

اثر بخشی هیپنوتراپی شناختی به شیوه گروهی بر افسردگی اساسی در افراد مراجعه کننده به مراکز اقامتی و نیمه اقامتی ترک اعتیاد

صادق حقیقی^۱، بهرام موحد زاده^{۲*}، محمد ملکزاده^۳

^۱باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران، ^۲گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران،
^۳گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یاسوج، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۹/۱۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۷/۱۷

چکیده

زمینه و هدف: پیامدهای روانشناختی ناشی از اعتیاد، همچون افسردگی اساسی، صرف نظر از مسایل جسمانی، اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی، موجب بروز مشکلاتی برای خانواده‌ها و جامعه نیز شده است. هدف از این پژوهش بررسی اثر بخشی هیپنوتراپی شناختی به شیوه گروهی بر افسردگی اساسی در افراد مراجعه کننده به مراکز اقامتی و نیمه اقامتی ترک اعتیاد در شهر یاسوج بود.

روش بررسی: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران وابسته به مواد مخدر مراجعه کننده به مراکز اقامتی و نیمه اقامتی ترک اعتیاد شهر یاسوج بوده است. تعداد ۴۰ بیمار به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک بود که بر اساس آن و طبق مصاحبه بالینی بیماران افسرده تشخیص و وارد مطالعه شدند. مداخله گروهی مدل درمانی هیپنوتراپی شناختی بر روی گروه آزمایش طی ۸ جلسه یک ساعته و نیم و به صورت یک بار در هفته اجرا گردید، هیچ‌گونه مداخله‌ای بر روی گروه کنترل صورت نگرفت. پس از پایان مداخله از هر دو گروه (آزمایشی و کنترل) پس از آزمون به عمل آمد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد درمان هیپنوتراپی شناختی به شیوه گروهی، منجر به کاهش افسردگی اساسی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در سطح معنی‌داری ($P < 0.001$) شد. میانگین و انحراف معیار نمره پیش آزمون افسردگی اساسی در گروه آزمایش $54/10 \pm 5/39$ و در گروه کنترل $52/20 \pm 4/61$ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره پس آزمون افسردگی اساسی در گروه آزمایش $25/05 \pm 2/55$ و در گروه کنترل $51/55 \pm 3/50$ بود.

نتیجه‌گیری: درمان هیپنوتراپی شناختی می‌تواند به عنوان درمان کمکی و یا اصلی در کاهش افسردگی اساسی در مراکز ترک اعتیاد مورد استفاده قرار بگیرد.

واژه‌های کلیدی: اعتیاد، هیپنوتراپی شناختی، افسردگی اساسی

*نویسنده مسئول: بهرام موحد زاده، تهران، دانشگاه پیام نور، گروه روانشناسی

Email: movahedbahram@yahoo.com

مقدمه

امروزه وابستگی به مواد مخدر یکی از مشکلات عمده بشر در دهه های اخیر به حساب می آید. بسیاری از مصرف کنندگان مواد مخدر با مصرف موادی مانند تریاک، کوکائین، الکل، حشیش، آمفتامین ها و دیگر مواد دچار مشکلاتی در عملکرد مغز و متعاقب آن بیماری های مزمن پزشکی شده و در بسیاری از موارد باعث شیوع جرم و جنایات و رواج یافتن طیف وسیعی از اختلالات رفتاری و روانی در مصرف کنندگان مواد مخدر گردیده است. اعتیاد یک اختلال مزمن می باشد که با سوء مصرف در بین معتادان همراه بوده و فرد در نتیجه مصرف، کنترل فعالیت های عادی و اجتماعی خود را از دست داده و با تکرار الگوی مصرف عوارض نامطلوبی را برای خود به جای می گذارد (۲ و ۱). افسردگی یکی از مهم ترین اختلالات روانی است که در افراد وابسته به مواد شیوع بالایی دارد، به طوری که علاوه بر مشکلات اقتصادی، تبعات روانی فراوانی از جمله خودکشی نیز به همراه دارد. تحقیق ها نشان داده است در افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند بین وابستگی به مواد و اختلالات افسردگی رابطه معنی داری وجود دارد (۳ و ۴). اختلال افسردگی اساسی بیماری شایعی بوده که منجر به اختلالات گسترده در عملکرد فرد شده و در چند دهه اخیر هزینه های گزافی را به سیستم بهداشت عمومی تحمیل کرده است (۵). این اختلال روانپریشی می تواند با احساسات منفی، تظاهرات فرد به خلق افسرده، اضطراب منتشر،

تحریک پذیری، احساس گناه، کاهش بهره وری، کاهش کیفیت زندگی و در نهایت منجر به افکار یا رفتار خودکشی همراه گردد (۷ و ۶). هم اکنون این بیماری مزمن، عودکننده و ناتوان کننده توانسته زندگی میلیون ها انسان را در سراسر جهان تحت تأثیر خود قرار دهد، به طوری که افراد مبتلا به این اختلال علاوه بر مشکلات روانشناختی، متحمل انواع هزینه های گزاف در زمینه مراقبت های بهداشتی، کاهش عملکرد در زندگی روزانه، زوال عقل در بیماران مبتلا به آلزایمر گشته و در نهایت افکار خودکشی و مرگ در آنها شایع می باشد (۹ و ۸). مطالعه ها نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مقایسه با افراد سالم در تفسیر احساسات از طریق خلق و خو مشکل دارند، با شدت یافتن افسردگی عملکرد شناختی آنان نیز کاهش می یابد و تعصبات آنها نسبت به احساسات منفی حتی در هنگام بهبود همچنان ادامه دارد (۱۰). برای درمان افسردگی اساسی از روش های دارویی و غیر دارویی استفاده می شود. استفاده از داروهای ضد افسردگی مانند مهار کننده های بازجذب سدیم (SSRIs)، داروهای ضد افسردگی سه حلقوی (TCAs) و درمان های مرتبط با تحریک مغزی مانند ECT، TMS و تحریک اثر واگ از درمان های رایج می باشد. به علاوه، درمان های غیر دارویی شامل شناخت درمانی، درمان بین فردی، رفتار درمانی، خانواده درمانی و نور درمانی می باشد (۱۲ و ۱۱). افکار و شناخت بیماران وابسته به مواد می تواند باعث ایجاد انقلابی عظیم در ارزیابی و درمان این بیماران

گردد (۱۳). یکی از روش‌های درمان غیر دارویی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی که در مطالعه‌ها به وسیله برخی محققان به آن اشاره شده، هیپنوتراپی شناختی است (۱۴). هیپنوتراپی شناختی (CH)^(۱) ترکیب هیپنوتراپی با روش‌های درمانی شناختی است (۱۵). مدل درمانی تحولی - شناختی در عرصه درمانی روشی کاملاً جدید و تازه به حساب می‌آید. در این مدل، هیپنوتیزم به صورت مستقیم در اصلاح شناخت‌های اصلی که حول محور هویت فردی، خود پنداره و افکار ناکارآمد است مفید و سودمند واقع می‌گردد. این مدل بر شناسایی ساخت‌های شناختی مرکزی و تغییر این ساختارها تأکید دارد (۱۶). مطالعه‌های انجام گرفته نشان داده است که هیپنوتراپی شناختی همانند رفتار درمانی شناختی در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مؤثر بوده است (۱۷). علاوه بر آن نتیجه بعضی مطالعه‌ها نشان داده است که ترکیب هیپنوتیزم با سایر روش‌های درمانی میل به مصرف مواد را کاهش داده است (۱۸). همچنین مشخص شده است که استفاده از هیپنوتیزم می‌تواند منجر به کاهش افسردگی و درمان اختلال خواب در بیماران افسرده مؤثر واقع گردد (۲۰ و ۱۹).

با توجه به اهمیت کنترل و درمان افسردگی اساسی در بیماران وابسته به مواد، همچنین با در نظر گرفتن عوارض جانبی داروهای ضد افسردگی و نظر به این که استفاده از درمان هیپنوتراپی شناختی در کاهش علائم افسردگی اساسی در بیماران وابسته به مواد کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است، این

تحقیق با هدف تعیین اثر بخشی هیپنوتراپی شناختی به شیوه گروهی بر افسردگی اساسی در افراد مراجعه کننده به مراکز اقامتی و نیمه اقامتی ترک اعتیاد شهر یاسوج بود.

روش بررسی

در این مطالعه مداخله‌ای که جامعه آماری آن شامل تمامی بیماران وابسته به مواد ساکن در مراکز اقامتی و نیمه اقامتی شهر یاسوج بودند، تعداد ۴۰ نفر بیمار که دارای نمره افسردگی بک بالا بوده و به روش مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای (DSM-5)^(۲) تشخیص افسردگی اساسی شده بودند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و نمونه‌های انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری (گروه آزمایش و گروه کنترل) جایگزین شده و مداخله بر روی گروه آزمایش صورت گرفت. طرح تحقیق این پژوهش، نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، ابتدا نامه نگاری از طریق واحد پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج جهت هماهنگی با کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی یاسوج به عمل آمد، سپس کمیته اخلاق پروپزال پایان‌نامه را در جلسه مطرح نموده و بعد از موافقت اعضای محترم کمیته اخلاق مبنی بر رعایت اصول اخلاقی در پروپزال پایان‌نامه، کد اخلاق اخذ

1-Cognitive hypnotherapy
2-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)

است که شامل ۲۱ ماده است که هر ماده یک طیف چهار گزینه ای از شدت افسردگی را نشان می‌دهد و از (۳-۰) نمره‌گذاری می‌شوند. پاسخ‌ها به صورت اصلا(۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) می‌باشد. بنابراین نمره کل سیاهه از ۰ تا ۶۳ در نوسان بوده و می‌تواند تمامی عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی بک را پوشش دهد. همسانی درونی پرسشنامه به ترتیب ۹۰ و ۸۹ درصد و ضریب آلفای کرونباخ ۹۱٪ در بین دانشجویان گزارش شده است (۲۱).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آمار توصیفی شامل: میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل: آنالیز کوواریانس (آنکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

گردید و هماهنگی‌های لازم جهت اجرای این تحقیق صورت گرفت. پس از تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه به وسیله بیماران جهت گروه مداخله ۸ جلسه هیپنوتراپی شناختی به شیوه گروهی به صورت هفته ای یک جلسه و به مدت یک ساعت و نیم اجرا گردید (جدول ۱)، اما جهت گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای صورت نگرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: عدم وجود تمایلات خودکشی در بیماران و عدم ابتلا به بیماری‌هایی نظیر: حملات صرع و تشنج بوده است. معیارهای خروج نیز شامل: تأخیر و بی‌نظمی و غیبت‌های مکرر در جلسه‌های درمانی (بیش از دو جلسه) بود.

پرسشنامه افسردگی بک برای سنجش در افراد بزرگسال به وسیله بک (۱۹۹۶) ساخته شده

جدول ۱: پرتکل درمانی هیپنوتراپی شناختی در افسردگی اساسی بیماران مصرف کننده مواد

جلسه اول	آشنایی با بیمار و گرفتن شرح حال، تکمیل پرسشنامه‌ها و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه توسط بیماران ارائه شد.
جلسه دوم	القای تکنیک‌های آرامش بخش، گسترش آگاهی و ارائه تفکرات مثبت
جلسه سوم	مرور محتوای جلسه قبل، تکنیک‌های آرامش خود هیپنوتیزمی، گسترش آگاهی در ارتباط با ساخت‌های شناختی و ارائه تلقینات مثبت درمانی و در پایان بیرون آمدن از جلسه هیپنوتیزمی، بحث در مورد تجربیات جلسه 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 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 هیجانان و ارائه تکلیفات خانگی.
جلسه ششم	مرور محتوا و بررسی تکالیف جلسه قبل، ارائه هیپنوتراپی شناختی در رابطه با کاهش هیجانان آشفته ساز منفی و ارائه تلقین جهت افزایش هیجانان 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 تکلیفات 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 سنی 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.

یافته ها

میانگین سنی افراد تحت مطالعه (۳۳±۷/۹۱) و در دامنه سنی ۲۰-۵۰ سال بودند که از این تعداد بیشترین میانگین سن بین ۲۰-۳۰ سال (۴۲/۵ درصد) و کمترین میانگین سن بین ۴۱-۵۰ سال (۲۲/۵ درصد) بودند. همچنین از نظر تحصیلات ۳ نفر (۷/۵ درصد) ابتدایی و ۷ نفر (۱۷/۵ درصد) راهنمایی و ۹ نفر (۲۲/۵ درصد) دیپلم و ۹ نفر فوق دیپلم (۲۲/۵ درصد) و ۱۲ نفر (۳۰ درصد) لیسانس بودند. جدول ۲ آمار کلی متغیرهای دموگرافیک را نشان می‌دهد.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار دو گروه آزمایش و کنترل را در شرایط پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. بین میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود. به این معنا که نمرات افسردگی اساسی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون کاهش یافته است. به منظور بررسی تفاوت‌های مشاهده شده بین دو گروه از تحلیل کواریانس استفاده شد.

برای استفاده از تحلیل کواریانس، ابتدا مفروضه‌های آن بررسی گردید. نتایج آزمون لون

برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که این فرض برقرار است. مفروضه یکسانی شیب رگرسیون بررسی شد و با توجه به نتایج حاصل این فرض نیز مورد تایید قرار گرفت و می‌توان نتیجه گرفت بین گروه‌ها و پیش آزمون تعاملی وجود ندارد. در ادامه پس از اینکه مشخص شد بین گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، برای آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کواریانس یک راهه استفاده شد.

به منظور آزمون معنی‌داری تفاوت میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته (افسردگی اساسی) از آزمون کواریانس یک راهه استفاده شد تا اثر پیش آزمون نیز کنترل شود. یافته‌های این تحلیل در جدول ۳ آمده است.

جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه بر افسردگی اساسی را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری (آنکوا) نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر وابسته (افسردگی اساسی) تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران وابسته به مواد مراجعه کننده به مراکز اقامتی و نیمه اقامتی ترک اعتیاد شهر یاسوج

متغیر	دامنه	گروه مداخله (میانگین یا درصد)	گروه کنترل (میانگین یا درصد)
سن	۲۰-۳۰	۲۲/۵ درصد	۲۰ درصد
	۳۱-۴۰	۱۷/۵ درصد	۱۷/۵ درصد
	۴۱-۵۰	۱۰ درصد	۱۲/۵ درصد
تحصیلات	ابتدایی	۲/۵ درصد	۵ درصد
	راهنمایی	۱۰ درصد	۷/۵ درصد
	دیپلم	۱۲/۵ درصد	۱۰ درصد
	فوق دیپلم	۱۰ درصد	۱۲/۵ درصد
	لیسانس	۱۵ درصد	۱۵ درصد

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیر افسردگی اساسی در گروه کنترل و آزمایش در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی اساسی	آزمایش	۵۴/۱۰	۵/۳۹	۲۵/۰۵	۴/۶۱
	کنترل	۵۲/۲۰	۲/۵۵	۵۱/۵۵	۳/۵۰

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر گروه درمانی هیپنوتراپی شناختی بر متغیر افسردگی اساسی

منبع تغییرات	مجذور تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معنی داری	اتا
همپراش هیپنوتراپی شناختی	۲۱/۱۲	۱	۲۱/۱۲	۱/۰۲	۰/۳	۰/۰۲
پس آزمون	۶۷۶۴	۱	۶۷۶۴	۳۲۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹
خطای باقیمانده		۳۷	۲۰/۶۷			

بحث

مطالعات از جمله علاء الدین و همکاران در

سال‌های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۳ هم‌سو می‌باشند (۲۲-۲۳).

نتایج مطالعه علاء الدین نشان داد که ترکیب

هیپنوتیزم و روان درمانی که مدل هیپنوتراپی شناختی

(CH) از آن شکل می‌گیرد، به نوعی خود یک مدل مؤثر

به حساب آمده و می‌تواند یکی از روش‌های درمانی

مفید برای درمان افسردگی به حساب آید (۲۲). به

علاوه نشان داد که ترکیب هیپنوتراپی شناختی با خود

تعلیم‌آموزی می‌تواند در درمان نشانه‌های افسردگی

مؤثر واقع گردد (۲۳).

سایر تحقیق‌ها نشان می‌دهد که هیپنوتراپی

می‌تواند منجر به کاهش اضطراب امتحان در

دانشجویان پرستاری (۲۴)، کاهش اختلال خواب در

زنان (۲۵)، درمان سندرم روده تحریک پذیر در

بیماران مبتلا به مشکلات گوارشی (۲۶)، درمان

بیماران مبتلا به درد مزمن (۲۷) و درمان گرگرفتگی

در بیماران مبتلا به سرطان سینه (۲۸) شود.

با توجه به این که افسردگی اساسی یکی

از مهم‌ترین مشکلاتی است که بیماران مبتلا به اعتیاد

آن را تجربه می‌کنند و مطالعه‌های گوناگون نشان

داده‌اند که معتادان استفاده‌کننده از مواد مخدر بیشتر

از سایر همسالان سالم خود در معرض خطر بیشتری

از مشکلات اجتماعی، اقتصادی و روانی (افسردگی)

قرار می‌گیرند، لذا مطالعه حاضر با هدف اثر بخشی

هیپنوتراپی شناختی به شیوه گروهی بر افسردگی

اساسی در افراد مراجعه‌کننده به مراکز اقامتی و نیمه

اقامتی ترک اعتیاد انجام شد.

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین

نمره افسردگی اساسی افراد مراجعه‌کننده به مراکز

اقامتی و نیمه اقامتی ترک اعتیاد پس از انجام مدل

درمانی هیپنوتراپی شناختی در گروه آزمایش با توجه

به پیش آزمون و همچنین گروه کنترل، کاهش قابل

ملاحظه‌ای نشان داده است. این یافته با نتایج سایر

افراد مبتلا به افسردگی اساسی 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 (۱۲).

تلقینات هیپنوتیزمی ابزار قدرتمندی است که به خودی خود می‌تواند تغییراتی از قبیل: شناختی، جسمانی، ادراکی، فیزیولوژیکی، درونی و حرکتی در افراد ایجاد کند. این تلقینات می‌توانند به افراد افسرده کمک کنند تا احساسات و تجاربشان را در زمینه‌های رفتاری، عاطفی، شناختی و فیزیولوژیکی به شکل مثبت تغییر دهند (۲۹).

در تحقیق دیگری نتایج بررسی اثربخشی هیپنوتراپی شناختی با درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی نشان داد که گروه مورد مداخله هیپنوتراپی شناختی در بهبود علائم افسردگی، اضطراب و ناامیدی در مقایسه با درمان (CBT)^(۱) داشتند. همچنین مقایسه هیپنوتراپی شناختی با روان درمانی شناختی - رفتاری نشان داد که هیپنوتراپی شناختی گزینه مناسب تری نسبت به شناختی - رفتاری در درمان افسردگی است (۳۰).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدودیت‌های کتابخانه‌ای و مطالعه‌های به علت جدید بودن درمان هیپنوتراپی شناختی شده که خود منجر به

اتلاف وقت زیادی در تحقیق شده بود. بی‌حوصلگی برخی از پاسخ‌گویان در هنگام پر کردن پرسشنامه‌ها و به دلیل استفاده از تکنیک هیپنوتیزم هوشیار در بیماران افسرده برخی از بیماران به عمق خلسه نرسیده بودند. توصیه می‌شود که از درمان هیپنوتراپی شناختی به عنوان درمانی مکمل در درمان افسردگی اساسی بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد استفاده شود. پیشنهاد می‌شود که محققین مطالعه‌های بیشتری در زمینه درمان اختلالات روانی بیماران وابسته به مواد مخدر از طریق هیپنوتراپی شناختی انجام دهند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که اثر بخشی هیپنوتراپی شناختی به شیوه گروهی بر افسردگی اساسی در افراد مراجعه کننده به مراکز اقامتی و نیمه اقامتی ترک اعتیاد مؤثر بوده است. به این معنا که هیپنوتراپی شناختی می‌تواند منجر به کاهش علائم افسردگی اساسی در بیماران وابسته به مواد مخدر شده و در نهایت منجر به بهبودی آنها گردد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی بود. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد واحد یاسوج، دانشگاه علوم پزشکی واحد و بیماران شرکت کننده در این طرح نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

1- Cognitive behavioral therapy

REFERENCES

1. Van Huijstee AN, Mansvelde HD. Glutamatergic synaptic plasticity in the mesocorticolimbic system in addiction. *Frontiers in Cellular Neuroscience* 2015; 8: 466.
2. Vanderschuren LJ, Ahmed SH. Animal studies of addictive behavior. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine* 2013; 3(4): a011932.
3. Mosher CE, Danoff-Burg S. Addiction to Indoor Tanning: Relations to Anxiety, Depression, and Substance Use. *Journal List HHS Author Manuscripts* 2010; 146(4): 412–417.
4. Rao U, Hammen CL, Poland RE. Mechanisms Underlying the Comorbidity Between Depressive and Addictive Disorders in Adolescents: Interactions Between Stress and HPA Activity. *Am J Psychiatry* 2009; 166(3): 361–9.
5. Young JJ, Silber T, Bruno D, Galatzer-Levy R, Pomara N, Marmar CR. Is there Progress?. An Overview of Selecting Biomarker Candidates for Major Depressive Disorder. *Journal List Front Psychiatry* 2016; 7: 72.
6. Huijiao Sun WL, Chen H, Yang X, Xiao L, Liu R, Shao L, Qiu Z. Major depressive disorder and kappa opioid receptor antagonists. *Journal List HHS Author Manuscripts. Transl Perioper Pain Med* 2016; 1(2): 4–16
7. Phillips ML, Chase HW, Sheline YI, Etkin A, Almeida JRC. Identifying Predictors, Moderators, and Mediators of Antidepressant Response in Major Depressive Disorder: Neuroimaging Approaches. *HHS Author Manuscripts. Am J Psychiatry* 2015; 172(2): 124–38.
8. Niciu MJ, Ionescu DF, Richards EM, Zarate Jr CA. Glutamate and its receptors in the pathophysiology and treatment of major depressive disorder. *Journal of Neural Transmission* 2014; 121(8): 907-24.
9. Geerlings MI, Sigurdsson S, Eiriksdottir G, Garcia ME, Harris TB, Sigurdsson T, et al. Associations of current and remitted major depressive disorder with brain atrophy: the AGES-Reykjavik Study. *Psychol Med* 2013; 43(2): 317–28.
10. Weightman MJ, Air TM, Baune BT. A Review of the Role of Social Cognition in Major Depressive Disorder, *Public Access and PMC* 2014; 5: 179.
11. Ward MP, Irazoqui PP. Evolving refractory major depressive disorder diagnostic and treatment paradigms: toward closed-loop therapeutics. *Frontiers in Neuroengineering* 2010; 3: 7.
12. Sadock BG, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry.—Eleventh edition. Lippincott Williams & Wilkins 2015.
13. Love T, Laier C, Brand M, Hatch L, Hajela R. Neuroscience of Internet Pornography Addiction: A Review and Update. *Journal List Behav Sci (Basel)* 2015; 5(3): 388–433.
14. Orman DJ. Refraining of an addiction via hypnotherapy: A Case Presentation. *Journal American Journal of Clinical Hypnosis* 1991; 4:33.
15. Rabertson D. A brief introduction of cognitive– behavioral hypnotherapy[cited2008]. Available from. <http://www.rebhp.org/articles/Introduction.pdf>.
16. Dowd ET. Cognitive- developmental hypnotherapy. In *Handbook of Clinical Hypnosis*. Rhue JW(editor). Psychological Association Kirsch. Washington American, DC: Experimental Hypnosis, 1993; 147- 66, 215- 32.
17. Moghtader L, Hasanzade R, Mirzaeian B, Dusti Y. Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Cognitive Hypnotism on Anxiety and Depression in Women with Premenstrual Syndrome. *Holistic Nursing And Midwifery Journal* 2016; 26(3): 96-105.
18. Barbieri JL. The URGES approach: Urge reduction by growing ego strength (URGES) for trauma/addiction treatment using alternate bilateral stimulation, hypnotherapy, ego state therapy and energy psychology. *Sexual Addiction & Compulsivity* 2008; 15(2):116-38.
19. Lynn SJ, Barnes S, Deming A, Accardi M. Hypnosis, rumination, and depression: catalyzing attention and mindfulness-based treatments. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2010; 58(2): 202-21.
20. Barabasz AF. Treatment of insomnia in depressed patients by hypnosis and cerebral electrotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1976; 19(2): 120-2.
21. Beak AT, Steer RA, Brown GK. Beak Depression Inventory For Measuring depression. *Arch Gen Psychology* 1996; 4: 561-71.
22. Alladin A. Evidence-based hypnotherapy for depression. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* 2010; 58(2): 165-85.
23. Alladin A. Healing the wounded self: Combining hypnotherapy with ego state therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis* 2013; 56(1): 3-22.

24. Ainsworth HR, Torgerson DJ, Torgerson CJ, Bene J, Grant C, Ford S, Watt I. The effect of hypnotherapy on exam anxiety and exam performance: A pilot randomised controlled trial. *Effective Education* 2010; 2(2): 143-54.
25. Deabler HL. Hypnotherapy of impotence. *American Journal of Clinical Hypnosis* 1976; 19(1): 9-12.
26. Riehl ME, Keefer L. Hypnotherapy for esophageal disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis* 2015; 58(1): 22-33.
27. Dillworth T, Jensen MP. The role of suggestions in hypnosis for chronic pain: a review of the literature. *The Open Pain Journal* 2010; 3(1): 39.
28. David SM, Salzillo S, Bowe P, Scuncio S, Malit B, Raker C, Gass JS, Granai CO, Dizon DS. Randomised controlled trial comparing hypnotherapy versus gabapentin for the treatment of hot flashes in breast cancer survivors: a pilot study. *BMJ Open* 2013; 3(9): e003138.
29. Alladin A. *Cognitive hypnotherapy: An integrated approach to the treatment of emotional disorders*. John Wiley & Sons; 2008: 10.
30. Alladin A, Alibhai A. *Cognitive hypnotherapy for depression. An Empirical Investigation*. *International Journal of Clinical Hypnosis* 2007; 2: 147-66.

The Effectiveness of Group Cognitive Hypnotherapy on Major Depression Referred to Residential and Semi-residential Addiction Recovery Centers

Haghighi S¹, Movahedzadeh B^{2*}, Malekzadeh M³

¹Young Researchers and Elite Club, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran, ²Department of Psychology, Payame Noor University, Iran, Tehran, ³Department of Psychology, Yasuj University of Medical Sciences, Yasuj, Iran

Received: 8 Oct 2016 Accepted: 2 Dec 2016

Abstract

Background and aim: Psychological consequences of addiction, such as major depression regardless of physical problems, economic, cultural and social is cause problems for both families and society. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of group cognitive hypnotherapy on major depression in residential and semi-residential addiction recovery centers in the city of Yasuj.

Methods: The present quasi-experimental study was conducted using a pre-test, post-test and control group. The population included all patients drug dependent as residential and semi-residential referred to Yasuj addiction recovery centers. 40 patients were selected by convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The instrument used in this study included Beck Depression Inventory which depressed patients diagnosed and according to clinical interview they entered the study. Group cognitive Hypnotherapy intervention model was carried out on the experimental group for 8 sessions for one hour once a week, but there was no intervention on control group. After the intervention both experimental and control groups were assessed. Collected data was analyzed using covariance analysis.

Results: The results revealed that the cognitive hypnotherapy treatment of group, leading to depression reduced significantly in the experimental group compared control group significantly ($p < 0.001$). The mean pre-test score of major depression in the experimental group and in control group was $39/5 \pm 10/54$ and $61/4 \pm 20/52$ respectively. Whereas the mean and standard deviation of major depression and post-test scores in the experimental group $55/2 \pm 05/25$ and in the control group was $50/3 \pm 55/51$.

Conclusion: Cognitive hypnotherapy can be used as adjunctive therapy in reducing major depression or used in addiction recovery centers.

Key words: Addiction, Cognitive hypnotherapy, Major depression

*Corresponding author: Movahedzadeh B, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran, Tehran.

Email: movahedbahram@yahoo.com

Please cite this article as follows :

Haghighi S, Movahedzadeh B, Malekzadeh M. The Effectiveness of Group Cognitive Hypnotherapy on Major Depression Referred to Residential and Semi-residential Addiction Recovery Centers. Armaghane-danesh 2016; 21 (9): 914-923.