

# Sevrage tabagique et hypnose

Une étude comparative de l'efficacité de  
l'hypnose, d'une méthode avancée  
d'hypnose et d'autres traitements utilisés  
pour le sevrage tabagique

Préparé pour Practice Builders  
Michael O'Driscoll B.Sc., M.Sc. (Oxon)

## Table des matières

1. Introduction .....	3
Quel est le problème ? : Le tabac—la plus grande cause de mortalité évitable dans le monde développé .....	3
2. Hypnose et autres traitements pour le sevrage tabagique .....	4
Efficacité de l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique comparée à d'autres méthodes.....	4
Taux d'abstinence élevés pour l'hypnose comparés à d'autres méthodes .....	4
Hypnose .....	5
Autres traitements pour le sevrage tabagique.....	6
(1) Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN).....	6
(2) Traitements pharmacologiques sans nicotine .....	8
(3) Traitements par des professionnels de la santé.....	8
(4) Intervention « self-help » .....	9
(5) Acupuncture .....	9
(6) Autres méthodes de sevrage tabagique.....	9
Autres méthodes—Résumé .....	9
3. L'hypnose sur mesure—le passage au niveau supérieur .....	10
4. Etude Practice Builders (2000) .....	15
Pour tous les sujets : .....	15
Pour les sujets traités avec la technique standard : .....	16
Pour les sujets traités avec la technique avancée :.....	16
Résultats.....	16
5. Conclusions .....	17
6. Références/Bibliographie.....	20

## 1. Introduction

Ce rapport présente les résultats d'une étude examinant toutes les méthodes de sevrage tabagique, y compris les techniques standard d'hypnothérapie, et les compare à une méthode avancée d'hypnothérapie spécialement développée pour le sevrage tabagique. Les taux d'abstinence sont comparés et quelques conclusions préliminaires sont suggérées.

Quel est le problème ? : Le tabac—la plus grande cause de mortalité évitable dans le monde développé

On l'estime qu'il y a 1.1 milliards de fumeurs dans le monde entier et que les maladies liées au tabac coûtent au Service National de la Santé £400m et tuent 111.000<sup>1</sup> personnes par an au Royaume-Uni. Etant donné les coûts humains et financiers du tabagisme il n'est pas surprenant qu'il y ait une grande demande, de la part des particuliers et des gouvernements, pour des produits ou des techniques qui puissent aider le sevrage tabagique. Le marché pour seul les produits de remplacement de la nicotine est estimé à \$1mld par an et à £80m par an au Royaume-Uni.

---

<sup>1</sup> New Scientist, février 1993

## 2. Hypnose et autres traitements pour le sevrage tabagique

Efficacité de l'hypnothérapie pour le sevrage tabagique comparée à d'autres méthodes

### Taux d'abstinence élevés pour l'hypnose comparés à d'autres méthodes

Une importante méta analyse d'études sur l'hypnose comme aide au sevrage tabagique (Chockalingam et Schmidt 1992) (48 études, 6.020 sujets) a constaté que le taux de d'abstinence moyen pour ceux employant l'hypnose était de 36%, faisant ainsi de l'hypnose la méthode la plus efficace trouvée dans cette étude, à l'exception d'un programme qui encourageait les patients souffrant de problèmes pulmonaires et cardiaques à arrêter fumer suite au conseil de leur médecin (de tels sujets sont évidemment atypiques car ils ont des maladies potentiellement mortelles qui sont aggravées par le tabagisme et donc ces personnes ont une très forte motivation à arrêter).

	<b>% qui a arrêté de fumer</b>	<b>nb. de sujets</b>	<b>nb. d'études</b>
Conseil (patients cardiaques)	42	4553	34
<b>Hypnose</b>	<b>36</b>	<b>6020</b>	<b>48</b>
Divers	35	1400	10
Conseil (patients pulmonaires)	34	1661	17
Thérapie par aversion à la fumée	31	2557	103
Clinique de sevrage de groupe	30	11580	46
Acuponcture	30	2992	19
Méthodes d'information sur le lieu de travail	30	976	13
Autres techniques par aversion	27	3926	178
Plans à 5 jours	26	7828	25
Méthodes par aversion	25	1041	26
Education (initiatives de promotion de la santé)	24	3352	27
Médication	18	6810	29
Interventions du médecin traitant (plus que conseil)	18	3486	16
Chewing-gum à la nicotine	16	4866	40
Auto thérapie (self-help)	15	3585	24
Conseil du médecin traitant	7	7190	17

**Tableau 1 : Efficacité des différents types de traitements pour le sevrage tabagique d'après les données de Chockalingam et Schmidt (1992)**

Law et Tang (1995) ont examiné 10 études randomisées, effectuées entre 1975 et 1988, sur l'hypnose et le sevrage tabagique. Ils ont constaté que l'effet de l'hypnose était fortement statistiquement significatif<sup>2</sup>. Les études qu'ils ont examinées comprenaient 646 sujets et les taux d'abstinence à 6 mois après traitement allaient de 10% à 38% (le taux moyen était de 24%).

Type de traitement	% qui ont arrêté	nb. de sujets	nb. d'études
Séance de groupe de support (survivant de crises cardiaques)	36	223	1
<b>Hypnose</b>	<b>24</b>	<b>646</b>	<b>10</b>
Séance de groupe de support (groupe de sujets sains à haut risque de crise cardiaque)	21	13205	4
Patch de nicotine (prescription propre)	13	2020	10
Chewing-gum à la nicotine (prescription propre)	11	3460	13
Séance de groupe de support (en grossesse)	8	4738	10
Conseil du médecin (séances additionnelles)	5	6466	10
Réduction progressive du tabac	5	630	8
Patch de nicotine (prescription du médecin)	4	2597	4
Chewing-gum à la nicotine (prescription du médecin)	3	7146	15
Acupuncture	3	2759	8
Conseil du médecin (une seule fois)	2	14438	17
Séance de groupe de support	2	2059	8
Conseil des infirmiers des cliniques de promotion de la santé	1	3369	2

**Tableau 2 : Efficacité des différents types de traitements pour le sevrage tabagique (d'après Law et Tang 1995)**

Le tableau 2 (ci-dessus) montre que la méta analyse de Law et Tang confirme largement la méta analyse de Chockalingam et Schmidt (1992). Dans les deux cas l'hypnose apparaît comme la méthode de traitement la plus efficace pour le sevrage tabagique à l'exception des groupes qui sont fortement motivés à arrêter pour raisons médicales, tels que ceux avec des problèmes cardiaques ou pulmonaires.

Une étude plus récente par Ahijevych et autres (2000), fournit un chiffre global semblable pour le succès de l'hypnose. Cette étude a examiné un groupe aléatoirement choisi de 2.810 fumeurs qui ont participé à des programmes d'une séance unique d'hypnose de groupe pour le sevrage tabagique, sponsorisés par l'Association Pulmonaire Américaine de l'Ohio. Un échantillon aléatoirement choisi de 452 participants a complété des interviews téléphoniques 5 à 15 mois après traitement. 22% des participants ont déclaré ne pas avoir fumé durant le mois précédent l'interview.

<sup>2</sup> Les résultats combinés étaient statistiquement significatifs au niveau 0,001, ce qui veut dire qu'il a une chance sur mille que ces résultats se soient produits par hasard.

## Autres traitements pour le sevrage tabagique

### (1) Thérapie de remplacement de la nicotine (TRN)

Bien que cela puisse être sous forme de chewing-gum, spray, tablettes ou patches, ces derniers sont de loin la forme la plus populaire de remplacement de la nicotine. Les patches de remplacement de la nicotine ont été mis en vente libre (sans ordonnance) au Royaume-Uni en novembre 1992, et sont devenus gratuits (les usagers ne payent que le prix de l'ordonnance) pour les fumeurs en 2001, à condition que le médecin traitant du fumeur considère que cette forme de thérapie est indiquée. De fait, cela veut dire que le gouvernement britannique a subventionné l'utilisation de la thérapie de remplacement de la nicotine, dans l'espoir de compenser les énormes coûts annuels des maladies liées au tabac pour le Service National de la Santé. Il y a un débat croissant sur si la thérapie de remplacement de la nicotine est un moyen efficace d'encourager le sevrage tabagique.

Le New Scientist (commentaire éditorial : vol. 137, édition 1860, fév. 93, p.3) précise qu'aux Etats-Unis les patches sont perçus comme simplement un parmi plusieurs éléments d'un programme de sevrage tabagique – les producteurs de TRN ont en fait l'interdiction formelle de suggérer que leurs produits peuvent seuls être un moyen efficace d'arrêter de fumer – une telle réglementation n'existe pas encore au Royaume-Uni menant à ce que certains considèrent comme une idée fausse que les patches seuls peuvent avoir du succès pour le sevrage tabagique.

La documentation sur l'efficacité de la TRN en tant que traitement unique est plutôt claire. C'est mieux que d'arrêter sans aucune forme de traitement et de soutien, mais dans une mesure réduite en termes absolus (par ex. Hughes 1993). La méta-analyse des traitements de sevrage tabagique citée précédemment (Law 1995) a trouvé que pour les sujets<sup>3</sup> à qui leur médecin avait recommandé du chewing-gum ou des patches de nicotine, sans requête préalable de conseil pour arrêter de fumer, les taux d'abstinence étaient de 3% pour le chewing-gum et de 4% pour les patches. Les taux d'abstinence pour les fumeurs qui se les étaient prescrits eux-mêmes (c'est à dire ceux qui avaient consulté leur médecin dans le but spécifique d'avoir un conseil sur comment arrêter de fumer) étaient considérablement plus élevés avec 11% (chewing-gum) et 13% (patches). Les taux d'abstinence du chewing-gum ou du patch, même parmi ceux qui ont pris l'initiative de demander de l'aide dans le but spécifique d'arrêter, sont de plusieurs fois inférieurs aux taux de d'abstinence qui ont été trouvés pour l'hypnothérapie dans la même étude, et sont en fait parmi les plus faibles de tous les traitements de sevrage tabagique examinés. Tang et autres (1994) affirment qu'avec des doses majeures de remplacement de la nicotine et un ciblage plus attentif des sujets, basé sur leur niveau courant de dépendance, il serait possible d'atteindre un taux d'abstinence d'un tiers parmi les fumeurs qui se prescrivent eux-mêmes.

Chockalingam et Schmidt (1992) ont trouvé un taux moyen d'abstinence de 16% pour les 4.866 sujets des 40 études qui ont examiné l'efficacité du chewing-gum de nicotine. Ceci est égal à moins de la moitié du taux d'abstinence moyen atteint en utilisant l'hypnose (36%) qu'ils ont trouvé dans la même étude (citée plus tôt).

---

<sup>3</sup> Les traitements recommandés par le médecin traitant ont été examinés chez 7146 sujets dans 15 études (chewing-gums) et 2597 sujets dans 4 études (patches). Les traitements prescrits par les personnes elles-mêmes (c'est à dire celles qui consultent leur médecin dans le but spécifique d'avoir un conseil sur comment arrêter de fumer) ont été examinés chez 3460 sujets dans 13 études (chewing-gums) et 2020 sujets dans 10 études.

Davidson et autres (1998) (dans une étude effectuée ultérieurement aux deux méta analyses discutées ci-dessus) ont évalué l'efficacité et la sûreté des patchs dans un cadre de vente libre sans ordonnance. Ils ont employé un dessin multi emplacements, en double aveugle, randomisé, et contrôlé pour l'effet placebo, dans le cadre d'une étude d'une durée de six semaines avec 18 semaines de suivi.

L'échantillon randomisé s'est composé de 802 adultes (âge moyen, 39 ans) et était à 89% blanc et à 54% femelle. Un antécédent tabagique d'au moins 20 cigarettes par jour pendant 1 an et un score de 5 (sur une échelle de 10 points) sur un questionnaire d'évaluation de la motivation étaient exigés pour l'inscription. Le suivi de l'étude était limité à l'évaluation de combien avaient arrêté de fumer après six semaines. Des patchs de nicotine étaient fournis dans un centre commercial. Les conseils consistaient seulement en les instructions du paquet et d'un livret self-help sur le sevrage tabagique. Les taux d'abstinence étaient définis comme abstinence totale de tabac pendant 4 semaines consécutives (semaines de traitement 3-6), après le statut tabagique prévalent à la semaine 6, ou de non-fumeur à la semaine 6 et à la semaine 24 (6 mois après la date de cessation). Le statut tabagique était déterminé au travers de journaux personnels, et la vérification des 2 premiers taux d'abstinence était faite par confirmation d'un taux de monoxyde de carbone de 8 ppm<sup>4</sup> ou moins, par expiration. La sûreté était évaluée au travers de rapports éventuels d'événements néfastes, initiés par les participants.

A la semaine 24, 8,2% des non-fumeurs dans le groupe de traitement actif et 4,0% dans le groupe placebo étaient restés non-fumeurs. Les auteurs ont conclu que « ...le patch de nicotine était utilisé dans un cadre de vente libre sans ordonnance, les taux d'abstinence étaient comparables à ceux relevés dans des cadres médicaux. Une supériorité du taux d'abstinence de 2:1 était atteinte à la semaine 6 et était maintenue à 24 semaines ». Ce taux d'abstinence de 8% rentre dans la gamme trouvée dans les études déjà citées et reste loin d'être impressionnant.

Il se peut que, comme Cepeda-Benito (1993) suggère à la suite d'une méta analyse de 33 études qui ont utilisé les chewing-gums de nicotine avec différentes combinaisons de thérapies cognitives et comportementales, les avantages réels du remplacement de la nicotine soient en tant que support à d'autres méthodes de sevrage tabagique plutôt qu'en tant que traitement unique.

Avant d'examiner les mérites comparatifs de différentes stratégies de sevrage tabagique, tentons de faire une liste complète de ces stratégies.

---

<sup>4</sup> Parties par million

## (2) Traitements pharmacologiques sans nicotine

Il y a d'autres traitements pharmacologiques disponibles pour le sevrage tabagique, outre la nicotine, qui fonctionnent fondamentalement par remplacement, blocus, soulagement du manque ou par aversion à l'ingestion (voir Hughes 1993:751). Law et Tang (1995) ont passé en revue 10 études sur le chlorhydrate de clonidine (qui agit en réduisant l'intensité des symptômes de manque pour un ensemble de drogues) et ont constaté que le taux d'abstinence moyen pour les 1.082 sujets inclus dans ces études était de 10%. Si on exclut les études qui n'ont pas utilisé de marqueurs biochimiques alors les taux d'abstinence déclinent à 7%. Les mêmes auteurs ont passé en revue 4 études (687 sujets) employant du chewing-gum ou du spray à l'acétate d'argent (qui produit un goût désagréable dans la bouche quand il réagit avec des composés de nicotine). Le taux d'abstinence en employant ces techniques était de 4%. Chockalingam et Schmidt (1992) ont constaté que 18% des sujets (de 29 études incluant 6.810 sujets) ont arrêté de fumer.

Le Zyban est un médicament qui est récemment arrivé sur le marché au Royaume-Uni. Jorenby et autres (1999) ont trouvé des taux d'abstinence d'environ 18% avec le Zyban et de 22,5% avec le Zyban et le patch de nicotine combinés. Certains chercheurs soutiennent qu'il y a des problèmes avec les effets secondaires du Zyban qui doivent encore être résolus.

## (3) Traitements par des professionnels de la santé

Les études de recherche ont évoqué des traitements pour le sevrage tabagiques faits par des médecins traitants, des infirmières et des dentistes. Celles-ci varient largement en termes de leur nature, de leur durée et de leur efficacité et comprennent aussi bien des sujets résidants à l'hôpital qu'en externe. Il n'y a pas de standardisation faite en terme du type de traitement effectué, ce qui rend difficile de comparer les résultats des différentes études. Le Département de la Santé et de la Politique Publique (1992:4) précise que :

« ...un bref conseil peut être défini dans une étude comme l'habituel conseil antitabac du médecin, ce qui bien évidemment varie de médecin à médecin, alors que dans d'autres études on demande aux médecins de suivre un protocole bien défini. Les traitements sont souvent combinés donc il n'est pas possible d'évaluer l'efficacité relative des différents composants. »

Richmond et autres (1986) montrent un taux d'abstinence de 35% à la suite d'un conseil détaillé et de rencontres de suivi entre le fumeur et le médecin, néanmoins la plupart des études donnent des chiffres bien inférieurs. Law et Tang (1995), dans une revue de 27 études comprenant plus de 20.000 sujets, ont trouvé qu'entre 2% et 6% des fumeurs avaient arrêté de fumer à 6 mois après en avoir reçu le conseil. En résumé, on peut dire que les interventions des médecins, infirmiers et dentistes, quelle que soit la permutation, peuvent avoir un effet positif, mais c'est une approche qui est efficace probablement seulement pour une minorité de la population des fumeurs.

#### (4) Intervention « self-help »

Celles-ci peuvent prendre la forme de manuels de self-help ou d'autres matériels écrits ou audio, que ceux qui veulent arrêter de fumer peuvent utiliser au moment et au lieu qui leur conviennent. Ils ont l'avantage potentiel d'être extrêmement peu coûteux à produire et à distribuer (en particulier, par exemple, au travers d'Internet). Il y a quelques indications d'une demande d'aides au sevrage, moins intenses, et qui puissent être contrôlées par l'utilisateur en termes d'où et de comment elles ont lieu (Fiore et autres 1990)<sup>5</sup>. Curry (1993) a effectué une méta revue de 19 études dans ce domaine et a trouvé que dans un cas l'abstinence à long terme (c'est à dire ne pas fumer 12 mois après le traitement) atteignait les 38%, bien que la majeure partie des résultats eut été entre 2% et 10%. Chockalingam et Schmidt (1992) ont examiné 24 études (comprenant 3.585 sujets) et ont trouvé que le taux moyen d'abstinence de ce qu'ils appellent les programmes de « soin de soi-même » était de 15%.

#### (5) Acuponcture

Chockalingam et Schmidt (1992) ont examiné 19 études (comprenant 2.992 sujets) et ont trouvé un taux moyen d'abstinence de 30%. Cela est en fort contraste avec la revue de 8 études (2.759 sujets) effectuée par Law et Tang (1995) qui ont trouvé un taux d'abstinence de 3%. Il est vraisemblable que la vraie efficacité de l'acuponcture se trouve quelque part entre ces deux résultats.

#### (6) Autres méthodes de sevrage tabagique

Il y a d'autres stratégies qui ont été employées par des organes gouvernementaux ou de santé pour essayer de réduire la consommation du tabac, comme le contrôle de la publicité et du sponsoring, les campagnes publicitaires antitabac et une forte taxation des cigarettes. Ces stratégies ne sont pas traitées dans cette étude, car le but est de comparer brièvement les options qui sont disponibles aux individus qui essaient d'arrêter la consommation du tabac.

#### Autres méthodes—Résumé

La méta analyse de Law et Tang montre que la plupart des formes de traitements de sevrage tabagique ont un taux d'abstinence de moins de 10%. Les deux grandes revues des études de recherche (méta analyses) donnent des taux d'abstinence pour l'hypnose de entre 10% et 60%, avec une moyenne brute pour les deux revues de 30%. Un taux moyen d'abstinence de juste un peu moins d'un tiers peut ne pas sembler particulièrement impressionnant, **mais il faut garder à l'esprit que cela est extrêmement élevé en comparaison à beaucoup d'autres méthodes de sevrage tabagique.**

---

<sup>5</sup> Curry p. 790

### 3. L'hypnose sur mesure—le passage au niveau supérieur

Les résultats discutés jusqu'à présent indiquent que lorsque l'on considère la plus grande partie des études de recherche, l'hypnose se démontre le traitement le plus efficace pour le sevrage tabagique. Et pourtant cela n'est qu'une partie de l'histoire – beaucoup des études dont nous avons discuté jusqu'à présent ont utilisé des séances d'hypnose très courtes, employant des techniques d'hypnose standardisées, beaucoup en fait ont eu lieu en séance de groupe (rendant difficile de les personnaliser aux besoins de chaque individu) et n'ont pas nécessairement été effectués par des praticiens experts en hypnose. Si, dans de telles circonstances, l'hypnose peut accomplir des résultats si positifs en termes d'aider les fumeurs à arrêter, alors que pourrait-il être accompli en employant des programmes d'hypnose effectués par des hypnotistes experts et personnalisés aux besoins des fumeurs qui veulent arrêter de fumer ?

Nulan et Field (1970) ont trouvé **un taux d'amélioration de 60% en traitant les fumeurs avec l'hypnose**. L'efficacité accrue a été accomplie au travers d'une approche plus personnalisée, comprenant l'utilisation (durant l'état d'hypnose) des raisons personnelles du client de vouloir arrêter. Ces chercheurs ont aussi employé la technique d'avoir le client maintenir le contact par téléphone entre les traitements et ont par ailleurs utilisé l'autohypnose.

Hall et Crasilneck (1970) ont développé une approche « sur mesure » au cours de plusieurs années. Ils ont cherché une façon au travers de laquelle l'hypnose pourrait être utilisée comme un moyen de contrôler l'habitude de fumer la cigarette sans frustration excessive, sans sensation de manque du tabac et aussi sans qu'il y ait de substitution par une autre habitude (comme manger avec excès). Ils ont aussi voulu trouver un traitement qui soit efficace en terme de temps et d'argent pour qu'il puisse être utilisé par le nombre maximum de personnes.

Hall et Crasilneck ont utilisé leur technique sur une suite de 75 adultes traités consécutivement, fumeurs mâles, dont la majeure partie avait été recommandée par des médecins à cause du fait que le tabac compliquait un problème de santé. Les diagnostics incluaient les maladies d'artères coronaires, les bronchites chroniques, l'asthme et la maladie de Buerger, bien que le problème médical plus fréquent eut été l'emphysème.

Leur technique, basée sur les essais de différents formats sur une période de plusieurs années, consistait en une interview de sélection durant laquelle la structure de personnalité était évaluée. L'appréciation était faite si l'usage du tabac servait un besoin névrotique majeur. Ceux qui résultaient souffrir de dépression extrêmement grave et ceux qui avaient des problèmes de psychose, en particulier s'ils étaient de nature paranoïaque, étaient d'habitude exclus. Durant la sélection ils répondaient à n'importe quelles questions que les patients avaient au sujet de l'hypnose. Une tentative était faite de minimiser toute anxiété irréaliste au sujet de l'induction en transe. On communiquait à tous les patients qu'ils auraient pu être vu par la suite pour de la psychothérapie au cas où il y aurait eu d'autres problèmes que le tabac. Toute tentative était faite pour encourager le patient à se sentir libre de communiquer n'importe quel inconfort ou trouble aussi bien pendant le traitement qu'après. Hall et Crasilneck rejetaient que cela diminuait considérablement le danger de symptômes significatifs de substitution.

Après l'interview de sélection, les patients étaient vus pour quatre séances d'hypnose. La profondeur de l'état d'hypnose augmentait graduellement avec les inductions répétées, même si la profondeur de la transe n'a pas nécessairement eu de corrélation avec l'efficacité du traitement.

Les suggestions comprenaient :

« Vous *n'allez* pas avoir de manque excessif pour une habitude qui affecte négativement votre santé... »

« Votre esprit peut bloquer la perception d'inconfort, de la même façon que votre doigt a été insensible à la pression de la pointe de la lime à ongle ... votre esprit va fonctionner de telle manière que vous *n'aurez* plus de manque pour une habitude qui a négativement affecté votre vie au travers de chaque bouffée de cigarette que vous avez aspirée dans vos poumons ... Vous *allez* bloquer le manque pour le tabac ... une habitude qui engendre un travail beaucoup plus dur que nécessaire pour votre cœur et vos poumons, forçant vos poumons à travailler au-delà de toute nécessité, stressant et mettant à l'épreuve ces organes vitaux ... comme une voiture constamment en première vitesse ... constamment en train de difficilement monter une pente ... stressant et mettant à l'épreuve le moteur ... Mais grâce au puissant contrôle de votre esprit inconscient, le manque de cette habitude *vicieuse* et létale va diminuer constamment et de façon marquée jusqu'à atteindre un niveau zéro permanent ... Vous *allez* tout simplement ne plus sentir le manque de la cigarette... Vous allez vous sentir relaxé et à l'aise, content de renoncer à *une habitude* qui a un effet si négatif sur votre vie et sur votre bien-être ... Vous améliorez votre vie en renonçant aux cigarettes et *vous allez* continuer à le faire ... Vous *n'allez* plus fumer ... Vous *n'allez* pas avoir faim ou manger avec excès ... votre manque va atteindre un niveau zéro permanent ».

Après chaque utilisation de l'hypnose le patient était encouragé à discuter les rêves, pensées ou sentiments inhabituels qu'il aurait pu avoir.

Les trois premières séances d'hypnose étaient faites sur des jours consécutifs. Entre la troisième et la quatrième séance qui était prévue un mois plus tard, le patient avait pour instructions d'appeler quotidiennement le bureau pendant la première semaine, d'appeler deux fois pendant la deuxième semaine puis une fois par semaine jusqu'à la quatrième séance d'hypnose. Dans certains cas pour lesquels un renforcement était considéré comme très important, on demandait au patient d'appeler quotidiennement durant tout le mois. On disait au patient que chaque appel aurait renforcé la suggestion post-hypnotique et augmenté sa résistance à l'envie de fumer. Ce rapport téléphonique était fait d'habitude à une secrétaire, bien qu'ils parlaient directement au patient s'il y avait une difficulté inhabituelle. Ils demandaient à chaque patient de marcher chaque jour à pied au moins la distance d'un mile, comme moyen de diminuer la tension et d'améliorer la ventilation pulmonaire. Si le patient le souhaitait, cela pouvait être remplacé par d'autres formes d'exercice. Chaque patient revenait un mois après la troisième séance pour sa dernière séance d'hypnose.

Un questionnaire a été envoyé aux 75 patients pour déterminer s'ils étaient toujours non-fumeurs. Pour tous les sujets qui ont reçu le questionnaire, au moins un an était passé depuis leur dernière visite, bien que la durée entre la dernière séance d'hypnose et le moment de l'échantillonnage se soit étendue entre un an et quatre ans, avec une moyenne de 26 mois. En sus du questionnaire structuré, des commentaires spontanés ont été sollicités et l'anonymat a été suggéré pour permettre aux répondants d'être plus honnêtes.

Sur les 75 questionnaires 67 ont été rendus, ce qui constitue un taux de réponse de 89%. Sur ceux qui ont répondu, 82% **n'avaient plus du tout fumé de cigarettes depuis la quatrième séance de renforcement**. Parmi eux, 78% n'avaient pas fait de substitution avec une autre « habitude orale ». Et parmi ceux qui avaient fait une substitution, aucun des substituts ne semblait aussi grave que la précédente habitude de fumer. Plusieurs parmi ceux qui avaient fait une substitution ont indiqué qu'ils fumaient désormais le cigare ou la pipe ou qu'ils avaient commencé à mâcher du chewing-gum de façon régulière. Tous les fumeurs de cigares ont affirmé ne pas inhaler la fumée.

Sur le total du groupe, 64% ne fumaient plus et n'avaient pas substitué d'autre habitude orale. Quelques 18%, néanmoins, avaient continué à fumer la même quantité qu'avant le traitement. Les 18% restants ne fumaient plus de cigarettes. Ils avaient fait une substitution avec une autre habitude orale, en général, du type relativement inoffensif précédemment cité.

Avant le traitement ces personnes avaient fumé la cigarette pendant une moyenne de 27 ans, avec une consommation moyenne de quarante cigarettes par jour. Plus de 90% d'entre elles avaient fait précédemment des efforts majeurs pour arrêter de fumer, mais la durée moyenne d'abstinence avant le traitement était de seulement une semaine. Parmi celles qui ont arrêté de fumer, seul 3% avaient l'impression qu'elles sentaient encore un manque certain pour le tabac, bien que 14% aient eu un désir occasionnel. 83% ressentaient qu'elles n'avaient plus aucun désir pour le tabac.

Comme beaucoup de patients avaient craint que l'arrêt du tabac aurait engendré une alimentation excessive et une prise de poids, il a été encourageant de voir que la prise de poids moyenne avait été seulement de deux kilos. Cela peut avoir été le résultat d'avoir inclus une explication durant l'état de veille qu'après l'arrêt du tabac la nourriture commencerait à avoir meilleur goût. Les patients étaient avertis que ce meilleur goût pourrait les tenter manger plus. A la place il leur était proposé que, durant aussi bien l'état d'hypnose que d'éveil, ils mangent la même quantité de nourriture qu'avant, mais qu'ils en apprécient plus le meilleur goût.

Ceux qui ont repris à fumer et ont été considérés comme échecs du traitement, ont repris la cigarette suite à un incident traumatique impliquant de la frustration ou de la colère. Aucun d'eux n'a rapporté avoir arrêté de fumer après avoir spontanément repris l'habitude. Aucun des questionnaires n'a indiqué de perturbation psychologique aussi bien dans les questions structurées que dans les commentaires des réponses libres. La plupart des commentaires ont été des commentaires d'appréciation, ont été dénués de toute hostilité, et ont semblé mettre l'accent sur un sentiment de fierté et d'estime de soi d'avoir atteint un but qui en valait la peine.

Kline (1970) a examiné l'usage de l'hypnothérapie de groupe prolongée pour le sevrage tabagique. Il a conceptualisé la consommation du tabac comme une réaction de dépendance, similaire dans sa structure à la dépendance de la drogue. Des enregistrements de polygraphe ainsi que des enregistrements des excursions respiratoires du thorax supérieur ont été faits dans l'un de ses groupes de thérapie. Avant le traitement, les tracés étaient plus lents et plus réguliers et d'amplitude plus basse qu'après que les patients se soient retenus de fumer pendant 12 heures avant le traitement hypnotique, au moment duquel les tracés étaient plus lents, plus large en amplitude et plus erratiques. Après le traitement de groupe, en utilisant l'hypnose, les tracés étaient à nouveau aussi calmes qu'aux enregistrements précédents le traitement, bien que les patients ne fumaient maintenant plus. Kline a conclu que le traitement hypnotique a aidé à diminuer l'inconfort associé à l'abandon du tabac. Kline a rapporté qu'une séance de thérapie de groupe de 12 heures, utilisant l'hypnose et d'autres techniques, **a eu du succès pour le contrôle de la consommation du tabac pour 88% des patients traités.**

Von Dedenroth (1968) a conçu une approche unique et innovatrice qui semble avoir eu énormément de succès. Il commençait par demander depuis combien de temps les personnes fumaient, si elles se rappelaient pourquoi elles avaient commencé, si elles avaient jamais essayé d'arrêter, pourquoi elles voulaient arrêter de fumer maintenant, quel bénéfice, s'il y en avait un, elles pensaient dériver du fait de fumer, à quels moments spécifiques elles en ressentaient le besoin de façon la plus intense (après les repas, avant le petit-déjeuner, etc.) et enfin il leurs demandait combien de cigarettes elles fumaient. Von Dedenroth était convaincu que le fait de répondre à ces questions avait non seulement tendance à augmenter le rapport, mais révélait aussi, au moins en partie, les sentiments propres du fumeur par rapport à sa consommation de tabac et à ses raisons de vouloir arrêter. La thérapie proprement dite ne commençait qu'à la seconde séance, et à ce moment là, le fumeur était informé que le « Jour A » ou « Jour d'Arrêt » aurait eu lieu 21 jours plus tard. Le fumeur recevait aussi comme instruction de changer sa marque préférée de cigarette et de se résoudre à ne plus jamais fumer cette marque là, puis on lui annonçait qu'il ne devait pas du tout fumer :

1. Avant le petit-déjeuner.
2. Une demi-heure après chaque repas.
3. 30 minutes avant d'aller se coucher.

On disait au fumeur qu'aux moments susnommés il devait prendre l'habitude de se rendre dans la salle de bain, de faire un gargarisme avec du produit rince-bouche et de nettoyer ses dents. Il devait boire un verre de jus de fruit au réveil et devait remarquer la sensation de fraîcheur dans sa bouche et à la suite de chacune de ces routines. Après le petit-déjeuner il devait nettoyer ses dents à nouveau et utiliser le produit rince-bouche en faisant attention à la sensation de propreté dans sa bouche. Il avait le droit de fumer une cigarette 30 minutes plus tard, mais pas avant. Cela avait tendance à briser le lien entre le goût de nourriture et l'inévitable cigarette qui suivait d'habitude le repas. Il devait aussi avoir avec lui un petit carnet pour y écrire de temps en temps ses raisons de vouloir arrêter de fumer (physiques, financières et personnelles). Puis un état de transe était induit et toutes les suggestions susnommées faites à l'état d'éveil, étaient réitérées et par conséquent fortement renforcées. Après la transe, le patient était encouragé à poser des questions et le rendez-vous suivant était arrangé.

La troisième séance survenait environ une semaine plus tard (et une semaine avant le Jour A). Durant cette séance on disait au fumeur qu'il ne devait pas boire du tout d'alcool ou au moins de boire de l'alcool seulement pendant les repas, cela dans le but de briser le lien entre l'alcool et le tabac. Un état de transe était à nouveau induit et toutes les instructions précédentes étaient renforcées. On suggérait que le fait de fumer n'allait plus procurer de plaisir. En particulier, on disait au fumeur que la première bouffée de cigarette pourrait procurer du plaisir, que la deuxième bouffée le ferait moins et que la troisième pourrait même irriter le nez, la gorge ou la poitrine. Le but de cela était que le fumeur fume seulement quelques bouffées de chaque cigarette par jour, avant que le Jour A n'arrive. Vu que le nombre de cigarettes fumées et la quantité fumée de chaque cigarette avaient diminué, cela aurait du être moins douloureux pour la personne d'arrêter.

Von Dedenroth était d'avis que le fait que la personne puisse réduire et arrêter de fumer (avec l'aide de l'hypnose), donne à la personne un grand sentiment d'auto accomplissement. Le « Jour A » commençait avec l'induction d'un état de transe et on soulignait constamment au fumeur que les mauvaises habitudes auraient été remplacées par de bonnes et que, pendant plusieurs semaines, les cigarettes seraient devenues de plus en plus désagréables.

L'étude de Von Dedenroth décrite plus haut a le taux de succès le plus élevé cité pour l'hypnose pour le sevrage tabagique, qui a jamais été rapporté dans les études publiées à ce jour. ***Von Dedenroth a trouvé que son utilisation de l'hypnose a permis à 94% des 1.000 sujets d'arrêter de fumer (avec un suivi à 18 mois).***

Dans la section suivante nous examinons une étude de recherche effectuée en l'an 2000, comprenant l'utilisation de l'hypnose pour le sevrage tabagique. Les conclusions de l'étude effectuée par Practice Builders et présentée ici, montrent que la thérapie standard qu'ils ont utilisée ainsi que ce qu'ils ont nommé la « thérapie avancée » ont toutes deux un taux de succès considérablement supérieur à tout ce qui a été rapporté dans les études publiées à ce jour.

#### 4. Etude Practice Builders (2000)

Cette étude de recherche a été effectuée sur 300 sujets (commençant en janvier 2000 et continuant jusqu'en mars 2002)<sup>6</sup> qui ont répondu à une annonce. La technique de « test scientifique en aveugle » a été utilisée – les sujets ne savaient pas qu'ils prenaient part à un projet d'étude scientifique bien qu'ils aient tous coché une case sur leur formulaire d'admission disant qu'ils comprenaient que les méthodes de l'hypnotiste étaient toujours mesurées, testées et améliorées, et que les résultats auraient été assemblés et étudiés. La confidentialité du client était assurée pour que leurs données puissent être utilisées sans leur nom et les sujets étaient alloués au hasard ou à l'hypnothérapie standard ou à une formule spéciale d'hypnothérapie que Practice Builders a nommé « thérapie avancée ». 51% des participants étaient mâles et 49% étaient femelles, l'âge médian de tous les sujets était de 44 ans.

Aucun des participants n'avait expérimenté l'hypnose auparavant – 51% des sujets avaient essayé les patches de nicotine, 14% avaient essayé les chewing-gums de nicotine, 7% avaient essayé l'acuponcture, 6% avaient essayé l'inhalateur de nicotine et 30% avaient essayé d'arrêter en utilisant seule leur force de volonté. 11% des sujets n'avait pas essayé d'arrêter de fumer auparavant.

##### Pour tous les sujets :

Les clients étaient interviewés pour s'assurer qu'il voulait arrêter de fumer pour leurs propres raisons et qu'ils n'y étaient pas poussés par quelqu'un d'autre (docteur, être cher, etc.)

Le prix était maintenu élevé (£250) pour établir un engagement et pour éviter les personnes qui voulaient essayer l'hypnose de façon nonchalante ou spéculative (en contraste avec ceux qui avaient de l'engagement, confiance ou la croyance que l'hypnose les aideraient à arrêter de fumer).

Tous les sujets attendaient un minimum de trois semaines pour un rendez-vous de façon à créer une attente – les sujets prévoyaient de devenir non-fumeurs et y pensaient déjà pendant des semaines avant le début du traitement.

Avant l'hypnose même, on posait aux clients (ou sujets) une série de questions sur leurs habitudes par rapport au tabac et sur leurs croyances. Cela permettait à l'hypnothérapeute et aux clients d'établir un rapport et aussi à l'hypnothérapeute de détecter toute forme de pensée empreinte des mythes ou des idées fausses qui devaient être dissipés avant l'hypnose. Par exemple on demandait aux clients :

- « Est-ce que vous croyez avoir une dépendance physique à la nicotine ? »
- « Quelles peurs avez-vous par rapport au fait d'arrêter de fumer ? »
- « Que savez-vous sur l'hypnose ? »

L'hypnose était ensuite entièrement expliquée au client ainsi que la façon dont l'esprit conscient et inconscient travaillent, et tout mythe était dissipé (comme par exemple on ne peut pas faire faire quelque chose à quelqu'un contre son gré, l'hypnose n'est pas un état de sommeil ou d'inconscience, vous serez conscient de tout ce qui se passe et après la séance vous vous souviendrez de tout ce qui s'est passé sous hypnose, vous pouvez mettre fin à la séance à tout moment, etc.). Cela est appelé le « prologue ».

---

<sup>6</sup> Ces clients ont été vus par le Dr. Barry Neale, PhD, dans son cabinet, The Accelerated Change Centre (Royaume-Uni)

Un contrat hypnotique était ensuite établi dans lequel le client s'engageait à accepter toutes les techniques et toutes les suggestions pour son bénéfice.

#### Pour les sujets traités avec la technique standard :

Le client s'allongeait ensuite dans la chaise et un script de base pour le sevrage tabagique était lu. Ce type de technique standard ne permet pas grand chose en terme de la personnalisation d'une séance, car la technique est la même pour chaque client. L'énoncé de certaines des meilleures techniques de base utilise des schémas de langage hypnotique (Programmation Neuro-Linguistique - PNL). On faisait ensuite émerger le client de l'état d'hypnose.

#### Pour les sujets traités avec la technique avancée :

L'hypnose était induite en utilisant une induction de tests progressifs personnalisés au client. Des techniques idéomotrices étaient utilisées pour gagner l'accès à la communication inconsciente. Les motivations propres du client, ses méta programmes et ses valeurs étaient utilisés durant la séance en employant une combinaison de métaphores et de suggestions. Les sous modalités de la PNL et les techniques d'ancrage étaient utilisées en fonction du style cognitif d'élaboration du client. A la fin de la séance, on faisait émerger le client de l'état d'hypnose, le changement était testé, ratifié et un pont vers le futur était construit.

#### Résultats

Les taux d'abstinence ont été établis au travers d'interviews téléphoniques 1 mois et 6 mois après la première séance du traitement.

**Après 1 séance, 95% de ceux qui avaient reçu le « traitement avancé » avaient arrêté de fumer.** Les 5% restants ont reçu une deuxième séance de traitement menant à un pourcentage ultérieur de sujets qui ont arrêté de fumer de 1,3%. Au total donc, à 6 mois, 97% de ceux qui ont reçu la « thérapie avancée » avaient arrêté de fumer.

Parmi ceux qui ont reçu la « thérapie standard », 51% ont arrêté de fumer après une séance, et un ultérieur de 6% ont arrêté de fumer après une deuxième séance—un total de 57% ont arrêté de fumer à 6 mois.

Ceux qui fumaient encore à 6 mois ne différaient pas de ceux qui avaient arrêté de fumer avec succès, en termes de sexe, âge ou de type de thérapies précédemment essayées. Ces résultats signifient que, aussi bien pour le traitement standard que pour le « traitement avancé », les taux d'abstinence sont extrêmement élevés et bien au-dessus de ce qui a été jusqu'ici rapporté dans les études publiées. Les résultats pour les deux types de traitements étaient significatifs au niveau 0,001 (khi carré).

Les résultats pour la « thérapie avancée » sont considérablement plus élevés que tous les résultats précédemment rapportés dans toutes les études publiées. De plus, le taux de succès obtenu en utilisant la technique standard était considérablement plus élevé que ce qui était attendu et cela peut être dû au fait que les éléments communs au traitement standard et au « traitement avancé » (le prix, la période d'attente avant la séance, l'exposition publicitaire, le prologue, etc.) ont des effets très fort sur les résultats.

## 5. Conclusions

Comme le démontre la documentation évoquée, l'hypnose semblerait être une des méthodes les plus efficaces pour le sevrage tabagique (et possiblement la plus efficace). L'étude faite par Practice Builders a atteint des taux de succès très proches de 100% et montre ce qui peut être réalisé au travers de l'hypnose quand celle-ci est personnalisée de façon adéquate à la personne qui cherche à arrêter.

Vu la supériorité apparente de l'hypnose en tant que traitement pour le sevrage tabagique, il vaut la peine de se demander pourquoi l'hypnose n'est pas utilisée de façon plus courante et, en particulier, pourquoi le Service National de la Santé et ses équivalents internationaux n'ont pas essayé de promouvoir ou de subsidier l'hypnothérapie de façon significative. Nous examinons ci-dessous quelques-unes des raisons possibles.

Il y a un ensemble de problèmes méthodologiques par rapport à beaucoup d'études sur le sevrage tabagique et ces problèmes ne sont pas limités aux études qui ont examiné l'utilisation de l'hypnose. Cepeda-Benito (1993:827) dit que :

« ...un problème sérieux avec les études passées en revue est le manque de consistance des équipes de recherche scientifique en ce qui concerne les variables mesurées et la façon de les mesurer. Cela était principalement manifeste dans les descriptions des caractéristiques des sujets et de leur antécédent tabagique, la grande variété des valeurs seuil utilisées pour valider l'abstinence dans le cadre des méthodes de vérification biochimiques, les différentes définitions d'abstinence, et la spécificité avec laquelle les procédures expérimentales étaient décrites. »

Le Département de la Santé et de la Politique Publique (1992:2) fait remarquer que :

« Les études sur les traitements pour le sevrage tabagique ont traditionnellement été victimes de grandeurs d'échantillonnage inadéquates. Pour pouvoir détecter des différences cliniquement significatives entre les résultats des groupes de traitement et des groupes de contrôle, et par conséquent attribuer les taux d'abstinence au traitement lui-même plutôt qu'à d'autres facteurs, il y a besoin d'un minimum de 100 sujets. »

Des problèmes méthodologiques ultérieurs sont délinés par Chockalingam et Schmidt (1993) et Berglund et autres (1974) qui attirent l'attention sur le problème de non-réponse durant les études de suivi. La plupart des études principales sont basées sur des participants qui répondent à des coups de téléphones ou à des questionnaires de suivi - il se peut que ces personnes représentent de façon disproportionnée ceux qui ont arrêté avec succès, ce qui aurait pour résultat un biais des réponses. Il est tout à fait possible qu'il y ait un effet de désirabilité sociale pour les gens à qui l'on demande simplement s'ils se sont abstenus de fumer pendant une certaine période - il se peut qu'ils veuillent donner les réponses qu'ils perçoivent l'intervieweur voudrait qu'ils donnent. Chockalingam et Schmidt suggèrent de compenser cela en comparant les taux d'abstinence des groupes d'expérimentation avec les groupes de contrôle (au lieu de simplement citer le taux d'abstinence du groupe d'expérimentation). Le biais des réponses peut être compensé en assumant que ceux qui n'ont pas été contactés ont en fait recommencé à fumer (ceci est en fait une façon de faire une erreur dans le sens de la prudence).

Néanmoins, la seule façon d'être sûr qu'un individu a arrêté de fumer est en faisant des test sanguins. Lando (1998) a trouvé que dans les études où les participants rapportaient eux-mêmes les résultats d'abstinence, on retrouve en fait que 25-28% des sujets qui avaient déclaré avoir arrêté de fumer, fumaient encore quand leur statut était validé par l'utilisation de tests biochimiques.

Dans certaines, sinon toutes, des études sur le sevrage tabagique au travers de l'hypnose, il n'y a pas l'utilisation de marqueurs biochimiques (tests sanguins) dans les suivis. Cela est peut-être dû au fait que ces études sont conduites par des personnes qui n'ont pas reçu de formation du « paradigme médical » classique. Néanmoins, pour que les comparaisons entre l'hypnose et les autres méthodes soient valables il doit y avoir une standardisation des méthodes et des procédures.

Il y a une grande variabilité dans l'éventail des résultats de la méta analyse effectuée par Chockalingam (1992) et de celle effectuée par Law (1995). Ceci confirme les propos faits précédemment dans ce rapport à propos des différences entre un programme d'hypnose personnalisé et des procédures hypnotiques très générales pratiquées dans des conditions moins qu'idéales. En d'autres termes, il se peut que même des techniques hypnotiques « de base » soient très efficaces pour aider les gens arrêter de fumer, mais que la vraie puissance de l'hypnose ne puissent s'exprimer qu'au travers de praticiens compétents qui soient sensibles aux besoins de leurs clients. Il faut bien sûr encore faire de la recherche pour isoler les techniques et les procédures qui sont particulièrement efficaces.

Il vaut la peine de remarquer que des groupes de ce qu'on peut appeler « l'institution médicale occidentale » ont une préférence pour les traitements « médicaux » et restent défavorables aux thérapies « alternatives » (qui est la façon dont beaucoup voient l'hypnose). Bien qu'il y ait quelques progrès de faits dans le changement des vieux préjugés envers les traitements non pharmacologiques, il reste encore beaucoup de conservatisme dans ce domaine.

Un autre facteur pourrait être que bien qu'il semble que l'hypnose à un taux d'efficacité pour le sevrage tabagique plus élevé que celui d'autres types de traitements, cela ne veut pas dire qu'il y aurait nécessairement une forte utilisation de l'hypnose par le public même si cela était subsidié ou offert gratuitement. A la différence d'un patch de nicotine, l'hypnose requière un certain engagement de la part des participants et il est certainement le cas que beaucoup de gens associent encore l'hypnose avec le fait de ne pas avoir le contrôle ou de se rendre vulnérable de quelque façon.

Pour que l'hypnose soit adoptée comme une méthode « courante » de traitement pour le sevrage tabagique, il faudra qu'à un certain moment l'hypnose fasse ses preuves dans le cadre du paradigme médical de l'institution sanitaire au Royaume-Uni et ailleurs. Le meilleur moyen pour cela serait au travers de tests cliniques randomisés et, point crucial, ces tests devraient adopter une méthode de confirmation de l'abstinence du tabac au travers de marqueurs biochimiques (c'est à dire de tests sanguins) vu que c'est une des objections les plus fréquemment soulevées par rapport au taux de succès élevés qui semblent être en relation avec l'hypnothérapie comme méthode de sevrage tabagique.

Enfin, il faut garder à l'esprit que les individus ont différents besoins et désirs en termes du traitement pour le sevrage tabagique approprié à eux. Shiffman (1993:719) soutient que « L'ère de l'approche unique est révolue. Le sevrage tabagique en est arrivé à être dominé par des programmes multi composants et complets qui combinent des éléments de plusieurs approches ». Il est peut-être temps que l'hypnose ne soit plus considérée comme une thérapie alternative et commence à être utilisée en tant qu'élément clé d'un programme de sevrage tabagique national.

## 6. Références/Bibliographie

1. Public health focus: effectiveness of smoking-control strategies-United States (1992). MMWR Morb.Mortal.Wkly.Rep., 41. 645-7, 653.
2. Abbot, N. C, Stead, L. F., White, A. R., Barnes, J., & Ernst, E. (2000). Hypnotherapy for Smoking Cessation. Cochrane. Data base. Syst. Rev. CD001008.
3. Agee, L. L. f 1983). Treatment procedures using hypnosis in smoking cessation programs: a review of the literature. J.Am.Soc.Psychosom.Dent.Med., 30. 111-126.
4. Ahijevych, K., Yerardi, R., & Nedilsky, N. (2000). Descriptive outcomes of the American Lung Association of Ohio hypnotherapy smoking cessation program. Int.J.Clin.Exp.HvDn., 48. 374-387.
5. Baer, L., Carey, R. J., Jr., & Meminger, S. R. (1986). Hypnosis for smoking cessation: a clinical follow-up. Int.J.Psychosom., 33. 13-16.
6. Barber, J. (2001). Freedom from smoking: integrating hypnotic methods and rapid smoking to facilitate smoking cessation. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 49. 257-266.
7. Bayot, A., Capafons, A., & Cardena, E. (1997). Emotional self-regulation therapy: a new and efficacious treatment for smoking. Am.J.Clin.Hypn., 40. 146-156.
8. Bello, S. (1991). [Treatment of smoking]. Rev.Med.Chil., 119. 701-708.
9. Bjornson, W., Rand, C., Connett, J. E., Lindgren, P., Nides, M., Pope, F., Buist, A. S., Hoppe-Ryan, C., & O'Hara, P. (1995). Gender differences in smoking cessation after 3 years in the Lung Health Study. Am.J.Public Health, 85. 223-230.
10. Brian, R. K. (1992). Hypnosis. J.R.Soc.Health. 112. 312.
11. Byrne, D. G. & Whyte, H. M. (1987). The efficacy of community-based smoking cessation strategies: a long-term follow-up study. IntJ.Addict., 22. 791-801.

12. Capafons, A. & Amigo, S. (1995). Emotional self-regulation therapy for smoking reduction: description and initial empirical data. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 43. 7-19.
13. Cepeda-Benito, A. (1993). Meta-analytical review of the efficacy of Nicotine Chewing Gum in Smoking Treatment Programs. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 61. 822-830.
14. Chockalingam, V. & Schmidt, F. L. (1992). A meta-analysis comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. Journal of Applied Psychology. 77(4). 554-561.
15. Covino, N. A. & Bottari, M. (2001). Hypnosis, behavioral theory, and smoking cessation. J.Dent.Educ., 65. 340-347.
16. Crasilneck, H. B. & Hall, J. A. (1968). The use of hypnosis in controlling cigarette smoking. South.Med.J., 61. 999-1002.
17. Crasilneck, H. B. (1990). Hypnotic techniques for smoking control and psychogenic impotence. AmJ.Clin.Hypn., 32. 147-153.
18. Curry, S. J. (1993). Self-Help Interventions for Smoking Cessation. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61. 790-803.
19. Department of Public Health & Policy (UK) (1992). Smoking Cessation Interventions. (PHP Departmental Publication ed.) (Vols. 6; 1992).
20. Dick, B. O. (1993). Hypnotism curse or cure-October 1992. J.R.Soc.Health., 113. 50.
21. Durcan, M. J., White, J., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., Rennard, S. I., Leischow, S. 1, Nicies, M. A., Ascher, J. A., & Johnston, J. A. (2002). Impact of prior nicotine replacement therapy on smoking cessation efficacy. Am J. Health Behav., 26. 213-220.
22. Frank, R. G., Umlauf, R. L., Wonderlich, S. A., & Ashkanazi, G. S. (1986). Hypnosis and behavioral treatment in a worksite smoking cessation program. Addict.Behav., 11. 59-62.
23. Frederick, C. & McNeal, S. (1993). From strength to strength: "inner strength" with immature ego states. AmJ.Clin.Hypn., 35. 250-256.

24. Gonzales, D. H., Nides, M. A., Ferry, L. H., Kustra, R. P., Jamerson, B. D., Segall, N., Herrero, L. A., Krishen, A., Sweeney, A., Buaron, K., & Metz, A. (2001). Bupropion SR as an aid to smoking cessation in smokers treated previously with bupropion: a randomized placebo-controlled study. Clin.Pharmacol.Ther., 69. 438-444.
25. German, A. (1992). Another perspective on hypnotism. J.R.Soc.Health., 112. 312.
26. Gravitz, M. A. (1988). Early uses of hypnosis in smoking cessation and dietary management: a historical note. AmJ.Clin.Hypn., 31. 68-69.
27. Green, J. P. & Lynn, S. J. (2000). Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: an examination of the evidence. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 48. 195-224.
28. Hall, J. A. & Crasilneck, H. B. (1970). Development of a hypnotic technique for treating chronic cigarette smoking. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 18. 283-289.
29. Hall, J. A. & Crasilneck, H. B. (1978). Hypnosis. JAMA, 239. 760-761.
30. Haustein, K. O. (2000). Pharmacotherapy of nicotine dependence. Int.J.Clin.Pharmacol.Ther., 38. 273-290.
31. Haxby, D. G. (1995). Treatment of nicotine dependence. AmJ.Health Syst.Pharm., 52. 265-281.
32. Hays, J. T., Croghan, I. T., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Hurt, R. D., Wolter, T. D., Nides, M. A., & Davidson, M. (1999). Over-the-counter nicotine patch therapy for smoking cessation: results from randomized, double-blind, placebo-controlled, and open label trials. Am.J.Public Health, 89. 1701 -1707.
33. Hays, J. T., Croghan, I. T., Schroeder, D. R., Offord, K. P., Hurt, R. D., Wolter, T. D., Nides, M. A., & Davidson, M. (1999). Over-the-counter nicotine patch therapy for smoking cessation: results from randomized, double-blind, placebo-controlled, and open label trials. Am.J.Public Health, 89. 1701 -1707.
34. Hempstead, J. S. (2001). Clinical hypnotherapy for smoking cessation. Prof.Nurse., 17. 265.

35. Holroyd, J. (1991). The uncertain relationship between hypnotizability and smoking treatment outcome. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 39, 93-102.
36. Horwitz, M. B., Hindi-Alexander, M., & Wagner, T. J. (1985). Psychosocial mediators of abstinence, relapse, and continued smoking: a one-year follow-up of a minimal intervention. Addict.Behav., 10, 29-39.
37. Hughes, J. A., Sanders, L. D., Dunne, J. A., Tarpey, J., & Vickers, M. D. (1994). Reducing smoking. The effect of suggestion during general anaesthesia on postoperative smoking habits. Anaesthesia, 49, 126-128.
38. Hyman, G. J., Stanley, R. O., Burrows, G. D., & Home, D. J. (1986). Treatment effectiveness of hypnosis and behaviour therapy in smoking cessation: a methodological refinement. Addict.Behav., 11, 355-365.
39. Jamerson, B. D., Nides, M., Jorenby, D. E., Donahue, R., Garrett, P., Johnston, J. A., Fiore, M. C, Rennard, S. I., & Leischow, S. J. (2001). Late-term smoking cessation despite initial failure: an evaluation of bupropion sustained release, nicotine patch, combination therapy, and placebo. Clin.Ther., 23, 744-752.
40. Janik, A. J. (1993). Hypnotism curse or cure-October 1992. J.R.Soc.Health, 113, 50.
41. Jeffrey, L. K. & Jeffrey, T. B. (1988). Exclusion therapy in smoking cessation: a brief communication. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 36, 70-74.
42. Jeffrey, T. B., Jeffrey, L. K., Greuling, J. W., & Gentry, W. R. (1985). Evaluation of a brief group treatment package including hypnotic induction for maintenance of smoking cessation: a brief communication. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 33, 95-98.
43. Johnson, D. L. & Karkut, R. T. (1994). Performance by gender in a stop-smoking program combining hypnosis and aversion. Psychol.Rep., 75, 851-857.
44. Jorenby, D. E., Leischow, S. J., Nides, M. A., Rennard, S. L, Johnston, J. A., Hughes, A. R., Smith, S. S., Muramoto, M. L., Daughton, D. M., Doan, K., Fiore, M. C, & Baker, T. B. (1999). A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation. N.Engl.J.Med., 340, 685-691.

45. Kaufert, J. M., Rabkin, S. W., Syrotuik, J., Boyko, E., & Shane, F. (1986). Health beliefs as predictors of success of alternate modalities of smoking cessation: results of a controlled trial. J.Behav.Med., 9. 475-489.
46. Kinnunen, T. (2001). Integrating hypnosis into a comprehensive smoking cessation intervention: comments on past and present studies. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 49. 267-271.
47. Kline, M. V. & Under, M. (1969). Psychodynamic factors in the experimental investigation of hypnotically induced emotions with particular reference to blood glucose measurements. J.Psychol., 71. 21-25.
48. Kline, M. V. (1970). The use of extended group hypnotherapy sessions in controlling cigarette habitation. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 18. 270-282.
49. Kline, M. V. (1971). Research in hypnotherapy: studies in behavior organization. Bibl.Psychiatr., 147. 67-87.
50. Kline, M. V. (1972). The production of antisocial behavior through hypnosis: new clinical data. IntJ.Clin.Exp.Hypn., 20. 80-94.
51. Kline, M. V. (1979). Hypnosis with specific relation to biofeedback and behavior therapy. Theoretical and clinical considerations. Psychother.Psychosom., 31. 294-300.
52. Lambe, R., Osier, C., & Franks, P. (1986). A randomized controlled trial of hypnotherapy for smoking cessation. J.Fam.Pract., 22. 61-65.
53. Lando, H. A. (1996). Smoking cessation products and programs. Alaska Med., 38. 65-68.
54. Law, M. & Tang, J. L. (1995). An analysis of the effectiveness of interventions intended to help people stop smoking. Arch.Intern.Med., 155. 1933-1941.
55. Lynn, S. J., Kirsch, L., Barabasz, A., Cardena, E., & Patterson, D. (2000). Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: the state of the evidence and a look to the future. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 48. 239-259.
56. Lynn, S. J. & Shindler, K. (2002). The role of hypnotizability assessment in treatment. Am.J.Clin.Hypn., 44. 185-197.
57. Molimard, M. & Hirsch, A. (1990). Methods of stopping smoking. Rev.Mal Respir., 7. 307-312.

58. Murray, R. P., Bailey, W. C., Daniels, K., Bjornson, W. M., Kurnow, K., Connett, J. E., Nides, M. A., & Kiley, J. P. (1996). Safety of nicotine polacrilex gum used by 3,094 participants in the Lung Health Study. Lung Health Study Research Group. Chest, 109. 438-445.
59. Murray, R. P., Nides, M. A., Istvan, J. A., & Daniels, K. (1998). Levels of cotinine associated with long-term ad-libitum nicotine polacrilex use in a clinical trial. Addict.Behav., 23. 529-535.
60. Murray, R. P., Anthonisen, N. R., Connett, J. E., Wise, R. A., Lindgren, P. G., Greene, P. G., & Nides, M. A. (1998). Effects of multiple attempts to quit smoking and relapses to smoking on pulmonary function. Lung Health Study Research Group. J.Clin.Epidemiol., 51. 1317-1326.
61. Myles, P. S. (1992). Cessation of smoking following tape suggestion under anaesthesia. Anaesth.Intensive Care, 20. 540-541.
62. Myles, P. S., Hendrata, M., Layher, Y., Williams, N. J., Hall, J. L., Moloney, J. T., & Powell, J. (1996). Double-blind, randomized trial of cessation of smoking after audiotape suggestion during anaesthesia. Br.J.Anaesth., 76. 694-698.
63. Neufeld, V. & Lynn, S. J. (1988). A single-session group self-hypnosis smoking cessation treatment: a brief communication. Int.J.Clin.Exp.Hypn., 36. 75-79.
64. Nides, M., Rand, C., Doice, J., Murray, R., O'Hara, P., Voelker, H., & Connett, J. (1994). Weight gain as a function of smoking cessation and 2-mg nicotine gum use among middle-aged smokers with mild lung impairment in the first 2 years of the Lung Health Study. Health Psychol., 13. 354-361.
65. Nides, M. A., Tashkin, D. P., Simmons, M. S., Wise, R. A., Li, V. C., & Rand, C. S. (1993). Improving inhaler adherence in a clinical trial through the use of the nebulizer chronology. Chest, 104. 501-507.
66. Nides, M. A., Rakos, R. F., Gonzales, D., Murray, R. P., Tashkin, D. P., Bjornson-Benson, W. M., Lindgren, P., & Connett, J. E. (1995). Predictors of initial smoking cessation and relapse through the first 2 years of the Lung Health Study. J.Consult Clin.Psychol., 63. 60-69.

67. Nuland, W and Field P.B.(1970). Smoking and Hypnosis. IntJ.Clin.Exp.Hypn., 18. 290-306
68. Page, R. A. (1999). Identifying hypnotic sequelae: the problem of attribution. Am.J.Clin.Hypn., 41. 316-318.
69. Parameswaran, P. G. (2001). Try hypnotherapy and acupuncture. Tex.Med., 97. 9-10.
70. Rabkin, S. W., Boyko, E., Shane, F.,& Kaufert, J. (1984). A randomized trial comparing smoking cessation programs utilizing behaviour modification, health education or hypnosis. Addict.Behav., 9. 157-173.
71. Schoenberger, N. E. (2000). Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy. IntJ.Clin.Exp.Hypn., 48. 154-169.
72. Schwartz, J. L. (1979). Review and evaluation of methods of smoking cessation, 1969-77. Summary of a monograph. Public Health Rep., 94. 558-563.
73. Schwartz, J. L. (1991). Methods for smoking cessation. Clin.Chest Ned., 12. 737-753.
74. Shewchuk, L. A. (1976). Smoking cessation programs of the American Health Foundation. Prev.Med., 5. 454-474.
75. Shewchuk, L. A., Dubren, R., Burton, D., Forman, M., Clark, R. R., & Jaffin, A. R. (1977). Preliminary observations on an intervention program for heavy smokers. Int.J.Addict., 12. 323-336.
76. Shiffman, S. 1. (1993). Smoking Cessation Treatment: Any Progress? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61. 718-722.
77. Simon, E. P. & James, L. C. (1999). Clinical applications of hypnotherapy in a medical setting. Hawaii Med.J., 58. 344-347.
78. Sorensen, G., Beder, B., Prible, C. R., & Pinney, J. (1995). Reducing smoking at the workplace: implementing a smoking ban and hypnotherapy. J.Occup.Environ.Med., 37. 453-460.
79. Spiegel, D., Frischholz, E. J., Fleiss, J. L.,& Spiegel, H. (1993). Predictors of smoking abstinence following a single-session restructuring intervention with self-hypnosis. Am.J.Psychiatry, 150. 1090-1097.

80. Stanton, H. E. (1991). Smoking cessation in a single session: an update. Int.J.Psychosom., 38. 84-88.
81. Sykes, V. C. (1992). Hypnosis. J.R.Soc.Health, 112. 312.
82. Tashkin, D., Kanner, R., Bailey, W., Buist, S., Anderson, P., Nides, M., Gonzales, D., Dozier, G., Patel, M. K., & Jamerson, B. (2001). Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. Lancet, 357. 1571-1575.
83. Tonnesen, P. & Wennike, P. 1 (1999). [Hypnosis for smoking cessation]. Ugeskr.Laeger. 161. 4270-4272.
84. Tori, C. D. (1978). A smoking satiation procedure with reduced medical risk. J.Clin.Psychol.,34. 574-577.
85. Valbo, A. & Eide, T. (1996). Smoking cessation in pregnancy: the effect of hypnosis in a randomized study. Addict.Behav., 21. 29-35.
86. Viswesvaran, C. 1. & Schmidt, F. L. (1992). A Meta-Analytic Comparison of the Effectiveness of Smoking Cessation Methods. Journal of Applied Psychology, 77(4). 554-561. August 1992.
87. Von Dedenroth, T. E. (1968). The use of hypnosis in 1000 cases of "tobaccomaniacs". Am.J.Clin.Hypn., 10. 194-197.
88. Wagner, T. J., Hindi-Alexander, M., & Horwitz, M. B. (1983). A one-year follow-up study of the Damon Group Hypnosis Smoking Cessation Program. J.Okla.State Med.Assoc., 76. 414-417.
89. Wick, E., Sigman, R., & Kline, M. V. (1971). Hypnotherapy and therapeutic education in the treatment of obesity: differential treatment factors. Psychiatr.Q., 45. 234-254.
90. Williams, J. M. & Hall, D. W. (1988). Use of single session hypnosis for smoking cessation. Addict.Behav., 13. 205-208.
91. Wong, M. & Burrows, G. (1995). Clinical hypnosis. Aust.Fam.Physician., 24. 778-81,783.
92. Rigotti, N. (1997). Efficacy of a Smoking Cessation Program for Hospital. Arch.Intern.Med., 157. 2653-2660.