

# مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری با هیپنوتیزم شناختی بر کاهش اضطراب زنان دچار نشانگان پیش از قاعدگی

\*دکتر لیلامقندر<sup>۱</sup>(PhD) - دکتر رمضان حسن‌زاده<sup>۱</sup>(PhD) - دکتر بهرام میرزاییان<sup>۲</sup>(PhD) - دکتر یارعلی دوستی<sup>۲</sup>(PhD)

\*نویسنده مسئول: گروه علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

پست الکترونیک: moghtaderleila@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۵/۲۰ تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۰/۰۷

## چکیده

**مقدمه:** نشانگان پیش از قاعدگی به مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمی و روانی گفته می‌شود که در فاز لوتئال چرخه قاعدگی روی می‌دهد و با آغاز قاعدگی یا چند روز اول بهبود می‌یابد. از این شکایت‌ها افسردگی و پریشانی شایع‌تر و آزاردهنده‌ترند.

**هدف:** مقایسه اثربخشی درمان گروهی شناختی رفتاری با هیپنوتیزم شناختی گروهی بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعدگی.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش به شیوه نیمه تجربی در زنان و دختران مراجعه‌کننده به پایگاه بهداشتی وابسته به مرکز بهداشت شماره ۱۲ شهر رشت در سال ۱۳۹۲ انجام شد. با نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر از زنان با نشانگان پیش از قاعدگی انتخاب و به‌طور تصادفی بین ۳ گروه دربرگیرنده دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند. در دو گروه اول به ترتیب ۸ نشست درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی هیپنوتیزم برگزار شد و گروه سوم درمانی نگرفت. پرسشنامه محقق ساخته جمعیت شناختی ۸ سوالی نشانگان پیش از قاعدگی و پرسشنامه اضطراب بک در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بکار رفت. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی (میانگین، تحلیل کوواریانس و توکی) استفاده شد.

**نتایج:** هر دو درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم شناختی بر کاهش اضطراب این نشانگان مؤثر بود ( $P < 0/001$ ) افزون بر آن تفاوت معنی‌دار بین این دو درمان (درمان گروهی شناختی رفتاری و درمان گروهی هیپنوتیزم شناختی) در کاهش اضطراب در این نشانگان به چشم نمی‌خورد.

**نتیجه‌گیری:** درمان‌های روانشناختی در درمان نشانگان پیش از قاعدگی کارایی داشته و با توجه به عوارض کمتر، پیشنهاد می‌شود از این نوع درمان‌ها برابر با درمان‌های دارویی، استفاده بیشتر شود و نیز با توجه به اثربخشی یکسان، درمان شناختی- رفتاری و هیپنوتیزم شناختی بویژه در بیماری‌های زنان به کار رود.

**کلید واژه‌ها:** اضطراب/ رفتار درمانی شناختی/ نشانگان پیش از قاعدگی/ هیپنوتیزم

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و چهارم شماره ۹۴، صفحات: ۶۵-۵۷

## مقدمه

کارکرد و کاهش کیفیت زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی در آنان می‌شود (۳). این نشانگان در فاز لوتئال چرخه قاعدگی رخ می‌دهد و با شروع قاعدگی یا چند روز اول آن بهبود می‌یابد (۴). افزون بر آن یکی از شایع‌ترین پدیده‌های دردناک دوران باروری در زنان محسوب می‌شود (۵). نشانه‌های فیزیکی و روانی این نشانگان شدت کافی را برای تداخل با برخی جنبه‌های زندگی افراد دارند (۶). نشانه‌ها باید در مدت ۱۰ روز بی‌درنگ پیش از آغاز قاعدگی دیده شود، همچنین نباید دست کم یک هفته بین شروع قاعدگی و تخمک‌گذاری فاصله وجود داشته باشد (۷). بیش از ۹۰ درصد زنان در سن باروری علائم خفیف پیش از قاعدگی را دارند و حداقل یکی

نشانگان پیش از قاعدگی (Premenstrual Syndrome) به مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمی و روانی ناشی از قاعدگی در زنان گفته می‌شود (۱). بیشتر زنان از چند روز تا دو هفته پیش از شروع عادت ماهانه، برخی تغییرهای جسمی و روان شناختی را تجربه می‌کنند. این نشانگان در برگیرنده مجموعه‌ای از علائم مانند خلق افسرده، هراس، تغییر الگوی خواب، اختلال حافظه، تحریک‌پذیری و زود رنجی، اضطراب، افزایش وزن، تغییر اشتها و ... می‌باشد (۲). این علائم را می‌توان در زنان با هر سن و نژادی دید. بر طبق آمار جهانی نزدیک به ۸۵ درصد زنان دست کم یکی از علائم PMS را دارند به‌طوری که این نشانگان باعث افت روشن

۱. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، رشت، ایران

۲. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، مازندران ۵۷

تا یوگا ریشه در فرهنگ کهن آسیایی دارد. تنها استثنا، روش آرامش‌سازی منظم ماهیچه‌ای است که پزشک آمریکایی ادموند جاکوبسن در سال ۱۹۳۴ آن را ابداع کرد (۱۳). بلیک، سالکوسکیس و گات (Blake, Salkovskis and Gath)، روش درمان‌شناختی رفتاری را در درمان PMS بکار گرفتند. آنها بر این باورند زنان دچار PMS، ممکن است رویدادهای روانشناختی را به روش منفی تفسیر کنند (۱۴). استفاده از روش درمان‌شناختی رفتاری در درمان این نشانگان باعث می‌شود که این زنان روش‌های سازگاری بیشتر با تغییر پیش از قاعدگی را پیدا کنند (۱۵). از درمان‌های روانشناختی، از هیپنوتیزم به ویژه در پهنه بیماری‌های زنان در مشکلات زیر استفاده می‌شود: زایمان بی‌درد، پیشگیری از زایمان زودرس، سقط و کورتاژ، کنترل استفراغ حاملگی، کنترل خونروی، اختلال قاعدگی PMS، آبستنی دروغین، انواع کژبی‌های جنسی، ترس از آمیزش جنسی در زنان، دیرکرد انزال، نفرت جنسی و نازایی (۱۶).

هیپنوتیزم حالتی است که در نتیجه توجه، پذیرش و تمرکز ایجاد می‌شود و طی آن به درجه‌های گوناگون سه نما و حالت همزمان باید وجود داشته باشد: تجزیه یا انتزاع، جذب و تلقین‌پذیری (۱۷). هیپنوتراپی شناختی رفتاری، ترکیب هیپنوتراپی با روش‌های درمان شناختی رفتاری است (۱۸). هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر این فرض استوار است که بیشتر آشفتگی‌های روانشناختی معلول شکل منفی خود هیپنوتیزم است به طوری که افکار منفی به طور انتقادی و حتی ناآگاهانه پذیرفته می‌شوند. هیپنوتراپی شناختی رفتاری شامل چند روش اساسی در برگیرنده آرام‌سازی، تصویرسازی هدایت شده، بازسازی شناختی، حساسیت‌زدایی تدریجی و آموزش مهارت‌های هیپنوتیک می‌باشد (۱۹). در پژوهشی که توسط آلس ورث (Allsworth) و همکارانش در دپارتمان مامایی در دانشگاه واشنگتن بر روی ۴۴۶ زن زیر ۴۵ سال صورت گرفت، مشخص شد که در اثر افزایش رخدادهای تنش‌زا در زندگی بی‌نظمی‌های قاعدگی و علائم PMS افزایش می‌یابد (۲۰). در پژوهشی، محققان به بررسی رابطه بین PMS، میزان استرس تجربه شده، کیفیت زندگی و تداوم ورزش پرداختند. نتایج نشان داد زنان با علائم شدید PMS

از این علائم هر ماه تکرار می‌شود. از این شمار ۲ تا ۱۰ درصد شدت علائم‌شان در مرزی است که بر موقعیت خانوادگی، کار و جنبش اجتماعی و توان شغلی موثر (۸) و از بیماری‌های روان تنی محسوب می‌شود. پنداشت بنیادی الگوی روان تنی این است که اگر ارگانسیم زیر فشار روانی قرارگیرد ممکن است در بخشی از بدن شرایط بیماری‌زایی ایجاد شود (۹).

شناخت درست این اختلال و آگاهی از ابعاد گوناگون زیستی، روانی و اجتماعی آن نخستین گام در چیره شدن بر مشکلات ناتوان ساز برآمده از آن است. بیشتر زنان در هفته‌های پیش از قاعدگی دل‌نازکی بیشتری نسبت به نیازهایشان پیدا می‌کنند و در این شرایط می‌توانند زمان شخصی بیشتری برای بیان هیجان و احساس، آرامش بخشیدن و دادن حق پیشینگی به خود و نیازهایشان صرف کنند (۱۰). زنان دچار PMS روزهایی در هر ماه را با کاستی در روابط فردی، زناشویی و در محل کار یا دانشگاه می‌گذرانند. پژوهشی نشان داد که این علائم ماهانه در سال به زیان هنگفت کارفرما و شرکت‌های بیمه خدمات درمانی می‌انجامد (۱۱). مساله درمان‌های غیردارویی چندان روشن نیست. در پژوهشی در اسپانیا نگرش ۲۰۱۸ زن ۱۵ تا ۴۹ ساله نسبت به مشکلات پیش از قاعدگی و شیوه برخورد مراکز پزشکی با ایشان بررسی شد. ۷/۷۳ درصد برخی از علائم خفیف نشانگان پیش از قاعدگی را داشتند، ۹/۸ درصد علائم شدید و تنها ۱/۱ درصد به دنبال درمان‌های پزشکی رفته بودند. پژوهش‌ها نشان داد که به ۹۰/۶ درصد زنان مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی گفته شده بود که این علائم طبیعی هستند و ۲۰ درصد درمانی دریافت نکرده‌بودند چون پزشک بر این باور بود که این علائم به خودی خود از بین می‌روند و ۱۲ درصد تنها رهنمودهای کلی دریافت کرده‌بودند. نتیجه این که زنان دچار PMS و اختلال پریشانی پیش از قاعدگی معمولاً به دنبال درمان‌های پزشکی نمی‌روند و آن تعدادی که می‌روند نیز در بسیاری از موارد پاسخ مناسبی دریافت نمی‌کنند (۱۲).

پژوهش‌های اخیر نقش درمان‌های غیردارویی را در بهبود کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های بیماری افراد آسیب را دیده نشان می‌دهد. کم و بیش همه روش‌های غیردارویی از مراقبه

شد.

پرسشنامه سنجش پیش از قاعدگی: این پرسشنامه با استفاده از فرم ترجمه نشده ثبت آینده‌نگر اهمیت و شدت علائم مربوط به قاعدگی برگرفته از راهنمای بیماری‌های زنان کیسترن (kistner) تهیه (۲۳) و روایی محتوایی آن با استفاده از آرای ۱۰ تن از استادان فن (شامل ۲ متخصص زنان و زایمان، یک متخصص بهداشت باروری، ۳ روانپزشک و ۴ متخصص روانشناسی) تأیید شد. همچنین، پایایی این پرسشنامه در یک مطالعه سرآغازی با حجم ۳۰ نفر به صورت آزمون-آزمون مجدد (test-retest) بالای ۹۰ درصد بدست آمد. پرسشنامه طی دو سیکل پایایی توسط مراجعان زن در سن باروری در مرکز بهداشت تکمیل شد.

پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory (BAI): پرسشنامه‌ای خودگزارشی بوده که برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده است. این آزمون ۲۱ پرسش دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که این پرسشنامه اعتبار و روایی بالایی دارد. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار به روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب است (۲۴ و ۲۵). آزمودنی باید به این ۲۱ آیت به صورت "هرگز"، "خفیف"، "متوسط" و "شدید" پاسخ دهد که این گزینه‌ها به ترتیب ۰، ۱، ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. در این آزمون صفر تا ۲۳ نشانه اضطراب خفیف، ۲۴-۲۸ نشانه اضطراب متوسط، نمره بالاتر از ۲۹ نشانه اضطراب مرضی است. ضریب همبستگی آزمون با مؤلفه‌های فیزیولوژی ۰/۸۹ بدست آمد (۲۶).

پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها توسط سه گروه آزمودنی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در پایان نتایج به روش آماری آنکوا و توکی و نرم‌افزار SPSS بررسی و نتایج آن تحلیل شد.

## نتایج

داده‌های پرسشنامه جمعیت‌شناختی، بیشتر آزمودنی‌ها را سن

به‌طور مشخص استرس بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان با درجه علائم خفیف PMS داشتند (۲۱). پژوهش‌گوند و همکاران (Gonda) نشان داد افرادی که صفت‌های شخصیتی همراه با گرایش منفی برای تفسیر رخداد‌های زندگی دارند با احتمال بیشتری دچار علائم PMS می‌شوند (۲۲). با توجه به لزوم تغییر شناخت و رفتار در کاهش تنش و اضطراب و این‌که دوران قاعدگی یکی از دوره‌های افزایش تنش و اضطراب در زنان است، این پژوهش با بکارگیری روش‌های غیردارویی و استفاده از درمان‌های شناختی رفتاری و هیپنوتیزم بر آن است در کاهش این موارد در چرخه‌های ماهانه زنان در سن باروری سهیم باشد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی بر ۳۰ نفر از زنان در سن باروری در پایگاه بهداشتی وابسته به مرکز شماره ۱۲ شهر رشت در نیمه دوم سال ۱۳۹۲ انجام شد. جامعه پژوهش در برگرفته زنان مراجعه‌کننده به واحدهای تنظیم‌خانواده و مراقبت کودک این مرکز بود که پرسشنامه نشانگان پیش از قاعدگی را طی دو سیکل متوالی تکمیل کرده و سنجه‌های تشخیصی این نشانگان را داشته و در همان سان گرایش به شرکت در پژوهش را داشتند. سپس، از میان این زنان ۳۰ نفر با بیشترین نمره اضطراب پس از تکمیل پرسشنامه‌های اضطراب بک، به صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی به ۳ گروه شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند. آنگاه برای گروه اول آزمایشی، ۸ جلسه درمان گروهی شناختی رفتاری با هدف کاهش اضطراب طی دوره ماهانه انجام شد. گروه دوم نیز ۸ جلسه درمان گروهی هیپنوتیزم شناختی برای کاهش اضطراب این دوره دریافت کردند. گروه سوم به عنوان گروه کنترل درمانی نشدند. سپس، دوباره پرسشنامه اضطراب بک در اختیار هر ۳ گروه قرار گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن باروری، تحصیلات بالای سیکل و نداشتن بیماری روانی و معیار خروج نداشتن آزمون منفی اشیپگل برای هیپنوتیزم بود. در اندازه‌گیری و سنجش متغیرهای گوناگون از پرسشنامه محقق ساخته سنجش نشانگان پیش از قاعدگی و پرسشنامه اضطراب بک استفاده

بالای ۲۰ سالگی، متأهل و دارای تحصیلات دیپلم نشان داد. جدول (۱) علاوه بر نشان دادن فراوانی متغیرهای "سن"، "تحصیلات" و "تأهل" روی هم رفته نشان‌دهنده سه گروه ۱۰ نفره شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل است که ۹ نفر آنها افراد زیر ۲۰ سالگی و ۲۱ نفر بالای ۲۰ سالگی بودند. افزون‌بر آن، ۷ نفر مجرد و ۲۱ نفر متأهل بودند و در متغیر تحصیلات ۵ نفر زیر دیپلم، ۱۷ نفر دیپلم و ۸ نفر فوق دیپلم و کارشناس بودند. (جدول ۱).

جدول ۱. مقایسه فراوانی سن، تحصیلات و تأهل در دو گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش اول فراوانی	گروه آزمایش دوم فراوانی	گروه کنترل فراوانی
سن			
زیر ۲۰ سال	۳	۲	۴
بالای ۲۰	۷	۸	۶
تأهل			
مجرد	۱	۳	۳
متأهل	۹	۷	۷
تحصیلات			
زیر دیپلم	۲	۱	۲
دیپلم	۶	۶	۵
بالای دیپلم	۲	۳	۳
کل	۱۰	۱۰	۱۰

نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری بر متغیر اضطراب در نشانگان پیش از قاعدگی، هیپنوتراپی بر کاهش اضطراب در آن مؤثر است (جدول ۲). همچنین، نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین دو روش درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی

در کاهش اضطراب وجود ندارد که به این معناست که هیپنوتیزم به اندازه درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب نشانگان پیش از قاعدگی مؤثر است (جدول ۳).

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی پژوهش سه گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه آزمایش اول (CBT)		گروه آزمایش دوم (هیپنوتراپی)		گروه کنترل (بدون درمان)	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
اضطراب	۴۷/۵ ± ۹/۴۷	۲۰/۱ ± ۶/۲۴	۲۹ ± ۷/۸۵	۱۸ ± ۸/۴۳	۴۴/۲۰ ± ۲/۸۴۰	۴۳/۸۵ ± ۲/۸۴۰

درمان شناختی رفتاری (CBT) درمان

جدول ۳. تحلیل کوواریانس در تعیین و مقایسه تاثیر درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی بر اضطراب

p	F	مجموع مجذورات		درجه آزادی	میانگین مجذورات
		SS	Mean Square		
۰/۰۵	۱۳/۲۳۵	۱۷۲۶/۴۳	۸۶۳/۲۲	۲	۸۶۳/۲۲
-----		۳۵۲۱/۹	۶۵/۲۲	۱۸	۶۵/۲۲

با توجه به نتایج بدست آمده از جدول‌ها در سنجش میانگین‌های روش درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل و هیپنوتیزم با گروه کنترل در کاهش اضطراب با توجه به مقدار  $P=۰/۰۰۵$  بدست آمده در جدول ۲ تفاوت معنی‌دار دیده شد. اما در مقایسه دودویی با Post Hoc tests مقایسه درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل در کاهش اضطراب با توجه به

آن است که اثر شیوه‌های درمانی شناختی رفتاری و هیپنوتراپی بر کاهش اضطراب معنی‌دار است ولی این دو درمان در کاهش اضطراب تفاوت معنی‌دار ندارند (جدول ۴).

مقدار  $P=0/001$  به‌طور معنی‌دار مؤثر بود. همچنین، درمان با هیپنوتراپی شناختی در کاهش اضطراب با مقدار  $P=0/005$  به‌طور معنی‌دار مؤثر بود. به‌طور کلی همانگونه که در جدول آنالیز واریانس دیده می‌شود خلاصه تحلیل واریانس نشانگر

جدول ۴. جدول مقایسه‌ای دودویی بین گروه‌ها (Tukey HSD)

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌دار	فاصله اطمینان ۰/۹۵	حد پایین	حد بالا
<b>درمان شناختی رفتاری</b>					
هیپنوتراپی	-۱/۴۰	۰/۸۷۵	-۸/۲۵	۵/۴۵	
کنترل	-۸/۳۵	۰/۰۱۳	-۱۵/۲۰	-۱/۵۰	
<b>هیپنوتراپی</b>					
درمان شناختی رفتاری	۱/۴۰	۰/۸۷۵	-۵/۴۵	۸/۲۵	
کنترل	-۶/۹۵	۰/۰۴۶	-۱۳/۸	-۰/۱۰	
<b>کنترل</b>					
درمان شناختی رفتاری	۸/۳۵	۰/۰۱۳	۱/۵۰	۱۵/۲۰	
هیپنوتراپی	۶/۹۵	۰/۰۴۶	۱/۱۰	۱۳/۸	

تغییرات ناشی از عملکرد بد در لوب فرونتال و تمپورال مغز است. بنابراین، تشابه مکانیسم‌های بیولوژیی موجد اختلالات اضطرابی با علایم اضطرابی ناشی از PMS تبیین‌کننده تأثیر درمان‌های شناختی رفتاری در هر دو تشخیص است. راهبردهای درمان شناختی رفتاری بر سلامت تأثیر می‌گذارد و خلق را شاداب و سرزنده و دستگاه ایمنی را در بدن پرکار می‌کند. همچنین، تأثیر این راهبردها بر سلامت ذهن، به فرآیندهای شناختی مانند نوع نگاه به زندگی و شفاف نگریستن خویش مربوط است. از سویی افزایش آگاهی زنان نسبت به علائم PMS و روند فیزیولوژیی قاعدگی باعث می‌شود. آنان نسبت به این پدیده و این تغییر فیزیولوژیی سازگاری بهتری پیدا کنند و نگریشان نسبت به جنس و مسایل مرتبط با آن تغییر کند. از سوی دیگر یکی از برتری‌های آموزش گروهی، افزایش روابط اجتماعی است و افراد با شرکت در نشست‌های گروهی آموزش شناختی- رفتاری تا حدودی نتایج مثبت روابط اجتماعی را تجربه کرده و با استفاده از آرا و راه‌حل‌های دیگران دیدگاه وسیع‌تری نسبت به مسائل مطرح شده در گروه پیدا می‌کنند (۲۹).

این امر در راستای پژوهش محققانی بود که نشان دادند پاس غیرمعارف به شرایط استرس‌زا در زنان دچار PMS، مربوط

## بحث و نتیجه‌گیری

چنانچه دیده شد درمان‌های شناختی رفتاری و هیپنوتیزم گروهی بر کاهش اضطراب مؤثر شناخته شد و این دو درمان در مقایسه با یکدیگر تفاوت معنی‌دار در کاهش اضطراب زنان با PMS نداشتند. این نتیجه‌گیری با نتایج پژوهش‌های بیگز (Biggs) همسو است که شناخت درمانی را با تمرکز بر عواطف و رفتار فرد مؤثر بر درمان این نشانگان یافت (۲۷). همچنین، با نتایج پژوهش مقتدر و همکاران مغایر است که درمان شناختی رفتاری را بر اضطراب و افسردگی دختران نوجوان دچار PMS به‌طور معنی‌دار متفاوت از هیپنوتیزم یافتند (۲۸).

در تبیین این نتایج می‌توان به پژوهش کنتور (Contor) اشاره کرد که برای بررسی عملکرد مغز در PMS و اختلال خلقی در درمانگاه نوروسایکولوژی آمریکا انجام داد. با مقایسه‌ای که بین گروه زنان با علائم اضطرابی، زنان بدون علائم اضطرابی و زنان همراه با علائم شدید پیش از قاعدگی انجام شد نشان داد که اختلال اضطرابی در نیمه دوم سیکل قاعدگی خیلی بیشتر از نیمه اول وجود داشت و کسانی که علائم آشکار نشانگان پیش از قاعدگی را داشتند تغییر در توجه، تمرکز و خلق نشان می‌دادند. نوار مغزی این افراد نشان داد که این

متخصصان بالینی مشاهده کرده‌اند که هیپنوتیزم تاثیر هم‌افزایی بوجود می‌آورد بویژه زمانی که با درمان شناختی رفتاری همراه می‌شود. درمان‌های مبتنی بر هیپنوتیزم، توانی دو برابر در روش‌های درمان شناختی رفتاری ارائه می‌کند. تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزم، بیمار را تلقین پذیرتر می‌کند تا بتواند گفتگوهای متقاعدکننده درمان شناختی رفتاری را بپذیرد. هیپنوتراپی شناختی رفتاری گروهی در مجموع شبیه درمان شناختی رفتاری است و از اصول آن بهره می‌برد. به علاوه نتایج پژوهش مورس (Morse) و همکاران در ارتباط با اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی در PMS نشان داد که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای در مقایسه با درمان ذهنی و تن آرامی در زنان دچار نشانگان پیش از قاعدگی تأثیر بیشتری داشته است. پاسخ‌های تند نخست به درمان دارویی و تن‌آرامی بعد از ۲ ماه کاهش یافت اما فواید مثبت شناخت درمانی پس از سه ماه پی‌گیری چشمگیر بود که این نتایج مغایر یافته‌های پژوهش ماست (۳۵). به علاوه با پژوهش حلمی و همکاران با هدف سنجیدن اثربخشی دو شیوهی درمانگری شناختی- رفتاری واحد‌پردازی و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در کاهش اضطراب کودکان ایرانی انجام شد به این نتیجه رسیدند که روش هیپنوتراپی شناختی- رفتاری منجر به کاهش بیشتر اضطراب نسبت به درمان شناختی رفتاری واحد‌پردازی شد که این تفاوت معنی‌دار بود (۳۶) مغایرت داشت.

از محدودیت‌های پژوهش که در کنترل پژوهشگر بود تداخل ساعت دوره‌های آموزشی با ازدحام ارباب رجوع در مرکز بهداشت بود که موجب حواس‌پرتی آزمودنی‌ها می‌شد. بویژه نشست‌های درمانی با هیپنوتیزم شناختی که لازمه آنها وجود جوی آرام و تمرکز است گاه در شرایط ناپسند برگزار می‌شد. به علاوه حجم کم گروه‌های آزمودنی و نبود امکان پی‌گیری آزمودنی‌ها در مدتی طولانی‌تر از محدودیت‌های پژوهش است. از محدودیت‌های خارج از کنترل پژوهشگر پژوهش‌های مشابه بود که امکان مقایسه را بخصوص در گروه آزمودنی‌های با درمان هیپنوتیزم دشوار می‌کرد. استفاده از درمان‌های غیردارویی با توجه به عوارض دارویی کمتر و وابستگی دارویی و همچنین عود کمتر در برطرف کردن

به رخدادهای پراسترس شدید یا مزمن در زندگی این افراد است. همچنین، در پژوهشی دیگر، محققان به بررسی رابطه بین PMS، میزان استرس تجربه شده، کیفیت زندگی و تداوم ورزش پرداختند. نتایج نشان داد زنان با علائم شدید PMS به‌طور مشخص استرس بیشتر و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان با درجه علائم خفیف نشانگان پیش از قاعدگی دارند (۳۰).

هالبریح (Halbreich) در پژوهشی نشان داد شباهت و ارتباط بین این نشانگان و اختلال دیگر مانند اضطراب، اختلال پانیک، افسردگی عمده و افسردگی خلقی فصلی وجود دارد. پیشینه تاریخی‌چهره‌ای از اضطراب و اختلال خلقی در نیمی از این زنان گزارش شده و شیوع اضطراب در این زنان نیز بیش از جمعیت معمولی است که این نتایج همسو با یافته‌های پژوهش فوق است (۳۱). افزون بر آن این یافته‌ها در راستای نتایج آمده از پژوهش‌های پانای (Panay) است که تنش در روابط بین فردی را موجب افزایش علائم این نشانگان یافت (۱۰).

افزون بر آن با پژوهش آلس ورث (Allsworth) که اثر افزایش رخدادهای تنش‌زا در زندگی را در بی‌نظمی‌های قاعدگی و علائم PMS پر اهمیت یافت همسوست (۲۰). در تبیین نتایج می‌توان چنین گفت که ویژگی‌های شخصیتی زنان آنان را برای تغییر کوتاه مدتی که در راستای کسب نتایج رضایت بخش و حل مشکلات‌شان باشد مستعدتر می‌کند. به علاوه آگاهی از تغییر شناختی در حین دوره‌های ماهانه و کسب اطلاع در جهت امکان کنترل آنها توسط خود فرد، از دلایل مهم کاهش علائم اضطرابی در این زنان است.

همچنین، یافته‌های این پژوهش در راستای یافته‌های پژوهش کرکبای (Kirkby) و حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی رفتاری می‌تواند آثار منفی علائم نشانگان پیش از قاعدگی را کاهش داده و این علائم را در طی دوره حفظ کند (۳۲).

این یافته در راستای نتایج پژوهش‌های شهیدی (۳۳) و در مغایرت با نتایج دستاوردهای پژوهشی بادله و همکاران (۳۴) آنها دریافتند هیپنوتراپی، اثری بیش از دو برابر روان درمانی‌های معمولی دارد. با این حال بسیاری از محققین و

آینده توصیه می‌شود. پژوهش در سایر موارد بیماری‌های زنان مانند دردهای قاعدگی و ناکارآمدی‌های جنسی در آنان و همچنین در ناباروری نیز پیشنهاد می‌شود. تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همه کارکنان مرکز بهداشت شماره ۱۲ و پایگاه وابسته به آن و مراجعان شرکت‌کننده در پژوهش کمال تشکر و امتنان را دارم. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

علایم جسمی و بخصوص روانی در نشانگان پیش از قاعدگی پیشنهاد می‌شود. همچنین، بالا بردن آگاهی زنان با پخش بروشور، پمفلت و کارگاه‌های آموزشی درباره این نشانگان توسط مراکز بهداشت، سازمان بهزیستی و مراکز مشاوره مربوطه پیشنهاد می‌شود. مقایسه سایر درمان‌های روانشناختی مانند درمان فراشناخت و طرحواره درمانی و همچنین مقایسه درمان‌های روانشناختی با درمان‌های دارویی در پژوهش‌های

## منابع

- Moghtader L. Psychology and Psychiatry Dictionary with Appendix Abbreviation. Tehran: Besat, 2014[Text in persian]
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 7th edition. Newyork; Lippincott Williams and Wilkins. 2007:164-66.
- Steinner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. Archives of Women Mental Health 2003; 6(4): 203-209.
- Thu M, Dias EO, Sawh S. Premenstrual syndrome among Female University Student in Thailand. AU J 2006; 9(3): 1743-1752.
- Doglas S. Premenstrual syndrom. Evidence based treatmet in family proctice. Can Fam physician 2002; 48: 1789-97.
- Dickerson M, Hunter M. Premenstrual syndrome. American Academy of Family physician. 2003. 15: 678-52.
- Sadock BJ, Sadock GA. Comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Philadelphia; lippincott williams and wilkins, 2005.
- 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
- Aghajani MJ, Moghtader L. Fundamentals of Mental Health. 1st ed. Tehran; Tak, 2014: 32. [Text in persian]
- Panay N. Managing premenstrual syndrome. Womens Health Medicine. 2005; 2(3): 1-4.
- Dean B, Bornestein JE. A Prospective Assesment Investigating the Relationship between Work and Impairment with Premenstrual Syndrome. Journal of Occupational and Enviromental Medicine. 2005. 46: 649.
- Lete I, Duenas J, Serrano I. Attitudes of Spanish Women toward Premenstrual Syndrome. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology 2011; 14(9): 10-14.
- Seaward BL. Essentials of managing stress. 2nd edition. Jones & Barlett publisher, Amazon. 2007: 22-28.
- Blake F, Salkovskis P, Gath D, Day A, Garrod A. Cognotive therapy for Premenstrual Syndrome. Journal of Psychosomatic Research 1998; 45: 307-318.
- Connolly M. Premenstrual syndrome: on update onU difinitions, diagnosis and management. Advances in psychiatric Treatment. 2001; 7: 469-477.
- Hammond C. Hypnotic Induction and Suggestion. San- Francisco: Jossey- Bass. 1998. pp: 211-17.
- Spiegel H, Greenleaf M. Personality style and hypnotizability: The fix – flex continuum. Psychiatric Medicine. 1993; 10(1): 13-24
- Rabertson D. A brief introduction of cognitive – behavioral hypnotherapy. 2008. Available from: URL; <http://hypnosynthesis.com>.
- Dowd T. Cognitive hypnotherapy. Newyork: john Wiley and sons; 2001: 120-8.
- Allsworth JE. The Influence of Stress on Menstrual Cycle Among Newly. J Adolescent Health. 2007; 17(4): 1175-1182.
- Lustyk M, Widman L, Paschane A, Ecker E. Stress Quality of Life and Physical Activity in Women with Varying Degrees of Premenstrual Syndrome. Women & Health 2004; 39(3): 35
- Gonda X, Foutoulakis KN, and Csukly G. Association of a Trait – Like Bias Towards the perception of Negative Subjective Life Events with Risk of Developing Premenstrual Syndrom. Annals of General Psychiatry. 2010. 34(3): 500-505.
- Ryan K J, Berkowitz R, S. Barbieri R L. Kistner s Gynecology. Massachuset: Year Book. 1995. p: 442.
- Abolghasemi A, Narimani M. Psychological tests, 1 sted. Ardabil; Bagh Rezvan, 2004: 265-266. [Text in persian]
- Beck A T, Epstein N, Brown G, Steer R. An Inventory- for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1998; 56: 293-7.
- Beck AT, Steer RA. The Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio; Psychological Corporation, 1990.
- Biggs ws, Demut RH. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric Disorder. Am J Clin Nutr. 2011. 8(2): 84-91.
- Moghtader L, Hasanzade R, Mirzaeian B, Dusti YA. Comparision of the effiveness of group cognitive and depression in adolescent with premenstrual syndrome proceeding of the Iranian 6th international congress of child and adolescent psychiatry. Iran.

- Tabriz; University of Medical Sciences, 2013 (17 19 September). [Text in persian]
29. Contor DS. Premenstrual Syndrome : Brain Functional Correlates to Dysphoria in PMS. *Clinical NeuroPsychology*. 2000; 16(1): 653-850
30. Lustyk M, Widman L, Paschane A, Ecker E. Stress, Quality of Life and Physical Activity in Women with Varying Degrees of Premenstrual Syndrome. *Women & Health*. 2004; 38(3):35
31. Halbreich U, Borenstein J, Pearlstein T, Kahn L.S. The Prevalence, Impairment, Impact, and Burden of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*. 2003; 28:1-23
32. Kirkby R J. Changes in premenstrual symptoms and irrational thinking following cognitive behavioral coping skills training. *J of Consulting and Clinical Psychology* 1994; 62(5): 1026 1032.
33. Shahidi E. Hypnotherapy in premenstrual syndrome. *J Wellfare and succfully* 2008; 6(6): 68-69.
34. Badeleh M Fathi M, Aghamohaadian H, Badeleh M, Ostadi N. Compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and Hypnotherapy to increase self-esteem in adulsness. *J Fundamentals of Mental Health* 2012; 15(3):412-22.
35. Morse C A, Dennerstein L, Farrell E, Varnavides K A. Comperhentoohn of hormone therapy, coping skills training and relaxation for the relif of premenstrual syndrome. *J Behav med*. 1991; 14(5):469-89.
36. 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; 2011*. [Text in persian]



# Comparison of the Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Cognitive Hypnotism for Anxiety in Women with Premenstrual Syndrome

\*Moghtader L (PhD)<sup>1</sup> - Hasanzade R (PhD)<sup>2</sup> - Mirzaeian B (PhD)<sup>2</sup> - Dusti YA (PhD)<sup>2</sup>

\*Corresponding Address: Department of Human Sciences, Rasht Islamic Azad University, Rasht, Iran

Email: moghtaderleila@yahoo.com

Received: 11 Aug/2014 Accepted : 28/Dec/2014

## Abstract

**Introduction:** Premenstrual syndrome (PMS) is defined as a set of physical and psychological symptoms that occur during the Luteal phase of the menstrual cycle. Among this complaint, anxiety is more common and aversive.

**Objective:** This study was designed to reduce anxiety through comparison of the effectiveness of group cognitive behavioral therapy and group cognitive hypnotism in women with premenstrual syndrome.

**Materials and Methods:** The study was done using semi-experimental method on women and girls who were referred to 12 Health centers of Rasht city in 2013. Available sampling was used and 30 women with premenstrual syndrome were selected and divided into 3 groups of 2 experimental groups and 1 control group randomly. The first experimental group, received 8-week group cognitive behavioral therapy, and the second group received hypnosis cognitive therapy group. The third group received no special treatment: 8 item Premenstrual syndrome inventory and the Beck's questionnaires anxiety were used in pre-test and Post- test. Data were analysed using covariance analysis and Tukey.

**Results:** The results show both therapies were effective on reducing anxiety in women with PMS ( $p < 0/001$ ). Also, CBGT, in comparison with hypnotism group was not different in reducing anxiety significantly in women with PMS.

**Conclusion:** The results showed that psychological therapies were effective for Premenstrual syndrome and given their fewer complications, such therapies are more recommended than the medication treatment. In addition, considering similar effectiveness of CBGT and hypnotherapy, using the latter as a substitute for CBGT is recommended, especially in women's diseases.

**Conflict of interest: non declared**

**Keywords:** Anxiety/ Cognitive Behavioral Therapy/ Hypnosis/ Premenstrual Syudrom

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 94, Pages: 57-65

**Please cite this article as:** Moghtader L, Hasanzade R, Mirzaeian B, Dusti YA. Comparison of the Effectiveness of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Cognitive Hypnotism for Anxiety in Women with Premenstrual Syndrome. J of Guilan University of Med Sci 2015; 24 ( 94 ) :57- 65. [Text in Persian]