

# Rauchen als psychologisches und gesellschaftliches Problem

Autor(en): **Schaefer, Hans**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bulletin der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften = Bulletin de l'Académie Suisse des Sciences Medicales = Bollettino dell' Accademia Svizzera delle Scienze Mediche**

Band (Jahr): **35 (1979)**

PDF erstellt am: **23.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-309067>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## RAUCHEN ALS PSYCHOLOGISCHES UND GESELLSCHAFTLICHES PROBLEM

HANS SCHAEFER

### Zusammenfassung

1. Die gesundheitlichen Schäden des Rauchens betreffen nicht nur den Raucher selbst, sondern auch die in einer Wirtschaftsgemeinschaft solidarisch handelnden Personen, durch Mehrkosten der Krankenbehandlung, Senkung des Sozialproduktes und Uebersterblichkeit.
2. Das wesentliche Problem der Raucherentwöhnung liegt darin, dass wir die Ursachen des Rauchens nur ungenügend kennen. Rauchgewohnheiten sind keinesfalls nur individuell analysierbar. Es handelt sich um eine "Schmalspur-Sucht", die durchwegs gesellschaftlich bedingt ist. Dies ergibt sich aus den Analysen der Motivationen, welche zum Rauchen führen. Gesellschaftliche Gewohnheiten und Vorbilder, Sinnentleerung des Lebens, Langeweile, Angst und Nervosität durch soziale Ueberforderung und Rauchen als Statussymbol spielen die wesentlichsten Rollen.
3. Der Stress wirkt als verdoppelte Gefahr: als Motivator des Rauchens und durch seinen direkten Einfluss auf die Funktion der Organe.
4. Der Suchtcharakter des Rauchens wird durch somatisch aktivierende Einflüsse des Rauchens noch verstärkt. Raucherentwöhnung, welche nicht die Entstehungsfaktoren der Sucht beeinflusst, bleibt eine symptomatische Therapie.
5. Raucher rekrutieren sich offenbar ständig aus der nachwachsenden Generation. Rauchgewohnheiten werden aus dem Kollektiv der Raucher fortwährend infiltrierend in noch nicht rauchende Kollektive hineingetragen. Eine Bekämpfung dieser Infiltration wäre nur durch Schaffung neuer Wertvorstellungen und eine neue Mode des Nichtrauchens erfolgreich zu gestalten.

## Summary

1. The ill-effects of smoking on health not only concern the smoker but the entire population living in the same society and sharing the economy. Smoking is associated with a general increase of costs involved with increased morbidity, lowering of the social product and excess mortality.
2. The main problem in weaning from smoking is related to the origin of smoking which is in large measure unknown. Smoking habits should not be analyzed on an individual basis only. It represents a "minor addiction" with the origin within the society. This is the result of an analysis of motives leading to smoking. Social habits, examples, deprivation of senses, dullness, anxiety, stress, and smoking as a symbol of status play a major role.
3. Stress carries a dual risk, it encourages to smoking and it exerts direct effects on organ function.
4. Smoking is enhanced by its somatic effects which activate in turn again smoking. Weaning from smoking does not affect the origin of the addiction thereby remaining symptomatic treatment.
5. There is a constant replacement of old smokers with smokers originating in the young generation. Smoking habits have the tendency to spread out of the smoking population over the non-smokers. A combat against this infiltration can only be successful by creating new values and by producing a new habit of non-smoking.

## 1. Vier sozialmedizinische Probleme des Rauchens

Eines der bemerkenswertesten Laster der Gegenwart ist das Rauchen, so hört man sagen. Hier regt sich bereits Widerspruch: ist Rauchen wirklich ein Laster? Dem Begriff "Laster" ist eine doppelte Sinnggebung eigen: er bezeichnet die Schmähung, die eine Person erfährt, ebenso wie das schädliche Tun. Beides sind gesellschaftliche Kennzeichnungen. Was die Schmähung des Rauchers anlangt: es bildet sich deutlich eine Art gesellschaftlicher Polarisierung heraus: der Nichtraucher erträgt den Raucher nicht mehr, fühlt sich von ihm belästigt, ja bedroht, obgleich die Beweise für die schädigende Wirkung des Passivrauchens nach wie vor bescheiden sind. Da aber die Parteien der Raucher und Nichtraucher annähernd gleich stark sind (60 % der Männer zwischen 20 und 65 sind Raucher; GSELL, S. 232), wird man kaum von einer gesellschaftlichen Schmähung des Rauchers sprechen können. Es bleibt das Schädliche des Verhaltens, wovon gleich zu reden sein wird. Es ist nicht zu leugnen, dass Rauchen schadet, und zwar nicht etwa nur dem Raucher, dessen Mortalität weit über dem Durchschnitt liegt, sondern auch der Gesellschaft, die über die Solidargemeinschaft der Finanzträger alle

Folgekosten aufbringt. Die Morbiditäten sind sehr widersprüchlich dokumentiert, wie wir gleich erörtern. Was aber soll man von einer Gesellschaft sagen, in welcher die Hälfte der Population sich "schädigend" verhält? Hier entsteht ein gesellschaftliches Problem erster Ordnung. Die Kennzeichnung des Rauchens als Laster wird sicher nicht akzeptierbar sein. Was aber ist es dann?

Das zweite gesellschaftliche Problem des Rauchens liegt in seiner Entstehung, die nur gesellschaftlich beschrieben werden kann. Ein drittes und viertes Problem betrifft die Umweltverschmutzung und die Kosten. Ueber beide kann hier nicht berichtet werden.

## 2. Die gesundheitliche Schädlichkeit des Rauchens

Es ist nicht Sache dieser einleitenden Bemerkungen, die Schäden, welche durch Rauchen entstehen, zu klassifizieren. Es genügt für die hier zu entwickelnde Problematik, dass diese Schäden erheblich sind, z.B. eine Uebersterblichkeit durch Rauchen bedingt wird, die vom 1,7-fachen bis zum 10,8-fachen reicht (zit. nach SCHAEFER und BLOHMKE 1978). Da die meisten Todesfälle in relativ hohem Lebensalter erfolgen, ist der Verlust an Lebensjahren zwar nicht so dramatisch und rangiert zwischen rund 3 und 6 Jahren (HAMMOND, zit. nach GSELL). Der volkswirtschaftliche Verlust ist dennoch bedeutend, wenngleich man den Verlust eines Lebensjahres nur mit fiktiven Zahlenwerten angeben kann. Die Belastung des Budgets gesetzlicher Krankenversicherungen ist m.W. nie berechnet worden. Es zeigt sich hier die erste mehrerer Paradoxien des Problems Rauchen: in unseren Studien hatten die Raucher einen deutlich niedrigeren Krankenstand als die Nichtraucher: starke Raucher hatten in der Heidelberger Studie einen Krankenstand von 6 %, Nichtraucher von 7,2 %, schwache Raucher von 10,6 % (BLOHMKE u.a. 1969). Diese, freilich auf eine Studie begrenzten Daten, fanden sich, wie ebenfalls GSELL zitiert, nicht in Berechnungen in USA, wo in Studien des National Health Survey die Morbidität der Raucher sowohl hinsichtlich des Krankenstandes als auch der Krankenhaustage um 19 - 25 % über der der Nichtraucher liegt. Eine Kostenrechnung von FLAMM u.a. (1977) ist dennoch allzu theoretisch, um verlässlich zu sein. Man wird aber nicht sehr falsch argumentieren, wenn man sagt, dass der Raucher seinen eigenen Tod beschleunigt und sich dabei besonders schwierig behandelbare und unangenehme Todesarten wie Gangrän oder Carcinom der Lunge, des Kehlkopfes, des Magens zuzieht. Wie ABELIN feststellte, ist dabei keineswegs nur der Zigarettenraucher gefährdet, und überdies merkliche Mehrkosten seiner Gesundheitssicherung verursacht. Doch fragt sich nun in der Tat, ob und in welchem Ausmass die Raucher die Allgemeinheit schädigen. Dass sie das in gewissem Umfang tun, ist schwer zu bestreiten. Der Alkoholiker tut es aber in erheblich

höherem Ausmass. Sollte man also jedermann sein Vergnügen lassen und die Folgen stillschweigend in Kauf nehmen? Oder müsste in einer auf demokratischer Verantwortung aufbauenden Gesellschaft der Raucher für die Schäden, die er an seiner Gesundheit anrichtet, selber haftbar gemacht werden? In einem durch die Solidargemeinschaft der Versicherten gekennzeichneten Sicherungssystem, wie es in Deutschland besteht, ist eine solche Verantwortung eigentlich selbstverständlich. Sie wird aber in dem Augenblick problematisch, wo die Genese des Rauchers betrachtet wird, der wir uns gleich zuwenden werden. Der Vergleich mit dem Alkoholiker hinkt, da doch relativ wenige Alkoholiker schwere gesundheitliche Schäden davontragen, die Zunahme der Mortalität und Morbidität an Leberzirrhose z.B. nur geringe Prozentsätze der allgemeinen Mortalitäten und Morbiditäten aufweist; die Sterblichkeit an Leberzirrhose hat die Gesamtmortalität z.B. in 20 Jahren nur um rund 2 % erhöht. Freilich wächst sie stark an (Zahlen bei SCHAEFER und BLOHMKE 1978, S. 138).

### 3. Die Entstehung der Rauchgewohnheiten

Wie kommt ein Mensch dazu, zu rauchen? Die Psychologie, welche hier am ehesten zuständig ist, gibt uns leider keine allzu verlässlichen Fingerzeige. Die methodische Zugänglichkeit unseres Themas ist schwierig. Man kann die Menschen nach ihren Motiven befragen und erhält dann rational begründete Antworten bezüglich eines Verhaltens, das gewiss nicht rational, sondern emotional, nicht bewusst, sondern unbewusst gesteuert wird. Man kann ein Analogverständnis zu entwickeln versuchen, das in seiner prinzipiellen Fragwürdigkeit nicht viel verlässlicher ist; man kann Verhalten zu interpretieren versuchen, aber dieser Versuch ist letztlich auch nur ein analoges "Verstehen".

Es sind sich wohl alle Beobachter darin einig, dass Rauchen, wenn schon kein Laster, so doch eine "Sucht" ist, wenn auch eine "Schmalspur-Sucht", wie LUBAN-PLOZZA betont. Süchtigkeiten, entsprechend allen sonstigen Krankheiten, können letztlich nur genetisch oder durch Umweltfaktoren bedingt sein. Das lehrt uns die Logik. Eine erbliche Bedingtheit des Rauchens werden wir kaum postulieren können, es sei denn über den Umweg der "Raucherpersönlichkeit" als eines Sonderfalles der "Risikopersonlichkeit" (CHRISTIAN). Doch auch diese persönliche Disposition zum Rauchen bedarf der Umweltbestimmung. Die Umwelt kann aber, bei der Genese des Raucherverhaltens, kaum anders als durch ihre sozialen Strukturen wirken. Der Raucher ist ein gesellschaftliches Produkt.

Dass dies so ist, beweist eine jede Analyse der Motivationen, welche zum Rauchen führen, und die vom blossen Vorbild bis zur neuroseartigen Verhaltensabweichung reichen (Lit. bei TÖLLE; STÄCKER u.a.). Es ist eine bunte Mischung aus Anleitung, Verführung, Fixierung

auf ein Verhalten, das von der Angewohnheit bis zur Beschäftigungsneurose und Sinnentleerung des Lebens reicht. Der sogenannte psychosoziale Stress, der nach LINDENTHAL u.a. (1972) eine so wesentliche Rolle bei der Entstehung der Rauchgewohnheiten spielt, entsteht also durch einen sehr breiten Fächer sozialer Einflussfaktoren. Eine Welt, in der zahlreiche Faktoren zusammenwirken, um das emotionale Gleichgewicht der Menschen zu erschüttern, tut durch Reklame alles dazu, um die Zigarette als Surrogat des Lebensglücks erscheinen zu lassen.

Man darf diese Betrachtung des Problems vielleicht ein wenig dadurch mildern, dass man auf den Wandel der Rauchgewohnheiten in der heutigen Jugend hinweist. In Deutschland nimmt das Rauchen der Jugendlichen stark zu. Es ist aber offenbar, dass die Motivation junger Menschen, zu rauchen, nicht mehr so sehr die Beschäftigungsneurose und der psychosoziale Stress ist, sondern eine Sache des sozialen Status, des Erwachsen-Seins, und nicht selten des simplen Protestes. Wenn in einer Strassenbahn das Rauchen verboten ist, so sieht man die Jugendlichen schon kurz vor Verlassen der Bahn eine Zigarette zum Munde führen, die dann auf der Strasse unverzüglich entzündet wird. Man darf auf die Folgen solcher Formen des Rauchens gespannt sein. Eineiige Zwillinge in einer Studie am schwedischen Zwillingsregister, mit 9000 Paaren, zeigten in 11 Jahren Beobachtungszeit auch bei diskordanten Rauchgewohnheiten fast gleiche Sterblichkeit, insbesondere an Lungenkrebs. Zweieiige Zwillinge dagegen zeigten die bekannte Uebersterblichkeit des Rauchers (FRIBERG u.a. 1973). Ist es also in der Tat die Persönlichkeit, welche den Rauchertod bedingt? Ist es dann nicht wahrscheinlich, dass völlig andere Motivationen, also das Nachlassen einer Stress-Situation als Raucher-Motiv, andere Sterblichkeiten des Rauchens bedingen werden?

Wenn diese Version des Rauchens als blosses Status-Symbol auch für zahlreiche Fälle zutreffen mag, so zeigt uns die Befragung der jugendlichen Raucher nach meiner Erfahrung immer wieder, dass auch sie aus "Nervosität" rauchen, weil sie sich den an sie gestellten Anforderungen nicht gewachsen zeigen, z.B. der Prüfungs-Stress sie verzweifelt macht. Hier ist also ein Faktor der echten sozialen Bedrohung als Verursachung gerade auch bei Jugendlichen deutlich. Sie wissen natürlich nicht, was sie tun. Sie können z.B. nicht wissen, dass von allen Handlungen bahnende Impulse auf andere zentralnervöse Prozesse ausgehen können, Prozesse, welche offenbar die Peripathetiker schon entdeckt haben, welche das Nachdenken im Umhergehen zu besorgen pfliegen. Denken in voller Ruhe versandet leicht in Schläfrigkeit. Die Zigarette "hält also wach", auf eine physiologisch leicht erklärbare Weise, die im Detail zu schildern eine Vorlesung über Wachheit und Antrieb bedeuten würde. Es ist also auch hier bei den Jugendlichen letztlich ein Stressfaktor am Werk, der Wunsch nämlich, bei Leistungsschwäche mehr zu leisten.



#### 4. Die doppelte Gefahr des Stress

Wenn aber Stress-Faktoren das Rauchen bedingen, so werden sie mindestens in der Mehrzahl der Fälle auch die Folgen verschlimmern. An der starken Bedeutung des Stress für die Entstehung des Infarktes wird man kaum noch zweifeln können (SCHAEFER und BLOHMKE 1977). Für die psychosoziale Krebsgenese sprechen massive Indizien (WEYER 1966; BALTRUSCH 1975; BLOHMKE u.a.), für deren Erklärung auch eine passende physiologische Theorie bereit steht (BAHNSON 1969). An der hohen Bedeutung des Stress auch für die Genese anderer Krankheiten kann ebenfalls kaum noch gezweifelt werden (Lit. bei DODGE und MARTIN 1970; JENKINS 1976; LEVI 1972), und da das Rauchen die krankheitsspezifischen Mortalitäten fast aller Krankheiten mit hoher Sterblichkeit erhöht, wirkt Stress als zweifaches pathogenes Moment: Stress steigert die Mortalitäten direkt und steigert den Faktor Rauchen, der seinerseits die Mortalitäten steigert. Das Raucherproblem verschiebt sich also dort, wo starke Stress-Reaktionen vorherrschen, fast ganz in den Bereich psychosozialer Phänomene; die heutige Jugend könnte dieser Doppelbelastung entkommen, wenn bei ihr Rauchen eine Angewohnheit, aber kein Indikator mehr für Stress sein sollte.

Dieser relativ freundlichen Betrachtung des Problems bei Jugendlichen steht freilich eine andere entgegen: die Zunahme des Rauchens bei der Frau, die vermutlich weltweit zu registrieren ist. Ist sie nicht ein Symbol der sich wandelnden Frauenrolle in unserer Industriegesellschaft? Ist sie ein der Zunahme der Trunksucht bei Frauen homologes Symptom einer Sinnentleerung des Lebens der Frau, einer Entleerung, die vielleicht stärker emotional empfunden wird als dass sie auf realen Tatsachen fusst? Ich wage es, diese Spekulationen auszusprechen, obgleich die wissenschaftliche Evidenz gering ist. Aber man sollte auch in der Wissenschaft Mut zu spekulativem, d.h. letztlich zu kreativem Denken haben.

#### 5. Die "Sucht" des Rauchens

Eine Verhaltensweise von so weltweiter und von so quantitativ hoher Bedeutung wie das Rauchen kann sicherlich nicht mit dem Schlagwort von Laster oder Sucht abgetan werden. Verhalten wird von Trieben und Emotionen gesteuert, wobei sich Triebe vielfach der Emotionen bedienen. Ich kann als Physiologe keine "Triebhaftigkeiten" des Rauchers erkennen; um so stärker müssen seine Emotionen sein. Emotionen sind in der Regel dadurch gekennzeichnet, dass sie zwar Verhalten modifizieren, aber selten ins volle Licht des kritischen Bewusstseins gehoben werden. Es haftet ihnen etwas Uneinsehbares, beinahe Zaubhaftes an, und LUBAN-PLOZZA hat denn auch vom "Zauber des Rauchens" gesprochen. Er zitiert SCHOPENHAUER mit dem spöttischen Satz, das Rauchen sei ein "Ersatzmittel der Gedanken". Ich finde nun

zwar dies Zitat in solchem Wortlaut nicht. Aber Schopenhauer bemerkt zweierlei zum Tabakgenuss: dass er die Gelehrsamkeit vertrieben habe (V, 623) und dass der Mensch seine Bedürfnisse "absichtlich steigere, um den Genuss zu steigern" (V. 319). Beides hat miteinander zu tun, indem das reine Denken mit dem Geniessen in einem gewissen Kontrast steht, eben weil der Genuss - oder besser: die den Genuss antreibenden Emotionen - das Denken überwinden. Es fragt sich nur, um welche Art "Genuss" es sich handelt.

Nun bin ich Nichtraucher, und mir fehlt daher das Analogverständnis des Rauchens, das ich allenfalls als ehemaliger Gelegenheitsraucher aufbringe. Dass die Zigarette primär schmeckt, wird niemand behaupten, der sich an die Erlebnisse mit seiner ersten Zigarette erinnert.

Freilich geben Jugendliche zu 27 % an, die Zigarette "schmecke", das Rauchen "mache Spass" (MALHOTRA 1977). Aber der "Spas" ist gewiss nicht etwa der Wohlgeschmack. Sind es die Nebenwirkungen? Es gibt Drogen, die ein Vielfaches solcher Wirkungen auslösen. Ich kann nur eine leidlich rationale Theorie der Genussqualität des Rauchens finden: dass es unter dem Phänomen des "Beschäftigtseins" zugleich das Statussymbol des Menschen von Welt befriedigt, die Vorspiegelung des Handelns und der Wichtigkeit der eigenen Person bewirkt, Leere ausfüllt, und all das zugleich mit dem bedingten Reflex verbindet, der vom Geruch des frischen Rauches ausgeht, der z.B. in meiner Familie von meinem Vater an Sonntagnachmittagen mit einer dicken Zigarre erzeugt wurde und für mich, den Nichtraucher, bis heute der Inbegriff der "Gemütlichkeit" geblieben ist.

Diese Analyse ist sicher zu oberflächlich. Sie ist noch nicht in die Dimension des Symbolhaften vorgedrungen, welche in der Psychoanalyse entdeckt worden ist. Freilich halte ich S. FREUDS Einsichten in das Wesen von Rauchen und Zigaretten-Konsum für einseitig und obsolet. Weder Oralität noch Penissymbol öffnen uns einen Zugang zu den heutigen Rauchgewohnheiten, und ich zweifle, ob sie es zu Freuds Zeiten getan haben, wo freilich das Zigarettenrauchen kaum verbreitet war. Dass aber hinter dem Glimmstengel, der mit Nonchalance im Mund hängt, ein Symbol steckt, scheint mir sicher. Der Autofahrer, der zugleich mit dem Fahren noch rauchen kann, demonstriert eine absolute Ueberlegenheit über die Tücken der Technik, zunächst sich, und dann auch den anderen. Die Zigarette ist aber auch im Bereich des Symbolischen mehr. Sie ist der Halt für den Leistungsschwachen, den Verzweifelten, den von Lebenssinn Entleerten. Diese Rolle spielt sie freilich auf eine physiologisch banale Weise: indem der von der Tätigkeit des Rauchens, vermutlich auch vom Nikotin ausgehende Antrieb in der Tat anderes Tun erleichtert, und sich an dieser Bahnung (facilitation) bedingte Reflexe ausbilden, welche im Verein mit allen anderen Faktoren dann ein undurchdringliches Gemisch von Zwanghaftigkeiten erzeugen.



Dies seltsame Ensemble von Symbol, Beschäftigungsneurose, Leistungsbahnung und bedingtem Reflex kennzeichnet also diese "Schmalspursucht", die sich von echter Sucht auch dadurch unterscheidet, dass zahlreiche Raucher ihren Konsum konstant halten (LANGEN), während der Süchtige den Konsum bekanntlich steigert.

Das Résumé dieser Ausführungen ist freilich deprimierend. Es wird im Spiegel der Rauchgewohnheiten die ganze Entartung des menschlichen Fühlens erkennbar, die uns durch die moderne Gesellschaft aufgezwungen worden ist. Diese Zwanghaftigkeit stellt der Raucherentwöhnung eine schlechte Prognose, was nicht heisst, dass man resignieren sollte. Es muss aber eingesehen werden, dass die Erfolge aller bisherigen Anti-Raucher-Kampagnen relativ bescheiden waren, dass der Zigarettenkonsum immer noch ansteigt, offenbar also ein neues Raucherkollektiv, offenbar aus Jugendlichen sich rekrutierend, die durch Entwöhnung erzeugten Ex-Raucher überkompensiert. Das hat zwei Konsequenzen: deren erste ist die Einsicht, dass die Raucherentwöhnung, gesellschaftlich gesprochen, eine symptomatische und keine kausale Therapie ist, also die Ursachen des Rauchverhaltens für die anfälligen Kollektive nicht beseitigt. Zweitens aber ist, wie bei allen Süchtigkeiten, die verbleibende riesige Gruppe der Raucher ein Quell sich ausbreitender Rauchgewohnheiten, einer Infektion analog, gegen die man mit ständiger Gegenwehr operieren muss, selbst wenn man nur den status quo konservieren wollte.

Der Horizont, den wir so abgesteckt haben, zeigt uns, dass die derzeitige Raucherentwöhnung zwar am Individuum erfolgreich sein kann, aber das eigentliche Ziel, eine entscheidende Reduktion des nationalen Tabakkonsums, nicht erreicht, weil Raucherentwöhnung letztlich nicht eine Sache der Individuen ist, die es aus ihrer süchtigen Schwachheit nur zu erlösen gelte. Vielmehr ist die moderne Gesellschaft in ihrer Gesamtheit aufgerufen, die Fragen durchdenken und lösen zu helfen. In einer Welt der ständigen Verführung und Leere des Daseins bleibt auch der Heilige nicht hoffend und enthaltsam.

AFFEMANN, einer der deutschen Strategen der Gesundheitserziehung, meint in seinen neuesten Schriften, es gelte gegen die Sucht neue Werte zu entwickeln. Das ist von der Theorie der Sucht her sicher richtig. Die Frage ist nur, woher man neue Werte erhält. Sicher lassen sie sich nicht einfach, keinesfalls in kurzer Zeit schaffen. Doch gibt es Vorbilder, die uns hoffen lassen, in den immer wieder sich bildenden Verhaltensmoden, für die das Rauchen ja auch nur ein Beispiel ist, das durch eine neue Mode im consensus omnium vielleicht gar nicht so schwer zu überwinden wäre. Es müsste jedoch wirklich ein neues gesellschaftliches Gefühl entstehen, welches das Rauchen verpönt und harmlosere Glücksbringer an seine Stelle setzt. Diese Dimension des Problems aufzuzeigen war mein Anliegen.

- Abelin Th.: Lungenkrebs und Rauchen in der Schweiz. *Schweiz. Med. Wschr.* 95, 253, 1965.
- Affemann R.: Die Erziehung zur Gesundheit. Kösel, München, Kempten 1978.
- Bahnon C.B. (ed.): Second conference on psychophysiological aspects of cancer. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 164, Art. 2, 307-634, 1969.
- Baltrusch H.J.F.: Ergebnisse klinisch-psychosomatischer Krebsforschung. *Psychosomatische Medizin* 5, 175-208, 1975.
- Blohmke M., R. Depner, A. Grüntzig, B. Koschorrek, O. Stelzer: Ueber Unterschiede in der Herz-Lungenfunktion und Befindlichkeit bei Männern mit verschiedenen Rauchgewohnheiten. *Z. Präventivmedizin* 14, 235, 1969.
- Christian P.: Epidemiologie und Psychosomatik der Risikopersonlichkeit. In: M. Blohmke u.a. (Hsg.), *Handbuch der Sozialmedizin*. 2. Bd. Enke, Stuttgart 1977, S. 235.
- Dodge D.L., W.T. Martin: Social stress and chronic illness (Mortality patterns in industrial society). Univ. of Notre Dame Press, Notre Dame (Ind.) 1970.
- Faust V., D. Ladewig, B. Luban-Plozza, W. Pödingner: Zur Charakteristik und Psychopathologie des Rauchens. Manuskript 1972.
- Flamm H., B. Gredler, J. Kunze, M. Kunze: Rauchen und Krankenstand. Oesterr. Bundesinst. f. Gesundheitswesen. Wien 1977.
- Freud S.: *Gesammelte Werke*. Fischer, Frankfurt 1968, V. 83 u. II/III. 389.
- Friberg L., R. Cederlöf, U. Lorich, T. Lundman, U. de Faire: Mortality in Twins in Relation to Smoking Habits and Alcohol. *Arch. environm. Health.* 27, 294-304, 1973.
- Gsell O.: Epidemiologie und sozialmedizinische Bedeutung des Rauchens. In: M. Blohmke u.a. (Hsg.), *Handbuch der Sozialmedizin*. Enke, Stuttgart Bd. II, 210, 1977.
- Jenkins C.D.: Recent evidence supporting psychologic and social risk factors for coronary disease. *New England J. Med.* 294, 987-994, 1033-1038, 1976.
- Khosla T., C.R. Lowe: Obesity and smoking habits by social class. *Brit. J. prev. soc. med.* 26, 249-256, 1972.
- Kunze M.J., M. Kunze und H. Flamm: Gesundheitsökonomie des Rauchens. Kosten des Gesundheitswesens. *Sozialökologie und Sozialmed. Schriftenreihe Arbeitsmed., Sozialmed., Präventivmed.* 56. A.W. Gentner Verl. Stuttg., 71-74, 1975.
- Langen D.: Rauchmotivation und Rauchertypen. *Suchtgefahren* 21, 121, 1975.
- Levi L. (ed.): *Society, stress and disease*. Vol. 1. Oxford Univ. Press. London, New York, Toronto 1971.
- Lindenthal J.J., J.K. Myers, M.P. Pepper: Smoking, psychosocial status and stress. *Soc. Sci. a. Med.* 6, 583, 1972.
- Luban-Plozza B.: Der Zauber des Rauchens. *Praxis* 56, Nr. 11, S. 385, 1967.
- Luban-Plozza B.: Psychologische Motive des Rauchens. *Münch. med. Wschr.* 116, 547, 1974.
- Malhotra M.K.: Tabak bei Schülern. *Suchtgefahren* 23, 49, 1977.
- Schopenhauer A.: *Sämtliche Werke*. Inselverlag Leipzig o.J. (Dünndruckausgabe).
- Stäcker K.H., U. Bartmann: *Psychologie des Rauchens*. Quelle u. Meyer, Heidelberg 1974.
- Weyer E.M. (ed.): *Psychophysiological aspects of cancer*. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 125, Art. 3, 773-1055, 1966.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. H. Schaefer, Direktor des Instituts für Sozial- und Arbeitsmedizin, Im Neuenheimer Feld 326, D-6900 Heidelberg 1, BRD

