

# Frauen und Tabakkonsum: epidemiologische und klinische Besonderheiten

Der Tabakkonsum der Frauen ist ein grosses Problem der täglichen klinischen Praxis und der öffentlichen Gesundheit. Tabakkonsum ist die Ursache verschiedener spezifischer Erkrankungen der Frau. Auch in psychosozialer Hinsicht rauchen die Frauen häufiger im Zusammenhang mit einem emotionalen und relationalen Kontext. Bei der Tabakentwöhnung sind die Gewichtszunahme und das mögliche Auftreten depressiver Zustände zu antizipieren und während der ganzen Betreuung zu berücksichtigen.

Diese somatischen und psychosozialen Besonderheiten müssen die bei der Tabakentwöhnung intervenierenden kennen, um wirksame Hilfsmassnahmen zum Tabakstopp vorzuschlagen. Zu diesen gezielten Interventionen sollten breit angelegte Massnahmen der öffentlichen Gesundheit hinzukommen, um den vorhersehbaren und dramatischen gesundheitlichen Auswirkungen des Tabakkonsums der Frauen entgegenzuwirken.

G. de Torrenté de la Jara  
C. Willi  
J. Cornuz  
A. Closuit

Drs Gabrielle de Torrenté de la Jara,  
Carole Willi et Pr J. Cornuz  
PMU, 1011 Lausanne  
Gabrielle.De-Torrente@hospvd.ch  
Carole.Willi@hospvd.ch  
Jacques.Cornuz@chuv.ch

Dr Arlette Closuit  
Spécialiste FMH Médecine interne  
Tabacologie  
Rue du Nord 2, 1920 Martigny  
aclosuit@freesurf.ch

Revue Médicale Suisse – www.revmed.ch –  
28 juin 2006

## Women and tobacco: epidemiological and clinical specificities

Cigarette smoking amongst women is a major issue in daily clinical practice and in public health. Tobacco is the cause of gender specific diseases. From a psychosocial point of view, female smokers tend to be emotionally vulnerable and relationship sensitive. The risk of weight gain and depression must be anticipated and assessed throughout the smoking cessation process.

Professionals involved in smoking cessation must be aware of these somatic and psychosocial specificities in order to be able to offer efficient smoking cessation treatments. Public health strategies must also be developed worldwide to control the expected dramatic impact of the female tobacco epidemic.

## EINLEITUNG

Selbst wenn in der grossen Mehrheit der Länder der Tabakkonsum der Männer gegenüber dem Tabakkonsum der Frauen überwiegt, entwickelt sich der Tabakkonsum der Frauen in den nächsten Jahrzehnten zu einem grossen Problem der öffentlichen Gesundheit. Immer mehr internationale (WHO)<sup>1</sup> und nationale Organisationen (Center for Disease Control and Prevention)<sup>2</sup> gehen bereits gegen diese Epidemie vor.

Gegenwärtig rauchen weltweit über 200 Millionen Frauen Zigaretten, das sind 22% der Frauen in den wirtschaftlich entwickelten Ländern und 9% in den Entwicklungsländern. In den Entwicklungsländern sind sie in absoluten Zahlen zahlreicher als in den Ländern des Nordens;<sup>3</sup> Ausserdem kauen in Asien mehrere Millionen Frauen regelmässig Tabak.

## EPIDEMIOLOGIE

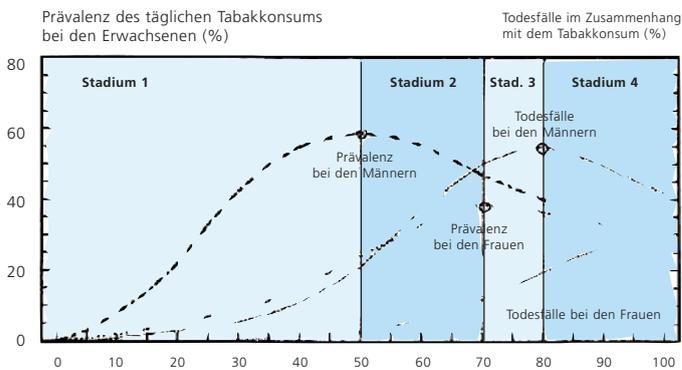
Die Entwicklung des Konsums von Tabakprodukten folgt der Kurve einer Epidemie, die vier Stadien aufweist (Abb. 1). Das Stadium 1 ist durch einen geringen Einstieg in den Tabakkonsum und durch geringe Aufhörraten charakterisiert. Die Länder des Nordens befanden sich am Anfang des 20. Jahrhunderts in dieser Frühphase des Tabakkonsums. Mehrere afrikanische Länder, die sich heute in dieser Phase befinden, gehören zur bevorzugten Zielgruppe der Tabakindustrie.

Das Stadium 2 ist durch einen Anstieg des Tabakkonsums bei den Frauen und bei den Männern durch einen Anteil der Tabakkonsumenten von über 50% gekennzeichnet. Die Sterblichkeit bei den Männern ist hoch, während sie bei den Frauen noch niedrig ist. Einige asiatische Länder (China) und lateinamerikanische Länder (Mexiko) sind in diesem Stadium, und die Rauchenden haben dort in der Regel einen hohen sozialen Status.

In Stadium 3 sinkt die Prävalenz des Tabakkonsums bei den Männern, während bei den Frauen ein Plateau zu beobachten ist, dann kommt es zu einer langsamen Abnahme. Gleichwohl nimmt die Sterblichkeit weiter zu, was den Konsum während des Stadiums 2 widerspiegelt. Die Schweiz befindet sich wie andere europäische Länder gegenwärtig in dieser Phase der Epidemie.

In Stadium 4 sinken die Prävalenz des Tabakkonsums bei den Männern und den Frauen sowie die Sterblichkeit bei den Männern, während die Sterblichkeit bei den Frauen noch zunimmt. Die angelsächsischen Länder (Vereinigte Staaten, Australien, Kanada, Grossbritannien) und einige europäische Länder (Skandinavien) befinden sich in diesem Stadium der Epidemie. Diese Abnahme der Prävalenz betrifft jedoch die benachteiligten Bevölkerungsschichten weniger.<sup>4</sup>

**Abb. 1**  
**Entwicklung der Epidemie des Tabakkonsums**



Quelle: Ramström LM. Prevalence and other dimensions of smoking in the world. In: Bolliger CT, Fagerström KO (eds). The Tobacco Epidemic. Prog Respir Res Basel: Karger S, 1997;28:64-77. Mit Erlaubnis von S. Karger SA, Basel.

Länder nach Stadien			
Afrika Subsahara	China	Ost-europa	Nordwesteuropa
	Japan	Süd-europa	Grossbritannien
	Südosteuropa		Vereinigte Staaten
	Lateinamerika		Kanada
	Nordafrika		Australien

Adaptiert von Wilson CM, Tobin S, Young RC. The exploding worldwide cancer burden: The impact of cancer on women. Int J Gynecol Cancer 2004;14:1-11.

Die Länder des Südens sind auch Sicht der Präventionsstrategie ein grosses Problem. Es ist vorhersehbar, dass die absolute Zahl der Raucherinnen in den nächsten Jahren zunimmt, aufgrund der Verbesserung ihrer Kaufkraft, der Abnahme der soziokulturellen Zwänge, des auf die Frauen ausgerichteten Marketings und fehlender Gesundheitsprogramme für Raucherinnen.<sup>3</sup>

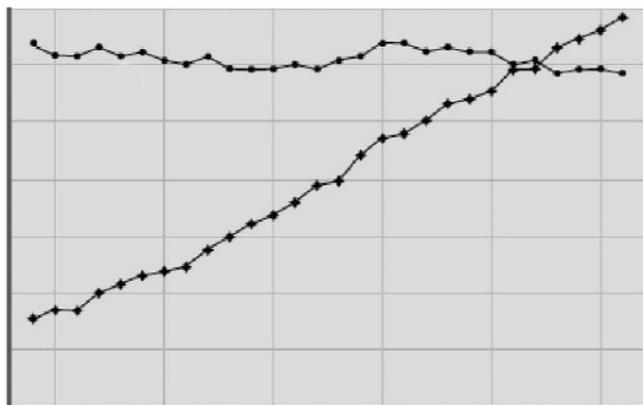
In der Schweiz (Daten von 2005) rauchen 26% der Frauen und 35% der Männer. Bei den Jugendlichen von 14 bis 19 Jahren gibt es keinen grossen Unterschied zwischen den Geschlechtern (23% der weiblichen und 27% der männlichen Jugendlichen). Bei den Erwachsenen zwischen 25 und 54 Jahren ist der Anteil der Raucherinnen relativ stabil (25 bis 28%). Die Prävalenz des Tabakkonsums ist bei Personen mit weniger hoher Ausbildung höher.<sup>5</sup> Dies ist ein sozioökonomischer Gradient, der sich in den Ländern Nordeuropas findet.<sup>6</sup>

## TABAKBEDINGTE KRANKHEITEN

Die epidemiologischen Daten weisen auf das Auftreten tabakbedingter Krankheiten bei den Frauen hin. Ein eindrückliches Beispiel ist Lungenkrebs: Die damit assoziierte Sterblichkeit ist bei den Frauen in Nordamerika seit 1950 um das Fünf- bis Sechsfache gestiegen und übertraf zwischen Ende der 80-er-Jahre und Anfang der 90-er-Jahre die mit dem Brustkrebs assoziierte Sterblichkeit (Abbildung 2). Diese Trendumkehr könnte in unseren Ländern demnächst auch erfolgen.<sup>2</sup>

Die Daten zeigen, dass intervenierende die Nutzen eines Tabakstopp besser aufzeigen können anhand von Pathologien, die Frauen spezifisch betreffen, aufgrund geschlechtsbedingter Empfänglichkeitsunterschiede und ihrer ausschliesslich die Frauen betreffenden Auswirkungen.

**Abb. 2**  
**Entwicklung der Brustkrebs- und Lungenkrebssterblichkeit bei den Frauen in Kanada**



Quelle: Institut national du cancer du Canada. 1996. Statistiques canadiennes sur le cancer 1996, Institut national du cancer du Canada, Toronto, ON, Canada. Aus: «La Guerre du tabac. L'expérience canadienne». Rob Cunningham. Centre de recherches pour le développement international 1997. Ottawa (Ontario) auf [www.crdi.ca](http://www.crdi.ca)  
Das Buch ist im Internet erhältlich: [crdi.ca/fr/rev-9356-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://crdi.ca/fr/rev-9356-201-1-DO_TOPIC.html)  
Entwicklung des Tabakkonsums und der Sterblichkeit, nach Geschlecht

## Krebserkrankungen

Die Empfänglichkeitsunterschiede zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der karzinogenen Wirkungen der Zigarette auf das Lungengewebe könnten teilweise erklärt werden durch eine erhöhte molekulare Vulnerabilität, wobei die Rolle der Östrogene diskutiert wird.<sup>7</sup> Bei den Frauen gibt es einen höheren Anteil an Adenokarzinomen, periphereren Krebserkrankungen, die mit Filterzigaretten und niedrigem Teergehalt assoziiert sind (Light-Zigaretten). Diese Krebsform und seine Lokalisation sind zum Teil auf eine tiefere Inhalation, den Filter und die Zunahme der Nitrosamine im Tabak zurückzuführen.<sup>8</sup> Das Adenokarzinom ist auch die häufigste Krebserkrankung bei Jugendlichen und bei Nichtrauchern, sodass auch andere ätiologische Faktoren beteiligt sein könnten.

Einige Daten legen nahe, dass Frauen nach der Lungenkrebsdiagnose besser überleben. Genetische, metabolische und hormonale Faktoren werden angeführt.<sup>7</sup>

Der Tabak, aber auch andere mit dem Lebensstil verbundene Faktoren (Übergewicht, unausgewogene Ernährung, missbräuchlicher Alkoholkonsum, Art der sexuellen Aktivität) erhöhen die Inzidenz der gynäkologischen Krebserkrankungen.<sup>9</sup>

Für den Brustkrebs ist ein kausaler Zusammenhang mit dem Tabak möglich.<sup>10</sup> Neuere Studien lassen darauf schliessen, dass das Risiko bei den Frauen in der Prämenopause erhöht ist, besonders, wenn der Beginn des Tabakkonsums im Jugendalter erfolgt.<sup>11,12</sup> Gegenüber den Nichtraucherinnen haben die Raucherinnen eine höhere Sterblichkeit, was nicht nur auf den Brustkrebs an sich zurückzuführen ist, sondern auch auf die tabakbedingten Krankheiten.<sup>13</sup> Raucherinnen haben ein zweimal höheres Risiko, Lungenmetastasen zu entwickeln<sup>14</sup>, und weisen nach einer Brustrekonstruktion mehr Komplikationen auf.<sup>15</sup> Sie sollten daher vor einer solchen Intervention zu einer Tabakentwöhnung ermutigt und darin unterstützt werden. Bei den epidermoiden Karzinomen des Halses zeigt eine Übersicht über 23 Studien ein höheres Risiko bei den Raucherinnen (relatives Risiko: RR 1,6). Dieses Risiko erhöht sich mit der Anzahl der täglich gerauchten Zigaretten und einem frühen Beginn des Tabakkonsums.<sup>16</sup>

Beim Eierstockkrebs scheint der Tabak nur beim mukoiden Karzinom verantwortlich zu sein (RR 2,4, KI: 1,5-3,8).<sup>17</sup> Durch seine antiöstrogene Wirkung könnte der Tabak hingegen eine schützende Wirkung auf das Endometriumkarzinom haben.<sup>2</sup>

Im gynäkologischen Bereich ist noch die Beziehung zwischen dem Tabakkonsum und der Stressurininkontinenz und deren Schwere hervorzuheben, wahrscheinlich infolge des bei den Raucherinnen häufigeren Hustens.<sup>18</sup>

### **Chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD)**

Die Frauen scheinen ein anderes klinisches Bild der COPD zu entwickeln als die Männer. Bei ähnlichen VEMS-Werten und einer besseren Sauerstoffversorgung (PaO<sub>2</sub>) weisen sie eine weniger gute Lebensqualität, eine grössere Atemnot und schlechtere Ergebnisse bei der Laufdistanz auf.<sup>19</sup> Ausserdem verlieren die Raucherinnen ihre Lungenfunktion schneller, wenn sie eine schwere Obstruktion haben.<sup>20</sup>

### **Kardiovaskuläre und zerebrovaskuläre Erkrankungen**

Wenige Studien haben sich speziell mit Tabakkonsum und Geschlecht im Kontext der Herz-Kreislauf-Erkrankungen befasst. Bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen haben die Raucherinnen ein zwei- bis viermal grösseres Risiko gegenüber den Nichtraucherinnen, und es gibt eine Dosis-Wirkungs-Beziehung. Obwohl es umstritten ist,<sup>21</sup> könnte es sogar sein, dass der Tabakkonsum mit einem höheren Risiko bei den Frauen (RR 2,02) als bei den Männern (RR 1,41) verbunden ist.<sup>22</sup>

Gegenüber den Nichtraucherinnen haben die Raucherinnen (je nach Alter) ein relatives Risiko für einen ischämischen Hirnschlag von 1,5 bis 4,8. Sie haben wahrscheinlich auch ein höheres Risiko für Subarachnoidalblutungen (RR 2,5).<sup>2</sup>

### **Hauterkrankungen**

Der Tabakkonsum beeinflusst die Wundheilung negativ und begünstigt postoperative Komplikationen.<sup>23</sup> Mehrere Studien zeigen, dass die Raucherinnen gegenüber den Nichtraucherinnen und den Rauchern eine stärkere Hautalterung aufweisen (RR 3).<sup>24,25</sup>

Der Tabakkonsum erhöht die Häufigkeit und die klinische Schwere von Psoriasis. Bei den Frauen führt jeder Anstieg um 20 uPA zu einer Erhöhung des Risikos, eine schwere Form der Psoriasis zu entwickeln (OR 1,8), was bei den Männern nicht festgestellt wurde.<sup>26</sup>

Ausserdem ist hervorzuheben, dass der Tabakkonsum zu einer ungünstigen Entwicklung bei den meisten autoimmunen Krankheiten (Discoider Lupus, Crohn-Krankheit, rheumatische Polyarthrit) beiträgt, die zudem bei den Frauen häufiger sind.<sup>2</sup>

### **Osteoporose**

Durch seine antiöstrogene Wirkung und seine Tendenz zu einem kleineren BMI ist der Tabakkonsum der Frau ein bekannter Risikofaktor für Osteoporose.<sup>27</sup> Der Tabakkonsum hat aber auch andere Wirkungen, unter anderem wahrscheinlich eine Beschleunigung des Knochenverlustes und eine Abnahme der Kalziumabsorption im Darm, die zum Risiko von Brüchen, insbesondere jenen der Hüfte, beitragen.<sup>28,29</sup>

## **PSYCHOSOZIALE ASPEKTE DES TABAKKONSUMS DER FRAUEN**

Viele beim Einstieg in den Tabakkonsum beteiligte Faktoren sind bei beiden Geschlechtern dieselben.<sup>1,2</sup> Es scheint jedoch, dass eine emotionale Vulnerabilität, ein geringes Selbstwertgefühl und eine depressive Verstimmung spezifischere prädiktive Faktoren für einen frühen Tabakkonsum der Frauen sind.<sup>30</sup>

Die weiblichen Jugendlichen, die sensitiv für das Verhalten von Bezugspersonen (ältere Studenten, Eltern und Lehrer) sind es besonders für dasjenige ihrer besten Freundinnen und Freunde.<sup>31</sup> Die affektive Komponente ist bei den jungen Raucherinnen früh ausgeprägt, für die das Rauchen auch meistens eine Partner- oder Gruppen-Aktivität ist.

Die Zigarette wird später als eine Strategie gesehen, zur Kontrolle des Gewichts, des Stresses und der Gefühle.<sup>1,2</sup> Trotz kontroverser Studien scheint es keinen grossen spezifisch geschlechtsbedingten Unterschied bei den Nikotinabhängigkeitswerten zu geben.<sup>1</sup> Auf der Verhaltensebene hingegen scheinen die Frauen für bestimmte Konditionierungen sensitiver zu sein: Reaktion auf Zwänge und negative Lebenserfahrungen, Stimmungs- und Angstkontrolle, soziale Freuden mit Kommunikationssuche<sup>31,32</sup> oder sensorische Verstärkung (visuell oder olfaktiv).<sup>33</sup>

Die Häufung der familiären und sozioprofessionellen Aktivitäten setzt die Frauen zahlreichen Stressfaktoren aus, die sie, häufiger als die Männer, mit dem Tabak kontrollieren wollen, und dies umso mehr, wenn ihre sozioökonomische Stellung und ihr Bildungsniveau niedrig sind. In unseren Ländern ist dieser letzte Parameter ein immer wichtigerer prädiktiver Faktor für den Einstieg und die Fortsetzung des Tabakkonsums der Frauen.<sup>34</sup>

## IMPLIKATION DER TABAKINDUSTRIE

Anfang des 20. Jahrhunderts deutete nichts darauf hin, dass ein so stigmatisiertes Verhalten wie der Tabakkonsum der Frauen, mit den sozioökonomischen Veränderungen, der Industrialisierung der Tabakerzeugnisse und einem intensiven und geschickten Marketing, sich zu einem so weit verbreiteten und sozial akzeptierten Verhalten entwickeln würde.<sup>35</sup> Seit den 30-er-Jahren hat sich die Tabakindustrie der Sorgen und Werte der Frauen bedient, um ihre Botschaften gezielt zu kommunizieren. Sie hat mit Sponsorings Sport- und Kunst-Vereine sowie politische Gruppierungen, unter anderem Programme zur Prävention der Gewalt in der Ehe, finanziell unterstützt!<sup>2</sup>

Mit den Dokumenten der Tabakindustrie konnte die Entwicklung einer der ersten grossen Zigarettenmarken für Frauen in den Vereinigten Staaten analysiert werden: jene der «Virginia Slims».<sup>36</sup>

Von kleinem Durchmesser, was das Bild der Schlankheit versinnbildlicht, wurde sie schnell mit der Botschaft «You've come a long way, Baby!» mit dem Feminismus der 70-er-Jahre assoziiert. Zum ersten Mal wurde der Zigarette eine reale Person zugeordnet. Ab 1980 musste die Marke, die sich in einer Krise befand, die Strategie ändern und vermehrte das Angebot der sogenannten «leichten» Marken, die den gesundheitlichen Sorgen der Frauen Rechnung tragen sollten. Die Entwicklung der «Virginia Slims Kings», einer neuen Zigarette mit femininem Geschmack, aber maskulinem Aussehen, fiel mit dem sozialen Aufstieg der Frauen und ihrem neuem Selbstvertrauen zeitlich zusammen. Die internen Dokumente von Philip Morris zeigten dann hinsichtlich des langfristigen Wachstums deutlich auf, wie wichtig es ist, um jeden Preis für die jungen Frauen attraktiv zu bleiben. Eine Parallele zur Marke «Mary Long» lässt sich leicht ziehen.

## MOTIVATION UND NUTZEN DES TABAKSTOPPS

Bei den Frauen, wie bei den Männern, betrifft die erste Motivation des Tabakstopps die Gesundheit, aber die Wahrnehmung des eigenen Risikos ist häufig abgeschwächt und das Wissen bruchstückhaft.<sup>37</sup>

Die spezifischen Frauenrisiken<sup>38</sup> der COPD oder die Risiken, die mit den Produkten mit niedrigem Teergehalt verbunden sind, werden von den Frauen deutlich unterschätzt.<sup>39</sup> Geschlechts- und altersklassenspezifische Studien und Präventionskampagnen sollten daher in grösserem Masse entwickelt werden.

Ein Faltblatt, das den Nutzen eines Tabakstopps bei den Frauen zur Reduktion der Halskrebrisiken erklärt und einen pathologischen Abstrich zeigt, konnte die Motivation für den Stopp erhöhen.<sup>40</sup> Zusätzlich zum grossen kardio-pulmonalen und onkologischen Nutzen, der mit dem Tabakstopp verbunden ist, könnte der Schwerpunkt auf «sensible» Punkte wie die Häufung von Dysmenorrhöen, Unfruchtbarkeit, Hautalterung, ungünstiger Fettverteilung (Erhöhung des Taille-Hüfte-Verhältnisses)<sup>41</sup> oder sogar von Zellulitis gelegt werden!<sup>42</sup>

Bei den weiblichen Jugendlichen scheinen Motivationsprogramme, die auf dem Aussehen oder der Zahn-Mund-Hygiene basieren, gut akzeptiert zu sein.<sup>43</sup> Präventionsspots mit Tabakszenen, die vor der Ausstrahlung von Filmen platziert wurden, konnten die Motivation von weiblichen Jugendlichen, mit dem Rauchen aufzuhören, erhöhen; 48% sahen sich in den nächsten zwölf Monaten als Ex-Raucherinnen gegenüber 32% in der Kontrollgruppe.<sup>44</sup> Unterstützungsmittelungen, die als SMS jungen Rauchern übermittelt wurden, haben bei beiden Geschlechtern die Rauchabstinenz gegenüber der Kontrollgruppe auf sechs Wochen signifikant erhöht (28% gegenüber 13%).<sup>45</sup>

## HINDERNISSE BEIM TABAKSTOPP MIT VORSCHLÄGEN FÜR DIE BETREUUNG

Unterstützung bei der Tabakentwöhnung durch kognitiv-verhaltensorientierte Techniken, eine dem Grad der Nikotinabhängigkeit angepasste pharmakologische Unterstützung (Nikotinsubstitute und/oder Bupropion) und eine psychologische Begleitung sind bei den Raucherinnen wirksam.<sup>2</sup> Diese anerkannten Hilfen sollten häufiger eingesetzt werden, denn es wurde aufgezeigt, dass die Frauen beim Tabakstopp weniger unterstützt werden als die Männer.<sup>46</sup> Mehrere Studien haben bei den Frauen grössere Rückfallzahlen als bei den Männern dokumentiert, vor allem nach sechs Monaten Abstinenz.<sup>47,48</sup> Psychosoziale Faktoren und eine grössere Angst vor den mit dem Tabakstopp verbundenen Hindernissen, wie Gewichtszunahme und das Auftreten einer depressiven Verstimmung, werden häufig angeführt und sind zu berücksichtigen (Tabelle 1).<sup>49</sup>

Das Risiko der Gewichtszunahme anzuerkennen und zu nuancieren. Die Gewichtszunahme beträgt durchschnittlich 2 bis 5 kg, und zu empfehlende Massnahmen sind ausgewogene Ernährung mit viel Obst und Gemüse sowie regelmässige körperliche Aktivität.<sup>50</sup> Durch die Verschreibung von Nikotinsubstituten und/oder Bupropion kann die anfängliche Gewichtszunahme verringert und

**Tabelle 1**  
**Besonderheiten der Tabakentwöhnung bei Frauen gegenüber den Männern**

- Grosse Ängste vor Hindernissen wie zum Beispiel:
  - Gewichtszunahme
  - depressive Störungen
  - Schwierigkeiten, den Stress zu bewältigen
- Anamnese und Prävalenz eines erhöhten depressiven Zustands
- Unterschiedliche Bewältigungsstile:
  - mehr auf die emotionale Regulierung ausgerichtet
  - eingeschränkte Bewältigung bei niedrigem sozio-ökonomischen Niveau
- Grössere emotionale Empfindlichkeit in bestimmten Phasen des Reproduktionszyklus
- Häufung der familiären und sozioprofessionellen Aktivitäten
- Niedriges sozioökonomisches Niveau

damit die Chancen eines langfristigen Tabakstopps erhöht werden.<sup>50</sup> Eine strikte Diät ist nicht zu empfehlen, da sie die Rückfallgefahr fördert, während eine kognitiv-verhaltenensorientierte Arbeit (TCC), die den Frauen dabei helfen soll, eine moderate Gewichtszunahme zu akzeptieren, den Erfolg des Entzugs erhöht (Abstinenzrate nach einem Jahr: 21% gegenüber 9% in der Kontrollgruppe).<sup>51</sup>

Ein depressiver Zustand ist ein prädiktiver Faktor für einen Rückfall.<sup>52,53</sup> Bei den Frauen ist die Lebensprävalenz einer Depression fast zweimal so hoch wie bei den Männern.<sup>52</sup> Zur Erklärung der Häufigkeit der Beziehung Depression–Tabakkonsum werden wechselseitige Kausalzusammenhänge genannt, aber auch gemeinsame Ätiologien, insbesondere solche, die die Umwelt oder, bei den Frauen zumindest, die Genetik betreffen.<sup>54</sup> Geschlechtsunterschiede in der Art und Weise, auf Stress und auf Emotionen zu reagieren, werden auch angeführt.<sup>55</sup> Eine Vulnerabilität der Frauen bei einigen Stressarten (finanzieller Art zum Beispiel)<sup>56</sup> oder im Zusammenhang mit Phasen des Reproduktionszyklus (prämenstruelle Dysphorie, menopausische Dysphorie usw.)<sup>52</sup> können so zu den Schwierigkeiten des Tabakentzugs beitragen. Eine Antizipation der Situationen mit hohem emotionalem Gehalt durch kognitiv-behaviorale Techniken wird vorgeschlagen, während ängstlich-depressive Zustände, einschliesslich der subklinischen Formen, systematisch und regelmässig erkannt und behandelt werden müssen.<sup>57</sup>

Es ist sinnvoll, dass sich verschiedene Therapeuten an der Beratung und an der Hilfe zur Tabakentwöhnung beteiligen können, nicht nur die Hausärzte, sondern auch Kinderärzte, Frauenärzte, Psychiater, Zahnärzte, Sozialarbeiter, Schulkrankenschwestern, Familienplanungsberaterinnen usw.

## SCHLUSSFOLGERUNGEN

Nur ein umfassendes Präventionsprogramm kann die Prävalenz des Tabakkonsums sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen reduzieren. Der Ansatz muss mehrere Strategien beinhalten: Verbot der direkten und indirekten Werbung, Preiskontrolle und hohe Produktbesteuerung, Beschränkung der Produkterhältlichkeit für Jugendliche, Hilfsprogramme zur Tabakentwöhnung, Rauchverbot in öffentlichen Räumen, Präventionskampagnen.<sup>1,2</sup> Solche Programme konnten in Kalifornien in weniger als zehn Jahren die Inzidenz des Lungenkrebs bei den Frauen um 4,8% senken, während in den Nachbarstaaten ein Anstieg um 13,2% beobachtet wurde!<sup>2</sup> Selbst wenn Gesundheits-erziehungsprogramme, die ihre Wirksamkeit unter Beweis gestellt haben, selten sind, sollten neue Ansätze, welche die Entwicklung der persönlichen und sozialen Kompetenzen und eine bessere normative Wahrnehmung ermöglichen, parallel zu den klinischen Studien, die sich für das Geschlecht, die Altersklassen und den unterschiedlichen psychosozialen Status interessieren, weitergeführt werden. Weltweit rauchen über 200 Millionen Frauen.

In den Entwicklungsländern, in denen der Tabakkonsum jedes Jahr um 3,4% steigt, werden die jungen Frauen immer mehr von der Tabakindustrie gezielt beworben.

Die Umsetzung von Programmen wie die Rahmenkonvention der WHO ist also von besonderer Bedeutung.<sup>1</sup>

## Praktische Folgerungen

- Weltweit rauchen über 200 Millionen Frauen. In den Ländern des Nordens hat der Tabakkonsum der Frauen vielleicht seinen Höhepunkt erreicht und hat teilweise abgenommen. In den Ländern des Südens hingegen ist er in voller Expansion.
- Die Frauen haben geschlechtsspezifisch tabakbedingt Pathologien aber auch eine spezielle Vulnerabilität für bestimmte Krankheiten (Osteoporose, Lungenkarzinom, COPD, vorzeitige Hautalterung usw.).
- Die Frauen rauchen häufiger im Zusammenhang mit einem emotionalen Kontext und um ihr Gewicht zu kontrollieren, Aspekte, die bei der Entwöhnung in spezifischer Weise zu berücksichtigen sind, wobei der «weibliche» Nutzen (hinsichtlich Dysmenorrhöe, Hautalterung, Unfruchtbarkeit usw.) zu betonen ist
- Die Entwöhnungs- und Tabakkontrollprogramme müssen die Frauen in ihre lokalen und weltweiten Strategien einbeziehen

## Dank

An Frau Christine Fehr für ihre ausgezeichnete elektronische Synthesearbeit.

## Bibliographie

- 1 \*\* Women and the tobacco epidemic: Challenges for the 21st century. The World Health Organization in collaboration with the Institute for Global Tobacco Control. John Hopkins School of Public Health 2001.
- 2 \*\* Women and smoking: A report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations and Reports, August 30, 2002.
- 3 \*\* Mackay J, Amos A. Women and tobacco. *Respirology* 2003;8:123-30.
- 4 \*\* Richmond R. You've come a long way baby: Women and the tobacco epidemic. *Addiction* 2003;98: 553-7.
- 5 Keller R, Krebs H, Hornung R. La consommation de tabac dans la population suisse de 2001 à 2005. Résumé du rapport de recherche 2006 sur mandat de l'OFSP. Universität Zürich et Hans Krebs Kommunikation und Publikumsforschung. Mai 2006.
- 6 Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 and older in 11 European countries. *Tob Control* 2005; 14:106-13.
- 7 Patel JD, Bach PB, Kris MG. Lung cancer in US women, a contemporary epidemic. *JAMA* 2004;291: 1763-8.
- 8 Brooks DR, Austin JHM, Heelan RT, et al. Influence of type of cigarette on peripheral versus central lung cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2005;14: 576-81.
- 9 Rieck G, Fiander A. The effect of lifestyle factors on gynaecological cancer. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2006; 20: 227-51.
- 10 Ebbs S. Smoking and breast cancer. *Int J Clin Pract* 2005;59:999-1000.
- 11 Band PR, Nhu DL, Fang R, et al. Carcinogenic and endocrine disrupting effects of cigarette smoke and risk of breast cancer. *Lancet* 2002;360:1044-9.
- 12 Johnson KC. Accumulating evidence on passive and active smoking and breast cancer risk. *Int J Cancer* 2005; 117:619-28.
- 13 Fentiman IS, Allen DS, Hamed H. Smoking and prognosis in women with breast cancer. *Int J Clin Pract* 2005;59:1051-4.
- 14 Murin S, Inciardi J. Cigarette smoking and the risk of pulmonary metastasis from breast cancer. *Chest* 2001;119:1635-40.
- 15 Goodwin SJ, McCarthy CM, Pusic AL, et al. Complications in smokers after postmastectomy tissue expander/ implant breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 2005;55:16-20.
- 16 International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical cancer. Carcinoma of the cervix and tobacco smoking: Collaborative reanalysis of individual data on 13,541 women with carcinoma of the cervix and 23,017 women without carcinoma of the cervix from 23 epidemiological studies. *Int J Cancer* 2006; 118: 1481-95.
- 17 Kurian AW, Balise RR, McGuire V, et al. Histologic types of epithelial ovarian cancer: Have they different risk factors? *Gynecol Oncol* 2005;96:520-30.
- 18 Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, et al. Factors associated with incontinence frequency in a surgical cohort of stress incontinent women. *Am J Obs Gynecol* 2005;193:2088-93.
- 19 de Torres JP, Casanova C, Hernández C, et al. Gender and COPD in patients attending a pulmonary clinic. *Chest* 2005;128:2012-6.
- 20 Watson L, Vonk JM, Löfdahl CG, et al. Predictors of lung function decline in mild and moderate COPD in association with gender: Results from the Euroscop study. *Respiratory Medicine* 2006;100:746-53.
- 21 Chrysohoou C, Panagiotakos DB, Pitsavos C, et al. Gender differences on the risk evaluation of acute coronary syndromes: The Cardio2000 study. *Prev Cardiol* 2003; 6: 71-7.
- 22 Schnohr P, Jensen JS, Scharling H, et al. Coronary heart disease risk factors ranked by importance for the individual and community, a 21 year follow-up of 12000 men and women from the Copenhagen City Heart Study. *Eur Heart J* 2002;23:620-6.
- 23 Warner DO. Perioperative abstinence from cigarettes. *Anesthesiology* 2006;104:356-67.
- 24 Koh JS, Kang H, Choi SW, et al. Cigarette smoking associated with premature facial wrinkling: Image analysis of facial skin replicas. *Int J Dermatol* 2002;41:21-7.
- 25 Ernster VL, Grady D, Miike R, et al. Facial wrinkling in men and women, by smoking status. *Am J Public Health* 1995;85:78-82.
- 26 Fortes C, Mastroeni S, Leffondré K, et al. Relationship between smoking and the clinical severity of psoriasis. *Arch Dermatol* 2005;141:1580-4.
- 27 Cornuz J, Feskanich D, Willett WC, et al. Smoking, smoking cessation, and risk of hip fracture in women. *Am J Med* 1999;106:311-4.
- 28 Kanis JA, Johnell O, Johansson H, et al. Smoking and fracture risk: A meta-analysis. *Osteoporos Int* 2005;16: 155-62.
- 29 Lane NE. Epidemiology, etiology, and diagnosis of osteoporosis. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:53-11.
- 30 Piko BF. Adolescent smoking and drinking: The role of communal mastery and other social influences. *Addict Behav* 2006;31:102-14.
- 31 Engels RC, Hale WW 3rd, Noom M, et al. Self-efficacy and emotional adjustment as precursors of smoking in early adolescence. *Subst Use Misuse* 2005;40: 1883-93.
- 32 Berlin I, Singleton EG, Pedarriosse AM, et al. The modified reasons for smoking scale: Factorial structure, gender effects and relationship with nicotine dependence and smoking cessation in French smokers. *Addiction* 2003;98:1575-83.
- 33 Perkins KA, Jacobs L, Sanders M, et al. Sex differences in the subjective and reinforcing effects of cigarette nicotine dose. *Psychopharmacology* 2002;163:194-201.
- 34 Fernandez E, Schiaffino A, Borrell C, et al. Social class, education, and smoking cessation: Long-term follow-up of patients treated at a smoking cessation unit. *Nicotine Tob Res* 2006; 8: 29-36.
- 35 Amos A, Haglund M. From social taboo to «torch of freedom»: The marketing of cigarettes to women. *Tob Control* 2000;9:3-8.
- 36 Toll BA, Ling PM. The Virginia Slims identity crisis: An inside look at tobacco industry marketing to women. *Tob Control* 2005;14:172-80.
- 37 Mc Caul KD, Hockemeyer JR, Johnson RJ, et al. Motivation to quit using cigarettes: A review. *Addict Behav* 2006;31:42-56.
- 38 Roth L. Risks of smoking to reproductive health: Assessment of women's knowledge. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:934-9.
- 39 Borland R, Yong HH, King B, et al. Use of and beliefs about «light» cigarettes in four countries: Findings from the International Tobacco Control Policy Evaluation Survey. *Nicotine Tob Res* 2004;6(Suppl. 3):S311-S21.
- 40 Bishop AJ, Marteau TM, Hall S, et al. Increasing women's intentions to stop smoking following an abnormal cervical smear test result. *Prev Med* 2005; 41:179-85.
- 41 Canoy D, Wareham N, Luben R, et al. Cigarette smoking and fat distribution in 21,828 British men and women: A population-based study. *Obes Res* 2005;13: 1466-75.
- 42 Vessey MP, Painter R, Powell J. Skin disorders in relation to oral contraception and other factors, including age, social class, smoking and body mass index. Findings in a large cohort study. *Br J Dermatol* 2000; 143:815-20.
- 43 Semer N, Ellison J, Mansell C, et al. Development and evaluation of a tobacco cessation motivational program for adolescents based on physical attractiveness and oral health. *J Dent Hyg* 2005;79:9.
- 44 Edwards CA, Harris WC, Cook DR, et al. Out of the Smokescreen: Does an anti-smoking advertisement affect young women's perception of smoking in movies and their intention to smoke? *Tob Control* 2004;13: 277-82.
- 45 Rodgers A, Corbett T, Bramley D, et al. Do u smoke after txt? Results of a randomised trial of smoking cessation using mobile phone text messaging. *Tob Control* 2005;14:255-61.
- 46 Steinberg MB, Akincigil A, Delnevo CD, et al. Gender and age disparities for smoking-cessation treatment. *Am J Prev Med* 2006;30:405-12.
- 47 \* Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking cessation: Differences between men and women. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:712-22.
- 48 \* Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled- and meta-analyses of clinical trials of bupropion SR. *Addiction* 2004;99:1462-9.
- 49 \* McKee SA, O'Malley SS, Salovey P, et al. Perceived risks and benefits of smoking cessation: Gender-specific predictors of motivation and treatment outcome. *Addict Behav* 2005;30:423-35.
- 50 \*\* Zellweger J-P, Cornuz J. Arrêt du tabac et prise pondérale. *Med Hyg* 2003;61:1861-5.
- 51 Perkins KA, Marcus MD, Levine MD, et al. Cognitive-behavioral therapy to reduce weight concerns improves smoking cessation outcome in weight-concerned women. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:604-13.
- 52 Borrelli B, Bock B, King T, et al. The impact of depression on smoking cessation in women. *Am J Prev Med* 1996;12:378-87.
- 53 Levine MD, Marcus MD, Perkins KA. A history of depression and smoking cessation outcomes among women concerned about post-cessation weight gain. *Nicotine Tob Res* 2003;5:69-76.
- 54 Kendler KS, Neale MC, MacLean CJ, et al. Smoking and major depression – A causal analysis. *Arch Gen Psychiat* 1993; 50: 36-43.
- 55 Sjögren E, Kristenson M, and the Linquest group. Can gender differences in psychosocial factors be explained by socioeconomic status? *Scand J Public Health* 2006;34:59-68.
- 56 McKee SA, Maciejewski PK, Falba T, et al. Sex differences in the effects of stressful life events on changes in smoking status. *Addiction* 2003;98:847-55.
- 57 Wilhelm K, Wedgwood L, Niven H, et al. Smoking cessation and depression: Current knowledge and future directions. *Drug Alcohol Rev* 2006;25:97-107.

\* Lesen!

\*\* Unbedingt lesen!