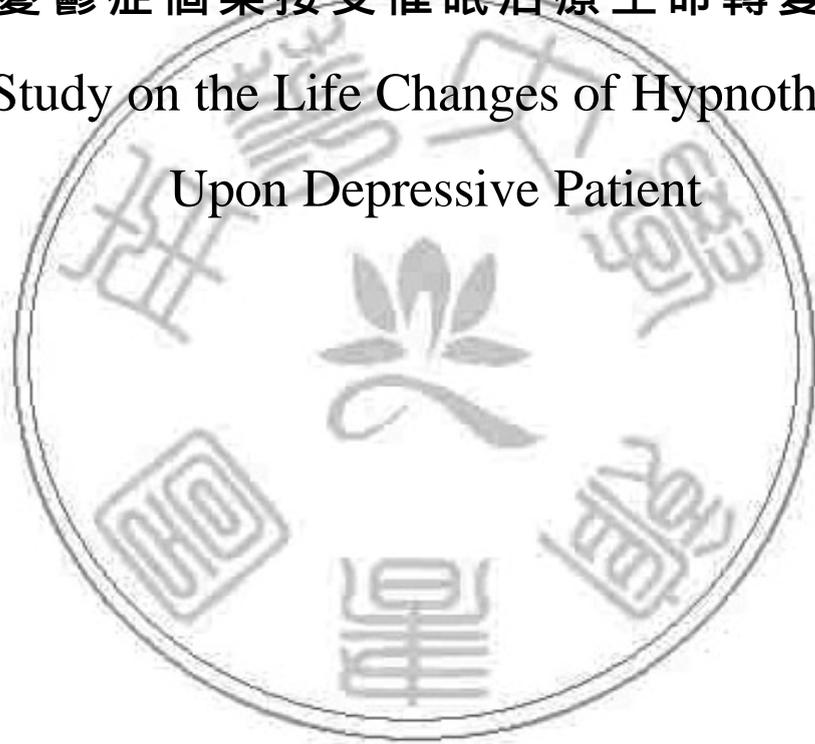


南 華 大 學
生死學系
碩士論文

一個憂鬱症個案接受催眠治療生命轉變之探討

A Study on the Life Changes of Hypnotherapy
Upon Depressive Patient



研 究 生：吳忠勇

指 導 教 授：釋永有博士

中 華 民 國 94 年 11 月 11 日

南 華 大 學

生死學系

碩 士 學 位 論 文

一個憂鬱症個案接受催眠治療生命轉變之探討

研究生：吳忠勇

經考試合格特此證明

口試委員：紀潔芳

何長祿

釋永有

指導教授：釋永有

系主任(所長)：釋慧開

口試日期：中華民國 九十四 年 十一 月 十一 日

謝辭

研究所兩年多的學習生涯彈指即過，轉眼間就要離開這個美麗的學術殿堂及知識的寶庫了。

臨別在即，首先要感謝的是我的指導教授 永有法師。老師不僅有宗教師的慈悲和智慧、經師的學術要求，更具備人師的循循善誘。在老師如及時雨般的滋潤下，總能讓我的論文在遇到瓶頸時，宛如柳暗花明又一村般的，得以順利解決。在老師身上，我學到了溫和而堅毅，隨順卻嚴謹的做人、做事、做學問的態度。

而口考時，紀潔芳老師及何長珠老師的斧正，更幫我釐清了不少論文中的盲點及不足之處，在此亦要向兩位師長致上最誠摯的謝意。

此外，所上師長的教導一直是我不敢或忘的。慧開所長在英文練功班時的殷切期許，以及淵博的學術涵養，讓我永銘於心。蔡明昌老師在暑期論文寫作及量化研究時的教導，讓我對論文格式的要求，有一清楚的概念。上李燕蕙老師的『生命歷程』及『心靈舞蹈與生死工作』，則讓我更加認識了自己，課堂上的歡樂及感動，令人相當懷念。而聽蔡昌雄老師的課是另一種學術及知性上的享受，精闢的解析往往令我驚嘆不已。

在此，我也要感謝班上同學的關心及幫忙。感謝同學 - 阿欸、淑媛、桂榮姊、健泰及志明兩位大哥和其他同學的協助及鼓勵。

另一位要感謝的重要幕後功臣是我的研究者參與者 - 曼菲，沒有她的分享，就沒有這篇論文的產生。此外，在尋找個案的過程當中，感謝一德學長、蔡東杰醫師及諮商師熱情的協助。

而學校同事也是我要感謝的。感謝長官陳黎銘校長、洪德煌校長、吳水村主任，感謝校內同仁瓊文、穗嘉、永毅、惠娟、怡斐、恆霽等諸位老師在行政及教學上的支援。

最後更要感謝的是我的父親（歿）、母親、內子意雲及家人的支持、鼓勵與體諒，讓我能心無旁騖的順利完成研究所學業。

摘要

本研究的主要目的旨在以生命故事的形式，呈現一位憂鬱症患者之生病經驗，以及探討其接受催眠治療前、後之生命轉變。研究過程中以深度訪談法蒐集研究文本，並應用敘事研究中之『整體-內容』及『類別-內容』兩種分析方法，試圖呈現研究參與者的生命故事，並歸類出生病過程中的體會，催眠治療的經驗及催眠治療前、後的生命轉變。

研究者依據研究文本分析、歸納之後，獲致以下結論：

- 一、催眠治療促進研究參與者認知上的轉變
- 二、催眠治療改善了研究參與者睡眠的品質
- 三、催眠治療增進研究參與者的信心及期望
- 四、研究參與者在催眠治療中學會了應用自我催眠自助
- 五、研究參與者在催眠治療中學會了運用解離的技巧對治僵直反應
- 六、生病經驗讓研究參與者更認識自己
- 七、勇於求助是研究參與者克服憂鬱症的重要因素

最後並就研究發現與結論提出若干建議，供後續研究者從事相關研究時參考之用。

關鍵詞：憂鬱症、催眠、催眠治療、敘事研究

Abstract

The main goals of this research are to present the experiences of the depressive patient during her sickness with life story, and requiring the mental process and life changes before and after hypnotherapy. The researcher collects the texts by deeper-interviews and trying to apply the 'holistic - content' and 'categorical - content' approaches of narrative research to reveal the life story of the client and classifying the realization in her depression and the changes of life before and after hypnotherapy.

According to the results of the analysis and classifying of the text, the conclusions are as follow:

1. Hypnotherapy improves the client in changing of cognition.
2. Hypnotherapy improves the sleeping quality of the client.
3. Hypnotherapy raises the confidence and expectation of the client.
4. The client learns to use self-hypnosis to help herself.
5. The client learns to use the associated skill to help herself deal with the catalepsy reaction.
6. The experiences of the sickness make the client understand herself better.
7. Asking for help bravely is one of the important factors that the client overcomes the depression.

Finally, according to the discovery and conclusions, the researcher provides some suggestions.

Keywords : Depression, Hypnosis, Hypnotherapy, Narrative research

目次

第一章 緒論

第一節 研究背景	1
第二節 研究動機與目的	3
壹 研究動機	3
貳 研究目的	4
第三節 研究範圍與限制	5
壹 研究範圍	5
貳 研究限制	5
第四節 名詞界定	7

第二章 文獻回顧與探討

第一節 憂鬱症的診斷及病因	9
壹 憂鬱症的診斷	9
貳 憂鬱症的病因	12
參 憂鬱症與恐慌症的關係	13
第二節 憂鬱症之相關研究	15
壹 憂鬱症心理治療的相關研究	15
貳 憂鬱症患者生病經驗之相關研究	18
參 恐慌症之治療取向簡述	19
第三節 催眠與催眠治療	21
壹 催眠的定義及其特徵	21
貳 催眠的理論基礎	23
參 催眠治療的發展	26
肆 催眠治療憂鬱症之相關研究	30

第三章 研究方法

第一節 研究取向與方法	43
壹 質性研究	43
貳 生命故事的詮釋	44
參 敘事研究方法	46
第二節 研究對象	51
壹 研究對象的選擇	51
貳 本研究之參與者	53
第三節 研究工具	54
壹 研究者本人	54

貳 訪談大綱	55
參 基本資料表	55
肆 錄音設備	55
第四節 資料蒐集、整理與分析歷程	56
壹 資料蒐集的方法	56
貳 資料整理與分析	57
第五節 研究倫理的考量	70

第四章 研究結果分析與討論

第一節 曼菲的生命故事：整體--內容分析	..71
壹 曼菲的生命故事	71
貳 整體印象	88
參 主題討論	90
第二節 生命轉變之探討：類別--內容分析	..94
壹 生病經驗	94
貳 生病的體認	104
參 催眠治療之生命轉變	110
第三節 綜合討論	118
壹 兩種分析結果之比較與討論	118
貳 接觸宗教	122
參 催眠治療前、後的改變	123

第五章 結論與建議

第一節 結論	125
第二節 建議	130

參考文獻

壹 中文部分	135
貳 英文部分	141

附錄

附錄一 『建立期望』催眠手稿範例	142
附錄二 訪談大綱	144
附錄三 基本資料表	145
附錄四 訪談同意書	146

表次

表 2-1：促進催眠能力，以覺察忍耐、模稜兩可的期程	40
表 3-1：研究參與者基本資料	53
表 3-2：摘要、編碼及反思	58
表 3-3：主題、概念及核心概念	60
表 3-4：整體-內容文本分析表	...62
表 3-5：類別-內容分析總表	...67
表 4-1：催眠治療前、後之轉變	124

圖次

圖 4-1：曼菲生命故事曲線圖

89

第一章 緒論

本章主要目的在說明研究背景、研究動機與目的、研究範圍與限制及名詞界定等，茲分節敘述如下。

第一節 研究背景

憂鬱症是常見的精神疾病，近年來，精神衛生學界將憂鬱症（depression）視為全美國及全世界公共健康的一大挑戰，整個公共健康領域—包括美國、聯合國世界衛生組織（WHO）和全世界其他國家，都在衡量憂鬱症對個人、家庭和全球經濟的影響（Owen, 2001）。

根據世界衛生組織等的研究中發現，其終身盛行率高達 15%-20%。另外由精神疾病所產生的社會與個人負擔，佔全球各種疾病產生的整體負擔（Global Burden of Disease）為 11.5%，其中憂鬱症佔最高比例達 36.5%；而以失能校正生命年（Disability-Adjusted Life-Year）來計算疾病的負擔時，在各種常見疾病中，重鬱症的排名於 1990 年為第四名，甚至超過腦血管疾病、慢性阻塞性肺部疾病等的影響（劉宗憲，2002）。

世界衛生組織（WHO）已將憂鬱症、癌症及愛滋病（AIDS）並列為二十一世紀的三大疾病及衛教預防重點工作，在其出版的世界健康報告中，2001 年首度以精神衛生為題，凸顯精神與神經疾患影響人類健康至鉅的現況與挑戰（吳佳璇，2004）。WHO 的統計發現，全球已有四億多的人口罹患精神、神經疾病或為酒癮、藥癮等問題所苦，其中憂鬱症患者就佔了兩億多人（鐘智龍，2003）。它預測，在 2020 年，憂鬱症將成為影響全球人類健康的第二大因素（Yapko, 2001）。

心理障礙與精神疾病不僅造成個體的傷害和失能，更對家庭和社區造成相當大的負面衝擊。每四個家庭裡就可能有一個成員有精神健康的問題，這些家庭除了負擔大部分照顧個案的任務之外，尚須承受外界污名化和標籤化的壓力。上述

這些議題，不論在已開發國家或未開發國家，都未受到應有的重視。而精神疾病所造成的照顧成本的增加、生產力的降低，及暴力、犯罪問題的上升，都是形成社會不安的危險因素。且疾病失能的問題，幾已成為現代國家最沈重的隱形負擔（李宇宙，2001）。

雖然台灣早已邁入已開發國家之林，但全民對精神疾病或憂鬱症並不瞭解，反而到處求神問卜，這些無謂的恐懼與排斥，不但延遲了治療的時機，造成個人、家庭及社會的重大損失，更增加了醫療成本的負擔。胡海國（2003：p.5）指出：「國人約有五分之一的人曾經罹患各類精神疾病，而憂鬱症、焦慮症及心身症等輕型精神疾病相當普遍，我國約有 330 萬患者。」

由上可知，精神健康的問題已相當嚴重，不管對個人、家庭、社會或國家，都造成相當大的影響。除了個人必須關注自己的精神健康之外，整體社會及國家都必須對此加以重視。尤其憂鬱症常常難以覺察，患者往往等到身心受到相當的折磨之後才發現，原來自己已經不知不覺中罹患了憂鬱症。因此，憂鬱症的宣導、預防及治療已是當務之急。

國內曾有醫院（凱旋醫院）身心科門診病房對憂鬱症患者實施過催眠治療，研究者從網際網路中亦發現有些精神科診所對憂鬱症或焦慮症等身心症患者也提供催眠治療的服務，而憂鬱症患者除傳統醫療外，亦會尋求催眠治療師的幫助。

目前國內尚無針對憂鬱症個案進行催眠治療的相關研究，或許是催眠這一領域國人尚未熟悉，且對催眠的印象經常被催眠舞台秀所誤導而忽略了它的治療功能。對於憂鬱症的催眠治療，有必要進行更進一步的探究。

第二節 研究動機與目的

壹、研究動機

隨著社會文明的進展，憂鬱症已對全人類造成相當大的威脅。鑑於國人精神健康的問題亟需關懷，國內的有識之士和民間團體，陸續成立各種組織來教育國人重視精神健康的問題。如『財團法人精神健康基金會』便是由一群有愛心的專業精神科醫師，罹患精神疾患痊癒之病友及其家人 等等，所共同發起設立。另外，『董氏基金會』亦設立『心理衛生組』來進行憂鬱症的宣導、教育及預防工作。『生活調適愛心會』也結合各界志願從事社會服務的人士，向社會大眾推廣身心健康的教育，關懷罹患精神官能症的朋友，協助其建立「治療與預防」並重的觀念，並以「生活調適」和「生命成長」為終生學習的目標。

憂鬱症目前的治療方式包含藥物治療、心理治療及電擊法（電痙治療）等等。電擊法大都是針對對於藥效反應不佳，且有強烈自殺意念危險的患者實施，它會產生短期失憶現象的副作用。一般患者大都只接受藥物治療，而傳統的藥物治療有一些副作用，且必須不斷的嘗試才能找出對患者有效的藥，往往藥物的副作用比療效先出現（陳俊欽，2003）。研究顯示，有近 30%的憂鬱症患者對抗憂鬱劑治療的效果反應不佳，60%-75%無法達到完全緩解（remission）（陳靜芳，民 2004）。一旦患者停止服藥，憂鬱症就會回來（Seligman, 2000）。而心理治療可以幫助病人達到康復的階段，改變所有因憂鬱症引起的險惡症狀，包括對個人及其人際關係的影響（Rosen & Amador, 2003）。

國外對於憂鬱症的心理治療有不少的研究，反觀國內則不多，只有少數幾篇碩士論文探討『認知行為團體治療』及『理情團體治療』對憂鬱症的改變效果。在質性研究方面，也只有幾篇論文探討憂鬱症母親內在運作模式的分析，宗教對憂鬱症患者的影響，早年家庭生活經驗對憂鬱症患者的影響，及女性憂鬱症患者的情感經驗。

國外的研究發現，利用催眠治療憂鬱症有不錯的成效，尤其統整催眠和認知行為療法功效相當明顯（Yapko, 2001）。鑑於憂鬱症的心理治療在國內還有相當多值得探究的部分，且催眠治療在國內尚未普及，患者大部分都是自行尋求催眠治療師來治療憂鬱症，而催眠治療目前在國內又少有學術性的研究。因此，本文以敘事研究方法來呈現憂鬱症患者的生病經驗，並探討其接受催眠治療前、後之生命轉變過程。

貳、研究目的

綜上所述，本研究之目的主要有二：

- 一、以生命故事的形式，呈現憂鬱症患者之生病經驗。
- 二、探討憂鬱症患者接受催眠治療前、後之生命轉變。

第三節 研究範圍與限制

壹、研究範圍

研究參與者的找尋，乃是經由具輔導諮商專業背景，以及在催眠及神經語言程式學（NLP）的教學及諮商實務上，經驗豐富且受過完整訓練的諮商心理師暨催眠治療師所轉介認識的。研究參與者在研究者事前E-mail的往返詢問，以及初次訪談之後，始確認其為符合本研究之個案。在其罹患恐慌症合併憂鬱症的生病經驗中，她認為催眠治療主要是改善了她的憂鬱症狀。而在恐慌症的治療部分，則是由研究參與者和治療醫師共同討論出利用隨身聽來分散注意力的方法，並且藉由治療師在催眠過程中讓她預先演練外出時的情景，以加強她出門時的自信，進而逐漸的克服恐慌症狀。

而在接受催眠治療的整個過程中，治療師主要是幫助研究參與者克服了憂鬱症狀，因此本研究決定以『一個憂鬱症個案接受催眠治療生命轉變之探討』為題進行研究，並旁及恐慌症狀的論述。

貳、研究限制

本研究採敘事研究分析的方法，以憂鬱症患者敘說的生命故事為文本，特別針對其生病過程中之主觀體驗以及催眠治療之轉變予以探討。

以下就研究的面向、對象的代表性及研究者本身，提出說明。

一、研究的面向

本研究採取質性研究中之敘事分析取向，來呈顯憂鬱症患者接受治療前、後之生命經驗及轉變，但因受限於時間及主題的關係，故敘事的脈絡中仍有許多未能涵蓋的層面。如與主要照顧者的關係、接受各相關治療的詳細情形（如催眠治療師對個案的評估、採用哪些催眠方式、催眠技巧、催眠治療師與研究參與者的心路歷程 等等）、與同樣遭遇的病友之相處，以及治療關係的釐清等等，均

非本研究中處理之範圍。

另外，因本研究著重在催眠及心理治療理論的範疇內探究，故對其他可能相關及契合或豐富的理論概念，無法同時呈顯出其應有的價值及影響，這也是本研究的限制之一。本研究之參與者在接受催眠治療後，對於憂鬱症狀具有正向改變，而本研究因著重在研究參與者之生命轉變，目的不在探討催眠治療的療效及其相關技巧，故未以接受催眠後，沒有改變效果的個案作為對照比較。

二、研究對象的代表性

每位憂鬱症患者的的病因、生活世界、對催眠的接受程度皆不相同，故本研究以一位研究參與者的生命故事來探討，不在於代表所有類同個案。

但就研究目的而言，研究參與者經歷數十次，為時二、三年的催眠治療，經驗可說相當豐富，且其表達能力相當好，符合本研究之要求。

三、研究者本身

在質性的研究取向中，研究者本身也是研究工具之一，唯在資料的取得上，因研究者為男性，雖然研究參與者的配合度相當高，且研究者一再保證謹守研究倫理，但無法確認是否會因性別的不同而影響了資料的取得。

而研究者對敘事研究分析方法的運用，及資料收集和文本的解讀，仍有一些生澀與嘗試性的摸索，且研究參與者也可能基於信任與配合的關係，對於呈現之內容可能未能真正反應其不同的看法，所以本研究仍有一些待改進的空間。

第四節 名詞界定

一、催眠

催眠是一種引導或治療的技巧，催眠狀態則是一種專注及身、心放鬆的狀態。

二、催眠治療

催眠治療是經由催眠治療師運用催眠技巧，讓催眠者經驗到感覺、知覺、思想及行為的改變，而達到治療之目的。

三、恐慌症

在DSM- 中，恐慌發作被定義為在一段特定時間（一個月）內有強烈害怕或不適感受，且突然發生以下症狀中四項或四項以上者：心悸或心跳加速、出汗、發抖或顫慄，呼吸困難或窒息感、哽塞感、胸痛或不適、噁心或腹部不適、頭暈或昏沈感、失去現實感及失去自我感、害怕失去控制或即將發狂、害怕即將死去、感覺異常及冷顫或熱潮紅等十三項症狀（孔繁鍾、孔繁錦，1997）。

四、憂鬱症個案

本研究所稱之憂鬱症個案係指一個年滿三十歲，有法定行為能力，能清楚表達，且依 DSM- （心理異常診斷統計手冊第四版）診斷標準，經醫師診斷為憂鬱症之患者。

五、敘事研究

敘事研究（narrative research）學者亦譯為敘說研究，其定義相當分歧。本研究所稱之敘事研究，是指將研究參與者接受訪談之逐字稿，藉由（1）整體（holistic）- 內容（content）及（2）類別（catagorical）- 內容（content）兩種方式進行分析，以呈現研究參與者之生病經驗及催眠治療的轉變。

第二章 文獻回顧與探討

本章為配合研究主題，擬分三方面加以探討。一、憂鬱症的診斷及病因。二、憂鬱症之相關研究。三、催眠與催眠治療。

第一節 憂鬱症的診斷及病因

壹、憂鬱症的診斷

一、憂鬱症的診斷

憂鬱症是情感性疾患（Mood Disorder）的一種，患者表現出一連串徵兆和症狀，明顯影響到個人的日常生活作息，並持續一段很長的時間。依 DSM-（心理異常診斷統計手冊第四版），其診斷標準有以下九項（郭志通，2001；Rosen & Amador, 2003）：

- （一）自己覺得（例如悲傷或空虛）或是經由旁人觀察（例如看起來很傷心），發現一天當中大部分時間都處在憂鬱情緒裡，且幾乎天天如此（注意：在兒童及青少年可以是發怒的情緒）。
- （二）在一天大部分時間裡對所有或大多數活動意興闌珊（亦即明顯喪失興致或樂趣），而且幾乎天天如此。
- （三）沒有特別控制飲食，體重卻出現明顯變化（如：兩星期內增加或減少五公斤以上或在一個月內體重變化量超過 5%），或是幾乎每天都胃口不佳或食慾增加。
- （四）幾乎每天都難以入睡、失眠或嗜睡。
- （五）幾乎每天都會出現心理激動不安或行動遲滯，這些現象可由他人觀察得到。
- （六）幾乎每天都覺得疲勞或失去活力。

(七) 幾乎每天都覺得沒有價值感或有過度的罪惡感 (可達妄想程度, 並非只是對生病的自責或罪惡感)。

(八) 幾乎每天都感到思考能力或專注力減退或無決斷力 (這些現象可由當事人主觀陳述出來或由他人觀察而顯示)。

(九) 反覆想到死亡或有自殺的想法 (不只是害怕自己即將死去) 企圖自殺或有詳細的自殺計畫。

要達到憂鬱症的診斷標準, 必須至少在兩週內, 同時出現上列症狀五項 (或至少五項以上), 其中 (一) (二) 項至少要符合一項。在這兩個星期當中, 這些症狀改變了個人以往的生活, 並使其社交生活或工作出現明顯的困難。此外, 這些症狀並非其他生理疾病或服藥的後遺症, 也不是因為喪親所導致。因為在喪親的哀悼期, 出現許多憂鬱症狀是正常的, 除非喪親後憂鬱症狀持續超過兩個月且程度嚴重, 才應該考慮罹患憂鬱症的可能性 (Rosen & Amador, 2003)。

二、憂鬱症的分類

在 DSM- 中, 情感性疾患分成: 單極性憂鬱症/重鬱症 (unipolar depression/major depression)、雙極性憂鬱症/躁鬱症 (bipolar/ manic depression)、低落性情感疾患/輕鬱症 (dysthymia)、季節性情緒障礙 (seasonal affective disorder)、非典型憂鬱症 (atypical depression)、精神病性憂鬱症 (psychotic depression) 和產後憂鬱症 (postpartum depression) (Rosen & Amador, 2003 : p.45)。

郭峰志 (2002) 則將其概分為四類: (一) 適應障礙症合併憂鬱情緒。(二) 輕型憂鬱症。(三) 重度憂鬱症。(四) 器質性憂鬱症 (指因身體疾病或藥物直接造成的憂鬱症)。

依據臨床上的表現, 憂鬱症約略可分為以下幾種 (郭志通, 2001 ; Rosen & Amador, 2003)

(一) 重度憂鬱症 (major depression): 又稱為單極性憂鬱症 (unipolar depression) ,

每天出現上述憂鬱症診斷標準中五種以上之症狀，嚴重影響到社會、學業或職業功能，且持續兩週以上，即可被診斷為重鬱症。有些病患在其病程中，也會出現躁症狀態，而成為躁鬱症患者。

(二) 躁鬱型 (manic depressin): 又稱為雙極性憂鬱症 (bipolar depression), 除了有憂鬱症的症狀之外，還曾經歷到一段時期的躁症。如精力無窮、無須睡眠、多話、好管閒事、誇大揮霍 等。

(三) 輕鬱症 (dysthymia): 因性格關係，對環境壓力長期無法適應，而一直處於憂鬱狀態，雖不至於造成工作能力障礙但卻會嚴重影響生活品質。通常病程會超過兩年，有時症狀會惡化到重度憂鬱症的程度。

(四) 假面憂鬱：不會使用情緒的字眼表達感受，卻被身體的不舒服深深困擾，常因胸悶、胃腸道不舒服、上腹痛等症狀四處求醫，卻找不到任何足以解釋身體症狀的疾病診斷。

(五) 季節性憂鬱症 (seasonal affective disorder): 又稱冬季憂鬱症，受季節變化及日照所影響，通常持續五個月左右。患者大多在秋天開始感到憂鬱，在春天時又驟然好轉。相關研究認為光照療法有助於減輕症狀。

(六) 產後憂鬱症：約有 10% 的新生兒母親會在產後六個月內出現單極性憂鬱症狀，並且可能影響他們照顧寶寶的能力。其症狀包括毫無理由地哭泣、睡不著、飲食習慣驟變、焦慮、過度關心或完全不理會新生兒。

(七) 經前憂鬱症 (premenstrual syndrome, PMS): 3-5% 的經期婦女有較嚴重的週期性情緒失調，症狀比一般的經前症候群嚴重，通常在每個月的生理期前後持續一至二週。

以上是對於憂鬱症的概要分類。幾乎每個人或多或少，或長或短都經歷過憂鬱的症狀，但大多數人因為對憂鬱症的認識不夠，往往認為自己只是情緒低落而已，因而延誤了治療的時機。很多研究指出，約有五分之一求診病人有嚴重的憂鬱症狀，但是通常並沒有被診斷出來。根據美國國家憂鬱症基金會的報告，三分之二患有憂鬱症等情感性疾患的人，因為沒有辨識出疾病或誤診而未接受適當治

療。因為憂鬱症辨識不易，且承認生病對患者自己和家屬都很痛苦，再加上憂鬱症通常和其他精神或生理疾病同時出現，使得憂鬱症常被隱藏或遮蔽起來(Rosen & Amador, 2003)。

是故除了加強憂鬱症的宣導及預防，使社會大眾對憂鬱症有更進一步的認識之外，教育民眾對於自身是否罹患憂鬱症的病識感的覺察，及建立正確的就醫觀念，也是刻不容緩的工作。

貳、憂鬱症的病因

憂鬱症雖然經過廣泛的研究，但對於病因則有不同的說法，大部分的研究都是針對憂鬱症的新治療方法，而我們可從這些研究去探討造成憂鬱症的成因。茲將學者的研究綜合整理如下：

一、生物因素：

- (一) 基因：認為憂鬱症受到遺傳所影響，從流行病學的資料及遺傳學上的證據顯示，憂鬱症患者其雙親罹患憂鬱症的比率是一般人的三倍 (Owen, 2001)。
- (二) 腦中化學物質不平衡：如血清素和正腎上腺素等神經傳導素的缺乏，腦中的丘腦下部-腦下垂體-腎上腺軸 (HPA 軸) 過度活躍會創造某些賀爾蒙，因而造成憂鬱症 (陳金柱, 2004)。

二、環境因素：

- (一) 痛苦的童年：小時候遭受過身體或是性方面的虐待，長大之後非常有可能得憂鬱症。人們在人際關係早期發生的問題，傾向在之後發作，小時候建立的信念，會成為一生的模式 (Owen, 2001)。
- (二) 發展及人際關係壓力：如求學過程 (升學主義)、失業、財務危機、親人死亡、與異性交往、老年期 (空巢期、更年期、退休) 等等 (郭峰志, 2002)。

三、其他相關成因：

(一) 疾病：某些疾病可能會引發憂鬱症，如巴金森症、腎臟病、癌症、嚴重的失憶症、腦瘤、甲狀性腺疾病、電解質失衡等（郭志通，2001）。

(二) 藥物：許多藥物會造成憂鬱症等副作用。例如：鎮定劑、抗巴金森症、抗發炎、降高血壓等藥物。另外，干擾素（interferon）主要用於 C 型肝炎、愛滋病和某些癌症治療上，但也造成 25% - 40% 的病患得憂鬱症（郭志通，2001）。

(三) 人格特質：低自尊、完美主義者、思想悲觀、挫折容忍力低和依賴型人格等，較易罹患憂鬱症（江文慈，1998）。

(四) 季節：國外的研究顯示，冬季的某些日子特別容易引發憂鬱情緒，尤其是陰雨綿綿的地區，此稱為季節性憂鬱症（seasonal affective disorder）（Rosen & Amador, 2003）。

綜上所述，憂鬱症的病因十分複雜，除了生物性、環境及社會等因素外，還有許多其他相關因素（例如：服用避孕藥、產後憂鬱症、經前不安症候群等等）。對大多數人而言，憂鬱症並非單一因素所造成的，它通常是好幾個事件所組合而成，更複雜的是，某個例子中造成憂鬱症的原因，卻可能是另一個例子中的結果。瞭解憂鬱症的可能原因，可以給無助的人一些幫助。不管患者知不知道自己罹患憂鬱症的成因，正確的治療都可以幫助他們面對憂鬱症、緩和症狀，並恢復正常生活。

參、憂鬱症與恐慌症的關係

恐慌症的特徵是自發性的（Spontaneous Attack），恐慌發作（Panic Attack）的主要症狀是在事先毫無預警的情況下，突然發生極度的恐懼、害怕和不適感，同時伴隨著心悸、大汗、顫抖、呼吸急促或窒息等感覺、胸痛或胸部不適、噁心或腹部不適、頭昏或頭重腳輕、自我感喪失、脫離現實、怕自己失去控制或發瘋、

恐懼即將要死去、感覺異常、潮濕或發冷等症狀。

由於症狀的發生經常是突然且無法預期的，故造成了患者的擔心和害怕，不曉得何時何地會發作。久而久之便不敢出門，不敢到人多的地方去，不敢坐電梯、搭飛機，開車不敢上高速公路、不敢過橋等。因患者擔心到這些地方時發作會極為困窘，無法逃離。這種害怕稱為「懼曠症」。恐慌症個案若未好好治療常會伴隨懼曠症，甚至憂鬱症（蕭美君，2001）。

臨床發現 70%~90%的恐慌症患者有逃避（avoidance），30%-40%的恐慌症患者合併懼曠症。在恐慌症患者中有 50%-65%會發生重鬱症，將近 1/3 的患者同時有恐慌症及重鬱症兩者存在，且憂鬱症常在恐慌症之前發病。另外的 2/3 患者重鬱症與恐慌症同時或在恐慌症之後發生（王克民，2005）。

恐慌症主要在青春期及成人期的早期發生，有一部份人則發生在 35-40 歲之間，少數病患則在兒童期發病，而 45 歲以後發病的人較少。有些病例在突發一次恐慌發作後，相隔幾年後才會再發病，但懼曠症卻可在病程中任何時間發作，這經常在發病的第一年發生。某些病例，會因恐慌發作減輕或緩解而懼曠症也隨之減緩。另一部份則不論恐慌發作存在與否，懼曠症會變為慢性化（王克民，2005）。

恐慌發作的次數和輕重程度因人而異，有的人一週一次發作很規律，一直持續幾個月。有些人在一週內天天有短暫的發作，然後間隔數週或數月沒有發作。也有人在幾年中很少發作。在臨床上所見到的不一定和上述的發作完全符合，有人突然發生恐懼、焦慮，而僅合併少數上述的幾個症狀。

第二節 憂鬱症之相關研究

國內目前研究憂鬱症的論文不少，但關於憂鬱症心理治療的論文卻不多，現今醫學研究的主流，仍然集中在探討藥物治療對憂鬱症的成效。而除了藥物治療外，也有學者針對各種心理治療方法進行研究，或者以藥物治療搭配心理治療，這些方式對於憂鬱症狀的改善都有不錯的效果。其他另類療法，如針灸、藥草療法、直覺療法、音樂精神療法及自然醫學療法 等等，也都被用來嘗試治療憂鬱症（Ernst, Rand, & Stevinson, 1998；Editors of Prevention, 2002）。本節重點旨在探討心理治療在憂鬱症的應用及有關憂鬱症患者生病經驗的研究。

壹、憂鬱症心理治療的相關研究

就心理治療而言，有許多形式的心理治療，包括一些短期治療（10-20 週），可以幫助憂鬱症患者（Strock,1994；National Institute of Mental Health ,NIMH, 2000）。心理治療是用談話來治療，在治療過程中，治療師不止和患者談論憂鬱症，更運用方法去幫患者瞭解他們憂鬱症的成因、影響和處理方式。心理治療有效的原因主要有三個：（1）找出憂鬱症的原因，可以給人們想法和勇氣去找出新的生活方式，實際上的生活改變，可以減輕或消除憂鬱症。（2）人們知道自己的弱點，他們日後就可以防止憂鬱症的復發。（3）從一個客觀的人那邊得到幫助和瞭解，可以讓人得到慰藉（Owen, 2001）。

1989 年美國國家心理衛生研究院（National Institute of Mental Health,NIMH）提出的一項劃時代報告及許多研究都指出，除非是異常嚴重的憂鬱症或躁鬱症，否則藥物治療和心理治療的效果是相同的。近來的研究也發現，即使是重度憂鬱症，心理治療的效果一點也不輸給藥物治療（Rosen & Amador, 2003）。

大多數的憂鬱症因治療而縮短發病的時間和強度。在生物治療方面，如藥物治療和電擊法（電痙治療）(electroconvulsive shock,ECS)；在心理治療方面，如認

知療法 (cognitive therapy,CT) 及人際關係治療法 (interpersonal therapy,IPT), 皆經過嚴謹的測試, 並以數千名憂鬱症患者為實驗對象, 發現對於憂鬱症的緩解具有中等的效力 (Seligman, 2000)。

短期認知行為治療目前在實證醫學研究 (evidence-based research) 上, 針對憂鬱症及焦慮症等輕型疾患的研究相當普遍, 且卓有療效 (劉珣瑛, 2002)。

認知療法可以幫助患者轉變與憂鬱症有關的負面型態的想法或行為, 實徵性的研究證據支持, 教導憂鬱症個案各種技巧, 諸如自我覺察及自我校正非理性的思考方式, 可以鼓勵正向互動的行為並減少社會孤立, 促進個案進行改變 (Yapko, 2002)。加拿大溫哥華市英屬哥倫比亞大學 (University of British Columbia) 的研究者分析了 28 份獨立的研究報告, 以確認各種不同類型心理治療的效果。結果發現, 認知療法的效果比 98% 沒有用其他治療的人更好, 比 70% 服用抗憂鬱症藥物的人好, 比 70% 採用傳統談話治療的人好 (Editors of Prevention, 2002)。

林梅鳳 (2001) 以 8 位自精神科門診醫師所轉介的憂鬱症個案為對象, 由其擔任團體治療師, 並實施 12 次認知行為團體治療, 採歷程研究和質的研究法, 歸納出團體衝擊和治療效果。其研究發現, 認知行為團體治療可以有效改善個案的憂鬱情緒狀態, 其中重度憂鬱個案改善較多, 其他個案次之。陳采蕙 (2003) 的研究亦顯示認知行為團體治療對於憂鬱症病患之減少憂鬱及提升自尊, 確實有顯著成效。

Seligman (2000) 認為, 認知療法大約可以減輕 70% 左右的憂鬱症患者的憂鬱, 且對中等程度的憂鬱症比較有效, 對嚴重的沒有什麼效果。另外, 對受過教育的人也比較有效, 因為受過教育的人知道思想會影響自己的情緒, 對於沒受過教育的人效果則不得而知。

人際關係治療法 (IPT) 則專注在處理社交關係上。美國國家心理衛生研究院 (NIMH) 曾經贊助一項大型的憂鬱症研究計畫, 分別以藥物、「人際關係療法」、「認知行為療法」進行研究, 人際關係療法為該計畫之控制組, 即給予所謂安慰劑 (placebo) 治療。結果它的作用和藥物一樣有效, 也跟認知療法一樣可以減輕

憂鬱症狀。而最近的一項研究顯示，在停止服用藥物後，心理治療可以使復發的風險降低高達 60% (Seligman, 2000 ; Rosen & Amador, 2003)。

人際關係療法是以醫學模式的觀點來看待憂鬱症，其認為憂鬱症有生物上和環境上的原因，其中一項顯著的原因便是人際關係。與別人的紛爭、挫折、焦慮和失望是它治療的主題。人際關係療法的好處是效果迅速（只要幾個月），費用低廉，沒有什麼不好的副作用，對治療憂鬱症也很有效，大約有 70% 的人可以受益。但缺點為該療法的治療師不多（除了紐約市之外，幾乎找不到），且這方面的研究非常少，它有效的原因尚未明朗（ Seligman, 2000 ）。

另外，國外亦有研究指出，利用電腦輔助的認知治療(Computer-assisted cognitive therapy)來治療憂鬱症，其結果如同一般的認知治療，對重鬱症的治療相當有效，且明顯可以減少與治療師會談所需時間的一半。而實施電腦輔助的認知療法，其治療效果可持續到六個月的追蹤期（ Mahoney, 2004）。

陳靜芳（2004）對門診憂鬱症患者實施理情團體治療，研究結果發現，理情團體治療對於憂鬱症患者在憂鬱症狀及情緒穩定方面，有顯著改善。張玉美（2002）的研究則發現，催眠治療對於女性喪親者因悲傷反應所產生的憂鬱症狀，有立即性及持續性的改變效果。

由上可知，認知行為治療、理情團體治療及人際關係療法，對於憂鬱症狀的改善，確有療效。研究顯示，如果憂鬱症未經治療而自行痊癒，半數的人都會再度復發，發作兩次以後，第三次復發的機率更高，第三次之後有將近 90% 的機會發作第四次（ Rosen & Amador, 2003 ）。因此，盡早尋求協助，不僅減輕患者的痛苦，更能預防疾病的復發。而催眠治療及其他療法，對憂鬱症的改變效果，也是不容忽視的，在現今憂鬱症盛行的時代裡，我們有必要去重視及研究各種對憂鬱症有效的治療方法。

貳、憂鬱症患者生病經驗之相關研究

研究者搜尋國家圖書館博碩士論文資訊網時發現，與本研究有關之憂鬱症的質性研究不多，茲分別探討如下：

鍾志龍（2003）的論文，探討宗教對憂鬱症患者的影響，他訪談了六位因信仰佛教及基督教而康復的憂鬱症患者，結果發現宗教對於舒緩憂鬱症患者的負面情緒，改變患者的負面思考，及患者舊有的生活習慣，使患者得到心靈的平靜與喜悅等，都有不錯的成效。且宗教團體不僅提供關心與支持的力量，也提供了許多好的環境，引導著患者走過低潮、渡過憂鬱。而患者從宗教經典得到啟發，從宗教信仰中找到自己生命的意義，使他們不害怕憂鬱症所帶來的痛苦，也無畏生命中的艱苦磨難。這樣積極的人生觀，幫助他們有效改善憂鬱的狀態。

楊銀廷（2004）則是以生命故事的敘說為取向，探討兩位曾有重鬱發作的女性的情緒與情感經驗，及其主觀的體驗及自我詮釋，並呈現其獨特而深刻的生活世界。

廖小慧（2001）從憂鬱症母親的生命敘說當中，去瞭解其依附關係的內在運作模式及主觀感受。研究結果發現：兒時的負面經驗形成憂鬱症母親不安全的依附型態，而不安全的依附型態又是影響其目前重要親密關係的內在因素。其探討憂鬱症母親的內在運作模式分析，與憂鬱症有關的是：（1）失落的經驗。（2）遭受父母親的拒絕以及嚴重的身體虐待。（3）信念和態度與認知偏差、負面思考方式有關。（4）經由內在運作模式的代間傳遞，同時傳遞了憂鬱的傾向。

李素芬（2002）的研究在瞭解憂鬱症患者之早年家庭經驗，以及早年家庭經驗對其罹患憂鬱症的可能影響為何。結果發現早年家庭經驗影響個體某些自我特質之展現，而這些自我特質與外在生活壓力事件產生交互作用後可能促使憂鬱症產生。

王艷萍（2000）的研究也以生命故事的敘說為取向，試圖了解台灣女性憂鬱症患者其生病及復原歷程中的經驗，受到那些因素的影響，期能夠找出與其生病

及復原有關的影響因子。研究中發現：(1) 女性罹患憂鬱症深受社會文化環境因素所影響。其重要因素如：重男輕女的觀念、對女性的性別刻板化教育與期待、社會變遷下人生願望的失落、重大失落事件。(2) 不同年齡層的女性，由於其所身處的社會文化背景有所不同，因此與其罹患憂鬱症有關的相關影響因素也有相當大的差異。(3) 影響女性憂鬱症患者復原的因素主要有：自我的正向特質、求生存的力量與決定、將痛苦說出來、接受事實、放棄無法達成的期待、自我的正向改變、以正面的方式看待人生，找到活下去的理由、失落的調適、社會支持的介入、接受醫療的協助。

上述論文有探討宗教對憂鬱症患者的影響，有以依附型態的探討來呈現憂鬱症母親的內在運作模式，有探討憂鬱症女性的生病經驗及復原歷程，並找出其影響因素，有探討憂鬱症患者早年生活經驗的影響。這些研究，雖然無法類推到每個憂鬱症患者身上，例如宗教信仰的力量雖有其療效，但並非每個人都有宗教信仰，有人能從宗教中尋求療癒的力量，有人則否。但因憂鬱症發生的原因相當歧異，症狀也不同，康復的過程及復原因素也不一樣。是故，為了呈現不同個案的主觀體驗，增益憂鬱症的研究範圍，質性研究的探討正可彌補量化研究的不足。

參、恐慌症之治療取向簡述

恐慌症在1980年代，才正式在DSM- 診斷系統中從焦慮疾患中獨立出來，因此恐慌症的治療及其處理是相當新的學問。早期傾向於以生理的角度來解釋恐慌症的發生，因此藥物治療是主要的選擇。近十年來，許多學者開始嘗試以『心理 - 生理』互動的角度來看待它的發作與維持，因此強調認知、行為的治療取向，及藥物治療的部分。

Boyer針對32個藥物治療研究所做的整合分析評估中，證實藥物之治療效果比安慰劑組為佳。藥物雖無法直接對恐慌症患者的認知作處理，但對於阻斷處於壓力下的焦慮反應及恐慌症狀確有其療效。雖然藥物治療對於症狀可以有效的加

以控制，但對於懼曠逃離行為、預期性焦慮等相關心理感受的改善程度卻相當有限，且藥物治療尚有以下幾種限制：（1）病患對長期服藥均有所排斥，並擔心成癮或依賴。（2）服藥後易產生副作用（昏沈、注意力不集中）。（3）停藥後容易再發作。基於以上原因，恐慌症的心理治療也逐漸受到重視。（引自黃嘉慧，2001）

常用的心理治療取向通常不止包含一種治療成分，而會將不同的治療取向做一整合性的搭配（例如認知取向、行為治療、情境暴露、放鬆訓練等）。也有研究者針對仍繼續使用藥物之病患採用心理治療（結合性治療），結果顯示，心理治療的介入可協助緩解病患停藥後的再發作（黃嘉慧，2001）。

本節討論了國、內外認知行為療法、理情療法及人際關係療法應用在憂鬱症上的治療效果，也探討了國內憂鬱症患者生病經驗、復原歷程及宗教對憂鬱症患者影響的相關研究，最後並簡述恐慌症目前之治療取向。而有關針灸、遠紅外線治療及森田療法 等另類療法，因與本研究較不相關，故未列入討論。

第三節 催眠與催眠治療

為配合研究主題，使讀者對催眠與催眠治療的發展有一清楚的概念，本節分成以下四部分加以探討。一、催眠的定義及其特徵。二、催眠的理論基礎。三、催眠治療的發展。四、憂鬱症催眠治療之相關研究。

壹、催眠的定義及其特徵

催眠的定義相當分歧，不同的催眠師或研究者對催眠的建構或催眠狀態的解釋各不相同。張春興(2001)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(1999)則認為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後，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，因而引起變態心理學上的許多現象，這種狀態稱為催眠。而Erickson認為，催眠為一種注意能力集中的狀態，被催眠者在此狀態下能打破自己結構化的信仰及思考模式，進而嘗試自己心理結構的另一種工作方式(引自Veria, 2001)。

根據APA Division 30, Society of Psychological Hypnosis的定義，催眠為一種程序，在這過程中，心理健康專業或研究者暗示被催眠者會經驗到感覺、知覺、思想及行為的改變。雖然有些催眠被使用來使人們更警覺，但大部分的催眠包含著放鬆、平靜及安適的建議(暗示)，教導想像或思考愉快的經驗通常也包含在催眠之中。人們對催眠的反應方式不同，有人描述其為一種注意力集中的狀態，在這當中，他們感覺到寧靜及放鬆，大部分的人則描述其為一種及令人愉快、舒適的經驗(APA Division 30, Society of Psychological Hypnosis, 2004)。而Alexander在American Journal of Clinical Hypnosis(美國臨床催眠期刊)中，則定義催眠為『內在心靈的轉換狀態，它會加速創造性想像力的提升，減低試探現實的需要，因此

催眠能夠提供一個心理環境，在適合的暗示下，使觀念清晰的進入心中。』（引自Fisher, 1999）

徐鼎銘（2004）認為所謂的催眠只是運用適當的暗示與放鬆技巧，暫時終止自發的精神活動，進入無念無想狀態，並且接受催眠者的指令，做指定動作，從而達到特定的目的與效用。被催眠時，還是具有清醒的意識，能夠完全覺察周遭環境的變化。事實上，催眠是一種注意力集中的狀態，大多數人在日常生活中都有類似的經驗，催眠師只是引導者（Weiss, 2002）。日常生活中，我們無時無刻都處於催眠的環境中，由於催眠的狀態非常自然，因而我們常常會忽略這現象發生時所帶來的改變。

綜上所言，催眠可定義為一種專注及放鬆的過程，經由催眠師的引導，被催眠者經驗到感覺、知覺、思想及行為的改變，進而達成治療的目標。

Hilgard的研究中發現，在催眠狀態下，被催眠者在心理上有以下幾種特徵（引自張春興，2001）：

（一）主動性反應減低

被催眠者雖然保有意識，卻不主動表現任何行動，他傾向於接受催眠師的指示去做（但違犯道德的活動除外）。

（二）注意層面趨窄化

對周圍環境中的刺激不再注意，只注意催眠師的指示。

（三）舊記憶還原現象

對於清醒時不復記憶的陳年往事，往往能陳述歷歷，恍如又回到兒童時期的經歷。

（四）知覺扭曲與幻覺

在清醒狀態時得到的知覺經驗，在催眠狀態時會遭到扭曲。此外更會產生正向幻覺（positive hallucination - 即無中生有，不存在的東西卻當成是存在的。）和負向幻覺（negative hallucination - 即有中變無，存在的東西卻當成不存在）。

(五) 暗示接受性增高

暗示 (suggestion) 在催眠上是指向對方表達一種非強迫性的意見，能使對方在不加懷疑的心態之下接受。如果完全依照暗示的行為去表現，即表示催眠暗示性 (hypnotic suggestibility) 高。

(六) 催眠中角色扮演

催眠狀態下，受催眠者不僅受暗示的影響，使其知覺扭曲並產生幻覺，而且更可能進一步聽從催眠師的指示，扮演與其本人性格不同的角色，並表現出符合該角色的複雜行為。

(七) 催眠中經驗失憶

在催眠師的暗示誘導下，受催眠者在喚醒之後會忘卻催眠狀態中的一切經驗。

而在催眠之後，個體行為上的主要特徵則是 (張春興，1992)：

(一) 易受暗示，聽從催眠師的指揮。

(二) 身體失卻自主，先是呈現鬆懈，繼而變為僵直。

(三) 生理變化異常，腦波變化、血液循環及血糖成分，既與清醒時不同也與一般睡眠時有異。

就目前而言，心理學的知識，只能承認催眠的現象和確能催眠的方法，對催眠原理解釋尚缺乏共識性的理論。

貳、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的系統解釋，一直到七十年代末期，心理學家尚難提出系統性理論(張春興，2001)。十八世紀後期，維也納醫師 Mesmer (被稱為現代精神醫學之父) 提出『動物磁力論』 (animal magnetism)，認為催眠現象的發生是源自於催眠者體內的磁場流入患者身體所致，由此而開啟了催眠的學術研究 (Huang, McGill & Silver, 2001)。

以下提出兩種常被用來解釋催眠現象的催眠理論：

一、新解離論(Neodissociation)

新解離論有別於另一概念—解離 (dissociation)，此為早期用來解釋心理適應時的防衛方式之一，意謂當事人為隱飾潛意識中的慾念，而表現出合於社會規範的行為，來維持自尊、減緩焦慮。而新解離論雖採取意識分離之意，卻只用來解釋催眠狀態的歷程，而不涉及被催眠者的人格特質。

Hilgard提出，受催眠者經催眠後其意識分為兩個層面，第一層面為其接受暗示之後所意識到的經驗，另一為催眠當時隱藏在第一層面之後，不為受催眠者所意識到的經驗。即在催眠狀態下，受催眠者的意識狀態被解離為兩層。第一層意識為催眠師的暗示所造成的，其性質可能是失實、扭曲的；第二層意識是受催眠者根據自己的意識所產生的，其性質比較真實。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，催眠師暗示受催眠者置於冰桶中的手是不刺痛的，則受催眠者的意識將不感覺痛。Hilgard把在催眠時被隱藏的較為真實的意識稱為『隱密觀察者 (hidden observer)』意謂在催眠狀態下，受催眠者並不因催眠師的暗示而完全失去了自己 (引自張春興，2001)。

二、社會認知與社會角色論：

主張社會認知 (social cognition) 與社會角色論 (social role theory) 的學者Rober, Baker, Coe 及 Sarbin等認為，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，都需考慮到。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。社會認知論者認為，催眠並非只是單一因素的操作過程和能力，而是隨著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（引自張玉美，2002）。

社會角色論是由美國心理學家Spanos等人所倡議。他們雖不同意將催眠視為一種特殊的意識狀態，但他們並不認為受催眠者的行為是偽裝、作假的。其改變的原因不完全是因催眠師的暗示所導致，而是被催眠者在動機、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，2001）。社會角色論認為，只有在催眠師與被催眠者完全建立信任的關係並自願合作下，才能進入催眠狀態。

所以，相同的催眠現象，學者從不同的面向來解讀，就形成不同的催眠理論。但無論從哪一面向來探討，都無法完全涵蓋催眠的潛意識意涵，科學家對人類心靈的探索，還有一大片亟待開拓的領域。

三、催眠的現象和深度

在實施催眠或催眠治療時，對於催眠深度的確認，相當重要。催眠師必須根據受催眠者的需要，引導其至適當的催眠深度，才能達到輔導或治療的效果。催眠深度測驗一般只用於特殊的工作或目標，例如牙科止痛、手術、分娩、心理治療等。而不同研究者根據不同的實驗，發展出不同的判定催眠深度的方法。

劉焜輝（1999）指出，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，可由三個現象來觀察：（1）被催眠者的外貌。（2）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。（3）生理上的變化。心理現象如前所述，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比較超覺靜坐與催眠的腦波（EGG）發現，催眠的（Theta）波高於超覺靜坐。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，外貌的表現為四肢慵懶、雙眼闔上、全身鬆軟、

四肢僵硬、手腳不聽使喚 等等（引自張玉美，2002）。

Zeig（2004a）認為催眠現象的特質主要有四種：（1）注意力改變（alterations in attention），注意力被引導到內心深處並聚焦或注意力向外擴散。（2）強度調整（modifications in intensity），可以是感官知覺的增加或減少。（3）解離的感覺（sensations of dissociation），如上『新解離論』所述。（4）反應性改變（changes in responsiveness），被催眠者常會對一些比較微細的暗示（如諷刺和弦外之音）有反應，以尋找個人和經驗上的意義。

上述這四項分類並不能包括所有的催眠現象，但瞭解這四種主要現象有助於催眠的引導。催眠師對於催眠現象的產生及覺察必須保持敏銳的心智，才能判斷被催眠者是否已處於催眠狀態，以進行有效的催眠。

參、催眠治療的發展

一、催眠治療的發展

催眠術並非現代才有，事實上以各種形式進行的催眠由來已久，千百年來瑜珈師們就利用各種形式的催眠，透過集中注意力在各種聖歌咒語上，把自己和他人帶入一種入神（trance）的心智狀態中。而催眠現象在古代埃及祭司、波斯東方賢人和中國的密術師們，早已用來作為治療和減輕痛苦的應用（Huang et al., 2001）。當時民智未開，以為那是神仙顯靈，於是便被藉以用來佈教、號召信徒之用（徐鼎銘，2004）。

西元 1766 年 Mesmer 首創動物磁氣學說（Animal Magnetism）（徐鼎銘，2004），1779 年並將自己的理論體系詳細整理成二十七點提綱的學說系統，其學說可歸納出四項基本原則：（1）宇宙中充滿著一種不可見的物理性液體，成為人類與地球、天體間相互形成聯結的媒介。（2）疾病肇因於人體內這種液體的分佈不均，重建其平衡便可治癒疾病。（3）藉助某些特殊技巧，這種物理性液體可被疏通、引導、儲存並傳至其他人身上。（4）藉著上述方法可以在病人身上引出『發作』，

並以此治癒疾病 (Ellenberger, 2002)。

Mesmer 的方法後來雖由法國學者組成的委員會，以科學方式調查，認定其只是利用人的心理預期給於暗示，而產生程度不一的效果，因之加以否定 (鄭昭仁, 2003)，但他把催眠現象當作學術來研究的先驅角色，仍值得肯定。

從 1825 年左右起大約一世紀的期間，催眠治療的發展超越了 Mesmerism (張氏心理學辭典稱為梅斯美催眠術)，建立了以暗示為主的心理學理論。繼而英國醫師 Braid, J. 發表『神經催眠學』(Neurypuology) 一書，闡明上述催眠現象並非動物磁場的神秘作用，乃是被催眠者主觀的心理因素所致 (劉焜輝, 1999)。

Hypnotism (催眠) 和 Hypnotize (實施催眠) 等字，即是 Braid 自希臘文「睡眠」(hypnos) 所衍生創造出來的，他的理論與方法奠定今日催眠科學研究的基礎。他又把語言暗示用於外科手術的痛覺消失上，發現催眠是凝視和語言暗示所造成的現象，從而推論出人有第二意識的存在 (劉焜輝, 1999)。

數年後，英國醫師 Elliotson 拋棄醫院工作，創辦專以研究催眠和腦生理學為主的刊物，英國各地亦設置催眠研究所，其中如 Parker 曾經對 1200 名受訪者實施催眠，有 200 個無痛手術的案例。英國醫學會亦於 1891 年設置委員會，研究催眠的治療價值，結果認為催眠有祛除疼痛、入眠、減輕許多功能性病患的效果。繼之，法國催眠學家 Liebeault 等人證實催眠是每一個人都可能產生的正常現象，他被認為是『現代催眠研究之父』，也是第一位從廣泛的觀點去實驗催眠價值的醫師。他治療因生理病症而苦惱的數千名患者，發現催眠對功能性疾患和器質性疾患都有良好的效果 (劉焜輝, 1999)。

1880 年，維也納醫師 Breuer 發現，患者在催眠中可以自由交談，且在強烈的情感反映後，才會體會擺脫痛苦的經驗。他的研究使催眠治療的重點由原來只暗示症狀的祛除轉移至處理症狀原因的方法。同時，Breuer 和 Freud 共著《歇斯底里的研究》一書，說明歇斯底里症狀的產生乃是當事人壓抑受創傷的經驗所致。如果在催眠中將壓抑的情緒開放至意識中，則症狀可以減弱或消失，此技巧是從潛意識中祛除情緒，故稱為『淨化技巧』。Freud 提出的意識、潛意識定義，

及與患者溝通的技巧、分析、傳達 等心理分析的概念，對催眠的使用及研究有其一定的貢獻（引自張玉燕，2003）。

一直到十九世紀末，催眠都不是很興盛，但第一次世界大戰改變了一切。服役的軍人受苦於各種不同的戰爭精神官能症，包括肌肉痙攣、癱瘓及失眠。由於當時缺乏精神科醫師及患者需要密集式的治療，因而催眠被用來治療外傷性精神官能症。而第二次世界大戰後更多人運用催眠當成短期的治療方式，而催眠成功的治療戰爭精神官能症，也為催眠開啟了新的熱潮（Fisher, 1999）。

此時期，許多學者們開始互相交流，1929 左右，心理學家的催眠研究以耶魯大學的 Hull,C.L.為中心積極進行，臨床心理學的迅速發展，使得這個領域的研究者大增；西歐則以 Vogt 及 Schultz 等人所創立的自律訓練法 (Autogenic Training) 為中心，進行生理與心理現象的闡明（劉焜輝，1999）。

另一個重要人物是 Erickson，氏為『現代醫療催眠之父』，在發展新的催眠誘導方式與應用上有非凡的創見。其亦創辦了美國臨床催眠學會（American Society of Clinical Hypnosis）並擔任第一任主席，同時也創辦了《美國臨床催眠期刊》(The American Journal of Clinical Hypnosis) Erickson 為催眠取得了合法的地位，讓催眠不再是『嚴肅學術殿堂中的跳樑小丑』（Zeig, 2004b）。

1955 年時，英國醫療學會（British Medical Association）使催眠訓練成為一種醫學教育；不久美國醫療學會（American Medical Association）也將催眠加入醫學教育中（張玉美，2002）。而到了一九五 年代晚期，美國醫療學會及英國醫療學會都已認可催眠是有效的治療方法。現在許多國家專業的催眠團體相當盛行，超過兩萬名的醫師、護士、牙醫師、精神科醫師、社會工作者及心理學家，都將催眠當成是臨床上的技巧，而且這些專業人士的數目正不斷增加當中（Fisher, 1999）。近年來，Weiss 在催眠治療中發現生命輪迴的事實，他所著的 Many Lives, Many Masters(前世今生) 等相關書籍暢銷全球，使得催眠再度引起世人的關心。

二、神經語言程式學 (N.L.P.) 的興起

神經語言程式學 (Neuro Linguistic Programming, N.L.P.) 是在 1970 年代於美國本土，由 Grinder 與 Bandler 首創的，他們因不滿於傳統心理學派的治療過程冗長，及其效果反覆不定，因而私淑了當時美國的四位溝通及治療大師（即溝通大師 Bateson, G., 催眠治療大師 Erickson, M., 家庭診療大師 Satir, V., 及完形治療創始人 Pearls, F.）的理論，再加上他們的創見，在美國加州大學經三年多的實驗與練習，而逐漸形成了神經語言程式學的基本架構（陳威伸，1996）。

Villar (1995 : p.2) 參考相關著作，將其定義歸納如下：

Neuro：神經系統揭示出基本的前提，即所有的行為都是神經學過程的結果。它是指內在過程的系統—涵蓋意識及無意識兩方面，透過此系統而接收到所有的經驗，而全部的經驗又透過五官（聽覺、視覺、味覺、嗅覺、觸覺）加以處理。

Linguistic：語言學意指基礎的規則，即所有神經上的過程皆透過語言和溝通系統，而得以呈現和接受指揮，以及依序轉為模式與策略。它代表溝通管道的系統，包含意識及無意識、內在及外在，經由此系統，心智上的過程才能被指揮、轉為密碼並賦予意義。

Programming：設定程序代表欲達成其訴求目標而組織整合的過程。它是指經由人們內在表象系統的思考、學習激發以及改變經由邏輯順序表現於外的行為模式。

神經語言程式學經過不斷的發展，及更多專業人士的加入，使其理論架構更完備、更可靠，其應用範圍相當廣泛，只要與人有關，無論是心理治療、戒煙、減肥、教育訓練、企業行銷 等等，都包含在其中。而催眠與 N.L.P.的結合也愈趨緊密，在催眠治療當中常常會伴隨著 N.L.P.的使用，以增進其效果。

以上所介紹者為西方催眠發展的梗概。而我國催眠的發展，始於民國 6 年由留日博士鮑芳洲引進，於上海成立『中國精神研究總會』；在台灣則由徐鼎銘教授於民國 66 年 3 月 6 日，申請成立『中華民國超心理學研究會』，發揚精神催眠

學。民國 83 年時，中國生產力中心（CPC）引進了神經語言程式學（N.L.P.），而陳威伸也引介了許多 N.L.P. 的專業著作（由世茂出版社發行），並成立『赫威思專業訓練中心』推廣 N.L.P. 及催眠。另外，新竹天主教社服中心的王輔天神父，也開設了催眠及 N.L.P. 的相關推廣課程。『美國國家專業催眠教育與認證標準委員會』亦在台灣成立亞洲區教育與認證中心。而民間也有美國 National Guild of Hypnotists 分會的成立。

在催眠專書著述部分，目前相當少，較著名的只有劉焜輝的《催眠治療理論與實施》及陳勝英所著《生命不死-精神科醫師的前世治療報告》及《跨越前世今生-陳勝英醫師的催眠治療報告》二書。

整體而言，台灣在催眠及催眠治療上的研究才剛起步，已發表的論文不多，只有釋永有（2001）的《前世療法與生死學》、張玉美（2001）的《催眠療法對女性喪親者悲傷反應改變效果之研究》、張玉燕（2003）的《一位中學護理教師自我生死觀轉變之探索-以前世今生回溯經驗之敘說研究為取向》，及陳添偉（2002）的《催眠學理應用於勞工安全教育訓練之研究》等少數幾篇論文。

為了提升國內催眠學術研究的水準，以及導正社會大眾對催眠的誤解及迷思，南華大學生死學研究所首開風氣之先，於九十二年先後開設了『前世今生專題』、『催眠治療與神經語言程式學』、『催眠治療與生死課題』等相關課程，期能對國內催眠的學術研究注入一股力量。

肆、催眠治療憂鬱症之相關研究

催眠治療的發展源遠流長，遠在三千多年前即已開始，自 Mesmer 展開學術的研究之後，歷經 200 多年才在第一次及第二次世界大戰中嶄露頭角，且於 1955 年被納入醫學教育的專業領域。許多協會紛紛成立，其中較著名者有英國催眠醫師學會(The British Society of Medical Hypnotists)及美國臨床催眠協會(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（張玉美，2002）。

一、催眠治療在臨床上的定位與意義

催眠在心理診斷（psychodiagnosis）與心理治療（psychotherapy）的應用上有許多研究，但其在心理治療體系中的定位，卻意見分歧。Marks and Gelder曾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，1999）。另Wolberg認為，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，只要沿用結構化的治療方案，明白適用範圍，催眠治療對於任何心理治療的派別都有一定程度的輔助效果，催眠被認為只不過是促進治療過程的工具而已（引自劉焜輝，1999）。

英國心理治療協會（United Kingdom Council for Psychotherapy, UKCP）定義催眠心理治療（Hypno-psychotherapy）為心理治療的分支，治療師的介入，能吸引個案的注意，到達一個新的可能性，以改變思考、情緒和行為的型態。在治療中使用的催眠方法和策略是被設計來利用人們內在的資源和能力，催眠治療對任何尋找解決特殊問題或個體成長的人可能是無價的（UKCP, 2004）。

Boyne, Gil 認為催眠治療和心理治療不同：

- （一）心理治療訓練的初始，受到弗洛伊德心理分析理論強烈的影響；而催眠治療的訓練則起始於教導恍惚(trance)狀態的發展，及「恍惚現象」(phenomena of trance)的應用，以快速而多變的方法趨向欲實現的目標。
- （二）傳統的心理治療主張幾乎每一個人多多少少都有精神神經症，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。
- （三）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（引自張玉美，2002）。

催眠在心理治療的使用上有兩種型態：一為以催眠為主；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。劉焜輝（1999）整理學者的研究提出催眠在臨床的使用上有三種意義：

- （一）人際關係層面的意義：催眠治療建立在人際關係的基礎上，催眠狀態中的一切經驗過程，催眠者與被催眠者都需一起分享。
- （二）暗示層面的意義：暗示的作用甚大，在催眠治療中是最常被使用的，許多症狀往往是案主不自覺自我暗示所產生，因此在臨床上可經由暗示解決問題。
- （三）催眠性恍惚狀態層面的意義：在催眠恍惚狀態下，被催眠者可以放心依賴催眠者，因此焦慮或痛苦等情緒經驗的淨化和解放較容易達成，且心像與夢等精神分析或行為治療在此狀況下更容易實施，對自律神經系統機能障礙的正常化也具有治療效果。

臨床催眠已被近來推動的實證性支持的治療所直接影響，且近年來重要的高品質實驗研究證明了催眠的效用及價值，及其對提升治療結果的貢獻。也有很多的證據證明當催眠作為治療過程中的一部份時，能催化積極的臨床結果，並增大治療的益處（Yapko, 2001）。

Yapko（2001）認為催眠在治療中扮演了有效溝通和改變的仲介者，其在英國醫學及健康年鑑百科全書（Encyclopedia Britannica Medical and Health Annual）中指出，我們對憂鬱症的了解近年來已大大的提升，這是穩固地建立在治療憂鬱症時心理治療這個不可或缺的角色上。每當被指定使用心理治療時，催眠影響的特別可確認型態也會需要，因為這兩者基本上已密不可分。

催眠治療之所以有效，一個很大的因素是個案對治療成果的期待。正向積極的期待或信念使個案相信，治療師在治療過程中所採用的方式會產生療效。正向

的期待包含許多方面的覺察，諸如治療師似乎是可信賴的，治療的程序似乎有可信的理論基礎 等等。因而藉由對個案在催眠中的教育（教導），建立起在治療過程中相關的期待，將有潛在性的治療功效（Yapko, 2002）。

很多的研究證實心理治療對於憂鬱症具有療效，且臨床催眠也常常在治療過程中被採用。催眠和心理治療有以下幾點相似處（Yapko, 2002）：

- （一）催眠和心理治療在治療型態上，對於教育和授權（empowerment）這兩個根本論題是相同的。
- （二）浮現在治療中的改變和增大個人選擇的論題，在溝通過程中是並存的，且影響了治療的全部衝擊。
- （三）催眠支持人們有更多自主及稱職的能力的信念，並使得一些能力的定義更明確且樂於被接受。

由上可知，催眠治療已逐漸被接受為是心理治療的一支，當它被應用在心理治療上時，能增進治療的效果及益處。

二、催眠治療的技巧與臨床應用

催眠治療可以一對一方式實施個別治療，也可同時對二人以上做團體催眠治療。催眠治療成功的要件，除了治療師本身的催眠技巧外，良好的催眠環境亦相當重要（例如，柔和的光線和顏色、適宜的溫度、安靜無干擾 等等）。另外，患者的動機（強烈求助催眠治療的意願或期待）、催眠師個人衛生（例如，外表的儀容、口臭、說話語調）以及事前的準備（例如，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） 等等，皆是影響催眠治療的因素（劉焜輝，1999）。

催眠技巧相當多元，學者各有不同的分類。例如，成瀨悟策分為精神動力的方法、心像法、行為科學方法；林茂男分成催眠內省法、催眠行動法、心理預演法。上述這些技巧都直接或間接利用心像（與五種感官或時間有關的心像）與被

催眠者的情境經驗結合在一起，提供解決重要問題的線索，同時具有治療的效果（引自劉焜輝，1999）。

而在催眠治療上，常藉暗示誘導外傷情境或衝突情境，來推敲這些情境和當事人的症狀、問題的關聯性，以達到祛除症狀的治療目的。

催眠的應用範圍相當廣泛，舉凡心身症—高血壓、氣喘、胃腸潰瘍（有30%-40%雖以身體症狀為主，但在發病過程中和心理有關，除了藥物，仍須心理治療）自律神經失調、失眠、憂鬱症 等等，都有不錯的功效（李曉涵，1994）。

賓州大學的研究亦顯示，催眠可以增加免疫系統中某些白血球的數量，還有無數研究指出，運動員的優異表現和他們使用的圖示擬想技巧之間有密切關係。許多研究與臨床人員，已運用催眠法幫人戒煙、戒酒、戒酒癮或治療嗜食症（Weiss,2002）。

催眠對於教導諸多的技巧，諸如問題解決技巧（problem solving skills），社交技巧（social skills），行為技巧（behavioural skills），甚至於能幫助緩和睡眠障礙的放鬆技巧（relaxation skills） 等，是個有效的工具，且不必增加對藥物的依賴，上述技巧都是憂鬱症康復所不可或缺的要素（Yapko, 2002）。

研究者搜尋國內、外網站及資料庫發現，臨床上已有應用催眠來治療憂鬱症的情況，但經嚴格設計的實驗研究報告卻很少。已發表的相關研究指出催眠治療對於心理治療過程中的憂鬱症狀，有改善的效果。

而且有許多策略已經被使用於憂鬱症的催眠治療上，諸如結合催眠與行為技巧（指放鬆、認知療法 等）或以催眠來提升理情治療法（rational-emotive therapy）的效用。Milton Erickson在治療憂鬱患者時，經常使用的治療取向（approach）是誘發出生理上的症狀，如手臂的疼痛，以之作為催眠後暗示（posthypnotic suggestion），並教導患者疼痛將在幾天後緩和。最後，Erickson會使用一些充滿象徵性的意象，諸如告訴患者『沒有疼痛會永遠持續著，雨後將天晴。』藉此期望，患者將把憂鬱症存在的痛苦經驗歸結到手臂疼痛的消解。

Erickson提出許多上述藉由重新建構虛無及悲觀認知而消除憂鬱症狀的案

例，他通常使用優雅的象徵手法及複雜的治療策略（Deltito & Baer,1986）。

Deltito and Baer（1986）依其臨床經驗提出，更簡單易懂的取向也能成功的應用在憂鬱症催眠治療上。在催眠狀況下，治療師可以給予患者暗示，想像他們再一次過著勝任的、令人滿意的及成功的生活，治療師也可以直接討論患者虛無自我概念的正確性，並暗示未來患者將不再悲觀的看待事情。他們使用這些技巧治療的許多患者，在兩星期內便改善了憂鬱的世界觀及減少了麻木的徵象 (neurovegetative signs)。

Deltito and Baer（1986）在他們憂鬱症催眠治療報告中提出了兩個操作的基本原則：

（一）視催眠為一個抗焦慮的技術：因為焦慮症狀通常伴隨著憂鬱症，催眠能被使用來幫助患者放鬆並睡得更好，當有焦慮症狀的患者使用放鬆技巧時，焦慮和憂鬱的程度都會減少。

（二）視催眠為去除與憂鬱連結的虛無認知的促進因素：如果患者接受在催眠之下的理念或認知，隨後他將改變他的行為以符合他接受的理念。催眠在重新建構虛無認知時，是個威力強大的促進者。一個訓練有素的催眠師能利用催眠幫助患者確認，並改變引發及延續他痛苦的扭曲思想模式。

由上可知，許多的策略及技巧都可應用於催眠對憂鬱症的治療上，除了上述 Erickson 的治療模式外，一些研究者及臨床治療師也發展出各自的治療方法及取向。

三、憂鬱症臨床治療實務探討

研究者搜尋國內、外中、英文資料庫時發現，關於憂鬱症催眠治療的研究文獻相當缺乏。目前將催眠治療應用在憂鬱症的臨床治療及研究方面，經驗豐富且又有相關著作的首推 Michael D. Yapko。以下茲根據 Yapko(2001：p.25-76)的研究，將應用催眠於憂鬱症治療時，應該注意及思考的面向，翻譯整理如下：

(一) 催眠治療設計的實務性思考

- 1、並非所有的催眠都是相同的：近來的催眠研究正忙著試圖澄清催眠的程序和變項的影響之間的關係，這是相當重要的。如果我們想要更加瞭解如何在治療中使用催眠作為一項巧妙（靈巧）的工具，當設計及傳遞催眠的干預（intervention）時，所有的複雜情況不應該被低估，任何能形成幫助的潛能，也有相同的潛能造成傷害。
- 2、實施催眠治療或只是使個案進入催眠狀態：催眠治療並不是主觀、專斷的照著手稿唸，而是要因應個案的特殊性去設計並引導一個完善的催眠程序，這些是很複雜的技巧，需要花費時間及努力去發展。
- 3、藝術及科學地實施治療：治療的實施必須考量個案的特殊性及需求，而不是以治療師個人的偏好來決定，如果治療可以標準化，就像一些催眠手稿，那有人會問，如果需要的只是唸催眠手稿的人（script readers），我們就不需要訓練臨床治療師（clinicians）了？我們要想想自己的治療哲學及取向為何？個案的症狀特性及歸因，應該是治療干預的基礎。治療應該是目標導向的，個案要的是結果，而且馬上就要。
- 4、催眠及其治療目標：如果臨床治療師對個案特別需求的陳述不清楚，干預（intervention）可能無效。Yapko 並不倡導『信任你的潛意識』的取向，他認為治療應該有特定的目標，及輪廓清楚的步驟。
- 5、從哪裡開始：個案可能有多項的診斷，並非所有的問題都是相等的。有些症狀概括說來，存在於個案全部的生活中，而有些則只是特別存在於特殊的情況中。有些只是令人苦惱的，有些則很明顯是危險的。當然，急迫性的症狀要先處理，例如：自殺意圖、藥物濫用及使自己和他人危險的行為。
- 6、建立治療的動力及反應機制：如果連續說了四項個案會同意的事，那麼當說出下一項時，他們也會同意。在臨床催眠實務上，有效地利用此規則意指著建立了從一般到特殊的干預。因此當幫個案做回溯時，可先提供一系列關於回憶的暗示（此為個案同意的）。反應裝置（response set）只有在療

程的目標相當清楚時，才能有效地被設計及傳遞出去，如果無法在 25 個字（或更少）以內清楚地敘述治療目標及訊息，最好不要做治療。

- 7、以症狀作為干預的目標：一旦個案感覺受苦於症狀，要從憂鬱症當中康復便極端不可能，當症狀形成時，相關的危險因素可能早就存在了，有效的治療必須把危險因子列入考慮。
- 8、以危險因子作為干預的目標：就憂鬱症而言，有許多危險的心理、社會因子。包括：有壓力的生活環境、婚姻衝突、生理或性虐待、經濟窮困、社交技巧不足、問題解決技巧不足、自我管理技巧不足 等等。治療目標不只是減緩或消除症狀，對於成功的治療而言，也要減緩或消除危險因子。因此教導個案去確認及減少他們復發的危險因子，就有相當大可能的潛力使他們得到緩解。
- 9、開始使用催眠：教導因應及問題解決技巧比分析心理病理學更適當。不必等到完全知悉個案的問題、生病的歷程才給予處置。有些低挫折容忍度的典型憂鬱症個案，他們想要一些立即性的緩解，為何不提供一些當這是催眠所能做的最好的事情之一呢？我們可以很早的向個案證實他們的症狀是易受影響的，許多個案在做了一次治療之後沒再回來，覺得沒幫助，是因為臨床催眠師第一次面談時，只問及他們的歷史。個案治療時想要的是增進希望並減緩一些問題。
- 10、向個案介紹催眠：如何向個案介紹催眠呢？舉例如下：

『我已聽你講述過你的症狀、問題大約 30 分鐘，我對你的痛苦及絕望深有感觸，顯然地你想要有些改變，你來到這裡，而且知道對於以不同方式看待事情、思考及感覺的重要，你可以讓你的眼睛閉上，並讓自己集中焦點在我要向你描述的某些可能性 』
- 11、選定個別的催眠型態：催眠方式的選用必須基於個案的情況（症狀、口述的需求），而非催眠師個人的偏好。Yapko 反對『只要個案被催眠能力高，什麼樣的暗示都沒關係。』

(二) 模稜兩可及信念的弱點 (Ambiguity and the Vulnerability of believing)

憂鬱症和信念密切相關，作為臨床治療師，在治療中做的大都是找出有創造性的及特別的方式去挑戰造成或加劇個案憂鬱的世界觀，且藉由教導的信念挑戰那些機轉 (mechanisms)。

- 1、模稜兩可 (Ambiguity)：模稜兩可理所當然是我們所知道的危險因子中最有力量及無處不在的。在此脈絡裡，模稜兩可是在一個人多變的生活經驗中，缺乏明確的意義。信念則是多面向的 (生理、感覺、行為、認知)，我們必須傳送全面的干預 (intervention)。
- 2、承認 (Recognizing) 及忍受模稜兩可：藉由說明治療中模稜兩可的議題，並使它成為催眠干預中一個主要的目標。治療的主要目標諸如教導能夠良好地增進理性思考，因為一旦個案無法忍受不確定性，他 (她) 將被刺激於生活經驗中繼續形成未經洞察的投射，並因而心情苦惱。臨床治療師想要他們的個案，學習如何保持關於讓他們生活良好的信念 - 增進生活的人生觀 (outlook)，提升身體健康、增加生產力、促進人際關係。同樣地，臨床治療師想要他們的個案斷絕任何傷害他們任一面向功能的信念。
- 3、彈性 (Flexibility)：治療的目標不只是教導自我校正特定的官能障礙的態度或信念，而是如何認識現在脈絡中需要修正的改變，搭配著彈性以正確地達成修正。每一種取向 (approach) 對某一些個案有很好的成效，而不是其他的。
- 4、教導區別 (discriminate) 的能力：臨床治療師的主要任務是教導區別的策略。區別的策略是使個案能用來分辨當情況是『此 (this)』及當情況是『彼 (that)』的內在策略。如果我們要教導某人 (他常常不適當地在某情況下易衝動)，首先我們必須提醒他或她一個正向地評價『在某情況下的方法』；相同地，也要一個正向地對於超越某情況相反的評價。接著我們必須教導那人如何解讀一個情況，以便決定是否這是一個需要『在某情況下』作為一個有效的反應。

『一個有效的反應』如何評價？作為一個臨床治療師，你如何描述一個做決定的策略，當一個有效的反應會成為『在某情況下』或『超越某情況』。挑起任何關於生活的絕對事物（absolute）及找出例外。當你能向某人解釋你如何知道在一個脈絡中它是『此』，但在另一脈絡中它是『彼』時，你將知道你已向成為一個有效的臨床治療師、教師、父母、朋友、同僚及一個人類，更加靠近一或二步了。

- 5、區別的策略（Discrimination strategies）：許多人類的不幸能藉由教導人們迴避及成為一個相信者有關的指責而減輕。大多數那些不幸減輕是因為人們不滿足於只是相信。他們也常常覺得受迫於去攻擊同樣地不相信的那些人，或對他們施加壓力以改變他們自己信念的方向。
- 6、用催眠促進承認及忍受模稜兩可的能力：或許沒有單一的更重要的預防干預，比教導人們認識當情況是模稜兩可及當他們在非常危險地製造潛在的憂鬱投射。藉由更加認識形成憂鬱投射的可能，被鼓舞的個案能促使自己產生多元觀點，開始一項對內在或外在規則客觀資訊解釋的探究。當個體面對一個模稜兩可的事件（尤其是負面的），並問了實際上的問題—『為何這件事會發生？』時，這個危險是在於採用一個自我破壞的或自我限制的解釋（這些是沒有客觀基礎的）這些解釋或歸因的嚴厲型態是形成生活事件意義的類型。當人們總是對自己或他人用傷害的方式解釋事件，憂鬱症是可預知的結果。

主要的治療目標是：（1）學習如何快速地瞭解情境中的模稜兩可。（2）防範（guard）對抗個人自己的傾向（用某些可能沒有客觀真實的型態去詮釋事件）（3）發展對模稜兩可的容忍，允許對於不曉得（Not knowing）的安逸舒適（comfort），不曉得是一個要找出的激勵（spur），它並非意指著愚蠢或無能。在一個描繪出的脈絡中，不曉得什麼是『正確』或什麼是『真實』，不是能（empower）授權使人去做，就是欺騙（victimizing），端賴於個人的知覺。作為一個受過良好訓練的專家，我們學習轉變無知（ignorance）成

為有意義研究的機會，且我們學習去區分推測及確定的事實。

7、為承認及忍受模稜兩可建構催眠治療的期程（sessions）

表 2-1：促進催眠能力，以覺察忍耐、模稜兩可的期程

-
- 把個案導向於催眠
 - 引導過程：建立反應裝置，留意不確定性
 - 引導投射的過程，暗示有關投射的隱喻
 - 引導曉得的價值：暗示有關曉得的隱喻
 - 引導不曉得的價值：暗示有關不曉得的隱喻
 - 架構『不曉得』作為在某些脈絡中想要的
 - 暗示以確認當「不曉得」是所想要的時
 - 為了統整的後催眠暗示
 - 終結
 - 自由（解脫）

8、策略描述（Describing the strategy）：第一個步驟是把個案導向於催眠。一個一般的策略只是問『你以前有體驗過催眠嗎？』，以作為得到關於個案催眠線索的手段。反應裝置的建立是創造個案反應動力的手段。最平常的例子是「yes set」，一種建立個案同意和接受更深暗示的手段。在此脈絡中的策略目標是增進不確定（uncertainty）的覺察（awareness）及接受（acceptance）。一個反應裝置可能包括這些暗示，諸如：

『有很多不同的事情我能說出來，以便幫助你放鬆 且我不知道哪一種在幫助你得到更深的舒服時是最有價值的，而且你也不確知我能談論什麼來幫助你，且你尚不知你將如何不同地來思考關於你自己，你並不真的知道何時你將發現自己如此不可思議地舒服 』

在每個暗示中，不確定性是模稜兩可的，但也和正向的可能性有關。

暗示說明了過程（根據個案的反應是個人的或與個人無關的）被用來教導個案，形成投射是正當的，藉以使個案去病理化（depathologizing），但自我監督將是必須的，因為那些投射並不總是正確的。

下一步驟，『不曉得的價值』被引導著，這階段的目標是去病理化。藉暗示以強調生活中有些無法回答的問題，沒有任何的 analysis 能回答，且沒有答案不但是可接受的，有時也可能是最好的結果（與其給一個錯誤的答案不如不給）。

再下一個步驟，使個案專注再構造（involving reframing）。個案被教導一個策略，一個內在類型（sorts）的機轉，使他能或她能用來從中辨別是事實或是推論的。後催眠暗示的功能是結合一個新的學習到合適的脈絡中，它是催眠干預中一個例行工作，沒有它們，新的學習不可能概括到個案生活中的相關脈絡。

（三）聚焦於未來

Yapko 提出建議，在治療憂鬱個案時的第一個任務是提出任何他或她可能會有絕望感（hopelessness），因為絕望是負面期待的敘述。絕望是影響憂鬱災難分布的最大單一因素，在個體層面而言，它仍然是第一及通常（不總是）是復原之路最大的障礙。絕望打敗任何治療的干預，甚至在藥物王國中，期望在治療結果中扮演了一個重要的（significant）角色。

因此在治療時必須建立起個案對未來的期望，利用『覺察-架構』、『目標-導向』的治療塞住憂鬱的坑洞（Plugging holes in awareness-Structuring goal-oriented therapy），一步步地描述催眠性地建立期望的過程（A step-by-step description of the hypnotically building expectancy process）。（『建立期望』的催眠手稿範例請參閱附錄一）。

綜上所述，催眠治療在國外已被接受是心理治療的一支，且催眠治療對於憂鬱症狀的改善有不錯的效果。而催眠治療相當專業，當治療師使用催眠治療憂鬱

症時，必須考量個案特殊的狀況及需求，並設計出一套符合個案需求的治療程序，治療才會有較好的效果。Yapko 的研究為憂鬱症的催眠治療，指出了一套適切、有效的程序及步驟，讓臨床治療人員對於催眠治療的應用有一清楚的理解。

基於憂鬱症目前已成為全世界人類所面臨的重大威脅，且抗憂鬱藥物的研發雖然日趨受到重視，但是憂鬱症的嚴重性及威脅卻與日俱增，因此除了藥物治療之外，我們有必要重新思考其他療法的可行性，而催眠治療正是我們可以探究的一環。

第三章 研究方法

本章共分成五小節加以陳述。一、研究取向與方法。二、研究對象。三、研究工具。四、資料蒐集、整理與分析歷程。五、研究倫理的考量。

第一節 研究取向與方法

壹、質性研究

研究方法的選定，取決於對質性研究的特性及研究主題屬性的考量。質性的方法能使研究者深度並仔細的研究所選擇的論題，使研究更具深度、開放性且詳盡周密。為求能深入探討研究參與者的生命經驗及其轉變，因此決定採取質性研究方法。

一、質性研究的基本特性

質性研究有以下幾點基本特性（引自劉仲冬，2002）：

- （一）透過被研究者的眼睛來看世界：Schutz 認為對於『社會實在』的瞭解，必須基於生活在那『社會實在』中人的特別經驗及感受，所以研究者必須能夠掌握被研究者個人的解釋，才能明白其行事的動機。
- （二）描述：詳細的描述可以提供事件及情景發生的背景，可以幫助研究者瞭解研究主體的解釋，同時亦能提供讀者資料，評價研究者的分析及解釋。
- （三）網絡主義（contextualism）：質的研究者相信資料只有座落在其社會及歷史脈絡中才有意義，也才能被瞭解。
- （四）過程：社會生活是動態的、進行的、非靜止的。因而研究者視其為系列且交互關聯的活動，必須重視變遷及其背後的過程機轉。

(五) 彈性：為了避免先入為主或將不適當的解釋架構強加於被研究者身上，所以研究多採開放或非結構方式。

(六) 理論及概念形成：質性研究的資料處理主要依靠分析、歸納，因為研究是探索性、發現式的，為免於將既定的價值加諸被研究者身上，故通常不預設理論架構或假設。

二、質性研究方法的主要用途

齊力(2003)認為，質性研究可以處理一些量化方法所難以處理的議題，茲論述如下：

(一) 探索性研究：當研究者對於所研究的對象欠缺瞭解時，質性研究是最可能嘗試的途徑，雖然質性研究的結果常缺少代表性，但是它能引導研究者開始理解行動者，並以初步的理解為基礎，進一步對團體做較主體性的認識。

(二) 意義詮釋：質性研究適合去掌握並理解行動者對行動所賦予的主觀意義，讓研究者可以建構一套客觀的意義脈絡。

(三) 發覺總體或深層社會文化結構：在量化研究中，研究者通常致力於捕捉一些重要概念，並將概念化為變項，然後檢視變項之間的關係，但常因研究的限制而忽略了時間面向，使得社會的總體結構被拆解成各個變項，無法維持其繁複的脈絡與整體性。

綜上所述，基於質性研究的特性，以及為符應本研究之目的和屬性，故在本研究進行過程中，研究者採深度訪談法蒐集資料，並運用敘事分析的方法，整理及呈現研究參與者的生命故事，和接受催眠治療後之心理歷程。

貳、生命故事的詮釋

生活當下現場的意義往往是模糊的，常常是在事後的回首中，人們藉著故事來理解它。而人所說的往事並非是過去如實地重現，而是對於過去的一種觀點或

隱喻。詮釋取向的心理學強調，理解人的行為或表現，必須在該個體的脈絡下進行，要得到該事件對當事人之意義的恰當詮釋，有賴於對關係性及整體性的脈絡進行瞭解，當脈絡改變，意義也隨之改變（余德慧、李宗燁，2003）。

詮釋學（Hermeneutics）學者Max Weber（1864-1920）及Wilhelm Dilthey（1833-1911）等，提出了「了悟」（*verstehen*）的概念，認為其含有「理解」（*understanding*）或「頓悟」（*insight*）的意思。日常生活世界中的許多現象與行為，常不易透過客觀的具體標準工具來加以分析，所以必須掌握到行動主體的立場與觀點，才能真正了解其行動背後的意義。因此，研究者應從研究參與者的內在觀點出發，由其生活世界的脈絡中，去了解其對生活情境所賦予的意義與價值，這種由主觀的詮釋過程來了解行動意義的方式即為「了悟」（潘淑滿，2003：pp.46-47）。

余德慧（2001）認為，人的理解本身是以自身理解循環的方式，亦即當下無法理解的事物，是當我們離開當下，而又再次碰到的時候，理解才發生。理解循環展示出理解本身是歷史性的，涉及到部分和整體的關係。當我們觀看循環的整體時，必須瞭解第一次、第二次，一直到後來的無數次，都是在事件的遭逢（*encounter*）之下。故部分和整體是相互性的，只有在歷史的意義底下（即事件的再遭逢），部分才會出現整體，整體也才能說明部分。

就生命故事的詮釋而言，因詮釋的焦點關注在「理解」之上，強調對於生命的理解是一種「詮釋循環」和「視野交融」的動態的歷程，理解的基礎是建立在整體與部分不斷地變換位置中的累積，整體意義會引導對於部分的理解，對部分的理解又有助於對整體意義的掌握。而視野交融則是指兩個主體相互理解的過程，意即研究參與者與研究者兩人在互動中彼此的視野發生了融合與轉化（侯南隆，2000）。

社會學家舒茲（Schutz）則從社會世界現象學的角度出發，認為每個人擁有意識的本能與特性，自我會意識到自己身體的狀態、感覺、知覺、採取態度的行為，以及情緒狀態，並進而轉向於對過去的自身經驗加以反省、確認、識別、注

意與詮釋等，並由此特定的經驗獲得了意義，而意義也就是一種自我看待經驗的方式（Schutz, 1991）。

理解是一個詮釋的歷程，也是意義建造的歷程，有意識的主觀經驗之探討，必須借助詮釋學的方法（高敬文，1999）。而本研究之目的在以生命故事的形式呈現研究參與者的主觀經驗，並探討其經催眠治療之心理歷程，故必須透過詮釋的過程，來達到整體及部分的理解，因此本研究取向是以詮釋學為本質的敘事研究。

參、敘事研究方法

在研究方法的選取上，因本研究想探討的是憂鬱症患者在其生命歷程中，個人的生病經驗、及其如何看待自我與社會生活世界的碰觸、如何詮釋這些經驗並再賦予意義等內在主觀的體驗，因此研究者嘗試以敘事研究方法，作為本研究的切入工具，由憂鬱症患者來敘說其生命故事，研究者再以其敘說的文本探索與本研究主題相關的主觀經驗脈絡與意義內涵。

一、敘事研究（Narrative Research）

敘事是一種用來組織劇情（episodes）、行動和對行動之說法的方式。它的貢獻在於結合事實和想像，融合時間和空間，並賦予個人行動的理由，以及事件的因果解釋（Crossley, 2004）。

敘事研究學者Mishler曾宣稱：『故事是理解人類經驗的基本方式。』敘說有關過去事件的故事是人類普遍的生活經驗，透過敘說、書寫、閱讀和傾聽自己和別人的生命故事，人們可以更瞭解彼此的想法和感受，並跨越文化的藩籬（吳芝儀，2003）。

Polkinghorne認為敘事研究乃是應用故事以描述人類經驗和行動的探究方式，由於人們是透過其所敘說的生命故事，來為其生活賦予意義，所以如要研究

人們如何建構其生活經驗的意義，敘事研究應該是最恰當的方式（引自吳芝儀，2003）。

在解讀敘事的材料時，須以對話式傾聽（dialogical listening）來解讀以下三種聲音：敘說者的聲音、理論的架構以及研究者對每個結論的形成過程。透過研究者自覺的反身檢視，以促進敏銳的理解和豐富的解釋。敘事研究並無事先的研究假設，通常是在閱讀材料時形成的，亦即在解釋中被帶出，是一動態且需接受不斷的修正。而假設和理論是在不斷循環的閱讀與分析中獲得，越豐富的閱讀越能產生越精鍊的理論陳述，且能促進理解（林金梅，2004）。

二、敘事研究的分析方法

Lieblich, Tuval-Mashiach & Zilber 提出了一個整合內容和形式，並分別以整體的（holistic）和類別的（categorical）觀點來進行敘事分析的模式（引自吳芝儀，2003）。「整體」的取向是以個人的生活故事為主體；「類別」則傾向於對某一問題或現象的興趣；「內容」則導向於明確的事件內容，主要為獲得其中隱含的意義、動機或某種象徵意向；「形式」則著重情節的結構、事件的順序、引發的情緒、敘事的風格、隱喻或文字的選擇等。針對這兩大類的四個單元，再相互交叉形成四種敘事研究的分析模式（廖小慧，2001）：

（一）「整體 - 內容」分析法

此方法是將焦點置於個體完整的生命故事所呈現的內容，研究者藉由對每一片段內容的理解進而整合出故事的另一部分或整體的意義。

（二）「整體 - 形式」分析法

此方法著重在故事中具代表性情節的分析，或尋找完整生命故事的架構。如故事的發展是喜劇或是悲劇，是前進式或倒敘式的。研究者必須要找出故事的高潮或轉折點，讓整個故事有最清楚的表達。

（三）「類別 - 內容」分析法

此取向較類似於內容分析，研究主題的歸類是事先定義分類好的，研究者對於從文本摘錄下來的陳述進行分級、歸類再聚集成次主題。

(四) 「類別 - 形式」分析法

此法分析焦點在於特定敘述中的抽象文體 (discrete stylistic) 或語言特徵，如分析敘說者使用何種隱喻、主動或被動陳述的頻率等。

由於故事的形式很難能完全獨立於內容之外，同樣的，整體與類別也不能全然二分。故上述四種不同方式的實際運作，其界線不容易截然清楚的劃分，且沒有一個故事的聲音是單一向度的 (unidimensional) (林美珠，2000)，所以敘事研究並沒有單一的處理方式，有時幾乎是憑研究者的直覺加以定義，其目的不是歷史的敘述，而是了解敘說者在其生活處境下的觀點 (林金梅，2004)。

本研究目的旨在於呈現研究參與者之生病經驗，及探討催眠治療在其復原過程中的影響，故採取了「整體 - 內容」與「類別 - 內容」兩種模式的分析方式，作為解釋和呈現的策略。

三、敘事研究的過程

Riessman(2003)將敘說視為一種經驗再呈現的過程，其層次有五，各層次之間有些部分是相互滲透的：

- (一) 關注經驗(attending to experience)：『經驗』的再現是回到意識層面的活動，包括對原始經驗所產生之意念或圖像的反射、回憶及重組。這些關照經驗的活動是對社會事實的一種建構 (胡幼慧，1996)。藉由關注，某些現象便具有了意義。
- (二) 訴說經驗(telling about experience)：受訪者會以聽者所能理解的方式敘說他想要表達的事件，敘說者以其想被聽到的方式來敘說，於是在敘說中也創造了自己(吳芝儀，2003)，敘說不可避免地就是一種自我的再呈現。
- (三) 轉錄經驗(transcribing experience)：不同的轉錄方式，便會有不同的建構意

義，轉錄的過程會隨著研究者個人的風格而有不同的詮釋。

(四) 分析經驗(analyzing experience)：進行分析時，如何收入、捨棄、切割、節錄、凸顯、安放標題，並決定資料的展現風格，在在都要放入研究者的價值觀、意圖、及理論視角（胡幼慧，1996）。

(五) 閱讀經驗(reading experience)：每個文本都是多重聲音（plurivocal），開放給多種的閱讀方式和不同的建構。當經驗被書寫成報告，不同的讀者可能會解讀出不同的經驗，因此必須公開發表，接受評閱。

四、敘事研究的評估準則

Gilbert認為敘事研究的主要價值，在於提供機會傾聽研究參與者自己的話，其內容包含了既是情感又是理智的經驗，也因此被批評為不具有普遍化的限制，這也是質性研究所共同受到的質疑 - 如印象的、主觀的、報導式的、充滿意義型態及不嚴謹的批判（引自潘淑滿，2003：p.80）。故研究者必須盡可能的要求自己主觀傾聽敘說者的主觀聲音時，也必須兼顧到多數人能了解(intersubjectivity)的狀況，以期引導出良好的且深遠的結果。

再者，面對每個研究計畫之前，研究者已擁有先前的經驗，因此研究者很可能將只看到圖像的一部份，必須小心的覺察自己的限制與影響，並有責任提出這些可能造成的疏失，讓讀者有一更客觀的視野。Lieblich 等人基於以往從事生命故事的研究經驗，發現以下四個準則，有助於敘事研究的評估（引自林金梅，2004：p.31）：

- (一) 廣度 (Width)：指是否提供足夠且廣泛的證據供讀者判斷和做出解釋，包括訪談或觀察，以及解釋或分析的質量 (quality)。
- (二) 連貫一致 (Coherence)：指以不同的部分解釋，創造出完整且有意義的圖像。表現在內部的一致性是，部分與整體的契合度 (fit)；表現於外部的一致性則是與現存理論與研究的對照。

(三) 洞察力 (Insightfulness)：指在故事的陳述和分析中，具有對新事物或創造力的覺察。如讀者是否因閱讀了他人生活故事的分析，更能對自己的生活有所領悟與洞察。

(四) 精簡 (Parsimony)：指能使分析奠基於少量的概念，而且具文雅與藝術魅力等的能力。

研究者嘗試以敘事研究的方式，來分析與解釋恐慌症合併憂鬱症患者的生命故事，將謹依上述原則，作為研究分析與呈現的主要參考，也盡可能地詳實說明研究進行的過程，以供讀者檢驗。



第二節 研究對象

壹、研究對象的選擇

原先和指導教授討論的結果，是要找尋五至六位曾經接受過四次以上催眠治療的憂鬱症個案，以深度訪談方法進行研究，當時信心滿滿認為一定可以找到適合的對象，雖然指導教授提醒個案的尋找可能有困難，但研究者還是相當樂觀，後來等待了半年，仍未找到任何符合研究要求的個案。

當時內心相當掙扎，考慮著是否要更換研究主題，幸而在指導教授的點撥之下，研究者決定更改研究方法，而當時也很幸運的經由催眠治療師的介紹，找到了一位適合做敘事研究的個案。

由於本研究目的在於以生命故事方式，來呈現恐慌症合併憂鬱症患者的生病經驗及其接受催眠治療前、後之生命轉變。為了呈現研究參與者豐富而獨特的生命經驗，因此採立意取樣（Purposeful sampling）原則，選擇資訊豐富之個案（information-rich cases）做深度之研究。而本研究之參與者 - 曼菲，生病期程持續了將近七年才康復，其間歷經了恐慌症（合併有懼曠症）及憂鬱症的折磨，直到接受了催眠治療之後，病情才逐漸的好轉。她在康復之前二、三年接受過數十次催眠的豐富經驗，正符合本研究所欲探究的主題—催眠，因此，在曼菲的慨允之下，研究者展開了一段探究生命的旅程。

在和研究參與者進行訪談之前，研究者事先利用 E-mail 聯繫，告知研究目的及研究倫理，並於初次訪談時再次說明。在獲得研究參與者的首肯後，請其簽定訪談同意書一式二份（參見附錄四），始確認其為符合本研究之對象。

研究者在找尋研究參與者的過程當中，歷經了五、六個月的等待，終於皇天不負苦心人，黑暗之中露出了一點曙光，經由催眠治療師的介紹，我聯絡到了曼菲，她的願意接受訪談，讓我感激不已，在幾次的E-mail往返之後，敲定了訪談時間，而研究方向及研究方法也在經指導教授的點撥、討論，確定可行之後，長

期懸宕在我心中的一塊大石頭才落了下來。

懷著感謝及緊張興奮的心情，我搭車北上，在五、六個小時的車程當中，我一直思忖著該如何讓訪談能順利進行，畢竟彼此都是第一次見面，關係的建立相當重要，對於要向一個不熟悉的陌生人（研究者），敘說自己生命過程中的點點滴滴，或許是涉及到個人隱私的情事，這需要有多大的熱情與勇氣！我帶著一絲疑惑，以及一顆誠懇、開放的心來面對訪談，而曼菲的爽朗及健談，也讓訪談得以順利進行。

貳、本研究之參與者

茲將研究參與者之基本資料及治療經過，整理如表 3-1：

表 3-1：研究參與者基本資料

化名	曼菲
基本資料	
年齡	30 歲
性別	女（未婚）
治療過程簡述 暨症狀說明	<p>1、87 年於 醫院第一次就診，經診斷為恐慌症合併懼曠症（可能在公司上班時，已有憂鬱症狀，當時僅接受藥物治療）。</p> <p>2、91 年轉至 療養院，接受個療及藥物治療，91 年 10 月懼曠症康復（仍有一些恐慌症狀）。</p> <p>3、91 年至 93 年中接受催眠治療，起初一或二週一次，嚴重時不定期催眠諮商。</p> <p>4、93 年 6 月轉至 醫院就診，接受個療及藥物治療。</p> <p>5、93 年初逐漸減少藥量，94 年 2 月自行停止服藥。</p>
其他資料	投稿報刊之文章二篇、E-mail 一篇
訪談次數	4 次
訪談時間	共約 12 小時

第三節 研究工具

壹、研究者本人

在研究過程中，研究者必須扮演資料蒐集者、訪談者及分析者的角色，因此在質性研究過程中，研究者本身即是工具，研究的效度，大部分的關鍵在於進行實地工作者的技巧、能力及嚴謹的執行其工作（Patton,1999），故需經嚴格的訓練和準備（嚴祥鸞，1996）。

一、研究者的背景

研究者目前於國小服務，在大學時，曾修習過諮商理論與技術、團體輔導、個案研究 等心理輔導相關課程共三十二學分。於本所就讀期間，修習過量化及質性研究，在質性研究課程中有訪談及觀察的實際演練，同時研究者亦深入閱讀相關書籍以充實研究知能。研究者曾接受義務張老師第一及第二階段的儲訓，具備輔導及助人技巧的相關概念，能夠幫助研究者運用在訪談過程中所需要的傾聽、同理心、真誠一致及建立良好關係等。

研一時選修了『生命歷程』及『心靈舞蹈與生死工作』，課程當中深層的心靈分享，及團體的倫理規範，讓研究者對於自我的探索、心靈的成長及內在的心理動力，有更進一步的瞭解和感動。後來參加催眠師的訓練課程，於94年1月取得美國 NGH 國家催眠師協會核可的催眠師證照。研二時，選修了『催眠治療與神經語言程式學』、『催眠治療與生死課題』共六學分的課程及『諮商理論與技術專題研究』，讓研究者對於催眠的專業倫理、自我催眠、NLP 的技巧，以及催眠治療的設計和實施 等，有更進一步的認識。而本學期亦報名所上所開設的『催眠治療與神經語言程式學高階課程工作坊』，期能對於催眠的實務工作能更加精進，是故就本研究题目的研究及撰寫而言，已具備足夠的先備知識。

二、訪談者暨資料蒐集與分析者

研究者於預試訪談時以事先擬定之半結構式訪談大綱實施深度訪談，之後再依據訪談大綱不足之部分，重新編擬七題與研究主題相關之題目，請研究參與者進行生命故事的敘說，以求深入其內心世界，探索其接受催眠治療後之生命轉變，並由研究者擔任資料分析之工作。

貳、訪談大綱

因憂鬱症個案身心狀況不同，為求深入瞭解，本研究之半結構式訪談大綱是根據研究目的，參考相關文獻，並和指導教授討論後編製而成，內容聚焦在生病經驗及催眠治療後，認知、情緒、行為 等的改變，並於預試訪談後，針對不足之部分，重新編擬七題與研究主題相關之題目（參見附錄二），請受訪者進行生命故事的敘說。

參、基本資料表

由研究者自編，內容包括：(一) 基本資料：姓名、性別、年齡、教育程度、宗教信仰 等。(二) 罹患憂鬱症之背景資料：目前之身心狀況、發病時間、治療情形 等（參見附錄三）。

肆、錄音設備

包括 MP3 隨身碟二台、電池等設備。

第四節 資料蒐集、整理與分析歷程

意義建構的本身是一種互動的、脈絡化的文化活動，因此研究者必須從脈絡中去詮釋行動者的行動，也必須知覺到研究者的主觀在此建構過程中的運作，故在研究中必須清楚交代形塑意義的過程（蔡敏玲，2001）。

在質性研究中，研究方法的紀錄說明，方法論的辯證，細節的交代，以及挫折和困難等都要納入其中（丁興祥，2004）。為了提供讀者更多研究者塑義過程中的脈絡，因此在資料的蒐集、整理及分析上，研究者於本節中會做一清楚的呈現。

壹、資料蒐集的方法

一、深度訪談的進行

研究者在研究過程中，與本研究之參與者 - 曼菲，共進行了三次個別的、面對面的深度訪談，每次訪談時均全程錄音，以進行現場文本的蒐集，避免遺漏訪談過程中的細節。第四次則用電話訪談，確認一些問題。第一次預視訪談時依原先設計好之半結構式訪談大綱進行深度訪談，內容在瞭解研究參與者生病之原因，以及治療的經過，和催眠治療前、後之生、心理狀態，除了訪談的題目之外，也請受訪者針對訪談過程中未述及但與研究過程相關的部分進行補充。

在每次訪談進行前，研究者都會就該次訪談的主題，事先以E-mail告知受訪者，並約定時間，使研究參與者對於訪談的進行過程能有一概略的瞭解。訪談過程中，研究者則是本著真誠、開放的心，及專注、理解的傾聽，投入在研究參與者生命故事的分享。

第二次訪談時，研究者針對上次訪談時資料不足之部分或疑問處，以事先編擬好的敘事訪談大綱讓研究參與者參考，再請其對於特定主題進行深入的敘說並舉例說明。主題的訂定是開放而彈性的，目的在讓受訪者能自由地敘說對於該主

題的經驗、想法及感受。

第三次訪談時則是請研究參與者敘說其在接受訪談之後，對於自己生命經驗的新體認或新的想法，並釐清上次訪談時的疑點。再請其檢視生命故事及內容主題、概念的分析，刪去其不願呈現的部分，並補足訪談過程中闕漏及不清楚之處，期能在尊重研究參與者的前提下，客觀、完整的呈現研究參與者的生病歷程。

第四次則為電話訪談，由研究者再次確認『類別-內容』分析中的主題及催眠是否有何負面影響等，以做為文本分析及討論之依據。

二、訪談記錄

每次訪談後，研究者會針對當次訪談之主觀感受及訪談過程中的情形予以反思並記錄，做為下次訪談時的參考及改進的依據，研究者並提醒自己注意，在訪談過程中自己是以何種角色出現，是否會影響了訪談的脈絡及進行。

另外，研究者應用二台MP3隨身碟全程錄音，以建立現場文本，訪談後並隨即記錄一些錄音機所無法捕捉之有意義的資料（如眼眶泛紅、微笑等）。而受訪者表示在嚴重憂鬱的生病期間，無法閱讀，亦無法寫作，因此研究者無法拿到可資研究佐證的日記，只有兩篇受訪者病情好轉之後所寫的文章及一篇E-mail，提供研究者瞭解其生病中、後期對於生病經驗的想法及體認，並作為分析之用。

貳、資料整理與分析

訪談之後，研究者就訪談所蒐集之現場文本（錄音資料），轉錄為研究文本（逐字稿），並進行編碼。在整理逐字稿及不斷重複聆聽的過程當中，研究者對於受訪者的生命經驗有了更深一層的認識與瞭解，對於訪談過程中一些遺漏掉的有意義的訊息，也隨著對研究文本的反思而逐一呈現，研究者也在訪談情景及研究文本中來來回回的思考著，體會到一種既融入又解離的現象。

茲將資料分析之過程詳述如下：

一、摘要及反思

在反覆的聆聽與閱讀文本四、五次之後，研究者對於資料中的重要事件及訊息已能掌握，接著便開始將研究文本中研究者認為有意義的部分畫線，並撰寫摘要及編碼，在這過程中，對於突然浮現的想法，或以往忽略掉的訊息，以及研究者心中的疑問，都記錄在摘要之後的反思裡（見表3-2）。

表3-2：摘要、編碼及反思

逐字稿（A：研究者 B：受訪者）	摘要	反思
<p>B：對，然後大家態度都不覺得有什麼，因為<u>一般大家會覺得很丟臉，好像很不願意去承認這種東西，但我家人好像就~我自己很願意接受就說，好！我們就去看這樣子</u></p> <p>（B-1-7）。</p> <p>A 嗯！對！</p> <p>B：<u>那時去就去看了之後，確定，醫生判斷確定是憂鬱症，所以，我跟公司辭職。雖然公司它給我一個很輕鬆，薪水又提高了，可是我已經根本沒辦法上班了，因為去到公司坐在椅子上常常就開始流眼淚了，然後就覺得很害怕，雖然很輕鬆了，但是，還是真的沒辦法再待下去了，所以就離開了</u></p> <p>（B-1-8）。</p>	<p>B-1-7：家人不會因帶個案去看醫生而覺得丟臉、個案也願意配合</p> <p>B-1-8：向公司辭職，雖然工作變輕鬆、薪水也增加了，但是症狀仍在，無法上班</p>	<p>恐慌症後不久即併發憂鬱症，時間界線不明確？</p>

二、歸類主題、概念及核心概念

研究者將全部編碼後之摘要加以濃縮，逐條形成意義單元，並利用Excel軟

體的排序功能，根據研究目的，將各相關的意義單元歸類成不同的主題，再依各主題的相關性，找出意義的脈絡，形成相關概念，最後將相關概念依時間序列排序，歸結成主題、概念及核心概念（見表3-3）。在概念的形過程當中，研究者遇到了不少瓶頸，經歷了一斷時間的腸枯思竭及不斷地再次閱讀研究文本之後，終於對於故事的脈絡有一清楚的理解，而受訪者的故事主軸，也隨著概念及核心概念的逐漸呈顯而浮現出來。

表3-3：主題、概念及核心概念

核心概念	概念	主題	意義單元及編碼
催眠的轉變	催眠治療	處理僵直反應	B-1-41：NLP 解離技巧處理情緒 B-2-76：電話引導解除僵直 B-1-38：探討僵直的原因 B-2-69：一週一次催眠治療
	催眠後之轉變	催眠治療 治療關係持續 建立自信	B-2-120：心像預演法 B-2-106：找治療師 B-1-37：找回自己原有的自信 B-1-40：有了自信，其他通通都回來了 B-2-132：能認真看待自己的進步 B-1-36：催眠幫助找回自信 B-2-73：想像自己像王菲一樣，逐漸找回自信。 B-2-74：自信是克服憂鬱最重要的因素 B-2-117：有能力面對難題
催眠的轉變	催眠後之轉變	辦活動找回自信 對未來有期望	B-2-95：自覺有能力 B-2-101：受到肯定 B-2-75：時間線技巧幫助找回希望 B-1-39：催眠給予希望，幫助找回自信 B-1-44：催眠是座橋樑，引導想法轉換

三、依各主題撰寫研究參與者之生命故事

在統合資料的初期，研究者必須把對現象的瞭解及故事線（the story）扼要地描述出來，一旦認準什麼故事可以代表這個現象之後，就必須把描述轉化成概念，用分析式的語言說出這個故事。若找不到，就必須為此核心現象命名，每次命名的工作，就是由描述到概念化的過程（Strauss & Corbin, 1997）。

故事(story)係指針對一項研究的中心現象所做的描寫性記敘（narrative）；故事線（story line）則是指概念化後的故事（Strauss & Corbin, 1997: p.133），而『主顯節』一詞學者又譯為轉捩點，Denzin認為主顯節（epiphany）指的是對個人生命具有深層影響力的經驗事件，判斷的依據是該事件對研究參與者產生信念、態度或行為上的改變（引自吳芝儀，2003）。

本研究生命故事的撰寫是依照研究文本歸納之後，所產生的故事脈絡而呈現出來的，研究者依照時間的先後順序，以主題事件的方式（見表3-4），將與受訪者生病經驗相關或較特殊的經驗，輔以訪談所得之文本，做一連貫之陳述，旨在使讀者能對研究參與者的生命經驗有一概括及脈絡性的瞭解。

生命故事撰寫完畢，經研究者再三審視確認無訛之後，為求能真實、客觀地呈現出研究參與者之生命經驗，乃將生命故事先利用E-mail傳送給研究參與者閱讀，事後再於約定時間進行討論，針對研究參與者認為不妥或不精確處進行改寫，直至能充分、客觀地表達出研究參與者的生命轉變，並獲得其認可為止。

而在研究文本當中，研究者使用『~』代表短暫的停頓，『~~』代表較長的停頓，並以【】符號註明情境，以方便生命故事的撰寫及讀者的瞭解。故事主軸參見表3-4：『整體-內容』文本分析表。

表3-4：『整體--內容』文本分析表

故事主軸	主顯節	文本
小學生活的 光芒	自信滿滿	我從幼稚園，可能從出生吧，一直到小學六年級~我都是站在那種非常高峰的人，師長多疼愛~我的功課很好，然後，我長得可能很可愛、很漂亮，而且會彈琴，會吹笛子，會寫作文。~對！我是會彈琴的，然後站在司令台上講話，然後糾察隊的總隊長，模範生代表，不是那種一個班級，是整年的代表，~而且我總是當班長（B-2-136）！
從高峰跌落—國中生 生活	喪失自信	這麼高的人，到國中的時候，突然因為課業就跟不上~而且不止你會彈鋼琴，到了那個國中，還有很多別人，那就不稀奇了，然後~ 欸~~校花多得是，你算什麼啊！對不對，就突然沒了，然後功課又趕不上~你沒有一個特別沒有贏人家的地方，~就變得跟一般人一樣，對我來說就是跌了嘛！從那麼高的地方下來有~~欸~就是覺得有一點放棄自己了，~~放棄全部，對（B-2-137）！
高中—報告 事件	擇善固執	我只跟老師講說：「老師我們這一組我有做完，可是我並不想交，因為那是我自己的~我就不交，要零分，大家都零分，我不care我零分，因為我~實際上我是有去做的 （B-2-8） 我很想跳下去，那是我第一次有那~可能是第

		<p>一次有那種想自殺的想法~我就覺得說，這樣跳下去，我想就是要讓你們後悔就對了</p> <p>(B-2-9)。</p>
<p>聯考失利的打擊</p>	<p>信心大失</p>	<p>因為大家都覺得我會考上【強調的語氣】，我也覺得我沒問題，可是居然出來的結果不是，然後就對自己、就覺得好像毀了，我的人生就毀了，我覺得我很遜！對！就是說，天啊！就天塌下來，就這樣 (B-1-4)。</p>
<p>出社會工作—回想病因</p>	<p>恐慌、憂鬱爆發</p>	<p>我總是開始常常有一種聲音「我怎麼辦、我怎麼辦、怎麼辦、怎麼辦這樣子，然後，回到家以後也一樣，就是可能坐著就哭了，然後就開始有嗯~就是一種莫名的恐懼吧！</p> <p>嗯！就是哭可能就縮在牆角縮在桌角</p> <p>(B-2-33)。</p>
<p>恐慌及憂鬱症狀加重</p>	<p>學業壓力</p>	<p>其實我的狀況已經不是那麼好，我那時候已經有恐懼在，我又給自己這麼大的恐懼【笑】</p> <p>對！~~因為我要坐一段很長的一段公車上課，在那公車上，其實我就有非常多、很多的時間足夠讓我去害怕 (B-2-47)。</p>
<p>克服恐慌—光輝十月</p>	<p>建立信心及勇氣</p>	<p>到了學校我就打電話給我媽說，媽我~到學校了，然後講這句話的同時，我跟我媽都哭了，</p> <p>嗯~可以~了解嘛！【曼菲眼眶泛著淚光，研究者也是】對！就是這種感覺就~好勇敢，我跨出了這一步，這樣子，對 (B-2-64)！</p>

催眠初體驗	尋求催眠協助	才可能十分至十五分的冥想而已，好舒服哦！然後那兩天的課程就覺得很棒的體驗之後，我就去私底下去問老師對於這種東西可不可以來治療或是做一個諮商，一對一的對我做諮商，純粹就想說你在憂鬱症的時候，情緒是很緊繃很沮喪，那就想得到放鬆的那種感覺（B-1-31）。
溫馨社大情	朋友的關心	紅樓夢結束之後，我們就有私底下，可能一個月或半年的聚會。對！然後大家就是~就是一路照顧我嘛！然後那個也是我一個很大的精神的朋友啊！因為他們在看我蠻嚴~就是說那時候，九十年嘛！對一路看我到現在~他們沒有辦法改變我什麼，他們就是一直陪伴，讓我知道說，哇！有好多人在疼愛我（B-2-94）。
光碟店事件	病情倒退	本來已經回復到第一層，可能又退到五層（B-2-100）。 我就覺得都是我害了他們，出那麼多錢，然後我又把它搞砸了，對！因為很嚴重的時候，還是讓我死掉，你們就不用幫我處理那麼多我犯下來的那種，然後你們又來收尾這樣子（B-1-22）。
與父親和解	體諒父親	因為他對待事情都會很嚴謹的去對待，我覺得我很多東西都很像他，都很嚴謹~別人辛苦他自己也很辛苦，因為我自己這樣的個性我

		走過來，回頭看我自己，所以我也蠻能體會他的辛苦在那裡，我的妹妹或媽媽都未必能體驗，因為他們個性不是像我們那麼嚴謹的，因為我跟我爸那麼像（B-2-86）！
義工情懷	幫助病友	我現在其實更大想要做的事情就是想到醫院~我可能會去找以前的那個個療醫生，問他需不需要義工，就是談聊的義工也好，或者需要那些演講的場合，不需要我講啦！比如說當一個分享經驗的人。~我要去推廣憂鬱症【指的是催眠】，如何幫助這些病友，讓他們再站起來~我有寫過兩篇文章，有得到讀者的回應，透過報社來找我，對！然後，所以我就越來越想要去，幫助這些人，不管是變成工作或是到醫院當義工，去分享我的經驗（B-2-118）！
找回自信	有勇氣再活下去	因為那個時候，我覺得最重要的是處理自信的部分，因為你看沒有自信，就覺得自己沒有能力，什麼都做不好，我不敢出門，然後~嗯！我覺得，我不能工作，我不能讀書，如果我把這個最中心的問題，就是自信啊！就像我會有勇氣再繼續活（B-2-74）。
康復之後	能面對生活中的挫折	現在我都不吃藥了，催眠這部分，我還是會常去運用它（B-1-47）~其實前陣子有些事情壓力的東西很大，但是我已經可以如何跟自己對話，對！就不需要靠藥物去放鬆或是說

		<p>在很沮喪的時候，我可能就跟自己對話放點音樂，然後加上自己的自我催眠去解決這個部分，對！我就不會太緊張，說完蛋了，我一定要吃藥才能好（B-1-49）。</p>
--	--	---

四、進行類別--內容分析

生命故事撰寫完畢之後，研究者就研究參與者之敘事風格，及訪談過程當中的相關主題進行討論。接著，進行『類別--內容』分析。『類別--內容』分析是依照研究者所歸類出來的『類別--內容』分析總表（見表3-5），參照研究目的，並按照時間先後次序，就生病前至康復後的各相關主題，逐一分析，目的在補足生命故事當中相關脈絡的細節，呈現出研究參與者的生病經驗、生病過程的體認，以及接受催眠治療後生命之轉變。最後，就兩種分析方式進行綜合分析與討論，並歸納出催眠治療前、後的轉變。

在分析過程當中，研究者是以『整體--部分--整體』（whole-parts-whole）的詮釋循環解析來進行意義的理解，而在文本的解釋上，是以夾敘夾論的方式呈現，兼重互為主體同意的主題詮釋，以及實際訪談內容的直接引用。

因研究參與者是其個人生命故事的講述者與詮釋者，故在分析過程中，研究者透過不斷對生命故事進行閱讀、理解與詮釋，使兩個詮釋結構交集於對『故事』的關注，研究者越能融入被研究者的體驗或生命故事時，越能捕捉出研究參與者的生命旋律（吳芝儀，2003）。

總的而言，資料的蒐集、整理及分析，是個不斷循環的過程，難以詳細區分清楚。在分析過程當中，研究者透過文獻的重複閱讀，增強自己的問題意識，並且反覆不斷的聆聽現場文本，及閱讀研究文本，藉由深入去體會研究參與者的感受及心情，以求真實呈現出研究參與者之生命經驗及其轉變。

核心概念	概念	主題	意義單元		
生病經驗	生病經驗	朋友關心 家人陪伴	B-2-65 B-2-66 B-2-94 B-2-121 B-2-62、 B-2-134、 B-2-58 B-2-51、 B-2-81、 B-1-28、 B-2-34、 B-2-44、 B-2-53		
		克服恐慌	B-1-11、 B-2-119、 B-2-64 B-2-63		
		恢復閱讀功能	B-2-123		
		症狀復發	B-2-111、 B-2-125、 B-2-110		
		父親的權威	B-2-70、 B-2-82、 B-2-77		
		體諒父親	B-2-86、 B-2-91、 B-2-85 B-2-89、 B-2-92、 B-2-83		
		更認識自己	B-2-126、 B-2-128、 B-1-50 B-2-141、 B-2-135		
		對藥物的態度	B-2-49 B-1-17 B-1-15 B-1-24 B-1-48、 B-2-122、 B-2-140		
		想當義工	B-2-124、 B-2-108、 B-2-118		
		對催眠的態度	B-1-43 B-1-46 B-1-51、 B-1-52 B-2-72、 B-2-116		
		找到未來方向	B-2-114、 B-2-115、 B-2-109		
		改變心態	B-2-102、 B-2-131、 B-2-129 B-2-90、 B-3-6		
		催眠的轉變	催眠治療	處理僵直反應	B-1-41、 B-2-76、 B-1-38
				催眠處遇	B-2-69、 B-2-120、 B-2-106 B-2-87 B-2-88 B-2-6 B-2-137 B-3-1、 B-3-2、 B-3-3、 B-3-4
建立自信	B-1-37、 B-1-40、 B-2-132 B-1-36、 B-2-73、 B-2-74 B-2-117、 B-2-95、 B-2-101 B-2-103、 B-2-139				
催眠之轉變	對未來有期望		B-2-75、 B-1-39、 B-1-44		
	幫助放鬆、入睡		B-1-34、 B-1-20、 B-1-54 B-1-55、 B-1-35		
	與自我對話		B-1-49、 B-2-113、 B-2-127 B-2-25 B-2-28 B-1-42 B-1-47 B-2-31、 B-2-32、 B-2-79 B-3-5、 B-3-7		
		應用解離自助	B-1-56、 B-1-57、 B-2-29		

核心概念	概念	主題	意義單元
催眠的轉變	催眠之轉變	應用解離自助 轉念 去除設限	B-2-30、 B-2-84 B-1-45、 B-1-32、 B-2-93 B-1-19、 B-1-53 B-2-130

第五節 研究倫理的考量

倫理議題在整個敘事探究裡都必須被討論著，它涉及到人與人之間相互尊重及平等的關係，尤其敘事研究常會碰觸到個人私密及敏感性的話題，因此必須要有適當的規範。

Bogdan & Biklen 認為倫理規範主要目的在於確保：(1) 研究對象是自願地接受研究，理解這項研究的性質及其所包含的危險和義務。(2) 研究對象不能暴露於那些比研究收穫更大的風險中（引自陳乃榕，2003）。

由於本研究涉及個人隱私與家庭關係，因此在研究倫理上，研究者採用下列方式，來確保受訪者的權益。

- 一、**保密**：在研究過程中對於和受訪者身份相關的基本資料都予以匿名處理，在資料蒐集時，訪談錄音及逐字稿均妥善處理不外流，亦不向指導教授以外之人提及，嚴守保密之倫理，研究完之後銷毀。生命故事撰寫完畢之後，並請受訪者核對，取得其同意後才發表。
- 二、**事先告知研究內容與程序**：訪談進行前先告知訪談之主題、目的及程序，為顧及可能造成之身心影響，於訪談時向受訪者說明，當其感覺不舒服時，可隨時中斷錄音，並於訪談時提醒可依其願意分享的內容及意願進行敘說。
- 三、**尊重、同理的態度**：訪談的過程中，對於生命經驗的描述及內心世界的分享，類似於諮商的情境，因此研究者以開放、專注、同理的態度來傾聽及接納其感受。
- 四、**後續的聯繫及關懷**：在訪談及研究過程前、後，研究者均以電子郵件問候生活近況，並傳達關懷之意。

第四章 研究結果分析與討論

本章以研究參與者曼菲的敘說文本為主，輔以兩篇其在克服恐慌症時所寫的文章，使用『整體-內容』及『類別-內容』兩種分析方法，試圖呈現恐慌症合併憂鬱症患者之生病經驗，及其接受催眠治療前、後之轉變。第一節以研究參與者為主體，依據訪談所得之敘事逐字稿，建構其生命故事，藉以呈現整個生病經驗中的脈絡。第二節則以『類別-內容』分析方法，依編碼所得之意義單元，整理歸納成主題及概念，並討論研究參與者接受催眠治療前、後之生命轉變。

第一節 曼菲的生命故事：整體--內容分析

本節「整體 - 內容」分析部分，乃研究者在反覆聆聽了訪談之現場文本及閱讀研究文本之後，從中攫取與研究主題相關的生命經驗，並引用研究參與者所敘說之逐字稿撰寫而成的，旨在讓讀者對於研究參與者的生活背景及生命故事的相關脈絡有一初步的瞭解與認識，進而再根據這初步的脈絡，提出整體印象的分析與探討。

壹、曼菲的生命故事

一、小學生活的光芒

曼菲自小就已經展現出優秀的領導才能，不僅功課、才藝樣樣精通，而且在學校或家裡，一直是大家矚目的對象。優異的表現，讓她總是對自己相當有自信，小學生活的多采多姿及師長們的肯定，可說是她生命當中相當璀璨及美好的回憶。

『我從幼稚園，可能從出生吧，一直到小學六年級，我都是站在那種非常高

峰的人，師長多疼愛，就是那種小時候人家不敢靠近我，是因為太高了，我的地位太高了，人家不敢接近我，我的地位~比如說，我的功課很好，然後，我長得可能很可愛、很漂亮，而且會彈琴，會吹笛子，會寫作文。對！你看我們小時候在彈鋼琴，一般小朋友就覺得說，或說她好厲害，彈琴是一種，就是很夢幻的，對！我是會彈琴的，然後站在司令台上講話，然後糾察隊的總隊長，模範生代表，不是那種一個班級，是整年的代表，所以大家就不敢侵犯，因為我太高了，而且我總是當班長！（B-2-136）」

二、從高峰跌落 - 國中生活

但升上國中之後，由於課業上的表現不盡理想，使得原本燦爛的光環，逐漸地變得黯淡無光，而曼菲也由早先的自信滿滿、意氣風發，轉而放棄自己。

『這麼~嗯~這麼高的人，到國中的時候，突然因為課業就跟不上~而且不止你會彈鋼琴，到了那個國中，還有很多別人，那就不稀奇了，然後~嗯~校花多得是，你算什麼啊！對不對！就突然沒了，然後功課又趕不上，趕不上就學不會啊~好！你沒有一個特別沒有贏人家的地方，就是從很高的地方跌到很~可能跌到不要說很低，就變得跟一般人一樣，對我來說就是跌了嘛！從那麼高的地方下來有~嗯~就是覺得有一點放棄自己了，放棄全部，對（B-2-137）！』

因為曼菲亟需別人的肯定，別人越肯定，她越會盡力去表現。反之，她就會放棄！

『因為我是那種，如果~比如說我到有九分，然後我就讓自己努力保持在九分或十分，可是如果我現在四分，我就不會再回到九分了，我就沒辦法或是不願意再回到九分爭取，就不會了，可能，就杵在這個狀態，~對！就這樣放棄了！（B-2-137）」

而國中求學生活的失落經驗及人際關係的不圓融，讓她不願意去回想那段青澀的年少歲月。

『因為，就國小，就出生到小六，實在是太燦爛、太高峰了，就國中、高中，我就覺得一直都不想知道，一點都不想去回憶，回想起來，包括我的身材，因為，國中、高中很胖，對！那時候很胖，容貌也很糟糕，然後成績也很不好，在國中的時候，你根本也沒有一點特別突出，那個性又不改，就是不合群嘛！不跟人低頭啦！所以也沒有朋友，非常慘淡（B-2-137）。』

三、固執及要求完美的個性—高中報告事件

曼菲從小就是個追求完美的人，不止要求自己，也會要求別人。『比如說叫大家刷地板，全班都要刷地板，清潔工作，我會很盡力把我那一塊刷得很乾淨，可是我覺得那是應該要這麼做的，可是當刷好站起來，發現，我的跟別人不一樣，大家可能刷乾淨的程度是七分，可是我刷了十分，變成我跟人家不同，大家可能有點是灰色的，我的是白色的（B-2-2）~他們甚至會對老師講：我不要排在曼菲的旁邊，我不要排在她旁邊，一開始我聽不懂，我就覺得為什麼？他們就一直講說，你刷得那麼乾淨，就很容易顯得出我刷的不夠乾淨的感覺（B-2-3）。』

所以在學生時代時，曼菲的人緣不是很好。現在回憶起往事，她還會自我解嘲一番。『因為我不太喜歡同流合污之類的，就是~所以我自己其實，那時候，年紀小不覺得，那也有可能我就壓在心裡面，因為我是不受歡迎的人，然後，我是很孤單的，因為沒有人想要跟我做朋友【笑得很開心，邊說邊笑】（B-2-4）對！所以，這些東西可能就壓在心裡面，因為我覺得我必須什麼事都要做到很好，很潔淨。然後，所以，嗯！我就要承擔可能那個結果，就是包括人緣不好，不跟我做朋友，這個部分，那~可是那個時候就覺得沒關係，我對得起自己就好，我就是，還是很~很~抬頭挺胸的去過每一天（B-2-5）。』

曼菲總是壓抑自己的情緒，雖然表面上不會在意別人對自己的觀感，但是事後回想起來，還是會心疼當時的自己。『對！過每一天，面對大家或是自己，但我覺得那個年紀的我啊，她心裡是很受傷的（B-2-6）。』

曼菲的個性相當剛直，自己認為對的事會堅持到底。在高中時曾經有一次在做報告，曼菲很認真的參與，可是別人卻沒有，常常到最後，整組的報告，都是她一個人在做的，久了之後，她並不想那樣，『所以，就有一次~嗯~大家都說很忙啊！什麼~嗯，可是那是一種大家都必須要集合去完成的，一定要很多人集合而成一個報告，可是後來變成我一個人去做完，然後我一樣做完，然後，可是，我不交出去，我做完了，我不交出去，然後，我只跟老師講說：老師我們這一組我有做完，可是我並不想交，因為那是我自己的（B-2-8）。』

曼菲就是這樣的堅持，後來有幾位同學要求她交報告，讓曼菲覺得很受傷，也說出了氣話。『我就不交，要零分，大家都零分，我不 care 我零分，因為我~實際上我是有去做的（B-2-8）。』經過這次事件的刺激，讓她認為留在學校沒有意義，也因而氣忿的跑到學校十二樓樓頂上，想從樓上一躍而下，讓同學們愧疚。

『我很想跳下去，那是我第一次有那~可能是第一次有那種想自殺的想法~我就覺得說，這樣跳下去，我想就是要讓你們後悔就對了（B-2-9）。』

事後回想，曼菲認為她自己的個性，以及處理事情的方式，都是遵循著固定的模式，這些都是累積她日後生病的原因，而且在學生時代常常發生這種事。

四、聯考失利的打擊

大學聯考考了兩次，可是成績卻不理想，這是曼菲生命中相當大的打擊，也是造成她日後憂鬱症的病因之一。

『大學聯考，我覺得就有種下那個種子吧！嗯！對！然後我覺得到公司之後就爆發，因為太大的壓力，就整個爆發了，嗯！對！我覺得其實在更早之前，我覺得那個大學聯考的部分也有一點（B-1-3）。』那時候她相當沮喪，『因為大家都覺得我會考上【強調的語氣】，我也覺得我沒問題，可是居然出來的結果不是，然後就對自己、就覺得好像毀了，我的人生就毀了，我覺得我很遜！對！就是說，天啊！就天塌下來，就這樣（B-1-4）！』

大學的聯考失敗，讓曼菲的信心更加低落，彷彿晴天霹靂似的，一切美麗的憧憬，似乎一夕間就瓦解了，讓她心力交瘁，看不到未來的希望。

五、出社會工作—回想病因

學生時代固執、追求完美的個性，到了出社會之後，還是一樣沒變。『到了出社會，我也一樣是用這種態度在做事情（B-2-12）。』例如在管理部工作，『管理部可能就是包括那個誰的原子筆沒水啊！就會來領啊！什麼文具沒有會來領啊！然後領了要登記什麼。或者說誰要喝咖啡，一包要十塊錢，你要繳十塊，可是很多人都是自己就去拿，頂多跟你講一聲，我拿了，我拿了，可是不給錢嘛！我就覺得~對！~一開始我就很不能忍受【笑】，就明~很多~現在我不曉得，其他人看起來是覺得是小事情，可是，我就是很不曉得台語有句話，我不曉得這樣形容對不對！它是什麼「頂真」，連這種小事都那麼要求（B-2-12）！』

就是因為這樣的個性，所以，曼菲就會常常生悶氣，心裡嘀咕著『為什麼這樣，為什麼那個人那樣，因為他們根本不在乎，可是，我就把這些小事堆積在心裡頭【笑】（B-2-12）。』因為她是那種比較會將情緒放在心裡頭的人，所以，後來遇到同事的告狀、莫名的批評，讓她長期以來情緒上累積的壓抑能量，爆發了出來。

『像我們是九點鐘上班，我開始進去的職務是負責傳真、影印啊、傳真，然後接電話。那我大概八點到，八點到，因為我那時候想說，我那時候的工作職務是很低層很低層的，大概只有贏工讀生妹妹而已，我是正職的對不對，但是那個職務很像工讀生，只是比工讀生高一點而已，可是還是很忙，薪水不高。』

『那我就想說，那如果我九點才上班，我 其實我一進辦公室，很多可能他們昨天晚上才丟出來的文件，或是有人早上去丟出來的文件，就一疊在那邊，那一方面我想說早到的話，就可以慢慢的消化了嘛！那再來就是，我可以一邊吃早餐，不管我要不要做，就可以坐在那邊輕鬆的吃早餐，因為九點一開始，我就開

始忙碌，就是比較不會有那麼輕鬆的時間坐在那裡，然後，結果我就帶早餐進去吃啊！就沒多久就有一個同事跟 跟董事長報告，報告說我都先吃早餐才工作之類的（B-2-14）。』

在敘說生病的原因時，曼菲大笑著說：『第一個【笑得很大聲】，就算我吃早餐的時候沒有去開始進行傳真的工作，我覺得也對啊！因為本來八點到九點，我在家吃早餐也一樣啊！第二個，我一邊吃的時候可能我也一邊傳真，就是比較不用那麼急迫的迅速進行，我也會一邊吃一邊傳，這些動作都是在九點以前做的。』

就因為曼菲工作非常認真，而且並未違反公司上班的作息，可是卻無緣無故受到別人的誤會或閒言閒語，讓她無法忍受。『因為我是那種我做任何事情啊，我一定會對得起自己的原則的人，我極度不能忍受別人誤會我，如果 我有錯的話，還 OK！（B-2-15），問題是我並不違反公司規定，或是，對啊！所以我很不能忍受別人誤會我~七年前，她還告些什麼，我有一點忘記了，對！對！主要的起因是這樣（B-2-16）。』

後來又包括了五點半下班，同事們把文件繼續丟過來，他們丟完後他們就可以下班了，可是曼菲卻不然。『我要等他們丟完，我才能開始傳真，我才能走（B-2-17）！』雖然曼菲還是會去做，但是心裡有點不甘心，她內心的想法和行為是不一致的。『對！所以，我的行為跟我的內在是衝突的~對！就是~就是病因（B-2-18）。』

這種情況持續了半年，有一次曼菲生病請假，後來中午回去上班之後，從董事長口中得知，同事們是花了三個人去做她的事情。『因為接電話、傳真、掃描，那時候因為公司文件用掃描，scan 然後存檔，電腦發出去這樣子，他們是兩三個人在做我的事情，對啊！可是，所以，可見那個時候，我的壓力跟動作的迅速，我覺得我的能力還不錯，你看兩三個人做的事情，然後，我每天都是大概都能完成啊！沒有出過什麼差錯，對！然後，我就覺得說，我這麼努力然後這麼認真的工作，還有人可以嫌我（B-2-19）！』

後來，董事長了解了曼菲工作上的忙碌，雖然那個同事還是不斷的打小報

告，可是董事長他也知道，並沒有馬上的質問或是責罵，但是曼菲已經受不了，『我那時候的完全重心，就完全擺在那個告狀（B-2-20）。』

後來，症狀緊接著就出現了，曼菲演變成坐在公司的椅子上就會哭泣，到了五點半以後繼續拿傳真或什麼的進來的話，她坐著，一邊掃描，就一邊哭，『對！症狀就開始來了，就坐著哭，然後一直流淚，然後到最後就是每天早上一進公司，早上出門就開始愁眉苦臉，一進公司就會想說，今天她又可以告我什麼事情，就不太願意進去辦公室，進而不敢進去辦公室。因為本來我是站得很穩，我又沒有做什麼不對的事情，那到最後，我就懷疑自己，比如說，我是不是做錯了什麼事情，讓人家可以說我，有開始轉變有沒有，那想法開始轉變，那個想法開始就懷疑自己了（B-2-21）。』

由於認知上的轉變，使得曼菲開始懷疑起自己，也深怕同事又會告狀，因此自己變得不太敢進辦公室，且恐慌、擔心的情緒也逐漸瀰漫開來，不管是走在路上或是待在家裡都一樣。

『恐慌，就是開始在公司，那個時候坐著，在哭的時候，我也不太了解我為什麼，會坐在椅子上狂流淚，對！就是眼淚是一直不斷很大顆這樣的流下來，但是也沒有醞釀情緒或是抽蓄，沒有，就是我坐著不用有表情，眼淚就一直下來，對，然後，走在路上啊！突然就會站著，就想說，『怎麼辦？怎麼辦，我怎麼會在這裡？我總是開始常常有一種聲音，『我怎麼辦？我怎麼辦？怎麼辦？怎麼辦？這樣子，然後，回到家以後也一樣，就是可能坐著就哭了，然後就開始有嗯~就是一種莫名的恐懼吧！嗯！就是哭可能就縮在牆角，縮在桌角（B-2-33）。』

後來，曼菲出現了自殺舉動，由家人陪同去醫院就診，經醫師診斷為恐慌症（伴隨懼曠症），她就以要進修讀書為由辭職了，接著便去補習班補習。

六、恐慌症及憂鬱症狀加劇

但辭職之後，曼菲的恐慌症狀更加嚴重了，好像失去了許多社會功能一樣，

有無能感。『我除了嗯~家裡以外，走出去，開始就有點困難，剛開始好像沒什麼勁出去，提不出勁來去逛街幹嘛的，就是不想出門，那接下來就是不敢，因為我不知道，假設我去銀行，我就~我不會寫什麼存款單我怕叫號碼我走錯櫃台，我不敢去【笑】(B-2-41)。』

且有些科目對曼菲而言很困難，所以補習班的課業，對她來說又是另外一個恐懼。『其實我的狀況已經不是那麼好，我那時候已經有恐懼在，我又給自己這麼大的恐懼【笑】，對！~因為我要坐一段很長的一段公車上課，在那公車上，其實我就有非常多、很多的時間足夠讓我去害怕(B-2-47)。』

雖然最後考上四技，可是她只讀了半學期便休學了。在補習的這一年及就讀四技的這半個學期，曼菲時常缺課，但家人都能夠體諒曼菲的情況，不會一味的怪罪或責備她，但是她的一些社會功能卻逐漸喪失。『然後接下來就開始同學、朋友的那個，朋友聚會，我也不敢去。因為第一個是開始不敢一個人出門，第二個，我覺得他們問我現在在幹嘛！我不好意思講(B-2-46)。』

除了恐慌症之外，憂鬱症狀也浮現出來，曼菲推想可能在公司的時候就已經產生了。雖然她持續服藥，可是症狀一直沒有改善，因此才演變成恐慌症合併中、重度的憂鬱症。

曼菲在醫院就診時，她只參加二次的團療就沒去了，也沒有接受個療，只有看門診。當時她的罪惡感極重，她覺得做任何事情，都是自己不好、自己不對，連去看醫生時，都認為自己不應該擔誤醫生的時間，因為那位醫生很有名，每次門診病患都一、二百人，所以造成了『我可能講三至五句話，就要趕快出來了，就變成只有去拿藥，而沒有看好(B-2-50)。』

又因為不易入睡，服藥之後，曼菲整天昏昏沈沈的。為了不想讓自己受到一些比較大一點的刺激或壓力，所以她也就越來越少出門。偶爾假如她想參加或去看什麼影友會之類的活動，媽媽就會陪她去。只是參加活動完之後，她自己又變得更加的自責。『然後你看哦，一個媽媽，五十五歲，還陪他女兒去參加，有點~比較年輕小孩子的東西(笑)，可是她的目的只要我開心，無論去那裡，都會陪

我去，然後是在每次只要我去開心做完那件事，回來，我就又更深的自責（B-2-51）。』

曼菲知道社區大學有開一些課程，媽媽一直慫恿她去，可是她不敢出去，媽媽就陪她，和她一起報名。後來在社大聽了 療養院主任的演講後，就轉到那裡就診，同時接受一對一的個療，恐慌症就在 療養院就診期間，逐漸的康復。

七、克服恐慌—光輝十月

曼菲接受個療時，曾和個療醫師一起討論了一些對治恐慌症的方法。他們決定利用出門時聽隨身聽的音樂，來轉移注意力。而在和治療師進行催眠治療時，他們也預先想像及演練出門時可能遇到的情景。

『有一天我就開始就戴著耳機出門，然後，那次晚上社大是七點上課啊！我就坐公車，其實那個社大的距離，差不多是我國中學校的距離，那其實不會很遠，可是那個對恐懼症不敢出門的我來說，就是很遠了。就有一天，就跟我媽講說，我今天自己去坐公車看看，但他們就非常~如果在半路上很害怕或什麼的，你就叫我們去接你，你就打電話回來，叫我們就去接你。我說好，我就開始去等公車，然後，恐懼症的身體的症狀有耳鳴，我會耳鳴，然後，還是有那種恐慌，心裡就有一點發抖，然後耳鳴，這樣子，最主要是我有耳鳴，我就知道我狀況不好，就是恐慌。就我那天坐公車嘛，就到了教室，到了學校我就打電話給我媽說，媽我~到學校了，然後講這句話的同時，我跟我媽都哭了，嗯~可以~了解嘛！【曼菲眼眶泛著淚光，研究者也是】對！就是這種感覺就~好勇敢，我跨出了這一步，這樣子，對（B-2-64）！』

那個時候是民國九十一年十月，曼菲已經二十七歲了！她永遠記得那是十月！所以她寫下了一篇文章，記錄了她的心情，而這篇文章也得到不少讀者的迴響，甚至後來曼菲轉到 醫院就診時，她的文章也在團療時用來和病友們分享。

當她慢慢能克服恐慌時，爸爸買了一輛腳踏車給她，讓她出門到比較近的地

方時，可以不用坐公車。有一次她騎著單車在等紅綠燈時，從前方機車騎士的後照鏡裡，她看見了自己。

『她漂亮的眼睛吸引我、有自信的臉龐更吸引我，雖然同為女子，但我忍不住往左右兩邊瞄，想看看她本人。但我發現左右兩邊並沒有騎單車的人呀！楞了五秒吧，那鏡中人 是我自己！（摘錄自曼菲—鏡中人）』

這一年來她覺得自己「進步」了不少，情緒也變得較開朗，也敢自己出門了，她覺得從鏡中看到自己的這種心情相當的微妙，『我真的一下子無法認出是自己！那是一種很微妙的感覺，居然有人認不出自己，有點悲卻又值得喜。多少次的牆角哭泣、多少次對家人無理的發脾氣、多少次對人世的不再眷戀 如今卻可以站在陽光下了（摘錄自曼菲—鏡中人）！』

八、催眠初體驗

在社區大學上課時，曼菲接觸到了催眠。在生病的這段期間，她情緒一直相當低落，突然間在參加了兩天的催眠工作坊之後，身體和心理就體驗到舒服和放鬆的感覺，這讓曼菲興起了想利用催眠來幫助自己處理憂鬱情緒的問題。

『一開始是在社區大學看到有一門課，就是催眠冥想課程，然後就想說好新奇的東西，我就抱著很好玩就報名上兩天的課，就發現，我第一次做那冥想的部份，ㄟ，感覺好放鬆，好久沒有身體連心理都那麼放鬆，才可能十分至十五分的冥想而已，好舒服哦！然後那兩天的課程就覺得很棒的體驗之後，我就去私底下問老師對於這種東西可不可以來治療或是做一個諮商，一對一的對我做諮商，純粹就想說你在憂鬱症的時候，情緒是很緊繃很沮喪，那就想得到放鬆的那種感覺（B-1-31）。』

剛開始時治療師介紹她去找另一位有名的催眠師，可是曼菲上網查了之後，發現費用太貴了，她就沒去。『後來在第二學期的時候，ㄟ我不曉得，還是在這一年，我就報了老師的冥想，就是一個禮拜一次的那種課，一學期的課，對，冥

想課程，一個禮拜上一次，那老師開始比較認識我了嘛！所以他就答應就做私底下的催眠諮商，所以，就開始有那個催眠治療、NLP 部份的治療了(B-2-68)。」

就在治療師的允諾之下，曼菲終於開始接受催眠及 NLP 的治療，利用每個星期在社大上課的前一小時進行，探討病況及原因。

『可能在每個禮拜上課，上課之前一個小時，提早到，利用那一個小時，老師就幫我做諮商這樣子，對，然後，就開始探討，他除了當下解除比如你這禮拜，我有一件事很~生氣、很難過、解決這個東西之外，進而探討我的~比如性情，比如說相同的經驗工作，像我剛跟你講的，比如說工作這樣，原來高中也有類似經驗，國中也有，就開始往前回溯，於是就可以知道我的個性是這樣，所以影響到可能做什麼事情都有連帶關係(B-2-69)。」

除了一週一次的催眠治療外，有時情況嚴重時，可能一個禮拜就有兩、三次的諮商，由治療師到曼菲家裡去進行治療，或是經由電話安撫曼菲的情緒。『到後來有需要的話，如果我這禮拜覺得都 OK，就沒有約，下禮拜可能又不 OK，禮拜二不 OK，可能就跟他約禮拜三或禮拜四這樣子。就不定期了(B-1-14)。」

這樣的治療關係一直持續了兩三年，直到曼菲病情好轉才結束，後來，如果遇到問題，曼菲也會用電話或 E-mail 和治療師聯絡，從中獲得一些抒解。

九、溫馨社大情

在社區大學上《紅樓夢》的這段期間，曼菲認識了一些同學，且每個人都很照顧她。他們在她生病期間對她的鼓勵及支持，一直是曼菲不能或忘的。

『紅樓夢裡有一、二、三、四、五、六、七，七個學生，一個老師，共八個人。然後一開始沒多久，他們就年齡層很大，最老的八十，最小的是我，距離這麼大，然後，一開始就很莫名其妙，大家感情就很好，所以我就很坦然的說，告訴他們~~我現在是一個在家休息的病人~不敢自己出門~~然後憂鬱症，每個人都很照顧我~~所以，我就非常喜歡在上課的這個時間，就很開心每個禮拜紅樓夢的

這堂課，然後他們給我許多的精神上的加油、支持這樣吧（B-2-65）！』

而康復之後，這份溫暖的情誼也一直持續下去。『紅樓夢結束之後，我們就有私底下，可能一個月或半年的聚會。對！然後大家就是~就是一路照顧我嘛！然後那個也是我一個很大的精神的朋友啊！因為他們在看我蠻嚴~就是說那時候，九十年嘛，對！一路看我到現在~~他們沒有辦法改變我什麼，他們就是一直陪伴，讓我知道說，哇！有好多人在疼愛我（B-2-94）！』

生病之前，曼菲自己經常扮演著領導者或照顧別人的角色，生病之後，她也慢慢調整心態，享受被別人照顧的樂趣。

『那邊紅樓夢八十幾、五十幾、四十幾的姐姐或媽媽的年紀，我是最小被照顧的，可是我 enjoy，喜歡被人家照顧，對！對！而且這其實是很重要的來源，就算沒見面，我們還是 mail，我寫說好想念大家，好久不見，每個人的回應，沒有見面，就看到字，就會微笑那樣子，對（B-2-94）！』

十、光碟店事件

就在曼菲病情逐漸好轉之際，發生了光碟店事件，讓她的病情又急轉直下。長期的生病讓她一直無法做其他的事，好不容易病況好轉，讓她躍躍欲試，想要工作賺錢。

『就是九十二年的時候，我以為說，我覺得我蠻 ok 了，雖然那時候，還在那個治療，可是我的醫生，還有老師覺得說，我覺得說我好像還不錯，ㄟ我應該可以出去工作了這樣子，可是他們可能~依他們的~對我的認識啊或我的病情，他們覺得說，可能你現在是種子開始發芽，那你覺得 ok 了，我露出泥土爭脫了嘛！可是它並沒有長枝幹出來，所以很有可能風一來，好不容易發芽，可能會~可是我自己不覺得啊！而且我也一直希望有開始要有收入啊（B-2-96）！』

因為曼菲較單純，缺乏社會經驗及敏銳度，於是被一對情侶設計頂下了光碟店，再加上自己對於盜版光碟的認識不深，以致於誤觸法網。對於這段可怕的往

事，她一直不太想去回憶。

『一般人應該~就是不會碰到這種場面的吧！然後，負責人是我媽，他當然不會抓我~~他當然是抓我媽，~~我媽媽連盜版她都不知道是什麼東西，她連光碟什麼她都不太清楚~~他就一定要我媽來，然後馬上就要帶我媽去派出所，應該是說分局，還是派出所~然後，那一天，我的~整個就崩潰了嘛！因為整個太害怕，太緊張了，然後我只覺得，因為我害我媽被抓到警察局，當時的想法就是這樣啊！於是，我的症狀來了，當然就都是我不好，就一直跪著跟他們道歉（B-2-96）！』

雖然光碟店初期經營的不錯，家人也對她很肯定，但發生盜版光碟事件之後，曼菲心裡一直無法釋懷，常充滿了愧疚感。她總是認為都是自己不好，才害媽媽被抓去派出所。

『我就是一直打轉在我媽，我媽因為我被抓到派出所，因為我還去出庭，可是一般來講，出庭是多麼可怕的事件，警察就在那邊，然後，我就覺得我們只是小小的百姓，然後，還要讓我媽去受那些，而且她被~那天晚上她還在警察局過一夜，就一定要拘留吧！我不曉得，那個名稱叫什麼，對啊！是，對！然後，可是我還是不能夠原諒自己（B-2-99）。』

這次的打擊，讓曼菲原本已經好轉的病情，一下子倒退了許多。『本來已經回復到第一層，可能又退到五層（B-2-100）。』她認為這次事件都是自己的錯，有想要一死以謝罪的感覺。

『我就覺得都是我害了他們，出那麼多錢，然後我又把它搞砸了，對！因為很嚴重的時候，還是讓我死掉，你們就不用幫我處理那麼多我犯下來的那種，然後你們又來收尾這樣子（B-1-22）。』

十一、與父親和解

在曼菲眼裡，父親是個相當權威的人。她在接受催眠治療期間，曾和治療師談到了和父親的相處情形。因為害怕權威之故，所以父女間的關係較疏遠。

『他其實很疼愛我們三個小孩，可是他不會用言語行為表示，而且他就是權威嘛！所以，我們不太~我就不太會跟權威，我不敢~也不太跟他親近了啊！對！所以，我們不了解他，他也不會了解我們（B-2-70）。』

尤其父親對於曼菲的病情抱著懷疑的態度，他不認同曼菲真的生病，而是媽媽太寵她了。在生病期間，曼菲只要恐慌發作，產生恐懼的情緒時，身體就會僵直。透過治療師的引導，她回憶起一次印象深刻的恐懼經驗。

『我國中時候，可能是國三或國二，國三、國二。就是有一天我爸好像在罵我妹妹，跪在佛堂前面，然後~嗯~他好像在打她，我就過去就跟爸頂嘴，然後我爸氣到他去廚房拿菜刀，對！拿菜刀。我媽媽趕快和我，小妹妹也在旁邊，那我媽趕快把我們就是像母雞保護小雞這樣子，就把我們帶出去，然後到樓上去這樣子。就那次事件，可能讓我之後，就印在心頭，覺得我爸會生氣起來他的睜大的眼睛跟他的聲音，就讓我覺得他接下來可能就要砍人~~對！所以之後對於他，他覺得說他沒有要罵我或說他沒有要很兇，可是~然後他聲音一提高、臉色一變，對（B-2-82）！』

因此那段期間，他們父女倆很少談話。但隨著治療的進展，曼菲對自己的瞭解越深入，也越能體會到父親的心情，他在父親身上看到了自己的影子。

『對！然後，可是我覺得之後啦，有時覺得他很可憐~~我就會去想，~~以前會覺得我爸爸很兇、很壞，可是之後~可能就是覺得說，因為他從小受的教育，他是他們家長子，我阿公在他當兵的時候，你看男生在當兵，他還是~我爸二十歲，我阿公~他是長子，上面有二個姐姐，下面有一個妹妹，兩個弟弟，他壓力所以很大，如果他不堅強，他怎麼撐這個家，還有一個媽媽，我阿嬤，如果他不很堅強，他怎麼保護他的家，他不堅強，怎麼賺錢，所以就會比較站在他立場來想，他怎麼會這樣子的（B-2-83）。』

到現在，對於父親有時聲音較大時，曼菲承認自己還是會有一絲絲的害怕，但她會讓自己把情緒轉移掉，去做其他事，不會像以前一樣讓自己陷入恐懼當中，只要父親一大聲，她身體就變僵直了。

曼菲體認到，父親年紀已經大了，要改變他不太可能，而且生病的經驗讓她發現到，自己和父親竟是那麼的像！

『因為他對待事情都會很嚴謹的去對待，我覺得我很多東西都很像他，都很嚴謹~~別人辛苦他自己也很辛苦，因為我自己這樣的個性我走過來，回頭看我自己，所以我也蠻能體會他的辛苦在那裡，我的妹妹或媽媽都未必能體驗，因為他們個性不是像我們那麼嚴謹的，因為我跟我爸那麼像（B-2-86）！』

所以後來，曼菲和父親的關係改善了，家人相處的氣氛也較以前和諧了。

十二、義工情懷

歷經將近七年恐慌及憂鬱症的折磨，曼菲康復了，面對這漫長的七年，她心有戚戚焉，目前最想做的是到醫院擔任義工，為同樣深受憂鬱之苦折磨的病友盡一份心力。『我現在其實更大想要做的事情就是想到醫院~~我可能會去找以前的那個個療醫生，問他需不需要義工，就是談聊的義工也好，或者需要那些演講的場合，不需要我講啦！比如說當一個分享經驗的人。~~我要去推廣憂鬱症【指催眠】，如何幫助這些病友，讓他們再站起來~~我有寫過兩篇文章，有得到讀者的回應，透過報社來找我，對！然後，所以我就越來越想要去幫助這些人，不管是變成工作或是到醫院當義工，去分享我的經驗（B-2-118）！』

因為曼菲在接受催眠諮商之後，從催眠當中找回了自信，並且克服了憂鬱，她曾經告訴及推薦病友可以考慮尋求催眠師來幫助自己，但是卻遭到拒絕。

『因為我也接觸過很多同樣的病友，他到現在，我們差不多時間發病，我已經好了，他還在那裡頭，他還在很嚴重的憂鬱症（B-1-51）。』

『我有幫他介紹，我幫你做做或是請老師幫忙，他還一直排斥，就是變成兩個對照組嘛！我一直有在做這部分，他沒有於是現在還在那裡頭，我可以說幾乎百分百的好了（B-1-52）。』

由於催眠幫助曼菲走出了憂鬱的陰霾，所以，她也想要學習催眠，並且推廣

催眠到憂鬱症的應用上。

『我就想到，嗯！利用催眠來~因為我自己本身就這樣過來的，所以我很想做這個推廣，因為催眠可以幫助你嘛！這是一個~因為一般人，不多人知道，可以這樣做啊！而且，其實在醫院，醫生也不可能告訴你這樣吧！因為我覺得醫生~對！他不太可能知道說，有這個催眠的東西可以幫助你（B-2-109）。』

十三、找回自信

曼菲的病情因為接受催眠治療之後，得到很大的改善。『幫助最大的，我覺得還是催眠，因為它改變我的想法，因為這個想法不是吃藥能達到的（B-1-45）。』她認為其中最重要的是催眠讓她找回了自信—那個原本是屬於她身上本自具有的特質。『因為那個時候，我覺得最重要的是處理自信的部分，因為你看沒有自信，就覺得自己沒有能力，什麼都做不好，我不敢出門，然後~嗯！我覺得，我不能工作，我不能讀書，如果我把這個最中心的問題，就是自信啊！就像我會有勇氣再繼續活（B-2-74）。』

而有了自信之後，曼菲其他的部分也都慢慢的恢復了。治療師在催眠當中應用時間線的技巧，藉由改變曼菲時間排列的方式，帶給她新的、有用的能力，去除了對自我的限制，而這也讓她對未來充滿了希望。『比如老師帶我走那時間線，看到五年後的你，比如一年後的你，五年後的你，十年後的你，就覺得讓我還有一個未來在等我，對！所以，就對於再繼續活下去，會比較有一些希望，就是還有一個不錯的未來等著我（B-2-75）。』

但是她也不否認藥物的功能，她認為藥物雖然不見得有效，但至少不會讓自己變得更不好。『我也不否認說必須要吃藥，我不否定這個部分，對，但是，比較真的就是用長遠~就像什麼治標跟治本有沒有，對！可能藥物就是一時的，你還是要吃嘛，對啊！但是你如果整個，整個要轉變的話你必須要靠催眠的部分（B-1-46）。』

雖然曼菲現在已不再服藥了，但催眠這部分，她還是會經常去運用它。

十四、康復之後

曼菲在病情逐漸好轉之後，就自己決定開始慢慢把藥物停掉。在生病經驗中她體認到，以前她總是把自己侷限在一個固定的框架之中，隨著病情慢慢穩定及改善，她也調整了一些想法。

『以前我太把自己框~從小到大，我就一定只能在那框框裡，然後，現在可能已經~那個框框，不能說沒有，但是去掉好多哦（B-2-130）！』

直到現在她還是一樣不斷地修正自己的想法，『我目前其實完美跟執著，我還在練習，像降低標準啊（B-2-135）！』雖然目前在工作上遇到一些挫折，也出現了一些憂鬱症狀，但她有自信運用自我催眠的技巧去克服。『現在我都不吃藥了，催眠這部分，我還是會常去運用它（B-1-47）~~其實前陣子有些事情壓力的東西很大，但是我已經可以如何跟自己對話，對！就不需要靠藥物去放鬆或是說在很沮喪的時候，我可能就跟自己對話放點音樂，然後加上自己的自我催眠去解決這個部分，對！我就不會太緊張，說完蛋了，我一定要吃藥才能好（B-1-49）』

在自我催眠當中，她進入潛意識狀態和自己對話，並且鼓勵自己或者從中得到一些啟發或解答。

『那麼潛意識就給我這些答案，就說~你看，你很棒，那麼勇敢，七年走了、七年走過來，~~你看，這麼堅強，七年都熬的過來，這幾天，這一個月，這一些事情，你現在還有誰可以幫你，~~你有更重大的理想或你看你還要幫助更多的病友，而你這些經驗啊，~~這可做為其他病友，他們的借鏡不是嗎？然後~對！如果你現在解決了，~又是一個很好的範例，可以告訴其他人，比如說你可以怎麼解決，嗯！（B-2-127）。』

現在的曼菲，外表上看起來相當亮麗又有自信，很難讓人聯想到七年前生病時的她是何種模樣，而她目前也正朝著自己的目標和興趣前進，為成為一個專業

的助人工作者而努力。

貳、整體印象

一、自我解嘲、善於譬喻的敘事風格

在和曼菲訪談的過程中，只要她一談到自己以前固執或要求完美的個性時，她就會笑（或笑得很開心）。以過來人的角色回頭來看以前的自己，她的笑聲代表著一種對於生命早期生活事件及生病經驗的體會，以及因更加瞭解自己的豁達及心開意解。以往的她因為個性的緣故，讓自己身、心受了不少的折磨和痛苦，但在病程中，她反而更加的認識自己，瞭解到個性是造成憂鬱症的重要病因，進而能以較超然的態度，灑脫的看待以前的自己，並且自我解嘲一番。

從訪談過程及敘說文稿中研究者發現，曼菲的表達能力相當好，且善於運用譬喻。她不但能言善道、多才多藝，更具備領導才能，在言談中可以看出她的自信和風采，我們很難想像她生病時的模樣。訪談中，研究者會請她舉例說明，她也善於舉例或應用譬喻的方式來回答，而且層次分明，敘述相當詳盡。

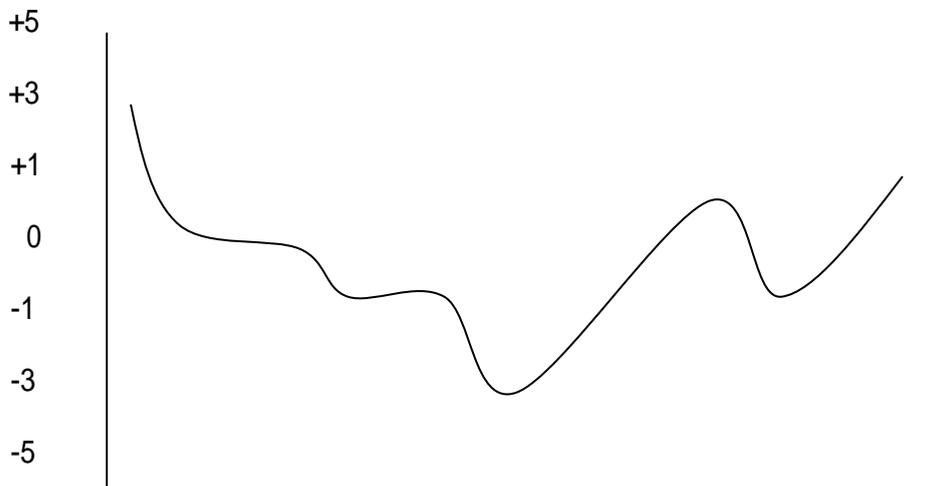
二、轉捩點

在生病的這段期間，曼菲一直能勇敢面對自己的病情。在別人面前，她從不諱言自己是個恐慌及憂鬱症患者，並且願意尋求協助。在長期服藥的過程中，雖然藉由藥物控制使她的病情不再惡化，但是整體而言，情緒上仍是相當低落的，可說沒有什麼生活品質可言。

而她在參加了社區大學二天的催眠冥想工作坊後，在短短的一、二十分鐘內，便體會到了身、心上前所未有的放鬆，促使她主動的詢問治療師，看是否能藉由催眠的幫助來緩解憂鬱症狀。這一主動尋求催眠來幫助自己的舉措，可說是曼菲生病、求醫過程中相當重要的轉捩點。如果不是她主動、積極的尋求催眠治療的協助，病情的發展可能就無法如同上述般的逐漸好轉。

三、生命故事曲線

小學時期可說是曼菲生命中最璀璨的時光，隨著國中課業上的不盡如人意，使她原有的自信陡地滑落，繼而歷經國中、高中人際關係的不良，以及大學聯考的失利，凡此種種對她而言都是相當大的打擊。而生病之後，人生可說已降到了谷底，幸而，她主動的尋求催眠的幫助，才讓她逐漸找回自信，進而慢慢走出生命的幽谷。



早年 國、高中 聯考 工作 生病 催眠 光碟事件 康復

圖 4-1：曼菲生命故事曲線圖

以上的生命故事曲線圖，是研究者根據研究參與者的生命故事脈絡所繪製，並請其檢核生命中重要事件的影響，進而加以修訂而成的，期能提供讀者對於研究參與者生命故事相關事件中的起伏迭盪，有一清楚的理解。

參、主題討論

本節前半段主要在以生命故事的形式，來對研究參與者的生病經驗及接受治療的過程做一整體的描述。接下來研究者嘗試就生命故事中，與生病經驗相關的重要脈絡，包括主動尋求協助、找回自信、重新認識自己以及再出發等部份予以呈現，使讀者對於研究參與者的生命轉變有一簡明、清楚的概念。

一、主動尋求協助

現今社會大眾對於憂鬱症的認識普遍不足，常常認為憂鬱症只不過是情緒低落或是抗壓性不足，因此不是勸罹患憂鬱症的親友想開一點就好了，就是認為他們是假裝的，只想逃避壓力。抑或認為是被鬼神沖犯到，轉而求神問卜。而有些憂鬱症患者則因為本身病識感不足，不知道自己已經生病了，或是因為害怕別人的指指點點，擔心被標籤化或污名化，所以未尋求醫療上的協助，進而延誤就醫的時機。

本研究之參與者—曼菲則不然，她在大眾面前從不諱言自己深受恐慌及憂鬱之苦，並願意主動尋求協助，這種勇氣及努力，是值得欽佩的，而且也是她能順利康復的助緣之一。

- (一) 因為一般大家會覺得很丟臉，好像很不願意去承認這種東西，但我家人好像就~我自己很願意接受就說，好！我們就去看這樣子 (B-1-7)。
- (二) 因為外人看我覺得我好勇敢，因為我不曉得，因為很多憂鬱症，只要是精神官能症的，通常不會這麼在大眾面前說我是~承認我是~可能你也不好意思讓人家知道，自己不會坦然面對。我不僅自己面對，而且我也敢在大眾前面對，承認我會想自殺，我想【獲得】幫助這樣子 (B-2-60)。
- (三) 在社大時，我就認識了凌老師，有一天我就報名他的催眠冥想課程，因為我就看蠻好玩的，什麼叫冥想和催眠，所以，我就報名，然後，很好玩，就覺得好特別，所以在第二天下課我就問老師說，老師你有做那種諮商嗎

(B-2-67) ? 後來在第二學期的時候, 我不曉得, 還是在這一年, 我就報了冥想課程, 一個禮拜上一次, 那老師開始比較認識我了嘛! 所以他就答應就做私底下的諮商, 所以就開始有那個催眠治療、NLP 部份的治療了

(B-2-68)。

(四) 改變想法 (信念) 與開口向人求助是很重要的, 當然不需要跟每個人訴說你的苦惱, 因為不是大家都理解的, 你可以找幾個知心有同理心的朋友、家人, 當然有病友也是很好的 (摘錄自曼菲—我是個勇者)。

二、找回自信和希望

憂鬱症患者經常顯現出來的是負面的思想、缺乏自信、無助感、覺得生命沒有意義以及對未來沒有希望 等等, 而本研究之參與者也不例外。當她從催眠諮商中慢慢找回自信之後, 一切能力就慢慢回來了。

(一) 其實都有悲傷、擔憂、惡罪感都有, 當接受之後對不對, 開始在抓自信的部份, 開始慢慢的抓回來~~因為就是零了嘛! 所以再慢慢抓那個自信回來, 對! 也不是馬上做就回復、見效, 悲傷, 就是它在轉換, 對! 對! 都有改變啊 (B-1-36) !

(二) 例如我就會缺少信心這部分, 可能老師會讓我增強目前是怎麼, 回想以前你的樣子, 你會想我曾經有那個部分, 亮麗、自信的一個人, 你會想, 原來我有那個部分, 我要朝著那個恢復到那個狀況, 我知道真相出來, 我是有那個東西的, 不是沒有的 (B-1-37)。

(三) 我做了這些諮商之後, 可能就我會覺得, 我又有那個東西等著, 美好的前景在等著我, 可能我會增加點就是說我要走到那個地方, 看到我成功的樣子 (B-1-39)。

(四) 自信, 我覺得就包括很多, 你可以對自己的, 例如啦! 那時候生病就覺得我好醜哦! 然後或者是說我沒有能力做什麼事, 可是這些自信都回來啦! ~

比如說容貌，對自己的能力，然後對未來是可以達到成功的樣子，對！我覺得自信就是包括所有嘛！~~對！就是說我可以再活下去【笑】，這樣子~呵！呵（B-1-40）！

三、重新認識自己

和憂鬱症纏鬥了七年，曼菲終於走出了生命的幽谷，在七年這不算短的時間裡面，她說就當做是放了一段長假吧！這句話說來輕鬆，要熬得過七年卻也不容易。這漫長的七年，讓她重新更加認識了自己，瞭解到自己的病因，以及自己和父親的個性是那麼的像。

（一）接觸催眠還有另一個開啟我另一個反應，就是每個人都有一些潛能，應該說潛意識想表達，那應該是我們對太多意識包裝，你不能怎麼樣，所以潛意識，不能很自在的表達出來，而當我接觸催眠冥想之後，我可能就會讓許多的潛意表達出來，可能我會哼歌，可是我也不知道它在唱什麼，但是至少感覺是它在說什麼，而就可以把一些情緒馬上就全部宣洩掉（B-2-79）。

（二）而且我發現，因為有一次，我去，就是我去~就是之後我做了催眠，然後學會怎麼跟自己對話。嗯~會比較用第三者，就是說不是用我的角度去看我，然後就會比較冷靜的去分析，就像我剛才說的，就是原來我每一次，學生時代到出社會發生的問題的根源，ㄟ好像是很接近的（B-2-26）。

對！所以，我現在才能很客觀的去分析，我這樣一路過來發生事情，跟以前的~我的~因為跟我的性格有關（B-2-27）。

（三）生七年的病，然後對我來說~就是~ㄟ是禍是福呢？對！可能少賺七年的錢，少累積七年的錢這樣子。但是我可能認識更多人，然後~嗯~因為生病讓我停下來，然後更能接近自己內在的自己，有機會接近內在自己，於是知道，更了解自己，然後，進而可能還能更~多了解別人一點，然後生病接觸了各種方式的想法，就是各種方式，比如治療新的不同的信念，

所以，才能造就生病後重新組合的我（B-2-126）。

（四）因為他對待事情都會很嚴謹的去對待，我覺得我很多東西都很像他，都很嚴謹，會自己辛苦，別人辛苦，他自己也很辛苦。因為我自己這樣的個性我走過來，回頭看我自己，所以我也蠻能體會他的辛苦在那裡，我的妹妹或媽媽都未必能體驗，因為他們個性不是像我們那麼嚴謹的，因為我跟我爸那麼像（B-2-86）。

四、再出發

康復之後曼菲最想做的就是去醫院或相關機構當義工，分享自己的經驗，讓更多同樣深處於憂鬱之中的病友能迎向陽光，走出陰霾。對於未來，她不擔心，也有勇氣去面對。

（一）對！還有對外在的應對、刺激或人這樣子~~你遇到比較困難的東西，你知道怎麼去轉換想法~~就比較能夠去~解決或面對，比較不會說，啊！你還是要去面對，可是不會覺得說無望了、糟糕了，可能沒辦法了，對！就算真的覺得沒辦法了，但是你還是不會覺得天塌下來了（B-1-53）！

（二）當時我的一個想法是，我要去推廣憂鬱症【口誤，指催眠】，如何幫助這些病友，讓他們再站起來，但是我唯一能做的，可能~而且我有寫過兩篇文章，有得到讀者的回應，透過報社來找我，對！然後，所以我就越來越想要去幫助這些人，不管是變成工作或是到醫院當義工，去分享我的經驗，都可以，對！然後，我就想到，嗯，利用催眠來~因為我自己本身就這樣過來的，所以我很想做這個推廣，因為催眠可以幫助你嘛（B-2-109）！

以上研究者只先就在『整體-內容』上與研究相關的主題做一呈現，關於這些現象與轉折的脈絡，將於『類別-內容』分析時，再做進一步的探討與呈現。

第二節 生命轉變之探討：類別--內容分析

本節『類別 - 內容』之分析，乃研究者參照研究目的，並將深度訪談所得之敘事文本，依各意義單元逐一編碼後，歸類出主題、概念及核心概念，藉以呈現研究參與者生病經驗之主觀體驗，與接受催眠治療前、後之轉變。

壹、生病經驗

生病的經驗與體認不僅相當獨特且殊異，對情感性疾患而言更是如此。雖然恐慌症及憂鬱症有其生理上的病因，但是心理及情緒上的影響亦不容忽視，因為身、心是一體且相互影響的。而生病的經驗是一連續的過程，有其前因，經過及結果。

一、生病前

(一) 自信心的喪失

自信是曼菲生命中一個相當重要且不可或缺的特質，幼稚園及國小時期的優異表現，讓她總是對自己自信滿滿，有相當高的自我肯定。但是升上國中之後，由於課業上的表現並不理想，其他方面的優點又未得到發展的機會，使得她轉而開始放棄自己。

『我是會彈琴的，然後站在司令台上講話，然後糾察隊的總隊長，模範生代表，不是那種一個班級，是整年的代表。這麼高的人，到國中的時候，突然因為課業就跟不上~校花多得是，你算什麼啊！對不對！就突然沒了，然後功課又趕不上~~那因為我是從那麼高的地方下來（B-2-136）【研究者：這會讓你覺得說~】有~嗯~就是覺得有一點放棄自己了，嗯~國中的時候。【研究者：放棄課業，還是說~包括那些】全部、全部，對（B-2-136）！』

國中時課業上的表現讓曼菲信心大失，而大學聯考兩次的落榜，和她及家人對自己的預期大相逕庭，對她造成了相當嚴重的打擊，好像人生已然看不到希

望，信心從此跌到了谷底。這一切都為她後來的發病埋下了伏筆。

『大學聯考，我覺得就有種下那個種子吧！嗯（B-1-3）！』

『很沮喪，因為大家都覺得我會考上【強調的語氣】，我也覺得我沒問題，可是居然出來的結果不是，然後就對自己~就覺得好像毀了，我的人生就毀了，我覺得我很遜（B-1-4）！』

『以前我是個很有自信的人，在憂鬱症之後，我就我覺得我什麼都不是，我是個很爛的人~~完全沒有信心，又醜，然後我什麼都不會，考試也考不好，工作也做不好（B-1-26）。』

（二）人際關係受挫

人際關係的課題，在曼菲的生病經驗當中，扮演了相當重要的角色。因為她做事相當認真，不僅要求自己，也會嚴格要求別人。讀國中時同學們曾向老師反應，不願意排在她旁邊，因為她總是掃得比其他同學乾淨，讓她們感受到有壓力。而國小時的人際關係也一樣不是很好。

『他們甚至會對老師講，我不要排在曼菲的旁邊，我不要排在她旁邊，一開始我聽不懂，我就覺得ㄟ為什麼？他們就一直講說，你刷得那麼乾淨，就很容易顯得出我刷的不夠乾淨的感覺（B-2-3）。』

『因為我會要求自己嘛！，就是連好朋友如果他們打掃時間跑出去玩，我都不准，甚至我就會什麼，以前可能會做什麼誰沒有打掃就登記名字，就算你是我的好朋友也一樣登記【笑】，好朋友也沒了，對！對！所以，要求我自己很嚴，要求別人也很嚴（B-2-11）。』

雖然當時人際關係不是很好，但是曼菲都把它壓抑下來了，她認為只要自己對得起自己就好了，不必太在意別人的眼光，而憂鬱的能量可能就這樣一直累積著。

『在學生時代，基本上同學我的人緣不是很好，因為我不太喜歡同流合污之類的，就是~所以我自己其實，那時候，年紀小不覺得，那也有可能我就壓在心

裡面，因為我是不受歡迎的人，然後，我是很孤單的，因為沒有人想要跟我做朋友【笑得很開心，邊說邊笑】(B-2-4) 』

『可是那個時候就覺得沒關係，我對得起自己就好，我就是，還是很~~很~抬頭挺胸的去過每一天 (B-2-5) 』

事後回想起當時的自己，曼菲覺得當時的自己是相當受傷的，她也不想去回憶那段痛苦的時光，而壓抑的情緒就像潛藏在海面下的冰山，雖然看不見，但是卻相當危險。

『對！過每一天，面對大家或是自己，但我覺得那個年紀的我啊，她心裡是很受傷的 (B-2-6) 』

『當初不覺得，當你回過頭看，所以那時候的我，這些東西都放在冰山底部，她表面還是很堅強的，很無所謂，很高傲的在活 (B-2-7) 』

『對！那時候很胖，容貌也很糟糕，然後成績也很不好，在國中的時候，你根本也沒有一點特別凸出，那個性又不改就是不合群嘛！不跟人低頭啦！所以也沒有朋友，非常慘淡，(B-2-137) 』

而高中時發生的報告事件，對曼菲而言是相當大的傷害，為了報復同學使他們有愧疚感，她萌生了輕生的念頭，這是她生命中第一次想要以自殺來擺脫人際關係的糾葛。

『我很想跳下去，那是我第一次有那~可能是第一次有那種想自殺的想法~我就覺得說，這樣跳下去，我想就是要讓你們後悔就對了 (B-2-9) 』

二、生病的歸因

情緒能量如果沒有得到適當的宣洩或疏導，累積到一定程度後，便會在身體和心理上反應出來，曼菲的病因也是如此。

(一) 壓抑情緒

在公司上班時，曼菲有許多的疑惑及不滿，可是卻未表現出來，縱使她認為別人有錯，她也不想去和別人理論。

『我就會常常生悶氣，為什麼這樣，為什麼那個人那樣，因為他們根本不在乎，可是，我就把這些小事堆積在心裡頭【笑】(B-2-12)。』

『到了之後就是同事的告狀啦！莫名的那個，我覺得我並沒有錯，然後，所以才會一下就爆發(B-2-13)。』

『因為我不太喜歡跟人家吵架，就像我剛講的，我不喜歡做解釋或說明，所以我就~我也不能跟~我也不會跟小姐做理論或叫他們不要再丟什麼之類的，我不會講就心裡很不舒服，對呀(B-2-18)！』

而更早之前在另一個大公司當工讀生時，也有類似的情形。

『我很生氣，很生氣，動作就很大，眼淚掉下來，可是我還是不會說，那有些同事看到了，「你怎麼了，發生了什麼事，我還是不說，其實一直到今天也沒人知道我那天為什麼流眼淚，就是情緒反應那麼大，就是累積(B-2-23)。』

由於曼菲經常將自己不滿的情緒壓抑住，加上自己在公司的地位又不高，以致於後來遇到同事的批評之後，讓她累積的能量爆發了出來。

(二) 同事耳語

在公司上班期間，自己工作很認真，但卻受到同事莫名的告狀，這種情況持續了大約半年之後，導致了曼菲產生恐慌及憂鬱的症狀。而曼菲在發病之後，有時董事長稍加關心，順便接送曼菲回家，同事也會私底下竊竊私語。

『你看兩、三個人做的事情，然後，我每天都是大概都能完成啊！沒有出過什麼差錯，對！然後，我就覺得說，我這麼努力然後這麼認真的工作，還有人可以嫌我(B-2-19)。』

『那是工作很忙，壓力很大，然後又有一些員工之間的耳語惡性的那種攻擊我的~~莫須有的罪名這樣子，然後就覺得說工作壓力很大了，怎麼還要去承受那些無謂的流言、告狀之類的(B-1-5)。』

（三）要求完美、執著

從學生時代一直到發病這段期間，要求完美以及執著的個性，一直伴隨著曼菲的成長過程，在訪談後期談到倪敏然事件時她說『完美、執著、跟要面子，是我的死穴（B-2-133）。』

『就覺得自己應該要做得很棒，我是很棒的，不容許我會有一點挫折或沮喪的表情或行為出現（B-1-25）。』

『從學生時代到就算上班了，我的人緣可能也不是很好，就有點類似那種擇善固執，固執到極點、執著，非常執著吧【笑】！就我認為對的，我應該要做我就一定去做，可是這真的不能~在這樣的社會真的不能生存（B-2-27）！』

『因為我是那種我做任何事情啊，我一定會對得起自己的原則的人，我極度不能忍受別人誤會我，如果我有錯的話，還 OK（B-2-15）！』

就因為個性上的固執、完美主義，以及要面子，讓她對於同事不實的言語無法忍受，再加上工作壓力大，不滿的情緒又一直累積著，這些都是她後來發病的原因。

三、生病中的經驗

生病的歸因和生病過程中的經驗是息息相關、相互影響的，藉由生病經驗中相關事件的探討，我們更能瞭解到曼菲生病經驗中的心情轉折。

（一）補習、四技休學

辭職之後，曼菲去補習，準備投考四技，但是那時已經有了恐慌及憂鬱的症狀，因此在出門、補習或回家途中，內心經常會處在擔心、恐懼的狀態。雖然最後考上了四技，但因病情不穩定，以及某些科目聽不懂，所以她只讀了半學期便辦理休學，這個外在壓力事件，對她病情的加重是有影響的。

『其實我的狀況已經不是那麼好，我那時候已經有恐懼在，我又給自己這麼大的恐懼【笑】，對！~因為我要坐一段很長的一段公車上課，在那公車上，其實我就有非常多、很多的時間足夠讓我去害怕（B-2-47）。』

『可是在補習班~嗯~因為有一些考試吧！我對有些科目，我對有些科目實在是很不行，比如說會計！那些啊！，其實那些對我來說又是另外一個恐懼了。（B-2-42）。』

（二）排斥宗教

曼菲的媽媽只要聽說有什麼治療方式可以改善憂鬱症狀的，都會帶她去嘗試。恰巧媽媽朋友的兒子罹患憂鬱症，經由一位基督教教友的協助而獲得了改善，因此曼菲也去了幾次，但是她並不喜歡那種感覺。

『我媽帶我去，然後有做一些基督教的儀式就~就在我身上畫一畫，要把我身上的鬼怪還是【笑】~【研究者：還是驅什麼~】

不是、不是！對！我不是很，第一個我不喜歡宗教，所以，我到了那裡只會讓我更痛苦。【研究者：是說那種感覺你不喜歡】

對！因為那個那個空間就只有基督教設備，他講出來的話就是主啊！神啊！什麼天父啊！~我就不喜歡，我不接受那個宗教的啊！所以更痛苦。所以她雖然幫我做一個驅魔，其實那也沒什麼用的，我就不再去了，因為去了反而讓我更痛苦啊！，又沒有幫助我就不再去（B-2-61）。』

（三）強迫症狀

除了深受恐慌及憂鬱症狀的折磨之外，有一段期間，曼菲也產生了強迫症狀。

『比如說，我坐在這裡看電視，突然看見前面地板上比如有一個像這樣子的東西，我就跑過去蹲在地上開始搓，就是拿抹布，開始要做這個動作（B-2-55）。』

媽媽跟曼菲說，她從小每天睡覺前，都要先把學用品、日用品整理好才會就寢。書桌沒有人要求，她也會整理得乾乾淨淨的，或許這是家人的教導，她一直

以來習慣這樣子。後來出現強迫症狀之後，她覺得得到了長輩的允許，就慢慢的解除了強迫症狀。

『我媽就說你那書桌不用整理，你就放著嘛！有什麼關係，然後棉被不用摺，什麼的，就讓我完全放掉，然後就沒有多久，就不會有，就消失，強迫症就不再有了，對！因為她給我一個很大的允許（B-2-56）。』

可是雖然在家裡受到的是同樣的教育，妹妹們卻沒有這樣的習慣，都是等到早上起來後才霹哩啪啦的準備，但是曼菲卻會去遵守、實踐，這種自我要求的個性或許也和後來的憂鬱症狀有關。

『每個小朋友都有自己的選擇，你看哦！像同樣的教育，可是我的兩個妹妹就不會（B-2-56），可能他們書桌、書包可能隔天起來才淅瀝嘩啦【指霹哩啪啦】才開始整理，同樣的教育每個人反應出來的不同，我就完完全全的接受規定，怎麼走，叫我往左就往左，往右就往右，然後到了那時候強迫症時候，我媽就說不用這樣子，就大家就一直給我鼓勵說，那不用整理啦，就很好了，不用就這樣，所以，這讓我打開了那個設限~她就說不用整理，還好啦！不會很亂啊！讓我覺得不整理是被許可的（B-2-57）。』

從這段小插曲中研究者發現，曼菲要求完美，或是希望得到長輩認同，以及希望一切都能夠井然有序的個性，造成了她的強迫症狀。

（四）坦承病情，尋求協助

曼菲在別人面前不諱言自己是個恐慌及憂鬱症患者，且能主動尋求協助，在一次演講會上，她坦承自己是個憂鬱症患者，後來經介紹轉到 療養院就診之後，在那裡治好了恐慌症。對一般人而言，要在大眾面前承認自己有精神方面的疾患需要相當大的勇氣，而曼菲就是這樣一個勇敢的人。

『在會場上，我就講說，我是憂鬱症的人，而且我會想自殺，當我很~當我想自殺，想求助的時候，我不知道我要撥幾號，因為我不可能去翻電話簿，在那個那麼沮喪想死的時候，還會去翻電話簿說，ㄟ張老師是幾號，再去翻，不可能，

~當我講完之後，旁邊的人，兩邊的人就說~拍拍我說，你好勇敢哦！然後你要加油、你要加油這樣子~~因為外人看我覺得我好勇敢，因為我不曉得，因為很多憂鬱症只要是精神官能症的通常不會這麼在大眾面前說我是~承認我是~可能你也不好意思讓人家知道，自己不會坦然面對，我不僅自己面對，而且我也敢在大眾面前面對，承認我會想自殺，我想幫助這樣子【指獲得幫助】(B-2-60)。」

而在社區大學上課自我介紹時，曼菲也向同學說明自己的病況，並且得到許多的關懷及鼓勵，這對她病情的好轉也有加分作用。

『他們給我許多的精神上的加油，支持這樣吧(B-2-65)！』

『所以就開始敢一個人出門，對於這個恐慌症不敢出門，就開始克服，在這一年越來越好了，對，就是在九十一年吧(B-2-66)！』

而在參加了催眠冥想工作坊之後，也因為曼菲的主動詢問治療師，尋求催眠的協助，最後才逐漸克服了恐慌及憂鬱。在療養院接受個療時，曼菲和醫師討論出利用聽音樂來分散注意力的方法，也配合在催眠當中事先對於外出情境的演練，讓她順利克服了恐慌症狀。

『還有就是出門前會先在心中演練待會出門時會發生的事情，包括走在路上、等車啦，在車上會看到司機、乘客、街外的景色。當我真的很在車上時，很放心很輕鬆，看著窗外，覺得就像在看電影或看到清晰的夢，意思是，不再害怕我會在路上跌倒、坐過站、少給零錢被司機罵，因為我事前就演練，過程會很順利！所謂事前的演練不光只是「想像」，而是有進到些許的催眠狀態，讓腦中的影像很清楚、很確定(2005/08/15 電子郵件訪談)。』

(五) 病情倒退

在療養院接受了個療及社區大學接受催眠治療之後，原本病情已漸入佳境的曼菲，卻因為光碟店事件的影響，導致病情倒退了許多。對於這段如夢魘般的過去，她一直不願去回憶。

『那些男的就圍過來盯他，還有~那個原版的片商就來了，就開始拍照，

對！很可怕，對！其實要不是你我根本不想記起這件事，哈【苦笑】(B-2-97)！』

整個後續處理事宜，雖然親人都說沒關係，但是曼菲還是相當在意，她認為都是自己不好，因此相當的自責，而憂鬱症狀也因此再次出現。

『我就是一直打轉在我媽~~而且她被~那天晚上她還在警察局過一夜，就一定要拘留吧！我不曉得，那個名稱叫什麼，對啊！是，對！然後，可是我還是不能夠原諒自己(B-2-99)。』

『那一天，我的~整個就崩潰了嘛！因為整個太害怕，太緊張了，然後我只覺得，因為我害我媽被抓到警察局，當時的想法就是這樣啊！於是，我的症狀來了，當然就都是我不好，就一直跪著跟他們道歉(B-2-96)！』

『看要頂掉或結束店，然後，我爸媽一方面就是跟片商協調，他們說要賠錢，賠~不知道二百多萬或幾十萬，還是二百多~於是，我的症狀來了(B-2-97)。』

『本來已經回復到第一層，可能又退到五層(B-2-100)。』

『我就覺得都是我害了他們，出那麼多錢，然後我又把它搞砸了，對！因為很嚴重的時候，還是讓我死掉，你們就不用幫我處理那麼多我犯下來的那種，然後你們又來收尾這樣子(B-1-22)。』

對於曼菲而言，雖然經過一段時間的治療之後，恐慌及憂鬱症狀已逐漸好轉，但整體的心理狀況尚未健全，使得光碟店事件發生後，病情急速的倒退。

(六) 父親不認同生病

在接受催眠治療時，治療師和曼菲一起探討生病的原因，在治療師和母親談過家庭關係之後，他認為曼菲的病情可能和父親有關，因此在治療師的要求下，父親曾到社區大學看曼菲接受催眠治療。在催眠狀態下，曼菲講出了內心深處想對父親說的話。

『有一次終於請爸爸撥時間，因為他可能不相信那種催眠的東西或是說諮商的東西，談話的東西，因為他一直覺得啊！你想開就好了，你想那麼多什麼的。問題是已經得憂鬱症了，而且還不是那種輕微憂鬱症，我怎麼可能，你說想開，

不要想，我就不要想。然後，有一次我在做催眠，我爸爸在旁邊看，然後~我就說出了蠻心底的話，老師是讓爸爸看到我內心，可能在一個意識狀況下不會對他那麼明白的說我的~感想，對他的恐懼，敬畏什麼的，對！利用催眠這樣可以講出來這樣子（B-2-71）。』

可是父親卻對曼菲所講的話不以為然，認為是母親把她寵壞了，叫治療師不要太相信她的話。因為一般人對於憂鬱症的認識並不深入，可能會認為患者是假裝的，而曼菲的父親也是如此。

『大部份對於憂鬱症產生出來的~的一些症狀，身體的反應，大家會認為是在假裝的，對！所以他也覺得可能我沒有那麼嚴重，是我把它誇張了，(B-2-71)』

（七）家人、治療師的陪伴、朋友的關心

雖然父親是那麼權威，讓人不敢接近，但對於曼菲仍是相當關心的，雖然家裡要做生意，他還是放下手邊的工作帶曼菲去看病。

『他是一個蠻權威的爸爸，他陪他女兒去，然後他就在外面等，可能超過一個小時，他什麼都不能做，對不對，他還是陪我去，載我去（B-2-62）。』

而媽媽的關心及體貼，更是曼菲重要的支持力量。

『然後偶爾比如像我參加什麼，去看什麼影友會什麼的，然後我~我媽媽就陪我去，只要我開心想做，因為我很少在這麼 down 的情況下，難得有一件事讓我想做，她當然就會帶我去做啊（B-2-51）！』

『然後你看哦，一個媽媽，五十五歲，還陪他女兒去參加，有點，比較年輕小孩子的東西【笑】，可是她的目的只要我開心，無論去那裡，都會陪我去，然後是在每次只要我去開心做完那件事回來，我就又更深的自責（B-2-51）。』

在這七年當中，家人及治療師的陪伴、鼓勵、支持，讓曼菲順利度過生命中的低潮期，並一步一步逐漸的走出生命幽谷。

『我知道有社區大學的課程，然後我媽媽一直慫恿我去，可是我不敢出去啊！我媽就陪我。比如，我要上什麼課，她就跟我一起報名（B-2-53）。』

『常常就是家人啊，然後 老師這樣子的一路上陪我這樣子，可是我覺得其實不一定把它界定為什麼催眠治療或是，因為光是談話，就一般談話也是有它的幫助啊！對！就是對談也是有幫助，因為~談話有幫助，所以，他是旁邊陪伴然後不一定做什麼，一定要做催眠，然後就可以反正就是帶我一關又一關，每一次每一次的發作啊！每一次的情緒，這樣子（B-2-81）。』

而在社區大學上課時，社大同學的關懷及鼓勵，也是曼菲生病歷程中相當重要的支持力量，協助她一步一步克服了恐慌及憂鬱症狀。

『我就非常喜歡在上課的這個時間，就很開心每個禮拜紅樓夢的這堂課，然後他們給我許多的精神上的加油，支持這樣吧（B-2-65）！』

『那邊紅樓夢八十幾、五十幾、四十幾的姐姐或媽媽的年紀，我是最小被照顧的，可是我 enjoy，喜歡被人家照顧，對！對！而且這其實是很重要的來源（B-2-94）！』

貳、生病的體認

七年這段不算短的時間裡，對於深處憂鬱之中的患者而言，其實是相當漫長的，如果對未來失去希望的話，大部分憂鬱症患者都會以自殺來結束生命。對於這段獨特的生命歷程，曼菲有以下的體認。

一、重新認識父親、瞭解自己

在催眠治療中，曼菲探討了與父親的關係，她的僵直反應和父親的權威有關，雖然父親不相信『潛意識』這個東西，也對她的病情有懷疑，但是經由一次次治療師的抽絲剝繭，逐步的探討，曼菲更加認識了父親，也重新認識了自己，她瞭解到原來自己和父親是那麼的像，在認識到這一點之後，她變得能夠體諒父親了。

『因為他對待事情都會很嚴謹的去對待，我覺得我很多東西都很像他，~

因為我自己這樣的個性我走過來，回頭看我自己，所以我也蠻能體會他的辛苦在那裡，我的妹妹或媽媽都未必能體驗，因為他們個性不是像我們那麼嚴謹的，因為我跟我爸那麼像（B-2-86）！』

『因為他現在也還在做 長，所以，很多事情處理就像當初的我一樣，那我知道他一定會遇到很多困難，就是我們實在很不能~如此的不跟現實妥協，我們很不跟現實妥協，然後~他是那種硬闖（B-2-89）。』

在做時間線回溯時，曼菲不太願意再去回想以前的自己，因為她只要一想到就會哭，看著小時候的自己這樣一路走來，令她覺得相當心疼及難過。

『對！心疼她，至少從國小，八歲是吧！她從八歲到高中十八歲，十年~你看我的外表，可能~好像~蠻~溫和或是說蠻不像女強人啦！但其實她應該算女強人，她其實很堅強，就是她心裡很堅強，可是堅強的人她是不是也有一處~別人~就是~（B-2-88）【研究者：看不到】對！看不到，因為她不向人家求助，她要是堅強就是不跟人家求助嘛！對！那當我這樣看她走過來，所以我就會想到我爸爸應該也是這樣走過來（B-2-89）。』

所以，曼菲之後跟父親的關係逐漸改善，和兩個妹妹比起來好很多，父親也很喜歡和她聊天，雖然彼此意見會有不同的時候，但她會主動把話題跳開，避免不必要的論辯。

『當我了解更多自己之後，我就能了解到我爸爸，然後，就改善我跟他的關係~~那講到我跟爸爸相處，那至於我自己的部份，現在我們是又等於又是一個重新的開始啦（B-2-92）！』

除了改善和父親的關係之外，更重要的是生病的因緣讓曼菲能夠停下來，有機會更接近內在的自己，進而多了解別人，並接觸了各式各樣的想法，也認識了新的不同的治療信念，讓她信念改變，造就出了生病之後重新組合的她。

『所以，我現在才能比較客觀的去分析，我這樣一路過來發生事情，跟以前的~我的~因為跟我的性格有關（B-2-27）。』

『因為生病讓我停下來，然後更能接近自己內在的自己，有機會接近內在自

己，於是知道，更了解自己，然後，進而可能還能更~多了解別人一點，然後生病接觸了各種不同的想法、觀點，改變了信念，所以，才能造就生病後重新組合的我（B-2-126）。』

後來曼菲轉到 醫院就診，診治的醫師精於賽斯的研究及推廣，他認為對身、心疾病患者而言，只要信念改變，不一定要依靠藥物也能得到改善。因此如果病人不想吃藥，他就不會開藥。曼菲在看了他的書之後，覺得這和自己的想法很接近，於是轉到 醫院就診，當時曼菲的病情已經改善很多了。

曼菲曾經和治療師討論到她到底要回復以前的那個好像活得很驕傲、很自我、很有信心的那個曼菲，還是生病之後那個變得朋友多了，比較拿不定主意，比較懦弱一點的那個曼菲。治療師並沒有給予具體的答覆，後來曼菲自己找到了答案，她認為這兩者都是她的一部份，只要她想要哪種特質，她就可以表現出來。

『他說我們這樣走，然後，潛意識會幫你安排出一個最好的答案。可能是偏某一個，但是也有可能是兩個的融合啊！然後我現在得到答案了，有那個部份在，當我想要的時候，生病以前的，嗯~不靠、不用~不靠任何人，自己可以很堅定的過，然後或是很和善交到很多朋友，我都有，沒有特別偏那一邊，對（B-2-126）！』

二、對藥物及催眠的態度

在生病期間，除了有時賭氣不吃藥之外，大部分時間曼菲還是會定時服用藥物。但藥物帶來了一些副作用，讓她覺得整天疲累，沒有精神，一直到她接受催眠治療之後才逐漸改善，並且她也學會了利用自我催眠來讓自己放鬆、改進睡眠品質，進而減少藥物的使用。曼菲認為雖然藥物沒什麼改善，但至少不會讓自己變得更不好。

『因為那個藥，可能早、午、晚、睡前，那你早上吃，到公司，我就開始很想睡覺，那又因為秘書的職務，不是隨時都有文件來，變成我在上班時候，就常

常想打瞌睡，嗯！對！然後那時候其實下班的時候，我還是會、恐懼還是在，而且一直想睡覺，這些症狀就持續一直在（B-2-37）。』

『我覺得不能說改善ㄟ，只能說控制吧！~~對，控制情緒，比如說，還是說~讓你可以振奮一點（B-1-17）。』

『可是這六年我還是一直持續服用。對！對！對！因為我還是相信，如果不吃，說不定我可能要弄十年才會好。對！我是這樣的一個想法啦！所以我基本上除非說很沮喪，我才不吃藥，就是跟它【指自己】生氣（B-1-24）。』

她也認同 醫院 醫師的話，認為只要能改變信念就不一定要吃藥。這個態度和她接受催眠治療後的想法很接近。曼菲認為藥物雖然是必要的，但它只是個輔助。

『他是研究那個塞斯的東西，是比較心靈的治療方法，他不會叫病人一直吃藥，而且會透過其他想法，信念的轉變，ㄟ這個原本就跟我原本接觸的很接近，嗯！看他的書，我覺得蠻有道理的，所以我就轉到 醫院去看，對（B-2-104）！』

『幫助最大的，我覺得還是催眠，因為它改變我的想法，因為這個想法不是吃藥能達到的（B-1-45）。』

三、找到未來的方向

曼菲的恐慌及憂鬱症狀因為接受了催眠的幫助而康復，因此她也對催眠及冥想等相關課程感到興趣，除了生病期間接受催眠治療，以及曾在社區大學上過催眠冥想的課程之外，康復之後，她也參加了相關的訓練課程，未來想要朝助人工作去發展。

『因為我自己本身就這樣過來的，所以我很想做這個推廣，因為催眠可以幫助你嘛（B-2-109）！』

『我相信應該~我應該可以~就是可以~我也常告訴自己啊，對！雖然我們現在會有點~一些起伏，可是始終，其實我是朝著我想的路去走，我想興趣跟

工作的結合 (B-2-113) 』

雖然這條路目前走來有些波折，但她始終是朝著自己想要走的方向前進。她覺得和自己的某些朋友相比，自己幸運多了。因為他們準備了三、五年，想要考國小教師，可是考到現在卻發現自己的興趣並不是想當老師，因此，她會教他們如何分析，並找出自己的興趣所在。

另外，她也以自己為例，教導年輕的大一新生，如何選系。

『還有更年輕的大學大一，他想選系之類的，我現在就教他，因為我希望像我三十歲才開始走出來，可是，我是走在我想要的路上，對！那我希望他們可能在二十歲、二十五歲，可以更早，就可以找到這個方向 (B-2-115) 』

四、改變心態

在九十三年六月的時候，曼菲舉辦了一次菲迷聚會，獲得很大的回響，而且在六月時她也組了一個讀書會，雖然人數不多，但她也能接受結果，她認為這是受到治療師的影響。

『而且在六月我又組了一個讀書會，然後，如果以前的話，我可能就會想說，我的讀書會一定要有十個人啊！我一定要辦成啊！什麼的，那個時候正式~那時候正式開始的時候，一、二、三、四、五，連我五個人，但是我就能接受，人數不如我預期，就是我會去接受事情發生的結果，對 (B-2-102) ！』

『因為他【指治療師】自己開課，有時候人數也不如他預期啊 (B-2-102) ！
~~今天我那讀書會也預期只有八個人，他講了一句話我覺得很有道理，~~他的意思是說，每一個發生的~比如他會預期來十個，可是當天只來五個，可是可能也有其他含意在，然後他也去接受~~【研究者：就是說~接受】每個發生的可能，就，對了，所以當我那讀書會五個的時候，我也接受，然後每個禮拜的讀書會，就都很開心，對 (B-2-103) ！ 』

而且治療師對每個人都有非常大的彈性和許可，以前曼菲上他的課的時候很

自由，他不會規定上課一定要乖乖坐好，或者不能做什麼事。她都坐在最後面，她覺得自己應該是一個很頑皮的人，在不影響大家為前提的情況下，她會站起來，又著腰看老師上課或同學的示範。

『我可能走前面旁邊去看，大家都不敢吧！可是是被允許的（B-2-129）。』

在和治療師的相處當中，曼菲學會了讓自己有更多發展的彈性。

『在他那邊學習可以這樣子，之後，我在其他場合啊！我都覺得在讓自己非常舒服的存在一個環境裡，而不會很拘謹，對！把自己框住。我覺得，因為凌老師的影響，然後就~改變我很多東西（B-2-129）。』

而且治療師對於賺錢也沒有特別的積極，在這一點上曼菲認為自己可能也被治療師所影響，所以就隨性，認為一切很自然的就會有個安排。

『有時候我會跟他開玩笑，說我實在被你影響好多哦！什麼做筆記簿，不做筆記也被你影響，因為每次上他的課他都會說，你們不用做筆記啊，這沒什麼好記的！因為以前我是那個筆記抄得很漂亮，人家會借我筆記的人，那之後~我現在已經不會做筆記了，就是重點就像這樣子嘛~~所以，基本上他真的是影響我很大的人，一路上的貴人很多，然後他是非常、非常特別的人，對（B-2-129）！』

後來曼菲去 教 課時，本來有十個學生，可是只來了五個，而且她帶去的麥克風電池一開始就沒電了，她又沒有帶備份的電池，後來她一轉念：

『如果十個的話，我的聲音可能有人會聽不到，可是才來五個，很靠近，甚至我可以走到中間講，沒有麥克風，也是可以啊（B-2-131）！』

所以在上課時她就很開心，雖然音箱、麥克風很重，要提來提去的，可是一點都沒有影響到她。但如果是發生在以前的話，她就會很生氣。就這一個事例而言，她認為自己很能夠正面看待自己的進步。

『我不曉得對其他人，可能對他們來講，對你們正常人來講，可能是很簡單的轉念而已，可是對我來講我可能進步很多了~~像是那種可能是從零、十分到五分，我就進步很多，那別人可能本來就有五分或八分，可是我的五分可能對他們來說不算什麼，可是對我這個零分來講，可能這個五分就很多了（B-2-132）。』

參、催眠治療之生命轉變

在為期二、三年，數十次的催眠治療中，曼菲重新認識了自己，也瞭解到與自己有關的病因，並且調整了自己看待事物的方式，以及找到自己人生未來的方向，這些都是生病經驗中的收穫。而催眠在這漫漫七年之中，也讓曼菲有了一些轉變。

一、重新建立自信

自信心的重新獲得可說是曼菲病情康復的契機，也是催眠治療中一項重要的轉變。生病之後，曼菲可說完全沒有了信心，可是當她又開始找回從前自信的自己時，病情就逐漸地愈加好轉。

『以前我是個很有自信的人，在憂鬱症之後，我就我覺得我什麼都不是，我是個很爛的人（B-1-26）。』

當時的她有不少諸如悲傷、擔憂、惡罪感等憂鬱症狀，當接受催眠之後，她就開始抓取自信，並且慢慢的恢復，藉由不斷的轉換想法，讓自己一切都改變過來。針對曼菲缺少信心這部分，治療師會讓她增強自信心，讓她去回想以前的樣子，於是曼菲會開始去想自己曾經有過的那個部分，那個曾經是亮麗、自信的她，藉由回想，她頓悟到自己原來本自具有的自信特質，因此，她一直努力的朝著那個方向前進，這股堅定的信念，讓她逐漸地克服了憂鬱。

『我要朝著那個恢復到那個狀況，我知道實相出來，我是有那個東西的，不是沒有的（B-1-37）。』

『自信，我覺得就包括很多，你可以對自己的，例如啦！那時候生病就覺得我好醜哦！然後或者是說我沒有能力做什麼事，可是這些自信都回來啦！比如說容貌，對自己的能力，然後對未來是可以達到成功的樣子，對！我覺得自信就是包括所有嘛！對！就是說我可以再活下去【笑】（B-1-40）！』

治療師經由催眠的過程當中，帶曼菲去看以前那個有自信心的自己，或甚至是未來自己想要成為一個什麼樣的人，就讓她去想像並且融入自己想要達成的樣

子，並且表現出已達成目標情形的模樣，藉由這樣的催眠處置，來幫助曼菲建立自信。

『比如說你想一個你喜歡的人，那我就回答我喜歡王菲，為什麼呢？我說因為她怎樣~怎麼~然後就像我以前那樣，所以他就讓我去想王菲很有自信的樣子，而你可能就融入到王菲裡頭或是想像你變得跟她一樣，那麼有信心的在路上走路，而這一招對我來說很有幫助（B-2-73）。』

經由治療師的引導及暗示，這些催眠的景象一直植入到曼菲的心裡，而且透過動作的想像及演練，當曼菲從催眠狀態中被喚醒之後，她覺得能量就增加了。曼菲認為她之所以喜歡王菲是因為她覺得以前學生時代的她，處事的態度就像王菲一樣，她不在意任何人對她的評語，只要她覺得對，她就會很驕傲，抬頭挺胸的。可是在生病之後，這些東西都沒有了，所以她希望自己能像王菲一樣。

『看到她彷彿看到以前的我啊！對！因為我那個我已經不見了，所以，我冀望在王菲身上，所以看到她彷彿看到我一樣，讓自己那個能量、信心啊什麼的，一點一滴的回來，這樣（B-2-73）！』

在對治憂鬱情緒的過程當中，曼菲認為自信最重要。

『那個時候，我覺得最重要的是處理自信的部分，因為你看沒有自信，就覺得自己沒有能力，什麼都做不好，我不敢出門，然後~嗯！我覺得，我不能工作，我不能讀書，如果我把這個最中心的問題，就是自信啊！就像我會有勇氣再繼續活，但是我相信我完全可以很堅強，可以做得很好（B-2-117）。』

在此，研究者發現了『自信心』這一主題，對於曼菲病情康復的重要性，治療師在治療的過程當中，應用催眠及 NLP 的技巧，幫助曼菲加強了她擁有自信心時的心像，讓她能夠藉由催眠過程中的處置，使自己感覺到充滿了能量，並且相信自己可以把事情做好，而且也有勇氣再繼續活下去。

二、找到希望

許多憂鬱症患者經常出現自殺的意念，尤其是重鬱症患者自殺的比例極高，因為他們內心常充滿著悲觀、絕望的想法，覺得人生活著沒有意義，且嚴重的罪惡感，也讓他們深深的自責，覺得不想拖累家人，繼而走上自殺一途。所以在催眠過程當中，讓憂鬱症患者對於未來建立期望是相當重要的。

『他先讓我想到曾經有那個部分，再來你希望你未來，像我喜歡王菲，他就教我把王菲就是說你去塑造你要的那個樣子，王菲的模式跟王菲的樣子，當我想到，他會說當你想像一下五年後、十年後你要一個什麼樣的樣子，當我做完那個部分之後回來，我就信心就是未來又充滿希望，就覺得我有那個東西在前方等著我，我可能包括自殺部分，你自殺就會覺得~我好像前途無亮，就沒有前景可言，但我做了這些諮商之後，可能就~我會覺得，我又有那個東西等著，美好的前景在等著我，可能我會增加點就是說我要走到那個地方，看到我成功的樣子

(B-1-39)。』

治療師在催眠當中結合了時間線的技巧，讓曼菲去想像未來自己想要成為的樣子，讓她對未來充滿信心及期待。在此，研究者發現對曼菲而言，自信和期望是相輔相成、不可或缺的，有了自信心，未來的期望才有可能成真，有了期望，也才會更有信心繼續走下去。

曼菲認為，在催眠當中她可以找到許多生活中的解答，而催眠就像一座橋樑一樣，藉由治療師的引導，自己可以找到答案。

『其實那催眠的東西，因為答案其實本來就是在你的潛意識裡面，你可以透過別人的引導之後，你去看到要的是什麼想法轉換，你要的是什麼，其實都在自己的心裡頭，那催眠就是一個橋樑，讓你去看到~~它輔助你比較樂觀後，你有一個很開心，比較有光明的一種影像在那，你就驅向那個景象，光明的東西，於是那些影像就倒映在你的心裡或腦裡 (B-1-44)。』

『比如老師帶我走那時間線，看到五年後的你，比如一年後的你，五年後的

你，十年後的你，就覺得讓我還有一個未來在等我，對！所以，就對於再繼續活下去，會比較有一些希望（B-2-75）。』

三、應用自我催眠幫助入睡

在接受催眠治療的初期，由於曼菲的憂鬱症狀相當嚴重，因此幾乎都是靠著治療師的引導來改善睡眠品質。等到憂鬱症狀改善之後，她也能應用自我催眠來協助自己入睡。到了後期，她甚至嘗試著減少藥量，減少對藥物的依賴，並且自己決定逐步的完全停止服用藥物。

『透過這個方法，你又不用看醫生，雖然你可能要請一個人幫你做引導語，那如果你學會的話，自己在家裡花個幾分鐘，身心靈就~就可以得到舒緩（B-1-54）。』

『我覺得它是一個可以讓你不那麼需要依靠藥物，吃兩顆的話，搭配這個東西，一顆就好了（B-1-55）。』

四、在催眠中與內在自我對話

經過多次的催眠治療之後，曼菲已逐漸有能力進行自我催眠，並且讓自己回到潛意識的狀態下和內在的自我對話，處理一些生活上的挫折及情緒上的問題。

『而且我發現，因為有一次，我去，就是我去~就是之後我做了催眠，然後學會怎麼跟自己對話（B-2-25）。』

『其實前陣子有些事情壓力的東西很大，但是我已經可以如何跟自己對話（B-1-49）。』

在自我對話中，她比較能夠客觀的用第三者的角度去看待事情，並分析事情的原委及來龍去脈，藉此獲得一些領悟。

『嗯~會比較用第三者，就是說不是用我的角度去看我，然後就會比較冷靜的去分析，就像我剛才說的，就是原來我每一次，學生時代到出社會發生的問題

的根源，「好像是很接近的（B-2-26）。」

而且在催眠狀態下，因意識的干擾減少到最低，曼菲較能夠聽到來自自己內在底層的聲音，並減少了來自意識層面的批判，她也較會接受這樣的結果。

『如果我很沮喪的話，我就會對自己說，曼菲，你覺得為什麼會緊張呢？你其實剛才做的不錯啊，然後或者是說~嗯~就用大概類似這樣角度，因為如果我很~我很沮喪，很惶恐的時候，我根本想不到這些，我就會想說糟糕，這樣子，對！然後，我會透過那個內在的我，跟自己對話，就讓自己比較釐清，然後更~就像一個外人在跟對自己說話，可是很奇妙哦！，一個外人，假設你跟我這樣講，我可能沒辦法聽進去，可是自己跟自己對話之後，就非常能夠接受（B-2-28）。』

個體其實很喜歡聽到自己的聲音，如果是外人向自己說教或勸說，可能自己的接受度不高，但是經由自我催眠的過程，讓自己的潛意識裡真實的聲音浮現出來時，個體的接受度是非常高的，這也就是曼菲經常透過自我催眠和自己對話的原因。

五、運用解離技巧處理僵直

前面曾經提到曼菲的僵直反應，和父親的權威有關，當發生僵直反應時，她的整個手臂會嚴重僵硬掉，成九十度，拉也拉不開。因此，治療師運了解離（dissociated）的技巧來處理曼菲的僵直反應，後來病況好轉，而曼菲也從治療當中學會了這個技巧之後，就自己應用在日常生活上，解決情緒上的害怕或不愉快。

『僵直就是說，後來有恐懼的時候，我的雙手就會成九十度。雙手握拳，就這麼硬，然後可能都一僵直可能就要二十至三十分鐘，拔不開，別人拔不開來，也放不下（B-3-1）。』

『一開始是老師，他先帶我，先帶我，然後我自己學起來，自己學起來，然後，就可以自己做這樣子，有點像角色轉換，比如說你，比如說~比如說你很

害怕或是生氣的時候啊的表情，跟一個不關你的事情的時候，這個態度和表情是不一樣吧！我就讓自己就像不關我的事，那個~對好像在看別人的心態啊！還有那個舉止~那如果當下事情就發生了，我就用解離的態度~讓自己不要那麼生氣或那麼難過（B-2-29）。』

曼菲說她很害怕爭吵的場面，因為以前會有一些里民來到家裡和父親吵架，她就常常會讓自己陷入在恐懼當中，於是一害怕起來，身體僵直的反應就出現了。後來經過治療師的處置，教導她放鬆，把緊張、害怕、恐懼等處理掉，經過幾次的治療之後，治療師就教她如何運用此技巧自助，讓自己變成旁觀者。

『之後，我當還有里民來吵，我就不是這個姿態很自己很害怕，我就讓自己挺起身來，我的方法啦！交叉手我會交握在胸前，我就用很理性的態度去看他，所以~所以我就不會陷入那個懼怕，恐懼的情緒裡，就是我不會有身體的反應出現（B-2-30）。』

『然後，解離的話，就比較當下，在當下就很應急的反應裡頭，比較當下，我就用解離，比如說事後，並不是那種衝突的場面，就是一種想法的話，就用自我催眠，跟自己對話（B-2-31）。』

『那可能透過老師催眠的引導，你可能就漸漸放鬆，然後而且和老師談過之後，他就了解動作可能是什麼原因，你會有這樣的反應，剛剛他告訴你這個動作可能是什麼原因，會有這樣的反應，然後剛剛只是他在做引導如何讓自己恢復，可能僵直三十分鐘，然後最後我就可以變成自己，當我又產生僵直狀態之後，我就會自己~可能這個部分是僵直，我的心就可以對話，我就會對自己講你要如何恢復（B-1-56）。』

而當有緊急狀況時，治療師也會在電話中處理曼菲的憂鬱症狀或僵直反應。

『一開始還是都是靠老師幫我做的，不管是當下事情發生，我僵直了，可能我的家人就打電話給老師，老師就在電話裡頭對我說，一直到我完全鬆開，然後或者是說，晚上的時候，就是很沮喪一直哭，然後都不吃飯或是很想不開的時候，那也是可能老師就來我家幫我做催眠，很不好的時候，都一定要老師的出現，我

自己沒辦法做到比較中重度的憂鬱症，就是說精神官能症，應該是自己沒辦法做到（B-2-32）。』

曼菲坦承雖然現在對於父親有時聲音比較大一點時，她還是會有一絲絲的害怕，但她已經能夠很快的讓自己轉移掉這種恐懼，不會再像以前一樣陷入僵直狀態。

六、轉變想法、信念

曼菲認為接受催眠治療之後，對於她憂鬱症的生理症狀並沒有太大的改變，催眠對她最重要的改變是在於信念方面，研究者由文本中發現，當信念改變之後，憂鬱症也就逐漸改善了，因為當初會產生憂鬱症狀也是由於負面的信念所導致。雖然之後可能一樣會遇到一些困難，但她已能勇敢去面對，不會因此就覺得絕望、無助。

『但我覺得最大的不同是他主要是告訴你比如說想法的轉換，對、然後會說，怎麼會有這樣的情緒，你可能會去探討一下，你這個情緒怎麼來的？你為什麼會有這樣的反應？（B-1-19）』

『但是我覺得催眠部份，其實並沒有改變多少~但最重要的是改變我的想法信念那部份（B-1-32）。』

『幫助最大的，我覺得還是催眠。因為他改變我的想法，因為這個想法不是吃藥能達到的（B-1-45）。』

『對！還有對外在的應對、刺激或人這樣子，是兩個對內或對外~~也不一定是輕鬆，但是你遇到比較困難的東西，你知道怎麼去轉換想法~~解決或面對比較不會說，啊！你還是要去面對，可是不會覺得說無望了、糟糕了，可能沒辦法了，對！就算真的覺得沒辦法了，但是你還是不會覺得天塌下來了（B-1-53）。』

而在社區大學上課期間，她交了各個不同領域的朋友，不管知識見聞、人際關係等方面都有涉獵，同時，她也開始轉變自己對於人、事、物的態度。

『比如說，假設我不喜歡你，不是那麼喜歡你，然後我就不要讓自己那麼生氣，或是你的言行、言語，我就不要那麼 care、生氣，然後就用點到為止，然後，用不同方式去對待，然後，自己的情緒就不那麼容易受波動（B-2-93）。』

現在她已經學會了用不同的態度去面對生活上所遭遇到的一切事情，而不會像以前一樣，把自己限制在一個固定的框架裡面。

『以前我太把自己框~從小到大，我就一定只能在那框框裡，然後，現在可能已經~那個框框，不能說沒有，但是去掉好多哦（B-2-130）！』

第三節 綜合討論

從前二節對曼菲生命故事的整體描述，以及應用歸類方式進一步具體呈現曼菲在生病經驗中的主觀體認及催眠治療的轉變後，本節將再遵循這一貫的脈絡，就這兩種分析結果，以及生病歷程中的特殊事件進行綜合討論。

壹、兩種分析結果之比較與討論

一、分析結果之比較

由『整體 - 內容』分析的結果，研究者對於曼菲的成長過程，生病的經驗，以及接受治療的經過，獲得了概括性的瞭解。而『類別 - 內容』的分析，也讓研究者對於參與者生命中各階段的相關影響因素，有了更清楚的輪廓及認識，能更進一步去探討及分析研究參與者的轉變。而在『整體 - 內容』分析裡可能被忽略的相關元素，在「類別 - 內容」中也會有較完整的呈現。

在『類別 - 內容』分析裡，『坦承病情 - 主動求助』是一個相當重要的關鍵，從分析中研究者看到曼菲求助的勇氣及決心。對於憂鬱症患者而言，有幾個人敢在大眾面前坦承自己有精神方面的疾患，而且需要幫助呢？可是曼菲卻不然！除了母親的悉心陪伴及鼓勵外，她的願意尋求協助是一重要的轉捩點。

文獻中曾提及憂鬱症狀的辨識相當不易，且承認生病對患者自己和家屬而言都很痛苦，再加上憂鬱症通常和其他精神或生理疾病同時出現，使得憂鬱症常被隱藏或遮蔽起來。而社會大眾對於憂鬱症等精神疾患的認識不清，及精神疾患常被污名化或標籤化，使得憂鬱症患者較不願求助現代精神醫學的治療，或轉而尋求其他的民俗醫療，因而延誤了求醫的時機。

在『整體 - 內容』分析裡，研究者看到了曼菲的成長背景、發病的經過以及求醫的經驗，但『類別 - 內容』的分析則將脈絡轉而向內，讓研究者看到她在生病過程當中的體認、重新認識自己，以及瞭解到自己的個性是造成生病最大的原

因。而自信心的重新獲得，則在研究參與者的生病經驗當中扮演了相當重要的角色。

『我覺得最重要的是處理自信的部分，因為你看沒有自信，就覺得自己沒有能力，什麼都做不好，我不敢出門，然後~嗯！我覺得，我不能工作，我不能讀書，如果我把這個最中心的問題，就是自信啊！就像我會有勇氣再繼續活（B-2-74）。』

憂鬱症的形成通常是由許多方面的失調所引起的，諸如生物因素（基因、腦中化學物質、睡眠）、環境因素（痛苦的童年、肉體、性、及情感的虐待、重大的失落、季節改變）及其他許多相關因素等。在『類別 - 內容』的分析中研究者發現，情緒上的壓抑、要求完美、執著的個性、人際關係受挫、同事間的耳語，以及自信心的喪失等，是造成曼菲生病的主要原因。

大體而言，憂鬱症給人的印象泰半是不好的、糟糕的、需要治療的，且它常令人覺得痛苦、絕望，大部分的人都不想經歷，但它也有另外一面。但憂鬱症也帶給人們一些不同的訊息，幫助人們能更增進自己的生活，而這些訊息是關於他們生活、價值觀及生命中最重要的事。

Owen（2001）認為，憂鬱症可以幫助人們更為瞭解自己，它帶來了一些訊息，讓人們可以有一些不同的思考面向：（1）改變自己的方向和價值觀。（2）讓自己和全人類緊密相繫。（3）活在當下。（4）痛苦的童年可以成為力量的泉源。（5）勇氣。

就上述『類別 - 內容』的分析中，研究者發現，在生病過程當中，曼菲重新認識了自己，也更加瞭解了父親，並且改善了父、女間的關係。她學會了不再讓自己維持女強人的形象，不強出頭，並且有時也會裝迷糊，享受別人的關心和照顧。在接受催眠治療而痊癒之後，她找到了自己人生中的方向。目前她最想做的是到醫院當志工協助病友，並且參加和催眠相關課程的專業訓練，準備成為助人工作者。雖然目前遇到工作及其他生活上的不如意，讓她又出現一些憂鬱症狀，但她認為自己有信心及勇氣去克服這些挫折。

『但是我相信我完全可以很堅強可以做得很好，什麼事一起步，本來就會比較有困難~~沒關係這樣子，然後，嗯！而且~嗯~就這樣子，一方面這樣子，告訴自己啦，我一方面就是在學習接受各種情況的發生~~所以，我相信我還是可以繼續就是這條路走下去（B-2-117）。』

二、自信及期望的重新獲得

在文本分析中，研究者歸結出自信是曼菲復原過程中的重要因素。而憂鬱症患者經常表現出下列四項問題（Seligman, 2000, p.357）：（1）行為上：較被動、猶豫不決、無助。（2）情緒上：哀傷、難過。（3）身體上：睡眠、飲食和性生活都受到干擾。（4）認知上：認為生命是沒有希望的、認為自己一文不值。

Seligman（2000）認為一旦憂鬱症患者變得有活力，有希望之後，他們的自尊會自己回復過來，假使只有提升他們的自尊，而沒有改變他們的無望或被動時，則一點效用也沒有，在治療中更重要的是承擔責任並往前看。

在『類別 - 內容』的分析中研究者發現，研究參與者經由治療師在催眠當中運用時間線的技巧，使她又重新獲得信心及勇氣，並且對未來懷抱著希望，進而逐漸克服憂鬱症，而希望及自信是相輔相成、缺一不可的。

『比如老師帶我走那時間線，看到五年後的你，比如一年後的你，五年後的你，十年後的你，就覺得讓我還有一個未來在等我，對！所以，就對於再繼續活下去，會比較有一些希望（B-2-75）。』

三、治療關係

治療關係在本研究中亦相當重要。Corey（1996）認為治療是一種親密的學習方式，需要諮商員樂於褪下刻板化的角色，並在治療關係中以真實的面貌出現，在這種人對人的關係中，當事人才能體驗到成長。如果諮商員把自己藏在專家角色的背後，則當事人也會隱藏起來。透過活生生的現身說法，才能夠有意義

地接觸當事人。

在研究文本中，研究者看到了諮商師對研究參與者的影響。她提到說她辦讀書會的時候人數並不如預期，但她還是能接受這種結果，而不會感到失落或難過。

『如果以前的話，我可能就會想說，我的讀書會一定要有十個人啊！我一定要辦成啊什麼的。那時候正式開始的時候，一、二、三、四、五，連我五個人，但是我就能接受。人數不如我預期，就是我會去接受事情發生的結果，對！而這個也是受到我那凌老師的影響（B-2-102）。』

而治療師上課時非常自由，讓曼菲體認到自己的發展也可以有很大的彈性。

『我不曉得他是對我還是對他的學生，對每個人啦！都有非常大的彈性和許可，然後像以前上他的課啊~我可能會站起來，又著腰看老師上課~大家都不敢吧！可是是被允許的，就讓自己有更多發展的、發展的~彈性（B-2-102）。』

『基本上他真的是影響我很大的人，一路上的貴人很多，然後他是非常、非常特別的人，對（B-2-131）！』

治療師的身教可說是曼菲最佳的學習楷模，在諮商氣氛的感染下，當事人也會逐漸相信自己擁有改變的能力，並且喜歡改變後的自己，研究者在分析中發現治療師對研究參與者的影響。

四、睡眠問題

憂鬱症患者幾乎都有睡眠上的困擾。曼菲表示在生病的時候，由於服用藥物的關係，導致她上班時常常精神不佳，在家裡也是一樣。

『其實很多年我都是整天在睡覺的（B-1-16）。』『變成我在上班時候，就常常想打瞌睡（B-2-37）。』

而在體驗到催眠的放鬆及舒適之後，她便主動尋求催眠的協助，並藉由治療師的引導，改善了自己的睡眠品質，後來等到病況較好之後，她也能運用自我催眠幫助自己入睡。

Yapko (2001) 認為失眠 (Insomnia) 有三種型態：(1) 很難立即入眠。(2) 很容易入睡但幾小時後就醒來，且很難再入眠。(3) 在需要醒來的好幾小時前就已醒來，且無法再睡著。患者必須學習從自己的睡眠中建立界線，分開問題解決的時間及個人的反思時間。而使用催眠來瞄準失眠這個目標有特別的重要性，如果睡眠的困擾減少，當憂鬱事件結束時，後來復發的風險就較低。如果憂鬱情況升起，而個案不安的睡眠又未恢復正常，則後來復發的風險較高。

最新研究顯示，失眠確實會引起精神失調。在一項研究中，患有失眠症的憂鬱老人在一年之後依然憂鬱的人數，比那些睡得好的病人多 17 倍。在另一項研究中，有失眠及憂鬱症病史的老人，罹患憂鬱症的機率是沒有失眠症老人的 6 倍，這對於女性以及患有晚上會不斷讓人醒來這種特殊失眠模式的人來說，是有強烈相關的 (Boyles, 2005)。

而失眠和疲勞 (另一個憂鬱症經常發生的症狀) 的關係也很明顯，這是憂鬱症上升率一個很主要的歸因。從文本中研究者看到了催眠對於曼菲睡眠上的幫助，這或許對於她病情的穩定具有一些正面的影響。

貳、接觸宗教

在文獻探討中，曾討論到宗教對憂鬱症患者的影響，鍾志龍 (2003) 以憂鬱症的康復和宗教信仰有關的個案為研究對象，結果發現宗教對於舒緩憂鬱症患者的負面情緒，改變負面思考，以及舊有的生活習慣，使患者得到心靈的平靜與喜悅等，都有不錯的成效。且宗教團體也提供了關心與支持的力量，能引導患者走過低潮、渡過憂鬱。

宗教對於身心疾病的療癒有一定的功效，但前提是患者一定要深信該宗教對自己確有幫助，所謂『信任生信心，信心生力量。』宗教的救贖，大都是從信任開始的。游乾桂 (2003) 認為信仰治療能給患者信託、信任與希望，進而克服身心上的疾病，除了傳統醫療之外，還有另一種『心靈力量』的處方。

本研究之參與者曼菲，在母親朋友的引介下，曾到過基督教教會接受某些儀式的靈療，但由於本身對宗教並無太大的好感，故在那種氛圍之下讓她萌生想逃離的感覺，且她自己也覺得沒有效果，因此去了幾次就沒去了。雖然有一些研究發現宗教對於身心疾病確有幫助，但假如患者並不接受該宗教信仰，還是無法達到研究所宣稱的效果。

參、催眠治療前、後的改變

經由上述兩種分析結果的討論之後，研究者對於研究參與者的整個生病經驗及其轉變已有了清楚的認識，以下將研究參與者在接受催眠治療前、後之轉變整理成表 4-1（見第 124 頁），使讀者有一更清楚的瞭解。

表 4-1：催眠治療前、後之轉變

階段劃分 心理狀態	催眠治療前	催眠治療後
睡眠情形	對！睡不著，一定要吃了才睡，可是你吃了睡之後可能會睡到隔天的中午或下午，可是你不吃又睡不著（B-1-18）。	比較放鬆，然後睡的時候感覺比較~不是那種翻來翻去，啊怎麼還沒睡著（B-1-34）。
信心	完全沒有信心（B-1-26）。 自信、信心，後來都沒有了（B-1-30）！	開始在抓自信的部份，開始慢慢的抓回來（B-1-36）。
希望、期望	覺得人生是無意義的整天賴在床上，沒有任何動力（B-1-33）。	就對於再繼續活下去，會比較有一些希望（B-2-75）。
認知	從小我就是很要求，不只對別人要求，也對自己要求，（B-2-1）。 自己會常想自己想常會有一些悲觀的想法，負面的想法。對啊（B-1-23）！	就算真的覺得沒辦法了，但是你還是不會覺得天塌下來了（B-1-53）。 我在轉變我的想法啊！信念啊（B-2-90）！ 我目前其實完美跟執著，我還在練習，像降低標準啊（B-2-135）！

第五章 結論與建議

本論文之研究目的，在於以生命故事的形式，呈現憂鬱症患者之生病經驗，並探討憂鬱症患者接受催眠治療前、後之生命轉變。希望對催眠治療的學術研究，以及相關助人工作者有所助益。以下茲根據本研究之發現，提出結論與建議。

第一節 結論

一、催眠治療促進研究參與者認知上的轉變

憂鬱症患者經常呈現負面的思考型態，並假設出對於自己、自己的經驗及對未來的負面觀點。在其內在世界中，常認為自己是不完美、無法勝任的，且對外在世界也認為有無法克服的障礙。他們相信憂鬱症將永遠持續，而未來是令人絕望的。

此種負面的認知轉變相當不易。因憂鬱症患者的認知型態、負面感覺，以及外在的行為模式會複雜的牽連在一起，並形成一個循環。當人們罹患憂鬱症時，便傾向於用沮喪的心情來解釋所有的事情，使得自身對於過去、現在、未來的負面想法，更加刺激了憂鬱症的惡化。

就本研究之參與者而言，在經過多次催眠治療之後，她認為催眠主要是教導她想法上的轉換，讓她改變信念，並拿掉許多以往對於自己所設定的框架，使她能夠重新思考一些事情，也開始轉變對於人、事、物的態度及看法，進而瞭解到自己的個性是造成生病的原因，因此在治療後期她慢慢開始有了改變，並且逐漸地修正自己的個性。而認知上的轉變，也讓她開始樂於享受別人對她的照顧，她不再像以前一樣一定要當個女強人，且在社區大學朋友們的鼓勵、陪伴之下，她的憂鬱症也逐漸得到改善。

二、催眠治療改善了研究參與者睡眠的品質

研究參與者在罹病的初期，由於有嚴重的睡眠困擾，因此藉由服用藥物來治療，但服用藥物之後造成了精神上的疲累感，以致於上班時一直想睡覺。可是不吃藥又睡不著，因此睡眠的問題一直持續著，常常晚上睡不著，白天也精神不濟。

但是在接觸到催眠之後，於治療師的引導下，她漸漸的能夠讓自己放鬆下來，讓自己被引導到一個比較舒服、放鬆、愉悅的情境，雖然不一定能夠很快的睡著，但也不擔心睡不著了，而在生病後期病況好轉之後，她也能夠應用自我催眠來引導入睡。最後，慢慢的停止對藥物的依賴，並逐漸減少藥物的使用，進而完全停止服藥，克服了睡眠的問題。

憂鬱症患者大多有睡眠上的困擾，而睡眠品質、疲累感和憂鬱症之間的關係相當密切，當睡眠問題解決之後，憂鬱症也會逐漸得到改善，並降低復發的機率。

三、催眠治療增進研究參與者的信心及期望

憂鬱症的主要特性之一就是對未來絕望。從研究參與者的生命故事脈絡中，研究者發現『自信』這部份，在研究參與者的生病前期及發病後，一直到康復階段，均扮演著相當關鍵的角色。歷經國中時期課業的問題，導致自信心的逐漸喪失，一直到大學聯考二次的挫敗，都大大的影響了她的自信心。

而在出社會工作之後，憂鬱的能量終於在公司上班期間爆發了出來。在治療期間，治療師應用催眠及 NLP 的相關技巧，讓研究參與者藉由自信心心像的建立，逐漸的找回了原有的自信，並且對未來產生期望，有了再活下去的勇氣。而研究參與者在康復之後，也對催眠深感興趣，並努力朝向助人專業工作者的路上前進，希望有機會能到醫院去幫助那些和她以前一樣深受憂鬱之苦的病友。

四、研究參與者在催眠治療中學會了應用自我催眠自助

自我催眠的應用，對於催眠效果的維持，有相當大的重要性及必要性。一般

催眠治療師在結束催眠諮商之後，都會安排家庭作業，要求客戶進行自我催眠，以延續治療的效果。

而本研究之參與者在接受催眠治療的前期，由於症狀相當嚴重，無法進行自我催眠，因此是藉由諮商師的引導，讓她能逐漸的入睡，以改善了自己的睡眠問題。而在病情好轉之後，她也學會了應用自我催眠的技巧，來解決自己睡眠上的困擾。

在遇到工作上的難題或其他挫折時，她也會藉由自我催眠的方式，進入更深層的內在與自我對話，從而給自己加油打氣、找出問題的癥結所在，或解決心理上的困惑，以面對生活事件的挑戰。在自我對話的過程當中，研究參與者也比較能夠客觀的來面對自己的問題，因而獲得一些領悟。自我催眠的運用不管在生病期間或者康復之後，對於研究參與者都有很大的幫助。

五、研究參與者在催眠治療中學會了運用解離的技巧對治僵直反應

恐慌症狀（合併懼曠症）是研究參與者生病前、中期相當困擾的問題，而這些病症也和憂鬱症狀前、後相繼產生，讓研究參與者的社會功能幾乎喪失。每當她遇到令自己恐懼、害怕的情境時，便會因為深陷恐懼的情緒當中而導致身體手臂成九十度的僵直。

而這些僵直反應在研究參與者接受催眠治療前期，都是透過治療師現場或是經由電話中的引導，才慢慢解除她的僵直反應，事後治療師也會在治療過程中和研究參與者探討造成僵直反應的原因。後來病情好轉之後，如果再遇到類似的情境時，她就能夠當下應用解離的技巧去對治自己的恐懼的情緒，避免僵直反應的發生。

六、生病經驗讓研究參與者更認識自己

歷經七年恐慌及憂鬱症狀的痛苦經驗，讓研究參與者有機會沈澱下來，重新

思索並認識自己。人們罹患憂鬱症時，通常會直覺的以為要改變外在的部分，但事實上，人們需要的是接受自己原來的樣子。

在催眠治療過程當中，研究參與者藉由和治療師的討論及催眠中的引導，探討了生活中的經驗，以及生病的原因，最後她發現到原來自己的個性及行為模式是相當接近的，所以在人際關係上造成的問題也很類似。且她和父親之間的關係，也因為催眠當中的體認而得到改善，因為她發現到原來自己和父親是那樣的像。

七、勇於求助是研究參與者克服憂鬱症的重要因素

在生命故事當中，研究者發現到研究參與者的勇氣。她除了能夠接受自己生病的事實之外，在大眾面前更不諱言病情，並且勇於求助。不管是在聽演講的場合，或是在社區大學上課，以及參加催眠冥想工作坊，她都能夠坦承病情並尋求協助，當然在這當中親人、朋友的鼓勵亦相當重要。

憂鬱症患者由於負面的思考型態使然，很少或幾乎沒有和他人互動來往，因此更加重了絕望感及退縮的行為。由於研究參與者在演講會場上勇於和 療養院的主任互動，在她的介紹之下，轉到該院治療，並藉由催眠治療的輔助，讓她逐漸的克服了懼曠症。而剩餘的恐慌及憂鬱症狀，也在催眠治療的幫助之下，得到了改善，終於完全康復。研究參與者勇於坦承病情並尋求協助的表現，正是康復的要素之一。

研究參與者在生病的早期，飽受恐慌及憂鬱之苦，覺得生命沒有意義，並出現自殺舉動。雖然接受了幾年的藥物治療，但是卻沒有什麼改善。後來在接受了催眠之後，歷經二、三年，數十次的催眠治療，最後終於逐漸克服了恐慌及憂鬱。

在第一次訪談時，研究參與者曾表示對催眠相當推崇，在後續的訪談中亦未提及催眠是否對她造成任何負面的影響。後來研究者於第四次電話訪談時，主動

詢問催眠是否有對她造成負面影響，研究參與者則回答目前並未想到有任何不良的影響。在研究參與者接受催眠治療的過程中，催眠所帶給她的都是正面的幫助。

綜上而言，催眠治療是種不必服用藥物，沒有副作用，且溫和漸進的治療方法。它不僅改善了研究參與者的憂鬱及恐慌症狀，也讓研究參與者更加的認識自己，恢復了自信心，更讓她學會了應用自我催眠來協助自己解決生活上所遇到的課題。在憂鬱及焦慮盛行的現代社會，催眠能有效紓解及緩和緊張不安、急躁的情緒。對於憂鬱症狀的治療，目前除了採用中、西醫療法之外，催眠是種可以考慮的治療方法。

第二節 建議

根據本研究之發現與結論，以下針對憂鬱症患者、患者家人及朋友、相關助人工作者、主管機關及後續研究者等五方面，提出建議。

一、對憂鬱症患者的建議

(一) 面對現實、勇於求助

憂鬱症是種病症，罹患憂鬱症並不表示自己不夠堅強，因此不要讓外界有色的眼光，阻礙了自己求醫的意志。憂鬱症只要及時、適當的接受治療處置，最後一定會改善或甚至完全康復。因此，應當提高自己的病識感，當發現自己有可能罹患憂鬱症時，應盡速尋求醫療的協助，而不該病急諱醫，或是尋求民俗醫療，因而延誤了治療的時機。

(二) 尋求適合自己的治療方式

憂鬱症的治療方式相當多元，除了正統的藥物及心理治療外，尚有許多方法能減緩憂鬱症狀，諸如宗教，藥草、營養療法，運動、氣功、針灸、顱骨按摩療法，芳香、音樂精神療法，催眠、直覺療法、動眼減敏感療法、自然醫學療法等，但有些治療卻不一定適合自己。而本研究之參與者在體驗到催眠的好處之後，便積極尋求催眠的協助，最後克服了憂鬱症狀。因此，在可能的情況下，可以多方諮詢，選擇適合自己的醫療方式。

(三) 建立社會支持網絡

由結論中發現，親友的支持與鼓勵是憂鬱症康復的助緣之一。而處在中、重度憂鬱之中的病友，很容易因為憂鬱症的困擾而走上自殺之路，因此，建立相關的支持網絡是相當重要的。良好的關係可以在憂鬱症發作或復發時成為一個保護

機制，而疏離只會讓憂鬱症更加嚴重。當自己覺得情況不好，無法忍受時，必須盡快聯絡周遭的親友尋求支持，以降低危險，而且有親朋好友的陪伴，也較能夠順利走過這段痛苦的時光，進而康復。

二、對患者家人及朋友的建議

研究參與者在生病過程中一直有母親的陪伴與支持，而社區大學的朋友們，也給她相當多的關心，這對她病情的康復是有幫助的。如果自己的家人或朋友罹患憂鬱症時，可以採取以下步驟去協助他們。

- 1、確實傾聽及溝通。跟憂鬱症患者溝通時，必須確定彼此之間沒有產生誤解。因患者常常看到的是事情的黑暗面，故容易對自己和他人產生扭曲的認知。如果沒有妥善溝通，可能會導致他們病情的惡化，因此必須時時注意自己的溝通技巧，便免讓他們扭曲或誤解自己的原意。且溝通時必須要耐心的傾聽、注意自己非語言的訊息。語氣上亦要和緩、坦白表達自己的感受，並尊重患者，不要擺出高姿態的模樣或強迫患者認同自己的想法。
- 2、主動和患者保持聯絡，但不要期待他們會回應你。如果他們提到要自殺，或者看起來有自殺意向時，要馬上關心並詢問。如果因親友的憂鬱症而影響到自己時，自己應該去看治療師，或參加支持團體。
- 3、避免想去治好他們。講別人的治癒經驗，只會讓他們覺得自己更沒用，只有當他們願意採取行動時才有幫助。

三、對相關助人工作者的建議

催眠在心理諮商或治療中，是個相當有效的促進技巧，而利用催眠來治療憂鬱症時，必須要有一套設計良好的程序才能奏效，因此，身為助人工作者，必須以當事人的利益為最大考量，如果本身具有催眠的相關訓練，在對憂鬱症患者實施催眠治療時，應該小心、謹慎，治療的實施必須考量個案的特殊性及需求，而

不是以治療師個人的偏好來決定。如果臨床治療師對個案特別需求的陳述不清楚，干預可能無效。治療應該有特定的目標，及輪廓清楚的步驟。

另外，在醫院方面，對於到身心科求診的患者，可以考慮他們的個別需求，予以安排催眠治療，催眠對於憂鬱症狀的緩解有不錯的效果，或許是個可以考慮的方式。

四、對主管機關的建議

憂鬱症的盛行率高達15-20%，國人大約有五分之一的人口罹患各類的精神疾病，雖然憂鬱症和癌症以及愛滋病並列為廿一世紀的三大疾病，但後兩者已受到相當大的關注及瞭解，而憂鬱症卻反而未被清楚的認識，甚至被污名化。因此憂鬱症的宣導及預防工作相當重要。除了民間相關公益機構對於精神健康保健的宣導之外，政府相關單位亦應積極規劃，在媒體、社區及學校等方面著手預防及宣導的工作，讓國人對於憂鬱症有較清楚的認知，並且擁有足夠的資訊及願意尋求醫療的協助，以降低整體的社會負擔。

另外，研究者從網站上發現，目前國內已有一些催眠師的訓練機構，而且擁有國外催眠師證照的助人工作者不少，但具備心理諮商或治療相關訓練背景的助人工作者卻不多，有些網站甚至以『前世催眠』為號召，宣稱具有神奇、特殊的療效，並且收費不菲，面對這些現象，政府主管單位應該予以重視。

雖然目前國家對於諮商心理師及臨床心理師資格的取得，已制訂了相當嚴格的規範及考試，但對於民間執業的催眠師這一區塊，卻未見任何符合時宜及專業把關的法令。而在美、英等先進國家，早有相關的專業學會或團體的成立，對於執業的催眠師具有相當的規範作用，也讓受過專業訓練、合格的催眠治療師能夠發揮所長來助人，對於尋求催眠協助的民眾也有較大的保障。因此，期望政府相關主管單位能看重在國外早已被接受為正統療法，或自然療法之一的『催眠治療』，儘速制訂合宜的法令，以讓此在國內正逐漸興起的新療法能正常發展並保

障民眾的權益。

五、對後續研究者的建議

催眠的學術研究在國內相當貧乏，而針對憂鬱症這方面的催眠研究亦付諸闕如，所以研究者在參考文獻的搜尋上相當費力，因國內幾乎沒有可茲參考的相關論文。而國外針對這方面的研究不多，且相關資料的取得更是困難。是故，本研究考量各相關因素之後，便採取了敘事研究方法。

而對於催眠治療應用在憂鬱症的後續研究方面，研究者提出以下幾點看法：

- (一) 如果是在醫療場域的研究者，可與醫院身心科合作，由醫師轉介個案，實施團體催眠治療，並可採用量化或質性研究設計，排除各項影響因素（如性別、年齡、宗教信仰 等），以評估催眠治療的成效。但是必需考慮到研究對象的催眠感受性，以及不同原因所造成的憂鬱症所需的治療程序及暗示（suggestion）內容各不相同，因此必需事先予以歸類。
- (二) 如果是在學校單位的研究者，可以考慮以青少年為研究對象，並以年齡區分為國小、國中及高中組。因為青少年罹患憂鬱症的比率越來越高，且青少年的憂鬱症狀和成人不盡相同，而青少年近年來自殺的人數有逐年增多的趨勢。故青少年自殺的原因和憂鬱症之間的關連，以及青少年憂鬱症的催眠治療這一區塊，亟需有人投入研究。
- (三) 如果是在老人安養機構的研究者，必須考慮罹患憂鬱症之老年人是否為器質性的憂鬱症，因老年人及青少年的憂鬱症狀和成人不同，不僅辨識不易且容易被誤診。在電視新聞及報紙上常可看見獨居老人因久病厭世或其他原因而自殺，而自殺和憂鬱症之間的關連相當密切，且年齡因素是否影響到催眠的治療效果，也是值得探討的部分。

參考文獻

壹、中文部分

- 丁興祥 (2004)。質量兼容、樂在其中。教育研究月刊, 118, 5-15。
- 王艷萍 (2000)。女性憂鬱症患者生病及復原歷程之研究。國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文。088NTNU0328026。
- 孔繁鐘、孔繁錦 (1997)。DSM- 精神疾病診斷準則手冊。台北：合記。
- 江文慈 (1998)。完美主義與憂鬱症病理發展之分析。諮商與輔導, 155, 20-25。
- 李宇宙 (2001)。期待全民精神健康的基本國策。載於精神健康基金會成立特刊, 14-17。台北：財團法人精神健康基金會。
- 李素芬 (2002)。憂鬱症患者早年家庭經驗及其影響之分析研究。高雄師範大學輔導研究所碩士論文。
- 李曉涵編 (1994)。催眠健康法 (劉雪卿譯)。台北：正義。
- 吳芝儀 (2003)。敘事研究的方法論探討。載於齊力、林本炫 (主編): 質性研究方法與資料分析 (頁 143-170)。嘉義：南華大學教社所。
- 余德慧 (2001)。詮釋現象心理學。台北：心靈工坊。
- 余德慧、李宗燁 (2003)。生命史學。台北：心靈工坊。
- 林金梅 (2004)。中途顏面燒傷患者之生命轉化歷程—三位傷友的故事。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 林美珠 (2000)。敘事研究：從生命故事出發。輔導季刊, 36, 4, 27-34。
- 林梅鳳 (2001)。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。彰化師範大學輔導與諮商研究所碩士論文。全國博碩士論文。89NCUE0464002。
- 胡幼慧、姚美華 (2002)。一些質性方法上的思考。載於胡幼慧 (主編): 質性研究：理論、方法及本土女性研究實例 (頁 141-158)。台北：巨流。
- 胡幼慧 (2002)。質性研究的分析與寫成。載於胡幼慧 (主編): 質性研究：理論、方法及本土女性研究實例 (頁 159-170)。台北：巨流。

- 胡海國 (2003)。期許精神健康基金會與社會大眾共創一個美麗境界。載於財團法人精神健康基金會 2001-2002 年報 (頁 2-5)。台北：財團法人精神健康基金會。
- 侯南隆 (2000)。我不是壞小孩 - 喪親少年的生命故事與偏差行為 (頁 19-20)。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 高敬文 (1999)。質化研究方法論。台北：師大書苑。
- 徐鼎銘 (2004)。催眠秘笈。台北：元氣齋。
- 張玉美 (2002)。催眠療法對女性喪親者悲傷反應改變效果之研究。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 張玉燕 (2003)。一位中學護理教師自我生死觀轉變之探索-以前世今生回溯經驗之敘說研究為取向。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 張春興 (1992)。張氏心理學辭典。台北：台灣東華。
- 張春興 (2001)。現代心理學。台北：台灣東華。
- 游乾桂 (2003)。用佛療心-走出煩惱遠離壓力的如來學。台北：遠流。
- 黃嘉慧 (2001)。恐慌症患者之認知行為治療—短期效應與長期效應之評估。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。090KMC00152015。
- 楊銀廷 (2004)。幽谷裡見曙光 - 兩個走過憂鬱症女子的生命故事敘說。國立台北師範學院教育心理與輔導學系碩士論文。
- 廖小慧 (2001)。憂鬱症母親的生命敘說：內在運作模式的探討。國立花蓮師範學院國民教育研究所碩士論文。
- 蔡敏玲 (2001)。尋找教室團體互動的節奏與變奏-教育質性研究歷程的展現。台北：桂冠。
- 潘淑滿 (2003)。質性研究理論與應用。台北：心理。
- 郭志通 (2001)。憂鬱症之診斷標準與協助治療策略。諮商與輔導, 181, 14-18。
- 郭峰志 (2002)。走出憂鬱王國：憂鬱症治療實例。台北：健行。

- 陳乃榕 (2003)。一位經歷父殺母喪親事件之青少年的失落經驗。南華大學生死學研究所碩士論文。
- 陳金柱 (2004)。從神經生物學觀點探討憂鬱症、自殺與創傷後壓力症。台灣醫界, 47, 3, 15-20。
- 陳采蕙 (2003)。探討認知行為團體治療對憂鬱症病患憂鬱及自尊之影響。台北國防醫學院護理研究所碩士論文。全國博碩士論文, 91NDMC0563012。
- 陳俊欽 (2003)。憂鬱症怎麼治療。健康世界, 213, 333, 21-24。
- 陳威伸 (1996)。什麼是神經語言程式學。載於 Bandler, R. 著, 李訓男譯: 行動的奧秘 (頁 5-8)。台北: 世茂。
- 陳添偉 (2002)。催眠學理應用於勞工安全教育訓練之研究。國立中興大學土木工程研究所碩士論文。全國博碩士論文, 91NCHU0015086。
- 陳靜芳 (2004)。理情團體治療對改善門診憂鬱症患者非理性信念及憂鬱症狀之成效。台北醫學大學護理學研究所碩士論文。全國博碩士論文, TMC00563003。
- 齊力 (2003)。質性研究方法概論。載於齊力、林本炫 (編): 質性研究方法與資料分析 (頁 1-17)。嘉義: 南華大學教社所。
- 鄭昭仁 (2003)。輕鬆改造自己-學習催眠超簡單。台北: 甜水文化。
- 劉仲冬 (2002)。量與質社會研究的爭議及社會研究未來的走向及出路。載於胡幼慧 (主編): 質性研究: 理論、方法及本土女性研究實例 (頁 121-140)。台北: 巨流。
- 劉宗憲 (2002)。憂鬱症的共病性。載於台北市立療養院 91 年年報 (頁 52-55)。台北: 台北市立療養院。
- 劉珣瑛 (2002)。本會會員心理治療專業自述。載於台灣心理治療學會通訊第六期。台北: 台灣心理治療學會。
- 劉焜輝 (1999)。催眠治療理論與實施。台北: 天馬。
- 鍾智龍 (2003)。宗教對憂鬱症患者影響之研究。玄奘人文社會學院宗教學研究

- 所碩士論文。全國博碩士論文。91HCU00183001。
- 嚴祥鸞 (2002)。參與觀察法。載於胡幼慧 (主編): 質性研究: 理論、方法及本土女性研究實例 (頁 195-222)。台北: 巨流。
- 釋永有 (2001)。前世療法與生死學。現代生死學理論建構學術研討會論文集。嘉義: 南華大學。
- Corey, G. (1996)。諮商與心理治療的理論與實務 (李茂興譯)。台北: 揚智。(原書於 1996 年出版)。
- Crossley, M.L. (2004)。敘事心理與研究 - 自我、創傷與意義的建構 (朱儀羚等譯)。嘉義: 濤石。(原書於年出 2000 年出版)。
- Editors of Prevention (2002)。憂鬱症自我療癒手冊: 有效調適負面情緒的飲食、運動、思緒轉換及另類療法 (陳錦輝譯)。台北: 遠流。(原書於 2001 年出版)。
- Ellenberger, H. F. (2002)。發現無意識: 心動力精神醫學的歷史與演進 - 動力精神醫學的源流 (劉絮愷等譯)(頁 127)。台北: 遠流。(原書於 1970 年出版)。
- Fisher, S. (1999)。自我健康催眠 (季欣譯)。台北: 生命潛能。
- Huang, T. & McGill, O. & Silver, T. (2001)。大哉問如何催眠 (黃大一譯)。台北: 桂冠。
- Owen, P. L. (2001)。憂鬱心靈地圖: 如何與憂鬱症共處 (廣梅方譯)。台北: 張老師文化。(原書於 1995 年出版)。
- Patton, M. Q. (1999)。質的評鑑與研究 (吳芝儀、李奉儒譯)。台北: 桂冠。(原書於 1990 年出版)。
- Riessman, C.K.(2003)。敘說分析 (王勇智、鄧明宇譯)。台北: 五南。(原書於 1993 年出版)。
- Rosen, L. E. & Amador, X. F. (2003)。當所愛的人有憂鬱症-照顧他也照顧好自己 (魏嘉瑩譯)。台北: 張老師文化。(原書於 1996 年出版)。

- Seligman, M.E.P. (2000)。 **改變：生物精神醫學與心理治療-如何有效協助自我成長** (洪蘭譯)。台北：遠流。(原書於1993年出版)。
- Strauss, A. & Corbin, J. (1997)。 **質性研究概論** (徐宗國譯)。台北：巨流。(原書於1990年出版)。
- Schutz, A. (1991)。 **社會世界的現象學** (盧嵐蘭譯)。台北：桂冠。(英譯本於1967年出版)。
- Verea, L. (2001)。 **催眠學**(鞠紫嘉譯)。台北：天馬。
- Villar, I.V.G. (1995)。 **神經語言的奧妙-亞洲治療之旅** (穆怡梅譯)(頁2)。台北：中國生產力中心。
- Weiss, B. L. (2002)。 **生命輪迴-超越時空的前世療法** (黃漢耀譯)。台北：張老師文化。(原書於1992年出版)。
- Zeig, J. K. (2004a)。 **催眠引導**。載於**跟大師學催眠-米爾頓 艾瑞克森治療實錄** (朱春林等譯)(頁430-431)。台北：心靈工坊。(原書於1985年出版)。
- Zeig, J. K. (2004b)。 **艾瑞克森-天生的催眠大師** (陳厚愷譯)。台北：心靈工坊。(原書於1985年出版)。
- 王克民 (2005)。 **恐慌症**。2005/6/30。搜尋自
<http://www.clinic.org.tw/discuss/lecture13.htm>
- 吳佳璇 (2004)。2004/08/17。 **從腦科學看憂鬱症**。2004/09/01。搜尋自
<http://news.yam.com/chinatimes/healthy/news/200408/20040817035194.htm>
- 蕭美君 (2001)。2001/04/14。 **恐慌症與懼曠症**。2005/6/22 搜尋自
<http://www.libertytimes.com.tw/2001/new/apl/14/today-m1.htm>
- Boyles, S. (2005) 2005/07/09。 **治療睡眠問題可以快速復原**。2005/7/15 搜尋自
<http://24drs.ettoday.com/international/detail>

Mahoney, D. (2004)。2004/07/15。電腦輔助的認知治療是可行的 (張清棋譯)。

2004/08/02 搜尋自 <http://www.mental.idv.tw/paper/article/articledisplay.asp/>

貳、英文部分

APA Division 30, Society of Psychological Hypnosis. (2004) .*What is Clinical*

Hypnosis and What is it Used For. 2004/08/04. 搜尋自

<http://www.apa.org/divisions/div30>

National Institute of Mental Health (2000) .*Depression in Children and*

Adolescents--A Fact Sheet for Physicians . 2004/08/03 搜尋自

<http://www.nimh.nih.gov/publicat/index.cfm>

Strock, M. (1994) .*Depression*. 2004/08/02 搜尋自

<http://www.nimh.nih.gov/publicat/index.cfm>.

United Kingdom Council for Psychotherapy. (2004) .*Hypno-psychotherapy* (UKCP

Definition) . 2004/07/24 搜尋自 <http://www.lcch.co.uk/index.html>

Yapko, M. D. (2002) .*Hypnosis & Depression* . 2004/07/05 搜尋自

<http://www.defeatdepression.org/pdf/myapko.pdf>

Deltito, J. & Baer, L.(1986).Hypnosis in The Treatment of Depression: Research and

Theory. *Psychological Reports*, 58, 923-929.

Ernst, E. & Rand ,J. I.& Stevinson, C. (1998) .Complementary Therapies for

Depression. *Archives of General Psychiatry*, 55(11), 1026-1031.

Yapko, M. D. (2001) .*Treating depression with hypnosis : Integrating*

cognitive-behavioral and strategic approaches. Philadelphia :

Brunner-Routledge.

附錄

附錄一：『建立期望』的催眠手稿範例

讓自己找到一個舒服的地方，坐下來 坐在一個你覺得舒服的位置 手臂和大腿倚靠在椅子上 或地板上 或床上 或你恰巧在的任何地方 但重要的事是要確認，你的身體有良好的支撐，因為你將發現當你的身體真的放鬆時，它會傾向於真正地沈重。因此，你或許不想使你的手臂或大腿交叉。

一旦你已經處在於一個舒服的位置，你可以享受一下那種狀況 我要你允許你的眼睛閉上 以便你能開始建立一個內在的焦點 在你內心的一個焦點 使你能在自己內心找到 你自己的那些部分 大都需要經驗到舒服 放鬆 經驗到安靜（穩） 由於我說的話 那些新的、有幫助的想法及我帶給你的覺察 因為就那方面而言 你能完全地預期（期望） 受吸引於新的可能性 巧妙地使用它們 在你自己的利益之中 在那些事情之內 此時要集中 你可以轉換你的注意力 到坐著時舒服的感覺 注意每一次的呼吸 如何允許你變得更加舒服 你自己更加放鬆 現在你好好享受這段時光 完全地自由 不必思考的自由 不必要分析 不必要讓你的思考在許多不同的方向上團團轉 這意指著逐漸地 你的思維能開始更集中 你的心靈更舒服 就像你的身體一樣舒服 且逐漸地 經驗發展（顯現）了 更完美、更完全 深度地放鬆 感覺到美妙的舒服 現在我能夠談論許多不同的事情 但首先我要談的是心靈 你的心靈 畢竟 那是我們要處理的 你的想法 你的感覺 你看待事情的方式 而且我猜想你已经知道心靈是多麼龐大、複雜 沒有任何人瞭解它的全部 事實上你的心靈是十分複雜的 這就是為何你能混合事情的感覺 為何你會對事情的動機不一致 你如何能意識上地感覺有希望 以及同時憂鬱（擔心） 但你知道覺察有不同的層次 且你能有的最有力的經驗 發生在比意識更深的層次上 更深的

如果你召喚 (call) 你自己深層的部分 無意識心靈 下意識心靈 或你的深層自我 都沒關係 它只是讓你知道非常重要的 你有個深層的部分 學習及吸收新的瞭解 並且那是你深層的一部分 你能知道且瞭解 藉由這塊錄音帶及其它此一系列的錄音帶 因為創作這一系列錄音帶 是因為我知道、而且你知道 你想要在你生活中的事情更好 我知道你想要感覺更好 這會發生 為你自己開始去做些不一樣的事情 所以你正學習 關於你的心靈 你正學習有關你現在思考及感覺 及現在做的 稍後發生的 你所做的決定的可能結果 之間的關係 什麼樣不同的經驗是你喜歡的? 當想像讓你更滿足時 儘管去體驗 花一些時間去想像生活中可能會有的美好景象 創造一個關於你的生活可能看來如何的詳細的生活景象 且它能如何讓你覺得舒服及滿足 現在我不知道此刻是否你能創造那麼美妙的景象 此刻或者是幾天或幾星期後 那樣有力的個人景象能開展 我知道而且你知道 沒有任何事比個人的想像更有力 什麼是景象 (vision)? 它是一種可能性 一種非常激勵 (發) 及吸引人的可能性 使你現在開始做正向的事情 使你的想像可能 逐漸地 我確定 你生活中有些重要的事情 你已經完成 (未完)

說明：以上催眠手稿範例乃研究者翻譯自 Yapko,M.D.(2001) *Treating Depression with Hypnosis.Integrating Cognitive-Behavioral and Strategic Approaches*.一書第 73 頁。

訪談大綱

- 一、您可否談談生病前的你（從小到大）是個什麼樣的人？
- 二、有哪些特殊的事件影響你最深或印象最深刻？
- 三、哪些事件和你的生病經驗有關（包含恐慌及憂鬱情緒）？
- 四、曾經接受過哪些治療？治療的經過如何呢？
- 五、催眠治療對你的身、心產生什麼樣的影響？
- 六、你如何走出生命的幽谷？發生了哪些關鍵的事情，對您是很有幫助的？如改變了想法、心情或行動？
- 七、復原後的你，對自己、人生、生命意義有什麼新感受和看法？

您可參照上述問題的內容來談談您的經歷，也可自由的依您的想法來述說。

謝謝您。

附錄三：基本資料表

個案編號_____

您好：

本表僅供研究參考，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：_____婚姻情況：_____

電話：_____通信住址：_____

一、請簡述你對催眠的看法？

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、初次發病的時間發病：_____

五、被診斷為（輕度、中度或重度憂鬱症）：_____

六、曾經接受過哪些治療？

七、治療時間和次數？

附錄四：訪談同意書

訪談同意書

本人_____經研究者吳忠勇的說明後，已瞭解本研究的意義與進行過程，本人乃出於自願參與本研究，並同意接受研究者的訪談及錄音，但訪談謹作為學術論文報告之探討，並不得在報告或論文中透露足以辨識本人之個人資料。

研究報告中的本人相關資料必須經過本人同意之後，才能列入。在研究完成後，錄音帶必須銷毀，研究者要謹守保密的原則，資料不可外流。

受訪者：_____日期：_____

研究者：_____日期：_____