



Rozemental.ir

تیم تخصصی **رزمنتال**
در بخش قهوه خانه کوانتومی
قهوه شگفت انگیز (هیپنوتیزم و خودهیپنوتیزی)
با ارائه خدمات تخصصی در خدمت شماست.

Rozemental.ir

شماره تماس با پشتیبانی سایت رزمنتال :

09912284825

09194054609

عقل و شکر



فهرست

5	هیپنوز
6	تعریف و تنوری
6	خصلت هیپنوتیزم پذیری
7	اجزای هیپنوتیزم پذیری
8	ارتباطات نوروفیزیولوژیک هیپنوز
9	سوء تفاهم‌ها در مورد هیپنوز
12	موارد منع استفاده
13	نقش درمانگر
14	موارد استفاده و کاربردهای هیپنوتیزم
16	کنترل وزن
22	بهبود مراقبت‌های طبی و دندانپزشکی
23	آمادگی جراحی
24	عوارض جانبی شیمی درمانی
20	درد
29	اختلالات اضطرابی
30	تکنیک پرده نمایش
31	بی خوابی
31	حل مسأله و سازگاری فعال
32	انفکاک هیپنوتیزمی از عامل تنش زا
32	فوبی‌ها (هراس‌ها)
33	اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)
35	اصول روان‌درمانی با هیپنوز
37	اختلالات تجزیه ای (انفکاک)
38	نشانه شناسی و درمان
40	بازیابی حافظه
41	هیپنوز در روانپزشکی قانونی
43	آینده
44	منابع

هیپنوز¹

هیپنوز که زمانی تصور می‌شد چیزی به جز "تصورات پرورده شده" نیست در واقع ابزار قدرتمندی برای هدایت تجسم، تصور و تمرکز است.

هیپنوز که از صدها سال پیش معلوم شده بود که در کمک به بیماران دردمند و مضطرب مؤثر است، هنوز به عنوان ابزار مؤثر و مقبول در مدیریت استرس حین اقدامات طبّی و پس از سوانح، درد مزمن، مسائل عادت‌ی، علائم انفکاک‌ی، و وضعیت‌های روان-تنی قابل استفاده است.

هیپنوز که قدیمی‌ترین تکنیک روان درمانی است، در خط مقدم جبهه‌ی دانش تعامل "روان- مغز- بدن" نیز قرار دارد. هیپنوز شامل یک توانایی اختصاصی برای توجه متمرکز و تجسم، حین کاهش و به حداقل رساندن آگاهی از محیط است.

پدیده‌ی هیپنوز به صورت خود بخود و بدون القای رسمی نیز رخ می‌دهد. علاوه بر آن ظرفیت تجربه‌ی هیپنوز به صورت قابل توجهی بین افراد مختلف، فرق دارد و یک صفت ثابت است. ظرفیت هیپنوز را می‌توان به خوبی تشخیص داد و از آن به عنوان یک کمک ارزشمند در بسیاری از استراتژی‌های روان درمانی استفاده کرد.

کلمه‌ی هیپنوز از ریشه‌ی لاتینی "هیپنو" که به معنی "خواب" است اتخاذ شده است و این "غلط مشهور" است چون هیپنوز به عنوان یک پدیده‌ی مستقل، "نوعی از خواب" نیست بلکه روند پیچیده‌ای است شامل تمرکز توأم با توجه دقیق و گیرندگی فعال. گرچه "آگاهی از محیط" هم حین خواب و هم در هیپنوز کاهش می‌یابد اما "توجه متمرکز" که در حالت خواب به صورت یکنواخت منتشر شده است، حین خلّسه‌ی هیپنوتیزمی افزایش می‌یابد.

از زمان "فرانس آنتوان مسمر"² روشهای القای هیپنوز و استفاده از پدیده‌ی خلّسه برای تغییرات روان‌درمانگرانه با ابهام مواجه بوده است و این امر منجر به فقدان فهم دقیق در مورد تفاوت‌های بین جنبه‌های مختلف تجربه‌ی هیپنوتیزمی شده است چون این جنبه‌ها تحت تأثیر فاکتورهای مربوط به درمانگر و فاکتورهای فردی نظیر درجه‌ی هیپنوتیزم پذیری، سبک شخصیتی، و میزان انگیزه‌ی شخص، قرار می‌گیرد. فرد هیپنوتیزم کننده، هیپنوز را به سوژه تحمیل نمی‌کند بلکه نقش درمانگر بیشتر شامل ارزیابی ظرفیت بیولوژیک ذاتی فرد برای تجربه‌ی خلّسه و آموزش به بیمار برای استفاده از هیپنوز طی برنامه‌ی روان‌مانی تعیین شده است.

1-hypnosl

2- antoan mesmer

تعریف و تئوری

می‌توان هیپنوز را حالتی از تمرکز دقیق توأم با توجه، گیرندگی فعال، و کاهش آگاهی از محیط در نظر گرفت. همچنین حس اتوماتیک و غیر ارادی بودن (به این صورت که حرکات بدن گویی خودکار هستند) وجود دارد، و ادراکات تلقین شده می‌توانند ادراکات معمولی را تغییر داده یا جایگزین آنها شوند. طی چند ثانیه می‌توان وارد حالت هیپنوز شد و از آن خارج گشت. همه‌ی هیپنوزها در اصل، "خودهیپنوتیزم"¹ هستند ولی شخص خود اجازه می‌دهد که این شکل از تمرکز توسط شخص دیگر سازماندهی شود.

همچنین تجربه‌ی هیپنوز حاوی خصوصیت ارتباط قوی و حساس بین دو نفر است و با تعلق نسبی "قضاوت نقادانه"² و آگاهی از محیط توأم است. این تمرکز قوی را می‌توان فعالانه ایجاد کرد و برای دستیابی به اهداف توافق شده آنرا سازماندهی کرد. هیپنوز امروزه به همان شیوه که "پرنه‌ایم" در دانشکده‌ی نانسی مفهوم آن را پیشنهاد کرد، "فعالیت طبیعی یک ذهن طبیعی" شمرده می‌شود. مثال تجربه‌ی شبه هیپنوتیزمی³ که شاید از همه آشنا تر باشد. تجربه مجذوب شدن در یک زمان، تأثر، یا فیلم خوب است به درجه‌ای که محرک‌های محیطی کلاً نادیده گرفته شوند و جذب در آن فعالیت ذهنی بسیار قوی و شدید باشد. تحقیق نشان داده است که افرادی که چنین تجربه‌ای از مجذوب شدن قوی را گزارش می‌کنند طبق اندازه‌گیری‌های رسمی حاوی درجه‌ی نسبتاً بالایی از هیپنوتیزم پذیری هستند. در رابطه‌ی درمانی می‌توان از این خصلت برای تسهیل "ایجاد تغییر" استفاده کرد و به بیمار یاد داد که به گونه‌ای بر یک روال یا هدف مشخص متمرکز شود که بتواند تداعی‌های کهنه را نادیده بگیرد و افکار و احساسات جدید را آسانتر بپذیرد بنابراین استفاده از حالت هیپنوز می‌تواند تغییرات درمانی را سرعت بخشد.

خصلت هیپنوتیزم پذیری

تحقیقات آزمایشگاهی و بالینی نشان داده است که هیپنوتیزم‌پذیری یک خصلت ثابت و قابل اندازه‌گیری است گر چه هیپنوتیزم‌پذیری در چرخه‌ی زندگی قدری تغییر می‌کند، در سالهای انتهایی کودکی به حداکثر می‌رسد و طی نوجوانی قدری تنزل می‌کند، اما به صورت نسبی در کل دوران بزرگسالی ثابت می‌ماند و در دوران کهولت کاهش می‌یابد.

- 1-Self hypnosis
- 2- Critical judgment
- 3-hypnodal

يك مطالعه طولی 25 ساله نشان داده است كه يك همبستگی به میزان 0/7 واحد "آزمون - آزمون مجدد" برای نمرات هیپنوتیزم پذیری بدست آمده براساس "مقیاس درجه‌ی هیپنوتیزم‌پذیری دانشگاه استانفورد" وجود دارد.

علاوه بر کاربرد در انتخاب هیپنوز برای تسهیل درمان، هیپنوتیزم پذیری معانی دیگری نیز دارد. هیپنوتیزم پذیری منعکس‌کننده‌ی يك همگرایی در پدیده‌های "زیستی- روانشناختی" است.

تجربه‌ی هیپنوتیزمی روندي است كه يك "صفت" را به "وضعیت" تبدیل می‌کند. می‌توان به صورت مؤثر، اندازه‌گیری هیپنوتیزم پذیری را در شرایط بالینی برای شروع و ارزیابی تجربه‌ی هیپنوتیزمی ضمن تصمیم‌گیری بالینی برای تعیین نوع و جهت درمان انجام داد. درجه‌ی هیپنوتیزم پذیری بیمار می‌تواند اطلاعات سودمندی را به دست دهد درمورد اینکه فرد از چه راهی با خود و با محیط اجتماعی‌اش ارتباط برقرار می‌کند.

اجزای هیپنوتیزم پذیری

محدوده‌ی توانایی شخص برای تجربه‌ی يك وضعیت تمرکز توأم با توجه و گیرندگی توأم با کاهش آگاهی محیطی و کاهش ارزیابی شناختی، هم به حساسیت فرد نسبت به آغازگرهای درونی و هم به آغازگرهایی که توسط فرد هیپنوتیزم‌کننده یا محیط بیرونی یا هر دو عرضه می‌شود، بستگی دارد. تجربه‌ی تمرکز هیپنوتیزمی نیاز به همگرایی سه جزء اساسی دارد که وجود همگی آنها به درجاتی ضرورت دارد: جذب¹، انفکاک²، و تلقین‌پذیری³:

1 جذب: عبارتست از توانایی کاهش دادن آگاهی محیطی برای تسهیل "توجه متمرکز" از باب تشبیه مانند نگاه کردن از وراي يك لنز دوربین عكاسي كه موضوع مورد توجه با جزئیات بیشتر دیده می‌شود اما به طور نسبی ارتباط آن با محیط پیرامونش نادیده گرفته می‌شود. ورود به حالت هیپنوز را تا حدی می‌توان شبیه به يك لنز بزرگنمایی روانشناختی در نظر گرفت که می‌تواند روی موضوع بسیار مورد توجه، متمرکز شود. هرچه توجه شدیدتر و متمرکزتر شود، آگاهی از حضور در زمان و مکان کاهش می‌یابد.

1-Absorption

2-Dissociation

3-Suggestibility

2 انفكاك: عبارتست از جدا شدن و تجزیه‌ی ذهنی اجزای هویت، خاطرات، ادراک، هوشیاری یا پاسخهای حرکتی، نسبت به آگاهی هوشیارانه معمول. هرچه میزان جذب شخص در توجه متمرکز بیشتر باشد احتمال اینکه اطلاعات مربوط به پیرامون شخص، از دایره‌ی هوشیاری بیرون بلغزد بیشتر می‌شود. بنابراین اجزای خودآگاهی، آگاهی از زمان، ادراک، و فعالیت بدنی ممکن است بدون هوشیاری و آگاهی واقع شوند یا غیر ارادی بنظر برسند.

3 تلقین پذیری: عبارت است از تمایل به دریافت و قبول سیگنال‌ها و اطلاعات، توأم با تعلیق نسبی قضاوت معمول نقادانه.

شدت و قوت تمرکز در هیپنوز باعث تعلیق (ولی نه از بین رفتن) اجزای بررسی کننده‌ی ذهن می‌شود که در حالت معمول، به شخص اجازه می‌دهند در مورد پاسخ‌هایش قضاوت کند. تلقین پذیری به میزان انگیزه، نفع و ضرر ثانوی، و درجه‌ای که شخص می‌تواند روندهای شناختی خود را به حالت تعلیق درآورد، بستگی دارد. در مورد افراد شدیداً هیپنوتیزم پذیر، پاسخ فرد به ورودی‌های ارسال شده از جانب درمانگر، تقریباً "اجباری" بنظر می‌رسد ولی افراد کمتر هیپنوتیزم پذیر نیز ممکن است باز هم درجاتی از "خودکار" بودن را حس کنند.

ارتباطات نوروفیزیولوژیک هیپنوز

تجزیه و تحلیل طیفی توان ثبت فعالیت الکتریکی مغز: از زمان آغاز هیپنوز، دانشمندان سعی کرده‌اند در مورد پایه نورولوژیک آن اطلاع بیشتری کسب کنند. مطالعات مربوط به EEG و تجزیه و تحلیل طیفی توان فعالیت الکتریکی مغز کمک چندانی به فهم فیزیولوژی هیپنوز نکرده است. با آنکه در اوایل، تصور می‌شد هیپنوز نوعی "خواب عصبی" است ولی الآن معلوم است که خواب و هیپنوز هیچ خصوصیت مشترک روانشناختی یا نورولوژیک ندارند. در حقیقت، الگوی فعالیت الکتریکی مغز کسی که هیپنوز شده بیشتر شبیه الگوی کسی است که کاملاً بیدار و متوجه است تا کسی که خوابیده است. ارنست هیلگارد¹ و همکارانش گزارش کرده بودند که در افراد دارای هیپنوتیزم پذیری بالا، فعالیت ریتم آلفا افزایش نشان می‌دهد و این افراد چه در هیپنوز باشند چه نباشند همین الگوی آلفا را دارند. ولی مطالعات جدیدتر نشان داده که فعالیت ریتم تتا (خصوصاً در ناحیه فرونتال) بهتر از ریتم آلفا می‌تواند افراد دارای هیپنوتیزم پذیری بالا را از افراد دارای هیپنوتیزم پذیری پایین‌تر افتراق دهد. با این حال، هیچ علامت خاصی که از نظر نورولوژیک بتواند هیپنوز را بعنوان یک وضعیت "فی نفسه مستقل" نشان دهد یافت نشده است.

1-Ernest hilgard

سوء تفاهم‌ها در مورد هیپنوز

علیرغم این توصیه که "افسانه‌ها اعتقاداتی هستند که هیچ بهره‌ای از واقعیت ندارند و اشتباه محض هستند"، سوء تفاهم‌ها و سوء برداشت‌های زیادی در مورد هیپنوز وجود دارد که ارزیابی و روشن‌گری در مورد مهم‌ترین آنها ارزشمند است.

افسانه اول: "هیپنوتیزم خواب است": اتفاقاً برعکس، هیپنوز حالتی از تمرکز توأم با برانگیختگی و توجه است. مطالعات EEG نشان می‌دهد که حالت خلسه هیپنوتیزمی سازگار و شبیه با حالت بیداری توأم با آرامش و راحتی است و براساس مقیاس‌های EEG با حالت خواب، ناسازگار و متفاوت است.

افسانه دوم: "هیپنوتیزم به بیمار تحمیل می‌شود": بهترین دانش در مورد هیپنوتیزم عبارت است از "فعال شدن ظرفیت درونی برای تجربه یک حالت هیپنوتیزمی متمرکز".

استفاده از یک تست هیپنوتیزم پذیری در ابتدای درمان باعث تقویت این مفهوم می‌شود که کار درمانگر ارزیابی میزان پاسخ دهی بیمار است نه تحمیل یا اجبار یک وضعیت ذهنی خاص به بیمار. نقش درمانگر این است که فرصتی را فراهم کند که طی آن افراد بتوانند ظرفیت هیپنوتیزمی خود را کشف و تعیین کنند و آن را فعال سازند. این فهم از هیپنوز هم به بیمار و هم به پزشک کمک می‌کند که چشم‌انداز مناسبی برای نقش هیپنوز بعنوان یک ابزار کمکی در استراتژی‌های اولیه روان‌درمانی داشته باشند صرف نظر از آنکه بیمار بتواند بسیاری از پدیده‌های هیپنوتیزمی را تجربه کند یا نه.

افسانه سوم: "فقط افراد ضعیف یا مریض هیپنوتیزم می‌شوند": این پیش‌داوری نا صحیح که فقط افراد ضعیف یا بیمار قابل هیپنوتیزم شدن هستند از زمان شارکو و ژانه وجود داشته است. این درست است که بیماران مورد مطالعه این دو دانشمند، اغلب دارای علائمی نظیر فلج تبدیلی، وضعیت‌های فرار روانزا، و مکانیسم‌های تخلیه هیجانی بوده‌اند که می‌توانند وضعیت‌های خلسه خودبخود و برنامه‌ریزی نشده محسوب شوند. با این حال اکثریت عظیمی از افراد دارای هیپنوتیزم پذیری بالا، هیچ نوع بیماری روانپزشکی ندارند.

بطور کلی، در تحقیقات جدید، ظرفیت تجربه هیپنوتیزمی، همراه با سلامت نسبی روانی بوده است. تحقیقات نشان داده است که در میان بیماران اسیکزوفرنی، فرد دارای هیپنوتیزم پذیری بالا وجود ندارد. مؤلفین این فصل، دریافته‌اند که در بین بیماران مبتلا به اختلالات فکر، شخصیت، و خلق، درصد هیپنوتیزم پذیری بطرز قابل توجهی کمتر است. با این حال باید درمانگران در نظر داشته باشند که تقریباً 5% از افراد سالم از نظر روان، هیپنوتیزم پذیر نیستند.

از سوي ديگر، بعضي اختلالات روانپزشكي شامل اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات انفكاي، مرتبط با هيپنوتيزم پذيري بالا هستند.

اين اطلاعات نشان مي‌دهد كه همانند مقياس‌هاي باليني كه به تشخيص افتراقي مناسب كمك مي‌كنند، مقياس‌هايي نيز براي اندازه‌گيري ظرفيت توجه متمرکز و ارزيابي پاسخ درماني وجود داد. بعنوان مثال، يافتن اينكه بيمار داراي هيپنوتيزم پذيري بالاست، تشخيص اسكيزوفرنی را غير متحمل و تشخيص "اختلال انفكاي هويت"، يا "سايكوز واكنشي گذرا" را متحمل‌تر مي‌كند. تفاوتی از نظر جنس فرد در رابطه با هيپنوتيزم پذيري وجود ندارد.

افسانه چهارم: "هيپنوز درمان است": حالت خلسه همانند يك چشمه نور بسيار متمرکز شده است كه مي‌تواند جايي را كاملاً روشن سازد و به فرد امكان مي‌دهد كه جذب آن مطلب شود، وگرچه هيپنوز يك حالت خوشايند و آرامش بخش است ولي بخودي خود و ذاتاً "درمان" نيست. در حقيقت، چيزي بنام درمان هيپنوتيزمي (هيپنوتراپي) وجود ندارد بلكه از هيپنوز مي‌توان بخوبي براي تسهيل يك استراتژي اوليه درماني استفاده كرد.

افسانه پنجم: "هيپنوز خطرناك است": در خود "حالت هيپنوز" هيچ چيزي كه ذاتاً خطرناك باشد وجود ندارد، ولي قصد سود جويي و استثمار از جانب اپراتور و سوء استفاده از بيمار توسط هيپنوز، زيانبار است و اين امر، منحصر به هيپنوز نيست.

هيچ كس در حالت هيپنوز، "گم نمي‌شود" يا صرفاً بخاطر وارد شدن در هيپنوزي كه توسط درمانگر واجد صلاحيت، راهنمايي شده است، صدمه روانشناختي نمي‌بيند. در مقايسه با ساير درمانهاي روانپزشكي كه شامل عوارض داروها و قابليت اشتباه درمانگر در کاربرد درمانهاست، هيپنوتيزم يك ابزار تسهيل كننده بي‌خطر و بي‌ضرر درماني بحساب مي‌آيد. علاوه بر آن، هيپنوز صرفاً با تصميم درمانگر رخ نمي‌دهد: هنگامي كه فرد تمرکز شديد روي بعضي خاطرات شخصي خود يا وضعيت‌هاي بين فردي پيدا مي‌كند و نيز در انواع پاسخ به استرس‌ها، حدود 75% مردم ممكن است بطور خود بخود وارد درجات مختلفي از حالات خلسه هيپنوتيزمي شوند. و اگر درمانگر نتواند هيپنوز خودبخود را تشخيص دهد ارتباط بين درمانگر و بيمار ممكن است مختل شود.

افسانه ششم: "رفع علامت خطرناك است": چون اغلب، هيپنوز در استراتژي‌هاي کوتاه مدت درماني "علامت - مدار" بكار مي‌رود، اشاره به موضوع تئوريك "جايگزيني علامت با علامت ديگر" لازم است.

هنوز در بعضی قسمتهای جامعه روانپزشکی این اعتقاد وجود دارد که "قبل از ایجاد بصیرت و بینش نسبت به معنی علامت از طریق مکانیسم "انتقال"¹، تضاد اصلی باقی می ماند و بیمار در معرض ایجاد یک سمپتوم جدید و احیاناً جدی تر قرار می گیرد. از دیدگاه روانکاوی کلاسیک که معتقد به سیستم بسته انرژی های روانی است، درمان علامت- مدار، تضعیف کننده فرایند رشد روانی است زیرا در این روش، درمانگر با نیروهای سرکوب کننده تعارض ناهشیار بیمار متحد است و باعث تشدید آنها می شود.

دو اشکال اصلی در این دیدگاه وجود دارد که یکی تئوریک و دیگری تجربی است:

1- مشکل بتوان مطمئن شد که آنچه "بصیرت" نسبت به منشأ علامت نامیده می شود چیزی بجز یک توجیه باشد که توسط درمانگر و بیمار برای توضیح تضاد ساخته می شود. یک توضیح یا نقل یک داستان حقیقی الزاماً "بصیرت" یا "حقیقت" نیست. رواندرمانگران معتقد به انواع مکاتب تئوریک ممکن است به توضیح های متفاوت برای یک علامت برسند که همه آنها به صورت یکسان امکان صحت داشته باشند.

2- هنگامی که بیمار برای درمان به ما می رسد ممکن است تضادی که منجر به ایجاد علامت شده بخاطر گذشت زمان قابل توجه، اهمیت خود را از دست داده باشد و فاکتورهای دیگری که باعث تداوم علامت می شوند (شامل منافع یا ضررهای ثانوی، عادت، و تحقیر) اهمیت بیشتری نسبت به تضاد اولیه پیدا کرده باشند.

کلاً انسانها در چارچوب سیستم های هیدرولیکی با انرژی بسته نمی گنجند مشکلات درمانی می توانند یکی از راههای عادت شکن و حفظ آبرو برای تغییر رفتار در بیماران باشند.

گزارشات محدودی که درباره جایگزینی زیانبار علائم در نشریات پزشکی نقل شده چندان مجاب کننده نیستند و اطلاع کافی در مورد بیمار مورد نظر، انتظارات پزشک و استفاده از "اجبار" در روند هیپنوز داده نشده است. بطور کلی وقتی بیماران بهتر می شوند احساس بهتری می کنند و و فرقی برایشان نمی کند که "چگونه" بهتر شده اند.

موارد منع استفاده

بطور کلی، استفاده رسمی از هیپنوز هنگامی که با قضاوت درست بالینی و در شرایط هدفمند انجام شود بسیار بی‌ضرر است. با این حال، در صورتی که درمانگر از ظرفیت هیپنوتیزمی بیمار غافل بوده یا بصورت غیر عمدانه با ندادن پاسخ درست به سؤالات یا اظهار نظرهای بیمار، در پاسخ هیپنوتیزمی بیمار تأثیر بگذارد، ممکن است مشکلاتی در مورد استفاده از هیپنوز بروز کند.

هنگامی که افراد با هیپنوتیزم پذیری متوسط تا بالا در شرایط استرس آور قرار گیرند یا اینکه فقط توجه خود را بر چیزی متمرکز کنند، بدون القای رسمی نیز وارد هیپنوز می‌شوند. بنابراین با توجه به میزان قابلیت هیپنوز پذیری و تلقینات رسمی، بعضی احتیاطها را باید در نظر داشت.

درمانگر باید بطور خلاصه و مستقیم مطالب زیر را توضیح دهد: طبیعت هیپنوز، تأکید بر اهمیت هیپنوتیزم پذیری بعنوان یک صفت (که این توضیح باعث کاهش اضطراب بیمار در مورد کارایی خودش یا اجبار درمانگر می‌شود)، اینکه بیمار می‌تواند تجربه هیپنوتیزمی را در هر زمانی که خودش بخواهد قطع کند، و اینکه اهداف درمان هیپنوتیزمی به روشنی برای بیمار بیان شود.

از چشم‌انداز بالینی، هیپنوز نباید در جوی تهدید آمیز یا اجباری استفاده شود. بیمار باز هم ممکن است کماکان حس کند که درمانگر اعمال فشار قابل توجهی بر او می‌کند، و آگاهی از این موضوع و تمایل به بحث در مورد آن و رفع نگرانی‌ها می‌تواند سودمند باشد.

به بعضی از انواع بیماران باید با احتیاط نزدیک شد. بیماران شکاک یا پارانویید معمولاً از هیپنوز اجتناب یا در مقابل آن مقاومت می‌کنند ممکن است این بیماران که ترس‌ها و شک‌های ناخودآگاه در آنان برانگیخته می‌شود با امتناع از همکاری با القای هیپنوتیزمی، در واقع، اضطراب خود را کاهش می‌دهند. گاهی ممکن است بیمار در مقابل القای هیپنوز دچار یک تخلیه عاطفی خودبخود شود. اگر چنین چیزی رخ داد، مهم است که درمانگر با اکتشاف آرام و باز سازی تجربه تخلیه عاطفی بیمار، از آن برای افزایش دسترسی و کنترل بیمار برای خاطرات، ترس‌ها و تخیلات نگران کننده‌اش استفاده کند بعضی بیماران شکننده که قبلاً شکست‌های دردناک زیادی تجربه کرده‌اند ممکن است مستعد این باشند که اگر معلوم شود انتظارات آنها از تجربه هیپنوتیزمی واقع بینانه نبوده، آسیب ببینند. معلوم شدن این مطلب که آنان هیپنوتیزم پذیر نیستند یا علامت آنان با هیپنوز رفع نخواهد شد ممکن است یک شکست دیگر به مجموعه شکست‌های آنان بیفزاید.

در بیماران افسرده بدلیل کاهش قابلیت برای تمرکز ، ممکن است بیمار نتواند ظرفیت کامل هیپنوتیزمی خود را بروز دهد لذا لازم است ابتدا درمان افسردگی با روشهای متداولتر یعنی رواندرمانی، درمان دارویی و یا هر دو شروع شود.

چون "ادراک"¹ ممکن است بواسطه سیگنال‌های هیپنوتیزمی موقتاً تغییر یابد و نیز "توجه"² شخص کانالیزه می‌شود احتمال دارد در فرد هیپنوتیزم شده، قضاوت نقادانه بدرجاتی به حال تعلیق در آید و بطور قابل توجهی بیمار از روش متداول خودش در رابطه با پاسخ به سیگنال‌های درمانگر فاصله بگیرد با اینکه بیمار تا حدی در مقابل بروز این مسائل ناراحت باشد و مقاومت کند . هر چه شخص هیپنوتیزم پذیرتر باشد احتمال بیشتری دارد که مشکل فوق در رابطه با پاسخ دهی به سیگنال‌های درمانگر بروز کند خصوصاً اگر بیمار تحت فشار باشد.

در شرایط بالینی، درمانگر باید مسئولیت خود را برای کمک به سازماندهی مناسب شرایط درمان بپذیرد بدین معنی که بطور شفاف و سازماندهی شده، مراحل شروع، ارزیابی، کار هیپنوتیزمی و ختم هیپنوز را برای بیمار بیان کند. مهمتر آنکه باید به بیماران دارای هیپنوتیزم پذیری بالا در مورد آسیب پذیری شان نسبت به سوء استفاده توضیح داد بگونه‌ای که بتوانند برای محافظت از خودشان در این مورد گام بردارند.

نقش درمانگر

ارزیابی هیپنوتیزم پذیری می تواند به درمانگر کمک کند که سبک های اختصاصی "درون روانی" و "بین فردی" بیمار را بشناسد و به آنها پاسخ مناسب دهد. هر فرد انسان "مجموعه ای است از اطلاع آگاهانه و ناخود آگاه از خود، باورها، تصورات، ارزشها، قضاوتها، تخیلات، افسانه ها، فلسفه ها، کشمکش های روحی و اجتماعی ، و اهداف". این مفاهیم شامل مفاهیم "خود" ، "خویشتن" ، و "هویت" است و می توان آن را بعنوان "منظومه افسانه - باور" فرد در نظر گرفت یعنی فیلترهای خصوصی که انسانها از وراي آن، خودشان، جهان، و جریان برقرار بین خودشان و جهان را می بینند. این چشم انداز بر فهم روند و "شکل" سیستم باور شخص در زمان درمان بیشتر از "محتوای" اختصاصی آن تاکید دارد. می توان از HIP بعنوان یک ابزار تشخیص استفاده کرد که درمانگر را قادر می سازد روندهای بین فردی و درون فردی بیمار را بهتر بشناسد تا بتواند مشکل موجود را فرموله کند، به زیبایی شناختی بیمار احترام بگذارد و اهداف واقع بینانه و معنادار درمانی را تثبیت کند.

افرادی که در انتهای پایینی طیف هیپنوتیزم پذیری قرار دارند نسبتاً انعطاف نا پذیر و مایل به کنترل درمانگر بوده و با نوعی اجبار برخورد کرده از درون، واکنش نشان می دهند.

درجه هیپنوتیزم پذیری فراهم کننده یک پیش بینی اولیه از سودمندی تکنیک‌های شامل هیپنوتیزم، و پاسخ‌های محتمل به روش‌های مختلف درمانی است. درجه هیپنوتیزم پذیری بعنوان "نمره مقیاس الفا" از صفر تا 16 منعکس می‌شود. نمره پنج یا پایین تر به معنی فقدان "هیپنوتیزم پذیری قابل استفاده" می‌باشد.

در انجام تحقیقات منجر به استاندارد شدن HIP، در نمونه اول تعداد 6522 بیمار و در نمونه دوم، 2274 (جمعاً 8796 نفر) هر گروه توسط یکی از دو درمانگر، با HIP تست شدند، تجزیه و تحلیل نتایج، توزیع مشابهی از نمرات را در هر یک از دو جمعیت نمونه متعلق به هر یک از درمانگرها نشان داد، این اطمینان و توافق بین دو گروه نمونه وجود داشت که تقریباً 75% از سوژه‌ها هیپنوتیزم پذیر بوده (20% قابلیت پایین، 48% متوسط، 7% بالا) و 25% سوژه‌ها هیپنوتیزم پذیر نبودند اکثر افراد گروه اخیر (غیر هیپنوتیزم پذیر) نشانه‌هایی از اختلال شناختی ناشی از اختلالات متنوع روانپزشکی داشتند

موارد استفاده و کاربردهای هیپنوتیزم

ترك سيگار: ثابت شده که هیپنوز بطرز شگفت انگیزی در کمک به ترك سيگار مفید است.

چند مکانیسم محتمل برای تأثیر هیپنوز در ترك سيگار وجود دارد:

- 1- مراسم تمرین هیپنوتیزم می‌تواند جان‌نشین مناسبی برای تمرین تنفسی باشد که همراه عمل سیگار کشیدن است.
 - 2- تأکيدات مثبت که معمولاً در خود هیپنوتیزم استفاده می‌شود باعث تشویق جهت تغییر رفتار و مثبت تر شدن تصویر شخص از خودش می‌گردد.
 - 3- استفاده از هیپنوز، "مشاهده خود" و "پاییدن خود" را افزایش می‌دهد.
 - 4- هیپنوز می‌تواند باز سازی شناختی را در مورد عادت به سیگار تسهیل کند.
- به بیماری که می‌خواهد سیگار را ترك کند چندان مؤثر نیست که بگوییم "سیگار نکش!" بلکه این شیوه ممکن است بصورت پارادوکس، توجه بیشتری را متوجه "عادت سیگار کشیدن" کند. بجای روش نهي آمیز، به بیمار شیوه جدیدی عرضه می‌شود که از چهار چوب "سیگار کشیدن یا نکشیدن" به چهار چوب "احترام به بدنم" تغییر روش دهد. نکات بسیاری پیش بینی شده تا بر قدرت اتخاذ موضعی "برای بدن خودم" تأکید شود نه بر "موضع بر علیه سیگار". بر اهمیت یادگیری برای استفاده از قدرت ذهن برای

دفاع از بدن خود در برابر آسیب‌های ناشی از سیگار تأکید می‌شود. از حالت هیپنوتیزم استفاده می‌شود تا اهمیت تمرکز بر یک زمینه ذهنی (که قدرتمندتر از یک هوس جسمی است) نشان داده شود. به بیمار روشی از خودهیپنوتیزم بعلاوه سه نکته کلیدی زیر آموخته می‌شود:

1- برای بدن من، سیگار سمّ است.

2- من برای زندگی به بدنم نیاز دارم.

3- من برای بدنم احترام قائلم و از آن محافظت می‌کنم.

بیماران بر معنی این جملات از دیدگاه شخص خودشان، تأمل می‌کنند و سپس از خلسه خارج می‌شوند. تمرین خودهیپنوتیزم بیست ثانیه طول می‌کشد و از بیمار خواسته می‌شود که آن را ده بار در روز انجام دهد (تا جزء منسجمی از الگوی "روان- بدن" شخص گردد)، این تمرکز ذهنی خصوصی باعث تشویق استقلال و ایجاد تسلط و توانایی برای تغییر دادن "هوس سیگار" به "عملی برای حفاظت از بدن" می‌شود. میزان موفقیت این متد یک جلسه‌ای بخوبی با سایر تکنیک‌ها منجمله درمان‌های دارویی برابری می‌کند.

تعدادی از مطالعات، تأثیر هیپنوز را بعنوان ابزاری برای تسهیل کنترل عادت سیگار کشیدن نشان داده‌اند و درصد موفقیت در ترک سیگار با هیپنوتیزم از 13 تا 64 درصد متغیر بوده است (تعریف "ترک" در این مطالعات، خودداری از کشیدن سیگار در پیگیری بمدت حداقل شش ماه بود) هربرت اشپیگل روش یک جلسه‌ای برای ترک سیگار ابداع کرده که بطور گسترده استفاده شد، نتایج او در مطالعات دیگر نیز تکرار و نشان داده شد که در 20 الی 35 درصد موارد منجر به ترک کامل و دراز مدت می‌شود. سایرین درصد موفقیت تا 40 درصد در پیگیری شش ماهه را گزارش کرده‌اند. این اعداد از درصد موفقیت در ترک‌های شخصی (بدون کمک) بهتر است.

هرچند دلیل محکمی یافت نشده که درمان با هیپنوز مؤثرتر از سایر درمان‌های اعتیاد به سیگار باشد ولی چون بیماران در روش‌های هیپنوتیزمی از یک استراتژی درمانی که توسط خودشان انجام می‌شود استفاده می‌کنند تا باز سازی شناختی را که در این روش وجود دارد تشویق کنند، انتظار می‌رود این روش‌ها کار آمدتر باشند. در عین حال، هیپنوز بیماران را به تمرینی مجهز می‌کند که باعث آرام سازی بدنی می‌شود و لذا تشویق مثبت فوری را در بر دارد.

کنترل وزن: همانند نتایج متوسطی که عموماً در رژیم‌های کنترل وزن مرسوم است، بندرت می‌توان هیپنوز را درمان انتخابی برای مسائل مربوط به وزن دانست عموماً هیپنوز بعنوان یک وسیله کمکی در کنار یک برنامه جامع (شامل رژیم غذایی و ورزش) برای کاهش و مدیریت وزن بکار می‌رود. همچنین، مفهوم رعایت رژیم غذایی علیرغم موفقیت در کوتاه مدت، منجر به شکست در دراز مدت می‌شود چون عده کمی قادر به رعایت دائمی رژیم هستند و شکست در رعایت رژیم توصیه شده، خود باعث لطمه روانی می‌شود. چرخه معیوب کاهش وزن، افزایش، و دوباره کاهش وزن ممکن است به تبعات پزشکی منجر شود و گرسنگی کشیدن‌های پر یودیک در واقع باعث بی‌نظم‌تر شدن پاسخ به سیگنال‌های گرسنگی و در نتیجه سخت‌تر شدن کنترل رفتار خوردن می‌گردد.

همانند استفاده از خودهیپنوتیزم در کنترل سیگار که قبلاً توضیح داده شد، هدف عبارت است از بازسازی رابطه شخص با غذا. در هیپنوتیزم به بیمار یاد داده می‌شود که:

- 1- یک برنامه شخصی تهیه کند و بر موضوع "رفتار خوردن" تمرکز کند.
 - 2- تفاوت بین "خوردن" و "پر خوری" را نسبت به تیپ خاص بدنی خودش و اهدافش روشن کند.
 - 3- یادبگیرد که بر اساس احترام به بدنش و حفاظت از بدنش غذا بخورد.
- هیپنوز بکار می‌رود تا:

الف- یک چشم‌انداز جدید ایجاد کند.

ب - راهی برای شروع حس اطمینان و کنترل بگشاید، و همزمان:

ج - از افتادن در دام محرومیت، شکست، و احساس زشتی و بدی و نارضایتی اجتناب شود.

به بیماران راهنمایی می‌شود تا یادبگیرند که بدلیل "احترام به بدنشان" غذا بخورند و بر موضوع اینکه "برای چه می‌خورند" تمرکز کنند نه بر "علیه" غذا. یک جز مهم این روش شامل آموزش به بیماران است تا از تمرین خود هیپنوتیزم برای کنترل "هوس پر خوری" استفاده کنند. بهتر است لیستی هم از غذاهایی که حاوی خصوصیت "خوردن با حفظ احترام بدن" است تهیه شود و هر هوسی برای خوردن با این لیست مقایسه شود. اگر غذایی مورد میل، در لیست موجود بود بیمار تشویق می‌شود که آن را مانند یک غذا شناس یعنی با تمرکز عامدانه بر همه جنبه‌های تجربه خوردن و لذت بردن کامل از آن بخورد. اگر غذایی مورد میل در لیست نبود از بیمار خواسته می‌شود که بجای "مبارزه" با هوس، آن را به رسمیت بشناسد و از خودهیپنوتیزم استفاده و هوس را با تعهد کلی خودش برای حفاظت از بدن و احترام به آن مقایسه و با حفظ احترام بدن، غذا بخورد.

با استفاده از این روش، بیمار هوس غذا را بعنوان زمانی برای محرومیت و حسرت نمی‌بیند بلکه آن را بعنوان فرصتی برای افزایش تسلط بر هوس از راه انتخاب آگاهانه "حفاظت از بدن" خواهد دید.

این روش در یک مطالعه تصادفی در 45 سوژه بکار رفت، اضافه شدن هیپنوز به یک درمان رفتاری باعث کاهش وزن قابل توجهتری در پیگیری سه ماهه شد (6/4 کیلوگرم در برابر 1/3 کیلوگرم، $p < 0/05$)، علاوه بر آن، هیپنوتیزم‌پذیری بیماران با مقیاس C استانفورد سنجیده شد و معلوم شد کاهش وزن با هیپنوتیزم‌پذیری همبستگی داشته است ($r = -0/56$ ، $df = 13$ ، $p > 0/03$). متآنالیز انجام شده توسط ایروینگ کرش بر روی 18 مطالعه که استفاده کمی از هیپنوز، با سایر روان‌درمانی‌ها مقایسه شده بود نشان داد که هیپنوز نتیجه را خیلی بهتر کرده است.

این بهتر شدن نتیجه با هیپنوز در مورد درمان چاقی از همه بیشتر بود. با این حال، اهمیت این اثر، بدلیل عدم دقت‌های محاسباتی و مسائل متدولوژیک در یکی از مطالعات، توسط دیوید آلیسون، و میلز فیت، مورد سوال واقع شده است.

تجارب بالینی بیان می‌کند که افرادی که در محدوده بیست درصد اضافه وزن نسبت به وزن ایده‌آل هستند، هنگامی که هیپنوز با رژیم از تغذیه تعدیل شده و ورزش توأم شود، از تکنیک‌های باز سازی کننده منافی می‌برند.

بهبود مراقبت‌های طبی و دندانپزشکی:

در پزشکی، هیپنوز بعنوان یک روش (پذیرفته شده‌تر از قبل) برای کمک به اینگونه بیماران مطرح است: کنترل علائم (درد، تهوع و استفراغ، خارش، اِدم)، اضطراب ثانویه به بیماری و روشهای تهاجمی، تغییرات سیر پاسخ‌های فیزیولوژیک، و رفع احساس بی‌پناهی و ناامیدی که اغلب طی بستری یا پس از آن رخ می‌دهند.

مسائل مربوط به "انتقال" که در روان‌درمانی‌های دراز مدت باید به آن پرداخت، ممکن است در روان‌درمانی‌های کوتاه مدت طبی، احساس قدرتمندی از "تحت حمایت بودن" در بیمار ایجاد نماید که به احساس "ارزشمند بودن" به بیمار می‌افزاید و بنوبه خود تمایل بیمار برای استقلال در درمان و رعایت توصیه‌ها را افزایش می‌دهد. استفاده از هیپنوز و روابطی که بین درمانگر و بیمار ایجاد می‌کند می‌تواند برای تعیین ظرفیت‌های فردی برای افزایش "مراقبت از خود" و کنترل پاسخ‌ها به بیماری و علائم مفید باشد.

سیستم هیپنوتیزمی می‌تواند پلی باشد که اهمیت و مراقبت، راحتی، و احترام را به بیمار منتقل می‌کند، مشارکت بیمار را افزایش می‌دهد، حس استقلال بیمار و تسلط بر پاسخ‌های بدنی به اضطراب، ترس و خشم را می‌افزاید. چنین درمانی می‌تواند بهبودی بیمار طبی را تسریع کند چون بیماری که فشار خون و عملکرد تنفسی تثبیت شده‌تری توأم با کاهش خونریزی و حس کنترل دارد مطمئناً سریع‌تر بهبود خواهد یافت و نسبت به کسانی که در این موارد وضع بی‌ثباتی دارند در معرض ریسک کمتری است.

مهم است ذکر کنیم که “انتقال”، “انتقال متقابل” و امور مربوط به زمینه محیط درمانی، ممکن است بیمار را به سمت مثبت یا منفی ببرند لذا لازم است این سؤال را مطرح کنیم که آیا این عوامل دارای اثر “دارونما” در رابطه با هیپنوز هستند؟ داستان‌های نقل شده فراوانند: هزاران نفر آنچه را که درمان “معجزه آسا” در معبد Lourdes یا زیارتگاه‌هایی شبیه آن نامیده شده، تجربه کرده‌اند. بسیاری از افراد به شکل معلول وارد این مکانها شده و درحالیکه بهتر شده بودند یا دیگر معلول نبودند از آن خارج شده‌اند و این امر بعنوان يك “تجربه روحی” تلقی شده است. عصاهای بسیاری به دیوار چنین زیارتگاه‌هایی آویخته شده تا شاهدهی باشد بر معلولیت‌ها و ناتوانی‌هایی که “شفا” یافته‌اند. این موارد را می‌توان شکلی از خلسه خودبخود توأم با انتظارات مثبت قوی دانست. در این موارد، اثر درمانی وجود دارد در حالیکه اقدام به “درمان” واضحی دیده نمی‌شود. وقتی هیپنوتیزم پذیری بالا را به این معادله بیفزاییم، پاسخ به يك شرایط توأم با انتظار، می‌تواند دراماتیک باشد.

يك نوع منفی از پلاسبو در پزشکی وجود دارد که هربرت اشپیگل آن را اثر نوسبو¹ می‌نامد. اگر بجای ایمان، امید و اعتماد، فضای درمانی حامل عدم اطمینان، بدبینی و اضطراب باشد بیمار حساس از نظر هیپنوتیزمی، ممکن است با بروز ناراحتی، ناامیدی و درد، به این شرایط واکنش نشان دهند. مثال: يك خانم 24 ساله بستری بدلیل بیماری هوچکین، تحت درمان با مپریدین (دمرول) برای درد شکم بود. مشاوره درخواست شده بود تا معلوم شود آیا می‌توان با خودهیپنوتیزم این درد را کنترل کرد تا بیمار با ذهن روشن و آرام، از بیمارستان مرخص شود و زندگی معمولی را از سر گیرد؟

وقتی که در حضور دانشجویان و رزیدنت‌ها، متخصص هیپنوتیزم به بالین بیمار آمد، وی گفت: “دکتر! نمی‌خواهم شما را شرمند کنم ولی من به این کار اعتقادی ندارم”، علیرغم مخالفت کلامی، از بیمار خواسته شد که به نقطه تجسمی در فرق سرش نگاه کند و چشمش را ببندد. او به سادگی وارد خلسه شد و این تلقین را پذیرفت که احساس “مور مور شدن” را بیشتر از “درد” حس کند و اجازه دهد که این کرختی و مور مور، رنج “درد” را از بدن او بیرون براند. او فارغ از درد، از خلسه بیرون آمد و این واقعه را بعنوان “معجزه” تلقی کرد. به بیمار تلقین پس هیپنوتیزمی داده شد که تا زمان ویزیت مجدد روانپزشکی،

در هفته بعد یکی از رزیدنتها هر روز او را مجدداً هیپنوز کند.

1-Nocebo

بیمار 5 روز از دارو بی‌نیاز بود. روز ششم، وقتی رزیدنت متصدی هیپنوز، برای هیپنوز اقدام کرد، بیمار وارد هیپنوز نشد و درد او برگشت. رزیدنت (که در حال گذراندن دوره روانکاو بود) از استاد روانکاویش شنیده بود که "حتماً یک چیز غیر اخلاقی در هیپنوز وجود دارد و الاً فروید آن را کنار نمی‌گذاشت!" و به رزیدنت‌هایش دستور داده بود که استفاده از هیپنوز را متوقف کنند.

این امر بگونه‌ای ذهن رزیدنت را مشغول کرده بود که دیدار بعدی او با بیمار تحت تأثیر اضطراب و تضادهای نهفته او قرار گرفت. در این جلسه، بیمار به راهنمایی‌های القای هیپنوز پاسخ ندارد و احساس درد او برگشت، حساسیت افراد دارای هیپنوتیزم پذیری بالا به گونه‌ای است که می‌توانند اشارات غیرکلامی را اعم از اینکه عمدانه یا سهوی مخابره شده باشند، دریافت کنند. در این مثال، بیمار در واقع با اضطراب رزیدنت همراهی کرده و با نرفتن به هیپنوز با او همراهی کرده است. هنگامی که استاد روانپزشکی مجدداً او را ویزیت کرد بیمار دوباره به هیپنوز وارد شد و توانست دردش را کنترل کند.

همراه با بسیاری از عوامل دیگر که ایفای نقش می‌کنند، درمان‌های روانشناختی که با هیپنوز توأم هستند در کاهش علائم بدنی ناشی از بیماری‌های زیر موفق بوده‌اند: آسم، آلرژی‌ها، مسائل پوستی، بی‌ثباتی فشار خون، خونریزی، سوختگی‌ها، دبریدمان زخم، زگیل، اختلالات گوارشی، ناتوانی جنسی، چنگ شدگی دست، میگرن و سردرد تنشی، شب ادراری، زایمان.

یک گزارش جدید توسط سلیگ فینکل اشتاین نشان داده که استراتژی‌های مرتبط با هیپنوز که در دندانپزشکی بکار رفته‌اند، نه تنها می‌توانند ترس از دندانپزشکی را کاهش داده و تن آرامی عمومی و همکاری بیشتر ایجاد کنند بلکه می‌توانند خونریزی را کمتر کنند، علائم مربوط به اختلال مفصل فکی گیجگاهی را کاهش داده و ترشح بزاق، و رفلکس تهوع را کنترل کنند. او همچنین گزارشی کرده که استفاده از هیپنوز زمان لازم برای انجام عملیات دندانپزشکی را کاهش داده و این مشابه تحقیق الورا اینج است که نشان می‌دهد با استفاده از هیپنوز، زمان و هزینه عملیات تهاجمی رادیولوژیک، کاهش می‌یابد.

هیپنوز در توانبخشی پس از سوانح و سکتها مغزی و نیز در توانبخشی روانی مفید است. در دیابت، کانسر، بیماری‌های قلبی، نارسایی کلیوی، ارتوپدی، و اختلالات شبه جسمی، استفاده از درمان هیپنوتیزمی باعث کنترل بهتر علائم، افسردگی کمتر، درد کمتر و بهبود عملکرد سایکوفیزیولوژیک بوده است. کار بالینی قبل توجه هم در جمعیت بزرگسالان و هم کودکان انجام شده است. در کودکان یک تحقیق جدید

نشان داده که چگونه هیپنوز می‌تواند در کودکان مبتلا به کانسری که نیاز به اقدامات تشخیصی ترسناک یا دردناک دارند مفید باشد.

بر حسب علائم فصلی، فرمولاسیون مشکل بیمار، درجه هیپنوتیزم پذیری، انگیزه، سیستم اعتقادات بیمار، اهداف توافق شده درمانی، و نوع و شدت و مرحله مشکل طبی، روش درمان تفاوت می‌کند. تحقیق در مورد بیماران سوخته نشان داد بیمارانی فاقد حمایت روانی که هیپنوتیزم پذیری بالا داشتند دفعات بیشتری از علائم تروما را پس از مجروحیت سوختگی متحمل شدند.

این نشان می‌دهد که با آنکه بیماران دارای هیپنوتیزم پذیری بالا، پاسخ بهتری به درمان‌های روانشناختی هیپنوتیزمی می‌دهند ولی بدون راهنمایی‌های درمانی، در معرض آسیب پذیری بیشتری نیز هستند. بنابراین هیپنوتیزم پذیری یک شمشیر دولبه است: هم می‌تواند علائم را تشدید کند و هم می‌تواند برای تخفیف علائم از آن استفاده کرد.

تکنیک‌های متنوع خودهیپنوتیزم می‌توانند همراه مناسبی برای روان‌درمانی‌های ابتدایی‌تر باشند. در شرایط حمایت گروهی که تأکید اولیه بر روان‌درمانی حمایتی و بیانی است، دیوید اشپیگل و همکاران نشان دادند که خودهیپنوتیزم در کاهش دادن "درد" که افسردگی را تشدید می‌کند، مفید است. روشها برای کنترل عادت، مدیریت درد، فوبیها و بعضی تظاهرات اضطراب بهتر است سریع و مستقیم باشد و استراتژی‌هایی به بیمار آموزش داده شود تا تحت کنترل بیمار باشد که در خارج از محیط درمانی خود بدخواه وارد حالت هیپنوز شده و استراتژی‌های درمانی را مرور کنند.

انتخاب استراتژی مناسب در مورد تبعات روانشناختی بیماری جسمی نیز به اندازه روان‌درمانی حساس است. مرحله بیماری، خصوصیات و طبع بیماری و خصوصیات فردی بیمار، فاکتورهای مهمی برای انتخاب استراتژی درمان هستند.

اگر بیمار ظرفیت روانی و جسمی کافی برای شروع و استفاده از روندهای ذهنی و جسمی خود را دارد، مراسم هیپنوتیزمی شامل روش‌های القای طولانی مدت و تکنیک‌های تأکید کننده "راهنمایی و هدایت توسط درمانگر" می‌تواند نتیجه نامطلوب داشته باشد چون باعث تشدید وابستگی و رفتار منفعلانه می‌گردد.

مثال: آقای M. بدلیل لنفوم بستری بود و شیمی درمانی باعث خارش شدید در کل بدن او شد. نمره او در HIP معادل 8 بود و او را در سمت پایین طیف قرار می‌داد.

تصور او از هیپنوز، چیزی نظیر جدول و سرگرمی بود. بعنوان یک فرد دارای هیپنوتیزم پذیری پایین و سبک شخصیت آپولونین، او از مغز خود برای فیلتر کردن و نادیده گرفتن احساس‌هایش استفاده می‌کرد.

منطقی بود که از الگویی که برای او آشناست بعنوان استراتژی هیپنوتیزمی استفاده شود. درمان با یک روش پایه‌ای القا شروع شد: "آقای M، به ابروی خودتان نگاه کنید، سپس به نقطه‌ای فرضی در بالای سرتان، درحالی‌که به آن نگاه می‌کنید پلک‌هایتان را ببندید، و یک نفس عمیق بکشید، نفس را بیرون بدهید، بگذارید چشم‌ها ریلکس شوند و بگذارید بدن‌تان شناور شود. به تجسم شناوری تمرکز کنید ... شناور بودن روی تخت، همانطور که به تجسم این شناوری تمرکز می‌کنید توجه کنید که رختخواب و تخت شما چطور همراه شماست و در مراقبت از شما کمک می‌کند. همانطور که احساس شناوری می‌کنید به تخت‌تان اجازه بدهید که شما را نگهدارد و از شما حمایت کند."

دومین قسمت کار، استراتژی درمانی برای کنترل خارش بیمار بود: "شما می‌توانید خودتان را بعنوان یک فضانورد معلق در فضا، یا کسی که در آب خنکی شناور است ببینید، انتخاب با شماست. آقای M با چشمان بسته اعلام کرد: "من در فضا معلق هستم."

به سرعت، این تصویر با آنچه که بیمار قبلاً در مورد خانواده‌اش و اشتیاق خودش به مشکل‌گشایی گفته بود الحاق شد: "در همان حال که به شناوری در فضا ادامه می‌دهید می‌توانید از ذهن خود مانند یک لنز درشت‌نمایی روانشناختی استفاده کنید. بدن شما به شناوری ادامه می‌دهد و ذهن شما می‌تواند به سایر مسائل توجه کند. این می‌تواند فرصتی باشد که ذهن شما در زمین سیر کند و ارتباطات عاطفی جالبی را که شما با دخترتان دارید مرور کنید، و شاید شما بخواهید روی بعضی مسائلی متمرکز شوید که می‌خواهید با پسران حل کنید."

در همان حال که مسائلی را مرور می‌کنید ذهن شما بعنوان یک سیستم فیلتر کننده فکرها و احساسات شما فعال است. شما کنترل‌کننده امور هستید. به همه فکرها اجازه ورود بدهید و روی آنچه خودتان می‌خواهید تمرکز کنید بنابراین سایر فکرها بطور خودکار محو خواهند شد. با تمرکز روی آنچه برای شما مهم است، شما از این جنگ اشتباه بر علیه خارش فارغ خواهید شد"

مهم بود که به روال تنفس این بیمار و حرکات چشم او زیر پلک‌های بسته دقت کنیم. برعکس آنچه بسیاری از مردم فکر می‌کنند، هم کاهش تنفس و هم افزایش آن در هیپنوز رخ می‌دهد. وقتی شخص بطور فعال مشغول تجسم است، این امر ممکن است در حرکات چشم (که با پلک بسته نیز قابل مشاهده است) منعکس شود.

پس از چند دقیقه، به بیمار راهنمایی شد که "آنچه با چشم درون دیدید و فکر کردید با همان معانی که برای شما دارد مرور کنید. هر چه را می‌خواهید در امنیت کامل در حافظه‌تان بگذارید تا هر وقت به آن نیاز داشتید بتوانید به آسانی احضار کنید. هر وقت کارتان را انجام دادید با تکان دادن سر به من علامت

بدهید. بسیار خوب، ... هر وقت حاضر بودید تا سه بشمارید، چشم‌تان را باز کنید و به بدنتان اجازه بدهید به شناوری ادامه دهد، آقای M. چشم گشود و گفت: ”در مقیاس يك تا ده، من از 9 شروع کردم و الآن در 2 هستم، چطور می‌توانم به این احساس خوب ادامه دهم؟“ چون هیپنوتیزم پذیری آقای M. کم بود در مورد اینکه لازم است او رفتن به هیپنوز را تمرین کند بحث شد. به او هشدار داده شد که ممکن است او گاهی احساس جذب کمتر و گاهی حس عمیق‌تری در هیپنوز داشته باشد. تمرین به او کمک می‌کند که خیلی راحت بتواند ”دنده عوض کند“ و او چه در هیپنوز سطحی باشد و چه عمقی، تا زمانی که در هیپنوز است، از ذهن خوب بعنوان لنز درشت نمایی روانشناختی استفاده می‌کند، از توجه خود بصورت انتخابی بهره می‌گیرد، و می‌تواند تنش را که يك واکنش طبیعی به ناراحتی است از خود دور کند. وقتی او تنش را رفع می‌کرد عضلات او ریلکس‌تر می‌شدند. و هر چه او ریلکس‌تر می‌شد احساس ناراحتی کمتری می‌کرد. چون این روند فرآورده‌ای از ذهن خود او بود، او آزادی داشت که هر زمان و هر جا که بخواهد از آن استفاده کند.

ثابت شده که هیپنوز به عنوان مشاوره در مشکلاتی نظیر ترس از تزریق، بی‌اشتهایی، امتناع از درمان، مسائل تنفسی، درد حاد و مزمن، آمادگی برای جراحی و اقدامات تهاجمی تشخیصی، و تهوع و استفراغ شیمی درمانی سودمند است.

در سایر تخصص‌ها، هیپنوز به حل مسائلی نظیر درد فانتومی اندام، ترس از بیهوشی، تاکیکاردی و افزایش فشار خون، و بیماری‌های شبه جسمی کمک کرده است.

در بیماری که بخوبی توسط ژوزف دین با پیگیری هشت ساله، گزارش شده است بیمار مبتلا به MS با استفاده از هیپنوز درمان دریافت کرد و دو هفته پس از شروع هیپنوز به زندگی عادی برگشت. درد، مشکلات تعادلی و دوبینی او نیز کاهش یافت و بهبود پا برجاست.

آمادگی جراحی

از سه روش انتخاب شده براساس هیپنوتیزم پذیری بیمار می‌توان برای کمک به بیمارانی که برای جراحی آماده می‌شوند، استفاده کرد. افراد با هیپنوتیزم پذیری پایین ترجیح می‌دهند عمدتاً بر فواید فیزیولوژیک خاص که باعث می‌شود تنش بدنی کمتری داشته باشند، تمرکز کنند و نتیجه روشن و غیر انتزاعی دریافت کنند.

افراد با هیپنوتیزم پذیری متوسط نیاز به توجه بیشتر به اجزای هیجانی پاسخ شان به جراحی دارند. و در مورد افراد با هیپنوتیزم پذیری بالا، بهترین روش آن است که شامل کمترین جزئیات و حاوی راهنمایی‌های اکید، روشن و ساده باشد که بیمار چگونه عمل کند.

مارسیاگرین لیف و همکارانش نشان دادند که بیماران دارای هیپنوتیزم پذیری بالا به دریافت اشارات محیطی در محیط‌های آشفته کننده ICU مستعدترند و می‌توانند از تلقینات دالّ بر ایجاد حفاظ‌های روانشناختی به دور خودشان سود ببرند.

اکثر بیماران می‌پذیرند که یاد گرفتن نحوه کاهش ترس، اضطراب و خشم باعث کاهش وضعیت برانگیختگی آنان می‌شود. اصول کلی این است که به بیمار آموخته شود وارد خلّسه شده و روی این عناوین تمرکز کنند:

- 1- اجازه بدهم و استقبال کنم که تیم ورزیده طّبی آنچه را که بخوبی بلدند انجام دهند
 - 2- انتخاب تصاویر، استعاره‌ها و زبان بدن (شناوری، عضلات شل، تصوّر بودن در مکان امن و امان)
 - 3- تلقینانی در مورد اینکه می‌خواهم بدن من قبل از جراحی، حین عمل و بعد از آن چگونه واکنش نشان بدهد.
 - 4- فواید درمان برای عملکرد سایکوفیزیولوژیك
- در بعضی بیماران مطلوب است که بیهوشی را کاهش داده یا رفع کنیم. پس از آن باید تلقینات را بر حسب تصاویر و راهنمایی‌هایی که ایجاد کرختی می‌کنند تنظیم کنیم.

عوارض جانبی شیمی درمانی:

استفاده از هیپنوز در حالت تهوع و استفراغ ناشی از شیمی درمانی بیشتر از 20 سال است که در تحقیقات علمی گزارش شده است.

سه حقیقت مشخص و اصلی وجود دارد که به عنوان هدف بیان می‌شوند

- 1- اجزای هیجانی: بیمار را وارد خلّسه هیپنوتیزمی می‌کنیم و از تجسمات هیپنوتیزمی جهت ریلکس کردن عمومی بیمار استفاده می‌کنیم.
- 2- جواب‌های شرطی به اشاراتی که یادآور بیمارستان است: به بیمار می‌گوییم که وارد خلّسه هیپنوتیزمی شود و از تلقینات شادی‌بخش که ایجاد کننده جواب‌های راحت و آرامش بخش برای مشکلات خاص محیطی است استفاده کند

3- جواب‌های فیزیولوژیک به داروهای شیمی درمانی: به بیمار یاد می‌دهیم وارد خلسه هیپنوتیزمی شود و تمام تمرکز خود را بر روی تلقینات ما معطوف دارد به گونه‌ای که بتوانیم تمام فعالیت‌های پرستالتیک را که معمولاً منجر به استفراغ می‌شود معکوس کنیم. این معمولاً بسیار موثر است که به او بگوییم تصور کند داروهای شیمی درمانی به عنوان ماموران ویژه بیمار هستند که ماموریت آنها از بین بردن بیماری او می‌باشد و این ماموران در اختیار و تحت فرمان خود بیمار کاملاً فرامین او را اجرا می‌کنند.

روش درمانی درمانگر باید در جهت تشویق بیمار در جهت فکر کردن به زندگی زیبای آینده (که بعد از سلامتی کامل به دست می‌آورد) به جای فکر کردن به بیماری و مرگ باشد. بیمارانی که هیپنوتیزم پذیری بالایی دارند می‌توانند معمولاً حالت تهوع و استفراغ خود را با تجسم طعم پرتقال و یا نعنا و انفکاک از شرایط بد و منفی محیطی کنترل کنند.

بیماران معمولاً از تلقیناتی که در آن احساس و هیجان وجود داشته باشد بهره بیشتری می‌برند (به عنوان مثال از روش صفحه نمایش که بعداً توضیح داده خواهد شد). بیمارانی که قدرت هیپنوتیزم پذیری پایین‌تری دارند از روش پرت کردن حواس بهره بیشتری می‌برند. این افراد معمولاً به کمک در جهت انتخاب خاطرات و یا تجسمات تصویری که تمرکز و جذب آنها را بالا ببرد احتیاج دارند. بیماران در هر سه گروه احتیاج دارند که در شرایط منفی تحت حمایت از جانب دوستانشان، خانواده‌شان و کارکنان بیمارستان قرار گیرند، و همچنین نیاز دارند که در جهت ایجاد یک کانون امن و گرم مناسب در خانواده و محل کار و محل درمان راهنمایی شوند.

حجم وسیعی از اطلاعات به نفع مشاهدات بالینی دال بر تاثیر هیپنوز در کاهش حالت تهوع و استفراغ وجود دارد.

درد:

یکی از اثرات بسیار خوب درمانی هیپنوز اثر بی‌دردی و بی‌حسی هیپنوتیزمی است این تکنیک در جهت کنترل درد از اواسط قرن نوزدهم گزارش شده است معروف است که هیپنوز در کنترل دردهای شدید بعد از جراحی بسیار موثر است به نظر می‌رسد که هیپنوز با سه مکانیزم اولیه تاثیر می‌کند:

1- راحت کردن و شل کردن عضلات

2- تغییرات ادراکی

3- تغییر جهت شناختی

معمولاً درد با انقباض عضلانی همراه است بیماران معمولاً نقاطی از بدنشان را که دردناک است بی حرکت نگه می‌دارند تا درد آن کم شود. چون انقباض عضلانی می‌تواند خود به خود ایجاد درد در بافت‌های طبیعی کند و به دلیل اینکه کشش در قسمت دردناک بدن می‌تواند درد بیشتری ایجاد کند، تکنیکی که پیشنهاد می‌شود باید در جهت راحت و شل شدن عضلات باشد تا بتواند درد را کاهش دهد لذا بعد از اینکه بیمار وارد جلسه هیپنوتیزمی شد اولین قدم این است که به او شل شدگی عضلانی عمومی بدهیم و تجسماتی را که باعث شل شدن عضلات می‌شود (مثل حالت شناور شدن و سبک شدن) تلقین کنیم. این تجسمات معمولاً ایجاد شل شدگی و آسایش جسمی و عمومی و کاهش درد می‌کنند.

دومین جزء اصلی بی‌دردی در هیپنوتیزم تغییرات وابسته به ادراک است، به بیمار می‌آموزیم تجسم کند آن قسمت از بدن که مصدوم است به خواب رفته و بی‌حس شده است. این روش مخصوصاً در افرادی که هیپنوتیزم پذیری بالایی دارند بسیار موثر است. این افراد معمولاً می‌توانند به خوبی و راحتی احساس بی‌حسی را در فک جهت کارهای دندانپزشکی تجربه کنند، احساس دارویی بی‌حسی را در داخل گونه و فکشان به راحتی تجسم و احساس کنند و سپس این بی‌حسی را به نقاط دیگر بدن که دردناک است منتقل کنند. بعضی از بیماران به راحتی می‌توانند احساس درد را در بدن خودشان خاموش کنند و دیگر هیچ دردی در نقطه صدمه دیده احساس نکنند. اما رایج‌تر از همه آن است که معمولاً سوژه می‌تواند احساس درد را با یک احساس دیگر که خفیف تر است جایگزین کند. معمولاً استعارة درجه حرارت بسیار موثر است به دلیل اینکه درد و درجه حرارت متعلق به سیستمی واحد هستند که **Lateral Spinotalamic Tract** (دسته جانبی نخاعی- تالاموسی) نامیده می‌شود. لذا تجسم اینکه قسمت صدمه دیده بدن سردتر و یا گرم‌تر بشود (نظیر تجسم غوطه‌ور شدن در آب یخ یا گرم شدن زیر آفتاب) معمولاً به بیمار در انتقال و دور کردن امواج درد کمک می‌کند. بعضی از بیماران ترجیح می‌دهند تصور کنند که درد عنصری است با ابعاد سه گانه که قابل حرکت دادن و انتقال است. یا اینکه می‌توان آن را از بدن بیرون راند گویی یک مایع غلیظ است که از بدن خارج می‌شود. گروه دیگر دوست دارند تصور کنند که می‌توانند از بدنشان جدا شوند به عنوان مثال می‌توانند سفری به اتاق دیگری در همان خانه داشته باشند. استفاده از هیپنوز در جهت افزایش جذب در تجسمات که باعث کاهش درد و اضطراب‌های ناشی از آن می‌شود به صورت مستقیم و یا غیر مستقیم به بسیاری از بیمارانی که درد دارند و آنان که مشکلات دیگر پزشکی دارند کمک می‌کند.

افرادی با هیپنوتیزم پذیری کمتر، به تکنیک پرت کردن حواس که کمک می‌کند تمرکز بر قسمت‌های حسی در دیگر اعضای بدن را افزایش دهند، بسیار خوب جواب می‌دهند. تحریکات دردناک در این افراد

بیشتر جلب توجه می‌کند و یکی از راه‌های درمان این افراد استفاده از هیپنوز برای کمک کردن به جلب توجه به حس اندام‌های دیگر آنهاست در این افراد استفاده از هیپنوز به همراه تکنیک‌های دیگر کنترل خشم و هیجان بسیار مؤثر است.

متاآنالیز جدید هیپنوتیزمی نشان داده است که تلقین‌های هیپنوتیزمی برای بی‌دردی اثر متوسط تا بسیار قوی بر روی بیماران دارد و مدیریت درد توسط هیپنوز بسیار مؤثر است.

یک بیمار 34 ساله مبتلا به هوجکین که مپردین دریافت می‌کرد تا درد شکمش کنترل شود جهت آموزش خودهیپنوتیزم ارجاع شده بود. نمره HIP بیمار 14 بود. بعد از ورود به هیپنوتیزم به بیمار تلقینات زیر داده شد:

"همینطور که خود را شناور تصور می‌کنی تجسم کن که در یک دریاچه یخی غوطه‌ور هستی دریاچه را خیلی یخ در نظر بگیر آنقدر که احساس کنی آب هر لحظه سردتر و سردتر می‌شود. تو خواب رفتگی و مور مور شدن، و کم کم بی‌حسی را که از طرف آب سرد به بدن تو وارد می‌شود احساس می‌کنی. این مور مور شدن و بی‌حسی شدید و شدیدتر می‌شود و همانند یک لایه محافظ اطراف شکم تو را می‌گیرد لذا تو یاد می‌گیری که درد را از این قسمت بدنت خارج کنی".

به بیمار گفتیم که این تلقین را هر یک تا دو ساعت تمرین کند و هر بار به خود تلقین پس هیپنوتیزمی بدهد که این احساس بی‌حسی در بدن او ایجاد شده است حتی زمانی که از جلسه خارج شده است. "زمانی که به این بی‌حسی جسمی رسیدید می‌توانید شروع به گسترش آن کنید تا تمام ساعات و تمام روز با شما همراه باشد. اگر چه می‌دانید که درد کماکان ادامه دارد شما احساس بی‌حسی و خواب رفتگی در آن ناحیه را بیشتر از درد احساس می‌کنید". با این تلقینات بیمار توانست به زندگی عادی خود بدون استفاده از مپردین ادامه دهد.

یکی از اهداف اولیه این است که به بیمار آموزش دهیم چگونه جنگیدن با درد را متوقف کند و تنش‌های سایکوفیزیولوژیک و ناراحتی‌ها را کاهش دهد در حالیکه بطور همزمان، کنترل درد با تصورات خواب رفتن و مور مور شدن را افزایش می‌دهد. لذا بیمار می‌آموزد که با درک درد، از راه توجه به "خروج صدمه از بدن" تطابق پیدا کند.

"افزایش آگاهی" در جلسه باعث می‌شود که بیمار با قدرت تمام به علائمی که از بدن به طرف بالا، به طرف مغز در حال حرکت هستند جواب دهد و توسط تمرین و انتخاب شخصی بیمار، بر روی علائمی که از طرف مغز به طرف پایین به طرف اعضای دیگر بدن در حرکت هستند تاثیر بگذارد. در جلسه، فعالیت جسمی و نیز اثرات انتخابی "ذهن-بدن" افزایش می‌یابد.

قبل از اینکه درمانگر وارد مرحله هیپنوز شود ابتدا باید مزمن و یا حاد بودن درد را مشخص کند، در حالت‌های حاد شکستگی‌ها و تصادفات و یا صدمات بدنی بیمار ممکن است وارد مرحله‌ای از خلسه مداوم شود که قدرت هیپنوتیزم پذیری او را بالا می‌برد و به حداکثر می‌رساند انگیزه کمک گرفتن در این شرایط باعث می‌شود که تلقین پذیری بیمار افزایش یابد. در حالات حاد، تلقینات مستقیم، نتایج فوری و سریع دارد حتی اگر بیمار هیپنوتیزم پذیری ضعیف داشته باشد که در شرایط عادی این تلقینات بر روی او هیچ اثری ندارد. در اورژانس‌های حاد پزشکی سریعترین احتیاج بیمار شاید دست‌یافتن به یک متخصص برای گرفتن کمک باشد. خیلی از مواقع این مسئله می‌تواند منتهی به اثر موج (Ripple Effect) شود که عبارت است از توانایی بیمار برای درونی کردن چیزهایی که به او آموزش داده شده و استفاده کردن این آموخته‌ها از طرف خود بیمار .

یک مرد 48 ساله زمانی که دردهای حاد قفسه صدري داشت توسط هیپنوز مورد درمان قرار گرفت ضربان قلب او به 166 ضربه در دقیقه افزایش پیدا کرده بود. کار با تلقینات مستقیم بر روی تمرکز در آرامش و احساس بهبود آغاز شد. زمان برای گرفتن تست کامل HIP نبود لذا از او خواسته شد که چشمها را تا جایی که می‌تواند بالا ببرد و به همان نقطه نگاه کند و در همان حال پلک‌هایش را آهسته ببندد. نمره چرخش چشم او 2 بود لذا نتیجه‌گیری شد که او هیپنوتیزم پذیری ضعیف دارد. به دلیل اینکه بیمار سوژه اورژانس بود ادامه تست انجام نشد، از او خواستیم بلافاصله ولی بسیار آرام یک نفس عمیق بکشد و به آرامی بازدم کند در حالیکه هنگام بازدم به حالت شناور شدن بدن خودش تمرکز می‌کند. او را راهنمایی کردیم که در افکار و تصورات خود به هر نقطه‌ای که دوست دارد برود که بتواند بهتر شناور شود و احساس امنیت کند. بعد از چند دقیقه ضربان قلب او به 66 ضربه در دقیقه کاهش پیدا کرد و او اظهار داشت که درد سینه او از بین رفته است. گروه پزشکی که شاهد این موضوع بودند و خود بیمار کاملاً از سرعت عمل و اثر هیپنوز در این بیمار شگفت‌زده شده بودند روز بعد زمانی که بیمار ویزیت شد بیمار در رابطه با این مسئله که توانسته بود به سرعت مشکل خود را پشت سر بگذارد احساس قدرت و نشاط می‌کرد و او را در حالیکه به بیمار تخت مجاور این تکنیک را می‌آموخت مشاهده کردیم. سه ماه بعد او حمله‌ای مشابه داشت و گزارش داد که با همین تکنیک به راحتی بدون گرفتن کمک از جانب کس دیگر بر مشکل خود غلبه کرده است.

برای دردهای مزمن کمک کردن به بیمار شامل تغییر طریقه زندگی بیمار است در رابطه با ارتباطات اجتماعی، فعالیت‌های اجتماعی، پیروزی‌ها و شکست‌ها و سیستم زندگی قدیمی او تغییرات اساسی لازم است. درجه موفقیت هیپنوتیزم در این بیماران بستگی به انگیزه آنها دارد و همچنین بستگی دارد به قدرت

درمانگر در ارائه سیستم زندگی جدید به نحوی که برای بیمار قابل قبول بوده و با سبک شخصیتی و ظرفیت هیپنوتیزم پذیری بیمار منطبق باشد.

مثل سایر تکنیک‌های درمانی (مثلاً داروهای مسکن) هیپنوز زمانی موثرتر است که در ابتدای چرخه درد استفاده شود قبل از اینکه فرمان درد در CNS ساخته شود و درجه درد به مرحله‌ای برسد که تمرکز را از بین ببرد. باید به بیمار آموزش دهیم که تکنیک‌های هیپنوتیزمی را سریع، زود و به دفعات انجام دهد. زیرا این روش بسیار ساده، موثر و بدون عوارض جانبی است، یک تحقیق تصادفی نشان داد که در بیماران مبتلا به کانسر متاستاتیک پستان، در پیگیری یک‌ساله، درد در گروهی که گروه درمانی بعلاوة هیپنوتیزم دریافت می‌کردند، در مقایسه با بیمارانی که تحت درمان متداول دارویی بودند، به نصف مقدار قبل کاهش یافته است، مقدار اضطراب آنها به صورت قابل توجهی کم شده، اثرات جانبی شیمی درمانی در آنها به صورت چشمگیری کاهش پیدا کرده، و مشکلات قلبی عروقی در آنها کاهش یافته است.

یک مطالعه تصادفی توسط دکتر الویرا لینچ و همکارانش نشان داد که حین رادیولوژی تهاجمی (اقدام به بیوپسی و نظایر آن تحت هدایت CT یا MRI) هیپنوتیزم در مقایسه با بی‌دردی دارویی با میزازولام و تزریق زیرجلدی فنتانیل، در ایجاد بی‌دردی موثرتر است، اضطراب کمتری می‌دهد، عوارض جانبی و قلبی کمتر دارد و در این روش دفعات قطع اقدام درمانی نیز کمتر است.

هیپنوز در بجه‌هایی که مشکل درد دارند به صورت قابل توجهی موثر است. چند تحقیق خوب نشان داده است که اثر هیپنوتیزم در درد بجه‌ها بسیار قابل توجه است و این امری بدیهی است زیرا اصولاً بجه‌ها درجات هیپنوتیزم پذیری بالاتری نسبت به بزرگترها دارند ظرفیت تجسمی بجه‌ها بقدری شدید است که ریلکس کردن جداگانه معمولاً ضرورتی ندارد. بطور طبیعی بجه‌ها وقتی تجسم خود را حین تغییرات ادراکی بی‌حسی هیپنوتیزمی بکار می‌اندازند ریلکس می‌شوند.

تحقیقات اخیر یافته‌های قبلی در مورد اثرات قشر مغز حین بی‌دردی هیپنوتیزمی که شامل کاهش آمپلی‌تود ERP در پاسخ به محرک‌های حسی بدنی و کاهش فعالیت شیار سینگولیت قدامی است، تأیید می‌کند.

بنابر این، تغییرات هیپنوتیزمی درک درد ظاهراً به مدولاسیون قشری درک درد مربوط می‌شود. بعبارت دیگر، درک درد (تألم) عمدتاً در مغز رخ می‌دهد.

اختلالات اضطرابی

اختلالات اضطرابی از شایعترین اختلالات روانپزشکی است که حدود 15 درصد جامعه بدان مبتلا می‌باشند. اضطراب حالتی از برانگیختگی مفرط است که به صورت ناراحتی های هیجانی و روان تنی بروز می‌کند. بیماران اغلب اضطراب خود را با اصطلاحات جسمی نظیر تپش قلب، ناراحتی گوارشی، درد قفسه سینه، تعریق و بیقراری حرکتی بیان می‌کنند. از آنجا که هیپنوز به بیماران برای کنترل واکنش جسمی به محرکهای برانگیزاننده اضطراب و در نتیجه انفکاک پاسخ بدنی از فشار روانی کمک می‌کند، می‌توان آن را به عنوان یک ابزار کمکی قوی در درمان اختلالات اضطرابی بکار گرفت. با این ابزار بیماران قادرند در مدت زمان لازم برای بازسازی دیدگاه خود و رسیدن به احساس کنترل بر خویشتن، در مواجهه با محرک باقی بمانند (درحالیکه بطور معمول بدلیل اجتناب از موقعیت اضطراب آور، بیمار فرصت لازم برای ایجاد حس تسلط بر خویش را نمی‌یابد - مترجم -).

اغلب شیوه های هیپنوتراپی اختلالات اضطرابی با بکارگیری توأمان آرمیدگی جسمی و تصویرسازی، رهنمودهای بازسازی شناختی و آرمیدگی جسمی را در هم می‌آمیزند. در هیپنوتراپی نیز همانند درمان اختلالات اضطرابی بروش حساسیت زدایی منظم یا آرمیدگی عضلانی پیشرونده، درمانگر ضمن آموزش بیمار جهت حفظ حس فیزیکی آرامش (به کمک تجسم شناور بودن) محرک اضطراب آور را برای بیمار تصویرسازی می‌کند. به جای دستور مستقیم شل کردن عضلات، تعلیم آرمیدگی باید شامل تصویری باشد که بخودی خود کاهش تنش را تداعی کند مثل تجسم شناور بودن یا سبکی. عبارات و دستورات مستقیم که اصطلاحاتی شناختی تر محسوب می‌شوند، در واقع به دلیل جلب توجه بیمار به اجرای مناسب دستورات ممکن است اضطراب بیشتری را موجب شوند. در حالیکه همراهی تلقینات با یک استعاره جسمی معمولاً موجب کاهش تنش می‌گردد. برخلاف حساسیت زدایی منظم، می‌توان از هیپنوز برای ایجاد سریع آرمیدگی جسمی بدون عبور از مراحل تدریجی آرمیدگی و تصویرسازی استفاده کرد. همچنین برخلاف حساسیت زدایی منظم، همراهی آرمیدگی با یک محرک ترسناک نیازمند رعایت سلسله مراتب خاصی نیست.

القای خودهیپنوتیزم بسرعت قابل اجراست. بعنوان مثال می‌توان به بیمار گفت:

" حالا تا جایی که ممکن است راحت باش. راه های زیادی برای ورود به خودهیپنوتیزم وجود دارد. یک راه ساده و در عین حال مفید این است که از یک تا سه بشماری. با شماره 1 ، یک کار انجام بده: به بالا نگاه کن. با شماره 2 ، دو کار انجام بده: درحالیکه به بالا نگاه می‌کنی بآهستگی چشمانت

را بند و یک نفس عمیق بکش. با شماره 3، سه کار انجام بده: همانطور که چشمانت را بسته نگه داشته ای بگذار در حالت آرامش قرار گیرند، اجازه بده نفست بآرامی خارج شود و بدنت کاملاً شناور گردد. سپس اجازه بده یکی از دستانت در هوا مثل یک بالن شناور باشد و این علامت توست برای خودت و من که نشان می‌دهد تو آماده تمریزی."

از همان ابتدا، هیپنوز به بیماران ثابت می‌کند که آنها بیش از آنچه تصور می‌کردند بر پاسخ های بدنی خود تسلط دارند. بهتر است برای شروع به بیماران بیاموزیم مکانی را که در آن احساس امنیت کامل می‌کنند در چشم ذهن خود تصور کنند. چنین کاری به آنان کمک می‌کند تا یاد بگیرند چگونه تصویر ذهنی خود را بر یک پرده نمایش خیالی منعکس کنند. سپس می‌توانند بیاموزند چگونه پرده را دستکاری کنند، آن را بزرگ یا کوچک و در صورت نیاز به خود نزدیک یا از خود دور کنند.

" فقط کافیسیت بدنت را رها کنی تا شناور باشی، درست مانند وقتی که در وان حمام، لگن آب گرم و یا در یک دریاچه شناور بودی. حالا در چشم ذهن خود یک پرده نمایش خیالی را مجسم کن. ممکن است یک پرده سینما، صفحه تلویزیون یا قطعه ای از آسمان آبی و شفاف باشد. پیش از همه یک صحنه خوشایند را تصور کن، جایی که از بودن در آن لذت می‌بری."

اجازه دهید بیمار این حالت را برای 1 تا 2 دقیقه تجربه کند، سپس در مورد آن از وی سوال کنید:

" در حالیکه چشمانت بسته اند و در این حالت تمرکز باقی می‌مانی، احساسی را که هم اکنون بدنت دارد بیان کن. چه تصویری داری مجسم می‌کنی؟"

پس از دریافت پاسخ ها بگوئید:

" ببین چطور می‌توانی با آنچه در حافظه و تخیل خویش داری به خودت و بدنت کمک کنی تا احساس بهتری داشته باشی."

تکنیک پرده نمایش

این تکنیک روشی است برای کنترل هیجانات و بازسازی رابطه بیمار با افکار و احساسات خویش. به بیمار می‌گوییم:

" شما می‌توانید با شناور نمودن بدنتان وارد جلسه شوید. با رهاسازی بدن، ذهنتان آزادانه بر پرده نمایشی که روبروی خود مجسم نموده اید متمرکز می‌شود. همانطور که در جلسه هستید این توانایی را دارید که به بدن خود بیاموزید حس شناوری را حفظ کند و همزمان قادرید به کمک پرده نمایش؛ کارگردان، نمایشنامه نویس، هنرپیشه، گرداننده و هماهنگ کننده افکار و احساسات خود باشید. در

ابتدا اجازه دهید قسمت مرکزی پرده دریافت کننده تمامی افکار و احساسات شما باشد. حال تصور کنید پرده به دو نیمه تقسیم می‌شود. نیمه راست برای افکار خلاق و نیمه چپ برای افکار نگران کننده تان. افکار و احساسات مرتبط با اضطراب، ترس و نگرانی خود را بر پرده چپ و افکار و احساسات خلاق و تجسمات خود از مکان ایمن را بر پرده راست قرار دهید. و حالا شما چیزهایی بیش از نگرانی و ترس دارید. شما دارید می‌آموزید که از ذهن خود بعنوان یک عدسی روان شناختی بهره بگیرید و در صورت نیاز برخی افکار و احساسات خود را بزرگتر یا کوچکتر کنید. شما در صورت تمایل این حق را دارید که نگرانیها و ترس های خود را بار دیگر مشاهده کنید و مجبور نیستید با آنها بجنگید. با قرار دادن افکار و احساسات خود بر پرده نمایش و یادگیری شناور ساختن بدن، جسم شما دیگر میدان نبرد هیجانانتان نیست."

بی خوابی

گام آغازین برای درمان بی خوابی، تکنیک پرده نمایش با تاکید مضاعف بر گذر از عملکرد سمپاتیک به پاراسمپاتیک است. به بیمار می‌گوییم:

" تنش عضلانی دشمن خواب است. سیستم اعصاب خودکار بدن دو شیفت روز و شب دارد و تنش عضلانی سدی است که مانع انتقال شیفت روز به شیفت شب می‌شود. با احساس شناوری و در حالیکه افکار خود را بر پرده نمایش می‌اندازید، تنش ناپدید و شیفت روز تسلیم شیفت شب می‌شود تا خواب چون همدمی مطبوع و خوشایند وارد شود."

حل مسأله و سازگاری فعال

بیماران می‌توانند از حالت خلسه بعنوان روشی برای مواجهه مستقیم با مشکلاتشان بهره بگیرند. آنها را آموزش می‌دهیم تا خودشان از تکنیک پرده نمایش استفاده کنند. برای این کار می‌توانند تجسم یک عملکرد اضطراب آفرین قریب الوقوع یا وضعیتی ترسناک را در یک نیمه پرده قرار دهند و در نیمه دیگر تدابیر مختلفی را برای تسلط بر موقعیت بیازمایند. بدین ترتیب پرده نمایش تبدیل به تکنیکی می‌شود برای بارش افکار و حل مسأله که بیماران را قادر می‌سازد با موقعیت های اضطراب آور بطور مستقیم ولی از منظری متفاوت مواجه شوند. این روش به آنها کمک می‌کند تا از یک سازگاری منفعل به سازگاری فعال تغییر موضع دهند. آنان می‌آموزند به جای اجتناب از موقعیت، با پذیرش واکنشهای خویش و کارکردن روی آنها - ضمن کنترل پاسخهای جسمی به اضطراب - به محرک ترسناک پاسخ مناسب دهند.

انفکاک هیپنوتیزی از عامل تنش زا

از دیگر راهکارهای موجود، عبارتست از آموزش بیمار تحت خلّسه به تجسم اینکه او در واقع در جایی دیگر و دور از محرک ترسناک است. بدین ترتیب خود را از تجربه اضطراب آفرین جدا می‌کند. تقویت مثبت و تکنیک‌های تقویت آگو نیز مورد استفاده قرار گرفته‌اند. بعنوان مثال به بیماران تحت هیپنوز تلقین می‌شود که توانایی آنها در کنترل موقعیت و پاسخشان به آن بهبود می‌یابد. در مورد فوبی و اختلال اضطراب منتشر، دلایل کافی برای استفاده از روشهای آشکارسازی که در پی کشف ارتباط اضطراب با واقعه ای تروماتیک در گذشته بیمار است وجود ندارد. ولی در مورد اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) راهکار متفاوتی بکار می‌رود و برای مواجهه بیمار با تجربه تروماتیک ممکن است کار بیشتری نیاز باشد.

درمان اضطراب عملکرد، اضطراب منتشر و بی‌خوابی با بکارگیری روشهای بازسازی انجام می‌شود. در این روشها به جای مقابله با ترسها، تعارضات، وقایع تنش‌زا و مشکلات؛ بیماران بر حواس بدنی خود متمرکز می‌شوند و می‌آموزند خود را از مشکل دور کنند تا حسی از آزادی، شفافیت فکر و رهایی را در خود پرورش دهند.

فوبی‌ها (هراس‌ها)

چالش اساسی در یک واکنش فوبیک (ترس غیرمنطقی)، شفاف سازی و رفع ابهام در باره دو مفهوم امکان و احتمال است. برای بیمار وجوه تمایز اضطراب انتظار در مورد یک واقعه محتمل و یک واقعه نامحتمل شرح داده می‌شود و بر افتراق ترس محافظ و مفید از ترس غیرضروری و ناسازگارانه تاکید می‌شود. ضمن بیان این توضیحات، راهبرد درمانی عبارتست از آموزش بیمار برای تمرکز بر اینکه کدام ترس به نفع وی و چه ترسی بر علیه اوست. این رویکرد انرژی لازم برای یک تحول سریع را فراهم می‌آورد.

در مورد ترس از پرواز که مشکل بالینی شایعی است، از بیمار خواسته می‌شود به تفاوت در احتمالات ایمنی پرواز یک خلبان تازه کار در مقایسه با یک خلبان ماهر که دارای پروانه حرفه ای پرواز می‌باشد توجه کند. اضطراب انتظار، واکنشی است سالم بمنظور به حرکت درآوردن توانایی‌های فرد برای سطح جدیدی از عملکرد. به بیماران تفهیم می‌شود که چنانچه اضطراب انتظار را همانند وحشت زدگی در نظر بگیرند، در واقع یک منبع طبیعی توانایی را منحرف و ناکارآمد ساخته‌اند. سپس به بیماران آموخته می‌شود بر ابزار و ماشین آلات فراوانی که به گونه ای طراحی شده‌اند که گویی گسترشی از بدن انسانند تمرکز کنند.

" بعنوان مثال چکش ادامه دستتان است؛ یک دوچرخه ادامه ای از پاهایتان می‌باشد؛ و هواپیما ادامه بازوانتان. زمانی که تصمیم می‌گیرید با یک هواپیمای مخصوص در یک مسیر معین پرواز کنید، با پذیرفتن خلبان بعنوان عامل خود، منطقاً خودتان دارید هواپیما را کنترل می‌کنید. با گزینش و واگذاری تکنولوژی به شخصی با مهارت ها و آموزش های ویژه، کنترل همچنان در دستان شماست."

به بیماران یک تمرین خود هیپنوتیزم داده می‌شود و از آنها خواسته می‌شود بر شناور بودن با هواپیمایی که خلبان آن عامل خودشان برای کنترل هواپیماست تمرکز کنند. به گونه ای که هواپیما را ادامه ای از بدن خود حس کنند. یکی از بیماران اینچنین گزارش داد: "من این کار را کردم و زمانی که در باند فرودگاه بودیم و هنوز چرخ های هواپیما از زمین جدا نشده بود، به خواب رفتم. چین تحسین برانگیز بود و دیدن این کشور قطعاً ارزش آمدن به مطب شما را داشت."

نتیجه: شماری از مطالعات، اثربخشی هیپنوز را در درمان اختلالات اضطراب و هراس ثابت نموده اند. مطالعه ای که توسط هربرت اشپیگل¹ و همکاران بر روی 178 بیمار دچار هراس پرواز انجام شد نشان داد که 52% بیماران درمان شده تنها با یک جلسه خود هیپنوتیزم در یک پیگیری 7 ساله بهبود یافته یا بکلی مداوا شده اند. تمایل زیادی در بکارگیری هیپنوز بصورت ملازم کارهای دندانپزشکی و همچنین برای درمان هراس دندانپزشکی در میان دندانپزشکان وجود دارد. موفقیت تکنیک های هیپنوتیزمی، موج جدیدی از علاقه به استفاده هیپنوز برای تسهیل کارهای دندانپزشکی در دانشکده های سراسر کشور ایجاد کرده است. همچنین تکنیک های هیپنوتیزمی در بیماران فوبیک که تحت مداخلات طبی - جراحی یا تشخیصی قرار می‌گیرند با موفقیت بکارگرفته شده و نیاز به مصرف داروهای بی حسی و ضد اضطراب را کاهش داده اند، پذیرش بیمار را افزایش داده و به تبع آن ترومای روانی را برطرف نموده اند. بدلیل توانایی سوژه تحت هیپنوز در کنترل واکنش های جسمی خویش، این تکنیک ها بعنوان درمان کمکی اختلالات اضطرابی اثربخشی ویژه ای دارند.

اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)

ناراحت کننده ترین چیز درباره یک واقعه تروماتیک، حس درماندگی مطلق است که ایجاد می‌کند. در اختلال استرس حاد (ASD) و اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) بازسازی صحنه این درماندگی به صورت عدم تسلط بر ذهن، همراه با حالات تجزیه ای خود بخود، واکنش های وحشت زدگی و تجدید آزاردهنده

1-Herbert Spiegel

و غیر قابل اجتناب خاطره آن رویداد، بکرات برای بیمار اتفاق می‌افتد. بسیاری از قربانیان تروما پس از بازیابی کنترل، هر بار که در معرض رویاهای وحشتناک، بازگشت به گذشته و خاطرات ناخوانده مزاحم قرار می‌گیرند احساس می‌کنند کنترل ذهن خویش را از دست داده‌اند. این بیماران ممکن است درمانگر را آلوده خاطرات تروماتیک خود کنند، او را با مهاجم یا تجاوزگر همسان بدانند و احساس کنند درمان برابر است با تحمل دوباره تروما. طراحی فرایند درمان بویژه هنگامیکه از تکنیکی نظیر هیپنوز استفاده می‌شود، باید بگونه‌ای باشد که حس کنترل بیمار را تقویت نماید. این راهکار به بیمار کمک می‌کند تا تصویر خود بعنوان یک قربانی را با تصویر جامع‌تر بعدی خویش بعنوان شخصی که بخوبی با این استرس شدید سازگاری می‌یابد تلفیق کند. بدین ترتیب بیمار می‌تواند موضوع سرکوب شده را درحالی‌که از قدرت آن کاسته شده به خودآگاه بیاورد، تصویری جدید و مناسب‌تر از خود بسازد و این ضایعه را در جریان زندگی آینده اش حل کند. روان‌درمانی در PTSD، شامل اصول حساسیت زدایی است که طی آن مواجهه مکرر با محرک تروماتیک بتدریج از اثر هیجانی محرک می‌کاهد. بر این اساس در ابتدا تصور می‌شد کاربرد هیپنوز در روان‌درمانی تروما - بر پایه روش تخلیه هیجانی فروید - محدود به بازخوانی خاطره تروماتیک است. عقیده بر این بود که کافیسیت عاطفه قوی همراه حادثه تروماتیک تخلیه شود و در خلال خلسه، تکرار ساده خاطره تروما به‌مراه هیجان‌ات وابسته موجب تخلیه انرژی مسبب نشانه‌های بیماری خواهد شد. با این وجود فروید دریافت که برای بینش یابی مؤثر، باید در سطح خودآگاه نیز کار شناختی انجام شود. هم‌اکنون مشخص شده که بازسازی شناختی مفهوم رویداد تروماتیک همراه با احساس مستمر مورد توجه و مراقبت درمانگر بودن بر تأثیر هیپنوز در روان‌درمانی می‌افزاید.

هیپنوتراپی نه تنها شامل بازخوانی حادثه تروماتیک و تخلیه هیجانی بلکه همچنین بینش یابی آن از طریق کمک به کنترل عاطفه ناخوشایند، تقویت تسلط بیماران بر آن و قادر ساختن آنان به بازسازی شناختی مفهوم تروما می‌باشد. تخلیه هیجانی آغاز درمان است و بتهایی پایان آن نمی‌باشد. این روش چنانچه همراه حمایت‌های لازم برای کنترل واکنش عاطفی، تسلط بر هجوم خاطرات تروماتیک و کمک به بینش یابی نباشد خود می‌تواند عامل ترومای مجدد باشد. الگوی کار اریک لیندمان (Eric Lindemann) برواکنش سوگ الگوی مفیدی است. مشاهده دقیق واکنش طبیعی سوگ پس از تروما نشان داده است که درجاتی از ناراحتی هیجانی، برانگیختگی و بی‌قراری فیزیکی؛ بخشی طبیعی و در واقع لازم برای پذیرش، تحمل و یافتن دیدگاهی تازه و منطقی از خاطرات تروماتیک است. این فرایند اغلب بکمک یک تکنیک تجسمی نظیر پرده نمایش تسهیل می‌شود. در این تکنیک از بیمار خواسته

می‌شود برخی وجوه سانحه را همراه عاطفه ناخوشایندش در یک نیمه پرده تجسم کند و سپس در نیمه دیگر کارهایی را که برای محافظت از خود یا کمک به دیگران انجام داده به تصویر بکشد. بدین ترتیب خاطره تروماتیک و احساس درماندگی همراه آن به شکلی بازسازی شده پذیرفته می‌شود و شامل تلاشهای انجام گرفته برای تسلط بر اوضاع نیز می‌باشد. میزان انگیزه بیمار، برای جلوگیری از پیدایش احتمالی نفع ثانوی تعیین کننده است.

هیپنوز برای ایجاد دسترسی کنترل شده به خاطرات تجزیه یا سرکوب شده تروما و سپس برای یاری بیماران جهت بازسازی این خاطرات بکار می‌رود. ویژگیهای غیر متعارف حالت هیپنوتیزمی، بیماران را مطمئن می‌سازد که پس از ختم هیپنوز می‌توان از ناراحتی های توأم با خاطره تروماتیک تا حدودی رهایی یافت. همچنین کمک انفکاک که مشخصه هیپنوز است می‌توان ناراحتی های روانشناختی را از ناراحتی های جسمی جدا کرد. در این مرحله بیماران قادرند یک تصویر ادغام شده را که نمادی از وجوه مختلف تروما است در ذهن خود شکل دهند. بیماران را هدایت می‌کنیم تا چنین تصویری را بر پرده نمایش ذهن خود نقش کنند و بدین ترتیب نوعی حس فاصله از رویداد در آنها القا می‌شود. بهتر است پرده نمایش به دو نیمه تقسیم شود. در یک نیمه بیمار برخی وجوه رویداد (مثل تجسم یک قربانی تجاوز از شخص متجاوز) و در نیمه دیگر تلاشهای محافظت از خود (نظیر مبارزه با متجاوز، مجادله با وی و یا فرار از دست او) را تصور کند. این رویکرد به بیماران امکان می‌دهد تا دیدگاه خود از متجاوز را بازسازی کنند و بتوانند با خاطره تروماتیک؛ بدون احساس تحقیر، درد و ترس سابق مواجه شوند. وقتی بیماران تلاشهای خود را برای حفاظت از خویشتن بشناسند بهتر می‌توانند احساس درماندگی حین وقوع حادثه را بپذیرند. افراد داغدار می‌توانند در یک نیمه پرده خود را بر سر مزار عزیز از دست رفته و در نیمه دیگر خاطرات خوشی را که با متوفی داشتند تجسم کنند. سپس می‌توان یک تمرین خودهیپنوتیزم را به آنان آموخت که طی آن، ضمن تقویت حس تسلط خویش بر فرایند سوگ، به عزاداری و بینش یابی خاطرات تروماتیک پردازند.

اصول رواندرمانی با هیپنوز

اصول رواندرمانی هیپنوتیزمی اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از سانحه با هشت حرف C بصورت زیر خلاصه می‌شود:

Confrontation (مواجهه). به جای نسبت دادن نشانه های بیماری به مشکلات شخصیتی یا خانوادگی قدیمی، بیمار باید بطور مستقیم با رویداد تروماتیک مواجه شود.

Confession (اقرار). درمانگر باید به بازماندگان تروما کمک کند تا بتوانند اعمال و عواطفی را که برای خودشان شرم آور و احتمالاً برای درمانگر ناخوشایند و مشمئزکننده است بیان کنند. مهم است به بیماران کمک کنیم تا احساس نامتناسب گناه را از حس ندامت واقعی تمیز دهند. چنین بیمارانی ممکن است در باره رویداد تروماتیک چیزهایی را به درمانگر بگویند که پیش از آن به هیچکس نگفته اند.

Consolation (تسلی). شدت تجارب تروماتیک استفاده از یک راهکار تسلی بخش از جانب درمانگر را ضروری می‌سازد. در غیر این صورت بیمار ممکن است پزشک را به جای اینکه درمانگر درد هیجانی خویش بداند، بعنوان فردی ایرادگیر و متعارض بشناسد. ابراز متناسب همدردی و توجه از جانب درمانگر می‌تواند در پذیرش و توسعه این واکنش انتقالی تروماتیک، مفید واقع شود.

Condensation (ادغام). بیمار باید در ذهن تصویری را که جنبه های مهم تجربه تروماتیک را ادغام می‌کند بیابد. چنین تصویری می‌تواند وجوه طاقت فرسای تروما را با بیان آنها به شکلی نمادین و عینی قابل کنترل نماید. بعلاوه اصل ادغام می‌تواند از طریق ترکیب تصاویری که پیش از آن نامتجانس و ناهمخوان تلقی می‌شدند نظیر اتصال رنج ناشی از مرگ یک دوست در میدان نبرد با اوقات خوشی که قبلاً با وی داشته، فرایند بازسازی را تسهیل کند. بدین ترتیب بیمار قادر است همانند توجه به وجوه منفی با مورد توجه قرار دادن نکات مثبت و خوشایند ارتباط پیشین خود با متوفی که برای همیشه در خاطره ماندگارند از اندوه ضایعه بکاهد.

Consciousness (آگاهی). درمانگر باید خاطرات تروماتیک بیمار را که از خودآگاهی وی منفک شده، بتدریج و بگونه ای که وی را از پای درنیارود وارد هوشیاری او کند.

Concentration (تمرکز). باید از توجه قوی و متمرکز که ویژگی حالت هیپنوتیزمی است برای پررنگ و برجسته نمودن حد و مرز بین تجربه تروماتیک و عاطفه دردناک همراه آن بهره جست. هدایت توجه متمرکز بیمار به سمت ضایعه، تلویحاً بیانگر این دیدگاه است که با ختم حالت هیپنوتیزمی می‌توان توجه را از تجربه تروماتیک دور کرد. این ویژگی، ترس معمول از گشودن جعبه پاندورا و برانگیختن احساساتی که بسادگی کنترل نمی‌شوند را خنثی می‌کند. (گشودن جعبه پاندورا کنایه از غیر قابل کنترل شدن چیزهای بد است و اشاره دارد به یک افسانه یونانی که بر اساس آن زئوس Zeus، دختر زیبایی بنام پاندورا Pandora آفرید و او را با جعبه ای حاوی پلیدی ها به زمین فرستاد. هنگامیکه وی جعبه را گشود پلیدی ها از آن خارج شدند و زمین را با انواع آلام و بدیها آلودند. - مترجم

(-

Control (کنترل). دردآورترین جنبه یک ترومای شدید احساس درماندگی مطلق، حس عدم تسلط بر جسم خویش و نیز بر روند رویدادهاست. لذا فرایند مداخله درمانی باید حس کنترل بیمار بر خاطرات تروماتیک را تقویت کند. جریان درمان را بگونه ای سازمان دهید که بیماران امکان توقف فرایند بینش یابی بر مشکل خود را هر زمان که احساس کردند به اندازه کافی این کار را انجام داده اند داشته باشند، هر قدر که مایل باشند بتوانند از جلسه هیپنوز بیاد آورند و نیز درک کنند که خودشان مسئول تجربه خود هیپنوتیزم خویش میباشند. بیماران باید بیاموزند همانطور که بکمک درمانگر این کار را انجام دادند بتهایی نیز در جریان خودهیپنوتیزم قادر به انجام آن هستند. چنین روشهایی بیماران را قادر میسازد تا خاطرات تروماتیک خویش را با حس قویتری از کنترل و تسلط اشباع کنند.

Congruence (تجانس). هدف، کمک به بیمار برای وارد نمودن خاطره رویداد تروماتیک تجزیه یا سرکوب شده به درون آگاهی هوشیار خویش است بگونه ای که بتواند این خاطرات را بعنوان بخشی از تاریخچه زندگی مستمر خود بپذیرد و بخوبی تحمل کند. بدین ترتیب، دیگر گذشته تروماتیک بیماران با تجربه زندگی کنونی شان ناسازگار نیست. در انتهای درمان، بیماران باید کارهایی که برای آنان انجام شده و نیز اقداماتی که خود برای محافظت از خویش انجام داده اند را مورد بررسی مجدد قرار دهند. مرور آنها باید نه تنها شامل آنچه از دست داده اند بلکه همچنین شامل تمام چیزهایی که بعنوان ارزش پذیرفته اند و دلایل این ارزش گذاری باشد.

گزارش های بالینی متعددی در تایید تأثیر هیپنوز بعنوان درمان کمکی در PTSD موجود است اما تعداد مطالعات کنترل شده در اثربخشی هیپنوز برای درمان این اختلال محدودند. مطالعه کنترل شده ای توسط دنیل بروم (Daniel Brom) و همکاران بر روی 112 بیمار مبتلا به PTSD، نشان داد که نتایج رواندرمانی با هیپنوز بهتر از گروه شاهد و معادل درمان روان پویشی و حساسیت زدایی منظم بود. در این مطالعه، هیپنوز بویژه در کاهش نشانه های ورودی مزاحم بیش از نشانه های اجتنابی مؤثر بود.

اختلالات تجزیه ای (انفکاک)

تجزیه (انفکاک) بخشی از زنجیره پدیده هایی است با تغییرات تدریجی شامل تجزیه و ادغام مداوم تداعی های خودآگاه و ناخودآگاه. فرایند مستمر تجزیه و اتصال مجدد، موجب تشکیل ترکیبات متنوعی از اطلاعات هیجانی و شناختی می گردد که پیش از آن بصورت قطعات منفصلی از اطلاعات وجود داشتند. اختلالات تجزیه ای، شامل انفکاک هویت (اختلال هویت تجزیه ای)، انفکاک حافظه (فراموشی تجزیه ای و اختلال گریز مرضی) و انفکاک هوشیاری (اختلال مسخ شخصیت و اختلال خلصه تجزیه ای)

مجموعه ای از نشانه ها را ایجاد می‌کنند که عملکرد درون روانی و بین فردی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. ویژگی عمده اختلالات تجزیه ای، عدم دسترسی خودآگاهانه بیمار به قسمت هایی از تجربه است، حتی اگر فرد همیشه پیوندش را با درک کلی وضعیت روانی خویش و اختیار عملکرد زیربنایی حفظ کرده باشد.

یک پیشرفت مهم در راستای درک نوین اختلالات تجزیه ای، اثبات وجود پیوندی واضح بین تروما و تجزیه است. اگرچه ژانه (Janet) و همچنین فروید (Freud) مدتها قبل به فکر نقش استرس تروماتیک در ایجاد نشانه های تجزیه ای افتاده بودند، مطالعات اخیر نقش مستقیم تروما در فراخوانی نشانه های تجزیه ای را با جزئیات بیشتری مورد بررسی قرار داده اند. با این وجود، اطلاعات کافی برای تعیین رابطه سببی، زمان ایجاد، شدت و مفهوم تروما در ایجاد اختلالات تجزیه ای مورد مطالعه دقیق قرار نگرفته اند. دو پدیده نفع ثانوی و تمارض نیز عوامل مهمی هستند که نمی‌توان نقش آنها را در ایجاد و تداوم این اختلالات نادیده گرفت. تشخیص های محور II نیز ممکن است واجد اجزای مهمی از تابلوی بالینی باشند.

دقت کافی در تشخیص افتراقی بین دو پدیده تجزیه مرضی و روان پریشی که اولی پیامد اصلی تداخل رویدادهای پر استرس با هیپنوزپذیری بالا و دومی نتیجه درهم شکستگی شناخت درونی فرد و ملازم هیپنوزپذیری پایین یا هیپنوزناپذیری است، حائز اهمیت فراوان است. ادوارد فریش هولتز (Edward Frischholz) و همکاران دریافتند که بیماران مبتلا به اختلالات تجزیه ای نمره متوسط چرخش چشم 3.38 (eye roll sign) (در یک بازه 0 - 4) و همچنین نمرات بالایی در نمودار القای هیپنوز (Hypnotic Induction Profile) دارند. درحالیکه بیماران دچار اسکیزوفرنی نمره متوسط چرخش چشم 1.73 و نمرات پایینی در HIP دارند. تفاوت ظرفیت و پاسخدهی هیپنوتیزمی این دو تشخیص، بکارگیری هیپنوز رسمی (شامل تست هیپنوز) را بعنوان رویکردی اساسی در تشخیص و درمان اختلالات تجزیه ای تایید می‌کند در حالیکه می‌توان گفت هیپنوز در درمان اسکیزوفرنی جایگاهی ندارد. تجزیه های صورت گرفته در اختلالات تجزیه ای - صرف نظر از خودبخود یا آگاهانه بودن - همیشه بالقوه برگشت پذیرند.

نشانه شناسی و درمان

اختلالات تجزیه ای نوعی نقص در یکپارچگی همیشگی هویت، حافظه یا هوشیاری است. عدم دسترسی خودآگاهانه بیمار به بخش هایی از تجربه می‌تواند مشکلات موجود را تشدید کند. با بکارگیری

توأمان القاءات مرسوم هیپنوتیزمی و تدابیر درمانی مناسب، به شخص می‌آموزیم تا به خاطرات و احساسات تجزیه شده دسترسی یابد و فرایند تجزیه ای را تحت کنترل خویش درآورد. راهبرد روان‌درمانی - با پذیرش اختلال هویت تجزیه ای بعنوان یک PTSD مزمن - شامل بینش یابی خاطرات تروماتیک است.

به همان اندازه که استرس روانی-اجتماعی آغازگر فرایند تجزیه است، برطرف نمودن آن به رفع نشانه های موجود و کاهش احتمال بروز نشانه های بیشتر کمک می‌کند. آن دسته از افراد بسیار هیپنوزپذیر که در بیان و پافشاری بر دیدگاه خود در روابط بین فردی پیچیده مشکل دارند و یا آنهایی که با موقعیت های تنش زا سر و کار دارند مستعد ابتلا به نشانه های تجزیه ای شدید می‌باشند. روان‌درمانی به این افراد کمک می‌کند تا گرایششان به پیروی کورکورانه از دیگران و نیز حساسیت شدیدشان نسبت به طرد شدن و مورد مخالفت دیگران قرار گرفتن را شناسایی و اصلاح کنند.

یکی از خطرات سروکار داشتن با بیماران دچار اختلالات تجزیه ای در مورد بیماری بنام سیبل (Sybil) نشان داده شده است. میکل بُرش- یاکوبسن (Mikkel Borsh-Jacobsen) در گزارش خود از تجربه هربرت اشپیگل (Herbert Spiegel) در مورد خانم سیبل شرح می‌دهد که چطور درمانگر وی بطور ناخواسته دیدگاه موجود مبتنی بر تغییرات خودبخود شخصیت در مورد مشکل چند شخصیتی را به دیدگاه جدیدی مبنی بر تغییرات هدایت شده دگرگون کرد. سالهای متمادی سیبل بعنوان بیمار اسکیزوفرنیک تحت درمان بود. نهایتاً دکتر کانی ویلبر (Dr. Connie Wilbur) با تردید در تشخیص خود و از دکتر اشپیگل خواست برای تایید تشخیص به وی کمک کند. دکتر اشپیگل در جریان معاینه متوجه شد که سیبل بسیار هیپنوزپذیر است بنابراین اسکیزوفرنی را رد کرد. سپس معلوم شد که تشخیص صحیح، هیستری است (که در نامگذاری جدید اختلال تجزیه ای که بصورت دیگر مشخص نشده NOS نامیده می‌شود). هیپنوزپذیری و تلقین پذیری بالای بیمار او را در برابر تعبیرهای درمانگر آسیب پذیر کرده بود. در این تعبیرها درمانگر خُلق ها و دیدگاه های گوناگونی را به سیبل نسبت می‌داد و آنها را بعنوان شخصیت های متفاوت معرفی می‌کرد و بدین ترتیب سیبل ناخواسته برای بزرگ نمایی و پذیرش آن نقش ها تشویق می‌شد. اخیراً دکتر روبرت ریبر (Dr. Robert Rieber) نوارهای صوتی جلسات درمانی دکتر ویلبر با سیبل را یافته است که در آنها صدای دکتر ویلبر در حال ارائه این تعبیرات و راهنمایی ها به بیمار شنیده می‌شود.

بعدها از هربرت اشپیگل خواسته شد بعنوان مؤلف مشترک کتابی در باره سیبل همکاری کند زیرا وی برای روشن شدن تشخیص اولیه کمک کرده بود، زمانیکه دکتر ویلبر خارج شهر بود درمانگر

جایگزین بیمار محسوب می‌شد و همچنین زمانیکه سیبل یک سوژه آموزشی در کالج پزشکان و جراحان دانشگاه کلمبیا محسوب می‌شد رهبری آزمایشاتی را بر روی او بعهدہ داشت. در این مورد دکتر اشپیگل با توجه به دستوری بودن و در واقع خود بخود نبودن شخصیت ها، تشخیص اختلال شخصیت چندگانه را رد کرد. این یک پدیده خطرناک ایاتروژنیک (ناشی از مداخله پزشکی) است که هنوز پزشکان زیادی مرتکب آن می‌شوند.

بازیابی حافظه

از آنجاییکه صدمه وارده به حافظه در اختلالات تجزیه ای اغلب پیچیده است، بازیابی آن بخش مهمی از فرایند رواندرمانی را تشکیل می‌دهد. بطور کلی یادآوری ترومای اخیر از یادآوری ترومای قدیمی با دقت و سهولت بیشتری انجام می‌شود. شیوه درمان معمولاً بگونه ای طراحی می‌شود که از یادآوری خاطرات برای مقابله با گسیختگی تجزیه ای و تلاش در جهت ایجاد پیوند استفاده می‌شود. در بیماران دچار اختلالات تجزیه ای، بکمک رواندرمانی می‌توان رفتار و خاطرات تجزیه شده را که قبلاً بصورت غیرارادی و خودکار حادث می‌شد، تحت کنترل خودآگاه درآورد. درمانگران باید مراقب انعطاف پذیری بالا و پذیرش کورکورانه اطلاعات جدید توسط اشخاص بشدت هیپنوزپذیر باشند. گاهی یک پرسش نسنجیده از جانب درمانگر بجای حل مشکلی از بیمار معضل جدیدی برای وی ایجاد می‌کند. کاوش بیش از حد روان بیمار ممکن است موجب عدم انسجام بیشتر و باعث آشفتگی روانی و ترومای مجدد گردد. هدف، جمع آوری اطلاعاتی است که بیشترین ارتباط را با مشکل بیمار داشته باشد و وی را برای کنترل موثرتر روند زندگیش در حال و آینده توانا سازد.

مطالعات انجام شده توسط دانیل شاختر (Daniel Schachter)، لاری اسکوایر (Larry Squire)، جرال دلمن (Gerald M. Edelman) و سایرین یادآور این دیدگاه است که حافظه یک فرایند بازساختی است. حافظه شامل فرایندهای ادراک، تجسم و یادآوری است و تمامی این اجزا تحت تأثیر تاریخچه گذشته فرد، حالت هیجانی او، انگیزه وی، مقاصد شخصی و مجموعه متنوعی از متغیرهای محیطی قرار دارند. قسمت عمده آنچه بخاطر می‌آوریم به صورت قطعات جدا از هم است که سپس باید براساس یک چهارچوب و تم کلی به هم متصل شوند. هنگامیکه می‌خواهیم چیزی را بدرستی بیاد آوریم لازم است که سه منشاء احتمالی آلودگی را برطرف کنیم: (1) خودفریبی ناخودآگاه، (2) فریب ناشی از تلقین، (3) فریب عمدی.

نتیجه: اگرچه هیچ مطالعه کنترل شده ای در مورد تاثیر هیپنوز در درمان اختلالات تجزیه ای موجود نیست، نوشتجات بالینی بیانگر سودمندی آن می باشند. در تحقیقی که اخیراً روی 305 درمانگر صورت گرفت مشخص شد که در اختلال هویت تجزیه ای، رواندرمانی فردی بکمک هیپنوز خط اول درمان را تشکیل داده و داروهای ضد اضطراب و ضدافسردگی بعنوان ابزار کمکی ثانوی مورد استفاده قرار گرفته اند.

هیپنوز در روانپزشکی قانونی

اختلاف نظرهای اخیر پیرامون سندرم حافظه کاذب، توجه زیادی را در باره بکارگیری هیپنوز در شرایط بالینی به خود معطوف داشته و پرسش هایی را در مورد ارزش مطالب بیادآمده مطرح کرده است. برای کمک به شاهدان عینی و قربانیان جنایات جهت یادآوری وقایع، بکرات از هیپنوز استفاده شده است. بر خلاف عقیده برخی که معتقدند آلودگی حافظه در خلال هیپنوز اجتناب ناپذیر است، نتایج تحقیقات بعمل آمده بر روی هیپنوز و حافظه نشان می دهند که هیپنوز باورها را بیش از محتویات فکر تحت تأثیر قرار می دهد. هر تکنیک بازبازی حافظه که تعداد خاطرات تولید شده را افزایش دهد ملاک پاسخ (یعنی تمایل سوژه به گزارش یک فکر بعنوان یک خاطره) را کاهش می دهد. (این قسمت متن کمی مبهم بنظر میرسد بنابر این شایان ذکر است که با توجه به مفهوم ملاک پاسخ *Response Criterion* - یعنی میزان قدرت محرک که بالاتر از آن آزمودنی پاسخ مثبت نشان می دهد و پایین تر از آن پاسخ منفی ابراز می دارد - چنانچه به سوژه فشار آورده شود تا خاطرات بیشتری را بیادآورد احتمال آلودگی حافظه با افکار و تصورات فرد بیشتر می شود و بدین ترتیب بیشتر محتمل است آنچه فرد بعنوان یک خاطره تعریف می کند در واقع هرگز اتفاق نیافتاده باشد. - مترجم -) بنابراین صرف تلاش بیشتر برای بیادآوردن چیزی در مورد یک رویداد می تواند موجب تبدیل افکار، تصورات و یا پرسش های جهت دار درمانگر به خاطرات فرد شوند. مشاهده جلوه های ویژه هیپنوز نگرانی بیشتری ایجاد می کند زیرا نشان می دهد سوژه بطور مفصل تری مورد بررسی قرار گرفته است. علی رغم آنچه گفته شد مثالی در باره استفاده از هیپنوز در زمینه های قانونی که منجر به یادآوری صحیح خاطرات شده نیز وجود دارد. یک نمونه شناخته شده، مورد راننده اتوبوس دزدیده شده مدرسه ای در کالیفرنیاست. این راننده تحت هیپنوز توانست پلاک اتومبیل ربایندگان را بخاطر آورد. این اطلاعات که قبل از مداخله هیپنوتیزمی در دسترس خودآگاه وی وجود نداشت، منجر به دستگیری و محاکمه مجرمان شد.

هر خاطره ای، چه بکمک هیپنوز بیاد آمده باشد و چه بدون آن، تا وقتی که مستقلاً و بر اساس سایر شواهد و مدارک تایید نشود قطعی تلقی نمی‌شود. در همین راستا دادگاهها نیز متوجه آلودگی احتمالی حافظه با هیپنوز شده اند. تعداد قضاتی که شهادت شهود تحت هیپنوز را نمی‌پذیرند، رو به افزایش است و اخیراً حتی شهادت کسانی را که قبلاً در باره موضوع مورد نظر هیپنوز شده اند را نیز رد می‌کنند. این دیدگاه از این واقعیت منشا می‌گیرد که وقتی اشخاص انگیزه بالا دارند و یا در حالت برانگیختگی هیجانی قرار دارند، بویژه آنهایی که هیپنوزپذیری متوسط تا بالایی دارند هنگامیکه تلاش می‌کنند یک رویداد را بخاطر آورند - حتی بدون القای مرسوم هیپنوتیزمی- میتوانند وارد حالت خلسه شوند. این نگرانی‌ها بدلیل وجود دو پدیده افسانه سازی و عینی سازی است. در برخی شرایط افراد هیپنوز شده می‌توانند اطلاعاتی را از خود بیافند و سپس باور کنند که داستان تازه خلق شده شان واقعیت دارد که به آن افسانه سازی می‌گویند. حالت متداول تر آن است که سوژه‌ها با این باور قوی که خاطراتشان دست نخورده و صحیح است از هیپنوز خارج می‌شوند. نام این پدیده عینی سازی است. رفتار چنین شاهدانی در برابر هیئت ژوری متقاعد کننده تر از شاهدانی است که عین واقعیت را بیان می‌کنند. به دلایل فوق، چندین ایالت (نظیر نیوجرسی و نیویورک) استفاده از شهادت قربانیان و یا شاهدان عینی را که از هیپنوز برای تجدید خاطراتشان استفاده شده محدود نموده اند. علل مخالفت دادگاهها با بکارگیری هیپنوز، ترکیبی از خطرات واقعی و مبالغه آمیز آن می‌باشد. امروزه تعدادی از دادگاهها اجازه می‌دهند شاهدان پس از هیپنوز شهادت دهند، مشروط بر اینکه اصول معینی رعایت شود. این اصول عمدتاً عبارتند از داشتن مهارت و عدم وابستگی شخصی که بازجویی تحت هیپنوز را انجام می‌دهد و نیز ضبط الکترونیکی تمامی جریان هیپنوز.

درمانگرانی که قربانیان تروما یا جنایت را درمان می‌کنند، باید آگاه باشند که استفاده از هیپنوز ممکن است به توانایی قانونی شاهد برای ادای شهادت در دادگاه لطمه وارد سازد. اگر موارد حقوقی کیفری یا مدنی در پیش است، توصیه می‌شود از بیمار بخواهند وضعیت اتفاق افتاده را در حضور وکیل شخصی خود یا دادستان شرح دهد و از بیمار و وکیل وی رضایت کتبی برای استفاده از هیپنوز گرفته شود. اگر احتمال درگیری بعدی بیمار با قانون وجود دارد و قرار است هیپنوز بکار گرفته شود، تمامی تماس‌های درمانگر با بیمار باید بصورت الکترونیکی و ترجیحاً روی نوار ویدیو ضبط شود. از آنجاییکه هیپنوز موجب تعلیق در قضاوت نقادانه و در نتیجه تلقین پذیری بالا یا پاسخدهی بالا به اشارات اجتماعی می‌شود، مصاحبه باید با حداقل اطلاعات وارده به بیمار هدایت شود. بمنظور اجتناب از خطر آلودگی

حافظه سوژه، مؤلفین این نوشتار توصیه می‌کنند از سؤالات باز نظیر "سپس چه اتفاقی افتاد؟" به جای پرسش‌هایی نظیر "او چگونه به شما تجاوز کرد؟" استفاده شود.

هیپنوز هرگز نباید جایگزین روش‌های تجسسی استاندارد گردد. زمانیکه فراموشی تروماتیک در مورد اتفاقات یک جنایت حادث شده یا وقتیکه سایر راه‌های موجود برای کشف حقیقت با شکست مواجه شده‌اند، بکارگیری هیپنوز به خطرش می‌ارزد.

آینده

هیپنوز درچه‌ای است به ذهن مغز که بیماران را یاری می‌کند تا فشارهای روانی، دردها، عادات ناپسند، نشانه‌های تجزیه‌ای و مشکلات روان‌تنی خود را بهتر و مؤثرتر تحمل کنند. همچنین اطلاعات بالینی مفیدی در مورد سبک و شیوه شناختی و ارتباطی بیمار و در نتیجه راهی برای انتخاب رویکرد درمانی متناسب با خصوصیات وی در اختیار درمانگر قرار می‌دهد. افراد با هیپنوزپذیری بالا، بر "پذیرش" بجای "شناخت" تاکید دارند و به جای تلاش برای درک مفهوم، بدنبال ساختار و دستورالعمل هستند. در مقابل، افراد با هیپنوزپذیری پایین، تنها بصورت نسبی و محتاطانه از تکنیک‌های هیپنوتیزمی بهره‌مند می‌شوند. البته میزان این بهره‌جویی با مباحثه، فهم صحیح موقعیت، ایجاد انگیزه و برخی اصلاحات بیشتر می‌شود. درک کامل این تفاوت‌ها می‌تواند موجب افزایش پاسخدهی و پذیرش بهتر تکنیک‌های هیپنوتیزمی توسط بیمار شود. هنگامیکه تمام حواس بیمار متوجه درمانگر است، درمان بهتر عمل می‌کند. هیپنوز با تمرکز توجه و تحریک تعهد، می‌تواند موجب تقویت انواع روش‌های روان‌درمانی شود.

مراجع متقاطع پیشنهادی

بیولوژی حافظه در بخش 3.4 و روان‌کاوی در بخش 6.1 بحث شده است. اختلالات اضطرابی موضوع فصل 14 می‌باشد و اختلالات تجزیه‌ای در فصل 17 آمده است. فصل 24 عوامل روان‌شناختی مؤثر بر مشکلات روانپزشکی را مورد بررسی قرار می‌دهد. ارزیابی روان‌درمانی در بخش 30.11 بحث شده است.

منابع:

- داود، توماس. شناخت درمانی هیپنوتیزمی. (ترجمان فتحی، مهدی؛ جودی، میترا) زارعی کلات، علی؛ پورفریدونی، فاطمه) مشهد: بامشاد. (1387). 200 ص
- ژاگو، پل. روشهای علمی مانیتیسیم، هیپنوتیزم، و تلقین. چگونه قوای درونی خود را شکوفا کنیم؟. (ترجمه بیتا شمسنی). تهران: ققنوس. (1383). 207 ص
- سادوک. خلاصه روانپزشکی کاپلان سادوک. (ترجمه فرزین رضاعی). تهران: ارجمند. (1389). 1560 ص
- فتحی، مهدی؛ فیاض صابری، محمدحسن. هیپنوتیزم بالینی. مشهد: (1390) 176 ص
- هامون ک. ریدون. القاء و تلقینات هیپنوتیزمی. (ترجمه سید کاظم علوی فاضل) اهواز: تراوا. (1388). 296 ص

تهیه کننده: روزیتا صیامی

روشناس و هیپنوتراپ



قهوه خانه کوانتومی

قهوه سنگفت انگیز

هینوتیزم و خودهینوتیزمی



