

رہیافت انرژیایی به سلامت

مبانی روش شناختی و بالینی ری کی

چاپ دوم



ویراسته و زیر نظر:

دکتر فرزاد گلی

رضا عبدالهی

رضا جوهری فرد

آی

نشر آسیم



رهیافت انرژی‌یابی به سلامت

مبانی روش شناختی و بالینی ری‌کی

«با همکاری مؤسسه علمی تحقیقاتی دانش تندرستی»

ویراسته و زیر نظر:

دکتر فرزاد گلی

رضا عبد‌الهی

رضا جوهری فرد

نشر آسیم
تهران، ۱۳۸۷



۷۱۵,۸۵۱

۲۳۵

سرشناسه:	گلی، فرزاد
عنوان و نام پدیدآور:	رهیافت انرژیایی به سلامت: مبانی روش‌شناختی و بالینی ری‌کی / ویراسته و زیر نظر فرزاد گلی، رضا عبداللهی، رضا جوهری فرد.
مشخصات نشر:	اصفهان: آسیم، ۱۳۸۷.
مشخصات ظاهری:	xiii . ۲۲۲ ص.
شابک:	978-964-418-420-8
وضعیت فهرست‌نویسی:	فیبا
یادداشت:	پشت جلد به انگلیسی: Energetic approach to health: methodological & clinical bases of Reiki.
یادداشت:	چاپ دوم.
یادداشت:	چاپ قبلی: مانی، ۱۳۸۶.
یادداشت:	کتابنامه: ص. ۱۹۹ - ۲۱۰.
یادداشت:	نمایه.
عنوان دیگر:	مبانی روش‌شناختی و بالینی ری‌کی.
موضوع:	ریکی (شفابخشی) / شفای روانی.
شناسه افزوده:	عبداللهی، رضا / جوهری فرد، رضا.
رده‌بندی کنگره:	۱۳۸۷ گ ۸ ر ۹ / RZ ۴۰۳
رده‌بندی دیویی:	۶۱۵/۸۵۲
شماره کتابشناسی ملی:	۱۲۵۹۰۴۵

۱۰۱۱۰۵

کتابخانه عمومی حرم حضرت زینب (س)

۱۳۸۷

ویراستار: دکتر فرزاد گلی
 حروف‌نگار: مهشید بیضایی
 آماده‌سازی متن: شهین بیزری
 صفحه‌آرایی: مهری عطایی
 چاپ دوم: ۱۳۸۷
 شمار نسخه‌های این چاپ: ۲۲۰۰
 حق چاپ برای نشر آسیم محفوظ است
 چاپ: چاپخانه آسمان
 مرکز پخش: نشر آسیم

تلفن و دورنگار: ۸۸۷۴۵۰۰۲ - ۸۸۷۵۰۳۸۳ - ۸۸۵۱۵۶۷۶ - ۸۸۷۵۵۶۷۸

بها: ۳۵۰۰ تومان



...برفی گویند
شفای کامل است،
برفی گویند
نیروی شفا است
و برفی دیگر گویند
به تمامی شفا است.

بند هشتم، کتاب هجدهم، فتره ۹



با سپاس

از آقای دکتر بهزاد سالکی و خانم دکتر محبوبه فرزندگان که بازخوانی و نظرات آنها در بهبود این مطالعه ما را یاری نمود، همچنین از تلاش‌های خانم مهشید بیضایی در نمونه‌خوانی و غلط‌گیری متن و نیز از کوشش‌های پرسنل انتشارات آسیم که در تهیه و نشر یاور ما بودند و با سپاس از همه‌ی عزیزان علاقمند که تجربیات ارزشمند خویش را در اختیار ما گذاشته و یا در تهیه‌ی منابع به ما کمک نمودند.



فهرست مطالب

XI	□ پیشگفتار
۱	فصل اول : مبانی نظری و فلسفی
۴	- ری کی و مسئله‌ی ذهن - بدن
۶	الگوی زیست - روان - اجتماعی
۱۰	- جایگاه ری کی در نظام پزشکی - مکمل و جایگزین
۱۲	پزشکی ذهن - بدن
۱۴	مبانی مشترک پزشکی مکمل و جایگزین
۱۶	دیدگاه جامع نگر به سلامت
۱۸	- رهیافت عمومی ری کی به سلامت
۲۰	- اصول ری کی
۲۵	- مفاهیم بنیادین ری کی
۲۷	الگوی میدان انرژی راجرز
۲۹	مفهوم هم‌سویی
۳۰	نمادهای ری کی
۳۵	فصل دوم : کالبدشناسی انرژیایی
۳۷	- سبک شناسی رهیافت‌های انرژیایی
۳۹	نظام‌های شفابخشی
۴۱	- کالبدشناسی انرژیایی
۴۲	فیزیک کلاسیک و دیدگاه ماشین انگارانه



۴۳	فیزیک نوین و معادلات کی
۴۸	- کالبد انرژیایی
۴۸	چاکراها
۵۴	کانالها
۵۹	هاله
۶۱	فصل سوم : سازوکارها
۶۶	- انرژی پزشکی
۶۷	سازوکارهای تولید انرژی
۷۰	سازوکارهای انتقال انرژی در بدن
۷۱	ماتریس زنده چیست؟
۷۹	سازوکارهای انتقال انرژی به بدن
۸۴	تعامل انرژیایی انسان - محیط
۸۹	تأثیرات میدان های انرژیایی محیطی بر سلامت
۹۱	انتقال انرژی از راه دور
۹۳	سازوکارهای همسویی
۹۸	روشی غیرتحلیلی با مبنای تحلیلی
۱۰۱	- ایمنی شناسی روانی، عصبی
۱۰۵	- روان شناسی بدن
۱۱۴	درمان های انرژیایی و روان شناسی بدن
۱۱۶	انرژی حیاتی
۱۱۹	فصل چهارم : ابعاد فردی و فرافردی
۱۲۲	- پوشش های فردی
۱۲۳	شرطی شدگی کلاسیک
۱۲۳	اثر دارونما
۱۲۵	القائات غیرمستقیم
۱۲۶	شرطی انتزاعی



- ۱۲۷ نظام باورها
۱۳۰ پاسخ آرامش
۱۳۱ - پویش‌های فرافردي
۱۳۲ برهم‌کنش‌های انرژیایی
۱۳۳ تجربه‌ی حضور

فصل پنجم : مبانی بالینی

- ۱۳۷ - مبانی بالینی رهیافت انرژیایی
۱۳۹ - مبانی تشخیص ری‌کی
۱۴۰ روش‌های کمی تشخیص
۱۴۱ روش‌های کیفی تشخیص
۱۴۷ - مبانی آسیب‌شناسی
۱۵۱ - مبانی درمان
۱۵۵ کاربردهای بالینی
۱۶۱ برون‌ریزی و پالایش اختلالات انرژیایی
۱۶۳ آیا ری‌کی هوشمند است؟
۱۶۵

فصل ششم : مبانی آموزش ری‌کی

- ۱۶۹ - نیم‌نگاهی به سطوح ری‌کی
۱۷۲ سطح اول
۱۷۷ سطح دوم
۱۸۰ سطح سوم
۱۸۲

فصل هفتم : روش تحقیق در رهیافت‌های انرژیایی

- ۱۸۵ - مبانی روش‌شناسی
۱۸۷ - ادبیات پژوهشی
۱۹۰ - طراحی پژوهش
۱۹۱ مطالعات موردی
۱۹۲



۱۹۲	جعبه سیاه
۱۹۳	مطالعات قوم نگارانه
۱۹۳	مطالعات مشاهده‌ای
۱۹۴	- روش پژوهش
۱۹۴	تصادفی بودن حجم نمونه
۱۹۵	سنجش کور
۱۹۵	گواه یا دارونما
۱۹۵	- ارزیابی کیفیت زندگی
۱۹۷	منابع و نمایه‌ها



درده از یار است و درمان نیز هم

ماضا

پیشگفتار

در سال‌های اخیر گرایش روزافزونی به استفاده از خدمات پزشکی مکمل و جایگزین در سراسر جهان مشاهده می‌شود. بنا بر آمارهای گوناگون از کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه بین ۴۲ تا ۹۰ درصد از مردم، از این خدمات استفاده می‌کنند و در حالی که هنوز در اکثر کشورها، منابع معتبر، برنامه‌های آموزشی رسمی و نظارت متناسبی در این میدان وجود ندارد و همچنان این نظام‌های سلامت در ضمیر ناهشیار گفتمان پزشکی، به کار خود ادامه می‌دهند.

یکی از مردمی‌ترین و محبوب‌ترین این نظام‌های سلامت، انرژی پزشکی یا رهیافت‌های انرژیایی به سلامت است، روش‌هایی مانند ری‌کی، چی کنگ، لمس درمانی و شفابخشی روحانی که در سال‌های اخیر به دلیل اثر بخشی، سهولت و دسترسی مناسب، رشد فوق العاده‌ای داشته است.

چند سال پیش وقتی کتاب انرژی پزشکی نگارش جیمز اوشمن را که به تازگی منتشر شده بود، مطالعه نمودم، آن را حلقه‌ی گمشده‌ی علوم پایه پزشکی، پاسخ بسیاری پرسش‌ها و توجیه بسیاری از پدیده‌هایی را که تجربه نموده بودم، یافتم.

با توجه به روش و میدان این دانش نوظهور، که حیات و سلامت را در ظریف‌ترین سطح، یعنی رخدادهای انرژیایی، مورد مطالعه قرار می‌دهد، جای آن در درس‌های علوم پایه پزشکی خالی به نظر می‌رسید و به همین واسطه با همت همکارانم آن را به فارسی ترجمه کردیم و به رغم مقاومت‌های قابل پیش بینی پارادایمی، توسط دانشگاه علوم پزشکی اصفهان منتشر شد.

در این چند سال بازخوردهای بسیار مثبتی از پزشکان، استادان علوم پایه و بالینی دانشگاه و همین‌طور پژوهشگران و علاقه‌مندان دریافت نمودیم که به ما اطمینان بخشید که در تشخیص اهمیت این علم در اشتباه نبوده ایم.

با ادامه‌ی مطالعه در این میدان و مواجهه شدن با پرسش‌هایی که برای مردم و کاروران رهیافت‌های انرژیایی مطرح بود و ناهماهنگی این مداخلات با متخصصین و نظام سلامت،



تدوین اصول روش شناختی و بالینی رهیافت‌های انرژی‌یابی به سلامت بر مبنای اصول پایه‌یی که فراهم بود، ضروری و در عین حال ممکن به نظر می‌رسید. البته پیش بینی می‌شد که برای نزدیک شدن به این کار از آغاز نیاز به نگاه و مطالعه‌یی بینارشته‌ای باشد و نه نگاه پزشکی زیستی و نه نگاه سنتی امکان عملی شدن چنین پژوهشی را مهیا نمی نمود پس گستردگی میدان مطالعه و فقدان منابع مشابه شروع کار را سخت می‌نمود.

وقتی آقای عبدالهی در مورد ایده‌ی تدوین کتابی در مورد مبانی روش شناسی و بالینی درمان‌های انرژی‌یابی و به ویژه ری کی را با من مطرح نمود، آن را سخنی از زبان خود یافتیم و به صرافت افتادم تا با همکارانم منابعی که در این زمینه نگاشته شده را جمع آوری نمایم. پس از بررسی متون و مطالعه‌ی کتاب‌های اصلی با موضوع ری کی، آن‌ها را غیر روشمند، جانبدارانه و با بحث‌های علمی سست و ناموجه، یافتیم. درحالی که مقالات معتبری دربانک‌های اطلاعاتی معتبر پزشکی در این باره وجود داشت. این سوگیری و بی توجهی استادان این روش ما را متعجب تر نمود.

متأسفانه به دلیل فقدان منابع معتبر، آموزش و درمان در اکثر مکتب‌ها و مراکز ری کی به شدت آمیخته به عناصر ایدئولوژیک، جادویی و خرافی است که نه تنها، به عنوان بخشی از نظام هماهنگ سلامت نقشی روشنگرانه ایفا نمی‌نماید بلکه اختلالاتی شناختی- رفتاری و گاه جسمانی نیز برای فرد و جامعه ایجاد می‌نماید.

🌀 در سراسر این کتاب، رهیافت‌های زیست انرژی‌یابی (Bioenergetic Approaches) را به تساهل رهیافت‌های انرژی‌یابی خوانده ایم ولی منظور، مداخلاتی است که از طریق هم‌سوئی و هدایت میدان‌های انرژی ارگانسیم انسانی، سلامت را ارتقاء می‌دهد.

بسیاری از اصول نظری و تجربی که در این کتاب آمده است بین تمام رهیافت‌های انرژی‌یابی مشترک است و تنها بخش کوچکی از این اصول اختصاصی ری کی است.

بسیاری از کاروران پزشکی مکمل و جایگزین بیش از اندازه بر اصطلاحات فنی و تکنیک‌های متمایز خود تأکید می‌کنند در صورتی که بسیاری از این تفاوت‌ها تفاوت‌های قومی (Ethnic) و نظری است و اصولی عمیقاً هماهنگ در این روش‌ها هست که برای ایجاد نظام هماهنگ سلامت (Integrated Health system) باید این اصول را مبنا قرار دارد.



مشابهت میان زیر شاخه‌های انرژی پزشکی از این نیز بیشتر است چرا که هماهنگی و هم‌سویی میدان‌های انرژی بدن با هم و با میدان انرژی سراسری، هدف اصلی همه این رهیافت هاست .

ری‌کی تنها به دلیل ساده‌گی، اثربخشی، نقش فعالی که فرد در ارتقاء سلامت خود ایفا می‌نماید و توسعه‌ی زیادی که در سال‌های اخیر داشته است به عنوان بحث مرکزی این کتاب انتخاب شده است.

همه‌ی سعی ما در این مطالعه بر این بوده است تا با تحلیل‌های روان شناختی، فیزیولوژیک، بالینی، روش شناختی و فلسفی بخش‌های مؤثر و کارآمد این نظام درمانی را از بخش‌های ناکارآمد و ادعاهای ناشی از بی‌دانشی، جدا نماییم .

اگر ده سال پیش می‌خواستیم چنین مطالعه‌ی را انجام دهیم به هیچ رو منابع کافی برای این امر نداشتیم و عملاً امکان پذیر نبود، ولی خوشبختانه به رغم نوپایی مطالعات علمی و بالینی در این زمینه، پژوهش‌های معتبری در سال‌های اخیر در این زمینه صورت گرفته که سعی نمودیم تا در حد حوصله‌ی این کتاب، از تمام آنها بهره جوییم. در این راستا، پژوهش‌های پیگیرانه آقای رضا جوهری فرد، تاثیر بسزایی در بسط این مطالعه داشت.

از سوی دیگر الگوها و برنامه‌های کلان مراکز معتبری مانند سازمان جهانی بهداشت (WHO)، انستیتوهای ملی سلامت (NIH) و نیز دانشگاه‌های پیشرو در این زمینه مانند آریزونا و هاروارد را، در ترسیم جایگاه ری‌کی و دیگر رهیافت‌های انرژی‌یابی به سلامت در نظام سلامت، مبنای کار قراردادیم تا شاید زمینه‌ی برای ادغام این شیوه‌ی درمانی، با نظام خدمات سلامت فراهم شود.

به هر حال مانند هر حرکت نوپای دیگری، این کتاب نیز ضعف‌ها و خلایه‌هایی دارد که امید داریم تا با استفاده از بازخوردهای خوانندگان دانش پژوه و متخصص و نیز مطالعات جدیدی که هر روزه در این زمینه‌ها صورت می‌گیرد، این نقص‌ها را در ویرایش‌های بعدی اصلاح نماییم.

از خدا جوییم توفیق ادب

دکتر فرزاد کلی

مدرس دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

بهار، ۱۳۸۶





فصل اول
مبانی نظری و فلسفی





برای تشریح مبانی نظری و فلسفی ری کی دو راه وجود دارد، یکی نقل قول مستقیم آن چه پایه‌گذاران و کاروران این رشته نقل نموده‌اند، که معمولاً با دیدگاهی درون سیستمی و جانبدارانه است و دیگر آن که این مبانی را در گفتگو با الگوهای نظری معتبر امروز قرار دهیم و با نگاهی برون سیستمی و بی‌طرفانه سعی کنیم تا با دیدی انتقادی جایگاه واقعی این الگوی نظری و بالینی را در گفتمان سلامت امروز درک کنیم.

در این مطالعه ما راه دوم را پیش گرفتیم و سعی نمودیم تا رهیافت‌های انرژیایی و به‌ویژه ری کی را در ارتباط با تبیین‌اش از مسئله‌ی ذهن - بدن، جایگاهی که برای انسان ترسیم می‌کند و افقی که برای سلامت و رفاه انسان بازمی‌نماید، درک نماییم.

در این راستا رهیافت‌های انرژیایی به سلامت را در ارتباط با الگوی زیست - روان - اجتماعی، پزشکی مکمل و جایگزین و نیز دیدگاه‌های فرافردی و جامع‌نگر تشریح نمودیم.

پژوهش‌گران و کاروران این رشته‌ها با در نظر داشتن این چارچوب‌های نظری، نه تنها می‌توانند با نظام خدمات بهداشتی، درمانی هماهنگ‌تر عمل نمایند، بلکه در تدوین برنامه‌های آموزشی خود می‌توانند روشنگرانه‌تر و مؤثرتر عمل نمایند.



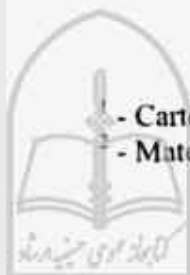
ری کی و مسئلهی ذهن - بدن

میراث سالها تلاش برای دریافت واقعیت و درک پدیدهها از طریق روش کاهش گرایانه و استقرایی، انبوهی از اطلاعات ارزشمند است که نه تنها بینش ما را نسبت به نظریات پیشین بیشتر نکرده، بلکه به تدریج بر حیرت و گمگشتگی ما افزوده است، چرا که به تعبیر آلبرت اینیشتن، بالا بردن دقت اطلاعات، به بهای دور شدن از واقعیت تمام می شود. یکی از این پدیدهها که سالها گرفتار تنگناهای فلسفی و نظری شده، رابطهی ذهن - بدن است.

پزشکی مدرن در تبیین ارتباط ذهن و بدن یا به عبارت روشن تر، امر ذهنی و امر بدنی از سویی تحت تاثیر دیدگاه دوگانه انگاری دکارتی^۱ است، که ذهن را به قلمرو علوم انسانی رانده و بدن را موضوع علم پزشکی قرار داده است و از سوی دیگر متاثر از الگوی ماده باوری^۲ است. که همه ی پدیدهها را قابل توضیح بر مبنای سازوکارهای مادی و جسمانی می داند.

گودمن (۱۹۹۱) با ترسیم یک چارچوب موضوعی برای پیوند ذهن - بدن، دوگانگی مرسوم میان آن دو را، بیش از آن که امری ذاتی و طبیعی بپندارد، رخدادی زبان شناختی و متاثر از نمادها و نشانه ها می داند. در همین جهت بسیاری دانشمندان این حوزه و فلاسفه ی ذهن سعی نموده اند تا با وضع واژگان مشترکی پدیدارهای ذهنی و بدنی را توصیف نمایند یا سازوکارهایی را که تغییرات غیر مادی و نمادین را به تغییرات مادی و جسمانی مرتبط می کند، تشریح نمایند.

به این جهت، در نخستین قدم، باید به دنبال خنثی ترین واژهها برای تبیین این رابطه باشیم. کارولین میس (۱۳۷۹) معتقد است، تنها واژهی که هیچ یک



از پیوندهای مذهبی یا ترس‌های فطری را بر نمی‌انگیزد و متعلق به فرهنگی خاص نمی‌باشد و از هی/انرژی است.

اصطلاح/انرژی در دیدگاه‌های روان‌کاوانه‌ی فروید، رایش و در سال‌های نزدیک‌تر لاکان و نیز در روان‌شناسی فرافردی^۱، در توضیح رابطه‌ی ذهن - بدن، کاربرد بسیار گسترده‌ی داشته‌است. در سال‌های اخیر با گسترش انرژی پزشکی در پزشکی ذهن - بدن^۲ نیز رخدادهای انرژیایی مبنای تشریح ارتباط رخدادهای ذهنی و بدنی قرار گرفته است (اوشمن، ۱۳۸۲).

این شواهد، روشن‌بینی حکیمان باستانی را تایید می‌نماید که از آغاز، ذهن و بدن را از یکدیگر تجزیه نکردند و رخدادهای ذهنی و بدنی را معمولاً تابع تغییرات انرژی فردی و کیهانی می‌دانستند.

هر چند در طب سنتی چین و یوگا با گستردگی بیشتری به این امر پرداخته شده است، اما، در تمام نظام‌های بومی و سنتی باستانی به نوعی مفهوم انرژی، نیرو و یا شعور غیرفردی مبنای درک سلامت و روابط میان ذهن و بدن قرار گرفته است (میکوزی، ۲۰۰۱؛ کاپرا، ۱۳۶۸).

در ری کی نیز معادلات انرژیایی مبنای درک ارتباطات ذهن - بدن و نیز سلامت و بیماری است. این رخدادهای انرژیایی البته در بسیاری موارد فقط تغییرات الکترومغناطیسی تلقی نمی‌شوند، بلکه یک سامانه‌ی شعور فراگیر و البته سامانه‌های شعور محدود در تعامل با شعور ارگانیکسم انسانی دانسته می‌شوند (گلی، ۲۰۰۶).

با مبنا قرار گرفتن انرژی و تغییرات آن در تبیین رخدادهای ذهنی و بدنی به نوعی از تنگناهای نظری دوگانه‌انگاری و ماده‌باوری، می‌توان عبور کرد و بستر مناسبی برای درک و برخورد با ارگانیکسم انسانی فراهم نمود.



^۱ - Transpersonal psychology

^۲ - Mind-Body Medicine

این جا پرسشی مطرح می شود که آیا دانش و الگوهای نظری مدرن در پزشکی با این دیدگاه وحدت‌گرا که در ری کی وجود دارد، هم‌سو هستند؟ آیا پیوستگی میان ذهن و بدن، انسان و جهان و به بیانی میان ری و کی، توسط دانش امروز ما تأیید می‌شود؟

برای پاسخ به این پرسش‌ها به الگوی زیست - روان - اجتماعی که جامع‌ترین الگوی حاضر در زیست‌شناسی سیستمی و پزشکی است، و در سه دهه‌ی اخیر طرح‌ها و چالش‌های بسیاری در جهت اجرای آن در پزشکی و به ویژه روان‌پزشکی صورت گرفته است، اشاره می‌کنیم.

الگوی زیست - روان - اجتماعی^۱

در حال حاضر الگوی زیست - روان - اجتماعی، چارچوب نظری برجسته‌ی در دانش پزشکی و روان‌شناسی است که ارتباط ذهن - بدن را مورد مطالعه قرار می‌دهد. این الگو که برگرفته از نظریات عمومی سیستم‌هاست، نخستین بار توسط ون برتالانفی^۲ و ویس^۳ مطرح گردید. تز بنیادین این الگو که توسط ویس و سپس جرج انگل^۴ بیان شد، از این قرار است که طبیعت همانند پیوستاری آراسته و سلسله پایگانی^۵، سامان یافته است. در این پیوستار، واحدهای بزرگتر با پیچیدگی بیشتر، فرادست واحدهای کوچکتر با پیچیدگی کمتر قرار می‌گیرند. در این الگو هیچ چیز در انزوا و تنهایی به سر نمی‌برد و هر سیستم از یک مولکول گرفته تا یک انسان و یا یک فرهنگ تحت تأثیر پیکره‌بندی سایر سیستم‌هاست. تمامی سطوح سازمان به هم پیوسته‌اند به

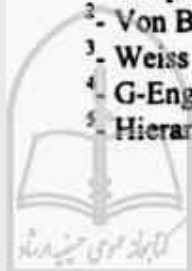
^۱ - Biopsychosocial Model

^۲ - Von Bertalanfy

^۳ - Weiss

^۴ - G-Engel

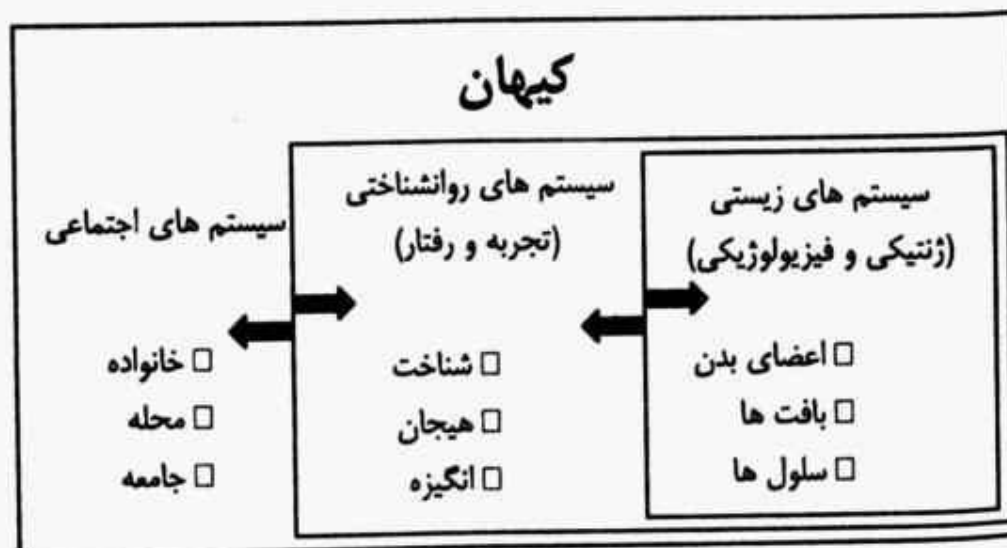
^۵ - Hierarchical



طوری که هر نوع دگرگونی در یکی از آنها بر دیگر سطوح سازمان، اثر می‌گذارد (نگاه کنید به انگل، ۱۹۸۰).

این نظریه با درنگ بر رابطه‌ی میان ذهن و بدن، پدیدار ذهنی را بعنوان امری نوپدید در رابطه با سیستم اعصاب تعریف می‌کند؛ پدیدارهای ذهنی از رویدادهای فیزیولوژیک و فیزیکی - شیمیایی منشاء می‌گیرند اما ویژگی نوپدید به آنها تشخص می‌بخشد (گودمن، ۱۹۹۱).

در این دیدگاه، ذهن جزو ویژگی‌های نوپدید ماده است و در عین حال که مناسبات متفاوتی، بر آنها حاکم است، ساختاری پیوسته و همگن را می‌سازند و تفاوت بین ذهن و ماده به هیچ رو همان تضاد بین امر مادی و غیرمادی نیست (اسپری، ۱۹۶۹) و انسان به عنوان بخشی از پیوستار طبیعت، و در ارتباط با دیگر سطوح طبیعت است (نمودار ۱-۱)



نمودار ۱-۱ - تعامل سیستم‌ها در الگوی زیست - روان - اجتماعی

برگرفته از کتاب روان‌شناسی سلامت، نوشته‌ی سارنینو، ا. پ. ترجمه الهه میرزایی، انتشارات

رشد، ۱۳۸۴، صفحه ۵۴

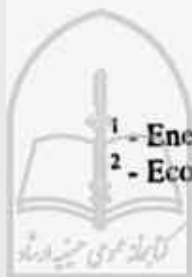


این پیوند میان ذهن - بدن و انسان - جهان که در این الگوی فلسفی فراہم شدہ است همانندی‌هایی با رہیافت وحدت‌گرایانہی سنتی در فلسفہ، حکمت و پزشکی دارد. عناصر بنیادین مانند خاک، آب، ہوا، آتش، کہ شالودہی کپہان و انسان تلقی می‌شدند و غلبہ ہر یک از این عناصر، مزاج‌های گوناگونی را در مکان‌های جغرافیایی، گیاهان، حیوانات، معدنیات و همچنین انسان‌ها پدید می‌آورد.

در این دیدگاہ‌های سنتی، مبنایی واحد برای درک پدیدہ‌های انسانی و جہانی و ہمین‌طور ذهنی و بدنی وجود دارد و این الگوی پیوستاری و وحدت‌گرا از این لحاظ با دیدگاہ زیست - روان - اجتماعی ہمہنگ است.

در روش‌های انرژی - مبنای نیز مانند ری‌کی کندالینی یوگا، پرائیک و چی کنگ چنان کہ ذکر شد با تشریح پیوستگی رخدادهای انرژیایی یکپارچگی ذهن - بدن و انسان - جہان را نشان می‌دهند. بہ این ترتیب قوانین طبیعت و انسان در نظام دانایی سنتی یکی است و ہیچ مرزی مابین پدیدارهای انسانی و جہانی مشاہدہ نمی‌شود.

از سوی دیگر درمان‌های طب سنتی معمولاً رہیافت‌هایی زیست محیطی^۱ بہ انسان ہستند و با تغییر مکان، برنامه‌های زیست‌زمانی و عادات و برنامه غذایی و استفادہی مناسب از فرآورده‌های معدنی، گیاهی و حیوانی، تعادل پویای سیستم را حفظ و تأمین می‌کنند (ہیپوکراتیس و ولتینگتون، ۱۹۵۹، فالولی و ازانت، ۱۹۸۶). پزشکان سنتی این شبکہ از عوامل موثر در سلامت را مبنای کار خود قرار دادہ‌اند. برای مثال در ہومیوپاتی پیوند انسان - جہان، پیوندی وجودی با مواد گوناگون آلی و معدنی است و ویژگی‌های



¹ - Energy-Based

² - Ecologic Approach

آسیب‌شناختی و غیر آسیب‌شناختی بدنی ذهنی و روحی فرد با اثرات ماده‌ای خاص همبستگی دارد (گلی، ۱۳۸۱).

پیوند انرژیایی و معرفتی با جهان که هانمن^۱ از پاراسلوس^۲ و او به نوبه‌ی خود از طب کیمیایی^۳ باستان گرفته بود، یکی از بنیادی‌ترین اصول مشترک سیستم‌های پزشکی کل‌نگراست (رنان، ۱۳۷۱)، در طب چینی^۴ با نوسانات یین^۵ و یانگ^۶ (بیرج، ۱۹۹۹)، در یوگا با تغییرات پرانا در مسیرهای انرژی بدن (کریشنا، ۱۹۹۶) و در ری‌کی با نوسانات انرژی فردی (کی) و پیوندش با انرژی کیهانی (ری)؛ توضیح داده می‌شود.

البته نگرش پیوستاری که فصل مشترک دیدگاه زیست - روان - اجتماعی، و دیدگاه‌های کل‌نگر ذکر شده است، نباید مانع دیدن تفاوت‌های بنیادین این دو دیدگاه شود. باید در نظر داشت که نظریه زیست - روان - اجتماعی الگویی برای سامان دادن به اطلاعات بسیار گسترده‌ی ما از مناسبات ارگانسیم انسانی مبتنی بر پژوهش‌های تجربی و روشمند است، درحالی‌که نظریات پزشکی کل‌نگر، عموماً ماقبل تجربی و مبتنی برگونه‌ی تفکر قیاسی و قواعدی نمادین و کهن الگوای^۷ است. یکی انگاشتن این دو دیدگاه به واسطه‌ی یکپارچه‌گی و وحدت‌گرایی نظری‌شان، قیاس‌های خامی را در تأیید احکام و جهان بینی‌های غیرعلمی این روش‌های کل‌نگر برانگیخته است که به داستان‌های علمی تخیلی پهلو می‌زند و در نظام دانایی کنونی غیرعلمی تلقی می‌شود. گرچه شاید روزی ابزارها و روش‌های آزمون آنها فراهم شود (گلی، ۱۳۸۱).

1 - S. Haneman

2 - Paracelsus

3 - Alchemic medicine

4 - Traditional Chinese medicine

5 - Yin

6 - Yang

7 - Archetypal



در مجموع به نظر می‌رسد که دیدگاه سیستمی در نظریه‌ی زیست - روان - اجتماعی می‌تواند مبنای نظری محکم و مناسبی برای گسترش مطالعات در دیدگاه‌های کل‌نگر و زبانی مشترک برای تبیین اصول فلسفی این دیدگاه‌ها باشد. یگانگی و پیوند جهان - انسان و ری - کی به روشنی بر مبنای سلسله پایگان سیستم‌های قابل توضیح است و نیاز به گشودگی و همسویی با کل، به دقت در این الگوی نظری شرح و بسط داده شده است.

جایگاه ری‌کی در نظام پزشکی مکمل و جایگزین^۱ (CAM)

وینست و فارنهام (۱۹۹۶) معتقدند که بیماران غربی به دلایل زیر از این روش‌های مکمل و جایگزین برای تأمین سلامت، استفاده می‌نمایند:

- ۱- معتقدند که سلامت عمومی‌شان بهبود می‌یابد.
 - ۲- معتقدند که نقش فعال‌تری در تأمین سلامت خویش خواهند داشت.
 - ۳- روش‌های شفایابی شرقی، دارای جنبه‌های احترام [به انسان] و هماهنگی [با خود، هم نوعان و هستی] می‌دانند.
- گرایش‌های عوامانه در عرضه و تقاضا، در اکثر کشورها نظام خدمات پزشکی سنتی مکمل و جایگزین (CAM) را به یک ظرف salad مبدل نموده است. اگرچه برخی از نظریه‌پردازان اجتماعی این الگو یعنی ظرف salad را الگوی مناسبی برای دموکراسی و توسعه توانش‌های فرهنگی می‌دانند، ولی این الگو موجب سردرگمی مشتریان سیستم‌های سلامت (مردمی - بومی و تخصصی) شده و عوارض اقتصادی، روانی، جسمانی و معنوی بسیاری را به همراه داشته است (باجغلی، شریفی و گلی، ۱۳۸۲).



تنوع و گوناگونی روش‌ها و سیستم‌های گوناگون پزشکی مکمل و جایگزین و تفاوت‌هایی که دو روش تشخیص و درمان با پزشکی زیستی دارد، نیز چالش‌هایی که در روش تحقیق در این میدان با آن روبه‌رو هستیم فرآیند سامان‌دهی را با پیچیدگی‌های فلسفی، روش‌شناختی و بالینی روبه‌رو می‌نماید (همان منبع).

در سال‌های اخیر، طبقه‌بندی‌های گوناگونی توسط مراجع دانشگاهی و دولتی و نیز سازمان بهداشت جهانی (WHO) برای پزشکی سنتی / مکمل و جایگزین ارائه شده است که هر کدام قابلیت‌های خاصی دارد. برخی، این روش‌ها را به درمان‌های مکمل که قابلیت استفاده موازی و همزمان با پزشکی متداول را دارد و درمان‌های جایگزین که از لحاظ روش‌شناسی تشخیص، درمان و مراقبت با پزشکی زیستی تباین دارد، تقسیم می‌کنند. برخی دیگر به روش‌ها و سیستم‌ها^۱ و برخی (همچون سازمان بهداشت جهانی) به واسطه تفاوت‌های روش تحقیق، آنها را به درمان‌های فرآیند-محور و دارو-محور^۲ تقسیم نموده‌اند که البته هر کدام دارای تقسیماتی می‌باشد.

یکی از تقسیم‌بندی‌های متداول طب مکمل و جایگزین به شرح زیر است:

۱- مداخلات ذهن بدنی

(هیپنوتیزم، مراقبه، یوگا، موسیقی‌درمانی و...)

۲- سیستم‌های پزشکی جایگزین

(آیورودا، طب سوزنی، هومیوپاتی و...)

۳- درمان‌های دستی و فیزیکی

(استئوپاتی، کایروپراکتیک و ماساژ درمانی)



۴- گیاه‌درمانی

۵- تغذیه‌درمانی

۶- ورزش‌درمانی

۷- انرژی‌پزشکی [ری‌کی، چی‌کنگ، تای‌چی و ...] (WHO, ۲۰۰۰)

بسیاری از منابع، ری‌کی را در نظام پزشکی مکمل و جایگزین به عنوان زیر مجموعه‌ی مداخلات ذهن - بدن و یا انرژی‌پزشکی و در کل جزو درمان‌های مکمل به حساب آورده‌اند (برای مثال نگاه کنید به وان سل ۱۹۹۶؛ نیلد - آندرسون و املینگ، ۲۰۰۰؛ ارنست و کوهن، ۲۰۰۲؛ رول، ۲۰۰۲). در ادامه‌ی بحث به جایگاه ری‌کی هم به‌عنوان یک مداخله‌ی ذهن - بدنی و هم رهیافتی بالینی به انرژی‌پزشکی و به طور کلی به عنوان یک روش مکمل ارتقاء سلامت، می‌پردازیم.

پزشکی ذهن - بدن

پزشکی ذهن - بدن به ارتباط بین مغز، ذهن، بدن و رفتار و راه‌های نیرومندی که عوامل هیجانی، اجتماعی، معنوی و رفتاری می‌توانند به طور مستقیم بر سلامت تاثیر بگذارد، تمرکز دارد و به عنوان رویکردی اساسی که بر توانش‌ها و توان‌های فرد در بهبودی‌اش، تمرکز نموده و آن را افزایش می‌دهد، شناخته می‌شود. (ولسکو و همکاران، ۲۰۰۴).

مداخلات ذهن - بدنی به طور معمول شامل فنون آرام‌سازی^۱، هیپنوتیزم^۲، تصویرسازی^۳، مراقبه، یوگا، بیوفیدبک^۴، تای‌چی^۵، چی‌کنگ^۶، ری‌کی،

^۱ - Relation

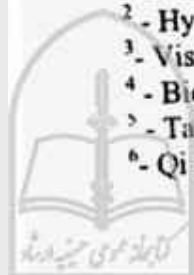
^۲ - Hypnosis

^۳ - Visual imagery

^۴ - Biofeedback

^۵ - Taichi

^۶ - Qi gong



درمان‌های شناختی - رفتاری، آموزش‌های اتوژنیک و معنوی^۱ است. این رویکرد ناخوشی^۲ را فرصتی برای رشد و تغییرات فرد می‌داند که می‌تواند با پیمودن مسیر سلامت، سبک زندگی خویش را تعدیل نماید (همان منبع).

سابقه‌ی اهمیت بخشیدن به ذهن در روان‌پویایی و درمان ناخوشی‌ها، به رویکردهای شفابخشی کهن و سنتی مشرق زمین مانند طب آیورودا، بالغ بر ۲۰۰۰ سال پیش، برمی‌گردد.

هم چنین سقراط حکیم، به جنبه‌های اخلاقی و معنوی شفایابی، اشاره کرده است و معتقد است، فرآیند درمان تحت‌تأثیر تعامل عوامل فردی و محیطی است.

در حالی که دنیای غرب سرگرم مناسبات درونی، تحلیل‌ها و گرایش‌ها و فلسفی انسان‌مداری بود، مشرق زمین، با نگاهی کل‌نگرانه، پدیده‌ها را شبکه‌یی از تعاملات تعریف می‌نمود و انسان را بخشی از پیوستار طبیعت می‌دانست.

یکی از نخستین تلاش‌های غرب مدرن در نشان دادن ارتباط ذهن - بدن، توسط والتر کنون^۳ در سال ۱۹۲۰ رخ داد.

وی در پژوهش‌های خود، رابطه‌ی استرس را با پاسخ‌های نورواندوکراین^۴ در حیوانات نشان داد (کنون، ۱۹۳۲). سال‌ها بعد، هانس سلیه^۵ در این راستا به بررسی تأثیرات استرس بر سلامت، پرداخت (سلیه، ۱۹۵۸). اما پیشرفت‌های فناوری در پزشکی با پارادایم‌های بیماری - محور، منجر به گرایش دانش پزشکی به سمت رهیافت‌های ماده‌انگارانه و جزءنگرانه شده و بررسی عوامل ذهنی، نادیده گرفته شد.

¹ - Spirituality

² - Illness

³ - W. Cannon

⁴ - Neuroendocrine

⁵ - H. Selye



بعد از جنگ جهانی دوم، تلاش‌های پژوهشگران در چهره‌ی دیگری را به سمت پیوند ذهن - بدن گشود و سرانجام در دهه‌ی ۱۹۶۰، تعامل ذهن - بدن به طور گسترده وارد میدان‌های پژوهشی و بالینی شد.

بیش از چند دهه پژوهش در زمینه پزشکی ذهن - بدن، شواهد قابل توجهی را از نقش عوامل روان‌شناختی در بیماری‌های مختلف جسمانی، همچون بیماری‌های عروق کرونر قلب، بیماری‌های خودایمنی و سرطان‌ها، نشان داده است. این مطلب، نشان‌گر اهمیت این عوامل در زمینه‌های بالینی و درمان بیماران است. به این ترتیب پزشکی ذهن - بدن، با ارائه‌ی شواهد علمی، توانش‌های نوینی را در عرصه، مداخلات درمانی پیش روی کاروران عرصه‌ی سلامت نهاده است.

رهیافت‌های انرژیایی به واسطه‌ی سازو کارهای زیر که بعداً به تفصیل به آنها خواهیم پرداخت، به عنوان مداخله‌هایی ذهن - بدنی عمل می‌کند:

الف - مداخلات شناختی - رفتاری در سلامت

ب - انگیزش جریان‌های زیست‌انرژیایی از طریق مداخلات شناختی -

رفتاری

ج - تأثیر مستقیم عوامل زیست‌انرژیایی بر سلامت جسم و روان (گلی،

۱۳۸۶)

مبانی مشترک پزشکی مکمل و جایگزین

روش‌های گوناگون پزشکی مکمل و جایگزین در نگاه اول، در کنار هم مانند یک کارناوال چند ملیتی به نظر می‌آید، ولی با نگاهی روش‌شناسانه در می‌یابیم که علی‌رغم پیشینه‌های تاریخی، فلسفی و اصطلاحات و رهیافت‌های گوناگون، از مبانی روش‌شناختی همسانی پیروی می‌کنند.



برخی از این مبانی مشترک عبارت است از:

- ۱- کل‌نگری در مراقبت و درمان
 - ۲- وحدت روح - ذهن - بدن
 - ۳- تکیه بر نیروی درمان‌گر درونی فرد
 - ۴- درمان فرد - محور (و نه بیماری - محور)
 - ۵- خود یاری و تغییر رفتار بهداشتی
 - ۶- تاکید بر سبک زندگی و استفاده از وجوه گوناگون زندگی برای پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه
 - ۷- ارتباط و یگانگی با طبیعت
 - ۸- اهمیت دادن به آموزش به عنوان یک مراقبت بهداشتی اساسی
 - ۹- تاکید بر کیفیت زندگی
 - ۱۰- توجه به نقش ابعاد فلسفی و معنایی در سلامت
 - ۱۱- تاکید بر روان‌پالایش و سلوک درمانگر در حین کسب دانش و مهارت‌های حرفه‌ای (باجفلی، شریفی و گلی، ۱۳۸۲)
- انرژی پزشکی که در برخی تقسیم‌بندی‌های پزشکی مکمل و جایگزین به عنوان یک گروه مستقل از درمان‌ها آورده شده است، تمام مبانی فوق را در ساختار و عملکرد خود دارد.
- گرچه رهیافت‌های انرژیایی از طریق ساز و کارهایی که در بخش‌های بعدی بیان خواهد شد، می‌تواند با استفاده از این میدان‌های انرژیایی، تغییرات موثری در سطح سلامت فرد ایجاد نماید. ولی تاثیر تغییرات شناختی - رفتاری که در فرد ایجاد می‌کند به هیچ رو کمتر از اثرات مستقیم آن نیست. (چن^۱ و ترنر^۲، ۲۰۰۴ و گلی، ۲۰۰۷).



¹ - Chen

² - Turner

رهیافت‌های انرژیایی در عین اشتراک در اصول یازده‌گانه‌ی فوق با دیگر روش‌های پزشکی مکمل و جایگزین بر مداخلات انرژیایی و معنوی متمرکز است.

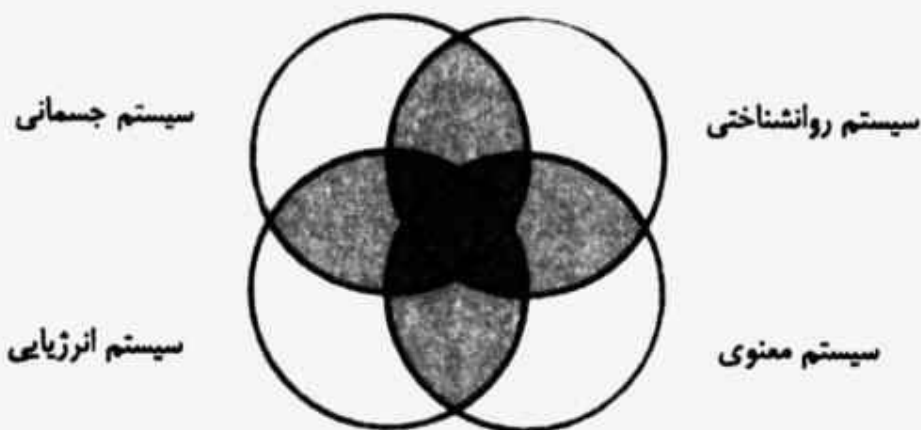
این روش‌ها به دلیل تاثیرات سریع و عدم نیاز به مهارت‌های پیچیده در سال‌های اخیر رشدی درخور توجه داشته‌اند.

دیدگاه جامع‌نگر به سلامت

توجه به کل‌نگری در نظام مراقبت درمان، وحدت روح - ذهن - بدن و تأکید بر نیروهای درمانگرِ درونی، در رهیافت‌های پزشکی مکمل و جایگزین نشانگر نگاهی سیستمی به انسان بوده و نقش ابعاد فلسفی، معنایی و انرژیایی در سلامت را آشکار می‌نماید.

چنین نگاهی، سلامت را رخدادی تعاملی بین سیستم‌های مختلف انسانی دانسته و دیدگاهی جامع به سلامت ارائه می‌نماید.

در این الگو، مفهوم بدن - شخص^۱ به صورت یک الگوی چهارسیستمی تعاملی نشان داده می‌شود (میکوزی، ۲۰۰۱)



نمودار ۱-۲- الگوی چهار سیستمی سلامت: تعامل رخدادهای ذهنی، فیزیکی، معنوی و انرژیایی. ارگانسیم انسانی را شکل می‌دهد.

این الگو نشان می‌دهد که رویکردهای مختلف درمانی، معمولاً سرگرم مطالعه و مداخله بر روی بخشی از سیستم فرد شده و از سایر بخش‌ها غافل‌اند. پزشکی زیستی، با تمرکز بر روی سیستم جسمانی، به بررسی فرآیندهای شیمیایی، حرکتی ساختار سلولی، بافت و غیره می‌پردازد و با تجویز دارو و مداخلات فیزیکی، سیستم جسمانی را متاثر می‌سازد. حتا در روان‌پزشکی نیز، تحلیل‌های آسیب‌شناختی جسمانی برای اختلالات، منتهی به مداخلات صرف دارویی گردیده و بخش‌های دیگر را کم‌اهمیت پنداشته‌اند.

رهیافت‌های انرژیایی مانند طب سوزنی و ری‌کی نیز، به ویژه در رویکردهای مدرن‌شان، با تحلیل‌های انرژیایی از بدن، جریان انرژی را در کانال‌ها (مریدین‌ها) بررسی می‌نمایند، و معمولاً نسبت به سیستم‌های دیگر کم‌توجه یا بی‌توجه‌اند.

شفادهندگان شمنی و درمانگران معنوی معتقد به بدنی غیر مادی و غیر قابل مشاهده هستند و سلامت را بر مبنای تغییرات روحی و معنوی تعریف می‌کنند. بیشتر آنها معتقدند که نیروهای معنوی، بدن جسمانی را اشباع می‌کند، درحالی‌که برخی دیگر می‌گویند آن را گسترش می‌دهد و برخی معتقد به حرکت (مانند آن‌چه در خواب رخ می‌دهد)، دور شدن (ارواح پلید) و بالاخره گم شدن آن (روح) هستند (الیاد، ۱۹۶۴؛ انگرمن، ۱۹۹۱).

روان‌شناسان به طور معمول با سیستم روان‌شناختی کار می‌کنند و معتقدند شخص در بدن زندگی می‌کند و با جهان پیرامون‌اش ارتباط دارد. اصطلاحات متداول آنها شامل رفتار، ذهن و هیجان است، که براساس آنها تکنیک‌هایی را برای منظوره‌های درمانی سازمان داده‌اند (میکوزی، ۲۰۰۱).

این بدن‌ها از یکدیگر جدا نیستند بلکه به عنوان سیستم‌های متعامل در ارتباط با هم و متأثر از یکدیگرند.



البته در روش‌های سنتی، آداب و تأمیناتی در جهت تعدیل سبک زندگی وجود دارد. گرچه در روش‌های سنتی غربی شده، تأکید بر رهیافت ویژه و جنبه‌های تکنیکی آنها است.

از سوی دیگر در پزشکی و روان‌شناسی نیز گرایش روزافزونی به مداخلات سیستمی و جامع دیده می‌شود و سعی می‌شود تا از هر چهار رهیافت به سلامت بهره گرفته شود.

در ری‌کی نیز گرچه رهیافت اصلی، رهیافتی انرژیایی است و البته در سطوح بالاتر ویژگی‌های بارز یک شفابخشی روحانی و معنوی را دارد؛ ولی در شکل جامع خود دارای ابعاد روان‌شناختی و جسمانی نیز می‌تواند باشد در ادامه، به رهیافت ری‌کی با در نظر گرفتن این چهار میدان سلامت و با تأکید بر ابعاد روان‌شناختی و معنوی می‌پردازیم.

رهیافت عمومی ری‌کی به سلامت

شاید یک نگاه سطحی و ساده‌انگارانه به ری‌کی، آن را در قالب نظام‌های انرژیایی قرار دهد و منجر به استفاده صرف ابزاری و تکنیکی از آن گردد. این کاربرد، هرچند دارای تأثیرات شفابخشی است، اما به دلیل در نظر نگرفتن سایر سیستم‌های یاد شده در الگوی جامع، منجر به مقطعی بودن درمان و عوارض احتمالی می‌گردد. البته کاروران ری‌کی با فرض شعورمند بودن ری‌کی، معتقدند: این انرژی در جایی که نیاز به شفایابی دارد، و در سطوح مختلف جسمانی، هیجانی، روانی و معنایی، عمل می‌کند (اشتین، ۲۰۰۰). ولی به نظر نمی‌رسد که چنین فرضی، این رهیافت را از برخورد مناسب با دیگر سیستم‌ها بی‌نیاز کند.



میکائو اوسویی^۱ (۱۸۶۵-۱۹۲۶) پایه‌گذار ری‌کی، در نخستین تجربه‌های شفابخشی خود، لزوم در نظر گرفتن مداخلات روان‌شناختی و معنوی را در کنار مداخلات انرژیایی احساس نمود. به همین دلیل، اصولی بسیار ساده را برای تعدیل سبک زندگی شفایافته‌گان ارائه داد.

او پس از سال‌ها مطالعه، پژوهش و تجربه‌ی عملی در زمینه‌های پزشکی، روانشناسی، عرفان، ادیان و شیوه‌های شفابخشی مانند چی‌کونگ (کیکو) و کوندالینی یوگا و نیز آشنایی با نظام بهداشتی در مدتی که معاون وزارت بهداشت ژاپن بود، نظام ری‌کی را پایه‌گذاری کرد. (لوبک؛ پیتز؛ لی رند، ۲۰۰۱).

اوسویی ری‌کی را نه بر اساس تمرینات پیچیده و سخت فعال‌سازی انرژی درونی، که بر گشودگی و هماهنگی نسبت به حوزه‌ی واحد انرژی بنا نمود. این هماهنگی میان ری و کی به سهولت از طریق هم‌سویی با استاد انجام می‌گیرد و به این ترتیب با القاء این الگوی انرژی - اطلاعات فرد از سطح هماهنگی بالاتری در سیستم انرژیایی، برخوردار می‌شود. (گلی، ۱۳۸۶)



اصول ری کی

هنگامی که میکائو اوسویی، پایه‌گذار ری کی، به شفای نیازمندان شهر مشغول بود، متوجه شد که بیشتر شفا یافته‌گان، رفتارهای پیشین نابهنجار خود را مجدداً پی گرفته‌اند و در نتیجه مشکلات قبلی آنها عود نمود.

وی به اهمیت سیستم‌های دیگر انسانی همچون سیستم روان‌شناختی و جسمانی در کنار مداخلات انرژیایی و معنوی پی برد و آنها را در قالب پنج اصل بیان نمود.

این اصول با در نظر گرفتن ابعاد روان‌شناختی و معنوی، سبک زندگی فرد را تعدیل نموده و در عین سادگی به نحو متناسبی می‌تواند رفتارهای معطوف به سلامت افراد را هدایت نماید.

در زیر، این اصول و ابعاد شناختی و رفتاری آنها را به اجمال مورد بحث قرار می‌دهیم.

اصل اول: فقط برای امروز نگران نباش^۱

کلید واژه‌های این اصل عبارت از *فقط امروز و نگرانی است که در زیر به شرح آن می‌پردازیم*.

فقط امروز: تأکیدی است بر اصل بنیادی روان‌شناسی انسان‌گرا، یعنی *این جا و اکنون*^۲. روان‌شناسان متقدم با تأکید بر گذشته، شخصیت را حاصل مواد سرکوب شده ناهشیار (تعبیر روان‌کاوی) و یا محصول عادات آموخته شده (تعبیر رفتارگرایی) در دوران کودکی می‌دانستند. اما به زودی روان‌شناسان دریافتند که این رویکردها، با ویژگی‌های انسانی و رفتاری سازگار نبوده و انسان‌ها آن طور که روان‌کاوان و رفتارگرایان می‌گفتند، اسیر گذشته‌ی خویش

^۱ - Just for today do not worry

^۲ - Now & here



نیستند. بدین ترتیب از دهه‌ی شصت رویکردهای انسان‌گرا با تأکید بر تجربه‌ی حال، شیوه‌های درمانی آسان‌تر و با هزینه - اثربخشی^۱ بالاتری را رواج داد.

پرلز، پیشگام گشتالت‌درمانی، علت عدم حضور در زمان حال را، وجود گشتالت‌های ناتمام، و راه حل آن را ایفای نقش مسئولانه در زمان حال، می‌دانست (شولتز و شولتز، ۱۳۷۹).

اوسویی با تأکید بر امروز، نگاهی روان‌شناختی به این موضوع داشته و زندگی در لحظه‌ی حال، این‌جا بودن و حضور داشتن را کلید سلامت در این سبک زندگی دانسته است.

بسیاری از روان‌شناسان، نگرانی را یک خرده‌نظام^۲ شناختی می‌دانند که در تعامل با خرده‌نظام‌های رفتاری، عاطفی و جسمانی است و اساس اختلالات اضطرابی (بورکوک و کاستلو ۱۹۹۳؛ بورکوک و نیومن، ۱۹۹۹).

نگرانی، جزء شناختی و پایه‌ی اضطراب است و در ارتباط با انتظار مواجهه با عامل تهدید کننده‌ی مبهمی در آینده و البته آزمون خود در مواجهه با آن است. نگرانی معمولاً با یک سوگیری توجه به سمت محرک‌های ناخوشایند همراه است. اگر توجه بر "فقط امروز" متمرکز شود ذهن خود به خود به آینده و رخدادهای منفی احتمالی کشیده نمی‌شود و به این ترتیب با هدایت توجه به امروز، مسیر شناختی فعال شدن اضطراب، مسدود می‌شود.

در بُعد انرژیایی و معنوی با تفکر و مراقبه بر روی این اصل، جریان انرژی ری‌کی در فرد فعال می‌شود (فیس ۱۳۸۱).



1 - Cost - Benefitness
2 - Gestalt
3 - Subsystem

اصل دوم: فقط برای امروز، خشمگین نباش^۱

خشم در کنار لذت و شادی، هیجان‌های اصلی انسان را تشکیل می‌دهند. اوسویی با پیشنهاد اصل دوم، کلید اداره و مراقبت از تمامی عواطف شدید را بیان کرده است. در اصل اول، عواطف فریبنده مانند نگرانی مطرح بوده، اما در اصل دوم، عواطف خشن، تکانشی^۲، فراگیر و محرک مطرح است.

اوسویی پیشنهاد می‌کند باید به نرمی به سمت عشق غیرشرطی گام برداشت (فیس، ۱۳۸۱). چرا که خشم یکی از بزرگ‌ترین اختلالات ارتباطی و مانع جریان یافتن انرژی مهر است که اساس پیوند انسان با خود، دیگران و هستی است.

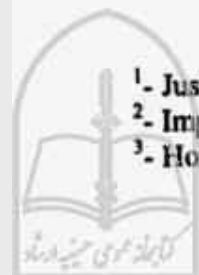
به این ترتیب این رهیافت سعی دارد تا فرد از عواطف تکانشی به عواطف پایدار که هم‌سو با گرایش ارگانیک است، رهبری شود.

بار دیگر، تأکید بر فقط امروز، نه تنها ذهن را در این‌جا و اکنون قرار می‌دهد، بلکه، با تعیین یک محدوده‌ی زمانی، یک کار بزرگ را به کارهای کوچک‌تر و با شانس موفقیت بالاتر، تقسیم می‌کند. به این ترتیب فرد با کسب این موفقیت‌های یک‌روزه در کنترل عواطف و کسب مهارت و اعتماد به نفس، به تدریج می‌تواند الگوی سازگاری و شخصیت خود را تغییر دهد.

اصل سوم: والدین، استادان و بزرگتران را گرامی دار^۳

مک کنزه (۱۹۹۸) در تعبیر این اصل می‌گوید، به آنهایی که به ما زندگی و دانش آموخته‌اند احترام بگذارید و از آنها قدردانی کنید.

اما به اعتقاد فیس (۱۳۸۱)، اوسویی معنایی فراتر از این مطلب را در نظر داشته است، چرا که، استاد، درون خود شماس^۴ است.



^۱- Just for today do not anger

^۲- Impulsive

^۳- Honor your parents , teachers , and elders

تأویل فیس به نظر می‌رسد بر این مبنا باشد که والدین، استادان و بزرگتران در واقع نماد ریشه‌های روان ما هستند. چنان که بسیاری روان‌کاوان، روان‌درمانی را بازسازی ارتباط والد-کودک می‌دانند و این والد نه تنها پدر و مادر، بلکه شامل تمام کسانی می‌شود که به نوعی نقش والدانه در زندگی ما ایفا کرده‌اند. احترام به والد، احترام به ریشه و ژرفای زندگی خویش است. ارتباط توأم با قدردانی و حرمت‌گذاری به والدین، استادان و بزرگان، نه تنها تعارض‌های درونی و بیرونی را کاهش می‌دهد بلکه تدبیری برای پیشگیری و درمان مرض فراگیر جهان مدرن، یعنی از خود بیگانگی^۱ و بی‌ریشه‌گی^۲ است. از سوی دیگر احترام به مسن‌ترها احترام به زندگی است، احترام به والدین حرمت‌گزاری خود است و احترام به استادان احترام به دانش و معرفت است و همه‌ی این ارج نهادن‌ها، معنابخشی به زندگی است.

اصل چهارم: معاشات را شرافتمندانه، به دست‌آور^۳.

این اصل مسئولیت‌پذیری را رشد می‌دهد (مک کنزه، ۱۹۹۸). آن‌طور که در پیشینه‌ی ری‌کی بیان می‌شود، اوسویی هنگامی که این اصول را ارائه می‌داد، با گدایان و دزدان زندگی می‌کرد و در آن‌جا پی به اهمیت سبک زندگی و تغییر آن برای رسیدن به شفا و سلامت کامل برد. توصیه به اصول اخلاقی کسب معاش در این روش مراقبت و درمان، توجه اوسویی به تاثیر عوامل اجتماعی و معنوی بر سلامت را نشان می‌دهد. تأمل بر این اصل، درک مستقیم، فعال و مسئولانه از زندگی را در فرد می‌تواند تقویت نماید.



- 1- Elation
- 2- Unrootedness
- 3- Earn you living honestly

وی با این اصل بر به دست آوردن، شرافتمندانه و شرایط زندگی، تاکید می‌نماید (فیس، ۱۳۸۱). چرا که زندگی به دست آوردنی است، و نه امری منفعل و زمینه‌یی، و هدفی است که فعالانه باید آن را به دست آورد.

اصل پنجم: سپاس‌ات را به هر چیزی ابراز نما^۱

به اعتقاد فیس (۱۳۸۱) اصول قبلی، ما را به سمت این اصل رهنمون می‌شود، چرا که، همه چیز در ما است^۲، کافی است اجازه دهیم این اشراف به سطح آگاهی راه یابد. وی معتقد است، آن کسی که حس می‌کند نسبت به همه‌ی موجودات زنده و همه چیز قدردان است، در سکوت و صلح درونی و بیرونی است.

مک کنزه (۱۹۹۸) معتقد است که این اصل، احساس برکت^۳ فراوان را تقویت می‌نماید.

پیوند عاطفی مثبت با هستی، فرد را از بیگانگی شرطی شده‌اش از جهان، جدا می‌کند و به متن هستی پرتاب می‌کند و از این طریق فرد به تجربه‌ی هماهنگی کامل با هستی نائل می‌گردد.

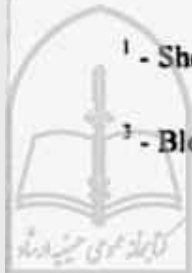
آیا چنین نگرشی هماهنگی روانی، عصبی، ارتباطی و ایمنی بیشتر و در نتیجه سلامت بالاتری را برای ما امکان‌پذیر نمی‌کند؟

در یک نگاه کوتاه دو اصل اول جهت نزدیک نمودن فرد به تجربه‌ی این جا و اکنون و رهایی از عواطف واکنشی نسبت به آینده، گذشته و دیگران است. اصل سوم؛ اصل هماهنگی با ریشه‌های نمادین روان و ارزش بخشیدن به زندگی و دانش است.

^۱ - Show gratitude to everything

^۳ - Blessed

^۲ - بل فیک انطوی عالم الاکبر. حضرت علی (ع)



اصل چهارم؛ در جهت ادراک مستقیم زندگی و مشارکت فعالانه و اخلاقی در آن است.

و بالاخره اصل پنجم، اصل هماهنگی با تمام اجزاء هستی است. تفکر، مراقبه و عمل به این اصول می‌تواند شرایط تغییر در سبک زندگی و شخصیت را فراهم نماید.

مفاهیم بنیادین ری کی

ری کی از دو کلمه ژاپنی ساخته شده است: ری (Rei) به معنای نیروی برتر یا خرد الهی است و کی (Ki) به معنای انرژی زندگی بخش می‌باشد (رند، ۲۰۰۰). اشتین (۲۰۰۰)، کی را به عنوان؛ انرژی، هوا، تنفس، باد، تنفس حیاتی، جوهره‌ی حیات و بالاخره انرژی فعال کننده‌ی هستی می‌نامد.

رند (۲۰۰۰) معتقد است ری و کی، دو واژه ژاپنی هستند، که ترجمه‌ی آنها به زبان انگلیسی، باید با احتیاط صورت گیرد. زیرا زبان ژاپنی دارای سطوح معنایی متعددی است. بنابراین بافت واژه باید در نظر گرفته شود. از آن جا که این دو واژه در یک بافت شفابخشی معنوی به کار می‌روند، نباید به معنای فرهنگ واژه‌ی زبان روزمره آنها محدود شوند. به عنوان مثال، در فرهنگ واژگان، معمولاً ری را روح و شبح^۱ و کی را بخار و مه^۲ معنا می‌کند. این برخورد باعث محدود شدن دامنه‌ی کاربرد این واژه‌ها می‌گردد.

در یک ساختار معنوی، ری می‌تواند به عنوان هوش برتری که منجر به آفرینش و عملکرد هستی می‌گردد، تعریف شود. ری یک خرد لطیف^۳ است که به همه چیز نفوذ می‌کند، هم جاندار و هم غیر جاندار. در سطح انسانی، ری



^۱- Ghost

^۲- Vapor

^۳- Subtle wisdom

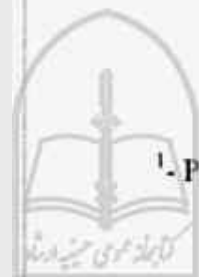
برای کمک به ما در موارد نیاز و برای عمل کردن به عنوان یک منبع هدایت در زندگی مان، در دسترس است.

کی، انرژی غیر فیزیکی است که به همه چیز، جان می دهد. کی در همه ی موجودات زنده، جریان دارد مانند گیاهان، حیوانات و انسان ها. وقتی کی یک شخص بالاست، احساس قدرت، کفایت و آمادگی برای زندگی لذت بخش دارد و برعکس. ما، کی را از تنفس، خوراک، تابش نور خورشید و خواب دریافت می کنیم (رند، ۲۰۰۰).

از پیوند ری و کی، اصطلاح ری کی ساخته می شود. بر اساس اطلاعات بالا، ری کی به معنای "انرژی زندگی بخش هدایت شده ی معنوی" می باشد (ولان و ویشنیا، ۲۰۰۳) این یک تعریف کارا از این شیوه ی شفابخش است (رند، ۲۰۰۰).

اشتین (۲۰۰۰)، ری کی را یک نظام کندالینی می داند. نظام کندالینی بر فرض امکان دستکاری پرانا - وایو^۱، چاکراها و مغز بنیان شده است. وایو، در زبان سانسکریت به معنای هوا و به همراه پرانا، به منظور نیروی حیاتی شخصی به کار می رود (کریشنا، ۱۹۹۸). این توصیف البته تنها یک بُعد از ری کی یعنی بُعد کی را بازنمایی می کند و ابعاد هست شناسانه و کیهانی ری کی را نشان نمی دهد.

به این ترتیب ری کی، یک مداخله انرژیایی در جهت هماهنگ سازی درونی نظام انرژیایی بدن با انرژی جهانی است.



الگوی میدان انرژی راجرز

در اوائل دهه هفتاد خانم مارتا راجرز^۱ الگویی در ارتباط با میدان‌های انرژیایی انسان و محیط ارائه نموده‌است که به عنوان چارچوبی نظری در درمان‌های لمسی و ری‌کی به کار می‌رود (هایت، ۱۹۸۱؛ کوئین، ۱۹۸۴).

راجرز میدان انرژی را به عنوان مبنای درک زندگی می‌داند. به اعتقاد وی، میدان انرژی انسان غیر قابل کاهش، غیر قابل تجزیه و چند بعدی است و توسط الگوها و ویژگی‌های آشکاری که مختص به یک کل یک پارچه هستند، مشخص می‌شوند، این کل از طریق اجزایش قابل پیش‌بینی نیست (چانگ، ۲۰۰۱).

راجرز الگوی بدیعی از کل شخص و میدان‌های انرژیایی پیرامونش ارائه می‌دهد. این میدان‌ها در حرکتی پیوسته قرار دارند و به سوی فرایندهای همزمان تغییر، می‌روند. در این معنا، مفهوم میدان انرژی مشابه کسی است (راجرز، ۱۹۷۰، ۱۹۸۳، ۱۹۸۹).

راجرز، وضعیت انسانی را بر اساس پنج فرضیه‌ی زیر توصیف کرد:

۱. تمامیت ۲: انسان یک کل یکپارچه است و فراتر و متفاوت از اجزای تشکیل دهنده‌اش است.
۲. گشودگی^۲: انسان و محیط پیرامونش به طور پیوسته در حال تبادل انرژی و مواد با یکدیگر هستند.
۳. هم راستایی^۳: فرآیند زندگی به طور هم مسیر و غیرقابل برگشتی در پیوستاری زمان - مکان‌مند، در جریان است.



1 - M.E.Rogers
2 - Wholeness
3 - Openness
4 - UniDirectionality

۴. سازمان و الگوی زندگی: نظم طبیعت، بهترین سرمشق سبک زندگی است.

۵. انسان به عنوان موجودی با احساس و تفکر: انسان، مجموعه‌یی از تفکر، رفتار و احساس است.

ارزیابی انسان‌پویشی^۱ اصول راجرز که از این الگوی مفهومی استنتاج می‌شود، شیوه‌یی برای ادراک یگانگی انسان و ارتباطش با محیط پیرامون، ارائه می‌نماید.

چهار اصل انسان‌پویشی راجرز عبارتند از:

۱. اصل تقابلی^۲: کارکرد ارتباط دوجانبه بین میدان انسان و میدان محیط را نشان می‌دهد.

۲. اصل همزمانی^۳: پویایی میدان انسان، در یک نقطه‌ی خاص از زمان - مکان، که با میدان محیط در همان نقطه‌ی خاص از زمان مرتبط است.

۳. اصل درهم تنیدگی^۴: تعامل دوجانبه انسان و محیط در امتداد یک محور طولی مارپیچ درهم تنیده در زمان - مکان، شکل می‌گیرد.

۴. اصل هم‌سوئی^۵: تغییر در الگو و ساختار میدان انسان و میدان‌های محیطی از طریق امواج ایجاد می‌شود. فرآیند حیات در انسان شامل ارتعاش‌های موزونی^۶ است که در بسامدهای مختلف در نوسان می‌باشد... و تحت‌تأثیر امواج محیطی قرار می‌گیرد.

1 - Homeodynamics

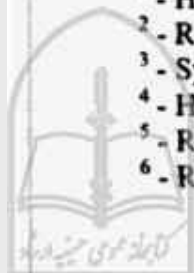
2 - Reciprocy

3 - Synchrony

4 - Helicy

5 - Resonancy

6 - Rhythymical Vibrations



این اصول که چندین بار توسط راجرز تجدید نظر شد (۱۹۸۰، ۱۹۸۳، ۱۹۸۶)، چهارچوب مفهومی محکم و روشنی برای درک پویای ذهن - بدنی (کی) و پویای انسان - جهان (ری) فراهم نمود. راجرز از خلال اصول خود، تصویری روشن از پدیده‌ی وحدت میدانی انسان - محیط ارائه می‌دهد. این الگو، بهترین توصیف برای تبیین و درک تجربیات هنرجویان ری کی است (والن و ویشنا، ۲۰۰۳).

مفهوم هم‌سویی^۱

هر موجود انسانی، دارای نیروی زندگی و توانایی شفاف‌دهی است (نیلد آندرسون و املینگ، ۲۰۰۰) و به عنوان یک میدان انرژیایی پویا و بی‌همتا، با محیط و یا افراد دیگر در ارتباط است (راجرز، ۱۹۷۰). طبق فرضیه‌ی گشودگی راجرز، انسان و محیط پیرامونش به طور پیوسته و دایم، در حال تبادل انرژی هستند (همان منبع). اما، بکارگیری چنین نیرو و توانش و گشودن باب این تعامل با محیط، از طریق سازوکار هم‌سویی صورت می‌گیرد. فرآیند انتقال انرژی حیات‌بخش هستی از طریق استاد به هنرجو را هم‌سویی گویند. که از طریق انتقال انرژی انجام شده و نقش استاد، صرفاً تسهیل‌گری این فرآیند است (نیلد - آندرسون و املینگ، ۲۰۰۰). طی فرآیند هم‌سویی، استاد ری کی، مانترها و نمادهایی را برای ایجاد و تقویت ارتعاش‌های سلامت به کار می‌گیرد، تا توانایی کانال شدن^۲ و دریافت انرژی حیات‌بخش هستی در فرد افزایش یابد. هم‌سویی‌ها، نظام‌هایی برای فعال کردن و افزایش توانایی کانال شدن کارور (گیرنده) هستند. از این طریق



نیروی زندگی به طور خود به خودی در جسم و روان فرد جریان می‌یابد (نیلد - آندرسون و املینگ، ۲۰۰۰).

با توجه به الگوی جامع چهار سیستمی متعادل جسمانی، روان‌شناختی، انرژیایی و معنوی ذکر شده، فرآیند هم‌سوایی، که ماهیتی انرژیایی دارد، متأثر از عوامل روان‌شناختی، جسمانی و معنوی فرد گیرنده نیز هست و به همین دلیل تأثیر هم‌سوایی روی افراد مختلف، متفاوت است. عکس این تغییر نیز می‌تواند درست باشد، یعنی فرآیند انرژیایی هم‌سوایی، سیستم‌های جسمانی، روان‌شناختی و معنایی فرد را متأثر می‌سازد. چگونگی این پدیده را در فصل سازوکارها شرح خواهیم داد.

نمادهای ری‌کی

یکی از مهم‌ترین مفهوم‌پردازیهایی ری‌کی در قالب نمادهاست، سه نماد اصلی که در ری‌کی به طور گسترده مورد استفاده قرار می‌گیرد و معمولاً در دوره‌ی دو و سه به تفصیل ارائه و به کار گرفته می‌شوند عبارتند از:

چو کوری^۱

سی‌هی‌کی^۲

هون‌شازی‌نین^۳

این نمادها که از سنت باستانی تانتریک تبت^۴ به ری‌کی راه یافته‌است و مانند ترانسفورماتورهایی تلقی می‌شود که به انرژی حیاتی شکل داده و آن را در جهت منظورهایی روان‌پالایشی و درمانی به کار می‌گیرد.

^۱ - Cho-ku-rei

^۲ - Sei-he-ki

^۳ - Hon-sha-ze-nen

^۴ - Tibetan Tantric mysticism



چو کو ری^۱ در جهت نیروبخشی و تقویت جریان ری به کار گرفته می‌شود، سی‌هی کی^۲ جهت برقرار کردن ارتباط زمین و آسمان، پایین و بالا، انسان و الوهیت و به طور کلی سامان‌بخشی و تخلیه هیجانی از طریق وحدت‌بخشی انسان و هستی است و هون شازی^۳ معمولاً برای انتقال نیروی شفابخش ری‌کی در زمان و مکان به کار می‌رود. از همین رو به منظور شفابخشی از راه دور^۴ و پالایش تأثرات پیشین (کارما)، استفاده می‌شود (نگاه کنید به: اشتین، ۲۰۰۰).

کاروران ری‌کی معتقدند که نمادها به صورت معنادار و کاملاً واضحی تأثرات ذکر شده را القا می‌کنند. آیا این یک تأثیر تلقینی است؟ یا نمادها در واقع کهن‌الگوهایی^۵ در ناهشیار جمعی ما هستند که در ناهشیار ما رمزگشایی شده و موجب این تغییرات می‌شوند؟

آیا ممکن است که این تأثیرات و حتا خود نمادها نه از طریق تلقین مستقیم بلکه به صورت غیر مستقیم و یا از طریق ادراک فراحسی (ESP) به گیرنده منتقل شود؟

برخی استادان ری‌کی گزارش داده‌اند که حتا پیش از ارائه‌ی نمادها و پس از هم‌سوئی اولیه، در ذهن برخی کاروران، شکل‌هایی نقش‌بسته که بعداً متوجه شده‌اند که نمادهای ری‌کی است (همان، منبع).

در روان‌شناسی فرافردی انواع نمادها و شکل‌هایی که برای هدایت تخیل و در نتیجه تغییر در پویایی روان و جسم به کار گرفته می‌شود، ذکر شده است. روان‌نمادهایی^۳ را که به منظورهای درمانی به کار گرفته می‌شود، بر اساس مطالعات جرارد^۴ و واتکینز^۵ به سه دسته‌ی: تجسم نمادین کنترل شده^۱،

^۱ - Distance healing

^۲ - Archetypes

^۳ - John Rowan

^۴ - Robert Gerard

^۵ - Mary Watkins



تجسم نمادین خود به خودی^۱ و تجسم نمادین برای تحول روان - معنوی^۲، تقسیم نموده است (روان، ۲۰۰۵ و فراکسی، ۱۹۸۲).

در تجسم کنترل شده از نمادهای مشخصی مانند ماندالاهای و یانترها، خورشید یا کریستال‌ها برای هدایت توجه و القاء تغییرات مربوطه استفاده می‌شود.

در تجسم خود به خودی به ذهن اجازه داده می‌شود تا دریافت درونی، یک هیجان مانند خشم یا یک نشانه مانند درد، صورت نمادین و تجسمی به خود بگیرد. به این ترتیب ذهن به طور خودانگیخته فعال شده و با نمادپردازی آن تجربه به ابعاد پنهان آن آگاه شده و توانایی کنترل بر آن تجربه افزایش می‌یابد.

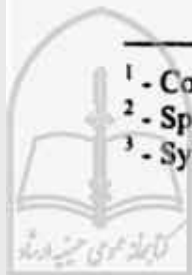
در تجسم نمادین برای تحول روان - معنوی، ذهن معطوف به خرد درونی، الهامات قلبی، اصول اخلاقی و ارزش‌های معنوی است و هدف آن متحقق نمودن این اهداف و ارزش‌های روحانی و در نتیجه تحول شخصیت است (نگاه کنید به: روان، ۲۰۰۵).

نمادهای ری‌کی از سویی جزو تجسم‌های نمادین کنترل شده می‌تواند قلمداد شود، مادامی که به شکل صوری و غیر معنایی از آنها استفاده می‌شود و در مواردی که به تأمل و مراقبه بر جنبه‌های معنایی و معنوی نمادها پرداخته می‌شود، نمادپردازی در جهت تحول روان - معنوی به حساب می‌آید. البته گزارش‌های بسیاری از تجسم خود به خودی اشکال نمادین متنوعی غیر از نمادهای رسمی ری‌کی توسط کاروان گزارش می‌شود که معمولاً برخورد روش‌مندی با آنها نمی‌شود.

¹ - Controlled visualization symbols

² - Spontaneous symbolic visualization

³ - Symbolic visualization for psychospiritual development



مراقبه‌ی تأملی بر اصول پنج‌گانه‌ی ری‌کی، زیرمجموعه‌ی تجسم‌های نمادین برای تحول روان - معنوی به حساب می‌آیند و مشخصاً در جهت به فعلیت رساندن این اصول در شخصیت و زندگی فرد، بکار گرفته می‌شوند.







فصل دوم
کالبدشناسی انرژیایی





سبک‌شناسی رهیافت‌های انرژیایی

هزاران سال است که بشر از شیوه‌های انرژیایی یا انرژی‌درمانی برای شفابخشی، بهره می‌برد. این شیوه‌ها که از قدیمی‌ترین اشکال شفابخشی به شمار می‌آید، در فرهنگ‌های مختلف، مطرح بوده و ایده‌ی ارتباط انرژیایی بین هر عنصری از جهان مادی با عنصر دیگر، هم در فرهنگ‌های شرقی و هم غربی، به شکل‌های مختلفی مطرح شده‌است (کوهاتسو، ۲۰۰۲) و از این جهت اهمیت فوق‌العاده‌ی در مطالعات انسان‌شناختی پزشکی، یافته است.

در غالب فرهنگ‌های کهن، این دانش، توسط برخی از مکاتب، به صورت شفاهی از رهبران معنوی به هنرجویان منتقل می‌شد.

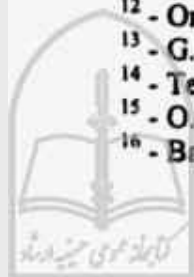
همان‌طور که پیش‌تر بیان شد، ری‌کی به معنای انرژی کیهانی - انرژی حیاتی^۱ است. ری‌کی نیرویی است که در کل جهان مادی اثر می‌کند و از دو بخش ری به معنای جنبه جهانی و بیکران انرژی و کسی که خود بخشی از «ری» است، و به معنای انرژی حیاتی در هستی است، تشکیل شده است.

این نیرو بر اساس تجربه‌های انرژیایی در فرهنگ‌ها و مذاهب مختلف شرق و غرب، نام‌های گوناگون به خود گرفته‌است، که در ساختار زبان‌شناختی آن فرهنگ، معنا و مفهوم پیدا کرده‌است و به این ترتیب متأثر از فلسفه و روش‌شناختی خاصی است. اصطلاح کی در فرهنگ ژاپنی، در چین؛ چی^۱، در

فرہنگ وادیی؛ پرانا^۱، و در مسیحیت؛ ایت^۲ و نزد صوفیہ؛ برکت نامیدہ می‌شود. اعتقاد بہ وجود چنین نیرویی، در میان قبایل آفریقایی با نام مگب^۳، در میان سرخپوستان منطقہ نیکوندو در شمال آمریکا با نام‌های الیما^۴ و واکان^۵ یا واکوندا^۶، در میان سرخپوستان شمال آمریکا با نام زیوکس^۷ و اُکی^۸ در میان سرخپوستان ہورون، اُرنڈ^۹ در قبایل سرخپوست ایروکز و بالاخرہ ہسینا^{۱۰} در جزایر ماداگاسکار، نشان‌دهندہی گستردگی این پدیدہ در فرہنگ‌های گوناگون و دلیلی بر اہمیت انرژی حیاتی در ساختار روان‌شناختی و نظام سلامت آنہاست.

رہیافت انرژیایی بہ سلامت نہ تنہا در فرہنگ‌های کهن ریشہ دارد، بلکہ در نظریات اندیشمندان عصر حاضر نیز حائز اہمیت است. ہنری برگسن با بیان این انرژی در اصطلاح یان^{۱۱} و ویلہلم رایش در مکتب روان‌شناسی بدن با اصطلاح اُرگن^{۱۲}، میدان‌های نوینی را برای مطالعہی این باور کهن گشودند. پرفسور جی کایزر^{۱۳} جریان الکتریکی در سطح و عمق زمین را، کہ در مناطقی با پتانسیل گوناگون الکتریکی بہ نوعی تعادل ایجاد می‌کند، تلوزوم^{۱۴} نامید. دکتر اُ. برونلر^{۱۵} و بارون فرسن^{۱۶} معتقد بودند این انرژی جنبہ حیاتی و کپہانی

-
- 1 - Prana
 - 2 - Ight
 - 3 - Mgebe
 - 4 - Elima
 - 5 - Wakan
 - 6 - Wakunda
 - 7 - Sioux
 - 8 - Oki
 - 9 - Orende
 - 10 - Hasina
 - 11 - Ian
 - 12 - Orgon
 - 13 - G.Kieser
 - 14 - Tellurism (Telluric Current)
 - 15 - O. Brunler
 - 16 - Baron Ferson



دارد، چنان که بقراط نیز سال‌ها پیش آن را نیروی شفابخش طبیعت نامید (باگینسکی و شارامون، ۱۹۹۷).

به این ترتیب، پدیده‌ی واحد، در پس گوناگونی‌های تنگناهای روش‌شناختی، زبان‌شناختی، فلسفی و معنایی در فرهنگ‌های گوناگون، نام‌های مختلفی به خود گرفته و درسیستم‌ها و سبک‌های متنوع ارائه شده است. در ادامه برخی از این نظام‌های شفابخشی به صورت اجمالی معرفی می‌شود.

نظام‌های شفا بخشی

بشر در طی تحول نظام‌های دانایی خویش، روش‌های انرژی - مبنای گوناگونی برای حفظ و ارتقاء سلامت خود و دیگران به کار گرفته‌است. برخی از این شیوه‌ها عبارتند از:

طب سوزنی^۱: بخشی از نظام پزشکی سنتی چین، که با تحریک نقاطی از بدن توسط سوزن‌هایی باریک، انرژی آن نقطه و در نتیجه مدار انرژی عضو مربوطه را فعال می‌سازد تا سلامت برقرار گردد.

طب فشاری^۲: مشابه طب سوزنی است با این تفاوت که انگشت‌ها برای تحریک نقاط به کار می‌رود.

چی کونگ: پرورش انرژی درونی، یک تمرین خود - درمانی برای کمک به نگهداری جریان کی در بدن و تسهیل ارتباط بدن، ذهن و روح، همچنین توسط درمانگران این سبک^۳ برای کمک به شفای دیگران به کار می‌رود.

1 - Acupuncture
2 - Acupressure
3 - Masters



تای چی: یک سری از حرکات فیزیکی نرم برای تحریک ساخت و گردش انرژی در جهت ارتقاء سلامت و شفایابی

آیکی دو^۱: هنر نظامی ژاپنی که کی (چی) را تقویت می کند. نو آموزان در حالی که هنر دفاع شخصی را می آموزند، از پدیده های ذهن - بدنی آگاه می گردند و توانایی کنترل جریان های انرژی را می یابند.

یوگا: نگرش فلسفی، روان شناختی و تمریناتی که تعادل ذهن، بدن و روح را تامین می نماید. یوگا یکی از جامع ترین نظام های کل نگر است که برای تمام سطوح جسمانی، روانی، انرژیایی و معنوی تمرینات و دستورالعمل هایی دارد.

قطبش درمانی^۲: درمانی لمسی برای تعادل جریان میان قطب های مثبت و منفی درون بدن است.

لمس درمانی^۳: فن انرژی پزشکی غیرمستقیم که از قرار دادن دست ها نزدیک بدن، که اغلب توسط پرستاران انجام می گیرد و از طریق هدایت انرژی های جهانی به میدانهای زیستی بیمار، عمل می کند.

لمس شفابخش^۴: فنی که توسط پرستاران ابداع شد و شامل مؤلفه های لمس درمانی است، اما همچنین تماس جسمانی مستقیم نیز با بیمار دارد.

هومیوپاتی^۵: استفاده از محلول های بسیار رقیق که از طریق انتقال انرژی مادهی درمانی به آب و تغییر شکل بلورینه گی آب، بر سلامت فرد اثر می گذارد.

- 1 - Aikido
- 2 - Polarity therapy
- 3 - Therapeutic touch
- 4 - Healing touch
- 5 - Homeopathy



رنگ، صدا و نوردرمانی: درمان بر پایه‌ی کاربرد ارتعاش‌های گوناگون از رنگ، نور یا صدا برای برقراری تعادل است. موسیقی درمانی یکی از این شیوه‌هاست.

دعا درمانی: شیوه‌یی از شفای معنوی که فرد، مستقل از هر مذهب خاصی از طریق ذهن‌اش با جهان مرتبط می‌شود و از این طریق خواست او عملی می‌شود.

ری‌کی: شیوه‌یی دیگر از فنون انرژی‌پزشکی غیرمستقیم که از طریق گشوده شدن مسیرهای انرژی حیاتی در فرد عمل می‌کند و موجب تغییر در وضع سلامت از طریق ارتباط تماسی، غیر تماسی یا از راه دور می‌شود (کوهاتسو، ۲۰۰۲).

کالبدشناسی انرژیایی

علم فیزیک، در دوران نخستین فلسفه‌ی یونان، در قرن ششم قبل از میلاد و در یک نظام فرهنگی سنتی، که در آن علم، فلسفه و دین از هم جدا نبود، ریشه دلد و هدف آن کشف سرشت یا طبیعت بنیادین یا اساس حقیقی اشیاء بود و چنین گرایشی البته فصل مشترک همه مکاتب شرقی نیز هست.

گرایش به علم تجربی و جداسدن علم از متافیزیک و پرسش‌های بنیادین انسان عملاً از زمان ارسطو آغاز شد. پس از یک دوره‌ی افول دانش تجربی در سده‌های میانه، در عصر نوزایی، رهایی از نفوذ قید و بندهای کلیسا، عصر نوینی را پیش روی فیزیکدانان قرار داد و گرایشی دوباره به طبیعت در میان اندیشمندان پیدا شد. اما این گرایش باز هم مبنی بر تفکیک افراطی معنویت و علم و البته روح و ماده، به عنوان دو قلمرو جداگانه و مستقل طبیعت، و لزوم کاهش‌گرایی در دریافت اشیاء بود. این تفکیک دکارتی به دانشمندان اجازه داد تا با ماده، مانند یک پدیده‌ی بی‌جان و ماشینی رفتار کنند و جهان مادی را به



صورت ماشین عظیمی که از تعداد زیادی قطعات مختلف تشکیل یافته بود، بنگرند، چنین جهان‌بینی مکانیکی به وسیله نیوتن استقرار یافت و زیر بنای فیزیک کلاسیک شد (کاپرا، ۱۳۶۸).

فیزیک کلاسیک و دیدگاه ماشین‌انگاران

اسحاق نیوتن (۱۶۴۲-۱۷۲۷) با ارائه‌ی تفکر مکانیکی از پدیده‌ها، جهان‌بینی فیزیکی عصرش را تغییر داد. وی اتم‌ها را بلوک‌های ساختمانی بنیادین جهان توصیف کرد که بر اساس سازوکاری مکانیکی عمل می‌نماید. ماهیت انرژی در این سیستم عبارت بود از ظرفیت انجام کار. معادلات حرکتی نیوتونی قوانینی ثابت بود و کل هستی را بر پایه قوانین لایتغیری که خداوند در آن نهاده است، تعبیر و تفسیر می‌نمود. اما، به زودی محدودیت‌های قوانین نیوتونی در نظریات میدانی^۱ مایکل فارادی^۲ و جیمز کلارک ماکسول^۳، بر ملا شد.

فارادی و ماکسول، با تولید انرژی الکترومغناطیسی توسط حرکت آهنربا، مفهوم میدان را جانشین نیرو کردند و نشان دادند که این میدان که به وسیله یک نیروی واحد تولید شده است، خواه بار دیگری در مجاورتش باشد، خواه نباشد، میدانی موجود است و این تحولی عمیق بود در ادراک بشری از واقعیت فیزیک و درک اشیاء و چیستی انرژی (همان منبع).

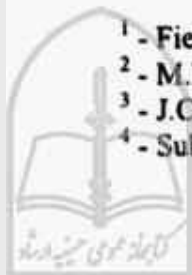
به این ترتیب در آغاز قرن بیستم فیزیکدانان دو نظریه‌ی موفق مکانیک نیوتن و الکترومغناطیس ماکسول را در اختیار داشتند، اما اکتشاف جهان اتمی و زیر اتمی^۴، محدودیت‌های غیرمنتظره‌ی در نظریه‌های کلاسیک آشکار نمود

^۱ - Field

^۲ - M. Faraday

^۳ - J.C. Maxwell

^۴ - Subatomic



که منجر به تجدید نظر اساسی در بسیاری از مفاهیم بنیادین فیزیک شد. این اکتشافات که با نظریات نسبیت اینشتین و فیزیک کوانتوم همراه بود، سرآغاز عصر جدیدی در فیزیک، به نام فیزیک نوین شد.

فیزیک نوین و معادلات کی

در یک نگاه اجمالی، نظریه‌ی نسبیت مربوط به مطالعه‌ی پدیده‌ها در سرعت‌های بسیار بالا و نزدیک به سرعت نور است و نظریه کوانتوم به مطالعه پدیده‌هایی در حدود ابعاد اتمی و زیر اتمی می‌پردازد.

آلبرت اینشتین به هماهنگی ذاتی طبیعت اعتقادی راسخ داشت و در سراسر زندگی علمی خود به کشف پایگاهی واحد برای فیزیک دلبسته بود. وی با ساخت چارچوبی مشترک برای الکترودینامیک و مکانیک یعنی دو نظریه‌ی جدا از هم فیزیک کلاسیک، نخستین گام‌ها را برای هدفش آغاز نمود. این چارچوب به عنوان نظریه‌ی نسبیت خاص مشهور است.

طبق نظریه‌ی نسبیت، فضا سه‌بعدی نیست و زمان پیوندی تنگاتنگ با آن دارد و به این ترتیب دستگاه یکپارچه چهار بعدی (زمان - فضا) تعریف گردید. مهم‌ترین پیامد این تغییر چارچوب این است که: ماده چیزی جز انرژی نیست. ارتباط بین این دو متغیر ماده و انرژی، در فرمول مشهور اینشتین $E = mc^2$ که در آن E : انرژی، m : جرم و c : سرعت نور هستند، خلاصه شده است. (همان منبع).

بروگلی^۱، از پیروان اینشتین، معتقد بود که جرم و نور هر دو اشکالی از انرژی هستند که می‌توانند به عنوان بخشی از یک موج توجیه شوند. این تئوری سرآغاز، نظریه‌ی کوانتوم بود (کوهاتسو، ۲۰۰۲).

برای درک مفهوم کوانتوم مثالی می‌آوریم:



به نظر می‌رسد که مقدار بعضی از کمیت‌ها هر عدد دلخواهی می‌تواند باشد. مثلاً شما هر مقدار آب که بخواهید می‌توانید تصور کنید. در حالی که تعداد دانش‌آموزان یک کلاس و یا تعداد الکترونهاى یک اتم و یا تعداد تخم‌مرغ‌های موجود در یک جعبه هر عدد دلخواهی نمی‌تواند باشند. بدین معنی که مثلاً تعداد الکترون‌های موجود در یک اتم نمی‌تواند $8/5$ باشد و یا شما نمی‌توانید تعداد $25/78$ تخم‌مرغ از یک جعبه بردارید. کمیت‌هایی که تعداد آنها همواره با مضرب درستی از یک کمیت بیان می‌شوند، کمیت‌های کوانتومی نامیده می‌شوند.

بدین ترتیب، کمترین مقدار ممکن از هر کمیت را مقدار پایه یا کوانتوم آن کمیت می‌نامند. بحث کوانتیده بودن کمیت‌ها، از انرژی آغاز شد (همان منبع). پذیرش مفاهیم نظریه‌ی کوانتوم حتی پس از تکمیل فرمول‌بندی آن هم آسان نبود و اثر آن بر تصورات فیزیکدانان واقعاً تکان دهنده بود. آزمایش‌های راترفورد نشان داده بودند که اتم‌ها به جای آن که سخت و تخریب‌ناپذیر باشند از نواحی بزرگی از فضا تشکیل یافته‌اند که در آنها ذرات فوق‌العاده کوچکی حرکت می‌کنند. تئوری کوانتوم روشن ساخته‌است که این ذرات، بر خلاف اجسام صلب متعارف در فیزیک کلاسیک، ماهیتی دوگانه دارند و گاهی به صورت ذرات و گاهی به شکل امواج خود نمایی می‌کنند.

از سوی دیگر تمام قوانین فیزیک اتمی با زبان احتمالات بیان می‌شود وقوع یک رویداد اتمی را نمی‌توان با یقین پیش‌بینی کرد. به این ترتیب در می‌یابیم که طبیعت بر اساس واحدهای زیربنایی مجزایی از یکدیگر بنیان نگرفته‌است، بلکه بیشتر به صورت یک بافت یا شبکه‌ی ارتباطی پیچیده بین اجزای مختلف یک کل، متظاهر است و این همان راهی است که متصوفین شرقی برای تجربه‌ی این جهان پیموده‌اند.



وجود طبیعت اشیاء از یک وابستگی دوسویه نشأت می‌گیرد، آنها در خودشان چیزی نیستند^۱ (از سخنان بودا)

و به تعبیر جوزف نید هام، در زمانی که فلسفه‌ی اروپایی متمایل به یافتن حقیقت در جوهر بود، فلسفه شرقی گرایش به یافتن آن در رابطه داشت. اما، تئوری کوانتوم و نسبیت درک خواص ذرات زیر اتمی را تنها در یک زمینه نیرو سرشتی، یعنی شرایط در حال حرکت و پویا و عملی دو جانبه و تعاملی، ممکن دانستند. چنین برداشتی از جهان هستی در فیزیک اتمی و زیر اتمی، و همچنین در مذاهب شرقی همچون آیین برهمایی به شکل تصویری است از جهان با حرکات موزون، رو به رشد و با سازمانی اندام‌وار^۱، تصویری است از بزرگ‌جهانی که در آن همه‌چیز در سیلان و پیوسته در تغییر است و در آن تمام شکل‌های ایستا و ساکن، تنها مفاهیمی غیرواقعی هستند.

تا جایی که، مفهوم نیرو در فیزیک نوین جای خود را به اثرات متقابل بین ذرات که به وسیله‌ی میدان‌ها صورت می‌گیرد، داده‌است و به گفته‌ی نیرینگ: ^۱میدان در همه‌جا و همه‌وقت وجود دارد و هرگز پاک نمی‌شود.

به این ترتیب خلاء، تهی نیست بلکه، محتوی تعداد بیشماری ذره است که به گونه‌ی پایان‌ناپذیر هست‌شده و نیست می‌شود و ذرات در این روند ضربانی از آفرینش و ویرانش، مجری یک رقص انرژی هستند که این سیلان بی‌وقفه انرژی که در بی‌نهایت شکل و الگو در یکدیگر ذوب می‌شوند، بزرگ‌جهانی است در حالت رقص که یادآور رقص شیواست (کاپرا، ۱۳۶۸).

بنابراین برای دانشمندان فیزیک معاصر، رقص شیوا، رقص ماده زیر اتمی است که رقصی مداوم از آفرینش و ویرانش است که فراگیر کل عالم هستی است.



این حرکت موزون و بی پایان هستی نشان می‌دهد که، خلاء به واقع یک فضای خالی زنده است که در آن ارتباطی پویا بین ذرات وجود دارد. چانگ زای (۱۰۲۰-۱۰۷۷م)، حکیم چینی، این یافته‌های فیزیکدانان را، خیلی پیش‌تر چنین بیان نمود:

بیکرانی فضا، اگر چه تهی بزرگ خوانده شده، یکسره تهی نیست، بلکه سرشار از چی است. در واقع چیزی چون تهی یافت نمی‌شود. (جای و جای، ۱۳۶۹).

انرژی چی یا کی هم مانند میدان کوانتومی به مثابه‌ی شکل رقیق و غیرقابل درک ماده که در سراسر فضا حضور داشته و می‌تواند درون اجسام صلب متراکم شود، مفروض می‌گردد. چانگ زای در جای دیگر می‌گوید:

وقتی که انرژی چی متراکم می‌شود، حالت و کیفیت مرئی شدنش به گونه‌ای است که گویا شکل‌هایی از اشیای خاص ظاهر شده‌اند و هنگامی که انرژی چی پراکنده می‌شود مرئی بودنش از بین رفته و شکل‌ها در هم تائیده می‌شوند.

به این ترتیب این انرژی به طور منظم متراکم شده و دوباره پراکنده می‌گردد و در این گیر و دار تمام شکل‌هایی را که سرانجام در فضای خالی، فانی می‌شود به وجود می‌آورد. این خلاء عظیم نمی‌تواند شامل چیزی جز انرژی کی باشد و این انرژی نمی‌تواند متراکم شود، مگر برای تشکیل اشیاء و این اشیاء نمی‌توانند از هم بپاشند مگر برای این که یک‌بار دیگر آن خلاء عظیم را تشکیل دهند.

به این ترتیب انرژی کی هم مانند تئوری میدانی کوانتومی نه تنها جوهر زیربنایی تمام اجسام مادی است، بلکه حاصل اعمال متقابل آنها به شکل امواج نیز هست.



از سوی دیگر، مفهوم ری کی، یعنی ری، که معنی اصلی آن در ریگودا، حرکت و جریان همه اشیاء و نظم طبیعت است، پویا بودن جهان هستی را نشان می‌دهد. حکمای چینی نیز همانند پیامبران ودایی، جهان را به صورت جریان پیوسته‌ی تغییرات می‌نگریستند.

این برداشت از مفهوم ری بعدها برای تبیین اثر متقابل و پویای تمام اشیاء و رویدادها در اصطلاح کارما به کار رفت. و چنان که در فیزیک کوانتوم شیء، مستقل معنا ندارد و در رابطه و تعامل معنا می‌یابد، در ری کی نیز سلامت و حیات بر اساس ارتباط پویای ری کی تبیین می‌شود و از طریق گشودگی و هم‌سویی سعی در برقراری بدون اختلال این ارتباط دارد.

بنابراین، ری کی در این مفهوم، به معنای جریان پویای انرژی کی در کل عالم هستی است که با حرکتی موزون به آفرینش و ویرانش ذرات و رویدادها مشغول است.

❁ یکی از دلایل درگیر نشدن علم پزشکی با این مفاهیم و سعی در درک کالبد انرژیایی اینست که پزشکی مدرن هنوز بر پایه مفاهیم مکانیکی نیوتونی و منطق کاهش‌گرایانه دکارتی است (کوهاتسو، ۲۰۰۲) و پیشرفت‌های نوین دانش فیزیک را باور نکرده است. به تعبیر دیپاک چوپرا، حرفه‌ی پزشکی هنوز درگیر "جهش کوانتومی" نشده و واژه‌ی کوانتوم، کاربرد بالینی خاصی ندارد. درمان کوانتومی از پدیده‌های بیرونی و فن‌آوری‌های پیشرفته فاصله می‌گیرد و به سوی عمیق‌ترین هسته‌ی اصلی نظام ذهن - بدن حرکت می‌کند. روند شفا، از این هسته اصلی آغاز می‌گردد. برای رسیدن به این نقطه و یادگیری شیوه‌های درمانی، می‌باید از سطوح بیرونی بدن گذشت و به نقطه پیوست ذهن - بدن رسید. نقطه‌یی که آگاهی، تأثیر خود را آغاز می‌نماید (چوپرا، ۱۳۸۳).



به تعبیر دزیماکو^۱ (۱۹۹۹)، فیزیک نوین سازگاری بیشتری با سنت‌های عرفانی پیشین دارد و چارچوب مناسب‌تری برای درک و مفاهیم سنتی شفابخشی است.

انرژی پزشکی، در تلاش است که با به کارگیری نگرش‌ها و مفاهیم فیزیک نوین، ماهیت ساز و کارهای این نظام‌های شفابخشی را توجیه و بیان کند.

کالبد انرژیایی

به طور سنتی در فرهنگ هند و چین کالبدشناسی انرژیایی عمدتاً مبنای درک آسیب‌شناسی و فیزیولوژی است. برخی انسان‌شناسان پزشکی این کالبدشناسی را در قالب دیدگاه‌های فرهنگی به بدن مورد مطالعه قرار می‌دهند. ولی این پرسش در این‌جا مطرح می‌شود که آیا کالبد انرژیایی صرفاً بخشی از انگاره‌ی بدنی^۲ شرقی است؟

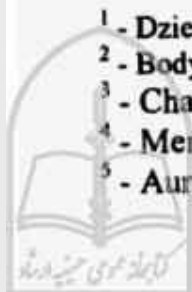
در فصل سازوکارها یافته‌های عینی و تجربی که ابعاد فیزیکی و فیزیولوژیکی وجود این کالبد انرژیایی را تشریح می‌نماییم و در این‌جا به معرفی کالبدشناسی انرژیایی سنتی و مفاهیم بنیادی اکتفا می‌کنیم.

دست کم سه شکل مجزا در کالبد انرژیایی مطرح است: چاکراها^۳، کانال‌ها^۴ و هاله^۵

۱- چاکراها

مفهوم چاکرا از فلسفه شرقی و دکترین یوگا نشأت می‌گیرد؛ معنای لغوی آن در زبان سانسکریت، چرخ می‌باشد (کوهاتسو، ۲۰۰۲).

- 1 - Dziemidko
- 2 - Body image
- 3 - Chakras
- 4 - Meridians
- 5 - Aura



فرآیندهای پیوند دهنده‌ی ذهن و بدن در یوگا، رخداد‌های پرانیک^۱، هستند که کالبد لطیف - که خود شامل سه کالبد پرانا، ذهن و خرد است که هم‌پوشانی دارند - را صورت می‌بخشد و نیرو می‌دهد، خود^۲، توسط پرانا احیا می‌شود و از تعامل خود و پرانا، ذهن و در مراتب بعدی قوای عملی و شناختی، پدید می‌آیند (راجارشیمونی^۳، ۱۹۹۹). این تعامل‌های پرانیک در سطوح مختلف کالبد جریان می‌یابند و فعالیت‌های حیاتی را اعم از فیزیکی و شناختی سامان می‌دهند (گلی، ۱۳۸۲).

پرانا، بسیط و نامیرا است و از طریق موجودات زنده به ظهور می‌رسد و توسط قوانین زیست‌شناختی تنظیم می‌شود. در واقع همه موجودات زنده از درهم آمیختن پرانا با ماده به وجود آمده‌اند، گرچه پرانا چیزی نیست که اساساً متمایز از ماده باشد و هر دو از یک جوهر بنیادین به نام پرانای کیهانی^۴ یا انرژی ازلی منشاء می‌گیرند. پرانای کیهانی کیفیتی شبیه به ذهن است و به همین دلیل آن را شعور کیهانی نیز می‌خوانند که گوهری غیر مادی است و پرانا که واسطه ذهن - بدن است در ارتباط دائمی با آن است (گویی کریشنا^۵، ۱۹۹۸).

کالبد لطیف دارای کانون‌هایی است که اصطلاحاً آنها را چاکرا می‌نامند و مسیرهایی که آنها را به هم پیوند می‌زند و سرتاسر بدن را از انرژی حیاتی تغذیه می‌کند، ناد^۶ نامیده می‌شوند. نادها مدارهای انرژی هستند و انسداد یا مشکل در آنها یا اختلال در کار هر یک از کانون‌های انرژی می‌تواند باعث بروز اختلالات جسمی، روانی یا معنوی گردد (گویی کرشنا، ۱۹۹۸).

1 - Pranic events

2 - Self

3 - Rajarshimuni

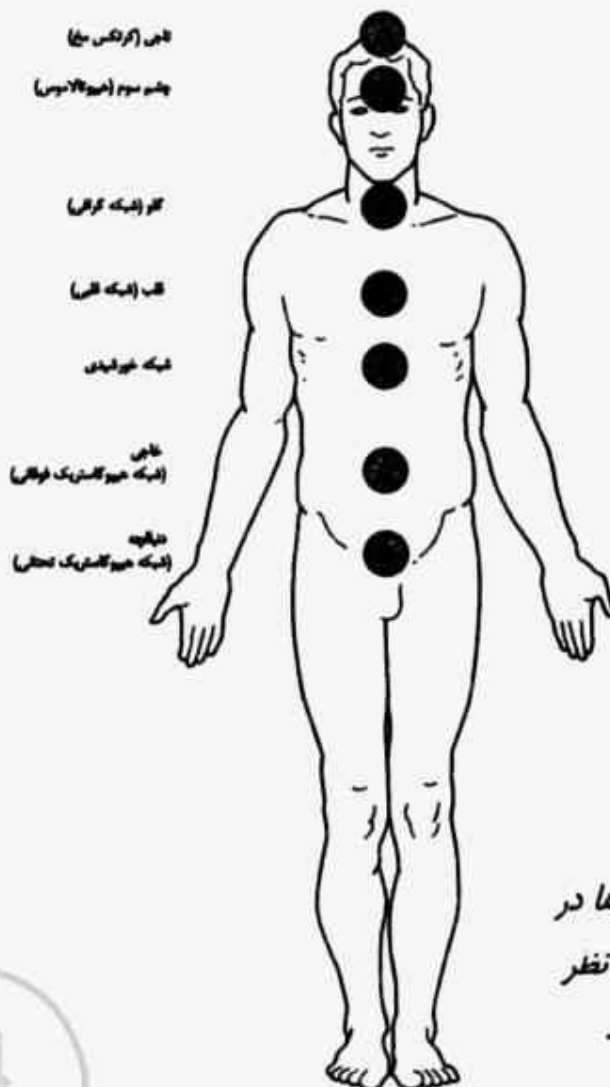
4 - Prana

5 - Gopikrishna

6 - Nadis



دریوگا، هفت (و گاهی هشت) کانون اصلی انرژیایی مشخص شده است که در امتداد ستون مهره‌ها و مجسمه قرار دارند و به نظر می‌رسد به ترتیب از پائین به بالا با شبکه‌های عصبی هیپوگاستریک تحتانی، هیپوگاستریک فوقانی، سلیاک، قلبی و گردنی و هیپوتالاموس و کرتکس مخ، در ارتباط باشند (گویی کریشنا، ۱۹۷۸). در یوگا فیزیوپاتولوژی بیماری‌ها بیشتر براساس نوسانات و اختلالات پرانا در کانون‌ها و مسیرهای انرژی توضیح داده می‌شود. این مراکز انرژی، هماهنگ کننده‌ی سطوح جسمی، هیجانی، ذهنی و معنوی ارگانسیم انسانی هستند (شکل ۱-۲).



شکل ۱-۲ - جایگاه تقریبی چاکراها در بدن و شبکه‌های عصبی که به نظر می‌رسد با آنها در ارتباط می‌باشند.



در کالبدشناسی یوگا نمی‌توان مرز دقیقی بین روح و بدن یافت و در یک سیر تدریجی روح به تدریج متراکم‌تر شده و کالبد ملموس را پدید می‌آورد. از آتمن یا روح فردی در تعامل با طبیعت، نخست کالبد سببی یا کالبد سرور^۱ و سپس به ترتیب کالبد خرد^۲، کالبد ذهنی^۳، کالبد پرانیک^۴ و کالبد سخت^۵، پدید می‌آید و افق روح و ماده به نرمی درهم می‌شود (گلی، ۱۳۸۲).

نظام چاکراها، ترسیمی آرمانی و کهن‌الگویی از بلوغ فرد، در طی هفت مرحله مجزاست و هر یک دارای مفاهیم استعاره‌ی و معنایی خاصی است. کارولین میس^۶ (۱۳۷۹)، چکیده‌ی از درس‌های معنوی زندگی را که با هفت چاکرا نشان داده می‌شوند، به این ترتیب شرح می‌دهد:

چاکرای اول (مولاداهارا): درس‌های مربوط به دنیای مادی

چاکرای دوم (سوادیستانا): درس‌های مربوط به تمایلات جنسی، کار و

امیال جسمانی

چاکرای سوم (مانی پورا): درس‌های مربوط به من^۷، شخصیت و عزت

نفس

چاکرای چهارم (آناهاتا): درس‌های مربوط به عشق، گذشت و همدردی

چاکرای پنجم (ویشودها): درس‌های مربوط به اراده و ابراز وجود

چاکرای ششم (آجنا): درس‌های مربوط به ذهن، شهود، بینش و عقل

چاکرای هفتم (سahasara): درس‌های مربوط به معنویت.

تفسیرهای گوناگون و متعددی از نظام چاکرایی وجود دارد (به عنوان مثال:

کمپل، ۱۹۷۴؛ بروجی، ۱۹۷۹؛ آن برن، ۱۹۸۷ و جوهری، ۱۹۸۷).

¹ - Anandamaya Kosha

² - Vijnanamaya Kosha

³ - Manamaya kisha

⁴ - Pranamaya kosha

⁵ - Anamaya Kosha

⁶ - Caroline Myss

⁷ - Ego



در جدول ۱-۲، یک جمع‌بندی از ارتباط چاکراها با کالبد جسمانی، کارکرد شناختی و عاطفی و نیز بیماری‌های مربوطه به اختلالات عملکرد هر یک از آن، آمده است.

لازم به ذکر است که این دلالت‌ها بیشتر تجربی و کیفی بوده و کمتر به آزمون سیستمی و علمی در آمده است.



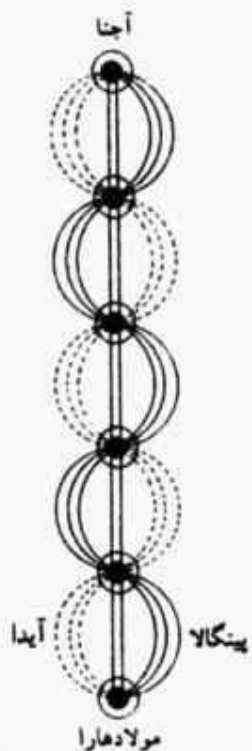
جدول ۱-۲- ارتباطات کالبدشناسی، روان‌شناختی و آسیب‌شناختی چاکراها

چاکرا	اندام‌ها مرتبط	حالات ذهنی و عاطفی	اختلالات مرتبط
اول مولادهارا	تکبه گاه بدن، قاعده ستون فقرات، اندامهای تحتانی، استخوانها پاها از مع به پایین، راست روده، سیستم ایمنی	امنیت و مصونیت مادی، خانواده و گروه، توانایی تأمین مایحتاج زندگی، توانایی دفاع از خود، احساس راحتی و امنیت خاطر، قانون و نظم اجتماعی و خانوادگی	کمر درد مزمن، سیاتیک، واریس، تومورها، سرطان راست، روده، افسردگی، اختلالات ایمنی
دوم سوادهیستانا	اندام های جنسی، روده ی بزرگ، مهره های پایین ستون فقرات، لگن، آهاندیس مثانه، نواحی، مفصل ران	تقصیر و گناه، پول و شهوت، قدرت و کنترل خلاقیت منش و احترام در روابط	کمر درد مزمن، سیاتیک، مشکلات زنان - مامایی، درد کمر و لگن ناتوانی جنسی، مشکلات ادراری
سوم مانیپورا	شکم، معده، روده کوچک کبد کیسه صفرا، کلیه، لوزالمعده، غدد فوق کلیه، طحال قسمت میانی ستون فقرات	اعتماد ترس و تهدید عزت نفس، اعتماد به نفس و مناعت طبع، مراقبت از خود و دیگران، مسئولیت پذیری، تصمیم گیری، حساسیت نسبت به انتقاد، احترام به خویش	التهاب مفصل، زخم های معده یا اثنی عشر، ناراحتی های روده بزرگ، کوچک التهاب لوزالمعده، دیابت، سوء هاضمه مزمن، حاد بی اشتها، بی جوع، اختلالات کبدی، پرفان، اختلالات غدد فوق کلیه
چهارم آناهاتا	قلب و دستگاه گردش خون، ریه ها، شانه ها و بازوها، دنده ها، پستان ها، دیافراگم، تیموس، قسمت فوقانی پشت و شانه	عشق و انزجار، رنجش و دلخوری، اندوه و خشم، خود مرکزی، تنهایی و تهدید، گذشت و دلسوزی، امید و اعتقاد	نارسایی احتقانی قلب، انفارکتوس میوکارد، افتادگی دریچه ی میترال، بزرگ شدن قلب، آسم، حساسیت، سرطان ریه، پنومونی، سرطان پستان
پنجم ویشودهی	گلو، تیروئید، نای، مهره های گردن، دهان، دندانها و لثه، مری، پاراتیروئید، هیپوتالاموس	انتخاب و قدرت اراده، خود آزاری، پیگیری رویای شخصی، استفاده از قدرت شخصی در خلاقیت و سازندگی، اعتیاد قضاوت و انتقاد، ایمان و علم، ظرفیت تصمیم گیری	سوزش گلو، گلو درد مزمن، زخم های دهان، بیماری های لثه، مشکلات مفصل گیجگاهی، اسکولیوز، لارنژیت (التهاب حنجره)، تورم غدد لنفاوی، اختلالات تیروئید
ششم آجنا	مغز، سیستم عصبی، چشمها، گوش ها، بینی، غده صنوبری، غده هیپوفیز	خود ارزیابی، حقیقت، توانایی های عقلی، احساس کفایت، احترام به نظرات دیگران، توانایی آموختن از تجربه ها، هوش هیجانی	تومور، خونریزی، ضربه مغزی، اختلالات عصبی، کوری، کوری، گرفتاری های سراسر نخاع، ناتوانایی های یادگیری، تشنج
هفتم سahasara	دستگاه عضلانی، دستگاه اسکلتی، پوست	توانایی اعتماد به زندگی، ارزش ها، اخلاقیات، شهامت، آسان دوستی، از خود گذشتگی، توانایی رویت، ایمان و الهام، مصونیت و ایثار	اختلالات انرژیایی، افسردگی فلسفی، نشانگان خستگی مزمن، حساسیت افراطی نسبت به نور، صدا و سایر عوامل محیطی



۲- کانال‌ها

کانال‌های محوری و اصلی انرژی، چاکراها را به هم مرتبط می‌نمایند و شبکه‌یی از مسیرهای انرژیایی نیز وجود دارد، که کالبد جسمانی و کالبد انرژیایی را به هم مرتبط می‌کند. شباهت این مسیرها به شاخه‌های درخت، نماد درخت زندگی را، که در فرهنگ‌های گوناگون به کار می‌رود، تداعی می‌کند (اشتین، ۲۰۰۰). در سنت ودایی، به سه کانال یا مسیر محوری، کندالینی گویند، که در کالبد انرژیایی قرار داشته و تا انتهای دنبالچه امتداد دارد، مسیر مرکزی یا سوشومنا از چاکرای تاجی تا ریشه امتداد دارد و ارتباط زمینی - فرازمینی را میسر می‌سازد. در سطح کالبد فیزیکی این مسیر مرتبط با نخاع شوکی و سیستم اعصاب مرکزی (CNS) است. دو مسیر اصلی آیدا و پینگالا که در جهت مخالف یکدیگر و حول سوشومنا حرکت می‌کنند، و گاهی با نام‌های شاکتی^۱ و شیوا^۲ نیز شناخته می‌شود و مسیر هدایت نیروهای زنانه و مردانه قلمداد می‌شوند (شکل ۲-۲).

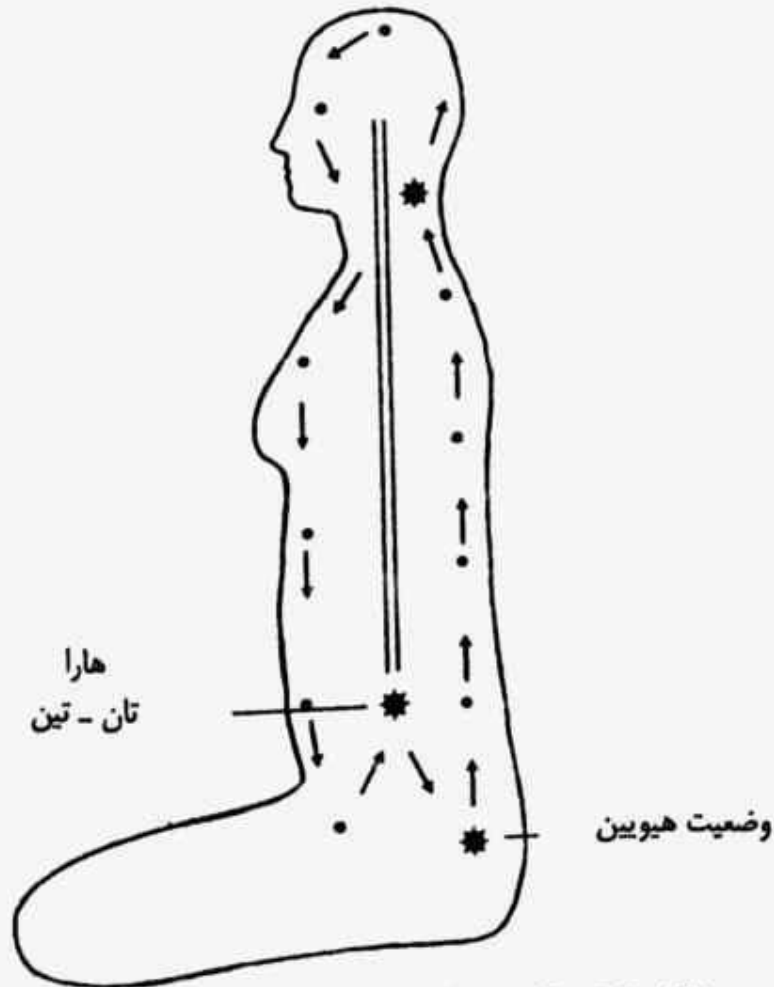


شکل ۲-۲ - سه کانال اصلی انتقال انرژی
زیستی بر مبنای کالبدشناسی یوگایی
به نقل از ساتیاناندا ۱۹۹۶

۱ - Shakti
۲ - Shiva



این دو کانال در مسیر سوشومنا به شکل مارپیچ امتداد دارند و انرژی را در بین چاکراها هدایت و متوازن می‌کنند. آیدا مسیر نیروی زنانه است و حرکت رو به پایین در جلوی بدن دارد، در حالی که پینگالا مردانه بوده، و به سمت بالا در امتداد ستون فقرات در جریان است (شکل ۳-۲).



شکل ۳-۲- قوس نزولی و صعودی انرژی زیستی - به نقل از اشپین ۲۰۰۰

در چین و ژاپن، این سه کانال، نام‌های دیگری به خود گرفته است. کانال مرکزی، بر اساس موقعیت‌اش، در ژاپن، مسیر مرکزی نامیده می‌شود. مسیرهای توآمان جانبی که در طرفین در حرکتند، مجرای کارکردی^۱ و



مجرای رهبری^۱ نامیده می‌شوند. مجرای زنانه (یین) است و از زیر لب پایین تا پرینه^۲، بین مقعد و آلت تناسلی، یا هیوین^۳، امتداد یافته و از جلوی بدن پایین می‌آید. در مقابل، مجرای رهبری یا مردانه (یانگ)، از نقطه هیوین آغاز شده و از پشت بدن در امتداد ستون فقرات در سمت بالا در جریان است و در بالای لب بالایی خاتمه می‌یابد (اشتین، ۲۰۰۰).

از دیدگاه طب سوزنی، سیستم کانال‌ها^۴ (مریدین‌ها یا جینگ‌لو) یک سیستم منحصر به فرد از رشته‌های درهم بافته شده مثل تافته ی ابریشم است. جینگ به معنای تار و لو به معنای پود است. از طرفی جینگ به معنای متفاوتی چون: مریدین، کانال و مجرا^۵ و واژه لو نیز به معنای اتصال^۶ و شبکه^۷ ترجمه شده‌اند. وقتی این دو واژه در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند بیانگر رشته‌های عمودی و افقی است که در هم تنیده شده‌اند و در سطح و عمق بدن به عنوان مسیری برای گردش و انتقال کی یا چی عمل می‌کنند. لو در واقع شاخه‌ها و تقسیمات فرعی جینگ است (بیرج، ۱۹۹۹). خود لو نیز به شاخه‌های کوچکتری به نام سان لو تقسیم می‌شود. این تقسیم شدن جینگ به لو و سان لو مانند تقسیم شدن شریانهای بزرگ به شریان‌های کوچک و در نهایت مویرگ‌هاست (وسپی و المیس، ۱۹۸۵) (شکل ۲-۴).

بنابراین، کانال‌ها مسیرهایی هستند که کی در آنها حرکت کرده و یین و یانگ^۸ را تنظیم می‌کند و از این طریق عملکرد تمامی ارگان‌های بدن را کنترل می‌کند (شریفی، ۱۳۸۲).

¹ - Governing Vessel

² - Perineum

³ - Hui Yiu

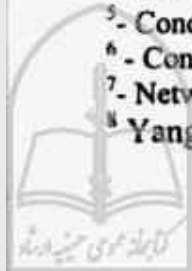
⁴ - Channels = Meridians=Jing-luo

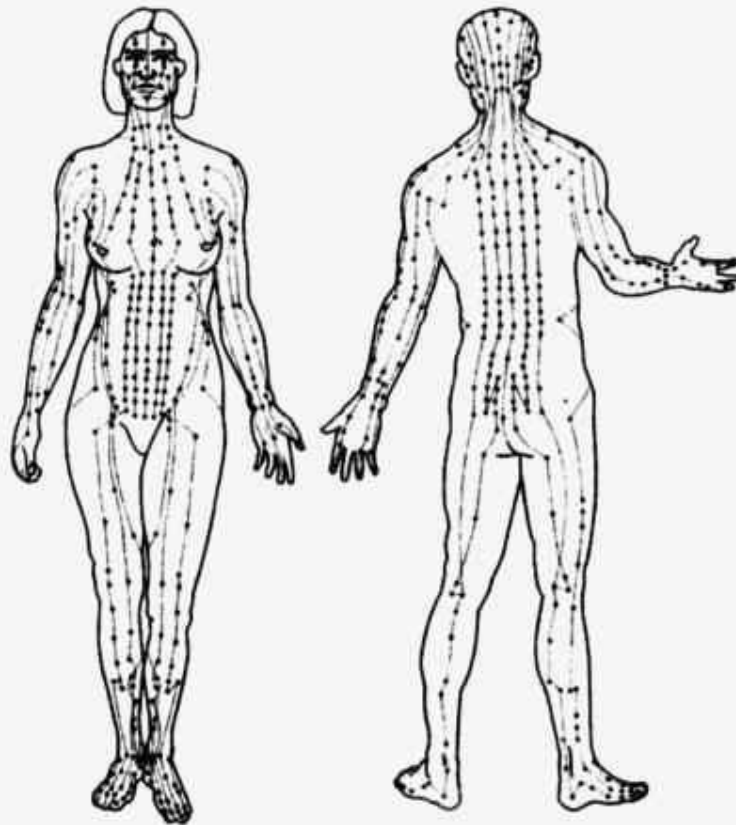
⁵ - Conduit

⁶ - Connection

⁷ - Network

⁸ Yang





۴-۲- کانال‌های انرژی (مریدین‌ها) و نقاط انعکاسی در طب سوزنی

به اعتقاد مارچینیاک، نیروی حیاتی کی را می‌توان بر مبنای اطلاعات توضیح داد (بیر و همکاران، ۱۹۹۲). او، کدهایی اطلاعاتی - انرژیایی را تعریف نمود و بر این مبنا، الگوی مشابهی بین کدهای اطلاعاتی ذخیره شده در ماریج DNA و کدهای انرژیایی ذخیره شده در کانال‌ها و چاکراهای بدن، یافت فرضیه‌ی او مبتنی بر کدهایی به شکل رشته‌هایی نورانی است که ظریف‌ترین اطلاعات ناهشیار ما نیز در آنها کدگذاری شده است. در برخی تمرینات انرژیایی این رشته‌ها مانند زنجیره‌های DNA گشوده شده و خوانده



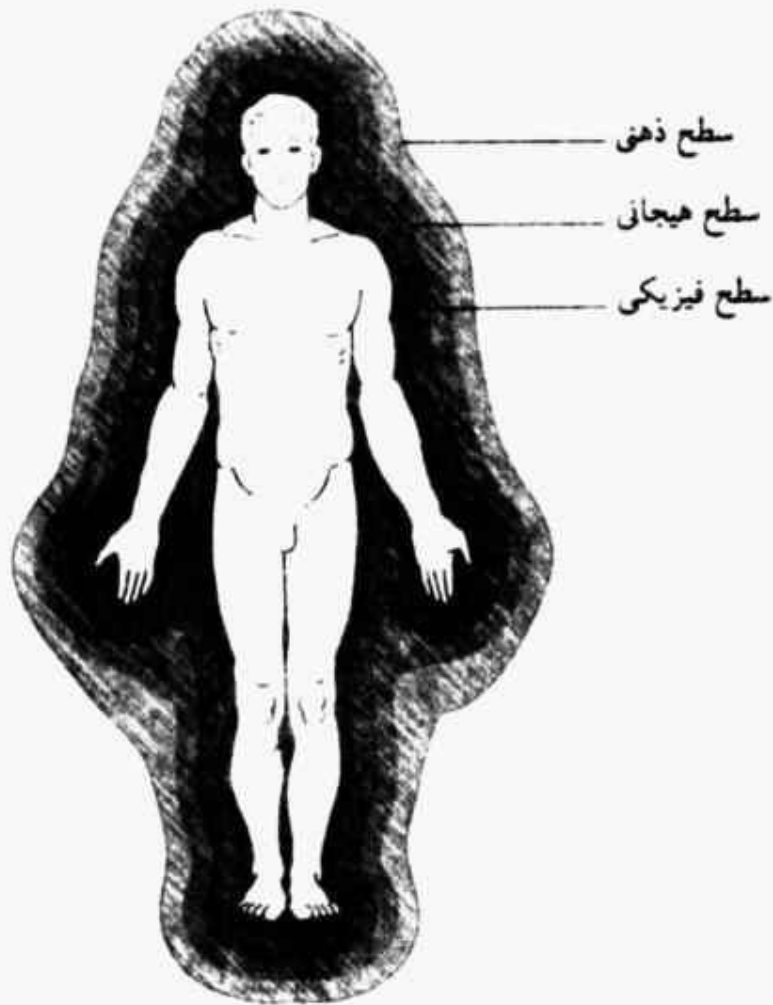
می‌شود و از این طریق حالاتی از بیداری معنوی و تحولات روان‌شناختی پدید می‌آید. او شفایابی را سازماندهی مجدد این شبکه نورانی می‌داند. این دیدگاه با نظریه مالون (۱۹۹۱) که میدان انرژی زیستی را منبع تجربیات ناهشیار فرد می‌داند، هم‌سو است.

جدول شماره ۲-۲- انواع کانال‌ها و عملکرد آنها در بدن از دیدگاه طب سنتی چین (TCM) (به نقل از مانکا^۱ ایتالی^۲ و برچ، ۱۹۹۵؛ الیس و همکاران، ۱۹۹۱)

نام	نوع	تعداد در بدن	عملکرد
جینگ مای	کانال اصلی	۱۲	کی ساختاری در آنها گردش می‌کند و نقاط طب سوزنی روی آنها قرار دارند.
لو مای	کانال‌های ارتباطی	۱۵	کانال‌های جایگزین برای گردش کی
جینگ بی	کانال‌های انشعابی	۱۲	کانال‌های جایگزین برای گردش کی
جینگ جین	کانال‌های بافتی	۱۲	همراه با بافت عضلانی بدن حرکت می‌کند. خم می‌شوند و کشیده می‌شوند.
کی جینگ مای	کانال‌های فرعی یا اضافی	۸	به عنوان مخزن کی عمل کرده و انتشار آن را تنظیم می‌کند.

هر کانال مسیر مشخصی در سطح بدن دارد که معمولاً در تصاویر و نقوش سنتی و مدرن ترسیم شده‌اند و همچنین یک مسیر مشخص در داخل بدن دارد که حداقل دو ارگان داخلی بدن را به هم متصل می‌کند (شریفی، ۱۳۸۲).
۳- هاله^۱

میدان زیست انرژی^۲ با محدوده‌ی جسمانی بدن پایان نمی‌یابد، بلکه در آن حرکت می‌کند، به بیرون گسترش می‌یابد و ما را در بر می‌گیرد و در تعامل با میدان‌های انسانی و غیر انسانی محیطی قرار می‌گیرد.

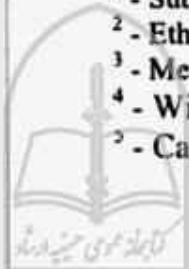


شکل ۲-۵. لایه‌های هاله، براساس تجربیات کاروران تجربی و متون سنتی



ہالہ از لایہ یی انرژیایی کہ بہ عنوان کالبدہای لطیف^۱ شناختہ می شود، ایجاد می گردد. کہ این کالبد در برخی نگرش های سنتی دربر دارندہی، کالبد اثیری^۲، کالبد ذہنی^۳، کالبد خرد^۴ و کالبد سرور یا سببی^۵، دانستہ می شود. نزدیک ترین لایہ بہ کالبد جسمانی، کالبد اثیری است و مهم ترین کالبد مورد توجہ شفابخشی های سنتی است، زیرا معتقدند این کالبد یک طرحوارہی کامل از بدن را در خود دارد (کوهاتسو، ۲۰۰۲).

-
- 1 - Subtle
 - 2 - Etheric body
 - 3 - Mental body
 - 4 - Wisdom body
 - 5 - Causal body





فصل سوم
سازوکارها





✪ برای زیست‌شناسان، ارتباط بین میدان‌های انرژی و حیات بیش از ۴۰۰ سال مورد بحث و جدل بوده است؛ این جدال اساساً یک اختلاف‌نظر بنیادی در مورد طبیعت حیات است. این رقابت فلسفی، احساسات و عقاید تعصب‌آمیزی به وجود آورده که به تقابل دو دیدگاه ماشین‌انگاری^۱ و زندگی‌باوری^۲ باز می‌گردد.

ماشین‌انگاران معتقدند که حیات از قوانین فیزیکی و شیمیایی پیروی می‌کند و در نهایت به‌طور کامل توسط این قوانین توجیه خواهد شد. در مقابل، زندگی‌باوران در طول تاریخ همیشه بر این باور بوده‌اند که حیات قابل تبیین با قوانین معمول فیزیکی و شیمیایی نیست و یک نیروی حیاتی اسرارآمیز و مستقل از قوانین شناخته شده طبیعت در کار است و همین نیرو، عامل تمایز ماده‌ی زنده از غیر زنده است (اوشمن، ۱۳۸۲).

ولی آیا ما مجبور به انتخاب یکی از دو روش تحلیلی ماشین‌انگاران‌هی دقیق ولی غیرواقعی یا روش نادقیق، غیرعینی ولی کل‌نگر زندگی‌باورانه هستیم؟ آیا با روشی عینی و استقرایی نمی‌توان به تصویر جامع و روشن از انسان رسید؟

تا کمتر از دو دهه‌ی پیش جواب این پرسش‌ها منفی بود، گرچه حرکت‌هایی در ارتباط با توضیح حیات بر مبنای فیزیک کوانتوم



(شروودینگر، ۱۹۴۵) و نیز مطالعاتی مانند پژوهش‌های هارولد ساکستون بار^۱ بر روی میدان‌های زیستی و کنترل این میدان‌ها بر شکل‌گیری ارگان‌ها و اندام‌ها (اوشمن، ۱۳۸۲)، صورت گرفته بود ولی هنوز یک تحلیل و نگرش علمی مستقل را به خود نگرفته بود. پژوهش‌های آزمایشگاهی و بالینی متعدد در زمینه‌ی فیزیک، زیست‌شناسی، زیست‌شیمی، زیست‌فیزیک، مخابرات و فیزیولوژی صورت گرفت و به آرامی علم انرژی پزشکی از آن پدید آمد. دانشی که رخدادهای انرژیایی، تأثیرات حیاتی و درمانی آن و نیز یکپارچه‌گی اندام‌وار کالبد انرژیایی را مورد مطالعه قرار می‌دهد.

روش پژوهش انرژی پزشکی کاملاً عینی و استقرایی است ولی به هیچ وجه با نگاه ماشین‌انگارانه سازگار نیست. گرچه مبتنی بر کلی‌گویی‌های زندگی‌باورانه نیز نیست.

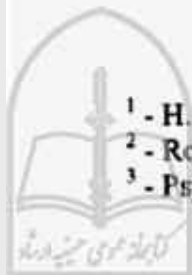
انرژی پزشکی در سال‌های اخیر مبنایی عینی و عملی برای درک همه جانبه و ارگانسمی زندگی فراهم آورده است.

✿ از سوی دیگر از سال ۱۹۷۹ رابرت آدر^۲ مطالعات دقیق و گسترده‌یی را آغاز کرد که حاصل‌اش تحولی بنیادی در علوم پایه‌ی پزشکی یعنی وحدت یافتن دستگاه‌های روانی، عصبی، هورمونی و ایمنی در قالب سیستم یکپارچه‌ی روان - عصب - ایمنی‌شناختی^۳ بود. امروزه اکثر کتاب‌های درسی و مرجع در پزشکی مطالعات روان - عصب - ایمنی‌شناختی را کم و بیش مبنا قرار داده‌اند. این علم نشان می‌دهد که چگونه تغییرات روانی و جسمانی بر هم اثر نموده و چگونه سلامت، توسط پیوستاری از رخدادهای روان جسمانی کنترل می‌شود.

^۱ - H. S. Burr

^۲ - Robert Ader

^۳ - Psychoneuroimmunology



❁ برای تبیین تجربیات انرژیایی در این فصل، از روان‌شناسی بدن^۱ نیز بهره‌جسته‌ایم. گرچه این رهیافت روان‌شناختی مانند دو علم فوق‌کاملاً تجربی و استقرایی نیست، ولی برای درک و بسط تجربیات بالینی رهیافت‌های انرژیایی، مفید به نظر می‌رسد.



انرژی پزشکی

یکی از بنیادی‌ترین فصل مشترک‌های سیستم‌های گوناگون پزشکی کل‌نگر (نگاه کنید به فصل اول)، رهیافت به انرژی حیاتی^۱ به عنوان عامل وحدت‌بخش پدیدارهای ذهنی و جسمانی و توجه به کالبد انرژیایی^۲ یا لطیف^۳ است (گلی، ۱۳۸۱)

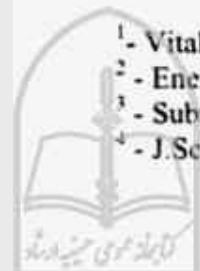
درک ما از ماهیت حیات، با گذار از تنگناهای فلسفی و روش‌شناسی و غلبه بر ترس‌های عمیق از نیروهای ناشناخته و نادیدنی طبیعت، افق‌هایی نوین را در پیش رو دارد.

ماکسول، برای نخستین‌بار مفهوم اطلاعات را به میدان‌های علمی وارد کرد و به این ترتیب مفهوم‌پردازی حیات، به عنوان نظامی از اطلاعات تغییر یافت. شرودینگر^۴ (۱۹۴۵) ماده زنده را مجموعه‌یی سازمان‌یافته از اطلاعات و انرژی دانست. حیات، نظمی است برآمده از بی‌نظمی عمومی، که خود، این نظم را با جمع‌آوری اطلاعات از کیهان حفظ می‌کند (واتسن، ۱۳۶۹). موجودات زنده با تبادل آزاد اطلاعات با نیروهای کیهانی و تأثرات متقابل آنها، یک کل یکپارچه را به وجود می‌آورند و انسان، با همه‌ی ویژگی‌هایش، جزئی از این کل است.

انرژی پزشکی با مطالعه‌ی این جریان اطلاعات و انرژی در ارگانیسم انسانی، نگاهی نوین به ماهیت حیات، سلامت و بیماری عرضه می‌دارد.

همواره در برابر اطلاعات و ایده‌های جدید در ابتدا، مقاومت وجود دارد و سپس وارد حیطةی پذیرش عموم می‌گردد. این نظر به خصوص در ارتباط با پزشکی انرژیایی که تاریخچه‌ی کهنی از ابهامات و تناقضات را در خود دارد، صحیح به نظر می‌رسد. هاردویتز (۲۰۰۱) انرژی پزشکی را مفهومی گسترده

1 - Vital force
2 - Energetic body
3 - Subtle body
4 - J. Schrodinger



می‌داند که بر این باور استوار است که، انسان علاوه بر سیستم فیزیکی و فرآیندهای زیست‌شیمیایی، دارای سیستمی از انرژی است. در این بخش سعی داریم تا پرسش‌های پژوهشی بنیادین در این بحث را، هرچند مختصر، پاسخ‌گوییم:

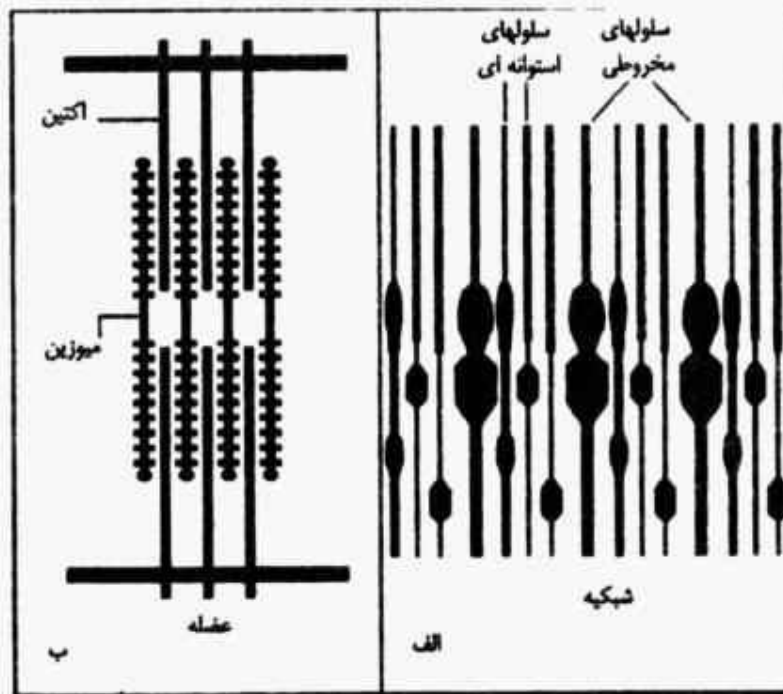
- الف - میدان‌های انرژی زیستی چگونه تولید می‌شوند؟
- ب - ارتباطات انرژیایی از چه مسیرهایی صورت می‌گیرد؟
- ج - آیا انرژی زیستی از فردی به فرد دیگر قابل انتقال است؟
- د - آیا این انرژی می‌تواند تأثیر درمانی داشته باشد؟
- ه - تبادلات انرژیایی بین انسان و محیط چگونه است؟
- و- آیا امکان انتقال انرژی زیستی به مکانی دیگر وجود دارد؟

سازوکارهای تولید انرژی

مطالعات علمی تاکنون دو سازوکار شناخته شده تولید انرژی الکترومغناطیسی در بدن را تشریح نموده‌اند.

نخستین سازوکار، پیزوالکتریسیته^۱ است. این سازوکار، به واسطه‌ی آرایش‌های بلورین سلول‌ها و بافت‌های بدن، عمل می‌کند. درک ما از مفهوم بلورینه‌گی ساختارهای زیستی، به دلیل سوء تعبیرهایی که نسبت به واژه‌ی بلور (کریستال) به معنای سخت یا مروارید داریم، نادرست است. به تعبیر بولینگاند (۱۹۷۸) بلور حیاتی، مجموعه‌ی از ملکول‌های طویل ظریف با قابلیت انعطاف و نرم است و به این دلیل می‌توان عنوان بلور (کریستال) مایع را به کار برد (شکل ۱-۳).





شکل ۱-۳ - نمونه‌هایی از آرایش بلورین بافت‌های بدن

(الف): بافت بلورین شبکه

(ب): بافت بلورین عضله - نقل از اوسمن، ۱۳۸۲

انتظام بلورین در درون سیستم‌های موجودات زنده یک قانون کلی بی‌هیچ استثنایی است. یکی از خواص بلورها، به تعبیر دانش فیزیک، ویژگی پیزوالکتریک است. به این معنا که کشش و فشردگی آرایش‌های بلورین تمام بافت‌های بدن، میدان‌های الکتریکی تولید می‌کند (شکل ۲-۳).



شکل ۲-۳ - اثر پیزوالکتریک تولید میدان الکتریکی در اثر اعمال نیرو بر

بافت‌های بلورین بدن - نقل از اوسمن، ۱۳۸۲



فیزیولوژیست‌ها، این ویژگی را در بافت‌های زنده، از جمله بافت استخوانی بررسی نموده و میدان‌های الکتریسیته تولید شده را اندازه‌گیری نموده‌اند (اوشمن، ۱۹۸۲).

دومین سازوکار مولد انرژی در بدن، بر اساس مطالعات مک گینت (۱۹۹۵)، سازوکار جریان پتانسیل‌هاست^۱. در این سازوکار، تولید انرژی در اثر برخورد شارژ الکتروستاتیک ثابت و شارژ متحرک در بدن به وجود می‌آید. چنین حالتی در اثر عبور خون یا جریان مایع بین سلول از خلال ماتریس خارج سلولی و در جریان تغییر شکل سلولی، تولید می‌شود. این نوع از جریان‌ها می‌تواند با پتانسیل‌های پیزوالکتریک، تداخل افزایشده یا کاهشده داشته باشد (بازت، ۱۹۷۸) (شکل ۳-۳).



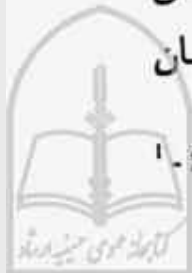
جریان پتانسیل‌ها ← حرکت یونی ← نیروی جریان‌های آبی / خون / مایع بین سلولی

شکل ۳-۳. ساز و کار حرکت بارهای متحرک از خلال بارهای ثابت و تولید

جریان پتانسیل‌ها - نقل از اوشمن، ۱۳۸۲

اهمیت فیزیولوژیک و و بالینی این میدان‌های الکتریکی، سازگاری بدن با محیط اطراف خود می‌باشد (اوشمن، ۱۹۸۹). سازوکارهایی که دارای ارزش تکاملی برای موجودات زنده است.

با نیم‌نگاهی به این دو سازوکار بنیادی تولید انرژی زیستی در بدن درمی‌یابیم که چه منبع عظیمی از انرژی در ما جریان دارد. میلیون‌ها جریان



^۱ - Steaming potential

پتانسیل و میلیون‌ها بلور حیاتی مولد پیزوالکتریک هر لحظه در بدن، فعال است. اگر هم‌سویی و هماهنگی این جریان‌ها و میدان‌ها که در شرایط معمول به میزان بسیار زیادی یکدیگر را خنثی می‌کنند، امکان‌پذیر باشد، آنگاه مانند پرتوهای لیزری امکان در کنترل داشتن نیروی بزرگی وجود خواهد داشت. در ادامه‌ی بحث به شواهد مربوط به امکان هماهنگ‌سازی این میدان‌ها خواهیم پرداخت.

سازوکارهای انتقال انرژی در بدن

این تصور که علم فعالیت‌ی است که به تدریج و به طور فزاینده در جهت فهم درستی از طبیعت و موجودات زنده، پیش می‌رود، ممکن است تا اندازه‌یی همراه کننده باشد. در سال‌های اخیر، تحولات بسیاری در الگوهای نظری و نیز یافته‌های علمی در پزشکی، رخ داده‌است، بر طبق نشانی‌هایی که توماس کوهن^۱ در ساختار انقلاب‌های علمی، از یک علم هنجاری^۲ و در حال تحول می‌دهد، باید منتظر تحولی انقلابی در پارادایم (الگو) پزشکی باشیم. انقلابی که نگرش پزشکی به انسان و البته طرز برخورد پزشکی با انسان را اساساً متحول می‌کند.

علم پزشکی، امروزه با گذشتن از تنگنای نظری و بالینی ناشی از پارادایم ماده‌باوری^۳ و دوگانه‌انگاری دکارتی^۴، سعی دارد خود را از انزوای شناخت‌شناختی^۵ خود خارج نموده و مطالعات بینارشته‌ی را گسترش دهد. این تغییرات، ظرفیت‌های جدیدی برای پژوهش و تجربه بالینی فراهم می‌نمایند و منجر به ایجاد پارادایم نویی در دانش پزشکی می‌شود.

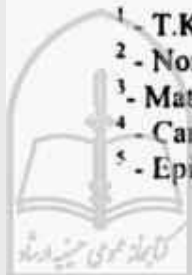
^۱ - T.Kuhen

^۲ - Normal science

^۳ - Materialism

^۴ - Cartesian Dualism

^۵ - Epistemology



یکی از تحولات نگرشی که در این دگرگونی می‌تواند نقش بسیار مهمی داشته باشد، اکتشافات بالینی و متعددی است که منجر به کشف ماتریس زنده^۱ شد. ماتریس زنده نه تنها نگرش ما را به ساختار سلول و کل بدن تغییر داد بلکه فراگیرترین سیستم انتقال انرژی و اطلاعات را، آشکار نمود؛ سیستمی بسیار فراگیرتر از شبکه‌ی عصبی و عروقی.

ماتریس زنده چیست؟

چند دهه‌ی پیش، چنین تصور می‌شد که سلول تنها یک کیسه حاوی محلول است، و بیشتر فضای سلولی خالی است. مطالعات اولیه با میکروسکوپ الکترونی نیز وجود فضای تهی بین مواد داخل سلولی را تایید کرد و پذیرفته شد، این فضا جایی است که مواد داخل سلولی در آن حل شده یا شناورند و سوخت و ساز در آن شکل می‌گیرد. با افزایش انبوه اطلاعات، این الگوی سوپ ملکولی^۲ تکمیل شده و پیشرفت کرد و این تصور ایجاد شد که چنین الگویی، به زودی پاسخ همه‌ی سوالات مجهول را خواهد داد.

اما به تدریج، فیزیولوژیست‌ها، این الگو را کنار گذاشتند و متوجه شدند که سلول فقط یک کیسه ساده حاوی محلول نیست. فنون آماده‌سازی و شیوه‌های جدید اندازه‌گیری بکار گرفته شد و بسیاری از موادی که پیش از این بی‌اهمیت به نظر می‌رسیدند، مورد بررسی قرار گرفتند (اوشمن، ۱۳۸۲).

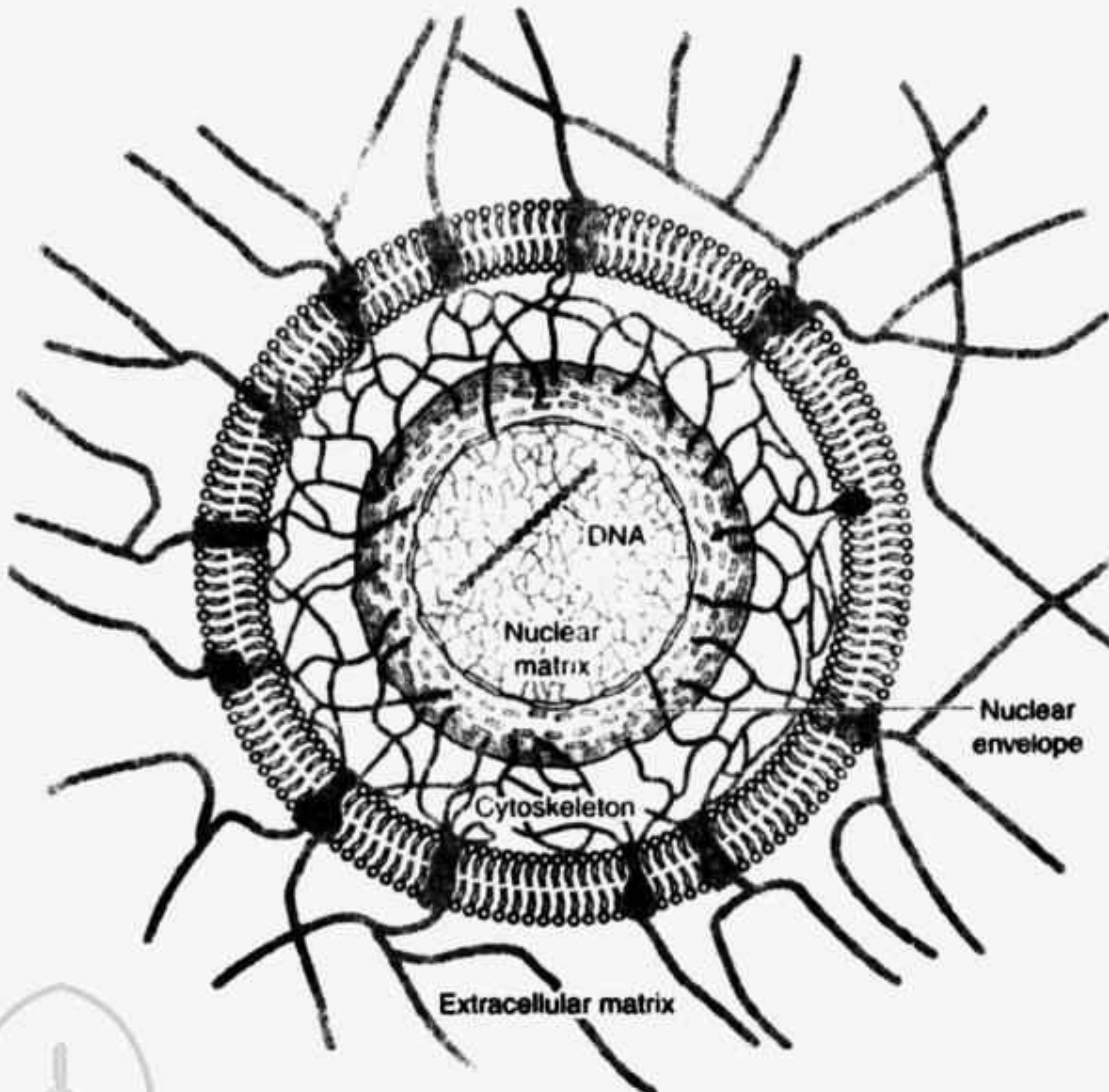
امروزه، مشخص شده است که سلول از تعداد زیادی فیلامان‌ها، لوله‌ها، فیبرها و شبکه‌ها تشکیل شده است که به آن ماتریس سیتوپلاسمی یا اسکلت سلولی^۳ می‌گویند و چنانچه قبلاً تصور می‌شد، امکانی برای برخورد تصادفی



- 1 - Living matrix
- 2 - Molecular soup
- 3 - Cytoskeleton

وجود ندارد و مقدار کمی آب درون شبکه سلول به صورت باند شده (و نه آزاد) وجود دارد (دمترین، ۱۹۷۱؛ شگنتی، ۱۹۸۱، و لینگ، ۱۹۹۲).

اکنون مشخص شده است که بسیاری از آنزیم‌هایی که قبلاً تصور می‌شد به صورت شناور در درون سلول وجود دارند، با ساختمان‌های درون سلول و هسته اتصالات ظریفی دارند. علاوه بر این، تحقیقات نشان می‌دهد که ماتریس سلولی از خلال جدار سلول و به کمک ملکول‌های پیونددهنده، با سیستم بافت همبند یا ماتریس خارج سلولی متصل است (شکل ۳-۴).



شکل ۳-۴ - ماتریس پیوسته‌ی سلولی - خروج سلولی



یک گروه از این مولکول‌های پیونده دهنده در عرض غشاء سلولی، اینتگرین‌ها^۱ هستند. اینتگرین، هر سلول را در بدن به سلول‌ها و بافت پیوندی مجاور می‌چسباند. یک مطالعه مهم توسط وانگ و همکاران (۱۹۹۳)، نشان می‌دهد که اینتگرین‌ها ارتباط [مکانیکی، شیمیایی و انرژیایی] ماتریس خارج سلولی را، از خلال جدار سلول با اسکلت سلولی برقرار می‌کند و به عنوان ماتریسی هم‌تنش^۲ عمل می‌کند.

هورویتز (۱۹۹۷) نشان داد که اکثر اعمال بدن توسط اینتگرین‌ها تنظیم می‌شوند و نقشی کلیدی در بروز آتریت، بیماری‌های قلبی، سکت، پوکی استخوان و گسترش سرطان، ایفا می‌کنند. در حقیقت ملکول‌های اینتگرین، کانون رهیافت‌های گوناگون فیزیولوژیک، زیست‌شیمیایی، انرژیایی و هیجانی است. نقش اینتگرین‌ها همچنین در سلول‌هایی که وظیفه دفاع از بدن در مقابل بیماری‌ها و ترمیم آسیب‌ها را به عهده دارند، شایان توجه است (هینس، ۱۹۹۲؛ لافینرگر و هورویتز، ۱۹۹۷).

این اکتشافات از اهمیت اساسی برخوردار است، به طوری که مرزهای بین محیط خارج سلول و داخل سلول و داخل هسته و محتوای ژنتیکی، بر خلاف گذشته، دیگر کاملاً قطعی و نفوذ ناپذیر به نظر نمی‌آیند (اوشمن ۱۳۸۲).

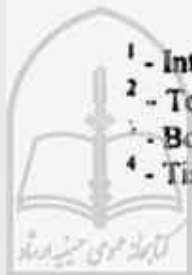
بنابراین، آن چه که یک درمانگر^۳ تن‌کار^۴ در تماس با بدن لمس می‌کند، تنها پوست نیست، بلکه شبکه‌یی به هم پیوسته است که تا درون بدن گسترش دارد (السون و دگارود، ۱۹۸۴). کل این دستگاه همبسته‌ی بافت پیوندی یا اسکلت سلولی (اوشمن، ۱۹۹۴) یا ماتریس هم‌تنش بافتی^۴ و به بیانی ساده‌تر، ماتریس زنده نامیده می‌شود (پینتا و کوفی، ۱۹۹۱).

^۱ - Integrin

^۲ - Tensegrus

^۳ - Body work

^۴ - Tissue Tensegrus Matrix



ماتریس زنده یک شبکہی فرا ملکولی، پویا و منسجم است کہ در سرتاسر بدن موجود زنده گسترش یافته است و شامل ماتریس هسته کہ خود در میان ماتریس سلولی و آن ہم در درون ماتریس بافت پیوندی است، می باشد.

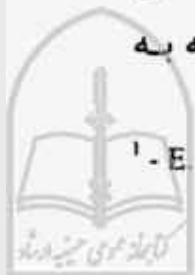
به این ترتیب، ماتریس زنده از ہمگنی و یکپارچگی خاصی برخوردار است و پیوستاری ارتباطی به وجود آورده است. وجوه متفاوت هر سلول، بافت یا ارگان ما در جنبہهای مکانیکی، انرژیایی و عملکردی، ناشی از تفاوت‌های موجود در شبکہ ماتریس زنده آنهاست. فیزیولوژیست برجستہ، ادوارد آدولف^۱ (۱۹۸۲)، معتقد است هیچ بخش یا جزئی از این سیستم (موجود زنده) نمی تواند ناهماهنگ با قسمت‌های دیگر، باشد و ہمہ چیز به صورت مرتبط با ہم توصیف شدہ و تعداد بی شماری از ارتباطات گوناگون بہ طور همزمان وجود دارند. بہ تعبیر اوشمن (۱۳۸۲) اکنون مشخص شدہ است کہ این شبکہی ارتباطی سریع الانتقال کہ باعث ارتباط هر بخش از سیستم زنده بہ بخش‌های دیگر می شود، ماتریس زنده است.

به راستی این دستگاه انتقال پیام چگونه عمل می کند؟

به طور کلی، ارتباط در موجود زنده از دو راه اصلی صورت می گیرد، شیمیایی و انرژیایی. مسیر شیمیایی بہ کمک هورمون‌ها، فاکتورها و پیام‌آورهای ثانویہ متنوعی در داخل سلول، انجام می گیرد و مسیرهای انرژیایی بر دو گونه است: مسیرهای الکتریکی و مسیرهای الکترونیکی.

الکتریسیتهی زیستی، پدیدهی مهم و قابل توجهی است کہ از حرکت یون‌هایی مثل سدیم، پتاسیم، کلر، کلسیم و منیزیم بہ وجود می آید. در واقع این جریان الکتریکی بہ دلیل قطبیت بزرگی است کہ دو طرف غشاء سلول وجود دارد و نیز توانایی این غشاء در قطبیدگی (پلاریزاسیون) و ناقطبیدگی (دپلاریزاسیون) بہ صورت متناوب می باشد و این همان روندی است کہ بہ

^۱ - E. F. Adolph



کمک آن اعصاب قابلیت انتقال پیام‌ها را پیدا می‌کنند. نمونه‌هایی از میدان‌های مغناطیسی بزرگ در بدن در مناطقی مثل قلب، شبکه، عضلات و مغز وجود دارد که ناشی از جریان الکتریکی است که از فعالیت‌های این اعضا تولید می‌شود.

اما، گونه‌ی دیگر از پیام‌ها، زیست‌الکترونیک است که به تازگی مورد بررسی قرار گرفته‌است و تولید آن ناشی از حرکت ذراتی کوچکتر از یون‌هاست، این ذرات عمدتاً شامل الکترون‌ها و پروتون‌ها می‌باشند و نیز فضاهایی که الکترون‌ها در آنها گم می‌شوند و به آن حفره^۱ گویند (پینتا و کوفی، ۱۹۹۱؛ اوشمن، ۱۹۹۴).

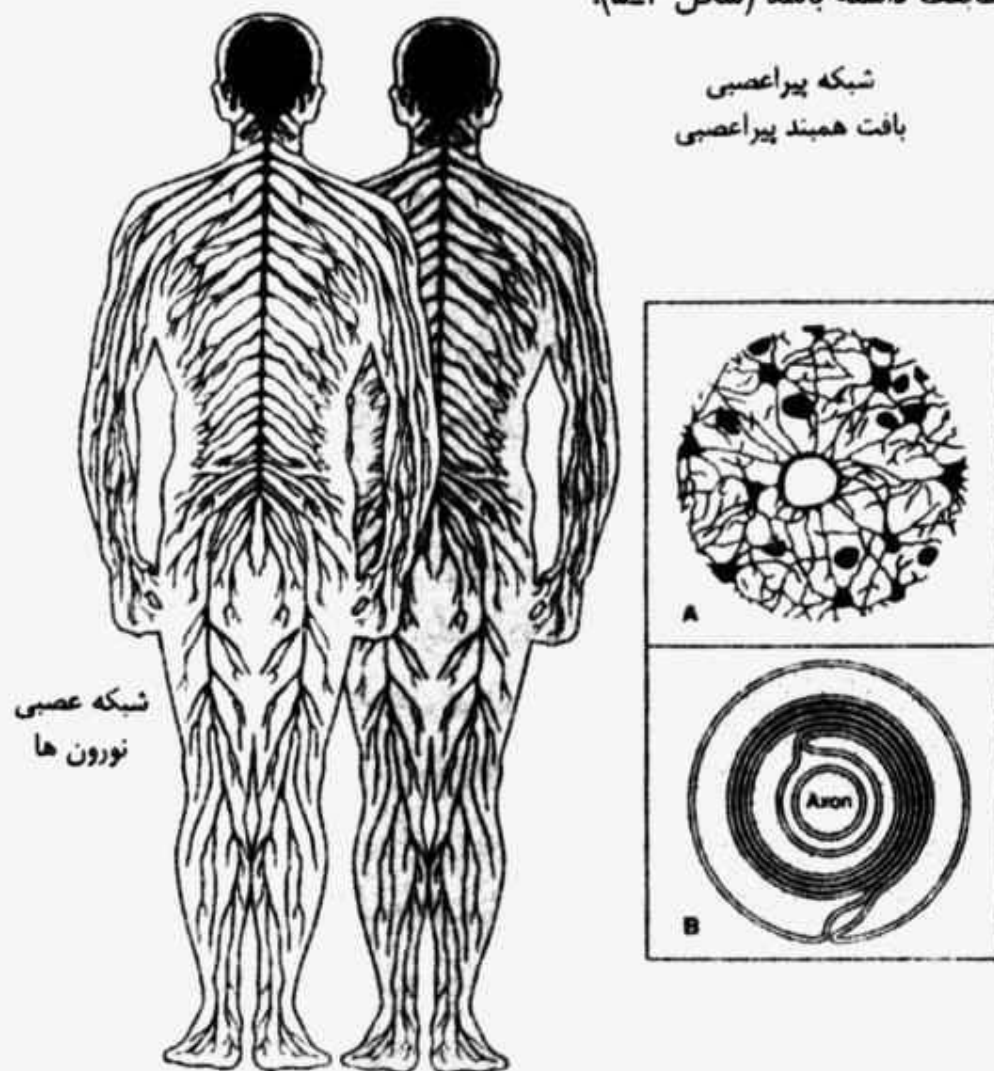
هو و نایت (۱۹۹۸) هدایت الکترونیکی در پروتئین زمینه‌ی ماتریس زنده و یا از طریق جهش پروتون‌ها در لایه‌های همراه با پروتئین در سطح سلول را به همراه عبور از مایع بینابینی فیبرها، دو شیوه‌ی انتقال پیام در زیست‌شیمی وضعیت جامد^۲ می‌دانند. سازوکار درگیر در ماتریس زنده برای انتقال این پیام، از طریق پدیده پیزوالکتریسته توضیح داده می‌شود.

رابرت بکر (۱۹۹۱) با شناسایی یک سیستم عصبی دوگانه^۳، سازوکار دیگری از انتقال انرژی در ماتریس زنده را نشان داد. وی معتقد بود که هر فیبر عصبی در بدن، حتی در ریزترین شاخه‌های خود کاملاً توسط یک یا چند نوع بافت پیراعصبی احاطه شده‌است و به این ترتیب ما دارای یک شبکه‌ی عصبی دیجیتالی (همه یا هیچ) و یک شبکه پیراعصبی^۴ آنالوگ هستیم که بر جریان عصبی تأثیر می‌گذارد. سیستم پیراعصبی، یک سیستم ارتباطی مجزاست. مادامی که رشته سیگنال‌های دیجیتالی الکتریکی - شیمیایی در

- 1 - Hole
- 2 - Solid state biochemistry
- 3 - Dual nervous system
- 4 - Perineural



شبکه‌ی عصبی عبور می‌کند، موازی با آن رشته سیگنال‌های آنالوگ الکترونیکی از شبکه‌ی پیراعصبی عبور می‌کند. به اعتقاد اوشمن (۱۹۹۴)، الیسون و گارود (۱۹۸۴) و هو و نایت (۱۹۹۸)، این مسیر به میدان‌های مغناطیسی حساس است و به نظر می‌رسد با مدارهای انرژی در طب سوزنی مطابقت داشته باشد (شکل ۵-۳).



شکل ۵-۳. شبکه عصبی (دیجیتال) / شبکه پیراعصبی (آنالوگ)

مبنای تحقیق فوق، یک پدیده‌ی مغناطیسی به نام اثر انتقالی هال^۱ است که به سازوکار نیمه‌رسانایی اشاره دارد. نیمه‌رساناها (حالتی بین نارسانا و رسانا) دارای خاصیت هدایتی قابل کنترل هستند و همین خاصیت، باعث کاربرد آنها در وسایل الکترونیکی کوچک مانند حافظه‌های مصنوعی، رایانه، آمپلی فایرها شده است. زنت گیورگی (۱۹۴۱) نخستین فردی بود که خاصیت نیمه‌رسانای ماتریس زنده را کشف کرد. وی تحقیقات خود را بر روی ملکول‌های غیر محلول مانند الکترون‌ها، پروتون‌ها و میدان‌های انرژی معطوف نمود. میچل (۱۹۷۶) با تکمیل نظریه‌ی وی، بیان نمود که الکترون‌ها از خلال فیبر ماتریس و پروتون‌ها از خلال لایه‌ی آب (احاطه کننده‌ی آن فیبر) عبور می‌کنند، که این حالت را پروتوسیت^۲ می‌نامند.

علاوه بر آن، فروهلیخ (۱۹۸۸) نشان داد ماتریس زنده امواجی تولید می‌کند و درون ارگانیسم به حرکت در می‌آورد که به محیط اطراف نیز تشعشع دارد. این امواج، پدیده‌ی نامحسوس نیست بلکه برعکس قابل ملاحظه و بسیار بزرگ می‌باشند. تأثیرات این امواج، جزئی و کم‌اهمیت نیست، زیرا ماده زنده نسبت به این امواج کاملاً حساس است و تحت تأثیر آنها انسجام و همبستگی می‌یابد. این امواج، نوعی سیگنال هماهنگ کننده هستند که فرآیندهای رشد، ترمیم بعد از آسیب، دفاع و بالاخره عملکرد ارگانیسم را هماهنگ می‌سازند. با دستکاری و متعادل ساختن گردش این امواج است که سیستم‌های پزشکی مکمل، همچون انرژی پزشکی، قادر است عملکردهای دفاعی و ترمیمی بدن را مستقیماً تحت تأثیر قرار دهد (اوشمن، ۱۳۸۲).

یکپارچگی جریان انرژی و اطلاعات در کنار یکپارچگی ساختاری و یکپارچگی ارتعاشی، به طور همزمان وجود دارند و نمی‌توان هیچ تغییری در

^۱ - The Transverse Hall Effect

^۲ - Proticity



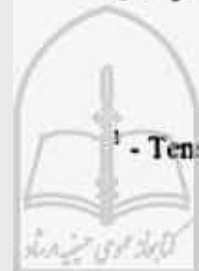
سیستم ایجاد نمود، مگر به نوعی تغییر در سیستم دیگر ایجاد شود. دونالد اینبگر (۱۹۹۸) با ارائه‌ی مفهوم سیستم‌های هم‌تنش^۱ نشان داد که چگونه این سیستم‌ها با یکدیگر در تعامل‌اند. این مفهوم با مقاله‌ی پینتا و کوفی (۱۹۹۱) با عنوان، اطلاعات هماهنگ سلولی، از خلال یک سیستم ماتریس هم‌تنش بافتی منتقل می‌شوند^۲، کامل شد.

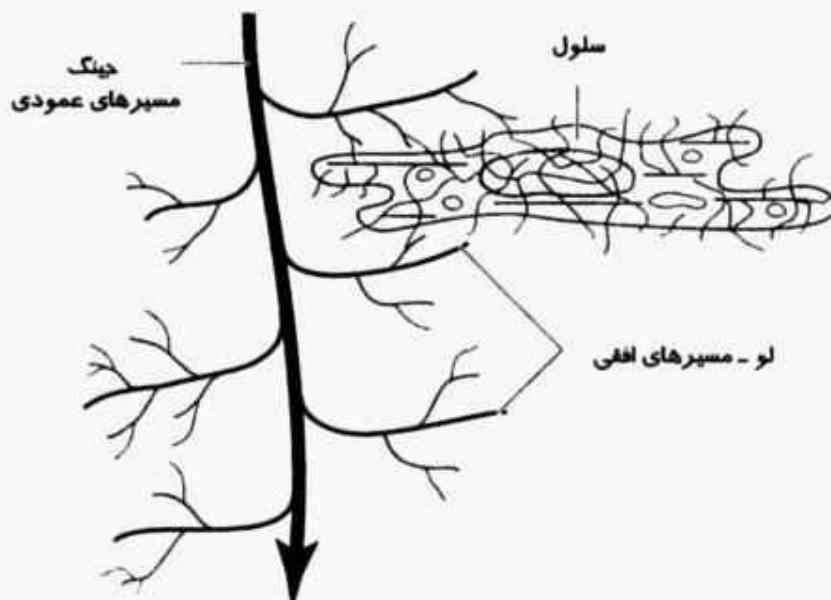
به این ترتیب، انتقال انرژی و اطلاعات در بدن از طریق رشته سیگنال‌های آنالوگ الکترونیکی در یک شبکه‌ی پیراعصبی و در پیوستاری از میکروفیلان‌ها، میکروتوبول‌ها و انتیگرین‌ها، به نام ماتریس زنده صورت می‌گیرد. این اطلاعات بر خلاف اطلاعات دیجیتال کمتر جنبه‌ی تحلیلی داشته و در نیم‌کره‌ی مغلوب (راست) مورد پردازش قرار می‌گیرد (اوشمن، ۱۳۸۲)، و احتمالاً رشد توانایی درک خودآگاهانه‌ی این دریافت‌ها منجر به توانایی‌های شهودی و نیز توان شفابخشی می‌شود.

ارسال و دریافت سیگنال‌های موجی که بدون هیچ مرزی می‌تواند از هر کجا ارسال شود و نیز انتقال سیگنال‌ها در امتداد ماتریس زنده، بسیاری از پدیده‌های بالینی و آزمایشگاهی مانند شفابخشی‌های انرژیایی را توجیه می‌نماید.

ماتریس زنده و سازوکارهای ذکر شده پاسخی است برای دانشمندی که چون مسیرهای ذکر شده در طب سوزنی و یوگا را منطبق با شبکه اعصاب و عروق نمی‌یافتند، این نقاط تحریک و مسیرهای انرژی و اطلاعات را به رغم اثربخشی بالینی‌شان، تخیلی و بی‌بنیاد می‌دانستند.

ماتسو و بیرچ (۱۹۸۸) با تزریق ماده رادیواکتیو TC۹۹ در نقاط طب سوزنی از مسیرهای مرتبط با آن نقاط عکس‌برداری نمودند و برخی از مسیرهای اختصاصی ماتریس زنده را آشکار نمودند (شکل ۳-۶).





شکل ۳-۶ - شمائی از مسیرهای ماتریس زنده مطابق با مسیرهای انرژی در طب سوزنی

به این ترتیب شواهد کافی برای درک و استفاده‌ی بالینی از این شبکه‌ی بی‌اندازه گسترده‌ی انرژی و اطلاعات که پزشکی زیستی تاکنون از آن غافل بوده، فراهم است، گرچه به مطالعات بسیار گسترده‌تری برای کشف ابعاد گوناگون آن نیاز است.

سازوکارهای انتقال انرژی به بدن

همان‌طور که پیش‌تر بیان شد، جریان الکتریسیته در بدن انسان موجب تولید میدان‌های زیست‌مغناطیسی در فضای پیرامون می‌شوند. زیمرمن (۱۹۹۰) به کمک دستگاه مغناطیس سنج کوانتومی (SQUID)، که حساسیت بالایی برای دریافت ضعیف‌ترین امواج حاصل از میدان‌های مغناطیس بدن داشت، مطالعاتی بر لمس درمانی انجام داد. ریت و زیمرمن (۱۹۷۸) دریافتند که میدان‌های مغناطیسی بدن در پاسخ به تحریکاتی مانند صداها یا تصاویری



که در فضای پیرامون سر ایجاد شده بودند، پدید می‌آید. به این جهت آنها را، میدان‌های انگیزشی^۱ نامیدند.

زیمرمن، در آزمایش خود، یک درمانگر (لمس‌درمان) و بیمارش را در درون یک محفظه مغناطیسی مجهز به ردیاب، قرار داد. سپس درمانگر دستش را به بیمار نزدیک کرد و یک مقدار پایه از امواج توسط ردیاب ثبت شد. آن گاه درمانگر خود را در یک حالت مراقبه‌گونه (یا وضعیت شفابخشی که مبنای روش لمس‌درمانی است) قرار داد، در این هنگام مغناطیس سنج، میدان مغناطیسی بزرگی را از دستان درمانگر، ثبت کرد. این میدان به قدری قوی بود که آمپلی فایر و دستگاه ثبت کننده باید مجدداً تنظیم می‌شد. این بزرگترین میدان مغناطیسی بود که زیمرمن در طول سال‌های تحقیقات خود با کمک SQUID اندازه‌گیری کرد.

سیگنال‌های لمس‌درمانی در طیفی از بسامدهای بین ۰/۳ تا ۳۰ هرتز در نوسان بودند و بیشترین فعالیت‌ها در حدود ۷-۸ هرتز ثبت شدند. در حقیقت سیگنال‌های به دست آمده از دست درمانگر، مقدار ثابتی نداشتند و در یک طیف از بسامدها دریافت می‌شدند. در مطالعات زیمرمن افراد غیر درمانگر، قادر به تولید زنش‌های زیست‌مغناطیسی در این طیف نیستند.

آن چه مسلم است درمانگران قادرند طیفی از انرژی را در همان محدوده‌ی بسامدی لازم تولید کنند که پژوهشگران برای ابقاء اثرات درمانی بافت‌های آسیب‌دیده ضروری می‌دانند. به این ترتیب زیست‌مغناطیس را می‌توان مصداقی علمی برای انرژی چی (کی) یا نیروی حیات تلقی نمود (اوشمن، ۱۳۸۲).

ولی به راستی آیا نوع تأثیر انرژی زیستی قابل کنترل و تغییر است؟



هر چند پژوهش‌ها به کمک مغناطیس سنج کوانتومی، دیدگاه روشنی نسبت به مغناطیس بدن ایجاد نموده، اما همه چیز را درباره‌ی انرژی شفابخش روشن نکرده است.

پژوهش‌های دیگر (برای مثال چی-ین و همکاران، ۱۹۹۱؛ شوارتز و همکاران، ۱۹۹۰) به بررسی تأثیرات سیگنال‌های مادون قرمز (حرارت) در لمس درمانی، پرداخت.

تحقیقات نشان می‌دهد که استادان چی کنگ قادرند مقادیر قابل اندازه‌گیری گرما از طریق کف دست‌هایشان منتقل کنند. این گرما که چی تسهیل کننده^۱ نامیده می‌شود، قادر است رشد سلولی و ساخت و ساز پروتئین DNA و تنفس سلولی را تحریک کند. درمانگران همچنین می‌توانند نیروی چی بازدارنده^۲ تولید نمایند که در واقع انرژی مادون قرمز را از محیط جذب می‌کند. این نوع از نیروی چی، سوخت و ساز را کند می‌نماید (اوشمن، ۱۳۸۲). مکین (۱۹۷۳) نشان داد؛ نیروی چی تسهیل کننده و بازدارنده، با کنترل ارادی درمانگر، می‌توانند در نتیجه تغییراتی در گردش خون پوست تحت تأثیر اعصاب خودکار تولید شوند. آهنگ واکنش‌های شیمیایی بسته به دمای پیرامون است، به طوری که دست سرد یا گرم درمانگر (چی گرم، چی سرد) می‌تواند باعث کاهش یا افزایش واکنش‌های وابسته به دما در بدن شود.

پژوهش اسمیت (۱۹۸۷) و بنونیست (۱۹۹۸)، از دیگر پژوهش‌هاست که بینش جدیدی از سیستم انرژیایی مابین و درون ارگانسیم‌ها و موجودات زنده، به ما می‌دهد. این بینش همچنین کلید سازوکار نفوذ میدان‌های محیطی به فرآیندهای فیزیولوژیک را فراهم می‌سازد.

1 - Facilitating Qi
2 - Inhibiting Qi



پرسش دیگر این است که آیا ارگانیزم انسانی گیرنده‌هایی برای دریافت انرژی‌های محیطی دارد؟

اسمیت (۱۹۸۷) و بنونیست (۱۹۹۸) معتقدند، سیگنال‌دهی الکترومغناطیسی احتمالاً می‌تواند نقش ارتباطی مستقیمی در موجودات زنده بازی کند.

لاکرتی‌ها^۱ و اپیکوری‌ها^۲ معتقداند که ماده از واحدهای سخت و غیر قابل تقسیمی به نام اتم‌ها ساخته شده است و زیست‌شیمی لاکرتی بر این فرض استوار است که بدون تماس ملکول‌ها با یکدیگر، هیچ گونه تداخلی بین آنها اتفاق نمی‌افتد. با پژوهش‌های اسمیت و بنونیست، اصطلاح سیگنال ملکولی، معنای الکترومغناطیسی پیدا نمود. آنها نشان دادند که در سیستم‌های زنده، هر یک از این سیگنال‌ها، دارای یک امضای الکترومغناطیسی است و می‌تواند انواع مختلف گیرنده را تحریک کند. یک سیگنال ملکولی در طیف بسامدهایی با دامنه ۲۰-۲۰۰۰۰ هرتز (مشابه دامنه شنوایی انسان) نمایان می‌شود (بنونیست ۱۹۹۵).

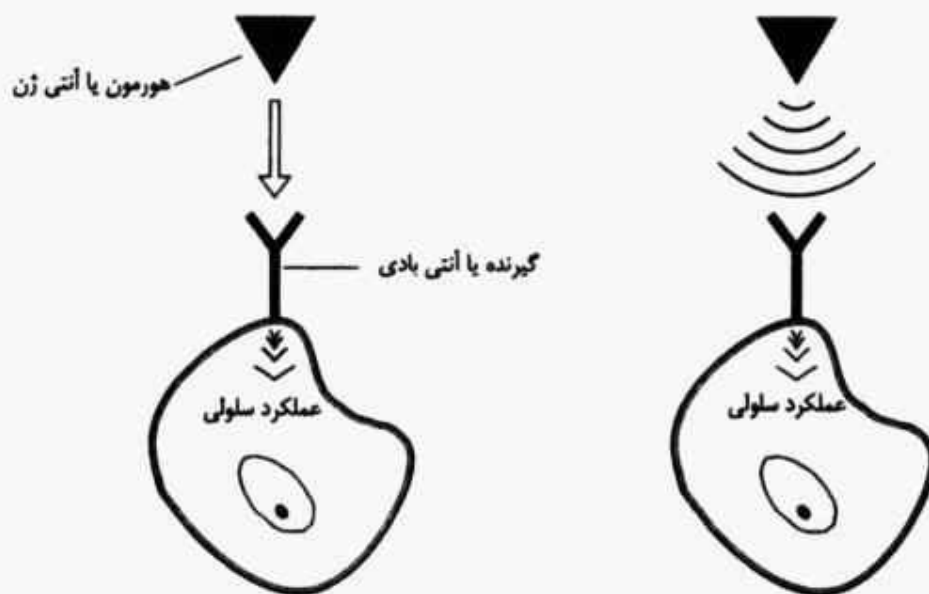
از پژوهش‌های اسمیت (۱۹۸۷) و بنونیست و همکاران (۱۹۹۸) دلایل بسیاری در دست است که ما را به این فکر وامی‌دارد که آیا ملکول‌های نشان‌دار می‌توانند بدون تماس فیزیکی، جایگاه گیرنده‌های مرتبطشان را فعال کنند؟

ملکول‌های نشان‌دار بسامدهایی را منتشر می‌کند که با گیرنده هم‌بازا می‌شوند و آن را به ارتعاش می‌آورد. بنونیست پیشنهاد کرد، اعمال اختصاصی ملکول‌های زیستی (مثل هیستامین، آدرنالین و ...) و همچنین آنتی‌ژن‌ها و ویروس‌ها و باکتری‌ها، بیشتر به واسطه تعاملات الکترومغناطیسی است تا

1 - Lacertian
2 - Epicurus



تماس مستقیم . شکل ۳-۷ نمونه‌یی از گیرنده‌های حساس به سیگنال‌های الکترومغناطیسی را نشان می‌دهد.



شکل ۳-۷- مقایسه‌ی گیرنده‌های حساس به ماده و گیرنده‌های حساس به امواج الکترومغناطیسی

از مجموع این یافته چنين استنباط می‌گردد که، زبان ارتباطات در درون سیستم‌های زنده، زبانی الکترومغناطیسی و انرژیایی است. این یافته‌ها امکانات بالینی و پژوهشی عظیمی را در شیوه‌های درمانی انرژیایی، پیش روی ما می‌گذارد.

از سوی دیگر مطالعه بر روی، حلقه‌های انرژی، تاثیرات پدیده‌های الکترومغناطیس را نشان داد، که در آن انرژی از فردی به فرد دیگر (آزمایشات اوشمن، ۱۹۹۴) و حتا از گیاه به انسان (مرکز تحقیقات گیاهی مستری - میدوز) قابل انتقال است. اوشمن (۱۳۸۲) در توضیح این پدیده می‌گوید: آثار الکترومغناطیس گیاه می‌تواند به سرعت وارد میدان انرژی گروه شده و موجب تاثیراتی درمانی شود. طبق نظر بنونیست، این مولکول‌ها می‌توانند در طیف وسیعی و بدون تماس همدیگر را کنترل کنند.



تعامل انرژیایی انسان - محیط

زمین ارگانیکسی در حال زندگی است با شبکه‌ی بسیار پیچیده و گسترده‌یی از معادلات مادی و انرژیایی از موجودات غیر زنده، گیاهان، حیوانات و انسان‌ها و به همین جهت زمین کالبدی انرژیایی دارد که با سیستم‌های مادی و انرژیایی ما در تعامل است.

آشکارترین تظاهرات این انرژی شامل میدان مغناطیسی زمین، جاذبه و شفق قطبی^۱ می‌باشد که به سادگی از نظر علمی قابل اندازه‌گیری است، و این در حالی است که گستره‌ی وسیعی از انرژی‌های لطیف موجود است. گذشتگان حتا در ساختمان‌های خود به این نیروها توجه می‌کردند. و به نوعی هارمونی بین خود و جهان اطراف معتقد بودند (دزیمیدکو، ۱۹۹۹).

میدان زمین مغناطیسی باعث رانده شدن نوک سوزن به سمت قطب شمال می‌شود اما چنان چه همان سوزن را با میکروسکوپ مشاهده کنیم، خواهیم دید که حرکت ظریف به طرف عقب و جلو به صورت ریتم‌دار در آن وجود دارد، بعضی ریتم‌ها، شبانه‌روزی (۲۴ ساعته) است، برخی کندتر و بعضی دیگر بسیار سریع‌تر است (در طیف ELF).

این ریتم‌های اخیر، ریززش‌های زمین مغناطیسی^۲ نام دارند. این ززش‌ها توسط سازوکارهای ویژه‌ی ژئوفیزیکی به نام بازآوایی شومان^۳ ایجاد می‌شود (اوشمن، ۱۳۸۲).

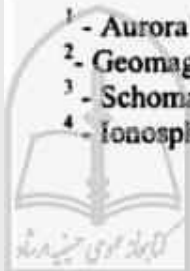
شومان در سال ۱۹۵۰ اظهار نظر کرد که جو زمین بین سطح زمین و یون - کره^۴، حفره‌ی تشدید کننده امواج است. انرژی لازم برای ایجاد پدیده‌ی شومان از رعد و برق به دست می‌آید. در اصطلاح علم فیزیک، رعد و برق،

^۱ - Aurora Borealis

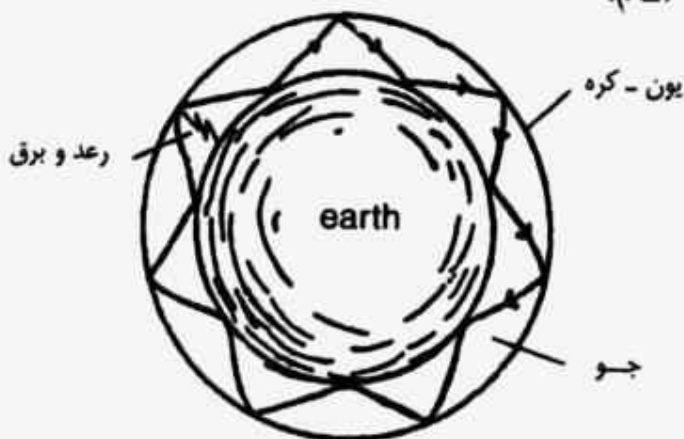
^۲ - Geomagnetic Micropulsation

^۳ - Schumann resonance

^۴ - Ionosphere

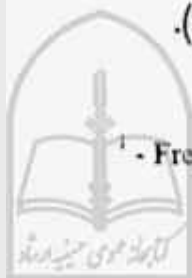


پمپ کننده‌ی انرژی به زمین و حفره‌ی یون - کره است و منجر به تولید بازآوایی بسامدها در محدوده‌ی امواج بسیار سریع و با دامنه‌ی کوتاه‌ی ELF می‌شود (شکل ۸۳).



شکل ۸۳ - پدیده‌ی شومان: ایجاد حفره‌ی بازآوایی الکترومغناطیسی بین یون - کره و سطح زمین

به طور خلاصه، پدیده‌ی بازآوایی شومان، به وسیله فعالیت‌های زمینی تولید می‌شود و به وسیله فعالیت‌های فرازمینی تغییراتی می‌یابد که در اصطلاح رادیویی به نام بسامدهای تعدیل شده یا FM^۱ نامگذاری می‌شوند. نوسان‌های تولید شده در پدیده‌ی شومان می‌تواند مسافت‌های زیادی را طی کند و به بدن انسان بتابد. بسامدهای تولید شده از پدیده‌ی شومان قادر است با امواج زیست‌مغناطیسی تولید شده از قلب و مغز تداخل کند. به طور کلی این پدیده، تاثیرات متقابل میدان‌های خارجی و ریتم‌های زیست‌شناختی را مورد مطالعه قرار می‌دهد (اوشمن، ۱۳۸۲). برای مثال بین امواج آلفای مغزی و پدیده شومان شباهت‌هایی موجود است. که این می‌تواند مربوط به سازگاری ارگانیسم انسانی با این میدان فراگیر باشد (شکل ۹۳).





شکل ۹۳۔ همانندی امواج الفای مغز و امواج بازآوازی شومان

بار (۱۹۷۲) معتقد بود کہ ہمہی موجودات زندہ از موش تا انسان و از دانہ تا درخت، دارای میدان‌های انرژی هستند کہ قابل اندازه‌گیری است. وی توضیح داد کہ چگونه میدان‌های الکتریکی درختان با تغییرات آب و ہوا و شرایط جوی تغییر می‌کنند. گلد (۱۹۸۴) در ادامہی مطالعات بار نشان داد موجودات زندہ قادرند شدت، قطبیدگی و جهت میدان زمین مغناطیس را درک کنند. شواہدی وجود دارد کہ ریتم‌های زمین مغناطیس نقش کلیدی در برنامه‌ریزی ریتم‌های فیزیولوژیک دارند (ویور، ۱۹۶۸؛ گاگولین، ۱۹۷۴؛ کرمر و همکاران، ۱۹۸۴).

برخی مطالعات نشان می‌دهد کہ از نظر آماری احتمال وقوع برخی اختلالات رفتاری در انسان بہ میدان‌های الکترومغناطیس زمین و یا انرژی‌های تولید شدہ توسط افراد دیگر بستگی دارد (برای مثال فریدمن و همکارانش، ۱۹۶۵؛ ونکاترامن، ۱۹۷۴؛ پری، ۱۹۸۱).

حال پرسش این جاست کہ امواج مغزی چگونه تحت‌تاثیر میدان‌های خارجی قرار می‌گیرند؟



امواج مغزی ثابت نیستند بلکه دارای تغییراتی لحظه‌یی‌اند. ضربان‌سازهای مغزی^۱ یا بخش تنظیم ریتمی^۲ در قسمت داخلی مغز، به ویژه در تالاموس وجود دارند. این سیستم به نام مولد ریتم تالاموسی^۳ یا ضربان‌ساز معروف است (اندرسن و اندرسن، ۱۹۶۸).

دستخ و همکاران (۱۹۹۳) و والنشتین (۱۹۹۴) اصول سلولی ریتم را بیان نموده‌اند: یون کلسیم به آرامی در سلول‌های عصبی قشری تالاموسی که در ثانیه بین ۲۸ - ۱/۵ نوسان دارند، وارد شده موجب آغاز تحریک و پیاپندی امواج تولید شده می‌شوند. این امواج به تدریج به سمت قسمت‌های بالاتر منتشر می‌شوند.

گاهی تولید امواج در تالاموس به دلیل افزایش یون کلسیم در بخش قشری تالاموس متوقف می‌شود. در طول فاز نهفته^۴ که از ۵ تا ۲۵ ثانیه طول می‌کشد، امواج مغزی را جریان آزاد^۵ می‌گویند و احتمالاً در طول همین فاز است که امواج مغزی می‌توانند تحت‌تأثیر میدان‌های خارجی قرار گیرند.

وقتی دو شیء دارای بسامدهای طبیعی مشابه باشند، می‌توانند بدون تماس یافتن با یکدیگر، با هم کنش نشان دهند و ارتعاشات آنها با هم جفت و یا تابع یکدیگر شود. این پدیده که در فیزیک به آن پیاپندی^۶ گویند، می‌تواند سازوکار تبعیت ریتم‌های بدن از ریتم‌های طبیعی (خارجی) را بیان نماید. شکل ۳-۱۰ مسیرهای داخلی را که در زمان واکنش در بدن، می‌تواند توسط ریتم‌های خارجی مغناطیسی تحت‌تأثیر واقع شود، نشان می‌دهد.

1 - The brain's pacemaker

2 - Rhythm section

3 - Thalamus's Rhythm

4 - Silent phase

5 - Free - run

6 - Entrainment



به تعبیر اوشمن (۱۹۹۳)، میدان‌های مغناطیسی زمین، میلیون‌ها الیاف کلاژن، فسفولیپیدهای غشایی، مولکول‌های پروتئینی قابل انقباض و حتی آب همراه مولکول‌ها را متأثر می‌سازد.

پرسشی دیگری که مطرح می‌شود، این است که چگونه امواج زیست مغناطیسی در مراحل درمان تأثیر می‌گذارد؟

همان‌طور که پیشتر گفته شد، تالاموس ریتم اصلی را تعیین می‌کند و مغز در مرحله جریان آزاد فرصت می‌یابد که تحت‌تأثیر ریززنش‌های ناشی از ریتم‌های زمینی و فرازمینی قرار گیرد و در خلال همین مرحله است که ما از محیط اطراف، اطلاعات کسب می‌کنیم. چنان چه می‌دانید، اساس درمان‌های انرژیایی، مخابره‌ی اطلاعات به طرف سلول‌ها و بافت است.

به اعتقاد چوپرا (۱۹۹۴)، شفا در یک کالبد بزرگتر از کالبد ما در جریان است، زیرا در آنجا برای تبادل اطلاعات، انرژی کمتری لازم است. به طور کلی قدرت یک میدان مغناطیسی به این بستگی دارد که با ریتم مشابهی در بافت بیمار همبستگی یابد.

سطح زمین، علاوه بر بازآوایی شومان و امواج بسیار کم بسامد کره‌یی (که تقریباً با سرعت نور در جو منتشر می‌شوند)، با یک سری سیگنال‌های الکترومغناطیسی فرازمینی، شامل اشعه ایکس و اشعه‌های کیهانی تماس دارد (ولند، ۱۹۸۴).

همچنین، جریان‌های مایع زیرزمینی مانند چشمه‌ها و لوله‌ها می‌توانند، مولد یک نوع میدان انرژی باشند و آن جایی که این جریان‌ها همدیگر را قطع می‌کنند، الگوهای تداخلی ایجاد می‌گردد، که برخی از آنها مفید و برخی خطرناک است. این امر، منجر به بیان فرضیه‌ی با اهمیت استرس ژئوپاتیکی^۱ شد (اسمیت و بست، ۱۹۸۹؛ میلر، ۱۹۹۸).

^۱ - Geopathic stress



آشوف (۱۹۸۶) معتقد است گذراندن ساعات طولانی و روزهای متوالی در چنین مناطقی، به سیستم‌های ارتباطی انرژی‌تیک بدن اثر کرده، سیستم ایمنی را مخدوش می‌کند و منجر به بیماری‌های جدی می‌شود. رالف (۱۹۶۲) به اهمیت ارتباط بین موجودات زنده با میدان‌های بزرگ سیاره‌یی تاکید کرد و تکنیک‌هایی برای تنظیم بدن با میدان جاذبه ارائه داد.

این مطالعات نشان می‌دهد که میدان‌های گرانشی و الکترومغناطیسی زمینی و فرازمینی که به تغییر زمان و مکان حساس هستند، می‌توانند تأثیرات عملکردی و ساختاری در ارگانیسم انسانی داشته و به عنوان عوامل آسیب‌زا یا درمانگر در سلامت ما مداخله نماید. شناخت این عوامل و برخورد آگاهانه با آن می‌تواند تأثیر عمیقی در حفظ و ارتقاء سلامت ما داشته باشد.

❁ تأثیرات میدان‌های انرژی‌ی محیطی بر سلامت

نخستین بار در حدود ۲۵۰۰ سال پیش، بقراط به اهمیت آب و هوا و اقلیم در سیستم‌های زنده اشاره کرد (جونز، ۱۹۴۸) و در اوایل قرن بیستم هارولد بار و همکاران، ارتباط بین ریتم‌های طبیعی الکترومغناطیسی و سیستم‌های زنده را کشف نمودند. تحقیقات وی نشان داد که حیات روی زمین از بقیه جهان مجزا نیست و تحت تأثیر نیروهایی که در مسافت‌های دور در فضا امتداد یافته‌اند می‌باشد. میدان‌های انرژی در بدن انسان به طور اجتناب‌ناپذیری تحت تأثیر میدان‌های بزرگتر سیاره و سایر اجرام آسمانی است.

سازوکار این تأثیر شامل مسیرهای تداخل می‌باشد. برای مثال لکه‌های خورشیدی و دوره‌ی گردش ماه باعث ایجاد تغییرات در جریان‌های یون - کره و میدان‌های ژئوفیزیکی که خود بر میدان‌های ما اثر می‌کند، می‌شود.



سوانت آرنیوس^۱ (وارد، ۱۹۷۱) در فرضیه‌ی ارتباط بین میدان‌های محیطی و سلامت را بیان نمود. وی از مجموع تحقیقاتش بر روی اثرات کیهان روی رفتار گیاهان، حیوانات و انسان، نتیجه گرفت که ریتم‌های زیستی با ریتم‌ها و دوره‌های نیروهای کیهانی محیط بر زمین ارتباط دارند. او پیشنهاد کرد که فشارهای الکتریکی در هوا، بر واکنش‌های پزشکی زیستی نفوذ کرده و بنابراین بر همه موجودات زنده اثر می‌کند. اهمیت اطلاعات درباره میدان‌های الکترومغناطیس محیط با رشد میزان حساسیت مردم به الکترومغناطیس رو به افزایش گذاشت (اسمیت وبست، ۱۹۸۹؛ ۱۹۸۸؛ چوی و همکاران، ۱۹۸۷).

بعضی افراد طبعاً به میدان‌های الکترومغناطیس ۵۰ تا ۶۰ هرتز آلرژی دارند. این افراد هنگام مجاورت با لامپ‌های فلورسنت، اجاق‌های مایکروفر، یخچال و سایر وسایل الکتریکی، سریعاً واکنش نشان می‌دهند. اما معدودی از پزشکان، این حساسیت‌های الکترومغناطیسی را درک کرده و می‌توانند علائم را درمان کنند.

در کشورهای توسعه یافته استانداردها و قوانینی جهت کنترل آلودگی‌های الکترومغناطیسی وضع شده و خوشبختانه در کشور ما نیز این تأمین بهداشتی در حال شکل‌گیری است.

گذشته از میدان‌های صناعی، از میدان‌های طبیعی دیگر، طوفان‌های زمین مغناطیسی است، که بر اثر آشفتگی‌های خورشید پدید می‌آید، و می‌تواند به قدری شدید باشد که روی فیزیولوژی رفتار و بروز اختلالات تأثیر بگذارد، از جمله بروز مشکلات قلبی - عروقی (بلوسی و همکاران، ۱۹۸۵؛ اتانابه و همکاران، ۱۹۹۴؛ استوپل و همکاران، ۱۹۹۳ و ۱۹۹۴ و ۱۹۹۵؛ کتوکس و همکاران، ۱۹۷۹)، حملات صرع و تشنج (استوپل و همکاران، ۱۹۹۱؛ میکولکی و همکاران، ۱۹۹۶؛ پرسینگر و سایک، ۱۹۹۵)، اضطراب (یوسنکو و



پانین، ۱۹۹۳)، افسردگی (کی، ۱۹۹۴) و غیره... البته میزان حساسیت افراد نسبت به این سیگنال متفاوت است.

نظام‌های سنتی اخترگویی پزشکی^۱ با مدیریت بر زمان - مکان و شناسایی تاثیرات میدان‌های محیطی، به ویژه تغییرات ناشی از میدان‌های بزرگ فرازمینی، سعی در ارتقاء سلامت داشتند. به نظر می‌رسد، پزشکی عصر جدید، بر مبنای دانش تجربی، نیاز به ملاحظاتی از این‌گونه در بهداشت انرژیایی داشته باشد.

❖ انتقال انرژی از راه دور

بسیاری از درمانگران معتقدند که امکان القاء اثرات درمانی در یک مکان دیگر بدون هیچ اسباب عینی و مادی، وجود دارد. مطالعات بسیاری در سال‌های اخیر امکان شفابخشی از راه دور^۲ و اثر بخشی اختصاصی آن را اثبات نموده اند (نگاه کنید به: وارنست، ۲۰۰۳؛ آستین، ۲۰۰۰؛ کراوفورد و همکاران، ۲۰۰۳). اما، ساز و کارهای درگیر در این نوع درمان به نظر پیچیده و گیج کننده می‌آید.

رد پای انتقال انرژی و تداخلات نافذ از راه دور را می‌توان در مفهوم هم زمانی^۳ یونگ یافت (پیت، ۱۹۸۷). یونگ با ارائه این مفهوم، علت روی دادن همزمان دو اتفاق را در جهان بدون آنکه رابطه علی داشته باشند، توضیح داده و آنها را ناشی از کهن‌الگوها^۴ یا صورت‌های مثالی در ناهشیار جمعی، دانسته. فلوز (۱۹۹۷) پدیده‌هایی همچون انتقال انرژیایی از راه دور را به علم رادیونیک^۵ و روش‌های وابسته به آن مربوط می‌داند.

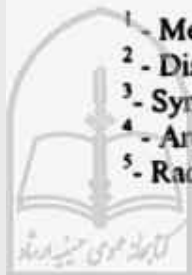
^۱ - Medical Astrology

^۲ - Distance healing

^۳ - Synchronicity

^۴ - Archetypes

^۵ - Radionics



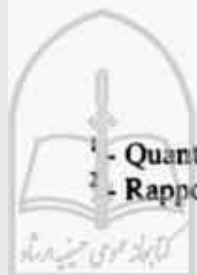
برخی از پژوهشگران برای تفسیر شفافبخشی از راه دور، به ویژگی‌های مستند مکانیک کوانتومی مانند کوانتوم غیر محلی^۱ توجه نارند (برای مثال رولیج، ۱۹۸۳).

مطالعاتی توسط گرینبرگ، زیلبرام و همکاران (۱۹۹۲ و ۱۹۹۴) بر روی تداخلات غیر محلی، نشان می‌دهد، افرادی که از نظر عاطفی به یک همدلی دست می‌یابند، الگوهای تولید مغزی آنها با یکدیگر هماهنگ شده و توسط جداسازی فضایی یا با استفاده از سرپوش‌های الکترومغناطیسی این هماهنگی‌ها کاسته نمی‌شوند. این یافته‌ها تلویحات بالینی بسیاری، به ویژه در بحث رابطه‌ی درمانی^۲ خواهد داشت. اوشمن (۲۰۰۰) در توجیه این پدیده‌ها معتقد است که احتمالاً علت را می‌توان در مکانیک کوانتومی یافت.

به طور خلاصه در فیزیک کلاسیک می‌آموزیم که امواج می‌توانند با یکدیگر تداخل کنند. اگر دو موج هم‌بسامد و هم‌فاز باشند، این تداخل فزاینده و در غیر این صورت، تداخل کاهنده خواهد بود. در طبیعت که ترکیبی از بسامدها و فازهاست، تداخل‌های گوناگونی از این دست رخ می‌دهد.

مکانیک کوانتوم در آغاز قرن بیستم، ماهیت این میدان‌ها را از نظر مفهوم‌پردازی تغییر داد و به آن پتانسیل گفته شد. به طور کلی، پتانسیل‌ها بر دو نوع هستند، پتانسیل‌های قابل سنجش الکتریکی و پتانسیل برداری مغناطیسی.

پتانسیل‌های قابل سنجش دارای یک ویژگی هستند؛ فوراً در همه‌جا و در فضا منتشر شده و توسط مسافت نقصان نمی‌یابند. درحالی‌که پتانسیل‌های برداری سرعتی محدود دارند (جکسون، ۱۹۷۵).



در جهان واقعی، امواج قابل سنجش با میدان‌های محیطی برخورد کرده و در اثر ترکیب، تداخل یافته، که مانع از امتداد نامحدود آنها در فضا می‌گردد. به تصور اوشمن (۱۳۸۲)، این میدان‌های الکتریکی و مغناطیسی با ارگانیسیم‌ها تداخل می‌کنند و تا عمیق‌ترین سطوح سلول‌ها و بافت‌ها اثر می‌گذارد. این یافته‌ها ما را متوجه تأثیرپذیری ارگانیسیم از سیگنال‌های الکترومغناطیسی جهان پیرامون می‌سازد.

به هر حال گرچه سازوکار این تأثیر محلی هنوز بر ما آشکار نیست و به نوعی درون جعبه‌ی سیاه پژوهش قرار دارد ولی مطالعات بالینی بسیاری ارتباط معنادار میان قصد درمانگر و تغییرات هم‌سو با آن قصد را در مکانی دیگر اثبات نموده‌است. درحالی‌که به طور عادی ما اسباب و ابزارهای متعددی را برای تبدیل قصد به یک تغییر عینی، به کار می‌گیریم، این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که "قصد" را نه به عنوان مقدمه‌ی یک کنش و مداخله بلکه یک کنش و عامل مداخله‌گر درمانی می‌توان به کار گرفت.

سازوکارهای هم‌سویی

سازوکار بنیادین ری‌کی و البته اکثر رهیافت‌های انرژیایی، هم‌سویی^۱ است. در طی این فرآیند فرد توان دریافت و هدایت انرژی زیستی را می‌یابد. اکثر کاروران، تجربیاتی مانند گرم شدن، احساس جریان انرژی در بدن، مورمور و سوزن سوزنی شدن^۲ به ویژه در دست‌ها را حین هم‌سویی گزارش می‌کنند، که البته پس از کانال شدن^۳ نیز این تجربیات معمولاً حین تمرین به نوعی تکرار



- 1 - Attunement
- 2 - Paresthesia
- 3 - Chanaling

می‌شود. اغلب افراد پیش از هم‌سو شدن تجربیاتی از این دست نداشته‌اند (اشتین، ۲۰۰۰).

آیا توضیحی فیزیکی و فیزیولوژیک برای این تجربیات وجود دارد یا به سادگی باید آن را یک شرطی‌شدگی هیپنوزی دانست؟

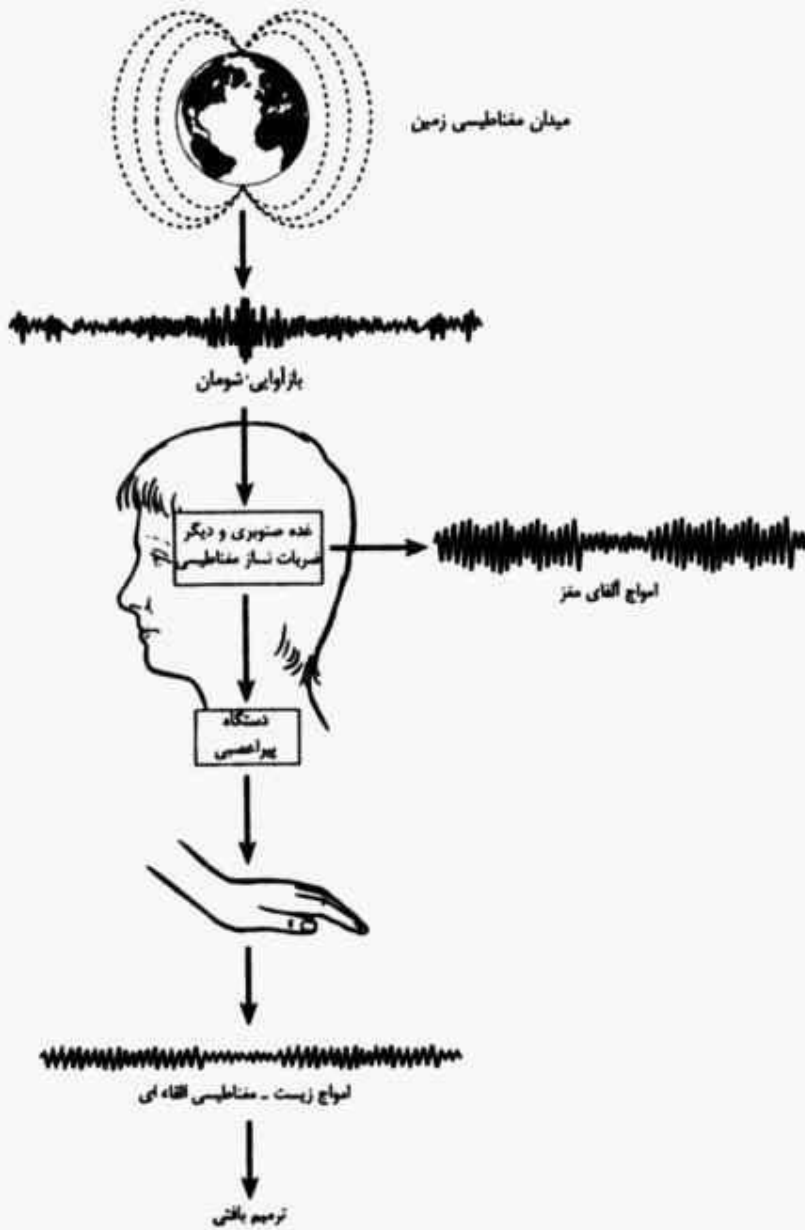
چنان که پیشتر اشاره شد، تالاموس با بسامدی بین ۱/۵ تا ۲۸ نوسان در ثانیه، ضربان‌ساز اصلی الکترومغناطیسی مغز و البته کل بدن است. به این معنا که بر اساس سازوکار پیاپندی میدان‌های دیگر را تابع خود می‌نماید.

به تناوب، تولید امواج توسط تالاموس، متوقف می‌شود و جریان آزاد برقرار می‌شود، (اندرسن و اندرسن، ۱۹۸۶؛ والنشتین، ۱۹۹۴)

در مرحله‌ی جریان آزاد ما ارتباط مستقیم با محیط پیدا می‌کنیم. احتمالاً این خود یک تدبیر سازگاری است که به تناوب تابع امواج زمینی و فرازمینی و البته میدان‌های زیستی پیرامون، می‌شویم. بدیهی است که به دلیل استرس‌های فیزیکی، روانی و انرژیایی، اختلالاتی در میدان‌های انرژی پدید می‌آید که گاهی این اختلالات به شکلی پایدار در ارگانسیم باقی می‌ماند و می‌تواند باعث بروز نشانه‌ها و بیماری‌ها شود (شکل ۳-۱۰).

به نظر می‌رسد این دوره‌های هم‌سویی کوتاه که در طی جریان آزاد رخ می‌دهد برای تنظیم مجدد آشوب‌های الکترومغناطیسی سیستم کافی نیست و شاید نیاز به دوره‌های طولانی‌تر برای این امر باشد و شاید برای القاء بسامدهای سلامت به سیستم نیاز به انرژی‌های محیطی نیرومندتر باشد. هم‌سویی با بازآوایی شومان که حباب الکترومغناطیسی‌ی است که حیات در آن به وجود آمده و تکامل یافته و از لحاظ شکل و دامنه‌ی امواج کاملاً مشابه امواج آلفای مغز است، خود می‌تواند باعث ثبات هومودینامیک و اعصاب نباتی و تجربه‌ی آرامش در فرد شود.





شکل ۳-۱۰. شکل گیری فرآیند شفایابی در هماهنگی با میدان فراگیر الکترومغناطیسی

به نظر می‌رسد که در حالت‌های آرامش عمیق و تمرکز غیر فعال^۱ که در آرمش^۲، مراقبه^۳ و نیز حین فرآیند هم‌سوایی ایجاد می‌شود، گسترش امواج آلفا

- 1 - Passive concentration
- 2 - Relaxation
- 3 - Meditation



به دلیل طولانی شدن فاز جریان آزاد است و دلیل بهبودی‌ها و تجربیات خوش‌آیند در این وضعیت، مجال یافتن سیستم برای سازماندهی مجدد انرژیابی است. زمانی که فرد تحت‌تأثیر تابش‌های میدان الکترومغناطیسی یک انرژی درمانگر خبره (۳۰-۷ Hz) قرار گیرد، این هم‌سویی می‌تواند تأثیرات عمیق‌تری داشته باشد و در طی فرآیند پیاپندی طرحواره‌ی^۱ یک ارگانسیم سالم را به فرد منتقل نماید و همین باعث می‌شود که معمولاً پس از آن فرد بتواند این تجربه را خود به تنهایی تکرار نماید. (گلی، ۱۳۸۶).

اوشمن (۲۰۰۲) معتقد است که بدن انسان دارای یک سیستم آبی است که یک گیرنده‌ی حقیقی برای میدان‌هایی است که در طبیعت وجود دارد و این همان سیستم آبی است که امواج را می‌گیرد و به واسطه‌ی حافظه‌دار بودن آب مانند یک محلول هومیوپاتیک، انرژی را درخود نگاه می‌دارد و این فرآیند یادسپاری می‌تواند یکی دیگر از سازوکارهای هم‌سویی به حساب آید.

به این ترتیب هم‌سویی با جهان پیرامون، در طی گشودگی^۲ حین یک آرمش نیز، می‌تواند اتفاق بیافتد. ولی در هم‌سویی‌های ری‌کی این ارتباط مستقیم و فراقردی، ابعاد پیچیده‌تری یافته و جریان انرژی و اطلاعات توسط کارور خبره به سوی هنرجو یا بیمار جریان می‌یابد و این فرآیند باعث گشودگی و افزایش ظرفیت کانال‌های انرژی فرد و هم‌راستایی^۳ می‌شود.

در این تجربه کارور ری‌کی در نقش یک تسهیل‌گر و یک ترانسفورماتور افزایشده عمل می‌کند و البته امواج محیط را نیز تصفیه نموده و به فرد منتقل می‌نماید.

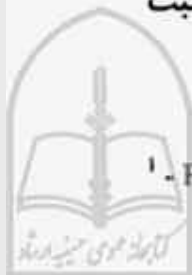
آن چنان که از تجربیات انرژی درمانگران و بیماران برمی آید بسته به نوع و مرحله‌ی هم‌سوئی، فیلترهای مختلفی در مقابل این جریان گذاشته می‌شود که باعث می‌شود الگوهای تجربی گوناگونی از این جریان انتخابی انرژی و اطلاعات پدید آید.

نمادها در ری‌کی یکی از عناصر جهت‌دهنده به هم‌سوئی هستند، برای مثال نماد سی‌هی‌کی سعی در هم‌سوئی میان عقل - احساس و انسان - خداوند دارد، در حالی که نماد هون شازی شونن که نماد پل نیز خوانده می‌شود بر خلاف قبلی که یک هم‌سوئی در جهت عمودی ایجاد می‌کرد، یک هم‌سوئی افقی میان دو مکان ایجاد می‌نماید.

هم‌سوئی را شاید بتوان فراگیرترین مفهوم ری‌کی خواند، چراکه هدف نهایی این رهیافت هم‌سوئی "کی" با "ری" است. البته این، به نوعی هدف تمام رهیافت‌های انرژیایی و به طور کلی هدف تمام رهیافت‌های کل‌نگر و انسان‌گرا به سلامت است.

بدیهی است که هرچه این فرآیند ساده‌تر صورت گیرد، عمیق‌تر و هم‌سوتر با هدف نهایی، یعنی هماهنگی تمام سطوح حیات انسانی، خواهد بود. افزودن پیرایه‌ها و عناصر تجسمی و فراروان‌شناختی، به راحتی می‌تواند این فرآیند را منحرف نموده و به جای عبور دادن فرد به سطوح عالی‌تر از سلامت و معرفت، او را درگیر تجربیاتی نابهنجار و گاه فرابهنجار^۱ و البته بی‌حاصل، نماید. (گلی، ۱۳۸۶)

آن چه در این فرآیند اهمیت دارد گشودگی دهنده و گیرنده و فراموش نکردن هدف اصلی هردو، یعنی تجربه‌ی یگانگی و هماهنگی با خود، با دیگران و با کل هستی است. فرآیند درمان و بهبودی، پدیده‌ی ثانویه نسبت به این هدف متعالی است.



روشی غیر تحلیلی با مبنای تحلیلی

مطالعات پایه‌ای که در جدول ۱-۳ جمع‌بندی شده‌است و البته مطالعات بی‌شماری که به ویژه در سال‌های اخیر در میدان انرژی پزشکی صورت گرفته، اغلب فرضیه‌های رهیافت‌های انرژیایی به سلامت را به اثبات رسانیده است.

جدول ۱-۳ - جمع بندی مطالعات سازوکارهای انرژیایی سلامت

بولینگاند (۱۹۷۸) اوشمن (۱۹۸۱) مک گینت (۱۹۹۵) بازت (۱۹۷۸)	<input type="checkbox"/> پیزوالکتریسته <input type="checkbox"/> جریان پتانسیل ها	سازوکار تولید انرژی
وانگ و همکاران (۱۹۹۳) هورویتز (۱۹۹۷) پینتا و کوفی (۱۹۹۱) آدولن (۱۹۸۲) رابرت بکر (۱۹۹۱، ۱۹۹۰) هوونایت (۱۹۹۸) رابرت بکر (۱۹۹۱، ۱۹۹۰) زنت گیورگی (۱۹۴۱) میچل (۱۹۷۶) دونالد اینگیر (۱۹۹۸)	<input type="checkbox"/> ملکول های پیوند دهنده اینترگرین <input type="checkbox"/> ماتریس زنده ماتریس سلولی و بینا سلولی ... <input type="checkbox"/> مسیرهای شیمیایی <input type="checkbox"/> مسیرهای انرژیایی الکتریکی الکترونیکی <input type="checkbox"/> شبکه پیرا عصبی <input type="checkbox"/> اثر انتقالی هال (سازوکار نیمه‌رسانایی) <input type="checkbox"/> سیستم‌های هم تنش	سازوکار انتقال انرژی در بدن
زیمرم (۱۹۹۰) ریت و زیمرم (۱۹۷۸) چی یین و همکاران (۱۹۹۱) شوارتز و همکاران (۱۹۹۰) اوشمن (۱۹۹۴)	<input type="checkbox"/> میدان های انگیزشی <input type="checkbox"/> چی گرم / چی سرد <input type="checkbox"/> سیگنال دهی الکترومغناطیسی <input type="checkbox"/> حلقه های انرژی	سازوکار انتقال انرژی به بدن
شومان (۱۹۵۰) اندرسن و اندرسن (۱۹۶۸) اوشمن (۱۳۸۲)	<input type="checkbox"/> بازآوایی شومان <input type="checkbox"/> ضربان ساز تالاموس <input type="checkbox"/> بی آیندی	ساز و کار تعامل انرژیایی انسان - محیط
پیت (۱۹۸۷) رولیح (۱۹۸۳)	<input type="checkbox"/> مسیرهای تداخل <input type="checkbox"/> مفهوم هم زمانی یونگ <input type="checkbox"/> کوانتوم غیر محلی	سازوکار انتقال انرژی از راه دور



شناخت میدان‌ها و مسیرهای انرژی و نقش حیاتی آنها درک عمیق‌تری از این رهیافت‌ها را آشکار می‌نماید. به نظر می‌رسد که شبکه‌ی بی‌اندازه پیچیده و گسترده‌ی ماتریس زنده در کنار شبکه‌ی عروق که بیشتر معطوف به هومئوستاز و تثبیت محیط درونی است و شبکه‌ی عصبی که علاوه بر نقش هومئوستاتیک، بازنمایی‌های تحلیلی و تجسمی را تأمین می‌نماید، علاوه بر کمک به هماهنگ‌سازی فعالیت‌های هومئوستاتیک، در توسعه‌ی تجربه‌های حضوری^۱ و درک فرافردی^۲ نیز می‌تواند نقشی بنیادی داشته باشد (گلی، ۱۳۸۶).

چنانکه بکر (۱۹۹۱) نیز تشریح نمود؛ جریان انرژی و اطلاعات معمولاً در نیم‌کره‌ی راست، از طریق بافت پیراعصبی که یک جریان از سیگنال‌های آنالوگ است پردازش می‌شود و حاصل آن دریافت‌های شهودی و حضوری فرد است.

گرایش همه‌ی رهیافت‌های انرژیایی به تجرب‌ه‌های حضوری و فرافردی و ادراکات شهودی شاید به دلیل گسترش هشیاری در این روش‌ها بر روی دریافت‌های مربوط به نیم‌کره‌ی راست، است. پس طبیعی به نظر می‌رسد که این رهیافت برغم مبنای علمی که یافته است، در عمل روشی غیر تحلیلی و کیفی باقی بماند (همان منبع).

ولی به هر حال با وجود روش‌های سنجش تغییرات میدان‌های انرژی و شناخت نسبی که از سازوکارهای تولید، هدایت و تأثیر آنها وجود دارد، شرایط ادغام این روش‌ها در نظام خدمات سلامت و نظام ارجاع فراهم است و تنها نیاز به تدوین برنامه‌های آموزشی مدون برای پزشکان و پرستاران و ساماندهی درمانگران تجربی و نیز در دسترس قرار دادن منابع معتبر در این زمینه، وجود

^۱ - Being Experience

^۲ - Transpersonal perception

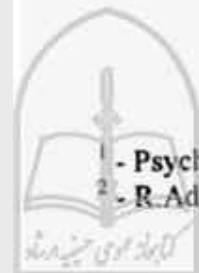


دارد. برای این حرکت کافی است درمانگران سنتی نگاهی روشمند و علمی به رهیافت درمانی خویش داشته باشند و عناصر اثربخش آن را از جنبه‌های فرهنگی، ایدئولوژیک و سلیقه‌یی جدا کنند. نظام خدمات سلامت مدرن نیز، به نگاهی علمی و خالی از پیش داوری‌های ناشی از الگوی پزشکی زیستی، برای بهره‌برداری از توانش‌های عظیم رهیافت انرژیایی به سلامت نیاز دارد.

ایمنی‌شناسی روانی، عصبی^۱

یکی دیگر از دانش‌های پایه در تبیین ارتباط ذهن - بدن و درک یکپارچگی ارگانسیم انسانی، ایمنی‌شناسی روانی عصبی است که با توسعه دانش کمی و عینی ما پیرامون پیوند ژنتیکی، ساختاری و کارکردی دستگاه‌های عصبی، هورمونی و ایمنی، تأثیر واسطه‌های عصبی و هورمونی بر سلول‌های ایمنی و برعکس و همچنین تأثیر وضعیت‌های روان‌شناختی بر عملکرد عصبی، هورمونی و ایمنی، شکل گرفت. مطالعات آزمایشگاهی و بالینی، ارتباطات این دستگاه‌ها را روشن نمود و پازل دستگاه یکپارچه‌ی روانی، عصبی، ایمنی جور شد. با شکل‌گیری این علم، پزشکی بیش از همیشه آماده‌ی تحولی در پیوند اجزاء پراکنده‌ی نظری و بالینی‌اش، به نظر می‌آید. این تحول در جهت اهمیت ساختاری یافتن نقش، ارتباط، بیمار و به طور کلی کنترل روان‌ایمنی در پیشگیری و درمان خواهد بود (گلی، ۱۳۸۱).

واژه‌ی ایمنی‌شناسی روانی عصبی، برای نخستین‌بار در سال ۱۹۸۱ توسط رابرت ادر^۲ به کار گرفته شد که در آغاز بر ارتباط بین دستگاه عصبی و دستگاه ایمنی متمرکز بود (ادر، ۱۹۸۱). او در ویرایش دوم کتابش با همین عنوان، پس از سال‌ها تحقیق، این علم را چنین تعریف می‌کند:



شواهد علمی بسیاری تأیید می‌کند که از لحاظ عصب - کالبدشناسی^۱، عصب - هورمونی^۲ و عصب - شیمیایی^۳ دستگاه عصبی با دستگاه ایمنی پیوند دارد. ارتباط دو سویه‌ی دستگاه‌های عصبی و ایمنی، یک سری یافته‌های تجربی را در ارتباط با تاثیر تغییرات رفتاری و وابسته به استرس بر عملکرد ایمنی و برعکس تأثیر فرآیندهای ایمنی بر رفتار را توجیه می‌نماید^۴ (ادرو همکاران، ۱۹۹۱).

در مطالعات بعدی نشان داده شد، چگونه استرس‌های روانی می‌توانند عملکرد ایمنی، تعداد سلول‌های ایمنی و میزان ترشح واسطه‌های ایمنی را تغییر داده و استعداد ابتلای فرد را نسبت به بیماری‌ها تغییر دهد (وان رود و همکاران، ۱۹۹۳؛ کلاسر و همکاران، ۱۹۹۶). و در مقابل اختلالات خلقی نیز می‌توانند باعث افت عملکرد ایمنی بشوند (بارلت و همکاران، ۱۹۹۵؛ ایروین و همکاران، ۱۹۹۰؛ اوانز و همکاران، ۱۹۹۲).

از مطالعات بر روی حیوانات و همچنین انسان معلوم شد که دستگاه ایمنی، نیز می‌تواند تحت تأثیر بازتاب‌های شرطی قرار گرفته و از طریق شرطی‌سازی می‌توان عملکرد ایمنی را افزایش یا کاهش داد. به این فرایند شرطی‌شدگی ایمنی^۵ گفته می‌شود. این اصل حتی در مورد سرکوب ایمنی^۶ در درمان سرطان به کار گرفته شده است (بوب جرج^۷ و همکاران، ۱۹۹۰).

این یافته‌های روان - ایمنی‌شناختی، ارتباط ذهن - بدن را از زاویه دیگری روشن نموده و زمینه را برای پژوهش در بسیاری روش‌های کنترل ایمنی^۷ به صورت بالینی و آزمایشگاهی فراهم نمود. مطالعه بر تأثیرات تعدیل‌کننده‌ی

^۱ - Neuro anatomical

^۲ - Neuro endocrine

^۳ - Neuro chemical

^۴ - Immune coditioning

^۵ - Immunosuppression

^۶ - Elovbjerg

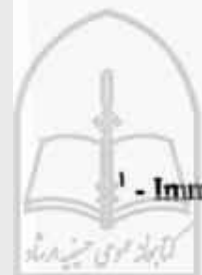
^۷ - Immunomodulation

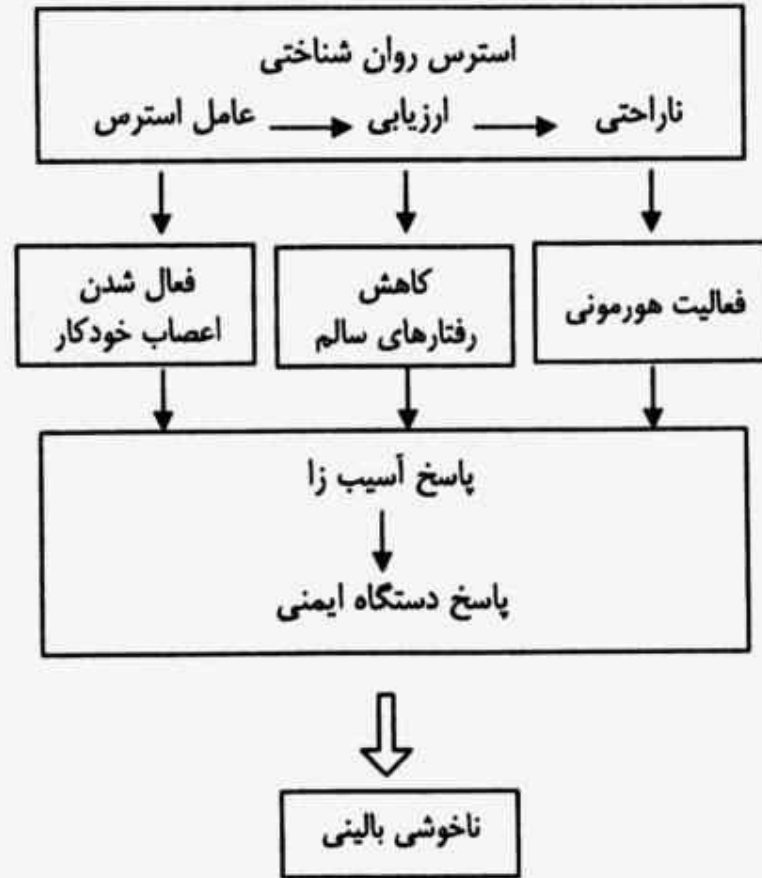


روش‌های آرام‌سازی (ہال و ہمکاران، ۱۹۹۳؛ ہال و ہمکاران، ۱۹۹۶) و ہیپنوتیزمی بر روی واکنش‌های حساسیت تأخیری (لوک و ہمکاران، ۱۹۹۴)، واکنش بہ ویروس HSV1 (کیوکولت و ہمکاران، ۱۹۸۶) و شمارش سلول‌های کشندہی طبیعی NKC (زاخاری و ہمکاران، ۱۹۹۰)، اثربخشی این روش‌های روان‌شناختی را بر عملکرد ایمنی نشان می‌دهد.

این مطالعات نشان می‌دهند کہ ارتباط بین عوامل ذهنی و بدنی و زمینہ‌های شناختی و رفتاری بیماری‌های جسمی، کہ در بسیاری روش‌های پزشکی مکمل و جایگزین مورد تأکید بودہ و پزشکی زیستی آن را ضعیف و کم اهمیت قلمداد می‌کرد، نظریہی قوی و قابل اثبات است (شکل ۱۱-۳).

این یافته‌ها، امکان تحلیل برخی سازوکارهای رہیافت‌های انرژیایی بہ سلامت را بدین ترتیب فراهم ساخته است. رہیافت‌های انرژیایی مانند ری‌کی، چی‌کنگ و لمس‌درمانی ہمہ برمبنای ارتباط عمیق و مؤثر و توجہ بہ رخدادهای فرافرادی عمل می‌کنند و چنین ارتباطی تأثیرات عمیق روانی و در نتیجہ ایمنی‌شناختی می‌تواند داشتہ باشد. از سوی دیگر تجربیات عملی جریان انرژی زیستی و انتقال آن از درمانگر می‌تواند مانند اثرات القائی و ہیپنوتیزمی موجب تعدیل ایمنی^۱ و در نتیجہ بہبود فرد شود. تأثیر مستقیم انرژی القائی بر سلول‌ها و بہ ویژه دستگاہ عصبی نمی‌تواند باعث بہبود خلق و کاهش اضطراب شود. اکثر افراد بعد از جلسات انرژی‌درمانی معمولاً گزارش‌هایی از این دست دارند. این تغییرات در دستگاہ روانی، برمبنای سازوکارهای ذکر شدہ می‌تواند منجر بہ بہبود بیماری‌های جسمانی شود.





شکل ۱۱-۳- الگوی تأثیر استرس روان شناختی بر ناخوشی های بالینی - نمونه ای از تعاملات روان - عصب - ایمنیک



سه سازوکار ذهن - بدنی فوق یعنی تاثیر عوامل شناختی رفتاری، تاثیر القایی، و زیست - انرژیایی فرآیندهای ایمنی بدن را می‌توانند تعدیل و کنترل نمایند (گلی، ۱۳۸۶).

با توجه به اهمیت پویایی روان - عصب - ایمنی در زمینه‌سازی ابتلا به بیماری‌ها، نظریه بنیادی دستگاه‌های پزشکی سنتی یعنی تعریف بیماری و سلامت بر مبنای «تعادل پویای محیط درونی»، بار دیگر اهمیت می‌یابد و نقش عوامل محیطی کم‌رنگ‌تر می‌شود. از این نظرگاه می‌توان گفت، سلامت یعنی تعادل روان - عصب - ایمنی (همان منبع).

روان‌شناسی بدن

نگاه انرژیایی به ماهیت روان، از دیرباز و در فرهنگ‌های مختلف وجود داشته است و انرژی به عنوان یک استعاره یا یک پدیده به طور گسترده در تشریح پدیدارهای ذهنی به کار گرفته شده است. به عنوان مثال پیش از آنکه مفاهیم افسردگی و مانیا وارد فرهنگ روان‌پزشکی شود، در فرهنگ عامه، مفاهیمی همچون بی‌انرژی و پُر‌انرژی وجود داشته است (دزیمیدکو، ۱۹۹۹).
به طور سنتی مفهوم انرژی به عنوان مبنایی برای درک روان و همچنین ارتباط متقابل ذهن و بدن، به کار گرفته می‌شده است.

آیین شمنی^۱، که نوع خاصی از درمانگری در جوامع بدوی است، بر مبنای نوعی گفتمان در حالت خلسه بین شمن (درمانگر) و روح (سیستم ارزیابی فرد) به مداوای بیماران می‌پردازد.

آسیای مرکزی و جنوب سیبری، احتمالاً یکی از قدیمی‌ترین و پر قدرت‌ترین مکان‌های پیدایش و گسترش شمن‌گرایی است و در این میان،

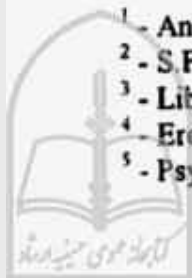
ایرانیان در حدود چهار تا پنج هزار سال پیش با این آیین آشنا بودند (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۸).

در سده هجدهم میلادی، فرانتس آنتوان ماسمر (۱۸۱۵-۱۷۳۴)، شروع به استفاده از مغناطیس در درمان بیمارانش کرد. وی متوجه عبور یک جریان غیر عادی در فرآیند درمان شد که به سادگی و بدون استفاده از مغناطیس و تنها با کشیدن دست‌هایش روی بدن بیمار، صورت می‌گرفت. وی این نیروی ناشناخته را مغناطیس حیوانی^۱ نامید.

نظریه آنتوان ماسمر، نوعی رهیافت انرژیایی به موجودات زنده بود و بُعد جدیدی از سازوکار حیات و نیز ارتباط ذهن - بدن را پیش روی دانشمندان قرار داد.

زیگموند فروید^۲ (۱۹۳۹-۱۸۵۶) روان‌شناس، روان‌پزشک اتریشی و بنیان‌گذار مکتب روان‌تحلیل‌گری، انرژی خاصی را در افراد فرض کرد که از آغاز زندگی در آنها وجود دارد و نیروی لازم برای اعمال حیاتی، لذت‌ها و خواست‌های فرد را مهیا می‌سازد. وی این انرژی را، لیبیدو^۳ نامید. فروید، نخست این واژه را در معنای انرژی جنسی به کار برد، ولی پس از تجدید نظر در نظریه‌ی انگیزش خویش، لیبیدو را برای تمام غرایز زندگی^۴ استفاده نمود. به اعتقاد او، علاوه بر انرژی جسمانی، انرژی روانی^۵ نیز وجود دارد که در فرایندهای روان‌شناختی همچون ادراک، یادآوری، اندیشه و تفکر به کار می‌رود و به طور کلی، انرژی محرک شخصیت است (کجباف، ۱۳۸۱). این انرژی (روانی) عمدتاً انرژی غریزی است و غریزه‌ی جنسی در این میان از اهمیت بیشتری برخوردار است (هال، ۱۳۴۸).

1 - Animal magnetism
2 - S. Freud
3 - Libido
4 - Eros
5 - Psychic energy



استعاره‌ی انرژی به فروید امکان داد تا هم‌ارزی روانی محتواهای به ظاهر ناهمگون روانی را مسلم انگارد و از این راه شالوده‌ی درک خود را از فرآیندهای جابجایی و ادغام، که راهنمای عمل رویا و تکوین علامت هستند، پی ریزد و به این ترتیب انرژی‌شناسی در آرای فروید، ریشه‌ی نظری مفاهیم گوناگون از جمله واپسروی^۱ و مقاومت گردید (بوتبی، ۱۳۸۴).

انرژی‌شناسی فرویدی بیش از مفهوم فیزیکی نیرو، به مفهوم اقتصادی ارزش^۲ مربوط می‌شود. به این ترتیب، وی علت رفتار بیمار مبتلا به هیستری را وجود بار بسیار شدید انرژی در سرتاسر شخصیت و تکرارهای جبری اعمال فرد و سواسی را، تمرکز بسیار شدید انرژی (مانند گرداب) می‌دانست و افسردگی را کاهش انرژی (همان منبع).

اریک برن (۱۹۱۰-۱۹۷۰)، فرضیات فروید در مورد انرژی روانی یا نیروگذاری روانی را دنبال کرد. به نظر او این انرژی به سه حالت وجود دارد: انرژی محصور، انرژی غیر محصور و انرژی آزاد. وی اصطلاح نیروگذاری فعال و خلاق^۳ را به مجموعه‌ی انرژی غیر محصور به همراه انرژی آزاد اطلاق نمود.

برای به تصویر درآوردن تفاوت بین این سه نوع انرژی، برن از استعاره‌ی "میمونی بر درخت" استفاده نمود. وقتی که میمون بر شاخه‌های بالایی درخت نشسته است، دارای انرژی پتانسیل یا بالقوه‌ی بیشتری است، یعنی انرژی‌یی که هرگاه میمون به زمین بیفتد، آزاد خواهد شد. این انرژی بالقوه با انرژی محصور مشابهت دارد.

اگر میمون از شاخه بیفتد، انرژی پتانسیل به شکل انرژی جنبشی آزاد می‌شود. این ماهیت انرژی غیرمحصور را به تصویر درمی‌آورد.



^۱ - Regression

^۲ - Economic concept value

میمون یک موجود زنده است و به جای این که از شاخه بیفتد می‌تواند انتخاب کند که روی زمین بپرد. از نظر برن، این استفاده‌ی انتخاب شده از انرژی، با انرژی آزاد شباهت دارد (جونز و استوارت، ۱۳۸۲).
اریک برن، این تعبیر و استعاره از انرژی را در نظریه‌ی تحلیل رفتار متقابل^۱ خود بکار گرفت. به اعتقاد وی، ساختار شخصیت از سه بخش کودک، بالغ و والد تشکیل شده است که هر کدام دارای حصارى در اطراف خود هستند. انرژی آزاد به راحتی و سهولت می‌تواند از بین حصار هر حالت نفسانی به حالت نفسانی دیگر در جریان باشد. هر یک از این حالات نفسانی شامل مقدار مشخصی از انرژی است که در این حصار قرار دارد.
اگر این انرژی در زمان خاص خودش بکار گرفته نشود، به انرژی محصور تبدیل می‌شود.

برن، بر این باور است که یک حالت نفسانی زمانی قدرت اجرایی به دست خواهد گرفت که مجموع انرژی غیر محصور و انرژی آزادش در یک زمان خاص از همه بیشتر باشد (یعنی انرژی فعال). حالت نفسانی که به عنوان خود واقعی به تجربه در می‌آید، همانی است که در یک زمان خاص دارای بیشترین مقدار انرژی آزاد می‌باشد.

به این ترتیب اریک برن نیز برای توجیه سازوکار نظریه‌ی خویش، از استعاره‌ی انرژی استفاده می‌نماید.

ولی در میان این نظریه‌پردازان، ویلهلم رایش^۲ (۱۸۹۷-۱۹۵۷) بیشترین نفوذ را در رهیافت‌های انرژیایی و توضیح سازوکارهای ذهن - بدنی آنها دانست. او که از هم‌عصران و پیروان فروید بود، با مطرح کردن نظریه‌ی اقتصاد جنسی^۳ از وی فاصله گرفت. وی سلامت روانی انسان‌ها را به

^۱ - Transactional Analysis

^۲ - W.Reich

^۳ - Sex economy



توانایی‌شان در عشق‌ورزیدن و پذیرفتن آن، مرتبط می‌دانست و معتقد بود که ماهیت واقعی لیبدو، انرژی جنسی است و علت روان‌آزردگی‌ها و روان‌گسستگی‌های کنشی^۱ را انباشت این انرژی و عدم توانایی فرد در رسیدن به ارگاسم کامل (اوج لذت جنسی) می‌دانست (استنتون، ۲۰۰۲).

رایش با تلاش در تحلیل بیماران و مشاهدات بالینی و آزمایشگاهی دقیق، کوشید تا نظریه‌ی جدید در پیوند میان ذهن و بدن و نقش این ارتباط در آسیب‌ها و روان‌درمانی عرضه کند. تلاش‌های وی و هنرجویانش، از جمله الکساندر لوون^۲، مبانی روان‌شناسی بدن را بنیان نهاد.

روان‌شناسی بدن، بر مبنای ارزیابی ذهن - بدن، به بررسی سازوکار این رابطه و روش‌های درمانی می‌پردازد.

از دیدگاه روان‌شناسی بدن، اساساً دوگونه حافظه در انسان وجود دارد: حافظه آشکار^۳ و حافظه ضمنی^۴.

حافظه‌ی آشکار با سطح هشیار ارتباط دارد و نیازمند زبان است و شامل مفاهیم، واقعیت‌ها، رخدادها، توصیف‌ها و فکرها است. درحالی‌که، حافظه‌ی ضمنی، با سطح ناهشیار مرتبط است و شامل هیجانات، احساسات، حرکات و فرآیندهای خودکار است. جایگاه هر دوگونه حافظه در مغز است. با این تفاوت که در حافظه‌ی ضمنی، ارتباطی بین مغز و سیستم‌های عصبی بدن مانند اعصاب خودکار، حسی و بدنی به وجود می‌آید و مغز، رخدادهای هیجانی را در سیستم ماهیچه‌ی بدن حفظ می‌کند و به این ترتیب علاوه بر حافظه‌ی ذهنی (یا به عبارت دیگر حافظه آشکار) حافظه‌ی بدن^۵ (یا حافظه ضمنی) نیز شکل

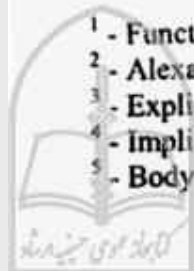
1 - Functional psychosis

2 - Alexander Lowen

3 - Explicit memory

4 - Implicit memory

5 - Body memory



می‌گیرد (استنتون، ۲۰۰۲). رخدادهای هیجانی توسط تنش و انقباضات مزمن عضلات ماهیچه‌یی جذب شده و جزئی از تاریخچه زیست‌شناختی فرد می‌گردد (میس، ۱۳۷۹).

رایش (۱۳۸۲) این انقباضات ماهیچه‌یی را، زره عضلانی^۱ نامیده است. وی در سال ۱۹۳۳ فرضیه‌یی در باب وحدت کارکردی بین ذهن و بدن ارائه داد. به اعتقاد او، عمل اساسی و زیست‌شناختی انقباض و انبساط در هربخش از ذهن و بدن وجود دارد. تحقیقات و آزمایش‌ها نشان می‌دهند که تحریکات و حس‌های مختلف، توسط اعصاب ایجاد نمی‌شوند، بلکه توسط آنها منتقل می‌شوند. در حقیقت، تحریکات و حس‌های زیست‌شناختی گوناگون، در موجودات زنده وجود دارد و مدت‌ها قبل از تکوین و سازمان یافتن اعصاب، ایجاد شده‌اند. موجودات تک سلولی همان اعمالی را از خود نشان می‌دهند که موجودات پرسلولی، و این درحالی است که هنوز سلسله اعصاب در آنها سازمان نیافته است (رایش، ۱۳۸۲).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که همواره در محل‌هایی از بدن که انبساط و انقباض صورت می‌گیرد، اعصاب پاراسمپاتیک و سمپاتیک، که جزو اعصاب خودکار می‌باشد، عمل می‌کند. دستگاه اعصاب پاراسمپاتیک در جهت انبساط و گسترش، جهت‌گیری به سمت بیرون، شادی، شغف و لذت است، درحالی‌که دستگاه اعصاب سمپاتیک در جهت انقباض، درون‌گرایی، ناخشنودی و غمگینی است. به عبارت دیگر، فرآیند حیات شامل تناوب مداوم انبساط و انقباض است و به این ترتیب، به نقطه وحدت عمل بالاترین سطح احساسات روان‌شناختی (ذهنی) با عمیق‌ترین لایه‌های زیست‌شناختی (بدن) می‌رسیم. اگر نوسان زیستی در یک جهت مختل شود مثلاً حالت انبساط یا انقباض بر حالت دیگر تفوق یابد، تعادل زیست‌شناختی تمام بدن مختل خواهد شد.



به این ترتیب، سرکوب هیجان‌ها و احساسات در زمانی از گذشته‌ی زندگی فرد از طریق سلسله اعصاب خودکار (نباتی)، تبدیل به یک گرفتگی عضلانی شده و در حافظه‌ی بدن ذخیره می‌گردد. به عبارت دیگر، انقباض عضلانی، جنبه‌ی بدنی روند سرکوب احساسات و خواست روان‌شناختی و پایه تداوم آن است. هیچ‌گاه یک عضله به تنهایی منقبض نمی‌شود، بلکه انقباض در گروهی از عضلات که از نظر نباتی و کنشی یکی هستند، رخ می‌دهد. مثلاً هرگاه احساس گریستن سرکوب شود، تنها لب زیرین منقبض نمی‌شود، بلکه کلیه عضلات لب‌ها، دهان، آرواره‌ها و همچنین عضلات حلق منقبض می‌گردد. این زره‌های عضلانی همچنین از طریق فرهنگ‌ها، نمادها و نظام تعلیم و تربیت در کودکان شکل می‌گیرد. به عنوان مثال از طریق ضرب المثل‌های تجویزی مانند: "مرد باید بر خود مسلط باشد" و "خودت را جمع و جور کن" (رایش، ۱۳۸۲).

رایش، برای رهاسازی فرد از این زره‌های عضلانی که متأثر از سیستم اعصاب نباتی بودند، شیوه‌ی درمان نباتی^۱ را پیشنهاد کرد (استنتون، ۲۰۰۲). یکی از اصول روان‌درمانی بدن، چنان‌که رایش بیان نموده بود، درمان از طریق دستگاه اعصاب نباتی یا درمان نباتی است. در این شیوه‌ی درمانی، تنش‌ها و گرفتگی‌های عضلانی برای رهایش ذهن، آزاد می‌شوند و می‌توان آن را شیوه‌ی تداعی آزاد از طریق بدن نامید. به عبارت دیگر، با کاهش تعارض فرد و شل شدن زره عضلانی، انرژی حیاتی فرد آزاد شده و وی می‌تواند به زندگی سالم و طبیعی بازگردد (همان منبع).

همان‌طور که پیش‌تر بیان شد، بخشی از حافظه‌ی فرد، در بدن او و از طریق دستگاه اعصاب نباتی در سیستم عضلانی او، حفظ شده است. در طی فرآیند درمان نباتی، علاوه بر شل شدن حالت خشک عضلانی و رهاس شدن

^۱ - Vegetotherapie



نیروی نباتی، هیجانات، احساسات و به طور کلی خاطرات فراموش شده فرد که در عضلات وی ضبط شده بود، یادآوری می‌شود. به این ترتیب دیگر لازم نیست که تنها به تفسیر رویاها و تداعی معانی پردازیم، زیرا ترجمه‌ی زره عضلانی و به عبارت بهتر زبان بدن خود گویای تجربه‌های آسیب‌زای دوران کودکی است و در یک برداشت کلی، ساختار روان‌شناختی (ذهن) همان ساختار زیست‌شناختی (بدن) و سازوکار این رابطه، سلسله اعصاب نباتی است (رایش، ۱۳۸۲).

به طور کلی، درمان نباتی (روان‌درمانی بدن) بر فرض‌های زیر استوار است:

۱. تحریک و تداوم روانی از نظر کنش، معادل با تحریک و تحرک بدنی است.
 ۲. تداوم تحریک و تهییج روانی، به علت برقراری و تداوم حالتی خاص در سلسله اعصاب نباتی به وجود می‌آید.
 ۳. حالت نباتی متغیر، باعث تغییر در عملکرد اندام می‌شود.
 ۴. مفهوم روانی علایم بدنی، چیزی جز حالتی بدنی نیست که مفهوم روانی در آن متجلی می‌شود. از این رو جدا نشدنی و با یکدیگر برابراند.
 ۵. حالت روانی شخص، تحت‌تأثیر حالت نباتی است.
- در واقع، تن و روان در این دیدگاه از نظر نیروی حیات به صورت دو سیستم متعامل و یکپارچه عمل می‌کند (رایش، ۱۳۸۲).
- درمان بدنی حالت‌های عضلانی، تنها نیمی از رویکرد روان‌شناسی بدن محسوب می‌شود. نیم دیگر به بررسی خصوصیات (رگه‌های) شخصیتی فرد در قالب تحلیل منش می‌پردازد.

نظریه‌ی تحلیل منش، نخستین‌بار توسط فروید ابداع و پایه‌گذاری شد و روشی از روان‌تحلیل‌گری است که اساس آن بر تسلسل افکار و تداعی معانی



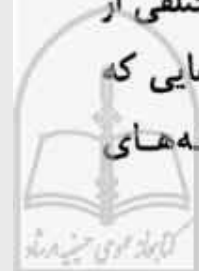
بیمار قرار دارد. رایش بین سال‌های ۱۹۲۵-۱۹۳۳ روش جدید تحلیل منش را ابداع کرد و آن را به روش روان‌تحلیل‌گری فروید، افزود.

در روش تحلیل منش رایش، کاوش در روان بیمار فقط از طریق تسلسل افکار و تداعی معانی صورت نمی‌گیرد، بلکه رفتارهای غیر کلامی و حالت‌های هیجانی و عاطفی بیمار نیز بررسی و تحلیل می‌گردند. به اعتقاد رایش، تحلیل منش، بخش مکمل درمان نباتی است و همان‌گونه که درمان نباتی در حیطه عملکرد زیستی فیزیکی (جسمانی) به تحلیل و آزادسازی زره عضلانی می‌پردازد، تحلیل منش در حیطه عملکرد روانی، به تحلیل زره منش خواهد پرداخت و این دو، از نظر عملکرد یکسان و مکمل یکدیگرند. به اعتقاد رایش (۱۳۸۲) منحصر کردن درمان به یکی از این دو طریق، کاری ناقص است و باید توأمأ صورت گیرد.

برای پی بردن به چگونگی ارتباط زره منش با زره عضلانی مثالی می‌آوریم:

احساس خطر مترادف است با تشدید عملکرد اعصاب سمپاتیک. این عملکرد به نوبه خود اضطراب را تشدید می‌کند. تشدید اضطراب باعث ایجاد زره منش می‌شود که این زره نیز به نوبه خود مترادف است با جذب و ادغام انرژی نباتی در عضلات، یعنی زره عضلانی. زره عضلانی نیز باعث اختلال در رها شدن انرژی می‌شود و در نتیجه فشار و تنش را بالا می‌برد و این چرخه‌ی معیوب به همین صورت ادامه می‌یابد.

رایش در توضیح زره منش می‌گوید: انبوه تجربیات و آزمون‌های گذشته‌ی شخص، در شخصیت کنونی وی متبلور شده و در حالت‌ها و طرز برخورد‌های او منعکس می‌شود. این نظریه در عمل نشان می‌دهد که لایه‌های مختلفی از عواطف وجود دارند که هر کدام گویای تاریخ زندگی فرد است. تضادهایی که شخص در سنین مختلف با آنها در حال مبارزه بوده است، همواره رگه‌های



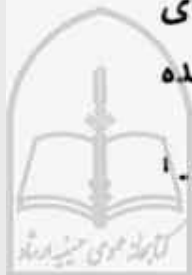
خود را در شخصیت او به جا می گذارد و این رگه خود را به صورت سختی های شخصیتی نشان می دهند. بیمار این رگه های شخصیتی را به صورت خصوصیتی نا آشنا و بیگانه نمی پندارد ولی با آگاهی به این خشکی شخصیت، آن را به صورت از دست دادن رفتار طبیعی، احساس می کند.

هر لایه یی از ساختار شخصیت، بخشی است از تاریخ زندگی که در حال حاضر موجود است ولی در لباسی مبدل و به شکل گرفتگی های انرژیایی و در قالب زره عضلانی و به همین دلیل، نرم کردن این لایه های خشک شده از زره عضلانی، عقده های قدیمی را فعال، و البته آماده برای درمان، می کند.

درمان های انرژیایی و روان شناسی بدن

ماهیت انرژی از دیدگاه روان شناسی بدن، از سنخ آرگن و به گفته لوون، بنیانگذار بیوانرژتیکس^۱، زیست - انرژی، که محیط اطراف ما را احاطه نموده است. این انرژی در موجودات زنده در درون کیسه یی به نام بایون جای گرفته و منجر به حیات موجودات شده است. وی معتقد است ماهیت این انرژی آرگن، جنسی است و هدف آن لذت است. هر گاه هیجانی در طی زندگی سرکوب شود و فرصت ابراز نیابد، به صورت یک گرفتگی عضلانی یا پوششی نمادین به نام زره را ایجاد می کند که مانع جریان انرژی آرگن در بدن می گردد. فرآیند درمان بدن، شامل باز کردن این گرفتگی تها و سهولت در جریان انرژی است.

فروید و رایش همیشه نیمنگاهی به دیدگاه های شرقی داشته اند و شباهت انرژی شناسی آنها با دیدگاه های شرقی به هیچ رو تصادفی به نظر نمی رسد. مفهوم های پرانای کیهانی یا "ری" و پرانای حیاتی یا "کی" و انسداد های انرژیایی که در کندالینی یوگا و طب سوزنی شرح و بسط بسیار داده شده



است، با آرگن و زیست‌انرژی و بلوک‌های انرژیایی در روان‌شناسی بدن، همانندی‌هایی عمیق و شناخت‌شناسانه^۱ دارد ولی تفاوت‌هایی نیز در روش‌شناسی^۲ و تکنیک، با هم دارند.

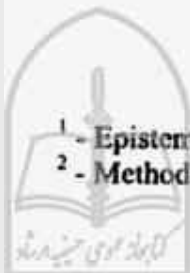
برای مثال در ری‌کی، گردش انرژی (کی) در درون بدن است. انرژی کسی الهه هشیاری و انرژی حیات بخش است و کالبد‌های جسمانی، انرژیایی و معنوی را مرتبط می‌سازد. این انرژی از سپهر و زمین می‌آید و نیروی بودن را مهیا می‌سازد. انرژی کسی در کالبد لطیف انسان از طریق کانال‌های انرژیایی منتقل می‌گردد و وظیفه این کالبد، دریافت انرژی‌های ظریف از هستی و انتقال آن به کالبد جسمانی برای حفظ حیات مادی است. این کار از طریق مراکز انرژی یا چاکراها و مسیرهای ظریف یا نادى‌ها، انجام می‌شود.

اساس رهیافت ری‌کی و البته یوگا، چی‌کنگ و تای‌چی بر گشودن این مسیرهای انرژی و به ویژه گشودگی کندالینی، یا سه مسیر اصلی و محوری انرژی سلامت، است. پیچش کندالینی در لگن و انتهای ستون مهره‌ها و بیشتر در ارتباط با ارگان‌های جنسی است. این مشابهت نیز با انرژی آرگن که طبیعتی جنسی دارد و آزادسازی آن سلامت جسم و روان را تأمین می‌نماید، شایان توجه است.

البته گشودگی کندالینی، باعث تلطیف نیروی جنسی و گرایش فرد از نیازهای کمبودی و مادی به نیازهای بنیادی و معنوی است.

ری‌کی به عنوان یک نظام کوندالینی، با چگونگی حرکت انرژی کسی در بدن سر و کار دارد. در فرآیند هم‌سویی، سه کانال اولیه باز می‌شوند و چاکراها، جریان انرژی را هدایت نموده و فزونی می‌بخشند. این کار از طریق افزایش

^۱ - Epistemological
^۲ - Methodology



ظرفیت کانال‌ها صورت می‌گیرد و در حقیقت انرژی کی، در ری کی کنترل و هدایت می‌شود.

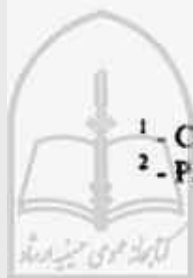
گرچه این رهیافت‌های انرژیایی سنتی همانند روان‌شناسی بدن، سعی در گشودن انسدادهای انرژیایی - هیجانی - عضلانی دارد ولی مانند روان‌شناسی بدن، سعی زیادی در تحلیل حافظه‌ی بدنی و منش فرد ندارد.

در روان‌شناسی بدن، تحلیل‌گر سعی می‌کند تا فرآیند روان‌پالایش^۱ و تحولات فیزیکی، شناختی و هیجانی فرد را تحلیل نموده و از این طریق به روشی فردگرایانه و مبتنی بر تشخیص، فرآیند درمان را هدایت کند.

رهیافت‌های انرژیایی به سلامت اساساً روش‌هایی روان - ترکیب^۲ و کل‌نگر است و بر اساس هدایت ارگانیک عمل می‌کند، نه بر مبنای تشخیص ویژگی‌های فردی و در نتیجه سعی در تحلیل شخصیت و همین‌طور علایم و نشانه‌های اولیه و نیز برون‌ریزی‌ها یا علایم تظاهریافته‌ی حین درمان، ندارد (گلی، ۱۳۸۶).

گرچه براساس نوع انسدادهای انرژی در مراکز مختلف علایم مختلفی پدید می‌آید که برای درمانگران خبره قابل شناسایی است ولی در هر صورت اساس این رهیافت‌ها بر یک روش عمومی گشودگی مسیرهای ذهن - بدن و انسان - جهان است. چرا که اعتقاد براین است که با این گشودگی، علایمی که تشخیص داده شده یا نشده، خود به خود برطرف می‌شود.

هدف ری کی و دیگر رهیافت‌های انرژیایی، برقرار نمودن پویایی سلامت است، نه تشخیص و درمان بیماری‌ها و از همین‌روست که به عنوان درمان‌هایی مکمل می‌تواند در کنار روان‌شناسی و پزشکی تحلیلی مدرن، بسیار مؤثر و مفید واقع شود (همان منبع).



انرژی حیاتی

همان طور که علم اقتصاد به بررسی گردش مناسب و صحیح ذخایر و نیروهای مادی در حیات و پیشرفت یک سیستم می‌پردازد، اقتصاد جنسی در نظریه رایش نیز به بررسی جریان انرژی در بدن و تاثیر آن در دوران و عوارض رکود و انسداد آن و خلاصه آن چه که به جریان طبیعی انرژی جنسی مربوط است، می‌پردازد.

رایش براین باور بود که، ماهیت این انرژی، الکتریکی است و از طریق مراکز نباتی و رشته‌های عصبی به سرتاسر بدن منتقل می‌شود و باعث انقباض و انقباض اندام‌ها و در نهایت ایجاد احساس لذت و اضطراب می‌گردد و حتی شدت احساس لذت، برابر است با کمیت بار زیست‌الکتریکی در سطح بدن و بالعکس. احساس سرد بودن، بی‌روح بودن و نداشتن قابلیت برقراری تماس در افراد روان‌آزرده، دال بر فقدان بار زیست‌الکتریکی در محیط و در سطح بدن آنها است. و به این ترتیب، علم اقتصاد جنسی را می‌توان روشی دانست که در آن نیروی زیست‌الکتریکی و به عبارت دیگر انرژی زیستی شخص نظم و ترتیب می‌یابد.

فرد می‌تواند این انرژی را رها و یا مسدود نماید و به این ترتیب نگرش جدید برای درک ماهیت بیماری‌های بدنی شکل می‌گیرد (رایش، ۱۳۸۲).

در واقع روان‌آزرده‌گی تنها نتیجه عقده‌های روانی حل نشده و تثبیت‌های کودکی شمرده نمی‌شود، بلکه این تثبیت‌ها و عقده‌های روانی، باعث بروز اختلالی اساسی در تنظیم انرژی زیست‌الکتریکی می‌شود و از این طریق در بدن ریشه دوانده و ثابت می‌مانند. از این رو نه امکان جدایی تن و روان از یکدیگر وجود دارد و نه این جدایی قابل قبول است.



به قول سوزوکی (۱۹۸۴):

«بدن و ذهن، نه دو چیز هستند و نه یک چیز، اگر فکر کنید دو تا هستند اشتباه است و اگر فکر کنید یکی هستند نیز غلط است. آنها هم دو تا هستند و هم یکی.»

اختلالات روانی، ناخوشی‌های زیست‌شناختی هستند که در عین حال، خود را در بدن متجلی می‌سازند. ریشه‌ی این اختلالات، انسداد و انحراف مسیر طبیعی زیست - انرژی است. در حقیقت، روان و بدن از نظر عملکردی، وحدتی دارند در عین حال دارای رابطه‌ی متضاد نیز هستند و این نتیجه‌ی کنش طبیعی موجود زنده و عملکرد جامعه است.

پی بردن به ماهیت زیست‌الکتریکی انرژی در موجودات زنده، جدال قدیمی ماشین‌انگاری و جاندارپنداری^۱ را نیز حل می‌نماید.

موجود زنده بر اساس قوانین فیزیکی که مواد بی‌جان تابع آن هستند، رفتار می‌کند (تفکر ماشین‌انگاری) ولی همان‌طور که جاندارانگاری معتقدند تفاوتی ماهوی با مواد بی‌جان دارد، در موجودات زنده، اعمال مکانیکی (تنش و بار) و اعمال الکتریکی (بارگیری و تخلیه) در هم ادغام شده‌اند و کنش موجود زنده را باید بر اساس قوانین اطلاعات ماده - انرژی بررسی نمود، ولی در ماده‌ی غیرزنده چنین نیست.

انرژی زیست - الکتریکی بر خلاف انرژی الکترومغناطیسی که به سرعت نور منتشر می‌شود، بسیار کند حرکت می‌کند و به گونه‌ی است که قابل اندازه‌گیری در حدود چند میلی‌متر در ثانیه می‌باشد. حرکت آن آهسته و به صورت موجی است و مطابق با خیزش احساس در اندام‌ها یا تحریک نباتی است.

سیر تکاملی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که نیروی مخصوصی در موجودات زنده در کار است که باعث فعالیت‌های حیاتی او می‌شود و در حقیقت

کیسه‌هایی مخصوص (بایون‌ها) در درون سلول‌ها است که دارای ضربانی منظم هستند و نیروی حیات را در خود جای داده‌اند (رایش، ۱۳۸۲).

رایش در سال ۱۹۳۹، در مقاله‌یی عنوان کرد، که تحقیقات وی در باب موجودات زنده، از چارچوب روان‌شناسی و فیزیولوژی فراتر رفته و وارد مرزهای تازه و ناشناخته‌یی از علوم طبیعی شده‌است. به اعتقاد وی محیط زیست سرشار از انرژی اُرگن است، که ما را احاطه کرده و بایون‌ها، که فعالیت حیاتی سلول را تامین می‌کنند، از این انرژی انباشه شده است و نسبت به فعالیت و تحریک نباتی فرد حساس است و به شکل هاله‌یی در اطراف فرد قرار دارد.

چنان‌که، ری‌کی بر مبنای آزادسازی "کی" و برقراری ارتباط آن با "ری" می‌باشد، در روان‌شناسی بدن نیز هدف، آزادسازی انسدادهای انرژی یا زره‌ها، و به جریان انداختن انرژی اُرگن است.





فصل چهارم
ابعاد فردی و فرافردی





در فصل سازوکارها بر مبنای انرژی پزشکی، ایمنی‌شناسی روانی، عصبی و روان‌شناسی بدن، سعی نمودیم تا تأثیرات رهیافت‌های انرژیایی را تبیین نماییم.

در این فصل که به نوعی متمم فصل پیش است به تشریح ابعاد فردی و فرافرادی پوشش‌های جسمانی، روانی، انرژیایی و معنوی، می‌پردازیم.

برای درک عمیق‌تر رهیافت‌های انرژیایی به سلامت لازم است که ابعاد فردی و فرافرادی آنها را در نظر بگیریم. منظور از ابعاد فردی، سازوکارهای ذهن - بدنی رهیافت‌های انرژیایی است که با عوامل بیرونی، از جمله درمانگر، تنها یک ارتباط نمادین دارد و در واقع شرطی‌شدگی‌ها، اثر دارونمایی^۱ و نظام باورها^۲ باعث فعال شدن این سازوکارهای درمانی می‌شوند و درمانگر صرفاً نمادی برای فعال‌سازی آن است. در صورتی که ابعاد فرافرادی این رهیافت‌ها مربوط به ارتباط وجودی^۳ و مستقیم دو باشنده^۴ می‌باشد (گلی، ۲۰۰۷).

با در نظر گرفتن این دو بعد، اثربخشی رهیافت‌های انرژیایی براساس پوشش‌های ذهن - بدنی زیر قابل تبیین است:

۱- پوشش‌های فردی

۱-۱- شرطی‌شدگی کلاسیک^۵

-
- 1 - Placebo effect
 - 2 - Belief system
 - 3 - Existential
 - 4 - Being
 - 5 - Classic Conditioning



۱-۱-۱- اثر دارونمایی.

۱-۱-۲- القانات غیرمستقیم^۱

۱-۲-۱- شرطی‌شدگی انتزاعی^۲

۱-۳-۱- نظام باورها

۱-۴-۱- پاسخ آرمش^۳

۲- پویش‌های فرافردي

۱-۲- برهم‌کنشی‌های انرژیایی^۴

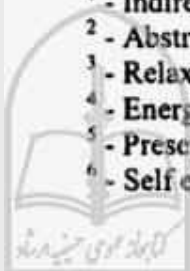
۲-۲- تجربه‌ی حضور^۵ (همان منبع)

گرچه ممکن است که این میدان‌ها هم‌پوشانی‌هایی با هم داشته باشند، ولی برای تجزیه‌ی عناصر درمانی رهیافت‌های انرژیایی، این تقسیم‌بندی می‌تواند روشن‌گر باشد (همان منبع).
در ادامه‌ی این بحث هر یک از پویش‌های ذکر شده را به اختصار شرح می‌دهیم:

۱- پویش‌های فردي

چنان که اشاره شد این فرآیندهای درمانی کاملاً وابسته به فرد است و با یا بدون مداخله‌ی عامل بیرونی می‌تواند این فرآیندها، فعال شود ولی معمولاً چون آگاهی، مهارت و خود موثری^۶ کافی نیست، فرد قادر به کنترل این سازوکارهای شفابخش درونی نیست. در نتیجه، این توانایی، به فرد یا شرایطی

۱ - Indirect Suggestions
۲ - Abstract Conditioning
۳ - Relaxation Response
۴ - Energetic interactions
۵ - Presence Experience
۶ - Self effectiveness



به خصوص فرافکنی، می‌شود، که برای فرد قابل باور است، بتواند علت این فرآیندها قرار گیرد.

۱-۱- شرطی‌شدگی کلاسیک

برای شرطی‌سازی کلاسیک، محرکی خنثی مکرراً با محرکی (محرک غیرشرطی) که به طور طبیعی موجب برانگیختن پاسخ (پاسخ غیرشرطی) می‌شود، همراه می‌شود تا هنگامی که محرک خنثی (محرک شرطی) بتواند به تنهایی آن پاسخ (پاسخ شرطی) را ایجاد نماید. (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۳). این سازوکار، چه از طریق ارائه‌ی عوامل درمانی و به نمایش گذاشتن عناصر ویژه‌ی یک رهیافت درمانی^۱ و چه در اثر عوامل زمینه‌یی^۲ مانند فضای فیزیکی و نمادین، می‌تواند فعال شود.

در زیر، تاثیرات شرطی، محتوایی یا اثر دارونما و شرطی‌شدگی‌های زمینه‌یی یا القائات غیرمستقیم را، مورد مطالعه‌یی اجمالی قرار می‌دهیم.

۱-۱-۱- اثر دارونما:

اصطلاح دارونما برای نخستین بار توسط ویلیام اوسلو در قرن نوزدهم به کار رفت (میکروزی، ۲۰۰۱). دارونما اصطلاحاً به هر عامل درمانی گفته می‌شود که برای اثر درمانی بر یک نشانه یا بیماری تجویز شده ولی عملاً بی‌اثر یا دارای اثری غیراختصاصی بر آن نشانه یا بیماری است (شاپیرو و شاپیرو، ۱۹۹۷).

برخی بر این باورند که اثر دارونما صرفاً بر روی علایم ذهنی مانند درد مؤثر است ولی اسگیت و جروم (۲۰۰۱) در بررسی مطالعات متعدد نشان دادند،



که مؤلفه‌های عینی مانند، نتایج آزمایشات خونی، بیماری‌های التهابی و عفونی، ترمیم زخم‌ها، حرارت بدن و غیره نسبت به دارونماها پاسخ‌گو هستند. در واقع عامل مؤثر در بهبودی در اثر دارونما در واقع یک عنصر نمادین است که نمی‌توان تمام تأثیراتش را غیر اختصاصی دانست چرا که دستگاه روان - عصب - ایمنی را می‌تواند به شکلی اختصاصی فعال نماید. یک روش ساختگی یا یک جراحی نمایشی نیز عیناً بر اساس همین سازوکار عمل می‌کند. (گلی، ۲۰۰۷).

به‌رغم آن که سال‌های زیادی است که اثر دارونما شناخته شده است و در بسیاری از مطالعات مورد-شاهدی^۱ به‌طور گسترده به کار گرفته می‌شود، به هیچ‌رو متناسب با اهمیتش، این بعد عمیق روان‌شناختی درمان، مورد مطالعه و استفاده قرار نگرفته است. (هارینگتون، ۱۹۹۷).

این عنصر نمادین همراه با هر ماده‌ی مؤثر و هر مداخله‌ی مؤثری، حاضر است و هیچ درمانی نیست که بخش قابل توجهی و اغلب بخش عمده‌ی آن از آن ناشی از اثر دارونمایی آن نباشد. در این تقسیم‌بندی آن بخش از عوامل مؤثر در بهبودی که مستقیماً و به عنوان عامل مداخله‌گر درمانی ارائه می‌شود، تحت اثر دارونمایی آورده شده است.

در مورد درمان‌های انرژیایی نیز: حضور درمانگر، نمایش پرتوبخشی و باور این که هم‌اکنون تحت‌تأثیر یک میدان انرژی شفابخش قرار می‌گیرد، ولو آن که چنین انتقالی صورت نگیرد یا اصلاً فرد درمانگر خبره نباشد و میدان انرژی او در حد القاء اثر عینی درمانی نباشد (بسیار کمتر از ۷.۸ Hz)، می‌تواند اثر دارونمایی داشته و بیمار بهبودی‌هایی را گزارش کند.



زمینه‌های تاریخی و فرهنگی که این امر را قابل باور می‌کند، وضعیت منفعل^۱ که حین فرآیند دریافت انرژی خودبخود پدید می‌آید و تلقین‌پذیری^۲ فرد را افزایش می‌دهد و گزارش‌های بهبودی دیگر بیماران، عواملی هستند که اثر دارونمایی رهیافت‌های انرژیایی را به شدت تقویت می‌نماید (گلی، ۲۰۰۷).

۱-۱-۲- القانات غیرمستقیم:

برخلاف تصور عمومی، هیپنوز وضعیت روان‌شناختی نادری که نیاز به حالت ترانس^۳ و القانات مستقیم دارد نیست، بلکه همه‌ی ما به طور طبیعی و بدون هیچ القای مستقیمی بارها و بارها هیپنوز شده‌ایم.

هیپنوز بالینی^۴ نوین بیشتر از طریق روش‌های غیرمستقیم، استعاره^۵ و در هشیاری معمول^۶ صورت می‌گیرد چرا که مطالعات بسیاری ثابت نموده در این روش‌ها، مقاومت کمتر بوده و تأثیرات پایدارتر است (هامونر، ۱۹۹۰؛ گوردون، ۱۹۷۸).

هر روش درمانی القانات غیرمستقیم و استعاره‌های خاص خود را دارد و از این طریق، زمینه و فضای فیزیکی و نمادینی که مداخله‌ی درمانی در آن صورت می‌گیرد، می‌تواند پوشش‌های ذهن - بدنی اختصاصی ایجاد نماید (گلی، ۲۰۰۷).

در درمان‌های انرژیایی استعاره‌های زیر به صورت ضمنی و حین آشنایی، درمان و پیگیری به فرد منتقل می‌شود که هر یک می‌تواند تأثیراتی ذهنی - بدنی را القاء نماید.

الف - پیوند انرژیایی فرد - درمانگر- جهان

- ^۱ - Passive
- ^۲ - Suggestibility
- ^۳ - Trance
- ^۴ - Clinical Hypnose
- ^۵ - Methaphoric
- ^۶ - No Trance Hypnoterapy



ب - سیالیت کالبد انرژیایی - به جای سختی کالبد فیزیکی
 ج - شفایابی به عنوان ویژگی طبیعی ارگانسیم انسانی
 د - فرآیند شفایابی به عنوان یک فرآیند ارگانیسیمی - و نه وابسته به عامل
 درمانی -

ه - جریان شفا به عنوان جریان فراگیر و همیشه حاضر در جهان
 این استعاره‌های درمانی^۱ فارغ از اهمیت و ارزش نظری، فلسفی و عملی،
 که پیش‌تر شرح آن داده شد، بسیار کارآمد بوده و باعث می‌شود که فرد از یک
 حالت از خودبیگانگی^۲ به یک احساس ایمنی ناشی از پیوند با جهان و دیگران
 نزدیک شود (القائات الف و ه)، دست از نگرانی و اضطراب ناشی از عدم
 توانایی تغییر آینده بردارد و به توانایی ارگانسیم خویش در درمان اعتماد کند و
 خود را به فرآیند طبیعی تحول و شفایابی بسپارد (ج و د) و به جای این که
 آسیب‌های عضوی را به دلیل تصور سختی که از بدن دارد برگشت‌ناپذیر بداند،
 اختلال را به شکل یک اختلال انرژیایی سیال می‌بیند که با تغییر الگوی
 سلامت خویش به سهولت می‌تواند، هماهنگ شده و سالم گردد (ب) (همان
 منبع).

این القائات به خوبی می‌تواند ثبات دستگاه عصبی خودکار را افزایش داده،
 دستگاه روان - عصب - ایمنی را به نحوی مطلوب فعال نماید و رفتارهای
 معطوف به سلامت^۳ را در جهت ارتقاء سلامت، کنترل نماید.

۱-۲- شرطی سازی انتزاعی

مفهوم شرطی سازی انتزاعی، به طور تجربی توسط کرون بکر، ولش و
 فیسیسچلی (۱۹۵۹) ارائه شد.

1 - Therapeutic Metaphores
 2 - Elination
 3 - Health behaviour



این شرطی‌سازی، بیشتر در تشریح سازوکار هیپنوز، به کار می‌رود (کرازیلنک و هال، ۱۹۸۵). در طی این شرطی‌شدگی، صحت آنچه طی تلقینات بیان می‌گردد، توسط تجربیات بعدی، اثبات می‌گردد. به عبارت دیگر شرطی‌سازی انتزاعی پذیرش حکم قبل از آزمون است. به این ترتیب فرد، مقدم را خود می‌سازد البته بدون این که بداند خود، ساخته است و تالی به تبع مقدم ایجاد می‌شود.

در طی فرآیند دریافت انرژی زیستی اغلب افراد احساس‌هایی مانند گرما، سوزش، مورمور شدن یا احساس یک جریان یا میدان مغناطیسی را گزارش می‌کنند که معمولاً برای آنها تازگی دارد و معمولاً پس از این تجربیات، درجاتی از بهبودی در علایم و بیماری گزارش می‌شود. پرسش این است که آیا تجربیات حین دریافت انرژی دلالت بر تأثیر فیزیکی و فیزیولوژیکی دارد؟ یا می‌تواند ارتباط بین این تجربیات و بهبودی، یک ارتباط نمادین و شرطی‌شده باشد؟

تجربه‌ی جدید دریافت زیست - انرژی می‌تواند مانند یک تلقین هیپنوزی عمل نموده و دریافت انرژی و شفابخش بودن آن را باورپذیر کند و همین باور می‌تواند پوشش‌هایی ذهنی - بدنی را القاء نماید و در نتیجه فرد بهبودی‌هایی را مشاهده کند و پس از مشاهده‌ی این بهبودی‌ها بر اساس شرطی کلاسیک فرد این تجربه را مصادف با بهبودی می‌بیند و این پاسخ بازهم بیشتر تسهیل می‌شود (گلی، ۲۰۰۷).

۱-۳- نظام باورها:

چنان که فضای فیزیکی، انسانی و نمادین بستر و زمینه‌ی اثربخشی اثر دارونمایی تلقی می‌شود، نظام باورها زمینه‌ی بسیار بزرگتری است که القانات مستقیم و غیرمستقیم در آن و به واسطه‌ی آن عمل می‌کند.



دیلتز (۱۹۹۰) معتقد است که باورها می‌تواند هوش، سلامت، روابط، خلاقیت، شادی و موقعیت شخصی ما را صورت بخشیده، متأثر نموده و حتی تعیین کند. او باورهای مؤثر در سلامت را به سه گروه باورهای مربوط به علت، معنا و هویت تقسیم می‌نماید (دیلتز و همکاران، ۱۹۹۱)

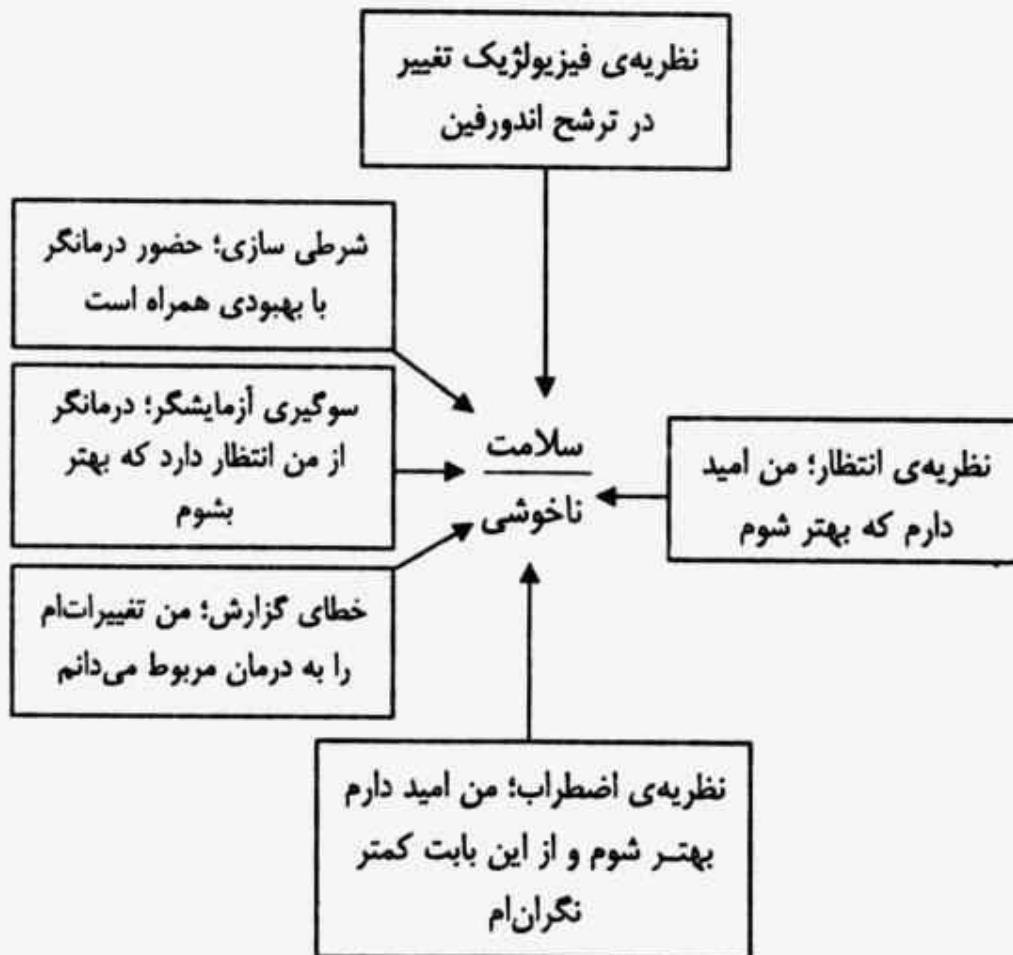
کسی که گمان می‌کند علت بیماری‌اش، ژنتیک، میکروب‌ها یا هر عامل خارج از فرمان یا کنترل اوست، با کسی که گمان می‌کند علت بروز بیماری‌اش سبک زندگی یا برهم خوردن تعادل انرژیایی اوست، دو نظام رفتاری و خلقی کاملاً متفاوت خواهند داشت. مورد نخستین به دلیل خارج بودن کانون کنترل^۱ رفتارهایی تکانشی با الگویی نامنظم خواهد داشت در حالی که مورد دوم نقشی فعال و روحیه‌ی بالاتر و در نتیجه امید به زندگی بالاتری خواهد داشت. آیا کسی که بیماری‌اش را بدشانسی یا پیام‌آور فرسودگی و نابودی می‌داند، با کسی که بیماری معنای شرایطی برای رشد و تحول شخصیت و معرفتی، برایش دارد، رفتارهای معطوف به ناخوشی^۲، روحیه و واکنش‌های روان - عصب - ایمنی همسانی خواهند داشت؟ همین‌طور کسی که خود را از هستی جدا می‌داند با آن که خود را جزیی از آن احساس می‌کند، رفتارها و واکنش‌های فیزیولوژیک همسانی خواهند داشت؟ (گلی، ۲۰۰۷)

تأمل بر تاثیر این باورها در پاسخ‌های روانی، عصبی و ایمنی نشان می‌دهد که الگوی پزشکی زیستی حامل چه القائات اختلال‌زایی است و از طرف دیگر بخش قابل توجهی از اثر بخشی مداخلات کل‌نگرانه مانند رهیافت‌های انرژیایی، به واسطه‌ی نظام باورهای سلامت‌گرایی آنهاست. بسیاری اثر دارونمایی را در چارچوب نظام باورها مورد تحلیل قرار می‌دهند. نمودار ۱-۴ نظریه‌های گوناگون پیرامون اثرات القایی و باورها بر سلامت را جمع‌بندی نموده است. (اوگدن، ۲۰۰۴).



^۱ - Locus of control

^۲ - Illness behavior



نمودار ۱-۴ - پویس‌های ذهن - بدنی موثر در سیر بهبودی بیماری‌ها

اقتباس از اوگدن، ۲۰۰۴



به این ترتیب باورهای یک فرد، راجع به خود، علت و معنای شرایطاش و نیز انتظاراتاش از فرآیند درمان یک ماتریس نمادین را می‌سازد که می‌تواند تغییرات ذهنی و عینی در فرد ایجاد نماید.

۱-۴- پاسخ آرمش:

در همه‌ی رهیافت‌های انرژیبی، حالت پذیرا و تمرکز منفعل^۱ که از ویژگی‌های اصلی آرمش است. به طور غیرمستقیم و یا مستقیم القاء می‌شود. پاسخ آرمش، خواه در اثر روش‌های قالبی^۲ و خواه ناشی از روش‌های غیرقالبی^۳ باشد، اثرات رفتاری و روان شناختی زیر را بر می‌انگیزد (مورفی و همکاران، ۱۹۹۷؛ شاپیرو و والش، ۱۹۸۴):

- افزایش توان مقابله با استرس

- افزایش همدلی

- افزایش خودانگیختگی و استقلال

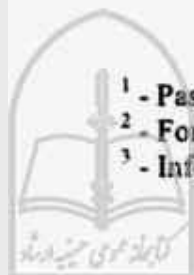
- افزایش خود کنترلی

- بهبود ادراک

- افزایش تمرکز

- رشد روحیه‌ی معنوی

و به همین جهت موجب بهبودی بسیاری بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی نظیر: افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب، اختلالات گوارشی، آلرژی‌ها، بیماری‌های قلبی و عروقی، و دردهای مزمن و سوء مصرف مواد می‌شود. (زامارا و همکاران، ۱۹۹۶ و کاستیلو و همکاران، ۲۰۰۰ و کابات زین،



1 - Passive Concentration
2 - Formal
3 - Informal

۱۹۸۲ و کابات زین و همکاران، ۱۹۸۸ و ۱۹۹۷ و ادواردز ۱۹۹۱، میلر و همکاران، ۱۹۹۵ و آستین، ۱۹۹۷).

به نظر می‌رسد بسیاری از تأثیرات رهیافت‌های انرژیایی، وابسته به پاسخ عمومی آرمش و اثر زمینه‌ای این وضعیت ذهن - بدنی باشد. چه در تکنیک‌هایی که به طور مستقیم آرمش القاء شده و از تمرینات فیزیکی، تنفسی و تجسمی استفاده می‌شود و چه در روش‌هایی که تنها فرد را در وضعیتی پذیرا و منفعل قرار می‌دهد، این اثر زمینه‌ی بسیار با اهمیت و مؤثر است (گلی، ۲۰۰۷).

۲- پویای فرافردی:

روان‌شناسی فرافردی^۱ معمولاً به عنوان شاخه‌ی از روان‌شناسی انسان‌گرا محسوب می‌شود، اما به نظر می‌رسد که قابلیت آن را دارد که به عنوان یک رویکرد مجزا در روان‌شناسی مطرح گردد.

کارل گوستاو یونگ، نخستین فردی بود که واژه فرافردی را در ارتباط با پدیده‌ی ناهشیای جمعی به کار برد. تعریف گراف (۱۹۷۲) از تجربه‌ی فرافردی با نظر یونگ هماهنگ است:

«تجربه‌ی فرافردی، تجربه‌ی است که مستلزم گسترش و بسط هشیاری به فراتر از مرزهای معمول من و محدودیت‌های زمانی و مکانی می‌باشد».

می‌توان بین هوشیاری خود و دیگران پیوندی برقرار کرد که به واسطه‌ی آن، نوعی گفتگو و تعامل بین من‌ها^۲ اتفاق افتد. گذار از مرزهای من^۳ نوعی وحدت و یکپارچگی بین نوع انسان و در سطحی بالاتر، بین همه موجودات با شعور برقرار می‌نماید.



1 - Transpersonal Psychology

2 - Ego

3 - Ego boundaries

این نکته آنجا که اهمیت رابطه‌ی درمانی را در فرآیند شفابخشی و درمانگری بدانیم بیشتر احساس می‌شود.

بسیاری از رویکردهای درمانی بر وجود یک رابطه‌ی درمانی توأم با حس اعتماد و احترام دو جانبه بین درمانگر و مراجع تأکید دارند، و معتقدند بدون این رابطه، فنون درمانی کارایی چندانی ندارد. درمانگری که از فرآیند درمانگری‌اش، از قالب من خویش و مرزهای قراردادی هشیاری‌اش فراتر نرود، نمی‌تواند با احساسات و مشکلات مراجع‌اش ارتباط برقرار نماید. چنین فردی، با نگاهی محدود، صرفاً درمان علامتی و ارائه برخی داروها و فنون درمانی بسنده کرد و هیچ گامی در جهت ارزش‌های متعالی مراجع بر نمی‌دارد، زیرا چنین حرکتی، جزئی از اهداف یک روان‌درمانی مؤثر و پایدار است (به عنوان مثال نگاه کنید به شاملو، ۱۳۸۱).

مازلو، با اعتقاد به چنین حرکتی در فرآیند درمان، معتقد است که روان‌شناسی فرافردی، درباره‌ی تجربه‌ها و ارزش‌های متعالی بحث می‌نماید. به طور کلی، انسان‌گراها با تأکید بر ماهیت شفابخشی تجربه‌ی فرافردی، آن را با تجربه‌ها و آرزومندی‌هایی مرتبط می‌دانند که مردم را به سوی تعالی سوق می‌دهد و همچنین به سوی تجربه‌هایی که به ظرفیت شفابخش بودن تعالی خود^۱ مربوطاند (وون، ۱۹۸۶؛ به نقل از وست، ۱۳۸۳).

۲-۱- برهم کنشی‌های انرژیایی:

چنان که تداخل میدان‌های کوچکتر الکترومغناطیسی بدن، میدان سراسری بدن را شکل می‌دهد (اوشمن، ۱۳۸۲)، تداخل میدان‌های افراد هم میدان‌های



ارتباطی^۱ می‌سازد (گلی، ۲۰۰۷) که بر طبق دیدگاه زیست - روان - اجتماعی خود یک سطح از سیستم با کارکرد خاص خویش به حساب می‌آید (انگل، ۱۹۸۰). در ارتباط میان درمانگر و بیمار و در درمان‌های گروهی میان گروه درمانگران و بیماران (چند درمانگر و یک بیمار یا یک درمانگر و چند بیمار) در واقع یک سیستم انرژیایی هم‌پاس و گشوده به هم و به جهان (سطوح بالاتر سیستم) پدید می‌آید که بر طبق پدیده پایداری میدان‌های مختل و جداشده از سیستم را به نظم و اتصال سیستمی در می‌آورد (گلی، ۲۰۰۷). مطالعات بسیاری به صورت عینی امکان ایجاد این سیستم‌ها و هم‌سویی و پایداری میدان‌های مختل را به اثبات رسانیده است (اوشمن، ۱۳۸۲ و اوشمن، ۱۹۹۳، بک، ۱۹۸۶).

شواهدی وجود دارد که بین ریتم قلب و مغز دو نفر در یک اتاق در حالی که روبروی هم نشسته‌اند و چشمانشان بسته است، بدون کوچکترین تماسی با همدیگر، هماهنگی وجود دارد (راسک و شوارتز، ۱۹۹۶؛ ۱۹۹۴). توسعه‌ی هشیاری بر این تعاملات انرژیایی، ادراک جدیدی از ارتباطات و نیز من و مرزهای من به فرد می‌دهد.

وقتی میدان انرژی روان‌درمانگر و مراجع به خوبی با هم مرتبط شوند، هم مجرا برای انتقال اطلاعات شهودی به وجود می‌آید و هم احتمال رویداد تجربه‌های عمیق‌تر درمانی، بیشتر می‌شود که یک یا هر دو فرد درگیر، آنها را تجربه‌ی معنوی قلمداد می‌کنند (وست، ۱۳۸۳).

ایجاد میدان‌های ارتباطی هماهنگ و افزایش یافته مانند حلقه‌های انرژی و تجربیات هم‌سویی، می‌تواند جریان انرژی و اطلاعات را به نحوی موثر به خارج از مرزهای بدن گسترش دهد. آگاهی از این سیستم‌های انرژیایی، تسهیلات فوق‌العاده‌ی در تشخیص و درمان فراهم می‌نماید. البته بسیاری



پزشکان و روان‌شناسان بی آن که بدانند، از این تسهیلات بهره‌مند می‌شوند (گلی، ۲۰۰۷).

۲-۲- تجربه‌ی حضور:

کارل راجرز^۱، پدر روان‌شناسی انسان‌گرا، در تجربیات روان‌درمانی خود به تجربه‌ی حضور اشاره می‌کند. او در مورد این تجربه چنین می‌گوید:

وقتی در حالت هشیاری تغییر یافته هستم، در آن شرایط، هر چه انجام می‌دهم مملو از شفا است. به این ترتیب با حضور خود برای مراجع رهایی‌بخش و مفید می‌شوم ... در این لحظه‌ها به نظر می‌رسد که روح درونی من با روح درونی مراجع ارتباط برقرار کرده است ... در این لحظه‌ها، رشد و انرژی‌های شفادهنده‌ی عمیقی، حضور دارد^۲ (راجرز به نقل از کرشن بوم و هندونس، ۱۹۹۰)

رهیافت راجرز یک رهیافت روان‌شناختی بود ولی چنان که در الگوی جامع سلامت ذکر شد از هر یک از میدان‌ها که وارد ارگانسیم انسانی شویم، دیگر میدان‌ها را برمی‌انگیزیم ولی دلیل وضوح تجربیات انرژیایی راجرز و دیگر انسان‌گرایان توجه آنها به پدیده‌های فرافرادی و فضای مابین مراجع و درمانگر است.

هال (۱۹۸۴) در توصیف خود از پدیده‌ی انتقال و انتقال متقابل به پدیده‌ی میدان انتقالی، اشاره می‌کند که درمانگر و مراجع هر دو از آن تأثیر، پذیراند. درک این میدان و این حضور نیز یک تجربه‌ی عمیق و شفابخش است و به نظر می‌رسد فارغ از این که جریان انرژی به معنای فیزیکی‌اش بر مراجع اثر نماید یا نه در هر صورت می‌تواند، فرآیند شفایابی را فعال نماید.

بسیاری از روان‌شناسان، تجربه‌ی حضور را تجربه‌ی آمیخته از احساس وحدت با هستی در عین جدایی از آن ذکر نموده‌اند (کن ویلبر، ۱۹۹۰؛ وست، ۱۹۹۷) البته این جدایی نه جدایی ناشی از بیگانگی، که ضرورت برقراری دیالوگ وجودی است (گلی، ۲۰۰۷).

بسیاری روان‌شناسان، تجربه‌ی حضور راجرز را بیش از حد معنوی و دور از دست دانستند (بل، ۱۹۹۰ به نقل از وست، ۱۳۸۳) ولی در رهیافت‌های انرژیایی به دلیل بسط هشیاری درمانگر و مراجع به خارج از مرزهای خویش، یعنی فضای تبادل انرژی، تجربه‌ی حضور بسیار شایع و در دسترس است. از این جهت استفاده از رهیافت‌های انرژیایی در پزشکی و روان‌شناسی می‌تواند به برقراری رابطه‌ی عمیق درمانی و تسهیل تشخیص و درمان کمک نماید و امکانات تشخیصی و درمانی شایانی را در اختیار درمانگران بگذارد.









مبانی بالینی رهیافت‌های انرژیایی

به طور کلی در رهیافت‌های کل‌نگر به سلامت نمی‌توان مرز مشخصی میان تشخیص و درمان و همچنین میان زندگی و درمان، قایل شد. چنان که پیش‌تر نیز ذکر شد این رهیافت‌ها بر مبنای ایجاد تعادل جسمانی، انرژیایی، روانی و معنوی و افزایش سازگاری فرد با محیط است و درمان نتیجه‌ی ثانویه‌ی این فرآیند تلقی می‌شود.

به طور کلی، رهیافت‌های انرژیایی، یک روش مبتنی بر ارتباط همدلانه با خود، با دیگری - یا بیمار- و با هستی است و به هیچ رو سعی در تشخیص بیماری به عنوان شرط آغازین درمان ندارد. چرا که معتقد است که این جریان انرژیایی و معنوی، هوشمندانه جذب مواضعی می‌شود که نیاز بیشتری دارد و جریان شفایابی به طور نیمه‌هشیار، شعورمند یا الهی رهبری می‌شود و نیازی به زیرکی و دانایی ما برای رهبری این جریان نیست.

آسیب‌شناسی رهیافت‌های انرژیایی به سلامت، گرچه بیشتر بر گشودگی و فعالیت آزادانه‌ی نادیه‌ها (مسیرهای انرژی) و چاکراها (مراکز انرژی) متمرکز است ولی هر اختلال در عاداتهای تغذیه‌یی، ارتباطات اجتماعی، رعایت اصول اخلاقی و معنوی و به طور کلی هر اختلالی در سبک زندگی می‌تواند باعث انسداد این مسیرها و اختلال در فعالیت مراکز انرژی زیستی شود. از سوی دیگر معمولاً پرتوبخشی چنان که ذکر شد به سراسر سیستم و نه کانونی که مختل فرض می‌شود، انجام می‌گیرد.



پس آسیب‌شناسی این رهیافت‌ها نه مانند پزشکی زیستی به صورت موضعی و نه مبنای درمان است. درمان نیز چنان که ذکر شد نه هدف، که نتیجه‌ی اصلاح سبک زندگی و هم‌سویی یافتن میدان‌های حیاتی مختلف سیستم با یکدیگر و میدان انرژی سراسری فرد با درمانگر و نهایتاً هم‌سویی میدان‌های حیاتی با میدان فراگیر انرژی و شعور کیهانی است. ولی بنا به سنت پزشکی مدرن در این فصل برای تشریح برخی اصول، در سه بخش مبانی تشخیص، آسیب‌شناختی و درمانی به تبیین ابعاد عملی ری کی می پردازیم.

مبانی تشخیص ری کی

در حالی که از هزاران سال پیش روش‌های روشن‌بینانه و شمنی برای تشخیص اختلالات جسمانی، روانی و انرژیایی ذکر شده است، در تاریخ علم، استفاده از میدان‌های انرژیایی در تشخیص به ماتیوس (۱۹۰۳) باز می‌گردد. وی معتقد بود که هر بیشکاری در فرایندها، هر تغییری که در وضعیت فیزیکی پروتوپلاسم هر عضو یا در هر منطقه جنینی یا تخم پدید آید، یک اختلال الکتریکی^۱ شمرده می‌شود. این یافته توسط پژوهش‌های اخیر (برای مثال برویت ۱۹۹۶؛ ۱۹۹۹) تأیید شد. این تحقیقات نشان داد که نه تنها همه‌ی رخدادهای طبیعی و بیماری‌زا در بدن تغییرات الکتریکی ایجاد می‌کنند، بلکه باعث تغییر در میدان‌های مغناطیسی اطراف بدن نیز می‌شوند. مطالعات بسیاری نشان داده است که شناسایی اختلاف در میدان الکترومغناطیسی و دیگر میدان‌های حیاتی که حاصل انسداد مسیرهای اطلاعات و انرژی در ماتریس زنده است، قبل از آن که هر گونه تظاهرات زیست شیمیایی، بافتی و

^۱ - Electrical disturbance



بالینی پدیدار شده باشد، می‌توانند بروز یک بیماری یا عارضه را نشان دهند (برویت، ۱۹۹۶). این می‌تواند دلالت بر تقدم تغییرات انرژیایی، به عنوان پایه‌ی‌ترین سطح سیستم، بر تغییرات ملکولی و سلولی داشته باشد (گلی، ۱۳۸۱).

گرچه هنوز روش‌های تشخیص انرژیایی، جز چند مورد مانند نوار قلب، مغز و ماهیچه، در پزشکی عمومیت نیافته است، به نظر می‌رسد که شاید تشخیص اختلالات انرژیایی روشی هشداردهنده، پیشرو و در عین حال اقتصادی برای تشخیص بیماری‌ها باشد.

در کنار روش‌های کمی اندازه‌گیری میدان‌های حیاتی، درمانگران تجربی به طور سنتی هنوز از روش‌های حسی خود برای تشخیص اختلالات انرژیایی، استفاده می‌کنند.

آنها معتقدند که به شکلی کیفی تفاوت میدان‌های انرژیایی سلامت و مختل را احساس می‌کنند و حتا گاه بدن آنها واکنش‌هایی نسبت به این اختلالات نشان می‌دهد. (نگاه کنید به اوشمن، ۱۳۸۲ و آستین ۱۹۹۸) بر این مبنا در ادامه به بررسی روش‌های تشخیصی کمی و کیفی در رهیافت‌های انرژیایی به سلامت، می‌پردازیم.

روش‌های کمی تشخیص

روش‌های کمی تشخیص با بکارگیری ابزارهای دقیق سنجش کنترل عوامل محیطی و به حداقل رساندن دخالت انسان سعی دارند تا ارزیابی‌هایی روا و پایا را به دست آورند.

در طی چند دهه‌ی گذشته، دانشمندان سیری از عدم اعتقاد تا یقین را در ارتباط با وجود میدان‌های انرژی در بدن و پیرامون آن، طی نموده‌اند. پزشکی

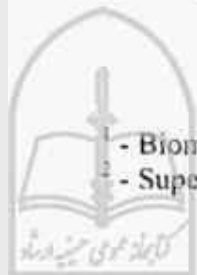


زیستی با توجه نمودن به میدان‌های مغناطیسی اطراف بدن، که میدان‌های زیست مغناطیسی^۱ نامیده می‌شوند، ابزارهای گوناگونی را به کار می‌گیرد. نخستین ابزارها، به ردیابی میدان‌های مغناطیسی قلب پرداختند (بال.جی.ام، مک فی آر، ۱۹۳۶؛ به نقل از اوشمن، ۱۳۸۲). این دستگاه دارای سیم‌پیچی است با دو میلیون دور سیم حول قسمت میله شکل مرکزی، که از ماده‌ی مغناطیسی به نام فریت (هیدروکسید آهن) ساخته می‌شود. سیم‌ها به یک تقویت کننده و سیستم ثبت کننده می‌روند.

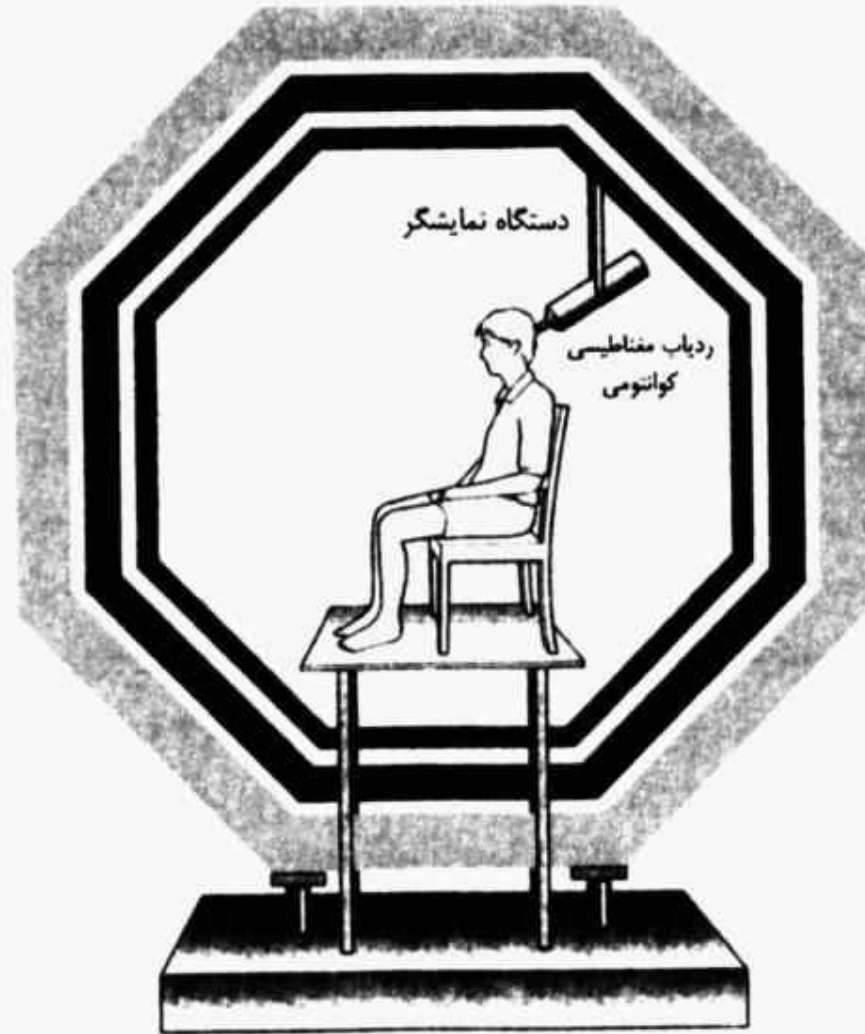
امروزه برای به دست آوردن اطلاعات کمی از میدان‌های الکترومغناطیسی و سیستم‌های انرژیایی بدن، دستگاه‌های مختلفی مانند مغناطیس سنج کوانتومی (SQUID)، ردیاب مادون قرمز و آشکارسازهای کرلیان استفاده می‌شود.

دستگاه مداخله گر کوانتومی ابر رسانا، موسوم به (SQUID)، شامل یک یا چند اتصال جوزفسونی است که در مایع هلیوم غوطه ور شده‌اند. در شرایط مناسب، این اتصالات به طور فوق‌العاده‌ی نسبت به میدان‌های مغناطیسی محیط حساس هستند. به این جهت در هنگام بکارگیری دستگاه SQUID، از محیط کاملاً حفاظت شده استفاده می‌شود، تا میدان‌های حیاتی بدن یا میدان‌های مغناطیسی محیط و زمین تداخل نمایند (شکل ۱-۵).

دستگاه‌های مغناطیس سنج کوانتومی و آرایه‌های آنها، در آزمایشگاه‌های تحقیقات پزشکی دنیا برای نقشه‌برداری از میدان‌های زیست مغناطیسی حاصل از فرآیندهای فیزیولوژیک داخل بدن انسان، کاربردهای زیادی یافته‌اند. همچنین یک شبکه‌ی جهانی از مغناطیس سنج‌های کوانتومی، نوسانات میدان زمین - مغناطیس را لحظه به لحظه ثبت می‌کند. با استفاده از آرایه‌های مغناطیس سنج کوانتومی می‌توان تصاویر سه بعدی از میدان‌های انرژیایی اطراف بدن تهیه نمود.



اتاقک عایق الکترومغناطیسی



شکل ۱-۵ - دستگاه مغناطیس سنج کوانتومی (SQUID)

زیمرمن و همکارانش، با به کارگیری دستگاه مغناطیس سنج کوانتومی، ضمن تکمیل و توسعه‌ی این دستگاه، پژوهش‌های ارزشمندی انجام داده‌اند. (زیمرمن و همکارانش، ۱۹۷۰) این پژوهش‌ها، ارتباط عمیقی بین تصورات قدیمی راجع به انرژی درمانی و دانش مدرن پزشکی به وجود آورد.

میدان‌های الکترومغناطیسی ایجاد شده از بدن، به دلیل قدرت زیاد آنها، به آسانی توسط یک مغناطیس سنج ساده قابل اندازه‌گیری هستند و همین امر



موجب تسهیل در مطالعات این زمینه شده است. پرسشی که در این جا مطرح می شود این است، که اگر قدرت این میدان مغناطیسی تا این اندازه زیاد است، چرا قبلاً شناسایی نشده بوده است؟

پاسخ این است که، این موضوع، پیش از این در مطالعات سال ۱۷۷۹ فرانس آنتوان مسمر، بیان شده بود. به اعتقاد مسمر، زمانی که وی دستش را نزدیک بدن بیمارانش قرار می داد، حس شبه مغناطیسی در آنها ایجاد می شد. اما این گزارش با استقبال پزشکان روبه رو نشد.

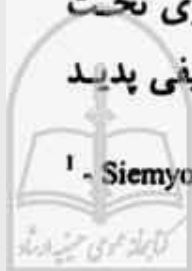
بنابراین، یکی از دلایل عدم به کارگیری فنون سنجش میدان های انرژی بدن انسان را می توان در ناسازگاری جامعه دانشگاهی و پارادایم مکانیکی پزشکی زیستی با ایده های زندگی باورانه دانست که سال ها مانع بررسی های بیشتر روی دریافت ها و کشفیات کاروران انرژی درمانی شد.

هرچند پژوهش به کمک مغناطیس سنج کوانتومی توانست دیدگاه روشنی نسبت به مغناطیس بدن ایجاد نماید، اما این بدان معنا نیست که همه چیز راجع به انرژی شفابخش روشن شده است.

پژوهش های متعددی درباره ی تأثیرات سیگنال های مادون قرمز (حرارت) در لمس درمانی توسط چی یین و همکارانش (۱۹۹۱) و شواتز و همکارانش (۱۹۹۰) صورت گرفت. این پژوهش ها نشان می دهد که نیروی کی با تأثیر بر سیستم های گردش خون پوست و تحت تأثیر قرار دادن اعصاب خودکار، می تواند آهنگ واکنش های شیمیایی وابسته به دمای بدن را کاهش یا افزایش دهد.

در سال ۱۹۳۹ میلادی یک تکنسین برق به نام سیمون کرلیان^۱ به یک آزمایشگاه دانشگاهی فراخوانده شد تا دستگاهی را که در الکتروتراپی مورد استفاده بود، تعمیر کند. وی حین تعمیر متوجه شد هنگامی که بیماری تحت معالجه با ماشین قرار می گیرد، بین الکترودها، جرقه ی نورانی ضعیفی پدید

^۱ - Siemyon Kirlian



می‌آید. او کوشید با این نور عکس بگیرد، اما متوجه شد که این کار را بدون دوربین هم می‌تواند انجام دهد، به این ترتیب که یک صفحه را مستقیماً بین جرقه که فرکانس بالا دارد و دستش قرار دهد. این صفحه عکاسی پس از تکمیل شدن، تصویری براق از انگشتان کشیده شده دست او می‌داد. اشیاء جاندار دیگر هم تصویرهایی می‌دادند که با نقطه و لکه دانه دانه شده بود، ولی با اشیاء بی جان تصویری به دست نمی‌آمد. کرلیان خود ماشینی برای تولید میدان‌های الکتریکی پرفرکانس ساخت که بین دو الکتروود آن در هر ثانیه دویست هزار جرقه می‌زد. وی همچنین یک دریچه نوری طرح نمود، تا تماشای مستقیم فرآیند میسر شود (لئونیدو^۱، ۱۹۶۲).

به اعتقاد کرلیان (به نقل از اوستراندر و شرودر، ۱۹۷۱) در جانداران، نشانه‌های حالات درونی موجود زنده از روی درخشندگی، تیرگی و رنگ شعله‌ها منعکس می‌گردد. فعالیت‌های حیات درونی انسان با این هیروگلیف نوری نوشته می‌شود. ما فعلاً توانسته‌ایم برای ثبت این هیروگلیف دستگاهی بسازیم ولی خواندن آن نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد.

کرلیان و همسرش بیست و پنج سال برای تکمیل دستگاه‌شان تلاش کردند و از متخصصین مختلفی کمک گرفتند. تا این که در سال ۱۹۶۴، دریچه‌ی تازه‌ی گشوده شد. حاصل این پژوهش‌ها نشان داد که نوعی قالب انرژی در تمام موجودات جاندار وجود دارد، که اگرچه شکل آن مانند شکل موجود زنده است، اما نسبتاً مستقل از آن است. عکس‌هایی، با این تکنیک، از یک برگ دست نخورده گرفتند و سپس ثلث برگ را بریده و جدا کردند. برای مدت کوتاهی پس از پاره شدن برگ، تصویر آن قسمت بریده شده، مثل شبح باقی مانده بود و شکل کامل برگ اولیه را حفظ می‌کرد. این یافته می‌تواند علت پدیده فانتوم یا عضو خیالی را در افرادی که قطع عضو نموده‌اند ولی هنوز احساس‌هایی از آن عضو را گزارش می‌کنند، توجیه نماید.

در دانشگاه ایالتی کیروف^۱ در آلماتا، گروهی از زیست فیزیکدانان ها و زیست شیمییدان ها مشغول مطالعه‌ی اندام انرژیایی با میکروسکوپ الکترونی هستند. آنها ادعا می کنند که این اندام عبارت است از نوعی [ماده‌ی] پلاسما مانند ابتدایی که از ذرات یونیزه ساخته شده است. این صورت ناپیوسته و نامنظم نیست، ولی برای خود سازوکار واحدی دارد و آن را می توان بدن پلاسمایی زیست شناختی^۲ نامید (اوستراندر و شرودر ، ۱۹۷۱).

حقیقت جالبی که هم اینک در مورد پلاسما به دست آمده، این است که تنها چیزی که به طور مؤثر می تواند پلاسما را در خود نگاه دارد، میدان مغناطیسی است. که با توجه به میدان الکترومغناطیس بدن، امکان ارزیابی و سنجش دقیق کمی با کمک دستگاه های یاد شده، مهیا شده است. دست آورد این یافته ها، رسیدن به روش های تشخیصی کمی و دقیق از میدان های انرژیایی بدن است که می تواند در کنار سایر نظام های تشخیصی، ارزیابی دقیقی از اختلالات و بیماری ها را میسر سازد.

با استفاده از این روش های تشخیصی که در بسیاری کلینیک های طب مکمل و انرژی درمانی به طور گسترده (البته به غیر از مغناطیس سنج کوانتومی که به دلیل گرانی تنها در اختیار مراکز محدودی است) مورد استفاده قرار می گیرد، می توان سنجش های کمی قابل توجهی از مداخله گر یا انرژی زیستی، اختلالات انرژیایی و نیز تغییرات انرژیایی پس از مداخله به دست آورد. البته باید ذکر نماییم که نشانه شناسی^۲ این سنجش ها در حال تدوین است و هنوز به طور کامل این نشانه ها رمزگشایی نشده و در بسیاری موارد در مرحله ی پژوهشی است.

روش‌های کیفی تشخیص

در روش‌های کیفی تشخیص، در مقایسه با روش‌های کمی، به جای استفاده از ابزارهای عینی سنجش وابسته به توانایی‌های ادراکی حسی و فراحسی کاروران است و محیط طبیعی و واقعی و توجه به بافتار و متن محیط تشخیصی به محیط آزمایشگاهی برتری دارد ولی دقت، روایی و پایایی روش‌های کمی را ندارد. به طور کلی، روش‌های کیفی، قابل انعطاف‌تر بوده و در پی توصیف‌های تفسیری از پدیده‌ها هستند. هرچند توجه به نقش بافت و زمینه و نگاه کل‌نگرانه در این روش‌ها، مناسبت بیشتری با مبانی نظری و فلسفی رهیافت‌های انرژیایی دارد، اما به تعبیر می‌یر^۱ (۱۹۹۶) این دو روش کمی و کیفی در یک پیوستار قرار داشته و بهتر است توأمان به کار روند.

بسیاری از انرژی‌درمانگران مدعی‌اند که توانایی اسکن کردن میدان انرژیایی فرد با دست‌ها یا مشاهده‌ی اختلالات آن را دارند و البته روش‌هایی را نیز برای آموزش این مهارت‌ها پیشنهاد می‌کنند (واتسن، ۱۳۶۹؛ لوبک، ۱۹۹۱). برخی مطالعات صحت اطلاعاتی که از این طریق به دست آمده اثبات نموده‌اند. (اوشمن، ۱۳۸۲)

طبق نظر مالون (۱۹۹۱)، سیستم انرژی ظریفی در بدن ما وجود دارد که می‌توان آن را هاله انسانی^۲ یا میدان انرژی نامید. این سیستم درحقیقت همان منبع ناخودآگاهی است که در پدیده‌ی انتقال متقابل^۳، در روان‌درمانی وجود دارد. به بیان دیگر بینش‌های شهودی، توسط میدان انرژی ظریف درمانگر در دسترس قرار می‌گیرد و بسیاری اوقات اطلاعاتی به صورت ناهشیار و غیرکلامی میان درمانگر و مراجع رد و بدل می‌شود.

1 - Meyer

2 - Human aura

3 - Contertransferece



درمورد این روش کیفی تشخیص از طریق استنباط‌های شهودی و فرابهنجار^۱ مطالعات زیادی صورت گرفته است (نگاه کنید به ترناتور و ترناتور، ۱۹۷۷ و وست، ۱۹۹۵).

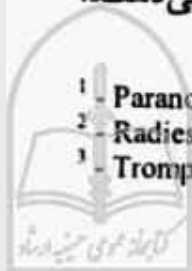
معمولاً برای یک پزشک متخصص درک اطلاعاتی از سلامت فرد از طریق تحلیل میدان الکترومغناطیسی بدن و آن هم بدون هیچ تجهیزاتی، به نظر ناممکن می‌آید. چرا که یک پزشک براساس دانش فیزیولوژیک می‌داند که این سیگنال‌ها خارج از پنجره‌های بسامدی حواس پنج‌گانه است. آیا ممکن است حواس دیگری در کار باشد که درسنامه‌های پزشکی آنها را نادیده گرفته باشند؟

همه‌ی ما به نیروهای فیزیکی اطراف خود حساس هستیم و به نظر می‌رسد راه‌هایی هم برای تقویت این حساسیت وجود داشته باشد. یکی از این راه‌ها که حداقل پنج هزار سال است مورد استفاده قرار می‌گیرد، روش گمانه‌زنی^۲ است.

در گمان‌هزنی، فرد گمانه‌زن از طریق یک ترکه‌ی دوشاخه یا دو میله‌ی L شکل فلزی، به صورت نیمه‌هوشیار و با دریافت تکانه‌های ظریفی که به طور عادی قابل درک نیستند، می‌تواند وجود آب، فلز و غیره را در زیرزمین کشف کند. به نظر می‌رسد سازوکار گمانه‌زنی با سازوکار تشخیص سنتی و کیفی انرژی درمانگران، مشابهت داشته باشد. تحقیقات زیادی بر روی روایی و پایایی این روش در مراکز علمی و دانشگاهی صورت گرفته است که امکان آن را به اثبات رسانده است.

ترومپ^۳ (۱۹۶۸)، زمین‌شناس هلندی نشان داده است که گمانه‌زنان معمولاً نسبت به میدان مغناطیسی زمین حساسند و نسبت به آن مقدار از تغییرات میدانی که با مغناطیس سنج قابل تحقیق است، واکنش نشان می‌دهند.

1 - Paranormal
2 - Radiesthesia
3 - Tromp



گمانه‌زن‌هایی که در آزمایشگاه فیزیک پاریس آزمایش می‌شدند، می‌توانستند با گذشتن از فاصله‌ی یک متری پشت یک سیم پیچ و با در دست داشتن میله‌ی گمانه‌زنی به سادگی قطع یا وصل بودن جریان الکتریسیته را تشخیص دهند (راکورد، ۱۹۶۶؛ به نقل از واتسن، ۱۳۶۹). در دانشگاه هال، کشف کردند که در بعضی از میدان‌ها، فشار خون و ضربان نبض گمانه‌زن افزایش می‌یابد (اُستراندر^۱ و شرودر^۲، ۱۹۷۱).

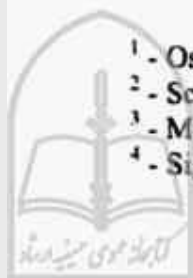
واتسن (۱۳۶۹) معتقد است، گمانه‌زنهای خبره قادرند با دست خالی هم کار کنند. آشکار است که حس‌های دیگری نیز علاوه بر پنج حس شناخته شده‌ی متعارف، باید وجود داشته باشد (اوشمن، ۱۳۸۲).

مارچی^۳ (۱۹۷۸)، از سی و دو حس دیگر نام می‌برد. او معتقد است که بعضی از مردم می‌توانند امواج رادار را که سیگنال‌های الکترومغناطیسی هستند، بشنوند. همچنین توانایی ردیابی اشعه‌های کیهانی توسط چشم نیز اثبات شده است (گای و همکاران، ۱۹۷۵).

این یافته‌ها، هرچند وجود چنین توانایی‌هایی را اثبات می‌نماید، اما این پرسش را مطرح می‌سازد که آیا این توانایی منحصر به فرد و وابسته به شخص است؟

پژوهش‌های اسمیت (۱۹۸۷) و بنونیست (۱۹۹۸) نشان می‌دهد که سازوکار جابه‌جایی انرژی و اطلاعات در بدن درست شبیه اتفاقی است که هنگام ضربه‌ی مستقیم به توپ بیلیارد رخ می‌دهد. ملکول‌های نشان‌دار^۴ در اثر ضربه پراکنده و منتشر شده و تکان می‌خورند تا به طور اتفاقی درست زمانی که نیروهای الکتروستاتیک با دامنه‌ی کوتاه (۲-۳ برابر اندازه‌ی ملکول) آنها را به سوی خود بکشند، مانند موقعی که کلید در قفل جاگیر می‌شود، شانس رسیدن

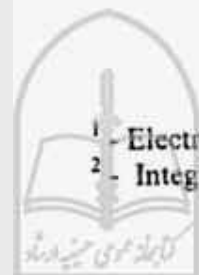
- 1 - Ostrander
- 2 - Schroeder
- 3 - Murchie
- 4 - Signal molecules



به یک محل گیرنده را پیدا کنند. در الگوهای انرژیایی، تنظیم‌های زیست‌شناختی، ارتباط بین سیگنال و ملکول‌های گیرنده‌یی که با هم در تماس نیستند، برقرار می‌شود. اصطلاح سیگنال ملکولی، معنایی الکترومغناطیسی دارد.

در سیستم‌های زنده، میدان‌های الکترومغناطیس با دامنه‌های بلند، پیام‌ها را به ملکول‌های دوردست تا جایی که طیف گیرندگی و فرستندگی‌شان اجازه بدهد، می‌فرستند. این یافته‌ها، تا حدودی می‌تواند حساسیت و توانایی افراد را در تشخیص‌های انرژیایی توجیه نماید. به اعتقاد اسمیت (۱۹۸۷) و بنونست (۱۹۹۸) این حساسیت و توانایی انرژیایی محدود به افراد خاصی نیست، زیرا سیگنال‌دهی الکترومغناطیسی^۱ در همه‌ی موجودات زنده، نقش دارد (برای مثال نگاه کنید به واتسن، ۱۳۶۹).

به نظر می‌رسد ادعاهای انرژی‌درمانگران در تشخیص شهودی، هم به لحاظ عملی و هم به لحاظ نظری قابل دفاع است. گرچه روش‌های تشخیص کیفی به اندازه‌ی روش‌های کمی، به دلیل وابستگی به خبرگی، حساسیت فرد به میدان‌های الکترومغناطیسی و البته دانش پایه‌ی او از پزشکی و روان‌شناسی، معتبر نیست ولی در صورت اثبات خبرگی فرد در تشخیص و برقراری ارتباط عمیق بین درمانگر و مراجع می‌تواند نقش بسیار مهمی داشته باشد. استفاده از این روش‌های کیفی در نظام هماهنگ سلامت^۲ به عنوان سرنخی برای بررسی‌های دقیق‌تر کمی است (گلی، ۱۳۸۶).



مبانی آسیب‌شناسی

با رشد علم تشریح و مبنا قرار گرفتن آسیب‌شناسی عضوی در قرن نوزدهم، پزشکی یک تغییرجهت بنیادین یافت. پژوهش‌های جزءنگرانه پیشاً^۱ بیماری‌ها را مکان‌مند نمود و مطالعه کالبد‌های صامت و انبوه داده‌های تشریحی - توصیفی^۲ ماهیت سیال بیماری‌ها را منعقد کرد (فوکو، ۱۹۷۵). نگاه پزشکی مدرن باعث شد که بیماری و مرگ مبناهای درک پزشکی و آسیب‌شناسی قرار گیرد و دستورالعمل‌های تشریحی - درمانی، انسان را روز به روز از بستر طبیعی زندگی دورتر سازد و به همین واسطه ارتباط اندام‌وار انسان با زندگی طبیعی، مخدوش‌تر، ناسازگارتر و کمی‌تر شود (گلی، ۱۳۸۱).

در بحث آسیب‌شناسی رهیافت‌های انرژیایی، با دو مفهوم سروکار داریم: نخست، مفهوم بهنجاری^۳ و نابهنجاری^۴ است که دیدگاه‌های پزشکی زیستی، با ارائه دیدگاه‌های گوناگون (همچون دیدگاه آسیب‌شناختی، دیدگاه آماری، دیدگاه فرهنگی، دیدگاه آرمانی نگر؛ دادستان، ۱۳۷۶) سعی در تمایز این دو حیطة نموده‌اند. پزشکی زیست - روان - اجتماعی، با گذشتن از مرز تقابل‌های دو گانه‌ی از این دست، یک هدف را پیش روی دانش پزشکی قرار می‌دهد و آن تعریف بهنجاری و نابهنجاری درطیف یا پیوستار سلامت^۵ است (سارافینو، ۱۳۸۴).

دیدگاه‌های سنتی (همچون پزشکی زیستی)، که هنوز بر گفتمان پزشکی سلطه دارد، به سادگی تنها دو وضعیت بهنجاری (سلامت) و نابهنجاری (بیماری) را می‌شناسد و فرد را یا بیمار و یا سالم تلقی می‌کند. در چنین دیدگاهی، مفهوم سلامت، مفهومی ایستا و البته مطلوب است.

^۱ - X Bishaw

^۲ - Disective - Descriptive

^۳ - Normality

^۴ - Abnormality

^۵ - Health continuum



اما، دیدگاه‌های نوین، ناپهنجاری (بیماری) و بهنجاری (سلامت) را در پیوستار سلامت، تابع درجاتی می‌دانند که از وضعیت مشرف به مرگ تا رفاه کامل جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی امتداد دارد. هر فردی، در جایی از این پیوستار قرار دارد و یک تغییر زیست‌شیمیایی (حیطه فیزیولوژیک)، یک باور، فکر و رفتار نادرست (حیطه شناختی - رفتاری) و حتا یک افت انرژی (حیطه انرژیایی)، موقعیت فرد را در این پیوستار تغییر می‌دهد. بنابراین، چه سیستم پزشکی، فرد را بیمار قلمداد کند و چه سالم، در جایی از این پیوستار سلامت قرار دارد و تنها اقدام نظام‌مند و مؤثر، حرکت به سوی روشن‌ترین نقطه‌ی این پیوستار است یعنی "سلامت برتر"^۱ (گلی، ۱۳۸۶).

ری‌کی با ارائه یک "سبک زندگی" بر اساس پنج اصل خود (نگاه کنید به فصل اول)، مفهوم پیوستار سلامت را ارائه می‌دهد و هدف را رسیدن به سلامت برتر می‌داند:

"شفای جسم بدون تغییر در شیوه‌ی زندگی قطعی نیست" (اوسوی؛ به نقل از فیس، ۱۳۸۱).

به این ترتیب، آسیب‌شناسی و درمان بر پیوستار سلامت معنایی دیگر می‌یابد. آسیب‌شناسی در پی شناخت اختلالات پویایی سلامت در همه‌ی ابعاد زیست - روان - اجتماعی است و درمان در پی اصلاح پویایی سلامت از طریق اصلاح سبک زندگی است و مداخلات درمانی شیمیایی و فیزیکی تنها بر این زمینه، معنا خواهد داشت (گلی، ۱۳۸۳).

تأمل دیگری که برای درک تفاوت روش‌های کل‌نگر و البته الگوهای نوین پزشکی از آسیب‌شناسی، نسبت به پزشکی رایج، لازم است توجه به تفاوت میان مفهوم‌های بیماری^۲ و ناخوشی^۳ است.



بیماری عبارت است از مجموعه‌یی از علایم و نشانه‌ها در همه یا بخشی از بدن و پدیده‌یی عینی^۱ است و قابل مشاهده، در حالی که ناخوشی، پدیده‌یی ذهنی^۲ است و به تجربه‌ی فرد از مشکل درونی‌اش باز می‌گردد (دی مانتو، ۱۳۷۸).

مفهوم بیماری بر خلاف آن چه اندیشه می‌شود، تافته‌ی دانش پزشکی نیست بلکه بافته‌یی از تارها و پودهای گفتمان پزشکی، فرهنگ زندگی و ویژگی جسمی و روان‌شناسی است و فرهنگ‌ها و خرده فرهنگ‌ها، القائات و دستورالعمل‌های بسیاری برای تعدیل بیماری‌ها و شیوه‌ی برخورد با آنها، ارائه نموده‌اند. تعامل این مؤلفه‌های بسیار متنوع فرهنگی، فردی و پزشکی و پاسخ‌های ذهنی و عینی، تجربه‌ی ناخوشی را شکل می‌دهد (گلی، ۱۳۸۳).

رویکردهای کل‌نگر مانند ری‌کی، فرد را در متنی از ارتباطات پویای جنبه‌های مختلف زندگی و محیط قرار می‌دهد (آستین، ۱۹۹۸)، در حالی که پزشکی زیستی غرب، تمایل دارد روی بخشی از فرد تمرکز کند و نشانه‌های بیماری فرد را مستقل از متن اجتماعی تاریخچه‌ی او بررسی نماید (کاسیدی، ۱۹۹۴) و این به دلیل تفاوت‌های فلسفی و فرهنگی بین مفهوم سلامت در شرق و غرب است (نیلد- آندرسون و آملینگ، ۲۰۰۰؛ جوهری فرد و گلی، ۱۳۸۴).

با مبنا قرار دادن پیوستار سلامت و نیز مفهوم کیفی و فردی ناخوشی در بحث آسیب‌شناسی رهیافت‌های انرژیایی، می‌توان نتیجه گرفت:

الف) مفهوم «بیماری»، به نحوی که در دیدگاه‌های پزشکی زیستی مطرح است، در ری‌کی وجود ندارد، و به جای آن به مفهوم «ناخوشی» یعنی آن چه فرد ادراک و احساس می‌کند (تجربه‌ی ذهنی فرد) و متن اجتماعی و فرهنگی وی توجه می‌شود.

ب) مفهوم درمان هم به معنایی که در پزشکی رایج هست، در روش‌های کل‌نگر معنا ندارد. چرا که این روش‌ها نه رهیافت‌هایی بیماری محور^۱ که روش‌های فرد-محور^۲ هستند که سعی در اصلاح سبک زندگی و تحول تمامیت فرد دارد.

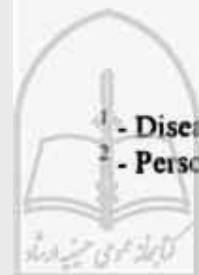
و از همین رو است که استادان ری‌کی آن را "خرد" و نه "درمان" می‌دانند. پس اگر در جاهایی اصطلاح درمان برای آن به کار می‌رود، با تساهل به کار گرفته شده و دلالت بر یکی از کاربردهای این روش‌ها می‌کند.

البته چنان که پیش‌تر نیز یاد شد، سبب‌شناسی و آسیب‌شناسی در رهیافت‌های انرژیایی، مبتنی بر انسداد در مسیرهای مختلف انرژی زیستی و ناهماهنگی در فعالیت مراکز انرژی است.

مک کنزه (۱۹۹۸) در بحث علت‌شناسی و بیماری از دیدگاه ری‌کی معتقد است:

به نظر می‌رسد، مریدین‌ها، حاوی مسیرهایی از جریان [انرژی] هستند که می‌تواند کشف شود، ظاهراً این مسیرها در بافت همبند [ماتریس زنده] گسترده شده‌اند (هاور - کرامر، ۱۹۹۶). چاکراها که مرکز کانونی در کالبد انرژیایی هستند در سطوح ارتعاشی بالاتری نسبت به کالبد فیزیکی هستند. بنابراین می‌تواند به عنوان ضربان‌ساز رخدادهای جسمانی عمل کرده و به این ترتیب، اختلال در عملکرد آنها موجب اختلالات شیمیایی و فیزیکی در بدن بشود (گلی، ۱۳۸۶).

کوهاتسو (۲۰۰۲) معتقد است، عدم تعادل در جریان انرژی، منجر به اختلال می‌گردد.



به تعبیر کیم (۱۹۹۵) اختلال در ری‌کی، الگویی است از عدم هماهنگی^۱ که در آن کی نامتعادل، مسدود و یا ضعیف شده است. فقدان کامل کی منجر به مرگ می‌شود. و خستگی^۲ نشانه‌یی از کاهش سطح کی است.

چنان که پیش‌تر اشاره شد، در روان‌کاوی نیز از انرژی بیشتر به صورت استعاری در تبیین سبب‌شناسی و روان‌پوش‌های مختل استفاده می‌شود. ولی یافته‌های متعدد آزمایشگاهی و بالینی نشان می‌دهد که سبب‌شناسی رهیافت‌های انرژیایی مبنی بر انسداد کانال‌ها یا عدم تعادل کانون‌های انرژی، تا حدود زیادی قابل دفاع است (نگاه کنید به اوشمن، ۱۳۸۲). موارد متعددی از ثبت اختلالات انرژیایی پیش از هر گونه تظاهرات بالینی و آزمایشگاهی و بروز علائم و نشانه‌ها پس از یک دوره‌ی نهفتگی، تاییدی است بر ادعای این رهیافت‌ها مبنی بر نقش تعیین‌کننده‌ی تعادل انرژیایی در سلامت جسمانی.

مبانی درمان

به طور کلی، مداخلات درمانی انرژیایی می‌تواند باعث تصحیح عدم تعادل در جریان انرژی، بهبود قرینه‌گی و برقراری مجدد جریان آزاد انرژی گردند. این مداخلات بر پایه‌ی پیش‌فرض‌های زیر قرار دارند:

- ۱) انرژی در خلال و اطراف کالبد انسان جریان دارد.
- ۲) هر فردی در یک میدان انرژی احاطه شده است.
- ۳) این میدان انرژی پویاست، حرکت می‌کند و جریان دارد.
- ۴) این میدان انرژی می‌تواند دریافت شود و توانایی دریافت انرژی یک مهارت قابل یادگیری است.
- ۵) اختلال یا عدم تعادل در میدان انرژی یک فرد با بیماری ارتباط دارد.

۶) بازسازی منظم میدان انرژی یک فرد، تعادل را باز می‌گرداند، و محیطی را که در آن فرآیند شفایایی رخ می‌دهد، ایجاد می‌نماید.
۷) میدان انرژی فرد در یک میدان جهانی قرار دارد.
۸) بیمار و درمانگر، جدای از یکدیگر نیستند، بلکه همراه با میدان انرژی جهانی، مرتبط و هم‌سو می‌شوند.

در فصل سازوکارها، شواهد عینی و علمی برای بررسی و تأیید فرضیه‌های فوق، ذکر شد. در این جا صرفاً به جمع‌بندی این فرض‌ها اکتفا می‌کنیم. در یک نگاه کلی به این اصول در می‌یابیم که این دیدگاه نه تنها دیدگاهی سیستمی و جامع به سلامت به نظر می‌رسد، بلکه با زیست‌جهان^۱ خدمات‌گیرندگان سازگارتر و هماهنگ‌تر است و عواطف مردم با چنین نگاهی به سلامت هم‌سوتر است تا شیوه‌یی که او را کالبدی مکانیکی با آسیب‌های عضوی، می‌بیند.

البته غیر از این هم‌سوئی عاطفی، مطالعات بالینی متعدد سال‌های اخیر اثربخشی این رهیافت انرژیایی به سلامت را اثبات نموده و همین اثربخشی و در عین حال نقش فعال‌تر بیمار در درمان، دلایل دیگر استقبال از این روش درمانی است.

به طور کلی مداخلات انرژیایی، همچون ری‌کی دارای تأثیرات عمومی جسمی، روانی و اجتماعی زیر هستند:

- ۱) تسریع فرآیند ترمیم بافتی
- ۲) کاهش درد
- ۳) کاهش استرس و اضطراب
- ۴) تسهیل بیان هیجان‌های انباشته شده
- ۵) بهبود نشانه‌های جسمانی
- ۶) تسهیل تغییر هیجان‌های منفی به مثبت



۷) تسهیل جابه جایی باورهای منفی به باورهای واقعی

۸) آرام سازی

۹) ایجاد احساس صلح و آرامش و نیک‌بودی (میکوزی، ۲۰۰۱)

بسیاری از مؤلفین، تکنیک‌های درمانی ری‌کی را در حیطه درمانی لمسی^۱ قرار داده‌اند که به اختصار TT نامیده می‌شود (برای مثال نگاه کنید به روسی و همکاران، ۱۹۹۵، انگبرسون، ۱۹۹۷، میکوزی، ۲۰۰۱).

ولی واقعیت این است که این تنها شامل بخشی از مداخلات ری‌کی می‌شود. مداخلات درمانی ری‌کی، به عنوان یک رهیافت چند بُعدی انرژیایی، به طور کلی شامل سه دسته‌ی زیر است:

الف - لمس درمانی

ب - لمس درمانی غیر تماسی^۲

ج - رهیافت روان‌جنبشی^۳

هر دو صورت انرژی‌بخشی به خود و دیگران، به هر یک از سه شیوه‌ی فوق می‌تواند انجام گیرد. معمولاً در مراحل اولیه از تماس دست بر روی بدن استفاده می‌شود.

در این مرحله ری‌کی یک رهیافت لمس درمانی ناتمام ویژگی‌های فیزیکی، روانی و انرژیایی آن است. در مراحل بعدی معمولاً بدون تماس دست و در حالی که دست در نزدیکی بدن، معمولاً در فاصله‌ی بیست سانتی متری بدن نگاه داشته می‌شود، انجام می‌گیرد. معمولاً در این حالت تبادلات انرژی توسط دهنده و گیرنده بهتر احساس می‌شود. البته گاهی این فاصله بیشتر شده و حتی از فاصله‌ی چند متری (معمولاً حداکثر ۵ متری) به شکل تابشی، پرتوبخشی صورت می‌گیرد.



۱ - Tauchtherapy
 ۲ - Non Contact Therapeutic Touch
 ۳ - Psychokinetic Approach

بر اساس یک دیدگاه سنتی این مداخلات انرژیایی می‌تواند بر هر یک از کالبد‌های زیر که حریم تقریبی آنها مشخص شده انجام گیرد: (باگینسکی و شارامون، ۱۹۹۷)

الف) کالبد عنصری

ب) کالبد اثیری و انرژیایی (حدود ۲۰ سانتی متری از سطح پوست)

ج) کالبد ذهنی (تا حدود ۲/۵ متر از پوست)

د) کالبد خرد (تا حدود ۶ متر از پوست)

در رهیافت روان‌جنبشی، ذهن به طور مستقیم بر رخداد تأثیر می‌گذارد و این معمولاً با روش‌های تجسمی و استفاده از نمادها صورت می‌گیرد و می‌تواند باعث تأثیر بر رخداد‌های زمان - فضاهاى دیگر شود.

این رهیافت می‌تواند به صورت یک شفابخشی از راه دور^۱ و ایجاد تغییراتی در سلامت جسمانی و یا روانی فرد بکار گرفته شود یا به صورت تأثیر بر رخداد‌های آینده در جهت تحقق یک قصد، استفاده شود.

مطالعات بسیار معتبری به‌ویژه در سال‌های اخیر در این زمینه صورت گرفته است، که این تأثیرات روان‌جنبشی یا غیر محلی را به صورت دعا برای بهبودی بیماری در مکانی دیگر، تایید نموده است (کراوفورد، اسپربر و جوناس، ۲۰۰۳؛ آستین، ۲۰۰۰).

بسیاری مطالعات نشان داده است تغییرات درمانی کاملاً اختصاصی بوده یعنی هم‌سویی معناداری با قصد و نیت درمانگر دارد (نگاه کنید به مطالعه‌ی مروری ارنست، ۲۰۰۳).

البته نمی‌توان مرز آهینی میان این سه شیوه برخورد قایل شد، چون عناصر تجسمی و روان‌جنبشی در هر صورت در طی فرآیند درمان، فعال هستند.



هر چند، شواهد علمی بسیاری، چنان که پیش تر بیان شد، امکان این مداخلات را تأیید می‌نماید، ولی هنوز جنبه‌های ناشناخته‌ی بسیاری وجود دارد که برخی احتیاط‌ها و البته مقاومت‌ها را در برابر این رهیافت‌ها برانگیخته است. باگینسکی و شارامون (۱۹۹۷) در بحث شرایط دریافت ری کی به موارد زیر اشاره می‌کنند:

بیمار:

- (۱) در وضعیت راحتی قرار گیرد.
- (۲) باید دست‌هایش را آزادانه در کنار بدن‌اش قرار دهد، اما هنگامی که بر روی شکم دراز می‌کشد، می‌تواند آن‌ها را زیر سرش خم کند.
- (۳) در طول درمان، نباید پاهایش را روی هم قرار دهد، زیرا مانع جریان آزادانه‌ی انرژی می‌شود.
- (۴) چون میدان‌های زیستی از لباس و باند عبور می‌کند، از بیمار خواهش کنید فقط کفش‌ها و لباس‌های تنگش را درآورد.

درمانگر:

- (۵) به جز موارد اضطراری، از اجرای فرآیند درمان در محیط شلوغ و پر سر و صدا پرهیز کنید.
- (۶) همواره از نور غیر مستقیم استفاده کنید.
- (۷) دمای اتاق نباید بسیار سرد (کمتر از ۲۱ درجه سانتیگراد) یا بسیار گرم باشد.
- (۸) اگر جریان هوای اتاق مناسب است، می‌توانید از رایحه‌های خوش در فضا استفاده کنید، به شرط آن که بوی تندى نداشته باشند.
- (۹) در صورت استفاده از موسیقی، برای القاء آرامش و گشودگی می‌توانید از تم‌های آرام‌ساز و خلسه‌ساز، و ترجیحاً موسیقی‌های سازی و بدون آواز، استفاده نمایید (جوهری فرد، ۱۳۸۴).



۱۰) چون بیمار در حین درمان معمولاً دراز می‌کشد، بهتر است از تخت مناسبی برای او استفاده شود.

یک جلسه درمانی کلاسیک ری کی

یک جلسه‌ی کلاسیک ری کی حداکثر ۹۰-۶۰ دقیقه، برای پرتوبخشی به کل بدن، طول می‌کشد.

البته درمان‌های کوتاه‌تر با تمرکز روی بخش‌های خاصی از بدن نیز صورت می‌گیرد، در حالی که بیمار معمولاً در وضعیت خوابیده قرار دارد، اما درمان به شکل نشسته نیز امکان پذیر است. برای شروع فرآیند درمان شرایط یاد شده در بخش پیشین، اعمال می‌گردد.

همچون سایر روش‌های لمس‌درمانی، درمانگر یک جلسه درمانی را با یک تمرکز آغاز می‌کند، همراه با نیتی برای بهترین حال بیمار. در حالی که ممکن است در سایر روش‌ها تاریخچه‌ی بیمار گرفته شود، ارزیابی جسمانی یا انرژیایی اولیه در ری کی لازم نیست (میکوزی، ۲۰۰۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد رابطه‌ی درمانی^۱ مبنی بر اعتماد و احترام دو جانبه (بین درمانگر و بیمار) جنبه‌ی اساسی از فرآیند درمان است و به ویژه سازگاری^۲ بیمار با وضعیتش را افزایش می‌دهد. (دریدر و همکاران، ۱۹۹۷؛ نیلس‌آندرسون و املینگ، ۲۰۰۰).

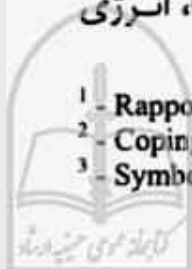
وقتی بیمار در وضعیت راحتی قرار گرفت، درمانگر از نمادهای^۳ ری کی استفاده می‌نماید.

درمانگر پس از کاربرد یک سمبل ری کی، برای انتقال انرژی به بیمار از دست‌های خود استفاده می‌نماید. دستان درمانگر به نرمی از سر بیمار به سمت پائین بدن وی حرکت می‌کند. در خلال این حرکت مکان‌مند دست‌ها، انرژی

^۱ - Rapport (professional relationship)

^۲ - Coping

^۳ - Symbols



زیستی در درمانگر جریان می‌یابد و از طریق دستان او به بیمار منتقل می‌شود تا انرژی بیمار را در محلی که لازم است، متعادل سازد. هر وضعیت دست برای تقریباً پنج دقیقه نگاه داشته می‌شود، و گاهی اگر درمانگر احساس کند که ضرورت دارد، این زمان ادامه می‌یابد. در یک جلسه درمانی ری‌کی، بیش از یک درمانگر می‌توانند در یک زمان به بیمار انرژی دهند، این جلسات را درمان گروهی^۱ می‌نامند (باگینسکی و شارامون، ۱۹۹۷؛ موریس، ۱۹۷۷).

در طی یک جلسه درمانی، بیمار ممکن است احساس انتقال انرژی همراه با تغییرات دمایی^۲ (گرما/سرما) یا تغییر در فشار^۳ (سنگینی/سبکی)، لرزش^۴ (خارش، احساس ضربان دار) و یا احساس مغناطیسی، داشته باشد. به طور کلی در پایان جلسه‌ی درمان، بیمار معمولاً احساس کاهش در اضطراب و استرس، احساس فراگیر آرامش، آرامش درونی، آسودگی و تعادل را گزارش می‌کند. بیماران معمولاً احساس کاهش درد را نیز گزارش می‌کنند (میکوزی، ۲۰۰۱).

پس از جلسه درمانی، توصیه می‌شود بیمار برای تعدیل تغییرات انرژیایی، آب بنوشد. درمانگران به طور سنتی، دست‌های خود را می‌شویند و اتاق را پس از انجام درمان، مرتب می‌کنند. به نظر می‌رسد، اگر ری‌کی روزهای متوالی انجام شود، بهتر عمل می‌کند. بسته به ماهیت شکل، رویکردهای سنتی سه الی چهار روز متوالی را برای درمان توصیه می‌نمایند. در صورت نیاز، جلساتی برای پی‌گیری درمان برگزار می‌گردد (همان منبع).

کاربردهای بالینی

ری‌کی با برقراری تعادل انرژیایی در بدن، در جایی که نیاز دارد، عمل می‌کند. بنابراین به بدن کمک می‌کند تا خودش را شفا دهد. ری‌کی، علاوه بر



- 1 - Team treatment
- 2 - Temperature
- 3 - Pressure
- 4 - Vibration

کاهش درد و استرس، همراه با افزایش آرامش، در شماری از شرایط جسمانی و روان شناختی نیز مفید است.

ری کی را در موارد زیر مؤثر گزارش نموده‌اند: (باگینسگی و شارامون، ۱۹۹۷؛ میتچل، ۱۹۹۷؛ موریس، ۱۹۹۶؛ گالوب، ۲۰۰۳؛ NCCAM، ۲۰۰۵).

(۱) تسریع ترمیم در موارد گاز گرفتگی حشرات، سوختگی‌ها، رگ به رگ شدن و شکستگی.

(۲) عوارض جراحی‌ها

(۳) امراض عفونی همچون سرماخوردگی، ذات‌الریه، سلولیت

(۴) اختلالات التهابی مانند آرتрит و بورسیت

(۵) دردهای مزمن

(۶) فشار خون اساسی و دیگر مشکلات قلبی، عروقی

(۷) بیماری‌های مزمن مانند آمفیوزم و ALS

(۸) آلرژی‌ها

(۹) آسم و دیابت، همراه با کاهش تجویز دارویی

(۱۰) اختلالات مزمن مانند انحراف ستون مهره‌ها، آندومتریوز، پسوریازیس، سندرم ضعف مزمن

(۱۱) کیست تخمدان و تومورهای خوش خیم و بدخیم

(۱۲) افزایش تأثیر پرتودرمانی و شیمی‌درمانی

(۱۳) افسردگی، اسکیزوفرنیا، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و الکلیسم.

کاربردهای ذکر شده باعث شده که در بسیاری مراکز درمانی معتبر از این روش‌های مکمل و بی‌خطر درمانی به شکلی هماهنگ با برنامه‌ی درمانی بیمار، استفاده شود. البته به رغم برنامه‌های مدون جهانی و کشوری نظام هماهنگ خدمات سلامت، که سعی در بهره‌گیری از این روش‌های مؤثر و سالم را در پیش‌گیری و درمان دارد، هنوز در اکثر کشورها بیماران، خود این



روش‌ها و درمانگران خود را که معمولاً افرادی خارج از نظام رسمی سلامت هستند، انتخاب می‌کنند (اینا و همکاران، ۲۰۰۱).

برون‌ریزی و پالایش اختلالات انرژیایی

بسیاری از درمانگران و نیز بیماران یا افراد سالمی که تجربه‌ی درمان‌های انرژیایی داشته‌اند، بروز علایمی جسمی و یا روان‌شناختی را، البته به صورت گذرا، پس از مداخله انرژیایی، ذکر می‌نمایند (اوشمن، ۱۳۸۲).

معمولاً این علایم را فرد قبلاً در دوره‌ی از زندگی تجربه کرده و حالا بدون هیچ مقدمه‌ی دوباره بروز می‌کند. مثلاً چندسال پیش یک دوره‌ی اضطراب یا کمر درد داشته و حالا پس از یک یا چند جلسه انرژی درمانی دوباره آن اضطراب یا کمر درد را و شاید شدیدتر از قبل تجربه می‌کند. این علایم که معمولاً برون‌ریزی^۱ خوانده می‌شود در همه‌ی رهیافت‌های انرژی از مهم‌ترین تظاهرات بالینی به حساب می‌آید.

در هومیوپاتی برون‌ریزش را نه عارضه‌ی جانبی درمان که یک مرحله از فرآیند درمان می‌دانند و آن را بدتر شدن یا ظهور موقتی علایم تعریف می‌نمایند که برای هومیوپات یک نشانه‌ی خوب تفسیر می‌شود و نشان می‌دهد که انرژی حیاتی و توانایی شفابخشی بیمار به داروی انرژیایی جواب داده و در سطح خوبی قرار دارد (رایلی، ۲۰۰۲).

معمولاً وقتی انرژی حیاتی در سطحی پایین قرار دارد، بیماری‌ها میل به مخفی و یا مزمن شدن، می‌یابد و طبیعی است که با بالآمدن انرژی حیاتی، ارگانیزم، آمادگی مواجهه‌ی مستقیم با اختلالات را می‌یابد که در این مرحله علایم و نشانه‌ها ظهور یافته یا بدتر می‌شوند.



در روان‌درمانی نیز سازوکاری مشابه برای به وجود آمدن روان‌نژندی^۱ وجود دارد وقتی آگوی فرد انرژی کافی برای مقابله با یک تنش را ندارد از طریق سازوکارهای دفاعی آن را به ناخودآگاه می‌راند و به تدریج تبدیل به اضطراب، ترس، افسردگی یا اختلالات رفتاری می‌شود (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۳). در فرآیند پالایش^۲ و وارزش^۳ سعی می‌شود که کمک به ابراز رنجش‌ها و آسیب‌های روانی شود. این فرآیند معمولاً با تخلیه‌ی هیجانی بی‌ثباتی موقت و رفتارهای تکانشی همراه است و ممکن است فرد به شدت و البته در مدت کوتاهی، آن تنش را دوباره تجربه کند ولی معمولاً پس از آن بهبودی‌های واضحی در فرد دیده می‌شود (همان منبع).

بنابراین برون‌ریزی را می‌توان یک فرآیند عمیق پالایش و وارزش ذهن - بدنی و بیداری حافظه‌ی بدنی، در اثر یک محرک انرژیایی، و به دلیل ارتقاء سطح انرژی حیاتی، دانست (گلی، ۲۰۰۷).

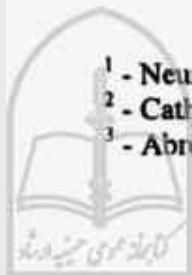
در مورد برون‌ریزی‌ها انرژی درمانگران باید چهار نکته‌ی بسیار مهم را در نظر داشته باشند.

نخست: در مواردی که برون‌ریزی‌ها با علایم شدید جسمانی یا روان‌شناختی همراه است، به دلیل امکان عود یا بروز یک بیماری، به ویژه در افراد مسن یا دارای سابقه‌ی بیماری‌های ناتوان‌کننده، جهت اطمینان به پزشک مربوطه ارجاع شود.

دوم: در طول مدت برون‌ریزی لازم است که فرد در تماس با انرژی‌درمانگر یا دستیار او بوده یا لاقلاً تحت مراقبت عاطفی و جسمانی مناسب توسط اطرافیان قرار گیرد.

سوم: اگر برون‌ریزی از ۳-۴ هفته طولانی‌تر شد، بدون آن که سیر علایم رو به بهبودی باشد، حتماً از مشاوره‌ی پزشک مربوطه استفاده شود.

1 - Neurosis
2 - Catharsis
3 - Abreaction



چهارم: گاهی به ویژه در افرادی که خلق بی ثبات و یا شخصیت مرزی داشته و یا زمینه‌ی روان‌پریشی^۱ دارند با برخوردهای آمرانه، القائات جادویی و توهم‌زا و تلقینات غیرمستقیم نامناسب، علایمی بروز می‌کند که این علایم را نباید به حساب برون‌ریزی گذاشت، بلکه مربوط به غربالگری^۲ مناسب و مداخله‌ی نادرست است و معلوم است که اثرات بهبودی هم در پی آن ظاهر نمی‌شود (همان منبع).

آیاری کی هوشمند است؟

اغلب هنرجویان و استادان ری‌کی و دیگر روش‌های انرژیایی بر این باورند که جریان انرژی زیستی که از طریق درمانگر منتقل می‌شود یک جریان شعورمند است. معمولاً این جریان شفابخش به نام آن رهیافت بخصوص خوانده می‌شود و بسیار شنیده می‌شود که مثلاً "ری‌کی او را شفا داد" یا "ری‌کی راهنماست" و نظیر این‌ها و ری‌کی در واقع نام شعور برتری است که جریان شفا و زندگی کاربران را رهبری می‌کند.

سه انتقاد، به این نوع نگاه وارد است:

یکی آن که ری‌کی یا هر روش یا پدیده‌ی دیگر را در مقام فاعلی قراردادن نوعی جاندارپنداری است و القائات توهم‌زای مربوط به آن را به زندگی فرد وارد می‌کند.

دوم آن که، اگر در هر رهیافت انرژیایی به سلامت، رخدادهای انرژیایی را بخواهند به نامی خاص بخوانند و هریک از تأثیرات عمومی میدان‌های انرژی را به سبک خود نسبت دهند، نه تنها کمک به روشنگری جامعه نشده، بلکه ممکن است باعث سردرگمی شده، عوارضی نیز به سلامت فرد و جامعه تحمیل شود.

¹ - Psychosis

² Screening



و بالاخره سومین انتقاد، این است که گرچه بسیاری فیزیکدانان معتقدند که جهان از شعور ساخته شده و شعور نه در چیزها که در واقع خود چیزهاست (نگاه کنید به هایزنبرگ، ۱۹۵۸)، ولی شعوری که درمانگران انرژی درمانی از آن صحبت می کنند و به انرژی یا مثلاً ری کی نسبت می دهند، در واقع تجربیات نیمه‌هشیار حسی - حرکتی و روان - عصب - ایمنی، درمانگر و مراجع است (گلی، ۱۳۸۶).

اوشمن (۲۰۰۲) در این باره، در گفتگویی با یکی از استادان ری کی، می گوید:

"از نقطه نظر علمی، هوش برتر که شما به آن اشاره می کنید چیزی بیشتر از عقل درونی و شعوری ذاتی نیست که همه دارای آن هستیم و زمانی که فعالیت‌های ذهنی ما به حالت آرامش می‌رسد به آن دسترسی داریم و به ضمیر نیمه‌هشیار ما اجازه می‌دهد تا آنچه را واقعاً در حال رخ دادن است، مرتب کند. در هر ثانیه یک قسمت جزئی از ۱۱ میلیون بیت اطلاعات که از حواس ما به مغزمان می‌رسد توسط ضمیر هشیارمان به ما منتقل می‌شود. بسیاری از اطلاعات حواس ما به ضمیر ناهوشیارمان می‌رود و در آنجا در غیبت هشیاری ما، تحت تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. بنابراین اگر به گمان‌ها و شهوداتمان اعتماد کنیم در واقع به اطلاعاتی اعتماد کرده‌ایم که به حقیقت نزدیک‌ترند تا آن‌طور که ما حقیقت را حس می‌کنیم. چون آنها براساس اطلاعات بسیار بیشتری هستند که زمان برای تجربه و تحلیل شدن داشته‌اند. بنابراین اگر قادر باشید تجزیه و تحلیل افکار را کنار بزنید، خواهید دید که دستانتان به همان جایی می‌روند که اگر آهن‌ربا بودند می‌رفتند و درست در زمان مناسب به مکان‌های دیگر منتقل می‌شوند.

به اعتقاد من یکی از نحوه‌های عملکرد آن است که بافتی که دچار صدمه یا بیماری شده سیگنال‌هایی ارسال می‌کند که در سیستم انرژی دست‌ها القاء ایجاد می‌کند و باعث می‌شود شما به جای درست بروید. این یک نظریه است که ارزش آزمایش کردن دارد.



بنابراین فرضیه، این که انرژی هوشمند به جایی می‌رود که نیاز است، از لحاظ علمی قابل دفاع نیست ولی شواهد علمی زیادی هست که نشان می‌دهد که میدان‌های انرژی هماهنگ‌تر و قوی‌تر، میدان‌های ضعیف ناهماهنگ‌تر و ضعیف‌تر را براساس پدیده‌ی پیابندی تابع خود می‌نمایند، پس طبیعی است که میدان‌های انرژی زیستی به اصطلاح جذب مواضع و میدان‌هایی شود که بهم ریخته است.

در مورد تجربیات هنرجویان و درمانگران انرژی درمانی که گاه بدون اطلاع قبلی و حین جلسه درمانی حس می‌کنند که باید به موضعی انرژی بیشتری بدهند و یا دست‌ها به صورت فکری - حرکتی^۱ بر آن موضع متوقف می‌شود و بعداً اثبات می‌شود که در آن وضع اختلالی وجود داشته است در واقع هوشمندی ناهشیار درمانگر است که بدون ارزیابی خودآگاهانه از طریق حلقه‌های بازخوردی حسی - حرکتی^۲، براساس تفاوت کیفی و کمی که در میدان آن عضو احساس می‌شود، بر آن موضع متمرکز می‌شود. بنابراین این هوشمندی ارگانیسم انسانی است که از یک سو (ارگانیسم بیماری) فرآیندهای دریافت، هدایت و تمرکز انرژی را کنترل می‌نماید، سازوکارهای شفا بخشی را فعال می‌نماید، و از سوی دیگر (ارگانیسم درمانگر) اختلالات انرژیایی را تشخیص می‌دهد و میدان‌هایی متناسب با نیاز ارگانیسم را تولید می‌کند و گاه همه‌ی این نقش‌ها را ایفا می‌نماید (گلی، ۱۳۸۶).

البته گشودگی میدان انرژی زیستی فرد به انرژی‌های سازمان یافته‌ی انسانی و کیهانی و گشودگی فرد به منابع ناهشیارش شرط فعال شدن این فرآیندهای هوشمند است و شاید استادان کهن این دانش نیز با علم به این سازوکارها با هوشمندی، انرژی، ری‌کی، برکت یا... را به عنوان استعاره‌ی برای گشوده نمودن فرد بکار گرفته‌اند. گرچه یافته‌هایی هم وجود دارد که

1. Ideomotor
2. Unconscious sensory-motor feedback



تأثیرات اختصاصی هر یک از این نظام‌های انرژیایی را نشان می‌دهد که باز نشان دهنده‌ی دریافت و هدایت انتخابی ارگانسیم انسانی و نه وجود روحی با آن ویژگی است (همان منبع).

پس منظور از هوشمندی ری‌کی را می‌توان هوشمندی فرآیند شفایابی دانست و این توصیف تمثیلی را روشی برای اداره‌ی مقاومت‌ها و ناباوری‌های فرد نسبت به این فرآیندهای طبیعی و همیشه حاضر در انسان و طبیعت دانست. شاید مطالعات آینده شواهدی برای هوشمندی انرژی‌هایی که در جریان شفایابی فراخوانده می‌شود، فراهم نماید.





فصل ششم
مبانی آموزش ری کی





گرایش روزافزون مردم به پزشکی مکمل و جایگزین (CAM) در چند دهه‌ی اخیر به واسطه تغییرات کیفی و کمی در مسایل بهداشتی، دستاوردهای علمی و برخی مسایل فرهنگی و معنوی دستگاه‌های بهداشتی، درمانی را در چالشی نو قرار داده است. نگاهی به تاریخ نشان می‌دهد، مردم معمولاً زودتر از نهادهای علمی و اجرایی، تحولات اجتماعی و بهداشتی را درک می‌کنند و نقش این نهادها، صرفاً روشنگری و سامان‌دهی این جریان‌ها است و نه ایجاد آنها. شکافی که در حال حاضر بین نیازها و خواسته‌های جامعه و خدمات بهداشتی، درمانی رایج وجود دارد، ناهماهنگی‌های مدیریتی، برخوردهای عوامانه و غیر علمی، مداخلات خطرناک در فرآیند درمان و بی‌اعتمادی نسبی مردم نسبت به نظام رسمی خدمات سلامت را باعث شده است. در راستای این ضرورت اجتماعی و بهداشتی، بسیاری از کشورها، قوانین جدیدی وضع نموده و برنامه‌هایی جدید پژوهشی، درمانی و آموزشی در این زمینه را سامان داده‌اند (فیشر و وارد، ۱۹۹۴؛ سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۹؛ سازمان سلامت کانادا ۲۰۰۱) در حال حاضر، آموزش مراقبت‌های مکمل و جایگزین به گروه پزشکی، چند سالی است که در قالب برنامه‌های آموزش مدام پزشکی، دوره‌های فلوشیپ، گواهی و مدرک دانشگاهی و در قالب واحدهای درسی در کشورهای توسعه‌یافته در حال تدریس است (ویک، ۲۰۰۱). مطالعات، حاکی از افزایش استقبال دانشگاه‌ها، از برنامه‌های آموزشی پزشکی مکمل و جایگزین است (برای مثال نگاه کنید به وتیزل و همکاران، ۱۹۹۸؛ کردت، ۱۹۹۸).



البته گرایش طب بالینی از یک پارادایم تجربی^۱ محض به یک پارادایم فرهنگی اجتماعی^۲ مبتنی بر یافته‌های تجربی، نیز امکان رشد این شیوه‌های درمانی را فراهم نموده است (گلی و زمانی، ۲۰۰۴).

با توجه به رشد روزافزون این خدمات و گرایش مردم به این روش‌های درمانی، برخی منابع راهکارهایی برای پوشش این نیازها و توسعه دانش و مهارت هنرجویان پیشنهاد نموده‌اند:

- ۱) برگزاری دوره‌های آموزشی مداوم
- ۲) برگزاری سمینارهای آموزشی
- ۳) برگزاری ژورنال کلوب‌ها و گزارش‌های موردی
- ۴) کارآزمایی‌های بالینی
- ۵) توسعه‌ی روشمند انجمن‌های علمی
- ۶) حمایت موسسات تحقیقاتی
- ۷) ایجاد مراکز پژوهشی و اطلاع‌رسانی در دانشگاه‌های علوم پزشکی
- ۸) ترجمه و تألیف منابع معتبر علمی
- ۹) شناخت باورها، نگرش‌ها و رفتارهای بهداشتی مکمل و جایگزین در منطقه.

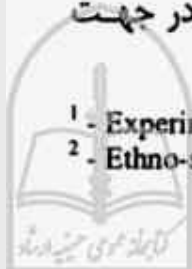
۱۰) ساماندهی علمی و اجرایی کاروران تجربی (فرزانگان، ۱۳۸۱).

نیم‌نگاهی به سطوح ری‌کی

ری‌کی، برخلاف اغلب روش‌های مکمل و جایگزین، بسیار ساده است و نیازی به آموزش طولانی ندارد (نیلد - آندرسون و املینگ، ۲۰۰۰). استاد، در خلال فرآیند هم‌سویی، ری‌کی را به هنرجو انتقال می‌دهد. در این فرآیند از ماترها و نمادهایی برای فعال کردن توانایی هنرجو در جهت

^۱ - Experimental Paradigm

^۲ - Ethno-social paradigm



گشوده شدن به انرژی زندگی بخش‌جهانی، استفاده می‌شود. (نگاه کنید به مبحث هم‌سویی وولن و وشنا، ۲۰۰۳)

در حال حاضر به طور سنتی، ری‌کی در سه سطح ارائه می‌شود (نیلد – آندرسون واملینگ، ۲۰۰۰).

به طور کلی، در سطح نخست، هنرجو به فراگیری تاریخچه‌ی ری‌کی، پرداخته و هم‌سویی این سطح را دریافت می‌نماید.

هنرجویان ری‌کی در این سطح تنها مجاز به کار بر روی خود، خانواده و دوستان‌شان هستند. در سطح دوم، هنرجویان به فراگیری سیستم شفایابی از راه دور، و دریافت هم‌سویی این سطح می‌پردازند (همان منبع). در این سطح، هنرجویان مجاز به کار با بیماران هستند و در نهایت در سطح سوم، هنرجو به استادی رسیده و می‌تواند دیگران را آموزش دهد.

در شیوه‌های سنتی آموزش ری‌کی، هر سطح، به صورت خشک و غیرقابل انعطافی تعریف و اجرا شده و هیچ مهارت روان‌شناختی و رفتاری آموخته نمی‌شود. در این شیوه معمولاً درباره‌ی چگونگی و سازوکار عمل ری‌کی و جریان‌های انرژیایی توضیحاتی داده نمی‌شود و راهنمایی‌های روان‌شناختی و معنوی به هنرجو ارائه نمی‌گردد.

سنت آموزشی اوسویی، که امروزه جز در مؤسسه‌ی خود او اجرا نمی‌شود، مبتنی بر ۶ درجه از ۱ تا ۶، یعنی برعکس سطوح یک تا سه یا چهار امروزی، است. جالب توجه آنکه اوسویی خود را درجه‌ی ۲ می‌خواند ولی راه را برای سطوح بالاتر از خود باز می‌دانست. او به هیچ وجه لفظ استاد را برای کاروران ری‌کی و حتا خودش به کار نبرد و اصطلاح استاد و استاد اعظم از ابداعات خانم تاکاتا و دیگر آموزگاران غربی ری‌کی بود. چهار مرحله‌ی اول، شoden یا مرحله‌ی آغاز نامیده می‌شد. (۱ تا ۳) مرحله‌ی پنجم، اوکودن یا آموزش درونی نامیده می‌شد که به اوکودن زنکی (نیمه‌ی اول) و اوکودن کوکی (نیمه‌ی دوم)



تقسیم می‌شد و مرحله‌ی استادی، شینپیدن یا آموزش رمزی نامیده می‌شد.
(لوبک؛ پیتر؛ رند، ۲۰۰۱)

در رویکرد سنتی هم‌سویی، تمرینات کی و بکارگیری وضعیت هیوین^۱ وجود ندارد و برای آموزش نمادها، نمادهای جایگزین وجود ندارد. در سنت آموزشی اوسویی هر چیز خارج از موارد سنتی ری کی، به عنوان غیر ری کی^۲ شناخته می‌شود.

❁ اشتین (۲۰۰۰) ارائه‌ی شیوه‌های غیرسنتی و جامع‌تر را برای آموزش هنرجویان ری کی مناسب‌تر می‌داند. به اعتقاد وی اطلاعات جامع‌تر و ارائه‌ی گزینه‌های آموزشی بیشتر، انگیزه‌ی نوآموز را برای فراگیری و سپس انتقال آن، بیشتر می‌نماید. نگاهی به الگوی جامع (نگاه کنید به فصل اول)، اهمیت سیستم‌های روان‌شناختی و جسمانی را در کنار سیستم‌های انرژیایی و معنوی نشان می‌دهد. شناخت رگه‌های شخصیتی و روان‌شناختی در قالب نیازها، تعارض‌ها و رفتارهای نابهنجار و شیوه‌های مقابله‌ی و مدیریتی برای کنترل آن‌ها، نخستین گام در آموزش ری کی است.

اشتین (۲۰۰۰) این مرحله از آموزش را شامل شناخت و تحلیل نیازها و محدودیت‌های هنرجو و سپس مدیریت آنها می‌داند، زیرا هر فردی دارای ساختار روان‌شناختی ویژه‌ی است که می‌تواند در شیوه‌ی مداخلات وی نمایان شود.

سنت این تجزیه و تحلیل روان‌شناختی، نخستین بار توسط فروید بنیان‌گذاری شد. وی معتقد بود که روان‌کاو پیش از مداخلات درمانی و تحلیل شخصیت دیگران، باید از مواد سرکوب شده در ناهشیار خویش آگاه گردد تا از طریق سازوکار فرافکنی، آنها را به مراجع خود منتقل نماید. این فرافکنی‌ها

علاوه بر ابعادی شناختی و رفتاری می‌تواند ابعاد انرژیایی هم داشته باشد و اختلالات انرژیایی هنرجو بر مراجع سایه بیاندازد (گلی، ۱۳۸۶).

توجه به این امر در رویکردهای رفتاری و شناختی، به دلیل الگو قرار گرفتن روان‌درمانگر و احتمال همانندسازی کردن از سوی مراجع، اهمیت و جایگاه ویژه‌ای دارد. به عنوان مثال، وضعیت آرام‌درمانگر به هنگام آموزش آرام‌سازی، همان قدر اهمیت دارد که آموزش آن (جوهری فرد و همکاران، ۱۳۸۴).

توجه به این عوامل در نظام آموزش ری‌کی، می‌تواند به عنوان مکمل مداخلات انرژیایی و معنوی مطرح باشد و عمق تأثیرات را افزایش دهد.

به همین دلیل، پیشنهاد می‌گردد، هنرجوی ری‌کی، نخست ری‌کی را برای خود بیاموزد، تا فرصت و زمان کافی برای آماده شدن و قرار گرفتن در فضای درمانی را پیدا نماید. برای این منظور بهتر است پس از فراگیری ری‌کی A، روزانه به خودش ری‌کی دهد تا ضمن کار بر روی خود، در مدیریت و هدایت انرژی مسلط گردد. آن گاه بعد از چند هفته، به دیگران ری‌کی دهد.

در ابتدای کار، بهتر است ری‌کی II و III فراموش شود و پس از روان‌شدن در ری‌کی A، به سمت ری‌کی II حرکت نموده و به همین ترتیب، می‌توان از ری‌کی مستقیم (لمس‌درمانی تماسی و یا غیر تماسی) به سمت ری‌کی از راه دور، رفت. شناخت سازوکار این روش‌ها می‌تواند مفید باشد (اشتین، ۲۰۰۰).

در به خاطر سپاری نمادها، بر اساس اصول سنتی، توجه به دو نکته حائز اهمیت است:

نخست ترتیب در ترسیم خطوط و سپس جهت بردارها در ترسیم آنها ابتدا باید نمادها را برای شفافبخشی از راه دور برای فرد مورد نظر فرستاد و سپس با رسم آنها، تصویرسازی کرد.



بعد از این مرحله، کار با تمرینات کی به مدت نیم ساعت در هر دفعه و حداقل چندین هفته آغاز می‌گردد. این تمرینات برای تجربه‌ی عمیق انرژی مفید است. برخی معتقدند که بهتر است این تمرینات با وضعیت هیوین - انقباض عضله‌ی پرینه و مقعد آغاز شده و به مرور زمان انجام آن افزایش یابد (همان منبع). ولی بسیاری درمانگران این تامین را ضروری و حتی مفید نمی‌دانند (میکوزی، ۲۰۰۲).

با ادامه این تمرینات، باید حرکت انرژی کی در بدن احساس گردد و سپس توانایی تغییر این حس با تمرینات مختلف اتفاق افتد. تنها هنگامی که انجام این موارد به سهولت و روانی صورت گرفت می‌توان، ری کی III را آغاز نمود.

بهتر است ری کی III با نمادهای دای کومیو^۱ آغاز شود و از سایر نمادهای غیر ری کی و شخصی در این زمان خودداری نمود. نماد دای کومیو برای شفابخشی‌های مستقیم و از راه دور به کار می‌رود. آن‌گاه که هنرجو با شفابخشی مستقیم، از راه دور، پنج نماد اصلی ری کی و تمرینات کی، آشنا شد، زمان آموزش ری کی III فرا می‌رسد (اشتین، ۲۰۰۰).

پس از فراگیری فرآیند هم‌سویی در هر فرصتی باید آن را تمرین کرد تا هنرجو احساس کند در این امر روان شده است. در شیوه‌های آموزش گروهی ری کی، می‌توان تمرینات و عمل شفابخشی را با یکدیگر تمرین نمود.

هنگامی که همه‌ی تمرینات به روانی و سهولت انجام شد و فرآیند هم‌سویی صورت گرفت، زمان آغاز آموزش ری کی فرا می‌رسد. در ابتدا، پیش از برگزاری کلاس‌ها، بهتر است به یک نفر، که معمولاً می‌تواند عضوی از خانواده باشد، ری کی I داده شود. و سپس دامنه این فرآیند به سایر افراد و در گروه‌هایی با کمتر از پنج عضو، ادامه یابد. وقتی ظرفیت فرد برای هم‌سویی به قدر کفایت افزایش یافت، می‌تواند با گروه‌های بزرگتر کار کند (همان منبع).

به دلیل وجود عناصر القایی و غیرالقایی در فرآیند ری‌کی، بهتر است فضای آموزشی ری‌کی، فضایی راحت، ساده و بسته به نظر استاد، رسمی یا غیررسمی باشد. کلاسی که دارای ردیف‌های متوالی صندلی است برای این کار چندان مناسب نیست. اما اگر صندلی وجود داشته باشد، بهتر است در هنگام فرآیند شفابخشی، صندلی‌ها را به بیرون از کلاس منتقل نموده یا به صورت دایره‌ای، چیده شود.

حفظ وضعیت هیوین، حین فرآیند هم‌سویی، برای افراد دریافت‌کننده، کار مشکلی است و چنان که ذکر شد، ضروری نمی‌باشد.

از دیگر موارد قابل تأمل در این بحث، شیوه‌های آموزش ری‌کی به کودکان است. برای این کار بهتر است، کودکانی را که قادر به حفظ زمان کلاس هستند، دعوت نمود. وجود مادر یا یکی از اعضای نزدیک کودک، باعث می‌شود تا آن‌چه کودک باید کند و اجرا نماید و شیوه‌ی کمک به کودک را بیاموزد. کودکان معمولاً وضعیت‌های ری‌کی را می‌آموزند اما نمی‌توانند زمان زیادی را صرف هر کدام کنند.

همان‌طور که پیش‌تر بیان شد، به‌طور کلاسیک، سه سطح در آموزش ری‌کی مطرح است و (نیلد- آندرسون و املینگ، ۲۰۰۰) در یک نگاه رسمی هر یک از این سطوح دارای ساختار و برنامه ویژه‌ی آموزشی است. می‌توان شیوه‌های گوناگونی را برای آموزش بهتر به کار گرفت به طوری که هنرجویان آن‌چه را برای آنها بهتر است، فراگیرند (نیلد- آندرسون و املینگ، ۲۰۰۰).

در ادامه به معرفی محتوای آموزشی و اصول سطوح سه‌گانه ری‌کی می‌پردازیم.



سطح اول

برای شروع کار بهتر است، در میان جمع هنرجویان و اطراف کلاس قدم زد و با پرسیدن نام و تجاربشان در زمینه شفابخشی، با فرد فرد آنها آشنا شد. این معارفه بهتر است به صورت مختصر و مفید صورت گیرد و از تخلیه‌های هیجانی بی‌مورد جلوگیری شود. ری‌کی برای افرادی که هیچ‌گونه تجربه شفابخشی ندارند، شروع مناسبی است و برای افرادی که سایر روش‌ها را همچون ماساژدرمانی تجربه کرده‌اند، روشی مکمل است. پس از این معارفه، بهتر است استاد، خود و ویژگی‌های این رهیافت انرژیایی را معرفی نماید (اشتین، ۲۰۰۰).

هنرجویان در این سطح با تاریخچه، تعاریف و کلیات سه سطح آشنا می‌شوند (میکوزی، ۲۰۰۱). ممکن است برخی از افراد، پرسش‌هایی در ارتباط با مفاهیم مختلف ری‌کی مانند هم‌سوئی داشته باشند و پاسخ این پرسش‌ها باید به بهترین صورت بیان شود ولی بر تجربه عملی این مفاهیم تأکید شده و به آن‌سو رهنمون شوند.

هنرجویان معمولاً، تجارب زیادی، به شکل داستان‌وار، برای گفتن دارند، که بهتر است به شکل مختصری بیان شوند. چنانچه فردی تجاربی دربارہ ری‌کی I دارد، می‌توان از وی درخواست نمود تا دربارہی آن و تأثیراتش در زندگی اش، صحبت کند.

سپس، اصول ری‌کی بیان می‌گردد. بیان توضیحاتی در ارتباط با سبک زندگی در ری‌کی می‌تواند مفید باشد (اشتین، ۲۰۰۰).

بعد از آن، نحوه‌ی جریان یافتن انرژی در دست‌ها آموزش داده می‌شود و پیش از شروع فرآیند هم‌سوئی، زمان مناسبی برای یک استراحت مختصر است. بهتر است در حین استراحت، صندلی‌ها برای فرآیند هم‌سوئی جابجا شوند.



از هنرجویان باید درخواست کرد تا سکوت اولیه خود را حفظ کنند و در گروه‌های کوچک (مثل پنج نفری) تقسیم شوند و سپس گروه به گروه فرآیند هم‌سویی صورت می‌گیرد (همان منبع). البته برخی منابع فقط هم‌سویی فردی را توصیه می‌کنند البته در برخی موارد هم‌سویی در گروه‌های بزرگ‌تر نیز انجام می‌شود، ولی در هر صورت باید بازخورد تجربیات هر کس به دقت دریافت و بررسی شود.

هنرجویان در این سطح، چهار مرحله‌ی هم‌سویی، یا آشناسازی را تجربه می‌نمایند که شامل گشودگی^۱، تعادل^۲، هم‌راستایی^۳ و در نتیجه جریان یافتن انرژی زیستی در دستان‌شان خواهد شد. برطبق سنت ری‌کی، توانایی دستیابی به انتقال انرژی، از طریق فرآیند هم‌سویی اتفاق می‌افتد (میکوزی، ۲۰۰۱).

پس از پایان هم‌سویی، از هنرجویان درخواست می‌شود که دستان خود را روی فرد دیگری از کلاس به مدت چند دقیقه قرار دهند. در این زمان، جریان افتادن انرژی را درخواهند یافت. آنها می‌توانند دستان خود را در نقاط مختلف بدن او قرار دهند. بهتر است زمانی که این فرآیند به پایان رسید، به خودش ری‌کی دهد.

وقتی فرآیند محسوس در همه افراد تمام شد، بهتر است از یکی از آنها درخواست شود تا درباره‌ی تجارب خود صحبت کند. برای این امر زمان زیادی اختصاص داده نمی‌شود، پاسخ به پرسش‌ها می‌تواند مفید باشد.

اگر فردی از گروه هیچ چیزی تجربه نکرد، ابتدا دست آنها لمس شود، اگر گرم باشد، اجازه داده شود تا این تجربه کامل شود. گاهی لازم می‌شود که به صورت فردی اقداماتی جهت تسهیل در کانال شدن، انجام گیرد.

بهتر است روش صحیح وضعیت ری‌کی دادن به دیگران از طریق دست، آموزش داده شود. برای این کار می‌توان از یک نفر درخواست کرد تا به عنوان



- 1 - Openness
- 2 - Balancing
- 3 - Alignment

دستیار همکاری نماید. سپس می‌توان افراد را به گروه‌های دو نفری تقسیم نمود تا در هر جلسه به صورت دهنده یا گیرنده انرژی عمل نمایند. اگر تعداد هنرجویان بسیار کم و یا بسیار زیاد باشد، می‌توان این کار را به صورت گروهی انجام داد.

پاسخ به پرسش‌ها و تجربه‌های غیرمعمول هنرجویان، می‌تواند آنها را برای ادامه‌ی کار مطمئن‌تر سازد (اشتین، ۲۰۰۰).

تقریباً نخستین سطح ری‌کی، بین یک تا چهار جلسه به طول می‌انجامد و توصیه شده‌است که هنرجویان، حداقل سه ماه بعد از نخستین سطح، وارد سطح دوم شوند (میکوزی، ۲۰۰۱) ولی برخی استادان یک جلسه معارفه و یک جلسه برای هم‌سوایی را پیشنهاد می‌کنند و حداقل سه هفته تمرین را برای ورود به سطح دوم کافی می‌دانند.

سطح دوم

آموزش ری‌کی II زمان کمتری را نسبت به سایر سطوح صرف خواهد کرد (اشتین، ۲۰۰۰)، اما ظرفیت هنرجویان را از طریق افزایش میزان انرژی‌یی که وی قادر به دستیابی یا انتقال آن است، افزایش خواهد داد. (میکوزی، ۲۰۰۱) در آموزش این سطح نیز می‌توان شیوه‌یی رسمی یا غیررسمی به کار برد. در ابتدای دوره‌ی آموزشی بهتر است جلسه را با معارفه‌یی مختصر و صحبت درباره‌ی تجارب و پرسش‌های اجتماعی درباره‌ی ری‌کی I، آغاز نمود. اگر مطلبی در ارتباط با ری‌کی I فراموش شده است، در این‌جا می‌توان آن را افزود.

هنرجویان در این سطح با شیوه‌ی شفابخشی از راه دور، نمادها و غیره آشنا می‌شوند. بیان سازوکارها و مبانی نظری این مفاهیم اغلب مفید بوده و به فرآیند آموزش کمک می‌نماید.



برای آموزش شفابخشی از راه دور، از روش‌های گوناگون تجسمی و نمادها استفاده می‌شود.

سپس، این نکته تذکر داده می‌شود که نمادهای ری کی در هر کجا که شفابخشی از راه دور به کار می‌رود، قابل استفاده است و نحوه‌ی تصویرسازی و استفاده از آنها بیان می‌شود (اشتین، ۲۰۰۰).

به طور معمول، سه نماد در این سطح آموزش می‌دهند و ماهیت آنها و فنون به کارگیری‌شان بیان خواهد شد (میکوزی، ۲۰۰۱). برای آموزش نمادها، مبانی نظری، سازوکار و نحوه‌ی ترسیم آنها بیان می‌گردد. صحبت درباره‌ی کاربردهای غیر شفابخشی^۱ نمادها اغلب می‌تواند مفید باشد. در پایان، بهتر است اطلاعاتی درباره‌ی تمرینات کی و اهمیت آنها ارائه شود.

در صورتی که هنرجویان قصد ادامه دادن آموزش به سطح III را نداشته باشند، می‌توانند بدون به خاطر سپاری نمادها، از آنها برای فرآیند شفابخشی استفاده نمایند (اشتین، ۲۰۰۰).

به طور کلی، درسنامه‌ی این سطح شامل آموزش سه نماد اصلی و شیوه‌ی ترسیم آنها، اطلاعاتی درباره‌ی چگونگی به کارگیری نمادها و توضیحاتی در ارتباط با تمرینات کی، می‌باشد که معمولاً در یک یا دو جلسه صورت می‌گیرد. برخی استادان معتقدند برای ورود به سطح III، حداقل یکسال فرصت باید باشد (میکوزی، ۲۰۰۱).

بخشی از بحث ری کی II، که اغلب در شیوه‌های مدرن بحث می‌شود، و به عنوان پلی بین ری کی I و ری کی III به حساب می‌آید، فهم سازوکارهای ری کی است.

برای درک این موضوع به طور سنتی به تعلیمات سانسکریت و بودایی - تانتریک مراجعه می‌شود. این عملیات که از بیش از دو هزار سال پیش تاکنون ناشناخته بوده است اکنون به عنوان بخشی از کهن‌ترین دانش بشری، معرفی



می‌گردد. این تعلیمات در کشورهای مختلف مشرق‌زمین، به نام‌های گوناگونی به کار می‌روند و معلوم نیست که چه زمانی و چگونه با بحث ری‌کی آمیخته شده است.

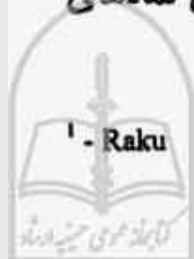
هنرجو با کسب دانش درباره‌ی کانال‌های مسیرهای انرژی در بدن، می‌تواند چگونگی انگیزش ری‌کی و انتقالش را در بدن بهتر درک نماید. این دانش، توانایی وی را در شفابخشی بالا می‌برد و توانایی کنترل جریان‌های انرژی را تقویت می‌نماید. توانایی نگهداری و انتقال انرژی زیستی و فنون به‌کارگیری آن از مهارت‌های مربوط به این سطح ری‌کی است (اشتین، ۲۰۰۰).

مبانی پزشکی، روان‌شناسی و انرژی‌پزشکی که عمدتاً در این کتاب به آنها اشاره شده است، برای تبیین سازوکارها و درک عمیق‌تر از تجربیات شفابخشی و البته هماهنگی با نظام سلامت در این مرحله و البته مرحله بعدی، بسیار مفید و البته ضروری است.

سطح سوم

برنامه‌ی آموزش ری‌کی III ساده، اما طولانی‌تر از ری‌کی I و II است و به‌طور کلی، شامل دو نماد سنتی و فرآیند هم‌سویی، اطلاعاتی درباره‌ی چگونگی تدریس ری‌کی در سطوح مختلف و گاه اطلاعاتی درباره‌ی روان‌شناسی بودیسم بیان خواهد شد.

در این سطح به دلیل آشنایی قبلی، نیازی به معارفه نیست اما، بهتر است پرسش‌ها را پاسخ داده و مطالب باقی‌مانده از ری‌کی II، بیان شود. آموزش نمادها را با دای کومیو و راکو^۱ و کاربردهایشان در شفابخشی آغاز شده و شیوه‌های سنتی و غیرسنتی این نمادها بیان می‌گردد. بحث درباره‌ی نمادهای



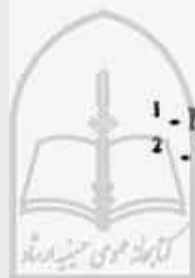
غیر ری‌کی اختیاری است. سپس، فرآیند هم‌سویی به صورت قراردادن یک صندلی در مرکز کلاس و اجرای سه سطح هم‌سویی برای هر هنرجو، در حالی که سایرین در حال تماشای این فرآیند هستند، انجام می‌شود.

پس از این فرآیند، بهتر است درباره‌ی شیوه‌ی آموزش ری‌کی در سطوح مختلف اطلاعاتی ارائه شود. (مطالب این بخش می‌تواند مفید باشد.) در این جا پرسش‌های گوناگونی درباره‌ی مفاهیم و سازوکارهای ری‌کی پرسیده می‌شود که بهتر است به دقت پاسخ آنها بیان شود (اشتین، ۲۰۰۰).

استاد، نظارت دقیق و غربالگری درستی بر هنرجویان این سطح باید اعمال نماید و پس از تشخیص آمادگی، هم‌سویی در این سطح معمولاً باید به صورت فردی انجام شود. هم‌سویی این سطح بسیار نیرومند است و بسیاری هنرجویان تجربیاتی مانند تجربه‌ی خارج از بدن (OBE) را گزارش می‌نمایند (همان منبع).

برخی از مدارس ری‌کی سطح سه را در دو سطح الف یا استادی^۱ و سطح ب یا مدرسی^۲ ارائه می‌کنند.

آن چه بیان شد، می‌تواند به عنوان چارچوبی برای آموزش ری‌کی در سطوح مختلف قلمداد شود. بدیهی است هر استاد بر اساس تجارب و تحصیلات پیشین خود، شیوه‌ی خاص را به کار می‌برد. اما توصیه می‌شود، در آموزش ری‌کی به ارائه‌ی اطلاعاتی در زمینه‌ی ابعاد جسمانی، روانی، انرژیایی و معنوی این رهیافت توجه شود و همچنین نحوه‌ی ارتباط با نظام هماهنگ سلامت، تشخیص حدود مداخلات و ارجاع به موقع باید به دقت آموخته شود.



^۱ - Master

^۲ - Teacher master





فصل هفتم
روش تحقیق در
رهیافت‌های انرژیایی





مبانی روش‌شناختی

در انرژی‌پزشکی به طور کلی از دو نوع میدان انرژی استفاده می‌شود:

الف - میدان‌های قطعی^۱ که به دقت قابل‌سنجش هستند.

ب - میدان‌های فرضی^۲ که قابل‌سنجش دقیق نیستند (بارمان، ۲۰۰۴).

در اکثر درمان‌های انرژیایی به طور طبیعی از میدان‌های فرضی استفاده می‌شود. در حالی که فقط در درمان‌های انرژیایی که از طریق منابع صناعی است، از میدان‌های قطعی، که دقیق و قابل‌کنترل هستند استفاده می‌شود. میدان‌های انرژیایی که میدان‌های زیستی نیز خوانده می‌شوند ساختاری بسیار پیچیده و متغیر دارد و گرچه اجزای مختلف این میدان‌ها قابل اندازه‌گیری است ولی تداخلات پیچیده و تغییرات وسیع‌الطیف آنها باعث می‌شود که سنجش دقیق آنها، به عنوان یک عامل مداخله‌گر درمانی بسیار بعید به نظر برسد.

وقتی که ما بدن را تحت‌تأثیر یک میدان الکترومغناطیسی با بسامد ثابت و معین صناعی قرار می‌دهیم، می‌توانیم درک کنیم که تغییراتی که برای مثال در ترمیم بافت استخوانی ایجاد می‌کند، چه ارتباطی با متغیر مستقل ما، یعنی میدان الکترومغناطیسی فوق دارد.

ولی حالا فرض کنید که دستگاه‌های متعددی که میدان‌های الکترومغناطیسی با بسامدهای مختلف تولید می‌کنند (میدان‌های ارگان‌های

^۱ - Veritable

^۲ - Putative



مختلف بدن مانند: قلب، عضلات ارادی، چشم‌ها، مغز، ... و بسامدهای آنها با تغییرات زمان - مکان و نیز تغییرات هیجانی، ارتباطی و حرکتی تغییر می‌کند و الگوی تداخل‌های پیچیده‌ی این میدان‌ها که برخی افزایش و برخی کاهش یافته است با این تغییرات، تغییر می‌یابد. حال چگونه می‌توان اثرات دقیق این عامل مداخله‌گر درمانی را بر یک فرآیند زیستی درک کرد؟ اکنون به این ماتریس بسیار پیچیده، این را هم بیفزایید که این دستگاه‌های متعدد، میدان‌های مختلفی نیز تولید می‌کنند؛ یعنی از امواج حرارتی و امواج لیزر مانند گرفته تا توده‌های پلاسمایی که با تغییر در وضعیت شناختی - هیجانی - رفتاری فرد می‌توانند حتی تأثیراتی متضاد ایجاد کنند (گلی، ۱۳۸۶).

به همین واسطه پژوهش در این میدان دارای پیچیدگی‌هایی است که با خیلی روش‌های کمی و رایج در پزشکی زیستی نمی‌توان اثرات این روش‌های درمانی را مورد مطالعه و آزمون قرار داد.

پیچیدگی عوامل طبیعی درمان در اکثر درمان‌های جایگزین، مشکلات مشابهی را در پژوهش ایجاد نموده است و از سوی دیگر، گسترش و محبوبیت پزشکی مکمل و جایگزین در جهان و به ویژه کشورهای غربی چالش‌های جدیدی را پیش روی پژوهشگران عرصه‌ی سلامت قرار داده است. پزشکی‌های سنتی در فرهنگ‌های مختلفی رشد نموده و روش‌های تشخیصی و درمانی گوناگونی دارند، به همین جهت هنوز شیوه‌هایی استاندارد و مناسب برای ارزیابی و انتقال همه‌ی این روش‌های بهداشتی و درمانی ایجاد نشده است.

چالش نوین عرصه‌ی پزشکی سنتی این است که چگونه باید به بررسی، مطالعه و ارزیابی فرضیه‌های این روش‌ها پرداخت. به این دلیل سازمان‌ها و پژوهشگران مختلف شیوه‌های پژوهشی مختلفی را که دارای استانداردهای روش‌شناسی است، پیشنهاد نموده‌اند.



در این راستا از سال ۱۹۹۱ سازمان جهانی بهداشت، به ترویج و گسترش شیوه‌ها و متون پژوهشی در عرصه‌ی پزشکی سنتی پرداخت و تاکنون مراکز و پژوهش‌گران بسیاری این رویه را ادامه داده‌اند (WHO, ۲۰۰۰).

به طور کلی پزشکی سنتی/مکمل و جایگزین (TCAM) توسط مراجع گوناگونی طبقه‌بندی و سامان‌دهی شده است که هر کدام دارای قابلیت‌ها و کاربردهای خاصی است. سازمان جهانی بهداشت بر اساس نکات ذکر شده، طبقه‌بندی خود را به واسطه‌ی تفاوت‌های روش‌شناختی، ارائه نموده است. در این طبقه‌بندی، درمان‌های پزشکی سنتی/مکمل و جایگزین به دو گروه درمان‌های فرآیند - محور^۱ و دارو - محور^۲ تقسیم می‌شوند.

از گروه درمان‌های دارو - محور می‌توان به گیاه‌درمانی، هومیوپاتی و داروشناسی آیورودایی اشاره نمود و از گروه درمان‌های فرآیند - محور می‌توان یوگا و ری‌کی را نام برد.

سازمان جهانی بهداشت با ارائه‌ی اصول و شیوه‌های استاندارد روش‌شناسی و روش تحقیق برای درمان‌های دارو - محور و فرآیند - محور، عرصه را برای ورود این درمان‌ها به نظام پزشکی رایج، گشوده است. مطالعات کیفی^۳ که در سال‌های اخیر گسترش بسزایی یافته است در کنار مطالعات کمی^۴ می‌تواند بسیاری از فرضیه‌های پزشکی مکمل و جایگزین را مورد آزمون قرار دهد. در مورد درمان‌های انرژی‌یابی که غالباً درمان‌هایی فرآیند - محور هستند، توسعه‌ی فن‌آوری دستگاه‌های اندازه‌گیری میدان‌های زیستی کمک به گسترش مطالعات عینی و کمی در این رابطه نموده است.

ولی به دلیل وابستگی این درمان‌ها به مهارت و وضعیت ذهن - بدنی درمانگر و نیز مراجع و همچنین عوامل بسیار پیچیده‌ی فرافردي^۵، کنترل

^۱ - Procedure - based

^۲ - Remedy - based

^۳ - Qualitative study

^۴ - Quantitative study

^۵ - Transpersonal



شرایط پژوهش، تکرارپذیری آن و مقایسه با روش‌های خنثی و ساختگی، بسیار مشکل و در برخی موارد ناممکن به نظر می‌آید. برخی مطالعات مروری که در سال‌های اخیر بر تکنیک‌های لمس درمانی و شفای از راه دور صورت گرفته، حاکی از روایی و پایایی بالاتر آنهاست، ولی برای درمان‌های انرژیایی که با حضور درمانگر صورت می‌گیرد، حذف سوگیری‌ها و کنترل شرایط آزمایش، خالی از اشکال نیست (کرافورد، اسپربر و جوناس، ۲۰۰۳).

به همین دلیل روش‌های تحقیقی که در زیر پیشنهاد می‌شود عمدتاً روش‌هایی کیفی هستند که البته در صورت اجرای درست، ارزش و اعتبار کافی خواهند داشت.

در ادامه به معرفی این اصول روش تحقیق در درمان‌های انرژیایی فرآیند - محور به‌ویژه ری‌کی، خواهیم پرداخت.

ملاحظات کلی

به طور کلی برای بررسی اثر بخشی یک روش درمانی، باید به ارزیابی و مقایسه آن شیوه با سایر شیوه‌های درمانی پرداخت. سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۰) اصول زیر را برای این امر بیان می‌نماید:

- ۱- ارزیابی روش با در نظر گرفتن چارچوب فلسفی و مبانی نظری آن.
- ۲- ارزیابی روش در چارچوب نظری پزشکی رایج.
- ۳ - مقایسه اثربخشی روش با سایر رهیافت‌های پزشکی سنتی و پزشکی رایج.

ادبیات پژوهشی

نقطه‌ی آغازین برای طراحی هر پژوهشی، بررسی و مرور تحقیقات و پژوهش‌های پیشین است. این امر در مواردی که پژوهش‌های علمی مکتوب



وجود ندارد، از طریق بررسی ادبیات شفاهی و منابع سنتی صورت می‌گیرد. مرور تحقیقات باعث می‌شود تا اطمینان و اثربخشی زمینه‌ی فعلی ما افزایش یابد و برای صحت آن شواهدی به دست آید (WHO ، ۲۰۰۰).

مروری بر ادبیات پژوهشی ری‌کی نشان می‌دهد که در طی دوازده سال گذشته، کمتر از ده مطالعه علمی کاملاً معتبر در این میدان صورت گرفته است (ولن و ویشنیا ، ۲۰۰۳). البته مطالعات علمی معتبر در کل رهیافت‌های انرژیبی و انرژی پزشکی ده‌ها برابر این مقدار است، که به دلیل مشابهت در اصول نظری و بالینی قابل استفاده است.

کراوورد^۱ و همکارانش (۲۰۰۳) معتقدند، یکی از دلایل این امر این است که روش‌های پژوهشی در این زمینه هنوز در آغاز راه هستند و برای رسیدن به این امر، نیاز به تعاریف عملیاتی داریم. تعریف عملیاتی در پژوهش، باعث شفاف شدن ماهیت پژوهش و بالا رفتن روایی و پایایی آن می‌گردد. توجه به این نکته اهمیت شناخت اصول روش تحقیق از سوی هنرجویان ری‌کی را نشان می‌دهد.

طراحی پژوهش^۲

انجام یک پژوهش بدون درک و شناخت مسیرها و گام‌های آن میسر نیست. لزوم این امر چون نقشه‌ی یک ساختمان است که بی آن ساختی بی‌شکل و تصویری مبهم از ساختمان به دست می‌آید.

مفاهیم مرسوم در تحقیقات بالینی، اصولی شناخته شده و استاندارد هستند، اما کاربرد آنها در پزشکی سنتی و از جمله ری‌کی، ما را با چالش‌های روش‌شناختی جدیدی روبرو خواهد ساخت. به این جهت سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۰) طیفی از روش‌ها را برای پژوهش‌های بالینی رهیافت‌های

^۱ - Crawford
^۲ - Study design



انرژیایی ارائه می‌نماید، تا انعطاف بیشتری برای انجام این دسته از پژوهش‌ها ایجاد شود. برخی از این طرح‌های پژوهشی عبارتند از:

الف) مطالعه موردی^۱

این طرح سودمندی بسیاری برای مطالعات بالینی به‌ویژه در زمینه‌ی شیوه‌های درمانی و ارزیابی بیماری‌ها دارد، زیرا دامنه‌ی وسیعی از اطلاعات را فراهم می‌سازد. البته گزارش‌هایی از این دست معمولاً توسط درمانگران ری‌کی ارائه می‌شود، اما به دلیل عدم کنترل عوامل مداخله‌گر و فقدان تعمیم‌پذیری^۲ به سایر موقعیت‌ها و بیماران، دارای محدودیت است. چنین طرح‌هایی برای توسعه و بررسی زمینه‌های بالینی بسیار مناسب هستند. به عنوان مثال، با این طرح می‌توان سبک‌های متفاوت مداخلات انرژیایی را روی بیماران بررسی نمود. این طرح‌ها فاقد گروه گواه هستند، اما می‌توان شیوه‌ی درمانی را در آنها به صورت تصادفی^۳ به کار برد.

ب) جعبه سیاه^۴

به طور کلی برای پژوهش در زمینه‌ی پزشکی کل‌نگر، می‌توان از شیوه‌ی جعبه سیاه استفاده نمود. هدف این طرح این است که مداخله‌ی درمانی و همه مؤلفه‌هایش را از موقعیت بالینی معمول جدا سازد تا معطوف به ارائه‌ی یک برنامه‌ی درمانی^۵ خاص نشود.

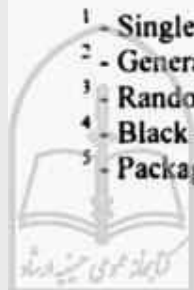
^۱ - Single – case design

^۲ - Generalization

^۳ - Randomized

^۴ - Black – Box Design

^۵ - Package



به این ترتیب شناخت دقیق سازوکارها و برنامه‌ی درمانی که کاملاً قابل کنترل و استاندارد کردن نیست، درون جعبه سیاه قرار می‌گیرد و برآیند کار مورد مطالعه قرار می‌گیرد.

چنین طرحی به پژوهش‌گر اجازه می‌دهد تا تأثیر شیوه‌های درمانی کل‌نگر را فارغ از چارچوب‌های نظری خودشان یا پزشکی رایج انجام دهند.

ج) مطالعات قوم نگارانه^۱

این مطالعات، مدرک و سندی برای بافت اجتماعی و فرهنگی که شیوه‌های درمانی همچون ری‌کی از آن برخاسته است، در مواقعی که ادبیات پژوهشی یا سایر مدارک در دسترس نباشد، به دست می‌دهد. این مطالعات کیفی می‌تواند اطلاعات اولیه را فراهم سازند، که از آن فرضیه‌های پژوهشی ایجاد می‌گردد و یا منجر به پژوهش‌های دیگری خواهد شد.

د) مطالعات مشاهده‌ای^۲

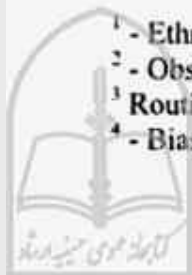
مطالعات مشاهده‌ای می‌تواند یافته‌ها و اطلاعات بسیاری را در بررسی شیوه‌های درمانی انرژایی، در شرایط منظم^۳ بالینی، فراهم آورد. این مطالعات ممکن است با گروه گواه همراه باشد و یا نباشد. در این طرح پژوهشی، ابتدا باید یک پرسش پژوهشی مطرح باشد و سپس با در نظر گرفتن جزئیات کار همچون شرایط و مدت زمان مداخله، نوع بیماران، تعداد آنها و غیره و نوع شیوه‌ی درمانی به مشاهده و ارزیابی نتایج پرداخت. این طرح‌ها دارای قدرت تعمیم‌پذیری بالایی هستند اما به دلیل بروز سوگیری^۴ در انتخاب بیمار و سایر شرایط دارای محدودیت هستند.

^۱ - Ethnographic design

^۲ - Observational design

^۳ Routine

^۴ - Bias



روش پژوهش

پس از بررسی ادبیات پژوهشی و ارائه‌ی فرضیه/ فرضیات مناسب و انتخاب یک طرح پژوهش، باید با درنظر گرفتن شیوه‌ی استاندارد پژوهش به اجرای آزمایش و بررسی فرضیه/ فرضیات پرداخت. نیلد - آندرسون واملینگ (۲۰۰۰)، سه شرط زیر را برای پژوهش‌های ری‌کی پیشنهاد نموده‌اند.

الف (تصادفی بودن حجم نمونه

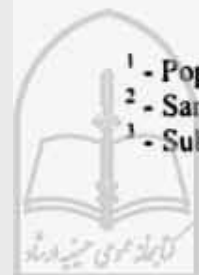
ب (دو سو کور بودن پژوهش

ج (داشتن گروه گواه یا دارونما .

الف (تصادفی بودن حجم نمونه :

چون حجم یا اندازه‌ی بیشتر جامعه‌های^۱ پژوهشی بزرگ است، بنابراین پژوهشگران اقدام به اندازه‌گیری یا اجرای فرضیه‌ی پژوهشی برای تعدادی از اعضای جامعه می‌نمایند. این اعضاء انتخاب شده را نمونه^۲ می‌نامند. بنابراین، نمونه، زیرجامعه‌ی^۳ از کل جامعه و معرف آن است. منظور از معرف بودن، شباهت تقریباً کامل بین ویژگی‌های اعضای نمونه و جامعه است. برای این منظور باید انتخاب نمونه به صورت تصادفی صورت گیرد؛ یعنی شانس یا امکان مساوی برای تک تک اعضای جامعه وجود داشته باشد.

نیلد - آندرسون واملینگ (۲۰۰۰) معتقدند که بیشتر مطالعات ری‌کی با جمعیت‌های غیر بیمار و نمونه‌های [داوطلب] غیر معرف صورت گرفته است. چنین امری امکان تعمیم یافته‌ها را کاهش می‌دهد.



ب) دو سو کور بودن (سنجش کور)^۱

در این شیوه، برای جلوگیری از هرگونه سوگیری آگاهانه یا ناآگاهانه در امر پژوهش، عوامل مداخله‌گر انسانی را از روند پژوهش بی‌اطلاع نگاه می‌دارند. رعایت این موضوع در رهیافت‌های انرژیایی، به غیر از روش‌های از راه دور امری پیچیده و بفرنج است.

ج) گواه یا دارو نما

بیشتر پژوهش‌های استاندارد برای اثبات تاثیر مداخلات خود از گروه گواه بهره می‌برند. معمولاً گروه گواه، که از نظر ویژگی‌های مختلف با گروه آزمایش یکسان‌اند، جز این که عامل مداخله‌ی مورد آزمایش را دریافت نمی‌نمایند. رعایت چنین امری در پژوهش، امکان مقایسه‌ی اثربخشی مداخله و حذف عناصر القایی را فراهم می‌سازد. در مطالعات پزشکی کل‌نگر بسته به اهداف پژوهشی، یک یا چند گروه گواه نیاز است. برای یک مداخله‌ی خنثی در رهیافت‌های انرژیایی تنها راه، اجرای القای انرژی توسط غیر درمانگران و یا از ورای عایق‌های الکترومغناطیسی، بدون آگاهی مراجع است.

یکی دیگر از متخللات پژوهش‌های بالینی در پزشکی کل‌نگر دریافت همزمان مداخلات پزشکی زیستی برای بیماران (مثلاً بیماران سرطانی) است و از نظر اخلاقی امکان حذف مداخله‌ی پزشکی هم وجود ندارد. بنابراین نتایج چنین پژوهش‌هایی صرفاً ترکیب این دو شیوه را نشان می‌دهد.

ارزیابی کیفیت زندگی^۲

شیوه‌های پزشکی کل‌نگر مانند رهیافت‌های انرژیایی به سلامت، تنها به عنوان یک شیوه‌ی پیشگیری، تشخیصی و یا درمانی برای بیماری‌های خاص

^۱ - Blind assessment

^۲ - Quality of life



به کار نمی‌روند، بلکه هدف اصلی آنها ارتقاء سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی است (به فصل اول نگاه کنید). به این جهت سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۰) پیشنهاد می‌نماید در انجام پژوهش‌های پزشکی مکمل و جایگزین، از ابزارهای سنجش کیفیت زندگی همچون WHOQOL استفاده شود.





منابع و نمایه‌ها





منابع فارسی:

- اتکینسون، ریتال و همکاران (۱۳۸۳)، *زمینه روان شناسی هیلگارد*، ترجمه حسن رفیعی، تهران: انتشارات ارجمند.
- اوشمن، جیمز (۱۳۸۲)، *انرژی پزشکی*، ترجمه ناهید میرشاهزاده؛ نسیم رومینا، فرزاد گلی، اصفهان، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- باجفلی، کیوان؛ شریفی، مسعود و گلی، فرزاد (۱۳۸۳)، *وضعیت قانونی پزشکی مکمل و جایگزین در ایران و جهان، فصلنامه آموزشی پژوهشی سلامت برتر*، سال دوم، شماره ۳ و ۴.
- بوتبی، ریچارد (۱۳۸۴)، *فروید در مقام فیلسوف*، ترجمه سهیل سمی، تهران: انتشارات ققنوس.
- دادستان، بهرخ (۱۳۷۶)، *روان شناسی مرض تحولی*، ج اول، تهران، انتشارات سمت.
- دیانتو، ام. رابین (۱۳۷۸)، *روان شناسی سلامت*، ج اول، ترجمه محمد کاویانی، محمد عباسپور، حسن محمدی، غلامرضا نقی زاده، علی اکبر کیمیا، تهران انتشارات سمت.
- جای، چو و جای، وینبرگ (۱۳۶۹)، *تاریخ فلسفه چین*، ترجمه ع. پاشایی، تهران.
- جوثر، ون و استورات، یان (۱۳۸۲)، *تحلیل رفتار متقابل*، ترجمه بهمن دادگستر، تهران: نشر دایره.
- جوهری فرد، رضا و گلی، فرزاد (۱۳۸۴)، *روان شناسی بنیاد فرهنگی*، ماهنامه اطلاعات علمی، سال ۱۹، شماره ۹، پی در پی ۳۱۰.
- جوهری فرد، رضا (۱۳۸۴)، *مبانی نظری و بالینی تم درمانی*، فصلنامه پزشکی-اجتماعی هوم، شماره ۴۵.
- جوهری فرد، رضا؛ تقوی، محمد رضا و گودرزی، محمد علی (۱۳۸۴)، *بررسی اثر تکنیک آرام سازی و موسیقی بر کاهش اضطراب، اولین کنگره سراسری پژوهش های روان شناسی بالینی در ایران*، تهران: انستیتو روان پزشکی ایران.
- چوپرا، دیپک (۱۳۸۳)، *شفای کوانتومی*، ترجمه هایده قلعه بیکی، تهران: انتشارات بهجت.
- رنان، کالین (۱۳۷۱)، *تاریخ علم کمبریج*، ترجمه حسن افشار، تهران: نشر مرکز.
- رایش، ویلهلم (۱۳۸۲)، *روان شناسی در عمق*، ترجمه استپان سیمونیان، تهران: انتشارات رشد.
- شریفی، مسعود (۱۳۸۲)، *جایگاه طب سوزنی در نظام خدمات بهداشتی درمانی*، فصلنامه آموزشی پژوهشی سلامت برتر، (۳ و ۲)، صص: ۱۱۹-۱۲۵.
- شولتز، دوان و شولتز، سیدنی این (۱۳۷۹)، *نظریه های شخصیت*، ترجمه عبیر سید محمدی، تهران: نشر ویرایش.



فرزانگان، محبوبه (۱۳۸۱)، آموزش پزشکی مکمل و جایگزین: رویکردی دیگر به آموزش پزشکی جامعه‌نگر. فصلنامه آموزشی پژوهشی سلامت برتر، سال اول، شماره اول. فیس، آن ماری (۱۳۸۱)، اصول انرژی درمانی به روش ری کی، ترجمه فرخ سیف بهزاد، تهران: نشر اوحدی.

کاپلان، ه. ا. و سادوک، ب. ج (۱۳۷۸)، روش‌های درمانی غیر متعارف، ترجمه رضا جمالیان، تهران: انتشارات عطایی.

کاپرا، فریتون (۱۳۶۸)، تائوی فیزیک، ترجمه حبیب‌ا... دادفرما، تهران: انتشارات کیهان.

کجیاف، محمد باقر (۱۳۸۱)، روان‌شناسی رفتار جنسی، تهران: نشر روان.

گلی، فرزاد (۱۳۷۹)، علم تشریح و پزشکی سنتی و مدرن، اولین همایش بین‌المللی طب سنتی و مفردات پزشکی، تهران: دانشگاه داروسازی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

گلی، فرزاد (۱۳۸۱)، درآمدی بر پزشکی جامع: میدان‌هایی نو برای آزمون خرد کهن، فصلنامه آموزشی پژوهشی سلامت برتر، شماره ۱، صص: ۳-۴۵.

گلی، فرزاد (۱۳۸۲)، یوگا: نمونه‌ای دیرین از الگوی زیست- روان- اجتماعی فصلنامه آموزشی پژوهشی سلامت برتر، (۳ و ۲)، صص: ۷۱-۹۴.

گلی، فرزاد (۱۳۸۳)، جستاری در روان‌کاوی تجربه ناخوشی، فصلنامه آموزشی پژوهشی سلامت برتر، سال سوم، شماره ۴ و ۵.

گلی، فرزاد (۱۳۸۶)، جستاری در تحلیل ابعاد زیستی، روانی و هست شناختی فرآیند همسویی، فصلنامه آموزشی پژوهشی سلامت برتر، سال ششم، شماری ۷.

میس، کارولین (۱۳۷۹)، کالبدشناسی روح: مراحل هفتگانه قدرت و شفا، ترجمه مرجان فرجی، تهران: نشر نازین.

وست، ویلیام، (۱۳۸۳)، روان‌درمانی و معنویت، ترجمه شهریار شهیدی و سلطانعلی شیرافکن، تهران: انتشارات رشد.

شاملو، سعید (۱۳۸۱)، روان‌شناسی بالینی، تهران: انتشارات رشد.

واتسن، لیل (۱۳۶۹)، فوق طبیعت، ترجمه شهریار بحرانی و احمد ارژمند، تهران: انتشارات امیرکبیر.

هال، کالوین (۱۳۴۸)، روان‌شناسی فروید، ترجمه ایرج نیک آیین، انتشارات غزالی.

یونگ، کارل گوستاو (۱۳۷۸)، انسان و سمبولهایش، ترجمه‌ی محمد سلطانیه، تهران: نشر جامی.

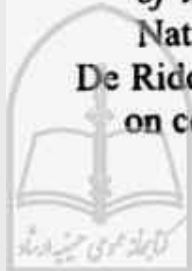


منابع لاتین:

- Anderson, P., Anderson, S.A. (1968). *Physiological basis of the alpha rhythm*. Appleton- Century Crofts, New York
- Ann Brennan, B. (1979). *Hands of Light: A Guide to Healing Through the Human Energy Field*, Bantam.
- Astin, J (1998). Why patients use alternative medicine. Results of a national study. *JAMA*, 279 (19): 1548-53.
- Astin, J. (2000). Alternative therapies; Distance healing: Evidence suggests patient may benefit. *Obesity, Fitness & Wellness Week*.
- Bagin ski, B., Sharamon, S. (1997). *Reiki, Universal Life Energy, A Holistic Method Suitable For Self treatment and Home Professional Practice*, life Rhythm, U.S.A.
- Barnes, P., Powell- Griner, E., McFann,k., Nahin, R. (2004). Complementary and alternative medicine use among adults, U.S.
- Beck, R. (1986). *Mood Modification with ELF magnetic fields: a preliminary exploration*. *Archaeus* 4:48.
- Ben veniste, J. (1998). From water memory effects to digital biology.an the web at: <http://w.w.w.digi.bio.com>.
- Berman, J.D., Straus, S.E (2004). Implementing a research agenda for complementary and alternative medicine. *Annual Review of Medicine*, 55:239-254.
- Birch, S.I. (1999). *Understanding Acupuncture*, Churchill livingstone, London, pp: 110-30.
- Borkovec, T.S., Newman, M.G. (1999). Worry and Generalized Anxiety Disorder. *Comprehensive Clinical Psychology*, Vol.4, Adults: clinical formation and treatment, Oxford, Elsevier Science, pp: 439-459.
- Borkorec, T.D., Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation in depression and cognitive- behavioral therapy in treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61, 611-619.
- Brewitt, B. (1996). Quantities analysis of electrical skin conductance in diagnosis: historical and current views of bioelectric medicine, *Journal of Naturopathic Medicine*, 6 (1): 66-75
- Brewitt, B (1999). Electromagnetic medicine and HIV/ AIDS treatment: clinical data and hypothesis for mechanism of action.



- In: Standish L.J., Calabrese, C., Galation, M.L. (eds) AIDS and alternative medicine: the current state of the science. Harcourt Brace, New York.
- Brugh Joy, W. (1979). *A Map for the Transformational Journey*, N.Y: Tarcher Putnam.
- Campbell, J. (1974). *The Mythic Image*, Princeton, N. J: Princeton University press.
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the Body*, New York: Norton.
- Calvin, W. H. (1991). *How the shaman stole the moon: in search of ancient prophet- scientists from Stonehenge to the Grand Canyon* Bantam Books, New York.
- Chang, s. (2001). Meaning of ki Related to touch in caring . *Holistic Nursing practice*, 16(1):73-84.
- Chen, K.W., Turner, F.D. (2004). A Case study of simultaneous recovery from multiple physical symptoms with medical qigong therapy, *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10(1): 159-162.
- Chien,C.H,Tsuei.J.J, lee ,S.C., Huang , Y.C,Wei, Y.H.(1991), Effect of emitted bioenergy on biochemical functions of cells.*American Journal of chinese Medicine*, 19: 285-292.
- Chopra, D. (1994). Keynote lecture at columbia University Dharam Minduja Indic Research Center Conference, *Journal of Alternative and complementary medicine*, 1(3):247-301.
- Choy, r.v.s.,Monra,T.A.smith,C.W.(1987)Electrical seusitivities in allergy patieuts.*Clinical Ecology*,4(3):93-102.
- Corn-Becker, F., Welch, L., Fisischelli, V. (1959). Conditioning factors underlying hypnosis, *Journal of Abnormal Social Psychology*, 44; 212-222.
- Crasilneck, H.B., Hall, J.A. (1985). *Clinical Hypnosis: Principles and Applications*,. Grune & Stratton Inc.
- Craw ford, C.C., Spparber, A.G., Janas, W.B. (2003). A systematic review of the quality of research on hand- on and distance healing: Clinical and laboratory studies. *Alternative Therapies in Health & Medicine*, 9(3): 96-106.
- Cremer-Bartels, G, Kuaue, k., Mitoskas, G. (1984). *Magnetic field of the earth as additional zeigeber for endogenous rhythms?* *Naturwissenschaften*, 71:567-574.
- De Ridder, D., Depla, M., Severens, P, Malsch, M. (1997). Beliets on coping with illness: A consumer's perspective. *Society social*



- Medicine*, 44(5): 553-559.
- Desteche, A., Babloyantz, A., Sejnowski, T. J., (1993) Ionic mechanisms for intrinsic slow oscillations in thalamic relay neurons, *Biophysical Journal*, 65:1588-52.
- Dilts, R. (1990). *Changing Belief systems with NLP*. Meta publications, California.
- Dilts, R., Hallbom, T., Simith, S. (1991). *Beliefs: Pathways to health & well-being*, USA: Meta amorphous press.
- Dossey, B., keegan, L., guzzetta, C., & kolkmeier, L. (1995). *Holistic Nursing*, Aspen, Gait hers bury, MD.
- Dziemidko, H.E. (1999). *The complete book of energy medicine*, Gaia Books limited.
- Eliade, M. (1964). *Shamanism, Archaic Techniques of Ecstasy*. Princeton University Press, Princeton, New Jersey.
- Ellis, A., Wisman, N., Boss, K. 91991). *Abstracted form: Fundamentals of Chinese Acupuncture*, paradigm publications Brook line, MA, P: 32.
- Ellison, J. and Garrrod, D.R. (1984) Anchoring filaments of the amphlibian epidermal Junction traverse the basal Lamina entirely from the plasma membrane of hemidesmosomes to the dermis. *Journal of cell science*, 72:163-172.
- Engehretson, J. (1997). A multiparadigm approach to nursing. *Advances in Nursing Science*, 29, 21-33.
- Ernst, E., Cohen, M.H. (2002). Spiritual Informal Consent for CAM, *Archives Internal Medicine*, 162 (8): 943-944.
- Ernst, E. (2003). Distance healing: an update of a systematic review. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 115(7-8): 241- 245.
- Esgate, A.E. and Groome, D. (2001) *Probability and coincidence*. in: Roberts, R. and Groome, D. *Parapsychology*, oxford university press.
- Ferrucci, P. (1982). *What we maybe*. Welling borough: Turnstone Press.
- Fellows, L. (1997). Opening up the black box. *International Journal of Alternative and complementary Medicine*, 15(8):4-13
- Fisher, P., ward, A. (1994). Medicine in Europe: Complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, 309: 107-111.
- Friedman, H., Becker, R.O., Bachman, C. (1965). Psychiatric ward behavior and geophysical parameters. *Nature*, 205: 1050-1052.



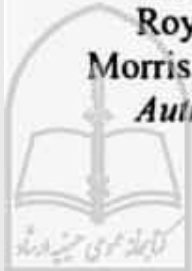
- Gallob, R. (2005). Reiki: A supportive therapy in nursing and meta-analysis of therapeutic touch research. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 34(1): 9-13.
- Ganguelin, M. (1974). *The cosmic clocks*. Avon Books, New York
- Gassidy, C. A. (1994). Unraveling the bell of string: Reality, paradigms, and alternative medicine, *Advanced Journal of Mind-Body Health*, 5:5-31.
- Gaudet, T.W. (1998). Integrative medicine: the evolution of a new approach to medicine and to medical education, *Integrated Medicine*, 1:67-73.
- Geddes, L.A. (1984) A short history of the electrical stimulation of excitable tissue included in electrotherapeutic applications. *physiologist*, 27(1):1-47.
- Goodman, A. (1991). Organic Unity Theory: The Mind-Body Problem Revisited, *American Journal of Psychiatry*, 148:5.
- Goli, F. (2007). Specific /nonspecific effects of energetic approaches to health, under publication.
- Goli, F. Zamani, A. (2004) *The necessity of Philosophical orientation in medical education*, Edinburgh, AMEE congress.
- Gopikrishna (1998): *Kundalini- The Secret of Yoga*, VBSPD, India, pp: 61,2.
- Gopikrishna (1978). *Kundalini- The biological basis of religion and Genius*, kundalini Research and publication Trust.
- Gordon, D. (1978). *Therapeutic Metaphors*, California: Meta publications.
- Grinderg-Zylberberbanm, J, Delaflor, M, Sanchez, M.E, Guevara, M.A. Perez, (1992). Human communication and the electrophysiological activity of the brain. *Subtle Energies*, 3(3): 25-43.
- Griuberg- Zylberbaum, Delaflor, M. Attie, L. Goswami, A. (1994). The Einstien- podolsky- Rosen paradox in the brain: the transferred potential. *physics Essays*, 7(4):422-428.
- Grof, S. (1972). Varieties of transpersonal experiences: observation from LSD psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology*, 4(1): 45-80.
- Guy, A., Chou, C.k., Lin, J.C., Christensen, D. (1975). *Microwave induced acoustic effects in mammalian auditory system and physical materials*. Annals of the New York Academy of sciences. 247, 194-218.



- Hall, J.A. (1984). *Dreams and transference/ contrtransference: The transformative field*, Chiron, A Review of Jungian Analysis.
- Hammond, D.C. (1990) *Hypnotic suggestions and Metaphors*, The American society of clinical Hypnosis.
- Harrington, A. (1997). *The placebo effect: An interdisciplinary exploration*. Cambridge, MA: Harvard University press.
- Health Canada (2001). *Perspectives on complementary and Alternative Health Care. A Collection of Papers Prepared for Health Canada*. Ottawa, Health Canada.
- Height, P. (1981). Effect of therapeutic touch on anxiety level of hospitalized patient. *Nursing Research*, 30(1): 31-37.
- Heisenberg, W. (1958). *Physics and philosophy*, New York: Harper Torch books.
- Horwitz, A.F. (1997) integrins and health .Discovered only recently, *scientific American*, 276:68-72.
- Hover-Kramer, D. (1996). *Healing Touch: A Resource for Health Care professionals*. Albany, NY: Delmar Publishers, 9-51.
- Hurwitz, W. (2001) *Energy medicine*. In Micozzi M.S. (ed) *Fundamentals of complementary and Alternative Medicine*, 2nd ed. New York, Churchill Livingstone
- Hynes, R. O. (1992) Integrins : versatility, modulation ,and signaling. *Cell*, 69: 11-26.
- Ina, V.S., Chrisman, L. Definitions (2001). *Massage and Bodywork*. In: Fass, N. Integration Complementary Medicine into Health System, Aspen Publication, Maryland.
- Ingerman, S. (1991). *Soul Retrieval, Mending the Fragmented Self*. Harper Collins, San Francisco.
- Jackson, J.D. (1975). *Classical electrodynamics*, John Wiley, New York
- Johari. H. (1987). *Chakras: Energy Centers of Transformation*, Destiny Books.
- Kellaway, P. (1994). The part played by electric fish in the early history of bioelectricity and electro therapy, *Bulletin of the History of Medicine*, 20:112-132.
- Kim, S.J. (1995). *Condition, Pattern, and consequences of ki support of the Korean elderly*. University of California San Francisco, Doctoral Dissertation.



- Kirschenbaum, H. and Henderson, V. (1990). *The Carl Rogers Reader*. London: Constable.
- Kohatsu, W. (2002). *Complementary and Alternative Medicine Secrets*, Hanley & Belfus.
- Ladouceur, R., Dugas, M., Freestone, M.H., Leger, E., Gagnon, F., Thibodeau, N. (2000). Efficacy of cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 68(6): 975-964.
- Lauffenbuger, D.A., Horwitz, A.F. (1996) cell migration: a physically intergrated molecular process. *cell*, 84: 359-396.
- Leonidov, I. (1962). *Signals of what?* Soviet Union, 142.
- Loveloch, J. (1979). *Gaia: A new look at life on earth*: oxford University press.
- Lubeck, W. (1991). *Aura healing and book*, Lotus Press.
- Makean, D.G. (1973). *Introduction to Biology*. John murray, London
- Manaka, Y., Italy, K., Birch, S. (1995). *Chasing the dragon's tail*. Paradigm publication Brookline, MA, P: 49.
- Mathews, A.P. (1903). Electric polarity in hydroids. *American Journal of Physiology*, 8: 294-299.
- Mckenzie, E. (1998). *Healing Reiki*, Berley, Calif: Ulysses Press; pp: 46-49.
- Micozzi, M.S. (2001). *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine*, Churchill Living stone, Philadelphia, Pennsylvania.
- Miller, J. (1995). *Going unconscious*, In: *Silvers RB(Ed), Miller histories of science*. Granta Books, London, pp: 1-35.
- Miller, A. (1998). Dowsing : A review. *Network* 66: 3-8.
- Mitchell, P. (1976) Vectorical chemistry and the molecular mechanics of chemiosmotic coupling: power transmission by proticity. *Biochemical society Transactions*, 4: 399-430.
- Mitchell, P.D. (1997). *Executive Director, The Reiki Alliances Catald*, Idaho, Personal Communication.
- Mollon, P. (1991). psychotherpists heal thing attitude. *Paper presented to symposium on the Crucial factor in psychotherapy and psychoanalysis*. Department of psychothreapy, Manchesfer Royal Infirmary, 4 November.
- Morris, J.J. (1997). *Director, Reiki Center of losangeles and Author: Reiki Hands That Heal*. Los Angeles, and Pitts field,



- Massachusetts, personal communication.
- Murchie, G. (1978). *The seven mysteries of life*. Houghton Mifflin, Boston.
- NCCAM (2005). National Institutes of Health, Energy Medicine: An Overview.
- Nield- Anderson, L., Ameling, A.R. (2000). The Empowering Nature of Reiki as a complementary Therapy, *Holistic Nursing Practice*, 14(3); 21-29.
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology*. (3rd. Ed.). New York: McGraw-Hill.
- Oshman, J.L. (1993). *A biophysical basis for acupuncture. proceedings of the first symposium*. Society for Acupuncture Research, Rockville, 23-24.
- Oshman, J.L. (2000). *Energy medicine: the new paradigm*. In: charman R. complementary therapies for physical therapists: theoretical and clinical exploration. Butterworth-Heinemann, Oxford, introductory chapter.
- Oshman, J.L. (2002) Science and the human Energy field, *Reiki News Magazine*, winter
- Oshman, J.L. (2003). Sensing solutions in soft tissues. *Guild News, the news magazine for the structural integration*, Boulder, Colorado, 3:22-25.
- Ostrander, S., Schroeder, L. (1971). *Psychic Disordered Behind the Iron Curtains*, Englewood Cliffs, N. J: Prentice Hall.
- Payne, B. (1990). *The body magnetic*, Privately published, Santa Cruz, CA.
- Peat, F.D. (1987). *Synchronicity: the bridge between matter and mind*. Bantam Books, Toronto.
- Perry, F.S., Reichmanis, Marino, A., Becher, R.O. (1981). Environmental power-frequency magnetic fields and suicide. *Health physics*, 41:267-277.
- Possey, B., KEEGAN, I., Guzzetta, C. & KOLKMEIER, L. (1995). *Holistic Nursing practice*, 16(1): 73-84.
- Quinn, Z. (1984). Therapeutic touches energy exchange testing the theory. *Advanced Nursing Science*, 6(2) 29-42.
- Rajarshimuni, S. (1999). *Yoga: The Ultimate Attainment*, Jaico Publishing House, India, pp:1.
- Rand, W. I. (2001). Working with Japanese and western Reiki. *The Reiki News*, 1(4).



- Rand, W.L. (2000), Reiki training. What is Reiki, who can learn it? *The Reiki News*, Spring/summer: 26.
- Reich, W. (1973). *The Function of the Orgasm*, London: Souvenir Press.
- Reite, M., Zimmerman, J. (1978) .Magnetic phenomena of the central nervous system. *Annual Review of biophysics and Bioengineering*, 7: 167-188.
- Riley, M. (2002). Homeopathy, in: Kohatsu, W. *Complementary and Alternative Medicine secrets*, Hanley & Belfus, INC.
- Rivera, C. (1999). Reiki therapy a tool for wellness, *NSNA*, 56, pp: 31-3.
- Roberts, R., Groome, D. (2001). *Parapsychology: The Science of Unusual Experience*, New York: Aknald.
- Rogers, M.E. (1970). *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia, PA: Davis.
- Rogers, M.E. (1983). *Science of Unitary Human Being: A Paradigm for Nursing*. Philadelphia, P.A: Davis.
- Rogers, M.E. (1989). *Nursing: A Science of Unitary Human Beings: A Paradigm for Nursing care*. New York: John Wiley.
- Rohrlich, F. (1983). Facing quchanical reality. *science*, 221(4617) 1251-1255.
- Rowan, J. (2005). *The Transpersonal. Spirituality in Psychotherapy and counseling*. London & New York: Rutledge.
- Russek, L.G. Schwartz, G.E. (1994). Interpersonal heart- brain registration and the perception of parental love: a 42-year follow-up of the Harvard, *Mastery of stress study subtle Energies*, 5:195-208.
- Russek, L.G. Schwartz, G.E. (1996). Energy cardiology: a dynamical energy systems approach for integrating conventional and alternative medicine. *Advances: The Journal of mind-body Health*, 12(4):4-24.
- Ruhl, T.S. (2002). Spiritual Informed consent for CAM. *Archives Internal Medicine*, 162(8): 943-944.
- Seiy, H. (1958). *The Stress of life*. New York: Mc Grew Hill.
- Shwartz, S.A, Demattei, R.j. Brame, K.G. spottiswoods, S.J. (1990) Infrared spectra alteration in water proximate to the palms of therapeutic practitioners. *Subtle Energies*, 1:43-72.



- Shapiro, A.K. and Shapiro, E. (1997) *The powerful placebo: from ancient priest to modern physician*. Baltimore, MD: Johns Hopkins university press.
- Smith, W.B. (2004). Research Methodology: Implications for CAM Pain Research, *The Clinical Journal of Pain*, 20(1): 3-7.
- Smith, C.W, Best, S. (1989). *Electromagnetic man: health and hazard in the electrical environment*. J.M.Pent, London.
- Suzuki, S (1984). *Zen Mind, Beginner's Mind*, New York & Tokyo: weatherhill.
- Staunton, Tree (2002). *Body Psychotherapy*, New York: Brunner-Rutledge.
- Stein, D. (2000). *Essential Reiki: A complete guide to an ancient healing art*, crossing press, USA.
- Szent-Gyorgyi, A. (1994). Towards a new biochemistry? *Science*, 43:609-611.
- Toratore, N.V, Toratore, R (1977). heparanormal event in psychotherapy: a survey of 609 psychiatrists, *psychic*, 7:34-4
- Totton, N. (1998). *The water in the Glass: Body and Mind in Psychoanalysis*. London: Rebus Press.
- Tromp, S. (1968). Review of the possible physiological causes of Dowsing. *International Journal of Parapsychology*, 10:4.
- Vansell, S.L. (1996). *Complementary Therapies: Reiki: An Ancient Touch Therapy*. Medical Economics publishing Co, 59(2): 57-59.
- Venkatraman, K., (1976). Epilepsy and sofar activity: an hypothesis. *Neurology (India)* 24:1-5.
- Vincent, C., & Furnham, A. (1996). Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *British Journal of Clinical psychology*, 35:37-48.
- Volland, H. (1984) *Handbook of atmospheric electrostatics*. CRC press, Boca Raton
- Wallenstein, G.V (1994). A model of the electrophysiological properties of nucleus reticularis thalami neurons, *Biophysical Journal*, 66:978-988.
- Ward, R.R (1971). *the living cloks*. Alfred knopf, New york, p 64 et seq.
- West, W.S. (1997). Integrating Psychotherapy and healing, *British Journal of Guidance and Counseling*, 25 (3): 291-312.



- Whelan, k., Wishnia ,G.s (2003). Reiki therapy :The Benefits to a Nurse/Reiki. *Holistic Nursing practice*, 17(4), pp:209-214.
- Wilber, K. (1990). Two Patterns of transcendence: a reply to wash burn, *Journal of Humanistic Psychology*. 30(3): 113-36.
- Wiseman, N., Eliss,A., (1985) *Fundamentals of Chinese Medicine*, Paradigm publication Brookline, MA, P: 38.
- World Health organization (2000), *General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine*, 1211 Geneva 27, Switerland.
- Wetzel, w (1989). Reiki healing: a physiologic perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 7(1): 47-54.
- World Health Organization (1999). *Consultation Meeting on Traditional Medicine and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches*, Geneva.
- Weeks, J. (2001). *Major trends in the integration of complementary and alternative medicine*. In: Fass, N. Integrating Complementary and alternative medicine into health system, Aspen Publishers.
- Wetzed, M.S., Eisenberg, D.M., Kaptchuk, T.J. (1998). Courses involving complementary and alternative medicine at US medical school. *JAMA*, 280 (9): 784-787.
- Wolsko, P.M., Eisenberg, D.M., Davis, R.B. (2004). Uses of mind-body medical therapies, *Journal of General Internal Medicine*, 19(1): 43-50
- Zimmerman. J. (1995). Laying on - of - hands healing and therapeutic touch: a testable theory.BEMI currents.journal of *the bio-Electro- Magnetics Institute*: 24:8-14



نمایه اسامی

- ✓ اتکینسون ۱۲۳
- ✓ ادره، رابرت ۶۴، ۱۰۰، ۱۰۱
- ✓ ادواردز ۱۳۱
- ✓ آدولف، ادوارد ۷۴
- ✓ ارنست ۱۲، ۹۱، ۱۵۸
- ✓ آرنیوس، سوانت ۹۰
- ✓ اسپریر و جوناس ۱۵۸، ۱۹۰
- ✓ استنتون ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰
- ✓ اسگیت و جروم ۱۲۳
- ✓ اسمیت ۸۱، ۸۲، ۸۸، ۹۰، ۱۴۹، ۱۵۰
- ✓ اسمیت و بست ۸۸، ۹۰
- ✓ اشتین ۱۸، ۲۵، ۳۶، ۳۱، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۹۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۸، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳
- ✓ السون و دگارود ۷۴
- ✓ الیسون و گارود ۷۶
- ✓ آن برنن ۵۱
- ✓ اندرسون و اندرسون ۱۲، ۲۹، ۳۰، ۱۵۳، ۱۶۰، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۷، ۱۹۴
- ✓ انگل ۶، ۷، ۱۳۲
- ✓ اوسویی، میکائو ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۱۵۲، ۱۷۳



رہیافت انرژیاہی بہ سلامت

۲۱۲

- ✓ اوٹمن، جیمز ۵، ۶۳ ۶۴ ۶۸ ۶۹ ۷۱ ۷۳ ۷۴ ۷۵ ۷۷ ۷۸ ۸۰ ۸۱ ۸۳ ۸۴ ۸۵ ۸۸ ۹۲
- ✓ ۹۳، ۹۶، ۹۸، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۷، ۱۴۹، ۱۵۵، ۱۶۳، ۱۶۶
- ✓ اوگدن ۱۲۸، ۱۲۹
- ✓ ایتالی ۵۸
- ✓ اینا ۱۶۳
- ✓ اینشتین ۴۲، ۴۳
- ✓ باجفلی، کیوان ۱۰، ۱۵
- ✓ بار، ہارولد ساکستون ۷۵، ۸۶، ۸۹
- ✓ بارلت ۱۰۱
- ✓ بارمان ۱۸۷
- ✓ بازت ۶۹، ۹۸
- ✓ باگینسکی و شارامون ۳۹، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۱
- ✓ برج ۵۸
- ✓ برگسن، هنری ۳۸
- ✓ برن، اریک ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۶۳
- ✓ بروجی ۵۱
- ✓ برونلر ۳۸
- ✓ برویت ۱۴۰
- ✓ بقراط ۳۹، ۸۹
- ✓ بلوسی ۹۰
- ✓ بنونیسٹ ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۱۴۹، ۱۵۰
- ✓ بودا ۳۵، ۱۸۱
- ✓ بیشا ۱۵۱
- ✓ پرسینگر و سایک ۹۰
- ✓ پری ۸۶
- ✓ پیت ۹۱، ۹۹
- ✓ پینتا و کوفی ۷۴، ۷۵، ۷۸، ۹۸
- ✓ ترناتور و ترناتور ۱۴۷
- ✓ ترومپ ۱۴۸
- ✓ جونز واستوارت ۸۹، ۱۰۷
- ✓ جوہری ۵۱



- ✓ جوهری فرد، رضا ۱۵۳، ۱۵۹، ۱۷۵
- ✓ چوپرا، دیپاک ۴۷، ۸۸
- ✓ چوی ۹۰
- ✓ چی یی ۸۱
- ✓ دادستان، پریخ ۱۵۱
- ✓ دریدر ۱۶۰
- ✓ دزیماکو ۴۸
- ✓ دستخ ۸۷
- ✓ دکارت ۴، ۴۱، ۴۷، ۷۰
- ✓ دمترین ۷۲
- ✓ دیلتز ۱۲۸
- ✓ رابرت بکر ۷۵، ۹۸، ۹۹
- ✓ راترفورد ۴۴
- ✓ راجرز، مارتا ۲۶، ۲۸، ۲۹، ۱۳۳، ۱۳۵
- ✓ راسک و شوارتز ۱۳۳
- ✓ راکورد ۱۴۸
- ✓ رایش، ویلهلم ۵، ۳۸، ۱۰۷، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۸
- ✓ رایلی ۱۶۳
- ✓ رند ۱۹، ۱۷۴
- ✓ روان، جان ۳۱
- ✓ رولینج ۹۲، ۹۸
- ✓ زامارا ۱۳۱
- ✓ زیت گیورگی ۷۷، ۹۸
- ✓ زیمرمن ۷۹، ۸۰، ۹۸، ۱۴۳
- ✓ سلیه، هانس ۱۳
- ✓ سوزوکی ۱۱۷
- ✓ شاپیرو و شاپیرو ۱۳۳
- ✓ شاملو، سعید ۱۳۲
- ✓ شرودینگر ۶۴، ۶۶
- ✓ شریفی، مسعود ۱۰، ۱۵، ۵۶، ۵۸
- ✓ فرزندگان ۱۷۲



هیافت انزایی به سلامت

۲۱۴

- ✓ فرسن، بارون ۳۸
- ✓ فروهلیخ ۷۷
- ✓ فروید، زیگموند ۵، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۱، ۱۱۲، ۱۱۴، ۱۷۴
- ✓ فریدمن ۸۶
- ✓ فیشر و وارد ۱۷۲
- ✓ کابات زین ۱۳۰
- ✓ کاپرا، فریتیوف ۵، ۴۱، ۴۵
- ✓ کایزر ۳۸
- ✓ کرازیلینک ۱۲۷
- ✓ کرافورد ۱۹۰
- ✓ کرلیان، سیمون ۱۴۲، ۱۴۴، ۱۴۵
- ✓ کرمر ۸۶
- ✓ کلارک، جیمز ۴۲
- ✓ کمپل ۵۱
- ✓ کن ویلبر ۱۳۵
- ✓ کنون، والتر ۱۳
- ✓ کوهاتسو ۳۷، ۴۱، ۴۳، ۴۷، ۴۹، ۶۰، ۱۵۵
- ✓ کوهن، توماس ۱۲، ۷۰
- ✓ کیم ۱۵۵
- ✓ گاگولین ۸۶
- ✓ گای ۱۴۹
- ✓ گلد ۸۶
- ✓ گلی، فرزاد ۵، ۹، ۱۴، ۴۹، ۵۰، ۶۶، ۹۹، ۱۰۴، ۱۱۵، ۱۲۱، ۱۲۴، ۱۲۷، ۱۳۲، ۱۳۵، ۱۴۰
- ✓ ۱۵۰، ۱۵۴، ۱۶۴، ۱۶۷، ۱۷۲، ۱۷۵، ۱۸۱
- ✓ گودمن ۷، ۴
- ✓ لئونیدو ۱۴۵
- ✓ لاکان، زاک ۵
- ✓ لوون، الکساندر ۱۰۸، ۱۱۴
- ✓ لینگ ۷۲
- ✓ ماتسوموتو و بیرج ۹، ۵۶
- ✓ ماتیسوس ۱۴۰



- ✓ مارچی ۵۸، ۱۴۸
- ✓ ماکسول ۴۲، ۶۶
- ✓ مانکا ۵۸
- ✓ مسمر، فرانتس آنتون ۱۰۵، ۱۴۴
- ✓ مک کنزه ۲۲، ۲۳، ۲۴
- ✓ مکین ۸۱
- ✓ مگ گینت ۶۹، ۹۸
- ✓ موریس ۱۶۱، ۱۶۲
- ✓ میچل ۷۷، ۹۸
- ✓ میس، کارولین ۴، ۵۱
- ✓ میکوزی ۵، ۱۶، ۱۷، ۱۵۶، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۷۶
- ✓ میلر ۸۹، ۱۳۱
- ✓ نیلا- آندرسون و املینگ ۱۲، ۲۹، ۳۰، ۱۵۳، ۱۶۰، ۱۷۳، ۱۷۷، ۱۹۴
- ✓ نیوتن، اسحاق ۴۱، ۴۲
- ✓ هاردویتز ۶۶
- ✓ هال ۷۷، ۹۸، ۱۰۲، ۱۰۵، ۱۲۷، ۱۳۴، ۱۴۹
- ✓ هاور - کرامر ۱۵۴
- ✓ هو و نایت ۷۶
- ✓ هورویتز ۷۳، ۹۸
- ✓ هینس ۷۳
- ✓ واتسن ۶۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۵۰
- ✓ وارد ۹۰
- ✓ والنشتین ۸۷، ۹۴
- ✓ وانگ ۷۳، ۹۸
- ✓ وست ۱۲۲، ۱۲۵، ۱۴۷
- ✓ ولش و فیسیسچلی ۱۲۶
- ✓ ولن و وشنا ۱۹۱
- ✓ ولند ۸۸
- ✓ وون ۱۳۲
- ✓ ویور ۸۶
- ✓ یونگ، کارل گوستاو ۱۳۱، ۹۸، ۹۱



نمایه موضوعی

- ✓ ابر رسانا ۱۴۲
- ✓ اثر انتقالی حال ۷۷، ۹۸
- ✓ آجنا ۵۱، ۵۳، ۵۴
- ✓ اختراگویی پزشکی ۹۱
- ✓ اختلال استرس پس از سانحه ۱۶۲
- ✓ ادبیات پژوهشی ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۳، ۱۹۴
- ✓ ادراک فراحسی ۳۱
- ✓ آرایش بلورین ۶۸
- ✓ ارتباط وجودی ۱۲۱
- ✓ ارگاسم ۱۰۸
- ✓ ارگانسیم ۵، ۹، ۱۶، ۲۲، ۵۰، ۶۴، ۶۶، ۷۷، ۸۱، ۸۲، ۸۴، ۸۵، ۸۹، ۹۳، ۹۴، ۹۶، ۱۰۰، ۱۱۵
- ✓ ۱۲۶، ۱۳۴، ۱۶۳، ۱۶۷، ۱۶۸
- ✓ آرگن ۳۸، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۸
- ✓ آزمیش ۱۲۳، ۱۶۱
- ✓ آرند ۳۸
- ✓ استرس ژنویاتیک ۸۸، ۸۹
- ✓ استعاره ۵۱، ۱۰۴، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۷، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۶۷



منابع - نمایه ها	۲۱۷
اسکیزوفرنی ۱۶۲ ✓	
اضطراب ۲۱، ۱۰۲، ۱۱۲، ۱۱۶، ۱۲۶، ۱۶۱، ۱۶۳ ✓	
افسردگی ۵۳، ۹۱، ۱۰۴، ۱۰۶، ۱۳۰، ۱۶۲، ۱۶۴ ✓	
اقتصاد جنسی ۱۰۷، ۱۱۶ ✓	
اگو ۱۶۴ ✓	
الرژی ۹۰، ۱۳۰، ۱۶۲ ✓	
الکترومغناطیس ۵، ۴۲، ۶۷، ۸۲، ۸۳، ۸۵، ۹۰، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۸، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۵۰ ✓	
۱۸۸، ۱۹۵، ۱۸۸، ۱۹۵ ✓	
الگوی جامع ۱۸، ۳۰، ۱۳۴، ۱۷۴ ✓	
الگوی زیست-روان-اجتماعی ۷۶، ۳ ✓	
الیماتا ۲۸ ✓	
آناهاتا ۵۱، ۵۳ ✓	
انتقال انرژی ۳۹، ۳۰، ۶۷، ۷۰، ۷۱، ۷۵، ۷۸، ۷۹، ۹۱، ۹۸، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۷۹، ۱۸۲ ✓	
انتگرین ۷۳، ۷۴ ✓	
آندومتريوز ۱۶۲ ✓	
انرژی پزشکی ۵، ۱۲، ۱۵، ۶۴، ۶۶، ۶۷، ۷۷، ۱۹۱ ✓	
انرژی روانی ۱۰۵، ۱۰۶ ✓	
انرژی ۳، ۵، ۸، ۹، ۱۲، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ ✓	
۴۳، ۴۴، ۴۶، ۴۷، ۴۹، ۵۰، ۵۵، ۵۷، ۵۸، ۶۲، ۶۴، ۶۶، ۶۷، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹ ✓	
۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۸، ۸۹، ۹۱، ۹۳، ۹۴، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۲، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶ ✓	
۱۰۷، ۱۰۸، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۲۳، ۱۲۵، ۱۲۷، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۹ ✓	
۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۹، ۱۶۰ ✓	
۱۶۱، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۷۳، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۲، ۱۸۷، ۱۹۱، ۱۹۵ ✓	
انسانپویشی ۲۸ ✓	
ایت ۳۸ ✓	
ایدا ۵۴، ۵۵ ✓	
ایدا ۵۴، ۵۵ ✓	
آیورودا ۱۱۱، ۱۳۰، ۱۸۹ ✓	
آیین شمسی ۱۰۴ ✓	
بازآوایی شومان ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۸، ۹۴، ۹۸ ✓	
بایون ۱۱۸ ✓	



رهیافت انرژیایی به سلامت	۲۱۸
برکت ۲۴ و ۲۸	✓
برون ریزی ۱۱۵، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵	✓
بسامدهای تعدیل شده ۸۵	✓
بیو انرژیکس ۱۱۳	✓
پالایش ۱۵، ۳۰، ۳۱، ۱۱۵، ۱۶۳، ۱۶۴	✓
پایایی ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۹۰، ۱۹۱	✓
پتانسیل برداری ۹۲	✓
پرانا ۹، ۲۶، ۳۸، ۴۹، ۵۰، ۱۱۳	✓
پرانای کیهانی	✓
پزشکی ذهن - بدن ۱۲، ۱۴، ۱۲، ۵	✓
پزشکی زیستی ۱۱، ۱۷، ۷۹، ۱۰۰، ۱۲۸، ۱۴۰، ۱۴۴، ۱۸۸	✓
پزشکی مکمل و جایگزین ۳، ۱۱، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۸۹	✓
پلاسما ۱۴۶، ۱۸۸	✓
پویایی سلامت ۱۱۵، ۱۵۲	✓
پیابندی ۸۷، ۹۴، ۹۶، ۱۳۳، ۱۳۷	✓
پیزوالکتریسته ۶۷، ۷۵	✓
پینگا ۵۴، ۵۵	✓
پیوستار سلامت ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳	✓
تاتریک ۳۰	✓
تجربه حضور ۱۳۴، ۱۳۵	✓
تحلیل رفتار متقابل ۱۰۷	✓
تعادل ۸، ۳۰، ۳۸، ۴۰، ۴۱، ۷۷، ۱۰۴، ۱۰۹، ۱۰۹، ۱۲۸، ۱۳۹، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۶۱	✓
تلوزوم ۲۸	✓
تمامیت ۲۷، ۱۵۴	✓
تومور ۵۳، ۱۶۲	✓
جاندار پنداری ۱۱۷، ۱۶۵	✓
جریان آزاد ۸۷، ۸۸، ۹۴، ۹۶، ۱۵۵، ۱۵۹	✓
جریان پتانسیل ها ۹۸	✓
جینگ لو ۵۸	✓
چاکرا ۲۶، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۲، ۵۴، ۵۵، ۵۷، ۱۳۹، ۱۵۴	✓
چوکوری ۳۰، ۳۱	✓



منابع - نمایه ها	۲۱۹
✓ چی ۸، ۱۲، ۴۰، ۴۶، ۵۶، ۸۰، ۸۱، ۹۸، ۱۱۴	
✓ چی بازدارنده ۸۱	
✓ چی تسهیل کننده ۸۱	
✓ چی کنگ ۸	
✓ حافظه آشکار ۱۰۸	
✓ حافظه بدن ۱۰۸، ۱۱۰، ۱۱۵، ۱۶۴	
✓ حافظه ضمنی ۱۰۸	
✓ حملات صرع ۹۰	
✓ دارو نما ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۹۴	
✓ دردهای مزمن ۱۳۰، ۱۶۲	
✓ درمان نباتی ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲	
✓ دستگاه مغناطیس سنج کوانتومی ۷۹، ۸۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۴۳، ۱۴۶	
✓ روان - عصب - ایمنی ۶۴، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۲۶، ۱۲۸، ۱۶۶	
✓ روان درمانی بدن ۱۱۰، ۱۱۱	
✓ روایی ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۹۰، ۱۹۱	
✓ روش تحقیق ۱۱، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱	
✓ ری ۶، ۹، ۱۹، ۲۵، ۲۶، ۳۱، ۳۷، ۳۷	
✓ ری کی ۳، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۲، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳	
۳۷، ۴۷، ۵۳، ۹۶، ۹۷، ۱۰۲، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۸، ۱۴۰، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۹، ۱۶۰	
۱۶۱، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۸، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳	
۱۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴	
✓ زره عضلانی ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱ [۱۱۲، ۱۱۳]	
✓ زره منش ۱۱۲	
✓ زیست شیمیایی وضعیت جامد ۷۵	
✓ زیوکس ۳۸	
✓ سازمان جهانی بهداشت ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۶	
✓ ساهاسارا ۵۱، ۵۳	
✓ سبک زندگی ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۳۹، ۴۰، ۱۵۲، ۱۵۴، ۱۵۸	
✓ سلامت برتر ۱۵۲	
✓ سندرم ضعف مزمن ۱۶۲	
✓ سوادهیستانا ۵۱، ۵۳	



دهیافت انرژیایی به سلامت

۲۲۰

- ✓ سوشومنا ۵۵،۵۴
- ✓ سیستم عصبی دوگانه ۷۶، ۷۵
- ✓ سیگنال مادون قرمز ۸۱، ۱۴۲، ۱۴۴
- ✓ سی هی کی ۹۷، ۳۱، ۳۰
- ✓ شبکه پیراعصبی آنالوگ ۷۶، ۷۵
- ✓ شبکه عصبی دیجیتال ۷۶، ۷۵
- ✓ شرطی شدگی انتزاعی ۱۲۷، ۱۲۶
- ✓ شرطی شدگی کلاسیک ۱۲۱، ۱۲۳، ۱۲۷
- ✓ شفابخشی ۱۲، ۱۸، ۱۹، ۲۵، ۳۱، ۳۷، ۳۹، ۴۸، ۶۰، ۷۸، ۸۰، ۹۱، ۹۲، ۱۳۲، ۱۵۸، ۱۶۳، ۱۶۷، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲
- ✓ شفابخشی از راه دور ۳۱، ۹۱، ۹۲، ۱۵۸، ۱۷۵، ۱۸۰، ۱۸۱
- ✓ شفق قطبی ۸۴
- ✓ شهود ۵۱، ۷۸، ۹۹، ۱۳۳، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۵۰، ۱۶۶
- ✓ ضربان‌ساز مغز ۸۷، ۹۴
- ✓ طب سوزنی ۱۱، ۱۷، ۳۹، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۷۶، ۷۸، ۷۹، ۱۱۳
- ✓ طرحواره ۶۰، ۹۶
- ✓ غربالگری ۱۶۵، ۱۸۳
- ✓ غیر شفابخشی ۱۸۱
- ✓ فرابهنجار ۹۷، ۱۴۸
- ✓ فرافرادی ۳، ۵، ۳۱، ۹۶، ۹۹، ۱۰۲، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۸۹
- ✓ کالبد پرانیک ۵۱
- ✓ کالبد خرد ۵۱، ۱۵۸۶۰
- ✓ کالبد ذهنی ۵۱، ۱۵۸۶۰
- ✓ کالبد سخت ۵۱
- ✓ کالبد عنصری ۱۵۸
- ✓ کالبد لطیف ۴۹
- ✓ کانال ۱۷، ۲۹، ۳۸، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۹۳، ۹۶، ۱۵۵، ۱۷۹
- ✓ کانال اصلی ۵۴، ۵۸
- ✓ کانال‌های ارتباطی ۵۴، ۵۶
- ✓ کندالینی ۸، ۲۶، ۵۴، ۱۱۳، ۱۱۴
- ✓ کهن الگو ۳۱، ۹



مقالات - نمایه ها	۲۲۱
کوانتوم ۱۴۶، ۱۴۴، ۱۴۳، ۱۴۲، ۹۸، ۸۱، ۷۹، ۶۳، ۴۷، ۳۶، ۳۵، ۴۴، ۴۳	✓
کیفیت زندگی ۱۹۶، ۱۹۵، ۱۵	✓
کی ۹۷، ۵۸، ۵۶، ۳۷، ۳۶، ۴۰، ۳۹، ۳۷، ۲۶، ۲۵، ۱۹، ۹، ۶	✓
گشودگی ۱۷۹، ۱۶۷، ۱۵۹، ۱۳۹، ۱۱۵، ۱۱۴، ۹۷، ۹۶، ۴۷، ۳۹، ۲۷، ۱۹، ۱۰	✓
گشوده شدن ۱۷۳، ۴۱	✓
گمانه زنی ۱۳۹	✓
لمس درمانی ۱۹۰، ۱۴۴، ۷۹	✓
لمس درمانی ۱۹۰، ۱۴۴، ۷۹	✓
لیبیدو ۱۰۸، ۱۰۵	✓
ماتریس زنده ۱۵۴، ۱۴۰، ۹۹، ۹۸، ۷۹، ۷۸، ۷۷، ۷۵، ۷۴، ۷۳، ۷۱	✓
ماتریس سیتوپلاسمی ۷۱	✓
ماتریس هم تنش بافتی ۷۸، ۷۳	✓
ماندالا ۳۲	✓
مانی پورا ۵۳، ۵۱	✓
مجرای رهبری ۵۶	✓
مجرای کارکردی ۵۵	✓
مراقبه ۹۵، ۸۰، ۳۳، ۳۲، ۲۵، ۲۱، ۱۲، ۱۱	✓
مریدین ۱۵۴، ۵۷، ۵۶، ۱۷	✓
مطالعات کمی ۱۸۹	✓
مطالعات کیفی ۱۸۹	✓
معنوی ۴۹، ۴۱، ۴۰، ۳۷، ۳۳، ۳۲، ۳۰، ۲۶، ۲۵، ۲۳، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۲، ۱۰	✓
۱۹۸، ۱۷۵، ۱۷۴، ۱۷۳، ۱۷۱، ۱۵۹، ۱۳۹، ۱۳۵، ۱۳۳، ۱۳۰، ۱۲۱، ۱۱۴، ۵۸، ۵۳، ۵۱، ۵۰	✓
مغناطیس حیوانی ۱۰۵	✓
مگب ۳۸	✓
موسیقی درمانی ۴۱	✓
مولادهارا ۵۳	✓
میدان های انگیزشی ۹۸	✓
میدان های فرضی ۱۸۸، ۱۸۷	✓
میدان های قطعی ۱۸۸، ۱۸۷	✓
میکروتوبول ۷۸	✓
میکروفیلانمان ۷۸	✓



رہیافت انرژیاپی بہ سلامت	۳۳۲
✓ ناخوشی ۱۳، ۱۰۳، ۱۱۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۵۲، ۱۵۳	
✓ نارسانا ۷۷	
✓ نظریہ تحلیل منش ۱۱۲	
✓ نگرانی ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۱۲۶	
✓ نیمہ رسانا ۷۷	
✓ حالہ ۴۸، ۵۹، ۱۱۸، ۱۳۷	
✓ ہم راستایی ۲۷	
✓ ہم زمانی ۲۸، ۹۱، ۹۸	
✓ ہم سوئی ۱۰، ۱۹، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۷، ۷۰، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۱۱۴، ۱۳۳، ۱۴۰، ۱۵۶، ۱۵۸	
۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۲، ۱۸۳	
✓ ہومیوپاتی ۱۱۸، ۴۰، ۹۶، ۱۶۳، ۱۸۹	
✓ ہون شا زی نن ۳۰، ۳۱	
✓ ہیپنوز ۹۴، ۱۲۵، ۱۲۷	
✓ وارہش ۱۶۴	
✓ واکوندا ۲۸	
✓ ویشودھی ۵۱، ۵۳	
✓ یانترائی ۳۲	
✓ یانگ ۵۶، ۹	
✓ یوگا ۸۵، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳	
✓ یون - کرہ ۸۵	
✓ بین ۵۶، ۹	



Energetic Approach to Health

**Methodological & clinical
Bases of Reiki**

**Edited by:
Farzad Goli, MD.**

Reza Abdolahi
Reza Johari fard

کتابخانه عمومی حسینیه ارشاد



۱۰۱-۰۱-۱۰۱۱۰۵

بها: ۳۵۰۰ تومان

