

اثر بخشی هیپنوتراپی در میزان اضطراب

بهنام لطفی فر^۱، ابوالفضل کرمی^۲، پرویز شریفی درآمدی^۲، مهدی فتحی^۳

^۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات شاهرود

^۲ گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی

^۳ گروه بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دبیر انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران

چکیده

سابقه و هدف: با توجه به شایع بودن و روند رو به رشد پدیده اضطراب و گزارش‌های از موفقیت آمیز بودن درمان آن با هیپنوتراپی در بیماران و کاستی‌های همچون کمبود پژوهش‌های تجربی در این زمینه در ایران این پژوهش انجام گرفته است، بدین منظور تاثیر هیپنوتراپی در میزان اضطراب گروه آزمایش و عدم انجام آن در گروه گواه در یک درمانگاه خصوصی در تهران صورت پذیرفت.

روش بررسی: در این کارآزمایی بالینی، ۲۶ نفر از مراجعه کنندگان به درمانگاه، که بر اساس مصاحبه بالینی DSM-IV دچار اختلال اضطرابی تشخیص داده شدند، بررسی شدند. این افراد به طور تصادفی به دو گروه مساوی گواه و آزمایش تقسیم گردیدند. سپس میزان اضطراب آنها بر اساس مقیاس زانک سنجیده شد. دو گروه از نظر میزان اضطراب تقریباً مشابه بودند. در گروه هیپنوتراپی درمان طی پنج جلسه پنج هفته‌ای (هر هفته یک جلسه با تمرینات بین هفته‌ای) توسط روان‌شناس ارشد و زیر نظر اساتید همراه انجام گرفت. سپس میزان اضطراب آنها با آزمون کواریانس مورد قضاوت قرار گرفت و نتایج با گروه گواه مقایسه گردید.

یافته‌ها: افراد دو گروه ۱۳ نفره مشابه بودند یعنی میزان اضطراب اولیه گروه شاهد $11/45 \pm 50/31$ و در گروه آزمایشی $7/7 \pm 59/12$ ($P < 0/1$) که پس از پنج هفته در گروه گواه $12/35 \pm 58/10$ و در گروه آزمایش تحت هیپنوتراپی به مقدار $6/63 \pm 32/9$ رسید که نشان دهند کاهش ۴۳/۳ درصدی است ($P < 0/000$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که هیپنوتراپی می‌تواند موجب کاهش اضطراب گردد، لذا روش درمانی ارزشمند است که می‌تواند مورد مورد توجه قرار گیرد.

واژگان کلیدی: هیپنوتراپی، اضطراب، هوش معنوی.

مقدمه

بررسی‌های گوناگون درباره میزان شیوع اضطراب، برآوردهای متفاوتی را ارائه می‌دهند بگونه‌ای که بازه‌ای بین ۸ تا ۲۷ درصد در طول زندگی در بر می‌گیرد (۱).

اضطراب برای اولین بار در قرن پانزدهم میلادی به معنای فشار بدنی مطرح شد. در قرن هفدهم بانبر (Bunber) در یک طرح جسمی روانی آن را به عنوان علت بیماری مطرح نمود. در سال ۱۹۳۰ سلیه (Selye) محرکات خارجی را به عنوان عوامل تنش‌زا معرفی و اثر ناشی از آن عوامل را بر روی بدن را، اضطراب نام نهاد (۲).

اضطراب حالتی است که با احساسات منفی قوی و علائم تنش جسمانی بروز داده می‌شود که در آن فرد با بیمناکی خطر یا بدبختی آینده را پیش‌بینی می‌کند، که از طریق سه نظام بدنی، شناختی و رفتاری ابراز می‌گردد.

آدرس نویسنده مسئول: شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات شاهرود، گروه روان‌شناسی، بهنام لطفی فر (e-mail: B.Lotfifar@gmail.com)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۸/۱۵

مواد و روشها

تحقیق به روش کارآزمایی بالینی (Clinical Trial) انجام گرفت. بیماران تشخیص قطعی اضطراب داشتند و موافقت کتبی و آگاهانه خود را برای همکاری با طرح اعلام نموده و مورد موافقت قرار گرفتند.

تشخیص اضطراب در ابتدا با DSM-IV و میزان آن با استفاده از مقیاس اضطراب زانک اندازه‌گیری شده است. که شامل نشانه‌های بدنی، شناختی و رفتاری است. این پرسشنامه یک مقیاس ۲۰ ماده‌ای است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه‌ای که نشان دهنده سطح اضطراب است را انتخاب می‌کند چهار گزینه هر سوال در یک طیف چهار بخشی از به ندرت تا تقریباً همیشه از یک تا چهار نمره گذاری می‌شود. بنابراین نمره خام این پرسشنامه در دامنه‌ای از ۲۰ تا ۸۰ قرار می‌گیرد. لذا میزان اضطراب برابر با نمره خام به دست آمده تقسیم بر ۸۰ ضرب در ۱۰۰ می‌باشد. که بر اساس نقاط برشی همچون ۴۵-۲۵ طیف نرمال، ۵۰-۴۵ طیف خفیف، ۵۹-۵۱ طیف متوسط و غیره قرار می‌گیرد.

به‌علاوه خصوصیات افراد از نظر سن، جنس، تحصیلات و تأهل بررسی و ثبت شدند و سپس درمان جویان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و تصادفی تقسیم گردیدند. هیپنوتراپی طی پنج جلسه یک ساعته و توسط دانشجوی ارشد روان‌شناسی و زیر نظر متخصصین روان‌شناسی و هیپنوتراپی انجام گرفت.

در جلسه اول برای کوتاه کردن زمان عمق هیپنوتیزم‌پذیری، آموزش اصول شرطی‌سازی در حالت تن‌آرامی به درماتجو داده شد به نحوی که تکرار آن تمرینات در منزل در مدت زمان فاصله بین جلسات منجر به کاهش زمانی دست‌یابی به عمق هیپنوتیزم‌پذیری از نیم ساعت به حداکثر ۷ دقیقه در جلسات دوم تا پنجم گردید. در جلسات دوم تا پنجم بر اساس عوامل ایجاد اختلال با پس روی سنی (نگاه فرویدی) و سپس با اصلاح رویدادها در حالت هیپنوز (نوعی نگاه آدلری) انجام شد. در نگاه فرویدی، درمانجوها در حالت خلسه، به زمان عوامل ایجاد اختلال یا زمانی که بیش‌ترین تجارب منفی را در زندگی داشته‌اند برده شدند و با واکاوی ناخودآگاه آنها خاطرات تلخی که تاثیر به‌سزایی در ایجاد اختلال را داشته‌اند اصلاح گردیدند. در مورد نگاه آدلری، آدلر معتقد بود اگر سبک زندگی کسی را تغییر دهیم، برداشت و حتی نحوه دید او از اتفاقات رخ داده در خاطرات نیز دچار دگرگونی اساسی می‌شود، که در اینجا تغییر و اصلاح رویدادها منجر به تغییر

در تقسیم‌بندی DSM-IV اضطراب منبع اصلی انواع اختلالات روان‌تنی معرفی شده است. که خود به زیر مولفه اصلی تقسیم شده است. در گذشته اضطراب در کودکان به عنوان اختلالی آرام و زودگذر انگاشته می‌شد و فرض بر این بود که با تجربیات طبیعی زندگی به آهستگی از بین می‌رود. با این حال امروزه می‌دانیم بسیاری از کودکانی که اضطراب را تجربه می‌کنند، در طول نوجوانی و بزرگسالی نیز اضطراب و مشکلات دیگر را نیز از خود نشان می‌دهند در واقع حدود نیمی از افرادی که تحت تاثیر اضطراب قرار می‌گیرند دوره بیماری هشت سال به بالا و طولانی‌تر دارند و هزینه‌های اقتصادی کلینیکی آنها ۲۰ برابر بیشتر از جمعیت معمول است (۱). امروزه ثابت شده است که منبع ۷۰ درصد بیماری‌های جسمی ناشی از مشکلات اضطرابی است (۳).

اضطراب به سه صورت نظام بدنی همچون افزایش ضربان قلب، مشکلات گوارشی و نظام رفتاری همچون تیک‌ها، اجتناب‌ها و یا نظام شناختی همچون هراس‌ها، وسواس‌ها خود را نشان می‌دهد.

متداول‌ترین درمان‌های مورد استفاده برای اختلال‌های اضطرابی شامل: رفتاردرمانی، درمان شناختی- رفتاری، مداخله‌های خانوادگی و دارو درمانی یا ترکیبی از آنها است.

یکی از روش‌های کاهش اضطراب هیپنوتراپی است، که اولین بار توسط دکتر مسمر (۱۸۱۵-۱۷۳۴) رواج یافت هر چند که تاریخچه این علم را می‌توان به قدمت عمر بشر دانست. آنگاه که بشر برای نخستین بار جهت مقابله با بیماری‌ها وسیله‌ای جز توسل به خدایان نداشت. دکتر مسمر ادعا می‌کرد با این روش می‌تواند بسیاری از بیماری‌ها را درمان کند (۴). دیگران نیز تاثیر هیپنوتراپی بر روی میزان اضطراب را موفقیت‌آمیز گزارش کرده‌اند (۵). اما بدلیل پیچیدگی‌ها و همچنین مهارت‌های زیاد در درمانگری، این روش هنوز بسیاری از پزشکان و روان‌شناسان را به قطعیت نرسانده است.

علاوه بر آن در تمامی تحقیقاتی که در ایران صورت گرفته است کاستی‌های مشاهده می‌شود که شرح آن در ادامه خواهد آمد. لذا با توجه به شایع بودن اضطراب و نیز با توجه به روند رو به افزایش آن در دنیای ماشینی امروز و همچنین با توجه به عوارض شناخته شده آن، در صورت عدم درمان به موقع این قبیل از بیماران انجام چنین تحقیقاتی بیش از پیش ضروری به نظر می‌رسد. لذا به منظور تعیین اثر بخشی هیپنوتراپی (گروه آزمایش) و عدم انجام آن (گروه گواه) بر میزان اضطراب، این تحقیق بر روی بیماران درمانگاه دکتر کرمی در شهر تهران در سال ۱۳۹۲ انجام گرفت.

۳۲/۹۲ رسید، یعنی کاهش قابل توجهی داشتند. آزمون کواریانس نشان داد که این اختلاف از لحاظ آماری معنی دار است ($P < 0/001$). به عبارتی، در گروه آزمایش به میزان ۲۵/۲ واحد و یا ۴۳/۳ درصد کمتر از گروه گواه بود. نتایج این بررسی با استفاده از شاخص اضطراب زانک نشان می‌دهد که در طیف گواه اضطراب در فاصله دو آزمون از طیف متوسط به سمت شدید در حال سوق پیدا کردن است، اما در طیف گروه آزمایش به سطح کاملاً طبیعی رسیده است.

بحث

تحقیق نشان داد که هیپنوتراپی موجب کاهش اضطراب گردیده است. همچنین نتایج این تحقیق با پژوهش‌های دیگر انجام شده همسو است.

نتایج تحقیقات هیپنوتیزم درمانی جهانشاهی و صادقی‌پور (۱۳۷۶) که بر روی ۳۰ دانش آموز مضطرب دبیرستان‌های پسرانه میبد و طی ۵ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد نشان داد نمره اضطراب در ۴۶/۶ درصد از دانش‌آموزان تحت درمان در مقایسه با ۶/۶ درصد از گروه شاهد به زیر عدد ۵ کاهش یافت (۷).

جانباز (۱۳۹۱) در پژوهشی که بر روی دانش‌آموزان دختر دوره پیش‌دانشگاهی شهرستان فریدون‌کنار انجام داد از میان ۲۶ نفری که در دو گروه ۱۳ نفره آزمایشی و گواه بودند طی ۸ جلسه هیپنوتیزم درمانی، نشان داد کاهش اضطراب در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل معنی‌دار بوده است (۸).

حلمی (۱۳۹۱) در تحقیقی که به منظور مقایسه اثربخشی دو شیوه هیپنوتراپی شناختی- رفتاری و درمانگری شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب کودکان دختر مقطع ابتدایی انجام داد، از میان ۳۲ دانش‌آموز که بطور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند، پس از ۱۰ جلسه درمان نشان داد که روش هیپنوتراپی شناختی منجر به کاهش بیشتر اضطراب نسبت به درمان شناختی- رفتاری واحدپروژه‌های دارد که این تفاوت نیز در سطح $p < 0/05$ معنی‌دار بود (۹).

مقتدری (۱۳۹۰) به منظور بررسی تاثیر هیپنوتیزم در درمان اضطراب، ۲۰ نفر را بصورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفره آزمایشی و گواه قرار داد. نتایج بدست آمده نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمرات اضطراب بیماران در پیش از آزمون و پس از آزمون وجود دارد ($p = 0/001$) که نشان دهنده اثر بخش بودن هیپنوتیزم در درمان بیماران بود.

برداشت زندگی می‌شود. در ادامه جلسات با توجه به بافت قومی و فرهنگی ایران با استفاده از تفکر وجودی، هوش معنوی درمانجویان در حالت هیپنوز تقویت شد. یک هفته پس از درمان آزمون اضطراب انجام گرفت و ثبت شد. نکته دیگر آنکه دو ماه بعد نیز مجدداً پس از آزمون انجام گرفت و تفاوت معنیداری مشاهده نشد. در خاتمه تحقیق داده‌های استخراجی طبقه‌بندی و از جهت اینکه آیا دو گروه مشابه هستند یا خیر، بررسی شدند. رتبه اضطراب قبل و بعد از هیپنوتراپی با آزمون کواریانس مورد قضاوت قرار گرفت.

روایی و پایایی مقیاس اضطراب زانک

در پژوهشی که بر روی بیش از ۵۰۰ نفر و با استفاده از روش همبستگی پیرسون میان دو آزمون مقیاس اضطراب هامیلتون و زانک انجام شد، بیانگر همبستگی برابر با $r = 0/71$ ($r = 0/7$) بود. برای محاسبه پایایی مقیاس زانک از روش ضریب انسجام که میزان همبستگی درونی یا تجانس سوالات را مورد استفاده قرار می‌دهد استفاده شد که در این میان تحلیل‌های آماری ایروین کوتاش و دیگران (۱۹۸۷) با استفاده از روش ضریب انسجام، نشان دهنده ضریبی برابر $0/84$ بود که بیانگر پایایی بسیار بالای این مقیاس می‌باشد (۶).

یافته‌ها

تحقیق بر روی تعداد ۲۶ نفر، ۱۳ نفر گروه آزمایش و ۱۳ نفر گروه گواه انجام گرفت. خصوصیات افراد دو گروه در جدول ۱ ارائه شده است و نشان می‌دهد تعداد افراد دو گروه به لحاظ جنس، سن، تحصیلات و تأهل مشابه بوده و اختلاف آنها از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P < 0/2$) و یا به تعبیر دیگر افراد دو گروه مشابه بودند و به علاوه افراد دو گروه از نظر همزمانی بررسی و از نظر وضعیت اقتصادی و اجتماعی (مراجعی به مرکز) نیز مشابه بودند (جدول ۱).

میزان اضطراب بر حسب زمان‌های بررسی پیش‌آزمون و پس از آزمون و به تفکیک گروه‌ها در جدول ۲ ارائه شده است که نشان می‌دهد میانگین رتبه اضطراب در گروه آزمایش در پیش آزمون کمی بیشتر از گروه گواه است (۵۹/۱۲ در مقابل ۵۰/۳۱) ولی آزمون کواریانس نشان داد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P < 0/1$).

همچنان که از نتایج آزمون‌ها پیداست در گروه گواه که تحت هیچ‌گونه هیپنوتراپی قرار نگرفته بودند، میانگین اضطراب به ۵۸/۱۰ رسید، یعنی اضطراب آنها به مرور زمان افزایش یافته است. اما در گروه تحت هیپنوتراپی میانگین اضطراب به

جدول ۱. توصیف وضعیت جنس، سن، تحصیلات و تأهل آزمودنی‌ها به تفکیک گروه

کل	تاهل		تحصیلات		سن	جنس		گروه گواه (N=۱۳)
	متاهل	مجرد	غیر دانشگاهی	دانشگاهی		زن	مرد	
۱۰۰	۹(۰/۶۹/۲)	۴(۰/۳۰/۸)	۴(۰/۳۰/۸)	۹(۰/۶۹/۲)	۳۵/۶۲±۶۹۸	۷(۰/۵۳/۸)	۶(۰/۴۶/۲)	
۱۰۰	۸(۰/۶۱/۵)	۵(۰/۳۸/۵)	۳(۰/۲۳)	۱۰(۰/۷۷)	۳۷/۶۲±۴۷۶	۱۱(۰/۸۴/۶)	۲(۰/۱۵/۴)	گروه آزمایش (N=۱۳)
۱۰۰	۶(۰/۶۵/۳۵)	۹(۰/۳۴/۶۵)	۷(۰/۲۶/۹)	۱۹(۰/۷۳/۱)	۳۶/۶۲±۵۸۷	۱۸(۰/۶۹/۲)	۸(۰/۳۰/۸)	نتیجه (N=۲۶)

جدول ۲. نتایج آزمون پیش آزمون و پس آزمون اضطراب به تفکیک گروه

پس آزمون	پیش آزمون	گروه گواه (N=۱۳)
۵۸/۱۰±۱۲/۳۵	۵۰/۳۱±۱۱/۴۵	گروه گواه (N=۱۳)
۳۲/۹۲±۶/۶۳	۵۹/۱۲±۷/۷	گروه آزمایش (N=۱۳)
P<۰/۰۰۰	P<۰/۱	نتیجه آزمون

۱۶/۰۰۰ p می‌رسد یعنی با افزایش تعداد جلسات به چهار جلسه فرض اثربخشی هیپنوتراپی در درمان اضطراب رد نمی‌شود و کاهش معنی‌داری را شامل می‌گردد (۱۴).

آلادن و آل‌بهای (Alladin and Alibhai) (۲۰۰۷)، در تحقیقی که به منظور مقایسه تاثیر هیپنوتراپی با درمان شناختی- رفتاری داشتند از ۸۴ بیماری که دچار اختلال اضطرابی بودند بصورت تصادفی در طی ۱۶ هفته بر اساس پرسشنامه اضطراب بک به درمان بیماران پرداختند. نتایج و تجزیه و تحلیل داده‌ها که به مدت یکسال نیز پیگیری و پایدار بود نشان داد هیپنوتراپی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری، بیماران ۶ درصد اثر بخشی بهتری در درمان داشته است (۱۵).

محدودیت‌های این تحقیق شامل موارد زیر بود:

۱- این دو گروه تا حدودی مشابه بودند و شاید اگر کاملاً مشابه بودند اثر بخشی بالاتری را شاهد می‌بودیم.

۲- بیماران به یک درمانگاه خصوصی مراجعه کرده‌اند، شاید اگر درمانگاه دولتی باشد درمان چنین معنی‌دار نباشد.

۳- نتایج پس از آزمون تا دو ماه بعد نیز کنترل و اندازه‌گیری شده‌اند، ممکن است در صورت طولانی شدن زمان اثر آنها کاهش یابد.

۴- در گروه شاهد کاری صورت نگرفته است، هرچند به جهت رعایت مسائل اخلاقی گروه گواه نیز پس از پنج جلسه تحت درمان قرار گرفتند.

۵- اتیولوژی و یا آسیب‌شناسی اضطراب را بررسی نکردیم که به چه دلیلی اینها مضطرب شده‌اند و شاید اگر این کار صورت می‌گرفت نتایج متفاوت می‌شد.

اما سوال این است که روی چه مکانیزمی در این تحقیق هیپنوتراپی چنین پر قدرت در مدت زمانی محدود موجب

به گونه‌ای که میانگین اضطراب از ۵۷/۸ به ۲۱/۸ تقلیل یافت (۱۰).

در تحقیق دیگری، فیروزآبادی (۱۳۷۳) نشان داد در اختلالات اضطرابی با چند جلسه هیپنوتراپی، ۳۸/۸ درصد بهبودی جزئی، ۵۵ درصد بهبودی نسبی و ۶/۶ درصد بهبودی کامل یافته‌اند (۱۱).

سعادت و همکاران (۲۰۰۶) طی بررسی‌های خود بر روی اضطراب‌های ناشی از عمل جراحی بر روی سه گروه مختلف که شامل یک گروه ۲۶ نفری تحت هیپنوتیزم ۳۰ دقیقه‌ای و یک گروه ۲۶ نفره که آنها نیز مورد توجه مثبت ۳۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و همچنین یک گروه گواه ۲۴ نفره دریافتند که در گروه هیپنوتیزم شده، ۵۶ درصد با کاهش اضطراب همراه بوده است، در حالی که در دو گروه دیگر به ترتیب ۱۰ و ۴۷ درصد افزایش اضطراب را تجربه کرده‌اند، یعنی علاوه بر اینکه سطح اضطراب آنها کاهش نیافته بود بلکه با رشد اضطراب نیز همراه بود (p=۰/۰۰۱) (۱۲).

رابرتز (۱۹۹۸) در تحقیق خود از هیپنوتیزم همراه با درمان شناختی- رفتاری جهت افزایش حضور در مدرسه و بهبود مشکلات روانی همراه با اضطراب جدایی استفاده نمود. پس از ۱۲ هفته درمان با استفاده از استعارات، قالب بندی مجدد علایم منفی در قالب مثبت، آموزش ریلکسیشن و تلقیناتی جهت کمک به برپایی اعتماد و کاهش اضطراب، حضور در مدرسه از ۶۷٪ به ۹۰٪ ارتقا یافت (۱۳).

پلاسکوتا (Plaskota) و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند که سطح معنی‌داری اضطراب بعد از دو جلسه درمان با هیپنوتراپی در بیماران سرطانی تحت معالجه به p=۰/۰۰۶۶ می‌رسد که اما این مقدار طی چهار جلسه به مقدار

هنگام دیدن یک پروانه یا درخشش ماه در آسمان و غیره حکایت از داستانی دارد که بس تامل برانگیز است. کودکان از همان آغاز به صورت فطری جستجوگر هستند، اما بدلائل محیطی که حاصل نپرداختن به هوش معنوی و توجه صرف به هوشبهر و یا هوش هیجانی است، نگاه هستی‌شناختی خود را می‌بازند و رویکردی منفعلانه و جبرگرا را بر می‌گزینند.

ویکتور فرانکل روان‌شناس وجودگرا که در اردوگاه کار اجباری آشویتز توانست جان سالم به در برد می‌گوید: «آنان که در آن اردوگاه کار اجباری زنده ماندند، لزوماً قویترین‌ها و سالم‌ترین‌ها نبودند بلکه کسانی بودند که قدری معنا در زندگی‌شان داشتند». تمام مکاتب بشری بر دو نوع آزادی متفق‌القول هستند، یکی آزادی عمل و دیگری آزادی درونی یا بودن. افراد افسرده آنانی هستند که خود را در هر دو زمینه از پیش باخته می‌دانند. آنان با فرافکنی کردن مشکلات و مسؤول دانستن دیگران و عوامل محیطی در پیدایش وضع موجود، دچار آسیب‌های روانی به خصوص افسردگی می‌شوند.

فرانکل معتقد است انسان دارای سه جنبه جسمانی، روانی و معنوی است و اعتقاد دارد زمانی که انسان با موانعی در زندگی مواجه می‌شود بدون معنا قادر به پذیرفتن مسؤولیت و غلبه بر آنها نیست. جالب اینجاست او می‌گوید این انسان نیست که باید بپرسد معنای زندگی چیست، بلکه این اوست که می‌باید پاسخ دهد، و تنها با مسؤول بودن است که می‌تواند پاسخ دهد (۱۷).

بقول دکتر شریعتی: مسئولیت زاده توانایی نیست، زاده آگاهی است و زاده انسان بودن.

رولومی هدف روان‌درمانی را آگاه بودن برای آزاد شدن می‌داند و بیگانگی در عصر مدرن را حاصل جدایی از طبیعت، فقدان روابط معناگرا و بیگانگی با خود اصیل می‌داند و معتقد است، آنها منشا و باعث ایجاد اضطراب و ناامیدی هستند. و این همان است که فروم آنها را به نوعی «دوگانگی وجودی» می‌نامد و تنها راه فرار از آن را، در عشق می‌داند (۱۸).

تحقیقات بیان می‌کنند که توانایی ساخت مفهوم یا استنتاج معنا از محیط فرد در انواع موقعیت‌ها انطباقی است. همچنین همبستگی مثبت و معنی‌داری بین مقیاس‌های امید و مقیاس‌های تلویحی معنای شخصی وجود دارد. در مقابل، ارتباط‌های منفی بین معنی شخصی و افسردگی و همچنین روان‌رنجورخویی مشاهده شده است.

ثابت شده است استفاده از تفکرات معناگرا و تقویت آن در فضایی همدلانه، عارفانه و معناگرا، غبار را از دیدگان بیماران

کاهش اضطراب شده است. دلیل اول را باید همدلی و ارتباطات عمیق انسانی دانست. دلیل دوم را باید در استفاده از فنون تن‌آرامی و خود هیپنوتیزم و دلیل سوم را در استفاده از مفاهیم عمیق وجودی در حالت هیپنوتیزم و بارور نمودن هوش معنوی دانست که منجر به ادراکی جدید در مواجهه با عوامل تنش‌زا می‌گردد.

هوش معنوی به زندگی درونی ذهن و ارتباط آن با هستی و وجود در جهان مربوط است. روان‌شناسان معتقدند کودکان از همان ابتدا بالذات دارای، هوشبهر (IQ)، هوش هیجانی (EQ) و هوش معنوی (SQ) یکسانی هستند اما توجه صرف به هوشبهر و هوش هیجانی موجب می‌گردد هوش معنوی در کشاکش آن دو هوش محدود یا ناپدید گردد.

هنگامی که مفاهیم عمیق هوش معنوی هنگامی در حوزه ادراک نه تفکر قرار بگیرد آدمی را از حاشیه به متن (مرکزیت) می‌کشاند. در اینجاست که انسان معنای زندگی را دیگر بار و اما این بار از نگاهی حقیقتی پایدار نه حقیقتی زودگذر می‌بیند و در این راه چراغ به دست راه می‌پیماید.

اضطراب نتیجه عدم خودکنترلی است، بشری که هر لحظه در حال دویدن و شتاب گرفتن از خود و دور شدن از آرامش است، بی آنکه بداند به کجا می‌رود. به قول سعدی «سمند بادپای از تک فروماند/ شتربان همچنان آهسته می‌راند». او بی آنکه بداند و به خودآگاهی رسیده باشد، مدام بر دایره توخالی می‌چرخد و می‌پندارد زندگی آن است. غافل از آنکه آنان که می‌دوند زود خسته می‌شوند و آنان که می‌دانند به کجا و آرام می‌روند پیوسته می‌روند. استرس‌های بی‌مورد و نا بجا تمام دنیای بشر امروزی را فرا گرفته است. باول در کتاب «هفت گام تا هوش معنوی» می‌گوید: انسان زمانی که به درک حقیقت موقعیت می‌رسد چه زمانی که در قلّه اورست باشد یا در ترافیک گیر کرده باشد، حال درونی او می‌باید یکی باشد.

یونگ می‌گوید: «روان نژندی در عصر ما به دلیل عدم ارتباط معنوی است». مزلو فراآسیب را نتیجه محروم شدن از ارزشهای متعالی می‌داند و معتقد است نیازهای برتر به ارزش‌های وجود مربوط هستند که شامل نیاز انسان به حقیقت، زیبایی، خیر و عشق است. پیر تیلارد دوشاردن می‌گوید «ما موجودات انسانی با تجارب معنوی نیستیم بلکه ما موجودات معنوی با تجارب انسانی هستیم».

فردریک نیچه می‌گوید: «کسی که یک چرا برای زندگی دارد می‌تواند تقریباً با هر تحولی کنار بیاید» (۱۶).

پرسش‌های عمیقی که یک کودک از همان ابتدای خردسالی مطرح می‌کند و یا نگاه کاوش‌گرانه و پژوهش‌گرانه‌ای او در

برای نجات یک انسان از چنگال اضطراب‌های شدید باید با تمام توان، شدت و حدت علاوه بر تعاملات عمیق انسانی با مخاطب با بارور نمودن مفاهیم وجودی و معناگرا که در ذات تمام انسان‌ها نهفته است و با غباررویی از آنها، بار دیگر این نهال عمیق انسانی را شکوفا کرد. انسان بالذات جستجوگر است. اما ساختار دنیای ماشینی و آموزش‌های تهی از معنا و فاصله که بشر امروزی از طبیعت و هستی گرفته است، او را از هوش وجودی خود دور ساخته که منجر به آسیب‌های جدی به روح و روان او گردیده است.

معنا از آنجا اهمیت دارد که همزمان عزت نفس و اعتماد به نفس را هدف قرار می‌دهد و باعث ایجاد خود کنترلی درونی می‌گردد و کمک خواهد نمود افسار لجام گسیخته حوادث، به یوغ درآمده و بار دیگر روح انسان از بوران حوادث سربلند و سرفراز بیرون آید. لذا ارائه تلقینات معناگرا در حالت هیپنوز و تاکید به تمرینات بین جلسه‌ای منتج و منجر به بهبودی کامل درمانجوها می‌شود.

از آنجا که در این تحقیق از تلقینات هوش معنوی در درمان بیماران در حالت خلسه و هیپنوز استفاده و تاکید بسیاری شده است، پیشنهاد می‌گردد میزان تاثیرگذاری تلقینات معناگرا در حالت هیپنوز بر هوش معنوی، در بیماران دچار اختلال اضطراب سنجیده شود.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر بر گرفته از پایان‌نامه با کد ۶۶۰۲۰۷۰۵۹۱۲۰۰۵ دانشگاه واحد علوم و تحقیقات شاهرود است. از معاون محترم پژوهشی دانشگاه علوم و تحقیقات شاهرود و دانشکده روان‌شناسی شاهرود بخاطر حمایت از طرح مذکور و همچنین از کلیه اساتید عزیزی که من را در اجرای هر چه بهتر این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزار می‌شود.

افسرده می‌زاید و آن حجابی را که باعث تاری دید آنها شده به کناری می‌گذارد (۱۹).

یونگ می‌گوید: «پیرمردی که نمی‌داند چگونه به اسرار جویبارها، هنگامی که از قله‌ها به دره‌ها سرازیر می‌شوند گوش کند، او درکی از حقیقت موقعیت ندارد» و آنجاست که او با نگاهی ناامیدانه به پشت سر خود می‌نگرد و آه حسرتی می‌کشد.

لسان الغیب حافظ شیرازی می‌گوید: هرآنکه عشق نورزید و وصل خواست/ احرام طوف کعبه دل بی وضو ببست. و آنجا که حضرت مولانا در فیه مافیة می‌فرماید «آن که بی‌سخن ادراک کند، با وی چه حاجت سخن گفتن؟ آخر، آسمان‌ها و زمین‌ها همه سخن است پیش آن کس که ادراک می‌کند و زاییده از سخن است» (۲۰)، اشاره به همین معنا را دارد. چنین فردی شاید تنها باشد اما احساس تنهایی نخواهد کرد. و چه بسیارند آنان که در میان جمع هستند اما احساس تنهایی می‌کنند. به نظر می‌رسد گمشده انسان‌ها در این عصر بی‌خبری هوش معنوی یا وجودی و تفکرآتی است که به ادراک نرسیده است.

اما سخن اینجاست، برای تقویت این هوش معنوی که تاثیر عمیقی در درمان افسردگی و بسیاری از بیماری‌ها دارد، چه باید کرد؟

آلبرت آینشتین می‌گوید: «در برخورد با سختی‌ها نمی‌توان با همان تفکری که آنها را به وجود آوردیم آنها را حل کنیم». این سخن، سخنی حکیمانه و عالمانه است. آنجا که روان به چالش طلبیده شده و دچار نقصان و آفت گردیده است، بی‌شک و بی‌روسی عمیق در مغز رخنه کرده است که آن را مسموم نموده است. و لذا نمی‌توان بیمار را با همان مبانی شناختی خود درمان نمود بنابراین بهبود سریع بیماری نیازمند تغییرات اساسی در ساختار ادراکی فرد است در غیر این صورت مدت زمان درمان، به درازا خواهد کشید.

هیپنوتیزم با ایجاد تغییرات ادراکی و هدف قرار دادن آنها در تقویت و گسترش هوش معنوی می‌تواند بسیار پر قدرت عمل نموده و به تقویت و بارور نمودن مجدد این معنا کمک کند.

REFERENCES

1. Mash EJ, Wolfe DA, Editors. Abnormal child psychology. 4th ed. Translation by: Sharifi DP, Moradi H. Tehran: Avaie Noor; 2010. [In Persian]
2. Alaei HA, Fesharaki MA. Effects of cholinergic system on anxiety. The journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2002; 10: 47-53. [In Persian]
3. American Psychological Association, American Institute of Stress, NY, Research Date: 7.28.2013. (<http://www.statisticbrain.com/stress-statistics>)
4. Fathy M, Editor. Step by step training hypnosis for beginners. Mashhad: Mashhad Publication Khatere; 2000. [In Persian]

5. Hammond CD, Editors. Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. Translation by: Clinical Hypnosis Association. Tehran: Art Institute of Intelligent Signal Processing; 2005. [In Persian]
6. Karamy A, Editor. Zung anxiety inventory. Tehran: Psychometrics Publication Center; 2009. [In Persian]
7. Jahanshahi S, Sadeghipour MA. Review effective hypnotherapy on reduction anxiety [PhD thesis]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 1997. [In Persian]
8. Janbaz FK. Effectiveness of hypnosis cognitive - behavioral therapy on anxiety in high school students. First International Congress on Clinical Hypnosis and Related Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, May 2012. [In Persian]
9. Helmi K. Comparing the effectiveness of two modes of cognitive- behavioral therapy and hypnotherapy single processor cognitive- behavioral anxiety among Iranian children [MSc Dissertation]. Tehran: Payam Noor University; 2012. [In Persian]
10. Moghtaderi S, Bahrami H, Mirzamani S.M, Namegh M. The effectiveness of hypnotherapy in treating depression, anxiety and sleep disturbance caused by subjective tinnitus in patients. Zahedan Journal of Research and Medical Sciences (ZJRMS) 2011; 13: 20-24. [In Persian]
11. Firouz Abadi SH. Reviews the results of psychiatric disorders in clinical hypnotherapy group [PhD thesis]. Tehran: Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 1994. [In Persian]
12. Saadat H, Drummond-Lewis J, Maranets I, Kaplan D, Saadat A, Wang S, et al. Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. Anesth Analg 2006; 102:1394-96.
13. Roberts D. The use of hypnosis and brief strategic therapy with a case of separation anxiety and school refusal. Cotemporary Hypnosis 1998; 15: 219-22.
14. Plaskota M, Lucas C, Pizzoferro K, Saini T, Evans Evans R, Cook K, et al. The effectiveness of hypnotherapy in the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. Int. J. Palliat. Nurs; 2012. 18, 69-75
15. Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. Int J Clin Experiment Hypnosis 2007; 55:147-66.
16. Boyle RA. The 7 step of spiritual intelligence. Translation by: Sharifidaramadi P. Qom: Posted Forgiveness; 2009. [In Persian]
17. Lundin RW. Theories and systems of psychology. 5th ed. Translated by: Mohammadi SY. Tehran: Virayesh Publication Institute; 1996. [In Persian]
18. Feist J, Feist GJ. Theories of personality. Translation by: Mohammadi SY. Tehran: Ravan Publications; 2002. [In Persian]
19. Abdollahzadeh H, Bagherpor S, Bosmehrani S, Lotfi M, Editors. Spiritual intelligence. Tehran: Psychometric Publication; 2009. [In Persian]
20. Ranjbaran H, Editor. Kiss of God. Tehran: Esbat Publication; 2010. [In Persian]