

Dr. Pikó Bettina

A dohányzás pszichológiai háttértényezői

Összefoglalás

A dohányzás a XX. század második felében öltött epidémiaszerű méreteket, annak ellenére, hogy erre az időszakra tehető káros, többek között karcinogén hatásának igazolása. A dohányzás egyike a korai halálozás megelőzhető rizikótényezőinek, amely megfelelő prevenciós programokkal csökkenthető. Ennek ellenére számos egészségnevelési kampány volt sikertelen amiatt, mert nem vették figyelembe, hogy valójában az addiktív viselkedés egy fajtájáról van szó. A cigaretta részben biokémiai úton, részben tanult magatartási reakció révén idéz elő függőséget. A cigarettában lévő egyes anyagoknak ugyanis számos, pszichikailag „kedvező” hatása is van, mint például a nikotin szorongásoldó hatása. A dohányzással való ismerkedés a legtöbb esetben serdülő- vagy ifjúkorban történik, aminek hátterében részben társadalmi-kulturális, részben társas hatások állnak. A dohányzó magatartás fenntartásában pedig lényeges szerepet játszik a Weinstein által irreális optimizmusnak nevezett jelenség, amely lényegében egy kóros kockázatesztelés. A pszichikai hatásokat igazolja a komorbiditás is, amennyiben a dohányzás gyakran együtt jár szorongással és depresszióval. A pszichológiai háttértényezők figyelmen kívül hagyásával nem érhetünk el hosszú távú eredményeket a megelőzés terén.

Bevezetés

A dohányzás a XX. század második felétől kezdett el rohamosan terjedni, és öltött fokozatosan epidémiaszerű méreteket. S bár a légzőszerveket érintő káros hatásait már korábban is tapasztalták a dohányosok (mint például a krónikus légcsőhurut, amelynek egyik sajátos tünete az ún. reggeli dohányos köhögés), tudományos módszerekkel

csak az ötvenes években sikerült bebizonyítani rákkeltő hatását. Doll és Hill egy 1950-ben megjelent tanulmányukban igazolták a dohányzás és a tüdőrák kapcsolatát, később pedig a káros hatások kimutatása folytatódott a szív- és érrendszeri betegségekkel, sőt másfajta daganatos megbetegedésekkel kapcsolatban is, így például a gégerák, a szájüreg- és nyelőcsőrák, vagy a hasnyálmirigy- és veserák esetében. A közismert nikotinon kívül a cigarettában további káros anyagok is izolálhatók, amelyek száma több százra tehető. Ilyen például a hidrogén cianid, a kátrány, a szénmonoxid. A cigaretta alkotóelemei közül számos anyag káros egészségügyi, olykor karcinogén hatással rendelkezik.

Az utóbbi évtizedekben megnövekedtek a cigaretta patomechanizmusát elemző kutatások mellett az epidemiológiai vizsgálatok is. Ez utóbbi elemzések igazolták a rendszeres dohányzás mortalitásra gyakorolt hatását: a dohányosok egyértelműen korábban halnak meg, a korai halálozás esélye napi fél csomag cigarettánál is már hétszeres, napi két csomag esetében pedig már több mint hússzoros. Ugyanakkor a dohányzást a korai halálozás megelőzhető rizikótényezőjeként tartják számon, amely megfelelő prevenciós programokkal ellenőrizhetővé válhat.¹ Ez a tudományos megállapítás a közép- és kelet-európai régió számára különösen fontos üzenetet hordoz, hiszen ezekben az országokban a dohányzás jóval magasabb a nyugat-európai vagy amerikai adatokhoz képest.

A biokémiai és klinikai vizsgálatok mellett azonban előtérbe kerültek a cigarettahasználat pszichológiai hátterét feltáró kutatások is. Ennek oka, hogy a patomechanizmus igazolása nem vitt közelebb bennünket a megelőzéshez: az ismereteket közlő egészségnevelési kampányok sorra csődöt mondtak, mert nem vették figyelembe, hogy valójában az addiktív viselkedés egy fajtájáról van szó.² A dohányzás, más drogfogyasztáshoz hasonlóan, addikció, káros szenvedély, hiszen rendelkezik annak gyógyszer-tani és

pszichológiai ismérveivel. A pszichoaktív szerekre jellemző ugyanis, hogy megváltoztatják a gondolkodást, a hangulatot, az érzelmeket.

A cigaretta részben biokémiai úton, részben tanult magatartási reakció révén idéz elő függőséget. A cigarettában lévő egyes anyagoknak ugyanis számos, pszichikailag „kedvező” hatása is van, mint például a nikotin szorongásoldó, izomlazító, agyi stimulációt okozó hatása. Ennek következtében a pszichikai hatásmechanizmus az ellazulást, a stresszoldást összekapcsolja a cigaretta biokémiai hatásaival, és később a dohányzó feltételes reflexként fogja használni ezt a jelenséget bármikor, ha szorongásoldásra, feszültségcsökkentésre lesz szüksége. Az egymást erősítő kettős hatásmechanizmus miatt a dohányzásról való leszokás rendkívül nehéz. A rendszeres dohányzás hirtelen abbahagyásakor elsősorban pszichikai megvonási tünetek jelentkeznek, mint például a koncentrációs képesség csökkenése, ingerültség, idegesség. E tünetek különösen stresszhelyzetben erősödhetnek fel, hiszen a cigarettát sokan elsősorban konfliktushelyzetekben veszik elő, éppen pszichikai hatásai miatt.

Mindezek ellenére legális szerről van szó, hiszen sem a jogi szabályozás, sem pedig a társadalmi tradíció által nem tiltott a dohányzás, legfeljebb a nemdohányzók védelmében írnak elő bizonyos rendelkezéseket. Ez azonban kizárólag a szociokulturális normarendszertől függ, és egyáltalán nem jelenti azt, hogy kevésbé veszélyes szerről van szó, mint más pszichoaktív drog. Valódi áttörés a prevenciós programok hatékonyságában azonban csak akkor érhető el, ha a dohányzást valóban pszichoaktív szerként kezeljük, és figyelembe vesszük a pszichikai háttérjelenségeket is. A megelőző programoknak különösen a serdülőkorú fiatalokat kell érinteniük, hiszen ők a legveszélyeztetettebbek, éppen a serdülőkorra jellemző, pszichoszociális jellegű adaptációs problémák miatt.^{3,4} Ebben az életkorban az elsődleges megelőzésre kell a hangsúlyt fektetni, később vi-

Dr. Pikó Bettina
Szegedi Egyetem, ÁOK, Pszichiatrai Klinika
Magatartástudományi Csoport
6722 Szeged, Szentháromság u. 5.

szont, ha a függőség már kialakult, előtérbe kerülnek a másodlagos és harmadlagos megelőzési módszerek is, amelyekben a családorvosoknak kiemelkedő szerepük van.⁵

A dohányzás iniciációjának pszichológiai háttere

A dohányzással való ismerkedés a legtöbb esetben serdülő- vagy ifjúkorban történik. Ennek hátterében részben társadalmi-kulturális, részben társas hatások állnak.

A kultúra, amelyben élünk, sajátos normatív rendszert közvetít a fiatalok felé. A cigaretta ebben az értelemben szimbólum, az alkoholhoz vagy a korai szexuális aktivitáshoz hasonlóan a felnőttek szabad világát szimbolizálja, amelyek a gyermekek számára még nem megengedettek. Ugyanakkor e tevékenységekkel a serdülők átmenetileg átélhetik a felnőtt státust, emiatt rendkívüli mértékben csábító számukra a megszerzésük. A média, a felnőttek viselkedése ezt a szimbólumrendszert folyamatosan fenntartja, sokszor tudomást sem véve a szerek ilyen értelmezési keretének létezéséről. A dohányzás, az alkohol- és az illegális drog fogyasztás egyben beavatási rítusok is, a modern társadalom szimbólumrendszerének elsajátítása, amely – a hagyományos közösségképző erők és rituálék hiányában – elősegíti a társas kapcsolatok építését.

A társas szintű hatások mind a serdülőkor, mind pedig a felnőttkori dohányzásban kiemelt szerepet játszanak, éppen a modern rítuszszerpből kifolyólag. A serdülőkorú dohányzás legfontosabb meghatározó tényezője a kortárshatás, a kortársnyomás és ennek különböző formái.⁶ A dohányzás iniciációja is legelőször barátai társaságban történik, egyfajta modern beavatási rítus formájában. A kortársak szerepe ezt követően a magatartás megerősítésében tovább folytatódik. Minél több dohányzó barátja van a fiatalnak, annál erősebb a kortárshatás is, különösen erős az ún. legjobb barát hatása (*best friend effect*). Megfigyelték, hogy a dohányzó baráttal rendelkező fiatalok a legtöbb esetben maguk is dohányoznak, ha pedig egy újonnan választott legjobb barát dohányzik, ők maguk is nagyobb eséllyel szoknak rá. Mind a kortárshatásban, mind pedig a legjobb barát effektusban többnyire érzelmi

hatások játszanak szerepet, az elfogadottság ugyanis nagyon fontos a fiatalok identitáskeresésében, ehhez pedig az együtt elszívott cigaretta mediátorként funkcionálhat.⁷

Az epidemiológiai kutatások azt igazolták, hogy a serdülők a felnőtt lakossághoz képest nagyobb számban dohányoznak, és jelentős részüket a későbbiekben is folytatni fogja azt. Ugyanakkor ma már nem ritka a 9-10 éves gyermekek dohányzása sem, bár leggyakrabban 12-13 éves korban történik a dohányzás iniciációja. A dohányzó serdülők cigarettahasználati spektrumában két jól elkülöníthető csoport azonosítható. Vannak, akik csak társaságban, „buliban”, a szórakozás kellékeként, tehát alkalmasszerűen dohányoznak. Míg a másik csoportba a napi rendszerességgel dohányzó fiatalok tartoznak, akik körében nem ritkán napi egy doboz, vagy még ennél is több cigaretta fogy el. Ebben a csoportban már szép számmal akadnak valódi függők is, akik nagy valószínűséggel felnőttként is erős dohányosok maradnak.⁸

A dohányzást befolyásoló pszichikai jelenségek közül ki kell emelni az önbizalom (*self-esteem*) és a kompetencia (*self-efficacy*) kérdéskörét, mint egyéni pszichikai jellemzőket. A vizsgálatok szerint az egészséges önbizalommal felvértezett fiatalok, akik képesek az adott helyzetekben kompetens viselkedésre, kevésbé hajlamosak dohányzásra.⁹ Ha azonban csupán keresztmetszeti vizsgálatban elemezzük az összefüggést, gyakran azt találjuk, hogy a dohányzó fiatalok önbizalma nagyobb nemdohányzó társaiknál.¹⁰ Ők éppen a cigaretta biokémiai és pszichikai hatásai miatt használják a cigarettát, a kortársaik szemében nemegyszer éppen emiatt nagyobb népszerűsége tesznek szert. Longitudinális vizsgálatban azonban, amikor a kezdeti paramétereket is tesztelni tudjuk, kiderül, hogy eredetileg ők rendelkeztek kisebb önbizalommal, és gyakran a szociális készségek deficitjével is.

A dohányzás fenntartása: Weinstein irreális optimizmus jelensége

A dohányzó magatartás pusztán racionális alapon nem érthető meg, amint arra Weinstein felhívta a figyelmet.¹¹ A dohányzás káros hatá-

saival már a kisgyermek is tisztában van, ennek ellenére az ez irányú tudást a dohányzók sokszor nem kamatoztatják saját egészségük védelme érdekében. Ebben szerepet játszik a Weinstein által irreális optimizmusnak nevezett jelenség, amely lényegében egy kóros kockázatesztelés. Tudattalanul olyankor alkalmazzák az egyéneket, amikor olyan magatartáshoz folyamodnak, amelynek célrationalitása nem felel meg ismereteiknek. Ez a kognitív disszonancia éppen a magatartás (dohányzás) és az ismeretek (a dohányzás kóros volta) közötti ellentmondásból adódik, ami egyébként szorongást keltene az egyénben, ha nem alkalmazna egy meglehetősen egocentrikus, torzított kockázatesztelési mechanizmust. Nézzünk néhány sajátos tudati elemet, amely a kockázatesztelés torzításához járulhat hozzá:

– „Bármikor abba tudom hagyni, ha akarom”

– „Nem is olyan káros a dohányzás”

– „Eddig sem történt baj, ezután sem fog”

– „Más is dohányzik, még sincs semmi baja”

– „X egész életében dohányzott, és mégis hosszú életet élt meg”.¹²

A dohányzás iniciációja, kockázatának kóros észlelése és így a magatartás fennmaradása tehát nagyrészt pszichikai úton értelmezhető. Számos pszichológiai elmélet alátámasztja a jelenséget. Tomkins érzelmi kontroll elmélete az érzelmi motivációk oldaláról értelmezi a dohányzás hosszú évtizedes fenntartását. Az elmélet szerint az emberek abban érdekeltek, hogy maximalizálják a pozitív érzéseiket, és minimalizálják a negatívakat. Az a magatartás, amely rendszeresen pozitív affektusokat generál vagy csökkenti a negatív affektusokat, időről időre megerősítésre kerül. A dohányzás stimuláló és szorongásoldó hatása abban teszi érdekeltté az egyéneket, hogy viselkedésüket hosszú távon fenntartsák. E hatások kétségtelenül rövid időn belül megjelennek, míg a kockázatok csak hosszú távon jelentkezhetnek, akkor sem matematikai pontosságú ok-okozati formában, hiszen a kockázati esélyhányados csak statisztikai valószínűséget jelent. Mindez segít fenntartani a kóros kockázatesztelést és – végső soron – magát a viselkedést.

Komorbiditás: A dohányzás összefüggése a szorongással és a depresszióval

A dohányzást leggyakrabban a stresszkezelés és a konfliktusmegoldás kóros módjaként említjük, kevésbé ismert összefüggése már kóros pszichikai reakcióval. A komorbiditás pedig különösen figyelmet érdemel a szorongással és a depresszióval kapcsolatban. Közös gyökerű problémákkal állunk ugyanis szemben, mindegyik esetében adaptációs zavarról van szó. A jelenség kétoldalú kapcsolatot feltételez: a depresszió és a szorongás nemegyszer együtt járnak a káros szenvedélyek magasabb előfordulásával, így alkohol- és drogfogyasztással, sőt, dohányzással is.¹³ Ugyanakkor ez a folyamat kétirányú, hiszen ezek a szerek maguk is hajlamosítanak mentális zavarok kialakulására, illetve súlyosbítják azokat. Mindez nemcsak a diagnosztika szempontjából érdemel figyelmet, hanem gyakran a terápia hatékonyságát is veszélyezteti. A háttérben biológiai és pszichoszociális hatások egyaránt igazolhatók. A rendszeres használók körében lényegesen gyakoribb a depresszió, a szorongás, az öngyilkossági késztetés, ami jelzi, hogy függőségre hajlamosít a háttérben megbújó, olykor látens pszichikai zavar. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy sokkal inkább rászokik a függőségeket okozó szerek használatára, így a dohányzásra is az a fiatal, aki hajlamos szorongásra, depresszióra. Hosszú távon azonban maga a szerfogyasztás is súlyosbíthatja a mentális zavarokat.

Az illegális drogokhoz képest kevésbé ismertek a dohányzás

mentális zavarokkal való összefüggései. A dohányosok körében pedig igen gyakori, hogy a nikotin pszichoaktív hatásait használják fel hangulatjavításra és a depresszió tüneteinek enyhítésére. A depressziós kórkepek kétszer gyakrabban fordulnak elő dohányosok körében, és a hatásmechanizmusban a nikotinfüggőség fontos szerepet játszik.¹⁴ A dohányzás, a depresszió és a szorongás komorbiditását tinédzserek körében végzett vizsgálatok is igazolták, így például az erős dohányzás esetében öt és félszer nagyobb rizikóval kell számolni generalizált szorongás szindróma előfordulásával.¹⁵ A dohányzást igen erős prediktornak találták a depresszió és egyéb emocionális zavar esetében is, ami annyit jelent, hogy a dohányzást a jövőbeni pszichopatológiai jelenségek erős markerének tekinthetjük.

Következtetés

A fentiekben tárgyalt pszichológiai háttér megerősíti a dohányzás veszélyességét, amelynek azonban többnyire csak a szomatikus betegségkeltő hatását szoktuk hangsúlyozni. Pszichikai háttértényezői és komorbiditása kevésbé ismert. Pedig éppen az ez irányú összefüggések vezethetnek el a probléma mélyebb megértéséhez, ami nélkül nem léphetünk tovább a dohányzás visszaszorítása terén.

Irodalomjegyzék:

1. deVries H, Mudde A, Leijes I, et al: *The European Smoking Prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention*. Health Educ Res 2003; 18: 611-626.
2. Geckova A, van Dijk JP, van Ittersum-Gritter T, et al: *Determinants of adolescents' smoking behaviour: A literature review*. Centr Eur J Publ Health 2002; 10, 79-87.
3. Pikó B: *Dohányzás mint a legelterjedtebb droghasználat*. In: Kapócs I, Maár M, Szabadka P (szerk.): *Ifjú-Kór 2* (pp. 43-67). OKKER Kiadó, Budapest, 2003.
4. Pikó B: *Smoking in adolescence: Do attitudes matter?* Addict Behav 2001; 26, 201-217.
5. Pikó B: *A betegek dohányzásról való leszoktatásának magatartástudományi szempontjai a családorvosi praxisban*. Med Univ 2003; 36, 17-20.
6. Ary DV, Duncan TE, Biglan A, et al: *Development of adolescent problem behavior*. J Abnorm Child Psychol 1999; 27, 141-150.
7. Unger JB, Rohrbach LA: *Why do adolescents overestimate their peers' smoking prevalence? Correlates of prevalence estimates among California 8th-grade students*. J Youth Adolesc 2002; 31, 147-153.
8. Pikó B: *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002.
9. Tyas SL, Pederson LL: *Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature*. Tob Contr 1998; 7, 409-420.
10. Glendinning A: *Self-esteem and smoking in youth – muddying the waters?* J Adolesc 2002; 25, 415.
11. Weinstein N: *Unrealistic optimism about illness susceptibility: conclusions from a community-wide sample*. J Behav Med 1987; 10, 481-500.
12. Pikó B: *A rizikópercepció vizsgálata nők körében, különös tekintettel a dohányzásra*. Med Univ 2000; 33, 213-218.
13. Windle RC, Windle M: *An investigation of adolescents' substance use behaviors, depressed affect, and suicidal behaviors*. J Child Psychol Psychiatry 1997; 38, 921-929.
14. Breslau N, Kilbey MM, Andreski P: *Nicotine dependence, major psychiatric depression, and anxiety in young adults*. Arch Gen Psychiatry 1991; 48, 1069-1074.
15. Johnson JG, Cohen P, Pine DS, et al: *Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood*. JAMA 2000; 284, 2348-2351.

A PARE Manifesto felmérést szervez a reumatológiai betegség életminőségre gyakorolt hatásának vizsgálatára

A PARE (Reumatológiai Betegek Európában) Reumatológiai Betegegyesület Manifesto (Kialtvány) munkacsoportja felhívja az egészségügyben dolgozó szakembereket arra, hogy vegyenek részt a reumatológiai betegségeknek az életminőségre gyakorolt hatásait vizsgáló felmérésben.

A PARE Manifesto felmérés célja, hogy a társadalom minél többet tudjon meg a súlyos, komoly szociális és gazdasági hatásokkal járó ízületi betegségekről. A felmérés hét országra, Franciaországra, Németországra, Magyarországra, Hollandiára, Olaszországra, Svédországra és Nagy-Britanniára terjed ki. Eredményei abban segítik a PARE Manifesto-t, hogy feltárja az ízületi betegségek európai arculatát és a betegek érdekében a legfontosabb hiányossá-

gok javítására célzott kampányokat szervezzen. A felmérés az Interneten zajlik, az ízületi betegségben szenvedők a web-oldalon, vagy a (1) 461-0400-as telefonszámon keresztül válaszolhatnak a kérdésekre. A szervező arra kéri az egészségügyben dolgozó szakembereket, hogy betegeiket ösztönözzék a felmérésben való részvételre. A felmérés célja, hogy Európa-szerte serkentse az ízületi gyulladásos és reumás megbetegedésben szenvedő betegcsoportok közötti információcserét, és a tapasztalatok és ötletek átadásával járuljon hozzá a betegeknek nyújtott egészségügyi szolgáltatások javításához.

A felmérés eredményeit az EULAR (Európai Reumellenes Liga) 2004-es, berlini konferenciáján hozzák nyilvánosságra.