

Andrzej Jakubik, Włodzimierz Brodniak, Maciej Pałyska, Joanna Raduj, Stefan Welbel

Zakład Psychiatrii Społecznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

PSYCHOSPOŁECZNE UWARUNKOWANIA NIKOTYNIZMU

Palenie tytoniu a zdrowie

Palenie tytoniu od wielu lat stanowi na całym świecie, a szczególnie w Polsce, główny czynnik zagrożenia zdrowia ludności. Palenie tytoniu w naszym kraju jest nie tylko największym, pojedynczym, możliwym do prewencji zagrożeniem zdrowotnym, ale także jednym z najważniejszych elementów stylu życia Polaków [Zatoński i Przewoźniak, 1992]. Dlatego od ponad 20 lat podejmuje się intensywne prace nad tym ważnym problemem społecznym. Dotychczasowe badania koncentrują się przede wszystkim na strukturze, dynamice i geografii palenia tytoniu [por. Zatoński i Przewoźniak, 1992], toksykologii dymu tytoniowego [Starek, 1992], stężeniu substancji szkodliwych w papierosach [Zatoński i Przewoźniak, 1992], wpływie palenia tytoniu jako czynnika ryzyka w chorobach układu krążenia [Grzonkowski i Rywik, 1992], epidemiologicznej analizie umieralności i etiologii tytoniozależnych nowotworów złośliwych [Zatoński i Tarkowski, 1992; Zatoński i Tyczyński, 1992] i nienowotworowych chorób płuc [Jędrychowski, 1992].

Podsumowaniem wyników licznych badań, zarówno polskich, jak i zagranicznych [np. Doll i Hill, 1950; Doll i Peto, 1976; Fraumeni, 1968; Hammond i Horn, 1954; Jick i Walker, 1968; Lea, 1966; Linkins i Comstock, 1990], może być opinia Zatońskiego [1993, s. 4-5], że palenie papierosów jest czynnikiem przyczynowym i/lub pogarszającym efekty leczenia w następujących schorzeniach:

- nowotwory: jamy ustnej, krtani, płuc, przelyku, trzustki, nerki i pęcherza moczowego, a także szyjki macicy, białaczki, żołądka i prawdopodobnie jelita grubego;
- choroby układu sercowo-naczyniowego, m. in. choroba niedokrwienna serca, choroby naczyń obwodowych, tętniak aorty;

- choroby układu oddechowego, zwłaszcza przewlekłe zapalenie oskrzeli i rozedma płuc;
- choroby naczyń mózgowych, w tym udary mózgu;
- choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy;
- infekcje górnych dróg oddechowych.

U palaczy tytoniu obserwuje się zwiększenie zapadalności i umieralności na wyżej wymienione schorzenia. W Polsce przyjmuje się, że palenie papierosów odpowiada za 50% zgonów nowotworowych u mężczyzn [por. Peto i in., 1992] i ok. 15% u kobiet, za ponad 30% przypadków choroby niedokrwiennej serca oraz 80-90% przewlekłych chorób płuc. Palenie jest główną przyczyną co najmniej 80% wszystkich zachorowań, a następnie zgonów z powodu raka płuca. Każdego roku umiera w naszym kraju na schorzenia wynikające z palenia tytoniu około 70 tys. ludzi w wieku 35-69 lat (przedwczesna umieralność).

Ujemny wpływ tytoniu na długość życia nałogowych palaczy odnotowano po raz pierwszy w roku 1938, a aktualne statystyki umieralności potwierdzają, że mamy już do czynienia z „epidemią tytoniową” [por. Bartecchi i in., 1995]. Na przykład w USA w 1990 roku odsetek wszystkich zgonów spowodowanych chorobami odytoniowymi wynosił aż 19 %, czyli był wyższy niż dla zgonów, za których przyczynę uznano alkoholizm (5%) lub narkomanię (0,8%). W tym kontekście niezwykle niepokojący jest fakt, że w skali globu produkcja papierosów w dwóch ostatnich dziesięcioleciach rosła rocznie średnio o 2,2%, wyprzedzając roczny przyrost ludności świata wynoszący 1,7%.

Dodatkowo, palenie papierosów przez kobiety zwiększa również ryzyko spontanicznych poronień, porodów przedwczesnych, niskiej wagi urodzeniowej noworodków, zgonów niemowląt oraz zahamowanie szybkości rozwoju w wieku dziecięcym [por. Starek, 1992]. Ponadto wiadomo, że również palenie bierne, tj. „mimowolne i niechciane wdychanie dymu tytoniowego zanieczyszczającego powietrze mikrośrodowiska” [Zatoński, 1993, s. 5), prowadzi do wzrostu zachorowalności na infekcje układu oddechowego, zawał mięśnia sercowego, raka płuc itp.

Palenie tytoniu w Polsce

W związku z antynikotynowymi akcjami prowadzonymi od dawna w innych krajach, a także obecnym kierunkiem naszego MZiOS w zakresie polityki zdrowotnej i leczenia związanego z paleniem tytoniu, problematyka nikotynizmu staje się pierwszoplanową, zwłaszcza, że dotychczasowe wyniki

badania jednoznacznie wskazują na palenie tytoniu jako poważny problem społeczny w Polsce. Oto wybrane dane:

- od połowy lat 70-tych zajmujemy jedno z pierwszych miejsc w świecie pod względem liczby wypalanych papierosów (co roku 100 mld sztuk, tj. 3611 szt. rocznie na statystycznego Polaka) i liczby regularnych - (wg def. WHO) - palaczy (ok. 10,2 mln osób palących średnio 19 sztuk dziennie);
- średnia liczba wypalanych codziennie papierosów jest większa wśród regularnie palących polskich mężczyzn i kobiet niż w państwach Wspólnoty Europejskiej [Todd, 1986];
- polskie papierosy charakteryzuje duża zawartość ciał smołowych i nikotyny, prawie 48% produkowanych jest bez filtra, a regularni palacze kupują marki gorsze gatunkowo, np. głównie „Klubowe” (19%), „Popularne” (18%) i „Mocne” (9,6%) [por. Zatoński, 1994b];
- wśród regularnych palaczy (53,1% mężczyzn i 22% kobiet dorosłej populacji) przeważają osoby młode (25-34 lat);
- wśród wszystkich zgonów w wyniku nowotworów, rośnie systematycznie odsetek zgonów na nowotwory tytoniozależne, np. z 37% w 1965 r. do 55% w 1980 r.

Ostatnie publikacje WHO szacują, że konsumpcja tytoniu w Polsce od około 20 lat należy do najwyższych na świecie [por. Zatoński, 1994a].

Polityka antynikotynowa

W wielu krajach podejmuje się różnorodne formy działalności ukierunkowane na zmniejszenie popytu wyrobów tytoniowych. Sprowadzają się one głównie do zakazu ich reklamowania oraz ograniczenia palenia papierosów w instytucjach i miejscach publicznych. Do połowy lat dziewięćdziesiątych 55 państw wydało akty prawne kontrolujące reklamę wyrobów tytoniowych: w 20 krajach wprowadzono całkowity ich zakaz, w 15 - częściowe surowe zakazy i w 20 - umiarkowane.

Do tych ostatnich należą Stany Zjednoczone, gdzie od 1971 roku, w którym Kongres zakazał emitowania wszelkich reklam tytoniu w mediach elektronicznych, nie uchwalono żadnych przepisów, które ograniczałyby palenie papierosów. Tymczasem wskaźnik palenia papierosów przestał ostatnio spadać w USA, a w innych częściach świata wykazuje tendencję wzrostową. Zdaniem Berticchiego i in. (1995), winę za taki stan rzeczy ponoszą w dużej mierze agresywny marketing i pobłażliwe przepisy. Jakby mając to na uwadze,

amerykańska rządowa Agencja ds. Lekarstw i Żywności opublikowała 10 sierpnia 1995 r. raport, stwierdzający oficjalnie, że nikotyna jest „uzależniającym narkotykiem” (sic!). Jednocześnie przedstawiła plan działania (zakłada przede wszystkim ograniczenia sprzedaży papierosów ludziom młodym i zakazy reklamy), który w ciągu siedmiu lat ma zmniejszyć o połowę liczbę palących nastolatków w USA. Jak bowiem wynika z najnowszych badań przeprowadzonych na wielotysięcznej populacji młodzieży amerykańskiej, w latach 1991-1994 nastąpił wyraźny wzrost liczby palaczy wśród nastolatków [por. Johnston, 1995], głównie w wieku 13-15 lat [McGee i Stanton, 1993].

Co się tyczy wpływu reklamy wyrobów tytoniowych na wzrost liczby palaczy, to zdania różnych autorów są podzielone. Przeciwnicy surowych zakazów argumentują, iż właśnie restrykcje w tym zakresie przynoszą efekty odwrotne od zamierzonych. Np. w Holandii, gdzie papierosy wolno reklamować, w latach 1980 - 1992 sprzedaż spadła o ponad 38%. Natomiast w krajach, w których obowiązuje już od lat osiemdziesiątych całkowity zakaz reklamy, sprzedaż papierosów wzrosła (np. w Norwegii o 11%, w Finlandii o 10%), przy równocześnie wyraźnym wzroście liczby palących wśród nastolatków [por. Luczak, 1995]. Innym przykładem może być Wielka Brytania, gdzie w latach 1975-1990 wydatki na promocję produktów tytoniowych wzrosły o 7,5%, ale ich spożycie spadło w tym czasie aż o 27%. W Polsce wyroby tytoniowe reklamuje się od 1990 r., a mimo to w latach 1992-1994 z 18% do 13% zmalał np. odsetek palącej młodzieży poniżej 19 lat.

Prawdopodobnie mając na uwadze powyższe argumenty, Sejm III RP złagodził pierwotnie restrykcyjny projekt i uchwalił 25 sierpnia 1995 r. ustawę o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu w zmienionej wersji. Nie będzie wolno reklamować papierosów w RiTV oraz prasie dziecięcej i młodzieżowej. Reklama będzie dozwolona w pozostałej prasie i na ulicach. Nowa ustawa dodała zakaz reklamy w zakładach opieki zdrowotnej, placówkach kulturalno-oświatowych i szkołach wyższych. Palić tam będzie wolno tylko w wyznaczonych miejscach. Zakazuje się także reklamowania i promocji rekwizytów tytoniowych, np. fajek, popielniczek. Widoczny i czytelny napis zajmujący co najmniej 30% powierzchni wyrobów tytoniowych i 20% reklam ma ostrzegać o szkodliwości palenia, a w każdej nowej reklamie pojawi się informacja o zawartości nikotyny i substancji smolistych w papierosach. Ustawa, jeśli zatwierdzi ją Senat i prezydent, zacznie obowiązywać po trzech miesiącach od jej ogłoszenia, z wyjątkiem zakazów dotyczących reklamy, które wejdą w życie po roku. Za ich naruszenie grozić będzie ograniczenie wolności lub grzywna 25 tys. złotych.

Wydaje się, że znacznie bardziej skuteczne od regulacji prawnych są różne działania ukierunkowane na zwiększenie świadomości społecznej odnośnie do szkodliwości palenia tytoniu oraz na mobilizowanie palaczy do zaprzestania lub przynajmniej ograniczenia palenia. W tym celu, Fundacja „Promocja Zdrowia” przy Centrum Onkologii-Instytucie w Warszawie, przeniosła w roku 1991 na polski grunt niezwykle efektywną akcję „Dnia bez papierosa”, prowadzoną od lat w USA i krajach Europy Zachodniej [Zatoński i in., 1993].

Pionierem akcji Dnia bez Papierosa (D-Day) był amerykański dziennikarz Lynn Smith, który w 1973 r. zaproponował czytelnikom swojego pisma, aby na jeden dzień rzucili palenie. Okazało się, że ze 150 tysięcy osób palących, które wzięły udział w akcji, 10% przestało palić. Idea Smitha została później podchwycona przez Amerykańskie Towarzystwo Walki z Rakiem i w roku 1977 przekształcona w Amerykański Dzień bez Tytoniu. Od tego czasu pomysł akcji pomocy osobom pragnącym rzucić palenie został przyjęty w wielu krajach. W 1988 r. ŚOZ ustanowiła dzień 31 maja Światowym Dniem bez Tytoniu, w którym organizatorzy każdego roku koncentrują się na innym problemie walki z paleniem papierosów. W wielu państwach, jak np. w USA i krajach Europy Środkowo Wschodniej, tego rodzaju akcje przeprowadza się oddzielnie jako tzw. Dzień bez Papierosa (w trzeci czwartek listopada). Głównym ich celem jest przekonanie jak największej rzeszy uzależnionych od nikotyny, że zaprzestanie palenia jest możliwe i umotywowanie palaczy do podjęcia decyzji o porzuceniu nałogu.

Egzemplifikacją skuteczności tego rodzaju kampanii mogą być rezultaty uzyskane w 1994 r. w promującej zdrowy styl życia akcji „Rzuć palenie razem z nami”. Wg badań OBOP-u aż 92% ankietowanych słyszało o tej akcji, 3 miliony osób starało się w związku z nią ograniczyć palenie papierosów, a blisko 1,5 miliona podjęło próbę jego zaprzestania. Spośród tych ostatnich aż 200 tys. osób rozstało się z nałogiem [Zatoński, 1995].

Uwarunkowania psychologiczne i społeczne

Za najważniejsze społeczne determinanty palenia tytoniu, istotnie różnicujące osoby uzależnione od nikotyny, uważa się płeć, wiek, miejsce zamieszkania (miasto, wieś) i przynależność społeczno-zawodową (np. większość regularnych palaczy stanowią robotnicy) [por. Zatoński i Przewoźniak, 1992]. Z przeglądu literatury przedmiotu wynika, a ma to istotne znaczenie w profilaktyce uzależnienia od nikotyny, że prawdopodobnie istnieją tzw. czynniki ry-

zyka - w większości odmienne dla mężczyzn i kobiet - sprzyjające paleniu tytoniu, a w konsekwencji prowadzące do nikotynizmu [por. Bagrel i Gueguen, 1991; Cohen i in., 1991; Glassman i in., 1990; Jarvis, 1994; Kubicka i in., 1993; Romans i in., 1993]:

- u mężczyzn: wysokie wymagania w pracy, trudności w podejmowaniu decyzji, objawy depresyjne, nadużywanie alkoholu lub substancji odurzających;
- u kobiet: młody wiek, brak wykształcenia, niski status społeczny, zła sytuacja finansowa, niezadowolenie z pełnionej roli kobiety, konflikty małżeńskie, pełnoetatowe zatrudnienie, brak ruchu fizycznego, objawy depresyjne.

W Polsce nie prowadzono dotychczas badań nad uwarunkowaniami psychologicznymi i osobowościowymi nikotynizmu, co pozwoliłoby opracować bardziej efektywne programy prewencyjne, a także poszerzyć dotychczasowe metody jego leczenia (techniki behawioralne, hipnoza, akupunktura, leczenie farmakologiczne, nikotynowa terapia zastępcza, terapia grupowa) [Benowitz, 1992; Zatoński, 1993] o skuteczniejsze oddziaływania psychoterapeutyczne. Być może wynika to z faktu, iż w przeciwieństwie do innego rodzaju uzależnień, np. alkoholizmu czy narkomanii, jednostki uzależnione od nikotyny nie wykazują klinicznych objawów zaburzeń osobowości [Bejerot, 1975], a poszukiwanie istotnych związków między nikotynizmem a zaburzeniami psychicznymi okazało się bezowocne lub co najmniej kontrowersyjne [por. Adler i in., 1993; Foulds i Toone, 1995; Glassman i in., 1990; Goff i in., 1992; Kendler i in., 1993; Masterson i O'Shea, 1984; Smirnow, 1991; Yassa i in., 1987]. Jedyne powszechnie potwierdzone obserwacje dotyczą wzrostu liczby wypalanych dziennie papierosów u chorych cierpiących na schizofrenię, depresję endogenną lub nerwicę, co wiąże się z występowaniem u nich wspólnego objawu: wysokiego poziomu lęku.

W piśmiennictwie światowym przeważają, niestety, psychoanalityczne interpretacje nałogu palenia tytoniu [por. Dahlke i Dahlke, 1993; Hyllienmark, 1986], koncentrujące się na tzw. charakterze oralnym.

W charakterystyce osobowościowej jednostek uzależnionych od nikotyny [por. Breslau i in., 1993; Dahlke i Dahlke, 1993; Hays i Zovari, 1995; Jarvis, 1994; Midro i in., 1994; Nil, 1991; Parrot, 1994; Pomerleau i in., 1992; Shifman i in., 1994] podkreśla się przede wszystkim zaburzenia emocjonalne, wysoki poziom neurotyczności i ogólnego niepokoju (lęku), pesymistyczne postawy wobec życia, brak tolerancji na stres, wysoki stopień frustracji, zależ-

ność od wzmocnień (poszukiwanie wzmocnień pozytywnych a unikanie negatywnych), nieefektywne strategie radzenia sobie ze stresem, agresywność, niepewność, niskie poczucie własnej wartości, trudności w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych, nadmierną aktywność i potrzebę akceptacji ze strony otoczenia. Nie udało się jednakże opisać jakiegoś określonego typu osobowości, swoistego dla osób uzależnionych od nikotyny.

Opisane cechy osobowości zwiększają ryzyko psychologicznej podatności na uzależnienie, a podstawową determinantą powstawania nikotynizmu jest mechanizm redukcji wysokiego poziomu lęku (przejawiającego się często w formie uogólnionego niepokoju, napięcia wewnętrznego, dyskomfortu psychicznego itp.) poprzez palenie tytoniu. Tego typu patomechanizmu nie stwierdza się natomiast u osób palących nieregularnie, a więc nieuzależnionych [Shiffman i in., 1994]. Zdaniem niektórych autorów [por. Pomerleau i in., 1992], innym, alternatywnym mechanizmem tworzenia się nalogu nikotynowego może być nadmierne zapotrzebowanie na stymulację.

Cel badań i hipotezy

Obecna polityka promocji zdrowia kładzie wyraźny nacisk na konieczność badań nad skutkami palenia tytoniu, prewencją chorób odtytoniowych oraz leczeniem nikotynizmu. Jednym z najważniejszych problemów badawczych w tym zakresie - poza zbieraniem „alarmujących” danych statystycznych - jest poznanie uwarunkowań psychospołecznych palenia tytoniu. Stąd celem naszych badań była próba wyodrębnienia i oceny czynników psychologicznych, osobowościowych, społecznych i zdrowotnych, które wpływają (sprzyjają lub ograniczają palenie tytoniu. Analiza tych czynników miała dostarczyć, poza wartościami poznawczymi, użytecznych danych dla opracowywania bardziej efektywnych działań promocyjnych i programów prewencyjnych ukierunkowanych na zmniejszenie rozpowszechnienia nikotynizmu w Polsce oraz praktycznych wskazówek dla poradnictwa i terapii osób uzależnionych od nikotyny. Należy podkreślić, że w ramach polityki antynikotynowej, realizacja tak zakreślonych celów jest jednym z zadań Narodowego Programu Zdrowia (1993).

Wyjściowo sformułowano trzy podstawowe, ogólne hipotezy badawcze:

- istnieją swoiste zmienne osobowościowe wpływające na regularne palenie tytoniu (H1);
- istnieją określone czynniki społeczne warunkujące regularne palenie tytoniu (H2);

- stan zdrowia psychicznego i somatycznego osób uzależnionych od nikotyny różni się istotnie od stanu zdrowia osób niepalących (H3).

Statystycznej weryfikacji hipotez dokonano za pomocą programu komputerowego SPSS/PC+. Do analizy szczegółowej wybrano następujące statystyki:

1) test chi-kwadrat, współczynniki korelacji Tau-B i Tau-C M. Kendalla oraz kowariancyjny współczynnik korelacji „r” K. Pearsona - dla opisu związków między zmiennymi nieparametrycznymi;

2) test „t” Studenta i test istotności różnic między średnimi - dla opisu związków między zmiennymi parametrycznymi. Wyniki uzyskane przez badanych w Teście Przymiotników opracowano za pomocą programu komputerowego „ACL 37-czynnikowy Gougha i Heilbruna w. 2.0” Z. Sienkiewicza.

Charakterystyka badanej próby

Do badań ankietowo-testowych dobrano losowo grupę 155 uczniów w wieku 15-20 lat z 4 wybranych celowo szkół warszawskich: Liceum Zawodowego nr 33, Szkoły Zawodowej nr 30 i Zespołu Szkół - Liceum Ogólnokształcące i Technikum. Drugą grupę badanych stanowiły 154 osoby w wieku 21-60 lat, które wylosowano spośród pracowników Elektrociepłowni Siekierki, Urzędu Gminy Warszawa-Mokotów, Komendy Głównej ZHP oraz różnych firm prywatnych. W sumie badania zrealizowano na próbie populacji, która liczyła 309 osób w wieku od 15 do 60 lat.

Dla celów analizy statystycznej próbę badaną podzielono na cztery grupy: 1) palących regularnie, tj. uzależnionych od nikotyny (73 osoby, tj. 23,6% badanych), 2) palących nieregularnie (32 osoby, 10,4%), 3) niepalących (146 osób, 47,2%) i 4) palaczy, którzy rzucili palenie (58 osób, 18,8%). W zakresie niektórych zmiennych porównywano także wyniki uzyskane przez wszystkich palących (105 osób) i niepalących (146 osób).

Podstawowe dane demograficzne badanej próby populacji przedstawiają się następująco:

	N	%
- Płeć:		
mężczyźni	154	49,8
kobiety	156	50,2
- Wiek:		
14 - 19 lat	154	58,6
20 - 29 lat	27	8,7
30 - 39 lat	45	14,6
40 - 49 lat	44	14,2
50 - 64 lat	39	12,6

- Stan cywilny:		
kawaler, panna	173	56,0
żonaty, zamężna /jeden raz/	94	30,4
żonaty, zamężna /dwa razy i więcej/	13	4,2
rozwidziony/a/	14	4,5
wdowiec, wdowa	7	2,3
związek nieformalny	8	2,6
- Miejsce zamieszkania:		
wieś	28	9,1
miasto do 10 tys. mieszkańców	9	2,9
miasto powyżej 10 do 50 tys.	11	3,6
miasto powyżej 50 do 100 tys.	4	1,3
miasto powyżej 100 tys.	257	83,2
- Wykształcenie:		
podstawowe lub niższe	59	19,1
zasadnicze zawodowe	40	12,9
średnie	148	47,9
niepełne wyższe i pomaturalne	20	6,5
wyższe	42	13,6
- Status zawodowy:		
pracuje	158	51,1
uczy się	151	48,9

Ze względu na celowo-losowy dobór próby badanej nie jest uprawniona metodologicznie analiza danych demograficznych, które nie są reprezentacyjne dla populacji polskiej. Stąd m. in. brak na przykład informacji dotyczących palenia tytoniu wśród osób bezrobotnych.

Metody badania

1. Kwestionariusz Zdrowie a Palenie Tytoniu.

Dla realizacji zadań badawczych zespół Zakładu Psychiatrii Społecznej IPiN opracował oryginalny kwestionariusz Zdrowie a Palenie Tytoniu, zawierający istotne zmienne psychologiczne, społeczne i zdrowotne. Empiryczną weryfikację kwestionariusza podobnie zresztą, jak i przydatności pozostałych narzędzi pomiarowych (HSCL i ACL) - przeprowadzono w rozszerzonych badaniach pilotażowych w grupie 118 respondentów, obejmującej studentów oraz pracowników wyższych uczelni i zakładów służby zdrowia. Zgodnie z wynikami uzyskanymi w pilotażu, skonstruowano drugą, zmodyfikowaną wersję kwestionariusza, którą zastosowano w naszych badaniach.

Pierwsza część ankiety dotyczy oceny stanu zdrowia somatycznego i psychicznego, w tym także używania leków. Część druga obejmuje zagadnienia

związane z paleniem tytoniu, jego częstotliwością, okresem używania, sytuacjami w jakich się pali, uwarunkowaniami psychologicznymi i społecznymi prób rzucenia palenia, jego zmniejszania lub zwiększania, paleniem tytoniu w rodzinie i stosunkiem otoczenia do osób palących. Zamieszczono także skale na temat zakresu i częstości picia alkoholu. Część trzecia ankiety składa się ze zbioru podstawowych danych demograficznych i społeczno-ekonomicznych charakteryzujących osoby badane. Istotną zmianą w ostatecznej wersji kwestionariusza jest podział zbioru pytań na 4 zasadnicze bloki: pytania dla wszystkich badanych, pytania dla palących, pytania dla tych osób, które rzuciły palenie i pytania dla niepalących.

II. Kwestionariusz Objawów (HSCL - Hopkins Symptom Checklist). Pierwotna wersja Listy Objawów (HSCL-41) została opracowana przez Parloff'a i in. (1954), a następnie poszerzona przez Derogatis'a i in. (1971). Ostateczna wersja tej skali samooceny (Lipman, 1986) zawiera 90 pytań - stąd nazwa: HSCL-90 - i dziewięć podskal (czynników) wyodrębnionych za pomocą analizy czynnikowej (por. Bech, 1987; Cyr i in., 1985; Guy, 1976). Skala służy do pomiaru nasilenia objawów nerwicowych i jest powszechnie znana i stosowana w badaniach światowych (por. Bech, 1993; Hays i Zovari, 1995) oraz polskich (por. Siwiak-Kobayashi, 1989; Siwiak-Kobayashi i Dakowska, 1994).

W naszych badaniach zastosowano siedem czynników całej skali, (pominięto dwa tzw. czynniki „psychotyczne”):

- Somatyzacja (S),
- Depresja z niepokojem (DA),
- Depresja z zahamowaniem (DZ),
- Natręctwa (N),
- Agresja-wrogość (A-W),
- Lęk fobiczny (LF),
- Nadwrażliwość interpersonalna (NI).

W tej 72-pytaniowej wersji listy objawów, osoby badane wypełniały kwestionariusz jednorazowo na czterostopniowej skali odpowiedzi (zob. Załącznik III).

III. Test Przymiotników (ACL - Adjective Checklist) H. G. Gougha i A. B. Heilbruna.

Do pomiaru osobowości zastosowano Test Przymiotników (ACL) H. G. Gougha i A. B. Heilbruna (1980) w autoryzowanym przekładzie Z. Płużek, M.

Niewiadomskiego, E. Ewczyńskiego i J. Jakubowskiego (zob. Załącznik IX). Test jest uznanym w świecie narzędziem badawczym (por. Matkowski, 1984) i mierzy system potrzeb jednostki, zgodnie z definicjami Edwardsa (1970), a w oparciu o koncepcję Murraya. ACL - zwłaszcza w wersji 37-czynnikowej - jest szczególnie przydatny do mierzenia cech osobowości wiążących się z funkcjonowaniem jednostki w jej relacjach z otoczeniem społecznym.

Test zawiera listę 300 przymiotników, które opisują zachowanie się człowieka. Zadaniem badanego jest zaznaczenie tych określeń, jakie charakteryzują jego własną osobę. W analizie uzyskanych wyników bierze się pod uwagę następujące skale (czynniki):

- Dotyczące sposobu wypełniania testu:

- 1) liczba wybranych przymiotników (No. Ckd),
- 2) liczba wybranych przymiotników pozytywnych (Fav), 3) liczba wybranych przymiotników negatywnych (Unfav), 4) typowość (Com);

- Skale potrzeb:

- 5) osiągnięć (Ach), 6) dominacji (Dom),
- 7) wytrwałości (End),
- 8) porządku (Ord),
- 9) rozumienia siebie i innych (Int),
- 10) opiekowania się (Nur),
- 11) afilacji (Aff),
- 12) kontaktów heteroseksualnych (Het),
- 13) ujawniania się (Exh),
- 14) autonomii (Aut),
- 15) agresji (Agg),
- 16) zmian (Cha),
- 17) wsparcia ze strony innych (Suc),
- 18) samoponiżania się (Aba),
- 19) podporządkowania się (Def);

- Skale tematyczne:

- 20) gotowość na poradę i pomoc innych ludzi (Crs),
- 21) samokontrola (S-Cn),
- 22) zaufanie do siebie (S-Cfd),
- 23) przystosowanie osobiste (P-Ad),
- 24) skala idealnego obrazu siebie (Iss),
- 25) skala osobowości twórczej (Cps),
- 26) skala zdolności przywódczych (Mls),

- 27) skala męskości (Mas),
- 28) skala kobiecości (Fem);
- Skale analizy transakcyjnej:
- 29) Krytyczny Rodzic (CP),
- 30) Wychowawczy Rodzic (NP),
- 31) Dorosły (A),
- 32) Wolne Dziecko (FC),
- 33) Adaptowane Dziecko (AC);
- Skale oryginalności-inteligencji:
- 34) wysoka oryginalność, niska inteligencja (A-1),
- 35) wysoka oryginalność, wysoka inteligencja (A-2),
- 36) niska oryginalność, niska inteligencja (A-3), 37) niska oryginalność, wysoka inteligencja (A-4).

Wyniki badań

1. Czynniki zdrowotne.

W badanej grupie średnia liczba wypalanych dziennie papierosów wynosiła 17,6 (mężczyźni 19 szt., kobiety 15,8 szt.), a średni wiek rozpoczęcia palenia tytoniu - 18 rok życia.

Szczegółowe wyniki badań uzyskane w kwestionariuszu Zdrowie a Palenie Tytoniu wskazują, że wśród badanych istnieje pełna świadomość faktu, że stan zdrowia społeczeństwa polskiego jest zdecydowanie gorszy od mieszkańców innych krajów (opinia 71,2% osób, $p < 0,002$), co potwierdzają ich obserwacje w odniesieniu do najbliższego otoczenia (79,6%, $p < 0,0004$), a podstawowym czynnikiem wywierającym szkodliwy wpływ na zdrowie somatyczne i psychiczne jest palenie tytoniu (55%) i to bardziej negatywnym niż picie alkoholu (43,4%). Dlatego m. in. aż 68,9% badanych palaczy wielokrotnie próbowało rzucić palenie, jednakże bezskutecznie. Zwykle najdłuższy okres niepalenia trwał 1-3 miesiące (u 75% badanych). Powrót do palenia tytoniu był spowodowany głównie objawami abstynencyjnymi (50%) i trudnymi sytuacjami życiowymi (21,7%). Brak związku między oceną własnego stanu zdrowia a paleniem, sugeruje jednakże słabą motywację do rzucenia palenia.

Liczne aktualne dolegliwości psychiczne i somatyczne w sposób istotny różnicowały osoby młode od dorosłych mężczyzn i kobiet, stąd w ostatnim okresie aż 46,3% badanych używało leków przeciwbólowych, w tym 38,3% bez zaleceń lekarza.

W Kwestionariuszu Objawów HSCL wyniki uzyskane przez badanych (ryc.1) - wskazują, że nasilenie objawów psychicznych i somatycznych jest wyższe u kobiet niż u mężczyzn, zarówno w grupie palących, jak i niepalących. Ludzie młodzi mieli wyższe wyniki niż dorośli: pierwsi w skali A-W (agresja-wrogość), drudzy - w skali S (somatyzacja), odzwierciedlającej poziom lęku. Osoby niepalące uzyskały na ogół średnie wyniki w zakresie wszystkich czynników.

Najwyższe wyniki we wszystkich skalach objawów osiągnęły osoby palące regularnie, zwłaszcza mężczyźni. Szczególnie wysokie wyniki wśród mężczyzn odnotowano w czynnikach A-W (agresja-wrogość), NI (nadwrażliwość interpersonalna) i DN (depresja z niepokojem). Jeżeli uwzględnimy całą grupę palących regularnie (mężczyźni i kobiety) najwyższe wartości zanotowano w dwóch skalach HSCL - somatyzacji i lęku fobicznego oraz relatywnie wysokie w skali depresja z niepokojem. Ogólnie biorąc, rezultaty badań świadczą o istotnie gorszym stanie zdrowia psychicznego i somatycznego u osób uzależnionych od nikotyny w porównaniu z niepalącymi, co stanowi potwierdzenie hipotezy H3. Do najczęstszych, statystycznie istotnych dolegliwości należą: bóle głowy, zaburzenia snu, niepokój (lęk), obniżenie nastroju, wzmożona drażliwość, skłonność do schorzeń ze strony układów oddechowego, pokarmowego i sercowo-naczyniowego. Towarzyszy temu nadużywanie leków, zwłaszcza przeciwbólowych ($p < 0,0004$) i uspokajających (zależność wysoka, ale statystycznie nieistotna).

II. Czynniki społeczne.

Uzyskane wyniki badań wskazują, że istnieją określone czynniki społeczne sprzyjające rozpoczęciu palenia tytoniu (H2), a w następstwie warunkujące powstanie uzależnienia od nikotyny:

- towarzystwo kolegów i rówieśników (63%),
- szkoła (31, 6%),
- ciekawość (28,8%),
- naśladownictwo (20,9%),
- dom rodzinny (19,2%),
- chęć zaimponowania otoczeniu (13,5%),
- sytuacje stresowe (10,4%).

Stwierdzono wyraźny związek między paleniem tytoniu a piciem alkoholu ($p < 0, 00001$), szczególnie wódki ($p < 0,00001$).

Zwiększenie liczby wypalanych papierosów jest związane przede wszystkim z sytuacjami stresowymi, konfliktami i problemami osobistymi (61,4%).

Jest to argument na rzecz tych autorów, którzy za kształtowanie się nikotynizmu czynią odpowiedzialny mechanizm redukcji wysokiego poziomu lęku w efekcie palenia tytoniu [por. Shiffman i in., 1994].

Niepalący i osoby, które rzuciły palenie bardzo silnie odczuwają nielibowanie się z nimi ze strony palaczy ($p < 0,00001$). Brak jest związku między badanymi palącymi a paleniem tytoniu przez rodziców, natomiast występuje on w przypadku palenia przez współmałżonka/ę/ ($p < 0,005$). W odniesieniu do inicjacji palenia, takiej zależności nie stwierdza się, co świadczy o tym, iż palący współmałżonek/ka/ utrudnia jedynie rzucenie palenia. Nie sprzyja rozpoczęciu palenia tytoniu negatywny stosunek do palenia, zarówno ze strony rodziców - ojca ($p < 0,03$) czy matki ($p < 0,01$) jak i współmałżonka ($p < 0,0001$). Im więcej pali osób w najbliższym otoczeniu palacza, tym bardziej utrwała się jego uzależnienie od nikotyny ($p < 0,00001$).

III. Uwarunkowania osobowościowe.

Za pomocą dwóch testów: 1. PVE - Pooled Variance Estimate, 2. SVE - Separate Variance Estimate oszacowano istotne statystycznie różnice między średnimi w poszczególnych wymiarach Testu Przymiotników (ACL) w zależności od płci, wieku oraz relacji badanych do palenia tytoniu. Rezultaty PVE odnoszą się do hipotezy zerowej o braku różnic między średnimi skal ACL dla grup badanych zróżnicowanych pod względem palenia lub niepalenia, natomiast wyniki SVE do hipotezy zerowej o wyższych średnich wśród palących. Egzemplifikacją graficzną wyników uzyskanych przez badanych w teście ACL jest rycina Nr 2.

Stwierdzono istotne różnice (powyżej 6 punktów) między palącymi regularnie młodymi kobietami i młodymi mężczyznami. Kobiety uzyskały wyższe średnie wyniki w następujących skalach:

- 12,75 Mas
- 12,00 Scf
- 10,88 Ach
- 8,75 Pad
- 8,38 Aba
- 7,38 Dom
- 7,13 Ord
- 7,00 Int
- 6,88 A-4
- 6,63 Mls
- 6,50 End

Rezultaty te wskazują, że młode kobiety uzależnione od nikotyny charakteryzują takie cechy osobowości, jak: ambicja, stanowczość, niecierpliwość wobec przeszkód, przedsiębiorczość, wytrwałość w realizacji dążeń, motywacja do działania, potwierdzania siebie i osiągnięcia nagród, zaufanie do własnych zdolności, pracowitość, niecierpliwość, skłonność do przesady, towarzyskość, pozytywne nastawienie do życia i ludzi, podporządkowywanie się życzeniom i wymaganiom otoczenia, unikanie konfliktów, silna wola, mała wrażliwość na dezaprobatę ze strony innych osób, racjonalizm, samokontrola, potrzeba rozumienia siebie i innych, umiejętność przewidywania, przywiązywanie dużej wagi do spraw intelektualnych i poznawczych. Tego typu kobiety są analityczne, logiczne, bystre, zdyscyplinowane wewnętrznie, przygotowane do planowania i wyťažonej pracy dla osiągnięcia celów, zorientowane na wypełnianie powinności i zobowiązań, szybko podejmują uzgodnioną linię działania, cenią dobrą organizację i staranne planowanie, nie ulegają nastrojom i nie są przewrażliwione. Posiadają w miarę stabilny obraz własnej osoby oraz silne i rozbudowane „ja-idealne”.

W porównaniu z mężczyznami, młode kobiety palące regularnie uzyskały niższe średnie w następujących wymiarach ACL:

+10,63 Ufv

+6,38 Cps

Osoby o niskich wynikach są bardziej zależne, mniej osądzające innych, niesklonne do obrażania się, taktowne, mało ekspresyjne, konserwatywne, niechętnie do podejmowania działań zbyt skomplikowanych lub niedostatecznie określonych.

Wśród dorosłych palących regularnie mężczyzn i kobiet stwierdzono jedynie istotną różnicę w skali Fem (+6,67), na korzyść mężczyzn. Osoby o wysokich wynikach w tej skali budzą pozytywne reakcje otoczenia, traktują ludzi w sposób wskazujący na chęć współpracy z nimi, wykazują względ na dobro innych i umiejętność wczuwania się. W grupie dorosłych palących regularnie zaobserwowano interesującą „zamianę” w obrębie skal Mas (Męskość) i Fem (Kobiecość). Mężczyźni osiągnęli wyższe średnie w skali Fem (51,354), a niższe w skali Mas (46,774), kobiety zaś odwrotnie: w skali Fem wyniki niższe (44,690), zaś w skali Mas - wyższe (52, 655).

Wśród niepalącej młodzieży istotne różnice średnich wyników ACL między mężczyznami a kobietami wystąpiły w trzech skalach:

-7,85 Het

+6,80 Fem

+6,39 Pad

Młode niepalące kobiety cechuje więc potrzeba szukania towarzystwa i czerpanie emocjonalnej satysfakcji z kontaktów z rówieśnikami płci przeciwnej.

W grupie niepalących dorosłych różnice średnich między mężczyznami a kobietami okazały się największe w skalach:

+11,27 Fem

+ 7,57 Het

+ 7,36 Fc

Osoby osiągające wysokie wyniki w skali Fc (Wolne Dziecko) są porywcze i przedsiębiorcze, nie umieją odraczać gratyfikacji oraz nie są zbyt opanowane.

Dokonano również analizy różnic w średnich wynikach ACL, uzyskanych w grupach homogennych, uwzględniając podział badanej próby na cztery podgrupy: palących regularnie (I), palących nieregularnie (II), osoby, które rzuciły palenie (III) i niepalących (IV). Okazało się, że wśród młodych mężczyzn istotnych różnic jest 19, a dotyczą one następujących skal (np. I/IV oznacza różnice między grupami I a IV):

+15,22 Ufv I/IV

-13,22 Pad I/III

+12,12 A-1 I/IV

-11,50 Ach I/II

+10,75 Nok I/II

-10,25 A-4 I/II

+8,95 Exh I/II

- 8,88 MIs I/II

-8,63 Sef I/II

+8,41 Crs I/III

-8,13 Ord I/II

+8,13 Aut I/II

+8,06 Cps I/IV

-7,75 Aba I/II

-7,50 Nur I/II,

-6,99 End I/IV

+6,78 FC III/IV

+6,24 Def II/III

-6,13 Fem I/II

Dane te m. in. wskazują, że palący regularnie sprawiają wrażenie osób pełnych wyrazu, energicznych, chociaż nieco niestálych, a nawet kapryśnych. Są

pełni życia, szybko wpadają w entuzjazm, są przy tym nieco samolubni i mało odpowiedzialni. Często chcą przyciągnąć uwagę innych, przejawiają niecierpliwość wobec przeciwności, silne popędy, skłonność do wymuszania i manipulowania innymi, niezależność, stanowczość, upór, egoizm, unikanie bliskich więzi z ludźmi, częste konflikty z otoczeniem, posiadają szerokie zainteresowania i zdolności poznawcze, wysoki poziom agresji i wrogości wobec innych, niski stopień samoakceptacji.

Młodych mężczyzn, którzy rzucili palenie charakteryzuje dobre przystosowanie społeczne, towarzyskość, zdolność do inicjowania działań i doprowadzania ich do końca, zaufanie do swoich zdolności osiągnięcia celów i uzyskiwania zadowolenia.

U dorosłych mężczyzn stwierdzono znacznie mniej różnic w średnich wynikach dla poszczególnych skal ACL:

-11,68 Crs	II/III
+10,16 Het	II/III
+ 9,63 Exh	II/III
+ 7,59 Iss	II/IV
- 7,28 A-1	III/IV
+ 6,73 A-3	II/III
- 6,72 Sen	II/III
+ 6,02 Def	III/IV

Dorosłym mężczyznom, którzy rzucili palenie można więc przypisać takie cechy, jak stateczność, pilność, pracowitość, nadmierną samokontrolę, skrytość i nieufność, tendencje do podporządkowania się otoczeniu.

Istotne różnice między młodymi kobietami w poszczególnych podgrupach dotyczyły 14 skal ACL:

+10,60 Mas	I/II
+10,59 Het	III/IV
+ 9,12 Scf	I/IV
+ 8,89 A-2	II/III
+ 8,79 A-1	I/IV
+ 8,33 Fav	I/II
+ 8,18 Ach	I/II
+ 8,02 Iss	I/IV
+ 7,45 Int	I/II
+ 7,43 Dom	I/II
+ 6,56 Nok	I/IV

+ 6,48 Com	I/II
- 6,36 End	II/III
- 6,29 Nur	II/III

Szczegółowa analiza tych różnic potwierdza wcześniej opisane cechy osobowości młodych kobiet uzależnionych od nikotyny, natomiast do charakterystyki osób, które rzuciły palenie, pozwala dodać zdolność „wytrwania w każdym podjętym zadaniu” oraz zaangażowanie w zachowania dostarczające innym materialnych lub emocjonalnych korzyści.

Różnice średnich wyników w podgrupach dorosłych kobiet sprowadziły się do następujących wymiarów:

-8,45 A-3	II/IV
-7,93 End	III/IV
-7,51 Aba	II/III
+7,42 Fc	I/IV
+7,38 Scf	I/III
+6,99 Aff	II/III
+6,35 Cp	II/III
+6,19 Np	I/II
-6,05 Suc	II/III
+6,03 Exh	I/III

Różnice te sugerują, że dorosłe kobiety, które rzuciły palenie ubiegają się o wsparcie emocjonalne, sympatię i uczucie ze strony innych osób, unikają konfrontacji i mają skłonność do uciekania w świat marzeń. Za rys charakterystyczny dla palących regularnie dorosłych kobiet można dodatkowo uważać sceptycyzm, poczucie alienacji, dystans w relacjach z ludźmi, wysoką inteligencję oraz postawę twórczą, przy jednocześnie silnym niepokojem wewnętrznym i skrępowaniu. Wolą ciągłość i kultywowanie dawnych wartości od szybkich zmian i wychodzenie poza konwencje.

Reasumując, wyniki uzyskane w teście ACL częściowo potwierdziły hipotezę H1 o istnieniu swoistych zmiennych osobowościowych, wpływających na regularne palenie tytoniu. Co prawda nie stwierdzono określonego typu osobowości, charakterystycznego dla osób uzależnionych od nikotyny, ale okazało się, że posiadają one wiele cech osobowości, które - szczególnie w sytuacjach trudnych, stresowych - podwyższają poziom lęku, co powoduje uruchomienie mechanizmów ukierunkowanych na jego wyeliminowanie. Jednym z takich mechanizmów redukujących lęk jest palenie tytoniu. Li-

kwidując niepokój wewnętrzny i napięcie psychiczne, palenie tytoniu staje się łatwo i szybko - na zasadzie wzmocnienia pozytywnego - zachowaniem (czynnością) nawykowym, którego wtórnym następstwem jest uzależnienie od nikotyny.

Wyniki naszych badań wskazują także na pozytywny, sprzyjający rzuceniu palenia wpływ niektórych cech osobowości, typowych zarówno dla mężczyzn, jak i kobiet.

Wnioski

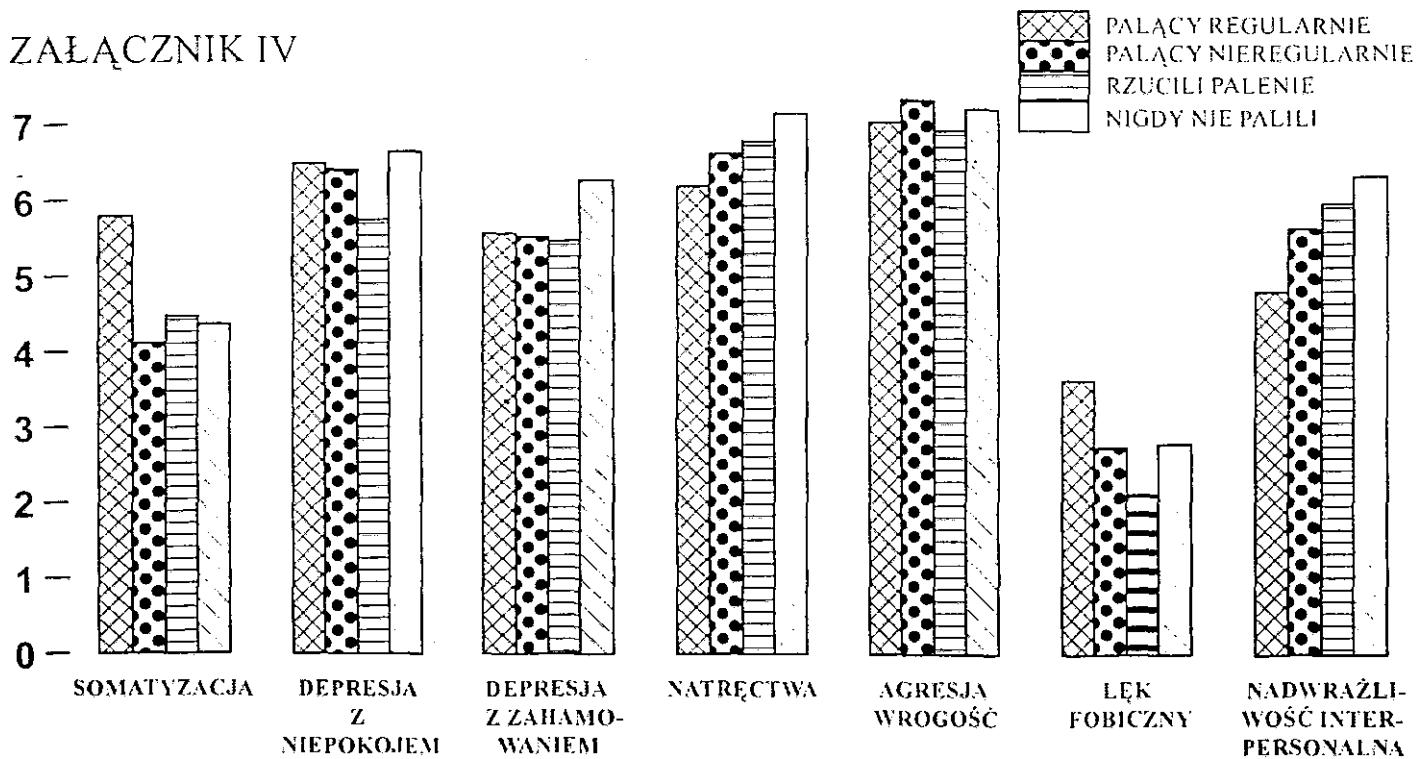
1. Istnieją swoiste zmienne osobowościowe wpływające na regularne palenie tytoniu, a także cechy osobowości sprzyjające rzuceniu palenia.

2. Istnieją określone czynniki społeczne warunkujące regularne palenie tytoniu, jak również czynniki społeczne ułatwiające rzucenie palenia.

3. Stan zdrowia psychicznego i somatycznego osób uzależnionych od nikotyny różni się istotnie od stanu zdrowia osób niepalących: istotnie gorszy stan zdrowia charakteryzuje populację palących regularnie.

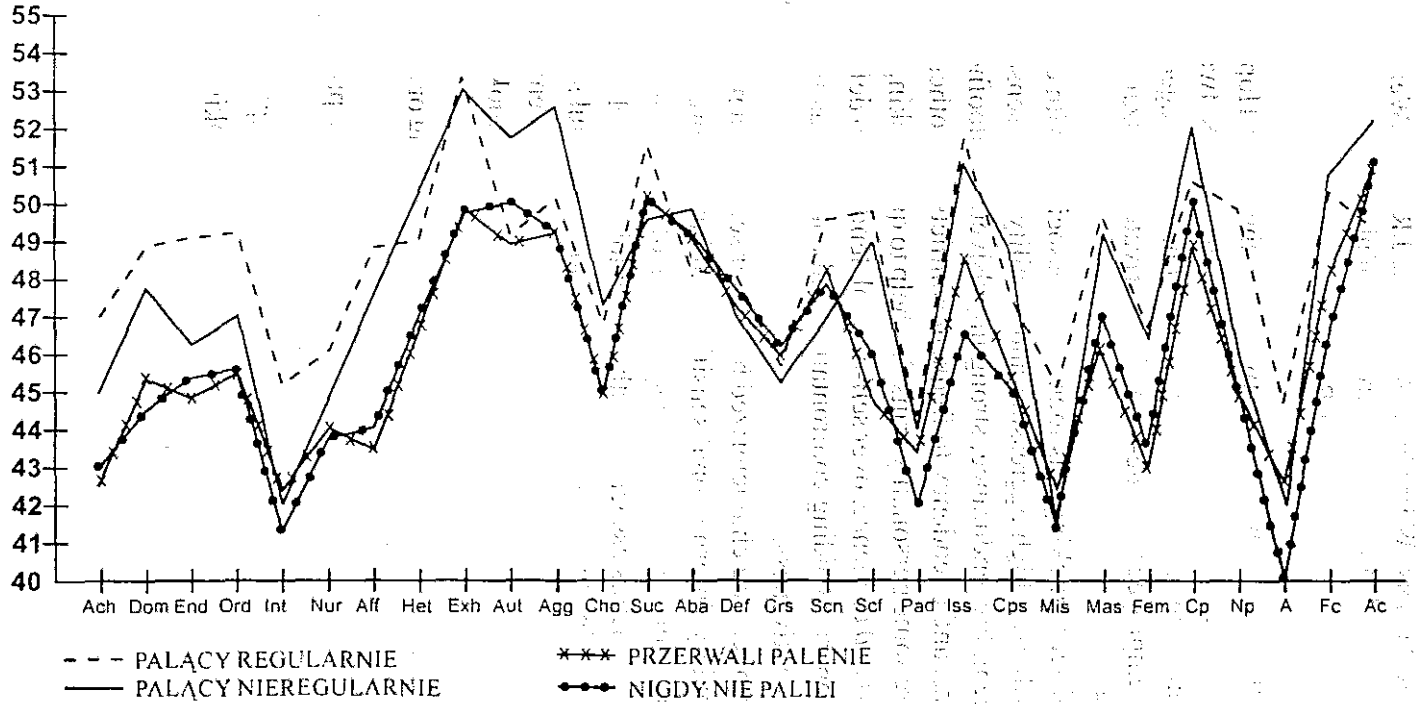
Wydaje się, że nawet zachowując ostrożność - z powodu niereprezentatywności badanej próby i ograniczenia jej do populacji warszawskiej - w interpretacji uzyskanych wyników badań, można otrzymane dane wykorzystać praktycznie przy opracowywaniu programów prewencyjnych, ukierunkowanych na zmniejszenie rozmiarów palenia tytoniu w Polsce. Szczególne znaczenie mają programy przeznaczone dla grup najwyższego ryzyka, do których należy przede wszystkim młodzież w wieku 15-20 lat. Rezultaty naszych badań mogą także być wykorzystane dla potrzeb poradnictwa antynikotynowego i terapii nikotynizmu oraz w programach szkoleniowych, obejmujących różne grupy społeczno-zawodowe, w tym zwłaszcza lekarzy, psychologów i nauczycieli.

ZAŁĄCZNIK IV



Ryc. 1: Wyniki kwestionariusza HSCL

ZAŁĄCZNIK X



Ryc. 2: Wyniki Testu Przymiotników (ACL)

A. Jakubik, W. Brodniak, M. Pałyska, J. Raduj, S. Welbel
Psychosocial determinants of nicotineism

Summary

In the study a questionnaire and two tests (the Johns Hopkins Symptom Checklist and Adjective Checklist) were used to examine two random samples of: students attending schools over the primary level, aged 15 to 20 years (N=155) and employees of state-owned and private organizations, aged 21-60 years (N=154).

Regular tobacco smoking was found to be associated with certain personality traits, such as: a high aggression and hostility level, sense of alienation, low self-esteem, low endurance, strong impulsiveness, aloofness in interpersonal relations, and a tendency to frequent conflicts with others. On the other hand, there are some personality traits that help to quit smoking, like: stability, assiduousness and diligence, over self-control, tendency to deference, seeking emotional support, avoiding confrontation and conflicts, as well as mistrustfulness and secretiveness.

Regular smokers are characterized by higher scores in a number of scales, including: anxiety, interpersonal sensitivity, agitated depression, and somatization (more pronounced somatic symptoms of psychological origin).

Among social factors associated with regular tobacco smoking the following were found: smoking by a spouse, alcohol drinking, stressful situations, personal problems and conflicts, many smokers in the immediate environment.

There are also social factors that aid quitting tobacco smoking - they are a reverse of the above-listed ones, e.g.: having a non-smoking spouse, less stressful events and fewer personal problems, moderate drinking or abstinence from alcohol, less smokers in one's immediate environment.

It should be noted that there is no particular personality profile specific to persons with nicotine dependence.

Research findings indicate a significantly inferior state of both physical and mental health in regular smokers as compared to non-smoking persons.

Key words: psychosocial determinants, nicotineism, tobacco smoking

Piśmiennictwo

1. Action Plan for a Tobacco-free Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen 1993.

2. Adler L. E., Hoffer L. D., Wiser A., Freedman R., Normalization of auditory **physiology** by cigarette smoking in schizophrenic patients. *Amer. J. Psychiat.*, 1993, 150, 1856-1861.
3. Bagrel A., Gueguen R., Effets de la consommation de biere sur les parametres d'un vilon biologique systematique. *J. Alc.*, 1991, 36, 101-109.
4. Bartecchi C. E., MacKenzie T. D., Schrier R. W., Światowa epidemia tytoniowa. *Świat Nauki*, 1995, 7, 26-31.
5. Bech P., Quality of life in psychosomatic research. *Psychopath*, 1987, 20, 169-179.
6. Bech P., Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. **Springer**, Berlin 1993.
7. Bejerot N., The biological and social character of drug dependence. W: *Psychiatrie der Gegenwart*. 2. Auflage, Springer, Berlin 1975, Band III, 487-518.
8. Benowitz N. L., Cigarette smoking and nicotine addiction. *Med. Clin. N. Amer.*, 1992, 76, 415-437.
9. Breslau N., Kilbey M. M., Andreski P., Vulnerability to psychopathology in nicotine-dependent smokers: An epidemiologic study of young adults. *Amer. J. Psychiat.*, 1993, 150, 941-946.
10. Cohen S., Schwartz J. E., Bromet E. J., Parkinson D. K., Mental health, stress and poor health behaviors in two community samples. *Prev. Meel.*, 1991, 20, 306-315.
11. Cyr J. J., McKenna-Foley J. M., Peacock E., Factor structure of the SCL-90: Is there one? *J. Pers. Ass.*, 1985, 49, 571-578.
12. Dahlke R., Dahlke M., *Psychologia błękitnego dymka*. Spar, Warszawa 1993.
13. Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L., Rickels K., Neurotic symptom dimensions as perceived by psychiatrists and patients of various social classes. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1971, 24, 454-464.
14. Doll R., Hill A. B., Smoking and carcinoma of the lung. *Brit. Med. J.*, 1950, 2, 739-745.
15. Doll R., Peto R., Mortality in relation to smoking. *Brit. Med. J.*, 1976, 2, 1525-1536..
16. Edwards A. L., The measurement of personality traits by scales and inventories. Holt, Rinehart a. Winston, New York 1970.
17. Foulds J., Toone B., A case of nicotine psychosis? *Addiction*, 1995, 90, 435-437.
18. Fraumeni J. F., Cigarette smoking and cancer of the urinary tract. *JNCL*, 1968, 41, 1205-1211.

19. Glassman A. H., Helzer J. E., Covey L. S., Cottler L. B., Stetner F., Tipp A. J., Johnson J., Smoking, smoking cessation, and major depression. *JAMA*, 1990, 264, 1546-1549.
20. Goff D. C., Henderson D. C., Amico E. J. Cigarette smoking in schizophrenia: Relationship to psychopathology and medication side effects. *Amer. J. Psychiat.*, 1992, 149, 1189-1194.
21. Gough H. G., Heilbrun A. B., *The Adjective Checklist Manual*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto 1980.
22. Grzonkowski S., Rywik S., Palenie tytoniu a choroby układu krążenia. W: W. Zatoński, K. Przewoźniak (red.): *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*. Ariel, Warszawa 1992, 87-124.
23. Guy W. *Early Clinical Drug Evaluation Program (ECDEU) assessment manual*. Dept. Health Ed. Welfare, Rockville 1976.
24. Hammond E. C., Horn D., The relationship between human smoking habits and death rates. *JAMA*, 1954, 154, 1316-1328.
25. Hays P. A., Zovari J. (Stress) coping and mental health among rural, village and urban women in Tunisia. *Int. J. Psychol.*, 1995, 30, 69-90.
26. Hyllienmark G., Smoking as a transitional object. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1986, 59, 263-267.
27. Jarvis M. J., A profile of tobacco smoking. *Addiction*, 1994, 89, 1371-1376.
28. Jędrychowski W., Rola palenia tytoniu w powstawaniu nowotworów dróg oddechowych. W: W. Zatoński, K. Przewoźniak (red.): *Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce*. Ariel, Warszawa 1992, 147-175.
29. Jick H., Walker A. M., Cigarette smoking in ulcerative colitis. *N. Eng. J. Med.*, 1968, 308, 261-263.
30. Johnston L. D., Smoking rates climb among American teen-agers, who find smoking increasingly acceptable and seriously underestimate the risks. W: *The monitoring the future study*. University of Michigan, Ann Arbor 1995.
31. Kendler K. S., Neale M. C., MacLean C. J., Heath A. C., Eaves L. J., Kessler R. C., Smoking and major depression. *Arch. Gen. Psychiat.*, 1993, 50, 36-43.
32. Kubicka L., Cserny L., Kozeny J., Nespork K., The substance specificity of psychosocial correlates of alcohol, tobacco, coffee and drug use by Czech women. *Addiction*, 1993, 88, 813-820.
33. Lea A. J., Cigarette smoking and cancer of the lung and bladder. *Lancet*, 1966, 1, 336-338.

34. Linkins R. W., Comstock G. W., Depressed mood and development of cancer. *Amer. J. Epidem.*, 1990, 132, 962-972.
35. Lipman R. S., Depression scales derived from the Hopkins Symptom Checklist. W: N. Sartorius, T. A. Ban (red.): *Assessment of depression*. Springer, Berlin 1986, 232-248.
36. Łuczak M., W oparach absurdu. *Wprost*, 1995, 30, 33-34.
37. Masterson E., O'Shea B. Smoking and malignancy in schizophrenia. *Brit. J. Psychiat.*, 1984, 145, 429-432.
38. Matkowski M., Test Przymiotników jako narzędzie do badania struktury potrzeb jednostki. *Przeg. Psychol.*, 1984, 27, 519-536.
39. McGee R., Stanton W. R., A longitudinal study of reasons for smoking in adolescence. *Addiction*, 1993, 88, 265-277.
40. Midro H., Monieta A., Gudiel-Trochimowicz I., Badania sondażowe nad neurotycznością kobiet niepalących i palących papierosy, zatrudnionych w urzędach administracyjnych miasta Białegostoku. W: *Psychiatria a ekologia*. PTP, Szczyrk 1994, 131-132.
41. Narodowy Program Zdrowia. MZiOS, Warszawa 1993.
42. Nil R., A psychopharmacological and psychophysiological evaluation of smoking motives. *Rev. Environ. Health*, 1991, 9, 85-115.
43. Parloff M. B., Kelman H. C., Frank J. D., Comfort, effectiveness and self-awareness as criteria of improvement in psychotherapy. *Amer. J. Psychiat.*, 1954, 111, 343-351.
44. Parrot A., Does cigarette smoking increase stress? *Addiction*, 1994, 89, 142-144.
45. Peto R., Lopez A., Boreham J., Thun M., Heath C. Jr., Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimates from national vital statistics. *Lancet*, 1992, 339, 1268-1278.
46. Pomerleau C. S., Pomerleau O. F., Flessland K. A., Basson S. M., Relationship of Tridimensional Personality Questionnaire Scores on smoking variables in female and male smokers. *J. Subst. Abuse*, 4, 143-154.
47. Romans S. E., McNoe B. M., Herbison G. P., Valton V. A., Mullen P. E., Cigarette smoking and psychiatric morbidity in women. *Aus.-N. Z. J. Psychiat.*, 1993, 27, 399-404.
48. Shiffman S., Kassel J. D., Paty J., Gnys M., Zettler-Segal M., Studing typology profiles of chippers and regular smokers. *J. Subst. Abuse*, 1994, 6, 21-35.

49. Siwiak-Kobayashi M., Rozpacz i drzenie po polsku, japońsku i po angielsku. Badania transkulturowe nad poznaniem aspektów zespołów depresyjnych i lękowych. IPiN, Warszawa 1989 (rozprawa habilitacyjna).
50. Siwiak-Kobayashi M., Dakowska H., Coping mechanisms and integrated comprehensive psychotherapy. W: Proceedings 16th International Congress of Psychotherapy. Seul 1994, 236-246.
51. Smirnow W. K., Osobiennosti psychopatologii tabacznoy zavisimosti. *Ž. Newropat. Psichiat.*, 1991, 91, 93-96.
52. Starek A., Toksykologia dymu tytoniowego. W: W. Zatoński, K. Przewoźniak (red.): Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce. Ariel, Warszawa 1992, 45-74.
53. Yassa R., Lal S., Korpassy A., Ally J., Nicotine exposure and tardive dyskinesia. *Biol. Psychiat.*, 1987, 22, 67-72.
54. Zatoński W., Historia badań nad zdrowotnymi następstwami palenia tytoniu. W: W. Zatoński, K. Przewoźniak (red.): Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce. Ariel, Warszawa 1992a, 21-28.
55. Zatoński W., Palenie tytoniu a zdrowie ludności w Polsce. W: W. Zatoński, K. Przewoźniak (red.): Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce. Ariel, Warszawa 1992b, 11-20.
56. Zatoński W., Leczenie z uzależnienia od tytoniu. Rola lekarza. Interspar, Warszawa 1993.
57. Zatoński W., Stan zdrowia Polaków. *Medycyna po Dyplomie*, 1994, 3, 15-22.
58. Zatoński W., Papierosy w Polsce są tańsze od chleba. Centrum Onkologii, Warszawa 1994b (kserokopia).
59. Zatoński W., (Informacje podane w korespondencji z dnia 1 lutego 1995 r.).
60. Zatoński W., Przewoźniak K. (red.): Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce. Ariel, Warszawa 1992.
61. Zatoński W., Tarkowski W., Nowotwory złośliwe w Polsce w 1989 r. Centrum Onkologii-Instytut, Warszawa 1992.
Zatoński W., Tyczyński J., Nowotwory tytoniozależne w Polsce w latach 1963-1987. W: W. Zatoński, K. Przewoźniak (red.): Zdrowotne następstwa palenia tytoniu w Polsce. Ariel, Warszawa 1992, 125-146.
62. Zatoński W., Tyczyński J., Jaworski J. M., Przewoźniak K., Dni bez tytoniu. Organizacja skutecznej kampanii odwykowej. Interspar, Warszawa 1993.