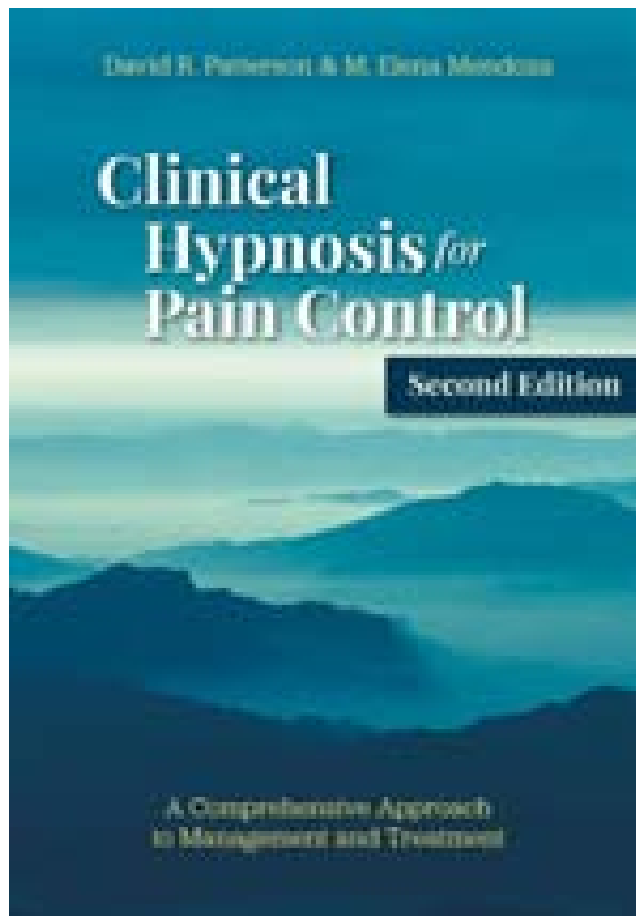


هیپنوتیسم بالینه برای کنترل درد

رهیافتی جامع برای مدیریت و درمان

انجمن روانشناسی آمریکا (APA)

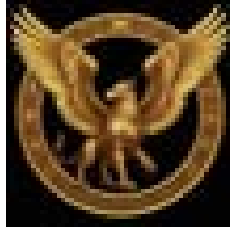
ویرایش دوم



David Patterson & M. Elena Mendoza

مؤلفین: دیود پاترسون و النا مندوزا

مترجم: مهندس علیرضا صالحین



نشر علمی صالحین

نام کتاب: هیپنوتیسم بالینی برای کنترل درد (رهیافتی جامع برای مدیریت و درمان) ویرایش دوم،

مؤلفین: دیود پاترسون و النا مندوزا

مترجم: مهندس علیرضا صالحین

سال چاپ: ۱۴۰۴

نوبت چاپ: اول

شمارگان: ۱۰۰

بها: ۳۵۰۰۰۰ تومان

شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۸۸۹۸۹-۲-۶

حق چاپ برای نشر علمی صالحین محفوظ می‌باشد.

نشانی: تهران، خیابان آزادی، بعد از خیابان شادمهر، ساختمان اداری شادمان، پلاک ۳۹۹، طبقه چهارم، واحد ۲۳

میثاق نامه حقوقی مالکیت فکری و شرایط بهره‌برداری انتشارات علمی صالحین (حق نشر (Copyright) ۱۴۰۴ ©)

ماده ۱: تعاریف و دامنه شمول اثر

۱-۱. تعریف اثر: این اثر شامل، اما نه محدود به، کلیه متون، نگاره‌ها، تصاویر، نمودارها، جداول، داده‌نماها (اینفوگرافیک)، طرح جلد، صفحه‌آرایی (Layout)، تایپوگرافی، کدهای منبع (در نسخه‌های دیجیتال)، فراداده‌ها (Metadata) و ساختار سازماندهی محتوا می‌باشد.

۲-۱. دامنه حقوق: کلیه حقوق مادی (Economic Rights) ناشی از پدیدآوردن این اثر، شامل حق تکثیر، نشر، پخش، عرضه، اجرا، ترجمه، اقتباس و بهره‌برداری در هر فرمت (چاپی، صوتی، تصویری، الکترونیکی) و در هر بستر (فیزیکی، سایبری، متاورس) که اکنون موجود است یا در آینده ابداع گردد، به موجب قراردادهای معتبر قانونی، به صورت انحصاری، مطلق و غیرقابل رجوع به «انتشارات علمی صالحین (که از این پس «ناشر» نامیده می‌شود) تعلق دارد.

۳-۱. حقوق معنوی: حقوق معنوی اثر، طبق ماده ۴ «قانون حمایت حقوق مؤلفان، مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸»، برای پدیدآورندگان محفوظ است؛ لکن حق انحصاری صیانت از این حقوق و پیگرد قانونی هرگونه تحریف، تغییر یا آسیب به تمامیت اثر، به ناشر تفویض گردیده است.

ماده ۲: ماهیت حقوقی تملک و بهره‌برداری

۱-۲. تفکیک مالکیت (در نسخ چاپی): خرید نسخه فیزیکی این اثر، صرفاً موجب انتقال مالکیت بر «عین کالا» (صفحات و جلد) مطابق با عقد بیع در قانون مدنی می‌گردد. این خرید، هیچ‌گونه حقی نسبت به مالکیت محتوا، حق تکثیر، یا بهره‌برداری تجاری از آن برای خریدار ایجاد نمی‌نماید. قاعده «استفاده منصفانه» یا «مالکیت نسخه» مجوزی برای اسکن، فتوکپی یا تبدیل نسخه فیزیکی به دیجیتال نیست.

۲-۲. پروانه بهره‌برداری (در نسخ دیجیتال): دریافت، دانلود یا دسترسی به نسخه الکترونیکی این اثر، به منزله «بیع» نیست؛ بلکه اعطای یک «پروانه بهره‌برداری» (License Agreement) با ویژگی‌های زیر است:
الف) شخصی: فقط مختص شخصی است که هزینه را پرداخت کرده یا حساب کاربری به نام اوست.
ب) محدود: محدود به مطالعه و استفاده متعارف.

ج) غیرانحصاری و غیرقابل انتقال: کاربر حق فروش، اجاره، هدیه، واگذاری لایسنس یا اشتراک‌گذاری حساب کاربری خود با اشخاص ثالث را ندارد.

ماده ۳: ممنوعیت‌های صریح و نقض کپی‌رایت

هرگونه فعل یا ترک فعلی که منجر به نقض حقوق انحصاری ناشر گردد، مستند به مواد ۲۳، ۲۴ و ۲۵ «قانون حمایت حقوق مؤلفان» و مواد ۶۱، ۷۴ و ۷۵ «قانون تجارت الکترونیکی»، جرم تلقی شده و علاوه بر جبران کامل خسارات وارده (اعم از مادی و معنوی و افت منافع)، موجب پیگرد کیفری (حبس و جزای نقدی) خواهد بود. مصادیق نقض شامل موارد زیر است (حصری نیست):

۱-۳. بازتولید غیرمجاز: هرگونه عکس‌برداری، اسکن، فتوکپی، ضبط صوتی (روخوانی متن)، بازنویسی دستی یا تاییپی، و ذخیره‌سازی در پایگاه‌های داده.

۲-۳. توزیع شبکه: بارگذاری (Upload) اثر در وبسایت‌ها، فضای ابری (Cloud)، شبکه‌های اجتماعی (تلگرام، اینستاگرام و...)، سامانه‌های اشتراک فایل (Torrent/P2P) و اینترنت‌های سازمانی.

۳-۳. آثار اشتقاقی و تبدیلی: هرگونه ترجمه، تلخیص، خلاصه‌نویسی، تبدیل به نمایشنامه، فیلم‌نامه، محتوای آموزشی ویدیویی، یا تولید آثار جدید بر پایه این اثر بدون مجوز کتبی ناشر.

۳-۴. بهره‌برداری تجاری ثانویه: فروش مجدد نسخه‌های دیجیتال، اجاره دادن نسخه‌های چاپی در مقیاس تجاری (غیر از کتابخانه‌های عمومی دارای مجوز)، یا استفاده از اثر در بسته‌های آموزشی انتفاعی.

ماده ۴: هوش مصنوعی، داده‌کاوی و فناوری‌های نوین

با توجه به پیشرفت فناوری، موارد زیر صراحتاً ممنوع اعلام می‌گردد و نقض آن به منزله سرقت محتوای علمی/ادبی تلقی می‌شود:

۱-۴. داده‌کاوی (Text & Data Mining): هرگونه استخراج ماشینی متن، تحلیل خودکار داده‌ها، خزش (Crawling) و اسکرپینگ (Scraping) محتوای اثر.

۲-۴. تغذیه هوش مصنوعی: استفاده از تمام یا بخشی از این اثر به‌عنوان «داده ورودی» (Input Data)، «داده آموزشی» (Training Set) یا جهت «تنظیم دقیق» (Fine-tuning) هرگونه سامانه هوش مصنوعی، مدل‌های زبانی بزرگ (LLMs)، هوش مصنوعی مولد (Generative AI) و الگوریتم‌های یادگیری ماشین.

ماده ۵: استثنائات قانونی

صرفاً استفاده‌هایی که مشمول ماده ۷ «قانون حمایت حقوق مؤلفان» باشد مجاز است: نقل‌قول مستقیم یا غیرمستقیم از بخش‌های مختصر اثر، منحصرأ برای اهداف نقد، تحلیل، آموزش و پژوهش علمی. شرط الزامی: در تمامی موارد فوق، ذکر کامل منبع (عنوان اثر، نام مؤلف، نام ناشر) الزامی است. عدم ذکر منبع، حتی در استفاده جزئی، سرقت علمی (Plagiarism) محسوب می‌شود.

ماده ۶: تدابیر فنی حفاظتی (DRM) و مهندسی معکوس

در صورتی که اثر (فیزیکی یا دیجیتال) حاوی قفل‌های نرم‌افزاری، واترمارک (Watermark)، هولوگرام یا هرگونه تدابیر حفاظتی فنی باشد:

هرگونه اقدام جهت خنثی‌سازی، شکستن قفل، کرک کردن (Crack)، مهندسی معکوس، دی‌کامپایل (Decompile) یا دور زدن این تدابیر، طبق مواد ۷۱ تا ۷۳ قانون تجارت الکترونیکی و مواد ۲۵ تا ۲۷ قانون جرایم رایانه‌ای، جرم مستقل محسوب شده و مستوجب مجازات حبس و جریمه سنگین است.

ماده ۷: سلب مسئولیت (Disclaimer) و حدود ضمانت

۱-۷. ماهیت محتوا: ناشر و پدیدآورندگان نهایت تلاش خود را برای صحت و دقت محتوا به کار بسته‌اند، اما هیچ‌گونه ضمانتی (صریح یا ضمنی) مبنی بر بی‌عیب بودن، به‌روز بودن، یا تناسب محتوا برای یک هدف خاص (Fitness for a Particular Purpose) ارائه نمی‌دهند.

۲-۷. محدودیت مسئولیت: مسئولیت هرگونه استفاده از اطلاعات، دستورالعمل‌ها یا داده‌های موجود در این اثر و عواقب ناشی از آن (اعم از خسارات مستقیم، غیرمستقیم، تبعی، جانی یا مالی) تماماً بر عهده کاربر است. سقف مسئولیت مالی ناشر در برابر کاربر در هر شرایطی، محدود به «مبلغ پرداختی برای خرید اثر» خواهد بود.

ماده ۸: حل اختلاف و قانون حاکم

این توافق‌نامه تابع قوانین و مقررات جمهوری اسلامی ایران است. در صورت بروز هرگونه اختلاف، ناشر حق دارد حسب صلاح‌دید خود، موضوع را از طریق مراجع قضایی صالح در شهر تهران (یا محل اقامتگاه قانونی ناشر) یا از طریق داوری

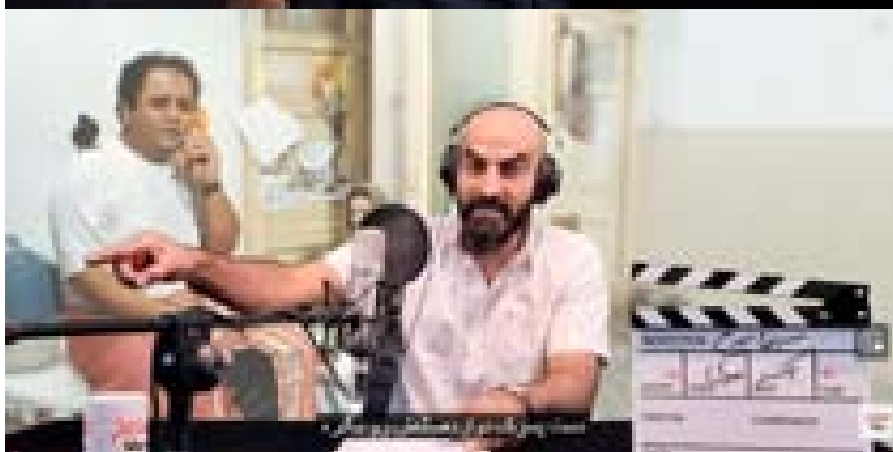
پیگیری نماید. کاربر با تهیه این اثر، صلاحیت محلی دادگاه‌های تهران را پذیرفته و حق اعتراض به صلاحیت را از خود سلب می‌نماید.

ماده ۹: ضمانت اجرا و جبران خسارت

کاربر متعهد می‌گردد در صورت نقض هر یک از مفاد این توافق‌نامه، کلیه خسارات وارده به ناشر (شامل زیان‌های مالی، از دست رفتن سود، لطمه به شهرت تجاری) و تمامی هزینه‌های دادرسی و حق‌الوکاله وکیل انتخابی ناشر را بدون هیچ‌گونه قید و شرطی جبران نماید.

تقدیم نامه:

تقدیم به جناب آقای احمد هاشمی و تیم عزیز و زحمتکش تیم سینما مورخ



برگ سبز است تحفه درویش

با تشکر از تمام زحمات و انرژی مثبتی که حضرت عالی و تیم ارزشمندتان برای مخاطبین می کشید.

مهندس علیرضا صالحین

پاییز ۱۴۰۴

مقدمه مترجم:

افق‌های نوین در مدیریت درد: سفری به اعماق هیپنوتیزم بالینی یکپارچه‌نگر

درد، به‌ویژه در شکل مزمن آن، پدیده‌ای فراتر از یک حس فیزیکی ناخوشایند است؛ این تجربه‌ای چندوجهی است که تار و پود زندگی فرد، از جمله سلامت روان، روابط اجتماعی و عملکرد روزمره را در هم می‌تند. در دهه‌های اخیر، بحران جهانی اعتیاد به مسکن‌های اپیوئیدی و شناخت روزافزون محدودیت‌های رویکردهای صرفاً زیست‌پزشکی، جامعه علمی و بالینی را به سوی جستجوی راهکارهای درمانی ایمن، مؤثر و کل‌نگر سوق داده است. در این میان، هیپنوتیزم بالینی، که روزگاری در هاله‌ای از ابهام و تصورات نادرست قرار داشت، اکنون به عنوان یک مداخله قدرتمند و مبتنی بر شواهد علمی، جایگاه واقعی خود را در مدیریت درد باز یافته است.

کتاب پیش رو، «هیپنوتیزم بالینی برای کنترل درد: راهیافتی جامع برای مدیریت و درمان»، اثر ماندگار دیوید آر. پترسون و ام. النا مندوزا، صرفاً یک کتاب درسی نیست؛ بلکه یک نقشه راه بالینی جامع و عمیق برای درمانگرانی است که می‌خواهند از قدرت ذهن برای تسکین آلام جسم بهره ببرند. ویرایش دوم این اثر، که با فاصله چهارده سال از چاپ اول منتشر شده، یک بازنگری ساده نیست، بلکه نمایانگر یک تحول پارادایمی در تفکر نویسندگان و در کل حوزه مدیریت روان‌شناختی درد است. این کتاب، هیپنوتیزم را از یک تکنیک مجزا فراتر برده و آن را در قلب یک چارچوب درمانی یکپارچه‌نگر (Integrative) قرار می‌دهد.

از هیپنوتیزم اریکسونی تا هم‌افزایی با رویکردهای نوین

شالوده اصلی کتاب بر پایه اصول هیپنوتیزم اریکسونی استوار است؛ رویکردی منعطف، مراجع‌محور و غیرمستقیم که به جای تحمیل تلقین‌های دستوری، بر استفاده هوشمندانه از منابع درونی و ناخودآگاه خود فرد برای ایجاد تغییر تأکید می‌ورزد. نویسندگان با مهارتی مثال‌زدنی، این بنیان مستحکم را با دو جریان قدرتمند در روان‌درمانی معاصر پیوند زده‌اند:

۱. **ذهن‌آگاهی و مدیتیشن (Mindfulness and Meditation):** در فصلی که به دقت برای این ویرایش تدوین شده، کتاب نشان می‌دهد که چگونه می‌توان تکنیک‌های هیپنوتیزمی را برای تقویت تمرین‌های ذهن‌آگاهی به کار گرفت. این هم‌افزایی به مراجع کمک می‌کند تا رابطه‌ای نوین با درد خود برقرار سازد؛ رابطه‌ای که در آن، فرد از جنگیدن با درد دست کشیده و به مشاهده‌گری آگاه و مدیری توانمند برای تجارب درونی خود بدل می‌شود.

۲. **مصاحبه انگیزشی (Motivational Interviewing - MI):** مدیریت موفق درد مزمن، اغلب نیازمند تغییرات بنیادین در سبک زندگی است. نویسندگان با درک این واقعیت کلیدی، فصلی درخشان را به ادغام هیپنوتیزم اریکسونی و مصاحبه انگیزشی اختصاص داده‌اند. این فصل، که در ویرایش اول نیز پرتعدادترین بخش کتاب بوده، به درمانگران می‌آموزد که چگونه با روح همدلانه و مشارکتی MI، مقاومت مراجع را کاهش داده و انگیزه درونی او را برای پذیرش مسئولیت بهبودی و ایجاد تغییرات پایدار، شعله‌ور سازند.

از نظریه تا بالین: یک راهنمای عملی

نقطه قوت بی‌بدیل این کتاب، توانایی آن در تبدیل مفاهیم نظری پیچیده به پروتکل‌های درمانی شفاف و کاربردی است. کتاب پس از تبیین مبانی تجربی و علمی بی‌دردی هیپنوتیزمی، خواننده را به صورت گام به گام در فرآیند درمان درد حاد (در محیط‌های بحرانی و بیمارستانی) و درد مزمن هدایت می‌کند. اوج این رویکرد عملی در فصل پایانی کتاب تجلی می‌یابد، جایی که نویسندگان یک **برنامه درمانی هشت جلسه‌ای مدولار** برای درد مزمن ارائه می‌دهند. این برنامه

جامع، با ارائه مثال‌های موردی واقعی، به درمانگر اجازه می‌دهد تا مداخلات را بر اساس نیازهای منحصر به فرد هر مراجع، شخصی‌سازی کند.

اهمیت این اثر برای جامعه سلامت روان ایران

در جامعه ما که میلیون‌ها نفر از دردهای مزمن رنج می‌برند و دسترسی به درمان‌های روان‌شناختی تخصصی همچنان با چالش‌هایی روبروست، ترجمه این کتاب یک ضرورت انکارناپذیر است. این اثر، ابزاری قدرتمند و مبتنی بر علم روز دنیا را در اختیار روان‌شناسان، روان‌پزشکان، مشاوران و سایر متخصصان سلامت قرار می‌دهد تا بتوانند گزینه‌ای درمانی فراتر از دارو ارائه دهند؛ گزینه‌ای که به مراجعان قدرت کنترل بر تجربه دردشان را بازمی‌گرداند و کیفیت زندگی آنان را به شکلی معنادار بهبود می‌بخشد.

امید است این ترجمه، گامی مؤثر در جهت ارتقاء دانش و مهارت بالینی درمانگران ایرانی باشد و نوری از امید را در دل بیماران بتاباند که به دنبال راهی برای رهایی از زندان درد هستند.

در ضمن مترجم پیشاپیش بابت خطاهای سهوی از محضر خوانندگان محترم و عزیز کمال عذر خواهی را داشته، چرا که رشته اصلی بنده روانشناسی نبوده است و حتماً خطاهایی در طول کار مشاهده خواهید نمود، بنابراین لطفاً عذرخواهی بنده را پذیرا باشید و به منظور ارتباط با اینجانب یا انعکاس نظرات و پیشنهادات خویش با شماره های ۰۲۱-۸۸۲۸۳۶۹۸ ، ۰۹۱۲۴۸۸۶۴۹۸ یا ایمیل AlirezaSalehin@Gmail.com (نشر عملی صالحین) ارتباط برقرار نمایید.
با تشکر

مهندس علیرضا صالحین

پاییز ۱۴۰۴

فهرست مطالب:

نظرات و تحسین نامه‌ها	
پیش‌گفتار ویراست دوم	
مقدمه: مدیریت درد با روان‌درمانی، هیپنوتیزم و ذهن‌آگاهی	
فصل ۱. درک درد و رویکردهای روان‌شناختی آن	
فصل ۲. مبانی تجربی بی‌دردی هیپنوتیزمی (Hypnotic Analgesia)	
فصل ۳. هیپنوتیزم اریکسونی	
فصل ۴. درد حاد، بحران و محیط بیمارستانی	
فصل ۵. درد مزمن	
فصل ۶. تلفیق مدیتیشن ذهن‌آگاهی و هیپنوتیزم برای مدیریت درد	
فصل ۷. مصاحبه‌ی انگیزشی و هیپنوتیزم اریکسونی	
فصل ۸. هشت جلسه درمان پیشنهادی برای درد مزمن	
پس‌گفتار: تأملاتی بر سیر تحول بی‌دردی هیپنوتیزمی	
منابع	
نمایه	
درباره‌ی نویسندگان	

نظرات و تحسین نامه‌ها

هیپنوتیزم بالینی برای کنترل درد، ویراست دوم

نویسندگان: دیوید آر. پترسون و ام. النا مندوزا

مارک پی. جنسن، PhD، استاد دپارتمان پزشکی توانبخشی، دانشگاه واشنگتن، سیاتل، واشنگتن، ایالات متحده آمریکا؛ این ویراست به‌روزشده از کتاب تحسین‌شده‌ی «هیپنوتیزم بالینی برای کنترل درد»، جدیدترین دستاوردهای علمی و پیشرفته‌ترین دانش روز را در زمینه‌ی رویکردهای هیپنوتیک برای درمان درد حاد و مزمن در اختیار متخصصان بالینی و دانشمندان قرار می‌دهد. اگر شما ارائه‌دهنده‌ی خدمات بهداشتی یا پژوهشگری فعال در عرصه‌ی مدیریت درد هستید، این کتاب را باید از جلد تا جلد مطالعه کرده و سپس به عنوان مرجعی آماده در دسترس خود نگه دارید.

اروینگ کرش، PhD، مدیر مشارکتی برنامه مطالعات دارونما، دانشکده پزشکی هاروارد، بوستون، ماساچوست، ایالات متحده آمریکا؛

این کتاب، اثری خوش‌نوشت، معتبر و بسیار آموزنده است که به قلم دو تن از پیشگامان استفاده از هیپنوتیزم برای کنترل درد نگاشته شده است. این نخستین کتابی است که برای یافتن پاسخ پرسش‌هایم درباره‌ی این موضوع، به آن مراجعه می‌کنم.

پیر رنویل، PhD، استاد تمام دپارتمان دهان و دندان، دانشکده دندانپزشکی؛ مدیر مشارکتی تحقیقات بالینی، مرکز تحقیقات مرکز تحقیقاتی مؤسسه دانشگاهی سالمندی مونترال، دانشگاه مونترال، مونترال، کبک، کانادا؛

کتاب پترسون و مندوزا چشم‌اندازی نوین از هیپنوتیزم بالینی ارائه می‌دهد. این اثر با مهارت، تحلیلی جامع از کاربردهای بالینی مبتنی بر شواهد را با بینش‌های علمی بنیادین درباره‌ی سازوکارهای روان‌شناختی و فیزیولوژیک ترکیب می‌کند. نویسندگان راهنمایی‌های تفصیلی درباره‌ی کاربرد عملی هیپنوتیزم ارائه می‌دهند و آن را به صورت یکپارچه با سایر روش‌های روان‌درمانی و تکنیک‌های معاصر ذهن‌آگاهی ادغام می‌کنند. این کتاب نه تنها برای روان‌درمانگران باتجربه، بلکه برای همه‌ی متخصصان مراقبت‌های بهداشتی که به دنبال ارتقای راهبردهای مدیریت درد هستند، منبعی ضروری محسوب می‌شود.

استفن گیلیگان، PhD، روانشناس؛ نویسنده‌ی «خلسه‌های درمانی: اصل همکاری در هیپنوتراپی اریکسونی» و «خلسه‌ی مولد: تجربه‌ی جریان خلاق»؛

درد یکی از ناتوان‌کننده‌ترین مسائل بهداشتی زمان ماست. در این کتاب فوق‌العاده، دیوید آر. پترسون و ام. النا مندوزا با استادی، رویکردی چندرشته‌ای را برای کنترل بالینی درد بسیج کرده‌اند و بر نقش ویژه‌ای که رویکردهای هیپنوتیک می‌توانند ایفا کنند، تأکید می‌ورزند. این یکی از بهترین کتاب‌های بالینی است که اخیراً خوانده‌ام. به شدت آن را توصیه می‌کنم!

هیپنوتیزم بالینی برای کنترل درد: رویکردی جامع برای مدیریت و درمان

نویسندگان: دی. آر. پترسون و ام. ای. مندوزا

حق نشر © ۲۰۲۵ انجمن روان‌شناسی آمریکا. کلیه حقوق محفوظ است.

دیوید اشیپگل، MD، استاد جک، ویلو و سم ویلسون و معاون رئیس دپارتمان روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشکده پزشکی دانشگاه استنفورد، استنفورد، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا؛ هم‌بنیان‌گذار و مشاور علمی، Reveri Health, Inc

مغز محل اصلی تحمل درد است، و پترسون و مندوزا با زبانی روشن و مبتنی بر شواهد از این واقعیت بهره می‌گیرند. اگر می‌خواهید بی‌دردی هیپنوتیک و مدیریت استرس را بدون درد به مجموعه مهارت‌های روان‌درمانی خود اضافه کنید، این کتاب را بخوانید. بیماران تان از شما سپاسگزار خواهند بود.

جفری کی. زایگ، PhD، مدیر بنیاد میلتن اچ. اریکسون، فینیکس، آریزونا، ایالات متحده آمریکا:

پترسون و مندوزا مدلی جامع و یکپارچه ارائه می‌دهند که در آن روش‌های هیپنوتیک در کنار سایر رویکردهای تغییر حالت، می‌توانند درمان را تقویت کنند. این کتاب برجسته که مبتنی بر شواهد تجربی و قابل هضم است، هم شرایط درد حاد و هم مزمن را مورد بررسی قرار می‌دهد. «هیپنوتیزم بالینی برای کنترل درد» مرجعی ضروری برای متخصصان بالینی است که با مراجعان رنج‌برنده از درد کار می‌کنند. هم مبتدیان و هم متخصصان خبره، عملکرد خود را بهبود خواهند بخشید.

گری الکینز، PhD, ABPP, ABPH، سردبیر مجله بین‌المللی هیپنوتیزم بالینی و تجربی؛ استاد دپارتمان روان‌شناسی و علوم اعصاب، دانشگاه بیلور، ویکو، تگزاس، ایالات متحده آمریکا:

با توجه به آنکه بسیاری در ایالات متحده و سراسر جهان از درد مزمن رنج می‌برند، ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت روان و روان‌درمانگران به اطلاعات دقیق و به‌روز درباره‌ی هیپنوتیزم بالینی به عنوان جایگزینی مبتنی بر شواهد برای قرص‌های مسکن اعتیادآور نیاز دارند. این کتاب با پیوند دادن آموزش درد و اصول هیپنوتیزم اریکسونی با رویکردی یکپارچه، این نیاز را برآورده می‌سازد. این اثر به طور مختصر توسط پیشگامان این حوزه نوشته شده است. آن را بخوانید و مهارت‌های بالینی خود را در مدیریت درد مزمن و حاد گسترش دهید!

جوزیه دی بندیتیس، MD, PhD، استاد و مدیر سابق مرکز میان‌رشته‌ای درد، دانشگاه میلان، میلان، ایتالیا:

این کتاب پیشگام، دیدگاهی نوآورانه درباره‌ی استفاده از بی‌دردی هیپنوتیک به عنوان جایگزینی قابل اجرا برای مداخلات روان‌داروشناختی در مدیریت درد حاد و مزمن ارائه می‌دهد. این منبعی ارزشمند برای درمانگران درد، پژوهشگران و دانشجویانی است که به دنبال کاوش در مبانی علمی بی‌دردی هیپنوتیک در میان پذیرش فزاینده‌ی آن به عنوان یک عمل مبتنی بر شواهد هستند. چه در حال کاوش تعیین‌کننده‌های نوروفیزیولوژیک بی‌دردی هیپنوتیک، تکنیک‌های اریکسونی، ادغام مدیتیشن/ذهن‌آگاهی، یا طیف وسیعی از راهبردهای هیپنوتیک برای مدیریت درد باشید، این کتاب مرتبط‌ترین جنبه‌های هیپنوتیزم و کنترل درد را به طور جامع پوشش می‌دهد. اگر به دنبال روشی بدون دارو برای کنترل درد هستید، یا اگر متخصص مراقبت‌های بهداشتی هستید و ابزارهای جدیدی می‌طلبید، به شدت آن را توصیه می‌کنم. مایکل دی. یاپکو، PhD، روانشناس بالینی؛ نویسنده‌ی «کار ترنس: مقدمه‌ای بر عمل هیپنوتیزم بالینی»؛ «ضروریات هیپنوتیزم»؛ و «ذهن‌آگاهی و هیپنوتیزم: قدرت تلقین برای تحول تجربه»:

ویراست دوم «هیپنوتیزم بالینی برای کنترل درد» کتابی شگفت‌انگیز و عملی است. این کتاب مملو از گهرهای بی‌شماری برای ادغام هیپنوتیزم بالینی در درمان درد حاد و مزمن است. کتاب سرشار از همدلی و مملو از مشاوره‌های روشن برای مواجهه با طیف وسیعی از شرایط دردناک و جمعیت‌های متنوع بیماران است. هر کسی که می‌خواهد قدرت ایجاد تفاوت بزرگی در زندگی افراد آسیب‌پذیر را داشته باشد، این جلد را بی‌نظیر خواهد یافت.

آکیرا اوتانی، EdD, ABPH، روانشناس ارشد بازنشسته، مرکز مشاوره دانشگاه مریلند، کالج پارک، مریلند، ایالات متحده آمریکا:

این کتاب یک شاهکار در مدیریت درد با استفاده از هیپنوتیزم بالینی است! این ویراست دوم که با همکاری ام. لنا مندوزا نوشته شده، آخرین شواهد، کاربردهای واقعیت مجازی، تکنیک‌های اریکسونی، مصاحبه‌ی انگیزشی و ادغام مدیتیشن

ذهن آگاهی در کنترل هیپنوتیک درد را ارائه می‌دهد. من با اشتیاق آن را به هر کسی که در مدیریت درد کار می‌کند، توصیه می‌کنم!

سوزانا کارولوسون، MSc، روانشناس مجاز، روان درمانگر مجاز، مدرس، ناظر و نویسنده، مطب خصوصی: این کتاب تکنیک‌ها و متن‌های درمانی دقیق و الهام‌بخش، و رویکردهای قابل اجرای بالینی ارائه می‌دهد که پیچیدگی‌های فردی پشت درد را در نظر می‌گیرد. به عنوان یک روان‌درمانگر تروما، من از تمرکز نویسندگان بر تطبیق مداخلات هیپنوتیک با ارزش‌های اصلی بیمار فردی، غلبه بر مقاومت‌های ضمنی، آگاهی از زمینه‌ی روانی-اجتماعی بیمار و گرایش به منابع معنوی، و نحوه‌ی توجه به جنبه‌های ارتباطی قدرانی می‌کنم.

دیوید بی. رید، PsyD، روانشناس بالینی مجاز؛ رئیس سابق بخش ۳۰ APA (هیپنوتیزم روان‌شناختی)؛ عضو و مشاور تأیید شده (ASCH)؛ استاد مشارکتی، دانشگاه سیبروک، پاسادنا، کالیفرنیا، ایالات متحده آمریکا:

بسیاری از منتقدان تحت تأثیر کتاب درسی اغلب چنین نظر می‌دهند: «این کتاب جایگاهش در قفسه‌ی کتاب هر متخصص بالینی است.» با توجه به ویراست دوم «هیپنوتیزم بالینی برای کنترل درد»، من این پیشنهاد را به هر متخصص بالینی که هیپنوتیزم بالینی را در عملکردش برای ارتقای مدیریت درد به کار می‌گیرد، ارائه می‌دهم: این کتاب را در قفسه‌ی کتابتان نگذارید. بلکه آن را در دستان خود نگه دارید. آن را بخوانید. سپس دوباره بخوانید تا شما را در فرآیندی عملی و مؤثر برای آسایش دردمندان با استفاده از هیپنوتیزم بالینی راهنمایی کند.

دیوید اوگزر، PhD، استادیار روان‌شناسی، دانشگاه مونترال؛ رئیس انجمن هیپنوتیزم کبک، مونترال، کبک، کانادا: دیوید آر. پترسون و ام. النا مندوزا تخصص استثنایی در استفاده از هیپنوتیزم برای مدیریت درد در طول مسیر حرفه‌ای خود توسعه داده‌اند. این کتاب هدیه‌ای واقعی است که ثمرات کار متعهدانه‌ی نویسندگان را به اشتراک می‌گذارد. غنی و جامع، درک عمیقی از مسائل درد، مبانی تجربی هیپنوتیزم و رویکرد یکپارچه‌ی نویسندگان به درمان برای خوانندگان فراهم می‌کند. سخاوتمندانه، آنها همچنین پروتکل عملی را برای قادر ساختن خوانندگان به شروع کاربرد این تکنیک‌ها خودشان گنجانده‌اند.

الکساندرا چادردون، PsyD، روانشناس، برنامه میان‌رشته‌ای بهداشت رفتاری (BHIP)، سیستم مراقبت‌های بهداشتی VA کلرادوی شرقی، آرورا، کلرادو، ایالات متحده آمریکا:

این کتابی ضروری در حوزه‌ی هیپنوتیزم برای کنترل درد است. دکتر پترسون و دکتر مندوزا در این موضوع مرجع هستند و این ویراست دوم به‌روزرسانی اساسی و مهمی برای پزشکان بالینی محسوب می‌شود.

پیش‌گفتار ویراست دوم

زمانی که برای نخستین بار کار بر روی ویراست دوم هیپنوتیزم بالینی برای کنترل درد را آغاز کردیم، ایده‌ی اصلی، به‌روزرسانی منابع و افزودن چند فصل درباره‌ی برخی گرایش‌های نوین‌تر در این حوزه بود. اما در طی فرآیندی تدریجی و چه بسا نامحسوس، کار ما به نگارش کتابی جدید ختم شد که در بسیاری از بخش‌ها با نسخه‌ی اول تفاوت بنیادین دارد. در اوایل کار، من (دی. آر. پی.) تصمیم گرفتم از ام. النا مندوزا به عنوان همکار نویسنده دعوت کنم. النا مشغول کار بر روی طرح‌های پژوهشی تحت حمایت مؤسسات ملی بهداشت (NIH) در زمینه‌ی تحقیقات بالینی کنترل درد بود و دانش او تمامی مراحل پژوهش بالینی نظام‌مند و همچنین کاربرد هیپنوتیزم در مراقبت از بیمار را پوشش می‌داد. من دانش النا را در حوزه‌ی پژوهش‌های هیپنوتیزم برای کنترل درد، تا حد زیادی بی‌بدیل یافتم و همکاری با او تجربه‌ای بسیار خوشایند بود.

بخش بزرگی از کار ارائه‌شده در ویراست دوم، ماحصل همکاری چندین دهه‌ای میان مارک جنسن، النا و من است. مارک پس از انتشار ویراست اول، پژوهشگر اصلی چندین مطالعه با موضوعات مهمی چون تلفیق مداخلات شناختی و هیپنوتیزمی، مقایسه‌ی هیپنوتیزم با سایر رویک D ده‌ای عمده (از جمله ذهن‌آگاهی و آموزش) و بررسی پارامترهای نوروفیزیولوژیک بی‌دردی هیپنوتیزمی بوده است. ما به‌ویژه سپاسگزار مارک هستیم که نظرات کارشناسی و راهنمایی‌های خود را سخاوتمندانه به فصل درد مزمن (فصل ۵) و روان‌درمانی برای درد مزمن (فصل ۸) افزود. شایان ذکر است که سبک‌های ما گاهی با یکدیگر متفاوت است؛ مارک بر آموزش خود-هیپنوتیزم (self-hypnosis)، مداخلات شناختی و مصاحبه‌ی انگیزشی به افراد تأکید دارد، حال آنکه تمرکز من (دی. آر. پی.) بیشتر بر ضمیر ناهشیار و روش‌های تعمیق تجربه‌ی هیپنوتیزمی در مراجعان مقاوم است.

مؤسسات ملی بهداشت (NIH)، و به‌ویژه مؤسسه ملی علوم پزشکی عمومی، حامی قدرتمند ما نه تنها در انتشار این دو مجلد، بلکه در اجرای کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده و تصادفی‌سازی‌شده‌ی متعددی بودند که شالوده‌ی علمی کار ما را بنا نهادند. هانتر هافمن، واقعیت مجازی فراگیر (immersive virtual reality) را به عنوان روشی برای کنترل درد حاد معرفی کرد و ما دو نفر اولین مجموعه‌ی مطالعات در زمینه‌ی هیپنوتیزم با واقعیت مجازی را طراحی و اجرا کردیم. او، و همچنین شلی ویچمن و سم شارار، همکاران کلیدی ما در اکثر این مطالعات بودند. آلیسون شوه، سالی بوو و مریم سلطانی نیز نقش بسزایی در پژوهش‌های ما و در ویراست اول داشتند.

جودی نیمر، جان لوسر و به‌یقین ویلبرت فوردایس، تأثیر عظیمی در آموزش ما در زمینه‌ی کنترل درد داشتند و این تأثیر در فصول ابتدایی این کتاب مشهود است. دیوید روزنگرن و کریس دان چنان راهنمایی‌های ارزشمندی برای فصل مصاحبه‌ی انگیزشی ارائه دادند که نگارش آن فصل را بدون مشارکت فکری ایشان، به‌سختی می‌توان تصور کرد. آکیرا اوتانی و ربکا تیلور، نظرات گسترده و گران‌بهایی را برای فصل مدیتیشن فراهم آوردند. دیوید رید، مارک جنسن، دیوید اوگز، متیو لندری، مایکل یاپکو، الی چادردون و لوئیس دامیس همگی با مطالعه و بازبینی‌های اولیه یا داوری‌های همتای خود، به ما کمک شایانی کردند که بسیار برایمان ارزشمند بود.

همکاری با ویراستارانمان، سوزان رینولدز و دیوید بکر، برای ما بسیار مفید و لذت‌بخش بود. (از زبان ام. النا مندوزا) مايلم از دیوید آر. پترسون برای فراهم آوردن فرصت هم‌نگاری ویراست دوم کتابش تشکر کنم؛ این فرصت برای من یک تجربه‌ی یادگیری بسیار گران‌بها بود. همچنین، مراتب سپاس خود را از مارک پی. جنسن، آنتونیو کاپافونز و جان اف. چاوز برای تأثیر شگرفشان بر آموزش من در حوزه‌ی هیپنوتیزم و مدیریت درد، ابراز می‌دارم.

من (دی. آر. پی.) سهم خود از این ویراست را به پسر، بیل، تقدیم می‌کنم که در سال ۲۰۲۲، زمانی که سخت مشغول نگارش کتاب بودیم، از میان ما رفت. شگفت‌انگیز است که فرآیند گریز از اندوه فقدان یک فرزند، تا چه اندازه می‌تواند الهام‌بخش سخت‌کوشی باشد.

مقدمه

مدیریت درد با روان درمانی، هیپنوتیزم و ذهن آگاهی

در ۱۴ سالی که از انتشار ویراست نخست این کتاب می‌گذرد، بی‌شک تحولاتی در متون علمی رخ داده که انتشار ویراست دوم را توجیه می‌کند. ما در ابتدا کار روی ویراست دوم را بدون در نظر داشتن یک بازنویسی بلندپروازانه آغاز کردیم. اما هرچه در این پروژه پیش‌تر رفتیم، بیشتر دریافتیم که نگرش ما در باب مدیریت درد، دستخوش تغییر شده است. من (دی. آر. پی.) مسیر حرفه‌ای خود را از مشاوره‌های بیمارستانی و پژوهش‌های تحت حمایت مالی مؤسسات ملی بهداشت (NIH) به روان درمانی سرپایی برای مدیریت درد مزمن تغییر دادم. هر دو نویسنده در اجرای کارآزمایی‌های بالینی بزرگ، کنترل‌شده و تصادفی‌شده (RCTs) با بودجه‌ی NIH در زمینه‌ی مدیریت درد، مشارکت داشته یا دارند؛ که سه مورد از آن‌ها، ذهن آگاهی را به عنوان یک مداخله در بر می‌گرفت.

موضوع محوری این مجلد، همچنان کاربرد هیپنوتیزم برای کنترل درد حاد و مدیریت درد مزمن است. با این حال، یک تغییر اساسی در رویکرد ما، به کارگیری هیپنوتیزم در بستر روان درمانی برای درد بوده است. پژوهش‌ها و کار بالینی ما را به این نتیجه رسانده است که هیپنوتیزم به تنهایی، دست‌کم در مورد درد مزمن، به‌ندرت رویکردی کارآمد است. ما همچنین شاهد تغییری در نوع متخصصانی بوده‌ایم که به دنبال آموزش هیپنوتیزم هستند. اعضای لیست‌سرو بین‌المللی بخش ۳۰ انجمن روان‌شناسی آمریکا (انجمن هیپنوتیزم روان‌شناختی)، و اعضای انجمن آمریکایی هیپنوتیزم بالینی (ASCH)، انجمن هیپنوتیزم بالینی و تجربی (SCEH) و انجمن بین‌المللی هیپنوتیزم، افزایشی چشمگیر را در تعداد روان‌درمانگرانی نشان می‌دهند که در حوزه‌هایی غیر از روان‌شناسی بالینی یا مشاوره (مددکاری اجتماعی، مشاوره ازدواج و خانواده، و پرستاران متخصص) آموزش دیده‌اند. افزون بر این، اکثر شرکت‌کنندگان در کارگاه‌هایی که من (دی. آر. پی.) اخیراً برگزار کرده‌ام، علاوه بر روانپزشکان و پزشکان درد، متخصصان سلامت روان بوده‌اند. ما دریافته‌ایم که یکی از مؤثرترین راه‌ها برای کاهش رنج گسترده‌ی افراد مبتلا به درد مزمن، آموزش هرچه بیشتر درمانگران در زمینه‌ی روان درمانی مبتنی بر هیپنوتیزم و مدیتیشن است.

پیامدهای اجتماعی درد حاد و مزمن

درد مزمن همچنان یکی از چالش‌برانگیزترین مسائلی است که متخصصان حوزه سلامت در سراسر جهان با آن روبرو هستند. این عارضه همچنین یکی از شایع‌ترین دلایلی است که افراد برای دریافت مراقبت‌های پزشکی مراجعه می‌کنند (Burt, ۲۰۰۶ & Schappert). در ایالات متحده، تخمین زده می‌شود که ۲۱٪ تا ۲۱٪ از بزرگسالان به درد مزمن مبتلا هستند (Dahlhamer et al., ۲۰۱۸) و این معضل سالانه تا ۶۳۵۶۳۵۶۳۵ میلیارد دلار برای کشور هزینه در بر دارد (Richard, ۲۰۱۲ & Gaskin). علاوه بر این، درصد بالایی از افراد مبتلا به درد مزمن، با بیماری‌های هم‌ابتلا (comorbidities) مانند اضطراب و افسردگی، محدودیت در تحرک و فعالیت‌های روزانه، وابستگی به مواد افیونی، خودکشی و کاهش کیفیت زندگی نیز دست و پنجه نرم می‌کنند (Anagür et al., ۲۰۱۴; Ditte et al., ۲۰۱۹; GBD ۲۰۱۶ Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, ۲۰۱۷; Rikard et al., ۲۰۲۳; Zis et al., ۲۰۱۷). فراتر از این، درد حاد نه تنها خود یک چالش سلامت به شمار می‌رود، بلکه در صورت عدم درمان، اغلب به درد مزمن می‌انجامد (McGreevy et al., ۲۰۱۱).

تجویز بی‌رویه‌ی مواد افیونی همچنان یک معضل اجتماعی مهم در سراسر جهان است (Ballantyne, ۲۰۱۷; De, ۲۰۱۲; Sola et al., ۲۰۲۰; Sehgal et al., ۲۰۲۱). اپیدمی سوءمصرف مواد افیونی، با چالش‌های مدیریت درد مزمن شعله‌ورتر شده است.

اکسی کونتین و مورفین طولانی‌رهنش، رویکردهای مؤثری برای مدیریت درد حاد هستند، اما استفاده‌ی بیش از حد از آن‌ها برای درد مزمن، مشکلات اعتیاد اجتماعی را به وجود آورده است (Quinones, ۲۰۲۱)، به‌ویژه زمانی که افراد برای مصرف تفنی، در ساختار دارو تغییر ایجاد کردند. این امر به نوبه‌ی خود، به بحران اوردوز با فنتانیل منجر شده است. من (دی. آر. پی.) پسر ۲۶ ساله‌ی خود را بر اثر اوردوز با فنتانیل قلبی از دست دادم، درست زمانی که مشغول نگارش این ویراست بودیم. واضح است که رویکردهای غیردارویی، هم برای درد حاد و هم برای درد مزمن، مطلوب هستند. افزون بر این، مدت‌هاست که درباره‌ی پیامدهای «پزشکی‌سازی رنج» (medicalization of suffering) به ما هشدار داده شده است (Fordyce, ۱۹۸۸; Sullivan et al., ۲۰۲۳).

ارزش جایگزین‌های رویکردهای پزشکی مرسوم

اهمیت و ارزش رویکردهای غیردارویی برای کنترل درد، به‌ویژه رویکردهای روان‌شناختی، به طور فزاینده‌ای در حال شناخته شدن است. درمان‌های پزشکی و دارویی، به خصوص در مورد درد حاد، نقش قابل توجهی در کنترل درد دارند (Sharar, ۲۰۰۱ & Loeser, ۲۰۰۱a; Patterson). بدون جراحی‌ها، داروها، اقدامات بی‌حسی و موارد مشابه، بیماران در سطوح بسیار بالاتری رنج می‌برند (Melzack, ۱۹۹۰). با این حال، تقریباً هر دارویی که برای درمان درد به کار می‌رود، عوارض جانبی دارد. این عوارض می‌تواند از اثرات گوارشی و شناختی تا وابستگی، اعتیاد و حتی ایست تنفسی در مورد مسکن‌های افیونی، متغیر باشد (Brown et al., ۲۰۰۰; Cherny et al., ۲۰۰۱). جراحی برای کمردرد به شکل قابل توجهی غیرقابل اعتماد است. اگرچه ۳۰٪/۳۰٪/۳۰٪ از بیماران بهبود می‌یابند، ۳۰٪/۳۰٪/۳۰٪ در همان وضعیت باقی می‌مانند و ۳۰٪/۳۰٪/۳۰٪ بدتر شده و پس از جراحی کمردرد، درد بیشتری را تجربه می‌کنند (Turk & Okifuji, ۱۹۹۸a, ۱۹۹۸b). به طور فزاینده‌ای نشان داده می‌شود که هیپنوتیزم رویکردی است که نه تنها می‌تواند مکمل رویکردهای پزشکی باشد (Patterson et al., ۱۹۹۲; Ptacek, ۱۹۹۷)، بلکه نیاز به مداخلات پزشکی را نیز کاهش می‌دهد (Lang et al., ۲۰۰۰; Montgomery et al., ۲۰۰۷; Ohrbach et al., ۱۹۹۸).

راه‌های بسیاری وجود دارد که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند برای درمان درد به کار روند، به ویژه با استفاده از مدل‌های شناختی-رفتاری (Turk, ۱۹۷۸) و شرطی‌سازی کنشگر (Turk, ۲۰۰۵; Patterson, ۱۹۷۶; Fordyce & Gatchel, ۱۹۹۹). با این حال، آنچه روز به روز روشن‌تر می‌شود این است که هیپنوتیزم، عرصه‌ی قدرتمند و جدیدی از رویکردهای غیردارویی را فراهم می‌کند که ممکن است بتواند فراتر از سایر انواع رویکردهای روان‌شناختی، به تسکین درد کمک کند (Kirsch et al., ۱۹۹۵; Ramondo et al., ۲۰۲۱).

دانش بی‌دردی هیپنوتیزمی

در ویراست نخست این مجلد، اشاره کردیم که حمایت علمی از هیپنوتیزم، افزایش خوشایندی داشته است. در حالی که تا چند سال پیش، کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده و تصادفی‌شده (RCTs) برای آزمودن هیپنوتیزم در محیط‌های بالینی تقریباً وجود نداشت، اکنون مجموعه‌ای از این متون علمی در حمایت از هیپنوتیزم برای تعدادی از مشکلات پزشکی، از جمله سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر (Whorwell, ۲۰۰۶; Lacy et al., ۲۰۲۱; Gonsalkorale, ۲۰۰۶)، آسم (Brown, ۲۰۰۷; Isenberg et al., ۱۹۹۲; Maher-Loughnan et al., ۱۹۶۲; McBride et al., ۲۰۱۴)، ترک سیگار (Schmidt & Herring, ۲۰۱۹; Viswesvaran, ۱۹۹۲)، چاقی (Kirsch, ۱۹۹۶)، سرطان‌شناسی (Pellegrini et al., ۲۰۲۱; Roslim et al., ۲۰۲۱; Carlson et al., ۲۰۱۸; Franch et al., ۲۰۲۱; Guerra-Martín et al., ۲۰۲۱; Montgomery et al., ۲۰۱۷; Tomé-Pires & al., ۲۰۲۳; Miró, ۲۰۲۳).

Adachi et al., ۲۰۱۴; Hauser et al., ۲۰۱۶; Langlois et al., ۲۰۲۲; (۲۰۱۲)، و کنترل درد (Jensen, ۲۰۰۳) وجود دارد.

از منظری دیگر که به اعتبار علمی هیپنوتیزم می‌افزاید، پژوهشگران در حال بهره‌برداری از روش‌های پیچیده برای بررسی فعالیت مغزی مرتبط با هیپنوتیزم هستند (De Benedittis, ۲۰۲۰, ۲۰۲۱; De Bicego et al., ۲۰۲۱; Rainville, & Ridder et al., ۲۰۲۱; Desmarteaux et al., ۲۰۲۱; Jiang et al., ۲۰۱۷; Landry ۲۰۲۳; Rainville ۲۰۲۲ & Wolf et al., ۲۰۱۹; Price, ۲۰۰۴). این واقعیت که رنویل (Rainville) داده‌هایی از این دست را در مجله‌ی *Science* منتشر کرد (Rainville et al., ۱۹۹۷)، گواهی بر این است که هیپنوتیزم در حال کسب اعتبار در جامعه علمی است. حوزه‌ی پژوهشی دیگری که ارزش بحث دارد، پتانسیل جبران هزینه‌های مراقبت سلامت با هیپنوتیزم است. لانگ و همکارانش (Lang et al., ۲۰۰۰) یافته‌هایی را در مجله‌ی *The Lancet* در مورد تأثیر هیپنوتیزم بر درد و اضطراب مرتبط با اقدامات حین عمل (perioperative) (مانند قرار دادن کاتتر) منتشر کردند. آنچه در این پژوهش پیشگامانه بود، این بود که گزارش بعدی (Rosen, & Lang ۲۰۰۲) نشان داد که هیپنوتیزم هزینه‌ی مراقبت را از میانگین ۶۳۵۶۳۵۶۳۵ دلار به ازای هر بیمار به ۳۰۰۳۰۰۳۰۰ دلار کاهش داده است. به همین اندازه مهم، مونتگومری و همکارانش (Montgomery et al., ۲۰۰۷) گزارش کردند که یافته‌های آن‌ها در زمینه‌ی کاهش هزینه در درمان سرطان سینه، حتی چشمگیرتر بوده است. همچنین، گروه‌هایی از پژوهشگران وجود دارند که دائماً در حال تولید و اصلاح نظریه‌های پیچیده‌ای هستند که سعی در تبیین سازوکارهای هیپنوتیزم دارند و این فعالیت پژوهشی در جامعه‌ی بالینی، امری شناخته‌شده است (Barnier, ۲۰۰۸ & Nash). مایک نش، ویراستار سابق مجله *بین‌المللی هیپنوتیزم بالینی*، با طعنه گفته بود که بدون یک پایه‌ی علمی استوار، «هیپنوتیزم به سرنوشت جعبه‌شناسی (phrenology) دچار خواهد شد» (ارتباط شخصی، ۲۴ اکتبر ۲۰۰۷)؛ خوشبختانه، با روندهای ذکر شده، حمایت علمی از هیپنوتیزم در حال شکوفایی است. مجلد حاضر ما، پیشرفت‌های چشمگیر در این حوزه از زمان ویراست اول را مرور خواهد کرد.

نقش بی‌بدیل هیپنوتیزم در کنترل درد

تکنیک‌های شناختی-رفتاری و رفتاری سال‌هاست که در متون علمی مورد توجه بوده‌اند. چنین رویکردهایی تأثیر قابل توجهی بر کنترل درد دارند و به خوبی مستند شده‌اند (Ehde et al., ۲۰۱۴; Fordyce, ۱۹۷۶; Knoerl et al., ۲۰۱۲; Turk et al., ۱۹۸۳; Turk & Turk, ۲۰۱۶; Thiemé ۱۹۹۸a, ۱۹۹۸b). در فراتحلیلی که توسط کرش و همکاران (Kirsch et al., ۱۹۹۵) منتشر و توسط راموندو و همکاران (Ramondo et al., ۲۰۲۱) تکرار شد، مشخص گردید که هیپنوتیزم اثرات درمانی فراتر از اثرات رویکردهای پایه‌ای روان‌درمانی ایجاد می‌کند. در مورد درد حاد، گزارش شده است که هیپنوتیزم در ترکیب با سایر رویکردهای درمانی، برتری دارد (Jensen, ۲۰۰۳ & Patterson). و همانطور که در ادامه گزارش می‌دهیم، ظاهراً همین امر برای درد مزمن نیز صادق است (Jensen et al., ۲۰۲۰).

هیپنوتیزم از این جهت قابل توجه است که چگونه می‌تواند بر برخی انواع درد در برخی بیماران که به نظر نمی‌رسد به سایر رویکردها پاسخ دهند، تأثیر بگذارد (Crasilneck, ۱۹۹۵; Ohrbach et al., ۱۹۹۸). پژوهشگران تازه در حال یادگیری چگونگی کاهش درد توسط هیپنوتیزم هستند؛ این حوزه از پژوهش در مقایسه با سایر انواع کنترل روان‌شناختی درد، در مراحل ابتدایی خود قرار دارد. هیپنوتیزم این پتانسیل را دارد که رنج بیماران را به طرقی که سایر

رویکردها قادر به انجام آن نیستند، به طور چشمگیری کاهش دهد (Patterson, ۲۰۱۴; Patterson & Jensen, ۲۰۰۳).

چیزی که در دهه‌ی گذشته آشکارتر شده، این است که هیپنوتیزم، هم برای درد حاد و هم برای درد مزمن، مؤثر است و این امر هم در کارآزمایی‌های بالینی کنترل شده و تصادفی شده و هم در مطالعات نوروفیزیولوژیک، واضح است (Jensen, ۲۰۱۴; Patterson & Patterson, ۲۰۰۳). افزون بر این، شواهد هیجان‌انگیزی وجود دارد که نشان می‌دهد ترکیب هیپنوتیزم با رویکردهای شناختی، هر دو را تقویت خواهد کرد (Jensen et al., ۲۰۲۰). واضح است که هیپنوتیزم اثرات روان‌درمانی را افزایش می‌دهد (Kirsch et al., ۱۹۹۵; Ramondo et al., ۲۰۲۱; Yapko, ۲۰۱۹)، و تقریباً به طور قطع، بسیاری از درمان‌های دردی را که در این مجلد بحث می‌کنیم (مانند مداخلات رفتاری، مصاحبه‌ی انگیزشی، روان‌پوشی، ذهن‌آگاهی) تقویت خواهد کرد.

مدیتیشن، ذهن‌آگاهی و هیپنوتیزم

من (دی. آر. پی.) همچنین ۴۵ سال تجربه‌ی مدیتیشن و مطالعه‌ی بودیسم ذن (Zen Buddhism) (هرچند به صورت غیررسمی) را در رویکرد خود وارد کرده‌ام. ما به این نتیجه رسیدیم که ویراست اول بیش از حد بر مفهوم «از بین بردن درد» تمرکز داشت (کاری که ما واقعاً می‌توانیم با درد حاد انجام دهیم). با این حال، مدیریت درد مزمن اغلب مسئله‌ی توانمندسازی بیماران برای تغییر رابطه‌شان با درد است. گاهی اوقات، تمرکز هیپنوتیزم بر از بین بردن درد مزمن، با مدیریت مؤثر از دیدگاه زیستی-روانی-اجتماعی در تضاد است. این مجلد سرانجام تلاش چند دهه‌ای من برای ارائه مدیتیشن به بیماران در روان‌درمانی درد به منظور کاهش رنج را بیان می‌کند.

ما معتقدیم که هیپنوتیزم به عنوان یک روش درمانی، از محبوبیت انفجاری مدیتیشن/ذهن‌آگاهی لطمه خورده است. دانشجویان دکتری، برای دهه‌ها، به سمت ذهن‌آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، و درمان دیالکتیکی و رفتاری رفته‌اند. ذهن‌آگاهی، تحولی بسیار مورد نیاز در حوزه‌ای بوده است که هدف آن باید بیشتر به سمت کاهش رنج تغییر کند تا درمان درد. با وجود استقبال از این تغییر، درک فزاینده‌ای از محدودیت‌های ذهن‌آگاهی در مدیریت درد مزمن وجود دارد. به عنوان مثال، نتایج معنادار مدیتیشن بر درد مزمن برای برخی افراد، مبتنی بر سال‌ها نظم و انضباط است (Raz & Lifshitz, ۲۰۱۶). همانطور که بحث خواهیم کرد، ما بیماران خود را ترغیب می‌کنیم که در اسرع وقت، یک практику مدیتیشن را آغاز کرده و آن را در مسیری موازی با روان‌درمانی ادامه دهند. با این حال، ما معتقدیم که با تأکید بر ذهن‌آگاهی، تأثیر هیپنوتیزم بر هر دو درد مزمن و حاد (که تأثیر آن بر درد حاد دهه‌هاست مورد تردید نبوده) اغلب نادیده گرفته می‌شود. مأموریت این کتاب نه تنها آموزش هیپنوتیزم برای درد به درمانگران است، بلکه انجام این کار به شیوه‌ای است که با درمان، ذهن‌آگاهی و مصاحبه‌ی انگیزشی تلفیق شده باشد.

تاریخچه‌ی مختصر هیپنوتیزم برای کنترل درد

تاریخچه‌ی هیپنوتیزم، از جمله سهم‌های اولیه‌ی فرانتس آنتون مسمر (مسمریسم)، در متون دیگر مرور شده است (به Price, & Lynn, ۲۰۰۸; Pinar, ۲۰۱۰; Rainville & Gravit, ۱۹۸۸; Hammond, ۲۰۱۳; Pinar, ۲۰۰۴ مراجعه کنید). تاریخچه‌ی هیپنوتیزم و کنترل درد را عمدتاً می‌توان به قرن نوزدهم ردیابی کرد، زمانی که یک پزشک اسکاتلندی به نام جیمز اسدیل (James Esdaile) گزارش داد که با موفقیت از هیپنوتیزم، یا آنطور که او می‌نامید «مسمریسم»، به عنوان تنها ماده‌ی بی‌حسی در ۳۴۵ عمل جراحی بزرگ در هند استفاده کرده است. اگرچه میزان موفقیت اسدیل مورد تردید قرار گرفته است (Dworkin, ۱۹۹۷ & Chaves)، او احتمالاً با استفاده از تکنیک جدید مسمریسم، تأثیر عمیقی بر تعداد زیادی از بیماران داشته است. تقریباً در همان زمان، یک پزشک اسکاتلندی دیگر،

جیمز برید (James Braid)، با احتیاط *практику* مسمریسم اسدیل را تأیید کرد اما با پیشرفت خود بر مسمریسم، راهی جدا در پیش گرفت. تکنیک برید، که او آن را «نورو-هیپنوتیزم» (یا «خواب عصبی») - و بعداً، به سادگی «هیپنوتیزم» - نامید، شامل اولین استفاده از تکنیک‌های القاء با تثبیت چشم بود.

کاربردهای پزشکی و بالینی مسمریسم و هیپنوتیزم برید برای کنترل درد، برای چندین دهه تا حد زیادی راکد بود. گزارش کراسیلنک و همکاران (Crasilneck et al., ۱۹۵۵) در مورد مراقبت از سوختگی در *مجله‌ی انجمن پزشکی آمریکا*، به احیای علاقه به این حوزه کمک کرد. در همین دوران بود که میلتن اریکسون شروع به گزارش کار بالینی گسترده‌ی خود کرد که بخش بزرگی از آن شامل کنترل درد بود.

ارنست هیلگارد، نظریه‌ی صفت (trait theory) هیپنوتیزم را توسعه داد که معتقد بود توانایی هیپنوتیزم شدن عمدتاً یک استعداد ذاتی است. تلاش‌های وایتزنهافر و هیلگارد (Hilgard, ۱۹۵۹, ۱۹۶۲ & Weitzenhoffer) برای اندازه‌گیری این متغیر، به مقیاس‌های هیپنوتیزم‌پذیری (hypnotizability) منجر شد. به نوبه‌ی خود، مشخص شد که کنترل درد در محیط آزمایشگاهی (مثلاً در مطالعات تمثیلی (analog studies)، یا دردی که به طور «مصنوعی» - از طریق تورنیکه، گرما یا فشار سرد - ایجاد می‌شود) به شدت با پاسخ به مقیاس‌های اندازه‌گیری هیپنوتیزم‌پذیری مرتبط است. علاوه بر این، مفهوم‌پردازی «گسستگی نوین» (neo-dissociation) هیلگارد از هیپنوتیزم نیز عمدتاً ریشه در بی‌دردی هیپنوتیزمی داشت.

نظریه‌پردازانی که هیپنوتیزم را یک فرآیند شناختی عادی می‌دانستند که عمدتاً تحت تأثیر پدیده‌های روان‌شناسی اجتماعی است (Lynn, ۱۹۹۵; Lynn et al., ۲۰۰۸ & Kirsch) و کسانی که آن را یک حالت شناختی ویژه می‌پنداشتند (Sadler, ۲۰۰۸ & Hilgard, ۱۹۷۵; Woody & Hilgard)، در متون علمی محوریت یافتند. بار دیگر، کنترل درد در بسیاری از مطالعاتی که در تلاش برای اثبات یک دیدگاه نظری خاص در آزمایشگاه بودند، موضوعی محوری بود. برای مثال، نظریه‌پردازان شناختی-اجتماعی، در حمایت از رویکرد خود، یافته‌هایی را گزارش کردند مبنی بر اینکه فرآیند عبور از یک القای هیپنوتیزمی برای ایجاد بی‌دردی هیپنوتیزمی ضروری نیست (تلقین‌های کنترل درد در هر دو حالت مؤثر خواهند بود) (Barber, ۱۹۷۴, ۱۹۷۶; Chaves & Chaves, ۱۹۸۶, ۱۹۸۹, ۱۹۹۳, ۱۹۹۴; Chaves & Dworkin, ۱۹۹۷ & Brown, ۱۹۸۷; Chaves & Rosen, ۲۰۰۲; Montgomery & Lang, ۲۰۰۲; Patterson, Hoffman, et al., ۲۰۰۶; Sadler, ۲۰۰۸ & Brennenman, ۱۹۸۱). از ادعای آن‌ها مبنی بر اینکه هیپنوتیزم از طریق تسهیل فرآیندهای خودکار عمل می‌کند، حمایت می‌کرد (Bowers).

در سال ۲۰۰۰، مونتهگومری و همکاران، فراتحلیل خود را بر روی ترکیبی از مطالعات آزمایشگاهی و بالینی گزارش کردند و دریافتند که هیپنوتیزم قادر به کاهش درد در تقریباً ۷۵٪/۷۵٪/۷۵٪ از افراد در یک محیط بالینی یا پژوهشی است. نتایج مشابهی در یک فراتحلیل اخیر توسط میلینگ و همکاران (Milling et al., ۲۰۲۱) یافت شد. یک مرور در *Psychological Bulletin* در سال ۲۰۰۳ نشان داد که اکثر این مطالعات، اثرات مطلوبی را گزارش کرده‌اند (Jensen, ۲۰۰۳ & Patterson). هم لانگ و هم مونتهگومری (Rosen, ۲۰۰۲; Montgomery & Lang, ۲۰۰۲; et al., ۲۰۰۷) گزارش دادند که بی‌دردی هیپنوتیزمی می‌تواند به ترتیب در اقدامات جراحی و درمان سرطان، تأثیرات قابل توجهی در کاهش هزینه‌ها داشته باشد. بار دیگر، در حوزه‌هایی از هیپنوتیزم که برای متون علمی به طور کلی اهمیت دارند، مانند درمان‌های مبتنی بر شواهد و کاهش هزینه‌ها، کاربرد این درمان برای کنترل درد جایگاه برجسته‌ای یافته است.

در چند دهه‌ی گذشته، تلاش‌های مهمی برای نشان دادن تغییرات در فعالیت مغزی مرتبط با جنبه‌های مختلف هیپنوتیزم، با استفاده از روش‌هایی مانند آزمون‌های رسانایی پوست، الکتروانسفالوگرام، اسکن‌های توموگرافی گسیل پوزیترون مغز، و اخیراً، تصویربرداری تشدید مغناطیسی (Rainville, ۲۰۲۳ & Landry) صورت گرفته است. مطالعه‌ی بنیادین (seminal study) در این حوزه توسط رنویل و همکاران در مجله‌ی *Science* در سال ۱۹۹۷ منتشر شد. آن‌ها گزارش دادند که نه تنها تلقین‌های بی‌دردی هیپنوتیزمی، فعالیت مغزی مرتبطی را نشان می‌دهند که از طریق تکنیک‌های رادیولوژیک قابل اندازه‌گیری است، بلکه ماهیت و فعالیت مغزی به ماهیت تلقین‌های هیپنوتیزمی داده شده نیز بستگی دارد. به این ترتیب، تلقین‌های هیپنوتیزمی مختلف برای درد، منجر به پاسخ‌دهی نواحی متفاوتی از مغز خواهد شد. (پیامدهای نظری این کار در فصل ۲ بیشتر مورد بحث قرار گرفته است.) از نظر اهمیت تاریخی، کار رنویل پیامد عمده‌ای دارد: کنترل درد بار دیگر موضوعی محوری بود که در پیشبرد علم هیپنوتیزم، برجسته شد.

اخیراً، فناوری در ارائه‌ی هیپنوتیزم به کار گرفته شده است، از تلاش‌های بورکهارت و نش (Borckardt, ۲۰۰۲ & Nash) برای کامپیوتری کردن ارائه‌ی هیپنوتیزم و ارزیابی هیپنوتیزم‌پذیری گرفته تا ارائه‌ی هیپنوتیزم برای کنترل درد با استفاده از واقعیت مجازی فراگیر (Patterson, ۲۰۰۴; Patterson et al., ۲۰۰۸; Oneal et al., ۲۰۲۱; Hoffman, et al., ۲۰۰۶). در حال حاضر، رقابت قابل توجهی بر سر اینکه چه کسی می‌تواند مؤثرترین اپلیکیشن‌های هیپنوتیزم را برای درد و سایر مسائل بالینی، و البته ذهن‌آگاهی، توسعه داده و به بازار عرضه کند، وجود دارد.

در مجموع، تاریخچه‌ی هیپنوتیزم تا حد زیادی با تلاش‌ها برای کنترل درد انسان شکل گرفته است. درد مشکلی است که اغلب درمانگران را به سمت امتحان کردن هیپنوتیزم سوق داده است و همچنین یک پدیده‌ی ادراکی است که مورد علاقه‌ی بسیاری از نظریه‌پردازان و پژوهشگران در این حوزه بوده است (بر اساس توانایی دانشمندان برای ایجاد پدیده‌ی ادراکی درد). این حوزه از اتکا به گزارش‌های حکایتی چشمگیر به مطالعات پیچیده با طرح‌های کنترل‌شده تصادفی شده و سپس به مطالعاتی که از تکنیک‌های تشخیصی پیشرفته برای مطالعه‌ی فعالیت مغزی استفاده می‌کنند، حرکت کرده است.

مروری بر این کتاب

هدف از تألیف این کتاب، ارائه‌ی یک تجربه‌ی آموزشی جامع برای متخصصان سلامت روان است که قصد دارند درد مزمن و حاد را نه تنها با هیپنوتیزم، که با روان‌درمانی نیز درمان کنند. این کتاب همچنین برای دانشمندان که به پژوهش‌های بالینی در حوزه‌ی درد علاقه‌مندند، به رشته‌ی تحریر درآمده است. ما تلاش بسیاری کرده‌ایم تا به نظریه و کار بالینی خود با علم و پژوهش، پشتوانه بخشیم. آموزش در باب درد، بخش مهمی از درمان، هم برای بیمار و هم برای درمانگر است (Moseley et al., ۲۰۲۳; Valenza-Peña et al., ۲۰۲۳). از این رو، فصل ۱ به تبیین نوروفیزیولوژی و روان‌شناسی درد مزمن اختصاص دارد. ما تعامل کلیدی میان درد حاد و اضطراب را تشریح می‌کنیم. در سطحی پیچیده‌تر، به این موضوع نیز می‌پردازیم که چگونه عوامل روان‌شناختی، محیطی و نوروفیزیولوژیک می‌توانند مدت‌ها پس از التیام آسیب یا برطرف شدن فرآیند بیماری، همچنان موجب رنج شوند. این مسئله تا حدودی نگران‌کننده است که درمانگران بدون داشتن دانش بنیادین از این متون علمی، برای درمان درد اقدام کنند.

فصل ۲ بر پایگاه تجربی هیپنوتیزم در بستر کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده و تصادفی‌شده و همچنین پژوهش‌های نوروفیزیولوژی تمرکز دارد. همان‌طور که اشاره شد، هیپنوتیزم مدت‌ها به عنوان یک روش تلقینی یا حتی نوعی шарлатани رد می‌شد؛ از این رو، وجود بدنه‌ای روزافزون از شواهد علمی، نه تنها برای پذیرش این رویکرد از سوی

بیماران، بلکه برای نهادهای درمانی نیز حائز اهمیت است. شمار کارآزمایی‌های بالینی کنترل‌شده و تصادفی‌شده در زمینه‌ی مدیریت درد با هیپنوتیزم آن‌قدر زیاد است که در اینجا تنها می‌توانیم به مرور فراتحلیل‌های منتشرشده از این کارآزمایی‌ها بپردازیم، که تقریباً همگی آن‌ها نتایج مثبتی را گزارش کرده‌اند. پژوهش‌های مربوط به نوروفیزیولوژی هیپنوتیزم اغلب پراکنده بوده و استنتاج یک جمع‌بندی کلی از آن‌ها دشوار است؛ با این حال، ما به افزایش یافته‌هایی که به کار بالینی یاری می‌رسانند، دلگرم هستیم.

فصل ۳ بر رویکردهای اریکسونی در هیپنوتیزم و کنترل درد متمرکز است که همچنان در سطح بین‌المللی محبوبیت دارند. رویکردهای اریکسونی در مجامع علمی هیپنوتیزم با استقبال چندانی مواجه نشده‌اند، که علت آن احتمالاً دشواری در بازتولید القاءات به شیوه‌ای قابل اتکاست. ما در این فصل برخی از مبانی علمی این رویکردها را، به‌ویژه از منظر روان‌شناسی اجتماعی، فراهم می‌آوریم. ما دریافته‌ایم که کاربست رویکردهای اریکسونی برای درمانگران و بیماران لذت‌بخش بوده و با مصاحبه‌ی انگیزشی نیز سازگاری دارد. افزون بر این، این رویکردها به طور مؤثری از دانش روزافزون در باب اثرات ناخودآگاه در حل مسئله بهره می‌برند. در واقع، فصل ۷ به تفصیل شباهت‌های بسیار میان این دو را مورد بحث قرار می‌دهد. امید ما آن است که دست‌کم بخشی از مبانی رویکردهای پیچیده و منحصر به فرد اریکسون، به شکلی موجز و کاربردی برای مدیریت درد ارائه شود. علاوه بر این، ما معتقدیم که روان‌درمانگران نقش ناخودآگاه را چه در روان‌درمانی عمومی و چه در مدیریت درد، دست‌کم می‌گیرند.

فصل ۴ به درد حاد، از جمله درد ناشی از اقدامات پزشکی و بستری در بیمارستان، می‌پردازد. بخش عمده‌ی این فصل برگرفته از تجربیات من (دی. آر. پی.) به عنوان روان‌شناس بخش سوختگی و بنیان‌گذار خدمات مشاوره‌ی روان‌شناسی در یک بیمارستان تروما سطح ۱ است. همان‌طور که اشاره کردیم، امیدواریم برای شما روشن شود که چه میزان از درد حاد، ریشه در اضطراب دارد و هیپنوتیزم، شاید بیش از هر مشکل پزشکی دیگری، برای هر دو (درد حاد و اضطراب) سودمند است. ما مفتخریم که ضمیمه‌ی فصل ۴، یکی از اولین القاءات منتشرشده برای بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) را در بر می‌گیرد؛ القایی که پس از انتشار ویراست اول، برای درمان مشکلات متعدد (حتی غیر از درد) در میان پزشکان محبوبیت یافت.

فصل ۵ کاربرد هیپنوتیزم برای درد مزمن را بررسی می‌کند. این فصل در ویراست اول، به شدت تحت تأثیر همکاری با مارک جنسن بود. این نسخه‌ی جدیدتر، بازتاب‌دهنده‌ی کار پیشگامانه‌ی او از زمان انتشار ویراست اول است. تخصص او به عنوان یک پژوهشگر بالینی برجسته در حوزه‌ی هیپنوتیزم برای درد مزمن و همچنین به عنوان دریافت‌کننده‌ی کمک‌هزینه‌ی پژوهشی از NIH، در این فصل به روشنی مشهود است. افزون بر این، نویسنده‌ی دوم (ام. ای. مندوزا) در بسیاری از مهم‌ترین مطالعات ام. پی. جنسن نقشی کلیدی ایفا کرده است.

فصل ۶ بر تلفیق هیپنوتیزم با مراقبه (مدیتیشن) تمرکز دارد. در نگارش این ویراست دوم، بخش عمده‌ای از تلاش ما معطوف به این فصل بود. ما رویکرد متفاوتی را در قبال ذهن‌آگاهی و مراقبه اتخاذ می‌کنیم، به این معنا که چگونگی تلفیق کارآمد این رویکرد را در خلال شش تا هشت جلسه‌ی روان‌درمانی ارائه می‌دهیم. در راستای رویکرد مصاحبه‌ی انگیزشی (فصل ۷)، هدف ما این است که بیماران را در اسرع وقت، درگیر فرآیند درمانی مراقبه برای مدیریت درد کنیم. ما مراقبه را به عنوان یک حوزه‌ی موازی با روان‌درمانی درد معرفی می‌کنیم، نه اینکه یک دوره‌ی درمانی کامل را به آن اختصاص دهیم. ترجیح می‌دهیم بیمارانی که به دنبال یک رویکرد جامع ذهن‌آگاهی هستند، به منابع بسیار عالی که در این زمینه وجود دارد مراجعه کنند. با این حال، امیدواریم نشان دهیم که چگونه می‌توان از هیپنوتیزم برای تقویت ذهن‌آگاهی، چه برای کنترل درد و چه به طور کلی، بهره جست.