

Om rökslutande och rökslutarhjälp

Gunnar Hyllienmark

Tobaksrökning är en sammansatt företeelse. Utöver nikotinets fysiologiska effekter och beroendeframkallande verkan har hos tobaksbrukaren genom olika inlärningsmekanismer en rad inlärd behov skapats. Även företeelsen att sluta med tobak utgör en sammansatt process. Denna process kan indelas i fem avsnitt:

- a) komma fram till värderingen "bättre att sluta än att fortsätta"
- b) komma fram till beslutet "sluta röka"
- c) bestämma tidpunkt: "slut-dag"
- d) motstå röksuget under avvänjningstiden
- e) motstå frestelsen till återfall

Artikeln ger en ingående genomgång av teori och praktik om rökslutande och rökslutarstöd.

Psykolog Gunnar Hyllienmark är verksam vid Landstingets i Gävleborg samhällsmedicinska avdelning och har utöver egen erfarenhet av praktisk rökavvänjning också långvarig erfarenhet av utbildning, metodutveckling och forskning inom rökslutande och rökslutarstöd.

Rökandet — ett sammansatt beteende

Tobaksrökandet är en sammansatt företeelse. Obestridligen är nikotinets fysiologiska effekter grunden för hela beteendet, men genom en rad inlärningsmekanismer har, liksom fallet är med alkoholen, en rad inlärd behov och behovstillfredsställelser skapats.

Leventhal och Cleary (26) konstaterar att det krävs en teori som bygger på både fysiologiska och psykologiska variabler för att nöjaktigt förklara de iakttagna beteendena.

Orford (30) har försökt ge en samlad bild av 'addictions', som han kallar "omåttligt beteende" (appetitive behaviour). Han anser att biologiska variabler i samverkan med sociala och psykologiska har skapat motiv i konflikt. Kortsiktiga motiv som gynnar fort-

— — — Tvenne lagar styra mänskolivet,
tvenne krafter välva allt, som födes
under månens vanskelige skiva.

Hör, o mänska! Makten att begära
är den första. Tvånget att försaka
är den andra. — — —

E J Stagnelius: Ur Suckarnes mystär

satt 'måttlöshet' står i motsättning till de långsiktiga motiven för 'måttlighet'.

Översiktliga framställningar finns i svensk litteratur (4, 14, 34).

Om det är så att de olika behoven som uttrycks i ett fortsatt rökande är tämligen oberoende av varandra, så vore det mera klargörande att tala om olika former av rökande som fortlever parallellt hos rökaren. Då man talar med rökare om att sluta, så märker man ofta att de gärna vill komma ifrån en del rökstillfällen ('onödiga cigaretter', rökning som sker bara 'av gammal vana'). Andra cigaretter kan man vara betydligt mera tveksam till att ge upp (den första på morgonen, cigaretten efter maten, feströkningen).

Rökaren har alltså en upplevelse att det är skillnad på olika rökstillfällen, och han har olika värderingar av olika delar av sin rökning. För att sluta röka helt krävs då att han offrar de mera attraktiva rökstillfällena för att slippa de olustiga.

Den alternativa lösningen att göra sig av med vissa delar av rökandet och behålla de övriga går ofta bra för en kort tid, men inom ett par veckor brukar hela det gamla mönstret vara tillbaka.

.....
Tobaksrökning består inte bara av nikotinets fysiologiska effekter utan också av en rad inlärningsmekanismer och inlärd behov
.....

.....
Rökaren har en tendens att gärna sluta röka bara hon eller han får ta sig ett bloss då hon eller han verkligen tycker sig behöva det.
.....

Motstridiga värderingar

I en ännu opublicerad studie av artikelförfattaren fick 368 rökare göra personliga värderingar av sitt rökande och ett tänkt framtida icke-rökande. Endast ett fåtal angav att rökandet hade "mycket" eller "ganska mycket" positiva sidor och att icke-rökandet skulle ha "mycket" eller "ganska mycket" negativa sidor.

Då samma personer värderade enskilda rökningssituationer tyckte dock de flesta att dessa kunde vara positiva liksom de ansåg att icke-rökning vid somliga tillfällen kunde upplevas som mycket negativt.

Den naturligaste tolkningen till detta förefaller mig att vara att rökaren — kanske omedvetet — har ett sätt att värdera rökningen som samlad företeelse och ett annat sätt att värdera rökandet i enskilda situationer. Man kan litet tillspetsat uttrycka det så att rökaren gärna slutar röka bara han får ta sig ett bloss då han verkligen behöver det. Det är en variant på det gamla välkända mänskliga önskemålet "att äta upp kakan men ändå ha den kvar".

Åtskilliga rökare har slutat röka. Enligt NTS tobaksenkät 1987 (32) har ungefär 50% av de svenska män som någonsin rökt dagligen nu slutat med detta och ungefär 40% av kvinnorna. I en amerikansk studie (31) följde man en stor grupp rökare och ex-rökare under sex månader. Under denna tid hann flertalet att på något sätt förändra sin rökvana. Den enda gruppen som var stabil var ex-rökare som varit rökfria i minst ett år.

I en studie bland sjukvårdsanställda i Ljusdal (19) framkom att drygt en tredjedel av rökarna försökt sluta under en åtta-månaders-period. Det är uppenbarligen så att många rökare på egen hand håller på med att förändra sitt rökningss beteende i riktning mot ett definitivt slut.

I detta perspektiv är det rimligt att betrakta rökslutarhjälp som ett försök att göra den 'naturliga' rökslutarprocessen snabbare och effektivare. Men det är då viktigt att komma ihåg att man endast kan ingripa i

den del av processen som är aktuell eller som man med sitt ingripande lyckas aktualisera.

Rökslutandet — en sammansatt process

Jag vill schematiskt dela in rökslutarprocessen i fem olika avsnitt som följer på varandra:

1. Komma fram till värderingen
BÄTTRA ATT SLUTA ÄN ATT FORTSÄTTA
2. Komma fram till beslutet
SLUTA RÖKA
3. Bestämma tidpunkt
SLUT-DAG
4. MOTSTÅ RÖKSUGET
under avvänjningstiden
5. MOTSTÅ FRESTELSEN TILL ÅTERFALL
tills rökfriheten blivit det naturliga

Om man beskriver rökslutandet på detta sätt är det lätt att inse att den hjälp en rökslutare kan ha nytta av skiljer sig avsevärt beroende på vilken fas han befinner sig i. Det kan också verka naturligt att man måste förändra sina hjälpinsatser då man följer en person genom alla faserna (20). Likaså kan det bli lättare att begripa varför rökavvänjning kan beskrivas på så olika sätt. Somliga trycker hårt på nikotinets fysiologiska effekter och reaktionerna vid nikotinstopp, medan andra poängterar vikten av psykologiskt stöd. Det kan helt enkelt vara så att man lägger tyngdpunkten vid olika faser i den sammansatta processen.

Rökslutarhjälp i olika faser

I den redan nämnda amerikanska studien (31) klassificerades rökarna och ex-rökarna både vid starten och efter sex månader. Fem klasser användes:

1. Rökare som inte tänkte sluta
2. Rökare som tänkte sluta
3. Färska fimpare
4. Färska återfallare
5. Rökfria minst ett år

Av de 866 individerna hade vid uppföljningen sex

.....
50% av svenska män och 40% av svenska kvinnor, vilka tidigare varit vanerökare, har faktiskt slutat med detta
.....

.....
Att sluta röka är en process med olika tidsfaser, varför olika hjälpsatser behövs i de skilda faserna
.....

månader senare 280 hamnat i en ny klass. Utifrån svaren på flera frågeformulär kunde man räkna fram vilka faktorer som i regel åtföljde de olika förändringarna.

Rökare som ursprungligen inte tänkt sluta, men som efter de sex månaderna kommit fram till att de ville sluta hade då genomgått den första fasen i min tidigare visade uppdelning: BÄTTRE ATT SLUTA ÄN ATT FORTSÄTTA. Dessa rökare uppvisade en hög bedömning av rökandets nackdelar och en låg bedömning av rökandets fördelar samtidigt som de hade höga poäng i 'självomvärdering'.

I denna begynnelsefas är det tydligen viktigt att som rökavvänjare hjälpa rökaren att tydligt notera allt han upplever som dåliga sidor hos sitt rökande. Likaså bör man gå igenom det som rökaren upplever som vinster i rökandet. Detta klagörande av de värderingar som rökaren har, men som tidigare ofta endast varit vaga, medför ofta en 'omvärdering'. Rökandets vinster som förut kan ha känts 'omistliga' på ett obestämt sätt, blir tydliga men därigenom också avgränsade och möjliga att kritiskt granska.

Detta är förutsättningen för ett medvetet och i egentlig mening 'rationellt' val mellan att låta rökandet fortgå eller att sätta stopp.

Forskare som förordat någon slags beslutsmodell för att beskriva rökslutandet (10,22,30) uppehåller sig i stor utsträckning vid denna fas och vid den följande som rör själva beslutet/handlingsvalet.

Att fatta beslut om rökstopp

Den förra fasen handlade om att rökaren skaffar sig ett beslutsunderlag, medan han i denna ska värdera om underlaget räcker till för att fatta beslutet: Sluta röka eller inte.

För många rökare tycks problemet ta formen av en 'kompetensstrid' mellan en rationell och en intuitiv känslomässig styrning av handlandet. Situationen kan formuleras så: Jag bör sluta men känner mig osäker om jag vill.

Då rökaren har en förnuftsmässig/moralisk åsikt att han bör sluta röka, men samtidigt ett starkt känslomässigt motstånd blir handlandet problematiskt. Antingen kan han då skjuta upp frågan och kanske få dåligt samvete för detta. Eller så gör han ett halvhjärtat försök att sluta och detta misslyckas förmodligen. Han kan också göra en kraftansträngning, göra våld på sina emotioner och köra huvudet i väggen. I det fallet brukar resultatet bli ett kraftigt rökbegär, ett envist smårökande och själsliga lidanden.

Läget är klart gynnsammare om rökaren har starka känsloladdade argument för sitt rökstopp – "Jag är hjärtligt trött på rökandet", "Jag tycker illa om att vara beroende av cigaretterna". I det fallet finns i betydligt högre grad hela personen med i beslutet och det blir då lättare att genomföra.

Det är vanskligt att påverka rökaren i en så känsloladdad och labil beslutssituation. Man måste tydligt visa att man utgår från hans egna värderingar och sätt att resonera, annars upplevs man lätt som en främmande auktoritär kraft som måste avvisas. Det är ju nämligen en oerhört personlig konflikt det handlar om (22).

Om man iakttar denna försiktighet kan man accentuera de åsikter av relevans som rökaren har framfört och då framför allt de känslomässiga skälen för ett rökslutande. Man kan också vid utdragen tveksamhet föreslå ett stopp 'på prov' för att undersöka vad som händer.

Bestämma tidpunkt

Att sätta upp en tidpunkt för stoppet betyder att man avstår från ytterligare värdering och vägning. En studie av läkarintervention vid rökslutande (8) kom fram till att det var av värde att läkaren lät patienten bestämma ett datum för rökstopp.

Tvekan inför detta steg kan bero på en rädsla för vad som ska ske när man sätter stopp. Då är det till hjälp med en saklig information om vad som sker när nikotinet bryts ner och organismen anpassar sig till nikotinfrihet. Den kunskapen motverkar till en del fantasibilder grundade på hörsägnen.

En saklig kunskap kan även ge ett välgrundat hopp om att besvären kommer att gå över, medan fantasibilderna ofta upplevs som utan slut.

Denna information kan också inrikta rökaren på de

positiva effekter han kan vänta sig och på så sätt väcka en positiv nyfikenhet. Beslutet om tidpunkt kan då bli mindre skrämmande.

I en rökslutargrupp bör man i förväg ha bestämt tidpunkt för rökstoppet så att det inte blir något som kan ifrågasättas. Det blir då en av gruppens spelregler med hela gruppens tyngd bakom sig. Alla i gruppen möter gemensamt denna okända fara och kan i viss mån stödja varandra.

Abstinensfasen

Nikotinet som vid rökning effektivt tillförs via lungorna bryts snabbt ner av organismen. Då tillförseln vid ett rökstopp upphör, blir man därför nikotinfri inom ungefär ett dygn.

Nikotinet har påverkat det allra mesta i kroppen, viket medför att tillståndet vid nikotinfrihet blir 'onormalt'. Besvären vid denna nikotinabstinens är för många rökare måttlig men för andra avsevärda. Efter någon vecka har organismen i stort sett anpassat sig till detta nya tillstånd och kan fungera normalt och besvärsfritt.

Men rökaren har ju inte endast mist sitt invanda nikotin utan även sitt röknings-beteende och sina invanda rökstunder. Den förlusten ger vad man kunde kalla en psykologisk abstinens. I praktiken är det svårt att skilja mellan denna abstinens och den som förorsakas av nikotinbortfallet. Ur behandlingssynpunkt kan det dock vara av värde att göra det eftersom besvären måste mötas på olika sätt.

Nikotinabstinensen kan mildras eller uppskjutas genom att man vid rökstoppet tillför nikotin i tuggummi-form. På det sättet blir det i första steget rökandet som man måste avstå ifrån medan man bibehåller nikotinet. Detta kan man sedan gradvis minska då de rökfria vanorna börjat bli etablerade.

Som ensamt behandlingsinslag har nikotintuggummit visat sig föga framgångsrikt (23). Däremot har en rad studier visat att om det sätts in ett vidare behandlingsprogram så kan man höja effekterna betydligt (5, 13, 17).

En del studier talar för att det framför allt är rökare med ett större inslag av 'nikotinism' i sitt rökande som blir hjälpta av nikotintuggummit (15). Ett frågeschema som mäter denna 'nikotinism' har konstruerats av Fagerström (12).

.....
Nikotintuggummi är ett bra stöd till många rökare om det sätts in i ett vidare behandlingsprogram
.....

Psykologisk abstinens

Även de psykologiska behoven att röka ger sig tillkänna i denna fas. De invanda vanorna som är med och styr rökandet blir ju vid rökstoppet omedelbart störda. Situationer som blivit starkt förknippade med rökning — kaffedrickning, arbetspauser, kamratligt umgänge — känns till en början ovana och onaturliga. Frånvaron av cigaretten upplevs starkt och kan göra att man blir fångad i tankar på cigaretten som försvunnit. Rutinerna i vardagslivet fungerar därför till en början betydligt sämre.

Ett särskilt problem är att rökaren har vant sig vid att använda rökandet för att dämpa upplevelser av olustkaraktär — nedstämdhet, ilska, tristess (16). Denna dämpning har troligen skett genom en kombination av fysiologiska effekter och upplevelser som rökaren har lärt sig att förvänta sig vid rökning.

Bortfallet av rökning som en 'sedativ' egenbehandling kan bidra till återfall i rökning. Ofta uppträder dessa komplikationer först något senare under abstinensperioden. För personer med frekventa eller kraftiga olustreaktioner kan det dock bli svårt att avstå från rökandet redan under de första dagarnas rökstopp. Detsamma gäller för personer som inte tror sig om att kunna stå ut med stark olust.

Stundom träffar man rökare som säger sig ha fått rådet att inte sluta röka, från läkare eller bekanta, med hänvisning till att de är så 'nervösa' eller för att de har 'psykiska problem'. Det förefaller märkligt om läkare skulle argumentera på det sättet. Det finns ju i FASS en rad preparat som kan användas mot psykiska besvär. Inget av dessa bygger på nikotin, som endast förekommer som hjälp vid rökavvänjning. Att bibehålla rökning som ett medel mot psykiska besvär kan då knappast vara medicinskt befogat.

Hjälp mot abstinensen

Nikotintuggummit kan, om det används på lämpligt

sätt, vara en god hjälp under abstinensfasen. Men för de psykiska behoven ger tuggummit endast en liten ersättning. Däremot kan det vara en hjälp att ha 'något' att ta till vid svårigheter. En försäkran om att man kan få hjälp om problem uppstår kan likaså vara av stort värde.

Om rökaren är förberedd på svårigheter som kan komma och anser att dessa inte borde vara omöjliga att klara av, ökas också chanserna till rökfrihet (1, 7, 37). Att lära sig tekniker för att avleda röksuget eller på annat sätt hantera svårigheterna har också visat sig värdefullt (35).

Personer som har svagt självförtroende kan behöva en viss självförtroendestärkande behandling innan de sätter stopp. Annars riskerar man att deras inlärdas förväntningar att misslyckas infrias. De skillnader man iakttagit i resultat vid rökslutande beroende på utbildningsnivå kan kanske härledas till skillnader i självförtroende.

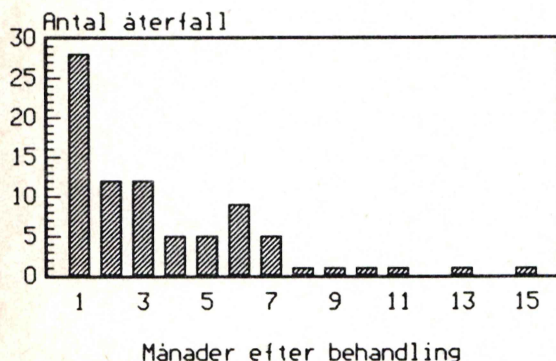
Att undvika återfall

De flesta dagligrökare har gjort något stopp i sin rökvana men därefter återfallit (18, 38). Även vid organiserad rökslutarhjälp brukar återfallen bli flera än de som långsiktigt håller sig rökfria. Många återfall sker under den tidigare diskuterade abstinensfasen, men åtskilliga kommer efter månaders rökfrihet då nikotinbortfallet knappast kan inverka direkt (*Figur 1.*).

Man har konstaterat att krissituationer av skilda

Fig. 1. Antal återfall bland 92 deltagare i rökslutarhjälp under 15 månader efter behandling.

Källa: Stitzer & Gross 1988.



slag kan leda till återfall. Men även behagliga situationer med anknytning till rökning — sällskap med röka-re, goda måltider, fest — kan få samma effekt (9, 24, 36).

Det som krävs för ett lyckat rökslutande är ju att den som tidigare rökt i en mängd situationer i livet nu måste finna ett gott livsmönster där röklusten inte i någon besvärande grad gör sig påmind. En engelsk forskare har uttryckt saken så:

Att komma ifrån ett beroende är inte endast en fråga om avgiftning eller att stå ut med abstinensbesvären — det kräver en förändring i sättet att tänka med ett skifte från ett kortsiktigt till ett långsiktigt perspektiv.

(Eiser 1983, min översättning)

Ett visst mått av stöd från omgivningen tycks vara betydelsefullt (5, 21, 27). I en studie fick deltagarna i rökslutarhjälp bedöma vad som varit av nytta för dem (11). De som hållit sig rökfria nämnde oftare än de övriga 'uppmuntran' och 'möjlighet att prata om svårigheter' som väsentligt.

Bland rökare som slutar på egen hand finns uppgifter som visar att 'resonemang med sig själv' kan vara en hjälp mot återfall (6, 35). I den tidigare nämnda studien av Prochaska et al (31) var 'självomvärdering' och 'stödande relationer' till hjälp för att bibehålla den nya rökfriheten.

Dessa punkter kan man tillsammans beskriva som hjälp att bearbeta svårigheterna vid omställningen till rökfrihet och stöd vid utformandet av ett personligt grundat levnadsmönster som känns tillfredsställande. Samma behov uppträder ju i andra situationer då en person måste anpassa sig till en väsentligen ny livssituation: Att bli förälder, genomföra en krävande utbildning, börja en ny anställning. Det handlar helt enkelt om hur vi kan hjälpa varandra till att förbättra våra liv.

Behandlingsresultat

Behandlingsresultaten brukar mätas i form av hur stor andel av de behandlade som är rökfria efter behandlingens slut och ett antal månader senare. Det vanliga är då att man vid slutet av behandlingen har relativt många rökfria. Allt efter som månaderna går sjunker andelen för att nå ett ganska stabilt värde efter ett halvt eller ett helt år (34).

Det kan vara värt att påpeka att somliga undersökningar visat på att behandling kan resultera i rökslutande även en tid efter behandlingstillfället (21, 33).

En färsk amerikansk studie av 39 interventionsprogram (25) kom fram till följande slutsats rörande effekterna sex månader efter behandling.

Multivariat analys förutsade att ett team av läkare och icke-läkare som använde flera behandlingskomponenter i en individualiserad rådgivning skulle åstadkomma det bästa resultatet.

(Kottke et al. 1988 min övers.)

Andelen långsiktigt rökfria kan variera från några procent till 60–70 procent. Hur stor siffran blir beror givetvis till en del på behandlingens kvalitet. Men minst lika mycket speglar resultatet om man lyckats välja ut en ur behandlingssynpunkt gynnsam grupp. Någon form av selektion finns nästan alltid inbyggd i rekryteringen och om den sällar bort 'svårbehandlade' personer så ökar givetvis chanserna till stor andel lyckade fall (20). Resultatet kan också spegla om man kunnat individualisera behandlingen.

Man kan alltså inte vara säker på att en låg andel rökfria patienter beror på ett svagt behandlingsprogram. Siffrorna kan ju avspejla att man arbetar med en besvärlig grupp. Samma svårighet att korrekt värdera behandlingseffekter har man påtalat inom alkoholrådet (28).

Inom allmänmedicinen i Sverige har man kunnat uppvisa behandlingsresultat på mellan en fjärdedel och hälften av patienterna rökfria med hjälp av behandlare som endast haft någon dags utbildning i rökslutarhjälp (2,5).

Ofta sägs det att sådana effekter är 'dåliga' utan att man närmare motiverar den värderingen. Jämfört med ett 'spontanslutande' på några procent är det dock gott och även jämfört med de behandlingsresultat man i dag kan vänta sig vid tex lungcancer. Men det är självklart att det vore önskvärt att komma upp till högre siffror.

Jag skulle dock vilja framföra den något kätterska åsikten att 90–95 procent permanent rökfria efter behandling skulle vara en orimligt hög siffra.

Min motivering är denna. Tobaksrökning har visat sig vara ett mänskligt beteende som är starkt förankrat hos sin utövare. Även vid starka rationella motiv

.....
Rökslutarhjälp lyckas ofta bättre om den sociala omgivningen verkar pådrivande och om det i rökarens omgivningen sker restriktioner mot rökning
.....

för ett rökstopp kvarstår 'behovet' att röka med stor genomslagskraft. Om man då med olika behandlingar ändå lyckas att övervinna dessa behov, har man faktiskt åstadkommit något som liknar 'hjärntvätt'.

Då det gäller att fastställa önskvärd livskvalitet är det ju patienten som måste fälla det slutgiltiga avgörandet (3.) Målet för behandlingen skulle alltså inte vara att åstadkomma rökfrihet till varje pris utan att ge patienten möjlighet till ett övervägt val mellan rökfrihet och fortsatt rökande. Med oselektade patientgrupper skulle då ett behandlingsresultat med drygt hälften rökfria kunna vara optimalt.

Det förtjänar också att påpeka att rökslutarhjälp alltid sker i en social omgivning som kan vara mer eller mindre pådrivande och stödjande. I Tobakskommitténs betänkande (29) framhölls vikten av allsidiga åtgärder. Man skrev:

Tobaksbruket kan ha djupa rötter i människors personlighet och livsstil. Förändringar av bruket måste därför ha sitt ursprung hos dem själva.

— — —

Valet och utformningen av metoder för arbetet blir exempelvis en svår balansgång mellan å ena sidan vad som sakligt sett vore önskvärt och vad som tillgrips mot andra hälsofaror, och å andra sidan vad som är praktiskt och politiskt möjligt.

— — —

Åtgärdsprogrammet bör vara allsidigt och innefatta såväl informations- som behandlings- och lagstiftningsåtgärder. Det bör också vara nyanserat. Alla åtgärder bör utformas med hänsyn till vilken grupp de riktar sig till.

(Minskat tobaksbruk, s. 15)

Man kan konstatera att det i dag finns förutsättningar för kraftfullare insatser än fallet var när tobakskommittén år 1981 publicerade sitt betänkande. Ett väl utformat behandlingsprogram för rökslutarhjälp bör kombineras med ett brett och kraftfullt åtgärdsprogram som även innehåller information och restriktioner för rökandet.

REFERENSER

Fullständig referenslista kan erhållas av artikelförfatt psyko-
log Gunnar Hyllienmark, Samhällsmedicinska avdelningen,
Länssjukhuset, 801 87 Gävle.

6. Carmody T P, Brischetto CS, Pierce DK, Matarozzo JD & Connor W E. (1986): *A prospective five-year follow-up of smokers who quit on their own. Health Education Research, 1*, 101–9.
7. Condiotte M M & Lichtenstein E. (1981): Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648–58.
8. Cummings K M, Giovino G, Emont SL, Russel S & Koenigsberg M. (1986): Factors influencing success in counseling patients to stop smoking. *Patient Education and Counseling*, 8, 189–200.
13. Fagerström K O. (1988): Efficacy of nicotine chewing gum: A review. In: Pomerleau OF & Pomerleau CS (Eds.), *Nicotine replacement. A critical evaluation*. New York, Alan R Liss.
16. Henningfield J E & Jasinski D R. (1988): Pharmacologic basis for nicotine replacement. In: Pomerleau OF & Pomerleau CS, (Eds), *Nicotine replacement. A critical evaluation*. New York, Alan R Liss.
20. Hyllienmark G. (1988b): Att sluta röka. Förslag till modell av en sammansatt process. *Socialmedicinsk tidskrift*, 65, 354–9
22. Janis I L & Mann L. (1982): A theoretical framework for decision counseling. In: Janis IL (Ed), *Counseling on personal decisions: Theory and research on short-term helping relationships*. New Haven Conn. Yale University Press
24. Katz R C & Singh N N. (1986): Reflections on the ex-smoker: Some findings on successful quitters. *Journal of Behavioral Medicine*, 9, 191–202
25. Kottke T E, Battista R N, DeFries G H & Brekke M L. (1988): Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice. A meta-analysis of 39 controlled trials. *JAMA*, 259, 2883-9
27. Lichtenstein E, Glasgow R E & Abrams D B. (1986): Social support in smoking cessation: In search of effective interventions. *Behavior Therapy*, 17, 607–19
31. Prochaska J O, DiClemente C C, Velicer W F, Gimpil S & Norcross J C. (1985): Predicting change in smoking status for self-changers. *Addictive Behaviors*, 10, 395–406
34. Rönnerberg S. (1981): Centrala problem i den beteendevetenskapliga forskningen om tobaksbruk. I: Beteendevetenskaplig forskning om tobak. Stockholm, Socialstyrelsen. (h-rapport 16)
36. Stitzer M L & Gross J. (1988): Smoking relapse: The role of pharmacological and behavioral factors. In: Pomerleau OF & Pomerleau CS. (Eds), *Nicotine replacement. A critical evaluation*. New York, Alan R Liss