MEJDS. 2025; 15:107.
Published online 2025 Dec. **Original Article**

Studying the Effectiveness of Ericksonian Hypnotherapy on Emotional Distress in Women With Psychosomatic Disorders Referring to Medical Centers in Yazd City, Iran

Montazeri R[1], *Karbalaei Harafteh FS[2], Fardin MA[2]

Author Address
1. PhD candidate in Psychology, Department of Psychology, ZAH.C., Islamic Azad University, Zahedan, Iran;
2. Department of Psychology, ZAH.C., Islamic Azad University, Zahedan, Iran.
***Corresponding Author Email:** Karbalaei1400@yahoo.com

Received: 2025 August 25; **Accepted:** 2025 September 8

Abstract

Background & Objectives: Psychosomatic disorders are physical conditions closely related to psychosocial factors and can influence both the onset and the clinical course of the disease. Common complaints of psychosomatic disorders include nonspecific pain, fatigue, tachycardia, and tinnitus. One of the components studied in women with psychosomatic disorders is emotional distress. Emotional distress is a state of significant psychological distress or suffering that often results from challenging life events, mental health conditions, or interpersonal problems. The use of psychological approaches in the treatment of people with psychosomatic disorders seems very obvious. Hypnotherapy refers to the use of hypnotic trance and hypnotic phenomena in the fields of psychotherapy, psychosomatics, and medicine (including dentistry). In today's world, where anxiety and stress are an inseparable part of people's daily lives, psychosomatic disorders are highly prevalent, and solutions must be found to treat the problems of affected individuals. So, this study investigated the effectiveness of Ericksonian hypnotherapy on emotional distress in women with psychosomatic disorders referring to treatment centers in Yazd City, Iran.

Methods: The present study employed a quasi–experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of women aged 20–45 years with psychosomatic disorders who were referred to medical centers in Yazd in 2024. Among them, 40 eligible volunteers were recruited via convenience sampling, of whom 20 were randomly assigned to the intervention group and 20 to the control group. During the study, 1 person in the intervention group and 3 in the control group withdrew, resulting in a drop in the sample size. The scores of the emotional distress variable were compared using the Distress Tolerance Scale (Simmons & Gaher, 2005) at two time points, before and after the hypnotherapy intervention. The intervention consisted of 12 weekly 90–minute individual Ericksonian hypnotherapy sessions for the intervention group. Each session included inducing a hypnotic state through muscle relaxation techniques and focusing on breathing, providing therapeutic suggestions related to reducing pain and anxiety, increasing distress tolerance, and improving emotion regulation, and finally, a gradual return to a state of consciousness and exchanging feedback with the therapist. The control group received no intervention during the study. Information about the research results remained confidential, and only the researcher had access to the individual files for data analysis. The researchers pledged to provide free treatment sessions for the control group if the research results were significant. SPSS version 25 software was used to analyze the data. In the descriptive statistics section, the mean and standard deviation of the scores for each variable were extracted. In the inferential statistics section, data analysis was performed using the analysis of covariance statistical test. The significance level of the tests was set at 0.05.

Results: The analysis of covariance, adjusted for the pretest effect, showed that in the posttest, there was a significant difference in the mean scores for emotional distress between the group receiving Ericksonian hypnotherapy and the control group without any intervention ($p<0.001$). Also, based on the results regarding effect size, 60% of the difference between the intervention and control groups on the distress tolerance scale was due to the treatment.

Conclusion: According to the findings, Ericksonian hypnotherapy has a significant effect on reducing emotional distress in women with psychosomatic disorders. Therefore, individual Ericksonian hypnotherapy is suggested as an effective treatment to improve emotional distress in women with psychosomatic disorders.

Keywords: Ericksonian hypnotherapy, Emotional distress, Psychosomatic disorders.

Copyright © 2025, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۴؛ (۱۵):۱۰۷.

انتشار برخط آذر ۱۴۰۴

مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی هیپنوتراپی اریکسونی بر پریشانی هیجانی در زنان دارای اختلالات روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر یزد

راحله منتظری[۱]، *فاطمه‌صغری کربلائی هرفته[۲]، محمدعلی فردین[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Karbalaei1400@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۵شهریور۱۴۰۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۷شهریور۱۴۰۴

چکیده

زمینه و هدف: پریشانی هیجانی یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی مؤثر در افراد دارای اختلالات روان‌تنی است. این پژوهش باهدف بررسی اثربخشی هیپنوتراپی اریکسونی بر پریشانی هیجانی در زنان دارای اختلالات روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر یزد انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را زنان ۲۰تا۴۵ سال مبتلا به اختلالات روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر یزد در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. از بین آنان، با روش نمونه‌گیری دردسترس، چهل نفر داوطلب واجد شرایط وارد پژوهش شدند. سپس با گمارش تصادفی بیست نفر در گروه مداخله و بیست نفر در گروه گواه قرار گرفتند. در طول پژوهش یک نفر از افراد گروه مداخله و سه نفر از افراد گروه گواه، از ادامهٔ پژوهش انصراف دادند و افت نمونه روی داد. امتیازات متغیر پریشانی هیجانی به‌وسیلهٔ مقیاس تحمل پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) در دو نوبت زمانی قبل و بعد از مداخلهٔ هیپنوتراپی اریکسونی مقایسه شد. مداخله شامل دوازده جلسه هیپنوتراپی اریکسونی فردی نوددقیقه‌ای به‌صورت هفتگی برای گروه مداخله بود. گروه گواه در طول مطالعه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس در سطح معناداری ۰/۰۵ به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون نشان داد، در پس‌آزمون بین گروه دریافت‌کنندهٔ هیپنوتراپی اریکسونی و گروه گواه بدون هیچ‌نوع مداخله‌ای، در میانگین متغیر پریشانی هیجانی تفاوت معنادار وجود داشت ($p<0/001$)؛ همچنین براساس نتایج مربوط به اندازهٔ اثر، ۶۰درصد از تفاوت بین گروه مداخله و گروه گواه در مقیاس تحمل پریشانی ناشی‌از اثر درمان بود.

نتیجه‌گیری: باتوجه‌به نتایج، هیپنوتراپی اریکسونی درمانی مؤثر برای بهبود پریشانی هیجانی در زنان دارای اختلالات روان‌تنی است.

کلیدواژه‌ها: هیپنوتراپی اریکسونی، پریشانی هیجانی، اختلالات روان‌تنی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۴، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

اختلالات روان‌تنی[1] شرایط فیزیکی است که ارتباط نزدیکی با عوامل روانی‌اجتماعی[2] دارد و می‌تواند بر شروع و نیز بر سیر بالینی بیماری اثر بگذارد. مطالعات نشان داد، تقریباً ۳۰درصد از مُراجعات بیماران به مراکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه یا ثانویه شامل اختلالات عملکردی[3] یا اختلالات روان‌تنی است که علائم آن‌ها در درجهٔ اول بر سیستم‌های قلبی‌عروقی[4]، گوارشی[5]، اسکلتی‌عضلانی[6] و بافت همبند[7] تأثیر می‌گذارد (۱). شکایات رایج ازجمله درد غیراختصاصی[8]، خستگی[9]، تاکی‌کاردی[10] و وزوز گوش[11] است. اختلالات روان‌تنی نه‌تنها کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد، بلکه بر افزایش هزینه‌های اقتصادی نیز مؤثر است؛ درحالی‌که در بیماران مبتلا به اختلالات عملکردی، اختلالات روان‌تنی می‌تواند بر میزان مرگ‌ومیر بیفزاید (۲).

شیوع اختلالات روان‌تنی ۵تا۷درصد از جمعیت عمومی در آمریکا تخمین زده می‌شود. این اختلالات در زنان بیشتر از مردان شایع است. در آمریکا، شیوع تقریباً به ۱۷درصد از جمعیت بیماران مراقبت‌های اولیه افزایش می‌یابد (۳). اختلالات روان‌تنی در زنان شرایطی است که در آن عوامل روانی مانند استرس[12]، اضطراب[13] یا تروما[14] به‌طور درخورتوجهی بر سلامت جسمی تأثیر می‌گذارد و منجربه علائمی مانند مشکلات گوارشی و خستگی و درد اسکلتی‌عضلانی می‌شود (۱). زنان مبتلا به اختلالات روان‌تنی اغلب طیف وسیعی از علائم جسمی مانند درد شکم[15]، سردرد[16]، خستگی، درد عضلانی[17] و اختلالات خواب[18] را تجربه می‌کنند (۲). علائم جسمی مرتبط با اختلالات روان‌تنی امکان دارد عملکرد روزانه را به‌طور چشمگیری مختل کند و بر کار و زندگی اجتماعی و رفاه کلی اثر بگذارد. شیوع اختلالات روان‌تنی می‌تواند با بیشترشدن سن افزایش یابد؛ به‌ویژه در دوران یائسگی[19] که زنان ممکن است ترکیبی از تغییرات هورمونی[20] و استرس روانی[21] را تجربه کنند (۳).

یکی از مؤلفه‌های بررسی‌شده در زنان دارای اختلالات روان‌تنی، پریشانی هیجانی[22] است. پریشانی عاطفی حالتی از ناراحتی یا رنج روانی درخورتوجه است که اغلب از وقایع چالش‌برانگیز زندگی، شرایط سلامت روان یا مشکلات بین‌فردی ناشی می‌شود (۴). پریشانی عاطفی، اصطلاحی گسترده است که طیف وسیعی از واکنش‌های عاطفی ناخوشایند ازجمله اضطراب، افسردگی[23]، ترس[24]، غم و اندوه و واکنش‌های دیگر را در بر می‌گیرد؛ اگرچه می‌تواند پاسخی موقت به استرس باشد، پریشانی هیجانی مداوم یا شدید ممکن است اختلالی اساسی در سلامت روان را نشان دهد (۵). پریشانی هیجانی در زنان، به‌طرق مختلفی همچون غم و اندوه مداوم[25]، اضطراب، تحریک‌پذیری[26]، تغییر در اشتها یا خواب و علائم جسمی مانند سردرد یا خستگی بروز می‌کند. این اختلال توسط طیف وسیعی از عوامل مثل تغییرات زندگی، مشکلات روابط، استرس ناشی‌از کار و تجربهٔ خشونت یا انزوا ایجاد می‌شود (۴).

استفاده از رویکردهای روان‌شناختی در درمان افراد دارای اختلالات روان‌تنی بسیار بدیهی به‌نظر می‌رسد. هیپنوتراپی[27] به استفاده از خلسهٔ هیپنوتیزمی[28] و پدیده‌های هیپنوتیزمی[29] درزمینه‌های روان‌درمانی و روان‌تنی و پزشکی (مانند دندانپزشکی) اشاره دارد. هیپنوتیزم خود را به‌منزلهٔ تکنیکی امیدوارکننده در درمان بیماری‌های مرتبط با اضطراب دوران کودکی ثابت کرده است (۶). دو رویکرد اساسی به هیپنوتیزم وجود دارد: رویکرد مستقیم (یا کلاسیک): این رویکرد حالت هیپنوتیزم را به‌عنوان پدیده‌ای مفهوم‌سازی[30] می‌کند که هیپنوتیزم‌کننده بر شرکت‌کنندگان[31] ایجاد می‌کند؛ رویکرد اریکسونی[32] (یا غیرمستقیم): در این رویکرد، خلسهٔ هیپنوتیزمی به‌عنوان یک حالت فیزیولوژیک هشیاری[33] توصیف می‌شود که با تمرکز شدید توجه همراه است و هنگامی‌که افراد در تعامل مشارکتی و محترمانه و خوشایندی به نام راپورت[34] قرار می‌گیرند، تمایل دارد به‌طور خودجوش ظاهر شود (۷). فلامر و آلادین در پژوهشی گزارش کردند، هر دو نوع هیپنوتیزم اریکسونی و کلاسیک در درمان اختلالات روان‌تنی بسیار مؤثر است (۶). کاوارا و همکاران دریافتند، هیپنوتیزم اریکسونی تأثیر معناداری بر درمان خُلق در افراد دارای لالی انتخابی[35] دارد (۷). لئو و همکاران بیان کردند، براساس شواهد، هیپنوتیزم (ترکیب هر دو روش اریکسونی و کلاسیک) در درمان اضطراب مؤثر است و امکان دارد بر قلب و سیستم قلبی‌عروقی تأثیر مثبت بگذارد؛ به‌علاوه فعالیت سمپاتیک را کاهش و تون پاراسمپاتیک را افزایش دهد و به‌طور بالقوه از شروع بیماری‌های قلبی‌عروقی مرتبط با افزایش فعالیت سمپاتیک جلوگیری کند (۸).

اختلالات روان‌تنی اغلب ریشه در تعارضات ناخودآگاه و استرس مزمن و پاسخ‌های نامناسب سیستم عصبی خودمختار دارد. هیپنوتیزم

---

1. Psychosomatic Disorders
2. Psychosocial factors
3. Functional Disorders
4. Cardiovascular
5. Digestive
6. Musculoskeletal
7. Connective tissue
8. Non-specific pain
9. Fatigue
10. Tachycardia
11. Tinnitus
12. Stress
13. Anxiety
14. Trauma
15. Abdominal pain
16. Headache
17. Muscle pain
18. Sleep Disorders
19. Menopause
20. Hormonal changes
21. Psychological stress
22. Emotional distress
23. Depression
24. Fear
25. Persistent sadness
26. Irritability
27. Hypnotherapy
28. Hypnotic trance
29. Hypnotic phenomena
30. Conceptualized
31. Subjects
32. Ericksonian
33. Physiological state of consciousness
34. Rapport
35. Selective mutism

اریکسونی با استفاده از زبان غیرمستقیم، استعاره‌ها و تلقین‌های پنهان، به‌طور مؤثری با ناخودآگاه فرد ارتباط برقرار می‌کند (۶). این ارتباط به فرد اجازه می‌دهد الگوهای فیزیولوژیکِ شکل‌گرفته تحت‌تأثیر استرس و هیجانات منفی را بازنگری کند و تغییر دهد؛ برای مثال، تلقین‌ها می‌تواند به شل‌شدن عضلات، کاهش التهاب، بهبود جریان خون یا تنظیم ترشح هورمون‌های استرس کمک کند (۷). از اصول مهم در هیپنوتیزم اریکسونی، هدایت توجه فرد به درون بدن و تجربیات حسی وی است. این کار باعث افزایش حس درونی یا همان آگاهی از وضعیت درونی بدن می‌شود. افرادی که دچار اختلالات روان‌تنی هستند، ممکن است ارتباط سالم با بدن خود نداشته باشند یا سیگنال‌های بدن خود را به‌اشتباه تفسیر کنند. هیپنوتیزم اریکسونی احتمالاً به آن‌ها کمک می‌کند بدن خود را بهتر درک کنند، سیگنال‌های آن را با دقت بیشتری تشخیص دهند و به‌این‌ترتیب، با آرامش و پذیرش بیشتری به نیازهای بدن خود پاسخ گویند.

پژوهش‌های مرتبط با کاربرد هیپنوتیزم اریکسونی در درمان اختلالات روان‌تنی اندک است. به‌علاوه، بررسی موضوع بیان‌شده در بستر فرهنگی‌اجتماعی خاص شهر یزد، می‌تواند داده‌های بومی ارزشمندی برای طراحی مداخلات کارآمدتر فراهم آورد. باتوجه‌به شواهد موجود و نیاز به مداخلات جامع، پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی هیپنوتراپی اریکسونی بر پریشانی هیجانی در زنان دارای اختلالات روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر یزد انجام شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع مداخلهٔ نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را زنان ۲۰تا۴۵ سال مبتلا به اختلالات روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر یزد در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری دردسترس، چهل زن واجد شرایط وارد پژوهش شدند و با گمارش تصادفی بیست نفر در گروه مداخله و بیست نفر در گروه گواه قرار گرفتند. در طول پژوهش یک نفر از افراد گروه مداخله و سه نفر از افراد گروه گواه، از ادامهٔ پژوهش انصراف دادند و افت نمونه روی داد. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: دارابودن اختلالات روان‌تنی با تأیید روان‌پزشک؛ نداشتن اختلال روان‌پزشکی دیگر به‌صورت هم‌زمان؛ استفاده‌نکردن از روش‌های درمانی دیگر مانند دارودرمانی در طول انجام پژوهش. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش، غیبت در بیش از یک جلسه درمان و تکمیل‌نکردن پرسش‌نامه در طول پژوهش بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار و جلسا درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ مقیاس تحمل پریشانی[1]: این مقیاس توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ طراحی شد (۹). این مقیاس، ابزار خودگزارشی استاندارد و دارای پانزده گویه است که به ارزیابی توانایی افراد در تحمل و مدیریت احساسات ناخوشایند و پریشانی می‌پردازد. این مقیاس به‌طور خاص برای بررسی میزان تحمل افراد در مواجهه با شرایط پراسترس و احساسی طراحی شده است و چهار مؤلفهٔ اصلی دارد: تحمل؛ ارزیابی؛ جذب؛ تنظیم. نمره‌گذاری مقیاس تحمل پریشانی به‌گونه‌ای است که هر گویه براساس طیف لیکرت از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ نمره‌گذاری می‌شود. مجموع امتیازات به‌دست‌آمده، نمایانگر سطح کلی تحمل پریشانی فرد است. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ توانایی بیشتر فرد در تحمل و مدیریت احساسات ناخوشایند و شرایط پراسترس است؛ درحالی‌که نمرات کمتر به‌معنای ضعف در این توانایی‌ها است (۹). پایایی و روایی ابزار به‌خوبی تأیید شد. سیمونز و گاهر ضرایب آلفای کرونباخ را برای هریک از زیرمقیاس‌های آن گزارش کردند که به‌ترتیب تحمل (۰/۷۳)، ارزیابی (۰/۶۶)، جذب (۰/۷۴) و تنظیم (۰/۸۷) بود. این ضرایب همسانی درونی مناسب مقیاس را نشان داد و مشخص کرد، ابزار از قابلیت اعتماد و پایایی مناسبی برخوردار است (۹). سیمونز و گاهر روایی مقیاس را ازطریق همبستگی آن با سایر ابزارهای مرتبط با سلامت روان و تنظیم هیجانات ۰/۶۱ به‌دست آوردند (۹). در ایران محمودپور و همکاران نشان دادند، ضرایب پایایی زیرمقیاس‌های پرسش‌نامهٔ تحمل پریشانی بین ۰/۶۴تا۰/۸۲ است. همچنین ضریب کل پایایی پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۹ گزارش شد. آن‌ها برای بررسی روایی هم‌گرا و روایی واگرا از همبستگی بین عوامل مقیاس تحمل پریشانی و پرسش‌نامهٔ خودشکوفایی[2] و پرسش‌نامهٔ احساس شکست[3] استفاده کردند. ضریب همبستگی نمرهٔ کل تحمل پریشانی و ابعاد آن با نمرهٔ کل خودشکوفایی معکوس و معنادار بود که دلالت بر روایی واگرای مقیاس داشت و میزان روایی آن ۰/۶۳ ـ گزارش شد. به‌علاوه، روابط همبستگی بین ابعاد تحمل پریشانی با ابعاد احساس شکست مثبت و معنادار بود که دلالت بر روایی هم‌گرای مقیاس تحمل پریشانی داشت و میزان روایی آن ۰/۶۴ به‌دست آمد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی مؤید آن بود که ساختار پرسش‌نامه برازش پذیرفتنی با داده‌ها دارد و تمامی شاخص‌های نکویی برازش، مدل را تأیید می‌کند؛ لذا می‌توان نتیجه گرفت، باتوجه‌به خصوصیات روان‌سنجی مطلوب، این مقیاس ابزار مناسبی برای تعیین تحمل پریشانی است (۱۰).

ـ مداخلهٔ هیپنوتراپی اریکسونی: مداخله شامل دوازده جلسه هیپنوتراپی اریکسونی فردی نوددقیقه‌ای به‌صورت هفتگی برای گروه مداخله بود که براساس برنامهٔ استاندارد اجرا شد. هر جلسه دربرگیرندهٔ القای حالت هیپنوتیک ازطریق تکنیک‌های آرام‌سازی عضلانی و تمرکز بر تنفس، ارائهٔ تلقینات درمانی مرتبط با کاهش اضطراب درد، افزایش تحمل پریشانی و بهبود تنظیم هیجانات و درنهایت بازگشت تدریجی به حالت هشیاری و تبادل بازخورد با درمانگر بود. گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت و در طول مطالعه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برنامهٔ درمانی استفاده‌شده در پژوهش حاضر براساس برنامهٔ درمانی هیپنوتیزم اریکسونی کاوارا و همکاران طراحی شد (۷). روایی محتوایی این برنامهٔ درمانی به‌تأیید سه نفر از متخصصان روان‌شناسی درزمینهٔ هیپنوتیزم و عضو هیئت‌علمی دانشگاه رسید. شرح جلسات در جدول ۱ آمده است.

[1]. Distress Tolerance Scale
[2]. Self-Actualization Index
[3]. Performance Failure Appraisal Inventory

جدول ۱. محتوای جلسات هیپنوتراپی

جلسه	عنوان	هدف جلسه	ابزارهای درمانی	تمرین خانگی
اول	فعال‌سازی پزشک درون	آگاه‌سازی مُراجع دربارهٔ توانمندی‌های شفابخش درونی	استعارهٔ پزشک درون، تن‌آرامی، القای عمیق	نوشتن خاطره‌ای از زمان بهبودی خودبه‌خودی بدن
دوم	اضطراب و درد ــ دو صدای یک پیام	پیوند اضطراب و درد در تجربهٔ بدنی، کاهش مقاومت به درد	تکنیک پله‌ها، بازشناسی پیام درد، پذیرش هیجانی	نوشتن احساس تجربه‌شده معمولاً در هنگام درد
سوم	عاطفهٔ منفی ــ رهاسازی بارهای قدیمی	کمک به بیان و آزادسازی هیجانات منفی فشرده‌شده	تجسم احساسی، استعارهٔ پاک‌سازی، تن‌آرامی پیش‌رونده	ترسیم یا نوشتن یک احساس منفی و توصیف بدن هنگام تجربهٔ آن
چهارم	پریشانی هیجانی ــ بازگشت به مرکز آرامش	تنظیم واکنش‌های شدید هیجانی و ارتقای تاب‌آوری	بازآرایی تصاویر ذهنی، تکنیک اتاق درونی، نظم‌دهی هیجانی	تمرین توجه‌آگاهی پنج‌دقیقه‌ای در هنگام تجربهٔ آشفتگی
پنجم	ناگویی هیجانی ــ صدای خاموش را شنیدن	توانمندسازی در بیان احساسات، افزایش همخوانی بدن و ذهن	کشف زبان احساس، استعارهٔ ترجمهٔ درد، تکنیک چراغ کم‌نور	نوشتن سه احساس تجربه‌شده در امروز، بدون قضاوت
ششم	بازسازی ایمنی درونی	کاهش احساس تهدید مزمن و افزایش حس امنیت روان‌تنی	تکنیک لنگر ایمن، حافظهٔ مثبت بدنی، تلقینات آرام‌سازی	تجسم مکانی امن در ذهن، هر روز سه دقیقه تمرین
هفتم	بازسازی تصویر ذهنی بدن	بهبود ارتباط فرد با بدن و اصلاح باورهای بدنی منفی	بازسازی تصویر بدن، آینهٔ ذهنی، پذیرش بدنی	نوشتن یک ویژگی مثبت بدنی که بابتش سپاسگزارید
هشتم	آرام‌سازی عضلانی عمیق	رهایی از تنش‌های مزمن عضلانی و کاهش درد جسمی	تن‌آرامی پیش‌رونده، تمرکز بر احساس عضلات، تلقین رهایی	تمرین اسکن بدن دو بار در روز، صبح و شب
نهم	آشتی با بدن ــ بدن به‌عنوان دوست	تغییر نگرش از «بدن دشمن» به «بدن هم‌پیمان»	گفت‌وگوی درونی با بدن، استعارهٔ رابطه، بازسازی ارتباط	نوشتن نامه‌ای دوستانه به عضوی دردمند از بدن
دهم	بدن به‌عنوان پیام‌رسان	تغییر نگاه از درد به نشانه، ارتقای گوش‌سپاری درونی	داستان‌سازی دربارهٔ درد، استعارهٔ پیام، تکنیک مکث	تمرین مکث و شنیدن هنگام بروز درد یا فشار هیجانی
یازدهم	قدرت ذهن برای مدیریت درد	آموزش استفاده از تخیل هدایت‌شده برای کاهش شدت درد	تکنیک کنترل رنگ و شدت، جابه‌جایی درد، تلقین ذهنی	تمرین صحنه‌ای آرامش‌بخش ذهنی پیش از خواب
دوازدهم	تثبیت فرایند درمان و خودمراقبتی	مرور تجربیات، تقویت استقلال درمانی و مهارت‌های خودمراقبتی	مرور جلسات، ساخت جعبهٔ ابزار ذهنی، تلقینات آینده‌نگر	نوشتن برنامهٔ خودمراقبتی روزانه و مرور نقاط قوت در درمان

در پایان جلسات مداخله، افراد نمونه با مقیاس تحمل پریشانی (۹) ارزیابی شدند و نتایج در پروندهٔ افراد ثبت شد. اطلاعات مربوط به نتایج پژوهش به‌شکل محرمانه باقی ماند و فقط پژوهشگر برای تحلیل داده‌ها به پروندهٔ افراد دسترسی داشت. پژوهشگران متعهد شدند درصورت معناداربودن نتایج پژوهش، جلسات درمان را برای افراد گروه گواه، رایگان انجام دهند.

به‌منظور تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۵ به‌کار رفت. در قسمت آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیرها استخراج شد. در قسمت آمار استنباطی، تحلیل داده‌ها با آزمون آماری تحلیل کوواریانس صورت گرفت. قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن به‌کمک آزمون‌های کلموگروف‌اسمیرنف و لون و همگنی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون برای بررسی موازی‌بودن شیب خطوط رگرسیون بررسی شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

به‌منظور بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان، ابتدا آمارهای توصیفی مربوط به متغیرهای سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اشتغال ارائه می‌شود. میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه مداخله ۳۱/۱۶ سال با انحراف معیار ۲/۱۱ و در گروه گواه ۳۵/۳۱ سال با انحراف معیار ۲/۶۰ بود. دامنهٔ سنی در گروه مداخله بین ۲۸تا۳۵ سال و در گروه گواه بین ۲۷تا۳۶ سال قرار داشت. نزدیکی میانگین‌ها و انحراف معیارها نشان داد، توزیع سنی دو گروه بسیار مشابه بود و این متغیر نمی‌توانست اثری مخدوش‌کننده بر نتایج مداخله داشته باشد؛ درمجموع، از ۳۶ شرکت‌کنندهٔ پژوهش، ۱۹ نفر در گروه مداخله و ۱۷ نفر در گروه گواه حضور داشتند. درخصوص وضعیت تأهل، نتایج مشخص کرد در گروه مداخله ۹ نفر مجرد (۵۲/۹درصد) و ۸ نفر متأهل (۴۷/۱درصد) بودند؛ به‌علاوه در گروه گواه ۹ نفر مجرد (۴۷/۴درصد) و ۱۰ نفر متأهل (۵۲/۶درصد) حضور داشتند؛ این شباهت نسبی در نسبت افراد مجرد و متأهل بین دو گروه، بیانگر همسانی پذیرفتنی در توزیع وضعیت تأهل بود. ازنظر سطح تحصیلات، بیشترین فراوانی در هر دو گروه مربوط به افراد دارای مدرک کارشناسی بود. در گروه مداخله ۹ نفر (۵۲/۹درصد) لیسانس، ۷ نفر (۴۱/۲درصد) فوق‌لیسانس، یک نفر (۵/۹ درصد) دکتری و در گروه گواه ۱۲ نفر (۶۲/۲درصد) لیسانس، ۶ نفر (۳۱/۶درصد) فوق‌لیسانس و یک نفر (۵/۳ درصد) دکتری داشتند. الگوی توزیع تحصیلات در دو گروه بسیار مشابه بود و هرچند تفاوت‌های جزئی

وجود داشت، این تفاوت‌ها معنادار و جهت‌دار به‌نظر نرسید. درزمینهٔ وضعیت اشتغال، در گروه مداخله ۱۰ نفر (۵۲/۶درصد) خانه‌دار، ۹ نفر (۴۷/۴درصد) شاغل و در گروه گواه ۹ نفر (۵۲/۹درصد) خانه‌دار و ۸ نفر (۴۷/۱درصد) شاغل بودند. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، درصد زنان خانه‌دار در دو گروه اندکی بیشتر از زنان شاغل بود؛ اما تفاوت‌ها بسیار ناچیز بود؛ به‌طورکلی، بررسی شاخص‌های جمعیت‌شناختی شامل سن، وضعیت تأهل، تحصیلات و اشتغال نشان داد، دو گروه مداخله و گواه ازنظر ویژگی‌های فردی و اجتماعی همسان بودند. این همسانی موجب می‌شود، اثر مداخلهٔ هیپنوتراپی اریکسونی با اطمینان بیشتری سنجیده شود و احتمال تأثیر متغیرهای مزاحم کاهش یابد.

داده‌های آماری مرتبط با میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر پریشانی هیجانی در دو گروه مداخله و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آورده شده است؛ درضمن قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های مربوط به آن بررسی شد. آزمون کلموگروف‌اسمیرنف نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیر پریشانی هیجانی را در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در دو گروه مداخله و گواه نشان داد (p>۰/۰۵). طبق نتایج آزمون لون، فرض تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر پریشانی هیجانی رد نشد (p>۰/۰۵). همچنین نتایج بررسی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون نشان داد، موازی‌بودن شیب خطوط رگرسیون (پیش‌فرض مربوط به همگنی شیب‌ها) رد نشد (p=۰/۱۸۴).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر پریشانی هیجانی به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			مقایسهٔ پس‌آزمون		
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار احتمال	اندازهٔ اثر
پریشانی هیجانی	گواه	۵۲/۶۲	۶/۱۶	۵۱/۸۴	۵/۹۴	۱۸/۳۶	<۰/۰۰۱	۰/۶۰
	مداخله	۵۱/۷۲	۶/۳۴	۶۲/۰۴	۷/۱۲			

براساس جدول ۲، در پس‌آزمون، میانگین نمرات متغیر پریشانی هیجانی در گروه مداخله بیشتر از گروه گواه بود. نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون نشان داد، در پس‌آزمون بین گروه دریافت‌کنندهٔ هیپنوتراپی اریکسونی و گروه گواه بدون هیچ‌نوع مداخله‌ای، در میانگین متغیر پریشانی هیجانی تفاوت معنادار وجود داشت (p<۰/۰۰۱)؛ یعنی این درمان باعث بهبود پریشانی هیجانی در زنان دارای اختلالات روان‌تنی شد؛ لذا نتیجه گرفته می‌شود، هیپنوتراپی اریکسونی بر پریشانی هیجانی در زنان دارای اختلالات روان‌تنی تأثیر معناداری داشت. نتایج اندازهٔ اثر نشان داد، ۶۰درصد از تفاوت بین گروه مداخله و گروه گواه در متغیر پریشانی هیجانی ناشی‌از اجرای هیپنوتراپی اریکسونی بود.

۴ بحث

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی هیپنوتراپی اریکسونی بر پریشانی هیجانی در زنان دارای اختلالات روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر یزد بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، هیپنوتراپی اریکسونی بر پریشانی هیجانی در زنان دارای اختلالات روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر یزد تأثیر معناداری دارد و منجربه بهبود پریشانی هیجانی آن‌ها می‌شود. یافتهٔ کنونی با پژوهش‌های زیر همسوست: فلامر و آلادین بیان کردند، هر دو نوع هیپنوتیزم اریکسونی و کلاسیک در درمان اختلالات روان‌تنی بسیار مؤثر است (۶)؛ کاوارا و همکاران دریافتند، هیپنوتیزم اریکسونی می‌تواند به‌عنوان درمان احتمالاً مؤثر برای درمان خُلق در افراد دارای لالی انتخابی استفاده شود (۷)؛ لئو و همکاران گزارش کردند، هیپنوتیزم (ترکیب هر دو روش اریکسونی و کلاسیک) در درمان اضطراب مؤثر است و امکان دارد بر قلب و سیستم قلبی‌عروقی تأثیر مثبت بگذارد (۸).

در تبیین نتیجهٔ مطالعه می‌توان گفت براساس پژوهش‌های مختلف، هیپنوتراپی ازطریق تغییر در پردازش شناختی و هیجانی درد و کاهش پاسخ‌های اضطرابی، پریشانی هیجانی را بهبود می‌بخشد (۱۱). حالت هیپنوتیک، با افزایش تلقین‌پذیری و تمرکز انتخابی بر تجربیات درونی و تصاویر ذهنی، به فرد امکان می‌دهد باورهای منفی و فاجعه‌آمیز خود دربارهٔ دردهای روان‌تنی را تغییر دهد (۱۲). هیپنوتیزم اریکسونی با دسترسی به لایه‌های عمیق‌تر ذهن، تغییر الگوهای فیزیولوژیک، کاهش استرس، تقویت ارتباط با بدن و تغییر باورهای ناکارآمد، ظرفیت زیادی برای کمک به افراد در مدیریت و بهبود اختلالات روان‌تنی دارد (۶).

براساس پژوهش ولف و همکاران، در سطح عصب‌شناختی مطالعات تصویربرداری نشان داد، هر دو نوع هیپنوتراپی با کاهش فعالیت نواحی مغزی مرتبط با پردازش درد مانند آمیگدال و قشر پیش‌پیشانی و تقویت نواحی مرتبط با تنظیم شناختی و کنترل هیجانی، تغییرات پایدار و مثبتی در تجربهٔ اضطراب و درد ایجاد می‌کند (۱۳). به‌علاوه، کاهش سطح هورمون‌های استرس و تعدیل پاسخ‌های فیزیولوژیک مرتبط با اضطراب از دیگر سازوکارهای زیستی مؤثر هیپنوتراپی به‌شمار می‌رود (۱۴).

هیپنوتراپی اریکسونی به‌طور معناداری، پریشانی هیجانی را کاهش می‌دهد. پریشانی هیجانی به‌عنوان دشواری در تحمل احساسات ناخوشایند و مدیریت ناکارآمد هیجانات تعریف شده است و در بیماران دارای اختلال روان‌تنی به‌دلیل مواجههٔ مداوم با علائم جسمانی و استرس‌های روانی تشدید می‌شود (۱۵). هیپنوتراپی اریکسونی با ایجاد آرامش عمیق و فراهم‌کردن فضایی امن برای تجربهٔ کنترل‌شدهٔ احساسات منفی، به کاهش اجتناب‌های هیجانی و افزایش تحمل پریشانی کمک می‌کند (۱۶).

ضیایی سانیج و صادق‌پور گزارش کردند، هر دو نوع هیپنوتیزم با تغییر ارزیابی‌های فاجعه‌آمیز دربارهٔ احساسات ناخوشایند و استفاده از تکنیک‌هایی چون تصویرسازی هدایت‌شده و تلقینات مثبت، ظرفیت

روان‌شناختی افراد برای مدیریت هیجانات را افزایش می‌دهد (۱۷). از منظر عصب‌شناختی، هیپنوتراپی با کاهش فعالیت در ساختارهایی مانند آمیگدال و افزایش فعالیت در نواحی پیش‌پیشانی جانبی که مسئول کنترل شناختی هیجانات هستند، سبب تقویت توانایی تحمل پریشانی می‌شود. در سطح فیزیولوژیک، کاهش هورمون کورتیزول و ضربان قلب و تنش عضلانی درنتیجهٔ جلسات هیپنوتراپی، به‌عنوان سازوکارهای کاهش پایدار پریشانی هیجانی شناسایی شده است (۱۸).

هیپنوتیزم‌درمانی می‌تواند با دسترسی و اصلاح الگوهای ناخودآگاه که در افکار و احساسات منفی نقش دارد، ابزاری ارزشمند در مقابله با پریشانی هیجانی باشد. این روش به افراد کمک می‌کند تنظیم هیجانی بهتری داشته باشند و اضطراب و افسردگی را کاهش دهند و آسیب‌های گذشته را پردازش کنند (۱۹). کاوارا و همکاران دریافتند، بسیاری از اختلالات روان‌تنی با هیجانات سرکوب‌شده یا پردازش‌نشده (مانند خشم، غم، ترس) مرتبط است. هیجانات مذکور که قادر به ابراز کلامی نیستند، ممکن است به‌صورت علائم جسمی بروز کنند. هیپنوتیزم اریکسونی فضایی امن برای دسترسی به این هیجانات فراهم می‌آورد و به فرد اجازه می‌دهد آن‌ها را در سطح ناخودآگاه پردازش و آزاد کند؛ بدون آنکه لزوماً نیاز به تجزیه‌وتحلیل شناختی یا کلامی پیچیده باشد. این آزادسازی هیجانی می‌تواند به کاهش فشار بر سیستم جسمی و درنتیجه کاهش علائم کمک کند (۷).

فلامر و آلادین گزارش کردند، برخلاف برخی رویکردهای سنتی که ممکن است بر مشکل تمرکز کند، هیپنوتیزم اریکسونی به‌شدت بر راه‌حل‌ها و منابع درونی فرد و توانایی او برای تغییر تأکید دارد (۶). رویکرد مذکور فرد را در فرایند درمان فعال و توانمند می‌سازد و حس کنترل و عاملیت وی را افزایش می‌دهد. این احساس توانمندی، خود به‌تنهایی می‌تواند تأثیر مثبت بر وضعیت روانی و جسمی فرد داشته باشد (۲۰).

به‌علاوه براساس دیدگاه‌های روان‌پویشی، هیپنوتراپی امکان دسترسی به تعارض‌ها و احساسات ناخودآگاه و پردازش آن‌ها را فراهم می‌سازد و به‌این‌ترتیب فشار روانی ناشی‌از این تعارضات کاهش می‌یابد (۱۸)؛ درمجموع می‌توان گفت، هیپنوتراپی با بهره‌گیری از مجموعه‌ای از سازوکارهای شناختی، هیجانی، عصبی و زیستی، می‌تواند پریشانی هیجانی زنان مبتلا به اختلالات روان‌تنی را به‌طور پایدار کاهش دهد (۱۹)؛ یافته‌های کنونی بر اهمیت هیپنوتراپی به‌منزلهٔ مداخله‌ای چندوجهی و اثربخش در بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلالات روان‌تنی تأکید دارد و نشان می‌دهد رویکرد بیان‌شده می‌تواند در کنار سایر مداخلات بالینی، جایگاه مهمی در مدیریت اختلالات روان‌تنی داشته باشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی به‌همراه داشت؛ نمونهٔ پژوهش صرفاً شامل زنان بود و تعمیم نتایج به مردان یا دیگر گروه‌های جمعیتی نیازمند احتیاط است. شرکت‌کنندگان تنها از یک شهر انتخاب شدند و فقط مبتلا به اختلال روان‌تنی بودند؛ درحالی‌که دیگر انواع اختلالات روان‌تنی یا مناطق جغرافیایی ممکن است الگوهای متفاوتی نشان دهد. داده‌ها عمدتاً بر ابزارهای خودگزارشی مبتنی بود و شاخص‌های زیستی، فیزیولوژیک یا تصویربرداری عصبی به‌کار نرفت. به‌علاوه، تنها هیپنوتراپی به‌عنوان روش درمانی هدف بررسی قرار گرفت و امکان مقایسهٔ آن با سایر رویکردهای درمانی فراهم نشد. اجرای مداخله توسط یک درمانگر بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود کند. ارزیابی پایداری مداخله امکان‌پذیر نشد. همچنین عواملی مانند اتحاد درمانی، رضایت بیماران، مصرف دارو، حمایت اجتماعی یا استرس‌های زندگی مدنظر قرار نگرفت که ممکن است بر نتایج تأثیرگذار باشد.

باتوجه‌به این محدودیت‌ها، انجام پژوهش‌های آینده با طراحی‌های گسترده‌تر توصیه می‌شود. بررسی اثربخشی هیپنوتراپی در جمعیت مردان و مقایسهٔ آن با دیگر رویکردهای درمانی همچون درمان شناختی‌رفتاری، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد یا مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به شفاف‌ترشدن دامنهٔ کارایی آن کمک کند. استفاده از روش‌های تصویربرداری عصبی و شاخص‌های زیستی برای شناسایی سازوکارهای زیربنایی اثرات هیپنوتراپی و طراحی مطالعات طولی با دوره‌های پیگیری شش تا دوازده‌ماهه، امکان ارزیابی دقیق‌تری از دوام نتایج فراهم می‌سازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی عواملی مانند اتحاد درمانی، کیفیت رابطهٔ بیمار و درمانگر، ویژگی‌های شخصیتی بیماران و تجربهٔ زیسته آنان از فرایند درمان، هدف بررسی قرار گیرد تا ابعاد کیفی و انسانی‌تری از کارایی هیپنوتراپی روشن شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، هیپنوتراپی اریکسونی بر پریشانی هیجانی در زنان دارای اختلالات روان‌تنی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی شهر یزد تأثیر معناداری دارد و منجربه بهبود پریشانی هیجانی در آن‌ها می‌شود؛ لذا احتمالاً می‌توان از هیپنوتراپی اریکسونی فردی به‌عنوان درمانی مؤثر برای بهبود پریشانی هیجانی در زنان دارای اختلالات روان‌تنی استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از کلینیک‌های روان‌پزشکی و روان‌شناسی شهرستان یزد و افرادی که در انجام پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

از تمامی افراد حاضر در پژوهش، رضایت‌نامه گرفته شد. به‌علاوه دربارهٔ محرمانه‌ماندن اطلاعات آن‌ها اطمینان خاطر داده شد. این پژوهش دارای کد ثبت کارآزمایی بالینی ایران به‌شمارهٔ IRCT20241204063935N1 است. همچنین پژوهش کنونی دارای شناسهٔ کد اخلاق IR.IAU.ZAH.REC.1403.067 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان است.

رضایت برای انتشار

این امر اجرایی نیست.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

در پژوهش کنونی به افراد اطمینان داده شد اطلاعات آن‌ها محرمانه می‌ماند و تحلیل داده‌های ایشان به‌شکل گروهی انجام می‌شود؛ اما نویسندگان متعهد شدند امکان دسترسی به داده‌های اولیهٔ پژوهش را

ازطریق لینک برای داوران و سردبیر محترم فراهم آورند.

تضاد منافع

تمامی منابع مالی تحقیق توسط نویسندگان و با هزینه‌های شخصی تأمین شده است.

منابع مالی

تمامی منابع مالی تحقیق توسط نویسندگان و با هزینه‌های شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از پایان‌نامهٔ مقطع دکتری نویسندهٔ اول در رشتهٔ روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان است. نویسندهٔ اول فرایندهای اجرای پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز و تحلیل داده‌ها را انجام داد. نویسندگان اول و سوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته دارای نقش اصلی بودند. نویسندهٔ دوم به‌عنوان استاد راهنما در طراحی مطالعه نقش داشت و ایدهٔ پژوهش را ارائه کرد و تفسیر نتایج را انجام داد. لازم به‌ذکر است، همهٔ شروط مندرج در نشریه برای مشارکت نویسندگان رعایت شد. همچنین نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Shatri H, Sinulingga DI, Faisal E, Irvianita V, Putranto R, Ardani Y, et al. Validity and reliability testing of the Shatri Sinulingga Psychosomatic Test (SSPT) Questionnaire as a screening instrument for psychosomatic disorders in Indonesia. Narra J. 2024;4(3):e1373. https://doi.org/10.1042/narra.v4i3.1373
2. Ower C, Kemmler G, Vill T, Martini C, Schmitt A, Sperner-Unterweger B, et al. The effect of physical activity in an alpine environment on quality of life is mediated by resilience in patients with psychosomatic disorders and healthy controls. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2019;269(5):543–53. https://doi.org/10.1007/s00406-018-0930-2
3. Sandler H, Fendel U, Buße P, Rose M, Bösel R, Klapp BF. Relaxation – induced by vibroacoustic stimulation via a body monochord and via relaxation music – is associated with a decrease in tonic electrodermal activity and an increase of the salivary cortisol level in patients with psychosomatic disorders. PLoS ONE. 2017;12(1):e0170411. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170411
4. Franc S, Charpentier G. Emotional distress as a therapeutic target against persistent poor glycaemic control in subjects with type 1 diabetes: a systematic review. Diabetes Obes Metab. 2025;27(9):4662–73. https://doi.org/10.1111/dom.16540
5. Davies C, Brown SL, Fisher P, Hope-Stone L, Fisher D, Morgan A, et al. Predictors of emotional distress in uveal melanoma survivors: a systematic review. Eye. 2023;37(5):907–24. https://doi.org/10.1038/s41433-022-02193-1
6. Flammer E, Alladin A. The efficacy of hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders: meta-analytical evidence. Int J Clin Exp Hypn. 2007;55(3):251–74. https://doi.org/10.1080/00207140701338696
7. Cavarra M, Brizio A, Gava N. Ericksonian hypnotherapy for selective mutism: a single-case study. Acta Biomed. 2016;87(3):299–309.
8. Leo DG, Keller SS, Proietti R. "Close your eyes and relax": the role of hypnosis in reducing anxiety, and its implications for the prevention of cardiovascular diseases. Front Psychol. 2024;15:1411835. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1411835
9. Simons JS, Gaher RM. The Distress Tolerance Scale: development and validation of a self-report measure. Motiv Emot. 2005;29(2):83–102. http://dx.doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3
10. Mahmoudpour A, Shariatmadar A, Borjali A, Shafiabadi A. Psychometric properties of The Distress Tolerance Scale (DTS) in the elderly. Quarterly of Educational Measurement. 2022;12(46):49–64. [Persian] https://jem.atu.ac.ir/article_14618.html?lang=en
11. Jones HG, Rizzo RRN, Pulling BW, Braithwaite FA, Grant AR, McAuley JH, et al. Adjunctive use of hypnosis for clinical pain: a systematic review and meta-analysis. Pain Rep. 2024;9(5):e1185. https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000001185
12. Haipt A, Rosenbaum D, Fuhr K, Giese M, Batra A, Ehlis AC. The effects of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy in depression: a NIRS-study using an emotional gait paradigm. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2022;272(4):729–39. https://doi.org/10.1007/s00406-021-01348-7
13. Wolf TG, Schläppi S, Benz CI, Campus G. Efficacy of hypnosis on dental anxiety and phobia: a systematic review and meta-analysis. Brain Sciences. 2022;12(5):521. https://doi.org/10.3390/brainsci12050521
14. Kohen D, Kaiser P. Clinical hypnosis with children and adolescents—what? why? how? Origins, applications, and efficacy. Children. 2014;1(2):74–98. https://doi.org/10.3390/children1020074
15. Peter B. Hypnosis in psychotherapy, psychosomatics and medicine. A brief overview. Front Psychol. 2024;15:1377900. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1377900
16. Queirolo L, Facco E, Roccon A, Pistollato E, Di Fiore A, Fazia T, et al. De-stress your physiological activation by compressing your imagination: a brief session of hypnosis decreases sympathetic stress response in moderately stressed dentists. Front Psychol. 2025;16:1577325. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1577325
17. Ziaei Sanich S, Sadeghpour A. Effectiveness of cognitive and behavioral hypnotherapy on the self-esteem and emotion-seeking of the women with depression who refer to consultation centers. Medical Journal of Mashad

University of Medical Sciences. 2019;62(5.1):1882–95. [Persian] https://mjms.mums.ac.ir/article_15334.html?lang=en
18. Keefer L, Kiebles JL, Kwiatek MA, Palsson O, Taft TH, Martinovich Z, et al. The potential role of a self-management intervention for ulcerative colitis: a brief report from the ulcerative colitis hypnotherapy trial. Biol Res Nurs. 2012;14(1):71–7. https://doi.org/10.1177/1099800410397629
19. Seitz F, Pourasghar M, Hosseinnataj A, Hoseinnezhad SZ, Eshraghi N, Ganji J. Effect of hypnosis on anxiety and blood pressure of pregnant women with preeclampsia: a double-blind controlled clinical trial study. Journal of Education and Health Promotion. 2024;13(1):359. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1097_23
20. Airosa F, Andersson SK, Falkenberg T, Forsberg C, Nordby-Hörnell E, Öhlén G, et al. Tactile massage and hypnosis as a health promotion for nurses in emergency care-a qualitative study. BMC Complement Altern Med. 2011;11(1):83. https://doi.org/10.1186/1472-6882-11-83