

آیا هیپنوتراپی بر میزان عود وابستگی به مواد افیونی و کاهش علائم ترک مؤثر است؟

دکتر مجید گل آبادی^{۱*}، دکتر حبیب‌الله تابان^{۲**}

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثر هیپنوتراپی بر علائم پس از ترک و میزان عود اعتیاد انجام شده است. **مواد و روش کار:** در یک کارآزمایی بالینی، ۲۲ بیمار که پس از ترک شرایط ورود به پژوهش را داشتند، به صورت تصادفی در دو گروه ۱۱ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. هر دو گروه به‌طور یکسان در جلسه‌های شناخت درمانی شرکت نمودند. گروه آزمایش افزون بر این در یک دوره‌ی پنج جلسه‌ای هیپنوتراپی نیز شرکت نمود. پس از شش ماه پی‌گیری، میزان عود در دو گروه با هم مقایسه گردید. همچنین در گروه مداخله، اثر خود-هیپنوتیزم بر علائم پس از ترک بررسی گردید. **یافته‌ها:** تا پایان پی‌گیری در گروه آزمایش ۶۰٪ و در گروه گواه ۷۳٪ عود دیده شد. از نظر بیماران اثر مثبت خود-هیپنوتیزم بر پی‌خواهی ۸۸٪، پی‌قراری ۸۰٪، درد ۶۰٪ و اختلال‌های دستگاه خودمختار ۳۳٪ بود. **نتیجه‌گیری:** برپایه‌ی یافته‌های این پژوهش با وجود این‌که هیپنوتراپی در عود معتادان به تریاک تأثیر معنی‌دار آماری نداشت، ولی نتایج از نظر بالینی چشمگیر بود.

کلیدواژه: هیپنوتیزم، اعتیاد، عود، علائم پس از ترک

مقدمه

ساله ۵۰-۳۰٪ گزارش شده است (براین^۱ و مک‌لنلان^۲، ۱۹۹۶).

بررسی‌ها نشان داده‌اند که معتادان مواد را برای کاهش تنش، دستیابی به آرامش و بهتر کردن خلق

با آن‌که اعتیاد دارای عوارض بسیار گسترده‌ای است روش‌های رایج درمان آن دارای کارایی کافی نیستند. حتی در بهترین روش‌های درمانی میزان موفقیت یک

* پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اصفهان، اصفهان، ملک‌شهر، خیابان شهید صادقیان، کوی صفا، پلاک ۱ (نویسنده مسئول).

E-mail: golabadi@med.mui.ac.ir

** روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اصفهان، اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی اصفهان، دانشکده پزشکی.

برخی از پژوهشگران نیز هیپنوز را در ترک اعتیاد دارای کارآیی محدودی می‌دانند (اورمان، ۱۹۹۱؛ ادواردز^{۲۰}، ۱۹۹۶). در بررسی‌های دیگری اثربخشی هیپنوتیزم در درمان اعتیاد گزارش گردیده است (ولبرگ^{۲۱}، ۱۹۴۸؛ ترومن^{۲۲}، ۱۹۷۱؛ بیچ^{۲۳} و هندلی^{۲۴}، ۱۹۹۳). در این بررسی کوشش شده است با در نظر گرفتن عوارض درازمدت پس از ترک از جمله فشارهای روانی، بی‌خوابی و بی‌قراری که عوامل مهمی در عود هستند، میزان اثربخشی هیپنوتراپی در عود معتادان به تریاک بررسی شود.

مواد و روش کار

این بررسی یک کارآزمایی بالینی بود و آزمودنی‌های پژوهش مردان معتاد به تریاک بودند که در مدت اجرای این طرح به مرکز ترک اعتیاد بیمارستان نور اصفهان مراجعه نموده و وارد دوره درمانی آن مرکز شده بودند.

برای همه‌ی بیماران در هنگام ورود به دوره‌ی ترک پرونده‌ای تشکیل می‌شد که افزون بر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، شرح‌حال کامل بیمار توسط پزشک و شرح‌حال روانشناسی توسط روانشناس مرکز گرفته می‌شد. در این پرونده نمودار مربوط به علایم محرومیت و ترک، از آغاز سم‌زدایی تا یک هفته پس از آن وجود داشت.

برای تشخیص اعتیاد به تریاک، افزون بر داشتن معیارهای DSM-IV برای وابستگی به مواد افیونی، افرادی که طی یک ماه پیش از مراجعه، ماده‌ی مخدر

به کار می‌برند (گلبر^۱، گات^۲، مایانو^۳ و کاون^۴، ۱۹۹۶). با ترک اعتیاد و پس از طی دوره‌ی حاد ترک^۵، هفته‌ها و ماه‌ها فرد نسبت به فشارهای روانی حساس گردیده و از اختلال‌های خواب، خستگی مزمن، بی‌قراری، اختلال‌های خلقی، اضطراب موقعیتی در هنگام رویارویی با شرایط مصرف مواد و کج خلقی یا خماری رنج می‌برد که در صورت تداوم آن و درمان نشدن، عود اعتیاد را در پی دارد. روش‌هایی که باعث کاهش علایم و عوارض پس از ترک و آرامش بیمار در این دوره می‌شوند، می‌توانند میزان عود اعتیاد را کاهش دهند (سادوک^۶ و سادوک، ۲۰۰۰).

هیپنوتراپی^۷ و آموزش خود-هیپنوتیزم^۸ یکی از روش‌هایی است که توانایی کنترل علایم پس از ترک از جمله اضطراب و بی‌خوابی را دارد (ویلکینسون^۹، ۱۹۸۱؛ اسمیت^{۱۰}، ۱۹۹۰).

روش‌های آرامش‌زایی به دلیل ایجاد آرامش، احساس لذت‌بخشی، احساس خوب بودن و فعال کردن دستگاه عصبی پاراسمپاتیک توانایی کمک به درمان اعتیاد دارند و بررسی‌ها نشان‌دهنده‌ی اثربخشی آرامش^{۱۱} عضلانی در کنترل برخی عوارض ترک از جمله بی‌خوابی بوده‌اند (وینکلمن^{۱۲}، ۲۰۰۱؛ گریفت^{۱۳} و کونراد^{۱۴}، ۱۹۹۸). لمر^{۱۵} (۱۹۵۹)، فیمستر^{۱۶} و براون^{۱۷} (۱۹۶۳) و کوتلا^{۱۸} (۱۹۶۷) روش بیزارسازی هیپنوتیزمی^{۱۹} را به‌طور موفقیت‌آمیزی در ترک اعتیاد به کار برده‌اند. واندسه^{۲۰} (۱۹۸۶) و اورمان^{۲۱} (۱۹۹۱) از ویژگی آرامش‌زایی هیپنوتیزم در کنترل امترس برای ترک در دو زن معتاد به هرورین و کوکائین به‌طور موفقیت‌آمیزی بهره گرفتند. کروپنیک^{۲۲} و کلور^{۲۳} (۱۹۹۴) نیز نشان دادند حالتی که معتادان در هنگام مصرف مواد به دست می‌آورند همانند چیزی است که در هنگام هیپنوز به دست می‌آورند. یانگ^{۲۴} (۱۹۹۷) اثرات مثبت هیپنوتیزم بر روی علایم پس از ترک معتادان به الکل را عبارت از بهتر شدن کنترل امترس (۹۵٪)، احساس خوب داشتن (۷۵٪)، توانایی بهتر کنترل تکان‌ها (۸۰٪) و بهبود وضعیت خواب (۶۵٪) گزارش نموده است.

1- Gelber	2- Gath
3- Mayau	4- Cowen
5- acute withdrawal syndrome	
6- Sadock	7- hypnotherapy
8- self-hypnosis	9- Wilkinson
10- Smith	11- relaxation
12- Winkelman	13- Greeft
14- Conradie	15- Lemere
16- Feamster	17- Brown
18- Cautela	19- hypnoaversion
20- Vandamme	21- Orman
22- Krupnick	23- Clure
24- Young	25- Edwards
26- Wolberg	27- Truman
28- Page	29- Handley

مصرفیشان فقط تریاک بود به عنوان معنادار به تریاک شناخته می‌شدند.

گذراندن دوره‌ی سم‌زدایی، نشان دادن تمایل به شرکت در طرح یا پرکردن فرم ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران و نداشتن اختلال بارز روانی مانند سایکوز و نیز عقب‌ماندگی ذهنی بر پایه‌ی DSM-IV در مصاحبه‌ی روانشناسی، شرایط ورود به بررسی بودند. شرکت کردن در کمتر از دو جلسه درمانی، عدم امکان پی‌گیری بیمار در دوره‌ی پس از مداخله و تمایل خود بیمار به خروج از بررسی به عنوان شرایط خروج از پژوهش در نظر گرفته شدند.

در پرسش‌نامه‌های به کار برده شده، افزون بر ویژگی‌های جمعیت شناختی فرد (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، مدت زمان اعتیاد)، پرسش‌هایی در زمینه‌ی علل اعتیاد فرد و علل عدم موفقیت در ترک‌های پیشین پرسیده می‌شد. هم‌چنین نشانی و شماره‌ی تلفن محل زندگی بیمار و نیز شماره‌ی تلفن یک فرد مطمئن نزدیک به بیمار گرفته می‌شد تا از این راه پی‌گیری انجام شود. هم‌چنین به فرد همراه بیمار نیز در زمینه‌ی روش پیگیری‌ها توضیحات لازم داده می‌شد. طی یک‌سال (از آغاز مهرماه ۱۳۸۱ تا آغاز مهرماه ۱۳۸۲) ۴۲ نفر آمادگی خود را با تکمیل برگه‌ی مخصوص بیماران اعلام کردند. پس از گذشت ۲۰ روز از سم‌زدایی با تمامی ۴۲ نفر تماس گرفته شد. افرادی که هنوز در ترک بودند و تمایل به شرکت در طرح داشتند وارد بررسی شدند. از ۴۲ نفر اولیه تنها ۲۲ نفر شرایط ورود به طرح را داشتند که به تصادف ۱۱ نفر در گروه مداخله و ۱۱ نفر در گروه گواه جای داده شدند.

متغیر مستقل در این بررسی هیپنوتراپی و میزان عود، دردهای عضلانی، بی‌خوابی، بی‌قراری و علائم دستگاه عصبی خودمختار پس از ترک (شامل عرق کردن، لرزش بدن، خمیازه کشیدن و گرگرفتگی) به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

در زمینه‌ی عود از معیارهای ارزیابی شده در DSM-IV و نیز روش معرفی شده توسط فراولی^۱ (فراولی و اسمیت، ۱۹۹۰) بهره گرفته شد.

هر ۲۲ نفر برپایه‌ی برنامه‌ی معمول مرکز ترک یادشده، به مدت شش ماه به‌طور هفتگی تحت شناخت درمانی قرار گرفتند که توسط کارشناس ارشد روانشناسی انجام می‌شد. گروه آزمایشی افزون بر شناخت درمانی در یک برنامه‌ی پنج جلسه‌ای هیپنوتراپی به مدت یک ماه شرکت کردند که در نخستین هفته دو جلسه و در سه هفته بعد، هر هفته یک جلسه برگزار می‌شد.

مدت هر جلسه ۴۵ دقیقه بود که در آن افزون بر تلقین‌های هیپنوتیزمی، شیوه‌ی انجام خود-هیپنوتیزم به بیمار آموزش داده می‌شد و از بیماران خواسته می‌شد روزانه ۱۵ دقیقه تمرین‌های تن‌آرامی و خود-هیپنوتیزم را در منزل انجام دهند. در همه‌ی جلسه‌ها برای انجام هیپنوتیزم از روش تن‌آرامی پیشرونده و تمرکز چشمی^۲ و برای عمیق‌سازی روش‌های تنفس عمیق، شمارش معکوس و منظره‌ی لذت‌بخش به کار برده می‌شد (ویلکینسون، ۱۹۸۱).

به سه نفر از بیماران به تصادف نوار کاستی داده شد که دارای همان متن خود هیپنوتیزمی بود که در جلسه‌ها برای سایر بیماران به کار می‌رفت و از آنها خواسته شد به جای تمرین‌های خود-هیپنوتیزم در منزل از این نوار بهره گیرند.

از جلسه‌ی دوم به بعد در آغاز هر جلسه، با بیمار در زمینه‌ی انجام تمرین‌ها در منزل، مشکلاتی که در هنگام انجام خود-هیپنوتیزم با آن روبه‌رو شده بودند و پرسش‌های احتمالی که برای بیماران پیش می‌آمد گفتگو می‌شد.

از جلسه‌ی سوم به بعد در هر جلسه درباره‌ی علایم پس از ترک و تأثیر هیپنوز بر آنها پرسش می‌شد. به این صورت که "انجام تمرین‌ها چه تأثیری بر علایم پس از ترک (بی‌خوابی، بی‌قراری، درد و علایم دستگاه عصبی خودمختار) دارد؟"

در جلسه‌ها غیر از هیپنوتراپی و تلقین‌های به کار برده شده در آن، در زمینه‌ی سایر مشکلات بیماران هیچ صحبتی نمی‌شد.

دوره‌ی شناخت درمانی یا در صورت ادامه ندادن درمان، پی‌گیری به کمک تماس تلفنی انجام شد. منابع پی‌گیری در تماس‌های تلفنی شامل ۱- نزدیکان درجه‌ی اول بیمار یعنی همسر برای بیماران متأهل و پدر و مادر برای بیماران مجرد و ۲- خود بیمار، بودند.

اعضای هر دو گروه به طور هم‌زمان (در یک روز) و در فواصل زمانی دو هفته‌ای پی‌گیری شدند. در صورتی که تماس با فرد مطمئن ممکن نبود، طی دو روز آینده دوباره تماس گرفته می‌شد (فراولی و اسمیت، ۱۹۹۰).

در همه‌ی تماس‌ها به یک روش پرمسیده شده که «آیا تا کنون بعد از ترک، مواد مصرف کرده است؟» و سپس با یک رشته پرسش‌های دیگر از پاسخ داده شده اطمینان حاصل می‌شد. هم‌چنین پرسش‌هایی درباره‌ی مشکلات بیمار در فاصله‌ی بین پی‌گیری‌ها پرمسیده می‌شد. برای نمونه، در این مدت چه مشکلی داشته است؟ یا رفتار او چه تغییرهایی داشته است؟ (فراولی و اسمیت، ۱۹۹۰). در پایان شش ماه افزون بر خود بیمار، در جلسه‌ای جداگانه از فرد مطمئن دیگری هم پرسش شد و در صورت شک به نتیجه، طی چند هفته‌ی آینده با تماس‌های هفتگی از وضعیت بیمار اطمینان حاصل گردید.

در پایان مدت پی‌گیری، نتیجه‌ی ترک برای هر بیمار به صورت عود یا خودداری^۱ گزارش گردید. برای تحلیل داده‌های به دست آمده نخست آزمون خی‌دو در نظر گرفته شد، ولی چون پیش‌فرض‌های خی‌دو برقرار نبود نتایج عود در دو گروه به روش آزمون دقیق فیشر^۲ مقایسه گردیدند.

یافته‌ها

میانگین سن ۲۲ نفر افراد مورد بررسی ۳۱/۲ سال (انحراف معیار ۴/۵) بود. چهار نفر مجرد و ۱۸ نفر متأهل بودند. از نظر سطح تحصیلات چهار نفر کمتر از دبیرستان، هشت نفر در سطح دبیرستان، هفت نفر دیپلم

در نخستین جلسه ضمن آشنایی با بیمار و خانواده‌ی او و توضیح درباره‌ی برنامه‌ی درمانی، روش تن‌آرامی عضلانی پیشرونده به بیمار آموزش داده شد و از او خواسته شد این تمرین را تا دو روز آینده که نوبت جلسه دوم بود هر روز انجام دهد (هارتلند^۱، ۱۹۸۲).

در جلسه‌ی دوم، توجیه بیمار در مورد ناخودآگاه و اثر تلقین بر آن، انجام هیپنوتراپی، تلقین‌های مربوط به آرامش و کاهش فشارهای روانی و آموزش تمرین‌ها انجام شد.

هدف جلسه‌ی سوم افزایش اعتماد به نفس و آرامش در بیمار بود. در جلسه‌ی چهارم تلقین‌های بی‌آرامی از مواد به صورت بیان زیان‌های مواد و اثرات منفی آن بر انسان آرایه شد. در جلسه‌ی پنجم تمرین‌هایی که در جلسه‌های پیشین انجام شده بود، مرور گردید و تلقین‌های شرطی برای آسان‌تر شدن ایجاد خلصه در بیمار در منزل انجام شد و به بیمار گفته شد هرگاه بخواهد می‌تواند از خود-هیپنوتیزم برای از میان برداشتن مشکلاتی که در نتیجه‌ی ترک برای او پیش می‌آید (مانند بی‌خوابی، بی‌قراری، درد، افسردگی و وسوسه) بهره‌گیرد.

پی‌گیری افراد گروه‌های آزمایشی و گواه به‌طور یکسان و به مدت ۶ ماه از آغاز سم زدایی انجام شد.

در این بررسی نبود عود و یا بهبود کامل (نبود هیچ‌یک از معیارهای DSM-IV در مورد وابستگی به مواد) و عود یا مصرف دوباره‌ی مواد به طوری که دست‌کم یکی از معیارهای DSM-IV در دوره‌ی پیگیری را داشته باشد در نظر گرفته شد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

پی‌گیری شامل دو مرحله بود. تا آن‌جا که بیماران گروه‌های آزمایشی و گواه در جلسه‌های شناخت درمانی شرکت می‌نمودند عود یا پاک‌ماندن هر بیمار و وضعیت او از روانشناس همکار طرح پرمسیده شد. تعیین عود توسط روانشناس برپایه‌ی مصاحبه با بیمار و خانواده‌ی وی در جلسه‌های هفتگی و در صورت لزوم با آزمایش اعتیاد از بیمار انجام شد. پس از پایان

بحث

در این پژوهش اثر هیپنوتراپی به عنوان یک درمان کمکی در کنار درمان‌های دیگر در کاهش میزان عود معتادان بررسی شد. یافته‌های بررسی حاضر فرضیه‌های پژوهش مبنی بر کاهش میزان عود را تأیید نکردند، به طوری که تفاوت معنی‌داری در دو گروه آزمایش و گواه از نظر آماری به دست نیامد. البته این یافته را باید با در نظر گرفتن شمار کم نمونه‌ی مورد بررسی ارزیابی نمود.

کاهش میزان مصرف مواد و جرایم وابسته به آن، کاهش ناهنجاری‌های اجتماعی و کاهش عوارض بدنی و روانی در فرد معتاد را باید از جمله پیامدهای ترک اعتیاد دانست (براین و مکملان، ۱۹۹۶). علایم بی‌قراری و استرس مهمترین عواملی هستند که پس از ترک، بیماران را به مصرف دویاره‌ی مواد وامی‌دارند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

در این بررسی از ۴۲ نفر که در نخستین مرحله پرسش‌نامه را تکمیل کردند، ۴۷/۶٪ مهم‌ترین علت اعتیاد خود و ۵۴/۸٪ آنها مهم‌ترین علت ناموفق بودن خود در ترک‌های پیشین را مشکلات روحی- روانی دانستند.

همه‌ی آزمودنی‌ها (۲۱ نفر) مهم‌ترین مشکل خود را در دوره‌ی پس از ترک، استرس و بی‌قراری (۱۰۰٪) و بی‌خوابی (۷۵٪) دانستند.

در بررسی آزمایشی شش جلسه‌ای دیگری که طی حدود ۱/۵ ماه بر روی سه بیمار معتاد به هرورین انجام شد (گل‌آبادی، ۱۳۷۹) مهم‌ترین عوارض پس از ترک در این سه بیمار را بی‌قراری، بی‌خوابی، افسردگی، ضعف بدنی و وسوسه شدید گزارش نمود. مداخله در هر سه بیمار بی‌درنگ پس از پایان سم‌زدایی یعنی در نخستین هفته‌ی اول ترک آغاز شد. تلقین‌ها بیشتر بر پایه‌ی تنفر از مواد، آرامش و بهبود خواب بودند. بیماران بهبود در وضع خواب، کاهش چشم‌گیر افسردگی، کاهش وسوسه و افزایش اعتماد به نفس در پی جلسه‌ها را یادآور شدند. هم‌چنین تمایل به برگشتن به فعالیت‌های اجتماعی مانند کار، در طی دوره‌ی مداخله افزایش یافت. پس از قطع

و سه نفر تحصیلات عالی داشتند. از نظر وضعیت شغلی سه نفر بیکار و ۱۸ نفر شاغل بودند.

متوسط مصرف تریاک روزانه ۲/۷ گرم (انحراف معیار ۱/۷) و میانگین شمار دفعات ترک پیشین دو مرتبه (انحراف معیار ۱/۸) بود. مدت زمان اعتیاد در ۱۲ نفر (۵۵٪) کمتر از پنج سال، هشت نفر (۳۶٪) بین پنج تا ده سال و دو نفر (۹٪) ده تا پانزده سال بود. دو گروه از نظر ویژگی‌های یاد شده تفاوت معنی‌داری نداشتند.

در پایان دوره‌ی شش ماهه‌ی پی‌گیری یکی از بیماران گروه آزمایشی به علت عدم تمایل به ادامه‌ی شرکت در طرح و پی‌گیری از بررسی خارج گردید.

از ۲۱ بیمار باقی‌مانده نه نفر (۴۲/۹٪) پس از شش ماه در ترک باقی ماندند و ۱۲ نفر (۵۷/۱٪) عود داشتند. از ۱۰ نفر گروه هیپنوتراپی، شش نفر (۶۰٪) در ترک باقی‌مانده بودند و چهار نفر (۴۰٪) عود داشتند. در گروه گواه سه نفر (۲۷٪) هنوز در ترک بودند و هشت نفر (۷۳٪) عود داشتند. آزمون دقیق فیشر در مقایسه‌ی عود دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان نداد. میانگین شمار جلسه‌های هیپنوتراپی برای گروه مداخله ۳/۶ جلسه (۲-۵ جلسه) و میانگین شمار جلسه‌های خود-هیپنوتیزم در گروه آزمایشی در طی دوره‌ی مداخله ۱۱ جلسه (۲۲-۳ جلسه) برای هر نفر بود.

در گروه آزمایش، بررسی اثر هیپنوتراپی بر علایم بیماران به روش خود گزارشی نشان داد که ۱۰ نفر بی‌قراری، هشت نفر بی‌خوابی، شش نفر علایم دستگاه عصبی خودمختار مانند لرزش بدن، تپش قلب و گرم شدن بدن و پنج نفر درد را به عنوان مهم‌ترین علامت‌های پس از ترک گزارش نمودند. بیماران اثر مثبت خود-هیپنوتیزم را در کنترل این علایم به ترتیب ۸۸٪ در بی‌خوابی، ۸۰٪ در بی‌قراری، ۶۰٪ در درد و ۳۳٪ در علایم دستگاه عصبی خودمختار می‌دانستند.

هر سه بیماری که در گروه آزمایش برای انجام تمرین‌ها در منزل نوار کاست به کار برده بودند پیش از شش ماه عود داشتند ولی از هفت نفر بیماری که تمرین‌های خود-هیپنوتیزم را در منزل انجام داده بودند یک نفر عود داشت و شش نفر در ترک بودند.

چون بیشتر بیماران مورد بررسی ساکن اطراف اصفهان بودند و برای رفت و آمد مشکل داشتند میزان همکاری آنان در سطح مورد انتظار نبود و میانگین شمار جلسه‌ها برای هر بیمار ۳/۶ جلسه به جای پنج جلسه بود و این می‌توانست نتایج را تحت تأثیر قرار دهد.

به دلیل دور بودن بیماران از مراکز آزمایش اعتیاد، امکان پی‌گیری یافته‌های پژوهش به کمک آزمایش‌های فیزیولوژیک فراهم نگردید. با این وجود کوشش شد با پی‌گیری‌های پی‌درپی توسط روانشناس با تجربه و بهره‌گیری از تماس تلفنی تا حد امکان میزان اطمینان پی‌گیری افزایش داده شود.

هم‌چنین، تغییر علائم پس از ترک در طی دوره مداخله در دو گروه آزمایش و گواه به‌طور هم‌زمان اندازه‌گیری و مقایسه نگردید تا بتوان برپایه‌ی مقایسه‌ی آماری این یافته‌ها را گزارش نمود.

پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده بسا آزمودنی‌های بیشتر و پی‌گیری بلندمدت‌تر اثر هیپنوتراپی بر علائم پس از ترک بررسی و میزان تغییرات علائم در دو گروه گواه و آزمایش به‌طور دقیق و با معیارهای معتبرتر سنجیده شود.

سپاسگزاری

با سپاس از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به خاطر رهنمودهای علمی و تأمین هزینه‌ی مالی این طرح و با تشکر از همکاران محترم طرح، آقای محمد یعقوبی، خانم دکتر فرشته شکیبایی، آقای دکتر نصر... بشردوست و آقای دکتر داریوش احمدی که با حمایت‌ها و راهنمایی‌هایشان نقش مهمی در اجرای این طرح داشته‌اند؛ با تشکر از آقایان دکتر هوشنگ والی‌بخت و دکتر کامران منتظری مسئولین محترم بخش ترک اعتیاد بیمارستان نور و با قدردانی از حمایت‌های علمی و معنوی کمیته‌ی تحقیقات دانشجویان دانشکده‌ی پزشکی اصفهان.

جلسه‌ها برخی از علائم بیماران دوباره عود نموده، هر سه بیمار پیش از سه ماه دوباره به مصرف مواد روی آوردند. این تجربه افزون بر نشان دادن تأثیر هیپنوتیزم در کنترل برخی علائم پس از ترک، اهمیت بهره‌گیری از خود-هیپنوتیزم را طی دوره‌ی شش ماهه پس از ترک نشان می‌دهد.

با توجه به یافته‌های آماری و صرف‌نظر از مشاهدات بالینی بررسی حاضر، یافته‌های این بررسی هم‌سو با یافته‌های اورمان (۱۹۹۱) و ادواردز (۱۹۹۶) است که برای هیپنوتراپی در ترک اعتیاد کارآیی محدودی گزارش نموده‌اند.

با این‌که متن به‌کار برده شده در نوار کاست با تلقین‌های آموزش داده شده به بیمار برای خود-هیپنوتیزم یکسان بود و تلقین‌های به‌کار رفته در جلسه‌ها نیز در دو گروه یکسان بودند، هر سه بیماری که نوار کاست به‌کار برده بودند عود داشتند و از هفت بیمار خود-هیپنوتیزم تنها یک نفر عود داشت و شش نفر بقیه در ترک باقی ماندند. علت این تفاوت احتمالاً افزایش اعتماد به نفس در بیمارانی است که به‌کمک تلقین‌ها به‌طور فعال خود موفق شدند علائم را کنترل کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰). در مقابل، فردی که به نوار کاست گوش می‌کند غیر فعال است و تلقین‌ها را فرد دیگری به بیمار می‌دهد. هم‌چنین انعطاف‌پذیر بودن خود-هیپنوتیزم نسبت به نوار کاست که هر شخص می‌تواند برپایه‌ی ویژگی‌های فردی خود، تلقین‌های مناسب را به خود بدهد می‌تواند عامل دیگری در اثربخشی بیشتر خود-هیپنوتیزم باشد.

در این بررسی کوشش بر آن بود میزان تفاوت ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و تأثیر متغیرهای زمینه‌ای مانند سن، شغل، میزان مصرف مواد، مدت اعتیاد و تحصیلات با انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها به پایین‌ترین سطح برسد. هم‌چنین کوشش بر آن بود تا با آگاه نشدن روانشناس از گروه هر بیمار، مداخله‌ی شناخت درمانی و هیپنوتراپی، تداخلی در هم ایجاد نکنند. در مرحله‌ی پی‌گیری نیز شمار دفعات پی‌گیری، روش پی‌گیری، پرسش‌نامه و پرسش‌ها در دو گروه یکسان بودند.

منابع

- Lemere, F. (1959). Psychotherapy of alcoholics. *Journal of American Medical Association*, 171, 266-267.
- Orman, D.J. (1991). Reframing of an addiction via hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 263-271.
- Page, R.A., & Handley, G.W. (1993). The use of hypnosis in cocaine addiction. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 120-123.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*, (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, W.H. (1990). Hypnosis in the treatment of anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 209-216.
- Truman, L. (1971). *Hypnotism may help cure girl of drug habit*. San Diego: Copley News Service.
- Vandamme, T.H.P. (1986). Hypnosis as an adjunct to the treatment of a drug addict. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 14, 41-48.
- Wilkinson, J.B. (1981). Hypnotherapy in the psychosomatic approach to illness. *Journal of Royal Society of Medicine*, 74, 525-530.
- Winkelman, M. (2001). Alternative and traditional medicines for substance abuse programs: A shamanic perspective. *Internal Journal of Drug Policy*, 12, 337-351.
- Wolberg, L. (1948). *Medical hypnosis*. New York: Grune & Stratton.
- Young, G.K. (1997). Hypnosis as an adjunctive modality in the relapse prevention component of an alcoholism treatment program. *Dissertation Abstracts International*, 57(8), 5350-B.
- گل آبادی، مجید (۱۳۷۹). *اثر هیپنوتراپی بر علائم پس از ترک معتادان به هروئین*. گزارش منتشر نشده.
- Brien, C.P.O., & McLellan, A.T. (1996). Myths about the treatment of addiction. *Lancet*, 347, 237-240.
- Cautela, J.R. (1967). Covert sensitization. *Psychological Reports*, 20, 459-468.
- Edwards, G. (1996). Hypnosis in treatment of alcohol addiction: Controlled trial with analysis of factors affecting outcome. *Quarterly Journal of Studies of Alcoholism*, 27, 221-241.
- Feamster, J.H., & Brown, J.E. (1963). Hypnotic aversion to alcohol: Three-year follow-up of one patient. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 164-186.
- Frawley, P.J., & Smith, J.W. (1990). Chemical aversion therapy in the treatment of cocaine dependence as part of a multimodal treatment program: Treatment outcome. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7, 21-29.
- Gelber, M., Gath, D., Mayau, R., & Cowen, P. (1996). *Oxford text book of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Greeft, A.P., & Conradie, W.S. (1998). Use of progressive relaxation training for chronic alcoholics with insomnia. *Psychological Reports*, 82, 407-412.
- Hartland, J. (1982). *Medical and dental hypnosis and it's clinical applications*. London: Bailliere-Tindall.
- Krupnick, M., & Clure, C. (1994). Altered states of consciousness: Trance as an adaptive coping mechanism for chemically dependent people. Doctoral dissertation, Antioch University New England Graduate School. *Dissertation Abstracts International*. 55104.p.1670.