

اثربخشی هیپنوتیزم درمانگری شناختی بر کاهش تنیدگی ادراک شده بیماران دچار مالتیپل اسکلروزیس*

یوسف نامدارپور ناغانی^۱، عصمت دانش^۲، بهادر اسدی^۳، مهدی فتحی^۴، محمدعلی محمدی فر^۵

The effectiveness of cognitive hypnotherapy on reduction of perceived stress of patients with multiple sclerosis

Yousef Namdarpour Naghani¹, Esmat Danesh², Bahador Asadi³, Mehdi Fathi⁴, MohammadAli Mohammadyfar⁵

چکیده

زمینه: مالتیپل اسکلروزیس یک بیماری ناتوان کننده و مزمن مغز و نخاع می باشد که موجب بروز نشانه های مرضی گسترده ای شامل حرکات عضلانی، تعادل و بینایی و اختلالات روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی و تنیدگی می گردد و اثرات مهمی بر زندگی این بیماران می گذارد. اما آیا هیپنوتیزم درمانگری شناختی می تواند تنیدگی این بیماران را کاهش دهد و کیفیت زندگی آنها را بهبود بخشد؟ **هدف:** هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی هیپنوتیزم درمانگری شناختی بر کاهش تنیدگی ادراک شده بیماران دچار ام اس بود. **روش:** این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل ۲۳۶ بیمار دچار ام اس از نوع عود کننده - فروکش کننده مراجعه کننده به یک کلینیک خصوصی مغز و اعصاب واقع در شهر تهران در بازه زمانی دی ۱۳۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷ بود. بدین منظور ۳۰ نفر از این جامعه با روش نمونه گیری در دسترس بر اساس ملاک های ورود و خروج انتخاب و سپس به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. پرسشنامه تنیدگی ادراک شده (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳) توسط آزمودنی های هر دو گروه در مراحل قبل، بعد از مداخله و پیگیری کامل گردید. درمان انفرادی در ۸ جلسه یک ساعته هفتگی بر اساس پروتکل اثربخشی هیپنوتیزم درمانی شناختی بر کاهش تنیدگی ادراک شده بیماران دچار ام اس (محقق ساخته، ۱۳۹۷) به گروه آزمایش ارائه و داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. **یافته ها:** نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد که اجرای هیپنوتیزم درمانگری شناختی منجر به کاهش معنادار میانگین نمرات مؤلفه های تنیدگی ادراک شده منفی، مثبت و تنیدگی ادراک شده کل در گروه آزمایش شده است ($p < 0/01$). **نتیجه گیری:** بر اساس یافته های پژوهش حاضر هیپنوتیزم درمانگری شناختی روش مؤثری برای کاهش پایدار تنیدگی ادراک شده در بیماران دچار ام اس است. **واژه کلیدها:** هیپنوتیزم درمانگری شناختی، تنیدگی ادراک شده، تنیدگی ادراک شده مثبت، تنیدگی ادراک شده منفی، مالتیپل اسکلروزیس (ام اس)

Background: Multiple sclerosis (MS) is a disabling and chronic disease of the brain and spinal cord, causing a wide range of symptoms including muscle movement, balance and vision and leading to psychological disorders such as anxiety, depression and stress which have important consequences on lives of patients. But whether cognitive hypnotherapy could reduce the perceived stress and improve life quality of these patients? **Aims:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive hypnotherapy on reduction of perceived stress of patients with MS. **Method:** This research was a quasi-experimental study with pre, post and 2 months follow up test design with control group. The statistical population included 236 patients with relapsing-remitting MS referred to a neurologist private clinic within period of January to June in the city of Tehran in 2018. Hence 30 patients among the statistical population were selected through convenience sampling based on inclusion and exclusion criteria, then placed randomly into two equal experimental and control groups. Perceived stress of participants of both groups was measured by Cohen perceived stress scale (Cohen & et. al, 1983) in 3 stages of pre, post and follow up tests. Individualized treatment based on protocol of effectiveness of cognitive hypnotherapy on reduction of perceived stress of patients with MS (established by researcher, 2018) was done for experimental group in eight weekly 1 hour sessions. Data were analyzed at two levels of descriptive and inferential. **Results:** The results showed that cognitive hypnotherapy significantly reduced the mean scores of positive, negative and total perceived stresses of experimental group ($P < 0/01$). **Conclusions:** Based on the results, cognitive hypnotherapy intervention is an effective method for stable reduction of the perceived stress in patients with multiple sclerosis. **Key words:** Cognitive hypnotherapy, Perceived stress, Perceived positive stress, Perceived negative stress, Multiple sclerosis (MS)

Corresponding Author: Esmat_danesh@sbu.ac.ir

* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

^۱ Ph D student of General Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran

^۲ استاد، گروه روانشناسی بالینی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه عصب شناسی، دانشگاه علوم پزشکی، تهران، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of Neurology, University of Medical Sciences, Tehran, Iran

^۴ دانشیار، گروه بیهوشی قلب، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

^۴ Associate Professor, Department of Cardiac Anesthesia, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

^۵ استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

^۵ Assistant Professor, Department of Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۸/۰۸/۲۱

دریافت: ۹۸/۰۶/۲۳

مقدمه

بیمار گردد. برای مثال، ۵۰٪ افراد دچار این بیماری نیازمند کمک‌های حرکتی و ۱۰٪ آن‌ها ۱۵ سال پس از شروع بیماری احتیاج به صندلی چرخدار دارند. به طور کلی، درمانی برای بیماری ام‌اس وجود ندارد (عظیمیان، شاوروقی، رهگذر، اعتمادی فر و نصر، ۲۰۱۴) و علاوه بر عدم وجود یک روش درمانی، علت این بیماری هم هنوز ناشناخته است (ماری، ۲۰۰۴). طب روان‌تنی بر وحدت ذهن و بدن و تعامل بین آنها تأکید دارد. بطور کلی اعتقاد بر این است که عوامل روانشناختی در پیدایش همه بیماری‌ها نقش دارند. اینکه آیا این نقش مربوط به شروع، پیشرفت و وخامت و تشدید بیماری است یا با زمینه سازی یا واکنش نسبت به بیماری ارتباط دارد، مطلبی است که مورد بحث است و از یک اختلال تا اختلال دیگر متفاوت است (سادوک، سادوک و روئیز، ۱۳۹۳) همچنین تنیدگی را می‌توان به عنوان یک تجربه هیجانی منفی که با تغییرات بیوشیمیایی، روانشناختی، شناختی و رفتاری همراه می‌باشد، تعریف کرد. این تغییرات در جهت تعویض وقایع پرفشار روحی روانی و یا تغییر اثرات آن است. به‌طور کلی، تنیدگی پیامد فرآیند ارزیابی فرد از تجارب تنش‌آفرین محیط است (فنی و موتابی، ۱۳۸۵).

در قرن حاضر تنیدگی یکی از مهمترین زمینه‌های پژوهش در علوم مختلف به شمار می‌آید. این موضوع توجه دانشمندان رشته‌های مختلف اعم از پزشکان، روانشناسان، فیزیولوژیست‌ها، زیست‌شناسان و جامعه‌شناسان را به خود جلب کرده است و هر یک جنبه‌هایی از تنیدگی و عوارض آن را بررسی کرده‌اند. در دهه‌های اخیر همکاری این متخصصان به شکل‌گیری رشته‌هایی چون روانشناسی سلامت، طب رفتاری و طب روان‌تنی منجر شده است که تأثیر تنیدگی را بر رفتار، بهداشت روانی و اختلال‌های روان‌تنی مورد توجه قرار داده‌اند. امروزه به دلیل گسترش عوامل تنش‌زا و کاهش توان کنار آمدن^۱ انسان در برابر آنها به دلیل تغییر سبک زندگی، تنیدگی به پدیده‌ای پیچیده تبدیل شده است، چرا که تحت تأثیر عوامل متعدد و تعامل آنها قرار دارد. از مهمترین پدیده‌هایی که به تنیدگی می‌انجامد، می‌توان از مهاجرت به شهرهای بزرگ یا کشورهای بیگانه، صنعتی شدن، تحولات روز افزون و سریع علم و فناوری، افزایش جمعیت، عدم پابندی به آداب و رسوم گذشته، تغییر روابط خانوادگی، تغییر نقش اعضای خانواده، گسستگی روابط خانوادگی، جنگ، اضطراب

مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری تخریب‌کننده سیستم اعصاب مرکزی است که طاعون کوچکی در مغز و نخاع بیمار ایجاد می‌کند (براکازی، ۲۰۱۳). ام‌اس در واقع نوعی بیماری پیشرونده غلاف میلین سلول‌های عصبی در سیستم اعصاب مرکزی است. این اختلال در اثر مجموعه‌ای از عوامل محیطی (مانند فشارهای روحی یا تنش) یا ژنتیکی و خود ایمن بروز می‌کند (موتل و مک آیولی، ۲۰۰۹). این آسیب دیدگی در توانایی بخش‌هایی از سیستم عصبی که مسئول ارتباط هستند می‌تواند اختلال ایجاد کند و باعث به وجود آمدن علائم و نشانه‌های زیاد جسمی شود (کامپسون و کولس، ۲۰۰۸). غیر از تروما ام‌اس یکی از شایع‌ترین علل ناتوانی در افراد جوان است و افراد دچار آن حدود ۲/۵-۱ میلیون در سراسر جهان تخمین زده می‌شود (دورینگ، فولر، پاول و دورر، ۲۰۱۲). تعداد بیماران دچار ام‌اس در زنان جوان نسبت به مردان بیشتر از دو برابر است که به طور معمول بین سنین ۲۰ تا ۴۰ سال شروع می‌شود (مک کیو، سیلمن و روسی کوپر، ۲۰۰۸). علائم و نشانه‌های این بیماری بسته به تمرکز و ویژگی‌های مورفولوژیکی در ماده مغزی سفید و خاکستری ممکن است به صورت‌های متفاوتی بروز کند. مهم‌ترین این نشانه‌ها عبارتند از: اختلال در بینایی، تکلم، بلع، اسپاسم، ضعف عضلانی، اختلال در تعادل و هماهنگی، درد، اختلال حسی، مثانه و روده، اختلال در عمل کرد جنسی و ابراز هیجانات، خستگی، تغییرات شناختی و عاطفی می‌باشند (هادکیس و همکاران، ۲۰۱۲).

وحشت و نگرانی از این بیماری است که در جوانان به ویژه خانواده‌ها به وفور خودنمایی می‌کند که می‌تواند زمینه ساز ایجاد تنیدگی از بیماری باشد. حدود ۵-۱۰٪ جمعیت کشورهای توسعه یافته دچار بیماری‌های خود ایمن شده‌اند. این بیماری‌ها همچنین عامل اصلی مرگ، ناتوانی و افزایش هزینه‌های درمانی این بیماران شده است (شون فیلد، سلیمی، لیچمن و گرشوین، ۲۰۰۸) و از نظر علیت بروز بیماری‌های خود ایمن ترکیب عوامل مختلفی مانند ژنتیک، سیستم ایمنی، هورمونی و محیطی نقش دارند (آچپرو و مانگر، ۲۰۰۷) و (هواگاما و ریچاردسون، ۲۰۰۹) و (کیویتی، آگمون - لوین، بلانک و شون فیلد، ۲۰۰۹). این بیماری می‌تواند موجب ناتوانی، افسردگی، اختلال جسمی، کاهش کیفیت زندگی و مرگ

^۱. coping ability

سال‌هاست که هیپنوتیزم به کمک علم پزشکی و روانشناسی آمده است تا در رفع آلام بشری کارگشا باشد. مفهوم هیپنوتیزم با مفهوم دیگری گره خورده است و آن مفهوم باورهای ذهنی است. تجربه و علم هر دو مؤید این فرض هستند که حتی میزان هیپنوتیزم‌پذیری انسان‌ها و میزان تأثیرپذیری آنها از هیپنوتیزم ارتباط مستقیمی با باور و شناخت آنها از فرآیند تغییر دارد. در تعریف شناخت، مؤلفه‌هایی همچون هشیاری، دانایی، عملکرد دقیق و نهایتاً قضاوت نقش اساسی و بنیادی دارند. بنابراین شناخت درمانگری و هیپنوتیزم هر دو از مجرای تغییر شناخت‌های غیر اصولی و تبدیل آنها به شناخت‌های صحیح عمل می‌کند. امروزه شناخت درمانگری یکی از پایه‌های اساسی در درمان هیپنوتیزمی است و این نقش محوری از آنجایی سرچشمه می‌گیرد که شناخت با تصاویر ذهنی همراه می‌شود و هیپنوتیزم نیز از طریق تصاویر ذهنی عمل می‌کند (داود، ۱۳۸۷). لذا مسأله پژوهش حاضر این است که آیا هیپنوتیزم درمانگری شناختی می‌تواند بر کاهش تنیدگی ادراک شده بیماران دچار ام‌اس مؤثر باشد و آیا این تغییر در مرحله پیگیری ۲ ماهه بر متغیر مذکور پایدار می‌ماند؟ بر این اساس هدف اصلی پژوهش حاضر کاهش تنیدگی ادراک شده در بیماران دچار ام‌اس از طریق هیپنوتیزم درمانگری شناختی می‌باشد که پیامد آن کاهش نشانه‌های جسمانی و بهبود کیفیت زندگی آنها را هم در بردارد.

فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

۱. هیپنوتیزم درمانگری شناختی ادراک مثبت از تنیدگی ادراک شده در بیماران دچار ام‌اس را کاهش می‌دهد.
۲. هیپنوتیزم درمانگری شناختی ادراک منفی از تنیدگی ادراک شده در بیماران دچار ام‌اس را کاهش می‌دهد.
۳. هیپنوتیزم درمانگری شناختی تنیدگی ادراک شده کل در بیماران دچار ام‌اس را کاهش می‌دهد.

روش

این پژوهش از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل ۲۳۶ بیمار دچار ام‌اس از نوع عودکننده - فروکش‌کننده مراجعه کننده به یک کلینیک خصوصی مغز و اعصاب واقع در شهر تهران در بازه زمانی دی ۱۳۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷

فراگیر در مورد جنگ‌های هسته‌ای، فقر، معلولیت، بیماری‌های مزمن و تغییر ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی نام برد (خدایاری فرد و پرند، ۱۳۹۱).

در حوزه روانشناسی سلامت جهت توصیف منابع تنیدگی، متون مختلف به عوامل متعددی اشاره می‌کنند که در این میان بیماری‌های جسمانی به ویژه بیماری‌های مزمن یکی از منابعی است که به عنوان عامل ایجاد کننده تنیدگی مورد توجه قرار گرفته است. همچنین از جهت دیگر بیماری‌های جسمانی به ویژه بیماری‌های مزمن پی‌آمد تنیدگی فرض می‌شوند یا اینکه حداقل تنیدگی عامل زمینه ساز^۱ و تسریع کننده^۲ در نظر گرفته می‌شود. بیماری ام‌اس نیز از جمله بیماری‌هایی است که با تنیدگی ارتباطی تنگاتنگ دارد (آبراموویتس، ۱۳۹۱).

افراد متفاوت یک عامل تنیدگی‌زای مشابه را به شکل‌های مختلف ادراک و تفسیر می‌کنند، عوامل مختلفی می‌توانند در شکل‌گیری تنیدگی ادراک شده و تفسیری که فرد از میزان تنیدگی دارد نقش داشته باشند (هوسر، اشپرنگر و پادروسکا، ۲۰۱۶). لذا تنیدگی باید در اولویت درمان این بیماران قرار گیرد. تنیدگی عبارتست از تجربه کردن وقایعی که برای آسایش جسمی و روانی فرد مخاطره‌آمیز تلقی می‌شوند (اصغری، قاسمی جوبته، یوسفی، سعادت و رفیعی، ۱۳۹۳). در واقع پدیده تنیدگی به واکنش ملموس یا ذهنی اشاره دارد که به واسطه ادراک تهدید نسبت به تعادل زیستی بدن ایجاد می‌شود. مفهوم تنیدگی ادراک شده به درجه‌ای که افراد رویدادهای زندگیشان غیر قابل کنترل و پرفشار ارزیابی می‌کنند، اشاره دارد. لازاروس معتقد است که تنها محرک‌هایی که توسط فرد، تنیدگی‌زا ارزیابی می‌شوند پاسخ‌های تنیدگی‌زا را فرا می‌خوانند (موسوی، علی پور، آگاه هریس و زارع، ۱۳۹۳). طبق نظر صحرائیان (۱۳۸۸؛ به نقل از قراء زیبایی، ۱۳۹۱) در مورد ام‌اس اقدامات پیشگیرانه‌ای وجود ندارد و اغلب به بیماران ام‌اس توصیه می‌شود تا حد امکان از تنش روانی و تنیدگی پرهیز کنند. همچنین بر اساس نظر شریف (۱۳۸۳؛ به نقل از فرهنگ، ۱۳۹۰) اجتناب از وقایع تنش‌زای زندگی و سازگاری مؤثر با تنش‌ها می‌تواند بازگشت و شدت علائم بیماری ام‌اس را در بیماران دچار ام‌اس کاهش دهد.

2. precipitating factor

1. predisposing factor

DSM-5-APA(2013): مصاحبه بالینی به صورت انفرادی برمبنای DSM-5 برای بررسی معیارهای ورود به نمونه و خروج از نمونه در مورد ۵۰ نفر انجام گردید. پس از برقراری رابطه و ایجاد احساس اعتماد و راحتی در بیمار، مشکلات اساسی بیمار با توجه به تاریخچه و سابقه دوران رشد و شرایط خانوادگی او مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت بر اساس پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا با تشخیص مشکلات بیمار، تعداد ۲۰ نفر از افرادی که واجد شرایط نبودند با غربالگری از تحقیق کنار گذاشته شدند.

پرسشنامه تنیدگی ادراک شده ۱۴ سوالی کوهن و همکاران: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تهیه شده که برای سنجش تنیدگی عمومی درک شده به کار می‌رود. افکار و احساسات درباره حوادث تنیدگی‌زا، مهارگری، غلبه، کنار آمدن با تنیدگی‌های تجربه شده را مورد سنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی کرده و فرآیند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. طبق نظر کوهن این پرسشنامه میزان ارزیابی افراد را از موقعیت‌های تنیدگی‌زای زندگی که به صورت غیرقابل مهار، غیرقابل پیش‌بینی و بیش از ظرفیت احساس می‌شود را اندازه‌گیری می‌کند. نمرات پاسخ‌های داده شده به سئوالات (۲، ۱، ۳، ۱۱، ۸، ۱۲، ۱۴) به صورت هرگز (۰)، کم (۱)، متوسط (۲)، زیاد (۳) و خیلی زیاد (۴) و نمره گذاری ۷ سئوال (۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳) که مفهوم مثبت دارند به صورت معکوس می‌باشد. یعنی هرگز (۴) کم (۳) متوسط (۲) زیاد (۱) و خیلی زیاد (۰). ویژگی‌های روان‌سنجی: کوهن و همکاران همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای سه گروه آزمودنی (دو گروه دانشجوی و یک گروه نامتجانس دیگر) بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶. محاسبه کرده‌اند. آنها برای محاسبه درستی^۲ ملاک این مقیاس، ضریب همبستگی آن را با اندازه‌های نشانه شناختی بین ۰/۵۲ تا ۰/۷۶. محاسبه کرده‌اند (پورسید، ۱۳۹۰).

پروتکل درمانی: پروتکل درمانی (محقق ساخته، ۱۳۹۷) با استفاده از منابع: شناخت درمانی هیپنوتیزی (داود، ۱۳۸۷)، هیپنوتیزم بالینی (فتیحی و فیاض صابری، ۱۳۹۰)، ایجاد خلسه هیپنوتیزی و تلقین (هاموند، ۱۳۸۷)، یافته‌هایی در هیپنوتیزم (دیوِلمان، ۱۳۹۵)، تلقینات و استعارات هیپنوتیزی (هانوند، ۱۳۹۳)، شناخت درمانی،

بود. بدین منظور ۳۰ نفر از این جامعه با روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب و سپس به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه گمارده شدند. مداخله بر روی گروه آزمایش انجام و برای گروه گواه هیچ‌گونه مداخله انجام نگرفت. معیارهای ورود شامل این موارد بودند: (۱) از نظر سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، (۲) سطح تحصیلات آنها حداقل دیپلم، (۳) هیپنوتیزم-پذیری (شُر و اُرنه، ۱۹۶۳) آن‌ها از متوسط به بالا، (۴) دارای توانایی تکلم و (۵) رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج نیز شامل (۱) تحت درمان هر نوع اختلال روانشناختی به موازات پژوهش حاضر، (۲) وابسته بودن به صندلی چرخدار و (۳) در ارزیابی مصاحبه بالینی، داشتن حداقل یکی از اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی، اسکیزوتایپال، وسواسی، روان‌فراگردگونه^۱ یا روان‌گسستگی. میزان تحصیلات هر دو گروه حداقل دیپلم و حداکثر کارشناسی ارشد بود. پرسشنامه تنیدگی ادراک شده کوهن و همکاران (۱۹۸۳) توسط آزمودنی‌های هر دو گروه در مراحل قبل، بعد از مداخله و پیگیری تکمیل و نمرات متغیر وابسته سه مرحله آزمون، استخراج گردید.

پس از اجرای پرسشنامه پژوهش بر روی نمونه آماری به عنوان پیش‌آزمون، مداخلات پژوهش بر روی گروه آزمایش به صورت انفرادی اجرا شد. در مرحله دوم، درست پس از اجرای مداخله، پرسشنامه پژوهش، دوباره بر روی گروه آزمایش به صورت انفرادی اجرا گردید و با توجه به اینکه مدت مداخله برای هر یک از افراد گروه آزمایش ۸ هفته بود، پرسشنامه پژوهش برای گروه گواه ۸ هفته پس از اجرای مرحله اول پرسشنامه، به صورت گروهی اجرا شد. در مرحله سوم که مرحله پیگیری ۲ ماهه بود هر یک از افراد گروه آزمایش پس از گذشت ۲ ماه از اجرای پرسشنامه مرحله دوم خود، پرسشنامه مرحله سوم بر روی آنها نیز به صورت انفرادی اجرا گردید ولی در مورد گروه گواه پس از گذشت ۲ ماه از اجرای مرحله دوم پرسشنامه، مرحله سوم بر روی آنها به صورت گروهی اجرا شد. سرانجام نمرات سه مرحله آزمون برای هر دو گروه استخراج گردید.

ابزار

مصاحبه بالینی با شرکت‌کننده‌ها در پژوهش برمبنای پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا

2. validity

1. paranoid

بازخورد گرفته شد.

جلسه دوم: برنامه‌ریزی درمان و شرح ساختار جلسات درمانی، مبنی بر ادغام هیپنوتیزم و راهبردهای درمانگری شناختی - رفتاری (شفیعی فرد، ۱۳۹۶) شامل (۱) راهبرد مبتنی بر کاهش برانگیختگی‌های هیجانی و جسمانی، (۲) راهبرد مبتنی بر کاهش رفتارهای ایمنی‌بخش، (۳) راهبرد مبتنی بر بازسازی شناختی و (۴) راهبرد مبتنی بر آموزش توانش‌های^۲ زندگی صورت گرفت (منوچهری، ۱۳۹۵) و (شفیعی فرد، ۱۳۹۶). سپس بیمار را وارد جلسه هیپنوتیزمی عمیق نموده (فتحی و فیاض صابری، ۱۳۹۰) و نسبت به شرطی‌سازی برای تنش‌زدایی با سه نفس عمیق و آموزش خود هیپنوتیزم از طریق شرطی‌سازی (هاموند، ۱۳۸۷) اقدام و پس از آن اولین راهبرد درمانی فوق که در این جلسه آموزش داده شد در حال هیپنوز اجرا و پس از تقویت ایگو (ماسون، ۲۰۱۷) با صدای ضبط شده درمانگر که در اختیار بیمار قرار داده شد، به حالت هشپاری بازگشت نمود. تکلیف هفتگی انجام روزی سه مرتبه ۱۰ دقیقه‌ای تمرین را هبرد درمانی اول را در حال خود هیپنوز و پس از گوش دادن به تقویت ایگو با صدای درمانگر خود را طبق روش آموزش داده شده از حالت هیپنوتیزم خارج کند.

جلسه سوم: مرور تکالیف جلسه قبل و بازخورد آن و واریسی درجه خلق بیمار در مقیاس (۱۰-۰) درجه‌ای. در این جلسه از هیپنوتیزم برای ریشه‌یابی (المان، ۱۳۹۵) مشکلات روانشناختی از طریق فن علائم ایدئو موتوری (اوین و المر، ۲۰۰۶) شامل رویدادهای شناختی، فرآیندهای شناختی و ساختارهای شناختی و اصلاح آنها اقدام شد (داود، ۱۳۸۷). سپس تلقینات خاص بهبود بیماری خود ایمن ام‌اس در حال هیپنوتیزم (هاموند، ۱۳۹۱) به بیمار داده شد. گوش دادن به صدای ضبط شده درمانگر روزی ۳ مرتبه برای بهبود بیماری خود ایمن ام‌اس به تکالیف قبلی بیمار اضافه شد. همچنین فایل‌های نوشتاری، صوتی و تصویری مربوط به آموزش توانش‌های زندگی (راهبرد مرحله چهارم) در اختیار بیمار قرار گرفت تا به موازات تکالیف هفتگی نسبت به فراگیری و اجرای آنها اقدام نماید.

جلسه چهارم: مرور تکالیف جلسه قبل و بازخورد آن و واریسی درجه خلق بیمار که با اجرای راهبرد درمانی مرحله ۱ چنانچه موجب افزایش خلق او حداقل به میزان ۴ درجه در مقیاس (۱۰-۰) شده باشد،

مبانی و فراتر از آن (بک، ۱۳۹۳)، دوره آموزش هیپنوتیزم بالینی (مدرسن انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران: فتحی و همکاران، ۱۳۹۱)، دوره آموزش توانش‌های زندگی (منوچهری، ۱۳۹۵)، دوره آموزش درمان شناختی رفتاری (شفیعی فرد، ۱۳۹۶)، پروتکل تقویت ایگو^۱ (ماسون، ۲۰۱۷)، هیپنوتیزم درمانگری شناختی جهت ادغام هیپنوتیزم و سی بی تی (آلادین، ۲۰۱۲)، مقیاس هیپنوتیزم پذیری گروهی هاروارد (شر و ارنه، ۱۹۶۳) و تجارب بالینی محقق تنظیم گردید. پس از اجرای پایلوت در مورد ۵ نفر بیمار دچار ام‌اس طی ۸ جلسه ۱ ساعته انفرادی هفته‌ای یک بار و رفع ابهامات و اشکالات آن، به تأیید اساتید راهنما، مشاور و صاحب نظر رسیده است.

دوره درمان شامل ۸ جلسه انفرادی ۱ ساعته به صورت هفتگی و به مدت ۸ هفته برگزار شد که قبل از شروع درمان جلسه عمومی ۲ ساعته برای گروه آزمایش در مرکز مشاوره پرهام به منظور آشنایی با هیپنوتیزم درمانگری شناختی، فواید، فنون و کاربردهای درمانگری آن، سوء تعبیرها و آگاهی از نقش ناظر پنهان (هیلگارد، ۱۹۷۷) در مراقبت از مراجع در حال هیپنوتیزم برگزار گردید. سرانجام برنامه درمانی و نحوه حضور شرکت‌کنندگان در جلسات درمانی انفرادی ضمن هماهنگی با مرکز مشاوره پرهام و خود افراد تعیین و اعلام گردید.

جلسه اول: ابتدا مدل درمانگری شناختی - رفتاری بارلو که شامل (۱) کشف مدل درون روانی، (۲) بررسی و شناسایی شدت مدل درون روانی، (۳) بررسی شکل‌گیری مدل درون روانی از جمله: (۱) تجربه‌های منفی زیر ۶ سال، (۲) احساس‌های بنیادین، (۳) قواعد زندگی و (۴) افکار خودآیند منفی آموزش داده شد. سپس بر این اساس مصاحبه بالینی انجام و مدل درون روانی بیمار کشف گردید. پس از آن برای پی بردن به شدت این مدل، با آزمون میلون نسبت به تشخیص نیم‌رخ شخصیت و بررسی کارکردهای زیستی، روانی و اجتماعی و تاریخچه شکل‌گیری مدل اقدام گردید (شفیعی فرد، ۱۳۹۶). پس از ارزیابی، تشخیص و مفهوم‌سازی، چگونگی ادغام هیپنوتیزم و درمانگری شناختی رفتاری (آلادین، ۲۰۱۲؛ بک، ۱۳۹۳؛ و شفیعی فرد، ۱۳۹۶) در راستای بهبود بیماری خود ایمن ام‌اس (هاموند، ۱۳۹۱) به منظور کاهش تنیدگی ادراک شده آموزش و در حال هیپنوز اجرا و پس از آن به منظور اطمینان از اجرای درست آن،

2. skills

1. ego strengthening

فرد، ۱۳۹۶). این راهبرد در حال هیپنوتیزم با القاء خودگویی‌های مثبت و تصویرسازی مناسب اجرا گردید. در پایان جلسه، قبل از خروج از هیپنوز مانند جلسه قبل با صداهای ضبط شده درمانگر برای بهبود بیماری خود ایمن ام‌اس و تقویت ایگو القانات لازم انجام گردید.

جلسه هفتم: مرور تکالیف جلسات قبل و بازخورد و واریسی درجه خلق بیمار. در این جلسه برای نام‌گذاری افکار منفی ناسالم ۱۲ نوع خطای شناختی (بک، ۱۳۹۳) به بیمار آموزش داده شد. سپس سه ملاک برای تعیین افکار منفی سالم از ناسالم شامل (۱) احساس منفی، (۲) افکار منفی و (۳) عدم وجود شواهد محکمه پسند آموزش داده شد. به اتفاق خود بیمار، افکار منفی ناسالم او مبتنی بر تمرین پایش افکار در هفته قبل، شناسایی و نوع خطاهای شناختی مرتبط با این افکار تعیین گردید. سپس بیمار را وارد جلسه هیپنوتیزی نموده و با القاء خودگویی‌های مثبت و تصویرسازی نسبت به اصلاح خطاهای شناختی او اقدام شد. تکلیف هفته آینده با اضافه نمودن اجرای راهبرد مرحله سوم روزی سه مرتبه به تکالیف قبلی تا با خودگویی‌های مثبت و تصویرسازی که آموزش داده شد در حال خود هیپنوز نسبت به اصلاح و بازسازی خطاهای شناختی خود اقدام نماید. در پایان جلسه، قبل از خروج از هیپنوز مانند جلسه قبل با صداهای ضبط شده درمانگر برای بهبود بیماری خود ایمن ام‌اس و تقویت ایگو القانات لازم انجام گردید.

جلسه هشتم: مرور کلی بر تکالیف جلسات گذشته و واریسی درجه افزایش خلق و میزان کاهش اضطراب‌ها، القانات و تصویرسازی جامع و فراگیر در مورد تقویت بهبود کلیه مشکلات روانشناختی و جسمی که تاکنون مطرح شده بود و اینکه اگر هنوز برخی از بیماران در بعضی از موارد نیاز به تقویت داشته در حال هیپنوز با القانات مناسب و تصویرسازی نسبت به اصلاح آنها اقدام گردید. با توجه به اینکه علائم بیماری بیمار کاهش یافته و راهبردهای هیپنوتیزم درمانی شناختی را آموخته است به منظور پیشگیری از عود به او توصیه و تأکید شده است که علاوه بر به کارگیری راهبردهای درمانی ۱، ۲ و ۳ در بستر هیپنوتیزم، از توانش‌های زندگی آموخته شده، سه نفس عمیق شرطی شده و گوش دادن به صداهای ضبط شده درمانگر مربوط به بهبود بیماری خود ایمن و تقویت ایگو در بستر خود هیپنوتیزم، در موقعیت‌های مختلف زندگی خود بطور مستمر استفاده نماید تا به درمانگر وابسته نباشد و خود در تمام عمر درمانگر

نسبت به آموزش راهبرد درمانگری مرحله ۲ مبتنی بر حذف رفتارهای ایمنی بخش شامل (۱) شناسایی عوامل راه انداز یا ماشه چکان‌های مراجع، (۲) تقسیم اضطراب‌های او به عینی و ذهنی و تعیین شدت اضطراب‌ها در مقیاس (۰-۱۰۰) و (۳) شناسایی نوع رفتارهای ایمنی بخش اقدام و سپس در بستر هیپنوتیزم، با انتخاب موقعیت‌های اضطراب‌آور مناسب درمان، این راهبرد تمرین و عملاً آموزش داده شد. در پایان جلسه، با شنیدن القانات مربوط به درمان بیماری خود ایمن ام‌اس و تقویت ایگو به حالت هشجاری بازگشت نمود. راهبرد مرحله ۲ نیز به تکالیف هفتگی قبل بیمار اضافه شد تا روزی ۳ مرتبه ۱۰ دقیقه‌ای آن را همراه با تکالیف قبلی انجام دهد.

جلسه پنجم: مرور تکالیف جلسات قبل و بازخورد از اجرای آنها و اطمینان از فراگیری و تمرین توانش‌های زندگی با استفاده از فایل‌های مربوطه تحویل داده شده در جلسه سوم شامل خودآگاهی و مدیریت استرس (منوچهری، ۱۳۹۵)، مهار خشم، افزایش اعتماد به نفس، قاطعیت و ارتباط مؤثر، مذاکره و حل تعارض، شادکامی و مثبت اندیشی (شفیعی فرد، ۱۳۹۶). واریسی درجه کاهش اضطراب‌های تمرین شده تا مواردی که هنوز نیاز به تمرین داشته ادامه یافته و از رفتار ایمنی بخش اجتناب نماید و اضافه نمودن موقعیت‌های اضطراب‌آور جدید به فرآیند درمان. مجدداً ریشه سایر مشکلات روانشناختی ناهشجاری را از طریق فن علائم ایدئوموتوری در حال هیپنوز کنکاش و با تخلیه هیجان‌ها، بینش دادن، تصویرسازی و القانات مناسب، آنها را اصلاح نموده و قبل از خروج از هیپنوز مانند جلسه قبل با صداهای ضبط شده درمانگر برای بهبود بیماری خود ایمن ام‌اس و تقویت ایگو القانات لازم انجام گردید.

جلسه ششم: مرور تکالیف جلسه قبل و بازخورد از بیمار و اطمینان از کاهش اضطراب‌ها و اینکه با اعمال راهبرد مرحله ۱ مبتنی بر کاهش برانگیختگی هیجانی و جسمانی و راهبرد مرحله ۲ مبتنی بر حذف رفتار ایمنی بخش در مجموع خلق بیمار با این دو راهبرد حداقل ۷ درجه در مقیاس (۰-۱۰) ارتقاء پیدا کرده است، راهبرد مرحله ۳ مبتنی بر بازسازی شناختی با استفاده از استعاره کامپیوتر آموزش داده شد. مداخلات شناخت درمانی در روی آورد شناختی - رفتاری شامل (۱) آموزش تمرین پایش افکار منفی در طول هفته، (۲) متمایز نمودن افکار منفی سالم از ناسالم در جلسه بعد، (۳) نام‌گذاری افکار منفی ناسالم از طریق شناسایی نوع خطا یا خطاهای شناختی مربوطه و (۴) آموزش فنون به کشاکش کشیدن افکار منفی (شفیعی

خود باشد.

یافته‌ها

در این پژوهش، داده‌ها در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته) و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. توصیف گروه نمونه: ترکیب افراد دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی شامل میزان تحصیلات در گروه آزمایش ۳ نفر دیپلم، ۲ نفر کاردانی، ۷ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد بود. در گروه گواه ۱ نفر دیپلم، ۱ نفر کاردانی، ۱۱ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد بود. میانگین و انحراف

استاندارد سن شرکت‌کنندگان گروه آزمایش $33/83 \pm 7/02$ و گروه گواه برابر با $34/69 \pm 6/05$ بود. استفاده از آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه به لحاظ سن تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < 0/01$). استفاده از آزمون کای اسکور پیرسون نشان داد که بین دو گروه به لحاظ میزان تحصیلات، جنس و تأهل هم تفاوت معناداری وجود ندارد ($P < 0/01$) که بیانگر همگن بودن افراد دو گروه در این شاخص‌ها بوده است. در این پژوهش برای ارزیابی مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، شاخص شاپیرو - ویلک و برای آزمون همگنی واریانس‌های خطای مؤلفه‌های تنیدگی و نمره کل آن در گروه‌ها از آزمون لون استفاده شد.

جدول ۱. یافته‌های توصیفی مربوط به استرس ادراک شده در گروه‌های آزمایش و گواه

آزمون لون	شاپیرو - ویلک	میانگین \pm انحراف استاندارد	گروه	تنیدگی ادراک شده
$F(1, 23) = 0/582$ $p = 0/453$	$0/923 (p = 0/311)$	$5/12 \pm 14/67$	گروه آزمایش	پیش آزمون
$F(1, 23) = 0/659$ $p = 0/425$	$0/928 (p = 0/319)$	$4/74 \pm 12/38$	گروه گواه	گروه گواه
$F(1, 23) = 0/659$ $p = 0/425$	$0/909 (p = 0/209)$	$4/42 \pm 9/08$	گروه آزمایش	پس آزمون
$F(1, 23) = 1/190$ $p = 0/287$	$0/856 (p = 0/344)$	$4/06 \pm 13/85$	گروه گواه	گروه گواه
$F(1, 23) = 1/190$ $p = 0/287$	$0/939 (p = 0/491)$	$4/97 \pm 9/00$	گروه آزمایش	پیگیری
$F(1, 23) = 2/476$ $p = 0/129$	$0/967 (p = 0/861)$	$4/18 \pm 14/54$	گروه گواه	گروه گواه
$F(1, 23) = 2/476$ $p = 0/129$	$0/971 (p = 0/924)$	$3/55 \pm 14/58$	گروه آزمایش	پیش آزمون
$F(1, 23) = 0/846$ $p = 0/367$	$0/938 (p = 0/437)$	$4/86 \pm 14/00$	گروه گواه	گروه گواه
$F(1, 23) = 0/846$ $p = 0/367$	$0/941 (p = 0/509)$	$3/14 \pm 8/33$	گروه آزمایش	پس آزمون
$F(1, 23) = 0/980$ $p = 0/332$	$0/950 (p = 0/597)$	$4/67 \pm 15/00$	گروه گواه	گروه گواه
$F(1, 23) = 0/980$ $p = 0/332$	$0/955 (p = 0/717)$	$3/52 \pm 8/67$	گروه آزمایش	پیگیری
$F(1, 23) = 0/144$ $p = 0/708$	$0/957 (p = 0/705)$	$4/99 \pm 16/38$	گروه گواه	گروه گواه
$F(1, 23) = 0/144$ $p = 0/708$	$0/927 (p = 0/354)$	$8/07 \pm 29/25$	گروه آزمایش	پیش آزمون
$F(1, 23) = 0/239$ $p = 0/630$	$0/908 (p = 0/172)$	$7/91 \pm 26/38$	گروه گواه	گروه گواه
$F(1, 23) = 0/239$ $p = 0/630$	$0/928 (p = 0/364)$	$7/09 \pm 17/42$	گروه آزمایش	پس آزمون
$F(1, 23) = 0/337$ $p = 0/848$	$0/853 (p = 0/311)$	$8/17 \pm 28/85$	گروه گواه	گروه گواه
$F(1, 23) = 0/337$ $p = 0/848$	$0/853 (p = 0/311)$	$8/17 \pm 28/85$	گروه آزمایش	پیگیری
	$0/968 (p = 0/892)$	$7/64 \pm 17/67$	گروه گواه	گروه گواه
	$0/946 (p = 0/538)$	$8/86 \pm 30/92$	گروه گواه	گروه گواه

قرار ندهد. از سوی دیگر نتیجه آزمون لون نشان داد که تفاوت واریانس خطای مؤلفه‌های مثبت و منفی تنیدگی ادراک شده به مانند نمره‌های کل آن در هر سه مرحله سنجش در سطح $0/05$ غیر معنادار است. بنابراین می‌توان گفت مفروضه همگنی واریانس‌ها در بین داده‌های مربوط به تنیدگی ادراک شده در دو گروه برقرار بود. گفتنی است، استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین میانگین نمرات مربوط به مؤلفه‌های تنیدگی ادراک شده و نمره کل آن در مرحله پیش آزمون در دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که شاخص شاپیرو - ویلک مربوط به مؤلفه تنیدگی ادراک شده مثبت و نمره کل تنیدگی ادراک شده در گروه گواه در مرحله پس آزمون در سطح $0/05$ معنادار است. اگر چه این یافته به معنای عدم توزیع نرمال متغیرهای مزبور در گروه مورد اشاره است، با وجود این با توجه به سطح معناداری و مقاومت روش‌های آماری مقایسه‌ای در برابر انحراف از مفروضه‌ها، می‌توان گفت انحراف از مفروضه نرمال بودن شدید نبوده و می‌توان انتظار داشت که این مقدار از انحراف از مفروضه نتایج تحلیل را تحت تأثیر

برآورد گرینهوس - گیسر اصلاح شد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر تعاملی برای مؤلفه‌های تنیدگی ادراک شده مثبت، تنیدگی ادراک شده منفی و نمره کل تنیدگی ادراک شده در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این مطلب بیانگر آن است که اجرای متغیر مستقل در مقایسه با گروه گواه مؤلفه‌های تنیدگی و نمره‌های کل آن را به صورت معنادار کاهش داده است. در ادامه به منظور ارزیابی پایداری تأثیر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه‌های تنیدگی و نمره کل آن، طرح درون گروهی یک راهه برای دو گروه آزمایش و گواه به صورت مجزا به کار گرفته شد.

($F(2, 22) = 0.679, P > 0.05, \eta^2 = 0.058$) لامبدا، $\eta^2 = 0.058$ ، $P > 0.05$ ، $F(2, 22) = 0.679$).

بنابراین مفروضه استقلال متغیر پیش‌آزمون از متغیر عضویت گروهی نیز در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار بود.

همچنان که اشاره شد برای آزمون فرضیه‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش از آن شرط کرویت یا برابری ماتریس واریانس خطا با استفاده از آزمون موخلی ارزیابی و نتایج نشان داد که تنها ارزش مجذور کای مربوط به تنیدگی ادراک شده مثبت ($\chi^2 = 9.886, p < 0.01$) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین مفروضه کرویت برای آن مؤلفه برقرار نبوده و به همین دلیل درجه آزادی مربوط به تنیدگی ادراک شده مثبت با استفاده از روش

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثرات درون‌گروهی، بین‌گروهی و تعاملی برای هر یک از مؤلفه‌های تنیدگی ادراک شده						
متغیر وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	درجات آزادی	F	سطح معناداری
تنیدگی ادراک شده مثبت	بین گروهی	۱۳۳/۷۶	۱۰۸۳/۵۲	۱ و ۲۳	۲/۸۳۹	۰/۱۱۰
	درون گروهی	۶۱/۷۸	۲۹۶/۰۶	۱/۴۶۸ و ۳۳/۷۷۵	۴/۷۹۹	۰/۱۷۳
تنیدگی ادراک شده منفی	تعاملی	۲۳۱/۷۰	۲۹۶/۰۶	۱/۴۶۸ و ۳۳/۷۷۵	۱۷/۹۹۱	۰/۴۳۹
	بین گروهی	۳۹۶/۱۹	۹۲۰/۶۶	۱ و ۲۳	۹/۸۹۸	۰/۳۰۱
تنیدگی ادراک شده کل	درون گروهی	۸۹/۴۲	۳۰۸/۶۶	۲ و ۴۶	۶/۶۶۳	۰/۲۲۵
	تعاملی	۲۵۴/۹۶	۳۰۸/۶۶	۲ و ۴۶	۱۸/۹۹۹	۰/۴۵۲
تعاملی	بین گروهی	۹۹۰/۳۶	۳۶۰۰/۱۲	۱ و ۲۳	۶/۳۲۷	۰/۲۱۶
	درون گروهی	۲۹۷/۱۸	۸۰۹/۴۱	۲ و ۴۶	۸/۴۴۵	۰/۲۶۹
تعاملی	تعاملی	۹۷۲/۵۹	۸۰۹/۴۱	۲ و ۴۶	۲۷/۶۳۷	۰/۵۴۶

جدول ۳. نتایج تحلیل طرح درون‌گروهی یک‌راهه و آزمون بن فرونی در مقایسه میانگین‌های مؤلفه‌های تنیدگی و نمره کل آن						
متغیر وابسته	گروه	F	η^2	اختلاف میانگین		
				پیش‌آزمون - پس‌آزمون	پیش‌آزمون - پیگیری	پس‌آزمون - پیگیری
تنیدگی ادراک شده مثبت	گروه آزمایش	۱۷/۳۲**	۰/۶۱۲	$\Delta x^- = 5.58^{**}, SE = 1.17$	$\Delta x^- = 5.67^{**}, SE = 1.36$	$\Delta x^- = 0.08, SE = 0.66$
	گروه گواه	۲/۷۹	۰/۱۸۹	$\Delta x^- = 1.46 = 0.69$	$\Delta x^- = 2.15, SE = 1.19$	$\Delta x^- = 0.69, SE = 0.84$
تنیدگی ادراک شده منفی	گروه آزمایش	۲۱/۳۹**	۰/۶۶۰	$\Delta x^- = 6.25^{**}, SE = 1.12$	$\Delta x^- = 5.92^{**}, SE = 1.20$	$\Delta x^- = 0.33, SE = 0.89$
	گروه گواه	۲/۸۷	۰/۱۹۳	$\Delta x^- = 1.00, SE = 1.08$	$\Delta x^- = 2.38, SE = 0.94$	$\Delta x^- = 1.39, SE = 0.97$
تنیدگی ادراک شده کل	گروه آزمایش	۲۵/۴۴**	۰/۶۹۸	$\Delta x^- = 11.83^{**}, SE = 2.04$	$\Delta x^- = 11.58^{**}, SE = 2.23$	$\Delta x^- = 0.25, SE = 1.29$
	گروه گواه	۴/۸۱*	۰/۲۸۶	$\Delta x^- = 2.46, SE = 0.99$	$\Delta x^- = 4.54^{**}, SE = 1.56$	$\Delta x^- = 2.08, SE = 1.74$

معناداری میانگین نمرات تنیدگی ادراک شده مثبت در مراحل پس‌آزمون و پیگیری ($p > 0.05$) می‌توان گفت تأثیر هیپنوتیزم درمانگری شناختی بر تنیدگی ادراک شده مثبت در افراد دچار ام‌اس پایدار بوده است. لازم به یادآوری است که براساس نتایج حاصل از تحلیل طرح درون‌گروهی یک‌راهه، بین سه مرحله اجرا در گروه گواه تفاوت معناداری در نمرات مؤلفه تنیدگی ادراک شده مثبت یافت نشد ($p > 0.05$). در کل براساس مطالب فوق در آزمون فرضیه

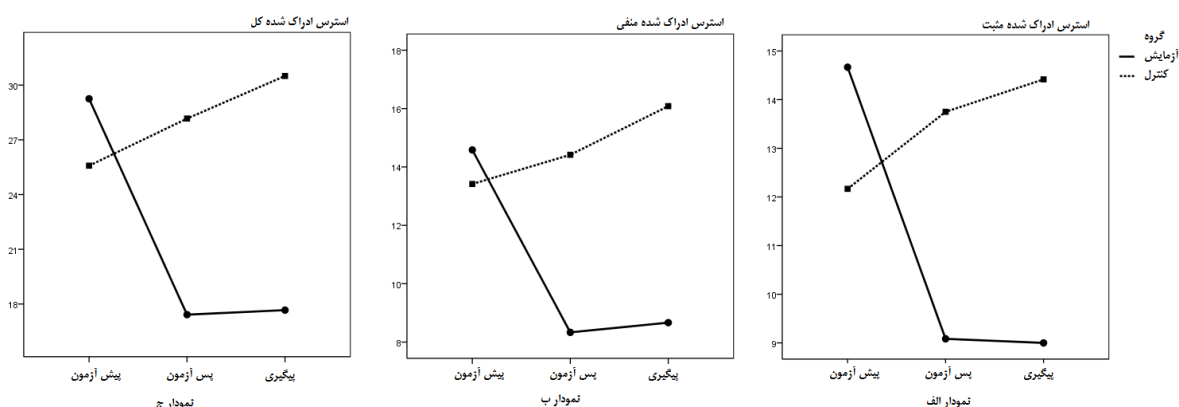
در جدول ۳ نتایج طرح درون‌گروهی یک‌راهه نشان می‌دهد که در گروه آزمایش اجرای متغیر مستقل به صورت معنادار ($p < 0.01$) تنیدگی ادراک شده مثبت را تحت تأثیر قرار داده است. همچنین استفاده از آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که میانگین نمرات تنیدگی ادراک شده مثبت در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش معنادار ($p < 0.01$) یافته است. با توجه به معناداری تفاوت میانگین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ($p < 0.01$) و عدم

می‌دهد که در گروه آزمایش اجرای متغیر مستقل به صورت معنادار تنیدگی ادراک شده کل را تحت تأثیر قرار داده است ($P < 0/01$) و استفاده از آزمون تعقیبی بن‌فرونی نیز نشان داد که میانگین نمرات تنیدگی ادراک شده کل در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون ($P < 0/01$) و مرحله پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون ($P < 0/01$) کاهش یافته است. در مقابل بین میانگین نمرات تنیدگی ادراک شده کل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). این مطلب بیانگر آن است که اثر هیپنوتیزم درمانگری شناختی بر تنیدگی ادراک شده کل در افراد دچار ام‌اس پایدار بوده است. همچنین نتایج تحلیل طرح درون‌گروهی یک‌راهه نشان داد که در گروه گواه میانگین نمرات تنیدگی ادراک شده کل در مراحل اجرا به صورت معناداری متفاوت است ($P < 0/05$) و استفاده از آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که این تفاوت ناشی از اختلاف میانگین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری بوده است ($P < 0/05$). این مطلب (همسو با نمودار ج) در شکل ۱ گویای آن است که در گروه گواه برخلاف گروه آزمایش تنیدگی کل در حال افزایش بوده است. در مجموع براساس مطالب فوق در آزمون فرضیه سوم چنین نتیجه‌گیری شد که هیپنوتیزم درمانگری شناختی تنیدگی ادراک شده کل را در افراد دچار ام‌اس کاهش داده و اثر آن در طول زمان پایدار است.

اول چنین نتیجه‌گیری شد که هیپنوتیزم درمانگری شناختی تنیدگی ادراک شده مثبت را در افراد دچار ام‌اس کاهش داده و اثر آن در طول زمان پایدار است. نمودار الف) در شکل ۱ میانگین‌های مؤلفه تنیدگی ادراک شده مثبت در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

منطبق بر یافته‌های جدول ۳ نتایج تحلیل طرح درون‌گروهی یک‌راهه نشان داد که در گروه آزمایش اجرای متغیر مستقل به صورت معنادار تنیدگی ادراک شده منفی را تحت تأثیر قرار داده است ($p < 0/01$) و استفاده از آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که میانگین نمرات تنیدگی ادراک شده منفی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون ($p < 0/01$) و مرحله پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون ($P < 0/01$) کاهش یافته است. در مقابل بین میانگین نمرات تنیدگی ادراک شده منفی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P > 0/05$). این مطلب در آزمون فرضیه دوم بیانگر آن است که هیپنوتیزم درمانگری شناختی تنیدگی ادراک شده منفی در افراد دچار ام‌اس را به صورت پایدار کاهش می‌دهد. نمودار ب) در شکل ۱ میانگین‌های مؤلفه تنیدگی ادراک شده منفی در دو گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

نتایج تحلیل طرح درون‌گروهی یک‌راهه در جدول ۳ نشان



شکل ۱. نمودارهای مربوط به اثربخشی هیپنوتیزم درمانی شناختی بر مؤلفه‌ها و نمره کل استرس ادراک شده

ادراک شده در بیماران دچار ام‌اس می‌باشد. مطالعات پیشین نیز همسو با یافته‌های فوق به بررسی اثربخشی هیپنوتیزم درمانگری شناختی بر کاهش تنیدگی ادراک شده مبنی بر اثربخشی هیپنوتیزم بر تنیدگی ادراک شده و فشار خون بیماران دچار فشار خون اولیه (حیدریان، سجادیان و فتحی، ۱۳۹۶) و اثربخشی اجرای خود

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که اجرای هیپنوتیزم درمانگری شناختی، منجر به کاهش میانگین نمرات مؤلفه‌های تنیدگی ادراک شده مثبت و منفی و تنیدگی ادراک شده کل در سطح اطمینان ۹۹ درصد شده است که روش مؤثری برای کاهش پایدار تنیدگی

میان رویدادهای شناختی، فرآیندهای شناختی و ساخت‌های شناختی تمایز قائلند. رویدادهای شناختی (افکار هشیار)، به راحتی قابل دسترس، خودگو و تصویری هستند. رویدادهای شناختی نسبتاً به آسانی قابل شناسایی بوده و برای کمک در دسترس قرار می‌گیرند و به عنوان شناخت‌های ظاهری در نظر گرفته می‌شوند. فرآیندهای شناختی (خطاهای شناختی)، به عنوان شیوه‌های فکر کردن تعریف می‌شوند که به واقع همان خطاها یا تحریف‌های شناختی می‌باشند. بک (۱۳۹۳) چکیده مفیدی از تحریف‌های شناختی عمده را تهیه کرده که به صورت پیوستار عبارتند از: تفکر همه یا هیچ، فاجعه‌آمیز دانستن، کوچک انگاشتن مثبت‌ها، استدلال هیجانی، برجسب زدن، بزرگنمایی - کوچک انگاری، فیلترگذاری ذهنی، ذهن خوانی، بیش تعمیم‌دهی، به خود بستن (شخصی سازی) و به کار بستن جملات امری و دید تونلی. طبق نظر بک و امری (۱۹۸۵؛ به نقل از داود، ۱۳۸۷) ساختارهای شناختی (روان‌بند)، می‌توانند به عنوان شبکه‌ای از قوانین و قراردادهای که تجربیات قبلی را سامان می‌دهند، در نظر گرفته می‌شوند. آنها پیش زمینه‌ای برای فکر کردن، تعبیر و تفسیر کردن و پاسخ دادن به شیوه‌هایی مشخص بوده و خارج از آگاهی هشیار هستند. در حالی که ساختارهای شناختی می‌توانند بسیار سازگار باشند، به طوری که اشخاص را قادر به پردازش اطلاع سریع نمایند. بر اساس نظر داود (۱۳۸۷) پردازش سریع مشابه می‌تواند منجر به ساختارهای ناسازگارانه مستحکم شوند. از آنجایی که آنها در سنین اولیه پایه‌گذاری می‌شوند و بخشی از ساختار دانش ضمنی هستند، دسترسی به آنها و پذیرششان در صورتی که دیگران به آنها دسترسی پیدا کرده باشند، برای شخص مشکل است. روان‌بندها نوعاً به عنوان "شیوه‌ای که چیزها درست هستند" و به عنوان تلاش جهت کمک به افراد برای دیدن اینکه چیزها به گونه‌ای متفاوت معمولاً با مقاومت قابل توجه مواجه می‌شوند، توسط اشخاص تجربه می‌شوند.

در مورد بکارگیری هیپنوتیزم درمانگری شناختی برای بهبود بیماری‌های خود ایمن که نیز موجب کاهش تنیدگی ادراک شده می‌شود بر این اساس استوار است که سیستم ایمنی گمراه یا سردرگم می‌شود و هیپنوتیزم درمانگری شناختی می‌تواند به برانگیختن عمل کرد مناسب سیستم ایمنی، که فقط مهاجمان یا سلول‌های جهشی را مورد حمله قرار می‌دهد، کمک کند. درک کلی از چگونگی عمل کرد بیماری‌های اتوایمیون برای بیمار مفید خواهد بود و گاهی تجسم این که روند بیماری چگونه است و سیستم ایمنی به چه شکل است در تسهیل تغییرات درونی که برای التیام و بهبودی لازم است کمک

هیپنوتیزم آموزش داده شده برای مدت ۱۲ هفته بر کاهش تنیدگی ادراک شده ۱۱ شرکت‌کننده (شوهن و نواک، ۲۰۱۳) پرداخته‌اند. ولی با پژوهش مروری مبنی بر کاهش تنیدگی ادراک شده (فیش، برینک هاوس و تیوت، ۲۰۱۷) به علت سوگیری بالای آن، همسو نبوده است.

در تبیین اثربخشی هیپنوتیزم درمانی شناختی بر مؤلفه‌های تنیدگی ادراک شده و تنیدگی ادراک شده کل، این پژوهش نشان داد با وجودی که هر دو گروه آزمایش و گواه برای بیماری خود از دارو استفاده می‌کردند در گروه آزمایش تنیدگی ادراک شده کاهش معنادار و پایداری داشته است و در گروه گواه چنین نتیجه‌ای رخ نداده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این شیوه درمانی که نوعی درمان مکمل است در کنار دارو درمانی می‌تواند به این بیماران به طور مؤثری کمک نماید که نه تنها موجب کاهش تنیدگی آنها گردد بلکه منجر به کاهش ناتوانی‌های جسمی آنها هم می‌شود. نکته قابل توجه دیگر این است که با آموزش خود هیپنوتیزم شرطی شده به این بیماران و در اختیار گذاشتن فایل‌های صوتی بهبود بیماری خود ایمن و تقویت ایگو با صدای درمانگر، می‌تواند برای تمام عمر بدون هیچگونه صرف وقت و هزینه از آنها استفاده نمایند تا موجب بهبودی و مهار بیماری و ارتقاء کیفیت زندگی آنها گردد و خود، درمانگر خود باشند. نکته دیگر اینکه با دریافت فایل‌های صوتی تصویری و نوشتاری توانش‌های زندگی شامل خودآگاهی، مدیریت استرس، مهار خشم، مدیریت تنیدگی، شادکامی و مثبت‌اندیشی، مذاکره و حل تعارض (مخصوصاً برای افرادی که با همسر خود اختلاف دارند)، افزایش اعتماد به نفس، قاطعیت و ارتباط مؤثر، نقش مؤثری در افزایش آگاهی و کسب توانش‌های زندگی به منظور پیشگیری از عود ایفا می‌نمایند. همچنین در تبیین نتایج پژوهش حاضر با نظریه هیپنوتیزم درمانگری شناختی می‌توان گفت برای درمان اختلالات شناختی از جمله تنیدگی ادراک شده با هیپنوتیزم بر اساس نظریه داود (۱۳۸۷) شناخت درمانی هیپنوتیزم برای کمک به رفع انواع مشکلات روانشناختی که درمانگرها نوعاً با آن مواجه هستند، یک فن شناختی است که تحت شرایط درست می‌تواند رویدادهای شناختی، فرآیندهای شناختی و ساختارهای شناختی را اصلاح کند. با وجود این ما در ابتدا باید انواع مختلف پدیده‌های شناختی را که مورد خطاب هیپنوتیزم هستند، توصیف کنیم. مایکنام و گیل‌مر (به نقل از داود، ۱۳۸۷) سه جنبه کارکرد شناختی انسان را توصیف کردند که پایه‌های مفهومی برای مداخلات هیپنوتیزمی را شکل می‌دهند که

فرد، در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای زندگی می‌تواند نقش بسیار مؤثری برای فرد، خانواده و هم برای جامعه در بر داشته باشد.

محدودیت‌های پژوهش عبارت بودند از ۱) ۸۰٪ افراد نمونه از بیماران دچار ام‌اس زن بودند، با توجه به اینکه تعداد زن‌ها بیش از دو برابر مردان بودند، در تعمیم‌پذیری یافته‌ها، باید جانب احتیاط را رعایت کرد، ۲) در این پژوهش امکان انتخاب بیماران به شیوه تصادفی به خاطر مشکلات اجرایی، ناآشنا بودن آنها با این روش درمانگری و زمان محدود میسر نبود و از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، ۳) جامعه آماری بیماران دچار ام‌اس محدود به شهر تهران و از مراجعه‌کنندگان به یک کلینیک خصوصی مغز و اعصاب واقع در تهران بود و ۴) در این روش درمانگری صرفاً از هیپنوتیزم درمانگری شناختی استفاده شد و امکان مقایسه یافته‌های آن با دیگر روش‌های مداخله نبوده است.

پیشنهادات مربوط به محدودیت‌ها عبارتند از ۱) این روش در مورد گروه مردان و زنان به صورت مجزا انجام شود و اثر مداخله روی دو گروه با هم مقایسه گردد، ۲) شناساندن این شیوه درمانگری از راه‌های ممکن به بیماران دچار ام‌اس، تا امکان مشارکت بیشتر آنها در تحقیقات آینده و انتخاب بیماران به صورت تصادفی فراهم گردد، ۳) این پژوهش در مورد جوامع دیگر نیز انجام گیرد و ۴) روش‌های مداخله دیگر نظیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمانگری شناختی - رفتاری، ذهن‌آگاهی، روان‌بند درمانگری و جز آن در مورد این بیماران اجرا و نتایج آن با یافته‌های این پژوهش مقایسه شود.

منابع

آبرامویتس، ملیسا (۱۳۹۱). *راهنمای پزشکی خانواده: ام‌اس*. ترجمه فرهاد همت خواه. تهران: انتشارات عصر کتاب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۵).

اصغری، فرهاد؛ قاسمی جوبته، رضا؛ یوسفی، نجف؛ سعادت، سجاد و رفیعی‌گزنی، فاطمه (۱۳۹۳). نقش تنیدگی ادراک شده و سبک‌های کنارآمدن در اختلالات خوردن دانش‌آموزان دبیرستانی شهر رشت. *مجله سلامت جامعه*، ۲۸، ۳۸-۲۸.

المان، دیو (۱۳۹۵). *یافته‌هایی در هیپنوتیزم*. ترجمه امیر هوشنگ باقری، چاپ اول. تهران: طرحواره. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۶۴).

بک، جودیت اس (۱۳۹۳). *شناخت درمانی، مبانی و فراتر از آن*. ترجمه لادن فتی و فرهاد فرید حسینی، چاپ چهارم. تهران: نشر دانه.

(تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۵).

داود، توماس (۱۳۸۷). *شناخت درمانی هیپنوتیزم*. ترجمه مهدی فتحی؛

می‌کند (هاموند، ۱۳۹۱). این شیوه درمانی در هیچ کدام از پیشینه‌های داخلی و خارجی مشاهده نگردید و به عنوان روشی بدیع می‌تواند نقش مؤثری در یاری رساندن به این بیماران ایفا نماید. با وجودی که درمان دارویی در هر دو گروه آزمایش و گواه به قوت خود باقی بوده است نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که کاهش تنیدگی ادراک شده در بیماران دچار ام‌اس موجب کاهش ناتوانی‌های جسمی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران گروه آزمایش گردید و بالعکس بهبود نشانه‌های جسمی هم موجب کاهش تنیدگی ادراک شده این بیماران شد. با روش‌های روانشناختی دیگری هم می‌توان نسبت به کاهش تنیدگی ادراک شده این بیماران اقدام نمود ولی در این روش اثربخشی آن طبق تحقیق کیرش و همکاران (۱۹۹۵)؛ به نقل از داود، (۱۳۸۷) در یک فراتحلیل بر روی ۱۸ مطالعه‌ای که درمان‌شناختی - رفتاری را با هیپنوتیزم و بدون هیپنوتیزم مورد مقایسه قرار دادند، بهبودی بیش از ۷۰٪ را توسط مراجعانی که سی‌بی‌تی را همراه با هیپنوتیزم دریافت کردند، نسبت به مراجعانی که سی‌بی‌تی را بدون هیپنوتیزم دریافت نمودند، پیدا کردند. از طریق فن‌علائم ایدئوموتوری (اوبن و المر، ۲۰۰۶) مشخص شد که غالباً تنیدگی‌های زیر ۳ سال که مربوط به زمان یادزدگی کودکی یا در دوران رحمی از مادر به جنین وارد شده و ناهشیارند عوامل مهم تنیدگی‌های کنونی بوده‌اند که از طریق فن پس روی سنی، برای بیمارانی که به مرحله عمیق هیپنوز وارد شدند به این دوران‌ها برده و با یافتن ریشه‌های تنیدگی و تخلیه هیجانی در آن مقطع زمانی و با بینش دادن و القانات و تصویر سازی‌های مناسب، نسبت به اصلاح عوارض این تنیدگی‌ها اقدام گردید. بنابراین بر اساس یافته‌های پژوهش پیش رو چگونگی فرآیند درمانی که شرح داده شد می‌توان تلویحات بالینی را بر اساس این نتایج مد نظر قرار داد. از آنجا که سبک زندگی مدرن امروزی سراسر سازش یافتگی با موقعیت‌های جدید را می‌طلبد و منابع تنیدگی بی-شماری را پیش روی افراد قرار می‌دهد، اینکه افراد یک جامعه بتوانند با یاری حوزه روانشناسی و روان درمانگری ظرفیتی را در خود پرورش دهند که در حیطه‌های هیجان، شناخت و رفتار، توانایی مواجهه بهینه و سازنده با این فشارها و تنش‌ها را داشته باشند، بسیاری از عوارض تنیدگی‌های مزمن و روزمره قابل پیشگیری می‌شوند، عوارضی که هم فرد و هم جامعه را ناکارآمد می‌کند. بیماری‌های روان‌تنی، بیماری‌های خود ایمن، تنیدگی، اضطراب و افسردگی از شایع‌ترین آنها هستند. از این‌رو هیپنوتیزم درمانگری شناختی همراه با آموزش خود هیپنوتیزم شرطی شده برای خود مهارگری در تمام عمر

ترجمه پژوهشکده هوشمند علائم، چاپ چهارم. تهران: انتشارات مؤسسه فرهنگی هنری پردازش هوشمند علائم. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۵).

هاموند، کوریدون (۱۳۸۷). *ایجاد خلسه هیپنوتیزمی و تلقین*. ترجمه سید رضا جمالیان، چاپ اول. تهران: نسل نواندیش. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۴۵).

Alladin, A. (2012). Cognitive hypnotherapy: A new vision and strategy for research and practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 54(4), 249-262.

Ascherio, A., & Munger, K. L. (2007). Environmental risk factors for multiple sclerosis. Part II: Noninfectious factors. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 61(6), 504-513.

Azimian, M., Shahvarughi-Farahani, A., Rahgozar, M., Etemadifar, M., & Nasr, Z. (2014). Fatigue, depression, and physical impairment in multiple sclerosis. *Iranian journal of neurology*, 13(2), 105.

Bragazzi, N. L. (2013). The gap in the current research on the link between health locus of control and multiple sclerosis: lessons and insights from a systematic review. *Multiple sclerosis international*. 2013, ID 972471, doi: 10.1155/2013/972471

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*. 385-396.

Compston, A., & Coles, A. (2008). Multiple sclerosis [seminar]. *Lancet*, 9648, 1502-1517.

Döring, A., Pfueller, C. F., Paul, F., & Dörr, J. (2012). Exercise in multiple sclerosis--an integral component of disease management. *Epma journal*, 3(1), 2.

Ewin, D. M., & Elmer, B. N. (2006). *Ideomotor signals for rapid hypnoanalysis: A How-to-manual*. Charles C Thomas Publisher.

Fisch, S., Brinkhaus, B., & Teut, M. (2017). Hypnosis in patients with perceived stress—a systematic review. *BMC complementary and alternative medicine*, 17(1), 323.

Hadgkiss, E. J., Jelinek, G. A., Weiland, T. J., Rumbold, G., Mackinlay, C. A., Gutbrod, S., & Gawler, I. (2013). Health-related quality of life outcomes at 1 and 5 years after a residential retreat promoting lifestyle modification for people with multiple sclerosis. *Neurological Sciences*, 34(2), 187-195.

Hauser, R. M., Springer, K. W., & Pudrovska, T. (2005). *Temporal structures of psychological well-being: continuity or change*. University of Wisconsin-Madison, Center for Demography of Health and Aging.

Hewagama, A., Richardson, B. (2009). The genetics and epigenetics of autoimmune diseases. *Journal of Autoimmunity*, 33(1) and 3-11.

Hilgard, E. R. (1977) *Divided consciousness Multiple controls human thought and action* (1st ed). New York, Wiley.

میتراجوادی؛ علی زارعی کلات و فاطمه پورفریدونی، چاپ اول. مشهد: نشر بامشاد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).

حیدریان، فاطمه؛ سجادیان، ایلناز و فتحی، مهدی (۱۳۹۶). اثربخشی هیپنوتیزم درمانگری بر تنیدگی ادراک شده و فشارخون بیماران دچار فشارخون. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۱۵۴، ۶۶۹-۶۸۰.

خدایاری فرد، محمد و پرند، اکرم (۱۳۸۶). *تنیدگی و روش های مقابله با آن*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینا الکووت و روئیز، پدرو (۱۳۹۳). *خلاصه روانپزشکی*. ترجمه فرزین رضاعی، ویرایش یازدهم. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۵).

شفیعی فرد، یعقوب (۱۳۹۶). *دوره ۱۰۰ ساعته آموزش درمانگری شناختی - رفتاری مدل بارلو*. تهران: دانشگاه تهران، موسسه علوم تربیتی و روانشناسی.

فتحی، مهدی؛ شریفی، علی؛ باقری، امیر هوشنگ؛ شهیدی، عنایت اله؛ آگاه، مهوش؛ عبقری، کامبیز و علی اشرفی، مرتضی (۱۳۹۱). *دوره ۱۰ ساعته آموزش هیپنوتیزم بالینی*. تهران: انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران، خیابان بهایی شمالی، خیابان شهانقی.

فتحی، مهدی و فیاض صابری، محمدحسن (۱۳۹۰). *هیپنوتیزم بالینی، مجموعه دروس انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران*، چاپ اول. مشهد: نشر هورمهر.

فتی، لادن و موتابی، فرشته (۱۳۸۵). *مهارت مدیریت استرس*. تهران: نشر دانژه.

فرهنگ، سارا (۱۳۹۰). *مقایسه اثربخشی درمان شناختی و درمان حمایتی - بیانگر بر سازگاری روانشناختی بیماران دچار مولتیپل اسکلروزیس*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه محقق اردبیلی.

قراء زیبایی، فاطمه (۱۳۹۰). *بررسی اثربخشی معنادرمانی به شیوه گروهی بر کاهش تنیدگی ادراک شده و افزایش امید به زندگی در بیماران ام.اس*. پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه پیام نور، مرکز تهران جنوب.

موسوی، الهام؛ علی پور، احمد؛ آگاه هریس، مژگان و زارع، حسین (۱۳۹۳). *تأثیر برنامه جدید لرن در کاهش تنیدگی ادراک شده و نگرانی دانشجویان*. فصلنامه علمی پژوهشی *روانشناسی سلامت*، ۳، ۴۷-۶۳.

منوچهری، مهدی (۱۳۹۵). *دوره ۱۰۰ ساعته آموزش توانش های زندگی*. تهران: دانشگاه تهران: مؤسسه علوم تربیتی و روانشناسی.

هاموند، کوریدون (۱۳۹۱). *راهنمای القائات و استعارات هیپنوتیزمی*.

- Kivity, S., Agmon-Levin, N., Blank, M., & Shoenfeld, Y. (2009). Infections and autoimmunity—friends or foes?. *Trends in immunology*, 30(8), 409-414.
- Mason, D. www.besthypnosisscripts.com © 2017. "Ego Strengthening Script"
- Marrie, R. A. (2004). Environmental risk factors in multiple sclerosis aetiology. *The Lancet Neurology*, 3(12), 709-718.
- McCue, M., Seelman, K., & Rosi Cooper, M. P. T. (2008). *An Exploration into Female Sexuality and Multiple Sclerosis: Implications for Rehabilitation Professionals*. Susan Bosetti University of Pittsburgh.
- Motl, R. W., McAuley, E., Snook, E. M., & Gliottoni, R. C. (2009). Physical activity and quality of life in multiple sclerosis: intermediary roles of disability, fatigue, mood, pain, self-efficacy and social support. *Psychology, health & medicine*, 14(1), 111-124.
- Schoen, M., & Nowack, K. (2013). Reconditioning the stress response with hypnosis CD reduces the inflammatory cytokine IL-6 and influences resilience: a pilot study. *Complementary therapies in clinical practice*, 19(2), 83-88.
- Shoenfeld, Y., Selmi, C., Zimlichman, E., & Gershwin, M. E. (2008). The autoimmunologist: geoepidemiology, a new center of gravity, and prime time for autoimmunity. *Journal of autoimmunity*, 31(4), 325-330.
- Shor, R. E., & Orne, E. C. (1963). Norms on the Harvard group scale of hypnotic susceptibility, form A. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11(1), 39-47.