

## اثر بخشی رفتار درمانی شناختی - رفتاری و هیپنوتراپی شناختی بر اضطراب و

### افسردگی زنان با سندرم پیش از قاعدگی

پژوهشگران: لیلا مقتدر<sup>۱\*</sup>، رمضان حسن زاده<sup>۲</sup>، بهرام میرزاییان<sup>۳</sup>، یارعلی دوستی<sup>۳</sup>

۱) گروه روانشناسی، استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

۲) گروه روانشناسی، دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

۳) گروه روانشناسی، استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۲/۱۱

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۳/۱۲

#### چکیده

مقدمه: سندرم پیش از قاعدگی به مجموعه‌ای از علائم جسمی و روانی اطلاق می‌گردد که در فاز لوتئال سیکل قاعدگی روی می‌دهد و با شروع قاعدگی یا چند روز اول بهبود می‌یابد، از میان این شکایات افسردگی و اضطراب شایعتر و آزاردهنده‌تر می‌باشند.

هدف: مطالعه حاضر به منظور مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری با هیپنوتیزم شناختی گروهی بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سندرم پیش از قاعدگی انجام شده است.

روش کار: این پژوهش به صورت نیمه تجربی روی ۳۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده به پایگاه بهداشتی وابسته به یکی از مراکز بهداشتی درمانی شهر رشت در نیمه دوم سال ۱۳۹۲، به عنوان جامعه آماری انجام شد. بر اساس جدول مورگان (پس از انجام تست Shpigel جهت برآورد امکان هیپنوتیزم شدن و پر کردن پرسشنامه سندرم پیش از قاعدگی طی دو سیکل متوالی)، ۳۰ نفر با بیشترین نمره اضطراب و افسردگی، با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. تعداد نمونه با توجه به آن که درمان‌های گروهی روانشناسی در گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفره قابل اجرا است، تعیین گردید پس از تکمیل رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش، افراد نمونه به طور تصادفی و با قرعه‌کشی به سه گروه شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند. سپس برای گروه اول آزمایشی هشت جلسه درمان گروهی شناختی رفتاری با هدف کاهش افسردگی و اضطراب طی دوره ماهیانه انجام شد. گروه دوم نیز هشت جلسه درمان گروهی هیپنوتیزم شناختی گروهی در جهت کاهش اضطراب و افسردگی دوره ماهیانه دریافت نمودند. گروه سوم بعنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن باروری، تحصیلات بالای سیکل و عدم وجود بیماریهای روانی و معیار خروج تست Shpigel مثبت (عدم امکان بالابردن مردمک چشم) برای انجام هیپنوتیزم بود. تست Shpigel از آزمون‌های رایج در برآورد امکان هیپنوتیزم شدن افراد است. در این آزمون که سه درجه دارد از بالا رفتن مردمک چشم جهت تخمین استفاده می‌شود. افرادی که امکان بالا بردن مردمک چشمشان ضعیف است از امکان کمی برای هیپنوتیزم برخوردارند و برعکس در درجه‌ی سوم فرد قابلیت بالا بردن مردمک چشم را تا حدی دارد که فقط صلیبه نمایان باشد. برای اندازه‌گیری و سنجش متغیرهای مورد مطالعه از آزمون‌ها و ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه سنجش پیش از قاعدگی: این پرسشنامه که شدت علائم مربوط به سندروم پیش از قاعدگی را مورد بررسی قرار می‌دهد طی دو سیکل متوالی توسط مراجعین به مرکز بهداشت تکمیل شد. حداقل نمره این ابزار صفر و حداکثر آن ۶۶ طراحی شده بود.

۲- پرسشنامه Beck Depression Inventory (BDI): پرسشنامه نشانگان افسردگی Beck.

۳- پرسشنامه Beck Anxiety Inventory (BAI) که یک پرسشنامه ی خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری شدت نشانگان اضطراب تهیه شده است. حداقل و حداکثر نمره ابزارهای اضطراب و افسردگی صفر تا ۶۳ بوده است. میانگین هر ۳ ابزار فوق جهت قضاوت، مورد استفاده قرار گرفته است. پس از نمره-گذاری پرسشنامه‌ها توسط سه گروه آزمودنی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، در نهایت نتایج با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آمار استنباطی شامل آزمون تی، تحلیل کوواریانس، تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی توکی مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: در داده‌های بدست آمده از پرسشنامه جمعیت شناختی اکثریت آزمودنی‌ها دارای سن بالای ۲۰ سال، متأهل و تحصیلات دیپلم بودند. نتایج نشان داد هر دو روش درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم بر کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی در سندروم پیش از قاعدگی مؤثر است ( $P < 0.05$ ). همچنین نتایج نشانگر آن بود که تفاوت معناداری بین دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم در کاهش افسردگی و اضطراب وجود ندارد.

مقایسه میانگین‌ها نشان داد روش درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در کاهش نشانگان افسردگی تفاوت معنادار داشت ( $P = 0.005$ ). همچنین پس از درمان در میزان اضطراب گروه با درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل با توجه به مقدار  $P = 0.001$  تفاوت معناداری وجود داشت. در مقایسه گروه هیپنوتیزم با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار هم در نشانگان افسردگی ( $P = 0.018$ ) و هم در اضطراب ( $P = 0.005$ ) دیده شد. بطور کل نتایج بیانگر آن است که درمان‌های شناختی رفتاری و هیپنوتیزم شناختی هر دو به طور معناداری افسردگی و اضطراب را در گروه‌های مداخله کاهش داده‌اند. اما تفاوتی معنادار بین این دو درمان در کاهش افسردگی و اضطراب وجود نداشت. به عبارتی دیگر هر دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم شناختی به یک میزان در کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر بودند.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش بیانگر مؤثر بودن درمان‌های روانشناختی در درمان سندرم پیش از قاعدگی بوده و با توجه به عوارض کمتر این درمان‌ها، توصیه به استفاده بیشتر از این نوع درمان‌ها در مقایسه با درمان‌های دارویی می‌گردد و با توجه به اثربخشی یکسان درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم شناختی بکارگیری بیشتر درمان هیپنوتیزم به ویژه در بیماری‌های زنان توصیه می‌گردد.

کلیدواژه: سندرم پیش از قاعدگی، شناخت درمانی، هیپنوتیزم، اضطراب، افسردگی

## مقدمه

سندرم پیش از قاعدگی (PMS) Premenstrual Syndrome) سندرم پیش از قاعدگی به مجموعه‌ای از علائم جسمی و روانی ناشی از قاعدگی در زنان گفته می‌شود (۱). این اختلال از جمله بیماریهای روان تنی است. فرض اساسی الگوی روان تنی این است که اگر ارگانیسم تحت فشار روانی قرارگیرد ممکن است در قسمتی از بدن شرایط بیماری‌زا ایجاد شود (۲).

این اختلال را باید از اختلال ملال پیش از قاعدگی که در زنان شایع بوده و امروزه جزئی از اختلالات افسردگی قلمداد می‌شود، افتراق داد (۳). در دامنه بیماری‌های روانشناختی گونه شدیدتر این نشانگان، اختلال پریشانی پیش از قاعدگی نامیده می‌شود (۴). اکثر زنان از چند روز تا دو هفته قبل از شروع عادت ماهیانه، برخی تغییرات جسمی و روان شناختی را تجربه می‌کنند که به آن سندرم پیش از قاعدگی گفته می‌شود. این نشانگان در برگیرنده مجموعه‌ای از علائم از جمله خلق افسرده، هراس، تغییر در الگوی خواب، اختلالات حافظه، تحریک پذیری و زود رنجی، اضطراب، افزایش وزن و تغییرات اشتها می‌باشد (۵). شدت علائم گاه در حدی است که در طول هفته آخر فاز تخمک‌گذاری چرخه قاعدگی در عملکرد زنان در زندگی مشکل ایجاد می‌کند و هر ماه تکرار می‌شود (۶). این علائم، در فاز لوتئال سیکل قاعدگی رخ می‌دهد و با شروع قاعدگی یا چند روز اول بهبود می‌یابد (۷). بالاتر از نود درصد از زنان در سنین باروری علائم خفیف پیش از قاعدگی را گزارش می‌کنند و حداقل یکی از این علائم هر ماه تکرار می‌شود. از این تعداد ۲ تا ۱۰ درصد شدت علائمشان در حدی است که بر روی موقعیت خانوادگی، فعالیت اجتماعی و قابلیت‌های شغلی تأثیرگذار است (۸). در واقع کیفیت زندگی زنان با میزان شدت سندرم رابطه معکوس دارد (۹). علت این اختلال هنوز نامشخص است. اما بسیاری از پژوهش‌های جدید نشان داده اند که احتمالاً این اختلال در نتیجه تقابل بین عملکرد استروئیدهای جنسی (استروژن، پروژسترون و تستوسترون) و ناقل‌های عصبی رخ می‌دهد (۱۰). Yonkers، به نقش بد عملکردی‌های گیرنده‌های

سروتونین، اندروفین ها و Gamma Aminobutric Acid (GABA) در قسمت آمیگدال و هیپوتالاموس مغز، در بروز این اختلال اشاره کرده‌اند (۱۱). در بررسی دیگر، پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که سطح فعالیت مخچه در زنان مبتلا، بسیار بیشتر از زنان سالم است و همزمان با تغییرات خلقی، قسمت مخچه مغزشان فعالیت بیشتری را نشان می‌دهد (۱۲). همچنین پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که درمان‌های دارویی تأثیر چندانی بر علائم روانی این اختلال ندارند (۱۳). برخی نیز، داروهای گیاهی مانند روغن گل مغربی را به علت اثر بر تنظیم پروستاگلندین E در درمان علائم این سندرم مؤثر یافتند (۱۴). پژوهشی در کشور اسپانیا نشان داد، زنانی که از سندرم پیش از قاعدگی و اختلال پریشانی پیش از قاعدگی رنج می‌برند معمولاً به دنبال درمان‌های پزشکی نمی‌روند و در صورت مراجعه نیز در بسیاری از موارد پاسخ مناسبی دریافت نمی‌کنند (۱۵). بررسی پژوهش‌های اخیر نقش درمانهای غیر دارویی را در بهبود کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های بیماری افراد آسیب دیده نشان می‌دهد (۱۶). شناخت منفی افراد از تفسیر رخداد‌های زندگی، علائم این سندرم را تشدید می‌کند (۱۷).

هیپنوتراپی شناختی رفتاری، ترکیب هیپنوتراپی با روشهای درمان شناختی رفتاری است (۱۸). درمان با هیپنوتیزم شناختی می‌تواند استرس ناشی از این سندرم را کاهش داده و زمینه محیطی اختلال را تا حدود زیادی حذف کند (۱۹). در پژوهشی که توسط Allsworth بر روی ۴۴۶ زن زیر ۴۵ سال صورت گرفت، مشخص شد که در اثر افزایش رخداد‌های تنش‌زا در زندگی بی‌نظمی‌های قاعدگی و علائم سندرم پیش از قاعدگی افزایش می‌یابد (۲۰). با توجه به لزوم تغییرات شناختی و رفتاری در کاهش تنش و افسردگی و با عنایت به اینکه دوران قاعدگی یکی از دوره‌های افزایش تنش و افسردگی در زنان می‌باشد، این پژوهش به منظور مقایسه اثر بخشی درمان گروهی شناختی رفتاری با هیپنوتیزم شناختی گروهی بر افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به سندرم پیش

از قاعدگی انجام شده و بر آن است با پیشنهاد بکارگیری روشهای غیردارویی و با استفاده از درمانهای شناختی رفتاری و هیپنوتیزم در کاهش این موارد در سیکل های ماهانه زنان در سنین باروری سهیم باشد.

### روش کار:

این پژوهش به صورت نیمه تجربی روی ۳۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به پایگاه بهداشتی وابسته به مرکز شماره ۱۲ شهر رشت، در نیمه دوم سال ۱۳۹۲، به عنوان جامعه آماری انجام شد. بر اساس جدول مورگان (پس از انجام تست Shpigel جهت برآورد امکان هیپنوتیزم شدن و پر کردن پرسشنامه سندرم پیش از قاعدگی طی دو سیکل متوالی)، ۳۰ نفر با بیشترین نمره اضطراب و افسردگی، با نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. قابل ذکر است درمان های گروهی روانشناسی در گروه های ۸ تا ۱۲ نفره قابل اجرا است. علت انتخاب مرکز ۱۲ از بین مراکز بهداشتی شهری، ازدحام مراجعین واجد شرایط و وجود فضای نسبتاً مناسب جهت ارائه کلاس های آموزشی بود. پس از تکمیل رضایت نامه شرکت آگاهانه در پژوهش، افراد نمونه به طور تصادفی و با قرعه کشی به سه گروه شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند. سپس برای گروه اول آزمایشی هشت جلسه درمان گروهی شناختی رفتاری با هدف کاهش افسردگی و اضطراب طی دوره ماهیانه انجام شد. گروه دوم نیز هشت جلسه درمان گروهی هیپنوتیزم شناختی گروهی در جهت کاهش اضطراب و افسردگی دوره ماهیانه دریافت نمودند. گروه سوم بعنوان گروه کنترل در انتظار درمان ماندند.

جلسات آموزشی توسط دو نفر از روانشناسان دارای مدرک دکتری و گواهی معتبر گذراندن دوره های شناختی رفتاری و هیپنوتیزم از انجمن بین المللی هیپنوتیزم انجام شد. رئوس مطالب مطرح شده طی مداخله هیپنوتیزم شامل موارد زیر بود: در جلسه اول، سندرم پیش از قاعدگی و پیامدهای جسمی و روانی این اختلال تشریح شد و هدف گروه درمانی هیپنوتیزم شناختی و تعداد جلسات آن، معرفی اعضای به یکدیگر و بیان انتظارات شان از هم مطرح گردید. همچنین قواعد گروه مشخص و

تعدادی از تکنیک های هیپنوتیزمی اجرا شد و بر محرمانه ماندن اطلاعات تأکید گردید و رضایت آگاهانه به صورت کتبی و اجازه انتشار نتایج، در قالب گزارش پژوهشی از واحدهای پژوهش اخذ شد. جلسه دوم به توضیح هیپنوتراپی مبتنی بر درمان شناختی و اصلاح باورهای نادرست درباره هیپنوتیزم، بیان باورها و ارزش های مطلق توسط اعضاء و توجه به علت مشکل سازی این باورها، تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده و تلقین هیپنوتیزمی اختصاص یافت. طی جلسه سوم تأثیر تفکر غیر منطقی روی آشفتگی هیجانی، به همراه تلقینات مربوطه در حالت خلسه انجام شد. در جلسه چهارم ارتباط افکار، باور و رفتار و پیامد رفتاری ناشی از باورها با استفاده از تلقینات مربوطه به حالت خلسه هیپنوتیزمی تشریح گردید. در جلسه پنجم به بررسی شواهد و معنای افکار خودآیند توسط اعضاء گروه، تحلیل کار آمد، ایجاد باور جایگزین به همراه تلقینات لازم در حالت خلسه هیپنوتیزمی پرداخته شد. طی جلسات ششم و هفتم ویژگی های باور جایگزین، تغییر ادراکی به همراه تلقینات مربوط در حالت خلسه تمرین و تکالیف خانگی گروه مورد ارزیابی قرار گرفت. در جلسه هشتم تقویت افکار مثبت در حالت خلسه، آماده سازی گروه برای پایان دادن به جلسات در حالت خلسه انجام و مراسم اختتامیه برگزار شد.

خلاصه بسته مداخله شناختی رفتاری نیز به شرح زیر است: در جلسه اول (جلسه توجیهی)، درباره ساختار جلسات، تعداد جلسات و مدت زمان هر جلسه و چگونگی تکالیف منزل و ضرورت آنها، همچنین هدف از پژوهش و موضوع سندرم پیش از قاعدگی توضیحاتی ارائه شد. همچنین رضایت شرکت آگاهانه در پژوهش به صورت کتبی اخذ گردید و اجازه انتشار نتایج پژوهش به صورت گزارش پژوهشی کسب شد. جلسه دوم آرامش آموزی کاربردی، جلسه سوم مهارت حل مسئله، جلسه چهارم آموزش خود کنترلی هیجان و رفتار، جلسه پنجم اجتناب از گریز و قبول مسئولیت، جلسه ششم ابراز وجود و نه گفتن، جلسه هفتم تفکر مثبت و جلسه هشتم خود پاداش دهی و تقویت خود به صورت گروهی، با روش های

شدت نشانگان اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این آزمون نیز ۲۱ سوال دارد. این پرسشنامه نیز به فارسی روان‌سنجی شده است (۲۳). حداقل و حداکثر نمره ابزارهای اضطراب و افسردگی صفر تا ۶۳ بوده است. میانگین هر ۳ ابزار فوق جهت قضاوت، مورد استفاده قرار گرفته است.

پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها توسط سه گروه آزمودنی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، در نهایت نتایج با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آمار استنباطی شامل آزمون تی، تحلیل کوواریانس، تحلیل واریانس و آزمون تعقیبی توکی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۲ بررسی شده و نتایج آن مورد تحلیل قرار گرفت.

#### نتایج:

در داده‌های بدست آمده از پرسشنامه جمعیت شناختی اکثریت آزمودنی‌ها دارای سن بالای ۲۰ سال، متأهل و تحصیلات دیپلم بودند. میانگین نمرات اضطراب و افسردگی سه گروه مورد مطالعه در جدول شماره ۱ آورده شده است. نتایج نشان داد هر دو روش درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم بر کاهش نشانگان اضطراب و افسردگی در سندروم پیش از قاعدگی مؤثر است (جدول شماره ۲). همچنین نتایج نشانگر آن بود که تفاوت معناداری بین دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم در کاهش افسردگی و اضطراب وجود ندارد (جدول شماره ۳). جهت همگونی گروه‌های مورد مطالعه نمره‌های آزمون با کمتر از دو انحراف معیار اختلاف به عنوان نمره‌های هم‌تراز در نظر گرفته شدند. مقایسه میانگین‌ها نشان داد روش درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در کاهش نشانگان افسردگی تفاوت معنادار داشت ( $P=0/005$ ). همچنین پس از درمان در میزان اضطراب گروه با درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل با توجه به مقدار تفاوت معناداری وجود داشت. در مقایسه گروه دوم (هیپنوتیزم) با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار هم در نشانگان افسردگی ( $P=0/018$ ) و هم در اضطراب ( $P=0/005$ ) دیده شد. بطور کل نتایج بیانگر آن است که

نقش بازی کردن، مرور تکالیف خانگی و استفاده از تجربیات سایر اعضاء گروه مورد بررسی قرار گرفته و مداخلات اصلاحی توسط درمانگران انجام شد. سپس مجدداً پس از دو سیکل به طور همزمان، پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب Beck در اختیار هر سه گروه قرار گرفت.

معیارهای ورود به مطالعه شامل سن باروری، تحصیلات بالای سیکل و عدم وجود بیماری‌های روانی و معیار خروج تست Shpigel مثبت (عدم امکان بالا بردن مردمک چشم) برای انجام هیپنوتیزم بود. تست Shpigel از آزمون‌های رایج در برآورد امکان هیپنوتیزم شدن افراد است. در این آزمون که سه درجه دارد از بالا رفتن مردمک چشم جهت تخمین استفاده می‌شود. افرادی که امکان بالا بردن مردمک چشم شان ضعیف است از امکان کمی برای هیپنوتیزم برخوردارند و برعکس در درجه‌ی سوم فرد قابلیت بالا بردن مردمک چشم را تا حدی دارد که فقط صلبیه نمایان باشد. برای اندازه‌گیری و سنجش متغیرهای مورد مطالعه از آزمون‌ها و ابزارهای زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه سنجش پیش از قاعدگی: این پرسشنامه با استفاده از فرم ترجمه نشده ثبت آینده نگر اهمیت و شدت علائم مربوط به قاعدگی برگرفته از راهنمای بیماری‌های زنان kistner (۲۱) که با استفاده از نظرات شش تن از اساتید فن مورد تأیید قرار گرفت تهیه شده و طی دو سیکل متوالی توسط مراجعین به مرکز بهداشت تکمیل شد. حداقل نمره این ابزار صفر و حداکثر آن ۶۶ طراحی شده بود.

۲- پرسشنامه Beck Depression Inventory (BDI): پرسشنامه نشانگان افسردگی Beck یکی از پرستفاده‌ترین ابزارهای اندازه‌گیری اختلالات روانی است. این پرسشنامه یک ابزار چند بعدی است. این پرسشنامه در فرم‌های کارتی و کامپیوتری بصورت ۲۱ آیتمی تدوین شده است. این پرسشنامه به فارسی روانسنجی شده است (۲۲).

۳- پرسشنامه Beck Anxiety Inventory (BAI): یک پرسشنامه‌ی خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری

هیپنوتراپی شناختی رفتاری منجر به کاهش بیشتر اضطراب نسبت به درمان شناختی رفتاری می‌شود (۲۸). همچنین با نتایج پژوهش مقتدر مغایر بود که آنها درمان-شناختی رفتاری را بر اضطراب و افسردگی دختران نوجوان مبتلا به PMS به طور معنی داری متفاوت از هیپنوتیزم یافتند (۲۹).

در تبیین نتایج می‌توان چنین بیان کرد که ویژگی‌های شخصیتی زنان آنان را برای تغییرات کوتاه مدتی که در راستای کسب نتایج رضایت‌بخش و حل مشکلاتشان باشد، مستعدتر می‌سازد. به علاوه آگاهی از تغییرات شناختی در حین دوره‌های ماهیانه و کسب اطلاع در جهت امکان کنترل آن‌ها توسط خود فرد، از دلایل مهم کاهش علائم اضطرابی در این زنان می‌باشد. همچنین تأثیر این راهبردها بر سلامت ذهنی، فرایندهای شناختی از قبیل نوع نگاه کردن به زندگی و شفاف‌نگریستن خویش مربوط است. از طرفی افزایش آگاهی زنان نسبت به علائم سندرم پیش از قاعدگی و روند فیزیولوژیک قاعدگی که طی جلسات درمان شناختی رفتاری ایجاد گردید، شاید باعث شده باشد آنان نسبت به پدیده قاعدگی و تغییرات فیزیولوژیک سازگاری بهتری پیدا کنند. از طرف دیگر یکی از مزایای آموزش گروهی، افزایش روابط اجتماعی است و افراد با شرکت در جلسات گروهی آموزش شناختی-رفتاری تا حدودی نتایج مثبت روابط اجتماعی را تجربه کرده و با شرکت در جلسات و استفاده از نظرات و راه‌حلهای دیگران دیدگاه‌های وسیع‌تری نسبت به مسائل مطرح شده در گروه پیدا می‌کنند. از طرفی یکی از عوامل موفقیت در درمان بیماری‌های اضطرابی داشتن انگیزه بالا جهت تغییر و آمادگی برای این تغییر است. از آن جا که طی درمان‌های هیپنوتیزی به خصوص هیپنوتیزم شناختی نیز این انگیزه بیش از پیش ترغیب شده و با استفاده از تکنیک‌های هیپنوتیزم بیشتر به آن پرداخته می‌شود، بنابراین این روش درمانی در کاهش اضطراب مؤثر شناخته می‌شود (۲۶).

چنانچه می‌دانیم از انتهای برخی رشته‌های عصبی، دسته‌ای از مواد طبیعی به نام آندروفین‌ها ترشح می‌شوند.

درمان‌های شناختی رفتاری و هیپنوتیزم شناختی هر دو به طور معناداری افسردگی و اضطراب را در گروه‌های مداخله کاهش داده‌اند. اما تفاوتی معنادار بین این دو درمان در کاهش افسردگی و اضطراب وجود نداشت. به عبارتی دیگر هر دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم شناختی به یک میزان در کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر بودند.

### بحث و نتیجه‌گیری

چنانچه دیده شد درمان‌های شناختی رفتاری و هیپنوتیزم گروهی بر کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب مؤثر شناخته شد و این دو درمان در مقایسه با یکدیگر تفاوت معناداری در کاهش افسردگی و اضطراب زنان با سندرم پیش از قاعدگی نداشتند. این نتیجه‌گیری با نتایج پژوهش‌های Dennerstein که درمان‌های شناختی را بر کیفیت زندگی این بیماران مؤثر یافتند (۲۴) و با نتایج Biggs و Demut، که شناخت درمانی را با تمرکز بر عواطف و رفتارهای فرد، مؤثر بر درمان این سندرم یافتند (۲۵) همسو می‌باشد. همچنین با نتایج پژوهش Allsworth، که اثر افزایش رخدادهای تنش‌زا در زندگی را در بی‌نظمی‌های قاعدگی و علائم سندرم پیش از قاعدگی پر اهمیت یافتند، در یک راستا است (۲۰) و با نتایج پژوهش‌های شهیدی (۲۶) و بادله (۲۷) مغایر می‌باشد چرا که آنها دریافتند هیپنوتیزم، اثری بیش از دو برابر روان‌درمانی‌های معمولی دارد. با این حال بسیاری از محققین و متخصصان بالینی در حال حاضر مشاهده کرده‌اند 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. تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزی، بیمار را تلقین پذیرتر می‌کند تا بتواند گفتگوهای متقاعدکننده درمان شناختی رفتاری را بپذیرد. به علاوه با پژوهش حلمی، با هدف مقایسه اثربخشی دو شیوه‌ی درمانگری شناختی رفتاری واحدپردازی و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش اضطراب کودکان ایرانی مغایرت داشت. آنها به این نتیجه رسیدند که روش

درمانهای روانشناختی با درمان‌های دارویی در پژوهش‌های آینده توصیه می‌گردد. انجام پژوهش در سایر موارد بیماری‌های زنان مانند دردهای قاعدگی و ناکارآمدی‌های جنسی در زنان و همچنین در ناباروری نیز می‌تواند در زمره پیشنهادات قرار گیرد.

#### تشکر و قدردانی:

بدین‌وسیله از کلیه کارکنان مرکز بهداشت شماره ۱۲ و پایگاه وابسته به آن و مراجعین شرکت‌کننده در پژوهش کمال تشکر و امتنان را دارم. این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز با کد ثبت IRCT2016090228931N1 می‌باشد.

این ترشحات، در بدن، موجب کاهش درد و ایجاد حالاتی از سرخوشی و شغف می‌شود. مطالعات به عمل آمده در مورد PMS نقش کاهش ترشح آندروفین‌ها را در ایجاد علائم این بیماری ثابت نموده است. کاهش آندروفین‌ها، دلیل اصلی احساس درد، افزایش تحریک‌پذیری و همچنین افسردگی در مبتلایان به PMS است. از سوی دیگر، مشخص شده که هیپنوتیزم، باعث افزایش طبیعی ترشح آندروفین‌ها از پایانه‌های عصبی می‌گردد. حتی می‌توان با تلقینات و تکنیک‌های مناسب هیپنوتیزمی، ترشح آندروفین‌ها را باز هم بیشتر نمود و بدین ترتیب، قسمت عمده نشانه‌های PMS را کنترل کرد. همانطور که بیان شد، تمامی فرآیندهای ذهنی و بدنی، متأثر از یکدیگرند. یکی از دلایل ایجاد یا تشدید نشانه‌های PMS، اختلال در ارتباط سالم و طبیعی ذهن و بدن است. توسط هیپنوتیزم می‌توان ذهن را برای ارتباطی سالم‌تر با بدن برنامه‌ریزی نمود و بدین ترتیب، فرد حتی بدون آن که آگاهانه تلاش نماید، در اعماق ذهن ناخودآگاه خویش، اثرات درمانی را دریافت می‌دارد (۲۶).

از جمله محدودیت‌های تحقیق که در کنترل پژوهشگر نبود تداخل ساعات دوره‌های آموزشی با ازدحام ارباب رجوع در مرکز بهداشت بود که موجبات حواس پرتی آزمودنی‌ها را فراهم می‌آورد. بخصوص جلسات درمانی با هیپنوتیزم شناختی که لازمه آن وجود جوی آرام و ایجاد تمرکز می‌باشد، گاه در شرایط نامطلوب برگزار گردید. به علاوه عدم امکان پیگیری آزمودنی‌ها در زمانی طولانی‌تر از محدودیت‌های پژوهش بود. با توجه به دستاوردهای این پژوهش و با توجه به عوارض دارویی، وابستگی دارویی و همچنین عود کمتر علائم جسمی و بخصوص روانی در سندرم پیش از قاعدگی استفاده از درمان‌های غیردارویی در مورد این زنان توصیه می‌گردد. همچنین بالابردن آگاهی زنان از طریق توزیع کتابچه‌های آموزشی و برگزاری کارگاه‌های آموزشی درباره این سندرم توسط مراکز بهداشت، سازمان بهزیستی و مراکز مشاوره مربوطه توصیه می‌شود. مقایسه سایر درمانهای روانشناختی مانند درمان فراشناخت و طرح‌واره درمانی و همچنین مقایسه

جدول شماره (۱): میانگین و انحراف معیار متغیرهای اضطراب و افسردگی سه گروه مورد مطالعه

| متغیر   | گروه آزمایش اول (درمان شناختی رفتاری) |              | گروه آزمایش دوم (هیپنوتراپی) |           | گروه کنترل (بدون درمان) |               |
|---------|---------------------------------------|--------------|------------------------------|-----------|-------------------------|---------------|
|         | پیش آزمون                             | پس آزمون     | پیش آزمون                    | پس آزمون  | پیش آزمون               | پس آزمون      |
| افسردگی | ۴۵/۶ ± ۱۰/۹۶                          | ۲۶/۶ ± ۱۰/۱۵ | ۴۵ ± ۸/۳۳                    | ۴۶ ± ۹/۸۵ | ۴۴/۷۰ ± ۲/۸۴۰           | ۴۲/۵۰ ± ۲/۸۴۰ |
| اضطراب  | ۴۷/۵ ± ۹/۴۷                           | ۲۰/۱ ± ۶/۲۴  | ۲۸ ± ۸/۴۳                    | ۲۹ ± ۷/۸۵ | ۴۴/۲۰ ± ۲/۸۴۰           | ۴۳/۸۵ ± ۲/۸۴۰ |

جدول شماره (۲): مقایسه تأثیر درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم بر اضطراب و افسردگی

| متغیر   | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معنی داری* |
|---------|---------------|------------|-----------------|--------|----------------|
| افسردگی | ۱۰۳۰/۸۳       | ۲          | ۵۱۵/۴۲          | ۶/۳۸۹  | ۰/۰۰۳          |
| اضطراب  | ۱۷۲۶/۴۳       | ۲          | ۸۶۳/۲۲          | ۱۳/۲۳۵ | ۰/۰۰۱          |

\* تحلیل کوواریانس

جدول شماره (۳): جدول مقایسه میانگین نمره همگون شده متغیرهای اضطراب و افسردگی در گروه‌های مورد مطالعه

| گروه‌ها             | تفاوت میانگین‌ها    | سطح معناداری* | فاصله اطمینان ۹۵% |         |
|---------------------|---------------------|---------------|-------------------|---------|
|                     |                     |               | حد پایین          | حد بالا |
| درمان شناختی رفتاری | هیپنوتیزم           | -۱/۴۰         | -۸/۲۵             | ۵/۴۵    |
|                     | کنترل               | -۸/۳۵         | -۱۵/۲۰            | -۱/۵۰   |
| هیپنوتیزم           | درمان شناختی رفتاری | ۱/۴۰          | -۵/۴۵             | ۸/۲۵    |
|                     | کنترل               | -۶/۹۵         | -۱۳/۸             | -۰/۱۰   |
| کنترل               | درمان شناختی رفتاری | ۸/۳۵          | ۱/۵۰              | ۱۵/۲۰   |
|                     | هیپنوتیزم           | ۶/۹۵          | ۱/۱۰              | ۱۳/۸    |

\* آزمون تعقیبی توکی

## References

- 1- Moghtader L. Psychology and Psychiatry Dictionary with Appendix Abbreviation. Tehran: Besat; 2014. Persian.
- 2-Aghajani MJ, Moghtader L. Fundamentals of Mental Health . Tehran:Tak; 2014.p.32. Persian.
- 3-Akbari B, Moghtader L. Basic Topics in Psychology. Rasht: Armandis; 2016. P. 285-286. Persian.
- 4- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 7<sup>th</sup> ed.USA: Lippincott Williams & Wilkins ; 2007. P. 164-66.
- 5-Nyberg S. How to Determine Symptom Severity in Premenstrual Syndrome: A Combination of Dalily Ratings and Interviews. Journal of Sexual Productive Healthcare. 2011; 10: 1-8..
- 6-Klatzkin RR, Lindgren M.E, Forneris CA. Histories of Major Depression and Premenstrual Dysphoric Disorder: Evidence for phenotypic diffrnces. Journal of Biological Psychology. 2010;10: 1-13.
- 7-Thu M, Dias EO, Sawh S. Premenstrual syndrome among Famale University Student in Thiland ,2006. AU j T; 9(3) : 1743-1752.
- 8-Pinar G, Colak M, Oksuz, E. PMS in Turkish College Student and its Effects on Life quality. Sexual and Reproductive Health Care. 2011; 2(1): 21-27.
- 9-Indusekhar R., Usman SB, O'Brien SH. Psychological Aspect of Premenstrual Syndrome. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynecology. 2007;21(2): 207-220.
- 10-Braverman, PK. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Diorder. J Pediatr Adolesc Gynecl. 2007; 20: 3-12.
- 11-Yonkers K, O'Brien SH, and Eriksson, E. Premenstrual Syndrome. Gynecology & Reproductive Science. 2008;371: 1200-1210.
- 12-Rapkin A, Berman SM, Mandelkern MA, Silverman HS, Morgan M. Neuroimaging Evidence of Cerebellar Invokvment in Premenstrual Dysphoric Disorder. Biological Psychiatry. 2011; 69: 374-380.
- 13-Freeman EW. Theraputic Management of Premenstrual Syndrome. J Curr Pain Headache Rep. 2010; 14: 367-375.
- 14-Wang W, Chen H S, Liu J P. Evening primrose Oil or premenstrual syndrome (PMS) (protcol). Cochrane database of systematic reviews. New York: John Wiley and sons;2009.
- 15-Lete I, Duenas J, Serrano, I. Attitudes of Spanish Women toward Premenstrual Syndrome-Premenstrual Dysphoric Disorder. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011 Nov;159(1):115-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2011.06.041. Epub 2011 Jul 19.
- 16- Seaward L. Essentials of managing stress. 2<sup>nd</sup> ed. USA: Jones & Barlett ; 2007. P. 22-28.
- 17- Gonda X, Foutoulakis KN, Csukly G. Association of a trait-like bias towards the perception of negative subjective life events with risk of developing premenstrual symptoms. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2010 Apr 16;34(3):500-5. doi: 10.1016/j.pnpbp.2010.02.004. Epub 2010 Feb 4.
- 18-Rabertson D. A brief introduction of cognitive – behavioral hypnotherapy. [cited 2008]. Available from: <http://www.rebhp.org/articles/Introduction.pdf>
- 19- Vigod S, Ross L, Steiner M. Undrestanding and Treating Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: An update for the Women's Health Practitioner. Obstetrics and Gynecology Clinics of North America. 2009; 36(4): 907-924.
- 20- Allsworth JE, Clarke j, Peipert JF, Hebert MR, Cooper A, Boardman LA.The Influence of Stress on the Menstrual Cycle among Newly Incarcerated Women. Women's Health Issues. 2007; 17( 4): 202–209.
- 21-Ryan K J, Berkowitz RS, Barbieri R L. Kistner's Gynecology. Translated by: Ghazijahani B. Tehran: Esharat; 2009 .p. 442.
- 22-Yaaghoobi H. Screening for mental disorders:The position test and how to determine the cutoff point and validated test. Journal of Mental Health. 2008; 1(1):39-51. Persian.
- 23-Kaviani H, moosavi A. Psychometric characteristics of Beck Anxiety Inventory in Iranian population age and sex classes. Medical Journal of Tehran university of medical science. 2008; 66(2): 136-140. Persian.
- 24-Dennerstein L, Leher P, Backstorm C. The Effect of Premenstral Syndrome of Womens Daily Life (ADL). Fertility and Sterility. 2010; 94(3): 1059-1064.
- 25-Biggs WS, Demut, RH .premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Am Fam Physician. 2011. 15; 84(8):918-24.
- 26-Shahidi E. Hypnotherapy in premenstrual syndrome. J Wellfare and succfully. 2008; 6(66):68-69. Persian.
- 27-Badeleh M, Fathi M, Aghamohaadian H, Badeleh M, Ostadi N. Compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and Hypnotherapy to increase self-esteem in adulthood. J Fundamentals of Mental Health. 2012; 15(3):412-22. Persian.
- 28-Helmi K, Dehkordi M, Taghizadeh ME. Comparison of effectiveness of two methods of modular cognitive behavioral therapy and cognitive behavioral hypnotherapy in reducing Iranian children anxiety. Proceeding of the 1st International Congress Hypnotism and Related Sciences. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences;2011. Persian.
- 29-Moghtader L, Hasanzade R, Mirzaeian B, Dusti YA. Comparsion of the effiveness of group cognitive and depression in adolescent with premenstrual syndrome. proceeding of the Iranian 1th international congress of child and adolescent psychiatry. Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences ;2013 . Persian.



## Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Cognitive Hypnotism on Anxiety and Depression in Women with Premenstrual Syndrome

BY: Moghtader L<sup>1\*</sup>, Hasanzade R<sup>2</sup>, Mirzaeian B<sup>3</sup>, Dusti Y.A<sup>3</sup>

1- Department of Psychology, Assistant Professor, Islamic Azad University Rasht Branch, Rasht, Iran

2- Department of Psychology, Associate Professor, Islamic Azad University Sari Branch, Sari, Iran

3- Department of Psychology, Assistan Professor, Islamic Azad University Sari Branch, Sari, Iran

Received: 2014/05/01

Accepted: 2014/06/02

### Abstract

**Introduction:** Premenstrual syndrome is defined as a set of physical and psychological symptoms that occur during the luteal phase of the menstrual cycle and gets better at beginning or during the first few days of menstruation. Among these complaints, depression and anxiety are more common and aversive.

**Objective:** The present study aimed to compare the effectiveness of group cognitive behavioral therapy and group cognitive hypnotism for anxiety and depression in women with premenstrual syndrome.

**Methods:** This quasi-experimental study was conducted on 300 women referring to health centers affiliated to one of the health centers in Rasht in 2013. According to Morgan sampling table (after Spiegel test, to evaluate the possibility of hypnosis and completing the premenstrual syndrome questionnaire during two consecutive cycles). 30 patients with the highest score of anxiety and depression were selected using purposeful sampling. Sample size was determined considering the fact that group psychological therapies usually include 8-12 individuals. After obtaining consent from the participants, they were divided into three groups randomly (two experimental and one control). The first experimental group received eight sessions of cognitive behavioral group therapy aimed at reducing depression and anxiety during menstrual cycle. Similarly, the second group received eight sessions of group cognitive hypnosis therapy to reduce anxiety and depression in their monthly period. The third group served as a control group.

Inclusion criteria were reproductive age, upper than high school education and no mental illness. Exclusion criteria were positive Spiegel test (unable to move pupils) to perform the hypnosis. Spiegel is a common test to evaluate the possibility of being hypnotized. It has three degrees and the pupils' movements are used for estimation. The ones who have a poor ability to raise their pupils have a little possibility for hypnotism while the third degree shows the ability to raise pupils which manifest Sclera. The following instruments and tests were used to measure the study variables:

1. Premenstrual questionnaire: evaluates the severity of symptoms related to premenstrual syndrome which was completed during two consecutive cycles by patients who had referred to health centers. The minimum and maximum scores of this tool was designed zero to 66.
2. Beck Depression Inventory (BDI): Beck's questionnaire on Symptoms of Depression.
3. Beck Anxiety Inventory (BAI): is a self-report questionnaire to measure the severity of anxiety symptoms. The minimum and maximum anxiety and depression scores were between zero and 63, respectively. Mean of all of the three tools were used for judgment.

After scoring all questionnaires by the three groups in pretest and posttest, the data were analyzed using descriptive and inferential statistics including t-test, ANCOVA, ANOVA and Tukey test.

**Results:** Most of the subjects were more than 20 years old, married and high school graduate. The results showed that both cognitive behavioral therapy and hypnosis were effective on reducing anxiety and depression symptoms in premenstrual syndrome ( $p < 0.05$ ). Moreover, no significant difference was observed between cognitive behavioral therapy and hypnosis in reducing anxiety and depression.

Comparison of means showed a significant difference in reducing symptoms of depression between cognitive behavioral therapy and control group ( $P=0.005$ ). Interestingly, after treatment a significant was seen in level of anxiety between the groups ( $P=0.001$ ). Hypnosis group compared with the control group, showed a significant difference in the symptoms of depression ( $P=0.018$ ) and anxiety ( $P=0.005$ ). Finally, the results suggested that both cognitive behavioral treatments and cognitive hypnosis significantly reduced depression and anxiety in the intervention groups. However, no significant difference was found between these two treatments in reducing depression and anxiety. In other words, both cognitive behavioral therapy and cognitive hypnosis were effective on reducing anxiety and depression to the same extent.

**Conclusion:** Study results showed effectiveness of psychological therapies on treatment of premenstrual syndrome. Due to less complication, these therapies are more recommended than medical treatments. Considering the similar effectiveness of cognitive behavioral group therapy and hypnotism therapy, hypnotherapy is suggested especially in women's diseases.

**Keywords: Premenstrual Syndrome, Cognitive Therapy, Hypnosis, Anxiety, Depression**

\*Corresponding Author: Leila Moghtader, Rasht, Islamic Azad University  
Email: moghtaderleila@yahoo.com