

هیپنوتیزم

قسمت IV: کنتراندیکاسیونها و خطرات هیپنوتیزم ، گزارش چند مورد هیپنوتراپی

هادی سالاری^۱ ، سید علیرضا سجادی^۲

بحث هیپنوتیزم یکی از جنجالی‌ترین مباحث در حیطه روانپزشکی و روانشناسی در چند دهه اخیر در همه جهان بوده که در سالیان گذشته به محافل علمی داخل کشور نیز کشیده شده است. هر چند کتب و مقالات بسیار در این زمینه به رشته تحریر در آمده است، اما تاکنون مطلبی از طرف متخصصین علوم اعصاب و رفتار و روانپزشکان به صورت مدون به جامعه علمی کشور ارائه نگردیده است. مجله دانشکده علوم پزشکی گناباد بر این اهتمام است که رساله دکترای تخصصی دو نفر از متخصصین برجسته اعصاب و روان کشور که در این زمینه تدوین شده و با درجه ممتاز مورد قبول هیئت داوران قرار گرفته است و علاوه بر مطالب علمی جالب حاوی نظرات و تئوری خود مؤلفین در مورد ماهیت هیپنوتیزم نیز می‌باشد را به صورت سلسله مقالات طی چهار شماره به شرح ذیل به چاپ برساند.

مقاله شماره ۱- تاریخچه و تعاریف مختلف هیپنوتیزم

مقاله شماره ۲- ماهیت هیپنوتیزم و نظریه مؤلفین در مورد آن

مقاله شماره ۳- تستهای تلقین پذیری و روشهای ایجاد یا القاء حالت ترانس، اهداف و عوامل مؤثر در ایجاد حالت ترانس، موارد کاربرد و منع کاربرد آن

مقاله شماره ۴- کنتراندیکاسیونها و خطرات هیپنوتیزم، گزارش چند مورد هیپنوتراپی

در پایان کلیه اندیشمندان و فرهیختگان را به همراهی و اربابانه نقطه نظرات پیشنهادی و انتقادی دعوت می‌نمایم.

«سر دبیر مجله»

چکیده:

چند سالی است که بحث هیپنوتیزم به عنوان یک پدیده جدید در بین دانشجویان و محافل دانشگاهی و حتی با آب و تاب بیشتر در بین عامه مردم رواج یافته است و هر کس عقیده و نظری ابراز می‌کند و در این اظهار نظرها بسیاری از مطالب غیر واقعی و غیر علمی و تحریف شده به چشم می‌خورد، این موضوع ابهامات بسیار برای اذهان دانش پژوهان و افراد علاقمند و کنجکاو ایجاد کرده است که: وائماً هیپنوتیزم چیست؟ کاربرد آن در چه زمینه‌ای و میزان تاثیر آن چقدر است؟ و سوال اساسی تر برای عده‌ای از آنها که ساده اندیش نیستند این است که آیا اصلاً پدیده‌ای به این نام که اساس و پایه علمی داشته باشد، وجود دارد یا نوعی عوام فریبی است و اگر پدیده‌ای است علمی، ماهیت آن چیست؟

از طرفی عده‌ای از افراد با مقدمه چینی و اغراق گویی، هیپنوتیزم را چنین معرفی کرده‌اند که گویا درمان هر دردی و کلید حل هر مشکلی است. چه بسا که از این راه دست به سوء استفاده‌ها و سودجویی‌هایی هم زده‌اند. به طوریکه بنا بر این اقدامات به اعتبار و ارزش این پدیده علمی نیز آسیب رسانده‌اند. هدف از ارائه این بحث تا آنجا که بضاعت علمی و تجربیات عینی ما اجازه دهد رفع ابهامات از این پدیده شگرف با بیان ماهیت و میزان کاربرد آن در پزشکی است. بنابراین سعی ما بر این است تا در این مجموعه مطالبی را گرد آوریم که هاری از هر گونه اغراق در مورد این پدیده باشد و سوادری را گزارش نمایم که محدودیتهای این روش را بعنوان یک روش درمانی مانند همه روش‌های دیگر (حتی جراحی) به روشنی بیان نماید و مصداقی باشد بر این حقیقت که استفاده از این پدیده و ابزار باید توسط کسانی صورت گیرد که آشنایی کامل به مکانیسم‌های روانی و کارکردی مغز داشته باشند.

واژه های کلیدی : کنتراندیکاسیون ، خطرات ، هیپنوتراپی

^۱ - متخصص اعصاب و روان ، استاد یار دانشگاه علوم پزشکی گرگان

^۲ - متخصص اعصاب و روان ، استاد یار دانشگاه علوم پزشکی زاهدان

Archive of SID

کلتراندیکاسیون ها و خطرات هیپوتیزم

یکی از خطرات عمده هیپنوز وابستگی سوژه به درمانگر است که این وابستگی با ایجاد حالت‌های ترانسفرنس مثبت قوی شکل می‌گیرد. از طرفی در کسانی هم که شخصیت ناپخته دارند یا کسانی که در واقعیت سنجی اشکال دارند ممکن است ترانسفرنس منفی پیش آید که این مسئله دوم هم برای بیمار و هم درمانگر مشکل ساز است. همچنین بیماران پارانوئید و *O.C.D.* کاندیداهای مناسبی برای هیپنوتراپی نیستند. افراد *M.R.* و سایکوتیک ها هم جزء کلتراندیکاسیون های مطلق می باشند.

خطرات دیگر در استفاده از هیپنوتیزم:

۱- در هیپنوتراپی یکی از مکانیسم‌های روانی که آن استفاده می‌شود، روش *Dissociation* (تجزیه) است که جزء لاینفک در هیپنوتالیز یا یادآوری خاطرات با ارجاع به گذشته فرد است. در این روش صحنه‌ای را در ذهن بیمار مجسم می‌کنیم که خودش در کنار قفایا ناظر بر جریان‌اتی است که اتفاق می‌افتد و او خود را مشابه با فرد موردنظر که تجسم شده، همانندسازی می‌کند.

اساس این روش بر جدایی و انتزاع جریان فکری فرد از وجود خودش بنا نهاده شده است. جان هارتلند در کتاب هیپنوتیزم پزشکی صراحتاً افراد آماتور و غیر متخصص را از بکار بردن این روش برحذر می‌دارد و می‌نویسد:

«متأسفانه عده‌ای همین روش را در اکثر کارهای نمایشی بکار می‌برند در حالیکه به مخاطرات احتمالی آن توجه ندارند.»

۲- تلقینات پست هیپنوتیک نامناسبی که حالت *ego-dystonic* برای فرد دارد و این تلقینات یک جزء ثابت و قوی در بسیاری از روش‌های هیپنوتراپی است. بعداً برای فرد یک تعارض روانی ناخودآگاه ایجاد می‌کند.

۳- مسئله دیگر برای غیرمتخصصین که از هیپنوتیزم استفاده می‌کنند (مخصوصاً در هیپنوتالیز) اگر درمانگر یا هیپنوتیزور تخصص و مهارت کافی نداشته باشد در می‌ماند که پس از بدست آوردن اطلاعات زیادی از سوژه، با این دستاوردها چه کند؟

بنابراین باید به این حقیقت مهم توجه داشت که در بیشتر موارد سرکوب یا فرونشانی خاطرات، یک عمل دفاعی بخته و درمانی است که متلاً در سایه آن بیمار شاید بتواند به آرامش برسد.

آنچه با هیپنوتیزم انجام می‌شود و یا قابل درمان است اینطور نیست که با هیچ روش دیگری قابل درمان نباشد. بلکه هیپنوز هم یکی از روش‌های درمانی است که کاربرد آن با درجات مختلفی از تأثیر همراه می‌باشد. اما این حقیقت را نیز باید بپذیریم که از نظر سرعت و پیشرفت درمان در بعضی زمینه‌ها بر بسیاری از روش‌های دیگر ترجیح دارد. دو مورد مثال می‌زنیم:

مورد اول: در روانکاوی کلاسیک عملی که اتفاق می‌افتد این است که با تداعی آزاد، بیمار خاطرات ناراحت کننده خود را که در حالت عادی به علت وجود مقاومت آگاهانه و یا ناخودآگاهانه بازگو نمی‌کند، بیان می‌دارد و در حقیقت پی به ریشه مشکلات خود می‌برد. چون در جلسات متعدد اینقدر فرصت پیدا می‌کند تا سانسور برداشته شود. از آنجاکه این خاطرات با بار عاطفی همراه هستند، هر چه اینها را در درون نگه دارد موجب جمع شدن تعارضات مزاحمی در مغز شده و فرد را به سمت یک مشکل روانی سوق می‌دهد. اما اگر بیان شوند، این انرژی مزاحم آزاد می‌شود. اصلاً خود فروید روانکاری را از گفته‌های بیماران هیپنوتیزم شده، کشف کرد.

مورد دوم در درمان *P.T.S.D* (Post Traumatic Stress Disorder) است. در فردی که دچار *P.T.S.D* شده، سعی درمانگر بر این است که صحنه یا حادثه‌ای را که ایجاد ناراحتی برای فرد نموده است با تمام جزئیات و با بار هیجانی عاطفی بسیار قوی برای او بازسازی کند و (با هدایت خاطرات بیمار). ضمن اینکه فرد این صحنه‌ها را بخاطر می‌آورد و مطالب را در ذهنش بازسازی می‌کند توجه او را به یک پاندول در حال حرکت یا آینه گردان یا شیء براق دیگری معطوف می‌کنند، این حالت وضعیتی را بوجود می‌آورد شبیه اینکه فرد فیلمی از زندگی خودش را مشاهده می‌کند. در اینجا یک انفکاک اتفاق می‌افتد و فرد خود را جدای از صحنه دردآور یا وحشتناک می‌بیند. و شبیه این هر دو عمل در هیپنوتیزم به راحتی قابل انجام است.

چند سؤال:

این همه تبلیغ در مورد هیپنوتیزم از طرف بعضی مراکز برای چیست؟ آیا آموزش تکنیک‌های القاء هیپنوتیزم به افراد و بطور عمومی برای دانشجویان مشکلی را حل می‌کند. به فرض اینکه بسیاری از مردم این تکنیک‌ها را فرا گرفتند پس از آن می‌خواهند با این تکنیک‌ها چه کاری انجام دهند؟ اینکار درست مانند این است که به افرادی آموزش دهیم که با تزریق چند میلی گرم از یک داروی هوشبری بیهوشی در فردی ایجاد کنند، بعد چه می‌شود؟ آیا صحیح است به پزشکان و سایر حرف وابسته به پزشکی روش‌های طبی بیهوشی را آموزش دهیم؟ پس تربیت متخصص بیهوشی برای چیست؟

اما سؤال دوم اینکه چرا متخصصین علوم اعصاب و روانپزشکان به این پدیده رغبتی نشان نمی‌دهند؟

در جواب این سؤال باید گفت: متأسفانه در جامعه کنونی ما قبل از اینکه افراد صاحب صلاحیت از این پدیده استفاده کنند و آن را بکار برند، افراد دیگری به آن روی آورده و هر کس به طریقی جهت سرگرمی و تفریح مردم یا به منظورهای دیگر از آن استفاده می‌کند،

خانمی ۳۴ ساله، بیسواد، متأهل دارای ۵ فرزند (و همسر دوم شوهرش) بعلت ضعف اندامها (با برتری اندام تحتانی) که قدرت راه رفتن را از وی سلب کرده بود و عدم تکلم و آق زدنهای مکرر بدون استفراغ با شروع یکماه قبل از مراجعه که بطور ناگهانی در خواب شروع شده بود. در بخش بستری گردیده بود. نامبرده ۵ سال قبل هم دچار علائم مشابهی شده بود که پس از ۳ ماه خودبخود بهبود یافته بود. در بررسی های انجام شده، شواهدی دال بر وجود یک ضایعه طبی نزد وی کشف نشده بود.

زمانی بیمار جهت هیپنوتراپی معرفی گردید که یک هفته از بستری شدن وی در بخش می گذشت. در این زمان بیمار هیچ یک از علائم فوق الذکر را نداشت. با اینحال جهت کشف تعارض وی اقدام به هیپنوتیزم شد. علی رغم استفاده از روش تجزیه ای (Dissociative) در طی یک جلسه ۹۰ دقیقه ای با همه تلاشی که شد، وی حتی به یک جلسه سبک هم وارد نگردید. بنابراین درمان هیپنوز ادامه نیافت و بیمار از بخش مرخص گردید.

مورد شماره ۳: اختلال تبدیلی

پسر جوانی ۲۱ ساله دانش آموز کلاس چهارم دبیرستان، اهل یکی از شهرستان های خراسان بعلت فلج چهار اندام، عدم توانایی تکلم در بخش روانپزشکی پذیرفته شد. قبل از بستری توسط متخصصین رشته های مختلف (جراح اعصاب، ارتوپدی، نورولوژیست) معاینه و ضایعه طبی که توجیه کننده علائم وی باشد، کشف نگردیده بود. لذا با تشخیص اختلال روانی به مرکز روانپزشکی ارجاع و بستری شده بود. در ضمن معاینه و اخذ شرح حال روانپزشکی از همکاران بیمار در بخش معلوم شد که حدود بیست روز قبل از مراجعه به همراه دوستش در یک مجلس شبانه از مشروبات الکلی قاچاق استفاده نموده است در نتیجه هر دو نفر دچار مسمومیت با الکل متیلک می شوند توسط اعضای خانواده به بخش مسمومین منتقل می شوند. دوست بیست ساله وی بر اثر عوارض ناشی از مسمومیت در راه انتقال به بیمارستان فوت می کند. بیمار ما پس از معالجات موثر و با بهبودی کامل، بدون هیچ مشکلی پس از ده روز از بخش مسمومین ترخیص می شود. هشت روز پس از مراجعه به شهرستان محل سکونت خود بطور ناگهانی دچار علائمی می گردد که شرح آن قبلاً گذشت که این علائم منجر به بستری شدن ایشان در مرکز روانپزشکی شفا گردید و با توجه به شرح فوق با تشخیص اختلال تبدیلی به هیپنوتیزم وی، جهت حل مشکلات اقدام نمودیم.

در جلسه اول بیمار با روش نگاه مستقیم و شمارش اعداد در حالیکه بعلت عدم توانایی نشستن دراز کشیده بود و با روش تصویری نوشتن بر روی تخته سیاه جلسه هیپنوتیزمی وی عمیق گردید و بیمار با روشهای دیگر تا مرحله somnambulism پیش رفت. در اینجا از

بطوریکه گاهاً در جوامع علمی بصورت یک کار شیادی و شارلاتانیسم شناخته شده و در معادل غیرعلمی هم به صورت یک امر متافیزیکی و اسرار آمیز و یا علوم غریبه برای سوء استفاده بیشتر قلمداد شده است.

کوتاه سخن اینکه تا این طرز تفکر اصلاح نشود و دست افراد ناهل توسط مراجع علمی و قانونی از این پدیده و سایر پدیده های علمی کوتاه نگردد، نه متخصصین به ابتکار روی خواهند آورد و نه بیماران از مزایای آن بهره مند خواهند شد.

گزارش چند مورد هیپنوتراپی

بیمار شماره ۱ - اضطراب منتشر (G.A.D)

خانمی ۲۸ ساله، مجرد، دانشجوی مقطع کارشناسی روانشناسی بالینی توسط یکی از همکاران با تشخیص اختلال اضطراب منتشر جهت درمان با هیپنوتیزم معرفی گردید.

علائم بیمار از ۹ قبل از مراجعه شروع شده بود. در طی این مدت بهبودی نداشتی است. شدت اختلال وی به حدی بوده که بعلت آن قادر به مطالعه و اظهار نظر در کلاس درس نبوده است. با اینکه خواستگاران متعدد داشته بعلت اشکال در تصمیم گیری و آینده نگری مفرط، با اینکه شرایط ایده آلی داشته اند، به هیچ کدام جواب مثبت نداده بود. تقریباً این اضطراب در مورد حتی ساده ترین امور زندگی از قبیل خرید برای خانه، رفتن به میهمانی دوستانه و... وجود داشت. وی داروهای متعددی را مصرف نموده ولی هیچ گاه نتیجه رضایت بخش نگرفته بود و بدین علت در زمان مراجعه حاضر به ادامه درمان دارویی نبود. لذا جهت ایشان هیپنوتراپی در نظر گرفته شده بود.

در طی ۴ جلسه اولی هیپنوز عمق ترانس وی حداکثر تا مرحله لتارژی بیشتر پیش نرفت. در همین حال علاوه بر شناخت درمانی در حالت هیپنوز (توسط یکی دیگر از همکاران) تلقینات درمان مستقیم به بیمار داده شد. از جلسه پنجم به بعد به مراحل عمیق تری از ترانس رسید. کل تعداد جلسات برگزار شده هفت جلسه بود. بعد از جلسه سوم اعلام نمود که مشکلاتش و مخصوصاً اضطرابش تا حد زیادی فروکش کرده است. در جلسه چهارم اعلام کرد که قادر است افکار منفی را از ذهنش کنار بگذارد و افکار مثبت را تقویت کند، در بسیاری از امور براحته تصمیم بگیرد و مشکلاتش را با واقع بینی ارزیابی نماید.

همانگونه که در گزارش فوق مشهود است در اینجا هیپنوتراپی بعنوان یک روش مکمل جهت تسهیل شناخت درمانی بکار گرفته شد. لازم به ذکر است که در طی ۷ جلسه (بمدت یکماه) و پی گیری ۵ ماهه نتایج درمانی رضایت بخش بود و در طی این مدت بیمار دارویی نیز مصرف نمی کرد و عملکرد شغلی و اجتماعی و به حد مورد انتظار رسیده بود.

مورد ۲: اختلال تبدیلی (Conversion disorder)

استفاده از حالت تجزیه‌ای دست‌نویس اتوماتیک (Automatic writing).

دوقتی من از بخش مسمومین مرخص شدم. به شهر خودم برگشتم مادر دوستم که مرده بود، به خانه ما آمد و گفت... تو بجای پسر من هستی اکنون که وی مرده است و تو زنده مانده‌ای من تو را بعنوان یادگاری از پسرم تلقی می‌کنم و مثل پسر خودم تو را دوست دارم. با توجه به جواب بیمار نتوانستیم مفهوم واضحی از آن برداشت نمایم تا در حل تعارض بیمار تلقینات مناسب را به وی ارائه کنیم (بعلمت کمی اطلاعات خودما). در مشورت با همکاران دیگر هم راهنمایی موثری انجام نشد.

به ناچار این تلقینات را به بیمار دادیم که تو هر روز در هر زمینه‌ای بهتر و بهتر می‌شوی. مشکلات جسمی که برای تو ایجاد شده بتدریج ظرف چند روز برطرف خواهد شد. در این امر میل و اراده خودت بسیار مهم خواهد بود. خودت تمایل داری که علائمت سریعاً برطرف شود. همانگونه که در خواب راه رفتی. در حالت بیداری راه می‌روی سخن می‌گویی و احساس ناراحتی جسمی و روحی نخواهی داشت و بعد بیمار از خواب هیپنوتیزمی خارج شد. ضمناً به وی تلقین شد که در جلسه بعد از پاسخ مکتوبش تفسیر روشن و واضح ارائه خواهد داد.

زمان جلسه حدود ۹۰ دقیقه بود. بیمار بعد از بیدار شدن کاملاً آرام بوده هیچ نشانه‌ای از اضطراب در وی مشاهده نگردید، احساس راحتی و رضایت در چهره‌اش هویدا بود. راه رفتن وی کاملاً عادی، تکلم بیمار نسبتاً خوب و مفهوم بود. بیمار خودش اجازه خواست که به اطاقش در بخش مراجعه کند. ضمناً از ما و همکاران تشکر نمود و احساس رضایت خود را بیان کرد.

بعلمت گرفتاری پیش آمده و مسافرت بی مقدمه ما، جلسه سوم برگزار نشد پس از برگشت از مسافرت بیمار از بخش ترخیص شده بود. گزارش پرونده نشان می‌داد که بیمار در موقع ترخیص که ۱۰ روز پس از هیپنوتیزم بود، هیچ علائمی دال بر بیماری نداشته است و همانطور که توصیه شده بود هیچ دارویی هم در بخش به وی داده نشده بود. مصاحبه بیمار در هنگام ترخیص گویای روند عادی در تمام جنبه‌های روانی بیمار بود.

بحث: همانگونه که توضیح داده شد ما در جلسه اول بدنبال کشف تعارض بیمار نبودیم و در جلسه دوم که بیمار آماده‌تر بود موفق به درک مفهوم پاسخ بیمار از تعارض وی نگردیدیم (با اینکه وی تعارضش را بطور کامل توضیح داده بود) در تجربیات بعدی متوجه شدیم که گاه تعارض به حدی برای فرد دردناک است که قادر به بیان آن حتی در حالت خلسه هیپنوتیزم نمی‌باشد. لذا بجای تعارض راه حل آن را بیان می‌کند. بیمار نیز بدین گونه عمل کرده بود. در جهت اثبات این مطلب اقدام به تحقیق در محل نمودیم و پی بردیم که پس از

بیمار خواسته شد به سوالات ساده‌ای که پرسیده می‌شود پاسخ دهد. سپس از وی شروع به سؤال کردیم. ابتدا با حالت نجوا مانند و نامفهوم شروع به تکلم کرد که پس از تلقینات مناسب بتدریج بطور واضح‌تر و کاملاً مفهوم و سپس بطور عادی به سئوالات پاسخ می‌داد. بطوریکه همکاری که ناظر بر جریان درمان بودند (قریب به ۳۰ نفر) همه پاسخ سئوالات را بطور واضح می‌شنیدند. سپس از بیمار در خواست شد که بنشیند، بیمار در لبه تخت با تعادل کامل نشست. سپس از وی خواسته شد بدون اینکه از خواب بیدار شود چشمانش را باز کند. با تلقیناتی که انجام شد بیمار قادر شد بدون کمک بایستد. در مرحله بعد از وی خواسته شد تا به آرامی و بدون برخورد با اشیاء یا افراد اطراف سالن محل هیپنوتیزم راه برود. ابتدا با حالت عدم تعادل و به صورت بسیار مشکل این کار را انجام دادولی با تلقینات مکرر نهایتاً قادر گردید که با تعادل نسبتاً خوب و با قدمهای شمرده و حالت تقریباً نزدیک به نرمال چندین دور در سالن راه برود. سپس از وی خواسته شد روی تخت دراز بکشد و بحالتی که قبل از خواب داشته است، برگردد.

تا این مرحله در پی کشف و یا حل تعارض بیمار نبودیم، بلکه بیشتر بدنبال اطمینان از عدم ضایعه طبی در نزد بیمار بودیم و در ضمن تاثیرپذیری این روش درمانی را در این بیمار خاص دریابیم. بنابراین تلقینات پس از هیپنوتیزمی به بیمار ارائه نشد، بجز اینکه به وی تلقین شد پس از بیداری احساس راحتی می‌کند، حالت نشاط دارد و بسیار مایل است که با این روش درمان شود. در مرحله آخر وی به روش شمارش معکوس و بتدریج از خواب هیپنوتیک خارج شد.

بعد از بیدار شدن همکاران حاضر در جلسه به جهت کنجکاوی شروع به سئوالاتی از بیمار نمودند که وی ابتدا سئوالات را با لحنی نسبتاً عادی همانگونه که در خواب هیپنوتیزمی پاسخ می‌داد، جواب داد و پس از چند دقیقه از وضوح کلام وی کاسته شد و حالت نامفهوم و نجوامانند پیدا کرد، بطوریکه دیگر قادر به درک صحبت وی نمودیم. اما در تمام این مدت بیمار ایستاده بود و بعد هم به کمک یکی از پرسنل و با پای خویش به اطاق خود در طبقه پایین مراجعه نمود. بنا به اظهار حاضرین در جلسه حالت فلجی وی در راه رفتن و انجام کارهای ۷۰٪ بهبودی یافته بود. کل جلسه ۹۰ دقیقه به طور انجامید.

در جلسه دوم بیمار به سهولت به خواب عمیق هیپنوتیزمی فرو رفت. بیمار در حین خلسه هیپنوتیزمی قادر شد به خوبی راه برود و تکلم بنماید. سئوالاتی در مورد علت بروز مشکلش از وی پرسیده شد. هر چند سئوالات را به طرق گوناگون بیان کردیم و هر چه تلاش کردیم در یافتن پاسخ ناموفق‌تر بودیم. از وی خواسته شد پاسخ را بر روی کاغذ بنویسد وی براحتی پذیرفت و در پاسخ به سوال که چه چیزی شما را ناراحت کرده است و از آن رنج می‌برید این جمله را نوشت: (با

بیحسی و ابزار دندانپزشکی حاضر به ترمیم دندانهای خود نگریده بود. نهایتاً دلیل پیشرفت پوسیدگی نیاز به *Root channel* پیدا کرده بیان این مطلب توسط دندانپزشک، ترس او را بیش از پیش کرده بود. پس از یک توضیح مقدماتی کوتاه به وی با ثابت کردن و تمرکز نگاه او بر روی آئینه دندانپزشکی در زمان کوتاه (کمتر از ۳ دقیقه) به ترانس متوسطی وارد شد. در اینجا به وی تلقین شد که در حال تماشای فیلمی مهیج و جالب هستی که از شدت تعجب دهانت باز می ماند. بیمار براحتی به این تلقین پاسخ داده و به مدت ۴۵ دقیقه که دندانپزشک کارهای درمانی را انجام می داد، دهان بیمار کاملاً باز و ترشحات بزاقی به حداقل ممکن کاهش یافته بود. از هیچ داروی بی حسی استفاده نشد و ۲ دندان آسیاب بزرگ با پوسیدگی درجه ۳ *Root channel* و ترمیم شد. یکی از دندانهای آسیای کوچک وی هم که دارای پوسیدگی سطحی بود، ترمیم شد. در مورد بی دردی بعد از بیدار شدن هم تلقینات مناسب ارائه گردید پس از اتمام کار بیمار از حالت هیپنوز خارج شد. بدون اینکه هیچ خاطره ای از اقدامات دندانپزشکی داشته باید و یا دردی احساس کند یا گذشت زمان را متوجه شده باشد. این مطلب که هر سه دندان وی ترمیم شده باشد برای وی غیرقابل باور بود تا اینکه خودش دندانهای ترمیم شده اش را در آینه تماشا کرد.

مورد ۵: اختلال *NOS* (*Not otherwise specified*)

خانمی ۳۰ ساله با تحصیلات فوق لیسانس، در رشته حقوق متأهل دارای ۲ فرزند و کارمند ارشد یکی از دوایر دولتی اظهار می داشت که در هنگام صرف غذا از شنیدن صدای جویدن غذا توسط دیگران بشدت دچار ناراحتی می شود. بطوریکه بعضی اوقات تذکرات تند به افراد می دهد و موجبات ناراحتی آنها را فراهم ساخته. گاهی اوقات هم به شدت خشمگین شده و از محل صرف غذا خارج می شود. مشکل وی قبل از ازدواج وی، زمانی که ۱۷ تا ۱۸ سال داشته شروع شده بود. اما بتدریج بر شدت آن افزوده شده و از یکسال بعد از شروع تاکنون بصورت فوق باقیمانده است. بطوری که تحمل وی برای اطرافیان زجرآور بوده و باعث قطع ارتباطات وی با بسیاری از اطرافیان شده بود نامبرده به همکاران دیگر مراجعه اما نتیجه ای نگرفته بود و تشخیص روانپزشکی یا عصبی خاصی برای وی مطرح نشده بود. لذا جهت هیپنوز و حل مشکلیش مراجعه نموده بود.

هدف از هیپنوز وی کشف مفهوم این علامت برای بیمار و یافتن تعارضات احتمالی در ارتباط با آن و همچنین حساسیت زدایی ایشان با استفاده از روشهای رفتاری در کنار هیپنوز بود. یک جلسه مقدماتی و یک جلسه هیپنوز برای وی برگزار شد. اما به دلیل ایجاد ترانسفرنس مثبت شدید که قطعاً ادامه درمان را به طریق صحیح غیرممکن

ترخیص از بخش مسمومین و مراجعت به محل زندگی مورد سرزنش و تهدید شدید جانی اطرافیان فرد متوفی قرار گرفته و سپس علائم در نزد وی ایجاد شده است. ضمن اینکه بیمار خود از مرگ دوستش ناراحت بوده و احساس گناه می کرده است و خود را مقصر می دانسته است، در چنین زمانی که نیاز به حمایت روحی داشته است، مورد عتاب و تهدید جمعی دیگر قرار گرفته و با توجه به مسائل فرهنگی محیط زندگی و اینکه بعنوان فردی منفور در اجتماع خود معرفی شده است، همه این مسائل این چنین تعارض قوی و شدیدی برای وی ایجاد کرده است که وی را به طرف یک اختلال تبدیلی با گرفتاری چندین دستگاه بدن سوق می دهد.

همانگونه که از نظر روانشناسی هم بیان می شود که علایم بیماری در اختلال تبدیلی رابطه ای سمبولیک با تعارضات بیمار دارند، در مورد علائم وی نیز بخوبی قابل توجه است. از دست دادن قدرت تکلم و آفونی بیمار شاید به این دلیل ایجاد شده که بیمار قدرت دفاع از خود را نداشته و مطلبی قابل توجه نمی توانسته ارائه دهد و فلج بیمار هم با این مسئله قابل توجه است که وی را از رفتن به خارج از منزل که محیط تهدیدآمیزی برای وی تلقی می شده است، باز دارد. پیامی را که روی کاغذ نوشته بود، در واقع طرز رفتاری است که از مادر دوستش انتظار داشته است در حالیکه مادر دوستش درست در جهت عکس تمایل او رفتار کرده بود.

مورد شماره ۶:

استفاده از هیپنوتیزم در دندانپزشکی

هر چند استفاده از هیپنوتیزم یکی از بهترین راههای کاهش درد به شمار می رود ولی مهمترین کاربرد اصلی هیپنوتیزم در هیپنودنتیک تسکین و تقلیل درد نیست و موارد استفاده از هیپنوز در دندانپزشکی را می توان در موارد زیر خلاصه کرد:

- ۱- از بین بردن ترس و اضطراب بیمار
- ۲- ریلکس کردن بیمار
- ۳- قرار دادن بیمار در شرایط راحتی که او بتواند برای مدتی شرایط ناراحت کننده و خستگی آور درمانهای دندانپزشکی را بهتر تحمل کند.
- ۴- تقلیل میزان نیاز به داروهای بی حسی (یا بیهوشی) و بی دردی
- ۵- کنترل جریان بزاق و خونریزی
- ۶- ایجاد بی دردی پس از عمل جراحی
- ۷- آماده کردن بیمار برای قبول و استفاده از پروتزهای دندانی و وسایل ارتودنسی

۸- از بین بردن رفلکس تهوع در جریان کارهای دندانپزشکی جوانی ۲۰ ساله که دو دندان آسیاب بزرگ وی دارای پوسیدگی درجه ۳ بود و از درد دندان رنج می برد، بعلت ترس از تزریق داروی

و نتیجه‌اش را اعلام نماید. در مراجعه بعدی تأیید نمود که پدرش این موضوع را بخاطر آورده و از اینکه او بعد از این همه سال این واقعه را بخاطر دارد اظهار شگفتی نموده است. جالب اینکه ایشان پس از این جلسه که دیگر دلیلی برای بررسی ترس و اجتناب از رانندگی نداشت اقدام به تمرین رانندگی نمود و اکنون دارای گواهینامه رانندگی می‌باشد و شخصاً جهت انجام کارهای شخصی با اتومبیل رانندگی می‌نماید.

مورد شماره ۷: کنترل درد حاد (Low Back Pain)

خانم ۳۰ ساله مادر ۲ فرزند بعلت حرکت ناگهانی دچار Sprain ستون مهره‌ای در ناحیه دورسولومبر گردیده بود. در معاینه فیزیکی حساسیت موضعی در ناحیه فوق و عضلات اطراف آن وجود داشت. حرکات ستون فقرات وی با درد شدید همراه بود و محدودیت شدید حرکتی نیز وجود داشت. ضمناً تست لازک و لازک معکوس منفی بود. و علائمی دال بر گرفتاری ریشه‌های اعصاب نخاعی وجود نداشت. رفلکس‌های اندام تحتانی نرمال بود. به علت عدم دسترسی به هر نوع کمک پزشکی و داروی مسکن (در خارج از شهر) و بدلیل درد شدید و غیرقابل تحمل بیمار اقدام به تسکین درد از طریق خواب هیپنوتیزمی شد. پس از رسیدن به یک ترانسس با عمق متوسط در مورد ریلکسیشن عضلات ناحیه آسیب دیده و کنترل درد به بیمار تلقینات مستقیم ارائه گردید. در حالت ترانسس پس از تلقینات و با لمس و معاینه موضعی هیچگونه حساسیت موضعی وجود نداشت و حرکات بیمار بدون درد بود. در مورد بی دردی و شلی عضلات تلقینات پست هیپنوتیک هم ارائه شد و سپس بیمار از حالت ترانسس خارج شد.

تا مدت ۲۴ ساعت بیمار هیچگونه ناراحتی نداشت و اثری از حساسیت موضعی و یا درد هنگام حرکات باقی نمانده بود. بیمار بطور کاملاً عادی قادر به فعالیت‌های معمول بود. اما با اینحال به وی توصیه شد جهت ترمیم بافت‌های آسیب دیده تا حد ممکن از فعالیت‌های غیرضروری اجتناب و در بستر استراحت نماید. پس از ۲۴ ساعت کم‌کم آثار درد در بیمار ظاهر گردید، اما در حدی که برای بیمار غیرقابل تحمل باشد، نبود. لذا مجدداً یک جلسه دیگر هیپنوز شد و پس از جلسه دوم کاملاً درد وی کنترل شد و نیازی به هیچ اقدام درمانی دیگر پیدا نشد.

مورد شماره ۸: اختلال تبدیلی باکوری

خانمی ۳۸ ساله مادر ۳ فرزند، با تحصیلات فوق لیسانس و سابقه چندین بار تغییر رشته تحصیلی و یک بار نیز مسافرت به خارج جهت ادامه تحصیل که ظاهراً در آنجا نیز موقتی نداشتی است، در موقع مراجعه دچار ناپیایی کامل بود.

وی ۸ سال قبل با شوهرش متارکه نموده است. و جهت تأمین هزینه زندگی به برادرش وابسته است و همراه فرزندان در خانه برادر

می‌ساخت درمان قطع و توصیه شد جهت درمان به یکی دیگر از همکاران مراجعه نماید.

مورد شماره ۶: فوبی اختصاصی (Specific Phobia)

مردی ۳۲ ساله متأهل، دارای ۲ فرزند، فوق دیپلم راه و ساختمان بعلت ترس از رانندگی مراجعه نموده است. ترس وی از رانندگی در حدی بود که ایشان حتی جهت اخذ گواهینامه رانندگی اقدام ننموده است. با توجه به اینکه وی مدیر عامل یک شرکت ساختمانی معتبر بوده، رانندگی برای رسیدگی به کارهای مختلفش که در نقاط دور از هم می‌باشند و هم چنین جهت انجام ملاقات‌های کاری و خریدهای اداری اش ضروری می‌باشد.

وی مجبور شده بود جهت انجام امور مربوط به حرفه‌اش راننده‌ای را استخدام نماید. این مسئله هزینه گزافی را بر شرکت تحمیل کرده است و سر این مسئله مرتباً شرکای او با وی بحث داشتند. بطوریکه این اواخر خودش شخصاً هزینه‌های مربوط به ایاب و ذهابش را می‌پرداخت.

از سوی دیگر این مسئله در خانه هم برای وی مشکل ساز شده. همسر وی که پرستار می‌باشد، روزی ۱۲ ساعت کار می‌کند. در نتیجه نمی‌تواند در امور خرید خانه و ایاب و ذهاب فرزندان بین خانه و مدرسه کمک زیادی به شوهرش بنماید. علاوه بر هزینه‌ای که انجام این امور بر زندگی وی تحمیل می‌کند، پایستی مرتباً سرزنش‌های همسر و فرزندان و گاهی نیز سایر اعضای فامیل را تحمل نماید. خود او هر بار به طریقی این عمل اجتنابی خود را توجیه می‌نماید.

هنگام مراجعه خودش از این وضعیت خسته شده بود و می‌گفت که این حالت شدیداً بر اعتماد به نفس من ضربه زده است. گاهی با خود فکر می‌کنم که من کار ساده‌ای مثل رانندگی را نمی‌توانم انجام دهم، چگونه می‌خواهم طرح‌های بزرگ کاری ام را اجرا نمایم یا زندگی خانواده‌ام را تأمین نمایم و افکاری از این قبیل.

ایشان چندین جلسه هیپنوتیزم شد. در یکی از جلسات که به او رجعت سنی دادیم بخاطر آورد زمانی که ۳ ساله بوده است به همراه پدرش سوار اتومبیل بوده و در خیابان گربه‌ای را زیر می‌گیرند. پدرش از این موضوع شدیداً ناراحت می‌شود و به وی و سایر اعضاء خانواده چندین بار می‌گوید، چون گربه حیوان شومی است حتماً اتفاق بدی برای خانواده ما خواهد افتاد. این حرف در روحیه بیمار شدیداً تأثیر می‌گذارد و تا مدتها پس از آن منتظر یک حادثه ناگوار بوده است تا اینکه کاملاً واقعه را فراموش می‌کند.

بعد از بیدار شدن این داستان را برای وی بازگو نمودیم و ایشان پذیرفت که می‌تواند ارتباطی بین این حادثه و ترس وی از رانندگی وجود داشته باشد. اما اینکه واقعاً چنین اتفاقی برای پدرش افتاده یا نه تردید داشت و اجازه خواست درمراجعه بعدی جریان را تحقیق کرده

Archive of SID

ها را تشخیص نمی‌داده، قادر به تماشای تلویزیون، خواندن کتاب، دیدن دکمه‌های کامپیوتر و کار با کامپیوتر نبوده، ظروف بی رنگ (کریستالی یا شیشه‌ای) را اصلاً نمی‌دیده و فتوفوبیا داشته و از اوایل بهمن ماه تا هنگام مراجعه (اول اردیبهشت ۷۵) از نظر مشکل بینایی وضعیت ثابتی داشته است.

در مصاحبه *M.S.E* بیمار تمام ملاک‌های یک شخصیت هیستریونیک را دارا بود و در سابقه‌اش ۲ نوبت حملات تورتیکولی را ذکر می‌نمود که بدنال مشکلات خانوادگی و مشاجره برایش اتفاق افتاده، به هیچ درمانی پاسخ نمی‌داده ولی پس از چند روز خودبخود بهبودی پیدا می‌کرده است. در طی مصاحبه استرسور روانی خاصی را که با این مسئله مرتبط باشد بیان ننمود. در مورد مسائل *Sexual* خود را بی تفاوت وانمود می‌کرد و مایل نبود در این باره صحبت کند، مشکل یا حادثه‌ای را که بتوان با ایجاد علائم تبدیلی در بیمار مرتبط دانست کشف نگردید.

هر چند برای ما روشن بود که *Conflict* های روانی باعث بروز چنین مشکلی شده است اما اطلاعات برادر بیمار در یافتن مشکل بنماید. ضمناً بیمار در هنگام مراجعه مقدمات سفر به خارج از کشور را جهت هیپنوتراپی آماده می‌کرد بنابراین شوق و اشتیاقی زیادی برای هیپنوز شدن نشان می‌داد. به طوری که اصرار می‌ورزید اولین جلسه هیپنوتراپی در همان روز که مراجعه نموده بود انجام شود. بنابراین در بعدازظهر همان روز که جلسه مقدماتی گرفتار شرح حال و *M.S.E* انجام شده بود جلسه اول هیپنوتراپی برگزار شد.

بیمار در کمتر از ۵ دقیقه پس از یک ریلکشین کامل و چند نفس عمیق وارد ترانس گردیده و سپس با روش تحلیل و تفکیک به حالات عمیق تری از ترانس رسید و در مجموع در زمانی حدود ۱۵ دقیقه به مرحله سومناپولیسمی وارد شد. در این مرحله سعی کردیم که اطلاعات بیشتری در همان محدوده‌ای که با بیمار قبلاً توافق کرده بودیم، کسب کنیم. بنابراین از وی خواسته شد آنچه را که در ضمیر ناخودآگاهش خود مایل است بیان نماید و بیشتر سعی در تخلیه هیجانی بود تا بعداً مسائل اصلی به حیظه دسترسی وارد شوند. آنچه از صحبت های بیمار نتیجه گرفتیم به طور خلاصه از زبان بیمار بیان می‌شود:

«دوست ندارم به این سبک زندگی ادامه دهم، از این وضعیت خسته شده‌ام بچه‌ها مرا خسته کرده‌اند. می‌خواهم به دنبال زندگی خود بروم، می‌خواهم بروم... (اسم شهری در خارج از کشور که قبلاً در آنجا بوده). از پزشکان بدم می‌آید، خاطره خوشی از آنها ندارم، از همه مردها بدم می‌آید، همه شان هستند، همه و بعد می‌روند».

مجرد خویش زندگی می‌کند. علاوه بر انجام کارهای منزل روزی چند ساعت بطور مرتب و دائمی با کامپیوتر کار می‌کند و تایپ و صفحه آرایی کتابهای یک شرکت انتشاراتی را انجام می‌داده است.

در اوائل آذرماه سال ۱۳۷۴ (حدود ۷ ماه قبل از مراجعه قبلی) به علت کسالتی که داشته است یک روز از صبح تا شب در بستر استراحت می‌نماید. شب در ساعت حدود ۱۱ برادرش پس از بازگشت به منزل نگران حال وی می‌شود لذا با عجله وی را بیدار می‌کند که چه شده؟ آیا دارو مصرف کرده‌ای؟ ... بیمار از خواب بیدار می‌شود، لباسهایش را عوض می‌کند و مجدداً می‌خوابد. صبح روز بعد که از خواب بیدار می‌شود، قادر به دیدن نبوده است. و فقط به صورت بسیار مه‌آلود هر چیزی را می‌دیده است و قادر به افترا بین اشیاء و افراد نبوده است. این وضعیت تا ۱۴ روز بطور شدید ادامه داشته است. در این مدت بدون کمک دیگران قادر به حرکت نبوده و تعداد زیادی از وسایل منزل را شکسته است. به تهران مراجعه کرده است و در یکی از بیمارستان های تهران توسط متخصصین چشم پزشکی، نورولوژی و جراح مغز و اعصاب و... مورد معاینه و مشورت پزشکی قرار گرفته است و اقدامات پاراکلینیکی شامل *MRI, EEG, C.Tscan* (سه نوبت) انجام شده که نتایج نرمال و ضایعه یا علامتی دال بر یک مشکل ارگانیک نزد وی کشف نگردیده است. اما تشخیص (*M.S*) و نوریت رتروبولبر نیز کاملاً رد نشده بطور *Blindthrapy* ۵ نوبت تزریق متیل پردنیزولون دریافت کرده که نتیجه‌ای در بر نداشته است. سپس به روانپزشک ارجاع می‌گردد. در تهران پس از مشورت با روانپزشکان مختلف نهایتاً تشخیص کوری تبدیلی تأیید می‌گردد. با توصیه انجام هیپنوتراپی در خارج از کشور و تجویز داروی *Imipramin 50 mg/d* از بیمارستان پس از یکماه مرخص می‌شود.

پس از مراجعت به محل سکونت خود هر روز رأس ساعت ۳ و پانزده دقیقه بینایی وی یک درجه نسبت به روز قبل بهتر می‌شده است. بطوری که ظرف ۱۵-۱۰ روز بینایی وی به حالت قبل از بیماری برگشت نموده و تا اوایل بهمن ماه بهبودی کامل گردیده است. در همین زمان سه روز متوالی هر روز که از خواب بعد از ظهر بیدار می‌شده همه چیز را به صورت بچه‌گربه می‌دیده است.

چندروز پس از بهبودی کامل یک روز که هوا سرد بوده و شرفاژ منزل خراب و برادرش هم در مسافرت بوده پس از یک مشاجره با یکی از وابستگانش ابتدا احساس خواب آلودگی و رخوت کرده بتدریج طی ۵ تا ۶ ساعت قدرت بینایی اش را از دست می‌دهد. از بین رفتن بینایی وی در حدی بوده که قادر بوده بدون برخورد با جایی راه برود - غذا تهیه کند - لباس بشوید یا اشیاء متحرک و افراد را ببیند، اما قادر به شناخت چهره‌ها یا اینکه افراد زن یا مرد هستند نبوده، رنگ

Archive of SID

می‌کنم. (می‌دیدم) اکنون این پرده سیاه را نمی‌بینم و بهتر می‌بینم و هنگام پایین رفتن از پله‌ها هم گفت که در طی ۴ ماه گذشته هیچگاه پله آخر را نتوانسته‌ام تشخیص بدهم و اگر نرده را نگیرم همیشه به زمین می‌خورم چون فکر می‌کنم پله‌ها تمام شده است، ولی اکنون این پله آخر را دیدم. هدف این بود که در جلسات بعدی در ابتدا هر جلسه مطالبی را که در حالت هیپنوز بیان کرده به بحث و گفتگو بگذاریم و مجدداً جهت کشف تعارضات احتمالی دیگری که وجود دارد از هیپنوز کمک بگیریم. اما بیمار پس از جلسه مراجعه نکرد و ما از وضعیت وی اطلاعی نداریم.

نتیجه گیری:

بایستی صادقانه اذعان نماییم که این مجموعه در بر گیرنده جمیع جهات در مورد هیپنوتیزم نمی‌باشد. اما هدف عمده ما از تدوین این مجموعه جلب توجه خواننده به مشکلات و موانعی است که ممکن است در طی استفاده از این روش درمانی با آن مواجه شود. این موضوع بخصوص در موارد گزارش‌های درمانی مشهود است.

در مورد شماره ۴ موقیبتی در ایجاد خلسه هیپنوتیزمی کسب نشد. در مورد شماره ۵ نمونه از انتقال مثبت شدید ذکر شده است. در مورد شماره ۳ قادر به کشف تعارض بیمار شدید، ولی به علت ضعف دانسته‌هایمان آن را نتوانستیم تفسیر نماییم و در نتیجه هدف نهایی که علاوه بر حذف علائم، حل تعارض بیمار بود حاصل نشد.

در طی مطالعات و تجربیات اندک خویش پی به این نکته بردیم که هیپنوز در دست افراد نا آگاه و افرادی که پایبند به اصول اخلاقی نمی‌باشند، می‌تواند همچون تیغی در دست زنگی مست باشد. در چنین شرایطی نه تنها سودی عاید مددجو و درمان‌جو نمی‌گردد چه بسا وی متحمل صدمات جبران‌ناپذیری نیز بشود. در این مجموعه ما یک کار آماری وسیع را ارائه نکرده و ادعای آن را نیز نداریم. اما مواردی که ذکر شده به نظر می‌رسد جهت جلب توجه خواننده به مخاطراتی که در طی هیپنوز وجود دارد، کافی باشد. توصیه ما این است که همکاران ما در آینده به موازات تحقیق در مورد نتایج مثبت آن در درمان بیماریها در مورد محدودیتها و عوارض سوء آن تعمق بیشتری بنمایند. چه آنچه ارزش کاربردی یک روش درمانی را تضمین می‌کند، تنها اثرات مفید آن نیست، بلکه اثرات مفید و عوارض آن روش می‌باشد. اما در مورد هیپنوتیزم کتب بسیاری موجود است که فقط از فواید بی‌انتهای آن داد سخن داده و کمتر در مورد عوارض آن صحبت کرده‌اند. لذا ما امیدواریم این مجموعه بتواند راهگشایی باشد برای همکاران دیگر که در مورد اثرات این پدیده و بخصوص عوارض نامطلوب و محدودیت‌های آن تحقیقات جامع‌تری را انجام دهند.

ماز کار با کامپیوتر خسته شده‌ام، چقدر کار، کار منزل، کار بچه‌ها و کار با کامپیوتر، بچه‌ها هر کدام چیزی می‌خواهند، از برادرم بدم می‌آید.

با رجوع به گذشته بیمار و قرار دادن وی در روزهای قبل از شروع مشکلات بیان نمود که:

از برادرم می‌ترسم هر روز که موقع آمدنش به منزل می‌شود نگرانی من بیشتر می‌شود، او می‌آید که باز ایراد بگیرد و مرا توبیخ و سرزنش کند، نهار درست نکرده‌ام، کارهای کامپیوتری ناتمام است، کی اینها را انجام بدهم، نمی‌توانم حوصله ندارم، توان ندارم، می‌خواهم از این زندگی فرار کنم، اخیراً کم حوصله‌تر شده‌ام، و ایرادگیری‌های بچه‌ها و برادرم بیشتر شده، برادرم به تازگی نامزد کرده است.

در مورد اینکه ساعت ۳/۱۵ برای بیمار چه مفهومی دارد سوال شد: ساعت ۳/۱۵ دقیقه بعد از ظهر ساعتی است که تقریباً همیشه در این ساعت استراحت من شروع می‌شود از کارهای خانه و بچه‌ها راحت می‌شوم، به کامپیوتر کاری ندارم، و برای استراحت به اتاق خودم می‌روم و برادرم هم مجدداً به سرکارش می‌رود.

در حالی که بهبودی وی در ساعت ۳/۱۵ دقیقه هر روز در حمله اول بیماریش در حالت بیداری برای او قابل توجه نبود و رابطه‌ای را نمی‌توانست در این مورد بین این دو مطلب پیدا نکند. درباره مفهوم دیدن همه چیز به شکل گربه سوال شد توضیح داد که:

من در منزل گربه نگهداری می‌کنم و چندی قبل بر اثر سهل‌انگاری و عدم توجه باعث کشته شدن دو تا بچه گربه شدم و خیلی از این موضوع ناراحتم و خودم را مقصر می‌دانم.

بیمار تقریباً ۱ ساعت در ترانس سومانامبولیسمی همراه با بار هیجانی و عاطفی قوی مطالبی را که شرح آن گذشت به راحتی بیان نمود. قبل از خانه هیپنوز به وی تلقین شد که مشکل تو در رابطه با مسائلی است که بیان کردی و با آگاهی از این مسائل دلیلی برای ادامه مشکل بینایی ات وجود ندارد، زیرا این بیماری یک نوع ابراز مشکلات است که با زبان بی‌زبانی صورت گرفته و با علائم عصبی - جسمی خود را بروز داده است و پس از این جلسه روز به روز در هر زمینه‌ای وضعیت تو بهتر و بهتر می‌شود و ظرف چند روز در جلسات بعدی بینایی طبیعی خود را باز خواهید یافت و این روند بهبودی به طور محسوس پس از خارج شدن از خواب هیپنوتیزمی از این جلسه شروع می‌شود. سپس وی را از حالت ترانس خارج نمودیم.

پس از بیداری در طی چند دقیقه دیگری که در کلینیک حضور داشت، از وی خواسته شد که رنگ چند مواد رنگی را بگوید. رنگ آبی - سبز و قرمز را تشخیص داد بنفش را آبی پررنگ بیان کرد. رنگ لباس ما را تقریباً صحیح گفت و هنگام رفتن اظهار کرد که من همیشه بین خودم و افراد و یا اشیاء یک پرده تاریک و یا سیاه احساس

Hypnotism

Part IV: Contra-indications and hypnotism risks, a report of some hypnotherapy

Abstract:

In recent years hypnotism phenomenon is a new and modern discussion spoken throughout the universities and colleges and even mostly in the public , so that every body says his or her own idea even though some of the ideas are based on unreality and traditions and these ones all together has made some unknown questions for researchers and those who are curious that it can be the treatment of all diseases and cure them. And they have made some money that it has changed the reality of this scientific phenomenon.

Now we are going to define hypnotism as it really is and no more and how it works on medicine with its limitations as the other, by those who are familiar with the brain functions and mental mechanisms completely.

Key words: hypnotherapy, Contra indication, risks

فهرست منابع

- ۱- اتکینسون ر ا . زمینه روانشناسی هیلگارد، جلد اول، ویرایش دوازدهم، ترجمه دکتر حسن رفیعی، تهران: ارجمند، ۱۳۷۸.
- ۲- رودز ر . تئوریا و کاربردهای هیپنوتیزم، ترجمه دکتر رضا جمالیان و پرویز روزیانی، تهران: ویس، ۱۳۶۹.
- ۳- سالاری ه، سجادی ع . هیپنوتیزم: تستهای تلقین پذیری و روشهای ایجاد یا القاء حالت ترانس، اهداف و عوامل موثر در ایجاد حالت ترانس، موارد کاربرد و منع کاربرد آن، الفی دانش، سال هشتم، (۲)، دانشکده علوم پزشکی گناباد: ۱۳۸۱: ۲۶-۲۰.
- ۴- سیمز ا. علایم در ذهن، مقدمه‌ای بر روان آسیب‌شناسی توصیفی، ترجمه اسماعیل شاهسون و قهیمة فتحعلی لواسانی، تهران: جامعه، ۱۳۷۸.
- 5-Kaplan H. Kaplan and Sadock's synopsis psychiatry, beh Sci cli psy 1994.
- 6- Kaplan H, Sadock I, Benjamin, J . Comprehensive glossary and psychology Baltimoro : Willians Swilkins, 1991.
- 7- Sadock J.B, Sadock A., V. comparehensive text book of psychiatry, 7th.ed., Pailadelphia: lippincott 1999.