

هیپنوتیزم

دانش، هنر و یا فلسفه‌ای در علوم بالینی

محمد مهدی خدیوی زند^(۱)

چکیده:

درباره هیپنوتیزم پرسشها فراوان است: آیا هیپنوتیزم دانش است؟ هنر است؟ و یا نگرشی فلسفی است؟ در هر یک از این وضعیت‌ها چه تعریف و چه جایگاهی دارد؟ در این گزارش تلاش می‌شود پاسخهایی بازیابی گردد. نخست مفاهیم بنیادی را که در مکاتب مختلف روان‌شناسی برای توجیه و یا تعریف هیپنوتیزم بکار رفته است بررسی می‌نمایم سپس دو اثر شناخته شده در روان‌درمانی پزشکی و در رابطه با هیپنوتیزم بازنگری می‌کند و در جریان آن موضع نویسنده در دانش، هنر و یا فلسفه بودن هیپنوتیزم تبیین و تحلیل می‌شود.

کلمات کلید: هیپنوتیزم، مهارت، تلقین پذیری، واپس‌گرایی، انتقال و انتقال متقابل، سفرولوژی (دانش، هنر و یا فلسفه‌ای در علوم بالینی)

انجمن روان‌پزشکان انگلیس درباره هیپنوتیزم می‌گوید: «هیپنوز حالت گذرایی است که از تغییر در "دقت" فرد به وجود می‌آید حالتی که حاصل دخالت فرد دیگری است، در این حالت پدیده‌های گوناگون تحت تأثیر محرک‌های لفظی و غیر لفظی و یا به طور خودجوش پدید می‌شوند. این پدیده‌ها شامل تغییر در آگاهی و حافظه، افزایش حساسیت، تلقین پذیری و بروز پاسخها و تصوراتی است که در حالت عادی در فرد نیست. علاوه بر این، حذف یا به وجود آوردن پدیده‌هایی مانند بی‌حسی، بی‌حرکی، سفتی ماهیچه و تغییر در جریان خون در حالت هیپنوز ممکن است.»

این تعریف از نخستین تعاریف پذیرفته شده به وسیله یک انجمن علمی پزشکی است و

۱- محمد مهدی خدیوی زند، دکترای دتا در روانشناسی بالینی، «رواندرمان - روانکاوا» عضو انجمن پژوهشهای روان‌درمانی فرانسوی زبان، عضو انجمن هیپنوتیزم ایران.

۲- روان‌درمانی پزشکی چاپ پاریس ۱۹۷۸

پرسشهایی را در پی دارد:

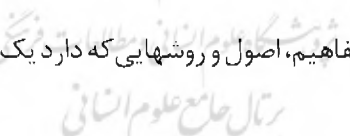
- آیا هیپنوتیزم دارای معیارهای عینی برای اندازه‌گیری است، معیارهایی از نوع آنچه در عصب‌شناسی و با فیزیولوژی وجود دارد؟

- حالت هیپنوتیزمی که بر اثر تلقین و یا محرومیت‌های حسی به وجود می‌آید چگونه حالتی است؟ واقعیت آن چیست؟ چگونه می‌توان چیزی را که در اثر تلقین به وجود آمده است در جریان تلقین اندازه‌گیری کرد؟

اگر حالت هیپنوتیزمی را مبین ارتباط ویژه هیپنوتیزم‌کننده و هیپنوتیزم‌شونده بدانیم، در این صورت موضوع دانش هیپنوتیزم کیفیت و کمیت ارتباط آن دو است و پرسشهای دیگری را بر می‌انگیزد.

- ارتباط هیپنوتیزم‌کننده و هیپنوتیزم‌شونده چگونه ارتباطی است؟ و چه چیز در این ارتباط بیانگر اثرات تلقین و تلقین‌پذیری است؟

- آیا این ارتباط از نوع ارتباطهای روانکاوانه (انتقال و انتقال متقابل) است، یا ارتباط رفتارگرایانه (محرک و پاسخ)... است و یا ارتباطی تخیلی و هنری (کنایه، مجاز، تشبیه، استعاره...) است؟

- آیا هیپنوتیزم با معیارها، مفاهیم، اصول و روشهایی که دارد یک دانش است، هنر است و یا فلسفه‌ای از هستی انسان است؟! 

برای پاسخگویی به پرسشهای یاد شده به نظریه‌ها و مکاتب مختلف روان‌شناسی و روان‌درمانی مراجعه می‌کنیم:

۱ - نظرگاه پاولف^(۱)

نظریه پاولف از قدیمی‌ترین نظرگاهها درباره هیپنوتیزم است. در نظر او هیپنوز خوابی جزئی است که قلمرو آن به شدت و وسعت مهار^(۲) قشر مغز^(۳) وابسته است. اگر قشر مغز به طور کامل مهار شده باشد دیگر مجموعه محرکها را یکجا دریافت نمی‌کند. اما از آن جا که در هیپنوتیزم جزء یا بخشی از قشر مغز مهار شده است، بخشهایی فعال باقی می‌ماند که ارتباط هیپنوز شونده را با هیپنوزگر برقرار می‌سازد. مثلاً اگر در حالت هیپنوز به هیپنوز شونده بگویید: «شما دیگر صدایی نمی‌شنوید، ولی صدای مرا می‌شنوید» هیپنوز شونده دچار توقف و خاموشی

۱ - PAVOLOV - فیژولوژیست روسی و صاحب نظریه بازتابهای شرطی در نیمه اول این قرن پوهتی می‌کرده است.

۲ - Inhibition

۳ - Cortex

مجموعه ادراکات صوتی می‌گردد ولی بخشی از قشر مغز، که برای دریافت سخن است، فعال مانده و به هیپنوز شونده امکان می‌دهد که ارتباط خود را با هیپنوزگر حفظ کند. پاولف فرآیند هیپنوز را در سه مرحله توضیح می‌دهد: (۱)

مرحله اول یکسان کردن (۲): این مرحله شبیه حالت عادی و مرحله القائی است. تمام محرکها، هر چه باشد، یکسان عمل می‌کنند.

مرحله دوم تناقض (۳): در این مرحله پس از یکسان کردن محرکها وضعیت چنان است که یک محرک ضعیف می‌تواند اثری قوی داشته باشد و یک محرک قوی اثری ضعیف می‌بخشد. در این حالت سر و صداهای اطراف تأثیری بر هیپنوز شونده نمی‌گذارد: می‌توانیم درها را به هم بزنیم، تمام محرکهای صوتی قوی به هیچ وجه بر او اثر نمی‌کنند، بر عکس کلمات ملایم هیپنوز کننده را دریافت می‌دارد.

مرحله سوم فوق تناقض (۴): در این مرحله با یک محرک منفی به نتیجه می‌رسیم، محرکهایی که سلولهای مغزی در حالت عادی و بیداری به آن پاسخ نمی‌دهند (محرکهای شرطی شده) یادآوری می‌کنیم با تمام تحقیقاتی که به وسیله عصب شناسان شده است هنوز نتوانسته‌ایم برای مفهوم "مهار" تعریف روشن و متمایزی بدست دهیم.

۲ - نظرگاه ژانه (۵)

ژانه نظریه خود را با گسترش نظریه‌ای که درباره هیستری (۶) داشت بیان کرد. از نظر او در هیستری آگاهی به دو بخش تقسیم می‌شود. در هیپنوز نیز این دو بخش را به طور مصنوعی به وجود می‌آوریم. عمق هیپنوز بستگی به درجه جدایی بخشها با هم دارد.

در نظریه ژانه رفتار انسان در دو سطح بروز می‌کند: یکی سطح اراده، تلاش و تصمیم. دیگری سطح فعالیتهای بازتابی (۷) است. هیپنوز بخش اراده را حذف می‌کند و در نتیجه رفتار بازتابی، ناپایدار و جدا از آگاهی می‌شود؛ فراموشی بعد از هیپنوز دلیل موجهی بر این فرضیه است. اما این فراموشی ظاهری و گذرا است نه واقعی و پایدار. به پیروی از نظریه ژانه برخی

1 - Dr. C. R. Rager. Hypnose Sophrologie Et Medecine Paris, 1978

2 - Egalisation

3 - Paradoxale

4 - Ultra - Paradoxale

۵ - پیر ژانه P. Janet روانپزشک فرانسوی نیمه اول این قرن، معاصر با پاولف و فروید.

6 - Hysterie

7 - Reflex

معتقدند که حالت عادی از روی هم قرار گرفتن آستانه آگاهی^(۱) و آستانه هوشیاری^(۲) به وجود می‌آید و حالت هیپنوز بر اثر جدایی این دو آستانه از یکدیگر است.

۳ - نظریه رفتارگرایان

رفتارگرایان بویژه هال^(۳)، وایت^(۴) و ساربن^(۵) معتقدند که میان تلقین در حالت بیداری و تلقین پذیری در حالات هیپنوتیزم تفاوت کمی است نه کیفی: وایت در سال ۱۹۴۱ هیپنوز را نوعی یادگیری و بازی می‌داند و می‌گوید هیپنوز شونده نقش^(۶) بازی می‌کند: «هیپنوز شونده، نقش کسی را بازی می‌کند که هیپنوز کننده به او القا کرده است و خود را با افکاری که به او داده شده منطبق می‌سازد.» نظریه وایت رفته رفته تعدیل شد تا جایی که در سال ۱۹۶۲ اُورن^(۷) معتقد می‌شود که جوهر و خمیره^(۸) هیپنوتیزم در انسان وجود دارد. این خمیره حاصل تأثیر فرهنگی-اجتماعی یک زمان مشخص و عواملی است که آگاهانه یا ناآگاهانه به وسیله هیپنوز کننده القا می‌شود. بدین ترتیب اهمیت ارتباط افکاری که تحت هیپنوز القا می‌شود با افکار ناخودآگاه اجتماعی فرد، که طی سالیان به وجود آمده‌اند، مورد تأکید قرار می‌گیرد. مثلاً حالت بروز خلسه در سال ۱۹۷۰ در هیپنوز شونده کاملاً متفاوت از خلسه‌ای است که یک قرن پیش به وسیله مسمر^(۹) به وجود می‌آمده است. زیرا شرایط و اثرات فرهنگی-اجتماعی در این دو زمان متفاوت است. میان هیپنوز کننده و هیپنوز شونده "قضایی" از اعتماد و قراردادهای وجود دارد که هر یک از آن دو نقش خود را به تبعیت از طرحهای اجتماعی-فرهنگی حاکم بر آن فضا بازی می‌کنند.

۴ - نظریه روانکاوی

در روانکاوی حالت هیپنوز نوعی واپس‌گرایی^(۱۰) است که هیپنوز شونده را در وضعیت انتقال و انتقال متقابل^(۱۱) قرار می‌دهد. در چنین موقعیتی احساسهایی که هیپنوز شونده و هیپنوز کننده در گذشته تجربه کرده‌اند ناخودآگاه میان آن دو انتقال می‌یابد. اکنون دو پرسش

1 - Conscience

2 - Vigilance

3 - Hull

4 - White

5 - Sarbin

6 - Jeu de Rôle

7 - Orne

8 - Artefacts (essence de hypnose)

9 - Mesmer

10 - Regression

11 - Transfert et contre transfert

مطرح می‌شود:

- حالت واپس‌گرایی را چگونه می‌توان به وجود آورد؟

- مشخصات حالت هیپنوزی در جریان واپس‌گرایی چیست؟

حالت واپس‌گرایی با دو وسیله به وجود می‌آید:

۱- شیوه تماس^(۱): با محرک‌های حسی-حرکتی و بدون سخن است. این شیوه در زمان مسمر و امروز متداول است. شیوه تماس موجب تغییراتی در بخش‌های مرکزی عصبی-روانی می‌شود و ایجاد خلسه می‌کند.

۲- شیوه سخن: هیپنوزگر با سخن موجب همانندسازی هیپنوز شونده با کسانی می‌شود که در گذشته برای او شخصیت ایده‌آل و یا قدرت مطلقه بوده‌اند. بدین معنی که هیپنوزگر برای هیپنوز شونده شخصیت خوب دوست داشتنی مادر و یا قدرت مطلقه پدر را پیدا می‌کند. روانکاوی، با تکیه به این نظریه، میان هیپنوز سلطه جویانه^(۲) و هیپنوز مسالمت جویانه و ملایم^(۳) تفاوت می‌گذارد. اگر هیپنوز شونده بر پدر تثبیت و وابسته شده باشد، هیپنوز سلطه جویانه و اگر به مادر وابسته باشد هیپنوز مسالمت جویانه را ترجیح می‌دهد و زودتر خلسه می‌پذیرد.

شیوه حسی-حرکتی که مستلزم تماس تن با تن است به وسیله روانکاوان متروک است زیرا به روابط انتقال و انتقال متقابل عمیق دامن می‌زند و دشواری‌هایی در کار درمان به وجود می‌آورد. واپس‌گرایی در حالت هیپنوز برای روانکاوان دو ویژگی دارد:

۱- عمق واپس‌گرایی: حالت هیپنوز عمق متغیری پیدا می‌کند یعنی در جلسات مختلف هیپنوز شونده واپس‌گرایی در سطوح مختلف دارد. گاهی به دوران شیرخوارگی و حتی قبل از آن باز می‌گردد. در این حالت هیپنوز عمیق است و تأثیر‌پذیری هیپنوز شونده زیاد است. و گاهی در سطح کم عمق‌تر، به حالت کودکی، نوجوانی و بزرگسالی می‌رسد. در این حال هیپنوز سطحی‌تر و تأثیر‌پذیری و اطاعت کمتر است.

۲- گسترده‌گی واپس‌گرایی: واپس‌گرایی همیشه تمام ساخت شخصیت را در بر نمی‌گیرد گسترده‌گی آن کم و یا زیاد می‌شود. مثلاً یک نفر ممکن است، از لحاظ حسی-حرکتی و روان حرکتی در یک هیپنوز عمیق فرورود تأثیر‌پذیری و بی‌حسی ماهیچه‌ای کامل پیدا کند، برعکس از لحاظ اخلاقی در سطح بزرگسالی باقی می‌ماند؛ اگر هیپنوزگر بخواهد از مرز قراردادهای درمانی و خدماتی خود پا فراتر بگذارد او عکس‌العمل می‌کند، مقاومت نشان می‌دهد و گاهی با

اضطراب از حالت هیپنوز بیرون می‌آید. توضیح واپس‌گرایی در چنین وضعیت بسیار پیچیده و دشوار است. از آنجا که گسترده‌گی واپس‌گرایی کامل نیست بنابراین برای آن سطوح و سازمان‌بندیهای جداگانه و متعدد وجود دارد. واپس‌گرایی تحت سلطه موقعیتهای انتقال و انتقال متقابل است که ممکن است شدت پیدا کند: هیپنوز کننده نه تنها با پدیری واقعی بلکه با پدیری خیالی و ایده‌آلی همانند می‌شود که قدرت مطلقه است همین امر مبین بروز واپس‌گراییهای قابل توجه می‌شود.

واپس‌گرایی در نظریه روانکاوی وضعیت روانی هیپنوز شونده را توضیح می‌دهد ولی قادر به تبیین بی‌حسی‌های موضعی در حالت هیپنوز نیست. روانکاوی به قراردادهای میان هیپنوز شونده و هیپنوز کننده اهمیت زیادی می‌دهد. نوعی قرارداد ضمنی میان آن دو برقرار است که پیش‌درآمد حالت هیپنوز است. مثلاً در دندانپزشکی قرارداد ضمنی میان دندانپزشک و مراجع برای کاهش درد^(۱) است و هر کدام از آنها این قرارداد را رعایت می‌کنند اما اگر یکی از آنها حدود قرارداد را رعایت نکند مقاومت‌ها و پیچیدگی‌هایی در روابط آن دو به وجود می‌آید. اگر در جریان عمل برای بی‌دردی هیپنوزگر بخواهد کار دیگری انجام و علائم بیماری خاصی را مورد حمله قرار دهد هیپنوز شونده متوجه می‌شود و مقاومت‌های تازه‌ای را بروز می‌دهد. در نظریه روانکاوی سیستمها (مجموعه علائم) و روان‌نژندیها برای ایجاد تعادل است هر بیمار با مجموعه علائم بیماری خود سازگاری و تعادل برقرار می‌کند. مثلاً در روان‌نژندی وسواس بیمار مرتب یک رفتار را مورد تردید قرار می‌دهد و دوباره شروع می‌کند چنین رفتار وسواسی او را مضطرب می‌سازد در عین حال وسیله دفاعی است تا از حالت روان‌نژندی به روان‌پریشی دچار نشود. به عبارت دیگر بیمار رنجی را می‌جوید تا او را از رنجی بزرگتر برهاند. بنابراین در جریان استفاده از هیپنوز یا هر نوع روان‌درمانی باید با احتیاط عمل کنیم: علائم بیماری را مستقیم مورد حمله قرار ندهیم، زیرا کنار گذاشتن و بر طرف کردن سریع علائم بیماری موجب می‌شود که بیمار علامت دیگری را جانشین آن کند و دچار اضطراب بیشتری شود. خوشبختانه این حادثه کم اتفاق می‌افتد زیرا محو علائم پایدار یک بیماری اگر غیر ممکن نباشد دشوار است. زیرا بیمار از آن به عنوان وسیله دفاعی و سرپوش گذاشتن بر ناراحتی خود استفاده می‌کند و تعادل برقرار می‌نماید. همین امر موجب می‌شود که تلقین‌های هیپنوتیزمی کنار گذاشته و بی‌اثر شوند.

علائم بیماری در نظریه روانکاوی مبین تعارضات شدید در ناآگاهی است. بنابراین اهمیت زیادی در تعادل روانی فرد دارند. یعنی به او امکان می‌دهد که نیروهای روانی را تغییر جهت دهد

تا موجب بروز دلهره و اضطراب نشوند.

یادآور می‌شویم که در ابتدای این قرن ژانه کوشید تا در مورد ۳۵۰۰ بیمار که اغلب دچار هیستری بودند علائم بیماری را با هیپنوزم برطرف کند ولی فقط در ۰.۷٪ موارد موفق بود.

واپس‌گرایی به روزهای نخستین^(۱)

در نظر میرس واپس‌گرایی به نخستین روزهای فعالیت مغز زمینه اصلی حالت هیپنوزی است. در این دوره مغز بدون مقاومت و بدون دلیل و با اظهار نظر تحت تأثیر تلقین قرار می‌گیرد و فعالیت‌های روانی مانند همانند سازی، درون فکنی، انتقال، نیاز به بازی نقش و روابط تلقین‌پذیر هیستریک کاهش یافته و کمتر از حالت عادی می‌شود. بی تفاوتی نسبی این فرآیندها موجب پیدایش بدیده‌های هیپنوزی است. (هیپنوز شونده به عکس‌العمل‌های ابتدایی دوران نخستین تولد و حتی قبل از تولد باز می‌گردد. مثلاً ضریان قلب تا ۱۲۰ در دقیقه بالا می‌رود).

تلقین‌های هیپنوزی باعث می‌شود که هیپنوز شونده به روزهای نخستین فعالیت مغز واپس‌گرایی کند در آن حالت آنچه را به او القا می‌شود می‌پذیرد.

نظریه انتقال و انتقال متقابل

انتقال به معنی آن است که هیپنوز شونده احساسها و بارهای هیجانی را که از تجربه‌های گذشته داشته است به هیپنوز کننده منتقل می‌کند. اثر انتقالی این هیجانها به همان اندازه است که در تجربه‌های اولیه ما بویژه در تجربه‌هایی که با پدر و مادر داشته‌ایم، شدید یا ضعیف بوده است.

در حالت هیپنوز واپس‌گرایی و انتقال موجب می‌شود که هیپنوز شونده به دورانی باز گردد که کوچک بوده و به پدر و مادر وابستگی داشته و همه چیز را تکرار و تقلید می‌کرده است. در چنین حالتی هیپنوز شونده با اظهار آمادگی و درخواست خود مکانیسم‌های دفاعی آگاهانه خود را از دست می‌دهد و به دوران بچگی که در کنار و آغوش مادر بوده است واپس‌گرایی می‌کند و در حالت واپس‌گرایی به هیپنوز کننده بدون اراده با تصویری که از دیگری (یکی از والدین) دارد همانند سازی می‌کند. بدین ترتیب دو حالت هیپنوتیزمی وجود دارد یکی حالت دوست داشتن

۱- این بیان را برای اصطلاح Regression Atavique بکار برده‌ایم که در سال ۱۹۵۷ به وسیله میرس Meares روانپزشک و روانکاو انگلیسی زبان مطرح شده است.

که نتیجه وابسته بودن به مادر است و دیگر حالت ترسیدن که بر اثر وابستگی به پدر است. در نتیجه شیوه‌های هیپنوزگری "آرامانه" و "آمرانه" را موجب می‌شود. انتقال متقابل هنگامی است که هیپنوزگر در احساسات و تخیلات هیپنوز شونده غرق شود و آنچه را که او ظاهر می‌کند محبت یا دشمنی واقعی دانسته (در حالی که این حالت وهمی مربوط به سالهای گذشته است) و در برابر آنها عکس‌العمل کند. در این حال است که هیپنوزگر متقابلاً به دنیای کودکی و گذشته خود واپس‌گرایی می‌نماید و نسبت به هیپنوز شونده وابستگی نشان می‌دهد، دشمنی و یا دوستی پیدا می‌کند، خطاها و لغزشهای درمانگری از چنین وضعی ناشی می‌شود.

جایگاه هیپنوتیزم

بار دیگر به پرسشهایی که در آغاز مطرح کردیم بر می‌گردیم: آیا هیپنوتیزم دانش است، هنر است و یا فلسفه‌ای در علوم بالینی است. برای پاسخ دادن به این پرسشها به دو اثر بزرگ در این زمینه مراجعه می‌کنیم:

۱- اثر دو جلدی با عنوان روان‌درمانیهای پزشکی^(۱)
۲- اثری با عنوان هیپنوز، سفرولوژی و پزشکی^(۲) می‌کشیم تا با نگاهی اجمالی به محتوی این دو مجموعه و ژرفنگری در برخی از مفاهیم بنیادی آن دو تصویری عینی و واقعی از جایگاه هیپنوتیزم در میان علوم، هنرها و فلسفه بدست دهیم.

اثر نخست هیپنوتیزم را در مجتمع علمی-تخصصی روان‌درمانیهای پزشکی قرار داده است. صاحب‌نظرانی که در آن کار کرده‌اند ۱۲ نفر از استادان دانشگاههای اروپایی هستند که در روان‌درمانی، روانپزشکی، روانکاوی و هیپنوتیزم تخصص داشته‌اند و برای نگارش آن قریب ۵۰۰ مرجع و سند را در زبانهای مختلف مورد استفاده قرار داده‌اند.

آنها هیپنوتیزم را شاخه‌ای از روان‌درمانی پزشکی می‌دانند و روان‌درمانی پزشکی حاصل کاربرد روان‌شناسی و روانکاوی در علوم پزشکی است. روان‌درمانی پزشکی دانش و هنر بالینی است که در آن ویژگیهای روانی پزشک بر فرآیندهای روانی بیمار اثر می‌گذارد و موجب تغییر فرآیندهای روان‌تنی، روان رفتاری و روان اجتماعی او با جهان خارج می‌شود. هیپنوتیزم، به نوبه خود، شیوه‌ای از عملیات روان‌درمانی است که با تکیه بر محور محرکات لفظی، حرکتی و

1 - Psychotherapies Medicale J. Guyotat Ed. Masson Paris (1978)

2 - Hypnose Sophrologie Et Medecine Ed. Fayard Paris (1985)

حسی از سوی هیپنوزگر موجب تغییراتی در آگاهی، حافظه... هیپنوز شونده می‌گردد (درجه تلقین پذیری او را افزایش می‌دهد و موجب بروز رفتارها و عکس‌العملهایی می‌گردد که در حالت عادی در او دیده شدنی نیست. مثلاً می‌تواند پدیده بی‌حسی، بی‌حرکی، سختی عضلات، تغییر در جریان خون و یا تنفس را به وجود آورد.)

در این مجموعه هیپنوتیزم به عنوان شیوه‌ای اصلی و بنیادی در «رواندرمانیهای متکی به تن»^(۱) مطرح و از چند سو نگریسته می‌شود.

۱- هیپنوتیزم حد فاصل پزشکی و تلاشهای جادویی است: چنین می‌نماید که شیوه کار هیپنوزگر میان روشهای پزشکی و عملیات خیالی نمایش جادوگرانه نوسان می‌کند در چنین وضعیت دو پهلو است که هیپنوزگر گاه، با چشمان نافذ و حرکاتی فشرده، در جمع معجزه‌گر معرفی می‌شود و گاه، با رفتاری آرام، درمانگری محتاط و پزشکی حاذق ترسیم می‌گردد.

۲- هیپنوتیزم مرکز تلاقی نظریه‌هایی است که به ظاهر از یکدیگر دورند مثلاً نظریه‌های نوروفیزیولوژی، روان‌شناسی تجربی، روانکاو و حتی پاراپسیکولوژی... با این همه خود به نظریه‌ای مشخص متکی نمی‌شود. اما موضع‌گیری جدید آن را به تلاشهای پزشکی نزدیک‌تر و از وضعیت جادوگرانه قبلی دور می‌سازد.

۳- در سومین دیدگاه هیپنوتیزم را فرآیند درمانی می‌دانند که میان فرآیندهای درمان بدنی و فرآیندهای درمان روانی قرار گرفته است در چنین حالتی است که موضوع آن مشخص و جایگاه آن متمایز می‌گردد و بیش از پیش به تلاشهای علمی-تخصصی نزدیک می‌شود. قلمرو اختصاصی آن آسیب‌های کنشی، روان‌تنی^(۲) یا تن‌روانی^(۳) است و بیماریهای قلبی، عروقی، ریوی، مجاری ادراری، گوارشی، پوستی به طور عام وارد قلمرو آن می‌گردد و در موارد اختصاصی‌تر در مامایی، دندانپزشکی، ایجاد بی‌حسی و تسکین دردهای ناشی از آسیب و ضربه‌های بدنی و حتی دردهای سخت بدن‌زا مانند دردهای ناشی از سرطان بکار می‌رود. جایگاه اختصاصی‌تر آن، در همین دیدگاه، کاربرد هیپنوتیزم در روانپزشکی برای انواع اضطرابها، فوبی‌ها، حالات روان‌نژندی، بخصوص هیستری و اختلالات در خواب است.

اثر دوم با عنوان: هیپنوز، سفرولوژی^(۴) و پزشکی است. سفرولوژی دانشی در گروه پزشکی و رواندرمانیهای غیر دارویی است که قریب ۳۵ سال پیش در ۱۹۶۰ به وسیله الفنسوکایسدو^(۵)

استاد کرسی در نورویسیکیاتری^(۱) از دانشگاه بارسلون اسپانیا بنیادگذاری شده است. سفرولوژی در لغت از sos به معنی هماهنگی و تعادل است و phren به معنی روان و logos به معنی سخن و شناخت است و حالت Sophorosyten در تعبیر افلاطون (در سارمید) حالتی آرام و تمرکز یافته از روان است که با سخنان زیبا به وجود می آید.

سفرولوژی در آغاز مترادف با هیپنوز تصور می شد ولی امروز به مفهومی گسترده تر آن را دانش، هنر و فلسفه ای از پزشکی و رواندرومانیهای جدید می دانند که هدف اصلی آن مطالعه پدیده گرایانه تمام امکانات و وسایل فیزیولوژیکی، فیزیکی و شیمیایی و روانی است که بتواند روی آگاهی انسان اثر بگذارد و آن را تغییر دهد. در چنین مفهومی هیپنوتیزم دانش، هنر و فلسفه ای از علوم پزشکی بالینی است که امکان می دهد با تغییر در آگاهی، تغییرات قابل توجهی را در کنش های ارگانیسم به وجود آوریم؛ تغییراتی که در پزشکی روان تنی، تن روانی و روان دارویی^(۲) به طور اخص مورد نظر است.

تمایز سفرولوژی با هیپنوتیزم به عنوان یک دانش در گستردگی قلمرو آنها است. با اطلاعاتی که داریم به آسانی می توانیم جایگاه بسیاری از شیوه های پزشکی، رواندرومانی و روانپزشکی را که زاینده سنتها، آداب، رسوم و عقاید کشورهای آسیایی است از هیپنوتیزم جدا کنیم و مرز مشخصی برای آنها داشته باشیم مثلاً شیوه های یوگا^(۳) زن^(۴) و یا شیوه های متکی بر بودیسم^(۵) مانند تمرکز^(۶)، روشننگری^(۷) و یا نظاره^(۸) را در ردیفی دیگر قرار دهیم.

هیپنوتیزم مانند سایر دانشهای متکی بر سفرولوژی در مفهوم فلسفی خود جستجوگر تعادل و آرامش در شخصیت انسان است و آدمی را در آگاهی هر چه بیشتر از خود یاری می کند و امکان شناخت دیگری و ایجاد رشد و تعادل در روابط انسانی را می دهد. بالاخره هیپنوز در قالب هنری خود با مفهومی عالی و گسترده ای از پزشکی و درمان هماهنگ می شود مفهومی که می خواهد تن را از درگیری با دلهره ها، روان نژندیها و بیماریهای زاینده از فضای تنش زای تمدن کنونی نجات دهد.

رولاند راجر^(۹) پس از آنکه مفاهیم و نظریه های اساسی در هیپنوتیزم را مطرح می کند، به شیوه های عملی و کاربرد آن در اختلالات روان تنی انواع آسمها، بیماریهای قلبی و عروقی، مامایی و زایمان، جراحی، بیماریها و حساسیت های پوستی، تقلیل دردها و بیماریهای گوارشی

1 - Neuropsychiatrie

2 - Psychopharmacologie

3 - Youga

4 - Zen

5 - Boudism

6 - Concentration

7 - Meditation

8 - Complantation

۹- رولاند راجر (R. Rager) نویسنده اثر مورد بحث و استاد مدرسه عالی سفرولوژی و پزشکی روان تنی است.

می‌پردازد.

نتیجه

تلاش‌های اندیشمندانی را در تعیین جایگاه دانشی، هنری و فلسفی هیپنوتیزم از نظر گذراندیم، تحلیلها، مفاهیم و اصول بنیادی نظریه‌ها و برخی از مکاتب روان‌شناسی را مورد توجه قرار دادیم. حال اگر راه طی شده را بازنگری کنیم، به روشنی در می‌یابیم که هر پدیده یا هنگامه^(۱) هیپنوتیزمی مجتمع روان فضای پویا^(۲) است که جلوه‌گاه‌های دانشی، هنری و فلسفی خاص خود را دارد (هیپنوزگر، هیپنوزشونده و کل فضا و کارگاه هیپنوزگری مجتمع بالینی^(۳)) را می‌سازند که در آن پژوهش، تشخیص و درمان همزمان اتفاق می‌افتد. در هر حرکت، هر کلمه، هر احساس، پژوهشی صورت می‌گیرد و پدیده‌ای تثبیت می‌شود دانشی شکل می‌گیرد. با هر شکل‌گیری نشانه‌ها و روابط تازه‌ای پیدامی‌گردد و تشخیص داده می‌شود و همراه و هماهنگ با آن کل مجتمع پدید آمده از روبرویی هیپنوزگر، هیپنوز شونده دستخوش تغییر و تحول می‌گردد، انبساط، انقباض، ژرفا و گستردگی می‌یابد. برای ارزیابی چنین مجتمعی باید گامی فراتر گذاریم تا خلاقیت‌های هنر و پویایی دانشی و فلسفی آن را در پایگاهها و ابعاد بی‌نهایت مشاهده کنیم.^(۴)

1 - Instance

2 - Context Psycho-Space Dynamique

3 - Context Clinical

۴- در شماره آینده با عنوان «هنگامه‌های هیپنوتیزم» نگرشی گسترده و ژرفتری از هیپنوتیزم را در پایگاههای دانش، هنر و فلسفه دنبال خواهیم کرد.