

# La sigaretta come rifugio: il fumo tra dissonanza e identità. Il caso di una paziente in attesa di trapianto

Concettina Varango\*, Valentina Generani\*\*

## SUMMARY

■ *The link between tobacco addiction and access to life-saving care is a complex issue that raises clinical, psychological and ethical questions.*

*Tobacco smoking is recognized as a major risk factor for chronic respiratory diseases, cardiovascular diseases and lung cancer (WHO, 2023; U.S. Department of Health and Human Services, 2014).*

*In particular, in organ transplantation pathways, adherence to rigorous medical criteria is essential to ensure the candidate's suitability, the success of the operation and the patient's long-term survival.*

*In the context of lung transplantation, smoking cessation is an essential requirement.*

*Several studies show that continuing to smoke can compromise the function of the new organ, increase the risk of rejection and reduce post-operative.*

*However, nicotine addiction is a complex condition, rooted at both the neurobiological and psychological levels, and represents a significant challenge for many patients.*

*When addiction hinders the possibility of transplantation, difficulties arise not only for the patient, but also for health professionals, who must reconcile the principle of equity with the clinical responsibility to optimize the probability of transplant success.*

*In fact, transplant centers often exclude patients who are active smokers from waiting lists, as they are considered to be at greater risk of negative outcomes.*

*This article addresses the case of a patient with severe respiratory failure, whose possibility of entering the lists for lung transplantation is compromised by her persistent nicotine addiction.*

*The medical and psychological aspects of this condition will be analyzed, with reference to the scientific literature on addictions and behavioral change.* ■

**Keywords:** *Nicotine withdrawal, Lung transplant, Motivational interventions in smoking cessation, Pharmacological interventions in smoking cessation.*

**Parole chiave:** *Astinenza da nicotina, Trapianto di polmone, Interventi motivazionali per la cessazione del fumo, Interventi farmacologici per la cessazione del fumo.*

## Introduzione

Il legame tra dipendenza da fumo e accesso alle cure salvavita rappresenta un tema complesso che solleva interrogativi clinici, psicologici ed etici.

Il fumo di tabacco è riconosciuto come uno dei principali fattori di rischio per patologie respiratorie croniche, malattie cardiovascolari e cancro polmonare (WHO, 2023; U.S. Department of Health and Human Services, 2014).

In particolare, nei percorsi di trapianto di organi, l'adesione a criteri medici rigorosi è fondamentale per garantire l'idoneità del candidato, il successo dell'intervento e la sopravvi-

venza a lungo termine del paziente (Fiore et al., 2012; ISHLT, 2021).

Nel contesto del trapianto polmonare, la cessazione del fumo è un requisito imprescindibile.

Diversi studi dimostrano infatti che il continuare a fumare può compromettere la funzione del nuovo organo, aumentare il rischio di rigetto e ridurre la sopravvivenza post-operatoria (Meyers et al., 2003; George et al., 2006).

Tuttavia, la dipendenza da nicotina è una condizione complessa, radicata sia a livello neurobiologico che psicologico, e rappresenta una sfida significativa per molti pazienti (Benowitz, 2010).

Quando la dipendenza ostacola la possibilità di trapianto, sorgono difficoltà non solo per il paziente, ma anche per i professionisti della salute, che devono conciliare il principio di equità con la responsabilità clinica di ottimizzare le probabilità di successo del trapianto.

\* *Dirigente Medico, S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.*

\*\* *Psicologo-Psicoterapeuta, S.C. Servizio Dipendenze ASST di Lodi.*

Infatti, i centri trapianto spesso escludono i pazienti fumatori attivi dalle liste d'attesa, in quanto considerati a maggiore rischio di esiti negativi (Gordon *et al.*, 2010).

Questo articolo affronta il caso di una paziente affetta da grave insufficienza respiratoria, la cui possibilità di entrare nelle liste per il trapianto polmonare è compromessa dalla sua persistente dipendenza da nicotina.

Verranno analizzati gli aspetti medici, psicologici di tale condizione, facendo riferimento alla letteratura scientifica sulle dipendenze e sul cambiamento comportamentale (Prochaska & DiClemente, 1983; West, 2006).

## Il caso clinico

Tiziana, una donna di 57 anni, si è rivolta al nostro Servizio Antifumo della ASST di Lodi a causa delle difficoltà nello smettere di fumare, un ostacolo che le impedisce di essere inserita nelle liste per il trapianto di polmone.

I suoi problemi di salute sono iniziati nel 2015 con una polmonite.

Nel 2016 ha subito una lobectomia al polmone sinistro e, nel 2017, ha avuto il primo pneumotorace. Nel 2020, a causa della pandemia da Covid-19, è stata costretta a lasciare il lavoro, che per lei rappresentava molto più di una semplice occupazione: aveva un ottimo rapporto con i responsabili e con le colleghe, con cui aveva instaurato una relazione amicale.

La perdita di questa dimensione sociale e lavorativa, unita al periodo di isolamento, ha contribuito a una profonda depressione.

Tiziana si è sentita priva di un ruolo e di una funzione, e il malessere legato alla sua condizione di salute ha aggravato ulteriormente il suo stato d'animo.

In quel periodo aveva intrapreso un percorso psicologico, consigliato dal suo medico di base, che però ha abbandonato dopo poco.

Sempre nello stesso periodo, ha perso circa 15 kg.

Nel 2021 è arrivato "George", la macchinetta per l'ossigeno che Tiziana ha ribattezzato con un nome buffo e che deve portare sempre con sé.

Inizialmente, la presenza di George è stata per lei fonte di grande disagio: da un lato, si vergognava a farsi vedere in quelle condizioni; dall'altro, si sentiva limitata nelle attività quotidiane che un tempo svolgeva con facilità.

Tiziana racconta di essere sempre stata una persona dinamica, una "trafficonca", come si definisce lei stessa.

Ricorda con entusiasmo il Natale in cui si è regalata un trapano per poter svolgere piccoli lavori in casa.

Tiziana era solita organizzare con un'amica un mercatino d'antiquariato, amava andare a ballare ed era un fiume in piena di idee e creatività.

Tutte attività che, purtroppo, ha dovuto abbandonare a causa dei problemi di salute.

Nel 2022 Tiziana, mentre si trova a casa da sola, ha un arresto cardiaco.

Tiziana riporta questo episodio come molto traumatico. Tiziana non riusciva a respirare, ha chiamato più volte il figlio che era fuori casa con un amico, ma senza successo.

Una volta arrivato a casa, è stata portata d'urgenza al pronto soccorso.

Dopo questo ricovero, è stata inserita nel programma per accedere alla lista trapianti.

Purtroppo senza grande successo poiché Tiziana, nonostante la sua condizione, ha continuato a fumare e faticava a riprendere peso.

Alle difficoltà fisiche e psicologiche legate alla sua salute si aggiungono le preoccupazioni per suo figlio trentenne, Daniele, che ha una dipendenza da cocaina ed è senza lavoro.

Tiziana fa di tutto per far fronte ai "casini" che fa il figlio: ritiro della patente, debiti, licenziamenti, ma tutto questo le impedisce di concentrarsi sul suo percorso di cura.

La vita di Tiziana sembra costellata di eventi dolorosi.

Da giovane perde il padre a cui era molto affezionata e, a seguito di questo lutto, sviluppa un'alopecia totale.

Poco dopo la nascita di suo figlio Daniele, Tiziana si separa dal padre del bambino.

Successivamente, accoglie nella sua casa la madre, colpita da un ictus che muore pochi anni dopo.

Tiziana quando arriva al Servizio è sola, sebbene abbia due sorelle e un fratello, i rapporti con la sua famiglia si sono molto incrinati da quando, a detta delle sorelle, Tiziana "difendebbe" il figlio minimizzando la dipendenza del ragazzo.

Quando conosciamo Tiziana, vediamo una donna affaticata e sola ma che cerca in tutti i modi di tenere le cose in ordine.

## La dipendenza da nicotina: oltre la scelta

Nonostante sia consapevole della gravità della sua condizione clinica, la signora non riesce a smettere di fumare, facendo emergere un conflitto emotivo: desidera vivere, ma non riesce ad abbandonare un'abitudine che mette a rischio la sua sopravvivenza.

A livello cerebrale, la nicotina agisce stimolando i recettori colinergici nicotinici, con conseguente rilascio di dopamina nel sistema mesolimbico, lo stesso circuito implicato nella dipendenza da altre sostanze come eroina e cocaina (Benowitz, 2010).

A questo meccanismo si aggiunge il condizionamento ambientale, che associa il comportamento del fumare a emozioni, rituali quotidiani o situazioni sociali specifiche, rendendo il distacco dalla sigaretta molto complesso (Shiffman *et al.*, 2007).

La dipendenza da nicotina si articola quindi in tre componenti:

1. *fisica*, che include la tolleranza alla sostanza e la comparsa di sintomi da astinenza come irritabilità, ansia, disturbi del sonno;
2. *psicologica*, con l'uso del fumo come strategia per regolare emozioni negative o gestire lo stress;
3. *comportamentale*, caratterizzata da automatismi e routine, spesso inconsapevoli (West, 2006).

Il processo di cambiamento, secondo il modello trans teorico di Prochaska e Di Clemente (1983), si sviluppa attraverso fasi successive (pre-contemplazione, contemplazione, preparazione, azione, mantenimento) e deve partire da una motivazione interna al soggetto.

In questo contesto, le persone affette da gravi patologie respiratorie vivono spesso una condizione di dissonanza cognitiva (Festinger, 1957), ovvero un conflitto tra il desiderio di sopravvivere e il comportamento autodistruttivo rappresentato dal continuare a fumare.

Per ridurre tale disagio psicologico, spesso i pazienti ricorrono a strategie di razionalizzazione o minimizzazione del rischio che ostacolano ulteriormente il cambiamento (McEwen *et al.*, 2008).

In questo scenario, la sigaretta per Tiziana è una compagna e, paradossalmente un'autocura che l'aiuta a modulare il tono dell'umore francamente depresso che si alterna a stati d'ansia importanti.

## Anamnesi tabaccologica

La signora inizia a fumare all'età di 16 anni.

Genitori fumatori, due sorelle fumatrici ed 1 fratello ex-tabagista.

Separata con un figlio di 28 anni.

Ha fatto la terza media più 3 anni di parrucchiera.

Da settembre del 2023 in pensione e prima lavorava come operaia in una ditta che produce valvole per diversi dispositivi.

La signora è portatrice di ossigeno per BPCO al terzo stadio e se non smette di fumare e non aumenta di peso non può essere messa in lista di trapianto.

Ha dato un nome al suo presidio chiamandolo George.

Ha avuto due arresti cardiaci a settembre del 2023.

In cura al C.P.S. di Lodi da qualche anno per stato depressivo ed assume citalopram e diazepam. La signora riferisce di essere riuscita a smettere di fumare una sola volta mentre era ricoverata in Ospedale per circa 3 mesi e, successivamente riprende in seguito riprese ascrivendolo ad una serie di problemi economici e familiari.

Il test di Fagerstrom evidenzia una dipendenza media e il test motivazionale evidenzia che la signora è pronta per smettere di fumare.

La signora chiede un supporto psicologico, pesa 32 kg e la quantità di sigarette è di 20 al giorno.

## Percorso di disassuefazione

L'inizio del percorso è difficoltoso per la presenza di resistenze da parte della signora, l'alta conflittualità con il figlio e la grave situazione economica in cui versa.

Tiziana non è disposta ad assumere farmaci specifici per la disassuefazione tabagica perché teme gli effetti collaterali sulle sue condizioni fragili di salute e l'inappetenza.

Si incomincia con sedute di counselling motivazionale e psicoterapico.

Dopo aver parlato con lo psichiatra, e considerando il disturbo ansioso-depressivo s'intraprende uno switch dal citalopram al bupropione al dosaggio di 150 mg considerando che è indicato come aiuto alla cessazione dell'abitudine al fumo unitamente ad un supporto motivazionale in paziente nicotino-dipendente.

Il farmaco inibisce la ricaptazione neuronale e potenzia gli effetti della noradrenalina e della dopamina.

Si prosegue il percorso di disassuefazione con delle sedute di Acudetox (auricoloterapia).

Sul padiglione auricolare sono presenti punti corrispondenti ad aree del corpo e funzioni organiche: attraverso questi "punti di controllo" è possibile ottimizzare le funzioni corporee, emozionali, e mentali.

La tecnica presuppone che ogni organo, struttura anatomica e centri di controllo siano proiettati sulla superficie del padiglione auricolare, come punti o aree.

L'orecchio è collegato al Sistema Nervoso Centrale ed Autonomo in modo bidirezionale, tramite il nervo Trigemino, il nervo Vago, il nervo Faciale, il nervo Glossofaringeo.

Attraverso l'Auricoloterapia si possono trattare moltissime manifestazioni patologiche funzionali, da quelle digestive al dolore, a quelle psichiche come ansia e attacchi di panico, fino alla dipendenza da fumo.

Gli interventi intrapresi insieme al supporto psicoterapico, aiutano la signora a stare meglio, smettendo di fumare ed aumentando di peso, criteri necessari per poter essere inserita nella lista trapianti.

## La paura del trapianto e il fumo come strategia difensiva

Nel caso di Tiziana, la paura dell'intervento chirurgico potrebbe rappresentare un elemento importante rispetto alla sua resistenza al cambiamento.

Il trapianto rappresenta infatti anche una minaccia alla propria identità e un confronto con la propria vulnerabilità e mortalità.

Tale condizione può innescare comportamenti di evitamento, come meccanismo di difesa a fronte di una angoscia esistenziale (Baumeister, Dale & Sommer, 2005).

In questo contesto, il fumo può assumere la funzione di strategia difensiva, offrendo un'illusione di controllo e stabilità di fronte all'incertezza dell'intervento e del futuro.

Secondo Dijkstra *et al.* (2008), in situazioni di stress acuto, il mantenimento di comportamenti disfunzionali, quali il fumo, può essere interpretato come una forma di "coping maladattivo".

Tale comportamento si accentua in presenza di fattori stressanti esterni, come difficoltà economiche o relazioni familiari problematiche.

Nel caso di Tiziana, il contesto familiare complicato, in particolare la dipendenza da sostanze del figlio e le fatiche economiche, possono rappresentare un ulteriore ostacolo alla motivazione personale.

La letteratura mostra che in molte famiglie colpite dalla dipendenza, l'attenzione è spesso rivolta all'altro "malato", portando alla trascuratezza della propria salute fisica e mentale (Meyer, Novak & Vlahov, 2017).

Il fumo, in questo quadro, si configura come uno strumento di coping, una situazione conosciuta e "gestibile" all'interno di una condizione di instabilità.

Secondo Moser *et al.* (2016), affrontare una malattia cronica e mettersi in lista per il trapianto comporta una ristrutturazione dell'identità personale.

Questo processo è vissuto con paura da molti pazienti, perché implica l'abbandono di un'identità "nota" per entrare in una condizione di incertezza.

In tal senso, la sigaretta diventa un ancoraggio simbolico alla vecchia identità e alla quotidianità pre-malattia.

La resistenza al cambiamento va quindi letta non solo in termini biologici o neurochimici, ma anche come un meccanismo psicologico, dove il timore di perdere il controllo della propria vita può superare anche la spinta alla sopravvivenza. Il conflitto tra il desiderio di guarigione e la paura dell'intervento si colloca all'interno di una dinamica difensiva complessa, in cui la dipendenza da nicotina diventa una protezione contro una trasformazione percepita come destabilizzante e minacciosa (Rabe, Wendenburg & Ziegenbein, 2011).

Affrontare questa resistenza richiede un approccio integrato e multiprofessionale, che tenga conto non solo degli aspetti medici e farmacologici della dipendenza, ma anche delle paure, delle relazioni familiari e delle sfide identitarie che ne condizionano il mantenimento.

## **Dinamiche psicologiche e difese inconsce nel percorso di Tiziana**

Tiziana porta con sé una storia segnata da perdite significative e da un senso di precarietà affettiva e identitaria, che sembrano aver avuto un impatto sul modo di rapportarsi alla vita e alla malattia.

La sua difficoltà nello smettere di fumare, nonostante le gravi conseguenze per la sua salute, può essere letta anche come l'esito di dinamiche inconsce di attaccamento e difesa (Fonagy *et al.*, 2002).

### *Il corpo come scena del conflitto psichico*

Sin dalla perdita del padre nel 1995, seguita dallo sviluppo di un'alopecia totale, il corpo di Tiziana sembra aver espresso un dolore che non ha trovato parole o contenitori affettivi adeguati.

Le sue esperienze di vita sono costellate da eventi traumatici che hanno richiesto rapidi adattamenti e difese rigide: la nascita del figlio, la separazione, la malattia della madre e, infine, la malattia.

Secondo la prospettiva psicosomatica, quando l'elaborazione emotiva viene bloccata, il corpo diventa la scena del conflitto psichico (Marty, 1990).

In questo senso, l'uso del corpo come veicolo di espressione del dolore può sostituire la parola quando il trauma non è simbolizzabile.

Secondo McDougall (1989), il corpo può diventare il teatro di rappresentazione di conflitti emotivi non mentalizzati, in particolare in personalità che tendono a "agire" piuttosto che "pensare" il proprio vissuto.

Tiziana potrebbe aver sviluppato un meccanismo difensivo di negazione o scissione, mantenendosi attiva e funzionale per non contattare il vuoto o il dolore interno.

Il "fare" diventa allora un modo per non sentire, e il fumo potrebbe svolgere la funzione di oggetto transizionale (Winnicott, 1953), un oggetto di conforto che le permette di contenere emozioni troppo intense.

Inoltre la vergogna per l'ossigeno, la perdita di autonomia e l'immobilità possono essere vissuti come minacce narcisi-

stiche, poiché mettono in crisi l'immagine di Tiziana come donna attiva, autosufficiente e capace.

Accettare la malattia equivarrebbe ad accettare una nuova immagine di sé, più fragile, dipendente e bisognosa di aiuto, con cui può essere difficile per lei identificarsi (Charmaz, 1983).

### *Il fumo come legame col passato*

Nonostante Tiziana sia consapevole delle implicazioni negative del continuare a fumare, la sua incapacità iniziale nell'interrompere tale comportamento suggerisce significati multipli e complessi. La sigaretta può rappresentare un *legame con il passato*, un rituale che garantisce continuità in un'esistenza segnata da rotture e trasformazioni (Khantzian, 1997); un *atto di autonomia*, una *forma di controllo su un corpo e una vita percepiti come sfuggenti*; un *autosabotaggio* connesso a sentimenti di colpa non elaborati (Freud, 1923).

L'ambivalenza rispetto alla rinuncia di tale comportamento può essere inoltre vista come una manifestazione di attaccamento disorganizzato, in cui ciò che è dannoso è anche fonte di sollievo, riproponendo dinamiche precoci di accudimento (Main & Solomon, 1990).

### *Il bisogno di attenzione e riconoscimento*

Il legame con il figlio, affetto da dipendenza da cocaina e senza un'occupazione stabile, appare un nucleo critico nella sua vita psichica.

La cura costante per gli altri – prima la madre, ora il figlio – può indicare una modalità relazionale basata sul sacrificio, dove il bisogno dell'altro prevale sempre su quello personale (Minuchin *et al.*, 1978).

Tiziana potrebbe sperimentare un conflitto tra il desiderio di essere accudita e il dovere di accudire. Il fumo, in questo caso, potrebbe rappresentare una forma silenziosa di autocompassione o di protesta non espressa, un bisogno non verbalizzato di attenzione e riconoscimento.

Inoltre il senso di colpa legato alla condizione del figlio ha intensificato un sentimento di fallimento personale mantenendo una forma depressiva che alimenta ulteriormente la dipendenza (Beck, 1967).

## **Conclusioni**

Il percorso terapeutico di Tiziana si è sviluppato nell'arco di oltre un anno e, sebbene persistano alcune aree di vulnerabilità, ha portato a dei cambiamenti significativi.

Gradualmente, ha acquisito una maggiore consapevolezza del suo funzionamento, riuscendo a tollerare il senso di perdita e la paura del cambiamento senza esserne sopraffatta (Fonagy *et al.*, 2002; McWilliams, 2011).

Anche la relazione con il figlio, un tempo fonte costante di ansia e colpa, ha assunto contorni più sani. Tiziana ha compreso che prendersi cura di sé non significa abbandonare l'altro, ma ridefinire i confini in modo più funzionale (Minuchin *et al.*, 1978).

In questo processo, ha imparato a gestire l'ansia in modo più maturo, evitando che il bisogno di controllo prenda il

sopravvento e riconoscendo che il benessere del figlio non può dipendere interamente da lei (Beck, 1967). Il figlio ha potuto chiedere aiuto al Servizio Dipendenze e sta facendo un suo percorso di cura. Uno degli obiettivi più impegnativi è stato smettere di fumare, un comportamento che per anni ha rappresentato un meccanismo difensivo della sofferenza psichica. La sigaretta ha rappresentato un meccanismo di regolazione affettiva, un contenitore immediato per stati emotivi insostenibili (Khantzian, 1997). Attraverso il lavoro terapeutico, Tiziana ha potuto riconoscere la funzione simbolica del fumo di conforto, ribellione, controllo e anestesia del dolore (Winnicott, 1953; McDougall, 1989). Parallelamente Tiziana ha ripreso contatto con parti vitali di sé: piccoli progetti creativi, momenti di leggerezza, relazioni più autentiche. Questi elementi indicano una riattivazione dell'energia e una maggiore possibilità di investimento su se stessa e sul presente (Blatt & Levy, 2003). Il cambiamento non è stato repentino né privo di cadute, ma ha generato una nuova narrativa identitaria, più complessa, autentica e integrata (Bruner, 1990). Tiziana ha imparato che il dolore può essere espresso, che la fragilità non equivale a fallimento e che convivere con la fatica non significa soccombervi. Ad oggi sono circa sei mesi che Tiziana non fuma ed è aumentata di peso. La buona riuscita di questo percorso terapeutico può essere attribuita all'approccio integrato adottato, che ha previsto colloqui di counseling medico, sedute di Acudetox (auricoloterapia), psicoterapia e un adeguamento farmacologico. Questa strategia multidisciplinare ha permesso infatti di tenere in considerazione le diverse caratteristiche e le differenze sfumature emotive della paziente, facilitando un processo di cura più efficace. L'adozione di un intervento integrato e sinergico tra le diverse discipline ha favorito infatti il percorso di guarigione poiché ha tenuto conto delle diverse fasi di adattamento di Tiziana alla terapia rispondendo ad esse in modo flessibile e puntuale.

## Riferimenti bibliografici

- Allen J.G., Fonagy P., Bateman A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing.
- Baumeister R.F., Dale K., Sommer K.L. (2005). Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: Reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation, and denial. *Journal of Personality*, 73(5): 1161-1200.
- Beck A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.
- Benowitz N.L. (2010). Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*, 362(24): 2295-2303.
- Blatt S.J., Levy K.N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1): 102-150.
- Bruner J. (1990). *Acts of meaning*. Harvard University Press.
- Charmaz K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2): 168-195.
- Dijkstra A., Brosschot J.F., Kroone H. (2008). Coping with preoperative anxiety: The role of perceived control, coping strategies, and anxiety. *Psychology and Health*, 23(6): 787-799.
- Festinger L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Fiore M.C., Jaén C.R., Baker T.B. et al. (2012). *Treating tobacco use and dependence: 2008 update. Clinical Practice Guideline*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Freud S. (1923). *Il disagio della civiltà*. Opere Complete.
- George P.M., Wells A.U., Jenkins R.G. (2006). Pulmonary transplant outcomes and smoking. *European Respiratory Journal*, 28(1): 144-145.
- Gordon E.J., Daugherty C.K. (2010). "Can we say no?" The ethics of refusing to place patients on the organ transplant waiting list. *The American Journal of Bioethics*, 10(3): 1-10.
- ISHLT (2021). *International Society for Heart and Lung Transplantation: Candidate Selection Guidelines*.
- Khantzian E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5): 231-244.
- Main M., Solomon J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In: Greenberg, Cicchetti, Cummings (Eds.). *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). University of Chicago Press.
- Marty P. (1990). *L'ordre psychosomatique*. Presses Universitaires de France.
- McDougall J. (1989). *Theaters of the mind: Illusion and truth on the psychoanalytic stage*. Brunner/Mazel.
- McEwen A., West R., McRobbie H. (2008). Motivational interviewing in smoking cessation. *BMJ*, 337, a639.
- McWilliams N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.
- Meyer J.P., Novak S.P., Vlahov D. (2017). Family support and treatment outcomes for women with co-occurring substance use and mental health disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 79: 12-20.
- Meyers B.F., Patterson G.A., Cooper J.D. (2003). Lung transplantation: Indications and contraindications. *Chest Surgery Clinics of North America*, 13(1): 1-20.
- Minuchin S., Rosman B.L., Baker L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Moser D.K., Riegel B., McKinley S., Doering L.V., Meischke H., Pelter M.M., Davidson P. (2016). The impact of anxiety and depression on adherence to treatment regimens in patients with chronic heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(6): 529-537.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3): 390-395.
- Rabe S., Wendenburg G., Ziegenbein M. (2011). Psychological distress and coping in patients awaiting lung transplantation: A comparison of candidates with cystic fibrosis and COPD. *Transplantation Proceedings*, 43(2): 535-538.
- Shiffman S., Dunbar M.S., Kirchner T.R., Li X., Tindle H., Scholl S. (2007). Smokers' use of smoking cessation interventions in real-world settings. *Addiction*, 103(8): 1371-1382.
- U.S. Department of Health and Human Services (2014). *The health consequences of smoking: 50 years of progress. A report of the Surgeon General*.
- West R. (2006). *Theory of addiction*. Blackwell Publishing.
- West R., Shiffman S. (2016). Smoking cessation. In: D.J. Nutt, L.A. Verbeke, C.R. Lader (Eds.). *Handbook of clinical psychopharmacology* (pp. 195-212). CRC Press.
- Winnicott D.W. (1953). Transitional objects and transitional phenomena: A study of the first not-me possession. *International Journal of Psychoanalysis*, 34: 89-97.
- World Health Organization (WHO) (2023). *WHO report on the global tobacco epidemic*.