

مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و دارو درمانی بر سرسختی روانشناختی، اضطراب حالت و صفت بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۱/۰۸ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۱۰

خلاصه

مقدمه

پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و دارو درمانی بر سرسختی روانشناختی، اضطراب حالت و صفت بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی بود.

روش کار

جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی ابن سینا شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود. از میان مراجع کنندگان به بیمارستان تخصصی ابن سینا، به روش تصادفی ساده تعداد ۴۵ نفر انتخاب شده و در ۳ گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. شرکت کنندگان با سرسختی روانشناختی کیومرثی، نجاریان، و مهرابی زاده هنرمند (۱۳۷۷) و اضطراب حالت- صفت اشیپلبرگر (۱۹۷۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس شرکت کنندگان هیپنوتراپی شناختی-رفتاری ۵ جلسه مورد آموزش قرار گرفتند، گروه دارو درمانی زیر نظر متخصص دارو مصرف کردند و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند.

نتایج

داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریاس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد که در متغیر سرسختی روانشناختی و اضطراب صفت، پس از مومن هیپنوتراپی، تفاوت معنی داری با پس از مومن گروه کنترل و دارودرمانی داشت. در مورد متغیر اضطراب حالت، درمان تأثیر معنی داری نداشته است ($P < 0.001$). نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که میزان سرسختی روانشناختی در گروه هیپنوتراپی به طور معنی داری بیشتر از گروه کنترل و دارودرمانی بود. همچنین، میزان اضطراب صفت در گروه هیپنوتراپی به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل و دارودرمانی بود ($P < 0.001$).

نتیجه گیری

با توجه به تأثیر معنادار هیپنوتراپی شناختی-رفتاری سرسختی روانشناختی و اضطراب صفت بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی، پیشنهاد می‌شود از این روش در جهت افزایش سلامت روان این بیماران بهره برده شود.

کلمات کلیدی

اختلال وحشتزدگی، اضطراب حالت و صفت، دارو درمانی، سرسختی روانشناختی، هیپنوتراپی شناختی-رفتاری

پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مرجان محمدیان^۱

علیرضا ماردپور^۱

خسرو رضانی*^۲

مهدی فتحی^۳

^۱گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی،

یاسوج، ایران

^۲گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی

یاسوج، ایران.

^۳دانشیار گروه بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، انجمن

علمی هیپنوتیزم بالینی ایران، مشهد، ایران.

Email: Fathim@mums.ac.ir

مقدمه

وحشتزدگی Panic attack یا حمله هراس از گروه اختلالات اضطرابی است که با هجوم ناگهانی وحشت به بیمار و ترس شخص از وقوع مجدد آنها مشخص می‌شود. این حملات که معمولاً بیش از چند دقیقه طول نمی‌کشند و با علائمی چون تپش قلب، عرق کردن، احساس تنگی و فشردگی در قفسه سینه، لرزش، احساس از دست دادن تعادل یا گیجی همراه است. این علائم آنقدر گسترده هستند که افراد فکر می‌کنند دچار سکته قلبی شده‌اند و می‌ترسند که بمیرند (۱). مشخصه اصلی اختلال وحشتزدگی وقوع خود به خود و غیرمنتظره حملات وحشتزدگی است که شامل حملات و دوره‌های مجزای ترس است و فراوانی بروز آنها از چند حمله در یک روز تا صرفاً تعداد انگشت‌شماری حمله در یک سال فرق می‌کند. علائم روانی عمده حمله وحشتزدگی عبارت است از: ترس مفرط و احساس قریب‌الوقوع بودن مرگ و نابودی. بیمار اغلب نمی‌تواند علت ترس خود را بیان کند، ممکن است دچار اغتشاش شعور شود و در تمرکز اشکال پیدا کند. نشانه‌های جسمی حمله وحشتزدگی اغلب عبارت است از: افزایش ضربان قلب، تنگی نفس و تعریق بیمار اغلب می‌کوشد در هرجایی که هست آنجا را ترک کند تا از کسی کمک بگیرد (۲). اضطراب علائم دیگری است که می‌توان از آن در در بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی نیز اشاره کرد. ویژگی اصلی اضطراب، نگرانی است که عبارت است از دلواپسی بیش از حد درباره موقعیت‌های دارای پیامدهای نامطمئن. نگرانی بیش از حد، مضر است چون توانایی انسان در اقدام کردن برای حل مشکل را مختل می‌کند (۳). اختلال‌های اضطرابی جزو اختلال‌های درون‌نمود هستند. یعنی، الگوهای رفتاری سازش نایافته‌ای هستند که بیش از آن که اطرافیان را آزار دهد، موجب رنجش خود می‌شوند و هسته اصلی آنها اختلال‌های خلق یا هیجان است (۴).

اختلال وحشتزدگی بدلیل ماهیتی که دارد می‌تواند وضعیت روانشناختی فرد را متزلزل کرده و بر ویژگی‌های شخصیتی فرد تاثیرگذار باشد. از جمله این عوامل ویژگی شخصیتی سرسختی روانشناختی است، که به عنوان متغیر وابسته در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرد. سرسختی روانشناختی Psychological Hardiness ویژگی شخصیتی است که ممکن است نحوه مقابله با استرس‌زاها را در افراد تعدیل کند یعنی آنها را در تحلیل موفقیت‌آمیز موقعیت استرس‌زا یاری می‌کند (۵).

Kobaso (۶) سرسختی را ویژگی شخصیتی پیچیده‌ای معرفی می‌کند که از سه مؤلفه چالش، کنترل و تعهد تشکیل شده است. سرسختی مشتمل بر مجموعه‌ای از ویژگی‌های روان‌شناختی است که با تاثیرگذاری مستقیم بر عملکرد افراد در موقعیت‌های استرس‌زا از بروز واکنش آنها به شرایط یا رویدادهای بالقوه‌ی فشارزا جلوگیری کرده و نقش به‌سزایی در سلامت روانی ایفا می‌کند (۷). افرادی که از سرسختی بالایی برخوردارند، در برابر اعمال و رفتار خود احساس تعهد کرده، عقیده دارند که رویدادهای زندگی قابل کنترل و پیش‌بینی هستند و بلاخره تغییر در زندگی و نیاز به انطباق یا آن را نوعی شانس و مبارزه‌جویی برای رشد بیشتر در زندگی می‌دانند تا تهدیدی برای امنیت خود (۸).

در نهایت با توجه به آنچه بیان شد، ضرورت درمان این اختلال با توجه به شیوع بالا آن، مورد توجه متخصصان این عرصه است. هرچند تاکنون درمان‌های دارویی و روانشناختی مختلفی برای درمان اختلال وحشتزدگی توسعه داده شده و این درمان‌ها در کارآزمایی‌های مختلفی اثرات قابل قبولی را نشان داده‌اند اما در اکثر موارد این درمان‌ها در جلوگیری از عود، مؤثر نبوده‌اند و بیماران با علائم باقیمانده اختلال مانند تداوم فکر مضطرب‌کننده در تقلا و مشکل می‌مانند (۹).

درمانی که در این پژوهش در مقاسه با دارو درمانی انجام خواهد شد هیپنوتراپی شناختی-رفتاری Cognitive behavioral hypnotherapy است. Kirsch (۱۹۹۵)

گروه کنترل) جایگزین شدند، ملاک خروج در این پژوهش وجود بیماری جسمی یا روانی و مصرف داروهای روانپزشکی دیگر، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمانی در نظر گرفته شد. برای روش اجرای گروه درمانی از دو دستورالعمل مستقل استفاده شد. شرکت کنندگان هیپنوتراپی شناختی- رفتاری ۵ جلسه مورد آموزش قرار گرفتند، برای گروه دارو درمانی، Propranolol با دوز ۱۰ میلی گرم و Asentra (Sertraline) با دوز ۵۰ میلی گرم در روز (یکبار در روز) از گروه داورهای مهارکننده‌های بازجذب سروتونین انتخابی (Selective serotonin reuptake inhibitors-SSRIs) به مدت ۴ ماه استفاده شد. برای گروه کنترل علاوه بر پرنالول ۱۰ میلی گرم، برای کمک به حفظ آرامش بیمار از داروهای Benzodiazepines داروی Chlordiazepoxide با دوز ۵ میلی گرم (یکبار در روز) تا زمان انجام مرحله آخر پژوهش، یعنی انجام آزمون‌های پیگیری برای بیماران تجویز و استفاده شد و گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار پژوهش به شرح زیر بود:

سرسختی روانشناختی: پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز (Ahvaz Hardiness Inventory (AHI): توسط کیامرثی، نجاریان و مهرابی‌زاده هنرمند (۱۴) با هدف تهیه مقیاسی برای سنجش سرسختی روانشناختی ساخته شد و دارای ۲۷ ماده است و نمره گذاری آن با لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز تا بیشتر اوقات) انجام می‌شود. برای سنجش همسانی درونی پرسشنامه سرسختی روانشناختی اهواز، ضریب آلفای کرونباخ به کار برده شد و بر پایه یافته‌ها ضرایب آلفا برای کل نمونه، آزمودنی‌های پسر و آزمودنی‌های دختر به ترتیب، ۰/۷۶، ۰/۷۶ و ۰/۷۴ بدست آمد. برای سنجش پایایی این آزمون دوباره پس از شش هفته به ۱۱۹ دانشجو (۵۳ پسر و ۶۶ دختر) ارائه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های آزمودنی‌ها در دو نوبت یعنی پیش‌آزمون و پس‌آزمون دوباره برای کل آزمودنی‌ها ۰/۸۴، آزمودنی‌های پسر ۰/۸۴ و آزمودنی‌های

هیپنوتیزم را به عنوان یک درمان کمکی در درمان شناختی- رفتاری در ۱۷ مطالعه مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که گروهی که هیپنوتراپی شناختی- رفتاری را دریافت کرده بودند حداقل ۷۰ درصد نسبت به مراجعینی که درمان هیپنوتیزمی دریافت نکرده بودند بهبودی بیشتری نشان دادند (۱۰).

هیپنوتراپی شناختی- رفتاری ترکیب هیپنوتراپی با روش‌ها مفاهیم درمان شناختی- رفتاری است (۱۱). هیپنوتراپی شناختی- رفتاری بر این فرض استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روانشناختی معلول یک شکل منفی خودهیپنوتیزم است به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه پذیرفته می‌شوند. هیپنوتراپی شناختی- رفتاری شامل چند روش اساسی شامل آرام‌سازی، تصویرسازی هدایت شده، بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک می‌باشد (۱۲). هیپنوتراپی اندازه اثری بیش از دو برابر از روان‌درمانی‌های دیگر را دارد. با این حال بسیاری از محققین و متخصصان بالینی در حال حاضر مشاهده کرده‌اند که هیپنوتیزم یک اثر هم‌افزایی به وجود می‌آورد، به ویژه زمانی که با درمان شناختی رفتاری همراه می‌شود (۱۳). در نهایت در جمع‌بندی مبانی نظری و پژوهشی مطرح شده می‌توان گفت سرسختی روانشناختی، اضطراب حالت و صفت در اختلالات وحشتزدگی نقش مهمی دارند.

روش کار

پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت اثربخشی هیپنوتراپی شناختی- رفتاری و دارودرمانی بر استرس ادراک شده و مهارت‌های بین فردی بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی ابن سینا شهر تهران در سال ۹۸-۱۳۹۷ بود (طی ۴ ماه از بهمن ۱۳۹۷ الی اردیبهشت ۱۳۹۸). از میان مراجع کنندگان به بیمارستان تخصصی ابن سینا، به روش تصادفی ساده تعداد ۴۵ نفر با در نظر گرفتن ملاک ورود (سن ۲۴ تا ۴۰ سال) انتخاب شده و در ۳ گروه ۱۵ نفره (دو گروه آزمایش و یک

در ایران توسط مهدی فتحی (۱۳۸۴) در انجمن علمی هیپنوتیزم بالینی ایران ترجمه مورد استفاده قرار گرفت (۱۹). این جلسات آموزشی و تمرین‌های عملی در ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۵ هفته تنظیم گردید و به صورت فردی اجرا شد. برنامه منظم جلسات به این ترتیب بود: جلسه با یک تمرین آرمیدگی آغاز می‌شود. فرد آموزش دهنده به سوالات شرکت‌کنندگان در ارتباط با تکالیف هفته پاسخ داده شد. سپس در ارتباط با موضوع جلسه فعلی با شرکت‌کنندگان بحث شد و تمرین‌های جدید به آنها آموزش داده شد. سرانجام در پایان جلسه در ارتباط با تکالیف مربوط به هفته آینده توضیحات کافی ارائه شد.

جلسه اول: تکنیک آرمیدگی، این تکنیک به عنوان یکی از مهارت‌های کنار آمدن، آموزش داده شد که در کاهش استرس و اضطراب سودمند است و می‌تواند آغازگر تکنیک‌های القای هیپنوتیسمی باشد که با القای آرامش، آسودگی و رهایی از تنیدگی عضلات دنبال می‌شود. جلسه دوم: اغلب از تصویرسازی هدایت شده استفاده می‌شود، در این تکنیک از افراد خواسته شد با تصور کنند که با موقعیت استرس‌زا یا مشکل آفرین روبرو شده‌اند و کمک آرمیدگی یا استفاده از راهبردهای کنار آمدن سازگارانه‌تری که قبلاً آموخته‌اند، استرس را اداره می‌نمایند. درمانگر با مراجع در آن موقعیت استرس‌زا صحبت کرده و از آزمودنی خواست تصور کند که به شیوه معینی رفتار یا فکر کند. جلسه سوم: از بازسازی شناختی استفاده شد. هنگامی که افراد در جلسه بودند خودگویی‌های کارآمدتر جایگزین شناخت‌ها و خودگویی‌های نا کارآمد شد. جلسه چهارم: از نزدیک‌سازی پیشرونده استفاده شد. در این تکنیک زمان ارائه تصور استرس‌زا به تدریج افزایش یا فرد به طور پیشرونده‌ای در معرض شرایط استرس‌زاتری قرار می‌گیرد. به این شیوه مراجعان را تشویق شدند و به آنها امید داده شد که توانایی‌شان در مقابل مشکلات، رفته‌رفته افزایش می‌یابد و انتظار نداشته باشند که بلافاصله بر مشکل خود غلبه کنند. جلسه پنجم: آموزش مهارت‌های هیپنوتیسمی، به افراد

دختر ۰/۸۵ به دست آمد. غفوری، کمالی و نوری (۱۵) روایی این آزمون را به روش روایی همزمان با سه ملاک، مقیاس اضطراب عمومی، پرسشنامه افسردگی و خودشکوفایی مزلو محاسبه کردند. ضرایب بدست آمده به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۶۵ و ۰/۶۲ بود که کلیه ضرایب در سطح ($p > 0/001$) معنادار بودند. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۳۶ گزارش شده است.

اضطراب حالت و صفت: پرسشنامه اضطراب حالت-صفت (State-Trait Anxiety Inventory (STAI) که توسط Spielberg (۱۹۷۰) ساخته شد. این پرسشنامه دارای ۴۰ سوال است از سوال ۱ تا ۲۰ اضطراب حالت (آشکار) با چهار گزینه (به هیچ وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد) و از سوال ۲۱ تا ۴۰ اضطراب صفت با چهار گزینه (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، تقریباً همیشه) شامل می‌شود. بین مقیاس صفت اضطراب و دیگر آزمون‌هایی که اضطراب را می‌سنجد همبستگی‌های بالا گزارش شده است. همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب آشکار تایلر از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ و همبستگی بین صفت اضطراب با فهرست صفات عاطفه از ۰/۵۲ تا ۰/۵۸ گزارش گردیده است. پرسشنامه حالت-صفت اضطراب، هماهنگی درونی بالایی دارد (۱۶). در ایران نیز همسانگی درونی اضطراب حالت (۲۰ عبارت و $\alpha = 0/84$)، اضطراب صفت (۴ عبارت و $\alpha = 0/81$) و میانه ضرایب آلفا در خرده‌مقیاس‌ها مختلف در مقیاس حالت ۰/۹۲ و برای صفت ۰/۹۲ گزارش گردیده است. ضریب اعتبار مجموعه پرسش‌هایی که آزمون اضطراب آشکار و پنهان را تشکیل می‌دهد برای سوال ۱ تا ۲۰ اضطراب آشکار برابر با ۰/۸۸۹ و برای سوال ۲۱ تا ۴۰ اضطراب پنهان برابر با ۰/۸۶۴ است (۱۷). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر برای اضطراب حالت ۰/۳۶ و برای اضطراب صفت ۰/۴۳ بدست آمد.

پرتکل هیپنوتراپی شناختی-رفتاری: این پروتکل در پژوهشی توسط Corydon Hammond (۱۹۹۴) مورد استفاده قرار گرفت و معتبر گزارش شد (۱۸). در پژوهشی که

بدون هیپنوتیسم مقایسه کرده بودند، دریافتند بهبودی مراجعانی که درمان شناختی- رفتاری با هیپنوتیسم دریافت کرده بودند ۷۰٪ بیشتر از مراجعانی بودند که فقط درمان شناختی- رفتاری دریافت کرده‌اند.

نتایج

در این پژوهش، ۲۱ نفر (۴۶/۷٪) از افراد گروه نمونه در پژوهش حاضر زن و ۲۴ نفر (۵۳/۳٪) مرد بودند که میانگین سنی آنها ۳۵/۸۰ سال بود.

آموزش داده شد که رفتار خلسه را تمرین کنند تا بهتر به تلقین‌های هیپنوتیسمی پاسخ دهند. این رویکرد فرض می‌کند که هیپنوتیسم مهارتی آموختنی است.

هیپنوتراپی شناختی- رفتاری در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری بدون هیپنوتیسم اثر درمانی موثری در حد ۷۸٪ دارد معنی آن این است که میانگین مراجعینی که در رویکرد اولی درمان شده‌اند ۸۰٪ بیشتر از مراجعینی است که در رویکرد دوم درمان شده‌اند (۲۰). Kirsch و همکاران (۱۰)، در یک فراتحلیل از هیجده تحقیق که درمان شناختی- رفتاری را با و

جدول ۱- آماره‌های توصیفی در گروه‌های کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	زمان گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سرسختی روانشناختی:	کنترل	۲۹	۲/۶۰۲	۲۷/۷۸	۲/۳۲۶
	هیپنوتراپی شناختی- رفتاری	۲۸/۸۵	۲/۹۱۱	۵۶/۱۵	۲/۸۸۲
	دارو درمانی	۲۸/۹۳	۲/۷۱۱	۲۷/۴۷	۲/۷۲۲
اضطراب حالت:	کنترل	۴۸/۵	۲/۰۲۹	۴۹/۱۴	۱/۹۹۴
	هیپنوتراپی شناختی- رفتاری	۴۹/۶۹	۰/۷۵۱	۴۹/۱۵	۲/۱۱۵
	دارو درمانی	۴۹/۲۷	۲/۰۱۷	۴۹/۹۳	۱/۷۹۱
اضطراب صفت:	کنترل	۴۹/۹۳	۲/۲۶۹	۵۲/۴۳	۱/۵۰۴
	هیپنوتراپی شناختی- رفتاری	۵۲/۶۹	۱/۴۹۳	۴۶/۵۴	۲/۷۸۷
	دارو درمانی	۵۰/۴۷	۱/۹۲۲	۵۱/۸۷	۲/۰۳۱

صفت در پیش‌آزمون ۵۲/۶۹ و ۵۰/۴۷ و در پس‌آزمون ۴۶/۵۴ و ۵۱/۸۷ بوده است.

جهت آزمون فرضیه پژوهش حاضر از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شده چون در این فرضیه دو متغیر مستقل و دو متغیر وابسته در نظر گرفته شده است، جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس و کواریانس از آزمون Box's M استفاده شد باتوجه به اینکه سطح معنی‌داری ۰/۰۵۲ و بزرگتر از $\alpha = ۰/۰۵$ هست لذا در این سطح فرض صفر رد نمی‌شود ($F(15, 2589/313) = ۱/۶۶۹, P > ۰/۰۵$) و در نتیجه می‌توان گفت فرض همگنی ماتریس واریانس و کواریانس متغیرها برقرار است، بنابراین مفروضه همگنی ماتریس واریانس و کواریانس هم برقرار است.

در گروه کنترل میانگین سرسختی روانشناختی در پیش‌آزمون ۲۹ و در پس‌آزمون ۲۷/۷۸ بوده است و در گروه‌های هیپنوتراپی شناختی- رفتاری و دارو درمانی، میانگین سرسختی روانشناختی در پیش‌آزمون ۲۸/۸۵ و ۲۸/۹۳ و در پس‌آزمون ۶۵/۱۵ و ۲۷/۴۷ بوده است. در گروه کنترل میانگین اضطراب حالت در پیش‌آزمون ۴۸/۵ و در پس‌آزمون ۴۹/۱۴ بوده است و در گروه‌های هیپنوتراپی شناختی- رفتاری و دارو درمانی، میانگین اضطراب حالت در پیش‌آزمون ۴۹/۶۹ و ۴۹/۲۷ و در پس‌آزمون ۴۹/۱۵ و ۴۹/۹۳ بوده است. در گروه کنترل میانگین اضطراب صفت در پیش‌آزمون ۴۹/۹۳ و در پس‌آزمون ۵۲/۴۳ بوده است و در گروه‌های هیپنوتراپی شناختی- رفتاری و دارو درمانی، میانگین اضطراب

متغیرها وابسته تقریباً با هم برابر هستند، بنابراین مفروضه برابری واریانسها بین گروه‌های کنترل و آزمایش برقرار است. همچنین برای آزمون نرمال بودن توزیع نمرات از Kolmogorov-Smirnov test (K-S) استفاده شده و چون معنی‌داری سرسختی روانشناختی ($P=0/061$)، اضطراب حالت ($P=0/327$) و اضطراب صفت ($P=0/195$) بزرگتر از سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ هستند؛ در نتیجه می‌توان توزیع نمرات در متغیرها دارای توزیع نرمال می‌باشد.

برای آزمون برابری واریانسها از آزمون لون استفاده شده و چون معنی‌داری سرسختی روانشناختی ($P>0/05$)، اضطراب حالت ($P>0/05$)، اضطراب صفت ($P>0/05$) و اضطراب صفت ($F(26,1)=0/096$) و اضطراب صفت ($F(26,1)=0/071$) متغیرها بزرگتر از سطح معنی‌داری $\alpha=0/05$ هستند؛ لذا در این سطح فرض صفر رد نمی‌شود و در نتیجه می‌توان گفت واریانس بین گروه‌های کنترل و آزمایش در

جدول ۲- نتایج آزمون مانکوا برای مقایسه پس‌آزمون سرسختی روانشناختی و اضطراب حالت و صفت در گروه کنترل و

هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و دارو درمانی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	ضریب تاثیر η^2
سرسختی روانشناختی	۳۷۴۸/۵۰۲	۱	۳۷۴۸/۵۰۲	۴۸۳/۵۶۵	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸
اضطراب حالت	۴/۱۴	۱	۴/۱۴	۱/۳۴۲	۰/۲۶	۰/۰۶
اضطراب صفت	۲۴۳/۳۸۹	۱	۲۴۳/۳۸۹	۵۷/۴۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲

رفتاری و اثربخشی دارو درمانی در افزایش سرسختی روانشناختی (۰/۹۵۸) بیشتر از اضطراب صفت (۰/۷۳۲)، استرس ادراک شده (۰/۲۰۳) و اضطراب حالت (۰/۰۶) بوده است.

محقق برای بررسی ماندگاری اثر مداخلات انجام شده یک ماه بعد از اتمام دوره‌های درمانی و انجام پس‌آزمون با میزان سرسختی روانشناختی و اضطراب حالت و صفت را در بین این بیماران به عنوان دوره پیگیری اجرا کرد.

نتایج به دست آمده در جدول (۲) نشان می‌دهند که گروه کنترل و آزمایش در پس‌آزمون سرسختی روانشناختی ($F(1)=483/565$ ، $P<0/05$ ، $\eta^2=0/958$)، اضطراب حالت ($F(1)=1/342$ ، $P<0/05$ ، $\eta^2=0/06$)، اضطراب صفت ($F(1)=57/472$ ، $P<0/05$ ، $\eta^2=0/732$) باهم تفاوت معنی‌داری داشته‌اند و این تفاوت در سرسختی روانشناختی بیشتر از اضطراب صفت و اضطراب حالت بوده است به عبارتی براساس ضریب ایثا اثربخشی هیپنوتراپی شناختی -

جدول ۳- آماره‌های آزمون T وابسته برای مقایسه میانگین سرسختی روانشناختی و اضطراب حالت و صفت در پس‌آزمون و

دوره پیگیری

زمان آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	تعداد	اختلاف میانگین	آماره t	درجه آزادی	معنی‌داری
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد			
سرسختی روانشناختی	۲۷/۴۷	۲/۷۲۲	۲۹/۱۳	۲/۴۱۶	۱۵	۱۴	۰/۰۲
اضطراب حالت	۴۹/۹۳	۱/۷۹۱	۴۸/۹۳	۱/۹۸۱	۱۵	۱۴	۰/۲۶۸
اضطراب صفت	۵۱/۸۷	۲/۰۳۱	۵۱/۰۷	۲/۲۸۲	۱۵	۱۴	۰/۲۶۷

همکاران (۲۷)، رهگذر و محمدی (۲۸)، بادله و همکاران (۱۲)، عباسی دادگر (۲۹)، فاطمی صدر و فتحی (۳۰)، فاطمی صدر و همکاران (۳۱) و Thomson (۳۲)، Daitch (۳۳)، Bragard و همکاران (۳۴) همسو و با پژوهش با Kaiser (۳۵) ناهمسو بوده است.

با توجه به اهمیت اختلالات اضطرابی و مخاطرات فراوانی که می‌توانند به همراه داشته باشند و با در نظر گرفتن این مهم که، اختلال وحشتزدگی در بین اختلالات اضطرابی با سطوح بالای ناتوانی اجتماعی، شغلی و جسمانی، هزینه‌های اقتصادی قابل ملاحظه و مراجعه بیشتر به پزشک رابطه دارد. به این ترتیب و با توجه به شیوع بالای این بیماری و پژوهش‌های ناکافی در داخل کشور خصوصاً در حوزه مشاوره و روانشناسی، در پژوهش حاضر تلاش شد تا جهت کاهش مشکلات روانی، زیستی و اجتماعی که از طریق روش درمانی نوین در ایران یعنی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری، پژوهشی انجام شود. تحقیقات گسترده‌ای در مورد اثربخشی ضدافسردگی‌ها و ضداضطراب‌ها به عنوان خط اول درمان برای اختلال پانیک با یا بدون آگروفوبیا وجود دارد. با این حال تا به امروز، هیچ شواهد قانع کننده‌ای وجود ندارد که برتری اثربخشی یک داروی خاص یا طبقه خاصی را نسبت به بقیه نشان دهد، به همین دلیل استفاده از روان‌درمانی در کنار دارو درمانی برای اختلال وحشتزدگی، اهمیت بسیاری دارد. در واقع هیپنوتراپی اندازه اثری بیش از دو برابر از روان‌درمانی‌های معمولی دارد. با این حال بسیاری از محققین و متخصصان بالینی در حال حاضر مشاهده کرده‌اند که هیپنوتیزم یک اثر هم‌افزایی به وجود می‌آورد، به ویژه زمانی که با درمان، شناختی-رفتاری همراه می‌شود. در این پژوهش با توجه به آنچه که بیان شد مقایسه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری و دارودرمانی بر سرسختی روانشناختی و اضطراب حالت-صفت بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی مورد هدف قرار گرفته شد.

همانور که نتایج داده‌ها نشان داد، هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر سرسختی روانشناختی و اضطراب صفت بیماران مبتلا به

نتایج حاصل از آن را با دوره پس‌آزمون مورد مقایسه قرار داد که نتایج حاصل از آن براساس آزمون تی وابسته نشان داد که معنی‌داری اضطراب حالت ($P > 0.05$ ، $t(14) = 1.15$) و اضطراب صفت ($P > 0.05$ ، $t(14) = 1.16$) هر دو بزرگتر از سطح معنی‌داری $\alpha = 0.05$ هستند بنابراین فرضیه صفر رد نمی‌شود یعنی تفاوت معنی‌داری بین میزان اضطراب حالت و صفت در پس‌آزمون و دوره پیگیری وجود نداشته است و این نشان دهنده ماندگاری اثر مداخلات انجام شده است. اما معنی‌داری سرسختی روانشناختی ($P < 0.05$ ، $t(14) = 2.51$) کوچکتر از سطح معنی‌داری $\alpha = 0.05$ بود بنابراین فرضیه صفر رد می‌شود یعنی تفاوت معنی‌داری بین میزان سرسختی روانشناختی در پس‌آزمون و دوره پیگیری وجود داشته است و با توجه به این که میانگین‌های دوره پیگیری می‌توان گفت ماندگاری اثر دوره‌های درمانی بر سرسختی روانشناختی (جدول ۳).

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج داده‌ها نشان داد، در متغیر سرسختی روان‌شناختی و اضطراب صفت، پس‌آزمون درمان هیپنوتراپی شناختی-رفتاری، تفاوت معنی‌داری با پس‌آزمون گروه کنترل و دارو درمانی داشت. در مورد متغیرهای اضطراب حالت، هر دو درمان تأثیر معنی‌داری نداشته است. مقایسه تفاوت میانگین‌های تعدیل شده در دو گروه نشان داد، هیپنوتیزم شناختی-رفتاری نسبت به دارودرمانی اثر بیشتری داشته است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که اثربخشی درمان هیپنوتیزم شناختی-رفتاری بر اختلال وحشتزدگی نسبت به اثر دارودرمانی به تنهایی، بطور معناداری بیشتر است و می‌توان با افزودن هیپنوتراپی شناختی-رفتاری به دارو درمانی در درمان اختلال وحشتزدگی به نتایج بهتری در درمان مراجعین دست یافت.

نتایج این پژوهش با پژوهش‌های نریمانی، فلاحیان و عطاذخت (۲۱)، دولت‌آبادی و همکاران (۲۲)، صداقت‌پور و سعیدمنش (۲۳)، ابادری و همکاران (۲۴)، فیض‌آبادی و همکاران (۲۵)، باهوش و همکاران (۲۶)، والیانی کیا و

اختلال وحشتزدگی اثربخش بود ولی هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر اضطراب حالت بیماران مبتلا به اختلال وحشتزدگی اثربخش نبود. در تبیین فرضیه‌های تحقیق باید گفت از نظر شناختی با توجه به جامعه سنتی که ما در آن زندگی می‌کنیم که عقاید مذهبی در آن از مقبولیت بالایی برخوردارند، احتمالاً هر تکنیک یا روش شناختی می‌تواند بر باورها و عقاید اشخاص تأثیر بگذارد و این پذیرش تلقین‌ها را بیشتر می‌کند. هیپنوتراپی شناختی رفتاری ترکیب هیپنوتراپی (استفاده از القا و تلقین‌ها) با مفاهیم درمان شناختی-رفتاری است. هیپنوتراپی شناختی-رفتاری بر این فرض استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روان شناختی معلول یک شکل منفی خودهیپنوتیزم است به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و حتی بدون اطلاع آگاهانه پذیرفته می‌شوند. هیپنوتراپی شناختی-رفتاری شامل چند روش اساسی شامل آرام‌سازی، تصویرسازی هدایت شده، بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک می‌باشد. پس می‌تواند در حوزه‌های وسیعی چون عملکرد افراد در حیطه‌های زندگی شخصی و اجتماعی، وضعیت شناختی و روانی و در نهایت کیفیت زندگی افراد تأثیر مثبت گذارد. پژوهش‌های زیادی در زمینه درمان اختلالات اضطرابی به کمک هیپنوتراپی انجام شده که گواه این موضوع بوده است که این درمان تأثیر مثبتی در روند زندگی این بیماران دارد. همانطور که در پژوهش فیض‌آبادی و همکاران (۲۵) نشان داده شد که هیپنوتیزم درمانی شناختی-رفتاری باعث کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از آسیب و علائم همبود با آن بود که در مرحله پیگیری نیز اثر درمانی آن حفظ شده بود. باهوش و همکاران (۲۶) در پژوهشی به اثر بخشی هیپنوتیزم بر اضطراب امتحان دانش‌آموزان با استفاده تکنیک‌های ریلکسیشن پیشرونده و طبیعت‌گرا، پیش روی سنی، تقویت ایگو، تصویرسازی متمرکز بر زدایش علایم ذهنی اضطراب پرداخته بودند، نشان دادند که نمرات که هیپنوتیزم درمانی می‌تواند در کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان موثر باشد. رهگذر و محمدی نیز به مقایسه (۲۸) اثربخشی درمان

شناختی-رفتاری و هیپنوتیزم درمانی شناختی-رفتاری بر فوبی اجتماعی پرداختند و بیان کردند هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در کاهش نمرات فوبی اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی و عزت نفس نسبت به درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری داشته است. هیپنوتیزم شامل یک توانایی اختصاصی برای توجه، متمرکز و تجسم، حین کاهش و به حداقل رساندن آگاهی از محیط است. این درمان ترکیبی از نظریه‌ها و فنون رفتار درمانی و شناخت درمانی است، همچنین تغییرات نوروسایکوفیزیولوژیک هیپنوز تا حد زیادی مشخص شده و تحقیقات مستند علمی نشان می‌دهد که هیپنوز اساساً خواب نیست بلکه حالت خاصی از هوشیاری تغییر یافته است.

پژوهش عباسی‌دادگر (۲۹) هیپنوتیزم درمانی شناختی-رفتاری را با هدف کاهش اضطراب امتحان و افزایش پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پسر نیمه اول متوسطه کلان شهر کرمانشاه در مقطع اول، دوم و سوم را بررسی کرد و نشان داد که نمرات اضطراب امتحان گروه آزمایش پس از آزمون در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است و همچنین آزمون تی وابسته نیز نشان داد که معدل نیمسال دوم دانش‌آموزان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری افزایش یافته است. فاطمی صدر و فتحی (۳۰) نشان داد آموزش گروهی هیپنوتیزم در بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی یا فوبی اجتماعی موثر تر از گروهی است که تحت آموزش شناختی به صورت گروهی قرار گرفته‌اند.

همچنین پژوهش‌هایی که در خارج از ایران همسو با پژوهش حاضر انجام شد، برای مثال Daitch (۳۳) در پژوهشی که با هدف درمان شناختی-رفتاری، ذهن‌آگاهی و هیپنوتیزم به عنوان روش‌های درمانی اختلال اضطراب فراگیر انجام داد. نتایج این پژوهش نشان داد که ترکیب این سه روش در یک پروتکل درمانی یکپارچه می‌تواند مؤثر باشد. این مقاله اثربخشی یک مدل تلفیقی را از طریق مطالعه موردی نشان داد که با استفاده صحیح از درمان شناختی رفتاری، ذهن‌آگاهی و هیپنوتیزم به بیمار کمک می‌شود تا مهارت‌های لازم برای خودتنظیمی، آرامش، کاهش نگرانی، دسترسی به منابع و

موثری برای درمان اختلال وحشتزدگی هستند، ولی با اضافه کردن فاکتور درمانی هیپنوتراپی به درمان شناختی-رفتاری، اثربخشی این درمان بطور معناداری افزایش می‌یابد و باعث بهبود بیشتر مراجعین می‌گردد. هر چند در این پژوهش نیز دارای محدودیت‌هایی چون پایین بودن حجم نمونه و محدود شدن به تهران و نبود امکان مقایسه اثربخشی درمانگری در دو جنس وجود داشت. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده در زمینه استفاده از این نوع درمانگری برای نمونه بزرگتری از بیماران و مقایسه در دو جنس انجام گیرد. در نظر گرفتن نکاتی از قبیل تفاوت‌های فرهنگی، شیوه ارتباط درمانگر با آزمودنی‌ها و میزان همکاری آزمودنی‌ها با پژوهشگر الزامی است.

افزایش امید به آینده را بسازد. پژوهش Bragard (۳۴) با عنوان مقایسه اثربخشی خودهیپنوتیزمی، یوگا و درمان شناختی-رفتاری برای کاهش اضطراب عاطفی در بیماران مبتلا به سرطان پستان نشان داد در گروه درمان شناختی-رفتاری هیچ تأثیر معنی‌داری در نتایج نشان داده نشد. اما اثرات مثبت معنی‌داری بر پریشانی در گروه‌های یوگا و خود هیپنوتیزمی گزارش شد و همچنین در کیفیت خواب و سازگاری ذهنی در گروه خود هیپنوتیزم تأثیرات معنی‌داری مشاهده شد.

بطور کلی با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و همچنین پیشینه پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که اگرچه درمان شناختی-رفتاری و دارودرمانی به تنهایی نیز روش درمانی

References

- Rosenhan DL, Seligman M, Walker EF. *Abnormal Psychology*, W. W. Norton & Company; 4th edition, 2000.
- Sadock. BJ, Sadock, VA, Ruiz P. *Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences Clinical Psychiatry* (11th Ed). New York: Wolters Kluwer; 2015.
- Mash EJ, Barkley RA. (Eds). (2014). *Child psychopathology* (3rd Ed.). New York: Guilford Press.
- Asli azad M. The Effectiveness of Child-Centered Play Therapy on Anxiety and Depression in Children with Anxiety and Depression in Primary School, *Journal of Psychological Methods and Models*, 2012; 2(9): 70-78.
- Lecci L. (2013). Hardiness and college adjustment: Identifying students in need of services. *Journal of College Student Development* ,40(3), 305-309.
- Kobasa SC. (2000). *Hardiness in Lindsey, Thompson and spring*. 3rded. New York: Worth Publication.
- Hystad SW, Eid J, Laberg JC. (2009). Academic stress and health: exploring the moderating role of personality hardiness. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 53.421-429
- 8 .Florian V, Taubman O. (2008). Does hardiness contribute to mental health during a stressful real life situation? The roles of appraisal and coping. *J Pers Soc Psychol*, 68(4): 687-95.
- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. (2010). "The effect of mindfulness based therapy on anxiety and depression: A metaanalytic review". *Consult Clin Psychol*. 78: 169-183.
- Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *J Consult Clin Psychol*; 63: 214-20.
- Robertson DA. (2008). Brief introduction of cognitive-behavioral hypnotherapy. Available from: URL; <http://hypnosynthesis.com>
- Badleh M, Fathi M, Aghamohamadiyan HR, Badleh MN. Comparison of the effectiveness of group cognitive behavioral hypnotherapy and group cognitive behavioral therapy on adolescent self-esteem. *Principles of Mental Health*, 2013; 15 (59): 194-204. [Persian].
- Thomas ED. (2000). *Cognitive hypnotherapy*. New Jersey: Jason Aronson, Inc.
- Kiyamarsi A, Najariyan B, Mehrabizade M. Developing and Validating a Scale for Measuring Psychological Hardiness. *Journal of the Psychological Association*, 2000; 7: 271-285. [Persian].
- Ghafouri MR, Kamali M, Noori A. The Relationship between Developmental Motivation and Cognitive Hardiness with Emotionality and Responsibility, *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*, 2009; 10(36): 165-188. [Persian].
- Marteau TM, Bekker H. The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*. 1992; 31(3):301-6.
- Panahi Shahri M. Preliminary Validation, Validity, and Software of Spielberger's Anxiety State-Trait List. M.Sc. Tarbiat Modarres University, 1995. [Persian].
- Hammond EC. *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York: W. W. Norton & Company; 1 edition. 1994.
- Fathi M, Fayaz sabery MH. *Clinical hypnosis*. Mashhad: Hoormehr, 2011.

20. Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 214–220.
21. Narimani M. The Role of Cognitive Avoidance, Metacognitive Beliefs and Cognitive Failures in Predicting Anxiety Symptoms of Nurses. Master's Degree in Clinical Psychology. University of Mohaghegh Ardabili, 2019. [Persian].
22. Dolatabadi M, Esmaili A, Aslankhani MA. The Impact of a Hypnosis Program on Competitive Anxiety and Its Relationship to the Success of Athletic Wrestlers in Mallard County Thesis MA in Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University of Tehran, 2017. [Persian].
23. Sedaghatpour MM. The effect of hypnosis on stuttering, anxiety and self-esteem in children with stuttering in Shiraz. Master's Degree in Psychology, Yazd University of Science and Art, 2017. [Persian].
24. Abazari N, Rahimiyan Boger E, Talepasand S, Aminianfar A. The Effect of Hypnotherapy with Physiotherapy on Pain Intensity, Psychological Disorder and Functional Disability in Patients with Non-Specific Lumbar Pain, Thesis MA in Clinical Psychology, Semnan University, 2016. [Persian].
25. Feyzabadi M, Rafieniya P, Fathi M. Comparison of the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy in reducing post-traumatic stress disorder symptoms and comorbid symptoms. Master's Degree in General Psychology, Semnan University, 2015. [Persian].
26. Bahoosh A, Fathi M, Teymoori S. The Effectiveness of Group Hypnotherapy on Reduction of Students' Test Anxiety, MSc in Clinical Psychology, Torbat-e-Jam Unit, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam Iran, 2015. [Persian].
27. Valiyanikiya A, Oraki M, Aliakbari Dehkordi M. The Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy on Weight Loss and Psychological Well-Being in Obese 20-45 Years Old Women. Thesis MA in General Psychology, Payame Noor University of South Tehran, 2015. [Persian].
28. Rahgozar S, Mohammadi N. Experimental study of behavioral and behavioral therapy on well-being. Thesis MA in Clinical Psychology, Shiraz University International Branch, 2014. [Persian].
29. Abasi dadgar S. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Reduction of Test Anxiety and Academic Achievement in Students, PhD Thesis in Educational Psychology, Islamic Azad University, Sanandaj Branch, 2011. [Persian].
30. Fatemi Sadr F, Fathi M. Comparison of cognitive therapy and hypnotherapy in the treatment of patients with social phobia. Thesis MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University of Karaj, 2011. [Persian].
31. Fatemi Sadr F, Fathi M, Kordmirza E. The Effectiveness of Cognitive Hypnotherapy in Reducing Anxiety and Depression Syndrome in Depressed Patients, Thesis MA in Clinical Psychology, Islamic Azad University of Karaj, 2011. [Persian].
32. Thomson L. (2019). Combining Hypnosis and Biofeedback in Primary Care Pediatrics. *Am J Clin Hypn*, 61(4): 335-344 Doi: 10.1080/00029157.2018.1511409.
33. Daitch C. (2018). Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness, and Hypnosis as Treatment Methods for Generalized Anxiety Disorder. *Am J Clin Hypn*, 61(1): 57-69 Doi: 10.1080/00029157.2018.1458594.
34. Bragard I, Etienne AM, Faymonville ME, Coucke P, Lifrange E, Schroeder H, Wagener A, Dupuis G, Jerusalem G. (2017). A Nonrandomized Comparison Study of Self-Hypnosis, Yoga, and Cognitive-Behavioral Therapy to Reduce Emotional Distress in Breast Cancer Patients. *Int J Clin Exp Hypn*, 65(2): 189-209.
35. Kaiser P. (2014). Childhood anxiety and psychophysiological reactivity: hypnosis to build discrimination and self-regulation skills. *Am J Clin Hypn*, 56(4): 343-67.

*Original Article***Comparison of the efficacy of Cognitive behavioral hypnotherapy and Drug therapy on Psychological Hardiness and State – Trait Anxiety in panic disorder**

Received: 28/01/2020 - Accepted: 30/05/2020

Marjan Mohammadian¹
Alireza maredpour¹
Khosro Ramezani^{2*}
Mahdi Fathi³

¹ Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran

² Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran

³ Associate Professor, Department of Anesthesia, Mashhad University of Medical Sciences, Iranian Scientific Society of Clinical Hypnosis, Mashhad, Iran.

Email: Fathim@mums.ac.ir

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to determine the cognitive-behavioral hypnotherapy, drug therapy on psychological Hardiness, and state-trait anxiety in panic disorder.

Materials and Methods: The statistical population consisted of all persons referring to Ebnsina Specialty Hospital in Tehran in the year 2018-2019. Forty-five patients were selected by simple random sampling and were replaced in 3 groups of 15 persons (two experimental and one control group). Participants were assessed with Kiomarsi, Najarian, and Mehrabi Zadeh Honarmand Psychological Hardiness (1998), Spielberger State-Trait Anxiety (1970). Participants were then trained for five sessions, received drug therapy under the supervision of a drug specialist, and the control group received no training.

Results: Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. The results showed that there were significant differences between the variables of psychological hardiness and trait anxiety post-test hypnotherapy with a post-test control group and drug treatment group. In the case of state anxiety variable, treatment had no significant effect. The post-test showed that the level of psychological hardiness in the hypnotherapy group was significantly higher than the control and drug treatment groups. Also, trait anxiety in the hypnotherapy group was considerably lower than the control and drug treatment groups.

Conclusion: Given the significant impact of cognitive-behavioral hypnotherapy on psychological hardiness and state-trait anxiety in panic disorder are suggested to be used to improve the mental health of these patients.

Key words: Cognitive behavioral hypnotherapy, Drug therapy, Panic disorder, Psychological Hardiness, State – Trait Anxiety

Acknowledgement: There is no conflict of interest.