

تاریخ دریافت مقاله: ۹۴/۰۹/۱۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۰/۰۴

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۶
دوره‌ی چهارم، سال ۲۴، شماره‌ی ۱
ص: ۶۳-۷۸

تأثیر هیپنوتراپی مبتنی بر نیرومندسازی ایگو بر افسردگی اساسی زنان سرپرست خانوار

The Efficacy of Hypnotherapy Based on Ego Strengthening on Treatment of Major Depression in Female-Headed Households

Mehran Farhadi

Mosayeb Yarmohamadi Vasel

Mohamad Reza Zoghi Paidar

Ali Asghar Chegini

مهران فرهادی*

مسبب یارمحمدی واصل**

محمد رضا ذوقی پایدار***

علی اصغر چگینی****

Abstract

Female-headed households, due to many difficulties and diverse roles, are one of the vulnerable groups in society and at risk for mental disorders, such as depression. Thus, they require more support, including psychological treatment and empowering programs. Hypnotherapy based on strengthening the ego can be a useful strategy for empowerment and also as a way to reduce the symptoms of depression. So, this research is an experimental study to determine the effectiveness of hypnotherapy in treating depression based on ego strengthening of female-headed households. Participants in this study were 30 women who were covered by the Imam Khomeini Relief Committee. They were randomly divided into control and experimental groups. The strength of ego and depression were measured by Beck Depression Inventory (BDI-2) and Psychological Ego Strengths Scale. The results of Multivariate ANOVA with Repeated Measures showed that there are significant difference between the pretest, posttest and flow up in experimental group, compared to control group, in terms of dependent variables ($p < 0.001$). The result of this study indicates that ego-strengthening based on hypnotherapy can be effective in order to reduce depression.

Keywords: depression, ego, female-headed household, hypnotherapy

چکیده

زنان سرپرست خانوار به دلیل دشواری‌ها فراوان و تعدد نقش، یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه به شمار می‌آیند و در معرض ابتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی قرار دارند. بنابراین نیازمند پشتیبانی‌های بیشتر، از جمله درمان‌های روان‌شناختی و برنامه‌های توانمندسازی هستند. هیپنوتراپی بر پایه نیرومندسازی ایگو می‌تواند راهبرد کارآمدی هم به‌عنوان برنامه توانمندسازی و هم به‌عنوان شیوه‌ای برای کاهش نشانه‌های افسردگی باشد. بنابراین، این پژوهش که از نوع آزمایشی است با هدف شناخت تأثیر هیپنوتراپی مبتنی بر نیرومندسازی ایگو بر افسردگی زنان سرپرست خانوار انجام شد. شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۳۰ نفر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی بودند که به‌طور تصادفی در گروه آزمایشی و گروه گواه قرار گرفتند. برای گروه آزمایش هشت جلسه هیپنوتراپی مبتنی بر نیرومندسازی ایگو انجام شد. میزان افسردگی و نیرومندی ایگو به‌وسیله مقیاس افسردگی بک و مقیاس روان‌شناختی نیرومندی‌های ایگو اندازه‌گیری شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر که به‌وسیله SPSS نسخه ۲۰ انجام گرفت نشان داد در گروه آزمایش تفاوت معنی‌داری بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری از نظر نیرومندی ایگو و افسردگی وجود دارد ($p < 0.001$)؛ اما در گروه گواه تفاوتی دیده نشد. این پژوهش نشان می‌دهد که هیپنوتراپی مبتنی بر نیرومندسازی ایگو می‌تواند در درمان افسردگی و افزایش نیرومندی ایگو مؤثر باشد.

کلید واژگان: هیپنوتراپی، ایگو، افسردگی

* استادیار، دانشگاه بوعلی سینا

** دانشیار، دانشگاه بوعلی سینا

*** استادیار دانشگاه بوعلی سینا

aachegini@gmail.com

**** دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه بوعلی سینا (نویسنده مسئول)

مقدمه

افسردگی اساسی یک اختلال شدید و عودکننده است که با کاهش کارکرد و کیفیت زندگی فرد همراه است. خلق افسرده و یا احساس غمگینی و بی‌علاقگی به هرگونه کوشش و لذت روزانه، نشانه‌های افسردگی اساسی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ۲۰۱۳) است. افسردگی اختلالی همه‌گیر است که بسیاری از افراد برهه‌ای از زندگی خود به آن دچار می‌شوند (کمر^۲، ۲۰۱۳) اما شیوع آن در افراد تهیدست بیشتر از افراد ثروتمند (سارین، عفیفی، مک‌میلان و آسموندسون^۳، ۲۰۱۱) و در زنان بیشتر از مردان (آستبوری^۴، ۲۰۱۰) است. در بین زنان نیز گروهی که سرپرست خانوار هستند به دلیل سبک زندگی تازه، فقر و عدم خودکفایی افسردگی بیشتری را نشان می‌دهند (لاند^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). هنگامی که این اختلال در پدر یا مادر پدید آید، افزایش رفتارهای منفی و ویرانگر والد (ویلسون و داربین^۶، ۲۰۱۰؛ دیویس^۷، دیویس، فرد و کلارک، ۲۰۱۱) و بد سرپرستی نسبت به فرزندان (هلت، جنسن و ونزل-رانسل^۸، ۲۰۱۴) را در پی دارد. ازاین‌روی درمان آن از اهمیت فراوانی برخوردار است. برای کند کردن روند اختلال و افزایش امید و توان سازگاری این گروه از زنان به روش‌هایی نیاز است که بتوان بن‌مایه‌های روان‌شناختی آن‌ها را افزایش داد. یکی از منابعی که به گونه گسترده‌ای به‌کارگرفته می‌شود، توان و نیرومندی ایگوی^۹ فرد است (هارتلند^{۱۰}، ۱۹۷۱). در مراحل گوناگون زندگی و در مواجهه با موقعیت‌هایی چالش‌انگیزی مانند بیماری‌های مزمن ایگوی تحول‌یافته و نیرومند می‌تواند در فراهم‌سازی راهبردهای مقابله و چگونگی رویارویی به انسان کمک کند و در ارزیابی واقعیت‌های موجود راهگشا باشد. ایگوی تحول یافته و نیرومند با خود پنداره‌ی^{۱۱} نیرومند، شادی^{۱۲} بیشتر و اضطراب کمتر ارتباط دارد

- 1- American Psychiatric Association
- 2- Comer
- 3- Sareen, Afifi, McMillan, & Asmundson
- 4- Astbury
- 5- Lund
- 6- Wilson & Durbin
- 7- Davis, Davis, Freed, & Clark
- 8- Holt, Jensen, & Wentzel-Larsen
- 9- ego
- 10- Hartland
- 11- self-concept
- 12- happiness

(میشرا^۱، ۲۰۱۳). توانایی فرد برای کنار آمدن با زندگی و تهدیدهای احتمالی به توانایی ایگو برای مهار فشارهای گوناگونی که به آن وارد می‌شود بستگی دارد (مارکستروم و مارشال^۲، ۲۰۰۷). هنگامی که ایگو نیرومند می‌شود نقایص کارکرد آن از جمله تفکر نادرست و آزمون واقعیت توأم با اشتباه اصلاح می‌گردد (لوینگر^۳، ۱۹۸۳).

هارتلند^۴ (۱۹۷۱) در چارچوب تلقینات^۵ هیپنوتیزمی شیوه‌ای برای نیرومند ساختن ایگو معرفی کرد که هدف از آن افزایش باور و پشت‌گرمی بیمار به خود، بالا بردن اعتمادبه‌نفس و توانایی‌سازی و کاهش نگرانی بود. در حالت هیپنوز که تأثیرپذیری کلامی افراد افزایش می‌یابد، می‌توان به یاری تلقینات و تصویرسازی‌های هدایت‌شده، مجری و سازمان‌دهنده شخصیت یعنی ایگو را نیرومند کرد که در پی آن شرایط درمان فراهم خواهد شد. خلسه هیپنوتیزمی به دلیل همراهی همیشگی‌اش با تن آرامی و آرامش عمیق، به‌خودی‌خود موجب کاهش آشفتگی و تنش می‌شود. درمان‌گرانی که از هیپنوتیزم استفاده می‌کنند نیروبخشی ایگو را یکی از عوامل کلیدی درمان خود قرار می‌دهند. بیمار به یاری هیپنوتیزم می‌آموزد که بیش از آنچه گمان می‌کرده، بر بدن خود کنترل دارد و می‌تواند تغییرات فیزیولوژیک بدنش را هدایت نماید. بنابراین، هیپنوتیزم مجاللی برای یادگیری بکار بردن مهار بهتر و کارآمدتر است. هنگامی که شخص چنین توانایی سودمندی را در خودساخته و نیرومند نماید، اعتماد به نفسش بیشتر می‌شود و بهتر می‌تواند آرامش خود را در جایگاه‌های گوناگون حفظ کرده و بر اختلالش چیره شود (هاموند^۶، ۱۹۹۰ ص ۱۲۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند هیپنوتراپی می‌تواند در درمان اضطراب (شنفلت^۷، ۲۰۱۳؛ یونتاس، چاویو، دوپر-گودبل، کلکو، لاکدجا و کازناو^۸، ۲۰۱۳)، افسردگی (آلادین^۹، ۲۰۰۷ و ۲۰۱۰) و بسیاری دیگر از اختلالات کارساز باشد. در بررسی ادبیات پژوهشی هیپنوتیزم مشخص شد پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی نیرومند ساختن ایگو به یاری هیپنوتیزم انجام شده است که می‌توان به هارتلند (۱۹۷۱)، دکلرک و

- 1- Mishra
- 2- Markstrom & Marshall
- 3 - Lovinger
- 4- Hartland
- 5- suggestion
- 6- Hammond
- 7- Shenefelt
- 8- Untas
- 9- Alladin

دپسیس و استین^۱ (۲۰۰۶) و زلوف و ازراتی-ویناکور^۲ (۲۰۱۵) اشاره کرد؛ اما در هیچ یک از این پژوهش‌ها ابزارهای عینی سنجش نیرومندی ایگو به کارگرفته نشده است و تنها تلقیناتی با محتوای نیرومندسازی ایگو بکار برده شده است. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مطالعه کارایی درمان هیپنوتیزمی مبتنی بر نیرومندی ایگو افسردگی اساسی زنان سرپرست خانوار است.

روش

شرکت‌کنندگان. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان ملایر بود که مبتلا به افسردگی بودند. گروه گواه و گروه آزمایشی هر کدام به تعداد پانزده نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. از هر دو نفری که برای این پژوهش انتخاب شدند یک نفر به روش تصادفی در گروه آزمایشی و دیگری در گروه گواه قرار گرفت. شرکت‌کنندگان در این پژوهش بین ۳۰ تا ۴۵ سال سن داشتند و دست‌کم ۶ ماه بود که به عنوان سرپرست خانوار شناخته می‌شدند. روند انتخاب شرکت‌کنندگان نهایی در این طرح پژوهشی به این ترتیب بود که نخست مشاور کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان ملایر افرادی را که نیاز به خدمات روان‌شناختی داشتند به مرکز مشاوره خصوصی ارجاع داده سپس دو جلسه مقدماتی برگزار شد و در این دو جلسه شرح حال آن‌ها تهیه گردید، پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار آن‌ها قرار گرفت و مصاحبه بالینی ساختاریافته بر پایه DSM با هدف غربالگری آغازین اجرا گشت. کسانی وارد این پژوهش شدند که (۱) در پرسشنامه افسردگی بک دست‌کم نمره ۱۸ را به دست آوردند؛ (۲) در مصاحبه ساختاریافته دچار اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده شدند. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش وجود هرگونه اندیشه یا امیال جلدی خودکشی، نشانه روان‌پریشی یا سابقه اختلال دوقطبی، بیماری جسمی که افسردگی ناشی از آن باشد، سوءمصرف مواد و یا هر اختلال روانی دیگر بود. پیش از اجرای درمان، داده‌های پیش‌آزمون به وسیله پرسشنامه‌های پژوهش گردآوری شد سپس برای گروه آزمایشی هشت جلسه ۴۵ دقیقه‌ای درمان در نظر گرفته شد. پس از پایان جلسات درمان مصاحبه بالینی ساختاریافته بر

1- de Klerk, Dupessis, Steyn

2- Zloof & Ezrati-Vinacour

پایه DSM برای تشخیص اثربخشی درمان اجرا شد و پرسشنامه‌ها مجدد به‌وسیله مراجعان تکمیل شدند و داده‌های پس‌آزمون به دست آمد. سه ماه پس از درمان نیز مرحله پیگیری انجام گرفت. به دلیل رعایت اخلاق در پژوهش برای گروه گواه نیز پس از سپری شدن زمانپیش‌بینی شده جلسات درمان برگزار شد.

ابزار پژوهش

مصاحبه بالینی ساختاریافته بر پایه DSM^۱ (SCID): SCID یک مصاحبه‌ی ساختاریافته است که تشخیص‌هایی را بر پایه DSM فراهم می‌آورد (فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز^۲، ۱۹۹۶). در SCID اطلاعات و علائم به شیوه‌ای معین و جامع جمع‌آوری می‌گردد و تشخیص‌گذاری بر اساس الگوریتمی استاندارد انجام می‌شود تا تشخیص‌هایی دقیق‌تر داده شود (جمشید بیگ، کلانتری و شکیبایی، ۱۳۹۳). SCID ابزاری پرکاربرد در پژوهش‌های روان‌پزشکی و روانشناسی است که روایی^۳ و پایایی^۴ آن در موارد گوناگون پذیرفته‌شده است (مارتین، پولوک، باکستین و لینچ^۵، ۲۰۰۰). شریفی و همکاران (۱۳۸۳) در ارزیابی پایایی و قابلیت به‌کارگیری نسخه‌ی فارسی SCID توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های ویژه و کلی را متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶)، توافق کلی برای کل تشخیص‌های کنونی را ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آوردند و پایایی و قابلیت به‌کارگیری این ابزار را در تشخیص‌گذاری‌های بالینی و پژوهشی موردپذیرش قرار دادند.

نگارش دوم مقیاس افسردگی بک (بک، استیر و براون^۶، ۱۹۹۶) یا BDI-II^۷: این مقیاس دربرگیرنده ۲۱ پرسش است و یکی از پرکاربردترین ابزارهای سنجش افسردگی است که برای سنجش بازخوردها و نشانه‌های بیماران افسرده ساخته شده و در پژوهش‌های مختلف خارجی و داخلی (نظری چگنی، بهروزی، شیخ شبانی هاشمی و مهربانی زاده هنرمند، ۱۳۹۱) به کار

- 1- structured clinical interview for DSM-iv
- 2- First, Spitzer, Gibbon, & Williams
- 3- validity
- 4- reliability
- 5- Martin, Pollock, Bukstein, & Lynch
- 6- Beck, Steer, & Brown
- 7- beck depression inventory

گرفته‌شده است. پرسشنامه افسردگی بک از گونه‌ی آزمون‌های خود سنجی است و آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. کمینه نمره در این آزمون صفر و بیشینه آن ۶۳ است. با جمع کردن نمره‌های فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره او به‌طور مستقیم به دست می‌آید. آرنائو، میگر، نریس و برامسن^۱ (۲۰۰۱) نشان دادند که با نمره برش ۱۸ می‌توان تا ۹۲ درصد از بیماران دچار اختلال افسردگی اساسی را به‌درستی تشخیص داد. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن اندازه کلی افسردگی به کار بست: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی؛ ۱۴ تا ۱۹: افسردگی خفیف؛ ۲۰ تا ۲۸: افسردگی متوسط؛ ۲۹ تا ۶۳: افسردگی شدید. بک و همکاران (۱۹۹۶) پایایی باز آزمایی ۰/۹۳ را برای این پرسشنامه به دست آوردند و آرنائو و همکاران (۲۰۰۱) همسانی درونی ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ را گزارش دادند. در ایران دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) پایایی باز آزمایی ۰/۹۳ را گزارش کردند و روایی همگرایی آن را در همبستگی میان نمره‌های مقیاس با نمره‌های مقیاس‌های ناامیدی بک و افکار خودکشی نشان دادند. قاسم‌زاده، مجتبابی، کرم قدیری و ابراهیم خان (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای همسانی درونی، ضریب همبستگی ۰/۷۴ را برای پایایی باز آزمایی و ضریب همبستگی ۰/۷۷ با پرسش‌نامه افکار خودآیند منفی^۲ (ATQ) را برای روایی این مقیاس گزارش دادند.

پرسشنامه نیرومندی ایگو: به‌وسیله مارکستروم، سابینو، تونر و برمن^۳ (۱۹۹۷) تهیه‌شده است. نسخه نهایی این پرسشنامه دارای ۶۴ گویه است که در یک مقیاس لیکرت از پنج (کاملاً درست) تا یک (کاملاً غلط) نمره‌گذاری می‌شود و یک فرم کوتاه ۳۲ سؤالی نیز دارد که در این پژوهش به‌کارگرفته شد. همسانی درونی آن در پژوهش‌های گوناگون تأییدشده و روایی هم‌زمان آن از راه بررسی ارتباط با عزت نفس، هدف در زندگی، جایگاه کنترل درونی و نقش‌های جنسی نشان داده‌شده است ($r > 0/70$). روایی افتراقی آن نیز با همبستگی منفی میان نیرومندی ایگو با ناامیدی، آشفتگی هویت و درماندگی مورد تأیید قرار گرفته است ($r > 0/73$). پژوهش‌های مارکستروم نشان‌دهنده همسانی درونی مقیاس است (آلفای کرونباخ = ۰/۹۴). روایی و پایایی فرم ۳۲ سؤالی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است (مارکستروم و همکاران، ۱۹۹۷؛ مارکستروم و مارشال^۴، ۲۰۰۷). در ایران حقیقت، طهرانچی، دهکردیان و رسول‌زاده

1- Arnau, Meagher, Norris, & Bramson

2- automatic thought questionnaire

3- Sabino, Turner, & Berman

4- Marshall

طباطبایی (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را برای فرم کوتاه مقیاس گزارش کردند.

پروتکل درمانی

جلسات درمانی در این پژوهش شامل ده جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بود که در بازه زمانی دو بار در هفته به شرح زیر به وسیله نویسنده مسئول پژوهش برگزار شد. لازم به ذکر است درمانگر دارای پروانه اشتغال تخصصی از سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره برای ارائه خدمات روان‌شناسی و گواهی مهارت و مجوز به‌کارگیری هیپنوتیزم از انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران است.

جلسه نخست	گرفتن شرح حال بیمار و اجرای پرسشنامه‌ها.
جلسه دوم	انجام مصاحبه ساختاریافته بر پایه DSM و آشناسازی با روش درمان و مفهوم‌سازی هیپنوتراپی مبتنی بر نیرومندسازی من.
جلسه سوم	تلقینات پرواز دست و تسهیل هیپنوز جلسات بعد.
جلسه چهارم	تصویرسازی مربوط به دریا
جلسه پنجم	تصویرسازی مربوط به کوهنوردی و تلقینات نیرومندی من گارور ^۱ (هاموند، ۱۹۹۰).
جلسه ششم	تصویرسازی جنگل و استعاره درخت (هاموند، ۱۹۹۰).
جلسه هفتم	آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده و تلقینات نیرومندی من هیپ ^۲ (هیپ و آرویند، ۲۰۰۲).
جلسه هشتم	تصویرسازی پرتاب سنگ در دریاچه و تلقینات نیرومندی من هارتلند (هارتلند، ۱۹۷۱).
جلسه نهم	آگاهی حسی و استعاره هسته مرکزی (هاموند، ۱۹۹۰).
جلسه دهم	آموزش خود هیپنوز (برای جلوگیری از عود)

نتایج

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها نخست غربال‌گری داده‌ها انجام شد. به این ترتیب که برای ارزیابی مقادیر پرت چند متغیری شاخص فاصله مهالانویس محاسبه شد و سپس اعداد به‌دست‌آمده برای هر یک از آزمودنی‌ها با مقدار خی دو بحرانی (۱۰/۸۲) با درجه آزادی یک و سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ مقایسه شد و تنها یک مورد داده پرت دیده شد که در مرحله تحلیل

1- Garver
2- Heap

این مورد حذف گردید. پس از حذف این داده پرت نمونه باقی‌مانده شامل ۲۹ نفر بود (۱۴ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه). میانگین و انحراف معیار نمره‌های افسردگی و نیرومندی ایگو دو گروه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱.

میانگین و انحراف معیار افسردگی و نیرومندی ایگو دو گروه آزمایشی و گروه گواه

پیش‌آزمون افسردگی	پس‌آزمون افسردگی	پیش‌آزمون نیرومندی ایگو	پس‌آزمون نیرومندی ایگو	پیگیری افسردگی	پیگیری نیرومندی ایگو
۳۷/۷±۳/۱۰	۲۱/۶۷±۳/۲۷	۲۲/۹±۳/۶۸	۲۴/۷±۱۰/۳	۲۴/۳±۹/۸	۲۴/۷±۸/۱۰
۳۴/۴±۳/۷۷	۳۴±۳/۶۹	۳۴±۴/۲۰	۲۳/۵±۱۰/۴	۲۴/۳±۹/۸	۲۴/۲±۹/۷

در گام بعدی و پیش از انجام تحلیل واریانس نرمال بودن توزیع داده‌ها به وسیله آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد و نرمال بودن همه متغیرهای وابسته دو گروه آزمایشی و گروه گواه مورد تأیید قرار گرفت ($p < 0/05$). نتیجه آزمون لوین درباره برابری واریانس‌های خطا، فرض برابری واریانس‌ها را تأیید نمود. به عبارت دیگر واریانس خطای متغیرهای وابسته در همه گروه‌ها برابر بود ($F = 0/79, p > 0/05$). در آزمون ام‌باکس $p > 0/05$ به دست آمد که نشان‌دهنده همگنی چند متغیری واریانس‌ها بود یعنی شرط انجام تحلیل واریانس فراهم بود ($F(45, 2368) = 1/21, M = 86/4, p = 0/15$).

بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد که برابری ماتریس واریانس-کواریانس (کرویت) برای نیرومندی من وجود ندارد ($X^2 = 17/3, W = 0/51, p < 0/01$)؛ اما برای افسردگی برابری واریانس‌ها تأیید شد ($X^2 = 4/71, W = 0/83, p = 0/095$). بنابراین برای ارزیابی اثرات درون‌گروهی نیرومندی ایگو باید آزمون‌های اصلاحی مانند گرین‌هاوس-گیسر را به کار بست.

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد اندازه‌گیری‌های نمره متغیرهای وابسته در گروه آزمایشی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری باهم دارند ($p = 0/001$)، یعنی اثر چند متغیری گروه بر متغیرهای وابسته معنی‌دار است. همچنین نمره متغیرهای وابسته در سه زمان تفاوت معنی‌داری باهم دارند. یعنی، بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در نیرومندی ایگو و افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود

دارد ($F = 58/9, p = 0/001$). بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌ها نیز همکنش معنی‌داری دیده شد که بیانگر اثربخشی هیپنوتراپی در افزایش نیرومندی ایگو و درمان افسردگی است. روی هم‌رفته کارایی متغیر مستقل (درمان) پذیرفته شد (جدول شماره ۲).

جدول ۲.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر برای اثرات درون‌گروهی، بین‌گروهی و تعامل

توان آماری	اتا	P	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی فرض شده	F	ارزش	اثر مداخله درمانی
۱	۸۵/۰	۰۰۱/۰	۲۵	۳	۷/۴۵	۱۵/۰	بین گروهی
۱	۹۴/۰	۰۰۱/۰	۲۲	۶	۹/۵۸	۰۵۹/	گروه عامل
۱	۹۳/۰	۰۰۱/۰	۲۲	۶	۹/۵۴	۰۶۳/	گروه *عامل

جدول ۳.

تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با اندازه‌گیری‌های مکرر (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نیرومندی ایگو و افسردگی

منبع تغییرات	اصلاح	جمع مجذورات SS	میانگین مجذورات MS	F	مجدور توان آماری
عامل	نیرومندی ایگو	۶/۱۸۳۷	۳۴/۱	۹/۱۳۶۴	۶۰/۰ ***
افسردگی	افسردگی	۱۲۷۷	۲	۵/۶۳۸	۸۶/۰ ***
عامل * گروه	نیرومندی ایگو	۲/۱۶۹۰	۳۴/۱	۵/۱۲۵۵	۵۸/۰ ***
افسردگی	افسردگی	۷/۱۱۵۷	۲	۹/۵۷۸	۸۵/۰ ***
خطا	نیرومندی ایگو	۳/۱۱۹۴	۳/۳۶	۸/۳۲	
افسردگی	افسردگی	۵/۱۹۹	۵۴	۶۹/۳	

***p= ۰/۰۰۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر وجود تفاوت معنی‌دار آماری بین سه بار اندازه‌گیری را تأیید می‌کند. نشان می‌دهد که بین نمره‌های عامل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در نیرومندی ایگو و افسردگی، تفاوت معنی‌داری به دست آمد ($p < 0/001$). همچنین همان‌گونه که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود هم‌کنش عامل و گروه نیز در نیرومندی ایگو و افسردگی معنی‌دار بود ($p < 0/001$).

بحث

تعیین میزان تأثیر هیپنوتراپی مبتنی بر نیرومندی ایگو افسردگی اساسی هدفی بود که در این پژوهش پیگیری شد و این نتیجه به دست آمد که بین نمره‌های نیرومندی ایگو و افسردگی گروه آزمایشی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$) یعنی هیپنوتراپی مبتنی بر نیرومندی ایگو تأثیر معنی‌داری بر کاهش افسردگی دارد و این یافته با نتایج پژوهش دکلرک و همکاران (۲۰۰۶) هماهنگ است. در تبیین چگونگی تأثیرگذاری هیپنوتیزم می‌توان به دو سازوکار بنیادی اشاره کرد: (۱) تلقین کلامی و (۲) تصویرسازی ذهنی.

تلقینات کلامی به وسیله دیالوگ‌هایی که درمانگر به زبان می‌آورد نمایان می‌شوند و به شکل تصاویر ذهنی به وسیله سوژه تداعی می‌شوند و بیشتر آگاهی ناهشیار بیمار را هدف قرار می‌دهند. هم در روند پیدایش و رشد فرایندهای شناختی (لوریا^۱، ۱۹۶۱) و هم در شکل‌گیری و نیرومندی ایگو (سنت‌کلر^۲، ۲۰۰۰) گفتار دیگران نقش شایانی دارد. گفتار دیگران (ویگوتسکی^۳، ۱۹۸۶؛ لوریا، ۱۹۶۱؛ بندورا^۴، ۱۹۹۵) می‌تواند مایه افزایش توانمندی‌های درونی شود و هیپنوتیزم از همین دریچه وارد می‌شود اما با اثربخشی بیشتر؛ چراکه سخن را در بستر گسست ارائه می‌دهد. در روند هیپنوز خرده دستگاه‌های پایین‌تر دستگاه کنترل، یا همان دستگاه شناختی مربوط به ناظر پنهان به‌طور مستقیم به وسیله تلقینات فعال می‌شوند؛ اما کنترل اجرایی^۵ و فاکتور انتقادی ذهن به کمترین اندازه می‌رسد یا دور زده^۶ می‌شود. بنابراین، تلقینات،

-
- 1- Luria
 - 2- St.Clair
 - 3- Vygotsky
 - 4- Bandura
 - 5- executive control
 - 6- bypass

پاسخ‌هایی را با کمترین کوشش یا کنترل هشیار پدید می‌آورند (جی لین و گرین، ۲۰۱۱). بنابراین درمانگر با گفتن جملات مستقیم یا استعاره، افزایش اعتماد به نفس، عزت نفس، امیدواری و هدفمندی را در سوژه آماج تلقینات خود قرار می‌دهد. برای نمونه در تلقینات نیرومندی ایگوی گارور^۲ (هاموند، ۱۹۹۰) با گفتن این جمله که «هر چیزی که یادتان بیاید باعث می‌شود درباره خودتان احساس خوبی داشته باشید؛ احساس امنیت و اعتماد به نفس» داشتن احساسات و تجارب مثبت، احساس امنیت و اعتماد به نفس تلقین می‌شود.

درباره اثربخشی هیپنوتیزم در کاهش افسردگی به‌طور ویژه می‌توان چند سازوکار را نام برد مانند برپایی انتظار مثبت و امیدواری؛ آرامش بدنی و ذهنی؛ افزایش احساس کنترل. داشتن امید و انتظار شرایط بهتر برای تندرستی ارزش فراوانی دارد. ناامیدی یکی از نشانه‌های بالینی افسردگی است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). امیدواری و برپایی انتظار مثبت در مراجع یکی از سازوکارهای اثربخشی هرگونه درمان روان‌شناختی از جمله هیپنوتراپی و یکی از عناصر مشترک همه درمان‌ها به‌شمار می‌آید (رونن، ۲۰۱۱). در هیپنوتیزم به‌طور گسترده‌ای گفته‌های امیدوارکننده و افعال مربوط به آینده به‌کارگرفته می‌شود. از طرفی افزون بر اینکه پدیده‌های هیپنوتیزمی این باور را در فرد پدید می‌آورند که بیماری او درمان‌پذیر است؛ با جدا کردن فرد از واقعیت اکنون به یاری گسست، تمرکز او را روی آینده می‌برند و این آینده به‌وسیله او درون‌سازی می‌شود و آگاهی تازه‌ای درباره به‌آینده بهتر پیدا می‌کند (رونن، ۲۰۱۱). ریلکسی‌شن یکی از پایه‌های هیپنوز است که با فراهم کردن آرامش بدنی و ذهنی مایه بهبود دشواری‌ها خواب و کاهش تنش و نگرانی می‌گردد و از آنجا که آشفتگی‌های خواب یکی از نشانه‌های افسردگی است با از میان رفتن این مشکل هم به مراجع پیامی درباره کارایی درمان داده می‌شود و هم از عود احتمالی جلوگیری خواهد شد. از طرفی کاهش مشکلات خواب فرد مایه کاهش خستگی و افزایش انرژی او به‌عنوان دیگر نشانه‌های افسردگی می‌شود (رونن، ۲۰۱۱).

افزایش احساس کنترل: این‌که تا چه اندازه باور داشته باشیم بر رویدادهای کارآمد بر زندگی خود کنترل داریم، کارگزاری باارزش در تندرستی ما به‌شمار می‌آید. کسانی که

1- Jay Lynn & Green

2- Garver

3- Ronen

خودشان را در مهار رویدادها ناتوان می‌بینند بجای برخورد فعالانه، پاسخ‌های اجتنابی در برابر این رویدادها نشان می‌دهند (آرمفیلد^۱، ۲۰۰۶). ادراک غیرقابل‌مهار بودن محیط یکی از عوامل آسیب‌پذیری شناختی به شمار می‌آید (چگینی، جلالی، صرامی و سیاوشی، ۲۰۱۲). در هیپنوتراپی با افزایش احساس کنترل مراجع زمینه بهبود او فراهم می‌گردد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، عدم ارزیابی میزان هیپنوتیزم‌پذیری شرکت‌کنندگان است. محدودیت دیگر این است که در این پژوهش پیگیری تنها پس از سه ماه انجام شد و پیگیری‌های طولانی‌تری برای بررسی ماندگاری اثر درمان صورت نگرفته است.

در این پژوهش میزان هیپنوتیزم‌پذیری مراجع ارزیابی نشد و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی، مقایسه‌هایی را بین افراد دارای هیپنوتیزم‌پذیری بالا و پایین انجام دهند.

برای این که بتوان اثربخشی هیپنوتراپی مبتنی بر نیرومندسازی ایگو را در درازمدت تأیید کرد؛ لازم است پیگیری‌هایی در فاصله‌های زمانی بلندمدت‌تر انجام گیرد و پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی این پیگیری‌ها را انجام دهند.

منابع

فارسی

- جمشید بیک، آسیه؛ کلانتری، مهرداد و شکیبایی، فرشته (۱۳۹۳). مقایسه‌ی اثربخشی شناخت درمانی گروهی به شیوه TADS با دارو درمانی در درمان افسردگی نوجوانان ۱۷-۱۴ ساله شهر اصفهان. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۱ (۱)، ۱۷۵-۱۸۶.
- حقیقت، فرشته؛ طهرانچی، عطا؛ دهکردیان، پریرا و رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم (۱۳۹۱). بررسی نقش عوامل روان‌شناختی و متغیرهای مرتبط با درد در پریشانی هیجانی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۶ (۴).
- دابسون، ک. ا. و محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک ۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی در دوره بهبودی نسبی. توان‌بخشی، ۸ (۲۹)، ۸۲-۸۸.
- شریفی، ونداد و همکاران (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه‌ی فارسی مصاحبه‌ی ساختار یافته‌ی تشخیصی برای DSM-IV (SCID). تازه‌های علوم شناختی، ۶ (۱ و ۲).
- نظری چگنی، اکرم؛ بهروزی، ناصر؛ شیخ‌شبان‌ی هاشمی، سید اسماعیل و مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۱). رابطه سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن اجتنابی با افسردگی و رضایت از زندگی با میانجیگری خوش‌بینی و حمایت اجتماعی در دانشجویان. مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۱۹ (۲)، ۸۱-۱۰۰.

لاتین

- Alladin, A. (2007). *Handbook of Cognitive Hypnotherapy for Depression: An Evidence-Based Approach*. Williams & Wilkins.
- Alladin, A. (2010). Evidence-based hypnotherapy for depression. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 58 (2), 165-185.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. London: Edwards Brothers Malloy.
- Armfield, J. M. (2006). Cognitive vulnerability: A model of the etiology of fear. *Clinical Psychology Review*, 26, 746-768.

- Arnau, R. C., Meagher, M. W., Norris, M. P., & Bramson, P. (2001). Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychology, 20*, 112–119.
- Astbury, J. (2010). The social causes of women's depression: A question of rights violated? In D. C. Jack, & A. Ali (Eds.), *Silencing the Self Across Cultures: Depression and Gender in the Social World* (pp. 19–45). New York: Oxford University Press.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in Changing Societies* (pp. 1-45). New York: Cambridge University Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). BDI-II, Beck Depression Inventory: Manual . 2. Boston: Harcourt Brace.
- Chegini, A. A., Jalali, M., Sarami, G., & Siavoshi, M. (2012). The role of cognitive vulnerability in emersion of fear. *Journal of Basic and Applied Scientific Research, 2* (8), 8196-8202.
- Comer, R. J. (2013). *Abnormal Psychology* (8 ed.). New York: Worth Publishers.
- Davis, R. N., Davis, M. M., Freed, G. L., & Clark, S. J. (2011). Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics, 127* (4), 612–618.
- De Klerk, J. E., du Plessis, W. F., & Steyn, H. S. (2006). The effect of hypnotherapeutic ego strengthening with female spouses of south african coronary artery bypass surgery patients. *American Journal of Clinical Hypnosis, 49* (1), 59-72.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1996). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: SCID-1 clinician version*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhan, N. (2005). psychometric properties of a persian-language version of the beck depression inventory second edition: BDI-II-persian. *Depression and Anxiety, 21*, 185–192.
- Hammond, D. C. (1990). *hypnotic suggestions and metaphors*. W. W. Norton & Company.
- Hartland, J. (1971). Further observations on the use of "ego-strengthening" techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis, 14* (1), 1-8.
- Heap, M., & Aravind, O. K. (2002). *hartland's medical and dental hypnosis*. New York: churchill livingstone.
- Holt, T., Jensen, T. K., & Wentzel-Larsen, T. (2014). The change and the mediating role of parental emotional reactions and depression in the

- treatment of traumatized youth: results from a randomized controlled study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(11).
- Jay Lynn, S., & Green, J. P. (2011). The sociocognitive and dissociation theories of hypnosis: toward a rapprochement. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 59(3), 277-293.
- Lovinger, J. (1983). On Ego Development and the Structure of Personality. *Developmental Review*, 3, 339-350.
- Lund, C., Breen, A., Flisher, A. J., Kakuma, R., Corrigan, J., Joska, J. A., . . . Patel, V. (2010). Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 71, 517-528.
- Luria, A. R. (1961). *The role of speech in the regulation of normal and abnormal behavior*. (J. Tizard, Ed.) New York: Pergamon.
- Markstrom, C. A., & Marshall, S. K. (2007). The psychosocial inventory of ego strengths: Examination of theory and psychometric properties. *Journal of Adolescence*, 30, 63-79.
- Markstrom, C. A., Sabino, V., Turner, B., & Berman, R. (1997). The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 705-733.
- Martin, C. S., Pollock, N. K., Bukstein, O. G., & Lynch, K. G. (2000). Interrater reliability of the SCID alcohol and substance use disorders section among adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 173-176.
- Mishra, V. (2013). a study of self-concept in relation to ego-strength of sighted and visually impaired students. *International Journal on New Trends in Education and Their Implications*, 4(1), 203-207.
- Ronen, T. (2011). *The positive power of imagery: Harnessing client imagination in CBT*. Wiley-Blackwell.
- Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. (2011). Relationship between household income and mental disorders: Findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 68 (4), 419-426.
- Shenefelt, P. D. (2013). anxiety reduction using hypnotic induction and self-guided imagery for relaxation during dermatologic procedures. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61 (3), 305-318.
- St.Clair, M. (2000). *Object Relations and Self Psychology: An Introduction* (3 ed.). Brooks Cole.
- Untas, A., Chauveau, P., Dupré-Goudable, C., Kolko, A., Lakdja, F., & Cazenave, N. (2013). the effects of hypnosis on anxiety depression,

fatigue, and sleepiness in people undergoing hemodialysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 61 (4), 475-483.

Vygotsky, L. S. (1986). *Thought and language*. (A. Kosulin, Ed.) London: The MIT Press.

Wilson, S., & Durbin, C. E. (2010). Effects of paternal depression on fathers' parenting behaviors: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 167-180.

Zloof, A., & Ezrati-Vinacour, R. (2015). Hypnosis as a technique for the treatment of stuttering. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 193: 357.