

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه آزاد اسلامی

پردیس علوم و تحقیقات شاهرود

دانشکده علوم انسانی، گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی (M.A)

گرایش: روان‌شناسی عمومی

عنوان:

اثر بخشی هیپنوتراپی در کاهش اضطراب و افسردگی

استاد راهنما:

دکتر ابوالفضل کرمی

استاد مشاور:

دکتر پرویز شریفی درآمدی

نگارش:

بهنام لطفی‌فر

پاییز ۱۳۹۲



معاونت پژوهش و فن آوری

به نام خدا

مشور اخلاق پژوهش

یلماری از خداوند بجان و اعتماد به این که این عالم محضر خداست و همواره ناظر بر اعمال انسان و به مشور پاسبان داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظریه اهمیت جایگاه دانشگاه در اعلاهی فرهنگ و تمدن بشری، نادانشجویان و احصاء بیات علمی

واحدی دانشگاه آزاد اسلامی متهدی کردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخلی نکنیم:

- ۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از حرکتی پنهان سازی حقیقت.
- ۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهشگران (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
- ۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تمهید به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه بکاران پژوهش.
- ۴- اصل منافع ملی: تمهید به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن بهره بردار و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.
- ۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تمهید به اجتناب از حرکتی جانب داری غیر علمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
- ۶- اصل رازداری: تمهید به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمان ها، کشور و کلیه افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل احترام: تمهید به رعایت ترییم ها و حرمت نهاد انجام تحقیقات و رعایت جانب قدر و خودداری از حرکتی حرمت شکنی.
- ۸- اصل ترویج: تمهید به رواج دانش و اشتهار نتایج تحقیقات و انتقال آن به بکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
- ۹- اصل برانست: التزام به برانست جویی از حرکتی رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به مثابه ای غیر علمی می آلائند.



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد علوم و تحقیقات

تعهدنامه اصالت رساله یا پایان نامه

اینجانب بهنام لطفی فر دانش‌آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته روان‌شناسی عمومی که در تاریخ ۱۳۹۲/۰۸/۲۹ از پایان‌نامه خود تحت عنوان "اثر بخشی هیپنوتراپی در کاهش اضطراب و افسردگی" با کسب نمره ۱۹/۵ و درجه دفاع نموده‌ام بدینوسیله متعهد می‌شوم:

۱) این پایان‌نامه حاصل پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان‌نامه، کتاب، مقاله و ...) استفاده نموده‌ام مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده‌ام.

۲) این پایان‌نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم‌سطح، پایین‌تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره‌برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و ... از این پایان‌نامه را داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم.

۴) چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می‌پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام هیچ‌گونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی:

بهنام لطفی فر

تاریخ و امضاء:

نمی دانم چگونه می توانم حق مطلب را ادا کنم اما از همین جاد دست اساتید بزرگم رامی بوسم

دکتر ابوالفضل کرمی

دکتر پرویز شریفی درآمدی

و

همچنین از

دکتر مهدی فتحی

و نیز تمامی کسان دیگری که بسیارند و مریاری نمودند سپاسگزاری نموده و از خدای بزرگ برای تمامی این عزیزان

سعادت دنیا و آخرت را خواهانم

تقدیم بہ تمامی عزیزانم

آنانکہ کہ ہموارہ مشوق انگلیزہ ہای درونی من بودہ و در تمامی پستی و بلندی ہای زندگی در کنارم ایستادہ اند

مخصوصاً

مادرم

کہ بی مہر اوراہ بجای نمی بردہ ام، عاشقانہ اورامی ستایم

من بہ تک تک عزیزان دیکرم عشق میوزم پدرم، خواہران و برادرانم

ہمسرو فرزند دلبندم

از

خالقلم

می خواہم چنان توانایی بہ من عطا کند تا آنگونہ کہ شاید آہناست مہرشان را بجا آورم۔

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
۱	چکیده
۲	فصل اول: کلیات تحقیق
۵	۲-۱- بیان مساله
۸	۳-۲-۱ اهمیت و ضرورت انجام تحقیق
۹	۴-۲-۱ اهداف مشخص تحقیق
۹	۵-۲-۱ سؤالات و فرضیه‌های تحقیق
۹	۳-۱- تعریف واژه‌ها و اصطلاحات فنی و تخصصی
۹	۱-۳-۱ تعاریف مفهومی
۱۰	۲-۳-۱ تعاریف عملیاتی
۱۱	فصل دوم: مروری بر ادبیات و پیشینه تحقیق
۱۲	۱-۲- تاریخچه
۲۰	۲-۲- جنبه جدید بودن و نوآوری در تحقیق
۲۱	۴-۲- اضطراب
۲۲	۵-۲- افسردگی
۲۴	۶-۲- همبودگی اضطراب و افسردگی
۲۶	۷-۲- هیپنوتیزم
۲۶	۸-۲- هیپنوتیزم‌پذیری و سنجش پاسخدهی هیپنوتیزمی
۲۷	۱-۸-۲ هیپنوتیزم‌پذیری، شخصیت و آسیب‌شناسی روانی
۲۷	۲-۸-۲ ارزیابی ظرفیت هیپنوتیزم‌پذیری
۲۸	۳-۸-۲ تیپ‌های شخصیتی
۳۰	۴-۸-۲ آسیب‌شناسی روانی
۳۲	۵-۸-۲ نقش درمانگر در انتخاب مناسب‌ترین روش روان‌درمانی
۳۳	۶-۸-۲ روش‌های روان‌درمانی
۳۳	۱-۶-۸-۲ درمان‌های مناسب برای آپولونین‌ها
۳۴	۲-۶-۸-۲ درمان‌های مناسب برای دیونیسین‌ها
۳۵	۳-۶-۸-۲ درمان‌های مناسب برای اودیسنین‌ها
۳۶	۹-۲- پدیده‌های هیپنوتیزمی
۳۶	۱-۹-۲ کاتالپسی
۳۶	۲-۹-۲ فراموشی
۳۶	۳-۹-۲ تجزیه یا انتزاع
۳۶	۴-۹-۲ بی‌دردی و بی‌هوشی

- ۳۷-۹-۲ حساسیت بیش از حد.....
- ۳۷-۹-۲ ۶-۹-۲ فعالیت فکری- حسی.....
- ۳۷-۹-۲ ۷-۹-۲ سمنابولیسیم.....
- ۳۸-۹-۲ ۸-۹-۲ توهمات.....
- ۳۸-۹-۲ ۹-۹-۲ حدت حافظه.....
- ۳۸-۹-۲ ۱۰-۹-۲ اپسروی سنی.....
- ۳۹-۹-۲ ۱۱-۹-۲ فعالیت فکری- حرکتی.....
- ۳۹-۹-۲ ۱۲-۹-۲ پیش روی سنی.....
- ۳۹-۹-۲ ۱۳-۹-۲ تحریف زمان.....
- ۴۰-۹-۲ ۱۴-۹-۲ مسخ شخصیت.....
- ۴۰-۹-۲ ۱۵-۹-۲ رؤیاهای القاء شده.....
- ۴۰-۱۰-۲ نقش پدیده‌های هیپنوتیزمی بر اساس ظرفیت هیپنوتیزم پذیری در درمان.....
- ۴۰-۱۱-۲ مکانیسم القای هیپنوتیزم.....
- ۴۱-۱۲-۲ اصول القائات و تلقینات هیپنوتیزمی.....
- ۴۱-۱۲-۲ ۱-۱۲-۲ آماده سازی بیمار.....
- ۴۱-۱۲-۲ ۲-۱۲-۲ ارتباط درمانی و همکاری متقابل با بیمار.....
- ۴۱-۱۲-۲ ۳-۱۲-۲ ایجاد انتظارات مثبت.....
- ۴۱-۱۲-۲ ۴-۱۲-۲ قانون اثر عکس.....
- ۴۲-۱۲-۲ ۵-۱۲-۲ قانون تاثیرات غالب.....
- ۴۲-۱۲-۲ ۶-۱۲-۲ قانون توجه متمرکز.....
- ۴۲-۱۲-۲ ۷-۱۲-۲ اصل هویج(پاداش).....
- ۴۲-۱۲-۲ ۸-۱۲-۲ اصل تلقینات مثبت.....
- ۴۳-۱۲-۲ ۹-۱۲-۲ اصل تقارب‌های متوالی.....
- ۴۳-۱۲-۲ ۱۰-۱۲-۲ قانون امساک.....
- ۴۴-۱۲-۲ ۱۱-۱۲-۲ اصل تقویت مثبت.....
- ۴۴-۱۲-۲ ۱۲-۱۲-۲ اصل تأیید خلسه.....
- ۴۴-۱۲-۲ ۱۳-۱۲-۲ اصل فردی سازی.....
- ۴۴-۱۲-۲ ۱۴-۱۲-۲ اصول زمان بندی.....
- ۴۵-۱۲-۲ ۱۵-۱۲-۲ اصل قرار دادن مفاهیم در بین تلقینات.....
- ۴۵-۱۳-۲ ۱۳-۱۳-۲ روشهای مختلف القای هیپنوتیزم.....
- ۴۶-۱۴-۲ ۱۴-۱۴-۲ افزایش عمق هیپنوز.....
- ۴۶-۱۵-۲ ۱۵-۱۵-۲ شرطی سازی.....
- ۴۶-۱۶-۲ ۱۶-۱۶-۲ هوش معنوی و هیپنوز.....
- ۴۸-۱۷-۲ ۱۷-۱۷-۲ ادراک، هولوگرافیک و هیپنوتیزم.....

۴۹.....	۱۸-۲- مجموعه پژوهش‌های انجام گرفته در داخل و خارج کشور در زمینه اضطراب و افسردگی
۴۹.....	۱-۱۸-۲ پژوهش‌های داخلی
۵۱.....	۲-۱۸-۲ پژوهش‌های خارجی
۵۳.....	فصل سوم: روش اجرای تحقیق
۵۴.....	۱-۳- روش‌شناسی تحقیق
۵۴.....	۱-۱-۳ شرح کامل روش تحقیق بر حسب هدف، نوع داده‌ها و نحوه اجراء
۵۵.....	۲-۳- متغیرهای مورد بررسی در قالب یک مدل مفهومی و شرح چگونگی بررسی و اندازه‌گیری متغیرها
۶۱.....	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌ها
۶۲.....	۱-۴- مقدمه
۶۳.....	۲-۴- توصیف آماری
۶۶.....	۳-۴- تحلیل‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش
۷۴.....	فصل پنجم: نتیجه‌گیری و پیشنهادها
۷۵.....	۱-۵- بحث و نتیجه‌گیری
۸۲.....	۲-۵- محدودیت‌ها
۸۲.....	۳-۵- پیشنهادها
۸۳.....	منابع و مآخذ
۸۳.....	فهرست منابع فارسی
۸۵.....	فهرست منابع انگلیسی
۸۸.....	پیوست‌ها
۸۸.....	الف) تست افسردگی فرم کوتاه بک
۹۰.....	ب) تست اضطراب زانک
۹۱.....	ج) مقیاس هیپنوتیزم پذیری واترلو- استنفورد

فهرست جداول

عنوان	شماره صفحه
جدول ۱-۲- نشانه‌های چندگانه اضطراب	۲۱
جدول ۲-۲- ویژگی‌های اصلی ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی دوره افسردگی اساسی	۲۳
جدول ۳-۲- ویژگی‌های اصلی ملاک‌های تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی دوره افسرده‌خویی	۲۴
جدول ۴-۲- ارتباط بین هیپنوتیزم‌پذیری و تیپ شخصیت	۳۲
جدول ۱-۳- ابعاد پرسشنامه مقیاس اضطراب زانک	۵۶
جدول ۲-۳- ابعاد پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک	۵۷
جدول ۳-۳- تعیین درجه اضطراب بر اساس پرسشنامه زانک	۵۸
جدول ۴-۳- تعیین درجه افسردگی بر اساس پرسشنامه بک	۵۹
جدول ۱-۴- توصیف جنسیت آزمودنی‌ها به تفکیک گروه	۶۳
جدول ۲-۴- توصیف سن آزمودنی‌ها به تفکیک گروه	۶۴
جدول ۳-۴- توصیف وضعیت تاهل آزمودنی‌ها به تفکیک گروه	۶۴
جدول ۴-۴- توصیف تحصیلات آزمودنی‌ها به تفکیک گروه	۶۶
جدول ۵-۴- نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنف پیش آزمون و پس آزمون اضطراب به تفکیک گروه	۶۶
جدول ۶-۴- نتایج بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون در متغیر وابسته اضطراب	۶۷
جدول ۷-۴- نتایج آزمون برابری واریانس‌ها (لوین)	۶۸
جدول ۸-۴- نتایج تحلیل کوواریانس متغیر وابسته اضطراب	۶۸
جدول ۹-۴- نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنف پیش آزمون و پس آزمون افسردگی به تفکیک گروه	۷۰
جدول ۱۰-۴- نتایج بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون در متغیر وابسته افسردگی	۷۱
جدول ۱۱-۴- نتایج آزمون برابری واریانس‌ها (لوین)	۷۲
جدول ۱۲-۴- نتایج آزمون تی اختلافی برای متغیر افسردگی	۷۲
جدول ۱۳-۴- نتایج تحلیل کوواریانس متغیر وابسته افسردگی	۷۳

فهرست نمودارها

<u>عنوان</u>	<u>شماره صفحه</u>
نمودار ۴-۱- هیستوگرام توزیع سن درسی گروه نمونه.....	۶۴
نمودار ۴-۲- فراوانی وضعیت تاهل آزمودنی‌ها به تفکیک گروه.....	۶۵
نمودار ۴-۳- نمودار پراکندگی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در فرضیه اصلی.....	۶۷
نمودار ۴-۴- نمودار جعبه‌ای پیش آزمون و پس آزمون اضطراب به تفکیک گروه.....	۶۹
نمودار ۴-۵- نمودار پراکندگی نمرات پیش آزمون و پس آزمون در فرضیه اصلی.....	۷۱
نمودار ۴-۶- نمودار جعبه‌ای پیش آزمون و پس آزمون افسردگی به تفکیک گروه.....	۷۳

چکیده

مقدمه: افسردگی بعنوان ویروس سرماخوردگی و اضطراب بعنوان منشأ بسیاری از بیماری‌های روان‌تنی قرن حاضر، بسیاری از انسان‌ها را درگیر، آلوده و مبتلا نموده است. و بشر امروزی در میان این امواج ویران‌گر در حال دست و پا زدن است. این پژوهش با هدف بررسی میزان اثربخشی هیپنوتراپی بر کاهش اضطراب و افسردگی انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه کمی مداخله‌ای نیمه تجربی (نیمه آزمایشی) و بر اساس اهداف کاربردی و میدانی و توسعه‌ای و با نگاهی آینده‌نگر و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون همراه با گروه گواه جهت از بین بردن اثرات محیطی مداخله‌گر انجام شده است. بر روی افراد مراجعه‌کننده دچار افسردگی و اضطراب به کلینیک در سطح شهر تهران صورت پذیرفته است. از بین افراد مراجعه‌کننده به کلینیک، ۲۶ نفر از آنانی که بر اساس مصاحبه بالینی DSM-IV دچار اختلال اضطراب و افسردگی بوده انتخاب و سپس بر اساس پرسشنامه فرم کوتاه افسردگی بک و پرسشنامه اضطراب زانک میزان اختلال آنها تعیین و به قید قرعه در دو گروه ۱۳ نفره قرار گرفتند. گروه آزمایش پس از تعیین بر اساس تئوری خوشه‌های شخصیتی اشیپگل‌ها و همچنین بر اساس استعداد و ظرفیت هیپنوتیزم‌پذیری مقیاس گروهی واترلو- استنفورد طی پنج جلسه پنج هفته‌ای (هر هفته یک جلسه با تمرینات بین هفته‌ای) به صورت انفرادی تحت هیپنوتراپی قرار گرفته‌اند.

به منظور بدست آوردن یافته‌ها از کواریانس و آزمون تی مستقل استفاده گردیده است.

یافته‌ها: نتایج حاصله از آزمون کواریانس و تی اختلافی نشان داد در هر دو متغیر اضطراب و افسردگی تفاوت معنی‌داری در سطح ($P < 0/000$) بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه وجود دارد.

نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان می‌دهد هیپنوتراپی تاثیر معناداری را بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران بر جای می‌گذارد. که بسیار فراتر از حد انتظار است.

پیشنهادها: 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 اضطرابی و افسردگی سنجیده شود.

کلید واژه‌ها: هیپنوتراپی، اضطراب، افسردگی، هوش معنوی

فصل اول: کلیات تحقیق

پژوهش‌های علمی متعدد ارتباط و تاثیر ذهن بر ساز و کار جسم را به اثبات رسانده است. طبق تحقیقات انجام گرفته در مراکز پزشکی آمریکا ۷۰ درصد عوامل ایجاد بیماری‌های جسمی تنها ناشی از استرس بوده است که آنها را بیماری‌های روان‌تنی می‌نامند (انجمن پژوهشگران روانشناس آمریکا، ۲۰۱۳).^۱ که شامل سردردها، افسردگی، اختلالات گوارشی، اسپاسم و فشارهای عضلانی، اضطراب‌های مزمن، طپش قلب، تیک‌های عصبی، تشویش ذهن، یبوست، گردش خون ضعیف، رفتارها و افکار وسواس‌گونه، بیخوابی و بد خوابی، عدم اعتماد به نفس، ترس‌ها، کم‌اشتهایی و یا پراشتهایی بیش از حد، تنفس‌های سخت، لکنت زبان، شروع و یا تداوم عادت‌های بد همچون وابستگی به سیگار، مسکن‌ها، غذا و کافئین و غیره. هر یک از این مشکلات روانی به خودی خود می‌تواند آغازگر انواع مختلف بیماری‌های دیگر جسمی باشد. و به نظر می‌رسد در کشورهای جهان سوم بعلت مشکلات اقتصادی که باعث کاهش آسایش و به تبع آن آرامش نیز می‌گردد آمار بسیار بالاتر از این میزان باشد.

بسیاری از کودکانی که اضطراب را تجربه می‌کنند در طول نوجوانی و بزرگسالی نیز اضطراب و مشکلات دیگری را نیز از خود نشان می‌دهند. اگر چه نشانه‌های اختصاصی ترس و اضطراب معمولاً کم دوام هستند اما اختلال‌های اضطرابی دوره‌ای مزمن‌تر دارند. هزینه‌های درمانی یک فرد مضطرب در مقایسه با جمعیت معمول ۲۰ برابر بیشتر از حد نرمال است. بنابراین اختلال‌های اضطرابی به شدت رنج‌آور و آسیب‌رسان بوده و در درازمدت همراه با بار اقتصادی هستند. در دیگر سو تقریباً اغلب نوجوانان برخی نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند. متأسفانه آمار نشان می‌دهد در میان کسانی که خودکشی کرده‌اند اکثر آنها تحت روان‌درمانی هیچگاه نبوده‌اند و این بدان معنا است که اگر این افراد مورد توجه و درمان قرار می‌گرفتند چه بسا آمار خودکشی بسیار پایین‌تر از این نرُم می‌شد. عدم درمان افسردگی بصورت ریشه‌ای احتمال بازگشت مجدد این بیماری را در پی دارد، بگونه‌ای که در افسردگی اساسی در طی ۵ سال این بازگشت به ۷۰ درصد می‌رسد. و این درحالی است که حدود ۲۰ درصد افراد در مقطعی از زندگی خود به افسردگی دچار می‌شوند که نشان‌دهنده شیوع قابل توجه این بیماری در طول زندگی افراد است امروزه از افسردگی به عنوان شایع‌ترین بیماری قرن و با عنوان ویروس سرماخوردگی روانی و از اضطراب نیز به عنوان مهمترین عامل بیماری‌های جسمی یاد می‌کنند (ماش، ۱۳۹۱).

^۱. American Psychological Association study, 2013

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؟

درمان‌های دارویی و عوارض ناشی از مصرف آنها نیز مشکلات خاص خود را داراست. استرس طولانی مدت و یا دوره‌ای می‌تواند به دستگاه تنفس، سیستم غددی عصبی آسیب رساند. که هرکدام از آنها می‌تواند بیماری‌ها و درمان‌های دارویی را در پی داشته باشد و مصرف داروها نیز عوارض جانبی دیگری را به بیمار تحمیل می‌کند. در سال ۲۰۰۷ سازمان غذایی و دارویی آمریکا اعلام کرد برخی از داروها خطر شکستگی استخوان در زنان را افزایش می‌دهد. در نوامبر همان سال ایالات متحده و اروپا خواستار احتیاط بیشتر پزشکان در مصرف برخی از داروها همچون آواندیا^۱ به علت اثر گذاری بر افزایش حملات قلبی شدند (والدهولز^۲، ۲۰۱۰).

هنگامی که به برگه راهنما و طریقه مصرف اکثر داروها نگاهی انداخته می‌شود به لیست بلند بالایی از هریک از آنها بر می‌خوریم که هشدارهای را در زمینه عوارض جانبی بر می‌کشد. اما از این بین این سوال هنوز بی‌پاسخ می‌ماند آیا روانی که بانی و باعث این همه بیماری بصورت ناخودآگاه است آیا قادر نیست مکانیزمی را پیش بینی کند تا به جنگ و مقابله با انواع بیماری‌های روان‌تنی برود؟ مطمئناً دنیای آینده با شتاب بیشتری بسوی پاسخ به همین سوال خواهد رفت.

همچنان که میدان گرانث و ماهیت شکل‌گیری آن و چگونگی تاثیر و نگاه‌داشت سیارات و ستارگان بی‌آنکه مانعی بر سر راه سرعت و چرخش آنها شود چندان روشن و مبرهن نیست. به همین میزان میدان آگاهی نیز چه در حیطه کوانتوم و چه در حیطه روان‌شناسی چندان واضح و آشکار نیست. اما قدرت آن روز به روز حتی در عرصه فیزیک بیشتر رخ می‌نماید. آنجا که فیزیک، روان و تاثیر آن بر ماده و جهان را نه بعنوان مشاهده کننده بلکه به عنوان مشارکت کننده به چالش می‌کشد و بحث از کرم‌چاله‌ها و کف کوانتومی، ذرات دوقلو و هزاران اندیشه دیگر به میان می‌آید (تالبوت^۳، ۱۳۹۱)، خود گویای داستان میدان آگاهی و ایجاد فصلی نوین در تاریخ بشری بر مبنای علمی آن است. نگارنده این تحقیق اعتقاد دارد هیپنوتیزم و هیپنوتراپی نه پایان راه بلکه آغازگر راه‌های نوین با مبانی علمی بر جولانگاه روان است شاید امروز مبنای آن تنها در حیطه بیماری‌شناسی باشد اما بعید نیست روزی پا را فراتر از آن نیز بگذارد و بر ماهیت ذهن و جهان بتازد.

1 . Avandia
2 . Waldholz
3 . Talbot

۱-۲- بیان مساله

با پذیرش این اصل که انسان مجموعه ای از جسم، و روان است به این حقیقت می‌رسیم که با تقویت روان می‌توان جسم بیمار را نیز نیرویی تازه بخشید یا به اصطلاح در کالبد او روح تازه‌ای دمید. انسان در تمامی لحظات، آگاهانه یا ناآگاهانه در کلیه جنبه‌های زندگی در جستجو و تلاش برای یافتن و حفظ تعادل و توازن است. هرگاه نیرویی این توازن و تعادل را بر هم زند، نیرویی متضاد در وجود شخص ایجاد می‌شود که تقابل آن با نیروی بیرونی موجب بروز بیماری‌های جسمی یا آشفتگی و اضطراب روحی خواهد شد. پریشانی‌های روحی بر خلاف ناراحتی‌های جسمی قابل رویت نیستند و حتی در برخی موارد یک آشفتگی روحی خود را به صورت یک بیماری جسمی آشکار می‌کند و تا زمانی که عامل روحی اولیه از بین نرفته است، بیماری جسمی ناشی از آن نیز درمان نمی‌پذیرد. بیشتر تجربه‌های زندگی در ضمیر ناخودآگاه ذهن ما ثبت می‌شود بر پایه نتایج پژوهش‌های روان‌شناسان، روان آگاه یک انسان سالم قادر است در هر ثانیه ۱۲۶ واحد اطلاعاتی را مرور و بررسی کند، در حالی که این رقم در روان ناآگاه به بیش از ۵۰ میلیون واحد اطلاعاتی در هر ثانیه می‌رسد (لاپیرا و دیگران، ۲۰۱۳).

دستگاه خون، تنفس، تنظیم حرارت بدن، تنظیم ضربان قلب تحت تاثیر روان ناآگاه اداره و تنظیم می‌شوند. حتی فعالیت‌های بسیار معمولی مغز مانند بویایی، چشایی، بینایی و شنوایی که به نظر آگاهانه می‌آیند نیز در ابتدا باید به وسیله روان ناآگاه شناسایی می‌شوند و پس از آن در حیطه روان آگاه نفوذ می‌کنند. با توجه به این نکات می‌توان دریافت که بیشتر تجربیات زندگی ما در روان ناآگاه صورت می‌گیرد.

نابسامانی‌های محیطی همیشه اتفاق می‌افتند و این در حالی است که روان انسان تلاش می‌کند تا در هر لحظه با فشارهای روحی و جسمی ناشی از این عوامل و نابسامانی‌ها مبارزه کند و آنها را به یک تعادل نسبی برساند. هرگاه فشار این نابسامانی‌ها از حد قابل تحمل انسان فراتر رود امکان بروز علایم و آثار بیماری‌های گوناگون وجود دارد. در اغلب موارد علایم این بیماری‌ها در نقاطی از بدن که پیش از این دچار آسیب دیدگی یا ضعف بوده‌اند نمایان می‌شود. برای مثال، علایم ناشی از یک فشار روحی شدید می‌تواند در محل یک شکستگی قدیمی و بهبود یافته استخوان دوباره درد ایجاد کند. اغلب مردم این نوع دردها را به عنوان درد های عصبی می‌شناسند. در بیشتر موارد در ناحیه‌ای که دچار درد عصبی است هیچ‌گونه ناهنجاری جسمی یافت نمی‌شود و هیچ‌گونه ارتباط مشخصی بین جراحت قبلی و آثار بیماری جدید وجود نخواهد داشت.

مساله کلیدی دیگری که در مورد اینگونه بیماری‌ها می‌بایستی به آن توجه داشت، این است که مسایل و مشکلات مشابه می‌توانند در افراد مختلف عکس‌العمل‌های متفاوتی را ایجاد کنند. برای مثال، مرگ مادر در خانواده‌ای می‌تواند فرزندى را اسیر افسردگی کند، اضطراب را برای فرزند دیگر به همراه داشته باشد و در فرزند سوم هیچ‌گونه تاثیری بر جای نگذارد. این در حالی است که هر سه فرزند به مادر خود علاقمند بوده‌اند و به او عشق می‌ورزیدند. در این موارد بدون کمک هیپنوتیزم نمی‌توان به علت ایجاد تغییرات متفاوت به وسیله یک محرک مشابه پی برد. اما با روشن شدن علت از طریق کاربرد روش هیپنوتراپی می‌توان امکانات گسترده‌ای را برای از میان بردن آن و بهبود وضع بیمار فراهم آورد.

کاربرد دو شیوه هیپنو آنالیز و هیپنوتراپی در تشخیص عامل اصلی بروز بیماری‌هایی که از نظر جسمی هیچ‌گونه دلیلی برای ایجاد آنها وجود ندارد و یا نمی‌توان هیچ نشانه‌ای از علایم رنج آور را در بدن بیمار یافت، بسیار موثر خواهد بود. برای مثال، اگر شخصی از تنگی نفس رنج می‌برد اما در بررسی‌های بالینی هیچ‌گونه نشانه‌ای از بیماری دستگاه تنفسی در وی یافت نمی‌شود، می‌توان علت بروز بیماری را در اضطراب‌ها و فشارهای روحی فرد جستجو کرد. در این گونه موارد اضطراب و فشارهای روحی در طی سالیان متوالی روی هم انباشته شده‌اند و در نهایت آثار خود را به صورت یک بیماری جسمی آشکار کرده‌اند. به جرات می‌توان گفت که اغلب بیماری‌هایی که به این شکل بروز می‌کنند و در اصطلاح پزشکی بیماری‌های روان-تنی نام گرفته‌اند، در خاطرات گذشته و احساسات نهفته در روان ناآگاه بیمار ریشه دارند. احساسات و خاطراتی که روان آگاه به علل و دلایل گوناگون از جمله احساس گناه آنها را سرکوب کرده و در ظاهر به باد فراموشی سپرده است.

این گونه بیماری‌ها یا بیماری‌هایی که بخشی از علل آنها روان تنی است همه از یک معادله ساده پیروی می‌کنند. آمادگی قبلی + فشار روحی = بیماری‌های روان تنی.

آمادگی قبلی می‌تواند شامل وضع سلامت جسمی و روحی شخص در گذشته، قابلیت و صلاحیت کنونی روحی وی و همچنین تاثیر عوامل محیطی باشد. فشارهای روحی می‌تواند به مجموعه‌ای از ترس‌ها، اضطراب‌ها و نگرانی‌های واقعی یا خیالی شخص مربوط باشد. این فشارها ممکن است حقیقی باشند یا تنها در تخیل انسان رخ دهد. فشارهای محیطی شامل حوادث ناگواری است که درست پیش از ظهور علایم بیماری برای بیمار اتفاق افتاده باشد. شرایطی مانند مرگ افراد خانواده، وقوع جنگ، حوادث طبیعی، شرایط نابسامان مالی و اجتماعی، مشکلات خانوادگی و غیره می‌توانند دست به دست هم دهند و محیط مساعدی را برای ایجاد بیماری روان تنی، در شخص مساعد فراهم آورند. از شایعترین بیماری‌های روان تنی می‌توان به انواع حمله‌های ترس، نابسامانی‌ها و اختلالات اضطرابی، افسردگی، وسواس، بیماری‌های محیطی و مانند آن اشاره کرد. در اغلب این بیماری‌ها ریشه‌های مشترک " گناهان سرکوب شده " و " خصومت " به عنوان عامل اصلی بروز بیماری حضور دارند. در این گونه موارد می‌توان از هیپنوتراپی برای ایجاد محیطی متعادل و موزون در درون خسته بیمار استفاده کرد که در بسیاری از بیماران پس از دست‌یابی به این مرحله، بهبودی حاصل می‌شود. بسیاری از موارد سردرد، دل‌درد، صدای وزوز گوش، لکنت زبان،

حساسیت، ترس، دلهره و اضطراب، افسردگی، بی‌حوصلگی و بی‌خوابی به دلیل اختلالات درونی ایجاد می‌شوند. در یک طرف این اختلالات همان گونه که اشاره شد، فشار نیروی متقابل روان ناآگاه قرار دارد که با از بین بردن آن می‌توان تعادل درونی را دوباره برقرار کرد و در این حالت یا بیماری روان-تنی از بین می‌رود و یا شدت آن به میزان بسیار زیادی کاهش می‌یابد.

در مواردی که هیچ یک از معاینات و آزمایش‌های پزشکی در یافتن عامل سبب شناختی بیماری به جایی نمی‌رسند، پذیرش ریشه‌های غیرجسمی بیماری بیماران با مقاومت کمتری رو به رو خواهد بود. هنگامی که بیمار این حقیقت را می‌پذیرد که بیماری او جنبه روان-تنی دارد در واقع نخستین گام را در جهت بهبود و درمان خویش برداشته است. بدون پذیرش این حقیقت از سوی بیمار دستیابی به بهبودی به هیچ عنوان امکان پذیر نخواهد بود. بنابراین در این نوشتار سعی شده است تا با استفاده از علم هیپنوتراپی به مواجهه و مقابله با دو گونه از بیماری‌های شایع و فراگیر قرن حاضر یعنی اضطراب و افسردگی پرداخته شود.

طبق تحقیقات انجام گرفته در مراکز پزشکی ۷۰ درصد عوامل ایجاد بیماریهای جسمی ناشی از اضطراب است و سه چهارم از جمعیت آماری در هر ماه اضطراب را بگونه‌ای در زندگی خود تجربه می‌کنند (انجمن پژوهشگران روانشناس آمریکا، ۲۰۱۳). در این میان گفته‌های یکی از مسؤولان وزارت بهداشت تامل بر انگیز است « با توجه به موج اضطراب و افسردگی، بهتر است در آب شهر داروی ضد افسردگی و اضطراب ریخته شود» (جعفری، ۱۳۸۹). همچنین یکی دیگر از مدیران اسبق اداره سلامت روانی، اجتماع و اعتیاد وزارت بهداشت می‌گوید « بسیاری از پزشکان در برابر سیل عظیم مراجعه کنندگان و بیماریهای ناشناخته روانی عصر حاضر خسته‌تر از آن هستند تا به درمان ریشه‌ای بیماری بپردازند و به ناچار تنها به درمان دارویی سنده می‌کنند» (صابری ظفرقندی، ۱۳۸۹).

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 ناخودآگاه فرد دارد قادر است بسیاری از بیمارهای روان‌تنی را درمان کند (هاموند، ۱۳۸۴).

بنابراین برای نشان دادن این موضوع که آیا هیپنوتراپی در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر است یا نه؟ از بین افراد مراجعه کننده به کلینیک، ۲۶ نفر از آنانی که بر اساس مصاحبه بالینی^۲ دچار اختلال افسردگی و اضطراب بوده انتخاب گردیدند، و سپس بر اساس پرسشنامه افسردگی بک^۳ (فرم کوتاه)^۴ و پرسشنامه اضطراب زنانک^۵ میزان

1. Hammond

2. DSM-IV

3. Beck Depression Inventory

4. BDI-13

5. S.A.S

اختلال آنها تعیین و به قید قرعه ۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه گواه قرار گرفتند و سپس روی هر دو گروه پیش آزمون- پس آزمون افسردگی بک و اضطراب زانک^۱ اجرا شد. به منظور رعایت موازین اخلاقی پس آزمون گروه گواه در واقع شروع زمان درمانی آنان بود.

۱-۲-۳ اهمیت و ضرورت انجام تحقیق

هیپنوتراپی کاربرد هیپنوتیزم در محدوده وسیعی از اختلالات پزشکی و روانشناختی است (هاموند، ۱۳۸۴). لذا طیف وسیعی از اختلالات و بیماری‌های روان‌تنی را تحت پوشش قرار می‌دهد. به عنوان نمونه عامل بیش از ۵۰ درصد اختلالات گوارشی غیرعضوی و تنها جنبه عصبی دارد (قاسمی، ۱۳۹۱). که هیچ درمان دارویی شناخته شده‌ای نیز ندارد.

امروزه می‌دانیم که بسیاری از کودکانی که اضطراب را تجربه می‌کنند در طول نوجوانی و بزرگسالی نیز اضطراب و مشکلات دیگری را نیز از خود نشان می‌دهند. اگر چه نشانه‌های اختصاصی ترس و اضطراب معمولاً کم دوام هستند اما اختلال‌های اضطرابی دوره‌ای مزمن‌تر دارند. در واقع نیمی از افرادی که تحت تاثیر اضطراب قرار می‌گیرند، دوره بیماری هشت ساله یا طولانی‌تر دارند. از طرفی دیگر، هزینه‌های درمانی یک فرد مضطرب در مقایسه با جمعیت معمول ۲۰ برابر بیشتر از حد نرمال است. بنابراین اختلال‌های اضطرابی به شدت رنج‌آور و آسیب‌رسان بوده و در درازمدت همراه با بار اقتصادی هستند.

حدود ۲۰ درصد افراد در مقطعی از زندگی خود به افسردگی دچار می‌شوند که نشان دهنده شیوع قابل توجه این بیماری در طول زندگی افراد است امروزه از افسردگی به عنوان شایع‌ترین بیماری قرن و با عنوان ویروس سرماخوردگی روانی یاد می‌کنند (ماش، ۱۳۹۱).

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 بار بصورت معکوس و تنها جهت درمان بیماری‌های روان‌تنی نه ایجاد آنها مورد بهره برداری قرار داد؟

لذا از بین بردن اضطراب‌ها و افسردگی‌ها تنها در این طیف از اختلالات به معنای بهبود هزاران مراجعه کننده به مراکز درمانی گوارشی است. همبودگی اضطراب و افسردگی (بین ۵۰ تا ۹۰ درصد) که در بیشتر بیماری‌های روان‌تنی وجود دارد (ماش، ۱۳۹۱) و درمان آنها با هیپنوتیزم به معنای مقابله با این سونامی ویرانگر است. بعلاوه زمان

^۱ . Wiliam W.K.Zung

بر بودن روشهای دیگر روان درمانی و همچنین وابستگی و عوارض جانبی روش‌های دارویی، خلاءهای چنین پژوهش‌های بالینی در ایران بسیار مشهود است.

۱-۲-۴ اهداف مشخص تحقیق

اهداف آرمانی تحقیق: با توجه به قدرت هیپنوتراپی برناخودآگاه ذهن و تاثیر آن در کوتاه‌ترین زمان ممکن در درمان بیماران انتظار می‌رود این تحقیق منجر به گشودن دریچه‌ای تازه در درمان بیماران روان‌تنی در کوتاه‌ترین زمان ممکن با قدرت ماندگاری زیاد آن گردد.

هدف کلی: تعیین تأثیر هیپنوتراپی در کاهش اضطراب و افسردگی

هدف ویژه: کاهش اضطراب و افسردگی بیماران

هدف کاربردی: استفاده از هیپنوتراپی در کلینیکهای روان‌پزشکی، بیمارستانها و مراکز روان‌درمانی و مشاوره.

۱-۲-۵ سؤالات و فرضیه‌های تحقیق

سؤالات تحقیق:

سوال ۱- آیا هیپنوتراپی در کاهش اضطراب مؤثر است؟

سوال ۲- آیا هیپنوتراپی در کاهش افسردگی مؤثر است؟

فرضیات تحقیق:

فرضیه ۱- هیپنوتراپی منجر به کاهش اضطراب می‌شود.

فرضیه ۲- هیپنوتراپی منجر به کاهش افسردگی می‌شود.

۱-۳-۳-تعریف واژه‌ها و اصطلاحات فنی و تخصصی

۱-۳-۱ تعاریف مفهومی

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 (ماش، ۱۳۹۱).
افسردگی: به حالت خلقی گفته می‌شود که با اندوهگینی فراگیر و مجموعه‌ای از نشانه‌ها همچون خستگی، کم‌اشتهایی یا پر اشتهایی، بی‌خوابی یا پر خوابی و غیره همراه است (ماش، ۱۳۹۱).

هیپنوتیزم: حالتی است از جذب درونی، توجه و دقت متمرکز. هیپنوتیزم مشابه اشکال دیگر از آرامش، با کاهش فعالیت سمپاتیک سیستم عصبی، کاهش فشار خون، ضربان آهسته قلب، و همراه با افزایش فعالیت کورتکس‌های