127.
- Henning, T. J & Trabert, W. (1999). *Sanitas Klinik Garmisch GmbH, Von-Müller-Str.12, 82467 Garmisch-Partenkirchen*
- Henningfield, J. E. (1983). Cigarette Smokers Self-Administer Intravenous Nicotin. In: *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 19; 887–890.

- Heuer-Jung, V., Batra, A. & Buchkremer, G. (1996). Raucherentwöhnung bei speziellen Risikogruppen: Schwangere Frauen und Raucherinnen mit Kontrazeptivaeinnahme. In: Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation. 34, 114–117.
- Heumann, S. & Schmidt, M. (1998). Raucherentwöhnung in Hypnose. Diplomarbeit Eberhard-Karls-Universität. Psychologisches Institut Tübingen.
- Hilgard, E. R., Lauer, L. W. & Morgan, A. H. (eds) (1963). Manual of Stanford Profile Scales of Hypnotic Susceptibility. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, CA.
- Hilgard, E. R. (1974). Toward a neodissociation theory. Multiple cognitive controls in human functioning. *Perspectives in Biology and Medicine*. 17; 301–316.
- Hilgard, E. R. (1986). The hidden observer and multiple personality. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 32; 89–97.
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (1983). Gruppentraining sozialer Kompetenzen. München. Urban & Schwarzenberg.
- Holroyd, J. (1980). Hypnotic treatment for smoking: An evaluative review. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 28; 341–357.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (Hrsg.) (1999). *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy* bei American Psychological Association (APA), Washington, DC. dtsh. So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen. Systemische Studien, Bd. 21. (2001) Verlag modernes Lernen. Dortmund.
- Hueber, R. (1997). Nichtrauchen durch Hypnose? Evaluation eines hypnotherapeutischen Raucherentwöhnungskurses. Diplomarbeit, Universität Bielefeld.
- Hull, C. L. (1933). *Hypnosis and suggestibility. An experimental approach*. New York: Appleton-Century-Croft.
- Irving, W. (1984). *Leben und Reisen des Christoph Kolumbus*, Hinstorff, Rostock; 80–83.
- Jaffe, J. H. (1985). Drug addiction and drug abuse: Nicotine and tobacco, 554–558. In: Goodman and Gilman's *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. New York. Mac Millan 1985.
- Janet, P. J. M. (1925). *Psychological healing: A historical and clinical study*. New York: Crowell-Collier and Macmillan Inc.
- Javel, A. F. (1980). One-Session Hypnotherapy for Smoking: A Controlled Study. *Psychological Reports*, 46, 895–899.

- Kane, G. P. (1991). Psychosocial Factors and Nicotine Dependence. In: Cicores, J. A. (Ed.): The Clinical Management of Nicotine Dependence, New York; 28–35.
- Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to Cognitive-behavioral Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995. 63; 214–220.
- Kirsch, I. (2000). Hypnosis and placebos: Response expectancy as a mediator of suggestion effects. *Hypnosis International Monographs*, 4, 229-243.
- Kline, M. V. (1970). The Use of Extended Group Hypnotherapy Sessions in Controlling Cigarette Habituation. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 18; 270–282.
- Klinger, E. (1981). The central place of imagery in human functioning. In: E. Klinger (Ed.) *Imagery: Concepts, results and applications*. Vol. 2. New York. Plenum Press.
- Klippstein, H. (1998). *Das Vergessen vergessen. Hypnotherapeutische Gruppeninduktion nach Milton H. Erickson*. Carl-Auer-Systeme Verlag. Heidelberg.
- Kohaut, A., Broichhaben, P. L. & Bölskei, P. L. (1996). Bedingungsfaktoren für Rückfälle aufgrund von Gewichtszunahme nach der Raucherentwöhnung. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*.
- Kossak, H.-Chr. (1989). *Hypnose. Ein Lehrbuch*. Weinheim. Psychologie-Verlags-Union.
- Kossak, H.-Chr. (1993). *Lehrbuch Hypnose*. (3. Auflage). Weinheim. Psychologie-Verlags-Union.
- Kraft, D. (2000). *Aktion Rauchhalten*. <www.mentalkraft.de>
- Krause, C. (2001). Hypnotisierbarkeit, Suggestibilität und Trancetiefe. In: Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis*. Springer.
- Krippner, S. (1977). Individual hypnosis, group hypnosis, and the improvement of academic achievement. In: I. A. Greenberg (Ed.) *Group Hypnotherapy and Hypnodrama*. Chicago. Nelson-Hall.
- Krogh, D. (1993). *Rauchen, Sucht und Leidenschaft*. Spektrum Akademischer Verlag. Heidelberg.
- Kubista, E. (1994). Rauchen in der Schwangerschaft. *Wiener medizinische Wochenschrift*. 22/23; 529–531.

- Kunze et al. (1992). Rauchertherapie: Konsensus in den deutschsprachigen Ländern. *Soz. Präventivmed.* 37; 223–230.
- Lakoff, G. (1993). The contemporary theory of metaphor. In A. Ortony (Ed), *Metaphor and Thought* 2nd ed. (pp. 202–252). Cambridge: University Press.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy intergration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfiled (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books; 94–129.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (Hrsg.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 4. Aufl. New York.
- Lankton S. R. & Lankton C. H. (1983). *The answer within: A clinical Framework of Ericksonian hypnotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lehmkuhl, G. (Hrsg.) (2002). *Theorie und Praxis individualpsychologischer Gruppenpsychotherapie*. Vandenhoeck und Ruprecht. Göttingen.
- Leuner, H. & Schroeter, E. (1997). *Indikationen und spezifische Anwendungen der Hypnosebehandlung. Ein Überblick*. Verlag Hans Huber. Bern. Göttingen. Toronto. Seattle.
- Lübs, E.-D. (1980). Rauchen und sportliche Leistungsfähigkeit. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): *Rauchen oder Gesundheit – Deine Wahl*. Bonn; 103–106.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E. & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirical supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48,239-259.
- Mac Hovec & Man (1978). Acupuncture and hypnosis compared: Fifty-eight cases. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 21; 45–47.
- Mann, K. & Buchkremer, G. (Hrsg.) (1996). *Sucht*. Stuttgart: Gustav-Fischer-Verlag.
- Mantek, M. (1980). „Eine Chance für Raucher – Nichtraucher in 10 Wochen“.
- Martin, J., Cummings, A. L. & Hallberg, E. T. (1992). Therapists' intetional use of metaphor: Memorability, clinical impact, and possible epistemic /motivational functions. *Journal of Consulting and Counseling Psychology* 60 (1); 143–145.
- Mc Farland & Folkenberg, E. (1969). 5-Tage-Therapie zur Raucherentwöhnung.
- Mc Mullen, L. M. (1989). Use of figurative language in successfull and unsuccessfull cases of psychotherapie: Three comparisions. *Metaphor and Symblic Activity*, 4, 203–225.

- Meyers großes Taschenlexikon, aktualisierte Neuauflage v. 1983, Bibliographisches Institut, Mannheim; 252.
- Mohl (1980). Informieren, motivieren, aktivieren. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): Rauchen oder Gesundheit – Deine Wahl. Bonn; 133–138.
- Morgan, A. H. & Hilgard, E. R. (1975). The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 21; 134–147.
- Neufeld, V. & Lynn, S. J. (1988). A single-session group self-hypnosis smoking cessation treatment: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 36; 75–79.
- Nuland, W. & Field, P. B. (1970). Smoking and hypnosis: A systematic clinical approach, *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1979, 18, 290–306.
- Orne, M. T. & O’Connell, D. N. (1967). Diagnostic ratings of hypnotizability. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 15; 125–133.
- Orne, M. T. (1977). The construct of hypnosis: Implications of the definition for research and practice. *New York Academic Science*. 296; 14–33.
- Pawlow, I. P. (1923). The identity of inhibition with sleep and hypnosis. *Scientific Monographs*. 17; 603–608.
- Pederson, L. L., Scrimgeour, W. G. & Lefcoe, N. M. (1975). Comparison of Hypnosis Plus Counseling, Counseling Alone, and Hypnosis Alone in a Community Service Smoking Withdrawal Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 920.
- Perry & Mullen (1975). The effects of hypnotic susceptibility on reducing smoking behaviour treated by an hypnotic technique. *Journal of Clinical Psychology*. 31; 498–505.
- Peter, B. (1991). Was ist Hypnose. In: Peter, B., Kraiker, C. & Revenstorff, D. (Hrsg.) *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Huber, Bern.
- Peter, B. (1993). Hypnotische Phänomene. In: Revenstorff, D. (Hrsg.) (1993). *Klinische Hypnose*. (2. Auflage). Berlin. Springer; 25–68.
- Peter, B. (2001). Kontraindikationen, Bühnenhypnose und Willenlosigkeit. In: Revenstorff, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis*. Springer; 119–140.
- Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviours. *Am Psychol* 47; 1102–1114.

- Rabkin, S. W., Boyko, E., Shane, F. & Kaufert, J. (1984). A randomized Trial Comparing Smoking Cessation Programs Utilizing Behaviour Modification, Health Education or Hypnosis. *Addictive Behaviours*, 9, 157–173.
- Rayner, D. (1933). Individualpsychology and the children's clinic. *Indiv. Psychol. Pamph.* 7: 20–28.
- Revenstorf, D. et al. (1978). Linear models for the analysis of the relation between motivation and therapy outcome.
- Revenstorf, D. & Metsch, H. (1986). Lerntheoretische Grundlage der Sucht. In: Feuerlein: Theorie der Sucht. Heidelberg; 121–150.
- Revenstorf, D. (1991). Hypnose als kognitive Therapie. In: Peter, B., Kraiker, C. & Revenstorf, D. (1991). *Hypnose und Verhaltenstherapie*. Verlag Hans Huber. Stuttgart.
- Revenstorf, D. (Hrsg.) (1993). *Klinische Hypnose*. (2. Auflage). Berlin. Springer.
- Revenstorf, D. (1994). Conceptions of the unconscious from Freud to Erickson. *Hypnos* 21 (4); 91–107.
- Revenstorf, D. & Prudlo, U. (1994). Zu den wissenschaftlichen Grundlagen der klinischen Hypnose unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie nach Milton H. Erickson. *Hypnose und Kognition* 11 (1 & 2); 190–224.
- Revenstorf, D. & Peter, B. (Hrsg.) (2001). *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin. Manual für die Praxis*. Springer.
- Rost, S. (1968). Nationalstaaten und Weltmächte. In: *Bilder aus der Weltgeschichte*. Heft 12. (1968) Verlag Moritz Diesterweg.
- Sanders, S. (1977). Mutual group hypnosis and smoking. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 20; 131–135.
- Sarbin, T. R. (1972). *Hypnosis: A social psychological analysis of influence communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Schami, R. (1989). *Erzähler der Nacht*. Weinheim, Basel: Beltz; 9.
- Schlarb, A. & Schweizer, C. (1999). *Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung*. Diplomarbeit Eberhard-Karls-Universität. Psychologisches Institut Tübingen.
- Schmidt, G. (2000). Suchterleben als Ausdruck ungünstiger Tranceäquivalente und als Information über wertvolle Bedürfnisse. *Milton-Erickson-Institut Heidelberg, Im Weiher* 12, 69121 Heidelberg.

- Schoberberger, R., Fagerström, K.-O. & Kunze, M. (1995) Psychologische und physiologische Abhängigkeit bei Rauchern und deren Einfluß auf die Entwöhnungsmotivation. *Wien. med. Wschr.* 1995; 145: 70–73.
- Schoberberger, R. & Kunze, M. (1999). *Nikotinabhängigkeit, Diagnostik und Therapie*. Springer. Wien, New York.
- Schreiber, L. H. (1992). *Drogenabhängigkeit und Spielsucht im Vergleich*.
- Schubert, D. (1983). Comparison of hypnotherapy with systematic relaxation in the treatment of cigarette habituation. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 198–202.
- Schuh, L. (1985). *Alles über den „blauen Dunst“*. Gifte im Tabak. Haldenwang.
- Schulte, R. & Hueber, R. (2000). Raucherentwöhnung und Hypnose: Stand der Forschung und Evaluation eines hypnotherapeutischen Nichtrauchertrainings. 15. Internationaler Kongress für Hypnose. München, 2. – 17. 10. 2000.
- Schweizer, C., Schlarb, A. & Revenstorf, D. (2001). Hypnotherapeutische Raucherentwöhnung in Gruppen. *Experimentelle und klinische Hypnose*. Sonderdruck. 17 (1); 61–99.
- Schwenkmezger, P., Hodapp, V. & Spielberger, C. D. (1992). *Das State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar (STAXI): Handbuch*. Hans Huber. Bern, Göttingen, Toronto.
- Searle, J. R. (1993). Language, concepts, and words: Three domains of metaphor. In A. Ortony (Ed.) *Metaphor and Thought* 2nd ed. (pp.112–124). Cambridge: University Press.
- Shewchuk, L. A., Dubren, R., Burton, D., Forman, M., Clark, R. R., & Jaffin, A.R. (1977). Preliminary observations on an intervention program for heavy smokers. *International Journal of the Addictions*, 1977, 12, 323–336.
- Shor, R. E. & Orne, E. C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, CA.
- Slawen, R. W. (1982). A progress report on nicotine migration and manipulation. Lorillard, February 25, 1982. Trial exhibit 10019.
- Spiegel, H. (1970). A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis: Final remarks in response to the discussants, *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1970, 18, 268–269.
- Spiegel, H. (1970). A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis, *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1970, 18, 235–250.

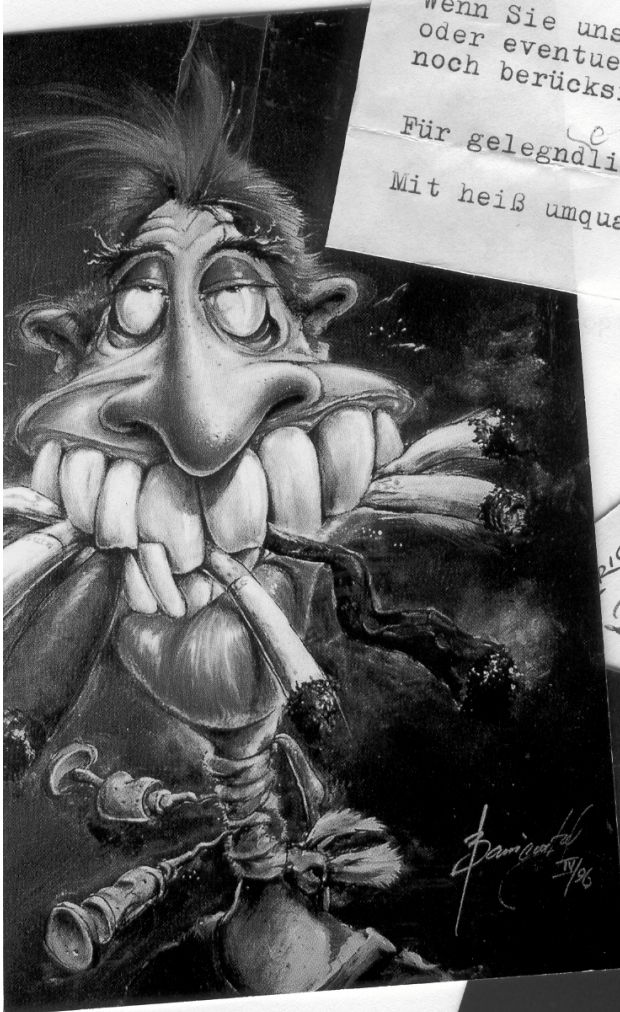
- Spiegel, H. & Spiegel, D. (1978). *Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis*. New York: Basic Books.
- Spiegel 7/1997, 188.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, R. E. (1970). *The state trait anxiety inventory (STAI): Test manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Stanton, H. E. (1978). A one-session hypnotic approach to modifying smoking behavior, *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1978, 16, 22–29.
- Straus, R. A. (1980). A naturalistic experiment investigating the effects of hypnotic induction upon creative imagination scale performance in a clinical setting. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 28 (3); 218–224.
- Stumpfe, K.-D. & Vāthjunker, A. (1991b). Raucherentwöhnung im Alter. *Der Allgemeinarzt* 12. 942–952.
- Stumpfe, K.-D. (1989). Jugend und Rauchen – die Raucherkarriere. *Das öffentliche Gesundheitswesen* 51. 7–11.
- Stumpfe, K.-D. (1992). So gewöhnen Sie ihrem Patienten das Rauchen ab! Methoden der Raucherentwöhnung. *Der Allgemeinarzt* 14. 1150–1153.
- Stumpfe, K.-D., Vāthjunker, A. & Kulig, P. (1992). Ursachen für Rückfälle bei Nikotinabstinenz. *Psychomed*, 4, 48–51.
- Surgeon General's Report (1988). *Nicotin Addiction. A Report of the Surgeon General* Rockville; 594.
- Tart, C. T. (1970). Self-report scales of hypnotic depth. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 18 (2); 105–125.
- Tellegen, A. & Attkinson, G. (1974). Openess to absorbing and self-altering experience („Absorption“), a trait related to hypnotic susceptability. *Journal of Abnormal Psychology*. 83; 268–277.
- Tölle, R., (1997). Politische und medizinische Dimension des Tabakrauchens. *Deutsches Ärzteblatt* 94, Heft 19. (23).
- Tölle, R. & Buchkremer, G. (1989). *Zigarettenrauchen, Epidemiologie, Psychologie, Pharmakologie und Therapie*. Springer. Berlin.

- Tschunke, V. et al. (1998). Psychotherapieforschung – Wie man es (nicht) machen sollte. Eine Experten/innen-Reanalyse von Vergleichsstudien bei Grawe et al. (1994). *Psychother. Psychosom. Med. Psychologie* 48; 430–444.
- Tschunke, V. (1999). Gruppentherapie versus Einzeltherapie. Gleich wirksam? *Gruppenpsychother. Gruppendynamik* 35; 257–274.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1976). As Assertiveness-Training Programm ATP. Einübung von Selbstvertrauen und sozialer Kompetenz. Teil I.
- Van Dyck, R., Zitman, F. G., Linssen, A. C. & Spinhoven, P. (1991). Autogenic training and future oriented hypnotic imagery in the treatment of tension headache: Outcome and process. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 39 (1); 6–23
- Walch (1976). The red Ballon technic of hypnosis: The clinical note. *International journal of hypnosis*.
- Watkins, H. H. (1976). Hypnosis and smoking: A five-session approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1976, 24, 381–390.
- Watzlawick, P. (1978). *Wie wirklich ist die Wirklichkeit? Wahn, Täuschung, Verstehen*. Piper Verlag GmbH. München.
- Weitzenhoffer, A. M. & Hilgard, E. R. (1962). *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Forms A und B*. Consulting Psychologists Press. Palo Alto, CA.
- Weitzenhoffer, A. M. (1989). Betrachtung der Hypnotisierbarkeit: Mehr als 30 Jahre später. *Experimentelle und Klinische Hypnose* 5 (1); 63–74.
- Welch, L. A. (1947). A behavioristic explanation of the mechanism of suggestion and hypnosis. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 42; 359–364.
- Wenderlein, J. M. (1980). Rauchende Frauen sind Risiko-Patientinnen. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): *Rauchen oder Gesundheit – Deine Wahl*. Bonn. 47–54.
- Williams, J. M. & Hall, D. W. (1988). Use of Single Session Hypnosis for Smoking Cessation. *Addictive Behaviors*, J 3, 205–208.
- Wilson, S. C. & Barber, T. X. (1978). The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: Applications to experimental and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis* 20 (4); 235–249.

- Windson & Orleans (1986). Guidelines and methodological standards for smoking cessation intervention research among pregnant women; improving the science and the art. *Health Education Quarterly*. 13; 131–161.
- Zeig, J. K. (1993). Raucherentwöhnung. In: Revenstorf, D. (Hrsg.). (1993). *Klinische Hypnose*. Berlin. Springer.
- Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV): Manual. Beltz Test.
- Zimmer, D., Lindinger, P. & Mitschele, U. (1993). Neue Wege in der verhaltenstherapeutischen Behandlung des Rauchens. Teil 1: Längerfristige Effektivität mit dem Freiburger Raucherentwöhnungsprogramm. In: *Verhaltenstherapie* 1993. 3; 304–311.

Anhang I

Klientenanfragen



Nun gut.-Ich brauch's !
 Trotz aller guten Ansätze hab ich's im letzten Jahr
 nicht mehr geschafft.

Wenn Sie uns /mich / dieses Jahr-Frühjahr-Herbst/
 oder eventuell noch nächstes Jahr in Ihrem Programm
 noch berücksichtigen wollten,wäre ich Ihnen sehr dankbar.

Für gelegentliche Antwort bin ich auch dankbar.

Mit heiß umqualten Bronchien und Arterien
 grüßt Sie herzlichst

Hallo Prof!
 Bitte senden Sie mir
 Unterlagen über Beendigung
 der Dok.v.sucht. Ich rauche seit
 25 Jahren und so lauspen tut's weh.

PSYCHOLOGISCHE
 Abt. Prof. Dr.
 7093 STUTTGART TEL.: 0711-6493338



AB AUF DIE COUCH.

Betreff: Glimmstängel ade!!!!!!

Als Kettenraucher mit über 30 Jähriger Erfahrung ist es schon lange
 Mein Wunsch ohne zu Leben,doch wie sagt der Volksmund so schön
 Der Geist ist willig doch das Fleisch ist schwach usw.usw.#
 Ich würde gerne bei ihrem Projekt mitmachen denke man sollte
 Bei unseren Jugendlichen Präventiv mit Schockaufklärung
 Ansetzen.
 Bitte teilen Sie mir doch mit wann und wo ihr Seminar stattfindet.

In freudiger Erwartung ein noch süchtiger Ketten-
 Aufgeben möchte.

Anhang II

Anwerbung der Probanden

Pressenotizen

Informationsbriefe für Experimental- und Kontrollgruppe

Hypnotherapeutische Raucherentwöhnungskurse am Psychologischen Institut in Tübingen

Am Psychologischen Institut in Tübingen beginnen ab Februar / März 2001 im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie neue hypnotherapeutische Raucherentwöhnungskurse.

Bei einer vorangegangenen Studie hat sich gezeigt, daß beim Einsatz dieser Methode nach vier Wochen 83 Prozent der Teilnehmer abstinent waren; 55 Prozent hielten ein Jahr durch und nach 20 Monaten waren noch 42 Prozent der ehemaligen Raucher nikotinfrei.

Das derzeit untersuchte Entwöhnungsprogramm enthält neben hypnotherapeutischen auch verhaltenstherapeutische Elemente; zusätzliche Unterstützung bietet außerdem die Verwendung von Nikotinplastern. Die Probanden werden im Rahmen der Studie über einen Zeitraum von vier Monaten von Diplompsychologinnen betreut und besuchen in dieser Zeit insgesamt fünf Sitzungen im Psychologischen Institut.

Voraussetzung für die Teilnahme ist der Vorsatz, das Rauchen zu beenden, sowie die Bereitschaft, einige Fragebögen zu diesem Thema auszufüllen.

InteressentInnen wenden sich **bitte schriftlich** (Postkarte genügt) an die folgende Adresse:

*Psychologisches Institut
Abteilung Prof. Revenstorf
Stichwort: Raucherhypnose
Gartenstraße 29
72074 Tübingen*

Sie bekommen unser Infomaterial dann schnellstmöglich zugeschickt.

Ihr Neujahrsvorsatz: Rauchfrei ins neue Jahr?!

Wer den Vorsatz gefaßt hat, 2001 mit dem Rauchen aufzuhören, kann sich Unterstützung beim Psychologischen Institut in Tübingen holen.

Dort gibt es im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie die Möglichkeit, bei einem Treffen im Psychologischen Institut durch eine Kohlenmonoxidmessung, welche mittels eines einfachen Atemtests erfolgt, etwas über das Ausmaß der eigenen rauchbedingten körperlichen Schädigungen zu erfahren.

Ein zweites Treffen findet statt, wenn die Probanden bereits drei Monate nicht mehr rauchen- wiederum werden ihre Kohlenmonoxidwerte bestimmt, welche zu diesem Zeitpunkt die bereits eingetretene merkliche gesundheitliche Besserung wieder spiegeln.

Unterstützt werden die Teilnehmer außerdem mit Nikotinpflastern, welche sie gegen Erstattung eines Unkostenbeitrags erhalten.

Voraussetzung für die Teilnahme ist der Vorsatz, das Rauchen zu beenden, sowie die Bereitschaft, einige Fragebögen zu diesem Thema auszufüllen.

InteressentInnen wenden sich **bitte schriftlich** (Postkarte genügt) an die folgende Adresse:

Psychologisches Institut

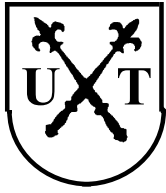
Abteilung Prof. Revenstorf

Stichwort: Neujahrsvorsatz (bitte unbedingt angeben)

Gartenstraße 29

72074 Tübingen

Sie bekommen unser Infomaterial dann schnellstmöglich zugeschickt.



EBERHARD-KARLS-UNIVERSITÄT
TÜBINGEN
PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
ABTEILUNG KLINISCHE UND PHYSIOLOGISCHE PSYCHOLOGIE

Prof. Dr. Dirk Revenstorf, Dipl. Psych. Cornelia Schweizer
Abteilung Klinische & Physiologische Psychologie
Gartenstraße 29 · D-72074 Tübingen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie interessieren sich für unser Hypnose-Raucherentwöhnungsprogramm; nachfolgend stellen wir Ihnen unsere Arbeitsweise vor, um Ihnen die Entscheidung, ob Sie teilnehmen möchten, zu ermöglichen.

Wer „Hypnose“ hört, denkt häufig an Bühnenshows und Scharlatanerie, an die Gefahr, den eigenen Willen zu verlieren und dem Hypnotiseur ausgeliefert zu sein. Mit diesen Vorstellungen hat die Klinische Hypnose jedoch nichts zu tun: Sie ermöglicht vielmehr einen Zustand tiefer Entspannung, in dem der eigene Wille nicht geschwächt, sondern – im Gegenteil – gestärkt wird, um ein Ziel, in diesem Fall die Abstinenz von der Zigarette, sicherer zu erreichen.

Studien haben gezeigt, daß Hypnose ein in der Raucherentwöhnung sehr erfolgreiches Verfahren darstellt: Zwischen 50% und 70% der Behandelten hören mit dem Rauchen auf, während Versuche im Alleingang nur bei 3% bis 15% zum Erfolg führen.

Der erste Behandlungsschritt unseres Programms besteht in einem Vorgespräch; hier werden Sie Gelegenheit haben, Fragen zur Hypnosebehandlung zu stellen. Sie erhalten zudem Nikotinpflaster für die folgenden drei Wochen und ein Blatt mit einigen wichtigen Tips und Tricks, die Ihnen helfen werden, die erste rauchfreie Zeit gut durchzustehen.

Bei jedem Treffen werden wir mit einem einfachen Atemtest Ihre Kohlenmonoxidwerte bestimmen, um die merkliche gesundheitliche Besserung, welche eintritt, sobald Sie aufgehört haben, zu rauchen, messen zu können.

Etwa eine Woche nach dem Vorgespräch kommen Sie zur ersten Gruppenhypnose; der zweite Termin findet eine Woche danach und eine dritte Sitzung in einem Abstand von nochmals ein bis zwei Wochen statt. Dabei handelt es sich um Hypnoset Sitzungen mit maximal acht Teilnehmern unter Leitung Ihrer zwei Therapeutinnen. Die ersten drei Hypnosetermine dauern jeweils circa zwei Stunden. Danach ist noch eine kürzere Auffrischungssitzungen im Abstand von zwei Monaten geplant.

Es ist möglich, daß Sie sich nach der Hypnosesitzung zunächst etwas benommen fühlen, daher ist es wichtig, daß Sie sich nicht unmittelbar anschließend ans Steuer eines Wagens setzen. Planen Sie also eine halbe Stunde für einen Spaziergang ein oder lassen Sie sich abholen, falls Sie nicht zu Fuß kommen können.

**Die Treffen finden im Psychologischen Institut,
Gartenstraße 29, Raum 06, EG statt.
Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie Ihren genauen Termin.**

Da Sie mit der Behandlung an einer wissenschaftlichen Studie teilnehmen, ist Ihre Bereitschaft, bei jeder Sitzung einige Fragebögen auszufüllen und uns später auch telefonisch Auskunft über ihr Befinden bzgl. des Nichtrauchens zu geben, Voraussetzung für die Teilnahme an unserem Entwöhnungsprogramm. Selbstverständlich werden die erhobenen Daten streng vertraulich behandelt. Wichtig ist außerdem, daß Sie sich die Zeit nehmen, alle Hypnosesitzungen zu besuchen und daß bereit sind, Nikotinpflaster zu benutzen.

Die wichtigste Bedingung für Ihre erfolgreiche Teilnahme ist jedoch Ihr fester Vorsatz, das Rauchen vollständig und endgültig zu beenden. Machen Sie sich deshalb rechtzeitig vor Ihrer Anmeldung Gedanken darüber, ob für Sie gerade der richtige Zeitpunkt ist, das Rauchen aufzuhören:

Wie Sie vielleicht aus früheren Abstinenzversuchen wissen, ist eine gewisse Gewichtszunahme nach dem Aufhören wahrscheinlich. Wenn eine anfängliche Gewichtszunahme für Sie zur Zeit nicht akzeptabel ist, sollten Sie Ihre Entscheidung, zum jetzigen Zeitpunkt mit dem Rauchen aufzuhören, nochmals überdenken.

Auch wenn Sie sich zur Zeit in einer akuten Lebenskrise befinden, ist es unter Umständen sinnvoller, Ihren Entschluß, mit dem Rauchen aufzuhören, auf eine weniger stressreiche Phase zu verschieben.

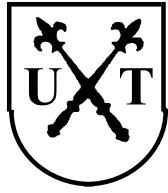
Ganz besonders erfolgversprechend ist es dagegen, wenn Sie sich gleichzeitig mit Freunden, Partnern oder Kollegen entschließen, mit dem Rauchen aufzuhören. Falls diese Möglichkeit für Sie besteht, sollten Sie sie nutzen!

Die Kosten für die Raucherentwöhnung betragen 600,00 DM. Eine Hypnosebehandlung wird von den Krankenkassen normalerweise leider nicht finanziert.

Wegen der großen Nachfrage nach unserem Entwöhnungsprogramm sind Wartezeiten manchmal nicht zu vermeiden; wir versuchen jedoch, Ihnen einen Termin zum bald möglichsten Zeitpunkt zu geben.

Mit freundlichen Grüßen

Cornelie Schweizer



EBERHARD-KARLS-UNIVERSITÄT
TÜBINGEN
PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
ABTEILUNG KLINISCHE UND PHYSIOLOGISCHE PSYCHOLOGIE

Prof. Dr. Dirk Revenstorf, Dipl. Psych. Cornelia Schweizer
Abteilung Klinische & Physiologische Psychologie
Gartenstraße 29 · D-72074 Tübingen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie interessieren sich für unser Hypnose-Raucherentwöhnungsprogramm; nachfolgend stellen wir Ihnen unsere Arbeitsweise vor, um Ihnen die Entscheidung, ob Sie teilnehmen möchten, zu ermöglichen.

Wer „Hypnose“ hört, denkt häufig an Bühnenshows und Scharlatanerie, an die Gefahr, den eigenen Willen zu verlieren und dem Hypnotiseur ausgeliefert zu sein. Mit diesen Vorstellungen hat die Klinische Hypnose jedoch nichts zu tun: Sie ermöglicht vielmehr einen Zustand tiefer Entspannung, in dem der eigene Wille nicht geschwächt, sondern – im Gegenteil – gestärkt wird, um ein Ziel, in diesem Fall die Abstinenz von der Zigarette, sicherer zu erreichen.

Studien haben gezeigt, daß Hypnose ein in der Raucherentwöhnung sehr erfolgreiches Verfahren darstellt: Zwischen 50% und 70% der Behandelten hören mit dem Rauchen auf, während Versuche im Alleingang nur bei 3% bis 15% zum Erfolg führen.

Der erste Behandlungsschritt unseres Programms besteht in einem Vorgespräch zusammen mit einigen weiteren Klienten; hier werden Sie Gelegenheit haben, Fragen zur Hypnosebehandlung zu stellen. Sie erhalten zudem Nikotinpflaster für die folgenden drei Wochen und ein Blatt mit einigen wichtigen Tips und Tricks, die Ihnen helfen werden, die erste rauchfreie Zeit gut durchzustehen.

Bei jedem Treffen werden wir mit einem einfachen Atemtest Ihre Kohlenmonoxidwerte bestimmen, um die merkliche gesundheitliche Besserung, welche eintritt, sobald Sie aufgehört haben, zu rauchen, messen zu können.

Etwa eine Woche nach dem Vorgespräch kommen Sie zur ersten Einzelypnose; der zweite Termin findet eine Woche danach und eine dritte Sitzung in einem Abstand von nochmals ein bis zwei Wochen statt. Zwei Monate später kommen Sie noch zu einer Auffrischungssitzung in der Gruppe. Die Sitzungen dauern jeweils circa eine Stunde.

Es ist möglich, daß Sie sich nach der Hypnosesitzung zunächst etwas benommen fühlen, daher ist es wichtig, daß Sie sich nicht unmittelbar anschließend ans Steuer eines Wagens setzen. Planen Sie also eine halbe Stunde für einen Spaziergang ein oder lassen Sie sich abholen, falls Sie nicht zu Fuß kommen können.

**Die Treffen finden im Psychologischen Institut,
Gartenstraße 29, Raum 06, EG statt.
Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie Ihren genauen Termin.**

Da Sie mit der Behandlung an einer wissenschaftlichen Studie teilnehmen, ist Ihre Bereitschaft, bei jeder Sitzung einige Fragebögen auszufüllen und uns später auch telefonisch Auskunft über Ihr Befinden bzgl. des Nichtrauchens zu geben, Voraussetzung für die Teilnahme an unserem Entwöhnungsprogramm. Selbstverständlich werden die erhobenen Daten streng vertraulich behandelt. Wichtig ist außerdem, daß Sie sich die Zeit nehmen, alle Hypnosesitzungen zu besuchen und bereit sind, Nikotinpflaster zu benutzen.

Die wichtigste Bedingung für Ihre erfolgreiche Teilnahme ist jedoch Ihr fester Vorsatz, das Rauchen vollständig und endgültig zu beenden. Machen Sie sich deshalb rechtzeitig vor Ihrer Anmeldung Gedanken darüber, ob für Sie gerade der richtige Zeitpunkt ist, das Rauchen aufzuhören:

Wie Sie vielleicht aus früheren Abstinenzversuchen wissen, ist eine gewisse Gewichtszunahme nach dem Aufhören wahrscheinlich. Wenn eine anfängliche Gewichtszunahme für Sie zur Zeit nicht akzeptabel ist, sollten Sie Ihre Entscheidung, zum jetzigen Zeitpunkt mit dem Rauchen aufzuhören, nochmals überdenken.

Auch wenn Sie sich zur Zeit in einer akuten Lebenskrise befinden, ist es unter Umständen sinnvoller, Ihren Entschluß, mit dem Rauchen aufzuhören, auf eine weniger stressreiche Phase zu verschieben.

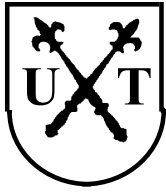
Ganz besonders erfolgversprechend ist es dagegen, wenn Sie sich gleichzeitig mit Freunden, Partnern oder Kollegen entschließen, mit dem Rauchen aufzuhören. Falls diese Möglichkeit für Sie besteht, sollten Sie sie nutzen!

Die Kosten für die Raucherentwöhnung betragen 306,- Euro. Eine Hypnosebehandlung wird von den Krankenkassen normalerweise leider nicht finanziert.

Wegen der großen Nachfrage nach unserem Entwöhnungsprogramm sind Wartezeiten manchmal nicht zu vermeiden; wir versuchen jedoch, Ihnen einen Termin zum bald möglichsten Zeitpunkt zu geben.

Mit freundlichen Grüßen

Cornelie Schweizer



EBERHARD-KARLS-UNIVERSITÄT
TÜBINGEN
PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
ABTEILUNG KLINISCHE UND PHYSIOLOGISCHE PSYCHOLOGIE

Prof. Dr. Dirk Revenstorf, Dipl. Psych. Cornelia Schweizer
Abteilung Klinische & Physiologische Psychologie
Gartenstraße 29 · D-72074 Tübingen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie möchten mit dem Rauchen aufhören und interessieren sich für unsere Raucherentwöhnungstreffen. Im Rahmen einer psychologischen Studie haben Sie bei uns die Möglichkeit, bei einem Treffen mit ca. 20 Personen durch eine Kohlenmonoxidmessung, welche mittels eines einfachen Atemtests erfolgt, etwas über das Ausmaß Ihrer rauchbedingten körperlichen Schädigungen zu erfahren. Unterstützt werden Sie außerdem mit Nikotinplastern, welche Sie von uns erhalten. Sie bekommen zudem ein Infoblatt mit einigen wichtigen Tips, die Ihnen helfen werden, die erste Zeit durchzustehen.

Ein zweites Treffen findet statt, wenn Sie bereits drei Monate nicht mehr rauchen- wiederum werden Ihre Kohlenmonoxidwerte bestimmt, welche zu diesem Zeitpunkt die bereits eingetreten merkliche gesundheitliche Besserung widerspiegeln werden. Nach weiteren drei bzw. sechs Monaten werden wir uns nochmals telephonisch nach Ihrem Befinden erkundigen. Voraussetzung für die Teilnahme ist Ihr Vorsatz, das Rauchen vollständig zu beenden, sowie die Bereitschaft, einige Fragebögen zu diesem Thema auszufüllen und uns später telephonisch Auskunft über ihr Befinden bzgl. des Rauchens zu geben.

**Die Treffen finden im Psychologischen Institut,
Gartenstraße 29, Raum 313, 3. Stock statt.
Mit der Anmeldebestätigung erhalten Sie Ihren genauen Termin.**

Wie Sie vielleicht aus früheren Abstinenzversuchen wissen, ist eine gewisse Gewichtszunahme nach dem Aufhören wahrscheinlich. Wenn eine anfängliche Gewichtszunahme für Sie zur Zeit nicht akzeptabel ist, sollten Sie Ihre Entscheidung, zum jetzigen Zeitpunkt mit dem Rauchen aufzuhören, nochmals überdenken. Auch wenn Sie sich zur Zeit in einer akuten Lebenskrise befinden, ist es unter Umständen sinnvoller, Ihren Entschluß, mit dem Rauchen aufzuhören, auf eine weniger stressreiche Phase zu verschieben. Ganz besonders erfolgversprechend ist es dagegen, wenn Sie sich gleichzeitig mit Freunden, Partnern oder Kollegen entschließen, mit dem Rauchen aufzuhören. Falls diese Möglichkeit für Sie besteht, sollten Sie sie nutzen! Die Kosten für die Raucherentwöhnung betragen eine Beteiligung in Höhe von 60,00 DM an den Unkosten für die Nikotinplaster.

Mit freundlichen Grüßen

Cornelia Schweizer

Anhang III

Meßinstrumente

Anmeldebogen
Fagerström Test Nicotine Dependence
Symptom-Checkliste von Derogatis
Selbsteinschätzungsbogen der Creative Imagination Scale: CIS
State-Trait-Ärgerausdruckinventar: STAXI
Allgemeine Depressions Skala: ADS
Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens: VEV
Protokollbogen
Klienten-Feedbackbogen
Therapeutenfragebogen
Katamnesebogen

ANMELDUNG

HINWEIS!

Für unsere Teilnehmerinnen: Falls Sie schwanger sind oder zur Zeit stillen, können Sie kein Nikotinpflaster verwenden.

Wenn Sie unter einer oder mehrerer der folgenden Erkrankungen leiden oder gelitten haben, besprechen Sie mit Ihrem Hausarzt, ob Sie trotzdem ein Pflaster verwenden können.

- Überempfindlichkeit gegen Pflaster oder Nikotin auf der Haut
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- allgemeine Hauterkrankungen
- Angina Pectoris
- Hirngefäßerkrankungen
- Herzrhythmusstörungen
- Durchblutungsstörungen
- stark erhöhtem Blutdruck
- Herzmuskelschwäche
- Nieren-und Leberfunktionsstörungen
- Schilddrüsenüberfunktion
- Diabetes
- Magenschleimhautentzündung
- Magen- und Darmgeschwüre
- regelmäßige Medikamenteneinnahme

Mit dieser Anmeldung bestätigen Sie uns, nötigenfalls mit Ihrem Hausarzt vor Behandlungsbeginn abzuklären, ob eine Pflasterbehandlung bei Ihnen möglich ist.

Wenn eine Pflasterbehandlung bei Ihnen aus den oben genannten Gründen nicht in Frage kommt, können wir Ihnen in dringenden Fällen eine Behandlung außerhalb der eigentlichen Studie (in diesem Fall ohne Nikotinpflaster) anbieten.

**DEN INFORMATIONSBRIEF HABE ICH GELESEN UND ZUR KENNNTNIS GENOMMEN.
HIERMIT MELDE ICH MICH VERBINDLICH FÜR DAS BESCHRIEBENE PROGRAMM AN.**

Name: _____
Adresse: _____
Phon/Fax: _____
Datum, Unterschrift: _____

**Bitte legen Sie Ihrer Anmeldung
ein aktuellesPassfoto bei
und füllen Sie den umseitigen
Fragebogen vollständig aus.**

Code: _____

- Geschlecht: männl. Alter: _____
 weibl.
- Familienstand: unverheiratet Wohnsituation: allein lebend
 verheiratet mit PartnerIn
 geschieden mit Verwandten/Kindern/Freunden
 verwitwet
- Schulabschluß: keiner
 Hauptschule
 Realschule
 Abitur
 Hochschulabschluß
- Berufsausbildung: keine
 Lehre abgeschlossen
 Fachschule abgeschlossen
 Fachhochschule/ Universität abgeschlossen
- Erwerbstätigkeit: voll
 teilweise
 Hausfrau/-mann
 in Ausbildung
 RentnerIn
 arbeitslos
- Was rauchen Sie? Zigaretten Pfeife Zigarren
Wieviele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag? _____
Wie hoch ist der Nikotiningehalt Ihrer Zigaretten? _____
- Finden Sie es schwierig, Rauchverbote in Kinos oder anderen öffentlichen Gebäuden einzuhalten? ja nein
Welche Zigarette im Verlauf eines Tages ist Ihnen am wichtigsten? die erste am Morgen andere
Rauchen Sie mehr während der ersten Stunden nach dem Erwachen als während des übrigen Tages? ja nein
Rauchen Sie auch, wenn Sie krank im Bett liegen müssen? ja nein
In welchem Zeitraum nach dem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
Innerhalb von: 5 Min 6-30 Min. 31-60 Min. Nach über 60 Min.
- Wie alt waren Sie, als Sie begonnen haben, zu rauchen? _____
Wieviele Jahre Ihres Lebens haben Sie geraucht? _____
Hatten Sie früher schon versucht, das Rauchen aufzuhören: ja nein Anzahl der Versuche: _____
Haben Sie schon einmal an einem Raucherentwöhnungsprogramm teilgenommen? ja nein
In welchen Situationen oder Stimmungen rauchen Sie besonders viel?

Bitte kreuzen Sie an, wie zuversichtlich Sie sind, in den folgenden Situationen nicht zu rauchen:

(1=gar nicht zuversichtlich, 2=wenig zuversichtlich, 3=einigermaßen zuversichtlich, 4=zuversichtlich, 5=völlig zuversichtlich)

Wenn Sie sich in geselliger Runde befinden und Alkohol trinken. 1----2----3----4----5

Wenn Sie ängstlich und nervös sind. 1----2----3----4----5

Wenn Sie sich nach einer eher unangenehmen Tätigkeit belohnen wollen. 1----2----3----4----5

Wenn Sie Hungergefühle dämpfen möchten. 1----2----3----4----5

Wenn Sie Ihre Konzentration steigern wollen. 1----2----3----4----5

Wenn Sie sehr verärgert über etwas oder jemand sind. 1----2----3----4----5

Wenn Sie spüren, daß Sie eine Aufmunterung brauchen. 1----2----3----4----5

Wenn Sie morgens gerade aufstehen. 1----2----3----4----5

Wenn Sie sich überarbeitet und gestreßt fühlen und sich entspannen wollen. 1----2----3----4----5

Wenn Ihnen bewußt wird, daß Sie eine Weile nicht geraucht haben. 1----2----3----4----5

Wenn Sie mit Partner/in oder Freund/in zusammen sind und er/sie raucht. 1----2----3----4----5

Wie stark ausgeprägt ist ihre Absicht, aufzuhören? (1=sehr schwach 5=sehr stark) 1----2----3----4----5

Wie sicher sind Sie, daß Sie es schaffen, aufzuhören? (1=sehr unsicher 5=sehr sicher) 1----2----3----4----5

Wie zwiespältig sind Ihre Gefühle bei dem Gedanken, nie mehr zu rauchen?

(1=gar nicht zwiespältig 5=sehr) 1---2---3---4---5

Fühlen Sie sich von Familie/Freunden in Ihrem Aufhörvorhaben unterstützt?

(1= gar nicht 5=sehr) 1----2----3----4----5

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Fagerström Test Nicotine Dependence

1. Wann nach dem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?
Innerhalb von: 5 Min 6-30 Min. 31-60 Min. Nach über 60 Min.

2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z. B. Kino usw.) das Rauchen sein zu lassen?
 ja nein

3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?
 die erste am Morgen andere

4. Wieviel Zigaretten rauchen Sie im allgemeinen pro Tag?

5. Rauchen Sie am Morgen im allgemeinen mehr als am Rest des Tages?
 ja nein

6. Kommt es vor, daß Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?
 ja nein

SCL-90-R

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Sie finden auf den nächsten Seiten eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage einzeln sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie stark Sie durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind, und zwar während der vergangenen 7 Tage bis heute.

Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort „den besten Eindruck“ machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen unter der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten bitte dick durch, und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an. Bitte beantworten Sie jede Frage.

Beispiel:

Wie sehr litten Sie unter.....

über- ein ziem- stark sehr
haupt wenig lich stark
nicht

1. Rückenschmerzen

Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten „sehr stark“ zutrifft, so kreuzen Sie das Kästchen „sehr stark“ an:

Wie sehr litten Sie unter.....

über- ein ziem- stark sehr
haupt wenig lich stark
nicht

1. Rückenschmerzen

Wie sehr litten Sie unter.....?	über- haupt nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	sehr stark
1. Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nervosität oder innerem Zittern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht aus dem Kopf gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. der Idee, daß irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. dem Gefühl, daß andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten schuld sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Gedächtnisschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Code: _____

Wie sehr litten Sie unter.....?	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
12. Herz- und Brustschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Furcht vor offenen Plätzen oder auf der Straße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Zittern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. dem Gefühl, daß man den meisten Leuten nicht trauen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. schlechtem Appetit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Neigung zum Weinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. der Befürchtung, ertappt oder erwischt zu werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Kreuzschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. dem Gefühl, daß es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Einsamkeitsgefühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Schwermut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Furchtsamkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. der Idee, daß andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. dem Gefühl, daß andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. dem Gefühl, daß die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, daß alles richtig wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Herzklopfen oder Herzjagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreißen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. dem Gefühl, daß andere Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Einschlafschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Schwierigkeiten beim Atmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Hitzewallungen oder Kälteschauern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. die Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Leere im Kopf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Wie sehr litten Sie unter.....?	über- haupt nicht	ein wenig	ziem- lich	stark	sehr stark
55. Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Schweregefühl in Armen und Beinen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. dem Drang, sich zu überessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. frühem Erwachen am Morgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeiten wie Berühren, Zählen, Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Schreck- oder Panikanfällen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. so starker Ruhelosigkeit, daß Sie nicht still sitzen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. dem Gefühl, daß Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. dem Gefühl, daß die Leute sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. dem Gedanken, daß Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. schreckerregenden Gedanken und Vorstellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87. dem Gedanken, daß etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Schuldgefühlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. dem Gedanken, daß irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BITTE PRÜFEN SIE, OB SIE ALLE FRAGEN ZUTREFFEND BEANTWORTET HABEN!

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT

Creative Imagination Scale (Wilson & Barber, 1978/79) 2
 (Übersetzung Clemens Krause 1999)

Fühlen Sie, wie sich Ihre Hand in die Höhe hebt, während Sie sich den kräftigen Strahl vorstellen, der Ihre Hand nach oben drückt. Wie er sie in die Höhe hebt, höher und höher. Stellen Sie sich vor, wie ein kräftiger Wasserstrahl Ihre Hand in die Höhe drückt hoch und hoch und hoch. Sagen Sie sich selbst, daß ein starker Strahl die Hand hochdrückt, hoch, Ihren Arm und Ihre Hand in die Höhe hebt, höher und höher, wie der kräftige Wasserstrahl ihn einfach in die Höhe drückt. Er steigt und hebt sich ganz einfach, höher und höher.

Ende der Zeitmessung, ca 1' 10"

Und nun sagen Sie sich bitte, daß dies nur Ihre Vorstellung ist, und legen Sie Ihre Hand und ihren Arm wieder in die Ausgangsposition zurück, lassen Sie den Arm wieder ganz normal werden und entspannen Sie ihn.

3. Finger Anästhesie

Indem Sie Ihre Gedanken konzentrieren, können Sie Ihre Finger taub werden lassen. Bitte legen Sie Ihre linke Hand in den Schoß, die Handfläche nach oben. Lassen Sie Ihre Augen geschlossen, so daß Sie sich gut auf alle Empfindungen der Finger Ihrer linken Hand konzentrieren können.

Beginn der Zeitmessung,

Jetzt versuchen Sie sich vorzustellen und zu fühlen, daß nun ein örtliches Betäubungsmittel, in die Seite Ihrer linken Hand, genau neben dem kleinen Finger, injiziert wurde, so daß es sich anfühlt, als ob Ihr kleiner Finger jetzt einschlafen würde. Achten Sie auf Ihren kleinen Finger. Werden Sie sich jeder Empfindung bewußt, auch der leichten, kleinen Veränderungen, wenn Sie an das Betäubungsmittel denken das langsam in ihren kleinen Finger wandert. Ganz langsam wandert es hinein. Bemerken Sie die kleinen, leichten Veränderungen im kleinen Finger, der beginnt sich ein bißchen taub und ein bißchen empfindungslos anzufühlen. Der kleine Finger wird taub, wenn Sie an das Betäubungsmittel denken, das sich langsam ausbreitet.

Nun denken Sie daran, wie das Betäubungsmittel Ihren Ringfinger erreicht. Bemerken Sie, wie der Ringfinger immer empfindungsloser und empfindungsloser wird, immer tauber und tauber, wenn Sie daran denken, wie das Betäubungsmittel immer wirksamer wird. Sagen Sie sich, daß diese zwei Finger beginnen sich wie Gummi anzufühlen und Ihre Gefühle und Empfindungen verlieren. Während Sie daran denken, wie das Betäubungsmittel immer schneller und schneller in die beiden Finger eindringt fühlen sich die Finger tauber und tauber an, ... zunehmend empfindungslos ... dumpf, pelzig und empfindungslos. Wenn Sie an die Wirkung des Betäubungsmittels denken, fühlen sich die zwei Finger immer tauber und tauber an ... mehr und mehr dumpf ... taub ... pelzig ... empfindungslos.

Denken Sie weiterhin daran, daß sich die beiden Finger taub dumpf und empfindungslos anfühlen, wenn Sie sie mit Ihrem Daumen berühren. Wenn Sie die beiden Finger jetzt mit Ihrem Daumen berühren, achten Sie darauf wie sie sich tauber und tauber ... mehr und mehr dumpf und empfindungsloser anfühlen ... dumpf, taub, pelzig und empfindungslos.

Ende der Zeitmessung: 1' 30".

Und jetzt sagen Sie sich bitte, daß sie sich dies alles nur vorgestellt haben, und lassen Sie wieder Gefühl in Ihre Finger zurückkehren. Bringen Sie nun wieder Gefühl in die beiden Finger zurück.

Creative Imagination Scale (Wilson & Barber, 1978/79) 3
(Übersetzung Clemens Krause 1999)

4. Wasser „Halluzination“

Lassen Sie Ihre Augen geschlossen. Wenn Sie Ihre Vorstellungskraft gut nutzen, können Sie jetzt die Erfahrung machen, kühles, erfrischendes Wasser zu trinken.

Beginn der Zeitmessung.

Zuerst stellen Sie sich bitte vor, daß Sie stundenlang draußen in der heißen Sonne waren. Und daß Sie sehr, sehr durstig sind, und Ihre Lippen sind trocken, und Sie sind so durstig. Nun versetzen Sie sich gedanklich auf einen Berg, auf dem der Schnee schmilzt, und ein Bach kühlen und klaren Wassers daraus entsteht. Stellen Sie sich vor, wie Sie eine Tasse in diesen Bergbach tauchen, um sie mit kühlem, erfrischendem Wasser zu füllen. Und während Sie daran denken, an dem Wasser zu nippen, sagen Sie sich dabei, daß das ein absolut köstliches Gefühl ist, es zu spüren, wie es die Kehle herunterrinnt ... kühl, wohlschmeckend und köstlich. Spüren Sie die Kühle und den Wohlgeschmack des Wassers, während Sie einen Schluck nehmen. Jetzt denken Sie daran einen weiteren Schluck zu nehmen und spüren Sie wie er die Lippen befeuchtet und die Zunge. Das Wasser rinnt die Kehle hinunter und erreicht den Magen. Fühlen Sie, wie kühl, erfrischend köstlich und wohlschmeckend es ist, während Sie einen weiteren Schluck nehmen ... so kühl ... so kalt ... so süß ... so wohlschmeckend ... so köstlich. Denken Sie daran noch einen Schluck zu nehmen, und spüren Sie, wie er sich im Mund befindet, um die Zunge herum, die Kehle herunterrinnt und dann in den Magen gelangt ... so angenehm und kühl ... absolut köstlich ... ein absoluter Genuß.

Ende der Zeitmessung 1' 30".

Stellen Sie sich das Wasser jetzt bitte nicht mehr vor.

5. Olfaktorische - gustatorische „Halluzination“

Lassen Sie Ihre Augen geschlossen. Mit Hilfe Ihrer kreativen Vorstellung können sie sich den Duft und den Geschmack einer Orange vergegenwärtigen.

Beginn der Zeitmessung.

Stellen Sie sich vor, wie Sie eine Orange nehmen und sie schälen. Wenn Sie sich die Orange bildlich vorgestellt haben, fühlen Sie, wie Sie sie zu schälen beginnen - wie Sie die Orange sehen und spüren, ihre Schale von außen und die weiße Innenseite der Schale und das Fruchtfleisch. Während Sie die Orange weiter schälen, können Sie bemerken wie gut und saftig sie ist, Sie können ihren Duft riechen und den Saft spüren. Stellen Sie sich jetzt vor, wie Sie sich mit ihren Fingern ein oder zwei Stücke der Orange nehmen. Nehmen Sie diese Stücke und beißen hinein. Bemerken Sie, wie saftig, köstlich und geschmackvoll die Orange ist, während Sie sich vorstellen genußvoll hineinzubeißen. Spüren Sie den Duft und den Geschmack in Ihrem Mund und auf Ihrer Zunge. Spüren Sie den Saft und das Fruchtfleisch, während Sie den nächsten Bissen nehmen. Riechen und schmecken Sie die Orange und bemerken Sie, wie köstlich die Orange ist. Spüren Sie wie köstlich, gut und saftig sie ist. Einfach die beste und saftigste Orange ... absolut saftig und schmackhaft. Schmecken und riechen Sie die saftige Orange ganz deutlich, während Sie daran denken noch ein großes Stück zu essen von dieser köstlichen und saftigen Orange.

Ende der Zeitmessung 1' 30"

Stellen Sie sich die Orange jetzt bitte nicht mehr vor.

Creative Imagination Scale (Wilson & Barber, 1978/79) 4
(Übersetzung Clemens Krause 1999)

6. Musik "Halluzination"

Lassen Sie Ihre Augen geschlossen.

Beginn der Zeitmessung

Jetzt denken Sie zurück an ein Ereignis an dem Sie schöne, wundervolle, Musik hörten, es kann irgendwo gewesen sein und indem Sie zurückdenken können Sie die Musik um so erhebender in Ihrer eigenen Vorstellung hören. Sie können sie selbst hervorrufen und können Sie so intensiv wie echte Musik wahrnehmen. Diese Musik kann absolut kraftvoll ... eindrucksvoll ... erhebend sein. ... Sie kann durch jede Pore Ihres Körpers vibrieren ... tief in jede Pore eindringen ... jede Faser durchdringen. Die schönste, rundeste, erhebendste, überwältigendste Musik, die Sie je gehört haben. Hören Sie Ihr nun zu während Sie sie in der Vorstellung hervorrufen.

Ende der Zeitmessung: 45"

(15s Pause) Hören Sie bitte jetzt auf sich die Musik vorzustellen.

7. Temperatur "Halluzination"

Lassen Sie Ihre Augen geschlossen und legen Sie Ihre Hände so in den Schoß, daß sie getrennt voneinander liegen. Die Handflächen zeigen nach unten, so daß sie bequem in Ihrem Schoß ruhen. Indem Sie Ihr Denken fokussieren können Sie erreichen, daß sich Ihre rechte Hand warm anfühlt.

Beginn der Zeitmessung.

Stellen Sie sich vor, wie die Sonne auf Ihre rechte Hand scheint und fühlen Sie die Wärme. Indem Sie daran denken wie die Sonne strahlend scheint, können sie fühlen wie die Wärme zunimmt. Fühlen sie die Sonne wärmer werden und spüren Sie wie die Wärme die Haut durchdringt und die Hand tief durchströmt. Denken Sie daran, wie es jetzt warm wird ... sehr warm wird. Fühlen Sie die Wärme zunehmen. Denken Sie daran, wie die Sonne sehr, sehr warm wird, während sie Ihre Hand durchdringt ... heiß wird. Sagen Sie sich selbst: "Die Sonnenstrahlen werden intensiver ... die Wärme nimmt zu ... es wird wärmer und wärmer." Fühlen Sie die Wärme Ihre Haut durchdringen. Spüren Sie die Wärme tiefer und tiefer in die Haut eindringen während Sie daran denken, daß die Sonnenstrahlen intensiver werden und gebündelter ... wärmer und wärmer werdend. Fühlen Sie wie Ihre Hand warm wird von der Wärme der Sonne. Es ist ein gutes Gefühl der Wärme, das Ihre Hand tief durchdringt ... warm, angenehm warm, jetzt die Hand durchdringend. Es ist ein angenehmes Wärmegefühl, angenehm warm.

Ende der Zeitmessung: 1'15"

Nun sagen Sie zu sich selbst, daß alles Ihre Vorstellung ist und lassen Sie Ihre Hand sich wieder ganz normal anfühlen.

Creative Imagination Scale (Wilson & Barber, 1978/79) 5
(Übersetzung Clemens Krause 1999)

8. Zeitverzerrung

Halten Sie Ihre Augen geschlossen. Und während Sie Ihre Gedanken kontrollieren, können Sie die Zeit scheinbar verlangsamen.

(Die nachfolgenden Sätze werden zunehmend langsamer und langsamer vorgelesen, jedes Wort wird deutlich und in die Länge gezogen gesprochen. Bsp.: 2 - 6 s zwischen den einzelnen Aussagen.)

Beginn der Zeitmessung.

Sagen Sie sich, daß viel Zeit, viel Zeit ist von einer Sekunde zur anderen. Die Zeit dehnt sich aus und Sie haben viel Zeit ... mehr und mehr Zeit, von Sekunde zu Sekunde. Jede Sekunde dehnt sich weiter und weiter aus ... mehr und mehr ... so viel Zeit. Sie haben so viel Zeit ... sehr viel Zeit. Jede Sekunde wird immer länger. Es ist unendlich Zeit von einer Sekunde zur anderen ... unendlich viel Zeit. All das machen Sie selbst. Sie verlangsamen die Zeit.

Ende der Zeitmessung: 1' 40".

(Der nachfolgende Satz wird in normaler Geschwindigkeit gelesen). Jetzt sagen Sie sich bitte, daß die Zeit wieder schneller wird, bis zu einem Maß, daß Sie gewöhnt sind. Stellen Sie Ihr normales Zeitempfinden wieder her.

9. Altersregression

Halten Sie Ihre Augen geschlossen. Und während Sie Ihre Gedanken lenken, können Sie sich Ihre Gefühle vergegenwärtigen, die Sie in Ihrer Grundschule hatten - in der ersten, der zweiten, der dritten oder der vierten Klasse.

Beginn der Zeitmessung.

Lassen Sie die Zeit rückwärtslaufen. Gehen Sie zurück zu Ihrer Grundschulzeit und fühlen Sie wie Sie kleiner und kleiner werden. Spüren Sie, wie Ihre Hände klein und zart werden, und genauso Ihre Beine, Ihr Körper, ... klein und zart. Und während Sie in der Zeit zurückgehen, bemerken Sie, daß Sie an einem Schultisch sitzen. Neben Ihnen ist der Fußboden der Schule. Spüren Sie der Oberfläche des Tisches nach. Spüren Sie, ob in der Oberfläche des Tisches Vertiefungen sind, oder ob er sich glatt und kühl anfühlt. Vielleicht liegt dort ein Federmäppchen oder einer Ihrer Bleistifte. Und wenn Sie an die Unterseite Ihres Tisches fassen, könnten Sie dort einen Kaugummi erspüren. Beobachten Sie die anderen Kinder um sich herum und den Lehrer oder die Lehrerin, die Tafel und die Fenster des Klassenzimmers. Nehmen Sie den Geruch des Radiergummis war oder der Wachsmalkreide. Vielleicht hören Sie die Kinder oder den Lehrer wie sie sprechen. Beobachten Sie jetzt einfach einmal, was um Sie herum so passiert.

Ende der Zeitmessung. 1' 20".

Kehren Sie nun zurück, hier in diesen Raum und in diese Zeit. Sie sind jetzt wieder erwachsen.

Creative Imagination Scale (Wilson & Barber, 1978/79) 6
(Übersetzung Clemens Krause 1999)

10. Entspannung von Körper und Geist

Lassen Sie Ihre Augen geschlossen. Während Sie den folgenden Instruktionen zuhören können Sie Ihren Körper und Ihren Geist sehr gut entspannen.

(Der nachfolgende Text wird sehr langsam gelesen.)

Beginn der Zeitmessung.

Stellen Sie sich vor, wie Sie an einem wunderschönen, warmen Sommertag am Strand eines Meeres oder eines Sees in der Sonne liegen. Spüren Sie, wie Sie im sehr, sehr weichen Sand liegen, oder auf einem Strandtuch, das weich und angenehm ist. Spüren Sie die angenehm warme Sonne und den leichten Wind in Ihrem Nacken oder Gesicht. Stellen Sie sich einen schönen, blauen, klaren Himmel vor, an dem träge kleine, wattige, weiße Wolken entlangtreiben. Spüren Sie die wohltuende, durchdringende Wärme der Sonne und bemerken Sie, wie sich Ihr Körper und Ihr Geist vollkommen entspannt und leicht anfühlen ... friedlich, entspannt, angenehm, ruhig, leicht und eins mit der Welt, ... vollständig entspannt ... entspannt, friedlich, faul, gelassen ... ruhig ... bequem. Ihr Körper und Ihr Geist sind vollkommen entspannt ... vollkommen entspannt ... ruhig, friedlich, gelassen ... eins mit dem Universum.

Ende der Zeitmessung: 1' 05".

Und wenn Sie jetzt die Augen öffnen, werden Sie sich weiterhin entspannt fühlen, aber doch ganz wach sein. Öffnen Sie ihre Augen - jetzt.

Selbsteinschätzungsbogen der Creative Imagination Scale (Barber & Wilson, 1978/79)

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Code: _____

Bitte beantworten Sie jedes Item, so ehrlich wie möglich. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Lesen Sie die nachfolgenden Statements zu jedem Item. Dann kreuzen Sie die Zahl an (0, 1, 2, 3 oder 4), welche der Erfahrung, die Sie gemacht haben, am ehesten entspricht.

1. In einem ersten Test wurden Sie gebeten, sich zunächst ein, dann zwei und drei Wörterbücher vorzustellen, die auf Ihrer Handfläche gestapelt wurden. Verglichen mit dem, was Sie erlebt hätten, wenn tatsächlich Wörterbücher auf Ihrer Hand gestapelt worden wären, war Ihre erlebte Vorstellung:

0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch

2. In einem zweiten Test wurden Sie gebeten, sich vorzustellen, wie Ihre Hand von einem starken Wasserstrahl eines Gartenschlauchs angehoben wird. Verglichen mit dem, was Sie erlebt hätten, wenn Ihre Hand tatsächlich von einem Wasserstrahl in die Höhe gehoben worden wäre, war Ihre erlebte Vorstellung:

0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch

3. In einem dritten Test wurden Sie gebeten, sich vorzustellen, wie ein lokales Betäubungsmittel in Ihre Hand injiziert wurde, worauf zwei Finger taub wurden. Verglichen mit dem, was Sie erlebt hätten, wenn tatsächlich zwei Finger aufgrund eines Betäubungsmittels taub geworden wären, war Ihre erlebte Vorstellung:

0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch

4. In einem vierten Test wurden Sie gebeten, sich vorzustellen, wie Sie eine Tasse kühles, klares Wasser aus einem Bergbach trinken. Verglichen mit der tatsächlichen Erfahrung kühles, klares Wasser zu trinken, war Ihre erlebte Vorstellung:

0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch

5. In einem fünften Test wurden Sie gebeten, eine Orange zu riechen und zu schmecken. Verglichen mit der tatsächlichen Erfahrung eine Orange zu riechen und schmecken, war Ihre erlebte Vorstellung:

0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch

6. In einem sechsten Test wurden Sie gebeten, sich an eine wundervolle Melodie zu erinnern und diese in der Vorstellung zu hören. Verglichen mit der tatsächlichen Erfahrung diese Musik zu hören, war Ihre erlebte Vorstellung:

0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch

7. In einem siebten Test wurden Sie gebeten, sich vorzustellen, wie die Sonne auf Ihre Hand scheint und diese dadurch warm wurde. Verglichen mit dem, was Sie erlebt hätten, wenn Ihre Hand tatsächlich von der Sonne beschienen worden wäre, war Ihre erlebte Vorstellung:

0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch

8. In einem achten Test wurden Sie gebeten, sich vorzustellen, wie sich die Zeit verlangsamt. Verglichen mit der tatsächlichen Erfahrung, daß die Zeit nur langsam vorübergeht, war Ihre erlebte Vorstellung:

0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch

9. In einem neunten Test wurden Sie gebeten, an die Zeit zurückzudenken, als Sie in der Grundschule waren. Verglichen mit den Empfindungen, die Sie gehabt hätten, wenn Sie tatsächlich in der Grundschule gewesen wären, war Ihre erlebte Vorstellung:

0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch

10. In einem zehnten Test wurden Sie gebeten, sich in der Sonne am Strand liegend vorzustellen und sich dabei sehr zu entspannen. Verglichen mit dem, was Sie erlebt hätten, wenn Sie sich tatsächlich am Strand entspannen würden, war Ihre erlebte Vorstellung:

0	1	2	3	4
0%	25%	50%	75%	100%
überhaupt nicht ähnlich	geringfügig ähnlich	ähnlich	ziemlich ähnlich	fast identisch

Fragebogen zur Selbstbeschreibung

STAXI

Name oder Code	Datum	
Geschlecht	Alter	Jahre
Beruf		

Teil 1

Anleitung: Im folgenden Teil finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich jetzt, d. h. *in diesem Moment*, fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren *augenblicklichen* Gefühlszustand am besten beschreibt.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	sehr
1. Ich bin ungehalten	1	2	3	4
2. Ich bin wütend	1	2	3	4
3. Ich bin sauer	1	2	3	4
4. Ich bin enttäuscht	1	2	3	4
5. Ich bin zornig	1	2	3	4
6. Ich bin aufgebracht	1	2	3	4
7. Ich bin schlecht gelaunt	1	2	3	4
8. Ich könnte vor Wut in die Luft gehen	1	2	3	4
9. Ich bin ärgerlich	1	2	3	4
10. Ich könnte laut schimpfen	1	2	3	4

Teil 2

Anleitung: Im folgenden Teil finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich *im allgemeinen* fühlen. Kreuzen Sie bitte bei jeder Feststellung die Zahl unter der von Ihnen gewählten Antwort an.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich *im allgemeinen* fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
11. Ich werde schnell ärgerlich	1	2	3	4
12. Ich rege mich leicht auf	1	2	3	4
13. Ich bin ein Hitzkopf	1	2	3	4
14. Es macht mich zornig, wenn ich vor anderen kritisiert werde	1	2	3	4
15. Ich bin aufgebracht, wenn ich etwas gut mache und ich schlecht beurteilt werde	1	2	3	4
16. Wenn ich etwas vergeblich mache, werde ich böse	1	2	3	4
17. Ich koche innerlich, wenn ich unter Druck gesetzt werde ...	1	2	3	4
18. Wenn ich gereizt werde, könnte ich losschlagen	1	2	3	4
19. Wenn ich wütend werde, sage ich häßliche Dinge	1	2	3	4
20. Es ärgert mich, wenn ausgerechnet ich korrigiert werde	1	2	3	4

Teil 3

Anleitung: Von Zeit zu Zeit fühlen wir uns ärgerlich oder wütend, aber Menschen unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie reagieren, wenn sie ärgerlich sind. Dieser Fragebogen enthält Aussagen, die benutzt werden können, um seinen *ärgerlichen* oder *wütenden* Gefühlszustand zu beschreiben. Lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die am besten beschreibt, wie oft Sie in der beschriebenen Weise *im allgemeinen* handeln oder fühlen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort anzukreuzen, die am besten beschreibt, wie Sie *im allgemeinen* handeln oder fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
21. Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle	1	2	3	4
22. Ich fresse Dinge in mich hinein	1	2	3	4
23. Ich bewahre meine Ruhe	1	2	3	4
24. Ich koche innerlich, zeige es aber nicht	1	2	3	4
25. Ich empfinde Groll, rede aber mit niemandem darüber	1	2	3	4
26. Ich stoße Bedrohungen aus, ohne sie wirklich ausführen zu wollen	1	2	3	4
27. Ich mache Dinge wie Türen zuschlagen	1	2	3	4
28. Ich bin ärgerlicher als ich es zugeben möchte	1	2	3	4
29. Ich kontrolliere mein Verhalten	1	2	3	4
30. Ich bin weit mehr erzürnt als andere es wahrnehmen	1	2	3	4
31. Ich mache häßliche Bemerkungen	1	2	3	4
32. Ich kann mich selbst daran hindern, wütend zu werden	1	2	3	4
33. Nach außen bewahre ich die Haltung	1	2	3	4
34. Ich versuche, tolerant und verständnisvoll zu reagieren	1	2	3	4
35. Ich werde wütend	1	2	3	4
36. Ich kontrolliere meinen Ärger	1	2	3	4
37. Ich platze heraus, so daß andere meinen Ärger zu spüren bekommen	1	2	3	4
38. Ich werde laut	1	2	3	4
39. Ich fahre aus der Haut	1	2	3	4
40. Ich sage mir: Reg' Dich nicht auf	1	2	3	4
41. Ich könnte platzen, aber ich lasse es niemanden merken	1	2	3	4
42. Ich ziehe mich von anderen Menschen zurück	1	2	3	4
43. Ich verliere die Fassung	1	2	3	4
44. Ich bin ärgerlicher als ich es mir anmerken lasse	1	2	3	4

Name: _____	Datum: _____
Vorname: _____	Geb.-Datum: _____
Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	

ADS-L

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht/entsprochen hat.

Antworten: 0 selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)
 1 manchmal (1 bis 2 Tage lang)
 2 öfters (3 bis 4 Tage lang)
 3 meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

Während der letzten Woche ...	selten 0	manchmal 1	öfters 2	meistens 3
1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. hatte ich kaum Appetit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. kam ich mir genauso gut vor wie andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. war ich deprimiert/niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. war alles anstrengend für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. dachte ich voller Hoffnung an die Zukunft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. hatte ich Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. habe ich schlecht geschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. war ich fröhlich gestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. habe ich weniger als sonst geredet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. fühlte ich mich einsam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. waren die Leute unfreundlich zu mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. habe ich das Leben genossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. mußte ich weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. war ich traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. hatte ich das Gefühl, daß mich die Leute nicht leiden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. konnte ich mich zu nichts aufrufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

$$\Sigma \text{ pos } \boxed{} + \Sigma \text{ neg } \boxed{} = \Sigma \text{ ADS } \boxed{}$$

$$\Sigma \text{ pos } \boxed{} - 4 \times \Sigma \text{ neg } \boxed{} = \text{LK } \boxed{}$$

Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens VEV

Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Anleitung:

Bitte stellen Sie sich den Zeitpunkt, kurz bevor Sie an der Raucherentwöhnung teilgenommen haben, vor. Das war vor ungefähr drei Monaten; am _____. Überlegen Sie, was Sie zu diesem Zeitpunkt machten und wie Sie sich fühlten. Überblicken Sie nunmehr den Zeitraum vom obigen Datum bis heute. Bitte prüfen Sie bei den nachfolgenden Fragen immer, ob sich bei Ihnen innerhalb dieses Zeitraums eine Änderung in die eine oder andere Richtung vollzogen hat. Das Ausmaß der Änderung geben Sie bitte durch das Ankreuzen einer Zahl an.

Hier ein Beispiel:

Änderung						
in gleicher Richtung		keine			in entgegengesetzter Richtung	
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
stark	mittel	schwach		schwach	mittel	stark

Ich bin ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
---------------------------	----	----	----	---	----	----	----

Wenn Sie innerhalb des Zeitraums keine Änderung erlebt haben, wenn Sie also weder ruhiger noch unruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die 0.

Wenn Sie eine starke Änderung in entgegengesetzter Richtung erlebt haben, wenn Sie also während des Zeitraums unruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die -3.

Wenn Sie eine starke Änderung in die gleiche Richtung erlebt haben, wenn Sie also während des Zeitraums ruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die +3.

Wichtig ist: Es geht nicht darum, ob die Aussage als solche für Sie zutrifft, sondern um die Änderung Ihres Erlebens. Ein Beispiel: „Ich kann jetzt freier sprechen“ Wenn freies Sprechen für Sie ein großes Problem ist und sich daran nichts verändert hat, kreuzen Sie die 0 an. Wenn freies Sprechen für Sie noch nie ein Problem war und sich in diesem Bereich nichts verändert hat, kreuzen Sie ebenfalls die 0 an. Bitte füllen sie den Bogen vollständig aus, und zwar auch dann, wenn der entsprechende Bereich als solcher für Sie nicht zutrifft.

Beantworten Sie bitte zügig und spontan alle Fragen!

Code: _____

	Änderung						
	in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
	+3 stark	+2 mittel	+1 schwach		0	-1 schwach	-2 mittel
1 Ich fühle mich weniger gehetzt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2 Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3 Ich weiß jetzt eher, was ich tun will und tun kann.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4 Ich habe jetzt das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht mehr herauskomme.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5 Das Leben hat für mich keinen rechten Inhalt mehr.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6 Ich bin mit mir zufrieden und mache mir weniger Gedanken über mich selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7 Ich sehe Schwierigkeiten gelassener entgegen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8 Ich bin innerlich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9 Alle Dinge haben jetzt mehr Bedeutung und Leben für mich.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
10 Ich habe weniger Ausdauer und gebe schneller auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
11 Ich bin heiterer geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
12 Meine Stimmungen schwanken jetzt stärker als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
13 Ich fühle mich unabhängiger von anderen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
14 Ich leide nicht mehr unter meiner Unsicherheit.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
15 Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
16 Ich fühle mich weniger beunruhigt, wenn ich an die Zukunft denke.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
17 Diese quälende Ungewißheit ist stärker geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
18 Unerwartete Ereignisse nehme ich gelassener hin.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
19 Ich fühle mich stärker isoliert als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
20 Ich weiß jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
21 Ich kann es noch nicht verstehen, aber mir geht es seit einiger Zeit besser.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

22 Ich kann jetzt freier sprechen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
23 Ich habe weniger Selbstvertrauen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
24 Irgendwie sehe ich wieder mehr Sinn in meinem Leben.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
25 Ich fühle mich freier.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
26 Mit Personen des anderen Geschlechts kann ich schlechter Kontakt aufnehmen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
27 Meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen haben zugenommen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
28 Ich bin häufiger niedergestimmt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
29 Ich fühle mich meinen Aufgaben nicht mehr gewachsen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
30 Ich bin entspannter.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
31 Ich fühle mich ruhiger und ausgeglichener.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
32 Ich habe ein klareres Bild von mir und meiner Zukunft.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
33 Irgendwie bin ich froh und sehe die Dinge optimistischer.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
34 Ich glaube, daß ich jetzt eher weiß, was für mich wichtig ist.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
35 Ich kann mich jetzt mit meinen Problemen besser abfinden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
36 Im Gespräch mit anderen fühle ich mich nicht mehr so unsicher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
37 Ich komme mit mir selbst schlechter aus.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
38 Ich kann das Ungemach des alltäglichen Lebens besser ertragen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
39 Ich habe keine Angst mehr, in einer Sache zu versagen, die mir gelingen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
40 Es macht mich nicht mehr so unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewußt gibt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
41 Ich liege nicht mehr im Kriegszustand mit mir selber.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
42 Ich habe immer größere Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

Code:

HYPNOSE-FEEDBACKBOGEN

Name: _____ Hypnoseseitzung Nummer: _____

1 = niedrigste Ausprägung des Merkmals z. B.: gar nicht zwiespältig, gar nicht zuversichtlich, gar nicht sicher...

10 = höchste Ausprägung des Merkmals z. B.: vollkommen zwiespältig, vollkommen zuversichtlich, vollkommen sicher...

Zum Rauchen:

Mein Kohlenmonoxidwert betrug heute: _____

Das Nikotinplaster habe ich benutzt: ja nein

Die Abstinenztage vor der ersten Hypnoseseitzung habe ich eingehalten: ja nein

Ich rauche nicht seit : _____ Tagen / Wochen.

Wenn Sie nicht rauchen, weiter mit „Wie stark ausgeprägt ist Ihre...“

Ich habe nicht aufgehört, zu rauchen.

Ich rauche wieder seit: _____ Tagen / Wochen.

Wieviele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich am Tag? _____

Finden Sie es schwierig, Rauchverbote z. B. in Kinos oder anderen öffentlichen Gebäuden einzuhalten?

ja nein

Welche Zigarette im Verlauf eines Tages ist Ihnen am wichtigsten? die erste am Morgen andere

Rauchen Sie mehr während der ersten Stunden nach dem Erwachen als während des übrigen Tages?

ja nein

Rauchen Sie auch, wenn Sie krank im Bett liegen müssen? ja nein

In welchem Zeitraum nach dem Erwachen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

Innerhalb von: 5 Min 6-30 Min. 31-60 Min. Nach über 60 Min.

Wie stark ausgeprägt ist Ihre Absicht, aufzuhören / abstinent zu bleiben? 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Wie sicher sind Sie, daß Sie es schaffen, aufzuhören / abstinent zu bleiben? 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Wie zwiespältig sind Ihre Gefühle bei dem Gedanken, nie mehr zu rauchen? 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Fühlen Sie sich von Familie/Freunden in Ihrem Aufhörvorhaben unterstützt? 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Woran merken Sie oder haben Sie bemerkt, daß für Sie der richtige Zeitpunkt, aufzuhören, da ist?

Zur Behandlung allgemein:

Die Sitzung heute hat mich zufriedengestellt 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Ich habe mich in der Gruppe wohl gefühlt 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Ich fühle mich von den Therapeutinnen verstanden 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Ich sehe Möglichkeiten, anders zu handeln 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

Haben Sie Kontakt zu einem anderen Mitglied der Gruppe aufgenommen (Patenschaft)? ja nein

Anhang IV

Kohlenmonoxidmessung

**Gerätebeschreibung
CO-Graphik**

Bedienungsanleitung

EC50 MICRO III Smokerlizer

Handmessgerät zur Bestimmung des
CO-Gehaltes in der Atemluft

Bedfont Scientific Ltd
Bedfont House
Holywell Lane
Upchurch, Kent, ME9 7HN
England
Tel: (+44)01634 375614
Fax: 378980

BEDIENUNGSANLEITUNG IN JEDEM FALL VOR NUTZUNG DURCHARBEITEN

Inhalt

1. Der EC50 Micro Smokerlizer
2. Korrelation CO/COHb
3. Beschreibung der Ausrüstung
4. Darstellung und Funktionen
5. Bedienung
6. Kalibrierung
7. Was tun wenn ...
8. Technische Daten
9. Literatur-Hinweise
10. Garantie

- 1 -

EINFÜHRUNG

1. Der EC50 Micro Smokerlizer

Herzlichen Glückwunsch zur Anschaffung Ihres EC50 Smokerlizers! Sie sind nun in Besitz des wohl bedienerfreundlichsten Gerätes zur präzisen und schnellen Analyse von CO in der Ausatemluft und COHb-Gehalt im Blut.

Eine klare und übersichtliche Darstellung sorgt dafür, daß Sie in kürzester Zeit Meß-resultate vorliegen haben, die Auskunft über eine mögliche CO-Vergiftung geben.

2. Korrelation CO (ppm) / COHb (%)

Kohlenmonoxid ist ein toxisches, farb- und geruchloses Gas. Es entsteht durch unvollständige Verbrennung anorganischen Materials bei hohen Temperaturen bei zu geringer Sauerstoffzufuhr. Inhalieretes CO verbindet sich sehr viel schneller mit dem Hämoglobin als Sauerstoff, bildet dabei COHb und behindert damit sehr stark den Sauerstofftransport.

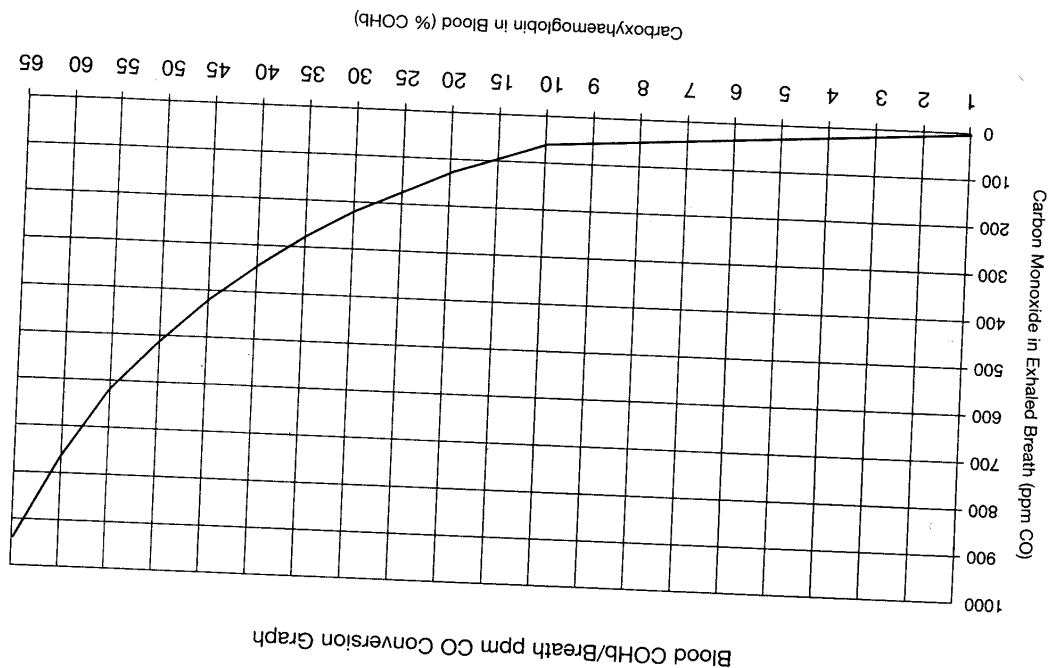
CO verweilt bis zu 24 Stunden im Blut, abhängig von einer Reihe unterschiedlicher Einflußfaktoren, z.B. Geschlecht, körperlicher Aktivität und Inhalations-Intensität. Die Halbwertszeit beträgt etwa 5 Stunden.

Bei der Exhalation wird CO in ppm (parts per million) gemessen; die Bildung von COHb im Blut wird in % dargestellt. Da eine enge Korrelation zwischen dem gemessenen CO in der Ausatemluft und dem gebildeten COHb besteht, mißt der EC50 Smokerlizer den CO-Gehalt in der Atemluft und durch Drücken einer Taste kann dieser Wert automatisch in %COHb konvertiert werden.

Durch klinische Versuche wurde nachgewiesen, daß eine nutzbare Abhängigkeit zwischen CO und COHb dan gegeben ist, wenn die Testperson die Atemluft eine kurzeZeit anhält bevor diese in das Gerät geblasen wird.

Der CO-Gehalt in der Ausatemluft zeigt dann den Grad des toxischen CO an, die COHb-Anzeige macht deutlich, wieviel Prozent des Sauerstoffs im Blut durch CO ersetzt worden sind.

Amliche Einschätzungen gehen davon aus, daß eine Exposition in mehr als 50 ppm CO bei einer Dauer von mehr als 8 Stunden als gesundheitsschädlich einzuschätzen ist.



- 2 -

- 3 -

3. BESCHREIBUNG DER AUSRÜSTUNG

1. Smokerlyzer mit LCD Anzeige und integriertem Sensor
2. T-Standard-Probennehmer
3. Einmal-Papp-Mundstücke
4. Kalibrier-Adapter
5. Justier-Schraubenzieher
6. Batterie
7. Bedienungsanleitung
8. Schutz- und Transportkoffer (optional)

4. DARSTELLUNG UND FUNKTIONEN

Die LCD-Anzeige kann drei Ziffern angeben, ein Batterie-Symbol und das „ppm“-Zeichen. Es stellt den beim Patienten gemessenen CO-Wert in ppm, bzw. den sich daraus ableitenden %-COHb-Wert dar. Ausserdem zählt es einen 15-Sekunden-„Count-down“, die Zeit, die der Proband die inhalierte Luft einhalten sollte.

Das Gerät verfügt außerdem über Leuchtanzeigen, die dem Probanden ohne Verzug seine Raucher-Gewohnheiten vor Augen führen:

- 0-10 ppm (Nichtraucher) - grüne Anzeige leuchtet auf
- 11-20 ppm (leichter Raucher) - orangene Anzeige leuchtet auf
- 21 + ppm (starker Raucher) - rote Anzeige leuchtet auf

Die Auto-Zero-Taste ermöglicht es, das Gerät vor jedem Gebrauch auf die Null-Basis zu bringen um damit eine präzise Messung zu gewährleisten.

Das Gerät mißt den CO-Gehalt des zuletzt eingeblasenen Atems. Der höchste gemessene Wert wird automatisch „eingefroren“. Durch Drücken der schwarzen %-Taste wird auf dem Display das entsprechende %-COHb-Niveau sichtbar. Auf diese Weise können sowohl COHb- als CO-Niveau in einer einzigen Operation präzise gewonnen und sichtbar gemacht werden.

- 4 -

- 4 -

5. BEDIENUNG

Schritt 1:

Stellen Sie sicher, daß die Batterie richtig eingesetzt ist. Falls Sie einen hörbaren Alarm benötigen, stellen Sie bitte den Schalter mit den Notensymbolen in die richtige Stellung.

Gerät an ON/OFF-Schalter einschalten (ON). Wenn Batterie-Symbol erscheint, so ist die Batterie leer; Sie muß ausgetauscht werden. Dafür ist das Gerät auszuschalten und der Schieberdeckel des Batteriefachs zu öffnen.

Schritt 2:

Nach dem Einschalten zeigt das Display 888, gefolgt von einer sinkenden ppm-Anzeige.

Schritt 3:

Warten Sie, bis LCD-Anzeige stabil ist.

Drücken und halten Sie den roten ZERO-Knopf, bis im Display Set erscheint, gefolgt von CAL und schließlich GO (ca. 3 Sek.). ZERO-Knopf loslassen.

Schritt 4:

Setzen Sie den T-Probennehmer mit Einmal-Mundstück in die dafür vorgesehene Öffnung. Stellen Sie sicher, daß alle Teile fest zusammengedrückt sind, um Leckagen zu vermeiden.

Schritt 5:

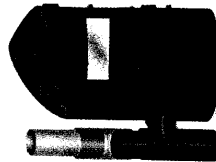
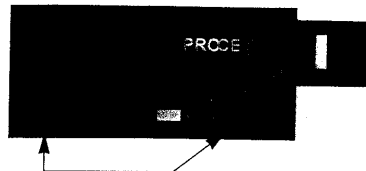
Drücken Sie den grünen GO-Knopf innerhalb von 2 Minuten; lassen Sie den Patienten die Luft für 15 Sekunden einhalten (automat. count-down des Gerätes) und ihn

ausblasen und dabei seine Lungen so weit wie möglich leeren

- nur dann ist eine zuverlässige Messung möglich. Eine zu starke Exhalation beeinträchtigt die Ventile und kann zu verfälschten Ergebnissen führen.

Wird der grüne Knopf nicht innerhalb zwei Minuten nach dem GO-Display gedrückt, so erscheint dort Err, gefolgt von einer Echtzeitmessung. Ist dies unerwünscht, grünen GO-Knopf drücken und wie beschrieben fortfahren.

- 5 -



- 6 -
6. KALIBRIERUNG

Um einwandfreie Messungen sicherzustellen wird eine Kalibrierung im 6-Monatsabstand empfohlen.

Schritt 1:
Gerät einschalten. Bei Erscheinen des Batterie-Symbols (=schwache Batterie) Batterie fachgerecht tauschen.

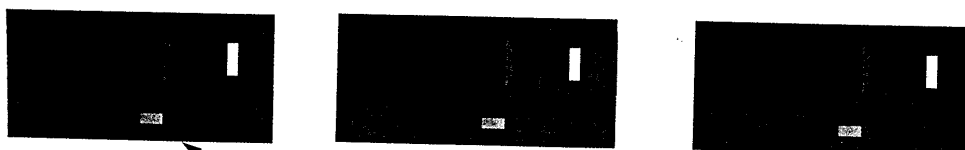
Schritt 2:
Das Display zeigt 888, gefolgt von einer sinkenden ppm-Anzeige.

Schritt 3:
Warten Sie, bis LCD-Anzeige stabil ist (Sensor ist dann warm);
drücken und halten Sie den roten ZERO-Knopf, bis im Display Set erscheint, gefolgt von CAL und schließlich GO (ca. 3 Sek.) oder NEG. ZERO-Knopf loslassen.

Schritt 4:
Stellen Sie sicher, daß Multi-Ventil geschlossen ist, dann drehen Sie die Flasche mit Kalibriergas in das Ventil. (ACHTUNG: von ggfs leichtem Zischen nicht erschrecken lassen - weiterdrehen!)

Schritt 5:
Den Schlauch des Multi-Ventils auf Kalibrier-Adapter stecken (Anwärmen des Schlauchendes hilft dabei).

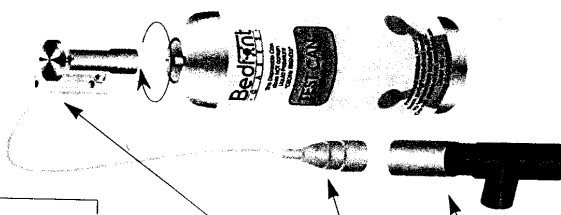
Schritt 6:
Der Adapter wird anstelle eines Mundstückes in den T-Proben-Nehmer gesteckt. (HINWEIS: lassen Sie für weitere Kalibrierungen Ventil, Adapter und T-Stück montiert zusammen)



- 5 -
ACHTUNG: Probanden mit pulmonalen Erkrankungen sind u.U. nicht in der Lage, ihren Atem 15 Sekunden einzuhalten
In diesem Fall den 15 Sekunden „count-down“ auslösen, warten Sie bis auf dem Display eine Null-Anzeige erfolgt, weisen Sie Ihren Probanden an, einzuatmen und seinen Atem so lang wie es ihm möglich einzuhalten.
Das Ausatmen durch den Mund über den Probennehmer erfolgt wie zuvor beschrieben.

Schritt 6:
Das Display zeigt blinkend steigende ppm-Werte. Der Wert wird konstant angezeigt, wenn der gemessene Wert nicht mehr steigt. Dieser Wert wird gespeichert, bis Sie ihn löschen (siehe Schritt 7).

Schritt 7:
Wenn Sie weitermessen möchten: entfernen Sie den Probennehmer, drücken Sie kurz den grünen GO-Knopf und lassen Sie ihn wieder los. Geben Sie dem Gerät die Zeit, auf einen Wert unter 2ppm zu fallen. Drücken Sie kurz den roten ZERO-Knopf bis GO erscheint, fahren Sie mit Messung fort, wie ab Schritt 4 beschrieben.



-7-

Schritt 7:
Drücken Sie grünen GO-Knopf bis 0:15 erscheint, was den 15 Sek. „count-down“ anzeigt.

Schritt 8:
Nach dem Count-down sollte 0 ppm auf dem Display erscheinen. Falls nicht, von Schritt 1 an wiederholen. Wenn 0 ppm erscheint, kann Kalibrierung beginnen.

Schritt 9:
T-Stück mit angeschlossenem Ventil und Gasflasche in Gerät einschieben. Achten Sie auf feste Verbindungen, vermeiden Sie damit Leckagen.

Schritt 10:
Ventil vorsichtig öffnen. Soviel Gas durchfließen lassen, dass Durchflussmenge = 0,5 l / Min (Metall-Kugel an unterer Markierung des Flussmessers)

Schritt 11:
Lassen Sie das Gas etwa 1 1/2 Min. fließen und achten Sie dabei auf die Durchflussmenge (ggfs regulieren).

Schritt 12:
Wenn sich nach dieser Zeit die LCD-Anzeige nicht bei 50 ppm befindet: grünen GO-Knopf kurz drücken, loslassen und dann mit dem Justier-Schraubenzieher durch Drehen der Eichschraube dafür sorgen, dass eine Anzeige von 50 ppm erscheint (Drehung im Uhrzeigersinn senkt die Anzeige, entgegen dem Uhrzeigersinn erhöht sie).

-8-

Schritt 13:
Schließen Sie das Ventil und entfernen Sie das T-Stück aus dem Gerät.

Schritt 14:
Multiventil von Gasflasche drehen. Bei aufgeschraubtem Ventil leert sich u.U. allmählich die Gasflasche!

Schritt 15:
Vor dem nächsten Gebrauch sollte der Gastrolzer zumindest 2 Minuten ruhen.

Z. WAS TUN WENN...

keine Anzeige erfolgt, obwohl neue Batterien im Gerät?
Senden Sie das Gerät an Ihre Bedfont-Vertretung. Versuchen Sie auf keinen Fall, den möglichen Fehler selbst zu beheben.

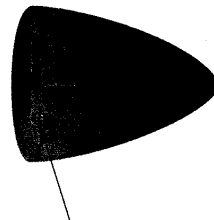
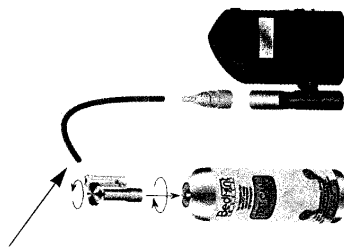
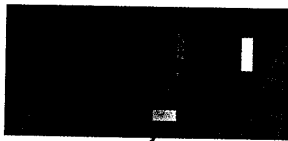
unerklärliche oder schwankende Anzeige erfolgt?
Überprüfen Sie die Batterie: schalten Sie das Gerät aus und wieder ein; wenn das Batterie-Symbol gezeitigt wird, ist die **Batterie bei ausgeschaltetem Gerät auszutauschen.**

stets sehr niedrige oder gar keine Anzeige erfolgt?
Überprüfen Sie die Flatter-Ventile des Probennehmers. Durch den Gebrauch von Desinfektionsmitteln leiden die Ventile und können zukleben. Versuchen Sie nicht, die Ventile zu reparieren, sondern wechseln Sie den Probennehmer aus.
Wenn nach Probennehmer-Tausch keine Änderung: senden Sie das Gerät an die Bedfont-Vertretung.

Batterie-Symbol auf dem LCD erscheint?
Schalten Sie das Gerät aus und tauschen Sie umgehend die Batterie gegen eine neue gleichen Typs aus.
Eine Ersatzbatterie sollten Sie immer griffbereit halten.

Gerät heruntergefallen ist oder Feuchtigkeit ausgesetzt war?
senden Sie es umgehend an Ihre Bedfont-Vertretung

-9-



- 9 -

- * VERMEIDEN SIE UNTER ALLEN UMSTÄNDEN, DASS DER SENSOR MIT FEUCHTIGKEIT IN BERÜHRUNG KOMMT!
- * DER SENSOR IST ABGEKAPSELT - ER BENÖTIGT KEINE STERILISIERUNG!
- * VERSUCHEN SIE NICHT, DEN SENSOR SELBST ZU WECHSELN ODER ZU MODIFIZIEREN!

8. TECHNISCHE DATEN

Meßbereich:	0 - 500 ppm
Durchflußmenge bei Kalibrierung:	0,5 l / min
Analyseesystem:	elektrochemischer Sensor
Abweichung:	± 5 % von Meßwert
Abweichung bei Wasserstoff:	< 7,5 % vom Meßwert
Abweichung bei Alkohol:	vernachlässigbar
Anzeige:	L C D
Energieversorgung:	9V -PP3-Batterie
Aufwärmzeit:	unter 120 Sekunden
Reaktionszeit:	unter 30 Sekunden
Drift:	typisch < 5 % Signalverlust pro Monat
Arbeitstemperatur:	0 - 40 °C
Arbeits-Luftfeuchtigkeit:	0 - 100 %
Sensor-Lebensdauer:	2-3 Jahre, 6 Monate Garantie
Sensor-Empfindlichkeit:	1 ppm
Abmessungen:	63 x 85 x 144 mm hoch
Gewicht (einschl. Batterie):	ca. 225 g
Gehäuse:	Kunststoff
empfohlene Raumtemperatur:	0 - 30 %
Zertifizierungen:	EN46002 ; CE-Kennzeichnung gem. MPG 93/42/EEC, Anlage V; <u>Zertifikat-Nr.: CE 01469</u>

Bedfont-General-Vertretung für Deutschland:

NEOMEA

NEOMED Medizintechnik
Handels-GmbH
TechnologiePark Köln

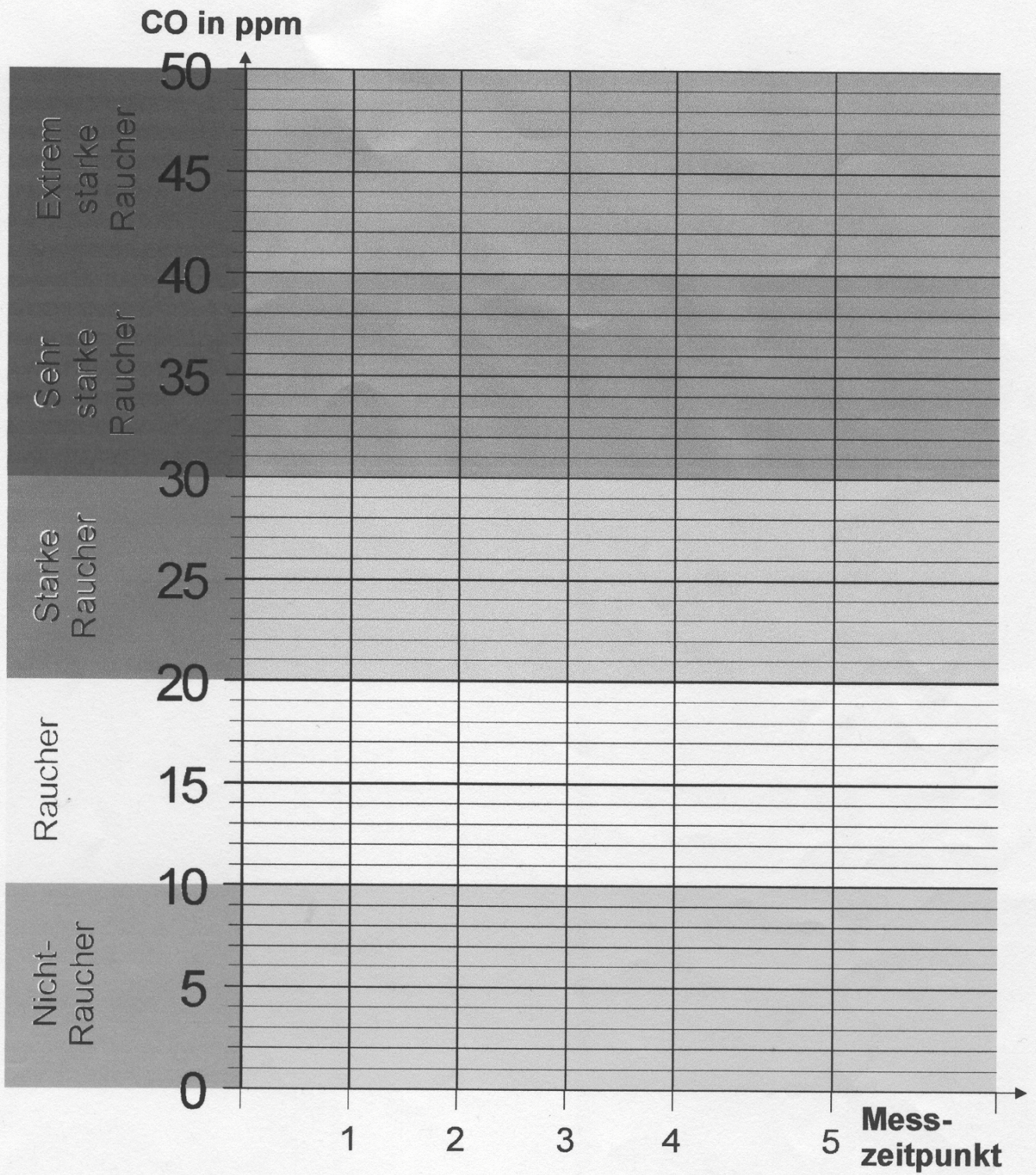
Eupener Str. 137
50933 Köln

technisches Verkaufsbüro:
NEOMED Medizintechnik
Handels-GmbH
Hannengasse 9

41352 Korschenbroich I

Tel.: 02161 - 644.219
Fax: 02161 - 644.746

Name _____ von _____ bis _____



Messung:	1	2	3	4	5
Datum:					

Anhang V

Nicotinell

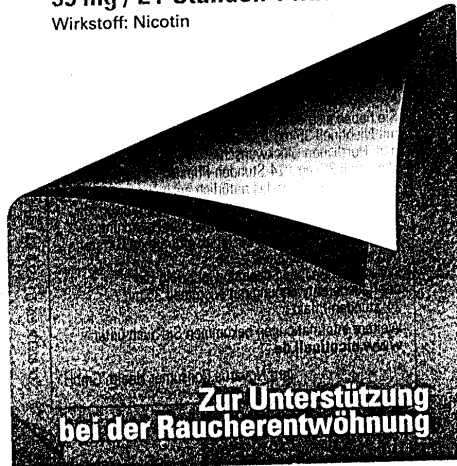
Liebe Patientin, lieber Patient!
Bitte lesen Sie folgende Gebrauchsinformation aufmerksam, weil sie wichtige Informationen darüber enthält, was Sie bei der Anwendung dieses Arzneimittels beachten sollen. Wenden Sie sich bei Fragen bitte an Ihren Arzt oder Apotheker.

Gebrauchsinformation

Nicotinell®

35 mg / 24-Stunden-Pflaster

Wirkstoff: Nicotin



Gegenanzeigen

Wann dürfen Sie Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster nicht anwenden?

Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster **darf nicht** angewendet werden bei bekannter Überempfindlichkeit gegenüber Nicotin oder einem Bestandteil des Pflasters, allgemeinen Hauterkrankungen, nichtstabiler oder sich verschlechternder Verengung der Herzkranzgefäße (Angina pectoris), Zustand unmittelbar nach Herzinfarkt, schweren Herzrhythmusstörungen, vor kurzem aufgetretener Schlaganfall.

Nichtraucher und Gelegenheitsraucher **dürfen** Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster **nicht** anwenden.

Wann dürfen Sie Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster erst nach Rücksprache mit Ihrem Arzt anwenden?
Im folgenden wird beschrieben, wann Sie Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster nur unter bestimmten Bedingungen und nur mit besonderer Vorsicht anwenden dürfen. Befragen Sie hierzu bitte Ihren Arzt. Dies gilt auch, wenn diese Angaben bei Ihnen früher einmal zuträfen.
Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster **soll nicht** angewendet werden bei stabiler Verengung der Herzkranzgefäße (Angina pectoris), älterem Herzinfarkt, Hirngefäßerkrankungen, Durchblutungsstörungen an Armen oder Beinen (z.B. „Raucherbein“), stark erhöhtem Blutdruck, Herzmuskelschwäche, Nieren- und Leberstörungen, Überfunktion der Schilddrüse, Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) sowie Magenschleimhautentzündung und akuten Magen- und Darm-Geschwüren. In diesen Fällen sollten Sie vor der Anwendung von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster mit Ihrem Arzt sprechen. Die Risiken des Weiterr Rauchens sind in diesem Fall gegen das Risiko der Nicotin-Ersatz-Therapie abzuwägen.

Was müssen Sie in der Schwangerschaft und Stillzeit beachten?

Während der Schwangerschaft und Stillzeit **darf** Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster **nicht** angewendet werden.

Was ist bei Kindern und älteren Menschen zu berücksichtigen?

Kinder **dürfen nicht** mit Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster behandelt werden.
Über die Anwendung von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster bei Patienten unter 18 Jahren liegen keine Erfahrungen vor. Über die Anwendung von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster bei Rauchern über 65 Jahren liegen nur beschränkte Erfahrungen vor, jedoch scheint die Wirksamkeit und Verträglichkeit in dieser Altersgruppe unproblematisch zu sein.

Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und Warnhinweise

Welche Vorsichtsmaßnahmen müssen beachtet werden?
Kindersicherheitshinweis
Jedes Pflaster Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster ist aus folgenden Gründen in einem kindersicheren Beutel eingeschiegelt:

Nicotin ist eine hochgiftige Substanz. Auch in einer Dosierung, die für Erwachsene während der Behandlung mit Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster durchaus verträglich ist, kann Nicotin bei kleinen Kindern zu schweren Vergiftungserscheinungen führen, d.h. das spielerische Aufkleben von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster kann, wenn es nicht rechtzeitig bemerkt wird, für Kinder tödlich sein. Deshalb muß Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster jederzeit für Kinder unerreikbaar aufbewahrt werden.
Nach Entfernen des Pflasters von der Haut halten Sie es in der Mitte mit der Klebeschicht nach innen so zusammen, daß die beiden Hälften miteinander verkleben. Wählen Sie für die Beseitigung einen Ort, an dem es für Kinder unerreikbaar ist.

Wechselwirkungen

Welche anderen Arzneimittel beeinflussen die Wirkung von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster?
Beachten Sie bitte, daß diese Angaben auch für vor kurzem angewandte Arzneimittel gelten können.
Wechselwirkungen zwischen Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster und Arzneimitteln sind nicht

Zusammensetzung

Arzneilich wirksamer Bestandteil:
1 Pflaster (Fläche: 20 cm²) enthält 35 mg Nicotin.
Durchschnittliche Wirkstoff-Freigabe auf der Haut 14 mg / 24 Stunden.

Sonstige Bestandteile:
Acrylat/Vinylacetat/Methacrylat-Copolymer; Methacrylat-Copolymer; Glyceroltrifettsäureester; Polyethylenterephthalat, aluminiumbeschichtet; Viskose/Baumwoll-Vlies.

Darreichungsform und Inhalt

7 Pflaster/N1
14 Pflaster/N2
21 Pflaster/N3

Nicotinhaltige Pflaster zur Unterstützung bei der Raucherentwöhnung

Novartis Consumer Health GmbH
81366 München
Zielstattstraße 40, 81379 München
Telefon (089) 78 77-0
Telefax (089) 78 77-444

Anwendungsgebiete

Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster wird zur Unterstützung bei der Raucherentwöhnung unter ärztlicher Betreuung oder im Rahmen von Raucherentwöhnungsprogrammen angewendet.

Hinweis:

Mit Beginn und während der Behandlung mit Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster ist das **Rauchen vollständig einzustellen** sowie auch jede weitere Nicotinzufuhr (z.B. Nicotin-Kaugummi) zu vermeiden, da es ansonsten vermehrt zu unerwünschten Wirkungen kommen kann. Unter anderem können schwere Herz-Kreislauf-Reaktionen bis hin zum Herzinfarkt auftreten.

bekannt. Rauchen jedoch kann wegen bestimmter anderer im Rauch enthaltener Bestandteile die Wirkungen einer Reihe von Arzneimitteln verändern. Wenn Sie mit Hilfe von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster das Rauchen aufgeben, entfällt dieser Einfluß. Es ist möglich, daß dann bei den betreffenden Arzneimitteln eine Dosisanpassung erforderlich wird.

Daher sollten Sie, wenn Sie eines oder mehrere der folgenden Arzneimittel einnehmen, Ihren Arzt darauf hinweisen: Coffein, Theophyllin, Paracetamol, Phenazon, Phenylbutazon, Pentazocin, Lidocain, Benzodiazepine, trizyklische Antidepressiva, Warfarin, Estrogen und Vitamin B₁₂. Weitere Effekte des Rauchens sind die Verringerung der schmerzstillenden Wirksamkeit von Propoxyphen, die Verringerung der harntreibenden Wirkung von Furosemid, eine Veränderung des Wirkeffekts von Propranolol und veränderte Ansprechquoten in der Behandlung von Magen- und Darmgeschwüren mit H₂-Antagonisten. Durch Rauchen und durch Nicotin können die Blutspiegel des Cortisols und der Katecholamine (Adrenalin und Noradrenalin) erhöht werden. Möglicherweise ist eine Dosierungsanpassung von Nifedipin und Nervenrezeptoren anregende (adrenerge Agonisten) oder Nervenrezeptoren bremsende (adrenerge Antagonisten) Substanzen erforderlich.

Dosierungsanleitung, Art und Dauer der Anwendung

Die folgenden Angaben gelten, soweit Ihnen Ihr Arzt Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster nicht anders verordnet hat. Bitte halten Sie sich an die Anwendungsvorschriften, da Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster sonst nicht richtig wirken kann!
Bei Beginn der Behandlung mit Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster **müssen** Sie mit dem Rauchen ganz aufhören.
Die Nicotinell-Pflaster stehen in drei Dosisstärken zur Verfügung (Nicotinell 17,5 mg/ – 35 mg/ – 52,5 mg/ 24-Stunden-Pflaster). Im allgemeinen ist **Nicotinell 35 mg, 24-Stunden-Pflaster** für Raucher mit einem Zigarettenkonsum bis zu 20 Zigaretten täglich ausreichend. Nicotinell 52,5 mg / 24-Stunden-Pflaster ist für Raucher mit einem Zigarettenkonsum von mehr als 20 Zigaretten täglich vorgesehen.

Entsprechend dem bisherigen Zigarettenkonsum soll die Behandlung mit **Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster** oder Nicotinell 52,5 mg / 24-Stunden-Pflaster begonnen und dann stufenweise reduziert werden. Mindestens eine Woche sollten Sie eine Pflastergröße beibehalten, ehe Sie auf die nächst kleinere Größe wechseln. Für eine Verringerung des Nicotinersatzes gegen Ende der Behandlung ist Nicotinell 17,5 mg / 24-Stunden-Pflaster geeignet.

Wieviel von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster und wie oft sollten Sie Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster anwenden?

Soweit nicht anders verordnet, kleben Sie täglich ein Pflaster **Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster** auf und belassen es 24 Stunden auf der Haut. Durch die Wahl des Pflasters kann die Dosierung je nach individueller Reaktion angepaßt werden; sie kann beibehalten oder – falls Entzugssymptome auftreten – erhöht werden.

Nicotinell kann in Verbindung mit verschiedenen Raucherentwöhnungsprogrammen, Selbstmotivation oder Verhaltenstherapie eingesetzt werden. In diesen Fällen sollte die Dosierung und Anwendung auch an das jeweilige Programm angepaßt werden.

Eine Dosierungsanpassung kann nicht durch Zerschneiden eines Pflasters erreicht werden. Es kann beim Zerschneiden zu einer Abnahme der Wirksamkeit kommen, die über die Reduzierung der Klebefläche hinausgeht.

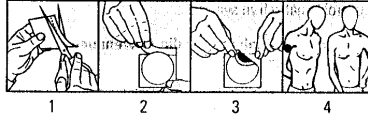
Wie und wann sollten Sie Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster anwenden?

Jedes Pflaster von **Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster** ist einzeln in einen kindergesicherten luftdichten Beutel eingeschlossen.

Schneiden Sie den Beutel mit einer Schere entlang der gestrichelten Linie auf (Abb. 1), und nehmen Sie das Pflaster heraus. Nachdem Sie den angeschnittenen Rand der aluminiumfarbenen Schutzfolie entfernt haben (Abb. 2), halten Sie das Pflaster am Rand fest und ziehen die aluminiumfarbene Schutzfolie von der Schnittstelle langsam ab (Abb. 3).

Kleben Sie das Pflaster auf eine gesunde, unbehaarte, trockene und saubere (keine Lotion,

Alkohol oder Salbenreste usw.) Hautstelle auf, bevorzugt am Oberarm (Innen- oder Außenseite) (Abb. 4). Andere Körperstellen zum Anbringen sind der Schulterbereich oder die obere Hüfte. Das Pflaster soll 10–20 Sekunden lang mit der Handfläche angedrückt werden. Keinesfalls sollte die gleiche Hautstelle an aufeinanderfolgenden Tagen für das Aufkleben des Pflasters benutzt werden, d.h. ein täglicher Wechsel der Hautstelle ist **unbedingt** einzuhalten.



Wie lange sollten Sie Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster anwenden?

Die Entwöhnung geht schrittweise voran. Wenn Sie bisher mehr als 20 Zigaretten pro Tag geraucht haben, wenden Sie zuerst für die Dauer von 4 Wochen Nicotinell 52,5 mg / 24-Stunden-Pflaster (1 stark) an, dann 4 Wochen lang **Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster** (2 mittel) und zum Ausklingen 3–4 Wochen Nicotinell 17,5 mg / 24-Stunden-Pflaster (3 leicht). Wenn Sie bisher weniger als 20 Zigaretten pro Tag geraucht haben, können Sie bis zu 8 Wochen **Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster** anwenden, dann 3–4 Wochen Nicotinell 17,5 mg / 24-Stunden-Pflaster. Die Anwendungsdauer kann insgesamt bis zu 3 Monate betragen. Über Behandlungszeiten von insgesamt mehr als 3 Monaten und über Dosierungen von mehr als 1 Pflaster Nicotinell 52,5 mg / 24-Stunden-Pflaster pro Tag liegen keine Untersuchungen vor.

Anwendungsfehler und Überdosierung

Was ist zu tun, wenn Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster in zu großen Mengen angewendet wurde (beabsichtigte oder versehentliche Überdosierung)? Nicotin kann in höheren als den empfohlenen Dosierungen Vergiftungserscheinungen unter-

schiedlich starker Ausprägung hervorrufen. Bei Anzeichen einer Überdosierung wie Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Hör- und Sehstörungen, Blässe, Schweißausbruch, Verwirrtheit, Schwäche und Zittern muß Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster sofort von der Haut entfernt und umgehend ein Arzt verständigt werden.

Nebenwirkungen

Welche Nebenwirkungen können bei der Anwendung von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster auftreten?

Grundsätzlich können unter Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster ähnliche Nicotin-Nebenwirkungen (Kopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Zunahme der Herzschlagfolge, vorübergehende leichte Blutdrucksteigerung) auftreten, wie sie beim Rauchen zu beobachten sind. Allerdings kann man davon ausgehen, daß diese Nebenwirkungen unter der Behandlung mit Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster durch die niedrigeren Spitzenwerte der Nicotinkonzentration im Blutplasma weniger stark ausgeprägt sind als beim Rauchen. Beim Rauchen treten neben den Nicotin-Effekten zusätzliche Risiken durch die bekannten schädigenden Einflüsse von Kohlenmonoxid und Teer auf.

Die am **häufigsten** aufgetretenen unerwünschten Wirkungen von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster sind Hauterscheinungen an der Aufklebestelle. Zu den Hauterscheinungen gehören Rötungen oder Juckreiz, aber auch Schwellungen, brennendes Gefühl, Blasenbildung, Hautausschlag und Zwicken an der Aufklebestelle. Die meisten dieser Reaktionen waren leichter Natur und bildeten sich innerhalb von 48 Stunden wieder zurück. In schweren Fällen hielten Rötungen und Schwellungen 1–3 Wochen an. Wesentliche Hautreaktionen traten 3–8 Wochen nach Beginn der Behandlung auf. In Einzelfällen erstreckten sich die Hauterscheinungen auch über die Aufklebestelle hinaus.

Wenn Sie von sich wissen, daß Sie auf Heftpflaster empfindlich reagieren, sollten Sie während der ersten Tage der Behandlung sorgfältig auf das Auftreten von Hauterscheinungen achten. Falls Sie deutliche Rötungen oder Schwellungen der Haut an der Aufklebestelle beobachten, sollten Sie das Pflaster an einer

anderen Körperregion anbringen. Bleiben auch dann die Hautreizungen bestehen, sollte die Behandlung abgebrochen werden.

Ebenfalls **häufig** traten Kopfschmerz sowie Erkältungs- und grippeartige Anzeichen auf.

Gelegentlich wurden Schlaflosigkeit, Übelkeit, Muskelschmerz, Schwindel, Bauchschmerzen, Verdauungsstörungen, Verstopfung, Durchfall, Überempfindlichkeitserscheinungen, Bewegungsstörungen, Husten, abnorme Träume, Schläfrigkeit, Konzentrationsstörungen, Erbrechen, Schmerzen im Brustbereich, Müdigkeit und Blutdruckveränderungen beobachtet.

Selten wurde beobachtet: Hitzewallungen, lokale Schwellung, Gewichtszunahme, Herzstolpern, Bluthochdruck, Herzklopfen, Magengeschwür, Mundtrockenheit, Blähungen, Zahnfleischentzündung, schluckartige Lymphknoten, Schilddrüsenstörung, schmerzhafte Lymphknoten, Geschmacksstörungen, Sehstörungen, Atemnot, Blasenentzündung, Empfindungsstörung (Parästhesie), Gedächtnisstörungen, Zuckungen, Verwirrung, Erregung, Appetitsteigerung, Wadenkrämpfe, Migräne, Juckreiz, verstärktes Schwitzen, Nesselsucht, Akne.

In **Einzelfällen** wurde über Nesselsucht, Haut- und Schleimhautschwellungen (angioneurotisches Ödem) und Atemnot berichtet.

Allergische Reaktionen: Bei einigen Patienten trat bei der Verwendung von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster eine Kontaktsensibilisierung auf. Bei diesen Patienten kann es bei weiterer Verwendung von nicotinhaltigen Produkten oder beim Weiterrauchen zu allergischen Reaktionen kommen.

Wenn Sie Nebenwirkungen bei sich beobachten, die nicht in dieser Packungsbeilage aufgeführt sind, teilen Sie diese bitte Ihrem Arzt oder Apotheker mit.

Welche Gegenmaßnahmen sind bei Nebenwirkungen zu ergreifen?

Bei Anzeichen von unerwünschten Reaktionen, die Sie beeinträchtigen, sollten Sie zur Sicherheit das Pflaster von der Haut entfernen und mit einem Arzt Ihres Vertrauens weitere Behandlungsmaßnahmen besprechen.

Hinweise und Angaben zur Haltbarkeit des Arzneimittels

Das Verfallsdatum dieser Packung ist außen aufgedruckt. Verwenden Sie diese Packung nicht mehr nach diesem Datum!

Wie ist Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster aufzubewahren?
Nicht über +25°C aufbewahren!

Stand der Information

Juli 1999

Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren!

Das Packungsbild und der Name von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster (vorher Nicotinell TTS 20) wurden geändert. Die bewährte Wirkung von Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster bleibt unverändert.

Lieber werdender Nichtraucher,

Sie haben sich entschlossen, eine Raucherentwöhnung mit Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster zu beginnen. Herzlichen Glückwunsch!

Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster ist ein wirksames Arzneimittel, das natürlich auch Nebenwirkungen haben kann. Sie sollten aber nicht vergessen, daß das Rauchen selbst unangenehme Nebenwirkungen hat, die durch ca. 3.800 im Tabak enthaltene Giftstoffe hervorgerufen werden.

Wir wünschen Ihnen deshalb viel Erfolg bei der Raucherentwöhnung mit Nicotinell 35 mg / 24-Stunden-Pflaster.

Weitere Informationen bekommen Sie auch unter **www.nicotinell.de**

Ihre Novartis Consumer Health GmbH

DE 602304 929 ZT1.A5Z.0 (031)412



Anhang VI

"Tipps & Tricks"

Tipps & Tricks

Diese Zusammenstellung wertvoller Tipps soll Ihnen zunächst das Durchstehen der ersten beiden Abstinenztage erleichtern – beherzigen Sie die Ratschläge jedoch am besten auch während der folgenden Wochen; die erste Nichtraucherzeit wird Ihnen damit auf jeden Fall leichter fallen.

Klein, aber oho! – Wichtige Sätze

1. Kleben Sie sich Sprüche an Stellen, an denen Sie sich jeden Tag aufhalten (Küche, Bad, Arbeitsplatz etc.) mit Leitsätzen, die Ihnen helfen können, z. B. Du schaffst es!! Oder: Ich will aufhören, weil ...
2. Prägen Sie sich genauso wichtige Sätze ein, die Sie sich sagen können, wenn Sie in einer Versuchungssituation sind, z. B. „Denk an Deinen rasselnden Atem.“ etc.
3. Schließen Sie Wetten oder Verträge mit Freunden oder Kollegen ab – die Wetteinsätze sollten sich dabei in realistischer Höhe bewegen. Fixieren Sie den Vertrag schriftlich, legen Sie die Bedingungen genau fest und hängen Sie ihn an die Wand.

Belohnung

4. Belohnen Sie sich immer wieder mit einer Kleinigkeit fürs Nichtrauchen.
5. Führen Sie einen Nichtraucherkalender, in den Sie die wachsende Zahl der rauchfreien Tage eintragen, hängen Sie ihn gut sichtbar auf und lassen Sie sich von Ihrer Familie oder Freunden für Ihr Durchhaltevermögen loben.
6. Wenn Sie einer Versuchungssituation erfolgreich widerstanden haben, belohnen Sie sich. Sagen Sie sich, wie stolz Sie auf sich sind.
7. Kleben Sie ein Nichtraucherschild auf eine Sparbüchse und werfen Sie jeden Tag das durchs Nichtrauchen ersparte Geld hinein. Stellen Sie die Dose gut sichtbar auf und kaufen Sie sich etwas davon, was Sie sich schon lange gewünscht haben. Oder eröffnen Sie ein Nichtraucher-Konto mit einem Dauerauftrag und überweisen Sie Ihr durchs Nichtrauchen ersparte Geld (eine Schachtel pro Tag entspricht: 1800,- DM im Jahr!!!) jeden Monat.
8. Sie haben nun viel mehr Zeit für Neues! Nutzen Sie Ihre neugewonnene Zeit, um persönliche Wünsche und Hobbys zu realisieren.

Vorsicht! – Gefährliche Situationen

9. Meiden Sie Orte und Situationen, die Sie mit dem Rauchen verbinden.
10. Räumen Sie Aschenbecher, Zigaretten, Feuerzeug und alles, was Sie sonst noch ans Rauchen erinnern könnte, beiseite.

11. Gestalten Sie Ihre traditionellen „Rauchzeiten“ um: Statt der Zigarette nach dem Essen machen Sie einen Spaziergang, in der Badewanne lesen Sie, anstatt zu rauchen ...
12. Besuchen Sie solche Plätze, an denen viel geraucht wird, wie Kneipen oder Skatabende, einige Zeit nicht.
13. Vermeiden Sie Getränke, die Lust auf Zigaretten machen, wie Kaffee oder Alkohol.
14. Überbrücken Sie Ihren Rauchwunsch mit zuckerfreiem Kaugummi, Pfefferminz oder Lakritze.
15. Erklären Sie Ihren Bekannten und Kollegen, daß Sie nicht mehr rauchen und keine Zigaretten mehr angeboten haben möchten. Bitten Sie um Verständnis dafür, daß zumindest die nächsten Wochen über in Ihrer Nähe nicht geraucht werden soll. Erklären Sie Ihre Wohnung zur rauchfreien Zone.

Gesundheit und Ernährung

16. Halten Sie sich möglichst wenig in geschlossenen Räumen auf: Bewegen Sie sich viel an der frischen Luft.
17. Sorgen Sie für ausreichend Schlaf und Entspannung; wenn Sie ein Entspannungsverfahren gelernt haben, wenden Sie es an.
18. Fangen Sie etwas Neues an! Besuchen Sie einen Volkshochschulkurs, fangen Sie mit Joggen, Tennis, Schwimmen an!! Sport ist nicht nur geeignet, eine Gewichtszunahme zu verhindern, sondern lindert auch die Nervosität, die Sie anfangs vielleicht manchmal erleben. Stellen Sie sich ihren Körper vor, wie er in ein paar Wochen sein wird!
19. Manche nehmen am Anfang 1 – 2 kg zu; wenn Sie einige Tips beachten, können Sie dem jedoch entgegenwirken. In der ersten Tagen sollten Sie immer eine kalorienarme Kleinigkeit zu essen, z. B. etwas Obst oder eine Karotte, bei sich haben. Trinken Sie vor jeder Mahlzeit viel Wasser oder ein anderes kalorienarmes Getränk. Ernähren Sie sich ausgewogen und vollwertig, hungern Sie auf keinen Fall, sondern essen Sie etwas, wenn Ihnen danach ist.

Stress

20. Wenn Sie das Gefühl haben, gestresst zu sein, atmen Sie einmal tief und ganz bewußt durch, lassen die den Atem langsam aus dem Brustkorb entweichen.
21. Denken Sie sich eine Geste aus, die nur Sie allein kennen. Wenn Sie dann in eine schwierige Situation kommen, wenden Sie ihre individuelle Geste an, anstatt zu rauchen.
22. Beginnen Sie in „traditionellen“ Rauchzeiten eine völlig andere Tätigkeit.

Pflaster

23. Wenn Sie ein Pflaster verwenden, benutzen Sie es wirklich genau nach beiliegender Gebrauchsanweisung während des dort angegebenen Zeitraums. Die Erfahrung lehrt, daß der Behandlungserfolg durch falsche Handhabung gefährdet wird.

Anhang VII

Suggestionen und Methaphern

Sitzung 1:

Themen: Vertrauen in die Hypnosebehandlung und in eigene Ressourcen

Erste Tranceerfahrung und Ratifizierung: Pendelübung
 Sicherer Ort und Wohlfühlkugel
 Vertiefung und Rückholanker
 Nutzung der Trance und Motivationsüberprüfung: "Im Wald und innerer Heiler"
 Schachtelgeschichte: Steinalme
 Reorientierung

Sitzung 2:

Themen: Ambivalenzen bearbeiten: Die Raucherseite zur Koalition bewegen, damit keine „Untergrundorganisation“ aus dem unbewußten Wunsch, weiter zu rauchen, entsteht. Versuch, die Raucher- und die Nichtraucherseite – welche beide im Grunde genommen etwas Gutes für den Klienten wollen- zu integrieren.

Sicherer Ort, Wohlfühlkugel und Rückholanker
 Magnetische Hände und Vertiefung
 Nutzung der Trance: Ambivalenzarbeit
 Ressourcenaktivierung: Adlermetapher
 Versuchungssituationen üben
 Reorientierung

Sitzung 3:

Themen: Endgültiges Loslassen und Zeitprogression zur Rückfallprophylaxe

Sicherer Ort, Wohlfühlkugel und Rückholanker
 Vertiefung
 Nutzung der Trance: "Im grünen Bereich und Begegnung mit dem Rauchwunsch"
 Malermethapher
 Nutzung der Trance: "Red Ballon und Schatzkästchen"
 Reorientierung

Sitzung 1:

Erste Tranceerfahrung und Ratifizierung: Pendelübung

Einführende Worte: Nicht nur bewußte Bemühungen helfen, weiterhin rauchfrei zu bleiben, sondern auch Ihr Unbewußtes wird Ihnen helfen, ganz sicher Nichtraucher zu bleiben. Hierfür machen wir jetzt eine Pendelübung...austeilen, Haltung erklären...fokussieren auf inneren Prozeß...direktiv auffordern: Kreisbewegung initiieren und Konzentration auf das Pendel, direkt die Bahn des Pendels verfolgen und die Vorstellung forcieren...nichts bewußt absichtlich tun dabei... Aufgehende Sonne... Ball... Karussell fahren... (Kindheitserinnerung)... Schauen Sie bitte Ihr Pendel genau an, richten sie Ihre ganze Wahrnehmung, Ihre ganze Aufmerksamkeit auf das Pendel. Und das Pendel kann beginnen zu schwingen, und es kann eine Kreisbewegung beschreiben, oder aber zuerst eher eine ungerichtete Bewegung beginnen, die sich erst später einschwingt... und es ist ganz gleichgültig, ob es ein kleiner Kreis ist, den man fast nicht bemerkt, oder ein großer, der immer größer wird. Und Sie können sich wundern, über diese Kraft, die da scheinbar von selbst kommt und es kann schön sein, diese neue Beweglichkeit zu sehen und zu fühlen und Sie können dabei in Trance gehen oder so tun, als wären Sie in Trance und Sie können darüber nachdenken, wohin Sie diese neue Beweglichkeit führen kann, wo Sie schon immer hin wollten, und wie viele Ziele oder Dinge in Ihrem Leben gibt, wofür sie diese neu entdeckte Kraft nutzen wollen. Und genauso wie das Unbewußte diese Kraft hat, so hat es auch das Wissen um den Weg, dieses Ziel zu erreichen, und Sie können das alles für sich nutzen, ohne Mühe und es kann sogar Spaß machen, daß es wie von selbst geht. Sie können genauso wie das Pendel schwingvoll das erreichen, was Sie sich vorgenommen haben. Und es können auch ganz kleine Bewegungen sein, in denen sich die große Kraft zeigt, die konzentriert ihre Ziele verfolgt... und es kann sein, daß das Unbewußte den Weg schon genau weiß und es kann Ihnen den Weg beschreiben, den Sie gehen werden. Und vielleicht wird es Ihnen zeigen, indem das Pendel sich hin- und her bewegt. Vielleicht wie das Pendel einer großen Uhr sich hin und her bewegt, wenn eine neue Zeit beginnt, oder wie eine Schiffschaukel auf dem Jahrmarkt, und es gibt viele Dinge die wieder neu entdeckt werden wollen und darauf warten, daß Sie sie genießen. Vielleicht aber beschreibt das Pendel auch eine andere Form der Bewegung... und Sie können staunen über diese Beweglichkeit. Und Sie können gleichzeitig den Gegensatz entdecken zwischen der Unbeweglichkeit, und dieser erfreulichen neuen Beweglichkeit, die Ihnen ganz neue Möglichkeiten und Räume eröffnet. Und genauso, wie das Pendel sich den Raum um sich herum erobert hat, können Sie neue Räume, die Sie schon lange erobern wollten, für sich gewinnen...und es kann genauso gut sein, daß äußerlich nichts zu sehen ist, während sich im Unbewußten schon sehr viel verändert hat, und genau weiß, wann es sich nach außen wendet. Und so wie sich Ihr Bewußtes entschieden hat, nicht mehr zu rauchen, weil Ihr Unbewußtes schon lange weiß, was für Sie gut ist, können Sie jetzt von alten Dingen Abschied nehmen und Ihr Pendel kann wieder in die ruhige Position des Aufbruchs stehen bleiben, um noch einmal zurückzuschauen und sich von alten Gewohnheiten, die Ihnen früher vielleicht einmal lieb waren, zu verabschieden. Gerade so wie der Abschied von einem Freund, der einen über lange Zeit ihres Lebens begleitet hat, aber irgendwann nicht mehr zu Ihnen paßte, und so wie alles seine Zeit hat, gibt es auch eine richtige Zeit, um Abschied zu nehmen. Und Sie können auf ihre ganz eigene Weise Abschied nehmen, Sie können sich vielleicht an die guten und an die schlechten Seiten dieses vergangenen Freundes entsinnen, und es ist wichtig, dem allem noch einmal nachzugehen um dann wirklich für immer Abschied zu nehmen und hinter sich lassen zu können.... und Sie werden ganz sicher sein, daß ihr Unbewußtes, das jetzt das Pendel bewegt hat auf diesem Weg des Abschiednehmens immer bei Ihnen sein wird und daß Sie einen starken Helfer an Ihrer Seite haben

Sicherer Ort und Wohlfühlkugel

Mit jedem Atemzug können Sie tiefer und tiefer entspannen, sich aus Ihrem Atem eine Wohlfühlkugel entstehen lassen, nehmen Sie die Farbe war, dieses Wohlfühlbereichs, der sich um sie erstreckt, atmen Sie den Duft ein, fühlen Sie... mit jedem Atemzug... mehr Sicherheit... mehr Wohlgefühl... Erinnerungen, die Ihnen gut tun, Ihnen diese Sicherheit geben....

Vertiefung und Rückholanker

Treppe, Fahrstuhl... mit Farben untermalen: und auf jeder Stufe wird die Luft besser, besser atmen

1 eins sein mit sich selbst

2 Seiten hat jede Tür

3 Schritte sind schon getan

4 Richtungen hat der Himmel

5 Finger an der Nichtraucherhand

und Sie spüren die Sicherheit, immer tiefer gehen zu können, neue, ungewöhnliche Erfahrungen zu machen, Mut dazu zu haben und dabei die Sicherheit, gut geführt zu werden und auch sich selbst ein guter Führer zu sein, Ihr Unbewußtes weiß ganz genau, welche neuen Wege gut für Sie sind, und wann immer etwas Ihnen nicht so gut tut, haben Sie Ihr Unbewußtes als starken Helfer, und Sie werden von selbst und mit Leichtigkeit wissen, welcher Weg der Richtige für Sie ist, und diesen Weg einschlagen, ganz von selbst, vorwärts, zurück und in immer genau die Richtung, die für Sie die Beste ist,... mit dieser Sicherheit fühlen Sie sich mutig und stark, haben Lust, etwas ungewöhnliches zu erleben und zu probieren... wie ein neues Gericht, das sie probieren, aber nicht aufessen müssen, wenn Sie nicht mögen, und mit dieser Sicherheit gehen Sie weiter und tiefer...

6 die Hälfte ist längst geschafft

7 ist eine magische Zahl

8 zwei Nullen aufeinander

9 wie eine umgedrehte sechs

10 wie eine halbe Packung Zigaretten

Nutzung der Trance und Motivationscheck: "Im Wald und innerer Heiler"

... können Sie jetzt tiefer wandern, während Sie tiefer in Trance gehen...eine neue Welt, die sich dort unten auftut... wie im Märchen...Und mit jedem Atemzug wird es Ihnen möglich sein, besser und besser zu atmen und die Luft mehr zu genießen... Sie können den Atem verfolgen bis zu Ihrer Lunge... Noch vor drei Tagen sah Ihre Lunge aus wie die Bäume nach einem Waldbrand - schwarz und scheinbar tot... tote Bäume... im Nebel... unklar, was der Nebel verschleiern soll... in angenehmer Betäubung und mit weichen Konturen.... oder... wie besinnungslos und, wenn der Nebel sich langsam lichtet, sich besinnen, was wirklich wichtig ist... auf die Stimme des Körpers hören, die Ihnen das sagen kann, was Ihnen gut tut... und das genau weiß, wie ein Baby, das wir alle mal waren., das schreit, wenn es Hunger hat und weiß, wann es satt ist, wann es reicht und genug ist und dann einfach aufhört... das ist gut, es so genau zu wissen, wann es reicht... und es ist so einfach, nur auf dieses innere Wissen zu hören, das Sie alle haben, das nie verloren gehen kann, weil Sie es mal so genau, so sicher wußten, ohne Nachzudenken, Ihr Körper hat noch immer und für immer dieses Wissen... immer... einfach von selbst und ganz leicht und sicher... jedes Kind, wenn es geboren wird, weiß ganz genau, was im wohl tut, und nimmt von allem nur so lange, wie es ihm gut tut... jedes Baby hört genau dann auf, wenn es reicht, nicht früher, nicht später, genau dann hört es auf, wenn es reicht... einfach auf die Stimme des Körpers hören...

Schachtelgeschichte: Steinpalmenmetapher

Ein Mann verirrte sich in der Wüste. Die Sonne brannte vom Himmel und er war kurz vor dem Verdursten. Endlich erreichte er Wasser und trank davon, aber es war salzig und bekam ihm nicht. Mit der Wut seiner Verzweiflung nahm er einen Stein, warf ihn auf eine kleine Palme, die da stand, und wurde ohnmächtig. Der Stein blieb im Palmenherzen stecken. Die Palme überlebte und kam allmählich wieder zu Kräften.

Wenn Sie weiter durch diesen Wald gehen.... immer den Wegen folgen, die die Ihren sind... und Sie erkennen sie... das geht so leicht, wie ein Baby erkennt, das es reicht... an ein schmiedeeisernes Tor kommen... dahinter... Sie sehen es schon... Sie kennen es gut... von früher her... sehr gut... ein junger Wald... kleine frische gesunde grüne Blätter, in denen die Kraft der Zukunft schon vorhanden ist... freie Sicht, der Nebel hat sich verzogen, gibt die Sicht frei, auf die wirklich wichtigen Dinge... ein frischer Wind sorgt für Klarheit und Genuß, das gute Gefühl, der Freiheit und Klarheit... und die Sicherheit zuhaben, einfach zu spüren, wann der richtige Zeitpunkt für Sie da ist ...den einen oder anderen Weg für sich zu wählen.... und Sie wissen ganz sicher, welcher der Richtige für Sie ist... viele Arten, viele Wege, ein gutes Ziel für sich zu verwirklichen...

Sie wuchs größer und kräftiger als zuvor. Jedoch hatte sie eine harte Rinde, wie aus Stein und war ganz starr und unbeweglich. Vielleicht war es gerade ihre eigenartige Erscheinung, die die Menschen aus der Umgebung anlockte und zu der Palme zog. Jeden Abend versammelten sie sich unter ihr und erzählten sich die Ereignisse des Tages. Eines Abends saß eine Gruppe von Menschen unter der Palme und erzählte. Als alle gegangen waren, blieben ein alter Mann und ein Fremder zurück. Der Fremde fragte: „Wieso ist die Palme so hart wie Stein?“

... die wichtigen Fragen... wie kommen Sie auf die andere Seite... viele Möglichkeiten... viele Wege dorthin... manche sind Sie gegangen... manche liegen noch vor Ihnen... mit der Sicherheit eines Kindes den richtigen wählen... der nur auf Sie gewartet hat... das Tor... vielleicht schon offen... einfach durchgehen... drüber steigen... vielleicht gibt es Brücken, die darüber führen... die zwei Seiten verbinden, in Ihnen, zwei

Seiten, die beide etwas Gutes für Sie wollen.... die Verbindung der beiden inneren Seiten... um auf die andere Seite zu kommen, oder schon lange dort zu sein, jeder auf seine oder ihre Weise... im eigenen Tempo... auf die eigene Art... und wenn Sie selbst es jetzt noch nicht wissen, können Sie Hilfe suchen... und finden.... den Schlüssel suchen... und finden... wer sucht, der findet.... vielleicht gibt es dort jemand, den Sie fragen können, wie und wo der Schlüssel zu finden ist oder... was es noch aus dem Weg zu räumen gibt... eine Person... die Sie schon erwartet... Sie können diesen anderen kennen... Sie kennen Sie schon lange...schon immer vielleicht... oder aber es ist jemand, der Sie an jemanden erinnert, oder den Sie noch nie gesehen haben... ganz neu und neugierig... das ist nicht so wichtig. Und Sie können sich auf diesen anderen zu bewegen, ihm entgegen gehen, langsam oder schnell, ganz so wie es ihrem Tempo entspricht und vielleicht sehen Sie der anderen Person dabei in die Augen...nehmen Sie ganz genau wahr... ihr aussehen... ihre Eigenarten... und das Wohlwollen, das Sie Ihnen entgegenbringt.... Ihre Fragen stellen, und dabei die Antworten schon wissen... oder bald wissen... die Antworten wissen, und die Frage noch gar nicht gestellt haben.... die Antwort sagt etwas über die Frage und diese Person sagt etwas.... für Sie bestimmt... Sie können genau zuhören und nur Sie kennen die Bedeutung dessen, was diese andere Person sagt. Und Sie wissen, daß es wichtig ist, dies zu behalten, denn darum sind Sie hier. Jetzt wissen Sie ganz genau, warum Sie hier hin gegangen sind. Und so wie sich so oft am Ende ein Sinn zeigt in dem was war, so können Sie auch jetzt und hier diesen Sinn erkennen.

Da erzählte der alte Mann ihm die Geschichte von der Steinpalme. Dem Fremde wurde ganz anders und zum Schluß sagte er: „Der Fremde, der den Stein warf, das bin ich. Was kann ich dafür tun um das wieder gutzumachen?“ Darauf entgegnete der alte Mann: „Du kannst die Schuld tragen, wie die Palme den Stein trägt, der immer noch in ihrem Herzen steckt, oder du kannst sie m Verzeihung bitten“, und der Fremde bat um Verzeihung. Da war ein Geräusch zu hören, wie das Knallen eines Sektorkens, der Stein sprang aus dem Herzen und fiel auf die Erde mit solcher Wucht, daß er im Boden verschwand. Dabei traf er eine Wasserader, denn es strömte Wasser aus und verwandelte den Fleck um die Palme in ein fruchtbares, lebendiges Stück Land. So entstand eine Oase, zu der die Menschen noch viel lieber kamen um sich im Anblick der grünen Wiesen und Büsche auszuruhen, und Schutz zu suchen. .

Die Frage, wie Sie da rüber kommen... die Antwort geschenkt bekommen und es tun... auf die andere Seite gehen... jetzt oder schon bald... endgültig und doch im Bewußtsein dessen, was Sie zurück lassen... jetzt gehen oder schon längst dort sein... neue Wege... immer wieder...jeder geht genau den für Sie bestimmten... in Ihrem Tempo... Und Sie können stolz sein auf sich, daß Sie es geschafft haben, bis hierher zu kommen und den Entschluß gefaßt zu haben, von nun an gesünder und besser zu leben. Und dieses Gefühl kann Ihnen eine tiefe innere Befriedigung geben, die Sie stärkt und Ihnen neue Kraft gibt. Kraft, um weiterzumachen und immer weiter Ihren Weg zu gehen. Immer weiter. Und Sie können sich weiter vorstellen, wie es ist in einem Jahr in diesen Wald zu kommen und zu sehen, wie groß die Zweige geworden sind und sich kleine Bäume neu entwickelt haben. Die Luft in diesem neu erblühenden Wald wird frisch und gesund sein und von Tag zu Tag besser werden. Und Sie können sich vorstellen, daß genauso wie ein Baum eigentlich von alleine wächst, er aber mit Pflege und Fürsorge noch besser gedeiht, dieser Wald immer grüner und grüner und gesünder werden kann, worauf Sie stolz sein können, denn Sie sind der Gärtner dieses Waldes, der aufpaßt, daß die Bäume immer die richtige Stütze und Nahrung bekommen. Genauso wie Sie für sich sorgen können... die richtige Stütze und Nahrung. Und während Sie sich in diesem Wald aufhalten, können Sie sich ganz stark und frisch fühlen.

Reorientierung

Lassen Sie sich die Zeit, die sie brauchen, um hierher zurückzukommen in diesen Raum und das kann jetzt oder aber auch in zwei Minuten sein. Ich werde jetzt von 10 bis eins rückwärts zählen und mit jeder Zahl können Sie sich wacher und frischer fühlen und hierher zurückkehren.

10 und mit jeder Zahl werden Sie mehr zum Nichtraucher

9

8 Achtsam sein, achtgeben auf sich

7

6

5

4 und Sie können tief durchatmen

3 und die frische Luft in Ihren Lungen spüren

2

1 und wach hier ankommen.

Sitzung 2:**Sicherer Ort, Wohlfühlkugel und Rückholanker**

Mit jedem Ausatmen Anspannung loslassen und mit jedem Einatmen Entspannung einatmen... Atemluft und Atemlust im Körper strömen lassen... Ressourcenbild.... Wohlfühlkugel... dieses Bild wird genau dann da sein, wenn Sie es brauchen.... Und Sie können dieses Bild zu jeder Zeit wieder auftauchen lassen, wenn Sie es brauchen. Mit jedem Atemzug können Sie tiefer und tiefer entspannen, sich aus Ihrem Atem eine Wohlfühlkugel entstehen lassen, nehmen Sie die Farbe war, dieses Wohlfühlbereichs, der sich um sie erstreckt, atmen Sie den Duft ein, fühlen Sie... mit jedem Atemzug... mehr Sicherheit... mehr Wohlfühl...Erinnerungen, die Ihnen gut tun, Ihnen diese Sicherheit geben... und Sie spüren die Sicherheit, immer tiefer gehen zu können, neue, ungewöhnliche Erfahrungen zu machen, Mut dazu zu haben und dabei die Sicherheit, gut geführt zu werden und auch sich selbst ein guter Führer zu sein, Ihr Unbewußtes weiß ganz genau, welche neuen Wege gut für Sie sind, und wann immer etwas Ihnen nicht so gut tut, haben Sie Ihr Unbewußtes als starken Helfer, und Sie werden von selbst und mit Leichtigkeit wissen, welcher Weg der Richtige für Sie ist, und diesen Weg einschlagen, ganz von selbst, vorwärts, zurück und in immer genau die Richtung, die für Sie die Beste ist,... mit dieser Sicherheit fühlen Sie sich mutig und stark, haben Lust, etwas ungewöhnliches zu erleben und zu probieren... wie ein neues Gericht, das sie probieren, aber nicht aufessen müssen, wenn Sie nicht mögen, und mit dieser Sicherheit gehen Sie immer so und genauso weit, wie es Ihnen gut tut.

Magnetische Hände und Vertiefung

Bild vom Ball, den Sie als Kind zum Spielen hatten... festhalten... als wollten Sie einen Ball umfassen, mit dem Sie als Kind gespielt haben... halten sie ihn fest, spüren Sie seine Größe, das Material... riechen Sie, den Gummigeruch des Balls... und Sie fühlen, wie Ihre beiden Hände in umfassen, sich entgegen kommen, indem Sie diesen Ball halten, so wie ein Baby, das einfach aus seinem Reflex heraus, umklammert, was es sich wünscht und was ihm wohl tut, und die Arme auseinander wirft, wenn es erschreckt wird, und etwas nicht haben will, und was ihm gut tut, das hält es fest.... Sie können sich jetzt vorstellen, daß es diese beiden Seiten in Ihnen gibt, beide Seiten wollen... von denen jede etwas Gutes für Sie will... wollen, daß es Ihnen gut geht... das Gute... und Sie können nachfühlen, welche der beiden Seiten es ist, die den Wunsch nach Gesundheit vertritt, welche Hand diese Seite vertritt und.... Anregung... welche die andere Seite ist... der Wunsch nach Genuß, nach Ruhe und die andere Seite: Sich frei fühlen... und klar... rein... der reine Genuß... oder Anregung... nach Halt.... und Sicherheit....die Sehnsucht... das Sehnen... die Sucht.... Fühlen Sie dem nach, welche Hand,... welche Seite vertritt... Und beide Seiten können dann... tiefer und tiefer in Trance gehen, und ich weiß nicht, ob es für Sie am leichtesten ist, sich vorzustellen, wie Sie mit jedem Ausatmen tiefer in Trance gehen, oder ob Sie intuitiv die aktive Weise wählen, tiefer und weiter in Trance zu gehen....In Trance gehen... Aber Sie wissen genau, was Ihnen guttut und wie Sie am besten und tiefer in Trance gehen können. Und Sie können sich vorstellen, daß Sie sich in einem Haus befinden, und ich weiß nicht, welche Farbe die Wände haben, ob es Tapeten an den Wänden gibt und welche Struktur sie haben. Und Sie können vielleicht Geräusche hören, Geräusche, die Ihnen bekannt vorkommen, die Sie genau kennen, oder aber es sind Geräusche, die Ihnen fremd sind und Sie neugierig machen können. Und Sie können sich soviel Zeit lassen... Sich Zeit lassen... wie Sie brauchen, um sich umzusehen in diesem Haus...vielleicht ist es das Haus, in dem Sie groß geworden sind... vielleicht riechen Sie auch etwas bestimmtes, vielleicht können Sie den Duft der Wände, des Bodens oder einen anderen Geruch wahrnehmen. Und wie Sie sich so umschaun in diesem Haus, können sie eine Tür entdecken. Diese Tür kennen Sie zwar, sie ist ihnen jedoch noch nie so deutlich geworden wie heute. Sie können an diese Tür herantreten und sie aufmachen und Sie können sehen, daß sich dahinter eine schöne Treppe befindet. Und vielleicht befinden sich links und rechts der Treppe alte Leuchter, oder aber es gibt eine andere Art, Licht zu machen. Und Sie können spüren, daß Sie den Wunsch haben, dort hinunterzusteigen und zu schauen, was sich dort unten befindet. Sie können Schritt für Schritt, langsam, Stufe für Stufe hinabsteigen und mit jeder Etappe tiefer und tiefer in Trance gehen.... Tiefer gehen... Aber mit jeder Stufe können Sie tiefer und weiter in Trance gehen und nur Sie können sehen oder wissen, wie viele Stufen sie hinabsteigen müssen, um unten anzukommen- mit jeder Stufe tiefer in Trance gehen... fühlen Sie ein Kribbeln in den Händen, das die Trance ankündigt, oder diese ganz gewisse Art von Kälte, die angenehm leicht sein kann, wie ein leichte, kühler Wind... und vielleicht ist es wieder Ihre ganz spezielle Art, in Trance zu gehen, die niemand bemerkt, auch Sie nicht, während Sie tiefer und tiefer in Trance gehen und es schon längst sind. Und als Sie dort angekommen sind und Sie wissen, daß Sie ganz entspannt und interessiert sein können, in Sicherheit und so voller Mut... und Neugier...

Nutzung der Trance: Ambivalenzarbeit

und Sie fühlen weiter die Kraft beider Seiten in sich, die Seite, die den Genuß will... den Genuß... und die Seite, die die Gesundheit will... die Gesundheit... jede der beiden Seiten will das Beste für Sie, will das fest halten, umfassen, was Ihnen gut tut... beide Seiten haben ihr eigenes Aussehen... ihre eigenen Ansichten... schauen Sie genau hin... genau sehen... wie die beiden Seiten aussehen, die Gestalt der Seite, die den Genuß will... den Genuß... und der Seite, die die Gesundheit will... die Gesundheit... und Sie können sich nun auf die Suche begeben, nach dem, was Ihnen am besten tut. Und wenn Sie herausfinden, in Ihrem Tempo und mit so viel Zeit, wie Sie dafür brauchen, wie Sie es vereinbaren können... den Genuß... die Gesundheit... werden sich Ihre Hände aneinander annähern, immer näher, bis sie sich berühren, ganz fest halten und in Ihren Schoß sinken... den Genuß... die Gesundheit...

Nur bei Hängenbleiben:

1. Gibt es noch ein Hindernis
2. Gibt Ihr Unbewußtes die Zustimmung, diese näher zu betrachten
3. Erfahrungen in den letzten 5, 10,...Jahren, die damit zusammenhängen
4. Nächster Schritt, um das Hindernis aus dem Weg zu räumen...wenn der Schritt klar ist, sinken Hände in Schoß

Ressourcenaktivierung: Adlermetapher

Ein junger Adler fiel aus seinem Nest. Ein Bauer fand ihn und nahm ihn mit auf seinen Hühnerhof. Dort wuchs er mit Hühnern auf. Eines Tages kam ein Fremder vorbei und sagte: „Der Vogel dort zwischen den Hühnern ist ein Adler.“ Aber der Bauer lächelte und sagte: „Ich habe ihn aufgezogen wie ein Huhn, deshalb benimmt und fühlt er sich wie ein Huhn.“ Der Fremde setzte den Adler auf seinen Arm und sagt: „Breite deine Schwingen aus und fliege, du bist der König der Lüfte.“ Der Adler jedoch sprang vom Arm, lief auf den Hühnerhof und pickte Körner. Am nächsten Morgen kletterte der Fremde mit dem Adler auf das Dach und sagte: „Breite deine Schwingen aus und fliege, du bist der König der Lüfte.“ Der Adler jedoch rutschte das Dach hinunter, sprang auf den Boden, lief auf den Hühnerhof und pickte Körner. Der Bauer lächelte und sagte: „Sehen Sie, er benimmt und fühlt sich wie ein Huhn.“ Am dritten Tag stieg der Fremde mit dem Adler auf einen Berg. Auf dem Gipfel angekommen sagte er: „Breite deine Schwingen aus und fliege, du bist der König der Lüfte.“ Der Adler schaute in das Tal. Er sah den Bauernhof und er sah die Hühner und zu seiner Verwunderung auch die Körner, so scharf war sein Auge. Plötzlich begannen seine Flügel zu zittern. Da wiederholte der Fremde: „Breite deine Schwingen aus und fliege, du bist der König der Lüfte.“ Und das Zittern in den Flügeln des Adlers verstärkte sich, er breitete seine Flügel aus und flog davon.

Versuchungssituationen üben

...und noch einmal können Sie sich vorstellen, und diesmal wird alles noch viel deutlicher, wie das war, Ihre Lieblingszigarette zu rauchen. Vielleicht war es die Zigarette nach dem Essen, die am allerbesten geschmeckt hat, die Ihnen den höchste Genuß zu geben schien mit ihrem Geruch oder ihrem Geschmack, mit dem Gefühl, sich an ihr zu halten... oder es war eine der vielen anderen Zigaretten, die Sie am meisten geliebt haben, die am Morgen, die so angenehm munter machen konnte, oder die bei der Arbeit, die den Streß zu verscheuchen half oder die nach einem Streit mit dem Partner, die Ihnen Souveränität zurückgeben sollte oder die abends vor dem Fernseher oder in der Kneipe... vielleicht war es auch die Zigarette, die die Langeweile vertreiben sollte, die am wichtigsten gewesen war... und ich weiß nicht, wie sehnsüchtig Sie werden, wenn Sie sich dies alles vor Ihrem inneren Auge vorbei ziehen lassen und fühlen, riechen, schmecken, wie es war und es ganz genau empfinden... aber jedes mal, wenn Sie diese Sehnsucht empfinden, wird sich vor diese Sehnsucht ein neues, starkes und sehr hilfreiches Gefühl schieben, ein ganz sicheres Wissen, so stark und unwillkürlich, ohne daß Sie sich dafür besonders anstrengen mußten. Und Sie werden jetzt schon ganz genau wissen, daß dieser Genuß und diese Geselligkeit und all das Erstrebenswerte, dem Sie jetzt nachgespürt haben, in Wahrheit nicht in der Zigarette steckt, sondern in Ihnen selbst und Sie haben es in die Zigarette gelegt, all das, von dem sie meinten, die Zigarette hätte es Ihnen gegeben... Sie haben es in die Zigarette gelegt und holen es sich heute wieder zurück... und Sie werden sich weiter all den Genuß, all die Ruhe, alles weiter geben, wie Sie es sich wünschen und wie Sie es stets getan haben, aber ohne Zigarette. Denn es kann nichts von einem Gegenstand kommen, was Sie nicht selbst hineingelegt haben, und jetzt ist es an der Zeit, dies wieder zurückzunehmen, zu sich, wo es hingehört. Und Sie können sich in Zukunft genau das, was Sie sich bisher mit der Zigarette geholt haben, auf eine neue Art und Weise holen und Sie wissen ganz genau, wie Sie gut für sich sorgen können, ohne dabei auf eine äußerliche Sie schädigende Krücke angewiesen zu sein. Und vielleicht haben Sie in den letzten Tagen

schon für sich eine Art entdecken können, wie Sie mit den für Sie gefährlichen Situationen umgehen können und eine neue individuellere und fantasievollere und vor allem gesündere Art gefunden, wie Sie in Zukunft leben werden. Sie können sich auch Zeit lassen, und in Ruhe nachspüren, welches die passende und für Sie geeignete Art und Weise ist, sich in diesen Situationen auszudrücken. Und Sie werden ganz genau wissen, wie Sie sich den Genuß verschaffen können – ohne Zigarette und Sie haben all die Jahre über genossen und wer gelernt hat, mit Zigarette zu genießen, der kann das ohne Zigarette erst recht und es geht viel leichter. Und vielleicht spüren Sie all diesen Genuß in Ihrer Hand pulsieren und sich in Ihrem Körper ausbreiten, in Sie selbst zurück, während die Zigarette nur noch eine leere Hülle ist, die Sie genauso gut für immer fallen lassen können, um die Hand wieder frei zu haben für die Dinge, die Sie wirklich tun möchten.

Reorientierung

Lassen Sie sich die Zeit, die sie brauchen, um hierher zurückzukommen in diesen Raum...

10 und mit jeder Zahl können sie mehr zum Nichtraucher werden

9 ist eins mehr

8 achtsam sein

7 ist eine magische Zahl

6 Adler in einem Nest

5 Klauen an jeder Hand

4 und sie können tief durchatmen

3 und die frische Luft in ihren Lungen spüren

2 und immer wacher werden

1 eins sein mit sich und in sich alles haben, was Sie brauchen

Sitzung 3:

Sicherer Ort, Wohlfühlkugel und Rückholanker

Nach Möglichkeit Klientengeschichten verwenden und einbauen. Mit jedem Ausatmen Anspannung loslassen und mit jedem Einatmen Entspannung einatmen... Atemluft und Atemlust im Körper strömen lassen... Ressourcenbild.... Wohlfühlkugel... dieses Bild wird genau dann da sein, wenn Sie es brauchen.... Und Sie können dieses Bild zu jeder Zeit wieder auftauchen lassen, wenn Sie es brauchen. Mit jedem Atemzug können Sie tiefer und tiefer entspannen, sich aus Ihrem Atem eine Wohlfühlkugel entstehen lassen, nehmen Sie die Farbe war, dieses Wohlfühlbereichs, der sich um sie erstreckt, atmen Sie den Duft ein, fühlen Sie... mit jedem Atemzug... mehr Sicherheit... mehr Wohlgefühl... Erinnerungen, die Ihnen gut tun, Ihnen diese Sicherheit geben... und Sie spüren die Sicherheit, immer tiefer gehen zu können, neue, ungewöhnliche Erfahrungen zu machen, Mut dazu zu haben und dabei die Sicherheit, gut geführt zu werden und auch sich selbst ein guter Führer zu sein, Ihr Unbewußtes weiß ganz genau, welche neuen Wege gut für Sie sind, und wann immer etwas Ihnen nicht so gut tut, haben Sie Ihr Unbewußtes als starken Helfer, und Sie werden von selbst und mit Leichtigkeit wissen, welcher Weg der Richtige für Sie ist, und diesen Weg einschlagen, ganz von selbst, vorwärts, zurück und in immer genau die Richtung, die für Sie die Beste ist... mit dieser Sicherheit fühlen Sie sich mutig und stark, haben Lust, etwas ungewöhnliches zu erleben und zu probieren... wie ein neues Gericht, das sie probieren, aber nicht aufessen müssen, wenn Sie nicht mögen, und mit dieser Sicherheit gehen Sie immer so und genauso weit, wie es Ihnen gut tut.

Vertiefung

Und während Sie Ihren Empfindungen nachgehen, können Sie weiter und tiefer in Trance gehen. Und vielleicht mag ein Teil von Ihnen tiefer nachspüren, wo sich die Trance vertieft und welches Motiv Sie brauchen, um besser und tiefer in Trance zu gelangen. Und die einfachste Art in Trance zu gehen ist, hinein zu rutschen, ganz ohne Anstrengung, scheinbar von alleine. Und dabei brauchen Sie nichts zu tun, so wie auf einer Rutsche – wenn Sie einmal angefangen haben. Und Sie können sich diese Rutsche vorstellen, die am Anfang eine rote Farbe hat – und vielleicht spüren Sie diese alte und immer noch vertraute Bewegung des Körpers, wie es ist, sich auf einer Rutsche anzuschubsen. Und Sie können sich schon jetzt freuen auf dieses schöne tiefe Hinabgleiten, ohne irgend etwas tun zu müssen und dabei tiefer und tiefer in Trance zu gehen. Und während Sie loslassen, kann Sie vielleicht auch schon das Motiv Ihrer Reise. Sie können ganz in Ihrem Tempo weiter auf dieser Rutsche hinab gleiten, während Ihre Sinne sich in der Farbe dieser Rutsche vertiefen. Und indem Sie weiter hinab rutschen, ändert sich die Farbe, jetzt wird sie orange. Und Sie können mit Staunen und mit freudiger Überraschung dieser tiefen Empfindung nachspüren... während Sie weiter und tiefer in Trance gehen.

Nutzung der Trance: "Im grünen Bereich"

Und wieder ändert sich die Farbe der Rutsche, jetzt wird sie grün, und Sie spüren schon jetzt, daß Sie voller Stolz tiefer und tiefer atmen und Sie wissen in Ihrem tiefsten Inneren, daß dies gut für Sie ist. Sie können diese tiefe Entspannung und diese entspannte Tiefe Ihres Inneren genießen. Und gerade so, wie Sie jetzt im grünen Bereich angekommen sind, so werden Sie auch anderes erspüren können, wenn Sie wollen. Sie haben die Kraft, sich selbst immer und immer wieder in Ihren eigenen grünen Bereich zu bringen, wenn Sie einmal tief durchatmen und Sie können dann ganz tief in Ihrem Inneren spüren, wie gut das tut – im grünen Bereich zu sein. Und Sie können sich alle Zeit lassen, die Sie dafür brauchen, denn es gibt eine richtige Zeit für die Dinge...und dennoch wird Ihnen auch hier... immer mal wieder Ihr Rauchwunsch begegnen... und das kann sein, wie einen alten Bekannten zu treffen, der eingeladen oder ohne Einladung vorbei kommt... Stellen Sie ihn sich genau vor: Wie sieht er aus, der Gast: ein Mann, eine Frau? Wie groß, wie klein? Wie alt, wie jung? Was für Kleidung trägt die Person, und: wie ist ihr Ausdruck... ihre Haltung? Steht die Person mit ausgebreiteten Armen da oder verschlossen? Und die wichtigste Frage: Wie begrüßen Sie den Rauchwunsch? Wie verabschieden Sie ihn? Was müssen Sie tun, damit er auch wieder geht? Finden Sie es heraus... was will die Person noch von Ihnen? Welches ist die richtige Art, sie wieder zum Gehen zu bewegen? Gehen Sie dem nach, während Sie sich eine Geschichte anhören:

Malermethapher

Und ich weiß nicht, ob Sie die Geschichte kennen von dem König und dem Maler... dieser König besaß einen kostbaren Vogel. Als der Vogel in die Jahre gekommen war, beschloß der König, ihn in einem Portrait verewigen zu lassen. Dazu ließ er den besten Maler seines Landes kommen. Der Maler erklärte sich bereit, den Auftrag zu übernehmen. Allerdings erbat sich der Maler ein Jahr, um das Werk zu vollenden. Nach einem halben Jahr schickte der König einen Gesandten aus, um sich nach dem Fortschritt der Arbeit zu erkundigen. Dieser zurück und berichtete: „Das Bild ist noch nicht vollendet.“ Nach neun Monaten beschloß der König erneut einen Gesandten auszuschicken, um die Arbeit voranzutreiben. Jedoch auch diesmal kehrte der Gesandte unverrichteter Dinge zurück und sagte: „Erst in drei Monaten wird das Bild vollendet sein.“ Drei Tage bevor die Frist abgelaufen war, zog der König mit seinem Hofstaat los, sich sein Bild zu holen, so ungeduldig war er. Der Maler war jedoch unnachgiebig und meinte: „Ein Jahr und keinen Tag weniger brauche ich um das Bild zu vollenden.“ Das mißfiel dem König. Am Morgen des Tages, an dem das Jahr vorbei war, drängten alle in das Atelier des Malers, um das Bild zu bewundern. Dort fanden sie jedoch lediglich den Maler vor einem leeren Blatt Papier. Er griff nach seinen Pinseln und brachte innerhalb von drei Minuten mit wenigen, aber gezielten Pinselstrichen den Vogel zu Papier. Alle waren begeistert von der Schönheit seines Werks, nur der König wurde wütend und fragte: „Du hast nur drei Minuten zur Fertigstellung des Bildes gebraucht. Warum hast Du mich ein Jahr warten lassen?“ Der Maler ging wortlos zu einem großen Schrank und öffnete die Türen. Heraus fielen über tausend Skizzen und Studien, die alle den Vogel zum Gegenstand hatten. Da sagte der Maler: „Ein Jahr verbrachte ich damit zu üben, um meinem König ein perfektes Abbild seines Lieblingsvogels zu erstellen.“

Nutzung der Trance: "Red Ballon"

Verabschiedung vom Rauchwunsch vollziehen...Besuch wird gelegentlich wieder vorbei schauen...und Sie können umhergehen, weiter schweifen...und ich weiß nicht, ob Sie eine kurze Strecke zurücklegen oder einen längeren Weg vor sich sehen... können Sie vor sich einen großen roten Ballon sehen, und Sie wissen ganz genau, daß dieser Ballon nur auf Sie gewartet hat. Vielleicht hat er schon seit Jahren auf Ihre Ankunft gewartet, und Sie wissen, daß jetzt genau der richtige Zeitpunkt ist. Und mit jedem Schritt, den Sie weiter auf den Ballon zugehen, wird Ihnen klarer und klarer, warum Sie hierher gekommen sind und was Sie hier und heute an diesen Ballon an Ballast abgeben dürfen. Und ich weiß nicht, was Sie alles in den Korb des Ballons hineinlegen werden, aber ich bin ganz sicher, daß Sie genau wissen, was da hinein gehört und daß Platz sein wird für alles was Sie hineinlegen wollen. Und Sie wissen ganz genau, daß jetzt die Zeit gekommen ist, all die Päckchen, die Sie immer mit sich herumgetragen haben, endlich abzugeben. Nehmen Sie sich alle Zeit, die Sie brauchen um in Ruhe die Dinge hineinzulegen und sich in Ruhe zu verabschieden von allem, was Sie abgeben wollen. Wenn Sie nun alle Päckchen abgegeben haben, werfen sie einen letzten Blick darauf und machen das Seil, das den Ballon hält, los. Und Sie können die große Erleichterung spüren, und Sie werden wieder Aufatmen können... das große Aufatmen... und vielleicht noch einmal tief durchatmen, wenn der Ballon ganz leicht und ohne Ihr Zutun davon schwebt und immer kleiner wird... und schließlich ganz verschwindet. Und auf der anderen Seite gibt es all die Dinge, die es lohnt, zu bewahren und zu behalten... und all diese Schätze... können Sie in einem Schatzkästchen ablegen... wohl verwahrt... immer da, wenn Sie sie brauchen. Und Sie werden ganz genau wissen, daß Sie von nun an im grünen Bereich bleiben und Sie können einen Monat oder ein Jahr oder 5 oder 10 Jahre nach vorne gehen in Ihrem Leben und sich erleben, und an allem was Sie an dieser Person wahrnehmen können, erkennen Sie, daß sie im grünen Bereich ist... im grünen Bereich sein... denn diese Person kann tief durchatmen, sieht gesund aus und weiß genau, was ihr gut tut und kann ihr Leben genießen...sie hat eine reine Haut...frisch und frei...riecht gut... und kann genießen... Und der Genuß ist es, der bleibt, während die Päckchen schon längst fort sind... Und weil die Päckchen schon fort sind, ist nachher – wenn Sie wieder zurück in diesem Raum sind, für jeden von Ihnen die Zeit gekommen, aufzustehen und Ihr Zigaretten-Päckchen, das Sie jetzt schon drei Tage und viele Jahre dabei hatten, in diese Kiste zu legen, die darauf wartet – auf Ihr Päckchen.

Reorientierung

Lassen Sie sich die Zeit, die Sie brauchen, um hierher zurückzukommen in diesen Raum und das kann jetzt oder aber auch in zwei Minuten sein. Ich werde jetzt von 10 bis ein rückwärts zählen und mit jeder Zahl können Sie sich wacher und frischer fühlen und hierher zurückkehren.

10 und mit jeder Zahl werden Sie mehr zum Nichtraucher

9

8 Achtsam sein, achtgeben auf sich

7

6 fast der halbe Weg

5

4 und Sie können tief durchatmen

3 und die frische Luft in Ihren Lungen spüren

2 und sich frisch und erholt fühlen

1 und wach hier ankommen.

Lebenslauf

Cornelie Charlotte Schweizer
Madergasse 5
72070 Tübingen

Persönliche Daten:

Geburtstag und -ort: 29. August 1967 in Ehingen
Familienstand: unverheiratet, zwei Söhne, geboren 1989 und 1991

Ausbildung:

Schule:
1974 – 1978 Grundschohle, Isny
1978 – 1985 Gymnasium, Isny
1986 – 1988 Gymnasium, Tübingen (Allgemeine Hochschulreife)

Studium:
1993 – 1999 Psychologiestudium an der Universität Tübingen
1999 Abschluß Psychologie Diplom

Zusatzqualifikationen:
1995 – 2000 Paar- und Familientherapieausbildung am IF-Weinheim
1998 – 1999 Hypnotherapieausbildung (MEG)
1999 – 2002 Ausbildung in systemischer Supervision (IFW, SG)

Berufstätigkeit:

1998 – Freiberufliche Trainerin für Kommunikation, Teamentwicklung, Qualitätsmanagement, Moderation und Präsentation
1999 – Psychotherapeutische Tätigkeit in der Hypnotherapeutischen Ambulanz des Psychologischen Instituts der Universität Tübingen
2001 – Assoziierte Mitarbeiterin des Instituts für Familientherapie in Weinheim
2002 – Dozentin am Zentrum für Konfliktmanagement der Universität Tübingen
2003 – Freiberufliche Tätigkeit als systemische Supervisorin

Auslandsaufenthalt:

1985 – 1986 Au-Pair-Aufenthalt in Marseille, Frankreich