

南華大學生死學研究所碩士論文

指導教授：釋慧開 法師

催眠療法對女性喪親者悲傷反應改變
效果之研究

研究生：張玉美 撰

中華民國九十一年七月

謝 辭

踏入生死所，總是抱著感恩且珍惜的心上每一堂課，深怕辜負上蒼所賦予我的恩典，時光飛逝，學生生涯隨論文的完成而劃下休止符，然而對師長、親人及同窗摯友之感念卻與日俱增。

最感謝的二位恩師是指導教授 釋慧開法師以及催眠老師李寧博士；感謝法師對我論文嚴而不苛的指導，雖然每回面見老師時總帶著緊張心情，但每思及您愛徒心切，殷殷叮囑之情，心裡油然而雀喜自己何德何能得此恩師指導；感謝李寧老師拔刀相助，本研究的實際催眠治療部分如果沒有您撥冗義務施療，後續章節將無法順利進行，謝謝您！可敬的催眠治療師。

感謝蔡明昌老師在方法論上的指導，感謝永有法師、廖梅花老師對我論文的斧正，感謝尉遲淦老師、蔡昌雄老師、魏書娥老師對我論文的指正和鼓勵，讓我受益匪淺。謝謝同窗摯友永銘，當我論文遇到瓶頸，您總適時出現鼎力相助，讓我感動萬分。謝謝外甥女婷鈺幫忙抄錄資料。

感謝中正大學圖書館前張館長賢翔的襄力推薦以及在職位上的貼心安排，使我得以更上層樓；感謝同事楊志和主任在四年研究所期間對我英文的指導與斧正、還有弘基和慧娟的幫忙與鼓勵，讓我有「我們共同在念生死所」的感覺，心中倍感溫馨。謝謝林金鼎主任、永晉、明美的包容，賴文能教授慨然允借手提電腦，我將銘記於心。

感謝麥得心智研究機構所有同仁的鼎力協助，尤其是美麗聰慧的雅玲，謝謝您對研究成員在治療時間上的安排與幫忙。感謝六位學員跟者我奔波於嘉義與台南間，謝謝您們成就了我的論文，謹以誠摯之心再次感謝您們。

最後，以此論文獻給我最摯愛的四位老人家公公、婆婆、父母以及最親愛的先生權貴和孩子友澤、子育、獻萱。我愛你們！

感謝天地所賦予的一切，感謝一切有情眾生。

論文提要

本研究旨在探討催眠療法對女性喪親者悲傷反應的改變效果，其目的有二：

- 一、催眠療法對女性喪親者悲傷反應之立即性改變效果。
- 二、催眠療法對女性喪親者悲傷反應之持續性改變效果。

本研究採立意取樣，對象為六位有喪親經驗且主觀認為自己尚未走出悲傷陰影者，以團體治療形式進行四次催眠治療，治療進行中另依成員個人悲傷症狀予以個別處理。研究以訪談和問卷填答方式進行資料蒐集，研究工具主要有「貝氏憂鬱量表」、「中國人健康問卷」、「基本資料調查表」以及「期望項目自評表」。在催眠治療前、催眠治療進行中以及治療結束後對六位成員進行訪談和問卷填答以取得前測和後測資料，將所得資料整理分析後提出研究發現並做成結論如下：

壹、研究發現：

- 一、催眠治療對喪親者身心症狀有正向改變效果。
- 二、催眠治療對喪親者器質性疾病較無明顯改變效果。
- 三、接受治療的動機和意願是催眠治療效果是否顯著的要件。
- 四、學員會不由自主將治療師的期望變為自己的行為。
- 五、失落容易引發憂鬱症狀。
- 六、悲傷症狀會因失喪時的年齡、對象以及失喪時間的長短而有不同。
- 七、悲傷反應包含感官知覺遲鈍症狀。
- 八、男性喪親者較怯於接受催眠治療。
- 九、持續性的自我催眠是保持身心健康的要素

貳、結論：

- 一、催眠療法對女性喪親者悲傷反應有立即性正面改變效果。
 - (一) 催眠療法對女性喪親者憂鬱症有立即性改善效果。
 - (二) 催眠療法對女性喪親者生理與心理性悲傷反應有立即性的正面改變效果。
- 二、催眠療法對女性喪親者悲傷反應有持續性正面改變效果。
 - 催眠療法對女性憂鬱症有持續性改善效果。
 - 催眠療法對女性喪親者生理與心理性悲傷反應有持續性的正面改變效果。

A Study on the Change Effect of Hypnotherapeutic Application to the Grief Responses Among the Female Bereaved

Yu – Mei Chang

Abstract

The purpose of this study is to explore the psychophysical change effect of hypnotherapy on female bereaved , The aims of the study are as follows:

0、 To explore the immediate change effect of hypnotherapy on the grief responses among the female bereaved.

To explore the continue change effect of hypnotherapy on the grief responses among the female bereaved.

Six subjects of the study were selected by the purpose sampling from the female bereaved who subjectely thought they had not recovered from the loss. The subjects were arranged to attend four times Group hypnotherapy , while individual treatment was given if necessary according to a subject' s individual grief response. Data of this study was based on interviews with and questionnaires. The test instruments include “Beck Depression Inventory (BDI)”, “Chinese Health Questionnaire(CHI)”, “General information survey” and “Expectant item self-measures table”.The six subjects were interviewed and asked to fill out questionnaires prior to and in the process of each hypnotherapy treatment, as well as after all the treatment was completed. Data was collected and analyzed from the pretest and posttest information to achieve the following findings and results.

I. The Findings :

a.. Hypnotherapy displays positive effect on the psychophysical health of female bereaved..

Hypnotherapy displays no significant improvement on the organic disease of female bereaved.

The willingness and motive to accept hypnotherapy constitute significant factors in the effect of hypnotherapy.

The Subjects would involuntarily change their behavior according to the expectation of the hypnotist.

Loss tend to cause melancholia.

Grief responses vary according to age, object and period of loss.

Grief responses include symptoms of sensory sluggishness.

The male tends to be shy to accept hypnotherapy.

The follow up self-hypnotherapy is a significant factors in keeping the subject' s psychophysical health.

II. The results :

The hypnotherapy displays immediate positive effect on grief response of female Bereaved.

(a)Hypnotherapy displays immediate and positive effect on melancholia of the female bereaved.

(b) Hypnotherapy displays immediate and positive effect on psychological and physical grief response of the female bereaved.

The hypnotherapy displays continuous and positive effect on grief response of the female bereaved.

(a)Hypnotherapy displays continuous and positive effect on melancholia of the female bereaved.

(b) Hypnotherapy showed continuous and positive effect on psychological and physical grief response of the female bereaved.

目 次

第一章 續論.....	1
第一節 研究背景.....	1
第二節 研究動機與目的.....	4
第三節 名詞解釋.....	8
第二章 文獻分析.....	9
第一節 悲傷與悲傷反應的相關理論內涵.....	9
第二節 悲傷治療相關文獻探討.....	26
第三節 催眠與催眠治療.....	36
第四節 催眠療法在悲傷治療的應用.....	52
第三章 研究方法.....	64
第一節 研究設計與程序.....	64
第二節 研究對象.....	67
第三節 研究工具.....	69
第四節 研究方案.....	75
第五節 資料整理與分析.....	76
第四章 研究結果與討論.....	78
第一節 催眠治療後成員身心改變歷程和效果.....	78
第二節 催眠治療後全體成員身心的立即性改變效果.....	134
第三節 催眠治療後全體成員身心的持續性改變效果.....	146
第四節 討論.....	154
第五章 結論與建議.....	157
第一節 研究發現.....	157
第二節 結論.....	160
第三節 建議.....	163
參考資料.....	167
壹 中文部分.....	167
貳 西文部分.....	170
附錄.....	177
附錄一 基本資料問卷.....	177
附錄二 中國人健康問卷.....	179
附錄三 貝氏憂鬱量表.....	181
附錄四 期望項目自評表一.....	184
附錄五 期望項目自評表二.....	185
附錄六 催眠治療訪談資料原稿範例.....	186

附錄七 催眠治療訪談資料編碼.....	189
---------------------	-----

圖目次

圖 4-1 成員催眠治療前後憂鬱症狀改善情況.....	147
圖 4-2 成員催眠治療前後身心症狀改善情況.....	151

表目次

表 1-1 悲傷理論.....	16
表 2-1 Stroebe and Worden 悲傷反應統合表.....	19
表 2-2 Sanders 悲傷反應.....	20
表 2-3 悲傷復原歷程的階段或任務.....	22
表 2-4 影響悲傷復原歷程因素.....	24
表 2-5 Bordeanx 催眠表.....	42
表 2-6 催眠治療的範圍.....	51
表 3-1 研究程序.....	66
表 3-2 成員基本資料.....	78
表 3-3 催眠成員的悲傷經驗.....	78
表 3-4 催眠治療實施方案.....	75
表 4A-1 成員 A 催眠治療身心改變歷程.....	89
表 4A-2 成員 A 中國人健康問卷前後測比較.....	90
表 4A-3 成員 A 貝氏憂鬱量表前後測比較.....	90
表 4A-4 成員 A 治療前後身心反應分析.....	91
表 4B-1 成員 B 催眠治療身心改變歷程.....	98
表 4B-2 成員 B 中國人健康問卷前後測比較.....	99
表 4B-3 成員 B 貝氏憂鬱量表前後測比較.....	99
表 4B-4 成員 B 治療前後身心反應分析.....	100
表 4C-1 成員 C 催眠治療身心改變歷程.....	106
表 4C-2 成員 C 中國人健康問卷前後測比較.....	107
表 4C-3 成員 C 貝氏憂鬱量表前後測比較.....	107
表 4C-4 成員 C 治療前後身心反應分析.....	108
表 4D-1 成員 D 催眠治療身心改變歷程.....	115
表 4D-2 成員 D 中國人健康問卷前後測比較.....	116
表 4D-3 成員 D 貝氏憂鬱量表前後測比較.....	116
表 4D-4 成員 D 治療前後身心反應分析.....	117
表 4E-1 成員 E 催眠治療身心改變歷程.....	123
表 4E-2 成員 E 中國人健康問卷前後測比較.....	124
表 4E-3 成員 E 貝氏憂鬱量表前後測比較.....	125
表 4E-4 成員 E 治療前後身心反應分析.....	125
表 4F-1 成員 F 催眠治療身心改變歷程.....	131
表 4F-2 成員 F 中國人健康問卷前後測比較.....	132
表 4F-3 成員 F 貝氏憂鬱量表前後測比較.....	132

表 4F-4 成員 F 治療前後身心反應分析.....	133
表 4-1-1 成員催眠治療前的身心悲傷反應.....	137
表 4-1-2 全體成員催眠治療後身心改變效果項目.....	140
表 4-2-1 貝氏憂鬱量表前後測立即性分數分析.....	140
表 4-2-2 治療前後憂鬱症狀立即性改變程度分析.....	141
表 4-2-3 憂鬱症狀立即性治療效果顯著性分析.....	142
表 4-2-4 中國人健康問卷前後測立即性改變分數分析.....	143
表 4-2-5 治療前後身心症狀立即性改變程度分析.....	144
表 4-2-6 身心症狀立即性治療效果顯著性分析.....	145
表 4-3-1 貝氏憂鬱量表持續性分數分析.....	146
表 4-3-2 貝氏憂鬱量表立即性與持續性分數分析.....	146
表 4-3-3 憂鬱症狀改變程度比較.....	148
表 4-3-4 憂鬱症狀持續性治療效果顯著性分析.....	149
表 4-3-5 催眠治療前後中國人健康問卷分數分析.....	150
表 4-3-6 中國人健康問卷立即性與後續性分數分析.....	150
表 4-3-7 身心症狀改變程度比較.....	152
表 4-3-8 身心症狀持續性改變效果顯著性分析.....	153

第一章 緒論

第一節 研究背景

在成長過程中每一個人或多或少會因經歷失落(loss)而感到悲傷，例如：失去工作、失戀、寵物或親友死亡...等等。在失落事件中，失落對象與失落者之間的依附關係(attachment relationship)對悲傷情緒的反應有極大程度的影響。越有緊密關係的依附對象，在面臨失落事件時，悲傷反應越顯強烈。普遍來說，親人是我們最黏密的依附對象，他(她)提供我們安全與愛的滿足。在此綿密的關係中，一旦失去他們，就如同一種毀滅的、激烈的經歷，這種經歷像似接近死亡(Pistole, 1996)。喪親所引發的哀慟是痛徹心扉的，在經驗的世界裡，如 921 台灣大地震，911 美國世貿中心撞機事件，我們也不難發現，失去至愛親人時那哀傷無助與悲戚逾恆的場景是令人難以承受的。

面對親人的死亡是無可避免的，而傷慟(Bereavement)與哀傷(Grief)也是自有人類以來即有的共同經驗(張達人等，1998)。恩格(Engel)認為哀傷是一種疾病，代表脫離健康與幸福的狀態，哀悼的過程就像治療過程一樣需要一段時間去復原(引自 Worden, 1991)。因此，如何對處於哀傷情緒中的喪親者予以適當的撫慰與照顧，是目前亟待研究的課題。

在荷蘭，自 1989 年以前的十年之間，每年死亡人數約在 110,000 – 130,000 人之間，每位亡者所遺留下來的親人或親密好友約略五人，故每年有超過 50 萬的荷蘭人是喪親者(占總人口數 4%)(Cleiren, 1991)。在五十萬喪親人口當中，大部分喪親者都能在一段時間之後

恢復日常的生活功能，但還是有少數的人(至少 20%)心理、生理及社會人際功能無法完全康復，這種無法完全康復的情況會維持一年以上甚至更長時間，因而，喪親者的身心問題，其程度也就更加擴大(Cleiren, 1991)。美國國家健康統計中心(National Center for Health Statistic, NCHS)統計美國 1998 年死亡人數為 2,337,258 人，粗死亡率為千分之 4.7；相較於荷蘭和美國，台灣 89 年死亡人口數據內政部統計通報統計為 126,016 人，粗死亡率千分之 5.7，現住人口量平均每戶 3.33 人，據此推算，台灣每年喪親人口數近 42 萬人(占全人口數約 2%)，由此觀之，台灣每年有超過四十萬新的喪親人口處於哀傷的情緒中。

許多學者(Zisock, 1987; Lyons & Zisock, 1988; Park & Weiss, 1983)對喪親者經歷喪親經驗後所反應出來的身體和心理普遍的不適情形做了不同面向(喪親時間、與死者關係、年齡)的研究，結果顯示，未能解決哀傷的比率雖因研究樣本來源不同而有差異(18% - 34%)，然值得重視的是，從縱性研究(longitudinal studies)來看，哀傷症狀不因親人死亡時間的拉長而有減輕的現象，這種現象特別顯現於有一年以上之喪親經驗者(Cleiren, 1991)。以上研究顯示，若以 25%(取 18%-34% 平均數)來計算台灣因喪親而未能解決哀傷反應的人口，則每年會有超過 10 萬的台灣人民陷於沮喪哀傷中無法自拔，且哀傷人數會因時間的推移而不斷累積增加。

以上統計數字和各學者的研究結果，提供本研究一事實的支持性資料，使我們對喪親者的人口和比率有進一步瞭解。喪親者哀傷症狀未能解決，不但影響喪親者身體與心理平衡，對家庭氣氛和周遭朋友的關係，以及社會醫療成本的增加都有一定程度的影響。對喪親者的悲傷反應，國人不應掉以輕心，需適時伸出援手，助其走出悲傷的陰影。本研究之主旨著重在喪親者悲傷反應的改變效果，嘗試將催眠療

法應用於喪親者悲傷的症狀上，藉以瞭解喪親者接受催眠治療後身體與心理的改變情形，期能協助喪親者及早離開傷慟，走向陽光。

第二節 研究動機與目的

壹、研究動機

一、研究者的學習背景

自從進入生死學研究領域，許多親朋好友遭遇喪親事件，會求助於研究者去輔導喪親家屬走出悲傷陰影。研究者曾修習悲傷輔導與悲傷治療課程，在課堂的研討中已具有理論基礎去修補傷痛者破碎的心。在輔導過程中有成功的喜悅，但也有幾次失敗的經驗。喪親者會因個體本身的成長經驗、身心狀況、文化背景、過去的傷慟經驗以及社會支持系統……等相關因素而呈現不同的悲傷反應。因此，輔導與治療的過程也就因人而異。悲傷輔導與治療的領域既深且廣，研究者期許自己在悲傷治療的學術與臨床領域能有更深一層的研究。

Worden 在 *Grief counseling and grief therapy* 一書中提及，據其任職於麻省綜合醫院的精神科醫師同事 Aaron Lazare 估計，在他心理健康門診病人的心理症狀中，10% - 15% 有未解決的悲傷反應 (Worden, 1991)。研究者在學習催眠治療的過程中，經常參與團體的催眠治療，發現參與的學員中約 10 位就有一位其身心問題部分是肇因於未處理好的悲傷反應，有些學員因喪親問題來參與催眠課程，有些在課程中才發現自己的問題是出自於喪親經驗中未能解決的悲痛。

在參與團體治療的過程中，研究者發現有位學員因幼年父母雙亡，心理自卑、憂鬱而且沒有安全感，經由催眠治療後，他變的快樂而樂觀，他覺得父母並沒有遺棄他，他們都在天上守著他、保護他，想念父母時會用心和天上的父母對話，他覺得自己並不孤單，而且要更努力工作好讓父母安心。由此成功的治療案例中，研究者認為催眠

運用於悲傷治療是值得做更進一步的研究。

二、國人對死亡的避諱

在人生舞台上，生命的起落是不可避免的劇目。生死是人生大事，但是中國人向來忌諱談論，尤其是死亡議題，甚至觸及或令人聯想到死亡的字詞及語言都要迴避，以免不慎觸了霉頭(釋慧開, 2001)，譬如許多大樓或醫院的電梯刻意避開「4」樓；車牌或手機號碼避免選擇有「四」的數字，好似一旦遠離「死亡」這字眼就能逃離死神的眷顧。國人對死亡的忌諱，使得自己或親人一旦面臨死亡情境時，往往手足無措，不知如何因應，只能自己默默承受和經驗哀傷的歷程。

目前在社會的快速變遷下，人類的腳步不得不隨著工商業的起飛而加快，在遭遇喪親的處境時，哀悼儀式被過度簡化，以致喪親者無法宣洩哀慟情緒，內心的哀傷可能被潛抑、轉化成身體的疾病與情緒障礙(陳映雪，1990)。許多研究顯示(Parks & Associates; Clayton & Associates; Crisp & Priest)，悲傷不僅造成生理疾病，也會引發心理疾病，Jane Bowlby 指出，從臨床經驗和證據的解釋中，許多精神上的疾病是與悲傷有關的(引自 Worden, 1991)。喪親者在承受失落之後，必須完成哀悼任務(tasks of mourning)，才能從悲傷中復原。但是在哀傷過程中會有許多因素干擾悲傷的過程，以致於留下未解決的悲傷，造成生理及心理的疾病，這種病態的悲傷，需施以悲傷治療才能復原(李開敏，1995)。

三、國內催眠治療及悲傷治療相關文獻的缺乏

1992年美國精神科醫師布萊恩魏斯(Brain L. Weiss)所出版《前世今生 (Many Lives, Many Masters)》一書，為國內注入一股催眠熱潮，可惜本書被聚焦於「生命輪迴」是否實存的辯證，催眠治療的效果和

意義反被淡化忽略。幾年前，國內電視催眠秀，帶動國人對催眠的好奇與懷疑。對「催眠」的印象往往止於舞台上操弄者(催眠師)與被操弄者(被催眠者)間的互動情境。導致研究者詢及周遭親友相關催眠觀念時，答案往往是否定、神秘而可怖的。

研究者在蒐集催眠治療的相關研究資料時發現，國內所繳交的成績除了劉焜輝先生於 86 年發表一系列「催眠治療的理論與實施」報告之外，學術界的研究是空白一片。至於喪親者悲傷反應的研究範疇，目前僅止於喪親者的諮商輔導(如蔡麗芳，2000; 周梅琴，1997)、調適行為(李雅玲，1989)以及自我復原歷程(如林家瑩，1999)。悲傷治療的論題，國內學者有翻譯相關書籍，例如：*Grief Counseling & Greif Therapy* (李開敏等譯：《悲傷輔導與悲傷治療》，1995); *Grief Recovery Handbook* (俞文心譯：《再見 悲傷》，1989)。至目前為止，國內悲傷治療似乎還停留在大學研究所課程研討的階段(林家瑩，1999)，例如：南華大學生死學研究所於八十八年曾開「悲傷輔導與悲傷治療」課程；彰化師範大學輔導研究所於八十年開設「死亡心理與諮商」等。而催眠治療運用於悲傷治療的研究更付之闕如。國外以催眠法用於喪親者的悲傷治療已有文獻上的探討和臨床上的報告(Savage,1993, Peterson 1994, Manthorpe, 1990, Wadsworth, 1990, Elkin,2000)，研究者希望藉由本研究，能拋磚引玉，為國內催眠治療及悲傷治療學術及臨床領域貢獻些許心力。

貳、研究目的

綜上所述研究動機，本研究目的旨在探討喪親者在經驗臨床催眠治療過程中，其身體與心理悲傷反應的改變效果。主要目的如下：

- 一、 探討喪親者在接受催眠治療後，身體與心理立即性的改變效果。
- 二、 探討喪親者在接受催眠治療後，身體與心理持續性的改變效果。

第三節 名詞解釋

壹、催眠療法

催眠療法是心理治療的一種。大致可分為兩大類：一為以催眠為主者，一為以其他心理治療方法為基礎，根據實際需要才利用催眠者。過去以前者為多，現在包括後者在內都稱為催眠治療(劉焜輝，民 86)。催眠治療可依病情以個案處理或團體治療(兩人以上)方式進行。本研究所稱催眠療法是以催眠為主，其他心理治療為輔，對喪親者施以團體催眠治療，再依個人情況給予不同治療處理。

貳、喪親者

本研究所稱喪親者，指本身有喪失親人的經驗，且自己主觀認定尚未走出悲傷陰影者。

參、悲傷反應

本研究所稱悲傷反應的範圍，係指本研究對象經歷喪親後，所引發出來的生理與心理反應。

肆、改變效果

本研究所稱改變效果係指喪親者經過 4 次催眠治療後，生理與心理改變的情形。

第二章 文獻分析

針對本研究主題所做的文獻探討，研究者分四個方向討論分析。

- 一、悲傷相關理論與悲傷反應內涵；
- 二、悲傷治療相關論題探討；
- 三、催眠與催眠治療；
- 四、催眠療法在喪親者悲傷反應的運用。

第一節 悲傷與悲傷反應的相關理論內涵

壹、悲傷的定義

論及悲傷(grief)，我們首要探討的是：什麼是悲傷？為什麼會悲傷？悲傷帶來的影響是什麼？

悲傷又稱哀傷，對悲傷的定義，可以從兩方面來解釋：一為字面意義，另為其他專業領域學者的界定。從《正中形音義大辭典》中的解釋：「哀」者，本義作「閔」解，閔為「憫」之本字。名詞之義：喪也；居喪中之憂傷也。動詞之義：悲傷、憂愁、悲苦、悲傷不已也。「悲」者，本義作「痛」解，心中哀傷至極之義。名詞之義：痛曰悲；動詞之義：作痛、傷心；顧念、懷想解。「傷」者，本義作「創」解，乃合受創於人和加創於人而言，創常顯露於外，易為人見。傷之名詞義：皮肉破損處曰傷。動詞之義：毀謗、損害、戕害、憂思、愍念也(高樹藩，民 82)。

“Grief”一詞，英文字典解釋為：anguish, misery, heartbreak, sadness. (Longman, 1979); “suffering, pain, distress ; also: a cause of these (as a hurt , hardship, or wound)” ; “A bodily injury: malady, disease;

an aggrieved or angered state of mind”; “emotional suffering as caused by bereavement affliction, remorse, panic, despair (Webster, 1981)。由上述中、外字(詞)典對悲傷字義的解釋中，我們可以瞭解「悲傷」是一種痛苦、傷心的情緒表現，含有懊惱、絕望、心碎的心理感覺，而這種負面的情緒現象是來自於身體的疾病或失去親人時。

專業領域學者對悲傷的解釋方面，Engel 視之為疾病(Disease) (引自 Stroebe, 1993)，Stroebe(1987)指出悲傷是對失落所產生的一種包含生理和心理的情緒反應，Stephenson(1985)認為悲傷是一種強烈而無法阻擋的失落與沮喪感覺。Sanders(1999)認為悲傷是多層次的(multilayered)，代表經驗失落情境時的特殊反應，反應程度的變化，依失落對象，失落情境及對亡者的依附情形而有不同。Archer(1999)表示悲傷是人類經歷親人死亡、分離、被迫放棄生命中重要的事物所產生的自然反應，它是無關乎人類文化而普遍實存的特徵。Scrutton 視悲傷為創傷的心裡防衛機轉，且是一個痊癒(healing)的過程(引自莊小玲和葉昭幸，民 89)。國內有多位學者統整國外文獻指出哀傷是失去對自己有意義的人、事、物所產生的生理、心理及行為上的反應，是一種主觀的感受(高淑芬 & 李明濱，民 89；黃鳳英，民 87；莊小玲 & 葉昭幸，民 89；張達人等，民 87)。綜觀上述文獻，悲傷不僅指失去親人，從廣義的解釋舉凡失業、失戀、離婚、失去心愛寵物……等等，不論失去的是人、事或物，凡失去對自己有重要意義的對象，所產生的身體、心理與行為上的調適反應都包括在內。

莊小玲和葉昭幸統整國內外文獻，對悲傷做了五個定義性特徵的解釋：

一、哀傷是一種過程(process)

哀傷是一個痊癒的過程，個體必須採取許多策略來調適哀傷，哀傷是一系列或有階段性的活動，個體必須花一段時間來完成哀傷

的工作(work)。

二、哀傷是動態性的(dynamic)

哀傷的本質是一改變(changing)的過程，不是靜態的。個體哀傷的性質與強度會隨時間、情境的不同而改變(Carter, 1989)。

三、哀傷具有高度個別化現象(individualized)

個體的哀傷受到許多因素的影響，如性別、過去經驗、文化背景、支持系統及失落者與個體的關係，故學者認為個體間的哀傷反應有極大的不同(Cowles & Rodgers, 1991)。

四、哀傷具普遍性(pervasive)

哀傷的過程將影響個體的日常生活、舒適感、自我感受及個人成長(Martocchio, 1985)，個體的哀傷反應涵蓋各方面，包括生理、社會、認知、情緒、行為及靈性(Cowles & Rodgers, 1991)。

五、哀傷具規範性(normative)

哀傷是一種正常的情緒反應，但個體因不同的文化背景有不同的傳統禮儀及行為，故表現的方式各有不同，一般常以哀傷是否符合社會及文化標準來評定是否在可接受範圍內(Cowles, 1996)。

貳、悲傷的理論內涵

從現實的經驗世界裡，我們知道人類面臨失落事件時會產生不同的悲傷反應，許多學者嘗試從不同面向的理論觀點探討悲傷的原因，不同理論性的闡述，不但幫助我們瞭解悲傷及其反應，而且可提供預測結果的可能性，使協助者有更多元的思考方向，在面對喪親家屬時，有更多的切入點與參考基模(reference schema)(黃鳳英，民 87)。理論能對不同個體所產生生理及心理健康反應的差異性提出解釋，更

重要的是，從理論性的建構中，我們對痛苦的改善和疾病的預防能有策略性發展(Stroebe, 1993)。本章試圖從悲傷理論的歷史背景沿革以及重要學者之理論觀點提出探討。

新理論的產生極少立基於單獨的理論。新的理論，思想，以及假設經常從數個理論來源中萌芽或從年代的推移中巧妙茁壯成型(Sanders, 1989)。悲傷理論亦有其歷史背景。從理論發展背景的時間來看，悲傷理論從十七世紀已開始萌芽，漸長於二十世紀初，茁壯於近二十年。

1651年 Robert Burton 出版 *The Anatomy of Melancholy* 一書，此書主題是憂鬱症的解析，然其中幾處觸及失喪以及其他失落形式的探討，他提及悲傷的明確特徵以及與身體、精神健康的關係。Burton 還關心其他型式的失落，例如自由，職業與地位等。Stuart and Tudor England 曾參考悲傷的歷史文獻，認為十七世紀的悲傷被視為是冥冥中注定的(potentially fatal)，當時的醫生將病人的悲傷症狀記錄下來，並廣泛地認為悲傷會使人發瘋(引自 Archer, 1999)。1812年 Benjamin Rush 在其所著 *Disease and the Mind* 一書說明悲傷的短期與長期特徵，並認為悲傷會提高死亡的危險；他也概略提出包括身體與「心靈上」(moral)的治療方法。1872年 Charles Darwin 描述哭泣的技術，並在此說明中帶出與悲傷和沮喪有關的表情。Darwin 指出悲傷表情包含積極的瘋狂和消極的沮喪。他對哭泣表情的描述，促使近代有名的學者如 John Bowlby 和 James Averill 發現到其他動物的悲傷，進而發展出相關的悲傷理論(Archer, 1999)。

二十世紀早期，英國心理學家 Shand (1914)用「悲傷定律」(the laws of sorrow)這個名詞來討論悲傷，在缺乏臨床經驗的研究下，Shand 所提「定律」的內容是從當時詩詞與文章作品中的描述找出來的。在 Shand(1914)的報告中有許多悲傷特徵的描述，這些特徵十分相似於現

代的研究。他提出許多悲傷的觀點，例如社會支持的重要，與死者的繼續連結，以及因意外死亡所產生另外的痛苦等等。他的若干論述在後來的學者 Bowlby 所著相關失落的書籍中被承認並肯定其價值。1913 年 Freud 在「圖騰與禁忌」一書中，嘗試解釋為什麼當時的傳統社會裡普遍存在心靈上對死亡的害怕。Freud(1917)在《哀悼與憂鬱症》中第一個提出「內在心靈論」，他表示，「悲傷」是失去所愛的人或可以替代人的抽象事物，例如祖國、自由..等所產生的正常反應，他並不是病態的，不必施予治療，若是悲傷過程受阻礙，喪親者會受到傷害。Freud 認為許多精神疾病是病態性悲傷的表現，這個觀點被後來的學者 Bowlby(1980)所採用(Archer, 1999)。為此，Bowlby 奠定了對憂鬱症治療與科學研究的領先地位(Sanders, 1989)。1930 年美國社會學家 Eliot 從事失喪(bereavement)的家族反應研究，此研究主要在於關注家族間的互動關係，當中對悲傷的特徵(例如震驚、不相信、憤怒)也有所描述，這些描述與近代對悲傷的特徵研究類似(Archer, 1999)。1940 年 Klein 發表沮喪的觀點，認為會遭受病態性的悲傷是源於早期沮喪狀況沒有被成功的克服(overcome)，或沒有建立好的客體關係(good object relationship)讓他們的內心世界有安全的依靠(引自 Stroebe, 1993)。1944 年著名心理分析師 Lindemann(1944) 提出正常與病態悲傷的概念，他從身心相互影響的觀點來定義正常悲傷的症狀，並認為病態的悲傷是「正常悲傷的扭曲」(distortions of normal grief)(引自 Stroebe, 1993)。1945 年 Fenichel 超越 Freud 的腳步建立二個批判性的觀點：(1)悲傷所產生對某失落個體的矛盾情感投射(ambivalent introjection)，是一種調適的過程。而(2)罪惡感在悲傷的過程中都一直存在著，只是深淺程度不同而已。Harry Stack Sullivan(1956)年認為悲傷是架構在人與人間關係的概念上(interpersonal concept of relationships)，他覺得將個人作為悲傷的研究

主體是浪費時間的，因為個體無法自外於他人而實存。他將悲傷的理論聚焦於人與人之間的情況而非個人。因此，其悲傷理論著重於喪失者的社會互動的面向而非個人的內在面向。他認為「悲傷」就像一個「十分有用且具保護作用的方法」，因為悲傷提供一個讓喪親者從依附的連結中解放出來的機會。

在二十世紀中期，從 1961 年以後，許多具影響力的悲傷理論相繼產生。如美國心理學家 George Pollock (1961)對「喪失(bereavement)」提出自我適應過程(ego-adaptive process)的理論，他認為悲傷是當喪失者對險惡外在環境再調適時，對回復內在平衡所做的努力；英國心理學家 Bowlby (1961)從生物學的理论探討悲傷，他統合依附理論(attachment theory)和人類訊息處理(human information processing)來解釋失落與悲傷。依附理論提到情感上的連結始於早期生命中對父母身體上的親密關係，這種關係是來自於小時候對安全和保護的需求。人類訊息的處理與感官接收(sensory inflow)的核心控制有關，大多數感官的接收是在意識的覺知(Sanders, 1989)之外。Bowlby 認為，與所愛的人分離所引起心理上的痛苦是有益的，它能引起個體去尋找再連結，是一種身心的調整過程。Colin Murry Parks(1960)繼 Bowlby 之後，從事有關非典型(atypical)悲傷模式的臨床研究，從研究中他提供了詳細的悲傷過程。Parks(1972)稱「愛」是悲傷的代價，生活中的悲傷和快樂是一體的兩面，如果我們不能體會這一點，就無法為生命中的失落做準備。他對倫敦 22 位孀婦做相關悲傷研究後提出結論，認為悲傷本身相當於肉體的傷害，而這種肉體的傷害較其他形式疾病的傷害嚴重。失落可以說是一種「重擊」(blow)，就像肉體受重傷一樣。悲傷被視為主要的壓力源，在健康上有極深的意涵，因此，Parkes 被視為以生物學理論來探討悲傷的倡導者。George Engel (1961)也在

同年提出悲傷是疾病的觀點。

統合過去悲傷理論，大多從心理學和生物學二種觀點出發，近二十年來，新的學者如 Rosenblatt (1983)嘗試從社會脈絡的個人情感 (social context of private feeling)去探討悲傷，他認為要了解悲傷必須瞭解社會環境對失落會產生何種影響。Rosenblatt 認為如果社會體制未能對不同種族的哀悼習慣及儀式有敏感性，則社會支持系統及健康照顧體系所發揮的力量將減少。1991年 Worden 提出「任務論 (tasks)」認為失喪者的哀悼是必需的調適過程，如果喪親者要走出悲傷，就必須完成悲傷任務。1992年 Stroebe 提出「失去配偶的不足模式 (deficit model of partner loss)」，此模式根基於認知壓力模式，認為個人的壓力源自知覺到外在環境的要求與個人因應資源的失衡，個人在面對失落事件時，須評估外在要求與因應資源的互動對悲傷的影響，此理論強調因應資源的重要性(林家瑩，民 89)。1996年 Walter 打破「喪親者需要與亡者切斷連結關係才能走出悲傷」的觀點，提出以建構逝者傳記的方式 (constructing a biography of the dead person)或經由不斷的談論逝者，將是者重新整合於喪親者的日常生活中，並從檢視與逝者的關係中尋得意義(黃鳳英，民 87)。

國內學者蔡昌雄(民 88)對悲傷理論提出精神轉化的觀點，認為對失去某事物有悲傷與失落感是源於我們先前有意或無意的認定該事物具有某真實位階並賦予價值，當該事物消逝幻滅時，就會有虛無的感覺產生，此時經驗主體的悲傷、失落之感將會處於自我的真實與虛幻間擺盪不定，而任由「自我意識」作祟，自我意識扮演獨斷的角色，操縱著我們情緒的起伏，它試圖撫慰「受傷的」自我，但多半陷溺於自我封閉的意義系統中而無法自拔。作者以容格的心靈結構觀來解釋這種擺盪的困境，乃是因為其認識侷限在自我本位的立場所致。因此他在實存的層面產生的對應經驗要得到

轉化，就必須在認識上回歸到本我的層次才行。統合上述國內、外相關悲傷理論，研究者嘗試以圖表整合較重要的理論觀點如下(見表 1-1)：

表 1-1 悲傷理論

理論與觀點	相關學者	主要觀點描述
心理分析理論	Freud, Lindemann, Engal, Fenichel 等	以 Freud 為具代表性人物。悲傷是失落的反應，當失去至愛，原慾(Libido)將被解離而深感痛苦。悲傷被區分為情感和壓力兩種模式，且被視為是一種疾病。
心理分析-認知導向理論觀點	Bowlby, Parks, Pollock	在調適喪親者方面，加強認知功能和目標導向。Bowlby 的依附理論，從生物學觀點出發，認為人類有和他人發生強烈情感連結的傾向，若這連結被威脅或破壞時會產生強烈的情緒反應，悲傷是情感連結被切斷的反應與投射，對身體所造的傷害極大。
階段理論觀點	Parkes, Bowlby, Rando, Shuchter & Zisook, Stephenson	Parkes: 麻木、痛苦與尋找、沮喪、復原。Bowlby: 麻木、思念與尋找、解組與失望、重組。Rando: 六 R 模式。Zisook: 震驚、急性悲傷期、復原期。Stephenson: 反應、解組與重組、重新適應與恢復。
任務理論觀點	Worden	悲傷必須履行四項哀傷任務才能完成哀悼過程。1. 接受失落的事實 2. 經驗悲傷的痛苦 3. 重新適應一個逝者不存在的新環境 4. 將情緒的活力重新在其他關係上。
社會自我認知論觀點	Rosenblatt, Bolton,	失落事件破壞個體與死者間所扮演的角色，一旦要轉換角色，個體需作自我的調適。而社會支持系統與健康照顧體系將扮演重要角色。
不足模式理論觀點	Strobe	個人的壓力源自知覺到外在環境的要求與個人因應資源的的失衡，個人面對失落事件時，須評估外在要求與因應資源的互動對悲傷的影響，此理論強調因應資源的重要性。
精神轉化的觀點	蔡昌雄	失落與悲傷感源自「自我意識」的作祟，遭遇悲傷事件時，悲傷失落之感將會處於自我的真實與虛幻間擺盪不定，為轉化不定的擺盪，就必須在認識上回歸到本我的層次才行。

參、悲傷反應

悲傷反應係指遭遇失落時所常見的許多感覺和行為(連廷嘉，民 87)。個體會因其成長經驗、身心狀況、處理壓力的技巧、過去傷慟的經驗，以及與故人的關係、社經地位和支持系統，對傷慟呈現不同的哀傷反應(高淑芬 和 李明濱，民 80)。悲傷反應一般可分正常的(Normal)悲傷和異常(Abnormal)的悲傷(Worden 1991)，兩者的區分視哀痛的嚴重程度和持續時間而定(陳映雪，民 79)。

一、正常的悲傷反應

對失去至愛的人而感到悲傷是正常的反應，有些悲傷反應症狀是相對的。例如生氣與冷淡；體重減少和體重增加；腦海中壓抑和縈繞(preoccupation)對死者的記憶；丟棄或珍惜他們的財物等等(Lindemann，1944)。Lindemann 將悲傷反應分身體與心理症狀二部分，其症狀有：哀聲嘆息，缺乏體力，消化系統的毛病，經常想著死者的影像，罪惡感(例如：為自己的疏忽自責、誇大極小的疏忽)，對他人懷有敵意和失去活動的次序(例如：不停地講話、不休息、缺乏熱心、人際關係出問題等)。

學者在探討相關悲傷病理學文獻(Bowlby，1981; Clayton et al., 1968; glick, Weiss, & Park, 197; Marris, 1958; Parks 1965)及相關心理測驗工具對悲傷者所做的測試中(Faschingbauer, DeVaul, & Zisook, 1977; Jacob, Kosten, Kasl, 1986; Zisook, DeVaul & Click, 1982)證實了 Lindemann 對悲傷反應的論述，不少學者以 Lindemann 為基礎，對正常悲傷症狀做更進一步的擴充(Stroebe, & Stroebe, 1987)。Stroebe(1987)彙整他們相關的悲傷反應文獻，將悲傷反應症狀

區分為：情緒(affective)、行為的顯現(behavioral manifestations)、認知上的傷害(cognitive impairment)、對自我和死者以及環境的態度(attitudes toward self, the deceased, and environment)、生理的改變和身體的抱怨(physiological changes and bodily complaints)五個面向(見表 2-1)。近代學者 Worden(1991)將悲傷反應歸類為感覺(feeling)、生理感官知覺(physical sensations)、認知(cognition)、行為(behaviors)(見表 2-1)四類。Sanders(1999)在其悲傷統合理論中，述及悲傷的五個階段，每個階段都詳細說明悲傷反應的症狀，包含一般性描述(general description)、生理症狀(physical symptoms)、心理面向(psychological aspects)三類(見表 2-2)。

綜上所述，學者對悲傷反應的歸類並不一致，有些反應特徵的類屬模糊而難以區分，例如嘆氣要歸屬情緒或者行為？哭泣要歸屬情緒或者生理？其實從廣泛的角度來看，心理包含認知和情緒，生理的症狀往往是情緒的反應，而外在行為的表現多源自內在認知的外顯。Harre 指出很多情緒都是在身體有反應時才會被喚醒，這些情緒，通常是有意圖的，會展現在象徵性的行為中，而行為則深受文化習俗所影響(引自林家瑩，民 88)。因此生理、心理、行為、認知、情緒之間的關係是綿密的。悲傷反應的分類是否一致並不必定重要，不論以生理、心理及行為區分也好，情感、認知、情緒、態度歸類也罷，只要能將悲傷反應的所有症狀都能歸到適當的位置，使治療人員能清楚悲傷反應的範圍，以利工作的進行就是最好的區類。

表 2-1 Strobe and worden 悲傷反應統合表

Strobe	Worden
<p><u>A 情緒</u></p> <p>沮喪 焦慮 責備 生氣和敵視 興趣缺乏 寂寞</p> <p><u>B：行為反應</u></p> <p>心神不安定 疲憊 哭泣</p> <p><u>C：態度</u></p> <p>自我責備 不自重 無助，無希望 不真實感 疑神疑鬼 人際問題 對死者的態度</p> <p><u>D、認知傷害</u></p> <p>思想與專心變遲緩</p> <p><u>E、生理的改變與身體的抱怨</u></p> <p>食慾障礙 睡眠失序 失去能量 抱怨身體 抱怨疾病 藥物改變 對生病及死望敏感</p>	<p><u>A 感覺</u></p> <p>悲哀 憤怒 愧疚與自責 焦慮 寂寞 疲憊 無助 驚嚇 苦苦思念 解脫感 輕鬆 麻木</p> <p><u>B、生理知覺</u></p> <p>胃部感到空虛 胸部緊迫、喉嚨緊緊的 對聲音敏感 人格解組感：“我走在街上，覺得街上的東西沒有一件真實的，包括我在內。” 氣喘喘的，呼吸緊迫 肌肉軟弱無力 缺乏能量、口乾</p> <p><u>C：認知</u></p> <p>不相信 困惑 腦子佔滿對死者的影子 感到死者還存在著 幻覺</p> <p><u>D：行為</u></p> <p>睡不安穩 食慾障礙 行為失序 社會退縮行為 夢到死者 避免提及死者 尋找與呼喚 嘆氣 不安的，過動</p>

表 2-2 Sanders 悲傷反應

一般描述	生理症狀	心理面向
<p>A:階段一 哀傷的衝擊</p> <p>不相信 迷惘 心神不定 退縮無助 驚慌</p>	<p>A:階段一 哀傷的衝擊</p> <p>口乾舌燥 嘆息 肌肉鬆弛無力 流淚 無法控制的發抖 驚駭 失眠 食慾不振</p>	<p>A:階段一 哀傷的衝擊</p> <p>自我中心導向 腦子都被死者所佔滿 心理上冷淡</p>
<p>B 階段二 覺知失落</p> <p>分離的焦慮 矛盾 行動上超出情感的期待 壓力的拖延</p>	<p>B 階段二 覺知失落</p> <p>思念 哭泣 生氣 愧疚 挫折感 羞愧 睡不安穩 害怕死亡</p>	<p>B 階段二 覺知失落</p> <p>過份思念 找尋 否認與不相信 感覺死者還存在 作夢</p>
<p>C:階段三 恢復與退縮</p> <p>退縮 失望 社會支持縮小 無助</p>	<p>C:階段三 恢復與退縮</p> <p>虛弱 疲憊 需要更多的睡眠 疫系統虛弱</p>	<p>C:階段三 恢復與退縮</p> <p>冬眠期或保持目前模式 過份的回顧 悲傷工作 轉折點</p>
<p>D:階段四 恢復中</p> <p>轉折點 採取控制 個人的再建構 角色終止</p>	<p>D:四段三 恢復中</p> <p>身體恢復中 體力增加 睡眠恢復正常 免疫系統恢復</p>	<p>D:階段四 恢復中</p> <p>寬洪大量 不去想 尋找意義 關閉循環的動作 希望</p>
<p>E:階段五 重生</p> <p>新的自我覺知 接受責任 去學習失去逝者的生活過程</p>	<p>E:階段五 重生</p> <p>恢復生氣 機能穩定 為身體需要而照顧自己</p>	<p>E:階段五 重生</p> <p>為某人而活 週年紀念日的反應 寂寞 走出來 悲傷過程時期</p>

二、正常悲傷的復原過程及其影響因素

(一)悲傷的復原歷程

喪親者會通過數個可被證明為相同的階段或時期來調適失去逝者的生活方式(Hughes, 1995)。這種調適階段或時期，從 Pollock(1961)的兩種到 Westberg (1973)的十種不等(引自 Hughes, 1995)。其中包括 Engle(1961)的六個階段；Park (1972)的四個時期，Bowlby(1980) 區分悲傷為四個階段； O' Connor (1984) 把悲傷任務併入悲傷的四個階段內；Sanders (1989)提出五階段論；Worden (1991)認為喪親者需通過四個悲傷任務才能走出悲傷。Shuther and Zisook (1993) 提出悲傷的「多重面向模組(multidimensional model)」，以防止人們視悲傷歷程是靜態的、線性的(linear)。Rando (1993) 對創傷性的哀傷提出六R理論，認為哀傷者需完成這六個階段，否則會形成悲傷延長的原因(Sanders, 1999; 吳秀碧，民88)。最近 Stroebe 和 Schut (1996) 對悲傷歷程有不同的看法，他們提出”雙重歷程模式(Dual process model, DPM)理論”，此理論立基於兩種觀點，一為失落導向(loss orientation)，內容包含悲傷工作(如：內心充滿死者，反覆思念死者……)，另一為復原導向(Restoration orientation)內容包括向死者保證學習扮演好悲傷任務和角色(如：調整生活型態，因應每一天的生活，從痛苦的思維中建立新的意義……)，Storbe 和 Schut 認為喪親者應從悲傷的情緒中休息一下，否則會崩潰。他們提出四個復原導向的任務(引自 Payne, Horn & Relr, 1999)。綜上所述，學者對悲傷復原歷程有以時期、階段論之，有以任務模式論述。研究者就重要學者所述悲傷復原階段與任務模式整合如下表。(見表 2-3)

表 2 - 3 悲傷復原歷程的階段或任務

學者	階段、任務
Pollock	1.急性期：震驚，悲傷，分離。 2.慢性期：(修復期)
Engel	1.震驚和不相信。 2.發展覺知。 3.恢復。 4.解決失落。 5.將事物理想化。 6.結果。
Parks	1.麻木。 2.尋找和痛苦。 3.沮喪。 4.復原
Bowlby	1.麻木。 2.思念與尋找。 3.解組與失望。 4.重組。
O' Connor	1.打破舊的習慣。 2.開始重組生活。 3.尋找新的關愛對象或朋友。 4.完成再調適。
Sanders	1.震驚。 2.覺知失落。 3.恢復與退縮。 4.恢復中。 5.重生。
Worden	1.接受失落的事實。 2.經驗悲傷的痛苦。 3.適應逝者不存在的新環境。 4.重新安置逝者於適當的位置上。
Rando	1.認知失落。 2.對分離反應。 3.回憶和再體驗死者和關係 4.對死者的關係和假設性環境的依附能放手。 5.能不忘記過去而再適應，順應地走向新的環境。 6.再投入。
Shuchter and Zisook	1.情緒和認知的反應。 2.因應情緒的痛苦。 3.與死者保持連續關係。 4.機能的改變。 5.關係的改變。 6.意義的改變。
Strobe and Schut	1.從悲傷中休息。 2.去學習適應死者不在的環境。 3.去發展新的角色和人際關係。 4.接受世界已改變的事實。

悲傷歷程的建立，並不是忽略個人悲傷反應的差異性去固定 (fixes) 每一階段所出現的悲傷反應，也不是要迫使照顧人員嚴格的配合這些階段的反應，他只是用來作為諮商人員一般的指引方向 (Sanders 1999)。沒有任何人喪親之後的反應是完全相同的，悲傷所需經歷的時間也因人而異 (黃鳳英，民 87)。我們不能也不必把這些歷程套在任何的喪親者身上，認為他們應該進入某個階段或應有某些反應。當我們談及一般的悲傷過程時，應該瞭解到悲傷是一連續的重複經驗 (Stephenson, 1985)。

Sanders (1999) 指出悲傷過程沒有切確的開始和停止點，它是一個自由流動 (free-flowing) 的過程，在這個時期 (phase) 所出現的症狀，會在另一時期重複出現，因此，她稱這個過程為時期 (phase)，而不稱之為階段 (stage)。許多學者提出不同的悲傷階段或任務來界定悲傷歷

程，其目的應是讓諮商者或治療者從瞭解喪親者一般的相似狀況中知道喪親者的多數需求，以更有效的方法和技巧協助喪親者走出悲傷。

(二)影響悲傷復原的因素

有關悲傷復原的影響因素，國外學者已有相當程度的探討。Sanders (1999)認為個人內在的力量或心理的健康是緩和悲傷反應的本錢，她區分影響悲傷反應的因素為外在(社會支持....等七項因素)與內在(年齡、性別.....等六項因素)兩種。在悲傷的過程中，這些因素如何的介入將可能產生三種不同的結果。(一)為決定過新的生活 (二)決定不改變原來的生活，認為逝者只是暫時出遊 (三)屈服於悲傷而導致生病或死亡。Stroebe and Stroebe (1987)將影響悲傷因素歸因於個人的(Personal)和地位的(Institutional)變化，個人變化因素進一步區分為社會人口因素和個人因素。地位變化因素也再區分為失落前的影響因素、死亡模式和失落後的影響因素三種。Stephenson (1985)認為(1)與死者的親屬關係；(2)死者的地位；(3)個人的個性和情緒；(4)過去的失落經驗是其影響相因素。Parkes (1996)將影響因素歸類為三類，分別為(1)失落前因素：包括與逝者之間的關係、童年的失落經驗、最近的失落經驗、死亡模式、失喪前的精神疾病、喪親者生活的危機；(2)失落發生時：性別、年齡、個性、社會地位、宗教、影響悲傷的文化和家庭因素；(3)失落發生後：社會支持或孤立、次要的壓力、緊急生活的機會。Worden (1991)也舉出六個影響悲傷反應的因素。分別為(1)與逝者的關係；(2)與逝者之間的依附關係；(3)失落發生的情境；(4)過去的經驗；(5)人格因素；(6)社會因素。

綜上所述，學者對影響悲傷復原的因素，其歸類或有不同，然其所敘述之因素頗有雷同或重疊之處，研究者參考前述學者文獻，對影響悲傷復原歷程的因素予以歸類統合如下表(2-4)：

表 2-4 影響悲傷復原歷程因素

內在個人因素：	外在因素
年齡。 性別。 個性。 社會地位。 與逝者的親屬關係。 與逝者的依附關係。 先前的健康狀況。 先前的失落經驗。 宗教信仰。 喪親者生活的危機。	失落發生的情境。 死亡模式。 社會支持或孤立 緊急生活的機會。 文化和家庭因素。 失落發生的情境。 國情。

三、不正常的悲傷

如前所述，失落後所產生的悲傷歷程是必要的經驗，對大多數人來說，若有親友或社會的關懷扶持，哀傷歷程會隨時間的推移而逐漸完成(梅當陽，民 88)。但喪親者如果在經歷悲傷的過程中受到前上所述內在或外在因素的干擾，以致無法完成悲傷歷程，將會產生不正常的悲傷。Lindemann (1944) 認為病態的悲傷和悲傷復原所需的悲傷工作 (grief work) 有很密切的關連性，如果無法通過悲傷工作，將會造成病態性的悲傷反應。

在經歷階段性模式的正常悲傷歷程中，悲傷被扭曲、誇大或脫離，我們稱之為「不正常 (Abnormal) 的悲傷」(Worden, 1991)、「病態的 (Pathological) 悲傷」(Park and Weiss, 1983; Stroebe and Stroebe, 1987)。除此之外，或稱「複雜的 (Complicated) 悲傷」(Sanders, 1999)、「非典型的 (Atypical) 悲傷」(Jacobs & Douglas, 1979)、「未解決的 (Unresolved) 悲傷」(Zisook & DeVaul, 1985) 等等。喪親者的健康在失喪後的第一年會持續遭受損傷，我們稱之為「不好的結果 (Poor outcome)」，這種結果隱含著喪親者在正常的悲傷過程中有負面、

失敗的內涵(引自 Rayne, Horn & Relf, 1999)。Rayne 較喜歡稱悲傷為單純(Uncomplicated grief)的悲傷或複雜的(complicated)悲傷。

目前不正常悲傷的類型以悲傷反應的方式表示。例如：「慢性悲傷」，「病理性的悲傷」或「延遲的悲傷」(Sander, 1989)。Parkes (1965)將不正常哀傷反應形式分為三類：(1)慢性的悲傷反應；(2)延遲的悲傷反應；(3)抑制的悲傷反應。1983年 Parkes & Weiss 提出不正常悲傷有非期待性、矛盾性或慢性的症候群，這些症候群歸類於延遲性的悲傷反應中。Worden (1991)也提出四種不正常悲傷反應的形式，分別為(1)長期性的悲傷反應；(2)延宕性的悲傷反應；(3)誇大性的悲傷反應；(4)改裝過的悲傷反應。Rando (1993)統合相關文獻將複雜性悲傷反應歸為七類如下：

- (一)沒有(absent)哀傷：例如：某些傳統社會文化禁止父母對兒女的死亡悲傷。
- (二)延遲的(delayed)哀傷：當失落發生時，因某種因素無法抒解悲傷情緒，當該阻擾因素消失時，才產生悲傷反應。
- (三)抑制(inhibited)的哀傷：把哀傷藏起來，不承認自己的哀傷，這種情形往往會造成酗酒或藥癮。
- (四)扭曲(distorted)的哀傷：例如：過渡的釋放自己，放逐自己；或過份思念逝者，模仿死者生前的習慣或語言。
- (五)矛盾的(conflicted)哀傷：如死者久病，當死亡發生時，親人有放鬆或解脫的感覺，但時間一久便陸續產生罪惡與憂鬱感。
- (六)非預期性(unanticipated)的哀傷：常見於意外死亡，親人無法接受事實而產生麻木沒有哀傷的感覺，這種情形若延宕過久，將無法進入其他哀傷歷程。
- (七)慢性的(chronic)哀傷：當失落發生時，沒有明顯的哀傷反應，但過一時間以後，悲傷反應陸續顯現。

第二節 悲傷治療相關文獻探討

壹、悲傷治療的概念

「悲傷」是人類面對失落時的自然反應，悲傷反應的症狀，依個人內在及外在因素的影響而有差異，一般表現在生理、情緒、行為及認知上。Worden(1991)認為喪親者在經驗失落之後，為了重建平衡並完成哀悼過程，必須完成特定的哀悼任務。大部分的人都能調適並通過哀悼任務，但少部分的人仍無法擺脫悲傷，此時就需要輔導人員的介入。如若喪親者的悲傷轉為不正常的悲傷時，就需要有專業的治療人員協助他們走出悲傷(Cook & Dworkin 1992)。對喪親者的協助方式，一般分為兩種，一為悲傷諮商，另一為悲傷治療。當我們考慮如何減低或解決喪親者的悲傷反應時，很重要的一點就是必須去釐清悲傷諮商與悲傷治療的處遇範圍、對象和目標的差異，以利在最適當的時機，提供最適當的方法，使喪親者得到最好的照顧。

貳、悲傷諮商與悲傷治療的範圍、對象與目標

一、悲傷諮商(Grief counseling)

Worden (1991)界定悲傷諮商為：「在合理的時間內，幫助喪親者觸發(facilitate)非複雜性，或正常的悲傷，使他們能在健康的情況下完成悲傷任務。」Raphael 指出：「對有失喪背景者，諮商是普遍的支持，提供人們慰藉和照顧，使其承認和促進正當性的悲傷(引自Stroebe & Stroebe, 1987)。」

悲傷諮商的目標在於幫助喪親者完成與逝者未完成的事情，並與

死者做最後道別 (Worden, 1991)。其目標如下：(1)增加失落的真實感。(2)幫助當事人處理已表現和未表現出來的情感。(3)幫助當事人克服為適應失落過程所遭受的不同障礙。(4)鼓勵當事人與死者做正式的道別，並坦然面對新的生活。

二、悲傷治療(Grief therapy)

Cook & Dworkin (1992) 認為悲傷諮商服務在任何的處遇程序中是個很有幫助的組構成份，但如若複雜的悲傷產生時，悲傷治療就必須適時的加入。所謂複雜的悲傷，一般包含(1)當事人有個人的、延發性的、或情緒性的問題，這些問題是先前所發生的危機未處理好而在現在一一浮現出來；或者(2)失落的情況是不平常的，例如：自殺、AIDS、戰爭死亡而造成複雜性的悲傷。Worden (1991)指悲傷治療是以特別的技巧幫助有不正常或複雜悲傷反應的人，適用範圍包括：(1)過長的悲傷所呈現出來的悲傷反應；(2)悲傷反應顯現在身體和行為的症狀上；(3)悲傷反應以誇大的方式顯示出來。總而言之，悲傷治療的目標在解決病態的悲傷，化解分離的衝突並催化悲傷任務的完成，要解決這些問題，喪親者必須去面對之前所逃避的想法和感覺。治療師為了成功的悲傷工作，需提供社會支持系統，重要的是要允許喪親者悲傷(Worden, 1991)。

綜上所述，悲傷諮商的範圍是指一般正常的悲傷反應；悲傷治療則屬不正常或複雜的悲傷反應。悲傷諮商的對象是針對喪親時間較短，正處於經驗悲傷歷程中的人，諮商的介入得以幫助他們順利完成悲傷任務；悲傷治療大多針對有強烈悲傷反應，或有延緩、扭曲、及過久悲傷反應的人，治療的介入得以協助他們解決阻礙通過悲傷歷程的因素，完成哀傷任務。悲傷諮商與悲傷治療各有其不同的目標取向。但雖然學者試圖努力想提供一種操作性的標準，到目前為止還是

沒有流行疫學的研究來定義病態的悲傷(引自 Stroebe & Stroebe, 1987)。「哀傷」的問題無明確的操作型的定義，很難去界定正常的哀傷和需要治療的異常哀傷(吳秀碧，民 88)。

Goodall et al. (1994) 提供區別悲傷諮商和悲傷治療二者介入的差異情形：(一)諮商使用基本的技巧，主動而積極的去傾聽；(二)相反的，悲傷治療是運用更寬廣深入範圍的技術和技巧；(三)悲傷諮商傾向個別的輔導，悲傷治療則個別或團體治療都使用；(四)悲傷治療適合於當喪親者的悲傷已陷入膠著(stuck)狀態時。Cook & Dworkin 表示悲傷諮商與悲傷治療兩者具有互換性，且兼有許多重疊的地方。如何界定二者，最初的處置建議、後續的介入以及臨床治療師的訓練是重要因素。因此，一個悲傷案件，是否需要特殊的治療技術來處理，或以諮商方式來減輕喪親者的悲傷，專業知識的判斷是不可或缺的(Stroebe & Stroebe, 1987)。

參、悲傷反應的身心疾病與悲傷治療的介入

一、悲傷與憂鬱症等身心疾病：

美國醫學會(American Psychiatric Association, 1987)

所編定的《精神疾病診斷統計手冊》(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-III-R)提出報告，悲傷和憂鬱症的病徵有許多相同的地方，例如：兩者皆有沮喪、罪惡感、對活動缺乏興趣、絕望、自殺的想法、缺乏能量等(Cook & Dworkin, 1992)。悲傷在 DSM-III-R 中被列為 V 碼，表示雖非屬於精神疾病卻需要注意或治療的狀況。雖然悲傷不被視為精神疾患，但悲傷反應常有重度憂鬱症

狀產生(吳秀碧，民 88)。Karam 發現就醫的重憂鬱患者中有 25.7% 的患者，其發作原因與悲傷有關。而且因悲傷而導致的憂鬱症狀與其他憂鬱症無論在發作、再發性、發作年齡、功能異常等均無差異(引自吳秀碧，民 88)。研究發現喪偶一年仍有 25% - 50% 的人有某種程度的憂鬱症，40% 的人至少有一種焦慮性疾病，這些人或多或少帶有憂鬱症狀(高淑芬 & 李明濱，民 89)。

許多文獻研究悲傷對疾病和死亡率的影響，發現悲傷不僅會造成心理上的疾病，也會造成生理疾病(Worden, 1991)。Parkes(1964)對 44 位患者做喪親前和喪親後的就醫記錄分析，發現喪親後因身體毛病就醫比例是 3.6%，遠高於喪親前就醫比率的 2.2%。Jacob (1993) 估計約 20% 傷慟者會發展成病態性悲傷，這些哀傷會潛抑而轉化成精神疾病或身體化疾病(引自張達人等，民 87)。Bower(1997)指出根據研究，劇烈性的失喪將影響免疫性細菌的功能。加州大學精神病學者 Zisock 指出：「創傷性的失喪很可能是導致嚴重健康問題的條件。」(引自 Bower(1997)。Engal 認為悲傷不僅僅是個體強烈的痛苦狀態，它還結合著心裡與肉體疾病增加的危機(引自 Averill & Nunley, 1993)。由以上文獻的探討顯示，悲傷是人類面對失落時的自然反應，此種正常反應症狀和憂鬱症有許多相似之處，大多數的人可自行痊癒，但仍有部分的喪親者無法自行走出悲傷而造成非正常性的悲傷反應，此種非正常性的悲傷反應會造成身體與心理疾病，需要專業人員適時的協助與治療。

二、悲傷治療的診斷與治療方法

(一)、悲傷治療的診斷

病態性悲傷的診斷，方法有二：一為求診者自行判斷，另一為由治療師有技巧的從求診者心理及生理問題中判斷(Worden, 1991)。一

般治療師測定悲傷反應的工具是《精神疾病診斷與統計手冊》DSM-III-R(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), DSM-III-R 是標準的精神健康診斷手冊, 它以多種的方式說明失落的問題(Cook & Dworkin, 1992)。用於失落的內容包括：(1)非複雜的悲傷(uncomplicated bereavement)；(2)適應障礙(adjustment disorder)；(3)重度憂鬱症(major depression)；(4)創傷後症候群(post traumatic stress disorder)。

但 DSM-III-R 認為悲傷症狀屬正常的悲傷, Sanders(1999)說：「也許他們(DSM-III-R 製作者)對病理性悲傷的認定是：其他像焦慮或憂鬱症之類的病症」。目前為止, 在臨床及研究環境上, 沒有一個標準的哀傷評估標準, 要建立一個有效的悲傷測量是十分困難的, 因為悲傷反應評估的標準包含許多層面(例如：認知、情緒、生理與社會), 而且這些層面會隨者時間的流逝而改變(Stroebe & Stroebe, 1993)。目前認為有效的評估工具也有問題, 像悲傷反應本身的結構和其他相關的建構(例如：憂鬱症、生理健康情況和情緒性狀況)頗有重疊性, 而且悲傷反應評估的標準對一般文化的考量或把範圍延伸到家庭系統的衡量並沒有考慮到(Stroebe & Stroebe, 1993)。

除了運用一些測驗量表(MMPI, GEI)之外, Lazare 提出辨識未解決悲傷反應的線索如下, 可做診斷病態悲傷的參考(引自 Worden, 1991)：

- (1)在會談中不能提到死者, 否則會產生強烈的反應。
- (2)一些小小事情就會引起強烈的悲傷反應。
- (3)在診療的會談中會出現失落的話題。
- (4)患者不願移動屬於死者的東西。
- (5)在檢查患者的診病記錄時發現有產生與死者相同病症的情形。
- (6)親人死亡後生活有重大改變, 例如與朋友不往來。

- (7)表現出長期的憂鬱。
- (8)有模仿死者得衝動。
- (9)自毀的衝動。
- (10)每年的某特定時間會有不可理解的悲傷反應。
- (11)對引起死者死亡的相關疾病產生恐懼。
- (12)若患者有重大失落事件，要瞭解失落當時的背景情況，治療師才能判斷是否有未解決的悲傷。

(二)、悲傷治療的方法

悲傷治療是一種催化劑，必須具備改變當事人內心深處的認知與情緒的需求，為了有效治療，悲傷治療師必須深黯(1)人類成長心理學；(2)人是如何改變的；(3)在治療過程中治療師所應扮演的角色；(4)兒童與成人的精神病理學；(5)悲傷治療師自己本身的問題以及與當事人互動時可能的影響(Cook & Dworkin, 1992)。病態性的悲傷反應，例如慢性的悲傷，延遲性的悲傷，抑制的悲傷等，其反應各有不同，因此治療的方式也就有異(Stroebe & Stroebe, 1993)，延遲的悲傷反應或沒有悲傷反應的處遇方式是找出否認延遲或沒有悲傷的原因，再運用適當之心理治療方式，幫助喪親者認清失落的事實。這類反應的人，以再次經驗悲傷以及儀式的舉行較適合；抑制性的悲傷，其治療方式牽涉到由心理治療去處理喪親者的矛盾心理與死者的依存關係，建議使用一般的悲傷過程架構，如重新經驗 Worden(1991)的四項悲傷任務。另 Horowitz et al. (1984)所提出的心理治療歷程以及完形治療，可導引當事人哀傷，以及完成哀傷工作，也適合治療抑制性的悲傷；至於慢性的悲傷其治療方式可考慮使用 Horowitz 的治療方式以及行為治療法(Stroebe & Stroebe, 1993)。Worden(1991)認為空椅法及角色扮演是最常使用的治療技巧。Rayne & Horn (1999)表示用於悲

傷治療的主要方法有精神動力(Psychodynamic)治療以及認知行為(Cognitive-behavioural)療法。Stroebe & Stroebe, (1993)主張精神療(Psychotherapy)法以及行為(Behavioral)療法。Savage, (1995)指出意義治療(Logotherapy)、心理教育方案(Psychoeducation program)、建構治療(Construct therapy)、遊戲治療(Play therapy)、認知治療(Cognitive therapy)以及發洩療法(Abreactive therapies)對悲傷的治療都是有用的。Sanders (1999) 提出數種方法：當事者中心(Client centere)治療、心理分析(Psychoanalytic)法、實存人本(Existential-Humanistic)法、完形(Gestalt)療法、行為(Behavior)療法、再哀傷(Regrief)療法、自我催眠(Self-hypnosis)法與冥想(Medications)療法等。

治療者各因不同的理論基模以及治療訓練，所使用的治療方法與技巧自有差異。但重要的一點就是，無論所使用的理論基礎為何，治療者必須瞭解悲傷是一種過程(process)而不是狀態(state) (Sanders, 1999)。沒有任何一種悲傷治療的方法特定適用於某個案，治療者必須採取更多折衷的方法，技巧的變化必須適應喪親者的需要 (Sanders, 1999)。總言之，對病態性悲傷治療的準則，Raphael(1975)認為就是如 Lindemenn 所提出的：「把病態性的悲傷改變(convert)為正常性的悲傷。」

三、悲傷治療的介入方式

悲傷治療介入的目的是要幫助喪親者適應失落，並走出因逝者所導致的罪惡與憤怒感覺的幽谷，在喪親者悲傷歷程中予以支持是有效的，但介入的時間與型式是有待商榷的議題(Savage, 1995)。一般悲傷治療的介入方式有二種，一為個別治療，一為團體治療。悲傷治療通常以一對一的方式在辦公室內進行，同時不排除以團體治療方式進行

(Worden, 1991)。個別治療的第一步是和當事人訂立契約，並設定療程。一般療程為八至十次，視當事人情況而定，每週一次，但密集的會談有時更有效果。(Worden, 1991)。個別治療介入的方法，小孩多利用角色扮演，遊戲治療以及說故事的方式，成人則以寫作及音樂治療為主(Cook & Dworkin, 1992)。個別治療的優點在於能適時掌握當事人的需求及反應 (Cook & Dworkin, 1992)。團體治療的特點是以團體的運作方式介入治療，Yalom (1985) 指其特點如下(引自 Cook & Dworkin, 1992)：

(一)希望的滲入 (instilling hope)

當事人會從治療者身上或觀察其他團體成員的進展中對自己產生信心。

(二)共通的經歷 (universality)

在團體中自己所經歷的痛苦，在其他團體成員中可以看的到，因此不覺得自己是瘋狂或孤單的。

(三)資訊的引導 (information)

為了評估自己存在的意義，當事者會在團體所提供的資訊中去適應自己，在治療過程中學習忍耐和期待未來。

(四)利他與自利 (altruism and self-efficacy)

渴望被覺得需要或重要，是基本的心理健康，團體治療允許每位成員去體驗彼此被需要的感覺，覺得自己是有能力而且有用的人。

(五)發展社會化的技巧 (developing socializing techniques)

團體治療提供機會讓成員彼此分享、回饋，從彼此的互動中學習和他人相處的方法。

(六)重述主要的家庭團體 (recapitulating the primary family group)

團體間的互動，能提供成員去瞭解他們原生家庭 (Family of Origin)的機會，去發掘一個能依循的適應型態，知道什麼會幫助或什麼會阻撓悲傷的歷程。

(七)模仿的行為 (imitative behavior)

當事者會在觀看其他成員的治療行為中成長自己和治愈自己。模仿是一種有力的學習工具。

(八)人與人之間的學習(interpersonal learning)

人與人之間的互動關係教我們知道我是誰？如何去操作這個世界，在團體中每一成員將很自然的去扮演自己的角色，從中去檢視自己以及從新定位自己。

(九)團體的凝聚力(Group cohesiveness)

團體是分享自己以及接受別人內心情感世界的地方，它連結著彼此，這種連結允許我們接受彼此的感受，能使痛苦得到解決。

(十)淨化作用(catharsis)

在悲傷的過程中，強烈的情緒表達對身心具釋放作用，但須配合其他輔助治療。

(十一)檢視實存的問題 (examining existential questions)

其中包括對生命意義的檢視，認知生命本來就不公平的，不論多親密的人，終究要面對孤單，對自己的生活我們必須要負責任。

由以上團體治療特點觀之，團體治療可協助喪親者表達失落感並釋放情緒，改變認知，面對現實，以適應新的生活。

四、悲傷治療結果的評估

Worden (1991)認為評估的方式有三種：

(一)當事者主觀的經驗

當事者完成治療過程後主觀的報告自己和以前不同。他們提到自尊心提昇了，罪惡感減少了。其他如對逝者正面的感覺增加，敢面對逝者。

(二)當事者行為改變

許多當事者的行為無須提醒就可以看的出來已經改變了。他們停止尋找逝者，也回到社交關係，重新建立新的人際關係。當事者之前迴避不去的宗教活動也開始參加了。

(三)症狀減除

病症的解除也是測量悲傷治療效果的標準，例如接受治療前有生理或心理上的毛病，現在有解除或緩和的現象。研究顯示，高危險群的喪親者經支持性的協助後，他們的健康已獲改善 (Parkes, 1980)。Raphael(1977)發現專業諮商人員的介入減少了菸酒以及精神藥物的消耗。經由當事者主觀的敘述和病症解除的情形，可以很明確的證明悲傷治療效果 (Worden, 1991)。

第三節 催眠與催眠治療

壹、催眠的定義及其內涵

一、催眠的定義及特徵

到目前為止，催眠的定義還沒有放諸四海皆準的答案。翻閱相關催眠資料，不同的催眠師或研究者對催眠的建構或催眠狀態的解釋見解不一。或說催眠是「一種意識的改變狀態」；是一種特殊「深度的專注」；「腦電波處於 α (Alpha)狀態」；「腦電波處於 θ (Theta)狀態」；是一種「社會的依從」「期待角色的實行」……等等。(O'Connell, 2001)。研究者引述幾位心理學者及催眠領域專家的論述來說明催眠的意涵。張春興，(民 80)認為催眠(hypnosis)是一種類似睡眠而實非睡眠的意識恍惚狀態。此種恍惚的意識狀態，是在一種特殊情境之下，經由催眠師的誘導而形成的。劉焜輝，(民 86, B)認為催眠指當事人接受治療者所發出的特殊的心理學或生理學之操作，很容易被暗示，並且只集中注意於治療者給予的暗示，呈現與平常迥異的特殊意識，因而容易引起變態心理學上的許多現象，這種狀態稱為催眠。Erickson認為催眠是從一個意識到另外一個意識情境的狀態，而且一直持續在這個狀態中，或從一個意識到潛意識的狀態(引自王金石，民 88)。催眠是從一個意識掉入潛意識狀態，是一種深度的感官轉化(王金石，民 88)。

張春興(民 80)認為在催眠狀態下受催眠者的心理上有下列七種特徵：(1)主動性反應減低；(2)注意層面趨窄化；(3)舊記憶還原現象；(4)知覺扭曲與幻覺；(5)暗示接受性高；(6)催眠中角色扮演；(7)催眠中經驗失憶。Hilgard, R. (1965) 也指出七點催眠的特徵(參考劉焜

輝，民 86, B)：

(一)、計畫功能低落(Subsidence of the planning function)

被催眠後，自主性與行為意念減少，缺乏自己去擬定計畫並訴諸實現的意念。

(二)、注意力趨個別化(Redistribution of the attention)

被催眠者注意力會集中於催眠者，對他人的聲音則不去反應。

(三)、過去視覺記憶的獲得及生產性幻覺的提昇(Availability of visual

memories from the past, and heightened ability for phantasy-production)：催眠狀態下，想像活動會更活躍，過去的記憶可以用視覺的心像重現出來。催眠狀態下的記憶是再生的(reproductive)，視覺記憶的喚起和視覺想像的活動比醒覺狀態時更清楚而明瞭。

(四)、現實分析能力的減低

催眠狀態下，現實性將減低而造成現實扭曲。例如記憶錯誤，知覺曲解，人格轉變等。

(五)、暗示性接受度增高(Increased suggestibility)

催眠誘導的主要基礎是暗示，被催眠者的行為大部分是經由催眠者的暗示去行動。催眠中的角色行為(role behavior)：被催眠者會接納並扮演催眠者所暗示的角色。例如：暗示被催眠者現在是小學生，被催眠者會表現出小學生的模樣和語氣。

(六)、催眠狀態中經驗事件的失憶(Amnesia for what transpired within the hypnotic state)

即當催眠師暗示被催眠者在醒來後會記不起催眠時的情形時，被催眠者醒後會忘記催眠時的內容。

二、催眠的理論基礎

催眠理論(theory of hypnosis)是指對催眠現象的學理性系統解釋(張春興, 民 80)。經由研究證明, 催眠是一種特殊的意識狀態, 唯催眠狀態究係如何形成, 又催眠狀態究竟代表何種心理歷程, 心理學家尚難提出系統性理論(張春興, 民 80)。

十八世紀晚期, 法國貴族醫生 Franz Anton Mesmer 創「動物磁力論(animal magnetism)」認為催眠現象的發生是源於催眠者體內的磁場流入患者身體所致。Mesmer 開啟催眠學術研究之門。十九世紀初英國外科醫師 Braid, J. 發表「神經催眠學(Neurhypnology)」一書, 認為催眠現象乃受試者的心理效果。早期另有催眠現象研究者相信催眠是「意識的改變狀態」, 而這種「特殊的」現象是被催眠者所展示出來的, 一旦被催眠者被引導進入催眠狀態, 就會逐步的接受每一個暗示, 這種接受是非理性的, 也就是說意識無法控制接受或拒絕這種暗示(O'Connell, Bill, 2001)。此種理論之後被學者如 Hilgard 的「新解離論(Neodissociation)」所引用, 其他如 Shor 的三元論以及 Liebeault, Hull 等, 對催眠有不同面向的解釋(Fromm & Shor)。以下介紹者為最近較被重視的催眠理論。一為從心理學觀點論述的「新解離論(neodissociation)」, 另一為以社會心理學觀點的社會認知論與社會角色論。

(一)、「新解離論(Neodissociation)」

新解離論是近代催眠理論重要論理之一, 許多催眠學家不是全然接受就是完全排斥此論點。Hilgard, (1979) 把催眠中所表現出來的行為和意識狀態歸因於解離的過程和技能。新解離論是立基於多重認知系統或認知結構實存的觀點上, 而這些多重認知系統或認知結構受「執行的自我(executive ego)」掌控(引自 Lynny & Rhue)。「執行的

自我」在一般情況下對認知系統有作計畫和警示的能力，但在特殊的情形下，例如催眠狀態，認知系統則被獨立或解離出來，相關的認知系統暫時脫離意識層面的控制，直接隨者催眠師的暗示活動。Hilgard 強調在催眠狀態下，雙重的意識產生，一為接受治療者暗示所產生的覺知，另一為意識本身真正的覺知。催眠狀態中，真正意識的覺知退縮，接受暗示的意識覺知抬頭(O'Connell, 2001)。在此論點下，運動的與非運動的反應如：痛覺和失憶症將處於解離過程中。以痛覺為例，在催眠過程中，控制疼痛的系統暫時性的失去支配和警示能力，催眠師暗示受試者置於冰桶中的手是不刺痛的，受試者的意識將不感覺痛。新解離論除了 Hilgard 的解離說外，Nash 的心理退化說(Psychological regression)和 Edmonston 的鬆弛說(Relaxation)也被提及。

(二)、社會認知與社會角色論：

主張社會認知與社會角色論的學者包括 Rober, Baker, Coe & Sarbin 等。他們認為社會與催眠的場域，連同被催眠者的態度、期許和對催眠者的信任，在建構催眠理論的同時，這些因素都需考慮到，這種理論強調社會與認知二元面向。Baker 是社會認知論者，他認為被催眠者所展現出來的是一種學習行為，這種表現是作為一個好的催眠對象所應做的。他們自動自發去參與並積極期盼取悅且完全的依順催眠者(O'Connell, 2001)。社會認知論者對催眠的定義，認為它不是單一因素的操作過程和能力，而是隨者催眠師的暗示扮演著催眠中的角色，因此催眠被界定為目標的操作行為。在催眠情境下，被催眠者像演電影一樣。他所表現出來的行為只不過是接受導演(催眠師)的指示去扮演一個社會的角色而已。依循這種思維脈絡，催眠的行為本身並不是特殊或有不尋常之處(Lynn, Steven Jay & Rhue, Judith W.)。

社會角色論是美國心理學家 Spanos (1982) 等人所創，他們不同意催眠是一種特殊的意識狀態，他們認為催眠狀態下的行為是真的，但改變的原因不是完全因催眠師的暗示所導致，而是由於被催眠者在動機、情緒與期待上認同催眠師所指示的催眠境界，而主動與之配合，形成一種假戲真做的忘我境界(張春興，民 80)。社會角色論只有在催眠師與被催眠者完全建立信任情形並自願合作下，才能進入催眠狀態。

每一種催眠理論都有其一定地位，但無論從心理分析或社會角色層面探討催眠的真正形成原因，都無法完整涵蓋催眠的全部意涵，單一理論只能闡述催眠行為的某一層面，但未必適合其他層面的說明。催眠理論的探討有其一定的意涵，但不論催眠現象的成因代表的是何種理論的力量，它所展現的治療效果才是催眠真正令人著迷的地方。

三、催眠的現象和深度

一般要確認當事人是否已進入催眠狀態或想瞭解催眠程度，可由三個現象面來觀察：一為被催眠者的外貌：二為被催眠者對催眠師測試挑戰的反應。例如：告訴被催眠者眼睛很重睜不開，要他試著用力睜開眼睛，以測試指令輸入是否有效。三為生理上的變化(劉焜輝，民 86,B)。催眠狀態的現象包括生理和心理現象兩種，心理現象如前上催眠的七項特徵，而生理現象則隨催眠深度而有不同變化，一般生理的症狀有：呼吸緩慢，脈搏速度減緩，腦波由醒覺的 Beta 波轉為 Alpha 波或 Delta 波。Tebecis(1975)比較超覺靜坐與催眠的腦波(EGG)，發現催眠的 θ (Theta)波高於超覺靜坐(引自王光正，民 88)。此現象表示，催眠比超覺靜坐更容易進入深沈的放鬆狀態。催眠狀態下，外貌的表現一般包括：四肢慵懶，雙眼闔上，全身鬆軟，四肢僵硬，手腳不聽使喚……等等(林燦男，民 78)。

一般來說，催眠深度越深越容易得到治療效果(林燦男，民 78)。但不同的催眠目的所適用的催眠深淺程度各有差異，有些症狀需經深度催眠才可達其效果，有些則不需要。因此催眠深度的判斷在催眠療程中是必要的。有關催眠深度的判斷工具有多種，依各研究者建構方式而有不同催眠深度的階段區分。例如：LeCron (1953)的六階段；North Carolina Self-Report Scale(Tart, 1963)的七階段；Brief Stanford (Hilgard & Tart, 1966)的四階段；Long Stanford (Larsen, 1965)的五階段；Harvard Discrete (O'Connell, 1964)的二階段 (Fromm & Shor,1972)。以上不同的催眠深度階段，因與本研究無直接重要關係，故不作深入探討。本文僅就 Bordeanx 的催眠量表，做簡要敘述(見表 2-5)。Bordeanx 催眠量表分五個催眠階段，五十個催眠現象，階段分明，所列現象序列也多(引自劉焜輝，民 86,F)。

表 2-5 Bordeaux 的催眠量表

催眠深度	非催眠或類似催眠	輕度催眠	中度催眠	深度催眠或夢遊催眠	重度催眠
得分 / 標準現象	0/沒有任何反應 1/身體的鬆弛 2/很愛暈的樣子 3/眨眼 4/閉眼 5/心理的鬆弛 6/手腳很重的感覺	7/臉僵硬 8/手腳一部分僵化 9/小肌肉群的禁止狀態 10/呼吸緩慢而深,脈搏遲緩 11/強烈的倦怠感(不想動作、會話、思考) 12/嘴或下巴痙攣(誘導暗示時) 13/被催眠者與催眠者間的友好關係 14/實施簡單的後催眠暗示 15/覺醒時有情不自禁的動作或眼睛的痙攣 16/人格的片化 17/全身很重的感覺 18/若干分離感	19/感受催眠(雖然不能表達,但是卻能感受) 20/完全的肌肉禁狀態(肌肉感覺的錯誤) 21/部分的健忘 22/手帶狀麻痺 23/觸覺錯誤 24/味覺錯誤 25/嗅覺錯誤 26/對於氣壓條件的感覺過敏 27/手腳完全僵硬	28/睜開眼睛也不會從催眠狀態覺醒 29/睜開眼睛就會凝視虛空,瞳孔放大 30/夢遊 31/完全健忘 32/系統的後催眠健忘 33/完全喪失知覺 34/後催眠性知覺喪失 35/實施奇妙的後催眠暗示 36/眼珠無統整的運動 37/輕輕飄浮的感覺,分離感情 38/肌肉運動與反應不自在 39/催眠者聲音的變調感(好像聽收音機的聲音) 40/生理功能的控制(心搏、血壓、消化等) 41/失去記憶的重要(記憶亢進) 42/年齡退化 43/正向幻視(後催眠性) 44/負向幻視(後催眠性) 45/正向幻聽(後催眠性) 46/負向幻聽(後催眠性) 47/夢的誘導(後催眠性) 48/知覺過敏 49/色彩過敏	50/禁止一切自發行為的昏睡狀態,但經暗示後可以成夢遊狀態

貳、催眠治療的歷史源流及在臨床的應用內涵

一、催眠治療的歷史源流

催眠治療的源流，攸關催眠治療的發現、研究與利用。催眠治療是所有治療方法中最古老的一種，許多現代的心理治療都是以催眠現象的原型發展出來的。凡有古老歷史文化的地域，如印度、古希臘等國家，其治療與宗教的活動都與催眠脫不了關係。人類學家和考古學

家也發現並證明，催眠在三千年前的埃及已被使用，而且使用的程序相似於今日的催眠 (Shames & Sterin 1978)。

中世紀的歐洲，牧師和國王以碰觸和祈禱作為醫治病人的主要方法。十四世紀，許多不同種類的治療者和專家，在他們的治病過程中，都以催眠作為基本的治療藝術，因為當時的天主教徒認為之所以會生病，是因為邪靈作祟，必需驅魔病才會痊癒，因此催眠變成當時最基本的治療方法(Shames & Sterin, 1978)。十五世紀晚期，人們相信整個宇宙充滿磁力，疾病是肇因於星體的磁力，當時催眠狀態被視為來自於磁性，而運用催眠的技術可以治癒任何疾病。這種信仰導致十八世紀 Mesmer 「動物磁性論」的盛行，而開啟催眠學術研究之門(Shames & Sterin, 1978)。催眠治療的學術研究，從 Mesmer 的「動物磁性論」開始，Fromm & Shor(1979)以四個時期來敘述，Fromm & Shor 對每個時期所代表人物及論理的說明十分簡略，研究者參考其他國內外文獻，做更進一步的解說。

(一)「前夢遊催眠術期(presomnambulistic Mesmerism)」：

起始於 1774 年，主角為維也納貴族醫師 Mesmer。他主張「動物磁性論」，宣稱磁場治療可以治百病，Mesmer 認為人體內有一種動物磁氣，若在人體內分佈不均，就會導致生病，藉由催眠師之手，可以將磁場流入患者體內，造成催眠狀態，則百病自然痊癒。他的理論被當時的醫學歷史學家視為前科學催眠和科學催眠應用的區隔點，他也是第一個把催眠者(治療者)和病患之間的人際關係視為是醫療行為中重要面向的人，催眠治療至此進入科學的研究領域。雖然 Mesmer 的磁性理論被後來的學者斥為無稽之談，但不能抹滅其開啟催眠治療科學研究之門的貢獻。

(二)、夢遊催眠術期(somnambulistic mesmerism)

起始於 1784 年，主角為 Mesmer 的徒弟 Puys'egur 說明對人工眠遊(artificial somnanbulism)的發現，Puys'egur 繼承 Mesmer 的磁性論，繼續研究 Mesmer 所稱催眠的三大特徵，即：被磁性化的患者只聽得到治療者的聲音；無條件接收治療者給予的指令；且醒覺後不復記憶催眠中的情事等。他認為患者一旦進入這三種狀況，就會產生特殊能力，例如可以閱讀看不到的書信、用針刺皮膚不覺得痛等，前者被視為透視術，後者則誇張催眠治療的知覺喪失狀態(劉焜輝，民 86,A)。

(三)、心理學前期(early psychological period)

起始於 1814 年，重要主角有 Bernheim, Liebeault, Faria, Braid, Elliottsom 等，前心理學時期許多對催眠的不正確解釋，被心理學理論取而代之。1814 年來自印度的僧侶 Abbe' Faria 到巴黎對超過五千個人做集體催眠而震撼歐洲，他否認 Mesmer 的動物磁性說，而認為會產生催眠狀態是肇因於心理因素。之後來自英國的外科醫師 Jame Brain 重新審視 Mesmer 的催眠方式並以希臘字的睡眠創造現在所正式使用的“Hypnosis”這個字。Brain 曾發表「神經催眠學(Neurhypnology)」一書，闡明催眠狀態非關動物磁場，主要是被催眠者的主觀心理因素所致；Brain 發現催眠是凝視和語言暗示所呈現的現象，會產生生理和心理的變化，並推論人有第二意識的存在。繼之，住在南斯(Nance)的法國鄉村醫師 Jacque Liebeault，他從 1864 年起對窮人做義診，並使用催眠術治癒許多因生理症狀來求助的病人，證實了催眠不僅對功能性病患有助，對器質性的病患也有好的效果。他被一些歷史學者認為是暗示治療法的真正發現者，也被公認為現代催眠之父。後來服務於南斯學校(The Medical

School of Nance)的知名醫師 Bernheim, H. M.見 Liebeault 治好了他的病人的坐骨神經痛，特到 Liebeault 診所看個究竟，驚於 Liebeault 的天才，遂加入催眠行列，由於他們的努力，證實暗示與可暗示性普遍存在於每天的行為中，每一個人都有可能被催眠，催眠現象是自然而且是健康的。

(四)心理學晚期或現代時期 (later psychological period or modern period)

起始於 1878 年，人物除了上述 Bernheim 和 Liebeault 之外，還包括 Breuer、Freud、Wolberg 以及最近的 Weiss 等人，此時期潛意識、心理動力論、催眠分析技巧陸續被發掘討論。1880 年維也納醫師 Breuer 在無意中發現如果患者在催眠中可以自由交談，患者會有強烈的情感反應，然後才能體會從痛苦中擺脫的經驗。過去認為催眠的主要療效有二：一為發覺被遺忘的悲痛經驗，免得他們在潛意識中作祟；二為利用「催眠後暗示」，將痊癒的觀念注入被催眠者的心裡，並提示醒後繼續生效。Breuer 的研究，使催眠治療的重點從原來只暗示去除症狀轉移到處理症狀原因的方法。當時 Freud 正從事歇斯底里症狀的研究，也曾引用催眠方法來治療患者，因發現患者有復發情況，乃排除催眠方法改用自由聯想方式醫治病患，當時雖有多位關心催眠的學者，但由於心理分析理論的崛起，催眠治療在此時逐漸消沈 (劉焜輝，民 86, A)。

催眠治療再度受到重視是在第一次及第二次世界大戰期間，許多人因戰爭導致的身心創傷，當時精神醫師不足，需縮短治療時間，他們發現運用催眠療法成功地治癒了因戰爭所引起的驚嚇和情緒性的創傷，這事件促使由英國醫藥學會 (British Medical Association) 在 1955

年背書，讓催眠的訓練成為一種醫學教育。不久，美國心理學會 (American medical association) 也將催眠加入醫學教育行列，1958 年美國心理學會更進一步的將催眠建立為專業的醫學。有了這些保證，越來越多的牙醫師，心理醫師，精神醫師在他們的工作領域使用催眠治療 (Shames & Sterin 1978)。1900 年 Emile Coue 開始讓自動暗示 (autosuggestion) 通俗化，一些語詞像「我會一天比一天更好，一天比一天更健康」，在現在的自我催眠中經常被使用。1920 年 Schultz 使用西歐學者 Vogt，Schultz 等人所創立的自律訓練法 (Autogenic training) 進行生理與心理現象的闡明，他發現患者可以經由自我暗示而達到自我催眠的效果。1929 年開始，美國耶魯大學心理學家 Hull 積極從事催眠的臨床研究；1945 年 Worlberg 使用「催眠分析」，利用催眠作為行為治療的技巧。1988 年 Weiss 醫師所著「前世今生」《Many Lives, Many Masters》以及我國精神科醫師陳勝英所著相關前世回溯催眠治療報告，催眠治療再度引起重視。

二、催眠治療在臨床上的定位與應用

由上述文獻之探討，我們發現催眠治療遠在三千多年前已開始，於十八世紀由 Mesmer 走進學術的研究領域後，歷經二百多個年頭的擺盪浮沈，才在第一次及第二次世界大戰的淬練中展現傲人的治療成果，終於 1955 年被正統醫學納入醫學教育的專業領域。許多協會紛紛成立，其中較有名者如：英國催眠醫師學會 (The British Society of Medical Hypnotists)，美國臨床催眠協會 (The American Society of Clinical Hypnosis) 等，至今催眠治療在英美國家已被視為心理治療的一環。

(一)、催眠治療在臨床上的定位與意義

催眠療法雖被視為心理治療的一種，但其在心理治療體系中的定位，心理治療學者看法卻見分歧，Mark and Gelder 曾經比較行為治療與精神動力治療，他們認為催眠治療僅能定位在非心理動力的因素，但這種定位不被主張「催眠狀態或其誘導過程是心理動力過程者」所接納(引自劉焜輝，民 86, A)。另有學者 Wolberg 主張，催眠治療是一種輔助性治療，催眠與任何類型的心理治療都有關，只要順者結構化的治療方案，瞭解適用範圍，催眠治療對於任何心理治療都有一定程度的輔助效果。而所謂輔助者，非只彌補其他心理治療過程之不足，而是促進其治療過程的工具而已(引自劉焜輝，民 86,A)。Boyer, Gil (1991)認為催眠治療和心理治療有別：(1)心理治療訓練的起始，受弗洛伊德的心理分析理論強烈影響；而催眠治療的訓練起始於恍惚(trance)狀態發展的教導，繼之是「恍惚現象(phenomena of trance)」的利用，以快速而多變樣的方法趨近實現的目標。(2)傳統的心理治療主張幾乎每一個人多多少少有精神神經症，這種症狀源之於「本我」努力使原始的、侵略的、毀滅的能量社會化，心理治療視“本我”(id)為一種人類不知覺的本能衝動；而催眠治療是一種崇尚自然主義的門徑，利用患者現有的資源和力量進一步的完成有意義的目標。(3)心理治療強烈暗示治療的改變，通常是困難而需要花費時間的，因此經常要求延長療程；而催眠治療經常展現戲劇化的快速介入系統(intervention system)，這種介入能增強並改善患者能力和潛能的情緒。

如前節所述，催眠在心理與生理層面有其一定程度的變化特徵，在心理治療上自有一定意義的存在。劉焜輝(民 86,G)認為催眠治療在臨床上的意義有三點：

- 1、人際關係層面的意義：催眠治療是建立在人際關係的基礎上，催眠狀態中的一切經驗過程，治療者與患者都需一起分享。
- 2、暗示層面的意義：暗示法在催眠技巧中最常被使用的，許多症狀是經由自我暗示產生，在臨床上可經由暗示解決問題。
- 3、催眠性恍惚狀態層面的意義：催眠性恍惚狀態是一種在極度放鬆情境下所產生注意力集中，在此狀況下患者的焦慮或痛苦等情緒經驗的淨化和解放較容易達成，心像與夢等精神分析或行為治療在此狀況下更容易被實施。

Boyne, Gil (1991)認為在催眠狀態下，對患者身心的治療有許多好處，簡述如下：

- 1、在催眠情況下，患者處於輕鬆而舒服的狀態，此時較清醒時容易探出患者的問題癥結，當然首要條件是患者和治療師的關係要良好，而不是只靠純熟的催眠技巧。
- 2、成功的催眠治療能有系統的對患者再教育，激發他們強烈的慾望去認知自己，面對事實，以及提升處理問題的能力。催眠沒有辦法對一個人創造新的能力，但在催眠狀態下，可以促發並增強他原本具有的才能，甚至他所隱藏而不自知的能力，也可以被發掘而揮發出來。
- 3、在催眠狀態下，患者可以直接面對本身的問題，且被鼓勵去發掘新的或更適合的方法來解決問題。經驗是可以創造的，鼓勵或要求治療的反應和溝通，能促進改變患者的認知和行為。催眠治療可以讓患者學會正視不愉快的事件 – 在沒有恐懼，以及願意去瞭解和願意去面對問題的方式下。
- 4、經由催眠治療的再教育，對患者來說是一種複雜的經驗重構，它簡單柔和的導引患者趨向治療的目標。而能達到此目標的重要

因素是：在治療過程中冷靜的注意患者的行為，沈著的覺知患者所產生的延遲，甚至停滯、無效的催眠反應，繼之加以修正、強化結構狀態，患者經由不斷修正與強化的動作，開始學習相信，與隱藏在潛意識的大量資源溝通，致使潛沈心底的壓抑情緒被釋放，而達到治療目標。

- 5、催眠狀態提供治療師和患者一個快速進入潛意識的捷徑，他提供一個可以直接處理個人生命經驗問題的方法。

(二)、催眠治療的技巧與臨床應用

催眠療法是心理治療的一種。大致可分為兩大類：一為以催眠為主者；另一為以其他心理治療方法為基礎，如有必要則輔之以催眠治療者(劉焜輝，民 86, 7)。催眠治療的介入可以一對一方式個別治療，也可同時對二人以上做團體催眠治療。催眠治療的成功要件，除了治療者本身使用的催眠技巧外，催眠的環境(燈光柔暗、無吵雜聲、不受干擾)、患者的動機(強烈求助催眠治療的意願、期待)催眠師個人衛生(外表的儀容、口臭、說話語調)以及事前的準備(當事人對催眠的認識、當事人與治療師間的人際關係、協談情形)皆是催眠治療的影響因素(林燦楠，民 78；劉焜輝，民 86, 7)。

催眠治療最普遍被利用到的技巧是暗示法和心像的利用。催眠現象從開始誘導、進入恍惚狀態、到覺醒，暗示的作用極大，催眠治療甚至被稱為是暗示治療。心像的形成和情緒有密切的關連，心像能喚起情緒的力量，可以利用它來改變患者的情緒狀態(劉焜輝，民 86, 7)利用心像技巧的方法很多，例如系統減敏法以及目前熱門的NLP(Neuro-Linguistic Programming)治療法中的 V-K 分離法等(伊美黛，民 84)，多會利用心像技巧做治療的工具。至於催眠技巧的分類，

成瀨悟策將之區分為精神動力法和心像法；林茂楠將之區分為三大類(引自劉焜輝，民 86, 7)：

1、催眠內省法(Hypno-introspective)

包括：自由聯想法、催眠夢法、影片法、自我像視法、鬆弛法、持續催眠法。

2、催眠行動法(Hypno-acting-out approach)：

包括：自動書寫法、會話表現法、遊戲、戲劇等演技法。

3、心像預演法(Mental rehearsal approach)

包括：心像訓練、催眠狀態下的行動結合。

經由前述文獻之整理，我們發現十八世紀甚至更早期的催眠治療應用範圍十分寬廣，幾乎可以醫治百病。第一、第二次世界大戰帶給人類巨大的身心創傷，戰爭引發許多精神官能症的疾患，催眠療法在當時發揮了快速而有效的治療效果。十九世紀以降，精神學家發現意識與潛意識對人類行為與心智的影響，因催眠狀態下所產生身心狀態改變的特徵，促使催眠治療常被應用在外科手術中作為麻醉或疼痛控制以及教育、運動、修行、心因性及器質性疾患上(林燦楠，民 78；王光正，民 86；Stanley & Burrows， 1994；Nash & Erica， 1992；Bradbury， 1986；Stanley & Burrow， 1994)的文獻報告屢有所聞。催眠治療是心理治療的一種，因此心理因素所造成的問題皆可成為催眠治療的對象(劉焜輝，民 86, I)。

一項針對在臨床醫療中，使用 50%以上催眠療法來醫治病人的醫療人員的調查(Boundy, Michael， 1994)，發現求助於催眠療法病人的年齡層在 25-64 歲之間，女性比男性多(女：66%，男：33%，另有調查女：56%，男：41%)，婚姻狀況方面，50%已婚，30%未婚，7%配

偶過世，5%離婚，3%分居，5%有實際的同居關係，他們都有焦慮、憂鬱的特徵。至於療程則視病人與專業人員諮商後所給予的建議而定，一般療程很短，有些在催眠介入之前已有求診紀錄時，1-2個催眠療程即有顯著效果。Boundy 宣稱少用催眠技巧等於缺少成功的治療效果。治療的主要範圍經歸類如下表，見(表 2-6)。催眠療效方面，54.45%有良好的反應，少於 15.7%沒有反應，而沒有反應有可能是僅做 1 – 2 次治療。由以上文獻之探討，催眠的應用範圍十分寬廣，其療效也有一定程度的作用。

表 2-6：催眠治療的範圍

物質的濫用 (Substance abuse) 說話的問題 (Speech disorder) 飲食失控 (Eating disorder) 性功能疾病 (Sexual function disorder) 焦慮疾病 (Anxiety disorder) 免疫性功能不全 (PTSD) 氣喘 (Asthma) 牙齒疾病 (Dental disorder) 婦科疾病 (Gynaecological disorder) 循環系統的疾病 (Circulatory disorder) 癌症 (Cancer) 憂鬱 (Depression)	失眠症 (Insomnia) 消化系統疾病 (Digestive disorder) 尿床 (Enuresis) 皮膚疾病 (Skin disorder) 習慣問題 (Habits) 頭痛 (Headache) 疼痛問題 (Pain) 耳鼻喉科疾病 (ENT disorder) 運動困難 (Dyskinesia) 心理問題 (Psychological) 產科疾病 (Obstetric) 其他 (Other condition)
--	---

第四節 催眠療法在悲傷治療的應用

壹、催眠療法在悲傷治療的相關文獻報告

研究者利用不同搜尋管道蒐集催眠及催眠治療應用於悲傷反應相關學術文獻時，發現國內幾乎沒有類似研究報告，甚至其他實際的喪親者悲傷治療的臨床報告也極少，因此本節所提供之資料皆取自國外文獻。願本文能啟拋磚引玉之效，在悲傷治療這塊荒漠地，期待更多有心人的努力參與和栽種。

催眠雖廣泛應用於病態性的悲傷卻很少有文獻的報告(Hart & Turco, 1990), Fromm & Eisen, (1982)和 Yager, (1988)認為催眠治療可以快速促進傷者的哀傷並重新適應未來的生活，Hart(1990)等人指出最早應用催眠來治療創傷性悲傷的成功報告是在十九世紀的早期和中期(Bakker, Wolthers, & Hendriksz, 1814; Hoek, 1868)，十九世紀末二十世紀初 Janet (1898, 1904, 1919/25)陸續研究有關催眠對 PTSD(Posttraumatic Stress Disorder)的治療，其中包括創傷性哀傷治療(引自 Hart, Brown & Turco, 1990)。

經由前述相關的悲傷理論探討顯示，哀傷本身是個極富個別性的過程，喪親者的悲傷反應與死者的依附關係有密切關連。死亡切斷失喪者與死者身體關係的連結，這種身體關係的結束引起失喪者的痛苦和哀傷，但心理的、情緒的、或經由「形上的(Metaphysical)」抽象關係仍舊繼續存在著。Unruh(1983)也認為失喪者與死者的依附關係也許會改變，但絕不會完全切斷(引自 Elkins, 2000)。這種關係使喪親者和死者之間有另一層意義的關連，這種情感的連結可經由記憶、象徵性意義、不斷的想像、作夢以及內心的對話而繼續存在著(Elkins,

2000)。

由此觀之，哀悼的目的是對與死者關係的再定義以及從失落中對本身身份的再修正，當這種再定義性的關係被概念化後，催眠與心像法可以有效參與協助哀傷的任務。催眠療法的介入尤其可以有效的使喪親者經由催眠過程在內心(internally)與形上(metaphysical)與死者保持連結關係，促進心像、夢、象徵意義，然後做修正的決定(Elkins, 2000)。目前有利用催眠與心像法來治療喪親者悲傷反應的研究報告，Melges & De Maso (1980) 曾探討悲傷治療的解決，其中包含利用視覺心像法讓患者在現在的時刻對死者做「再生活(relive)、再修正(revise)、再訪(revisit)」，讓患者可以重回喪親的時空，確認並移除障礙，對死者的情感作充分的表達以及對死者做答應、甚至期望的表示；Fromm & Eisen(1982)曾出版一篇報導，敘述一位婦女利用催眠促進正常悲傷的過程；Turco(1981)也有利用催眠作為再哀傷治療的報導(引自 Wadsworth, 1990)。Van Der Hart(1990, 1992)統合Janetian(Janet 的催眠研究)和現代的催眠方式對創傷哀傷者施予催眠治療，其中詳細描述治療的步驟和過程。Viselar & Van der Hart (1992)共同發表一篇以催眠促進創傷悲傷的實例報告，報導中顯示催眠治療可以移除悲傷症狀並對悲傷經驗再次搜尋用以意識悲傷的歷程。Elkins 於 2000 年發哀傷催眠治療的四個步驟，詳細描述每一步驟的介入方式；Handelsman 於 1984 年也發表以自我催眠(Self-hypnosis)幫助 20 歲喪父的女生促進其哀傷過程的臨床報告。其他還有許多相關臨床文獻：如 Brown, 1990; Levitan, 1985; Savage, 1995; Wadsworth, 1990; Turco, 1990; Manthorpe, 1990 等都有精彩的個案研究報告。

貳、催眠療法在喪親者悲傷反應的治療程序與實證性案例探討

悲傷是普遍且高度個別化的動力過程(dynamic process)，相關的悲傷文獻也認為悲傷是一種需要通過預知性、可定義性的概念化進程階段，而這概念化進程階段不需是連貫的，也不是每位悲傷者都會經驗相同的悲傷或相同的強烈情緒反應(Savage, 1993)。不同的悲傷與催眠理論自有差異性的治療方式，面對不同喪親者與催眠治療者，催眠療法應用於喪親者的悲傷治療方式將不盡相同。因此，本節針對國外相關催眠治療應用於喪親者悲傷反應的實徵性研究報告，僅做臨床上的一般性描述，與本研究所運用之催眠治療技巧與治療程序無直接關係。

在蒐集實徵性研究資料時，研究者秉持資料報導平衡性的原則，對催眠治療應用於喪親者悲傷反應的實徵性研究報告，分兩個方向進行蒐集，一為成功正向案例，另一為失敗負向案例，經月餘蒐尋，礙於時間限制，至目前為止，所找到的資料都為成功案例。研究者僅就不同催眠治療方法的成功案例，作敘述性說明。

一、Elkins 催眠治療模式(Elkins, 2000)

Elkins 認為悲傷和哀悼的催眠治療，其理論是立基於下列四個假設(Elkins, 2000)：(1)喪親者與死者的關係實存於身體與內心表象(Internally represented)或形上的(Metaphysical)層次；(2)在身體上與死者關係結束，但內心或形上關係還存在著，接受身體關係的結束以及轉換內在形上關係是隨後治療工作的焦點；(3)哀悼的目的因此變成「重新定義與死者的關係」；(4)催眠治療可以促進與死者做內心的陳

述以及增進形上的關係。

(一)治療程序

Elkins 的催眠治療模式分三階段：(1)悲傷工作(grief work)；(2)重新定義與死者的關係(redefinition of the relationship)；(3)重新調整(readjustment)。每階段的治療程序如下：

Elkins 悲傷與哀悼催眠治療模式	
階段 (phase)	催眠處遇 (hypnotic interventions)
階段一：悲傷工作 1、失落的察覺(身體的和抽象的) 2、情緒的表達 3、回憶 4、促進因應悲傷	1、催眠放鬆導引 2、以催眠暗示促進控制 3、自我強化暗示 4、情緒的表現 5、催眠心像和記憶的回顧
階段二：重新定義與死者的關係 再次給予喪親者與死者之間抽象的，內心定義的認可。	1、改變與死者形上關係 (metaphysical relationship) 的後催眠暗示 2、後催眠夢境 3、象徵意義與儀式 (symbolism and ritual) 4、支持性的催眠暗示 5、經由催眠心像法經驗與死者的形上關係
階段三：重新調整 1、調整未來與死者內心的，形上的，或獨立超然的關係。 2、設定新的意義	1、自我強化和自我效能 (self-efficacy) 暗示。 2、催眠暗示經歷與死者的形上關係或超然獨立。 3、以催眠暗示年齡前進和身份的改變。 4、經由自我催眠接受獨立或重新定義 (內心的與形上的) 與死者的關係。

(二)案例敘述：

(1)治療實例背景敘述

Linda 是 63 歲的女性，因憂鬱症以及先生過世而導致未解決的悲傷反應來求助催眠治療，先生 68 歲死亡，Linda 與先生結婚 42 年，婚後專心持家，與先生感情親密，育有二子一女，長子 38 歲，次子 34 歲，女兒 37 歲。先生是石油工程師，65 歲時退休，有心臟的毛病，打算去旅行和多花一點時間照顧家人。先生過世後 Linda 仍然一個人獨居。

Linda 敘述先生過世的情形。那天她在房間裡面，先生在另一個房間，她聽見先生在走廊走路的腳步聲，她回憶聽到先生向牆壁倒下去的聲音，Linda 跑出來看見先生倒在地上無法言語，她知道先生是心臟病發作，立即叫救護車並陪在先生旁邊到醫護人員到達為止。先生在醫院被宣告死亡。先生死亡後，Linda 很難入眠，悲傷和空虛佈滿全身，她拼命的工作不讓自己閒著，因為覺得自己陷在迷霧中，不停的工作為的就是走出迷霧。現在情感變麻木了，焦慮和沮喪的情緒更強烈了，經常夢見先生，她可以感覺先生在她身邊，她為自己的悲傷情緒感到害怕和煩惱。經由協談瞭解 Linda 情況後，決定以催眠療法做為心理治療的輔助方法，其目標包括：得到更多的情緒控制和健康，情緒的表達，與先生內心和形上關係的重新定義，建立一個新的生活意義，重新調整。

(2)治療結果

經過 Elkins 三階段的催眠治療，第一階段結束，Linda 開始有更能控制自己情緒和健康的感覺。第二階段結束，Linda 覺得已經可以接受先生死亡的事實，會想積極改變自己的未來。第三階段結束，Linda 已能想像她的未來，她變得更獨立，與教會和朋友更有聯繫，

對未來更樂觀而且有能力去面對未來的改變。(Elikins, 2000)

二、Savage 的軀體墨漬系列 (Somatic Inkblot Series)催眠療法 (Savage, 1993)

軀體墨漬系列 (Somatic Inkblot Series 11) 由 Cassel (1990) 所設計，這些污漬擺在小冊子的表格內，裡面包括 62 個視覺的刺激圖像，這些都根據特殊的解剖學架構所組成。小冊子可以讓患者帶回家，在隱密而沒有被干擾的環境下完成，患者被要求確認三張「最相似」的影像做回答。這種方式可以用來減低焦慮。然後再確認三張「最不相似」的影像作為下一次的測試。所有 62 張圖片經由精神病理學資料或論理加以詳查，是一種做內在測試的高級工具。Somatic Inkblot Series 11 具有高度的法律正當性。

(一)、治療程序

催眠治療分三個階段，催眠治療之前，治療師與患者或家人協談瞭解病情，之後將有 62 張圖片的小冊子交給患者帶回家，或當場在 62 張圖片中選出三張「最相似 (Most liked)」的圖片以及三張「最不相似」的圖片。其中「最相似」的三張圖片，在面談時當場請患者就圖片作聯想或想像，在詳細的調查和處理之後，得到的往往是正面積極的回應，這種回應反映在患者健康的情緒，成熟和自我力量上。這種安排可以進一步使患者焦慮減低，較容易移轉負面情緒。至於另三張「最不相似」的圖片則利用催眠導引時處理。

(1) 第一階段

以一般正統的催眠導引法，導引患者進入放鬆狀態，繼續由十到一導引患者進入更深沈的放鬆狀態，在此一階段可依患者要求不

做任何催眠後暗示或任何調查或測試，僅讓患者身體放鬆，體會什麼是催眠導引？讓患者放心以利下一階段的進行。

(2)第二階段

像第一階段一樣，以一般正統的催眠導引法，由十數到一導引患者進入深沈的放鬆狀態。確定患者是在一種放鬆而專注的狀態中，然後要求患者專注於他所選出來的前二張「最不相似」的圖片上，依序一張一張的想像，講出每一張圖片的感受，值得注意的是，此一階段的催眠需要導引至相當的深度才有好的效果產生。

(3)第三階段

和前二次的催眠情形一樣，以一般正統的催眠導引法，導引導患者進入放鬆狀態，再繼續由十數到一導引患者進入更深沈的放鬆狀態。然後要求患者專注於他所選出來的第三張“最不相似”的圖片上並說出每一張圖片的感受。

(二)、治療實例背景敘述

H 太太，31 歲，被視為特殊的憂鬱個案，她的先生於十一個月前死於被謀殺，而兇手至今尚未逮捕到。H 太太有四個月的憂鬱病史，食慾減低，時常做惡夢、掉眼淚。H 太太社會關係退化，無論何時離開家裡都會感到焦慮。H 太太曾參加四個月的團體治療，但無法舒緩病情，在團體治療中甚至不願開口說話，也不願述及惡夢的內容。自殺和哭泣焦慮的情緒更顯強烈，且有自殺念頭。她有幻聽幻覺，感覺先生在他身邊，也聽到先生跟她說話，叫她的名字。她先生的衣服仍然放在衣櫥，下午五點 H 太太仍然到窗口等先生工作回來，她強烈痛

恨兇手卻拒絕詳細去提起。她和先生七年的婚姻生活十分快樂，且有一對雙胞胎孩子。四個月的團體治療之後，她選擇 Somatic Inkblot Series 11 催眠治療，病情因而產生戲劇性的變化。

(三)、治療效果

使用 Somatic Inkblot Series 11 做自我管理後的當天晚上，H 太太做了一個惡夢，醒來之後，她把裝有先生照片的相框打破，並把房間的家具給丟掉了。在第一階段結束後，表示願意繼續接受催眠治療。第二階段催眠治療中，H 太太願意說出她的三個主要失落經驗，第一個失落經驗是 14 歲時，心愛的小狗和她去逛街時被車撞死，家人和朋友不瞭解她的悲傷，認為那只是一隻小狗而已，而她卻認為如果小狗若不是和她去逛街就不會死。第二個失落是男友於拜訪她之後，在回家的路上發生車禍死亡。那時她才 16 歲。第三個失落是十八歲時女友癌症死亡。同時她也願意和先生談話，告訴先生如果可以的話他是多麼願意拼命的去幫助他。本階段結束後，H 太太在行為上有快速的改變。她的情緒釋放了。她變成一個參與團體活動的一員。第三階段治療結束後，H 太太說她已可以接受先生死亡的事實，而且可以給予團體中的其他病患支持。第三階段療程結束後的第二個星期，她退出了治療團體，幾乎所有症狀都解除了。她可以談她對先生死亡的感覺了。

三、NLP V – K 分離法(穆怡梅譯，民 84)：

NLP (Neuro-Linguistic Programming) 由 John Grinder & Richard Bandler 所創立，其理論立基於在由肉眼可測得的人類行為模式，及暗中主宰此行為的神經活動模式之間存在著一種重複(Dilts, 1979)。所有的行為皆是神經學過程的結果，所有神經上的過程，皆

透過語言和溝通系統而得以呈現、接受指揮並依序轉為模式與策略並賦予意義。NLP 相信所有人類的行為，皆透過自己所製作的模式或地圖來體驗世界。然而模式或地圖卻不等於實際的疆域(穆怡梅，民84)。V – K 分離法可以協助患者克服因創傷經驗而造成的恐懼或害怕，其特點是在重新經驗過去創傷時，將身體上和視覺上的感覺分離開來。其步驟為：先使患者飄離自己來看他本身，之後患者自己去經歷創傷事件。V – K 分離法的過程是：(1)尋找引發恐懼的原始經驗；(2)使自己與此經驗分離；(3)重新整合被分割的部分。

(一)、治療程序

- (1)請患者決定想處理的恐懼或害怕問題
- (2)請患者想一想自己的優點、能力、才幹，並覺得自己是個有能力的人。
- (3)設定感應點。
- (4)尊重恐懼性的反映。
- (5)進行催眠引導進入時光之旅，並與正向資源做連結。
- (6)安裝悲傷反應感應點。
- (7)著手第一步的分離，面對創傷經驗。
- (8)固定創傷經驗影像並做第二步分離。
- (9)放映並重新體驗事件的過程。
- (10)整合並修復年輕受創的自我。

(二)、治療實例背景敘述

患者瓦特是商船水手，三十餘歲，曾三度隨船前往中東，當第四度出任務時，不巧目睹飛彈擊中即將載運他的船隻，當時他正坐者小船準備上船，因此目睹船身著火，親眼看見自己親密的同事葬身火

窟。此事件造成他心裡極度受創，他無法入眠、過度緊張不安、任何動靜、聲響都會嚇壞他。清醒時，不斷想起當時的景象，睡夢中常做相同的惡夢，造成他的幻覺。使他無法擔任職務，他不敢搭乘任何一種交通工具，也很怕落單。即使回到家裡，依然驚恐如故，以致無法工作而失業。

(三)、治療效果

經依 V-K 分離法程序處理完畢後，患者表現相當平靜，臉部恢復正常，肌肉也放鬆了。他表示以前一想到意外事件就感覺要崩潰了，現在敢從頭到尾看整個事件，以前是辦不到的。他不再害怕，且表示想當計程車司機，開創新的人生重新生活，三天後患者敢搭船回家了。

四、Scott 的催眠分析法 (Hypnoanalytic treatment)

催眠心理分析學家認為人的存活意願是在於尋找生命意義。Scott(1990)同意他們的看法，他斷定之所以會生病是因為防衛系統 (defense system)失靈了。防衛系統的失靈經常出現於長期情緒的低落，例如失望，憂鬱，放棄，或者悲傷，在這種狀況下會有無法解決的失落感和被剝奪的感覺。這種失落意含著生病將隨之而至。相同的，死亡所造成的的傷害，不是來自於身體而是個人的信仰系統 (belief system)。對於失落，個體會覺得生命已不再有任何意義。因此催眠分析師以引導的方式協助患者從失落中找尋生命意義，協助患者解決悲傷，重新生活。「此失落事件所帶給你的意義是什麼？」是催眠分析師對患者常問的問題，而患者會從不斷的解釋和分析中得到答案。

(一)、治療程序

催眠分析開始於個案失落故事的敘述，在失落故事的敘述過程中做成患者的失落記錄。接著是有關催眠的介紹和測驗，第三階段則聚焦於夢的解析。將患者導引至失落現場重新經驗失落情境，要求患者想像被邀參加葬禮或與死者單獨在一起的情境，然後請患者對死者說出想說的話。催眠分析師鼓勵患者對死者的聲明包括：(1)說出對他/她的愛；(2)對死者懺悔自己的罪過；(3)對死者要他做或希望他做而沒有做到的事情說抱歉；(4)與死者分享親密時光。

患者被要求想像他處於一個沒有頂蓋的房間，這房間在地底下，他正坐在石椅上，前面有一具棺材，要求患者明白他就住在那裡。然後請患者站起來，想像死者躺在棺材裡面，再次的向死者說出最後想說的話，並與死者道別。道別之後，引導患者想像有一迂迴的樓梯，要求患者朝樓梯往上走向現實，在走上幾層樓梯時，引導患者再與死者說再見。這其間所花上樓的時間可能很長，催眠師會做一系列的催眠暗示。

(二)、治療實例背景敘述

Jane，43歲，女性，因懼曠症(agoraphobia)來求診，她可以工作是因為先生和她在同一地方、同一時間一起工作，她不敢一個人開車，也不敢一個人待在家裡。她常因不適任工作而失業，由於經常吃藥，Jane常以大量哭泣來保護自己。她先生不喜歡她吃藥，因為吃藥使她像個怪人，像個沒有表情和沒反應的女人。由於不曉得病因，催眠師乃給Jane做年齡回溯催眠(age regression)，帶她到發生致病原因的時期，才瞭解Jane的病因是由於母親的死亡。Jane小時候十分依賴母親，希望母親經常陪她，母親若沒陪她就會感覺自己會死亡、受傷或生病。Jane的母親死後，她覺得自己再也活不下去，一切都變

的沒有意義了。

(三)、治療效果

經過年齡回溯催眠分析療程，Jane 在孩子和先生面前變的更有自信，她開始減少藥量，並且不覺得焦慮或恐慌，她覺得自己好極了，自己能量越來越多，對未來也充滿積極的想法。

從催眠療法應用於喪親者悲傷反應的實例發現，走出悲傷不只是意識的活動，它還牽涉到潛意識的再指導(re-direction)。遭受失落時，潛意識會創造新的失落覺知，這種失落的覺知支配著其他部分的心靈，害怕、憤怒、責備取代了其他情緒(Yager, 1988)。Yager 認為走出悲傷是一種再教育的過程，教育潛意識的支配部分瞭解事實，接受正面的指導以導正悲傷的情緒。催眠療法可以引導患者進入放鬆狀態，此狀態下治療者容易與患者的潛意識溝通，經由催眠技巧的運用(例如：心像法、暗示法)，使患者容易完成悲傷歷程，快速走出悲傷。

綜合上述相關文獻之探討，國內對於喪親者悲傷反應的研究，目前僅止於喪親者的諮商輔導、悲傷反應調適行為、以及自我復原歷程的範圍。至於悲傷治療的論題，國外已有相當文獻的研究，國內似乎還停留在理論課程研討的階段，催眠治療運用於悲傷治療的研究則更付之闕如。國外以催眠療法用於喪親者的悲傷治療雖有文獻上和臨床上的探討，且經實證顯示催眠治療有其療效，且治療時間短，可減少醫療資源。然多以個案的臨床報告居多。就催眠治療以團體形式應用於悲傷治療，以及在質的深度和量的廣度研究方面，頗具廣大探討空間。

第三章 研究方法

本研究主題「催眠療法對女性喪親者悲傷反應改變效果之研究」，以團體治療為主，個別處理為輔，採質量並用的研究設計進行研究。本章主要敘述如下：一、研究設計與程序；二、研究對象；三、研究工具；四、實施方案；五、資料的整理和分析。

第一節 研究設計與程序

壹、研究設計

本研究參酌國外文獻(Hughes, 1995; Humphrey & Zimpfer, 1996)以及本研究催眠治療師的專業領域(見第三節)，採團體治療形式進行催眠治療，另依催眠成員個人悲傷反應症狀予個別處理。本研究採Creswell(1994)多元法模式中的主—輔式設計(the dominant-less dominant design)，以質性為主，量化為輔進行研究。在質方面採參與觀察與訪談法，在量方面以「貝氏憂鬱量表」和「中國人健康問卷」進行催眠法對喪親者悲傷反應之效果研究。本研究設計步驟如下：

一、催眠治療前：

本階段主要工作是：(一)研究對象的徵求；(二)與催眠老師商討治療方案；(三)請研究成員填寫「基本資料調查表」，以瞭解研究成員個人背景、喪親事件等相關資料；(四)準備量表與實施前測：做治療前

訪談，請催眠成員填答「貝氏憂鬱量表」和「中國人健康問卷」，以瞭解成員目前的身心狀況；(五)請成員書寫在此療程中個人期望達成的事項；(六)決定催眠時間及地點；(七)準備催眠治療相關研究工具。

二、催眠治療中

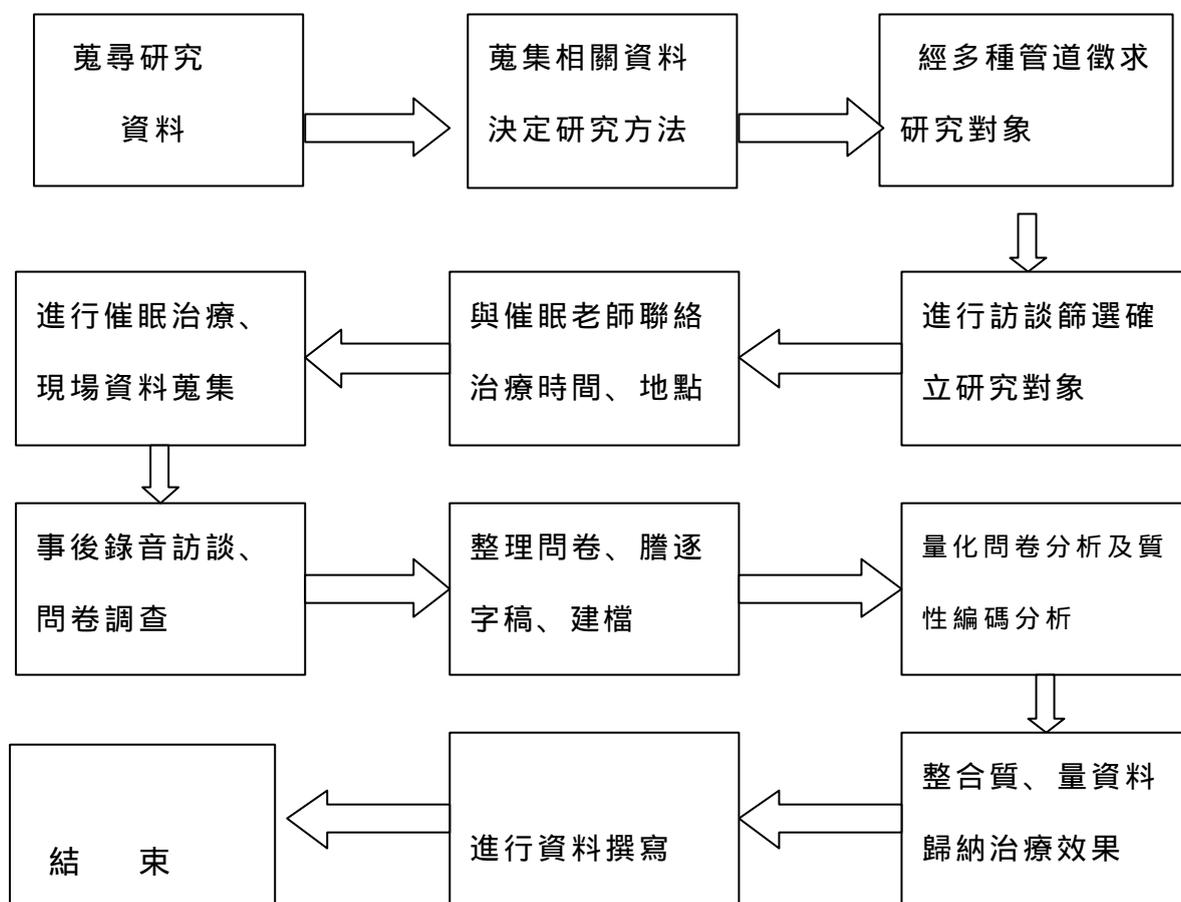
本階段主要工作有：(一)聯絡各研究成員，進行催眠治療；(二)本研究之催眠治療師，對成員進行 4 次的催眠治療；(三)進行現場資料蒐集：研究者以參與觀察員身份進行現場資料蒐集及事後訪談錄音。在每一治療階段結束後，對每位接受催眠治療的成員做個別訪談，並填答「期望事項自評表」以了解各成員在本療程中的收穫內涵和期望改善項目達成狀況。

三、催眠治療後：

本階段的主要工作有(一)實施後測：完成全部治療後，立刻請接受催眠治療的成員填答「貝氏憂鬱量表」和「中國人健康問卷」，作為悲傷反應立即性身心改變狀況資料分析的參考；(二)質性資料整理：完成全部療程後，對成員再進行訪談，將所有錄音、錄影及訪談之質性資料整理成逐字稿並作編碼、歸類、分析，將所有問卷、量表、自評表等量化資料建檔後，計算其平均值和總分數，並就量化資料做無母數分析，透過質、量資料的整合比較分析，以瞭解催眠法對喪親者悲傷反應之立即性改變效果；(三)追蹤測驗：經 1 個月後再請研究成員填答「貝氏憂鬱量表」和「中國人健康問卷」，經過整理分析以瞭解催眠法對喪親者悲傷反應之持續性改變效果。

貳、研究程序

表 3-1 研究程序



研究者確立研究目的之後，撰寫研究計畫並與指導教授研商確定研究主題。主題確定後開始蒐集國內外相關文獻，決定研究方法。同時徵求與本研究主題條件符合的研究對象。研究對象確立後，開始進行催眠治療前的填卷作業做為前測，完成前測作業後，隨即進行臨床催眠治療，並做現場資料蒐集和事後訪談錄音。完成全部療程後，進行質、量資料整理分析作業，經統合、歸納作業，提出研究結果，再進行論文撰寫工作。

第二節 研究對象

本研究採立意取樣，徵詢符合本研究目的之喪親者作為研究對象。研究者透過：(一)研究者任職的大學輔導中心諮商人員、教官；(二)精神科醫師；(三)醫院諮商師及護理人員；(四)研究者親友、同事；(五)研究者催眠老師等五個管道協助尋找適合本研究之個案。因國人對催眠治療的瞭解不多，且對喪親者的悲傷視為正常而非病態的。因此在研究對象的徵求上十分困難，尤以男性研究個案，更難尋覓。經三個月的尋訪，共取得八位有喪親經驗，自覺無法完成悲傷過程需輔導治療者，或在求診過程中發現病徵是因悲傷所引起者。研究者個別與八位個案聯絡，徵得他們同意，接受樂觀問卷與憂鬱問卷測試，以剔除因對催眠好奇而表示願意參加者。八位個案中，六位有悲觀或憂鬱傾向，研究者分別與六位個案聯繫並做訪談，經由訪談結果，個案再次主觀確定目前的身心疾患是直接或間接因悲傷經驗所引起的。研究者確立個案身心反應因素後，邀請他們接受催眠治療，其中一位因個人因素無法參與，其他五位同意參與催眠治療，五位成員中有一位在第一次催眠治療後，因語言表達與接受催眠意願不高退出治療。研究者經催眠老師同意，在催眠老師的治療個案中選出二位有悲傷反應症狀的學員作為本研究對象。經研究者與該二位學員聯繫並徵得他們同意後，正式成為本研究的成員。本研究計畫樣本至此確定為六位。

六位受試成員中年齡最長為 50 歲，年紀最輕為 20 歲，全數為女性(在徵求研究對象過程中，始終找不到男生)，教育程度專科以上，二位碩士，二位大學，二位專科，三位服務於公教單位，二位為學生，另一位服務於私人機構。以下為本催眠治療研究的個案背景資料，分別以 A、B、C、D、E、F 稱謂(見表 3-2)

表 3-2 成員基本資料

成員	性別	年齡	教育程度	職業	宗教信仰	催眠經驗
A	女	30	碩士	學生	道	無
B	女	44	碩士	公	佛	無
C	女	40	大學	公	佛	無
D	女	50	大學	教	佛	有
E	女	26	專上	服務	道	有
F	女	20	專科	學生	無	無

分析六位催眠成員的悲傷經驗，悲傷對象中六位皆屬直系親屬。死亡因素屬慢性病狀者有五位(包括癌症、自然死亡)，急性病狀者二位(包括意外、難產)，六位成員中有二位成員經驗二個以上重要悲傷對象，其中一位成員的悲傷對象，包括意外死亡、癌症和自然死亡等急性和慢性死亡因素。成員與悲傷對象的關係大多親密，僅有一位關係是愛恨交織，另一位因父親去世時年紀小，無深刻親密印象。悲傷對象距現在的死亡時間，從三個月到三十年不等，悲傷症狀，以身心病症(失眠、憂鬱、人際關係、壓力)居多(見表 3-3)。

表 3-3 催眠成員的悲傷經驗

成員	重要悲傷對象	死因	死亡時間	與亡者親疏關係	悲傷症狀
A	父親	癌症	三個月	極親密	哭泣、失眠、情緒失控、焦慮
B	母親	生病	三十年	親密	焦慮無助、人際關係差
C	父親、祖母、弟弟	癌症、生病、意外	七年內親人相繼去世	父親、弟弟：愛恨交織 祖母：親密	睡眠品質差、身體虛弱、精神差壓力大
D	先生 外婆	離異 生病	十餘年。二件事同時發生	先生：愛恨交織 外婆：極親密	自責、遺憾、憂鬱、失眠、人際關係不好
E	母親	難產	十八年	親密	無助、憂鬱、不敢獨睡、壓力大
F	父親、祖母、外祖父	生病	十年內親人陸續去世，	父親：無深刻印象。其他：親密	自責、憂鬱、貪食、害怕親人再相繼死亡

第三節 研究工具

對喪親者的悲傷反應，國內研究者有以訪談方式(李雅玲，民 78；林家瑩，民 88)，由喪親者主觀敘述自己的悲傷反應者。有以填寫量表(貝氏憂鬱量表、喪偶或離婚哀傷量表)、問卷(中國人健康問卷)(柯俊銘，民 87)，由量表、問卷瞭解喪親者目前的身心反應者。對於病態性悲傷的診斷，Worden (1991) 認為一般有二種診斷方式，一為求診者自行判斷，另一方法為由治療師有技巧地從求診者的心理及生理問題中判斷。國外以催眠應用於喪親者悲傷反應的臨床治療個案中，對喪親者症狀的瞭解也多以當事者的主觀敘述為治療依據(Elkins, 2000; Wadsworth, 1990; Savage, 1995)。本研究的主要目的在於瞭解催眠療法應用於喪親者悲傷反應的身體與心理治療效果，綜合前述文獻，本研究對喪親者的悲傷症狀和治療效果的判斷，以訪談、觀察和問卷作為研究工具進行資料蒐集，主要研究工具敘述如下：

壹、研究者本身角色

研究者在本研究中扮演訪談員，參與觀察員、資料蒐集與分析者角色。本研究以質性研究為主，量化為輔助說明。在質性研究領域，這些角色都是重要研究工具，需經訓練和準備(胡幼慧，民 85)。

一、研究者的訓練背景

在研究法訓練方面，研究者修習過質性研究課程，在課程研習中有訪談和觀察等實地操作訓練，研究者並閱讀相關書籍以充實研究法知識。在催眠治療訓練方面，研究者曾隨三位催眠老師學習催眠，第

一位為精神科醫師，第二位為在紐西蘭取得合格催眠師資格的催眠老師，第三位為心理學博士。研究者有四年催眠學習經驗，已取得催眠師證照。在不同學術領域老師的調教下，研究者已具備寬廣的催眠治療背景，在催眠治療過程中有足夠能力擔任觀察員的角色。目前研究者不定期回催眠中心複訓，以加強更多的理論基礎和臨床經驗。

二、訪談員

在本研究進行催眠治療前、催眠治療中與催眠治療後的訪談工作都由研究者以無結構性或低結構性方式與喪親者進行訪談。以無結構性或低結構性方式的訪談方式可以讓受訪者自由而不受問題限制的發揮自己的感想。取得訪談資料後，研究者暫時擱置不予整理分析，以免陷入主觀判斷。

三、參與觀察者

為避免研究者過渡涉入，催眠治療工作由研究者催眠老師進行實際的催眠操作。請精於錄影工作者幫忙錄影，研究者在現場全程實地參與催眠治療觀察，同時進行摘要筆記。完成錄影後，再次觀看影帶並做筆記。

四、資料搜集與分析員

本研究資料經由訪談、觀察和問卷填答蒐集而成，每一療程所蒐集的資料，不馬上整理，以避免主觀思維影響。本研究資料的分析工作，由研究者擔任。並邀請博士生(有催眠證照，修習過質性研究，有多次資料分析經驗者)協助資料分析。

貳、本研究的催眠治療師

為使催眠治療的研究效果更趨真實呈現，以及避免研究者在本研究中所擔任角色的過度涉入，影響研究資料的客觀性分析，本研究的靈魂人物—催眠治療師，經研究者懇請國內知名催眠治療師(研究者第三位催眠老師)首肯擔任本研究的催眠治療工作。

本研究的催眠治療師，美國心理學博士，其專業領域有：認知心理學、神經心理學、NLP 催眠治療。十五年臨床心理治療工作經驗，催眠學理豐富，技巧純熟，經常接受電視傳播媒體及各大學、醫療團體、文化單位邀請，講演催眠治療相關論題。在他豐富的臨床治療中，成功處理過許多因喪親經驗造成的身心病症。催眠老師喜歡觀察、瞭解別人，具高度敏感觀察力與同理心。他認為催眠療法中有許多技巧，如暗示法、心像法、行為重塑法、時空扭曲技巧等可快速治愈喪親者身心疾患，主張喪親者以團體形式做催眠治療，較個人治療的效果好。原因是團體治療方式多：如觸動治療、戲劇治療、繪畫、舞蹈、音樂、聲光、芳香等療法，或可單一，或可多種方式混合使用，在團體的互動中，患者可以藉由其他學員的反應反觀自己，發現自己不是唯一可憐的人，在團體的學習過程中能很快找到解決問題的方法。因此，本研究的催眠治療採團體治療為主，個別治療為輔。

參、資料轉錄者

本研究中的訪談資料，研究者請有專業轉錄背景的工作者擔任，並口頭約定，謹守保密原則，所有轉錄資料內容不得以任何方式傳播出去。轉錄文字稿完成後，研究者再經由錄音帶重新複校一次，修正、補充有誤或不足之處。

肆、調查表及量化資料

一、「基本資料調查表」

研究者經國內麥得心智研究發展中心同意，以該中心的基本問卷調查表，依本研究目的之需要，加以修改或補充，使成為本研究所使用之「基本資料調查表」(見附錄一)。本調查表內容分二部分，第一部分為基本資料，內容包括：姓名、性別、年齡、教育程度、宗教信仰、職業、通信地址等。第二部分為成員背景資料、喪親經驗前後之身心狀況、以及催眠經驗等。該中心之基本問卷調查表專為接受催眠者使用，符合本研究對象使用。故本研究引用此調查表，作為取得研究對象之個人背景資料及喪親前、後之身心改變情形。

二、訪談大綱

本研究問題的資料蒐集，除了問卷、量表數字的提供，主要靠成員本身對治療過程的主觀感受。喪親者的悲傷反應和治療感受過程是十分個別化的。因此，為順利取得切合研究目的之資料，本研究之訪談方式以非結構或低結構形式進行。訪談分二部分，一為催眠治療前，另一為每一催眠療程後。催眠治療前，研究者以無結構方式分別和各成員訪談。以輕鬆的聊天開始，拉近彼此距離，解除成員設防心理，再慢慢拉近喪親主題，允許成員在情緒可控制範圍，敘述喪親經驗以及目前的悲傷反應，本部分的訪談目的在解除成員心防，了解成員目前身心狀況。每段催眠療程結束後，馬上進行第二部分的訪談，研究者依據研究目的，參考成員所填寫「期望項目自評表」第二部分的資料作為訪談指引。最後一次訪談在治療結束後一周內進行，主要針對每位成員的悲傷症狀，內容聚焦於目前悲傷經驗對身心的影

響。訪談以開放方式，不暗示、不預設立場，讓成員自由發抒參與過程中內心的感受，以及對自己身心的覺知和衝擊。

三、「貝氏憂鬱量表」(Beck Depression Inventory)

為 Beck 經長期觀察憂鬱患者的症狀於 1961 年所編制完成。本研究採用柯慧貞教授(1991)根據原量表所修訂之版本。內分 21 類症狀，共 21 題，內容包括哀傷、沮喪、滿足感、失望、罪惡感、自我懲罰、嫌棄自己、自責、自殺念頭、哭泣、憤怒、社會行為退縮、優柔寡斷、軀體形象扭曲、壓抑、睡眠情況、疲勞情況、胃口不好、體重減輕、失神、動力不足等。此量表為程度選項方式，總分最低 0 分，最高 63 分。由 ROC(Receiver Operating Characteristic)曲線所得之中文版憂鬱量表最佳分界點與國外研究所得一致，皆以 10 分為區分正常組與輕鬱組織臨界點(引自蔡麗芳，1991)，分數越高憂鬱程度越重。本量表折半信度為 0.99，四週後再測信度為 0.88。效度方面，依柯氏對國人所做的研究，此量表可以有效區分重鬱症，輕鬱症和正常組。該量表已具良好信度與效度，且廣為心理醫學界使用，故本研究引用該量表以測量喪親者目前的憂鬱程度。

四、「中國人健康問卷」(Chinese Health Questionnaire)

此問卷為鄭泰安等人編修而成，原作為篩選輕型精神疾病患者的測量工具，原量表有 30 題與 12 題問卷(Cheng, 1986)。經因素分析內容包括：身體化症狀、焦慮、社交障礙、憂鬱等四種精神症狀(引自柯俊銘，1998)。問卷以 1234 四分法為問題選項，計分方式為：答(1)、(2)者，得分為 0；(3)、(4)者，得分為 1，總分為 0-30。經柯氏調查結果，以 9 分/10 分為分界點最具精確度(specificity)，9 分以下(含)為低分組，10(含)分以上，屬高分組，高分組表健康狀況不

佳。為一頗具信度與效度且廣為精神醫學界使用之問卷，故本研究引用之以測量喪親者目前的身心健康狀況。

五、「期望項目自評表」：

為了解各成員在本療程中的收穫內涵和期望改善項目達成狀況。研究者在催眠療程進行前，請每位成員各自書寫在此療程中，個人期望改善的項目，並依此期望改善項目以及訪談大綱內容編制本「期望項目自評表」。自評表內容分二：(1)求助項目達成效果方面，以條列式敘述求助項目內容，請案主以 0-10 評量每條期望改善項目達成的程度。評分越高者，表示達成效果越大，反之越小。(2)以開放式問答，請案主簡述此次療程中自覺最受用以及感受最深刻的內容，以作為喪親者身心改變效果的重要參考資料。

伍、研究場所及使用器材

為配合催眠治療所需器材和環境，使催眠治療順利進行，催眠治療場所，選擇在研究者催眠老師的研究中心進行。該中心設備齊全，催眠治療使用器材有：攝影機、錄音機、音響、麥克風、銀幕、影片、投影機、投影片、音樂 CD 等。

第四節 實施方案

本催眠治療方案內容係根據國內外催眠治療相關理論，參酌國外有關催眠療法運用於喪親者悲傷反映之臨床研究，以及催眠治療師本身專業背景和臨床催眠經驗設計而成。催眠治療本身，並沒有清楚和絕對的階段區分，但是為方便說明治療過程，本治療方案內容分四個治療階段，分別為：一、準備階段；二、測試階段；三、催眠治療；四、強化與修正，四個治療階段在一個星期內完成。茲將本催眠治療實施內容、目標摘述如下(見表 3-4)：

表 3-4 催眠治療實施方案

階段	實施內容	目標
一：準備階段	<ol style="list-style-type: none"> 1.自我介紹。 2.催眠老師及環境介紹。 3.喪親經驗敘述。 4.悲觀與樂觀測試。 5.家庭作業。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.認識彼此。 2.情緒的表達。 3.回憶。 4.瞭解情緒與身心健康的關係。 5.失落的察覺。
二、測試階段	<ol style="list-style-type: none"> 1.催眠介紹。 2.催眠放鬆導引。 3.催眠深度測試。 4.情緒釋放。 5.個別家庭作業。 6.心得分享 	<ol style="list-style-type: none"> 1.瞭解催眠治療，消除恐懼。 2.學習放鬆，進入催眠狀態。 3.解除壓力。 4.促進因應悲傷。
三、催眠治療	<ol style="list-style-type: none"> 1.利用催眠時空扭曲¹技巧，導引喪親者與死者會面。 2.催眠暗示：經由催眠心像法經驗與死者的形上關係。 3.改變喪親者與死者形上關係。 4.後催眠暗示。 5.心得分享。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.重新經歷喪親經驗 2.重新定義與死者的關係 3.給予喪親者與死者之間抽象的，內心定義的認可。 4.相互祝福與道別
四、強化與修正	<ol style="list-style-type: none"> 1.導引進入催眠狀態，搜尋悲傷反應狀態。 2.修正悲傷反應。 3.自我強化和自我效能暗示。 4.經由自我催眠重新定義與死者的關係。 	<ol style="list-style-type: none"> 1.調整未解決的悲傷反應。 2.調整未來與死者內心的、形上的、或獨立超然的關係。 3.設定新的生命意義

¹ 依據專業催眠師解釋時空扭曲係指以催眠技巧導引當事人的意識脫離現在的時間和空間到另外的時空。

第五節 資料整理與分析

本研究所蒐集的資料有：量化資料和質性資料，整理分析方式敘述如下：

一、量化資料：

量化資料包括「貝氏憂鬱量表」、「中國人健康問卷」。催眠療程全部結束後，將受測成員的前測、後測以及追蹤測試所得「貝氏憂鬱量表」、「中國人健康問卷」資料，經整理後，統計分數，建檔，並進行計算平均值、總分數，並以無母數分析之魏氏考驗，以作為檢測催眠治療前、治療後、以及後續追蹤之憂鬱症狀與身心情況的立即性和後續性改變效果。

二、質性資料

質性資料包括：「基本資料調查表」第二部分、四次催眠治療現場錄影摘要筆記、現場觀察摘要筆記、訪談資料、以及「期望項目自評表」第二部份。所有質性資料的蒐集，依本研究之目的進行下列作業：

(一)、整理摘要筆記

將現場摘要筆記，依研究目的歸類為「成員整體互動情形」與「成員個別反應」兩種，分別整理歸類，以作為資料分析時的重要參考。

(二)、文字轉錄及編號

所有訪談資料，研究者請有專業轉錄背景的工作者擔任，並約定謹守保密原則，不得以任何方式傳播轉錄資料內容，資料轉錄完畢立刻交回錄音帶。轉錄文字稿完成後，研究者聽錄音帶重新複校文字稿，修正、補充有誤或不足之處。轉錄文字稿時即進行資料編號，六位成員個別以 A、B、C、D、E、F 之英文字母編號。四次催眠療程分別以 T1-T4 代表之。例如：AT1P8 代表 A 成員在第一次治療後接受訪談中的第八句話。

(三)、進行編碼

本研究焦點在於喪親成員悲傷反應的改變情形，因此編碼的工作有二大步驟：1、從各成員「基本資料調查表」第二部分及治療前的訪談逐字稿中選擇各成員合適的悲傷症狀的歸類名稱或由研究者參酌逐字稿內容自行歸納命名。2、檢視所有訪談資料文字稿，將與催眠治療改變效果有關的內容摘錄出來，核對歸類名稱找出相對應內容。編碼內容主要為：「成員悲傷症狀改變情形」，包括情緒、認知、行為及生理上的轉變，分別予以分類編碼，作為解本研究問題的解答。本研究編碼工作初期由研究者和協同編碼員共同進行 A、B 成員部分資料分析，首先就逐字稿資料獨立編碼，編碼完成後，就編碼異同處進行討論，以達編碼資料的一致性。

三、信度

為避免資料分析流於主觀，研究者與協同編碼員就訪談資料進行獨立編碼。完成編碼後，就兩者編碼做異同性比較並進行討論。計算

兩者編碼資料之一致性係數，結果第一次一致性係數為 0.81，第二次一致性係數為 0.91。平均係數為 0.86。編碼後的分析與歸納工作由研究者獨力完成。

四、效度

研究者於資料蒐集過程中，力求中立、同理、不直接引導，並做即時摘要筆記以取得正確研究資料。所有資料完成摘錄、整理分析後，就個別成員資料做成催眠前後身心狀況表，研究者就摘錄資料與身心狀況表，個別交給成員做確認與補充修正，以確保本質性資料之效度。

第四章 研究結果與討論

本研究採質量並用研究取向，依研究目的，親自參與觀察催眠治療，並進入現象場蒐集成員主觀認知資料。將資料予以整理分析以瞭解成員在催眠治療後身心立即性與後續性改變情形，本研究亦著重於研究成員的身心改變歷程，以為有興趣從事催眠治療者參考。本章共分四節，第一節為催眠治療後個別成員身心改變的歷程和效果，第二節為催眠治療後全體成員身心的立即性改變效果，第三節為催眠治療後全體成員身心改變的後續性效果，第四節為就研究結果做成討論。

第一節 催眠治療後個別成員身心改變歷程和效果

壹、A 成員催眠治療後身心改變歷程

一、A 成員喪親經驗背景

A 為在學研究生，有二位妹妹，都已結婚。父親於三個月前因癌症往生，從父親病發到死亡約半年時間。在父親住院期間，因 A 的妹妹都已自組家庭，A 又排行老大，母親十分依賴 A，因此照顧父親的責任，都由 A 承擔。舉凡大小事情家人都要 A 做決定，例如是否讓父親做侵入性醫療，病況嚴重時是否轉院等等。A 覺得壓力很大，心

情變的十分煩躁。父親往生後，覺得自己做了錯誤的醫療決定，好像父親是自己害死的，內心充滿罪惡感、無力感，服喪期間以淚洗面，無心於功課。

二、A 成員催眠治療前之身心狀態

經由催眠治療前對 A 所做問卷和量表的填答發現，A 所填「貝氏憂鬱量表」之前測分數為 25 分，顯示 A 有中度憂鬱症狀。(依臨床上應用貝氏憂鬱量表以 10 分作為判斷是否罹患憂鬱症的指標，總分在 10 分(含)以下屬正常，11-18 分屬輕度憂鬱，19-30 分屬中度憂鬱，總分大於 30 分則屬重度憂鬱)。A 所填「中國人健康問卷」之前測分數為 11 分，表示 A 的身心狀況不佳。(經鄭氏調查結果，發現 9 分/10 分為最具精確度的分界點(specificity)，9 分以下(含)為低分組，10(含)分以上，屬高分組，高分組表健康狀況不佳。經由量表及問卷分析 A 的身心問題有：悲傷哭泣、失眠、壓力大、失去自信心、心情煩躁、身體無元氣等。分析 A 催眠治療前的訪談資料，得其身心狀況結果如下：

(一)、脾氣暴躁，情緒不穩

「我真的是，脾氣完全沒辦法控制，一早起來就是罵人，罵到我晚上睡覺...」

AT4P3

「我覺得我真的是很糟糕，我若心情好喔，給他好臉色看，.....尤其是，經歷我爸那一段之後，我若今仔日心情好，就給他好臉色看，心情歹，就會這樣子，脾氣足歹的啦(台語)，什麼事情都，就按呢罵來罵去就對了啦(台語)，反正就是，目珠扒晶就是在起性地(台語).....以前的我不會這樣呢，在我爸生病之前，我不會這樣，.....，自己都不認識自己....」AT4P5

(二)、哭泣、悲傷難過

剛與 A 接觸時，A 稍提到父親就無法控制的痛哭。甚至提到電視有關親情的情節，也會無法自己的悲傷難過。第一次的訪談，A 用了我大約半盒衛生紙擦拭眼淚。

「我只要講到我爸爸，我就開始一直哭，....我只要一哭過，我整個下午，或是整個早上都沒辦法做事了」 AT4P8

(三)、做惡夢

「因為那時候真的，每個禮拜喔，一個禮拜至少有一次到兩次，會做惡夢。」

AT4P6

(四)、睡眠品質差

「...就是在那邊煎魚的時候(睡不著)，很像是在煎魚，就是這樣翻過來又翻過去，翻過來又翻過去，真的很像煎魚啊。」 AT1P6

「像我以前喔，睡眠就是，早上起來喔，都覺得好像沒起來然後，都會起床氣，脾氣足歹的喔，透早喔，我就，我就在哩抓狂(台語)，就覺得自己都好像在罵人.....」 AT3P1

(五)、無力感、逃避問題

「每次我媽如果要講，我都說不要講，不要講，講了在那邊哭，怕我跟我媽談到，我覺得.....，我開始注意到他的悲哀的時候，我就開始覺得，唉喲...你就知道很痛苦...」 AT1P2

「我希望自己能像是一棵樹，就是只要你不要有情緒感覺的時候，你不會有悲傷啦，你不會有感覺的那種，樹啊，或是那種狗啊，貓啊，豬啊，雞啊，鴨啊.... 就是不要有那種，我那時候就覺得說，人之所以為人，因為他有這麼多的...感受，可是我那時候我還是覺得，我寧願我不要是人，我寧願我自己不是一個人，沒有什麼感受這樣子。」 AT4P4

(六)、拒絕別人關心

「我會拒絕耶，真的，我會拒絕，拒絕別人給你的關愛」 AT4P7

(七)、壓力大

「……，因為很多時候人家都會告訴你，你是大女兒，你決定，對啊，我媽就說他不敢做決定，問我們女兒意見，然後我妹妹就說他也不敢做決定，都問我」 AT3P4

「我是老大，然後那時候就是，因為我都陪在我爸身邊，所以很多醫生他都，他都找我，因為我媽不識字，他都找我，然後就等於是我在決定，決定我爸下一步怎麼做，下一步要怎麼做，下一步要怎麼，」 AT3P5

(八)、愧疚自責

「我很難過是有一點我很像不能夠原諒自己這樣子……」 AT3P5

「所以我到，到，到那時我爸過世的時候我覺得我，沒辦法釋懷就是我有很深的那種愧疚，好像是我決定了我爸的生命，就好像，說得那個一點，好像你會感覺說好像是你害死他的那種，其實因為他的所有的一切都是你幫他做決定的。」 AT3P6

(九)、人生沒目標

「我爸過世，在那時間因為又要回來學校寫，寫論文，然後的那種，又找不到自己的定位你知道嗎，就是整個，因為這樣的一件事情把自己的…原本的信念都搞亂了，已經忘記自己曾經有過的什麼人生目標，對自己的定位那個全部都忘記了。然後那，那一陣子真的是覺得過得茫茫然，真的只用茫茫然來形容。」 AT4P2

三、A 成員催眠治療中身心改變過程

第一次治療

A 在第一次治療中略顯緊張，對情緒的控制無法掌握。提及喪親經驗往往無法控制情緒而陶然大哭。A 認為在此次療程中沒有什麼改變，且感受到人與人間的疏離感，對人有分恐懼感，並猶豫自己是否還要繼續下一個療程。雖然如此，A 在此療程中配合度很高。

(一)、沒有什麼改變

「第一次的話，我覺得我列的這十項目標沒有一項達成，都是零分，那一次讓我，讓我，讓我覺得對人的那種恐懼感你敢知，有那種，尤其是陌生人的那種恐懼感，有那種不想跟人家接觸的那個那種感覺。」AT4P21

(二)、猶豫是否要繼續參與第二次的治療

「第二次要去的那一天下午下大雨，.... 害我一直猶豫，猶豫你敢知？一直猶豫，hen，一直猶豫，但是我一直在，我，我講實話，我真的一直在腦海裡面一直在想，我有什麼藉口，我有什麼藉口....。」AT4P22

第二次治療

A 發現在此次治療過程中，自己會不由自主的去配合他人的期望行為，換言之，有些事並非 A 所真心想要的，但會將別人的期望變成自己的行為舉止，因此，心裡感覺矛盾，掙扎於到底該配合別人的期望，或傾聽自己內心的聲音？由於 A 對自己目前身心狀況十分不滿，想改變自己目前狀態的動機十分強烈，因此，A 決定努力配合催眠治療，給自己改變的機會。

(一)、會以行為配合別人對他的期望

「我發現自己會不由自主的去配合他人的期望行為，有時候，有些事並非我所真心想要的，但習慣的會將別人的期望變成自己的行為舉止，矛盾感....，到底我應該順從別人的期望，或傾聽自己內心的聲音？」(AT5P2)

(二)、下定決心改變自己

「然後那一次做，有做一個簡單的催眠，然後那時候我覺得，還好啦，可能我自己開始下定決心是，我要給自己一個機會，那一次，第二次的時候，我開始下定決心說，我要給自己一個機會。對啊，然後我開始願意去，相信你.... 我一定要改變自己，因為我不喜歡自己這樣子。」AT2P1

第三次治療

在此次治療中，A 對環境和其他成員的熟悉感較強，心裡較安心。此次 A 強烈感受到催眠治療師的愛心，內心充滿溫暖，因此，放下心中的防備和武裝，全力配合治療。A 覺得此次療程收穫頗多，深深感受到“心“的力量是無遠弗屆的，認為善用“心“的力量可以改寫人生的劇本。療程結束後，A 精神亢奮，快樂寫滿臉上，對父親的死亡已能釋懷，不再覺得愧疚和自責，提及父親時，也能控制情緒不嚎啕大哭，在身體方面，擾人的惡夢消失了，胃口好起來了。而且知道控制情緒快樂面對事情。

(一)、感覺到老師的關心和愛

「我第一次覺得說我有感覺到老師的那種，關心，感覺他比較跟我們共國的(台語)那種，會，有那種，第一次有那種感覺，就是說，世，其實他是真的想要幫助你，而不是一個職業，不僅僅是一個職業這樣子，...就覺得好溫暖喔，」AT2P2

(二)、精神亢奮，心存感激

「那時候是，精神上是，我覺得是，蠻亢奮的，對啊，我覺得說，那時候的感覺就是... 世，我覺得... 謝謝，就是說... 還好有遇到，遇到你，」 AT4P25

(三)、提起父親已不像以前那樣嚎啕大哭

「你有沒有發現我一個很大的轉變？以前我只要講到我爸爸，我就開始一直哭，可是現在我覺得，嗯，我的眼眶會濕，因為我會思念他，但是我不像以前那樣子，就是哭到都，哭甲攏無法度講話那種(台語)，....」 AT2P4

「.....比如說聽到一首那種歌，或是什麼的，我就會開始，不能克制得這樣哭，可是我覺得，不一樣的是，我現在會，眼淚擦乾，鼻涕包包咧(台語)，世，繼續，繼續，打論文，不像以前那樣子，那時候以前，第一次，第一次來跟你，你見面那一次，我只要一哭過，我整個下午，或是整個早上都沒辦法做事了」 AT4P27

(四)、覺得爸爸已經原諒她，心裡釋懷

「我現在還可以回想到我爸，他揮手，笑著跟我揮手說再見，然後要我加油，要我快樂，我還是可以那個，那我會覺得說，我爸原諒我，心裡面覺得說，ㄟ，我爸他有原諒我，我覺得說釋懷了」 AT2P3

(五)、胃痛，失眠、便秘等症狀已改善

「胃痛，失眠啊、便秘啊....現在，現在都蠻好的，現在，現在睡眠，除非說一件事情興奮得對不著。」 AT4P33，AT4P36

(六)、自信心增加

「我昨天晚上，就是在那邊煎魚的時候(睡不著)，很像是在煎魚....，然後，我突然有一個念頭，就是我要相信自己，你本來就對自己很，很

有自信...」 AT1P6

(七)、心境轉變為樂觀正向

「我真的覺得說喔，真正是感，感恩呢，我就是，我覺得我的生命裡面貴人好多，真的好感謝喔，真的，我真的不騙你，我覺得喔，我每次在這樣散步，我，我真的覺得散步的那個過程裡面，其實我覺的我的心裡面真的是很溫暖，就是覺得說，自己怎麼那麼幸運，能夠遇到一些人鼓勵，然後再你一，一有事情的時候，從最小的事情到最大的事情都會有人來幫你。」

AT4P15

第四次治療

A 在此次治療過程中最大的轉變在於對外在事物的關心和感受，A 不再拒絕別人的關心，相反的主動表示感謝曾經關懷過 A 的人，甚至對外面一草一木、微風暖陽都另 A 悸動不已，A 感受到生命的起起落落本是正常，生命雖有高低潮，A 認為這就是人生！之前與家人相處時常磨擦，現在能用心去看家人的好。從 A 嘰嘰喳喳不停述說其快樂心境和感想，很難想像第一次和 A 見面的悲傷模樣。

(一)、脾氣改變，會關心家人

「以前，我出門時，母親都很自然講，啊你開車卡慢咧啊，卡早回來咧啊，以前我會講，喔，你足煩的呢(台語)，以前我第一個反應就是，喔你足煩的，因為我覺得這種代誌我哪會不知(台語)？我哪會不知？...然後今天早上跟我講說叫我卡早回來咧，開車卡細意(台語)咧，我講，啊因為他要去田裡了，我就講，你騎摩托車卡細意咧.... 卡早回來咧，足熱的，愛卡早回來咧(台語)。」 AT4P1

(二)、心情愉快，對未來樂觀

「順利的話，我今年就會畢業，就離開這美麗的地方，...我一定要給它做一些巡禮，然後把它深刻，把這個美麗的地方，深刻給它刻印在我的腦海裡，所以我每天中午吃完飯，背著我的 notebook 你知道嗎，然後撐著陽傘在校園裡面走，....我就這樣，我就是那兩個字：“從容”。」 AT4P9

(三)、會欣賞周遭環境，不再自怨自嘆

「我覺得，世，我竟然能夠去欣賞說，世不錯嘛，這裡有一個，天地的角落也不錯啊，然後又可以聽音樂，然後又可以看那種，那種風景那樣子，然後又，我就開始做得很順利你知道嗎，我就開始覺得做事很順利，....開始去欣賞那種，去看到他好的那一面，而且是很自然的喔，不是說提醒自己.....我就覺得很自然呢，... 真的每一個地方都是感動，然後，都會有一些那種，想法，然後就能夠去感覺到那種改變，真的就是...無處你都可以 ...我覺得我竟然去注意到那個，那個樹葉縫之間的陽光，唉喲好好喔」 T4P29, T4P30

「覺得自己怎麼這麼了不起，竟然有辦法去，去享受那種，不方便你敢知，....真是太美妙了，而，而且我覺得很美妙的一點就是，我自己都可以感覺到喔，那種轉折我自己都感覺到喔，.... 有夠神奇的啦，這真是太神奇了。」 (AT4P34)

(四)、對自己和家人的轉變十分興奮

「我昨暝攞歡喜甲睏未去你敢知(台語)，按怎催眠就無效你敢知，按怎催眠就感覺足，足興奮的，因為，自己，自己覺得那種感覺喔，...是我以前曾經，都不曾跟我媽媽去感受到的那種感覺.....。」 AT4P31

(五)、控制情緒快樂面對事情

「我都麻會提醒自己，不是催眠了以後就天下太平，生命還是有高低起伏啊，啊只是說，我覺得，至少，面對不管大，自，因為我現在都是一些小事情啦，喂，我覺得從小事情開始做起，我還能夠去，世，快快樂樂的去面對，我就覺得，了不起，了不起，以前我都會為小事抓狂的那種」AT4P3

(六)、不再拒絕別人的關愛

「這兩天，經歷三天嘛，每天散步，我真的覺得說，我真正感覺講，真的人，人的生命裡面啊，你需要有一些，人，稱之為貴人，那種，我覺得一些人，不管一個小動作，一篇文章，他是像你這樣子，帶我去一個地方，參與這樣子的那個，我有時候會覺得，都，都需要一點，一點人來扶持你才有辦法啊，..... 以前我會拒絕耶，真的，以前我會拒絕，拒絕別人給你的關愛。」

AT4P37

綜合前述資料的整理和分析做成表 4A- 1，為 A 在接受四次催眠治療中身心改變的歷程。

表 4A-1 成員 A 催眠治療身心改變歷程

第一次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提起喪親經驗，無法自己痛哭。(現場摘要筆記)。 2. 心情憂鬱，眉宇深鎖。(現場摘要筆記)。 3. 對人有恐懼感。(現場摘要筆記)。 4. 感受人與人間的疏離感。(自評表一)。 5. 覺得沒什麼改變(訪談摘要)。 6. 猶豫是否要繼續參與第二次的治療(訪談摘要)。
第二次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 會去配合他人的期望行為，但並不是自己真心想做的。(自評表二)。 2. 有矛盾感(自評表二)。 3. 有防備感(現場摘要筆記)。 4. 下定決心給自己一個改變的機會(訪談摘要)。
第三次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第一次感受到催眠老師的愛心，感覺十分溫暖(訪談摘要)。 2. 精神覺得亢奮。心存感激(訪談摘要)。 3. 提起父親已不像以前那樣嚎啕大哭(訪談摘要)。 4. 治癒了擾人的惡夢(訪談摘要) 2. 對父親的愧疚和自責以能釋懷(訪談摘要)。 3. 知道控制情緒快樂面對事情(訪談摘要)。
第四次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 覺得提及父親時，可以控制情緒，繼續做事(訪談摘要)。 2. 我發覺自己可以體會欣賞周遭環境，十分快樂(訪談摘要)。 3. 相信心是人生最大戰場、深刻感受到心靈的力量有多大(訪談摘要)。 4. 能以正面思想看待事物(訪談摘要)。 5. 發現已找回自己了。能以更輕鬆的心情面對人生(訪談摘要)。 6. 胃痛，失眠、便秘等症狀已改善(訪談摘要)。 7. 對自己很滿意，覺得自己太神奇了(訪談摘要)。

四、A 成員催眠治療前後身心悲傷反應改變效果之比較

(一)、中國人健康問卷之比較(表 4A - 2)

成員 A 於實施催眠治療前接受中國人健康問卷測驗之所得分數為 11 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 9 分，得立即性改善分數 2 分，依鄭氏調查顯示，得分 11 分為高分組，屬身心不佳狀態，得分 9 分屬低分組，屬身心正常狀態。由此問卷顯示催眠治療對成員 A 之身心有正面改變效果。

表 4A – 2 成員 A 中國人健康問卷前後測比較

	成員 A	身心狀況	改變效果
前測分數	11	不佳	
後測分數(立即測驗)	9	正常	
立即性改善分數	2		正面改善

(二) 貝氏憂鬱量表之比較

成員 A 於實施催眠治療前接受貝氏憂鬱量表測驗之所得分數為 25 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 5 分，得立即性改善分數 20 分，依柯氏調查顯示，得分 25 分，憂鬱症狀屬中鬱狀態，得分 5 分憂鬱症狀屬正常。由此量表顯示催眠治療對成員 A 之憂鬱症狀有進展性改變效果。

表 4A – 3 成員 A 貝氏憂鬱量表前後測比較

	成員 A	憂鬱症狀	改變效果
前測分數	25	中鬱	
後測分數(立即測驗)	5	正常	
立即改善分數	20		正面改善

(三) 質性資料之比較

表 4A – 4 為成員 A 接受催眠治療前和治療後身心反應的比較，成員 A 於接受催眠治療前主觀認為自己身心的悲傷反應有：脾氣暴躁，情緒不穩；哭泣、悲傷難過；壓力大；愧疚自責；做惡夢、失眠、逃避問題、無力感、以及有失落感等等。催眠治療後身心主要的改變

是心念的轉變、情緒穩定與正向樂觀的態度：

- 1、心念轉變：對人事物心存感恩、自我主觀念頭的改變、覺得自己是個幸運的人、能以正面思想看待事物、會欣賞周遭環境，不自怨自嘆、發現已找回自己了、能以更輕鬆的心情面對人生。
- 2、不再拒絕別人的關心。
- 3、樂觀：心情愉快、對未來樂觀。
- 4、情緒穩定：可控制情緒、不亂發脾氣。
- 5、學會體諒家人，家庭氣氛融洽。
- 6、能接受父親的死亡：可以平靜的談父親的死亡，不再情緒失控。
- 7、生理疾病症狀改善：胃痛，失眠、便秘等症狀已改善。不再做惡夢。
- 8、不再愧疚心情釋懷：覺得父親以原諒 A 並祝福 A 幸福。

由上述質量資料之比較分析，催眠療法對成員 A 的悲傷反應有正面的改善效果。

表 4A - 4 成員 A 治療前後身心反應分析

<u>催眠治療前身心悲傷反應</u>	<u>催眠治療後身心悲傷反應</u>
<ul style="list-style-type: none">一、脾氣暴躁，情緒不穩二、哭泣、悲傷難過三、做惡夢四、拒絕別人關心五、無力感六、逃避問題七、失眠八、責任重、壓力大九、愧疚自責：十、有失落感	<ul style="list-style-type: none">一、心念轉變。<ul style="list-style-type: none">1、心存感謝。2、改變自我主觀念頭。3、覺得自己幸運，有貴人相助。4、覺得對不起母親。5、能以正面思想看待事物。6、會欣賞周遭環境，不自怨自嘆。7、能以更輕鬆的心情面對人生。8、不再拒絕別人的關心。二、心情愉快、對未來樂觀。三、可控制情緒、不亂發脾氣。四、學會體諒家人，家庭氣氛融洽。五、可以平靜的談父親的死亡，不再情緒失控。六、生理疾病症狀改善：<ul style="list-style-type: none">1、胃痛，失眠、便秘等症狀已改善。2、不再做惡夢。七、不再愧疚，心情釋懷。八、會自我催眠，加強自信心。

貳、B 成員身心改變歷程和效果

一、B 成員喪親經驗背景

B 成員四十四歲，母親在 B 國小二年級時過世，因年紀還小，害怕沒有母親會被人欺負，害怕以後讀書會有後顧之憂，當時雖有姨母照顧，仍感傷心。後來父親再娶，又擔心會被繼母欺負，因此封閉自己，不喜歡和人群接觸。B 認為自己在成長過程中，充滿不安全感，怯於在陌生人面前講話。就業後，自認表達能力差，因此人際關係不是很好。結婚後，因早期的喪親經驗所造成的身心痛苦和遺憾不願發生在孩子身上，B 十分關注孩子的課業和行為，經常要求孩子，造成孩子壓力沈重，成績不甚理想，B 十分煩惱。

二、B 成員催眠治療前身心狀況

經由催眠治療前對 B 所做問卷和量表的填答發現，B 所填「貝氏憂鬱量表」之前測分數為 26 分，顯示 B 有中度憂鬱症狀。A 所填「中國人健康問卷」之前測分數為 18 分，屬高分組，表示 B 的身心狀況不佳。經由量表及問卷發現 B 的身心問題有：經常悲傷自責、憂心沮喪、壓力大、失去自信心、胃口差等。統合 B 催眠治療前的訪談資料，得其身心狀況結果如下：

(一)、怯於在陌生人的面前講話，表達能力不好

「從小我就覺得說，我比較怯於在那個陌生人的面前講話，而且表達能力也相當差。」BT3P3

(二)、不善人際關係

「一般人會覺得說我是一個很不，不太容易接近的人，會覺得說這個人很嚴肅而且很不好接近，是一個很不好的人啦喔，但是跟我相處的，久了以後會覺得說，世，這個人還蠻熱情的，我自己講的啦，我不知道別人的感受啦(笑)」。 BT3P6

(三)、親子關係緊張

「因很早媽媽就過世了，我有升學壓力，我不希望我孩子和我小的時候一樣，所以現在我盡量給孩子好的升學環境。我媽媽很早就往生，然後我，我爸爸有再娶，那我一直，我很想唸書，我就一直希望說後面有一個人可以，可以讓我，一個無後顧之憂嘛，就是說，供應我唸書，但是我沒有這種，這種資源，也沒有這個後，那個那個後盾哪，所以我在想，我，我才問女兒，我跟她說，你是不是希望這樣子？他說，當然是希望這樣子，那我會想說那我是不是應該提供給他這樣子的一個機會跟環境。」 BT0922P5, BT00922P1

「我對他們的期望很大很大，.....我是覺得說我一個做媽媽的怎麼是這個樣子，然後都沒有那個，都沒有那種正面的那種，那種鼓勵，然後常常對他們說要求，就是，就是一直要求一直要求....」 BT00922P1

(四)、固執、不容易認錯

「我真的是，不容易承認錯誤的人，而且我的觀念，很執著很剛愎。」

BT0922P3

三、成員 B 催眠治療中身心改變歷程

第一次治療

B 於此次治療過程中，起初略顯緊張與羞澀，提及喪親經驗仍難掩悲戚之情，但仍能順暢敘述自己身心的不安全感及不平衡感，B 十分訝異自己有如此表現，覺得自己心情釋然許多且覺得自己已跨出一大步。

(一)、高興自己可以在陌生人面前做表達

「第一次在這麼多人面前，尤其是在第一次見面的陌生人面前，這麼坦然說出自己的感受，我自己都嚇一跳！」(自評表一)

(二)、覺得心靈平靜舒服。

「我是覺得喔，進入那個睡眠的狀態就是在那邊冥想，神馳啦，老師講是在神馳對不對，那個神馳的狀態，你看，那個音樂就是或高或低，然後，喔，在那個地方漂流，我，我不曉得，我感覺，我我是跟著那種情境、意境在那邊神遊，很舒服很舒服...」BT022P4

(二)、心情釋然：

「傾吐後的感覺好釋然，有種能量釋放的感觉。」(自評表一)

第二次治療

此次療程 B 仍然表現羞澀緊張，B 覺得自己言拙不善表達，對老師指定的作業，盡力去實現，覺得有收穫。對其他成員提供的意見也覺得有所受益。

(一)、覺得自己言拙

「在這次的課程中，我又覺得自己言拙了！我還要繼續努力。」

(二)、能努力和老師配合

「老師指派的作業，我依言執行，獲益匪淺。我覺得自己真是孺子可教也！」

第三次治療

此次此療程，B顯的相當高興，因為B的同事發現B的改變，寫了卡片送給B，並鼓勵B繼續加油。同事不可置信的表情讓B興奮極了，至此體會出真情的付出，必有喜悅與滿足的回報。B並承認自己對孩子的管教錯誤，願意放下自己的主見，多聽別人的意見。

(一)、感受到同事的善意回報，十分快樂

「其實上個禮拜喔，我去上班的時候喔，...因為老師規定我說，每一天要講兩個笑話給二十個同仁或二十個朋友聽，喔，我真的有點傻眼，但是要怎麼去找這麼多朋友？我相信我有辦法啦，.....有一天喔，剛好去上班，我就講，講那個什麼，嗯，林先生喔，去，早上我們講的那個笑話喔，我就講給那個幾個同事聽，大家聽了哈哈笑，我覺得效果相當好的(笑)」

BT2P1

「你知道嗎，下班的時候我剛好去那個圖書館，我去圖書館借(書)，回來以後，奇怪我的桌子上怎麼放了一張那個卡片喔，然後我翻開一看說，世，裡面寫說，B姐，恭喜你喔，世，想不到你進步得這麼多(笑)...他說，B姐，你要再接再厲喔，繼續努力喔，...他說，我們總算可以聽到你的笑聲了啦，喔，我覺得說，好像是有那麼一點點啦，...」BT2P3

(二)、承認自己對孩子的管教錯誤

「心得分享的時候他(其他學員)不是講了一句，我錯了，我的心弦就被觸動了，，他都可以承認自己錯了，...我四十歲了，我是不是以前教小孩子的那種，也是完全錯誤？然後整個就眼淚一直一直掉下來，因為我對小孩子跟那個 X 伯伯的那個，教的方法比較威權式的，而且比較，比較霸道，這樣子，就是說求好心切，然後，呃，等於是說給他們很多，那也都是負面的，.....，那來就是說，我在這個地方我學到一點，我真的錯了。」B09222P4

(三)、願意放下自己的固執，多聽別人的意見

「我真的是，不容易承認錯誤的人，而且我的觀念，很執著很剛愎，這是以前的我，那現在呢，我會試著去把它放掉，而且我覺得我要試圖去接受人家的建議，試圖接受那種新的，好的觀念<然後試圖要去找一些好的來灌輸跟，呃，灌輸到小孩子的那個，那個思想上，不然他們兩個實在太苦太苦了，雖然他有一個好的爸爸，當然也有一個好的媽媽，可是媽媽給他們壓力太大了。」B09222P5

第四次治療

此次療程結束後，B 的家人發覺 B 的驟變，B 已不再對家人做過份嚴格的要求，從治療開始到現在，未對家人發過脾氣，家人覺得相當高興。B 的同事也告訴我，B 和以前判若兩人，會和他們說笑，心情開朗多了，他們很好奇到底用了什麼方法改變了 B。

(一)、表達能力進步

「我想，經過幾次的學習跟訓練喔，像我現在我覺得還蠻順的啦，滔滔不絕的，我會覺得，覺得很奇怪啊，大概就是有點進步吧，這要歸功玉美吧？歸功李老

師的功勞，還有大家的鼓勵啊...(笑)大家都在互動中學習嘛，那我我我覺得像今天的這種情境我覺得相當不錯。」BT0823P4

(二)、心境改變

1、發現周遭的人都對自己很好

「你知道嗎，我，我我在上課期間，我在一直想一直想，其實我很幸福嘛，我應該要對我很好嘛，真的啦，人家，我，我才跟 xx 說喔，那個誰，xx 常常說，我看你是一個很幸福的小女人喔」BT0922P6

2、覺得周遭環境改變

「當我在徹底放鬆與改變自己的同時，周遭的環境似乎也跟著變了。家人發現到我改變了，家裡的事物已不在我嚴格的標準尺度內，我學著放慢心情，學著放低標準，學著以更寬容的心去看待任何事物。」(自評表四)。

(三)、表達能力進步

「我想，經過幾次的學習跟訓練喔，像我現在我覺得還蠻順的啦，滔滔不絕的，我會覺得，覺得很奇怪啊，大概就是有點進步吧，這要歸功玉美吧？歸功李老師功勞，還有大家的鼓勵啊...(笑)大家都在互動中學習嘛，那我我我覺得像今天的這種情境我覺得相當不錯。」BT0823P4

表 4B – 1 成員 B 催眠治療中身心改變歷程

第一次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 提起喪親經驗時，仍無法自己哭泣(現場摘要筆記)。 2. 心情緊張羞澀(現場摘要筆記)。 3. 能坦然說出內心感受，自己覺得驚訝與高興(自評表一)。 4. 感覺釋然，有種能量釋放的超然感覺(自評表一)。
第二次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 心情緊張羞澀(現場摘要筆記)。 2. 覺得自己依然言拙，不善表達(自評表二)。 3. 盡量配合老師指定的作業，覺得自己孺子可教也。(自評表二)。 4. 心存感激(自評表二)。
第三次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 同事不可置信的表情，發現自己的改變(自評表三)。 2. 覺得自己已經誇出去了(自評表三)。 3. 發現帶給別人快樂，自己內心的感受是喜悅與滿足的(自評表三)。 4. 發現自己的心境渙然一新(自評表三)。 5. 願放下自我，不固執己見
第四次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 家人發現自己的遽變(學者放慢心情，不再嚴格對待家人，放低標準，學著以寬容柔軟的心去對待別人)(自評表四)。 2. 覺得自己幸運能得到良師益友，改變自己的心性(自評表四)。 3. 對事物不再執著，可以控制自己的情緒(自評表四)。 4. 發現心靈的魔力(自評表四)。 5. 表達能力進步(BT0823P4)

四、B 成員催眠治療前後身心悲傷反應改變效果之比較

成員 B 於實施催眠治療前接受中國人健康問卷測驗之所得分數為 18 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 3 分，得立即性改善分數 15 分，依鄭氏調查顯示，得分 18 分為高分組，屬身心不佳狀態，得分 3 分屬低分組，屬身心正常狀態。由此問卷顯示催眠治療對成員 A 之身心有正面改變效果。

(一)、 中國人健康問卷之比較(表 4B - 2)

表 4B- 2 成員 B 中國人健康問卷前後測比較

	成員 B	身心狀況	改善情況
前測分數	18	不佳	
後測分數(立即測驗)	3	正常	
立即改善分數	15		正面改善

(二)、 貝氏憂鬱量表之比較(表 4B - 3)

成員 B 於實施催眠治療前接受貝氏憂鬱量表測驗之所得分數為 26 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 8 分，得立即性改善分數 18 分，依柯氏調查顯示，得分 26 分，憂鬱症狀屬中鬱狀態，得分 8 分憂鬱症狀屬正常。由此量表顯示催眠治療對成員 B 之憂鬱症狀有進展性改變效果。

表 4B- 3 成員 B 貝氏憂鬱量表前後測比較

	成員 B	憂鬱症狀	改善情況
前測分數	26	中鬱	
後測分數(立即測驗)	8	正常	
立即改善分數	18		正面改善

(三)、 質性資料之比較

表 4B- 4 為成員 B 接受催眠治療前和治療後身心反應的比較，成員 B 於接受催眠治療前主觀認為自己身心的悲傷反應有：悲傷沮喪、沒自信心、難過、自責人際關係不善、表達能力差等等。催眠治

療後身心主要的改變是心境的轉變、人際關係的改善、表達能力進步、家庭關係融洽以及不再固執己見。

由上述質、量資料之比較分析，催眠療法對成員 B 的悲傷反應有正面的改善效果。

表 4B - 4 成員 B 催眠治療前後身心反應分析

<p><u>催眠治療前身心悲傷反應</u></p> <ol style="list-style-type: none">1、沒自信心：羞怯，表達能力差：2、不善交際，人際關係不良。3、沒安全感。4、悲傷沮喪5、剛愎固執，不容易認錯。6、壓力大
<p><u>催眠治療後身心悲傷反應</u></p> <ol style="list-style-type: none">1、心念轉變<ol style="list-style-type: none">(1)學者放慢腳步，放下心情。(2)願意放下自己的固執，多聽別人的意見。(3)感覺自己是個很幸福的人。發現周遭的人都對自己很好。2、人際關係改善。與同事間互動良好3、表達能力進步。4、覺得感恩、覺得樂觀快樂。5、自信心增加：對未來充滿希望。

參、C 成員身心改變歷程和效果

一、C 成員喪親經驗背景

C 成員四十歲，在父親罹病前曾因事(C 不願說明)常擔心家人會離開自己，後來父親罹癌，覺得印證了自己的想法。父親於七年前過世，二年後弟弟也意外死亡，接著是其他親人的死亡。因家裡事情都由父親弄得好好的，父親生病後，C 覺得一切都變了，C 無法掌控家裡的事情。C 覺得自己壓力來源，是從父親及弟弟生病的那段時間開始，C 不想去面對問題。再加上其他家人對自己造成的困擾與痛苦，C 難過到極點。藉由宗教信仰來支撐自己活下去。C 覺得喪親經驗太苦，因此，刻意將喪親經驗隱藏在心底深處不去碰觸，C 處理悲傷的方是就是不去碰觸悲傷事件。

二、C 成員催眠治療前的身心悲傷反應

經由催眠治療前對 C 所做問卷和量表的填答發現，C 所填「貝氏憂鬱量表」之前測分數為 6 分，顯示 C 沒有憂鬱症狀。C 所填「中國人健康問卷」之前測分數為 4 分，屬低分組，表示 C 的身心狀況良好。但經由量表及問卷發現 C 的身心問題有：擔心自己身體不好，擔憂家人以及覺得生活壓力大等。統合 C 催眠治療前的訪談資料，得其催眠治療前身心狀況結果如下：

(一)、心情矛盾

「他(弟弟)走的時候我心情其實是很複雜的，我一方面有一種解脫的感覺，一方面又有一種很傷心的感覺，因為畢竟他還那麼年輕，一方面又好像鬆了一口氣，一方面也會有一種自責說，我怎麼會有這樣的一種想法，其實會去想我們從小到大一起長大的過程，在他還沒發病之前他真的是一個很乖

的小孩子。」CT4P13

(二)、難過

「其實到現再我爸爸還是我比較釋懷的，因為他年紀也比較大，但是我弟弟，我每年都會整理我家的東西，他的東西我是陸續的在丟，可是每次有一些他的東西拿起來我又捨不得丟，又把它收起來，可是每年我再去整理他的東西的時候還是覺得非常難過，我不曉得為什麼，一看到那些東西就還是一直想哭，有時會號啕大哭。」CT4P14

(三)、睡不安穩，常做惡夢。

「我現在有時候也睡不太好，我現在有時候會半夜起來類似夢遊，然後自己才稍微醒過來，然後迷迷糊糊又跑去睡，我現在也常常會這樣子，我媽就說可能人太虛了，要去吃藥。..... 我覺得不是睡得很好。」CT4P15

(四)、不敢去碰觸悲傷經驗。

「我一直覺得我已經走出來了，其實我沒有把它忘記，因為那太苦了，苦到說，你必須想辦法讓你自己不苦..... 我不會想再讓那種情緒來讓我那麼苦，可是你不可能把那些事情忘記，我也知道我不可能把他忘掉，我只是想把他放在我內心的一個角落，我知道它還在那裡，我知道我的生命曾經走過這些坎坎坷坷，我就把它放在那裡。」CT4P16

「可是我覺得我好像沒辦法，沒辦法怎麼辦？我的處理方式就是不要講，不要講就不會哭，就是把它蓋起來這樣子。其實你說喪親經驗其實我很懵懂，不曉得是不是我以前的處理方式，我就是要把它藏起來，所以我不曉得到底我那悲傷的程度到底是減少了多少，還是完全是已經都康復了，我自己也搞不太清楚。」CT4P17

三、C 成員催眠治療中身心改變歷程

第一次治療

治療課程進行中，C 表現十分緊張，不停上廁所。提起喪親經驗，情緒幾度哽咽、哭泣，無法完整敘述喪親經驗。療程結束後，C 覺得開啟了自己生命中被關閉的部分。自己可以較開放態度面對問題。

「第一次的療程，第一次開啟了生命中某些被關閉的部分，我能以一種較開放的態度去面對及正是自己的問題。」(自評表一)

第二次治療

在第二次治療之前，C 參加印度朝聖旅遊，回來後，因接受佛法薰陶，情緒高昂，心情愉快。在參與催眠治療之前，C 主觀認為催眠治療是前世治療。以為可以經由催眠了知此生因果。但此四次治療課程並非以前世療法為治療技巧，C 有些失望。在情緒治療部分，C 覺得身體不太舒服。但仍覺得催眠的影響力似乎一點一滴的內化為生命的一部份。

「我心中已無所求，在這一次療程之後，已不再特別期望奇蹟出現，但影響力似乎以一點一滴內化為自己生命的一部份。」(自評表二)

第三次治療

在此次治療過程中，C 覺得傷痛又被掏起，雖然在催眠中和親人做短暫重逢，但醒覺後自己似乎處於懷念和悲傷狀態。在情緒釋放過程中，發現自己有很多負面情緒未處理。在催眠治療之前，C 一直認

為自己對悲傷經驗能做妥善處理，在此次療程才發現悲傷並沒有遠離 C。

(一)、被催眠時挑動內心深處不願碰觸的喪親經驗，深感難過

「他在跟我做催眠的時候讓我反而一瀉千里，更難過，他雖然在幫我們做深度的催眠，可是又把我一直埋下去，埋下去，把那些埋在內心深處的那些東西又統統掀開來，我覺得那天我是非常難過的。」CT4P25

(二)、可以講出對喪親事件，可以控制自己的情緒

「催眠之前講還是會很難過...現在很像沒有激動的那麼厲害了，我第一天是跟本沒辦法控制我的情緒，我一哭，我就一直想哭，沒有辦法講，因為那整個情緒就是沒辦法講出來這樣子。我今天跟你講好像還好啦喔，好像還可以控制一下，擦一下鼻涕，今天已經講得比較正常了。」CT4P26

「我現在已經很好了，我過去根本沒辦法講，而且我根本也不想去講這件事。」CT4P20

(三)、發現自己有負面情緒

「情緒釋放的練習，在大笑之後突然做情緒釋放的指令，自己也不瞭解為什麼會有那麼多自己不瞭解的負面情緒，讓自己痛哭不止。」

第四次治療

此次治療結束後，C 發現自己在不知不覺中學到了樂觀、開朗，對生活中不愉快的經驗能積極以對。C 認為生命中的沮喪和挫折也許仍會出現，但 C 會抱持正向積極的思考方向面對問題。

(一)、積極樂觀

「最後一次的療程結束後，我發現自己在不知不覺中學到了樂觀開朗，……同時似乎變的更能善待、同理他人、傾聽他人的痛苦。並能將催眠中樂觀自信開朗的觀念，傳給他人。生命中的沮喪和挫折也許仍會出現，但我慶幸自己能瞭解到這份心靈力量的奧秘，並隨時提醒自己，凡事要抱持著正向積極的思考。」(自評表四)

「其實整個催眠的過程讓我的感覺就是說，我變得比較樂觀了，變得比較正向，我知道當我負面情緒來的時候我應該把它轉到正向。可是我可以肯定的就是說，我覺得我比較正向了，比較積極了。」CT4P22

「我去上了催眠的課之後我更覺得應該要每天強迫自己用積極樂觀的一面去對待自己，這點倒是對我影響比較大，而且強化我原本的這個信念，這本來就是我的心念，以一種良善的心念去祝福自己，這是很好的。」CT4P24

(二)、做惡夢的情況改善。

「我現在就是半夜會爬起來走來走去，前一陣子也是，我本來睡覺頭在這邊，後來睡到半夜三、四點，我的頭怎麼跑到另外一邊，頭怎麼掉到床下，我起來看看時間，還很晚啊，我怎麼睡覺這個樣子，再睡回原位，一個晚上就常常會這樣起來好幾次。不過那種惡夢我現在也比較好了，比較不會。」

CT4P23

(三)、更有自信心

「所以你說喪親經驗的催眠給我最大的收穫是什麼，我覺得最大的收穫就是我對自己比較有信心，如果有時候是一些情境讓我覺得自己不太有信心的

時候，我會一直告訴我自己，一直膨脹我自己說，我還是可以辦到，我會一直強化我自己，真的會。」CT4P24

表 4C – 1 成員 C 催眠治療中身心悲傷反應改變歷程

第一次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1.提起喪親經驗，情緒失控哭泣，無法敘述喪親經驗(現場摘要筆記) 2.心情緊張(現場摘要筆記)。 3.覺得開啟了生命中被關閉的部分(自評表一)。 4.能以較開放態度正視自己的問題(自評表一)。
第二次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1.心無所求，不再特別期望有何奇蹟出現(自評表二)。 2.發現催眠的影響似乎一點一滴內化自己生命的一部份(自評表二)。
第三次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1.悲傷治療讓自己處於懷念與悲傷狀態(自評表三)。 2.情緒釋放的部分，發現自己有許多負面情緒(自評表三)。 3.痛哭(自評表三)。 4.被催眠時挑動內心深處不願碰觸的喪親經驗，深感難過(訪談摘要)。
第四次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1.發現自己在不知不覺中學到樂觀開朗(自評表四)。 2.對生活上不愉快經驗能積極以對(自評表四)。 3.更能同理他人，善待他人，將催眠中樂觀、自信觀念傳達給他人(自評表四)。 4.能時時提醒自己心靈力量的奧秘，凡事抱持正向積極的思考(自評表四)。 5.做惡夢的情況有改善(訪談摘要)。 6.認為對喪親事件自己可以講出來，而且講的比較正常，講的候不會十分激動，可以控制自己的情緒(訪談摘要)。 6.自己比較樂觀正向(訪談摘要)。 7.對自己更有信心(訪談摘要)。

四、C 成員催眠治療前後身心悲傷反應改變效果之比較

成員 C 於實施催眠治療前接受中國人健康問卷測驗之所得分數為 4 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 2 分，得立即性改善分數 2 分，其中感到壓力大的狀態和擔心家人方面有改善。由此問卷顯示催眠治療對成員 A 之身心有正面改變效果。

(一)、 中國人健康問卷之比較

表 4C- 2 成員 C 中國人健康問卷前後測比較

	成員 C	身心狀況	改善情況
前測分數	4	正常	
後測分數(立即測驗)	2	正常	
立即改善分數	2		正面改善

(二)、 貝氏憂鬱量表之比較

成員 C 於實施催眠治療前接受貝氏憂鬱量表測驗之所得分數為 6 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 3 分，得立即性改善分數 3 分，依柯氏調查顯示，得分 10 分以下，憂鬱症狀屬正常狀態，故 C 沒有憂鬱症狀。由此量表顯示催眠治療對成員 C 之憂鬱症狀屬持平性改變效果。

表 4C - 3 成員 C 貝氏憂鬱量表前後測比較

	成員 C	憂鬱症狀	改善情況
前測分數	6	正常	
後測分數(立即測驗)	3	正常	
立即改善分數	3		正面改善

(三)、質性資料之比較

表 4C-4 為 C 成員接受催眠治療前和治療後身心反應的比較，成員 C 於接受催眠治療前主觀認為自己身心的悲傷反應有：難過、自責、壓力大、失眠夢遊、逃避問題、腸胃不好等等。催眠治療後身心主要的改變是樂觀開朗、有自信、夢遊情況改善等。

由上述質、量資料之比較分析，催眠療法對成員 C 的悲傷反應有正面的改善效果。

表 4C-4 成員 C 催眠治療前後身悲傷心反應分析

<p><u>催眠治療前的身心悲傷反應</u></p> <ol style="list-style-type: none">1、難過、痛苦2、壓力大：覺得擔子很重，覺得沒有明天。3、傷心自責4、失眠、夢遊5、逃避問題6、腸胃不好
<p><u>催眠治療後身心悲傷反應：</u></p> <ol style="list-style-type: none">1、可以平靜敘述悲傷事件，可以控制自己的情緒。2、做惡夢的情況有改善。3、自己的想法趨向更積極正向樂觀。4、對自己更有信心。5、覺得可以利用催眠強化修行時觀想的練習。6、正視自己的負面情緒。

肆、D 成員身心改變歷程和效果

一、D 成員喪親經驗背景

D 成員五十歲，十年前外婆過世，D 和外婆感情很深，希望外婆在世時能給他物質和精神上的提供，但當時 D 經濟不穩定，沒辦法給外婆物質上的享受，外婆遽然離世，D 覺的很遺憾。當時又和先生離婚，兩件事同時發生，使 D 整個人變的很沮喪、憂鬱，加上工作與經濟的壓力，D 的身體變的相當不好，因為壓力大，因此暴飲暴食，後尋求宗教力量來平衡自己，但宗教還是不能解決 D 的身心問題，D 到目前為止對喪親事件仍感遺憾，無法釋懷。D 在身心方面覺得憂鬱，缺乏自信，因飲食無度，身體肥胖，身體感官知覺相當遲鈍，睡眠品質不好，親子關係也不良。

二、D 成員催眠治療前身心悲傷反應

經由催眠治療前對 D 所做問卷和量表的填答發現，D 所填「貝氏憂鬱量表」之前測分數為 46 分，顯示 D 有重度憂鬱症狀。D 所填「中國人健康問卷」之前測分數為 20 分，表示 D 的身心狀況不佳。經由量表及問卷分析 D 的身心問題有：覺得自己身體很糟，失眠、壓力大、沮喪、無自信，心情煩躁，對未來感到悲觀等等。分析成員 D 催眠治療前的訪談資料，得其身心狀況結果如下：

(一)、遺憾

「我跟我的那個外婆感情很深，看在物質上啊，在精神上我們能不能有一點表示這樣子，結果沒想到他就過世了，那那時候連，就是說，因為，自己的經濟能力還沒有說很穩定，所以好像感覺說很遺憾那樣子，有一種很遺憾的感覺。」DT4P1

(二)、感覺沮喪

「十年前啦，...就離婚嘛。就兩件事通時發生，我不知道是不是因為那件事情(外婆過世)，使我整個人，就是很沮喪啊，怎麼全部，全部都是改變嘛我跟我的那個外婆感情很深，那，我是想說，看在物質上啊，在精神上我們能不能有一點表示這樣子，結果沒想到他就過世了。」DT4P2

「那那時候，就是說，自己的經濟能力還沒有說很穩定，所以好像感覺說很遺憾那樣子，有一種很遺憾的感覺。啊其實我不知道是不是因為那件事情，使我整個人，就是很沮喪啊，怎麼全部，全部都是改變嘛。」DT4P3

(三)、覺得人生沒目的

「外婆過世跟離婚兩個同時發生.... 那時候開始很沮喪，不知道幹什麼。在精神上覺得沮喪，然後人生好像覺得沒有什麼目的。」DT4P5

(四)、壓力大

「就是一直都覺得壓力很大，生活的壓力啊，工作的壓力，壓力大。另外一件事情就是，變成你自己一個人，又要獨立，去做很多很多的決定，很多的那個事情嘛，等於說，我都常常跟我女兒講，對外，由我自己一個人來承擔。」DT4P6

「為在學校方面就是它教育改革嘛，它一直改一直改，.... 我們都去研習，以前的那些，教學的那些東西都要全部改變，...就是等於大翻轉這樣子，所以感覺壓力很大」DT4P7

(五)、對任何事都不感興趣

「就是一種，.....感覺到說沒有什麼，沒有什麼未來，之前就是好像感覺說，沒有東西讓我追求了，沒有東西讓我...沒有一個，沒有一件事情有興趣這樣子。」DT4P8

(六)、身體變壞(心臟，腎臟，肺，排尿困難...)

「我身體就是...離離落落...(台語)(笑)，要講說哪裡有毛病我也真的是講不出來啦，看了很多醫生，醫生講說什麼是，ㄟ不知道是心室還是心房，那個已經，我已經是沒有，沒有給他記住，他有講，他說哪個地方的那個什麼，有一個膜啊怎麼樣怎麼樣，...氣管就不好，院長說，因為我是本來就有點腎臟就，我也，我也不確定，不確定是真的還假的，....我就是小便啦，小便都是，喔，上一次有講過嘛是不是啊，不管你喝了多少，因為我很會喝水，喝了很多水，可是它出來的只有一點點。」DT4P9

(七)、有暴食習慣，身體變肥胖

「我很會吃東西，那種就是屬於人家說，相反的，就是你壓力越大的時候你就拼命的吃東西，...壓力大的話，我們懶得出去運動，找無伴，啊就無愛出去運動，所以也，也就是越來越胖啊。」DT4P10

(八)、各種感官知覺遲鈍(沒有情緒知覺，沒有嗅覺，痛覺遲鈍)

「都沒有(感官知覺)，都完全麻木，怎麼講，很木訥，不是木訥，就是，完全都沒有感覺的，」DT4P11

三、D 成員催眠治療中身心改變歷程

第一次治療

D 在第一次的治療課程，表情木訥，不苟言笑。D 覺得此次療程沒有進步。

「第一天就是沒有什麼感覺啊，第一天是來這裡休息的。」DT4P12

第二次治療

D 在此次治療過程中，發現自己竟然笑的出來，很高興自己有情緒知覺。在心得分享時，D 很高興的告訴大家，D 可以很順利的排尿了。D 接受催眠治療之前無法正常排尿。在此療程中，D 的臉上比較有表情。

(一)、能笑得出來

「應該是有多多少少，因為，因為積壓的太久了(笑)那不知道誰跟我講說，喔，你哭得好大聲喔(笑)... 啊我笑也笑得很大聲，henn0，對，就是盡全力的去(笑)...因為那之前真的是笑不出來啦。」DT4P13

(二)、已有情緒知覺

「我就覺得說，收穫覺得有一點，有一點好像失落感，不知道是，是怎麼樣，因為沒有，本來都沒有，都完全，怎麼講，很木訥，不是木訥，就是，完全都沒有感覺的，到有點失落這樣，有點，開始有點，有點感覺，.....」DT4P14

(三)、可順利排尿

「我要跟老師報告，剛才我上廁所的時候，發先我竟然可以順利尿尿了，以

前我喝再多的水，都只是尿幾滴而已，.....」DT4P15

第三次治療

D 在此治次療過程結束後，D 發現麻木的感官系統漸被開啟，開始有嗅覺，開始有痛的感覺，有失落的感覺。而且能控制飲食，體重減輕。研究者發現 D 臉上已有笑容。

(一)、開始有痛覺

「一方面也是，要求自己啦喔，要求自己說真的要放開啦，要真的要投入，就開始有一些改變啊，身體的感覺也是一一浮現，就是開始痛，henn0，這裡痛，那裡痛，通，通通出來了，本來都不痛了啊...」DT4P16

(二)、開始有嗅覺

「然後更好玩了...像昨天吧，昨天最明顯，昨天...那個鼻子喔，我的鼻子那是在之前啦，很久之前啦，本來是很靈敏的喔，我要洗衣服，人家穿過的衣服我都用聞的，世，這個穿過了，這拿去洗，這鼻子，都是靠鼻子耶，鼻子很靈敏，可是後來，不知道怎麼搞的，突然都沒有聞到味道，攏無聞到啊，啊昨天又開始喔，慢慢的感覺喔，世我攏有聞到了呢，又有聞到了。」DT4P17

(三)、會控制飲食，體重減輕

「現在喔，我，懂得說，要怎麼控制了，自己，譬如說吃一半，喔，食一半，自己控制，喔，我欲吃一半就好了。最近喔，就是固定 hoonn0，老師這裡有禮拜二禮拜四的晚上，啊我就固定過來，世，笑一笑，感覺，世，才幾次而已啊，沒有說很久啊，我就站上(磅秤)，吃飽飯的時候，站上去，世，有瘦個一兩公斤有喔，而且很穩定的喔，...心理也是蠻高興的，說世，

按呢未壞(台語), ...按呢身體會愈來愈好喔。」DT4P18

第四次治療

此次治療結束後，D 感覺壓力減輕，開始對事物感興趣，會找些事情來調劑生活，D 能釐清自己負面的認知，儘量學習別人來增加自信心。也能自我催眠，以保持正面思維。

(一)、**開始對事物感興趣**

「那因為在之前就是好像感覺說，沒有東西讓我追求了，沒有東西讓我...沒有一個，沒有一件事情有興趣這樣子，henn0，那現在不一樣啊，...最近呢，又開始，念頭又想，我要去買什麼錄音帶啊，什麼什麼，昨天去付諸行動，昨天去買一堆，今天早上又，有，有一個壞掉，然後拿去，再跟他換，結果，去的時候，他那邊聽，世沒有壞啊，結果又買了，多買了兩片。」DT4P19

(二)、**會尋求生活情趣**

「好像有點，生活上就是比較，會啦，你會想說要去追求什麼東西。」DT4P20

(三)、**壓力減輕**

「以前壓力有 8-9 分，快要承受不了了，只靠打坐。現在好多了，壓力還是會有，大概 5-6 分吧。」(自評表四)。

4D - 1 成員 D 催眠治療身心改變歷程

第一次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 第一次治療沒感覺進步(訪談摘要) 2. 表情嚴肅，不苟言笑(現場摘要筆記)。
第二次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 有情緒釋放，能笑得出來，已有情緒知覺(訪談摘要)。 2. 發現自己困難排尿的症狀消失了(現場摘要筆記)。 3. 情緒釋放時，笑聲宏亮(現場摘要筆記)。 4. 開懷大笑(自評表二)。
第三次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 身體產生變化，發覺身體有自癒的能力(自評表三)。 2. 步履較輕快，有笑容(現場摘要筆記)。 3. 較難快速進入催眠狀態(現場摘要筆記)。 4. 開始有痛覺(訪談摘要)。 5. 開始有嗅覺(訪談摘要)。 6. 會控制飲食，體重減輕(訪談摘要)。
第四次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1. 開始對事物感興趣(訪談摘要)。 2. 會尋求生活情趣(訪談摘要)。 3. 能釐清自己負面的認知(自評表四)。 4. 壓力減輕(自評表四)。 5. 能自我催眠，以保持正面思維(自評表四)。

四、D 成員催眠治療前後身心悲傷反應改變效果之比較

(一)、中國人健康問卷之比較

成員 D 於實施催眠治療前接受中國人健康問卷測驗之所得分數為 20 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 12 分，得立即性改善分數 8 分，依鄭氏調查顯示，得分 12 分為高分組，屬身心不佳狀態，但從 D 所得 8 分立即性改善分數中發現，D 的壓力及悲傷沮喪有減輕跡象，睡眠品質已改善、自信心增加。由此問卷顯示催眠治療對成員 A 之身心治療效果雖未達正常程度，但已有正面改變效果。

表 4D- 2 成員 D 中國人健康問卷前後測比較

	成員 D	身心狀況	改善情況
前測分數	20	不佳	
後測分數(立即測驗)	12	不佳	
立即改善分數	8		正面改善

(二)、貝氏憂鬱量表之比較

D 成員於實施催眠治療前接受貝氏憂鬱量表測驗之所得分數為 46 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 20 分，得立即性改善分數 26 分，依柯氏調查顯示，得分 20 分，憂鬱症狀屬中鬱狀態，由此顯示，D 的憂鬱症狀已由重鬱減輕為中鬱。催眠治療對成員 D 之憂鬱症狀有進展性的正面改變效果。

表 4D - 3 成員 D 貝氏憂鬱量表前後測比較

	成員 D	憂鬱症狀	改善情況
前測分數	46	重鬱	
後測分數(立即測驗)	20	中鬱	
立即改善分數	26		正面改善

(三)、質性資料之比較

表 4D- 4 為 D 成員接受催眠治療前和治療後身心反應的比較，成員 D 於接受催眠治療前主觀認為自己身心的悲傷反應有：沮喪愧疚、壓力大、失眠、身體狀況差、沒有自信、感官知覺遲鈍等等。催眠治療後身心主要的改變有：感官知覺恢復、自信心增加、壓力減輕、樂觀開朗、有自信等。

由上述質、量資料之比較分析，催眠療法對成員 D 的悲傷反應有正面的改善效果。

表 4D – 4 成員 D 催眠治療前後身心悲傷反應分析

<p><u>催眠治療前身心悲傷反應</u></p> <ol style="list-style-type: none">1、遺憾愧疚。2、沮喪。3、人生沒意義。4、人生沒有目標。5、壓力大。6、對任何事不感興趣。7、身體變壞(心臟，腎臟，肺臟，排尿困難...)8、有暴飲暴食習慣，身體變肥胖。9、各種感官知覺遲鈍(沒有情緒知覺，沒有嗅覺，痛覺遲鈍、)。10、失眠
<p><u>催眠治療後身心悲傷反應</u></p> <ol style="list-style-type: none">1、生理症狀改善<ol style="list-style-type: none">(1)各種感官知覺甦醒：<ol style="list-style-type: none">A. 開始有痛覺。B. 開始有嗅覺。(2)、排尿困難問題解決。2、開始對事物感興趣。3、會尋求生活情趣。4、會控制飲食，體重減輕。5、壓力減輕。6、睡眠改善。7、憂鬱症狀改善

伍、成員 E 身心改變歷程和效果

一、 E 成員悲傷經驗背景

E 成員 26 歲，目前從事服務業，二十年前母親因醫師疏忽導致難產死亡。因事出突然，E 年紀還小，剛上小學，還不十分瞭解死亡是什麼，後來知道是媽媽不回來了，因此心裡相當恐懼害怕。接著外婆知道母親死亡消息，也傷心難過而過世。從那時起 E 不再快樂。E 感受到其他親戚的排擠，因此害怕和人群在一起，怕會被取笑，被鄙視。E 恨老天不公平；恨親戚的過份的重男輕女(E 沒有兄弟)這種心態一直伴隨者 E 成長。害怕父親的身體，又怕父親續弦會被後母欺負，擔心經濟問題，因此心裡相當憂鬱。E 覺得日子不知如何過，後來陸續經歷外公與舅舅的死亡，E 有極度不安全感，很怕黑暗，不敢一個人睡覺，E 外表活潑開朗，但內心十分憂慮害怕，怕再失去親人。

二、催眠治療前的身心悲傷反應

(一)、封閉自己

「我不喜歡跟人家接觸，因為小時候都會怕說人家會笑你嘛，可是問題是，問題是我覺得，我這個擔心也真的成了事實，henn0。...然後我覺得，我就很 care 很 care 啊，然後覺得很不公平啊，啊然後覺得說，為什麼別人有我沒有？」ET4P7

(二)、壓力大

「然後也多方面什麼都很不好啊，就是各方面都不會很好，然後家境，也陷入困境。本來是一個很幸福很幸福的家庭，然後什麼都沒有，父親也因此由此生病。」ET4P8

(三)、擔憂害怕：害怕親人會相繼離開

「父親那一陣子生病，就是會很害怕，也生病，就是老天爺把他帶走，然後就一天到晚就是一邊在擔心說，我走了一個，我另外一個會不會跟著走，如果說也跟著走，那我們怎麼辦？然後天天提心吊膽，做什麼事都會怕。」ET4P9

(四)、不敢一個人睡覺

「因為真的會超害怕那種失去的感覺，原本完全都不懂，不懂這方面，然後就變成很害怕，我不敢一個人睡覺。」ET4P10

(五)、恨親戚排擠

「剛開始有提到說，嗯，怕被恥笑被排擠嘛，那是小時候的想法啊，可是問題是，真的長大之後真的應驗了，就會很恨，真的用恨來形容，因為就像，就是朋友的父母不瞭解的話，沒有同情心的話那就算了，可是連自己，自己嬌嬌，自己的親戚，大家都不願意他的小朋友來跟我們玩，...那時候就真的超恨的，真的恨到，有時候那種感覺真得不會講，恨到極點....。」ET4P12

(六)、擔心：父親老了以後沒老伴，會孤單

「以前我害怕爸爸再結婚會被後母欺負，現在長大後覺得說，當初的作法是種錯誤，henn0，因為覺得說，如果說他今天帶回來，有機會是好的，有機會是不好的，可是問題是畢竟，畢竟嗯，長大了每個都要嫁出去，爸爸也不會那麼孤單。」ET4P13

(七)、不去碰觸悲傷

「我不會去想什麼，然後甚至，甚至說好聽一點，他已經把它深鎖起來，但是說難聽一點，他根本就把它遺忘了，不把它當作一回事。」ET4P13

(八)、憂鬱

「在另外一種角度就是我內心深處就是比較，比較憂鬱，我希望說自己，那自己就是從內心到外全部都是很开心很开心的一個女孩子。」ET4P14

三、E 成員催眠治療中身心改變歷程

第一次治療

第一次治療，E 只覺得很放鬆，並沒有什麼改變。

第二次治療

第二次治療，研究者發現，在課堂上做負面情緒釋放時，E 嚎啕大哭，情緒十分激動。課程結束後，E 覺得催眠帶給她放鬆的感覺，很輕鬆很舒服。心境變的清涼。

「我覺得真的很放鬆，好舒服，心境也變的很清涼」(自評表一)

第三次治療

此次治療，E 身心轉變較顯著，E 覺得自己開始懂得如何抒解壓力，以前外在偽裝的快樂，已不復存在，替代的是打從心裡升起的真正快樂。E 不再心痛苦，因為她瞭解，人生就像一場戲，也更清楚人生這條路一定有始必有終。

(一)、心念轉變

1、釋懷、不再傷痛：覺得面對喪痛已不會心痛。瞭解人生有始必有終。

「這次催眠之後是真不會(心痛)了，...對啊，就是這樣子，沒有辦法深深去瞭解，但是我現在可以深深的去瞭解，人生就像一場戲，也更清楚人生他在走這條路一定有起有終，henn0，就是這樣

子。」ET4 P21

2、心境開朗、快樂：瞭解過去就過去了，不必再繼續執著

「呃，老實講的話變成說，因為一開始就是已經把它深鎖了，把它封閉了，把它遺忘了，但是問題是經過第一次的催眠，無形中把它勾起來了，然後，然後說實在話，因為把它，呃，帶出一點，一點傷痛的那種感覺，感觸很深，可是問題是，也另外一種角度讓他看得更，他的心更開朗。」

ET4 P18

「現在已經更清楚、更明白瞭解過去就過去了，不像以前，以前的自己認為過去就過去是一種假象，但是他現在就是很，很清楚很明白，過去就過去，不要再去想。然後整個人就是變得比較開心，比真的也比較快樂，」

ET4P19

「我覺得我變得說，比較，比較放得比較開，嗯，比較放得比較開，然後也想得比較，比較開，對，然後，第三個，我覺得我除了，放得比較開想得比較開之後，我就比較快樂，我真的比較快樂，快樂很多.....」ET4

P22

3、覺得幸福

「我覺得我真的最終啊，.....，我真的變得很幸福，我真得變得很幸福。人生嘛，生離死別，就像一條路，有起有終，就是這樣子，所以我現在都會把自己過得很快樂。」 ET4 P21

「真的最開心的事....，對啊，我覺得好幸福，有那種幸福感，真的，我覺得說我在這邊，除了真的快樂，我覺得我真的，嗯，打從這裡我覺得很幸福。」 ET4P22

(二)、壓力減輕

「我已經開始懂得如何抒解壓力，也知道適當的壓力對我的幫助及成長。心得分享時，聽到每位同學都大大的進步，真的很開心」(自評表三)

「然後壓力呢，壓力，壓力一定有壓力才会有成長，但是，但是我已經懂得壓力怎樣去抒解會對他來講更有幫助，所以我覺得這一次的催眠真的是，呃帶給我一些，一些很好很好的那一種方向，然後也清楚，知道大概自己要怎麼去處理自己這樣。」 ET4 P20

第四次治療

在此療程結束後，E 覺得自己更加開朗，雖然仍有經濟與工作上的壓力，但都能克服，可以更開朗的笑，而不僅是表面的笑。E 覺得最酷炫的地方是催眠竟然讓她敢一個人獨睡而不害怕。

(一)、敢獨睡

「變成說，以前我很怕黑暗，不敢一個人睡覺阿，然後一定要有人陪，.....現在我敢一個人睡睡覺了」 ET4 P23

(二)、打從新底快樂

「真的，很喜歡催眠課，超舒服的，我現在笑是從心裡散發出來，而不再是表面的淺笑。」(自評表四)。

(三)、對未來充滿希望

「現在只想做好自己....，實現自己的夢想和願望。」EP1T1

表 4E-1 成員 E 催眠治療身心改變歷程

第一次治療	1.覺得很放鬆(自評表一)。
第二次治療	2.覺得很放鬆，很舒服(自評表二)。
第三次治療	1.催眠治療挑起喪痛，嚎啕大哭(現場摘要筆記)。 2.對喪親的悲傷情緒反應強烈(現場摘要筆記)。 3.覺得面對喪痛已不會心痛。瞭解人生有始必有終(訪談摘要)。 4.懂得如何抒解壓力(自評表三)。 5.瞭解適當的壓力是一種成長和幫助(自評表三)。 6.覺得很開心(自評表三)。 7.打從心裡快樂起來(自評表三)。
第四次治療	1.已經敢一個人單獨睡覺(訪談摘要)。 2.知道做好自己，去實現夢想(自評表四)。 3.心裡更開闊了(自評表四)。 4.真正瞭解過去就過去了，心情更快樂了(自評表四)。 5.可以開懷大笑而不是表面的淺笑了(自評表四)。 6.笑口常開(現場摘要筆記)。

四、E 成員催眠治療前後身心悲傷反應改變效果之比較

(一)、中國人健康問卷之比較

成員 E 於實施催眠治療前接受中國人健康問卷測驗之所得分數為 14 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 10 分，得立即性改善分數 4 分，依鄭氏調查顯示，得分 10 分為介於高低分組的臨界點，雖屬身心不佳狀態，但已近趨正常狀態，從 E 所得 4 分立即性改善分數中發現，E 的壓力及緊張有減輕跡象，自信心增加，不會為小事而煩躁不安。由此問卷顯示催眠治療對成員 E 之身心治療效果雖未達正常程度，但已有正面改變效果。

表 4E-2 成員 E 中國人健康問卷前後測比較

	成員 E	身心狀況	改善情況
前測分數	14	不佳	
後測分數(立即測驗)	10	不佳	
立即改善分數	4		正面改善

(二)、貝氏憂鬱量表之比較

E 成員於實施催眠治療前接受貝氏憂鬱量表測驗之所得分數為 32 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 2 分，得立即性改善分數 30 分，依柯氏調查顯示，得分 2 分，憂鬱症狀屬正常狀態，由此顯示，E 的憂鬱症狀已由重鬱恢復到正常狀態。催眠治療對成員 E 之憂鬱症狀有進展性的正面改變效果。

表 4E-3 成員 E 貝氏憂鬱量表前後測比較

	成員 E	憂鬱症狀	改善情況
前測分數	32	重鬱	
後測分數(立即測驗)	2	正常	
立即改善分數	30		正面改善

(三)、質性資料之比較

表 4E-4 為 E 成員接受催眠治療前和治療後身心反應的比較，成員 E 於接受催眠治療前主觀認為自己身心的悲傷反應有：壓力大、不快樂、會為一點小事煩躁，自我封閉等等。催眠治療後身心主要的改變為：憂鬱症狀改善，心情釋懷、壓力減輕、樂觀開朗、對未來充滿希望等。

由上述質、量資料之比較分析，催眠療法對成員 C 的悲傷反應有正面的改善效果。

表 4E-4 成員 E 催眠治療前後身心反應分析

<u>催眠治療前身心悲傷反應</u>	<u>治療後的身心狀況：</u>
1、難過： (1)心裡難過母親的死因。 (2)經歷許多喪親經驗。 2、怨恨： (1)覺得上天不公平。 (2)恨親戚排擠她。 3、擔心、害怕： (1)害怕親人會相繼離開。害怕失去的感覺。 (2)家境陷入困境。 (3)不敢一個人睡覺。 (4)擔心父親老了以後沒老伴，會孤單。 4、逃避：把悲傷深鎖起來不去碰觸。 5、壓力大。 6、憂鬱：心裡很憂鬱。	1、心念轉變 (1)瞭解人生有始必有終。 (2)知道做好自己實現夢想。 2、不再傷痛：覺得面對喪痛已不會心痛 3、心裡更開闊。 4、覺得快樂、幸福。 5、壓力減輕：知道如何面對壓力。

陸、成員 F 身心悲傷反應改變歷程和效果

一、F 成員悲傷經驗背景

F 成員 20 歲，為在學學生，父母於 F 幼年時分居，F 還未上小學，父親就過世了。因年幼不懂事，在父親過世守孝時，F 從在外頭玩，家人要求 F 跪在父親靈前守孝，接者又被表哥罵不孝，這印象深深烙印在 F 心底，F 覺得自己很不孝，認為自己是不吉祥的人，是自己做錯事父親才會死掉。後來幾年，外公和爺爺相繼過世，F 變的相當害怕，常常失眠，她害怕一覺醒來，親人會離他而去。因母親長年在外工作，F 現在和奶奶同住，F 不敢離開奶奶太長時間，怕一回來奶奶會不告而別，F 相當憂鬱，變的暴飲暴食，無法節制飲食，目前需服用憂鬱劑控制。F 覺得人生一點意義也沒有只是等死而已。

二、催眠治療前 F 的身心悲傷反應

(一)、腸胃不好

「那時候我只是很，很困擾說，這樣子，就是飲食習慣(暴飲暴食)很不好。.... 把自己胃腸也搞壞。」FT4P1

(二)、沒安全感：不敢獨自出遠門

「以前，可能就是不會一個人這樣子出門吧，坐車什麼，都還不會啊，那一次也就是自己就，就這樣子，去火車站啊。」FT4P3

(三)、自卑、自責

「小時後爸爸和媽媽分居，還沒上小學爸爸就過世了，爸爸過世時，家人要

我跪著迎靈柩，還被表哥罵不孝，覺得自己做錯事，害爸爸才會去世。我
覺得自己是不吉祥的人，不是擁有好運的人。」 FT1P1

(四)、壓力大

「媽媽為了扶養我去辛苦賺錢，我心理覺得很大的壓力，因為我阻止媽媽改
嫁.....，也很怕別人問我們家裡的事情。」 FT1P3

(五)、害怕死亡、害怕失去親人

「小時後爸爸去世，後來外公也去世，我讀五專的時候，爺爺得了肝癌，
那時候我和爺爺奶奶住在一起，他們年紀都很大了，我很害怕失去他們。」
FT1P4

「現在我和奶奶住在一起，我很怕離開奶奶，因為奶奶年紀很大了，如果
我離開他萬一她生病會沒人照顧。可是我又覺得很生氣...常常惹奶奶生
氣。我很怕死亡，很怕再失去我的親人。死亡好像隨時都在身邊....」FT1P5

(六)、人生沒意義也，沒有安全感

「外婆在今年過世，我覺得人生很苦，看到我的親人不斷的死亡，人生一點
意義也沒有，這個世界一點也不安全，活者好像只是等死而已。」 FT1P6

(七)、暴飲暴食習慣

「爺爺過世後，我晚上會覺得恐懼，不停的吃東西，情緒很低落，會胃痛...」
FT1P7

三、F 成員催眠治療中身心改變歷程

第一次治療

F 認為此次療程，因為第一次參加，很陌生，對催眠也第一次接觸，因此沒有什麼進步，只對催眠有初步瞭解。

「第一次對催眠有了初步的瞭解，發現乾以往的認知有出入，但因人生地不熟，會緊張，很難一下子放鬆，所以這次的目標是努力讓自己放鬆。」(自評表一)

第二次治療

F 認為此次療程已不像第一次那麼緊張，但仍很在意別人的眼光，這次療程老師有特別為 F 調整胃病的問題。

(一)、較放鬆

「這次已經能較快進入放鬆狀態，但潛在還是有不安全感，太過份在意別人的眼光，所以還不能完全放輕鬆。」(自評表二)

(二)、胃疾改善

「老師叫我到前面做個別催眠，....老師要我想像自己的手由喉嚨伸進胃裡面，把胃裡面那坨污穢作怪的病毒、胃酸等通通抓出來丟在地上，並要我順道想像那些病魔遇到空氣、光線都死在地上的樣子，不禁一陣爽快，神奇的是，不用胃藥，胃竟然舒坦了許多。」(自評表二)

第三次治療

在此療程中，F 顯的比較開朗，配合度很高。F 覺得自己心情開朗許多，對死亡不再恐懼，對親人的死亡能夠釋懷而不再自責，因此壓力減輕，憂鬱症狀有明顯改善現象。

(一)、樂觀快樂

「催眠真的是，催眠真的是很棒啊，真的能讓人一生受用無窮這樣子。

光想到這一點我就很快樂了，然後回來之後，不管，雖然情緒也，也有，也有就是再掉回去過，可是我只要一想到，我，只要我好好的去，照著老師的話做，這樣，我一定就是可以好起來。」 FT4P2, FT4P4

(二)、不再對死亡產生恐懼

「這一次還讓我，瞭解到說死亡並不是結束啊，....只是暫，短暫的分別，他們只是在那邊等我們這樣子。.....老師在敘述死亡的那種過程，過程，讓我感覺...很舒服。」 FT4P5

「這次上課，印象最深刻的就是由老師的催眠上了天堂，看到爸爸、外公及爺爺，原來他們在那邊都很快樂，沒有生病的病痛，模樣也很健康紅潤，原來以前的我都被凡間的生老病死等迷妄所束縛，一直執著，抓住他們痛苦的模樣....真是罪過，如今以豁然開朗，能躺然面對真是感謝。」(自評表三)

(三)、壓力減輕：對親人的死亡較能釋懷

「現在沒有壓力，然後很舒服，很歡喜，很喜悅這樣子，真的是喜悅，就覺得，幹嘛掉眼淚，就，覺得掉眼淚，就真的是，你這樣掉眼淚，死去的人反而覺得你莫名其妙，他到那麼好的地方去還這樣。」 FT4P6

(四)、不再難過自責、

「對啊！就真的就，真的是一百八十度，真的，過來，就轉過來了吧。.....還有這次去，我，我就是，在最後一天啊，我有想到，就是老師跟我們帶到天堂去那時候，我有，我真的是，就是，蠻幸，滿步都是感謝，沒有覺得難過，而且我相信我，真的可以照老師講的，我真心，...甚至我，還在上面我有跟他們擁抱這樣子。」 FT4P8

「在天上看到外公、外婆、爺爺、我爸爸，他們看到我很高興心裡覺得放心。」 FT4P13

第四次治療

此次療程結束後，心得分享時，F 充滿感謝的心情，向老師說，她的喪親經驗促使自己成長許多，很感謝爸爸。F 認為感謝是最好的治癒力量，F 的家人已發現 F 的改變感到高興，F 相信自己會越來越好。

(一)、感恩：感謝喪親經驗讓自己成長成熟

「我覺得，我覺得不會，不會再覺得說，我爸爸走的這麼早，就是，覺得我還那麼小，他就這樣走了，我甚至覺得，我就感謝他讓我，就是成，成長。比別人還要再成熟一點，...就這樣又變成感謝。..... 感謝是最好的治癒力量。」 FT4P11

(二)、充滿信心

「雖然情緒也，也有，也有就是再掉回去過，可是我只要一想到，我，只要我好好的去，照著老師的話做，這樣，我一定就是可以好起來。.....我會越來越好。」 FT4P4

表 4F-1 成員 F 催眠治療身心改變歷

第一次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1、發現自己認知上有錯誤(自評表一) 2、沒什麼改變(自評表一)
第二次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1、不太主動漢人交談。(現場摘要筆記) 2、較放鬆(自評表二) 3、胃疾減輕。(訪談摘要)
第三次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1、產生感謝的心(訪談摘要)。 2、感覺催眠使自己受用無窮(快樂)。(訪談摘要) 3、自覺很快樂。可以控制情緒。(訪談摘要) 4、對死亡不產生恐懼了。(訪談摘要) 5、覺得死亡過程很舒服。(訪談摘要) 6、壓力減輕，對親人的死亡較能釋懷(壓力釋放，不害怕死亡)。(訪談摘要) 7、對親人的死亡已能釋懷，感覺很快樂(快樂，不自責，感恩，不恐懼死亡)。(訪談摘要) 8、家人以感覺她已有改變。(訪談摘要)
第四次治療	<ol style="list-style-type: none"> 1、要將快樂要一直保持下去(快樂)(訪談摘要) 2、感謝喪親經驗讓自己成長成熟(感恩，不自怨)。(訪談摘要) 3、心中充滿感謝。(訪談摘要) 4、充滿信心(有自信)。(訪談摘要)

四、F 成員催眠治療前後身心悲傷反應改變效果之比較

(一)、中國人健康問卷之比較

成員 F 於實施催眠治療前接受中國人健康問卷測驗之所得分數為 16 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 10 分，得立即性改善分數 6 分，依鄭氏調查顯示，得分 10 分為介於高低分組的臨界點，雖屬身心不佳狀態，但已近趨正常狀態，從 F 所得 6 分立即性改善分數中發現，F 的壓力及緊張有減輕跡象，對未來充滿自信，對自己感到滿意等。由此問卷顯示催眠治療對成員 F 之身心治療效果雖未達正常程度，但已有正面改變效果。

表 4F- 2 成員 F 中國人健康問卷前後測比較

	成員 F	身心狀況	改善情況
前測分數	16	不佳	
後測分數(立即測驗)	10	不佳	
立即改善分數	6		正面改善

(二)、貝氏憂鬱量表之比較

F 成員於實施催眠治療前接受貝氏憂鬱量表測驗之所得分數為 41 分，催眠療程結束後之立即測驗分數為 23 分，得立即性改善分數 18 分，依柯氏調查顯示，得分 23 分，憂鬱症狀屬中鬱狀態。由此顯示，F 的憂鬱症狀已由重鬱減輕為中鬱。由量表的分析中，F 已無自殺念頭，失眠情況改善、不再悲傷。因此，催眠治療對成員 F 之憂鬱症狀有進展性的正面改變效果。

表 4F- 3 成員 F 貝氏憂鬱量表前後測比較

	成員 F	憂鬱症狀	改善情況
前測分數	41	重鬱	
後測分數(立即測驗)	23	中鬱	
立即改善分數	18		正面改善

(三)、質性資料之比較

表 4F- 4 為 F 成員接受催眠治療前和催眠治療治療後身心反應的比較，成員 F 於接受催眠治療前主觀認為自己身心的悲傷反應有：自卑自責，暴飲暴食，壓力大、不快樂、恐懼死亡、失眠、罪惡感、沒安全感等。催眠治療後身心主要的改變為心情釋懷，不再恐懼死

亡、壓力減輕、樂觀開朗、自信心增加、不再自責、對未來充滿希望等。

由上述質、量資料之比較分析，催眠療法對 F 成員身心之悲傷反應有正面改善效果。

表 4F-4 成員 F 催眠治療前後身心反應分析

<p><u>催眠治療前身心悲傷反應</u></p> <ol style="list-style-type: none">1、暴飲暴食2、腸胃不好：因暴飲暴食造成腸胃不好。3、憂鬱、害怕、恐懼：<ol style="list-style-type: none">(1)因連續失去親人，十分害怕再失去其他親人。(2)害怕死亡。4、壓力大：<ol style="list-style-type: none">(1)學業壓力(2)經濟壓力(3)無名壓力5、自責。6、罪惡感7、人生沒意義。8、沒有安全感。9、情緒低落。10、失眠。
<p><u>催眠治療後身心悲傷反應：</u></p> <ol style="list-style-type: none">1、心念轉變<ol style="list-style-type: none">(1)覺得死亡過程很舒服(2)認為親人去了天堂會很快樂，應該要祝福他們。2、覺得快樂、幸福：<ol style="list-style-type: none">(1)覺得催眠讓自己受用無窮(2)很快樂。可以控制情緒。(3)對親人的死亡已能釋懷，感覺很快樂3、不害怕死亡。<ol style="list-style-type: none">(1)對死亡不產生恐懼了。(2)覺得死亡過程很舒服。4、壓力減輕。 對親人的死亡已能釋懷，感覺很快樂5、不自責6、感恩：喪親經驗讓自己成長成熟(感恩，不自怨)。7、失眠情況改善。

第二節 催眠治療後全體成員身心的立即性改變 效果

壹、 成員主要悲傷反應項目 - 質性資料分析結果

表 4-1-1 為成員在催眠治療前接受研究者訪談以及成員在個人基本資料所填寫之主要身心悲傷反應，研究者整理分析如下：

一、 主要生理悲傷反應

(一)、 食慾障礙

成員中有三位食慾障礙者，其中 A 胃口不好，D 和 F 為暴飲暴食。

(二)、 睡眠失序

六位成員中除了 E 之外，都有或輕(每週一至二天)或重(每週五至七天)的睡眠問題。

(三)、 腸胃不好

成員中有三位抱怨腸胃不好，有胃酸過多，或便秘者。其中一位有服藥治療。

(四)抱怨身體變壞

成員中每位都覺得自己身體變差了。最常抱怨的是沒元氣，其中 D 認為自己全身上下都有問題。

(五)其他

各種感官知覺遲鈍(沒有情緒知覺，沒有嗅覺，痛覺遲鈍、)。

二、主要心理悲傷反應

(一)、沮喪、憂鬱

成員中除了 C 之外，都有憂鬱症狀，其中重鬱者三位，中鬱者兩位。其中一位服藥控制中。

(二)、害怕、恐懼

成員中有四位害怕死亡，害怕其他親人會離開。其中 E 害怕黑暗，不敢獨自睡覺。

(三)、壓力大

所有成員都覺得自己有很重的壓力，或經濟上的，或工作上的，或家人給予的。或自己給自己的。

(四)、悲傷、難過

A 和 F 都覺得親人的過世和自己有關。

(五)、罪惡感、自責

A 認為自己做過多的醫療決定，害親人死亡，C 認為自己念頭很邪惡，D 覺得未能在親人活著時，給予經濟支援深感內疚，F 認為自己是不吉祥的人，親人才會死亡。

(六)、情緒不穩

六位成員都認為自己或多或少有情緒上的問題，例如：情緒

低落，脾氣暴躁，為小事亂發脾氣。

(七)、沒安全感

研究者發現，幼年喪親者，大多有沒安全感的問題，而這問題一直伴隨喪親者成長。

(八)、自信心低落

沒自信是所有成員最一致的反應，他們對事情的看法是負面的，對自己的未來充滿不確定感。

(九)、悲觀

悲觀也是成員的共同反應，他們覺得生命一點意義都沒有，人生是沒目標的，人活著只是等死而已。

(十)、其他

成員其他心理悲傷反應有：無奈、無力感、失落感等等。

三、其他(行為態度)悲傷反應

(一)、行為退縮

例如不願和人接觸，怕被歧視。不接受別人的關心，認為別人在可憐他。封閉自己，對任何事都不感興趣。

(二)、人際關係不好

不善在眾人面前表達自己，害羞、主觀固執，不接受別人意見、疑身疑鬼。

(三)、逃避問題

例如覺得喪親經驗太苦，把痛苦藏起來不去碰觸，把自己封閉起來，不面對問題。

(四)、夢遊、做惡夢

C 成員有夢遊症狀，A、F 成員經常做惡夢情況。

(五)、哭泣

哭泣行為大多發生在喪親時間短的成員身上，喪親時間長的學員較少有此情況。

以上所分析之成員悲傷反應項目，大多含蓋在 Strobe 以及 Worden 所敘述悲傷反應項目中，符合文獻上有關悲傷反應症狀的研究。但研究者發現，本研究成員共同的悲傷反應：「自信心低落」以及「感官知覺遲緩」，並沒有被特別提出

表 4 - 1 - 1 成員催眠治療前的身心悲傷反應

身體生理反應	心理反應	其他
1、暴飲暴食。 2、腸胃不好。 3、失眠。 4、身體變壞：(心臟，腎臟，肺，排尿困難...) 5、身體變肥胖。 6、各種感官知覺遲鈍(沒有情緒知覺，沒有嗅覺，痛覺遲鈍、)。	1、憂鬱、害怕、恐懼 2、壓力大。 3、自責。 4、人生沒意義。 5、沒有安全感。 6、情緒低落。 7、脾氣暴躁，情緒不穩 8、傷心、難過、痛苦 9、怨恨 10、擔心 11、沒自信心 12、無奈 13、無力感 14、遺憾、愧疚 15、罪惡感 16、失落感 17、沮喪 18、人生沒有目標	1、對任何事不感興趣。 2、依賴他人 3、人際關係差 4、主觀固執 5、封閉自己 6、夢遊 7、做惡夢 8、哭泣 9、逃避問題

貳、催眠治療後全體成員主要悲傷反應改變項目

表 4-1-2 為成員在催眠治療後接受研究者訪談，以及學員在期望項目自評表上的敘述，主觀上對自己身心悲傷反應所做的認知改變情況，研究者統合全體成員質性資料，整理出全體成員悲傷反應改變項目如下：

一、生理上已獲改善悲傷反應項目

(一)、失眠情況改善

所有成員都認為自己的睡眠品質有提升。

(二)、腸胃問題改善

胃酸過多，胃痛以及因腸胃問題引起的便秘現象獲改善。

(三)、飲食障礙改善

食慾不振、暴飲暴食習慣獲改善，飲食無度造成之肥胖現象已減輕。

(四)、各種感官知覺甦醒

如原已嗅不出味道的鼻子可以嗅出味道。原已麻木的情緒有被挑起的跡象。情緒已有起伏波動。

二、心理上已獲改善悲傷反應項目

(一)、認知、情緒的轉變

包括：(1)不再害怕死亡。(2)不自責、不愧疚。(3)對親人的死

亡釋懷。(4)心存感恩。(5)釋懷：面對喪痛已不會心痛。(6)正向思維：會排除主觀負面思維。(7)積極樂觀。(9)不再憂鬱 (10)感覺快樂、幸福。(11)情緒穩定

(二)、*壓力減輕。*

(三)、*自信心增加。*

三、 其他已獲改善悲傷反應項目

(一)、*人際關係改善。*

(二)、*不封閉自己，會接受他人關心。*

(三)、*不再哭泣。*

(四)、*不自怨自嘆。*

(五)、*可以控制情緒。*

(六)、*對死亡事件可以平靜的敘述。*

四、 未獲改善悲傷反應項目

(一)、*器質性生理症狀未獲改善*

D 成員有肺部、心臟、腎臟等疾病，會咳嗽，心率不整、水腫等現象，此部分未獲改善。一個月後，研究者再個別與有器質性悲傷反應之成員 D 做追蹤性的訪談，瞭解目前的身體狀況，結果顯示，後續性改善效果仍不顯著。

由以上質性資料整理分析，催眠成員的悲傷反應大多數已獲改善，催眠治療對於喪親者身心悲傷反映有正面的改善效果，尤以心因性的疾病，其療效更為顯著。因心因性所患器質性之疾病，如腸胃問題也有療效，唯部分器質性疾病，如心臟病、肺病、腎臟毛病等療效

較不顯著。是否需要更長的催眠治療時間方能彰顯其療效，可待以後有興趣者繼續研究。

表 4-1-2 全體成員催眠治療後的身心改變效果項目

生理改變效果項目	心理改變效果項目	其他行為改變效果
1、失眠情況改善。 2、胃痛改善。 3、各種感官知覺甦醒： A. 開始有痛覺。 B. 開始有嗅覺。 4、排尿困難問題解決。 5、會控制飲食，不暴飲暴食。 6、體重減輕。	1、不再害怕死亡。 2、不自責、不愧疚。 3、對親人的死亡釋懷。 4、感恩。 5、釋懷：面對喪痛已不會心痛。 6、正向思維：排除主觀負面思維。 7、積極樂觀。 8、不再憂鬱。 9、覺快樂、幸福。 10、壓力減輕。 11、自信心增加。	1、人際關係改善。 2、積極尋求生命意義。 3、不哭泣。 4、可以控制情緒。 5、對死亡事件可以平靜的敘述。 6、不自怨自艾。

貳、量表與問卷分析結果

一、全體成員憂鬱症狀改變效果

為瞭解全體成員憂鬱症狀之立即性改變效果，研究者要求成員在接受催眠治療的前一週接受貝氏憂鬱量表的測驗，催眠療程全部結束後，立即請各成員再填寫一次量表，所得結果如下(表 4-2- 1)：

表 4-2-1 貝氏憂鬱量表前後測立即性分數分析

	A	B	C	D	E	F	平均值	總分數
前測分數	25	26	6	46	32	41	29.3	176
後測分數 (立即測驗)	5	8	3	20	2	23	10.2	61
進步分數 (立即測驗)	20	18	3	26	30	18	19.1	115

由表 4-2-1 的分析結果顯示：成員催眠治療前憂鬱分數由 6 分到 46 分不等，憂鬱總平均分數為 29.3 分，總分數為 176 分。其中憂鬱分數最少者為 C 的 6 分，為憂鬱程度最輕者。最多為 D 的 46 分，為憂鬱程度最重者。經過四次催眠療程後所得憂鬱分數，由 2 分到 23 分不等，憂鬱總平均分數為 10.2 分，總分數為 61 分。其中憂鬱分數最少者為 E 的 2 分，最多者為 F 的 23 分，總改善分數為 115 分，平均總進步分數為 19.1 分。其中改善最多者為 E 的 30 分，最少者為 C 的 3 分。

從表 4-2-1 之憂鬱量表總分與平均分數顯示，催眠治療對於喪親者憂鬱症狀的立即性改善有其正面效果，但僅從分數尚未能顯示分數改變的意義，依臨床上應用貝氏憂鬱量表時，常以 10 分作為判斷是否罹患憂鬱症的指標，總分在 10 分(含)以下屬正常，11 – 18 分屬輕度憂鬱，19 – 30 分屬中度憂鬱，總分大於 30 分則屬重度憂鬱，研究者將表 4-2-1 之憂鬱分數，對照臨床上判斷憂鬱症狀輕重程度的分數，做成成員是否罹患憂鬱症的項目以及憂鬱症狀獲得改善的效果如下(表 4-2-2)：。

表 4-2-2 治療前後憂鬱症狀立即性改變程度分析

成員	治療前後憂鬱症狀改變程度 (治療前) (治療後) ? ?	立即 改善分數	憂鬱症狀立 即 改善效果
A	中鬱 —— 正常	20	正向
B	中鬱 —— 正常	18	正向
C	正常 —— 正常	3	正向
D	重鬱 —— 中鬱	26	正向
E	重鬱 —— 正常	30	正向
F	重鬱 —— 中鬱	18	正向

由表 4-2-2 中分析顯示：參與催眠治療學員中，有五位在治療前有憂鬱症狀，其中 A 與 B 兩位屬中度憂鬱，C 為正常狀態，無憂鬱症狀，C、D、E 三位屬重度憂鬱。經過四次催眠療程後，結果顯示：A 的憂鬱狀況由中鬱程度恢復到正常程度；B 由中度憂鬱程度恢復到正常狀態；C 仍屬正常情況，且在憂鬱分數上有進步。D 的憂鬱狀況由重鬱減輕為中鬱；E 的憂鬱狀況由重度憂鬱程度恢復到正常程度；F 的憂鬱狀況由重鬱程度減輕為中度憂鬱程度。所有成員在憂鬱症狀的改善上都有正面的改變效果。

由表 4-2-2 可看出成員憂鬱症狀的個別改善效果，但無法突顯出團體成員在催眠治療前和催眠治療後立即性憂鬱程度改變效果的顯著性，研究者將憂鬱量表前測資料與立即性後測資料，以無母數統計考驗之 Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test (簡稱魏氏考驗)，求取較少數符號之等級和(T)，以做顯著性之考驗，所得結果分析如下(表 4-2-3)

表 4-2-3 憂鬱症狀立即性治療效果顯著性分析

成員	前測分數	後測分數 立即測驗	d	d 的第級	符號	較少數符號 所佔之等級
A	25	5	20	3	+	0
B	26	8	18	2	+	
C	6	3	3	1	+	
D	46	20	26	4	+	
E	32	2	30	5	+	
F	41	23	18	2	+	
						T=0

由表 4-2-3 的考驗中顯示等級和 T=0，從魏氏帶符號等級考驗，T 的臨界點在附錄表中查得，當 N = 6， $\alpha = .05$ (雙側考驗)時，T=0 是臨界值。當 T = 0 或小於 0 時，需拒絕虛無假設，本量表經魏氏考驗

所求出之 T 值為 $T = 0$ ，因此，需拒絕虛無假設，這表示催眠治療前與催眠治療後成員的憂鬱症狀有顯著立即性的改變效果。

二、中國人健康問卷分析結果

中國人健康問卷有 12 題與 30 題之分，本研究引用 30 題版本，主要目的在測量喪親者的身心狀況。研究者要求成員在接受催眠治療的前一週接受中國人健康問卷的測驗，催眠療程全部結束後，立即請各成員再填寫一次問卷，所得結果如下(表 4-2-4)：

表 4-2-4 中國人健康問卷前後測立即性改變分數分析

	A	B	C	D	E	F	平均值	總分數
前測分數	11	18	4	20	14	16	13.8	83
後測分數 (立即測驗)	9	3	2	12	10	10	7.7	46
進步分數 (立即測驗)	3	15	2	8	4	6	6.3	38

由表 4-2-4 的分析結果顯示：成員於催眠治療前問卷分數由 4 分到 20 分不等，總平均分數為 13.8 分，總分數為 83 分。其中分數最少者為 C 的 4 分，最多為 D 的 20 分。經過四次催眠療程後所得問卷分數，由 2 分到 12 分不等，總平均分數為 7.7 分，總分數為 46 分，其中分數最少者為 C 的 2 分，最多者為 D 的 12 分，總改善分數為 38 分，平均總進步分數為 6.3 分。其中改善最多者為 B 的 15 分，最少者為 C 的 2 分。

從表 4-2-4 之中國人健康問卷總分與平均分數顯示，催眠治療對

於喪親者身心情況的立即性改善有其正面效果，但僅從分數尚未能顯示分數改變的意義，經鄭氏調查結果，發現 9 /10 分為最具精確度的分界點 (specificity)，9 分以下 (含) 為低分組，10 (含) 分以上，屬高分組，高分組表健康狀況不佳，低分組表身心理狀況正常。研究者將表 4-2-4 之問卷分數，對照前述 9/10 臨界點分數，做成成員是否身心正常的項目以及身心獲得改善的效果如下 (表 4-2-5)：

表 4-2-5 治療前後身心症狀立即性改變程度分析

成員	治療前後身心症狀改變程度 (治療前) (治療後) ?	身心症狀立即 性改善分數	身心症狀立即 性改善效果
A	不佳 —— 正常	3	正向
B	不佳 —— 正常	15	正向
C	正常 —— 正常	2	正向
D	不佳 —— 不佳	8	正向
E	不佳 —— 不佳	4	正向
F	不佳 —— 不佳	6	正向

由表 4-2-5 中分析顯示：參與催眠治療學員中，有五位在治療前身心狀況是欠佳的。僅有 C 為正常狀態。經過四次催眠療程後，結果顯示：A、B 的身心狀況由身心不佳情況恢復到正常狀態；C 仍屬正常情況，且總改善分數進步 2 分。其他成員 D、E、F 其身心狀況仍屬欠佳狀態，但從進步分數來看，D 成員進步 8 分，E 成員進步 4 分，F 成員進步 6 分，三位成員身心狀況分數分別為 12 分、10 分、10 分趨近正常值。由此顯示，催眠治療在身心症狀的立即性改善上都有正面的改變效果。

由表 4-2-5 可看出成員身心症狀的個別改善效果，但無法突顯出團體成員在催眠治療前和催眠治療後身心症狀改變效果的顯著性，研究者將中國人健康問卷前測資料與立即性後測資料，以無母數統計考

驗之 Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test (簡稱魏氏考驗), 求取較少數符號之等級和(T), 以做顯著性之考驗, 所得結果分析如下(表 4-2-6) :

表 4-2-6 身心症狀立即性治療效果顯著性分析

成員	前測分數	後測分數 立即測驗	d	d 的第級	符號	較少數符號 所佔之等級
A	11	9	3	2	+	0
B	18	3	15	6	+	
C	4	2	2	1	+	
D	20	12	8	5	+	
E	14	10	4	3	+	
F	16	10	6	4	+	
						T=0

由表 4-2- 6 的魏氏考驗中顯示等級和 $T=0$, 從魏氏帶符號等級考驗時 T 的臨界點附錄表中查得, 當 $N = 6$, $\alpha = .05$ (雙側考驗)時, $T=0$ 是臨界值。當 $T = 0$ 或小於 0 時, 需拒絕虛無假設, 本量表經魏氏考驗所求出之 T 值為 $T = 0$, 因此, 需拒絕虛無假設, 這表示催眠治療前與催眠治療後成員的身心症狀有顯著性的改變效果。

第三節 催眠治療後全體成員身心改變的持續性效果

壹、憂鬱症狀持續性變效果

為瞭解催眠療法對喪親者悲傷反應是否具持續性的改變效果，研究者於催眠治療結束後，持續和各成員保持聯繫與接觸，或以電話問好，或親自拜訪問候，以瞭解各成員的現況。並於全部催眠療程結束後一個月，請全體學員填寫「貝氏憂鬱量表」以瞭解成員憂鬱狀況持續性的改變效果，經整理量表分析如下(表 4-3-1；表 4-3-2)：

表 4-3-1 貝氏憂鬱量表持續性分數分析

	A	B	C	D	E	F	平均值	總分數
前測分數	25	26	6	46	32	41	29.3	176
後測分數 (後續測驗)	4	13	2	10	4	10	7.2	43
進步分數 (後續測驗)	21	13	4	36	28	31	22.1	133

表 4-3-2 貝氏憂鬱量表立即性與持續性分數分析

	A	B	C	D	E	F	平均值	總分數
後測分數 (立即測驗)	5	8	3	20	2	23	10.2	61
後測分數 (後續測驗)	4	13	2	10	4	10	7.2	43
進步分數	1	- 5	1	10	- 2	13	3	18

由表 4-3-1 的分析結果顯示：成員催眠治療前憂鬱分數由 6 分到 46 分不等，憂鬱總平均分數為 29.3 分，總分數為 176 分。其中憂鬱分數最少者為 C 的 6 分，憂鬱程度最輕。最多為 D 的 46 分，憂鬱程

度最重。催眠療程結束後一個月，再行追蹤測驗所得憂鬱分數為 2 分到 13 分不等，憂鬱總平均分數為 7.2 分，總分數僅 43 分。其中憂鬱分數最少者為 C 的 2 分，最多為 B 的 13 分，總改善分數為 133 分，平均總進步分數為 22.1 分。其中改善最多者為 F 的 31 分，最少者為 C 的 4 分。

從表 4-3-2 憂鬱量表之立即性與持續性改變效果的比較發現，立即性測驗憂鬱總分為 61 分，平均值為 10.2 分，持續性測驗憂鬱總分為 43 分，平均值為 7.2 分，從整體進步分數來看，持續性憂鬱分數較立即性憂鬱分數減少 18 分，顯示持續性憂鬱症狀的改變效果較立即性憂鬱症狀的改變效果顯著。唯從個別成員的改變分數來看，B 的進步分數減少 5 分，E 的進步分數減少 2 分，顯示 B 和 E 的憂鬱症狀相較於立即性測驗有退步的情況(見圖 4-1)。

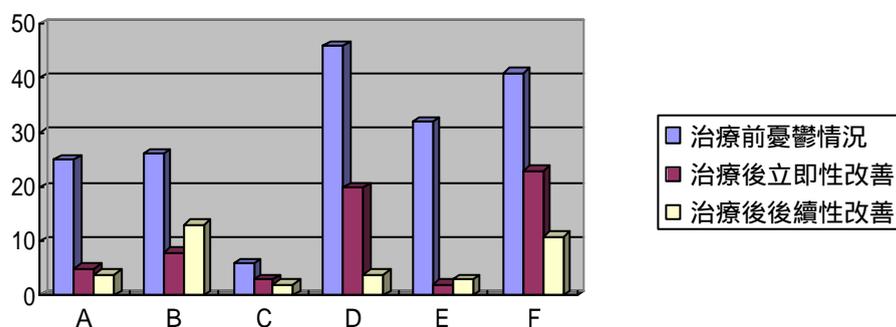


圖 4-1 成員催眠治療前後憂鬱症狀改善情況

從表 4-3-1 的分析顯示，催眠治療對於喪親者憂鬱症狀的持續性改善有其正面效果，但僅從分數尚未能顯示分數改變的意義，依臨床上應用貝氏憂鬱量表時，常以 10 分作為判斷是否罹患憂鬱症的指標，總分在 10 分(含)以下屬正常，11 – 18 分屬輕度憂鬱，19 – 30 分屬中度憂鬱，總分大於 30 分則屬重度憂鬱，研究者將表 4-3-1 之憂鬱分數，對照臨床上判斷憂鬱症狀輕重程度的分數以及參考表 4-2-2，做成成

員治療前後罹患憂鬱症的程度以及治療前後憂鬱症狀獲得改善的效果如下(表 4-3-3)：

表 4-3-3 憂鬱症狀改變程度比較

成員	治療前後憂鬱症狀改變程度				改善分數		最後 改變效果	
	(治療前) ?	(治療後立即性) ?	(治療後持續性) ?		立即性 ?	持續性 ?		
A	中鬱	——	正常	——	正常	20	21	正向
B	中鬱	——	正常	——	輕鬱	18	13	正向
C	正常	——	正常	——	正常	3	4	正向
D	重鬱	——	中鬱	——	正常	26	36	正向
E	重鬱	——	正常	——	正常	30	28	正向
F	重鬱	——	中鬱	——	輕鬱	18	31	正向
總改善分數						115	133	

由表 4-3-3 分析結果顯示：參與催眠治療學員中，有五位在治療前有憂鬱症狀，其中 A 與 B 兩位屬中度幽鬱，C 為正常狀態，無憂鬱症狀，C、D、E 三位屬重度幽鬱。經過四次催眠療程後，結果顯示：A、B、C、E 憂鬱症狀為正常狀態，D 和 F 的憂鬱狀況由重鬱減輕為中鬱。一個月後的持續性測驗分數顯示，成員的總改善分數由 115 增加到 133 分，A 憂鬱症狀仍屬正常狀態，進步分數由立即性測驗的 20 分增加為 21 分；B 的憂鬱症狀，治療前為中鬱，立即性測驗恢復為正常，持續性測驗轉為輕鬱，進步分數由立即性測驗的 18 分減低為 13 分。C 憂鬱症狀仍屬正常狀態，進步分數由立即性測驗的 3 分增加為 4 分。D 的憂鬱症狀，治療前屬重鬱，立即性測驗減輕為中鬱，持續性測驗轉為正常，進步分數由立即性測驗的 26 分增加為 36 分。E 的憂鬱症狀，治療前為重鬱，立即性測驗為正常，持續性測驗仍屬正常，進步分數由立即性測驗的 30 分減低為為 28 分。F 的憂鬱症狀，治療前為重鬱，立即性測驗為中鬱，持續性測驗轉為輕鬱，進步分數

由立即性測驗的 18 分增加為 31 分。團體成員在憂鬱症狀的改善方面，相較於催眠治療前有正面的改變效果。

由表 4-3-3 可看出團體成員憂鬱症狀的改善效果，但無法突顯出團體成員在催眠治療前和催眠治療後，後續性憂鬱程度改變效果的顯著性，研究者將憂鬱量表前測資料與後持續性後測資料，以無母數統計考驗之 Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test (簡稱魏氏考驗)，求取較少數符號之等級和(T)，以做顯著性之考驗，所得結果分析如下(表 4-3-4)：

表 4-3-4 憂鬱症狀持續性治療效果顯著性分析

成員	前測分數	後測分數 後續測驗	d	d 的等級	符號	較少數符號 所佔之等級
A	25	4	21	3	+	0
B	26	13	13	2	+	
C	6	2	4	1	+	
D	46	10	36	6	+	
E	32	4	28	4	+	
F	41	10	31	5	+	
						T=0

由表 4-3-4 的考驗中顯示等級和 $T=0$ ，從魏氏帶符號等級考驗，T 的臨界點在附錄表中查得，當 $N=6$ ， $\alpha=.05$ (雙側考驗)時， $T=0$ 是臨界值。當 $T=0$ 或小於 0 時，需拒絕虛無假設，本量表經魏氏考驗所求出之 T 值為 $T=0$ ，因此，需拒絕虛無假設，這表示催眠治療前與催眠治療後成員的憂鬱症狀有顯著性的持續改變效果。

貳、中國人健康問卷分析結果

為瞭解催眠療法對喪親者悲傷反應是否具持續性的改變效果，在全部催眠療程結束後一個月，研究者請全體學員填寫「中國人健康問卷」以瞭解成員身心症狀持續性的改變效果，經整理量表分析如下(表 4-3-5；表 4-3-6)：

表 4-3-5 催眠治療前後中國人健康問卷分數分析

	A	B	C	D	E	F	平均值	總分數
前測分數	11	18	4	20	14	16	13.8	83
後測分數 (追蹤測驗)	6	15	3	10	4	10	8	48
進步分數 (追蹤測驗)	5	3	1	10	10	6	5.8	35

表 4-3-6 中國人健康問卷立即性與持續性分數分析

	A	B	C	D	E	F	平均值	總分數
後測分數 (立即測驗)	9	3	2	12	10	10	7.7	46
後測分數 (追蹤測驗)	6	15	3	10	4	10	8	48
進步分數	3	-12	-1	2	6	0	-0.33	-2

由表 4-3-5 的分析結果顯示：成員於催眠治療前問卷分數由 4 分到 20 分不等，總平均分數為 13.8 分，總分數為 83 分。其中分數最少者為 C 的 4 分，最多為 D 的 20 分。一個月後後續性測驗後所得問卷分數，由 3 分到 15 分不等，總平均分數為 8 分，總分數為 48 分，其中分數最少者為 C 的 3 分，最多者為 B 的 15 分，總改善分數為 35 分，平均總進步分數為 5.8 分。其中改善最多者為 D 和 E 同時進步 10 分，最少者為 C 的 1 分。

從表 4-3-6 健康問卷之立即性與持續性改變效果的比較發現，立即性測驗問卷總分為 46 分，平均值為 7.7 分，持續性測驗問卷總分為

48 分，平均值為 8 分，從整體進步分數來看，持續性問卷分數較立即性憂鬱分數增加 2 分，顯示成員持續性身心症狀的改變效果較立即性身心症狀的改變效果不顯著。唯從個別成員的改變分數來看，A、D、E 持續性進步分數較立即性進步分數，分別增加為 3、2、6 分，身心狀況較立即性身心狀況佳。B 和 C 的進步分數分別減少 12 分和 1 分，F 的進步分數為 0，顯示 B 和 C 的持續性身心症狀相較於立即性測驗有退步的情況，F 維持穩定狀態。(見圖 4-2)。

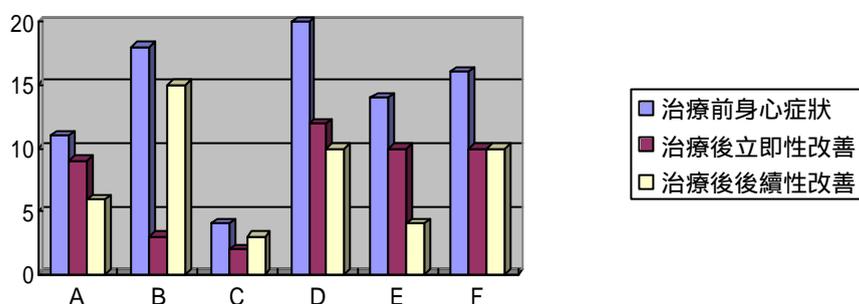


圖 4-2 成員催眠治療前後身心症狀改善情況

從表 4-3-5 之中國人健康問卷總分與平均分數顯示，催眠治療對於喪親者持續性身心情況有正面改善效果，但僅從分數尚未能顯示分數改變的意義，經鄭氏調查結果，發現 9 /10 分為最具精確度的分界點 (specificity)，9 分以下(含)為低分組，10(含)分以上，屬高分組，高分組表健康狀況不佳，低分組表身心理狀況正常。研究者將表 4-3-5 之問卷分數，對照前述 9/10 分臨界點分數以及參照表 4-3-6，做成催眠治療前後成員身心的改變程度以及身心獲得改善效果，分析結果如下(表 4-3-7)

表 4-3-7 身心症狀改變程度比較

成 員	治療前後身心症狀改變程度 (治療前)(治療後立即性)(治療後持續性)			改善分數		最後 改變效果
	?	?	?	立即性 ?	持續性 ?	
A	不佳	——正常	—— 正常	3	5	正向
B	不佳	——正常	—— 不佳	15	3	正向
C	正常	——正常	—— 正常	2	1	正向
D	不佳	——不佳	—— 不佳	8	10	正向
E	不佳	——不佳	—— 正常	4	10	正向
F	不佳	——不佳	—— 不佳	6	6	正向
總改善分數				38	35	

由表 4-3-7 分析結果顯示：有五位學員(A、B、D、E、F)在參與治療前身心處與不佳狀態，僅 A 屬正常情況。經四次催眠療程後，結果顯示：A、B、C、身心為正常狀態，D、E 和 F 仍屬身心欠佳狀況。一個月後的持續性測驗分數顯示，成員的總改善分數由 38 減少為 35 分，A 身心症狀仍屬正常，進步分數由立即性測驗的 3 分增加為 5 分；B 的身心症狀，治療前為不佳，立即性測驗恢復為正常，持續性測驗轉為不佳狀態，進步分數由立即性測驗的 15 分減低為 3 分。C 身心症狀仍屬正常狀態，進步分數由立即性測驗的 2 分降低為 1 分。D 的身心症狀，仍屬不佳，但進步分數由立即性測驗的 8 分增加為 10 分。E 身心症狀，治療前及立即性測驗為不佳，持續性測驗轉為正常，進步分數由立即性測驗的 4 分增加為 10 分。F 身心症狀，治療前、立即性測驗及持續性測驗均屬不佳，進步分數不變。

由表 4-3-7 可瞭解成員身心症狀的個別改善效果，但無法突顯出團體成員在催眠治療前和催眠治療後，持續性身心症狀改變效果的顯著性，研究者將健康問卷前測資料與持續性測驗資料，以無母數統計考驗之 Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test (簡稱魏氏考驗)，求取較少數符號之等級和(T)，以做顯著性之考驗，所得結果分析如下(表

4-3-8) :

表 4-3-8 身心症狀持續性改變效果顯著性分析

成員	前測分數	後測分數 後續測驗	d	d 的等級	符號	較少數符號 所佔之等級
A	11	6	5	3	+	0
B	18	15	3	2	+	
C	4	3	1	1	+	
D	20	10	10	5	+	
E	14	4	10	5	+	
F	16	10	6	4	+	
						T=0

由表 4-3-8 的考驗中顯示等級和 $T=0$ ，從魏氏帶符號等級考驗， T 的臨界點在附錄表中查得，當 $N = 6$ ， $\alpha = .05$ (雙側考驗)時， $T=0$ 是臨界值。當 $T = 0$ 或小於 0 時，需拒絕虛無假設，本量表經魏氏考驗所求出之 T 值為 $T = 0$ ，因此，需拒絕虛無假設，這表示催眠治療前與催眠治療後成員的憂鬱症狀有顯著性的後續改變效果。

第四節 討論

一、本研究顯示，全體學員心理悲傷反應，有顯著改善現象，唯對器質性生理症狀的改變效果較不顯著。成員 D 催眠治療前覺得自己全身都是病，經醫師診斷，D 有心臟、肺臟、腎臟等器官問題。正服藥控制中。催眠療程結束後，D 心因性生理症狀，如失眠、暴飲暴食、感官系統遲緩等症狀具顯著改善效果。唯器質性疾病仍未見顯著改善。第一次世界大戰後，許多文獻報告顯示催眠可以治療機能性疾病，也可以治療器質性疾病(引自劉焜輝，民 86, 1)。現代催眠之父 Liebeault 醫師經其臨床經驗，亦認為催眠療法對器質性疾病具有療效。本研究結果顯然不支持上述論點。催眠治療對器質性疾病是否表示需施以更長時間的治療，或催眠治療本身不具療效，須待更進一步的研究與觀察。

二、催眠治療的成功要件，除了治療者本身使用的催眠技巧以及暗示內容外，催眠的環境、患者的動機(強烈求助催眠治療的意願、對催眠的期待)、事前的準備(當事人對催眠的認識、當事人與治療師間的人際關係、協談情形)以及以及當事人對催眠的抗拒程度等，皆是催眠治療成功與否的影響因素(林燦楠，民 78；劉焜輝，民 86, 7)。研究者在徵詢催眠對象過程中，除了 D、E 二位成員是研究者主動徵詢外，其他皆由成員主動向研究者表示有強烈參與意願，在療程中，成員大多能配合治療課程，尤以 A、B、D、E 成員等向研究者表示，要給自己改變的機會。唯 C 成員對催眠有主觀性的認知差距以及個人的宗教信仰因素，對催眠治療有抗拒心態，在療程結束後，C 成員的立即性進步分數較其他成

員為低。此研究結果支持林、劉二氏論點。

三、本研究發現，在催眠治療過程中，A學員反應自己會不由自主的去配合催眠老師的期待，將別人的期望變成自己的行為舉止，縱然這種行為不是自己所要的。社會認知論者認為催眠不是單一因素的操作過程和能力，而是隨催眠師的暗示扮演著催眠中的角色，是一種目標的操作行為。在催眠情境下，被催眠者所表現出來的行為只不過是接受導演(催眠師)的指示去扮演一個社會的角色而已。本研究結果顯示與 Spanos、Rober、Baker 所主張催眠狀態下所產生的行為是一種社會認知與社會角色論的理論不謀而合。

四、憂鬱專家 Gerold Klerman(1981)認為許多憂鬱是由失落引發的，精神疾病統計手冊認為「病態性的自我價值低落感，自殺意念，病態性功能受損或心理動作遲緩，或症狀期拖滯不去，這些現象都顯示出哀悼已併發重度憂鬱。」從喪親成員的主觀陳述和憂鬱量表檢測，發現六位喪親成員中五位有憂鬱症狀，其中三位屬重鬱，二位屬中鬱，重鬱成員的悲傷反應有嚴重自我價值低落感、失眠、人際關係低落、有自殺傾向、對病痛的抱怨等等，符合精神疾病統計手冊所稱之嚴重憂鬱症狀，與 Klerman 所稱不謀而和。

五、本研究顯示，催眠治療對成員後續性的身心改變效果，除 B 和 C 呈現退步現象外，其餘皆保持穩定和進步效果。C 如前所述，有抗拒催眠現象，改變效果不彰。B 催眠療程結束後的身心立即性改變效果十分顯著，後續性檢測結果雖比較治療前之身心狀況有改善，但較立即性改善總分少 12 分。經追蹤訪談發現，多數成

員在催眠治療期間與催眠治療後，會繼續引用催眠技巧做自我催眠以保持正向積極的思維和樂觀情緒。B 成員因工作壓力與趕寫論文緣故，療程結束後較少自我催眠。是以，研究者發現，不斷的自我催眠是離開悲傷情緒的最佳良藥。

六、在參與本研究前，六位成員中，D 和 E 曾上過催眠課程，有被催眠經驗，其他四位成員則沒有。經由四次的眠療程發現，E 在第一次治療過程就能快速進入狀況，第二次治療時，能在極短時間內進入催眠狀態。但 D 的情況和其他四位無催眠經驗成員相同，在第一次治療時並沒有實質的進步。從六位成員的四次催眠治療歷程來看，研究者發現 E 的改善速度最快，E 治療前憂鬱症狀為重鬱，療程結束後立即恢復為正常，沒有憂鬱症狀，後續性改變效果亦屬正常。D 憂鬱症狀立即性效果改變為中鬱，後續性改變效果為正常。但從整體治療的身心改變效果觀察，D、E 和其他成員都屬正向改善。

第五章 結論與建議

第一節 研究發現

本研究之目的，在瞭解喪親者身心之悲傷反應於催眠治療下的改變情形。研究方向有二：一為探討催眠治療後，身心立即性的改變效果。另一為催眠治療後身心後續性的改變效果。以六位有喪親經驗女性成員，接受四個催眠療程，採質量並用研究取向，依研究目的，於催眠治療期間，由研究者親自參與觀察每一催眠治療過程，並進入現象場蒐集成員主觀認知資料，將所蒐集的訪談和問卷資料，經整理、分析後，統合結果並予討論，經由前述過程做成研究發現陳述如下：

一、催眠治療對喪親者身心健康有正向性的改變效果

由前一章研究分析顯示，在質性資料方面，成員主觀認為本身身心症狀已有改善，量化資料方面，「中國人健康問卷」和「貝氏憂鬱量表」的總分數都呈減少趨勢，顯見催眠治療對喪親者身心健康有正向性的改變效果

二、催眠治療對喪親者器質性疾病無顯著性改變效果

Jacque Liebeault 研究顯示，催眠治療對器質性疾病有良好效果，但本研究果發現催眠治療對器質性生理症狀的改變效果較不顯著。是否表示需施以更長時間的催眠治療，或催眠治療本身不具療效，須待更進一步的研究與觀察。

三、強烈的要求治療動機和意願是催眠治療效果是否顯著的要件

喪親者是否有強烈要求治療的意願以及是否能與催眠治療師充分配合是治癒悲傷反應的重要因素。符合文獻所稱求診者需具有強烈動機和意願的報告。

四、學員會不由自主的將治療師的期望變為自己的行為

催眠治療的過程，學員會不由自主的去配合治療師的期望行為，將治療師的期望變成自己的行為舉止，例如：治療師要求成員進入深沈放鬆狀態，成員自知無法放鬆，卻假裝以進入催眠狀態；治療師要求學員大笑，學員心裡不想笑，卻不由自主的配合治療師的只是開懷大笑。這種行為與國外學者 Spanos、Rober、Baker 所主張催眠狀態下所產生的行為是一種社會認知與社會角色論的理論不謀而合。

五、失落會引發憂鬱症狀

從喪親成員的主觀陳述和憂鬱量表檢測，發現六位喪親成員中五位有憂鬱症狀，其中三位屬重鬱，二位屬中鬱，符合國內、外學者(Gerold Klerman, 1981；吳秀碧，民 88)所稱認為許多憂鬱是由失落引發，以及悲傷反應常有重度憂鬱症狀產生之報告。

六、喪親者會因失喪時的年齡、對象以及失喪時間的長短而有不同悲傷症狀

本研究發現，喪親者的悲傷反應與失喪時的年齡、對象以及失喪時間的長短而有不同，本研究成員中有三位屬學前或剛上小學就喪失母親者(B、E、F)，觀察他們在失喪當時都有一致的悲傷反應——自卑、社會行為退縮，不願和人群接觸，害怕

別人詢問家裡的事情、封閉自己，以致造成日後在人際關係處理上的障礙。失喪時間短者(A 三個月)，較顯著的悲傷反應為：哭泣，失眠、難過、自責而造成情緒低落、暴躁等不穩症狀。

七、悲傷反應包含感官知覺遲鈍等症狀

本研究成員的悲傷反應項目，大多涵蓋在國外學者 Stroebe(1987)和 worden (1991)所指稱的悲傷反應範圍內，唯喪親成員大多有的悲傷反應「覺得人生無意義」以及「感官知覺遲鈍」等項，在國外文獻似乎沒有被獨立出來做為悲傷反應項目。

八、男性喪親者較不容易接受催眠治療

本研究對象原無性別限制，唯研究者在尋找喪親者作為本研究對象的三個月期間，有興趣參與者皆為女性，為平衡性別上的差異，研究者積極尋找男性研究對象，唯雖已盡心盡力透過各種徵詢管道，還是無法獲得男性喪親者同意接受作為本研究對象。

九、後續性的自我催眠是保持身心健康的要素

催眠治療期間與催眠治療後，學員持續的自我催眠是離開悲傷情緒的最佳良藥。研究者發現，催眠療程結束後，學員大多會引用催眠技巧作自我催眠，以保持正向積極的思維。

第二節 結論

本節依研究目的分二方面討論，一為催眠療法對喪親者悲傷反應之立即性改變效果，另一為催眠療法對喪親者悲傷反應之後續性改變效果。

壹、催眠療法對喪親者悲傷反應有立即性改變效果

一、催眠療法對憂鬱症有顯著性改變效果

由國內外文獻探討得知，許多悲傷反應和憂鬱症狀有關，相關研究顯示，喪親者罹患憂鬱症之比率不少，因此，本節另予提出研究結果。本研究顯示，六位成員中，五位罹患憂鬱症，其中三位為重鬱，兩位為中鬱，經催眠治療後，三位重鬱患者中，兩位恢復正常，一位減輕為中鬱；兩位中鬱患者，皆已恢復正常，無憂鬱症狀；另一位無憂鬱症狀成員，仍處正常狀態。由此顯示，催眠療法對憂鬱症具有立即性的正面改善效果。

二、催眠療法對心理性悲傷反應有正面性改變效果

催眠治療對喪親者心理性悲傷反應有顯著性正面改善，喪親者情緒上悲傷、愧疚、自責、情緒不穩的現象有顯著的改善。心念上轉變為樂觀、積極、自信心增加，壓力減輕，心情釋懷。在認知上能接受親人死亡的事實，認為親人已原諒自己，對未來充滿希望。行為上的改變有：人際關係改善，不再封閉自己，哭泣與做惡夢的情況改善。

三、催眠療法對生理性悲傷反應有正面改變效果

- (一)、催眠治療對喪親者心因性生理悲傷反應有正面改變效果。心因性的生理反應，如食慾障礙、失眠、身體無元氣等現象已獲改善。
- (二)、催眠治療對喪親者器質性悲傷反應的改善效果不顯著。學員的器質性生理反應，如心臟、肺臟、腎臟等器官毛病，在本療程中，治療效果並較差。

本研究顯示，催眠的四個療程中，學員的悲傷反應改變效果在第一和第二療程不顯著，大多數成員在第三療程結束後始有顯著性的變化。第四療程結束後，成員的身心呈穩定性的改善現象。

貳、催眠療法對喪親者後續性悲傷反應有正面性改變效果

一、催眠療法對憂鬱症狀有顯著性改變效果

催眠療法對憂鬱症具有後續性的正面改善，五位憂鬱成員接受催眠治療結束後，三位重鬱患者中，兩位立即恢復正常，一位減輕為中鬱。兩位中鬱患者，皆已恢復正常，無憂鬱症狀。一個月後再行檢測成員憂鬱症狀，反應顯示，六位成員中，四位成員後續性的憂鬱改善分數較立即性的憂鬱改善分數增加，其中一位成員由立即性改善後的中鬱減輕為輕鬱。二位成員後續性的憂鬱改善分數較立即性的憂鬱改善分數減少，其中一位由立即性改善後的正常狀態轉變為輕鬱。總體而言，催眠療法對憂鬱症具有後續性的正面改善效果。

二、催眠療法對身心悲傷反應有正面性改變效果

催眠療法對喪親者身心悲傷反應有後續性的正面改善效果：催眠治療前成員所填具中國健康問卷總分為 83 分，催眠治療後一個月所填具相同健康問卷總分為 48 分，後續性的改善總分為 35 分。顯示喪親者的身心狀況，較催眠治療前的身心狀況呈正向的改變效果。研究者比較立即性及後續性改變總分，發現催眠成員身心症狀立即性改變總分為 46 分，後續性改變總分為 48 分，顯示後續性的改變效果較立即性改變效果不顯著，但比較催眠治療前之身心狀況有正面的改善效果。至於器質性生理改變情況，研究者與有器質性悲傷反應成員做後續性的訪談，結果顯示，後續性改善效果不顯著。

參、研究限制

- 一、本研究對象採立意取樣，由成員主動報名參加，其求助動機與意願可能高於其他喪親者，因此，研究發現與結果是否適用於其他喪親者，需待進一步的研究探討。
- 二、本研究對象教育程度剛好都在大專以上，對於其他低於大專教育程度之喪親者，不能貿然推論到本研究結果範圍內。
- 三、本研究對器質性生理症狀因時間限制僅作四次治療，本研究結果不適用於四次以上或長期催眠治療。

第三節 建議

一、精神醫療界應正視催眠治療的效果

近年精神醫學雖漸受國內醫學界重視，但不被視為主流醫學仍是事實，心理治療往往被認為是一種聊天的藝術，非屬科學範疇。原因是近年精神藥物不斷推陳出新，加上國人對藥物的依賴，醫生為順應國人用藥觀念，往往重視藥物的給予而忽略心理治療層面。但從臨床研究顯示，許多心因性疾病純以藥物治療，其療效是有限的。催眠治療在國外被確認為心理治療的一種，但國內醫學界卻視之如蔽蔕，輕忽其療效。國外文獻報告以及本研究顯示，催眠治療之特點在於療效的快速且副作用少，催眠治療結合其他心理治療的效果十分顯著。因此，從幫助病患解決痛苦的角度來看，政府相關單位以及相關醫學界是否可敞開心胸，接納催眠治療為心理治療的一環。

二、加強催眠治療實證性的科學研究

催眠治療之所以被醫學界所詬病，主要原因在於缺少科學的實證研究。心理治療被視為非主流，也由於科學實證的缺乏，這是醫學界長久以來的主觀認知，但無可諱言的，在科學主導的醫學領域，若提不出科學數據，縱使千個對，萬個有效，僅被醫學界視為無稽之談。因此，如何藉由目前的醫療儀器做催眠治療的科學研究，實為從事催眠治療工作者勢必進行的研究項目。研究者認為心理治療界可與醫療團體合作，從腦波儀和核磁共振儀等醫療儀器進行受催眠者腦部狀態的研究開始，再進行分析研究，相信會有相當程度的科學發現。

三、輔導公私立醫療機構，成立悲傷治療小組，以落實悲傷治療

近年天災人禍不斷，集體死亡事件頻傳，人類遽然失親的情況增加。因喪親而導致的身心問題，如憂鬱症，自殺、行為退縮、情緒失控等等，會因缺乏適當治療而導致家庭與社會的負擔。近年台灣因 921 地震，心理醫療界倉促成軍，對失喪者進行悲傷輔導工作，然效果不彰。究其原因，或因悲傷本身在國內不被視為疾病，或因國內學者對悲傷治療研究的漠視，國內民間雖有許多諮商團體，如臨終關懷團體，對臨終病人及家屬施以心理輔導；一葉蘭團體，幫助喪偶婦女成長。但研究顯示，異常性的悲傷反應，僅施予輔導不足以治其哀痛，研究者認為，為有效治療因失喪導致的身心疾患，政府可輔導公私立醫療機構，成立悲傷治療團體或小組，集結相關治療專業領域人士，共同推動悲傷治療工作，以落實悲傷治療

四、政府機構對催眠治療工作者施以資格的認證和規範，以保催眠治療的品質

雖然精神醫學界利用催眠治療作為醫療技術的情形不多，但國內從事催眠治療的工作坊卻不少，顯示國人對催眠治療的需求有日益增加的趨勢。研究者發現國內並沒有催眠師認證機構，也沒有對催眠治療師的資格或醫療行為有任何法律性的規範，難免造成醫療問題與糾紛，因此，政府對催眠治療師的認證和催眠治療行為的規範勢必要有一番規劃處理。國人一般取得催眠師執照的途徑有兩種，一為到國外催眠機構上課取得，另一為由國外催眠機構授權給曾參加該催眠課程，領有講師執照在國內授課者，凡參與該催眠課程滿一定時數，經測試合格者，即可領取催眠師證照。此證照在國外可執業，但在國內不被認可。造成有實力者不敢放手去做，沒實力者往往濫竽充數。

以變相的名目，從事催眠治療工作。為杜絕此種現象，有效的方法是由政府機構出面導暗為明，對催眠治療工作者施以資格的認證和規範，以保催眠治療的品質。

五、加強悲傷治療人員的催眠治療教育

近年整體醫學(Holistic Medicine)已被認為是醫療的新趨向，其醫療取向涵蓋身、心、靈三層次的調整，從傳統中醫學所述，疾病的肇因源於外在風、寒、暑、熱、燥環境和內在喜、怒、憂、哀、悲、恐、驚的心理因素，僅從生理層面醫治無成效不大。國內醫療界也鑑於高科技的發展，還是無法解決國內十大死因的慢性病，有心人士開始以科學的規範從事傳統醫療的研究。美國國家衛生組織逾 1993 年成立輔助及另類一學科，甚逾 1998 年擴充為中心，供應此類療法的經費(崔久，2002)。另類療法包含氣功、針灸、能量醫學、意念療法、催眠療法……等等。

研究文獻指出，因喪親所導致的悲傷反應多為心理性因素，國外文獻及本研究結果顯示，催眠治療對悲傷症狀有一定程度的醫療效果，催眠治療最大的優點在於治療效果快，副作用少，值得運用於悲傷治療領域，治療者為撫慰喪親者的第一線人員，若能輔以催眠治療教育，當能對喪親者提供更實質性的幫助。

六、進一步的研究建議

(一)、研究對象的再擴展

研究對象原初並無年齡、性別和教育程度的限制，但研究者花費三個月時間的尋求，就是徵詢不到男性，限於時間和人力，只好放棄繼續尋求男性成員，故以女性做為本研究對象。因此，

以催眠療法應用於悲傷治療的研究，就研究對象而言還有極大的揮灑空間。未來可由男性成員，教育程度，年齡層次等方向進行研究。

(二)、其他催眠技巧在悲傷治療的後續性研究

催眠治療師的治療技巧會隨個人的背景知識而有操作上的差異，不同的催眠理論背景、治療者本身知識領域面向的寬窄、東西文化背景以及師承的差異性，會產生催眠治療師對相同病症治療上的迥異操作技巧。因此，催眠治療運用在喪親者的悲傷反應還有許多不同的催眠治療技巧可待研究。

參考資料

壹、中文部分

王光正(民 86)。 催眠對於克服學禪時反省出來的心理慣性可能性探討 。

《第二屆禪與管理學術研討會論文集》(頁 265-270)。 台北市：華梵大學。

王光正(民 88)。 戴金字塔型帽下靜坐的腦波變化初探—與催眠，坐禪，超

決靜坐等比較 。《第二屆禪與管理學術研討會論文集—藉由學禪的精進，培育管理的智慧》(頁 265-270)。 台北市：華梵大學。

王金石(民 88)。 受創兒童心理治療—談腦神經心理意義與臨床催眠的運用

與心智重建 。《兒童保護實務工作研討會》(頁 157-176)。 台中市：東海大學。

王悟師(民 87)。 催眠狀態中對潛意識結構的一些發現極其臨床應用 。

《中華民國精神醫學會八十七年度年會暨學術研討會論文摘要》(頁 42-42)。 台南市：成功大學。

李開敏(民 84)：《悲傷輔導與悲傷治療》。 台北：心理出版社。

吳芝儀與李泰儒(民 84)。《質的評鑑與研究》。 台北：桂冠出版社。

林尹主編(民 76)。《大學字典》。 台北，中國文化大學。

林家瑩(民 89)。 悲傷相關理論與觀點 。《諮商與輔導》177，21-24。

林清山(民 66)。《心裡與教育統計學》。 台北，東華書局。

林梅鳳(民 90)。《認知行為治療團體對憂鬱症患者的衝擊與治療效果》。

之研究。彰化師院輔導學系碩士論文。

胡幼慧(民)。《質性研究：理論方法及本土女性研究實例》。 台北市：

巨流圖書。

柯俊銘(民，87)。《喪偶婦女之哀傷反應、社會支持與身心健康----以某支

- 持性社團為例--》，高雄醫學院行為科學研究所碩士論文。
- 馬汀。聖詹姆斯 (民 88)。《你也可以成為催眠大師—催眠的魔力》。台北市：皇冠出版社。
- 高淑芬與李明濱(民 80)。哀傷與商慟的身心醫學觀。《當代醫學》18(4)，348-353。
- 高樹藩：(民 82)。《正中形音義綜合大字典》。台北市；正中書局。
- 莊小玲與葉昭幸(民 89)。概念分析—哀傷。《長庚護理》，11(1)。
- 連廷嘉(民 87)。悲傷歷程與諮商。《國教之友》50(4)，12-18。
- 張達人等(民 87)。喪親者之團體心理治療---一位傷慟者領悟歷程。《生理衛生學刊》11(3)，69-80。
- 張春興(民 78)。《張氏心理學辭典》。台北市：台灣東華。
- 張春興(民 80)。《現代心理學—現代人研究自身問題的科學》。台北市：台灣東華。
- 陳映雪(民 79)。漫談哀動反應。《榮總護理》2(3) 309-312。
- 梅當陽(民 88)：瞭解哀慟的歷程。 [Http://earth of spirit. 20.com.tw](http://earthofspirit.20.com.tw)
- 梅當陽(民 88)：何時需要協助哀慟者尋求專業協助。 [_Http://earth of spirit. 20.com.tw](http://earthofspirit.20.com.tw)
- 崔玖(民 91)：二十一世紀的康醫療基礎—整體醫學。《第一屆國際整體醫學研討大會》。
- 黃鳳英(民 87)：安寧療護，台北：中華安寧照顧協會。
- 蔡昌雄(民 88)：從精神轉化觀點談悲傷與失落，《生死學研究通訊》2，5-21。
- 劉焜輝(民 86, A)：催眠治療的理論與實施(一)。《諮商與輔導》133，38-42。
- 劉焜輝(民 86, B)：催眠治療的理論與實施(二)。《諮商與輔導》34，29-37。

劉焜輝(民 86,F)：催眠治療的理論與實施(六) 。《諮商與輔導》136 ,
37-42。

劉焜輝(民 86, G)：催眠治療的理論與實施(七) 。《諮商與輔導》139 ,
29-37。

劉焜輝(民 86, H)：催眠治療的理論與實施(八) 。《諮商與輔導》140 ,
31-35。

劉焜輝(民 86, I)：催眠治療的理論與實施(九) 。《諮商與輔導》141 ,
31-36。

穆怡梅譯(民 84)：《神經語言的奧妙-- 亞洲治療之旅》。台北市，中國生產
力。

釋慧開(民 90)：《現代生死學理論建構」學術研討會論文集》。嘉義：南華
大學。

貳、西文部分

- Archer, Jane (1999). *The nature of Grief—The evolution and psychology of reactions to loss* . London & N.Y. : Routledge.
- Bower, B. (1997). Health may Succumb to Grief Reaction. *Science News*, Vol. 151 Issue 20, 301- 1/2.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Loss, sadness and depression* (Vol. 3.). New York: Basic Books.
- Boyne, Gil. (1989). *Transforming Therapy- A new approach to hypnotherapy*. U. S. Westwood publishing company.
- Boyne, Gil. (1991). *Gil Boyne's Professional Hypnotism Traing Course*. U. S. Hypnotism Training Institute of Los Angeles.
- Bradbury, Holly Rae. (1986). *The use of hypnosis in psychothrrapy: Dese self-efficacy theory apply?*
- Browm, J. C. (1990). Loss and grief: An overview and guided imagery. *Journal of Mental Health Counselling*, 12, 434-445.
- Burrows, Graham D. & Stanley, Robb. (1994). *Contemporary International Hypnosis—Proceedings of the XIIIth International Congress of Hypnosis*, Melbourne, Australia, August 6-12, 1994. Chichester. John Wiley & Sons.
- Cassel , W. A. (1990). *Manual. Somatic Inkblot Series*. Vancouver: Northern Lights Publishing.
- Cheng TA & Willams P(1986). The design and development of a screening questionnaire(CHQ) for use in community studies of mental disorder in Taiwan. *Psychological Medicine*, 16, 415-422.
- Cleiren, Marc P.H.D.(1991).*Bereavement and Adaptation –A comparative*

- Study of the Aftermath of Death*. U.S. : Hemisphere.
- Cook, Alicia Skinner & Dworkin, Daniel S. (1992). *Helping the bereaved- Therapeutic Interventiions for Children, Adolescents, and Adults*. U.S. Basic Books.
- Cressy, D. (1997). *Birth, Marriage and Death: Ritual, Religion and the Life Cycle in Tudor and Stuart England.* Oxford: Oxford University Press.
- Creswell, J. W. (1994). *Research Design: Qualitative & Quantitative Approaches*. Sage.
- Deirdre Barrett (2001): The power of hypnosis. *Psychology Today*, 34(1), 58-65.
- Elkins, Gary. R. (2000): Hypnosis, grief, and mourning. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28(1), 61-73
- Engal,G.L. (1961). Is grief a disease? A challenge for medical research . *Psychjosomatic Medicine*, 23, 18-23.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Field, P.B. (1966). Some self-rating measures related to hypnotizability. *Perceptual and Motor Skills*, 23, 1179-1187.
- Freud, S. (1917) Mourning and melancholia. *In a general selection from the works of Sigmund Freud*. New York: Doubleday Anchor Books.
- Fromm, Erika & Shor, Ronald E. (1979). *Hypnosis: Developments in research and new perspective*. N. Y. Aldine publishing company.
- Handelsman, M. M. (1984). Self-hypnosis as a facilitator of self-efficacy: A case example. *Psychotherapy*, 21, 550-553.
- Hilgard, E. R., and Marquis, D. G. (1966). Responsiveness to suggestions following waking and imagination instructions and following induction

- of hypnosis. *Journal of Abnormal psychology*, 71, 196-208.
- Hughes, Marylou (1995). *Bereavement and support: healing in a group environment*. Washington D.C. Taylor & Francis.
- Humphrey, Geraldine M. & Zimpfer, David G. (1996). *Counselling for Grief and Bereavement*. London. Sage Publication.
- Jacobs, S. C. & Douglas. L (1979). Grief: A mediating process between a loss and illness. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 165-175.
- Jacob, S. (1993). *Pathological Grief: Maladaptation to loss*. Washington. D. C. ,: American Psychiatric Press.
- Janet, P. (1898). Traitement psychologique de l' hystérie. In A. Robin (Ed.), *Trait de thérapeutique appliquée*. Paris: Rueff. Also in P. Janet(1911), *L' Etat mental des hystériques*, (2nd. Ed.). Paris: Felix Alcan, pp. 621-688 Reprint Marseille: Laffitte Reprints, 1983.
- Janet, P. (1904). L' Amnésie et la dissociation des souvenirs par l' émotion. *Journal de Psychologie Normale et Pathologique*, 1, 417-453. Also in P. Janet (1911), *L' Etat mental des hystériques*(2nd .ed.). Paris:Felix Alcan, pp. 506-544. Reprint Marseille: Laffitte Reprints, 1983.
- Janet. P. (1919). *Les médications psychologiques* (3 volumes). Paris: Felix Alcan. English translation: *Psychological healing* (2 Volumes). London: Macmillan, 1925. Reprint of English edition:Arno Press, 1976.
- Larsen, S.(1965). *Strategies for Reducing Phobic Behavior*. Doctoral Dissertation, Stanford University,
- LeCron, L.M.A.(1953) Method of Measuring the Depth of Hypnosis. *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 4-7.
- Levitan, A. A. (1985). Hypnotic death rehearsal. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 27, 211-215.

- Lindemann, E. (1944). Stotinatikigt and managemenat if acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 140-148.
- Laurence, A. (1989). Godly grief: individual responses to death in seventeenth – century Britain. In R. Houlbrooke (ed.), *Death, Ritual and Bereavement* (pp. 62-76). London and New York: Routledge.
- Manthorpe, T. D. (1990). The management of unresolved grief. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 18, 35-43.
- Margaret S. Stroebe; Robert O. Hansson(1992). *Handbook of bereavement: theory, research, and intervention.* N.Y. : Cambridge.
- Nash, Fromm. (1992). *Contemporary Hypnosis Research.* New York, The Guilford Press.
- O'Connell, D. N. An Experimental comparison of hypnotic depth measured by self-ratings and by an objective scale. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 12. 34-46.
- O'Connell, Bill. (2001). Making Sense Out of Hypnosis Theories and Definitions. *The Journal of Hypnotism* 16(4).
- O' Connor, N. (1984). *Letting go with love: The grieving process.* Tueson, AZ: La Mariposa.
- Parks, C. M.(1965a). Bereavement and mental illness. *British Medical Journal*, 38,1-26.
- Parks, C. M. (1972). Bereavement :Studies of grief in adult life. New York: International Universities Presses.
- Parks, C. M.(1980). Bereavement Counselling :does it work? *British Medical Journal*, 281,3-6.
- Parks, C. M. & Weiss, R. S. (1983). *Recovery from Bereavement.* New York: Basic Books.

- Parks, C. M. (1996). *Bereavement – Studies of grief in adult life*.
Routledge:New York.
- Payne, Sheila, Horn,Sandra, & Relf, Marilyn (1999). *Loss and Bereavement*.
Buckingham: Open University Press.
- Peterson,-Gayle(1994):Chains of grief: The impact of perinatal loss on
subsequent pregnancy. *Pre- and Peri-Natal-Psychology-Journal*. , 9(2),
149-158.
- Pistole, M. Carole (1996). After love : Attachment styles and grief themes.
Family Journal, July 96, 4(3) 199-208.
- Pollock, G. N. (1961). Mourning and adaptation. *International ournal of
Psychoanalysis*, 43,341-361.
- Ralph M. Gaedeke; Dennis H. Tootelian; Cindy Holst. (1999): Alternative
therapies :Familiarity, use and information needs . *Marketing Health
Services*, 19(2), 29-31.
- Raphael, B. (1975). The management of pathological grief. *Australian and
New Zealand Journal of Psychiaatry*, 9, 173-180.
- Raphael, B. (1977). Preventive intervention with the recently bereaved.
Archives of General Psychiatry, 34,1450-4.
- Rosenblatt, Paul C. (1983). *Bitter, Bitter Tears*. Minneapolis, University of
Minnesota Press.
- Rynearson, E. K. (1987). Psychotherapy of Pathological Grief. *Psychiatric
Clinic North America*, 10, 487-499.
- Sanders, Catherine M. Mauger, P. A. and Strong P. A. (1985). *A Manual For
The Grief Experience Inventory*. Palo Alto. CA:Consulting Psychologists
Presses.
- Sanders, Catherine M. (1989). *Grief: The Mourning After –Dealing with Adult*

- Bereavement*. N.Y. : Wiley.
- Sanders , Catherine M.(1999).*Grief : The mourning after* .N.Y. Wiley.
- Savage,-George (1995).Bereavement and hypnosis: A case study.
Journal-of-Projective-Psychology-and-Mental-Heath. 1995 Jan., 29-40.
- Scott, John A. (1990). The shadow of death: The hypnoanalytic treatment of grief.
- Shames, Richard & Sterin, Chuck. (1978). Healing with mind power. U. S. Rodale press.
- Shand, A.F. (1914). The Foundations of Character, London:Macmillaln.
- Shuchter, S. R. and Zisook, S. (1993). *The course of normal grief*, M. S.
- Stroebe, W. Stroebe and R. O. Hansson (eds) *Handbook of Bereavement*. Cambridge:Cambridge University Press.
- Spanos, N.P. (1982). Hypnotic behavior: A cognitive social psychological perspective. *Research communication in psycholog. Psychiatry and Behavior*, 7, 199-213.
- Spiegel, D. (1981). Vietnam grief work using hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24,33-39.
- Stephenson, John S. (1985). *Death, Grief, and Mourning—Individual and social Realities*.London: The free press.
- Stroebe, Wolfgang and Stroebe , Margaret S. (1987). *Bereavement and health –The psychological and physical consequence of partner loss*. N.Y. : Cambridge.
- Stroebe, Wolfgang., Stroebe , Margaret S. and Hansson, Robert O. (1993). *Handbook of bereavement—Theory, reasearch, and intervention*. N.Y. : Cambridge.
- Stroebe, M. S. and Schut, H. (1996) . A model for coping with grief and its

- practical applications for the bereavement counsellor. Paper presented at the third St. George's "Dying, Death and Bereavement" conference, St. George's Hospital medical school, London, 6 March.
- Turco, R. N. (1981). Regrief treatment facilitated by hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 24, 62-64.
- Tart, C. T. Hypnotic Depth and basal Skin Resistance, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1963, 11,81-92.
- Unruh, D. R. (1983). Death and personal history. Strategies of identity preservation. *Social problems*, 30, 340-351.
- Vijselaar, J., & Van Der Hart, O. (1992). The first report of hypnotic treatment of traumatic grief: A brief communication. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 1-6.
- Wadsworth, -Robert(1990). Hypnotic intervention in unresolved grief. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18(1), 45-56.
- Westberg, G, (1973). *Good Grief*. Philadelphia: Fortress.
- Worden , J. William.(1991).*Grief Counseling & Grief Therapy-A Handbook for the Mental Health Practitioner*. N.Y.: Spring
- Yager, Edwin K. (1988). Working through grief with hypnosis. *Medical hypnoanalysis journal*, 3(3), 84-88
- Yalom, I. D. (1985). *Family trends: The theory and practice of group psychotherapy (3rd ed.)*. New York: Basic Books.
- Zixook, S, Shuchter, S. R., & Schuckit, M. (1985). Factors in the persistence of unresolved grief among psychiatric outpatients. *Psychosomatic*, 26, 497-503.

附 錄

附錄一：基本資料調查表

基本資料問卷

個案編號_____

您好：

本問卷僅供研究參考，您所填寫的任何資料，絕對對您謹守保密，研究報告中也不會提及任何人的姓名和身分，請您按事實放心填寫。謝謝！

姓名：_____ 性別：_____ 年齡：_____ 教育程度：_____

宗教信仰_____ 職業：_____ 省籍：_____

電話：_____ 通信住址：_____

一、請簡述你對催眠的看法？並敘述資訊來源

二、請簡單描述你自己？(個性、興趣、成長過程、就業狀況、人生觀.....等等)

三、請概述家庭狀況(成員、相處情形、經濟狀況、孩子教育.....等等)

四、請列出過去曾發生三件最負面情緒的事(最悲傷、最沮喪.....等等)？是否至今仍影響著您？哪些影響(身體、心理、工作、經濟、人生觀...)?

五、請列出過去曾發生三件最正面情緒的事(最快樂、最興奮.....等等)？

六、請簡述您喪親前的健康狀態(身心狀況、睡眠、壓力、菸、酒、藥物使用情形)?

七、請簡述您喪親後的健康狀態(身心狀況, 睡眠、壓力、菸、酒、藥物使用情形)?

八、到目前喪親事件仍影響著您?有哪些(身體、心理、情緒、經濟、人生觀.....等等)?

九、請簡述您目前的睡眠情形(入睡所需時間、平均睡眠時間、自己感覺深淺、疲勞程度.....等等)?

十、自己感覺壓力的狀態 1~10 依照自己的感覺分級? 原因? 時間長短? 如何紓解?

十一、透過本次催眠您迫切需要解決的三件事

附錄二 中國人健康問卷

在答覆問題之前請仔細閱讀以下幾點說明：

- 1、 我們想了解您在最近一兩個星期中的健康情形，請在各項問題的四個答案中選出您認為最適合您目前情況的一項，在它上面做個記號。
- 2、 請記住我們想知道的是您目前的健康情形，凡是以前有而現在沒有的問題請不要用來作答。

請問您最近是不是：

	一點 也不	和平時 差不多	比平時 較覺得	比平時 更覺得
01 覺得頭痛或頭部有壓迫感？	1	2	3	4
02 覺得心悸或心跳加快擔心可能得了心臟病？	1	2	3	4
03、感到胸前不適或壓迫感？	1	2	3	4
04、覺得手腳發抖或發麻？	1	2	3	4
05、覺得睡眠不好？	1	2	3	4
06、覺得許多事情對您是個負擔？	1	2	3	4
07、覺得和家人、親人相處得來？	1	2	3	4
08、覺得對自己失去信心	1	2	3	4
09、覺得神經兮兮、緊張不安？	1	2	3	4
10、感到未來充滿希望？	1	2	3	4
11、覺得親友或家人會令您擔憂？	1	2	3	4
12、覺得生活毫無希望？	1	2	3	4
13、覺得記憶力不錯、不會忘記東西？	1	2	3	4
14、感到頭昏腦脹？	1	2	3	4
15、早上起床時覺得精神爽快？	1	2	3	4
16、覺得呼吸不順暢？	1	2	3	4
17、覺得身體或四肢酸(痛要酸背痛)？	1	2	3	4
18、覺得頭腦清醒不會胡思亂想？	1	2	3	4
19、覺得每件事情都令您傷腦筋？	1	2	3	4
20、覺得自己神經衰弱、元氣不足	1	2	3	4
21、會為一點小事情而心情煩躁，無法放輕鬆？	1	2	3	4
22、對平常喜歡的消遣和娛樂仍然有興趣？	1	2	3	4
23、出門的機會和平常一樣多嗎？	1	2	3	4
24、對自己做事的方式感到滿意？	1	2	3	4

	一點 也不	和平時 差不多	比平時 較覺得	比平時 更覺得
25、覺得自己能夠溫暖親切地對待接近您的人？	1	2	3	4
26、覺得精神上是有些壓力？	1	2	3	4
27、覺得大致來說，事情處理的還可以？	1	2	3	4
28、覺得在自己目前的處境下表現不錯，換個人(大多數的人)來應付也不過如此？	1	2	3	4
29、覺得自己都對家人或親友是個累贅？	1	2	3	4
30、覺得自己性功能正常？	1	2	3	4

附錄三 貝氏憂鬱量表

請您仔細閱讀一題中的敘述，然後選出一項最能描述您目前的感受，並請您把該敘述的號碼寫出來。注意回答每一題時，請您務必把每個敘述都看過之後，再選出最適當的號碼。

- ()01 a. 我不覺得悲傷
b. 我覺得悲傷
c. 我時時感到悲傷，無法驅除這種感受
d. 我悲傷或不快樂的無法忍受
- ()02 a. 對將來我並不覺得特別沮喪
b. 對將來覺得特別沮喪
c. 我覺得將來沒什麼希望
d. 我感到將來沒什麼希望，事情不能改善
- ()03 a. 我不覺得自己像一個失敗者
b. 我覺得自己比一般人失敗的更多
c. 回顧過去，我所看到的就是一連串的失敗
d. 身為一個人，我絕對是個徹底失敗的人
- ()04 a. 我現在從事情中所獲得的滿足跟過去一樣
b. 與過去相比，我現在比較不能從事情中獲得滿足
c. 我再也不能從任何事情中獲得真正的滿足
d. 我對樣樣事情都不滿或厭煩
- ()05 a. 我不特別覺得罪惡
b. 我相當多的時間感到罪惡
c. 大部分的時間，我覺得自己真的很罪惡。
d. 我總是感到罪惡
- ()06 a. 我不認為我正受懲罰
b. 我感到自己或許會受懲罰
c. 我料想自己會受懲罰
d. 我覺得自己正在受懲罰
- ()07 a. 我對自己不感到失望
b. 我對自己感到失望
c. 我討厭自己
d. 我恨自己
- ()08 a. 我不覺得自己比別人更壞
b. 我因自己弱點而批評自己
c. 我因自己有過錯而經常自責

- d. 我因一切發生的壞事而自責
- ()09 a. 我沒有自殺的念頭
b. 我有自殺的念頭，但沒有付諸實行
c. 我想自殺
d. 如果有機會我會自殺
- ()10 a. 我並不比平常容易哭
b. 我比以前更愛哭
c. 現在我時時在哭
d. 我過去很會哭，如今縱使想哭也哭不出來了
- ()11 a. 我和以前一樣沒有特別暴躁
b. 我比以前容易激怒或暴躁
c. 我時時感到暴躁
d. 過去經常使我暴躁的事情一點也不再使我暴躁了
- ()12 a. 我對他人並沒有失去興趣
b. 我現在不像過去那樣對他人感到興趣
c. 我對他人已失去大部分的興趣
d. 我對他人已完全失去興趣
- ()13 a. 我大致與以前一樣能做決定
b. 我現在比以前更會拖延決定
c. 我現在比以前更難做決定
d. 我再也無法做決定
- ()14 a. 我不覺得自己比以前醜
b. 我為自己漸老或見不吸引人而煩惱
c. 我覺得外貌有永久性變化，使我看起來不吸引人
d. 我確信自己長的醜
- ()15 a. 大致而言，我能向往常一樣好好的工作
b. 我需要特別努力才能工作
c. 無論任何事情，我都要很辛苦的勉強自己才能去做
d. 我一點也無法工作
- ()16 a. 我能像平常一樣睡的好
b. 我不如一往睡的好
c. 我比平常早一二個小時醒來，並且難以再入睡
d. 我比一往早好幾個小時醒來，並且無法再入睡
- ()17 a. 我並沒有比平常更容易累
b. 我比更容易累以前
c. 我幾乎一做事情就累
d. 我太累了—至於無法做事情
- ()18 a. 我的胃口並不比以前差

- b. 我的胃口比以前差
 - c. 目前我的胃口更壞了
 - d. 我一點也不再胃口
- ()19. a. 我近來體重不見減輕，即使有也不多
- b. 我的體重減輕 3.5 公斤(5 磅)以上
 - c. 我的體重減輕 6.6 公斤(10 磅)以上
 - d. 我的體重減輕 10 公斤(15 磅)以上
- ()20. a. 我跟以前一樣不擔心我的健康
- b.我擔心我身體不舒服，諸如頭疼及身體上的病痛、胃不舒服或便秘等
 - c. 我擔心我身體不舒服，並且難以去考慮其他事情
 - d. 我非常擔心我身體不舒服，以致於無法去考慮任何其他事情
- ()21. a. 最近我並未發現對性的興趣有任何轉變
- b. 我對性比以前不感興趣
 - c. 我目前叫缺乏興趣不感興趣
 - d. 我對性完全失去興趣

附錄四：期望項目自評表

期望項目自評表一 第 次自評

Part 1：

以下是您個人對此次催眠療程所期望達成的項目，現在請依您的主觀感覺來評定您的期望項目較之未接受催眠治療以前已達成了多少？我們以 0 到 10 為程度上的區別，若您覺得該項目毫無改善請填 0，若覺得已完全達成請填 10。謝謝您！

項目	達成情況
1. 能更瞭解及面對自己	-----
2. 改善目前的健康狀況	-----
3. 成為自信開朗受大家喜愛的人	-----
4. 改善對生活及生命的無力感	-----
5. 能提振精神做自己認為很重要且急迫的事	-----
6. 能同理他人，慈悲待人	-----
7. 更具智慧及勇氣	-----
8. 瞭解生命中所遇到的每一個人與自己之間的因緣	-----
9. 能幫助母親樂觀、開朗、自信	-----

Part 2

在本次療程中,您的感受如何？有特別令您感受深刻的事嗎？若有，請述其內容。

附錄五：期望項目自評表二

第 次自評

Part 1：

以下是您個人對此次催眠療程所期望達成的項目，現在請依您的主觀感覺來評定您的期望項目較之未接受催眠治療以前已達成了多少？我們以 0 到 10 為程度上的區別，若您覺得該項目毫無改善請填 0，若覺得已完全達成請填 10。謝謝您！

<u>項目</u>	<u>達成情況</u>
1、改變不良飲食習慣	-----
2、增強自信心	-----
3、改掉負面想法，以樂觀、開朗面對人生	-----
4、去除恐懼不安坦然面對親人的死亡	-----

Part 2

在本次療程中,您的感受如何？有特別令您感受深刻的事嗎？若有，請述其內容。

附錄六：催眠治療訪談資料原稿範例

A：對啊，然後，你知道，多麼神奇的事你知道嗎？

美：嗯

A：我覺得這禮拜真的是好神奇喔

美：嗯嗯

A：說不出來的美妙，然後你知道，我就這兩天，我從禮拜，就從我開始過那種苦命的日子，那種挑夫的日子

美：哎

A：開始，我就中午，以前都不會喔，以前提一個皮包按呢，輕輕鬆鬆都未想欲去散步，開始過挑夫的日子之後，一不做二不休，開始一直散步，然後，然後我就，可能自己心裡面就覺得開朗起來

美：嗯嗯

A：就是把這件事情就是想通了這樣子

美：嗯

A：然後我就覺得，像我現在都很晚回去嘛，回去都大概十點，啊我媽都會等我，然後以前，以前跟我爸，我們感情很好是因為，我們常常會，有時我爸會去睡覺，起來，然後我們還在看電視，他就過來跟我們聊，有時候會聊到兩三點

美：嗯嗯

A：然後我媽昨天十點，他等到十點，然後，我就開始，因為可能我自己豁然開朗之後

美：嗯嗯

A：我就去接，可能接，開始去接受我媽媽的...

美：嗯嗯，這個人...

A：對

美：這個人的...

A：一個母親的角色這樣子

美：嗯嗯，對

A：我覺得是開始去，去接，接受...

美：接受他的...

A：接受一個母親的角色這樣子

美：嗯嗯，這叫同理心

A：對對對

美：嗯

A：然後，然後我昨天就，就坐下來開始跟我媽聊耶，你知道嗎

美：嗯

A：我們聊到快十二點呢

美：唉唷，恭喜

A：回來，十點喔，十點按呢講講，講甲欲十一點，講甲我想講我媽未使
遐晚暈，因為我媽都很早睡，然後我叫伊緊去暈，然後我要去洗澡幹嘛的，
然後我就開始跟他聊那個，不過我就跟他說，我是覺得說，我，我，我跟
他講說這件事情，其實這件事情我會那麼強烈反應，其實我是挺擔心我媽
媽

美：嗯

A：我擔心他就是，人講，道，你若欲，欲艱苦道愛趁少年，毋通老了才
咧歹命，不過他老的時候，她還要為自己的子女擔心，所以我就說，我是
覺得說，我是驚咧你老了攔咧操煩這的，我卡煩勞這，以後會怎麼樣，我
可能不在他身邊，這樣子

美：嗯

A：對，我比他擔心這個，所以，我其實我是在試著跟他講說我的想法是

怎麼樣，然後伊會講，伊攏知啦。可是問題是，做一個老母，一個母親，他沒辦法考慮，沒有那個辦法，那麼理智去，去考慮那，那一些啦

美：嗯嗯

A：我說對啊，我現在可以接受啊，對啊，然後，我是就，我是覺得說，某方面我媽媽的，他還是要調整一下他自己的，因為他不能這樣子，因為他這樣還是讓他永遠學不了什麼叫做責任感，henn0 啊，啊我媽就，耶，兩個就很心平氣和講這件事，不像以前我攏先跳起來

美：(笑)

A：對啊，我覺得那種，感...

美：恁，恁的氣氛不一樣

A：對對對，就很融洽，然後，講講講，就講到我爸去

美：henn0

A：然後我就開始，我就跟我媽講說，媽，你一定愛想講喔，咱會愈來愈好

美：henn0

A：咱會愈來愈好

美：嗯

A：啊伊講，伊麻是希望按呢，我講，不是希望，是一定會的

美：你把他學起來了

A：對，我說，你不是用希望，你是一定會咱越來越好，你愛想講，咱的喔，人麻講，人講，人他，人他，人他的翁，人他老爸無在著，人他遐的囡仔道，人他某麻是足好的按呢，麻是，這個家越來越興，而不是就，就，就一蹶不振這樣子

美：嗯嗯

A：我講，咱道愛朝向這個方向去走

附錄七：催眠治療訪談資料編碼

0922 all	ABC 研究結果 0922
BT2P1	<p>因早期喪母，將希望寄託在孩子身上</p> <p>因為我媽媽很早就往生，然後我，我爸爸有再娶，那我一直，我很想唸書，我就一直希望說後面有一個人可以，可以讓我，一個無後顧之憂嘛，就是說，供應我唸書，但是我沒有這種，這種資源，也沒有這個後，那個那個後盾哪，所以我在想，我，我才問那個女兒，我跟他說，你是不是希望這樣子？他說，當然是希望這樣子，那我會想說那我是不是應該提供給他這樣子的一個機會跟環境。</p> <p>對孩子要求嚴格。給孩子太大壓力。</p>
BT2P2	<p>我對他們的期望很大很大，但是那種落差喔，期望跟落差有差別的時候，那種感覺就是，好像一個地洞讓自己掉，掉掉掉，掉到深淵去，可是小孩子真的很乖，我那兩個小孩子真的，沒話說啦，相當相當乖喔，我是覺得說我一個做媽媽的怎麼是這個樣子，然後都沒有那個，都沒有那種正面的那種，那種鼓勵，然後常常對他們說要求，就是，就是像老師講的，就是一直要求一直要求，</p> <p>覺得自己在漂泊，沒有岸可靠。</p> <p>去年那個狀態喔，我真的是好像沒有那個，等於是在那個，呃，在那個那個那個什麼？湖裡面喔，沒有一個浮板，那種可以靠，因為我兩個小孩同時在考同時考考得都不理想，然後我就覺得說，媽媽給你們這樣子的，在後面一直</p>
BT2P3	

BT2P4	<p>在推你們，但是到最後的結果是沒有把你們推上岸，然後媽媽真的是沒有一個岸給我靠，在那邊飄啊飄的，飄到最後，飄到最後，竟然都沒有一個底線讓我可以停泊下來，所以最後，去年的...</p> <p>不容易認錯，剛愎固執。</p> <p>我真的是，不容易承認錯誤的人，而且我的觀念，很執著很剛愎，這是以前的我，</p>
CT2P1	<p>覺得催眠讓她難過。 覺得好像把我們的情緒又，又飄起來了，害我好難過喔，因為那些情緒喔，其實我是可以把它藏起來的，然後...</p>
CT2P2	<p>覺得頭痛。</p> <p>我覺得，就是，可是我今天其實喔，就哭得頭很痛你知道嗎，那時候就，就覺得我的頭好痛喔，我的頭有點痛。</p>
CT2P3	<p>覺得悲傷難過。</p> <p>不是，你，你也知道說你可以再見到他們，可是那時候你要跟他說再見了，那種感覺就像說，你要跟你的好朋友暫時分開的時候你也是很難過，那，我覺得這，這種，分離別的那種傷痛啊...</p>