فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۵، شماره ۲۹، تابستان ۱۴۰۴

اثربخشی هیپنوتیزم درمانی شناختی بر بهبود علائم افسردگی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

علی اکبری[۱]

۱-گروه روانشناسی عمومی، واحد سیرجان، **دانشگاه آزاد اسلامی**، سیرجان ، ایران(aliakbari3195@gmail.com)

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هیپنوتراپی شناختی بر علائم افسردگی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شده است. روش انجام این پژوهش، نیمه تجربی با پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه کنترل بود، جامعه آماری شامل کلیه بیماران با تشخیص اختلال افسردگی اساسی شهر بندرعباس بودند که در فاصله فروردین تا پایان شهریور ۱۴۰۱ به مطب روانپزشکان سطح شهر مراجعه کرده بودند، از این میان ۳۰ نفر به صورت دردسترس به عنوان نمونه پژوهش، انتخاب گردیدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه افسردگی بک بود که در دو مرحله قبل از مداخله و بعد از مداخله در هردو گروه اجرا گردید. گروه آزمایش در جلسات هیپنوتیزم درمانی شناختی، شرکت نمودند؛ اما گروه کنترل تا پایان پژوهش، مداخله ای دریافت نکردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون کواریانس تک متغیری با استفاده از نرم افزار اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۲۶ استفاده شد. نتایج نشان داد که هیپنوتیزم درمانی شناختی بر علائم افسردگی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تأثیر معناداری دارد. بدین سان می توان اذعان نمود: درمانگران و روانشناسان می توانند از تلفیق هیپنوتیزم و درمان شناختی برای کاهش علائم افسردگی در بیماران با اختلال افسردگی اساسی، استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، افسردگی اساسی، هیپنوتراپی شناختی

مقدمه

افسردگی[۱] یکی از رایج‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی در قرن حاضر به شمار می‌رود(ترازول[۲] و همکاران، ۲۰۲۰). دوره‌های افسردگی اساسی درمان نشده، معمولا ۶ ماه یا بیشتر طول می‌کشند(ون[۳] و همکاران، ۲۰۲۱). اختلالات خلقی که افسردگی اساسی یکی از طبقات آن است را می‌توان به بهترین وجه با عبارت نشانگان (سندرم) توصیف کرد (و نه به عنوان بیماری‌های مجزا)، چون این اختلالات از گروهی نشانه ترکیب یافته اند(ژانگ[۴] و همکاران، ۲۰۲۰) که هفته‌ها تا ماه‌ها طول می‌کشند و معمولاً عودکننده بوده و با الگویی دوره‌ای یا

1 Depression
2 Truzoli,
3 Wen
4 Zhng

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

چرخه‌ای تظاهر می‌یابند (سادوک و سادوک[1]،۲۰۱۵). اختلال افسردگی اساسی[2] به عنوان یک مسأله چالش برانگیز بهداشت روانی مطرح است که غم برجسته ترین و فراوان ترین نشانه در این اختلال است(بک، راش، شاو و ایری[3]،۱۹۷۹)، بی علاقگی معمولا در آغاز، فقط در چند فعالیت، مثل کار وجود دارد؛ اما زمانی که شدت افسردگی افزایش می یابد، ۰/۹۲ بیماران افسرده از دلبستگی های موجود در زندگی احساس ناخوشایندی دارند و ۰/۶۴ بیماران افسرده، احساس خود را نسبت به دیگران از دست می دهند(علیلو و همکاران ،۲۰۱۳). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت[4] (۲۰۲۳) بیش از ۳۵۰ میلیون نفر از جمعیت جهان، درگیر درجاتی از افسردگی هستند. این اختلال نه تنها سلامت روان بلکه عملکرد اجتماعی، شغلی و جسمانی فرد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد و از مهم‌ترین عوامل خطر برای خودکشی شناخته می‌شود(وارنر و همکاران[5]، ۲۰۲۰). در ایران نیز مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که میزان شیوع افسردگی به ویژه در میان جوانان و زنان روندی افزایشی دارد (پیرایرانی و همکاران ، ۲۰۱۷).

از آنجایی که اختلالات روانی از جمله افسردگی تأثیر وسیعی بر وضعیت اجتماعی، شغلی و اقتصادی افراد افسرده دارد و زندگی فردی و اجتماعی آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد(برگرسن[6] و همکاران، ۲۰۱۱)؛ همچنین با عنایت به اینکه افسردگی می‌تواند مشکلات فراوانی برای افراد افسرده ایجاد کند، در نظر گرفتن برنامه‌های درمانی که بتوانند علائم افسردگی را کاهش دهد بیش از پیش احساس می‌شود(نورمن[7] و همکاران، ۲۰۱۹).

در دهه‌های اخیر، رویکردهای شناختی ـ رفتاری[8] به عنوان یکی از مؤثرترین مداخلات درمانی برای افسردگی شناخته شده‌اند(علی وردلو و جواره، ۲۰۱۹). این رویکرد با اصلاح افکار، باورها و افکار ناکارآمد و کمک به

1 Sadock, & Sadock
2 Major Depression Disorder(MDD)
3 Beck
4 World Health Organization
5 Warner
6 Bergersen
7 Normann
8 Cognitive-Behavioral Therapy(CBT)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

شکل‌گیری نگرش‌های سازگارتر، موجب کاهش علائم خلقی و بهبود کارکرد شخصی می‌شود(کالسن[1] و همکاران، ۲۰۲۰). با این حال، علی‌رغم اثربخشی درمان‌های شناختی، پژوهش‌های متعدد به محدودیت‌هایی از قبیل مقاومت شناختی مراجع، دشواری در دسترسی به طرحواره‌های عمیق و بالا بودن نرخ عود اشاره کرده‌اند(کاپوبیانکو و نورداهی[2]، ۲۰۲۱؛ کالز و همکاران، ۲۰۲۰). به همین سبب در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران به رویکردهای تلفیقی و مکمل معطوف شده است؛ رویکردهایی که بتوانند با کاهش مقاومت ذهنی و افزایش پذیرش شناختی، موجب ارتقای اثربخشی درمان شوند(اندرسون[3] و همکاران، ۲۰۲۰؛ بانهافر و همکاران[4]، ۲۰۱۹؛ حیدریان و همکاران ، ۲۰۱۶).

یکی از مداخلات نوین و امیدبخش در این زمینه، هیپنوتیزم درمانی شناختی[5] است؛ رویکردی که عناصر هیپنوتیزم درمانی و شناخت‌درمانی را در قالبی یکپارچه ترکیب می‌کند(سادات مدنی و تولایی، ۲۰۱۷). هیپنوتیزم درمانی بر القاء حالت تمرکز عمیق ذهن و افزایش تلقین‌پذیری سازنده استوار است؛ حالتی که در آن، توجه فرد از محرک‌های بیرونی فاصله گرفته و بر فرایندهای درونی ذهن متمرکز می‌گردد(دویودی و کاتلانا[6]، ۲۰۲۲). بر اساس نظر کاپلان و سادوک[7](۲۰۱۵) هیپنوتیزم یک روش روان درمانی است که با تغییر حالت هوشیاری و استفاده از سه مؤلفه تمرکز[8](جذبه)، انفکاک[9] و تلقین‌پذیری[10] مخاطب را در شرایطی قرار می‌دهد که می‌توان فرایند درمان هیپنوتیزمی را در مورد او به کار گرفت(سالگارو، راموس-سچادو، گارسیا-سانچو، آربالا، بیجاربرگ و گراس[11]، ۲۰۲۱). در این حالت خاص هوشیاری، جملات درمانگر(تلقینات) در ذهن تحت آگاه و ناخودآگاه سوژه نفوذ کرده و در اعماق ذهن وی ثبت می‌شود(سعیدمنش و صداقت پور، ۲۰۱۶). همین ویژگی، باعث تأثیر شگرف و پایداری

1 Callesen
2 Capobianco
3 Anderson
4 Banhofer
5 Cognitive Hypnotherapy
6Dwivedi
7 Kaplan & Sadock
8 Absorption
9 Dissociation
10 Suggestion
11 Salguero

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

درمان هیپنوتیزمی (هیپنوتراپی) می‌گردد. در هیپنوتیزم، افرادی که هیپنوتیزم پذیری بیشتری داشته باشند؛ پاسخ بیشتری به تلقینات می دهند (کسپر[1] و همکاران،۲۰۱۸). این وضعیت، بستر مناسبی برای نفوذ به لایه‌های نیمه‌هوشیار ذهن را فراهم می‌کند و امکان اصلاح باورها و طرحواره‌های ناسازگار را افزایش می‌دهد(دویوودی و کاتنالا، ۲۰۲۲). از سوی دیگر، درمان شناختی با ساختاردهی مجدد افکار و بازآفرینی معانی شخصی به بازسازی نظام ارزش‌ها و نگرش‌های فرد کمک می‌کند. ترکیب این دو رویکرد باعث می‌شود که فرایند تغییر شناختی با پذیرش هیجانی بیشتر و مقاومت کمتر صورت گیرد(تروزولی[2] و همکاران،۲۰۲۱).

هیپنوتیزم‌درمانی شناختی[3]، درمانی تلفیقی از شناخت‌درمانی[4] و هیپنوتیزم است که فرمول‌بندی موردی آن بر اساس مدل آلادین[5](۲۰۰۸) در مدیریت اختلالات روان‌شناختی است و بر نقش تحریف های شناختی، خود هدایت گری منفی، افکار و باورهای خودکار منفی، طرح‌واره‌ها و نشخوارهای منفی یا خود هیپنوتیزم منفی در درک مشکلات بیمار تأکید می‌کند (سالگورو، راموس- کیودو، گارکیا- سانچو، اربولو، زاکگنین و گروس[6]،۲۰۲۱)، فرض اساسی این رویکرد این است که هیپنوتیزم می‌تواند در دستیابی مستقیم و اصلاح کردن شناخت‌های مرکزی که حول محور هویت فردی، خودپنداره و قواعد ذهنی ناکارآمد دور می‌زنند، سودمند باشد(آلانین، ۲۰۱۷). این تأثیر به مراتب بیشتر از زمانی است که فقط به رفتارها و نگرش‌های حاشیه‌ای اشاره شود. هیپنوتیزم‌درمانی شناختی شامل چند تکنیک اساسی است که می‌توان از آن‌ها برای انواع مشکلات استفاده کرد که عبارتنداز: آرام‌سازی[7](آرمیدگی) به عنوان مهارت کنار آمدن که برای کاهش استرس و اضطراب سودمند است، تصویرسازی هدایت‌شده به منظور رفتار یا تفکر به شیوه معین، بازسازی شناختی برای جایگزین کردن خودگویی‌های کارآمدتر به جای شناخت ها

1 Kasper
2 Truzoli
3 Cognitive Hypnotherapy
4 Cognitive Therapy
5 Alladin
6 Salguero
7 Relaxation

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

و خودگویی‌های ناکارآمد در حالت خلسه و آموزش مهارت‌های هیپنوتیزمی(داود[1]، ۲۰۰۸؛ حیدریان و همکاران، ۲۰۱۶).

در این راستا، شواهد تجربی متعددی اثربخشی هیپنوتیزم‌درمانی شناختی را تأیید کرده است، برای مثال: کِرچ، مونتگومری و ساپیراستین[2](۱۹۹۵) از مقایسه فراتحلیل ۱۸ مطالعه درمان شناختی رفتاری با همان نوع درمان به همراه هیپنوتیزم به این نتیجه رسیدند که میانگین اندازه اثر این مقایسه ۰/۸۷ انحراف استاندارد بود. به این معنی که درمان تلفیقی با هیپنوتیزم تا ۷۰ درصد از درمان شناختی رفتاری مؤثرتر بود. آلادین و آلیبهای[3](۲۰۱۷)، اثربخشی فزاینده تلفیق هیپنوتیزم را با درمان شناختی رفتاری در مدیریت افسردگی مزمن نشان دادند. همین‌طور مطالعه بریانت[4](۲۰۱۵)، تلفیق هیپنوتیزم و درمان شناختی رفتاری را مؤثرتر از درمان شناختی رفتاری به تنهایی و مشاوره حمایتی در درمان اختلال استرس حاد نشان داد. اثربخشی هیپنوتیزم در مدیریت درد نیز بسیار قابل توجه است. یک مطالعه فراتحلیل از آزمایش‌های کنترل‌شده نشان داد که هیپنوتیزم می‌تواند تسکینی برای ۷۵ درصد از افراد مورد مطالعه باشد(کاپوبیانکو و نوداهل[5]،۲۰۲۱).

با وجود این شواهد، بخش اعظم تحقیقات انجام‌شده در زمینه هیپنوتراپی شناختی در کشورهای غربی صورت گرفته و هنوز در محیط‌های فرهنگی ـ اجتماعی متفاوت از جمله جامعه ایرانی، پژوهش‌های تجربی کافی برای بررسی اثربخشی این رویکرد وجود ندارد. این در حالی است که تفاوت‌های فرهنگی در نحوه پردازش هیجان، نظام باورها و تلقی مردم از درمان‌های مبتنی بر تلقین، ممکن است بر میزان اثربخشی هیپنوتراپی شناختی اثرگذار باشد. از این رو، انجام پژوهش‌هایی که بتوانند در بستر فرهنگی ایران، این رویکرد را ارزیابی کنند، ضروری است. بدین سان بر اساس آن‌چه گفته شد، مسأله اصلی پژوهش حاضر را می‌توان چنین ذکر نمود: با توجه به شیوع بالا

1 Dowd
2 Kirsch
3 Alibhai
4 Bryant
5 Capobianco,& Nordahl

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

و پیامدهای گسترده افسردگی و وجود محدودیت در اثربخشی مداخلات شناختی سنتی، آیا هیپنوتیزم درمانی شناختی قادر است به طور معناداری علائم افسردگی را کاهش دهد؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه کنترل است، بر این مبنا، جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران با اختلال افسردگی اساسی در شهر بندرعباس بودند که در فاصله فروردین تا پایان شهریور ۱۴۰۱ به کلینیک های روانپزشکان سطح شهر مراجعه نمودند، با توجه به اینکه تعداد جامعه آماری، نامشخص بود؛ از بین مراجعه کنندگان با تشخیص اختلال افسردگی اساسی که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، ۳۰ نفر به صورت در دسترس، انتخاب گردیدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، قرار گرفتند. معیارهای ورود عبارت بودند از: حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری مزمن جسمی و روانپزشکی دیگر، داشتن رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش. قبل از انجام مداخله در گروه آزمایش هر دو گروه از طریق پرسشنامه افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند(پیش آزمون) و پس از مداخله نیز هردو گروه، مورد ارزیابی قرار گرفتند(پس آزمون). ابزار مورد استفاده در پژوهش پیش رو بدین شرح است:

پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک توسط بک(۱۹۶۱) تدوین گردید که از بین تستهای روانشناسی که برای سنجش افسردگی تدوین شدند؛ از جمله مناسب ترین تست ها است. این آزمون دارای ۲۱ سؤال بوده که علائم جسمی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند. سؤالات ۴ گزینه ای بوده که به صورت ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می کنند. آزمون افسردگی بک مناسب افراد بالای ۱۳ سال است. این آزمون نسخه دوم دیگری به نام آزمون افسردگی بک ویرایش دوم[1] داشته که شکل بازنگری شده

1 BDI-II

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

پرسشنامه افسردگی بک است. این فرم در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) همخوان است. علاوه بر این ویرایش دوم این تست تمام عناصر و علائم افسردگی را دربر می گیرد. این آزمون نمره ۰ تا ۶۳ دارد و مانند نسخه اول دارای ۲۱ ماده ۴ گزینه ای از ۰ تا ۳ است. در تست افسردگی بک نسخه دوم ۴ ماده از ویرایش قبلی حذف شده است و به جای آن ها ماده های دیگری اضافه شده اند، همچنین سوالات ۱۶ و ۱۸ به گونه ای هستند که به شدت افسردگی حساس تر باشد(علیلو و همکاران،۱۳۹۰).

هیپنوتیزم درمانی شناختی

این درمان تلفیقی از تکنیک‌های شناخت‌درمانی و هیپنوتیزم است که بر اساس نظریه هیپنوتیزم‌درمانی شناختی آسِن آلادین(۲۰۰۸) تدوین شده است. پژوهش‌گر با توجه به فرمول‌بندی خاص بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، بخشی از تکنیک‌های مربوطه را استخراج کرده و طرح درمان حاضر را در قالب جلسات درمانی به مدت ۱۰ هفته، هر هفته یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه تدوین کرده است. در جدول زیر خلاصه‌ای از ساختار جلسات درمانی ارائه شده است.

جدول ۱- ساختار جلسات هیپنوتیزم‌درمانی شناختی

زمان‌بندی جلسات درمان	هیپنوتیزم‌درمانی شناختی
جلسه‌ی اول	ارزیابی بالینی تدوین فرمول‌بندی موردی معرفی مدل هیپنوتیزم‌درمانی شناختی و ارائه‌ی منطق آن اصلاح باورهای غلط درباره‌ی هیپنوتیزم حصول اطمینان از پایبندی بیمار به درمان
جلسات دوم تا پنجم (هیپنوتیزم)	معرفی و آموزش آرام‌سازی عضلانی و ورود به خلسه‌ی سبک عمق‌بخشی به خلسه نمایش قدرت ذهن از طریق کاتالپسی (جمود خلسه‌ای) اعضای بدن آموزش خودهیپنوتیزم تقویت ego

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

	ارائه‌ی القاهای پَس‌هیپنوتیزمی شناسایی تصویرسازی ذهنی در رابطه با اجتناب‌های بیمار و پاسخ‌گویی به آن‌ها تکلیف خانگی: تمرین آرام‌سازی و اجرای خودهیپنوتیزم روزانه
جلسات ششم تا نهم (پردازش شناختی و هیجانی)	مرور تکالیف خانگی شناسایی افکار خودآیند منفی و مزاحم و ارائه‌ی تکنیک‌های توقف آن شناسایی هیجانات معرفی مدل شناختی (A-B-C) معرفی خطاهای شناختی و انواع آن بازسازی شناختی شناسایی تصویرسازی ذهنی در رابطه با اجتناب‌های بیمار حل‌مسأله و تصمیم‌گیری تکلیف خانگی: تکمیل برگه‌های ثبت افکار روزانه
جلسه‌ی دهم	مرور تکالیف خانگی نظارت بر انجام خودهیپنوتیزم بیمار در جلسه ارائه‌ی راهکارهای پیشگیری از عود جمع‌بندی و مرور کل جلسات

روش اجرا

پس از بررسی و جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه با استفاده از روش های آماری شامل آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی(کواریانس تک متغیری) تحلیل شد. البته با در نظر گرفتن ۵٪ خطا و ۹۵٪ اطمینان انجام گرفت، کلیه آزمون های آماری با استفاده از نرم افزار ۲۶/ اس‌پی‌اس‌اس[1] انجام گرفت.

1 SPSS

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۵، شماره ۲۹، تابستان ۱۴۰۴

یافته‌ها

بنابر تجزیه و تحلیل داده های توصیفی، بیشتر شرکت کنندگان(حدود ۷۰ درصد) در رده سنی ۳۶ تا ۴۵ سال بودند. هچنین بیشترین فراوانی سطح سواد در هردو گروه در سطح کارشناسی بودند(حدود ۴۰ درصد). به منظور بررسی اثربخشی هیپنوتیزم درمانی شناختی بر کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هردو گروه آزمایش و کنترل به صورت زیر گزارش شد:

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار افسردگی برحسب گروه و اندازه گیری

گروه	آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
هیپنوتیزم	پیش آزمون	۱۵	۳۳/۰۶	۱/۸۳
	پس آزمون	۱۵	۲۹/۲۶	۲/۳۷
کنترل	پیش آزمون	۱۵	۳۲/۸۰	۱/۹۴
	پس آزمون	۱۵	۳۱/۰۶	۱/۶۵

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین نمره افسردگی در گروه آزمایش(هیپنوتیزم درمانی) در پس آزمون (۳۰/۳۳) نسبت به پیش آزمون (۳۳/۱۳) روند کاهشی داشته است، اما در گروه کنترل تغییر محسوسی دیده نمی شود. به منظور بررسی معناداری اثر مداخله هیپنوتیزم درمانی از تحلیل کوواریانس استفاده شد و نتایج آن بدین شرح است.پیش از اجرای تحلیل کوواریانس به بررسی مفروضات آن پرداخته شد. نتایج بررسی نرمال بودن داده ها از طریق آزمون کولموگروف-اسمیرنف در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳- مفروضه نرمال بودن داده ها برای متغیر افسردگی به تفکیک گروه ها

متغیر			کلموگروف-اسمیرنف		
			مقدار آماره	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	۰/۱۲۴	۱۵	۰/۲۰
		پس آزمون	۰/۹۵۴	۱۵	۰/۳۰

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

	کنترل	پیش آزمون	۰/۱۴۵	۱۵	۰/۲۰
		پس آزمون	۰/۱۵۱	۱۵	۰/۲۰

طبق جدول ۳، مقدار محاسبه شده نرمالیته متغیر افسردگی از طریق آماره کلموگراف- اسمیرنف نشان می دهد که برای هرد گروه آزمایش و کنترل برحسب گروه و اندازه گیری در سطح (P>0/05) معنی دار بوده و در نتیجه بهنجار هستند.

یکی دیگر از مفروضه های آزمون پارامتریک(کوواریانس) استفاده از آزمون لوین می باشد این آزمون همگونی واریانس ها را پیش از انجام آزمون های پارامتریک ارزیابی می نماید. جدول ۴، مقدار محاسبه شده واریانس متغیر افسردگی را از طریق آزمون لون نشان می دهد، این آزمون نشان می دهد که مفروضه برابری واریانس خطای متغیر وابسته(افسردگی) در گروه ها رعایت شده است(P>۰/۰۵). بدین سان می توان از تحلیل کوواریانس، استفاده نمود.

جدول ۴- آزمون لون مربوط به پیش فرض برابری واریانس ها

متغیر	گروه	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
افسردگی	آزمایش	۳/۰۸	۱	۴۳	۰/۰۸
	کنترل	۳/۰۳	۱	۴۳	۰/۰۸

با عنایت به برقراری مفروضه های مربوط به آمار پارامتریک، داده های مربوط به ارزیابی اثربخشی هیپنوتراپی شناختی بر کاهش علائم افسردگی در افراد با اختلال افسردگی اساسی به کمک تحلیل کواریانس با متغیر مستقل(هیپنوتراپی) و یک متغیر وابسته (افسردگی) و کنترل اثر پیش آزمون تحلیل شدند.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس اثربخشی هیپنوتراپی بر افسردگی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P
ثابت	۳۵۰۹/۷۲	۱	۳۵۰۹/۷۲	۷۰۰/۵۵	۰/۰۰۰۱
گروه	۹۳/۸۸۹	۱	۹۳/۸۸۹	۱۸/۷۴	۰/۰۰۰۱
خطا	۱۴۰/۷۲	۲۸	۵/۰۱۰		
کل	۷۲۷۸۴/۰۰	۳۰			

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

براساس بررسی اثرهای بین اندازه گیری با حذف عامل پیش آزمون، تأثیر گروه(آزمایش و کنترل) در متغیر افسردگی P=۰/۰۰۰۱ ،F(۱و۲۸)=۱۸/۷۴ در سطح P<۰/۰۵ معنادار بود، پس فرضیه صفر آماری مبنی بر عدم تأثیر مداخله هیپنوتیزم درمانی شناختی بر علائم افسردگی، رد می شود. در نتیجه می توان گفت که هیپنوتراپی بر افسردگی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اثربخشی معناداری دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هیپنوتراپی شناختی بر علائم افسردگی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شده است. یافته ها نشان داد که هیپنوتیزم درمانی شناختی بر علائم افسردگی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اثربخشی معناداری دارد($p<0.01$). این یافته با نتایج مطالعات قبلی از جمله علی وردیلو و جراره(۲۰۱۹)، مقتدر و همکاران(۲۰۱۶) و دویودی و کاتنلا (۲۰۲۲) همسو می باشد. علی وردیلو و جراره(۲۰۱۹) در مطالعه ای نشان دادند که هیپنوتراپی شناختی تأثیر معناداری بر افزایش خودکارآمدی دارد. مقتدر و همکاران(۲۰۱۶) نشان دادند: هردو روش درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم بر کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی در سندروم پیش از قاعدگی مؤثر است. همچنین، نتایج نشانگر آن بود که تفاوت معناداری بین دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم در کاهش افسردگی و اضطراب وجود ندارد.

در تبیین یافته مبتنی بر اثربخشی هیپنوتراپی شناختی بر کاهش علائم افسردگی می توان عنوان نمود: هیپنوتراپی شناختی با بهره‌گیری از مؤلفه‌های درمان شناختی ـ رفتاری و فنون تلقین هیپنوتیک به مراجع کمک می‌کند تا در حالت تمرکز عمیق ذهنی، باورهای ناکارآمد و الگوهای فکری منفی خود را شناسایی و تعدیل کند(کاپوبیانکا و نورداهی، ۲۰۲۱). در این حالت، ذهن از مقاومت‌های معمول در برابر تغییر فاصله گرفته و پذیرش باورهای جایگزین و جدید افزایش می‌یابد. بدین سان، ترکیب هیپنوتراپی با مداخلات شناختی، اثربخشی درمان افسردگی را افزایش می‌دهد و منجر به تسریع فرایند بهبود و پایداری بلندمدت نتایج درمانی می‌شود. مکانیزم این اثرگذاری را می‌توان در افزایش توجه انتخابی و تصویربرداری ذهنی مثبت دانست که در طی حالت هیپنوتیزم تسهیل

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

می‌گردد. این امر باعث تثبیت تلقین‌های شناختی و هیجانی در سطح نیمه‌هوشیار ذهن و کاهش ادراک منفی از خود و آینده می‌شود(دویودی و کاتنالا، ۲۰۲۲).

به لحاظ نظری نیز این یافته با نظریه‌های شناخت‌درمانی بک(۱۹۷۶) و مدل‌های جدیدتر تنظیم هیجانی هم‌خوانی دارد؛ بر اساس این دیدگاه‌ها، افسردگی حاصل افکار منفی خودکار، فرض‌های بنیادین ناسازگار و پردازش تحریف‌شده اطلاعات است(ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰). هیپنوتراپی شناختی از طریق تمرکز ذهن، تلقین‌های سازنده و تجسم هدایت‌شده، زمینه اصلاح این ساختارهای شناختی را فراهم می‌کند و به بازتفسیر تجربه‌های شخصی و احیای احساس کارآمدی می‌انجامد(ترازولی و همکاران، ۲۰۲۰). از سویی دیگر، تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزم، بیمار را تلقین پذیرتر می کند و باعث می شود که گفتگوهای متقاعدکننده درمانگر را بپذیرد. هیپنوتراپی شناختی شبیه به درمان شناختی است و از اصول درمان شناختی بهره می برد با این تفاوت که در هیپنوتراپی تلاش می شود در مدت زمانی کوتاه تر، سوگیری ها و تحریف های شناختی شناسایی و حل و فصل شوند(سعیدمنش و صداقت پور، ۲۰۱۹).

از منظری دیگر می توان به دیدگاه روان‌زیست‌شناختی، اشاره نمود. از این منظر، هیپنوتراپی با کاهش فعالیت محور هیپوتالاموس–هیپوفیز–آدرنال و تعدیل سطح کورتیزول به تنظیم بهتر پاسخ‌های فیزیولوژیک استرس کمک می‌کند. این فرایند در بیماران افسرده که معمولاً دچار برانگیختگی مزمن این محور هستند، باعث احساس آرامش، بهبود خواب و ارتقای خلق می‌شود(دویودی و کاتنالا، ۲۰۲۲).

در مجموع، تأیید فرضیه حاضر بیانگر آن است که هیپنوتراپی شناختی می‌تواند به عنوان یک روش مکمل در درمان افسردگی مورد استفاده قرار گیرد. با ادغام فنون هیپنوتراپی در چهارچوب درمان شناختی، فرصت بیشتری برای نفوذ به لایه‌های عمیق‌تر ذهن و تغییر پایدار باورهای منفی فراهم می‌شود. این یافته‌ها مسیر تازه‌ای برای مداخلات درمانی جامع‌محور ترسیم می‌کند که علاوه بر سطح آگاه ذهن، لایه‌های ناخودآگاه را نیز هدف قرار می‌دهند.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

نکته قابل ذکر اینکه هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد که در تعمیم نتایج باید به آن توجه نمود؛ پژوهش حاضر نیز از این امر، مستثنی نیست. از جمله محدودیت‌هایی که می‌توان برای این پژوهش برشمرد بدین شرح است: نخست اینکه به دلیل محدودیت زمانی در پژوهش حاضر، پیگیری سه یا شش ماهه نتایج، صورت نگرفت. بدین سان، امکان ارزیابی تداوم بهبودی در علائم افسردگی وجود ندارد؛ دوم اینکه ارزیابی براساس ابزارهای خودگزارشی مربوط به نتایج درمان، محدودیتی برای تفسیر تأثیرات درمان در این پژوهش محسوب می شود؛ سوم اینکه دشواری در جلب مشارکت برخی از متصدیان کلینیک های روان پزشکی موجب گردید که اطلاعات کامل از همه بیماران واجد شرایط در اختیار پژوهشگر، قرار نگرفت. این امر می تواند در تعمیم نتایج، اثرگذار باشد.

و در نهایت با عنایت به نتایج به دست آمده و محدودیت های ذکر شده می توان پیشنهاداتی ارائه نمود: نخست اینکه در پژوهش های آتی، هیپنوتیزم درمانی به صورت اختصاصی برای درمان استرس بیماران افسرده با سایر برنامه های درمانی اجرا شود؛ دوم اینکه پژوهشگران مراکز درمانی در حوزه سلامت روانی و حیطه های مربوطه، آموزش های اختصاصی در حوزه هیپنوتراپی شناختی را در سایر اختلالات خلقی به بوته آزمایش بگذارند؛ و در آخر، پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی برای جمع آوری داده ها از سایر روش ها مثل مصاحبه و مشاهده استفاده شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می دارند که این مطالعه، هیچ گونه تعارض منافعی ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی عزیزانی که در مراحل اجرای پژوهش حاضر، یاریمان نمودند؛ کمال تشکر را مبذول می داریم.

منابع مالی

مقاله حاضر بدون حمایت مالی بوده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بدین شرح است: رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان از شرکت در پژوهش حاضر؛ عدم تحمیل بار مالی برای شرکت کنندگان؛ فراهم نمودن امکان انصراف از شرکت در مداخله در هر مرحله از پژوهش و اعلام این موضوع به آنها؛ محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان.

منابع

Alilou, M,. Hashemi, T,. Hashemi, Z (2013). Investigating thr rffrct of metacognitivetherapy in reduction of depression symptoms, anxiety and dysfunction thoughts in major depression disorders. Journal of Tabriz Medical Sciences, 23 (6): pp 89-94.

Alivaridlou, M,. Javare, J (2019). Investigation the effectiveness of cognitive hypnotherapy on self efficacy. Journal of Thought and behavior: 15 (57), pp 23-36.

Alladin, A. (2017). Handbook of Cognitive Hypnotherapy for Depression: An Evidence-Based Approach. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Alladin, A. (2008). Cognitive Hypnotherapy. Chichester: John Wiley & Sons.

Anderson, R, Capobianco, L, Capobianco, P, Reeves,D, Heal, C(2020). Testing relationships between metacognitive beliefs, anxiety and depression in cardiac and cancer patients: Are they transdiagnostic?. Journal of Psychosomatic Research, 124, 109-118

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G.(1979). Cognitive Theory of Depression. 1st ed. New York, Guilford Press, 110-117.

Banhofer T, Crane C, Harguse E, Amrasinghe M, Winder R, Williams JMG.(2019). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. Behav Res Ther, 47(3), 366-73.

Bergersen H, Foslie F, Sunnerhagen KS, Schank AK.(2011). Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years post stroke. J Stroke Cerebrovasc Dis, 23(2), 1-6.

Bryant. R.A., Moulds, M.L., Nixon, R.D.V., Mastrodomenico, J., Felmingham, K., Hopwood, S. (2015). Hypnotherapy and cognitive behavior therapy of acute stress disorder. A 3- year follow-up. Behav Res Ther, 44(9), 1331-5.

Callesen, P, Reeves, D, Heal, C, Wells, A(2020). Metacognitive Therapy versus Cognitive Behaviour Therapy in Adults with Major Depression: A Parallel Single-Blind Randomised Trial. Scientific Reports , 10, 78-89

Capobianco, L, Nordahl, H(2021). A Brief History of Metacognitive Therapy: From Cognitive Science to Clinical Practice. Cognitive and Behavioral Practice,2,20-31.

Dowd, A.T. Cognitive Hypnotherapy. (2008). Tehran: Danzheh Press

Dwivedi, S, Kotnala, A(2022). Impact of Hypnotherapy in Mitigating the Symptoms of Anxiety. International Journal of Psychology and Psychiatry, 2(2),315

Heidarian, F,. Sajadian, I,. Fathi, M (2016). Effectiveness of hypnotismtherapy on precepted stress and blood pressure. Journal of Mashhad Mwdical Science University, 60 (55), pp 669-680.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

Kaplan HI, Sadock BJ.(2015). Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 9 th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins Co.

Kirsch, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A metaanalysis. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 214–20.

Moghtade, L,. Hasanzade, R,. Mirzayian, B,. Doosti, A (2018). Comparisoning the effectiveness of behavioral cognitive group therapy with group cognitive hipnotherapy on depression and anxiety in women with PMDD, JPNM: 25(81), PP 96-105

Normann, N, Emmerik, A, Morina, N(2019). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. Depression and Anxiety, 31(5),402-11

PirIrani, S,. Soleimankhani, H,. Motamedi, A,. Sayad, S (2017). Effectiveness of cognitive hypnotism therapy on irritable thinking avoidant, hyperarousal and pain intense in women with breast cancer. 13 (2): pp 99-108.

Salguero, J, Ramos-Cejudo, J, García-Sancho, E, Arbulu, L, L.Zaccagnini, J, Bjureberg, Z, Gross, J(2021). Testing the impaired disengagement hypothesis: The role of attentional control and positive metacognitive beliefs in depression. Behaviour Research and Therapy, 146, 103-111

SadatMadani, S.A,. Tavallayi, A (2017). Effectiveness of cognitive behavioral hypnotherapy on reduction of anxiety symptoms. Journal of health research. 4 (1): pp 16-22.

Saeedmanesh, M,. Sedaghatpoor, M (2019). Investigation the effectiveness of hypnotherapy on children anxiety disorders. Journal of disability sciences, 10 (59), pp 1-12.

Truzoli, R, Renzi, B, Romanò, M, Gremizzi, H, Pirola, V, Reed, P(2020). Effect of Hypnotic Group Treatment on Distress Psychopathology in Mixed-group Outpatients with Depression and Anxiety. Identifiers and Pagination, 13, 264-271

Warner, E,. Nannarone, M,. Smail-Crevierm R,. Manuel, D,. Lashewicz, B,. Patten, S,. Schmitz, N,.et al (2020). The relationship between depression risk perception and self-help behaviours in high risk Canadians: a cross-sectional study BMC Public Health 20:876 https://doi.org/ 10.1186/s12889-020-08983-0

Wen, X,.Wang, D,. Li, N,. Qin, X,. Gu, D (2021). The construction of the structural equation model of burden, benefit finding, and anxiety-depression of esophageal cancer caregivers based on Lazarus stress and coping theory. Ann Palliat Med; 10 (7): pp 7644-7652 | https://dx.doi.org/10.21037/apm-21-1466

Zhong, Y,. Wang, J,. Nicholas, S (2020). Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: The mediating role of caregiver. BMC Geriatrics, 20: 3.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۵، شماره ۲۹، تابستان ۱۴۰۴

Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy on Improving Depressive Symptoms in Individuals with Major Depressive Disorder

Ali Akbari[1]

1.The Department of General Psychology, Sirjan Branch, Islamic Azad University, Sirjan, Iran

(aliakbari3195@gmail.com)

Abstract

Present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of cognitive hypnotherapy on depressive symptoms in individuals diagnosed with major depressive disorder. The research employed a quasi-experimental design with pretest–posttest and a control group. The statistical population consisted of all patients with diagnosis of major depressive disorder in Bandar Abbas who had visited psychiatrists' private practices in the city between April until end of September 2022. From this population, 30 individuals were selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The research instrument was Beck Depression Inventory (BDI), which was administered to both groups at two time points: before and after the intervention. The experimental group participated in cognitive hypnotherapy sessions, whereas the control group received no intervention until the end of study. Data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA) via SPSS software, version 26. The results indicated that cognitive hypnotherapy had a statistically significant effect on depressive symptoms in individuals with major depressive disorder ($p < 0.01$). Accordingly, it can be concluded that clinicians and psychologists may utilize an integration of hypnosis and cognitive therapy to reduce depressive symptoms in patients with major depressive disorder.

Keywords: Depression, Major Depressive Disorder, Cognitive Hypnotherapy.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]