



مدیکال

سینو سیرم

کانون انتشارات کابوک

● مدیرکال هیپینو تیزم

● ترجمه: بهزادی

● چاپ اول: سال ۱۳۶۴

● چاپ گیلان

● تیراژ ۶۰۰۰ نسخه

حق چاپ محفوظ

کتاب «مدیکال هیپنوتیزم»

مخصوص پزشکان است

برخی از پزشکان که کتابهای «روانشناسی هیپنوتیزم» و «خود هیپنوتیزم» را مطالعه می‌کنند، اظهار می‌دارند که «هیپنوتیزمی علمی است و کاربرد پزشکی دارد ولی این کتاب دانشگاهی نوشته نشده است» منظورشان اینست که این کتابها به زبان ساده نوشته شده، می‌بینند که در کتابهای یاد شده از لغات غیر مصطلح و عبارات و اصطلاحات سنگین و ثقیل خبری نیست، اظهار فضل نشده است، هیچ جمله‌ای نیست که در لابلای آنها لا اقل یک لغت فرانسه یا انگلیسی باشد، اگر احتیاج بذکر لغات خارجی هم بوده، فقط در زیر صفحه کتاب برای متخصصین آورده شده است در کتابهای یاد شده حقایق علمی با ذکر داستانها و مثال‌هایی ذکر شده که ذکر این داستانها برای مطالعه کنندگان دانشگاهی و استادان دانشگاه شاید وقت گیر و خسته کننده باشد.

یکی از دکترهای روانشناسی می‌گفت: کتاب «روانشناسی هیپنوتیزم» را می‌توان در چند صفحه خلاصه کرد، بیش از چند صفحه مطلب ندارد، آنهم فقط چند صفحه مربوط به دکتر انسیلی میرز می‌باشد.

این آقای دکتر روانپزشک راست می‌گفت، زیرا وقتی کتاب روانشناسی هیپنوتیزم را ورق می‌زند، می‌بیند که همه مطالب را میداند، اکثر مطالب جزو دروس دانشگاهی اش بوده است ولی فراموش کرده که اولاً -- این کتاب برای استادان دانشگاه نوشته نشده، ثانیاً -- همین مطالب را که ایشان در دوره دانشگاه مطالعه کرده‌اند، اکثر مردم غیردانشگاهی و دانشمدان غیرمتخصص پزشکی و روانپزشکی نخوانده‌اند، مثلاً مبحث، بازتاب شرطی را هر لیسانس روانشناسی در دانشگاه خوانده است، ولی غیرروانشناسان نخوانده‌اند. و اما کتاب «مدیکال هیپنوتیزم» مخصوص پزشکان، روانپزشکان و استادان دانشگاه است گرچه من پنج بار آن را مطالعه کرده و تلاش کرده‌ام تا آنجا که ممکن است باز هم با کلمات ساده و جملات ساده بنویسیم تا برای غیرمتخصصین هم مورد استفاده باشد، با وجود این کسانی که دو کتاب «روانشناسی هیپنوتیزم» و «خود هیپنوتیزم» را نخوانده‌اند درک همه مطالب این کتاب برایشان مشکل است. معلومات و سواد عموم مردم یکنواخت نیست، ممکن است هر کتابی برای طبقه خاصی نوشته شود، ولی من در دو کتاب یاد شده تلاش کرده‌ام طوری نوشته شوند که برای عموم مردم قابل استفاده باشد، با وجود این باز هم خواستار نظر خوانندگان هستم.

به علاقمندان فن هیپنوتیزم

در حدود سی ساله که من به فن هیپنوتیزم اشتغال دارم ، بسیاری از مطالعه کنندگان کتابهای هیپنوتیزم، چه از طریق مکاتبه و چه از طریق تلفن یا حضوری اظهار کرده اند که ما با مطالعه کتاب شما توانسته ایم يك يا چند نفر را هیپنوتیزم کنیم . من هم آنها را تشویق کرده ام که بیشتر مطالعه و تمرین کنند، برخی از کسانی که آتش اشتیاقشان شعله ورتر بوده . بمن مراجعه کرده اند که هیپنوتیزم را کامل تر و بهتر یاد بگیرند، وقتی از معلوماتشان سؤال کرده ام معلوم شده سوادشان در حدود دیپلم یا کمتر بوده است آنچه را به این عده از دوستان علاقمند به یادگیری فن هیپنوتیزم گفته ام حالا هم تکرار می کنم.

● **فرق سواددار با سواددار:** بآنها گفته ام دو نفر سواددار را در نظر بگیرید که یکی از این سواددارها فقط سواد خواندن و نوشتن دارد، یعنی حداکثر دو تاسه یا چهار سال درس خوانده و چهار کلاس سواد دارد و دیگری هم، ۲۰ سال درس خوانده و دکتر در ادبیات یا حقوق است، هر دو سواد دارند ولی **این کجا و آن کجا!!؟**

● **فرق دونفر پزشکی:** به آنها گفته ام دونفر پزشکی را در نظر بگیرید یکی ممکن است ۲۰ سال درس پزشکی خوانده باشد و استاد پزشکی دانشگاه باشد و دیگری هم بعنوان دکتر باسواد یا بیسواد در گوشه ای از ده یا قصبه به معالجه مشغول است ، که این دکتر ممکن است يك پیرزن یا پیرمرد بیسواد باشد یا دیپلمه ای که تحت نظر وزارت بهداشتی در گوشه ای از دهکده به تزریقات و دادن قرص های مسکن نظیر آسپرین و ویتامین «ث» مشغول است. هر دو طبابت می کنند ، هر دو دکتر هستند، ولی **آن کجا و این کجا!!؟**

این تفاوت بین دونفر مهندس، دونفر مکانیک ، دونفر روحانی و بالاخره دونفر روانشناس وجود دارد.

در مورد هیپنوتیزم هم همینطور است فرق است بین هیپنوتیزم کننده ای که مثلا حداکثر دیپلم دارد و نفر دومی که دکتر در روانکاری و روانشناسی یا روانپزشکی است. با مطالعه کتاب حاضر استنباط خواهید کرد که فن هیپنوتیزم چه هنر ظریف و پیچیده

است و چه کوچه پس کوچه های پیچ در پیچ تاریک و چه مسائل بفرنج و دقیقی دارد، با مطالعه این کتاب متوجه خواهید شد که فن هیپنوتیزم هزاران هزار مسائل باریک تر ازمو دارد که حل آنها، قضاوت و تصمیم گیری درباره آنها حتی برای دکترهای متخصص هم گاهی ایجاد اشکال مینماید. بنا بر این باید نتیجه گرفت که برخی از علاقمندان هیپنوتیزم فقط و فقط اجازه دارند و می توانند، يك یا دو نفر یا برخی ها را که آمادگی بیشتری برای هیپنوتیزم شدن دارند، و دچار اختلال، روانی شدید هم نمی باشند بعنوان معرفی علم هیپنوتیزم هیپنوتیزم نمایند، در غیر این صورت، اگر بخواهند ادعاهای بیشتری بکنند. با هیپنوتیزم نمودن چند نفر مغرور و خود بزرگ بین شوند، و خدای نکرده دست به معالجات بیماران روانی بزنند باید بدانند، اولاً امکان دارد بیماران روانی را بیمار تر و دیوانه تر نمایند، ثانیاً تیشه به ریشه علم بزرگ و ارزنده هیپنوتیزم زده اند. زیرا تماشاچی و مراجعه کنند وقتی می بینند که :

۱- شما نمی توانید همه را هیپنوتیزم کنید.

۲- شما نمی توانید هیپنوتیزم را عمیق کنید، و هیپنوتیزم شونده پس از خاتمه عمل میگوید من بیدار بودم.

۳- شما نمی توانید بیمار را معالجه کنید.

در نتیجه تصور خواهد کرد که هیپنوتیزم ارزش و اهمیتی ندارد، و دروغ است. بنا بر این وظیفه شما علاقمند محترم اینست که اگر میدانید که فقط اطلاع بسیار کمی از هیپنوتیزم دارید، در همه جا اظهار کنید، که من فقط میتوانم بعضی ها را بعنوان نمایش و اینکه علم هیپنوتیزم وجود دارد و هیپنوتیزم نمایم، من استاد در هیپنوتیزم نیستم بدین وسیله آبرو و حیثیت خود و هیپنوتیزم را حفظ کرده اید.

میزان دانش استاد هیپنوتیزم باید لااقل لیسانس یا فوق لیسانس در رشته روانشناسی، دکتر یا در حدود دکتر باشد، علم هیپنوتیزم خیلی وسیع و ارزنده و مهم است، ولی من فقط میتوانم بعضی ها را که بسیار حساس هستند هیپنوتیزم نمایم، و ادعای معالجه هم ندارم، با هیپنوتیزم کردن ساده و تلینات مثبت ممکن است بیمار موقتاً کمی بهتر شود ولی معالجه کامل و صحیح نیست.

کلاسهای آموزش (خود هیپنوتیزم) در تهران و شهرستانها توسعه مییابد، هر کسی میتواند در این کلاسها شرکت کند، و تا حدودی فن خود هیپنوتیزم را یاد بگیرد، ولی اگر نتوانستید خود را عمیق هیپنوتیزم کنید و یا اگر نتیجه خوب و رضایتبخشی نگرفتید، دلیل بر نقص و نارسائی هیپنوتیزم نیست، ممکن است مربوط به نقص آموزش خود هیپنوتیزم باشد، ممکن است در اثر کمی تمرین باشد، ممکن است مربوط به عدم حساسیت و عدم تمرکز فکر شما باشد، بهر حال يك استاد متحیر و باتجربه هیپنوتیزم میتواند ناقص رادرك و رفع کند.

شاد و موفق باشید - کابو کک

نظر موافقین و مخالفین ترجمه کتابهای خارجی

۱- نظر مخالفین :

مخالفین ترجمه کتابهای خارجی مطالب زیر را اظهار میدارند

الف : توسعه فرهنگ اسلامی - مخالفین ترجمه کتابهای خارجی اظهار میدارند، که بجای اینکه فرهنگ اجنبی و امریکائی را در سرزمین اسلامی توسعه دهیم، بهتر است، فرهنگ اسلامی توسعه یابد.

ب : غرب زدگی - مخالفین ترجمه کتابهای خارجی معتقدند، که ترجمه کنندگان کتابهای اروپائی و امریکائی غرب زده هستند، مسائل و امور اجتماعی، اقتصادی و سیاسی غرب بر فرهنگ اسلامی ارجحیت دارد.

ج - فساد و بی بندوباری - از نتیجه فرهنگ غرب همه مطلع هستیم. بی حجابی، شرابخواری آرایش، تجمل پرستی، بی بندوباری، تنبلی، لامذهبی و بالاخره بیماریهای روانی و فساد و نابودی است.

۲- نظر موافقین ترجمه کتابهای خارجی :

موافقین ترجمه کتابهای خارجی مطالب زیر را اظهار میدارند:

الف: پی بردن به اسرار علوم و فنون - موافقین ترجمه کتابهای خارجی معتقدند که هر کشوری در دنیا در علوم و فنون و صنعت خاص تخصص هائی دارد، کشفیاتی نموده اند که شاید سایر کشورها از آن کشفیات هنوز بی اطلاع هستند، بنابراین دانستن زبان خارجی و ترجمه کتابهای آنها موجب میشود که ما به راز و اسرار برخی از علوم پیشرفته آنها پی ببریم تا باعث ترقی و رفاه کشورمان بشویم:

ب: تسلط بردشمن - اگر غرب دشمن ما است بر ما لازم است که از طرح، نقشه و تاکتیک دشمن آگاهی کامل داشته باشیم تا اولاً جلوگیری از حمله آنها کنیم و ثانیاً - در موقع لزوم بتوانیم به نقاط ضعف آنها حمله کنیم و این میسر نیست مگر با دانستن کامل زبان آنها و ترجمه کلیه کتابهای آنها و پی بردن به طرز فکر و آداب و سنن آنها.

ج: فرهنگ غرب - هم علوم و فنون، مسائل و موارد مفید و مترقی دارد و هم فساد و بی بندوباری این آموزش و طرز تربیت اسلامی ما است که باید، محاسن و فواید را اخذ و جذب ولی معایب و فساد را دفع نماییم، تنها آموزش زبان خارجی باعث انحراف و فساد ما نخواهد شد بلکه نحوه و چگونگی آموزش و تربیت ما است که ما را راهنمایی می کند، اجازه میدهد که ما چه قسمت و کدام مسائل را باید جذب و چه مواردی را باید دفع کنیم.

درباره سایر رشته های علوم و فنون در اینجا بحثی نمی کنیم، فقط درباره هیپنوتیزم در اینجا بحث میشود، که باید بگوئیم اولاً - هیپنوتیزم، حربه، سلاح، وسیله و ابزار بسیار برنده، قاطع و مفیدی است که میتواند بسیاری از اختلالات فکری، عصبی و شخصیتی را که از طریق دارو قابل معالجه و تغییر نیستند معالجه نماید و تغییر دهد، پس بنابراین برای رفاه آسایش و بهبود وضع روحی و روانی لازم است این علم جدید کاملاً فرا گرفته شود ثانیاً ریشه هیپنوتیزم از کشور فرانسه است و حدود دویست سال است که در غرب در حال توسعه میباشد، و فرهنگ ایران تا چندی پیش اطلاع آنچنانی از این علم نداشت و هیچ متخصص دانشگاهی هم درباره هیپنوتیزم در ایران نداشتیم ترجمه کتاب حاضر نشان میدهد که اکثر بلکه همه مطالب آن برای ما تازگی دارد. بنابراین همه مطالب آن و یادگیری و عمل کردن بآن بحال همه مسلمانان و مردم کشور ما مفید است البته نباید فراموش کرد که علم هیپنوتیزم هم مثل سایر علوم بخصوص پزشکی و داروسازی میتواند در دو جهت مثبت و منفی بکار گرفته شود، بمصداق

چو دزدی با چراغ آید گزیده تر بسود کالا

اگر فن داروسازی در دست مسلمانان متعهد و مکتبی قرار گیرد، در خیر و صلاح مسلمین بکار خواهد رفت، ولی اگر در دست انسانی بی وجدان قرار گیرد تبدیل بکارخانه هروئین سازی خواهد شد.

شاد و موفق باشید - کابوکی

آیا هیپنوتیزم کردن منفعتمند است یا آمان؟

برخی از جوانان علاقمند به هیپنوتیزم با خواندن کتابهای هیپنوتیزم، توانسته‌اند یکی دو نفر که بسیار حساس بوده‌اند هیپنوتیزم کنند، بهمین ترتیب به هیپنوتیزم کردن علاقمندتر شده و ادامه داده‌اند، مطالعه هیپنوتیزم و انجام عمل هیپنوتیزم برای آنها یکنوع تفریح و سرگرمی شده است.

البته باز هم باید توجه داشت، که همه کس قادر به هیپنوتیزم کردن نیستند، و آنهایی هم که توانسته‌اند چند نفری را هیپنوتیزم کنند، خودشان میدانند، که قادرند از هر ده‌ها نفر فقط یک نفر را هیپنوتیزم کنند و آن یک نفر را هم نمی‌توانند به خواب عمیق برسانند.

علم هیپنوتیزم، علمی بسیار سهل و ممتنع است، یعنی گاهی در عین سادگی بسیار پیچیده است، اطلاعات روانشناسی، پزشکی و روانکاو عمیقی میخواهد، شما اگر جزو آن دسته از علاقمندانی هستید که توانسته‌اید، تفریحی چند نفری را هیپنوتیزم نمایید، حالا با مطالعه این کتاب متوجه خواهید شد که تفاوت ره از کجاست تا بکجا؟

جائی که عقاب پر بریزد از پشه لاغری چه خیزد

من بیش از سی سال است که شبانه روز مشغول تمرین هیپنوتیزم هستم، گواهینامه هیپنوتیزم خود را پس از گذراندن سه سری آزمایشات علمی و عملی مختلف از امریکا گرفته‌ام، با وجود این وقتی کتابهای مختلف هیپنوتیزم انگلیسی را میخوانم، می‌بینم هنوز اندر خم یک کوچه‌ام، می‌بینم، دردنیای بسیار وسیع ضمیر ناخود آگاه آدمی، خیلی فنونهای بغرنج وجود دارد که بایستی تحقیق و بررسی نمود، درباره هیپنوتیزم باید بگویم.

تا به آنجا رسید دانش من تا بدانم همی که نادانم

بهترین دلیل گفته‌های من، ترجمه کتاب حاضر است، این کتاب یعنی کتاب «مدیکال هیپنوتیزم» نوشته روانپزشک انگلیسی دکتر مایزر است.

فکر میکنم اکثر مطالعه کنندگان این کتاب که غیر روانپزشک، روانکاو و روانشناس هستند، با مطالعه این کتاب متوجه عدم تخصص و بی‌اطلاعی و عدم آگاهی خود در خصوص دنیای عمیق و وسیع هیپنوتیزم خواهند شد، امکان دارد برخی از مطالب این کتاب را درک نکنید، متأسفانه ممکن است آن قسمت از مطالب را که برخی‌ها تصور می‌کنند فهمیده‌اند، اشتباه باشد، دلیل آن پرسش از یک روانکاو و دکتر روانشناس است.

شما سؤال کنید، فلان بحث و مطالب کتاب مدیکال هیپنوتیزم را من اینطور درک کردم، آیا صحیح است؟

یا سؤال کنید، چرا بازگشت به گذشته «ریگرشن» یکنوع «تسلسل سیر فقه‌رانی»

است؟

اصلاً، تسلسل سیرقهقرائی یعنی چه؟

«تو تم»ها در هیپنوتیزم چه نقشی دارند؟ و صدها مطالب دیگر نظیر این. ممکن است شما بتوانید چند نفری را هیپنوتیزم کنید، ولی امکان ندارد بتوانید يك «هیپنوتراپ» باشید، مگر اینکه دکتری روانشناسی، یا روانکاوی یا روانپزشگی داشته باشید.

اگر در هر نوع عملیات هیپنوتیزمی نتیجه خوبی نگرفتید، نقص و بیدانسی از شما است، نه از علم هیپنوتیزم!

این کتاب فقط این حقیقت را بشما میآموزد که هیپنوتیزم در عین ساده بودن بسیار پیچیده است.

درباره چاپ انگلیسی کتاب مدیکال هیپنوتیزم

هنگام تنظیم چاپ صفحات کتاب بفکرم خطور کرد که اصل انگلیسی این کتاب را هم افست و چاپ کنم تا کسانی که تا حدودی اطلاعاتی در خصوص زبان انگلیسی دارند، بتوانند علاوه بر ترجمه فارسی کتاب اصل انگلیسی آن را هم بخوانند، لذا تا آنجا که ممکن بود بیشتر لغات و اصطلاحات انگلیسی را، اعم از اصطلاحات و لغات خاص یا ساده و مشکل را سعی کردم در زیر هر صفحه بنویسم، نوشتن این لغات کمک مؤثری خواهد بود برای کسانی که میخواهند اصل انگلیسی کتاب را هم مطالعه کنند.

معنی چند لغات انگلیسی

علم نوپا و نوجوان هیپنوتیزم نه تنها در ایران، بلکه در دنیا نیز بسیار جوان است. گرچه پدیده‌های آن در اوایل قرن هجدهم به توسط مسمر ظاهر شد، ولی سالیان دراز در مجامع علمی پزشکی راه نیافت و همراه خرافات از نقطه نظر علمی و علماء بآن توجهی نمیشد، تولد علمی هیپنوتیزم را میتوان از آغاز نیمه دوم قرن بیستم دانست، با این حساب میتوان گفت که علم هیپنوتیزم در دنیا در حدود ۴۰ سال است که شکل علمی به خود گرفته است و چون بزبان‌های خارجی هزاران هزار کتاب و مجله درباره هیپنوتیزم نوشته شده و میشود، و در ایران نیز کم و بیش این علم شناخته میشود، لذا لازم است، آیندگان و علاقمندان علم هیپنوتیزم، لغات و اصطلاحات مخصوصی در زبان فارسی بجای کلمات خارجی بسازند.

در مقدمه کتاب «اتو هیپنوتیزم» ترجمه آقای همایون نقر نوشته لسلی لوکرن، دیدم آقای دکتر صاحب الزمانی، برای کلمه «هیپنوتیست» **Nypnotist** یعنی هیپنوتیزم کننده، کلمه «خوابگر» را ساخته است و بجای «کلمه» «سوژه **subject**» کلمه «خوابرو» را بکار برده است، بهر حال این کلمه اصطلاح جدیدی است که آقای دکتر صاحب الزمانی با ابتکار شخصی خود، برای آنها قالب فارسی درست کرده است، و در کتابهای دیگر اصطلاحات «عامل» بجای هیپنوتیزم کننده و «معمول» بجای «هیپنوتیزم» شونده بکار برده شده است.

و در بعضی کتابهای دیگر هم دیده‌ام که کلمه «هیپنوتیزور» که يك اصطلاح فرانسوی است بکار برده شده و بجای کلمه «هیپنوتیزم» «خواب مصنوعی» نوشته‌اند، بهر حال گرچه کم و بیش خوانندگان و علاقمندان کتابهای هیپنوتیزم با این اصطلاحات آشنائی دارند، ولی اگر بخواهیم برای (سوژه) و (هیپنوتیست) معادل فارسی بسازیم، همان کلمه (خوابگر) و (خوابرو) واژه‌های قشنگی هستند، که معنی را نیز بخوبی میرسانند ولی از آنجا که، من خواسته‌ام، توجه و تمرکز بیشتری روی علم هیپنوتیزم باشد، و مطالعه کنندگان هم، با برخی از کلمات خارجی آشنا باشند، و از طرفی خواسته‌ام کلمات مخصوص و وابسته به خود علم بکار برده شود، لذا از همان کلمات: هیپنوتیزم، هیپنوتیست سوژه، هیپنوتراپی و هیپنوتالیز، و برخی اصطلاحات خارجی دیگر استفاده کرده‌ام، که معنی هر يك در زیر آورده میشود.

۱- «هیپنوتیزم **Hypnotism**» بمعنی علم «خواب کردن»

۲- «هیپنوتیست **Hypnotist**» بمعنی (خواب کننده)

۳- «سوژه **Subject**» لغت (سوژه) اصطلاح فرانسوی است، که انگلیسی

آن (ساب جکت) است و بمعنی (خواب رونده) یا (خواب شونده) است.

۴- «هیپنوتراپی Hypnotherapy» بمعنی (معالجه از طریق هیپنوتیزم)

۵- «هیپنوتالیز Hypnoanalaysis» یعنی (کاویدن درون بیمار در حال

هیپنوتیزم یا پرسش از بیمار در حال هیپنوتیزم)

۶- «اتو هیپنوسیز Autohypnosis» یعنی (خود را هیپنوتیزم کردن)

۷- «سلف هیپنوتیزم Self-hypnotism» بمعنی (خود را هیپنوتیزم کردن)

فقط تعداد بسیار کمی از اصطلاحات انگلیسی که مورد کاربرد زیاد دارد، بدون

شرح و بسط زیاد در بالامعانی آنها نوشته شد، معانی بسیاری از اصطلاحات و لغات انگلیسی

در زیر هر صفحه نوشته شده است که علاقمندان می توانند، بآن لغات مراجعه و یا

یاد بگیرند.

فراموش نشود که من در کتاب حاضر که جنبه تخصصی داشته و کمی در سطح بالاتر

از دانش و معلومات عمومی است، این کلمات و اصطلاحات را بکار میبرم، ولی در

کتابهایی که برای دانش عمومی است و جنبه تخصصی ندارد، حتی الامکان سعی نموده‌ام

که همان کلمات غیر تخصصی را بکار ببرم. در ضمن یادآوری میشود که کسانی که قبلاً

دو کتاب (روانشناسی هیپنوتیزم) و (خود هیپنوتیزم) را مطالعه کرده باشند از این کتاب

بهرتر میتوانند استفاده کنند، زیرا در کتاب روانشناسی هیپنوتیزم، هیپنوتیزم بزرگان ساده

تعریف شده و در واقع القای هیپنوتیزم است.

در کتاب مدیکال هیپنوتیزم اصطلاحاتی نظیر (کاندیشن رفلکس)، (سوپراگو)

(تصعید) (سیرقهقرائی) و نظایر آن بکار برده شده که برای هر یک از این اصطلاحات در

کتابهای روانشناسی هیپنوتیزم و خود هیپنوتیزم چندین صفحه توضیح داده شده است.

شاد و موفق باشید - کابو ک

مطالعه فهرست مطالب کتاب حداقل این فایده را دارد، که خلاصه‌ای از شمای کلی کتاب در ذهن شما جایگیر میشود و معنی آن اینست که یک بار کتاب را مطالعه کرده‌اید

فهرست مطالب

فصل اول

فرضیه تسلسلی ماهیت هیپنوتیزم

۱۸	منشاء تلقین
۱۹	تلقین بعنوان يك عمل مغزی بسیار قدیمی
۱۹	تلقین در دوران طفولیت
۲۰	تلقین در انسان اولیه
۲۰	تلقین در حیوانات
۲۱	انعکاس
۲۲	سیر قهقرائی تسلسلی
۲۲	دفاعهای هیستریک
۲۵	شناسائی و وحدت

فصل دوم

رابطه پدیده‌های هیپنوز با فرضیه تسلسلی

۲۷	اعمال یا کنش‌های هوشی
۲۸	از بین بردن مقاومت هوشی زیاد سوژه
۲۹	فعال سازی مجدد تلقین باطنی

صفحه	عنوان	فهرست مطالب
۲۹	اعتبار و نفوذ سیرقه‌رانی	
۲۹	ارتباط بدون حرف و تکلم	
۳۰	مورد استفاده فرضیه تسلسلی در جنبه‌های بالینی هیپنوز	
۳۰	ازدیاد تلقین پذیری	
۳۰	رابطه هیپنوتیک	
۳۱	فراموشی	
۳۲	خواب	
۳۳	دفاعهای شبیه هیسنریک	
۳۴	سیرقه‌رانی	
۳۴	شکست واپس زدگی	
۳۵	پدیده‌های توهمی	
۳۶	تلقین برای بعد از هیپنوتیزم	
۳۶	خود هیپنوتیزم کردن	
۴۰	حالات «خود هیپنوتیزم» کاذب	
۴۰	عمق خواب هیپنوتیزم	
۴۱		

فصل سوم

التاء هیپنوز

۴۳	کلیات
۴۴	انگیزش بیمار برای هیپنوسیز
۴۳	جادوگری
۴۵	ایده‌های نفوذ کننده
۴۷	تعقل برای حفظ علائم
۴۷	زناییکه مبتلا به حالت تهاجمی مردانه میباشد
۴۸	مازوشیسم
۴۸	انگیزش شهوانی

صفحه	فهرست مطالب	عنوان
۴۹	احساس طلبی	احساس گناه
۵۰	متعابین یا کسانی که شخصیت زبردستی و فرنبری دارند	انگیزش آخرین روزنه امید
۵۱	انگیزش بیمار علیه هیپنوتیزم	دسته اول - کسانی که احساس عدم امنیت میکنند
۵۳	پرخاشگران	هیپنوتیزم از نظر تمایلات جنسی
۵۴	انگیزش پزشکی	انگیزش پزشکی معالج برای هیپنوتیزم
۵۵	تمایل برای قدرت	انگیزه هیستریکی
۵۵	سادیسم (دیگر آزادی)	الوهیت و قدرت مطلق
۵۶	تمایل شهوانی	انگیزش پزشکی علیه هیپنوتیزم
۵۷	انگیزش پزشکی علیه هیپنوتیزم	ترس از جنبه شهوانی
۵۷	ترس از تنه‌اجم	ترس از شکست
۵۸	ترس از شکست	

فصل چهارم

رابطه عاطفی بین هیپنوتیز و روموزه

۶۳	انواع روابط
۶۴	رابطه (پزشک - بیمار)
۶۴	هدف رابطه (پزشک - بیمار)
۶۵	برقراری رابطه (پزشک - بیمار)
۶۶	رابطه عاطفی
۶۶	یک نکته استثنائی

صفحه	عنوان	فهرست مطالب
۶۷	مفهوم رابطه صمیمانه عشق نیست	
۶۷	شرکت دکتر در رابطه صمیمانه	
۶۸	برقرار کردن رابطه صمیمانه	
۶۹	صمیمیت	
۷۰	مکانیسمهای کنایه‌ای	
۷۱	مواقع برقراری رابطه صمیمانه	
۷۲	رابطه انتقال	
۷۲	ماهیت انتقال	
۷۲	پدیده‌های «انتقال» در هیپنوسیز	
۷۲	رابطه «هیپنوتیکی»	
۷۳	فقدان رابطه «هیپنوتیکی»	
۷۴		

فصل پنجم

پرستیز یا شخصیت

۷۵	پرستیز و فرضیات تسلسلی
۷۵	ماهیت پرستیز
۷۵	پرستیز و تلقین
۷۷	پرستیز در هیپنوتیزم آمرانه
۷۷	مورد استفاده قبلی پرستیز
۷۸	مورد استفاده جدید پرستیز
۷۹	پرستیز در هیپنوز غیر آمرانه
۷۹	پرستیز مادرانه
۸۰	پرستیز و تسلیم

فصل ششم

ایجاد زمینه «صاحب»

۸۲

طرز فکر بیطرف و خنثی

صفحه	فهرست مطالب	عنوان
۸۳	دره‌های همساز	روش‌های همساز
۸۴	کسب شرح حال و سابقه بیماری	دره‌مصاحبه اولیه روانی
۸۶	مشکلاتی که در برقراری «رابطه صمیمانه» پیش می‌آید	
۸۷	اداره ورهبری تنهاجم درهپنوتیزم معالجه	
۸۸	خودداری بیمار از بیان اسرار درونی درهپنوتیزم معالجه	
۸۸	علائم پنهانی بیماری درهپنوتیزم معالجه	
۸۹	دفاع سطحی درهپنوتیزم معالجه	
۹۰	تجزیه وجداسازی عواطف در معالجه هیپنوتیزی	
۹۱	عکس‌العمل یا گشودن عقده از طریق حرف زدن	
۹۴	معاینه بدنی در معالجه هیپنوتیزی	
۹۳	معاینه بدنی و تسلیم	
۹۴	ایجاد شرایط لازم برای حرکت خودکار	
۹۵	ایجاد برقراری اتورپته	
۹۶	ایجاد شرایط لازم برای رهائی و شل بودن	
۹۷		

فصل هفتم

انتخاب و روش هیپنوتیزم

۱۰۲	آزمایش بالینی برای انتخاب روش القاء
۱۰۳	آزمایش حرکت نوسانی
۱۰۴	آزمایش بالینی
۱۰۵	حالت اول ، پاسخ مثبت
۱۰۶	حالت دوم ، بی پاسخ (بی تفاوت)
۱۰۶	حالت سوم ، پاسخ منفی
۱۰۷	حالت چهارم ، پاسخ مبنی بر منفی کاری
۱۰۷	هیپنوتیزم کردن جنس زن و مرد

فصل هشتم

توضیح و تعریف هیپنوتیزم برای بیمار

۱۰۹	توضیح هیپنوتیزم
۱۱۱	ملاحظات اخلاقی
۱۱۴	وانهادگی و تعقل
۱۱۶	پیش بینی مدت معالجات بیماری بوسیله هیپنوتیزم
۱۱۸	تشریح و توضیح درباره هیپنوسیز
۱۲۱	هیپنوز طبی و هیپنوز روی سن نمایش
۱۲۲	هیپنوتیزست فقط سوژه را راهنمایی میکند
۱۲۲	خواب هیپنوتیکی و خواب طبیعی
۱۲۳	مبارزه و کشمکش بین هیپنوتیز کننده و هیپنوتیز شونده وجود ندارد
۱۲۴	خاشمی که از بیلاق آمده بود
۱۲۵	توضیح خودکاری

فصل نهم

دفاع های «لیه هیپنوتیزم»

۱۲۸	علت وانگیزش دفاع
۱۲۹	«چبود» ناخود آگاه دفاعها
۱۳۰	ترس از دست دادن اراده و اختیار موجب دفاع در مقابل هیپنوز
۱۳۰	دفاع بشکل بیقراری و نا آرامی
۱۳۲	انواع مختلف بی قراری
۱۳۲	دفاع بشکل صاف کردن سینه و تنفس صدادار
۱۳۳	دفاع بشکل لرزش
۱۳۳	دفاع بشکل حرف زدن
۱۳۴	دفاع بصورت منفی کاری

صفحه	فهرست مطالب	عنوان
۱۳۵	طرز اداره ورهبری سوژه منفی کار	دفاع بصورت تظاهر
۱۳۵	تشخیص دفاع از طریق «تظاهر»	
۱۳۶	طرز اداره ورهبری سوژه متظاهر	
۱۳۷	تظاهر به خواب طبیعی بعنوان دفاع	
۱۳۹	طرز اداره ورهبری دفاع بیمار بوسیله خواب طبیعی	
۱۴۰	خواب طبیعی درهپنو آنالیز	
۱۴۰	خواب طبیعی بصورت يك وسیله دفاعی درمقابل خواب هیپنوتیک	
۱۴۱	سایر دفاعها	
۱۴۲	علائمی که بصورت دفاع جلوه می کنند	
۱۴۲	خانمی که با تمارض به تنگ نفس درمقابل هیپنوز از خود دفاع میکرد	
۱۴۲	دفاع از طریق تحقیر	
۱۴۳	مدید بیماری که با تحقیر کردن هیپنوز از خود دفاع میکرد	
۱۴۴	واکنش دفاعی ناشی از ترس	
۱۴۵	دفاع از طریق برگرداندن صورت	
۱۴۶	انگیزش اصلی دفاعها را کاهش میدهد	
۱۴۷		

فصل دهم

۱۴۸	روش های «آمرانه» و غیر «آمرانه» در هیپنوتیزم	
۱۴۹	هیپنوز غیر آمرانه	
۱۵۰	مبنای نظری یا تئوری روش های آمرانه و غیر آمرانه	
۱۵۱	واقعیت روش غیر آمرانه	
۱۵۲	روش آمرانه در هیپنوتیزم	
۱۵۵	روش غیر آمرانه	
۱۵۷	۱- عدم ترغیب ضمن خواب	
۱۵۷	۲- برقراری رابطه حسنه	
۱۵۹	انتخاب روش	
۱۵۹	انتخاب متناقض روش	

فصل یازدهم

۱۶۲	نکات معنوی و اخلاقی که هنگام هیپنوتیزم کردن باید رعایت شود
۱۶۳	الزامات اخلاقی
۱۶۵	تحمیل اراده شخصی بشخص دیگر
۱۶۶	اعمال ضد اجتماعی
۱۶۶	بروزدادن اسرار
۱۶۷	زیاد شدن تلقین پذیری
۱۶۷	یک تجربه شخصی
۱۶۷	اتکاء به پزشکی معالج
۱۶۸	ملاحظات معنوی و اخلاقی فن
۱۶۸	ارتباط بوسیله لمس
۱۶۹	نگاه خیره مستقیم
۱۷۰	رابطه هنجانی و احساسی
۱۷۱	تجربه شبه مذهبی
۱۷۲	انگیزه تمرد و خودسری
۱۷۳	انگیزه کژخوئی در بیمار
۱۷۴	انگیزه کژخویی در پزشکی
	درك واستنباط
۱۷۵	سوژه ای که افکار مرا درك می‌کند
۱۷۵	رویدادی دیگر درباره تله پاتی

فصل دوازدهم

القاء هیپنوز بوسیله تلقینات مستقیم و رلکس

صفحه	عنوان
۱۷۷	درضیهٔ تسلسلی هیپنوتیز و القاء بوسیلهٔ رلکس
۱۷۷	روش آمرانه
۱۷۷	روش غیر آمرانه
۱۷۸	درجه بندی تلقینات
۱۷۹	تسهیل تلقین
۱۷۹	کنند کردن حس انتقاد
۱۸۱	مبارزه طلبی
۱۸۱	مبارزات مستقیم
۱۸۱	مبارزات غیر مستقیم
۱۸۲	مبارزه طلبی آمرانه و غیر آمرانه
۱۸۳	بمبارزه طلبی فعالیت اولیه و ثانوی
۱۸۳	روش دادن تلقینات لفظی
۱۸۳	اثر صدای یکنواخت
۱۸۴	تکرار و مکث‌ها
۱۸۵	کاهش دادن صحبت
۱۸۵	آماده کردن برای خواب
۱۸۶	استفاده از احساس بیمار
۱۸۷	مرحلهٔ اول - حرکت غیر ارادی دستها یا پاها
۱۸۷	تدابیر کات و وسائل خاص لازم نیست
۱۸۹	کشش ماهیچه‌های در وضعیت استراحت
۱۹۰	دلایل کندن لباس
۱۹۱	ایجاد انعکاسهای عصبی
۱۹۲	اخطار برای لمس کردن
۱۲۳	حرکت غیر ارادی دستها و پاها
۱۹۴	لمس ماهیچه‌های شکم
۱۹۵	اجتناب از تلقین مستقیم
۱۹۶	مرحلهٔ دوم - تلقینات شفاهی برای رلکس
۱۹۷	تلقینات برای خواب و رلکس
۱۹۸	طرز دادن تلقینات

صفحه	فهرست مطالب	عنوان
۱۹۸	چشمها ضمن القاء رلکس	
۲۰۰	ارتباط بوسیله حرکت وسایه دست	
۲۰۰	مرحله سوم - سفت شدن دست	
۲۰۱	القاء سختی دست	
۲۰۲	القاء حرکت چرخشی	
۲۰۳	بیمار در حال مشاهده پدیده هیپنوتیکی	
۲۰۴	اشکالاتی که در القاء سختی دست پیش میآید	
۲۰۶	مرحله چهارم - خواب هیپنوتیک	
۲۰۶	علائم هیپنوز	

فصل سیزدهم

۲۱۰	القاء هیپنوتیزم بوسیله حرکت غیر ارادی دست	
۲۱۱	در انتظار بودن بطور نامشخص	
۲۱۲	بسیج انتظار - با ایجاد حالت انتظار نامشخص در سوژه	
۲۱۳	آماده نمودن برای حرکت دست	
۲۱۴	رابطه حسنه و کشش ماهیچه‌ای	
۲۱۴	رهائی و کشش ماهیچه‌ای	
۲۱۵	تسلط بر اضطراب	
۲۱۷	فن حرکت غیر ارادی دست	
۲۱۹	اشکالات حرکت غیر ارادی دستها	
۲۲۰	دفاعهای مختلف در مقابل حرکت دست در هوا	
۲۲۱	دفاع بوسیله تظاهر	
۲۲۳	جرخ و تعدیل‌های مختلف و در روش حرکت غیر ارادی دست	
۲۲۴	اختلاف بالش	

فصل چهاردهم

القاء هیپنوز با شروع و حرکت تکراری

۲۲۵	ملاحظات اولیه	
۲۲۶	فن القاء با حرکت تکراری	
۲۲۸	عقب نشینی با عقب کشی تدریجی تماس	

صفحه	فهرست مطالب	عنوان
۲۲۹	قاعده آهنگ ماهیچه‌ای	مبارزات
۲۲۹	نشان دادن حرکت غیرارادی دست به بیمار	مبارزات بعدی
۲۲۹	نگهداشتن حرکت دست	دفاع با استفاده از سستی بدن
۲۳۰	هیپنوتیز بیمار منفی کار	تشویق و تقویت روش منفی کاری
۲۳۱	یک اختلاف در روش حرکت تکراری	پدیده‌های اولیه و ثانویه
۲۳۲		
۲۳۲		
۲۳۴		
۲۳۵		

فصل پانزدهم

القاء هیپنوز با نگاه خیره مستقیم

۲۳۷	اهمیت نگاه خیره مستقیم	عدم استفاده از نگاه خیره مستقیم در سالهای اخیر
۲۳۸	سمبولیسم چشم	اثر فرهنگی
۲۳۹	چشمی که همه چیز را می بیند	چشم قدرت
۲۴۰	چشم شیطانی و پلید	مکانیسم‌های روانی چشم
۲۴۱ - ۲۴۲	روش‌های آمرانه و غیر آمرانه هیپنوز بطریق نگاه خیره	انتخاب روش تقرب
۲۴۳	رابطه حسنه و چشم شیطانی	روش آمرانه با نگاه مستقیم
۲۴۴ - ۲۴۶	روش غیر آمرانه با نگاه مستقیم	فن نگاه مستقیم
۲۴۷ - ۲۴۷	فن آمرانه	گردش تخم چشمها بطرف بالا
۲۴۸ - ۲۴۹	درگیری ماهیچه‌های کمکی	حرکات متقابل در صورت بروز اشکال
۲۵۰ - ۲۵۱		از بین رفتن تونوس موقت عضلات در اثر هیپنوز یا در هیپنوتیک کاتاپلکسی
۲۵۲		فن غیر آمرانه
۲۵۴	سمبولیسم پیرمرد هافل	مشکلات و معضلات نگاه خیره مستقیم
۲۵۴ - ۲۵۵	تسلط و تفوق بیمار	بسیج حالت تهاجمی
۲۵۶ - ۲۵۶		بیمارانیکه مبتلا به جنون جوانی قبل از بیماری روانی هستند
۲۵۷		
۲۵۸		

صفحه	فهرست مطالب	عنوان
۲۵۸ - ۲۶۰	روش کلاسیک	حالت کاتالپسی چشم‌ها
۲۶۲		دفاع‌های ناخودآگاه در مقابل هیپنوز
۲۶۲		فن روش القاء دینامیک تلقینات اولیه
۲۶۳		تلقیناتیکه بر مبنای دفاعهای بیمار اتخاذ میشوند
۲۶۴		پاره‌ای از ملاحظات عملی در روش دینامیک
۲۶۵		قابلیت انعطاف و سازگاری پزشکی معالج
۲۶۶		انتخاب حالات

فصل هفدهم

روش‌های دیگر القاء هیپنوتیزم

۲۶۷ - ۲۶۷	در کار تجربی و در فراگیری هیپنوز	وسایل کمکی مکانیکی
۲۶۸ - ۲۶۹ - ۲۷۰	هیپنودیسک	روش برید متروم
۲۷۰ - ۲۷۰	تماشای صحنه‌ها و منظره‌ها	تلقینات شفاهی ضبط شده
۲۷۱ - ۲۷۳	افزایش عمیق هیپنوسیز	فن بلند کردن دست
۲۷۴ - ۲۷۴	تناوب هیپنوز در یک جلسه	مبارزه طلبی و شمارش
۲۷۵		نگاه خیره مستقیم
۲۷۵	دادن فرصت به بیمار برای مشاهده اثر هیپنوز در خودش	
۲۷۵ - ۲۷۶	مشاهده اثر هیپنوز روی دیگران	تخلیه هیجانی

فصل هیجدهم

بیدار کردن از خواب هیپنوتیزم

۲۷۷ - ۲۷۷	عامل زمان در بیدار کردن از خواب هیپنوتیزم	اصول کلی
۲۷۹		تلقینات کافی برای بیداری
۲۷۹		شکست در بیدار کردن بصورت یک ارتباط عمل می‌نماید
۲۷۹ - ۲۸۰	حفاظت در مقابل هیپنوز نامطلوب	فن بیدار کردن ضد تلقینات
۲۸۱ - ۲۸۲		فن شمارش تلقینات فوق لفظی مقدماتی
۲۸۵ - ۲۸۶	اشکالاتیکه در بیدار کردن وجود دارد	روش کار بعد از بیماری
۲۸۶ - ۲۸۷	مقاومت ناشی از شکست در بیدار کردن	بیداری خودبخود
۲۸۹ - ۲۹۰		مرد جوانی خانم جوانی

فصل نوزدهم

مسائل بفرنج در القاء هیپنوتیزم

- ۲۹۲ - ۲۹۴ اضطراب ناشی از رهائی کنترل اضطراب ناشی از هوشیاری ناگهانی
مدیر یکی از شرکتهای هیجان ناشی از بیداری خود بخود
- ۲۹۶ - ۲۹۷ اضطراب ناشی از سوء تعبیر تلقینات هیجان ناشی از مفهوم سمبولیک
- ۲۹۸ - ۲۹۹ اضطراب ناشی از تجربه دردناک قبلی یا گذشته
- ۳۰۱ اضطراب ناشی از صحبت کردن با شخص ثالث
- ۳۰۲ اضطراب ناشی از شدت رابطه احساسی
- ۳۰۳ - ۳۰۵ علق مقاومت در جلسه دوم مقاومت در جلسه دوم
- ۳۰۵

مسائل پیچیده و بفرنج گوناگون

- ۳۰۷ - ۳۱۰ انگیزه تعرد و خودسری ایجاد بیماری روانی که معلول پزشکی است
حالت بین خواب و بیداری پس از خواب هیپنوتیک
- ۳۱۰ - ۳۱۱ مفصل های دررفته و پیچ خورده اشکالات فردی
- ۳۱۱ - ۳۱۲ واکنش های مختلف در پزشکی معالج اضطراب در پزشکی معالج
- ۳۱۳ - ۳۱۳ اقناع یا رضایت خاطر عوامل محرکه نا آگاه بزرگ نمائی
- ۳۱۴ - ۳۱۶

فصل بیستم

فراگیری روش القاء هیپنوز

- ۳۱۷ - ۳۱۸ پختگی و بلوغ احساساتی علم پسیکودینامیک
- ۳۱۹ تجربه روی بیمارانی که مشوش و ناراحت شده اند
- ۳۲۰ - ۳۲۱ فراگیری هیپنوز بوسیله «رلکس» رلکس بیماران هیجانی
- ۳۲۲ تجربه در دادن تلقین
- ۳۲۳ فراگرفتن هیپنوز با عبور از نارکوآنالیز یا روانکاوی بوسیله داروی خواب آور
- ۳۲۴ دانشجو از هیجان رهائی مییابد
- ۳۲۵ فراگیری هیپنوز تحت نظرسرپرستی (هیپنوتیزور)
- ۳۲۵ - ۳۲۶ آموزش فردی دانشجو با بیمار در ارتباط قرار میگیرد
- ۳۲۷ روش تجربی در فراگیری هیپنوز
- ۳۲۷ مهارت در نوسان دادن و آزمایش قفل کردن دستها
- ۳۲۷ روش تجربی توصیه نمیگردد

محتوا

فصل اول

فرضیه تسلسلی ماهیت هیپنوتیزم^۱

دکتر «انسلی میرز» ماهیت هیپنوتیزم را «سیر قهقرائی تسلسلی» میدانند که این نظریه در کتاب «روانشناسی هیپنوتیزم» به تفصیل بحث شده است، برای درک بهتر و عمیق تر این عقیده می‌توانید به کتاب «روانشناسی هیپنوتیزم» بخش ماهیت هیپنوتیزم مراجعه نمائید. بهر حال انسلی میرز میگوید:

تا کنون ماهیت هیپنوتیزم شناخته نشده است. بطوریکه تا بحال نشان داده شده، هیچیک از تئوریهای عصر حاضر نمیتواند گویای تمام پدیده‌های هیپنوتیزم باشد. در سال ۱۹۵۷ مقالهای که پیرامون فرضیه عملی ماهیت هیپنوتیزم نوشته بودم در نشریه پی‌شناسی و روانپزشکی انجمن طبیبی آمریکا^۲ چاپ و منتشر گردید. من هم این عقیده را ندارم که آنچه را که در اینجا می‌گویم آخرین

1 - The Atavistic Hypothesis

فرضیه تسلسلی

2 - Working Hypothesis

فرضیه عملی

3 - American Medical Association Archives of Neurology and Psychiatry

نشریه پی‌شناسی و روانپزشکی انجمن طبیبی آمریکا

گفتار پیرامون نظریات هیپنوتیزمی باشد. بهر حال در حال حاضر چنین بنظر میرسد که این فرضیه با عموم جنبه‌های بالینی مختلف هیپنوتیزم بیش از سایر تئوریها مطابقت مینماید.

شرح این فرضیه از این نظر در این کتاب طبی و بالینی آورده میشود که اولاً دانشجو در جریان عنوان اصلی و مرکزی که پدیده‌های مختلف فرضیه را بهم مربوط میسازد قرار بگیرد و ثانیاً يك اصل راهنما که به کلیه روشهای ظاهراً گسسته القاء هیپنوز قابل اجراء باشد در اختیار وی قرار بگیرد. این اصولاً يك فرضیهٔ تسلسلی است که پوششی از مکانیسم تحرك روانی (پسیکودینامیک) بآن افزوده شده است، تمام کسانی که در عمل بالینی با هیپنوز سروکار دارند بایستی بدسه جنبه حالت هیپنوتیکی توجه داشته باشند:

۱- يك مرحله بسیار ابتدائی از رشد یا يك حالت اصلی بخصوص در سوژه (هیپنوتیزم شونده).

۲- اهمیت تلقین.

۳- عمل مکانیسم روانی نظیر حالات دفاعی روانی.

فرضیهٔ تسلسلی به شرح هر يك از این پدیده‌های یادشدهٔ بالا خواهد پرداخت.

● منشاء تلقین ۲ - (خوانندگان محترم این کتاب باید توجه داشته باشند

که «انسل میرز» درباره تلقین نظریه مخصوصی دارد که کاملاً تازگی دارد و تا بحال در هیچ کتابی نخوانده‌اید، بنابراین لازم است با دقت بنظریه ایشان توجه شود.) قبلاً گفتیم که تلقین عبارت از مرحله‌ایست که طی آن يك ایده بدون انتقاد و چون و چرا مورد قبول واقع میشود، این ایده ممکن است بطورشفاهی و یا بکار بردن کلمات و جملات منطقی بعمل آید، و یا ممکن است بدون لفظ و بدون حرف زدن بعمل آید، نظیر ایما و اشاره، و فهماندن با حرکات

صورت و یا بوسیله حرکات و رفتار معمولی و روزمره، اگر ایده‌ای که تلقین میشود اختلاف زیادی از نظر منطقی موضوع داشته باشد، نیروی فکری و هوشی سوژه تحریک شده و موجب عدم قبول تلقین میشود و تلقینات رد شده و بلا اثر خواهند شد.

● **تلقین بعنوان يك عمل مغزی بسیار قدیمی - توانائی فکر کردن و اندیشیدن منطقی يك عمل مغزی است که اخیراً انسان بآن عادت کرده است در انسان اولیه، قبل از تکامل هر حله^۱ منطق، عقاید ساده بوسیله مکانیسمهای ساده‌تری مورد قبول واقع میشد.**

احتمالاً هر حله^۱ اجرا کننده این عمل همان تلقین بوده است. بعبارت دیگر، بنظر میرسد که تلقین يك مرحله^۱ ابتدائی مغزی بوده که در دوران تکامل یعنی قبل از کسب توانائی تفکر منطقی بشر پذیرش ایده‌ها را صورت میداده است. اگر چنین باشد، انتظار میرود که شواهدی برای هر حله^۲ تلقین در پذیرش ایده‌ها در کودکان، انسانهای اولیه و انواع مختلف حیواناتی که بعد از انسان قرار گرفته‌اند پیدا شود.

● **تلقین در دوران طفولیت - نخستین فعالیت کودک بصورت انعکاس خصوصیات و رفتار جلوه میکند، ولی دیری نمیگذرد که کودک شروع به تقلید حرکات اطرافیان خود مینماید، مثلاً مادر تبسم میکند و بچه در جواب مادر تبسم مینماید، پدر دستهایش را باز میکند، و طفل نیز دستهای کوچکش را باز میکند. این تقلید کودک در جواب تلقین است.**

در مثالهای یادشده بالا، ایده‌ها از طریق حالت صورت مادر و اشارات دستی پدر تلقین شدند، این نوع تقلید از حرکات اشخاص بزرگ که غالباً بر اساس هوش و منطق میباشد، نه بر اساس هر حله^۱ تلقین بایستی تفکیک شود. بنظر میرسد که کودک در مرحله^۱ ابتدائی زندگی میراث خود را از زمانی که تلقین عامل پیدایش زندگی و حیات اجداد بسیار دورش گردید منعکس^۳ مینماید.

1 - Suggestion

2 - Process

3 - Re - enact

تلقین

فرایند - مرحله

منعکس

ماهیت هیپنوتیزم

مرحله ابتدائی تلقین در دوران طفولیت و کودکی فعال بوده و هنگامیکه دوران بلوغ فرامیرسد مقهور عقل و خرد میگردد.

● تلقین در انسان^۱ اولیه - انسان اولیه نظیر کودک خیلی زیاد تحت تأثیر تلقین قرار میگیرد. در حقیقت اینطور بنظر میرسد که تلقین تمام شئون زندگی انسان اولیه را فرامیگیرد. ماهیت برجسته^۲ برخی از کشفیات حاصله از تحقیقات انسان شناسی منجر بانحراف توجه ما از اهمیت تلقین شده است. باید بخاطر داشت که تنها از طریق این مکانیسم است که ایمان^۳ به بقاء روح در تمام حیوانات و اشیاء، سحر و جادوگری، حکم تحریم^۴ و تقدیس قوای نیرومندی را در زندگی انسانهای اولیه تشکیل میدهند. در امور جاری زندگی روزمره، تلقین مانند آنچه در مورد اطفال گفته شد فعال بوده و باید بر قسمت اعظم رفتار انسانهای اولیه مسلط بوده باشد.

درغیاب انگیزش منطقی قاطع و روشن، نیروی چسبنده یا تعصب موجود در جوامع اولیه که باعث انجام عمل متمرکز و هم آهنگ افراد آن، جوامع میگردد بدون تردید تلقین بوده است. اثر تلقینی هر اس ناگهانی و یا خشم و غضب آتشین در این جوامع بخوبی شناخته شده، اما تلقین باید عامل مهمی در انگیزش رفتار فردی زندگی روزانه آنها بوده باشد، خواه این تلقین در روش شکار یا فلاحات انسانهای اولیه بوده باشد، و خواه در ساختن وسائل یا انتخاب غذا، اثر آن پیوسته یکسان بوده است.

● تلقین در حیوانات - مشاهده انواع مختلف حیواناتیکه از نظر توسعه^۵

1 - Primitive man

2 - Anthropological

3 - Animism

4 - Taboo

5 - Subhuman animal

انسان اولیه

انسان شناسی

ایمان به بقاء روح در تمام حیوانات و اشیاء

حکم تحریم یا تقدیس از طرف روحانیون یا مذهب

حیواناتیکه از نظر توسعه مغز بعد از انسان قرار گرفته اند

مغز بعد از انسان قرار گرفته‌اند با آسانی این نکته را روشن مینمایند که عکس‌العمل بطور گوناگون زیر جلوه میکنند:

● انعکاس، انعکاس^۱ مشروط در رفتار^۲ غریزی. از طرف دیگر پاره‌ای از رفتار این موجودات بسهولت با مکانیسمهای یادشده بالا قابل تشریح نیستند، غالباً بنظر میرسد که در اثر مشاهده، بو، و یا صدای یک حیوان متشابه، ایده‌ای در یک حیوان پدید می‌آید، و سپس اینطور استنباط میشود که حیوان مذکور از روی اراده نسبت به ایده فوق عمل مینماید، هر چند بصورت معمولی باشد.

غالباً بنظر میرسد که این فرآیند یک تقلید معمولی، یا باصطلاح روان‌شناسی تلقین میباشد، چوپان با سگش و در شگه‌چی با اسبش از طریق تلقین ارتباط^۳ برقرار مینمایند.

سایر اطلاعات و مفروضات اهمیت این نظریه را بالا میبرند. این فرضیه جدید که بر طبق آن اعمال جانداران اولین چیزی هستند که تحت تأثیر فشار مخالف قرار میگیرند مورد قبول عامه واقع شده است. در این مورد، داروهای خستگی آور و مسکن، تا حدود معینی در افزایش میزان تلقین پذیری مؤثرند. بعبارت دیگر اثرات مضر خستگی و داروها در ابتداء بر اعمال عقل و منطق که اخیراً اکتساب شده مشهود گردیده، باعث آزادی مکانیسم ابتدائی بیشتری در امر تلقین میگردد.

این اوضاع و احوال بیک نقطه عملی در کاربرد تلقین در هیپنوز منتهی میگردد. واضح است که نباید تلقین را بمثابة مترادفی برای غیر منطقی در مقابل منطقی در نظر بگیریم، اما باید بدان از نظر یک چیز اولیه یعنی چیزی که

1 - Conditioned reflex

انعکاس مشروط یا همان بازتاب شرطی

2 - Instinctive behavior

رفتار غریزی

3 - Communication by suggestion

ارتباط بوسیله تلقین

با منطق رابطه‌ای ندارد بنکریم. زیرا از دوره‌ای از تکامل ماقبل از تکامل فرآیندهای منطقی ناشی میگردد.

● سیر قهقرائی تسلسلی^۱

سیر قهقرائی عبارت از مرحله‌ای است که تا حدی مورد قبول روانپزشکی واقع شده و احتیاج به هیچگونه شرح و توصیفی ندارد، ولیکن دارای جنبه‌ی بخصوصی است که در بحث فعلی احتیاج به تفسیر دارد. در روانپزشکی بالینی واژه «سیر قهقرائی» معمولاً در مورد برگشت به نوع رفتار اولیه بکار برده میشود. بعنوان مثال، سیر قهقرائی در جنون^۲ جوانی بصورت بازگشت به نمونه‌های رفتار دوران کودکی و خردسالی جلوه گر میشود. بنظر میرسد که وقتی «فرزنی» هیپنوز را بصورت برگشت بیک رابطه «پدر - فرزندی» مورد توجه قرار داد همین نکته را در نظر داشته است. طبق فرضیه تسلسلی «برگشت» باید در زمینه عمل مغزی بکار برده شود نه در زمینه «رفتار» - یعنی یک سیر قهقرائی از عمل مغزی یک فرد بالغ در یک سطح عقلانی و توأم با خرد و اندیشه کامل به یک سطح بسیار قدیمی و اولیه از عمل مغزی که در آن مرحله تلقین پذیرش ایده‌ها را تعیین میکنند. این سیر قهقرائی تسلسلی مکانیسم اصلی القاء هیپنوز میباشد.

● دفاعهای هیستریک -^۳ گرچه سیر قهقرائی تسلسلی مکانیسم اصلی هیپنوتیزم را تشکیل میدهد، ولی شرح واقع‌نمای بالینی یک سوژه هیپنوتیزم شده اساساً بوسیله سایر مکانیسمها تعیین میشود، مانند سایر فرآیندهای روانی پوشیده شده، بخصوص دفاعهای هیستریکی که بشکلهای مختلف دیده میشوند.

1 - Atavistic Regression

2 - Schizophrenia

3 - Hysterical Defenses

سیر قهقرائی تسلسلی

جنون جوانی

دفاعهای هیستریک

این پوشش بطور خیلی مؤثر ماهیت هیپنوتیز را مخفی میکند، و باین ترتیب علت شکستهای گذشته را برای تشخیص سیر قهقرائی تسلسلی بصورت عنصر اصلی حالت هیپنوتیک روشن میسازد.

دربرسی این فرضیه، باید توجه داشت که موقعیکه سوژه هیپنوتیزم شده است، معمولاً حالات دفاعی کاملاً متفاوت، از آنچه که در وضعیت بیداری دارد اتخاذ مینماید. ضمن معالجات بالینی مکرر دیده میشود که وقتی یک بیمار وسواسی^۱ هیپنوتیزه میشود، رفتار و خصوصیات وسواسی خود را ترك نموده و در عوض مانند یک بیمار هیستریکی^۲ رك گو و ساده رفتار مینماید.

این تغییر در نحوه رفتار را میتوان با وادار کردن بیمار وسواسی به نوشتن، یا کشیدن یک نقاشی بوضوح نشان داد. وقتی بیمار در حالت بیداری است، در نوشتهها و نقاشیهایش نظم و ترتیب، آراستگی و دقت زیادی که نماینده حالت و خصوصیات وسواسی است مشاهده میشود، ولی وقتی ضمن خواب مصنوعی از وی خواسته میشود که فعالیتهای نامبرده را تکرار کند، بیمار غالباً صفات هیستریکی نشان میدهد که در نحوه وسواسی انجام کارهای قبلی اش بهیچوجه مشاهده نمیگردید.

کسانیکه در گذشته اینموارد را مطالعه و بررسی نموده اند قسمت عمده بی نظمی کار انجام شده ضمن هیپنوز را در اثر فقدان^۳ تحرک صورت میگرداند از حالت هیپنوتیک تفسیر کرده اند. اما مشاهده دقیق^۴ و نزدیک بیمار هیپنوتیز شده در حین انجام کار نشان میدهد که این تفسیر در حقیقت کاملاً اشتباه است. بیمار هیپنوتیز شده مسلماً دچار فقدان^۴ هماهنگی در حرکات ماهیچه ای ظریف

1 - Obsessive

2 - A - loss of motor ability

3 - Close observation

4 - A - loss of co - ordination

وسواسی

فقدان توانائی تحرک

مشاهده دقیق

فقدان هم آهنگی

و دقیق است که لازمه نوشتن و نقاشی کردن میباشد. او ظاهراً قلم و برس مورد اش در دست میگیرد و بطور عجیبی اینطرف و آنطرف حرکت میکنند. ظاهراً بدون هیچگونه کنترل صحیحی میباشد. با این وجود علیرغم، فقدان کنترل، ظاهری قلم یا برس در موارد احتیاج بطور مؤثر بکار برده میشود. بعبارت دیگر، فقدان واقعی تحرک هماهنگی کم است، و فقدان کنترل ظاهری در واقع چیزی جز رفتار هیستریکی نیست. این عمل ناشی از هیستری بوده و عمدی است. از این نظر عمدی است که بیمار از آن بعنوان يك وسیله دفاعی استفاده مینماید تا بدکتر معالج نشان دهد که شخص هیپنوتیز شده نمیتواند این کارها را انجام دهد.

باینترتیب می بینیم که در هیپنوز غالباً تغییر و تنوعی در شکل دفاعهای روانی از حالت و سواسی به حالت هیستریکی وجود دارد که بیشتر صفات عادی خود را در هیپنوتیزم دخالت میدهد، نظیر عمل و سایر رفتار عجیب و غیر عادی. این تغییر در صور هیستریکی دفاعهای روانی بنوبه خود پدیده‌ای نسبتاً عجیب است، اما هنگامیکه در پرتو فرضیه فعلی مورد بررسی قرار میگیرد، قابل تشریح و توصیف میباشد. واکنشهای و سواسی از نظر درونی با توسعه و تکامل « سوپراگو » یعنی « فراخود » ارتباط دارند. کاملاً واضح است که در تکامل نژادی « فیلوژنتیک^۱ » « من برتر^۲ » یک مکانیسم^۳ روانی است که بتازگی بدست آمده است.

هنگامیکه مکانیسم‌های هیستریکی از این نقطه نظر مورد بررسی واقع میشوند از نظر سیر تکاملی در مرحله‌ای ابتدائی‌تر از مکانیسم‌های و سواسی قرار

1 - Phylogenetic

2 - Super - ego

3 - Psychological Mechanism

تکامل نژادی

من برتر

مکانیسم روانی

میگیرند. رفتار حیوانات، اطفال و انسانهای اولیه مؤید این عقیده است. بدینترتیب اگر هیپنوز اساساً یک سیر قهقرائی تسلسلی به یک حالت ابتدائی از عمل مغزی باشد، انتظار میرود که با مکانیسم‌های هیستریکی که جنبه ابتدائی‌تری دارند مطابقت نماید.

در پایان این بحث یک نکته باید کاملاً روشن گردد. و آن اینکه این فرضیه بهیچوجه مبین آن نیست که انسان اولیه در یک حالت هیپنوتیزمی میزیسته. بلکه این نکته استنتاج میگردد که انسان اولیه، قبل از اینکه با آن درجه از تکامل برسد که بتواند ایده‌ها را بطور منطقی و عقلانی ارزیابی نماید، آنها را با فرآیند تلقینی ابتدائی‌تری می‌پذیرفت، مکانیسم اصلی هیپنوسیز عبارت از سیر قهقرائی باین حالت است، اما کیفیت اصلی این حالت که بصورت هیپنوز برای ما شناخته شده، توسط پوششی از واکنش‌های هیستریکی بر سیر قهقرائی اصلی تولید میگردد.

● شناسائی و وحدت - هر چند دفاع‌های هیستریکی از برجسته‌ترین قسمت این پوشش مکانیسم روانی میباشند، نباید فراموش کرد که علاوه بر آنها واکنش‌های دیگری نیز رخ میدهند. تعیین هویت و وحدت بخصوص در مرحله القاء فعال میباشند.

وقتی که هیپنوز کننده تلقین می‌کند، توجه و تمرکز هیپنوتیزم شونده لحظه بلحظه بروی ثابت تر و متمرکزتر می‌شود. در اینموقع سایر نکات تحت‌الشعاع قرار میگیرند. سوژه فقط به هیپنوتیزم کننده توجه دارد. مکانیسم روانی تعیین هویت فعال شده و هیپنوتیزم شونده بمرحله‌ای از هیپنوتیزم میرسد که فقط خودش و هیپنوتیزم کننده را میشناسد.

ماهیت هیپنوتیزم

در هیپنوتیزم غیر فعال^۱ (پاسیو)، این مکانیسم پیوسته به توسعه رابطه^۲ پزشک - بیمار قبل از شروع هیپنوتیزم کمک می کند. هنگامیکه مرحله تلقین ادامه مییابد، تعیین هویت لحظه بلحظه بیشتر می شود. فقط صدای هیپنوتیست بگوش سوژه می رسد، و فقط اراده و تمایلات او است که آگاهی و بیداری او را جلب مینماید. صدای هیپنوتیست صدای سوژه میگردد، و تمایلات او را بیان مینماید. این مرحله را توحید یا وحدت مینامیم.

سوژه تصویر خود را از هیپنوتیست گرفته، و بدان میماند که تمایلات هیپنوتیست تمایلات خود اوست. او انجام میدهد آنچه را که هیپنوتیست تلقین میکند مثل اینست که تلقینات از خود او سرچشمه گرفته باشد بدون چون و چرا انجام می دهد.

بدینترتیب اتحاد احساس با هیپنوتیست توسعه مییابد که همانا رابطه^۳ هیپنوتیکی میباشد.



1 - Passive

2 - Doctor - Patient Rapport

3 - Hypnotic - Rapport

غیر فعال

رابطه پزشک - بیمار

رابطه هیپنوتیکی

فصل دوم

رابطه پدیده‌های هیپنوز با فرضیه تسلسلی

کاربرد فرضیه فوق در القاء هیپنوز

اگر گفته شود که هیچیک از تئوریهای قبلی هیپنوز اصول راهنمایی کننده مناسبی برای پزشکان این حرفه در القاء هیپنوز به بیمارش ارائه نمیدهند چیزی بگزارف گفته نشده است. تئوری کلاسیک، که می گوید هیپنوسیز حالتی است که تلقین پذیری را زیاد می کند، مسئله القاء حالت از دیاد تلقین پذیری را بفتون تجربی^۱ واگذار میکند.

اگر این فرضیه را بپذیریم که عامل اساسی در هیپنوسیز برگشت به روابط فرزندوالدی^۲ است، در این صورت پزشک مجبور است که متناسب با نوع هیپنوتیزمی که در نظر دارد القاء نماید مجبور است نقش پدر یا مادر را بعهده بگیرد.

اساس فرضیه تسلسلی بر این پایه استوار است که هیپنوز عبارت از برگشت بصورت ابتدائی تری از عمل مغزی است که در آن تلقین نقش اساسی را بازی می کند. این یک درک واستنباطی است که برای پزشک میتواند دارای ارزش عملی باشد. هر چیزی اعم از حرف یا عمل، که کمک به بازگشت کند در واقع

1 - Empirical

2 - Child - Parent Relationship

تجربی

رابطه فرزند والدين

به القاء هیپنوز کمک نموده است .

در زمینه‌های تئوریک، بنظر میرسد که سه راه تقرب وجود داشته باشد: اعمال یا کنش‌های هوشی جدیدتر را تا آنجا میتوان کند نمود که مکانیسم تلقینی قدیمی بتواند جای آنرا گرفته و نقش کامل ایفاء نماید، اعمال تلقینی پنهان را میتوان برانگیخت و به فعالیت وادار نمود، یا میتوان اقداماتی بعمل آورد که مکانیسم‌های قهقرائی معمولی بوجود آید تا در صورت امکان برگشت ویژه عمل مغزی با سهولت بیشتری انجام پذیرد. باین ترتیب دیده میشود که فنون ظاهراً غیر مربوط و درهم برهمی که برای القاء هیپنوسیز تجربی و غیر علمی بکار برده میشوند میتوانند بسه طبقه مذکور تنظیم نمود.

● از بین بردن^۲ مقاومت هوشی زیاد سوژه - مقاومت هوشی هیپنوتیزم شونده با تلقیناتی که توأم با صدای یکنواخت هیپنوتیست باشد و با تکرار تلقینها و با خسته کردن حواس باروش جیمز برید بمرور از بین میرود. گرم کردن اطاق و از بین بردن محرکات بیمورد و زائد بهمین ترتیب مقاومت هوشی هیپنوتیزم شونده را از بین میبرد. استفاده از داروها نیز همین اثر را دارد. وسایل مکانیکی مختلف، نظیر میزان شمار و صفحات دوار، همچنین در از بین بردن مقاومت هوشی هیپنوتیزم شونده کمک میکنند و موجب میشود که مکانیسمهای بدوی کاملاً آزاد شوند. در القاء هیپنوتیزم باروش غیر فعال، بیمار تشویق میشود که بطور دلخواه خود را بی اراده در اختیار هیپنوتیزم بگذارد. در مرحله ای که سوژه خود را آزاد رها میکند، و فکرش را راحت میگذارد، و فعالیت‌های انتقادی هوش خود را آرام نموده و از بین میبرد، موجب میشود که مکانیسمهای تلقینی نقش خود را بخوبی

1 - Intellectual functions

اعمال یا کنش‌های هوشی

2 - Dulling of Critical Faculties

از بین بردن مقاومت هوشی زیاد سوژه

بازی کنند. همچنین در خود هیپنوتیزم کردن. فعالیت‌های هوشی سوژه با اقدام و ابتکار خودش از بین می‌رود.

● فعال‌سازی^۱ مجدد تلقین باطنی - عمل تلقینی پنهان مغزی از طریق مطیع و پیرو کردن بیمار بایک سری تلقینات بسیار ساده مجدداً فعال می‌گردد و بکار می‌افتد. قبول یک تلقین مکانیسم تلقینی را فعال کرده، و در نتیجه پذیرش تلقینات بعدی ساده‌تر می‌گردد. این روش، البته، پایه و اساس فنونی است که معمولاً در عمل‌طبی برای القاء هیپنوسیز بکار برده می‌شود.

● سیر قهقرائی - سرانجام، سیر قهقرائی به حالت قدیمی عمل مغزی از طریق تکنیک‌هایی که به رفتارهای بازگشتی کمک می‌کند تسهیل می‌گردد. در هیپنوتیزم آمرانه^۲، و اتخاذ^۳ بکار بردن قدرت، رفتار سیر قهقرائی را در سوژه ایجاد می‌کند. هیپنوتیست، تقریباً نقش پدری مقتدر را بازی می‌کند و سوژه را وادار می‌کند که نقش کودکی مطیع و فرمانبردار را بازی کند. این بازگشت رفتاری مرحله قهقرائی را تسهیل می‌کند، و برگشت در زمینه عمل مغزی با سهولت بیشتری انجام می‌گیرد.

● اعتبار^۴ و نفوذ - بعدها نشان داده خواهد شد که اعتبار و نفوذ هیپنوتیست عامل مهمی در القاء هیپنوسیز است. موقعی که به هیپنوتیست بادیده یک رابطه پدر فرزندی نگریسته می‌شود، طبعاً و عادتاً اعتبار و نفوذ بصورت جزئی از شأن و موقعیت^۵ پدری محسوب می‌گردد. بنظر می‌رسد که با ایجاد اعتبار و نفوذ اتخاذ

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|
| 1 - Reactivation of Latent Suggestion | فعال‌سازی مجدد تلقین باطنی |
| 2 - Authoritative | آمرانه |
| 3 - Assumption | اتخاذ - بکار بردن قدرت |
| 4 - Prestige | پرستیژ - اعتبار و نفوذ |
| 5 - Parental Staus | شأن و موقعیت پدری - حالت پدرانه |

نقش پدیری آسانتر میشود. لیکن فرضیهٔ تسلسلی نفوذ و اعتبار را بطریق مختلف دیگری مورد بررسی قرار میدهد. در حالت اولیه، یعنی قبل از تکامل مرحلهٔ فکر کردن منطقی، ایده‌ها از طریق تلقین پذیرفته میشوند. این يك احتیاج و الزام بیولوژیکی^۱ (حیاتی) برای ایده‌ها بود که ایده‌ها توسط رهبران به‌سبب بیشتر از سایر افراد پذیرفته شوند. «و این ابراز و اظهار اعتبار و نفوذ است. همین صفت^۲ رهبر است که قبول تلقینات را تسهیل میکند، و همین پرستیژ رهبر است که پزشک بمنظور تسهیل القاء هیپنوسیز اتخاذ مینماید.

● **ارتباط بدون حرف و تکلم** - در هیپنوز ارتباط صامت بمراتب بیش از حالت بیداری حائز اهمیت است. این همان چیزیست که ما از فرضیهٔ تسلسلی انتظار داریم.

در دورهٔ تکامل تدریجی یعنی قبل از اتخاذ ارتباط بیانی انسان اولیه، نظیر آنچه مادر هیپنوز انجام میدهد ایده‌های خود را بدوستانش منتقل میکرده است.

● **مورد استفاده فرضیهٔ تسلسلی در جنبه‌های بالینی هیپنوز** - يك فرضیهٔ عملی باید حقایق بیان شده مربوط به موضوع مورد بحث را شرح و توصیف نماید. دربارهٔ هیپنوز در يك سطح تشریحی آنقدر نوشته شده که هم اکنون يك اتفاق نظر عمومی نسبت به پدیده‌های بالینی اصلی از حالت هیپنوتیک بوجود آمده است.

● **ازدیاد تلقین پذیری^۳** - تلقین پذیری زیاد، یعنی جنبهٔ بالینی مهم هیپنوز، با فرضیهٔ فعلی از طریق در نظر گرفتن هیپنوز بصورت يك حالت از سیر

1 - Biological Necessity

2 - Attribute of The Leader

3 - Increased Suggestibility

احتیاج و الزام حیاتی

صفت رهبر

ازدیاد تلقین پذیری

قهقرائی به يك حالت قدیمی از عمل مغز که در آن رفتار بوسیلهٔ مرحلهٔ تلقین تحریک میشود توصیف میگردد. بعلت سیر قهقرائی تسلسلی، استعدادهای^۱ انتقادی مغز موقتاً را کد میماند، و فرآیند تلقین کاملاً جانشین آن میگردد. تلقین پذیری در هیپنوز عامل اصلی حالت هیپنوتیک است، سایر عوامل دیگر که با اصطلاح صفات در هیپنوز نامیده میشوند صرفاً جنبهٔ ثانوی دارند که با تلقین پذیری زیاد مستقیماً تولید میگردد.

● رابطهٔ^۲ هیپنوتیک - رابطهٔ بین سوژه و هیپنوتیست، که جنبهٔ برجستهٔ هیپنوتیزم میباشد، از نظر مفهوم روانی کلمه، ظهور عشق میباشد. برای اینکه مرحلهٔ اولیهٔ تلقین بدرستی عمل انجام شود مقصداری از این رابطه باید وجود داشته باشد. بنظر میرسد که این (رابطهٔ عاشقانه) يك احتیاج حیاتی میباشد بطور عملی تلقینات بایستی از طرف کسانی قبول شود که نسبت بآنها احساس دوستی میکنیم، اگر چنین نباشد نتایج مصیبت باری از پذیرش ایده‌ها از کسانی که نسبت بآنها سوء نظر^۳ دارند عاید خواهد شد.

این موضوع با مشاهدات مانسبت به تلقینات در زندگی معمولی کاملاً مطابقت دارد. در تمام موضوعات جزئی، بدون مرحلهٔ دخول به ضمیر آگاه، ما پیوسته از دوستان و عزیزانمان تلقینات را با طیب خاطر میپذیریم، و حال آنکه نسبت به تلقینات سایرین تجاھل میکنیم.

تجربه نشان داده است که توجهٔ سوژه در ضمن دمیدن تلقین منحصر و محدود میشود. او سرانجام تنها خودش و هیپنوتیست را میشناسد تخیل و تصور خودش را با او یکی می‌کند. خواسته‌های هیپنوتیست خواسته‌های خود اوست.

1 - Critical Faculties

استعدادهای انتقادی

2 - Hypnotic Rapport

رابطه هیپنوتیک

3 - Ill - Disposed

سوء نظر - سوء ظن

این مجموعه احساس را رابطه^۱ هیپنوتیکی گویند.

در اینجا يك تفاوت روشن بین نظرات تسلسلی و تئوری فرید که هیپنوسیز را مشابه^۲ عاشق شدن میدانند وجود دارد. در فرضیه فعلی رابطه هیپنوتیک بدنبال سیر قهرائی تسلسلی بوجود میآید. باین ترتیب هیپنوتیزم کردن يك سوژه برخلاف میلش، حتی اگر از هیپنوتیست نفرت هم داشته باشد امکان پذیر است، و این با تئوری فرید باسانی قابل توصیف نیست.

هیپنوتیزم کردن در چنین شرایطی احتیاج به اتخاذ حالت آمرانه شدیدی بمنظور آغاز سیر قهرائی در سوژه دارد، و رابطه هیپنوتیکی پس از ایجاد سیر قهرائی بوجود میآید.

فرضیه تسلسلی همچنین دلیل اینکه چرا رابطه پزشک - بیمار را که بنام رابطه «راپرت» مشهور است در ابتداء جهت القاء^۳ غیر فعال هیپنوز لازم است، اما برای القاء آمرانه لازم نمیباشد نیز شرح و توصیف مینماید.

در القاء غیر فعال هیپنوز از این جهت لازم است که تأمین کافی به بیمار بدهد تا بخود اجازه دهد که فعالیت هشیارانه انتقادی را رها نموده و باین ترتیب به يك حالت تلقین پذیری ابتدائی تری فرو رود.

برعکس در القاء آمرانه اقدامات^۴ و آمادگی های اولیه لازم نیست، زیرا برگشت به قهقرا از طریق اتخاذ قدرت توسط هیپنوتیست ایجاد میگردد.

● فراموشی - برخی از درجات فراموشی^۵ خود بخودی بعنوان قسمت

1 - Hypnotic Rapport

رابطه هیپنوتیکی

2 - Analogous

مشابه

3 - Passive Induction

القاء غیر فعال

4 - Prerequisite

پیش نیاز - شرط بندی

5 - Spontaneous Amnesia

فراموشی خود بخودی

اصلی هیپنوتیزم مورد توجه قرار گرفته شده است. در عمل تغییرات زیادی در درجات فراموشی ملاحظه میگردد. پاره‌ای از بیماران خاطره روشنی از تمام جریان هیپنوتیک در ذهن خود نگه میدارند، و حال آنکه عده‌ای کوچکترین خاطره‌ای از آن برایشان باقی نمی‌ماند. در هیپنوز طبی درجه فراموشی خود بخود، هنگامیکه يك شوک روانی افشاء میگردد بیشتر است. به علاوه هنگامیکه فراموشی خود بخودی جزئی است، معمولاً بصورت نامنظم توزیع شده، بنحوی که اجزاء فراموشی رویدادهای شوکی افشاء شده را بیشتر میپوشانند. در چنین شرائطی، فراموشی وضوحاً عمدی و مبنی بر منظوری بوده و بصورت يك مکانیسم دفاعی ناآگاه در مقابل آگاهی مانند و ناگهانی پدید شوکی عمل مینماید. بهمین ترتیب در شرائط دیگر، فراموشی ظاهراً بعنوان دفاع در مقابل آگاهی ناخوشایند کنترل از دست رفته شعور آگاه دفاع مینماید، هیپنوزیز به نفع این فراموشی دفاعی است، اما يك عنصر اصلی از حالت هیپنوتیک نیست.

● خواب- جیمز برید آنقدر تحت تأثیر تمایل شخص هیپنوتیزم شده بخواب قرار گرفته بود که هیپنوز را بعنوان نوعی خواب تلقی میکرد، «برنهایم» در توضیح کلاسیک خود پیرامون القاء هیپنوز موضوع خواب را تأکید مینمود. تازمانیکه هیپنوتیست‌ها چنین نظری داشتند، تلقینات خواب بکار برده میشد، و بیماران در پاسخ تلقینات بخواب میرفتند.

حالا به تجربه ثابت شده که اشخاص میتوانند باروشهای فعال نظیر حرکت دست بطور عمیق هیپنوتیزم شوند بدون اینکه تلقین خواب به آنها بشود، و این نشانه آنستکه خواب يك جنبه ضروری و لازم برای حالت هیپنوتیکی نیست. لیکن توجه باین نکته جالب است که بیمارانیکه بدون بکار بردن کلمه خواب هیپنوتیز میشوند، اگر بحال خود رها شوند، غالباً خود بخود بخواب هیپنوتیکی

عمیقی فرو میروند.

برای خواب غیر ارادی و خودبخودی بیماران هیپنوتیز شده دو علت را میتوان بیان نمود، گاهی اوقات خواب عمداً جنبه دفاعی پیدا میکند. بعنوان مثال، اگر بیمار هیپنوتیز شده وادار شود که کشمکشهای فرونشانده شده یا (واژده) خود را بوسیله نقاشی یا رنگ آمیزی افشا کند، هیچ بعید نیست که بخواب رود و از خود در مقابل افشاء رویدادهای دردناک وازده دفاع نماید. علت دوم اینکه ممکن است بیمار طبق اطلاعات قبلی بتصور اینکه هیپنوتیزم شبیه خواب است، بخواب طبیعی برود.

چنین عقیده ای ممکن است دارای نتیجه مشابهی به تلقین در تعدیل و اصلاح رفتار بیمار تحت هیپنوز باشد.

● **دفاعهای شبیه هیستریکی^۱** - رفتار هیپنوتیکی غالباً توسط ماهیت شبیه هیستریکی و تمایل بیمار در اجرای يك نقش مشخص میگردد. قبلاً نشان داده شد که این رفتار دارای معنی و مفهومی است که قابل تفسیر و تعبیر میباشد و معمولاً بصورت ارتباط صامت یا دفاع شعور آگاه مینماید. يك چنین حالتی بعنوان قسمت اصلی حالت هیپنوتیکی محسوب نمیشود. لیکن، بنظر میرسد که اساس سیر قهقرائی تسلسلی همراه و برله دفاعهای هیستریکی میباشد. بسیاری از بیمارانی که در حالت بیداری عادتاً انواع دفاعها را بکار میبرند، در حال هیپنوز مانند هیستریکهای بسیار آراسته و مشهود عمل میکنند.

● **سیر قهقرائی - یکی از جنبه های مهم حالت هیپنوتیکی سیر قهقرائی** از نظر مفهوم رفتاری کلمه است. ممکن است بدو صورت جلوه کند، یکی تلقینی و دیگری خودبخودی. سیر قهقرائی از طریق تلقین احتیاج بتوضیح بیشتر ندارد

-
- | | |
|------------------------|-------------------------------------|
| 1- Repressed conflicts | کشمکشهای فرونشانده شده ، وخورده شده |
| 2- Hysteroid defenses | دفاعهای شبیه هیستریکی |

به علت اشکال در جدا کردن مکانیسمهای تلقینی غیر لفظی و گویا، شک و تردیدی در واقعیت سیر قهرائی خود بخودی بوجود میآید. اهمیت تعیین هویت و انتقال، که بوسیله فرنیسز بیان شده، تا کنون مورد تأیید قرار گرفته. هیپنوتیست نقش اولیاء را بعهدہ میگیرد، هنگامیکه روش آمرانه^۱ را در هیپنوتیزم بکار میبرد. نقش پدر^۲ و هنگامیکه روش غیر فعال^۳ را بکار میبرد نقش مادر^۴ را بازی میکند. سوژه این روش را پذیرفته، هنگامیکه هیپنوتیست در وضعیت والدین قرار میگیرد، سوژه خود بخود وضعیت کودک را بخود میگیرد.

تعیین هویت و انتقال در این روش صورت رفتاری از سیر قهرائی را اتخاذ مینماید. بدین ترتیب رفتار سیر قهرائی بشکل خصوصیت درجه دوم هیپنوتیزم مشاهده میشود، که بوسیله مرحله تحرك^۵ روانی (پسیکو دینامیک) معمولی تعیین میگردد. در مقابل این، برگشت مغزی به عمل اولیه قرار گرفته که عامل اصلی هیپنوز است.

● شکست واپس زدگی - سوژه هیپنوتیز شده همچنین تمایلی به تخلیه محتویات روانی سر کوفته^۶ و واپس زده شده ناشی از رویدادهای ناگوار نشان میدهد. در عمل بالینی. این تخلیه^۷ معمولاً بوسیله تلقین مستقیم پزشکی شروع میشود، ولی از بیمارانیکه تحت تأثیر چنین تلقینی قرار نگرفته اند بعید نیست که بطور ناگهانی محتویات سر کوفته و واپس زده درون خویش را بیان کنند. این موضوع از نظر واژه‌های فعلی قابل تشریح و توصیف است. مفهوم واپس زدگی

1- Authoritative	آمرانه	2- Paternal	پدرانه
3- Maternal	مادرانه	4- Passive	غیر فعال
5- Psychodynamic	تحرك روانی	6- repressed	واپس زده
7- Suppressed	سر کوفته	8- Ventilation	تخلیه

مبنی بر فعالیت عقل در خارج کردن ایده ناخوش آیند از ضمیر آگاه است. فعالیت عقلی در حال هیپنوز متوقف میماند، و مکانیسمهای تلقین اولیه بفعالیت میپردازند. برطبق این عقیده باید انتظار داشت که محتویات واپس زده شده متماثل هستند که بار دیگر وارد خود آگاهی شوند. چنین منطقی در مورد تخلیه و آشکارسازی کشمکشهای واپس زده نیز صادق است. مکانیسم^۱ بازرسی کننده، که اخیراً مورد توجه قرار گرفته، بطور روزافزونی رابطه خود را بابرگشت به یک حالت اولیه کنشی از دست میدهد.

● پدیدههای توهمی - هنگامیکه سوژه در نتیجه تلقین بحالت «توهم» درمیآید، این پدیده احتیاج بیشتر به توضیح درباره تلقین پذیری زیاد که قسمتی از سیر قهقرائی تسلسلی است نخواهد داشت.

از طرف دیگر، پدیدههای «توهمی» خود بخودی با محتویات روانی واپس زده مربوط میباشند. در نتیجه شکست واپس زدگی که پس از سیر قهقرائی تسلسلی شروع میشود، این موضوع بصورت «توهم» به آستانه گاهی میرسد.

● تلقین برای بعد از هیپنوتیزم^۲ - از تمام پدیدههای مختلف هیپنوتیزم، تشریح و توصیف تلقین برای بعد از هیپنوتیزم مشکل تر از همه است، زیرا تلقینی که ضمن هیپنوتیزم داده میشود بعداً در حالت بیداری اجراء میگردد. توضیح بدین ترتیب است که بیداری از هیپنوز تنها صورت ظاهر^۳ دارد و سوژه بحالت هیپنوتیک تغییر شکل یافته باقی میماند تا اینکه تلقین برای بعد از هیپنوتیزم انجام شود (این موضوع بندرت عملی^۴ بنظر میرسد). گزارشات بسیار موثقی^۵

1- Censor mechanism

2- Posthypnotic suggestion

3- Apparent

4- Feasible

5- Authenticated

مکانیسم بازرسی کننده

تلقین برای بعد از هیپنوز

ظاهری

عملی - امکان پذیر

مؤثق، رسمی

وجود دارد که نشان می‌دهند تلقین بعد از هیپنوز ماهها و حتی سالها بعد از بیداری ظاهری از هیپنوز اجراء شده، در حالیکه در خلال این مدت هیچگونه اثری که دال بر ادامه حالت هیپنوتیکی باشد وجود نداشته است.

با در نظر گرفتن تلقین بعد از هیپنوتیزم، برخی شواهد و دلایل بالینی نشان می‌دهند که يك ایده پذیرفته شده در مغز بوسیله فرایند تلقین دارای خصوصیت پسیکودینامیک (تحرك روانی) است که بایک ایده پذیرفته شده بوسیله فرایند عقل و منطق متفاوت میباشد. ایده‌هاییکه بوسیله تلقین در مغز جایگیر میشوند دارای فشاری برای انجام گرفتن هستند، در حالیکه ایده‌هاییکه از طریق عقل و منطق در مغز جا گرفته‌اند فاقد چنین فشار برای انجام دادن عمل مربوطه میباشند. این موضوع در مورد پذیرش عموم ایده‌ها در هر مرحله از زندگی اشخاص صادق است ایده‌های قبول شده بوسیله عقل و منطق با مکانیسمهای منطقی به سهولت قابل جرح و تعدیل میباشند و معمولاً مزاحم و ناراحت کننده نیستند. در دوران طفولیت فرآیند تلقینی فعالتر است، و ایده‌هاییکه بوسیله تلقین قبول شده‌اند، با کشمکشهای زمان کودکی همراه میباشند و این ایده‌ها در تولید علائم (پسیکونوروتیک) نوروز^۱ با علائم عصبی در زندگی آینده کودک مؤثر و مصر هستند. برعکس، ایده‌های قبول شده بوسیله افراد بالغ غالباً بر مبنای عقلی پذیرفته شده و کمتر باعث علائم پسیکونوروتیک میگردند. ظاهر آپسیکو نوروزها مظهر فشار^۲ ایده‌هایی هستند که از طریق تلقین پذیرفته شده‌اند. اگر هیپنوز را سیر قهقرائی به يك حالت قدیمی مغز بدانیم که تلقین نقش اساسی دارد، بنابراین باید انتظار داشت که ایده‌های تلقین شده در حالت هیپنوتیک متشابهاً دارای فشار بیشتری از ایده‌های پذیرفته شده بر مبنای منطق عقلی در حالت

1- Psychoneurotic symptoms

نواز با علائم عصبی

2- Manifestation of the persistence

مظهر فشار

ماهیت هیپنوتیزم

بیداری هستند. باینترتیب فشار ایده‌های تلقین شده برای اجرای عمل مربوطه یکی از عوامل تلقین پست هیپنوتیک است.

عامل دیگر اینست که این تلقینات را هنگامی به شخص هیپنوتیز شده می‌دهند که او در ارتباط^۱ با هیپنوتیست باشد. بدینمعنی که این تلقینات موقعی انجام میشوند که سوژه عملاً تصور خود را از هیپنوتیست گرفته باشد پست هیپنوتیک تمایلات هیپنوتیست همان تمایلات سوژه هستند. بدینترتیب این میل خود سوژه میباشد که تلقین اجراء گردد. لیکن این بیان کلی از دو جهت احتیاج به اصلاح دارد. ماباید این مطلب را هم اضافه کنیم که این تمایلات، شامل تمایلات ناخود آگاه نیز میباشد. هنگامیکه به شخص هیپنوتیز شده تلقین پس از هیپنوتیک داده میشود، این تلقین در مرحله یگانگی^۲، مال خود او شده، آرزوی انجام آن نیز از خود اوست. ولی این تمایل سوژه ممکن است واپس زده بوده باشد، و ممکن است سوژه حتی در لحظه‌ای که عملاً آن را انجام میدهد از آن آگاه نباشد. این بیان کلی که تلقین پست هیپنوتیک تمایل خود بیمار است احتیاج بیک اصلاح و تفسیر دیگر نیز دارد. ماباید انجام فرآیند جذب یا دفع غریزی را که مکرراً بوضوح مشاهده میگردد تشویق و تسریع کنیم. بعضی اوقات، موقعیکه سوژه در حال انجام تلقین بعد از هیپنوتیزم میباشد، دیده شده که از خود شك و تردید نشان میدهد. واضح است که سوژه میخواهد آنرا اجراء کند، ولی در ضمن مایل نیست. این کشمکش در یک هیپنوز تجربی با هیپنوز نمایشی روشنتر از یک هیپنوز طبی و درمانی مشاهده میگردد. هیپنوتیست ممکن است در روی صحنه نمایش تلقین پست هیپنوتیکی بدهد، که اجرای آن با خصوصیات اخلاقی سوژه هم آهنگ نباشد. سوژه میخواهد آنرا اجرا کند زیرا

ارتباط

1- En rapport

2- Introjected

یکی شده، یگانگی منظور وحدت فکری سوژه با هیپنوتیست است

انجام آن میل و آرزوی خود اوست، ولی در همان لحظه او چند لحظه‌ای تردید میکند زیرا انجام این عمل با وضع و موقعیت واقعی او به جدال و کشمکش میپردازد.

این جریان منتج به بررسی موضوع پیچیده‌تر دیگری میگردد. تردیدی که گاهی اوقات قبل از اجرای تلقین بعد از هیپنوتیزم دیده میشود خیلی شبیه تردیدی است که در یک بیمار^۱ وسواسی درست قبل از انجام یک کار اجباری مشاهده میگردد. در هر دو حالت همان کشمکش جذب و دفع غریزی، (آمی و الانس^۲) وجود دارد، یک تمایلی برای انجام عمل، و در همان زمان عدم تمایل برای انجام عمل. در هر دو حالات، بنظر میرسد که سوژه از ماهیت غیر منطقی عمل آگاه است، با اینحال برای انجام آن پافشاری میکند، و در نتیجه یک صعود مداوم از هیجان ذهنی در او احساس میگردد. سرانجام او عمل میکند، و در این عمل یک فقدان آنی هیجان و کشش وجود دارد. این همانندی بین تلقین بعد از هیپنوتیزم و رفتار وسواسی را میتوان بیش از این هم ادامه داد. فرآیند «همانند سازی» در هر دو حالت یکی است. شخصیت وسواسی دچار یک فراخود^۳ ظالمانه و بیش از حد قوی است. فراخود ما در آغاز زندگی از یکسان سازی فکری بین ما و والدین ما سرچشمه میگیرد. از طرف دیگر، تا کنون دیده‌ایم که چگونه تلقین بعد از هیپنوز بصورت میل و خواسته خود سوژه درمیآید زیرا تصور و تخیل او با تصور و تخیل هیپنوتیست که بصورت پدر یا مادری با او در ارتباط است یکی شده.

یک نکته دیگر بایستی در بحث تلقین پست هیپنوتیکی مورد ملاحظه قرار

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| 1- Obsessive - compulsive patient | بیمار وسواسی |
| 2- Ambivalence | جذب و دفع غریزی، حالت دمدمی مزاجی |
| 3- Tyrannical super - ego | من برتر یا فراخود ظالمانه |

ماهیت هیپنوتیزم

گیرد، تلقین به بیمار که او با علامت و اشاره معین پزشکی بخواب رفت بسیار آسان است. این عمل غالباً برای آماده نمودن بیماران برای هیپنوآنالیز^۱ انجام میشود. علامت مربوطه بعنوان یک تلقین هیپنوسیزی به سهولت عمل میکند.

و نظیر همین علامت ممکن است در پست هیپنوتیک بکار رود، موقعیکه ما به سوژه یک تلقین بعد از هیپنوتیزمی را مینمائیم ما معمولاً برخی زمان یا اشاره معینی ممکن است بعنوان یک علامتی برای هیپنوز بکار رود، سوژه بعداً تلقین پست هیپنوتیک را انجام میدهد در حالیکه عملاً، در یک حالت هیپنوتیکی است و پس از تکمیل این عمل آنآ به حالت خود آگاهی باز میگردد. برخی شواهد بالینی این نظریه را تأیید میکنند. وقتی یک علامت مناسب و مقتضی داده میشود سوژه ممکن است قدری مبهوت و گیج بنظر برسد و در همان لحظه اجرای تلقین پست هیپنوتیک ممکن است گمان^۲ کند که دچار اضطراب و آگاهی شده است.

این مکانیسمها با فرضیه تسلسلی توافق کامل داشته، و ممکن است که بیش از یک عامل در پدیده تلقین پس از هیپنوز وجود داشته یا مؤثر باشد.

● خود هیپنوتیزم^۳ کردن - طبق تئوریهای فروید و فرنزی بیان دلیلی جهت «اتوهیپنوز» مشکل است، اما فرضیه تسلسلی این موضوع را بسادگی بیان میکند. بیمار بدون اینکه هیچ تلقینی از کسی بگیرد، به سهولت سیر قهقرائی تسلسلی را به ابتکار خودش شروع میکند.

● حالات «خود هیپنوتیزم»^۴ کاذب - وقتیکه ماهیپنوسیز را در پرتو

- هیپنوآنالیز، یعنی کاوش روان بیمار در حال هیپنوتیزم
- 1- Hypnoanalysis
 - 2- Impression
 - 3- Autohypnosis
 - 4- Spontaneous pseudo-trance states

گمان، خیال، احساس، ادراک
خود هیپنوتیزم
حالات جذبه یا «خود هیپنوتیزم» کاذب

فرضیه تسلسلی بررسی میکنیم، معلوم میشود که هیپنوز نباید بصورت همه یا هیچ پدیده در نظر گرفته شود. درجات مختلف هیپنوز وجود دارد.

این نکته از ملاحظات نظری بدست آمده، که به درجه سیر قهقرائی تسلسلی که در لحظه معینی در شخص هیپنوتیز شده بوقوع پیوسته بستگی دارد. در عمل کلینکی ما عمق زیاد خواب هیپنوز نتیجه سیر قهقرائی کاملتری است، در هیپنوز سبک عمل بر گشت با آن درجه از تکامل نرسیده است.

● عمق خواب هیپنوتیزم - درك تغییر درجات تکامل سیر قهقرائی تسلسلی احتیاج به توضیح بیشتری دارد. بر گشت یا سیر قهقرائی را بدو طریق میتوان کامل نمود. از یکطرف، باینجهت کامل یا عمیق میگردد که شامل بر گشت به یک حالت بینهایت ابتدائی از عمل مغزی است. از طرف دیگر، بر گشت یا سیر قهقرائی باین لحاظ میتواند کامل گردد که فقدان یا نزدیک بفقدان اعمال عقلی و هوشی اخیراً بدست آمده وجود داشته باشد. در نتیجه بر گشت در یکی از این دو حدود بیشتر از سایر موارد میباشد.

این اوضاع و احوال نظری حالات جذبه خود بخودی مصنوعی را که در زندگی روزانه اتفاق میافتد بیان مینماید. سایر نظریه‌های راجع به هیپنوسیز نه کاملاً دلیلی برای این حالات بیان مینمایند و نه رابطه آنها را با هیپنوز بالینی نشان میدهند.

حالات جذبه خود بخودی مصنوعی در شرایط بسیار متغیری رخ میدهند. وقتی استراحت میکنیم، وقتی از وظائف مراقبت^۱ و نگهبانی خلاص میشویم، در حال شل کردن عضلات و در عالم خیالبافی و تجرد^۲، واضح است که قوای انتقادی ذهنی حاصله در حالت معلق نگاهداشته شده و فاقد فعالیت میشوند. در

1- Guard

2- Abstraction

مراقبت و نگهبانی

تجرد، بیخبری از کیفیات واقعی و ظاهری

چنین حالتی مغز در سطح ابتدائی تری عمل میکند. این اصل^۱ و منشأ سیر قهقرائی تسلسلی است، و این موضوع بخوبی تشخیص داده شده که شخص در این حالت تأثیر پذیری بیشتری برای نفوذ تلقین در خود دارد تا زمانی که در حالت عادی از بیداری مغزی بسر میبرد. شرائط متشابهی در حالت هیپنوتیکی که بین بیداری و خواب^۲ طبیعی وجود دارد. حالات خستگی یا سستی ناشی از الکل یا داروهای خواب آور ممکن است ایجاد یک حالت جذبه خود بخودی کاذب بنماید. تحریکات یکنواخت ممکن است همین اثر را داشته باشد، و این امر دلیل از دست دادن اتفاقی آگاهی حاد را (هنگامیکه انسان در یک شاهرآه سرگرم رانندگی است و خط سفید مرکزی جاده دائم جلو چشم او است) بیان مینماید.



1- Germ

2- Hypnoidel state

فصل سوم

القاء هیپنوز

انگیزش برای هیپنوز

کلیات

راجع به ماهیت حالت هیپنوتیکی بحث کردیم ، و حالا بحث القاء عملی هیپنوتیزم را شروع میکنیم. در عمل کلینیکی برخی مطالب مربوط به هر بیمار وجود دارد که لازم است قبل از شروع تلقینات هیپنوتیکی مورد بررسی و ملاحظه قرار گیرد.

انگیزش برای هیپنوتیزیکی از این موارد است. قبل از شروع عمل این سؤال برای ما پیش میآید ، که اصولاً چرا میخواهیم این بیمار را هیپنوتیزم کنیم؟ سؤال ظاهراً ساده بنظر میآید، و ممکن است اینطور جواب بدهیم، «برای اینکه من معتقدم که هیپنوز بهترین وسیله کمک به بیمار است» متأسفانه باین سادگی هم که تصور میشود نیست.

هیپنوسیز برای مقاصد طبی در دنیای غرب از زمان مسمر تا کنون بکار برده شده است. با وجود این معیار و مقیاسات بسیار معدودی وجود دارند که بطور کلی در حرفه پزشکی قابل قبول میباشند، یا حتی از نظر روانپزشکان که گروه

متخصصی هستند، موارد و دلایل روشنی برای استفاده از هیپنوسیز وجود دارد. در اینخصوص چندین دلیل وجود دارد. یکی از این دلایل عبارت از اینست که بسیاری از ادعاهای بی اساس که درباره هیپنوتیزم شده است، که در حال حاضر یک پزشک ملاحظه کار هر گونه ادعاهائی که در مورد هیپنوز بشود آنرا مبالغه آمیز تلقی مینماید دلیل دوم اینکه بسیاری از معیارهای گذشته در مورد هیپنوز که بر مبنای علائمی شمرده شده بودند، این علائم مورد تجزیه و تحلیل پسیکودینامیک (تحرك روانی) قرار نمیگرفتند: نتیجه اینکه پس از تقریباً دو قرن تجربه، هنوز هیپنوتیزم از مرحله تجربی به مرحله علمی درخشانی ترقی نموده، و در حال حاضر تنها معدودی از روانپزشکان دارای آموزش و تجربه در این رشته هستند.

ابتداءً ما باید دلایلی را مورد بحث قرار دهیم که بر اساس آنها بیماران بدنبال هیپنوز میروند، و سپس با عوامل روانی ناخود آگاه را مورد بحث قرار خواهیم داد که ممکن است برای پزشک در بکار بردن هیپنوسیز مؤثر باشد.

انگیزش بیمار برای هیپنوسیز

● جادوگری^۱ - در عمل طبابت روانپزشکی عمومی، تعدادی از بیماران برای رهایی از علائم بیماری موجود در آنها در باره هدف و اثر هیپنوز در بیمارانشان از این و آن سئوالاتی می کنند. بایستی دلیلی وجود داشته باشد که چرا بیمار معالجه از طریق هیپنوز را بر سایر طرق درمانی ترجیح^۲ میدهد. در برخی موارد دلیل منطقی و روشنی دیده میشود و آن اینکه: بعضی از دوستان از طریق هیپنوز معالجه شده اند یا پزشک محلی امکان معالجه از طریق هیپنوتیزم را توصیه

1- Magic

2- Preference

کرده است: دلائلی که دیگر بیماران می‌آورند بقدر کافی طبیعی و قابل قبول است بیمار ممکن است بگوید که در روزنامه‌ها اخیراً درباره هیپنوتیزم چیزهایی مطالعه کرده است، و این احتمالاً باید همان نوع معالجه‌ای باشد که او بدان احتیاج دارد. در چنین موردی، تمایل ناگهانی و شدید بیمار برای هیپنوتیزم ناشی از ارزیابی^۱ منطقی آنچه در مطبوعات خوانده نیست. بشکل مبهمی، آنچه را که بیمار در هیپنوتیزم تشخیص میدهد، مفهوم و معنی جادوگری است. او در کودکی، راجع به جادوگریهای اولیه چیزهایی شنیده و تصوراتی در ذهن دارد. اکنون در دوران بلوغ، ولی با عقده‌ای^۲ مخفی از ایام کودکی که با مطالعه هیپنوتیزم دوباره^۳ فعال شده، دوباره انتظار جادوگری داشته، بنابراین با فکر خود که فقط بر روی هیپنوتیزم متمرکز شده بمشاوره میپردازد. این نوع برانگیختن تمایل اولیه برای جادوگری وسیله مؤثری برای آماده کردن بیمار جهت مرحله تلقین میباشد، و میتواند در معالجه بنفع بیمار بهره‌برداری شود. مشروط بر اینکه علائم بیماری موجود ناشی از عادت، یا مکانیسمهای دایره معیوب^۴ باشند نه کشمکشهای روانی فعال، چنین بیمارانی بخصوص برای معالجه از طریق تلقین بسیار مناسبند، زیرا هم اکنون يك انتظار واقعی از معالجه سحرآمیز در آنها وجود دارد. از طرف دیگر در این نوع انگیزش برای معالجه بیماری لزومی ندارد که هیپنوتیست، تحقیقات بیشتر، طولانی‌تر و خسته‌کننده‌ای را در پرتو هیپنوتیزم دنبال نماید.

● ایده‌های نفوذکننده^۵ - مبتلایان به جنون^۶ جوانی همیشه به سراغ

1- Logical appraisal

ارزیابی منطقی

2- Reactivated

دوباره فعال شده

3- Latent complex

عقده مخفی

4- Vicious circle

دایره معیوب، حلقه شیطانی دور و تسلسل

5- Ideas of Influence

افکار نفوذکننده

6- Schizophrenic

اسکیزوفرنی یا جنون جوانی

هیپنوتیزم میروند. تشخیص آنها معمولاً مشکل نیست. آنها ایده‌های نفوذی خود را در این عقیده تفسیر میکنند که هیپنوتیزم شده بوده‌اند. آنها ممکن است خیال کنند که شخص بدخواهی هیپنوتیزشان کرده و وادارشان کرده که چیزهایی برخلاف میلشان انجام دهند، و یا افکار ناخوشایند را با آنها تلقین میکنند، یا افکارشان را بوسیله هیپنوتیزم میخوانند. آنها به‌سوی مطب هیپنوتیست میروند باین امید که هیپنوتیست بتواند این نفوذ افکار شیطانی را از مغزشان بزدايد. در خصوص اینقبیل بیماران، ماهیت روانی انگیزش برای هیپنوسیز سهولت قابل تشخیص است.

مبتلایان به بیماری جنون جوانی که هنوز در مرحله قبل از ابتلاء به بیماری روانی هستند و برای هیپنوتیزم شدن مراجعه میکنند تشخیص و ارزیابی‌شان مشکل است.

چنین بیمارانی ممکن است منکر هر نوع ایده‌نفوذی شوند، ولی باوجود این اغلب اصرار دارند که هیپنوتیزم شوند. این بیماران ایده‌های نفوذ را بصورت مبهم و زشت در نظر خود مجسم میکنند، که در مرحله قبل از شروع روان‌پریشانی در آگاهی بیماران بوضوح قابل درک و تشخیص نمی‌باشد. اگر آنها درباره هیپنوتیزم مطالعاتی کرده باشند، تلقین نفوذ غیرعادی ممکن است برای قاطع کردن، تصمیم پنهانی آنان به تمایل جهت هیپنوتیز شدن کافی باشد. تشخیص این قبیل بیماران دارای حائز اهمیت است.

هیپنوتراپی ممکن است بیماری روانی اینقبیل بیماران را تسریع نماید. همچنین ممکن است پزشک معالج باین طریق بطور مؤثر باعث توهمات بیشتر بیمار گردد. در چنین وضعی بهتر است از هیپنوتیزم کردن خودداری شود

ماهیت روانی

1- Psychotic nature

2- Psychotic stage

مرحله قبل از بیماری روان پریشانی

مگر اینکه معالج برای مقابله با این احتمالات دست به اقدامات احتیاطی اولیه و ویژه‌ای زده و آمادگی لازم را داشته باشد.

● **تعقل برای حفظ علائم^۱** - اغلب اوقات بیماران چنین عباراتی را بیان میکنند: «من دارای چنین و چنین ناراحتیهائی هستم و من آمده‌ام به بینم که آیا مرا هیپنوتیزم میکنید یا خیر؟» این گفته نه تنها يك حالت مبارزه طلبی است، بلکه يك بیان انحرافی است که نتیجه آن مبارزه طلبی است. او مطمئن است که هیپنوتیزم نخواهد شد. يك بیماری عصبی مزمن که برای دومین بار دچار چنین حالتی شده است و قصد ندارد که بهیچوجه حالت خود را تغییر بدهد، ممکن است خود را بدینشکل معرفی نماید. انگیزش او باین منتهی میشود که برای نگهداری و ابقاء علائم بیماری موجود در خودش تعقل و چاره‌جویی کند. او خود با این عقیده راسخ بدینشک مرجعه میکند که معالجات بروی مؤثر نخواهند بود

● **زنانیکه مبتلا به حالت تهاجمی^۲ مردانه میباشد** - بیمارانی که دارای حالتی تهاجمی پنهانی میباشد، با حالت فکری مشابه آنچه در فوق اشاره گردید بدینشک مرجعه مینمایند و میگویند: «اگر میتوانید مرا هیپنوتیزم کنید» من این موضوع را در بیماران زنی که دارای حالت تهاجمی مردانه بوده‌اند دیده‌ام. انگیزش عمومی آنان برای هیپنوتیزم اینست که نشان دهند که نمی‌توانند مقهور شوند، (ممکن نیست تحت تسلط و نفوذ قرار گیرند) و بالاتر از همه اینکه نمیتوانند مقهوریک مرد گردند. يك روش آمرانه با چنین بیماران

«تعقل برای حفظ علائم» این يك ترجمه تحت‌اللفظی میباشد، درحالیکه منظور این عبارت اینست: «چگونه بیمار برای حفظ بیماری در خودش فکر و تعقل خود را بکار می‌اندازد»

1- Rationalization for Keeping somptoms

زنانیکه مبتلا به حالت تهاجمی مردانه میباشد

2- Masculine - Aggressive Women

تنها باعث برانگیختن حالت تهاجمشان میشود، مگر اینکه جزو اشخاصی تلقین‌پذیر بخصوص باشند، هیپنوتیزم نمودن آنها باروش آمرانه مشکل است. از طرف دیگر اگر دقت کافی باشد، باید روش غیر آمرانه ممکن است موفقیت حاصل شود. باید روش مربوطه واقعاً و حقیقتاً غیر آمرانه باشد تا بیمار واقعاً بخودش اجازه دهد که هیپنوتیزم شود.

این عمل دارای دو فایده میباشد یکی از آن‌ها القاء هیپنوسیز و دیگری تسهیل بیشتری در ایجاد یک حالت فکری «پذیرا - غیر آمرانه» میباشد.

● **مازوشیسم^۲** - برخی دیگر از زنان بیمار بدلیل مخالف فوق بدنال هیپنوتیزم میشوند. این بیماران در اثر تهاجم ناخودآگاه زیاد به هیپنوتیزم مراجعه میکنند که تحت تأثیر قرار گرفته و تحقیر^۳ شوند و بدینوسیله ارضاء شوند فقط از این نظر بدنال هیپنوز میشوند که در آنها حالت اطاعت^۴ از فرمان نسبت به پزشک شدید بوده بامید ارضاء خود و اینکه پزشک آنرا تحقیر نماید این عده زنان را مازوشیسم میگویند. این عده بامید کسب رضایت مازوشیستی ناخودآگاه بطرف هیپنوتیزم کشیده میشوند. آنها احساس میکنند که از طریق مقهور شدن بوسیله هیپنوتیزم میتوانند بآرزوی خود برسند.

● **انگیزش شهوانی^۵** - گاهی اوقات، زنانیکه در حالت بیداری از طریق روانی معالجه میشوند ناگهان تمایل خود را به هیپنوتیزم شدن بیان میکنند. در موردیکه بیمار از طریق معالجه روانی احساس بیقراری مینماید، و یا قبلاً از

1- Passive - receptive

2- Masochism

3- Humiliate

4- Excess of submissiveness

5- Eroticism

پذیرا - غیر آمرانه

خودآزاری

تحقیر

تمایل ناخودآگاه به اطاعت زیاد

انگیزش شهوانی

طول مدت معالجه گله نموده است، منطقی است که تصور شود بیمار میخواهد از طریق هیپنوتیزم، دوره معالجه کوتاه شود. از طرف دیگر، اگر بیمار از معالجه روانی خشنود بود، و پزشک نیز دارای رابطه محبت آمیز مثبت با او بوده است، چنین تمایلی برای هیپنوتیزم ممکن است مبنی تمایل بیشتری برای برقراری ارتباط نزدیکتری از آنچه در معالجه روانی در حال بیداری ایجاد شده باشد. این البته يك تمایل ناخود آگاه برای اغفال^۱ میباشد. سازوکارهای مشابهی ممکن است دلالت بر همجنس خواهی^۲ پنهانی مردها نماید.

● احساس طلبی^۳ - گروه دیگری از مردم بدلیل عجیبی بدنبال هیپنوتیزم میشوند، این عده غالباً جوانان امروزی هستند که دارای روحیه ای «هنری-ذوقی»^۴ هستند. شدت علائم بیماری آنها ممکن است بسیار کم و یا حتی جزئی باشد، اما علاقه وافری دارند که حتماً از طریق هیپنوتیزم معالجه شوند. پس از آنکه از نحوه زندگی آنها سئوالاتی بعمل میآید، بخصوص از نظر زیباشناسی و جنسی، معلوم میشود که این افراد در کارهای جدید و احساس و هیجانات جدید عیاشی و زیاده روی میکنند. علائم بیماری این افراد ظاهراً زائیده دو عامل است، یکی تعقل^۵ ناخود آگاه و دیگری بهانه ای^۶ آگاهانه برای تجزیه نمودن احساس جدید در هیپنوتیزم شدن. معمولاً، چنین افرادی بخاطر جزئی بودن علائم بیماری

1- Seduction همجنس خواهی 2- Homosexual اغفال، گمراه سازی

3- Sensation seeking احساس طلبی

4- Arty - crafty یا Pseudosophisticated

هر دو لغت بمعنی «هنری - ذوقی» میباشد

5- aesthetics

زیباشناسی

6- Unconscious rationalization

تعقل ناخود آگاه، استدلال ناخود آگاه نیز میتوان ترجمه کرد

7- Conscious excuse

بهانه خود آگاه

یا انگیزش ساختگی و مصنوعیشان تحت معالجه قرار نمیگیرند. گاهی این بیمارانیکه دارای چنین تخیلی هستند بیماری خود را با استدلال کاملاً قابل قبولی ابراز میدارند. چنانچه معالجه هیپنوتیزمی در مورد آنها انجام شود، محتملاً از نظر بالینی بهتر میشوند زیرا احتیاجشان درعین حال برای احساس و هیجان درونی اقیاع میگردد.

مفهوم این نکته اینست که ایندسته بیماران که دارای چنین شخصیتی هستند، معالجه آنها توأم با موفقیت خواهد بود، مشروط بر اینکه هیپنوز توأم با برخی اضطرابات در حال آگاهی شروع شود، یا اینکه اجازه داده شود که بیمار شاهد پدیده‌های هیپنوتیکی در خودش باشد.

● احساس گناه - سایر بیماران بدلائل مختلف دیگری بدنبال هیپنوتیزم میروند گاهی، بیمارانیکه مبتلا به بیماری افسردگی مزمن ولی ضعیفی هستند، بدلائل غیر منطقی دیگری بدنبال هیپنوتیزم میروند. از نظر آنها هیپنوز چیز نامطبوعی است.

و باین طریق مورد شکنجه و آزار قرار میگیرند. آنها مجبور میشوند کاری را انجام بدهند که تمایل بانجام آن ندارند. آنها مورد تحقیر قرار میگیرند. اینکار برای آنها مفید خواهد بود. اینعمل احساس گناه آنها را تسکین خواهد داد. این بیماران معمولاً از طریق معالجه الکتروکنولسیو (تشنج انگیزی^۱) معالجه میشوند. این افراد باید از بیماران مازوشیستی که مایلند بدلائل جنسی (نه احساس گناه) مقهور و تحقیر شوند تشخیص داده شوند.

● متابعین^۲ یا کسانی که شخصیت زبردستی و فرمانبری دارند - افراد

1- Electro - convulsive

2- Dependence

ضعیت النفسی که میخواهند از افراد دیگری، سوای وجود خودشان کسب قدرت نمایند، غالباً برای هیپنوتیز شدن می آیند. این اشخاص معمولاً فاقد استقلال هستند. اعم از اینکه معالجه آنها از طریق هیپنوز قبول یارده شود مربوط به تشخیص و برآورد میزان خلوص نیت و صداقت آنها است، اما تشخیص چنین انگیزش حائز اهمیت است، زیرا پیوسته مسئولیت معالجه در طول درمان بعهده خود بیمار واگذار گردد.

⑤ انگیزش آخرین روزنه امید - آخرین گروهی که وجود دارند بیمارانی هستند که انگیزش آنها برای هیپنوتیزم قابل ملاحظه و بررسی است. این افراد کسانی هستند که دیگر با اصطلاح قوایشان از دست رفته، چنته شان خالی شده. آنها بیماری زیادی داشته اند. پرسشهای زیادی داشته اند. و پرسشهای زیادی از آنها شده است و عملیات زیادی روی آنها انجام شده است، که همه بدون نتیجه بوده است. آنها ایمان خود را نسبت به دارو از دست داده اند. هیپنوتیزم برای آنها آخرین روزنه امید برای مبارزه بر علیه درد بیماری مزمن است. پاره ای از این قبیل بیماران را از طریق هیپنوتراپی (معالجه هیپنوتیکی) میتوان معالجه نمود، اما این نوع انگیزش هیپنوز را مواجه با اشکال مینماید. زیرا اینها بیماران سرخورده ای هستند برای معالجه آمده اند، ولی در واقع امیدی هم ندارند. انتظار و چشم داشت که عنصر لاینفک هیپنوز است در این افراد صفر است. قبل از اینکه اقدامی از طریق هیپنوتیزم بعمل آید، بایستی امید و انتظار این بیماران برانگیخته شود.

نوع دیگری از انگیزش « پایان سر خوردگی » وجود دارد. ما همه با بیمار پسکو نوروزیکه (نوروز یا علائم روانی) بیچاره ای که بابکار بردن دارو

بدتر شده است آشنا هستیم، او بیماری است که علائم و ناراحتیهای معدیش^۱ پیوسته عضوی تشخیص داده شده است. هر نوع پرسش و معالجه معمولی، شاید جراحی^۲ معده هم درباره او اجرا شده. پزشک در آخرین بار متوجه میشود که علائم و بیماری او غیر عضوی یا کنشی است. پزشک به وی توصیه مینماید که برای بهبود تنها چیزی که احتیاج دارد کمی هیپنوتیزم است که بطور کلی خوب خواهد شد. بدینترتیب پزشک که بطور ناخود آگاه در درون خود احساس شرمندگی و تقصیر میکند و در ضمیر آگاه خود نیز میخواهد ببیند سرانجام رضع این بیمار چه میشود، تمایل شدیدی برای معالجه شدن از طریق هیپنوتیزم در او بوجود میآورد. در چنین شرائطی، اتخاذ تصمیم برای اینکه بیمار برای معالجه از طریق هیپنوتیزم باید پذیرفته شود یا نه یک ارزیابی^۳ واقعی با مراجعه کوچکی به اشاره گزارش پزشک بایستی بعمل آید.

باینترتیب ملاحظه میشود، که انگیزش بیماریکه بخصوص برای معالجه بیماری خود از طریق هیپنوتیزم که یک روش غیر معمول^۴ است مراجعه میکند احتیاج بدقت و بررسی بیشتری دارد.

بد عقیده من انواع مختلف انگیزشهای ناخود آگاهی که برای معالجه از طریق هیپنوتیزم بوجود میآید، جنبه روانی عجیب و غریب و نوظهوری^۵ نداشته، بلکه مواردی از اتفاقات عادی روزمره هستند، البته این حالات بطور خالص و یکدست پیش نمیآیند. غالباً زمینه‌ای برای اقدام دلائل منطقی آگاه میباشد.

1- Abdominal symptoms

2- Laparotomy

3- Objective assessment

4- Unspecified

5- Psychological curiosities

ناراحتیهای معدی

جراحی معده

ارزیابی واقعی

غیر معمولی

نوظهور روانی

این دلایل آگاهانه ممکن است بر مبنای تعقل فردی باشد، یا بعبارت دیگر در فکر خالص و حقیقی آنها باشد.

در میان چنین دلایل منطقی توصیه پزشک محلی وجود دارد، اما اینکه بیمار این توصیه را بپذیرد یا نه، تا حدود زیادی بستگی به زمینه محتویات ناخود آگاهی بیمار دارد.

انگیزش بیمار علیه هیپنوتیزم

تا کنون برخی از انگیزش‌های ناخود آگاهی را که موجب میشد اشخاص سراغ هیپنوز بیایند بیان کردیم. مکانیسم‌های ناخود آگاه دیگری وجود دارد که ممکن است باعث شود که بیمار معالجه از طریق هیپنوز را قبول نکند. ما باین دلایل منطقی نظیر این حقیقت که معالجه از طریق هیپنوز هنوز هم مراحل تجربی را میگذراند و یا برخی از پزشکان طب عمومی هنوز هیپنوتیزم را بعنوان روش رسمی معالجه قبول ندارند کاری نداریم. چنین دلائلی ممکن است زمینه‌ای برای تقلیل معالجه باشد، و همچنین ممکن است دلائلی که ظاهراً منطقی هستند بر مبنای اطلاعات ناصحیحی باشند. بعنوان مثال، اگر بیمار معتقد باشد و یا تصور کند که هیپنوز همراه با سحر و جادوگری میباشد یا موجب سلب اراده میشود، باید انتظار داشت که چنین شخصی از معالجه هیپنوتیزمی امتناع خواهد کرد.

برخی بیماران که برای آنها هیپنوتیزم تشریح شده و توصیه شده که از طریق هیپنوتیزم معالجه شوند صرفاً به علت اینکه هیپنوتیزم را دوست ندارند از هیپنوتراپی امتناع ورزیده‌اند. سایرین این قبیل عقاید را ضمن تفسیرهای عقلانی

روشن و واضح بیان میکنند. ایندسته دارای انگیزش ناخود آگاهی علیه هیپنوز میباشند. اینها معمولاً بدسه دسته تقسیم میشوند:

اول- کسانی که احساس عدم تأمین مینمایند.

دوم- کسانی که حالت تهاجمی دارند.

سوم- دسته ای که هیپنوز را با تمایلات جنسی مترادف و مساوی میدانند.

● دسته اول - کسانی که احساس عدم امنیت میکنند: ایندسته از مقهور

شدن و تحت تسلط کسی در آمدن وحشت دارند، اعمال هیپنوتیزم آمرانه برای

این افراد بیش از حد لازم است. چون افرادی سست و متزلزلی هستند، بنابراین

آنها در حفظ و کنترل اوضاع و احوال درونی و محیط خارجی خود دچار اشکال

هستند. بنابراین ایندسته به آنچه که آنها را کنترل نماید متشبث میشوند و در

عین حال بطور ناخود آگاه از آنچه که آنها را تحت کنترل بیشتری قرار بدهد

اجتناب میورزند. لذا اگر هیپنوتیزم غیر آمرانه (مادرانه) درباره آنها بکار

رود، آنها اجتناب خواهند کرد. گرچه تهدید «پدرانه» ای وجود ندارد، معذک

آنها اطمینان کافی در خودشان ندارند که بطور ارادی و داوطلبانه خود را برای

هیپنوتیزم شدن رها نمایند. اینها فاقد اعتماد لازم برای تسلیم خود میباشند.

خانم جوان نسبتاً متزلزلی، از کارمندان ارتش، که اخیراً مورد بیماری

شوهرش قرار گرفته بود، از عارضه درد پا که علل هیستری داشت رنج میبرد،

با پیشنهاد شد که از طریق هیپنوتیزم معالجه شود، ولی بیمار اندیشید که چون

یکی از کارمندان سازمان مرموزات ارتش است نباید هیپنوتیزم شود. هیچ

کوششی برای اغوای بیمار برای هیپنوتیزم نمودن بعمل نیامد، و معالجه روانی

درمانی در حال بیداری ادامه یافت. دیری نگذشت که داوطلبانه^۲ اعتراف کرد

که چون شوهرش او را رها کرده، لذا او نمیتوانست بهیچوجه به کسی اعتماد نماید، و این دلیل اصلی اجتناب وی از هیپنوتیزم شدن بوده است.

● **پرخاشگران** - چون افراد پرخاشگر اساساً متزلزل بوده و اعتماد بنفس ندارند، توسط سازوکارهای مشابهی علیه هیپنوتیزم انگیزخته میشوند. اگر آنها به هیپنوتیزم از جنبه امرانه توجه کنند از هیپنوتیزم شدن اجتناب خواهند کرد زیرا اعمال قدرت حالت پرخاشگری آنان را بسیج نموده و ایجاد ناراحتی برای آنان مینماید از طرف دیگر شخصیت پرخاشگری آنان بآنها اجازه قبول هیپنوتیزم مادرانه را نمیدهد.

بعلت شخصیتتهاجمی شان، آنها قادر نیستند نقش فروتنی - غیر امرانه^۱ را قبول نمایند.

● **هیپنوتیزم از نظر تمایلات جنسی** - تعداد عجیبی از مردم، بطرز مبهمی، هیپنوتیزم را با تمایلات جنسی مربوط میدانند. ایندسته از آن عده افراد که تحت عنوان بی اطلاع یا دارای اطلاع^۲ غلط نامبرده شدند متفاوتند، زیرا حالت فکری و مغزی آنها اصولاً طوری است که هرگونه تماس نزدیک یا آشنا را دال بر تمایلات جنسی میدانند. اینها در هیپنوتیزم رابطه آشنائی با پزشک مشاهده نموده، بدون اینکه بوضوح از دلایل خود آگاه باشند از هیپنوز اجتناب میورزند.

انگیزش پزشکی معالجه برای هیپنوتیزم -

تا اینجا برای انگیزش بیمار کافی است. اکنون باید دید انگیزش پزشکی

1- Aggression

2- Passive - submissiverol

3- Hypnosis as Sexuality

4- Misinformed

پرخاشگران

نقش فروتنی غیر امرانه

هیپنوتیزم از نظر تمایلات جنسی

دارای اطلاعات غلط

چیست؟ کاملاً تشخیص داده شده است که سازوکارهای ناخود آگاه ممکن است در عمل روانپزشکی عمومی مؤثر افتد. میگویند که روانپزشکی خود ممکن است نوعی تصعید^۱ برای چشم^۲ بازان یا تماشاگران جنسی^۳ باشد. تشخیص داده شده است که انواع معالجه تنبیهی، نظیر (ای-سی-سی) یا تشریح مغزی^۴، موقعیکه پرخاشگری پزشک بوسیله بیمار برانگیخته میشود بیشتر توصیه میگردد. شك نیست که در هیپنوتیزم سایر سازوکارهای روانی ممکن است در مغز و فکر پزشک مؤثر شده و موجب اشتباه در قضاوت صحیح او گردد که دارای خطر حتمی برای بیمار میباشد.

● تمایل برای قدرت^۵ - تمایل برای قدرت را باین ترتیب میتوان تشریح نمود که پزشک میکوشد، تماشاگران را به اطاعت محض از خود وادار نماید. در این صورت هیچ وسیله‌ای بهتر از هیپنوتیزم وجود ندارد، و این سازوکار میتواند محکی باشد برای تشخیص اینکه کدام پزشک متوسل به هیپنوز میشود و کدام نمیشود. پزشک شروع به تلقیناتی میکند که در واقع جنبه امر و دستور دارند. برای او اهمیتی ندارد که بیمار دارای چه مقامی و موقعیتی است، چه صاحب صنایع بزرگ باشد و چه شخص بانفوذی بهر حال او تحت تسلط و نفوذ او میباشد. يك چنین پزشک قدرت طلبی بطور ناخود آگاه بطرف روشی آمرانه کشانده خواهد شد و از روش مادرانه استفاده نخواهد کرد.

تمایل قدرت طلبی ممکن است بطرف مختلف جلوه گر شود. ممکن است این انگیزه جنبه عمومی خود را از دست داده و صورت خصوصی و ویژه بخود

- | | | | |
|--------------------------|-------|------------|-----------------|
| 1- Sublimation | تصعید | 2- Voyeurs | چشم بازان |
| 3- Peepingoms | | | تماشاگران جنسی |
| 4- E. C. T. or leukotomy | | | تشریح مغزی |
| 5- Drive for power | | | تمایل برای قدرت |

مدیکال هیپنوتیزم

چیست؟ کاملاً تشخیص داده شده است که سازوکارهای ناخودآگاه ممکن است در عمل روانپزشکی عمومی مؤثر افتد. میگویند که روانپزشکی خود ممکن است نوعی تصعید^۱ برای چشم^۲ بازان یا تماشاگران جنسی^۳ باشد. تشخیص داده شده است که انواع معالجه تنبیهی، نظیر (ای-سی-تی) یا تشریح مغزی^۴، موقعیکه پرخاشگری پزشک بوسیله بیمار برانگیخته میشود بیشتر توصیه میگردد. شك نیست که در هیپنوتیزم سایر سازوکارهای روانی ممکن است در مغز و فکر پزشک مؤثر شده و موجب اشتباه در قضاوت صحیح او گردد که دارای خطر حتمی برای بیمار میباشد.

● تمایل برای قدرت^۵ -- تمایل برای قدرت را باینترتیب میتوان تشریح نمود که پزشک میکوشد، تا دیگران را به اطاعت محض از خود وادار نماید. در اینصورت هیچ وسیلهای بهتر از هیپنوتیزم وجود ندارد، و این سازوکار میتواند محکی باشد برای تشخیص اینکه کدام پزشک متوسل به هیپنوز میشود و کدام نمیشود. پزشک شروع به تلقیناتی میکند که در واقع جنبه امر و دستور دارند. برای او اهمیتی ندارد که بیمار دارای چه مقامی و موقعیتی است، چه صاحب صنایع بزرگ باشد و چه شخص بانفوذی بهر حال او تحت تسلط و نفوذ او میباشد. يك چنین پزشک قدرت طلبی بطور ناخودآگاه بطرف روشی آمرانه کشانده خواهد شد و از روش مادرانه استفاده نخواهد کرد.

تمایل قدرت طلبی ممکن است بطرف مختلف جلوه گر شود. ممکن است این انگیزه جنبه عمومی خود را از دست داده و صورت خصوصی و ویژه بخود

1- Sublimation

تصعید

2- Voyeurs

چشم بازان

3- Peepingoms

تماشاگران جنسی

4- E. C. T. or leukotomy

تشریح مغزی

5- Drive for power

تمایل برای قدرت

بگیرد، که در این صورت گروه قوی و نیرومند مورد توجه قرار میگیرد، و پزشک تمایل پیدا میکند که آن گروه را برای معالجه انتخاب نماید. چنانچه انگیزه برای تفوق بر زنان باشد، زنان بیشتر از مردان برای هیپنوتیزم انتخاب خواهند شد. اگر مردان بایستی مقهور شوند، بیماران جنسی مذکور حق تقدم^۱ خواهند داشت.

● انگیزه هیستریکی - تمایل برای قدرت طلبی ممکن است تحت تأثیر خاصیت هیستریکی^۲ بیش از این بفرنج^۳ گردد، زیرا در این صورت تمایل برای نشان دادن قدرت بعوض خود قدرت وجود دارد. چنین سازوکاری دیده شده است که تمایل برخی پزشکان در نمایش دادن روش خود برای تماشاچیان بیشتر است تا همقطارانی که فقط مایلند در آموزش^۴ حرفه ای از آن استفاده کنند. با کمترین تحریک^۵ وی نیروهای خود را نمایش میدهد. چنین پزشکی هنر خود را بصورت مهم و دراماتیک جلوه داده و هیپنوز را وسیله دلیل تراشی برای معالجه طبی قرار می دهد.

● سادیسیم^۶ (دیگر آزاری) - موقعی که تمایل به بیهوش کردن با تمایلات جنسی توأم گردد، بحالت سادیستی تبدیل میگردد. همانطور که گاهی اوقات تمایل بیماران به هیپنوتیزم شدن به دلایل خود آزاری «مازوشیسم» میباشد، همان گونه نیز ممکن است القاء امرانه هیپنوتیزم دلیل دیگر آزاری (سادیسی) پزشک باشد. معمولاً، بمبارزه طلبیدن یک روش مفید برای ازدیاد عمق هیپنوتیزم

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 1- Predominate | حق تقدم داشتن مسلط بودن ، چربیدن |
| 2- Hysteroid quality | خاصیت هیستریکی |
| 3- Complicated | بفرنج ، پیچیده |
| 4- Professionai instruction | آموزش حرفه ای |
| 5- Provocation | تحریک |
| 6- Sadism | دیگر آزاری |

میباشد، ولی اگر د کتر معالج از دیدن کشمکش و تقلاى بیمار برای حرکت دادن دست و پای که بیحرکت کرده لذت ببرد یا خشنود شود، این وضع با احتمال قوی دلیل وجود انگیزه‌های سادیسمی خشنود کننده در پزشک میباشد. همین انگیزه وجود دارد هنگامیکه د کتر معالج عمق خواب هیپنوتیزم را با فرو کردن سوزن در بدن مریض آزمایش میکند.

● الوهیت و قدرت مطلق^۱ - تمایل قدرت در هیپنوتیزم میتواند تعبیری پیدا کند بدین شکل که د کتر تفوق و تسلط شخصی روی بیمار مییابد، قدرت خود را نشان میدهد، یا عقده‌های سادیستیک خود را میگشاید. همین انگیزه بطریق دیگری میتواند اقناع شود، و آن عبارت از نوعی نمایش درخدا بودن است.

ما با مفهوم الوهیت در دوران طفولیت آشنا هستیم. هیپنوتیزم ممکن است حالتی برای نمایش الوهیت بکار رود. در هیپنوتیزم خاصیت قرار دادن دست بر روی اعضاء مریض بیمار وجود دارد. یک تماس برای بخشش گناهان^۲ کافی است. اینکار ممکن است. با تلقینات افراطی برای بهبودی بیمار همراه باشد که در این صورت خاصیت عمومی و کلی دعای خیر^۳ میباشد.

● تمایل شهوانی^۴ - توجه باین حقیقت که بیمار هیپنوتیزم شده مطیع فرامین هیپنوتیست است، بیان نظریه تمایل قدرت طلبی را امکان پذیر میسازد. خاصیت برجسته دیگر هیپنوتیزم عبارت از اینست که شدت رابطه بین بیمار و پزشک که در معالجه روانی در حال بیداری وجود دارد، بیشتر اوقات در حال

1- Omnipotence

2- Offending

3- Benediction

4- Erotic drive

الوهیت و قدرت مطلق

تجاوز، خلاف کردن، گناه

دعای خیر، خوشحالی

تمایل شهوانی

هیپنوز بیشتر میشود.

این وضع بیان انگیزه‌های شهوانی را که در زندگی عادی از آنها اجتناب میگردد تسهیل می نماید. در چنین وضعی، سهولت در هیپنوتیز شدن بیمار زن یا مرد، یا حتی تعداد بیماران زن یا مردی که برای هیپنوز انتخاب میشوند ممکن است نماینده یک انگیزه و عمل جنسی پزشک باشد. وقتی بیمار در معالجه روانی ضمن بیداری دارای یک رابطه محبت آمیز مثبت با پزشک میباشد و پزشک تصمیم میگیرد که معالجه را از حالت بیداری به هیپنوز تبدیل نماید، ممکن است آنرا بدین صورت توجیه نمود که وی ناخود آگاهانه تحت تأثیر تمایل خود برای برقراری یک رابطه عاطفی نزدیکتر با بیمار قرار گرفته است. چنین انگیزشی چیزی جز دلیل تراشی برای گول زنی^۱ نیست.

این ساز و کارها را بطرق دیگری نیز میتوان بیان نمود. یک مشاهده جالب توجه است که هنگامیکه همکاران روانپزشک در یک جلسه هیپنوتیزم نشسته اند غالباً اضطراب بارزی را از خود نشان میدهند. آنها بی تاب و بیقرار^۲ میشوند. ممکن است شروع کنند به غورت دادن آب دهان خود و عمداً سر خود را از جهت بیماری که در حال هیپنوتیزم است بطرف دیگری برگردانند. من فکر میکردم که اینها بخصوص خود مردمان تلقین پذیری هستند و اضطراب آنها ناشی از اینست که خودشان تحت تأثیر نفوذ تلقینات قرار میگیرند. ولی بنظر میرسد که دلیل مهمتر از این برای آن وجود داشته باشد. من یکمرتبه توانستم یکی از همکارانم را که چنین واکنشی را از خود نشان میداد آزمایش کنم، در یکی از ارزیابی بالینی معمولی، معلوم شد که او کاملاً تلقین ناپذیر است. بنابراین

1- Seduction

2- Restless and fidget

فریب، گول زنی

بی تاب و بی قرار

من فکر میکنم که اضطراب او در چنین وضعیتی، ممکن است مربوط به سازوکار دیگری باشد ممکن است همانند سازی باعث فعال شدن انگیزه تهاجمی یا تمایلات شهوانی پنهانی تماشایی باشد. که نتیجه آن ایجاد اضطراب در وی میباشد.

● انگیزش پزشکی علیه هیپنوتیزم^۱ - تاکنون درباره بعضی از سازوکارهای تحریک روانی که ممکن است بطور ناخودآگاه باعث شوند که پزشک هیپنوز را درباره برخی از بیماران بکاربرد بحث نمودیم. از طرف دیگر، سایر سازوکارهای ناخودآگاه ممکن است در جهت مخالف عمل کرده و موجب این انگیزه شود که پزشک شود که پزشک از هیپنوتیزم کردن برخی بیماران خودداری نماید. و آن عوامل بقرار زیر هستند.

● ترس از جنبه شهوانی^۲ - ترس از درگیری شهوانی با بیمار ممکن است باعث انگیزش پزشکی علیه هیپنوز شود، منظور ما در اینجا نوعی ترس غیرمنطقی است که ناشی از ساختمان شخصیت پزشک میباشد نه وضعیت واقعی که مربوط به یک بیمار اغفال کننده وجود دارد. ترس ممکن است در یک سطح کاملاً آگاهانه‌ای وجود داشته باشد. از طرف دیگر ممکن است بصورت اجتناب از حالات ویژه جلوه کند، و اگر دلیلی برای آن جستجو شود از طریق تعقل بآن پاسخ داده شود. چنین مکانیسمی ممکن است جنبه جنس مخالف^۳ خواهی و یا جنبه همجنس خواهی، داشته باشد.

● ترس از تهاجم - همچنین، یک ترس ناخودآگاه یا جزئی آگاهانه

1- The therapist's Motivation against Hypnosis

انگیزش پزشکی علیه هیپنوتیزم

2- Fear of eroticism

ترس از جنبه شهوانی

3- heterosexual

جنس مخالف خواهی

از تهاجم خود شخص ممکن است منجر به اجتناب از هیپنوز کردن برخی از بیماران شود. با احتمال زیاد این موضوع در مورد بیمارانی انجام میپذیرد که از نظر پزشکی حقیقتاً قابل سرزنش و توبیخ هستند. گرچه در یک سطح عقلانی وی ممکن است، خود را خارج از حوزه هر نوع قضاوت اخلاقی قرار دهد.

● ترس از شکست — از نظر فردی انگیزه با احساس مسئولیت خود فرد ارتباط دارد. این موضوعی است که طبق ساختمان شخصیت پزشکی ممکن است در هیپنوز حائز اهمیت باشد یا نباشد. احساس ذهنی ما دربارهٔ مسئولیت با درجه کوششهای فردی در معالجهٔ بیمار ارتباط بسیار نزدیک دارد. مثلاً برای پزشکی خودداری بیمار از پاسخگویی به تلقینات ضمن القاء هیپنوز بمراتب زشت تر و ناراحت کننده تر از این است که وی بمعالجات طبی پاسخ مثبت ندهد. اگر یک بیمار نسبت به معالجات با دارویی تفاوت باشد، معمولاً پزشکی موضوع را باین ترتیب تفسیر می کند، عامل اصلی جواب ندادن نسبت به دارو در وجود خود بیمار است.

با این طرز فکر او خود را از قید مسئولیت و تقصیر میرهااند. در معالجه از طریق روانکاو، اگر پیشرفت کرده باشد، گفته میشود که این وضعیت ناشی از این است که حالات دفاعی بیمار فعال میباشند. نه اینکه روانکاو در رام کردن این حالات دفاعی اشکالی دارد.

بطور کلی بیمار و بستگانش موضوع اول درباره داروها را می پذیرند. ولی در مورد معالجهٔ روانی تنها نیمی از موضوع را قبول خواهند کرد. در معالجهٔ هیپنوتیزمی، برای پزشکی وضع از این هم مشکل تر است. فعالیت و کار خود او در معالجه مسئولیت عواقب امر را بوضوح بر دوش او قرار میدهد.

او ممکن است فکر کند که بیمار زیاد تلقین پذیر نیست، اما بیمار

و بستگانش پزشکی را مسئول مستقیم هر نوع تأخیر یا شکست در معالجه او میدانند. پزشکی که حساسیت زیادی در این مورد ندارد اهمیتی نمیدهد، اما قبول این موضوع بدون اینکه تحت تأثیر انگیزش معالجه هیپنوتیزمی در مورد بسیاریان ویژه قرار بگیرد تنها در مورد شخصی صدق میکند که از نظر خصوصیات مردانی و اخلاقی کاملاً بی‌عیب و نقص باشد.

چنانچه پزشک معالج حساس بود و تأمین کمتری احساس نماید تحت تأثیر قرار گرفته و ممکن است نسبت به بیمارانی که احتیاج به معالجه هیپنوتیکی دارند، اما ترس از شکست در بکار بردن هیپنوز وجود دارد از انجام اینکار امتناع ورزند. این نوع انگیزه علیه هیپنوز زمانی حائز اهمیت زیاد است که شخص در حال فرا گرفتن فنون معالجه هیپنوتیکی است، اما بمرور که تجربه زیاد شده و کمتر القاء هیپنوز با شکست روبرو میشود اهمیت این انگیزه از بین میرود.

فصل چهارم

رابطه

رابطه عاطفی^۱ بین هیپنوتیزور و سوژه

انواع روابط

❖ رابطه عاطفی ما با بیمار در هر رشته‌ای از پزشکی فوق‌العاده مهم و حیاتی است.

❖ رابطه پزشک بیماریهای عمومی با بیمار در بستر بیماری.

❖ رابطه پزشک روانی با بیمار.

❖ رابطه روانکاو با بیمار^۲.

❖ رابطه هیپنوتیزور^۳ در هیپنودرمانی با بیمار.

هر يك از این روابط يك رابطه عاطفی بین پزشک با بیمار است، و در هر رشته‌ای پزشک ماهر با موفقیت چگونگی رابطه را طبق احتیاجات بخصوص مربوط به بیمار را در هر موقع بخصوصی عمداً تغییر میدهد، این رابطه يك جزء لازمی است برای تمام پزشکان. معذالك، این رابطه در هر مورد معینی به نسبت زیادی در شخصیت‌های مختلف شامل تحرك‌های روانی مختلف و همچنین به نسبت زیادی شامل پیچیدگی‌های مختلف میباشد.

1- Emotional Relationship رابطه عاطفی

2- The transference of the psychoanalyst رابطه روانکاو با بیمار

3- The hypnotic rapport of the hypnotherapist

رابطه هیپنوتیکی در هیپنودرمانی

در معالجات از طریق هیپنوز، رابطه عاطفی پزشک و بیمار خیلی شدید و پیچیده تر از سایر رشته‌های پزشکی است. برای استفاده مؤثر و مفید از این رابطه، فهم و استنباط روشن درجات مختلف رابطه عاطفی که پزشک با بیمار در شرایط مختلف برقرار میکند لازم است. در موارد مختلف معالجات هیپنوتیزمی، چهار نوع رابطه مختلف با بیمار برقرار می‌کنیم که آنها عبارتند از:

۱- رابطه پزشک و بیمار.^۱

۲- رابطه صمیمانه.^۲

۳- انتقال.^۳

۴- رابطه هیپنوتیزمی.^۴

رابطه (پزشک - بیمار)

قبل از هر چیز رابطه (پزشک-بیمار) مورد توجه است، این رابطه پایه و اساس روش رابطه با بیمار بستری است. بیمار فاصله پزشک را در حوزه رفتارهای حرفه‌ای پزشکی مورد احترام قرار می‌دهد. این نوع رابطه پزشک و بیمار بطور ضمنی توسط هر دو طرف مورد قبول واقع شده است. این رابطه انجام کار معمولی پزشک را آسان میکند، بنحویکه بیمار از کلیه مشکلات جنبه روانی معالجات برمیآید و با حداقل ناراحتی ممکن، اندام خود را در معرض معاینه قرار می‌دهد.

● هدف رابطه (پزشک - بیمار) - در برقراری رابطه پزشک بیمار هم پزشک و هم ما نباید فراموش کنیم، که تحریم لخت شدن چه ریشه‌های عمیقی در عرف و عادت و فرهنگ ما دارد. ضمن معاینات بدنی ممکن است دکتر الزاماً احتیاج پیدا کند بآن قسمت از بدن که خود بیمار هرگز حتی لمسش نمیکند دست

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| 1- The doctor - patient relationship | رابطه، پزشک - بیمار |
| 2- Rapport | رابطه صمیمانه |
| 3- Transference | انتقال |
| 4- Hypnotic rapport | رابطه هیپنوتیکی |

بزند، و همچنین در معاینات و آزمایشات روانی پزشکی احتیاج دارد درباره چیزهایی صحبت کند که معمولاً درباره آنها صحبت نمیشود. رابطه (پزشک-بیمار) بدین نحو در فرهنگ ما تکامل پیدا کرده، که در جلسه خصوصی مربوطه، این تحریمها میتوانند کنار گذاشته شوند بشرط اینکه تمایلات و درگیریهای شهوانی یا ناراحتیهای روانی بوجود نیاید باید بخاطر داشته باشیم که این تحریمها فقط در جلسات معاینه پزشکی و مقاصد پزشکی از بین میروند.

اگر دکتربیمار را در سایر جلسات ببیند، نظیر مجامع کوکتل پارتی یا سایر مجامع اجتماعی، هم دکتروهم بیمار آداب و رسوم اجتماعی را حفظ میکنند و آن مطالبی که در جلسات پزشکی سهولت مورد بحث قرار میگرفتند، در این جلسات ممنوعیت خود را حفظ میکنند.

● برقراری^۱ رابطه (پزشک - بیمار) - در برقراری رابطه پزشکی بیمار هم پزشکی و هم بیمار هر دو میدانند که چکار میکنند. هر دوی این افراد نقشهای یکدیگر را قبول دارند. توجه باین نکته جالب است که بمجرد اینکه یکی از این دو نفر در ایفای نقش مذکور تصور کند، یعنی مثلاً بیمار رابطه خود را با پزشکی از نظر اجتماعی و عمومی بپندارد و یا برعکس پزشکی چنین کند، رابطه (پزشک - بیمار) تغییر کرده، و تجاوز رابطه (پزشک - بیمار) تغییر کرده و به محرمات تجاوز شده است و در نتیجه تجاوز از تحریکات بدون اغراض شهوانی یا ناراحتیهای روانی دیگر نخواهد بود. بدین طریق مقررات برقراری رابطه (پزشک - بیمار) بمنظور رهایی بیمار و پزشکی از اضطرابات و ناراحتیهای روانی بعمل میآید این رابطه به این شکل نضج میگیرد که هر یک با اطلاع از اینکه دیگری به وظیفه و نقش خود آگاه است، مطابق نقش و وظیفه مقتضی خود رفتار مینمایند، دکترو اطوار، طرز فکر، و رفتار عموماً همیشه متناسب با آنچه درخور شأن یک دکتر است عمل

بمعنی، نوشابه‌ای مرکب از چند نوشابه دیگر
برقراری

1- Coctail

2- Establishment

می کند ، و باینترتیب برای اقداماتی که باعث تسهیل کار دیگری از نظر يك بیمار میگردد ، ایجاد يك محیط حرفه ای مینماید . موفقیت در برقراری رابطه (پزشک بیمار) بیشتر بستگی به نحوه برقراری ارتباط غیرمستقیم بوسیله درستی شخصیت پزشک دارد تا شایستگی و لیاقت علمی و یا مهارت فنی او از نظر يك پزشک .

وقتی برای اولین بار با بیمار مواجه میشویم ، بدون توجه به اینکه چه نوع معالجه ای برای وی در نظر داریم يك رابطه «پزشک - بیمار» در طراز این زمینه ها برقرار می کنیم . این رابطه ساده و طبیعی بوده پیچیده و بفرنج نیست . این اولین رابطه روانی و عاطفی در مرحله معالجه هیپنوتیکی میباشد .

● **رابطه عاطفی - «رابطه صمیمانه»** بین پزشک و بیمار عبارت از يك تنظیم و تطبیق رابطه عاطفی بین پزشک و بیمار است که در نتیجه آن معالجه روانی امکان پذیر میگردد . این رابطه خیلی عمیق تر و مهمتر از رابطه حرفه ای و رفتار بالینی میباشد . در رابطه «صمیمانه» بیمار با اطمینان بسوی دکتر می آید . با اعتماد و ایسان دارد . بیمار احساس میکند که با دکتر درباره مشکلات زندگی خودش میتواند صحبت کند در حالیکه با سایر مردم نمیتواند صحبت کند .

او احساس میکند که این دکتر بخصوص نه تنها بیماری و مسائل او را درک میکند ، بلکه از نظر یک فرد انسان او را درک مینماید . همچنین این احساس در او پدید می آید که پزشک میتواند به او کمک کند .

● **يك نکته استثنائی - این «رابطه صمیمانه» اساساً يك حالت عاطفی است .** این احساس که دکتر بخصوصی میتواند باو کمک کند بوسیله مکانیسمهای عاطفی تعیین شده است ، و از هر گونه ارزیابی منطقی و واقعی درباره مهارت دکتر کاملاً جدا و مستقل است . برخلاف رابطه حرفه ای ساده ، باینترتیب يك اصل استثنائی و انحصاری در «رابطه صمیمانه» وجود دارد .

- 1- An Emotional Relationship
- 2- Exclusive element

رابطه عاطفی
اصل استثنائی و انحصاری

بیمار احساس میکند که این دکتر ویژه‌ایست که میتواند در بین تمام دکترها بطور انحصاری و مطلق او را کمک و شفا دهد. برای مقاصد بخصوص يك بیمار میتواند بطور واقعی در يك زمان با تنها يك دکتر «رابطه صمیمانه» داشته باشد. اگر پزشکی بیمارهای عمومی محلی دارای «رابطه صمیمانه» با بیمار باشد، برای روانپزشک مدتی طول خواهد کشید تا روابط صمیمانه با این بیمار برقرار کند. در حالیکه این «رابطه صمیمانه» به علت علائق درونی بیمار خود بخود پیش می‌آید ولی پزشکی عمومی ممکن است قادر به درک و احساس آن نباشد. وقتی پزشکی خانوادگی از نظر بیمارهای جسمی بیمار را تحت درمان قرار میدهد و در عین حال بیمار تحت درمان روانی قرار میگیرد، پیوسته روانشناس دچار اشکال میشود زیرا معالجه اولی بر رابطه صمیمانه که وی باید با بیمار ایجاد کند تأثیر میگذارد.

● مفهوم رابطه صمیمانه عشق نیست.

يك نکته ای که بایستی روشن بشود اینست که رابطه صمیمانه عبارت از این نیست که بیمار عاشق پزشکی بشود. ما رابطه صمیمانه را بطور تساوی با مرد و زن برقرار میکنیم. بعبارت دیگر این يك رابطه عشقی آشکارا نیست گرچه ممکن است شامل اصول اولیه رابطه عشقی باشد. این رابطه اساساً يك رابطه حرفه‌ای است، که بطور عمد بوسیله پزشکی برقرار میشود و آگاهانه خود دکتر طبق احتیاجات روانی بیمار تحت تغییر و کنترل قرار میگیرد.

● شرکت دکتر در رابطه صمیمانه - جنبه عاطفی صمیمانه کاملاً یکطرفه نیست. رابطه صمیمانه يك عمل^۲ متقابل است، يك اصلی است که دارای جنبه دوطرفه است، دکتر بعنوان يك فرد انسانی به بیمار طبق رابطه حرفه‌ای به محکمه خود احترام میگذارد، و بیمار نیز چنین احترامی را برای او قائل میگردد. رابطه

1- The physician participates in rapport

شرکت دکتر در رابطه صمیمانه

2- Interaction

عمل متقابل

صمیمانه برخلاف پدیده «انتقال» است زیرا در این رابطه دکتر خودش در رابطه عاطفی شرکت مینماید. بنابراین درک این موضوع حائز اهمیت است. یک نظریه روانپزشکی وجود دارد که میگوید پزشکی هیچگاه نباید نسبت به بیمار واکنش عاطفی احساس کند، ولسی این نظر صحیح نیست. رابطه صمیمانه عبارت از یک رابطه کاملاً حقیقی است. باین معنی که این رابطه بر مبنای احساسات بیمار نسبت بدکتر بعنوان یک شخص واقعی است برخلاف «پدیده انتقال» که در آن احساسات بیمار نسبت به دکتر در واقع احساساتی است که بیمار از شخص دیگری گرفته و بدکتر منتقل کرده است.

این حقیقت که دکتر خودش درگیر رابطه صمیمانه عاطفی میباشد شاهد و دلیل واضحی است که دکتر پیوسته با کمال مراقبت این رابطه را دقیقاً مورد معاینه و بررسی قرار دهد. و در صورت لزوم دکتر میتواند این رابطه را تصحیح و جرح و تعدیل کند، و بموقع بمنظور بهره‌برداری بزرگتری بنفع فرد بیمار مورد استفاده قرار دهد.

رابطه صمیمانه در هیپنوتیزم کردن «غیر آمرانه» شرط اساسی^۱ و مطلق است. برای رسیدن به نتیجه رضایتبخش، «رابطه صمیمانه» یک امتیاز برجسته ایست ولی لازم نیست. زیرا کسانی که از طریق هیپنوز به بیماران خود کمک میکنند بایستی توانائی این را داشته باشند که در موقع احتیاج بسهولت رابطه صمیمانه را برقرار کنند.

برقرار کردن رابطه صمیمانه

رابطه شیر لفظی یا برقراری ارتباط بدون استفاده از بیان و صحبت چطور ما این رابطه عجیب عاطفی را که اینقدر در هیپنوتیزم کردن «غیر آمرانه» اساسی و مهم است برقرار کنیم؟ در اولین وحله باید دانست که رابطه صمیمانه

يك رابطه عاطفی است و تنها بوسیله مکانیسمهای عاطفی برقرار میشود. هر روش عقلانی و استدلالی نظیر: «من دکتر شما هستم، شما میتوانید بمن اعتماد کنید» فاقد ارزش میباشد. ما باید ایجاد احساس دوستی و احترام کنیم. هر نوع کوششی بمنظور برقراری يك چنین ایده‌هایی کلمات منطقی نامناسب^۱ و مخالف بوده و فقط موجب میشود که بیمار حالت دفاعی بخود بگیرد. ما بایستی این فکر را در ذهن بیمار بوسیله اعمال و نه حرف، بوجود بیاوریم، اگر ما به بیمار اعمال و حرکات خود را دوستانه نشان بدهیم و عملاً احترام بگذاریم، بیمار نیز متقابلاً شروع بنشان دادن همان اعمال خواهد کرد. اعتماد او نسبت بما جلب شده و بعداً ما قادر خواهیم بود که متقابلاً رابطه صمیمانه را برقرار کنیم.

صمیمیت

● در نشان دادن صمیمیت به بیمار نباید عجله و اصرار کرد. نشان دادن احساسات دوستانه به بیمار آنقدرها هم که تصور میشود ساده نیست. اگر ما برقراری رابطه صمیمانه را زود و با عجله شروع کنیم، بزودی بیمار دلسرد شده و شانس تشکیل رابطه صمیمانه کم میشود. راز موفقیت عبارت از اینست که ما بایستی کاملاً با بیمار بی‌ریا^۲ رفتار کنیم. هر عدم^۳ صمیمیت جزئی، هر چقدر هم که کم باشد و دکتر فکر کند که بیمار متوجه نخواهد شد. معذالک بیمار متوجه شده و آنرا بخوبی احساس خواهد کرد و در نتیجه باعث محافظه‌کاری و احتیاط بیمار میشود. ما بایستی به آرامی پیش برویم، و به بیمار فرصت^۴ زیادی بدهیم که ما را آزمایش کند. و این موضوع بسیار مهم است. اگر ما به‌خواهیم اعتماد بیمار را نسبت بخود مشاهده کنیم، بایستی اجازه دهیم که بیمار ما را آنطور که هستیم ببیند.

1- Incongruous	نامناسب	2- Genuine	بی‌ریا
3- Incincerity			عدم صمیمیت
4- Ample opportunity			فرصت کافی

نوع رابطه‌ای را که ما مایل هستیم با بیمار برقرار کنیم از طریق نشان دادن صمیمیت ظاهری^۱ حاصل نخواهد شد، عدم نشان دادن صمیمیت ظاهری عبارت دیگر عدم تظاهر، عامل مهمی است که موجب میشود بیمار متقابلاً با ما صمیمی باشد. در روش‌های مختلف معاینه و معالجه بالینی غالباً دکتر ناخودآگاه صورت ظاهری و غیر حقیقی خود را به بیمار نشان میدهد، در نتیجه رابطه ظاهری برقرار میگردد، اما در برقراری رابطه صمیمانه اینکار غیر ممکن است. ما به بیمار فرصت میدهیم و اجازه میدهیم که ما را همانطور که هستیم ببیند.

موقعی که ما اجازه میدهیم به بیمار که نواقصی^۲ را در ما ببیند، ما مورد اعتماد او قرار میگیریم و در عوض او بمان اعتماد نموده و با اصطلاح دست خود را در مقابل ما رو خواهد کرد و یا عبارت دیگر با جبهه باز با ما روبرو خواهد شد، و درون و باطن خود را بر ما آشکار و افشاء خواهد کرد.

● مکانیسمهای کنایه‌ای^۳ - پاره‌ای از جنبه‌های رفتار و منش ما میتواند در برقراری رابطه صمیمانه دارای ارزش و اثر بخصوصی باشند.

طرز برخورد و سلام و علیک، بسیار مهم است. مثلاً در مورد بیمارانی که در رشد تمایلات غریزشان مخالفت و محدودیتی پدید آمده نباید خیلی گرم سلام و علیک کنیم، زیرا این افراد معمولاً از تماس‌های عاطفی و هیجانی گرم و صمیمانه هراس دارند، و چنانچه با صمیمیت زیاد بآنها نزدیک شویم بدرون خود فرو میروند. تماس یا لمس کردن یکی از طرق بخصوص مهمی در برقراری رابطه سمبولیک میباشد. گرفتن دست بیمار در موقعی که او درگیر کشمکشهای عاطفی و روانی است این احساس را در بیمار بوجود میآورد که دکتر در مشکلات و ناراحتی‌های او سهیم و شریک میباشد. این یک فرایند عاطفی است، و چنین نتیجه و اثری نمیتواند بهسولت بوسیله الفاظ و حرف بوجود آید. لمس بیمار

1- Facade ظاهری، تظاهر

2- Imperfections نواقص

3- Symbolic mechanisms

مکانیسم‌های کنایه‌ای

اثر نیرومندی بر روی عواطف بیمار دارد. بنابراین هر نوع تماس نامناسبی در موقعیکه بیمار در شرائط روحی خوبی نیست و آمادگی قبول آنرا ندارد، باعث عقب نشینی بیمار شده، و ایجاد رابطه صمیمانه مشکل تر میشود.

مواع برقراری رابطه صمیمانه

● چطور دکتر میتواند بیمارش را درك کند؟ در وضعیت های خاصی عوامل مختلفی مانع ایجاد رابطه صمیمانه بطور یکنواخت و مساعد میگردد. این موضوع غالباً وقتی رخ میدهد، که بیمار میخواهد پاره ای از چیزهایی را که درباره آنها احساس کمروئی و دودلی^۱ میکند افشاء نماید. احساس میکند که دلش میخواهد پزشکی آنها را از او بپرسد. بیمار بحث را به اطراف موضوع مربوطه میکشاند، و انتظار دارد که دکتر سؤال مناسب را بکند. چنانچه دکتر باندازه کافی این نکته مهم را درك^۲ نکند، بیمار احساس خواهد کرد که دکتر باندازه کافی حساس^۳ نیست، یا عبارت دیگر بی احساس است و باخود خواهد گفت: «اون نمیتواند مرا درك بکند» و شانس برقراری «رابطه صمیمانه» تقلیل مییابد. گاهی اوقات بیمار عاجز^۴ و درمانده میشود زیرا او فکر میکند که دکتر سئوالات نامربوط میپرسد. این موضوع بخصوص هنگام پرسش از تاریخ بیماریهای خانوادگی بخوبی صدق میکند. چنین سئوالات نامربوط بهتر است تا زمانیکه رابطه صمیمانه تا حدودی برقرار نشده به تأخیر انداخته شود. همچنین يك پرسش نارس^۵ درباره موضوع عاطفی مربوطه ممکن است موجب رنجش^۶ و خشم شود.

هر گونه تمایل نسبت به تحقیر^۷ بیمار، یا نامیدن اسم کوچک بیمار در جای

- | | | | |
|----------------------|--------------|---------------|---------------|
| 1- Diffident | کمروئی دودلی | 2- Perceiue | درك کردن |
| 3- Insensitive | غیر حساس | 4- Frustrated | عاجز، درمانده |
| 5- Too early enquiry | | | پرسش نارس |
| 6- Resentment | رنجش | 7- Talk down | تحقیر |

نامناسب، یا صحبت به لهجه^۱ محلی وی بطور غلط باعث ایجاد سدی در برقراری رابطه صمیمانه میشود.

۳- «رابطه انتقال»

● ماهیت انتقال - «پدیده انتقال» یا «رابطه صمیمانه» تفاوت دارد. در پدیده انتقال بیمار احساسی را که نسبت بدشخص دیگری داشته، همان احساس را به دکتر منتقل میکند، بعبارت دیگر دکتر را بجای آن شخص می بیند، بنابراین موقعیکه بیمار نسبت بدکتر احساسات مطلوبی نشان میدهد، او در واقع احساسی عاطفی را بدکتر انتقال میدهد که آن احساس را نسبت بدشخص دیگری داشته است. که آن شخص ممکن است پدر، یا عمو یا یکی دیگر از افراد خانواده و یا یکی از دوستان بوده یا هست دکتر از نظر بیمار برای يك مدت موقت سمبل و مظهر شخص دیگری است. بدینترتیب رابطه عاطفی در «پدیده انتقال» در واقع جنبه سمبولیک داشته، و در مقابل رابطه صمیمانه قرار دارد، زیرا «رابطه صمیمانه» بر پایه و اساس واقعیت بنا شده و ضمن آن بیمار احساس میکند که پزشک نیز يك فرد است مانند خود او. بهر حال «رابطه صمیمانه» الزاماً تحت تأثیر تجربیات و احساسات روانی سابق وی قرار نمیگیرد. فرق بارز دیگر «پدیده انتقال» با «رابطه صمیمانه» اینستکه «پدیده انتقال» عبارت از يك رابطه یکجانبه^۲ است. روانکاو مجبور است از نظر عاطفی بیطرف و آزاد بماند تا بتواند «پدیده انتقال» را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد.

● پدیده‌های «انتقال» در هیپنوسیز - گرچه «پدیده انتقال» در هیپنوتیزم مانند روانکاو توسعه نیافته است، معذالک «پدیده انتقال» در هیپنوتیزم پیوسته پیش میآید. بعنوان مثال، اتخاذ حالت «آمرانه» توسط پزشک باعث بوجود آمدن «سیرفته‌رایی» در بیمار میشود، موقعیکه هیپنوتیست آمرانه رفتار و عمل میکند،

سوژه دربارهٔ او مانند آنچه درباره پدرش احساس میکرد احساس می‌نماید، و این موضوع بنوبه خود باعث میشود که بیمار احساس کند بصورت فرزند یا طفلی درآمده است. «سیر قهرائی» ممکن است از طریق عمل این مکانیسم «انتقال» شروع شود.

«پدیدهٔ انتقال» ممکن است در حال هیپنوتیزم بشکل تخلیهٔ هیجانی ظاهر شود. بیمار ممکن است در حال هیپنوتیزم نفرت خود را از پدرش ظاهر کند و سپس بسرعت آنرا بدکتر انتقال بدهد. در «هیپنوتراپی» بهتر است از بوجود آمدن «پدیدهٔ انتقال» جلوگیری شود هنگامیکه بیمار شروع به تخلیه روانی میکند، پزشک معالج برای اجتناب از یک حالت انتقال نامطلوب بهتر است خود را از نظر عاطفی به بیمار نزدیک‌تر کند.

۴- رابطه هیپنوتیکی

«رابطهٔ هیپنوتیکی» عبارت از یک ارتباط عاطفی بسیار صمیمانه نزدیک بین عامل و معمول میباشد، و بایستی بین رابطهٔ صمیمانه هیپنوتیکی و «رابطهٔ پزشکی-بیمار» فرق قائل شد. رابطهٔ هیپنوتیزی عبارت از یک پدیدهٔ هیپنوتیزی دائمی است، و بستگی به اینکه روش عامل «آمرانه» یا «ملایم» بوده ندارد، و همچنین با روش بخصوصی که برای القاء هیپنوز بکار برده میشود بی ارتباط است.

«رابطهٔ عاطفی هیپنوتیکی» بوسیلهٔ آمادگی زیادی که بیمار نسبت به تلقیات پزشکی نشان میدهد مشخص میگردد. در همین ضمن، بیمار نسبت به تلقیانات یا فرامین دیگران بی تفاوت و ناآگاه باقی میماند.

رابطهٔ «هیپنوتیکی» مانند «پدیدهٔ انتقال» عبارت از یک رابطهٔ عاطفی یکجانبه است. «سوژه» دارای یک رابطهٔ عاطفی شدید نسبت به «هیپنوتیست» میباشد، ولی

1- Abreaction

تخلیه هیجانی

2- Extreme readiness

آمادگی زیاد

عامل بهیچوجه خودش در آن سهیم و درگیر نیست. پاره‌ای اوقات يك حالت فداکاری^۱ حیوان مانند رابطه صمیمانه هیپنوتیکی وجود دارد، که بسی شباهت به واکنش‌های عاطفی سگ گله نیست، که پیوسته مشتاق انجام او امر و پیشنهادات آقا و اربابش یعنی چوپان است. این جنبه اولیه رابطه صمیمانه هیپنوتیکی با فرضیه تسلسلی ماهیت هیپنوز توافق^۲ کامل دارد.

رابطه «هیپنوتیکی» در «خودهیپنوتیزم کردن» وجود ندارد، زیرا در حالت «خودهیپنوتیزم» بیمار میر قهقرائی تسلسلی را بدون کمک تلقینات خارجی در خود بوجود می‌آورد.

● فقدان رابطه «هیپنوتیکی» - در عمل کلینیکی برای برقراری رابطه صمیمانه هیپنوتیکی اقدامات مخصوصی لازم نیست. زیرا بسادگی از طریق فرآیند لقاء بوجود می‌آید. نکته اصلی اینست که رابطه «هیپنوتیکی» در سراسر جریان اعمال هیپنوتیزم حفظ و نگهداری شود. اگر رابطه «هیپنوتیکی» از بین برود، بیمار تلقینات عامل را نمی‌پذیرد و هیپنوتیست نیز کنترل خود را بر روی بیمار از دست می‌دهد. این يك وضعیت جدی و وخیم است. در هیپنوتیزم طبی این موضوع خیلی کم اتفاق می‌افتد، و آن موقعی است که بیمار کاملاً هیپنوتیزم شده مدت زیادی بدون تلقین بحال خود گذاشته شود، یا موقعی که بیمار در حال تخلیه شدید^۳ انرژی است بیمار بدون تماس عاطفی با پزشک بحال خود رها می‌شود.

1- Animal-like devotion

2- Consistent

3- Violently abreacting

وفاداری یا فداکاری شبیه حیوان

توافق

تخلیه شدید

فصل پنجم

پرستیژ یا شخصیت

پرستیژ^۱ و فرضیات تسلسلی.

اگر ما برای پی بردن و توجه به عمل تلقین در زندگی روزمره بنگریم، بزودی در خواهیم یافت که تلقینات بیشتر از طرف کسانی پذیرفته میشوند که مورد اعتبار و احترام اطراف باشند. اگر به شخصی که تلقین میدهد بدقت و احترام بنگریم، با احتمال زیاد تلقین را میپذیریم. این مفهوم در بکار بردن تلقین در القاء هیپنوسیز بسیار مهم است. این موضوع در طول زمان تحت عنوان پرستیژ یا اعتبار مشهور گردیده است. در عمل طبابت، پرستیژ در واقع ارزشی است که بیمار در مقام مقایسه با خودش برای پزشک معالج قائل میشود.

● ماهیت پرستیژ - در هیپنوتراپی، مسئله اینکه بیمار پزشک را از نظر یک فرد متخصص و حاذق در کار خودش بداند زیاد مطرح نیست. بلکه توجه به پزشک از نقطه نظر اینکه صاحب قدرت است یا در طبقه بالاتر اجتماعی قرار دارد بنگرد و ویرا محترم بشمارد، یا صرفاً بخاطر پذیرفتن اینکه آن شخص از خودش عاقلتر است یا جمعاً بهتر است به وی احترام بگذارد. ما چنین شخصی را صاحب پرستیژ یا اعتبار میدانیم.

● پرستیژ و تلقین - موقعیکه ما این وضعیت را در رابطه با فرضیات

تسلسلی بررسی میکنیم، ما می بینیم این همان چیز است که ما انتظار داریم. اگر تلقین ساز و کار اولیه ایست که قبولی تلقین را در انسانهای اولیه تعیین میکند، ما قبول خواهیم کرد که مردان امروزی متجدد تلقینات را از طرف رهبران خود خیلی زودتر از دوستان نزدیک خود خواهند پذیرفت.

در حقیقت بنظر میرسد که چنین چیزی رخ داده باشد. موقعی که ما تلقینات را از کسانی که دارای پرستیژ هستند به سہولت بیشتر قبول میکنیم، ما در حقیقت از یک میراث باستانی تبعیت می کنیم که از زمانیکه انسان اولیه با قبول تلقینات رهبرش خواسته های او را انجام میداد بما به ارث رسیده است.

این نکته مورد توجه است که نویسندگان اولیه، عملاً بدون استثناء، تأکید زیادی میکردند روی تحت تأثیر^۲ قراردادن بیمار تا پزشکی معالج را مورد احترام قرار دهد. بعبارت دیگر، آنها توجه بخصوصی به سازوکاری داشتند که ما حالا آن را پرستیژ می نامیم در بین نویسندگان امروزی هیپنوتیزم اختلاف عقیده وجود دارد.

برخی از نویسندگان با زهم روی پرستیژ تأکید میکنند، در حالیکه سایر نویسندگان تقریباً توجهی بآن نمی نمایند.

دلیل این موضوع را در تفسیر^۳ و توضیح جدید هیپنوز طبی در جهت هیپنوالیز باید یافت. از جنگ جهانی دوم پیوسته از علاقه متخصصین در بکار بردن تلقین هیپنوتیکی در جهت استفاده از هیپنوز در فنون روانکاوی از طریق هیپنوز کاسته شده است. پرستیژ از نقطه نظر مورد استفاده قبلی اش کاملاً بی مورد است. از این رو، پرستیژ از حیث انتفاع افتاده است. نکته ای که از همه مهمتر است، که توجهی به آن نشده است، عبارت از اینست که پرستیژ میتواند با مزیت و تفوق در هیپنوز «غیر آمرانه» بکار رود، ولی بایستی یکنوع پرستیژ بخصوصی باشد.

تحت تأثیر قراردادن 2- Impressing تأکید زیاد 1- Great stress
تفسیر، توضیح 3-Orientation

● پرستیژ در هیپنوتیزم ۱ آمرانه - مبنای علمی و نظری برای هیپنور آمرانه اینست که اتخاذ روش آمرانه بوسیله پزشک معالج از رشد و قامت بیمار میکاهد. بدین معنی که وقتی بیمار رو در روی پزشک قرار میگردد، جز کودکی خردسال چیزی نیست. با ادامه این وضع، بیمار به گذشته، بشکل^۲ بدوی کنش مغزی باز میگردد و تلقینات را بیشتر و بیشتر بسهولت قبول میکند.

● مورد استفاده قبلی پرستیژ - برای اینکه هیپنوتیست بتواند در بیمار اعمال نفوذ نماید مقداری پرستیژ لازم است. بسیاری از هیپنوتیزورهای قدیمی برای برقرار کردن پرستیژ خود (مبنی بر اینکه دارای این قدرت و توانائی هستند) سروصدای^۳ زیادی راه میانداختند. در درجه اول می دیدند که اطاقهای معاینه آنها بطرز عالی و با شکوهی^۴ تزئین و با مبلمان مجهز شده و از این طریق این ایده را در بیمار پدید میآوردند که اشغال کنندگان آن اطاقها بابد حتماً افراد بسیار مهمی باشند.

پزشکان لباسهای پرخرج^۵ و گرانقیمت به تن میکردند. رفتار آنها پرازنگبر^۶ و نخوت بود، گوئی اشخاص بلند پایه^۷ و عالی رتبه با موجوداتی بی نهایت دون پایه صحبت میکردند.

آنها موجودیت بیماران را فراموش کرده و به نوبه خود بآنها امرونی میگردند. آنها به بیماران خود یادآوری میکردند که اشخاص مشهوری را که سایر پزشکان از معالجه آنان عاجز شده بودند بطور معجزه آسائی معالجه کرده اند، و نظایر آن. برخی از عوامل اجتماعی این نوع ایجاد پرستیژ پر سروصدای پنجاه سال قبل از تسهیل میگردند. بطور کلی بیماران نسبت به بیماران امروزی چشم

- | | |
|---------------------------------------|-----------------|
| 1- Prestige in Authoritative hypnosis | آمرانه |
| 2- Primitive mode | شکل بدوی |
| 3- Blatant | پرسدا، جارزننده |
| 4- Magnificentlg | با شکوه |
| 5- Lavish | پرخرج |
| 6- Utter arrogance | تکبر محض |
| 7- Exalted | بلند پایه |

و گوش^۱ بسته تر بودند ، بنابراین احتمال رد کردن ادعاهای نامعقول^۲ و افراطی هیپنوتیست های آنروز خیلی کم بود. آنها همچنین بیش از این با اختلاف طبقاتی آشنا بودند و در نتیجه بیش از این آمادگی پذیرش قدرت از طرف اعمال کنندگان آنرا داشتند.

مورد استفاده جدید پرستیژ - اگر ما بخواهیم از تلقین هیپنوتیکی برای بهبود بیماریها استفاده کنیم ، ما معمولاً روش آمرانه را بکار میبریم ، و احتیاج به پرستیژ داریم. کاملاً واضح است روشی که هم اکنون در بالا بیان شد، که طی آن آن پزشک^۳ بیش از حد غرور میشود و با ایجاد سروصدا مرد خارق العاده شده و وضعیتی نزدیک به خدائی بخود میگیرد، بوسیله بیماران با هوش و نقاد امروزه چنین ادعاهائی بسهولت رد میشود. این درست مثال دیگری است از اینگونه چطور طبابت، و بخصوص طبابت هیپنوتیزمی ، در سطح فرهنگی محیط بخصوصی اصلاح و تغییر شکل مییابد. معالجه هیپنوتیکی جدید که میخواهند القاء آمرانه را تسهیل کنند میتوانند پرستیژ لازم را بدست بیاورند، ولی باید بوسیله روش زیر کانه تری این عمل را انجام بدهند. در عمل طبابت بالینی، بیشتر بیماران ما از طریق پزشکان عمومی خانوادگی بما معرفی میشوند. این پزشکان در ایجاد پرستیژ برای ما بمیزان زیادی میتوانند مؤثر باشند. آنها میتوانند بطریقی که از عهده خود ما ساقط است، درباره اعتبار و موفقیت ما در بهبود دیگر بیماران صحبت کنند. موقعی که بیمار عملاً بما میرسد که ما را ببینند ، ما بایستی فقط پرستیژ خود را حفظ کنیم.

حال اگر ما حقیقتاً در بهبود بیمار خود کمک کرده باشیم ، بیمار جدید میتواند طبعاً از مهارت ما آگاه شود. حال اگر ما بخواهیم و احتیاج داشته باشیم که اعمال قدرت کنیم. با روش خودمان می توانیم به سوژه بفهمانیم که ما دارای چنین قدرتی هستیم.

1- Sophisticated

2- Extravagant

چشم و گوش بسته ، گمراه تر

نامعقول

● پرستیژ در هیپنوز^۱ غیر آمرانه

در هیپنوتیزم «غیر آمرانه» بیمار تشویق و راهنمایی میشود که با اراده آزاد خودش هیپنوتیزم شود. «هیپنوتیزم» ملایم عمل میکنند و تأکید میکنند که بیمار خودش این کارها را انجام بدهد. پایه و اساس علمی ما در روش پاسیو در اجرای هیپنوز اینست که پزشک بصورت مادری مهربان و تسکین دهنده جلوه میکند. در مقابل بیمار احساس میکند که مانند کودکی آلامش تسکین مییابد. او بحالت بچگانه کشیده میشود و بسیر قهقرائی میرود.

● پرستیژ مادرانه^۲

نقش پرستیژ در این وضعیت و حالت ظاهری بطور عملی در بوته^۳ فراموشی گذاشته شده است. از بررسی که ما در فرضیه^۴ تسلسلی کردیم، تا بحال ما فهمیده ایم که پرستیژ به تلقین کمک میکند. نکته^۵ مهم در حال حاضر اینست که ما احتیاج به یک پرستیژی داریم که کاملاً از نوع متفاوتی مییاشد. ما احتیاج به نوعی از پرستیژ داریم که با نقش تسکین^۴ دهنده مادرانه مطابقت^۵ نماید.

ما خواستار پرستیز هستیم و ما میخواستیم که توجه معمول به ما معطوف شود، ولی ما خواستاریم که سوژه بادیده اطمینان و احترام بما نگاه کند. بطور وضوح دیده میشود که این شکل پرستیژ درست برخلاف پرستیژ در هیپنوز آمرانه است. این همچنین نشان میدهد بما که چرا «رابطه صمیمانه» تا این اندازه در هیپنوز غیر آمرانه اینقدر مهم است، هم احترام و هم اطمینان هر دو در اصول «رابطه صمیمانه» مهم هستند. برای بدست آوردن این نوع پرستیژ، بوسیله تواضع^۶ و فروتنی خودمان چنین اطمینانی را بوجود^۷ میآوریم. ما هیچ نوع ادعای افراطی

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------|
| 1- Prestige in passive hypnosis | پرستیژ در هیپنوتیزم غیر آمرانه |
| 2- Maternal prestige | پرستیژ مادرانه |
| 3- Overlooked | فراموش شده |
| 4- Soothing | تسکین دهنده |
| 5- Consistent | مطابقت داشتن |
| 6- Modesty | تواضع و فروتنی |
| 7- Engender | تولید کردن، بوجود آوردن |

و نامعقول نمی‌کنیم. روی این حقیقت تأکید میشود که بیمار همه چیز را خودش انجام میدهد، و ماتنها يك نقش جزئی در معالجه و درمان بعهدہ داریم. ما به بیمار متذکر میشویم که چه نسبتی از بیمارانی که از این وضعیت رنج میبرده‌اند از این طریق معالجه شده‌اند. ما خیلی طبیعی رفتار می‌کنیم، و خیلی صادقانه شکست‌هایی را که در این زمینه خورده‌ایم اقرار می‌کنیم. بیمار می‌بیند که ما هیچ چیز را پنهان نمی‌کنیم. وقتی ما اینکار را شرافتمندانه انجام دهیم، بیمار صداقت و صمیمیت ما را مورد احترام قرار خواهد داد، زیرا احساس میکند که ما از نظر درونی و باطنی قابل اعتماد هستیم. در نتیجه همانطور که روزگاری به مادرش اعتماد میکرد، امروز بما اطمینان میکند. او میتواند در این حس اعتماد خود را وانهاده کند و بگذارد که بصورت طفولیت از عمل مغزی رجعت نماید.

● پرستیز و تسلیم^۱

در مرحله، هیپنوز شدن يك عنصر تسلیم وجود دارد. شخص هیپنوتیزم‌شونده کنترل ارادی خود را تسلیم مینماید. در روش «آمرانه» تسلیم شدن به سوژه تحمیل میشود، در هیپنوز «غیر آمرانه» سوژه با اراده آزاد خود تسلیم میشود اساساً يك کنترل آگاهانه^۲ است. تسلیم واقعی فعلی موجب میشود که بازگشت به شکل اولیه عمل مغزی امکان‌پذیر شود. مرحله تسلیم با حضور هیپنوتیزور تسهیل شده، و تسلیم عملاً و واقعاً در مقابل اوست.

در گذشته، تأکید زیادی روی سیادت بیمار بعمل می‌آمد. این مشابه تسلیم اجباری در مقابل قدرت است. بررسی این موضوع که سوژه مجبور میشود اراده خود را تسلیم هیپنوتیزور نماید مورد قبول عامه است. اگر آنرا در هیپنوسیز «غیر آمرانه» بکار ببریم، مفهومش چنین میشود که بیمار بطور ارادی و داوطلبانه اراده خود را برای اراده پزشک معالج تسلیم مینماید. لیکن، بطوریکه بررسی «خود

1- Prestige and Surrender

2- Ego - Control

پرستیز و تسلیم

کنترل آگاهانه

هیپنوتیزم « نشان می‌دهد و آنطور که تصور میرفت تسلط بر اراده سوژه بوسیله هیپنوتیزور عامل اساسی القاء هیپنوز نیست.

زیرا در « خود هیپنوتیزم» باید کسی باشد که تسلیم او بشویم. در عمل خود هیپنوتیزم کسی نیست که سوژه تسلیم شدن به او را بپذیرد، و همچنین توهم سمبولیک^۱ ثابتی نیز وجود ندارد که سوژه بآن تسلیم شود، کیفیت مشخصه این نوع هیپنوز اینست که سوژه خود را رها میکند، او واقعیت وجود خود را رها می‌سازد.

این مرحله سیر قهقرائی را که عنصر اساسی در هیپنوز میباشد ایجاد می‌کند. اکنون بوضوح بیشتری میتوانیم ریشه‌های تحریک دینامیکی تسلیم را در القاء هیپنوز درک مینمائیم. تسلیم به هیپنوتیزور، خواه به زور خواه بامیل و اراده شخص باشد فوراً بیمار را در وضع زیر دست قرار می‌دهد، و سوژه حالت طفولیت را بخود می‌گیرد و صحنه لازم برای سیر قهقرائی بوجود می‌آید و فراهم میشود. واضح است که تسلیم شدن بیمار بدین طریق در صورتی که هیپنوتیزور واجد پرستیژ باشد آسانتر انجام میشود.

فصل هشتم

ایجاد زمینهٔ مصاحبه

● طرز فکر بیطرف^۱ و خنثی- رهبری و ادارهٔ اولیه مصاحبه با بیمار در هر نوع معالجهٔ روانی موضوع بسیار پراهمیتی است، زیرا روابط عاطفی که برقرار میشود و روش‌هایی که بکار برده میشود معمولاً دارای اثر عمیقی در روان درمانی بعدی میباشد. در هیپنوز، اهمیت اولین مصاحبه حتی بیشتر از مصاحبات بعدی است.

در طبابت کلینیکی، موقعی که بیمار اولین بار ما را می‌بیند موضوع از این جهت پیچیده است که ما خود نمیدانیم آیا هیپنوتیزم را بکار خواهیم برد یا نه. گاهی اوقات که یکی از پزشک‌عمومی بیمار را معرفی مینماید ممکن است امکان بکار بردن هیپنوز را خاطر نشان کند، گاهی اوقات خود بیمار فقط بخاطر هیپنوتیز شدن به هیپنوتیزور مراجعه میکند، اغلب اوقات بیمار برای تشخیص و ارزیابی^۳ عمومی روان درمانی مراجعه میکند، و هرگز فکر هیپنوسیز شدن از مخیلهٔ او خطور نکرده است. بهر حال، تصمیم دربارهٔ اینکه آیا بیمار باید هیپنوز بشود یا نه بایستی تا پس از یک معاینه کامل روانی به تأخیر^۴ بیفتد. ما ممکن است

1- Structuring the interview

ایجاد زمینهٔ مصاحبه

2- The Neutral Attitude

طرز فکر بیطرف و خنثی

3- Assessment

ارزیابی

4- Deferred بد تعویق افتادن

بخواهیم هیپنوسیز را بکار ببریم، یا بکار نبریم، ولی میخواهیم در را باز گذاریم که تا بتوانیم در صورت لزوم و تشخیص اینکه هیپنوتیزم بهترین راه کمک به بیمار است آنرا بکار ببریم، در طبابت عملی، این موضوع ایجاد يك مسئله آنی و فوری مینماید. ما باید رابطه صمیمانه برقرار کردن، و ایجاد پرستیژ نمائیم. اگر ما ندانیم که آیا باید هیپنوز را بکار ببریم یا نه مسلماً ما نخواهیم دانست چه نوع پرستیژی در مقابل بیمار باید در خود بوجود آوریم آیا ما باید «آمرانه» رفتار کنیم یا «غیر آمرانه» مابایستی موضوع را با پرسش از سابقه بیماری شروع کنیم و معاینه روانی لازم را بعمل آوریم، و در عین حال مابایستی روش بیطرفی خود را حفظ کنیم تا بتوانیم بموقع بدون ایجاد اضطراب و ناراحتی برای بیمار روش «آمرانه» یا «غیر آمرانه» اتخاذ کنیم.

اداره اولین مصاحبه بدین ترتیب حتی از اینکه روانپزشک خود را به معالجه روانی و معالجه بدنی محدود^۱ کند مشکل ترو بعرض تر است. هنگامیکه ما در ابتداء روش خود را بطور «غیر آمرانه» و با نرمی و ملایمت شروع کنیم، بیمار مسئولیت^۲ مصاحبه را به عهده میگیرد، در این صورت اعمال روش «آمرانه» مشکل خواهد بود. و هنگامیکه ابتداء روش «آمرانه» شروع کرده باشیم برقرار کردن روش «غیر آمرانه» بسیار مشکل خواهد بود. زیرا بیمار از نظر يك شخص مقتدر بما نگرسته است. ما در سابقه بیماری و معاینات بدنی با چنین مسائلی سروکار داریم. ما آگاهانه این وضعیتها را بطریقی بوجود میآوریم که بعداً هیپنوز کردن تا سرحد امکان آسان گردد.

۲- روشهای^۴ همساز :

روانپزشک معمولاً با تقسیم از سابقه بیماری توجه میکند که طی آن بیمار

- | | | | |
|--------------------------|------------|------------|---------------------|
| 1- Shift | اتخاذ کردن | 2- Confine | محدود کردن |
| 3- Take charge | | | بعهده گرفتن مسئولیت |
| 4- Concurrent procedures | | | روشهای همساز |

علائم بیماری را به ترتیب می‌شمارد و توسعه آنرا شرح می‌دهد که پزشک بتواند بیماری را تشخیص دهد و روش معالجه خود را تنظیم نماید. باید گفت که هرگز موضوع باین سادگی نیست، زیرا عملاً تعدادی از مراحل کاملاً جداگانه باهم و یکجا اتفاق می‌افتد.

در هر مصاحبه اولیه روانی

- ۱- بیمار موارد شکایت و ناراحتی خود را به پزشک می‌گوید. پزشک بنوبه خود، درباره جنبه‌های مختلف علائم بیماری و راجع به جنبه‌های گذشته و حال بیمار که مربوط باین علائم است تحقیقات بیشتری بعمل می‌آورد. این معنی و مفهوم «اعمال^۱ مقدماتی» است که بطور سطحی و مصنوعی مورد قبول بیمار و پزشک واقع می‌شود.
- ۲- بیمار پزشک را مورد آزمایش قرار می‌دهد. ما باید همیشه این موضوع را بیاد داشته باشیم، بیمار قبل از اینکه همه اسرار درونی خود را فاش کند باید اطلاعاتی راجع به پزشک داشته باشد. بنابراین، در ابتداء، بیمار نقشی را با پزشک بازی می‌کند. او وانمود می‌کند که درباره مطالبی صحبت می‌کند که در مغزش وجود دارد، ولی در واقع، او صرفاً بدنبال^۲ موقعیتی است که به بیند دکتر چطور شخصی است.
- ۳- پزشک «رابطه صمیمانه» برقرار می‌کند. او عمداً^۳ به بیمار فرصت می‌دهد که به بیند او چطور آدمی است. او در بیمار ایجاد حس اعتماد و احترام نموده و با حرکات و سکنات خود احساس دوستی را با او نشان می‌دهد.

1- History – taking

اعمال مقدماتی – پرسش از تاریخچه بیماری

2- Stalling for time

بدنبال موقعیت بودن

3- Purposefully

عمداً

۴- پزشک آنچه را که بتواند انجام میدهد:

الف: بیماری را تشخیص میدهد.

ب: در نظر خود مراحل بیماری زائی^۱ روانی بیمار را تنظیم و مجسم میکند.

ج: ساختمان شخصیتی بیمار را ارزیابی میکند.

د: درباره روش معالجه بیمار تصمیم میگیرد.

چنانچه در نظر^۲ گرفته شود که بیمار هیپنوتیزم شود، مصاحبه پیچیده تر میگردد و برای این مراحل اضافی مطالب زیر اضافه میگردد:

۱- پزشک باید تصمیم بگیرد که روش «آمرانه» را بکار ببرد یا روش «غیر آمرانه».

۲- پزشک روشی را بکار میبرد و وضعیت هائی را انتخاب میکند که طی آن نوع بخصوصی از پرستیژ مناسبی را بخود بگیرد.

۳- پزشک مصاحبه را طوری ترتیب میدهد که در بیمار فکر و حالت تسلیم بوجود آید.

۴- هیپنوتیست میزان تلقین پذیری بیمار را آزمایش و مشخص می کند.

۵- پزشک دفاع احتمالی بیمار را در مقابل هیپنوز در نظر میگیرد و پیش بینی میکند بنحوی که بتواند روش القاء مناسبی را انتخاب کرده و در مورد بیمار بکار برد.

باید بیاد داشت که تمام این مراحل هنگامیکه بیمار ظاهراً^۳ موارد ناراحتی خود را به پزشک میگوید و گوش میدهد و تحقیقات بیشتر مینماید، همه در يك لحظه ادامه مینماید.

از بین کسبۀ این مطالب، «رابطة صمیمانه»، «پرستیژ» و بخصوص «تسلیم» بعنوان مقدمات القاء هیپنوز بما مربوط است. برای معالجه موفقیت آمیز هیپنوتیکی نمیتوان با تأکید زیاد گفت که زمینه اصلی کار برای القاء هیپنوز از طریق

1- Psychogenesis

بیماری زائی روانی

2- Contemplated

در نظر گرفتن، در فکر و اندیشه بودن

3- Ostensibly

ظاهراً

مدیکال هیپنوتیزم

مصاحبه اولیه میباشد. اگر سایر معاینات روانی دیگر نشان بدهند که هیپنوزایجاب^۱ نمیکند، و این اتفاق اغلب رخ بدهد، چیزی از دست نرفته است. اگر در جهت معالجه هیپنوتیکی جلو برویم میتوانیم در اجرای يك القاء آرام و مناسب مطمئن^۲ شویم.

ما باید بخود بیاموزیم که هر مرحله از رفتار و عمل را با بیمار اصلاح کنیم تا برای مرحله بعدی آماده شویم. ما بایستی پیوسته به دورنمای جلو خود بنگریم، تا هر گونه احتیاج و اشکال ویژه‌ای که ممکن است در مرحله بعدی پیش آید مدنظر داشته باشیم. ما می‌توانیم بدین ترتیب بیمار را با آن مشکلات که پیش می‌آید تطبیق دهیم قبل از اینکه خودمان با آن مشکلات مواجه^۳ شویم.

۲- گسب شرح حال و سابقه بیماری

● در نظر داشتن تقدم^۴ و تأخیر موضوعات در هیپنوتیزم معالجه‌ای و اولین اقدام مهم هیپنوتیزم کننده بر قراری «رابطه صمیمانه» با بیمار است. سروکار داشتن با وضعیتى که در آن چیزهای زیادی در يك لحظه رخ میدهند و این همه در پشت پرده ادامه دارد، باید ایده تقدم و تأخیر موضوعات را در نظر داشته باشیم. (یعنی باید در نظر داشته باشیم که کدام موضوع بایستی جلوتر و کدام موضوع بایستی عقب‌تر مورد بحث و گفتگو قرار گیرد). هیپنوتیزم کننده در معرض این مشکل قرار دارد که سعی کند با دو موضوعی که در يك لحظه پیش می‌آید مواجه شود، که هر يك از دو موضوع احتیاج به توجه کامل دارد. در اتخاذ تصمیم پیرامین اینست که کدام يك باید ابتداء مورد نظر واقع شوند يك قاعده و قانون راهنمایی کننده مهم وجود دارد، و هرگز برای آن استثنائی وجود ندارد. در مصاحبه اولیه،

- | | | | |
|---------------|------------------------|------------|----------------------|
| 1- Indicate | ایجاب کردن، دلالت کردن | 2- Assured | مطمئن شدن |
| 3- Confronted | | | مواجه شدن |
| 4- Priority | | | حق تقدم، برتری داشتن |

برقراری «رابطه صمیمانه» نسبت بکلیه مطالب دیگر حق تقدم^۱ دارد. این موضوع در مورد تمام انواع مصاحبه روانی صدق میکند، لیکن اگر امکان اقدام معالجه از طریق هیپنوز وجود داشته باشد، حق تقدمی که به برقراری «رابطه صمیمانه» داده میشود حتی بیش از سایر موارد، جنبه حیاتی و مهم بخود میگیرد.

۴ - مشکلاتی که در برقراری «رابطه صمیمانه» پیش میآید -
روی این نکته تأکید میشود اینکه روانپزشکان جوان تمایل زیادی دارند باینکه آنها باید هرچه زودتر حقیقت بیماری را دریابند و فوراً آنها را تشخیص دهند. این موضوع البته از نقطه نظر درس کلاسیک جالب است، ولی وظیفه ما نسبت به بیمار اینست که به بهترین وجه ممکنه به بیمار کمک کنیم. در هر نوع روان درمانی، و بخصوص معالجه از طریق هیپنوز، توانائی ما در کمک کردن به بیمار به نسبت زیادی مربوط به برقراری «رابطه صمیمانه» است. اگر ما در اولین مصاحبه «رابطه صمیمانه» را برقرار نکنیم، کار ما پیوسته مشکل تر میشود. بدست آوردن سابقه بیماری، تشخیص و تنظیم وضع بیماریزائی روانی همه میتوانند بعداً انجام گیرند. برای آنها میتوان چندین مصاحبه انجام داد، و بتأخیر افتادن آنها در معالجه مؤثر نیست. اجرای علمی و تجربی این اصل را وادار میکند که تا قبل از برقراری «رابطه صمیمانه» و رضایتبخش «بیمار - پزشک» هر نوع تحقیقات یا آزمایشات و یا معاینات را بتأخیر بیندازیم. این وضع غالباً هنگامی پیش میآید موقعیکه ما احساس کنیم که سؤال مستقیم از بیمار در مغز ما ایجاد شک میکند و ما باید تا تشخیص علائم بیماری و چنین عوامل بیماریزائی روانی صبر کنیم. برای مثال، یک چنین سئوالی ممکن است مربوط به حاملگی خارج^۲ از نکاحی و یا اعتیاد به عمل لواط باشد.

یک سؤال در یک چنین حدودی، که خیلی زود و قبل از موعد معین بعمل آید، ممکن است بیمار را ناراحت کرده و برقراری «رابطه صمیمانه» را مشکل تر

1- Precedence

حق تقدم

2- Extramarital Pregnancy

حاملگی خارج از نکاحی

نماید. همچنین سئوالاتی که مربوط به بیمار نیست، مانند موارد مربوط به سابقه بیماری خانوادگی، یا حتی مربوط به سابقه بیماری قبلی خودش میباشد، دارای همان اثر نامطلوب بوده و بایستی تا برقراری «رابطه صمیمانه» با بیمار بتعویق افتد.

۵- اداره ورهبری تهاجم در هیپنوتیزم معالجه‌ای: وقتی ضمن مصاحبه، تخلیه تهاجمی در بیمار بوجود می‌آید وضعیت مصاحبه قدری پیچیده‌تر و مشکل‌تر میشود. هنگام شنیدن سابقه بیماری کاملاً عاقلانه است که به بیمار اجازه دهیم که تخلیه تهاجمی را که مایل است انجام دهد. گاهی اوقات یک وضعیت «انتقالی»^۱ توسعه می‌یابد. و بیمار احساسات تهاجمی را که نسبت به سایر اشخاص دارد بر پزشک تخلیه میکند.

در روان درمانی در حال بیداری از این موضوع میتوان بنفع بیمار بهره‌برداری کرد، ولی اگر هیپنوتیزم یعنی روانکاوی از راه هیپنوز بفرنج و پیچیده باشد، چنین احساسات منفی هیپنوتیزم «غیرآمرانه» را مشکل می‌سازد، زیرا بیمار ناخودآگاهانه با عدم همکاری خود پزشک را تنبیه مینماید.

اگر چنین وضعی پیش بیاید، عاقلانه است که انجام هیپنوز تا از بین رفتن حالت منفی «انتقال» بتأخیر افتد.

با امکان انجام هیپنوز، بهتر است از چنین وضعیت‌های «انتقال» منفی اجتناب نمود موقعی که تهاجم بوجود می‌آید. پزشک باید فوراً از بیمار طرفداری نماید، و هر دو باهم بایاناتی بشخص ثالث حمله کنند. بدینوسیله، خطر ایجاد احساسات منفی نسبت به پزشک از بین میرود.

۶- خودداری^۲ بیمار از بیان اسرار درونی در هیپنوتیزم معالجه‌ای - گاهی بیماران در ضمن بیان سابقه بیماری تمایل پیدا میکنند که بطور خودآگاهانه

1- Transference

انتقال

بطور اختصار انتقال یا ترانسفونس عبارت از اینست که بیمار پزشک را بجای یکی از دوستان یا دشمنان و یا پدر یا مادر تصور کرده و به پزشک حمله می‌کند یا علاقمند میشود.

2- Holding Back

خودداری از حرف زدن

از افشاء واقعی ماهیت نگرانشان خودداری نمایند . تقریباً همیشه قبل از اینکه يك برخورد روانی قابل توجهی پیش آید تأخیر کمی وجود دارد. بیمار احساس میکند که احتیاج دارد قبل از اینکه وارد گفتگوهای خودمانی^۱ و صمیمی شود قبل از پزشک را بشناسد. این يك امر عادی است، و شخص تا برقراری رابطه صمیمانه صبر میکنند. گاهی اوقات این خودداری بوسیله بیمار بعنوان دفاعی از ضرر و آسیب افشاء «احساس گناه» ادامه مییابد.

۲- علائم^۲ پنهانی بیماری در هیپنوتیزم معالجه‌ی - برای کمک به امر

«تأخیر» در بیان اسرار درونی، نشان دادن «علائم پنهانی» که اضطراب واقعی را در پرده نگه میدارد، از طرف بیمار چیزی غیر عادی نیست.

«علائم پنهانی» ممکنست واقعی بوده و بسیار متقاعد کننده باشند، و ممکنست پزشک معالج تصور کند که اطلاع گاهی از مشکلات بیمار دارد. در روانکاوی یعنی روان درمانی در حال بیداری، این «علائم پنهانی» و به «تأخیر» انداختن اندوه و نگرانیهای واقعی خیلی مهم نیستند. در جلسه بعد یا چند جلسه دیگر منازعه درونی بیمار برای دکتر افشاء شده و جز اینکه قدری معالجه بتأخیر می افتد اشکال دیگری پیش نمیآید. در معالجه روانی از طریق هیپنوز خطر هنگامی وجود دارد که در حالیکه بیمار آگاهانه بیان اسرار خود را بتأخیر میاندازد، در تلقینات هیپنوتیزمی پیشقدم و عجله شود. القاء در روش «غیر آمرانه» احتیاج باین دارد که بیمار با اراده خود کاملاً و حقیقتاً خود را رها کند. اگر به بیمار اجازه داده شود که تمام یا «قسمتی» از اسرار خود را هنگام بیان سابقه بیماری نگاهداری نماید، این مخالفت هنگام پذیرش تلقین ظاهر شده و بیمار ناخود آگاه از قبول تلقین خودداری خواهد کرد. پس بنابراین اگر بیمار از بیان اسرار واقعی درونی خودداری نماید، بحالت رهائی و جلسه در نخواهد آمد، در نتیجه هیپنوتیزم عقب افتاده و ممکن است چند جلسه دیرتر هیپنوتیزم شود.

تجربه‌ها می‌گویند که این مکانیسم عامل بسیاری از مشکلات و شکست‌های مختلف القاء‌های «غیر آمرانه» می‌باشد. راه‌حل این مسئله ایجاد رابطهٔ صمیمانه توأم با وقت‌زیاد برای انتخاب تقدم مناسب می‌باشد.

هنگامیکه تصور می‌رود که ممکن است بیمار «تأخیر» نماید یا علائم پنهانی از خود نشان دهد، این حالت در پزشکی بوجود می‌آید که از وی سؤالات مستقیم نماید.

اگر هیپنوتیزم قرار است انجام شود و هیپنوتیست فکر کند که ممکن است، احساسات^۲ خصمانه در بیمار بوجود آید بایستی از سؤالات مستقیم خودداری نماید. در عوض بهتر است که سؤال کردن مستقیم را به جلسهٔ بعد موکول^۳ کند و در این جلسه اقدام بازمایشها و معاینات بدنی نماید. شکی نیست که اهمیت سمبولیک لخت کردن بدن، بر طرف کردن پوشش فکر را هم آسان می‌سازد، یعنی وقتی بیمار بدست پزشکی لخت شد، این عمل موجب می‌شود، که بیمار پرورتر شده، و به راحتی بیشتری بتواند افکار خود را و آنچه در درون دارد برای پزشکی بگوید. این معاینه را میتوان بطور کامل^۴ و از روی فرصت و حوصله انجام داد. برای از سر گرفتن^۵ بحث دربارهٔ سابقهٔ بیماری میتوان چندین بار مکث کرد. غالباً تحت این شرایط بیمار کاملاً بار را ازدوش^۶ خود بر میدارد، یعنی عقدهٔ خود را خالی می‌کند.

● ۸- دفاع سطحی در هیپنوتیزم معالجه‌ای - گاهی «تأخیر» شکل تقریباً

متفاوتی بخود می‌گیرد. بدین شکل که بیمار ممکن است سعی کند که مصاحبه را در وضعی سطحی نگهدارد. بیمار باصفا و خوش مشرب است، همکاری می‌کند، برای خشنود شدن آمادگی دارد، اما همهٔ این حالات سطحی است بیمار چنان

1- Contemplated

در نظر داشتن، فکر کردن

2- Hostile Feelings

احساسات خصمانه

3- Postpone

موکول کردن، به تعویق انداختن

4- thorough بطور کامل

5- Resume

از سر گرفتن

6- Unburden

بار را از دوش خود برداشتن

پزشک را درگیر محاوره و مکالمه مربوط به مثلاً دور سفره ناهار میکند که گوئی اکنون موقع ناهار است و آنها مشغول صرف آن و گفتگوی دوستانه اند. بدین وسیله بیمار از چیزهایی که در مغز و فکر اوست و برایش دردناکند میخالت و خودداری مینماید. این حالت مخالف رهایی و تسلیم است که ما برای هیپنوز «غیر آمرانه» بآن احتیاج داریم، و آن یک دفاع عادی است. برای اقدام به هیپنوز «غیر آمرانه» رسم بر این است که هرگز تا زمان از بین رفتن این حالت فکری دست به هیپنوز غیر فعال زده نشود. در چنین شرایطی، دو اقدام و راه چاره برای پزشک وجود دارد که هر دو معمولاً موفقیت آمیزند. اول اینکه وی ممکن است بیمار را درگیر پاره‌ای الفاظ و عبارات احساسی و تحریک آمیز نماید. برای انجام هدف و مقصود مامهم نیست که این احساس و هیجان به چه چیزهایی اطلاق میشود - عشق، تنفر یا تقصیر. هنگامیکه بیمار عواطفی را اظهار میکند، و به مرحله‌ای آورده میشود که آنرا واقعاً احساس میکند، او دیگر حالت دفاعی خود را در زمینه‌ی القاء و مصاحبه از دست داده است. در حقیقت همان راه دادن به احساس و عبارت دیگر تحریک احساس موجب رهایی میشود. یعنی نوعی تسلیم که اجرای هیپنوز «غیر آمرانه» را آسانتر میسازد. راه دیگری که برای پزشک باز است تا با طرح سطحی نگهداشتن مصاحبه بیمار مقابله نماید عبارت از اقدام مستقیم بمعاینات بدنی بیمار است. این عمل دارای اثر آنی انتقال محاوره اجتماعی سطحی به یک وضعیت کاملاً طبی دارد.

● ۹- تجزیه و جداسازی عواطف در معالجه هیپنوتیزمی - گاهی اوقات بیمار در بیان سابقه بیماری به راه‌های مختلفی از خود دفاع میکند. او تمام واقعیات مربوط به خود را کاملاً افشاء مینماید، ولی در عین حال از نظر عاطفی خود را از آنچه میگوید جدا میسازد. او طوری درباره خود صحبت میکند که گوئی شاهدهی بر اوضاع و احوال بوده است و خودش موضوع مورد بحث نیست. این نوعی تأخیر و ممانعت است، و بیمار را قبل از هیپنوز «غیر آمرانه» بایستی درگیر پاره‌ای

از جریانات احساسی و عاطفی نمود.

۱۰ - عکس العمل یا گشودن عقده از طریق حرف زدن - مشاهده بالینی نشان میدهد که گشودن عقده از طریق حرف زدن عمل هیپنوز را که در تعقیب آن شروع میشود تسهیل مینماید. بنظر میرسد که عکس العمل نوعی وانهادن خویشتن است. این همان «وانهادن»^۱ خویشتن در مقابل عواطف شخصی میباشد. عقده گشائی حقیقی را نمیتوان تظاهر^۲ کرد و این يك اعتراف علنی است نسبت باینکه دفاعیات از بین رفته اند. «وانهادن» خود در يك مرحله راه را برای وانهادن خود در مرحله دیگر هموار میسازد و هیپنوز «غیر آمرانه» را آسان میسازد.

بعلاوه، بیمار در مصاحبت پزشکی معالج خود عقده^۳ دل خود را میگشاید. و آنچه را درد دارد به پزشکی میگوید. این عمل دارای يك خاصیت و يك تجربه عاطفی مشترك^۴ است.

بین کسانی که تجربه عاطفی مشترك دارند يك قید اخلاقی وجود دارد. این قید رابطه صمیمانه را محکم کرده و عنصر اعتماد را که در القاء هیپنوز «غیر آمرانه» حائز اهمیت است تشدید^۵ مینماید.

در صورت لزوم مصاحبه باید طوری تنظیم گردد، که هر گونه فرصتی را برای گشودن عقده به بیمار بدهد. يك وسیله مؤثر کم کردن فاصله عاطفی بین بیمار و پزشکی معالج است. پزشکی به بیمار نزدیک تر میشود، و چنانچه احتیاج باشد آماده ورود به عواطف بیمار میگردد.

هنگامیکه در نظر است که هیپنوز اجرا^۶ شود، فن اخذ سابقه بیماری طوری اصلاح میشود که اجازه میدهد که این ساز و کارهای مختلف عمل شوند. این عمل بایستی با فراغت و حوصله انجام شود. اصلاً نباید این احساس در بیمار پدید آید که

1- Letting go	وانهادن	2- Pretence	تظاهر
3- Abreaction	عقده گشودن	4- Shared	مشترك
5- Enhance			تشدید کردن
6- Contemplatd			اجرا شدن

مورد یورش و شتابزدگی پزشکی قرار گرفته، و باید احساس کند که توجه ما را کاملاً بخود جلب کرده است. هنگامیکه مطب شلوغ است و وقت کمی برای پزشکی وجود دارد، باید با حرکات، رفتار و خونسردی به بیمار اطمینان داده شود که وقت کاملاً کافی و زیاد برای او بخصوص وجود دارد. ما عمداً دقیق اول مصاحبه را با مکالمه نامربوط تلف می‌کنیم. اخذ سابقه بیماری همیشه باید از نقطه نظر بیمار مورد توجه قرار گیرد. او باید احساس کند که ما درباره او اطلاعات کافی داریم و قبل از اینکه او خود را تسلیم کند او را درک می‌کنیم. بطور کلی اخذ سابقه بیماری بایستی با سهولت و راحتی و با حداقل سئوالات مستقیم انجام شود. بیمار بطور انحرافی^۱ به نواحی مشکل برده شده و بوی اجازه داده میشود که هر طور که دلش میخواهد عقده دل خود را بگشاید. در تمام مدت کار ما توسعه عمل رهائی از خود است که در هیپنوز حائز اهمیت زیادی است.

۱۱- معاینهٔ بدنی در معالجهٔ هیپنوتیزمی - تمام شکل‌های مختلف برخوردارها و روابط غیر حرفی، که در رابطهٔ صمیمانه مهم و حائز اهمیت هستند، نظیر پرستیز، ملایمت و نرمش و روش آمرانه هنگام آزمایشات و معاینات بدنی مؤثرتر هستند تا در حال مصاحبه. بعبارت دیگر هر نوع رابطه را ضمن معاینات بدنی بهتر میتوان برقرار نمود تا در حال مصاحبه. از این موضوع میتوان برای هیپنوتیزم نمودن بیمار که بعداً انجام خواهد شد بخوبی بنفع بیمار بهره برداری کرد. بدین ترتیب، دکتر روانپزشکی که برای معالجهٔ بیمارانش از هیپنوتیزم استفاده میکند هرگز نبایستی معاینات بدنی را از برنامه کار خود حذف کند، حتی هنگامیکه بیمار علائم بیماری را اظهار میدارد که ممکن است تصور شود که بمعاینات بدنی احتیاجی نیست. بعنوان مثال یک حالت بیماری ترس یا لکنت زبان مزمن^۲ و دائمی را میتوان در این باره نام برد، اگر در نظر است که بیمار هیپنوز شود همیشه لازم است که قبلاً معاینات بدنی انجام شود. ممکن است بیمار انتظار و توقع معاینهٔ بدنی را نداشته باشد، و

باید توجه داشته باشیم که در روی اضطرابی برانگیخته نشود. در چنین حالاتی با بیان کلماتی، موضوع را میتوان خیلی ساده و پیش پا افتاده جلوه داد بدین ترتیب که: «من فقط میخواهم بضربان قلب شما گوش بدهم، فشار خون شما را اندازه بگیرم و انعکاسات عصبی شما را آزمایش کنم. مطمئن باشید که کوچکترین نگرانی برای شما وجود نخواهد آورد. ممکن است خواهش کنم لباسهایتان را قدری کنار بزنید، و روی تخت معاینه بروید؟»

در معاینهٔ بدنی دکتر هیپنوتیست امتیازات واقعی بیشتری نسبت به سایر همکارانش یعنی دکتر روانپزشک دارد. این حقیقت که روانشناسان غیر طبی با موفقیت کاملاً معالجات هیپنوتیزمی را انجام میدهند، نبایستی روانپزشک را در بکاربردن این امتیاز بزرگ بفتح کامل بیمارش بازدارد.

● معاینهٔ بدنی و تسلیم - انجام هیپنوتیزم «غیر آمرانه»، احتیاج به عنصر تسلیم دارد، مفهوم این عبارت خیلی بالاتر از بکار بردن این عبارات معمولی است که بیشتر هیپنوتیزم شوندگان میگویند: «دکتر، من با تمام وجود خود را در اختیار میگذارم» مفهوم تسلیم باز هم بیشتر از نشان دادن عکس العمل و جواب دادن به معاینات دکتر و باز هم معنی تسلیم بیشتر و بالاتر از افشاء کردن اضطرابات حقیقی بدون تأمل و تأخیر است. معنی و مفهوم واقعی آن تسلیم اختیاری کنترل، یعنی وانهادگی جسمی و فکری میباشد.

برای اینکه عمل تسلیم تا سرحد ممکنه آسان گردد، اخذ سابقهٔ بیماری با کسب شرح حال بعمل میآید، زیرا بیمار هر چه بیشتر صحبت کند عقده‌هایش گشوده میشود و بهتر میتواند خود را تسلیم و وانسپاده کند یعنی بیمار میتواند راحت و آزاد قرار گیرد از پرسش‌های مستقیم باید خودداری نمود. برای تسهیل در گرفتن اطلاعات بطور داوطلبانه و اختیاری هر کاری که ممکن باشد انجام میگیرد هیپنوتیزم شونده از راه انحرافی^۱ و با حرکات و اشارات^۲ به زمینه‌های پیچیده کشانده میشود و حال دیگر این بسته بخود اوست که وارد آن بشود یا نه، اگر دعوت

کاهش پیدا کند، مصاحبه باتصادم و آسیب کمتری جلو میرود و رابطه صمیمانه، محکم و استوار میگردد، و سپس بیمار به زمینه‌های مشکل‌تری هدایت و راهنمایی میشود. بدین وسیله دعوت به تسلیم پیوسته باز گذارده میشود.

بعلت اهمیت سمبولیکی که در آزمایش بدنی نهفته میتوان از آن برای تشدید و تقویت ایده تسلیم استفاده نمود بیمار برای معاینه بدنی خود را در اختیار میگذارد. او بدن خود را لخت مینماید. بدنش در معرض دید پزشکی قرار میگیرد. اسرار بدن تسلیم شده‌اند. بیمار بطور سمبولیک بیش از بدن خود را تسلیم مینماید، در حقیقت او وجود معنوی و روحی خود را تسلیم مینماید. این تسلیم سمبولیک دارای تأثیر عبور^۱ به تسلیم واقعی کنترل خود در هیپنوز پاسیو میباشد.

وقتی قرار است هیپنوز انجام شود، معاینه بدنی باید بطریقی انجام^۲ شود که این بازوکارها در بزرگترین حوزه ممکنه خودنمایی کند، و در نتیجه به بیشترین مقدار امتیاز ممکنه برفع بیمار کار کنند. حالت بیطرفی و غیر فعال بودن دکتر در این موقع مهم است. هرچه بیشتر ابتکار^۳ عمل بدست بیمار واگذار شود که پرده از درون خود بردارد بهتر است، البته اینکار مستلزم صرف وقت است. معاینات بدنی بایستی بدون عجله^۴ و شتابزدگی انجام گیرد. ارتباط بدون صحبت و ماوراء^۵ حوزه گفتگو بابیمار مؤثرتر از ارتباط توأم با گفتگو است زیرا بیمار دارای آزادی بیشتری در تفسیر ایده‌های نیست که بوی منتقل میگردد. بدین طریق بوی فرصت داده میشود تا بطور سمبولیک تسلیم شود، و در واقع برای این تسلیم مجبور نشده است.

● ایجاد شرایط لازم برای حرکت خودکار - ایجار حرکت خودکار در پاها و دستها غالباً بعنوان القاء هیپنوتیزم یسا، بعد از هیپنوز بعنوان وسیله‌ای برای

1- Transition

عبور - انتقال

2- Conducted

اجرا شدن، رهبری شدن

3- Initiatime

ابتکار

4- Unhurried

بدون عجله

5- Extraural

ماوراء حوزه گفتگو

افزایش عمق خواب بکار برده میشود. در خلال مصاحبه اولیه، برای آشنا و معتاد کردن بیمار به این ایده کار زیادی میتوان انجام داد. يك تفسیر و یادآوری اتفاقی درباره ماهیت خودکار قلب یا حرکات تنفسی^۱ این موضوع را بمنز بیمار میرساند. ضمن معاینات بدنی فرصت بسیار مناسبی برای تحکیم این ایده وجود دارد. وقتی حرکت غیرارادی زانوها ایجاد میشود، به بیمار گفته میشود، « شما پاهایتان را حرکت نمیدهید، آنها بطور خودکار خودشان حرکت میکنند» روش و طرز عمل چندین مرتبه تکرار میشود. چنین عملی در مورد انعکاس های عصب^۲ بازو نیز انجام میگردد. بدینوسیله این ایده در بیمار بوجود میآید که دست و پای او میتوانند بدون کنترل آگاهانه وی بحرکت درآیند. القاء هیپنوز بوسیله حرکت دست ادامه همین وضع است.

● ایجاد و برقراری اتور تیه - چنانچه باید روش آمرانه ای درپیش گرفته شود، از ابتدای مصاحبه بیمار باید بادستورات آمرانه پزشکی معالج آشنا شود و با اجرای فرامین او عادت کند.

پرستیژ حائز اهمیت میباشد، بنابراین تواضع يك پزشک متفکر جای خود را به اعتقاد يك فرد شفا دهنده میدهد. در این نوع معالجه، نکته قابل توجه اینست که لزومی ندارد که اعتقاد و اتکاء بنفس پزشک پراز^۳ زرق و برق و نمایش باشد، بلکه او باید مطلقاً مستبد بوده و آنچه مهمتر است اینکه بیمار از این استبداد وی آگاه باشد.

ضمن اینکه بیمار حالات فکری آمرانه را بتدریج تحمل میکنند، میزان ابراز قدرت پزشکی نیز پیوسته بالا میرود. اخذ سابقه بیماری مورد احتیاج قرار میگیرد هرچه این احتیاجات پیش میآیند، احتیاجات بیشتری بوجود میآید. حتی هنگامیکه بیمار سابقه حالات خود را بطوریکزمان بهم مربوط میکند، هنوز حالت

1- Respiratory

2- tendon reflexes

3- Flamboyant

تنفسی

رفلکس های عصبی

زرق و برق دار، نمایش دار

احساس احتیاج باقی است. باینوسیله ایجاد حالات فکری مطیعانه^۱ در بیمار تسهیل شده، و در تمام مدت او لحظه بلحظه به اطاعت از فرامین پزشکی معالج عادت می کند.

پرستیژ و اعتبار بعداً توسط اشاره های^۲ سمبولیک معاینه^۳ بدنی افزایش مییابد. به بیمار دستور داده میشود که این کار و آن کار را بکند. باو دستور داده میشود که لباسش را بیرون بیاورد. باو دستور داده میشود که باینطرف و یا طرف دیگر دراز بکشد. تسلیم سمبولیک معاینه^۳ بدنی از این نظر که در مقابل پزشکی معاینه کننده است دارای یک حالت خاص و استثنائی میباشد. در نتیجه شأن دکتر در ارتباط با بیمار زیاد میشود. پزشکی در نظر و چشم بیمار بلند پایه^۳ و متعال جلوه میکند. او قدرتمند است، او قدرت شفا دادن دارد، او تقریباً در پایه و مقام قادر مطلق است.

● **ایجاد شرایط لازم برای رهائی و شل بودن** - در موارد دیگری، ما میتوانیم از معاینات بدنی در تشدید غیر فعال شدن روان سوژه استفاده نمائیم. اگر ما میخواهیم بوسیله تلقین رهائی و شل شدن شخص را هیپنوتیزم نمائیم، ما میتوانیم با تلقین حرفی بیمار را برای رهائی و شل شدن آماده نمائیم، همه این اعمال میتواند بطور طبیعی انجام شود، بنحویکه گوئی قسمتی از معاینه بدنی را تشکیل می دهد و بیمار اصلاً متوجه نمیشود که اینکارها رابطه ای با هیپنوز دارد. انعکاسهای عصبی نشان داده میشود. به بیمار گفته میشود. « من میخواهم در حالیکه شما کاملاً شل هستید دوباره انعکاسهای عصبی شما را آزمایش کنم. کاملاً خود را رها کنید» و نظایر آن. این تلقینات ادامه یافته، و در همین موقع دست بیمار بالا آورده شده و میگذارید که روی نیمکت معاینه بیفتد. سپس پزشکی دستهایش را زیر زانوی بیمار قرار میدهد بالا می آورد و دوباره رها میکند تا روی تخت معاینه بیفتد. این حرکات چندبار تکرار میشوند. تلقینات شفاهی در ابتدا

1- Submissive

مطیعانه

5- Implications

اشارات ضمنی

2- Exalted

بلند پایه و متعال

ادامه داده میشوند و سپس کم و بتدریج قطع میشوند. تا اینکه تلقین رهائی و شل بودن بوسایل غیر لفظی به دستها و پاهاى بیمار منتقل شود. این مرحله باز هم میتواند ادامه یابد. « من ماهیچه‌های بازوانتان را احساس می‌کنم. پاسخى وجود ندارد. آنها کاملاً شل و ول هستند. حالا من ماهیچه‌های شکمت را احساس می‌کنم، مایلم آنها هم شل بشوند. آنقدر شل ورها شوند که هرچه آنها را احساس و لمس می‌کنم پاسخى از آنها مشهود نباشد.»

حتی موقعیکه عضلات دستها و پاها نسبت به حرکت غیر فعال کاملاً سست و بی‌اراده میشوند، معمولاً وقتی برای اولین بار ماهیچه‌های معده^۱ لمس میشوند، هنوز هم قدری منقبض^۲ هستند اکنون می‌گوئیم: راحت تر - مثل بازوانتان، و مثل پاهایتان». بازوها و پاها دوباره معاینه میشوند. اینکار را میتوان مدتی ادامه داد. انعکاس‌های عصبی عصب آرنج و زانو دوباره نشان داده میشوند. «خوبه، بهتره، الان خیلی بهتره» برای افزایش حالت غیر فعال بیمار این روش‌ها در معاینه بدنی خیلی مؤثرند. آنها راه را برای رهائی هموار می‌کنند، بدینمعنی که رهائی و تسلیم برای القاء حالت غیر فعال را تشدید مینمایند.

رهائی که باینترتیب بدست آمده بعداً میتواند بعنوان وسایل مقدماتی ایده هیپنوز بکار برده شود. « شما خیلی خوب خود را شل کردید و وقتی روی تخت معاینه بودید. شل بودن بشما کمک خواهد کرد. شل بودن اعصاب شما را آرام خواهد کرد. من میتوانم بوسیله هیپنوتیزم بشما کمک کنم که بیشتر شل بشوید. این درحقیقت عین همانست که خودتان انجام میداده‌اید فقط کمی کاملتر از آنست.»

یکبار دیگر، تمام جنبه‌های کامل مراحل ملاقات دکتر بصورت واحد کاملی درمیآیند. دانشجو متوجه میشود که اخذ سابقه بیماری تنها مسند کسب اطلاع از

1- Flaccid

2- Abdominal muscles

3- Tightening

سست و بی‌اراده

ماهیچه‌های معده

منقبض

بیمار نیست ، بلکه برای تشکیل پایداری جهت هیپنوز آینده مورد استفاده قرار میگیرد . معاینهٔ بدنی تنها روش برای جدا کردن بیماری شناسی^۱ عضوی محتمل نیست، بلکه قسمت یکپارچه و مهمی از ایجاد شرایط عمومی بیمار محسوب میگردد.



فصل هفتم

انتخاب روش هیپنوتیزم

● روش‌های مختلف - طبق آنچه از فرضیهٔ تسلسلی انتظار می‌رود، روش‌های مختلفی برای القاء هیپنوز وجود دارند. هر جریان و روش کاری که منجر به بازگشت به گذشته بشود هیپنوز را تسهیل میکند. لیکن زبان و ادبیات هیپنوز این نکته را روشن می‌سازد که معمولاً رسم هیپنوتیست طبی برای این است که تنها یک روش مخصوص متکی گردد. او در این فن متخصص می‌شود و معمولاً تغییرات کمی را که متناسب با شخصیت خودش میباشد بآن اضافه مینماید. این روش مخصوص او شده، و از بین تمام فنون دیگر تنها از آن استفاده میشود.

● احتیاج به روش‌های مختلف - بیشتر اشکالاتی که در القاء هیپنوز بوجود می‌آید از دفاعهای ناخودآگاه بیمار در مقابل هیپنوز است. یک دفاع بخصوص ممکن است کاملاً بایک روش القاء مخالف و متباین^۱ باشد، ولی یک روش دیگر با سادگی فرو نشانده^۲ شود. برای هیپنوز طبی، هیچ روشی وجود ندارد که از روش‌های دیگر مهمتر باشد. حداقل، روش مورد نیاز برای طبابت و معالجه از راه هیپنوتیزم پنج فن است که دکترباید در آنها کاملاً ذیصلاح و شایسته باشد.

1- Refractory

2- Circumvented

مخالف، متباین

فرو نشانیدن

- ۱- هیپنوتیزم کردن باروش «وانهادن»^۱
 - ۲- هیپنوتیزم کردن با روش «حرکت غیرارادی دست»^۲
 - ۳- هیپنوتیزم کردن باروش «حرکت تکراری»^۳
 - ۴- هیپنوتیزم کردن باروش «نگاه خیره مستقیم»^۴
 - ۵- هیپنوتیزم کردن باروش «تحرك روانی»^۵
- دلیل این موضوع کاملاً ساده و روشن است. برخی اشخاص هستند که تحت پاره‌ای شرایط تنها بوسیله یکی از این روشها هیپنوتیزم میشوند.

۱- هیپنوتیزم باروش وانهادن: یاد گرفتن انجام هیپنوتیزم بوسیله تلقینات «وانهادگی» کاملاً ساده است. برای کسانی که تازه شروع به مطالعه و یادگیری هیپنوتیزم نموده‌اند این فن بهترین روش است. تنها مسئله واقعی در این روش انتخاب و انجام عمل صحیح آنست.

این روش برای بیمارانی در نظر گرفته میشود که بسهولت قادرند عضلات خود را وانهادند و شل نمایند، و برای شخصیت‌های پاسیو و وابسته^۶ بسیار مناسب است.

۲- روش حرکت غیرارادی دست: لازمست که هیپنوتیزم کننده انجام هیپنوتیزم از طریق حرکت غیرارادی دستها شایستگی و مهارت داشته باشد، زیرا برخی از بیماران هیجانی که در مقابل سایر روشهای دیگر مقاومت مینمایند با این روش بسهولت هیپنوتیزم میشوند.

۳- روش حرکت تکراری: همچنین لازم است که پزشک هیپنوتیزم‌کننده روش حرکت تکراری را بسیار خوب بداند، زیرا دانستن این روش باعث تسهیل در

1- Relaxation	وانهادن
2- Armlevitation	حرکت غیرارادی دست
3- Repetitive movexent	حرکت تکراری
4- Direct stare	نگاه خیره مستقیم
5- Dynamic method	تحرك روانی
6- Dependent	وابسته، متکی به غیر

هیپنوتیزم کردن بیماران منفی کاری که با روش‌های دیگر با اشکال زیاد هیپنوتیزم میشوند می‌گردد.

۴- نگاه خیره مستقیم: هیپنوتیزم از طریق چشم عبارت از روشی است که در اکثر کارهای امروزی هیپنوتیزم کمتر مورد بحث قرار می‌گیرد. اما یک دلیل اجباری^۱ وجود دارد که چرا پزشکی هیپنوتیزور بایستی در خصوص نگاه خیره مهارت و شایستگی کامل داشته باشد. گاهی اوقات در هیپنوتیزور آنالیز در بیمار یک واکنش هراس ناگهانی بی‌نهایت شدید بوجود می‌آید. او از خواب هیپنوتیزم بیدار میشود درحالی‌که دارای یک اضطراب و وحشت میباشد. در چنین وضعی چشمها تنها راه چاره مؤثر دوباره خواب کردن بیمار میباشد. چون بیمار دچار هراس و اضطراب شده روش‌های دیگر مؤثر نیستند. پزشکی هیپنوتیزور بایستی نگاه خود را در چشمان بیمار خیره کند، و اینکار را با تمام قدرتی که میتواند انجام میدهد.

۵- روش تحرك روانی: نیز حائز اهمیت مشابیه اینست، زیرا این روش هم برای بیماران خیلی مشکل بکار میرود اگر پزشکی هیپنوتیزور در این پنج روش شایستگی و مهارت داشته باشد، خیلی کم اتفاق می‌افتد که بیماری در سه جلسه هیپنوتیزم نشود.

آزمایش بالینی برای انتخاب روش القاء

● قفل کردن دستها: در گذشته، قبل از انجام هیپنوتیزم، رسم بر این بود که حساسیت سوژه از طریق تلقینات شفاهی آزمایش میشد آزمایش‌های معمول و متداول عبارت بود از قفل کردن دستها و آزمایش نوسانی^۲. هر دو این آزمایشات انواع مختلفی دارند. به بیمار گفته میشود که دستهایش را درهم قلاب کرده و بالای سرش ببرد و تلقیناتی نظیر جملات زیر انجام میشود: « شما احساس میکنید که

دستهایتان محکم بهم قفل شده‌اند، خیلی محکم آنقدر محکم که گویی بهم چسبیده‌اند، آنها بهم چسبیده‌اند، و شما نمیتوانید از هم بازشان نمائید، بهم چسبیده‌اند و شما نمیتوانید از هم بازشان نمائید» تعداد کمی از افراد تلقین‌پذیر متوجه میشوند که حقیقتاً دستهایشان بهم چسبیده، و در گذشته این نوع بیماران برای تلقین هیپنوتیکی انتخاب میشده‌اند.

آزمایش حرکت نوسانی: آزمایش حرکت نوسانی بهمین ترتیب ساده^۱

است بیمار درحالی‌که پاهایش را جفت کرده می‌ایستد. پزشک همپنوتیست بلافاصله روبرو و یا بلافاصله پشت سرش می‌ایستد. پزشک شروع میکند به تلقین کردن و چنین می‌گوید: « شما شروع به حرکت نوسانی می‌کنید، شما بعقب و جلو حرکت میکنید، جلو و عقب، پاهای شما به کف اطاق چسبیده‌اند. شما بیش از پیش نوسان میکنید. بیش از پیش نوسان میکنید. شما بطرف من نوسان میکنید و من شما را خواهم گرفت » بیماران خیلی تلقین‌پذیر روی بازوهای پزشک خواهند افتاد. نظیر قفل شدن انگشتان، آزمایش نوسان بدن اشخاص خیلی تلقین‌پذیر را تغییر میکنند، اما تلقین‌پذیری آنها بطرق خیلی دقیقتر تعیین میگردد. این آزمایشات دارای مضرات واضح و روشنی هستند، اولاداری خاصیت دراماتیک بازیچه‌ای^۲ میباشند که دلالت^۳ بر یک عمل نمایشی روی صحنه^۴ تئاتر دارد. همین کافی است که بیمار حساس احساس بیزاری^۵ و نفرت کرده و بطور کلی آزمایشات را برای اطاق عمل طبابت نامناسب میسازد. و باز هم نکته قابل توجه اینکه نشان دادن حالت آمرانه در همان آغاز معالجه از نظر فنی ناصحیح و مضر است. بعلاوه یک زیان کاملاً حقیقی در این واقعیت نهفته و آن این که بیمار میداند که دارد آزمایش میشود. چنانچه بیمار تلقین‌پذیر از آب درنیاید و آزمایشات با شکست مواجه شوند پزشک معالج مسلماً با شرمندگی از دست دادن^۵ اعتبار مواجه^۶ میگردد.

1- Naive	ساده	2- Bizarre	بازیچه‌ای
3- Savor	دلالت	4- Alienate	بیزاری، نفرت
5- Loss of face			از دست دادن اعتبار
6- Confronted			مواجه شدن

بسیار جالب توجه و ارزنده خواهد بود اگر بتوان بدون اطلاع بیمار میزان تلقین پذیری وی را درک کرد، بخصوص موقعی که بیمار برای کسب اطلاعات عمومی پیرامون معالجات روانی مراجعه کرده و موضوع امکان معالجه بوسیله هیپنوتیزم هنوز با بیمار مطرح نشده است. حال اگر بتوان بدون اطلاع بیمار تلقین پذیری وی ارزیابی شود و در نتیجه بیمار تلقین پذیر از آب در نیاید، دلیلی وجود ندارد که بیمار بداند که فکر معالجه هیپنوتیکی حتی بمنز پزشگک معالج هم رسیده است، در نتیجه جایی برای احساس حقارت و شرمندگی پزشگک باقی نمی ماند.

آزمایش بالینی: دکتر مایرز میگوید: «من برای اندازه گیری تلقین-پذیری بیمار و انتخاب روش هیپنوز، يك آزمایش بالینی انجام میدهم. این آزمایش در حین معاینه بدنی انجام میشود. در واقع این آزمایش جزئی از معاینه معمولی و عادی میباشد».

انعکاسهای عصبی را بایک پلیزور^۲ سنگین و نرم ایجاد می کنیم. در ضمن به بیمار می گوئیم که تمام بدنش را شل کند، و تمام عضلاتش را سست و شل نماید تا انعکاسهای آن آزمایش شود. چند دقیقه ای میتوان صرف تکرار تلقینات نمود و بتحریرك انعکاسهای عصبی در حالت استراحت و شل بودن عضلات ادامه داد بنحوی که بیمار فکر کند که شل کردن عضلات به آزمایش کمک خواهد کرد. تلقینات را میتوان بصورت جملات زیر که به بیمار گفته میشود انتخاب و تعیین کرد: « شما پاهایتان را حرکت نمیدهید. آنها کاملاً شل و ول هستند. من آنها را حرکت میدهم» و ممکن است پاهارا بصورت غیرفعال باطراف حرکت داد، و یا باتکان زانو بطور انعکاسی حرکت کنند.

بدون اطلاع

1- Unbeknown

درباره آزمایش قفل شدن دستها و نوسان بدن لازم است تذکر داده شود، که فقط با چند کلمه ای که دکتر انسلی میرز در این کتاب نوشته به هیچوجه نتیجه حاصل نخواهد شد، یعنی با همین چند کلمه تلقین دستهای سوژه قفل یا از عقب جذب نخواهد شد، بلکه دستور و روش آن بسیار مفصل تر است.

چکش لاستیکی یا پلاستیکی که برای آزمایشهای عصبی بکار میرود. 2- Plessor

باین تلقینات ممکن است چهار نوع پاسخ داده شود.

حالت اول، پاسخ مثبت: برخی بیماران یک حساسیت یا پاسخ مثبت نشان میدهند.

بطور کم و بیش کاملاً سست و شل می‌شوند یا عضلات سست و بیحال^۱ میشود، دست‌ها و پاهارا میتوان بدون ایجاد کشش و هیجان در ماهیچه‌ها حرکت داد. چون بیمار به پشت خوابیده و پاهایش باز است، میزان رلکس بودن را میتوان براحتی با چرخاندن ساق پا بطرف داخل بوسیله گذاشتن دست روی نرمة ساق پا درک کرد. اگر پاها خوب رلکس باشد، بمحض اینکه پا رها شود، وزن پا آنرا بحالت عادی، یعنی نیمه^۲ وسط تمایل بخارج در می‌آورد. موقعیکه پزشک معالج با قرار دادن دست زیر زانوهای بیمار آنها را بلند میکنند، پاشنه‌ها بطور شل و افتاده روی نیمکت معاینه قرار میگیرند. در آن عده از بیمارانیکه با آزمایشات پاسخ مثبت میدهند معمولاً «رلکس بودن» تازیر پوست صورتشان میدود. بدین معنی که چروک^۳های صورت نرم و صاف میشوند. پیشانی صاف و گوئی اطو خورده^۴ است. چین خوردگیهای بینی کمتر مشهودند. ممکن است لبها کمی از هم باز شوند. تنگ شدن تدریجی شکاف^۵ پلكهای چشم^۶ که بی اختیار انجام میشود علامت مثبت بسیار مشخصی است، اگر چشم‌ها عمداً بسته شوند یا مفهوم و رسائی نداشته و یا ممکنست کشش ماهیچه‌ای نشان دهند.

بیمارانیکه باین ترتیب با آزمایشات پاسخ میدهند و حساسیت نشان میدهند بسادگی از طریق تلقین حالت رلکس هیپنوتیزم میشوند. این آزمایش راه را برای جلسه بعدی یعنی هنگامیکه چنین روشی تکرار میشود هموار میسازد. تلقینات

1- Flaccid	سست و بیحال	2- Semi - everted	نیمه وسط
3- Wrinkles	چروک	4- Ironed out	اطو خورده
5- Fissure	شکاف	6- Palpebral	پلكهای چشم

سنگینی، بیحرکتی و خواب بایستی با تلقینات رلکس همراه باشد، و بیمار بخواب هیپنوز فرو میرود.

حالت دوم، بی پاسخ (بی تفاوت) - سایر بیماران به تلقینات رلکس در حال آزمایش انعکاسهای عصبی پاسخی ناچیز نشان میدهند، یا اصلاً پاسخ نمیدهند. آنها در مقابل تمام این جریانات بصورت شخصی که دارای وجود خارجی است باقی میماند. آنها غالباً متناسب و موافق ترتیب معمولی صحبت‌هایی مینمایند ماهیچه‌هایشان مقدار قابل ملاحظه‌ای از حالت انقباض خود را نگاه میدارند. هیچ تغییری در حالت صورتشان دیده نمیشود. این بیماران را معمولاً میتوان هیپنوتیزم کرد همانطور که همه قابل هیپنوتیزم شدن هستند، ولی احتمال دارد که هیپنوتیزم کردنشان خیلی مشکل‌تر باشد، و پزشکی که معالجه را خواهد ایندسته از بیماران را هیپنوتیزم نماید باید آماده باشد که از روش تحریک روانی استفاده نماید.

حالت سوم، پاسخ منفی - بیماران دیگر، بجای اینکه در مقابل تلقینات بیشتر رلکس بشوند، عضلات آنها بعکس عمل میکنند یعنی بجای اینکه شل شوند، سفت‌تر میشوند. وقتی پزشکی که معالجه دستش را زیر زانوهای او میگذارد که انعکاس عصبی پایش را آزمایش کند پاشنه‌های پای بیمار غالباً از روی تخته خواب معاینه بلند میشوند. هرچه این بیماران برای رلکس شدن بیشتر تشویق شوند، کشش و سفتی عضلاتشان بعکس بیشتر میشود. آنها از شکست خود و از اینکه قادر نیستند خود را شل کنند آگاه هستند. آنها عاجز و درمانده^۱ هستند. متمایل به بیقراری هستند. نمیتوانند آسوده و راحت باشند. آنها متمایل به لولیدن^۲ و بیقراری و ناراحتی^۳ دارند عضلات صورتشان کشش پیدا میکند و به حال کنترل درمیآید.

برای هیپنوتیزم کردن این افراد هرگز نباید تلقین رلکس شدن بآنها داده شود. اینکه چقدر بیمار میخواهد کمک دهد تا هیپنوتیزم شود حائز اهمیت نیست، چنانچه

1- Objective وجود خارجی

2-- Frustrated عاجز و درمانده

3- Wriggle لولیدن

4-- Fidget ناراحتی

بیمار از طریق تلقین رلکس مورد عمل هیپنوز واقع شود عکس العمل و هیجان موجود پیوسته بطور ناخود آگاه تبدیل به یک حالت دفاعی ناشی از بیقراری میشود که سرانجام هیپنوز بوسیله رلکس در مورد این بیماران غیرممکن میگردد. لیکن بابت بردن روش حرکت بازو میتوان از کشش ماهیچه‌های آنها بسادگی برفع بیمار در القاء هیپنوز استفاده کرد.

حالت چهارم، پاسخ مثبتی بر منفی کاری - وقتی که بیمار بطور منفی پاسخ میدهد در حقیقت با منفی کاری عمل می نماید، مسئله بغرنجتر میشود. رفتار منفی کاری هنوز هم دلیل بر اینست که بیمار دارد تحت تأثیر قرار میگردد. می توان هیپنوتیزم را القاء نمود، اما هنوز هم یک فن مناسب دارای اهمیت کلی است. با تلقین رلکس شدن، این بیماران بیش از پیش بیقرار میشوند. اگر اقدام به روش حرکت^۱ بازوها بعمل آید وقتی تلقینات سبکی دست داده میشود. بعکس دستها با فشار بطرف پائین رانده میشوند. در مورد بیماران منفی کار روش مطلوب اینست که هیپنوز به طریق روش حرکت تکراری^۲ القاء گردد.

هیپنوتیزم کردن جنس زن و مرد - زمانی این عقیده مورد قبول عام بود که زنان آسان تر از مردان هیپنوتیزم می شوند. برخی از کارهای تجربی درباره هیپنوتیزم اخیراً ثابت کرده است که این اختلاف به میزان بسیار ناچیزی است.

دکتر مایرز میگوید: «من در مطب خودم تفاوتی در سهولت اشکال هیپنوتیزم کردن بیماران زن و مرد ندیده ام. چگونه میتوانیم این مشاهدات مختلف را باهم وفق^۳ دهیم؟

اصولاً بین شخصیت زنان و مردان اختلافات اساسی وجود دارد. جنبه های روانی مذکر و مؤنث بودن واضح و آشکار است. بعلاوه مردان با شرایط زندگی مردانه زنانه. تمام هنر القاء هیپنوز پیرامون تطبیق و تنظیم فن ما با شخصیت بیمار

1- Arm levitation

حرکت دست

2- Repetitive movement

حرکت تکراری

3- Reconcile

وفق دادن

متمرکز میگردد. در مواردیکه هیپنوز باروش آمرانه معمولی القاء میشود زنان با سهولت بیشتری از مردان هیپنوتیزم میشوند، زیرا زنان بطور کلی روش آمرانه را ساده تر از مردان می پذیرند. این جریان زائیده حالت غیرفعال زنانه و درونی شخصیت افراد مؤنث است و همچنین از این حقیقت ناشی میشود که زنان تا حدودی از نظر فرهنگ عمومی طوری بار می آیند که قدرت مردان را بپذیرند. این بیانات ما را بیاد گفته « برنهایم^۲ » می اندازد که دید سر بازان بر احوالی هیپنوتیزم میشوند. البته این موضوع زائیده این واقعیت بود که سر بازان برای قبول و پذیرفتن قدرت آماده شده بودند و برنهایم بمیزان زیادی از روش آمرانه استفاده نمود.

در طب بالینی، هنگامیکه ما فن خود را با شخصیت فردی بیمار تطبیق می کنیم، متوجه میشویم که مردان نیز بهمان سهولت هیپنوتیزم میشوند که زنان هیپنوتیزم میگردند. در نتیجه جنسیت ذاتاً نمیتواند عاملی برای انتخاب روش القاء بحساب آید.

توجه باین مطالب در پرتو فرضیه های گذشته و حال هیپنوز جالب است. این حقیقت که گفته میشد زنان زودتر از مردان هیپنوز میشوند این اعتقاد را بوجود آورده بود که هیپنوز با رابطه شهوانی مربوط است. بدین طریق یک مشاهده ناصحیح از یک تئوری ناصحیح حمایت میکرد. از طرف دیگر نباید انتظار داشته باشیم که بین مردان و زنان مربوط به توانائی آنان به رفتن در حالت سیر قهقرائی تسلسلی اختلافی پیدا نمائیم.

فصل هشتم

توضیح و تعریف هیپنوتیزم برای بیمار

توصیه^۱ هیپنوتیزم

اشکالات موجود در توصیه هیپنوسیز:

دکتر بدون توجه به رشته طبابت پزشکی باید بداند که چه روش معالجه‌ای برای بیمار مفیدتر است و آن روش معالجه را پیشنهاد نموده و بکار برد. اینکار لازمست تا اینکه بیمار در نتیجه توصیه و مشورت دکتر دچار پریشانی^۲ بیشتر نشود. در ضمن این توصیه و پیشنهاد باید به طریقی باشد که دکتر دین حرفه‌ای خود را بمفهوم کامل و واقعی کلمه به بیمار ادا کرده باشد. این بحث موضوع و مسئله‌ای در طب است که در فنون جدید علم طب هنوز بطور کامل و کافی مورد توجه و بحث قرار نگرفته است. روانپزشک عملاً موقع توصیه معالجه از طریق شوک^۳ الکتریکی متوجه این موضوع میباشد. چنین توصیه و پیشنهادی اغلب مشکل است، زیرا بسیاری از بیماران از این نوع معالجه بی‌مناکند و بستگان آنها نسبت به این روش معالجه ناخودآگاه نفرت^۴ دارند. با وجود این روانپزشک بر عقیده خود پابرجا است زیرا معالجه از طریق شوک الکتریکی نوعی از معالجه

1- Advising

توصیه

2- Distress

پریشانی

3- Electro - Convulsive

الکترو شوک

4- Prejudiced

تمایل یا تنفر بی جهت

قابل قبول تشخیص داده شده، و نتایج حاصله بسیار مفید و رضایتبخش بوده است.

وقتی کسی معالجه از طریق هیپنوسیز را توصیه و پیشنهاد میکند. موضوع حتی از آنهم مشکلتر است. شخص باید با اوضاع و احوال زمان حال روبرو شود. امروزه در بسیاری از کشورها هیپنوز بعنوان یک وسیله معالجه طبی توسط پاره‌ای از گروههای مردم قانونی و مشروع شناخته شده و تحقیق و بررسیهای کمیته فرعی انجمن طبی بریتانیا^۲ درباره هیپنوز در سال ۱۹۵۵ کمک به سزائی در بالابردن اعتبار و ارزش هیپنوز نموده است. با وجود این هنوز هم هیپنوز بعنوان یک روش معالجه طبی رسمی مورد قبول عامه واقع نشده. و باید گفت که نه فقط مورد قبول عوام الناس نیست بلکه پاره‌ای از پزشکان و معدودی از روانپزشکان هم آن را قبول ندارند. این وضعیت پراشکال توصیه معالجه هیپنوتیکی به بیمار می‌افزاید. در ایران هم بدلائل زیر هنوز هیپنوتیزم مورد قبول نیست.

- ۱- بعلت عدم گسترش و توسعه کافی و کامل آن
 - ۲- بعلت مرموز بودن و مربوط کردن آن با سحر و جادو
 - ۳- بعلت عدم مطالعه کافی، بررسی و آزمایش دقیق
 - ۴- بعلت این تصور ممکن است، یاد گرفتن و بکار بردن هیپنوز در مطب مشکل بوده و وقت زیاد بگیرد
 - ۵- بعلت نازگی داشتن آن اینکه مردم بآن عادت ندارند
- ولی بطوریکه تجربه نشان میدهد، چنانچه در ایران دکتر روانپزشکی معالجه از طریق هیپنوز را اعلام کند با استقبال عجیب و بی سابقه مردم روبرو خواهد شد.

1- Authenticated

موثق و قابل اعتماد

2- British medical society subcommittee on hypnosis

کمیته فرعی انجمن طبی بریتانیا درباره هیپنوتیزم

ملاحظات اخلاقی^۱ - شاید دانشجویان علم هیپنوتیزم این نکته را بدانند که برخی از اطباء فقط با درمیان نگذاشتن موضوع هیپنوتیزم با بیمار از بروز این مشکلات کاملاً اجتناب میورزند. در اولین ملاقات، بیمار بدون رضایت و غالباً بدون اطلاع خودش هیپنوتیزم میشود. هیپنوتیز کنندۀ ممکن است درباره اقدام خودش استدلال کند که بیمار خودش علاقمند شود که از طریق هیپنوز^۲ معالجه شود و همچنین بنفع خود اوست که پزشک اضطراب و هیجان او را بر نیانگیزد، که در نتیجه ممکن است باعث ایجاد اشکال^۳ در معالجه گردد. چنین پزشگانی معتقدند که وقتی بیمار برای مشورت و معالجه به مطب آنها میآید، آمدن آنها با میل خودش است. معالجه به مطب یکنوع اجازه^۴ ضمنی است که به پزشک اختیار و اجازه میدهد که هر گونه معالجه‌ای را که برای بیمار مناسب بداند به آن اقدام و عمل کند. من با چنین طرز تفکر و اقدامی کاملاً مخالف هستم، چنین روش و اقدامی شرافتمندانه نیست. گرچه این کار مسئله را بطور آنی بنفع بیمار حل می کند، با وجود این به ندرت میتواند این اقدام برای یک دوره طولانی بنفع او باشد. اعتماد بیمار به پزشک معالج باید بر مبنای حقیقت و واقعیت باشد. پزشک معالج باید در رفتارش با بیمار خیلی^۵ رک و راست و حقیقت گو^۵ باشد، و هیچگونه امتیاز آنی بیمار نمیتواند انحراف از اینراه را تجویز نماید. با بیمار راجع به هیپنوتیزم باید صحبت کرد، و رضایت وی قبل از شروع بمعالجه باید گرفته شود.

1- Ethical considerations

ملاحظات اخلاقی

2- Interfere

مانع، دخالت

3- Tacit authorization

اجازه ضمنی

4- Scrupulously

بد دقت و وسواس، خیلی

5- Straight for ward

رک و راست و حقیقت گو

این موضوع مسئله دیگری را بوجود میآورد، و آن اینکه آیا صحیح است که بایمار درباره هیپنوتیزم بطور خلاصه بحثی بکنیم و سپس فوراً وبدون معطلی پس از موافقت بیمار او را هیپنوتیزم کنیم یا نه. ظاهراً اینکار ممکنست يك روش اخلاقی برای شروع کار جلوه کند و هیپنوتیزم کننده را در يك وضعیت مشروع و نسبتاً معقول قرار دهد. ممکنست، اینکار بقدر کافی درست باشد، اما حقیقت امر اینست که باعجابه و بدون دادن فرصت کافی به بیمار برای ارزیابی این معالجه موافقت او نسبت به يك نوع معالجه غیر^۱ معمول جلب گردیده است. با توجه باین مطلب روش طبابت من اینست که اولاً در همان جلسه اول درباره هیپنوتیزم بحث کرده و معالجه از طریق هیپنوتیزم را توصیه می کنم، ولی در همان جلسه اول بیمار را هیپنوتیزم نمی نمایم. معنی عمل من اینست که بیمار بخانه رفته، درباره این موضوع فکر میکند، با بستگانش در این باره گفتگو می کند. وحتى بادوستان و پزشکگ خانواد گیش موضوع را در میان میگذارد، و سپس در جلسه بعد برای معالجه مراجعه مینماید. ممکنست تصور شود که دادن آزادی تا این اندازه به بیمار نتیجه اش اینست که بسیاری از بیماران در مورد تصمیم خود تجدید نظر کرده و از میزان معالجه هیپنوتیکی کم می شود، تجربه نشان داده است که چنین نیست، وقتی مردم آگاه شوند، که یکنفر روانپزشک از طریق هیپنوتیزم بیماران را معالجه میکند، بطور مسلم بیماران با توصیه پزشکان عمومی بآن روانپزشک مراجعه میکنند، تا از راه هیپنوتیزم معالجه شوند. در عمل اکثر کسانی که برای هیپنوتیز شدن مراجعه میکنند، برای معالجه شدن از طریق هیپنوتیز مناسب نیستند، (یعنی بیماری آنها طوری است که بوسیله هیپنوتیزم نباید معالجه شوند بلکه باید روش دیگری برای معالجه آنها در نظر

گرفته شود مثلاً ممکن است احتیاج به جراحی باشد و یا تزریق و خوردن دارو و شربت مترجم) بهر حال کسانی که برای این نوع معالجه مناسب هستند مشکلی بوجود نمیآورند، زیرا با امید هیپنوز شدن مراجعه کرده اند، این قبیل بیماران در واقع بیمارانی هستند که برای روانپزشکی عمومی مراجعه کرده اند، که مسئله و مشکل بزرگی برای پزشک میباشد. فکر هیپنوسیز بندرت بمغز چنین بیماری خطور کرده، و اگر با مهارت و استادی زیاد هیپنوز بآنها ارائه و شناسانده نشود، احتمال زیاد دارد که بدون دقت و توجه واقعی معالجه از طریق هیپنوز را رد کند. موقعیت ما ضعیف است زیرا ما نمیتوانیم بگوئیم که اکثر پزشکان متخصص در بیماریهای عصبی معالجه از راه هیپنوسیز را به بیماران توصیه و پیشنهاد نمایند. وقتی بیمار چندی است که علائم بیماری دارد و از طریق معالجات معمولی نتیجه نگرفته اینکار یعنی پیشنهاد هیپنوسیز برای معالجه آسانتر انجام میگردد. ممکنست مدت زیادی تحت معالجات روانی بوده، و یا مدت بسیار زیادی روانکاو شده باشد، و یا ممکن است از طریق الکتروشوک تا بحال هم نتیجه نگرفته باشد. در چنین وضعی کاملاً ساده است که با یادآوری اینکه تا کنون معالجات روانی معمول در مورد وی باشکست روبرو شده، موضوع هیپنوسیز را با چنین بیمارانی در میان بگذاریم و بگوئیم که فکر می کنیم با نوعی معالجه که کمتر متداول است یعنی هیپنوز طبی او را درمان کنیم. عاقلانه است که اولین باری که کلمه هیپنوز را بر زبان میآوریم از آن بعنوان هیپنوز طبی نام ببریم. بنظر میرسد که با این بیان ایده هیپنوز جنبه شوکی برای بیمار پیدا نکند.

در مورد بیمار عصبی و روانی مزمن که مدت زیادی علائم بیماری داشته و تا کنون معالجات زیادی نموده، و نتیجه نگرفته این اشکال پیش میآید که امید

و پیش‌بینی‌اش^۱ درباره هر نوع معالجه بیماریش ضعیف است. در نتیجه نسبت به معالجه از راه هیپنوسیز هم امیدی ندارد. اما در بسیاری از این حالات تنها هیپنوز و یا روانکاوای طولانی است که ممکنست هر گونه امیدی را در بیمار ایجاد نماید.

وانهادگی و تعقل^۲ - وقتی هیپنوز را به بیمار توصیه و پیشنهاد می‌کنیم
گاهی میتوانیم از احساس هیجان^۳ درونی او استفاده نمائیم. قبلاً ضمن معاینات بدنی گفتیم که به بیمار میگوئیم روی تخت معاینه دراز بکشد، و وقتی او را از نظر انعکسهای عصبی آزمایش می‌کردیم، تلقینات رلکس بودن با او میدادیم. اکنون میتوانیم باین موضوع اشاره کنیم، اگر بیمار به سهولت خود را رلکس و شل نمود، ما با او میگوئیم که در ضمن معاینات بدنی شما بخوبی میتوانستی خود را رلکس و شل کنی. حال اگر ما بتوانیم بیمار را از حالت هیجان و فشار نجات دهیم، کمک بزرگی به او کرده‌ایم. ممکنست بتوانیم در این مورد بایستتر رلکس و شل کردن بیمار کمک مؤثری به‌وی بکنیم. اینطور میتوانیم شروع به صحبت کنیم «خیلی ساده است، این نوع معالجه معروف به معالجه از طریق هیپنوز طبی است. نکته پیچیده و تفریحی در باره آن وجود ندارد. شما فقط بگذارید بدنتان همانطور که الان روی تخت معاینه استراحت کرده‌اید رلکس و شل شود، فقط کمی بیشتر میتوانید چنان خود را رلکس و شل کنید که از کشش و هیجان بدنی و فکری بکلی آسوده و راحت شوید. این عمل برای راحتی وضعیت فعلی شما کمک بسیار بزرگی است»

اگر ما بخواهیم هیپنوز آنالیز را پیشنهاد و توصیه کنیم، ما باید به بیمار بگوئیم: «من فکر میکنم از طریق هیپنوتیزم طبی کمک مؤثری میتوانیم بشما

1- Prognosis

پیش‌بینی

2- Relaxation as a Rationalization

وانهادگی و تعقل

3-- Subjective feeling

احساس هیجان درونی

بکنم» و بعد عبارات زیر را به بیمار تلقین می کنیم: شما می توانید خود را بحالت شل و رلکس بدون فکر کردن روی تخت رها کنید، و حالا می توانید کشمکشها و اضطراباتی که مدتها پیش رخ داده و بکلی فراموش شده اند، ولی هنوز هم بطور ناخود آگاه ایجاد دلهره و اضطراب نموده و گاهی ایجاد بیماری عصبی برایتان می کنند بیاد آورید. «

اگر هنگامیکه انعکاسهای عصبی بیمار را آزمایش می کردیم، کشش و هیجانش بیشتر میشد، باز هم می توانیم نظیر همین تلقینات را ادامه بدهیم. می توانیم باد بگوئیم که ضمن معاینه مشاهده کردیم که خیلی هیجانی بودید بدینترتیب: « شما در واقع خیلی هیجان زده اید، من مطمئنم که این کشش و هیجان در هر وضعیتی و در هر حالی موجب ناراحتی شما است. «

بیمار این جملات توأم با استدلال را می پذیرد، زیرا وقتی ضمن معاینه این کششها سراغش می آیند از پیوسته از وجودشان آگاه است. بیمار احساس می کند که در آغوش چنین هیجان و کششی قرار گرفته است، از در حالت آگاهی است. اینچنین موقعیت و مطالبی زمینه کار را برای اینکه بیمار توصیه ما را بپذیرد آسان میسازد، و باید ادامه دهیم: « اگر می توانستیم از پاره ای از این کششهای شما راحت شویم، کمک زیادی بشما میشد بهترین راه برای ایجاد رلکس کامل توسط هیپنوسیز طبی است. من می توانم راه رلکس شدن و نجات از این هیجان و کشش را بشما نشان دهم. « این تلقینات بر راحتی مورد پذیرش بیمار واقع میشوند، زیرا این اشخاص هیجان زده پیوسته در حالت آگاهی می کوشند تا خود را وانهاده نمایند.

در مورد بیماران، باهوش و آگاه گاهی میتوان منطق و دلیل هیپنوز را از نظر ماهیت ابتدائی بیولوژیکی آن توضیح داد. این روش را غالباً میتوان در مورد بیمارانی بکار برد که برای دلهره و اضطراب مزمن و حادثان تحت

ماهیت ابتدائی بیولوژیکی
1- Biologically primitive nature

و پیش‌بینی‌اش^۱ درباره هر نوع معالجه بیماریش ضعیف است. در نتیجه نسبت به معالجه از راه هیپنوتیزم هم امیدی ندارد. اما در بسیاری از این حالات تنها هیپنوز و یاروانکادی طولانی است که ممکنست هر گونه امیدی را در بیمار ایجاد نماید.

وانهادگی و تعقل^۲ - وقتی هیپنوز را به بیمار توصیه و پیشنهاد می‌کنیم گاهی میتوانیم از احساس هیجان^۳ درونی او استفاده نمائیم. قبلاً ضمن معاینات بدنی گفتیم که به بیمار میگوئیم روی تخت معاینه دراز بکشد، و وقتی او را از نظر انعکاسهای عصبی آزمایش می‌کردیم، تلقینات رلکس بودن با او میدادیم. اکنون میتوانیم باین موضوع اشاره کنیم، اگر بیمار به سهولت خود را رلکس و شل نمود، ما با او میگوئیم که در ضمن معاینات بدنی شما بخوبی میتوانستی خود را رلکس و شل کنی. حال اگر ما بتوانیم بیمار را از حالت هیجان و فشار نجات دهیم، کمک بزرگی به او کرده‌ایم. ممکنست بتوانیم در این مورد باین بیشتر رلکس و شل کردن بیمار کمک مؤثری به‌وی بکنیم. اینطور میتوانیم شروع به صحبت کنیم «خیلی ساده است، این نوع معالجه معروف به معالجه از طریق هیپنوز طبی است. نکته پیچیده و تفریحی در باره آن وجود ندارد. شما فقط بگذارید بدنتان همانطور که الان روی تخت معاینه استراحت کرده‌اید رلکس و شل شود، فقط کمی بیشتر میتوانید چنان خود را رلکس و شل کنید که از کشش و هیجان بدنی و فکری بکلی آسوده و راحت شوید. این عمل برای راحتی و ضمیمت فعلی شما کمک بسیار بزرگی است

اگر ما بخواهیم هیپنوتیزم آنالیز را پیشنهاد و توصیه کنیم، ما باید به بیمار گوئیم: «من فکر میکنم از طریق هیپنوتیزم طبی کمک مؤثری میتوانیم بشما

1- Prognosis

2- Relaxation as a Rationalization

3-- Subjective feeling

ش بینی
هادگی و تعقل
س هیجان درونی

معالجه از راه تلقین قرار می گیرند. اینطور تلقین می کنیم: «در حال همپنوتیزم افکار ناراحت کننده شما را رها خواهند کرد، افکار ناراحت کننده کند و ضعیف میشوند. شما اینکار را میتوانید کاملاً به میل خود انجام دهید. تنها چیزیکه نیاز دارید کمی راهنمایی است. در این حالت کتکها و اضطرابات محو و نابود میشوند. سپس احساس می کنید که در زندگی عادی روزانه آرامتر و راحت تر هستید. قبل از اینکه بتوانید کاملاً اینکار را انجام دهید احتیاج به کمی تمرین دارید، و هر بار که اینکار را انجام می دهید می بینید که در درون خود راحت تر هستید.

پیش بینی^۱ مدت معالجه بیماری بوسیله همپنوتیزم - موقعیکه دکتر نوعی معالجه را پیشنهاد و توصیه میکند، از نظر حرفه پزشکی موظف است، که تا حدودی مدت و دوره بیماری را پیش بینی نموده و در این باره نظر خود را به بیمار بگوید این عمل در خصوص معالجه از طریق همپنوتیزم کار مشکلی است بعنوان مثال من^۲ یک حالت درد^۳ نیمه سر را در دوره کوتاهی بوسیله تلقین در حال همپنوتیزم معالجه کردم، در حدود یک سوم از بیماران خیلی خوب معالجه شدند، یک سوم دیگر بهبود نسبی حاصل کردند یعنی تقریباً خوب شدند، یک سوم دیگر اصلاً خوب نشدند، در هر سه مورد بالا من نمیتوانستم پیش بینی کنم که چه علائمی برای معالجه حتمی یک دسته وجود دارد و چه علائمی برای معالجه نسبی دسته دوم و چه علائمی برای معالجه نشدن دسته دیگر وجود دارد. چنانچه بیماری مریض از آن نوع بیماری است که نمیتوان بطور دقیق پیشگوئی کرد، رابطه حرفه پزشکی ایجاب میکند که این موضوع را به بیمار بگوئیم. که اگر شما آپاندیسیت^۴ داشته باشید و به یک پزشک جراح مراجعه کنید، آن پزشک میتواند بطور صحیح و طبق

۱- Prognosis پیش بینی

۳- Migraine حالت درد

۲- دکتر ما برز

۴- Appendicitis

آپاندیسیت

یک پیش گوئی^۱ آماری^۲ دقیق بشما بگوید که نتیجه عمل جراحی چیست و تا چه مدت بهبود خواهید یافت، ولی در مورد معالجات از طریق هیپنوتیزم چنین پیش گوئی امکان ندارد و یا بسیار مشکل است. زیرا اندازه تجربی قابل مقایسه‌ای وجود ندارد که ما بتوانیم نتیجه احتمالی کار خود را بر مبنای آن پیش بینی کنیم. ما باید به بیمار بگوئیم. که شانس نهایت کمک را از طرف ما دارد، ولی فعلا ما نمیتوانیم بر آورد کنیم و نتیجه قطعی معالجه را بگوئیم. پاره‌ای اوقات میتوانیم یک بر آورد کلی^۳ بنمائیم و به بیمار بگوئیم که هشتاد درصد شانس موفقیت هست، یا حتی پنجاه درصد و یا ۲۰ درصد شانس معالجه وجود دارد.

باید بدانشجو یاد آور شد که وقتی معالجه هیپنوتیکی توصیه میشود این روش معمولا مورد قبول واقع نمیکرد و پزشک معالج از همان آغاز کار اعتماد و اطمینان صد درصد نشان بدهد که قادر است و میتواند بیمار را معالجه کند، شکی نیست که چنین روش اعتبار و قدرت پزشکی را در مقابل بیمار بالا میبرد و فرآیند تلقین را آسان مینماید. عدم زیادی از دانشمندان بزرگ هیپنوتیزم و روانپزشکان معتقدند، که اعتراف به امکان شکست در مقابل بیمار بمیزان زیادی کار آئی پزشکی را کم میکند و در نتیجه احتمال شکست و عدم معالجه بیشتر میشود. این عده معتقدند که بیماران وقتی به پزشک مراجعه میکنند، میل و علاقه دارند که امکان هر گونه شکست و معالجه نشدن را از فکر خود خارج کنند. ولی دکتر «مایرز» معتقد است که این روش عمل و طرز تفکر مربوط به شصت تا هفتاد سال پیش است، که «برن‌هایم» از این روش استفاده میکرد. در حال حاضر نیز کسانی هستند که این روش را بکار میبرند، یعنی از همان آغاز

- | | | | |
|----------------------------------|----------|---------------|--------------------------|
| 1- Statistically | پیش‌گوئی | 2- Prediction | آماري |
| 3- Comparable body of experience | | | اندازه تجربی قابل مقایسه |
| 4- Broad estimate | | بر آورد کلی | |
| 5- Dismiss | حذف کردن | | |

معالجه اعتماد و اطمینان زیادی میدهند که حتماً بیمار را معالجه خواهند کرد، ولی وقتی به نتیجه نمیرسند اولاً - مرحله بیماری مشکل تر میشود، ثانیاً - شخصیت و پرستیژ خودشان متزلزل میشود، ثالثاً - لطمه بزرگی به علم هیپنوسیز می خورد، گماینکه تا کنون همین روش گاهی اوقات باعث ایجاد بنی اعتباری کلی درباره معالجه از طریق هیپنوتیزم شده است، از طرف دیگر چنین روش مطابق با واقعیت نبوده و بطور عمدی و سنجیده باعث گمراهی بیمار میشود. بنابراین برای هیپنوتیزم کردن بیمار باید از روش «غیر آمرانه» استفاده شود، نه از روش «آمرانه». گفتگوی واقعی و پیش بینی حقیقی و درست درباره شانس موفقیت در معالجه، مانع و سدی در راه این روش ایجاد نمیکند، بلکه در حقیقت بر میزان احساس اعتماد بیمار میافزاید.

دکتر مایرز معتقد است، که از همان آغاز معالجه از راه هیپنوسیز باید يك پیش بینی حقیقی و واقعی تاجائیکه اطلاعات و موقعیت اجازه میدهد بعمل آمده و به بیمار گفته شود، و پس از آنکه بیمار معالجه از طریق هیپنوتیزم را پذیرفت، پزشک باید بتدریج و بطور غیر محسوس، آهسته آهسته تغییر عقیده داده بر میزان اعتقاد خود به موفقیت بیشتر و روز افزون متکی گردد. بدین وسیله اطلاع کافی درباره اتخاذ تصمیم نسبت به معالجه به بیمار داده شده، و وقتی تصمیم گرفته شد اعتماد روز افزون پزشک فرآیند تلقین را تسهیل مینماید.

تشریح و توضیح درباره هیپنوسیز

● اهمیت توضیح - قبل از اینکه شروع به هیپنوتیزم کردن بیمار نمائیم، باز هم موضوعی وجود دارد که باید بآن توجه کنیم. ما باید از بیمار پرسیم که

بطور غیر محسوس، جزئی، آهسته

آیا تابحال کلمه هیپنوتیزم را شنیده است یا خیر و آیا چیزی درباره آن میدانند؟ اگر میدانند اطلاعاتشان درباره آن تا چه حدودی است؟ سپس با در دست داشتن زمینه قبلی هیپنوتیزم را مفصل تر و بیشتر برای بیمار تشریح کنیم. و اگر چیزی نمیدانست بطور ساده تر و ابتدائی تر هیپنوتیزم و فواید آنرا برای بیمار تشریح نمائیم. دانشجوی هیپنوتیزمی که در اینکار ورزیده و با تجربه نیست، با داشتن آمادگی برای بکار بردن روش هیپنوتیزم در معالجات با احتمال زیاد رنجیده^۱ خاطر و خسته خواهد شد. هیپنوتیز کنندة باید بیاد داشته باشد که ضمن مصاحبه و گفتگو با بیمار هر گاه راه را برای گام بعدی هموار می کند و القاء هیپنوسیز خیلی جلوتر از این که تلقینات هیپنوتیکی داده شوند شروع میگردد. توضیح و تشریح هیپنوز برای بیمار عامل بسیار مهمی در موفقیت های بعدی معالجه هیپنوتیکی بحساب می آید.

با توجه با آنچه^۲ گذشت، توضیح و تعریف درباره هیپنوز برای بیمار باید مفصل و کامل باشد و مطابق با میزان معلومات و درك استنباط بیمار تعریف و بیان شود، بنظر من توضیح نارسا و غیر کافی هیپنوتیکی از دلائل مکرر اشکال و سختی در القاء هیپنوسیز بوده است.

میزان دفاعها یا مخالفت های ناخود آگاهی که در مقابل هیپنوز میشود، غالباً بوسیله توضیحات کامل یا ناقص هیپنوز اندازه گیری و تعیین میشوند.

باید توجه داشت که توضیح و تعریف کامل و رسا و خوب فهماندن هیپنوتیزم به بیمار بدتنهایی کافی نیست، بلکه بیمار علاوه بر فهمیدن تعریف هیپنوتیزم بایستی آنرا قبول کند. بنابراین تنها يك رضایت شفاهی و بیانی بیمار در مورد

1- Irked

رنجیده خاطر و خسته

2- Retrospect

با توجه با آنچه گذشت

اینکه از تعریف هیپنوتیزم را فهمیده و بفواید آن پی برده است کافی نیست. و همچنین یک تفاهم حاد هوشمندانه نیز کافی نمی باشد. قبل از شروع هیپنوتیزم کردن باید بیمار بمرحله‌ای رسانده شود که احساس کند باموضوع و مسائل و چگونگی هیپنوتیزم آشنا است و هیچگونه نکته سری و پنهانی در آن نهفته نمی باشد.

قبل از اینکه بیمار هیپنوتیزم را درک و احساس کرده باشد، چنین وضعی را در او بوجود می آوریم که احساس کند واقعاً در این زمینه کار آزموده و کهنه کار^۱ است. در نتیجه بمیزان قابل ملاحظه‌ای از اضطراب بیمار کاسته شده و بهمین^۲ نسبت از انگیزش و تحریریک برای دفاع در مقابل هیپنوتیزم کم شده است.

توضیح و تعریف هیپنوتیزم برای بیمار فواید دیگری هم دارد، و آن اینکه هر کس که میخواهد هیپنوتیزم شود فکر میکند که یک شخص هیپنوتیزم شده در حال هیپنوز چه اعمال و رفتاری انجام میدهد تمایل دارد که وی هم همان گونه رفتار نماید. بنابراین ما پیرامون هیپنوز توضیح می دهیم تا چنان عقیده‌ای را در بیمار بنیان گذاریم که وی بطریقی رفتار کند که برای نوع بخصوصی از معالجه هیپنوتیکی که در نظر داریم عمل نمائیم مناسبترین رفتار ممکنه باشد. باینترتیب توضیح و تشریح هیپنوز جزء لاینفک معالجه از طریق هیپنوز میباشد. باید توجه داشت که یک توضیح و تشریح خیلی علمی درباره هیپنوتیزم برای هیپنوتیز شونده خطرناک است. ما آنچه را که برای یک بیمار بخصوص در یک وضعیت درمانی بخصوص لازم است بطور جامع و کامل بیان میکنیم. این موضوع نسبت به بیماران سوژه‌های مختلف فرق میکند و نه فقط

1- Veteran

2- Corresponding

کار آزموده، کهنه کار

بهمین نسبت، مشابه بودن

به هوشیاری، تحصیلات و چشم و گوش بازی^۱ هیپنوتیزم شونده بستگی دارد، بلکه به تر کیب شخصیت، ماهیت بیماری و نوع بخصوص معالجه هیپنوتیکی که در نظر داریم انجام دهیم مربوط میگردد. ما نبایستی ضمن تعریف هیپنوتیزم درباره ماهیت روانی حالت هیپنوتیکی و یا تحرك روانی مرحله القاء هیپنوز توضیحی برای هیپنوتیزم شونده بدهیم مگر در مواردی خیلی استثناء که چنین تشریحی لازم بنظر برسد. زیرا چنین تعریف علمی سنگینی بیمار را گنج کرده و بر اضطراب و هیجان درونی وی می افزاید.

● هیپنوز طبی و هیپنوز روی سن نمایش - لازمست گفته شود بین هیپنوتیزم طبی و هیپنوتیزم نمایشی فرق کلی وجود دارد. برخی از بیماران که نمایش هیپنوتیزم را در روی صحنه نمایش دیده اند ممکن است تصور کنند که هیپنوز عبارت از روش و عملی است که شامل تحقیر^۲ شخص هیپنوتیزم شونده شده و یا لاقلموجب مضحکه و مسخره نشان دادن او میگردد. توضیحی که در این باره به بیمار میدهیم باید متناسب با طرز تفکر و شخصیت بیمار باشد. ما روش و رفتار عمومی خود را اینطور به بیمار حالی میکنیم که تمامیت وجود بیمار مورد احترام ما است و از آن تیپ اشخاص نیستیم که کسی را که بما اعتماد کرده مورد تحقیر یا وسیله خنده و مضحکه قرار دهیم. برای بیمار توضیح میدهیم که هیپنوتیزم ممکن است بطرق مختلف بکار برده شود، ممکن است هم در معالجه و شفای بیماران بکار برده شود و هم برای سرگرم کردن مردم در نمایشات نشان داده شود. همچنین خاطر نشان میکنیم که هیپنوتیستی که روی سن نمایش میرود، تنها به چند نفری که تلقین پذیری کافی برای نمایش او دارند

1- Sophistication

چشم و گوش بازی، همراه کردن - تحریف کردن

2- Humiliation

تحقیر

اكتفا و اتكاه^۱ می کند، در حالیکه پزشک همپنوتیست هر کسی را که احتیاج به کمک از طریق همپنوز داشته باشد همپنوتیز مینماید.

تأکید میکنیم در حقیقت هر کس که واقعاً بخواهد، میتواند خود را در آغوش همپنوتیزم رها کند. بیماران غالباً تصور میکنند که همپنوتیز شدن علامت ضعف است. هر گونه گفتاری درباره اظهار این عقیده توسط بیمار باید پیش بینی^۲ شده، و برایش توضیح میدهیم که افراد نیرومند^۳، سالم، ساده تر از هر کس دیگر همپنوتیزم میشوند، زیرا بخود مطمئن هستند و میگذارند که هنگام همپنوز از خود بیخود شوند. سایر اشخاص احتیاج به کمی کمک و راهنمایی دارند اما هر شخص عادی که از روی بی ریائی مایل باشد میتواند خود را به آغوش همپنوز رها سازد.

دو یا سه نکته وجود دارد که احتیاج به تأکید بخصوص برای بیشتر بیماران دارد.

① همپنوتیست فقط سوژه را راهنمایی میکند: در کلیه حالاتیکه در نظر داریم نوع غیر آمرانه همپنوسیز را بکار بریم، و همچنین در بسیاری از حالاتیکه همپنوتیز بطریق «آمرانه» انجام میشود، احتیاج داریم که برای بیمار توضیح دهیم که ماکاری به او نداریم، او خود هر کار را انجام می دهد، ما فقط راهنمایی می کنیم. در روش «غیر آمرانه» حتماً باید بیمار این نکته را بداند. وقتی همپنوتیزم شروع میشود. با ارتباط صامت و بدون استفاده از کلمات و حرف، بلکه فقط با اعمال و حرکات و نگاه این ایده را بطریقی تقویت می کنیم که بگذاریم بیمار از فرصت خود استفاده کرده و خودش برخی کارها را انجام دهد.

② خواب همپنوتیکی و خواب طبیعی - برای بیمار باید توضیح دهیم، که خواب همپنوتیک با خواب طبیعی و معمولی فرق دارد، زیرا در خواب

1- Relies on

اتکاء

2- Anticipated

پیش بینی

3- Robust

نیرومند

هیپنوتیکی بیمار، صدای پزشک را در تمام مدت خواب می شنود.
مبارزه و گشایش بین هیپنوتیز کننده و هیپنوتیزم شونده
وجود ندارد

برخی از مردم معتقدند که هیپنوتیزم عبارت از تسلیم زوری به اراده دیگری است، این نوع ترس ها را معمولا باروش غیر آمرانه خود و تأکید روی این موضوع که ضمن طبابت پزشکی بیمار فقط بخودش اجازه می دهد که وارد هیپنوز شود آرام می نمائیم.

يك توضیح مهم و مؤثر اینست که به بیمار حالی کنیم، که او و پزشک معالج هر دو طالب يك چیز هستند. چند بار به بیمار یاد آور می شویم که او مایل است به خواب هیپنوز برود، تا از حالتی که از آن رنج میبرد خلاصی یابد، پزشک نیز مایل است که او به خواب هیپنوز برود. در حقیقت پزشک او را هنمائی و کمک می نماید. به بیمار میگوئیم: در این جریان ما هر دو باهم هستیم. هر دو مایلیم که هیپنوز باسانی و همواری هر چه تمامتر پیش آید. هیچگونه مبارزه ای بین ما وجود ندارد. اصلا چنین چیزی وجود ندارد که تو طالب يك چیز هستی و من طالب چیز دیگر. اصلا چنین چیزی نیست که من بخواهم شما را به زور هیپنوتیزم کنم و شما بخواهید مقاومت نمائید ما هر دو طالب يك چیز و يك هدف هستیم» این نوع توضیح گرچه در ظاهر ساده جلوه می کند. ولی نتیجه آن در این مورد بخصوص بسیار مؤثر بوده و در مقدمه شروع هیپنوز از طریق «غیر آمرانه» کاملا لازم است.

بمحض اینکه مرحله اول هیپنوتیزم شروع میشود، در بسیاری از بیماران رفتار منفی کاری آگاهانه پدید می آید. گاهی اوقات بنظر میرسد که گفتن آنچه که بیمار باید انجام دهد، تولید يك رنجش یا نفرت درونی میکند. باید به یاد داشت که در گذشته خصوصیت پدیدده هیپنوتیک تحت تأثیرات فرهنگ

تسلیم، زوری

اجتماعی تغییرات زیادی پیدا کرده است. سایر نویسندگان و دانشمندان هیپنوتیزم روی این رفتار منفی کاری توجه و تأکید نمی کنند، فرد استرالیائی نوعاً نسبت بهر نوع اقدامی که باعث دستور دادن به او و یا گفتن باینکه چکار بکند بسیار حساس است. در نتیجه تنفر و مقاومت به زودی در وی باهم جمع و بسیج میشوند. ممکن است از نظر تجربیاتی که من کسب کرده ام، این نوع رفتار منفی کاری و مخالفت درونی نتیجه طرز تربیت در شرائط فرهنگی خاص باشد. لذا از اینجهت میتواند کاملاً مخالف تجربه «برن هایم» در مورد سر بازان باشد که تصور میکرد، چون به اطاعت از دستورات عادت کرده اند، لذا به سهولت هیپنوتیزم میشوند. وقتی مواجه با افرادی میشویم که این افراد در محیطی تربیت شده اند که عادت کرده اند در مقابل مقاومت و مخالفت با اجرای دستورات احساس غرور و افتخار کنند برای ازین بردن مقاومتشان بایستی بآنها فهماند که هم بیمار و هم پزشک هر دو توأمأ مایل به انجام یک هیپنوز ساده هستند.

● خانمی که از بیلاق آمده بود.

دکتر مایرز مینویسد «خانمی از بیلاق آمده بود که بخاطر سردردش تحت معالجه هیپنوتیکی قرار گیرد. من هیپنوز را برایش تشریح کردم و او بنظر میرسید که بخوبی آنرا قبول کرده است. ولی بعلت گرفتاری غیر مترقبه وی نتوانست چند ماهی برای معالجه مراجعه نماید. وقتی آمد، من مرتکب این اشتباه شدم که با توضیح کمی هیپنوتیزم را شروع کردم این خانم بی نهایت مقاومت میکرد و بطور کاملاً آگاهانه ای دارای رفتار منفی کاری بود. وقتی من باو تلقین میکردم که پاهایش در آرامش و سستی «وانهادگی» هستند، او عمداً آنها را حرکت میداد. وقتی به او تلقین میکردم که پلک هایش سنگین و بسته میشوند، بعکس چشمهایش را کاملاً باز میکرد. پس از تقریباً نیمساعت کار

بیهوده^۱ مجبور شدم دست از کار بکشم. پس از آن سوژه بمن گفت: «نمیدانم چرا؟ اما من احساس میکردم که در شروع هیپنوز حالت سرکشی و طغیان^۲ در من بوجود میآید.

در جلسه بعد نیمساعتی برایش توضیح دادم که، هر دو میخواهیم که او بخواب هیپنوز برود و هیچگونه ناهم آهنگی و مبارزه‌ای بین ما نیست» او با القاء ساده‌ای به خواب هیپنوتیز عمیقی فرورفت. کاملاً واضح است که علت شکست در جلسه اول مربوط به نقص^۳ روش کار بود، زیرا من مطمئن بودم که توضیحات سه‌ماه قبل هنوز در مغزش باقی است.

● توضیح خودکاری^۴ - نکته دیگری که حائز اهمیت زیاد است قبولاندن این ایده به بیمار است که او فقط بگذارد بعالم بی‌خیالی و خالصه برود یعنی خود را کاملاً رها سازد و همچنین تلقین این فکر که بدن او بطور خودکار عمل مینماید. ضمن معاینه بدنی بیمار با این فکر از طریق ایجاد انعکاسهای عصبی آشنا شده است. اگر حرکت انعکاسی دست و پاها با تلقین زبانی همراه باشد اثر بسیار خوبی دارد مثلاً گفته شود «شما رلکس و شل هستید، شما پاهایتان را حرکت نمی‌دهید. من آنرا حرکت میدهم» این جملات راه را برای تلقینات زبانی حرکت خودکار بعدی هموار میسازد.

● توضیح و تشریح اضطراب را از بین میبرد - ضمن بحث هیپنوتیزم با بیمار لازم است تذکردهم که وی ممکن است حرکت خودکار دست و پاهایش را احساس کند، زیرا بدون توضیح ممکن است هنگامیکه حرکت غیرارادی

1- Futile

کار بیهوده

2- Rebellious

سرکشی و طغیان

3- Faulty technique

نقص روش

4- Explanation of automatism

توضیح خودکاری

دستها و پاهایش را برای اولین بار احساس می کند دچار ترس و وحشت شود. علاقمندان علم هیپنوتیزم باید بدانند که مهارت در هیپنوتیزم کردن بستگی باین دارد، که هیپنوتیزم کننده باید مراقب و مواظب باشد که در سوژه حالات دفاعی روانی در برابر هیپنوتیزم ایجاد نشود. معمولاً خیلی ساده تر است که مانع ایجاد حالات دفاعی در بیمار شویم تا اینکه پس از بوجود آمدن این حالات بخواهیم آنها را از بین ببریم. با هر قدمی که بر میداریم باید دفاعهای احتمالی را پیش بینی ' نمائیم، و قبل از اینکه این دفاعها ایجاد شده و تثبیت شوند تغییرات مقتضی را بوجود آوریم. اگر قبل از شروع هیپنوتیزم به بیمار توضیح دهیم که در حال هیپنوز دستها یا پاها بطور غیر ارادی حرکت خواهند کرد، اقدام بزرگی برای جلوگیری از ترس و اضطراب هنگامیکه اولین بار حرکت خودکار اعضا رخ میدهد انجام داده ایم زیرا چنین اضطرابی دفاعهای روانی بیمار را تحریک میکند.

پس از بیان و تعریف هیپنوتیزم با مکانیسمهای دفاعی بیمار آن آشنا می شویم، زیرا بیمار می گوئیم «رها کردن خود بدست هیپنوز بسیار ساده است از شما می خواهیم که روی ایده و فکر رها کردن خود حواستان را متمرکز کنید از شما می خواهیم که خود را کاملاً رها سازید، مطلقاً رها کنید. میتوانید خود را رها کنید و بعد به بینید که هر چه من می گویم بطور خودکار عیناً انجام میشود. آنها عیناً بطور خودکار و بدون اینکه شما اصلاحی بکنید انجام می گیرند، من فقط بشما کمک می دهم که خود را رها سازید. می بینید که وقتی من در باره ماهیچه های شما حرف میزنم که در حال استراحت و رلکس هستند شما عملاً احساس استراحت و شل بودن می کنید. شما اینرا بطور خودکار احساس می کنید. سپس وقتی من در باره سنگینی پاهای شما حرف میزنم، شما حقیقتاً احساس سنگینی آنها را می کنید. آنها بطور خودکار سنگین احساس میشوند. همه اینها در نتیجه رها کردن خودتان پیش می آید. متوجه میشوید که میتوانید طوری خود را کاملاً رها کنید که وقتی من در باره حرکت بازوهای شما صحبت میکنم بطور خودکار حرکت می کنند.

این موضوع بطور خودکار و بدون اینکه شما کاری انجام دهید صورت میگیرد. وقتی این وضع و حالت رخ میدهد، از این نترسید که احساس میکنید دست شما خود بخود خودش حرکت میکند. این کار خیلی خوبی است زیرا مفهومی نیست که میگذارید کاملاً و بطور صحیح شل و رها شوید - بیاد داشته باشید که این خیلی خوبست چون اولین قدم برای معالجه وضع فعلی شماست، بخواب هیپنوز رفتن حقیقتاً خیلی ساده است.

کافی است خود را رها کنید. احساس کنید که آرام و راحت و در امان هستید، و احساس کنید که مادام که اینجا هستید هیچ اشکالی پیش نخواهد آمد، بگذارید با این طریق رها شوید. و شما خواهید دید که چیزهای دیگر تنها بمیل خودشان، بسهولت و بطور طبیعی، و درست بطور خودکار انجام میگیرند.»

فصل نهم

دفاع‌های علیه هیپنوتیزم

انواع دفاع‌های ناخودآگاهی که هیپنوتیزم شوندگان علیه هیپنوتیزم بعمل می‌آورند. همه کس را میتوان هیپنوتیزم کرد.

در گذشته هر وقت سوژه هیپنوتیزم نمیشد، هیپنوتیزور میگفت که این شخص استعداد تلقین‌پذیری ندارد. در چنین وضعی اینطور معتقد بودند که برای رسیدن به نتیجه باید بانشان دادن قدرت بیشتر و تکرار دائمی همان تلقینات اولیه بر سوژه مسلط شد و بالاخره هیپنوتیزم نمود. در پرتو فرضیه تسلسلی میتوان باین نکته پی برد که چگونه چنین اقداماتی در مجبور کردن بیمار به اتخاذ سیر قهقرائی مؤثر می‌افتد. بهر حال چنین روشی نتیجه چندانی بدست نمیداد، و مخالفت درون و ناخودآگاه سوژه را از بین نمیببرد.

تا زمانیکه هیپنوتیزم نشدن بیمار صرفاً و فقط بحساب فقدان تلقین‌پذیری سوژه گذاشته میشد پیشرفتی در علم هیپنوتیزم حاصل نگردید. در سال ۱۹۵۴ من دکتر «مایرز» مقاله‌ای منتشر کردم و در آن مقاله دفاع‌های ناخودآگاهی که در عمل مانع هیپنوتیز شدن سوژه میگردد بیان نمودم. نتیجه چنین است که عبارت «استعداد تلقین‌پذیری» یک عامل ثابت در شخصیت^۲ درونی و روان سوژه نیست که موجب خواب شدن یا مانع خواب رفتن سوژه باشد، بلکه علت خواب نرفتن

1- Defenses against hypnosis

2- Fixed facet of the personality

دفاع‌های علیه هیپنوتیزم

عامل ثابت در شخصیت

برخی از بیماران یکنوع عمل تحرك روانی و مخالفت‌های ناخودآگاه درونی است. بادر نظر گرفتن این مطالب ایده کلی ما درباره بیماری که هیپنوتیزم کردنش مشکل یا غیرممکن است عوض میشود. پس ما متوجه شدیم که چنین سوژه‌هاییکه در ظاهر بخواب نمیروند، ناخودآگاه درمقابل هیپنوتیزور مخالفت یا دفاع میکنند، و ما باید جبهه‌های دفاعی بیمار را بشکنیم و یاراهی برای دورزدن آنها پیدا نماییم.

● علت و انگیزش دفاع - ۱ هیپنوتیزم کردن از طریق «غیرآمرانه» مستلزم اینست که سوژه، آگاهانه خود را کاملاً تسلیم^۲ هیپنوز نماید، بطور ارادی و اختیاری^۳ دستورات را باطناً اطاعت کند، خود را شل و رلکس نماید. در نتیجه تمایلی برای قبول تلقینات بطور خودکار پدید می‌آید.

فقدان کنترل «خودآگاه» تهدیدی است بوسیله «ناخودآگاه» یعنی وقتی «خودآگاه» هیچ مخالفت و ممانعتی درمقابل هیپنوتیزم بعمل نمی‌آورد «ناخودآگاه» ممکن است بترسد و بوحشت بیفتد، بنابراین ممکن است در عمل مشاهده شود که «خودآگاه» طبق فرمان «ناخودآگاه» درمقابل هیپنوز بصورت گوناگون تلاش و دفاع میکند. از نظر بالینی^۴ تشخیص دفاعهائیکه هنگام هیپنوتیزم ظاهر میشوند، برای اتخاذ اقدامات لازم و مناسب^۵ علیه آنها حائز اهمیت میباشد. پاره‌ای اوقات مقهور^۶ کردن این حالات دفاعی با استفاده از حمله جبهه‌ای کار آسانی است، ولی بهتر و عاقلانه‌تر آنست که قبل از بروز آنها پیش‌بینی‌های^۷ لازم بعمل آید، بطوریکه بعداً خواهیم دید، در شرایط مناسب بخصوص، ممکن است خود همین دفاعها، بعنوان وسیله

1- Motivation for Defense

2- Conscious surrender

3- Voluntary submission

4- Clinically

5- Appropriate countermeasures

6- Overwhelm

7- Circumvent

انگیزه دفاع

تسلیم آگاهانه

اطاعت ارادی

از نظر بالینی

اقدامات مناسب

مقهور کردن

پیش‌دستی

خوب و اسلحه نیرومندی برای هیپنوتیزم کردن سوژه بکار رود.

«چبود» ناخود آگاه دفاعها

● ترس از دست دادن اراده و اختیار موجب دفاع در مقابل هیپنوز میشود. باید بخاطر داشت که بیمار مایل بمعالجه شدن است و آگاهانه میخواهد که هیپنوتیزم شود. در نتیجه برای قبول تلقین نهایت کوشش و همکاری را مینماید. دفاعها همانطور که گفته شد ناخود آگاه انجام میشوند، و در اثر تهدید به از دست دادن کنترل و اختیار و اراده «ناخود آگاه» بوجود میآیند. حتی هنگامیکه دفاعها کاملاً سطحی و ظاهری جلوه می کنند، بیمار خودش نا آگاه است که رفتار وی در جهت جلوگیری از شروع هیپنوز سوق داده میشود. دفاعهای ناخود آگاه علیه هیپنوز در هر دو روش چه در روش «آمرانه» و چه در روش «غیر آمرانه» دیده میشوند، ولی معمولاً در روش «غیر آمرانه» با سهولت بیشتری مشاهده میگردند. علتش اینست که در روش «غیر آمرانه» هیپنوتیزم کردن آزادی عمل بیشتری به بیمار داده میشود، و در ضمن هیپنوتیزم با سهولت تشخیص داده میشود، که حرکات و جنبش های مختلف سوژه بصورت عمدی^۲ و ارادی انجام میگیرد. در طبابت کلینیکی، حتی آن عده از بیمارانی که با سهولت هیپنوتیزم میشوند همیشه دفاعهای مختلفی از خود در مقابل هیپنوز نشان میدهند، و آن عده دیگر که با سختی هیپنوتیزم میشوند بطریق اولی دفاعهای مختلف و زیادی از خود نشان میدهند.

● دفاع بشکل بیقراری^۲ و نا آرامی - اشکال و انواع مختلف بیقراری و نا آرامی معمولی ترین دفاعهای ناخود آگاه در مقابل هیپنوتیزم هستند. هنگامیکه به بیمار تلقین میشود که خود را شل و رلکس کند این قبیل دفاعهای بیقراری و بی تابی دیده می شوند.

- ماهیت یا چبود ناخود آگاه دفاعها
- 1- Unconscious nature of defense
 - 2- Purposive
 - 3- Restlessness
- عمدی
بیقراری و نا آرامی

«ناخود آگاهی» دستگاه «خود آگاهی» را تهدید میکند که تو کنترل، اراده و اختیار خود را در حال هیپنوز از دست خواهی داد. در نتیجه اضطراب بوجود میآید، اضطراب درونی معمولاً بشکل بیقراری و ناآرامی در حرکات و رفتار بیمار نمایان می شود. و این بیقراری به شکلهای مختلف ظاهر میشود. سوژه آرام و راحت نیست. روی صندلی یا تخت مرتب میلولد و می جنبد. بیمار داغ می شود و می خواهد پتورا کنار بزند، یا برعکس احساس سرما می کند و می خواهد پتوی دیگری رویش کشیده شود. یامی گوید بالش بلند است و پیوسته آنرا تغییر می دهد. دکمه های لباسش را باز می کند ولی بلافاصله آنها را می بندد. این بی قراری و فعالیت ناشی از بی تابی هر چه باشد، مانع رلگس بیمار شده و در نتیجه مانع اثر تلقیناتی می شود که او از درون آنها می ترسد.

وقتی به این ترتیب توضیح داده می شود، رفتار و کردار بیمار مضحك بنظر می رسد، معذالك این موضوع بنحوی از انحاء برای اکثر بیماران اتفاق می افتد، تشخیص این نکته برای دانشجو حائز کمال اهمیت است که این بیقراری، که در اثر اضطراب ناشی از تهدید از دست دادن کنترل بوجود می آید خیلی زود جنبه عمومی پیدا می کند. گرچه این موضوع عمدی است و بسرعت از طریق بیننده یا ویزیت کننده تشخیص داده می شود، معذالك خود بیمار آگاه نیست که رفتارش در جهت مقابل هیپنوز سوق داده می شود که او آگاهانه آرزویش را دارد. دلیل اینکه بیمار حقیقتاً از تعهد رفتارش نا آگاه است، ضمن تجربه در معالجه روانی در حالت بیداری بیمارانی که دارای چنین دفاعی بوده اند ثابت می گردد.

پاره ای اوقات دفاعهای بیسار ملایم و کمتر پیدا است، و فقط از حرکت انگشتان دست و یا حرکت آرام پاها میتوان متوجه دفاعهای ناخود آگاه بیمار شد. اگر دفاع بطور خیلی ضعیف ایجاد شود و توسعه پیدا کند، می توان مستقیماً با آن مواجه شد باین ترتیب که به تلقینات سستی و آرامش ادامه داده می شود در نتیجه

بی قراری بتدریج خفیف می شود و بیمار به خواب هیپنوز می رود.

از طرف دیگر، چنانچه بی قراری و بی تابی از بین نرفته و ادامه^۱ یابد، بایستی فوراً روش دیگری بکار برد. چنانچه بی قراری بیشتر با حرکت دادن دستها باشد، تلقین حرکت دستها غالباً بسیار رضایتبخش است، چون تلقین کشیده شدن انگشتان دست می تواند طوری با تلقینات حرکتی متحد و همگام جلو برود که دفاعهای بیمار علیه خود او بکار افتد.

● انواع مختلف بی قراری^۲ - بی قراری ممکن است بصورت های مختلفی جلوه کند. سرفه کردن متداول ترین شکل دفاع بی قراری است، بنابراین ممکن است دفاع بصورت سرفه کردن ظاهر شود. در حالیکه بیمار هیچگونه علائمی از بیماریهای گلو و تنفسی^۳ ندارد، ناگهان در گلوبش خارش و سوزش^۴ احساس می گردد.

درست در همان لحظه اینکه تلقینات شروع به گذاشتن اثر می کنند، تمام جریان در اثر سوزش و ناراحتی ناشی^۵ از سرفه متوقف شده، و از تهدیدی که نسبت به «خود آگاهی» بعمل می آید دفاع^۶ می گردد.

● دفاع بشکل صاف کردن سینه و تنفس صدادار - در حالات و موارد دیگر جوش و شور سرفه پیش نمی آید، اما بیمار لاینقطع^۷ و پشت سرهم سینه اش را صاف می کند یا بطور عمیق و صدادار^۸ تنفس می کند.

1- Sustained

2- Various forms of Restless

3- Respiratory infection

4- Irritation of throat

5- Paroxysm of Coughing

6- Fenned off

7- Intermittent

8- Sniffing

ادامه دادن - نگهداری کردن

انواع مختلف بیقراری

ناراحتی تنفسی

سوزش و خارش گلو

طغیان سرفه

دفاع و دفع

لاینقطع - متناوب

با صدا تنفس کردن

● دفاع بشکل لرزش^۱ - برخی دیگر از بیماران درابتداء خوب رلکس و شل می شوند و ظاهراً هیپنوتیزم می شوند ، لیکن در اثر يك حمله ناگهانی لرزش بدن كاملاً بیدار می شوند. باید توجه داشت که این لرزش بدن مربوط بدرجه حرارت اطاق نیست، و ممکن است در محیطی که حرارتش از حد عادی هم بیشتر باشد رخ دهد. چنانچه لرزیدن شدید باشد با اضافه کردن حرارت اطاق یا تعداد پتوها از بین نمی رود. زیرا این لرزش بدن بیشتر بعلت ترس است^۲ تا سرمای محیط. این لرزش می تواند يك دفاع مؤثری علیه تلقینات شل و رلکس بودن برای هیپنوتیز باشد، و واگر این گونه دفاع و لرزش شدت پیدا کند، بهترین روش تغییر دادن و از بین بردن دفاع، فن تلقین حرکت و جنبش غیر ارادی دستها می باشد.

● دفاع بشکل حرف زدن - گاهی اوقات ، بی قراری از حرف زدن مشهود می شود، این يك دفاع كاملاً سطحی است. درست در همان لحظه ای که « سوژه » احساس می کند که تحت تأثیر هیپنوتیز قرار می گیرد شروع بحرف زدن کرده، تفسیر و تعبیری می کند. پرمشهایی می نماید ، و یا شروع بحرف زدن در باره مطالب نامربوط می نماید. در نتیجه كاملاً از تحت تأثیر هیپنوتیز خارج شده و بیدار می شود و تلقینات بدون اثر گشته و تهدیدات علیه « خود آگاهی » دفع می شود. این نوع ساز و کار دفاعی اکثر اوقات كاملاً سطحی و ضعیف است ، زیرا بمحض اینکه هیپنوتیزور به سوژه می گوید، چند دقیقه ساکت باشد و حرف نزند، دفاع از بین می رود. با وجود این بیماران غالباً باتفسیر و تعبیری خاص در يك لحظه كاملاً احساس خود را از خواب بیدار کرده و سپس عذرخواهی^۲ زیادی^۳ می کند که چنین نظری نداشته اند. این موضوع این حقیقت را ثابت می کند که هیپنوتیزم شوندگان از چبود عمدی رفتار خودشان آگاه نیستند. این قبیل دفاعها هنگامی به سوژه تلقین می شود که شل و رلکس باشد بیشتر دیده می شود. برای خنثی کردن این نوع

1- Shivering

لرزش

2- Apologize

عذرخواهی

3- Profusely

فراوان - زیاد

دفاع بهترین روش همان تلقین حرکت و بالا آمدن غیر ارادی دستها می باشد.

۲- دفاع بصورت منفی کاری - تلقینات روی سوژه منفی کار نتیجه عکس دارد .

در این نوع دفاع سوژه با انسجام دادن کارهایی مخالف آنچه به وی تلقین می شود با هیپنوز مقابله می نماید . بدینوسیله او مطمئن است که هیپنوتیزم نشده و در نتیجه کنترل خود را از دست نمی دهد. چنانچه تلقین سنگینی پاها داده شود ، سوژه کمی پاهایش را تکان می دهد یا آنها را قدری بلند می کند. اگر تلقین سنگینی پلکهای چشم داده شود ، او چشمهایش را کاملاً باز می نماید. اینها حرکاتیست که باینوسیله بیمار از خود بروز می دهد، تا نشان دهد که هنوز هم کنترل کامل خود را حفظ کرده است اینطور که بنظر می رسد این دفاعها برای مبارزه طلبی عمدی با پزشک معالج صورت نمی گیرند.

گاهی اوقات دیده می شود که پاهای بیمار در زیر پتو هم تکان می خورند، و بیمار کاملاً تصور می کند که حرکت جزئی پاهایش دیده نمی شود . گرچه چنین حرکاتی بطور آشکارا عمدی هستند، معذالک شکی نیست که بیمار کاملاً هشیار و آگاه نیست که نتیجه و اثر این حرکات برای جلوگیری از شروع خواب هیپنوز می باشد. این واکنش و عکس العمل آنقدر متناقض است که پزشکان معالج بی تجربه ای که نمی توانند تشخیص دهند که این حرکات بطور ناخود آگاه انجام می شود، بیماران خود را متهم به عدم کوشش و همکاری می نمایند . پاره ای از این بیماران واقعاً به سختی کوشش می کنند که هیچ حرکتی نکنند و با پزشک کاملاً همکاری نمایند، اما هر چه بیشتر سعی و دقت می کنند، بر شدت هیجانشان افزوده می شود، و بیشتر از پیش دفاع ناخود آگاهشان شدیدتر می شود.

بنابراین اگر برای حرکت و جنبش غیر ارادی دستها به بیمار تلقین شود که دستهای شما سبک هستند . مشاهده خواهد شد که بیمار منفی کار دستش را بعکس شدت بطرف میز فشار می دهد. «خانم بیماری پس از دادن تلقینات سبکی دستهایش

نومیدانه

عملامی گفت که دستهایش سنگین تر بنظر می رسند، بعضی اوقات بیماران منفی کاری را توأم بادفاعهای خود انجام می دهند، مثلاً بیمار منفی کاری که بالرزیدن از خود دفاع می کند، تصور می کند که دفاع او بوسیله تلقینات «گرمی» مورد تهدید واقع شده، و در نتیجه لرزیدنش افزایش می یابد و احساس سردی می کند.

● **طرز اداره و رهبری سوژه منفی کار^۱ - نکته مهم در باره بیمارانی که نسبت به تلقینات واکنش مبنی بر منفی کاری دارند اینست که اگرچه در جهت غلط قرار دارند، معذالک در حقیقت تحت تأثیر تلقینات قرار گرفته اند، مفهوم این حقیقت که آنها تحت تأثیر قرار گرفته اند اینست که آنها تلقین پذیر هستند و در نتیجه میتوان آنها را هیپنوتیزم کرد بشرط آنکه بتوان دفاعشان را از بین برد.**

اینکار را به سادگی با القاء حرکات تکراری میتوان انجام داد. هنگامیکه تلقین جلو بردن دست داده می شود، بیمار آنرا بعقب می برد و برعکس وقتی تلقین عقب بردن داده می شود آنرا بجلو فشار میدهد، در نتیجه یک حرکت تکراری خودکار برقرار شده و بیمار هیپنوتیزم می گردد. در مواقع مناسب، این مانور در مورد بیمارانی که بادفاع منفی کاری - باشکال زیاد هیپنوتیزم می شده اند موفقیت آمیز بوده است.

۳- **دفاع بصورت تظاهر^۲. گاهی اوقات سوژه چنین وانمود می کند که تلقین پذیر است، و در ظاهر چنین نشان می دهد که خواب است درحالیکه امکان دارد متوسل به یکنوع دفاع شده باشد، که در این صورت این جالب ترین نوع دفاع است. بیمار سعی می کند بطور ظاهری با اجرای تمام تلقینات از خواب هیپنوتیزم اجتناب ورزد. او احساس می کند که اگر آگاهانه از تمام تلقینات پیروی کند، واقعا کنترل خود را حفظ می نماید. سوژه با میل و اراده خود یعنی با «خود آگاهش» عمل می نماید، و «ناخود آگاه» خود را مطیع و تسلیم هیپنوز نمی نماید. او آبروی خود را**

1- Management of negativism

اداره منفی کاری

2- Simulation

دفاع بصورت تظاهر

حفظ کرده و در تراز آن احساس می‌کند که پزشک معالج را هم که با او دارای رابطه حسنه بوده و نمی‌خواهد توهینی با او شده باشد رنجیده خاطر نکرده است در حقیقت بیمار از درون احساس راضی نگهداشتن پزشک را دارد، چون عملاً تمام تلقینات را بمحض اینکه داده می‌شوند اجرا مینماید. در نتیجه در تمام مدت ترس و تهدید «خود آگاهی» از اینکه کنترل و اراده خود را از دست بدهد یعنی بعهده «ناخود آگاهی» بسپارد دفع^۱ می‌شود، زیرا تلقینات با نظارت و اراده^۲ «خود آگاهی» انجام می‌شود.

تشخیص دفاع از طریق «تظاهر»^۳

این نوع دفاع بوسیله سرعتی که در انجام تلقینات بخرج داده می‌شود مشخص می‌گردد.

اگر هیپنوتیزم با روش جنبش و حرکت غیر ارادی دست انجام شود، حتی در تلقین پذیرترین سوژه‌ها، باید لااقل دو یا سه مرتبه تلقین سبک بودن و بالا آمدن دست تکرار شود تا دست کم کم بالا بیاید. پس اگر سوژه بایک مرتبه تلقین فوراً و سرعت دست خود را بالا بیاورد هیپنوتیزم کننده متوجه خواهد شد که این بالا آمدن دست کاملاً ارادی و ظاهری است و در واقع بکنوع دفاع و تظاهر است که از طرف سوژه بعمل می‌آید. در جنبش و حرکت غیر ارادی دستها، معمولاً دستها بکندی بالا می‌آیند و حرکت دستها بامقدار قابل ملاحظه‌ای کشش و لرزش^۳ انجام می‌شود. در ضمن چشمان بیمار بانگاهی خیره و بدون زدن پلکها بدستهایش متمرکز می‌گردد. وقتی بیمار با تظاهر از خودش دفاع می‌کند، حرکت دستهایش تند بوده و معمولاً کشش و لرزش مشاهده نمی‌شود و نگاه خیره چشمها نیز بآن شکل که گفته

دفع شدن

1- Stave off

2- Recognition of simulation

3- Tremor

تشخیص دفاع از طریق تظاهر

کشش و لرزش

شد وجود ندارد. پلکها گاه و بیگاه بازوبسته می‌شوند و نگاه خیره چشمها ممکن است به‌دکتر معطوف گردد.

وقتی این دفاع تشخیص داده می‌شود، اشتباه است که آنرا به‌بیمار خاطر نشان کرده و کار از سر شروع شود. بلکه بهترین راه اینست که از دفاع بیمار برضد خودش استفاده شود، تا دفاعش بصورت وسیله‌ای برای تلقین هیپنوز در دست پزشک درآید.

● طرز اندازه‌ور هبیری سوژه متظاهر- قبل از هر اقدامی باید توجه داشت که باید گذاشت تا بیمار بحالت تظاهر خود ادامه دهد. نباید عملی انجام شود یا مطالبی گفته شود که سوژه متوجه شده و دست از تظاهر خود بردارد. در این مرحله از بیمار دعوت به هیپنوتیزم شدن بعمل نمی‌آید. زیرا اگر در مراحل اولیه چنین عملی انجام شود ناچاراً بیمار دستهایش را پائین آورده و هیپنوتیزم کننده باشکست مواجه می‌شود.

در عوض باید به تلقینات ادامه داده و گذاشت که بیمار تصور کند، که پزشک معتقد است او کاملاً هیپنوتیز شده است. اکنون وضع جالبی پیش می‌آید بدین معنی که بیمار تظاهر می‌کند که هیپنوتیز می‌باشد و پزشک هم وانمود می‌نماید که معتقد است او کاملاً هیپنوتیز شده است. باید گذاشت که این وضع ادامه یابد.

دستهای بیمار با هر تلقین د کتر بالا و پائین و اطراف حرکت می‌کند برای جلوگیری از خسته شدن بیمار بایستی این جلسه کوتاه گردد و بدون هیچگونه گفتگو و بحثی بیمار مرخص شود.

در جلسه بعدی همین روش تعقیب می‌شود. در این جلسه بیمار ترغیب و تشویق می‌گردد که تمام مدت به دستهایش نگاه کند. يك تغییر تدریجی در وضع حرکات ملاحظه می‌گردد. این حرکات کندتر شده و مقداری از سهولت حرکت ارادی از بین می‌رود. بتدریج دعوت بیمار به هیپنوتیزم شدن و مبارزه طلبی شروع می‌شود.

وانمود کردن

درابتداء دعوت بصورت کلمات ساده و مبهم^۱ بیان می گردد. وقتی از روی نحوه پاسخ به تلقینات وثابت بودن نگاه خیره، استنباط^۲ می شود که سوژه کاملاً هیپنوتیزم شده، بعنوان آزمایش به بیمار گفته میشود که دستهایش را پائین بیاورد. اما ماهیچه های درد کشیده^۳. و خسته مخالفت^۴ ورزیده و دستها همچنان در هوا باقی می مانند.

پاره ای اوقات اولین آگاهی بیمار نسبت به اینکه حقیقتاً هیپنوتیز شده توأم با اضطراب شدید، اما معمولاً زود^۵ گذر بوده است، که با پریدگی^۶ رنگ ، عرق کردن و تغییر حالت عضلات صورت نشان داده می شود.

دفاع از طریق تظاهر توسط بیمارانی که بوسیله القاء « حرکات تکراری » هیپنوتیزم می شوند نیز بکار برده می شود. در این حالت معمولاً تشخیص دفاع مشکل تر است. نکته ای که در تشخیص تظاهر مهم است اینست که هنگام تظاهر دست بطور طبیعی حرکت می کند و بالا می آید، در حالی که اگر سوژه هیپنوتیزم باشد و تظاهر نکند حرکت دست بطور غیر طبیعی، ملایم و بسختی بالا می آید، که برای بیننده تازگی دارد و کاملاً معلوم است که حرکت بالا آمدن دست طبیعی نیست، از بین بردن «دفاع تظاهری» سوژه از طریق «حرکات تکراری» تقریباً آسان است. بدین طریق که به بیمار اجازه داده می شود که به «دفاع تظاهری» خود آنقدر ادامه دهد، تا اینکه هیپنوتیزم شود.

تشخیص اینکه تاچه حدود و اندازه ای، اعمال سوژه آگاهانه یا ناآگاهانه می باشد کمی مشکل است، و همچنین غالباً تعیین درجه آگاهانه یا ناآگاهانه در دفاع تظاهری، بیمار نیز مواجه با اشکال می شود. در ما این حالت و تمایل بوجود می آید که به غلط فکر کنیم که يك عمل آشکارا عمدی، اجباراً آگاهانه است.

1- Obliquely	بطور مبهم	2- Gauged	استنباط
3- Agonist	درد کشیده	4- Antagonist	مخالفت
5- Transitory	زود گذر	6- Pallor	پریدگی رنگ

شکی نیست که «دفاع تظاهری» عملی عمدی است، اما آزمایش و معاینه بیمارانی که این نوع دفاع را بکار می‌برده‌اند، مرا به این نتیجه رسانده است که آنان بهیچوجه آشکارا از آنچه که واقعاً انجام می‌دهند آگاه نیستند، این وضع شبیه فرق آشکار و بارز بین تمارض^۱ و واکنش‌های هیستریک سطحی جدال می‌باشد.

۴- تظاهر به خواب طبیعی بعنوان دفاع - قبلاً گفتیم که گاهی از دفاعهای گوناگون بیمار می‌توان علیه خودش بنفع وی استفاده کرد و «سوژه» را هیپنوتیزم نمود. و حالا باید متوجه باشیم که ممکن است گاهی اوقات «سوژه» از این اصل هیپنوتیز استفاده نماید، بدین ترتیب که «خواب شونده» با نشان دادن عکس العمل جدی و کامل در مقابل «عامل» و تلقینات بعدی از خودش دفاع کند.

این موضوع ممکن است توأم با خواب رخ دهد. به «سوژه» تلقین می‌شود که دستها، پاها و تمام بدنش «وانهاد» است و سپس تلقین می‌شود که بخواب برود در این هنگام ممکن است گاهی تلقین خوابیدن آنقدر کامل و جدی بوسیله «سوژه» پذیرفته شود، که سایر تلقینات تحت الشعاع آن قرار گیرند. حال مجدداً به بیمار تلقین می‌شود که، شما کاملاً خواب هستی. این تلقین را «سوژه» بخوبی می‌گیرد و جذب می‌کند. اگر در چنین وضعی بیمار بخواب رفته باشد، موفق شده و نجات یافته است، زیرا بیمار دیگر متوجه سایر تلقینات نیست زیرا تمام حواسش متوجه کلمه «خوابیدن» شده است.

در طبابت بالینی، وقتی با استفاده از حرکت دستها عمل القاء اجراء می‌شود، چنین وضعی غالباً پیش می‌آید. به بیمار گفته می‌شود که به دست‌هایش نگاه کند، و در ضمن به وی تلقین سبکی دست داده می‌شود که ناگهان «سوژه» در خوابی عمیق فرو رفته و بجلو می‌افتد. این دفاع معمولاً در مواردی رخ می‌دهد که قبل از تعداد کمی تلقین حرکت دست درباره رهاسازی خود داده شده، بیمار از این ایده بعنوان یک وسیله دفاعی در مقابل پزشکی استفاده می‌نماید.

مفهوم این رفتار بوضوح اینست که عملاً می گوید: «می بینید که من کاملاً خود را ول و رها کرده‌ام، من بخواب رفته‌ام».

طرز اداره و رهبری دفاع بیمار بوسیله خواب طبیعی^۱

وقتی در مرحله القاء، دفاع بوسیله خواب پیش می آید می توان به سهولت با تغییر شکل تلقینات به تلقین «رلکس» بودن و خواب با آن مقابله نمود. باین ترتیب که بسیار خوب، راحت شدی، دیگر کاری با شما نیست حالاً کاملاً استراحت کنید، حالاً بیشتر شل و رلکس و راحت تر می شوید، و در نتیجه خوابتان لحظه به لحظه عمیق تر و سنگین تر می شود، قسمت عمده این مانور بخاطر اینست که پزشک این ایده را به بیمار منتقل سازد که وی از اینکه بیمار بخواب رفته خوشحال است. و بدین وسیله پزشک دفاع بیمار را برضد خود او بکار می برد، و در بیمار نیز تنها این احساس بوجود می آید که خواب رفتن او درحقیقت بخاطر هیپنوز بوده است.

● خواب طبیعی در هیپنوز آنالیز^۲ - غالباً خواب هنگامی بصورت یک وسیله دفاعی از طرف بیمار بکار برده می شود که فنون ویژه ای نظیر هیپنوگرافی^۳ و هیپنوپلاستی^۴ هنگام هیپنوز آنالیز بکار برده می شود. در اولی یعنی هیپنوگرافی بیمار جداها و ناراحتی های درونی خود را در نقاشی و رنگ آمیزی نشان می دهد. بدین ترتیب که بیمار را هیپنوز می نمایند و تابلو و قلم مو در اختیار وی می گذارند که نقاشی و رنگ آمیزی نماید، دکتر روانشناس متخصص از طرز نقاشی و رنگ آمیزی بخوبی ناراحتی های درونی بیمار را تشخیص می دهد.

در دومی یعنی هیپنوپلاستی، نخست بیمار هیپنوتیزم می شود و سپس مقداری

1- Management of Defense by sleep

اداره دفاع از طریق خواب طبیعی

2- Sleep in hypnoanalysis

خواب طبیعی در هیپنوز آنالیز

3- Hypnography

نقاشی در حال هیپنوز

4- Hypnoplasty

مجسمه سازی با موم در حال هیپنوز

خمیر مجسمه‌سازی بدست او می‌دهند تا هر شکلی را که می‌خواهد درست کند و دکتر روانشناس متخصص با مجسمه‌ایکه بیمار می‌سازد به چگونگی و علل ناراحتی روانی بیمار پی می‌برد.

از خواب بعنوان يك وسیله دفاعی در مقابل افشاء^۱ يك موضوع فرونشانده^۲ شده یا واپس زده شده دردناک^۴ بکار برده می‌شود نه در مقابل هیپنوز، زیرا هم اکنون بیمار بطور کامل و عمیق هیپنوتیز شده است.

در این شرایط، پزشکی دیگر نمی‌تواند با تلقینات خواب به طریقی که در بالا گفته شد مقابله نماید، چون در حال حاضر القاء فعالیت محرك بیمار ضروری و لازم است. در نتیجه بهتر اینست که برای تأکید بر اینکه بیمار خواب نیست، حرکت خودکار تلقین شود. بنابراین به سوژه می‌گوئیم: «چشم‌هایت باز هستند، دست‌هایت بطور خودکار و غیرارادی حرکت می‌کنند، خواب نیستی، و هم اکنون دست‌هایت يك تیکه خمیر مجسمه برداشته و با آن چیز درست می‌کنند.»

● خواب طبیعی بصورت يك وسیله دفاعی در مقابل خواب هیپنوتیک- ممکن است خواب طبیعی بطریق دیگری بصورت يك وسیله دفاع در مقابل هیپنوز بکار رود. قبلا موارد اختلاف بین خواب طبیعی و خواب هیپنوتیکی را توضیح داده ایم. در ضمن هیپنوتیزم کردن، به سوژه تلقین می‌شود که تو بخواب می‌روی، در همین حال برخی بیماران ممکن است، با بخواب رفتن طبیعی از تأثیر سایر تلقینات فرار کنند، زیرا در خواب طبیعی برخلاف خواب هیپنوتیکی بی‌صدای پزشکی را نمی‌شنود، تشخیص این گونه دفاع ممکن است با اشکال صورت گیرد، زیرا اشل و رلکس بودن ماهیچه‌های صورت، خمیازه کشیدن، تنفس منظم و حتی خرنخر کردن^۵ با صدای بلند، هم در خواب طبیعی و هم در خواب مصنوعی ممکن است رخ دهد. حرکات جزئی برخی از اعضاء بیمار که برای قرار گرفتن در وضع راحت‌تری انجام می‌گیرد، ممکن است علامت انتقال از خواب هیپنوتیک بخواب طبیعی باشد.

1- Disclosure	افشاء	2- Suppressed	فرونشانده شده
3- Repressed	واپس زده شده	4- Traumatic	دردناک
5- Stertorous snoring			خرناس کشیدن با صدای بلند

۵- سایر دفاعها

علاوه بردفاعهای یادشده، دفاعهای دیگری وجود دارند، که در عمل کمتر مشاهده می شوند و آنها عبارتند از:

● علائمی که بصورت دفاع جلوه می کنند. گاهی اوقات بیمار، گله و شکایت خودش، یا سایر ناراحتی هائی را که ارائه می دهد بصورت يك وسیله دفاعی بکار می برد. بیماری که مبتلا به تنگ نفس است درست در لحظه و مرحله حساس تلقین، شروع به يك حمله شدید می نماید. یا يك بیماری که بخاطر درد نیمه سر سخت هیپنوتیزم است، ممکن است ناگهان از يك طغیان^۲ شدید سردرد شکایت کند و اظهار نماید که قادر به ادامه جریان نیست.

خانمی که با تمارض به تنگ نفس در مقابل هیپنوز از خود دفاع میگرد

خانم بیماری بخاطر تنگی نفس از طریق هیپنوتیزم تحت معالجه بود. بیست و پنج سال بود که به این درد مبتلا بود، و طی پنج سال اخیر حالش خیلی بدتر شده بود، بنحوی که با خوردن مقدار داروی بسیار زیاد، کمترین نتیجه ای نمی گرفت. در اولین جلسه هیپنوز به شدت عصبی شد. بیمار چنین اعتقادی به خود نداشت، که خود را رلکس، رها و آزاد نگاهدارد. و وقتی برای اولین بار حرکت تکراری دست تلقین می شد، برای اطمینان از اینکه هنوز هم کنترل خود را در دست دارد لحظه ای دست خود را نگه میداشت با وجود این دیری نگذشت که مقدار متوسطی هیپنوز القاء گردید، و به بیمار فرصت داده شد که پدیده هیپنوتیک را در خودش مشاهده نماید. در نتیجه این موفقیت پس از اضطراب اولیه پیش بینی می شد که بیمار در جلسه بعدی نیز مقاومت از خود نشان دهد. سعی زیادی بعمل آمد تا رابطه صمیمانه مطلوبی برقرار شود. اوضاع تا شروع تلقینات هیپنوتیکی بطور عالی

1- Critical stage

2- Paroxysm of headache

مرحله حساس

طغیان سردرد

پیش می‌رفت. سپس بیمار به یک حمله تنگی نفس شدید دچار شد. القاء ادامه داده شد، اما تنگی نفس مانع از یک خواب عمیق مانند آنچه در جلسه اول حاصل شده بود گردید. لحظه‌ای پس از اینکه بیمار بیدار شد تنگی نفس نیز برطرف گردید.

۶- دفاع از طریق تحقیر^۱ - «دفاع از طریق تحقیر» تقریباً نوع عجیبی از

انواع دفاعها است. «خود آگاهی» از اینکه کنترل خود را از دست بدهد و بدست «ناخود آگاهی» سپرده شود، تهدید و ترساننده می‌شود و در نتیجه موجب انگیزه شدن اضطراب درونی می‌گردد. «سوژه» از طریق تحقیر و کوچک جلوه دادن وضعیت، تلاش می‌کند که اضطراب ایجاد شده را تخفیف دهد. بیمار معمولاً بطرق و وسائل صامت، یعنی بدون حرف زدن فقط با حرکات این ایده را برای خودش اینطور تفسیر و تعبیر می‌کند، که تمام کارها و اعمال انجام شده احمقانه و بچگانه بوده و او فقط بخاطر خشنودی پزشک آنها را انجام داده است.

این دفاع با حرکات و اشارات جزئی، حالت زیرکانه^۲ عضلات صورت، تکان ملایم سر و لب و رچیدن بحالت تمسخر هنگام شروع تلقین انجام می‌شوند. که گرچه همه این حرکات به سختی قابل درک است. ولی در عین حال اشتباه ناپذیر بوده و بوسیله هیپنوتیزور خیره قابل تشخیص می‌باشد.

با تحقیر و کوچک شمردن وضعیت عمل هیپنوتیزم، از میزان ترس و تهدید «خود آگاهی» کاسته شده و اضطراب تقلیل می‌یابد، و در نتیجه بیمار احساس امنیت بیشتری می‌نماید.

«تحقیر» در نقش یک حالت دفاعی در مقابل اضطراب بیمار عمل می‌نماید، و هم چنین بصورت یک وسیله دفاعی علیه هیپنوز بکار می‌رود، زیرا ایما و اشارات و لبخندهای تحقیر آمیز درست در لحظه‌ای است که پزشک می‌خواهد توجه و تمرکز بیمار را جلب نماید شروع می‌شوند. این لحظه‌ای است که بیمار خطر از دست

1- Defense by Depreciation

2- Subtlety زیرکانه

دادن کنترل خود را احساس می نماید، و حرکات تحقیر آمیز برای دفاع در مقابل این خطر بکار برده می شوند.

موفقیت یا شکست تحقیر بصورت يك سازوکار دفاعی تا حدودی بستگی به تسلط تعدیل روانی پزشکی دارد.

تحقیر پاره ای از بیماران دست کمی از تمسخر ندارد. در نتیجه چنین حرکات و اعمال توهین کننده ای رنجش و تهاجم هر پزشکی را تحریک میکند، مگر پزشکی که کاملاً با تجربه دانشمند و عاقل و شایسته باشد.

وقتی «سوژه» مرتکب چنین اعمال ناخود آگاهی می شود، رابطه «پزشک-بیمار» وخیم شده، رابطه حسنه از بین می رود، و هر گونه شانس القاء هیپنوز با روش های غیر فعال از دست رفته است.

چنین بنظر می رسد که حفظ این دفاع بشکل يك حالت فکری آرام از طرف پزشکی هیپنوتیزور برای بیماران مشکل است، و باین نکته پی برده شده که اگر به تلقینات ادامه داده شود حالت دفاعی عقب نشینی کرده و بیمار بخواب هیپنوتیزم فرو می رود.

دکتر مایرز بزرگترین پزشکی متخصص هیپنوتیزم انگلیسی می نویسد: «در آغاز کارم که تازه هیپنوتیز را شروع کرده بودم، بعلمت تجربه کمتر، این قبیل دفاع ها، غیر عادی و کم نبود، و اما حالا که توجه بیشتری صرف مقدمات هیپنوز می نمایم، خیلی کمتر و بندرت با چنین سازوکارهای دفاعی مواجه می شوم. رویداد زیریکی از مواردیست که «سوژه» به هیپنوتیزم اعتقادی ندارد، ولی بعکس خیالی سریع وزود هیپنوتیزم می شود.

مدیر بیماری که با تحقیر کردن هیپنوز از خود دفاع میکرد

مدیر عامل يك شرکت صنعتی بزرگ هفته ها بود که به يك بیماری پوستی شدید و عمومی مبتلا شده بود، اخیراً در خانه و اداره عاقل و باطل بود و کاری از دستش

بر نمی آمد. او فرد کوتاه قد و درعین حال شخصیت مهاجمی داشت سلسله مراتب اداری را با کار و فعالیت خود طی کرده و به عالیترین مقام مدیریت نائل شده بود. دیده شود هیپنوز بایک رفتار سراپا تحقیر آمیزی گفت: «البته آقای دکتر می دانید که سی سال است من خود دانشمند، هستم استنباط او بوضوح این بود که فکر نمی کرد چیزی غیر علمی تر از هیپنوز وجود داشته باشد. در این مرحله دیگر بحث کردن پیرامون موضوع خیلی دیر شده بود، بنابراین یک روش «آمرانه» اتخاذ شد. «سوژه» به سرعت و عمیقاً هیپنوتیز گردید، و بوی فرصت داده شد که شاهد حرکت غیر قابل کنترل دستهای خود باشد. با وجود یک آغاز نامطلوب، وضع جلدی او بسرعت بهبود یافت».

۷- واکنش دفاعی ناشی از ترس^۱ - پاره ای اوقات بنظر میرسد که تلقینات مربوط به «رلکس» بودن بخوبی مورد قبول «سوژه» واقع میشوند. بیمار ممکنست خود بخود چشمانش را ببندد. «سوژه» کاملاً «رلکس» بوده و ظاهراً در شرف^۲ رفتن به یک خواب هیپنوتیکی عمیق قرار دارد. ناگهان بایک حرکت مهیب بیدار شده و تقریباً از روی صندلی یا تخت میپرد.

این حرکت و واکنش بی نهایت ناگهانی است و چون غیر منتظره میباشد، برای پزشکی ترس آور است. این واکنش در شکلهای نامشخص تر نیز ممکن است مشاهده گردد.

چون این جریان درست در مرحله القاء رخ میدهد، بنظر میرسد که از یک درک ناگهانی «خود آگاه» ناشی میشود، زیرا که به ناگاه متوجه میشود که غافل گیر شده و در معرض تهدید قرار گرفته است. گاهی اوقات فقط یکبار این عمل انجام می شود، و میتوان القاء را بطور مطلوب و رضایتبخشی ادامه داد. اما اگر بیش از یکبار اتفاق افتد، نشانه^۳ آنست که باید به یک فن فعال تغییر روش داده شود.

1- Startle reaction

واکنش دفاعی ناشی از ترس

2- On the verge of drifting

شرف رفتن

3- Indication

نشانه

۸- دفاع از طریق برگرداندن صورت - وقتی باروش نگاه خیره مستقیم هیپنوز اقاء میشود گاهی اوقات بیماران ناگهان صورت خود را برمی گردانند چشمهای خود را می بندند ، یا از نگاه کردن به پزشک معالج خودداری می کنند باید بخاطر داشت که این بیماران آگاهانه مایلند هیپنوتیز شوند ، رو گردانی تنها يك عدم قبول و مخالفت آگاهانه نیست، این عمل با سازوکارهای موجود در آنسوی کنترل آگاه بیمار ارتباط داشته و درست شبیه رفتار بیمار هیستریک است.

بعضی از بیماران پس از برگرداندن صورت خود ، سر را برمیگردانند تا به پزشک نگاه کنند، و سرشان مجدداً آنها برمیگردد، ظاهراً این کار خارج از کنترل بیمار است. همینطور پاره ای از بیمارانیکه چشمان خود را بسته اند، باز هم آنها را برای ثانیه ای باز کرده، و مجدداً خود بخود بسته میشود.

بعضی اوقات بیمار میگوید تا با بالا بردن ابروها چشمان خود را باز کند، اما پلکها همچنان بحال بسته باقی میمانند که گویی بیمار هیپنوتیز شده است. در این مرحله چنین بیمارانی هیپنوتیز نشده اند و این رفتار احتمالاً باید تحت عنوان هیستریک طبقه بندی شوند. بعضی اوقات بیمارانی که این رفتار را از خود بروز داده اند اینطور از خود دفاع کرده اند که بخاطر عدم توانائی خود در مسورد همکاری با پزشک عذرخواهی نموده اند.

در موقع مواجه شدن با این نوع دفاع رسم بر این شده که روش تلقین حرکت غیر ارادی دستها اتخاذ گردد. که معمولاً بسهولت با موفقیت همراه میباشد ، زیرا همه این بیماران توقع و انتظار هیپنوتیز شدن را دارند.

دفاع از طریق روبر گرداندن در مواردیکه مانند روش «جیمز برید» - نگاه بیمار بدیك شیئی درخشیده ثابت میشود مشاهده گردیده است».

انگیزش اصلی دفاعها را کاهش دهید

موارد استفاده موفقیت آمیز هیپنوز در طب منوط به توانایی دکتر در تشخیص دفاعهای مختلف و اتخاذ عکس العملهای مناسب با آنها میباشد. باید بخواطر داشته باشیم که انگیزش اصلی بیمار در دفاع از خود، اضطراب وی در مورد تهدید فقدان کنترل میباشد. تجربه نشان داده است که با توجه دقیق به جنبه‌های روانی رابطه حسنه «غیر آمرانه» بودن و تسلیم قبل از هیپنوز از مقدار انگیزش این دفاعها بمقدار زیادی کاسته می‌گردد. وقتی زمان کمتری برای مقدمات کار مصرف می‌شود، غالباً اتفاق می‌افتد که وقت خیلی بیشتری برای از بین بردن حالات دفاعی بیمار در مقابل هیپنوز مصرف می‌گردد.

فصل دهم

روش‌های «آمرانه»^۱ و غیر آمرانه»^۲ در هیپنوتیزم

تعریف هیپنوتیزم «آمرانه» و «غیر آمرانه» - برای اینکه معنی و مفهوم عبارات «هیپنوتیزم آمرانه» و «هیپنوتیزم غیر آمرانه» کاملاً مشخص و معلوم شود به تعریف و تشریح هر یک میپردازیم.

روش «هیپنوتیزم آمرانه» عبارت از روشی است که هیپنوتیزم کننده حالت آمرانه و مقتدرانه‌ای بخود میگیرد و با قدرت عمل مینماید. در این حالت روش «سوژه» تحت تأثیر قدرت پزشکی، مقهور، مغلوب^۳ و رام^۴ میگردد. زمانی این واژه تحت عنوان «هیپنوز اعتباری»^۵ معروف بود، زیرا ایجاد اعتبار و «پرستیژ» عامل مهمی است که برای مقتدر و توانا کردن پزشکی در اعمال و بکار بردن قدرت لازم محسوب میشود. در حقیقت عنصر «اعتبار و پرستیژ» یکی از برجسته‌ترین نقش‌های بالینی در هیپنوز آمرانه میباشد، اما اگر در معالجه هیپنوتیکی «اعتبار و پرستیژ» بجای «قدرت» بکار رود، اشتباه بزرگی میباشد.

بطوریکه «برن‌هایم» بوضوح و روشنی^۶ تشریح و تعریف کرده، هیپنوز

1- Authoritative approach

روش آمرانه

2- Passive approach

روش غیر آمرانه

3- Mastered

مغلوب

4- Subdued

رام

5- Prestige hypnosis

هیپنوتیزم اعتباری

6- Vividly

بوضوح و روشنی

«آمرانه» نوع کلاسیک هیپنوز برای معالجه تلقینی میباشد.

● هیپنوز غیر آمرانه - هیپنوز غیر آمرانه نقطه^۱ مقابل روش آمرانه است. در این نوع هیپنوز پزشک هیچگونه قدرتی از خود نشان نداده و اعتبار و پرستیژ در سطحی مخفیانه وزیر کانه نگهداری میشود، بطوریکه بیمار در شعور آگاه خود متوجه آن نمی شود. سوژه صرفاً تشویق میشود به اینکه بامیل و رغبت خودش خود را به حالت هیپنوتیک سوق دهد. پزشک معالج فقط بیمار را راهنمایی میکند. برای انجام هیپنوتیزم نالیز. روش «غیر آمرانه» مناسبترین روش میباشد. «فرنزی»^۲ اختلاف بین این دو روش را تشخیص داده آنها را تحت عنوان هیپنوز «پدرانه»^۳ و هیپنوز «مادرانه»^۴ نامیده است، این بستگی بآن دارد که پزشک دارای حالت فکری پدرانه و آمرانه باشد و یا برعکس روشی مادرانه و تسکین دهنده در پیش گیرد.

زمانی ممکن است در تشخیص این اصطلاحات اشتباه رخ دهد که ما واکنش بیمار را نسبت به فرآیند القاء در نظر بگیریم ممکن است بیمار به حالت «رلکس» و غیر فعال درآمده و در نتیجه به خواب رود. تشخیص این نکته برای هیپنوتیزور بسیار مهم است که بیمار به کدام یک از این دو روش بحالت «رلکس» و غیر فعال درمیآید، آیا باروش «آمرانه» و یا باروش «غیر آمرانه»؟ لیکن وقتی این روش را توأم با واکنش بیمار در نظر بگیریم معمول اینست که از آن تحت عنوان فن «رلکس» یا «هیپنوز بوسیله رلکس» نام ببریم.

پس باین ترتیب روشهای مبنی بر القاء رلکس بیمار را بحالت غیر فعال درآورده و بخواب هیپنوتیکی فرو میبرد. اما ممکن است با استفاده از انواع مختلف فعالیت تحریکی بیمار هیپنوز گردد. اعم از اینکه روش آمرانه یا

1- Antithesis

آنتی تز - نقطه مقابل

2- Ferenczi

فرنزی

3- Paternal

پدرانه

4- Maternal

مادرانه

روش غیر آمرانه بکار برده شود، گاهی ممکن است بیمار با فعالیت خودش بخواب هیپنوتیزمی فرورود. القاء بوسیله حرکت تکراری و حرکت دست، مثالهای روشنی از این روشها میباشند. وقتی این موضوع را با او کنش بیمار مرتبطاً در نظر میگیریم، این روشها تحت عنوان «روشهای آمرانه» مشهور بوده و ممکن است بطرق «آمرانه» یا «غیر آمرانه» بوسیله پزشک مؤثر افتد. این توضیح از این نظر لازم بود که القاء غیر فعال و هیپنوز بوسیله رلکس و سستی تحت یک مفهوم در نظر گرفته شود و از نظر زبان و ادبیات ایجاد قدری اشکال و گیجی کرده است.

بطور خلاصه: یک فن «رلکس» ممکن است هم در روش «آمرانه» و هم در روش «غیر آمرانه» بکار برده شود، و یک فن آمرانه نیز ممکن است هم با روش غیر آمرانه بکار برده شود.

● مبنای نظری^۱ یا تئوری روشهای آمرانه و غیر آمرانه - هیپنوتیزم بعنوان یک سیر قهقرائی و یک حالت بازگشت به گذشته در نظر گرفته شده است که در این حالت وقتی سوژه به گذشته خود باز میگردد^۲، بین «عامل» و «معمول» یک رابطه^۳ «پدر فرزندی» و یا رابطه «مادر فرزندی» برقرار میشود. «معمول» وقتی هیپنوتیزم میشود غالباً حالات کودکانهای از وی ظاهر میشود و همین موضوع دلیل قاطع^۳ بر اینست که هیپنوتیزم عبارت از یک سیر قهقرائی یا حالت بازگشت به گذشته میباشد.

«فرزنی» معتقد بود که بیمار هیپنوتیز شده درست مانند کودکی که از اولیاء خود اطاعت می کند، مطیع پزشک معالج خود میباشد، گرچه نمیتوان نظریه فرزنی را بعنوان توضیح کاملی درباره هیپنوز پذیرفت، معذالک عقیده او درباره نوعی، «بازگشت به گذشته» ایده مفیدی بحساب میآید. این نظریه

1- Theoretical basis

2- Revert برگشت

3- Clear - cut

مبنای نظری

دلیل قاطع

نسبت به اینکه پزشک يك نقش آمرانه پدري اتخاذ نماید، یا رفتار مادری با محبت و غیر آمر را درپیش گیرد، دو روش مختلف هیپنوز را تشریح مینماید. بدین طریق می بینیم که هر يك از این روش ها میتواند، يك سیر قهرائی تسلسلی را آغاز کنند که مبانی هیپنوتیزم بشمار میروند.

● واقعیت روش غیر آمرانه^۱ - عده ای درباره واقعیت و حقیقت، هیپنوز غیر آمرانه، تردید^۲ میکنند.

بنظر این عده وقتی پزشک فکر می کند که بطور غیر فعال عمل می نماید خود را اغفال^۳ می کند و آنرا قبول ندارند. و میگویند حقیقت اینست که هیپنوتیزم کننده «قدرت» را بشکل پنهانی و در لباسی^۴ مبدل بکار میبرد درباره این موضوع بحث زیادی شده است چون که بیمار خودش باطناً اعتقاد دارد که اجباراً هیپنوتیزم خواهد شد، ناخود آگاه برای هیپنوتیزور قدرت و اعتبار خاصی قائل میشود، در نتیجه بهر نحوی که هیپنوتیزور سعی نماید که این وضعیت اساسی و طرز تفکر بیمار را تغییر دهد قادر نخواهد بود.

بعقیده بسیاری از هیپنوتیست ها فن « غیر آمرانه » چیزی بیش از يك نقاب^۵ نازکی نیست که « سوژه » از پشت آن منظره^۶ روشنی از قدرت واقعی پزشک را می بیند. در چنین مواردی بیمار بجای تسلط آشکار، با روش های^۷ ملایم تری تحت تأثیر هیپنوتیزم قرار میگیرد. بهر حال يك پزشک متفکر که روش « غیر آمرانه » را در هیپنوتیزم بکار میبرد میتواند به درجه ای از حالت « غیر آمرانه » بودن که عمای است و مورد قبول بیمار میباشد نائل آید.

1- Reality of passivity

واقعیت روش غیر آمرانه

2- Queried

تردید

3- Delude

اغفال کردن

4- In a disguised form

در لباس مبدل

5- Thin veil

نقاب نازک

6- Clear sigt

منظره روشن

7- Kid glove

روش ملایم

اینکه بزشگک میتواند باروش « آمرانه خالص » بیمار را هیپنوتیزم و معالجه کند ، از نظر تئوری غیر ممکن است. همین حقیقت که بیمار برای مشورت ، نزد دکتر آمده بهدکتر آنچنان قدرتی میدهد که مردم در دوران بربریت برای «خداوند» دارو و پزشکی « قائل بودند ، و بزشگک بمیل خود قادر نیست چنین طرز تفکری را از بیمار زائل کند.

بهر حال چنین اظهار نظر هائی درباره چهبود ، روش «غیر آمرانه» نبایستی بزشگک را از کوشش برای ایجاد فنی که مستلزم سنجش بسیار کاملی درباره روش «غیر آمرانه» بوده و برای نیل به ضروریات فنی هیپنوتیزم آنالیز کافی میباشد باز دارد.

● روش آمرانه در هیپنوتیزم^۲ « روش آمرانه » يك روش کلاسیک برای هیپنوتیزم کردن است که از زمان مسمر تا بحال عمل میشود. هیپنوتیزم های بعد از مسمر تأکید زیادی برای مقهور کردن و تحت تأثیر در آوردن بیمار نموده اند. این روش توسط اثر تلقینی « پاسهای » مسمری بوجود آمد. « روش آمرانه » همانطور که ما میدانیم بوسیله دانشمند بزرگ هیپنوتیزور « برنهایم » در سال ۱۸۹۲ تشریح و تعریف گردید ، و بیش از نیم قرن بصورت روش استاندارد برای هیپنوتیزم کردن مورد استفاده قرار گرفت. در واقع این روش تا آن حد در هیپنوز مورد توجه قرار گرفته ، که بسیاری از اشخاص که با پیشرفت های اخیر در این رشته آشنا نیستند هنوز هم تصور میکنند که این تنها راه القاء هیپنوز میباشد.

در حالیکه در حال حاضر وقتی میخواهیم از روش آمرانه در هیپنوتیزم

- 1- Aesculapian authority
- 2- Abrogated
- 3- The authoritative approach

خدای دارو پزشکی
نسخ کردن ، زائل کردن
روش آمرانه

استفاده کنیم در عمل می بینیم که روش کلاسیک «برن هایم» برای اینکه با پیشرفت فکری عصر حاضر متناسب باشد، تا حدودی احتیاج به اصلاح و موشکافی دارد. حالت فکری دانشمند مذکور بطرق زیادی برای هیپنوتیزم شوندگان چشم و گوش باز امروزی ما ساده لوحانه و حتی مغرورانه^۲ بنظر میرسد، و لذا آنان را به خودداری از پذیرش آن بر میانگیزد.

در اولین قسمت از مصاحبه^۱ اولیه با بیمار، پزشک بادقت متوجه اینست که يك حالت فکری بیطرفانه اتخاذ نماید. تا زمانی که روش نهائی معالجه بیمار توسط هیپنوتیزم معلوم نشده است این حالت فکری بیطرفانه حفظ میشود. پزشک معالج باید تصمیم بگیرد که آیا بیمار باید با هیپنوز معالجه شود یا روش دیگری و اگر باید با هیپنوز معالجه شود آیا طبق شواهد موجود از «روش آمرانه» باید استفاده شود یا «روش غیر آمرانه».

بامکاتبه یا مصاحبه با پزشکی که بیمار را معرفی نموده غالباً میتوان قبل از اینکه مشورت عملی با بیمار صورت گیرد اطلاعات زیادی در مورد او بدست آورد. در چنین مواردی ممکن است بتوان خیلی زود درباره اینکه کدام يك از روشها باید انتخاب شود تصمیم گرفت و ظرف نیمساعت ممکن است که پزشک از حالت بیطرفی خارج شده و تصمیم بگیرد که با کدام يك از دو روش باید هیپنوتیزم نماید.

در موارد دیگر، که بیمار خودش شخصاً مراجعه کرده باشد، ممکن است قبل از اتخاذ تصمیم نهائی، چند مصاحبه برای پی بردن به خصوصیت اخلاقی و وضع بیمار بعمل آورده و در ضمن مصاحبه دقت شود که حالت فکری «بیطرفی» همچنان حفظ شود تا در موقع لزوم، تغییر مناسب و مقتضی داده شود.

تغییر حالت فکری باید بتدریج و طبیعی صورت گیرد. يك تصميم ناگهانی برای استفاده از «روش آمرانه» و بلافاصله بکاربردن آن عملی و صحیح نیست. چنین روشی ممکن است، فقط موجب شود، که بیمار، اعتبار و قدرتی را که ما برای خود اتخاذ کرده ایم نپذیرد. نباید فراموش کرد که پزشک قدرت نامرئی و خدائی خود را باید حفظ کند، اما بیمار خود نیز دارای نوع دیگری از قدرت حقیقی میباشد. او دارای قدرتی ذاتی است که با آن میتواند در کمتر خود را انتخاب نماید. يك اتخاذ قدرت خیلی ناگهانی توسط پزشک ممکن است بیمار را وادار کند که برای طلب کمک و استعانت بجای دیگری متوسل شود.

وقتی تصمیم گرفته میشود که «روش آمرانه» اتخاذ شود، وضع مصاحبه بطور کلی ولی با آرامی و کندی اصلاح شده و تغییر شکل مییابد تا وضع پزشک، با تصورات، پذیرشها و ارزیابیهای بیمار تطبیق و مستحکم شود.

این وضع طوری اداره میشود که بار دیگر نقش رابطه پدر فرزندی ایفاء گردد. نباید فراموش کرد که این رابطه نه تنها احتیاج به تجلیل^۱ مقام پزشک معالج دارد، بلکه به تقلیل مقام بیمار نیز که ممکن است ایجاد اشکال نماید نیازمند است. بیمار ممکن است بتواند «بزرگ نمائی»^۲ و احياناً «خودستائیهای» پزشک را تحمل کند، ولی در عوض ممکن است، با هر نوع عمل و صحبتی که موجب کوچک شدن مقام و موقعیت بیمار میشود با حالت مخفیانه ای عکس العمل نشان دهد، در نتیجه تغییر در حالت فکری پزشک معالج باید آنقدر تدریجی و ظریف باشد، که بیمار متوجه هیچگونه تغییری که رخ میدهد نشود. رفتار پزشک عوض میشود، تا دیگر مانند فردی مساوی با خودش با بیمار حرف نزنند. روش حرف زدن او، رفتار و کردارش، و هر چیز دیگری که مربوط به او

میشود، این نکته را روشن میسازد، که با کسی حرف میزند که کاملاً زیر دست اوست، در واقع شبیه يك كودك. چون د کتر می بیند که هر چه می گوید بیمار عمل می کند، پیوسته بالحن تحقیر آمیز تری با وی صحبت می کند، پزشک طوری مطالب را برای او توضیح میدهد که گوئی با کودکی حرف میزند، دیگر از بیمار تقاضائی نمی کند بلکه به او دستور میدهد: اینکار را بکن، آن کار را بکن طوری از بیمار سؤال میشود که گوئی مثل اینست که از کودکی پرسش مینماید، این مانورها دارای اثر درجانبه هستند یکی اینکه اختلاف بارزی بین مقام پزشک و بیمار برقرار مینمایند، و دیگر اینکه راه را برای مرحله سیر قهقرائی یا بازگشت بگذشته که اساس واقعی القاء هیپنوز میباشد، هموار مینماید.

● روش غیر آمرانه- هیپنوتیزم کردن از طریق « غیر آمرانه » همانطور که میدانیم، شکل جدید و تکامل یافته روش هیپنوتیزم کردن میباشد. سرچشمه آن مرهون کوشش عده ای از روانکاوان جدید است، که از روانکاوی نتیجه سریعی نگرفته و مجدداً به سوی هیپنوتیزم برگشته اند.

فریید نیم قرن پیشرفت هیپنوتیزم را به تأخیر انداخت، زیرا د کتر مایرز بزرگترین روانپزشک و هیپنوتیست معاصر میگوید: « نفوذ فریید آنچنان بود که همینکه هیپنوتیزم را رها کرد، تا نیم قرن بصورت يك مانع کلی^۱ در انجام هر گونه بررسی و تحقیقات در این رشته درآمد. لیکن در پایان جنگ جهانی دوم، روانشناسانی که در رشته روانکاوی تحصیل کرده بودند، شروع به تحقیق و بررسی^۲ مجدد درباره هیپنوز نمودند، تا از آن بعنوان يك وسیله ممکن برای کاهش دادن زمان درمان و همچنین کاستن هزینه و خارج معالجه از طریق روانکاوی

1- General deterrent

2- Re - exploring

مانع کلی

بررسی مجدد

استفاده نمایند ولی بکار بردن روش کلاسیک اعمال قدرت به بیمار در معالجه هیپنوتیکی با اصول «روانکاوی» متباین^۱ گردید، بنابراین فنون القاء جدیدی برای هیپنوز ابداع گردید، که در عین حال به متخصص «روانکاوی» این فرصت را میداد که نقش «غیر آمرانه» مرسوم خود را حفظ نماید.

در روش «غیر آمرانه» بیمار میگذارد که بمیل و اراده خودش به خواب هیپنوتیزم برود و پزشک در این باره فقط راهنمایی و کمک مینماید. مورد استفاده موفقیت آمیز این روش بستگی زیادی به دو عامل دارد:

اول اینکه چون بیمار خودش مایل میباشد که بخواب هیپنوتیزم برود باید در مورد آنچه باید انجام دهد کاملاً توجیه^۲ گردد. مفهوم این نکته اینست که برای بیمار توضیح کاملی داده شود، تا بیمار بداند که هیپنوتیست از او چه انتظاری دارد و چه باید بکند. تشریح و توضیح موضوع باید به زبانی باشد که با تحصیلات و تعلیم و تربیت بیمار میزان هوش و میزان چشم و گوش بازی او تناسب داشته باشد. چنین جملاتی را میتوان به بیمار گفت: «شما اینکار را خودتان انجام میدهید. من کاری در مورد شما انجام نمیدهم. اما من اینجا هستم، و شما را کمک و راهنمایی میکنم. از شما میخواهم که بگذارید بحالتی کاملاً غیر حساس و بی فکری فروروید، شما فقط روی تخت بمانید دراز بکشید، و خود را رها کنید. خود را کاملاً رها نمائید می بینید که میتوانید خود را طوری کاملاً رها سازید که بدنتان بطور اتوماتیک کار کند. بعنوان مثال، شما ممکن است مشاهده کنید که بازوهای شما بدلتخواه خود حرکت میکنند. وقتی که این موضوع رخ میدهد نترسید: فکر کنید که این موضوع خوب و مطلوب است مفهومش اینست که گذاشته اید بطور صحیح و کامل رها شوید و اعضاء بدنتان بطور خودکار عمل مینماید، و این همان چیزی است که ما میخواهیم. این اولین گام بسوی بهبود یافتن است.»

غالباً عاقلانه است که برای بیمار توضیح دهیم که القاء خودکار حرکات بخودی خود ارزش معالجه ای ندارد بلکه برای ایجاد يك حالت کاملاً بیخیال مغز

که خود وسیله درمان مؤثری میباشد مفید است.

دکتر مایرز مینویسد: در روش «غیر آمرانه» تشریح و توضیح برای بیمار آنقدر مهم است که روش من شده است که مسئله هیپنوز با بیمار در میان گذاشته میشود، این توضیح مجدداً در اولین جلسه‌ایکه هیپنوز شروع میگردد تکرار میشود. بنابراین بنکات زیر باید کاملاً توجه داشت.

۱- عدم ترغیب ضمن خواب: تا کنون تأکید شده است که ضمن القاء هیپنوز هیچگونه تأکید و ترغیبی نباید انجام شود، زیرا این اعمال فرآیندهای هوشی بوده و اذهان حساس را که مخالف فرآیند تلقین هستند بیدار مینمایند. نوع توضیحی که اخیراً مورد بحث قرار گرفت قبل از فرآیند القاء انجام گرفته و با آن اختلاف بارز دارد، بنابراین مانع عمل عادی و آرام تلقینات بعدی نمیکردد.

۲- برقراری رابطه حسنه: دومین عامل اصلی موفقیت در روش «غیر آمرانه» عبارت از برقراری رابطه حسنه کامل با بیمار است، این يك نکته ضروری برای آغاز کار است. گرچه در عمل طبی معمولاً اینکار قابل توجیه نیست. با وجود این ممکن است اشخاص قبل از برقراری رابطه حسنه با روش آمرانه هیپنوتیزم شوند چنانچه روش غیر آمرانه بکار برده شود اینکار غیر ممکن است.

در روش غیر آمرانه برای اینکه بیمار بتواند خود را رها و رلکس کند رابطه حسنه ضروری است. پزشک، بیمار را راهنمایی میکند، و در عین حال از او پشتیبانی نیز مینماید. بدون پشتیبان عمل رهائی و رلکس غیر ممکن است. این فرآیند عبارت از وظیفه و عمل عواطف بوده و بوسیله رابطه حسنه ما با بیمار فراهم میگردد.

دکتر مایرز میگوید: «يك مردی که بیش از شصت سال داشت برای مشورت

پیرامون علائم هیستریکی که سالها بآن مبتلا بود نزد من آمد. از آنجا که ظاهراً عادت نقش مهمی در علائم بیماری بازی مینماید، بنظر میرسید که احتمالاً با تلقین مستقیم ریبی پرده هیپنوتیکی بتوان بهوی کمک نمود. باین دلائل ازیک روش آمرانه استفاده بعمل آمد. لیکن بزودی آشکار گردید که عدم توجه کافی به پاره‌ای از جنبه‌های شخصیت بیمار اشتباه محض بوده است: او شخصی بسیار سخت و رام‌نشدنی بود. و مبتلا به بیماری سخت^۱ شدن شریانها بود. در ضمن در تمام دوران زندگی خودش رئیس خودش بوده، و شغلش طوری بود که به دستور دادن مداوم عادت کرده بود. تلقینات به روش آمرانه داده شد. باین ترتیب که: «دست شما بجلو و عقب میرود، بجلو و عقب.» اما مشاهده گردید که بیمار از انجام هر گونه حرکت دست خودداری و مقاومت مینماید.

مدتی به تلقینات ادامه داده شد، بدون اینکه نتیجه مؤثری گرفته شود. در جلسه بعدی نیز همچنان مقاوم بود. سپس روش آمرانه به روش دادن تلقینات با سبکی بسیار آرام تغییر داده شد. باین تغییر بیمار آناً تلقینات را پذیرفت و بطور مطلوب هیپنوتیزم گردید.

گرچه بطور کلی اگر قرار باشد که روش بکار برده شده تغییر یابد، معمولاً بمراتب ساده‌تر است که از روش «غیر آمرانه» به روش آمرانه تغییر داده شود، ولی با وجود این در این واقعه بالا می‌بینیم که گاهی ممکن است اجباراً به روش غیر آمرانه تبدیل نمائیم.

انتخاب روش^۱

برای هیپنوتیزم کردن چه روشی و چگونه باید انتخاب شود؟

● انتخاب متناقض^۲ روش - شکی نیست که هر نویسنده‌ای، شخصیت درونی خود را در نوشته‌های خود ظاهر می‌سازد. ما اگر ادبیات و نوشته‌های مربوط به هیپنوتیزم را بررسی و مطالعه کنیم، بزودی متوجه می‌شویم پزشکان معالجه‌ی که در نوشته‌های خود بیشتر طرفدار روش آمرانه هستند. و روش آمرانه را تشریح و تعریف می‌کنند خودشان نیز باطناً دارای شخصیت آمرانه‌ای هستند. این حقیقتاً چیزی است که ما باید انتظارش را داشته باشیم. برای اشخاصی که امر و نهی می‌کنند که در هر محیطی حالت فکری آمرانه اتخاذ نمایند و هیپنوز بخصوص حوزه وسیعی برای اعمال قدرت در اختیار می‌گذارد. البته از نقطه نظر طبی این موضوع بسیار ناپسند و بد است زیرا انتخاب روش هیپنوتیزم بایستی مطابق احتیاجات مریض بعمل بیاید، نه بر مبنای ساختمان شخصیت روانی پزشک معالج.

توجه دانشجوی علم هیپنوتیزم بایستی به این حقیقت جلب شود که این نوع انگیزش ممکن است در جهت مخالف عمل نماید. در حال حاضر در فرهنگ اجتماعی ملل غربی تنفر^۳ شدیدی نسبت به استفاده از قدرت بهر شکل که باشد وجود دارد. این موضوع یک نتیجه طبیعی از تجربه و احساس مسلک حکومت و دموکراسی ما است. این موضوع حتی در آن آزادی که در خانه به بچه‌ها داده می‌شود قابل رؤیت است. و همچنین در سیستم تعلیم و تربیت ما، در مدیریت صنعتی ما، و در حقیقت در تمام نظام اجتماعی ما دیده می‌شود. بطور کلی ما کمی از

1- Choice of approach

انتخاب روش

2- Perverse متناقض

3- Revulsion

تنفر شدید

اعمال قدرت و حشت کرده ایم. از نظر فردی، بنظر میرسد که بسیاری از پزشکان معالج حتی زمانی که نشانه‌های بالینی واضحی وجود دارد، که بکار بردن روش آمرانه بنفع بیمار است از انجام آن اجتناب می‌ورزند. این مثال دیگری بر این مدعا است که عوامل فرهنگی روی معالجه هیپنوتیکی تأثیر گذاشته‌اند.

بکار بردن روش آمرانه، فقط باین دلیل که متناسب با شخصیت پزشک می‌باشد صحیح نیست و همچنین نباید بخاطر اینکه پزشک از قدرت می‌ترسد از بکار بردن آن اجتناب ورزد، بلکه بازهم موارد و شرایط دیگری وجود دارد که بایستی در نظر گرفته شود.

از جمله اینکه چون آسانترین راه هیپنوتیز کردن بیمار اعمال قدرت است نباید از روش آمرانه استفاده شود. ما با بیماران زیادی روبرو می‌شویم که وحدت^۱ روحی خود را از دست داده، اتکاء^۲ بنفس نداشته و تسلیم^۳ محض می‌باشند و در نتیجه هیپنوتیزم کردن آنها با روش آمرانه بی نهایت ساده است. لیکن القاء آمرانه هنگامیکه باید تمامیت شخصیت را تقویت نماید، باعث تضعیف آن می‌گردد. القاء غیر آمرانه در مورد چنین افرادی بمراتب مشکل‌تر است. اما وقتی کنترل کامل مسئولیت بعهده بیمار گذاشته میشود، تسهیلات بیشتری برای کلیه اقدامات بعمل خواهد آمد.

● ملاحظات عمومی - بطور کلی برای معالجات تلقینی بهتر است از روش «آمرانه» استفاده شود، ولی برای هیپنوتیز بهتر است روش «غیر آمرانه» بکار برده شود.

بیمارانی که خودشان دارای حالت فکری آمرانه هستند، بویژه در مواردیکه توأم با این حالت فکری مبتلا به حالت عدم احساس امنیت درونی

میباشند هیپنوتیزم کردنشان باروش آمرانه ممکن است مشکل باشد. این موضوع همچنین در مورد اشخاصی که دارای شخصیت سخت و رام نشدنی هستند نیز صادق است.

اشخاصی که فاقد احساس امنیت درونی بوده و درعین حال دارای وحدت شخصیت میباشند، ازاین نظر بسختی با روش آمرانه هیپنوتیزم میشوند، زیرا که احساس میکنند هیپنوز عامل تهدید کننده‌ای برای شخصیت آنها بوده و در نتیجه آنها استعداد مقاومت درمقابل آنرا دارند.

واکنش بیمار درمقابل روش آمرانه در هیپنوز، غالباً رابطه روشنی با ارتباط دوران طفولیت او با پدر یا مادرش دارد. البته چگونگی این ارتباط از معاینه روانی که قبل از القاء هیپنوز میشود بدست می‌آید. همچنین حالت فکری او را در حال حاضر نسبت به قدرت درشغلی که دارد متوجه می‌شویم این عوامل غالباً نتیجه مفیدی نسبت به اینکه احتمالاً واکنش بیمار نسبت به روش آمرانه چگونه خواهد بود در اختیار ما میگذارد.

اشخاصی که دارای وحدت شخصیت در وضعیتی هستند، آنهاییکه معمولاً تحت عنوان تغییر پذیر^۱ مشهورند، افراد هیستریک و اشخاص مطیع، همه کسانی هستند که سهولت با روش آمرانه هیپنوتیزم میشوند.

فصل یازدهم

نکات ' معنوی و اخلاقی که هنگام هیپنوتیزم کردن
باید رعایت شود

● - اعتراضات عمومی^۱ - تا کنون سعی کرده‌ایم که چپود هیپنوز را مورد بحث قرار دهیم، و آن دسته از اصول مقدماتی را که باید قبل از القاء هیپنوز در معالجهٔ طبی بکار روند مورد ملاحظه قرار داده‌ایم. قبل از اینکه جلوتر برویم بهتر است خاصیت القاء هیپنوز را در بیمار مورد مطالعه قرار دهیم. نویسندگان پیشین که دربارهٔ مسمریسم و هیپنوتیزم به بحث پرداخته‌اند، دربارهٔ جنبه‌های معنوی، اخلاقی و مذهبی موضوع مطالب زیاد^۲ و تند را نگاشته‌اند. پاره‌ای از آنها معالجه در حالت هیپنوتیزمی را یک موهبت^۳ الهی میدانستند. عده‌ای دیگر بر عکس با دیدهٔ مظهر شیطانی بآن مینگریستند. بعقیده عدهٔ زیادی با کسانی که دست به چنین کارهایی میزدند باید رفتاری نظیر جادوگران^۴ و ساحره‌ها^۵ انجام میگرفت.

لیکن با احیاء مورد استفادهٔ طبی هیپنوز از زمان جنگ جهانی دوم بی‌عدد دیگر بحث جدی پیرامون این قبیل موضوعات در اروپا و آمریکا بکلی از بین

1- Moral and ethical aspects

2- Common objections

3- Vehement discussino

4- Gift of god موهبت الهی

6- Sorcerers ساحره‌ها

جنبه‌های معنوی و اخلاقی

اعتراضات عمومی

بحث شدید و زیاد

5- Witches جادوگران

رفته است. دکتري که امروزه با استفاده از هیپنوز بیمارش را مورد معالجه قرار میدهد، دیگر در معرض اتهام به جادوگری نمیشد، با وجود این جنبه‌های معنوی و اخلاقی زیادی وجود دارد که بحث آزادرا پیش میکشد، زیرا وقتی برای اولین بار باین رشته از علم طب دست میزنیم احتمال در نظر گرفتن این قبیل مطالب زیاد است.

بیشتر اعتراضاتی که بی‌پرده درباره استفاده از هیپنوز بعمل می‌آید، میراث اعتقادات مذهبی نظریه مسموم در قرن گذشته میباشد. امروزه که افکار مردم روشن‌تر شده گفتگو و اعتراض به هیپنوز از صورت عقیده دینی و خرافات به ملاحظات شبیه علمی تبدیل شده که شامل مطالبی میگردد نظیر غلبه بر سوژه ضعف اراده، امکان اعمال غیر اخلاقی، افشاء اسرار خطرات ناشی از ازدیاد تلقین پذیری و انکاء زیاد بیمار پیزشک. بعدها خواهیم دید که با پیش بینی احتیاطهای معمولی این اعتراضات که بطور عادی بوجود می‌آیند، در حقیقت بی‌اعتبار میباشند.

● - الزامات اخلاقی^۱ - قبل از بحث پیرامون این مطالب قبول میکنیم که پاره‌ای از شرایط اخلاقی در نظر گرفته و کاملاً اجرا گردیده است. ابتداء قبول میکنیم که هیپنوز برای بیمار تشریح گردیده، سوژه بقدر کافی درباره آن اطلاع دارد که بتواند يك تصمیم^۲ معقول بگیرد. و مایل به معالجه هیپنوتیکی میباشد.

ثانیاً، قبول می‌کنیم که در مواردیکه يك بیمار زن یا يك صغیر مراجعه می‌کند، موضوع را بایکی از دوستان یا بستگانش که تا حدودی مسئولیت درباره

1- Fthical prerequisites

الزامات اخلاقی

2- Sensible decision

تصمیم عاقلانه

او داشته باشد مورد بحث قرار گیرد. ثالثاً - باید در نظر داشته باشیم که در اولین روزیکه بیمار موافقت می نماید که با هیپنوز مورد معالجه قرار گیرد، هیپنوز نشود، این نکته از نظر من (دکتر مایرز) حائز اهمیت کامل است. زیرا به بیمار فرصت واقعی میدهد تا وضعیت را مورد بررسی قرار دهد، تا این مسئله باقی نماند که موافقت با عدم رضایت باطنی حاصل شده و سپس با عجله بسوی جریانی کشیده شود، که از آن سر در نمی آورد. برای اینکه منصفانه با بیمار رفتار شود، چنین روشی لازم است، زیرا پاره ای از اشخاص تلقین پذیر را میتوان حتی بدون اطلاع از ماهیت هیپنوز، هیپنوتیزشان کرد.

از نظر من (دکتر مایرز) این یک حقیقت است، زیرا در دو مورد ضمن طبابت خودم، اشتباهاً این عمل رخ داد. هر دو بیمار مرد بودند، وقتی سرگرم آزمایش انعکاس عصبی آنها بودم، چند تلقین رلکس و شل بودن با آنها دادم و هر دو بخواب هیپنوتیک رفتند. وقتی از خواب بیدار شدند هر دو بیک شکل درباره موضوع قضاوت کردند و آن اینکه اظهار میکردند نمیدانستند که اینهمه خسته بوده اند که بخواب فرو روند. نکته جالب این بود که هیچیک نمیدانست که من آنها را هیپنوز کرده بودم.

باید به خانمها و بچه ها این فرصت داده شود که مایل باشند شخص دیگری با آنها در مطب باشد، مثلاً از آنها می پرسیم، آیا فکر می کنید که اگر پرستار در اطاق باشد شما راحت تر خواهید بود یا مایلید که پرستار آنجائیکه فعلاً هست، در مطب باشد؟ پاره ای از بیمارانی که دارای عدم اعتماد بنفس هستند، وقتی شخص ثالثی در مطب باشد احساس امنیت بیشتری مینمایند و باین ترتیب میتوانند با سهولت بیشتری خود را به آغوش القاء هیپنوز رها سازند. منظور از شخص ثالث اینست که القاء هیپنوز را برای بیمار ساده تر کنیم.

منظور از وجود شخص ثالث مأمور حمایت از بیمار نیست. حمایت و حفاظت از بیمار مانند سایر رشته های طب همانا در اعتبار و حیثیت پزشک نهفته

است. در طبابت حقیقی خیلی بندرت بیماران مایلند که شخص ثالثی حضور داشته باشد.

دکتر مایرز مینویسد: «چندین سال قبل وقتی بیماران زن را هیپنوتیز میکردم، پیوسته پرستار را در مطب نگاه میداشتم، او دختر نسبتاً تلقین پذیری بود، و باسانی نمیتوانست خودش را بیدار نگهدارد، خوب یاد میآوردم که برای بیدار نگهداشتنش با نوک پا بساق پاهایش میزدم، اما فایده‌ای نداشت و حتی قبل از اینکه بیمار بخواب رود او به خواب می‌رفت.

● تحمیل اراده شخصی بشخص دیگر - یکی از ایرادها و انتقاداتی که اکثر مردم نسبت به هیپنوتیزم بعمل می‌آورد عبارت از اینست که میگویند تحمیل اراده شخص به شخص دیگر عملی غیر اخلاقی است. این انتقاد و ایراد میرساند که سوژه بصورت يك وسیله بی اراده^۱ در دست پزشک در می‌آید چنین بنظر می‌آید که این عقیده از مشاهده رفتار سوژه روی صحنه نمایش شده باشد. نکته ایرا که باید بخاطر آوریم اینست که اعمال مسخره آمیز^۲ هیپنوز روی صحنه نمایش از نظر روانی حائز اهمیت برای بیمار نیست. زیرا بمحض اینکه به بیمار هیپنوتیز شده فرمان داده میشود که اعمالی را انجام دهد که از نظر روانی دارای اهمیت بوده و مخالف با خصوصیات اخلاقی و نوع تعلیم و تربیت وی باشد، فوراً دست از بی ارادگی و خودکاری برداشته و از خود مقاومت نشان میدهد و دفاعهای روانی زیادی از خود بروز می‌دهد. این موضوع در هیپنوتیزم آنالیز خیلی زیاد مشاهده میگردد. تا آنجا که به القاء حرکات مربوط میشود، بیمار مانند يك وسیله خودکار عمل می‌نماید، اما هنگامیکه نوبت به افشاء تضادهای

تحمیل اراده شخص به شخص دیگر

1- Imposing one's Will on another

2- Automaton آدم‌باشینی - آدم مکانیکی

3- Antic مسخره، مضحك

درونی مهم می‌رسد. سوژه دست از خود کاری و بی ارادگی برداشته و به رفتارهای خود حکومت میکند، و تحت اراده در می‌آورد و در نتیجه در مقابل افشاء و بروز آن نکته یا نکات خودداری مینماید.

اعمال ضد اجتماعی^۱ - سابقاً تصور میشد که امکان دارد بتوان بیمار هیپنوتیز شده را وادار کرد که دست به اعمال ضد اجتماعی و غیر اخلاقی بزند، شواهد زیادی در دست است که اگر ایده‌های تلقین شده با طبیعت اخلاقی اصلی بیمار مخالف و متباین باشد، بیمار با اضطراب و اکنش نشان داده و تلقینات را اجراء نخواهد کرد مفهوم این نکته اینست که یک دزد حرفه‌ای را در حال هیپنوتیزم می‌توان به عمل دزدی اغوا نمود، ولی یک فرد درستکار و شرافتمند را از طریق هیپنوتیزم نمیتوان بکارهای خلاف اخلاق و خلاف قانون وادار نمود. و یا زنی را که دارای نقطه ضعف اخلاقی است میتواند از راه منحرف نمود، ولی یک زن با تقوی و پرهیزکار را نمیتوان از راه منحرف نمود.

● بروز دادن اسرار^۲ - ایراد و انتقاد دیگر یکی عموم از هیپنوتیزم مینمایند اینست که بیرون کشیدن اسرار از ذهن بیمار^۳ در موقعیکه از چپود اطلاعی که بروز میدهد آگاه نیست عملی غیر اخلاقی است.

در طبابت معمولی، اگر قرار است بیمار هیپنوتیز شود، موضوع در ابتداء باین شرح برایش توضیح داده میشود: « ممکن است وضع فعلی شما ناشی از تضادهایی باشد که عمیقاً در مغز شما ریشه کرده‌اند. هیپنوز خارج شدن این افکار مزاحم را که منجر به بهبودی شما میشود ساده و آسان مینماید. سپس این قبیل افکار دیگر شمارا مضطرب نخواهد کرد. » باین ترتیب بیمار موافقت میکند که ایده‌هایش را که ممکن

1- Antisocial acts

2- Disclosure of Secrets

3- Innermost

اعمال ضد اجتماعی

افشاء اسرار

درونی - در اعماق چیزی

است در اثر آزار یا تحقیری که برای او بوجود می آورند فرو نشانده شده، یا در موارد آگاهی او کاملاً واپس زده شده باشند در حال هیپنوز اظهار نماید.

● زیاده شدن تلقین پذیری - ایراد و انتقاد دیگری که بر هیپنوز وارد میشود اینست که هیپنوز تکراری ممکن است، تلقین پذیری بیمار را زیاد نماید. و در نتیجه در آینده شخص نادرستی که فاقد صلاحیت اخلاقی و پزشکی است سوژه را برای مقاصد ضد اجتماعی و غیر اخلاقی هیپنوز نماید. پاسخ باین سؤال کاملاً ساده است. شخص که بسادگی هیپنوتیزم میشود پس از هیپنوتیزم بوی تلقین میگردد که هرگز مگر به میل و اراده شخصی اش هیپنوتیزم نشود.

يك تجربه شخصی

طبق يك تجربه شخصی این سازوکار^۱ حفاظتی، واقعاً مهم است. مرد متأهلی را با معالجه هیپنوتیکی درمان می کردم. بیماری اصلی و مهم او حالت غیر تعالی شدید بود. این مرد حتی نمیتوانست از خودش دفاع کند. بهسولت هیپنوتیزم شد. بنا بر این برای اینکه در آینده برخلاف میلش هیپنوتیزم نشود، بهوی تلقین شد که هرگز بدون میل و اراده خودش بخواب هیپنوتیزم نخواهد رفت. دوسه جلسه بعدی بدون بروز واقعه ای گذشت. سپس در یکی از جلسات با کمال تعجب دیدم که بهیچوجه نمیتوان او را هیپنوتیز کرد.

● اتکاء به پزشکی معالج^۲ - غالباً گفته میشود که معالجه از طریق هیپنوز ممکن است يك حالت وابستگی غیر عادی در بیمار ایجاد کند که در نتیجه آن بیمار پیوسته متکی به پزشکی معالج باشد. البته در این مورد شکی نیست که بیماران عموماً به پزشکی که میتواند بآنها کمک دهد متکی هستند. خارج از این حدود من هیچگونه رابطه غیر عادی مبتنی بر اتکاء بیمارانیکه تحت معالجه

1- Protective mechanism

سازوکار حفاظتی

2- Dependence on the therapist

وابستگی به پزشکی معالج

هیپنوتیکی قرار میگیرند به پزشک معالیشان ندیده‌ام. يك پزشک بی توجه در هر رشته از طب که کار کند، اگر مایل باشد میتواند بیماران را بخودش متکی کند، و هیپنوز بویژه موقعیت خوبی برای القاء چنین انگائی فراهم میسازد. طبق تجربه شخصی خود من، مسائل مربوط به معالجه از طریق هیپنوز از مسائلی که در معالجه با روان درمانی در حالت بیداری پیش می‌آیند بزرگتر نمی‌باشند. انتظار میرود که هر گونه اتکاء زائد بیماران در پرداخت سریع حساب دکتر برای خدمات طبی اش منعکس گردد.

نکته جالب در این بحث اینست که در طبابت من اختلاف فاحشی در پرداخت حساب بیماران مختلف از قبیل کسانی که با هیپنوز معالجه میشوند یا کسانی که از طریق روان درمانی در حال بیداری و یا معالجه باشوک الکتریکی مورد درمان واقع میشوند وجود ندارد.

● ملاحظات معنوی و اخلاقی فن - این اعتراض‌های معنوی و اخلاقی به هیپنوز طبی آنقدر ایراد شده‌اند که اقلاً اکثر پزشکان از آن مطلعند. لیکن در هیپنوز فنونی وجود دارد که طبقه عمومی کمتر از آن مطلع بوده و چون افکار عمومی بدستی آنها را درک نمی‌کند از نقطه نظر معنوی و اخلاقی ممکن است مورران نقاد غیر منصفانه قرار گیرد.

● ارتباط بوسیله لمس - هیپنوتیزم معمولاً با دادن يك رشته تلقینات منظم که اکثراً لفظی و شفاهی است انجام میشود. لیکن از طریق ارتباط غیر لفظی یعنی بوسیله ایما و اشاره، حالت فکری و رفتار عمومی نیز میتوان برای ایجاد هیپنوز تلقین نمود. تلقیناتی که باین طریق داده میشوند، بخصوص تأثیر بیشتری دارند چون بیمار کمتر بادیده انتقاد بآنها مینگرد.

غالباً میتوان با لمس کردن بیمار در يك لحظه حساس و مناسب تلقین بسیار قوی و مطلوبی را منتقل نمود. بیماری که در گرما گرم هیپنوتیز شدن در حال تقللاً و بی آرامی است اگر با آرامی روی پیشانی یا فرق سرش را لمس نمائید غالباً بخواب هیپنوتیزم عمیقی فرو میرود، این حرکت برای بیمار دارای معنی و مفهوم بوده و مانند يك تلقین قوی مؤثر واقع می شود. این عمل ظاهراً ساده بنظر میرسد. لمس کردن یکی از رفقایمان ممکن است غالباً عمل فوق العاده مهم و با مفهوم می باشد، ممکن است دارای مفهوم سمبولیک و عمیق با اهمیت روانی زیادی باشد. از طرف دیگر ممکن است عملی اتفاقی و بی اهمیت باشد. لیکن بخاطر مفهوم احتمالی عمیقتر باید در نحوه دست زدن به دوستان و رفقایمان دقیق باشیم، و از آنجا که پزشکان حرفه ای هستیم بخصوص در نحوه لمس کردن بیماران خود باید با ملاحظه^۱ و احتیاط رفتار نمائیم، معمولاً پزشک عمومی و یا تخصصی باین ترتیب بیمارش را لمس نمی کند. اما صحیح نیست که در هیپنوز از يك مکانیسم قوی که باین وضوح میتواند در بهبود بیمار مؤثر واقع شود استفاده نشود.

● نگاه خیره مستقیم - فن نگاه خیره مستقیم روش دیگری است که ممکن است از جنبه های معنوی و اخلاقی مورد انتقاد و بحث واقع شود. ما معمولاً از نگاه کردن خیره بچشم دیگران اجتناب میورزیم. چنین عملی معمولاً با ایده های نظیر تفوق و یا حتی اغوا دیگران همراه است. در يك سطح و میزان کمتری از آگاهی ذهنی ایده های چشم پاك و ناپاك در بین مردم رائج است، حقیقتی که از این بحث باقی می ماند این که در فرهنگ ما نگاه خیره بچشم دیگران بعنوان «تابو» شناخته شده است، یعنی ممنوع و حرام است. با تكاء^۲ این قید^۳ و

با ملاحظه و احتیاط 2- Circumspect
قید و چشم 4- aura
تقلاً 1- hovering
به اتكاء 3- By virtue of

شم روانی، چنین نگاهی میتواند، در انتقال تلقین قوی و مؤثر مورد استفاده قرار گیرد. « بگذار چشمهایت فقط بمن نگاه کند، نگاه کردن باعث میشود که شما بهتر بتوانید خود را شل و رها کنید. بمن نگاه کنید خود را شل و رها کنید، آرام و ساده و راحت است »
و غیره. باین فن مسئلهٔ تفوق بر بیمار بایک نگاه خیره و خشک^۱ و ساده مطرح نیست بخاطر مکانیسم‌های سمبولیکی که فعال میشوند، این عمل از وادار کردن بیمار به نگاه کردن به یک شیء روشن بصورتیکه در روش اصلاحی برید انجام میشود، بسیار مؤثرتر است. تعقیب ما در نگاه کردن به چشمان بیمار نباید مانع استفاده از یک فن روانی مؤثر گردد.

رابطهٔ هیجانی و احساسی - در معالجهٔ هیپنوتیکی بین بیمار و پزشک الزاماً یک رابطهٔ احساسی بسیار قوی وجود دارد. و این عبارت از همان رابطهٔ حسنهٔ هیپنوتیکی میباشد، در خلال تخلیهٔ هیجانی شدید در روانکاو که جزئی از روانکاو هیپنوتیکی است، این رابطهٔ هیجانی بیمار با پزشک معالج ممکن است از این هم قوی‌تر شود.

رابطهٔ حسنهٔ هیپنوتیکی بعنوان یک رابطهٔ غیر سالم مورد انتقاد قرار گرفته است. اعتبار یا عدم اعتبار چنین انتقادی منوط به ادارهٔ وضعیت موجود است. تخلیهٔ هیجانی هیپنوتیکی خود یک فن درمانی با ارزش محسوب میشود. رابطهٔ هیجانی با پزشک معالج بدو طریق میتواند بطور مؤثر اداره شود. ساده‌ترین روش اینست که قبل از بیدار کردن بیمار در همان جلسه حالت فراموشی به بیمار تلقین گردد. لیکن گاهی اوقات مطلوب اینست که بگذاریم بیمار هر چه را که مایل است از آن جلسه در حافظه‌اش بماند. تا باین ترتیب یک فراموشی خود بخود برای رویدادهاییکه تحملشان در حالت آگاهی و هشیاری بسیار مشکل است. در

بیمار پدید آید. در چنین شرائطی در اواخر جلسه طبابت پزشک معالج با داخل کردن مطالب و حالات فکری حقیقی و تلقینات رابطه احساسی خود را با بیمار قطع می نماید، سپس بیمار مدتی در خواب هیپنوتیکی باقی میماند. اینکار باعث میشود که او آرامش کامل خود را بازیابد. از فاصله زمانی بین بیدار کردن بیمار و لحظه ای که او اطاق مطب را ترک می کند، برای برقراری مجدد رابطه با بیمار بر مبنای کلمات و صحبت های معمولی استفاده بعمل می آید.

● تجربه شبه مذهبی^۱ - يك موضوع دیگر این فن ممکن است در زمینه های اخلاقی مورد انتقاد قرار گیرد. بنظر میرسد که عدّه زیادی از مردم زندگی را بدون علائم اضطراب و دلهره بسر میبرند. این اشخاص در هر نوع از طبابت و عمل طبی بخوبی شناخته شده هستند. آنها تا زمانی که پاره ای فشارهای زیاد تعادل^۲ ناپایدارشان^۳ را برهم نزنند برای خود ادامه می دهند. فقط وقتی تعادل روانی آنها برهم میخورد، که دوچار اضطراب خیلی شدید شوند، یا بیماریهای جسمی دامنگیر آنها شود. این فشار متراکم^۴ شده ممکن است ناشی از يك مسئله حقیقی و اجتناب ناپذیر زندگی باشد. مثلاً اشکالات داخلی خانه، حامله شدن برای باردوم، بدنیآ آمدن يك نوزاد غیر قانونی در خانه و نظیر آنها، بیمار معمولاً در دوران سختی و ناراحتی با تلقینات آرامش بخش^۵، تجدید اعتقاد بخود و حمایت عاطفی پزشک عمومی تعادل خود را حفظ میکند. لیکن پاره ای از بیماران احتیاج نسبتاً بیشتری دارند. باین افراد میتوان در دوران سختی و ناراحتی حاد در چند جلسه ای با دادن تلقینات هیپنوتیکی ساده کمک کرد. غالباً بیمار سعی کرده است که خود شخصاً باین وضع مبارزه کند. ممکن است

1- Pseudo - religious experince

تجربه شبه مذهبی

2- Equilibrium

تعادل

3- Precarious

ناپایدار

4- Precipitating

متراکم شده

5- Sedation

آرامبخش

از خدا نیروئی را طلب کرده باشد که با آن بر مشکل خود فائق آید. بیمار از هیپنوز نیرو میگیرد.

بنظر بیمار این عمل نتیجه دعاهائی است که بدر گاه خدا کرده جلوه میکند، و او این معالجه را نوعی تجربه و حادثه مذهبی تلقی می کند. بیمار این ایده را بطور تفصیل توضیح و تشریح می نماید. ولی تجربه شخصی خود من درباره بیمار این که تحت معالجه هیپنوتیکی فرار میگیرند حاکی از آنست که این نوع واکنش بهیچوجه غیر عادی نیست. نحوه طبابت من این بوده است که يك حالت غیر فعالی کامل را نگهداری کنم. تا بیمار این تجربه را بر حسب وضع روانی خودش تعبیر و تفسیر نماید. این وضع يك مسئله اخلاقی آشکار را ارائه مینماید آیا صحیح است که بگذاریم بیمار معالجه خود را از این دریچه مورد تعبیر و تفسیر قرار دهد؟ البته فرض بر این است که او هیچگونه نیروی غیر عادی را به پزشک معالج نسبت نمی دهد.

انگیزه مورد و خودمردی .

● انگیزه کژ خوئی در بیمار - جنبه مشکل تر موضوع شامل مطالبی است که بنظر من در عمل هیپنوز طبی خطرات معنوی و اخلاقی واقعی را تشکیل میدهند. این نکات شامل انگیزه کژ خوئی میباشد. ضمن بررسی و تحقیقات روانی کامل این نکته را روشن مینماید که گاهی این آرزوی رهائی از بیماری نیست که بیمار را برای مشورت به محکمه پزشک میکشاند، بلکه هوسی است برای محک زدن خود هیپنوز. این امر همیشه مورد تعقل و تفکر واقع شده و بیمار هرگز کاملاً از نیروهائی که باعث میشوند او سراغ هیپنوتیزم را بگیرد

آگاه نیست .

باینترتیب يك زن مازوشیست که دارای علائم بیماری نو روز روانی است بیشتر بخاطر اقناع آرزوهای خود برای منکوب و مقهور شدن سراغ هیپنوز رامیکرد نه بخاطررهائی از بیماری و این آرزوی مقهور شدن را اودر جریان عمل و فرآیند هیپنوز می بیند و انتظارش را دارد .

زنی که دارای ضعف و شخصیت تهاجمی مردانه است بدلیلی مخالف آنچه گفته شد، بدنبال هیپنوز میرود. او فکر میکند که هیپنوتیز نمیشود. درحقیقت وقتی او از مردی دعوت میکند که هیپنوتیزش کند، بخودش ثابت میکند که در مقابل هیچ مردی تسلیم نمیشود .

دیگر بیماران زن یا مرد بخاطر این موضوع گرد هیپنوز میگردند که رابطه حسنه هیپنوتیکی در نظرشان بصورت يك رابطه عاشقانه و جنسی جلوه میکند، خواه این رابطه بر مبنای همجنس خواهی باشد و خواه دیگر جنس خواهی. نکته ای که میخواهم متذکر شوم اینستکه این مطالب صرفاً جنبه تئوری و نظری و جنبه استفاده درسی از نظر کلاسیک نداشته، بلکه عملاً برای اشخاصی که با هیپنوز سروکار داشته و با این فن به بیماران خود کمک میکنند جزء مسائل روزانه محسوب می شوند، پزشک معالج و ضوحاً متعهد است که اینگونه بیماران را در مقابل انگیزه خودسری و کثر خویشان که اکثراً ناخود آگاه انجام میشود محافظت نماید .

● انگیزه کثر خوئی در پزشک - متأسفانه ، انگیزه کثر خوئی تنها منحصر به بیمار نیست . سازوکارهای مشابهی بکار من افتند تا اشخاص را بسوی بکار بردن هیپنوز رهنمون سازند . القاء هیپنوز دامنه عمل وسیعی برای بکار بردن قدرت

به پزشک میدهد. بدون شك پاره‌ای از پزشکان تحت تأثیر انگیزه‌های کژ خوئی قرار میگیرند، باین ترتیب که نه فقط بخاطر کمک دادن به بیمار از هیپنوز استفاده میکنند، بلکه بخاطر اقناع انگیزه ناخود آگاهی که برای اعمال قدرت دارند هیپنوز را بکار میبرند. بهمین طریق هیپنوز فرصت بزرگی برای خود نمائی در اختیار انسان میگذارد، من فکر میکنم بسیاری از پزشگانی که مشتاق هستند شجاعت و دلاوری هیپنوتیکی خود را بوسیله نمایشات بالینی بمعرض نمایش بگذارند، کاری جز پیدا کردن يك راه خروجی جهت محرك‌های هیستریکی ناخود آگاهانه خود انجام نمیدهند.

عشق ورزی ناخود آگاهانه ناشی از شدت رابطه حسنه هیپنوتیکی نیز ممکن است دگر را وادار کند که به بیمار پیشنهاد نماید که از طریق هیپنوز ویرامورد معالجه قرار دهد. البته این ساز و کار ممکن است بر پایه يك همجنس خواهی پنهانی با بیماران مرد استوار باشد.

پزشگانی که عادتاً عمق خواب هیپنوتیزم را با فرو کردن سوزن بیدن بیمار آزمایش می کنند، ممکن است در اثر سادیست درویشان به این روش رانده شوند. اینها نکات معنوی و اخلاقی هستند. کسیکه هیپنوتیزم را بکار میبرد نباید تنها دلیل حقیقی بیمار را برای سراغ گرفتن هیپنوز مورد مطالعه قرار دهد بلکه همچنین باید باندازه کافی درباره شخصیت درونی خودش بررسی لازم را فرا بگیرد تا بتواند معاینه معقولی از انگیزه خودش بعمل آورد.

● درك و استنباط - ^۲ بدون استفاده از حواس پنجگانه - یا تله پاتی -

آخرین مطلب مربوط به نکات اخلاقی هیپنوز طبی باید آشکارا مورد بحث

1- Outlet راه خروجی

2- Extra sensory Perception

درک خارق العاده حواس

قرار گیرد. درك بدون استفاده از حواس پنجگانه آنقدر به «ریشه دیوانگی روانپزشگی» نزدیک است که بسیاری از پزشکان امروزی از ترس اینکه مبادا این موضوع روی طبابت آنها اثر مخالف بگذارد از صحبت کردن درباره مواردی که پیش میآید با احتیاط و ملاحظه رفتار مینمایند. در صد سال گذشته مطالب زیادی درباره تله پاتی و روشن بینی بیماران عمیق هیپنوتیز شده منتشر گردیده است.

همین اخیراً مقدار قابل ملاحظه‌ای تجربه کنترل شده روی این موضوع بعمل آمده است. خود من نمیدانم که آیا درك بدون استفاده از حواس پنجگانه در هیپنوزرخ میدهد یا نه اما دو واقعه رویداده است که برای آنها يك توضیح فیزیکی منطقی نمیتوانم پیدا کنم.

● سوژه‌ای که افکار مرا درك میکرد - دکتر مایرز میگوید: «چهار پنج سال پیش خانمی را از طریق هیپنوتالیز معالجه میکردم، فنی را بکار می‌بردم که اسمش را «هیپنوگرافی» گذاشته‌ام که طی این فن بیمار کاملاً هیپنوتیز شده، کشمکش‌های درونی خود را از طریق ترسیم بارنک‌مشگی مجسم می‌نماید. بیمار هیپنوتیز شده در کنار میز نشسته بود. من پشت سراو نشسته بودم، و آنچه را که درباره رنگ آمیزی می‌گفت می‌نوشتم.

او دو نقاشی کشیده بود، سپس در موقع آماده شدن برای نوشتن تفسیرهای او درباره نقاشی دیگر، شکل شماره «۳» را نوشتم در این موقع بیمار نیز شکل شماره «۳» را نوشت و این موضوع مرا غرق در تعجب کرد، زیرا هیچ حرفی درباره شکل ۳ یا مطلب دیگری بوی تلقین نشده بود. بنابراین به وی گفتم «دستت نمره‌ای را خواهد نوشت، در همین موقع نمره دیگری را نوشتم، باکمال تعجب بیمار هم همان نمره را نوشت. او اینکار را شش یا هفت بار انجام داد و فقط يك اشتباه نمود. در این موقع این نکته بنظر من رسید که بیمار بمن پول می‌دهد تا بیماری نوروزروانش را معالجه کنم نه اینکه او را در بوته آزمایش خود بگذارم بنابراین از ادامه تجربه درباره درك بدون احساس خودداری کردم.

● رویدادی دیگر درباره تله پاتی - رویداد دیگر مربوط به دانشجوی سرخ پوستی بود که با همین روش مورد معالجه قرار میگرفت. یکروز از من پرسید که آیا من

به تله پاتی اعتقاد دارم یا نه . گفتم من چیزی نمی دانم، واز او دعوت کردم که اگر معتقد به تله پاتی هست آزمایش کند . قبل از اینکه هیپنوتیز شود ترتیبی اتخاذ گردید که از او سؤال شود شماره ای بنویسد . ودر همانموقع خودم هم نمره ای را بنویسم . او موفقیت چشمگیری بدست آورد . روز بعد از مرض شناسی بیمارستان خواستم که بعنوان شاهد در جلسه حاضر شود ، اما در این جریان اصلاً موفقیتی بدست نیامد .

اگر درك بدون استفاده از حواس پنجگانه در هیپنوز رخ دهد، باید مسؤلیت اخلاقی بسیار بزرگی به دوش پزشک معالج بگذارد . پزشک معالج باید فکر خود را کنترل نماید، مبدا فکر منفی درباره بیمار بصورت ضد تلقین عمل نماید. مثلاً اگر این فکر در مغز پزشک باشد که «این بیمار هرگز بهتر نخواهد شد» ممکن است با وجود اینکه اصلاً از آن کلمه ای برب جاری نمی شود ، اثر مضر روی بیمار خواهد گذاشت. همانطور که متذکر شده ام من نمیدانم که آیا واقعاً درك بدون استفاده از حواس در این شرایط رخ میدهد یا نه. اما من معتقدم که این فصلی است که احتیاج به بررسی علمی فوری دارد

فصل دوازدهم

القائه هیپنوز بوسیله تلقینات سستی و استراحت

● ملاحظات نظری - در گذشته روشی عمومی برای القاء هیپنوز بطور کلی تجربی و غیر علمی بوده است. روش‌های مختلفی تشریح می‌گردد، اگر دانشجو از این فنون پیروی کند، میتواند تعداد معینی از بیماران را هیپنوتیزم کند، چنین روشی کامل نبود، و اکنون دیگر لزومی ندارد. مابقی از این‌ها میتوانیم انجام دهیم.

اولین گام در جهت یک روش روشن‌تر برای دانشجو اینست که دلائل نظری آنچه را که انجام میدهد، درک کند و در باره هر یک از حرکات تحریک روانی که انجام میدهد، آگاهی کامل داشته باشد.

● فرضیه تسلسلی هیپنوتیز و القاء بوسیله «رلکس» - فرضیه تسلسلی یک پایه نظری عمومی برای کلیه روش‌های القاء که بطور تجربی کشف و تکمیل شده‌اند در اختیار دانشجو می‌گذارد. در این فرضیه کیفیت اصلی هیپنوز بر گشت به یک حالت ابتدائی از عمل مغزی است. ما میخواهیم با ایجاد یک حالت سستی یا «رلکس» این سیر فقهرائی را بوجود بیاوریم.

● روش آمرانه - مانند روش‌های دیگر، در راه برای ما باز است، یکی آمرانه و دیگری «پاسیو» یا «غیر آمرانه».

طریقه آمرانه معمولا برای روش القاء بوسیله «رلکس» مناسب نیست.

1- Inpuction of hypnosis by suggestions of relaxation

معذالک بر حسب موقعیت گاهی طریق آمرانه لازم می‌گردد. این موضوع در موارد هیپنوتیکی ضروری که بیمار از خواب هیپنوتیزم بیدار می‌شود و دارای چنان اضطراب شدیدی است که روش «غیر آمرانه» مؤثر واقع نمی‌شود رخ می‌دهد. پزشک معالج باید تمام قدرت خود را فراخواند. او به بیمار فرمان می‌دهد، او مانند پدری عبوس و نیرومند حرف می‌زند و اطاعت آنی و محض را از بیمار خود انتظار دارد، باین ترتیب که: «اونجا بخواب، باید خوابت کنم.» او با خشونت با وی رفتار میکند پاهایش را حرکت می‌دهد، پتوئی روی او میکشد. در خصوص اینکه مسئول کیست بحثی نیست. رشد بیمار کاهش می‌یابد. باین وسیله بیمار با زور و فشار به سیر قهقرائی کشانده می‌شود. تلقینات با قدرت مطلق داده می‌شوند. «سرتاپای شما، سرتاپای شما، یک خواب مقاومت^۱ ناپذیر سراپای شما را فرا خواهد گرفت. بیشتر و بیشتر، نمیتوانید با آن مبارزه کنید، مقهور آن شده‌اید، یک خواب مقاومت ناپذیر سراپای شما را فرا گرفته.»

اتخاذ قدرت توسط پزشک و تقلیل رشد بیمار منجر به سیر قهقرائی می‌گردد پذیرش تلقینات از طریق آمرانه و پرسیستیز توأم با آنها سیر قهقرائی تسهیل می‌گردد.

● روش غیر آمرانه -^۲ روش غیر آمرانه یا پاسیو در شرائط و حالت

بسیار زیادی برای القاء بوسیله تلقینات رلکس بکار برده می‌شود. ما با اتخاذ یک نقش مادرانه سمبولیک سیر قهقرائی را آغاز مینمائیم. به بیمار تسکین و آرامش داده می‌شود. با گفتار و ایما و اشاره، و رفتار خود ایده‌های سمبولیک محبت و اعتماد برقرار مینمائیم. صدای مایبوسته ادامه می‌یابد. این صدا یکنواخت می‌شود. کم کم جنبه لالائی پیدا میکند. سپس حتی از این هم آهسته‌تر می‌شود بین صحبت مکت هائی می‌شود. در ضمن این سکوت هامادر از خواب کوچولو استفاده می‌گردد (منظور دوران کودکی بیمار است) و یواشکی از اطاق خارج

1- Stature	رشد	2- Irresistible	غیر قابل مقاومت
3- The passive Approach			روش غیر آمرانه

میشد. اینها مکانیزم‌هایی هستند که بالالائی بیمار را خواب میکنند. بالاتر از همه او احساس امنیت میکند. میتواند خود را رها کند. او آنجا است. میتواند خود را ترك کند.

در ضمن میتوان وضع را برای تشدید اثر تلقین آماده نمود. اینکار بوسیله رابطه حسنه نزدیک بین بیمار و پزشک انجام میگردد.

تلقینات رلکس با آغاز سیر قهقرائی و تسهیل فرآیند تلقین، هیپنوز را القاء مینمایند، اما مکانیزم‌های مربوطه بر حسب اینکه روش آمرانه یا غیر فعال باشد باهم فرق دارند. این نکته منجر به يك ملاحظه عملی میگردد. ما باید یکی از این دو باشیم آمرانه یا پاسیو. بکار بردن نیمه‌کاره هر يك از این دو روش مانع عملکرد صحیح یکی از این دو مکانیزم میگردد. بیمار بحال هشیار و منقذ باقی مانده و هیپنوز باشکست مواجه میگردد. این موضوع حائز اهمیت زیاد است، زیرا دانشجو متمایل است که حالت میانه روی اتخاذ نماید، زیرا از طرفی میترسد که حالت آمرانه کامل اتخاذ کند و از طرف دیگر احتمال دارد که با دادن حالت پاسیو کامل احساس نا امنی زیادی بنماید.

درجه بندی تلقینات

① تسهیل تلقین - ملاحظات نظری دیگری هم باز وجود دارند. ما می‌خواهیم بیمار را به حالت مغزی ابتدائی و اولیه‌ای رهنمون شویم که در آن ارتباط بوسیله تلقین برقرار میگردد. در فرضیه تسلسلی فرض بر اینست که حالت اولیه مغزی توسط توانائی فکر منطقی که اخیراً اخذ شده از بین رفته است. مکانیزم اولیه تلقین میراث^۱ نژادی ما است. این مکانیزم بصورت^۲ نهفته و پنهان خواب

1- Grading of Suggestions

2- Phylogenetic heritage

3- Dormant

درجه بندی تلقینات

میراث نژادی

نهفته و پنهان

در وجود مانعته است زیرا آنچه را که اخیراً باز یافته‌ایم آنرا تحت الشعاع قرار داده است. برای القاء هیپنوز باید این فرآیند خواب و نهفته را مجدداً بیدار کنیم. و در همین ضمن عمل منطق و عقلانی مغز را در يك وضع تعلیق^۱ نگهداریم، این عمل لازم است چون وظیفه و عمل جدید و قفهای در فرآیند اولیه تلقین ایجاد مینماید.

● کند کردن حس انتقاد -^۲ از نظر بالینی ما این موضوع را بوسیله درجه بندی تلقینات مطرح مینمائیم. این بهترین نکته عملی در القاء هیپنوز بوسیله تلقینات رلکس میباشد. تلقینات را باید بر حسب سهولت پذیرششان درجه بندی نمود. اولین تلقینات را که به بیمار میدهیم، باید آنقدر سهولت پذیرفته شوند که امکان و احتمال رد کردن آنها وجود نداشته باشد.

با اکثر فرآیندهای فیزیولوژیکی و پسیکولوژی، در محدوده‌های معینی تکرار منجر به تسهیل عمل میگردد. این موضوع در مورد تلقین هم صدق میکند. قبول يك تلقین باعث تسهیل قبول تلقین دیگری میگردد. اگر اولین تلقین سادگی مورد قبول واقع شود يك تلقین کمی مشکلتر در مرتبه دیگر میتواند مورد قبول واقع گردد، درجه بندی تلقینات باید خیلی بتدریج صورت گیرد، اگر درجه بندی خیلی تند باشد، بدین معنی که اگر تغییر سریعی از يك تلقین که سهولت مورد قبول واقع میشود به تلقینی که پذیرش آن مشکل است صورت گیرد فرآیند عقلانی تضاد وارد عمل شده و در پذیرش آن وقفه ایجاد مینماید. این موضوع از نظر بالینی در مواردی است که بیمار تلقینات را رد میکند یا در مراحل اولین هیپنوز از خواب بیدار میشود. بدین طریق درجه بندی موفقیت آمیز بدو صورت عمل مینماید.

1- Abeyance

2- Dulling of criticism

وضع تعلیق

کند کردن حس انتقاد

اول اینکه فرآیند تلقینی نهفته را تسهیل مینماید، و دوم اینکه قوه ذهنی نقاد مغز را در حالت وقفه و تعلیق نگه میدارد. ما تلقینات را بدون توجه به اینکه روش آمرانه و یا غیر آمرانه در پیش گرفته ایم درجه بندی مینمائیم. لیکن در حالت آمرانه، بخاطر حالت اجباری سیر قهقرائی. احتیاج داریم که این تلقینات را کمتر بصورت تدریجی انجام دهیم. برعکس در روش پاسیو باید پیوسته درجه بندی بسیار تدریجی بعمل آید.

مبارزه طلبی^۱

● مبارزات مستقیم -^۲ وقتی به بیمار تلقین داده میشود، میتواند او را طوری بمبارزه طلبید که از قبول آن خودداری نماید. ممکن است به او بگوییم. «پاهای شما سنگین هستند» این يك تلقین رك و ساده است، لیکن اگر بگوییم. «پاهای شما آنقدر سنگین هستند که نمیتوانید آنها را حرکت دهید» ما يك حالت مبارزه طلبی را به تلقین اضافه میکنیم. بیمار ممکن است یکی از سه پاسخ زیر را به يك مبارزه طلبی بدهد. اول اینکه ممکن است اصلاً بآن اهمیت ندهد. دوم اینکه ممکن است آنرا بپذیرد و آنچه را که از او خوانسته شده انجام دهد. سوم اینکه آنرا بپذیرد، اما نتواند انجامش دهد. هر بار که بیمار پذیرفتن يك مبارزه را انکار نماید، بیشتر و عمیق تر بخواب هیپنوتیزم فرو میرود. اگر مبارزه را بپذیرد اما در انجامش با شکست مواجه شود، هنوز از اینهم عمیق تر به هیپنوز فرو میرود. از طرف دیگر اگر مبارزه را بپذیرد و بتواند انجامش دهد، فرآیند القاء تماماً به حالت وقفه کشیده میشود، و احتمال

1- Challenging

2- Direct challenges

مبارزه طلبی

مبارزات مستقیم

دارد که پزشک معالج با القای که باشکست مواجه شده رو بر و گردد. بدین ترتیب بمبارزه طلبی وسیله ساده‌ای را برای ازدیاد سریع عمیق خواب هیپنوز فراهم مینماید، اما بی‌وسه با خطر رد کردن توأم است. بنابراین حائز اهمیت زیاد است که بمبارزه طلبی با مهارت زیاد بکاررور.

● مبارزات غیر مستقیم - ملاحظات نظری مهمی درباره مبارزه طلبی وجود دارند، قبل از همه اینکه هر تلقین در حقیقت یک مبارزه طلبی مهم با خود همراه دارد. این مظهر و زبانی تلقین است. مثلاً این تلقین «پاهای شما سنگین هستند» مبارزه زبانی برای آزمایش سنگینی بوسیله حرکت دادن پاها با خود همراه دارد. آنچه معمولاً یک مبارزه نامیده میشود، همانا بیان مستقیم ایده‌ای است که در غیر این صورت معمولاً بصورت غیر مستقیم بیان میگردد. ملاحظه عملی مهم اینست که بیان مستقیم مبارزه چنانچه مورد قبول واقع نشود یا اگر قبول شده و با شکست مواجه گردد، تا حدود زیادی فرآیند تلقینی را تسهیل نموده و لذا عمق هیپنوز را زیاد میکند، اما در عین حال دارای این حالت آسیب‌پذیری^۱ برای پزشک است که امکان دارد با قبول مبارزه از طرف بیمار و موفقیت در انجام آن از حیثیت و اعتبار پزشک کاسته شود.

هنگامیکه مبارزه طلبی بشکل زبانی بیان میشود و بیمار مبارزه را پذیرفته و موفق میشود، پزشک معالج زیان از دست دادن اعتبار و حیثیت را نمی‌بیند. در حقیقت میتواند آنرا ندیده گرفته و به تلقینات خود ادامه دهد. اگر بیمار پاهای خود را تکان دهد در حالیکه با او گفته شده که سنگین هستند. این حالت نشان میدهد که قوای ذهنی نقاد بیمار فعالانه کار میکنند، و در حال حاضر مانع پذیرش تلقینات میگردد. اما پزشک معالج با انکار بی‌پرده^۲ تلقیناتش مواجه نمیکردد. او

میتواند روش خود را به دادن تلقینات آرام، ساده و راحت تبدیل نموده و باین ترتیب از فعالیت قوای ذهنی نقاد بکاهد سپس او به سنگینی پاها بر میگردد.

قدرت تلقین مبارزه طلبی غیر مستقیم که بوسیله ارتباط زبانی منتقل میگردد، میتواند با تأکیدی که روی کلمات گذاشته میشود تغییر داده شود. باینوسیله میتوان بطور مؤثر بیمار را بمبارزه طلبید و در همین ضمن ازامنیت این حقیقت که اگر بیمار مبارزه را پذیرفته و موفق شود، باز هم با وضعیت سخت مواجه شدن با تلقین مستقیم رده شده مواجه نیستیم بهره مند شویم.

● مبارزه طلبی آمرانه و غیر آمرانه - مفهوم کلاسیک مبارزه طلبی در حقیقت مربوط به روش آمرانه است.

روش آمرانه مبارزه طلبی را تسهیل میکند، و مبارزه طلبی قدرت آمرانه را زیاد مینماید. این موضوع کاملاً ساده است. لیکن روش غیر آمرانه کاملاً متفاوت است. مورد استفاده « مبارزه طلبی » فوراً انجام هیپنوتیزم را در روش آمرانه قرار میدهد.

از نظر زبان و مفهوم کلام معمولاً عقیده بر اینست که يك مبارزه طلبی مستقیم نمیتواند بطور غیر آمرانه بکار رود. ولی من باین موضوع عقیده ندارم. بنظر من موضوع در تجزیه و تحلیل عقیده واقعی که بیان میشود حل میگردد نه در معنی منطقی کلمات، بدین ترتیب این تلقین « پا های شما آنقدر سنگین هستند که نمی توانید آنها را تکان دهید » میتواند بطریقی گفته شود که يك مبارزه محرک برای آزمایش حرکت پاها باشد از طرف دیگر میتواند بطریقی نیز گفته شود که يك بیان حقیقی و واقعی را برساند. تأکید روی این حقیقت است که پاها آنقدر سنگین هستند که نمیتوان آنها را حرکت داد. در این زمینه مبارزه برای حرکت پاها مبهم و کنگ است نه مستقیم. بنظر من مبارزاتی که

باینطریق داده میشوند، با اصول هیپنوز «غیر آمرانه» هم آهنگی و سازش دارند. این موضوع بطور وضوح با مورد استفاده نگاه خیره در روش غیر آمرانه مشابه است.

● **بمبارزه طلبی فعالیت اولیه و ثانوی** - در بمبارزه طلبیدن يك «سوزه» که عمیقاً هیپنوتیز نشده، گاهی بمبارزه طلبیدن ایجاد فعالیت ثانوی را میکند که واقعاً مفید است. تنها این حقیقت که فعالیت اولیه بمبارزه طلبیده نمیشود بآن فرصت می دهد که ادامه پیدا کند. این بنوبه خود دارای تأثیر پشتیبانی زیاد فعالیت ثانویه میباشد. این ایده با ملاحظه يك مثال روشن میشود. ممکن است تلقین شود که يك دست سفت و محکم است، ولی ممکن است، دست کاملاً سفت نبوده و نامطمئن و ناقص باشد. يك حرکت دورانی ممکن است کاملاً سفت و محکم نشده القاء گردد. محکم شدن دست را میتوان يك فعالیت اولیه در نظر گرفت و حرکت دورانی را فعالیت ثانویه. در این مرحله بهتر است بیمار را بمبارزه بطلبیم که حرکت دورانی را متوقف کند، بجای اینکه در باره محکمی اولیه او را بمبارزه بطلبیم اصرار و پافشاری در محکم نگهداشتن دست، از حرکت دورانی را تقویت نموده و بیمار بمبارزه را نمی پذیرد.

روش دادن تلقینات لفظی^۱

● **اثر صدای یکنواخت**: ما بایستی ملاحظات نظری اساسی و اولیه را همیشه در نظر داشته باشیم. کلمات باید به ترتیبی بیان شوند که فرآیند تلقین را ارتقاء دهند. این کلمات باید به ترتیبی بیان شوند که ارزیابی انتقادی را ایجاد نمایند. این کار توسط يك صحبت ساده و یکنواخت ممکن میگردد. این نقطه مقابل طرز تلفظ روشن، مختصر^۲ و بدن حشو^۳ زوائد یکفرد

روش دادن تلقینات لفظی
1- Method of Giving verbal suggestions
بدون حشو و زوائد
2- Concise مختصر
3- Clipped

کار آزموده و صلاحیتدار است که بایک وضعیت حقیقی سروکار دارد. در اینجا يك نکته فن عملی نتیجه میشود. چنانچه القاء را با صحبت بوسیله صدای کشیده و یکنواخت^۱ شروع کنیم، بنظر بیمار ناجور و نامتناسب جلوه می کند. او آنرا بمراقبت می پردازد. قوای ذهنی نقاد او هشیار می شوند، و این همان چیزی است که ما میخواستیم از آن اجتناب کنیم.

بنابراین تلقینات اولیه را با صدای معمولی صحبت خود شروع می کنیم، و بتدریج در صدای خود تغییر میدهیم بطوریکه برای بیمار محسوس^۲ نباشد و این صدای معمولی یواش، یواش به صدای کشیده و یکنواخت هیپنوز تبدیل می شود.

● تکرار و مکثها - پزشک معالج باید بخاطر داشته باشد که فعالیتهای بدنی در هیپنوز کندتر میشوند. در میزان فعالیت تنفسی و نبض کاهش ایجاد میشود، فعالیت مغزی و فکری کم میشود. بنابراین ایدهها باید پیوسته تکرار شوند و خیلی سریع ایدههای موجود در تلقینات شفاهی و لفظی به بیمار ارائه نشوند. تکرار دائمی ایدهها را به میزان حالت یکنواختی اضافه کرد و در مقابل ارزیابی انتقادی دفاع مینماید. بین ایدههای متوالی وقفههایی بعمل میآید. طولانی کردن تدریجی وقفهها احتیاج به قضاوت و سنجش صحیح دارد. بطور کلی وقفهها بشرط اینکه در بیمار علائم اضطراب و ناراحتی مشاهده نشود پیوسته طولانی تر میشوند. وقفهها بتدریج به حالت سکوت طولانی تبدیل میشوند.

● کاهش دادن صحبت - بتدریج که تلقین داده میشود، از تر کیب دستوری زبان پیوسته کاسته میگردد. ایده تلقینات اولیه با جملاتی که بطور عادی و معمولی ساخته میشوند بیان میگردد. بتدریج که این فرآیند ادامه مییابد جملات جای

خود را به عبارات می دهند، که این عبارات ایده مر کزی و اصلی را می رسانند. این عبارات نیز بنوبه خود جای خود را به کلمات ساده می دهند که با آرامی و با تأکید بیان میشوند. این فرآیند باز هم ادامه یافته و کلمات جای خود را به اصوات بدون تکلم و خرخر و آه میدهد. ایده های مهم با تأکید بیان میشوند. تأکید روی کلمات یا عبارات با آهنگی انجام میشود. تا برای بیمار نامتناسب و ناجور جلوه نکند. کلماتی که دارای کشیدگی صوت هستند نسبت با نهائیکه صدای کوتاه دارند ارجحند. نمونه این کلمات بزبان انگلیسی « Drawsy » و « Sleep » و « Heavy » می باشد.

● آماده کردن برای خواب - القاء خواب بوسیله ارائه ایده هاییکه به همراهی های فیزیولوژیکی و معمولی خواب مربوط میباشد کمک میکند. باین ترتیب ایده های آرامش، راحتی، گرما، سنگینی پلک ها و تنفس منظم ضمن تلقینات داده میشود.

پزشک معالج ممکن است با تقلید صدا و رفتار افراد خیلی خواب آلود به القاء خواب کمک دهد اینکار در مورد پزشکانی که واقعا احساس خواب آلودی را برای خود می طلبند سهولت انجام میگیرد. اثر خود هیپنوتیزم کردن تلقینات لفظی اینعمل را آسان میسازد. صدای او خصوصیت واقعی خواب آلودی را بخود میگیرد و ممکن است يك نفس عمیق اتفاقی، خمیازه یا آه بکشد. این مانور تماماً تلقینات شبه لفظی و غیر لفظی به بیمار میدهد که از تلقینات لفظی که همین ایده ها را بیان میکنند مؤثر تر میباشد. در این فن تأثیر بر روی بیمار تا حدودی از روش معمولی صدای یکنواخت و عمدی متفاوت است. واضح است که پزشک معالج باید کنترل کامل و ساده حالت مغزی خود را حفظ کند

تا بتواند در صورتیکه شرائط ایجاب کند فوراً به حالت فکری دیگری تغییر وضعیت بدهد .

● استفاده از احساس بیمار -^۱ در جلسه بعد ممکن است بتوان از احساسات ذهنی و باطنی که بیمار در هیپنوز تجربه کرده است بهره برداری نمود. پس از جلسه اول بیمار ممکن است بگوید که يك سنگینی بسیار زیاد در پاهایش احساس کرده، یا درباره شناور^۲ بودن یاستی و کرختی بی نهایت زیاد بدنش حرف بزند. در جلسه دوم معمولاً میتوان با دادن تأکید زیاد به احساسی که قبلاً توسط بیمار تجربه شده هیپنوز را بسرعت القاء نمود .

● مرحله اول - حرکت غیر ارادی دستها یا پاها - ما دارای رابطه حسنه با بیمار هستیم و هیپنوز را برای وی تشریح کرده ایم، بدینمعنی که تأکید کرده ایم که او خودش بگذارد که استراحت نماید و اینکه در واقع او میتواند تا آن اندازه خود را رها کند که هر چه را ما بگوئیم بطور خودکار رخ دهد .

● تدارکات و وسائل خاص لازم نیست - برای القاء هیپنوز بوسیله تلقینات رلکس، آرام بودن نسبی اطاق امتیازی بحساب میآید . بسیاری از نویسندگان که در اینمورد مطالبی می نگارند توصیه مینمایند که اطاق باید مطلقاً آرام و ساکت باشد . در واقع این يك کار عادی است که پزشکان متخصص در رشته هیپنوز درهای مضاعف قالی های ضخیم، و دریچه های ضد صدا داشته باشند، تا صداهای خارجی^۳ را بحد اقل ممکنه برسانند. لیکن من ترجیح میدهم که از اینگونه احتیاطات قبلی صرف نظر نمایم . بنظر من هدف باید این باشد که به بیمار اینطور حالی کنیم که هیپنوز يك جریان ساده و عادی است که احتیاج

1- Using the patient's sensations

استفاده از احساس بیمار

2- Floating

شناور بودن

3- Extraneous sound

صداهای خارجی

به اسباب و وسائل مخصوص، چراغهای پر نور، میزانه^۱ شمار و آزمایشات عجیب و غریب تلقین پذیری نداشته و اطاقی که مخصوص اینکار ساخته شده باشد نمیخواهد بعلاوه ما میخواهیم بیمار را به نوعی آرامش خیال رهنمون شویم، ما میخواهیم با و حالی کنیم که آرامش خیال حالتی است که از درون ایشان سر چشمه میگردد نه چیزی که از بیرون بر ما تحمیل میشود. بساین دلیل روش من اینست که هیچگونه احتیاط مقدماتی برای آرام نگه داشتن اطاق در نظر نگیرم. بدین ترتیب بیمار فرا میگردد که بر اضطراب^۲ کوچک خود فائق آمده و گامی بسوی تمامیت فیزیولوژیکی خود بردارد.

عامل دیگر که مربوط به اثر آشفته کننده صدا میباشد اینست که صدا ممکن است پزشک سست^۳ اراده را بیش از بیمار ناراحت کند. دانشجوئی که قدری هیجانی است احتمالاً از صدای خود خیلی آگاه است و بنوبه خود احتمال دارد که از صداهای خارجی آگاه باشد. بنابراین بخوبی این امکان هست که بیشتر احتیاطهای قبلی در مقابل صداهای خارجی بخاطر آرامش خیال خود پزشک باشد نه بخاطر آرامش خیال بیمار.

چند سال پیش در اطاق کوچک یکی از بیمارستانها سر گرم هیپنوتیزم کردن بیماری بودم که خیلی به سختی هیپنوتیزم میشد. تنها يك در ب سبک اطاق را از يك کریدور شلوغ و بدون قالی جدا میکرد. درست در لحظه حاد القاء پرستاری يك سینی پر از فنجان راپشت در اطاق روی زمین انداخت. صدای وحشتناکی ایجاد شد. من بخوبی احساس کردم که بدنم تماماً از روی صندلی پریدامابا کمال تعجب حتی يك لرزش کوچک پلك بیمار را هم مشاهده نمودم.

1- Metronome

میزانه شمار

2- Distraction

اضطراب

3- Insecure therapist

پزشک سست اراده

ممکن است بیمار روی یک صندلی راحت بنشیند، یا روی یک نیمکت دراز بکشد. برای جلسه اول قدری ساده تر است که بگذاریم بیمار دراز بکشد چون این عمل برای ارتباط غیر لفظی نظیر حرکت دست و پاها و کشیدن پتو روی بیمار آزادی عمل بیشتری به دکترا میدهد. من از یک نیمکت معاینه طبی استفاده میکنم که از نیمکت‌هایی که معمولاً در اطاق‌های مشورت (مطب‌ها) پیدا میشود کمی عرضتر و راحت تر است. برای بیمار این موضوع دارای این تأثیر است که مشاوره در یک محیط طبی بعمل می‌آید نه در یک محیط خصوصی، و به پزشک نیز این حق را میدهد که چنانچه احساس کند که میتواند ایده رلکس را با انعکاس عصبی یا لمس شکم منتقل نماید از این وسیله استفاده نماید.

● کشش ماهیچه‌ای در وضعیت استراحت -^۱ وضع حقیقی بیمار را احتیاج به پاره‌ای ملاحظات دارد. بیمار ممکن است یک وضع راحتی کامل اتخاذ نماید، اما اگر دقیقاً مورد معاینه قرار گیرد، مشاهده میشود که کشش ماهیچه‌ای قابل ملاحظه‌ای وجود دارد. ماهیچه‌ها عملاً برای نگهداری دستها و پاها در حالت رلکس دچار حالت تونوس میگردند. این حالت از امور بطور خیلی عمومی در افراد مشاهده میگردد که دارای حالت هیجانی بوده و بطور آگاهانه صورت و وضعیت استراحت را بخود میگیرند. دیگر بیماران وضعیت استراحت را بخود میگیرند و در حقیقت هم، کاملاً در حالت استراحتند. اما یک افزایش تدریجی در آهنگ ماهیچه‌ای ممکن است بر آنها غالب آید، تا بتوانند درست در همان وضع ظاهری رلکس باقی بمانند، اما بتدریج که القاء جلو میرود اضطراب آنها عود کرده و این اضطراب در کشش ماهیچه‌ای ظاهر میگردد.

کشش ماهیچه‌ای در وضعیت رلکس

1- Muscular tension in relaxed position

2- Recurs

عود، بازگشت

باید با دقت کامل به بیمار توجه داشت و الا احتمال گمراهی پزشک معالج وجود خواهد داشت. فن جایجا کردن اتفاقی^۱ دستها و پاهای بیمار از این حیث دارای اهمیت و امتیاز واضحی میباشد.

بیمارانی که هیپنوز را با خواب رفتن در روز مساوی میدانند آنرا یک وضعیت خواب را بخود میگیرند. آنها پای خود را از قسمت زانو خم کرده و نیم غلتی به یکطرف میزنند. این حرکت بیمار توضیح روشنی برای اختلاف بین خواب معمولی و خواب هیپنوتیک بوده و گفته میشود که چنانچه انسان بروی پشت بخوابد پذیرش حالت مغزی خواب هیپنوتیک سادهتر میگردد.

● **دلایل کندن لباس** - اگر به بیمار فرصت داده شود که بمقدار کافی لباس خود را بیرون بیاورد. دارای امتیازات بزرگی خواهد بود. اولاً بیمار دلهره^۲ له^۳ شدن و از اطو خارج شدن لباسهایش را نخواهد داشت. رلکس را با راحتی بدنی زیادی که بیمار پیدا می کند آسانتر میسازد، همچنین بهرلکس و خواب کمک مینماید. چون ماشب هنگام برای خوابیدن به بیرون آوردن لباسهای خود عادت کرده ایم. بیرون آوردن لباس ادامه می یابد که تا این ایده را که موضوع قید^۴ و بند و شرم و حیا در کار نیست، در بیمار فعال نماید. همچنین به بیمار خاطر نشان مینماید که او تحت معالجه^۵ طبی قرار میگیرد. در طبابت حقیقی بهترین کار برای یک بیمار مرد اینست که کت، شلوار، کفش و جورا بهایش را از بدن خارج کند. بیمار زن باید لباس و هر گونه پوشش محکم (از قبیل کمرست شکم) را بیرون بیاورد تا ماهیچههای شکمی سهولت قابل دسترسی و لمس باشند درجه^۶ سستی ماهیچههای شکم علامت بسیار خوبی برای اینست که بدانیم چقدر

1- Casually handling

2- Crushing له شدن

4- Flaccidity

3- Reserve

جایجا کردن اتفاقی

قید

سستی

تلقینات سستی مورد قبول بیمار واقع میشوند. غالباً مشاهده میشود که دستها و پاها کاملاً سست و کرخت هستند. در حالیکه ماهیچه‌های شکم همچنان سفت میباشند. این موضوع غالباً در نوجوانان مضطرب بخصوص مردهای جوان رخ میدهد. در چنین مواردی لمس اتفاقی شکم ضمن دادن تلقینات دارای ارزش قابل ملاحظه‌ای میباشد، در غیر اینصورت ممکن است بیمار کمتر از آنچه یزشک تصور میکند در حال رلکس باشد.

از بیماری که در جلسه قبل از نظر بدنی مورد معاینه قرار گرفت صرفاً سؤال میشود: «فقط لباسهایت را بیرون بیاور و برو روی تخت آزمایش، درست مثل دفعه قبل. میخوامم درست مثل دفعه قبل استراحت کنی. تنها این مرتبه قدری کاملتر از دفعه قبل رلکس خواهی شد باینوسیله ادامه تمام فرآیندهیپنوز حفظ شده و به بیمار اطمینان خاطر داده میشود که دست به عمل کاملاً تازه‌ای نخواهد زد.

ایجاد انعکاسهای عصبی^۱

«من فقط این انعکاسها را یکبار دیگر انجام میدهم. آرام، راحت، سست و بیحرکت برای کمک کردن بمن حرکت نکن. من دستت را بلند می‌کنم. دستت الان در حال رلکس است. تو حرکتش نده. من حرکتش میدهم.»

چندبار با آرامی انقباض در ماهیچه^۲ دوسر ایجاد میکنیم. به بیمار میگوئیم «دستت روی تخت آزمایش می‌افتد» این عمل بادست دیگر تکرار میشود. در اینجا يك نکته عملی پیش می‌آید. ابتداءً دستی را مورد توجه قرار میدهیم که بهما نزدیکتر است. برای دسترسی به دست دیگر، باید خود را به طرف

1- Elicitation of tendon reflexes

ایجاد انعکاسهای عصبی

2- Biceps

ماهیچه‌های سر

دیگر بدن بیمار برسانیم. اینکه چطور بیمار بطور غریزی دستش را بلند میکنند، که کار را برای ما ساده تر کند، قابل ملاحظه است. این چیزی نیست که ما میخواهیم. هدف ما حالت پاسیو بودن کامل بیمار است. در نتیجه این واکنش پیش بینی میشود. میگوئیم. « دستهایت الان افتاده است. من دست دیگر را میگیرم. تو برای کمک بمن حرکت نکن» در القاء بوسیله رلکس هرگز نباید کاری که باعث غافلگیری بیمار شود. زیرا این عمل باعث افزایش اضطراب و کشش و هیجان او میشود. از اینرو، همیشه قبل از اینکه کاری بکنیم باید با او بگوئیم که چکار می خواهیم انجام دهیم. در مثال حاضر بیمار ممکن است هم اکنون چشمهایش را بسته باشد. ما نمیخواهیم با بلند کردن دست دیگرش بطور ناگهانی او را برسانیم، بنابراین ما بدون صحبت با او ایجاد رابطه مینمائیم، بدین معنی که ضمن خم شدن روی سینه او پتوئی را که روی او کشیده شده لمس مینمائیم. بعلاوه انگشتان، لحظه ای قبل از اینکه دست او را از قسمت میچ بگیریم آستین او را لمس خواهیم کرد. بدین ترتیب بیمار از آنچه که میخواهد رخ دهد آگاه میشود. در واقع موضوعاتی نظیر اینست که گر چه برای دانشجوی تازه کار جزئی^۱ و کم اهمیت جلوه میکنند، ولی موفقیت یا شکست هیپنوز را تعیین میکنند.

⊙ **اخطار برای لمس کردن** - انعکاسهای عصبی دست دیگر را ایجاد میکنیم و در ضمن چند تلقین برای رلکس شدن به بیمار میدهیم. میگذاریم. که دست روی تخت آزمایش بیفتد. اکنون به پاها میپردازیم، اما ابتداء بوسائل غیر لفظی آنچه را که میخواهیم انجام دهیم ایجاد رابطه مینمائیم. دانشجو ممکن است پرسد. «اگر لازم است که به بیمار اخطار و آگاهی دهیم چرا با او نگوئیم چکار می خواهیم بکنیم» پاسخ باین سؤال ساده است. اگر با مفهوم منطقی

کلمات ایجاد رابطه کنیم، مالزماً قوای ذهنی نقاد مغز بیمار را فعال مینمائیم این درست همان هدفی است که سعی داریم از آن اجتناب کنیم. شاید ما گوشه پتو را روی دستی که هم اکنون گذاشته ایم بیفتد بیندازیم. سپس هرگز پتو را کمی می کشیم، و بعد دست ما در جائیکه پتو پای بیمار را میپوشاند لمس خواهد کرد. باینوسیله ما به بیمار حالی کرده ایم که توجه ما از دستها به پاها معطوف شده است. ما حالا پتو را از روی پاهای بیمار دور می کنیم. این حرکت بطور غیر مترقبه پیش نمی آید. بنابراین او را ناراحت نخواهد کرد. سپس می گوئیم. «تمام بدن شما رلکس است، ساده است که بگذاری رها و شل شوی، پاهایت افتاده اند، آنها را برای کمک بمن حرکت نده آنها افتاده اند.» ما دست خود را از زیر زانوهایش رد می کنیم. تا برای ایجاد انعکاس عصبی زانو، آنها را بلند کنیم، اما از آنچه میخواهیم انجام دهیم قبلاً او را هشیار می نمائیم قبل از اینکه ما دستهای خود را از زیر پایش رد کنیم، او دست ما را روی نیمکت احساس میکند. می گوئیم. «پاهایت را حرکت نده. من آنها را حرکت میدهم» بار دیگر با تماس آهسته چکش مخصوص انعکاس عصبی روی زانوی بیمار، قبل از اینکه آنرا به زانویش بزنیم تا ایجاد انعکاس نمائیم با فرصت می دهیم که از عملی که میخواهیم انجام دهیم آگاه شود. اولین ضربه چکش ما بسیار آرام خواهد بود، ما یک انعکاس خیلی سریع^۱ و فرز نمی خواهیم، که تنها اثر آن مضطرب کردن بیمار است. می گوئیم، «پاهایت را تکان نده من آنها را تکان میدهم، همه اعضا در حال رلکس هستند».

● حرکت غیر ارادی دستها و پاها - باید پاها را آزاد کرد تا روی میز بیفتد، و دست خود را بعقب بکشیم. می گوئیم «همه چیز در حال رلکس است» به دستها بر میگرددیم، دست پزشکی در امتداد تخت حرکت می کند و به دست

بیمار می‌رسد. و بیمار میدانند که توجه ما از پاها به دستهایش معطوب شده است. «تمام بدن در حال رلکس است» دستها سست و رلکس است. آستین او را لحظه‌ای لمس می‌کنیم، از قسمت میچ دست او را میگیریم و بلند می‌کنیم، و میگذاریم که روی تخت بیفتد، دست ما در ضمن خم شدن روی بدن او سینه‌اش را لمس مینماید، آنگاه آستین دست دیگرش را لمس مینماید. وقتی بیمار حرکت آزاد دستهایش را بطور غیر فعال آزاد میگذارد. نه تنها سستی دستهایش کامل‌تر میشود بلکه در آن حالت غیر فعال مغز بوجود می‌آید که هیپنوتیزم را تسهیل مینماید. او خود رازها مینماید. به پزشک اجازه میدهد که او را مانند بچه‌ای حرکت دهد. صحنه برای سیر قهقرائی آماده شده است. يك نکته عملی درباره حرکت غیر فعال دستها اینست که وقتی بیمار استراحت می‌کند. اگر دست او با کشیدن آستین بجای گرفتن میچ بلند شود. استراحت و رلکس کامل‌تری نتیجه میشود. وقتی دست بوسیله آستین بلند می‌شود بیمار تمایل کمتری دارد که با کمک کردن بوی از طریق حمل قسمتی از وزن دستش به پزشک کمک دهد.

● لمس ماهیچه‌های شکم - ما به بیمار می‌گوییم: «همه اعضا در حال رلکس هستند، این ماهیچه‌ها شل و سست هستند» بیمار هنوز دست ما را روی آستینش حس می‌کند، سپس روی ماهیچه دوسر اوفشار می‌آوریم و می‌گوییم «خوبه ماهیچه‌های شکمت هم شل هستند.» پتو به عقب زده میشود و دست ما با آرامی اما بطور استوار روی ماهیچه‌های شکم او حرکت میکنند. بمنظور استراحت بهترین ناحیه برای لمس کردن درست زیر حاشیه دنده^۲ زیرین است. «همه اعضا رها می‌شوند، تمام ماهیچه‌های بدن و نهاد می‌شوند»:

- 1- Palpation of Abdominal muscles
- 2- Below the costal margin

لمس ماهیچه‌های شکم
حاشیه دنده زیرین

لمس ماهیچه‌های شکم در اولین مراحل القاء بوسیله تلقین رلکس حرکت پرارزشی است. به پزشک معالج فرصت میدهد که درجه رلکس بدست آمده تخمین زده شود، وسیله‌ای برای انتقال ایده‌های رلکس بعدی است. همچنین وسیله‌ای برای پزشک فراهم میکند، تا از نظر احساسی به بیمار نزدیک تر شود. این ممکن است کمکی برای تخفیف اضطرابی که بیمار در جلسه اول احساس میکند باشد. این عمل رابطه حسنه را زیاد کرده و سیر قهرائی را آسان مینماید.

اینکار مرحله اول القاء هیپنوز بوسیله تلقین‌های رلکس را پایان میرساند باین نکته توجه خواهد شد که تلقینات زبانی و شفاهی در کمترین حد ممکن بکار میروند. این مرحله با ارتباط غیر لفظی تلقینات رلکس بوسیله دستکاری بیمار بطور غیر ارادی مربوط میباشد.

● اجتناب از تلقین مستقیم - بطور کلی اجتناب از تلقین شفاهی مستقیم در مرحله اول بطور مؤثر شانس رد کردن تلقینات را کاهش میدهد. بیمار میتواند فقط يك تلقین بخصوص را رد کند. شکست او در پذیرش يك ارتباط غیر لفظی دارای اثر رد کردن نیست، زیرا پزشک معالج صرفاً کار را از پیش^۱ میبرد و با نادیده گرفتن وضعیت، پزشک از بیان اینکه ارتباط غیر لفظی را در نظر داشته به بیمار خودداری وانکار مینماید. باین وسیله مرحله اولیه که دارای اشکال زیادی است بدون اینکه به بیمار فرصت واقعی داده شود، که تلقینی وارد کند، پایان میرسد. فرآیند هیپنوتیکی شروع شده، ورد کردن تلقینات لفظی مستقیم در مرحله دوم خیلی کمتر محتمل است.

● گذشتن از آزمایش بدنی -^۲ چند نکته عملی مربوط به مرحله اول

1- Carries on کار را از پیش بردن

2- Transition from physical examination گذشتن از آزمایش بدنی

وجود دارد که قابل ملاحظه و بررسی میباشد. اولین نکته مهم اینست که در مغز بیمار بماند که جریان فعلی کار مشابه وقایع جلسه اول است که شامل اخذ سابقه بیماری و آزمایش بدنی بود.

رفتار و روش پزشک باید تا آنجا که ممکن است در دو مورد مشابه باشند. تا کنون بیمار را در روز اول مورد آزمایش قرار داده ایم، بنابراین به واکنش او نسبت به حرکت غیر ارادی دستها و پاها واقفیم. اگر این حرکت ایجاد کشش و اضطراب کند، باید بکندی جلو برویم. افراد متزلزل و زنانیکه دارای صفت تهاجمی مردانه هستند با احتمال زیاد از این بابت ایجاد ناراحتی میکنند. گاهی اوقات لازم می آید که روش خود را به حالت فعال نظیر حرکت تکراری یا روش دینامیک تغییر دهیم، پس از اینکه دو یا سه مرتبه هیپنوزالقاء کردید میتوان مجدداً به تلقینات رلکس برگشت. این حرکت حائز ارزش عملی قابل ملاحظه ای است، زیرا افراد متزلزل و نا پایدار و زنانیکه دارای صفت تهاجمی مردانه هستند، غالباً از القاء غیر فعال ساده توسط تلقینات رلکس^۱ ظاهری بدست می آورند. اگر بیمار علائم اضطراب کوچکی از خود نشان دهد، بوی اطمینان داده میشود؛ باینترتیب «آرام، راحت، آسود، تو فقط آنجا خوابیده ای خودت همه کارها را انجام می دهی، آرام و راحت، فقط بگذار و انهداده شوی»:

اگر ضمن اولین مرحله بیمار هیجانی شود. احتمالاً او به درستی برای این روش انتخاب نشده است، فوراً باید به حرکت دست تغییر روش داده شود. پزشک معالج باید پیوسته آرام و راحت بوده و عجله نکند. و بالاتر از همه پایدار باشد.

● مرحله دوم - تلقینات شفاهی برای رلکس - درایده القاء هیپنوز بوسیله تلقینات رلکس که مورد قبول عامه است، با آنچه که اخیراً بعنوان اولین

مرحله توضیح داده شد چیزی که قابل مقایسه باشد وجود ندارد، توضیح کلاسیک با آنچه که ترجیح میدهم دومین مرحله بنامم شروع میشود .
 بهتر است بیمار روی پشت بخوابد و بالش کوتاه و راحتی زیر سرش بگذارد.
 گاهی اوقات بیمار مثل اینکه برای خوابیدن آماده میشود بیکطرف می‌غلطد.
 از اینکار باید اجتناب شود . اگر بگذاریم که بیمار در چنین وضعی بخوابد ،
 احتمال دارد که از خواب بعنوان يك وسیله دفاعی علیه هیپنوز استفاده نماید.
 ممکن است از حالت ' چرت زدن بخواب معمولی برود . این حقیقت که بیمار
 باید طاق^۱ باز بخوابد بصورت يك ارتباط غیر لفظی مورد استفاده قرار میگیرد
 و مفهوم آن اینست که خواب هیپنوز با خواب طبیعی متفاوت است .

● تلقینات برای خواب و رلکس - میگوئیم « اکنون درست روی نیمکت
 خوابیده‌اید، روی نیمکت افتاده‌اید . در باره پاهایتان فکر کنید، پاهایتان،
 ماهیچه‌های پاهایتان استراحت می‌کنند. آنها رها میشوند. ماهیچه پاهایتان رها
 میشوند. همینطور که آنها رها میشوند شما وزن پاهایتان را احساس می‌کنید،
 وزن پاهایتان پیوسته روی نیمکت زیاد میشود، سنگین، يك استراحت سنگین.
 پاهایتان با این استراحت سنگین هستند. رلکس و سستی سنگینی تمام بدن شما را
 فرامیگیرد. این سنگینی را بر راحتی با خشنودی پذیرید. وزن بدنتان را روی
 نیمکت احساس می‌کنید. سنگین . يك استراحت خواب آلود . پاهایتان در اثر
 آن سنگین هستند . دستهای شما در نتیجه آن سنگین هستند . سر پاهایتان را
 فرامی‌گیرد. پلکهایتان با آن سنگین میشود . رلکس ، سنگین و خواب آلود
 رلکس خواب آلود و سنگین. خواب، آن خواب سنگین و خواب آلود ، آن
 سرپای شما را فرامیگیرد . خود را با آن رها کن - همراه آن برو چشم‌ها با

خواب آن سنگین هستند. نفس‌ها در نتیجه آن راحت و آرام هستند. سرپای شمارا فرا گرفته. این خواب عمیق و عمیق، اگر بنا باشد مانورهای مرحله سوم حذف شوند، تلقینات خواب رامی‌توان باین روش داد. اگر پزشک پیشنهاد می‌کند که به مرحله سوم پیش برود تلقین خواب را نمی‌دهد. بعوض آن روی ایده و انهداکی تأکید بعمل می‌آید.

در گذشته کلام و بیانی^۱ معین مانند آنچه در بالا گذشت بکار برده میشد دانشجو باید این کلمات معین را بخوبی یاد میگرفت و سپس با تکرار آنها دست به هیپنوتیزم کردن بیمار میزد. روش توجیهی^۲ دینامیک ما نشان می‌دهد که این طریق ناشی از عدم اعلام و^۳ آگاهی است. تلقینات داده شده در بالا صرفاً راهنمایی برای دانشجو است. تلقینات هرگز برای دو بیمار یکنواخت نخواهد بود. بلکه بر طبق لحظه به لحظه احتیاج وضعیت تغییر می‌کنند. هرگز نباید از دانشجو خواسته شود که یک سری کلمات تلقینی یاد بگیرد.

● طرز دادن تلقینات - تلقینات با آرامی و با صدای نسبتاً یکنواخت بیان میشوند. آنها باید بقسمی ادا شوند که برای انسان مانند حقیقتی غیر مشکوک و غیر قابل انکار جلوه کنند. مثلاً «پاهای شما سنگین هستند» این تنها یک نظریه است درباره حالت پاهای بیمار. این جوهر و عصاره تلقین است. این یک فرآیند منطقی و معقول نمی‌باشد. اگر بطرزی بگوئیم. «پاهای شما سنگین هستند» که بیمار را متقاعد سازیم که آنها سنگین هستند، ما در سرحد^۴ ترغیب واقع شده‌ایم، و احتمال دارد که قوای ذهنی نقاد بیمار فرآیند تلقین را متوقف سازد.

● چشمها ضمن القاء رلکس - توجه خواهد شد که در فنی که توضیح

1- Patter کلام و بیان

2- Orientation توجیهی

3- Uninformed عدم اعلام و آگاهی

4- Bordering سرحد

داده شد، دستوری راجع به چشمهای بیمار داده نشده. این متناقض عمل عامه پسند است.

روش معمول اینست که بگوئیم، بیمار چشمهایش را به شی براق و یا حتی انگشت پزشک متمرکز کند، و در این ضمن تلقین داده شود. برخی از هیپنوتیست ها به سوژه خود می گویند که چشمش را به بندد. این فنون همانا ساده کردن کار میباشد. آنها کار را برای پزشک ساده تر می کنند، زیرا نگاه خیره بیمار را از پزشک منحرف کرده و در این مراحل اولیه بیمار مستعد بررسی دقیق پزشک میباشد. لیکن بنظر من این فنون تا حدود زیادی امکانات دینامیک وضعیت هیپنوتیک را محدود مینماید. ما می خواهیم آنچه را که احتمالا می توانیم درباره تغییرات لحظه به لحظه حالت فکری بیمار رخ می دهد بدانیم. ما این تغییرات را در چشمان معمول میتوانیم ببینیم. ما میتوانیم اضطراب اعتماد، ترس و تشویش، یا حالت بین خواب و بیداری را از چشمان «سوژه» بخوانیم. اگر به بیمار بگوئیم که چشمانش را به بندد یا به چیزی خیره شود، ما این منبع اطلاعاتی را از دست می دهیم. بعلاوه بیمار می تواند برای انتقال ایده های خودش، که نمیتواند با کلمات و عبارات بیان شان کند مانند «من می ترسم». «حال من خوبست». «مرا ترک نکنید» از چشمان بیمار درک کند. يك حالت تنگ شدگی تدریجی شکاف بین پلکها، خود علامت قابل اطمینانی برای مشرف بودن به هیپنوز میباشد.

اگر پلکها خیلی زیاد جمع و منقبض شده و نگاه خیره از پزشک به اشیاء مختلف اطراف متوجه شده و دوباره بر میگردد، علامت افزایش اضطراب است. که احتیاج به ایجاد اعتماد فوری در بیمار میباشد. بیمار ممکن است چشمانش را با اراده خودش به بندد. اینکار حائز اهمیت بخصوصی نیست. گاهی اوقات خواب شوندگان پیوسته چشمان خود را بسته و هر چند لحظه یکبار آنها را باز

می کنند . غالباً مشاهده شده است که این موضوع بیش از پیش مشکل تر میگردد (یعنی بسختی میتواند چشمهایش را باز بسته نماید) . البته این علامت بر نزدیک شدن خواب هیپنوز است .

گاهی اوقات، درست قبل از اینکه چشمها بسته شوند تخم چشمها بطرف بالا میچرخند و بطوریکه بنظر میرسد چشمها به پیشانی نگاه میکنند. این پدیده در القاء بوسیله نگاه خیره مستقیم بسیار عادی است و گاهی دیده می شود که پس از تلقینات ساده، سستی و رلکس رخ میدهد .

● ارتباط بوسیله حرکت و سایه دست ۱ - یا پاس دادن - وقتی بیمار چشمانش را می بندد ارتباط ممکن است با عبور دادن دست در جلو صورت بطرزی که سایه، دست با آرامی در جلو چشمانش حرکت کند ارتباط برقرار میگردد. گرچه چشمانش بسته اند معذک او اختلاف بین نور و سایه را تشخیص میدهد . این عمل برای معمول پراهمیت و با معنی است . پزشک در آنجا در کنار اوست و سایه، تلقینات خواب را تقویت می نماید .

● مرحله سوم - سفت شدن دست ۲ - طبق يك قانون کلی، اگر نوعی حرکت خودکار القاء گردد، بیمار زودتر و عمیق تر خواب می رود . روش دیگر که بمیزان زیاد باعث عمق و سرعت خواب هیپنوز میگردد، اینست که به بیمار فرصت داده شود که اثرات هیپنوز را در خودش مشاهده نماید . این دو مانور قسمتی از تشریح و توضیح کلاسیک القاء بوسیله تلقینات رلکس را تشکیل نمیدهد اما آنقدر مؤثرند که من معمولاً آنها را با هم یکی کرده و طی این روش تحت عنوان مرحله سوم می نامم . بنابراین به سوژه می گوئیم .

1- Communication by shadows

2- Rigidity of the arm

ارتباط بوسیله سایه حرکت دست
سفتی دست

« همه اعضاء رها می شوند، شما خودتان اینکار را می کنید، فقط به شما کمک می کنم تمام اعضاء بدن شما را می شوند، و آنچه را که من می گویم خود بخود انجام میگیرد، از سر تاپای شما را فرا گرفته . تمام بدنتان بطور خودکار عمل می نماید . دست خودکار عمل می کند . من دست را میگیرم و وقتی بلندش می کنم خواب تو عمیق تر و بازم عمیق تر می شود . تمام بدنت بطور خودکار عمل می کند، دست بطور خودکار عمل میکند.»

● **القائه سختی دست** - همانطور که این تلقینات داده می شوند، دست بیمار گرفته میشود و با آرامی بلند می شود بطوریکه مفصل آرنج کاملاً در خط راست قرار می گیرد . ساده ترین کار اینست که هیچ دست با یک دست گرفته شود و با دست دیگر زیر آرنج نگهداری شود . هدف این مانور اینست که دست سخت و محکم باقیمانده و کاملاً بوضع عمودی با بدن قرار گیرد . همینطور که دست با آرامی بالا آورده می شود، قسمت بیشتر وزن با دست پزشک که آرنج را دارد گرفته میشود. اینکار معمولاً دارای اثر القائی در ماهیچه ها نیست که در قسمت جلوئی بازو قرار دارند . دست بتدریج به وضعیت عمودی آورده میشود، میگوئیم: « دستهایت بطور خودکار عمل می کنند، کاملاً خودکار، درست در آنجا باقی می ماند، بطور خودکار، درست در آنجا باقی میماند.» اکنون این يك وضعیت قاطع^۱ است عاقلانه است که بگذاریم دست با آرامی رها شود، که اثر آن اینست که بیمار متوجه می شود چه اتفاقی می افتد . پزشک دست را رها می کند، و این دست در يك وضعیت کاملاً عمودی باقی میماند .

غالباً این تمایل هست که دست بطور نا منظم تکان بخورد و ممکن است طوری جلوه کند که گوئی در شرف افتادن است . يك وسیله خیلی مؤثر برای پزشک اینست که خیلی سریع با انگشتانش از شانه تانوک انگشتان بیمار بکشید این کار را میتوان دو یا سه بار خیلی فرز و سریع^۲ انجام داد . در همان موقع این تلقینات داده میشوند . « در همانجا باقی میماند کاملاً محکم است، تمام ماهیچه ها سفت

1- Crucial situation

2- Briskly

وضعیت قاطع

فرز و سریع

و محکم اند، در آنجا میماند همانجا مانده، دست بطور خودکار عمل می کند، همانجا میماند، همانجا چسبیده، سخت و محکم.»

دست کشیدن سریع و فرز روی دست بیمار در نقش يك رابطه غیر لفظی بکار میرود، این رابطه نیز مانند بسیاری از مکانیزم های مشا به در پرتو آنچه قبلاً گذشته و توأم با تلقینات لفظی توسط بیمار تفسیر می گردد. در چنین شرایطی این حرکت بصورت عاملی که دستش را سفت و سخت میکند توسط بیمار تفسیر میگردد. هنگامیکه در سفت و سخت باقیماندن دست بیمار شك و تردید وجود دارد بهتر است طرحی بریزیم که بر طبق آن سفت و سختی انگشتان دست بیمار را مورد تأکید قرار دهیم. انگشتان سپس سپر بلا^۱ واقع شده همانطور که قبلاً بود، و سختی آرنج ظاهراً بدون فکر بحال خود باقی میماند.

القاء حرکت چرخشی - ۲ اکنون بیمار روی پشت خود خوابیده و دستش بوضع کاملاً عمودی نسبت به بدنش قرار گرفته است. ما تلقینات را باین شکل ادامه می دهیم. «سخت و بانجا چسبیده، اما دائم در هوا میچرخد تمام بدنت بطور خودکار عمل میکند، دست بطور خودکار عمل میکند. دائم در هوا میچرخد بطور خودکار در هوا میچرخد.»

در حالیکه باین تلقینات ادامه می دهیم، دست بیمار با آرامی گرفته شده مرجح است که از قسمت آستین گرفته شود، و بیسک حرکت چرخشی رهنمود میگردد. به تلقینات ادامه داده شده و خیلی زود پزشک میتواند آستین را رها کند و حرکت چرخشی بحال خود ادامه دارد. می گوئیم.

«بطور خودکار میچرخد، و باز هم میچرخد، بطور خودکار میچرخد. تو حرکتش نمی دهی و نمی توانی آنرا نگهداری، پیوسته میچرخد و میچرخد، خودش حرکت میکند و نمی توانی جلو حرکتش را بگیری.» این مبارزه طلبی بصورت يك مطلب حقیقی و ساده بیان می شود، نه به نحو تحریک آمیزی که باعث شود، بیمار مبارزه را بپذیرد.

1- Area of conflict

2- Induction of rotary movement

سپر بلا
القاء حرکت چرخش

در این مرحله ساده، قبل از اینکه حرکت واقعاً بطور استوار ثابت شود، ما نمی خواهیم که بیمار مبارزه را بپذیرد. سپس بیمار را برای مشاهده پدیده هیپنوتیکی در خودش وارد عمل می کنیم.

● بیمار در حال مشاهده پدیده 'هیپنوتیکی' می گوئیم: « دست پیوسته میچرخد و باز هم میچرخد، چشمهای بازند چشمها به دست نگاه میکنند. دائم میچرخند و میچرخند. چشمها بدست نگاه میکنند. دایم میچرخند و باز هم میچرخند.» چشمها بازمی شوند و ثابت باقی میمانند، و بدون اینکه پلکها بهم بخورند، به دستی که در حال حرکت است نگاه میکنند. میگذاریم که این وضع چند لحظه ای ادامه یابد. دیری نمیگذرد که دیگر بیمار با اشکال میتواند چشمانش را باز بگذارد و چون دیگر تلقینی در اینمورد داده نمیشود اکنون به ایده رلکس و خواب بر میگردیم. می گوئیم «چشمهای بدست نگاه میکنند. چشمها بدست نگاه میکنند. چشمها سنگین هستند، اما بدست نگاه میکنند. تمام بدنت بطور خودکار عمل میکند. وقتی من دستت را نگه میدارم، خواب بسیار عمیقی بطور خودکار تو را فرامیگیرد. اکنون چشمها سنگین هستند، آنقدر سنگین هستند که با اشکال می توانی آنها را باز نگهداری من دستت را میگیرم. روی میز می افتد و خواب توأم با استراحت بسیار عمیق سراپای تو را میگیرد، سراپایت را.»

ایده خواب با کنار زدن پتو روی بیمار مانند موقعیکه برای خواب آماده میشد بطور غیر لفظی تقویت میگردد در اینجا سومین مرحله بیابان میرسد.

سومین مرحله قسمت عمده و اساسی القاء هیپنوز بوسیله تلقینات سستی نیست، اما آنقدر مؤثر است که تنها درموردی باید حذف شود که دلیل واضحی بر عدم استفاده از آن وجود داشته باشد. القاء حالت سختی دست با خطر روبرو است تا این مرحله، تلقینات آنقدر با دقت درجه بندی شده اند که خطر رد کردن

بیمار در حال مشاهده پدیده هیپنوتیکی

1- Patient witnesses hypnotic phenomena

بی نهایت کوچک بوده است. سختی دست تازمانی که پزشک مطمئن نشده که با موفقیت همراه خواهد بود نباید مورد اقدام قرار گیرد. در اولین جلسه تمام بیماران در انتهای مرحله دوم بانداژ کافی در خواب عمیق نیستند که مرحله سوم شروع گردد. این موضوع ممکن است بایقراری، لولیدن^۱ و ناراحتی و تمایل برای باز گذاشتن چشمها ممکن است نشان داده شود. چنانچه تلقینات هیپنوز عمیق تر برای جلسه بعد داده شود محتمل است که بتوانیم در ملاقات دیگر بمرحله سوم برویم.

● اشکالاتیکه در القاء سختی دست پیش میآید - ۲ يك سستی^۳ خیلی زیاد ماهیچهها ممکن است علت ناراحتی^۴ در حین القاء سختی دست باشد. وقتی دست به چنین اقدامی زده میشود. دست ممکن است در قسمت آرنج خم شود و سپس روی میز بیفتد، و سختی لازم را بخود نگیرد. از حرکت غیر فعالان در باره دستها در مرحله اول میتوانیم تشخیص دهیم که آیا چنین نوع سستی پیش خواهد آمد یا نه؟ چنانچه چنین چیزی مشهود است - تلقینات لفظی از ایده استراحت و سستی به ایده حرکت خودکار تغییر داده میشود. باین وسیله از پیش جلو سستی کامل گرفته میشود. يك راه چاره در چنین حالاتی تشویق حالت سستی و حذف مرحله سوم بطور کل است.

گاهی در موقع بلند کردن دست يك وضع مشکل پیش میآید، در ماهیچه بیش از آنچه که انتظار میرفت سستی مشهود است. بنظر میرسد که دست کاملاً از آهنگ عادی خود خارج شده متمایل به خم شدن در قسمت آرنج میباشد و در

1- Fidgeting

لولیدن

اشکالاتیکه در القاء سختی دست پیش میآید

2- Difficulties in inducing rigidity

3- Flaccidity

سستی

4- Embarrassment

ناراحتی

حقیقت فقط منتظر يك فرصت كوچك است كه به این وضع در آید. در چنین شرایطی عاقلانه است كه عقب نشینی^۱ سریع بنمائیم. میگوئیم، «من دستت را بلند می کنم و خواب تو عمیقتر میشود، این خواب سرپایت را فرا گرفته. وقتی دستت را رها می کنم، يك خواب بسیار بسیار عمیق سرپایت را فرامیگیرد. خواب بسیار بسیار عمیق تمام بدنت، وجودت را در بر گرفته،» باین ترتیب عقب نشینی می کنیم، اما بیمار نمی داند كه ما مجبور بودیم كه این تغییر سریع را در نقشه خود بدهیم. نکته عملی مهم اینست كه ایده پشتیبانی دست، نباید در تلقینات شفاهی مطرح شود، تا موقعیكه پزشك معالج كمی بهبود در ماهیچه های دست به بیند. وقتی او بهبود احساس می كند، مانور حقیقتاً با موفقیت توأم خواهد بود،

بنظر میرسد كه دانشجو برای لمس بیمار در حین القاء از ترس بیدار كردن او كمی اكراه دارد. اگر روشی كه بعنوان اولین مرحله توضیح داده شد اجرا شود. بیمار هم اکنون آماده و معتاد به لمس شدن و برقراری ارتباط با لمس میباشد. اگر پزشك مشكوك است كه بهبودی در دست بوجود آمده. میتواند با كمی بلند كردن دست و انداختن آن به سادگی متوجه موضوع گردد، بهترین كار اینست كه بطور اتفاقی شروع كنیم. پتو كمی تنظیم و مرتب میشود. دست بیمار بلند شده و زیر پتو گذاشته میشود. این حرکت ساده بیمار را بهیچوجه ناراحت نمی كند. در حقیقت دارای تأثیر اطمینان بخشی است، اما در همین ضمن میزان بهبود ماهیچه ای را در دست میتوان تخمین زد.

اگر برای القاء سفتی دست آهنگ و استعداد کافی در دست یا آرنج مستقیم وجود دارد، ممكن است عاقلانه باشد كه بازو را روی تخت خواب گذاشته و يك حرکت جلو و عقب به ساعد دست القاء گردد، بعدها این موضوع تحت عنوان روش القاء حرکت تکراری توضیح داده خواهد شد.

گاهی اوقات قبل از بلند کردن دست مفید است که تعداد کمی تلقینات سفتی به دست بدهیم. تلقینات لفظی سفتی توسط تلقین غیر لفظی که توسط نوازش سریع دست انجام میگیرد تشدید می شود.

● مرحله چهارم - خواب هیپنوتیک - چهارمین مرحله شامل ادامه تلقینات سستی و خواب تا اخذ يك خواب هیپنوتیک عمیق میباشد. میگوئیم، «همه چیز رها میشود، يك خواب بسیار بسیار عمیق سراپای وجودت را فرامیگیرد. پاها با این خواب سنگین هستند. تمام بدنت با این خواب سنگین هستند ماهیچه‌های صورتت با این خواب در حال استراحتند، ماهیچه‌های فکین با آن شل و ول هستند، سنگینی خواب را احساس می کنی، خوابی که غیر قابل مقاومت است. با آغوش باز این خواب را بپذیر، تمام وجودت را فرامیگیرد. خواب مقاومت نپذیر و با آن جلو میروی، خوب است میگذاری که با آن جلو بروی بگذار عمیق تر و باز هم عمیق تر در آن فروروی، با هرنفس، هرنفس که می کشی کامل تر و بیشتر در آن فرو میروی. هرنفس، نفس آرام خواب است. خواب سراپای وجودت را گرفته.

● علائم هیپنوز^۱ - تلقینات بکنندی و با صدای یکنواخت داده میشوند. در تمام طول مدت با دقت کامل بیمار تحت نظر است تا اثر هر تلقین روی وی مشاهده گردد. در حالیکه بیمار طاق باز خوابیده، همانطور که استراحت و سستی پاها کاملتر میشود، پاها متمایلند که بطرف خارج بوضع^۲ استراحت کامل در آیند. حرکات جزئی قطع میشوند. انگشتان وضع عادی نیمه بسته^۳ که در حال استراحت کامل بخود می گیرند دارند. انگشت کوچک بیش از انگشت نشان خم میشود اگر دست در حال استراحت است، کف دست بطرف پائین روی نیمکت کاملاً باز میباشد، تقریباً همیشه علامت مقدار کمی از هیجان باقی مانده است. همینطور که بیمار به خواب هیپنوتیک کشیده میشود، فرو میرود دست ملاً وضع

1- Signs of hypnosis

2- Everted به وضع خارج

3- Semiflexed

علائم هیپنوز

نیمه بسته

نیمه خمیده را بخود میگیرد. گاهی اوقات ممکن است دیده شود که دست کنارۀ تخت را در حالیکه بوضع ظاهراً شل در لکس میبشد گرفته است. اما با ازدیاد عمق هیپنوتیزم از نیمکت سر خورده، میچ کاملاً خمیده و انگشتها نیمه خمیده هستند. اگر دست بصورت يك مشت^۱ نیمه بسته است حالت سستی هنوز هم کامل نیست.

اثر تلقینها بوضوح هر چه بیشتر در صورت بیمار دیده میشود. بسته شدن تدریجی پلكها نشانه بارزی بر اینست که تلقینات مورد قبول واقع میشوند. لرزش پلكها خیلی عادی است. سپس پلكها بسته شده و گاهی اوقات يك حرکت بیقرار تخم چشمها را زیر پلكهای بسته شده میتوان دید. گاهی اوقات بدون اینکه چشمها واقعاً باز بشوند پلكها باز بسته میشوند. در تراز عمیق تر شدن هیپنوز حرکات بتدریج قطع میشوند. چین و چروکهای صورت صاف میشوند. گونهها شل میشوند. پیشانی شکل پارچه اطو خورده را بخود میگیرد، لبها کمی از هم باز میشوند، و در تراز عمیقتر شدن هیپنوز فکها متمایل به شکم^۲ دادن به بیرون میشوند.

پزشک معالج باید پیوسته مراقب تغییراتی که در پیشرفت علائم ازدیاد هیپنوز رخ میدهد باشد. هر نوع علائمی از هیپنوز سبکتر احتیاج به تغییراتی در نوع والگوی تلقینات دارد، يك لرزش زودگذر يك پلك چشم، يك انقباض کوچک پا، و یا يك افزایش در برجستگی شیارهای^۳ بینی و زبان ممکن است دلیل بر چیزی باشد که پذیرش تلقینات را به عقب بیندازد. معمولی ترین علت آن اضطرابی است که در اثر احساس حالت وانهادگی ورهائی، دست دادن اراده

1- Clenched fist

مشت نیمه بسته

2- Sag

شکم دادن

3- Furrows

شیارها

و غیر فعال بودن محض میباشد. تلقینات فوراً از خواب به آرامش و تأمین تغییر داده میشوند. اضطراب بزودی تخفیف مییابد، و مجدداً به تلقینات خواب بر میگردیم.

وضع فك غالباً راهنمایی مفیدی برای عمق هیپنوز میباشد. وقتی بیمار بوضع طاق باز خوابیده فك در اثر سستی و هیپنوز عمیق به عقب می افتد. این موضوع منجر به تغییر قابل توجهی در نیمرخ بیمار میگردد. وقتی لبها پیش هم باقی میمانند حرکت عقب فك لب پائین را در پشت لب فوقانی قرار میدهد. با هر الهام نوك فك غالباً به عقب حرکت می کند و وقتی نفس بیرون داده میشود گونهها بطرف خارج متورم^۲ میشوند. با عمق بیشتر خواب فك باز میشود. لبها از هم جدا میشوند، دهن خمیازه می کشد. حالت سستی به ماهیچه های حلق^۳ توسعه مییابد و معمولاً ایجاد خرخر مینماید.

يك زن شوهر دار خیلی خجول^۴ سی ساله در تمام طول عمرش نسبت به روابط شخصی درونیش اشکالاتی داشت. او هیجانی و سرخورده^۵ بود و من فکر کردم که با هیپنوتیزم باو کمک کنم. در جلسه اول خیلی میترسید و پیشرفت کمی کرد در جلسه دوم نیمساعت دیگر وقت دربارۀ توضیح هیپنوز باوی صرف کردم. سپس او اینهایت عالی رلکس شد، اما با توجه به ترس او در جلسه اول بسیار محتاط بودم. و بجای اینکه بافن کشیده شدن دست شروع کنم بافن آرنج روی تخت و حرکت عقب و جلو ساعد هیپنوز را القاء نمودم. در انتهای جلسه حرکت تکراری بطور نسبتاً خوب برقرار شده بود. در جلسه سوم تلقینات رلکس مرحله دوم بطور کامل مورد قبول واقع شد. در این مرحله من در قضاوت اشتباهی کردم. دستش

1- Apposition	پیش هم ماندن	2- Balloon	متورم
3- Pherynz	حلق	4- Introverted	خجول
5- Inhibited	سرخورده		

را بلند کردم و در همین ضمن تلقیناتی دادم که بدنش و همچنین دستش بطور خودکار عمل میگردند. لیکن دستش در دست من کاملاً سست بود. بنابراین فوراً نقشه را عوض کردم. گفتم، «کاملاً در حال رلکس هستی، آنقدر رلکس که وقتی دست را رها می کنم روی تخت خواب می افتد» دستش روی تخت افتاد، بیمار از شکست من در تشخیص سستی عمیق او که مجبورم کرده بود فنی را که میخواستم بکار برم ترك نمايم بی اطلاع ماند. سپس حرکت جلو و عقب ساعد دست مانند جلسه قبل القاء گردید. این ذاتاً احتیاج به مقدار معینی استعداد ماهیچه های دست دارد. حرکت مذکور متوقف گردید. دست همانطور که روی تخت خواب بود، بافرزی و تندی مورد لمس و نوازش قرار گرفت. گفتم «دست سفت میشود، سفت میشود ماهیچه ها منقبض میشوند. کاملاً سفت است. ماهیچه ها منقبض میشوند کاملاً سفت است. من آنرا برداشتم. هنوز سفت است. سفت است، بطور سفت همانجا میماند. بآنجا چسبیده»، این مانور يك حالت سفت و سختی زیاد در آن دست ایجاد کرد. سپس حرکت دورانی باسانی القاء گردید. و بیمار عمیقاً هیپنوتیز گردید.

این واقعه کوچک نکات زیادی را مدلل میسازد. مثلاً اینکه من هرگز نباید برای القاء سستی دست شروع به حرکت میگردم، مگر از استعداد و آمادگی ماهیچه های دست کاملاً اطمینان داشتم. این فن بدی بود. البته اشتباه از سهولت هیپنوز در جلسه اول ناشی گردید. اما این حادثه نشان می دهد که حتی يك اشتباه بزرگ مانند این میتواند بایک تغییر سریع به مانور دیگر بسادگی و بدون اطلاع بیمار مخفی گردد. برای اخذ موفقیت، مطلقاً لازم است که بیمار هیچگونه اثر اضطراب را در پزشک احساس نکند. مفهوم این نکته اینست که تغییر سرعت انجام گیرد تا پزشک با تلقین رده شده مواجه نگردد، اما در همین ضمن باید این عقیده در بیمار ایجاد گردد، که اوضاع کاملاً عادی است هیچگونه عجله و ازدحامی نیست و اینکه آنچه میگذرد جزئی از پیشرفت مآلی هیپنوز است.

فصل سیزدهم

القاء هیپنوتیزم بوسیله حرکت غیر ارادی دست^۱

● انتظار^۲ - بیماران مسمر دستگیره‌های آهنی «با که» را می گرفتند، و آنها مغناطیسی را که رویشان اثر میگذاشت احساس میکردند. و ممکن بود که به تشنج و ناراحتی بیفتند. آنها از پیش می دانستند که چه چیزی رخ خواهد داد. این انتظار پدیده هیپنوتیک مانند تلقین عمل می نماید. در حقیقت معادل تلقینی است که قبل از شروع القاء حقیقی هیپنوز داده شود. و بوضوح بانحوه و طریقی که سوژه هیپنوز شده میخواهد مانند یک فرد هیپنوتیز شده رفتار کند مربوط میباشد. انتظار هیپنوز عامل مهمی در القاء آن میباشد. در رفتار و کردار اولین جلسه با بیمار در مرحله اخذ سابقه بیماری و معاینه بدنی، سعی ما بر این است که در بیمار انتظار مطمئن مبتنی بر اینکه او در حقیقت هیپنوتیز خواهد شد ارتقاء دهیم. این ایده را بارفتار خود و با فرض اینکه او البته هیپنوز خواهد شد بطور غیر لفظی بوی منتقل می نمائیم. روش القائی که بکار میرود هر چه باشد، نکته مهم اینست که در مقدمه کار توقع و انتظار بیمار را در مورد هیپنوز برانگیزیم لیکن، وقتی بناست که القاء باروش حرکت دست انجام گیرد انتظار تجربه و احساس پدیده هیپنوتیک بویژه مهم میگردد و وضع نسبتاً متفاوتی بخود میگیرد.

القاء هیپنوتیزم بوسیله حرکت غیر ارادی دست

1- The induction of hypnosis by arm levitation

2- Expectancy انتظار

● در انتظار بودن بطور نامشخص^۱ - تلقینات نامشخص عبارت از تلقیناتی هستند که بخودی خود معنی و مفهوم روشنی ندارند، «معمول» نسبت بسوقعیت و اوضاع و احوال تفسیر خاصی از آنها کرده و معنی معینی از آنها درك و استنباط میکند. نمونه‌ای از این تلقینات عبارتند از: «با آن می‌روید سراپای شمارا می‌گیرد عمیق‌تر و عمیق‌تر». ارائه تلقینات این شکل نامشخص میتواند عامل مهمی در القاء هیپنوز بحساب آید. میتوانیم این اصل را در مورد ایجاد انتظار بکار ببریم. بعوض اینکه بیمار را به انتظار مشخص و معین نظیر آغاز تشنج^۲ رهنمون شویم، ما میتوانیم او را به حالتی از انتظار غیر ویژه ببریم. او تنها در انتظار وقوع چیزی است. نمیداند چیست، ولی انتظار چیزی را میکشد. وقتی میخواهیم باحرکت دست هیپنوز را القاء کنیم باید ابتداء حالت انتظار را بارهبری خودمان بطریق‌ی که بیمار بداند که چیزی درشرف وقوع است القاء کنیم.

در کیفیت این حالت از مغز يك باریك بینی وزیر کی وجود دارد. مابیک هوشیاری عقلی که تنها باعث فعال کردن از همان انتقادی که باتلقین مخالفت می‌ورزند احتیاج نداریم. بلکه صرفاً میخواهیم احساسی را القاء کنیم که چیزی درشرف وقوع است. احساس انتظار، يك انتظار نامشخص.

توجه باین نکته جالب است که پزشکان هیپنوتیزور معاصر «برنهایم» از انتظار بیمار استفاده کامل میکردند، درحالیکه در پزشکان معاصر این تمایل پیش آمده که بکلی آنرا دربوته فراموشی بگذارند. دلیل این تغییر اینست که روشهای پزشکان هیپنوتیزور قدیمی برای برانگیختن انتظار بیمار جنجالی و پرصدا بود. آنان روشی را بکار میبردند که اگر الان بکار رود تنها نتیجه‌اش

1- Nonspecific expectancy

در انتظار بودن بطور نامشخص

2- As the onset of a convulsion

نظیر آغاز تشنج

ایجاد احساس بیزاری^۱ در بیمار نسبت به پزشک معالج است. استفاده از انتظار نباید بکلی ترك شود، اما باید نحوه استفاده از آن در گذشته متفاوت بوده و با وسائل و طرق خیلی زیرکانه تر مورد استفاده و بهره برداری^۲ قرار گیرد.

● بسیج انتظار^۳ - یا ایجاد حالت انتظار نامشخص در سوژه - اگر قرار است که القاء با حرکت دست انجام گیرد، قبل از اینکه تلقینات «سبك بودن» داده شود، ممکن است به بیمار گفته شود که استراحت نمایید. بوی گفته میشود « شما در آنجا نشسته اید، شما در آنجا هستید» وقتی صحبت باین ترتیب شروع میشود، تفسیر آن بنظر آنقدر ساده میرسد که مضحك جلوه مینماید، اما تلقین شفاهی که در این گفتار تلویحاً اشاره شده این خواهد بود که « چیزی در شرف رخ دادن است » این موضوع دارای اثر افزایش انتظار بیمار بوده، تا تلقینات بعدی سبك بودن به سهولت بیشتری مورد قبول واقع شوند. خواننده از شباهت در سابقه بکار بردن «پرستیژ» و انتظار در القاء هیپنوتیزم تعجب خواهد کرد. در گذشته هر دو بخوبی مورد استفاده قرار میگرفتند، اما حالا در فراموشی و نسخ افتاده اند، زیرا روشی که در ابتداء مورد استفاده قرار میگرفت با شرائط مدرن و امروزی مناسب نمی باشند. اما در هر دو میتوان تکنیک خود را طوری اصلاح نمود که اصل روانشناسی را که در پایه موضوع قرار گرفته در شرائط فرهنگی تغییر یافته اجتماع مانیز با موفقیت مورد استفاده قرار گیرد.

1- Alienate بیزاری 2- Exploited بهره برداری، استفاده
2-- Mobilization of expectancy بسیج انتظار

آماده نمودن برای حرکت دست

● موارد لزوم القاء از طریق حرکت غیر ارادی دست - القاء حرکت دست روش انتخابی برای هیپنوتیز کردن بیمارانیست که اضطرابشان در کشش ماهیچه‌ای بچشم میخورد هنگامیکه کشش ماهیچه‌ای با چند تلقین سستی نسیم نشود. لزوم حرکت دست بمراتب بیشتر و قوی‌تر است. بیمارانی که عملاً با تلقینات سستی دارای هیجان و کششی بیشتری میشوند با این روش به سادگی هیپنوتیزم میگردند. از آنجا که هیپنوتیزم کردن این بیماران با روش «رلکس» تقریباً محال است، واضح است که تبحر و مهارت در این فن القاء بوسیله «حرکت غیر ارادی» دست برای یک پزشک هیپنوتیزور صلاحیتدار لازم میباشد.

این روش هنگامیکه فن درمانی بیمار را درگیر فعالیت‌هایی می‌کند دارای ارزش ویژه میباشد. القاء بوسیله «رلکس» برای درمان تلقینی بکار میرود، و القاء بوسیله: حرکت غیر ارادی دست «بیمار را برای تجزیه و تحلیل هیپنوتیکی آماده میسازد. اگر فنون «هیپنوگرافی» یا «هیپنوپلاستی» بکار برده میشود، حرکت خودبخودی دستها در روش حرکت دست نقاش خودکار یا قالب‌سازی خودکار بسیار ساده‌تر مینماید.

«حرکت غیر ارادی دست» ممکن است بایکی از دو روش آمرانه یا «غیر آمرانه» بکار رود. قبل از شروع القاء حقیقی حالت فکری مناسب در مورد بیمار بر روش عادی ایجاد میگردد. در پارامای از آموزشگاهها، روش‌های القاء که احتیاج به فعالیت بیمار دارند بایک روش آمرانه توأم گردیده‌اند. نباید اینطور باشد، زیرا باروش صحیح پزشک میتواند بیمار را به فعالیت هیپنوتیکی هدایت نماید.

در روش القاء بوسیله حرکت دست انتظار بیمار و درجه کشش ماهیچه‌اش بسیار مهم هستند. انتظار توسط ارتباط غیر لفظی ما با بیمار با این تفاهم که ما خودمان در انتظار وقوع چیزی هستیم تحریک می‌گردد. علاوه بر این رفتار ما به بیمار می‌فهماند که چیزی در حال وقوع می‌باشد.

● رابطه حسنه و کشش ماهیچه‌ای^۱ - القاء باروش حرکت دست بستگی به نحوه میزان تسلط بر کشش ماهیچه‌ای بیمار دارد. ما از این « کشش » برای شروع حرکت خود بخودی استفاده می‌نمائیم. بنابراین حائز اهمیت بسیار زیاد است که کاری انجام ندهیم که کشش ماهیچه‌ای بیمار را اساساً رلکس و سست نماید. بدین لحاظ لازم است که به نحوه برقراری رابطه حسنه خود با بیمار و به روشی که بیمار را به طرز فکر « خود رها سازی » رهبری می‌کنیم. توجه خاص مبذول داریم. ما از این جهت احتیاج به رابطه حسنه با بیمار داریم که همانطور که تا کنون دیده‌ایم. این رابطه قبول تلقینات را تسهیل می‌نماید. اما در ضمن این خطر وجود دارد که در اثر رابطه احساسی با پزشک معالج، رابطه حسنه در عین حال اضطراب بیمار را کاهش می‌دهد. کاهش^۲ اضطراب منجر به کم شدن کشش ماهیچه‌ای می‌گردد و این همان چیزی است که ما آنرا نمی‌خواهیم. نباید چنان رابطه حسنه عمیقی ایجاد کنیم که در موقع القاء بوسیله تلقینات رلکس اینقدر مهم است. برای فن حرکت دست رابطه حسنه ما باید واقعی باشد. اما قدری فاصله باید وجود داشته باشد، والا کاهش در کشش ماهیچه‌ای حرکت را مشکل می‌سازد.

● رهائی و کشش ماهیچه‌ای^۲ - هیپنوز با روش پاسیو احتیاج به رهائی از

1- Rapport and muscle tension

رابطه حسنه و کشش ماهیچه‌ای

2- Alleviate anxiety

کاهش اضطراب

3- Abandonment and muscle tension

رهائی و کشش ماهیچه‌ای

طرف بیمار دارد. وی تشویق می‌گردد به اینکه بگذارد رها شود، می‌گوئیم: «بگذار رها شوی، بگذار کاملاً بعالم رهائی بروی» این دعوت برای نسخ^۱ و بطلان کنترل «من آگاه»^۲ میباشد: که اصل و اساس القاء «غیر آمرانه» میباشد، کنار گذاشتن ازدهان نقاد و رهائی خود برای حرکت خود بخود دست لازم میباشد. اما اگر این جریان بیش از حد لازم کامل باشد، این رهائی خود ایجاد یک حالت فکری می‌نماید، که بنوبه خود اضطراب و کشش ماهیچه‌ای راکاهش می‌دهد.

در القاء با تلقینات «رلکس» هدف ما اخذ کاملترین و بیشترین حد رهائی ممکنه است اما برای القاء بوسیله حرکت غیر ارادی دست، فقط بآن درجه از رهائی که برای کند کردن ازدهان نقاد و ترك^۳ کنترل من آگاه کافی است، احتیاج داریم. اجرای عملی این ملاحظات نظری اینست که ایده رهائی قادرست لحظه‌ای قبل از دادن تلقینات سبکی وارد معرکه نشود. هدف اخذ یک رهائی لحظه‌ای و موقتی بوده، و ما قبل از اینکه وقتی برای وقوع کاهش کشش ماهیچه‌ای بوجود آید، از آن بهره‌برداری می‌نمائیم.

● تسلط بر اضطراب^۴ - در استفاده موفقیت آمیز روش «حرکت غیر ارادی دست» باید انتظار بیمار را بسیج کرده و در عین حال هم رابطه حسنه با بیمار برقرار کنیم و هم بدون اینکه بمقدار قابل ملاحظه‌ای از کشش ماهیچه‌ای اش بکاهیم او را به ایده رهائی خود رهبری نمائیم درست قبل از شروع تلقینات^۱ حرکت دست باید بر اضطراب بیمار مسلط شویم، تا اینکه او فقط همان اندازه اضطراب احساس کند که حرکت دست را تسهیل مینماید. تنظیم اضطراب بیمار

کنترل خود آگاهی 2- Ego-control نسخ و بطلان 1- Abrogation
ترك، ول کردن 3- Rolinuish
تسلط بر اضطراب 4- Manipulation of anxiety

چیز تازه‌ای نیست. این جزء لازم از هر گونه معالجه روانی موجود است، اما در القاء هیپنوز هدف از تنظیم اضطراب قدری متفاوت است. در معالجه روانی، اضطراب خیلی زیاد بیمار را محدود کرده، جلو او را میگیرد. و اگر خیلی کم باشد، انگیزش کافی برای خارج کردن عقده‌های درونی در او بوجود نمی‌آید. در القاء حرکت دست، اضطراب زیاد، اذهان نقاد مشعور هوشیار شده و باینترتیب مانع از آن میشود که بیمار تلقینات را بپذیرد. در حالیکه کمبود اضطراب در کاهش کشش ماهیچه‌ای منعکس میگردد که بنوبه خود حرکت را مشکل میسازد. بنابراین ما باید اضطراب بیمار را بنحوی تنظیم کنیم که بدون اینکه اشکال و مداخله‌ای در فرآیند تلقین پیش آید کشش ماهیچه‌ای القاء، افزایش یابد. با برقراری رابطه نزدیک با بیمار، یا ایجاد اطمینان و اعتماد در او با تسکین و رلکس، اضطراب کاهش می‌یابد.

از طرف دیگر. با عقب کشی احساسی و هیجانی از بیمار، قرار دادن او در شرایط نا آشنا معاینه بدنی و پرسش درباره جنبه‌های مختلف زندگی که میدانیم نواحی برخورد درونی او هستند، اضطراب بسیج میگردد، در طبابت بالینی حقیقی معمولی‌ترین اشتباه اینست که بیش از حد کامل و لازم در بیمار ایجاد حس اعتماد و اطمینان گردد. چنین اشتباهی بسیار ساده است. بیمار بسیار هیجانی و مضطرب بوده و از خود کشش ماهیچه‌ای نشان میدهد، که او را برای القاء حرکت دست مناسب میسازد. اما در نتیجه مهربانی انسانی احتمال دارد که پزشک دچار اشتباه شده و با ایجاد اطمینان تأکید نماید که بیمار را از ابتلاء به ناراحتی اش آسوده خواهد کرد. چنین اطمینانی را باید برای بعد از اولین القاء هیپنوز بگذاریم.

گاهی با افرادی یا بیمارانی روبرو میشویم که هیپنوز برایشان تشریح

گردیده اما بنظر میرسند که سوژه مشکلی برای هیپنوز باشند. در ماهیچه آنها قدری کشش هست اما واقعاً برای اینکه ما را مطمئن کند، که حرکت دست را بکار بریم، کافی نیست. در چنین شرائطی ممکن است با ناراحت کردن او بطور عمدی و بنا بر این مضطرب کردنش میتوان کشش ماهیچه‌ای را افزایش داد. وقتی این کشش بکار میرود، این مانور باید درست قبل از شروع تلقینات حرکت دست اجراء شود، در غیر این صورت رابطه حسنه در جهت عکس تأثیر مینماید. موضوع دیگری که مستقیماً با کشش ماهیچه‌ای مربوط نیست احتیاج به تأکید در روش حرکت دست دارد و آن حرکت خودکار است قبل از القاء هنگامیکه هیپنوز را برای بیمار تشریح و توصیف می‌کنیم، ایستاده حرکت خودکار دائماً وارد صحبت می‌گردد، گوئیم: «فقط بگذار رها شوی، میتوانی واقعاً آنقدر خودت را رها کنی که تمام بدنت بطور خودکار عمل کند. میتوانی طوری خودت را رها کنی که دست و پا و پلک‌هایت بطور خودکار عمل کنند در واقع تمام بدنت بطور خودکار عمل می‌کند. بیاد داشته باش که وقتی این موضوع عملی شود هر دوی ما به‌ایده آن و خواسته خود رسیده‌ایم. نگران نباش».

● فن حرکت غیر ارادی دست^۱ - آقای ولبرگ^۲ این فن را بخوبی تشریح کرده است. بیمار در کنار میز یا میز تحریری می‌نشیند، بوی گفته میشود که ساعد دستهایش را در حالیکه کف دستها بطرف پائین وانگشتان از هم باز هستند روی میز بگذارد و دستها کمی بهم نزدیک باشند.

عاقلاً نه است که دو یا سه تلقین به‌ویژه بمنظور افزایش انتظار و رهائی به این ترتیب داده شود:

«شما فقط آنجا نشسته‌اید، فقط آنجا نشسته‌اید، خود را رها سازید، همه چیز بعالم رهائی میرود. سرپای شما را فرا می‌گیرد، آنقدر خود را رها کنید که همه بدن‌تان بطور خودکار عمل کند».

۱- The technique of arm levitation فن حرکت غیر ارادی دست

۲- Wolberg ولبرگ

در حالات مناسب، انتظار را میتوان با چند لحظه نگاه خیره بیش از پیش افزایش داده این عمل به ویژه در مواردیکه يك روش آمرانه بکار برده میشود مؤثر است. اما در مورد القاء غیر فعال نیز کمک مؤثری مینماید. کوئیم: «بمن نگاه کنید. تمام بدن شما بعالم رهائی میرود. بدنتان بطور خودکار عمل میکند» این مانور يك چیز فرعی^۱ و مفید بحساب می آید، اما جزء اصلی و ضروری روش حرکت دست نیست، هنگامیکه دانشجو برای اولین بار این روش را فرا میگیرد ممکن است از این مانور صرف نظر^۲ نماید.

اکنون نگاه خیره بیمار به دستهایش معطوف میگردد. کوئیم: چشمهایت به دستهایت نگاه می کنند. چشمهایت به دستهایت نگاه می کنند. انگشتانت، به انگشتانت نگاه می کنی، وجودت را فرا میگیرد. به انگشتانت نگاه می کنی نوك انگشتانت، نوك انگشتانت. آنها را احساس می کنی. احساس مورمور (خارش) در آنها می کنی در تمام وجود تو است. نوك انگشتانت سوزش می کند، بآنها نگاه می کنی. سوزش می کنند، سوزش می کنند و سبک هستند. احساس سبکی در آنها می کنی. سبک هستند. سبک هستند، حرکات جزئی بآنها دست میدهد چشمهایت به انگشتانت نگاه می کنند. حرکات جزئی می نمایند. بله این یکی حرکت می کند، و دیگری هم حرکت می کند. آنها سوزش میکنند، سبک هستند و حرکت می کنند، حتی اینقدر سبک هستند که سبک بودن آنها را احساس می کنی. آنها خیلی سبک هستند و سبکی وارد آنها میشود، دارند سبکتر میشوند. سبکتر و سبکتر دارند از زمین بلند میشوند، انگشتانت بلند می شوند، آری، این یکی بلند می شود و این یکی هم همینطور. سبکی آنها احساس می کنی. چشمانت به انگشتانت نگاه می کنند. این تمام دستت را فرا گرفته. احساسش می کنی. دستهایت بطور مقاومت ناپذیری سبک هستند. دستهایت دارند بلند میشوند. بهوا بلند میشوند، دستهایت در هوا بطور خودکار بلند میشوند. تمام دستهایت را فرا گرفته. تمام دستهایت سبک هستند، بطور مقاومت ناپذیری سبک هستند. دستهایت درست در هوا بلند میشوند، بالاتر و بالاتر».

این روش با حرکات جزئی که بطور خودکار به دستها وارد میشود کمک میگردد. اینها لرزشهای جزئی یا حرکات لرزش ظریفی هستند. این حرکات

و لرزش‌ها بطور کاملاً عادی و بدون هیچگونه تلقینی رخ میدهند هنگامیکه بیمار در پذیرش تلقینات حرکت دست در هوا قدری کند است، پیوسته روی این حرکات خودبخود تأکید میگردد. آنها بطریقی خاطر نشان می‌شوند که بیمار را به این عقیده رهنمون شود که بصورت جزئی از جریان هیپنوتیک را تشکیل میدهند.

● اشکالات حرکت غیر ارادی دستها^۱ - در حالیکه بطور مناسب انتخاب شده باشند، القاء توسط حرکت دست در هوا بسی نهایت ساده است. اشکالات و شکست در این روش تقریباً پیوسته ناشی از اشتباه در انتخاب است. هر گونه تصویری در مورد بکاربردن حرکت دست بعنوان یک روش باصطلاح استاندارد احمقانه است، زیرا بسیاری از بیماران کاملاً برای این فن نامتناسبند. شکست در القاء با این روش بعلت اینککه پزشک با چنان از دست دادن حیثیتی روبرو می‌شود که اگر به کار خود ادامه دهد نمیتواند آنرا انکار نماید، دارای نتایج وخیمی^۲ در وضع درمانی میباشد، چنانچه پزشک در وضع ناراحت کننده تهدید به شکست قرار گیرد، بهترین اقدام اینست که حرکت دست را ترك نموده و روش دینامیک اتخاذ نماید. البته روش واقعی که باید در پیش گیرد منوط به ماهیت دفاعهای بیمار میباشد. اگر بیمار با حرکت دست در هوا در مورد گذاشتن دستش روی میز مقاومت می‌کند به روش حرکت تکراری تغییر داده میشود، اگر برعکس بیمار دستش را بوضع رؤیائی و خواب آلودی^۳ روی میز میگذارد نشانه آنست که تلقینات سستی و رلکس لازم است. از طرف

-
- ۱- Difficulties in arm levitation اشکالات حرکت غیر ارادی دستها
 ۲- Dreater consequence نتیجه وخیم
 ۳- Dreamy خواب آلودی

دیگر اگر بیمار با تظاهر و انمودسازی از خود دفاع می کند. به وی اجازه داده میشود که آنقدر به تظاهرش ادامه دهد تا هیپنوتیز شود.

هنامیکه دستهای بیمار در هوا بلند شده میتوان به وی گفت: « وحالا و حالا من دستهای شما را می گیرم و آنها می افتند، می افتند روی میز » ضمن گفتن این کلمات میچ دستهای وی گرفته میشود و دستها روی میز می افتد. سپس به وی تلقینات سستی داده میشود. « تمام بدن را فرا گرفته ، سنگین ، خواب آلود ، خواب آلودی، حالت خواب آلودی، سنگینی تمام بدن را فرامیگیرد ». بیمار غالباً بطرف جلو می افتد ، در حالیکه دستهایش بطرف خارج روی میز افتاده و سرش روی دستهایش تکیه کرده است. به وی فرصت داده میشود که استراحت نماید و قبل از اینکه بیدار شود تلقینات خواب عمیقتر برای جلسه بعدی به وی داده میشود.

● دفاعهای مختلف در مقابل حرکت دست در هوا - همانطور که در سایر روشهای القاء دیده ایم، بیمار ممکن است با استفاده از دفاعهای روانی مختلف در مقابل از دست دادن کنترل که وی را تهدید می نماید، مقاومت و دفاع کند. معمولی ترین دفاعها در مقابل روش حرکت دست منفی کاری، خواب و تظاهر است منفی کاری از آنجا تشخیص داده میشود که وقتی به بیمار تلقینات سبکی داده میشود بطور فعالانه دستهایش را بطرف پائین فشار می دهد. برای مقابله با دفاع بوسیله منفی کاری باید روش خود را فوراً به حرکت تکراری تغییر دهیم.

گاهی اوقات هنگامیکه شروع به دادن تلقینات حرکت دست مینمائیم. بیمار از خواب بعنوان دفاع استفاده مینماید. از این موضوع فرار می کند باین ترتیب که سرش را روی میز (بطرف جلو) گذاشته و بخواب عمیقی فرو میرود، هنگامیکه از این دفاع استفاده میشود. بسادگی میتوان روش خود را

دیگر اگر بیمار با تظاهر وانمودسازی از خود دفاع می کند. به وی اجازه داده میشود که آنقدر به تظاهرش ادامه دهد تا هیپنوتیز شود.

هنامیکه دستهای بیمار در هوا بلند شده میتوان به وی گفت: «وحالا و حالا من دستهای شما را می گیرم و آنها می افتند، می افتند روی میز» ضمن گفتن این کلمات مچ دستهای وی گرفته میشود و دستها روی میز می افتند. سپس به وی تلقینات سستی داده میشود. «تمام بدنت را فراگرفته، سنگین، خواب آلود، خواب آلودی، حالت خواب آلودی، سنگینی تمام بدنت را فرامیگیرد». بیمار غالباً بطرف جلو می افتد، در حالیکه دستهایش بطرف خارج روی میز افتاده و سرش روی دستهایش تکیه کرده است. به وی فرصت داده میشود که استراحت نماید و قبل از اینکه بیدار شود تلقینات خواب عمیقتر برای جلسه بعدی به وی داده میشود.

● دفاعهای مختلف در مقابل حرکت دست در هوا — همانطور که در

سایر روشهای القاء دیده ایم، بیمار ممکن است با استفاده از دفاعهای روانی مختلف در مقابل از دست دادن کنترل که وی را تهدید می نماید، مقاومت و دفاع کند. معمولی ترین دفاعها در مقابل روش حرکت دست منفی کاری، خواب و تظاهر است منفی کاری از آنجا تشخیص داده میشود که وقتی به بیمار تلقینات سبکی داده میشود بطور فعالانه دستهایش را بطرف پائین فشار می دهد. برای مقابله با دفاع بوسیله منفی کاری باید روش خود را فوراً به حرکت تکراری تغییر دهیم.

گاهی اوقات هنگامیکه شروع به دادن تلقینات حرکت دست مینمائیم. بیمار از خواب بعنوان دفاع استفاده مینماید. از این موضوع فرار می کند باینتریب که سرش را روی میز (بطرف جلو) گذاشته و بخواب عمیقی فرو میرود، هنگامیکه از این دفاع استفاده میشود. بسادگی میتوان روش خود را

به تلقینات خواب و رلکس تغییر داد.

● **دفاع بوسیله تظاهر^۱** - گاهی اوقات بیمار با تظاهر به خواب هیپنوز در مقابل القاء بوسیله حرکت دست از خود دفاع مینماید. در القاء موفقیت آمیز بوسیله حرکت دست در هوا، دستها فقط بطور آرام بلند میشوند و این کار توأم با مقدار زیادی لرزش^۲ و کشش انجام میگردد. نگاه خیره بیمار به دستهایش معطوف میگردد. چشمها خیره نگاه می کنند. و پلکهای بالائی قدری جمع میشوند. لیکن گاهی دستها با همان تلقینات اولیه خیلی سریع در هوا بلند می شوند. نگاه خیره بیمار میخواهد با طرف اطاق بچرخد. اینها مطمئناً علائم دفاع بوسیله تظاهر میباشد بیمار بکلی هیپنوتیز نشده است. در لحظه آخر او تصمیمش را عوض کرده است دیگر آماده رها کردن خود به خواب هیپنوتیزم نیست. او فکر می کند که اگر او طلبانه تمام تلقینات را انجام دهد. او هیپنوتیز نخواهد شد و چون با اراده شخصی اش اینکارها را انجام می دهد. گاهی دفاع ناشی از ضمیر آگاه یا نزدیک به ضمیر آگاه است و گاهی در اثر رابطه حسنه بیمار با پزشک تحریک میگردد، و او احساس می کند که میخواهد پزشک را خشنود سازد، در حالات دیگر انگیزش کاملاً بطور ناخود آگاه سر میزند. نکته بالینی مهم اینست که بیمار نمیتواند بدین طریق از هیپنوز اجتناب ورزد هنگامیکه دفاع تشخیص داده شود بیمار را به راهی که انتخاب کرده تشویق مینمائیم پزشک باید دقت داشته باشد حرفی نزند، یا کاری نکند که دال بر این باشد که هیپنوز واقعی است یا نسبت به واقعی بودن آن شك دارد. اکنون حالت نسبتاً عجیبی پیش میآید که بیمار به هیپنوتیز بودن تظاهر^۳ می کند پزشک

1- Defense by simulation

دفاع بوسیله تظاهر

2- Tremor لرزش

3- Feigning

و انمود کردن - تظاهر کردن

تظاهر به این میکنند که معتقد است بیمار هیپنوتیز شده است. در نتیجه تلقینات طوری ادامه داده میشوند که کوئی هیچ چیز غیر عادی در بین نیست.

دستهای بیمار با تلقینات مناسب فوراً بطرف بالا و پائین چپ یا راست میروند. بسیار مهم است که رابطه حسنه بطور کامل القاء گردد، زیرا این تنها رابطه حسنه است که مانع از آن میشود بیمار به پزشک نشان دهد که او در حقیقت هیپنوتیز نشده و بمیل و اراده خودش عمل می کند. پزشک باید بهیچ طریق بیمار را به مبارزه نطلبد. والا بیمار مبارزه را پذیرفته و دستش را روی میز میگذارد، و پزشک بامسئله القاء شکست خورده روبرو میشود. پس از جلسه کوتاهی که از حرکت دستهایش در پاسخ به تلقینات گذشت، بیمار بدون هیچگونه تفسیری مرخص می شود.

چنین روش ظاهراً مضحکی در جلسه بعد هم تکرار میشود. سرانجام زمانی فرا میرسد که پاسخ بیمار به تلقین کندتر میشود. نگاه او ثابت تر و خیره میشود در حقیقت با فرصت دادن به وی به ادامه تظاهرش او هیپنوتیز گردیده است. اکنون وی بمبارزه طلبیده میشود که دستش را روی میز بگذارد. ماهیچه های وی که در حال تقلا و مخالفت ورزی^۱ هستند منقبض شده و دستهایش ثابت و بی حرکت باقی میمانند.

آگاهی اولیه بیمار نسبت به اینکه او در حقیقت هیپنوتیز شده ایجاد یک واکنش اضطراب در وی مینماید. بنابراین بمحض اینکه این موضوع بر بیمار ثابت و روشن شد که هیپنوز یک واقعیت است عاقلانه است که پزشک تلقینات اطمینان بخش در مورد آرامش و راحتی به وی بدهد تا از احتمال اضطراب برونی بیمار جلوگیری بعمل آید.

جرح و تعدیل‌های مختلف در روش حرکت فبرارادی دست

● اختلاف لغزان^۱ - در مورد بیماری که خودش را برای هیپنوتیز شدن مشکل نشان می‌دهد، بعوض شروع کردن با حرکت دست ممکن است مفید باشد که جلسه اول را با الفاء حرکت لغزان روی میز بگذرانیم، بیمار در حالیکه دستهایش روی میز گذاشته می‌نشیند، اما دستهایش از هم باز هستند. بطوریکه دستها دو یا سه پا از هم فاصله دارند. به وی تلقیناتی داده میشود که دستهایش بطرف هم کشیده میشود. گوئیم: «احساس می‌کنی، در وجود تو است بدستهایت نگاه کن، سوزش می‌کنند. تو این سوزش را احساس می‌کنی. سوزش می‌کنند و سبک هستند. بهم نزدیک میشوند. بدستهایت نگاه کن، احساس می‌کنی، بهم کشیده میشوند، بهم کشیده میشوند، بطور غیرقابل مقاومت بهم کشیده میشوند، حرکت می‌کنند. آری این یکی و این یکی هم بطور مقاومت ناپذیری بهم کشیده میشوند، نمی‌توانی مانع اینکار بشوی». برای تسهیل در این اختلاف دو عامل عمل مینمایند، ماهیچه‌های قوی دوسر و صدری باهم کار می‌کنند تا آرنج را خم نموده و قسمتهای فوقانی بازوها را در مقابل ماهیچه‌های منبسط کننده مفصل آرنج که ضعیف هستند بالا برد. عامل دوم اینست که بیمار پیوسته راهنمایی میشود که به دستهایش نگاه کند این حقیقت که دستها بخوبی از یکدیگر جدا قرار گرفته‌اند این تمایل را در بیمار به وجود می‌آورند که آنها را بطرف هم بکشد تا در حوزه دیدش قرار گیرند.

يك پسر بچه ناقص العقل^۲ شانزده ساله دارای علائم هیستریک زیادی بود. هم والدین بیمار و هم خود او با هیپنوز موافقت کردند، در جلسه بعد درست در لحظه‌ای که هیپنوز در شرف شروع بود، بیمار تصمیمش را عوض کرد،

1- The sliding variation

اختلاف لغزان

2- Mentally deficient

ناقص العقل

گفت که معالجه را نمی خواهد. با اجازه داده شد که بخانه برود. او مجدداً بازگشت، و خواستار معالجه از طریق هیپنوتیز شد. به او وعده ملاقات دیگری داده شد، اما بار دیگر در يك لحظه بسیار حساس^۱ از پذیرفتن هیپنوز خودداری کرد. تصور میشد که بیمار مایل به القاء باشد. هیپنوز با روش آمرانه و استفاده از اختلاف حرکت دست در هوا القاء گردید.

● اختلاف بالش^۲ - اختلاف دیگر در روش حرکت دست مربوط به استفاده از بالش میباشد. این کار دارای این امتیاز واقعی است که بیمار روی تختخواب برآحتی دراز می کشد. مفهوم این نکته اینست که انتقال ساده به تلقینات خواب رلکس انجام گیرد.

در این اختلاف، ساده ترین کار اینست که تنها از يك دست استفاده کنیم. بیمار در حالیکه سرش روی بالش نسبتاً بلندی است روی تختخواب می خوابد. بالش دیگری روی شکم بیمار گذاشته میشود و او دستهایش را روی بالش قرار میدهد. پزشک معالج دستش را زیر بالش گذاشته و آنرا از روی شکم بیمار بالا قرار میدهد، به بیمار تلقینات اولیه انتظار و وائهادگی داده میشود و همچنین به وی تلقین عادی حرکت دست داده میشود. امتیاز این اختلاف اینست که پزشک میتواند بالشی را که بیمار روی آن استراحت مینماید با دست جابجا کند. وقتی تلقینات حرکت دست در هوا داده میشود، پزشک میتواند آرامی بالش را پائین ببرد. اگر دست بیمار برای باقی ماندن در جایی که هم اکنون هست سفتی و سختی لازم را دارد، تظاهر به حرکت ایجاد میگردد. پس از این بلافاصله حرکت واقعی شروع میگردد. تظاهر و اغفال به حرکت با معطوف کردن توجه بیمار به دستهایش و توجه نمودن به چیزهای دیگر ممکن میگردد. هنگامیکه کشش ماهیچه ها برای نگهداری دست در وضع مطلوب کافی است، بالش برداشته میشود.

1- Critical moment

لحظه حساس

2- The pillow variation

اختلاف بالش

فصل چهاردهم

القاء هیپنوز با شروع حرکت تکراری

ملاحظات اولیه :

این روش انتخاب برای بیماران منفی کاراست، یعنی کسانی که چون فاقد حس اعتماد و اطمینان نسبت به دانهادگی و رهاسازی خود هستند، فعالیت با مخالفت به آنچه تلقین میشود درمقابل شروع هیپنوز از خود دفاع مینمایند. در روش حرکت غیر ارادی دست این دفاع به سهولت در بیمارانی که وقتی با آنها تلقین سبکی داده میشود، دست خود را بطرف میز فشار می دهند، تشخیص داده میشود. پارامای ادقات حالت پیقراری که در موقع القاء با تلقینات استراحت با آن مربوط میشود، دارای صفات و خصوصیات منفی عادی است. این بیماران منفی کار به سهولت با القاء حرکت تکراری هیپنوتیز میشوند و با روش های دیگر با اشکال زیاد هیپنوتیز میگردند. لذا تجربه لازم درمورد القاء با حرکت تکراری برای درمان بیماری با استفاده از هیپنوز لازم و ضروری است.

این روش هنگامیکه بنا است هیپنوز طی يك فن معالجه ای که احتیاج به فعالیت حرکتی بیمار دارد، نظیر هیپنوتراپی و هیپنوپلاستی دارای ارزش بخصوصی میباشد.

القاء حرکت تکراری برای بیمارانی که تا حدودی استراحت می کنند، اما نه بطور کامل، فن مفیدی محسوب میشود. این بیماران حدواسط بیمارانی هستند که خیلی خوب «رلکس» میشوند و آلهائی که «کشش» ماهیچه ای از خود نشان میدهند. اقدام به حرکت تکراری غالباً چنین بیمارانی را هیپنوز

مینماید. حال چنانچه این روش با شکست مواجه شود نشانه آنست که یکی از دو طریق حرکت دست یا «رلکس» باید بعوض آن مورد استفاده قرار گیرد. این روش همچنین حائز يك محل و مقام روشن و قاطعی در هیپنوتیزم-کردن بیمارانی که بسیار هیجانی و معمولاً تلقین پذیر هستند میباشد. زیرا در مورد چنین بیمارانی بهترین کار اینست که از حرکات دست اجتناب شود، زیرا در اینصورت خطر شکست و نتیجه سوء پاره شدن و ازهم گسیختن^۱ روابطد کتر و بیمار وجود دارد.

آماده سازی مقدماتی بیمار برای القاء با حرکات تکراری بیشتر منوط به موضوع رهبری بیمار به ایده رهائی و وانهادگی^۲ و بوجود آوردن ایده حرکت خودکار در بیمار میباشد.

● فن القاء با حرکات تکراری - این روش را میتوان در مورد بیمار به دو طریق بکاربرد، یا نشستن در کنار میز یا خوابیدن روی تخت. چنانچه پزشک در حال یاد گرفتن این روش است، احتمالاً راحت تر است که بیمار روی تخت بنخوابد.

ابتداءً به بیمار چند تلقین بطریق زیر داده میشود. «به پاهای خود فکر کن. احساس میکنید که ماهیچه های پاهایتان شل و رلکس میشود. احساس کن که میگذاری رها شوند. احساس میکنی که به سهولت رلکس میشوی. احساس میکنی که این استراحت سراپای وجود شما را فرا میگیرد.» پس از این آزمایش انعکاس ماهیچه های عمل خوبی است البته بطرزی که برای بیمار تازگی نداشته و جلب توجهش نکند. بهوی گفته میشود: دست کاملاً رلکس است استراحت کرده اند، حرکاتش ندهید، من حرکاتش میدهم.» وقتی این جملات گفته میشود، ماهیچه دوسر به فعالیت می افتند و این کار چندبار تکرار میشود. «شما دستتان را حرکت ندهید. من آنرا حرکت میدهم.»

- 1- Disruption
- 2- Abandonment

پاره شدن و ازهم گسیختن
رهائی و وانهادگی

با ارائه این ایده به بیمار او را برای حرکت خودکار در پاهایش نیز آماده میسازد. این روش بالرزش و تکان زانو بطریق بسیار ساده و با خون سردی تکرار میشود. اکنون حرکت خودکار را بطریق مستقیم تری به بیمار ارائه میدهیم. میگوئیم: «سست و راحت و آسوده‌ای مادامیکه اینجا هستی هیچ اشکالی پیش نمی‌آید. بگذار کاملاً رها شوی. بگذار آنقدر کامل رها شوی که بدن بتطور خودکار عمل کند». این ایده‌ها چندبار تکرار میشوند، و در ضمن هیچ دست بیمار گرفته نمیشود. «من دست تو را میگیرم، هیچگونه ناراحتی برایت فراهم نمی‌کند. آرام، آسوده و راحت همه اعضاء بدن رها میشوند».

دست بیمار طوری گرفته میشود که توازن ساعد در يك وضعیت عمودی نسبت به بازو که روی تخت قرار دارد برقرار گردد. دست باید طوری گرفته شود که این وضعیت را با کشش ماهیچه‌های خودش نگهدارد و تا آنجا که ممکن است کمک پزشکی به حداقل برسد.

این کار در صورتی با سهولت کامل انجام میگیرد که آرنج در کنار بدن بیمار قرار گیرد و ساعد در وضع کمی متمایل به داخل یا خارج قرار گرفته باشد. چنانچه لباس بیمار آستین دارد با گرفتن سر آستین (سردست آستین) دست بیمار بلند میشود، چنانچه لباس آستین ندارد دست از قسمت میچ و خیلی شل گرفته میشود. گرفتن دست از قسمت آستین یا شل گرفتن میچ دارای این امتیاز است که در ابتداء دست با طرف بی‌اراده حرکت می‌کند، و کمک و پشتیبانی پزشکی بمیزان حداقل می‌رسد، اکنون دست به کندی به عقب و جلو حرکت داده میشود، و در تمام مدت يك جریان یکنواخت تلقین نگهداری میشود. گفته میشود. «دست عقب و جلو میرود، بجلو و عقب، بجلو و عقب.» دقت بعمل می‌آید که تلقینات شفاهی با درجه و میزان حرکت دست همزمان باشند. «عقب و جلو عقب و جلو، همه اعضاء رها میشوند، بیشتر و بیشتر، همه چیز رها میشود، و بدن بتطور خودکار

عمل می نماید، دستت بعقب و جلو می رود، بعقب و جلو بطور خودکار، دائم بعقب و جلو می رود، بعقب و جلو بطور خودکار. « تلقین های مختلف از این نمونه داده میشوند، دست بطور خودکار و تدریجی به یک حرکت جلو و عقب بلند میشود.

● عقب نشینی یا عقب کشی تدریجی تماس^۲ - نکته بسیار مهمی از این فن نگهداری در حد کمی بوسیله گرفتن دست های بیمار است. اینکار تا مدت کمی پس از اینکه دستها خود حرکت خودکار را انجام دادند صورت می گیرد. تماس یزشکک تلقین غیر لفظی قوی ای را برقرار مینماید. حتی اگر هم در واقع خیلی جزئی و کم باشد. در مراحل اولیه کارم برقراری یک حرکت خودکار دست و سپس رها کردن دست کاری بسیار عادی و معمولی بود. اینکار را تنها از نظر این انجام میدادم که به بینم حرکت فوراً متوقف میشود باند.

شروع کردن مجدد بسیار ساده بود، اما دوباره وقتی دست بیمار رها میشود از حرکت باز می ایستد، تجربه نشان داده است که اگر تماس با بیمار بآرامی قطع شود صورت نخواهد گرفت.

هنگامیکه حرکت بخوبی برقرار گردید، برای یزشکک کافی است که آستین را چند دقیقه ای بآرامی و آهسته بگیرد و آنگاه بطوری که بیمار احساس نکند آنرا رها سازد. روش دیگر برای یزشکک اینست که دستش را آنقدر به دست بیمار نزدیک بگیرد که هر بار که دستش به عقب و جلو حرکت مینماید با دست یزشکک تماس بسیار کمی حاصل نماید. پاره ای از بیماران بدون داشتن تماس با یزشکک بسیار کند هستند. با این بیماران یزشکک میتواند بتدریج دستش را از میج پائین ببرد، و تماس با آرنج که نمیتواند هیچگونه اثر فیزیکی احتمالی در حرکت دست داشته باشد برای القاء حرکت با تلقین کافی است.

عقب نشینی یا عقب کشی تدریجی تماس

● **قاعده آهنگ ماهیچه‌ای ۱** - درجه آهنگ ماهیچه‌ای در دست، عامل مهم دیگر در برقراری حرکت تکراری است. چنانچه رلکس کامل وجود دارد، وقتی پزشک دست را حرکت میدهد بدون اینکه حرکت دیگری از خودش داشته باشد بی اراده با طرف حرکت می کند. در این حالات بمحض اینکه کمک پزشک قطع میشود، دست به افتادن روی تخت متمایل میگردد. در حالات دیگر، آهنگ ماهیچه‌ای زیادی وجود داشته و دست توسط بیمار خیلی سخت گرفته میشود و تنها هنگامیکه پزشک به سختی آنرا می کشد حرکت مینماید. برای اینکه آهنگ ماهیچه‌ای مناسب و مطلوب بدست آید، در مراحل اولیه درجه بندی مقدار اطمینان از سستی و رلکس بیمار باید با کنترل هیجان درونی او از این دو حالت (یعنی رلکس کامل و کشش و سختی کامل) اجتناب شود.

● **مبارزات ۲** - هنگامیکه حرکت تکراری کاملاً برقرار گردید و رابطه بین پزشک و بیمار عقب کشیده شد، مبارزات بتدریج وارد تلقینات میگرددند. باین ترتیب که: «دست بطور خودکار به عقب و جلو میروند. بعقب و جلو میروند. احتیاج نداری آنرا تکان بدهی. خودش حرکت می کند. حرکتش نده. خودش بطور خودکار حرکت می کند. حرکتش نمی دهی و نمیتوانی هم متوقفش کنی. عقب و جلو، عقب و جلو بطور خودکار.» دادن تلقینات حرکت بلافاصله پس از مبارزه طلبیدن برای توقف حرکت، احتمال پذیرش مبارزه را در بیمار کمتر مینماید. «اکنون میتوان به یک مبارزه قوی تر پیش رفت: بطور خودکار به عقب و جلو میروند، حرکتش نده، خودش حرکت میکند. حرکتش نده و نمیتوانی هم متوقفش کنی. نمیتوانی متوقفش کنی. بطور خودکار بجلو و عقب میروند. اگر هم مایلی میتوانی هرچه از دستت برمی آید آزمایش کنی، و نمیتوانی متوقفش کنی.»

● **نشان دادن حرکت غیر ارادی دست به بیمار ۳** - اقدام بعدی اینست که

- | | |
|---|-------------------------|
| 1- Regulation of muscle tone | قاعده آهنگ ماهیچه‌ای |
| 2- Challenges | مبارزات |
| | نشان دادن حرکت به بیمار |
| 3- Bringing the patient to witness the movement | |

چشمهای بیمار را باز کنیم. تا خودش حرکت را بهینند. مشاهده پدیده هیپنوتیک توسط شخص پیوسته وسیله مؤثری برای افزایش عمق هیپنوز میباشد. خواننده بخاطر میآورد که تلقینات ویژه ای درباره چشمهای بیمار بوی داده نشده، تقریباً بطور مساوی بدون تغییر، بیمار چشمش را ضمن اولین مرحله رلکس می بندد و ضمن انجام حرکت تکراری نیز آنها را همچنان بحالت بسته نگاه میدارد. و سراپای تورا فرا گرفته است. چشمهای باز میشوند و از خواب بیدار نمی شوی. دست به عقب و جلو میرود، عقب و جلو، چشمهای باز میشوند و از خواب بیدار نمی شوی. بیمار چشمش را باز می کند و بی تفاوت بجائی غیر از دستش که در حال حرکت است، نگاه میکند. او تمایلی ندارد حرکت بدنش را که در کنترل او نیست تماشا نماید. بنابراین باید نگاهش متوجه دستش شود. «چشم به دست نگاه می کند. چشم به دست نگاه میکند. دست به عقب و جلو میرود. عقب و جلو بطور خودکار، و نمی توانی متوقفش کنی» نگاه کردن به دست خودش که در حال حرکت است و بستن چشمانش برای بیمار بسیار عادی است، کوئی تحمل تماشای آنرا ندارد. «چشمات به دست نگاه می کنند، چشمانت به دست نگاه می کنند.» ساختن و پرداختن تلقینات باین عبارت. «چشمات به دست نگاه می کنند» بعوض اینکه گفته شود «به دست نگاه می کنی» به بیمار فرصت می دهد که از نظر روانی با قطع رابطه اجتماعی از خود دفاع نماید.

● مبارزات بعدی^۲ - اکنون بیمار بخوبی هیپنوتیز شده است. اما میتوانیم با دعوت بیمار به اینکه با دست دیگرش این دست را بگیرد بر عمق خواب باز هم بیفزائیم. «دست بجلو و عقب میرود، بجلو و عقب بطور خودکار، تو حرکتش نمی دهی و نمیتوانی متوقفش کنی. نمی توانی نگاهش بداری. نمی توانی نگاهش داری. حتی بادست دیگر. آن خود بخود بجلو و عقب میرود، بجلو و عقب.» دست دیگر بیمار را

بلند کرده و نزدیک آن دستش که حرکت می کند، برده میشود. «تو نمی توانی متوقفش کنی، حتی بادت دیگرگرت. بعقب و جلو میرود، بعقب و جلو». بیمار آن دستش را که حرکت می کند می گیرد، و دو دستش باهم حرکت تکراری - انجام میدهند. «تو حتی نمی توانی آنرا بادت دیگرگرت نگهداری.»

● نگهداشتن حرکت دست^۱ - اکنون بیمار کاملاً هیپنوتیز شده است. حرکت با سهولت کامل متوقف میگردد. «من دستت را می گیرم و آن بی اراده می افتد. تو خواب بسیار بسیار عمیقی که سراپای بدنت را فرامیگیرد احساس می کنی.» دست صرفاً از ناحیه میچ گرفته و گذاشته میشود که روی تخت بیفتد تلقین غیر لفظی خواب را میتوان با کشیدن پتو روی بیمار اضافه نمود. پس از القاء حرکت تکراری خواب هیپنوتیک معمولاً ساده بنظر می آید.

● دفاع با استفاده از سستی بدن^۲ - مشکلات اصلی در القاء حرکت تکراری مربوط به درجه آهنگ یا نواخت ماهیچه های دردست دارد. اگر سستی ماهیچه های دست ادامه یابد، بیمار از آن واقعاً بعنوان دفاع استفاده می کند. لیکن بسیار ساده است که بدون اینکه بیمار از شکست فن بکار برده شده آگاهی یابد روش کار خود را به تلقینات سستی و استراحت تغییر دهیم. این عمل با دادن تلقینات فوق لفظی که پزشک برای افزایش سستی دست او را باینطرف و آن طرف حرکت می داده انجام می گیرد. وقتی او با کشیدن سر آستین حرکت داده میشود، به وی گفته میشود. «دستت به جلو و عقب میرود، بجلو و عقب. کلیه اعضاء شمارها میشود. سستی خیلی خیلی آرام. من دستت را می گیرم. دستت می افتد. و خواب توأم با راحتی و سستی خیلی خیلی عمیق سراپایت را گرفتند.» بدینوسیله دفاع بیمار با سستی بخود او بر گردانده میشود و برای هیپنوتیز کردن او وسیله فن سستی بکار برده میشود.

1- Stopping the movement

نگهداشتن حرکت دست

2- Defense by flaccidity

دفاع با استفاده از سستی بدن

چنانچه کشش ماهیچه‌های زیاد است، که در نتیجه دست سخت و تانژدنی است باید در روش حرکت دست تغییری داده شود که طی آن بتوان در القاء هیپنوتیک از کشش ماهیچه‌های استفاده نمود.

در مورد بیمارانی که احساس ناامنی می‌کنند، همچنانکه دست با کشیدن سر آستین به جلو و عقب می‌رود، گاهگاهی احساس می‌شود که بیمار توانائی خودش را در متوقف کردن حرکت آزمایش نماید. یک تکان جزئی در حرکت آزاد دست وجود دارد. چند تلقین که دال بر ایجاد اطمینان باشد داده میشود و در نتیجه این مکث‌ها در حرکت بزودی از بین می‌رود.

این روش را میتوان هم بطریق آمرانه و هم بطریق پاسیو بکاربرد و دارای امتیاز تغییر از یک حالت به حالت دیگر در مواردی که ضرورت پیدا می‌کند میباشد.

● هیپنوز بیمار منفی‌کار، بیماری که با رفتار منفی‌کاری از خود دفاع مینماید، احتیاج به ملاحظه و مراقبت مخصوص دارد. در مورد این نوع دفاع است که روش القاء بوسیله حرکت تکراری بویژه مؤثر میباشد. ما بطریق عادی پیش می‌رویم، با این استثناء که دقت زیادی بعمل می‌آید تا سر آستین و یامیچ دست فوق‌العاده زیاد شل گرفته شود. تلقینات با آرامی خیلی زیاد داده میشوند و در عین حال باید یکنواخت باشند. بزودی مشاهده میشود که وقتی تلقین حرکت عقب داده میشود، بیمار دستش را بجلو میبرد و موقعیکه تلقین میشود که دستش را بجلو ببرد به عقب می‌برد. گذاشته میشود که این وضع چند وقتی ادامه یابد.

● تشویق و تقویت روش منفی‌کاری - همین‌شل گرفتن دست بیمار دارای اهمیت فنی قابل ملاحظه است. چنانچه میچ دست ضمن هدایت آن به حرکت

در جهت عقب محکم گرفته شود. از اینکه بیمار با کشیدن دست خود به جلو پاسخ منفی بدهد جلو گیری بعمل می‌آید. و پزشک تنها و بدون نتیجه دائم دست بیمار را بجلو و عقب میبرد. و بالنتیجه با این روش شانس هیپنوتیز کردن يك بیمار منفی کار وجود ندارد. باید ظاهراً بیمار را در رفتار منفی کارش تشویق و ترغیب نمود.

باین دلیل تلقینات حرکت دست بیمار با آهنگ بویژه آرامی انجام می‌گیرد، باین طریق که از صدای يك نواخت و مکث‌های قابل ملاحظه‌ای استفاده بعمل می‌آید. باین وسیله وقت زیادی به بیمار داده میشود که دستش را در جهت مخالفی که بوی تلقین داده میشود حرکت دهد. بزودی يك حرکت عقب و جلو برقرار میگردد. بدین معنی که بیمار با تلقین جلو دستش را بعقب میبرد و برعکس^۱.

در روش معمولی پزشک بتدریج تماسش را بادست بیمار قطع مینماید. در ابتداء از مبارزه طلبی بکلی خودداری میشود، زیرا بیمار منفی کار خیلی مستعد پذیرش مبارزه است. در عوض بیمار وادار میگردد که چشمش را باز کند و به حرکت دستش نگاه کند. اکنون حرکت تکراری برقرار شده. حالات تلقینات عوض میشوند، هم از نظر محتوی و مظهر و تلقین و هم از نظر روشی که داده میشوند. «دست بعقب و جلو میرود، بعقب و جلو». مفهوم این جمله اینست که تأکید ازایده حرکت جلو و عقب، که به بیمار حوزة و امکان ساده‌ای برای منفی کاری میداد برداشته شده و فقط يك تلقین کلی درباره حرکت تکراری داده میشود. اکنون دیگر عمل منفی کاری نمیتواند بهمان طریق عمل نماید. تنها راه دفاع بیمار به این حالت که کمی تغییر شکل یافته اینست که دستش را ثابت نگهدارد، ولی دیگر کار از کار گذشته و هم اکنون حرکت تکراری برقرار شده و او

قادر نیست چنین کاری بکند. در حقیقت بیمار اکنون تلقینات را بطور مثبت میپذیرد زیرا دیگر تلقین جلو و عقب تأکیدی روی سمت و جهت واقعی حرکت آنطور که قبلاً بود ندارد. لذا تلقینات بایکنواختی کمتری داده شده و آهنگ صدا آهسته تر میگردد. بزودی متوجه میشویم که بیمار هیپنوتیز گردیده است و با استفاده از این روش هیپنوتیکی دفاعی بر علیه خودش بکار رفته است.

اکنون میتوان بیمار را بمبارزه طلبید و از او خواست که حرکت دستش را نگهدارد. لحظه ای بعد باید برای دفع کردن واکنش اضطرابی احتمالی تلقینات آرامش و راحتی دست برای اطمینان بیشتر در بیمار داده شود.

● يك اختلاف در روش حرکت تکراری - بجای حرکت جلو و عقب ساعد، ممکن است يك حرکت گردشی کلی دست القاء گردد. این اختلاف در بیمارانی که آهنگ ماهیچه ای نسبتاً سختی از خود نشان میدهند مؤثر میباشد زیرا در این بیماران القاء سختی بازو باندازه لازم مشکل است.

بیمار روی تخت دراز می کشد. به وی چندین تلقین ابتدائی انتظار و رهایی داده میشود. دستش در کنار بدنش روی تخت قرار دارد. اکنون پزشک چند مرتبه با انگشتانش تند و با چابکی روی دست او می کشد. اینکار در حکم يك تلقین غیر لفظی قوی عمل می کند و نشانه آنست که چیزی در شرف رخ دادن است. تلقین لفظی بر میزان قوی بودن آن میافزاید. «سراپایت را فرا گرفته. تمام دست را فرا گرفته.» اکنون دست بیمار بوضع عمودی بلند میشود. «محکم است، کاملاً محکم است، مثل يك تیکه چوب محکم است.» ضمن بلند کردن دست دقت میشود که مفصل آرنج کاملاً باز باشد. برای اطمینان خاطر از این نکته پزشک باید از

يك اختلاف در روش حرکت تکراری

1- A variation of the method of repetitive movement

هر دو دستش استفاده کند، یکی روی قسمت فوقانی دست و دیگری روی ساعد بیمار. بمحض اینکه دست بیمار بوضع عمودی درآید پزشک با یک بار دیگر با چابکی و با استفاده از انگشتانش روی آن می کشد. این عمل در حکم یک تلقین غیر لفظی بعدی میباشد. دست بصورت عمودی باقی میماند. اگر علائم جنبیدن و تکان خوردن در آرنج دیده شود، عمل کشیدن انگشتان روی دست بیمار بعنوان تلقینات غیر لفظی سختی و محکم بودن دست بطور قوی تکرار میگردد.

اکنون تلقینات ادامه مییابند. «دست محکم است، محکم مثل یک قطعه تخته، اما باطراف حرکت میکند، باطراف حرکت میکنند». پزشک با آرامی با فشار دادن روی بازوی بیمار یک حرکت تکراری را برقرار می کند. عاقلانه است که از گذاشتن دست روی ساعد برای شروع کار اجتناب گردد زیرا ممکن است باعث شود که بیمار آرنجش را خم کند. «دست باطراف حرکت می کند، باطراف حرکت می کند». بیمار بمبارزه طلبیده میشود که حرکت را متوقف کند، و وادار میگردد که به حرکت دستش نگاه کند. سپس تغییر به تلقینات سستی و خواب آسان میباشد.

این تغییر در بیمارانی که مقداری کشش ماهیچه ای از خود نشان می دهند و معالجه تلقینی از طریق خواب هیپنوتیک برایشان مطلوب است، حائز ارزش ویژه میباشد.

● پدیده های اولیه و ثانویه - این روش اصلی را نشان میدهد که مکرراً در مورد روش های دیگر القاء قابل اجراء میباشد. بیماری که بسختی میتواند هیپنوتیزش کرد، اگر دو تلقین مختلف پشت سر هم به وی داده شود، غالباً نسبت به دومین ایده مقاوم است، اولین ایده پذیرش غیر حاد و انتقادی اتخاذ مینماید.

بنظر میرسد که بیمار با آخرین ایده‌ای که به‌وی داده‌شده سرگرم شده و در مورد اولی بی‌توجه شده، بدون اینکه فکر کند آنرا می‌پذیرد، در این تغییر روش حرکت تکراری، اولین ایده سختی و محکمی دست است. دومین ایده حرکت دست است. بسیاری از بیماران مدتی از پذیرش حرکت دست خودداری و نسبت به آن مقاومت می‌کنند. اما این حقیقت که آنها تلقین سختی دست را پذیرفته‌اند مفهومش اینست که آنها بخوبی در راه هیپنوتیز شدن بطور مطلوب می‌باشند.

فصل پانزدهم

القاء هیپنوز بانگاه خیره مستقیم^۱

اهمیت نگاه خیره مستقیم^۲

● مورد استفاده فوری نگاه خیره مستقیم^۲: ابتداءً روی این نکته تأکید می‌گردد که القاء هیپنوز بانگاه خیره مستقیم تنها فایده تاریخی ندارد. بلکه روشی است که دارای اهمیت واقعی در معالجه هیپنوتیکی جدید دارد. اهمیت آن در این حقیقت قرار دارد که گاهی اوقات تنها وسیله رفتار با آن حالت شدید و ضروری در هیپنوز است که بیمار که عقده دلش را بازگو می‌کند ناگهان از خواب بیدار می‌شود و از موضوع شوک و ناراحتی ناخودآگاه قبلی آگاه می‌گردد. اضطراب فوق‌العاده‌ای^۴ بر او مستولی است. بیمار آنقدر ناراحت و مضطرب است که استفاده از روش غیر فعال در مورد وی نتیجه بخش نیست. پس باید از قدرت استفاده کرد، و استفاده آمرانه از نگاه خیره مستقیم است که میتواند تنها راه مؤثر در هیپنوتیز کردن مجدد بیمار باشد. بنابراین هر کس در طب از هیپنوز برای معالجه بیماران استفاده می‌کند باید باین روش آشنائی کامل داشته باشد، تا چنانچه یک مورد ضروری و اضطرابی پیش آید بتواند با آن مقابله نماید. در

القاء هیپنوز با نگاه خیره مستقیم

1- The induction of hypnosis by the direct stare

2- Importance of the direct stare اهمیت نگاه خیره مستقیم

3- Emergency use of direct stare مورد استفاده فوری نگاه خیره مستقیم

4- Hyperacute anxiety اضطراب فوق‌العاده

يك حالت اضطرابی روش نگاه خیره مستقیم روش لازمی است، اما در بسیاری از شرائط دیگر در معالجه هیپنوتیکی يك روش راحت برای انتخاب میباشد. این موضوع که انسان را میتوان بانگاه کردن به چشمانش مسحور کرد يك ایده بسیار قدیمی است که غالباً با ایده سحر و جادو گری توأم بود. مسمر در مراحل اولیه کارش قبل از شروع به گرفتن دست بیمار را ابتداءً چند دقیقه‌ای به چشمان بیمار نگاه میکرد. مدت یک قرن، ترکیب نگاه مستقیم و استفاده از پاسها روش جاری برای القاء حالت نشئه جهت مسمریست‌ها (طرفداران مسمر) و مانیه تیزورها بود و نگاه خیره مستقیم در انتهای قرن نیز توسط پزشکان هیپنوتیست که دارای روش آمرانه بودند بطور معمول بکار برده میشد و هنوز هم پایه‌اساسی برای آموزش دانشجویانی که دوره هیپنوتیز کردن رامی بینند بحساب می‌آید.

● عدم استفاده از نگاه خیره مستقیم در سالهای اخیر - اخیراً در محافل طبی نگاه مستقیم تقریباً به‌بوته فراموشی افتاده است. چهار جلد کتابیکه اخیراً درباره هیپنوز طبی توسط نویسندگان برجسته نوشته و منتشر شده باستثناء ارزش و توجه بآن از نظر تاریخی دیگر بآن رجوع ننموده و بحثی به‌میان نیآورده‌اند. دلائل واضحی برای نسخ این روش وجود دارد.

یکی این که در گذشته پیوسته بایک روش بی‌نهایت آمرانه همراه بود. عصر حاضر متمایل به روش پاسیو است و حق هم‌چنین است. لیکن نویسندگان این نکته را فراموش کرده‌اند که نگاه خیره مستقیم را میتوان طوری اصلاح نمود که حتی آنرا باروش غیر آمرانه نیز بکار برد، بعلاوه صرف‌نظر از این که يك پزشک هیپنوتیک چقدر در طرز فکرش در مورد معالجه پاسیو باشد، او باید باندازه کافی ذیصلاح باشد، که يك فن کاملاً آمرانه را که بآن میتواند در

شرائط بحرانی و وخیم متکی باشد بداند (بعبارت دیگر برای مواردیکه بیمار از خواب هیپنوتیک بیدار میشود این تکنیک ضروری است).

● سمبولیسم چشم^۱ - از نظر مشاهدات بالینی باید این نکته را بعنوان يك حقیقت بپذیریم که بیمار وقتی به چشمان هیپنوتیست نگاه میکند، زودتر هیپنوتیز میشود، ناموقعیکه مانند روش «جیمز برید» فقط بيك شیئی ثابت نگاه کند. حال اعم از اینکه روش آمرانه یا پاسیو باشد، این حقیقتی است که وجود دارد. چشمان هیپنوتیست نمیتواند روی بیمار اثر فیزیکی بگذارد. بنابراین باید در جستجوی يك توضیح روانی برای این پدیده باشیم.

● اثر فرهنگی^۲ - هر گاه افسانه‌های باستانی^۳ و «فولکلور» را مورد معاینه و بررسی قرار دهیم متوجه میشویم که اثر چشم عنوانی است که پیوسته بآن بر میخوریم. نکته مهم در باره اثر چشمها اینست که ایده و نظریه نفوذ و تأثیر چشمها بستگی به نژاد یا فرهنگ یادوره و زمانه بخصوصی از تاریخ ندارد. تقریباً در تمام فرهنگها نژادها به فرمی و شکلی جلوه میکنند و غالباً جنبه‌های مختلفی در اعصار مختلف تاریخ از آن به منصفه ظهور رسیده است. این مطالب توسط دانشمندانی نظیر «سر جیمز^۴ فریزر» و همچنین در این اواخر توسط «گزاروهایم^۵» مورد شرح و تفسیر قرار گرفته. اعتقاد به قوه چشم آنقدر عالمگیر است که به نظر میرسد میراث آدمی باشد.

هنگامیکه يك تاجر بزرگ جهانی بنام «مانهاتان» بایک پزشک متخصص

1- the symbolism of the eye

سمبولیسم چشم

3- Cultural influences

اثرات فرهنگی

2- Mythology

افسانه‌های باستانی

4- Sir james frazer

سر جیمز فریزر

5- Geza roheim

گزاروهایم

در هیپنوتیزم مشورت میکنند، هرگز فکر نمیکنند که پزشک او را طلسم و جادو میکند، بلکه این واقعیت را مسلم میکنند که نگاه خیره مستقیم به پزشک معالج ظاهراً ایده‌های غلط در باره اثر و نفوذ چشم جای خود را به ایده‌های صحیح داده و در نتیجه قدرت تلقین پذیری تاجر مذکور بالا می‌رود. چنین ایده‌هایی ممکن است تنها بطور مبهم در شعور آگاه بیمار باشد. یا ممکن است کاملاً ناآگاهانه باشد. حقیقت مسلم اینست که نگاه به چشمان پزشک بمیزان زیادی تلقین پذیری را در بیمار بالا میبرد. و محتمل است که توسط این نوع مکانیزم سمبولیک بوقوع میرسد.

● چشمی که همه چیز را می‌بیند^۱ - در افسانه‌های باستانی و فولکلور^۲ چشم، اختلاف عقیده‌های زیادی درباره قدرت چشم وجود دارد، این اختلافات به سه دسته طبقه‌بندی میشوند که اولین آنها چشم همه چیز بین است. این چشم خدا و شعور آگاه است. این عنوان برای چشم در مقبره‌های مصر باستانی نقاشی‌های مربوط به جنون جوانی و شعر بطور فراوان و با شکل مختلف دیده میشود.

«جان گرین لیف»^۳ نیم بیتی سروده که نمونه آشنا و مشهوری در زبان انگلیسی است باین مضمون «چشم ابدی که همه چیز را می‌بیند».

● چشم قدرت^۴ - دومین عنوان چشم قدرت است. این نیز مشابه یک ایده باستان است که تا عصر جدید هم‌چنان پایدار مانده. در کتابی که دکتر هاریک کانینگهام واکس^۵ پیرامون هنر روانپزشکی نوشته از کتاب بر اندازنده و نابود کننده پیکر انسان باین شرح بازگو میکند: «آتش چشم «هوروس»^۵ بر بالای

1- The all seeing eye

چشمی که همه چیز را می‌بیند

2- Folklore فولکلور

3- John greenleaf

جان گرین لیف

4- The eye of authority

چشم قدرت

5- Horus هاروس

سرتواست تورا میسوزاند، کباب^۱ میکند، باخنجر قطعه قطعهات میکند، بانیزه سوراخ سوراخ می کند، نابود میکند، سرخ می کند، روی آتش میگذارد، خاکسترت میکند، و هر گونه اثر یاردپایت را نابودمینماید : «

باینترتیب نیرو و قدرت نهائی اعطاء شده در قدرت دستهای « هوروس » نبود، بلکه در چشمهایش بود، این ایده تا اعصار جدید هم پایدار مانده است. مثلاً شکسپیر در کتاب هاملت میگوید. «چشمی مانند کره مریخ که میترساند و فرمانرانی مینماید» و یا «کلریخ» در شعر ماریز باستانی میگوید: «از رابا چشمان درخشانش باز می ایستاند». و امرسون در روش زندگی چنین میسراید «یک چشم قادر است مانند یک توپ ذخیره گذاری شده و برپا شده ایجاد ترس و وحشت کند.»

● چشم شیطانی و پلید^۲ - نوع سوم عنوان چشم شیطانی یا چشم شیطان است. این نوع چشم تا حدود زیادی با سحر و جادو، اعمال تحریم شده و سحر و جادوگری^۳ مربوط بود. و مانند چشمهای وجدان و قدرت دیده است که دارای سابقه باستانی زیادی دارد، چنانکه طبق یک بیت شعر قدیمی داریم :

«نان کسی که دارای چشمان شیطانی است نخور، و هوس خوردن گوشت لذیذش هم مکن». در کتاب «مقدس نو»^۴ چشم شیطانی و پلید در زمره صورتی از چیزهای شیطانی دیگر نامبرده شده. «از درون و قلب انسان افکار پلید، زناها^۵ و اعمال جنسی^۶ فسخ شده جنایتها، دزدیها، طمع^۷ و شرارت، فریب، شهوت-

چشم شیطانی و پلید	2- The evil eye	کباب کردن	1- Grilling
	اعمال جادوگری		3- Witchcraft
	کتاب مقدس نو		4- New testament
رناها	5- Adulteries	اعمال جنسی	6- Fornications
طمع	7- Covetousness		

انگیزی، چشم پلید، کفر و ناسزا^۱، غرور، تکبر، و حماقت سر چشمه میگیرد، آری همه این کارهای پلید از درون بر میخزد، و انسان را ملوث^۲ و بیصورت میگرداند.»

اعتقاد به چشم پلید از دیر باز تا کنون بصورت گوناگون در افکار باقی مانده در بسیاری از جاها معمولاً مادران دوست ندارند که کودکان و نوزادانشان مورد ستایش قرار گیرند، مگر آن که چشم پلید را بخود جلب نمایند. پاره‌ای از اهالی نایل هنوز هم در مقابل اثرات بد آن از طلسم استفاده میکنند. این پوششهای طلسمی (طلسمها) از شاخ گوزن‌های مینیاتور به صورت‌های گوناگون پیدا میشود یکی از طریق پرهیز از اثر سوء چشم پلید، نشان دادن یک چیز مضحک به جادوگر است این موضوع جالب است، زیرا برای بیماران امری غیر عادی است که بکوشند تا ضمن هیپنوتیز شدن بوسیله نگاه خیره مستقیم بساخنده از خودشان دفاع نمایند.

البته در مورد قدرت چشم گفته‌ها و نوشته‌های جالب و زیادی هست این چند مثال کوتاه، صرفاً برای نشان دادن این حقیقت که اعتقاد به قدرت چشم سابقه تاریخی زیادی دارد، در همه جای دنیا به آن اعتقاد داشته‌اند و اینک تا امروز اثر آن بجای مانده آورده شد. انسان امری به چنین افکار و ایده‌هایی میخندد و آن‌ها را قبول ندارد، اما تحت فشار هیجان و فقدان کنترل این ایده‌ها ممکن است زنده شده و بر افکار، رفتار و احساس ما تأثیر بگذارند.

● مکانیسم‌های روانی چشم^۳ - سؤالی که برای ما کاملاً مهم است اینست که: چگونه این ملاحظات نظری فرضی میتوانند عملاً در معالجه بیمارانیکه

ملوث و آلوده 2- Defile کفر و ناسزا 1- Blasphemy
مکانیسم‌های روانی چشم 3- Psychological Mechanisms of the eye

بنظر ما با هیپنوتیزم میتوان با آنها کمک نمود مورد استفاده قرار گیرند؟ واضح است که ما باید طوری با بیمار رفتار کنیم که رفتار ما اثر فعال کننده مکانیزم‌های سمبولیک مطلوب را داشته باشند پذیرش يك روش آمرانه، هنگامیکه با نگاه خیره مستقیم توأم باشد، مکانیزم‌های سمبولیک چشم، قدرت را زنده مینماید. پرورش يك طرز فکر «غیر آمرانه» توأم با فن نگاه کردن به چشم بیمار، مکانیزم چشم تمام بین را بسیج مینماید. از افکار چشم‌شیطانی هر عملی که ممکن است و بهر قیمتی که تمام شود، باید احتراز جسته شود. این عمل با برقراری رابطه‌ی حسنه با بیمار قبل از شروع القاء انجام میشود. رابطه‌ی حسنه‌ی مطلوب بطور غیر مؤثر در مقابل چشم‌شیطانی می‌ایستد و مبارزه مینماید، زیرا بیمار پزشکی را که با وی دارای رابطه‌ی حسنه‌ی دوست می‌دارد. شخصی که دارای چشم‌شیطانی است اساساً باید کسی باشد که او را دوست نداریم. در این مورد، توجه باین نکته جالب است که طبق نوشته‌های مربوط به هیپنوز بسیاری از هیپنوتیست‌های غیرطبی گذشته عمداً از راه خود خارج شده‌اند، تا فعالیت‌های خود را بایک محیط نحس^۱ محاط نمایند که در جهت بسیج ایده‌های آگاهانه و یا ناآگاه چشم‌پلید عمل مینمود.

● روش‌های آمرانه و غیر آمرانه هیپنوز بطریق نگاه خیره مستقیم - درك این نکته برای دانشجو حائز اهمیت زیاد است که نگاه خیره مستقیم را بطور تقریباً مساوی در روش آمرانه و غیر مستقیم میتوان بکار برد. بنظر میرسد که نویسندگان قبلی از این نکته آگاه نبوده‌اند. درك این نکته و وحدت آن با روش عملی القاء تمامی وضع و موقعیت نگاه خیره مستقیم را در معالجه هیپنوتیکی را تغییر داده و یادگر کون میسازد.

در آغاز، پزشک معالج باید در این مورد که آیا میخواهد از روش آمرانه استفاده کند یا پاسیو اتخاذ تصمیم نماید. در اتخاذ چنین تصمیمی، پزشک باین نکته رهنمون میگردد که از بین بردن علامت بیماری با تلقین غالباً اگر توأم با القاء آمرانه باشد رضایتبخش است، از طرف دیگر تجزیه-تحلیل هیپنوتیکی معمولاً احتیاج به القاء غیر آمرانه دارد. عوامل مربوط به شخصیت بیمار نیز باید در نظر گرفته شوند. مثلاً اشخاصی که مطیع و سر-بزیرند، بزودی باروش نگاه خیره مستقیم و آمرانه هیپنوتیز میشوند. برعکس افرادی که سهولت حالت تهاجمی بخود میگیرند، با اشکال از طریق آمرانه هیپنوتیز میشوند، زیرا بنظر آنها این حالت جنبه مقابله و مبارزه با پزشک معالج داشته و در نتیجه بزودی حالت تهاجمیشان دفاعهای درونی را برمی انگیزد. افرادی که فاقد شخصیت واحد هستند، که از نظر روانی تحت عنوان شخصیت ناقص طبقه بندی میشوند، نیز با استفاده از روش نگاه خیره مستقیم و آمرانه به سهولت هیپنوتیزم میشوند.

● انتخاب روش تقرب: این موضوع ما را راهنمایی مینماید که يك نکته اصولی را مورد ملاحظه و نظر قرار دهیم. در موقع تصمیم به اینکه يك روش آمرانه یا غیر آمرانه با نگاه خیره مستقیم بکار برده شود، نباید خیلی تحت تأثیر مطالب مصلحتی^۱ قرار بگیریم. بدین معنی به صرف اینکه میدانیم هیپنوتیز کردن بیمار با روش آمرانه کار ساده است، نباید الزاماً این روش را در مورد او بکار بریم. معیار سنجشها باید اثر کلی درمانی باشد نه صرفاً سهولت القاء هیپنوز. غالباً بیمارانی را می بینیم که به سهولت با روش آمرانه هیپنوتیز میشوند. اما ممکن است روش معالجاتی ایجاب کند، که

1- Choice of method of approach

انتخاب روش تقرب

2- Expediency مصلحتی

ما آنچه را که تحت عنوان روش «غیر آمرانه» مشکل می‌شناسیم بکار بریم. این شرایط بیشتر در مورد بیمارانی که فاقد شخصیت واحد بوده و بسیار مطیع هستند که باین علت احتیاج به تجزیه و تحلیل هیپنوتیکی پیدا کرده‌اند صدق می‌کند.

« جوان کمروزی که فاقد شخصیت واحد بود، مبتلا به بیماری اضطراب درونی بود. او بسیار مطیع و هوشیارش محدود بود. بنظر می‌رسید که با تلقینات مستقیم تا حدودی آرامش خیال و اعتمادش را باز مییافت واضح بود که به سهولت با روش نگاه خیره مستقیم هیپنوتیز می‌گردد. مسلم بود که باید با تجزیه و تحلیل هیپنوتیکی مواجه شود، بنابراین در این زمینه اعتراض به روش آمرانه نبود. لیکن هدف از مواجهه کمک به وی در غلبه به فروتنی و اطاعت فوق‌العاده وی بود، بنابراین با استفاده از روش غیر آمرانه مشکلتر هیپنوز در مورد وی القاء گردید.»

شرایط مخالف وضع فوق یعنی مواردی که يك روش آمرانه مشکل روش: «غیر آمرانه» بکار رود، خیلی کمتر پیش می‌آید.

«خانمی که سنین پنجاه‌سالگی را میگذراند، از دوران طفولیت دچار لکنت‌زبان شده بود. از آنجا که اشکال وی در صحبت کردن بطور وضوح با فشار اعصاب مربوط بود، بنظر می‌رسد که بتوان با معالجه تلقینی وی را درمان نمود، او هشیار و دارای احساسات همکاری‌دهنده بود. بخاطر گنگی زبانش هر نوع معالجه روانی مقدماتی آنقدر مشکل بود که در دومین جلسه باروش «غیر آمرانه» هیپنوز گردید. بیمار بخوبی خود را رها نمود، بهتر صحبت می‌کرد و من توانستم بیش از پیش درباره وی اطلاعات لازم کسب کنم. او يك زن با حالت تهاجمی مردانه بود، که احتیاج داشت مسئولیت هر وضعیتی را

بعده بگیرد. او طبعاً و عادتاً بهر گونه علامت یا نشان قدرتی که در اطرافش بود، با خصومت و اکنش نشان میداد و مردان را به شدت سرزنش مینمود. بنظر میرسید که او توانسته بود آن القاء «غیر آمرانه» را بپذیرد، زیرا احساس میکرد، که هنوز هم فرماندهی و رهبری در دست خود او است. در این مرحله بنظر میرسید که بتوان به بیمار موقعیت و فرصتی داد که قدرت را بدون خصومت تحمل کند. در نتیجه از روش غیر آمرانه به روش «آمرانه» تغییر وضعیت داده شد القاء مشکلمتر شد، اما بزودی يك بهبود کلی و قابل توجه هم در صحبت بیمار و هم در تطبیق عمومی خودش با وضعیت های زندگی روزمره اش مشاهده گردید. این مورد از این جهت تذکر داده شد، که این واقعیت نشان داده شده که ساده ترین روش القاء پیوسته بهترین روش برای وضعیت درمانی موجود نیست.

● رابطه حسنه و چشم شیطانی^۱ - بمحض اینکه تصمیم اتخاذ شود که يك روش آمرانه اتخاذ گردد یا غیر آمرانه، کیفیت رابطه حسنه خود را با بیمار مورد اصلاح و جرح و تعدیل قرار می دهیم، در این باره باید روشن و قاطع باشیم. بمحض اینکه بیمار را می بینیم باید فرآیند ایجاد رابطه حسنه را با بیمار آغاز نمائیم. این موضوع در مورد هر بیماری اعم از اینکه هیپنوز بکار برده شود یا نه صدق می کند. هنگامیکه باید هیپنوتیز را بکار ببریم. رابطه حسنه حائز اهمیت فوق العاده میشود، زیرا بیمار نمیتواند خود را کاملاً رها نماید مگر اینکه يك رابطه حسنه مناسب و کافی برقرار باشد.

وقتی بنا است القاء با نگاه خیره مستقیم انجام شود، رابطه حسنه از اینهم مهم تر میشود، زیرا این وسیله اینست که با آن از برانگیختن ایده و سمبولیسم چشم شیطانی احتراز بعمل می آید. اکنون باید طوری با بیمار رفتار کنیم که

در بیمار حالت فکری آمرانه یا غیر آمرانه بوجود آوریم و بر مبنای آن رابطه حسنه برقرار سازیم. اینکار صرفاً دنباله ایده «فریزی» در زمینه هیپنوز پدرانه و مادرانه است. باید بین رابطه حسنه پدرانه و مادرانه فرق قائل شویم، و اینکار برطبق محاسبه قبلی است که آیا بیمار باید با روش آمرانه هیپنوتیز شود یا غیر آمرانه.

● **روش آمرانه با نگاه مستقیم^۱** - اگر تصمیم داریم که روش آمرانه را در مورد نگاه خیره مستقیم بکار بریم اقدامات نیمه کاره نباید درباره آن انجام داد. رفتار و روش ما این نکته را برای بیمار روشن میسازد که ما مقامی با قدرت فوق العاده هستیم. هر کاری که از دستان برمی آید برای برقراری اعتبار خود انجام می دهیم. وقتی با بیمار صحبت می کنیم مستقیم در چشمانش نگاه می کنیم بطوریکه احساس ناراحتی کند، بدینترتیب سمبولیسم پنهانی نیروی نامرئی چشم فعال میشود. به سادگی میتوان دید که چگونه این توسل و تشبث به ایده های اولیه و ابتدائی که در سطحی پائین تر از آستانه^۲ هشیاری هستند، دارای چنان اثر نیرومندی در ایجاد سیر قهقرائی که شیره و عصاره هیپنوتیزم است میباشد.

● **روش غیر آمرانه با نگاه مستقیم^۳** - هنگامیکه نگاه خیره مستقیم با روش غیر آمرانه بکار برده میشود. بیمار در خط مشی های مختلفی خود را آماده مینماید ما در رفتار و کردار خود با بیمار آرام و غیر فعال هستیم. بالاتر از

روش آمرانه با نگاه مستقیم

1- The authoritative approach to the direct stare

2- Threshold آستانه

روش غیر آمرانه با نگاه مستقیم

3- The passive approach to the direct stare

همه ما بیمار را درک می کنیم. به بیمار نگاه می کنیم ما مستقیماً به او نگاه می کنیم، اما این نگاه بهیچوجه او را مشوش نمی نماید، زیرا این نگاه زائیده تفاهم است. باینتریب رابطه حسنه مادرانه با بیمار برقرار مینمائیم. اینکار را میتوان با تحریک مکانیزم سمبولیک لمس کردن بطور قابل ملاحظه ای تقویت و کمک نمود. به بیمار می گوئیم روی تخت خواب آزمائش دراز بکشد. انعکاس عصبی در زانو بوجود می آوریم خیلی کم حرف میزنیم اما از فرصت استفاده کرده دست و پایش را حرکت می دهیم. اگر آثار اضطراب وجود دارد گاهگاهی تلقینات سستی و استراحت می دهیم. «راحت، آرام، تمام ماهیچه های بدن را راحتند، ماهیچه های شکم نیز در حال استراحت اند». دست روی شکم بیمار گذاشته میشود، و با فشار خاصی ماهیچه ها با آرامی لمس میشوند. باین طریق لمس کردن یک وسیله ارتباط میگردد. وقتی به مرحله ای میرسیم که هیپنوز را با نگاه خیره مستقیم القاء نمائیم، بیمار اثر نگاه پزشک را بر تمام وجودش درک می کند، و اینکه بر همه وجودش نگاه می کند و تمامی وجود او را درک مینماید. پس مکانیزم های سمبولیک چشم «همه چیز بین» فعال شده، او به گذشته باز میگردد و با روش غیر آمرانه هیپنوتیز میشود.

● فن نگاه مستقیم ۱ - بیمار ممکن است در وضعیت های مختلف از قبیل ایستاده، نشسته، یا دراز کش باشد. چنانچه از وضعیت ایستاده استفاده میشود بهتر است پشت سر او یک صندلی راحت گذاشته شود وقتی هیپنوتیز میشود به وی گفته میشود که او دارد خواب میرود و پاهایش دیگر تاب مقاومت و نگهداری وزن بدنش را نداشته و او چاره ای جز این ندارد که روی صندلی بیفتد.

هنگامیکه روش آمرانه بکار برده میشود، باید وسائل کاری طوری

ترتیب داده شود که سر و چشمان پزشک معالج بالاتر از سر و چشم بیمار قرار بگیرد. باین ترتیب پزشک از این سمبولیسم استفاده مینماید که بالاتر از بیمار است. او بالای سر و مشرف بر بیمار قرار دارد. چنانچه بیمار در حال دراز کش است، اینکار آسان میباشد. وقتی بیمار روی مبل نشسته پزشک روبروی او می ایستد، و روبرو خم میشود. چنانچه بنا است از هیپنوکرافی و هیپنوپلاستی استفاده شود، بیمار طوری می نشیند که صندلیش نزدیک میزی قرار داشته باشد. سپس پزشک میتواند روی میز جلو بیمار و کمی متمایل به یکطرف میز بنشیند. هنگامیکه پزشک بلندتر از بیمار است در این صورت برای پزشک عاقلانه نیست که برای يك القاء آمرانه مشکل از حالت ایستاده استفاده نماید.

● فن آمرانه - در روش آمرانه به بیمار دستور داده میشود که به چشمان پزشک نگاه کند «به چشمان من نگاه کن، به چشمان من نگاه کن» بیمار غالباً نگاه کوتاهی به چشم پزشک مینماید و به سرعت نگاهش را بجای دیگر منحرف میسازد. «به چشمان من نگاه کن، به چشمان من نگاه کن» تلقینات با صدای بلند رسا و با لحنی توأم با فرمان کامل داده میشوند. پزشک ممکن است شانه بیمار را نگهدارد، اینکار باخشونت و استوار انجام می گیرد. راه دیگر اینکه پزشک دستش را روی سر بیمار بگذارد و یا باین ترتیب سرش را در مقابل پزشک (خودش) قرار دهد. در این وضعیت بیمار معمولاً سرش را روبرو بجلو می گیرد اما نگاهش را بجای دیگری معطوف مینماید. «به چشمان من نگاه کن، میخواهی به چشمان من نگاه کنی، اما نمی توانی چشمانت نمی توانند بمن نگاه کنند هر دو پلکها پتان میزنند، بسته اند، نمی توانی بازشان کنی، سراپایت را فرا گرفته»، این نوع القاء سریع را میتوان غالباً در مورد افرادی که فاقد شخصیت واحد بوده و سوژه های مطیعی میباشند بکار برد.

در این روش استفاده از نگاه مستقیم، دفاعهای بیمار بر علیه خود او هدایت میشوند. بیمار چشمش را از یزشک منحرف میسازد. یزشک از این وضعیت استفاده نموده، به بیمار میگوید که تلقینات را بر علیه خواسته و میلش بپذیرد. و در نتیجه اینکار به سرعت هیپنوتیز میشود.

● گردش تخم چشمها بطرف بالا^۱ - در القاء آمرانه توسط نگاه خیره مستقیم، معمول بر اینست که بیمار به چشمان یزشک نگاه کند و چشمان سپس در حدقه به عقب میچرخد. تخم چشمها طوری میچرخد که دانش آموزان معمولاً بیالا و سر بیمار نگاه می کنند. این پدیده عجیب غالباً و بدون تلقینات ویژه رخ میدهد پاره ای از یزشگان از این ایده پشتیبانی می کنند که به بیمار گفته شود که تصور کند چشمانش به عقب میچرخد و باینترتیب از این موقعیت بهره برداری نمایند. این کاملاً يك پدیده شناخته شده است «ساوتی»^۲. میگوید: «این چشم منفور^۳ را بعقب بچرخان و بدیند» بیمار آن دیگری هستند که نگاه خیره یزشک. را بر میگردانند. در روش آمرانه، یزشک هدفش اینست که الان بیمار را مقهور نموده طوری بر او مسلط شود که نتواند نگاهش را بر گرداند. برای نیل به این هدف او بیمار را بایک سری تلقینات لفظی مداوم بمباران می کند. بمن نگاه کن، بمن نگاه کن، پلکهایت سنگینتر میشوند. سنگینی پلکهایت را احساس می کنی، سنگینی غیر قابل تحمل پلکهایت را احساس می کنی. سنگینی آنها بیشتر و بیشتر میشود، نمی توان بحالت باز نگهشان داری». پلکهای چشم بیمار معمولاً میزند یا اقلاً تکان میخورد. این نشانه اینست که او نمی تواند آنها را باز نگهدارد. بله چشمانت باز بسته میشود. نمی توانی آنها را باز نگهداری. باز هم باز بسته میشوند. سراپایت را فرا گرفته. پلکهای چشمت آنقدر سنگین هستند که نمی توانی باز نگهشان داری». در ابتداء چشمان بیمار غالباً مانند حالت بیداری معمولی خیلی

۱- Upward rotation of the eye balls گردش تخم چشمها بطرف بالا

۲- Southey ساوتی

۳- Abhorrent منفور

سریع باز و بسته میشوند، سپس بتدریج که تحت تأثیر قرار میگیرد فرآیند زدن چشمها خیلی کند شده و بصورت شخصی که خیلی خواب آلود است درمی آید. تلقینات از این حالت بهره برداری مینمایند. «پلک چشمات سنگین، سنگین و چسبنده هستند. احساس می کنی که چسبناک هستند، طوری که بندرت میتوانی بازشان کنی. این پلکها با حالت خواب آلودی غیر قابل مقاومتشان به پائین می افتند.

● درگیری ماهیچه های کمکی^۱ - اکنون بیمار وادار میشود که کوششهای هشیارانه خود را معطوف به بازنگهداشتن چشمهایش بنماید. «شما در حال مبارزه هستی، سخت مبارزه میکنی که آنها را بازنگهداری. فایده ای ندارد، بطور غیر قابل مقاومتی سنگین هستند. هر چه قدر می توانی کوشش کن. نمیتوانی آنها را بازنگهداری». تأکید بر این حقیقت که بیمار سعی مینماید که کاری انجام دهد، ماهیچه های کمک را وارد عمل مینماید. برای کمک به بازنگهداشتن چشمانش، ابروهایش را بلند می کند و پیشانیاش را چروک مینماید. وقتی این وضع رخ میدهد می دانیم که هیپنوز در شرف تکوین است. «سعی میکنی با بلند کردن ابروها چشمات را بازنگهداری. ولی فایده ای ندارد. سنگینی غیر قابل مقاومت سراپایت را فرا گرفته. نمی توانی آنها را باز کنی». اکنون پزشک بیش از هر وقت دیگر میتواند فرمانروائی کند. در تلقین منفی تغییری داده میشود باینترتیب که از «نمی توانی چشمات را باز نگهداری». به تلقین مثبت. «اکنون چشمات بسته اند». این آخرین محک است. چنین تلقینی نباید داده شود تا اطمینان حاصل گردد که مورد قبول واقع خواهد شد. «چشمات بسته میشوند، آنها بسته میشوند. بهم چسبیده اند با سنگینی بهم چسبیده اند. نمی توانی بازشان کنی». بیمار با استفاده از ماهیچه های پیشانی اش تقلای بیهوده ای مینماید،

این تفلها و کوشها آرام هستند، اما معمولا زود گذر بوده و علائم اضطراب میباشند.

اختلاف در عنوانهای مختلف بستگی به شرایط و موقعیتهای خاص دارد. مثلا گاهی اوقات چشمان بیمار بطور قابل ملاحظه‌ای خیس و مرطوب میشوند. وقتی چنین چیزی رخ میدهد باید تلقینات هم‌آهنگی داده شود، باینترتیب. «چشمانت خیس و آشک آلود هستند. خیس و توأم با سنگینی، خیلی سنگین» و غیره. نکات زیادی مربوط به این فن وجود دارند که دانشجو باید با آنها آشنا شود باید فوت و فن نگاه کردن به چشمان بیمار بدون کوشش و توسل به خود او را فرا گیرد. ساده‌ترین راه اینکار نگاه کردن مستقیم به بیمار است. البته پزشک باید یاد بگیرد که مژه و یا پلک چشمانش بهم نخورد. اینکار خیلی بیش از آنچه انتظار میرود ساده است. عوامل مهم فقدان اضطراب در پزشک و وجود اطلاع او به اینکه در حقیقت بیمار هیپنوتیز خواهد گردید میباشد. در شرایطی که من در تثبیت نگاه اشکال داشته‌ام، بنظر میرسد که این موضوع با عوامل خارجی نظیر سرما خوردگی، شنا در آب شور دریا، یا سوختگی در آفتاب بستگی داشته‌است. دانشجوی هیپنوتیزم باید پیوسته باین حقیقت ایمان داشته‌باشد که حتی اگر اوضاع کاملا بر وفق مراد نبود اشکالی پیش آید و بیمار به چشمان او نگاه نکند او میتواند با حرکات و عکس‌العملهای متقابل بر اوضاع مسلط گردد.

● حرکات متقابل در صورت بروز اشکال^۱ - بهترین حرکات متقابل عبارت از تغییر القاء به سختی دست میباشد. اگر پزشک با این وضع مواجه گردد که بیمار به چشمان او خیره نگاه میکند، بدون اینکه پلکهایش بسته

حرکات متقابل در صورت بروز اشکال

شود یا از چشمانش اشک بریزد، او دست بیمار را گرفته و بتدریج آنرا بلند می کند.

در تمام مدت او نگاه خیره را ادامه می دهد، می گوید. «و من دستت را می گیرم. و دست را بلند می کنم. من آنرا بلند می کنم، دست، محکم است.» ضمن بلند کردن دست دقت بعمل می آید که مفصل آرنج کامل کشیده و مستقیم باشد. «سخت و سخت و سخت است. و چشمانت به دست نگاه می کنند و باطراف می چرخد، باطراف و اطراف می چرخد. چشمانت به دست نگاه می کنند، چشمانت به دست نگاه می کنند، و دست باطراف می چرخد.» تغییر حالتی نظیر این خیلی آسانتر از آنچه ممکن است انتظار رود پیش می آید. توجه و تقلائی مغزی که بیمار برای بازنگهداشتن چشمان و خیره نگاه کردنش بکاررفته القاء سفتی دست و حرکت خودکار دست را آسان میسازد. پزشک خودش یاد میگیرد که بدون کوشش و تقلائی فکری نگاه خیره ثابت خودش را القاء نماید. اینکار لازم است، تا او بتواند بجلو و آینده فکر کند و بتواند از نظر احساس آزاد باشد تا بتواند در موقع مناسب واکنش متناسب نشان دهد.

وقتی کارها رو به اشکال می گرایند، حرکت متقابل دیگر اینست که با دست جلو چشم بیمار علامت دهیم. اثر اینکار اینست که اولاً به بیمار تفهیم می نماید که با القاء غیر لفظی تحت تأثیر یا تسلط پزشک قرار میگیرد.

ثانیاً همچنانکه دست پزشک در جلو چشم بیمار حرکت می کند، به پزشک این فرصت را می دهد که وقتی دستش جلو چشم بیمار حرکت می کند برای لحظه ای چشم خودش را ببندد. این استراحت کوتاه به وی فرصت می دهد تا با داشتن امتیاز و ارجحیت بر بیمار به نگاه خیره خود ادامه دهد.

● از بین رفتن تونوس موقت عضلات در اثر هیپنوز - یا «هیپنوتیک کاتاپلکسی» یک عمل مفید در روش آمرانه در مورد نگاه مستقیم مقهور و ناتوان نمودن بیمار است تا حدی که بروی زمین بیفتد. بیمار یا در مقابل یک صندلی راحتی می ایستد یا در کنار یک نیمکت معاینه می نشیند. تلقینات روی ایده و نظریه مقهور شدن بوسیله خواب تسکین مینماید نه بستن پلک چشم ها. تلقینات بدینگونه شروع و ادامه پیدا می کنند. «بمن نگاه کن. تمام وجودت را فراگرفته خواب غیر قابل مقاومت آن سراپایت را گرفته نمی توانی بیدار بمانی. دیگر نمی توانی بنشینی. تلوتلو میخوری. بیش از پیش تلوتلو میخوری. خواب سرتاپایت را گرفته، روی میز می افتی». برای اینکه بیمار ناگهان زمین نخورد و مجروح نشود ممکن است به کمک احتیاج پیدا کند، ضمن اینکار ممکن است از ایده تلوتلو خوردن کاملاً بهره برداری شود. وقتی پزشک تلقین تلوتلو خوردن را می دهد خودش بکندی بجلو و عقب تلوتلو میخورد. بیمار با نگاه خیره اش به چشمان پزشک تصور میکند که این همانا خود اوست که تلوتلو میخورد. وقتی بیمار شروع به حرکت نوسانی می کند، پزشک بیش از پیش حالت آمرانه بخودش میگیرد. و بیمار بزودی در یک خواب عمیق بزمین می افتد.

● فن غیر آمرانه - مورد استفاده پاسیونگاه مستقیم مطالب کاملاً متفاوتی

است. زیرا در این فن قدرت نشان داده نمیشود، و بیمار مقهور میگردد در عوض، به چشمان پزشک نگاه می کند و تفاهم و اعتماد احساس می کند، بطوریکه میتواند بطور دلخواه کنترل «من آگاه» را رها نموده و بگذارد که بخواب هیپنوتیزم فرورود. رابطه حسنه در مادر و فرزند با پزشک معالج کاملاً برقرار میگردد. موضوع کاملاً آرام است. بیمار بمرحله احساس اعتماد کامل کشانده میشود. «فقط بگذار رها شوی. آسان است راحت و

آسوده است، بمن نگاه کن، و میتوانی کاملتر خودت را رها کنی، بگذار کاملاً رها شوی. همه اعصاب رها میشوند. همه چیز رها میشود، و بدنت بطور خودکار عمل می نماید. خوبه، پلک چشمهایت سنگین میشوند. بطور خودکار سنگین میشوند. سرناپایت را فراگرفته. بله بطور خودکار با سنگینی بسته میشوند. سرناپایت را فراگرفته. خوبه تمام بدنت بطور خودکار عمل می نماید.» بیمار به هیپنوز کشیده می شود یا فرو میرود.

روش غیر آمرانه استفاده از نگاه مستقیم فن ساده و مؤثری برای القاء هیپنوز است. میتوان آنرا تسوأم با روشهای دیگر و با موفقیت بکار برد. موفقیتش منوط به برقراری رابطه حسنه مطلوب اولیه با بیمار است. برای استفاده غیر آمرانه نگاه مستقیم رابطه حسنه باید با شدت و کیفیت مادرانه اش متناسب باشد.

● سمبولیسم پیرمرد عاقل^۱ - در اکثر حالات غیر آمرانه استفاده نگاه خیره مستقیم، رفتار بیمار را میتوان با ایده اینکه او پزشک معالج خود را در نقش يك چهره مادرانه می بیند تعبیر نمود. لیکن بر حسب موقعیت که پزشک پیر مرد دانا، جلوه می کند نه مادر پیر و مرد دانا در افسانه های باستانی و فولکلور بطور استوار و پابرجا مورد تأیید واقع گردیده او برخلاف پدری امر و نهی کن، بصورت پدر بزرگی خیر خواه میباشد. اهمیت این سمبولیسم در اجتماع مدرن غربی با واقعیت و حقیقت مادری که سر کار میرود و فرزندانش را در اختیار پدر بزرگ و مادر بزرگشان میگذارد تشدید میگردد بیمار ممکن است پزشک را مانند پیر مردی دانا که مهربان است و او را درك می کند در نظر خود مجسم نماید. از نظر مقایسه رابطه بیمار با پزشک مثل مقایسه يك پیر مرد با بچه است بنابراین فرآیند قهقرائی مانند شناخت مادرانه آغاز میگردد.

● مشکلات و معضلات نگاه خیره مستقیم^۱ - وقتی نگاه مستقیم یا روش آمرانه بکار برده میشود، تفوق بر بیماری^۲ را که دارای شخصیت گسته است کاملاً امکان پذیر میسازد، هنگامیکه بصورت غیر آمرانه بکار میرود يك رابطه احساسی خیلی قوی بین پزشک و بیمار بوجود می آورد. اینها نکات مهمی هستند که احتیاج به توجه بسیار دقیق دارند.

● تسلط و تنوق بیمار^۳ - صددرصدجاه سال است که نویسندگان خطرناک تفوق بیمار را در اثر نگاه مستقیم گوشزد کرده اند. بسیاری از این انتقادهای کاملاً روشن تکرر شده است. در بحث نگاه مستقیم رسم و عادت بر این شده که هیپنوتیزم در بعنوان نوعی تفوق شریرا نه معرفی کردد. خواه آگاهانه و با نا آگاهانه، بسیاری از این نکات حقیقتاً نتیجه معمولیسم چشم پلید و شیطانی است. معذالک می بینیم که این ایده ها در عصر حاضر کاملاً در افکار تفوق کرده اند. با توجه به نگاه خیره مستقیم بصورتیکه توسط «بینت^۴» و «فری^۵» مورد بررسی قرار گرفته، الکساندر کانون^۶ در کتاب «دانش هیپنوتیزم^۷» می گوید: «در طبابت معمولی عاقلانه نیست که از این روش استفاده بعمل آید، زیرا عناصر شخصی را بیش از حد وارد هیپنوتیزم نموده و يك حالت اتوماتیزم کامل القاء می نماید، که شخصیت سوژه در آن کاملاً فرو نشانده میشود». بعقیده من چنین خطاری بیش از حد لازم کلی و جامع است. در مورد عنصر شخصی

مشکلات و معضلات نگاه خیره مستقیم.

- | | |
|---|-------------------|
| 1- Difficulties and complications of the direct stare | |
| 2- Domination of the patient | تسلط و تفوق بیمار |
| 3- Binet | بینت |
| 4- Fere | فری |
| 5- Alexander cannon | الکساندر کانون |
| 6- The science of hypnotism | علم هیپنوتیزم |

قوی شکی نیست اما روانشناس امر روزی میآموزد که خود را با روابط شخصی قوی با بیمارش تطبیق دهد. اگر بدینترتیب آموزش نبیند نباید معالجه بیمار بطریق هیپنوتیکی را برگزیند و انجام دهد. این قسمت از اخطار «الکساندر کانون» را میتوان باینترتیب تشریح نمود که آن دسته از پزشکانی که در زمینه روابط احساسی قوی آموزش ندیده‌اند نباید نگاه خیره مستقیم را بکار برند. از نقطه نظر بیان اتوماتیزم کامل اکنون بخوبی میدانیم که این مطلب بیش از واقعیت جلوه می‌کند. بدینمعنی که هرگز نمیتوان به اتوماتیسم کامل دست یافت بدون توجه باینکه سوژه چه اندازه عمیق هیپنوتیز شده، هنوز هم قدرت‌های واقعی دفاع روانی را درون خود محفوظ نگه میدارد.

بنظر میرسد که پاسخ‌باین مسائل کاملاً روشن باشد. پزشک باید شخصی باشد که آرزوی خود آگاه و یا نیروی محرکه ناخودآگاهی برای بکار بردن این قدرت در جهت نیل به مقهور کردن بیمار را نداشته باشد، بلکه او تنها هنگامی آنرا بکار میبرد که مؤثرترین وسیله کمک به بیمار باشد. بعلاوه پزشک باید دارای خصوصیات اخلاقی و مهارت‌های فنی باشد که او را در کنترل و اداره رابطه احساسی بنفع بیمار توانا سازند.

● بسیج حالت تهاجمی^۱ - یکی از مشکلات روش غیر آمرانه در نگاه خیره مستقیم تمایل بیمار به تفسیر حالت موجود بصورت یک مبارزه میباشد. این موضوع حالت تهاجمی خفته را در بیمار بیدار کرده و القاء بصورت یک جدال و زدو خورد درمی‌آید، که ضمن آن بیمار در مقابل هیپنوز مقاومت مینماید. این حالت فکری بیمار در روش آمرانه عادی است، اما نباید گذاشته شود که در القاء غیر آمرانه توسعه یابد. از توسعه آن با برقراری رابطه حسنه

و يك توضیح ساده قبل از القاء جلو گیری بعمل میآید باین شرح. «باید بخاطر داشته باشید که هر دوی ما خواهان يك چیز هستیم. شما می خواهید بخواب هیپنوتیزم بروید، تا از عوارض بیماری تان خلاص شوید و من میخوامم به شما کمک دهم که بخواب هیپنوتیزم بروید بین ما هیچگونه برخورد فکری وجود ندارد، هر دوی ما طالب يك چیز هستیم».

بیمارانی که مجرم و مقصر بوده و دارای احساسات ناشی از عقده حقارت میباشند. نمی توانند به صورت مردم نگاه کنند. هنگامیکه از نگاه مستقیم استفاده میشود، نگاه خیره خود را منحرف مینمایند، وغالباً وقتی نگاه می کنند از شرم چشمتان را می بندند. جالب است که بینیم چگونه حالت فکری این بیماران تغییر می نماید وقتی وضع روانی و عصبی آنها بهبود می یابد بهتر می - توانند به صورت مردم نگاه کنند. این موضوع در واکنش آنها به نگاه خیره مستقیم منعکس میگردد. باعودت حس اعتمادشان این بیماران میتوانند بخوبی بصورت پزشک معالج نگاه کنند.

● بیمارانی که مبتلا به جنون جوانی قبل از بیماری روانی هستند - عاقلانه است که بیمارانی که مبتلا به این بیماری هستند، نگاه خیره مستقیم ننماییم، زیرا ممکن است به سهولت ایده های بد و نامتناسب بیمار را در مورد رجعت و ایده های نفوذ رابرا نکیخته و باین ترتیب باعث تسریع و تراکم جنون و روان پریشانی ظاهری گردد. همچنین عاقلانه است که در مورد بیماران خرافاتی و خیلی خجالتی (اسکیزوئید) که ممکن است ایده های چشم پلید را در نظر خود تقویت کنند از نگاه مستقیم پرهیز گردد.

● حالت کاتالپسی چشمها - در موقع استفاده از نگاه خیره مستقیم يك

- بیماران روانی قبل از جنون جوانی
1- Pre-psychotic schizophrenics
کاتالپسی چشمها
2- Catalepsy of the eyelids

خطر خیلی حقیقی پیوسته تهدید می کند. گاهی اوقات بیمار در حالی که چشمانش کاملاً باز است هیپنوتیز میشود. بیمار در جلو پزشک چشمانش را کاملاً باز نکهمیدارد. باینتریب يك نگاه خیره مطلق با پلکهای کاملاً باز مشاهده میگردد. این حقیقتاً يك حالت کاتالپسی عضلات پلکهای چشم است. کاملاً واضح است که بیماری که به چنین حالتی می افتد هر پزشکی را از میدان بدر می برد. در حقیقت بیمار بطور نامحدود به چنین حالتی ادامه میدهد. خطر این وضع اینست که پزشک ممکن است حالت کاتالپسی پلکهای بیمار را تشخیص ندهد. این موضوع با احتمال زیاد هنگامیکه پزشک مقدار زیادی کوشش شخصی در القاء و نگهداری نگاه خیره بکار میبرد اتفاق می افتد دانشجو باید هدفش توسعه يك روش صحیح نگاه خیره به بیمار باشد نه يك کوشش بیهوده در این راه؛ سپس فکر او برای حساس بودن و درك وضع بیمار آزاد است، علائم خطر همانا ثابت بودن حالت کاتالپسی عضلات پلکهای چشم بیمار در موقع نگاه مستقیم، کمبود اشک و گریه نکردن چشمها، و فقدان حرکات لرزشی پلکها که معمولاً شخص در حالت بیداری معمولی وقتی نگاه میکند دارد میباشد.

فصل شانزدهم

روش دینامیک القاء هیپنوز

تئوری روش دینامیک القاء

● روش کلاسیک - این روش را من در سال ۱۹۵۵ طی مقاله‌ای در یکی از مطبوعات منتشر نمودم. دورنمای آن نسبت به القاء هیپنوز کاملاً با روش کلاسیک آن نسبت به سوژه متفاوت است. پایه و اساس تئوری این روش هیپنوز آنست که تلقین پذیری یک عامل دینامیک مغز یا روان بوده و در نتیجه در مقابل نظریه کلاسیک تلقین پذیری مبتنی بر یک جنبه ثابت و خشک شخصیت قرار دارد روش کلاسیک القاء هیپنوز پیرامون محاط کردن بیمار در یک سری تلقینات متمرکز می‌باشد. این تلقینات بسوز گوناگون تکرار میشوند. بیمار با تلقینات را پذیرفته هیپنوز میشود. یا از پذیرش آنها امتناع ورزیده و از طرف پزشک معالج در طبقه‌بندی تلقین ناپذیر قرار میگیرد. این روش ساکن و بیحرکت نسبت به مسئله مورد بحث راه چاره‌ای برای مکانیسم‌های مختلف پسیکو دینامیک که ممکن است عامل اصلی امتناع از شروع هیپنوز باشند پیدا نمی‌کند.

بعلاوه گرچه روشهای مختلفی برای القاء هیپنوز تشریح شده مطالعه

روش دینامیک القاء هیپنوز

1- The dynamic method of induction of hypnosis

در باره تشریح لغوی هیپنوز انسان را باین نتیجه غائی رهنمون میسازد که پزشک معالج از نظر فرد طبعاً و عادتاً خود را به استفاده از يك روش ویژه محدود مینماید. او پیوسته این روش را بکار برده و در آن بسیار ماهر و متبحر میشود. اما يك روش واحد برای مقابله با دفاع های کونا کون بیماران مختلف کافی نیست.

طی جریان هیپنوز کنترل «خود آگاهی» از بین میرود. و دفاع های «خود آگاهی» یا «من» ممکن است توسط قدرت و پرستیز مقهور شوند، و این موضوع مشابه مکتب هیپنوز طبی قدیمی میباشد. ممکن است بیمار تشویق شود که داوطلبانه کنترل «من» را از دست بدهد. انجام این عمل ممکن است طی تکرار تلقینات طبقه بندی شده، که عمل خسته^۱ کننده ای برای پزشک است امکان پذیر گردد. که در ضمن پزشک پیوسته يك حالت فکری غیر آمرانه را اتخاذ و حفظ مینماید. در این طبقه بندی دفاع ها سهولت کاهش^۲ میابند. هر دوی این روشها مستقیماً به دفاعها راه می یابند، با این تفاوت که روش اول با حمله^۳ مقتدرانه و روش دوم با خسته کردن بیمار بطور آهسته آهسته میباشد. واضح است که هیچیک از این دو روش از امکانات روانی وضعیت موجود بهره برداری نمی نماید. دلایل مربوط به اینکه چرا بیمار تلقینات را نمی پذیرد مورد ملاحظه قرار نمی گیرند. باین نکته که بیمار برای دفاع از خود در مقابل هیپنوز نیازمند میباشد یا مکانیزم های ویژه ای که در بر آوردن احتیاج بیمار برای دفاع از خودش بکار می افتند، توجهی مبذول نمی گردد. بیمار یا هیپنوتیز میشود یا نه، و این بستگی به میزان مؤثر بودن پارهای از دفاع های ویژه بیمار در مقابل پارهای از تلقینات ویژه پزشک معالج دارد. بعبارت دیگر این وضع

1- Painstaking

خسته کننده

2- Whittle down

کاهش یافتن

3- Onslaught

حمله سخت

فصل شانزدهم

روش دینامیک القاء هیپنوز

تئوری روش دینامیک القاء

● روش کلاسیک - این روش را من در سال ۱۹۵۵ طی مقاله‌ای در یکی از مطبوعات منتشر نمودم. دورنمای آن نسبت به القاء هیپنوز کاملاً با روش کلاسیک آن نسبت به سوژه متفاوت است. پایه و اساس تئوری این روش هیپنوز آنست که تلقین‌پذیری یک عامل دینامیک مغز یا روان بوده و در نتیجه در مقابل نظریه کلاسیک تلقین‌پذیری مبتنی بر یک جنبه ثابت و خشک شخصیت قرار دارد روش کلاسیک القاء هیپنوز پیرامون محاط کردن بیمار در یک سری تلقینات متمرکز می‌باشد. این تلقینات بصورت گوناگون تکرار میشوند. بیمار یا تلقینات را پذیرفته هیپنوز میشود. یا از پذیرش آنها امتناع ورزیده و از طرف پزشک معالج در طبقه‌بندی تلقین‌ناپذیر قرار میگیرد. این روش ساکن و بیحرکت نسبت به مسئله مورد بحث راه چاره‌ای برای مکانیسم‌های مختلف پسیکو دینامیک که ممکن است عامل اصلی امتناع از شروع هیپنوز باشند پیدا نمی‌کند.

بعلاوه گرچه روشهای مختلفی برای القاء هیپنوز تشریح شده مطالعه

روش دینامیک القاء هیپنوز

1- The dynamic method of induction of hypnosis

درباره تشریح لغوی هیپنوز انسان را بایسن نتیجه غائی رهنمون میسازد که پزشک معالج از نظر فرد طبعاً و عادتاً خود را به استفاده از يك روش ویژه محدود مینماید. او پیوسته این روش را بکار برده و در آن بسیار ماهر و متبحر میشود. اما يك روش واحد برای مقابله با دفاع‌های کونا کونا بیماران مختلف کافی نیست.

طی جریان هیپنوز کنترل «خود آگاهی» از بین میرود. و دفاع‌های «خود آگاهی» یا «من» ممکن است توسط قدرت و پرستیژ مقهور شوند، و این موضوع مشابه مکتب هیپنوز طبی قدیمی میباشد. ممکن است بیمار تشویق شود که او طلبانه کنترل «من» را از دست بدهد. انجام این عمل ممکن است طی تکرار تلقینات طبقه‌بندی شده، که عمل خسته^۱ کننده‌ای برای پزشک است امکان پذیر گردد. که در ضمن پزشک پیوسته يك حالت فکری غیر آمرانه را اتخاذ و حفظ مینماید. در این طبقه‌بندی دفاع‌ها سهولت کاهش^۲ مییابند. هر دوی این روشها مستقیماً به دفاعها راه می‌یابند، با این تفاوت که روش اول با حمله^۳ مقتدرانه و روش دوم با خسته کردن بیمار بطور آهسته آهسته میباشد. واضح است که هیچیک از این دو روش از امکانات روانی وضعیت موجود بهره‌برداری نمی‌نماید. دلائل مربوط به اینکه چرا بیمار تلقینات را نمی‌پذیرد مورد ملاحظه قرار نمی‌گیرند. باین نکته که بیمار برای دفاع از خود در مقابل هیپنوز نیازمند میباشد یا مکانیزم‌های ویژه‌ای که در برآوردن احتیاج بیمار برای دفاع از خودش بکار می‌افتند، توجهی مبذول نمی‌گردد. بیمار یا هیپنوتیز میشود یا نه، و این بستگی به میزان مؤثر بودن پارامای از دفاع‌های ویژه بیمار در مقابل پارامای از تلقینات ویژه پزشک معالج دارد. بعبارت دیگر این وضع

1- Painstaking

خسته کننده

2- Whittle down

کاهش یافتن

3- Onslaught

حمله سخت

اساساً ساکن و بیحرکتی است.

● **دفاع‌های ناخودآگاه در مقابل هیپنوز** - روش دینامیک مبنی بر دو فرضیه است: یکی اینکه هیپنوز شامل يك حالت ابتدائی عمل مغز بوده و اینکسه بیماریکه آگاهانه تمایل و آرزوی هیپنوز را دارد توسط فعالیت مکانیزمهای دفاعی روانی که بطور ناخودآگاه در کارند از رفتن به این حالت اولیه مغزی جلوگیری گرفته میشود. هدف روش دینامیک امکان‌پذیر ساختن هیپنوز توسط پیشدستی^۱ و تقدم بر این دفاع‌ها است.

تاکنون دفاع‌های روانی در مقابل هیپنوز توضیح داده شده‌اند. آندسته از دفاع‌های خیلی متداول عبارتند از بیقراری، خواب، منفی‌کاری و تظاهر. روش دینامیک این اصل را می‌پذیرد که قسمت عمده رفتار بیمار در مرحله القاء غیر عمدی بوده و ناآگاهانه برای ممانعت از شروع هیپنوز بظهور می‌رسند. این نکته نه تنها شامل جنبه‌های برجسته، رفتار بیمار می‌گردد، بلکه شامل عناصر کوچک و ظاهراً نامربوط^۲ رفتار وی نیز می‌گردد.

● **فن روش القاء دینامیک تلقینات اولیه^۳** - در این روش، برخلاف روشهای استاندارد. شکل اصلی و واقعی تلقینات اولیه مهم نیست. در طراز پیشرفت القاء نوع تلقینات توسط رفتار و عکس‌العمل بیمار اتخاذ می‌گردد. وقتی بمرحله هیپنوز کردن بیمار می‌رسیم هرگز کاملاً مطمئن نیستیم که آیا لازم است روش دینامیک را بکار ببریم یا نه؟ در نتیجه روش عاقلانه اینست که آغاز کار را با تلقیناتی در حوزه روش انتخابی خود شروع نمائیم. چنانچه بیمار به سهولت رلکس شود، هیپنوز را با تلقینات رلکس شروع می‌کنیم،

1- Circumvention پیشدستی

2- Inconsequential نامربوط

3- Initial suggestions

تلقینات اولیه

اگر خشک و رام نشدنی است با روش «حرکت غیر ارادی» دست آغاز مینمائیم، اگر از خود علائم منفی کاری نشان میدهد، با روش «حرکت تکراری» آغاز می‌کنیم، و نظایر آن. چنانچه بیمار این تلقینات ابتدائی را بپذیرد کار خود را با فن ویژه‌ای که مورد استفاده است ادامه داده و احتیاجی به ادامه کار به روش دینامیک که بفرنج‌تر است نمی‌باشد. از طرف دیگر اگر بیمار دفاع‌های مداوم از خود نشان می‌دهد آنگاه متوسل به روش دینامیک می‌شویم. مفهوم این نکته اینست که تلقینات بعدی، مبتنی بر ماهیت دفاع بیمار می‌باشد.

● تلقینات تکیه بر مبنای دفاعهای بیمار اتخاذ میشوند - با یک مثال میتوان این روش را با سهولت بیشتر توضیح داد. فرض کنیم که هم‌اکنون تلقینات رلکس به بیمار می‌دهیم. ناگهان بیقراری خفیفی در دست بیمار مشاهده مینمائیم. این بیقراری را عمدی تصور و تفسیر می‌نمائیم. ایده رلکس کامل مشمول ایده بیحرکتی نیز میباشد. با حرکت ناخودآگاه بیمار در مقابل تلقین رلکس از خود دفاع مینماید. اکنون بجای تکرار و تأکید روی تلقین یا تلقینات رلکس که در روش کلاسیک مرسوم است توجه بیمار را به بیقراری او و اینکه آنرا در جریان و فرآیند هیپنوز بکار میبرد معطوف مینمائیم «اکنون سراپای وجودت را نراگرفته، انگشتانت در اثر آن تکان میخورند». تلقینات «رلکس» را ترك نموده و نظر خود را روی دفاع بیمار متمرکز مینمائیم «آنها تکان میخورند، تکان میخورند و مور مور میشوند و سبک میشوند شما احساس میکنید که دستهایتان سبک میشوند. بسیار سبک هستند. آنقدر سبک هستند که بلند میشوند و بالا می‌آیند. در هوا بالا می‌آیند». اگر این تلقینات پذیرفته شوند، عمل خود را بالا حرکت دست به روش عادی ادامه می‌دهیم. با وجود این ممکن است باز بیمار به دفاع از خودش ادامه دهد. می‌بینیم که وقتی از سبکی دستهای بی‌صحت می‌کنیم، او آنها را بطرف پائین فشار می‌دهد. این دفاع با منفی‌کا

است. ما تلقینات خود را صرفاً تغییر می‌دهیم تا با دفاع جدید مقابله نمائیم. گوئیم «خوب، من دستت را می‌گیرم. و به عقب و جلو می‌رود، بعقب و جلو به حرکت خود ادامه می‌دهد، بطور خودکار، بعقب و جلو». اگر دست حرکت تکراری را بپذیرد، القاء را با آن روش ادامه می‌دهیم. اما بیمار ممکن است به دفاع از خود ادامه دهد. ممکن است دستش را رها کند، که با طرف حرکت کند و آنقدر راحت که نیمه‌خواب بنظر برسد، و دستش فاقد آهنگ لازم برای نگهداری خودش در حالت بالا باشد. او با خواب از خودش دفاع می‌کند. در اینصورت فوراً به تلقینات خواب و رلکس برمی‌گردیم. اکنون بیمار با احتمال بیشتری این تلقینات را می‌پذیرد. او برای رهائی خود آمادگی بیشتری دارد. معذالک، ممکن است دفاع‌های او هنوز هم فعال باشد. با تلقینات خواب ممکن است چشمانش را کاملاً باز کند. می‌گوئیم. «خوب بمن نگاه کن. - بمن نگاه کن، همه اعضا رها میشوند». سپس او ممکن است با برگرداندن سرش از خود دفاع نماید. ما دفاع‌های بیمار را تعقیب می‌کنیم. می‌گوئیم. «سراپایت را فرا گرفته، میخواهی بمن نگاه کنی ولی نمی‌توانی. خوبست، سراپایت را فرا گرفته».

بدین‌طریق از دفاع‌های بیمار دائماً بهره‌برداری میشوند تا سرانجام

تلقینات را می‌پذیرد و بخواب هیپنوتیزم می‌رود.

● پاره‌ای از ملاحظات عملی در روش دینامیک^۱ - دفاع‌های بیمار علیه خودش بکار برده میشوند. بنظر می‌رسد که ماهیت تلقین بعدی توسط واکنش بیمار به تلقین قبلی تعیین می‌گردد. بدین‌ترتیب پزشک به دو اصل رهنمون می‌گردد. او پیوسته تلقینات را به حوزه‌ای که در آن دفاع بیمار بی‌ثمر

پارهای از ملاحظات عملی در روش دینامیک.

1- Some practical considerationj in the dynamic method

است تغییر میدهد، و هدفش اینست که دفاع‌های بیمار را در فرآیند واقعی هیپنوتیک بکار برد در مثالی که ذکر کردید، دفاعهای بیمار شامل بیقراری، منفی‌کاری و خواب همه بطریقی علیه او بکار برده میشوند که بیمار را بعزت بکار بردن دفاع آسیب‌پذیر^۱ میسازد.

هنگامیکه از روش دینامیک استفاده میشود، اگر روش پاسیو بکار میرود یک رابطه حسنه قوی قبل از هر چیز دیگر لازم و ضروری است. سپس تلقینات بطرز کاملاً ساده‌ای داده میشوند، بطوری که با تغییری در مورد آنچه میگذرد تفاوتی نداشته باشد. باینترتیب به بیمار تلقین فوق لفظی حتمی بودن وقوع هیپنوز داده میشود. چنانچه ضرورت پیدا کند، برای تسلط بر بیمار ممکن است از روش آمرانه استفاده گردد.

● قابلیت انعطاف و سازگاری پزشک معالج^۲ - استفاده موفقیت آمیز روش دینامیک احتیاج به قابلیت انعطاف و سازگاری پزشک معالج دارد. در گذشته، هدف اصلی تفوق بر بیمار و مجبور ساختن او به پذیرش تلقیناتی بود که با او داده میشد. هر گونه تغییری که صورت میگرفت با دیده عدم موفقیت بآن نگریده میشد و پزشک احساس از دست دادن آبرو مینمود، هم از نظر رابطه او با بیمار بخصوص و هم از نظر مهارت حرفه‌ای او. پزشک معالجه‌ای که از روش دینامیک استفاده می‌کند، باید بکلی چنین ایده‌هایی را بدور بریزد. او باید آماده باشد که ماهیت تلقیناتش را مطابق دفاعهای بیمار تغییر دهد، و این دفاعها ممکن است بر طبق وضعیت پسیکو دینامیک لحظه به لحظه تغییر نمایند پزشک معالج نباید تغییرات موجود را بحساب از دست دادن آبرو

آسیب‌پذیر

1- Vulnerable

2- Adaptability of therapist معالج پزشک معالج

بگذارد. و باید کاملاً مطمئن باشد که به بیمار فرصتی داده نمیشود که با آنها با دیده شکست بنگرد. بنابراین عاقلانه است که قبل از هر تلقین جمله را با کلمه «خوبه» شروع کند. این کلمه با لحنی گفته میشود که بیمار تصور کند پزشک از آنچه میگذرد کاملاً راضی و قانع است.

فرا گرفتن روش دینامیک، قدری از روشهای دیگر مشکلتر است. در روش «رلکس» یا حرکت غیرارادی دست و یا حرکت تکراری و نگاه خیره مستقیم پزشک معالج بطور کلی از قبل میداند که چه تلقیناتی میخواهد به بیمار بدهد. در حالیکه در روش دینامیک، پزشک هرگز نمیداند تلقین بعدی چه خواهد بود، زیرا تصمیم درباره این تلقینات تنها بستگی به دفاعهای بیمار دارد. مفهوم این نکته اینست که پزشک باید با معنی و مفهوم رفتار بیمار آشنا و آگاه باشد و همچنین در درون خود احساس اعتماد نماید تا فرصت و امکان انتقال اضطراب درونی خود به بیمار وجود نداشته باشد.

● انتخاب حالات - روش دینامیک برای بیمارانی بکار برده میشود که هیپنوتیزم کردنشان مشکلتر است. بطور کلی این بیماران در مصاحبه اولیه جزء دسته‌ای که خیلی زیاد «رلکس» نمیشوند محسوب و انتخاب میشوند آنها کشر ماهیچه‌ای زائد و نامربوط از خود نشان نداده و آثار منفی کاری در آنها دیده نمیشود. این بیماران از نظر تلقین ناپذیری برای معالجه هیپنوتیکی پذیرفته نمیشوند. اما با ایجاد انگیزش مناسب و برقراری رابطه حسنه با بیمار سهولت میتوان اکثر این بیماران را با روش دینامیک هیپنوتیز کرد.

فصل هفدهم

روش‌های دیگر القاء هیپنوتیزم^۱

● وسائل کمکی مکانیکی^۲ - منظور از این کتاب تهیه يك مدرك مورد مطالعه در زمینه استفاده از فرضیه تحرك روانی در معالجه بالینی است. تأکید کلی روی استفاده از جنبه‌های تحرك روانی هیپنوز در معالجه بیمار است. بعقیده من هر گونه اتكاء روی وسائل کمکی مکانیکی باعث انحراف نظر بیمار به این واقعیت است که او تحت معالجه روانی قرار گرفته. من ترجیح می‌دهم که به بیمار تأکید گردد که اگر حقیقتاً به میل خودش خود را رها نماید با يك جزئی راهنمایی هیپنوتیزم خواهد شد. با این روش وسائل کمکی مکانیکی مقام ناچیزی در هیپنوز طبی دارند.

● در کار تجربی و در فراگیری هیپنوز - شکی نیست که وسائل کمکی مکانیکی در القاء هیپنوز در مورد پاره‌ای از اشخاص مؤثرند، اما طبق قاعده کلی این افراد کسانی هستند که بسادگی با روش‌های روانکاری بطور آشکار و وضوح بهتر هیپنوتیز میگردند. وسائل کمکی مکانیکی دارای دو امتیاز هستند. چون از شدت و قوت رابطه شخصی بیمار با پرشک می‌کاهند، لذا تجربه و ارزیابی ظاهری نتایج حاصله آسانتر است. ثانیاً بسیاری از

روش‌های دیگر القاء هیپنوتیزم

1- Other methods of inducing hypnosis

2- Mechanical aids

3- Reliance

وسائل مکانیکی کمکی

اتكاء، اعتماد

دانشجویان متوجه این نکته میشوند که وسایل کمکی مکانیکی در فرآیند گرفتن روشن و فن القاء هیپنوز در آنها ایجاد اعتماد مینماید. این اعتماد اضافی از آنجهت در دانشجو پدید میآید که رابطه بین او و بیمار با سهولت بیشتری قابل کنترل میباشد.

● روش برید - استفاده از يك شیئی روشن برای ثابت نمودن نگاه خیره بیمار از زمانیکه جیمز برید برای اولین بار این روش را تشریح نمود برای القاء هیپنوز بکار رفته است. احتمالاً هنوز هم این متداولترین روش القاء در هیپنوز طبی میباشد. بطور کلی از يك شیئی روشن و براق استفاده نمود. مثلاً يك مهره، يك شیئی کریستال (بلور)، حلقه‌ای که توسط نخ آویزان باشد، و یا ساعتی که بوسیله زنجیرش در دست گرفته شده. يك چراغ افتاملوسکوپ (که بوسیله چشم پزشکان بکار میرود) مؤثر بوده و دارای امتیاز يك تلقین طبی بیش از يك روش جادوگری است. در هر حالت، شیئی روشن در نقطه‌ای جلو بیمار گرفته میشود که قدری بالاتر از سطح عادی بوده و نگاه کردن بآن برای وی کاملاً راحت نیست. نتیجه اینکار اینست که پلکهای فوقانی تحت فشار کمی قرار گرفته تمایل به خسته شدن پیدا کرده و تلقینات سنگینی پلکهای چشم مؤثرتر واقع میشوند، يك نکته عملی مهم اینست که پزشک خودش باید قبل از هدایت بیمار به نگاه کردن به شیء مورد نظر کاملاً احساس آرامش نماید. پزشک باید از گرفتن شیئی در دستش (بطریقتهی که کاملاً دست باز باشد) اجتناب نماید، زیرا این امکان هست که قبل از هیپنوتیز شدن،

روشن میتد

1- Braid's method

چراغی که بوسیله چشم پزشکان بکار میرود - چراغ افتاملوسکوپ

2- Ophthalmoscope light

بیمار دستش خسته شود. اگر دست پزشک خسته شود نخواهد توانست شیئی را بطور ثابت و بیحرکت نگهدارد، و باینترتیب ذهن بیمار مشوش شده، هیپنوز بتعویق می افتد. برای اجتناب از این وضع، پاره‌ای از پزشکان شیئی روشنی از سقف آویزان نموده‌اند و بیمار طوری روی بیمکت تکیه می‌دهد که مجبور است، پلك فوقانی را كاملاً منقبض نماید، تا آنرا به بینند. دیگر پزشکان وسیله‌ای مشابه يك لامپ کوشی، بینی یا حلق بکار می‌برند که روی سر بیمار نصب میشود، تا او نگاه خیرم‌اش را به يك چراغ الکتریکی که در جلو پیشانی او نصب شده معطوف سازد.

● متروم ۱ - از متروم مدتهاست که در القاء هیپنوز برای خسته کردن حواس بوسیله تحريك يکنواخت شنوائی استفاده میشود. نوع مترومی که معمولاً توسط معلمین پیانو بکار برده میشود مطلوب میباشد. برخی از پزشکان از نوع بخصوصی متروم استفاده می‌کنند که روی پاندول آن يك آئینه كوچك قرار گرفته. يك نقطه روشن قوی طوری طرح شده که وقتی پاندول بانتهای قوس مربوطه میرسد. آئینه در مقابل آن نقطه قرار میگیرد. بیمار در وضعی قرار داده میشود که نور متناوباً به چشمانش منعکس میگردد. باینترتیب این وسیله کمکی مکانیکی بصورت يك عامل تحریکی هم برای کوش عمل کرده و در عین حال نگاه خیره بیمار را ثابت نگه میدارد.

برخی از پزشکان که فکرشان معطوف وسائل مکانیکی است دستگاهی را تعبیه نموده‌اند که صدای قلب بیمار را به يك بلندگو میرساند و باینترتیب بیمار پیوسته در معرض صدای قلب خودش قرار میگیرد.

● هیپنودیسک^۱ -

هیپنودیسک عبارت از صفحه‌ای است که وقتی به سرعت به گردش درمی‌آید الگوها و اشکال رنگی تولید کرده و يك انگیزه یا عامل محرک چشمی یکنواخت ایجاد مینماید.

● تلقینات شفاهی ضبط‌شده^۲ - وسیلهٔ کمکی دیگری که در القاء

هیپنوز طبی بکار برده میشود، نوار ضبط‌صوت میباشد. پزشک يك سری تلقینات معین را روی نوار ضبط نموده و در موقع القاء هیپنوز نوار را بکار می‌اندازد. این وسیله در مواردی که لازم می‌گردد که به چند سوژه تلقینات مشابهی داده شود حائز ارزش زیاد است، اما مورد استفادهٔ آن در علم پزشکی چندان وارد نائید و پشتیبانی قرار نگرفته، زیرا فرصتی برای پزشک باقی نمیکند که طبق احتیاجات بیمار فن خود را تغییر دهد.

سایر فنون

● تماشای صحنه‌ها و منظره‌ها^۳ - ممکن است با تشویق بیمار به تماشای

منظره‌ها هیپنوز را القاء نمود. باید دقت کافی بعمل آید که عنوانی انتخاب گردد که برای بیمار آشنا و در عین حال مطبوع باشد. معمولاً سابقهٔ بیمار

1- The hypnodisc

2- Recorded verbal suggestions

3- Visualizing scenes

هیپنودیسک

تلقینات شفاهی ضبط شده

تماشای صحنه‌ها و منظره‌ها

سر رشته‌ای بما میدهد. ممکن است او از يك روز آفتابی در کنار دریا با دوست دخترش لذت برده یا از اسکی در يك روز تعطیل و با يك بازی یا فیلم خاطره خوشی داشته باشد، هر يك از اینها میتواند منبعی برای يك منظره جهت تماشای بیمار باشد. راههای زیادی وجود دارد که از آن طرق میتوان بیمار را به تماشای مناظر راهنمایی کرد. بنظر برخی از پزشکان ساده تر است که ابتدا بیمار به يك پرده مشکی نگاه کند. پس از اتمام این صحنه بیمار به صحنه‌ای نگاه می کند که به وی تلقین میگردد، غالباً در مراحل اولیه، صحبت باعث ناراحتی بیمار میگردد، بنابراین سهولت میتوان يك سیستم ساده علائم برقرار نمود. مثلاً بیمار میتواند پس از تماشای کامل منظره دستش را بالا ببرد و پائین بیندازد. در ابتداء منظره‌هایی که بیمار حقیقتاً دیده بکار برده میشود، و سپس منظره‌هایی که توسط پزشک پیشنهاد میگردد. بموازات خو گرفتن و عادت کردن به پذیرش تلقینات دیگر آمادگی پیدا می کند. این فن به ویژه برای القاء هیپنوز به کودکان مناسب است، زیرا میتوان آنرا بصورت يك نوع بازی ترتیب داد که پزشک خودش در آن شرکت می کند.

● فن بلند کردن دست - يك مانور ساده برای بلند کردن دست وجود دارد. بیمار ممکن است نشسته یا روی نیمکتی دراز کشیده باشد. با تلقینات غیر مشخصی داده میشود. باینترتیب: «شما خود را رها میکنید که بداخل آن فرو بروید، شما بداخل آن فرو میروید، بیشتر و بیشتر، من دست را میگیرم، من دست را بلند می کنم. وقتی من دست بلند میکنم شما عمیق تر و عمیق تر بخواب میروید، عمیق تر و عمیق بداخل آن فرو میروید» دست وی را گرفته و از مفصل شانه بلند می کنیم، در اینحال آرنج کاملاً باز است دست به آرامی بلند میشود و در ضمن يك نیروی کششی روی آن باقی می ماند. وقتی دست به وضع عمودی میرسد

پزشک دستش را کمی شل می‌کند، تا میزان آهنگ ماهیچه‌های بیمار را در دست وی آزمایش نموده و از وجود آن اطمینان حاصل نماید. اگر آهنگ ماهیچه‌های کافی وجود دارد، با آرامی دست بیمار رها می‌گردد و دست وی در وضعیت عمودی باقی می‌ماند. سپس از این وضع در تلقینات بعدی بهره‌برداری می‌گردد. کوئیم: «دست آنجا است، دست آنجا است بالا و در هوا قرار گرفته است». در این مرحله، باید نسبت به درجه هیپنوزی که تا کنون القاء شده سریعاً تخمین زده شود. چنانچه هنوز میزان هیپنوز خیلی کم است و احتمال این هست که هر گونه مبارزه‌طلبی مورد قبول بیمار واقع شود. پس می‌توانیم باینترتیب ادامه دهیم. «دست آنجا است، بالا در هوا. حالا من دست تو را می‌گیرم. و آن روی تخت می‌افتد». با گفتن این جمله دست بیمار از ناحیه میچ گرفته میشود که بیائین بیفتد لیکن اگر دست باز شده دارای آهنگ ماهیچه‌های مناسبی است و در وضعیت باز شده‌اش باقی می‌ماند، هیپنوز بقدر کافی پیشرفته و عمیق است و میتوان مبارزه‌طلبی را بکار برد. بدینترتیب. «دست آنجا است بالا در هوا، دست در هوا خشک شده، همان بالا خشک شده و نمی‌توانی پائینش بیاوری.» سپس کار ساده‌ایست که حالت‌های سختی ماهیچه‌ای و حرکات خودکار دیگر را القاء نمود.

فن بالابردن دست دارای پاره‌ای، امتیازات حقیقی است، که آنرا برای پاره‌ای از بیماران با ارزش مینماید. امتیاز برجسته آن اینست که این فن را اساساً میتوان بدون ترس از شرم‌گینی بخاطر شکست بکار برد. وقتی دست بلند میشود و گذاشته میشود که بیفتد و روی نیمکت می‌افتد. مسئله رد شدن تلقین در بین نیست، زیرا قبلاً هرگز چنین تلقینی نشده بود که دست همانطور عمودی در هوا باقی خواهد ماند. پس موضوع آبرورفتن در بین نیست.

از طرف دیگر، چنانچه دست در وضع عمودی باقی بماند، بیمار هنوز بخوبی در مسیر هیپنوتیز شدن است، این پفنی است که با آن پزشک با استفاده از آن باخت ندارد، باینترتیب در مورد هر بیماری که پزشک احساس عدم اطمینان می کند، بسیار مفید است. همیشه بیماری وجود دارند، که مشکل است تصمیم گرفت که آیا هرگز تحت تأثیر تلقیناتی قرار گرفته اند یا نه. و بیماران دیگری هم هستند که ما فکر می کنیم ممکن است، مبارزه طلبی را نپذیرند بخاطر ماهیت پاسیو این فن، دارای امتیازات بیشتری است، زیرا ایجاد اضطراب یا برانگیختن حالت خصومت در بیمار نمی نماید. در نتیجه می توان برای بیماران مضطرب و بیمارانی که احساس عدم امنیت می کنند از آن با موفقیت استفاده نمود.

● افزایش عمق هیپنوسیز^۱ - آسان کردن کار^۲ - بیمار در معرض یک

سری تلقینات درجه بندی شده مطابق سهولت پذیریشان قرار می گیرد. با پیش رفتن این فرآیند بیمار بیش از پیش بخواب هیپنوتیزم می رود، طبق قاعده کلی هر چه طول جلسه بیشتر باشد هیپنوز حاصله عمیقتر است. لیکن باید در نظر داشت که برای طول این فرآیند حدی موجود است بدیمعنی که وقتی منحنی افزایش^۳ عمق بخط مستقیم میگراید، بحالتی می رسیدیم که تلقینات اضافی بندرت بر عمق خواب می افزایند.

۱- تلقین بعد از هیپنوز برای افزایش عمق^۴ - تحت شرایط عادی، بیماران

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1- Increasing the depth of hypnosis | افزایش عمق هیپنوسیز |
| 2- Facilitation | آسان کردن کار |
| 3- Curve of increasing | منحنی افزایش |
| | تلقین بعد از هیپنوز برای افزایش عمق |
| 4- Posthypnotic suggestion of increased depth | |

در جلسات بعدی به ترتیب عمیق‌تر بخواب می‌روند. (مقاومت در جلسه دوم ممکن است استثنائی بر این قاعده کلی باشد) این فرآیند ممکن است خود بخود و بدون هیچ تلقین ویژه‌ای رخ دهد، اما عمق اضافی خواب در جلسات بعدی را میتوان با تلقینات هیپنوز عمیق‌تر برای ملاقات بعدی تسریع نمود. باینترتیب: «جلسه بعد عمیق‌تر و سریع‌تر بخواب می‌روی، جلسه بعد می‌گذاری که بطور کاملاً عمیق بخواب هیپنوز بروی». معمولاً یک افزایش چشمگیر برای سه چهارم جلسه اولیه وجود دارد، سپس این افزایش خیلی کمتر میشود، سپس به مرحله‌ای میرسیم که در جلسات بعدی افزایش عمق خیلی کم و یا هیچ است.

۲- مبارزه طلبی و شمارش ۱- مبارزه طلبی راه ساده مؤثری برای افزایش

عمق خواب است. تقریباً میتوان از آن بصورت یک جریان عادی هم در روش آمرانه و هم در روش غیر آمرانه القاء استفاده نمود.

یک فن شمارش بسیار ساده را میتوان برای افزایش عمق خواب بکاربرد باینترتیب «هر بار که من می‌شمارم تو عمیق‌تر بخواب می‌روی. (یک) تو عمیق‌تر بخواب می‌روی. (دو) باز هم عمیق‌تر. (سه) همه اعضاء بدن تو راحت و عمیق بخواب می‌روند. (چهار) شما عمیق‌تر و عمیق‌تر بخواب می‌روی» و غیره این روش به خصوص مؤثر نیست، اما دارای این امتیاز میباشد که دانشجوی تازه کار میتواند بدون اشکال از آن استفاده نماید.

۳- تناوب هیپنوز در ۲ یک جلسه- تناوب یا روش هیپنوتیزم کردن

و بیدار نمودن بیمار بطور متناوب در یک جلسه غالباً ایجاد یک افزایش زیاد در عمق خواب مینماید. گاهی اوقات بیمار از اینکه مکرراً در یک جلسه هیپنوتیزم میشود و بیدار میگردد اثر خستگی و کوفتگی از خود نشان داده

1- Challenging and counting

مبارزه طلبی و شمارش

2- Fractionation

تناوب هیپنوز در یک جلسه

و ممکن است برای جلوگیری از ناراحت شدن مجدد از يك هیپنوز عمیق بگریزد.

۴- نگاه خیره مستقیم - ۱ نگاه خیره مستقیم را میتوان بصورت يك فن مؤثر جهت عمیق تر کردن هیپنوز بکار برد. طبیعتاً بسیار ساده تر است که آنرا در موقعیکه بیمار هم اکنون هیپنوتیز شده بکار بریم تا درالقاء اولیه. تنها اشکال معمولی که در استفاده از آن بدین طریق پیش می آید، مربوط به بیماری است که با يك روش پاسیو بخصوص بخواب هیپنوتیزم رفته است.

در موقع استفاده از نگاه مستقیم برای افزایش عمق در مورد چنین بیماری باید دقت کافی بعمل آید که ایده غیر آفرانه بودن به بیمار تلقین نشود تا بهیچ نحوی از انحاء نگاه مستقیم را بعنوان يك مبارزه طلبی تفسیر ننماید.

۵- دادن فرصت به بیمار برای مشاهده اثر هیپنوز در خودش - وقتی شخصی شاهد پدیده های هیپنوتیکی در خودش میباشد، طبعاً بر عمق خوابش می افزاید. پزشك پیوسته از يك فرصت استفاده می کند تا حرکت تکراری دست را القاء و به بیمار فرصت دهد که حرکت غیر قابل کنترل دست خود را تماشا نماید. افزایش بیشتر در عمق از طریق وادار کردن بیمار به کوشش در نگهداری دست خود با دست دیگرش و مشاهده شکست خود در انجام اینکار میباشد.

تخلیه هیجانی - ۲ تخلیه هیجانی دارای اثر مختلفی روی عمق هیپنوز میباشد معمولاً در ابتداء افزایش در عمق پدید می آید، اما در طراز ادامه تخلیه هیجانی یا تشدید آن ممکن است هیپنوز سبک شده، و یا حتی به يك بیداری ناگهانی نیز منجر گردد.

1- The direct stare

نگاه خیره مستقیم

2- Abreaction

تخلیه هیجانی

۷- مشاهده اثر هیپنوز روی دیگران - در بیماری که با اشکال هیپنوتیزم میشود، عمق هیپنوز را می توان به میزان زیادی افزایش داد، مشروط بر اینکه به وی فرصت داده شود که پدیده های هیپنوتیکی را در سوژه ای که عمیقاً هیپنوتیزم شده مشاهده نماید.

هیپنوتیزم درهای گذشته مانند «شار کو» و «برنهایم» از این مکانیزم در هیپنوتیزم کردن يك بیمار در حضور دیگران حداکثر حسن استفاده را میگرداند اما مقررات اجتماعی عسر حاضر که خواهان حفظ اسرار فردی میباشد مانع استفاده از این فرآیند در مطبابت عادی در مطب میباشد.

چند سال قبل يك بیمار بیمارستان عمومی داشتم که توانسته بودم فقط بطور خیلی سبک او را بخواب هیپنوتیزم ببرم. بیمار دیگری داشتم که بسهولت و با عمق زیاد بخواب میرفت. هیچیک از این دو بیمار در مورد تنهایی و در خلوت هیپنوتیز شدن ایراد گیر^۲ نبودند و بیماری که بسهولت هیپنوتیز میشد، پیوسته دچار يك حالت فراموشی خود بخود می گردید. من از بابت کمبود جا و امکانات عذر خواهی کردم و هر دو را بیک مطب برده پیش هم نشاندمشان. از بیماری که با اشکال هیپنوتیزم میشد عذر خواهی کردم که در حضور او بیمار دیگر را معالجه می کردم. به سرعت بیماری که بسهولت هیپنوتیز میشد هیپنوتیزم کردم. بیمار دیگر بدون اینکه حتی حرفی با او بزنم بخواب عمیقی فرو رفت، سپس توانستم او را بطور خیلی عمیق هیپنوتیز نمایم بیماری که بسهولت هیپنوتیزم می شد از خواب بیدار کردم، گفتم بیرون باشد و به معالجه بیمار مشکل پرداختم. در جلسات بعدی بیمار مشکل، بسهولت و عمیقاً بخواب میرفت.

1- Social convention

قراردادهای اجتماعی

2- Fastidious

ایرادگیر و بهانه گیر

فصل هیجدم

بیدار کردن از خواب هیپنوتیزم^۱

● اصول کلی - در بحث هیپنوتراپی کلمه «بیدار کردن» مفهوم بر کشتن از خواب هیپنوتیزم به حالت بیداری هشیارانه و آگاهانه روزانه پیدا کرده است. وقتی این کلمه باینترتیب بکار برده میشود مبتنی بر این نکته نیست که سوژه خواب بوده است.

در حقیقت زبان و ادبیات هیپنوز طبی توجه بسیار کمی به موضوع بیداری نموده است. اکثر کتابهای درسی که در زمینه هیپنوز نوشته شده صرفاً به فن شمارش معمولی اشاره نموده، که طی آن گفته میشود که سوژه پس از شمارش چند عدد توسط پزشک بیدار میشود. در اکثر موارد این روش بسیار ساده کاملاً کافی است. لیکن پاره‌ای اوقات در بیدار کردن بیمار از هیپنوز توسط شماره اشکال پدید آمده و وقتی این اشکال بوجود می‌آید برای پزشکی که با اصول پسیکو دینامیک وضعیت موجود آشنایست بسیار ناراحت کننده است.

● عامل زمان در بیدار کردن از خواب هیپنوتیزم^۲ - یک ملاحظه بسیار مهم، که غالباً از آن^۳ صرف‌نظر میشود، اینست که یک عامل زمان در بیدار کردن وجود دارد. همه با این عقیده موافقند که یک اختلاف کلی در سرعتی

بیدار کردن از خواب هیپنوتیزم

1- Waking

عامل زمان در بیدار کردن از خواب هیپنوز

2- Time factor in waking

صرف‌نظر کردن

3- Overlooked

که طی آن بیماران مختلف به حالت ابتدائی عمل مغزی یعنی هیپنوز میروند و وجود دارد. برخی از افراد میتوانند ظرف چند ثانیه سیر قهقرایی مغزی را طی نمایند، در حالی که عده‌ای دیگر حتی پس از چند بار هیپنوتیز شدن، باز هم پس از نیمساعت تلقین درجه‌بندی شده بخواب میروند. با وجود پذیرش عمومی اختلاف در زمان مورد نیاز برای القاء هیپنوز، تقریباً تمام مقامات صلاحیتدار این فرض را قبول می‌کنند، که هر بیماری میتواند مقابله لحظه‌ای نسبت به سیر قهقرایی با تعداد معینی شمارش بنمایند.

اما هر گونه بررسی دقیق بیمارانیکه از خواب هیپنوز بیدار میشوند، اختلاف بسیار قابل ملاحظه‌ای را در بر کشت به حالت هشیاری و آگاهی معمولیشان نشان می‌دهد. این چیزی است که ما باید انتظارش را داشته باشیم، زیرا اختلاف بزرگی در روش بیدار شدن افراد از خواب طبیعی وجود دارد. این موضوع در مورد بیدار شدن افراد از خواب هیپنوتیک نیز صادق است. نکته مهم اینست که در مطب بسیار آسانتر است که پزشک دچار این اشتباه شود، که تصور کند بیمار بیش از آنچه که واقعاً هست بیدار و آگاه است، و در نتیجه ممکن است به بیمار اجازه داده شود که از مطب خارج شود و در حالی که حقیقتاً او آگاهی کامل حالت مغزی خود را در نیافته است. بعبارت دیگر، حالت ضد قهقرایی هنوز کامل نیست بیمار در حالتی پائین‌تر از سطح عقلایی معمولی عمل می‌کند. و قوای ذهنی نقاد هوش او هنوز بحالت آگاهی طبیعی و عادی

۱- من (کابوک) چندین مرتبه دچار این اشتباه شده‌ام، سوژه را از خواب بیدار کرده‌ام سوژه شروع بحرف زدن و خندیدن کرده است، پرسیده‌ام حالت خوبست، آیا کاملاً بیدار هستی، سوژه جواب داد بله خوبم، ولی بعد متوجه شده‌ام که هنوز، حتی ساعتها بعد سوژه در حال هیپنوز بوده است. حتی یکمرتبه يك سوژه را از نیمه‌راه منزل بازگردانیدند.

برنکشته‌اند. در اکثر حالات این مرحله غیر کامل یا ناقص زود گذر بوده و از چند ثانیه الی چند دقیقه تجاوز نمی‌کند. لیکن تأکید می‌گردد، که این حالت در موارد استثنائی ممکن است کاملاً طولانی باشد.

● **تلقینات کافی برای بیداری** - علاوه بر عامل زمانی، یک مرحله طولانی ناقص در بیدار شدن ممکن است ناشی از یک شکست ساده در اجرای فن باشد. پزشک تلقینات کافی برای بیدار شدن نداده است. وقتی بیمار چشمش را باز می‌کند، بلند می‌شود، لباسش را مرتب می‌نماید و خدا حافظی می‌کند ممکن است پزشک همراه شود. او درک نمی‌کند که قوای ذهنی نقاد بیمار هنوز در حال تعلیق می‌باشد. تلقینات بیداری باید کامل بوده و وقت کافی برای تکمیل حالت ضد قهقرائی باید در اختیار بیمار گذاشته شود.

● **شکست در بیدار کردن بصورت یک ارتباط عمل می‌نماید** - گاهی اوقات حتی با تلقینات کافی و زمان مناسب باز هم ممکن است بیمار بیدار نشود. در چنین شرائطی شکست در بیدار کردن بیمار معمولاً نوعی انکار توسط بیمار بوسیله رفتار او محسوب می‌شود. با انکار در بیدار شدن بیمار ایده‌های مبتنی بر خصومت نسبت به پزشک یا استقلال شخصی خود را نشان می‌دهد.

● **فن بیدار کردن - ضد تلقینات** ^۱ - قبل از بیدار کردن بیمار کرد بیمار پارامای نکات مقدماتی وجود دارند که باید در نظر گرفته شوند. برای از بین بردن اثر تلقیناتی که در موقع القاء هیپنوز بکار برده شده باید ضد تلقین داده شود. در اولین جلسهای که بیمار هیپنوتیز شده این عمل حائز اهمیت زیاد است، در غیر اینصورت ممکن است بیمار از خواب بیدار شده و آن‌ا علائم بیماری روانی ناشی از رفتار ^۲ پزشک از خود نشان دهد.

1- Countersuggestions

ضد تلقینات

2- Iatrogenic symptoms

علائم بیماری ناشی از رفتار پزشک

در اولین جلسه هیپنوز علاوه بر تلقینات عادی و معمولی در مورد بیدار کردن عاقلانه است که اشاره‌های بخصوصی به قسمت‌های مخصوصی از بدن که بخصوص تحت تأثیر تلقینات قرار گرفتند بشود. باینترتیب که مثلاً: وقتی میگوئیم که: «بیدار می‌شوی تمام اعضای بدنت بحالت کاملاً عادی برمیگردد پاها، دستها، پلکها و تمام اعضاء بدنت کاملاً بحال عادی و معمولی برمیگردند» باینترتیب از بروز گله و شکایت نسبت به اینکه پاها سنگین هستند یا دستها خشک و بیحرکت یا پلک چشمان کاملاً باز نمی‌شوند، اجتناب می‌گردد چنانچه این احتیاط اولیه بعمل نیاید شکوهائی از این قبیل عادی و معمولی بوده، اما معمولاً این علائم زود گذر^۱ بوده و در حدود فاصله زمانی یکساعت از بین می‌روند.

در جلسات بعدی چنانچه ضد تلقین هم داده نشود، علائم مربوط به مقاومت ناشی از تلقینات هیپنوز بمراتب کمتر است. بیمار صرفاً اینطور برای خودش تفسیر مینماید که رفتار پز شک جنبهٔ يك ارتباط غیر لفظی داشته و بدنش پس از بیداری بوضع عادی برمیگردد. معذالک عاقلانه است که در پایان هر جلسه ضد تلقین برای عادی بودن وضع بدن در موقع بیداری داده شود.

چنانچه بنا است بیمار چند جلسه معالجه داشته باشد ممکن است تلقین داده شود که شامل معالجات یا جلسات معالجهٔ بعدی بشود مثلاً میگوئیم: «وقتی من به شما میگویم بیدار شو پس از هر جلسه معالجه تمام بدنت پیوسته وضع کاملاً طبیعی و عادی خواهد داشت.»

● حفاظت در مقابل هیپنوز نامطلوب - نکتهٔ مقدماتی مهم دیگری که در مورد بیمارانی که زود هیپنوتیز میشوند وجود دارد که باید بآن توجه شود. و آن اینکه بآنها يك تلقین بعد از هیپنوتیزم داده میشود، که هرگز هیپنوتیز نخواهند شد، مگر اینکه خودشان مایل باشند.

● فن شمارش^۱ فن شمارش که کلامورد شرح و توضیح قرار میگیرد، در مواردیکه با تلقینات فوق لفظی و غیر لفظی بکار میرود تا بیمار هیپنوتیز شده بیدار گردد، روش بسیار مفیدی است، اما اگر آنطور که مورد تشریح واقع شده یعنی بصورت یک سری تلقینات مجزا برای پایان^۲ دادن به جلسه بکار برده شود، بنظر من باعث بروز خطرات یکمرحله طولانی در بیداری ناقص میگردد. پاره ای از مقاماتیکه فن شمارش را توصیه مینمایند، تلقینات بسیار ساده ای میدهند: «وقتی من تا شماره پنج میشمارم کاملاً بیدار میشوی، آرامش داری و احساس خستگی نمی کنی یک، دو، سه، چهار، پنج حالا چشمانت باز می شوند و کاملاً بیدار هستی». این روش در مورد اکثر بیمارانیکه خیلی هیپنوتیز نشده اند، مؤثر است، اما پیش بینی های لازم رادر مورد بیماران اتفاقی که ایجاد اشکال مینمایند نمیکند. آمادگی مقدماتی برای بیدار شدن به بیمار داده نمی شود، و وقت و فرصت کمی باقی است که از کامل بودن ضد سیر قهقرائی اطمینان حاصل گردد.

دیگر مقامات از یک فن شمارش تقریباً استادانه تری دفاع میکنند بدین ترتیب که: «وقتی من تا شماره ده میشمارم تو کاملاً بیدار میشوی، آرامش داری و احساس خستگی نمی کنی. هر بار که من میشمارم تو بیشتر و باز هم بیشتر بیدار میشوی، «یک» شروع به بیدار شدن مینمائی. «دو» از آن خارج میشود. «سه» بیشتر بیدار میشوی... «ده» اکنون چشمانت باز میشوند و کاملاً بیداری». در مورد بیماری که کاملاً هیپنوتیز شده این روش، امتیاز وقت دادن برای وقوع حالت ضد قهقرائی وجود دارد، لیکن این یک فن تجربی و قاعده^۳ کلی بوده در معرض همان انتقادی است که در مورد القاء هیپنوز با یک سری تلقینات معین بکار برده میشود، از وضعیت

1- Counting technique

فن شمارش

2- Terminate

پایان دادن

3- Rule of thumb

قاعده کلی

پسیکودینامیک استفاده‌ای بعمل نمی‌آید. بعلاوه يك چنین سری طولانی شمارش تلقینات ممکن است ایجاد يك رابطه فوق لفظی درپاره‌ای از بیماران که پزشک از بیدار نشدنشان نگران است بنماید.

● تلقینات فوق لفظی مقدماتی^۱ - من روش شمارش را بکار می‌بندم، اما

پیوسته با يك مرحله از تلقینات فوق لفظی و غیر لفظی. این عمل باعث ایجاد يك حالت ضد قهقرائی تدریجی بیشتری شده و بمیزان زیادی احتمال^۲ بروز يك مرحله طولانی^۳ از بیداری ناقص را کاهش می‌دهد. روش همانگونه است، خواه معالجه واقعی یا تلقین باشد و خواه با جلسه پایان مییابد به بیمار تلقینات غیر مشخص کلی داده میشود: « شما از خواب بیدار میشوید، آرام، راحت و بی دغدغه». چنانچه بیمار توسط تخلیه هیجانی شدید ناراحت شده است، ایده آرام و راحت تأکید و تکرار میشود. این تلقینات با آهنگ عادی تری از صدا نسبت به موقعیکه تلقینات و القاء مرحله معالجه از جلسه داده میشود، داده میشوند. البته بيك حالت کاملاً عادی از آهنگ صوتی بر نمی‌گردیم. اما در حقیقت جهشی در آن طریق و جهت است. استفاده کمتری از یکنواختی صدا بعمل می‌آید، و صدا جنبه عادی صحبت کردن را پیدا می‌کند. اینکار در نقش يك رابطه فوق لفظی بر گشت بحالت عادی عمل می‌نماید. اکنون تلقینات ضد تلقینات هیپنوتیزم داده میشوند، و در صورت لزوم این تلقین برای مقابله با هیپنوز غیر مطلوب میباشد. این تلقینات عموماً با يك حالت عادی و معمولی تری از صحبت کردن داده میشوند. ارتباط فوق لفظی (یا شفاهی خاص) بیدار شدن تدریجی با دادن تلقینات استراحت ادامه

تلقینات فوق لفظی مقدماتی 1- Preliminary extraverbal suggestion

طول دادن 3-- Protracted احتمالی 2-- Likelihood

میآید: « از خواب خارج میشوی، راحت، آرام و با آسایش کامل. شما احساس رلکس و آرامی مینمائید. همانجا که هستی دراز بکش، کاملاً آرام و راحت». باینترتیب از تلقینات مشکل‌مرحله‌ معالجه به تلقینات بسیار ساده رلکس تغییر حالت می‌دهیم. اینعمل ذاتاً ایده بر گشت به حالت عادی را در بیمار بوجود می‌آورد. با گفتن «همانجا که هستی بخواب» ما در بیمار ایده در دست گرفتن مسئولیت امور شخصی‌اش را بوجود می‌آوریم. اینجمله‌را میتوان باینترتیب ادامه داد: «دراز کشیدن و استراحت کردن در آنجا مفید است». اکنون بیمار به مرحله‌ای بسیار سبک از هیپنوز وارد شده بدون اینکه هیچگونه تلقین در مورد بیدار شدن به وی داده شده باشد. اکنون میتوانیم فن شمارش را بکاربریم، و بیمار کاملاً بیدار خواهد شد: «حالا وقتی من تا شماره ۳ می‌شمارم از خواب بیدار میشوی، آرام و سرحال. یک، دو، سه». وقتی این تلقینات داده میشوند که تلقین غیر لفظی دیگر را میتوان با نزدیک شدن به بیمار و با کنار زدن پتو از روی او، و یا اگر نشسته است، با حرکت جزئی صندوقش به بیمار داد. قبل از اینکه بیمار فرصتی برای تفسیر پیدا کند، با یک آهنگ کاملاً عادی و ساده صدا به وی اطمینان داده میشود: «خوب بود، میتوانی به غلطی و راحت شوی من چند دقیقه‌ای شمارا بحال خود می‌گذارم تا استراحت کنی. همانجا استراحت کن تا من برگردم». این روش ترك بیمار برای مدت چند دقیقه دارای دو امتیاز است. اول اینکه وقت زیادی برای فرآیند سیر قهقرائی در اختیار بیمار میگذارد، و دوم اینکه اثر معالجه‌ای جلسه ملاقات بیمار را مانند آنچه قبلاً بود کم مینماید.

احتیاطات اولیه در زمینه مقررات طبی ۱- بعقیده من بیمار پس از بیداری

از هیپنوز باید مطب را در معیت یکی از دوستانش ترک کند و همچنین نباید بلافاصله رانندگی نماید. دلیل این موضوع از نظر جنبه مقررات و طب است، نه صرفاً طبی. باید بخاطر داشته باشیم که معالجه طبی هنوز هم بصورت يك طبابت استاندارد و عامه پسند مورد قبول واقع نشده است. در نتیجه چنانچه اتفاق ناگواری^۱ برای بیمار رخ دهد، ممکن است از پزشک بازجوئی بعمل آید، که چرا بدون فرستادن يك فرد ثانوی با بیمار اجازه داده است که وی بمنزل برود. در برخی از حالات وقتی پس از چند جلسه معالجه هیپنوتیکی بیمار کاملاً با معالجه آشنا شده و عکس العمل های وی در مقابل هیپنوز کاملاً معرف نظر پزشک میباشد، ممکن است از این احتیاط اولیه باین شدت بکاهیم^۲ با انجام اینکار باید بیمار را برای مدت نیمساعت نگهداشت، يك فنجان چای یا قهوه به وی داد تا اطمینان خاطر برای پزشک حاصل شود که هیچگونه مرحله طولانی از بیداری ناقص وجود ندارد.

من کاملاً آگاه هستم که اکثریت پزشکان هیپنوتیزور يك چنین احتیاط اولیه شدیدی را در مقابل بیداری ناقص رعایت نمی کنند.

اخیراً یکی از همکاران سراغ من آمد و گفت که به هیپنوز طبی علاقمند است. سئوالاتی راجع به نکات مربوط به هیپنوز پرسید و سپس از من پرسید که آیا هرگز اشکالی در مورد بیمارانی که دارند به بیداری بر میگردند داشته ام یا نه؟ وی یکی از تجربیات و خاطرات خود را در مورد يك بیمار زن که توسط او هیپنوز شده بود توضیح داد. شرح قضیه باینترتیب بود که: در خاتمه هیپنوز آن خانم با اتومبیل خود بمنزل رفته و مجبور شده بود که

اتفاق ناگوار

1- Misadventure

2- To sank in

کاستن

اتومبیل را در راه نگهدارد و خواب کوتاهی برود، وقتی درباره موضوع سؤال شد گفت که او بیمار را بروش عادی شمارش از خواب بیدار کرده و فوراً به وی اجازه داده است که با اتومبیل بمنزل برود. این پزشک از این واقعیت بی‌خبر بوده است که پدیده بیداری ناقص وجود دارد. از آنجا که او وضع و حالت بیمار را تشخیص نداده بود، آن خانم در معرض يك تصادف اتومبیل بزرگ قرار گرفته بود.

● روش کار بعد از بیداری - هنگامیکه بیمار با معالجه تلقین تحت مداوا برای اضطراب و هیجان قرار میگیرد، راه عاقلانه اینست که پس از بیداری از پیش کشیدن بحث‌های غیر ضروری اجتناب بعمل آید. هدف اینست که بیمار با حالتی آرام و راحت در سرحد امکان بمنزلش فرستاده شود. این نکته را میتوان به بیمار تأکید نمود: «آرامشی را که داری حفظ کن. الان میتوانی بلند شوی و چیزهایت (لباس‌هایت) را بپوشی. این آرامش موجود در وجودت را حفظ کن.» هر گونه بحث را تا ملاقات بعدی باید بتأخیر انداخت.

در مورد افرادی که دچار لکنت زبان هستند و تحت این نوع معالجه قرار میگیرند، نکته مهم اینست که يك چنین اصلی در نظر گرفته شود، بهترین کار اینست که از محاوره، بعد از معالجه اجتناب بعمل آید، تا بیمار تشویق شود که با آرامش کامل بسراغ کار و حرفه‌اش برود در حالیکه حداقل میزان اضطراب در وجود او هست. بنظر میرسد که اینکار باعث افزایش اثر تلقینی معالجه میباشد. لیکن هنگامیکه هیپنوز برای از بین بردن علائم تقلیب (بازگردانی) بکار برده شده، پس از بیداری غالباً اضطراب وجود ندارد و میتوان برای تقویت اثر تلقینات داده شده ضمن هیپنوز از این مرحله استفاده نمود.

● اشکالاتیکه در بیدار کردن وجود دارد - از موقعیکه من «انسلی میرزا» فن فوق را بکار میبرده‌ام، که مجموعاً چندسالی میشود، اشکالات و پیچیدگی‌های ناشی از هنگام بیدار کردن بیمار از خواب هیپنوتیزم قابل ملاحظه نبوده‌اند. در ادوات مطالعات در زمینه هیپنوز عادت من براین بود که بدون هیچگونه تقلیل مقدماتی در عمق هیپنوز با تلقین فوق لفظی با روش شمارش بیمار را بیدار می‌کردم. در این شرایط گاهی اشکالاتی در بیدار کردن بیمار پیش می‌آمد.

● بیداری خودبخود^۱ - با در نظر گرفتن اشکالات در بیدار کردن خوبست دو نکته را بخاطر آوریم. نکته اول اینکه شواهد زیادی در سوابق تاریخی هیپنوز وجود دارد که اگر بیمار بحال خودش گذاشته شود، خود بخود از خواب هیپنوتیزم بیدار میشود. يك تحول تدریجی از خواب هیپنوز به خواب طبیعی و سپس از خواب طبیعی به حالت بیداری و هشیاری عادی با فرآیند معمولی بیداری وجود دارد. این تغییرات کاملاً طبیعی و خودبخود صورت می‌گیرند. بشرط اینکه بیان و کلامی اعم از تلقینات فوق لفظی یا غیر لفظی از هیچ نمونه درین باشد. این فکری تضمین کننده برای دانشجوی رشته هیپنوز - تریبی یا معالجه بیمار با استفاده از هیپنوز میباشد اما اشکال اینست که بیداری خودبخود يك زمان کاملاً متغیر می‌گیرد که بین چند دقیقه تا چند ساعت متناوب است. همچنین محتمل است که خطر بزرگتری در تولید علائم ناشی از رفتار پزشک در بیمار بوجود آید، و این در صورتیست که بیمار بحال خودش گذاشته شود. دوم اینکه تنها در شرایط استثنائی پزشک باید بیمار را رها کند

1- Difficulty in waking

2- Spontaneous waking

اشکالاتی در بیدار کردن وجود دارد

بیداری خودبخود

تا خودش از خواب بیدار شود.

● مقاومت ناشی از شکست در بیدار کردن - ملاحظه مهم ثانوی در بحث اشکالات موجود در بیدار کردن اینست که وضع موجود را باید از نقطه نظر مفهوم و معنای آن مورد تفسیر قرار داد. ما روشی را که در آن، رفتار بیمار اعمال و وظایفی را براستی انجام میدهد، مورد معاینه و بررسی قرار داده ایم، اما این رفتار در ضمن برای بیان یک ایده نیز بکار برده میشود. ما دیده ایم که شخص یا بیمار هیپنوتیز شده پیوسته رفتارش را برای برقراری یک رابطه با پزشک مورد استفاده قرار میدهد. هنگامیکه به بیمار هیپنوتیز شده تلقین بیداری داده میشود و او به خواب عمیق خود ادامه می دهد، واضح است که رفتارش دارای معنی و مفهومی است. این رفتار مظهري از مقاومت و خصومت نسبت بد کمتر است.

هنگامیکه برای اولین بار با چنین رفتاری مواجه میشویم بیدار نشدن بیمار از خواب هیپنوز واقعاً یک تجربه تکان دهنده بوده که بصورت زنگ خطری برای پزشک محسوب میشود. تلقینات داده میشوند و بیمار همچنان عمیقاً در خواب است. محتمل است که پزشک احساس کند که کاملاً رابطه خود را با بیمار از دست داده است. جواب به این معما و مسئله در مفهوم وضعیت و حالت موجود نهفته است.

چنانچه انکار در بیدار شدن علامت خصومت بیمار نسبت به پزشک باشد با این وضع مشابه مکانیزم دفاعی رفتار میشود. تلقینات به ناحیه دیگری که اعمال بیمار در آن قابل اجرا نیست تبدیل میگردد.

اگر به بیمار بگوئیم. «وقتی من تا شماره ۳ می شمارم بیدار میشوی» بیمار میتواند خصومت خود را با انکار از بیدار شدن نشان دهد. تا کنون نشان داده

شده که حتی بیماری که عمیقاً هیپنوتیزم شده نیروی قابل ملاحظه‌ای را برای دفاع روانی در خود نگه‌می‌دارد. بیمار میتواند با فکر کردن موضوعات را تعبیر نماید « او (دکتر) گفته است که من خواب هستم، اگر من خواب هستم پس نمیتوانم اینرا که میگوید بیدار بشوم بشنوم»

● اداره کردن شکست در بیدار نمودن^۱ - چنانچه پزشک سهواً^۲ اضطراب خود را بموضوع یعنی با آهنگ صدا یا تفسیر در رفتارش به بیمار منتقل نماید، بیمار از اینکه رفتارش باعث ناراحتی پزشک شده آگاه میشود و احتمال دارد که به روش خود ادامه دهد. با ملاحظه این نکته، باید در نظر داشته باشیم که بیمار در حقیقت کاملاً هیپنوتیز شده است. او صرفاً به خواب بودن وانمود^۳ نمی‌کند. اگر او صرفاً تظاهر^۴ میکرد، بشادی و با یک سیلی یواش^۵ زدن میشد او را بیدار کرد، اما اینکار اثری روی بیمار هیپنوتیز شده است که از بیدار شدن امتناع می‌ورزد ندارد. ما باید طبق احتیاجات پسیکودینامیک وضع موجود با اشکال مواجه شویم. وضع را با این شرح تغییر میدهیم. « شما آرام و آسوده و راحت هستی. شما الساعه آنجا استراحت کرده‌اید. شما میتوانید بیدار شوید هر موقعیکه میخواهید. من شمارا چند لحظه‌ای بحال خود میگذارم. شما الساعه آنجا استراحت کرده‌اید. و هر وقت دلتان بخواهد میتوانید بیدار شوید.» با تغییر تلقینات باین ترتیب فرصت ایجاد نفرت نسبت به دکتر در بیمار از بین میرود. بوی گفته نشده که بیدار شود، بنابراین دیگر نمیتواند بوسیله ماندن در حالت خواب خصومت و دشمنی خود را نشان دهد.

در این مرحله بهترین کارها کردن بیمار به تنهایی در اطاق میباشد.

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|
| 1-- Management of failure to wake | اداره کردن شکست در بیدار نمودن |
| 2-- Inadvertently | سهواً |
| 3-- Feigning | وانمود کردن |
| 4-- Simulating | تظاهر |
| 5-- Slapping | سیلی زدن |

چنانچه پزشک معالج در اطاق بماند، بیمار بازم میتواند با در انتظار نگهداشتن پزشک و از خواب بیدار نشدن خصومت خود را نشان دهد. در شش یا هفت مرتبه ای که من بیمار را باینحالت در اطاق تنها گذشته‌ام پس از ده دقیقه توقف در خارج اطاق، وقتی مراجعت کرده‌ام پیوسته بیمار کاملاً بیدار بوده است.

● **مرد جوانی** - برای بیماری آسم یا تنگی نفس تحت معالجه تلقینی بود. بوی تلقین تنفس آرام و راحت داده شده بود، در خواب هیپنوز بسیار عمیقی بود و وقتی بیداری با روش شمارش به وی داده شد، بحالت ناآگاهی خود ادامه داد، با خرناس نفس می کشید. سپس به وی تلقین راحتی و آرامش داده شد و به وی گفته شد که هر وقت مایل بود میتواند بیدار شود. سپس با تلقین غیر لفظی دیگر مبتنی بر آزادی کامل او که همانا رها کردن اطاق توسط من بود تلقین اولیه تکمیل گردید. پس از چند دقیقه که با اطاق بر گشتم دیدم کاملاً بیدار است.

بنظر میرسد تلقینات تنفس عادی ایجاد تنفر در بیمار کرده بود زیرا مدت‌ها با اشکال تنفس میکرد. باینترتیب بسا بیدار نشدن که دارای يك انگیزه درونی بود، پزشک را تنبیه میکرد، چنانچه وضع موجود را با تفصیل بیشتری تجزیه و تحلیل کنیم، می بینیم که بیمار حقیقتاً تلقین تنفس راحت را بصورت يك ارتباط فوق لفظی از انتقاد تفسیر می نمود، وی فکر می کرد «اگر او، یعنی پزشک، فکر می کند من میتوانم براحتی نفس بکشم، او باید فکر کند که من در تمام این مدت تظاهر میکردم» چنانچه واقعاً رابطه حسنه قوی‌ای در بین بود، چنین تفسیر غلطی بوجود نمی آمد، اما متأسفانه جلسه مقدماتی بیجهت با عجله گذشته بود. در ملاقات بعدی یا وقت زیادی با بیمار صرف شد. و دیگر اشکالی در بیدار کردن وی پیش نیامد و بیمار به يك تسکین کامل از

بیماری آسم شفا یافت.

● خانم جوانی - که، تازه ازدواج کرده بود بخاطر اضطراب درونی تحت معالجه هیپنوتیکی بود. در اثناء اولین جلسه معالجه هیپنوتیکی او عقده دل خود را درباره خصومتش نسبت به شوهرش خالی کرد. در خاتمه جلسه، بوی مهلت داده شد که مدت ۲۰ دقیقه استراحت نماید، و این استراحت در خواب هیپنوتیزم بود. سپس به وی تلقین عادی بیداری با فن شمارش داده شد، اما عمیقاً بحال هیپنوز باقی ماند، کشیدن دستهایش کمترین اثری نداشت. به وی تلقین داده شد که هر وقت مایل بود بیدار شود و ظرف چند دقیقه بیدار شد. این جریان در معالجه روانی در حالت بیداری که پس از آن انجام گرفت مورد بحث واقع شد. وی اظهار نموده که هر چه را به وی گفته بودم انجام داده بود. حتی نقاشی و رنگ آمیزی کردن. سپس به وی گفته بودم که بخواب برود. خوابیدن در آنجا بسیار جالب بود، بنابراین بعد کمال با استراحت پرداخت و در آن استراحت آرامش خیال و شادی احساس میکرده است. سپس وقتی به وی گفته بودم که بیدار شود، در خود اینطور احساس کرده بود که: «چرا من باید بیدار شوم؟ بمن میگوید خیلی کار انجام دهم. لعنت بر او باد، در همین حالت که هستم باقی خواهم ماند».

در این حالت بنظر میرسد که يك انگیزش دو جانبه برای بیدار شدن در او وجود داشته، در مرحله اول اینکه این يك بیان خصومت نسبت به پزشک بخاطر دستور زیاد دادن به وی بود.

علاوه بر خصومت. این خانم تحت اثر انگیزش احساس راحتی يك خواب آرام تحریک شده بود.

تلقینات بیداری بصورت يك مبارزه طلبی بغلط تفسیر میگردد.

درپاره‌ای از حالات نادر ممکن است انگیزش دیگری برای ایجاد اشکال در بیدار کردن وجود داشته باشد. هنگامیکه مقدار زیادی مبارزه‌طلبی ضمن جلسهٔ معالجه وجود داشت و به‌ویژه اگر بیمار یکی دو مبارزه را پذیرفته باشد، ممکن است اشکال بوجود آید، زیرا بیمار تلقینات را با مبارزه‌طلبی بغلط تفسیر مینماید. بیمار ممکن است مبارزهٔ خیالی را پذیرفته و در عالم خواب باقی بماند. این وضع هرگز نباید پدید آید با تلقینات بیداری باید بطریق دیگری نسبت به آنچه مبارزه‌طلبی‌ها ادا میشوند بیان گردد.

فصل نوزدهم

مسائل بفرنج در القاء هیپنوتیزم

واکنش‌های ناشی از اضطراب^۱.

آندسته از مسائل بفرنج هیپنوتیزم طبی، که در نتیجه فرآیند درمانی ناشی میشوند، نسبت به اینکه معالجه تلقینی و یا خودشناسی مورد استفاده قرار گرفته باشد در بخش مناسبی مورد بحث قرار خواهد گرفت. بحث فعلی ما تنها مربوط به آن‌عه از مسائل بفرنجی است که در نتیجه، خود حالت هیپنوتیکی پدید می‌آید.

واکنش‌های اضطرابی با شدت و ضعف مختلف ممکن است در اثر علل مختلفی ضمن القاء هیپنوز پدید آیند.

● اضطراب ناشی از رهائی کنترل^۱ - يك واکنش زود گذر و خفیف در مراحل اولیه القاء کاملاً عادی است. این اضطراب مربوط به از دست دادن^۲ کنترل با اراده شخصی است. رهائی اراده^۳ تهدیدنی آشکارا به «من آگاه» میباشد:

1- Anxiety reactions

واکنش‌های ناشی از اضطراب

اضطراب ناشی از رهائی کنترل

2- Anxiety from abandonment of control

سر نظر کردن - از دست دادن

3- Relinquishing

تحت این شرایط چنین بنظر میرسد که اضطراب بصورت اعلان خطری عمل می نماید، که نشان میدهد اوضاع عمومی روح و روان خوب نیست. مثلاً وقتی هیپنوز با تلقینات «رلکس» القاء میگردد، غالباً چند تلقین اولیه بصورت مورد قبول واقع میشوند، بیمار رلکس میشود، دستها و پاها شل میشوند، ماهیچه های صورت آهنگ و گرفتگی خود را از دست می دهند، و لبها متمایل به باز شدن میگردد. در این مرحله وقتی بیمار درست در اوج رهائی کنترل «من آگاه» بنفع پزشک معالج است، يك اضطراب هیجانی^۲ پدید می آید، این اضطراب توسط افزایش هیجان عمومی نشان داده میشود. استراحت خیلی کامل نیست، چین های بینی و لب مشخص تر میشوند، ممکن است ابروها کمی چروک دار و لبها کمی تنگ تر شوند. چنانچه اضطراب توسط پزشک تشخیص داده نشود، ممکن است باعث برانگیختن حالات دفاعی در مقابل هیپنوز، به خصوص بشکل بیقراری شود که نه تنها مخرجی^۳ برای اضطراب است، بلکه دفاع مؤثری برای دفاع در مقابل هیپنوز بطریق «رلکس» میباشد از طرف دیگر بمحض اینکه اضطراب خود را پدیدار میسازد، تلقینات مبتنی بر استراحت میتوانند موقتاً جای خود را به تلقینات آرامش، آسودگی و امنیت بدهند. بیمار از آگاهی پزشک نسبت به احساس و هیجان او مطلع شده، به وی اطمینان خاطر داده میشود، رابطه عاطفی تقویت میگردد، و اضطراب تخفیف مییابد.

این نوع عکس العمل اضطرابی بیشتر در مواردی رخ میدهد که رابطه حسنه با بیمار ناقص است. يك رابطه عاطفی مناسب و مقتضی با بیمار قبل از القاء

1- On the verge of

در اوج

2- Exacerbation of anxiety

پدید آمدن هیجان

3- Outlet

مخرج

هیپنوز درک وضع و قیافه پزشکی را برای بیمار آسانتر میسازد و در نتیجه رهائی کنترل «من آگاه» بسیار آسانتر میگردد.

احتمالاً يك واکنش اضطرابی خفیف مشابه وقتی بیمار برای اولین بار از حرکت بی اراده دستهایش آگاه میشود رخ میدهد. برای ایجاد حرکت تکراری دست بیمار را گرفته، آنرا به عقب و جلو میبریم. بیمار اضطرابی در خود احساس نمی نماید زیرا ایده فقدان، کنترل هنوز در او بوجود نیامده. دستش را رها می کنیم و حرکت همچنان ادامه می یابد، تا وقتی بیمار فکر می کند، که هنوز خودش به اراده خود دستش را حرکت می دهد اضطرابی در بین نیست. تنها هنگامیکه او را وادار می کنیم که حرکت دستش را به بیند، یا وقتی او را برای نگهداشتن دستش به مبارزه می طلبیم احساس فقدان کنترل در وی پدید می آید. اکنون وی ممکن است اضطراب زیادی را احساس کند. در عمل پیوسته جلو این اضطراب را با دادن تلقینات آرامش و اطمینان خاطر قبل از اینکه بیمار علائم ظاهری پریشانی خاطر را از خود نشان دهد میتوان گرفت.

جالب توجه اینست که بخاطر داشته باشیم که این نوع اضطراب در باره بیماران که دارای وضع عمومی و متعادل خوبی هستند کمتر است. ضمن تجربه شخصی من در مورد بیماران که برای رهائی از درد عضوی هیپنوتیز شده اند این اضطراب خیلی نادر بود در حالیکه در مورد بیمارانیکه از نظر بیماری پسیکو نوروز هیپنوتیز شده اند بسیار عادی بوده است.

● اضطراب ناشی از هوشیاری ناگهانی^۱ - در حالات دیگر ممکن است، واکنش های هیجانی بسیار شدیدتری بوجود آید. گاهگاهی ضمن القاء بیماران يك اضطراب^۲ شدید که کاملاً با اضطراب خفیف مذکور در فوق قابل تشخیص

1- Adjusted

2- Sudden awareness

3- Violent paroxysm

دارای تعادل بهتر

هوشیاری ناگهانی

دلشوره شدید

است، احساس می نمایند. این اضطراب در بیمارانی که بآنها تلقین شفاهی رضایت خاطر^۱ به‌ایده هیپنوز داده شده رخ میدهد، درحالی که خود این بیماران حقیقتاً فکر نمی‌کردند هرگز هیپنوتیز شوند. اولین بار که بیمار می‌بیند که حقیقتاً هیپنوتیز شده و کنترل ارادی خود را از دست داده يك اضطراب شدید در وی بوجود می‌آید.

برخی از بیماران با تظاهر از خود در مقابل هیپنوز دفاع مینمایند. بیمار با اجرای آنچه پزشک به وی می‌گوید، در حالت هشیاری، تصور می‌کند که از هیپنوتیز شدن اجتناب ورزیده است، پاره‌ای اوقات واضح است که دفاع در عالم هشیاری واضح و روشن انجام می‌گیرد، و در پاره‌ای موارد بنظر میرسد که بطور ناخودآگاه صورت می‌گیرد. اگر بگذاریم که بیمار در انجام دفاعهای خود پافشاری نماید، حقیقتاً هیپنوتیز خواهد شد، اما تا زمانی که به مبارزه طلبیده نشود، متوجه نمیشود که هیپنوتیز گردیده است. در این لحظه است که هیجان شدید ممکن است بوجود آید. این واکنش با علائم بدنی اضطراب همراه می‌باشد نظیر: رنگ^۲ پریدگی، لرزش^۳ و تشنج، عرق کردن^۴ و اتساع^۵ مردمک چشم و تنفس سریع و کوتاه، ضربان نبض سریع است و ممکن است نبض همواره یا پراز نوسان شدید باشد. بآنچه گفته شد ممکن است کمی حالت اضمحلال و در خود فرو ریختگی شخص بیمار نیز اضافه شود. حالت افسردگی و غمناکی که توأم با آن، این وضع بوجود می‌آید، میتواند اخطار دهنده و ناراحت کننده باشد. با انگیزه و جنبش طبیعی که در اثر این وضع در پزشک بوجود می‌آید که بیمار را از خواب بیدار کرده و به هیپنوتیزم پایان دهد باید مقاومت نمود. در این

1- Acquiescence	رضایت خاطر	2- Pallor	رنگ پریدگی
3- Tremor	لرزش و تشنج	4- Sweating	عرق کردن
5- Dilatation	اتساع		

موقع باید تلقینات استراحت، خواب آلودگی و مآلا خواب اضافه شود. اگر بتوان بیمار را در حال هیپنوتیزم نگهداشت، سهولت میتوان بر وضعیت بفرنج موجود فائق آمد، اما بنخاطر هیجان شدید، تمایلی برای بیدار کردن بیمار از هیپنوز وجود دارد. این اضطراب ممکن است با اخطار قبلی خیلی ناچیزی پیش آمده و خیلی سریع توسعه پیدا نماید. در نتیجه راه عاقلانه آنست که آنآهیپنوز را عمیق نموده و نگذاریم که وضع از علائم جزئی هیجان اولیه تجاوز نماید و ضوحاً بسیار مهم است که پزشک معالج نباید بهیچوجه هیجان خود را اعم از طریق غیر لفظی و یا فوق لفظی به بیمار منتقل نماید.

● مدیر یکی از شرکتهای - در اواخر سنین چهل سالگی دچار هیجان و نگرانی درونی شده و در جستجوی وسیلهای آرام کننده بود، دو سال قبل از آن با معالجه «نار کوآنالیز» و شوک الکتریکی تحت درمان قرار گرفته و نتیجهای نگرفته بود. او شخصیتی هیستریکی داشت و خود را هنرپیشهای آماتور تصور میکرد و باین خیال خوش بود. در صحبت هیپنوز را قبول داشت و میخواست اولین دفاع وی با تحقیر و کم ارزش نشان دادن هیپنوز شروع کردید. او تمام وضع را بکلی دست کم گرفته با وسایل و طرن غیر لفظی ایده لوسی^۲ و بیمعنی بودن هیپنوز را میرساند، القاء با حرکت دست شروع کردید. با اولین تلقین سبکی دستش آنادست خود را در هوا بلند کرد. وقتی تلقین حرکت دست داده شد، دستش را بی درنگ در هوا بچرخاند و در تمام مدت لبخندی بر لب داشت و پیدا بود که با وانمود کردن از خودش دفاع می کرد. وقتی تلقینات بعدی داده شد، شروع بانجام حرکات مسخره آمیز با دستهایش نمود و به وی فرصت داده شد. که تصور کند بنظر دکتر وی هیپنوتیز شده است بهیچوجه

بمبارزه طلبیده نشد و بدون هیچگونه تفسیری مرخص گردید. در جلسه بعد نیز همین روش تکرار گردید، و در جلسه سوم بمبارزه طلبیده شد که دستش را پائین بیندازد. نتوانست اینکار را انجام دهد و آنآ یك واکنش هیجانی شدید در او پدید آمد، با عمیق کردن هیپنوز از طریق دادن فرصت به بیمار به اینسکه دراز بکشد، هیجان مزبور تحت کنترل و مهار در آمد هیپنوز در جلسات بعد بدون واقعه مهمی انجام میگردد.

● هیجان ناشی از بیداری خود بخود بیمار - بیدار شدن بطور خود بخودی ممکن است یك واکنش اضطرابی را تسریع کند. یك علت بیداری خود بخود دادن تلقینات درجه بندی شده خیلی تند میباشد. درجه بندی تدریجی تلقینات در هر فن مبتنی بر رلکس و آرامش حائز اهمیت زیاد میباشد. با تلقینات رلکس و خواب میتوان بیمار را به هیپنوتیزم سبک فرو برد، اما اگر خیلی سریع به تلقینات بیحرکتی دست پیش رویم بیمار ممکن است تلقین را رد نموده دستش را حرکت دهد، و از خواب سبکی که القاء نموده بودیم بیدار شود. این جریان ممکن است ایجاد هیجان نماید. پزشک آنآ تلقینات مناسب داده و هیجان فرو می نشیند.

عامل دیگری نیز برای بیدار شدن خود بخود بیمار هست که از نظر زبان و ادبیات هیپنوتیزم رسمیت دارد اما به معالجه هیپنوتیکی طبی مربوط نمیشود. و آن اینسکه شواهد زیادی هست که ایگر به سوژه تلقیناتی مخالف شخصیت اخلاقی اولیه اش داده شود، از خواب هیپنوتیزم بیدار میشود.

یکی از عوامل معمولی بیدار شدن خود بخود بیمار آن، تخلیه هیجانی ضمن روانکاون بطور سریع و بی مقدمه میباشد. بیمار ممکن است بطور خود بخود عقده

دل خود را خالی کرده و با حالتی هیجان زده و شدید از خواب هیپنوتیزم بیدار شود.

یک خانم تحصیل کرده روشن فکر (چشم و گوش باز) که دارای توازن روانی نسبتاً خوبی بود با همسرش در یک پارتی شام شرکت جست. مکالمه و گفتگو به هیپنوز کشیده شد. یکی از مهمانان مرد که آن خانم را می شناخت احساس میکرد که میتواند دیگران را هیپنوتیزم کند، آن خانم برای هیپنوتیزم شدن داوطلب شد. هیپنوتیزم شد، و بطور خود بخود مطالب عشقی را بازگو کرد و با حالتی وحشت زده و هیجان انگیز از خواب بیدار شد. بیش از یکسال بعد نزد من آمد درحالی که هنوز هم علائم اضطراب ناشی از آن حادثه در او وجود داشت.

در شرایط دیگر نیز بیداری خود بخود ممکن است ایجاد هیجان نماید. چنانچه پزشک بیمار را رها کند و بیمار از خواب پریده به بیند که پزشک نزد او نیست احتمال دارد که بیمار احساس واکنش هیجانی نماید. با این وضع باید بوسیله هیپنوتیزم کردن مجدد بیمار و دادن تلقینات آرامش و آسودگی مقابله نمود.

● اضطراب ناشی از سوء تعبیر تلقینات^۱ - واکنش های هیجانی ممکن است نتیجه سوء تعبیر تلقینات باشد. این موضوع بیشتر در نتیجه اشکالات مربوط به زبان پیش می آید. در حال حاضر این وضع بیشتر در استرالیا پیش می آید که مهاجرین زیادی از اروپای مرکزی با آنجا رفته اند. اکثر این مردم زبان انگلیسی را به سهولت برای استفاده های عادی بکار میبرند اما این افراد با اصطلاحات و ظریفکاریهای زبان در بکار بردن کلمات آشنا نیستند. در موقع هیپنوتیزم کردن این افراد، هیجان ممکن است یا در نتیجه تفسیر غلط تلقینات باشد که معنی غلط کلمات بمرغز بیمار^۲ منتقل میشود و یا از عدم توانائی درک تلقین باشد که

1- Misinterpretation of suggestion

سوء تعبیر تلقینات

2- Conveyed

منتقل شدن، رساندن

بنوبه خود باعث ناراحتی و هیجان بیمار میگردد. در ارزیابی این وضعیت باید بخاطر داشته باشیم که با شرایط روزمره فرق زیاد داشته، زیرا در اوضاع عادی روزانه عدم توانائی به درك يك مطلب ایجاد نگرانی و ناراحتی شدیدی نمی نماید. شدت رابطه حسنه بین پزشک هیپنوتیزور و بیمار باعث میشود که بیمار به آنچه پزشک میگوید و عمل می کند فوق العاده توجه نماید. چنانچه پزشک چیزی بگوید که بیمار متوجه نشود، درك نکند، شدیداً بر آشفتگی و ناراحت میشود و این چیزی است که در حالت بیداری معمولی رخ نمیدهد. يك چنین حالتی ممکن است در هیپنوتیزم کردن اطفال و افراد تحصیل نکرده پیش آید. تلقینات را ممکن است با زبانی ساده و کلمات و عباراتی روشن بیان نمود که بیمار به سادگی آنها را درك نماید. در مورد بیمارانی که با اشکال میشوند پزشک باید پیوسته مواظب باشد که با اندازه کافی بلند حرف بزند.

مرد میان سنی که کمی ثقل صامعه داشت، در پایان جلسه وقتی به وی گفته شد که میتواند بلند شود و کفش خود را بپوشد مضطرب و گیج شد در ابتدا متوجه نشدم چه پیش آمده بود، سپس درك کردم که او تلقینات ضد هیپنوز یا بیداری را شنیده است، مجدداً هیپنوتیزم و از خواب بیدارش کردم. در این جلسه و جلسات بعد هیچگونه هیجانی از خودش نشان نداد.

● هیجان ناشی از مفهوم سمبولیک^۱ کلمات - برای پاره‌ای از افراد بعضی از کلمات معنی و مفهوم خاصی دارند که ممکن است ایجاد هیجان و هیپنوز بنماید. مثلاً کلمه «خواب» در مورد پاره‌ای از افراد با مر که رابطه دارد این موضوع غیر منتظره نیست، این دو ایده یعنی خواب و مر که غالباً با

- Comprehend

- Symbolic meaning of words

توانائی به درك

مفهوم سمبولیک کلمات

ارتباط دارند (خواب برادر مرگ است) و این نه تنها از نظر مذهبی در مغزها ریشه دوانده، بلکه از نظر ادبیات عمومی هم قابل هضم میباشد. مثلا شعرا و نویسندگان بطرز زیر در این مورد سخن رانده‌اند:

- خواب برادر مرگ است
 هزید^۱
- او با خواب، یعنی برادر مرگ رو برو گردید
 هومر^۲
- برادری آمدن برادر دیگر را پیش بینی می کند - خواب قبل از مرگ
 پلوتارک^۳
- و آنکاه خواب و مرگ فرا میرسد - دوقلوها
 هومر
- خواب سنگین مشابه عموزاده مرگ است
 ویرجیل^۴
- مرگ و برادرش خواب
 شلی^۵
- خواب برادر دوقلوی مرگ
 تنیسون^۶
- خواب همانا مرگ است
 توماس براون
- این خواب خوش و نوشین، تقلیدی از مرگ است
 مک‌بث^۷
- مردن، یعنی خوابیدن
 هاملت

به بیمار میگوئیم که به خوابی بسیار عمیق فرو خواهد رفت و درک اینکه سمبولیسم اولیه مرگ تا چه اندازه میتواند فعال بوده و ایجاد هیجان کند ساده است. بطور وضوح اطمینان از ممانعت و جلوگیری از چنین واکنشهایی مشکل است، بنظر میرسد که بهترین عامل حمایت و نگهداری ارتباط فوق لفظی است که با لحنی که ضمن آن تلقین داده میشود به بیمار منتقل می گردد.

1- Hesiod	هزید	2- Homer	هومر
3- Plutarch	پلوتارک	4- Virgil	ویرجیل
5- Shelley	شلی	6- Tennyson	تنیسون
7- Macbeth	مک‌بث		

در حوزه دیگر بیمار ممکن است کلمه یا عبارتی را بغلط از جنبه جنسی بودن آن تفسیر نماید در حالیکه حقیقتاً چنین چیزی درین نیست. مثلاً در القاء حرکت دست یا حرکت تکراری دست ممکن است پاره‌ای تلقینات نظیر این داده شود «دست اینکار را بطور خودکار انجام میدهد، بطور خودکار انجام میدهد». بیمار ممکن است چنین تلقینی را با مفهوم و معنای استمناء^۱ تفسیر نماید.

● اضطراب ناشی از تجربه دردناک قبلی یا گذشته - واکنش هیجانی ممکن است در شرایطی که وضعیت هیپنوتیکی پاره‌ای از حوادث و تجربیات دردناک گذشته را یادآور شده رخ دهد.

خانم شوهرداری مبتلا به بیماری تنگی نفس شدیدی شده بود که در نتیجه آن لازم گردیده بود چندین ماه روزانه یک آمپول آدرنالین و چند «کورتیزون» به وی تزریق گردد. خیلی مشتاق بود به بیند آیا با معالجه هیپنوتیکی بهبود حاصل می‌کند یا نه، پس از دو جلسه تعریف و تشریح و اخذ سابقه بیماری روانی شروع به القاء هیپنوز با تلقین رلکس نمود. نامبرده تلقینات اولیه را بسیار خوب پذیرفت. سپس شروع به لرزیدن بطور شدید نمود، بی‌نهایت بیقرار و ناراحت شد، با فریاد گفت «نه، نه، نه نمیتوانم اینکار را بکنم». اشکهایش سرازیر شد. واضح بود که وضع هیپنوتیکی برای وی ناراحت کننده بود. بنابراین بجای افزودن بر عمق خواب هیپنوتیزم که احتمالاً هر کس دیگری اینکار را می‌کرد با توسل به قدرت هدوی گفتم که همانجا بخوابد و استراحت کند و نامبرده بتدریج با استراحت پرداخت.

علت این واکنش هیجانی شدید و ناگهانی این بود که وی یکبار توسط یک هیپنوتیزور آماتور هیپنوتیز شده بود. این جریان خاطره پریشان کننده و ناسف آوری برای او گذاشته بود. من از آن اطلاع داشتم، اما تصور میکردم که اگر رابطه حسنه قوی با او برقرار کنم، تجربه گذشته ناراحتش نکند. نتیجه حاصله ثابت نمود که ضمن معالجه روانی قبل از هیپنوز باید بیشتر در مورد تجربه گذشته وقت و حوصله مصرف میکردم.

● اضطراب ناشی از صحبت کردن با شخص ثالث - پزشک باید پیوسته مواظب میزان رابطه شخصی با بیمار هیپنوتیزم شده با خودش باشد. هر کاری که بیمار انجام دهد یا هر حرفی که بزند دارای مفهومی برای او خواهد بود. بیمار ممکن است خواب بوده و در حال استراحت باشد. اگر در این حالت پزشک با شخص ثالثی صحبت کند امکان ناراحت کردن بیمار وجود دارد. بیمار نمیداند این وضع را چگونه تفسیر نماید و در نتیجه ممکن است هیجان و اضطراب بوجود آید. هنگامیکه شخص در صدد هیپنوتیزم کردن بیمار است، در حالیکه شخص یا اشخاص ثالثی آنجا وجود دارند عاقلانه است که پزشک برای آن شخص یا اشخاص در ابتداء توضیح دهد که با خودش و با دیگران آهسته صحبت کند، و پزشک نیز نخواهد توانست، با آنها صحبت کند، زیرا در آن صورت بیمار را ناراحت خواهد کرد. تحت شرایط مطلوب، استثنائاتی به این قانون میتواند وجود داشته باشد، اما کلاً عاقلانه است به بیمار بگوئیم که چکار میخواهیم بکنیم. «در آنجا استراحت می کنی، آرام و آسوده. من با دکتر دیگری صحبت می کنم، تو فقط آنجا استراحت کن و توجهی به حرف من با او مکن.» بهمین ترتیب اگر تلفن زنگ بزند، ممکن است و بعبارت دیگر ساده است که در آن لحظه بیمار را فراموش کرد و به تلفن جواب دهیم. اینکار ممکن است بیمار را ناراحت نماید. اما اگر ابتداء چنین تلقیناتی داده شود. «اکنون آرام و آسوده استراحت کن، من با تلفن صحبت می کنم، و صحبت من تو را ناراحت نخواهد کرد.» از احتمال هر گونه اضطراب یا واکنش اضطرابی، اجتناب نموده ایم. گاهی بخاطر اثر درمانی. یا بخاطر راحتی کار ممکن است بیمار را بحال خودش در خواب هیپنوتیک رها نمود، وقتی این کار انجام می گیرد، نکته مهم اینست که بخاطر داشته باشیم که بیمار به خصوص به صدای هیپنوتیزور حساس بوده و بیمار ممکن است از

شنیدن صدای پزشکی در اطاق دیگر ناراحت شود، گرچه در حالت معمولی، معمولاً نمی‌تواند صدای پزشکی را از اطاق دیگر بشنود. در موقع رها کردن بیمار به تنهایی باید ابتدا دقت شود که تلقین خواب عمیق و آرام تا مراجعت پزشکی داده شود.

● **اضطراب ناشی از شدت رابطهٔ احساسی -** چنانچه بیمار به تدریجی نزدیک بودن رابطهٔ احساسی هیپنوز را بصورت يك عامل تهدید کننده تصور نماید، خطر واکنش اضطراب و هیجان وجود دارد.

خانم جوان و شوهرداری بخاطر تنگی نفس بمن مراجعه نمود، شش سال با این بیماری پنجه نرم کرده بود و شش سال با داروهای نظیر کورتیزون^۲ آدرنالین^۳ و روشهای از بین بردن حساسیت تحت درمان قرار گرفته بود. از دو سال و نیم قبل از آن روزی بدون حمله بیماری بر او نگذشته بود. واضح بود که بسیار زیاد طالب هیپنوز بود. در مصاحبهٔ مقدماتی، آنقدر حرارت و ذوق داشت که فکر میکردم انتظار چیزی سحرآمیز دارد. بنابراین هیپنوز را برای وی و شوهرش بسادگی شرح دادم و حتی رنج بیان این حقیقت که وقتی دختر جوانی را بخاطر همین بیماری تحت درمان قرار داده و نتیجه‌ای حاصل نشده بود بر خود هموار نمودم، ترتیب کار طوری داده شد که من هیپنوز را در جلسهٔ بعد شروع کنم. در این فرصت ضمن محاورهٔ مقدماتی خانم مذکور اظهار نمود که چقدر زیاد به دکتر محلی اش علاقمند بود. وی ایمان مطلق و کامل به آن دکتر داشت. اما با دکترهای متخصص دیگری که دکتر مذکور معرفی نموده بود خوب سازش ننموده بود. وی احساس می‌کرد که بعضی از آنها برخورد خیلی آشنا و تندی با وی داشته‌اند.

این بیانات بطور آشکارا مطبوع و بطرزی بشاش^۴ و محرك بیان میکرد که سبک محاوره يك كوكتیل پارتی متفاوت بود. با وجود این تلویحاً این ارتباط فوق‌لفظی را میرساند که «خیلی بمن نزدیک شو» سپس من درك کردم که اضطراب موجود در آن خانم جوان و پر حرارت را آنطور که بود احساس

- | | |
|---------------------------|-----------------------|
| 1- Emotional relationship | رابطهٔ احساسی |
| 2- Cortisone | کورتیزون |
| 3- Adrenalin | آدرنالین |
| 4- Animated | بشاش کردن، تحريك کردن |

نموده بودم. برای اینکه ایجاد اطمینان در وی نمایم فکر کردم بهتر است وی را در حضور شوهرش در اطاق هیپنوتیزم نمایم. هر چند دقیقه یکبار می‌رسیدم به بینم شوهرش در اطاق انتظار است یا نه؟ زیرا قصد بر این بود که وی خانم را همراهی نماید. اما پیشخدمت اظهار نمود که وی آنجا نبوده ولی پس از معالجه برای بردن وی مراجعه مینمود. نمی‌خواستم معالجه را به تأخیر بیاندام زیرا در این صورت فقط او را بیشتر مضطرب و مشتاق مینمودم، هنگامیکه او را هیپنوتیزم نمودم ناگهان متوجه شدم که هیپنوتیزم کردن آن خانم با «هیجان فوق‌العاده زیاد» همراه بوده و این باعث نگرانی زیاد من گردید. از وی پرسیدم به بینم مایل است پرستار من ضمن معالجه نزد وی به نشیند یا نه. اما او این پیشنهاد را رد نمود و اظهار نمود که احساس عصبانیت و یا عصبی بودن نمی‌کند.

با توجه به ارتباط «خیلی نزدیک نشو» واضح بود که دادن تلقینات غیر لفظی رلکس بوسیله حرکت دست و پای بیمار و لمس شکم او تنها نتیجه‌اش هراس و وحشت در چنین بیمار بود. بنابراین در طرف دیگر اطاق ایستادم و تلقین لفظی رلکس به وی دادم. در اینموقع بود که اضطراب او با حرکت ناشی از بیقراری چشم او ظاهر گردید. هیچ اقدامی برای بیحرکت نمودن او بعمل نیامد و درمورد سختی یا حرکت دستها و پاها اقدامی نشد. تلقینات به ترتیب مورد قبول واقع شدند و سرانجام وقتی آنجا را ترک گفت اظهار نمود که حالش فوق‌العاده خوب بود.

من احساس می‌کنم که مطلب من در مورد این پیش‌آمد نمی‌تواند حق مطلب و وضعیت را ادا نماید. بیمار علائم بالینی اضطراب از خود نشان نداد،

بلکه يك ارتباط فوقلفظی از بیم تشویش خودش بظهور رساید. با تغییر فن معمولیم بطور کامل توانستم رفتار خودم را به وی منتقل سازم. بدینمعنی که من احساس او را درك میکردم. با احساسات او احترام میگذاشتم. و اینکه هیچگونه آزار روانی به وی نمی رساندم بساین وسیله از بروز يك واکنش اضطرابی شدید اجتناب درزیده شد. در جلسه بعد خاتم مذکور با اعتماد و اطمینان کامل خود را رها نمود و بزودی خرناس کنان به خواب عمیق فرود رفت، پس از هفت جلسه معالجه بیماری تنگی نفس وی بکلی از بین رفت. یکسال بعد وی را در خیابان ملاقات نمودم. وقتی از وی سؤال شد که حالتش چگونه بود گفت: «افسانه آمیز است و اثر و نشانه ای از بیماری مذکور در بین نیست».

● مقاومت در جلسه دوم - اولین جلسه هیپنوز ممکن است بخصوص به آرامی و بی اشکال بگذرد. مسکن است مقاومت های بیموردی وجود نداشته باشد. عمق مناسبی در خواب ممکن است حاصل شود، و ممکن است این احساس در پزشک معالج به وجود آید که هیپنوز در مورد پاره ای از بیماران بخصوص مسئله مشکلی پیش نمی آورد. ولی گاهی اوقات در جلسه دوم همه چیز با جلسه اول متفاوت میشود. تلقیناتی که در جلسه اول به سهولت مورد پذیرش واقع میشدند اکنون کمترین اثری ندارند. ممکن است در جلسه اول چشم بیمار در اثر نگاه خیره مستقیم به سهولت بسته شده باشد. اکنون سر سختانه می جنگد که آنها را باز نکهدارد. دستی که در جلسه اول با چند تلقین ساده سخت شده بود، اکنون با بیحالی عجیبی روی میز می افتد.

● علل مقاومت در جلسه دوم - این پدیده که به راحتی تحت عنوان مقاومت در جلسه دوم نامیده میشود، در اثر تغییرات مختلفی در حالت فکری

بیمار نسبت به هیپنوز است که ممکن است نتیجه عوامل مختلفی باشد یکی از این عوامل اینست که قبل از جلسه اول بیمار ممکن است تحت اثر عوامل بیماری شدیداً برای هیپنوز شدن تحریک شده باشد. پس از اولین جلسه معالجه در نتیجه کاهش یافتن شدت این انگیزه از شدت شکایت و ناراحتی وی کاسته شده. پاره اوقات این وضع در پاسخ شرایط کاملاً ساده پیش میآید. تفسیر یک دوست. «مسخره^۱ است که گذاشتی هیپنوتیزشوی». ممکن است دفاعهای بیمار را وارد معر که نماید. ممکن است بیمار درباره جلسه اول با خود فکر کرده و قدری از بابت فقدان کنترل خودش جا خورده باشد بعضی اوقات مقاومت جلسه دوم از این حقیقت ناشی میشود که در اولین جلسه بیمار مضطرب کوشش زیاد کرده و در نتیجه یک پاسخ مناسب در روش حرکت دست عاید گردد. در جلسه دوم بیمار ممکن است زیاد مضطرب نباشد و پاسخ به حرکت دست ممکن است بسیار خوب باشد. در چنین حالتی باید طرز کار را به تلقینات رلکس تغییر داد.

یک جنبه جالب از مقاومت جلسه دوم اینست که در جهت مخالف ترتیب وقایع پیش می رود که ضمن آن بیمار در هر جلسه قاعدتاً باید ساده تر هیپنوتیزم شود.

اهمیت مقاومت جلسه دوم در اثر احتمالی آن روی معالجه و در این واقعیت نهفته است که مقاومت بطور کاملاً غیر منتظره پیش میآید، پس از جلسه مقدماتی که بخوبی گذشته احتمال دارد که پزشک دقت و توجهی نمی نماید چون جلسه قبلی به خیر گذشته. ولی ممکن است خیلی سریع در جلسه دوم پیش رفته و توجهی باین امر ننماید که یک تلقین قطعی^۲ ممکن است رد شود. باین ترتیب وی ممکن است ناآگاهانه با رد کردن یک تلقین غافلگیر شده و شاید

هم این غافلگیری در نتیجه شکست يك القاء باشد. برای جلوگیری از مقاومت جلسه دوم پزشک باید به چند کلمه‌ای که قبل از شروع هیپنوز مبادله مینماید توجه خیلی دقیق بنماید. علائم مقاومت را معمولاً با تغییر در رفتار بیمار میتوان مشاهده و درک نمود. وقتی چنین چیزی دیده میشود القاء باید بکنندی پیشرفته از تلقینات کاملاً طبقه‌بندی شده درست مانند جلسه اول استفاده بعمل آید.

● تلقین رد شده - چنانچه پزشک عملاً بایک تلقین رد شده مواجه گردد، این نکته حائز اهمیت فوق‌العاده است که از روی احساس به وضع پیش آمده پاسخ نشان داده نشود. هر گاه پزشک با احساس پاسخ دهد، احتمال شکست معالجه هیپنوتیکی در بین است يك پاسخ احساساتی توسط پزشک ممکن است با تغییری در تن و آهنگ صدا نزدیک کردن لب‌ها در موقع صحبت یا تغییر در آهنگ پیشروی صحبت مشهود گردد. بیمار اینگونه تغییرات را سرعت می‌پذیرد. ارتباط او با پزشک بدتر شده و هیپنوز پیوسته مشکل‌تر میگردد تنها راه موفقیت آمیز مقابله با تلقین رد شده اینست که با تلقینات بعدی با آرامش خاطر و آرام پیش‌رویم

مسائل پیچیده و بفرنج گوناگون^۱

● انگیزه تمرد و خودسری^۲ - همانطور که انتظار میرود بسیاری از مسائل پیچیده از هیپنوتیزم کردن افرادی نتیجه میشود که توسط انگیزه خودسری و تمرد بر راه معالجه از طریق هیپنوتیزم کشیده شده‌اند.

1- Miscellaneous complications

مسائل بفرنج و پیچیده

2- Perverse motivation

انگیزه تمرد و خودسری

ضمن تجربیاتی که من بدست آوردم ، در مورد افرادی که مبتلا به جنون جوانی پیش رس هستند مراجعه برای هیپنوز تحت عنوان سردرد یا علام بدنیه مبهم دیگر امری بسیار عادی است.

ضمن معاینه روانی این بیماران پیوسته نشان داده شده که آندسته از علائمی که بیمار از آنها شکایت میکرد ، تنها تصور و تعقل بود. و اینکه علت اصلی و واقعی برای سراغ هیپنوز گرفتن اعتقاد بر این اصل بود که احساس و تجربه هیپنوز ایده‌های مبهم نفوذی را که مکرراً در جنون جوانی قبل از بیماری روانی (پیش‌رس) رخ میدهد مردود^۱ خواهد نمود. مشابه بیماران مبتلا به جنون توهمی^۲ مکرراً با اعتقاد بر این نکته که هیپنوز احساس و تصور آنها را مبنی بر تحت کنترل عوامل خارجی از قبیل الکتریسته یا اشعه مرموز بودن از بین میبرد سراغ هیپنوز را می‌گیرند.

در جنون جوانی قبل از بیماری روانی هیپنوز احتمالاً روان پریشانی یا جنون را تسریع نموده در مورد بیمار مبتلا به جنون توهمی احتمالاً ماهیت خیالهای واهی^۳ تغییر یافته بطوریکه این توهمات پسای پزشکی را نیز بمیان می‌آوردند. خطر احتمالی اینست که حالت بیماری روانی یا قبل از بیماری روانی پیوسته روشن نیست بدین معنی که بیمار ممکن است با هنگامیکه ضمن یک جلسه طولانی سوابق روانی که طی آن رابطه خوبی ممکن است برقرار شود، طرز فکر غیرعادی خود را افشاء نمی‌نماید.

«جوانی که مبتلا به جنون جوانی بود به مطلب آمد و طلب هیپنوز نمود. وی اظهار نمود که قبلاً در یک جلسه معالجه هیپنوتیکی بطریق دراز کش یا خوابیده شرکت نموده ،

1- Dispel

مردود کردن -- متفرق یا دور کردن

2- Paraphrenic جنون توهمی

3- Delusions

خیالهای واهی

واکنون پیوسته میتواند صدای هیپنوتیزم را که به وی می گوید چکار بکند و چکار نکند و عقاید عجیب و غریبی در مغز او میگذارد بشنود».

مشکلات و پیچیدگی های هیپنوتیز کردن مردی که به بیماری نزدیک با همجنس بطور نهفته مبتلا است بقدر کافی آشکارا میباشد. این وضعیتی است که پزشک باید پیوسته در مقابل آن به مراقبت بپردازد. زیرا چنین مردانی ممکن است بطور ناخود آگاهانه برای برقرار کردن رابطه جنسی و شهوانی با پزشک بسراخ هیپنوز بروند. عمل جنسی با همجنس وقتی بصورت آشکار انجام گیرد. مسئله جدی و بغرنج ایجاد نمی کند زیرا پزشک طبعاً احتیاطات اولیه برای کنترل وضعیت بعمل میآورد، اما بیماری که برای معالجه بیماری روانی نوروزی (عصبی) مراجعه می کند ممکن است ابتداء بیماری وی بصورت بیماری همجنس خواهی تشخیص داده نشود. وقتی بیماری که بطریق درمان روانی در حالت بیداری تحت معالجه است متمایل به معالجه با هیپنوز میگردد. پزشک باید پیوسته انگیزه بیمار را برای رابطه نزدیکتر با پزشک مورد معاینه و آزمایش قرار دهد.

ده دوازده سال است که توانسته ام يك بیمار مبتلا به جنون جوانی حاد را از طریق معالجات روانی اتفاقی و غیر منظم که دارای جنبه تقویتی^۱ داشته و اداره روابط فردی در وضعیت سلامت روحی مناسب نگهدارم. این شخص دارای بیماری همجنس خواهی نهفته بود، و با توجه به این جنبه از شخصیتش يك چنین رابطه معالجاتی مناسب امکان پذیر گردیده است. در موارد متعددی تقاضای معالجه از طریق هیپنوز نموده است.

در گیرهای شهوانی با يك بیمار زن که تحت معالجه هیپنوتیکی است، چنان خطر^۲ روشنی است که بنظر میرسد هر پزشک متخصص هیپنوز کاملاً

۱- Supportive جنبه تقویتی

۲- Hazard خطر

مراقب خود در مقابل يك چنین مسئله بفرنجی خواهد بود.

● ایجاد بیماری روانی که معلول پزشکی است - طرز رفتار پزشکی ممکن است يك موضوع و مسئله بفرنج و هیپنوتیزم باشد. این ناراحتی اکثراً نتیجه تلقینات مؤکد و مصرانه پزشکی برای هیپنوتیزم شدن پس از بیداری است و از اینرو اهمیت دادن تلقینات ضد تلقین مناسب در مرحله بیدار کردن از خواب هیپنوز روشن میگردد. بهر حال بیماری ناشی از رفتار پزشکی ممکن است بوسیله تلقین غیر مستقیم از طریق خود وضعیت هیپنوتیکی ایجاد شود.

يك بیمار پسیکوپات^۱ زن که در ضمن معتاد نیز بود از طریق هیپنوز آنالیز تحت معالجه بود. نحوه معالجه با هیپنوز گرافی بود و در هر جلسه بیمار عمیقاً بخواب هیپنوتیزم فر و میرفت پس از بیدار شدن وی پیوسته برای راه رفتن دچار اشکال میگردید تلوتلو^۲ میخورد و با در و دیوار و مبلمان برخورد مینمود. این جریانات تا دو، سه ساعت ادامه پیدا میکرد. ضمن تلقینات هیپنوتیکی از پاهایش ذکر می نشده بود.

این موضوع چند سال پیش قبل از اینکه من کاملاً از اهمیت عامل زمان در فرآیند بیدار کردن آگاه و مطلع شوم رخ داد. بیداری ناقص ممکن است يك عامل بوده اما من فکر می کنم اشکال بیمار در راه رفتن يك واکنش هیپنوتیکی ناشی از بیماری روانی معلول پزشکی به وضعیت هیپنوتیکی بوده است.

● حالت بین خواب و بیداری پس از خواب هیپنوتیک^۳ - علاوه بر - بیداری ناقص مسئله خواب و بیداری پس از خواب هیپنوتیک نیز وجود دارد

-
- 1- Psychopath پسیکوپات 2- Stagger تلوتلو خوردن
حالت بین خواب و بیداری پس از خواب هیپنوتیک
- 3- Posthypnotic somnolence

و بسیاری از مردم پس از هیپنوتیز شدن احساس خواب آلودگی مینمایند. بنظر میرسد که سه عامل در این جریان دخالت داشته باشند. تخلیه هیجانی از طریق معالجه روانی با هر درجه که انجام شود از نظر روانی و بدنی خسته کننده بوده و بیماری که تحت این نوع معالجه قرار گرفته پس از معالجه احساس خستگی و خواب آلودگی مینماید از طرف دیگر بیمارانی که مضرب و دارای حالت هیجانی هستند وقتی با معالجه تلقینی مواجه میگردند، با حالتی راحت و توأم با آسایش که معمولاً در حالت عادی آنرا احساس نمی کنند مطب را ترک مینمایند این استراحت راحتی بخش ذاتاً موجب خواب رفتن میگردد.

عامل سوم بیداری ناقص است تشخیص اهدیت نسبی این عوامل مشکل است اما ظرف چند سال گذشته تجربه شخصی خود من این بود که چون من توجه بیشتری به حالت سیر قهقرائی در بیدار کردن بیمار داشته‌ام تعداد بسیار کمی از بیماران از حالت خواب آلودگی بعد از هیپنوز گله و شکایت داشته‌اند. دهقانی تقریباً در سن چهل و پنج سالگی بخاطر بیماری بیخوابی شدیدش تحت معالجه قرار میگرفت. یکی از دوستانش هفته‌ای یکبار او را از مزرعه‌اش با اتومبیل به شهر می‌آورد که تحت معالجه قرار گیرد. وقتی پس از معالجه با اتومبیل به مزرعه برمی‌گشت پیوسته بخواب فرو میرفت. وی اظهار مینمود که هرگز در اتومبیل خوابش نمی‌برد. اما هر بار در موقع مراجعت از معالجه شدیداً تحت تأثیر يك حالت خواب آلودگی شیرین و سنگین قرار می‌گرفت که قادر به بیدار ماندن نبود.

● مفصل‌های در رفته و پیچ خورده - مشکل دیگری ممکن است در اثر کامل بودن استراحت و رلکس ماهیچه‌ای در هیپنوز رخ دهد. این رلکس ممکن است آنقدر کامل باشد که در نتیجه آن آهنگ و کشش ماهیچه‌ای برای نگهداشتن مفاصل کافی نباشد. در نتیجه ممکن است گردن و دست و

پاها به وضع غیر عادی بیفتند که فشار و بیج خوردگی در مفصل ایجاد نماید. چند سال پیش شکایت از گردن خشک شده و مفصل‌های دردناک در بیماران من فراوان بود، ولی از زمانیکه از علت و مسبب اصلی این اشکال واقف شده‌ام بسیار زیاد دقت کرده‌ام که گردن و دست و پاها در وضعیت غیر عادی قرار نگیرند و باعث فشار و در رفتگی نشده در نتیجه کله و شکایت از این بابت بکلی از بین رفته است. مهمترین عامل این اشکال افتادن دست بیمار به پائین نیمکت در مواردیکه در حین خواب هیپنوتیک تنها گذاشته میشد بود، در اینموقع سر بیمار به وضع غیر عادی قرار میگرفت این مورد در حالاتیکه بیمار روی مبل نشسته بود پیش می‌آید.

● اشکالات فردی^۱ - پزشک ممکن است شدیداً به یک فن بخصوص وابسته شود بدون اینکه به احتیاجات بیمار توجه داشته باشد. مثلاً من همیشه تقریباً ضمن القاء تلقینات تلقین سنگینی پاها را میدهم. حالا اگر دختری دارای پاهای بزرگ کلفت و سنگین باشد من از اینکار اجتناب می‌نمایم زیرا وی ممکن است هم‌اکنون از سنگینی پاهایش مطلع و آگاه باشد. وضعیتهای مشابه زیاد است. قاعده کلی اینست که به عضو غیر عادی بدن ضمن دادن تلقینات هیپنوتیکی اشاره‌ای نکرده گرچه ممکن است بعداً در تلقینات معالجه‌ای به آن اشاره گردد.

مردی چهل و پنج ساله ناراحتی شدیدی در مورد پلکهای چشمش داشت. بدینمعنی که وقتی صحبت میکرد، نمی‌توانست بصورت کسی نگاه کند، یا حتی سرش را از زمین بلند کند.

1- Meticulously

رہاد دقیق

2- Individual peculiarities

اشکالات فردی

با تلقینات رلکس او را هیپنوتیزم می‌کردم، نزدیک بود این تلقین را به او بدهم «پلکهایت خیلی خیلی سنگین هستند». ناگهان ناراحتی فعلیش در مورد پلکها بیاد آمد و سرعت تلقین را به حوزه دیگری تغییر دادم.

● واکنش‌های مختلف در پزشک معالج^۱ - در موقع بررسی و ملاحظه مسائل بفرنج هیپنوز این احتمال هست که فقط درباره بیمار فکر کنیم و پزشک را در بوته فراموشی بگذاریم. نباید چنین باشد، پزشک معالج نمیتواند خودش را از تجربه و احساس القاء هیپنوز کاملاً مجزا نماید و نباید هم بکند. چنانچه پزشک اقدام به انفصال خود بنماید محتمل است که او احساس درک احتیاج (احتیاجات) بیمار را نداشته و به اهمیت ارتباطات فوق‌لفظی و غیر لفظی پی نبرده است. طی چندسال اخیر واکنش‌های پزشکان روانی به وضعیت‌های مختلف در معالجه روانی در حالت بیداری مورد بررسی و تحقیق فوق‌العاده جدی قرار گرفته است. اکنون این نکته درک گردیده است که در آموزش روانشناسان جوان بایستی واکنش‌های خود آنها در طراز واکنش‌های بیماران مورد مطالعه قرار گیرد. در نتیجه اکنون زمان آن فرا رسیده که این اصول یا عمومیت بیشتری در حوزه هیپنوز که در آن واکنش‌های روانی و احساسی بمراتب شدیدتر است، بکار برده شوند.

● اضطراب در پزشک معالج^۲ - اضطراب عادی‌ترین واکنش در پزشک معالج است. در حقیقت چنانچه پزشک معالج احساس اضطراب کند پنهان کردن آن از بیمار بینهایت برایش مشکل است و مآلاً القاء هیپنوز با وضع نامطلوبی^۳ مواجه خواهد گردید. این موضوع اهمیت فراگیری هیپنوز را در وضعیت‌های

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| 1- Reactions in the therapist | واکنش در پزشک معالج |
| 2- Anxiety in the therapist | اضطراب در پزشک معالج |
| 3- Deterioration | وضع نامطلوب |

فقد اضطراب مانند رلکس استمراری یا تجزیه و تحلیل با نار کوهیپنوز را مؤکد میسازد. جالب اینجاست که بسیاری از روان پزشکیانی که ظاهراً دارای تعادل روانی مناسبی هستند معمولاً در وضعیت‌های معالجاتی دیگر احساس اضطراب نمی‌کنند در موقع القاء هیپنوز با اضطراب و اشکالات ناشی از آن مواجه شده‌اند، در یک حالت غیر عادی یعنی حالاتی که د کتر با آن عادت ندارد بنظر میرسد که دفاعهای عادی پزشکی مؤثر واقع نمی‌شوند. حالت عکس هم اتفاق می‌افتد. پاره‌ای از افراد متزلزل و ناامن در موقع القاء هیپنوز ظاهراً اعتماد جدیدی پیدا کرده، در نتیجه ممکن است اعتماد روز افزون در توانائی خود در این فن پیدا نمایند. از طرف دیگر این فقدان اضطراب در شخصی که بسیار مضطرب و هیجانی است ممکن است از انگیزه خودسری و رضایت ناخود آگاه ناشی از احتیاجات هیجانی عمیق در حالت هیپنوتیک سرچشمه گرفته باشد.

● اقناع یا رضایت خاطر عوامل محرکه نا آگاه^۱ - من عقیده مند نیستم که عامل محرکه تمرد و خودسری^۲ و اقناع احتیاجات احساساتی محدود به هیپنوتیزورهای غیرطبی باشد. پزشکی که از نشان دادن هیپنوز در کلاس لذت^۳ میبرد، محرکهای هیستریکی خود را در طراز آموزش دانشجویانش اقناع مینماید. پزشکی که روش آمرانه را به روش غیر فعال ترجیح میدهد احتمالاً یک احتیاج درونی خود را در زمینه تحکم بر دیگران اقناع می‌کند. چنین عامل محرکهای معمولاً در مردانی پیدا میشود که اساساً بی کفایت^۴ هستند. پیدا کردن پزشکان معالج هیپنوتیستی که عادتاً عمق خواب هیپنوتیزم را با

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1- Unconscious drives | عوامل محرکه ناخود آگاه |
| 2- perverse | خودسری، تمرد |
| 3- Delights | لذت بردن |
| 4- Ineffectual | بی کفایت |

فرو کردن سوزن در بدن بیماران خود آزمایش می کنند غیر عادی نیست. البته عامل اصلی توسط يك سادیسم درونی تحریک میشود. این نکات ممکن است عوامل خوبی برای تعیین حالت فکری عمومی حرفه طب نسبت به معالجه هیپنوتیکی بحساب آیند.

احتمال نمی رود که پزشک در حد عادی و معمولی از عامل محر که تمرّد و خودسری در این حالات آگاه باشد اما باز هم ممکن است بطور مبهم بر این نکته آگاه و مطلع باشد که کار صحیحی نیست.

در پزشکانیکه عوامل محر که درونی خود را آنطور که در مورد بیمار خود انجام میدهند بدقت مورد بررسی قرار نمی دهند. اقناع شهوانی نا آگاه باید يك مسئله بفرنج و در عین حال نسبتاً عادی هیپنوز باشد. يك مقام مشهور در معالجه هیپنوتیکی میگوید اکثر بیماران زنی که به وی مراجعه می کنند ضمن هیپنوز احساس اوج لذت جنسی مینمایند. چون سایر مقامات اظهار میدارند که این موضوع در کار آنها خیلی نادر رخ میدهد، بنظر میرسد که این پزشک بخصوص بطور ناخود آگاهانه تلقینات شهوانی به بیمار می دهد. چنانچه تلقینات شفاهاً داده نشوند ممکن است بطور غیر لفظی یا فوق لفظی به بیمار داده شوند. بدون اینکه پزشک کاملاً از آنچه انجام میدهد آگاه باشد. واضح است که چنین حالتی از امور تنها میتواند معالجه هیپنوتیکی را به بی آبرویی بکشاند و پزشکان مسئول را در اعزام بیماران خود برای چنین معالجه ای محتاط و محافظه کار نماید.

این وضع ممکن است منجر به مسائل بفرنج دیگر گردد. بیماری که تحت شرایط هیپنوز لذت جنسی میبرد احتمالاً يك هوس بسیار فعال احساس می کند. و در این احساس ممکن است پزشک نیز شریک و درگیر باشد.

● بزرگ‌نمائی^۱ - در نتیجه موفقیت در معالجه هیپنوتیکی واکنش دیگری ممکن است در پزشک بوجود آید نتایج درمان تلقینی غالباً بی‌نهایت برجسته و دراماتیک^۲ هستند. به افراد کور گفته میشود نگاه کن و آنها می‌بینند. به افراد افلیج^۳ گفته میشود راه برو و آنها از روی برانکار^۴ خود بلند میشوند. اینها برای تمام کسانی که در این جریان ذینفع هستند از قبیل بیمار خویشان و بستگان وی و همچنین خود پزشک تجربیات بسیار تکان‌دهنده‌ای هستند، پزشک مورد حرمت و ستایش قرار می‌گیرد. آدم فقط باید نوشتجات مربوط به هیپنوز را بخواند تا بفهمد که در گذشته چندین نفر پزشکان هیپنوتیک به این نوع وضعیت با غرور و بزرگ‌نمائی واکنش نشان داده‌اند. ظاهراً معدودی معالجه و درمان معجزه‌آسا پیش آمده، و پزشک ادعاهای فوق‌العاده بزرگ مینماید. بازجوئی و بررسی صحیح بزودی نشان می‌دهد که این ادعاها اساسی نبوده و در نتیجه طبابت هیپنوتیکی بکلی دستخوش بی‌اعتباری و بی‌آبروئی میگردد.

1- Grandiosity

بزرگ‌نمائی

2- Dramatic

دراماتیک

3- Stretchers

برانکار

4- crippled

افلیج

فصل بیستم

فراگیری روش القاء هیپنوز

شرایط اولیه برای فراگیری هیپنوز

● پختگی و بلوغ احساساتی - زمانی تصور میشد که يك وضعیت و حالت آمرانه يك صدای توأم با فرمان و دستور و چشمان نافذاً از جمله نکات لازم برای عموم دانشجو یا نیست که میخواهند هیپنوز را فرا گیرند. اکنون این نکته ثابت شده که تقریباً هر کسی میتواند فن القاء هیپنوز را فرا گیرد. معذالك بخاطر بیمار، اجرای هیپنوز طبیی محتاج به پاره‌ای صفات شخصی خارج از آن دسته از صفات که انسان معمولاً از هر رشته‌ای از طب انتظار دارد می‌باشد، زیرا در طبابت هیپنوتیکی رابطهٔ پزشکی با بیمار فوق‌العاده قوی و شدید است. پزشکی که مایل است هیپنوز را فرا گیرد باید از نظر بلوغ احساسی و وحدت روانی برخوردار باشد که بدانوسیله بتواند تحت شرایط حساسی و هیجانی شدید ضمن حساس بودن در مورد بیمار باطناً نیز امنیت و آرامش خود را حفظ نماید. برای کسانی که خود در هیپنوز مجرب هستند کوچک گرفتار فشار احساسی که ضمن فراگیری هیپنوز پیش می‌آید بسیار ساده است. احتمال دارد که اشخاص حساس و خوددار مآلاً بهترین پزشک هیپنوتیک بشوند، زیرا اینگونه افراد دارای ظرفیت بیشتری برای درک احتیاجات ذهنی بیمار دارند. اما

1- Emotional maturity

پختگی و بلوغ احساساتی

2- Piercing eyes چشمان نافذ

3- Underestimate کوچک گرفتن

این اشخاص بر عکس همکاران خود که بیشتر به جنبه ظاهری و خارجی موضوع علاقمند بوده و در عین حال از نظر روانی قوی تر جلوه می کنند فراگیری هیپنوز را توأم با فشار احساسی قسوی تری در می یابند. حتی روشهای مقدماتی نظیر وادار کردن بیمار به رلکس با تلقین غیر لفظی با تلقینات لفظی حرکت دست ممکن است در يك فرد حساس و خودداری که تازه شروع بکار کرده ایجاد اضطراب نماید.

سابقاً بطور کلی گفته میشد که آن دسته از افرادی که هیپنوز را در طبابت خود بکار میبرند باید دارای صفات اخلاقی ویژه ای باشند زیرا موقعیت هائی پیش می آید که میتوان از بیمار استفاده نمود. اما مطمئناً چنین بنظر میرسد که اینها صفاتی هستند که انسان انتظار دارد در هر پزشکی، بطور کلی به بیند نه زیاد و نه کم.

هم اکنون مسئله غامض تر عامل محرکه نا آگاه در افرادی که هیپنوز را بکار میبرند مورد بحث قرار گرفته. واضح است دانشجویی که هیپنوز را فرا می گیرد باید از محرکهای آمرانه سادیسمی، شهوانی و هیستریکی که ممکن است باعث اقناع توکیلی^۱ جانشینی در هیپنوز کردن بیمار شود مبرا باشد.

● علم پسیکو دینامیک^۲ - علاوه بر این خصوصیات و صفات شخصی دانشجوی رشته هیپنوز باید واجد شرائط فنی ویژه ای نیز باشد. البته وی باید در زمینه اصول پسیکو دینامیک (تحرک روانی) هیپنوز مطالعه کرده باشد. تا بتواند اهمیت رفتار را ارزیابی نماید. برای پایه گذاری محکم در این زمینه. این تفاهم باید بر اساس آشنائی واقعی با اصول معالجه روانی استوار باشد.

1- Vicarious

جانشینی، توکیلی

2-- Knowledge of psychodynamics

علم پسیکو دینامیک

● تجربه روی بیمارانی که مشوش و ناراحت شده‌اند - شرط دیگری نیز هست که بنظر من خیلی مهم است. برای اینکه جهت فراگیری هیپنوز واجد شرایط شویم دانشجو باید ابتداء بتواند با بیماری که کاملاً مشوش و ناراحت شده بطور مناسب مواجه گردد. گاهگاهی بیمار با سختی و شدت غیر مترقبه‌ای احساس و هیجان خود را بیرون میریزد. و پیوسته امکان این هست که در بیمار اضطراب و هیجان شدیدی که بس از رهائی يك هیجان فرو نشانده شده و تحت فشار قرار گرفته‌ای مشاهده میشود بوجود آید. از همان ابتدای آموزش بالینی طرز رفتار با بیماران ناراحت شده آموزش داده میشود. از این لحاظ پزشکی متخصص در هیپنوتیزم واجد امتیاز بسیار بزرگی نسبت به کسی است که تنها در رشته روانشناسی آموزش دیده و فاقد تجربه علمی در رفتار با بیمارانی است که حقیقتاً مشوش شده‌اند.

دانشجو باید پیوسته از این حقیقت آگاه باشد که تا زمانیکه حواسش یکقدم جلوتر از طرز فکر بیمار است پیوسته راهی برای فرار از يك بن بست ناشی از تلقین پذیرفته نشده وجود دارد. دانستن روش مقابله صحیح کافی نیست بلکه دانشجو باید کاملاً هشیار و آماده باشد تا این روش مقابله را هر لحظه که لازم شود بکار بندد. مفهوم این نکته عملاً اینست که پزشکی اقدام و حرکت بعدیش را طوری سریع انجام دهد که بیمار متوجه این نشود که رد نمودن تلقین توسط وی از نظر پزشکی حائز اهمیت بوده است. چنانچه از نقطه نظر دیگری به این مسئله نگاه کنیم موضوع روشنتر میشود. اگر بیمار تلقینی را رد کند، و اگر پزشکی مکث نماید. بیمار این ایده را بطور لفظی با غیر لفظی میرساند که، «ملاحظه میفرمائید که عملی نیست، ببرد نمی‌خورد». هنگامیکه چنین چیزی رخ میدهد اصلاح و جبران وضعیت بسیار مشکلتر است. اگر

پزشک بتواند با سرعت متوسط متقابلاً اقدام نماید. بیمار ممکن است جمله بالا بنظرش خطور کند ولی ممکن است نتواند و یا وقت آنرا نداشته باشد، که آنرا بیان نماید حرکت متقابل ایده آل آنقدر سریع است که فکر بیمار قبل از اینکه حقیقتاً از وضعیت آگاه شود با تلقین جدیدی اشغال گردد.

نکته عملی مهم دیگری نیز در مورد اجرای يك حرکت متقابل^۱ بعد از تلقین رد شده وجود دارد، حرکت متقابل باید بی نهایت سریع باشد. اما در عین حال باید بطرزی اجراء شود که کاملاً فاقد احساس عجله و دستپاچگی باشد. چنانچه حرکت با عجله باشد به بیمار میرساند که پزشک میدانند اشکالی در کار هست. يك تلقین غیر مشخص کند ممکن است به پزشک يك ثانیه فرصت بدهد که بهترین روش مقابله را در نظر خود مجسم نماید. کلمه «رلکس» وقتی با بازدم^۲ عمیق بیان شود ممکن است این يك ثانیه وقت را پر کند. چنانچه تلقین نامشخص باینترتیب بکار برده شود باید آنآ داده شود، در ضمن با کندی فراغت خاطر و اطمینان کامل. پیوسته باید بخاطر داشته باشیم که نیروی سلاح پزشک در مقابل تلقین رد شده در احساس امنیت احساس خود او نهفته است.

● فراگیری هیپنوز بوسیله «رلکس» مداوم بیمار - اکثر فنون طبی

تحت نظارت مستقیم افراد ارشدتر از ما تدریس میشوند. از نظر دانشجویی همه ما در کنار عمل جراحی و طبی زیادی ایستاده ایم. پنس های^۳ مختلف را در دست گرفتیم و بما فرصت داده شده که آنچه که در عمل می گذرد مشاهده نمائیم. بما اجازه داده شده که پوست را بدوزیم، نقاط خونریزی را ببندیم و یا پرده صفاق^۴ را ببندیم. با فرآیند تدریس شخصی مستقیم تمام جراحی برای ما افشاء

1- Countermove	حرکت متقابل	2- Exhalation	بازدم
3- Retractors	پنس ها	4- Peritoneum	پرده صفاق

گردیده است. این موضوع در مورد سایر رشته‌های طب نیز صدق میکند اما رویهمرفته این نوع آموزش هیپنوز طبی اعم از يك سطح و مرحله قبل از فارغ‌التحصیلی یا بعد از آن نداشته‌ایم. دلایل اصلی برای این موضوع عبارت از جای کمی است که هیپنوز در حیطة وسیع فنون طبی دارد و این حقیقت که بسیاری از پزشکان متخصص در هیپنوز متوجه میشوند که عنصر شخصی قوی‌ای که در هیپنوز وجود دارد نشان دادن آنرا به يك شخص ثالث بسیار دشوار می‌سازد. نتیجه حاصله اینکه بسیاری از پزشکان فن و تکنیک هیپنوز را با تجربه و آزمایش در انزوای نسبی فرا می‌گیرند. این افراد راه خود را احساس کرده متدرجاً تبحر بیشتری و اعتماد زیادتری پیدا می‌کنند. در گذشته غالباً باعث بروز صدمه قابل ملاحظه‌ای گردید. زیرا افراد بی‌اطلاع به مسائل القاء و حالت جذب پی برده، و با شور و ذوقی که در هیپنوتیز کردن بیماران خود داشته‌اند، درباره نتایج روانی احتمالی آن کمترین فکر و توجهی ننموده‌اند. معذالک در مورد افراد فکور و دوران‌دانش این روش احساس و درک تدریجی راه فردی بسیار قابل تقدیر^۱ بوده است این بخش خطاب^۲ به کسانی است که جنبه‌های نظری مسائل موجود در هیپنوز را مورد مطالعه قرار میدهند.

● **رلکس بیماران هیپنوتیز** - در هر رشته از طبابت، پزشک بطور مداوم با بیمارانی مواجه میگردد که در اثر هیجان و کشش درونی ناراحت شده‌اند. گاهی اوقات بآنها داروی آرامش بخش داده میشود، اما اکثر اوقات هیجان آنها نادیده گرفته شده و توجه به بعضی کسالت‌های بدنی متمرکز میگردد. از نظر يك قاعده کلی این بیماران را تا حدودی بوسیله رلکس ساده میتوان کمک نمود پیشنهاد میشود پزشکی که میخواهد هیپنوز را فراگیرد باید مدت کمی با این نوع بیماران بگذراند و آنها را آرامش دهد. باینوسیله وی به بیمار کمک

1- Commend

قابل تقدیر

2- Addreseed

خطاب

3- Relaxation of tense patients

رلکس بیماران هیپنوتیز

نموده در عین حال هنر تلقین دادن را فرامی گیرد. او این عمل را در شرائطی انجام میدهد که کاملاً برای بیمار اطمینان بخش باشد.

«من چیزی «دارویی» بشما میدهم که برای زخم معده تان بخورید، و یک رژیم غذایی نیز بشما میدهم اما شما قدری هم بهیجان آمده اید. سعی می کنم که در این هیجان بشما کمک به هم بشما نشان می دهم که چگونه میتوانید «رلکس» شوید. متوجه می شوید، که میتوانید یاد بگیرید که خودتان آنرا انجام دهید و این احساس استراحت توأم با آرامش در ضمن کار روزانه بیش از پیش با شما خواهد بود».

اکنون پیشروی با تلقینات ساده رلکس موضوع ساده ای است.

● تجربه در دادن تلقین - پزشک حساس ممکن است، در ابتداء به تصور اینکه مطلبی را به قیمت وجود بیمار فرامی گیرد احساس ناراحتی بکند. نباید چنین تصویری پیش آید، زیرا بیمار هیجانی از تلقینات رلکس و آرامش استفاده برده و در ضمن پزشک در این مورد هم با وی وقت گذارنده است. باینوسیله پزشک به شنیدن صدای خودش عادت می کند. او باید پیوسته تمرین کند که صدایش بصورت یکنواخت در آید. این تلقین فوق لفظی رلکس محسوب میشود. وی باید از هر فرصتی استفاده کرده نحوه ایجاد رابطه با بیمار بطور غیر لفظی را نیز فرامی گیرد. «بهاایت در حالت استراحت هستند. استراحت کامل» به این تلقین لفظی با قراردادن دست زیر پاهای بیمار خم کردن آنها با بلند کردنشان از روی میز و رها کردن آنها به اینکده دوباره روی میز بیفتد تلقین غیر لفظی «رلکس» نیز اضافه میگردد. پزشک باید فرامی گیرد که خود را با سکوت عادت دهد، اشخاصی که این فن را یاد می گیرند، غالباً احساس می کنند که احتیاج دارند مداوم صحبت کنند. البته این موضوع ناشی از اضطراب خودشان است، گرچه معمولاً اینطور استدلال میشود که سکوت مایه ناراحتی بیمار است. مکث های طولانی تر و طولانی تر را میتوان بین جملات و عبارات ایجاد نمود. این مکث ها بتدریج به صورت سکوت طولانی میشوند. در ابتداء با یک عبارت کوتاه یا دو کلمه اتفافی میتوان سکوت را از صورت یکنواختی

خارج کرد. «رلکس کامل» همچنانکه پزشکی و بیمار فقدان صحبت را بدون اضطراب تحمل می کنند. سکوت طولانی تر و بازهم طولانی تر میگردد. پزشکی باید یاد بگیرد که در حالت سکوت بطور غیر لفظی با بیمار ایجاد رابطه نماید. او دست بیمار را بلند کرده رها مینماید و تا روی نیمکت بیفتد و چیزی گفته نمی شود.

این مانورها بقدر کافی ساده بوده و پزشکی که آنها را یاد می گیرد باید آنقدر آنها را تکرار نماید تا کاملاً مطمئن شده در خود احساس اعتماد بنفس نسبت به آنها بکند، سپس مرحله مشکل یعنی عبور از حالت رلکس به هیپنوتیک فرا میرسد. این موضوع با توجه باین حقیقت که باید به بیمار بگوئیم که چکار می کنیم بفرنج و مشکل میباشد. در مورد پاره ای از بیماران ممکن است خود را در تراز این جملات دریابیم. «امروز خیلی خوب رلکس شدی، اما من فکر میکنم اگر بیش از این رلکس شوی بتوانم کمک بیشتری بتو بدهم. مفهوم این مطلب اینست که بگذاری به یک خواب هیپنوز خفیف فرو بروی. اینکار در واقع عیناً مانند همان کاری است که تاکنون انجام میداده ای با استثناء اینست بگذاری قدری کاملتر رها شوی، میتوانی در این زمینه فکر کنی، اگر بنظرت رسید که ایده و فکر خوبی است میتوانیم در جلسه ملاقات بعدی اینکار را انجام دهیم». در جلسه بعدی به تلقین بی حرکتی پا و حرکت تکراری دست تغییر روش میدهیم. باین ترتیب متدرجاً راه خود را درك نموده با فنون هیپنوز در مراحل ساده آشنا میگردد.

● **فرا گرفتن هیپنوز با عبور از نار کو آنالیز** (یا روانکاوی بوسیله داروی خواب آور) - این روش فراگیری هیپنوز به ویژه مناسب روانشناس جوان میباشد. بهتر است با بیماری آغاز گردد که هم اکنون در یکی دو جلسه روانکاوی تخدیری شرکت کرده و برای شروع کار عاقلانه است که بیماری

انتخاب گردد که در حین روانکاو احساس خواب آلودگی می کند، تا بیماری که بطور ناگهانی در حین روانکاو تخلیه هیجانی مینماید.

● دانشجو از هیجان رهایی مییابد - رابطه حسنه مناسب لازم است. هنگامیکه

آپول حاضر میشود سر بیمار با یک محاوره آرام گرم میشود. سوزن داخل رگ او میشود و از محاوره انفاقی به تلقینات رلکس تغییر تدریجی داده میشود. خوبست درست است، با همه اعضا به استراحت پرداخته راحند. راحتی را احساس می کنی. پاهایت در اثر این استراحت سنگین هستند، استراحت سنگین و خواب آور، تمام وجودت را فراگرفته و غیره از محتویات آپول چیزی وارد خون نشده. دانشجو کاملاً در امان است زیرا میداند که اگر تلقیناتش پذیرفته نشوند، تنها کاری که باید بکند اینست که میله سرنگ را بطرف جلو فشار دهد. او باخت ندارد. در نتیجه این موضوع او از هیجان و اضطراب که عامل عادی و معمولی مشکل در فراگیری هیپنوز است راحت میشود. در روش های دیگر فراگیری اضطراب نه تنها روحاً دانشجو را ناراحت می کند. بلکه تلقینات شفاهی را کمتر متقاعد کننده ساخته، در نتیجه دارای اثری کمتر خواهد بود.

معمولاً بیمار تلقینات را پذیرفته بخواب هیپنوتیزم میرود. اکنون میتوان

مقداری از داروها را به بیمار داده و روانکاو تخیلی مانند جلسه قبل پیش میرود. دانشجویی که در القاء هیپنوز و کنترل بیماران هیپنوتیز شده تجربه ندارد، مایل نیست که مستقیماً با روانکاو هیپنوتیکی پیش برود. چنانچه دانشجو متوجه شود که بیمار چندان تمایلی به پذیرش تلقینات رلکس ندارد، کمی دارو به وی میدهد. دادن مقدار کمی دارو با سرعت نقشه خوبی است. این موضوع تأثیر ناراحت کردن شعور آگاه بیمار را بطور لحظه ای (برای یک لحظه) و زود گذر داشته و باین ترتیب میزان تلقین پذیری وی نسبت به تلقینات لفظی افزایش مییابد. این روش مؤثرتر از اینست که یک تزریق انجام دهد. با داروی خواب آور رقیق داده شده که گاهی مورد حمایت و پشتیبانی پزشکان

قرار میگیرد. چنانچه این حرکت با شکست مواجه شود، مقدار بیشتری از دارو داده میشود و تلقینات ادامه مییابند. نتیجه ممکن است این باشد که بیمار قسمتی هیپنوز و قسمتی تحت تأثیر دارو قرار بگیرد. از نقطه نظر بحث فعلی نکته مهم اینست که دانشجو در استفاده از تلقین لفظی که به هیچوجه برای بیمار مضر نیست تجربه لفظی اخذ نماید.

● فراتیری هیپنوز تحت نظر و سرپرستی^۱ (هیپنوتیزور) این يك روش انتخابی است. اما آموزش این نوع تنها در چند مرکز آموزش طبی محدود دنیا وجود دارد. دوره های کوتاه هیپنوز که بیشتر در امریکا تعلیم داده میشود و بمیزان کمتری در انگلیس، تحت این نمونه طبقه بندی نمی شوند زیرا اکثر آنها خیلی سطحی هستند.

● آموزش فردی^۲ - برای هر نوع آموزش تحت سرپرستی، دانشجو ابتداء در چند جلسه سخنرانی و بحث پیرامون جنبه های نظری هیپنوز شرکت مینماید. سپس به وی اجازه داده میشود که در جلسه عملی هیپنوتیز در حین القاء هیپنوز و معالجه بیمار شرکت کند. آرام نشستن با پزشک متخصص هیپنوتیزم بهتر از هر گونه نمایش هیپنوز در يك کلاس است. روش کلاسیک غالباً دارای يك کیفیت و خاصیت نمایشی است که دانشجوی جدی و حساس را بیزار نموده و در ضمن ایجاد انگیزش ظن نسبت به پزشک معالج مینماید. لیکن البته اجازه دادن به دانشجو به اینکه با پزشک معالج و متخصص هیپنوتیزم در يك جلسه عمل بنشیند نیز خود دارای مشکلات مربوط به خود میباشد.

اضطراب ناشی از حضور تماشاگر^۳ - پزشک باید حقیقتاً در خود احساس امنیت کند والا مشاهده نزدیک توسط يك شخص ثالث وی را ناراحت خواهد

1- Supervision سرپرستی

2- Individual instruction آموزش فردی

اضطراب ناشی از حضور تماشاگر

3- Anxiety from presence of observer

کرد. بیمار باید با حضور دانشجو موافقت نماید. اما حتی با این وجود حضور شخص ثالث گاهی در اثر اضطرابی که در بیمار بوجود می آید کارها را مشکل میسازد. وقتی روش آمرانه بکار برده میشود این اشکالات کمتر پیش می آیند. اما این نیز بنوبه خود دارای يك عیب میباشد زیرا بنظر میرسد که بهترین راه این باشد که بدانشجو در آموزش اولیه روش غیر آمرانه آموخته شود.

هنگامیکه دانشجو بعنوان يك ناظر در چند جلسه شرکت کرده بساید آماده شود که خودش شخصاً القاء را انجام دهد. يك بیمار مناسب انتخاب شده و پزشک به بیمار می گوید که دکتر جوان دیگری معالجه را ادامه خواهد داد. پزشک بیمار را هیپنوتیز کرده و بوی تلقیناتی داده میشود که در آینده توسط پزشک دیگری تلقین میشود، بیمار از خواب بیدار میشود و دانشجو آنرا ویرا مجدداً هیپنوتیز مینماید. بیمارانی که قبلاً چندبار هیپنوتیزم شده و اکنون در مورد آنها معالجه تلقینی نگهداری داده میشود. غالباً برای این نوع برنامه آموزشی بسیار مناسبند.

● دانشجو با بیمار در ارتباط قرار میگیرد ۱- این روش آموزش بر- این حقیقت مسلم پایه گذاری شده که يك هیپنوتیزور میتواند سوژه را در ارتباط با دیگری قرار دهد. مکانیزم این پدیده موضوع مورد بحث شدید در گذشته بوده اما بنظر میرسد که بتوان بعنوان تلقین بعد از هیپنوز آنرا توضیح داد.

باینوسیله میتوان بسا فنون مشکلتر حرکت دست و نگاه خیره مستقیم بدانشجو کمک عمده نمود. چنانچه پزشک متخصص هیپنوز دو یا سه بار جلو دانشجو هیپنوز را بدبیمار القاء نماید و بدانوسیله دانشجو در رابطه با بیمار قرار گیرد، موفقیت با اطمینان خاطر حاصل می گردد.

دانشجو با بیمار در ارتباط قرار میگیرد

● روش تجربی در فراگیری هیپنوز - این روش روانپزشک بطور تجربی است ذکر آن تنها باین علت است که موضوع ناقص گذاشته نشود والا من معتقدم که این روش در هیپنوز طبی جائی ندارد.

● مهارت در نوسان دادن و آزمایشات قفل کردن دستها - وقتی ارزیابی تلقین پذیری را مورد بحث قرار میدادیم، گفته شد که آزمایشات کلاسیک برای تعیین میزان تلقین پذیری از قبیل آزمایش نوسانی و گرفتن دست برای طبابت مدون و امری مناسب نمی باشند. روش تجربی برای فراگیری هیپنوز صرفاً بستگی به تمرین این آزمایشات دارد. اینکار معمولاً در يك جلسه آزمایشی با افراد داوطلب نه بیمار انجام میشود. در يك گروه داوطلب پیوسته چند نفری پیدا میشوند که تلقینات را می پذیرند و شروع به نوسان و تلو تلو خوردن نموده اگر توسط آزمایش کننده گرفته نشوند می افتند. چنانچه آزمایش گرفتن دست بکاربرده میشود، چند سوژه پیدا میشوند که می بینند نمی توانند دستهای خود را از هم بیرون بیاورند وقتی این جریان رخ می دهد از وضعیت بهره برداری نموده به سوژه تلقینات دیگری داده میشود. وی سپس میتواند روی صندلی بنشیند. بوی تلقینات دلکس داده خواب برود.

● روش تجربی توصیه نمیگردد -^۱ این روش برای استفاده طبی مناسب نیست زیرا تلو تلو خوردن و گرفتن دستها در بسیاری از موارد بوی سن نمایش می دهد و توجه بیمار را از وضعیت موجود بعنوان يك روش طبی جدید منحرف میسازد. بهر صورت يك امتیاز در این روش وجود دارد که باین ترفیب کسیکه دارای خاصیت تلقین پذیری زیاد است انتخاب شده کار را برای دانشجو آسان میسازد زیرا چنین افرادی به ویژه کمترشان در هیپنوز ساده است.

پایان

روش تجربی توصیه نمیگردد.

انتقادهای من از انسلی میرز

۱- انسلی میرز در صفحه ۱۰۳ در اواخر صفحه میگوید: «چنانچه بیمار تلقین پذیر ار آب درنیايد و آزمایشات باشکست مواجه شوند پزشکی معالجه مسلماً با شرمندگی از دست دادن اعتبار مواجه میگردد.»

این طرز فکر انسلی میرز کاملاً غلط است، زیرا قبلاً به بیمار میگوئیم، استعداد هیپنوتیزم شدن اشخاص متفاوت است، بعضی استعداد بسیار خوبی برای هیپنوتیزم شدن دارند و برخی هم استعداد خوبی برای هیپنوتیزم شدن ندارند، آزمایشات من معین خواهد کرد که آیا شما برای هیپنوتیزم شدن کاملاً استعداد دارید یا نه و یا اینکه استعداد شما متوسط است، و این استعداد هم غیر ارادی و ناخودآگاه است، یعنی بستگی به شما یا من ندارد، من شما را آزمایش خواهم کرد، اگر برای هیپنوتیزم شدن استعداد صد درصد خوبی نداشتید، ناراحت نشوید، زیرا اراده و تمایل و خواسته شما هیچ تأثیری ندارد، بعبارت دیگر شما مقصر نیستید، بهرحال اگر استعداد صد درصد خوبی نداشتید ممکن است کمی دیرتر و در چند جلسه بعد هیپنوتیزم بشوید. من فقط شما را برای هیپنوتیزم شدن آزمایش می کنم، هیپنوتیزم نمی کنم، بنابراین اگر شما استعدادتان برای هیپنوتیزم شدن خوب نبود یا متوسط بود، نه شما مقصر هستید و نه من و آزمایشات من. استعداد هیپنوتیزم شدن هم مانند سایر استعدادها ذاتی، فطری و غریزی میباشد.

روش من بدین ترتیب است که قبلاً در چند جلسه سوژه را آماده مینمایم و بخصوص تذکر میدهم که ممکن است بعد از چند آزمایش معلوم شود که سوژه در جلسه اول هیپنوتیزم میشود یا نه و اگر هیپنوتیزم میشود خواب او عمیق خواهد بود یا سبک، اگر سوژه استعداد هیپنوتیزم شدن عمیق را نداشت با روش یوگا مودرا و چند تمرین تمرکز فکر دیگر بمدت چندین جلسه سوژه را آماده هیپنوتیزم شدن مینمایم، یعنی با ورزش و تمرین تمرکز فکر، تمرکز فکر سوژه را بمرور زیاد مینمایم تا سوژه آماده هیپنوتیزم شدن بشود، با فهماندن این مطالب و استعداد هیپنوتیزم شدن اشخاص سوژه واقعبین هیپنوتیزم را می فهمد و در نتیجه موضوع از دست رفتن حیثیت و اعتبار هیپنوتیست معنی و مفهومی نخواهد داشت.

۲- دکتر انسلی میرز برای هیپنوز کردن بیمار، به «رابطه حسنه» و «وانهادگی بیمار»، روش های «آمرانه» و «غیر آمرانه» زیاد تکیه کرده است. البته «رابطه حسنه» و «وانهادگی» برای هیپنوز شدن چندان بی تأثیر نیستند، ولی روش های «آمرانه» و «غیر آمرانه» هم چندان بی تأثیر نیستند، ولی در روش، یوگا مودرا که عبارتست از حبس تنفس با شمارش معکوس، در بیمار تمرکز فکر خارق العاده ایجاد می کند، و در نتیجه بدون اینکه احتیاج چندانی به روش های «آمرانه» و «غیر آمرانه» باشد ۹۰ درصد بیماران هیپنوز میشوند، انسلی میرز از روش یوگا مودرا و درجات عمق هیپنوز اطلاع ندارد زیرا در کتابش هم هیچ کجا من ندیده ام اشاره ای به این مسائل نماید.

۳- موضوع دیگر اینکه بسیاری دیگر از هیپنوتیست های جهان روش های دیگری را بکار میبرند که در آن نه موضوع از دست رفتن اعتبار مطرح است و نه شکست هیپنوتیزم کننده و هیپنوتیزم شونده در کلاس تدریس هیپنوتیزم برای پزشکان که اخیراً تشکیل خواهد شد روش های جدیدتری تدریس خواهد شد. شاد و موفق باشید - کابوک



شعبان، طارسی "گابوک" در سال ۱۳۱۲ در قزوین متولد شد. قبل از یکسالگی بعزت ورنکستگی پدر خانواده او محبوره ترک موطن خود گشته و به تهران کوچ نمودند. در سن ۶ سالگی بعزت فوت پدر، خانواده چهار نفری او که شامل مادر، خواهر ۱۲ ساله و برادر ۳ ساله و خود او بودند در تهران بدون سرپرست مانده و همزمان با شروع جنگ جهانی دوم با وجود فقر و گرسنگی و تنهایی و آوارگی دوران کودکی و سوجوانی گابوک در نهایت سختی و مشقت و تنگدستی سپری گشت.

در ۱۴ سالگی مسئولیت نگهداری و سرپرستی خانواده اش را رسماً "بعهده گرفت"، گرچه قبل از آن هم در این امر بی مسئولیت نبوده است.

گابوک ضمن سرپرستی خانواده خود مجبور بود که شبها درس بخواند و روزها جهت امرار معاش خانواده اش تلاش کند. بالاخره در سال ۱۳۳۳ به دانشکده حقوق راه یافته و در سال ۱۳۳۷ موفق به اخذ گواهینامه لیسانس حقوق از دانشگاه تهران گردید.

در بهمن ماه همان سال وارد ارتش شد و ده سال بعد فوق لیسانس خود را دریافت نمود و ضمناً در همین دوران به مطالعه و آزمایش درباره هیپنوتیزم مشغول بود.

در بهمن ماه ۱۳۵۸ بازنشسته شد و بالاخره توانست از آمریکا گواهینامه روانشناسی هیپنوتیزم دریافت نماید، عضو سازمان بین المللی هیپنوتیزم حرفه ای آمریکا شود، از نیویورک گواهینامه "یوگا" دریافت نماید در سال ۱۳۵۶ به آمریکا دعوت شود و در ردیف بسزرتترین متخصصین هیپنوتیزم حرفه ای جهانی قرار گیرد و اکنون صاحب نظریه ویژه ای است که معتقد است این عقیده و نظریه اشان اجباراً "جهانگیر خواهد شد، تا بدینیم چندزاید زمان