

## Research Paper

# Efficacy of Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Body Dysmorphic Disorder: Case Study



Morteza Abbarin<sup>1</sup>, \*Mehdi Zemestani<sup>2</sup>, Mehdi Rabiei<sup>3</sup>, Amir Houshang Bagheri<sup>4</sup>

1. MSc. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.
2. PhD in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.
3. PhD in Psychology, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Medicine, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Psychiatrist, Branch of Hypnotherapy, Psychiatric Committee, Iranian Psychiatric Association, Tehran, Iran.



**Citation:** Abbarin M, Zemestani M, Rabiei M, Bagheri AH. [Efficacy of Cognitive-Behavioral Hypnotherapy on Body Dysmorphic Disorder: Case Study (Persian)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2018; 23(4):394-407. <https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.4.394>

**doi:** <https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.4.394>

Received: 21 Jun. 2016

Accepted: 15 Apr. 2017

## ABSTRACT

**Objectives** This study examined the effect of cognitive behavioral hypnotherapy on Body Dysmorphic Disorder (BDD), depression, and disability of patients.

**Methods** In this article, we present a single subject experimental design with multiple baselines. The subjects of the study were patients with BDD in Sanandaj city. Purposive sampling was used, and after obtaining diagnostic interview and qualifications of the study, subjects underwent the treatment process. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS), Beck Depression Inventory (DBI-II), Sheehan Disability Scale (SDS), Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) and clinical interview were used as diagnostic tools. Cognitive-behavioral hypnotherapy was employed for 15 sessions of one and a half hours and for two sessions per week. For data analysis, we used a single-case analysis using graphs and comparison of mean and median positions.

**Results** The results showed that participants' scores in BDD, depression, and disability decreased noticeably. Treatment outcomes were continued up to four months of follow-up period as well.

**Conclusion** Cognitive-behavioral hypnotherapy is effective in improving BDD, depression, and disability of these patients.

### Key words:

Cognitive behavioral hypnotherapy, Body Dysmorphic Disorder (BDD), Depression, Disability

## Extended Abstract

### 1. Introduction

Patients with Body Dysmorphic Disorder (BDD) are preoccupied with imaginary defects in their appearances which bring about significant problems in important functioning areas [1].

According to the cognitive model of BDD, the progression of dysfunctional beliefs leads to rituals, avoidant behaviors, and negative thoughts. Negative emotions (e.g.

fear, anxiety, and shame) activated by thoughts and negative beliefs, encourage efforts to neutralize these emotions through avoidant behavior and rituals. These rituals and avoidant behaviors can alleviate painful emotions temporarily, but they are negatively reinforced and actually maintain the dysfunctional BDD beliefs and behaviors [3].

In clinical practice, patients with BDD are usually considered as resistant to treatment, and many fail to respond or even make a complete recovery [9]. Cognitive behavioral model of BDD emphasizes the role of imagination on maintenance of disorder [10-12]. Cognitive behavioral

### \* Corresponding Author:

Mehdi Zemestani, PhD

Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

Tel: +98 (912) 4374452

E-mail: m.zemestani@uok.ac.ir

hypnotherapy assumes that the causes of most psychological disturbances are negative forms of self-hypnosis, in which negative thoughts are accepted without being criticized and even without conscious knowledge [13]. Hypnotherapy as an effective and complementary therapy is used for body image related disorders (eating disorders) [24, 25]. To the best of our knowledge, no research on the type of the effectiveness of interventions based on hypnosis has been performed on BDD.

The body image has mental, sensory, and body dimensions and studies support the increasing effectiveness of cognitive behavioral therapy in conjunction with hypnosis [27]. Hence, the present study was undertaken to determine the efficacy of cognitive behavioral hypnotherapy on BDD, depression, and disability of these patients.

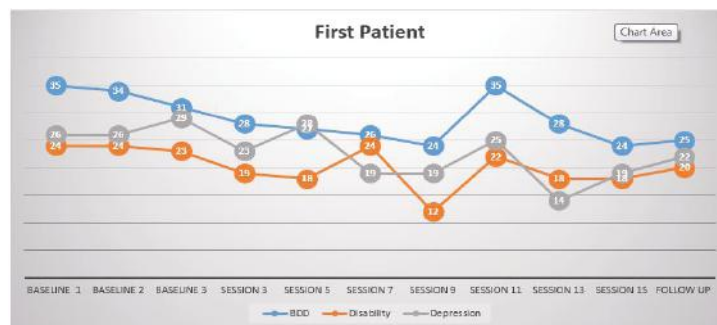
## 2. Methods

In this article, we present a single subject experimental design with three baselines. The study population was patients with BDD in Sanandaj city. Purposive sampling was used, and after obtaining diagnostic interview and qualifications of the study, subjects underwent the treatment process. Two male and one female patient who were diagnosed with BDD and satisfied the inclusion criteria took part in the study.

The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for BDD (BDD-YBOCS), Beck Depression Inventory (DBI-II), Sheehan Disability Scale (SDS), Millon Clinical Multi-axial Inventory-III (MCMI-III), and clinical interview were used every week in baseline phase and twice a week in treatment condition at the beginning of each session. Cognitive-behavioral hypnotherapy was employed for 15 sessions of one and a half hours and for two sessions per week.

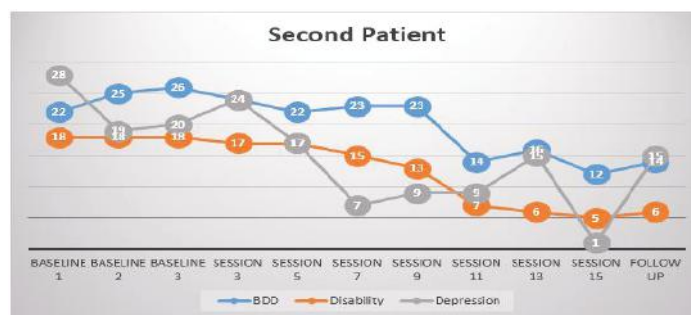
We used Wilhelm and colleagues' manual of cognitive behavioral therapy for BDD [7] and Alladin's cognitive hypnotherapeutic techniques [26] to develop the protocol for this study. This protocol was acknowledged by two specialist in hypnotherapy as well as the treatment BDD (third and fourth authors). For analysis of data, we used a single-case analysis using graphs and comparison of mean and median positions. The study was registered in Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT) having code IRCT2016050425838N2.

The first patient was a 30-year-old man. The main concern was the weak bones, hairs, and jaws, but he was pretty much preoccupied with all parts of his body. The second patient was a 31-year-old woman. Her main concern was her hair, and her way of walking and standing. The third patient was a 21-year-old man. His main concern was the nose, the sound, the parenthesis of the foot, and the hair.



Iranian Journal of  
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Figure 1. Effectiveness of cognitive behavioral hypnotherapy on BDD, depression, and disability of the first patient



Iranian Journal of  
PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Figure 2. Effectiveness of cognitive behavioral hypnotherapy on BDD, depression and disability of the second patient

### 3. Results

The results showed that the participants' scores in BDD, depression, and disability decreased markedly. Two out of three patients (patient number 2 and 3) achieved the response to treatment criteria ( $\geq 30\%$  reduction in BDD-YBOCS score from baseline) after treatment (50% and 37% reduction) and after four months follow-up (44% and 41% reduction) period. Patient number one was diagnosed with comorbid OCD and OCPD, and these may affect his treatment outcome (28% reduction) (Figure 1). In addition to improving the scores of BDD, the scores of disability and depression improved in all three patients.

Participants' scores in depression and disability significantly decreased in all patients after treatment (33%, 95%, and 89% reduction in depression scores and 22%, 72%, and 73% reduction in disability scores for patients 1, 2, and 3, respectively) and at follow-up period (18%, 33%, and 37% reduction in depression scores and 16%, 66%, and 78% reduction in disability scores for patients 1, 2, and 3, respectively). Figures 1 and 2 show a decrease in the scores in the treatment phase relative to the baseline period. The decrease in the follow-up period has also been relatively stable, and the level of change in the mean level is also evident.

### 4. Discussion

The present study reports the development and extension of the hypnotherapy supplementary protocol to cognitive-behavioral interventions for BDD. The results show proper efficacy in improving BDD, depression, and disability of these patients. Considering the benefits of hypnotherapy to improve BDD in patients as suggested in this study, it seems reasonable to incorporate hypnosis in cognitive-behavioral therapy for BDD.

The low number of participants and the compression of treatment protocol can be among the factors influencing the findings and the limitations of this research. Given the preliminary nature of this study and its single subject design, there is a need for further investigation in the future before generalizing the results. Moreover, the effect of variables such as hypnotizability of patients and comorbidities on the effectiveness of treatment should be considered for future investigations.

### Ethical Considerations

#### Compliance With Ethical Guideline

Research was carried out with written informed consent, confidentiality of data, and other important points of research ethics.

#### Funding

This research was extracted from the MSc. thesis of the first author in the Department of Psychology, Faculty of Literature and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

#### Conflict of Interest

The authors declare no conflict of interest.

#### Acknowledgements

The authors of the present article are grateful to all the participants in the research and all those who have facilitated the implementation of the research and facilitated their implementation.

## کارایی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن: مطالعه موردی

مرتضی آبرین<sup>۱</sup>، مهدی زمستانی<sup>۲</sup>، مهدی ربیعی<sup>۳</sup>، امیر هوشنگ باقری<sup>۴</sup>

- ۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.
- ۲- دکترای روانشناسی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.
- ۳- دکترای روانشناسی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران.
- ۴- روانپزشک، شاخه هیپنوتراپی، کمیته روان درمانی، انجمن علمی روانپزشکان ایران، تهران، ایران.

### چکیده

تاریخ دریافت: ۰۱ تیر ۱۳۹۵  
تاریخ پذیرش: ۲۶ فروردین ۱۳۹۶

**اهداف پژوهش حاضر** برای بررسی اولیه کارایی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن و همچنین افسردگی و ناتوانی این بیماران، انجام شد.

**مواد و روش‌ها** طرح پژوهش حاضر از نوع تجربی تک‌موردی است. جامعه آماری پژوهش، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در شهر سنندج بود. بر اساس نمونه‌گیری هدفمند، ۳ نفر (دو مرد و یک زن) از مراجعان که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، وارد پژوهش شدند. همچنین در این پژوهش از مقیاس بدشکلی بدن بیل براون (BDD-YBOCS)، تست افسردگی بک (BDI-II)، مقیاس ناتوانی شیهان (SDS)، پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون (MCMI-III) و مصاحبه بالینی استفاده شد. هیپنوتراپی شناختی رفتاری به مدت ۱۵ جلسه یک ساعت‌نیمه و به صورت دو جلسه در هفته به کار گرفته شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل تک‌موردی (با چند خط پایه) به کمک رسم نمودار و مقایسه میانگین و میانه موقعیت‌ها استفاده شد.

**یافته‌ها** نتایج حاکی از این بود که نمرات شرکت‌کنندگان در شدت اختلال بدشکلی بدن، افسردگی و ناتوانی کاهش قابل توجهی یافت. دستاوردهای درمانی در دوره پیگیری چهار ماهه نیز همچنان تداوم یافت.

**نتیجه‌گیری** هیپنوتراپی شناختی رفتاری در بهبود اختلال بدشکلی بدن و همچنین افسردگی و ناتوانی این بیماران کارایی لازم را دارد.

### کلیدواژه‌ها:

هیپنوتراپی شناختی رفتاری، اختلال بدشکلی بدن، افسردگی، ناتوانی

### مقدمه

بیشتر بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، اختلالات روانی دیگری نیز دارند. افسردگی اساسی شایع‌ترین اختلال هم‌آیند اختلال بدشکلی بدن است. این اختلال تأثیر منفی زیاد بر کیفیت زندگی دارد [۱].

بر اساس مدل شناختی اختلال بدشکلی بدن، پیشروی باورهای ناکارآمد به آیین واره‌ها، رفتارهای اجتنابی و تفکر منفی منجر می‌شود [۲]. هیجان‌ات منفی مانند ترس، اضطراب، افسردگی و شرم که با افکار و باورهای منفی مربوط به ظاهر فعال می‌شوند، تلاش‌هایی را برای خنثی‌سازی این احساسات از طریق رفتارهای اجتنابی و آیین واره‌ها برمی‌انگیزند. این آیین واره‌ها و رفتارهای اجتنابی ممکن است به‌طور موقت موجب کاهش هیجان‌ات دردناک شوند، اما به‌طور منفی تقویت می‌شوند و آن رفتارها و باورهای ناکارآمد مرتبط با اختلال بدشکلی بدن را تداوم می‌بخشند [۳].

افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن با یک یا چند عیب و نقص در ظاهر فیزیکی، دل‌مشغولی دارند. در مواردی در طول دوره بیماری، فرد در پاسخ به نگرانی‌های مربوط به ظاهر، رفتارهای تکراری مانند واریسی در آینه، آرایش افراطی، کندن پوست، اطمینان‌طلبی یا اعمال ذهنی مانند مقایسه ظاهر خود با دیگران را انجام می‌دهد. دل‌مشغولی، باعث ناراحتی بالینی قابل توجه یا اختلال در عملکردهای اجتماعی، شغلی و جنبه‌های مهم دیگر می‌شود [۱].

میزان شیوع این اختلال در بین بزرگسالان آمریکا ۲/۴ درصد (۲/۵ درصد در زنان و ۲/۲ درصد در مردان) است [۱]. اغلب به دلیل اینکه تعداد زیادی از بیماران از نشانگان مرضی‌شان شرم‌منده و خجل‌اند و مایل نیستند آن‌ها را برای اعضای خانواده، دوستان یا درمانگر آشکار کنند، این اختلال تشخیص داده نمی‌شود.

\* نویسنده مسئول:

دکتر مهدی زمستانی

نشانی: سنندج، دانشگاه کردستان، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، گروه روانشناسی.

تلفن: ۴۳۷۴۴۵۲ (۹۱۲) ۹۸+

پست الکترونیکی: m.zemestani@uok.ac.ir

بازسازی شناختی در هیپنوتیزم<sup>۱۴</sup>، اصلاح و پاک کردن پرونده ناخودآگاه<sup>۱۵</sup> و تکنیک صندلی خالی<sup>۱۶</sup> اشاره کرد [۲۳-۱۶].

اگرچه اثربخشی مداخلات مبتنی بر هیپنوتیزم در درمان اختلال بدشکلی بدن به‌طور تجربی آزمایش نشده است، هیپنوتیزم به عنوان شکلی مؤثر از درمان کمکی، برای تصویر ذهنی بدن که مربوط به اختلالات خوردن است، به کار می‌رود [۲۴، ۲۵]. چنانچه هیپنوتیزم در چارچوب درمان شناختی اجرا شود، تأثیر بیشتری در درمان افسردگی دارد [۲۶]. نتایج یکی از فراتحلیل‌ها روی ۱۸ تحقیق که درمان شناختی رفتاری و هیپنوتیزم الحاقی را با درمان شناختی رفتاری صرف، مقایسه کرده بود، نشان داد مراجعانی که با هیپنوتراپی شناختی رفتاری درمان شده بودند، به طور متوسط از ۷۰ درصد مراجعانی که درمان بدون هیپنوتیزم دریافت کرده بودند، بهبودی بیشتری نشان دادند [۲۷].

درمان استفاده‌شده در این پژوهش، اجزای مختلف مدل اختلال بدشکلی بدن [۲] را آماج درمان قرار داد. این تکنیک‌ها شامل بازسازی شناختی، راهبردهای شناختی، هیپنوتراپی، اجتناب از آیین‌واره‌ها، آزمایش‌های مواجهه‌ای، بازآموزی ادراکی مقابل آینه و ذهن آگاهی است. با توجه به اینکه ابعاد ذهنی، حسی و بدنی از اجزای تصویر بدن هستند و نتایج مطالعات پیشین که از افزایش اثربخشی درمان شناختی رفتاری با الحاق هیپنوتیزم حمایت می‌کنند، مداخله ارائه شده در این پژوهش کارایی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن را می‌سنجد.

## روش

پژوهش حاضر که با کد IRCT2016050425838N2 در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران<sup>۱۷</sup> ثبت شده است، از نوع طرح تجربی تک‌موردی (تک آزمودنی<sup>۱۸</sup>) بود. پژوهش تک‌موردی که گاهی آن را آزمایش مورد منفرد یا آزمایش سری‌های زمانی نامیده‌اند، پژوهشی مشتمل بر تحقیق فشرده روی تعداد محدودی از افراد است که به صورت انفرادی یا گروهی واحد در نظر گرفته می‌شوند. جامعه آماری پژوهش حاضر، افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن در شهر سمنان بودند. بیماران از طریق اطلاعیه‌هایی که در بهار سال ۱۳۹۴ در سطح شهر نصب شده بود، مراجعه کردند. بر اساس نمونه‌گیری هدفمند، ۳ نفر (دو مرد و یک زن) از مراجعان که نمره‌ی ۲۱ یا بیشتر در مقیاس اختلال بدشکلی بدن بیل‌براون کسب کردند و در مصاحبه تشخیصی، تشخیص اختلال بدشکلی بدن بر اساس DSM-5 را دریافت کردند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، وارد پژوهش شدند. ملاک‌های ورود به

با وجود شیوع اختلال بدشکلی بدن، تحقیقات درمانی درباره این بیماری کم است. گزارش‌های موردی، سری‌های زمانی و سه مطالعه با استفاده از گروه‌های کنترل در فهرست انتظار، حمایت ابتدایی و مقدماتی برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری مختص اختلال بدشکلی بدن را فراهم کرده است [۴-۷]. یافته‌ها نشان می‌دهد که اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری گروهی و انفرادی بر درمان اختلال بدشکلی بدن، بیش از فهرست انتظار است [۸]. با وجود این، در کار بالینی، بیماران BDD، اغلب بیماری‌مانی مقاوم به درمان هستند و تعداد قابل توجهی از آنان به درمان پاسخ نمی‌دهند یا پس از درمان عود کامل دارند [۹].

مدل شناختی رفتاری BDD<sup>۱</sup>، بر نقش تصویرسازی ذهنی در تداوم اختلال تأکید می‌کند [۱۰-۱۲]. هیپنوتراپی شناختی رفتاری<sup>۲</sup> این گونه فرض می‌کند که علت بیشتر آشفتگی‌های روان‌شناختی اشکال منفی خودهیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی بی‌آنکه نقد شوند و حتی بدون آگاهی هشیار، پذیرفته می‌شوند [۱۳]. برای علاج این افکار نخست باید مراجع را از حضور و نفوذ آن‌ها آگاه کرد و بعد به آن‌ها آموزش داد تا به کمک بازسازی شناختی هیپنوتیزمی، خودگویی‌های مثبت‌تر و سازگارانه‌تری بسازند [۱۴].

هیپنوتراپی شناختی برای اختلالات هیجانی شامل ۲۰ جلسه هفتگی است که بسته به نیازهای بالینی بیمار، نواحی نگرانی و شدت بروز علائم، تعدیل یا گسترش می‌یابد [۱۵]. هیپنوتراپی شناختی برای اختلالات هیجانی، به دو بخش مجزا اما با هم پوشانی، تقسیم می‌شود. بخش اول بیشتر شامل هیپنوتراپی و CBT است که مدیریت نشانگان را هدف قرار می‌دهد. این بخش از هیپنوتراپی شامل تمرین تن‌آرامی، نشان‌دادن قدرت ذهن بر بدن<sup>۳</sup>، تقویت ایگو<sup>۴</sup>، گسترش آگاهی<sup>۵</sup>، تعدیل و تنظیم نشانگان<sup>۶</sup>، خودهیپنوتیزم<sup>۷</sup>، القای خلق مثبت<sup>۸</sup>، تلقینات پس‌هیپنوتیزمی<sup>۹</sup> می‌شود. بخش دوم درمان متمرکز بر آشکار کردن و بهبود دلایل زیربنایی اختلال هیجانی است. این بخش از درمان که بیشتر حالت سایکودینامیک دارد، شامل تکنیک‌هایی است که از جمله آن‌ها می‌توان به القانات مستقیم<sup>۱۰</sup>، واپس‌روی سنی هیپنوتیزمی<sup>۱۱</sup>، پل عاطفه<sup>۱۲</sup>، کاوش هیپنوتیزمی<sup>۱۳</sup>،

1. Body Dysmorphic Disorder
2. Cognitive-behavioral hypnotherapy
3. Demonstration of the power of mind over the body
4. Ego-strengthening
5. Expansion of awareness
6. Modulation and regulation of symptoms
7. Self-hypnosis
8. Positive mood induction
9. Posthypnotic suggestions
10. Direct suggestions
11. Hypnotic age regression
12. Affect bridge
13. Hypnotic exploration

14. Cognitive restructuring under hypnosis
15. Editing and deleting the "unconscious file"
16. Empty-chair technique
17. Iranian Registry of Clinical Trials (IRCT)
18. Single subject



بدشکلی بدن اخیر دارند. ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۹۲ بود که نشانگر انسجام درونی قوی این آزمون است. همبستگی بین هر آیتم و نمره کلی منهای آن آیتم، مثبت و معنی‌دار و بین ۰/۴۸ تا ۰/۷۷ بود (میانگین = ۰/۷۲). ضریب پایایی باز آزمون در فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۳ بود.

همچنین ضریب پایایی باز آزمون هر آیتم در فاصله یک هفته بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ و با میانگین ۰/۸۳ بود [۲۹]. این مطالعه پیشنهاد می‌کند بهبودی ۳۰ درصد یا بیشتر در مقیاس بدشکلی بدن ییل‌براون برای بهبودی معنی‌دار بالینی در نشانگان بدشکلی بدن یعنی وضعیت پاسخ‌گویی به درمان گماشته شود تا استمرار با مطالعات تحقیقی پیشین حفظ شود [۲۹]. در ایران نیز ربیعی و همکاران روایی و پایایی آن را تأیید کرده‌اند که ضرایب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ، دونیمه‌سازی و ضریب گاتمن به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به‌دست‌آمده است [۳۰].

#### پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) ۲۰

این پرسش‌نامه نوع بازنگری شده BDI است. پرسش‌نامه مذکور شامل ۲۱ ماده است و هر ماده بر طبق مقیاس لیکرت، نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون<sup>۲۱</sup> با اجرای این پرسش‌نامه روی نمونه ۹۴ نفری ایرانی ضریب آلفا را ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه را ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند [۳۱]. کواپانی در تحقیق خود ضریب روایی این پرسش‌نامه را ۰/۷۰، ضریب پایایی را ۰/۷۷ و هماهنگی درونی آن را ۰/۹۱ گزارش کرده است [۳۲].

#### پرسش‌نامه چندمحوری بالینی میلون (MCMI-III) ۲۲

آزمون بالینی چندمحوری میلون مقیاسی خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی یا خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد. این مقیاس برای بزرگ‌سالان ۱۸ سال و بیشتر که برای درمان یا ارزیابی روان‌شناختی به مرکز سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود [۳۳]. MCMI-III تلاش می‌کند وجود داشتن یا نداشتن اختلالات بالینی را با استفاده از نمرات میزان پایه پیش‌بینی کند. بیماران با نمرات بیشتر از ۸۵ مبتلا به اختلال معرفی می‌شوند و کسانی که نمرات کمتر از ۸۵ می‌گیرند، بدون اختلال در نظر گرفته می‌شوند. نتایج به‌دست‌آمده از آلفای کرونباخ در ایران پایایی مقیاس‌ها را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ تخمین زده است [۳۳].

پژوهش حاضر عبارت بودند از: دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۸ سال، سواد خواندن و نوشتن، نداشتن افکار جدی درباره خودکشی که با نمره آیتم خودکشی در پرسش‌نامه افسردگی بک روشن شود، نداشتن سوءمصرف مواد یا وابستگی به مواد طی سه ماه گذشته، نداشتن روان‌درمانی هم‌زمان، نداشتن دارودرمانی برای اختلالات روانی در فاصله سه ماه تا درمان و در حین درمان، انجام‌ندادن جراحی زیبایی در دوره خط پایه و درمان و نداشتن اختلال شخصیت مرزی که از طریق پرسش‌نامه میلون سنجیده می‌شد.

در این پژوهش از راهنمای درمان شناختی‌رفتاری برای اختلال بدشکلی بدن که ویلهلم و همکارانش [۷] آن را انتشار داده بودند، استفاده شد. تکنیک‌های شناخت درمانی هیپنوتیزی برای اختلال افسردگی که آلا دین [۲۶] آن را نگاشته است، به این راهنمای درمان اضافه شد؛ به‌گونه‌ای که با منطبق این درمان سازگار باشد و هیچ جزئی از برنامه اصلی حذف نشود. این پروتکل توسط دو نفر از استادانی که در حوزه‌ی هیپنوتراپی و همچنین درمان اختلال بدشکلی بدن تخصص داشتند، تأیید و قابل‌اجرا دانسته شد. درمان طی ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت دو جلسه در هفته برگزار شد که خلاصه جلسه‌ها در جدول شماره ۱ آورده شده است.

در پژوهش حاضر برای مقایسه داده‌های موقعیت‌های آزمایشی مختلف، داده‌ها روی نمودار ترسیم شد و تفاوت‌های ظاهری داده‌ها مدنظر قرار گرفت. برای هر شرکت‌کننده، داده‌های مربوط به سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری به ترتیب روی یک نمودار رسم شد. تحلیل دیداری، پرکاربردترین راهبرد تحلیل داده‌های پژوهش مورد منفرد است. پژوهش با گرفتن رضایت کتبی آگاهانه، محرمانه‌ماندن داده‌ها، نداشتن تعارض منافع در پژوهش‌های بالینی و با رعایت دیگر نکات مهم اخلاق پژوهش انجام شد. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

#### مقیاس وسواس فکری عملی ییل-براون اصلاح‌شده برای اختلال بدشکلی بدن (BDD-YBOCS) ۱۹

مقیاس ۱۲ ماده‌ای و نیمه ساختاریافته‌ای است که اجراکننده آن را نمره‌گذاری می‌کند و شدت اختلال بدشکلی بدن را طی هفته گذشته ارزیابی می‌کند. نمره کلی  $\geq 20$  نقطه‌ی برشی است که در بیشتر مطالعات برای تعیین وجود اختلال بدشکلی بدن به کار رفته است [۲۸]. پاسخ‌دهندگان میزان توافقشان را با هر کدام از ماده‌ها در مقیاس لیکرت که از دامنه کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم گسترده است، نشان می‌دهند.

در پژوهشی، این نتیجه حاصل شد که مقیاس بدشکلی بدن ییل‌براون روایی و پایایی مطلوبی در سنجش شدت اختلال

20. Beck Depression Inventory-II

21. Fata, Birashk, Atef-Vahid, Dobson

22. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III

19. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modified for Body Dysmorphic Disorder

## جدول ۱. خلاصه جلسه‌های هیپنوتراپی شناختی رفتاری طراحی شده بر اساس پکیج ویلهلم و همکاران (۲۰۱۳) [۳] و آلا دین (۲۰۰۷) [۲۶]

جلسه ۱	خوش آمدگویی، بررسی خلق، ارزیابی و توضیح اختلال بدشکلی بدن، توضیح مختصر هیپنوتراپی شناختی رفتاری اختلال بدشکلی بدن، ارائه پوشه و فرم جلسه فردی به بیمار، پاسخ به پرسش‌ها و ابهامات بیمار، بحث درباره باورهای متغیر و فردی درباره زیبایی و نقش رسانه، تبیین اختلاف زیاد بین ظاهر بیرونی و تن‌انگاره
جلسه ۲	توضیح نظریه‌ها درباره چگونگی ایجاد مشکلات تن‌انگاره، ایجاد مدلی برای فهم نشانگان مرضی اختلال بدشکلی بدن بیمار، بحث درباره ارزش‌های بیمار و اهداف درمان، توضیح درمان هیپنوتراپی شناختی رفتاری اختلال بدشکلی بدن، انتظارات بیمار از درمان، پیشرفت مورد انتظار، توافق درمان، پیشنهاد جلسه خانوادگی (در صورت لزوم و امکان)، چگونگی ارزیابی افکار و باورها
جلسه ۳	انواع خطاهای شناختی، شناسایی خطاهای شناختی رایج، ارزیابی افکار اتوماتیک منفی، پاسخ دادن به افکار منفی با استفاده از پاسخ‌های عقلانی، تهیه سلسله‌مراتب مواجهه (تکلیف خانگی)
جلسه ۴	ارزیابی افکار خودشکن، آموزش بیمار درباره هیپنوتیزم، برطرف کردن باورهای نادرست درباره هیپنوتیزم، بازسازی شناختی خطاهای شناختی بیمار در هیپنوتیزم: القای هیپنوز با روش طبیعت‌گرایانه (تمرکز بر حالات بدنی)، نشان دادن قدرت ذهن بر بدن، القای خلق مثبت، القایات مربوط به اصلاح خطاهای شناختی، تلقینات پس هیپنوتیزمی، پرداختن به رفتارهای اجتنابی و مواجهه
جلسه ۵	شناسایی آیین‌واره‌های بیمار، آموزش دادن درباره آیین‌واره و بررسی و شناسایی راه‌اندازها، ایجاد سلسله‌مراتب انتخاب روش‌های اجتناب از آیین‌واره، شناسایی اهداف کوتاه‌مدت، کمک به بیمار برای مدیریت ناراحتی طی اجتناب از آیین‌واره‌ها، کمک به بیمار برای روبه‌رو شدن با آیین‌واره‌ها: برگرداندن توجه و توجه به کل تصویر، تشویق بیمار برای به کار بردن اجتناب از آیین‌واره‌ها و طراحی پاداش‌ها
جلسه ۶	مواجهه هیپنوتیزمی: مواجهه از طریق تکنیک سازگاری در تصویر، ادامه تمرین مهارت‌های شناختی و مواجهه‌های چالش‌برانگیزتر و تمرین جلوگیری از پاسخ
جلسه ۷	توضیح منطق و هدف بازآموزی بررسی در آینه، ارزیابی ارتباط بیمار با آینه‌ها، ایجاد سلسله‌مراتب مواجهه با آینه، ارائه بازآموزی ادراکی طی مواجهه‌ها با آینه‌ها: دیدن تصویر بزرگ، یادآوری کردن درباره جلوگیری از پاسخ طی مواجهه‌ها، تشویق بیمار برای کار تمرین و پیش بردن سلسله‌مراتب، تمرین ذهن آگاهی
جلسه ۸	هیپنوتراپی: ارزیابی و پاسخ به افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی، به کارگیری این موضوع در حین مواجهه هیپنوتیزمی و پیشگیری از پاسخ. همچنین القایات تقویت‌کننده بازآموزی ادراکی طی مواجهه با آینه. در این جلسه از این تکنیک‌های هیپنوتیزمی استفاده می‌شود: ۱. نشان دادن قدرت ذهن ۲. تقویت ایگو ۳. تمرین شناختی هیپنوتیزمی ۴. القایات پس هیپنوتیزمی ۵. آموزش خودهیپنوتیزم
جلسه ۹-۱۳	توضیح باورهای بنیادین و منطق کارکردن روی آن‌ها، شناسایی باورهای عمیق تر و تصحیح مدل اختلال بدشکلی بدن بیمار، آموزش بیمار درباره سطوح عمیق تر باورها، استفاده از استراتژی‌های شناختی برای ارزیابی و اصلاح باورهای عمیق تر، کمک به بیمار برای شناسایی باورهای سالم تر، هیپنوتراپی: ۱. بازسازی شناختی هیپنوتیزمی ۲. تمرین شناختی در حالت هیپنوتیزم ۳. واپس روی سنی ۴. واپس روی سنی به واقعه تروماتیک اولیه ۵. «آگاهی دوگانه»
جلسه ۱۴	بحث درباره احساسات بیمار درباره خاتمه درمان - مرور فهرست روش‌های درمان اختلال بدشکلی بدن، نسبت دادن پیشرفت به بیمار، طراحی برای آینده، مهیا کردن بیمار برای برآمدن از عهده استرسورها - کمک به بیمار برای طراحی آنچه باید با زمان اضافی انجام دهد، برنامه‌ریزی برای جلسات خوددرمانی، بحث درباره درمان زیبایی
جلسه ۱۵	مرور هفته گذشته و جلسه خوددرمانی، برنامه‌ریزی قرار جلسات تقویتی، هیپنوتراپی درباره موقعیت‌های راه‌انداز آینده و آمادگی برای آن‌ها از طریق تکنیک پیشروی در زمان و تمرین مهارت‌های شناختی در هیپنوتیزم، تبریک برای اتمام فرایند درمان

## مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

و تشخیص‌های اختلال روانی با نمره‌های بالاتر SDS، همبستگی مثبت دارند [۳۶]. برای این مطالعه، ما سه بخش اول را جمع می‌بندیم تا نمره SDS کلی را به دست آوریم [۳۶]. طبق ارزیابی روان‌سنجی این آزمون در ایران در موقعیت‌های بالینی، ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ و همبستگی کلی بخش در حیطه‌های مختلف بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۸ به دست آمد [۳۵].

## جزئیات بالینی شرکت‌کنندگان در پژوهش

## بیمار اول

بیمار اول آقای ۳۰ ساله بود. نگرانی اصلی مراجع مربوط به استخوان‌بندی ضعیف، موها و فک بود، ولی تقریباً به همه

مقیاس ناتوانی شیهان (SDS)<sup>۲۳</sup>

مقیاسی خودگزارشی، مربوط به ناتوانی و اختلال عملکرد مربوط به مشکلات روان‌پزشکی است [۳۴]. مقیاس ناتوانی شیهان تطابق با چهار گروه از فعالیت‌ها را ارزیابی می‌کند که شامل مدیریت منزل، توانایی‌های کاری، توانایی شکل دادن و حفظ دوستی‌های صمیمانه و زندگی اجتماعی می‌شود. ناتوانی در این چهار بخش در پنج دسته قرار می‌گیرد: صفر (بدون افت عملکرد)، ۱ تا ۳ (افت عملکرد خفیف)، ۴ تا ۶ (افت عملکرد متوسط)، ۷ تا ۹ (افت عملکرد قابل توجه) و ۱۰ (افت عملکرد بیش از حد) [۳۵]. SDS انسجام درونی خوبی دارد (آلفا=۰/۸۹)

23. Sheehan Disability Scale

امکان، تلفنی صحبت نکردن با کسی مخصوصاً جنس مخالف، اجتناب از تماس چشمی، واری افراطی در آینه، مقایسه خود با دیگران و صرف وقت زیاد برای رسیدگی به ظاهرش. در نوجوانی گاهی در جمع دوستانه، ظاهر همدیگر را مسخره می‌کردند. در انجام تکالیف درمانی، همکاری نسبی داشت. سابقه مراجعه به روان‌شناس یا روان‌پزشک را نداشته است.

### یافته‌ها

ابتدا داده‌های گردآوری شده از سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری هر شرکت‌کننده روی نمودارهای جدا رسم شد. سپس برای تفسیر و نتیجه‌گیری از نمودارها تحلیل درون‌موقعیتی، بین‌موقعیتی و تغییرات در موقعیت‌های مشابه هر نمودار انجام شد.

همانطور که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر علائم اختلال بدشکلی بدن در سه شرکت‌کننده پژوهش حاضر تأثیر گذاشته و شدت بیماری را کاهش داده است و نتایج آن تا مرحله پیگیری ماندگار بوده است. دو بیمار از سه بیمار (بیمار دوم و سوم) ملاک «پاسخ به درمان» (کاهش  $\geq 30\%$  نمره BDD-YBOCS) را داشتند. علت نداشتن کاهش معنادار در نمرات BDD-YBOCS نیز می‌تواند به دلیل هم‌آیندی OCD و OCPD در این بیمار باشد. همچنین با بهبودی نمرات اختلال بدشکلی بدن، نمرات ناتوانی و افسردگی نیز در هر سه بیمار بهبودی یافته است.

یافته‌های جدول شماره ۱ به صورت نمودار داده‌ها در تصاویر شماره ۱، ۲ و ۳ آمده است. به منظور مشاهده بهتر روند بهبودی سه بیمار در نمرات افسردگی و ناتوانی و بدشکلی بدن، نمودار مربوط به هر بیمار به صورت جداگانه ترسیم شده است. همان‌طور که در سه تصویر مشاهده می‌شود، کاهش نمرات در دوره درمانی در مقایسه با دوره خط پایه، بارز است و کاهش در دوره پیگیری نیز ثبات نسبی داشته است. میزان تغییر سطح میانگین در جداول شماره ۳، ۴ و ۵ نیز گواه این مسئله است. براساس نتایج جداول ۳، ۴ و ۵، هیپنوتراپی شناختی رفتاری برای اختلال بدشکلی بدن، بر علائم اختلال بدشکلی بدن، ناتوانی و افسردگی هر سه بیمار حاضر تأثیر گذاشته است و نتایج آن تا مرحله پیگیری نیز ماندگار بوده است.

### بحث

مطالعه حاضر بسط و توسعه برنامه الحاقی هیپنوتراپی به مداخلات شناختی رفتاری را در فرمت تک‌آموزدنی برای بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن ارائه می‌کند. براساس یافته‌ها، دو بیمار از سه بیمار (بیمار دوم ۵۰ درصد بهبودی و بیمار سوم ۳۷ درصد بهبودی) ملاک «پاسخ به درمان» را داشتند. میزان بهبودی بیمار اول حدود ۲۸ درصد و کمتر از ملاک پاسخ به درمان بود که می‌تواند به دلیل هم‌آیندی OCD و OCPD در این بیمار باشد. نتایج این پژوهش هم‌راستا با چندین تحقیق است که

قسمت‌های بدنش دل‌مشغولی داشت. شروع بیماری از ۲۰ سالگی بود. خود را با دیگران مقایسه می‌کرد، سابقه ورزش افراطی و استفاده از مواد نیروزا داشت، قسمت‌هایی از بدنش را که زشت می‌پنداشت، لمس می‌کرد، رویدادهای گذشته برای بررسی برخورد دیگران با خود را با توجه به ظاهرش مرور می‌کرد، لباس آستین کوتاه نمی‌پوشید و کنترل افراطی یا اجتناب از آینه داشت. سابقه وسواس فکری جبری و اختلال بدشکلی بدن در خانواده‌اش داشت. سابقه سوءاستفاده جنسی در کودکی داشت. موقعیت‌هایی که بیشتر نگرانی‌هایش را در خصوص ظاهرش تقویت می‌کرد، بیشتر مربوط به قرار گرفتن در بین دیگران قذبلند، جذاب و روبه‌رو شدن با جنس مخالف بود.

مراجع علاوه بر اختلال بدشکلی بدن از ۱۵ سالگی تشخیص اختلال وسواس فکری جبری را طبق تشخیص روان‌پزشک دریافت کرده بود، ولی از ۱۹ سالگی داروها را مصرف نمی‌کرد. همچنین مراجع مبتلا به شخصیت وسواسی، اختلال موکنی و پوست‌کنی (غیرمرتبط با اختلال بدشکلی بدن) بود. روابطش با افراد دیگر نسبتاً مختل بود، به‌گونه‌ای که دوست و رابطه صمیمانه‌ای با هیچ‌کس، حتی اعضای خانواده‌اش، نداشت. در انجام تکالیف همکاری نمی‌کرد و به‌شدت کمال‌گرا بود.

### بیمار دوم

بیمار دوم خانمی ۳۱ ساله بود. نگرانی‌اش در خصوص ظاهرش از ۲۵ سالگی شروع شد. نگرانی اصلی بیمار به دلیل موی سر و طرز راه رفتن و ایستادنش بود. در کودکی گاهی به خاطر طرز راه رفتنش در مدرسه مسخره می‌شد. شروع بیماری از ۲۵ سالگی بود. وی اظهار کرد که به خاطر این ناراحتی قصد داشته است به مشاور مراجعه کند، ولی هرگز این کار را انجام نداده بود. بیمار برای ناراحتی‌های مربوط به ظاهرش از راهبردهایی نظیر اطمینان‌جویی از دیگران، مقایسه راه رفتنش با دیگران و موشکافی کردن ظاهرشان، واری بیش‌ازحد در آینه قدی، به زمین نگاه کردن هنگام راه رفتن در خیابان، مرور ذهنی رویدادهای گذشته و مکالمات استفاده می‌کرد. همچنین از مهمانی‌هایی که افراد غریبه در آن حضور داشتند، اجتناب می‌کرد و در جمع سعی می‌کرد بیشتر در حاشیه باشد و گاهی از جمع اجتناب می‌کرد. سابقه وسواس در خانواده مادری داشت. در برخورد اول کمی اضطراب داشت، اما در جلسه بعد این اضطراب رفع شد. در انجام تکالیف همکاری خوبی داشت.

### بیمار سوم

آقایی ۲۱ ساله بود. شش سال از اختلال بدشکلی بدن رنج می‌برد. نگرانی اصلی‌اش برای بینی، صدا، پرنانزی بودن پا، و مو بود. در راستای این نگرانی‌ها راهبردهایی داشت که از جمله آن‌ها می‌توان به این نکات اشاره کرد: کناره‌گیری از جمع تا حد



جدول ۲. نمرات پرسش‌نامه‌های بدشکلی بدن، ناتوانی و افسردگی در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری برای سه بیمار

بدشکلی بدن	ناتوانی	افسردگی	بدشکلی بدن	ناتوانی	افسردگی	بدشکلی بدن	ناتوانی	افسردگی	
۳۵	۲۴	۲۶	۲۲	۱۸	۲۸	۲۶	۲۰	۱۰	خط پایه اول
۳۴	۲۴	۲۶	۲۵	۱۸	۱۹	۲۶	۲۰	۱۱	خط پایه دوم
۳۱	۲۳	۲۹	۲۶	۱۸	۲۰	۲۹	۱۸	۷	خط پایه سوم
۲۸	۱۹	۲۳	۲۴	۱۷	۲۴	۲۳	۱۴	۱۱	جلسه سوم درمان
۲۷	۱۸	۲۸	۲۲	۱۷	۱۷	۲۸	۱۵	۷	جلسه پنجم درمان
۲۶	۲۴	۱۹	۲۳	۱۵	۷	۱۹	۹	۸	جلسه هفتم درمان
۲۴	۱۲	۱۹	۲۳	۱۳	۹	۱۹	۱۳	۵	جلسه نهم درمان
۳۵	۲۲	۲۵	۱۴	۷	۹	۲۵	۹	۲	جلسه یازدهم درمان
۲۸	۱۸	۱۴	۱۶	۶	۱۵	۱۴	۶	۲	جلسه سیزدهم درمان
۲۴	۱۸	۱۹	۱۲	۵	۱	۱۹	۵	۱	جلسه پانزدهم درمان
۲۵	۲۰	۲۲	۱۴	۶	۱۵	۲۲	۴	۶	پیگیری چهار ماهه

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

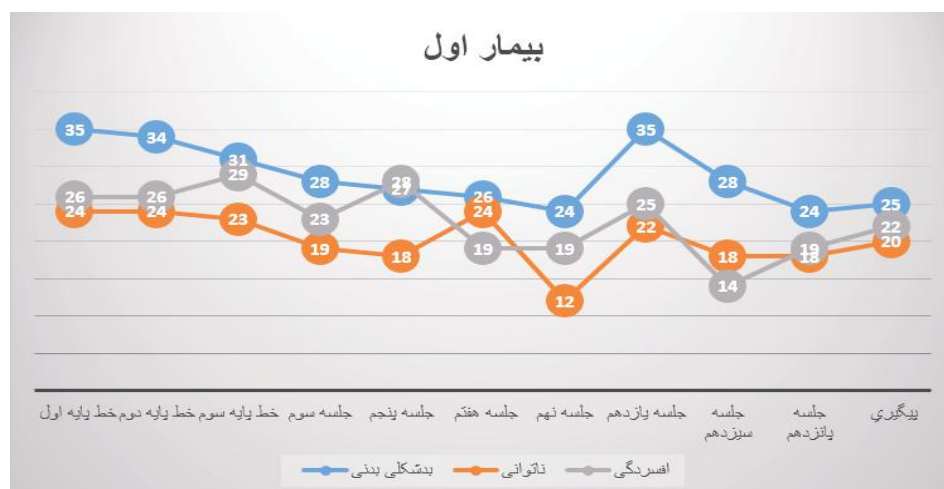
اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن را تأیید کرده‌اند [۴۲-۳۷، ۵۰، ۷].

همچنین این پژوهش هم‌راستا با پژوهش‌های دیگر در زمینه اثربخشی هیپنوتراپی شناختی در اختلالات گوناگون است که از جمله آن‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: اختلالات اضطرابی [۴۳]، اختلال استرس حاد [۴۴]، پراشتهایی عصبی [۴۵]، درد مزمن [۴۶، ۴۷]، افسردگی [۲۶]، بی‌خوابی [۴۸]، اختلال استرس پس از سانحه [۴۹] و اختلالات شبه‌جسمانی [۵۰، ۵۱]. ویلهلم و همکاران [۱۲، ۱۴] در پژوهشی، اثربخشی راهنمای درمان شناختی‌رفتاری استفاده‌شده در پژوهش حاضر را آزمودند. بر اساس یافته‌های پژوهش مذکور، اثربخشی معنی‌دار گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه از جلسه ۱۱ (از ۲۲ جلسه) شروع شد و پیش از آن تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نبود [۱۴].

بهبودی در پیگیری چهارماهه نیز حفظ شد.

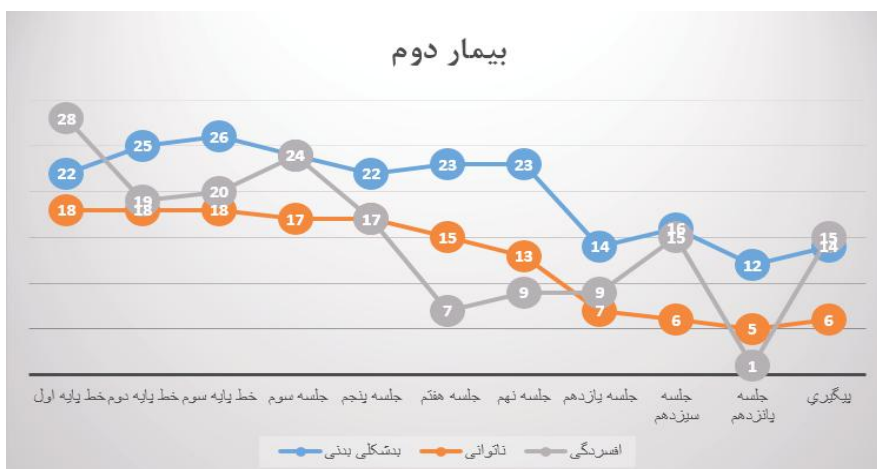
در پژوهش حاضر نیز می‌بینیم که بهبودی از نیمه درمان شیب سریع‌تری می‌گیرد. میانگین بهبودی شرکت‌کنندگان در پژوهش ویلهلم و همکاران [۱۲، ۱۴] حدود ۵۰ درصد بود که بیشتر از میزان بهبودی در پژوهش حاضر است. عوامل مختلفی می‌تواند این اثربخشی بیشتر را توضیح دهد؛ از جمله فشرده‌شدن برنامه در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت دو جلسه در هفته در این پژوهش و همچنین دارودرمانی هم‌زمان برخی بیماران در پژوهش ویلهلم و همکاران [۱۴]. همچنین نتایج پژوهش‌های آلا دین [۲۴،

24. Alladin



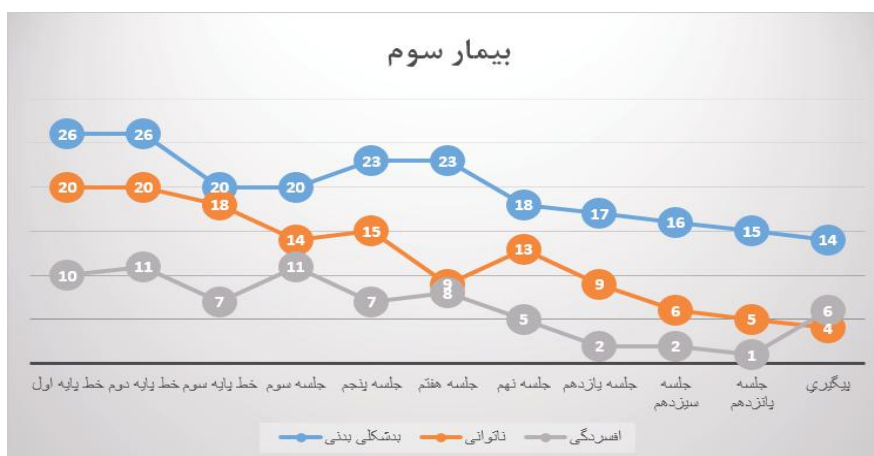
مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

تصویر ۱. اثربخشی هیپنوتراپی شناختی‌رفتاری بر بدشکلی بدن، افسردگی و ناتوانی بیمار اول



تصویر ۲. اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر بیشکلی بدن، افسردگی و ناتوانی بیمار دوم

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران



تصویر ۳. اثربخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر بیشکلی بدن، افسردگی و ناتوانی بیمار سوم

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

همچنین نمرات افسردگی سه بیمار با درمان اختلال بیشکلی بدن کاهش یافت (بیمار اول ۳۳ درصد، بیمار دوم ۹۵ درصد، بیمار سوم ۸۹ درصد). این یافته‌ها هم‌راستا با مطالعه‌ای طولی است که مشخص کرد بهبود افسردگی به سرعت بعد از بهبودی اختلال بیشکلی بدن روی می‌دهد و برعکس؛ یعنی بهبود اختلال بیشکلی بدن نیز احتمالاً به سرعت بعد از بهبود افسردگی حاصل می‌شود [۵۵]. در این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های صورت گرفته [۴۲، ۴۰، ۷، ۵]، با بهبود اختلال بیشکلی بدن، نمرات افسردگی بیماران نیز کاهش یافت. نمره افسردگی بیماران بعد از چهار ماه، افزایش یافت، اما نمرات همچنان نشان‌دهنده بهبودی بیماران

ماتیکس کلز<sup>۲۵</sup> و همکاران و ریتتر و استنجیر<sup>۲۶</sup> [۱۶، ۵۲، ۵۳]. هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر در زمینه اثربخشی تکنیک‌های طبیعت‌گرایانه و بازنویسی تجسمی بر اختلال بیشکلی بدن است. با توجه به اینکه تصویرسازی می‌تواند تجارب هیجانی را تقویت کند [۵۴]، تأثیر مثبت تغییر تصویر نیز افزایش می‌یابد. میزان بهبودی بیماران در پیگیری چهارماهه ثابت نسبی داشت (بیمار اول ۲۰ درصد، بیمار دوم ۴۴ درصد، بیمار سوم ۴۱ درصد).

25. Mataix-Cols

26. Ritter & Stangier

جدول ۳. تغییر سطح میانگین نمرات بیشکلی بدن، اختلاف مقدار میانگین موقعیت A\* از مقدار میانگین موقعیت B\*\*

بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	
۱۸/۸۵	۱۹/۱۴	۲۷/۴۲	مقدار میانگین B
۲۴	۲۴/۲۳	۳۲/۲۳	مقدار میانگین A
۵/۱۵-(بهبود)	۵/۱۹-(بهبود)	۵/۹۱-(بهبود)	تغییر سطح میانگین

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران

\* موقعیت A: سه خط پایه؛ \*\* موقعیت B: جلسات درمانی

جدول ۴. تغییر سطح میانگین نمرات افسردگی، اختلاف مقدار میانگین موقعیت A از مقدار میانگین موقعیت B

بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	
۵/۱۴	۱۱/۷۱	۲۱	مقدار میانگین B
۹/۳۳	۲۲/۳۳	۲۷	مقدار میانگین A
۴/۱۹- (بهبود)	۱۰/۶۲- (بهبود)	۶- (بهبود)	تغییر سطح میانگین

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

جدول ۵. تغییر سطح میانگین نمرات ناتوانی، اختلاف مقدار میانگین موقعیت A از مقدار میانگین موقعیت B

بیمار سوم	بیمار دوم	بیمار اول	
۱۰/۱۴	۱۱/۴۲	۱۸/۷۱	مقدار میانگین B
۱۹/۳۳	۱۸	۲۳/۶۶	مقدار میانگین A
۹/۱۹- (بهبود)	۶/۵۸- (بهبود)	۴/۹۵- (بهبود)	تغییر سطح میانگین

مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالین ایران

بدشکلی بدن تسهیل می‌کند. ضمن اینکه با تفکر واگرایی که در حالت هیپنوتیزم به دست می‌آورند، بهتر می‌توانند افکار و رویدادهای پیرامونی خود را تفسیر کنند. همچنین بینش دادن و بازسازی باورهای بنیادین نیز با این تفکر واگرا تسهیل می‌شود. به‌طور کلی، یکی از مشکلات در اختلالات روانی مختلف، نبودن تفکر واگرا و یک‌جانبه‌نگری بیمار است که به خطاهای شناختی و تحریف واقعیت منجر می‌شود. این‌گونه به نظر می‌رسد که هیپنوتیزم با تأثیر بر مؤلفه‌های بازبودن ذهن و گسترش آگاهی (مشابه با تکنیک‌های درمان‌های موج سوم همانند ذهن آگاهی) تفکر واگرا را تسهیل می‌کند و در برطرف کردن این مشکل، کمک‌کننده است.

در پژوهش حاضر، شرکت‌کنندگان بعد از انجام مواجهه هیپنوتیزمی، برای مواجهه در واقعیت بسیار باانگیزه و باجرئت بودند. به نظر می‌رسد زمانی که درمان‌جویان مستعد خطر، تحت شرایط هیپنوتیزمی مراحل تصویرسازی ذهنی مختلفی را از خود بروز می‌دهند، اثر عینی وجود داشته باشد [۵۸]. این موضوع احتمالاً می‌تواند موجب تجربه نسبتاً واقعی از مواجهه با رویدادهای اجتناب‌شده و جلوگیری از آیین‌واره‌ها در افراد مبتلا به اختلال بدشکلی بدن باشد که موجب می‌شود این رفتارها که عوامل تداوم‌بخش بیماری‌اند، به تدریج حساسیت‌زدایی شود.

همچنین هیپنوتیزم ارائه‌دهنده‌ی تلقینات پس‌هیپنوتیزمی است که می‌توانند در تغییر مشکلات رفتاری، ناتوانی در شناخت و عواطف منفی بسیار قدرتمند باشند. اغلب تلقینات پس‌هیپنوتیزمی به‌منظور شکل‌دهی به رفتار استفاده می‌شوند [۵۷]. بدین ترتیب، تلقینات پس‌هیپنوتیزمی کمک‌کننده شکل‌دهی رفتار سازگارانه و اجتناب از آیین‌واره‌ها و مواجهه با موقعیت‌ها هستند. تلقینات پس‌هیپنوتیزمی شکلی از شرطی‌سازی سطح

بود (بیمار اول ۱۸ درصد، بیمار دوم ۳۳ درصد، بیمار سوم ۳۷ درصد). میزان بهبودی نمرات افسردگی بعد از در پایان درمان بیشتر از متوسط میزان کاهش نمرات افسردگی در پژوهش ویلهلم و همکاران [۷، ۵] است، اما در پیگیری چهارماهه میزان بهبودی نمرات افسردگی کمتر از پژوهش‌های ذکر شده است.

بهبودی اختلال بدشکلی بدن موجب کاهش چشمگیر ناتوانی سه بیمار شد (بیمار اول ۲۳ درصد، بیمار دوم ۷۲ درصد و بیمار سوم ۷۳ درصد). پیگیری چهارماهه نمرات نیز حکایت از پایداری نسبی نتایج درمانی داشت (بیمار اول ۱۶ درصد، بیمار دوم ۶۶ درصد، بیمار سوم ۷۸ درصد). این نتایج هم‌راستا با پژوهش ویلهلم و همکاران [۷] است.

اثر بخشی هیپنوتراپی شناختی رفتاری را می‌توان به عوامل مختلفی نسبت داد. استفاده از هیپنوتیزم در روند درمان با به حداکثر رساندن آگاهی طولانی‌مدت و سطوح متعددی از عملکرد مغز و همچنین با به حداکثر رساندن توجه و تمرکز و با به حداقل رساندن حواس‌پرتی و تداخل ناشی از دیگر منابع تنش‌زا، تفکر واگرا را تسهیل می‌کند [۵۶]. همچنین هیپنوتیزم، چارچوبی ذهنی ارائه کرد مبنی بر اینکه توجه می‌تواند به سوی تجربی گسترده‌تر مانند احساس صمیمیت، شادی و احساساتی از این قبیل هدایت شود. چنین راهبردهایی می‌تواند سبب افزایش تفکر واگرا شود و بازسازی واقعیت‌هایی غیرعادی را تسهیل بخشد [۵۷].

همان‌طور که قبلاً ذکر شد، اغلب بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، بینش ضعیف یا باورهای هذیانی مرتبط با این اختلال دارند. همچنین تمایل دارند این‌طور فکر کنند که نظر بیشتر افراد درباره‌ی نقص خیالی‌شان، مانند آن‌هاست. این دو مزیت هیپنوتیزم، فرایند بازسازی شناختی را در درمان اختلال

بالاست که به‌طور قابل توجهی در نقش نیرویی مثبت یا منفی به‌منظور افزایش یا کاهش احتمال رفتارهای مطلوب یا نامطلوب عمل می‌کند [۵۹]. از آنجا که می‌توان درمان شناختی رفتاری را نیز نوعی شرطی سازی در باورها و رفتارها در نظر گرفت، الحاق هیپنوتیزم به درمان شناختی رفتاری را می‌توان تسهیل کننده‌ی این شرطی سازی دانست.

آموزش خود هیپنوتیزمی می‌تواند با القاهای هیپنوتیزمی مختلف و تلقینات پس هیپنوتیزمی افزایش یابد. اکثر تکنیک‌های ذکر شده در راهنمای درمان می‌توانند تحت عمل خود هیپنوتیزمی انجام شوند، در نتیجه توسعه خود هیپنوتیزمی مثبت از طریق انحراف از تمایل به تلقینات منفی خود هیپنوتیزمی، صورت می‌گیرد. بیماران مبتلا به اختلالات هیجانی مختلف، به تصورات منفی گرایش دارند که می‌توان آن‌ها را به‌عنوان شکلی از خود هیپنوتیزمی در نظر گرفت [۶۰-۶۴]. با توجه به این نکات، خود هیپنوتیزم‌های منفی در اختلال بدشکلی بدن نیز می‌تواند با تمرین‌های خود هیپنوتیزمی برای شکل دهی افکار سالم‌تر و تمرین‌های شناختی رفتاری، اصلاح و تعدیل شود. با توجه به اینکه در حالت هیپنوتیزمی، یادگیری فرد افزایش می‌یابد، استفاده از خود هیپنوتیزم علاوه بر دیگر هیپنوتیزم، یادگیری مهارت‌های درمانی را بیشتر می‌کند.

## نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست آمده و با توجه به مزایای هیپنوتراپی که می‌تواند به بهبود بیماران بدشکلی بدن کمک کند، به نظر می‌رسد الحاق هیپنوتیزم به درمان شناختی رفتاری برای درمان شناختی رفتاری، موجه است. اندک بودن شمار شرکت کنندگان، فشرده شدن درمان و اختلالات هم‌آیند برخی بیماران می‌تواند از جمله عوامل تأثیرگذار بر یافته‌ها و از محدودیت‌های پژوهش به‌شمار رود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با نمونه‌های وسیع‌تری از بیماران و در چارچوب طرح‌های آزمایشی انجام شود تا نتایج قابل اعتمادتری به دست آید و میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و هیپنوتراپی شناختی رفتاری در قالب برنامه‌هایی با فشردگی یکسان، مقایسه شود. همچنین اثر متغیرهایی مانند میزان هیپنوتیزم‌پذیری بیماران و اختلالات هم‌آیند در میزان اثربخشی درمان لحاظ شود.

## سپاسگزاری

نگارندگان مقاله حاضر از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش و تمامی افرادی که به نوعی در اجرای پژوهش آن‌ها را یاری و روند اجرای آن را تسهیل کردند، سپاسگزارند. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول با عنوان بررسی کارایی هیپنوتراپی شناختی رفتاری بر اختلال بدشکلی بدن (کد اخلاق: ۱۱۷۹۸۳۶) است. بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است.



## References

- [1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Arlington: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
- [2] Phillips KA. Quality of life for patients with Body Dysmorphic Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2000; 188(3):170-5. doi: 10.1097/00005053-200003000-00007
- [3] Wilhelm S, Phillips KA, Steketee G. Cognitive-behavioral treatment manual for Body Dysmorphic Disorder. New York: Guilford; 2013.
- [4] Ipser JC, Sander C, Stein DJ. Pharmacotherapy and psychotherapy for Body Dysmorphic Disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2009; 1. doi: 10.1002/14651858.cd005332
- [5] Wilhelm S, Phillips KA, Fama JM, Greenberg JL, Steketee G. Modular cognitive-behavioral therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Behavior Therapy*. 2011; 42(4):624-33. doi: 10.1016/j.beth.2011.02.002
- [6] Williams J, Hadjistavropoulos T, Sharpe D. A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for Body Dysmorphic Disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2006; 44(1):99-111. doi: 10.1016/j.brat.2004.12.006
- [7] Wilhelm S, Phillips KA, Didie E, Buhlmann U, Greenberg JL, Fama JM, Keshaviah A, Steketee G. Modular cognitive-behavioral therapy for Body Dysmorphic Disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*. 2014; 45(3):314-27. doi: 10.1016/j.beth.2013.12.007
- [8] Prazeres AM, Nascimento AL, Fontenelle LF. Cognitive-behavioral therapy for Body Dysmorphic Disorder: A review of its efficacy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2013; 9:307. doi: 10.2147/ndt.s41074
- [9] Willson R, Veale D, Freeston M. Imagery rescripting for Body Dysmorphic Disorder: A multiple-baseline single case experimental design. *Behavior Therapy*. 2016; 47(2):248-61. doi: 10.1016/j.beth.2015.08.006
- [10] Veale D. Advances in a cognitive behavioural model of Body Dysmorphic Disorder. *Body Image*. 2004; 1(1):113-25. doi: 10.1016/s1740-1445(03)00009-3
- [11] Neziroglu F, Khemlani-Patel S, Veale D. Social learning theory and cognitive behavioral models of Body Dysmorphic Disorder. *Body Image*. 2008; 5(1):28-38. doi: 10.1016/j.bodyim.2008.01.002
- [12] Veale D, Neziroglu F. *Body Dysmorphic Disorder: A treatment manual*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2010.
- [13] Araoz DL. *The new hypnosis*. New York: Brunner-Mazel; 1985.
- [14] Golden WL, Dowd ET, Friedberg F. *Hypnotherapy: A modern approach*. Oxford: Pergamon Press; 1987.
- [15] Alladin A, Amundson J. Cognitive hypnotherapy as a transdiagnostic protocol for emotional disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2016; 64(2):147-66. doi: 10.1080/00207144.2016.1131585
- [16] Alladin A. Cognitive hypnotherapy: A new vision and strategy for research and practice. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2012; 54(4):249-62. doi: 10.1080/00029157.2012.654528
- [17] Alladin A. Healing the wounded self: Combining hypnotherapy with ego state therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2013; 56(1):3-22. doi: 10.1080/00029157.2013.796282
- [18] Alladin A. The wounded self: New approach to understanding and treating anxiety disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2014; 56(4):368-88. doi: 10.1080/00029157.2014.880045
- [19] Brown DP, Fromm E. *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Abingdon: Routledge; 1986.
- [20] Ewin DM, Eimer BN. *Ideomotor signals for rapid hypnoanalysis: A How-to-manual*. Sangamon County, Illinois: Charles C Thomas Publisher; 2006.
- [21] Watkins JG, Barabasz A. *Advanced hypnotherapy: Hypnodynamic techniques*. Abingdon: Routledge; 2007.
- [22] Watkins JG. The affect bridge: A hypnoanalytic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1971; 19(1):21-7. doi: 10.1080/00207147108407148
- [23] Yapko MD. *Trancework: An introduction to the practice of clinical hypnosis*. Abingdon: Routledge; 2012.
- [24] Barabasz AF, Watkins JG. *Hypnotherapeutic techniques*. Abingdon: Routledge; 2005.
- [25] Hammond DC. *Hypnotic induction & suggestion*. Bloomington, Illinois: American Society of Clinical Hypnosis; 1998.
- [26] Alladin A, Alibhai A. Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2007; 55(2):147-66. doi: 10.1080/00207140601177897
- [27] Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: A meta-analysis. *Consulting and Clinical Psychology*. 1995; 63(2):214-20. doi: 10.1037//0022-006x.63.2.214
- [28] Phillips KA. An open-label study of escitalopram in Body Dysmorphic Disorder. *International Clinical Psychopharmacology*. 2006; 21(3):177-9. doi: 10.1097/01.yic.0000194378.65460.ef
- [29] Phillips KA, Hart AS, Menard W. Psychometric evaluation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014; 3(3):205-8. doi: 10.1016/j.jocrd.2014.04.004
- [30] Rabeie M, Khoramdel K, Kalantari M, Molavi H. [Factor structure, reliability and validity of Yale-Brown obsessive-compulsive scale modification of Body Dysmorphic Disorder among students (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009, 2010; 15(4):343-350
- [31] Fata L, Birashk B, Atef-Vahid MK, Dobson KS. [Meaning assignment structures/ schemas, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparison of two conceptual frameworks (Persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2005; 11(3):312-326.
- [32] Kaviani H. [Validity and reliability of hospital anxiety and depression scale (HADS), general health questionnaire (GHQ-28), Mood Adjectives Checklist, & BDI in clinical population in comparison with healthy group; Research report (Persian)]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2008.

- [33] Sharifi AA, Molavi H, Namdari K. [The validity of MCMI-III (Millon) scales (Persian)]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2005; 9(34):27-38.
- [34] Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *International Clinical Psychopharmacology*. 1996; 11(3):89-95. doi: 10.1097/00004850-199606003-00015
- [35] Amin-Esmaeili M, Motevalian A, Rahimi-Movaghar A, Hajebi A, Hefazi M, Radgoodarzi R, Sharifi V. The Translation and Psychometric Assessment of the Persian Version of the Sheehan Disability Scale. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2014; 9(3):125-32. PMID: PMC4277800
- [36] Rush Jr J, First MB, Blacker D. *Handbook of psychiatric measures*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2007.
- [37] Neziroglu F, McKay D, Todaro J, Yaryura-Tobias JA. Effect of cognitive behavior therapy on persons with Body Dysmorphic Disorder and comorbid axis II diagnoses. *Behavior Therapy*. 1997; 27(1):67-77. doi: 10.1016/s0005-7894(96)80036-0
- [38] Veale D, Gournay K, Dryden W, Boocock A, Shah F, Willson R, Walburn J. Body Dysmorphic Disorder: a cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 1996; 34(9):717-29. doi: 10.1016/0005-7967(96)00025-3
- [39] McKay D, Todaro J, Neziroglu F, Campisi T, Moritz EK, Yaryura-Tobias JA. Body Dysmorphic Disorder: A preliminary evaluation of treatment and maintenance using exposure with response prevention. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35(1):67-70. doi: 10.1016/s0005-7967(96)00082-4
- [40] Geremia GM, Neziroglu F. Cognitive therapy in the treatment of Body Dysmorphic Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2001; 8(4):243-51. doi: 10.1002/cpp.284
- [41] Rosen JC, Reiter J, Orosan P. Cognitive-behavioral body image therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1995; 63(2):263-69. doi: 10.1037//0022-006x.63.2.263
- [42] Wilhelm S, Otto MW, Lohr B, Deckersbach T. Cognitive behavior group therapy for Body Dysmorphic Disorder: a case series. *Behaviour Research and Therapy*. 1999; 37(1):71-5. doi: 10.1016/s0005-7967(98)00109-0
- [43] Golden WL. Cognitive hypnotherapy for anxiety disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2012; 54(4):263-74. doi: 10.1080/00029157.2011.650333
- [44] Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, Nixon RDV. The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005; 73(2):334-40. doi: 10.1037/0022-006x.73.2.334
- [45] Barabasz M. Cognitive hypnotherapy with bulimia. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2012; 54(4):353-64. doi: 10.1080/00029157.2012.658122
- [46] Elkins G, Johnson A, Fisher W. Cognitive hypnotherapy for pain management. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 2012; 54(4):294-310. doi: 10.1080/00029157.2011.654284
- [47] Jensen MP. *Hypnosis for chronic pain management*. New York: Oxford University Press; 2013.
- [48] Graci GM, Hardie JC. Evidenced-based hypnotherapy for the management of sleep disorders. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2007; 55(3):288-302. doi: 10.1080/00207140701338662
- [49] Lynn SJ, Cardeña E. Hypnosis and the treatment of posttraumatic conditions: An evidence-based approach. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2007; 55(2):167-88. doi: 10.1080/00207140601177905
- [50] Alladin A. *Cognitive hypnotherapy: An integrated approach to the treatment of emotional disorders*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.
- [51] Moene FC, Spinhoven P, Hoogduin KA, Dyck RV. A randomized controlled clinical trial of a hypnosis-based treatment for patients with conversion disorder, motor type. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 2003; 51(1):29-50. doi: 10.1076/iceh.51.1.29.14067
- [52] Mataix-Cols D, Fernández de la Cruz L, Isomura K, Anson M, Turner C, Monzani B, et al. A pilot randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for adolescents with Body Dysmorphic Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2015; 54(11):895-904. doi: 10.1016/j.jaac.2015.08.011
- [53] Ritter V, Stangier U. Seeing in the Mind's eye: Imagery rescripting for patients with Body Dysmorphic Disorder. A single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2016; 50:187-95. doi: 10.1016/j.jbtep.2015.07.007
- [54] Holmes EA, Mathews A. Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(3):349-62. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.001
- [55] Phillips KA, Stout RL. Associations in the longitudinal course of Body Dysmorphic Disorder with major depression, obsessive-compulsive disorder, and social phobia. *Journal of Psychiatric Research*. 2006; 40(4):360-9. doi: 10.1016/j.jpsychires.2005.10.001
- [56] Tosi DJ, Baisden BS. Cognitive-experiential therapy and hypnosis. *Clinical hypnosis: A multidisciplinary approach*. In: Alladin A, editor. *Cognitive Hypnotherapy: An Integrated Approach to the Treatment of Emotional Disorders*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.
- [57] Alladin A. *Cognitive hypnotherapy: An integrated approach to the treatment of emotional disorders*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.
- [58] Lazarus, Arnold A. A multimodal framework for clinical hypnosis. In: Alladin A, Editor. *Cognitive hypnotherapy: An integrated approach to the treatment of emotional disorders*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons; 2008.
- [59] Barrios AA. Posthypnotic suggestion as higher-order conditioning: A methodological and experimental analysis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 1973; 21(1):32-50. doi: 10.1080/00207147308409303
- [60] Alladin A. Cognitive hypnotherapy with depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 1994; 8(4):275-88.
- [61] Chapman RA. *The clinical use of hypnosis in cognitive behavior therapy: a practitioner's casebook*. Berlin: Springer; 2005.
- [62] Alladin A. Special issue: Evidence-based practice in clinical hypnosis—Part II. *International Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*. 2007; 55(3):251-371.
- [63] Araoz DL. Negative self-hypnosis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 1981; 12(1):45-52. doi: 10.1007/bf00946233
- [64] Araoz DL. *The new hypnosis*. New York: Brunner-Mazel; 1977.