

ارتباط بین افسردگی و وابستگی به نیکوتین در افراد مراجعه کننده به درمانگاه آیت‌الله کاشانی کرمان (۱۳۸۰)

لاله لقمانی*؛ عباس عباس زاده**

چکیده :

سابقه و هدف: افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی است که شیوع آن در کشور در زنان و مردان به ترتیب ۳۵ و ۹ درصد برآورد شده است. نیکوتین یک ماده اعتیادآور است. از عوارض مهم وابستگی به نیکوتین اختلالات خلقی است. هدف این تحقیق پی بردن به ارتباط بین افسردگی و وابستگی به نیکوتین می‌باشد تا از بروز عوارض جبران‌ناپذیر آن‌ها در جامعه پیشگیری شود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک تحقیق توصیفی - تحلیلی از نوع مقطعی است که در آن رابطه بین افسردگی و وابستگی به نیکوتین مورد بررسی قرار می‌گیرد. این پژوهش در روی ۱۲۰ نفر از افراد مراجعه کننده به درمانگاه آیت‌الله کاشانی کرمان در سال ۱۳۸۰ انجام شد. نمونه‌ها به صورت تصادفی ساده انتخاب گردیدند. ابتدا به افراد مورد مطالعه آزمون وابستگی به نیکوتین (Fogrestrom) داده شد و نمونه‌ها به دو گروه ۲۵ نفره وابسته به نیکوتین و ۹۵ نفره غیروابسته به نیکوتین تقسیم شدند. سپس به هر دو گروه آزمون استاندارد بک (Beck) ارائه شد و افسردگی در دو گروه با توجه به مشخصات دموگرافیک و متغیر مهم وابستگی به نیکوتین و ارتباط آن‌ها با افسردگی سنجیده و مقایسه شد. سپس با استفاده از آزمون کای دو اطلاعات به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این پژوهش شدت افسردگی افراد وابسته به نیکوتین بیش از افراد غیروابسته به نیکوتین بود؛ به طوری که ۲۴ درصد افراد وابسته به نیکوتین از افسردگی خفیف، ۳۲ درصد از افسردگی متوسط و ۲۰ درصد از افسردگی شدید رنج می‌بردند، در حالی که این درصدها برای افراد غیروابسته به نیکوتین به ترتیب ۲۳/۷، ۲۳/۷ و ۷/۹ درصد بود. شدت افسردگی در دو گروه با هم تفاوت معنادار داشت ($P=0/003$). ۲۸ درصد افراد وابسته به نیکوتین سابقه افسردگی داشتند، در صورتی که فقط ۷/۹ درصد افراد غیروابسته به نیکوتین سابقه افسردگی داشتند. بین مشخصات دموگرافیک و افسردگی هیچ ارتباط معنا دار آماری یافت نشد.

بحث: یافته‌ها نشان داد که شدت افسردگی در افراد وابسته به نیکوتین نسبت به افراد غیروابسته به نیکوتین بیشتر است. افسردگی و وابستگی به نیکوتین ارتباط متعامل و متقابل با هم دارند. مطالعه حاضر حاکی از آن بود که افسردگی وابستگی افراد به نیکوتین را افزایش می‌دهد؛ لذا توصیه می‌گردد تأثیرات مخرب نیکوتین چه از نظر جسمی و یا روانی به تمام افراد جامعه آموزش داده شود تا از عوارض جبران‌ناپذیر آن‌ها جلوگیری به عمل آید.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، مصرف سیگار، وابستگی به نیکوتین

» دریافت: ۱۳/۲/۲۸

پذیرش: بهار ۱۳۸۴

*کارشناس ارشد آموزش داخلی جراحی و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری بم.

**دکترای پرستاری و عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری بم

* عهده‌دار مکاتبات: کرمان، خیابان زرسیف، سه راه مدیریت، محل موقت دانشکده پرستاری بم، تلفن: ۰۳۴۱-۲۲۲۴۱۱۷.

مقدمه:

وابستگی به نیکوتین بیشتر در کسانی رایج است که به اختلال‌های روانی مبتلا هستند. با توجه به جمعیت مورد بررسی حدود ۵۵ تا ۹۰ درصد افرادی که اختلال روانی دارند، سیگار می‌کشند؛ در صورتی که این نسبت در جمعیت عادی ۳۰ درصد است (۴). علاوه بر موارد مذکور پدیده سوء مصرف مواد در زمینه روانی عصبی جامعه ثابت شده است؛ به عبارت ساده بعضی از مواد می‌تواند هم بر حالت روانی درونی (مثل خلق) و هم بر فعالیت‌های بیرون (مثل رفتار) تأثیرگذار باشند (۵). همچنین یکی دیگر از پیامدهای وابستگی به مواد این است که می‌تواند علایم عصبی روانی بدون علت معلوم و تفکیک‌ناپذیر به وجود آورند. اختلالات روانی و اختلالات مربوط به مصرف مواد با هم در ارتباط هستند. اگر علایم افسردگی در یک فرد بدون استفاده از مواد، از علایم افسردگی در فردی که مواد مصرف کرده‌است، غیرقابل تشخیص باشد، این واقعیت نیاز به درک چگونگی کار در حالات بهنجار و نابهنجار دارد (۶). در تحقیقات فراوانی که انجام شده مشاهده گردیده که افراد سیگاری با تاریخچه افسردگی موفقیت کمتری نسبت به افراد سیگاری بدون سابقه افسردگی در ترک سیگار داشته‌اند، به طوری که عوارض ترک سیگار در افراد با سابقه افسردگی بیشتر بود (۷)؛ بنابراین هدف از انجام این تحقیق بررسی ارتباط بین وابستگی به نیکوتین و افسردگی می‌باشد و ضرورت دارد این ارتباط مشخص شود تا از عوارض جبران

مصرف غیرقانونی و وسیع مواد مخدر چنان آشفته‌گی در جوامع غربی به وجود آورده است که رئیس جمهور آمریکا در اولین دهه ۱۹۹۰ این وضعیت را جنگ خانگی نامید. پیش بینی اثر مصرف غیرقانونی مواد در جامعه به دلیل اینکه آشکار شدن بسیاری از این عوارض ده‌ها سال طول می‌کشد، دشوار است. ویژگی اصلی اختلال خلق ناشی از مصرف مواد، آشفته‌گی بارز و مستمر در خلق است که با تأثیرات فیزیولوژیکی مستقیم مواد ارتباط دارد که به صورت خلق افسرده، کاهش آشکار علاقه یا لذت و یا خلق بالا، مهارگسسته و تحریک‌پذیری می‌باشد (۱).

از جمله مواد مخدری که عده زیادی از مردم مصرف می‌کنند، سیگار است. اگرچه سیگار در بین مواد مخدر به ظاهر کم‌اهمیت‌تر است و به دلیل سهولت تهیه در دسترس عموم افراد قرار دارد و قبح اجتماعی آن ناچیز است. سیگار باعث ایجاد بسیاری از بیماری‌های جسمی و روانی از جمله سقط خودبه‌خودی، افسردگی، سرطان ریه و غیره می‌گردد (۲). وابستگی به مواد از جمله نیکوتین به سرعت پدید می‌آید و قویاً تحت تأثیر شرایط محیطی است. درمان غالباً با هینوتیزم و با ایجاد بیزاری، طب سوزنی و اسپری‌های نیکوتینی یا آدامس‌های نیکوتینی صورت می‌گیرد (۳). براساس تخمین WHO تقریباً ۱/۱ هزار میلیون نفر سیگاری در کل جهان وجود دارد که ۸۸ درصد آن‌ها را مردان و بقیه را زنان تشکیل می‌دهند.

وضعیت اقتصادی، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات بود.

در مرحله بعد به هر دو گروه آزمون افسردگی beck (بک) داده شد. طبق این معیار نمرات ۱۵-۰ به عنوان افراد سالم، ۲۰-۱۶ افسردگی خفیف، ۳۰-۲۱ افسردگی متوسط و ۳۱ به بالا افسردگی شدید طبقه‌بندی گردیدند. داده‌ها با استفاده از آزمون کای دو مورد بررسی قرار گرفت و تفسیر اطلاعات زیر نظر متخصص آمار صورت پذیرفت.

یافته‌ها:

این پژوهش نشان داد که شیوع افسردگی در افراد وابسته به نیکوتین بیش از گروه دیگر بود، به طوری که ۲۴ درصد افراد وابسته به نیکوتین از افسردگی خفیف و ۳۲ درصد از افسردگی متوسط و ۲۰ درصد از افسردگی شدید رنج می‌بردند، در حالی که این درصدها در افراد غیروابسته به نیکوتین به ترتیب ۲۴/۲۰، ۹/۵ و ۲۴ درصد بود و تفاوت معنادار آمار بین دو گروه دیده شد ($P=۰/۰۰۳$) (جدول ۱).

جدول ۱- توزیع فراوانی افراد وابسته به نیکوتین و غیروابسته

به نیکوتین بر حسب شدت افسردگی.

وابسته به نیکوتین		غیروابسته به نیکوتین		گروه‌ها شدت افسردگی
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۶	۲۴	۴۴	۴۶/۳	۰-۱۵ (سالم)
۶	۲۴	۱۹	۲۰	۱۶ تا ۲۰ (خفیف)
۸	۳۲	۲۳	۲۴/۲	۲۱ تا ۳۰ (متوسط)
۵	۲۰	۹	۹/۵	۳۰ و بیشتر (شدید)
۲۵	۱۰۰	۹۵	۱۰۰	جمع کل

ناپذیری که بر جامعه تحمیل می‌شود، جلوگیری به عمل آید.

مواد و روش‌ها:

مطالعه حاضر از نوع توصیفی تحلیلی و مقطعی است که در روی دو گروه از افراد مراجعه‌کننده به درمانگاه آیت‌الله کاشانی انجام شد. نمونه‌گیری از طریق تصادفی ساده انجام شد. نمونه‌گیری از طریق فرمول $n = \frac{p(1-p)z^2}{d^2}$ و ضریب اطمینان ۹۵ درصد به دست آمد. تعداد نمونه‌ها ۱۲۰ نفر بود که ۲۵ نفر آن‌ها وابسته به نیکوتین و ۹۵ نفر غیروابسته به نیکوتین بودند. وابستگی افراد به نیکوتین نیز از طریق آزمون Fogrestrom (آزمون سنجش نیکوتین) انجام شد. این آزمون یک آزمون تشخیص علائم بالینی جهت وابستگی به نیکوتین است که یک اختلال جسمی در بین بیماری‌های روانی محسوب می‌شود. از آنجا که وابستگی به نیکوتین یک اختلال روانشناختی نیست، آزمون آن مانند آزمایش قند خون در بیماران دیابتی و یا سایر آزمایش‌های مربوط به بیماری‌های دیگر است که در همه کشورها یکسان می‌باشد. به همین دلیل نیاز به پایایی و اعتبار ندارد. متغیر وابسته افسردگی و متغیر مستقل وابستگی به نیکوتین می‌باشد. شرایط خروج از مطالعه در این تحقیق وجود نداشت. در مورد وجود سابقه افسردگی نمونه‌ها، آن‌هایی که علائم افسردگی بر اساس DSM IV داشتند و به دنبال آن به پزشک مراجعه کرده و حداقل به مدت دو ماه یکی از داروهای ضدافسردگی را مصرف کرده بودند، وارد مطالعه شدند. متغیرهای مورد مطالعه شامل سن، جنس، تعداد فرزندان، سابقه افسردگی،

افسردگی بوده است. در این تحقیق مشاهده شد که افراد وابسته به نیکوتین با سن بالا از افسردگی جدول ۳- بررسی توزیع فراوانی افراد غیر وابسته به نیکوتین،

وابسته به نیکوتین بر حسب سابقه افسردگی

وابسته به نیکوتین		غیروابسته به نیکوتین		سابقه افسردگی
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۲۸	۷	۱۱/۵	۱۱	داشتند
۷۲	۱۸	۸۸/۵	۸۴	نداشتند
۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۹۵	جمع کل

$P < 0.001$

بیشتری رنج می‌بردند. نتیجه اینکه افسردگی و وابستگی به نیکوتین در ارتباط متقابل و متعامل با هم هستند. افرادی که سابقه افسردگی داشتند، بیشتر تمایل به مصرف سیگار داشته‌اند و از طرف دیگر افرادی که وابسته به نیکوتین هستند، بیشتر از افسردگی رنج می‌بردند.

بحث:

نتایج پژوهش نشان داد که بین وابستگی به نیکوتین و افسردگی ارتباط معناداری وجود دارد. در تحقیقی هم که توسط Bock و همکارانش انجام شد موفق به پیش‌بینی افسردگی مازور به دنبال ترک سیگار در افراد وابسته به نیکوتین شدند. این افراد ۲ درصد بدون سابقه افسردگی، ۱۷ درصد سابقه افسردگی شدید و ۳۰ درصد سابقه افسردگی دایمی را ذکر کرده بودند. نتیجه پژوهش این بود که افراد سیگاری قبل از ترک به مدت ۲۴ هفته تحت مراقبت پرستاری مداوم و روان‌درمانی قرار گیرند

$P = 0.003$

جدول ۲- ارتباط بین افسردگی در گروه وابسته به نیکوتین و گروه غیر وابسته به نیکوتین.

وابسته		غیر وابسته		گروه افسردگی
تعداد	درصد	تعداد	درصد	
۱۹	۷۶	۵۳/۷	۵۱	دارد(افسرده)
۶	۲۴	۴۶/۳	۴۴	ندارد(سالم)
۲۵	۱۰۰	۹۵	۱۰۰	جمع

$P < 0.05$

جدول ۲ نشان می‌دهد که ۵۳/۷ درصد افراد وابسته به نیکوتین افسرده بودند، در صورتی که ۷۶ درصد افراد غیروابسته به نیکوتین افسرده بودند که بین این دو گروه از نظر افسردگی تفاوت معنادار آماری وجود داشت ($p < 0.05$).

در خصوص با سابقه افسردگی و وابستگی به نیکوتین مشاهده شد که ۲۸ درصد افراد وابسته به نیکوتین سابقه افسردگی داشتند و ۷۲ درصد آن‌ها سابقه افسردگی نداشتند، در صورتی که در افراد غیروابسته به نیکوتین ۷/۹ درصد سابقه افسردگی وجود داشت و ۹۲/۱ درصد آن‌ها سابقه افسردگی نداشتند که با توجه به $P = 0.001$ تفاوت معنادار آماری بین دو گروه دیده شد (جدول ۳).

جدول ۴ نشان می‌دهد که در افراد غیروابسته به نیکوتین مبتلا به افسردگی، هیچ کدام از متغیرهای میزان درآمد، سن، تعداد فرزندان و سطح تحصیلات در افسردگی آن‌ها تأثیر نداشته است، بلکه فقط وابستگی آن‌ها به نیکوتین علت اصلی

تا از بروز افسردگی مازور در آن‌ها پیشگیری شود(۵). در تحقیقاتی که Covey و همکارانش

جدول ۴- توزیع فراوانی افراد غیروابسته به نیکوتین بر حسب وضعیت درآمد، سن، تعداد فرزندان و سطح تحصیلات.

جمع کل		افسرده		سالم		گروه	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
درآمد ماهانه	زیر ۱۵۰ هزار	۶۸	۷۰/۴	۳۸	۷۳/۲	۳۰	۳۰
	بالای ۱۵۰ هزار	۲۷	۲۹/۶	۱۶	۲۶/۸	۱۱	۱۱
سن (سال)	زیر ۲۴ سال	۱۶	۱۶/۷	۹	۱۷/۱	۷	۷
	۲۵ تا ۳۳ سال	۲۸	۲۴/۱	۱۳	۳۶/۶	۱۵	۱۵
	۳۴ تا ۴۴ سال	۲۷	۲۷/۸	۱۵	۲۹/۳	۱۳	۱۳
	۴۵ سال و بیشتر	۲۴	۳۱/۵	۱۷	۱۷/۱	۷	۷
تعداد فرزندان	۰	۳۶	۴۲/۶	۲۳	۳۱/۷	۱۳	۱۳
	۱ تا ۲	۲۴	۱۶/۷	۹	۳۶/۶	۱۵	۱۵
	۳ تا ۴	۱۸	۲۰/۴	۱۱	۱۷/۱	۷	۷
	۵ و بیشتر	۱۷	۲۰/۴	۱۱	۱۴/۶	۶	۶
میزان تحصیلات	بیسواد تا سیکل	۳۵	۴۴/۴	۲۴	۲۶/۸	۱۱	۱۱
	دیپلم	۳۵	۳۵/۲	۱۹	۳۹	۱۶	۱۶
	تحصیلات دانشگاهی	۲۵	۲۰/۴	۱۱	۳۴/۱	۱۴	۱۴
جمع کل		۹۵	۱۰۰	۵۴	۱۰۰	۴۱	۴۱

$P=0/9$

افسردگی شدید شدند در صورتی که فقط ۶ درصد افراد غیر سیگاری افسردگی شدید داشتند (۹). از مهم‌ترین عوارض سیگار سرطان ریه و از عوارض روانی آن افسردگی میباشد. طی تحقیقی که Friedman در سسال ۱۹۹۹ تحت عنوان افسردگی، سیگار و سرطان ریه انجام داد، مشاهده کرد افرادی که در سنین پایین سیگار کشیدن را آغاز می‌کنند، اکثراً دارای والدین سیگاری بوده‌اند بیشتر دچار سرطان ریه و افسردگی مازور می‌گردند(۱۰).

انجام دادند، مشاهده کردند افراد سیگاری به‌علت بروز پیامدهای روانی و جسمی از جمله افسردگی کمتر تمایل به ترک سیگار دارند. از جمله این پیامدها مسائل و مشکلات شدید عاطفی و خلقی ذکر شده است(۸). در تحقیقی هم که گلاسن انجام داد دریافت که سیگار باعث اثراتی بر روی CNS گردیده و خطر ابتلا به افسردگی شدید را افزایش می‌دهد بعد از پیگیری یک ساله مشاهده کردند یک سوم افرادی که سیگار می‌کشیدند دچار

ماژور در میان خویشاوندان افراد سیگاری نسبت به افراد غیرسیگاری بالاتر است ($P < 0/005$) و میزان بیماری‌های عصبی و عمومی در میان خویشاوندان افراد با مصرف زیاد سیگار بیشتر است. همچنین سیگار باعث افسردگی ماژور، ناراحتی‌های روحی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر در افراد می‌شود. هم ناراحتی‌های روحی عمومی و هم اعتیاد به الکل مشخصاً در ارتباط همزمان با ناخوشی‌های عمومی و مصرف زیاد سیگار در میان خویشاوندان است (۱۶) در تحقیقی که Brown و همکارانش انجام دادند، دریافتند که فقط معادین به الکل دچار افسردگی ماژور می‌شوند (۱۷)، درحالی‌که در چندین مطالعه اپیدمیولوژی که توسط Fergusson و همکارانش انجام شد، مستقل بودن ارتباط وابستگی به نیکوتین، مصرف الکل و افسردگی ماژور به اثبات رسیده است (۱۸).

با توجه به پژوهش انجام شده و تحقیقات متعدد دیگر می‌توان نتیجه‌گیری کرد که:

۱- افسردگی در افراد وابسته به نیکوتین در درجات مختلف بیش از سایر افراد دیده می‌شود، به طوری که جدول ۴ نشان می‌دهد در افراد غیروابسته به نیکوتین سایر متغیرهای دموگرافیک از قبیل سن، درآمد، تعداد فرزندان ارتباطی با افسردگی آنها نداشت ($P = 0/9$). تنها علت وابستگی آنها به نیکوتین افسردگی بود ($P = 0/001$).

۲- افرادی که سابقه افسردگی داشتند، وابستگی به نیکوتین آنها بیشتر بود (جدول ۳). این پژوهش نشان داد که افسردگی و وابستگی به نیکوتین با هم در ارتباط مستقیم هستند و هر کدام از این دو عامل

در این تحقیق مشخص شد که افراد وابسته به نیکوتین با سن بالا بیشتر دچار افسردگی می‌شوند، در صورتی که در تحقیقی که توسط محققان بخش روانپزشکی دانشگاه ملبورن استرالیا در سال ۱۹۹۷ انجام شد، مشاهده گردید که دختران و پسران سیگاری در سنین جوانی و نوجوانی بیشتر از افسردگی رنج می‌برند (۱۱). در تحقیقی که توسط Miller و همکارانش در ارتباط با افسردگی و مصرف مکرر تنباکو انجام گردید، مشخص شد که افسردگی در این افراد افزایش بیشتری داشته است (۱۲). Patton و همکارانش دریافتند که افسردگی پیش بینی مصرف سیگار می‌باشد، اگرچه مصرف آن کم باشد (۱۳). Paeivaertina و همکارانش به ارتباط قوی بیماری‌های روحی و افسردگی ماژور و سیگار کشیدن پی بردند. آنها دریافتند افرادی که سیگار می‌کشند، بیشتر دچار بیماری‌های روانی می‌گردند، ولی افسردگی در زنان مسن از اهمیت کمتری برخوردار است (۱۴). به رغم این مطالعه تنسکن و همکاران دریافتند کسانی که افسردگی شدید داشتند، بیشتر سیگار می‌کشیدند تا افرادی که افسردگی کمتری داشتند. مکانیسم‌های مختلفی بین افسردگی و مصرف سیگار وجود دارند. مدارکی دال بر اتیولوژی مشترک بین ناراحتی‌های روانی و مصرف زیاد سیگار وجود دارد، در حالی‌که استعداد مشترکی بین افسردگی شدید و مصرف زیاد سیگار وجود دارد. این گزارش دربرگیرنده این واقعیت است که افسردگی و مصرف همزمان سیگار باعث ایجاد شرایطی جهت ابتلای آنها به بیماری‌های روانی می‌گردد (۱۵). میزان افسردگی

تشکر و قدردانی:

با تشکر و قدردانی از استاد و متخصص آمار که پژوهشگر را در این تحقیقات یاری نمودند.

می تواند سبب عامل دیگر شود؛ بدین معنا که افراد افسرده بیشتر سیگاری کشند و برعکس افراد سیگاری بیشتر دچار افسردگی می شوند. این نتیجه گیری فرضیه پژوهش را مبنی بر این که افسردگی در افراد وابسته به نیکوتین بیشتر است، تأیید می کند.

منابع:

۱. پورافکاری نصرت الله. خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی. تهران: انتشارات چهر؛ سال ۱۳۷۵، صفحات ۹۰ و ۴۳۰.
۲. خیرآبادی غلامرضا، محمدی سوسن. بررسی اپیدمیولوژیک افسردگی در شهر کامیاران. مجله دانشگاه علوم پزشکی کردستان؛ سال چهارم، شماره پانزدهم، بهار ۱۳۷۹، صفحات: ۳۵-۲۷.
۳. غفاری نژاد علیرضا. شیوع افسردگی در بیماران بستری در یک بیمارستان عمومی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی گیلان؛ سال هشتم، شماره ۳۱ و ۳۲، پاییز و زمستان ۱۳۷۶، صفحات: ۱۹-۱۵.
۴. نیکخواه محمدرضا. DSM-IV. راهنمای تشخیص آمار اختلال های روانی. تهران: انتشارات آزاده؛ سال ۱۹۹۴، صفحات ۳۵۰ و ۴۳۰.
5. Bock and Peterson EI, Schuttz LR, Chilcoat HD. Depression following cessation in women. J Subst Abuse 1996; 8(1):137-44.
6. Brown RA, Costelloe J, Angold A, Farmer EMZ. Cigarette smoking major depression and other psychiatric disorder among adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 35(12):1602-10.
7. Clawk C. Depression following smoking cessation in women. J Addict Behave 1996; 21(4):509-13.
8. Covey LS, Glassman AH. Major depression following smoking cessation. Am J Psychiatry 1997; 154(2):263-5.
9. Glassman AH, Helzer JE, Covey LS, Cottler LB, Stetner F, Tipp JE, Jonson J. Smoking, smoking cessation, and major depression. JAMA 1990; 264:1546-49.
10. Friedman GD. Depression, smoking and lung cancer. Am J Epidemiol 1999; 144(12):1104-6.
11. Helzer JE, Glassman AH, Covey LS. Depression after smoking cessation: case report. J Clin Psychiatry 1996; 57(10): 476-9.

12. Miller J, Lochman JE, Eoie JD, Terry R, Hymanc. Comorbidity of conduct and depressive problems at sixth grade, substance use out comes across adolescences. *J Abnorm Ehild Psrchol* 1998; 26:221-232.
13. Patton GC, Hebert M, et al. Smoking associated with depression and anxiety. *Am J Public Health* 1999; 86(2):225-30.
14. Paeivaer Inta A, Verkkoniemi A, Niiiaistoe L, Kivelaes L, Sulkaca R. The prevalence and associates of depressive disorders in the oldest-old Finns. *Soc Psychiaty Psychiaut Tzpidenol* 1999; 34:342-59.
15. Breslau N. Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behar Gent* 1995; 25:95-101.
16. Dierjer LC, Aveneroli S, Stolar M, MerKangas A. Smoking and depression: an examination of mechanism of comorbidity. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 94-953.
17. Brown RA, Cewinsohn PM, Seeley JR, Wagner EF. Cigarette smoking: major depression and other psychiatric disorder among adolescents. *JAM Ecad Ehild Adokesc Psychiatry* 1996; 35:1602-1610.
18. Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a edhort of year-olds. *Areh Gen Psychiatry* 1996; 53:1043-47.