

معمای هیپنوتیزم و پدیده‌های تجزیه‌ای

دکتر آذرخش مگری
روانپزشک

مقدمه و تاریخچه

سابقه هیپنوتیزم مدرن احتمالاً به قرن هجدهم و به محفل کشیشی به نام یوزف یوهان گاسنر Johann Josef Gassner باز می‌گردد. گاسنر معمولاً در جلسات خود در حالیکه جامه سیاه بر تن می‌کرد بر سر بیماران حاضر می‌شد و دست بر پیشانی آنها نهاده و عباراتی را به لاتین، که اکثر مردم آن را نمی‌فهمیدند، با صدای گزاف تکرار می‌کرد. در این زمان اکثر بیماران دچار حالت‌های غش، لرزش، انقباضات عجیب و غریب عضلانی و... می‌شدند. بعد از وقوع حالات مذکور درصدی از بیماران بهبودی می‌یافتند. در زمان گاسنر تعبیر عموم از این مسئله نوعی جن‌گیری و خارج ساختن ارواح exorcism بود. گاسنر نیز با شمایل گوناگون و صلیب‌های درخشان و مرصع به محفل خود زینت می‌داد (Milechnin 1967).

این جلسات و محافل الهام بخش مردی به نام فرانس آنتون مسمر (۱۷۳۴-۱۸۱۵) Franz Anton Mesmer شد. مسمر چنین اندیشیده بود که آنچه گاسنر را در اعمال خود توانا می‌سازد نه جن‌گیری بلکه نوعی مغناطیس حیوانی است. از این بابت او تحت تأثیر روح زمانه خود، که اصرار در بکار بردن یافته‌های علم فیزیک در سایر علوم را داشت قرار گرفته بود. او بیماران خود را به دور حوضهای پراز آب که میله‌های آهنی در آنها تعبیه شده بود، جمع می‌کرد. بعضی بیماران میله‌ها را در آغوش گرفته و عده‌ای دیگر نیز به این بیماران می‌چسبیدند. مسمر نیز با جامه‌ای به رنگ ارغوانی تند در مقابل جمع حاضر می‌شد. حالت لرزش و تشنج از بیماران متصل به میله‌های آغاز شده و به بقیه سرایت می‌کرد. مردم به سودبخشی اینگونه درمانها سریعاً معتقد شدند و مسمر مورد توجه بسیار واقع شد (Evans 1984). مغناطیس حیوانی magnetism باب روز شد و مسمر از شهری به شهر دیگر سفر کرده و درمان و عقاید خود را ترویج می‌کرد. سرانجام آکادمی علوم فرانسه تحت فشار افکار عمومی در سال ۱۷۸۴ بنجامین فرانکلین و دکتر گیوتین را مسئول کمیته‌ای در مورد بررسی هیپنوتیزم نمود. این کمیته در پایان کار خود چنین گزارش داد: "تخیل بدون مغناطیس

خلاصه

تاریخچه هیپنوتیزم به کارهای فرانس مسمر در قرن هجدهم باز می‌گردد. حدود یک قرن بعد جامعه علمی، هیپنوتیزم را نوعی تغییر در حالت هوشیاری altered state of consciousness می‌پندارد و شباهت زیادی به انما، خواب، خوابگردی و رؤیا در آن می‌بیند. تا ابتدای قرن بیستم تلاش اکثر دانشمندان معطوف به این امر می‌شود که به کمک مکانیسم‌های برانگیختگی، هیجان، فعال‌سازی و مهار مغزی، توجیهی برای این پدیده بیابند اما شواهد و قرائین طور دیگری خودنمایی می‌کنند. سرانجام در دهه ۶۰ و ۷۰ میلادی اکثر روان‌شناسان و روانپزشکان می‌پذیرند که در هیپنوتیزم تغییر حالت هوشیاری به معنی خاص کلمه اتفاق نمی‌افتد. از این زمان به بعد جریان علمی به دو دسته رقیب تقسیم می‌شود: عده‌ای بر این باورند که هیپنوتیزم و فرایندهای تجزیه‌ای dissociation تفاوتی با یکدیگر ندارند و هر دو از یک اصل پیروی می‌کنند اما در هر حال از حالت متعارف هوشیاری متمایز هستند. این گروه به طرفداران فرایند خاص special process معروف گشته‌اند. گروه دیگر اعتقاد دارند که هیپنوتیزم و حتی فرایندهای تجزیه‌ای محصول یک رشته رفتارهای گروهی و نگرش‌های فرهنگی و اجتماعی است. این عده که به جریان اجتماعی شناختی socio-cognitive اشتها دارند معتقدند که فرد با یک رشته پیش سازهای ذهنی و باورهای فرهنگی و تمایلات و انتظارات وارد یک تعامل interaction با دیگران می‌شود که محصول آن خلق حالات عینی objective و ذهنی-dرونی subjective است که هم خود فرد و هم دیگران آن را متمایز از بقیه حالات دانسته و آن را هیپنوتیزم، تجزیه و... می‌نامند. طبق اعتقاد بعضی از طرفداران افراطی این نگرش حتی احساس ارادی یا غیر ارادی بودن اعمال، افکار و احساسات و حتی درک خود بصورت واحد monopsychism یک محصول اجتماعی است که احتمالاً نوعی ارزش انطباقی داشته است ولی لزوماً در تمامی فرهنگها، جوامع و اقشار جریان ندارد.

یکسو و رشد نظریات بیولوژیک، کشف ادرنالین و اثرات آن بر بدن و رفتار، علاقمندی به بررسی هیجانها، اختراع دستگاه الکتروآنسفالوگرام و بررسی حالات مختلف برانگیختگی، خواب و هوشیاری توسط هس Hess، موروزی Morruzi و ویلابلانکا Villablanca و کشف سیستم فعال کننده شبکه‌های (Lugaresi 1992) در نیمه اول قرن بیستم، روانپزشکان و روان شناسان را به ارائه نظریات مشابه در مورد هیپنوتیزم تشویق کرد. اینکه هیپنوتیزم نیز یک حالت تغییر در هوشیاری altered state of consciousness است باب روز شد. ترس از انگ اعتقاد به پاراپسیکولوژی parapsychology نیز بعضی محافل علمی زمان را به پذیرفتن این مسئله سوق داد.

بزرگانی چون برنهایم Bernheim در ابتدای فعالیت، لیبو Liebau و پاولف اینگونه می‌اندیشیدند (Milechnin 1967). در ادامه مقاله به‌طور مبسوط اشاره خواهد شد که نظریه شباهت هیپنوتیزم با سایر حالات تغییر در هوشیاری بر خلاف ظاهر موجه، دچار ایرادهای عدیده‌ای است و طی ۲ دهه اخیر متفکران برجسته‌ای به این نتیجه رسیده‌اند که هیپنوتیزم (و همچنین تجزیه) بیشتر یک فرایند روان شناسی جمعی و مفهوم اجتماعی-فرهنگی است. عده‌ای حتی فراتر رفته و مدعی شده‌اند که اصولاً هوشیاری واحد و احساس واحد بودن روان monopsychism یک ساختار اجتماعی بوده و حالت اکتسابی دارد (Erdeiyi 1994).

توضیح یک رشته از پدیده‌های هیپنوتیزمی و روشهای القاء:

روشهای القاء هیپنوتیزم بسیار متنوع است. شارکو بیماران را در مقابل سنج بزرگی قرار داده و وقتی آن را به صدا در می‌آورد عده‌ای هیپنوتیزم می‌شدند. آبه فاریا Abbe Faria بیماران را به خط کرده و مدتی به آنها خیره می‌شد و ناگهان با صدای بلند دستور می‌داد: بخوابید و عده زیادی به حالت هیپنوتیزمی وارد می‌شدند.

اینگونه روشها مورد علاقه هیپنوتیزورهای صحنه مانند هانوسن Hanussen نیز بود. برنهایم، برید، لیبو از روشهای معتدل تری استفاده می‌کردند و تأکید بیشتر بر آرامش و ثابت نگاه داشتن توجه بیمار داشتند. لازم به ذکر است که هس Hess در اواسط قرن بیستم دو ناحیه با وظایف متضاد را در هیپوتالاموس شناسایی نمود که یکی در اطراف بطن سوم که وظیفه برانگیختن حیوان را داشته و واکنش گریز و ستیز را باعث می‌شود و یک کانون منتشر که فعالیت‌های مربوط به تغذیه و هضم

نشجات را باعث می‌شود... و مغناطیس حیوانی بدون وجود تخیل هیچ‌کاره است^۱ (Duin & Sulcliffe 1992).

ادامه ماجرا به فردی به نام جیمز برید James Braid (۱۸۶۰-۱۷۹۵) مربوط می‌شود. برید جراح و طبیب انگلیسی از طریق یک مانیتیزور فرانسوی با عقاید مسمر آشنا شده بود. او در جریان طبابت متوجه شد بیماران بواسطه نگاه طولانی به چراغ معاینه دچار حالتی مشابه حالت ترانس مسمری می‌شوند. او این مسئله را سریعاً در تعدادی داوطلب از جمله همسر خود امتحان کرد و نتایج مشابهی به دست آورد؛ اشخاص مدتی به جسم درخشانی خیره می‌شدند و بعد از آن حالت بهت و تعبیر هوشیاری دقیقاً مانند آنچه توسط مانیتیزم القاء می‌شد حاصل می‌گشت. برید تصور کرد که تمرکز طولانی بر روی اجسام باعث خستگی در مراکز مربوط مغزی شده و باعث نوعی خواب عصبی می‌گردد. او این خواب را نوروهیپنوتیزم neurohypnotism یا به اختصار هیپنوتیزم نامید. برید بعدها متوجه شد که تمرکز بصری لازمه هیپنوتیزم نیست بلکه حتی تمرکز بر روی کلام نیز می‌تواند این حالت را القاء کند. او سرانجام نظریه خستگی مغز را کنار گذاشته و تمرکز مفرط را دلیل هیپنوتیزم شدن اشخاص دانست. فرد بواسطه تمرکز بر روی یک مطلب دچار محدود شدن پهنای هوشیاری می‌شود، حالتی که برید به آن اصطلاح مونوایدیسم monoideism اطلاق کرد، و در واقع تمرکز شدید هسته هیپنوتیزم است. تمامی حرکات عجیب و غریب فرد نیز به اعتقاد برید ناشی از تلقین و باورهای اجتماعی بود که در هنگام تمرکز فعال می‌شوند (Zangwill 1987).

از سوی دیگر طبیبی اسکاتلندی به نام جیمز اسدیل James Esdaile (۱۸۰۵-۵۹) که سالها در هندوستان طبابت کرده بود به کمک هیپنوتیزم موفق به انجام ۳۰۰ عمل جراحی بدون درد شد. علاقه به جراحی بدون درد به کمک هیپنوتیزم بالا گرفت اما با کشف کلروفورم و اتر و مرگ این دو پیش کسوت، هیپنوتیزم مدتی به فراموشی سپرده شد.

در سالهای ۱۸۸۰ مجدداً مطالعه هیپنوتیزم رونق گرفت. قسمت زیادی از این اشتیاق ناشی از تأکید عصب شناس برجسته فرانسوی ژان مارتن شارکو Jean Martin Charcot (۱۸۲۵-۱۸۹۳) بر استفاده از هیپنوتیزم جهت درمان حالات هیستری بود. شارکو به واقع هیپنوتیزم را نمود هیستری می‌دانست و این نگرش الهام بخش پیرزانه Pierre Janet و مورتون پرنس Morton Prince گردید. ژانه، روانپزشک و متفکر هوشمند فرانسوی، به این باور رسید که هیستری و هیپنوتیزم هر دو منشأ واحدی دارند و آن فرایند تجزیه dissociation یا آنگونه که ژانه آن را می‌نامید desagregation است^۱ (Butler et al. 1996). رواج اندیشه‌های فروید که تعبیری متفاوت از ژانه در مورد تجزیه داشت، از

۱- چنانکه بعداً اشاره خواهد شد این تعبیر ژانه مانند بسیاری دیگر از تعبیر او بسیار ارزنده و مترقیانه بود و می‌توانست سر منشأ حرکت سرپنتر روانپزشکی در ابتدای قرن بیستم باشد اما متأسفانه عقاید او کمتر مورد توجه واقع گردید و درک هیپنوتیزم نیم قرن به بیراهه رفت.

امور عاجز هستند.

حالت تجزیه هویت: فرد ممکن است هویت‌های گوناگون به خود بگیرد. لحظه‌ای یک شخص باشد و لحظه دیگر فرد دیگری. عده‌ای چنین ابراز می‌دارند که گویا هویت آنها عوض شده است یا روح شخص دیگری در آنها حلول کرده است. این حالت معمولاً با فراموشی بعد از برخاستن از خواب همراه است.

حالت تلقین پذیری بعد از هیپنوتیزم post hypnotic suggestions: در جریان هیپنوتیزم به فرد فرمان داده می‌شود که بعد از برخاستن از خواب عمل خاصی را انجام خواهد داد. به عنوان مثال سر ساعت ۱۰ گلدانی را جابجا خواهد کرد و فرد بعد از برخاستن از خواب سر موعد مقرر دقیقاً این کار را انجام می‌دهد (Milechnin 1967). شاید این قسمت از پدیده‌های هیپنوتیزمی جزء بحث انگیزترین یافته‌ها باشد: آیا می‌توان اراده فردی را تحت تأثیر قرار داد یا خیر؟ و آیا می‌توان اشخاص را به هر کاری وادار کرد یا نه؟ معمولاً اشاره می‌شود که در سطوح سبک خواب فرد دچار حالت سستی، خستگی و آرامش می‌شود و با افزایش عمق و کندی سایکوموتر است که پدیده‌های مذکور عارض می‌شوند.

اساس هیپنوتیزم:

روشهای القاء هیپنوتیزم و یافته‌هایی که در جریان هیپنوتیزم مشاهده می‌شود بعلاوه روح علمی حاکم بر زمانه در شکل‌گیری تفاسیر گوناگون از هیپنوتیزم موثر بوده است. چنانکه اشاره شد در ابتدای قرن بیستم مسئله سطح برانگیختگی و هیپنوتیزم به عنوان یک وضعیت هوشیاری و هیجانی خاص باب روز بود. شاید عوامل زیر در این تفسیر نقش داشتند. حدود ۳۵۰ سال پیش یک کشیش اطریشی به نام کیرشر Anathase Kircher متوجه شد که اگر مرغان خانگی را ناگهان گرفته و مقابل یک صلیب نگاه دارد مرغ به حالت بی‌حرکتی و سفتی عضلانی درآمده و مدتی بی‌حرکت می‌ماند. در واقع بسیاری از وحوش در مقابل محرکهای ناگهانی به حالت بی‌حرکتی و کاتالپسی دچار می‌شوند. مسلماً در این واکنش بیان اینکه حیوان دروغ می‌گوید یا تحت تأثیر

و آرامش را به عهده دارد. هس فعالیت کانون اول را ergotropic و فعالیت کانون دوم را trophotropic نام نهاد. به تبعیت از تقسیم‌بندی او در کانونهای هیپوتالاموس صاحب نظران هیپنوتیزم شیوه‌های هیپنوتیزم را به دو دسته ergo و trophotropic تقسیم کردند. به اعتقاد آنها در روش ergotropic القاءات هیپنوتیزور که اکثراً جنبه خشن و رعب آور دارند، باعث افزایش شدید برانگیختگی سیستم عصبی مرکزی توأم با پرکاری سمپاتیک شده و شخص به حالت هیپنوتیزم وارد می‌شود. خیره شدن، فریاد زدن و ترساندن ناگهانی بیمار در زمره این روشهاست.

این روشها بیشتر باب طبع نمایش روی صحنه است. در بالین بیشتر از روش trophotropic استفاده می‌شود. در این گونه روش ما با القاء آرامش، شمارش آهسته، تنفس عمیق و شمرده سیستم پاراسمپاتیک فعال شده و فرد به حالت ترانس وارد می‌شود. هیپنوتیزم با هر دو روش قابل حصول است اما روش دوم در بالین خوشایندتر است (Milechnin, 1967).^(۱) بعد از ورود شخص به حالت هیپنوتیزم پدیده‌های جالب و بعضاً و سرگرم کننده‌ای مشاهده می‌شود که ذیلاً به آنها اشاره می‌شود.

حالت کاتالپسی: انقباض عضلات و اسپاسم‌های مکرر و فراگیر که بویژه در روشهای ergotropic مشاهده می‌شود. این حالت معمولاً با بی‌حرکتی شخص و خیره شدن به یک نقطه توأم است.

حالت بی‌دردی: در جریان هیپنوتیزم عمیق‌تر احساس درد به محرکهای دردناک کاهش می‌یابد analgesia و حتی حالت بی‌حسی حاصل می‌شود. در بعضی افراد انجام جراحی‌های عمیق با هیپنوتیزم ممکن است.

حالت توهمی مثبت و منفی: فرد تحت اثر حالت هیپنوتیزمی ممکن است پدیده‌ها یا اشیایی را ببیند یا بشنود. در حالات عمیق‌تر توهم منفی نیز عارض می‌شود یعنی ممکن است پدیده یا شی خاصی را نبیند یا حالت کوری عارض شود.^(۲)

منطق حالت ترانس trance logic: فرد در حالت عمیق هیپنوتیزمی مسائل غیر منطقی، نشدنی و کاملاً ضد و نقیض را به راحتی می‌پذیرد

حالت فراموشی: عده‌ای بعد از برخاستن از خواب هیپنوتیزمی نسبت به وقایعی که در جریان آن رخ داده یا آگاهی داشته‌اند دچار فراموشی amnesia کامل می‌شوند و در به خاطر آوردن حتی ساده‌ترین

۱- چنانکه مشاهده می‌شود رد پای نظریات برانگیختگی در مورد علت هیپنوتیزم بسیار واضح است.

۲- چنانکه بعداً بحث خواهد شد مسئله عمق هیپنوتیزم و جداسازی هیپنوتیزم عمیق و سبک از نظر عده‌ای توجه علمی ندارد.

EEG در هیپنوتیزم دیده نمی‌شود. در حالت هیپنوتیزم در مقایسه با حالات عادی تغییرات EEG بسیار خفیف و مورد بحث است (Graffin 1995, Mahowald & Schenck 1992, Perilini & Spanos 1991) تغییرات فیزیولوژیک نیز در حالت به اصطلاح ترانس تفاوت عمده‌ای با حالت عادی ندارد (Kirsch et al. 1992).

اما مهمتر آنکه اگر کسی تجربه کافی با پدیده‌های هیپنوتیزمی مورد بحث در قسمت فوق داشته باشد موارد بسیاری رامشاهده خواهد کرد که ظهور یک پدیده، مستقل از سایر پدیده‌هاست و برای وقوع هر یک لزوماً شخص نیایستی در حالت بهت و ترانس باشد. امکان حصول توهم مثبت و حتی منفی بدون وجود کاتالپسی، امکان تلقین‌پذیری بدون وجود حالات ترانس و حتی امکان فراموشی بدون پدیده واضح دیگری ناممکن نیست.

ساتکلیف Sutcliffe نشان داد که حالت ناشنوایی در هیپنوتیزم بدون القاء آن قابل ایجاد است (Spanos et al. 1992). با توجه به این یافته‌ها چند مکتب یا نگرش در مورد هیپنوتیزم شکل گرفت. ساربین Sarbin و باربر Barber که بیشتر رویکرد شناختی-رفتاری داشتند، کاملاً منکر وجود حالات خاص روانی در هیپنوتیزم شدند. به اعتقاد آنها رفتارهای هیپنوتیزمی تماماً با نقش‌های اجتماعی social roles قابل توجیه هستند.

عده‌ای نیز مانند اشپیگل Spiegel منکر وجود حالت خاص هوشیاری در هیپنوتیزم شدند اما مدعی شدند که این حالت با بسیاری از امور روزمره مانند خیالپردازی، تمرکز، محو مناظر شدن و اثرات دارو نماها placebos شباهت داشته و نسبت به آنها چیزی اضافه ندارد (Kirsch & Lynn 1995).

بعد از جدلهای بسیار سرانجام در اواخر دهه ۶۰ میلادی اغلب صاحب نظران در زمینه هیپنوتیزم به این باور رسیدند که در هیپنوتیزم یک حالت واضح و آشکار تغییر در هوشیاری در altered state of consciousness به معنای خاص کلمه مانند آنچه در خواب، اغما و بیهوشی دیده می‌شود مطرح نیست.

بر این اساس کاربرد لغت ترانس و حالت هیپنوتیزمی صرفاً یک تعبیر یا Facon de parler در مورد یک رشته وقایع است (Kirsch & Lynn 1995, 1998a, 1998b).

در این میان یکی از افرادی که به تعدیل نظریه هیپنوتیزم پرداخت ارنست هیلگارد Hilgard بود. هیلگارد منکر این امر بود که در هیپنوتیزم به معنی واقعی کلمه یک تغییر در هوشیاری داریم اما او به

تلقین‌های فرهنگی است بسیار نابخردانه است. داروین این واکنش را نوعی سیستم تدافعی حیوان تلقی کرد که باعث می‌شود جاندار در مقابل صیادان بی‌حرکت بماند تا شناسایی نشود یا اینکه مرده محسوب شود. وی متذکر شد که این واکنش جنبه دفاعی و انطباقی دارد (Macfarland 1981). شباهت حیواناتی که تحت تأثیر محرک به حالت کاتالپسی رفته‌اند با بیماران شارکو که تحت اثر صدای سنج و جرس دچار این حالت می‌شدند اجتناب ناپذیر بود.

زیست شناسی ابتدای قرن بیستم نیز تحت تأثیر اصل Arndt-Schulz بود. طبق این اصل تحریک خفیف سیستم‌های حیاتی باعث برانگیختن فعالیت‌های حیاتی می‌شود. تحریک متوسط، این فرایندها را تسریع کرده و محرک‌های قویتر برعکس، این فرایندها را مهار و حتی فلج می‌کنند. زیست‌شناسان این اصل را اجتناب ناپذیر می‌دانستند (Milechnin 1967) و بر این اساس بود که پاولف مسئله مهار قشری cortical inhibition را با مکانیسمهای مشابه مطرح ساخت. کشف سیستم فعال کننده مشبک RAS طی سالهای بعد و توضیح پدیده‌هایی چون اغما، خواب، بیهوشی و ... بر مقبولیت نگرش فوق از هیپنوتیزم افزود. سایر پدیده‌های هیپنوتیزم مانند توهمات، تجزیه در هوشیاری، حرکات غریب و فراموشی نیز همگی جنبه‌های ثانوی این حالت تغییر هوشیاری قلمداد شدند.

هرچند در اوایل قرن بیستم این دیدگاه، نگرش حاکم بر محافل بود ولی هیچگاه بی‌رقیب نماند. از همان دوره شارکو عده‌ای متوجه شدند که باور بیمار و انتظارات و زمینه‌های فرهنگی او در پاسخ وی به صدای زنگ یا سنج مؤثر است. بر این اساس مکتب هیپنوتیزم قرن نوزدهم نیز به دو شاخه تقسیم شد. مکتب سالپترییر Salpetriere به رهبری شارکو که معتقد بود واکنش بیماران به صداها یا محرکها با رفتن به ترانس هیپنوتیزمی یک مکانیسم ذاتی و غیر اکتسابی است (دقیقاً مانند حالات مشابه در حیوانات). در

مقابل مکتب نانسی Nancy به رهبری برنهایم و لیبو قرار داشت، که معتقد بود آنچه تعیین کننده رفتار بیمار در هیپنوتیزم است باورهای شخصی، اعتقادات و آگاهی و انتظاراتی است که فرد از هیپنوتیزم دارد. به واقع، او دچار کاتالپسی می‌شود چون چنین شنیده که در هیپنوتیزم انسان دچار کاتالپسی می‌شود. به اعتقاد مکتب نانسی هیپنوتیزم چیزی نیست جز تلقین‌پذیری و در هیپنوتیزم اصولاً کار خاصی صورت نمی‌گیرد. به قول بابینسکی Babinski "هیپنوتیزم کار خاصی انجام نمی‌دهد. نه تلقین‌پذیری را زیاد می‌کند و نه قادر به کاستن آن است" اساس کار تلقین‌پذیری است (Milechnin 1967، ص ۱۳۸).

در نیمه دوم قرن بیستم دانشمندان متوجه موارد زیر شدند: برخلاف خواب و سایر حالات تغییر هوشیاری، تغییرات واضح

۱. در این میان فقط میلتن اریکسون Milton Erickson (که نیایستی با اریک اریکسون اشتباه شود) تا آخر عمر به این باور بود که هیپنوتیزم یک حالت خاص هوشیاری است و از ۳ جز فراموشی کاتالپسی و پاسخ تحت‌اللفظی و غیر انتزاعی literalism به سوالات تشکیل شده است.

این نتیجه رسید که هیپنوتیزم و اختلالات تجزیه‌ای هر دو از یک پدیده واحد و آن هم تجزیه dissociation نشأت می‌گیرند. قبلاً نیز اشاره کردیم که ژانه با نوع سرشارش به این نتیجه رسیده بود اما متأسفانه ایده‌های او به دست فراموشی سپرده شد. هیلگارد در ۱۹۷۳ نظریه نوین تجزیه‌ای neodissociationism را در مورد هیپنوتیزم ارائه داد که تأثیر بسیار شگرفی بر مطالعه این پدیده ایجاد کرد.

بر اساس این نظریه یک حالت پایه به نام تجزیه dissociation در انسانها وجود دارد و عبارتست از جدایی ساختاری در فرایندهای ذهنی و روانی از جمله ادراکات، اراده، هیجانات، خاطرات و هویت که در

شرایط عادی واحد بوده و همگی در دسترس خودآگاه می‌باشند (Spiegel & Cardena 1991).

تجزیه پاتولوژیک در ادراکات، حالات ناپیئایی و ناشنوایی غیر عضوی (هیستریک) را سبب می‌شود. تجزیه در خاطرات و اراده، به ترتیب، به سندرم فراموشی روانزاد و فلج‌های غیر عضوی و سندرم‌های تبدیلی conversion منجر می‌گردد. در شدیدترین حالت نیز تجزیه در هویت اختلال چند شخصیتی multiple personality disorder را باعث می‌شود. فرایندهای تجزیه غیر پاتولوژیک نیز در هیپنوتیزم به حالات خاص خود در می‌آیند

معادل آسیب‌شناختی	معادل هیپنوتیزمی	نوع فرایند تجزیه‌ای
اختلال تبدیلی* PTSD	ناشنوایی، ناپیئایی، بی‌حسی توهمات منفی و مثبت	تجزیه در ادراک
اختلال تبدیلی	فلج، تلقینات هیپنوتیزمی	تجزیه در اراده
PTSD** فراموشی روانزاد	فراموشی بعد از هیپنوتیزم	تجزیه در خاطرات
اختلال چندشخصیتی	بی‌دردی هیپنوتیزمی***	تجزیه در هویت
حالت alexithymia در PTSD	تعبیرات ناگهانی خلق	تجزیه در هیجانها

(جدول ۱)

* در واقع حالات flash back در PTSD نوعی توهم هستند.

** در PTSD گاهی فرد دچار حملات پرخاشگری می‌شود که بعدها نسبت بدانها دچار فراموشی می‌گردد.

*** هیلگارد اعتقاد دارد احساس بی‌دردی در هیپنوتیزم ناشی از تجزیه در هویت است. او در آزمایش جالبی به سوژه‌ها گفت که نسبت به محرک دردناکی که به وی وارد خواهد شد هیچگونه احساسی نخواهد داشت. همزمان به سوژه گفت اگر دردی وجود داشته باشد دست او اقدام به گزارش خواهد کرد. با کمال تعجب در حالیکه شخص هیچگونه دردی را احساس نمی‌کرد دست وی شروع به نگارش نمود و نوشت که درد شدیدی را تحمل می‌کند. هیلگارد این پدیده را اثر ناظر پنهان hidden observer نامید و چنین استدلال کرد که در هنگام برخورد محرک دردناک قسمتی از هوشیاری و خودآگاهی از بقیه جدا شده و از دریافت پیامهای دردناک برحذر می‌ماند اما سایر هوشیاری درد را احساس می‌کند ولی قادر به بیان نیست. او احتمالاً از مغز دو نیمه شده split brain در این باره الهام گرفته بود (Butler 1994).

باشد و در حقیقت نیز چنین است. تحقیقات مختلف همگی حاکی از هیپنوتیزم پذیرتر بودن این بیمارانند (Frankel et al. 1992, Spiegel et al. 1988, Stutman & Bliss 1985, van der Kolk 1989). از طرف دیگر همبستگی تنگاتنگی بین هیپنوتیزم پذیری و تجربه حالات روزمره تجزیه‌ای براساس معیار تجربه فرایندهای تجزیه‌ای DES: Dissociation Experience Scale وجود دارد (Carlson 1994). شکل ۱ بیانی از فرضیات هیلگارد است.

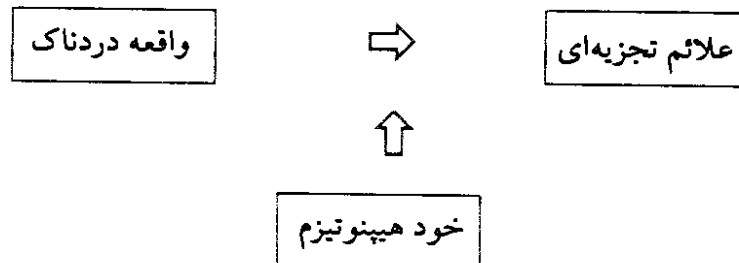
هیلگارد و کیلستریم به رابطه قوی بین فرایندهای تجزیه و هیپنوتیزم اشاره دارند و توجیه مناسبی از همبستگی این دو ارائه می‌دهند. اما اینکه اساس هیپنوتیزم را فرایندهای تجزیه‌ای بدانیم

هیلگارد در نظریه نوین تجزیه‌ای خود فراتر می‌رود و ابراز می‌دارد بیماریها و اختلالات تجزیه‌ای صرفاً فرایندهای خود هیپنوتیزی auto-hypnosis هستند که بیماران جهت مقابله با استرس اتخاذ می‌کنند. فرد هنگام برخورد با محرکهای دردناک فیزیکی و عاطفی خود را هیپنوتیزم می‌کند و تابلوهای مختلف اختلالات تجزیه‌ای ظاهر می‌شوند و در واقع هیپنوتیزم (به بیان دقیق‌تر خود هیپنوتیزم) مقدم به اختلالات تجزیه‌ای و هیستری است (et al. Butler 1996, 1994). (Kihlstrom).

اگر فرضیات هیلگارد صحیح باشد قاعدتاً بایستی هیپنوتیزم پذیری در افراد مبتلا به اختلالات تجربه‌ای بیش از جمعیت عادی

طرفداران نظریه تجربه‌ای به موارد زیر جهت تبیین فرایند تجزیه
توسل می‌جویند:

صرفاً به تأخیر انداختن مسئله است سوال بعدی این است که اساس
تجزیه چیست؟ همانطور که اشاره خواهد شد نظریات تجزیه‌ای نوین
در این قسمت قدرت تبیین کافی ندارند.



شکل ۱- طبق نظر هیلگارد بیمارهای تجزیه‌ای حالات هیپنوتیزی هستند که بیمار برای مقابله با واقعۀ دردناک و استرس‌زا در خود ایجاد می‌کند.

هیجانی و خلقی می‌تواند به یادآوری خاطره‌ای را تسهیل یا دشوار سازد. طرفداران نظریات تجزیه‌ای از این مسئله نیز برای بیان فرضیات خود سود جست‌ه‌اند. طبق دیدگاه این عده ممکن است در جریان هیپنوتیزم، خلق خاصی فعال شود و خاطرات متصل با آن کد گذاری شوند. بعداز هیپنوتیزم به علت فروکش کردن خلق خاص خاطرات مربوط به آن نیز از دسترس هوشیاری خارج می‌شوند تا مجدداً با ظهور خلق بخصوص فعال شوند (Butler 1996). این‌گونه استدلال باب طبع نظریه پردازان اختلال چند شخصیتی و فراموشی روانزاد نیز هست.

طبق اعتقاد این عده ترومای روانی مانند سوء رفتار جنسی حالت هیجانی بسیار دردناکی ایجاد می‌کند که در منتهی‌الیه هیجانات قرار دارد. تمامی وقایعی که در طی این لحظات ثبت و کد گذاری می‌شوند بعداز کاهش هیجان از هوشیاری خارج می‌شوند تا زمانی که مجدداً حالت هیجانی مذکور چه در روان درمانی یا با تکرار واقعۀ تجربه شود. (Chu & Dill 1990, van der Kolk 1996).

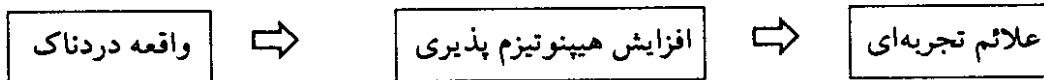
۳- صدمات روانی و تجربه هیجانات بطور شدید با مکانیسمهای مختلف از جمله ترشح بالای CRH و کورتیزول باعث صدمه به ناحیه هیپوکامپ شده و در فرایند حافظه ایجاد اشکال می‌نماید (1996 Bremner et al).

طرفداران این رشته فرضیات در حقیقت معتقدند که اصولاً بین تجربه علائم غیر مرضی تجزیه و سابقه تروما در کودکی نیز رابطه تنگاتنگی وجود دارد (Ross 1991) و حتی هیپنوتیزم پذیری در افراد با سابقه سوء رفتار بیشتر است (Butler 1996). به شکل ۲ مراجعه کنید. امروزه نظریه تجزیه‌ای هیپنوتیزم طرفداران فراوانی دارد.

۱- حافظه پنهان و آشکار: طی سالهای اخیر مطرح شده‌است که ممکن است مطالبی بدون آنکه از هوشیاری بگذرند وارد حافظه شوند و در تصمیم‌گیری و یادآوری مطالب درآینده تداخل کنند. به عنوان مثال اگر با سرعت‌های بالا به کمک تاکتی استوسکوپ کلمات خاصی را به آزمودنی نشان دهیم بدون آنکه قادر به فهم آنها باشد قرائت کلماتی که شباهت معنایی به این لغات دارند در آزمونهای بعدی تسهیل خواهد شد. این امر نشانگر آنست که شخص بدون وقوف از لغات آنها را در حافظه خود ذخیره کرده است (Seeger 1994).

طرفداران براین تصورند که در جریان فراموشی هیپنوتیزی نیز اینگونه مسائل اتفاق می‌افتد. اگر در جریان هیپنوتیزم لغاتی را به آزمودنی یاد دهیم و بعد به وی التماس کنیم که آنها را ندیده است و به یاد نخواهد آورد، با آنکه بعداً او اذعان خواهد کرد که آنها را ندیده است اما لغات در فرایندهای تصمیم‌گیری‌های بعدی مؤثر خواهند بود و فرضاً ممکن است قرائت کلمات مشابه را تسهیل کند. طرفداران نظریه تجزیه‌ای معتقدند که در تجزیه نیز عده‌ای از اطلاعات به صورت پنهان implicit ذخیره می‌شود. (Butler 1996).

۲- فرایند تجزیه و مدل‌های شبکه‌ای: اخیراً باور Bower برای تبیین نقش خلق در یادگیری وابسته به حالت state dependent مدل شبکه‌ای ارائه کرده است. طبق این مدل خاطرات در گره‌هایی در شبکه ذخیره می‌شوند. این گره‌ها به گره‌های مختلف دیگری متصل هستند و فعال شدن گره‌های وابسته، فعال شدن آنها را تسهیل می‌کند. حال اگر گره‌های خلقی خاص مرتبط با یک خاطره فعال شوند، احتمالاً به یادآوری آن خاطره راحتتر خواهد بود و بالعکس. بدین طریق شرایط



شکل ۲- بر اساس فرضیات بعضی از طرفداران نظریه تجزیه‌ای نوین در مورد هیپنوتیزم استرس‌های روانی فرد را به حالت هیپنوتیزم مستعدتر می‌سازد.

هیپنوتیزم به عنوان نمود یک رفتار اجتماعی

در مجموع نظریات تجزیه‌ای نوین به نظریه «فرایندخاص» نیز معروف است. چرا که بنیان آن معتقدند که رفتار هیپنوتیزمی در هر حال با رفتارهای غیر هیپنوتیزمی دارای تفاوت کیفی است و قوانین خاصی بر آنها حاکم است. حالت دو مقولگی *dichotomy* اواسط قرن بیستم در مورد «حالت» یا غیر حالت بودن هیپنوتیزم امروزه به شکل «فرایندخاص» بودن یا نبودن آن درآمده است. امروز آن دسته که معتقدند هیپنوتیزم فرایند خاصی نیست اکثراً به نظریه رقیب یعنی رفتار اجتماعی-شناختی *socio-cognitive* متمایل هستند (Kirsch & Lynn 1995, 1998a, 1998b). شاید ضعف‌های واضحی که در نظریه تجزیه‌ای پیدا شده است تا حدی زیاد رشد این جریان نسبتاً مخالف را تسریع کرده است. از نظر دیدگاه شناختی-اجتماعی شباهت و یکی بودن هیپنوتیزم و تجزیه مورد قبول است اما اصل تمایز فرایندهای تجزیه‌ای از حالات متعارف روانی مورد تردید است. در این باره می‌توان به مسائل زیر اشاره کرد.

- زیرساخت تئوریک فرایند تجزیه بسیار ضعیف است و تبیین‌هایی که طرفداران آن ارائه می‌دهند ناقص و گاهی ضد و نقیض است. کسانی که با هیپنوتیزم و همچنین حافظه آشنایی دارند سریعاً می‌پذیرند که تفاوت بسیار عمیقی بین خاطرات پنهان و آشکار در جریان هیپنوتیزم و آنچه در آزمایش‌های علوم شناختی در مورد حافظه پنهان و آشکار وجود دارد دیده می‌شود. خاطرات پنهان در هیپنوتیزم با یک تلقین سریعاً آشکار می‌شوند و بالعکس. سیال بودن بسیار زیاد خاطرات و عدم پیروی آنها از هیچ اصلی غیر از باور فرد هیپنوتیزم شونده و هیپنوتیزم کننده تاحدی تعابیر نوروسیکولوژیک و شناختی را در مورد آنها بعید می‌نمایاند. تعبیر شبکه‌های نیز ناهمگون است. چنانکه قبلاً نیز اشاره شد در هیپنوتیزم بدون نوسان خاص هیجانی یا خلقی می‌توان یک حافظه را خلق یا پاک کرد یا حتی آن را به خلق مقابل و متضاد متصل ساخت. عوارض ناشی از صدمات عضوی به ناحیه

هیپوکامپ و سایر اجزاء سیستم لیبیک نیز تصویرهای بالینی بسیار متفاوتی از آنچه در مشکلات تجزیه‌ای و هیپنوتیزم مشاهده می‌شود، ایجاد می‌کند. تکرار دقیق بسیاری از آزمایش‌های هیپنوتیزمی صحت ادعاهای فراوان نظریه تجزیه‌ای را مبنی بر متمایز بودن اینگونه فرایندها از حالات عادی و متعارف مورد تردید قرار داده است.

برای مثال در مورد ناشنوایی هیپنوتیزمی در آزمایشی جهت آزمودنی‌ها در ۳ مرحله صوت خاصی پخش شد. در مرحله اول برای همگان بدون دخالت خاصی صدا پخش شد و همگی شنیدن آن را متذکر شدند. سپس عده‌ای هیپنوتیزم شده و به آنها القا شد که دچار ناشنوایی خواهند شد. در این مرحله افرادی که تحت اثر هیپنوتیزم بودند یا صدا را نشنیدند یا آن را بسیار آهسته درک کردند. در مرحله سوم افراد از هیپنوتیزم خارج شدند و مجدداً صدا پخش شد. اما بعداً به عده‌ای گفته شد که ممکن است به علت عوارض هیپنوتیزم در مرحله سوم هم صدایی نشنوند. جالب اینکه این عده در مرحله سوم شنیدن صدا را انکار کردند. به عبارت دیگر آنچه بر پاسخ اثر داشته است نه حالت تجزیه و هیپنوتیزم بلکه تلقینات ارائه شده بوده است. موارد مشابه و فراوانی در مورد توهمات بینائی نیز اشاره شده است (al. 1992). Spanos et

- در مورد فراموشی تجزیه‌ای نیز مسائل جنجالی ارائه شده است. در مطالعه جالبی توسط لورنس Laurence به ۲۷ نفر گفته شد که یک هفته پیش صدای خاصی در منزل شنیده‌اند که فراموش کرده‌اند سپس در آنها هیپنوتیزم عمیق القاء گردید و اصطلاحاً وقایع یک هفته قبل برای آنها باز آفرینی شد. ۱۷ نفر در جریان هیپنوتیزم شنیدن صدا را بیان داشتند. بعد از خارج شدن از حالت هیپنوتیزم ۱۳ نفر کماکان بر این باور بودند که صدارا شنیده‌اند و صدا واقعیت داشته است.

سرانجام به آنها گفته شد که مسئله صدا ساختگی بوده و توسط فرد هیپنوتیزم کننده ابداع شده است و چنین جریانی واقعاً اتفاق نیفتاده است. جالب آنکه باز هم ۶ نفر کماکان بر این باور بودند که مسئله اینگونه نیست و واقعاً صدایی در کار بوده است که آنها فراموش کرده‌اند ولی توانسته‌اند به کمک هیپنوتیزم آن را به خاطر بیاورند (Laurence & Perry 1983) صرف نظر از جنبه‌های اخلاقی اینگونه آزمایش‌ها. مسئله

واسط درک محرک تا ادای پاسخ است، خود را بیان کنند این عمل را بر اساس درون نگری introspection انجام نمی‌دهند. بلکه بیانات آنها یا مبتنی بر یک رشته نظریه‌های پیشین درباره علیت [علت سرزدن فعل از خود یا دیگران] است یا از قضاوت فرد در مورد اینکه یک محرک خاص چقدر می‌تواند علت قابل قبول رفتار معینی باشد، نشأت گرفته است (Lynn 1997, Lynn & Kirsch 1995, Mele 1996).

به بیان دیگر انسانها در پاسخ دهی به محرکها در مورد ارادی یا غیر ارادی بودن رفتار یا آگاهانه بودن یا نبودن قصد و نیت خود براساس درون‌نگری و شهود پاسخ نمی‌دهند بلکه پاسخ آنها زائیده قضاوت‌های آنها با توجه به باورهای قبلی آنها، فرهنگ آنها و اعتقادات رایج در محیط اجتماعی آنهاست. در انسانها تصمیم درباره اینکه علت فلان فعل، ارادی بوده یا نبوده است با مکانیسم درون‌نگری گرفته نمی‌شود بلکه با توجه به قرائن، تجربیات قبلی، نظریات دیگران و آنچه که یک فرهنگ می‌پذیرد (و به قول کیرمایر ساختارهای توصیفی narrative constructs) استنتاج می‌شود (Kirmayer 1994). اکثر فرهنگهای معاصر کمابیش می‌پذیرند که هویت یک انسان واحد است و روان هر شخصی یکپارچه monopsychism می‌باشد. همچنین مردم مسئول اعمال خود هستند و اکثر رفتارها ارادی است. این باورها از همان دوران کودکی بطور آشکار explicit و پنهان implicit به انسان منتقل می‌شود در نتیجه کودک در جریان رشد می‌پذیرد که هنگامی که دستش را بلند کرده است یا حرفی را زده است همگی حالتی دارند که ارادی نامیده می‌شود. در ضمن آنچه در خاطره، هیجانها و عواطف اوست یکپارچه هستند و همگی متعلق به اوی واحد می‌باشند و اصولاً تجزیه‌های بین این فرایندها نیست. اما همزمان فرهنگها استثناهایی را نیز می‌پذیرند. فرهنگ آمریکا قبول دارد که انسانی تحت اثر سوء رفتار جنسی و غیرجنسی در کودکی ممکن است دچار دو، سه، یا حتی ۴۰ شخصیت شود که باهم جایجا می‌شوند و اگر چنین فردی فرضاً کیف خود را در جای دیگری گذاشته و بیاد نمی‌آورد کار آن شخصیت دوم alter بوده است.

بسیاری از فرهنگها می‌پذیرند که ممکن است انسانی در شرایطی تحت اثر حالات تسخیر شدگی possession قرار گیرد و رفتاری از وی سرزند که ارادی نبوده و بعداً نیز به خاطر آورده نخواهد شد. بعضی جوامع نیز می‌پذیرند که اگر انسانی دچار ترومای شدید روحی شود ممکن است حافظه خود را به کل از دست دهد.

در چنین شرایطی ممکن است فردی چنین نقشی را در اجتماع بازی کند ولی هیچگاه نپذیرد که دروغ می‌گوید زیرا به کمک تجارب و ذخایر reservoir خود و همچنین القاء دیگران و باورهای فرهنگی رایج رفتار خاص خود را نه به خود بلکه به امور دیگری نسبت داده است.

بسیار مهم این است که عده‌ای توانسته‌اند عملاً در عده دیگر خاطرات کاذب ایجاد کنند. این یافته عواقب بالینی مهمی دارد. ممکن است بسیاری از آنچه طرفداران نظریه تجزیه به عنوان خاطرات جدا شده از هوشیاری می‌دانند و سعی دارند در جریان هیپنوتیزم آنها را آزاد کنند چیزی جز القائات درمانگر نباشد. مفهوم سندرم خاطرات کاذب false memory syndrome به صورت یکی از بحثهای داغ دهه ۹۰ در آمده است (Garry & Loftus 1994, Lindsay & Read 1994, Loftus 1994).

اختلال چند شخصیتی که در DSM-IV تحت نام جدید اختلال تجزیه‌ای هویت dissociative identity disorder آمده است از دیرباز نمود و شاخص حالات تجزیه‌ای بوده است و همواره به عنوان مشخص‌ترین و برجسته‌ترین حالت در تجزیه یعنی تجزیه هویت ذکر شده است. اما طی سالهای اخیر این تشخیص مورد تردید جدی قرار گرفته است و حتی عده‌ای آن را ساخته و پرداخته درمانگران می‌دانند که به بیماران از این طریق القاء شده است (Merskey 1992).

با توجه به شواهد فوق و یافته‌های مشابه و همچنین دستاوردهای روان‌شناسی شناختی و اجتماعی جریانی در مقابل نظریه تجزیه‌ای نوین شکل گرفت. افرادی چون ساربین Sarbin اسپانوس Spanos کیرمایر Kirmayer و تا حدی لین Lynn و کیرش Kirsch در این جریان که به جریان Socio-cognitive اشتها دارد نقش آفرینی نموده‌اند.

به اعتقاد آنها این جریان پاسخهای اشخاص در هیپنوتیزم (و سایر فرایندهای به اصطلاح تجزیه‌ای) عمدی intentional است. این تعبیر حتی نقادان برجسته‌ای را گمراه کرده است که تصور می‌کنند بر اساس ادعاهای این گروه اشخاص در جریان هیپنوتیزم و بیماریهای تجربه‌ای صرفاً دروغ می‌گویند. آنچه ساربین و اسپانوس سعی در بیان آن دارند این است که انسانها در فرایند هیپنوتیزم (و سایر حالات تجزیه‌ای) با یک سلسله باورهای و پیش‌سازهای ذهنی و مطالب پذیرفته شده که تا حدی ریشه در فرهنگ دارد وارد تعامل با درمانگر یا سایر انسانها می‌شوند و تحت اثر این عقاید، باورها و افکار و همچنین تلقین و القائات دیگران یا درمانگر رفتاری را از خود بروز می‌دهند. سپس با توجه به همان عقاید، باورها و افکار در مورد علت رفتار خود نتیجه‌گیری می‌کند و به این نتیجه می‌رسند که فرضاً دردی حس نکرده‌اند، مطلب را فراموش کرده‌اند، دچار حالت چند شخصیتی شده‌اند. و یا اینکه فرضاً اراده از دستشان خارج شده و فلان فعل غیر ارادی صورت گرفته است. از این بابت اسپانوس متأثر از یافته‌های کلاسیک نیسبت Nisbett و ویلسون Wilson است.

به اعتقاد این دو پژوهشگر " هنگامی که انسانها می‌خواهند فرایندهای شناختی cognitive process، یعنی فرایندهایی که حد

ممکن بود فرهنگی - که خود تجمع تجربیات و ذخایر شناختی یک قوم است - ابناء خود را به حالت تجزیه‌ای dissociative و چند روانی یا چند نفسی polypsychic بار آورد و تجزیه و چند شخصیتی بودن نرم و وجه غالب انسانها در آن جامعه باشد ولی احتمالاً اینگونه فرهنگها از صحنه بقاء حذف شده‌اند.

جمع بندی

امروزه اکثر پژوهشگران درباره هیپنوتیزم به ریشه مشترک آن با فرایند تجزیه معترف‌اند. عده‌ای تجزیه و هیپنوتیزم را حالت خاص هوشیاری دانسته‌اند که با مکانیسمهای مبهمی ایجاد شده و رفتار خاصی را به نمایش می‌گذارند.

عده‌ای دیگر که به شباهت هیپنوتیزم و تجزیه اعتقاد دارند، کل مسئله را نه یک حالت خاص هوشیاری، به معنی تام کلمه، بلکه یک الگوی رفتاری می‌دانند که از باور و شناخته‌های فرد و القائات محیط بر می‌خیزد. دلیل آنکه فرد بطور درونی subjective این حالت را با هوشیاری متعارف متفاوت درک می‌کند نه در تفاوت واقعی و نه در به اصطلاح دروغ‌گویی فرد بلکه در استنتاج و انتساب نادرست شخص بر اساس پیش سازهای درونی و محیطی است.

این افراد دچار دروغ‌گویی نیستند بلکه دچار خطای شناختی در انتساب attribution هستند. در جریان هیپنوتیزم نیز همین حالت اتفاق می‌افتد که فرد الگوی رفتاری خاصی را بازی می‌کند، مثلاً بیان می‌دارد که چیزی را نمی‌بیند، صدایی را نمی‌شنود، دردی را حس نمی‌کند یا مطلب خاصی را بیاد نمی‌آورد، ولی نمی‌پذیرد که الگوی رفتاری توسط خود او اجرا شده است. قصد او فریب دیگران نیست بلکه به یک خطای شناختی رسیده است که پدیده خاصی مانند هیپنوتیزم علت رفتار ویژه او می‌باشد. او دچار خطای انتساب (اگر بتوان آن را خطا نامید) شده است.

نتیجه بحث انگیزی که بدان می‌رسیم این است که وقوف ماز اعمال، هیجان‌ات و خاطرات خود و همچنین وحدانیت نفس خود نه یک مسئله شهودی و بی‌واسطه بلکه محصول یک فرایند شناختی-اجتماعی است که طی قرن‌ها در فرهنگ‌های بالنده تجمع یافته و طی سالها رشد و نمو کودک بطور آشکار و نهان به وی منتقل شده است.

احتمالاً همانگونه که به اعتقاد دانیل دنت Dennett اتخاذ intentional stance یک مزیت انطباقی برای بشر داشته است و او را در انطباق adaptation با محیط، حل سریع‌تر مشکلات و درک ساده‌تر پدیده‌ها یاری کرده است (Dennett 1996)، اتخاذ یک جایگاه و نگرش غیر تجزیه‌ای و تک نفسی monopsychic نیز مگر در موارد خاص یک مزیت انطباقی داشته و باعث حفظ صاحبان آن در تحولات بشر شده‌است.

منابع

Bremner JD, Krystal JH, Charney DS & Southwick SM (1996). Neural mechanism in dissociative amnesia for childhood abuse: Relevance to the current controversy surrounding the "false memory syndrom". *American Journal of Psychiatry*. (suppl) 153, 71-82.

Butler LD, Duran REF, Jasiukaitis P, Koopman C & Spiegel D (1996). Hypnotizability and traumatic experience: A diathesis-stress model of dissociative symptomatology. *American Journal of Psychiatry*. (suppl) 153, 42-63.

Carlson EB (1994). Studying the interaction between physical and psychological states with the Dissociative Experience Scale. In D Spiegel, *Dissociation: Culture Mind, and the Body*. Washington: American Psychiatric Press.

Chu JA & Dill DL (1990). Dissociative symptoms in relation

to childhood physical and sexual abuse, *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-892.

Duin N & Sutcliffe J (1992). *A History of Medicine*. London: Simon & Schuster.

Erdelyi MH (1994). Dissociation, defence, and the unconscious. In D. Spiegel, *Dissociation: Culture, Mind, and Body*. Washington: American Psychiatric Press.

Evans FJ (1984). Hypnosis. In RJ Corsini, *Encyclopedia of Psychology*. New York: John Wiley & Sons.

Frankel FH (1990). Hypnotizability and dissociation. *American Journal of Psychiatry*. 147,823-829.

Frischholz EJ, Lipman LS, Braun BG & Sachs RG (1992). Psychopathology, hypnotizability, and dissociation. *American Journal of Psychiatry*. 149, 1521-1525.

- Garry M, Loftus EF (1994). Pseudomemories without hypnosis. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 42,363-378.
- Graffin NF, Ray W, & Lundy R (1995). EEG concomitants of hypnosis and hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*. 104, 123-131.
- Kihlstrom JF, Glisky ML & Angiulo MJ (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 103, 117-124.
- Kirmayer LJ (1994). Pacing the void: Social and cultural dimensions of dissociation. In D. Spiegel, *Dissociation: Culture, Mind and Body*. Washington: American Psychiatric Press.
- Kirsch I & Lynn SJ (1995). Altered state of hypnosis: Changes in the theoretical landscape *American Psychologist*. 50, 846-858.
- Kirsch I & Lynn SJ (1998a). Dissociation theories of hypnosis. *Psychological Bulletin*. 123, 100-115.
- Kirsch I & Lynn SJ (1998b). Dissociating the wheat from the chaff in theories of hypnosis. Reply to Kihlstrom, Woody and Sadler. *Psychological Bulletin*. 123, 198-202.
- Kirsch I, Mobayed, CP, Council, JR & Kenny DA (1992). Expert judgements of hypnosis from subjective state reports. *Journal of Abnormal Psychology*. 101, 657-662.
- Laurence J & Perry A(1983). Hypnotically created memory among highly hypnotizable subjects *Science*. 4, 523-524.
- Lindsay DS & Read JD(1994). Psychotherapy and memories of childhood sexual abuse: A cognitive perspective, *Applied Cognitive Psychology*. 8, 351-364.
- Loftus EF (1994). Memory Work: A royal road to false memories *Applied Cognitive Psychology*. 8, 351-364.
- Lynn SJ (1997). Automaticity and hypnosis: A sociocognitive account.(Abs) *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. 45, 239-250.
- Lugaresi E (1992). The thalamus and insomnia. *Neurology*. (suppl 6) 42,28-33.
- MacFarland D (1981). *The Oxford Companion to Animal Behavior*. Oxford: Oxford University Press.
- Mahowald MW & Schenck CH (1992). Dissociated states of wakefulness and sleep. *Neurology*. (suppl 6)42, 44-52.
- Mele AR (1996). Real self-deception. *Brain and Behavioral Sciences*. Internet Document.
- Merskey H (1992). The manufacture of personalities: The production of multiple personality disorder. *British Journal of Psychiatry*. 160, 327-340.
- Milechnin A (1967). *Hypnosis*. Bristol: John Wright & Sons Ltd.
- Perilini AH & Spanos NP (1991). *Psychophysiology*. 28,511-530.
- Seger CA (1994). Implicit learning. *Psychological Bulletin*. 115, 163-196.
- Spanos NP, Burgess CA, Cross PH & Macleod G (1992). Hypnosis, reporting bias, and suggested negative hallucinations, *Journal of Abnormal Psychology*. 101, 192-199.
- Spiegel D & Cardena E (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorder revisited. *Journal of Abnormal Psychology*. 100, 366-378.
- Spiegel D Hunt T & Dondershine HE (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 143, 301-305.
- Stutman RK & Bliss EL (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry*. 142, 741-743.
- van der Kolk BA & van der Hart D (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*. 146, 1530-1540.
- van der Kolk BA, van der Hart D & Marmar CR (1996). Information processing in PTSD. In B van der Kolk, AC MacFarlane & A Weisaeth, *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- Zangwill OL(1987). History of Hypnotism.In RL Gregory, *The Oxford Companion to the Mind*. Oxford: Oxford University Press.