

فهرست

پیشگفتار مترجمین	۶
پیشگفتار نویسنده	۷
مقدمه	۹
فصل اول : استفاده از هیپنوتیزم در جراحی و بی حسی	۲۱
فصل دوم : هیپنوتیزم و مدیریت درد مزمن	۴۹
فصل سوم : هیپنوتیزم در ترکیب با بی حسی از طریق دارو	۷۵
فصل چهارم : هیپنوتیزم در ارتباط با بی حسی موضعی	۱۱۱
فصل پنجم : هیپنوتیزم به عنوان روش منحصر به فرد بی حسی	۱۱۷
فصل ششم : هیپنوتیزم در بخش مراقبت‌های ویژه	۱۳۹
فصل هفتم : هیپنوتیزم در اورژانس	۱۴۷
فصل هشتم : هیپنوتیزم برای کودکان در حالت بیهوشی و جراحی	۱۵۹
فصل نهم : هیپنوتیزم در مامایی و زنان و زایمان	۱۸۳
فصل دهم : دیدگاه‌های پزشک/بیمار	۲۳۳
فهرست نویسندگان مندرج در کتاب بر اساس حروف الفبای لاتین	۲۴۵
واژه نامه	۲۴۹

پیشگفتار مترجمین

همانطوری که در متن این کتاب و فصول مختلف آن مطرح شده است، نقش هیپنوتیزم در جراحی بسیار مهم است مخصوصاً برای بیمارانی که اضطراب و فوبیای شدید برای انجام عمل جراحی دارند، و یا اینکه بیمارانی که منع مصرف دارو دارند. در واقع به خاطر کنترل تداخل دارویی بهترین تکنیک در جراحی هیپنوتیزم است. با توجه به اهمیت نقش هیپنوتیزم در جراحی، برای اولین بار در دانشگاه علوم پزشکی کردستان شورای آموزشی دانشگاه با درخواست اینجانب دکتر فائق یوسفی برای تأسیس واحد هیپنوتیزم در کلینیک دندانپزشکی دانشگاه موافقت کرد و در همین رابطه یک عمل جراحی موفق دندانپزشکی هم از طریق هیپنوتیزم انجام شد و بدین وسیله تشکر و قدردانی خویش را از مسولین و مدیران ارشد دانشگاه علوم پزشکی کردستان اعلام می‌دارم و امیدوارم در آینده نه چندان دور از هیپنوتیزم برای عمل جراحی در سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور استفاده شود.

در خاتمه از خوانندگان ارجمند این اثر درخواست می‌کنم نظرات اصلاحی خویش را جهت رفع نواقص ترجمه این کتاب به آدرس ایمیل fykmsu@gmail.com بفرستند که انشالله در چاپ‌های بعدی رفع اشکال شود.

زمستان ۱۴۰۲

پیشگفتار نویسنده

در آستانه قرن گذشته، نخ مرگ و میر بیهوشی ناشی از اتر و کلروفورم یک در چهارصد در بیمارستان‌های دانشگاهی بود. سپس آلیس مگاو (۱۹۰۶) بیش از ۱۴۰۰۰ بیهوشی متوالی بدون مرگ را گزارش کرد، و مشخص شد چرا باید برای جراحی‌های انتخابی به کلینیک مایو مراجعه کرد - شما تحت بیهوشی نمی‌مردید! مقاله او دلایل آن را توضیح می‌دهد. پدر او که از هیپنوتیزم استفاده می‌کرد، هنر تلقین دادن را به او آموخته بود، و هنگامی که شکم باز شده و جراحی آغاز شده بود، او اتر را قطع کرد و تلقین‌های خوبی به بیمار می‌داد تا اینکه مجبور بود قبل از بستن زخم، دوباره اتر بدهد. بیماران حین یک عمل جراحی عمده، اتر بسیار اندکی دریافت می‌کردند.

لیلین فردریکس در این کتاب آنچه را که ما در یک قرن پیشرفت آموخته‌ایم، گردآوری کرده است. همکاران متخصص بیهوشی او هدف خود را تسکین، پیشگیری و کنترل درد و رنج قرار داده‌اند او از هیپنوتیزم به عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از این تلاش استفاده می‌کند و توضیح می‌دهد که چگونه آن تمام جنبه‌های کنترل درد را افزایش می‌دهد. فصل‌هایی در مورد هیپنوتیزم به عنوان تنها بی‌حس کننده، به عنوان مکمل داروی بی‌حسی و در ترکیب با بیهوشی منطقه‌ای وجود دارد. او ما را به بخش مراقبت‌های ویژه و اورژانس که درد و رنج در آن فراوان است، می‌برد و به ما می‌گوید که چگونه می‌توان با تلقینات آرام‌بخش، ترس و رنج را تسکین داد. او همکاری برجسته‌ترین متخصصان هیپنوتیزم و رنج بشری - فرد اوانز، دن کوهن، پت مک‌کارتی و کارن النس - را جلب کرده است.

تجربه شخصی من به عنوان یک جراح آموزش دیده در هیپنوتیزم، مرا به این فکر واداشته است که آیا حالت ترانس در انسان ممکن است مشابه حالت‌های محافظتی نباشد که ما در سراسر طبیعت می‌بینیم. اسپور تتانوس تقریباً غیرقابل نابودی است، قادر به تحمل گرما، سرما و شیمیایی است، اما در حالت رویشی خود، در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها و اکسیژن حساس است. کیست آمیبی قابل دسترسی برای داروها نیست، اما در حالت فعال تروفوزوئیت خود، بسیاری از آنتی‌بیوتیک‌ها علیه آن مؤثرند. گیاهان و درختانی که در زمستان خفته‌اند می‌توانند پیوند زده شوند، هرس شوند و پیوند زده شوند، اما در تابستان که شیره در حال صعود است، اگر این کار انجام شود، احتمال مرگ و میر آن‌ها زیاد است. خرس‌ها و سنجاب‌ها خواب زمستانی می‌روند و کاهش قابل توجهی در نیازهای متابولیک خود تجربه می‌کنند. من تعجب می‌کنم که آیا هیپنوتیزم در انسان‌ها مشابه حالت‌های محافظتی است که ما در اشکال پایین‌تر زندگی می‌بینیم یا خیر، و اگر چنین است، آیا نباید بیهوشی عمومی و ضربه جراحی را برای هر بیماری تکمیل کند؟

دابنی ام. اوین (Dabney M. Ewin, M.D)

استاد بالینی جراحی و روانپزشکی دانشکده پزشکی دانشگاه تولین
استاد بالینی روانپزشکی و دانشکده پزشکی دانشگاه ایالتی لوئیزیانا

مقدمه

تعریف هیپنوتیزم توسط انجمن روانشناسی آمریکا به شرح زیر است: هیپنوتیزم یک روش است که در آن یک درمانگر یا محقق تلقین می‌کند که یک مراجع یا آزمودنی تغییراتی در احساسات، ادراکات، افکار یا رفتارها تجربه کند (کیرش ۱۹۹۴)^۱. این فقط روند (احتمالاً القاء) را توصیف می‌کند اما پیچیدگی‌های ظریف احساس، ادراک، تفکر و/یا رفتار را که جوهره هیپنوتیزم است، توصیف نمی‌کند. هیپنوتیزم یک راه یک‌طرفه نیست؛ بلکه یک تجربه تعاملی است. لیندن^۲ (۱۹۹۷) آن را به خوبی توصیف می‌کند: "این چیزی نیست که کسی به دیگری انجام می‌دهد، بلکه یک فرایندی است که از طریق ارتباط شفادهنده به شفاگیرنده رخ می‌دهد." هیلگارد^۳ (۱۹۷۳) به صورت جامع حوزه هیپنوتیزم را مطرح کرد و باورز^۴ (۱۹۸۳) می‌گوید: "... هیپنوتیزم شامل تجربیات جذب و تفکیک است که کمتر از توانایی پذیرش هیپنوتیزم آشکار می‌شوند، اما شاید حتی در تعیین حوزه هیپنوتیزم مهم‌تر باشند." این کتاب بر روند هیپنوتیزم (فرایند القاء) تمرکز نمی‌کند بلکه بر تجربه و ارزش ذاتی این روش درمانی پزشکی، در برخی از فصل‌های بعدی نشان داده خواهد شد که اغلب القای هیپنوتیک برای فرو رفتن بیماران به این حالت تغییر یافته آگاهی که در آن پذیرش تلقین به طور چشمگیری افزایش می‌یابد، ضروری نیست الهام بخش است که نظاره‌گر باشیم ذهن انسان چه می‌تواند انجام دهد وقتی توسط تلقینات هیپنوتیک مناسب هدایت شود و تغییرات روان‌شناختی و فیزیولوژیک که در پی دارد را مشاهده کنیم. هیپنوتیزم برای قرن‌های متمادی به شیوه‌های مختلف و تحت عناوین متفاوتی استفاده شده است. در دوران باستان، معابد خواب در مصر^۵ و یونان^۶ وجود داشتند؛ مراسم اسکولاپیان^۷ انجام می‌شد و از اوراکل‌های دلفی^۸ مشورت گرفته می‌شد. مغناطیس حیوانی^۹ توسط فرانتس آنتون مسمر^{۱۰} (۱۷۳۴-۱۸۱۵) اعمال می‌شد. مارکی دو پویسگور^{۱۱} (۱۷۵۱-۱۸۲۵) خواب‌گردی مصنوعی را توصیف کرد؛ جیمز برید^{۱۲} (۱۷۹۵-۱۸۶۰) این پدیده را "هیپنوتیزم" نامید، اگرچه گراویتز و گرتون^{۱۳} (۱۹۸۴) این را به چالش می‌کشند و معتقدند که توسط بارون^{۱۴} دوهین دو کوویلرز و میال^{۱۵} در ۱۸۲۰ استفاده

1. Kirsch 2. Linden 3. Hilgard 4. Bowers 5. Egypt 6. Greece 7. Aesculapian rituals 8. Delphic Oracles 9. Animal Magnetism 10. Franz Anton Mesmer 11. Marquis de Puységur 12. James Braid 13. Gravitz 14. Gerton 15. Baron d'Hnin de Cuwillers 16. Mialle

شده است. گراویتز^{۱۷} (۱۹۹۷) همچنین معتقد است که چارلز لافونتین^{۱۸}، یک مسمریست فرانسوی^{۱۹} "ممکن است پیوند بین برید و منابع قدیمی تر باشد" و در نهایت، جیمز اسدیل^{۲۰} (۱۸۰۸-۱۸۵۹)، یک جراح بریتانیایی، از آنچه ممکن است "بی‌حسی هیپنوتیک"^{۲۱} نامیده شود برای ۳۰۰ مورد عمده و ۸۰ درصد از بیمارانی جراحی خود استفاده کرد که هیچ دردی احساس نکردند.

گراویتز^{۱۷} (۱۹۹۷) همچنین معتقد است که چارلز لافونتین^{۱۸}، مسمریست فرانسوی^{۱۹} "ممکن است رابط بین برید و منابع بسیار قبلی باشد" و در نهایت، جیمز اسدیل^{۲۰} (۱۸۰۸-۱۸۵۹)، جراح بریتانیایی، از چیزی استفاده کرد که می‌توان آن را هیپنواستزی^{۲۱} نامید. ۳۰۰ کیس مازورو^{۲۲} ۸۰ درصد از بیمارانی جراحی او هیچ دردی احساس نمی‌کردند. از آن زمان، هیپنوتیزم توسط متخصصان بسیاری در انواع تخصص‌ها استفاده شده است که نتایج خوبی در تمام زمینه‌های پزشکی داشته است. چند کاربرد غیرمعمول ممکن است جالب باشد: آبراهام (۱۹۷۱) توانست به ۱۳ نفر از ۱۷ بیمار کمک کند تا با استفاده از هیپنوتیزم پس از سالها تلاش ناموفق، باردار شوند. چیک^{۲۳} (۱۹۹۵) زایمان زودرس را از طریق تلقین متوقف کرد، لویتان^{۲۴} (۱۹۹۲) به طور گسترده از هیپنوتیزم برای بیمارانی مبتلا به سرطان استفاده کرد، و ایون^{۲۵} (۱۹۸۶) جلوی پیشرفت سوختگی را گرفت و زگیل‌ها را بدون برجای گذاشتن جای زخم برداشت. اشپیگل^{۲۶} (۱۹۹۳) از هیپنوتیزم برای درمان اختلالات استرس پس از سانحه استفاده کرد. کرازیلنک^{۲۷} (۱۹۹۷) در مورد بیماری لاعلاج مبتلا به سرطان متاستاتیک صحبت کرد که تحت هیپنوتیزم درمانی قرار گرفت و به مدت ۱۱ سال بهبودی کامل حاصل شد.

تحقیقات در آزمایشگاه‌ها و کلینیک‌ها رونق گرفت زیرا در سال ۱۹۵۵ انجمن پزشکی بریتانیا^{۲۸} و در سال ۱۹۵۸ انجمن پزشکی آمریکا هیپنوتیزم^{۲۹} را یک روش پزشکی واجد شرایط اعلام کردند. در سال ۱۹۴۹، انجمن هیپنوتیزم بالینی و تجربی آمریکا توسط جروم شنک^{۳۰} و جک واتکینز^{۳۱} تأسیس شد و در سال ۱۹۵۷ انجمن هیپنوتیزم بالینی آمریکا^{۳۲} به دنبال آن بود. تحقیقات زیادی توسط اعضای آنها انجام و منتشر شده است. هیلگارد، در آزمایشگاه هیپنوتیزم استنفورد، در خط مقدم تحقیقات هیپنوتیزم، بورز^{۳۳} (۱۹۸۳، ص ۳۰) بوده است. مجله انجمن آمریکایی هیپنوتیزم بالینی و تجربی^{۳۴} اولین بار در سال ۱۹۵۳ با سردبیری میلتن کلاین^{۳۵} منتشر شد. مجله انجمن آمریکایی هیپنوتیزم بالینی در سال ۱۹۵۹ شروع به کار کرد و دیوید چیک^{۳۶} یکی از اولین کسانی بود که مشاهدات و تحقیقات در زمینه هیپنوتیزم در جراحی، و حجم وسیعی از ادبیات را در این زمینه منتشر کرد. فرانکل^{۳۷} (۱۹۸۷) پیشرفت‌های مهم در مورد هیپنوتیزم را که از آن زمان، رخ داده بود، خلاصه کرد.

17. Gravitz 18. Charles Lafontaine 19. French mesmerist 20. James Esdaile 21. Hypnoaesthesia 22. Abraham 23. Cheek 24. Levitan 25. Ewin 26. Spiegel 27. Crasilneck 28. British Medical Association 29. American Society of Clinical and Experimental Hypnosis 30. Jerome Schneck 31. Jack Watkins 32. American Society of Clinical Hypnosis 33. Bowers 34. Journal of the American Society of Clinical and Experimental Hypnosis 35. Milton Klineb 36. David Cheek 37. Frankel

تحقیقات در آزمایشگاه‌ها و کلینیک‌ها رونق یافته است زیرا در سال ۱۹۵۵ انجمن پزشکی بریتانیا و در سال ۱۹۵۸ انجمن پزشکی آمریکا، هیپنوتیزم را به عنوان یک روش درمانی پزشکی معتبر اعلام کردند. در سال ۱۹۴۹، انجمن هیپنوتیزم بالینی و تجربی آمریکا توسط جروم اشک و جک واتکینز تأسیس شد و در سال ۱۹۵۷ انجمن هیپنوتیزم بالینی آمریکا پیرو آن تأسیس شد. تحقیقات زیادی توسط اعضای آن‌ها انجام و منتشر شده است. هیلگارد، در آزمایشگاه هیپنوتیزم استنفورد، در صدر تحقیقات در زمینه هیپنوتیزم بوده است (باورز ۱۹۸۳). مجله انجمن هیپنوتیزم بالینی و تجربی آمریکا اولین بار در سال ۱۹۵۳ با ویراستاری میلتن کلاین منتشر شد. مجله انجمن هیپنوتیزم بالینی آمریکا در سال ۱۹۵۹ آغاز به کار کرد و دیوید چیک از نخستین کسانی بود که مشاهدات و تحقیقات خود را در زمینه هیپنوتیزم در جراحی منتشر کرد و بدنه وسیعی از ادبیات در این زمینه را پایه‌گذاری نمود. فرانکل (۱۹۸۷) پیشرفت‌های مهم در هیپنوتیزم که از آن زمان تاکنون رخ داده‌اند را خلاصه کرد. حالا که ۱۳ سال گذشته است، هنر و علم هیپنوتیزم بالغ و پیشرفته شده است، ولی تأسف بار است که دانشکده‌های پزشکی و برنامه‌های دستیاری تخصصی در دانشگاه‌ها همچنان تدریس هیپنوتیزم را در برنامه‌های آموزشی خود گنجانده نشده‌اند. یک مطالعه ملی از برنامه‌های آموزشی هیپنوتیزم والینگ، بیکر و دات (۱۹۹۸) دریافت که فقط ۳۶ درصد از برنامه‌های معتبر شده توسط APA چنین دوره‌هایی را ارائه می‌دهند، که بسیاری از آن‌ها اختیاری است. استرالیا و هلند مدل‌های آموزش ملی دارند (دین و کسلر ۱۹۹۸)، و نیاز شدیدی به ایجاد یک برنامه یکپارچه آموزشی در ایالات متحده وجود دارد. اوستر (۱۹۹۸) چنین برنامه رسمی و یکپارچه‌ای از هیپنوتیزم بالینی را که در مدرسه حرفه‌ای روان‌شناسی آدلر ارائه می‌شود، توصیف می‌کند.

نظریه‌های متعددی برای توضیح پدیده هیپنوتیزم وجود دارد. در حال حاضر دو نظریه برجسته وجود دارد که عمدتاً از نظر پارادایم‌ها متفاوت‌اند: نظریه فرایند ویژه یا نو-تفکیکی که توسط هیلگارد (۱۹۷۳، ۱۹۹۱) ارائه شده است، که طرفداران برجسته آن اورن (۱۹۷۷)، فروم (۱۹۷۷)، شور (۱۹۷۹) و باورز هستند که توسط وودی و فارولدن (۱۹۹۲) نقل قول شده‌اند؛ و نظریه روان‌شناختی-اجتماعی یا شناختی-رفتاری که توسط باربر (۱۹۶۹)، کوئی (۱۹۸۹، ۱۹۹۲)، اسپانوس (۱۹۹۱، ۱۹۹۲) و لین و سیوک (۱۹۹۲) پیشنهاد شده است. تفاوت اصلی بین این محققان این است که "محققان فرایند ویژه (نظریه حالت تغییر یافته) تمایل دارند واکنش‌های هیپنوتیک، حداقل در افراد بسیار پاسخ‌ده، را به عنوان چیزی که "برایشان اتفاق می‌افتد" به جای چیزی که آن‌ها "انجام می‌دهند"، نگاه کنند (کو ۱۹۹۲)، در حالی که محققان روان‌شناختی-اجتماعی واکنش‌پذیری هیپنوتیکی را "سازگاری هدفمند و هدف‌دار آموذنی‌ها برای ارائه خود به عنوان فرد هیپنوتیزه شده" می‌دانند (کو ۱۹۹۲، ۲۲۹). طرفداران نظریه حالت تغییر یافته معتقدند که پس از القای هیپنوتیک، افراد خوب تفکیک خواهند شد و پذیرش تلقین بیشتری خواهند داشت (لین، ریم و ویکس ۱۹۸۹). کینگ و کانسلیل (۱۹۹۸) نشان دادند که یک گروه از افراد تلقین‌پذیری بالا به تلقینات فراموشی در حالت غیرعمدی

پاسخ می‌دهند، در حالی که سایر افراد خوب هیپنوتیک به تلقینات فراموشی به شیوه‌ای عمدی تر پاسخ می‌دهند. کیهلستروم (۱۹۹۷) آن را به زیبایی خلاصه می‌کند: "هیپنوتیزم پدیده‌ای پیچیده است، همزمان یک تعامل اجتماعی با هیپنوتیزور و موضوع در یک بافت فرهنگی-اجتماعی بزرگ‌تر، و یک حالت تغییر یافته آگاهی است که شامل مکانیسم‌های شناختی پایه در ادراک، حافظه و تفکر می‌شود." باراباش (۱۹۹۷) گزارش می‌دهد که: "تحقیقات اخیر الکتروانسفالوگرافی هیپنوتیزم را به عنوان حالت توجه ویژه‌ای که به شدت به فرمول‌بندی دستورالعمل‌های هیپنوتیک حساس است، مستقر می‌کند."

تاریخچه هیپنوتیزم به طور کلی جذاب است و گالد (۱۹۹۲) یک مجموعه کامل منتشر کرده است. چندین نویسنده ادبیات مربوط به استفاده از هیپنوتیزم برای کاهش استرس و اضطراب مرتبط با جراحی را مرور کرده‌اند. جدیدترین و کامل‌ترین مرورها توسط اوانز و استنلی (۱۹۹۰) و بلنکفیلد (۱۹۹۱) منتشر شده‌اند. سوئل و اورنشتاین (۱۹۹۶) گزارش کردند: "در تجزیه و تحلیل بیش از ۱۹۰ مطالعه از آمادگی روانشناختی برای جراحی، ۸۰ درصد بیماران سود قابل توجهی دریافت کردند: بهبود سریع‌تر، عوارض کمتر، درد کمتر پس از جراحی، نیاز کمتر به مسکن، اضطراب و افسردگی کمتر، و در میانگین ۱٫۵ روز کمتر در بیمارستان‌ها." صرفه جویی در هزینه این موضوع به تنهایی ممکن است برای افرادی که در نظام مراقبت‌های بهداشتی امروز درگیر هستند، تحت تأثیر قرار دهد، برای نگفتن از تمام مزایایی که می‌توانیم در اختیار بیماران خود قرار دهیم.

فصل‌های نوشته شده توسط من ترکیبی از تجربیات شخصیم در استفاده از هیپنوتیزم به عنوان مکمل در تمرین تجربه من، تمرین تجربه سایر متخصصان بیهوشی، و همچنین مراجع متعدد کتابشناختی است که از هیپنوتیزم نه تنها برای کنترل درد، اضطراب، استرس و هراس بلکه برای بسیاری مشکلات دیگر استفاده می‌کند. کار استر بارتل (۱۹۶۶، ۱۹۷۱) و بسیاری از ارتباطات شخصی با او و همچنین کار برتا راجر (۱۹۶۱) بر نحوه تفکر و تمرین من در استفاده معمول از هیپنوتیزم تأثیر گذاشته است. از آنجایی که استفاده از هیپنوتیزم در جراحی و بیهوشی چندوجهی است، من به دنبال سایر پزشکان و روان‌شناسان برای تکمیل دانش و تمرین خود بودم. من موفق شدم چهار نفر را پیدا کنم که همه در زمینه خود برجسته هستند و از آنها برای مشارکت‌شان سپاسگزارم.

هدف از این کتاب تحریک پزشکان به کاوش در توانایی‌های وسیع ذهن انسان است، زمانی که با بدن همکاری می‌کند و با کمک ناخودآگاه، تلقینات هیپنوتیکی را می‌پذیرد. امیدوارم آن‌ها را به استفاده از این روش در تمرین خودشان دعوت کند.

هیپنوتیزم پزشکی ثابت و خشک نیست بلکه پویا و در حال تغییر است، همانطور که انسان‌ها و نیازهای آن‌ها تغییر می‌کند. هنر و علم استفاده از هیپنوتیزم امروز چقدر با زمان مسم (۱۷۳۴-۱۸۱۵)