

اثر بخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر عزت نفس و هیجان خواهی زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۸/۱۶ - تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۰۱

خلاصه

مقدمه: افسردگی فرایندهای روان شناختی و هیجانی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر عزت نفس و هیجان خواهی زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه صورت پذیرفت.

روش کار: جامعه آماری پژوهش حاضر تمام زنان مبتلا به اختلال افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه یک شهر تهران در بازه زمانی فروردین تا خردادماه ۱۳۹۸ بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه در پژوهش حاضر شامل ۳۰ زن مبتلا به اختلال افسردگی بود که به شیوه نمونه گیری دردسترس انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش مداخلات درمانی ۸ جلسه ای مربوط به هیپنوتراپی شناختی و رفتاری را در طی دو ماه به صورت هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای دریافت نمودند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۹۶)؛ پرسشنامه هیجان طلبی (زاگرم، آیزنک و آیزنک، ۱۹۷۸) و پرسشنامه عزت نفس (کوپراسمیت، ۱۹۶۷) بود. پس از جمع آوری پرسشنامه ها و استخراج داده های خام، تجزیه و تحلیل داده های حاصل از این پژوهش توسط نرم افزار (SPSS) ویرایش ۲۳ با استفاده از روش های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس صورت گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر عزت نفس و هیجان خواهی زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره تاثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود عزت نفس و کاهش هیجان خواهی زنان مبتلا به افسردگی شود.

نتیجه گیری: یافته های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که درمان فراتشخیصی یکپارچه با بهره گیری از فونونی همانند القای تکنیک های آرامش بخش، ارائه تفکرات مثبت، گسترش آگاهی و تلقینات مثبت درمانی می تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود عزت نفس و کاهش هیجان خواهی زنان مبتلا به افسردگی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: افسردگی، عزت نفس، هیپنوتراپی شناختی و رفتاری و هیجان خواهی.

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

صفا ضیایی سانپچ^۱
 آتوسا صادق پور^{۲*}

^۱دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.
^۲دکتری تخصصی روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران.

Email: atousa.sadeghpour@yahoo.com

مقدمه

یکی از وقایع دردناک زندگی بشر بروز ناخوشی‌های مزمن جسمی و روان‌شناختی است. اگر چه با پیشرفت درمان‌های پزشکی، بیماران مبتلا به ناخوشی‌های مزمن جسمی و روان‌شناختی، نسبت به قبل از شرایط برخورداری پزشکی بیشتری بهره‌مند می‌شوند، اما همزمان بیش از پیش با مسائل مربوط به سازگاری و سلامت روان رو به رو می‌شوند (۱). افسردگی یکی^۱ از عمده‌ترین مسائل پزشکی و اجتماعی روز است. افسردگی در صورت ادامه یافتن، توانمندی‌های فرد را ضایع و وضع اجتماعی- اقتصادی او را مختل می‌سازد. بر این اساس اختلال افسردگی معمولاً با احساس یاس و ناامیدی، ناراحتی، فقدان هر گونه انگیزه و امید، کاهش سطح اعتماد به نفس و بدبینی همراه است (۲، ۳). سازمان بهداشت جهانی^۲ پیش‌بینی نموده است که در سال‌های آینده، افسردگی دومین مشکل عمده بهداشتی در جهان محسوب خواهد شد. نرخ شیوع دوازده ماهه^۳ این اختلال حدود ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد برآورده شده است (۴)، بدین معنی که این نرخ شیوع در طی یک سال برآورد شده است. اکثر کسانی که افسردگی دارند به طور دایم غمگین هستند. از فعالیت‌هایی که قبلاً از انجام آن‌ها لذت می‌بردند دیگر لذت نمی‌برند یا ترکیبی از این دو حالت را تجربه می‌کنند (۵). از ویژگی‌های افسردگی می‌توان خلق ناشاد و فقدان علاقه و لذت، کم‌اشتهایی و تغییر وزن، اشکال در خوابیدن، کاهش انرژی، آشفتگی روانی- حرکتی، افزایش کندی پاسخ، خستگی، سرزنش خودکشی و یا آرزوی مرگ را نام برد (۶).

یکی از مولفه‌هایی که با اختلال افسردگی دارای رابطه بوده و همچنین در افراد مبتلا به اختلال افسردگی به چشم می‌خورد، هیجان‌خواهی^۳ است (۷، ۸). هیجان‌خواهی یکی از مهمترین عواملی است که بر تمایل افراد به رفتارهای پرخطر بر اثر

آسیب‌های روانی اثر می‌گذارد. هیجان‌خواهی به صورت نیاز به تجارب و هیجان‌های متنوع، جدید و پیچیده و همچنین تمایل به پذیرش خطرات جسمی و اجتماعی برای دستیابی به این‌گونه تجارب تعریف شده است (۹). هیجان‌خواهی چهار مؤلفه اصلی دارد و عبارت است از خطرجویی با ماجراجویی^۴ که بیانگر آن است بعضی افراد به کسب هیجان از طریق فعالیت‌های خطرناک، اما مقبول اجتماعی مایل هستند، مؤلفه دوم، تجربه‌جویی^۵ است و تمایل برخی افراد به کسب هیجان از طریق شرکت در فعالیت‌هایی است که به طور معمول در زندگی رخ نمی‌دهد (۱۰). آن‌ها ممکن است در پی یافتن دوستان غیرمعمول بوده و مواد مخدر استفاده کنند. مؤلفه سوم، فقدان بازداری^۶ است و نشان می‌دهد آنهایی که سبک زندگی مرسوم را انتخاب و از آن پیروی می‌کنند، گاه‌گاهی با شرکت در برنامه‌های غیرمتعارف از این روش زندگی فرار می‌کنند. مؤلفه آخر هیجان‌خواهی حساسیت نسبت به یکنواختی^۷، نام‌گذاری شده است و بیانگر آن است که بعضی افراد تحمل بسیار کمی نسبت به یکنواختی دارند، آن‌ها به جستجوی برانگیختگی به منظور فرار از روزمرگی تمایل دارند و مایل هستند تا در فعالیت‌های هیجان‌طلبانه شرکت کنند (۱۱). افراد مبتلا به اختلال افسردگی دارای عزت‌نفس^۸ آسیب دیده و پایین نیز هستند (۱۵-۱۲). منظور از عزت‌نفس احساس و تصویری است که فرد به مرور زمان نسبت به خویشتن در ذهن می‌پروراند. به عبارت ساده‌تر، عزت‌نفس یعنی ارزیابی فرد از خودش. حال همه افراد صرف‌نظر از سن، جنسیت، زمینه فرهنگی، جهت و نوع کاری که در زندگی دارند، نیازمند عزت‌نفس هستند (۱۶). عزت‌نفس بر همه سطوح زندگی اثر می‌گذارد، بررسی‌های گوناگون روان‌شناسی حاکی از آن است که چنانچه نیاز به عزت‌نفس ارضاء نشود، نیازهای

4. Risk taking

5. Experience seeking

6. Disinhibition

7. Border seeking

8. Self-esteem

1. Depression

2. Word health organization

3. Sensation seeking

می‌آورد تا بتوانند شیوه‌های لازم برای شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای خودتخریبی را آموخته و به هنگام رویارویی با مسائل مختلف در آینده، از آن‌ها استفاده نمایند (۲۹). هیپنوتراپی شناختی و رفتاری، ترکیب هیپنوتراپی با تکنیک‌ها و مفاهیم درمان شناختی و رفتاری است. هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روان‌شناختی معلول، یک شکل منفی خود هیپنوتیزم است، به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه پذیرفته می‌شوند (۳۰).

با نگاهی به وجود آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در زنان دارای اختلال افسردگی، و از سویی با نظر به کارآیی درمان هیپنوتراپی شناختی و رفتاری در فروکاستن آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در افراد مختلف و نیز عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی شهر تهران، محقق تصمیم گرفت تا تاثیر این درمان را بر عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه یک شهر تهران مورد بررسی و آزمون قرار دهند. بنابراین مساله اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی شهر تهران تاثیر دارد؟

روش کار

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. متغیر مستقل هیپنوتراپی شناختی و رفتاری و متغیرهای وابسته عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه یک شهر تهران بود. جامعه آماری پژوهش حاضر تمام زنان مبتلا به اختلال افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره منطقه یک شهر تهران در بازه زمانی فروردین تا خردادماه ۱۳۹۸ بود. این پژوهش جهت نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین کلینیک و مراکز

گسترده‌تر نظیر نیاز به آفریدن، پیشرفت و یا درک استعداد بالقوه محدود می‌ماند. افرادی که احساس خوبی نسبت به خود دارند، معمولاً احساس خوبی نیز به زندگی دارند. آنها می‌توانند با اطمینان با مشکلات و مسئولیت‌های زندگی مواجه شوند و از عهده آنها برآیند (۱۷-۲۶، ۶).

روش‌های درمانی و آموزشی گوناگونی برای زنان مبتلا به اختلال افسردگی به کار گرفته شده است. یکی از این روش‌ها هیپنوتراپی شناختی رفتاری^۱ است که کارآیی بالینی آن در پژوهش‌های مختلف همچون پژوهش‌های لطیفی‌فر، رسولی، کرمی، ولایی و حسنی (۱۳۹۶)؛ آبرین، زمستانی، ربیعی و باقری (۱۳۹۶)؛ بیگی و زینالی (۱۳۹۶)؛ فرهادی، یارمحمدی واصل، ذوقی پایدار و چگینی (۱۳۹۶)؛ حقیقی، موحدزاده و ملوک‌زاده (۱۳۹۵)؛ مقتدر، حسن زاده، میرزاییان و دوستی (۱۳۹۵)؛ فلیک، لان، زایتوف، رود، ویستن^۲ و همکاران (۲۰۱۹)؛ حسن، زاگارینز، پیسچل، ساید، بتنکوری^۳ و همکاران (۲۰۱۴)؛ انیا و دیفینویو^۴ (۲۰۱۳) و کریسچ، مونتگمری و سایپراستین^۵ (۲۰۰۶) نشان داده شده است (۶، ۱۸-۲۶). در شیوه درمان شناختی رفتاری به درمان‌جو کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای آن بخش‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود. درمان شناختی رفتاری در بررسی خود بر عاطفه، شناخت و رفتار متمرکز می‌شود و بدین ترتیب هر سه حوزه را همزمان در نظر می‌گیرد (۲۷، ۲۸).

رویکرد شناختی رفتاری علاوه بر پرداختن به بازسازی شناختی، انواع مداخله‌های رفتاری را جهت تقویت مهارت‌های مقابله‌ای مورد استفاده قرار می‌دهد. همچنین این روش مداخله‌ای به طور همزمان نقش فرایندهای شناختی و رفتاری را مورد تأکید قرار داده و فرصتی برای افراد فراهم

1. Cognitive- behavioral hypnotherapy

2. Flik, Laan, Zuithoff, Rood, Weusten

3. Hasan, Zagarins, Pischke, Saiyed, Bettencourt

4. Enea, Dafinoiu

5. Kirsch, Montgomery, sapirstein

۰/۶۷ گزارش کردند. همچنین ضریب بازآزمایی برای بیماران روانی ۰/۸۶ و برای بیماران غیر روانی ۰/۸۱ گزارش شده است (۲). گودرزی اعتبار پرسشنامه بک را از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی ۰/۸۴ و ضریب اعتبار حاصل از روش تصنیف را ۰/۷۰ به دست آورد. ضریب همبستگی بین فرم ۱۳ سوالی و فرم ۲۱ سوالی آن بر اساس گزارش گودرزی، ۰/۷۴ می باشد که حاکی از روایی مناسب پرسشنامه جهت استفاده در ایران می باشد (۳۱). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

مقیاس عزت‌نفس کوپراسمیت^۲: کوپر اسمیت (۱۹۶۷) مقیاس عزت‌نفس خود را بر اساس تجدیدنظری که بر روی مقیاس "راجرز و دیموند" در سال ۱۹۵۴ انجام داد، تهیه کرد. پرسشنامه عزت‌نفس کوپراسمیت دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن یعنی شماره‌های ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۴۱، ۴۸ و ۵۵ دروغ‌سنج است. در مجموع ۵۰ ماده آن به ۴ خرده‌مقیاس عزت‌نفس کلی، عزت‌نفس اجتماعی- همسالان، عزت‌نفس خانوادگی، و عزت‌نفس تحصیلی تقسیم شده است. شیوه نمره‌گذاری این آزمون به صورت ۰ و ۱ است، به این صورت که ماده‌های شماره ۵۷، ۴۵، ۴۷، ۳۶، ۳۲، ۳۰، ۲۹، ۲۸، ۲۴، ۲۳، ۲۱، ۱۹، ۱۸، ۱۴، ۱۰، ۵، ۴، ۲، پاسخ بله یک نمره و پاسخ خیر نمره صفر می‌گیرد و بقیه سوالات معکوس است یعنی پاسخ خیر نمره یک و پاسخ بله نمره صفر می‌گیرد. بدیهی است حداقل نمره‌ای که یک فرد ممکن است بگیرد صفر و حداکثر نمره ۵۰ خواهد بود. چنانچه پاسخ دهنده از ۸ ماده دروغ‌سنج بیش از ۴ نمره بیاورد بدان معناست که نتیجه آزمون قابل اعتماد نیست و آزمودنی سعی کرده است خود را بهتر از آنچه هست جلوه دهد (۳۲). پژوهش‌های متعددی روایی و پایایی این آزمون را تایید کرده‌اند. روایی آزمون که از طریق همبستگی میان نمره‌های این آزمون با معدل سال آخر ۲۳۰ دانش آموز دختر و پسر محاسبه شده بود، نمره همبستگی برای

روان‌شناختی منطقه یک شهر تهران ۵ مرکز انتخاب و سپس با مراجعه به آن مراکز، با استفاده از شیوه نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ زن مبتلا به اختلال افسردگی که تمایل به حضور در پژوهش حاضر را داشتند، انتخاب شدند. جهت اطمینان از وجود افسردگی در نزد این زنان، از آنان آزمون افسردگی بک نیز به عمل آمد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت زن، متاهل بودن، کسب نمره بالاتر از میانگین (نمره ۳۲) در پرسشنامه افسردگی بک، عدم ابتلا به مشکل جسمانی مزمن، داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل و تمایل به شرکت در پژوهش بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه همکاری، غیبت بیش از دو جلسه و حضور نامنظم در جلسات درمان و عدم برخورداری از ملاک‌های ورود به پژوهش بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک: نسخه نهایی پرسش‌نامه افسردگی توسط بک^۱ و همکاران در سال ۱۹۹۶ تدوین شد. ماده‌های آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. این ماده‌ها در زمینه‌هایی مثل غمگینی، بدبینی، احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، آشفتگی خواب، از دست دادن اشتها، از خود بی‌زاری و ... هستند. حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به طور مستقیم به دست می‌آید. نمره‌های زیر را می‌توان برای نشان دادن سطح کلی افسردگی به کار بست: ۰ تا ۱۳: هیچ یا کمترین افسردگی (نمره صفر تا ۱۳)، افسردگی خفیف (نمره ۱۹ تا ۲۴)، افسردگی متوسط (نمره ۲۰ تا ۲۸)، افسردگی شدید (نمره ۲۹ تا ۶۳). بک و همکاران (۱۹۸۸)، روایی همزمان این پرسشنامه را ۰/۷۹ و اعتبار بازآزمایی آن را

². coopersmith self-esteem inventory

¹. Beck

مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی انتخاب شد. سپس به این مراکز مراجعه و طی جلسه‌ای از مسئولان این مراکز درخواست گردید که جهت تسهیل انجام پژوهش حاضر همکاری لازم را داشته باشند. در گام بعدی زنانی را که با علائم افسردگی به این مراکز مراجعه و به عنوان افسرده تشخیص داده شده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس به این افراد پرسشنامه افسردگی ارائه داده شد. پس از نمره‌گذاری زنانی که نمرات بالاتر نمره برش پرسشنامه افسردگی (نمره بالاتر از ۳۱) به دست آورده مورد شناسایی قرار گرفته و پس از مصاحبه بالینی، ۳۰ نفر از این زنان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ زن در گروه آزمایش و ۱۵ زن در گروه گواه). سپس زنان حاضر در گروه آزمایش مداخله هیپنوتراپی شناختی رفتاری را در طی ۸ جلسه به صورت هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول ۲ ماه دریافت کردند. این در حالی بود که زنان حاضر در گروه گواه مداخلات قبلی خود را دریافت می‌کردند. جهت رعایت اخلاق پژوهشی به افراد حاضر در پژوهش اطمینان کامل داده خواهد شد که اطلاعات آنان ضمن محرمانه ماندن، فقط برای مقاصد پژوهشی مورد بهره‌برداری قرار گرفته و نتایج حاصل از آن به صورت بی‌نام منتشر خواهد شد.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و همچنین از تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پسران ۰/۹۶ و برای دختران ۰/۷۱ به دست آمد. میزان پایایی نیز با روش آزمون-بازآزمون برای پسران ۰/۹۰ و برای دختران ۰/۹۲ به دست آمده بود (۳۲). میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش فتحی، منشی، حاتمی و رزانه، اصلی‌آزاد و فرهادی (۱۳۹۴) به وسیله آلفای کرونباخ برای مقیاس کل ۰/۸۹ و برای زیر مقیاس‌های عزت‌نفس کلی، عزت‌نفس اجتماعی، عزت‌نفس خانوادگی، و عزت‌نفس تحصیلی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۸، ۰/۸۸ و ۰/۸۷ محاسبه گردید. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد (۳۳).

پرسشنامه هیجان طلبی زاگرمین: پرسشنامه هیجان طلبی زاگرمین توسط زاگرمین، آیزنک و آیزنک^۱ (۱۹۷۸) به سنجش تمایل به هیجانانگیز در چهار حیطه یا خرده‌مقیاس با نام‌های تجربه‌جویی، خطرجویی یا ماجراجویی، حساسیت نسبت به یکنواختی و فقدان بازداری می‌پردازد (۳۴). این مقیاس شامل ۴۰ گویه است و هر خرده‌مقیاس ۱۰ گویه دارد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت صفر و یک نمره‌گذاری می‌شود. بر این اساس دامنه نمرات پرسشنامه بین صفر تا ۴۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده هیجان‌خواهی بیشتر است. پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس خطرجویی با ماجراجویی ۰/۷۴، خرده‌مقیاس تجربه‌جویی ۰/۷۲، خرده‌مقیاس حساسیت نسبت به یکنواختی ۰/۷۳، خرده‌مقیاس فقدان بازداری ۰/۶۱ و برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۵ گزارش شده است (۳۵). در مطالعه مهرابی، محمودی و مولوی (۱۳۹۵) نیز پایایی به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد (۳۶). در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

به منظور انجام این پژوهش، از بین مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌شناختی منطقه یک شهر تهران، تعداد ۵

1. Zuckerman, Eysenck, Eysenck

جدول ۱- خلاصه جلسات هیپنوتراپی شناختی رفتاری (۳۷)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی با بیمار و گرفتن شرح حال، تکمیل پرسشنامه‌ها و تکمیل فرم رضایت آگاهانه توسط بیماران ارائه شد.
جلسه دوم	القای تکنیک‌های آرامش‌بخش، گسترش آگاهی و ارائه تفکرات مثبت.
جلسه سوم	مرور محتوای جلسه قبل، تکنیک‌های آرامش خودهیپنوتیزمی، گسترش آگاهی در ارتباط با ساخت‌های شناختی و ارائه تلقینات مثبت درمانی و در پایان بیرون آمدن از خلصه هیپنوتیزمی، بحث در مورد تجربیات خلصه هیپنوتیزمی و ارائه تکلیفات خانگی.
جلسه چهارم	مرور محتوای جلسه قبل و بررسی تکالیف ارائه مدل هیپنوتراپی شناختی به صورت هشیار و گسترش آگاهی و تلقینات مثبت و شناختی و تلقینات غیر مستقیم و ارائه تکلیفات خانگی.
جلسه پنجم	مرور محتوای جلسه قبل و بررسی تکالیف، ارائه مدل هیپنوتراپی شناختی با خلق و هیجان‌ات و ارائه تکلیفات خانگی
جلسه ششم	مرور محتوا و بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه هیپنوتراپی شناختی در رابطه با کاهش هیجان‌ات آشفته ساز منفی و ارائه تلقین در جهت افزایش هیجان‌ات مثبت و ارائه تکلیفات خانگی.
جلسه هفتم	مرور محتوا و بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه هیپنوتراپی شناختی در رابطه با افزایش عزت نفس و اعتماد به نفس، روابط مثبت با دیگران و ارائه تکالیف خانگی.
جلسه هشتم	مرور محتوا و بررسی تکالیف جلسه قبل، مرور تمامی جلسات و مهارت‌های از قبل آموزش داده شده با استفاده از روش پس‌روی سنی در هیپنوتراپی شناختی، ارائه تلقین هیپنوتراپی در مورد پس‌روی سنتی و انتظارات و توانمندی‌هایش در آینده، بحث در مورد مزایا و معایب آموزش بعد از اتمام جلسه هیپنوتراپی شناختی، تعمیم دهی مهارت‌ها و بحث در مورد توانبخشی اعضای گروه در پایان جلسات در جامعه.

نتایج

(۱۳/۳۳٪) دارای تحصیلات سیکل، ۲ نفر (معادل ۶/۶۶٪) دارای تحصیلات دیپلم، ۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳٪) دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۵ نفر (معادل ۱۶/۶۶٪) دارای تحصیلات لیسانس بودند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است. جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج نشان داده است در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای عزت‌نفس و هیجان‌خواهی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بوده است ($p > 0.05$). نتایج آزمون باکس جهت بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کواریانس نشان داد که در مرحله پس‌آزمون پیش‌فرض ماتریس‌های واریانس-کواریانس نیز برقرار بوده است ($p > 0.05$). علاوه بر این نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای عزت‌نفس و هیجان‌خواهی در گروه‌های آزمایش و

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که در گروه آزمایش، ۳ نفر (معادل ۱۰٪) دارای دامنه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال، ۱ نفر (معادل ۳/۳۳٪) دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال، ۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳٪) دارای دامنه سنی ۳۰ تا ۳۴ سال، ۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳٪) دارای دامنه سنی ۳۵ تا ۳۹ سال و ۳ نفر از این گروه نیز (معادل ۱۰٪) دارای دامنه سنی ۴۰ تا ۴۴ سال سن بودند. در گروه گواه، ۲ نفر (معادل ۶/۶۶٪) دارای دامنه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال، ۳ نفر (معادل ۱۰٪) دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۲۹ سال، ۲ نفر (معادل ۶/۶۶٪) دارای دامنه سنی ۳۰ تا ۳۴ سال، ۵ نفر (معادل ۱۶/۶۶٪) دارای دامنه سنی ۳۵ تا ۳۹ سال و ۳ نفر از این گروه نیز (معادل ۱۰٪) دارای دامنه سنی ۴۰ تا ۴۴ سال سن بودند. همچنین نتایج نشان داد که در گروه آزمایش، ۲ نفر (معادل ۶/۶۶٪) دارای تحصیلات سیکل، ۵ نفر (معادل ۱۶/۶۶٪) دارای تحصیلات دیپلم، ۵ نفر (معادل ۱۶/۶۶٪) دارای تحصیلات فوق دیپلم و ۳ نفر (معادل ۱۰٪) دارای تحصیلات لیسانس بودند. در گروه گواه، ۴ نفر (معادل

و هیجان‌خواهی معنادار نبوده است ($p > 0/05$). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای عزت‌نفس و هیجان‌خواهی برقرار بوده است.

گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است ($p > 0/05$). در نهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای عزت‌نفس

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد عزت‌نفس و هیجان‌خواهی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس آزمون		پیش آزمون		گروه‌ها	مولفه‌ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۲/۰۵	۳۱/۲۶	۲/۷۴	۲۵/۴۰	گروه آزمایش	عزت‌نفس
۲/۲۸	۲۵/۳۳	۱/۶۳	۲۶/۶۶	گروه گواه	
۳/۵۸	۱۱/۴۶	۲/۸۷	۲۰/۴۰	گروه آزمایش	هیجان‌خواهی
۲/۸۷	۱۹	۳/۱۸	۲۰/۵۳	گروه گواه	

جدول ۳- تحلیل کوواریانس تاثیر هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر میزان عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی

متغیرها	شاخص‌های آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
عزت‌نفس	پیش‌آزمون	۱/۱۹	۱	۱/۱۹	۰/۲۴	۰/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۰۷
	تاثیر متغیر مستقل	۲۶۵/۲۱	۱	۲۶۵/۲۱	۵۴/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱
	خطا	۱۳۱/۰۷	۲۷	۴/۸۵				
	کل	۲۴۴۲۳	۳۰					
هیجان‌خواهی	پیش‌آزمون	۰/۰۴	۱	۰/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۰۵
	تاثیر متغیر مستقل	۴۲۵/۲۲	۱	۴۲۵/۲۲	۳۸/۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱
	خطا	۲۹۵/۶۹	۲۷	۱۰/۹۵				
	کل	۷۶۸۳	۳۰					

مبتلا به افسردگی به ترتیب ۰/۶۶ و ۰/۵۹ بوده است. این بدان معناست که به ترتیب ۶۶ و ۵۹٪ تغییرات متغیرهای عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی توسط عضویت گروهی (هیپنوتراپی شناختی و رفتاری) تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره منطقه یک شهر تهران صورت پذیرفت. یافته اول پژوهش

با توجه به نتایج جدول فوق، آموزش متغیر مستقل (هیپنوتراپی شناختی و رفتاری) توانسته منجر به ایجاد تفاوت معنادار میانگین نمرات متغیرهای وابسته (عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی) در مرحله پس‌آزمون در سطح خطای ۰/۰۵ گردد. لذا این نتیجه حاصل می‌شود که با کنترل متغیرهای مداخله‌گر (پیش‌آزمون)، میانگین نمرات متغیرهای عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی با هیپنوتراپی شناختی و رفتاری تغییر یافته است. مقدار تاثیر هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر میزان عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان

که افراد مبتلا به افسردگی از آن اجتناب می‌ورزد. در نتیجه این فرایند، زنان دارای افسردگی احساسی خودکارآمدی و توانمندی بیشتری نموده و بر این اساس عزت‌نفس رشدیافته‌تری را نیز ادراک می‌کند. همچنین در هیپنوتراپی شناختی رفتاری، 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. بر این اساس هم در روند پیدایش و رشد فرایندهای شناختی و هم در شکل‌گیری و نیرومندی خود، گفتار دیگران نقش شایانی دارد (۲۵). گفتار دیگران می‌تواند مایه افزایش توانمندی‌های درونی شود و هیپنوتیزم از همین دریچه وارد می‌شود، اما با اثربخشی بیشتر. بنابراین درمانگر با گفتن جملات مستقیم با استعاره، افزایش اعتماد به نفس، عزت‌نفس، امیدواری و هدفمندی را در سوژه آماج تلقینات خود قرار می‌دهد و طبیعی است که در این فرایند عزت‌نفس زنان دارای افسردگی بهبود یابد.

یافته دوم پژوهش بیانگر آن بود که هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره تاثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش بیگی و زینالی (۱۳۹۶)؛ فرهادی و همکاران (۱۳۹۶)؛ حقیقی و همکاران (۱۳۹۵)؛ فلیک و همکاران (۲۰۱۹) و انیا و دیفینیو (۲۰۱۳) همسو بود (۱۹-۲۳). چنانکه فرهادی و همکاران (۱۳۹۶) با بررسی تاثیر هیپنوتراپی مبتنی بر نیرومندسازی ایگو بر افسردگی اساسی زنان دریافته‌اند که هیپنوتراپی مبتنی بر نیرومندسازی ایگو بر افسردگی اساسی زنان تاثیر معنادار دارد. علاوه بر این بیگی و زینالی (۱۳۹۶) با بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری باعث

بیانگر آن بود که هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر عزت‌نفس زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره تاثیر معنادار دارد. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود عزت‌نفس زنان مبتلا به افسردگی شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش لطیفی فر و همکاران (۱۳۹۶)؛ آبرین و همکاران (۱۳۹۶)؛ مقتدر و همکاران (۱۳۹۵)؛ حسن و همکاران (۲۰۱۴)؛ و کریسچ و همکاران (۲۰۰۶) همسو بود. چنانکه لطیفی فر و همکاران (۱۳۹۶) با بررسی اثربخشی هیپنوتراپی بر افسردگی اساسی نشان دادند که هیپنوتراپی می‌تواند منجر به کاهش علائم افسردگی شود. همچنین مقتدر و همکاران (۱۳۹۵) نیز با بررسی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و هیپنوتراپی شناختی بر اضطراب و افسردگی زنان دریافته‌اند که رفتاردرمانی شناختی و هیپنوتراپی شناختی بر اضطراب و افسردگی زنان تاثیر دارد (۶-۱۳).

در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر عزت‌نفس زنان مبتلا به افسردگی باید گفت افراد مبتلا به افسردگی حداقل به مدت دو هفته دچار مشکلاتی از قبیل؛ غمگینی، ناامیدی، بی‌حوصلگی، کاهش اشتها، کاهش عملکردهای اجتماعی، شغلی و تحصیلی، فقدان لذت و علاقه از فعالیت‌های مربوطه، فقدان میل جنسی، اختلال خواب و کاهش انرژی می‌باشند. این اختلال می‌تواند خفیف بوده و فرد را به حد ناتوانی رسانده به طوری که می‌تواند با اختلالات مرتبط با مواد همراه باشد (۳). بر این اساس تلقینات هیپنوتیزمی ابزار قدرتمندی است که به خودی خود می‌تواند تغییراتی از قبیل؛ شناختی، - جسمانی، ادراکی، فیزیولوژیکی، درونی و حرکتی در افراد ایجاد کنند (۲۶). این تلقینات می‌تواند به افراد افسرده کمک کند تا احساسات و تجاربشان را در زمینه‌های رفتاری، عاطفی، شناختی و فیزیولوژیکی به شکل مثبت تغییر دهند. تغییر در فرایندهای شناختی و ادراکی می‌تواند منجر به بروز رفتارها و فعالیت‌های سازنده‌ای شود

می‌دهد که از این طریق می‌توان انتظار داشت که هیجان‌خواهی این زنان نیز کاهش یابد. محدود بودن دامنه تحقیق به زنان مبتلا به اختلال افسردگی شهر تهران؛ عدم مهار متغیرهای اثرگذار بر عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر جامعه‌های آماری نظیر زنان مبتلا به اختلال وساس فکری و عملی، اختلال شخصیت نمایشی و ...، مهار عوامل ذکر شده، بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و برگزاری مرحله پیگیری اجرا شود. با توجه به اثربخشی هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر عزت‌نفس و هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود هیپنوتراپی شناختی و رفتاری به درمانگران و مشاوران مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی معرفی تا آنها با بکارگیری این درمان، جهت بهبود وضعیت روان‌شناختی و هیجانی این بیماران گامی عملی بردارند.

کاهش معنادار افسردگی و افزایش معنادار کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک شده است (۱۹). در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی هیپنوتراپی شناختی و رفتاری بر هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره می‌توان گفت که هیپنوتیزم یک اثر هم‌افزایی بوجود می‌آورد، به ویژه زمانی که با درمان شناختی رفتاری همراه می‌شود. درمان‌های مبتنی بر هیپنوتیزم، قدرتی مضاعف در روش‌های درمان شناختی رفتاری ارائه می‌کنند (۲۳). تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزمی، بیمار را تلقین‌پذیرتر می‌کند تا بتواند گفتگوهای متقاعدکننده درمان شناختی رفتاری را بپذیرد. این تلقین‌پذیری پردازش‌های شناختی و هیجانی را نیز متاثر ساخته و باعث می‌شود که زنان مبتلا به افسردگی، پردازش‌های هیجانی، شناختی و روان‌شناختی آشفته‌ساز کمتری را انجام دهند. تغییرات در وقوع پردازش‌های منفی هیجانی نیز می‌تواند فرایند مدیریت و بیان هیجان‌ات و به زبان کلی‌تر، هیجان‌خواهی زنان مبتلا به افسردگی را کاهش دهد. علاوه بر این درباره اثربخشی هیپنوتراپی شناختی و رفتاری در کاهش هیجان‌خواهی زنان دارای افسردگی به طور 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 که در هیپنوتراپی شناختی و رفتاری مورد آموزش قرار داده می‌شود (۲۵). در هیپنوتراپی شناختی و رفتاری به طور گسترده‌ای گفته‌های امیدوارکننده و افعال مربوط به آینده به کار گرفته می‌شود. 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 به وسیله او درون‌سازی می‌شود و آگاهی تازه‌ای درباره به آینده بهتر پیدا می‌کند. امیدواری به آینده نیز می‌تواند هیجان‌ات منفی زنان دارای افسردگی را کاهش دهد. کاهش در هیجان‌ات منفی، به شکل طبیعی پردازش و بروز هیجان‌ات مثبت را در این زنان افزایش

References

1. Ames CS, Richardson J, Payne S, Smith P, Leigh E. Mindfulness-based cognitive therapy for depression in adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*. 2014 Feb;19(1):74-8.
2. Fathi, A., Hatami, A., Asli Azad, M., Farhadi, I. Evaluation of the effectiveness of group counseling on self-forgiveness based on Quranic concepts on depression in high school male students in Isfahan, *New Educational Thoughts*. 2015;12(3):109-28.
3. McIntyre E, Lauche R, Frawley J, Sibbritt D, Reddy P, Adams J. Physical activity and depression symptoms in women with chronic illness and the mediating role of health-related quality of life. *Journal of affective disorders*. 2019 Jun 1;252:294-9.
4. Eid RS, Gobinath AR, Galea LA. Sex differences in depression: Insights from clinical and preclinical studies. *Progress in neurobiology*. 2019 Feb 2.
5. Salehi, A., Mazaheri, Z., Aghajani, Z., Jahanbazi, b. The role of cognitive strategies for emotion regulation in predicting depression, knowledge and research in applied psychology. 2015;16(1):108-17.
6. Abbarin M, Zemestani M, Rabiei M, Bagheri A. Efficacy of cognitive-behavioral hypnotherapy on body dysmorphic disorder: Case study. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2018 Feb 10;23(4):394-407.
7. Nejati, W., Alipour, F., Sharifi, M. Comparison of risk in adolescent girls with symptoms of anxiety, depression, stress and healthy group, *Feyz Scientific Research Journal*. 2015;20(6):566-76.
8. Wang P, Lei L, Wang X, Nie J, Chu X, Jin S. The exacerbating role of perceived social support and the "buffering" role of depression in the relation between sensation seeking and adolescent smartphone addiction. *Personality and Individual Differences*. 2018 Aug 1;130:129-34.
9. Hittner JB, Swickert R. Sensation seeking and alcohol use: A meta-analytic review. *Addictive behaviors*. 2006 Aug 1;31(8):1383-401.
10. Zuckerman M, Glicksohn J. Hans Eysenck's personality model and the constructs of sensation seeking and impulsivity. *Personality and Individual Differences*. 2016 Dec 1;103:48-52.
11. Bancroft J, Janssen E, Carnes L, Goodrich D, Strong D, Long JS. Sexual activity and risk taking in young heterosexual men: The relevance of sexual arousability, mood, and sensation seeking. *Journal of Sex Research*. 2004 May 1;41(2):181-92.
12. Bahreini, M., Akabarian, Sh., Qudsbebin, F., Yazdankhah Fard, M., Mohammadi Baghmalaei, M. The Effects of Parental Belonging Pattern on Depression and Confidence in Adolescence, *Jahrom University of Medical Sciences Quarterly*. 2012;10(1):12-7.
13. Kim HS, Moore MT. Symptoms of depression and the discrepancy between implicit and explicit self-esteem. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2019 Jun 1;63:1-5.
14. Wang P, Wang X, Wu Y, Xie X, Wang X, Zhao F, Ouyang M, Lei L. Social networking sites addiction and adolescent depression: A moderated mediation model of rumination and self-esteem. *Personality and Individual Differences*. 2018 Jun 1;127:162-7.
15. Shimotsu S, Horikawa N. Self-stigma in depressive patients: Association of cognitive schemata, depression, and self-esteem. *Asian journal of psychiatry*. 2016 Dec 1;24:125-9.
16. Hosseinzadeh, A.A., Mansour, M.S. The Relationship between Social Support and Self-Esteem with Students' Identity Styles, *Social Ruthenological Research*. 2018;1(1):88-74.
17. Walsh A, Walsh PA. Love, self-esteem, and multiple sclerosis. *Social science & medicine*. 1989 Jan 1;29(7):793-8.
18. Latififar, B., Rasouli, S., Karami, A., Velayati, N., Hassani J. The effectiveness of hypnotherapy in major depression. *Journal of Medical Research*. 2017;41(2):112-119.
19. Beigi, A., Zinali, A. The effect of cognitive-behavioral group therapy on reducing depression and increasing the quality of life of patients with type 1 diabetes in order to provide nursing care, *Zabol Diabetes Nursing Journal*. 2017;5(2):148-139.
20. Farhadi, M., Yarmohammadi Wasel, M., Zoghi Paydar, M., Chegini, A. A study entitled The effect of hippotherapy based on ego strengthening on major depression in women heads of households, *Journal of Psychological Achievements*. 2017;24(1):78-63.
21. Haghighi, P., Movahedzadeh, B., Malekzadeh, M. The effectiveness of group cognitive hypnotherapy on major depression in people attending residential and semi-residential addiction treatment centers. *Armaghan Danesh*; 2017;21(9):914-923.
22. Muqtader, L., Hassanzadeh, R., Mirzaeian, B., Dosti, Y. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Cognitive Hypnotherapy on Women's Anxiety and Depression with Premenstrual Syndrome. *Comprehensive Nursing and Midwifery*; 2017;25(81):105-96.
23. Flik CE, Laan W, Zuithoff NP, van Rood YR, Smout AJ, Weusten BL, Whorwell PJ, de Wit NJ. Efficacy of individual and group hypnotherapy in irritable bowel syndrome (IMAGINE): a multicentre randomised controlled trial. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2019 Jan 1;4(1):20-31.

24. Hasan FM, Zagarins SE, Pischke KM, Saiyed S, Bettencourt AM, Beal L, Macys D, Aurora S, McCleary N. Hypnotherapy is more effective than nicotine replacement therapy for smoking cessation: Results of a randomized controlled trial. *Complementary therapies in medicine*. 2014 Feb 1;22(1):1-8.
25. Eneaa V, Dafinoiua I. Cognitive Hypnotherapy in Addressing the Posttraumatic Stress Disorder. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013 May 13;78:36-40.
26. Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1995 Apr;63(2):214.
27. Saeedi, M., Shams Alizadeh, N., Yousefi, F. Evaluation of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual disorders following hysterectomy in women referred to Besat Hospital in Sanandaj, *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*. 2016;3(4):47-39.
28. Kishita N, Laidlaw K. Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults?. *Clinical psychology review*. 2017 Mar 1;52:124-36.
29. Carbone L, Plegue M, Barnes A, Shellhaas R. Improving the mental health of adolescents with epilepsy through a group cognitive behavioral therapy program. *Epilepsy & Behavior*. 2014 Oct 1;39:130-4.
30. Roberston, D. A Brief introduction hypnotherapy cognitive-behavioral hypnotherapy, *Health Psychology*. 2007;26(3):241-250.
31. Reisian, A., Golzari, M., Borjali, A. The effectiveness of hope therapy on reducing depression and preventing relapse in women with drug-related weather therapy. *Journal of Addiction Research*. 2011;5 (17): 40-21.
32. Fathi Ashtiani, A. Psychological tests: personality evaluation and mental health. Tehran: Besat. 2010.
33. Fathi, A., Manshaei, G., Hatami Varzaneh, A., Asli Azad, M., Farhadi, I. The effect of group education on self-forgiveness based on Quranic concepts on the self-esteem of adolescent boys, *Positive Psychology Journal*. 2010;1(1):93-106.
34. Zuckerman M, Eysenck SB, Eysenck HJ. Sensation seeking in England and America: cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1978 Feb;46(1):139.
35. Mehrabi, H., Kajbaf, M., Mujahid, A. Predicting high-risk behaviors based on excitement and demographic factors in students of Isfahan University, Faculty of Biotechnology and Al-Zahra Psychology. 2010;6(2):12-23.
36. Mehrabi, H., Mahmoudi, F., Molavi, H. Predicting a tendency to high-risk behaviors based on religious beliefs, excitement, environmental and media pollution in female students, knowledge and research in applied psychology. 2015;17(2):4-14.
37. Erbil N. Attitudes towards menopause and depression, body image of women during menopause. *Alexandria Journal of Medicine*. 2018 Sep 1;54(3):241-6.

Original Article

Effectiveness of Cognitive and Behavioral Hypnotherapy on the Self-Esteem and Emotion-Seeking of the Women with Depression Who Refer to Consultation Centers

Received: 07/11/2019 - Accepted: 21/01/2020

Safa ziaei Sanich¹
Atosa Sadeghpour^{2*}

¹Ma Student of General
Psychology, Islamic Azad
University, North Tehran Branch,
Tehran, Iran.

²Phd of Psychology, Visiting
Professor, Islamic Azad University,
North Tehran Branch, Tehran, Iran.

Email:
atousa.sadeghpour@yahoo.com

Abstract

Introduction: Depression affects individuals' psychological and emotional processes. according to this The present study was conducted to determine the effectiveness of cognitive and behavioral hypnotherapy on the self-esteem and emotion-seeking of the women with depression who refer to consultation centers.

Materials and Methods: The statistical population of the present study was all women suffering from depression who referred to consultation centers in zone 1 in the city of Tehran from March to May 2019. The research method was quasi-experimental with pretest, posttest and control group design. The samples in the present study included 30 women with depression disorder who were selected through convenient sampling method and randomly replaced into experimental and control groups. The experimental group received eight ninety-minute sessions of therapeutic interventions related to cognitive and behavioral hypnotherapy during two months once a week. The applied instruments included depression questionnaire (Beck et.al, 1996), emotion-seeking questionnaire (Zuckerman, Eysenck & Eysenck, 1978) and self-esteem questionnaire (Coopersmith, 1967). After collecting questionnaires and extracting raw data, the data analysis was conducted via SPSS23 through descriptive statistics and ANCOVA methods.

Results: The results showed that cognitive and behavioral therapy significantly affects self-esteem and emotion-seeking of the women suffering from depression who referred to consultation centers ($p < 0.001$) in a way that this therapy was able to lead to the improvement of self-esteem and decrease of emotion-seeking in the women suffering from depression.

Conclusion: the findings of the present study showed that the cognitive and behavioral hypnotherapy through employing techniques such as Induction of relaxation techniques, presentation of positive thoughts, spread of awareness and positive therapeutic beliefs can be used as an efficient treatment to improvement of self-esteem and decrease of emotion-seeking in the women suffering from depression.

Key words: Depression, self-esteem, cognitive and behavioral hypnotherapy and emotion seeking.

Acknowledgement: There is no conflict of interest.