

## دانش‌پردازی

### هم‌اندیشی دانشی در روان‌درمانی و هیپنوتیزم

دکتر فرهاد خدیوی زند<sup>۱</sup>

#### A conference on Psychotherapy and hypnotism

The Psychotherapical novelties invited members of Iran Science Academy, researching assistant of ministry of Health care, and Mashhad university of medical science to contribute to the gathering of Psychotherapy and Hypnosis . In the gathering of science research in Psychotherapy, view points on instants and context of psycho-space dynamic, and several methods in areas of realities, imaginations, day dreamings and symbols (codes) a long with case have been proposed and in the gathering of investigation and therapy by hypnosis, Dr. Azarpajoooh, Dr. Mohadessi, Dr. Mojaver proposed methods of therapy by hypnotism by presenting samples of doctoral investigatory thesis along with case. the final gathering of the present members discussed their counselling and viewpoints.

در تاریخ ۱۱ و ۱۲ شهریور ماه ۱۳۷۹ یکی از تلاش‌های دیگر ما برای احیاء و معرفی دانش روان‌درمانی و هیپنوتیزم شکل گرفت. تلاشی که از سال‌ها پیش شروع شده بود و امسال در «هم‌اندیشی دانشی در روان‌درمانی و هیپنوتیزم» تجلی یافت. در شرایط کنونی، ضرورت آن دیدیم که دانش روان‌درمانی و هیپنوتیزم را با متولیان و نظریه‌پردازان علمی کشور در میان بگذاریم، لذا از اعضای محترم «فرهنگستان علوم ایران» دعوت به عمل آوردیم تا با تلاش‌های ما آشنا شوند. در این همایش اعضاء انجمن هیپنوتیزم ایران نیز ما را همراهی نمودند.

<sup>۱</sup> دکتر فرهاد خدیوی زند، رزیدنت بیماریهای کودکان دانشگاه علوم پزشکی مشهد، عضو انجمن هیپنوتیزم ایران

حضور استادان دکتر علی شریعتمداری، دکتر رضا داوری ریاست محترم فرهنگستان علوم ایران و جمعی از اعضای محترم فرهنگستان و همچنین اعضای انجمن هیپنوتیزم ایران آقایان دکتر هادی منافی (ریاست انجمن) و آقای دکتر سید علی احمدی ابهری روانپزشک و عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران سرمایه‌های علمی این گروه‌هایی بودند. از معاونین پژوهشی وزارت بهداشت و درمان و دانشگاه علوم پزشکی مشهد نیز دعوت بعمل آمد.

هدف این همایش معرفی دانش روان‌درمانی و هیپنوتیزم و بحث در مورد جایگاه و کاربرد آنها بعنوان علمی بالینی بود، این همایش در دو بخش عمده روان‌درمانی و هیپنوتیزم برگزار شد.

بخش اول معرفی تکنیک‌های روان‌درمانی با تکیه بر نظریه «مجموع‌های روان‌فضای پویا» توسط دکتر محمد مهدی خدیوی‌زند صورت گرفت که ضمن معرفی چند مورد به بحث و تبیین شیوه‌های روان‌درمانی با اتکاء بر این نظریه پرداخته شد.

در بخش دوم معرفی تکنیک‌ها و کارائی هیپنوتیزم در درمان بیماران بود.

در نشست هیپنوتیزم آقای دکتر سید قاسم‌محدثی روانپزشک و عضو انجمن هیپنوتیزم ایران پایان‌نامه خود را در مورد بررسی تغییرات الکتروانسفالوگرام در حالت هیپنوز و مقایسه آن با الکتروانسفالوگرام بیداری و خواب معرفی نموده و مراحل و نتایج پژوهش را بیان کردند. این تحقیق زیر نظر آقای دکتر صدرنوی متخصص مغز و اعصاب و آقای دکتر عباس قریب روانپزشک و اعضاء هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام شده است.

بعد از آن آقای دکتر پدرام مجاور پزشک عمومی و عضو انجمن هیپنوتیزم ایران که پایان‌نامه خود را در مورد " کاربرد هیپنوتیزم در روانپزشکی " به صورت تالیفی نگاشته، هدف از نگاشتن چنین پایان‌نامه‌ای را بیان کردند. این پایان‌نامه در دانشگاه آزاد مشهد و با راهنمایی خانم دکتر هاله آذرپژوه روانپزشک و عضو هیئت علمی و عضو انجمن هیپنوتیزم ایران انجام شده است.

در ادامه جلسه معرفی تکنیک‌ها و کارایی هیپنوتیزم بصورت عملی انجام شد. آقای دکتر پدرام مجاور موردی را که از قبل آماده شده بود در هیپنوز عمیق قرار داده و تکنیک‌های بی‌حسی، تغییرات سیستم اعصاب خودکار، پسرفت سنی، بازی نقش و مهارحواس را به صورت انتخابی پیاده نموده و در مورد کاربرد درمانی هر کدام از تکنیک‌ها توضیحاتی ارائه نمودند.

در انتهای این همایش میزگردی، با شرکت اعضاء فرهنگستان علوم و انجمن هیپنوتیزم ایران تشکیل شد که به بحث و تحلیل در مورد یافته‌های این همایش پرداختند. امیدواریم این حرکت فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی برای معرفی دانش روان‌درمانی و هیپنوتیزم بتواند قدمی هر چند کوچک برای باروری علمی کشور باشد. انشاءالله که مورد قبول درگاه احدیت قرار گیرد.

در این شماره گزارش دکتر محمد مهدی خدیوی زند و دکتر پدرام مجاور را می‌آوریم و گزارش آقای دکتر سید قاسم محدثی در شماره بعد منتشر خواهد شد.

xxxxx

## روان‌درمانی

دکتر محمد مهدی خدیوی زند<sup>۱</sup>

نخست واژه‌ها و نشانه‌هایی را که از دانش داریم می‌آوریم، سپس آنچه را که درباره روان، سالم، ناسالم، فضاها و کارگاه‌های روان‌درمانی داریم بازگو می‌کنیم و یافته‌ها و برداشتهای خود را در روان‌درمانگری برمی‌شماریم و پیامهائی را برای دانشی بودن و دانشی ساختن روان‌درمانی می‌رسانیم.

### واژه‌ها و نشانه‌ها

دانش: مجتمع تلاش‌های خودخواسته و پویایی است که هستی‌های جهان را در خود و با یکدیگر مشاهده می‌نماید، به پرسش می‌گذارد، پاسخ‌یابی می‌کند و با فرانگری جستجوگر معنایی، جهتی برای آنها است.

دانش پژوهی: درگیری خودخواسته، آزادانه، آگاهانه و فرانگراانه دانشمند است بسا موردها برای گسترش (تکرار مشاهده و فراوانی پرسش‌ها) و ژرفابخشی (پاسخ‌یابی و ازدیاد پاسخ‌ها) به دانش.

دانش‌ورزی: تلاش‌های فرانگراانه دانشمند است برای معنی‌یابی (نشان دادن پاسخ‌ها = قانون‌ها در نمونه‌ها و موردها)

<sup>۱</sup> دکتر محمد مهدی خدیوی‌زند روان‌درمان - روانکاو، دکتر "دنا" در روانشناسی بالینی از دانشگاه پاریس

دانش‌پروردایی: تلاش‌های فرانگراانه دانشمند است برای جهت‌یابی (پیدا کردن معنایی در جاودانگی دانش برای رسیدن به نظرگاه‌های تازه)

فرانگری: دانشمند فرانگر است: از درون و برون به مشاهده تلاش‌های خود در جهان می‌پردازد، از یک سو خود را در آنچه کرده، می‌کند و خواهد کرد و از سوی خود را در جهان و در درگیری با دانش‌های دیگر به پرسش می‌گذارد و می‌کوشد تا برای هستی‌دانشی خود گستردگی، ژرفا، معنی و جهتی جاویدان بیابد و در جاودانگی به نظرگاهی تازه دست‌یابد.

### نمای تلاش‌های دانشی

#### فرانگری دانشی

<u>دانش‌پژوهی</u>	<u>دانش‌ورزی</u>	<u>دانش‌پروردایی</u>
مشاهده کردن	معنی دادن	جهت‌یابی
پرسیدن و پاسخ‌یابی	نشان‌دادن پاسخ‌ها در موردها	پیدا کردن معنی‌ها در جاودانگی

فن‌آوری: مجتمع راهکارهای دانش است که پرسش‌هایی را طرح می‌نماید، پاسخ‌ها را دسته‌بندی می‌کند، بکار می‌گیرد و کارآیی آنها را نشان می‌دهد. هر فن‌آوری وضعیتی از پویایی دانش را روشن و متمایز می‌نماید، نظرگاهی، جهتی و معنایی از آن را به نمایش می‌گذارد.

### شناسایی‌ها

دانش‌بالینی: مجتمع تلاش‌های خودخواسته و پویای دانش است در فضاها بالینی.

فضای بالینی: از رویارویی دو انسان با یکدیگر و با یک انسان با یک چیز پیدا می‌شود بزرگترین آن را مجتمع و کوچکترین را هنگامه می‌گوییم.

روان: در مجتمع‌ها و هنگامه‌های دانشی بالینی، پیدایی روان در حالت‌ها و رفتارهایی است که با آزادی، آگاهی و خودخواسته باشد: این هر سه خاستگاه خلاقیت در فرد است بعبارت دیگر روان توانایی خلاقیت است.

روان سالم از آن فردی است که آزادانه، آگاهانه و با خواسته خود می‌تواند در موقعیت‌های مختلف ابتکار عمل نشان دهد، بنیست‌هایی را که دارد بگشاید و به تلاش‌های خود گستردگی، ژرفا، معنی و جهت بدهد.

روان ناسالم نمی‌تواند با آزادی، آگاهی و خودخواست رفتار کند و در کاربرد هریک از این توانایی‌ها در موقعیت‌های مختلف ضعف نشان می‌دهد و از خلاقیت باز می‌ماند.

درمان: توانمندسازی، آزادی، آگاهی و خواست در درمانجو است تا به یاری آنها در بنیست‌ها و تعارض‌ها ابتکار عمل نشان دهد، خلاقیت داشته باشد، راهنمای خود، مشاور و مشکل‌گشای خویش گردد.

روان‌درمانی: دانش توانمندسازی آزادی، آگاهی و خواست در درمانجو است؛ روان‌درمانگر در فضاهای بالینی، دانش‌پژوهی، دانش‌ورزی و دانش‌پردازی می‌کند.

کارگاه‌ها، درمانگاه‌ها و دفترهای روان‌درمانی: فن‌آوری‌های فضاهای بالینی برای روان‌درمانی است. شرایط و امکان دانش‌پژوهی، دانش‌ورزی و دانش‌پردازی را فراهم می‌سازند؛ توانمندی دانش و دانشمند را در تلاش‌های آزادانه، آگاهانه و خودخواست نشان می‌دهند. گزارشنامه‌ها، آزمون‌ها و پرسشنامه‌ها؛ فن‌آوری‌هایی هستند که تلاش‌های پژوهشی، تشخیصی و درمانی را معنی می‌دهند، پاسخ‌های دانشی را در موردها ردیابی می‌کنند.

### یافته‌ها و برداشتها

- در روان‌درمانی، تلاش‌های پژوهشی، تشخیصی و درمانی یکسانی و همزمانی دارد،  
 - با هر تلاش هنگامه‌هایی برپا می‌شود: نگاه‌ها، حرکت‌ها، آواها، حرف‌ها، واژه‌ها،  
 نشستن‌ها، برخاستن‌ها، سکوت‌ها، اخم‌ها، اشک‌ها، لبخندها، فریادها، زمزمه‌ها، آه‌ها، شتاب‌ها،  
 کندی‌ها، تندی‌ها، نوشتن‌ها، خواندن‌ها ... هریک تلاشی و هنگامه‌ای است.  
 - هر هنگامه بالینی تمام آنچه را که در مجتمع می‌گذرد با خود دارد: با هر نگاه، هر واژه، ...  
 تمام هستی درمانگر و درمانجو به کار گرفته می‌شود: با احساس‌ها، هیجان‌ها، تمایلات، اوهام،  
 .... یکدیگر درگیر می‌شوند: درهم، باهم، از هم و برهم، ... می‌گردند.  
 - هنگامه‌های رویایی، رمزی، رویاپردازی و واقعی ویژگی‌های مجتمع‌های خود را دارد: هر  
 آهنگی که در مجتمع نواخته می‌شود در هنگامه‌ها طنین می‌اندازد، معنی و جهت یکسانی پیدا  
 می‌کند.

- رفتارها و حالت‌ها را، در هنگامه‌های رویایی، رمزی و واقعی، در چهار وضعیت می‌توان  
 دسته‌بندی کرد: حالت‌ها و رفتارهایی که به دیگران و چیزها نسبت می‌دهند (برون‌فکنی)، در  
 رابطه با دیگران و چیزها نشان می‌دهند (برون‌نمایی). به خود نسبت می‌دهند (درون‌فکنی) و در  
 خود نشان می‌دهند (درون‌نمایی).

- فضاهای بالینی رویاها، رمزها، رویاپردازی‌ها، اشخاص و چیزها ساخته و پرداخته فردند، توانمندی او را در تلاش‌های آزادانه، آگاهانه و خودخواست به نمایش می‌گذارند.  
- روان در رویاها، رمزها، رویاپردازی‌ها، بازی‌ها، افسانه‌ها، هنرها، بیشتر و آشکارتر، سلامت و بیماری خود را به نمایش می‌گذارد: در آزادی، آگاهی و خودخواستگی توانایی و ناتوانی نشان می‌دهد.

- فرانگری در رویاها ناب‌ترین جلوه روان است. (روان در آگاهی به خود فرانگر است): آدمها، چیزها، حوادث، صحنه‌ها... را می‌آفریند خود را در آنها می‌شناساند: نویسندگی، کارگردانی، بازیگری و صحنه‌آرایی می‌کند، همزمان به تماشاگری می‌پردازد.

### پیامها

پشتوانه‌های دانشی بودن: برای آنکه تلاش‌های پژوهشی، تشخیصی و درمانی پایایی و روایی داشته باشد به پشتوانه‌هایی نیاز دارد:

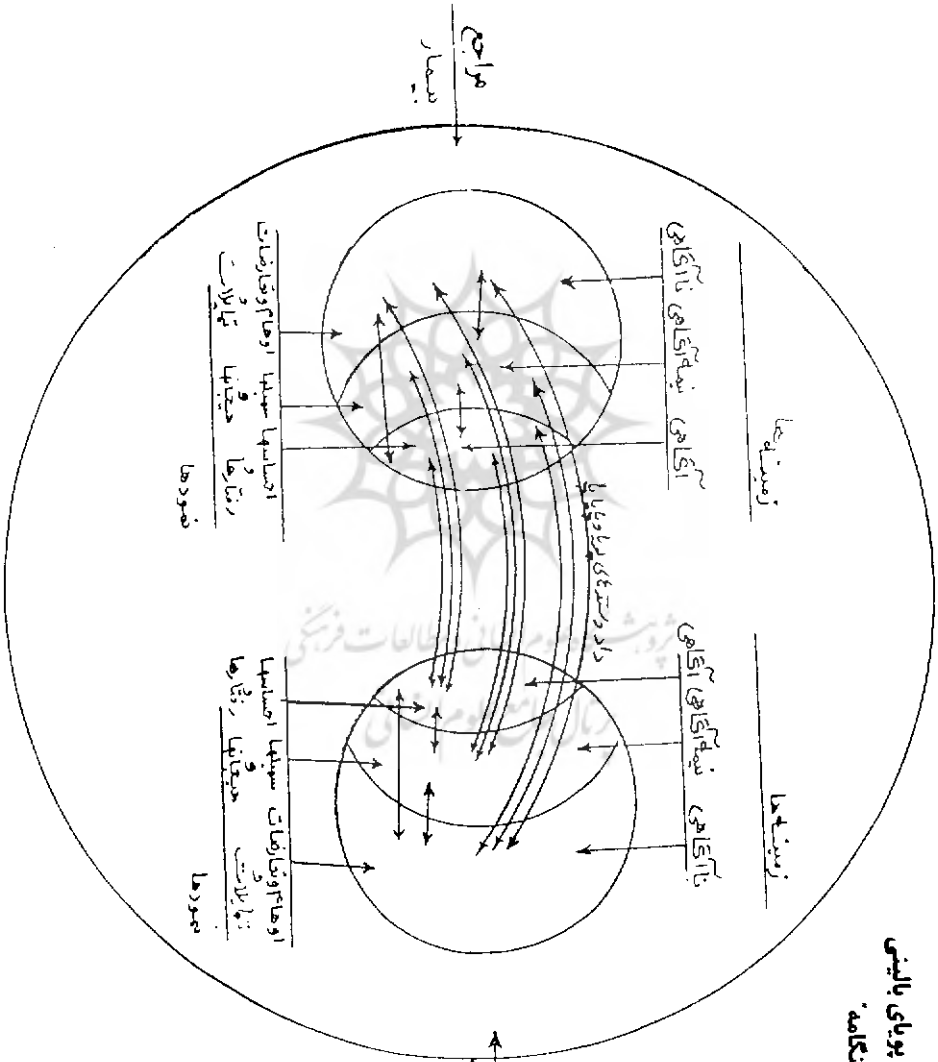
۱- **پشتوانه‌ها در درمانجو:** خودخواستگی (برای خودتان آمده‌اید؟... آگاه بودن (منظورتان از آمدن چه بوده است؟...، آزاد بودن (خودتان خواسته‌اید که بیایید؟...، محرمانه بودن (خودتان وقت گرفتید؟...، پرداخت (هزینه را از خودتان می‌پردازید؟...)

۲- **پشتوانه‌ها در درمانگر:** آمادگی (آیا با آگاهی، آزادی و خودخواست به روان‌مانگری می‌پردازم؟)، نظرگاه داشتن (آیا از دانش روان‌درمانی نظرگاهی روشن و متمایز دارم؟)، فرانگری (آیا تلاش‌های پژوهشی، تشخیصی و درمانیم همزمانی و یکسانی دارد؟)

افزایش حساسیت دانشی: روشن و متمایز کردن یافته‌ها و برداشت‌های پژوهشی، تشخیصی و درمانی که روایی و پایایی بیشتری دارد در چهار زمینه:

- ۱- بازبینی خاطره‌ها و حوادث (آنچه گفتید خاطره و حوادثی را برایتان تداعی می‌کنند؟...،
- ۲- پیداسازی خواست‌ها و امیال (چیزهای دیگری هست که می‌خواهید بگویید؟...،
- ۳- بازبینی و تخلیه هیجان‌ها (در کدام یک از گفته‌ها و یادداشت‌های خود هیجان بیشتری داشتید؟...،
- ۴- بازنگری حالت‌ها و احساس‌ها (از ابتدای ورود به این جلسه چه تغییری در حالت‌ها و احساس‌های خود می‌یابید؟...)

مجموع‌های روان‌فضای پویای بالینی  
 "نمایش از یک هنگامه"



نگاره ۱

گزارشنامه				
شماره:		طنین‌ها و آسیب‌ها		تاریخ:
نام و نام‌خانوادگی:		سن:	تحصیلات:	شغل:
آسیب دیده‌ها		حالات و رفتارهایی که به افراد و به محیط نسبت می‌دهد.	حالات و رفتارهایی که در رابطه با افراد و محیط نشان می‌دهد.	حالات و رفتارهایی که در خود نشان می‌دهد.
طنین‌ها	برون‌فکنی	برون‌نمایی	درون‌فکنی	درون‌نمایی
				آسیب‌ها (داده‌ها)
مجتمع:				
افراد زن/ مرد		میانگین سن:	میانگین تحصیلات:	تلفن:
آسیب‌ها		حالات و رفتارهایی که افراد مجتمع به یکدیگر و به محیط نسبت می‌دهند.	حالات و رفتارهایی که افراد مجتمع در رابطه با یکدیگر و با محیط نشان می‌دهند.	حالات و رفتارهایی که افراد مجتمع در رابطه با او نشان می‌دهند.
				آسیب‌ها (داده‌ها)
وضعیت‌ها	وضعیت نخست	وضعیت دوم	وضعیت سوم	وضعیت چهارم

واژه‌ها (مفاهیم و آسیب‌ها):



هنگامه‌های سکوت				
شماره:		طنین‌ها و آسیب‌ها		تاریخ: ۷۷/۳/۱
نام و نام خانوادگی: د. د. د		سن: ۲۴	تحصیلات:	شغل:
آسیب دیده‌ها	حالات و رفتارهایی که به افراد و به محیط نسبت می‌دهد.	حالات و رفتارهایی که در رابطه با افراد و محیط نشان می‌دهد.	حالات و رفتارهایی که به خود نسبت می‌دهد.	حالات و رفتارهایی که در خود نشان می‌دهد.
طنین هنگامه‌ها	برون فکشی	برون نمایی	درون فکشی	درون نمایی
آسیب‌ها (داده‌ها)	مسخره می‌کند، زجر می‌دهد، عذاب روحی می‌دهد، حرفهای سرزنش‌آمیز است، حرفهایش اعصاب خوردکن است، فحش دادن، بدخواه دیگران است، خوبی دیگران را نمی‌خواهد، رفتار بفرنج دارد.	مدرسه و محل اقامت را عوض می‌کند، فکر می‌کند دیگری او را فحش می‌دهد، سعی می‌کند ارتباط را محدود کند، دشمن دیگران است، نمی‌تواند بسا دیگران بسازد. حوصله ندارد.	احساس می‌کند حالتی خراب می‌شود، صداهایی را می‌شنوم، حرفهای سرزنش‌آمیز می‌شنوم گوشه‌گیرم، پیر شده‌ام، نتوان گوشتگی شده‌ام، تبیل می‌شوم، وابسته بار آمده‌ام، بچه بار آمده‌ام، خودم ناامیدم.	می‌خواهم تو سرم بزنی، بروز نمی‌دهد، در خود نگه می‌دارد، خودکشی کردن.
مجموعه: خانواده				
افراد زن / مرد				
میانگین سن: ۴۰				
میانگین تحصیلات: دبیرستان				
مشاغل:				
تلفن:				
هنگامه‌ها:				
آسیب‌ها	حالات و رفتارهایی که افراد مجتمع به یکدیگر و به محیط نسبت می‌دهند	حالات و رفتارهایی که افراد مجتمع در رابطه با یکدیگر و با محیط نشان می‌دهند	حالات و رفتارهایی که افراد مجتمع به او نسبت می‌دهند.	حالات و رفتارهایی که افراد مجتمع در رابطه با او نشان می‌دهند
آسیب‌ها (داده‌ها)	یکدیگر را مسخره می‌کنند، زجر می‌دهند، عذاب روحی می‌دهند، حرفهایشان سرزنش‌آمیز است، اعصاب یکدیگر را با حرفهایشان خورد می‌کنند، حسرت هم را نمی‌فهمند، بی‌فایده می‌دانند، بدخواه یکدیگرند، خوبی هم را نمی‌خواهند، رفتاری بفرنج دارند.	محل اقامت یکدیگر را عوض می‌کنند، به یکدیگر فحش می‌دهند، سعی می‌کنند ارتباط را محدود کنند، دشمن یکدیگرند، نمی‌توانند با هم بسازند، حوصله شنشو ندارند.	احساس می‌کنند حالشان خراب است، به او می‌گویند حالت خراب است، روز به روز بدتر می‌شوند، به او حرفهای سرزنش‌آمیزی می‌گویند، گوشه‌گیر شده‌ای، نتوان شده‌ای، تبیل می‌شود، وابسته بار آمده‌ای، ناپید هستی.	می‌خواهند تو سرش بزنی، بروز نمی‌دهد، در خود نگه می‌دارند، خودکشی می‌کنند.
وضعیت‌ها	وضعیت نخست	وضعیت دوم	وضعیت سوم	وضعیت چهارم

واژه‌ها (مفاهیم و آسیب‌ها):

مسخره کردن؛ زجر دادن، عذاب روحی دادن، حرفهای سرزنش‌آمیز زدن، فحش دادن، حرف زدن؛ نفهم بودن، گوشه‌گیر شدن، عذاب دادن، مسخره کردن، پیر شدن؛ ناتوان شدن، تبیل شدن، حوصله نداشتن، حسادت داشتن؛ خوبی کسی را ندیدن، وابسته بار آمدن، بچه بار آمدن، پیر بودن؛ ناامید بودن، دختر نبودن، ازدواج نکردن، ناتوان بودن، خواستگار نداشتن.

## مراحل هیپنوتیزم

دکتر پدram مجاور جورابچی<sup>۱</sup>

مقدمه: همانطور که می‌دانیم مراحل هیپنوتراپی شامل مراحل زیر می‌باشد:

الف - آماده سازی درمانجو برای هیپنوتیزم (مهمترین مرحله)

ب - ایجاد ترانس (Trance)

ج - تکنیک‌های عمیق سازی

د - انجام اهداف درمانی

هـ - خاتمه دادن به جلسه هیپنوتیزم

رعایت ترتیب مراحل فوق الزامیست. اما سوال اینجاست که کدام مرحله مهم‌ترین مرحله می‌باشد، کدام مرحله است که چه در ایجاد پدیده هیپنوتیزم و چه در کسب نتیجه درمانی بیشترین سهم را داراست. به نظر اینجانب مرحله الف مهم‌ترین مرحله می‌باشد و همین گام رمز موفقیت هیپنوتیزور در روند هیپنوتراپی می‌باشد. این مرحله مهم خود شامل سه قسمت می‌باشد:

۱ - ایجاد ۵ رکن اساسی در درمانجو (مهمترین قسمت)

۲ - روشن سازی نکات مبهم و مفاهیم نادرست و پاسخ به سئوالات درمانجو

۳ - انجام تست‌های تلقین پذیری

متأسفانه با وجود کتب متعدد فارسی و انگلیسی در ارتباط با هیپنوتراپی، به اندازه کافی در ارتباط با «ایجاد ۵ رکن اساسی در درمانجو» بحث نشده است. حال، با توجه به لزوم این مهم به بحث درباره آن می‌پردازیم.

برنارد گیندز (Bernard - C - Gindes) شرایط زیر را برای هیپنوتیزم شدن مطرح می‌نماید:

هیپنوتیزم = انتظار + اعتقاد + توجه تمرکز یافته

هارتمند اصل چهارمی را به نام اصل «تصور» به موارد فوق اضافه کرد و نهایتاً آقای آراوز

(Deniel Araoz)، TEAM را مطرح کرد

**Hypnotic State = Trust + Expectation + Altitude + Motivation**

<sup>۱</sup> دکتر پدram مجاور پزشک و عضو انجمن هیپنوتیزم ایران

با بررسی کلیه نظریه‌ها به این نتیجه رسیدیم:

توجه تمرکز یافته + انتظار + تصور + اعتقاد + ارتباط = ۵ رکن اساسی برای ایجاد هیپنوتیزم رکن اول، ارتباط: منظور از ارتباط ایجاد اعتماد، نگرش‌ها و انتظارات مثبت درباره هیپنوتیزم و انگیزش در جهت رسیدن به اهداف درمانی می‌باشد. هیپنوتیزم باید توانایی این را دارا باشد که با هر درمانجو متناسب با شخصیت و خصوصیات وی ارتباط برقرار کند. بعضی از درمانجویان صمیمیت و همدلی را از درمانگرشان طلب می‌کنند و بعضی دیگر طالب قدرت، نفوذ و شهرت و اعتبار درمانگرشان می‌باشند. هیپنوتیزم هم علم است و هم هنر، شناخت آنچه که برای درمانجویی خاص مهم است و استفاده موثر از آن بستگی به هنر هیپنوتیزم در گوش دادن به آنچه درمانجو می‌گوید و مشاهده حالات و روحیات او دارد. ارتباط صحیح را می‌توان از طریق همگامی (Pacing) هدایت (Leading) با درمانجو ایجاد کرد. ارتباط هنگامی کامل می‌شود که هیپنوتیزم به زبان درمانجو سخن بگوید. اگر درمانجو منخیرانه پذیر می‌باشد، بهتر است هیپنوتیزم در تمامی مراحل هیپنوتراپی رسمی سخن بگوید و از الفاظ تحکم آمیز پرهیز نماید. و همچنین اگر درمانجو امرپذیر باشد، بهتر است که درمانگر، با درمانجو صمیمی نشده و اعتبار و نفوذ خود را به عنوان یک مرجع قدرت حفظ نماید.

برای ایجاد ارتباط بهتر باید به درخواست‌های درمانجویان احترام گذاشت و به توضیحات و تجارب آنها گوش داد، زیرا که از این طریق لیست تلقینات مناسب برای درمان، تکنیک خاص القاء هیپنوتیزم و همچنین تصحیح انتظارات بی‌جای درمانجو صورت می‌گیرد. برای اینکه حس مقاومت درمانجو تحریک نشود، هر گونه مخالفتی با وی باید با ظرافت خاصی صورت گیرد و اینکار بهتر است از همان راه (Pacing) و (Leadiy) انجام پذیرد، باید سعی شود که با توضیح بعضی از اصول درمانجو را از اشتباهش آگاه کرد. برای برقراری ارتباطی مناسب در سوژه مخیر باید روند هیپنوتراپی را یک روند شراکتی که سهم وی بسیار قابل توجه می‌باشد، تلقی نمود در صورتی که بلعکس درمانجویی امر پذیر ترجیح می‌دهد که قدرت مطلق، درمانگرش باشد و وی شاهد درمان باشد تا شریک درمانگرش. در مورد اینکه آیا برقراری ارتباط برای یک سوژه ضروری است یا نه جای شک است، که در این باب، آقای کلارک - جکسون یانگ می‌گوید ممکن است فردی خود هیپنوتیزمی را از طریق مطالعه کتابی بیاموزد و نیاز به برقراری ارتباط با هیپنوتیزم نداشته باشد ولی همانطور که ابتدا اشاره شد اگر ارتباط را ایجاد اعتماد، نگرش‌ها و انتظارات مثبت درباره هیپنوتیزم و انگیزش در جهت

کسب اهداف درمانی توصیف کنیم، در این حالت پدید آورندگان ارتباط در این فرد، مولفان کتاب بودند و فرد توانسته است که با خودش ارتباط مناسبی ایجاد کند.

**رکن دوم، اعتقاد:** دو نوع اعتقاد مد نظر می‌باشد. یکی اعتقاد درمانجو به علم هیپنوتیزم و مفید بودن آن در حل مشکلاتش و دیگری اعتقاد درمانجو به درمانگرش به عنوان یک هیپنوتراپیست. امکان دارد هیچکدام از این دو نوع اعتقاد و یا یکی از اینها به تنهایی وجود داشته باشد و درمانگر باید از مفهوم سوالات و انتظارات درمانجویی به این نحوه تفکر ببرد. معمولاً بیماری که به هیپنوتیزم به عنوان یک تکنیک درمانی معتقد است، به هیپنوتیزور مراجعه می‌کند. در صورتی که پیشنهاد درمان به شیوه هیپنوتراپی از طرف درمانگر باشد، باید از طرق مختلف این «اعتقاد» را ایجاد کند. من خود این کار را از طریق نمایش فیلم‌های آموزشی و یا هیپنوز کردن یکی از سوژه‌هایم در مقابل بیمار و انجام عملی چند پدیده هیپنوتیزمی انجام می‌دهم و کار را با انجام تست‌های تلقین پذیری تکمیل می‌کنم. بهر حال برای کسب بهترین نتیجه باید قبل از القاء هیپنوتیزم از ایجاد اعتقاد در درمانجو مطمئن شد.

**رکن سوم، تصور:** قرار است چه اتفاقی بیفتد؟ آیا واقعاً من به خواب خواهم رفت؟ چه خوابی؟ این سوالات تصوراتی است که باید به خوبی در ذهن سوژه شکل بگیرد. متأسفانه هیپنوتیزم از کلمه یونانی (Hypnotikus) خواب کردن بر گرفته شده و تمام مردم هم تعبیری که از خواب دارند، خواب طبیعی است پس به تبع واضح است بیماران در طی هیپنوز انتظاراتی را که در طی یک خواب طبیعی دارند، از خلسه هیپنوتیزمی طلب می‌کنند و حال اگر درمانجو هیپنوز شود، چون به محیط واقف است (و اگر بیدار شود تمام جریان را به خاطر می‌آورد) نه تنها خلسه او عمیق‌تر نمی‌شود بلکه مداوماً سبک‌تر شده و شاید سوژه بیدار شده و به تبع اقدامات درمانی هم بی‌تاثیر خواهد بود. نکته مهم اینجاست که ما حتماً این تفهیم مطلب را قبل از اولین جلسه هیپنوز انجام دهیم. باید به بیمار تذکر داده شود که در شرایط خواب طبیعی بی‌حسی نداریم در صورتی که این کار در هیپنوز قابل اجراست و اینکه بعد از یک خواب طبیعی معمولاً صبح هنگام بیمار هیچ چیز را به یاد ندارد، در حالی که در شرایط هیپنوز سوژه به احتمال بسیار زیاد همه چیز را به یاد خواهد داشت و در طی هیپنوز بر خلاف خواب طبیعی سوژه و هیپنوتیزور می‌توانند ارتباط داشته باشند در غیر این صورت بیمار این را به عنوان شکست درمانگر تلقی می‌کند، بهتر است به درمانجو بگوییم: حالت هیپنوز بیشتر از آنکه به خواب طبیعی شباهت داشته باشد به بیداری شبیه است و این تعبیر هم توسط EEG

ثابت شده، امواج مغزی یک سوژه در حالت هیپنوز خیلی شبیه به فرد «بیداری» است که با چشمان بسته با حالت آرامش بخشی روی تخت یا کاناپه تکیه داده است. پس چون هیپنوز بیشتر شبیه بیداری است شما نباید خلسه (Trance) را با خواب اشتباه کنید. هنگامی که شما در حالت هیپنوز هستید ممکن است صدای مرا خیلی بلند بشنوید و صدای اطراف را خیلی آهسته و ممکن است فقط صدای مرا بشنوید. امکان دارد صدای نفس‌هایم، قدم‌هایم و یا صداهای دیگر را به آرامی بشنوید، ولی نسبت به آنها بی‌تفاوت هستید. این بدان معنی نیست که در شرایط خاص نتوانید به محرک‌ها پاسخ دهید. شما همیشه در طی تمام مراحل بر تمام اوضاع مسلط هستید ولی توضیح می‌دهیم که فقط به صدای درمانگر گوش دهید و حرکات اضافی انجام ندهید، شما ممکن است به مناطقی که قبلاً خاطرات زیبایی از آنجا داشته‌اید سفر کنید ولی در همه حال به اوضاع زمانی و مکانی خود که از داخل مطب بر روی صندلی تکیه داده و در حالت آرامش بخش فرو رفته‌اید، واقف هستید. باید متذکر شوم که هیپنوتیزم یک حالت خاص و جدا با یک مرز مشخص نیست که شما بلافاصله زمانی که به آن رسیده‌اید آن را حس کنید، بلکه حالت بیداری است و به تدریج که دامنه توجه شما نسبت به محیط کمتر می‌شود، آرام آرام به وضعیت هیپنوتیزی تبدیل می‌گردد و شما نباید در انتظار هیپنوز باشید، بلکه این حالت خود به خود پدید می‌آید. فقط در مراحل عمیق هیپنوتیزی (Somnambolism) امکان دارد، «توهم منفی شنوایی»، صدایی وجود دارد ولی سوژه آن را درک نمی‌کند و فراموشی کامل خاطرات ضمن خلسه اتفاق بیفتد و همانطور که می‌دانیم. سوژه‌هایی که به این عمق می‌رسند درصد زیادی را تشکیل نمی‌دهند، پس ما با جملات بالا خودمان را آماده کرده‌ایم. در صورتی که سوژه هیپنوز شده چون حالت‌هایی را که حس کرده همان حالتی بوده است که قبلاً به وی وعده داده بودیم، خلسه عمیق‌تر می‌شود.

و پس از بیدار کردن وی از یک خواب عمیق به وی می‌گوییم: «شما یک سوژه بسیار خوب در هیپنوتیزم هستید و از این بابت باید به شما تبریک گفت، شما به یک خلسه عمیق رسیدید و برای شما حس و حالات خلسه عمیق بیشتر از آنکه به بیداری شباهت داشته باشد به خواب طبیعی شباهت دارد و به همین خاطر است که شما این احساسات را دارید. اما چرا از ابتدا این حالات را برای سوژه توصیف نمی‌کنیم، علت این است که اگر سوژه این مطلب را بداند در هنگام هیپنوز و اجرای مراحل عمیق سازی، دائماً به فکر این است که به طور ارادی با

ما همکاری کرده تا خلسه‌اش عمیق‌تر شود و صداهای اطراف را نشنود ... و نهایتاً درمانش بهتر انجام شود، غافل از اینکه این تفکر به جای عمیق کردن خلسه آن را سبک‌تر می‌کند.

از طرف دیگر یک پیش‌بینی ما این بود که به سوژه گفته بودیم که به تمام محیط واقف خواهد بود. این جمله به این علت گفته می‌شود تا سوژه فکر نکند که در شرایط هیپنوتیزم امکان دارد هرگونه اتفاق چه در جهت و چه برخلاف میل او انجام شود. هر چند که در خلسه‌های سومنابولیستی می‌توان درصدی از آنها را به انجام کارهای برخلاف میلشان هدایت کرد ولی ما از این بابت هیچ سخنی به درمانجو نمی‌گوییم تا در ضمن هیپنوز نگران این پدیده نباشد. چون همین نگرانی از عمیق شدن خلسه جلوگیری می‌کند.

**رکن چهارم، انتظار:** برای ایجاد این پدیده در درمانجو، من همیشه یک برنامه خاص را دنبال می‌کنم، در ابتدا هنگامی که درمانجو به هر طریق تماس برقرار می‌کند. من بلافاصله یک قرار تلفنی در راس یک ساعت مشخص چند روز بعد می‌گذارم و دقیقاً سر ساعت مشخص در همان روز منتظر تماس تلفنی وی می‌باشم اگر تماس حاصل شد برای بیمار قرار ملاقاتی در ساعت مشخصی، چند روز بعد تعیین می‌کنم و فقط اگر درمانجو سر ساعت تعیین شده مراجعه کرد، پذیرفته می‌شود و در جلسه اول و حتی بعضی اوقات جلسه دوم فقط کار بر روی شرح حال کامل، مسیر درمان، پاسخ به سئوالات بیمار و تست‌های تلقین پذیری انجام می‌شود و نهایتاً در جلسه سوم بیمار هیپنوتیزم می‌شود. اگر به کل مسیر بنگریم مشاهده می‌کنیم که از اولین تماس بیمار تا هیپنوز شدنش، چند روز (نسبت به افراد مختلف فرق می‌کند) زمان می‌گذرد و هدف از این فاصله فقط ایجاد پدیده انتظار است. درمانجو باید به اندازه کافی برای هیپنوز شدن پخته شود و لحظه‌ای که مثلاً برای جلسه هیپنوز مراجعه می‌کند با شور و حال خاصی بیاید چون تلقینات در این شرایط خیلی بهتر پذیرفته می‌شود.

از دیگر کارهای که می‌توان در این راستا انجام داد، پخش موسیقی آرامبخش بدون کلام، نصب تصاویر مختلف مثل تصویر چشم و ... می‌باشد.

**رکن پنجم، توجه تمرکز یافته:** واضح و بدهی است که در صورتی که سوژه در برابر ایجاد پدیده هیپنوتیزم به طور ارادی مقاومت کند به هیچ وجه نمی‌توان وی را هیپنوز کرد (البته باید متذکر شوم که در اینجا مقصود ایجاد ترانس تروفوتروپیک است که یکی از شرط‌های اساسی آن همکاری و مشارکت صمیمانه و پر بار سوژه است و گرنه ما می‌توانیم افراد را بدون میل باطنیشان از طریق ترانس ارگوتروپیک گوتروپیک هیپنوز کنیم)

فکر می‌کنم در توضیح پدیده ارتباط به اندازه کافی در مورد ایجاد فضای مناسب برای هیپنوز صحبت شد، به‌رحال هیپنوتیزم یک فرآیند می‌باشد، آن هم فرایندی اشتراکی. پدیده‌ای که برای ایجاد آن دو عامل مهم لازم است که مهمترین عامل سوژه است و سهم سوژه از این شراکت ۸۵٪ می‌باشد و عامل دوم هیپنوتیست است که سهم وی ۱۵٪ می‌باشد. پس هنر یک هیپنوتیزور در تفهیم این مطلب مهم قبل از ایجاد هیپنوتیزم است. البته به عنوان یک جمله معترضه اضافه کنم که من به تجربه احساس کرده‌ام که اگر با درمانجویی که برای هیپنوز کردن وی باید از تکنیک‌های منخیرانه استفاده کرد روبرو باشیم، هر چه بهتر و دقیق‌تر در ارتباط با این اصل صحبت کنیم، نتیجه بهتری می‌گیریم. من ابتدا این متد را برای درمانجویان آمر پذیر نیز استفاده می‌کردم، اما بعد از مدتی احساس کردم که این کار تلقین‌پذیری این افراد را کاهش می‌دهد و اگر توضیح زیادی راجع به این اصل به آنها ندهم نتیجه بهتری می‌گیرم، برای این دسته افراد هر چه برای هیپنوتیست سهم بیشتری قائل شویم راضی‌تر خواهند بود زیرا آنها می‌خواهند که واقعاً مفعول و هیپنوتیست فاعل باشد و از کار اشتراکی آن هم با برتری سهم خودشان راضی نخواهند بود.

برای تفهیم این ۵ رکن، مثال جالبی است که به آن اشاره می‌کنیم. فرض کنید در مسجدی هستید، در آنجا مداحی در حال مطرح کردن واقعه‌ای دردناک و غم‌انگیز می‌باشد، بعد از دقایقی گریه‌ها و شیون‌ها در میان جمع شروع می‌گردد ولی تا آخر مجلس عده‌ای هستند که اصلاً گریه نمی‌کنند. حال مجلس تمام شده و ما از تک تک این افراد در ارتباط با احساسشان سؤال می‌کنیم:

- من گریه نکردم به این خاطر که من با این آقای مداح یک خورده حسابی دارم و خیلی از دستش شاکی هستم. **عدم ایجاد ارتباط**
- من گریه نکردم به خاطر اینکه اصلاً به صدق این واقعه‌ای که مداح توصیف کرد اعتماد ندارم و یا من گریه نکردم به خاطر اینکه من این آقا را به عنوان مداح قبول ندارم. **عدم ایجاد اعتقاد**
- من گریه نکردم به خاطر اینکه این آقای مداح نتوانست به خوبی آن صحنه درد آور و غم‌انگیز را توصیف کند. **عدم ایجاد تصور**
- من گریه نکردم به خاطر اینکه هنوز ما به خودمان نیامده بودیم رفت سراغ درد آورترین قسمت داستان. **عدم ایجاد انتظار**

• من گریه نکردم به خاطر اینکه در حال صحبت کردن با بغل دستی‌ام بودم. عدم ایجاد

توجه تمرکز یافته

با بررسی بیشتر مثال فوق پی به این می‌بریم که اگر تحت تاثیر یک فیلم سینمایی هم قرار بگیریم و یا با شنیدن یک جک و یا طنز بخندیم ۵ رکن فوق به تناسبی در آن نقش دارند و هیپنوتیزم هم چنین می‌باشد.

