

DERLEME

NİKOTİN (SİGARA) BAĞIMLILIĞI VE TEDAVİSİ

Dr. Rahim KUCUR*

*S.Ü.T.F. Psikiyatri ABD

GİRİŞ

Tütün kullanımı ve sigara içme, herşeyden önce bozuk, hatalı ve yanlış öğrenme, öğrenmenin pekiştirilmesi olayıdır. İnsanın birincil ve ikincil ihtiyaçları, ödül ve ceza ikilemi ile ilişkilendirilmiş olunca bağımlılık halini almaktadır. Bugün nikotin bağımlılığının da diğer bağımlılıklar gibi bir madde bağımlılığı olduğu konusunda genel bir görüş vardır. Oysa daha önceleri diğer bağımlılık sendromlarından farklı olarak değerlendiriliyor ve uyuşturucu iptila yapıcı maddeler arasına alınmıyordu. Bugün artık görülmüştür ki gerek enfiye şeklinde gerekse pipo ve puro şeklinde de kullanım olduğu gibi sigara (tütün) çiğneme ve sakız çiğneme şeklinde de kullanım söz konusudur. Bu yüzden olayı nikotin bağımlılığı olarak değerlendirme daha doğrudur (1).

Farmakolojik ve Psikolojik Etkileri

Tütünde ana madde olarak bulunan nikotinin en azından esrardaki tetrahidrokannabinol, afyondaki opium ve şarap ve rakıdaki alkol gibi bağımlılık yapıcı madde olduğu anlaşılmıştır (2). Nikotin kullanımının pekiştirici etkisi, nikotin kullanan kişinin davranışsal ve psikolojik durumuna bağlıdır. Hayvan deneylerinde nikotin, amfetamin ve kokain kadar güçlü bir iptila yapıcı değildir. Buna rağmen ratlarda, köpeklerde ve maymunlarda kanıtlandığı gibi kendi kendine madde kullanımına yol açan bir bağımlılık yapıcı özellik görülmektedir. İnsanlarda nikotin kullanımı ile bir öfori hali görülmemektedir. Fakat başka madde kullanıcıları, intavenöz verilince bir stimulan etki tanımlamışlardır. Nikotinin bazı hayvan deneylerinde beyin dokularından dopamin ve norepinefrinin salınımını sağladığı gösterilmiştir (3). Ayrıca doza bağlı olarak asetilkolinin salınımını azaltır. Growth (büyüme), vazopressin ve ACTH hormonlarının salınımını da artırdığı gösterilmiştir. Ayrıca EEG'de uyanıklık ritminde artış gö-

rülmektedir. Bu da bazı tiryakilerin sıkıntılı durumlarda başarı performanslarını artırdıkları iddiasına açıklık getirmektedir. Bunların yanında nikotinin kesilmesi ile huzursuzluk hissi, sabırsızlık, çabuk öfkelenme hali ortaya çıkmaktadır. Bunlar nikotinin bağımlılık yapıcı etkilerini izah etmektedir (2). Yine nikotin kabonhidratlara karşı bir iştah azalması doğurmaktadır. Bu etki ise nikotinin aktif bir metaboliti olan kotinin ile yorumlanmaktadır. Nikotin iki saatte metabolize olurken kotininin yarı ömrü 20 saattir (4).

Nikotin Bağımlılığı ve Etkili Faktörler

Bir kişinin en az bir kaç hafta ile süre ile nikotin kullanılması, ile bırakma konusunda psikolojik bur huzursuzluk veya sigara kullanımı ile ilgili ciddi bir rahatsızlığı olmasına rağmen sigarayı bırakamıyorsa tütün bağımlılığı olarak değerlendiriliyor (1).

Sürekli sigara kullanımı olan kişide kesilme ile ortaya çıkan psikolojik kesilme belirtilerinin eşlik ettiği tabloya tütün kesilme sendromu denir. Bu sendrom şiddetli sigara içme arzusu, bunaltı, irritabilite, dikkat azalması, zihnin sürekli sigara kullanımı ile ilgili şeylerle meşgul olması yanında bazı fizyolojik değişikliklerle karakterizedir. Bu değişiklikler başlıca; huzursuzluk, hareketsiz kalamama, başağrısı, uykusuzluk, sindirim sistemi düzensizlikleridir. Kesilme sendromlarının sorumlusu olarak tütündeki nikotin görülmektedir (5).

Opioidlere karşı olan bağımlılıkta etkili faktörler hemen hemen değişik oranlarda nikotin bağımlılığında da etkilidir. 1960'lara kadar nikotin bağımlılığı sosyal kabul gören bir olguydu. buna rağmen ağır tiryakilerde kuralları kısmen zorlayabilen dürtüsel davranış ve maceracı bir kişilik dikkati çekiyordu. Şimdi anlaşılmıştır ki ağır tiryakiler kesinlikle daha sinirli kişilerdir. Son on yılda ise si-

gara içiciler toplumunda daha az uyum gösteren okul başarısı daha düşük ve kısmen asosyal kişiler olarak kabul edilmeye başlanmıştır.

Bağımlıların çoğu bu maddeyi planlamadan içmektedir. Fakat yavaş yavaş kontrolü kaybetmekte, farmakolojik tesirlerin devreye girmesiyle bağımlı olmaktadır. sigara içe çekildiği zaman bir miktar nikotin akciğerden hemen kana karışmakta ve damardan verileden daha çabuk olarak beyine ulaşmaktadır. Metabolizması hızlı olduğu için (30-45) dakika süratle yeniden özellikle fizik bağımlılığı olmuş olanlar, içmek istemektedirler. Daha sonra kesilme belirtilerine karşı nefes çekme alışkanlığı pekiştirilmiş olmaktadır.

Epidemioloji

1994 yılında Türkiye'de 67 trilyon lira harcanarak 18 bin ton sigara içilmiştir. ABD'de 1985'de (6), erkeklerin % 35'i kadınların % 30'u sigara içmekteydi. 1988'de bu oran erkeklerde % 30'a, kadınlarda % 27 geriletildiğini gösteriyordu. Sigara tüketiminde ufak bir gerileme oluyor, fakat bu gerileme dengeli olmuyor. Gençlik döneminde ve genç kızlarda bilakis artış görülmüştür. Türkiye'de gençler arasında sigara içme alışkanlığının oldukça yaygın olduğu anlaşılmıştır (7,8). Lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada gençlerin %22.04'ünde sigara içme alışkanlığı olduğu saptanmıştır (8).

Baysal ve ark. (9) tarafından yapılan başka bir araştırmada bu oranın %21.4, Bilir ve ark. (10) tarafından yapılan araştırmada ise %23.4 olarak bulunmuştur. Tümerdem ve ark. (11) tarafından bu oranın %21 olduğu kanıtlanmıştır. Sigaranın tıbbi zararları, günümüzde çok iyi bilinmesine rağmen özentî ve gençlik sorunları nedeniyle arttığı görülmektedir (12, 13, 14).

Nikotin kesilme sendromu sayısız çalışma ile gösterilmiştir (1,2,5). sigara şeklinde içilme ile enfiye şeklinde çekilme veya çiğneme ile yatıştırılması gösterilebilir. Bu sendrom bağımlılığın oranına göre çok kısa bir sürede başlar. Orta içicilerde 90 dk. olarak görülür. Nikotini aşırı isteme huzursuzluk, tahammülsüzlük konsantrasyon güçlüğü, bilişsel fonksiyonlarda değişik derecede yetenek azalması, sinirlilik, kalp atış sayısında azalma

ve iştah değişiklikleridir. Diğer bazı semptomlar, baş ağrısı, uyku bozuklukları, azalmış metabolizma hızıdır. EEG'de yavaş dalga ritminde bir artma görülür. Sigara içmeme devam ederse haftalar içinde tipik olarak bir kilo alma hali görülür (4). Aşırı sigara isteği 24 saat sonra pik yapar ve sonra azalarak devam eder. 10 gün içinde minimal seviyeye düşer. Kişiliğe bağlı olarak yıllarca minimal düzeyde kalır. İstek bazı ortamlarda yeniden alevlenebilir.

Sigara bağımlılığının derecesini bilmek önemlidir. bu konuda Fagestrom (15) tarafından geliştirilmiş bir ölçek kullanılmaktadır.

1. İlk sigaranızı sabah kalktıktan kaç dakika sonra yakmış oluyorsunuz. (ilk 30 dk. 1 puan.)

2. Sigara yasak olan yerlerde durmak size güç geliyor mu (evet 1 puan).

3. Sigarayı bırakmaktan dolayı size zor gelen (zorlayan) anlar hangi anlar (sabah 1 puan).

4. Günde kaç sigara içiyorsunuz? (15 den az 0 puan, 16-25 1 puan, 26 dan fazla 2 puan).

5. Hasta olduğunuz işin işe gitmediğiniz zamanlarda sigara içmeye devam ediyor musunuz (evet, 1 puan).

6. Sabahları daha sık mı sigara içiyor musunuzu (evet 1 puan).

7. Kullandığınız sigaranın markası nedir (nikotin oranı 0.9 mg dan azsa 0 puan, 1.0-1.2mg ise 1 puan, 1.3 den fazla ise 2 puan).

8. tam içinize çekiyor musunuz (asla 0, bazen 1, daima 2 puan).

:0-7 puan arası hafif bağımlılık, 8 ve yukarı puan ise kesin fizik bağımlılık göstergesi olarak kabul edilmiştir. Bu, araştırmalar ve tedavi başarısı bakımından önemlidir.

Bağımlılıkla Başa Çıkma Yöntemleri

Diğer tip bağımlılık yapan maddelerin tedavisine sigara tedavisi de temelde benzemesine rağmen, çok farklı sigara kesme programları geliştirilmiştir. Bu tedaviler; çeşitli farmakolojik tedaviler, davranış tedavileri, sözleşme imzalaması, tiksinme şartlandırması, bireysel danışmanlık,tavsiye ve telkinler, grup danışmanlığı, kendine yardım kit-

leri, duyu yatıştırması, grup psikoterapisi, akupunktur, hipnoz ve sağlık eğitimidir (16, 17). Tütün bağımlılığı genellikle ayaktan tedavi edilir. Her yöntemin kendine mahsus bir başarı alanı vardır. Genel olarak herhangi bir hekim hastalarına sigara içmemelerini söylediğinde 1 yıl sonra sigara içme oranı %5 oranında düşmektedir. Eğer tiryaki hayatı tehdit eden hastalığa maruz kalmışsa kuvvetli bir telkin ve tavsiyeden sonra buna cevap verme oranı hayli yüksektir (%63).

Diğer bağımlılık yapan maddelerde olduğu gibi, sigarada bağımlılığın şiddeti ile sigara bırakmadaki başarı ilişkilidir. Bir kalp atağı ihtimalini azaltma programına dahil olan gönüllü erkeklerde çok merkezli bir çalışmada 1 paket veya daha az içenleri %43'ü başarıyla bırakırken günde 2 paket içenlerin %18'i bırakabilmiştir (18).

Motivasyonun da hayati bir önemi vardır. Başkalarının ricasıyla baş vuranlar düşük seviyede başarılıdır. Nikotin seviyesini düşürmek, düşük katranlı sigara içmek bırakmada çok az başarılı olur. Pek çok sigara tiryakisinin ya nefes çekmeyi artırarak yada sık nefes çekerek bunu telafi ettikleri anlaşılmaktadır. Çok yoğun çabalara rağmen kandaki nikotin seviyesi ancak %50 düşmektedir ki bu sağlıklı bir sonuç değildir. Çok büyük bir genellemeye göre sigara bırakma sebebiyle yardım için psikiyatriye başvuranların %50 ile %75'i sigarayı bırakmaktadır. Fakat yeniden başlama oranı çok yüksektir. 12 ay sonra ancak %24'i bırakmış olmaktadır. Bırakmama oranı, yeniden başlama oranı anksiyete ve depresyona bağlı bulunmuştur (19, 20).

1. Kendi kendine yardım kitapçıkları

Gazeteler, dergiler, kanser dernekleri, verem savaş dernekleri sigara içenlere adım adım sigara bırakma yöntemlerini anlatan el kitapçıkları dağıttılar. Çok tecrübeli hekimler tarafından kaleme alınmışlardır. Bu materyaller iyi bir terapist tarafından rehberlik edilerek uygulandığı zaman diğer davranışçı yaklaşımlar kadar etkilidir. Fakat tiryaki kendi kendine uygularsa diğer tedavi yaklaşımlarına göre daha az etkilidir. bütün bunlara rağmen %5'lik bir bırakma oranı söz konusudur (6, 21).

2. Akupunktur ve hipnoz

Akupunkturu çok az hasta istemektedir. İs-

teyenlerin isteme oranında başarılı oluyor. Kontrollü çalışmalarda ise başarılı olmadığı gözlenmiştir. Hipnoz daha çok istenmesine rağmen grup tedavisi ile kombine edilince başarılı olmaktadır. 1 yıl izlemeli kontrollü çalışmalar çok azdır. hipnoz edilebilme yeteneği gereklidir (17)

3. Ticari programlar

Bu programlar genellikle çeşitli davranış tedavilerini içerir. Gurup desteğinden de faydalanılır. Katılanları motive etme nikotin bağımlılığı hakkında bilgi verme, kesilme belirtileri ile baş etme tekniklerini anlatma üzerine odaklanılır. Bu programlar kendi kendine yardım programlarından daha etkili görünmelerine rağmen hızlı sigara kesme programlarından daha az etkilidir.

4. Farmakolojik girişimler

Tütün bağımlılığının tedavisine tedaviye ilave olarak pek çok ilaç denenmiştir. Bizzat nikotin sakızının etkinliği konusunda kesin bir kanıt vardır. Tercübeli bir terapistin davranış tedavisi bileşkeninde kuvvetli tavsiyesinden sonra nikotin kesilme semptomlarının bastırılmasına ilave olarak geçici bir süre nikotin sakızından faydalanılabilir.

Nikotin sakızı etkili bir davranış tedavisi ile kombine uyguladığı zaman 1 yıl sonundaki bırakma oranı %40-50 dir. Sadece davranış tedavisinde bu oran %25-30. Nikotin fizik bağımlılığı yüksek olanlarda, nikotin sakızları faydalı gibi görünmektedir. Nikotin sakızı tütün ihtiyacını anlamlı bir şekilde bastırır. Bu semptomların kontrolü ile muhtemelen davranışçı tekniklere ve sigaranın yerine başka şeyleri koymaya daha rahat alışmaktadır (22, 23, 24, 25).

Klonidin de tütün ihtiyacını azaltmakta ve davranışçı tekniklerde yararlı olmaktadır (23). Sigara bırakmada doxepin ve diğer antidepresanlar da denenmiştir. Özellikle antidepresanlar, depresyon, anksiyetinin eşlik ettiği durumlarda diğer yöntemlere yardımcı olur. (24, 25, 26, 27, 28)

5. Tütün (nikotin) bağımlılığının davranışçı tedavileri

Sigara kullanmanın bir çok psikosozyal ve psikofarmakolojik belirteçleri bulunur. Psikosozyal faktörler sigaraya başlamakta önemli rol oynarken

her iki faktör bu alışkanlığın sürdürülmesinde rol oynar. Bu yüzden çağdaş sigara kesme yaklaşımları sadece tütünün bağımlılık yapıcı etkisi üzerinde değil, bu olumsuz davranışta kişiliğin kognitif ve davranışsal etkileri üzerinde de durulmalıdır (17).

Kişilik faktörleri ile tedavi programlarının sonuçları arasındaki ilişki pek çok bulgu ile desteklenmiştir. Kişilik MMPI'a göre patolojik faktörler gösteren sigara içiciler muhtemelen tedavi başarısızlığı ile çok yakın ilişkilidirler. Orta düzeyde olan bir anksiyete, bu bulgularla da desteklendiği gibi davranışçı tedavilerin sigara kesmedeki başarısını kolaylaştırmaktadır. Yüksek ve alçak anksiyete düzeyleri olan kişiler ise daha az cevap vermektedirler. Düşük düzey anksiyete gösterenler muhtemelen yeterince sigaradan kaygı duymadıkları için tedaviye ve davranışçı yöntemlere daha az motive (yönelmiş) durumdadır.

Yüksek düzey anksiyeteli kişilerdeki sigara içme davranışı ise kesilme ile beraber anksiyetelerinin arttığı ve yeniden anksiyete ile baş etmek için sigara içme davranışını artıracakları görülmüştür. Anksiyeteleri, öfkeleri ve depresyonları ile başa çıkmanın bir tarzı olarak sigara içenler çok daha muhtemeldir ki sigara içmeye yeniden başlayacaklardır. Bu kişilere anksiyetelerinin çözmesini öğretmek tedavinin önemli bir bileşeni olmaktadır (19).

Beklenti-umut gibi kognitif faktörlerin tedavinin sonucuna etkisi de gösterilmiştir (28, 29). Örnek olarak sigarayı kesmenin başlangıçtaki bırakabileceğim şeklindeki kendine güven ile sigara kesilmenin sürdürülmesi yakın ilişkili bulunmuştur.

Psikososyal faktörlerin tedavinin başarısında çok kuvvetli bir etkisi vardır. Örneğin arkadaşları tarafından az içer şeklinde değerlendirilen tiryakilerden kolay kesebilmektedirler. Ayrıca kocası ya da karısı sigara içenler bıraksa bile yakın bir zamanda yeniden başlamaktadırlar. Davranışçı yöntemler şu amaçları hedefler:

1. Sigaranın pekiştirici (zorlayıcı) değerini düşürmek
2. Sigaraya karşı bir tikslenme meydana getirmek
3. Sigara davranışının oto kontrolünü sağlamak
4. Mukabil başa çıkma cevapları geliştirmek

Sigara kötüye kullanımının tedavisinde çeşitli yaklaşımların etkinliği geliştiren araştırmaların çoğu davranış tedavileri sahasındadır. Davranış tedavileri sigara stimülüs kontrolü ve şartlanma prosedürünün altını çizerek olaya başlar. Bu stimülüsü çağrıştıran öğrenme ilkeleri (Sigara içenin durumuna göre özellikler olarak nikotin alınmasına hakim olan bariz uyanları tesbit eder. Bu bariz olan stimülüs nikotin bağımlılığın pekiştirilmesinde gerekli rolü oynayan özelliklerdir. Başlangıçta rol oynadıkları gibi.. Farmakolojik etkilerinden bağımsız olarak sigara davranışı oral (ağız, el, solunum, nefeslenmek) olarak sigara içme fiili ile ilişkili olarak pekiştirilmiş bir davranış olmaktadır. Bunlar zevk verici davranışlardır. Bu zevk alıcı davranış aynı şekilde sigara içme ve içki, yemek, arkadaşlık ilişkileri ile ilişkili olarak sigarayı içmeyi sürdürmede rol oynamaktadır. Bu pekiştirici ilişkileri azaltmak sigara arzusunun da hafiflemesine sebep olacaktır.

Sigara içmeyi pekiştiren ilişkileri azaltmak: Bu ilişkileri hafifletmenin ve zorlayıcı özelliklerini uzaklaştırmanın çeşitli yolları vardır. Üstü örtülü hassasiyeti artırma (sigaranın öldürücü tehlikeli zararlarını hayali veya gerçek olarak grafike edip sık sık hatıra getirme) sigarayı bırakmada orta bir başarıya sahiptir, diğer metodların etkinliğini artırır. Diğer tiksindirme teknikleri muhtemelen daha etkilidir. Tiksindirme tekniği çok hızlı bir sigara bırakma metodudur. Hızlı sigara içme 6 saniyede hızla sigarayı içip bitirmekten ibarettir. Terapist tarafından hasta bu esnada gözlenecektir. Nefes alıp verme hastada tipik nikotine bağlı bulantı, kusma ve baş dönmesi hasıl oluncaya kadar devam eder. Genellikle bu 10-15dk. içerisinde en üst seviyeye ulaşır. Bunu tekrarlamak direk olarak sigarayı bırakmanın negatif etkisiyle ilişkilidir. Bu metotla nikotin ve karbonmonoksitin yan etkisi yüzünden güvensiz olarak bakılmışsa da akciğer ve kalp hastalığı olanlarda bile önemli bir risk olmadığı gösterilmiştir. 2 yıllık izleme sonunda bunların %50'si sigarayı bırakmaktadır. Uzun süreli kesme oranları tecrübeli bir psikiyatristin başkanlığında diğer programlarla kombine etmekle ilişkilidir. (17, 21)

Odaklanma: Sigarayla ilişkili negatif duygular zihinsel olarak odaklanmayı öğretmek ve bırakma

teknikleri arasındadır. Negatif (olumsuz) duyular üzerine zihnen yoğunlaşma sigaranın pekiştirme kalitesini azaltacaktır. Sigarayı tutma, sigarayı çekmeden eline tutma ve bir gün boyunca negatif duyuları akılda tutarak düşüncelerini bu konuda yoğunlaştırılır. Bu tekniklerin geçerliliğini araştıran bir çok çalışmalar vardır. Genel olarak altı aylık bir dönemde başarı %50-60'dır. 1 yıllık dönemde ise başarı %40-50'a düşmektedir (mukayeseli diğer programlarda %20'den daha azdır.) Yalnız bu çalışmalara katılan hastaların motivasyonları muhtemelen daha güçlüdür.

Başka bir önemli tedavi yaklaşımı sigara içenin kendisinde olan ve sigara içmenin sebebi olan bariz ilişkili uyarıları ortaya çıkartması ve değiştirmeye yönelmesi konusunda kendisini yönetmeyi pekiştirmeyi içerir. Mesala sigara bir yemeğin tamamlanması ile ilişkili ise sigara içene sigara iç-

mesini 5dk. geciktirmesi tavsiye edilir. Bu gecikme doyma ve arkasından sigara yerine geçen başka bir davranış yapmayı kişi öğrenecektir. Böylece kendinde sigara içme ile ilgili her uyarı için bir başetme yolu geliştirecektir. Kendi kendini yönetme programları: yüksek risk taşıyan sigara içme durumlarını tesbit etme, sigara içmeme için taktik geliştirmeyi ihtiva eder (30, 31, 32).

Kendi kendini yönetme programları bir gün içiririnde kaç sigara içildiği üzerine odaklanma, günlük aldığı nikotin ve katranı hesap etme konularında odaklanma şeklindedir. amaç günlük aldığı nikotin ve katranı elimine etmek olduğunu vurgulamaktadır. Her sigara içene hitap edecek bir teknik mutlaka vardır. Sigarayı içen kadar bıraktıran da önemlidir. Bir teknikten diğer tekniğe geçilebileceği gibi bıraktıracı da değiştirilebilir. Ön yargısız hoşgörülü, güncel ve geçerli, bilgilerin kullanılması gereklidir.

KAYNAKLAR

1. American Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 4. Baskı (DSM-VI), American Psikiyatri Birliği, Washington DC 1994, Çeviren E.Koroğlu, Hekimler Yayın Birliği Ankara, 1994, 115-116.
2. Pomerlau OF: Nicotine and the central nervous system: Behavioral Effects of Cigarette Smoking. Am J Medicine Supl 93:1992
3. McConuille BJ, Fogelson MH, Normn AB, Klylo WM, Monderschied PZ, Parker KW, Sonberg PR: Nicotine Potentiation Of haloperidol in reducing tic frequency in torettes disorders. Am J Psychiatry 1981; 148: 793-794
4. French SA, Jeffery RW, Pirie PL, McBride CM: Do weight cocerns smoking cessation efforts. Addictive Behaviors 1992;17:219-226
5. Hughes JR, Hatsukomi DK: Signs and seymptoms of tobacco withdrawel. Arch. Gen. Psyhiatry 1986;17:283-294
6. National Institute on drug abuse: 1988 National Hausehold Survey on Durg Abuse. 1989.
7. Çevik A: Eşik durum gelişimsel regresyon ve ergende sigara içme. Nöroloji Nöroşirürji Psikiyatri Dergisi, 1986;1:15-16
8. Erkul I, Karaaslan S, Çalışkan Ü ve ark.: Adelosan çağındaki alışkanlıklar ve bunların önlenmesi. Akol ve uyuşturucu paneli. Yayınlanan, M. Ali Uz, Anadolu Matbaası. konya 1987:104.
9. Baysal KP, Küçüködük Ş, Akbulut T: Adolosanın sağlık sorunları. 1. Baskı, Özlem Kardeşler Mat. İstanbul 1985:163-169.
10. Bilir S, Mağden D: Ankara şehir merkezindeki liselerde ikinci sınıf öğrencilerinin sigara alkol ve ilaç alma alışkanlığının araştırılması. Sağlık dergisi (SSYB) 1984; 58; 17-28
11. Tümerdem Y, Dişçi R, Ayhan B: Adolosan sağlık sorunları 1. Baskı, Özlem kardeşler Mat. İstanbul 1985: 137-140.
12. Lakier JB: Smoking and cardiovascular disease. am J Med Supl 1992:8-12.
13. Corbone D: Smoking and cancer. Am J Med Supl 1992:93; 13-20
14. McCosker K. Mecanism of respiratory disease injury form cigarette smoking Am J Med Supl 1992:93; 15-21.
15. Fogestron KD: Measuring degree of dependence to tobacco smoking ith reference to individualization of treatment. Ad-dict Behov 1978;3:235-241.
16. Sees KL. : Cigarette smoking nicotine dependence and treatment, West W Med 1990: 152:578-584.
17. Wong JG: How to help your patients quit smoking. Post-graduate Medicine 1993:94:197-201.
18. Niaura R, Goldstein MG, Abrams DB: Matching hig-and low-dependence smokers to self-help treatment with or without nicotine replacement. Preventive Medicine 1994:23:70-7.

19. Glasman AH: Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry*.1993;150:546-553.
20. Breslau N, Kilbey M, Adreski P: Nicotine withdrawal symptoms and psychiatric disorders: Findings from an epidemiologic study of young adults. *Am J Psychiatry* 1982;149:464-469.
21. Bobo JK, Davis JM, Recovering Staff and smoking in chemical Dependency Programs in rural nebraska *J. Subst. Abuse Treat.* 1993;10:221-227
22. Goldstein MG, Niauro R, Follick M, Abrams DB: effects of behaviorl skill trainnig and scheudule of nicoteni gum administration on smoking cessation. *Am J Psychiatry* 1989;146:56-60.
23. Glassman AH, Covey LS, Dalack GW, Stetner F, Rivelli SK, Cooper TB, Fleis J: Smoking cessation clonidine, and vulnerability to nicotine among dependent smokers. *Clinical Trials and Therapeutics* 1993;54:670-679.
24. Schneider Ng: Psychopharmacologic treatment of cigarette smoking. *JADA suppl* 1990:7-12.
25. Dalack GW, Glasman AH: clinical approach to help psychiatric patients with smoking cessation. *Psychiatric Quarterly* 1992;63:27-39.
26. Waranch HR, Millard RW, Mcentee M: Compliance to nicotine gum recommendations im a multicomponent grosups smoking cessation. *Psychiatric Quarterly* 1992;63:27-39.
27. Coheen SJ, Kelly SA, Eason AA: Establishing smoking cesaion programs in dental offices. *JADA supplement* 1990:28-31.
28. Edwards NB, Murphy JK: Doxepin as an to smoking cesaion: A double blind pilot study. *Am J Psychiatry* 1989;146:373-376.
29. Murphy JK, edwards NB, Downs AD, Ackerman BJ, Rosenthal TL: Effects of doxepin on withdrawall symtoms in smoking cesaion. *Am J Psychiatry* 1990;147:1353-1357.
30. Orleans CT, Robertg HL, Quade D, Lees P: Hospital Quit-Smoking consult servise: Clinical Report and intervetion gurdelines. *Pev. med* 1990;19:198-212.
31. Liberman PR, Bedell JR: Behavior terapy book of psychiatry Kaplan HI, Sadock BI (eds), 5 edt. Williams Wilkins Baltimore 1989:1476-1478.
32. Hurt RD, Dale LC; Offord KP, Louger GG, Baskin LB, Lawson GM, Jiang NS, Hauri PJ: Serum Nicotine and continine levels during nicotine-patch therapy. *Chinical Pharmacol Ther* 1993;54:98-106.