Research on Medicine *Original Article*

The Quarterly journal of School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences Vol.41; No.2; 2017

Effectiveness of hypnotherapy on major depression

Behnam Lotfifar[1*], Samira Sadat Rasoli[2], Abolfazl Karami[3], Naser Valai[4], Jafar Hasani[2]

1. Islamic Azad University, Science and Research Campus, Tehran, Iran.

2. Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

3. Department of Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.

4. Faculty Member, Thalassemia Research Center, Mazandaran University of Medical sciences, Sari, Iran.

5. Department of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

(Received: 2016/11/25 Accept: 2016/12/31)

Abstract

***Background**: Depression as the flu virus's century has been infected many of the people. This study was conducted to evaluate the efficacy of hypnotherapy on reducing major depression.*

***Materials and Methods:** The present study is a clinical trial. Among the applicants to clinics, 26 of those who their major depression using DSM-IV questioner and Beck depression had been identified were selected to enter the study. These people then grouped randomly in two case and control groups. The experimental group was determined based on the Spiegels cluster personality theory and talent and hypnotic susceptibility scale group Waterloo – Stanford. Hypnotherapy was conducted for case group during five weeks, five sessions in five-weeks. Their major depressions were measured for the second time. Data were analyzed and compared using Covariance test in two groups.*

***Findings:** The experimental and control groups were similar in the 13– member that early major depression control group and the experimental group was 18.08±5.87 and 17.45 ±7.23 respectively ($p<0.05$). The major Depression after five weeks in the control group hypnotherapy group was 21.54 ±4.35 and 2.62 ±1.8 respectively. In the hypnotherapy group depression was significantly reduced ($p<0.001$).*

***Conclusion:** It seems that hypnotherapy can reduce major depression so it is a valuable treatment that can to be considered.*

***Keywords:** Hypnotherapy, Major Depression, Trance*

*Corresponding author: Behnam Lotfifar
Email: B.Lotfifar@gmail.com

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

پژوهش در پزشکی

فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی

مقاله پژوهشی

دوره ۴۱، شماره ۲، ۱۳۹۶، صفحات ۱۱۲ تا ۱۱۹

اثربخشی هیپنوتراپی بر افسردگی اساسی

بهنام لطفی فر[۱*]، سمیرا السادات رسولی[۲]، ابوالفضل کرمی[۳]، ناصر ولایی[۴]، جعفر حسنی[۲]

۱- گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳- گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

۴- عضو هیات علمی مرکز تحقیقات تالاسمی دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۵- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۰۵ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۰۹

چکیده:

سابقه و هدف: *افسردگی بعنوان ویروس سرماخوردگی قرن حاضر، امروزه بسیاری از انسان‌ها را درگیر نموده است. با توجه به گزارش های موفقیت آمیزبودن درمان افسردگی با هیپنوتراپی در خارج از کشور و کاستی‌های همچون پژوهش های تجربی در این زمینه در ایران این پژوهش انجام گرفته است. بدین منظور تاثیر هیپنوتراپی در افسردگی اساسی در گروه ازمایش و استفاده از شیوه گفتگو در گروه گواه در یک درمانگاه خصوصی در تهران صورت پذیرفت.*

مواد و روش بررسی: *در قالب یک طرح تجربی پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه، ۲۶ فرد دچار علایم افسردگی به صورت در دسترس و بر اساس مصاحبه بالینی DSM-IV انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش پس ازتعیین بر اساس تئوری خوشه‌های شخصیتی اشپیگل‌ها و همچنین بر اساس استعداد و ظرفیت هیپنوتیزم‌پذیری مقیاس گروهی واترلو- استنفورد (۱۹۹۸) طی پنج جلسه پنج هفته‌ای هر هفته یک جلسه با تمرینات بین هفته‌ایبه صورت انفرادی تحت هیپنوتراپی قرار گرفته‌اند و در گروه گواه نیز با استفاده از گفتگو تحت مراقبت اولیه به شیوه متعارف قرار داده شدند که البته بعد از پنج جلسه این گروه نیز مورد هیپنوتراپی قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده ها در پنج هفته اولیه و مقایسه گروه های فوق از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.*

یافته‌ها: *افراد دو گروه ۱۳ نفره مشابه بودند یعنی میزان افسردگی اولیه گروه گواه ۵/۹±۱۸/۰۸ و در گروه آزمایشی۷/۲±۱۷/۵۴ ($P<0/9$) که پس از پنج تـه در گروه گواه ۴/۵±۱۶/۵ و درگروه آزمایش تحت هیپنوتراپی به مقدار ۱/۸±۲/۶۲ کاهش یافت ($P<0/001$).*

نتیجه‌گیری: *به نظر می‌رسد که هیپنوتراپی می تواند موجب کاهش افسردگی گردد لذا با توجه به اثر بخشی هیپنوتراپی در کاهش افسردگی بیماران می توان از نتایج این پژوهش در راستای اهداف درمانی استفاده نمود.*

واژگان کلیدی: *هیپنوتراپی، افسردگی، خلسه*

***نویسنده مسئول:** بهنام لطفی فر

پست الکترونیک: *B.Lotfifar@gmail.com*

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

مقدمه:

امروزه از افسردگی به عنوان شایع‌ترین بیماری قرن و با عنوان ویروس سرماخوردگی روانی یاد می‌کنند. بنابراین اگر جمعیت ایران را حدود ۷۵ میلیون نفر در نظر بگیریم، ۱۵ میلیون نفر از این افراد به افسردگی دچار شده یا در آینده خواهند شد. که از این میان سهم زنان بدلیل شیوع دو برابری آن نسبت به مردان بسیار بیشتر است. بنابراین تاثیر روان بر تن به شکل ناهنجار آن که معروف به بیماری‌های روان‌تنی است انکار ناپذیر است و سوالی که در این بین مطرح است این است که، آیا روان آدمی را نمی‌توان به ایجاد شیوه‌ها و تکنیک‌های تا حد ممکن بگونه‌ای تحت کنترل درآورد و آن را این بار بصورت معکوس و تنها جهت درمان بیماری‌های روان‌تنی نه ایجاد آنها مورد بهره برداری قرار داد؟

امروزه واژه افسردگی به شیوه‌های گوناگونی به کار می‌رود اما آنچه دارای اهمیت بوده این است که میان افسردگی به عنوان نشانه، افسردگی به عنوان نشانگان و افسردگی به عنوان اختلال تمایز قائل شویم. افسردگی به عنوان یک نشانه به احساس اندوه یا بیچارگی اشاره می‌کند. نشانه‌های افسرده‌وار به طور نسبی در تمامی سنین متداول است و در ۴۰ درصد کودکان یا نوجوانان یا بیشتر، رخ می دهد. در مورد کودکان بیشتر نشانه‌های افسردگی گذرا بوده با رویدادهای محیطی در ارتباط هستند و بخشی از اختلال نیستند.

افسردگی به عنوان نشانگان بیشتر یک خلق غمگین است. نشانگان به مجموعه‌ای از نشانه‌ها اشاره می‌کند که بروز همزمان آنها فراتر از احتمال و شانس است. اندوه نیز می‌تواند همراه با کاهش علاقه به فعالیت‌ها، تغییرات شناختی و انگیزشی، تغییرات بدنی و روانی جنبشی رخ دهد. وقوع افسردگی به عنوان یک نشانگان بسیار کمتر از نشانه‌های افسرده‌وار متداول است و اغلب شامل ترکیبی از نشانه‌های اضطراب و افسردگی است که به همگرایی در یک بعد احساس منفی گرایش دارند. افسردگی به عنوان یک اختلال به دو نوع بروز می‌یابد، نخست اختلال افسردگی اساسی که دست کم دورهٔ آن دو هفته بوده و با خلق افسرده، فقدان علاقه و دیگر نشانه‌ها (همچون اختلال‌های خواب،حرمت خودمنفی و ناامیدی) و آسیب معنادار در کنش‌وری در ارتباط است. دوم اختلال افسرده‌خویی است که با خلق افسرده در ارتباط است و به طور معمول شدت کمتری دارد اما نشانه‌های آن مدت طولانی‌تری (دست کم به مدت دو سال) پایدار می‌ماند و آسیب معناداری در کنش‌وری عمومی ایجاد می‌کند (۱).

برخی افراد نیز ممکن است افسردگی مضاعف را تجربه کنند که شامل یک دوره افسردگی اساسی همراه به افسرده خویی است.

از آنجا که بیشتر آشفتگی‌های روان‌شناختی، یک شکل منفی از خود هیپنوتیزمی هستند به گونه‌ای که افکار منفی به طور غیر انتقادی و گاه ناخودآگاهانه پذیرفته می‌شوند. هیپنوتراپی با ایجاد تکنیک‌های آرام‌سازی، تصاویر هدایت شده، بازسازی شناختی و تقریب‌های متوالی به افراد کمک می‌کند که بطور مؤثر بر مشکلات خود غلبه کنند. هیپنوتراپی با توجه به قدرتی که در رخنه به ضمیر ناخوداگاه فرد دارد قادر است بسیاری از بیمارهای روان‌تنی را درمان کند. هیپنوتراپی کاربرد هیپنوتیزم در محدوده وسیعی از اختلالات پزشکی و روانشناختی است (۲).

از آنجا که تحقیقات آکادمیک مداخله‌ای به تعداد کمی در زمینه تاثیر هیپنوتراپی بر افسردگی در ایران صورت گرفته است بگونه‌ای که به تعداد انگشتان یک دست نیز نمی‌رسد و نیز با توجه به کارهای جهانی در این زمینه، خلاء چنین تحقیقاتی بشدت احساس می‌شود، لذا این پژوهش بدنبال پاسخ به این سوال است که آیا هیپنوتراپی نیز می‌تواند بر کاهش افسردگی اساسی موثر واقع شود؟ و آیا این تاثیر معنادار است؟ و در صورت پاسخ مثبت، این معناداری به چه میزان است؟ سرعت و قدرت درمانی آن چه میزان است؟ و آیا بعنوان یک روش قابل اتکا می تواند در درمان استفاده گردد؟

مواد و روشها:

پژوهش حاضر یک طرح تجربی (آزمایشی) و بر اساس اهداف کاربردی و میدانی و توسعه‌ای و با نگاهی آینده‌نگر و با طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه گواه جهت از بین بردن اثرات محیطی مداخله‌گر انجام شده است. این پژوهش طی سال ۱۳۹۲ بر روی افراد مراجعه کننده دچار افسردگی اساسی به یکی از مراکز درمانی در شهر تهران صورت پذیرفته است. از بین افراد مراجعه کننده به کلینیک، ۲۶ نفر از آنانی که بر اساس مصاحبه بالینی DSM - IV دچار افسردگی اساسی بوده انتخاب و سپس بر اساس پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک (۳) میزان اختلال آنها تعیین و به قید قرعه در دو گروه ۱۳ نفره قرار گرفتند. گروه آزمایش پس ازتعیین بر اساس تئوری خوشه‌های شخصیتی اشپیگل‌ها (۴) و همچنین بر اساس استعداد و ظرفیت هیپنوتیزم‌پذیری مقیاس گروهی واترلو- استنفورد (۵).

طی پنج جلسه پنج هفته‌ای(هر هفته یک جلسه با تمرینات بین هفته‌ای) به صورت انفرادی تحت هیپنوتراپی قرار گرفته‌اند. و گروه گواه نیز با استفاده از گفتگو تحت مراقبتهای متعارف قرار گرفتند. سعی شده است بر اساس تیپ شخصیتی افراد مختلف رویکرد منحصر بفرد برای هر یک از مراجعین دیده شود. اما تجربه نشان داده است بعلت بافت فرهنگی و دینی مردم ایران، عموماً به ترکیبی از روان‌پویشی، مراجع محور و درمان‌های وجودی در هنگام هیپنوتیزم بخوبی پاسخ می‌دهند.

روایی و پایایی تست افسردگی بک فرم کوتاه:

پرسشنامه افسردگی بک فرم کوتاه، ۱۳ماده خودگزارشی دارد که نشانه‌های خاص افسردگی را بیان می‌کند. BDI-13 برای اندازه‌گیری در زمینه‌های مختلف نشانه‌شناسی افسردگی مانند افسردگی عاطفی، شناختی، انگیزشی و فیزیولوژی تدوین شده است. فرم کوتاه این این پرسشنامه توسط دادستان و منصور (۱۳۶۹) در ایران هنجاریابی شده است و توسط پژوهشگران مختلف از جمله نوربالا و شاددل (۱۳۷۳) مورد استفاده قرار گرفته است. رجبی و همکاران (۱۳۸۰)، ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه را ۰/۸۷، ضریب اعتبار تنصیف ۰/۸۳ و ضریب بازآمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند. حجت شاپوریان و مهریار (۱۹۸۶) به همبستگی مثبت معنی‌دار بین پرسشنامه افسردگی بک و شاخص‌های اضطراب، تنهایی و مکان کنترل

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

بیرونی دست یافتند. آنان نشان دادند که پرسشنامه افسردگی بک اعتبار و قابلیت اعتماد لازم در دانشجویان ایرانی دارد.

مقیاس گروهی واترلو- استنفورد:

برای درمانگران که مایل به استفاده از مقیاسهای رسمی هیپنوتیزم‌پذیری هستند، عملی‌ترین وسیله اندازگیری، مقایس گروه هاروارد، نیمرخ القاء هیپنوتیزم و مقیاس هیپنوتیزم استانفورد است. برای مقاصد پژوهشی، دقیقترین وسیله اندازگیری عموماً از مقیاس استانفورد فرم-C یا ازنمونه‌ی گروه واترلو استفاده می‌شود. این مقیاس در سال ۱۹۹۸ بوسیله Bowers توسط دانشگاه واترلو - استفورد ارائه گردید و به منظور تعیین عمق هیپنوتیزم‌پذیری افراد، مشابه مقیاس هاروارد، اطلاعات بیشتری از اثرات تلقینی کلاسیک بدست می‌دهد و در بدست آوردن نمرات غیر ارادی کاربرد دارد، بدین طریق در این مقیاس پس از القای هیپنوتیزم، از درمانجو خواسته می‌شود که ۱۲ فعالیت استاندارد را انجام دهد و متعاقب آن برای هر یک از فعالیت‌ها سوالی مطرح می‌شود. بر اساس پاسخ فرد نمره‌ای بین ۱۲ تا ۶۰ برای این ۱۲ مقیاس در نظر گرفته می‌شود که بیانگر میزان هیپنوتیزم‌پذیری فرد است. بر اساس این مقیاس، افراد با نمره بین ۱۲ تا ۲۲ دارای هیپنوتیزم‌پذیری پایین، بین ۲۳ تا ۴۱ در طبقه متوسط و ۴۲ تا ۶۰ به گروه هیپنوتیزم‌پذیری بالا تعلق دارند. قبل از شروع درمان در گروه آزمایش میزان هیپنوتیزم‌پذیری افراد با استفاده از مقیاس هیپنوتیزم پذیری واترلو- استنفورد سنجیده شد که همگی افراد در گروه آزمایش بر اساس مقیاس گروه واترلو- استنفورد در طیف عمق هیپنوتیزم‌پذیری متوسط قرار گرفتند و سپس در جلسه اول برای کوتاه کردن زمان عمق هیپنوتیزم‌پذیری آموزش اصول شرطی‌سازی در حالت تن‌آرامی به درمانجو ارائه گردید. به نحوی که تکرار آن تمرینات در منزل درمدت زمان فاصله بین جلسات منجر به کاهش زمانی دست یابی به عمق هیپنوتیزم‌پذیری از نیم ساعت به ۳ الی حداکثر ۷ دقیقه گردید. در جلسات دوم تا پنجم پدیده های هیپنوتیزمی شامل:

رساندن سوژه به کاتالپسی (Catalepsy) در بین دو تا هفت دقیقه همراه با ایجاد فراموشی (Amnesia)، تجزیه یا انتزاع (Dissociation)، سومنابولیسم (Somnambulism)، فعالیت فکری-حرکتی (Idemotor Activity and Idemotor Exploration)، ایجاد توهمات مثبت و منفی (Hallucinations)، حدت حافظه (Hypermnsia)، پسروی سنی (Regression Age)، پیش روی سنی (Age Progression)، تحریف زمان (Time Progression)، مسخ شخصیت (Depersonalization)، رویاهای القاء شده.

و اصول القائات و تلقینات هیپنوتیزمی (Principles of Induction and Suggestion) که شامل:

آماده سازی بیمار، ارتباط دو سویه، ایجاد انتظارات مثبت، قانون اثر عکس (The law of reversed effect)، قانون تاثیرات غالب (The law of dominant effect)، قانون توجه متمرکز (The law of concentrated attention)، اصل تلقینات مثبت (Principle of positive suggestion)، اصل تقارب های متوالی (Principle of successive approximation)، قانون امساک (The law of parsimony)، اصل تقویت مثبت (Principle of positive reinforcement)، اصول زمانبندی (Principle of timing)، اصل تایید خلسه (Principle of trance ratification)، اصل قرار دادن مفاهیم بین تلقینات (Principle of intersperising suggestions)، استفاده شده است (۶).

بر اساس عوامل ایجاد اختلال با پس روی سنی (نگاه فرویدی) (یعنی درمانجوها در حالت خلسه، به زمان عوامل ایجاد اختلال، یا زمان‌های که بیش‌ترین تجارب منفی را در زندگی داشته‌اند برده شدند و با واکاوی ناخودآگاه آنها خاطرات تلخی که تاثیر به سزایی در ایجاد اختلال را داشته‌اند اصلاح گردیدند) و سپس اصلاح آن رویدادها (نوعی نگاه آدلری) (آدلر معتقد بود اگر سبک زندگی کسی را تغییر دهیم، برداشت و حتی نحوهٔ او از اتفاقات رخ داده در خاطرات نیز دچار دگرگونی اساسی می‌شود که در اینجا تغییر و اصلاح رویدادها منجر به تغییر برداشت زندگی می‌شود). در ادامه جلسات با توجه به بافت قومی و فرهنگی ایران با استفاده از تفکر وجودی و فردنگر به بسط و توسعه هستی‌گرایی به عنوان یکی از ارکان درمان افسردگی پرداخته شد. در این پژوهش نگاه جبرگرایانه درمانجوها را که محصول مکانیزم‌های دفاعی فرافکنی آنهاست با استفاده از تلقینات معناگرا و هستی‌شناختی، برانگیخته و ادراک و بینش سوژه‌ها، به سوی خودمختاری سوق داده شد. که آن خود علاوه بر ایجاد آزادی درونی منجر به تبلور مجدد عشق به هستی می‌گردد. نکته‌ی مهمی که در اینجا وجود دارد این است که القائات وجودی و معناگرا می‌باید در غالب مفاهیم عارفانه که بر خواسته از عشق باشد ارائه گردد. که در این پژوهش به شدت بر این امر تاکید شده است. برای تعیین میزان تاثیر متغیرهای مداخله‌گر محیطی گروه گواه تحت هیچ گونه درمان هیپنوتیزمی قرار نگرفته‌اند. در ضمن برای رعایت انصاف واخلاق حرفه‌ای‌گری و کاری با توجه به اینکه فاصله پیش آزمون – پس آزمون نسبتاً کوتاه بود، افراد گروه گواه در پمج هفته اولیه با گفتگو به شیوه متعارف تحت مراقبت اولیه قرار داده شدند و سپس از پنج هفته دعوت به درمان شدند.

برنامه زمان بندی مداخله درمانی در گروه آزمایش به شرح زیر است:

برنامه زمان بندی مداخله	
جلسه	محتوا
اول	آموزش اصول شرطی سازی در حالت تن آرامی به درمانجو با تمرینات در منزل به مدت یک هفته برای رسیدن به خلسه عمیق همراه با کاتالپسی برای کاهش زمان هیپنوتیزم پذیری
دوم	ارائه پدیده‌های هیپنوتیزمی به همراه اصول القائات و تلقینات هیپنوتیزمی با تمرکز بر روی پسروی سنی و پسروی جزئی و اصلاح و بازسازی خاطرات دردآور و تاثیر گذار
سوم	ارائه پدیده های هیپنوتیزمی به همراه اصول القائات و تلقینات هیپنوتیزمی با پیشروی سنی همراه با ادراک تصاویر هولوگرافیک غایتمندی
چهارم	ارائه پدیده‌های هیپنوتیزمی به همراه اصول القائات و تلقینات هیپنوتیزمی با ایجاد ادراکات و توهمات مثبت معناگرا

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

پنجم	ارائه پدیده‌های هیپنوتیزمی به همراه اصول القائات و تلقینات هیپنوتیزمی با ایجاد تصاویر هولوگرافیک همراه با رویکرد معناگرا

یافته‌ها:

یافته‌ها در این تحقیق به منظور بررسی اثر بخشی هیپنوتراپی بر افسردگی اساسی بود. تحقیق بر روی تعداد ۲۶ نفر، ۱۳ نفر گروه آزمایش و ۱۳ نفر گروه گواه انجام گرفت. خصوصیات افراد دو گروه در جدول شماره 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 معنادار نبوده است و یا به تعبیر دیگر افراد دو گروه مشابه بودند، بعلاوه افراد دو گروه از نظر وضعیت اقتصادی و اجتماعی (مرجعین به مرکز) نیز مشابه بودند.

در داده‌های پژوهشی در آمار توصیفی از میانگین، فراوانی، توزیع فراوانی، انحراف معیار و نمودار و در آمار استنباطی از کواریانس و آزمون تی مستقل استفاده گردیده است.

اگر پیش‌فرض‌ها برقرار باشد یعنی فرضیه" هیپنوتراپی بر افسردگی اساسی اثر بخش می‌باشد"، از آزمون آماری کوواریانس، در غیر اینصورت از آزمون تی اختلافی استفاده می‌شود.

پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، وجود رابطه خطی بین متغیر کمکی و متغیر وابسته، همگنی شیب‌های خط رگرسیون و برابری واریانس‌ها می‌باشد نتایج آزمون نرمال بودن هر گروه از داده‌های ورودی برای فرضیه پژوهش گزارش شده است. توزیع هیچ یک از گروه داده‌هایی که در تحلیل فرضیه پژوهش وارد می‌شوند به طور معنی‌داری از توزیع نرمال انحراف ندارد. پراکندگی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در فرضیه اصلی، وجود رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تایید می‌کند. سپس همگنی شیب‌های رگرسیون به عنوان یکی دیگر از پیش فرض‌های مهم تحلیل کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت تعامل تغییرات بین گروه‌ها با متغیر کوواریانس (پیش آزمون) با مقدار F برابر با ۱۴/۴۴ در سطح ۰/۰۰۱ $p<$ معنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر پیش فرض برابری شیب‌های رگرسیون برای این فرضیه برقرار نمی‌باشد. در ادامه پیش فرض برابری واریانس‌ها نیز برای فرضیه پژوهش مورد بررسی قرار گرفت. همچنین مقدار F به دست آمده ۱/۸۶۱ در سطح P>۰/۱۸۵ معنی‌دار نمی‌باشد. یعنی بین واریانس‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و پیش فرض برابری واریانس‌ها نیز برای این فرضیه برقرار است.

با توجه به اینکه یکی از پیش فرض‌های مهم تحلیل کوواریانس برای نمرات این فرضیه برقرار نیست برای تصمیم‌گیری در مورد این فرضیه از آزمون تی اختلافی استفاده می‌شود. براین اساس نمرات پس‌آزمون از پیش‌آزمون کسر شد و بین اختلاف نمرات حاصل از اجرای دوبار آزمون، تی استیودنت برای گروه‌های مستقل محاسبه گردید. مقدار t به دست آمده ۹/۴۷ با درجه آزادی ۲۴ در سطح P<۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر بین اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

با نگاهی به مقادیر میانگین‌ها در می‌یابیم نمرات افسردگی در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری داشته است و فرضیه تحقیق تایید شده است. با توجه به اهمیت این فرضیه و تکمیل محاسبات، داده‌ها با روش کوواریانس نیز تحلیل شدند. مقدار F بدست آمده ۳۲۶/۱۶۴ برای تفاوت بین گروه‌ها با درجه آزادی ۱ و ۲۳ در سطح (P<۰/۰۰۱) معنی‌دار می‌باشد. یعنی فرضیه پژوهش با روش کوواریانس نیز تایید شده است بنابراین هیپنوتراپی تاثیر معنی‌داری بر کاهش افسردگی گروه آزمایش داشته است. حجم اثر این روش درمان ۰/۹۳۴ به دست آمده است که مقدار بسیار مناسبی است. نتایج بدست آمده افراد دو گروه ۱۳ نفره مشابه بودند یعنی میزان افسردگی اولیه گروه گواه ۱۸/۰۸±۵/۹ و در گروه آزمایشی ۱۷ /۵۴±۷/۲ (P<۰ /۹) که پس از پنج هفته در گروه گواه با گفتگو به مقدار ۱۶/۵±۴/۵ کاهش یافت – البته بعد از پنج هفته گروه گواه نیز مورد هیپنوتراپی قرار گرفتند– و در گروه آزمایش در طی پنج هفته تحت هیپنوتراپی به مقدار ۲/۶۲±۱/۸رسید (P<۰/۰۰۱). یعنی نتایج گروه گواه به میزان کمی کاهش پیدا کرد اما در طیف گروه آزمایش به سطح کاملا نرمالی رسید.

بحث:

هدف از انجام این پژوهش بررسی تاثیر هیپنوتراپی بر کاهش افسردگی اساسی بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌درمانی است.

قدرت هیپنوتیزم و تاثیر آن بر بیماری‌های روان‌تنی از دیرباز از زمانی که کاهنان معابد بیماران را درمان می‌کردند تا به امروز موضوعی چالش‌برانگیز

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

خصوصیات درمانجوها	جنس		سن	تحصیلات		تاهل	
	مرد	زن		دانشگاهی	غیر دانشگاهی	مجرد	متاهل
گروه گواه (n۱=۱۳)	۶(٪۴۶/۲)	۷(٪۵۳/۸)	۳۵/۶۲± ۸/۶۹	۹(٪۶۹/۲)	۴(٪۳۰/۸)	۴(٪۳۰/۸)	۹(٪۶۹/۲)
گروه آزمایش (n۲=۱۳)	۵(٪۳۸/۵)	۸(٪۶۱/۵)	۳۷/۶۲± ۶/۴۷	۱۰(٪۷۷)	۳(٪۲۳)	۵(٪۳۸/۵)	۸(٪۶۱/۵)
نتیجه(n=۲۶)	P<۰/۶۹		P<۰/۵	P<۰/۵۳		P<۰/۶۸	

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

جدول ۲. نتایج آزمون پیش آزمون و پس آزمون افسردگی اساسی به تفکیک گروه

هیپنوتراپی افسردگی اساسی	پیش آزمون	پس آزمون	نتیجه آزمون
گروه گواه (N۱=۱۳)	۱۸/۰۸±۵/۹	۱۶/۵±۴/۵	P <۰/۹
گروه آزمایش(N۲=۱۳)	۱۶/۵±۷/۲	۲/۶۲±۱/۸	P <۰/۰۰۱

و بحث‌برانگیز بوده است، اما آرام آرام این پدیده با رویکرد علمی و کلینیکال رفته رفته می‌رود تا جایگاه واقعی خود را بدور از خرافات و تعصبات باز یابد و با قدرت شگرفی که دارد بیماران را درمان ببخشد.

مقتدری به منظور بررسی تاثیر هیپنوتیزم در درمان افسردگی، 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 افسردگی بیماران در پیش از آزمون و پس از آزمون وجود دارد (P=۰/۰۰۱) که نشان از اثر بخش بودن هیپنوتیزم در درمان بیماران بود. بگونه‌ای که میانگین افسردگی از ۲۱/۷، به ۱۳/۳تقلیل یافت (۷). درتحقیق دیگری فیروزآبادی نشان می‌دهد، اختلالات افسردگی با چند جلسه هیپنوتراپی، بهبودی جزئی ۳۸/۸ درصد، بهبودی نسبی ۵۵ درصد و بهبودی کامل ۶/۶ درصد یافته‌اند (۸).

Plaskota و همکاران نشان دادند که سطح معناداری افسردگی بعد از دو جلسه درمان با هیپنوتراپی در بیماران سرطانی تحت معالجه به ۰/۲۹۱۰ =pمی‌رسد که این مقدار طی چهار جلسه به مقدار p=۰/۰۴۶۶ می‌باشد یعنی با افزایش تعداد جلسات به چهار جلسه فرض اثربخشی هیپنوتراپی در درمان افسردگی رد نمی‌شود و کاهش معناداری را شامل می گردد (۹).

Alladin and Alibhai در تحقیقی که به منظور مقایسه تاثیر هیپنوتراپی با درمان شناختی- رفتاری بر روی افسردگی داشتند از ۸۴ بیماری که دچار افسردگی بودند بصورت تصادفی در طی ۱۶ هفته بر اساس دو پرسشنامه‌ای افسردگی و مقیاس نومیدی 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 به ترتیب ۵ و ۸ درصد اثر بخشی بهتری در درمان داشته است (۱۰).

Alladin همچنین معتقد است ترکیب هیپنوتیزم و درمان شناختی-رفتاری یعنی هیپنوتراپی شناختی در درمان افسردگی موثر است (۱۲, ۱۱).

Yabco در پژوهش‌های خود جنبه‌های روان درمانی موثر برای افسردگی اساسی را شرح می‌دهد که چگونه هیپنوتیزم درآنها منجر به افزایش اثر درمانی می‌گردد. به عقیده او هیپنوتیزم در کاهش علائم شایع افسردگی اساسی مانند تحریک و نشخوار فکری مفید است و در نتیجه ممکن است احساس درماندگی و ناامیدی را کاهش دهد. همچنین هیپنوتیزم در تسهیل یادگیری مهارت های جدید، برای افسردگی اصلی موثر است.کسب این مهارت نیز نه تنها بر افسردگی، بلکه برکاهش احتمال عود بیماری نیز اثر گذار است (۱۵-۱۳).

Yexley به اثر بخش بودن هیپنوتیزم در درمان افسردگی پس از زایمان اشاره می‌کند (۱۶).

Untas و همکاران تحقیق خود را با هدف بررسی اثر هیپنوتیزم بر اضطراب، افسردگی، خستگی و خواب آلودگی در بیماران همودیالیزی انجام دادند. بیست و نه نفر در ۱۵ روز شرکت کردند. جلسه هیپنوتیزم در ۸ روز انجام شد. اضطراب، افسردگی، خستگی، خواب آلودگی، در ابتدا، در روز هشتم و پانزدهم اندازه گیری شد. اضطراب، افسردگی و خواب پس از هیپنوتیزم به طور قابل توجهی کاهش یافته است (۱۷). در دهه‌های اخیر تلاش های زیادی در زمینه تاثیر هیپنوتراپی در افسردگی انجام شده است و نتایج بیانگر تاثیر هیپنوتراپی در علایم افسردگی است به عنوان مثال تحقیقات نشان دادند هیپنوتیزم غم و اندوه را در بیماران افسرده مزمن کاهش می‌دهد (۱۸). هم چنین ، Dobbin معتقد است حتی خود هیپنوتیزم نیز در کاهش افسردگی موثر است (۱۹). علاوه بر این Lynn و همکاران در مقاله خود توضیح می دهند که چگونه میتوان از هیپنوتیزم به عنوان یک روش کمکی در درمان افسردگی و نشخوار علائم فکری، می-توان استفاده نمود (۲۰).

افزون بر موارد فوق ، Shih و همکاران درمقاله فراتحلیلی خود بیانگر این است که هیپنوتیزم به میزان قابل توجهی به بهبود علائم افسردگی منجر می شود (۲۱).

نتایج تحقیق حاضر نشان داده است که درمان افسردگی با روش هیپنوتراپی موثر بوده است. این یافته تا حدود زیادی با پژوهش‌های دیگری که بر روی افسردگی صورت گرفته است همسو است (۲۱ و ۱۷، ۱۰-۸)

در تبیین این یافته می‌توان گفت که هیچ یک از حالت هشیاری دگرگون به اندازه حالت هیپنوتیزم بحث انگیز نبوده است. هیلگارد حالت هیپنوتیزم را حالت پاسخدهی شدیدی دانست که هیپنوتیزم کننده در یک فرد ایجاد می نماید (۲۲).

در یکی از نحله‌های نظریه روانکاوی گفته می شود که هیپنوتیزم حالتی از واپس روی نسبی است که در آن آزمودنی فاقد کنترل های حاکم بر هشیاری کامل دوره بیداری است و به همین سبب نیز تکانشی عمل می‌کند و در خیالبافی غوطه‌ور می‌شود. باربر در سال ۱۹۷۷ معتقد بود که هیپنوتیزم نوعی خیالبافی معطوف به هدف است. این نظریه پرداز به کمک یکی از همکارانش مقیاسی تهیه کرد که بر مفهوم فوق استوار است و مقیاس تخیل خلاق نام دارد .هیلگارد نظریه گسستی نوین را در باره هیپنوتیزم مطرح کرد . وی متوجه شد که در بسیاری از افراد هیپنوتیزم شده بخشی از ذهن که خارج از حیطه اگاهی است ظاهرا نوعی نظارت کلی بر تجارب فرد دارد. هیلگارد استعاره ناظر پنهان را برای این بخش بکار برد. بدین ترتیب استعاره ناظر پنهان به یک ساختار ذهنی اشاره می‌کند که بر تمام رویدادها نظارت

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

دارد از جمله رویدادهایی که فرد هیپنوتیزم شده در زمان وقوع آنها به طور هشیار آگاه نیست (۲۲).

در حالت هیپنوتیزم به آسانی می توان تخیلاتی درباره تجارب تولد یا یک زندگی پیشین در آزمودنی ایجاد نمود. برخی آزمودنی‌هایی که هیلگارد با آنها کار می‌کرده است شواهد رضایت بخشی مبنی بر اینکه گویا در زمان و مکان‌های قبلی تعیین شده زندگی کرده‌اند، گزارش می‌دهند. روشن است که در حالت هیپنوتیزم تخیلات به عنوان واقعیت پذیرفته می گردند (۲۰).

بنابر این نظریه طبیعی است که پس از انجام مداخله مبتنی بر هیپنوتراپی در افراد افسرده، افزایش خلق می تواند اتفاق بیفتد. هیپنوتیزم عموما با یک حالت آرامش و جدایی از الزامات و تنش های محیط مادی همراه است و فرد را به لحاظ روانی به محیط امن و آرام می برد لذا نقش موثری در کاهش افسردگی دارد (۲۳).

مولفه های هیپنوتراپی را در درمان افسردگی و جلوگیری از عود آن موثر دانست. شش دلیل درمانی برای استفاده هیپنوتراپی در درمان افسردگی می‌توان بر شمرد: ۱) هیپنوتیزم تجارب ذهنی را تقویت می‌کند. ۲) به عنوان یک روش قدرتمند برای قطع الگوهای نشانگان افسردگی عمل می‌کند. ۳) یادگیری تجربی را تسهیل می‌سازد. ۴) به ساخت و مفهوم سازی پاسخ ها کمک می کند. ۵) مدل های متفاوت و قابل انعطاف‌تری از واقعیت درونی را فراهم می‌سازد. ۶) به پایه گذاری تمرکز و توجه کمک می کند(۱۰).

جلسات هیپنوتراپی به عنوان یک روش درمانی موثر بر روی چند مولفه تمرکز دارد: القاء حس آرام سازی، تغییرات حسی جسمانی، نمایش قدرت ذهن، بسط آگاهی، قدرتمندسازی خود، دستیابی و بازسازی فرایندهای ذهنی ناخودآگاه، آموزش خودهیپنوتیزمی و پیشنهاداتی برای اثرات بعدی خلسه برای اصلاح پاسخ ها ، بیماران افسرده معمولا از فقدان اعتماد به توانایی‌هایشان برای انجام چالش‌های زندگی رنج می‌برند (۱۲-۱۰).

القا هیپنوتیزم برای بیماران افسرده باعث می‌شود که آنها بتوانند از تجارب ذهنی خود اگاه گردند مهم تر از آن توانایی تولید داستان و تجارب متفاوت است که می تواند باعث برانگیختن حس امید و یا اصلاح شود. (۱۰). در فرایند هیپنوتراپی اثربخشی قدرت ذهن بر بر جسم افزایش می یابد وکاتالپسی می تواند به خوبی در هیپنوتیزم القا شود. این فرایند می تواند ظرفیت مثبت نگری را تسریع بخشیده و اعتماد به نفس را در افراد افسرده به آرامی القاء نماید تا فرد بتواند بر منابع شخصی و هیجانی و رفتاری اساسی تکیه نماید . هیپنوتیزم یک ابزار قدرتمند برای گسترش آگاهی ها و تجارب مثبت است. یکی از کارکردهای هیپنوتیزم افزایش قدرت خود است که توانمندسازی فرد در مقابل تنش ها را کاهش داده و به بازیابی اعتماد به نفس در توانایی‌هایش برای مقابله موثر با مشکلات کمک می کند

از جمله پاسخ هایی که معمولا در هیپنوتیزم دیده می شوند عبارتند از : افزایش یا کاهش کنترل حرکتی، تحریف حافظه از طریق یادزدایی پی هیپنوتیزمی، واپس روی سنی و توهمات مثبت و منفی. کاهش درد و رنج به عنوان نوعی توهم منفی از جمله کارکردهای مثبت هیپنوتیزم است.

در هیپنوتیزم تصمیم گیری فرد متوقف می شود. وی دوست ندارد دست به کاری بزند و ترجیح می دهد صبر کند تا آنچه را باید انجام دهد هیپنوتیزم کننده به وی القا نماید و معمولا القایات مثبت خلقی در این حالت انجام می شود. در حالت هیپنوتیزم تلقین پذیری افزایش می یابد و یادزدودگی روی می دهد که این موضوع پایه ای است برای از یاد بردن خاطرات منفی و افزایش مثبت نگری که خود کاهش افسردگی را به دنبال دارد.از آنجا که هیپنوتیسم حوزه ادراک را هدف قرار می‌دهد لذا در این راه بسیار پرقدرت عمل می‌نماید بنابراین ارائه تلقینات معناگرا در حالت هیپنوز و تاکید به تمرینات بین جلسه‌ای منتج و منجر به بهبودی کامل درمانجوها می‌شود. تحقیقات بیان می‌کنند که توانایی ساخت مفهوم یا استنتاج معنا از محیط فرد در انواع موقعیت‌ها انطباقی است. همچنین همبستگی مثبت ومعنی داری بین مقیاس‌های امید و مقیاس‌های تلویحی معنای شخصی وجود دارد. در مقابل، ارتباط‌های منفی بین معنی شخصی و افسردگی و همچنین روان رنجورخویی مشاهده شده است (۲۲).

پیشنهاد:

از آنجا که در این تحقیق از تلقینات معناگرا وهستی شناختی در درمان بیماران در حالت خلسه و هیپنوز استفاده و تاکید بسیاری شده است، پیشنهاد می‌گردد میزان تاثیرگذاری این نوع تلقینات در حالت هیپنوز، در بیماران دچار اختلال افسرده سنجیده شود.

منابع:

1. Mash EJ, Wolfe DA, Editors. Abnormal Child Psychology. 4th ed. Translation by: Sharifi DP, Moradi H. Tehran: Avaie Noor 2010. [In Persian]
2. Hammond CD. Handbook of hypnotic suggestions and metaphors. Translation by: clinical hypnosis Association. Tehran: Art Institute of intelligent signal processing 2005. [In Persian]
3. Karamy A. Beck Depression Inventory. Tehran: Publication Center psychometrics 2009. [In Persian]
4. Fathy M. Editor. Step by step training hypnosis for begninners. Mashhad: Mashhad Publication Khatere 2000. [In Persian].
5. Bowers KS. "Waterloo-Stanford Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form C: Manual and Response Booklet", International Journal of Clinical Hypnosis 1998; 3: 250-268.
6. Hammond. Hypnotic induction& suggestion, Translation by: Alavi Fazel K. 1998. [In Persian]
7. 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 J Res Med Sci (ZJRMS) 2011; 13(3): 20-24.
8. Firouz Abadi SH. Reviews the results of psychiatric disorders in clinical hypnotherapy group. PhD thesis,

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]

Faculty of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 1994. [In Persian]
9. 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.
10. Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. The International journal of clinical and experimental hypnosis 2007; 55(2): 147-166.
11. Alladin A. Evidence-Based Hypnotherapy for Depression. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2010; 58(2): 165-185.
12. Alladin A. Cognitive Hypnotherapy for Major Depressive Disorder. American Journal of Clinical Hypnosis 2012; 54(4): 275-293.
13. Yapko M. Hypnosis in Treating Symptoms and Risk Factors of Major Depression. . American Journal of Clinical Hypnosis 2001; 44(2): 97-108.
14. Yapko M. Hypnotic Intervention for Ambiguity as a Depressive Risk Factor. American Journal of Clinical Hypnosis 2001; 44(2): 109-117.
15. Yapko M. Hypnosis in the treatment of depression: An overdue approach for encouraging skillful mood management. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2010; 58; 137–146.
16. Yexley M. Treating Postpartum Depression with Hypnosis: Addressing Specific Symptoms Presented by the Client. American Journal of Clinical Hypnosis 2007; 49(3): 219-223.
17. Untas A, Chauveau P, Dupré-Goudable C, Kolko A, Lakdja F, Cazenave N. The Effects of Hypnosis on Anxiety, Depression, Fatigue, and Sleepiness in People Undergoing Hemodialysis: A Clinical Report. International Journal of Clinical and Experimental HypnosisInternational Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2013; 61(4): 475-483.
18. McCloskey M ,Kumar V. Pekala R. State and Trait Depression, Physical and Social Anhedonia, Hypnotizability and Subjective Experiences during Hypnosis 1999; 41(3): 231-252.
19. Dobbin A, Maxwell M, Elton R. A Benchmarked Feasibility Study of a Self-Hypnosis Treatment for Depression in Primary Care. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2009; 57(3): 293-318.
20. Lynn S, Barnes S, Deming A, Accardi M. Hypnosis, Rumination, and Depression: Catalyzing Attention and Mindfulness-Based Treatments. International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis 2010; 58(2): 202-221.
21. Shih M, Yang Y, Koo M, A Meta-Analysis of Hypnosis in the Treatment of Depressive Symptoms 2009; 57(4): 431-442.
22.Nolen S, Fredrichson B, Loftus G. Atkinson & Hilgard's Introduction to Pyschology; 2009. [In Persian]
23. Shakibai F, Harandi A, Sotohi R, Sahebi P. Effectivnece of hypnotherapy for reduction of pain and scorch. Cognitive science research 2001; 50: 1-48. [In Persian].

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-12]