

مجله علوم تربیتی و روانشناسی

دانشگاه سیستان و بلوچستان

سال دوم اسفند ماه ۱۳۸۴

## بررسی اثر بخشی هیپنوتیزم درمانی در درمان مبتلایان به اختلال سردرد تنشی مزمن

نوشیروان خضری مقدم\*، حسن بنی اسدی\*\* و فرهاد کهرآزنی\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی هیپنوتیزم درمانی در درمان مبتلایان به سردرد تنشی مزمن و تأثیر آن بر اضطراب بیماران فوق به صورت تک موردی (طرح خط پایه، چندگانه در بین آزمودنی ها) صورت گرفته است. بدین منظور، سه بیمار مبتلا به سردرد تنشی مزمن از بین مراجعه کنندگان به یک مطب مغز و اعصاب انتخاب و خط پایه آنها به وسیله مقیاس درجه بندی دیداری درد و پرسشنامه اضطراب بک تعیین گردید (نمونه های در دسترس). آنگاه بیمار اول پس از یک هفته خط پایه، بیمار دوم پس از دو هفته خط پایه و بیمار سوم پس از سه هفته خط پایه در نه جلسه یک ساعته مورد مداخله هیپنوتیزم درمانی قرار گرفتند. ارزیابی اثرات مداخله در پایان هر جلسه به وسیله ابزارهای پژوهش مورد سنجش قرار گرفت. یافته های حاصل از پژوهش نشان داد که شدت درد و نمرات اضطراب هر سه بیمار در مرحله مداخله نسبت به خط پایه کاهش قابل توجهی داشته و پس از یکماه پیگیری برای هر سه بیمار پایدار بوده است.

**واژه های کلیدی:** هیپنوتیزم درمانی، سردرد تنشی مزمن، اضطراب، خط پایه



\* عضو هیئت علمی دانشگاه ولی عصر رفسنجان

\*\* عضو هیئت علمی دانشگاه شهید باهنر کرمان

\*\*\* عضو هیئت علمی دانشگاه سیستان و بلوچستان

## مقدمه □

یکی از مهم ترین عواملی که افراد را به جستجوی درمان های پزشکی می کشاند، تجربه درد می باشد. درد چنان پدیده شایعی است که پس از حفظ جان در مقابل شرایطی که حیات را تهدید می کند، کنترل آن مهم ترین وظیفه کادر پزشکی به شمار می رود (هیلگارد<sup>۱</sup>، ۱۳۷۵).

بر اساس تعریف انجمن بین المللی مطالعه درد<sup>۲</sup> (۱۹۷۹) "درد عبارت است از تجربه ناخوشایند حسی و هیجانی که همراه با آسیب بالفعل یا بالقوه بافت<sup>۳</sup> بوده و یا بر حسب چنین آسیبی بیان می شود". بررسی اجزای تعریف فوق، برداشت غریزی افراد را از درد، مورد سؤال قرار داده و آشکار می کند که چنین برداشتی در کنترل درد، ناموفق است. افراد به طور غریزی احساس می کنند که درد در نتیجه آسیب بدنی به وجود می آید و شدت آن نیز به میزان آسیب دیدگی بستگی دارد، بنابراین هنگام تجربه درد، جزء حسی و آسیب بافتی است که مورد توجه قرار می گیرد. اما تعریف انجمن بین المللی مطالعه درد علاوه بر دو جزء فوق، عامل هیجانی را نیز در بر می گیرد. درد بدون پریشانی که می تواند آزردهی خاطر، خشم، اضطراب و یا ترس باشد، تجربه نمی شود. از سوی دیگر، درد یا در پاسخ بالفعل یا بالقوه بافت می باشد و یا این که بر اساس چنین آسیبی بیان می شود. آسیبی که ممکن است هرگز وجود نداشته باشد و یا با وجود آن هیچگونه دردی احساس نشود. نوع اول مانند درد اندام خیالی<sup>۴</sup> است؛ در این حالت درد در عضوی به وجود می آید که فرد قبلاً آن را از دست داده است. نوع دوم مانند زمانی که یک ورزشکار در جریان مسابقه مجروح گردیده اما تا پایان مسابقه از آن آگاه نمی شود یا زمانی که فرد در حالت هیپنوتیزم تحت عمل جراحی قرار می گیرد، می باشد. همان طور که گفته شد، بر اساس برداشت غریزی ما، مواقعی که آسیب وجود ندارد و یا مواقعی که آسیب بهبود پیدا می کند احساس می کنیم که نیاپستی درد وجود داشته باشد (کانیوم<sup>۵</sup> و دیاموند<sup>۶</sup>، ۱۹۹۴).

به نظر می رسد در تجربه درد عوامل مختلفی از قبیل سن، جنس، فرهنگ، شخصیت، روابط

---

1- Hilgard

2- International Association for study of Pain

3- tissue

4- Phantom pain

5- Coniam

6- Diamond

بین فردی و سایر عوامل اجتماعی دخالت دارند. تعامل پیچیده این عوامل می تواند ادراک ما را از درد تحت تأثیر قرار دهد. آگاهی از عوامل فوق می تواند یاری رسان متخصصان بهداشت و پزشکی در تبیین و کنترل درد، شود.

یافته های متعدد پژوهشی نشان داده اند که نمی توان اثر بهبود بخشی روش های روان شناختی را در کنترل و کاهش درد نادیده گرفت. مواقعی که امکان استفاده از داروها کاهش می یابد یا بنا به دلایلی میسر نمی گردد، استفاده از روش های روان شناختی می تواند مؤثر واقع شود و یا تاثیر سایر درمان ها را افزایش دهد (اکلستون<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷). هیپنوتیزم درمانی یکی از روش های روان شناختی است که می تواند بطور قابل ملاحظه ای در تسکین درد مؤثر واقع شود. یک قرن پیش هیپنوتیزم درمانی، اغلب القای هیپنوتیزم با انجام تلقینات جهت رفع علائم در نظر گرفته می شد. در نتیجه، از نظر بعضی پژوهشگران این شیوه به عنوان روشی درمانی که ممکن است قابل مقایسه با روان تحلیلی، شناختی رفتاری یا رویکردهای دیگر درمانی باشد، نگریده می شد (اسمیت<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۰؛ به نقل از کریش<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۵).

امروزه تلقیناتی که برای رفع علائم به کار برده می شوند نقش جزئی در هیپنوتیزم درمانی معاصر ایفا می کنند. در عوض هیپنوتیزم درمانی عموماً از شکل های شناخته شده روان درمانی به علاوه هیپنوتیزم، تشکیل شده است (کریش و همکاران، ۱۹۹۵). با مروری بر برخی از تحقیقات انجام شده در این زمینه چگونگی تاثیر این روش در کنترل درد به طور کلی و سردرد تنشی به طور اخص مشخص خواهد گردید.

فریمن<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۰) بر اساس نظریه نو گسستگی هیلگارد<sup>۵</sup> و نظریه اجتماعی شناختی اسپانوس، ۲۰ نفر داوطلب هیپنوتیزم پذیر بالا و پایین انتخاب و در معرض تست تحمل درد در آب یخ در طول موقعیتهای موازی تن آرامی، حواس پرتی و هیپنوتیزم قرار دادند. نتایج نشان داد که افراد هیپنوتیزم پذیر بالا در هیپنوتیزم در مقایسه با موقعیت های حواس پرتی و تن آرامی بیداری کاهش معنی داری در درد نشان دادند. همچنین افراد هیپنوتیزم پذیر بالا در

1- Eccleston

2-Smit

3-Kirsch

4-Freeman

5-Hilgard's neodissociation theory

مقایسه با هیپنوتیزم پذیر پایین در پاسخ به هیپنوتیزم کاهش معنی داری در درد نشان دادند. از یافته های EEG نیز مشخص شد که افراد هیپنوتیزم پذیر بالا در مقایسه با افراد هیپنوتیزم پذیر پایین بطور معنی داری فعالیت تنا بیشتری در محل های آهیانه ای<sup>۱</sup> و پس سری<sup>۲</sup> هم در هنگام هیپنوتیزم و هم تن آرامی بیداری نشان دادند. این محققین نتیجه گرفتند که یافته های فوق نمی تواند مفهوم سازی اجتماعی- شناختی رفتار هیپنوتیزمی را مورد حمایت قرار دهند، اما شواهد زیادی در تایید نظریه نوگسستگی هیلگارد و نظریه حالت هیپنوتیزم فراهم آوردند.

فارتینگ<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۷) اثر بخشی تکالیف مختلف حواس پرتی از درد را که شامل حواس پرتی درونی و بیرونی<sup>۴</sup> می شوند به عنوان یک کارکرد هیپنوتیزم پذیری روی آزمودنی های تحمل درد در آب یخ مورد بررسی قرار دادند. در پایان نتایج نشان داد که حواس پرتی آزمودنی های هیپنوتیزم پذیر بالا، بدون توجه به درونی یا بیرونی بودن آن در کنترل درد مؤثر تر از آزمودنی های هیپنوتیزم پذیر پایین می باشد.

هولروید (۱۹۹۶) این عقیده را که استفاده از هیپنوتیزم برای کنترل درد فقط با افراد هیپنوتیزم پذیر بالا ممکن است، به چالش طلبید و شیوه آموزش مهارت های هیپنوتیزمی در کنترل درد را پیشنهاد کرد. همچنین نشان داد با تکرار تلقینات بی دردی در هیپنوتیزم می توان آستانه تحمل درد را افزایش داد. هولروید سرانجام نتیجه گرفت که افراد هیپنوتیزم پذیر پایین می توانند در معرض دامنه وسیعی از انواع تلقینات بی دردی هیپنوتیزمی قرار گرفته و به طور مؤثری تحت تاثیر قرار گیرند. هیلگارد (۱۳۷۵) نیز اظهار می دارد علی رغم اهمیت زیاد هیپنوتیزم پذیری در کاهش درد نمی توان رابطه فوق را مطلق تصور نمود. بی دردی هیپنوتیزمی در گروه های متعددی از آزمودنی های هیپنوتیزم پذیر بالا و پایین با انواعی از دردهای مختلف به کار رفته است. بیمارانی که دچار سردرد تنشی می باشند از جمله مواردی هستند که به طور گسترده ای مورد توجه پژوهشگران هیپنوتیزم قرار گرفته اند.

پاتریشا<sup>۵</sup> و همکاران (۱۹۹۱) اثر بخشی هیپنوتیزم درمانی را در درمان سردرد تنشی مزمن

<sup>۱</sup>-parietal

<sup>۲</sup>-occipital

<sup>۳</sup>-Farthing

<sup>۴</sup>-internal and external distraction

<sup>۵</sup>-Patricia

مورد بررسی قرار دادند. نتایج کاهش معنی داری در روزها، ساعات و شدت سردرد و همچنین کاهش معنی داری در نمرات اضطراب آزمودنی ها نشان دادند.

در تحقیق مشابهی پترسون<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۲) اثر بخشی هیپنوتیزم درمانی را بر روی سردرد تنشی مورد مطالعه قرار دادند. ۳۰ آزمودنی در سه گروه هیپنوتیزم درمانی، گروه دارونما و گروه غیر درمان قرار گرفتند. بیماران گروه هیپنوتیزم در مقایسه با دو گروه دیگر کاهش معنی داری در درد نشان دادند.

زیتمن<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۲) اظهار می دارند که سردردهای تنشی از یک موقعیت مزمن ناشی می شوند. پسخوراند زیستی<sup>۳</sup>، آموزش تن آرامی و بی دردی ناشی از تلقین می تواند درد را کاهش دهند. هیچ گونه تفاوتی بین درمان های مختلف روان شناختی در این زمینه مشاهده نشده است. این پژوهشگران تکنیک هیپنوتیزم درمانی، تصویر سازی هیپنوتیزی معطوف به آینده<sup>۴</sup> را که با عنوان هیپنوتیزم بیان نشده بود با آموزش خودزاد<sup>۵</sup>، در درمان سردرد تنشی مورد مقایسه قرار دادند. سپس هر دو گروه را با تصویر سازی هیپنوتیزی معطوف به آینده که این بار با عنوان هیپنوتیزم بیان شده بود، مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد که هر سه درمان به یک اندازه مؤثرند، با این تفاوت که بعد از دوره پی گیری شش ماهه، درمانی که آشکارا عنوان هیپنوتیزم به دنبال داشت موثرتر از آموزش خودزاد بود.

در یک مطالعه، فتحی (۱۳۷۶) اثر بخشی هیپنوتیزم درمانی را بر روی سردرد میگرنی مورد مطالعه قرار داد. آزمودنی ها ۱۰ بیمار مقاوم به درمان دارویی بودند که دو نفر تحت آرام بخشی هیپنوتیزی، دو نفر تحت هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری و دو نفر نیز تحت القانات هیپنوتیزی مستقیم قرار گرفتند. چهار نفر دیگر با ترکیب روش های گفته شده خصوصاً آموزش خود هیپنوتیزم درمان شدند. نتیجه نشان داد که دو نفری که تحت آرام بخشی هیپنوتیزی واقع شده بودند توانستند در پیگیری ۹ ماهه زندگی بدون سردرد را تجربه کنند. از دو نفری که تحت هیپنوتیزم درمانی شناختی رفتاری قرار گرفته بودند یکی از آنها پس از ۴/۵ ماه، بازگشت

<sup>1</sup>-Patterson

<sup>2</sup>-Zitman

<sup>3</sup>-biofeedback

<sup>4</sup>- future- oriented hypnotic imagery

<sup>5</sup>-autogenic training

مجدد و سردردهای ۲۴ ساعته را ذکر کرد. دو نفری که تحت درمان القانات مستقیم واقع شدند کمترین پاسخ درمانی را نشان دادند. از چهار نفر دیگری که تحت درمان ترکیبی و خصوصاً شرطی سازی واقع شدند هیچ کدام حمله سردرد را طی نه ماه پیگیری نشان ندادند.

درد پاسخی طبیعی به تحرکات مکانیکی، حرارتی و شیمیایی است که سبب فعال شدن ساختار ویژه ای به نام گیرنده های درد<sup>۱</sup>، در پوست، احشاء و بافت های عمیق تر بدن می شود. تحریک درد از گیرنده های درد در سراسر رشته های عصب به سوی نخاع شوکی حرکت کرده و در سیستم عصبی مرکزی به عنوان تجربه درد پردازش می شود. در بیشتر موارد محرکاتی که گیرنده های درد را فعال می کنند پایان یافته و پس از مدتی درد از بین می رود. چنین دردی به عنوان درد حاد<sup>۲</sup> تعریف می شود. در مقابل درد مزمن<sup>۳</sup> دردی است طولانی مدت که طول مدت آن معمولاً بیشتر از شش ماه می باشد (چپمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱).

یکی از شایع ترین دردهایی که توجه متخصصان را به خود مشغول ساخته سردرد است. حدود هشتاد درصد مردم در طول سال حداقل یک بار دچار سردرد می شوند؛ ده تا دوازده درصد افرادی که به پزشک مراجعه می کنند شکایت اولیه آنها سردرد است. اکثر سردردها با علت عضوی همراه نیستند. بسیاری از افراد در شرایط استرس هیجانی دچار سردرد می شوند و بسیاری از اختلالات روان پزشکی مثل اضطراب و افسردگی در بسیاری از موارد به عنوان یکی از علائم عمده مورد توجه قرار می گیرد. سردرد تنشی<sup>۵</sup> در هشتاد درصد مردم تحت فشار روانی آشکار می شود. اضطراب و افسردگی معمولاً با این سردردها رابطه دارند (کاپلان، ۱۳۷۵: ۵۸۱). بنابراین در درمان این گونه دردها نمی توان تنها با در نظر گرفتن تظاهرات فیزیکی بیماران به مقابله با آنها اقدام نمود.

پیچیدگی تجربه درد سبب شده تا رویکردهای روان شناختی - پزشکی تلفیقی به وجود آیند. یکی از رویکردهای روان شناختی که در تلفیق با رویکردهای پزشکی مورد توجه متخصصان قرار گرفته، هیپنوتیزم است. این رویکرد شیوه ای مطمئن، مؤثر و غیر تهاجمی است که قابلیت

<sup>۱</sup>-pain nociceptors

<sup>۲</sup>-acute

<sup>۳</sup>-chronic

<sup>۴</sup>-Chapman

<sup>۵</sup>-tension headache

بهبود بخشیدن به هر دوی مؤلفه های عاطفی و حسی درد را دارد (هولروید<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶).  
 درد به عنوان یک پدیده چند وجهی، با رنج فراوان روان شناختی، اجتماعی و فیزیکی همراه بوده و سبب کاهش بهره وری در اجتماع می شود (پنی<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۹).  
 هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین کارایی هیپنوتیزم درمانی در درمان بیماران مبتلا به اختلال سردرد تنشی می باشد. بدیهی است که با توجه به تأثیرات سوء این اختلالات چه از جهت فردی و چه اجتماعی- اقتصادی، بررسی راهبردهای مختلف درمانی برای این گونه اختلالات حایز اهمیت می باشد؛ به خصوص که هیپنوتیزم درمانی، درمانی کوتاه مدت و بنابراین از نظر اقتصادی برای بیماران مقرون به صرفه می باشد.

اضطراب اغلب در کنترل درد خصوصاً در درد مزمن به دلیل ماهیت پیش رونده و تدریجی آن دخالت دارد. زمانی که درد بیشتر غیر قابل کنترل می گردد. مهارتهای مقابله ای انسان نیز رو به کاهش می روند و وقتی فرد برای بازگشت مجدد درد، تحریک می شود و مقاومت می کند اضطراب نیز افزایش می یابد. خود این اضطراب منجر به احساس شدید درد گردیده و سیکل معیوب شروع می شود. بنابراین فنون کاهش اضطراب نظیر شیوه های تن آرامی و هیپنوتیزم اغلب اثر کاهش درد و اضطراب با هم دارند (گلدن<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۸۷). بنابراین کاهش اضطراب می تواند به عنوان هدف فرعی این پژوهش تلقی شود. در کل این پژوهش به دنبال پاسخ به سوالات ذیل است:

- ۱- آیا هیپنوتیزم درمانی اضطراب همراه با سردرد تنشی را کاهش می دهد؟
- ۲- آیا هیپنوتیزم درمانی سبب کاهش شدت سردرد تنشی می شود؟

#### □ روش

در پژوهش حاضر از طرح خط پایه چندگانه در بین آزمودنی ها<sup>۴</sup> استفاده شده است. در این نوع طرح رفتارهای همانند در موقعیت های یکسان برای دو یا چند آزمودنی مورد سنجش قرار می گیرند (دلور، ۱۳۷۴).

<sup>۱</sup>-Holroyd

<sup>۲</sup>-Penny

<sup>۳</sup>-Golden

<sup>۴</sup>-multiple- baseline design across subjects

در طرح خط پایه چند گانه در بین آزمودنی ها، پس از تعیین خط پایه آزمودنی ها که در شرایط محیطی تقریباً یکسانی قرار دارند، به ترتیب و با فاصله زمانی معین وارد طرح درمانی می شوند. از آنجا که متغیر درمانی یکسان به ترتیب و به فواصل زمانی مشخص در مورد آزمودنی ها به کار می رود، بنابراین دفعات اندازه گیری خط پایه آزمودنی ها بی که در فاصله دیرتری وارد مرحله مداخله می شوند نسبت به آزمودنی هایی که زودتر وارد شده اند افزایش می یابد (بارلو<sup>۱</sup> و هرسن<sup>۲</sup>، ۱۹۸۴).

گودوین<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) مهم ترین علت استفاده از طرحهای فوق را عدم برگشت پذیر بودن برخی رفتارها در طرح برگشتی<sup>۴</sup> می داند، زیرا برخی رفتارها با وجود متوقف شدن مرحله مداخله، به مرحله خط پایه برگشت نمی کنند. همچنین گاهی اوقات برگشت رفتار تغییر داده شده یا ایجاد شده به مرحله خط پایه اخلاقی نمی باشد.

آزمودنی های این پژوهش از بین مراجعین به یک مطب مغز و اعصاب که شکایات اصلی آنها سردرد تنشی بود، انتخاب شدند. روش نمونه گیری، نمونه های در دسترس بود. معیار گزینش آزمودنی ها عبارت بود از داشتن سردرد به مدت شش ماه یا بیشتر، دامنه سنی ۲۵-۳۰ و عدم پاسخ به درمان های دارویی و نقش عمده عوامل روان شناختی در شروع، شدت و تشدید یا دوام درد.

ابزارهای اندازه گیری این پژوهش را مقیاس درجه بندی دیداری<sup>۵</sup> و پرسشنامه اضطراب بک<sup>۶</sup> تشکیل می دهند. مقیاس درجه بندی دیداری یک شیوه ساده و موثر برای اندازه گیری شدت درد می باشد. مقیاس فوق شامل یک خط راست ده سانتیمتری که نقطه آغاز آن به منزله نبود درد و آخرین نقطه یعنی ده- به منزله حداکثر درد ادراک شده توسط بیمار می باشد. از بیمار خواسته می شود تا شدت دردش را روی مقیاس فوق تعیین نماید. از جمله مزایای این ابزار سنجش درد، سادگی، راحتی اجرا، به حداقل رساندن عوامل مداخله گر و پایایی آن که در جلسات بالینی و پژوهشی به اثبات رسیده است، می باشد (روزنبرگ و بوسول، ۱۹۹۸).

<sup>1</sup>-Barllow

<sup>2</sup>-Hersen

<sup>3</sup>-Goodwin

<sup>4</sup>-reversal

<sup>5</sup>-Visual Analogue Scale

<sup>6</sup>-Beck Anxiety Inventory



اعتبار این مقیاس را لطفعلی زاده (۱۳۷۰)، به نقل از باقریان سرارودی، (۱۳۷۲) با توجه به همخوانی بالای آن با روزنگار سردرد مورد تایید قرار داده است.



مقیاس درجه بندی دیداری درد

پرسشنامه اضطراب بک دارای ۲۱ ماده بوده که شدت اضطراب را در یک مقیاس صفر تا ۶۳ با اعتبار درونی بالا، پایایی بالا و اعتبار تشخیصی بالا اندازه گیری می کند (بک و همکاران ۱۹۹۸، به نقل از لانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۶). مطالعات انجام شده اعتبار و پایایی بالایی برای این پرسشنامه آشکار ساخته اند. ثبات درونی ۹۲٪ و پایایی آن با آزمون مجدد بعد از مدت یک هفته ۷۵٪ بوده است. همبستگی کل ماده ها از ۳۰٪ تا ۷۶٪ متغیر می باشد (بک و همکاران، ۱۹۸۸، به نقل از بخشانی، ۱۳۷۲). همچنین بخشانی (۱۳۷۲) پایایی این پرسشنامه را از طریق بازآزمایی در شهر زاهدان ۷۰ درصد به دست آورده است.

#### □ تجزیه و تحلیل داده ها

در پژوهش های تک موردی به منظور ارزیابی داده ها می توان از تحلیل دیداری<sup>۲</sup>، تحلیل آماری<sup>۳</sup> و ملاک های درمانی<sup>۴</sup> استفاده کرد (بلاک<sup>۵</sup>، ۱۹۸۴). در صورتی که تأثیر مشاهدات به اندازه کافی بزرگ باشد تحلیل دیداری رایج ترین راهبرد در تحلیل یافته های پژوهش تک موردی می باشد. در مقابل تحلیل آماری زمانی مناسب است که تأثیرات مشاهده شده به اندازه کافی بزرگ نباشد. در روش تحلیل دیداری میزان تغییر رفتار، به وسیله مقایسه عملکرد خط پایه آزمودنی با عملکرد او در مرحله مداخله سنجیده می شود. کازدین (۱۹۹۴) معتقد است میزان تغییرات لازم جهت فراهم ساختن شواهد قانع کننده مبنی بر بهبود رفتار مورد نظر از سه طریق

<sup>۱</sup>-Lang

<sup>۲</sup>-visual analysis

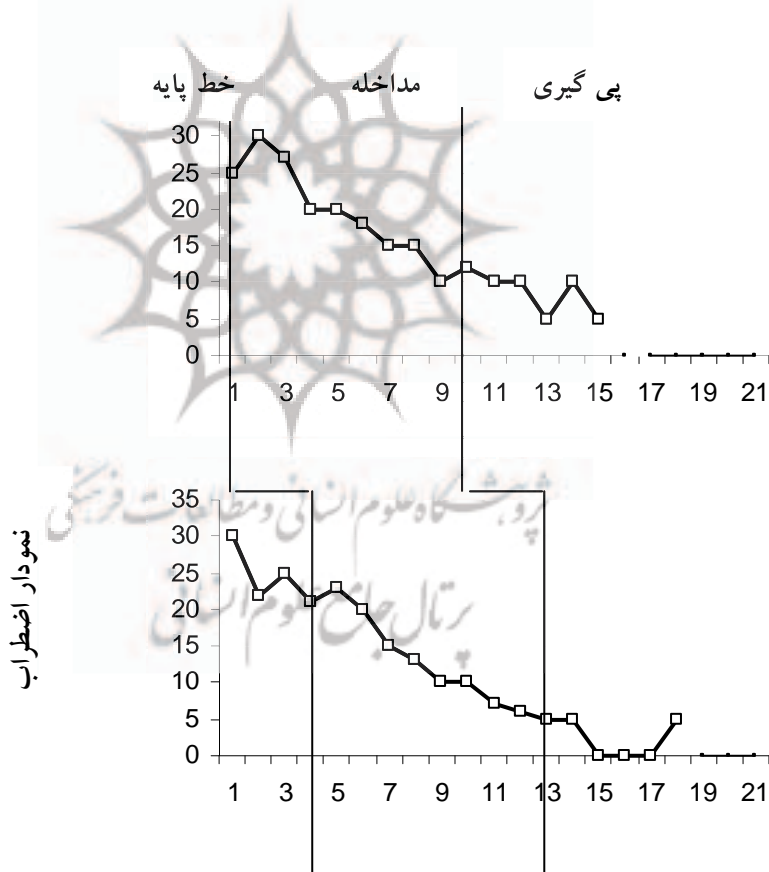
<sup>۳</sup>-statistical analysis

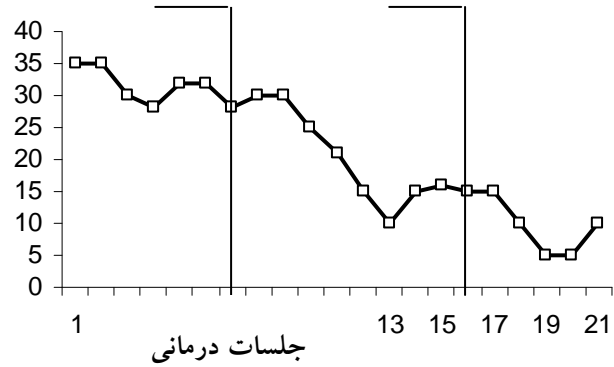
<sup>۴</sup>-therapeutic analysis

<sup>۵</sup>-Bellack

قابل ارزیابی می باشد. یک روش: میزان همپوشی و ناهمپوشی عملکرد مرحله مداخله با سطح عملکرد در خط پایه می باشد، هنگامی که عملکرد خط پایه با مرحله مداخله همپوش نباشد توافق عمومی بر این است که تغییرات مورد نظر روی داده است. دومین روش: توجه به تغییرات شیب های واگرا در مرحله خط پایه و مداخله می باشد. یعنی رفتار در مرحله خط پایه افزایش نشان می دهد در مرحله مداخله کاهش نشان می دهد یا برعکس. سومین معیار: مقایسه میانگین سطح عملکرد و مرحله مداخله با میانگین سطح عملکرد خط پایه می باشد که در صورت متفاوت بودن حاکی از تغییر در رفتار مورد نظر می باشد.

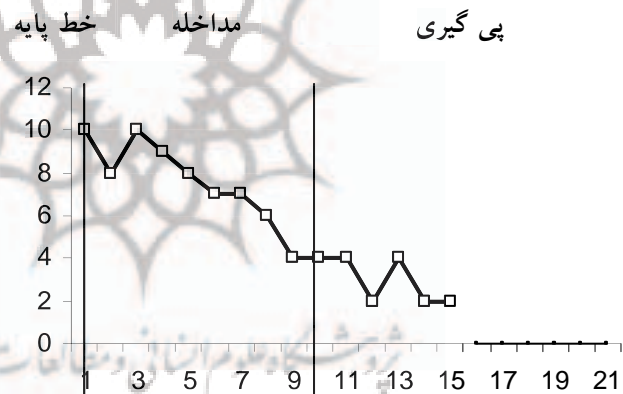
نمودار ۱- نمودار پله ای نمرات اضطراب بیماران در مراحل مختلف پژوهش

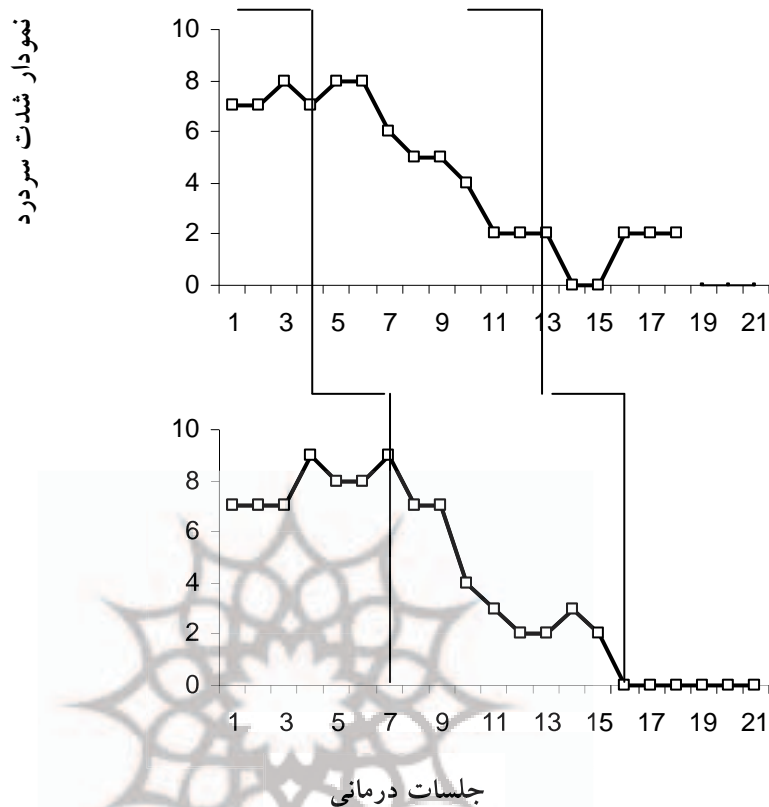




با نگاهی به نمودار ۱- مشاهده می شود که در مرحله خط پایه اضطراب هر سه آزمونی نسبتاً پایدار بوده اما در طی مرحله مداخله کاهش اضطراب قابل ملاحظه می باشد. که در مرحله پی گیری نیز پایدار مانده است.

نمودار ۲- نمودار پله ای شدت ذهنی سردرد بیماران در مراحل مختلف پژوهش





با نگاهی به نمودار ۲- مشاهده می شود که شدت ذهنی درد هر سه آزمودنی در مرحله خط پایه بانو سانات نسبتاً پایداری همراه بوده که حکایت از عدم کاهش محسوس در شدت درد بیماران دارد، اما با شروع مرحله مداخله کاهش درد در هر سه آزمودنی با اندکی تفاوت محسوس می باشد. این کاهش در مرحله پی گیری نیز پایدار مانده است.

#### □ بحث و نتیجه گیری

بر مبنای سوال اول پژوهش یافته های نمودار-۱ (نمودار پله ای اضطراب بیماران) نشان می دهد که اضطراب هر سه بیمار در مرحله مداخله هیپنوتیزم درمانی نسبت به خط پایه کاهش زیادی داشته است که در مرحله پی گیری نیز تداوم داشته است. بنا بر این سوال دوم پژوهش

حاضر نیز مورد تأیید قرار می گیرد.

در دردهای مزمن به سبب ناراحتی و اشتغال ذهنی مداوم با درد، اضطراب اولیه با درد مانده و سبب افزایش درد می گردد. درد افزایش یافته دوباره اضطراب را افزایش داده و چرخه معیوب ادامه پیدا می کند (فوردایس<sup>۱</sup> و استیگر<sup>۲</sup>، ۱۹۷۹، به نقل از گچل<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۳۷۷). به نظر می رسد هرگونه تغییری که در درد بیماران روی می دهد، روی سایر شاخص های روان شناختی آنها نیز تاثیر می گذارد. چنانچه دریافته اخیر نیز مشاهده شد با کاهش شدت درد بیماران نمرات اضطراب آنها کاهش پیدا کرد. اگر چه اثر آرام بخشی هیپنوتیزم، خود نیز می تواند موجب کاهش اضطراب شود. این یافته با یافته پاتریشا و همکاران (۱۹۹۱) همخوان است.

با توجه به سوال دوم پژوهش حاضر مبنی بر اینکه «هیپنوتیزم درمانی سبب کاهش شدت سردرد تشیی مزمن می شود» یافته های مربوط به این فرضیه در نمودار ۲- (نمودار پله ای شدت ذهنی سردرد بیماران در مراحل مختلف پژوهش) ارائه شده اند. قسمت اول نمودار فوق شدت سردرد بیمار اول را نشان می دهد، که حکایت از کاهش درد در مرحله مداخله و پی گیری یک ماهه نسبت به خط پایه دارد. تنها پس از شروع هیپنوتیزم درمانی است که کاهش قابل ملاحظه ای در شدت سردرد بیمار ایجاد شده است و این وضعیت با آموزش خود هیپنوتیزم و تلقینات پس هیپنوتیزی به بیمار در جلسات مداخله، تداوم یافته و باعث پایداری آن در مرحله پی گیری یک ماهه شده است.

قسمت دوم نمودار ۲- که شدت سردرد آزمودنی دوم را نشان می دهد، ملاحظه می شود که شدت درد این آزمودنی نیز در مرحله مداخله نسبت به خط پایه کاهش بسیار زیادی داشته است، این روند در مرحله پی گیری نیز پایدار بوده است.

قسمت سوم نمودار ۲- شدت سردرد آزمودنی سوم را در مراحل مختلف پژوهش نشان می دهد. همان طور که ملاحظه می شود درد این بیمار نیز پس از شروع مرحله مداخله (هیپنوتیزم درمانی) به طور محسوسی کاهش یافته و در مرحله پی گیری نیز تداوم داشته است. به طور کلی نمودار ۲- نشان می دهد که شدت سردرد هر سه بیمار پس از مرحله مداخله

1-Fordyce  
2-Stetgr  
3-Gatchel

کاهش پیدا کرده و در مرحله پی گیری نیز ادامه داشته است این مقایسه بدین معنی است که عامل تغییر در متغیر وابسته (کاهش درد) متغیر مستقل (هیپنوتیزم درمانی) بوده است بنابراین فرضیه فوق مورد تأیید است. این یافته ها با یافته های حاصل از پژوهش های انجام شده قبلی (فریمن و همکاران، ۲۰۰۰؛ فارتینگ و همکاران، ۱۹۹۷؛ هولروید، ۱۹۹۶؛ هیلگارد، ۱۳۷۵؛ پاتریشا و همکاران، ۱۹۹۱؛ پترسون و همکاران، ۱۹۹۲؛ زیتمن و همکاران، ۱۹۹۲؛ فتحی، ۱۳۷۶) همخوان است.



### منابع

۱. باقریان سرارودی، رضا (۱۳۷۲). بررسی مقایسه ای اثربخشی درمان دارویی، درمان غیردارویی (آموزش آرام سازی) و ترکیب آنها در بهبودی سردرد تنشی مزمن. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۲. بخشانی، نورمحمد (۱۳۷۲). بررسی اثربخشی روش رفتاری - شناختی در درمان حالات اضطرابی. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
۳. دلاور، علی (۱۳۷۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
۴. فتحی، مهدی (۱۳۷۶). بررسی موردی میگرن مقاوم به دارو با هیپنوتیزم. تازه های روان درمانی، شماره ۳ و ۴.
۵. کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین و گرب، جک (۱۳۷۵). خلاصه روانپزشکی. ترجمه نصرت ا... پورافکاری. تبریز: انتشارات شهر آب.
۶. گچل، رابرت، جی؛ بام، اندرو و کرانتس، دیوید، اس (۱۳۷۷). روانشناسی تندرستی. ترجمه غلامرضا خوئی نژاد. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
۷. هیلگارد، ارنست و هیلگارد، ژوزفین (۱۳۷۵). کاربرد هیپنوتیزم در تسکین درد. ترجمه رضا جمالیان. تهران: نشر اول.

8. Barlow, D.H., & Hersen, M. (1984). *Single-case experimental designs*. New York: Pergamo..

9. Bellack, A.S., & Hersen, M.(1984).*Research methods in clinical psychology*. New York: Pergamon prss.
10. Chapman,s.l. psychological assessment and treatment .In J.J. sweet, R.H.Rozensky and S.M.Tovan(1991). *Hanbook of clinical psychology in medical sezzings*.(Eds) New York: plenum press, 401- 420.
11. Coniam , S.W., & Diamond, A.W.(1994) *practical pain management*. New Nork: Oxford university press.
12. Eccleston, c.(1997) pain and thinking: *An introduction to cognitive psychology*. In V.N. Thomas (Ed.). pain: Its nature and management. London: Bailliere tindall., 35-53.
13. Farting, G.W., Venturino, M., Brown, S.W., & lazar, J.D.(1997).Internal and external distraction in the control of cold- pressor pain as a function of hypnotizability. *The international journal of clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 433-446.
14. Freeman, R., Barabasz, A., Barabasz, M., & Warner, D. (2000).Hipnosis and Distraction differ in their effects on cold pressor pain. *American journal of clinical hypnosis*, 43, 137-148.
15. Golden, W.L., Dowd, E.T., & friedberg, F.(1987) *Hypnotherapy: A modern approach*. New York: Pergamon Press.
16. Goodwin, C.J.,(1995) *Research in psychology: Methods and design*. New York: John Wiley & Sons / Inc.
17. Holroyd, J.(1996) Hypnosis treatment of clinical pain: understanding why hypnosis is useful. *The international Journal of clinical and Experimental hypnosis*, 44, 33-51.
18. Kazdin, A.E.(1994) *Behavior modification in applied settings*. California: Brooks / Cole publishing company.
19. Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G.(1995) +\SRVIV DV DQ DGME W W FRJQWH ± EHKYRDO psychotherapy: A Meta- Analysis. *Jornal of consulting and clinical psychology*, 63, 214-220.
20. Lang. E.V., Joyce, J.S., Spiegel, D., Hamilton, D., & Lee, . . . VHD ± K SRWF UHQ DWROGKIQ IQHYRMRQO radiological procedures: Effects on pain perception and intravenous durg use. *The international Journal clinical and experimental hypnosis*, 44, 106-119.
21. Paterson, D.R., Everett, J.J., Burns, J.L., & Marvin,

- J.A.(1992). Hypnosis for the treatment of burn pain. *Journal of consulting and clinical psycholog*, 60, 713-717.
22. Patricia, M.L., & Egilivs, L.H.,(1991) Treatment of *chronic tension-type headache with hypnotherapy*. *Headache*, 31, 686-689.
23. Penny, K.L., purves, A.M., Smith, B.H., Chambers, W.A., & Smith, W.C.(1999) Relationship between the choronic pain grade and measures of physical, *social and psychological weel- bing*. *Pain*, 79, 275-279.
24. Rosenberg, S.K., & Boswell, M.B.(1998) *Pain management in geriatrics*. In R.S. Weiner (Ed.). *Pain management: A practical guide for clincians*. Florida: St lucie Press, 683-692.
25. Zitman, F.G., Van Dyck, R., spinhoren, P., & linszen, A.C.G. (1992).Hypnosis and autogenic training in the treatment of tension headaches: A two phase constructive design study with follow- up. *Journal of psychosomatic Research*, 36, 219-228.

