

# هیپنوتیزم و درد زایمان

نویسنده: مارک اوستر<sup>(۱)</sup>

مترجم: علی شریفی<sup>(۲)</sup>

## چکیده

آماده سازی بیماران با هیپنوتیزم برای زایمان اخیراً توجه زیادی را به خود جلب کرده است. این علاقه ریشه در راحتی روانی و احساس مشارکت مادر در روند تولد فرزند دارد. در مقاله حاضر، مدلی از آماده سازی روانی را با بیان چند مثال عرضه می‌کنیم که به نظر می‌رسد بر روش لاماز<sup>(۳)</sup> برتری داشته باشد. در این مدل، نسبت به روش لاماز، مادر در روند زایمان و کنترل درد، اضطراب و آگاهی احساس مشارکت بیشتری دارد. این روش، بیش از روش لاماز وقت نمی‌برد و از فواید زیر استفاده می‌کند: (۱) فراهم کردن فرصت ویژه‌ای تا مادر به تنظیم دستورالعملی برای تعیین نیازهایش با مشارکت شوهر و مربی آموزشش پردازد. (۲) کاربرد «مدل بخشها»<sup>(۴)</sup> برای القای هیپنوز، عمیق کردن آن، و تقویت قدرت تصور. (۳) دخالت دادن عناصر «تمرین هیپنوتیزمی»<sup>(۵)</sup>، انفکاک<sup>(۶)</sup>، تبدل زمان<sup>(۷)</sup> و قالب بندی مجدد شناختی. و (۴) کاربرد مداوم هیپنوتیزم پس از زایمان و در دوره نقاهت. مورد های بسیاری گزارش کرده‌اند که پس از زایمان قادر بوده‌اند در سایر درمانهای طبی و دندانپزشکی نیز بر حسب نیاز از مهارتهای آموخته شده استفاده کنند.

کلمات کلید: روش لاماز، مشارکت مادر، تمرین هیپنوتیزمی

۱ - دکتر مارک اوستر: استاد دانشکده روان شناسی حرفه‌ای آدلر امریکا.

۲ - دکتر علی شریفی: رزیدنت روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان امام حسین (ع).

۳ - روش فرناند لاماز Fernand Lamaze (پزشک فرانسوی: ۱۹۵۷-۱۸۹۰) روش آماده سازی پیشگیرانه روانی جهت زایمان است: شامل آموزش فیزیولوژی حاملگی و زایمان به مادر آینده و نیز تکنیکهایی (مثل تمرین تنفس و تحمل کردن درد) جهت سهولت زایمان است (Dorland's Illustrated Medical Dictionary)

این مقاله بر آمادگی روانی برای زایمان با استفاده از هیپنوتیزم متمرکز است. هدف بررسی نحوه رسیدگی به مادر آینده در بیمارستان نیست بلکه، آگاه و آماده ساختن او قبل از بستری شدن در بیمارستان است. تجربه ما دال بر آن است که پزشکان، حامی هر روشی که هستند اگر بیمارانشان آن را سودمند ببینند، در کار خود موفق خواهند بود. از نظر تاریخی، هیپنوتیزم به عنوان یک کنترل کننده درد، مقبولیت عمومی را کسب کرده است. در طول سالیان دراز، به دلیل فقدان روشهای مؤثرتر یا قابل اعتمادتر، هیپنوتیزم درمان انتخابی اضطراب و کنترل درد بود.<sup>(۱)</sup> با پیدایش داروهای مربوط به اضطراب و درد، استفاده از هیپنوتیزم رو به کاهش گذاشت. بعد از آن استفاده از هیپنوتیزم متوجه کسانی شد که به دلیل مشکلات طبی، استفاده از بی‌حسی و بیهوشی‌های شیمیایی در آنها ممنوع بود<sup>(۲)</sup>. در چنین بیمارانی، هیچ روشی بجز هیپنوتیزم یا روشهای مشابه وجود ندارد.

در سالهای اخیر، کشف داروهای جدیدتر، بی‌خطرتر و مؤثرتر باعث کاهش مجددی در استفاده از هیپنوتیزم برای درمان اضطراب و کنترل درد شده است. بسیاری از پزشکان معتقدند که تکنیک‌های هیپنوتیزمی مشکل‌تر و وقت‌گیرتر از آن است که قابل استفاده در طبابت روزمره آنان باشد. با این وجود، علیرغم کشف داروهای شیمیایی، هیپنوتیزم هنوز یک قابلیت احیاشده در طب است.<sup>(۳)</sup>

در طب زنان و مامایی، گزارشهای تاریخی استفاده از هیپنوتیزم جهت کنترل درد به وسیله اگوست<sup>(۴)</sup> و کروجر<sup>(۵)</sup> و دولی<sup>(۶)</sup> داده شده است. نشریات جدید در آماده سازی روانی مادران برای اعمال طبی<sup>(۷)</sup> منعکس کننده بازگشت علاقه در استفاده از هیپنوتیزم است. علاقه به استفاده از هیپنوتیزم برای آمادگی در زایمان هم از جانب پزشکان و هم در مادران آینده وجود دارد. نشریات پزشکی و روانشناسی از مدتها پیش منافع آماده سازی روانی بیمار را برای هر نوع عمل طبی نشان داده‌اند. اگر بیمار در کاری که روی او انجام خواهد شد به خوبی آموزش دیده و احساس مشارکت کند، منافع زیر برایش وجود دارد: ۱- اضطراب کاهش می‌یابد. ۲- طی عمل و پس از آن نیاز کمتری به دارو دارد. ۳- دوره نقاهت و بهبودی سریع‌تر و با مشکلات کمتری است. ۴- در مقایسه با مواردی که آمادگی روانی قبلی کسب نکرده‌اند، بیماری که آمادگی پیدا کرده است سریع‌تر به فعالیت طبیعی خود باز می‌گردد.

1 - Hilgard, 1987

2 - Crasilneck, Mc Craine, Jenkins, 1956

3 - Wain, 1980

4 - August, 1960

5 - Kroger

6 - Delee, 1957

7 - Wain 1980, Fredericks, 1978

هدف از آماده‌سازی روانی برای زایمان (یا هر عمل طبی دیگر)، جایگزین کردن آن به جای شیوه‌های متداول طبی نیست. بلکه تأکید بر فراهم کردن فرصتی است که به مادر اجازه می‌دهد تا از روند زایمان آگاه گردد، احساس مشارکت بیشتر داشته باشد، کنترل درد و اضطراب را بدست آورد و دوره نقاهتی سریع و عاری از مشکل داشته باشد. باز هم تأکید می‌کنیم که کلید اصلی، در آمادگی مادر قبل از آغاز روند زایمان است، طوری که بتواند به شکل کارآمدتری، در تولد فرزند با پزشک همکاری کند.

**روش مدل:** بر خلاف روش شش نقطه‌ای گروهی<sup>(۱)</sup>، این مدل از روش شش نقطه‌ای فردی استفاده می‌کند. پس از شش جلسه، مادر آینده به اندازه کافی برای روند زایمان آمادگی کسب کرده و قادر است در موقع نیاز از خودهیپنوتیزم استفاده کند. در این روش، از همسر و مربی استفاده می‌شود. همسر یاد خواهد گرفت که چگونه دستیار هیپنوتیزم‌کننده باشد. ابتدا، هنگامی که مادر آینده روش را یاد می‌گیرد، همسر به مشاهده روند زایمان می‌پردازد و از جلسه چهارم نقش فعال‌تری را به عهده گرفته و زائو را در آماده‌سازی راهنمایی می‌کند.

### جلسه اول (۹۰-۶۰ دقیقه):

**آموزش:** قسمت اول از روند آموزش تشویق مادر به گذراندن کلاس لاماز یا مطالعه مطالب اختصاصی موجود جهت توضیح روز به روز حاملگی و زایمان است<sup>(۲)</sup>. دومین قسمت دادن اختیارات به مادر آینده است. مادر تشویق می‌شود از پزشک سؤال کند، به دنبال مسائلی بگردد که احساس میکند نیاز دارد، و با کارکنان مراقبت‌های بهداشتی در مورد هر عمل، تست یا معاینه‌ای که انجام خواهد داد بحث کند. هدف آن است که دیدگاه مادر از «آنچه که برای من» اتفاق خواهد افتاد» به «آنچه که با هم انجام خواهیم داد» تغییر کند.

- شرح حال و سنجش قابلیت هیپنوتیزم‌پذیری: پس از آموزش، شرح حال مادر با تکیه بر احساس او از حاملگی، تصمیم به ایجاد خانواده، حاملگی‌های قبلی و تضادهای بالقوه او در رابطه با شوهرش تهیه می‌شود. در جریان شرح حال‌گیری مهم است که بدانیم چه مسائلی ممکن است با آمادگی برای زایمان تداخل کند. از آنجا که قسمت اعظم عمل هیپنوتیزم متکی بر علائق شخصی هیپنوتیزم‌شونده است، می‌بایست تصورات، سرگرمی‌ها، اعتقادات، ارزشها و رفتارهای

1 - Tyro, Hynan, Harmon - 1990

۲ - مانند Eisenberg, Murkoff, Hathaway, 1984 و Queenna, quenna 1986 و Lansky 1987

و Kitzinger 1980

وی را در ارتباط با شرح حال بدست آوریم. زیرا بر مبنای اینها است که او هام و تصورات شخصی بیمار شکل می‌گیرد.<sup>(۱)</sup>

برای سنجش قابلیت هیپنوتیزم‌پذیری، ترجیح می‌دهیم از روش مصاحبه‌ای که در آن به موارد کاربرد و منع کاربرد هیپنوتیزم تکیه می‌شود استفاده کنیم. در جریان مصاحبه، شخصیت و فاکتورهای روانی شخص را که دلالت بر کاربرد، یا منع کاربرد هیپنوتیزم دارد ارزیابی می‌کنیم.<sup>(۲)</sup>

**آماده کردن بیمار:** زمان عنوان کردن «هیپنوتیزم» در جلسه اول یا اوایل جلسه دوم است. این امر معمولاً به عنوان آماده کردن بیمار برای هیپنوتیزم تلقی می‌شود و به تفصیل در جای دیگر شرح داده شده است.<sup>(۳)</sup> که علاوه بر پیشنهادات هامند، به فاکتور دیگری از روند هیپنوتیزم تأکید می‌کنیم: روند بین شخصی یا (interpersonal) به مفهوم جریان همکاری که «بین ما و بیمار» وجود دارد نه کاری که «ما برای بیمار انجام می‌دهیم». جریان همکاری موجب تشویق خودکنترلی و مشارکت فعال (نه انفعالی) بیمار در تجربه هیپنوتیزمی و زایمان می‌شود. همکاری شامل جستجوی عکس‌العملهای بیمار در جریان روش مورد استفاده است. که ممکن است برای بیمار سودمند یا بالعکس ناخوشایند باشد. یکی از آنها استفاده از لمس به عنوان عامل غیر کلامی در عمیق کردن هیپنوتیزم است. باید برای بیمار روشن ساخت که فقط دستها و شانه او به عنوان یک عامل غیر کلامی لمس خواهد شد. (رعایت این مطلب برای کلینیسین‌های غیر پزشک که به ندرت در روند هیپنوتیزم، بیمارشان را لمس می‌کنند اهمیت دارد.) توضیح این مطلب برای بیمار، هر نوع سوء تفاهمی را در مورد استفاده از لمس، به حداقل می‌رساند. اکنون اصول، مفاهیم و روش کارمان را مورد توجه و بازبینی قرار می‌دهیم.

اصل همکاری<sup>(۴)</sup> مبنای فردی سازی روش است. به عنوان مثال، یک بیمار (مورد اول) گزارش کرد که استفاده از کلمه «فشار» جایگزین مناسبی برای کلمه «درد» است. بیمار دیگر (مورد دوم) کلمه «ناراحتی»<sup>(۵)</sup> را ترجیح می‌داد چون وی فشار بدنی زیادی را طی مدت کوتاهی از حاملگی متحمل شده بود. برای عمیق شدن، یکی از بیماران (مورد اول) تصور شیرجه غواصی در هاوایی را ترجیح می‌داد. با تصور غواصی در عمق بیشتر، خلسه وی عمیق‌تر می‌شد. ممکن است سایر بیماران، این تصور را بسیار ناخوشایند ببینند. فردی سازی روش، در استفاده از کلمات و انتخاب تصاویری است که به نظر بیمار مناسب‌ترین است. با آنکه قالب کلی عمل تعیین

1 - Hammond - 1985

2 - Wall, 1991

3 - Hammond, 1991

4 - Cochran 1991

5 - Discomfort

شده است ولی محتوی بر حسب بیمار تنظیم می‌شود. گاهی بعضی از کلمات ما ممکن است آمرانه به نظر رسیده و موجب کاهش کنترل و مشارکت فعالی شود که قبلاً اشاره شد ولی عبارات آمرانه همیشه به معنای «تحکم» یا فرمان دادن نیستند. اگر چه در بعضی بیماران شیوه تحکم‌آمیز مؤثر است. با این همه در روشی که ما با بیمارانمان تجربه می‌کنیم جایی ندارد.

### جلسه دوم (۶-۵۰ دقیقه):

هنگامی که مرحله مقدماتی القای هیپنوتیزم به انجام رسید، دومین جلسه به تجربه اولیه هیپنوتیزم اختصاص می‌یابد. از مراحل القای هیپنوتیزم، عمیق شدن و ختم تجربه هیپنوتیزمی گذر می‌کنیم و به فرصتهایی که باعث تصدیق تجربه هیپنوتیزمی برای بیمار و شوهرش می‌شود توجه می‌نماییم.

«روش بخش کردن»<sup>(۱)</sup> برای متوجه ساختن بیمار به مفهوم «بخشهای مختلف مغز» است. این تعبیر شبیه بیان واتکین<sup>(۲)</sup> در تقسیم بندی وضعیت‌های مختلف «من» ego<sup>(۳)</sup> در زیر گروه‌های متعدد شخصیت است. بیماران ما اغلب از تعابیری نظیر «... آن بخش از من که...» استفاده می‌کنند. بنابراین وقتی ما می‌گوییم «آن بخش از مغز شما که کمک می‌کند شما به خلسه بروید...» بیمار قادر به تشخیص و ترجمه این مفهوم به عمل است. این دیدگاه در مورد مغز، با جهت‌گیری روانشناسی، آموزش و تجربه ما مطابقت داشته و هیچگونه مشکل روانشناختی در استفاده از روش بخش کردن مغز مشاهده نکرده‌ایم با این حال اگر ما متخصص زنان و مامایی یا هر تخصص دیگری بجز روان‌درمانگر باشیم، استفاده از این مفهوم ممکن است ناشایند و حتی خطرناک باشد. اگر روانشناس باشیم می‌توانیم بیماری را که ممکن است دچار دوره ناخوشایند و غیر منتظره انفکاک<sup>(۴)</sup> شود درمان کنیم ولی یک متخصص غیر روانشناس ممکن است در درمان و تثبیت<sup>(۵)</sup> چنین بیماری با مشکل مواجه شود.

**بخش اول - القا و ختم هیپنوز:** مفهوم «بخشهای مغز» که هر یک عملکرد هیپنوتیزمی خاصی دارند در این مرحله بیان می‌شود. اولین بخش مغز طبق تعریف، بخشی است که به بیمار نشان می‌دهد چگونه خلسه‌اش را آغاز و چگونه آن را ختم کند. ما روش تثبیت چشم<sup>(۶)</sup> را ترجیح می‌دهیم چون این روش بیمار را قادر می‌سازد که از خلسه با چشم باز استفاده کند و این همان وضعیتی است که بیمار در اکثر ساعات زایمان حقیقی‌اش خواهد داشت و نیز وی را تشویق

1 - Parts Model

2 - Watkin 1991

3 - Schwartz 1978

4 - Dissociative

5 - Stabilization

6 - Eye-Fixation

می‌کند که «حال هوشیاری» را که ما برای کسب آن به بیمار کمک می‌کنیم، بدست آورد.

### **بخش دوم - یک مکان خاص:** به دنبال القای هیپنوتیزم، دومین بخش مغز به عنوان

قسمتی که یک «مکان ویژه» را خلق می‌کند عمل می‌کند. به بیمار پیشنهاد می‌کنیم که در هر مرحله‌ای از زایمان که نیاز به استراحت یا فرصتی برای تجدید قوا داشت، می‌تواند «به سرعت و سهولت» به این مکان «پناه ببرد». احساس امنیت و سلامت کند و به تجدید قوا بپردازد. به بیمار پیشنهاد می‌کنیم که مکانی را (که جزئیات آن به عهده بیمار است و می‌تواند با ما یا بدون ما در آن مکان باشد) که قبلاً به منظوری از آن استفاده کرده است یا وصف آن را خوانده و یا در موردش فکر کرده است برگزیند. قدرت تصور بیمار را با کاربرد بیشتر حواس و نیز تجربیات هیجانی می‌توان تقویت کرد.

### **بخش سوم - عمیق کردن:** سومین بخش مغز به عنوان بخشی که در روند عمیق کردن

درگیر است تعریف می‌شود. روش اختصاصی برای عمیق کردن، خاص هر فرد است. علاوه بر آن، تجربه هر یک از حواس، همانگونه که قبلاً توضیح داده شد به عنوان آغازگر عمیق شدن تجربه هیپنوتیزمی عمل می‌کند و راهنمایی برای فعال شدن سایر حواس است.

### **بخش چهارم - عمیق تر کردن:** با استفاده از بخش چهارم مغز، ما به بیمار پیشنهاد

می‌کنیم از هر طریقی که خود راحت تر است در حالی که ما ساکت هستیم خلسه را عمیق تر کند. استفاده از سکوت، به عنوان یک اثر عمیق کننده عمل می‌کند.<sup>(۱)</sup> علامتی از جانب بیمار (که ما از او خواسته‌ایم) دلالت بر آمادگی بیمار جهت ادامه روند دارد. در جلسه آینده، بخش چهارم مغز هنگامی عمل خواهد کرد که آمادگی واقعی برای زایمان رخ می‌دهد ولی در این جلسه (جلسه دوم) ما به ملموس کردن تجربه خلسه برای بیمار می‌پردازیم. در خاتمه، توصیه‌های مربوط به خودهیپنوتیزم با استفاده از بخش چهارم ارائه می‌شود.

### **ختم هیپنوز:** ختم هیپنوز با استفاده از حرکت معکوس از آخرین بخش به اولین بخش

است. اولین بخش هم آغازگر و هم ختم کننده هیپنوز بیمار است.

## **جلسه سوم (۶۰-۵۰ دقیقه):**

در شروع جلسه سوم با زوجین در مورد تجربه‌شان در جلسات گذشته صحبت می‌کنیم. هر مسئله‌ای که وجود داشته باشد تعیین و تغییرات لازم در روش اعمال می‌شود. در جلسه سوم،

القای هیپنوز همانند جلسات پیش است با این تفاوت که سریع‌تر انجام می‌شود. در این مرحله می‌توان به بیمار خاطر نشان کرد که با شروع القای هیپنوز، کودک نیز فعال‌تر می‌شود. ما این فعالیت را به عنوان مشارکت فعال کودک در هیپنوز محسوب می‌کنیم و فراتر از آن، کودک را به عنوان عضوی از «تیم» که عهده‌دار اراده زایمان است به حساب می‌آوریم. سپس، بخش‌های دوم و سوم مغز را طی می‌کنیم. روش‌های عمیق کردن با اجرای بخش سوم مغز صورت می‌پذیرد.

**بخش چهارم - تمرین هیپنوز:** در این جلسه، بخش چهارم مغز فعال است، بخشی که آمادگی برای زایمان را انجام می‌دهد. این بخش از مغز درگیر «تمرین هیپنوز» جهت زایمان است.<sup>(۱)</sup> تمرین با تصور رسیدن بیمار به بیمارستان شروع نمی‌شود بلکه با تصور زمانی که روی تخت زایمان قرار گرفته آغاز می‌شود. باز هم، هر اتفاقی (مثلاً تصور شروع زایمان) برای بیمار به عنوان علامتی برای فعال شدن روند هیپنوز و افزایش و تعمیق آن عمل می‌کند. به عنوان مثال فشار انقباضات رحمی علامتی برای شروع یا عمیق شدن هیپنوز تلقی می‌شود. این مطلب کمک می‌کند که بیمار در طول زایمان، احساس آرامش خود را حفظ کند. علم به اینکه چه امری در حال وقوع است و چه چیزی بعداً رخ خواهد داد، باعث کاهش اضطراب شده و شخص خود را کنترل می‌نماید. این دانستن ایجاد یک حس تسلط در شخص می‌کند. هنگامی که بیمار خیلی ناراحت یا مضطرب است می‌تواند همانگونه که قبلاً ذکر شد، سریعاً و به آسانی به «مکان مخصوص» خودش پناه ببرد. هنگامی که بیمار در حال گذراندن مراحل تمرین به نقطه تجربه انقباض می‌رسد، ساعد بیمار را فشار می‌دهیم، این علامت ما به معنای شروع یک انقباض است. همچنین علامتی است به بیمار که چشمش را باز کرده و به شینی از پیش مشخص شده‌ای که کانون توجه است (مثلاً تصویر یک کودک دیگر) تمرکز کند. هنگامی که «انقباض» خاتمه یافت، بیمار چشم‌هایش را می‌بندد، خود را شل می‌کند و به طور موقت خلسه‌اش را عمیق می‌کند. در این مرحله است که همسر می‌تواند از مشاهده فراتر رفته و به مشارکت بپردازد. با راهنمایی ما، شوهر، انقباضات را با فشار دادن ساعد همسرش تقلید می‌کند. تلقینات دال بر انفکاک و تبدل زمان<sup>(۲)</sup>، به اداره زمان طولانی زایمان، اضطراب و درد کمک می‌کند. همچنین، با مشاهده تلقینات مادر مورد تبدل زمان و انفکاک، شوهر در کاربرد آنها راهنمایی کافی دریافت کرده است. هماهنگ با نشریات پزشکی و روشی مشابه<sup>(۳)</sup> به جای کلمه «درد» کلماتی از قبیل «ناراحتی» یا

1 - Erickson, 1967

۲ - Time Distortion در روانشناسی، روند تغییر یا تمایز است و (Distinguishing) ایده‌ها و تکانه‌های ناخودآگاه است به طوری که برای فکر خودآگاه قابل قبول شود.

3 - Kroger, 1977

«فشار» بکار می‌رود. با این حال، ما این تغییر را یک مرحله دیرتر انجام می‌دهیم. مفهوم درد (یا ناراحتی) را مجدداً تعریف می‌کنیم به طوری که علامت وقوع پدیده‌ای دیگر با طبع مثبت باشد مثلاً تعمیق خلسه.

بنابراین تمرین هیپنوز با آگاهی از شروع درد آغاز شده و به دنبال آن، القا خود هیپنوز و تعمیق به مرور که بیمار از مراحل هیپنوز عبور می‌کند، دنبال می‌شود. انقباضات به صورت راهنمایی جهت انفکاک و تبدل زمان برای رفع درد و اضطراب در می‌آیند. یک مرحله برای تجسم حرکت به سوی بیمارستان و آگاهی بیمار از حضور در بخش زایمان نیز وجود دارد. تجسم درد زایمان با احساس آرامش، کنترل و تسلط ادامه می‌یابد. پس از تجسم توانایی پایدار برای ایجاد ارتباط با کارکنان پزشکی، بیمار فرزند متولد شده خود را تجسم می‌کند. در این تصور، هنگامی که کودک بر روی سینه مادر گذاشته می‌شود، توجه مادر از شیئی که قبلاً کانون توجه او بود، به صورت و چشم‌های نوزاد معطوف می‌شود. در این هنگام، و در جلسات بعدی شوهر دستهای بیمار را روی سینه (زیر جناغ) خودش گذاشته و به او فرصت می‌دهیم که در زمان سکوت ما، حضور فرزندش را حس کند. احساس فراغت از زایمان به معنای شروع مرحله نهایی کار است. پس از مدتی سکوت، شروع به بحث در مورد عنصر اغلب فراموش شده‌ای می‌کنیم که آخرین مرحله وضع حمل است. یعنی تلقیناتی در مورد زایمان جفت و بخیه‌های محل اپیزیوتومی<sup>(۱)</sup> داده می‌شود. نادیده گرفتن این مرحله می‌تواند منجر به ختم ناخوشایند تجربه‌ای شود که می‌توانست بسیار خوب تمام شود. معمولاً تلقینات بیشتر برای اطلاع این مطلب است که مقداری از کار پزشک، باقی مانده است. هنگامی که این کار انجام شد، مادر این توانایی را دارد که توجهش را کم‌کم معطوف به نوزاد خود نگه دارد و در عین حال با اطلاع از مدت زمانی که مرحله انتهایی طول می‌کشد تجربه او مبدل به یک نتیجه آرام بخش و شاد می‌گردد. بعلاوه تلقیناتی در مورد آسان بودن فراغت و بهبودی داده می‌شود.

### جلسات چهارم تا ششم (۶۰-۳۰ دقیقه):

جلسات چهارم تا ششم مانند جلسه سوم با بحث در مورد جلسات پیشین و انجام تغییرات ضروری آغاز می‌شود. در هر جلسه تمرین تکرار می‌شود و نقش شوهر به عنوان دستیار زایمان و هیپنوز افزایش پیدا می‌کند. به تدریج که انس بیمار و شوهرش با مسئله افزایش یافت، فرصتی



برای تفهیم انعطاف پذیری و دستور العمل به بیمار و شوهرش برای تقویت تجربه شخصی‌شان به وجود می‌آید و مشارکت فعال ماکاهش و مشارکت مشترک زوجین افزایش می‌یابد.

## گزارش موردها

مثالهای زیر نمایانگر کاربرد موفقیت‌آمیز مدل‌ها است. مورد اول یک زایمان طبیعی بدون مشکل بود در حالی که مورد دوم مشکلاتی داشت که به سزارین منجر شد. در هر دو مورد، کاربرد موفقیت‌آمیز شیوه‌های هیپنوتیزمی، اضطراب بیمار را کاهش و احساس کنترل مادر و مشارکت فعال وی را در روند تحمل درد و زایمان افزایش و دوره نقاهت را راحت‌تر نمود. نفع ویژه این مدل آن بود که این دو بیمار قادر به تغییر پروتکل حین زایمان و تغییر مدل در وضعیت‌هایی متفاوت با زایمان بودند.

**مورد اول:** بیمار ۳۷ ساله‌ای که چهار سال پیش از دواج کرده و این دومین حاملگی اوست. اولین زایمان وی تقریباً دو سال و نیم پیش انجام شده است. وی قربانی سوء استفاده جنسی و هیجانی بوده و در دوره کودکی نیز مورد بدرفتاری قرار گرفته است. در سالهای قبل از ازدواج مسائل فوق درمان شده‌اند و هیچ نوع اختلال روانپزشکی طبق معیارهای DSM-III-R وجود ندارد.

در زایمان اول از روش لاماز استفاده نموده و طی زایمان برای کنترل درد نیاز به دارو پیدا شده بود. زایمان اول ۱۲ ساعت طول کشید و پیچیدگی‌هایی به همراه نداشت. انتظار هیچ مشکلی نیز در زایمان دوم نمی‌رفت. بیمار گزارش کرد که در زایمان اول بی‌اطلاع و بیگانه<sup>(۱)</sup> از تجربه زایمان بوده و مشکل دیگری نداشته است. وی امیدوار بود که با استفاده از هیپنوز احساس هوشیاری بیشتر کرده و در روند زایمان درگیر شود و در نتیجه درد کمتری حس کرده و به دارو احتیاج نداشته باشد.

**روش:** تکنیک‌های هیپنوتیزمی طبق روش استاندارد و بر اساس مدل، به بیمار و شوهرش عرضه شد. جلسه ششم بیمار موافقت نمود که تماس‌های پیگیری با وی، کارکنان پرستاری بیمارستان و شوهرش انجام شود. بیمار در مورد قابلیت هیپنوتیزم شدن خودش ابراز نگرانی می‌نمود. به نظر می‌رسد این نگرانی ناشی از یک تجربه ناموفق چند سال پیش با یک هیپنوزگر غیر متخصص بوده است. در کل مدت آموزش، زایمان و بهبودی ثابت شد که بیمار یک مورد

بسیار قابل است و با موفقیت تکنیک‌های هیپنوتیزمی را فرا گرفته و اجرا نموده. مدت زایمان ۴ ساعت طول کشید و هیچگونه مشکل پس از زایمان نداشت. بیمار گزارش کرد که توانایی وارد و خارج شدن از سطوح مختلف خلسه را در طول زایمان (معمولاً برای کنترل درد) داشته و بر حسب نیازهایش می‌توانسته روند متوسط دستورالعمل را تغییر دهد. به عنوان مثال بیمار قادر به توضیح محل کودک در کانال تولد به متخصص زنان بود. بیمار در اثنای زایمان هوشیار و شریک تجربه بود به طوری که می‌توانست بین انقباضات، تلویزیون تماشا کند و با کارکنان پزشکی در مورد فیلمی که در حال پخش شدن بود، صحبت کند. در خاتمه او احساس کنترل بیشتری را نسبت به روش لاماز که در زایمان قبلی تجربه کرده بود، گزارش نمود. شوهر بیمار در همسرش احساس راحتی و آگاهی بیشتری را نسبت به زایمان اول مشاهده نمود. شوهر بیمار قادر بود در شروع زایمان با همسرش گفتگو کند که در زایمان اول این مسئله مقدور نبود. همچنین وی احساس می‌کرد که نسبت به زایمان اول، مشارکت فعال بیشتری دارد.

**مورد دوم:** بیمار ۲۷ ساله دانشجوی لیسانس که پنج سال پیش ازدواج نموده و این، اولین حاملگی وی بود. وی در دوره دبیرستان و فوق دیپلم ورزشکار بوده و احساس می‌کرد که این مسئله می‌تواند به مشارکت وی در متدهای هیپنوتیزمی کمک کند. بیمار، هیچگونه تاریخچه روانپزشکی نداشت.

بیمار ذکر می‌کند که ۸ هفته قبل از موعد پیش‌بینی شده زایمان دچار دردهای شدید شکمی شده است. به طور واضحی عضلات او با اندازه‌های بدنی افزایش یافته‌اش تطابق پیدا نکرده بود. به نظر نمی‌آمده رشد جنین غیر عادی باشد. به هر حال، این روند در نهایت لزوم یک عمل سزارین را ایجاد کرد.

**روش:** همانند بیمار اول، مدل زایمان برای بیمار و شوهرش توضیح داده شد و نسخه‌ای از استفاده قبلی، از این نمونه نیز در اختیارشان قرار گرفت. مانند مثال قبل، شیوه‌های هیپنوتیزمی به بیمار و شوهرش به صورت یک روش استاندارد عرضه شد. در ششمین جلسه بیمار موافقت کرد که تماسهای پیگیری با وی، شوهرش و کارکنان بیمارستان برقرار شود. انقباضات رحمی پس از ۱۲ ساعت حضور در بخش زایمان و سرویکس باز شده ۵-۳ سانتی‌متر، متوقف شد و جراحی سزارین الزام پیدا کرد. پزشک زنان مسئول این بیمار با آگاهی حامی استفاده بیمار از هیپنوتیزم برای آمادگی در زایمان بود. همچنین پزشک به بیمار فرصت داد تا قبل از شروع به کار متخصص بیهوشی، خودش را آماده کند. بیمار با کمک شوهرش از خود هیپنوتیزم استفاده کرد و به پزشک زنان اطلاع داد که فقط با استفاده از هیپنوتیزم به اندازه

کافی برای جراحی سزارین آماده می‌شود ولی آنها طبق روشهای مرسوم خود عمل کردند. همچنین بیمار اطلاع داد که به دار و کمتر از آنچه که معمولاً بکار می‌رود احتیاج دارد. شوهر بیمار در مشاهده به آرامش همسرش و درجه آگاهی و هوشیاری او اشاره کرد. وی احساس می‌کرد که همسرش به طور فعال در امر زایمان مشارکت نموده و به نظر می‌رسید که درد و اضطراب کمتری نسبت به آنچه که انتظار می‌رفت داشته است. گرچه گزارش شد که هم بیمار و هم همسرش در هنگام توقف انقباضات پیش‌رونده درد اضطراب داشتند ولی هر دو بیان کردند که آرام‌تر و دارای کنترل بیشتر از آنچه پیش‌بینی می‌کردند بودند. بیمار سریع‌تر به هوش آمد و هیچ مشکلی به دنبال زایمان نداشت؛ پس از دو هفته احساس می‌کرد که آماده برگشت به سر کار است ولی ترجیح داد که چنین نکند.

### نتیجه گیری:

روش حاضر متضمن چند نفع برای والدین آینده است.

**اول:** با تجربیاتی نظیر آنچه شرح داده شد، بیماران گزارش می‌کنند احساس کنترل بیشتری در روند زایمان دارند، و احساس آرامش در مقابل حوادث پیش‌بینی نشده دارند. آنها آگاهی بیشتر و اضطراب و درد کمتری دارند. و بهبودی بدون عارضه و سریع‌تری بدست می‌آورند.

**دوم:** شیوه‌های هیپنوتیزمی عرضه شده در آمادگی برای زایمان قابل تعمیم به سایر وضعیتهاست. به عنوان مثال یک بیمار، قادر به ایجاد خودهیپنوتیزم ۸ ماه پس از تولد فرزندش جهت انجام عمل ریشه دندان بود. بیمار دیگری قادر به تغییر شیوه آمادگی برای سزارین و سپس استفاده از هیپنوتیزم برای کاهش اضطراب و آمادگی جهت امتحان جامع در دانشکده بود.

**سوم:** این مدل که تقریباً شش ساعت وقت نیاز دارد، وقت‌گیرتر از روش لاماز نیست (روش لاماز دو برابر این مقدار وقت می‌برد).

**چهارم:** شیوه‌ای که در آمادگی روانی بیماران جهت زایمان کارایی داشت، بر فردی بودن تأکید دارد. به دلیل این خصوصیت است که در افزایش تسلط، مشارکت فعال و کنترل درد و اضطراب بیمار کمک می‌کند.

منابع:

- 1) Cochrane, G.J. (1991). Client-therapist collaboration in the preparation of hypnotic intervention: Case illustration. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 254-262.
- 2) Crasilneck, H.B. McCraine, E.J., & Jenkins, M.T. (1956). Special indication for hypnosis as a method of anesthesia. *Journal of the American Medical Association*, 1606-1608.
- 3) Erickson, M.H. (1967). Deep hypnosis and its induction. In J. Haley (E.d), *Advanced techniques of hypnosis and therapy: Selected papers of Milton H. Erickson*, lected of Milton H. Erickson, M.D., New York: Grune & Stratton.
- 4) Finkelstein, S. (1991). Hypnotically assisted preparation of the anxious patient for medical and dental treatment. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33, 187-191.
- 5) Hammond, D.C. (1985). An instrument for utilizing client interest and individualizing hypnosis. *Ericksonian Monographs*, I, 111-126.
- 6) Hilgard, E.R. (1987). *Psychology in America: A historical survey*. San Diego: Harcourt, Brace & Jovanovich.