

Barbara Bętkowska-Korpała¹, Jolanta Ryniak², Barbara Zawadzka³, Piotr Jankowski⁴,
Marek Kuźniewski³, Kalina Kawecka-Jaszcz⁴

**PROGRAM GRUPOWEJ TERAPII PSYCHOLOGICZNEJ
W KOMPLEKSOWYM LECZENIU OSÓB UZALEŻNIONYCH
OD NIKOTYNY W RAMACH PREWENCJI CHORÓB UKŁADU
KRAŻENIA — DOŚWIADCZENIA WŁASNE**

**A GROUP PSYCHOTHERAPY PROGRAMME IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS
ADDICTED TO NICOTINE, CONDUCTED IN THE COURSE OF CARDIOVASCULAR DISORDER
PREVENTION — PERSONAL EXPERIENCE**

¹ Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. Józef K. Gierowski

² N ZOZ Krakowskie Centrum Terapii Uzależnień

Kierownik: mgr Jolanta Ryniak

³ Klinika Nefrologii CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. med. Władysław Sułowicz

⁴ I Klinika Kardiologii CM UJ

Kierownik: prof. dr hab. med. Kalina Kawecka-Jaszcz

**nicotine addiction
psychological therapy
treatment efficacy**

Autorzy opisują własny, kompleksowy program przeznaczony dla osób uzależnionych od nikotyny, mający na celu porzucenie przez nie nałogu. W perspektywie zarówno krótko-, jak i długoterminowej najbardziej efektywne (80% osób odzwyczało się od nikotyny) okazuje się połączenie zastosowania farmakoterapii (bupropion SR) oraz psychoterapii grupowej.

Summary: This original programme of psychological therapy within the comprehensive management of tobacco dependence can be used in psychotherapy centres and other institutions for the management of dependence. In the course of psychological therapy, patients build and enhance their internal motivation to quit smoking as well as they learn to identify personal mechanisms of dependence and techniques to prevent recurrences. They also learn how to deal with nicotine urge and daily stress. Generally, they gain more self-awareness and motivation to start a healthy life.

The immediate effects of comprehensive management were a discontinuation of smoking by 80.4%, reduction of the number of smoked cigarettes by at least 50% by 14.3% of the participants. In 5.2% of the participants therapy did not produce the desired results. The findings of the present study indicate that pharmacotherapy combined with psychotherapy is the most effective form of treatment of nicotine abuse in the context of immediate and long-term effects.

Wprowadzenie

Palenie tytoniu jest zachowaniem antyzdrowotnym, uwarunkowanym czynnikami psychospołecznymi; jest jednym z najważniejszych i najbardziej rozpowszechnionych w populacji generalnej czynników ryzyka różnych chorób [1]. Zwiększa ono umieralność

ogólną, a także śmiertelność z powodu choroby niedokrwiennej serca, udarów mózgu, tętniaków aorty, rozwoju niektórych nowotworów i niewydolności nerek [2, 3, 4]. Udowodniono, że ryzyko zgonu z powodu choroby niedokrwiennej serca rośnie wraz z liczbą wypalanych papierosów [3, 5]. W wielu epidemiologicznych badaniach zaobserwowano, że zaprzestanie palenia papierosów zmniejsza ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia i obniża śmiertelność. [1, 2, 5]. Palenie tytoniu w rodzinie, w szkole, w miejscu pracy, nierespektowanie zakazów palenia, powszechne traktowanie palenia tytoniu jako elementu stylu życia stanowi przyzwolenie na zachowania związane z paleniem. Palenie najczęściej rozpoczynane w młodym wieku, z początku ma charakter sporadyczny, z czasem jednak staje się nawykiem. Regularne palenie papierosów prowadzi do uzależnienia od tytoniu.

Ze względu na specyfikę, w międzynarodowej klasyfikacji ICD-10 zespół uzależnienia od tytoniu jest zaklasyfikowany w kategorii zaburzeń psychicznych i zachowania (F-17.2). Uzależnienie od tytoniu związane jest z silnym pragnieniem palenia (np. w niedługim czasie po nocnym spoczynku, w określonych sytuacjach), trudnościami w kontroli czynności palenia (np. brak świadomości czynności palenia, przedkładanie jej nad inne zajęcia, wypalanie kilku papierosów w bardzo krótkim okresie), oraz ze zwiększoną tolerancją działania nikotyny, z paleniem pomimo wiedzy o jego szkodliwości. Na podstawie wywiadu dotyczącego wyżej wymienionych objawów rozpoznaje się zespół uzależnienia od tytoniu. Pomocniczymi metodami diagnostycznymi, często stosowanymi w praktyce, są — kwestionariusz uzależnienia od nikotyny wg Fagerstroma, badanie zawartości tlenu węgla w wydychanym powietrzu [6, 7].

U podstaw omawianego zaburzenia leżą mechanizmy psychofizjologiczne związane z działaniem nikotyny na centralny układ nerwowy. Powodują one zmiany w obrębie regulacji emocji, myślenia, zachowania i osobowości [8, 9, 10, 11]. Ze względu na charakter mechanizmów uzależnienia wskazane jest podjęcie odpowiedniej interwencji terapeutycznej, farmakologicznej i psychologicznej [12, 13, 14, 15, 16]. W wytycznych postępowania leczniczego w przypadku uzależnienia od tytoniu, obok nikotynowej terapii zastępczej, jako lek pierwszego wyboru zalecany jest bupropion SR — preparat nie zawierający nikotyny, o wysokiej skuteczności klinicznej, łagodzący wystąpienie objawów odstawienia nikotyny [17], a także metody behawioralne. W najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, dotyczących postępowania wobec chorych uzależnionych od tytoniu, wśród farmakologicznych sposobów leczenia wymienia się nikotynową terapię zastępczą oraz leczenie bupropionem SR, a w przypadku nietolerancji lub przeciwwskazań do zażywania ww. preparatów — inne leki lub psychoterapię [18]. Wśród metod terapii psychologicznej najczęściej stosowane są metody poznawczo-behawioralne, które powszechnie wykorzystuje się w modelach terapii uzależnienia od alkoholu i narkotyków [19, 20].

Dobór metod leczenia powinien być uzasadniony praktycznymi i ekonomicznymi przesłankami. Proponując leczenie, należy dokonać oceny klinicznej diagnozy mechanizmów i stopnia uzależnienia, ogólnego stanu zdrowia, a także zmotywować do podjęcia optymalnej formy terapii. Pomimo coraz lepszego rozumienia problemu uzależnienia od tytoniu, nowoczesnych metod leczenia, w niewielu placówkach medycznych pacjent może uzyskać profesjonalną pomoc.

Opis programu

Prezentowany program terapii psychologicznej ma charakter autorski i został stworzony w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie, w ramach programu leczenia uzależnienia od nikotyny, finansowanego przez Małopolski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w 2003 roku. Leczeniem zostało objętych 300 osób. Na jego kształt wpłynęły doświadczenia z realizacji programu kompleksowej terapii nikotynizmu w ramach prewencji chorób układu krążenia, finansowanego przez Małopolską Regionalną Kasę Chorych w 2001 roku, oraz umiejętności w zakresie leczenia uzależnień osób realizujących program¹.

Podstawowym założeniem programu była jego kompleksowość polegająca na oddziaływaniu na mechanizmy psychospołeczne i fizjologiczne. Równolegle zastosowano leczenie psychologiczne i farmakologiczne. Przed włączeniem pacjenta do terapii grupowej i farmakologicznej odbywała się sesja indywidualna mająca na celu diagnozę uzależnienia od nikotyny i ukierunkowanie leczenia. Każdy z pacjentów został skonsultowany przez lekarza celem włączenia bupropionu w początkowej dawce 150 mg 1 raz na dobę, a od czwartego dnia 2 razy na dobę przez siedem tygodni. Celem terapii farmakologicznej było zmniejszenie dolegliwości objawów odstawienia nikotyny.

U podstaw budowania i realizowania prezentowanego programu psychologicznego leżał model strategiczno-strukturalny [19, 21] wykorzystywany w psychoterapii osób uzależnionych od środków psychoaktywnych. W swoich założeniach opiera się on na modelu Minnesota, nurcie poznawczo-behawioralnym i humanistycznym.

Ze względu na określoną przez NFZ liczbę sesji, skoncentrowano się przede wszystkim na diagnozie uzależnienia, budowaniu motywacji do rzucenia palenia, zaprzestania palenia i utrzymania abstynencji, nauce sposobów radzenia sobie z zespołem odstawienia tytoniu i głodem nikotynowym. Pierwsze dwie sesje miały charakter indywidualny, a w kolejnych sześciu wykorzystywano elementy dynamiki grupowej. Sesje od trzeciej do piątej były zintensyfikowane w czasie, a następne odbywały się średnio co dwa tygodnie.

Opis sesji terapeutycznych

I. Sesje indywidualne

Sesja 1 — konsultacja psychologiczna

Celem sesji było nawiązanie z pacjentem kontaktu, który umożliwiłoby dalszą współpracę terapeutyczną. W czasie tego spotkania na podstawie wywiadu diagnozowano uzależnienie od tytoniu według ICD-10 oraz oceniano motywację do zaprzestania palenia. Na podstawie przygotowanej ankiety zbierano informacje dotyczące historii i sposobu palenia. Pytano m.in. o liczbę wypalanych obecnie papierosów, sytuacje szczególnie nasilające chęć zapalenia, próby ograniczania i zaprzestania palenia — najdłuższy czas abstynencji oraz okoliczności powrotu do palenia, o osoby palące w otoczeniu rodzinnym i zawodowym, osoby wspierające w trudnościach życiowych. Stosowano także dodatkowe metody diagnozy polegające na oznaczaniu poziomu tlenu węgla w wydychanym po-

¹ Psychologowie realizujący program są specjalistami psychologii klinicznej oraz posiadają certyfikaty uprawniające do leczenia uzależnienia od tytoniu oraz doświadczenie zawodowe w pracy z osobami uzależnionymi od innych środków psychoaktywnych.

wietrze oraz na ocenie stopnia uzależnienia na podstawie kwestionariusza Fagerstroma. Wywiad oraz wyniki testów już wstępnie konfrontowały pacjenta z objawami zaburzenia. Ważnym elementem rozmowy była ocena i budowanie motywacji pacjenta do podjęcia leczenia uzależnienia od tytoniu. Pacjenta szczegółowo zapoznawano z celami leczenia i ich osiąganiem w ramach programu. Sesja kończyła się kontraktem terapeutycznym, który zawierał zobowiązanie do zgłoszenia się na konsultację lekarską, deklarację udziału w terapii grupowej i podjęcia próby abstynencji tytoniowej.

Sesja 2 — konsultacja lekarska

Na podstawie wywiadu kardiolog wykluczał przeciwwskazania do stosowania preparatu bupropionu. W uzasadnionych przypadkach wykonywano dodatkowe badania, np. badanie elektrokardiograficzne, próby wątrobowe. Udzielano informacji o postępowaniu w przypadku wystąpienia objawów ubocznych stosowania leku. Uwzględniając obecny stan zdrowia pacjenta, omawiano korzyści zdrowotne, jakie odniesie on po zaprzestaniu palenia tytoniu oraz szkody zdrowotne przy kontynuowaniu nałogu.

II Sesje grupowe:

Sesja 3 — integracja grupy i psychoedukacja z zakresu uzależnienia od tytoniu

Pierwsza sesja grupowa została podzielona na trzy fazy. Na początku pacjenci zapoznawali się ze sobą i wymieniali doświadczenia związane z rzucaniem palenia. Stanowiło to wartość integrującą cele pracy grupy i dającą poczucie wsparcia oraz nadzieje na odniesienie sukcesu. Drugim ważnym elementem spotkania było zaznajomienie się z mechanizmami zespołu uzależnienia od tytoniu, objawami jego odstawienia oraz szkodliwością palenia i korzyściami z jego rzucenia. Nazwanie problemu i mechanizmów tego schorzenia umożliwiło pacjentom wstępną identyfikację własnego problemu. Stanowiło to wstęp do kolejnej fazy, w której pacjenci dokonywali autodiagnozy choroby według kryteriów ICD-10. W podsumowaniu tego spotkania pacjenci dzielili się swoimi refleksjami w związku z omawianymi treściami tej sesji.

Sesja 4 — zaplanowanie dnia całkowitego odstawienia papierosów, tzw. dzień 0

Celem spotkania było omówienie procesu zaprzestania palenia papierosów poprzez stosowanie takich metod, jak np. kontrola liczby wypalanych papierosów, czasu ekspozycji na dym tytoniowy, unikanie miejsc i sytuacji, w których się paliło. Pracowano nad uświadomieniem sobie automatyzmu sięgania po papierosa oraz własnych potrzeb związanych z paleniem. Pacjenci werbalizowali i poddawali analizie obawy związane z brakiem możliwości palenia tytoniu. Pojawiające się na tym etapie mechanizmy zniekształcające myślenie na temat swojego uzależnienia były rozpoznawane i konfrontowane przez grupę oraz terapeutę. Omawiano także pierwsze doświadczenia w związku z zażywaniem leku. Pod koniec spotkania każdy z pacjentów zaplanował swój „dzień 0” — całkowitego odstawienia papierosów.

Sesja 5 — analiza zysków i strat spowodowanych paleniem papierosów

Celem sesji było wzmocnienie motywacji do kontynuowania abstynencji od tytoniu u osób, które już zaprzestały palenia oraz pomoc w podjęciu decyzji całkowitego zaprzesta-

nia palenia osobom, które nadal paliły. Omawianie sukcesów oraz trudności w utrzymaniu abstynencji było czynnikiem silnie motywującym do podjęcia decyzji o rzuceniu palenia. Analizowano także sytuacje osób, które paradoksalnie, pomimo terapii, zwiększały liczbę wypalanych papierosów. Były to cenne doświadczenia dla grupy ze względu na intensywne ujawnianie się mechanizmu obrony przed podjęciem decyzji o abstynencji tytoniowej. Ponadto pacjenci dokonywali retrospekcji wcześniejszych nieudanych prób rzucenia palenia i czynników, które powodowały powrót do palenia po okresach abstynencji. Uświadamiało to obecność zagrożeń dla działań zmierzających do utrzymania abstynencji i poszukiwano czynników wspierających wczesny proces leczenia.

Sesja 6 — analiza obecnego samopoczucia

Celem sesji była analiza trudności i spostrzeżeń związanych z zaprzestaniem palenia. Pacjenci komunikowali swoje samopoczucie związane z tym etapem leczenia. Weryfikowano zgłaszane objawy związane z zespołem odstawienia nikotyny, które część osób przypisywała objawom ubocznym działania leku.

Analiza samopoczucia stała się podstawą do uczenia się rozpoznawania kolejnego psychologicznego mechanizmu uzależnień, czyli nałogowego regulowania uczuć. Pacjenci ćwiczyli umiejętności rozpoznawania głodu nikotynowego i uruchamiania sposobów radzenia sobie z nim. Pod koniec sesji każdy z pacjentów określił własne zewnętrzne i wewnętrzne czynniki wyzwalające głód nikotynowy.

Sesja 7 — radzenie sobie ze stresem bez papierosa

Spotkanie to stanowiło kontynuację poprzedniej sesji ze szczególnym uwzględnieniem stresu codziennego jako czynnika wyzwalającego chęć zapalenia papierosa. Przedstawiono związki stresu z paleniem tytoniu. Każdy z pacjentów ćwiczył umiejętności rozpoznawania własnych objawów stresu i jego źródeł. Omawiano indywidualne sposoby opanowywania stresu, np. przeciwdziałanie napięciom wewnętrznym i redukcja niepokoju.

W dyskusji podejmowano wątek konieczności modelowania prozdrowotnego stylu życia włączając w to niepalenie tytoniu, zdrową dietę, właściwą aktywność ruchową, zwiększanie efektywności radzenia sobie ze stresem.

Sesja 8 — zapobieganie nawrotom

Priorytetowym celem sesji było uświadomienie pacjentom zagrożenia nawrotem palenia tytoniu wynikającego z chroniczności tego schorzenia. Omawiano specyfikę nawrotu związaną z niewykształceniem innych sposobów uzyskiwania przyjemności oraz umiejętności identyfikowania się i radzenia sobie z czynnikami wyzwalającymi chęć palenia. W dyskusji podkreślano rolę wewnętrznego dialogu we wzmacnianiu lub osłabianiu motywacji do niepalenia. Uwrażliwiano pacjentów na konieczność trwałej zmiany stylu życia i korzyści płynących z rzucenia palenia.

Na zakończenie programu terapeutycznego pacjenci dokonywali podsumowania własnego leczenia oraz wypełniali anonimową „ankietę satysfakcji” przekazywaną Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

Efekty leczenia

Analizę efektów kompleksowej terapii zespołu uzależnienia od tytoniu, uwzględniającej grupową terapię psychologiczną i zastosowanie bupropionu, przeprowadzono w grupie 286 pacjentów. Nie uwzględniono w opracowaniu 14 osób (4,6%) ze względu na brak informacji o wynikach ich leczenia. Bezpośrednio po zakończeniu leczenia 230 uczestników (80,4%) zaprzestało palenia tytoniu, 41 osób (14,3%) zredukowało przynajmniej o 50% liczbę wypalanych papierosów. U 15 osób (5,2%) leczenie nie przyniosło zakładanych efektów. Ta grupa osób nie dotrzymała warunków kontraktu psychoterapeutycznego.

Podsumowanie

Wyniki wskazują na bardzo wysoką skuteczność wybranych metod leczenia w porównaniu z wynikami innych badań dotyczących leczenia uzależnienia od nikotyny z zastosowaniem bupropionu SR i metod psychologicznych. W badaniach Tonstad i wsp. [22] skuteczności bupropionu SR, w grupie osób z chorobami układu krążenia, po 4-7 tygodniach kryterium abstynencji osiągnęło 43% pacjentów, a po roku od leczenia nie paliło 22% osób. W badaniach Hurt i wsp. [23] po 4 tygodniach leczenia bupropionem nie paliło 60,2% osób, po roku tylko 18,4% nie powróciło do palenia tytoniu.

Połączenie psychologicznej terapii z farmakologicznym leczeniem zdecydowanie podnosi skuteczność oddziaływań terapeutycznych. Wskazują na to wyniki leczenia osób uzależnionych od tytoniu w ramach prewencji chorób układu krążenia w I Klinice Kardiologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, gdzie równolegle zastosowano bupropion SR i indywidualną terapię psychologiczną [24]. Po zakończeniu leczenia odsetek osób niepalących wyniósł 74,6%, a w ocenie przeprowadzonej po roku 40,7%. Z przedstawionych danych wynika, że w leczeniu zespołu uzależnienia od tytoniu oddziaływanie powinno być ukierunkowane nie tylko na mechanizmy fizjologiczne, głównie redukcję objawów odstawienia, ale przede wszystkim na mechanizmy psychologiczne, które determinują cały proces leczenia począwszy od motywacji do radzenia sobie z nawrotem choroby.

Przedstawiony model grupowej terapii psychologicznej jest kontynuacją doświadczeń związanych z pierwszą edycją programu kompleksowego leczenia osób uzależnionych od nikotyny w latach 2001/02. Wówczas terapia psychologiczna miała charakter indywidualny. Grupowe procedury terapeutyczne, zastosowane w prezentowanym programie, pozwoliły uzyskać jeszcze lepsze bezpośrednie rezultaty leczenia uzależnienia od tytoniu w porównaniu z efektami po zastosowaniu metod indywidualnej terapii. Należy sądzić, że elementem wpływającym na uzyskanie lepszej efektywności pracy było wprowadzenie elementów dynamiki grupowej.

Reasumując, przedstawiony autorski program terapii psychologicznej w ramach kompleksowego leczenia uzależnienia od tytoniu jest propozycją, która może być wykorzystana w ośrodkach psychoterapeutycznych i leczenia uzależnień. Dzięki terapii psychologicznej pacjenci budują i wzmacniają wewnętrzną motywację do zaprzestania palenia, uczą się identyfikować u siebie mechanizmy uzależnienia oraz sposoby zapobiegania nawrotom choroby. Poznają metody radzenia sobie z głodem nikotynowym i stresem dnia codziennego. Ogólnie, nabywają większej samoświadomości i motywują się do wprowadzania w swoje życie zasad zdrowego stylu życia.

W świetle przedstawionych badań oceny skuteczności terapii antynikotynowych oraz

doświadczeń własnych, równoległe oddziaływanie farmakologiczne i psychologiczne jest najbardziej skuteczną formą leczenia pod względem zarówno bezpośrednich efektów, jak i odległych.

Piśmiennictwo

1. Rywik S, Broda G, Piotrowski W. Epidemiologia chorób układu krążenia – Program Pol-MONICA Warszawa. *Kardiol. Pol.* 1996; 44 (supl. II): 7–35.
2. Doll R, Peto R. Mortality in relation to smoking: 20 years' observations on male British doctors. *Brit. Med. J.* 1976; 2: 1525–36.
3. Mulcahy R. Influence of cigarette smoking on morbidity and mortality after myocardial infarction. *Brit. Heart J.* 1983; 49: 410–415.
4. Halimi JM, Philippon C, Mimran A. Contrasting renal effects of nicotine in smokers and non-smokers. *Nephrol. Dial. Transpl.* 1998; 13: 940–944.
5. Willett WC, Green A, Stampfer MJ, Speizer FE, Colditz GA, Rosner B, Monson RR, Stason W, Hennekens CH. Relative and absolute excess risks of coronary heart disease among women who smoke cigarettes. *N. Engl. J. Med.* 1987; 317: 1303–1309.
6. Pająk A. Zagrożenie chorobą niedokrwinną serca w populacji polskiej. Czy nastąpił przełom? *MediPress Kardiol.* 2000; 5: 3–9.
7. US Public Health Service. Smoking cessation in adults. *Am. Fam. Phys.* 1995; 8: 1914–1918.
8. Henningfield JE. Nicotine medications for smoking cessation. *N. Engl. J. Med.* 1995; 18: 1196–1203.
9. Materiały szkoleniowe. Studium terapii uzależnień. Warszawa 2003.
10. Krzemińska D. Palenie – trzeźwienie? *Ter. Uzależn. i Współuzależn.* 1998; 2: 21–22.
11. Rybka I. Uzależnienie od alkoholu i nikotyny – na podstawie opracowania wydanego przez National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism w 1998 roku. *Ter. Uzależn. Współuzależn.* 1998; 2: 22–25.
12. Wojciechowski M. Psychologia palenia. *Remedium* 1997; 7–8: 22–26.
13. Górecka D, Goljan-Geremek A. Postępy w leczeniu uzależnienia od nikotyny. *Nowa Klin.* 2001; 13: 1349–1355.
14. Hausteil KO. What can we do in secondary prevention of cigarette smoking. *J. Cardiovasc. Risk* 2003; 6: 476–485.
15. US Public Health Service Report. A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence. *JAMA* 2000; 24: 3244–3254.
16. West R, McNeill A, Raw M. Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55: 987–999.
17. Zatoński W. Materiały szkoleniowe pt. „Leczenie zespołu uzależnienia od tytoniu”. Warszawa 2003.
18. Jorenby D. Clinical efficacy of bupropion in the management of smoking cessation. *Drugs* 2002; 62, supl. 2: 25–35.
19. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, Ebrahim S, Faergeman O, Graham I, Mancia G, Cats VM, Orth-Gomer K, Perk J, Pyörälä K, Rodicio JL, Sans S, Sansoy V, Sechtem U, Silber S, Thomsen T, Wood D. European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: third joint task force of European and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* 2003; 10(4): S1–S10.
20. Gierowski JK, Lew-Starowicz Z, Mellibruda J. Psychopatologia zjawisk społecznych. W: Strelau J, red. *Psychologia t. 3.* GWP 2003; 691–710.
21. Monti PM, Abrams DB, Kadden RM, Cooney NL. Psychologiczna terapia uzależnienia od alkoholu. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości PTP, Warszawa 1994.
22. Tonstad S, Farsang C, Klaene G, Lewis K, Manolis A, Perruchoud AP, Silagy C, Van Spiegel PI, Astbury C, Hider A, Sweet R. Bupropion SR for smoking cessation in smokers with cardiovascular disease: a multicentre, randomized study. *Eur. Heart. J.* 2003; 24:946–955.
23. Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED, Offord KP, Johnston JA, Dale LC, Khayrallah MA, Schroeder DR, Glover PN, Sullivan CR, Croghan IT, Sullivan PM. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. *N. Engl. J. Med.* 1997; 337: 1195–1202.
24. Bętkowska-Korpała B, Jankowski P, Kawecka-Jaszcz K. Kompleksowe leczenie uzależnienia od nikotyny

u osób z chorobami układu krążenia – doświadczenia własne. *Psychiatr. Pol.* 2004; 1: 125–134.

Adres: Zakład Psychologii Lekarskiej Katedry Psychiatrii Collegium Medicum UJ
ul. Kopernika 21a, 31-501 Kraków
bbetkowska_korpała@cm-uj.krakow.pl
tel. 424-87-09, 424-81-74