

اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر پیشگیری از عود، کاهش تکانشگری و ولع در افراد ترک کننده مواد محرک

جواد هاشمی^۱، بهنام بهشتی^۲، جابر علیزاده^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۲۰

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر پیشگیری از عود، کاهش تکانشگری و ولع در افراد ترک کننده مواد محرک صورت گرفت. **روش:** در یک طرح نیمه آزمایشی گروهی ۴۰ نفری با تشخیص وابستگی به مواد محرک که مرحله سم زدایی را به پایان رسانده بودند و گروه گواه که به مراکز ترک اعتیاد مراجعه کرده بودند به صورت نمونه گیری در دسترس در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. گروه آزمایشی ۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت گروهی تحت آموزش هیپنوتراپی قرار گرفتند. افراد از طریق آزمایش مرفین، مقیاس تکانشگری ارنست بارت و مقیاس ولع مصرف مواد قبل از شروع درمان و پس از پایان درمان گروهی مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه گواه هیچ آموزشی دریافت نکرد و در انتظار درمان بودند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که آموزش هیپنوتراپی در پیشگیری از عود، کاهش تکانشگری و ولع مصرف مواد موثر بود. **نتیجه گیری:** آموزش هیپنوتراپی را می‌توان به عنوان درمان جایگزین در کنار سایر مداخلات روان‌شناختی در درمان وابستگی به مواد محرک مورد استفاده قرار داد. **کلیدواژه‌ها:** هیپنوتیزم درمانی، عود، تکانشگری، مواد محرک

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، اردبیل، ایران

۲. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران، پست الکترونیک:

j.hashemi30@gmail.com

۳. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

ابتلای اسارت آمیز به ماده مخدر که از نظر جسمی یا اجتماعی زیان آور شمرده می شود اعتیاد نام دارد (بخشی پور، علیلو و ایرانی، ۲۰۰۰). خوش بینانه ترین آمارها از وجود ۲۰۰۰۰۰۰ تا ۲۵۰۰۰۰۰ معتاد در ایران خبر می دهند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۰). وابستگی به مواد محرک تاثیرات مخربی بر فرایندهای زیستی، روانی و اجتماعی افراد می گذارد. سوء مصرف مواد محرک خطرات زیاد و جبران ناپذیری را در پی دارد. این مواد موجب تغییر در سطح هوشیاری شده و تمایلات عاطفی و احساسی فرد را افزایش داده، بروز توهمات بینایی به همراه اختلال در تمرکز و تصمیم گیری ایجاد کرده و درک زمان و فضا را تغییر می دهند (سیدف—اطمی، خوشنویی فومنی، بهبهانی و حسینی، ۱۳۸۷). امروزه وابستگی به مواد^۱ یکی از مهمترین مشکلات مربوط به سلامت عمومی در جوامع به شمار می رود. افراد زیادی در طول زندگی شان از اختلالات مصرف مواد رنج می برند و هر ساله تعداد بسیاری از افراد وابسته به مواد از طریق پیامد مستقیم و غیر مستقیم، جان خود را از دست می دهند (مارتین، وینبرگ، و بیلر^۲، ۲۰۰۷). اعتیاد یک نابهنجاری با نشانه های بالینی، رفتاری و شناختی بوده که در ایجاد آن، عوامل اجتماعی و روان شناختی از یک طرف و عوامل زیست شناختی و داروشناختی از طرف دیگر نقش دارند. عوامل اجتماعی بیشتر در شروع مصرف و عوامل زیست شناختی در ادامه وابستگی مطرح هستند (انجمن روان پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). در قرن حاضر قاچاق مواد غیرقانونی، مواد مخدر و داروهای روان گردان و اعتیاد به آنها به صورت بحران اجتماعی درآمده است. در حال حاضر سالانه بیش از ۲۶ میلیون مورد مرگ به علت مصرف مواد مخدر در دنیا گزارش می شود و این در حالی است که تا ۲۰ سال آینده این رقم به بیش از ۴۰ میلیون مورد خواهد رسید که بیش از ثلث آن در کشورهای در حال توسعه رخ خواهد داد (امام هادی و جلیلود، ۱۳۸۷). در حال حاضر مداخلات متعددی در دنیا برای درمان سوء مصرف مواد و پیشگیری از عود آن وجود دارد. با توجه به هزینه های هنگفتی که در جهت درمان و پیشگیری از اعتیاد در

1. substance dependency
2. Martin, Weinberg, & Bealer

3. American Psychiatric Association.

حوزه‌های مختلف جسمی، روانی و اجتماعی صرف می‌شود، دست‌یابی به روش‌های درمانی جدید که در درمان و کاهش مصرف مواد تأثیرگذار باشد حائز اهمیت فراوانی است. بنابراین در درمان و پیشگیری از عود مصرف مواد، استفاده از روش‌هایی که بتواند در حل این مشکلات موثر باشد، ضروری به نظر می‌رسد.

در سال‌های اخیر نظریه‌ها و پژوهش‌های روان‌شناختی، مداخله‌های جدیدی را جهت پیشگیری از عود مصرف مواد به وجود آورده است. از بین این مداخله‌های مربوط به عود که در تبیین و مداخله فرایند عود سهیم هستند، می‌توان به هیپنودرمانی اشاره کرد. شواهد پژوهشی متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد از هیپنوتیزم به طور گسترده در ترک سیگار، الکل، سوء مصرف مواد، مدیریت اضطراب و درد استفاده می‌شود (گالتی، دکوستا و زادور^۱، ۲۰۱۵). با این حال، مطالعه پیشینه پژوهشی مرتبط با هیپنودرمانی اختلالات مصرف مواد نشان می‌دهد که تاکنون نقش هیپنودرمانی را بر پیشگیری از عود، کاهش ولع و تکانشگری در افراد وابسته به مواد محرک مطالعه نشده و پژوهش حاضر در صدد آن است که تأثیر آن را بر پیشگیری از عود، کاهش ولع و تکانشگری در افراد ترک‌کننده مواد محرک بررسی کند.

۹۵

95

علی‌رغم پیشرفت‌های صورت گرفته در درمان وابستگی به مواد، وجود دوره‌های عود یا مصرف غیر قابل کنترل مواد یکی از مسائل مطرح در حوزه وابستگی به مواد است (ویتکیویتز و مارلات^۲، ۲۰۰۴). حتی با وجود توجه ویژه و برنامه‌های خاص در حوزه پیشگیری از عود و بهبودی‌های صورت گرفته در حوزه وابستگی به مواد در بلند مدت اغلب افراد جویای درمان، پرهیز مداوم از مواد را تجربه نمی‌کنند. مشکل اصلی در درمان اعتیاد در افراد ترک‌کننده مواد، ناشی از عود مزمن و مکرر است. حتی بعد دوره‌های طولانی ترک و پرهیز، درصد بالایی از افراد شرکت‌کننده در برنامه‌های درمانی به مصرف مجدد مواد روی می‌آورند. نخستین مطالعه گسترده ملی در ایران که توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری دفتر پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل انجام شد تعداد مصرف‌کنندگان (تریاک و هر وین) را به ۳/۶۷ میلیون نفر

برآورد کرده که ۱/۳۹ میلیون نفر از آن‌ها به عنوان سوء مصرف کننده و ۱/۱۶ میلیون نفر از آن‌ها معتاد یا وابسته به مواد طبقه‌بندی شده‌اند (شبکه آسیایی کاهش آسیب، ۲۰۰۶). بنا گزارش مواد مخدر و جرم سازمان ملل در سال ۲۰۰۴ میلادی تعداد مصرف کنندگان انواع مواد مخدر حدود ۱۸۵ میلیون نفر برآورد شده که ۳ درصد جمعیت جهان را شامل می‌شود و در این میان مواد محرک نظیر آمفتامین‌ها و مت‌آمفتامین‌ها با مجموع ۳۰ میلیون نفر مصرف کننده در ردیف دوم مصرف قرار دارد (براتی، وردی‌پور، معینی، فرهادی‌نسب، و محجوب، ۱۳۹۳). سوء مصرف مواد محرک نسبت به مواد مخدر خطرات زیاد و جبران‌ناپذیری را در پی دارد. بر اساس مطالعات صورت گرفته این مواد موجب تغییر در سطح هوشیاری شده و تمایلات عاطفی و احساسی فرد را افزایش می‌دهند. همچنین بروز توهمات بینایی به همراه اختلال در تمرکز و تصمیم‌گیری به دنبال مصرف مواد محرک، امری محتمل است و درک زمان و فضا برای مصرف کنندگان، تغییر می‌کند (سیدفاطمی و همکاران، ۱۳۸۷). احساس غیر واقعی قدرت و موفقیت، تمایلات خودکشی و دگرکشی و وابستگی شدید روانی از دیگر عوارض مصرف این مواد می‌باشد (پورافکاری، ۲۰۰۷). از دهه ۱۹۹۰ که بررسی‌های دامنه‌داری در ارتباط با نتایج درمان سوء مصرف مواد شروع شد، مشخص شد که مداخله‌های ترکیبی و مداخله‌های سرپایی بدون مصرف دارو که بر رویکردهای روانی- اجتماعی و برنامه‌های رفتار درمانی تأکید داشتند نتایج مثبت درمانی را در پی دارند (کاماچو^۱ و همکاران، ۱۹۹۷؛ به نقل از هالچین^۲، ۲۰۰۳). در دهه‌های اخیر نظریه‌ها و پژوهش‌های روان‌شناختی، برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای نوینی را برای درمان و کاهش بازگشت به مصرف مواد مطرح ساخته‌اند که نتایج این پژوهش‌ها حاکی از اثربخش بودن این مداخلات دارد. یکی از روش‌های درمانی که در زمینه درمان سوء مصرف مواد کاربرد دارد، هیپنوتیزم^۴ می‌باشد. هیپنودرمانی و آموزش خود-هیپنوتیزم^۵ یکی از روش‌هایی است که توانایی کنترل علائم پس از ترک از جمله اضطراب و بی‌خوابی را دارد (به نقل از گل‌آبادی و تابان، ۱۳۸۴). در پژوهش گل‌آبادی و تابان

1. Asian Harm Reduction
2. Camacho
3. Halgin

4. hypnosis
5. self-hypnotism

(۱۳۸۴) نشان داده شد هیپنودرمانی در پیشگیری از عود^۱ معتادان به تریاک تاثیر معناداری نداشت ولی از نظر بالینی چشمگیر بود، و از نظر بیماران هیپنودرمانی بر کاهش بی خوابی، بی قراری، درد و اختلال‌های دستگاه گوارش موثر بود.

همچنین واندامه^۲ (۱۹۸۶) و اورمان^۳ (۱۹۹۱) از ویژگی آرامش‌زایی هیپنوتیزم در کنترل استرس برای ترک در دو زن معتاد به هرئین و کوکائین به طور موفقیت‌آمیزی بهره گرفتند. یانگ (۱۹۹۷) اثرات مثبت هیپنوتیزم بر روی علائم پس از ترک معتادان به الکل را عبارت از بهتر شدن کنترل استرس (۹۵٪)، احساس خوب داشتن (۷۵٪)، توانایی بهتر کنترل تکانه‌ها (۸۰٪) و بهبود وضعیت خواب (۶۵٪) گزارش نموده است. در پژوهش‌های متعددی اثربخشی هیپنوتیزم در درمان اعتیاد گزارش شده است (مثلاً پیچ و هندلی^۴، ۱۹۹۳). هیپنودرمانی به طور مستقیم برای شرطی‌سازی انزجاری در مصرف مواد و به طور غیر مستقیم به عنوان روشی برای نیرومندی خود، تغییر دید فرد، آموزش مهارت‌ها و مقابله با استرس عمل می‌کند (فتحی، و فیاض صابری، ۲۰۱۱). شواهد پژوهشی متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد از هیپنوتیزم به طور گسترده در ترک سیگار، الکل، سوء مصرف مواد، مدیریت اضطراب و درد استفاده می‌شود (گالتی، و همکاران، ۲۰۱۵).

۹۷

97

یکی از چالش‌های فراروی متخصصانی که در حوزه وابستگی به مواد فعالیت می‌کنند بالا بودن میزان عود^۵ در این اختلال است. پژوهش‌ها نشان داده که بسیاری از افراد پس از مرحله سم‌زدایی به دلیل ماهیت مزمن و بازگشت‌کننده وابستگی به مواد دوباره به مصرف مواد باز می‌گردند. علی‌رغم اختلاف نظریه‌های زیاد درباره استفاده از میزان عود به عنوان مقیاس اصلی درمان در ادبیات مصرف، میزان پاکی بعد از درمان خیلی کم گزارش می‌شود (جعفری، اسکندری، سهرابی و دلاور، ۱۳۸۹). بررسی‌ها نشان می‌دهد که در مجموع ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران در فاصله شش ماه بعد از درمان صرف نظر از نوع تریکس و ویژگی‌های بیمار و یا انواع مواد مصرفی شروع به مصرف مجدد مواد می‌کنند (مک

1. relapse prevention
2. Vandamme
3. Orman

4. Page, & Handley
5. Relapse

للان، مکای، فورمن، کاکایولا، و کمپ^۱، ۲۰۰۵). از دیگر متغیرهای تاثیرگذار در وابستگی به مواد، متعاقب آن درمان و پیشگیری از عود، تکانشگری و ولع مصرف مواد است. رفتارهای تکانشی به عنوان یکی از عوامل مستعدکننده و تداوم‌دهنده اختلالات مصرف مواد می‌باشد که این موضوع در زمینه وابستگی به مواد محرک واجد اهمیت است (عدالتی، ۱۳۸۶). تکانشگری به عنوان زمینه‌ساز واکنش‌های بدون برنامه و سریع به محرک‌های درونی و یا بیرونی بدون توجه به پیامدهای منفی به خود یا دیگران تعریف شده است (مولر، بارات، داگرتی، اشیمیتز و اسیوان^۲، ۲۰۰۷). همچنین مطالعات وردجو-گاریسیا، لاورنس، و کلارک^۳ (۲۰۰۸) نشان داده که تکانشگری با اختلالات سوء مصرف مواد رابطه دارد. ولع مصرف در پدیده بازگشت پس از درمان، حفظ موقعیت مصرف، و وابستگی به مواد نقش مهمی دارد. در فرایند درمان معتادان، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان‌گردان دیده می‌شود. بنابراین تشخیص و درمان این پدیده بالینی به عنوان، یکی از عوامل شکست درمان دارای اهمیت است (آبرامز، ۲۰۰۰).

با عنایت به اهمیت پیشگیری از عود و نقش متغیرهایی نظیر ولع مصرف، تکانشگری، به عنوان عوامل تاثیرگذار بر نتایج درمانی و پیش‌بینی کننده‌های قوی شکست و موفقیت در درمان، ضروری است تا به منظور کاهش میزان این متغیرها از روش‌های درمانی کارآمدتر استفاده شود. یکی از روش‌های درمانی موثر در این زمینه، هیپنودرمانی است که یکی از اهداف پژوهش حاضر بررسی نقش این درمان در ولع مصرف، و تکانشگری در افراد وابسته به مصرف مواد است. همچنین با توجه به هزینه‌های هنگفتی که در جهت درمان و پیشگیری از اعتیاد در حوزه‌های مختلف جسمی، روانی و اجتماعی صرف می‌شود، دست‌یابی به روش‌های درمانی جدید که در درمان و کاهش مصرف مواد تأثیر گذار باشد حائز اهمیت فراوانی است. چنین روشی می‌تواند در کنار دیگر عوامل اثربخش

1. Mc Lellan, Mckay, Forman, Caccaiola, & Kemp
2. Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann

3. Verdejo - Garcia, Lawrence, & Clark

در حیطه درمان، موجب کاهش مصرف و عود مواد گردد. با توجه به بالا بودن آمار افراد وابسته به مواد در کشور و همچنین نیاز مبرم مراکز درمانی دخیل در حوزه اعتیاد به ویژه اعتیاد به مواد محرک به برنامه‌های روان‌درمانی و نبود پژوهشی که اثربخشی هیپنودرمانی را در پیشگیری از عود، کاهش تکانشگری و ولع در افراد ترک‌کننده مواد بررسی کند، پژوهش حاضر درصدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا هیپنودرمانی در پیشگیری از عود، کاهش ولع و تکانشگری در افراد ترک‌کننده مواد محرک موثر است؟

روش

جامعه آماری، نمونه آماری و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش به صورت نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش همه افراد ترک‌کننده مواد محرک بودند که در سه مرکز بهبودی اقامتی میان مدت شهرستان اردبیل بودند که در یک دوره‌ی یک و نیم ماهه در سال ۱۳۹۵ تعداد آن‌ها ۹۰ نفر بود. به روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ای با حجم ۴۰ نفر انتخاب سپس به صورت تصادفی (۲۰ نفر در گروه مداخله هیپنودرمانی و ۲۰ نفر در گروه گواه) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود و خروج عبارت بودند از: ارائه رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات ابتدایی و حضور در دوره‌های مراکز بهبودی اقامتی. ملاک خروج نیز انصراف و یا عدم توانایی شرکت در جلسات درمانی بود.

ابزار

۱- آزمایش مرفین: این آزمایش از رایج‌ترین روش‌ها برای تشخیص آلکالوئیدها است و از جمله روش‌های اختصاصی برای تشخیص مرفین و سایر آلکالوئیدهای تریاک در ادرار است و از حساسیت خیلی زیادی برخوردار است. نتیجه مثبت حاکی از وجود موادمخدر در ادرار است که مصرف مواد در یک هفته گذشته را نشان می‌دهد. منفی بودن بر عدم وجود موادمخدر در ادرار دلالت دارد که نشان دهنده عدم مصرف مواد است. در حقیقت

این آزمایش تمام داروهای روان‌گردان را که در ادرار وجود داشته می‌تواند تفکیک کند. تست مورفین، برای شناسایی مورفین و سایر آلکالوئیدهای مشتق از تریاک در ادرار به کار می‌رود. نتایج تست می‌تواند در مراکز ترک اعتیاد به عنوان آزمونی دقیق مورد استفاده قرار گیرد. در این تحقیق افرادی که سابقه مصرف مواد اپیوئیدی داشته و طی دوره ترک موفق به سم‌زدایی شده‌اند، چنانچه بعد از سم‌زدایی در سه تست مورفین TLC که به صورت یک روز در میان انجام می‌گیرد مثبت باشند به عنوان عود سوءمصرف مواد در نظر گرفته می‌شوند (چنگ، هانگ و شیا، ۲۰۱۱).

۲- مقیاس تکانشگری ارنست بارت و همکاران^۲: این مقیاس توسط ارنست بارت و همکاران (۱۹۵۰) ساخته شده است و همبستگی خوبی با پرسش‌نامه تکانشگری آیزنگ دارد (دوستیان، بهمنی، اعظمی و گودینی، ۱۳۹۲). این مقیاس دارای ۳۰ سوال و ۳ عامل (تکانشگری شناختی، تکانشگری حرکتی و بی‌برنامگی) می‌باشد. سوالات به صورت طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای هرگز (نمره ۱)، گه‌گاه (نمره ۲)، اغلب (نمره ۳) و تقریباً همیشه (نمره ۴) تهیه و نمره‌گذاری شده است. بیشترین نمره کسب شده ۱۲۰ می‌باشد، افرادی که میانگین نمره کل آن‌ها از ۶۴ به بالاست تکانشگر محسوب می‌شوند. روایی یابی نسخه فارسی توسط اختیاری و همکاران (۱۳۸۷) صورت گرفته و همبستگی خرده‌مقیاس‌های بی‌برنامگی و حرکتی و شناختی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۹۱ و ۰/۸۱ گزارش شده است. همچنین در پژوهش دوستیان و همکاران (۱۳۹۲) با استفاده از نظرات اساتید مرتبط روایی پرسش‌نامه تأیید و اعتبار آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است.

۳- مقیاس کوتاه ولع مصرف مواد: این آزمون خود گزارشی ۸ گویه دارد که توسط سوموزا، دیرنفوت، گولداسمیت، میزینسکیس و کوهن^۳ (۱۹۹۵) ساخته شده و مدت، فراوانی و شدت ولع مصرف مواد را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از نه اصلاً (۰) تا خیلی زیاد (۴) اندازه می‌گیرد. سوالات ۲-۳-۴- و ۶-۷-۸- با هم جمع و نمره کلی ولع مصرف مواد به دست می‌آید. این آزمون همبستگی بالایی با مقیاس‌های شدت اعتیاد نشان

1. Cheng, Huang & Shiea
2. Barratt Impulsivity Scale

3. Somoza, Dyrenforth, Goldsmith,
Mezinskis, & Cohen

داده و ضریب آلفای کرونباخ آن نیز ۰/۸۸ گزارش شده است (ساموزا و همکاران، ۱۹۹۵). آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است (بشرپور، ۱۳۹۲).

روش اجرا

مدت هر جلسه ۴۵ دقیقه بود و در هر جلسه تلقین پس هیپنوتیزمی ارائه می‌شد، در مرحله بعد شیوه انجام خود-هیپنوتیزمی به مراجعین آموزش داده شد و از آنان خواسته می‌شد روزانه ۱۵ دقیقه تن آرامی و خودهیپنوتیزم را در منزل انجام دهند. در تمام جلسات برای انجام هیپنوتیزم از روش تن آرامی پیشرونده و تمرکز چشمی و برای عمیق‌سازی روش‌های تنفس عمیق، شمارش معکوس و منظره لذت‌بخش استفاده شد. در ادامه تعداد جلسات و محتوای آن ارائه شده است. لازم به ذکر است که به لحاظ رعایت جوانب اخلاقی پژوهش، گروه گواه پس از پایان پژوهش در جلسات درمانی شرکت کردند.

جدول ۱: محتوای جلسات هیپنوتیزم درمانی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوای جلسات
اول	به شرکت‌کنندگان در مورد هیپنوتیزم و جلسه و چگونگی انجام آن و این که در این چند جلسه آموزشی باید منتظر چه تغییراتی باشند، توضیحاتی ارائه شد. به عنوان شروع کار آموزش تن آرامی کلی ارائه شد.
دوم	پس از ورود به جلسه، تلقیناتی در زمینه آرامش بیشتر، رفع استرس و اضطراب و عمیق‌تر شدن جلسه ارائه شد. شرطی‌سازی جهت ورود به جلسه با شمارش تا عدد ۳ و فرمان به خواب صورت گرفت تا در جلسه‌های بعدی برای ورود به جلسه، زمان کمتری صرف شود.
سوم	چون هیپنوتیزم به صورت گروهی انجام شد، لازم بود تمامی مراجعین به عمق مناسبی از جلسه برسند تا تصویرسازی ذهنی به حد مطلوب برسد. در این جلسه، ابتدا به وسیله تلقینات بیشتر سعی شد جلسه مراجعین را عمیق‌تر کرده سپس به مدت ۱۰ دقیقه به تصویرسازی در مراجعین پرداختیم که در ابتدا تصویرسازی در زمینه-های خوشایند و آرامش‌بخش بود و در انتها، تصویرسازی ذهنی فعالیت‌های جایگزین تکرار شد.
چهارم	پس از عمیق کردن جلسه تلقینات و تصویرهای ذهنی مربوط به بی‌زاری از مواد و اثرات منفی آن ارائه شد.
پنجم	تمرین‌هایی که در جلسه‌های قبلی ارائه شده بود مرور شد و تلقین‌های شرطی برای تسهیل ایجاد جلسه در مراجع در منزل انجام شد و گفته شد هر گاه بخواهند می‌توانند از خود-هیپنوتیزم برای کاهش مشکلات ترک (نظیر بی‌خوابی، بی‌قراری، درد، وسوسه و افسردگی) استفاده کنند.

یافته‌ها

آماره‌های توصیفی مربوط به متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مقولات	آزمایش		گواه	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
سن	۱۹ تا ۲۹ سال	۶	۷	۳۵	۳۵
	۳۰ تا ۳۹ سال	۷	۶	۳۰	۳۰
	۴۰ تا ۴۹ سال	۶	۵	۲۵	۲۵
	۵۰ تا ۵۹ سال	۱	۲	۱۰	۱۰
وضعیت تاهل	ازدواج دائم	۸	۹	۴۵	۴۵
	هرگز ازدواج نکرده	۵	۶	۳۰	۳۰
	همسر متوفی	۲	۳	۱۵	۱۵
	همسر جدا شده	۵	۲	۱۰	۱۰
وضعیت شغلی	در حال تحصیل	۷	۸	۴۰	۴۰
	آزاد	۸	۴	۲۰	۲۰
وضعیت تحصیلی	بیکار	۵	۸	۴۰	۴۰
	زیر دیپلم دانشگاهی	۱۹	۲۰	۱۰۰	۰
		۱	۰	۵	۰

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون

متغیرها	گروه‌ها	نوع آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
تکانشگری	آزمایش	پیش آزمون	۶۲/۸۰	۹/۱۶
		پس آزمون	۵۸/۱۵	۸/۹۶
	گواه	پیش آزمون	۵۸/۵۵	۹/۰۱
		پس آزمون	۶۲/۴۰	۹/۲۳
ولع مصرف	آزمایش	پیش آزمون	۶۱/۸۰	۹/۱۲
		پس آزمون	۶۲/۲۰	۸/۹۹
	گواه	پیش آزمون	۸۸/۹۵	۱۸/۰۱
		پس آزمون	۸۴/۳۰	۱۷/۵۵
	آزمایش	پیش آزمون	۸۴/۱۵	۱۷/۵۲
		پس آزمون	۸۹/۱۵۰	۱۸/۲۸
	گواه	پیش آزمون	۸۸/۲۰	۱۸/۳۰
		پس آزمون	۸۸/۶۰	۱۸/۰۰

آماره‌های توصیفی نتایج تست مورفین به تفکیک گروه‌ها و نوع آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آماره‌های توصیفی نتایج تست مورفین به تکنیک گروه‌ها و نوع آزمون

نتیجه	آزمایش			گواه		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
مثبت	۲۰	۵	۶	۱۸	۱۶	
منفی	۰	۱۵	۱۴	۲	۴	

همانگونه که مشاهده می‌شود تمامی نمونه قبل از مداخله درمانی مصرف کننده مواد مخدر بوده‌اند. بعد از ارائه مداخله کاهش مصرف و عود به میزان قابل توجهی کاهش پیدا کرده و نتایج آزمون مجذور خی دو متغیری حکایت از اثربخشی مداخله بر کاهش سوء مصرف داشته است ($\chi^2=13/33, P<0/01$).

برای بررسی اثربخشی هیپنودرمانی بر کاهش ولع مصرف می‌بایستی از تحلیل کواریانس استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($F=1/74, P>0/05$). نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی هیپنودرمانی بر ولع مصرف

میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذوراتا
۱۳۷/۱۱	۷۱/۶۲۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶

همچنین برای بررسی بقای اثربخشی هیپنودرمانی بر کاهش ولع مصرف می‌بایستی از تحلیل کواریانس در نمرات پیگیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($F=1/022P>0/05$). نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی بقای اثربخشی هیپنودرمانی بر ولع مصرف

میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذوراتا
۱۸۱/۰۴	۷۷/۳۳۶	۰/۰۰۰۵	۰/۶۸

همانگونه که مشاهده می‌شود تحلیل داده‌های مربوط به ولع مصرف در دو مرحله پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که آموزش هیپنوتیزم باعث کاهش معنادار ولع مصرف در افراد مصرف کننده مواد شده و این امر بقا داشته است.

برای بررسی اثربخشی هیپنودرمانی بر مولفه‌های تکانشگری می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری ماتریس‌های واریانس-کواریانس است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($P > 0/05$). مفروضه‌ی دیگر این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه در تکانشگری شناختی ($F=1/97, P > 0/05$)، تکانشگری حرکتی ($F=0/299, P > 0/05$)، و بی‌برنامگی ($F=0/517, P > 0/05$) داشت. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از تفاوت معنادار دو گروه در ترکیب خطی مولفه‌ها داشت ($F=95/77, P < 0/001$)، اندازه اثر ($\eta^2=0/797$)، لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری مطابق جدول ۶ استفاده شد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی اثربخشی هیپنودرمانی بر مولفه‌های

تکانشگری			
معداری	آماره F	میانگین مجزورات	مولفه‌ها
0/0005	257/56	1942/10	تکانشگری شناختی
0/0005	30/35	153/25	تکانشگری حرکتی
0/0005	290/43	1061/68	بی‌برنامگی

برای بررسی بقای اثربخشی هیپنودرمانی بر مولفه‌های تکانشگری می‌بایستی از تحلیل کواریانس چند متغیری در نمرات پیگیری استفاده شود. یکی از مفروضه‌های این تحلیل برابری ماتریس‌های واریانس-کواریانس است. نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این مفروضه داشت ($P > 0/05$). مفروضه‌ی دیگر این تحلیل برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون حکایت از برقراری این مفروضه در تکانشگری شناختی ($F=0/81, P > 0/05$)، تکانشگری حرکتی ($F=1/091, P > 0/05$)، و بی‌برنامگی ($F=1/129, P > 0/05$) داشت. بنابراین تحلیل کواریانس چندمتغیری انجام شد و نتایج آن حکایت از تفاوت معنادار دو گروه در ترکیب خطی مولفه‌ها داشت ($F=76/98, P < 0/001$)، اندازه اثر ($\eta^2=0/765$)، لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک‌متغیری مطابق جدول ۷ استفاده شد.

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی بقای اثربخشی هیپنودرمانی بر

مولفه‌های تکانشگری

مولفه‌ها	میانگین مجدورات	آماره F	معناداری
تکانشگری شناختی	۲۰۲۴/۳۲	۳۵۴/۸۲	۰/۰۰۰۵
تکانشگری حرکتی	۲۰۶/۶۴	۲۹/۸۷	۰/۰۰۰۵
بی‌برنامگی	۱۱۰۲/۲۷	۲۷۱/۲۷	۰/۰۰۰۵

همانگونه که مشاهده می‌شود اثر هیپنودرمانی هم در پس آزمون و هم در مرحله پیگیری معنادار بود. به عبارت دیگر آموزش هیپنوتیزم باعث کاهش معنادار تکانشگری در افراد مصرف کننده مواد و بقای این کاهش شده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هیپنوتیزم درمانی بر پیشگیری از عود، کاهش تکانشگری و ولع مصرف در افراد ترک کننده مواد محرک بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر هیپنوتیزم درمانی در پیشگیری از عود افراد وابسته به مواد مؤثر بوده است. به عبارت دیگر افرادی که آموزش هیپنوتیزم درمانی را دریافت کرده بودند نسبت به گروه گواه کاهش معناداری در فرایند عود نشان دادند. یافته فوق با نتایج پژوهش پیچ و هندلی (۱۹۹۳)، مرتضوی و همکاران (۲۰۱۴)، (فتحی، و فیاض صابری، ۲۰۱۱) و گالتی، و همکاران، (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. شواهد پژوهشی فوق نیز نشان داد که آموزش هیپنوتیزم درمانی موجب پیشگیری از عود می‌شود. روش‌های تن آرامی به دلیل ایجاد آرامش، احساس لذت جویی، احساس خوب بودن و فعال کردن دستگاه عصبی پاراسمپاتیک 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 به ویژه 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 ترک کرده فراهم می‌شود. در این نوع درمان، ابتدا زمینه لازم برای

تن آرامی فراهم می‌شود و تلقیناتی در زمینه آرامش بیشتر، رفع استرس واضطراب 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 فرایند هیپنودرمانی با استفاده از تلقین‌های منفی و با ایجاد القائات 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.

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد آموزش هیپنوتیزم درمانی در کاهش تکانشگری موثر می‌باشد. به عبارتی میزان تکانشگری در گروه آزمایش که در جلسات آموزش هیپنودرمانی شرکت کرده بودند در مقایسه با گروه گواه کاهش معناداری داشته است. 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 تعدد ترک‌های ناموفق می‌باشد (دوران و همکاران، ۲۰۰۴؛ پری و همکاران، ۲۰۰۵). 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 تداوم‌دهنده این اختلال، در نظر گرفته شده است و هم گاهی تعیین‌کننده نوع مواد مصرفی معتادان می‌باشد مثل گرایش به مصرف مواد محرک (هیایکی و همکاران، ۲۰۰۵؛ لجزوز و همکاران، ۲۰۰۵). 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 فرایند 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 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 کاوش ناهشیار و ورود به حالت خلسه آماده دریافت تلقین‌های مربوط به کنترل رفتارها می‌شود. همچنین در فرایند 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. همانطور که در پژوهش مشخص شد که تلقین‌های ارائه شده در طول هیپنوتیزم منجر به تمرکز در فرد شده و این کار منجر به افزایش تنظیم شناختی - هیجانی، خودانگیزشی و اعتماد به نفس در فرد می‌شود. بنابراین در فرایند هیپنودرمانی با افزایش تمرکز، آرامش ذهنی، تنظیم شناختی و عاطفی زمینه لازم برای مدیریت تکانه‌ها فراهم می‌شود.

در نهایت نتایج پژوهش نشان داد که آموزش هیپنودرمانی موجب کاهش ولع در گروه آزمایش شد. به عبارتی میزان ولع گروه آزمایش در پایان جلسات درمانی کاهش معناداری داشته است. این یافته همسو با یافته‌های تیفانی و کانکلین (۲۰۰۰) می‌باشد. ولع مصرف درپدیده بازگشت پس از درمان، حفظ موقعیت مصرف، و وابستگی به مواد نقش مهمی دارد. در فرایند درمان معنادان، پس از رسیدن به حالت پرهیز، میل شدیدی برای تجربه دوباره اثرات ماده روان گردان دیده می‌شود. در فرایند 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 حس تنفر خواهد کرد و با ایجاد بیزاری نسبت به مصرف مواد محرک زمینه کاهش ولع به مواد را فراهم می‌آورد. همانطور که نتایج پژوهش احمد محمد و محمد علم وافی (۲۰۱۵) نشان داد که هیپنودرمانی در کاهش ولع سیگار کشیدن در افراد مورد بررسی موثر می‌باشد. نتایج دیگر پژوهش‌ها نیز مؤید این موضوع است که هیپنودرمانی به عنوان ابزاری برای کاهش ولع در طول پیشگیری استفاده شده و در بهبود پیشگیری و کاهش ولع مواد موثر می‌باشد. از دیگر عوامل موثر در کاهش ولع این است که با ایجاد و فعال‌سازی حس تهوع و توأم‌سازی آن

مصرف مواد محرک، فرد احساس تهوع در زمان کشیدن این مواد خواهد کرد و بیزاری و حس بد این نوع تداعی موجب کاهش ولع مصرف مواد خواهد شد.

منابع

اختیاری، حامد؛ صفایی، هومن؛ اسماعیلی جاوید، غلامرضا؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ عدالتی، هانیه؛ مکرری، آذرخش (۱۳۸۷). روایی و پایایی نسخه‌های فارسی پرسش‌نامه‌های آیزنک، بارت، دیکمن و زاگرن در تعیین رفتارهای مخاطره‌جویانه و تکانشگری. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۳)، ۲۶۸-۲۵۸.

امام‌هادی، محمدعلی؛ جلیوند، مریم (۱۳۸۵). مقایسه روشهایی برای کاهش گرایش دانش‌آموزان به سوء مصرف مواد. *مجله سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران*، ۲۵(۴)، ۴۴۹-۴۴۱.

جعفری، عیسی؛ اسکندری، حسین؛ سهرابی، فرامرز؛ دلاور، علی (۱۳۸۹). آموزش اثربخشی مهارت‌های مقابله‌ای مبتنی بر مدل مارلات در پیشگیری از عود و افزایش تاب‌آوری در افراد وابسته به مواد. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱۱(۳)، ۸۷-۷۷.

دوستیان، یونس؛ بهمنی، بهمن؛ اعظمی، یوسف؛ گودینی، علی اکبر (۱۳۹۲). بررسی رابطه پرخاشگری و تکانشگری با آمادگی با اعتیاد در دانشجویان پسر. *مجله توانبخشی*، ۲(۱۴)، ۱۰۸-۱۰۲.

سیدفاطمی، نعیمه؛ خوشنواپی فومنی، فاطمه؛ بهبهانی، نسرین؛ حسینی، فاطمه (۱۳۸۷). مهارت قاطعیت و مصرف اکستازی در بین نوجوانان. *اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۴۰)، ۲۷۲-۲۶۵.

عدالتی، هانیه؛ یزدی، بنی‌جمالی (۱۳۸۶). بررسی تأثیر درمان کنترل تکانه بر کاهش تکانشگری در دانشجویان تکانشی دانشگاه الزهراء (پایان‌نامه کارشناسی ارشد). دانشگاه الزهراء، تهران.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۳۷۹). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی (ترجمه نصرت‌الله پورافکاری). تهران: شهر آب.

گل‌آبادی، مجید؛ تابان، حبیب‌الله (۱۳۸۴). آیا هیپنوتراپی بر میزان عود وابستگی به مواد افیونی و کاهش علایم ترک مؤثر است؟ *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۱(۲)، ۲۱۸-۲۱۲.

محمدی، محمدرضا؛ اکبری، علی اصغر؛ حاتمی، ندا؛ مکرری، آذرخش؛ کاویانی، حسین؛ سلیمانان، مریم؛ صحت، مجتبی (۱۳۹۰). بررسی اثروان درمانی معنوی در مبتلایان به اختلال وابستگی به مواد اپیوئیدی. *مجله پژوهشی حکیم*، ۳(۱۴)، ۱۵۰-۱۴۴.

محمدی، محمد (۱۳۸۷). یافته‌های موجود و چالش‌های پیش‌رو سوء مصرف مواد توسط دختران و زنان.

فصلنامه اعتیاد، ۳، ۵۳-۵۵.

هالیجین، ریچارد؛ کراس ویتوبورن، سوزان (۲۰۰۳). آسبیب شناسی روانی دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالهای روانی بر اساس *DSM-IV-IR*، ترجمه سید یحیی محمدی (۱۳۸۵). تهران: انتشارات روان.

هاوکینز، کاتالانو و میلر. (۱۳۸۰). عوامل خطر و عوامل حفاظت کننده در پیشگیری از سوء مصرف مواد در جوانان و نوجوانان. (ترجمه ماهیار ماه جویی). سازمان پژوهش و برنامه‌ریزی آموزش. تهران: انتشارات مدرسه.

- Abrams, D. B. (2000). Transdisciplinary concept and measures of craving commentary and future direction. *Journal of Addiction*, 25, 237-246.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4th ed) USA Arlington: American Psychiatric Pub.
- Asian Harm Reduction. (2006). Tehran Report toward comprehensive Health Promotion policy Final report.
- Bakhshipoor, A., Aliloo, M., Irani, S. (2000) Compare features and personality disorders and selfConsumption coping strategies and normal groups. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 4(3), 289-297.
- Cheng, S.C., Huang, M.Z., Shiea, J. (2011). Thin layer chromatography/mass spectrometry. *Journal of Chromatography*, 1218(19), 2700-2711.
- Doran, N., Spring, B., McChargue, D., Pergadia, M., & Richmond, M. (2004). Impulsivity and smoking relapse". *Nicotine and Tobacco Research*, 6(4), 641-647.
- Fathi, M., FayyazSaber, M. H. (2011). *Clinical Hypnosis*. Mash-had: Hoormeher publication.
- Gulati, S., D Costa, Y. A., Zador, L., Kunnumpurath, S. (2015). *Hypnosis for Substance Abuse*. New York: Springer.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective, factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105.
- Hayaki, J., Stein, M., D., Lassar, J. A., Herman, D., S., & Anderson, B., J. (2005). Adversity among drug users: relationship to impulsivity. *Drug Alcohol Depend*, 78(1), 65-71.
- Lejuez, C. W., Bornoalova, M. A., Daughters, S., B., & Curtin, J. J. (2005). Differences in impulsivity and sexual risk behavior among inner-city crack/cocaine users and heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(2), 169-175.
- Martin, P. R., Weinberg, B. A. & Bealer, B. K. (2007). *Healing addiction: An integrated pharmacopsychosocial approach to treatment*. United States of America: John Wiley & Sons.
- Mc Lellan, A.T., Mckay, J.R., Forman, R., Cacciaiola, J., Kemp, J. (2005). Reconsidering the evaluation treatment from retrospective follow up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, (100), 447- 458.
- Moeller, G. F., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M. & Swann, A. C. (2007). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1783-1793.

- 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.
- Perry, J., L., Larson, E., B., German, J., P., Madden, G., J., & Carroll, M., E. (2005). Impulsivity (delay discounting) as a predictor of acquisition of IV cocaine selfadministration in female rats. *Psychopharmacology (Berl)*, 178(2-3), 193-201.
- Somoza, E., Dyrenforth, S., Goldsmith, J., Mezinskis, J., & Cohen, M. (1995). In search of a universal drug craving scale. *Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Miami Florida*, 121-132
- Tiffany, S. (1999). Cognitive concepts of craving. *Alcohol Research & Health*, (23), 215° 224.
- Tiffany, S., Drobes, D. (1991). The development and initial validation of a questionnaire on smoking urges. *addiction*, (86), 1467° 1476.
- 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.
- Verdejo - Garcia, A., Lawrence, A. J. & Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high-risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 777° 810.
- Verdejo ° Garcia, A., Lawrence, A. J., Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance-use disorders: Review of findings from high risk research, problem gamblers and genetic association studies. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 777° 810.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems. *American psychological Association*. Vol.59.
- 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.