



تأثیر هیپنوتراپی بر تکانشگری، سبک‌های مقابله و علائم اعتیاد معتادان

کوروش بوسعیدی: گروه روان‌شناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران
علی‌رضا رجایی: دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران (✉ نویسنده مسئول) rajaei.46@yahoo.com
محمدحسین بیاضی: استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

هیپنوتراپی،
تکانشگری،
سبک‌های مقابله،
علائم اعتیاد،
معتادان

زمینه و هدف: اعتیاد یکی از چهار بحران جهان در کنار، تخریب محیط زیست، فقر و قحطی، جنگ و خونریزی و ظهور بیماری‌های نوپدید، سلامت جوامع بشری را تهدید می‌نماید، اهمیت اعتیاد در ایران به جهت، بالاترین شیوع در جهان با ۲/۸ درصد می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف تاثیر هیپنوتراپی بر تکانشگری، سبک‌های مقابله و علائم اعتیاد معتادان انجام گرفت.

روش کار: این پژوهش نیمه‌تجربی بر روی ۴۶ نفر با میانگین سن ۲۹/۳۸ سال با انحراف معیار ۳/۳۸ در گروه هیپنوتراپی و در گروه کنترل ۳۰/۷۷ سال با انحراف معیار ۴/۴۵ از مراجعین به کمپ کلبه رهایی بندرانزلی، با اختلال مصرف اویپود، از آبان تا بهمن سال ۱۳۹۸ انجام شد. تکمیل‌کنندگان پرسش‌نامه با روش در دسترس انتخاب و به صورت انتساب تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند، ابزار گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه‌های تکانشگری بارات، نیمرخ اعتیاد مادزلی و سبک‌های مقابله‌ای (WOCQ) لازاروس و فولکمن، با روایی و پایایی بالا، قبل و بعد از درمان تکمیل شدند. گروه آزمایش ۴ ماه در ۸ جلسه ۲ ساعته تحت درمان هیپنوتراپی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که هیپنوتراپی باعث کاهش تکانشگری، سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور و علائم اعتیاد و افزایش سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌محور معتادان گردید.

نتیجه‌گیری: از روش درمانی هیپنوتراپی به عنوان یک ابزار قدرتمند برای جهت‌دهی قابلیت‌های ذاتی، تصویرسازی، تخیل، توجه، القاهای هیپنوتیزمی و تلقین‌های غیرارادی، می‌توان برای افزایش سطح سلامت روان افراد معتاد استفاده نمود.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:

Boosaeidi K, Rajaei AR, Bayazi MH. The effect of hypnotherapy treatment on impulsivity, coping styles and addiction symptoms of addicts. Razi J Med Sci. 2021;28(3):195-209.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با 3.0 CC BY-NC-SA صورت گرفته است.



Original Article

The effect of hypnotherapy treatment on impulsivity, coping styles and addiction symptoms of addicts

Kurosh Boosaeidi: Department of Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

Ali Reza Rajaei: Associate Professor, Department of Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran (* Corresponding author) rajaei.46@yahoo.com

Mohammad Hosien Bayazi: Assistant Professor, Department of Psychology, Torbat Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran

Abstract

Background & Aims: Addiction is one of the four world crises, along with environmental degradation, poverty and famine, war and bloodshed, and the emergence of emerging diseases, threatening the health of human societies. Drug addiction is a neuropsychiatric disorder that is associated with unpleasant habits and a strong desire to consume among its users and has caused many sufferings and calamities for many years by causing health problems for its abusers. Many people, due to the unpleasant side effects of addictive substances, its unwanted dangers, as well as the legal problems that these substances cause them over time, insist on using these substances and suffer from physical and psychological consequences by repeating their consumption pattern. Substance abuse disorder can lead to many substance abuse patients with psychological disorders such as stress, anxiety and depression. Nervous aggression, severe mood swings, high irritability, manic, suspicious and risky behaviors, high-risk behaviors such as aggression to oneself and others, are some of the psychological effects of addiction that occur over time. In this disease, the importance of psychological therapies and coping methods (prevention) are considered as basic principles. The importance of addiction in Iran is the highest prevalence in the world with 2.8%. The aim of this study was to evaluate the effect of hypnotherapy on impulsivity, coping styles and addiction symptoms of addicts.

Methods: This quasi-experimental study was performed on 36 patients with a mean age of 29.38 years with a standard deviation of 3.38 in the hypnotherapy group and in a control group of 30.77 years with a standard deviation of 4.45 from clients referred to the Bandar Anzali Liberation Cottage Camp, with opioid use disorder in Aban to Bahman 1398. Questionnaire compilers were selected by available methods and randomly assigned to experimental and control groups. The present study was a quasi-experimental study with a pretest and posttest design with a control group. Experimental method is a set of research methods that is used to find cause and effect relationships between two or more variables. The statistical population in this study is all patients referred to the short-term and medium-term residential center (camp) of Bandar Anzali Liberation Cottage in 1398 who have opioid use disorder conditions. Second, they were eligible through a clinical interview based on DSM-5 criteria. Sampling method is available. In this way, among the clients to the short-term and medium-term accommodation center (camp) of Anzali Port Liberation Cottage, a questionnaire was provided to those who were eligible to participate in the research. And then in the second stage for sample selection, among those who received a high score in the questionnaire, 36

Keywords

Hypnotherapy,
Impulsivity,
Coping Styles,
Addiction Symptoms,
Addicts

Received: 01/03/2021

Published: 09/06/2021

people (in a pilot study, a sample size of at least 15 people in each group is recommended. The group was considered) randomly assigned to two groups of 18 people (one experimental group and one control group). The experimental group underwent hypnotherapy for 8 two-hour sessions and the control group was placed on a waiting list. At the end of the intervention, the groups were retested. The method of data collection in the form of clinical interviews and questionnaires was as follows: Data collection tools, Barat Impulsivity questionnaire, Madsley addiction profile and Lazarus and Folkman coping styles (WOCQ) were completed with high validity and reliability before and after treatment. The experimental group underwent hypnotherapy in 8 sessions of 2 hours for 4 months.

Results: The results showed that hypnotherapy reduced impulsivity, emotion-focused coping style and addiction symptoms, and increased problem-oriented coping style of addicts.

Conclusion: The concept of hypnosis is reminiscent of the innumerable perceptions of non-specialist clinicians. Even the term hypnosis can be misleading because it is derived from the Greek root hypnos meaning sleep. In fact, hypnosis is not a dream, but rather a complex process that requires conscious concentration and attention. Hypnosis is a powerful tool for directing the innate abilities of imagery, imagination and attention. Many believe that the ballinger transmits hypnotic trance to the patient, or that the ballinger has the power to penetrate the patient. In fact, it is the patient who is prone to hypnosis, and the key role is to assess the patient's ability to exploit this strength and help the patient to discover and use it effectively. Patient motivation, personality style, and biological aptitude may play a role. During hypnotic trance, focused attention and visualization are enhanced and at the same time environmental awareness is reduced. This ecstasy can be induced by a hypnotist through a coded method of induction, but ecstasy can also occur spontaneously. Hypnosis and spontaneous trance are traits that vary from person to person, but remain relatively constant throughout one's life cycle. Hypnotherapy can be used as a powerful tool to orient innate abilities, imagery, imagination, attention, hypnotic inductions and involuntary indoctrination to increase the mental health of addicts.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Boosaeidi K, Rajaei AR, Bayazi MH. The effect of hypnotherapy treatment on impulsivity, coping styles and addiction symptoms of addicts. *Razi J Med Sci.* 2021;28(3):195-209.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

مقدمه

(۸).

سالیان متمادی است که بشر به شیوه‌های مختلف مواد مخدر را به امر کاستن از آلام خویش و یا تغییر دادن حالات هشیاری خود مورد استفاده قرار داده است (۹). در واقع امروزه وابستگی به مواد مخدر و سوء مصرف آن به صورت یک معضل شخصی، اجتماعی و بهداشتی در آمده است که در کشورهای مختلف منابع انسانی و سرمایه‌های ملی را به شدت مورد تهدید قرار می‌دهد (۱۰). بر اساس پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) (Diagnostic and statistical manual of mental disorder-5th edition)، مهم‌ترین ویژگی وابستگی به مواد مجموعه‌ای از نشانه‌های شناختی، رفتاری و روان‌شناختی است که شخص با وجود داشتن مشکلات قابل توجه در رابطه با مصرف مواد، به مصرف آن ادامه می‌دهد.

اعتیاد بیماری پیچیده‌ای است که با ویژگی‌هایی همچون رفتارهای اجباری، وسوسه‌های مقاوم‌ناپذیر، رفتارهای جستجوگرانه مواد و مصرف مداوم آن حتی در شرایطی که پیامدهای منفی بسیاری برای فرد به همراه دارد، مشخص می‌شود. تداوم مواد در طی زمان و تاثیرات سمی طولانی‌مدت مصرف آن بر عملکرد مغز، منجر به دامنه وسیعی از بدکارکردی‌های رفتاری، روان‌شناختی، اجتماعی و فیزیولوژیکی شده که مانع از انجام رفتار و عملکرد طبیعی معنادان در خانواده، محیط کاری و در سطحی وسیع‌تر در جامعه می‌شود (۱۱).

به عقیده برخی از پژوهش‌گران برخی از ویژگی‌ها که در معنادان مشاهده شده است وابستگی توام با پرخاشگری به دیگران، عدم رشد عاطفی و دوسوگرایی نسبت به افرادی که، در زندگی شخص دارای نقش هستند، پایین بودن آستانه تحمل شکست، احساس گناه، آشفتگی نقش جنسی می‌باشند (۱۲).

از مکانیزم‌های شناخته شده که بر گرایش افراد به مصرف مواد مخدر و وابستگی به آن تأثیر می‌گذارد تکانشگری (Impulsivity) است. تکانشگری به صورت فقدان توانایی در به تأخیر انداختن کامرواسازی تعریف شده است. تکانشگری بر حسب نظر به توان مبادرت آنی به عمل، عدم تمرکز بر فعالیت در دست اقدام و

امروزه کمتر کشوری در دنیا وجود دارد که مهم‌ترین و یکی از عمده‌ترین مشکلاتش، مسئله مواد مخدر و اعتیاد نباشد. سازمان بهداشت جهانی مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی انباشت سلاح کشتار جمعی، آلودگی محیط زیست، فقر و شکاف طبقاتی از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش قرار می‌دهد (۱). بر اساس آخرین گزارش منتشر شده از سوی دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان آمار مصرف‌کنندگان مواد مخدر حدود ۲۵۵ میلیون نفر تخمین زده شده که در سنین ۱۵ تا ۶۴ ساله قرار دارند. همچنین بر اساس گزارش مرکز مطالعات سنجش میزان تحمل بیماری در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۷ میلیون سال زندگی سالم از افراد مصرف‌کننده مواد مخدر به علت اختلالات جسمی و روانی به هدر رفته است (۲).

اعتیاد به مواد یک اختلال عصبی - روان‌پزشکی است که با عادت‌های ناخوشایند و میل شدید به مصرف در بین مصرف‌کنندگان آن همراه بوده و طی سالیان طولانی با بوجود آمدن مشکلات بهداشتی برای سوء مصرف‌کنندگان آن باعث بوجود آمدن رنج‌ها و مصیبت‌های زیادی گردیده است (۳،۴). بسیاری از افراد با توجه به عوارض ناخوشایند مواد اعتیادآور، خطرات ناخواسته آن و همچنین مشکلات قانونی که این مواد به مرور زمان برای آن‌ها به وجود می‌آورد، اصرار به مصرف این مواد دارند و با تکرار الگوی مصرف آن‌ها دچار عوارض جسمانی و روان‌شناختی می‌گردند (۵). اختلال سوء مصرف مواد می‌تواند بسیاری از بیماران وابسته به مواد را به اختلالات روان‌شناختی از جمله استرس، اضطراب و افسردگی مبتلا گرداند (۶). پرخاشگری عصبی، نوسانات شدید خلقی، تحریک‌پذیری بالا، رفتارهای مانیک‌گونه، مشکوک و مخاطره‌آمیز، رفتارهای پرخطر از جمله پرخاشگری به خود و اطرافیان، برخی از عوارض‌های روان‌شناختی اعتیاد می‌باشد که در فرد مصرف‌کننده مواد به مرور زمان رخ می‌دهد (۷). در این بیماری اهمیت درمان‌ها روان‌شناختی و روش‌های مقابله‌ای (پیشگیری) از اصول اساسی به حساب می‌آید

آرامش، احساس لذت‌بخشی، احساس خوب‌بودن و فعال کردن دستگاه عصبی پاراسمیپاتیک توانایی کمک به درمان اعتیاد دارند و بررسی‌ها نشان‌دهنده‌ی اثربخشی آرامش عضلانی در کنترل برخی عوارض ترک از جمله بی‌خوابی بوده‌اند (۲۰).

هیپنوتیزم شرایط تمرکز پیشرفته‌ای است که در آن فرد به یک محرک خاص تمرکز می‌نماید و توجه‌ای به محرک‌های دیگر چون محرک‌های محیطی یا تنی ندارد (۲۱). درمانگران می‌توانند از هیپنوتراپی به خوبی در آشکار نمودن تعارضات بیمار که موجب بروز اختلالات نوروتیک شده است، استفاده نمایند. بنابراین اضطراب‌ها، وسواس‌ها، علائم جسمانی یا علل روانی همگی ریشه در این تعارضات دارند. به گونه‌ای که علل اصلی و ریشه‌ای گذشته فراموش شده و علائم بیماری ظاهر گردیده‌اند (۲۲، ۲۳) در پژوهشی نشان دادند که آموزش هیپنوتراپی در پیشگیری از عود، کاهش تکانشگری و ولع مصرف مواد موثر بوده است و آموزش هیپنوتراپی را می‌توان به عنوان درمان جایگزین در کنار سایر مداخلات روان‌شناختی در درمان وابستگی به مواد محرک مورد استفاده قرار داد. هیپنوتیزم یک رابطه مثبت و مشترک بین هیپنوتیزم‌کننده و مراجع می‌باشد و تنها از طریق رضایت فرد این فرآیند روی می‌دهد. هیپنوتیزم نوعی تعامل ذهن و بدن با تمرکز ویژه است و یک مرحله کلیدی است که می‌تواند سلامت و اجتناب از مصرف مواد را تقویت کند. اگرچه مکانیزم تغییر رفتار از جمله تکانشگری در هیپنوتراپی به دقت مشخص نشده است، با این حال ممکن است که هیپنوتراپی با افزایش خوداعتمادی و انگیزه فرد در کاهش تکانشگری موثر باشد. در این روش فرد با کاوش ناهشیار و ورود به حالت خلسه آماده دریافت تلقین‌های مربوط به کنترل رفتارها می‌شود. همچنین در فرآیند هیپنوتراپی با استفاده از تلقین‌های مثبت و آرام‌سازی مراجعین به آنان کمک می‌شود تا با افزایش تمرکز و توجه و تنظیم شناختی، مقابله با وسوسه و مقابله با میل به مصرف تکانشی مواد را یاد بگیرند و این حالت را بعد از هیپنوتیزم عملی کنند. تلقین‌های ارائه‌شده در طول هیپنوتیزم منجر به تمرکز در فرد شده و این کار منجر به افزایش تنظیم شناختی هیجانی، خودانگیزی و اعتماد به نفس در فرد می‌شود.

فقدان برنامه‌ریزی و تفکر و همچنین به عنوان پیش‌آمدگی و بخشی از یک الگوی رفتاری و نه یک اقدام منفرد تعریف شده است (۱۳). تکانشگری از زندگی در زمان حال و توجه کمتر به آینده، عدم برنامه‌ریزی در زندگی، دشواری در انجام امور و ناتمام رهاکردن آن‌ها، ایجاد دردسر برای خود و دیگران و پرخاش به دیگران مشخص می‌شود. گرچه بعضی از جنبه‌های تکانشگری انطباقی و کارکردی در نظر گرفته شده است، اما معمولاً به صفت کژکاری اشاره دارد که با اعمال جنایی و یا خشم‌گینانه و آسیب اجتماعی به فرد مرتبط است. تکانشگری همچنین با اختلالات سوءمصرف مواد رابطه دارد. پژوهش‌های اخیر یک مسیر ژنتیک به سمت صفت تکانشگری پیشنهاد کرده‌اند که به عنوان عامل خطری برای ظهور بعدی اختلالات مصرف مواد عمل می‌کند (۱۴). اقدامات تکانشی معمولاً پیامدهای ناگواری را بدنبال دارد. تکانشگری عامل محوری در بروز رفتارهای خودکشی، سوء مصرف مواد مخدر، پرخاشگری، اختلالات شخصیتی، مشکلات نارسایی توجه و رفتارهای مجرمانه در نظر گرفته شده است (۱۵).

سبک‌های مقابله‌ای (Coping style)، به عنوان یک فرآیند روان‌شناختی، به مجموع کوشش‌های شناختی و رفتاری فرد برای غلبه بر شرایط استرس‌زا گفته می‌شود، که شامل تلاش برای اداره و تنظیم تقاضاهای محیطی، درونی و کشمکش میان آن‌هاست (۱۶). در سبک مقابله مسئله‌مدار (Problem Solving Coping Styles) فرد بر عامل فشارآور متمرکز می‌شود و سعی می‌کند اقدامات سازنده‌ای در راستای تغییر شرایط فشارآور یا حذف آن انجام دهد، اما در سبک مقابله‌ی هیجان‌مدار (Emotional Coping Styles)، فرد سعی می‌کند، پیامدهای هیجانی واقعی فشارآور را مهار کند. کارکرد اولیه‌ی مقابله‌ی هیجان‌مدار، تنظیم و مهار هیجانی عامل فشارآور است تا تعادل هیجانی فرد حفظ شود اما در سبک مقابله‌ی مسئله‌مدار، فرد بر مسأله تمرکز می‌کند و سعی در حل آن دارد (۱۷، ۱۸).

هیپنوتراپی (Hypnotherapy) و آموزش خودهیپنوتیزم یکی از روش‌هایی است که توانایی کنترل علائم پس از ترک از جمله اضطراب و بی‌خوابی را دارد (۱۹). روش‌های آرامش‌زایی به دلیل ایجاد

تصویرسازی، تخیل و توجه است. بسیاری به این افسانه باور دارند که بالینگر خلسه هیپنوتیک را به بیمار منتقل می‌کند و یا بالینگر قدرت نفوذ در بیمار را دارد. در واقع این بیمار است که استعداد هیپنوز شدن را دارد و نقش بالینگر ارزیابی قابلیت بیمار برای بهره‌برداری از این نقطه قوت و کمک به بیمار برای کشف و کاربرد مؤثر آن است. انگیزه بیمار، سبک شخصیتی وی و استعداد زیستی وی ممکن است نقش داشته باشد. در خلال خلسه هیپنوتیزی توجه کانونی و تجسم تقویت شده و به طور همزمان آگاهی محیطی کاهش می‌یابد. این خلسه را متخصص هیپنوتیزم می‌تواند از طریق شیوه مدون القا ایجاد کند، اما خلسه می‌تواند بطور خودبخودی هم روی دهد. قابلیت هیپنوتیزم و بروز حالات خلسه خودبخودی صفتی است که در افراد مختلف متفاوت است، اما در طول چرخه حیات هر کس نسبتاً ثابت باقی می‌ماند (۲۹).

- مدل شناختی - رفتاری: هیپنوتیزم اغلب به عنوان حالت دگرگون‌شده هشیاری تعریف می‌شود، که از نظر کیفی با حالت عادی هوشیاری متفاوت است. از این به عنوان دیدگاه حالت‌نگر (State-view) هیپنوتیزم یاد می‌شود. دیدگاه حالت‌نگر بر ناپوستگی حالت هیپنوتیزی از حالت غیرهیپنوتیزی تأکید می‌کند و اولی را واجد فرآیندهای شناختی منحصر به فردی می‌داند. همچنین پدیده‌های هیپنوتیزی را اساساً غیرارادی و ناخواسته می‌بیند. در عین حال، دیدگاه پرترفدار دیگری اظهار می‌دارد رفتار هیپنوتیزی توسط متغیرهای انگیزشی و انتظارآفرینی تعیین می‌شود که بر رفتارهای غیرهیپنوتیزی نیز حاکم‌اند، که به عنوان دیدگاه غیرحالت‌نگر شناخته شده است. نیکولاس اسپانوز (Nicolas Spanos) (۱۹۹۶) یکی از مروجین اصلی این دیدگاه است و شرایط هیپنوتیزی را مشتمل بر دو مولفه می‌بیند. نخست، هیپنوتیزم عبارت است از شرایطی که در آن از القاهای استاندارد هیپنوتیزی و تلقین‌های غیرارادی مربوط به هیپنوتیزم استفاده می‌شود. دوم، تلقین‌ها که تجربیات رفتاری با پدیده‌های درونی را در فرد ایجاد می‌کند که معمولاً غیرارادی هستند. استدلال اسپانوز این است که این شرایط، هیپنوتیزی تجربه می‌شوند، زیرا به عنوان هیپنوتیزم تعریف شده‌اند. افراد هیپنوتیزم را چنان

بنابراین در فرآیند هیپنوتراپی با افزایش تمرکز، آرامش ذهنی، تنظیم شناختی و عاطفی زمینه لازم برای مدیریت تکانه‌ها فراهم می‌شود (۲۳).

با وجود اثربخشی درمان هیپنوتراپی در کاهش علائم و بیماری مختلف (۲۴، ۲۵)؛ عده‌ای استفاده از هیپنوتیزم برای رفع مقاومت را فریب‌دادن و کنترل مراجعان تلقی می‌کنند (۲۶)؛ و از طرف دیگر در مورد کاربردهای بالینی هیپنوتیزم نوعی تناقض مشاهده می‌شود؛ با اینکه هیپنوتیزم در درمان دردهای بالینی مؤثر هستند اما برای درمان برخی از عادت‌های بد مانند سیگار کشیدن، مصرف نوشابه‌های الکلی و اعتیاد به مواد مخدر کارایی چندانی ندارد (۲۷)؛ از این رو نیاز به بررسی رویکردهای درمانی دیگر بیش از پیش احساس می‌شود.

با توجه به اهمیت پیشگیری از اعتیاد و نقش متغیرهایی نظیر تکانشگری و سبک‌های مقابله‌ای به عنوان عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی و پیش‌بینی کننده‌های قوی موفقیت و شکست در درمان، ضروری به نظر می‌رسد به منظور اصلاح این متغیرها از روش‌های درمانی کارآمدتر استفاده شود. همچنین با توجه به هزینه‌های گزافی که جهت پیشگیری و درمان اعتیاد در حوزه‌های مختلف جسمی، روانی و اجتماعی صرف می‌شود، دستیابی به روش‌های درمانی جدید که در کاهش و درمان مصرف مواد تأثیرگذار باشد حائز اهمیت فراوانی است.

از آن جا که برخی از افراد به دلیل سیستم مصونیت و دفاع روانی پایین در برابر مشکلات عصبی و روانی به اعتیاد روی می‌آورند از این رو یکی از روش‌هایی که می‌توان سیستم ایمنی و مصون‌سازی افراد را تقویت کرد هیپنوتیزم است. هیپنوتراپی می‌تواند با استفاده از تکنیک‌های تلقینی در درمان بیماری‌های عصبی و روانی بویژه در درمان اعتیاد مؤثر باشد (۲۸).

مفهوم هیپنوتیزم یادآور ادراکات بی‌شمار بالینگران غیرمتخصص است. حتی اصطلاح هیپنوز می‌تواند گمراه‌کننده باشد زیرا از ریشه یونانی hypnos به معنای خواب گرفته شده است. در واقع هیپنوتیزم خواب نیست و بیشتر فرآیندی پیچیده است که مستلزم تمرکز هوشیار و توجه دریافتی است. هیپنوتیزم وسیله قدرتمندی برای جهت‌دهی قابلیت‌های ذاتی

هیپنوتیزم مقایسه کرده بودند، دریافتند بهبود مراجعانی که CBT با هیپنوتیزم دریافت کرده بودند ۷۰ درصد بیشتر از مراجعانی بود که فقط CBT دریافت کرده‌اند (۳۰).

هیپنوتراپی شناختی - رفتاری شامل چند تکنیک اساسی است که می‌توان از آن‌ها برای انواع مشکلات استفاده کرد. اولی آرمیدگی است؛ این تکنیک را می‌توان به عنوان یکی از مهارت‌های کنارآمدن آموزش داد که در کاهش استرس و اضطراب سودمند است و می‌تواند آغازگر تکنیک‌های القای هیپنوتیزم باشد که با القای آرامش، آسودگی و رهایی از تیدگی عضلات دنبال می‌شود. دوم، اغلب از تصویرسازی هدایت‌شده استفاده می‌شود. سوم، می‌توان از بازسازی شناختی استفاده کرد. چهارم، می‌توان از نزدیک‌سازی پیشرونده استفاده کرد. پنجم، می‌توان مهارت‌های هیپنوتیزمی را آموزش داد (۳۵).

پژوهش‌های مختلف نشان داده است که هیپنوتراپی در پیشگیری از عود، کاهش تکانشگری و ولع مصرف مواد محرک در شهر اردبیل (۲۳)؛ هیپنوتراپی شناختی به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی و نیمه‌اقامتی ترک اعتیاد در شهر یاسوج (۳۶)؛ هیپنوتراپی در کاهش خلق منفی (۲۴)؛ هیپنوتراپی بر تکانشگری (۳۷)؛ هیپنوتراپی و راهبردهای مقابله‌ای در موارد سوء مصرف مواد برای کاهش شدت نشانه‌های معتادین (۳۸)؛ اثربخشی هیپنوتراپی و درمان مدیریت استرس بر سلامت عمومی افراد وابسته به دارو و کاهش علائم و نشانه (۳۹)؛ موثر می‌باشد. تکانشگری یکی از وجه مشخصه‌های انواع اعتیاد می‌باشد. مطالعات متعددی در مورد ارتباط تکانشگری و اختلال سوء مصرف مواد انجام گرفته که نشان می‌دهند رفتارهای تکانشی هم به عنوان یکی از عوامل مستعدکننده و تداوم‌دهنده‌ی این اختلال در نظر گرفته شده است و هم گاهی تعیین‌کننده نوع مواد مصرفی معتادان می‌باشد مثل گرایش به مصرف مواد محرک (۴۰). لذا با توجه اهمیت اعتیاد و تأثیر مخرب آن بر جامعه، پژوهش حاضر با هدف تأثیر هیپنوتراپی بر تکانشگری، سبک‌های مقابله و علائم اعتیاد معتادان انجام گرفت.

تجربه می‌کنند که انتظار دارند تجربه‌اش کنند (۳۰)، مدل شناختی - رفتاری به وضوح جهت‌گیری غیرحالت‌نگر دارد (۳۱). با این وجود، فرض ناآشکاری در هیپنوتراپی شناختی - رفتاری وجود دارد که پدیده‌های هیپنوتیزمی بطور عمده ماهیتی ارادی دارند، حتی اگر همیشه چنین واضح نباشد (۳۲).

کیرچ و لین (۳۳) سه نظریه اجتماعی - شناختی احتمالی برای این تجربه غیراختیاری تصور کرده‌اند. بر اساس اولین نظریه، ادراک‌های غیر اختیاری، اسنادهای نادرستی هستند که بر اثر هماهنگ‌شدن رفتار مشاهده‌شده با نتیجه مورد انتظار به وجود می‌آیند. نظریه دوم می‌گوید که رفتار هیپنوتیزمی به صورت خودکار فراخوانده شده است، زیرا کل رفتار به صورت خودکار فراخوانده شده است. سومین مدل می‌گوید که تجربه‌های دگرگون‌شده قبلی باعث می‌شود پدیده‌های هیپنوتیزمی شدیدتر تجربه شوند. آن‌ها اظهار می‌کنند که پاسخ‌دادن به تلقین‌ها مستلزم بکارگیری منابع توجه است و هنگامی که شرکت‌کننده‌ها درگیر تکلیف اضافی یا رقابتی می‌شوند، پاسخگویی به تلقین‌ها کاهش می‌یابد. در این مدل‌ها، پدیده‌های اجتماعی - شناختی، مانند انتظار، توجه متمرکز، رغبت برای درگیرشدن در تجربه و تعریف و تایید اجتماعی، متغیرهای با اهمیتی هستند (۳۲).

هیپنوتراپی شناختی - رفتاری فرض می‌کنند که علت بیشتر آشفتگی‌های روان‌شناختی اشکال منفی خودهیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی بی‌آن‌که، نقد شوند و حتی بدون آگاهی هشیار، پذیرفته می‌شوند (۳۴). برای مثال، ممکن است فردی تصاویر ذهنی یا افکار تکراری پیرامون اشتباه‌کردن در انجام ماموریت مهمی در محل کار یا فراموش کردن ملاقات مهم داشته باشد، اما به سختی از حضور نافذشان آگاه باشد. برای علاج این افکار نخست باید مراجع را از حضور و نفوذ آن‌ها آگاه کرد و بعد به آن‌ها آموزش داد تا به کمک بازسازی شناختی هیپنوتیزمی خودگویی‌های مثبت‌تر و سازگارانه‌تری بسازند (۳۲).

هیپنوتراپی شناختی - رفتاری در کل شبیه درمان شناختی - رفتاری است. و در مقایسه با آن اثر درمانی موثرتری در حد ۰/۸۷ دارد (۳۱). در یک فراتحلیل از هجده تحقیق که درمان شناختی - رفتاری را با و بدون

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی (Semi Experimental) با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. روش آزمایشی یکی از مجموعه روش‌های پژوهشی است که به منظور پیدا کردن روابط علت و معلولی بین دو یا چند متغیر به کار برده می‌شود (۴۱). جامعه آماری در این پژوهش، عبارت است از کلیه مراجعین به مرکز اقامتی کوتاه مدت و میان مدت (کمپ) کلبه رهایی بندر انزلی در سال ۱۳۹۸ که دارای شرایط اختلال مصرف اویپود بوده و اولاً آگاهانه و داوطلبانه هر کدام اقرار به مصرف خانواده اویپود نموده و ثانیاً دارای شرایط از طریق مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-5 بوده‌اند. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس است. به این صورت که، از بین مراجعان به مرکز اقامتی کوتاه مدت و میان مدت (کمپ) کلبه رهایی بندر انزلی پرسش‌نامه در اختیار افرادی که دارای شرایط برای شرکت در پژوهش بودند قرار گرفت. و سپس در مرحله دوم برای انتخاب نمونه، از بین آن‌هایی که نمره بالایی در پرسش‌نامه بدست‌آوردند ۳۶ نفر (در پژوهش‌های از نوع آزمایشی حجم نمونه حداقل ۱۵ نفر در هر گروه توصیه می‌شود (۴۲) که در این پژوهش برای افزایش اعتبار ۱۸ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد) به صورت انتساب تصادفی در دو گروه ۱۸ نفره (یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل) گمارده شدند. گروه آزمایش تحت درمان هیپنوتراپی طی ۸ جلسه دو ساعته قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. بعد از پایان مداخله از گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد.

روش گردآوری اطلاعات به صورت مصاحبه بالینی و پرسش‌نامه‌ها به شرح زیر بوده است:

مصاحبه بالینی: نوعی مصاحبه تشخیصی که در آن درمان‌گر سوالاتی را طراحی کردند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این پژوهش به منظور تشخیص

اختلالات اعتیادی، بر اساس معیارهای DSM-5 مصاحبه تشخیصی ساخت‌یافته توسط پژوهش‌گر انجام شد.

پرسش‌نامه تکانشگری: مقیاس تکانشگری بارات دارای ۳۰ پرسش می‌باشد، که سه عامل تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی را ارزیابی می‌کند، پرسش‌ها به صورت چهارگزینه‌ای (هرگز = ۱ و همیشه = ۴) تدوین شده‌اند و بالاترین نمره‌ی آن که از جمع سه عامل بدست می‌آید برابر با ۱۲۰ است (۴۳).

در مطالعه فساتی، سگلی، آکوارینی (Fossati, Di Ceglie & Acquarini) و بارات (۴۴) روی ۷۶۳ دانشجوی دوره کارشناسی، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی با فاصله دو ماه ۰/۸۹ بدست آمد. اختیاری، صفایی، اسماعیلی‌جاوید، عاطف‌وحید، عدالتی و مکرمی (۴۵)، روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی مقیاس بارات، در تعیین رفتارهای مخاطره‌جویانه و تکانشگری را محاسبه کردند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس بارات، ۰/۸۳ بود. آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۸۷ بود.

نیمرخ اعتیاد مادزلی: این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۸ در موسسه مادزلی، برای ارزیابی پیامدهای درمان سوء مصرف مواد، رفتارهای پرخطر، سلامت جسمانی، سلامت روانی بیمار و عملکرد فردی و اجتماعی بیماران (معتادان) در انگلستان ساخته شد. روایی و اعتبار آن در نمونه‌های جمعیت اروپایی مورد تایید قرار گرفته است (۴۶). نتایج بازآزمایی حکایت از اعتبار پرسش‌نامه داشته است. ضریب آن ۰/۹۶ برای ۸ نوع ماده مصرفی و ۰/۷۷ برای رفتارهای پرخطر، علائم جسمانی و روانی و عملکرد فردی و اجتماعی گزارش شد.

پرسش‌نامه‌ی سبک‌های مقابله‌ای (WOCQ): این پرسش‌نامه ۶۶ سوالی است که توسط لازاروس و فولکمن (۴۷) و بر اساس یک نظریه شناختی

جدول ۱- خرده مقیاس‌های پرسش‌نامه تکانشگری

سوال‌ات	خرده مقیاس‌ها
۲۸-۲۶-۲۴-۲۰-۱۱-۹-۶-۵	تکانشگری شناختی
۳۰-۲۵-۲۳-۲۲-۲۱-۱۹-۱۷-۱۶-۴-۳-۲	تکانشگری حرکتی
۲۹-۲۷-۱۸-۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۰-۸-۷-۱	تکانشگری بی‌برنامه‌گی

جدول ۲- محتوای جلسات درمانی هیپنوتراپی با رویکرد شناختی - رفتاری

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و مقدمه، معرفی درمانگر و هدف درمان هیپنوتراپی و تعداد جلسات آن، معرفی اعضا به یکدیگر و بیان انتظارات‌شان از هم، بیان قواعد گروه
جلسه دوم	توضیح هیپنوتراپی مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری و اصلاح باورهای نادرست در باره هیپنوتیزم، بیان باورها و ارزش‌های مطلق توسط اعضا و توجه به علت مشکل‌سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویر ذهنی هدایت‌شده (تمرین آرام‌سازی)، تلقین هیپنوتیزمی
جلسه سوم	بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی، بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی
جلسه چهارم	بیان ارتباط افکار، باور و رفتار، پیامدهای رفتاری ناشی از باورها به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی
جلسه پنجم	بررسی شواهد و معنای افکار خودآیند توسط اعضای ناشی از باورها به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی
جلسه ششم	تغییر باور و ارتباط آن با هیجانات طبقه‌بندی باورهای بنیادین توسط اعضای گروه، تحلیل کارآمد، ایجاد باور جایگزین به همراه تلقینات لازم در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی
جلسه هفتم	بیان ویژگی‌های باور جایگزین، تغییر ادراکی همراه تلقینات هیپنوتیزمی مزبور در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی
جلسه هشتم	تقویت افکار مثبت در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی، آماده‌سازی اعضای گروه برای پایان‌دادن به جلسات در حالت خلسه‌ی هیپنوتیزمی، مراسم اختتامیه

(۱۹۹۳) ثبات درونی مقیاس‌ها را از ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای ذکر کرده است. هاشم‌زاده (۱۳۸۵) در پژوهشی که بر روی نمونه‌های ایرانی انجام داد، اعتبار این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه نمود. همچنین، زارعی و اسدی (۱۳۹۰) اعتبار این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند.

انجام مداخلات درمانی بر عهده نویسنده مسئول مقاله بوده است که آموزش رسمی در انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران در تهران در زمینه روش هیپنوتراپی دیده است. برنامه هر جلسه درمان هیپنوتراپی براساس منابع در دسترس تدوین گردید. موضوع و محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

یافته‌ها

سرمد (۱۳۹۲) روش‌های آماری بوسیله توصیف، تفسیر و خلاصه‌کردن داده‌ها و تعمیم‌دادن نتیجه بدست‌آمده به جامعه، به پژوهشگر در تجزیه و تحلیل اطلاعات یاری می‌رساند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. هدف تحلیل کوواریانس، حذف اثر بخشی متغیرها از متغیر وابسته و بعد تحلیل واریانس نمره‌های باقی‌مانده می‌باشد. بریس (۱۳۹۱) تحلیل کوواریانس بوسیله معادله رگرسیون اثرات متغیر کمکی را از بین برده یا محدود می‌کند. در

پدیدارشناختی در باره تنیدگی، برآورد و مقابله ساخته شده است، و به سنجش افکار و اعمالی که افراد برای مقابله با برخوردهای تنیدگی‌زای زندگی روزمره بکار می‌برند، می‌پردازد. این پرسش‌نامه هشت روش مقابله را ارزشیابی می‌کند که در نهایت به دو سبک کلی مسئله‌محور و هیجان‌محور تقسیم می‌شوند. سبک‌های مقابله مسئله‌محور شامل جستجوی حمایت اجتماعی (Seeking social support)، مسئولیت-پذیری (Accepting responsibility)، حل مدبرانه مسئله و ارزیابی مجدد مثبت و سبک‌های مقابله هیجان‌محور شامل رویارویی (Confrontive)، دوری‌گزینی (Distancing)، خویش‌تن‌داری (Self-controlling) و گریز - اجتناب (Escape-avoidance) می‌شود. زیرمقیاس این پرسش‌نامه از طریق علامت‌گذاری روی مقیاس لیکرت که از ۰ تا سه (به کار نمی‌برم صفر، تا حدی به کار بردم ۱، بیشتر مواقع به کار بردم ۲، زیاد به کار بردم ۳)، نمره‌گذاری می‌شوند. از آن جا که راهبردهای توصیف‌شده، راهبردهایی هستند که افراد در مقابله با خواست‌های مرمت‌های تنش‌زا آن‌ها را بکار می‌برند، پرسش‌نامه‌ی سبک‌های مقابله‌ای روایی صوری دارد. لازاروس و فولکمن ضریب پایایی را به روش آلفای کرونباخ برای هر یک از خرده مقیاس‌های سبک مسئله‌محور ۰/۶۰ تا ۰/۷۵ و برای خرده مقیاس‌های هیجان‌محور ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ گزارش کردند. لازاروس

جدول ۳- نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه‌ی دو به دوی گروه‌ها بر اساس شاخص‌های تفاوت میانگین‌ها و سطح معناداری در پس‌آزمون

متغیر وابسته	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌ها (I, J)
		هیپنوتراپی	-۱/۰۲ (P < ۱/۰۰۰)
تکانشگری	هیپنوتراپی	کنترل	-۴/۷۵ (P < ۰/۰۰۲)**
	کنترل	هیپنوتراپی	۴/۱۳ (P < ۰/۰۰۲)**

**p < ۰/۰۱ *p < ۰/۰۵

جدول ۴- نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه‌ی دو به دوی گروه‌ها بر اساس شاخص‌های تفاوت میانگین‌ها و سطح معناداری در پس‌آزمون

متغیر وابسته	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌ها (I, J)
سبک‌های		هیپنوتراپی	-۱/۷۰ (P < ۰/۰۴۸) *
مقابله‌ای هیجان	هیپنوتراپی	کنترل	-۲/۲۱ (P < ۰/۰۰۶)**
محور	کنترل	هیپنوتراپی	۲/۲۱ (P < ۰/۰۰۶)**

**p < ۰/۰۱ *p < ۰/۰۵

طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون عموماً تحلیل کوواریانس بکار برده می‌شود. در تحلیل کوواریانس قبل از قرار گرفتن شرکت‌کنندگان در محیط آزمایشی، بر روی آنان آزمونی اجرا می‌شود و سپس پس از قرار گرفتن آنان در شرایط آزمایشی بار دیگر مجدداً همان آزمون بر روی آنان اجرا می‌گردد. برای استفاده از تحلیل کوواریانس برقراری پیش‌فرض‌های آن مثل همگنی واریانس گروه‌ها و نرمال بودن توزیع نمرات ضروری است، در صورت برقرار نشدن پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس از آزمون تی اختلافی استفاده می‌شود (۴۸).

هدف آمار توصیفی، خلاصه کردن و جمع‌بندی اطلاعات، برای ارائه بهتر آنان به خوانندگان است. آمار توصیفی، الگوهای پاسخ آزمودنی‌ها را خلاصه می‌کند (۴۹). ساروخانی (۱۳۹۳) در این زمینه برای بهترین نشان دادن از جدول‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار و فراوانی استفاده شده است. از جمله مهم‌ترین ابزار اندازه‌گیری و سنجش اطلاعات انسانی - اجتماعی جداول می‌باشند. هدف غایی جدول‌ها سنجش پذیر ساختن و کمی کردن واقعیت مورد پژوهش تا حد ممکن و ارائه دادن تصویر دقیقی از آن می‌باشد.

با توجه به مشاهده شد که در متغیر علائم اعتیاد تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه کنترل و هیپنوتراپی (P < ۰/۰۲۴) وجود دارد، که با توجه به جدول میانگین‌ها درمان هیپنوتراپی باعث افزایش معنادار سبک‌های مقابله مسئله‌محور گردیده است.

با توجه به مشاهده شد که در متغیر علائم اعتیاد تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه کنترل و هیپنوتراپی (P < ۰/۰۰۳) وجود دارد، که با توجه به جدول میانگین‌ها درمان هیپنوتراپی باعث کاهش معنادار علائم اعتیاد گردیده است.

با توجه به مشاهده شد که در متغیر علائم اعتیاد تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه کنترل و هیپنوتراپی (P < ۰/۰۰۲) وجود دارد، که با توجه به جدول میانگین‌ها درمان هیپنوتراپی باعث کاهش معنادار تکانشگری افرادی که در گروه آزمایش هیپنوتراپی شرکت کرده بودند نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری یافته بود.

با توجه به مشاهده شد که در متغیر تکانشگری تفاوت معنی‌داری بین نمرات گروه کنترل با

جدول ۵- نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه‌ی دو به دوی گروه‌ها بر اساس شاخص‌های تفاوت میانگین‌ها و سطح معناداری در پس‌آزمون

متغیر وابسته	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌ها (I, J)
سبک‌های مقابله‌ای	هیپنوتراپی	کنترل	۱/۹۷ (P < .۰۲۴)**
مسئله‌محور	کنترل	هیپنوتراپی	-۱/۹۷ (P < .۰۲۴)**

**p < .۰۱ *p < .۰۵

جدول ۶- نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه‌ی دو به دوی گروه‌ها بر اساس شاخص‌های تفاوت میانگین‌ها و سطح معناداری در پس‌آزمون

متغیر وابسته	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌ها (I, J)
علائم اعتیاد	هیپنوتراپی	کنترل	-۲/۳۴ (P < .۰۲۸۲)
	کنترل	هیپنوتراپی	۴/۷۵ (P < .۰۰۳)**

**p < .۰۱ *p < .۰۵

بحث

هدف پژوهش حاضر تاثیر هیپنوتراپی بر تکانشگری، سبک‌های مقابله و علائم اعتیاد معتادان بود. لذا پس از اجرای این روش و بررسی نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌توان نتیجه‌گیری کرد که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان هیپنوتراپی در کاهش تکانشگری، سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌محور، علائم اعتیاد و افزایش سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌محور معتادان موثر است.

یافته‌های این پژوهش در راستای نتایج پژوهش‌های انجام شده در این حیطه از جمله با پژوهش؛ هاشمی و همکاران (۲۳) هیپنوتیزم‌درمانی بر پیشگیری از عود، کاهش تکانشگری و ولع در افراد ترک‌کننده مواد محرک در شهر اردبیل؛ موحدزاده و حقیقی (۳۶) هیپنوتراپی شناختی به شیوه گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی در افراد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی و نیمه‌اقامتی ترک اعتیاد در شهر یاسوج؛ هول‌دی‌وایسی و کریسیون (۲۴) درمان هیپنوتراپی موجب کاهش علائم اضطراب، افسردگی و خلق منفی می‌شود و همچنین ترکیب هیپنوتراپی با درمان شناختی - رفتاری نتایج قوی‌تری را در رابطه با کاهش افسردگی و اضطراب و خلق منفی بدست می‌دهد؛ کارمان (۳۷) اثربخشی هیپنوتراپی بر تکانشگری، تاب‌آوری و نشانه‌های ترک در زنان درگیر مصرف کوکائین، گزارش کرد که بر تکانشگری و تاب‌آوری تاثیر معناداری دارد اما موجب کاهش نشانه‌های ترک نمی‌شود؛ جانسون و

همکاران (۳۸) اثربخشی هیپنوتراپی و درمان مدیریت استرس بر سلامت عمومی افراد وابسته به دارو و کاهش علائم و نشانه، با توجه به موثر بودن مداخله‌ها توجه جدی به این نوع درمان‌ها را ضروری دانست و در پژوهش خود به نتایج معناداری دست یافت؛ ابرات و مک کانولیک (۳۹) برنامه درمانی مداخلات شناختی و رفتاری و هیپنوتراپی مورد استفاده قرار گرفت، برنامه درمانی در افراد وابسته به دارو و الکل در طول ۱۶ هفته اجرا شد، روش اجرای مطالعه موردی بود و نتایج اثربخشی معنادار مطالعات چندجانبه را نشان داد؛ همسو می‌باشد.

در تبیین چگونگی تاثیر درمان هیپنوتراپی بعد از ۸ جلسه: یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد آموزش هیپنوتیزم‌درمانی در کاهش تکانشگری موثر می‌باشد. از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر نتایج درمانی بیماران، که در پژوهش‌های مختلف به آن‌ها اشاره شده است، ویژگی‌های شخصیتی و رفتاری مثل تکانشگری، ولع مصرف و مولفه‌های شدت اعتیاد همچون مدت زمان مصرف مواد، نوع مواد مصرفی، پیامدهای ناشی از مصرف مواد و تعداد ترک‌های ناموفق می‌باشد. تکانشگری یکی از وجه مشخصه‌های انواع اعتیاد می‌باشد (۵۰). مطالعات متعددی در مورد ارتباط تکانشگری و اختلال سوء مصرف مواد انجام گرفته که نشان می‌دهند رفتارهای تکانشی هم به عنوان یکی از عوامل مستعدکننده و تداوم‌دهنده‌ی این اختلال در نظر گرفته شده است و هم‌گاهی تعیین‌کننده نوع مواد

مصرفی معتادان می‌باشد مثل گرایش به مصرف مواد محرک (۴۰).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که هیپنوتیزم یک رابطه مثبت و مشترک بین هیپنوتیزم‌کننده و مراجع می‌باشد و تنها از طریق رضایت فرد این فرآیند روی می‌دهد. هیپنوتیزم نوعی تعامل ذهن و بدن با تمرکز ویژه است و یک مرحله کلیدی است که می‌تواند سلامت و اجتناب از مصرف مواد را تقویت کند. اگر چه مکانیزم تغییر رفتار از جمله تکانشوری در هیپنودرمانی به دقت مشخص نشده است، با این حال ممکن است که هیپنودرمانی با افزایش خوداعتمادی و انگیزه فرد در کاهش تکانشوری موثر باشد. در این روش فرد با کاهش ناهشیار و ورود به حالت خلسه آماده دریافت تلقین‌های مربوط به کنترل رفتارها می‌شود. همچنین در فرآیند هیپنودرمانی با استفاده از تلقین‌های مثبت و آرام‌سازی مراجعین به آنان کمک می‌شود تا با افزایش تمرکز و توجه و تنظیم شناختی، مقابله با وسوسه و مقابله با میل به مصرف تکانشی مواد را یاد بگیرند و این حالت را بعد از هیپنوتیزم عملی کنند. همان طور که در پژوهش مشخص شد، تلقین‌های ارائه‌شده در طول هیپنوتیزم منجر به تمرکز در فرد شده و این کار منجر به افزایش تنظیم شناختی هیجانی، خودانگیزی و اعتماد به نفس در فرد می‌شود. بنابراین در فرآیند هیپنودرمانی با افزایش تمرکز، آرامش ذهنی، تنظیم شناختی و عاطفی زمینه لازم برای مدیریت تکانه‌ها فراهم می‌شود.

استفاده از تکنیک‌های آرامش عضلانی در هنگام اضطراب و هیجان‌های منفی که منجر به سبک‌های مقابله‌ای می‌شود بسیار موثر است و راه حل مناسبی است به جای مصرف مواد در افراد مبتلا.

در تبیین اثربخشی هیپنوتراپی می‌توان گفت که در این رویکرد تغییر دادن تفکر نادرست و کژکار مستقیم‌ترین راه برای تغییر دادن هیجان‌ها و رفتارهای کژکار مراجعان است. لذا در این رویکرد شرکت‌کنندگان از تأثیری که شناخت بر احساس‌ها و رفتارهای آن‌ها دارد، آگاه می‌شوند. آن‌ها یاد می‌گیرند که افکار خودآیند منفی و خطاهای منطقی خود را در موقعیت‌های خشم‌برانگیز شناسایی کرده، و به طر حواره‌های منفی ایجادکننده خشم در خود دست یابند. و از طریق تحلیل باورهای منفی و تعبیر کردن به

شکل دیگر، طر حواره‌های خود را بازسازی کنند. در نتیجه تغییر طر حواره‌های ناکارآمد و بازسازی شناختی باعث کاهش تجربه هیجان خشم در فرد می‌شود (۵۱). شواهد پژوهشی فوق نشان می‌دهد که آموزش هیپنوتیزم‌درمانی موجب پیشگیری از عود می‌شود. روش‌های تن‌آرامی به دلیل ایجاد آرامش، احساس لذت‌جویی، احساس خوب‌بودن و فعال کردن دستگاه عصبی پاراسمیاتیک در ترک اعتیاد مؤثر می‌باشد. در پژوهش‌های متعددی از روش بی‌زاری هیپنوتیزمی در ترک مواد استفاده شده و نتایج نشان‌دهنده موفقیت این روش‌ها بوده است. فرد معتاد با ترک مواد بویژه مواد محرک بعد از دوره سم‌زدایی زمان زیادی از اختلالات خواب، خستگی مزمن، ناتوانی در کنترل ولع، برخی موارد بی‌قراری مفرط، علائم اضطراب و افسردگی مواجه می‌شود و این علائم به مرور باعث آسیب روانی فرد معتاد و کاهش سلامت روان در وی می‌گردد. با هیپنودرمانی و تلقین‌های مثبت زمینه ایجاد آرامش و کاهش مشکلات خلقی برای فرد فراهم می‌شود. در این نوع درمان، ابتدا زمینه لازم برای تن‌آرامی فراهم می‌شود و تلقیناتی در زمینه آرامش بیشتر، رفع استرس و اضطراب و عمیق‌تر شدن خلسه به سوژه‌ها داده می‌شود و با شرطی‌سازی سوژه‌ها جهت ورود به خلسه شمارش اعداد و فرمان خواب صورت می‌گیرد، پس از عمیق کردن خلسه تلقینات و تصویرهای ذهنی مربوط به بی‌زاری از مواد و اثرات منفی آن ارائه می‌شود. به عبارتی در فرآیند هیپنودرمانی با استفاده از تلقین‌های منفی و با ایجاد القانات منفی به فرد کمک می‌کنیم تا از ادراک حالات منفی از قبیل اضطراب، افسردگی و ولع به مواد را نادیده گرفته و ادراک نکند و در کنار آن با تلقینات مثبت تاب‌آوری افراد را در مقابله با وسوسه و میل به مصرف مواد افزایش می‌دهد (۲۳).

در فرآیند درمان معتادان، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان‌گردان دیده می‌شود. در فرآیند هیپنودرمانی، درمانگر فرد را به زمان آینده که هنوز اتفاقی نیفتاده برده و با ایجاد توهم و تصور بینایی ابتلا به بیماری‌های تنفسی و حس ترس و تلخی این مرحله را توأم با حس کشیدن مواد محرک را به فرد تلقین کرده و در نتیجه فرد هر موقع مواد محرک را ببیند یا بخواهد بکشد

پژوهش حاضر همچون بسیاری از مطالعات علمی دیگر، با محدودیت‌های زیادی مواجه بود، که مهم‌ترین این محدودیت‌ها عبارتند از: این پژوهش تنها بر روی گروه مردان و جامعه محدود انجام شد، درمانگر و ارزیاب یک نفر بودند، عدم انجام مرحله پیگیری به دلیل عدم دسترسی به آزمودنی‌ها، بهتر است در پژوهش‌های آتی بخش کارآزمایی پژوهش به صورت محدود نباشد و درمان در کل کشور و با تعداد نمونه بیشتری به انجام برسد، شرکت دادن بیماران زن سوء مصرف کننده مواد و برای بررسی پایداری روش‌های درمانی، مطالعات پیگیری و از این روش به عنوان یک مکمل درمانی و مستمر استفاده گردد.

نتیجه‌گیری

از روش درمانی هیپنوتراپی به عنوان یک ابزار قدرتمند برای جهت‌دهی قابلیت‌های ذاتی، تصویرسازی، تخیل، توجه، القاهای هیپنوتیزمی و تلقین‌های غیرارادی، می‌توان برای افزایش سطح سلامت روان افراد معتاد استفاده نمود.

تقدیر و تشکر

نتایج این پژوهش مستخرج از رساله (تز) دکتری مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام در سال ۱۳۹۸ با کد اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1399.008 است. بدین وسیله از همکاری و مساعدت مسئولین محترم کمپ کلبه رهایی بندر انزلی، شرکت‌کنندگان در پژوهش که بسیار از آن‌ها آموختم و همسر عزیزم فوزیه که با کاهش انتظارات منطقی خویش به آماده‌سازی سریع‌تر این پژوهش کمک کردند و به من اجازه دادند که اوقات متعلق به او را صرف آماده‌سازی این پژوهش نمایم، به دلیل همکاری در روند انجام پژوهش، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

References

1. World Health Organization. World Drugs report, Switzerland. 2015. Retrieved at: https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_2017_presentation_lauch_version.pdf.
2. UNODC Research. World Drug Report. Retrieved from United Nation Office on Drugs and

حس تنفر خواهد کرد و با ایجاد بی‌زاری نسبت به مصرف مواد محرک زمیته کاهش ولع به مواد را فراهم می‌آورد.

فرض اساسی در رویکرد شناختی - رفتاری تاکید بر این موضوع است که تغییر شناخت منجر به تغییرهای رفتاری و هیجانی نیز می‌شود. بنابراین این رویکرد از طریق اصلاح و تغییر مولفه‌های شناختی ناکارآمد (افکار خودآیند، باورهای واسطه‌ای، باورهای بنیادین) می‌تواند موجب تغییرات هیجانی و رفتاری شود.

در تبیین اثربخشی روش هیپنوتراپی شناختی - رفتاری می‌توان گفت که استفاده از تکنیک‌های تن‌آرامی و حساسیت‌زدایی هیپنوتیزمی به درمانجو کمک می‌کند تا وارد موقعیت‌های مشکل‌آفرین شده و یاد بگیرد که می‌تواند بیشتر از آنچه که قبلاً فکر می‌کرده، از عهده این موقعیت‌ها برآید. علاوه بر این، استفاده از تکنیک بازسازی شناختی، به درمان‌جو کمک می‌کند تا موقعیت دشوار و پیچیده را کم‌خطرتر از آنچه که قبلاً فکر می‌کرده، تفسیر نماید. و همچنین درمانجو با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای جدید مثل خودهیپنوتیزم قادر می‌شود بهتر با موقعیت‌های اضطراب‌زا مقابله کند (۵۲).

هیپنوتراپی شناختی - رفتاری در مجموع شبیه درمان شناختی - رفتاری است و از اصول آن بهره می‌برد. هیپنوتراپی شناختی - رفتاری فرض می‌کند که علت بسیاری از ناراحتی‌های روان‌شناختی، اشکال منفی خودهیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی بی آن که مورد نقد و بررسی قرار بگیرند و حتی بدون آگاهی پذیرفته می‌شوند و درمانگر با استفاده از روش‌های هیپنوتیزمی توأم با روش‌های شناختی - رفتاری در اصلاح، تغییر و تصویرسازی سازنده گام بر می‌دارد.

در هیپنوتراپی شناختی - رفتاری به درمان‌جویان یاد می‌دهند که چگونه افکار آنها نوعی خودهیپنوتیزم منفی به حساب آمده و به آن‌ها نشان داده می‌شود که چگونه تلقینات منفی را که آن‌ها به خودشان می‌دهند، شناسایی کنند و همچنین به درمان‌جویان می‌آموزند که چگونه افکار مثبت را جایگزین افکار منفی و متناقض نمایند و به جای این‌ها از افکار و تلقینات سازنده استفاده کنند (۵۲).

- Crime. 2017.
3. Belin-Rauscent A, Fouyssac M, Bonci A, Belin D. How preclinical models evolved to resemble the diagnostic criteria of drug addiction. *Biol Psychiatry*. 2016;79(1):39-46.
 4. Ho MK, Goldman D, Heinz A, Kaprio J, Kreek MJ, Li MD, et al. Breaking barriers in the genomics and pharmacogenetics of drug addiction. *Clin Pharmacol Ther*. 2010;88(6):779-91.
 5. Sadook BJ, Alcoat SV, Ruiz P. Caplan and Sadook Psychiatric Summary. Translated by Farzin Rezaei. (2019). Tehran: Arjmand.
 6. Lee GP, Storr CL, Ialongo NS, Martins SS. Association between adverse life events and addictive behaviors among male and female adolescents. *Am J Addict*. 2012;21(6):516-23.
 7. Currie-McGhee L. *Compact Research: Diseases and Disorders*. ReferencePoint Press. 2012.
 8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-5)* Translated by Yahya Seyed Mohammadi. (2019). Tehran: Ravan Publishing.
 9. Davison GC, Neale JM. *Abnormal psychology*. New York: John Wiley & Sons. 2001.
 10. Zemestani Yamchi M, Sohrabi F, Borjali A. The effect of IPT psychotherapy group supportive interventions on reducing depressive symptoms in male patients with addiction. *Culture Counsel Psychother*. 2011;2(8):17-30.
 11. Leshner A. *principles of drug addiction treatment: a research-based guide*. National Institute of health (NIH) publication. 1999;9:3-33.
 12. Heydari Pahlavian A, Amir Zargar MA, Farhadi nsab A, Mahjoob H. A study of comparative personality traits of drug addicts with non-believers living in Hamedan. *Univ Sci J*. 2003;10(2):55-62.
 13. Basharpour S, Abbasi A. Relations of distress tolerance, negative and positive urgency with severity of dependence and craving in people with substance dependency. *J Res Behave Sci*. 2014;12(1):92-102. [Persian].
 14. Boothby CA, Kim HS, Romanow NK, Hodgins DC, McGrath DS. Assessing the role of impulsivity in smoking & non-smoking disordered gamblers. *Addict Behav*. 2017;70 5):35-41.
 15. Kaiser A, Bonsu JA, Charnigo RJ, Milich R, Lynam DR. Impulsive Personality and Alcohol Use: Bidirectional Relations Over One Year. *JSAD*. 2016;77(3):473-82.
 16. Shanmugasegaram S, Flett GL, Madan M, Oh P, Marzolini S, Reitav J, et al. Perfectionism, type depersonality, and illness-related coping styles in cardiac rehabilitation patients. *J Health Psychol*. 2014;19(3):417-26.
 17. Dehghani S, Izadikhah Z, Mohammadtaghi Nasab M, Rezaei E. The path analysis of early maladaptive schemas, coping strategies and mental quality of life. *J Res Behave Sci*. 2014;12(1):1-8.
 18. Graham CD, Weinman J, Sadjadi R, Chalder T, Petty R, Hanna MG, et al. A multicentre postal survey investigating the contribution of illness perceptions, coping and optimism to quality of life and mood in adults with muscle disease. *Clin Rehabil*. 2014;28(5):508-19.
 19. Smith WH. Hypnosis in the treatment of anxiety. *Bullet Menninger Clin*. 1990;54:209-216.
 20. Golabadi M, Taban H. Is Hypnotherapy Effective In Reversing Opioid Addiction And Reducing Withdrawal Signs? *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2005;41:212-218.
 21. Folmer RL, Griest SE, Meikle MB, Martin WH. Tinnitus severity loudness and depression. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1990;121(1):48-51.
 22. Ahmadi-Abhari SA. Hypnosis Treatment of neurotic disorders. *Psychother News*. 1996;5:17-7.
 23. Hashemi J, Beheshti B, Alizadeh J. The effectiveness of hypnosis therapy on preventing relapse, reducing impulsivity in cravings in people who quit stimulants. *Addict Res*. 2017;11(42):94-110.
 24. Holdevici I, Craciun B. Hypnosis in the Treatment of Patients with Anxiety Disorders. *Proced Soc Behav Sci*. 2013;78:471-475.
 25. Moghtaderi Sh, Bahrami H, Mirzamani SM, Namegh M. The effect of hypnosis in the treatment of depression, anxiety and sleep disorders caused by tinnitus. *Zahedan J Res Med Sci*. 2011;13(3):20-25.
 26. Bohart TJ. *Principles of clinical psychology and counseling*. Translated by Mehrdad Firoozbakht. (2013). Fifth Edition. Tehran: Rasa Cultural Services Institute.
 27. Darabi J. *Hypnosis in psychotherapy*. First Edition, Tehran: Peydayesh. 2003.
 28. Polatajko H. The evolution of our occupational perspective: The journey from diversion through therapeutic use to enablement. *Can J Occup Ther*. 2001;68(4):203-207.
 29. Hartman, W. *Ego state therapy: Then and now*. *Hypnos*. 2002;29:52-58.
 30. Barnier A, Nash M. *The Oxford Handbook of Hypnosis: Theory, Research & Practice*, 1 edition. USA: Oxford University Press. 2012)
 31. Farsh Bafe Manisfat F, Abolghasemi A, Brahmand O, Hajlo N. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and hypnosis therapy on pain self-efficacy and pain intensity in girls with primary dysmenorrhea. *Armaghan Danesh / Yasouj Univ Med Sci*. 2017;22(1):87-103.
 32. Alladin A. *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*. John Wiley & Sons, L td. 2008) ISBN: 978- 0- 470- 03251.
 33. Karch S. *Drug abuse hand book*, 1st edition, CRC Press: 1998:521-526.
 34. Allameh Falsafee A. *Psychology of Hypnosis*.

Tehran: Parapsychology Publishing. 2013.

35. Barabasz A, Watkins J. Hypnotherapeutic Techniques 2nd Edition. New York, NY: Brunner Routledge. 2004.

36. Movahedzadeh B, Hagheghe S. Evaluation of the effectiveness of group cognitive hypnotherapy on psychological well-being in people referring to residential and semi-residential addiction treatment centers in Yasuj. *Armaghane Danesh*. 2018;23(2):225-235.

37. Karmunn CL. Job stress, mental health and accidents among off-shore workers in the oil and gas extraction industries. 2015.

38. Jansown D, Fritko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *J Adv Nurs*. 2017.

39. Abrate N, Makkaloonig V. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific Sample. *Person Individ Diff*. 2018;40:1659-69.

40. Hayaki J, Stein MD, Lassar JA, Herman DS, Anderson BJ. Adversity among drug users: relationship to impulsivity. *Drug Alcohol Depend*. 2005;78(1):65-71.

41. Delavar A. Research and Evaluation Guide, Tehran: Arasbaran Publications. 2006.

42. Delavar A. Research and Evaluation Guide in Psychology and Educational Sciences, Tehran: Virayesh Publications (Ravan/ Arasbaran). 2015.

43. Barratt E, Stanford MS, Kent TA, Felthous A. Neuropsychological and cognitive psycho psychiatry. *Biol Psychiatry*. 2004;41:1045-1061.

44. Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barratt ES. Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in non-clinical subjects. *J Clin Psychol*. 2001;57:815-828.

45. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokarami A. Impulsivity and its various assessment tools; Review views and reviews. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2008;3(14):247-257.

46. Marsden J, Nizzoli U, Corbelli C, Margaron H, Torres MA, Prada De Castro L, et al. Reliability of the Maudsley Addiction Profile (MAP-ERIT Version) In Italy, Spain and Portugal for the evaluation of treatments. *Addicciones*. 2001;13(2):217-27.

47. Lazarus RS, Folkman S. Coping and adaption. In: Gentry WD. Handbook of behavioral. Medicine. New York: Gilford Press. 1985.

48. Delavar A. Research Methods in Psychology and Educational Sciences, Tehran: Virayesh Publications. 2014.

49. Doowas DE. Navigation in Social Research. Translated by Houshang Nayebi. Tehran: Ney Publication. 2015.

50. Doran N, Spring B, McChargue D, Pergadia M, Richmond M. Impulsivity and smoking relapse".

Nicotine Tobacco Res. 2004;6 (4):641-647.

51. Kazemeyni T, Ghanbari Hashem Abadi BA, Modarese Gharavi M, Esmaeili Zadeh M. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in reducing anger and driving aggression. *Journal of Clinical Psychology*, 2011;3(2): 1-11.

52. Golden W, Dawood E, Firidberg F. Hypnosis Therapy. Translated by Mohammad Narimani and javad Shafeei Moghadam. Third Edition, Mashhad: Astan Quds Razavi. 2001.