

## Z badań i doświadczeń zagranicznych

# ODZWYCZAJANIE OD PALENIA A UZALEŻNIENIE OD ALKOHOLU

Senta Feselmayer, Wolfgang Beiglböck  
Anton-Proksch-Institute, Wien

### WSTĘP

Trzy czwarte wszystkich przypadków raka w USA spowodowanych jest przez jednoczesne nadużywanie alkoholu i nikotyny (Blott i in., 1988). W przypadku osób, które nadużywają alkoholu i nikotyny ryzyko zachorowania na raka krtani jest 35-40 razy wyższe (Blott i in., 1988). Alkoholizm stwierdza się u palaczy 10 razy częściej niż u osób niepalących (DiFranza, 1996). Spośród 3300 leczonych stacjonarnie alkoholików 76% jest palaczami, z których około 3 pali ponad 20 papierosów dziennie. Alkoholicy są fizjologicznie uzależnieni od nikotyny istotnie częściej niż ludzie bez problemów alkoholowych (Hurt i in., 1995). Alkoholicy rzadziej zaprzestają palenia i mają wyższy wskaźnik nawrotu do palenia papierosów (Miller i in., 1983). Osoby uzależnione od alkoholu zaczynają palić wcześniej, w młodszym wieku (Hughes, 1993).

Liczby te pokazują, że musi istnieć silny związek między nadużywaniem alkoholu i nikotyny oraz uzależnieniem od tych substancji. Zależności te znane są również psychologom klinicznym, co nie doprowadziło jednak ani do zbadania tego problemu, ani do opracowania odpowiednich programów leczenia (Smith, 1999).

W tym kontekście powstają następujące pytania:

- Dlaczego istnieje tak silny związek?
- Dlaczego temu zagadnieniu poświęcono tak mało uwagi?
- Jakie czynniki trzeba wziąć pod uwagę w leczeniu osób z podwójnym uzależnieniem?

### Wzajemne związki między uzależnieniem od alkoholu i nikotyny

Nie ma jeszcze gotowych koncepcji wyjaśniających omawiany związek, lecz istnieje kilka możliwych do przyjęcia teorii. Wise (1988) na przykład zakłada, że obie te substancje działają na te same układy dopaminowe. W każdym razie używanie

jednej z nich prowadzi do zwiększenia subiektywnego zapotrzebowania na drugą. Fakt, że kiedy palacze piją alkohol, wywołuje to silniejsze pragnienie sięgnięcia po papierosa, można jednak wyjaśnić następująco: alkohol stał się bodźcem warunkowym (Monti i in., 1989, Burton i in., 1997). Jeszcze inne wyjaśnienie tego zjawiska zakłada, że etanol wzmacnia metabolizm nikotyny. W rezultacie spada poziom nikotyny we krwi, wobec czego częściej pojawiają się nikotynowe objawy abstynencyjne. Ich konsekwencją jest większy głód nikotynowy i większa liczba wypalanych papierosów.

Istvan i Matarazzo (1984) uważają, że nikotyna i alkohol wpływają na siebie wzajemnie również w inny sposób. Zdaniem autorów, z jednej strony nikotyna przeciwdziała uspokajającemu działaniu alkoholu, z drugiej zaś możliwe jest również, że obie te substancje wzajemnie wzmacniają swoje działanie.

Zgodnie z teorią społecznego uczenia się można również przyjąć, że obie substancje służą podobnym aspektom funkcjonalnym. Pomerlau i in. (1989) zwracają szczególną uwagę na fakt, że łatwiej jest uzyskać integrację i akceptację społeczną przy spożywaniu obu tych substancji. Co więcej, alkohol tak samo jak nikotyna prowadzi do zmniejszenia lęku i stresu, ma także działanie przeciwdepresyjne i pobudzające.

Można ponadto założyć, że istnieje coś takiego jak „styl życia sprzyjający uzależnieniu” (Marlatt i in., 1985). Brak aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem i/lub obecność innych zaburzeń psychicznych prowadzi do zwiększonego spożycia substancji psychoaktywnych („hipoteza samodzielnego ordynowania sobie leków”).

### **Problemy z zaprzestawaniem palenia przez alkoholików**

Wskaźniki skuteczności takich programów są bardzo niskie (Hymowitz i in., 1991; Garvey i in. 1992). Smith i in. (1999) podają, że wskaźnik skuteczności programu odzwyczajania od palenia w warunkach szpitalnych wynosił tylko 9%, nawet w przypadku osób, które tylko nadużywały alkoholu (bez uzależnienia), co odpowiadało wypijaniu 12 drinków tygodniowo. W dobranej grupie kontrolnej osób nienadużywających alkoholu wskaźnik powstrzymywania się od palenia przez rok wynosił 29%.

Jakie mogą być przyczyny takiego braku skuteczności terapii?

Alkoholicy są częściej uzależnieni od nikotyny (Hurt i in. 1995) i mają więcej objawów abstynencyjnych, kiedy przestają palić. Jeśli nie leczy się ich odpowiednio (np. terapia polegająca na dostarczaniu zastępczej nikotyny), motywacja do powstrzymywania się od palenia jest znacznie niższa i wzrasta niebezpieczeństwo nawrotu.

Jest to widoczne w gotowości do rzucenia palenia przez osoby z problemami alkoholowymi. Zbadano (Breslau, 1996) 1000 młodych osób dorosłych pod kątem motywacji do zaprzestania palenia. Ludzie z ostrymi problemami alkoholowymi deklarują mniejszą gotowość do rzucenia palenia niż osoby nienadużywające alkoholu, przy czym różnica ta wynosi około 60%. Po roku abstynencji wykazywali oni jednak taką samą motywację jak palacze bez problemów alkoholowych.

Oznacza to, że zasadnicze znaczenie ma moment, w którym rozpoczyna się program odzwyczajania od palenia dla alkoholików. Wysoki wskaźnik nawrotu wynika prawdopodobnie z faktu, że odstawienie nikotyny nastąpiło zbyt szybko po odstawieniu alkoholu. Wskazuje na to badanie, jakie przeprowadzili Bobo i in. (1986): dopiero po sześciu miesiącach od rozpoczęcia abstynencji (od alkoholu) znika niebezpieczeństwa nawrotu picia wskutek odstawienia nikotyny.

Dalszy problem może polegać na tak zwanej „substytucji uzależnienia”. Pacjenci, którzy starają się utrzymać abstynencję od alkoholu, często podają, że odczuwają silniejszą potrzebę palenia i że wypalają więcej papierosów. Może to być związane z podobnym funkcjonowaniem alkoholu i nikotyny. Jeśli alkohol jest niedostępny, to ma się przynajmniej papierosa, który pomaga radzić sobie ze stresem.

Omawiane wskaźniki braku skuteczności terapii mogły również doprowadzić do nihilizmu terapeutycznego, który z kolei doprowadził do faktu, że nie proponuje się alkoholikom żadnych programów odzwyczajania od palenia. Bobo i in. (1987) podają, że 23% terapeutów pracujących z osobami uzależnionymi od alkoholu nie potrafi zmotywować swoich klientów do równoczesnego zaprzestania palenia, nawet jeśli są to osoby zachowujące trzeźwość od pięciu lat. Twierdzą oni, że to dlatego, iż stres związany z odstawieniem nikotyny mógłby mieć niebezpieczny wpływ na abstynencję od alkoholu. Można się tego jednak nie obawiać po tak długim okresie zachowywania trzeźwości (patrz wyżej).

Do niedawna bagatelizowano uzależnienie od nikotyny (robili to nawet terapeuci) i nie uznawano go za zaburzenie. Wydaje się jednak, że teraz się to zmienia, ponieważ przemysł farmaceutyczny odkrył, iż konsumenci nikotyny mogą być pacjentami i są potencjalnymi klientami (substytucyjna terapia nikotynowa!).

Jedną z najważniejszych przyczyn jest jednak to, że liczba badań dotyczących jednoczesnego nadużywania alkoholu i nikotyny oraz uzależnienia od tych substancji jest dosyć ograniczona. W związku z tym w Anton-Proksch-Institute przeprowadzono kilka programów badawczych, których celem było opracowanie empirycznych podstaw dla odzwyczajania alkoholików od palenia.

### **Wyniki badań empirycznych**

Przedstawione niżej badania przeprowadzono we współpracy z pacjentami Anton-Proksch-Institute. Anton-Proksch-Institute jest najstarszym i największym w Austrii ośrodkiem terapeutycznym dla osób uzależnionych od alkoholu i innych (legalnych i nielegalnych) substancji. Badania przeprowadzono przy współudziale alkoholików leczonych tylko stacjonarnie.

Badania te podjęto dlatego, że objęci poszpitalną opieką ambulatoryjną pacjenci zachowujący abstynencję od alkoholu coraz częściej wyrażają pragnienie leczenia również swego uzależnienia od nikotyny. Na tym etapie nie mogliśmy im zaproponować odpowiednich programów terapii. Kolejnym powodem rosnącego zainteresowania tym problemem jest to, że w ciągu ostatnich 15 lat personel terapeutyczny coraz bardziej krytycznie patrzył na własne uzależnienie od nikotyny – obecnie oko-

ło 80% lekarzy i psychologów nie pali. Österreichische Krankenanstaltengesetz, federalne prawo dla szpitali i przychodni zakazujące palenia na terenie takich placówek, doprowadziło przynajmniej do lokalnego ograniczenia palenia papierosów. To z kolei doprowadziło do coraz lepszego uświadomienia sobie tego problemu przez pacjentów.

### **Dane ogólne**

76% pacjentów Anton-Proksch-Institute pali papierosy (77.4% mężczyzn i 72.3% kobiet, N=3304). 78% palaczy wypala ponad 20 papierosów dziennie. Liczba palaczy silnie uzależnionych według kryteriów Fagerströma (zob. Schoberberger i in. 1995) dochodzi do 67%, liczba palaczy z uzależnieniem umiarkowanym – do 20%, zaś palaczy bez uzależnienia – do 12%. Jak można oczekiwać, wskaźniki te istotnie różnią się od liczby palaczy nieuzależnionych od alkoholu w Austrii (36% silnie uzależnionych, 33% umiarkowanie i 31% palaczy bez uzależnienia, Schoberberger i in., 1997).

Interesująca zależność potwierdzająca fakt, że palenie stymuluje do picia alkoholu, jest następująca: Palacze, którzy uzależnili się od alkoholu w późniejszym wieku, zaczynają spożywać alkohol w patologicznych ilościach istotnie wcześniej niż niepalacze. Różnica ta wynosi 2 lata u kobiet i 3 lata u mężczyzn.

### **Substytucja uzależnienia a funkcjonowanie nadużywania nikotyny i alkoholu**

Niedawno przeprowadzone badanie dotyczyło również problemu substytucji uzależnień (Andorfer, 1999). Inaczej mówiąc, postawiono pytanie, czy liczba wypalanych papierosów zwiększa się po odstawieniu alkoholu. Nie stwierdzono tego w ciągu pierwszych 14 dni po odstawieniu alkoholu – nie było istotnego wzrostu liczby wypalanych papierosów. Należy jednak uwzględnić, że w ciągu tych pierwszych 14 dni pacjenci nadal otrzymują środki uspokajające z powodu abstynencyjnego zespołu alkoholowego. Psychiczny głód papierosów może wystąpić dopiero w jakiś czas później. Substytucję uzależnienia można by zatem stwierdzić dopiero w późniejszym okresie.

Badanie funkcjonowania spożycia alkoholu i nikotyny przyniosło interesujące wyniki dotyczące odstawienia papierosów przez alkoholików:

Palacze uzależnieni od alkoholu używają nikotyny jako strategii radzenia sobie ze stresem istotnie częściej niż palacze nieuzależnieni od alkoholu; częściej też palą papierosy z powodów psychologicznych. Częściej używają nikotyny po to, aby: regulować negatywne emocje, zwiększyć własną wrażliwość oraz dla stymulacji, zwiększyć samoświadomość (poprzez mechanizmy integracji społecznej), odpędzić nudę, ale także po to, by kontrolować swoją wagę. Poza tym, istotnie większą rolę odgrywa smak oraz sensomotoryczne manipulowanie papierosami i przyborami do palenia.

Badanie związku między funkcjonalnymi aspektami alkoholu i nikotyny ujawniło istotne, lecz niezbyt wysokie korelacje. Oznacza to, że dla alkoholików nikotyna pełni funkcje nie tylko podobne do alkoholu, jeśli chodzi o stabilizację funkcyjowa-

nia psychicznego, lecz także inne, których nie może pełnić alkohol (np. pomaga zwalczyć nudę, zwiększa samoświadomość, ułatwia kontrolowanie wagi). Nie wystarczy zatem znaleźć całkowicie nowe strategie radzenia sobie po odstawieniu alkoholu, które zastępowałyby picie, kiedy równocześnie istnieje (lub pojawia się później) głód nikotynowy.

Z jednej strony, nikotyna może zastąpić strategie radzenia sobie ze stresem utraczone po odstawieniu alkoholu, lecz z drugiej – sama stanowi strategię radzenia sobie, zastępującą inne, brakujące funkcje psychologiczne. Trzeba to uwzględnić w odpowiednich programach odzwyczajania od palenia.

### **Reaktywność, dysonans, samoświadomość i poczucie własnej skuteczności**

Reaktywność, dysonans, ale częściowo również koncepcja samoświadomości odgrywają istotną rolę w zmianie zachowania. Porównywano (Demelbauer 1998) palaczy uzależnionych od alkoholu z palaczami bez uzależnienia alkoholowego pod kilkoma względami.

Niezależnie od stopnia uzależnienia od nikotyny, palacze uzależnieni od alkoholu wykazywali wyższy poziom reaktywności w porównaniu z palaczami nieuzależnionymi od alkoholu. Oznacza to, że istnieje duży opór wobec pochodzącego z zewnątrz życzenia zmiany. Taki opór może się przejawiać biernością, aktywnym sprzeciwem, ale także agresją. Jeśli jednak spróbuje się wywrzeć nacisk na pacjentów, na przykład w okresie odstawienia alkoholu, aby przestali również palić papierosy, może pojawić się inny mechanizm oporu, który może mieć niebezpieczny wpływ na zachowanie trzeźwości. Jeśli bowiem nie można odmówić jakiemuś wymaganiu, to dla odzyskania niezbędnego zakresu swobody przestaje się spełniać inne wymagania. Jeśli więc nie ma się innego wyboru i trzeba przestać palić, ponieważ np. w klinice obowiązuje zbyt ścisły zakaz palenia, to będzie się z nim walczyło przez uruchomienie oporu dotyczącego odstawienia alkoholu, co w najgorszym razie kończy się nawrotem. Należy zatem zastanowić się nad odpowiednio ostrożnymi oddziaływaniami terapeutycznymi, szczególnie dlatego, że wysoki poziom reaktywności jest zwykle skorelowany z niską samooceną.

Ponadto, alkoholikom bardziej zależy na zmniejszeniu dysonansu dotyczącego nikotyny. Oznacza to, że alkoholicy bardzo się starają osiągnąć zgodność w zakresie nadużywania nikotyny. W sposób oczywisty stosują więcej i to lepszych strategii dla zmniejszenia swego dysonansu niż robią to palacze nieuzależnieni od alkoholu. A zatem, u alkoholików znacznie trudniej jest wywołać dysonans, który stanowiłby motywację do zmiany, prawdopodobnie zajmuje to również więcej czasu w okresie odstawienia alkoholu.

Kolejną przeszkodą jest większa samoświadomość alkoholików. Palacze uzależnieni od alkoholu są więc wyraźnie bardziej skoncentrowani na sobie niż palacze bez uzależnienia alkoholowego. Starają się być w centrum uwagi i uczynić własną osobę przedmiotem aktywności poznawczej. W rezultacie są bardziej skupieni na swoich negatywnych emocjach, wobec czego po odstawieniu alkoholu potrzebują nie tylko więcej

innych możliwości i rozrywk (sport, różnego rodzaju hobby...), ale także innych substancji psychoaktywnych, takich jak nikotyna, aby znaleźć ulgę w tej przykłej sytuacji.

W innych badaniach (Koller, 1997) przyjęto założenie, że oczekiwania dotyczące własnej skuteczności są również czynnikiem ważnym dla zmiany zachowania. Poczucie własnej skuteczności jest to wiara we własną zdolność do utrzymania abstynencji. W badaniach tych osoby z podwójnym uzależnieniem – w porównaniu z osobami bez uzależnienia lub uzależnionymi tylko od jednej substancji – stanowiły grupę, której zdecydowanie brakowało wiary w możliwość zachowania abstynencji. U osób uzależnionych od alkoholu oraz od alkoholu i nikotyny, na ten deficyt nakłada się nasilający się stan depresyjny. Kolejnym problemem jest fakt, że brak wiary w utrzymanie abstynencji ulega uogólnieniu i staje się ogólnym brakiem wiary we własne możliwości. W programach odzwyczajania od palenia należy zatem uwzględnić ową specyfikę poczucia własnej skuteczności, a także ogólne problemy z samooceną.

W omawianych badaniach stwierdzono poza tym, że około 80% palaczy uzależnionych od alkoholu, a także palaczy bez uzależnienia, znajdowało się w fazie przedkontemplacyjnej i nie okazywało gotowości do zmiany. Nie wolno nam myśleć, że alkoholicy, którzy dobrowolnie uczestniczą w programach odwykowych, mają jednocześnie motywację do udziału w programie odzwyczajania od palenia.

## WNIOSKI

1. Ponieważ istnieje wzajemna zależność między nadużywaniem alkoholu i nikotyny, duży procent palaczy ma problemy alkoholowe, co należy uwzględnić w terapii. W przypadku każdego palacza rozpoczynającego program odzwyczajania się od palenia, trzeba zebrać dokładny wywiad alkoholowy (np. AUDIT, Babor i in. 1991). Gdyby się okazało, że rzeczywiście istnieje poważne uzależnienie od alkoholu, to z reguły należy najpierw leczyć uzależnienie od alkoholu. Zwykle bardzo mały procent alkoholików utrzymuje się w każdej innej terapii.

2. Palacze uzależnieni od alkoholu w większym stopniu są fizjologicznie uzależnieni od nikotyny i mają więcej objawów abstynencyjnych. Należy zatem częściej brać pod uwagę substytucyjną terapię nikotynową.

3. Odstawienie nikotyny przez alkoholików powinno nastąpić nie wcześniej niż po upływie 6 do 12 miesięcy od rozpoczęcia abstynencji alkoholowej.

4. Nawet zachowujący abstynencję alkoholicy używają nikotyny dla kompensacji deficytów psychicznych, a także jako strategii radzenia sobie ze stresem – częściej niż robią to palacze nieuzależnieni od alkoholu. Należy się zatem dobrze przyjrzeć motywom palenia. Trzeba bardzo starannie opracować strategię alternatywną, pamiętając przy tym, że jeśli nikotyna traktowana jest jako środek zastępujący uprzednie nadużywanie alkoholu (np. przy radzeniu sobie ze stresem), to znowu może nastąpić nasilenie głodu alkoholowego.

5. Osoby z podwójnym uzależnieniem mają więcej problemów z samooceną i częściej cierpią na zaburzenia psychiczne wymagające leczenia, szczególnie na depre-

sję. A zatem, poza wszechstronnym klinicznym badaniem diagnostycznym, interwencje nastawione na podwyższenie samooceny oraz na opanowanie epizodów depresyjnych powinny być częścią standardowego programu odzwyczajania od palenia w przypadku osób z problemami alkoholowymi.

6. Silniejsza tendencja do zmniejszania dysonansu oraz stosowane w tym celu wyszukane strategie stanowią szczególny problem u osób nadużywających obu tych substancji. Przejście od etapu przedkontemplacyjnego do fazy namysłu i działania (Prohaska i in. 1984) należy w tej grupie przeprowadzać bardzo ostrożnie i dokładnie analizować.

7. Jeśli ktoś jest rzeczywiście gotowy do odstawienia jednej substancji, szczególnie alkoholu, niekoniecznie oznacza to, że życzy sobie leczenia wszystkich swoich uzależnień. Należy przeanalizować motywację i podjąć odpowiednie działania dla każdej substancji z osobna. Należy tak postępować również dlatego, że alkohol i nikotyna często pełnią odmienne funkcje.

8. Podwyższona reaktywność po zaprzestaniu palenia może prowadzić do pojawienia się większego oporu. Należy w takich wypadkach postępować ostrożnie, ponieważ bezrefleksyjny nacisk ze strony terapeuty może doprowadzić do nawrotu picia alkoholu.

Przedstawione tu wyniki i wnioski uwzględniono przy opracowywaniu niedawno rozpoczętego programu odzwyczajania od palenia przeznaczonego dla alkoholików utrzymujących abstynencję.

## PIŚMIENICTWO

1. Andorfer, U. (1999) *Rauchertherapie für Alkoholranke*. Unveröff. Diplomarbeit, Univ. Wien (Approbationsstadium)
2. Babor, T. & Grant, M. (1991) *AUDIT- Project on Identification and Management of*.
3. Batel, P., Pessione, F. Maitre, C. & Rulff, B. (1995) *Relationship between alcohol and tobacco dependencies among alcoholics that smoke*. *Addiction*, 90, 977-980.
4. Blott, R. et al. (1988) *Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer*. *Cancer Research*, 48, 3282-3287.
5. Bobo, J.K. et al. (1986) *The double triumph – sustained sobriety and successful cigarette Smoking cessation*. *J. of Substance Abuse Treatment*, 3, 21-25.
6. Bobo, J.K. et al. (1987) *Cigarette smoking cessation attempts by recovering alcoholics*. *Addictive Behaviors*, 12, 209-215.
7. Breslau, N. et al (1996) *Are smokers with alcohol disorders less likely to quit?* *American Journal of Public Health*, 86, 7, 985-990.
8. Burton, S.M. & Tiffany, S.T. (1997) *The effect of alcohol consumption on craving to smoke*. *Addiction*, 92, 1, 15-26.
9. Demelbauer, U (1998) *Kognitive Dissonanz, Reaktanzbereitschaft und dispositionale Selbstaufmerksamkeit bei Gruppen mit unterschiedlichem Alkohol- und Nikotingebrauch*. Unveröff Diplomarbeit, Univ. Wien.
10. DI Franza, J.R., Guerrero, M.P. (1990) *Alcoholism and smoking*. *Journal of Studies On Alcohol*, 51, 2, 130-135.

11. Garrey, A.J. et al. (1992) *Predictors of smoking among self quitters*. A report from the normative aging study. *Addictive Behaviors*, 17, 367-377.
12. Hughes, J.R. (1993) *Treatment of smoking cessation in smokers with past alcohol/drug Problems*. *J. of Substance Abuse Treatment*, 10, 181-187.
13. Hurt, R.D. et al. (1995) *Nicotine patch therapy for smoking cessation in recovering Alcoholics*. *Addiction*, 90, 1541-1546.
14. Hymowitz, S. et al. (1991) *Baseline factors associated with smoking cessation and Relapse*. *Preventive Medicine*, 20, 590-601.
15. Istvan, J. & Matarazzo, J.D. (1984) *Tobacco, alcohol and caffeine use*. A review of their interrelationships. *Psychological Bulletin*, 95, 301-326.
16. Koller, D. (1997) *Allgemeine und spezifische Selbstwirksamkeitserwartungen bei Gruppen mit unterschiedlichem Alkohol- und Nikotingebrauch*. Unveröff. implomarbeit, Univ. Wien.
17. Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985) *Relapse prevention – maintainance*.
18. Miller, W.R., Hedrick, K.E. & Taylor, C A (1983) *Addictive behaviors and life problems before and after behavioral treatment of problem drinkers*. *Addictive Behaviors*, 8, 403-412.
19. Monti., P M. et al. (1989) *Treating alcohol dependence – A coping skills training guide*. New York, Guilford Press.
20. Orleans, C.T. & Hutchinson, D. (1993) *Tailoring nicotine addiction treatments for chemical dependency patients*. *J. of Substance Abuse Treatment*, 10, 197-208.
21. Pomerleau, O.F. & Pomerleau, C S. (1989) *Stress, smoking and the cardiovascular System*. *J. of Substance Abuse*, 1, 331-334.
22. Prochaska, J.O. & Diclemente, C.C. (1984) *Self change processes, self efficiency and decisional balance across five stages of smoking cessation*. In: Anderson et al. (Eds.) *Advances in cancer control*. Alan R. Liss Inc., New York.
23. Schoberberger, R., Fagerström, K.O. & Kunze, M. (1995) *Psychologische und physiologische Abhängigkeit bei Rauchern und deren Einfluß auf die Ent-wöhnungsmotivation*. *Wt. Med. Wochenschrift*, 4, 70-73.
24. Schoberberger, R., Schmeiser-Rieder, A. & Kunze, M. (1997) *Repräsentativerhebung in Österreich an 6000 Menschen*. Aus dem Bericht: Diagnostik und Therapie der Nikotina-bhängigkeit. *Versicherungsmedizin*, 49, 1, 25-29.
25. Smith, P.M. et al (1999) *In-hospital smoking cessation programs: Who responds, who doesn't?* *J. Cons. and Clin. Psychology*, 67, 19-27 strategies in the treatment of addictive behaviors, New York, Guilford Press.
26. Tölle, R. & Buchkramer, B. (1989) *Zigarettenrauchen: Epidemiologie, Psychologie und Therapie*. Berlin, Springer.
27. Wise, R.A (1988) *The neurobiology of craving: Implications for the understanding and Treatment of addiction*. *J. of Abnormal Psychology*. 97, 1 18-132.