

# 催眠治療對童年遭遇性侵受害者之處遇案例

曾迎新

嘉義大學輔導與諮商學系

每年有成千上萬件性侵害事件在各地發生，雖然大多數的案例都因被害人的顧忌而隱藏未報，然而，性侵害對被害人所造成的影响與衝擊，可能持續一生。被害人遭遇性侵後通常會呈現身體方面的問題或認知扭曲、情緒障礙、自我價值感喪失、退縮、逃避、人際適應困難等創傷後壓力症候群(post-traumatic stress disorder，以下簡稱 PTSD)的症狀。根據文獻及研究者的臨床經驗，催眠治療對於 PTSD 甚為有效。這篇案例研究，敘述並探討對一個在孩童期遭遇性侵的被害人採用催眠治療的歷程，包括緣由、理論基礎、治療過程及追蹤成效。本案例幫助性侵受害者成功的減少了許多包括憂鬱在內的 PTSD 症狀，研究者試圖用創傷治療理論與催眠治療歷程對照來闡述治療產生效果的原因。

**關鍵詞：**催眠治療、性侵害、創傷後壓力症候群

## 緒論

性侵害 (sexual abuse) 與強暴 (rape) 是許多受過性侵或強暴者的夢魘。受暴者在事後如果沒有受到妥善的照顧與治療，產生的不良效應，可能影響一生。根據 1995 年美國國內犯罪受害者的調查研究 (Bachman and Salzman, 1995) 報告指出，在美國國內一年有超過五十萬件登記有案的婦女遭遇性侵或強暴。而這樣的數字可能被低估了，因為許多受暴者屬於弱勢或擔心二度傷害，所以選擇了沉默。世界衛生組織 (1999) 曾經在全球 19 個國家包括南非、瑞典、多明尼加等國做調查，遭遇過性侵的女孩，比例大致在 7%~34% 之間，而遭遇性侵的男孩之比例為 3%~29%。

台灣一直沒有大規模的調查研究來了解到底每一年有多少人遭遇性侵或強暴，根據陳若璋 (1994) 對 2178 位大學生調查，發現每 15 位男性，每 2 位女性，就有一位曾經遭遇性騷擾或性侵害。每 100 位男性，每 24 位女性，



就有一位曾經遭遇強暴。而研究者從諮詢實務經驗的了解，大多數的受害者都選擇沉默。警方所呈現登記有案遭遇性侵或強暴的數字，遠比真實的數字低。

然而，遭遇性侵或強暴之後，有許多人會產生 PTSD 的症狀。有些人的症狀可能會持續多年，而且惡化。根據 Rotbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh. (1992) 等人的研究，有 94% 的性侵受害人在遭遇性侵後，會立刻出現 PTSD 的症狀。雖然有些受害人的症狀會隨著時間而逐步消褪，但有將近半數的受害人其症狀的嚴重性會持續發展。

孩童遭遇性侵之後所出現的症狀與成年人類似，而且孩童遭遇性侵的症狀可能會持續到成年。雖然有些孩子所出現的症狀不一定相同，但大多數類似，可能會出現焦慮、作惡夢、性衝動 (sexual acting out)、恐慌、過動、攻擊、退縮行為或課業問題。而有些青少年受害者則可能產生憂鬱、藥物亂用、自暴自棄，甚至自殺等現象或行為 (Perry, 2001)。

Mazzeo & Espelage (2002); McLean & Gallop (2003); Read & Ross (2003) 等人的研究發現，未解決的創傷 (unsolved trauma) 通常會讓受害人產生無力、無助、被套牢無法脫身的感覺，對情緒有巨大的殺傷力。若未被有效治療，則可能產生 PTSD、邊緣性人格、解離性人格、藥物濫用、焦慮或情緒障礙、飲食失調，甚至精神失調 (psychotic disorders)。因此，找出對性侵受害者之有效治療方法，顯得格外重要。

研究顯示有許多心理治療方法如暴露治療 (exposure therapy) (Paunovic, 2003)、認知行為治療 (cognitive-behavioral therapy) (Bisson, Shepherd, Joy, Probert, & Newcombe, 2004; Harvey, Bryant, & Tarrier, 2003)、團體治療 (group therapy) (Barlow, 2001; Wolfdorf & Zlotnick, 2001)、眼球運動減敏感法 (eye movement desensitization repatterning) (Smith, 2003; Wilson, Becker, & Tinker, 1997) 等對創傷相關的症狀改善有某種程度的幫助。Foa 與 Meadow (1997) 的研究指出，大多數性侵後 PTSD 的治療研究，都偏重探討認知行為治療或支持性治療，其他治療方法較少探討。

催眠是一種古老的心理治療技術，根據美國心理學會 (American Psychological Association) 的定義，「催眠是由健康專業人員或研究者暗示案主或受試者，去體驗感覺、認知、思想、行為改變的一種程序，催眠狀態通常由引導(induction) 程序產生」(Kirsch, 1994)。「催眠治療」(hypnotherapy) 則

是利用催眠的方法對心理疾患進行的心理治療。催眠治療有幾個特點：一、在催眠狀態下自主判斷、自主意志及行為減弱或喪失。二、注意或感知範圍窄化，對催眠師的態度及語言敏感，但對外界刺激毫無感覺。三、被暗示性增加。四、感覺、認知等生理、心理功能發生改變或分離。五、時間扭曲。六、記憶改變，在一定暗示下能喚醒某些遺忘的往事。七、催眠後效應（post-hypnotic effects），催眠過程中特定的誘導與暗示，在催眠解除後，仍然保持效應（Karle & Boys, 1987）。

十九世紀末，Breuer 與 Freud 曾經使用催眠技術來治療有心理創傷的病患（Waterfield, 2002），第一次世界大戰期間催眠也被大量用來治療砲彈恐懼症（shell shock）。有許多學者對催眠治療在 PTSD 的成效抱持肯定的看法，Flammer 與 Bongartz (2003) 的後設分析 (meta-analysis)，選擇從過去到 2002 年為止的 444 件催眠實證研究，隨機找出 57 件臨床催眠研究，這些研究的實驗組只使用催眠療法，與使用傳統醫學療法或未做治療的控制組做前後測比較，經過分析發現後測平均效果值 (effect size)  $d=0.56$ ，也就是說研究發現催眠治療對心理症狀效果顯著。Levitt(1994)與 Spiegel(1992)發現催眠對於具有高度被暗示性的 PTSD 病人最為有用，Dempster 與 Balson （1982）以及 Ebert, (1988) 的研究發現催眠對性侵害與強暴受害者之治療效果顯著。根據研究者的經驗，催眠治療在臨牀上處理性侵後 PTSD 的效果甚佳，但國內的案例研究並不多見。因此，本研究意圖以案例研究方式探討催眠治療對於在孩童時期遭遇性侵的被害人之效果，以作為未來臨床工作者及研究者之參考。

## 孩童期遭受性侵之效應

孩童遭遇性侵之後，有許多的症狀會立即出現，也有許多症狀會逐漸顯現，有些症狀並不明顯，但是會延續許多年，有些症狀會隨著時間拉長而逐漸淡化（Perry, 2001）。但對於許多遭遇性侵者而言，時間並不一定能讓其症狀消失。這就是性侵所產生的長期效應，根據 Briere 與 Elliot (1994) 及 Kendall-Tackett 與 Marshall (1998) 的研究，80%的性侵受害人會有 PTSD 的症狀，這些症狀包括過度警覺、睡眠失調、易受驚嚇、侵入性念頭 (intrusive thought)、受創影像重現 (flash back)。性侵對受害者所產生的長期效應大致可分為六類：



### 1. 認知扭曲

性侵受害人通常容易分心、無法集中注意力、失憶等等，心理的創傷會扭曲對週遭環境的看法，認為自己處於危險之中，且覺得無力去改變自己的生活，因此感到無力、無助。這樣的認知通常會讓受害人再度成為受害人，或產生憂鬱的情緒。

### 2. 情緒低落

遭遇性侵的受害人罹患憂鬱症的比例比一般人高出四倍 (Kendall-Tackett & Marshall, 1998)。他們可能同時會伴隨著中度的焦慮或憤怒情緒。感情麻木、沮喪、易哭、絕望、憂慮、驚嚇、忿怒和忿恨、感到失去控制等是常見的情緒反應。

### 3. 自我意象受損

受害人常會有自卑、羞愧、罪惡感、自信心低落的狀況，如果與人發生衝突或情緒上的問題，會覺得是自己不對、自己不好，不懂得保護自己，因此，也容易再成為受害人。

### 4. 逃避與行為問題

逃避包括對過去受創的經驗閃避。有些受害人甚至會產生解離的症狀。例如，他們有時會覺得自己身體不是自己的，沒有疼痛感 (depersonalization)、情緒麻痺、失憶 (amnesia)，甚至解離成多重人格 (multiple personality disorder) 的現象。其他的逃避現象包括藥物濫用、意圖自殺，甚至包括濫交 (indiscriminate sexual behavior) 或自殘 (self-mutilation)，強迫性行為如不斷洗澡或厭食等亦是常見的行為問題。

### 5. 人際困擾

有些性侵受害人會從正常的生活常規和人際關係中撤出，產生人際適應的困擾，不但對自己沒信心，對他人也無法信任或採取逃避的態度，會表現冷漠、無法接近、封閉自我；但也有些人變得極度依賴，過度自我開放，或希望能夠掌控一切。這兩種極端都可能導致別人無法接近 (Becker-Lausen & Mallon-kraft 1997)。

### 6. 生理問題

研究指出成人性侵受害者比一般未受侵害者有更高比例的生理不適症狀，如頭痛、腰痠、背痛、下腹疼痛，成人受害者抱怨生理期不適為普遍現象，且有許多的不適與慢性疼痛無任何明顯的生理原因。有的



受害人會產生性機能失調，或睡眠失調或飲食失調等症狀（Kendall-Tackett,2000）。

上述的六類效應中的認知、情緒、行為、生理反應均屬於 PTSD 常見的反應或症狀；而性侵受害者之所以產生這些症狀或機制（mechanism），對他們而言，有些是屬於身心的警覺與防衛反應，可能有助於其避免類似創傷情境的刺激與傷害，但由於身心長期處於緊張狀態，且產生交互作用，過度負荷，身心症候群因而顯現（Mutke, 1987）。

## 創傷後壓力反應之理論

為什麼有些人在性侵之後會逐步復原，而有些人卻會產生情緒、認知、生理或行為的慢性失調效應呢？Foa 與 Jaycox (1999) 及 Foa 與 Riggs (1993) 對這個現象，以情緒處理理論（Emotional-processing Theory）來做說明。他們認為創傷事件需要一些特別的努力與調適(special efforts and process) 才能治癒，而且完成這樣的過程對於復原是有必要的。創傷經驗會在受害人的記憶中形成病理元素，而且慢性心理失調則被視為受害人的病理記憶尚未被處理的表徵。例如有些受害人在遭遇性侵之後會產生強烈的焦慮，那是受害人高估了再次受害的可能性以及對自己能力的懷疑，而這樣正反應出深刻的創傷記憶。有些被視為 PTSD 的患者，甚至認為這個世界極端的危險，自己是無法應付外來的威脅的。

根據情緒處理理論，受害人在創傷事件前的自我概念及對世界的看法、受害人對創傷事件的記憶、以及受害人如何解讀自己所遭遇的創傷事件，對於受害人產生的 PTSD 是有相當程度的影響；而這些病理元素，是可能讓受害人的身心呈現惡性循環的原因。

另外 Mower (1960) 的二因子理論 (Two-factor theory) 亦為創傷症狀的形成，提供了另一個堅實的理論，根據這個理論，古典制約可以解釋創傷後的種種情緒反應，而操作制約則可解釋創傷後的迴避、孤立、攻擊或解離反應，嫌惡刺激與中性刺激連結，讓受創者身心陷入緊張狀態，於是產生許多身心症狀，生活痛苦不堪；迴避、孤立、攻擊或解離，則可以暫時舒緩痛苦，舒緩痛苦的行為是受到負增強，這也就是為什麼性侵受害者的行為或人際問題會一直不斷出現。

因此，對於遭遇性侵受害人的處遇（treatment）應聚焦於處理受害人在事件後的病理記憶（錯誤認知）以及處理其情緒障礙。

## 案例報告

### 個案源起

小紅 30 歲，為大學一年級學生，職校畢業後經多年的自修苦讀考上大學。她平日沉默寡言，與同學不太來往，但非常用功。自覺耽誤多年才上大學，應該更加努力；她在校外租屋，室友為外系女生，活潑外向，常不在家且經常帶男友回來。小紅無法忍受其室友的濫交與鬱亂（小紅的觀點），因此，內心非常憤怒，但一直未對室友明說。

案主的異常狀況，如：其在上課時完全處於狀況外，不但課堂上跟不上，回到家也無法專心唸書。這種焦慮情況為鄰座的班長所察覺，主動向導師透露，經導師約談後，轉介輔導中心。

諮詢師初次與個案晤談時，發現個案表情嚴肅，沉默寡言，只表示自己無法專心唸書，非常痛苦。由於個案不太願意多談其家庭及生活狀況，只告訴諮詢師絕對不能想像小時候有多悲慘。因此，初次晤談，諮詢師企圖採用漸進式放鬆以協助個案解除焦慮。經個案同意後，諮詢師引導個案進入放鬆狀態，但放鬆過程中，個案突然從躺椅上翻落在地上，並哭泣呻吟，整個身體緊縮、扭曲，痛苦不堪，且對諮詢師詢問的任何問題均不回答。從個案的反應，諮詢師體察其並非身體不適，而是心裡難過；因此，乃詢問個案是否可以握她的手或肩膀（諮詢師試圖用握手或撫肩來安撫個案的情緒），但個案強烈表示不可以，諮詢師立即邀請女性諮詢師前來協助。在過程中，個案少與諮詢師有互動，只是不斷哭泣與呻吟，約莫六十分鐘後她的情緒逐漸緩和下來，然後要求回家。諮詢師擬送其返家，但遭拒絕。

第二次面談在一週後，個案主動來諮詢中心，其雖對上次的失態表示歉意，但發言仍是非常被動，諮詢師表示願意幫助她，或協助其轉介到精神科接受心理治療。個案表示過去曾接受精神科醫師藥物治療多年，但幫助不大。談話過程中，個案表示不願再談自己不堪的過去。諮詢師未勉強個案，只表示個案若有不愉快的過去，可能形成心理長期的包袱，若能除去，將如釋重



負，諮商師非常願意協助個案卸除包袱，個案無助的笑笑，隨即離開，似乎並沒有深談的意願。

之後的半年，每隔一段時間個案情緒低落時(尤其在考試期間)，就會來找諮商師作簡短晤談，並表達自己當時憤怒、煩躁、無助、沮喪的情緒，從中諮商師逐漸對個案有更多的了解。

## 個案背景資料與症狀

個案 30 歲，為大學一年級女生，生長在低社經勞工家庭，自小父母不和睦，母親對個案冷漠而嚴厲，個案極不願意談論其父親，充滿著恨意。個案有一位大她三歲的兄長，自小不常在一起，長大亦少聯絡。個案的幼年生活極為艱苦，要隨同案父做清潔工作，年節也不例外。案母對個案嚴厲，稍有不從，便打罵不允許吃飯。

個案自高職之後就離家半工半讀，憑藉自己的力量完成學業，過程極為艱辛。但長期以來，個案有失眠的症狀，曾大量服用安眠藥後被同學發現就醫，自此開始看精神科門診，經醫師診斷為憂鬱症，並有其他醫師診斷為恐慌症。個案長期服用鎮定藥物、抗憂鬱劑及抗焦慮藥物，也陸續看過不同醫師，但個案認為自己的情緒狀態並未改善。

高職畢業後，個案經由同事介紹上教會，自此開始參與教會活動，其身心不適症狀雖有好轉，但仍不時出現折磨自己的狀況。綜合個案之陳述，其有以下之身心不適症狀：

### 1.生理方面

常感到胸悶、偏頭痛、身體僵硬無法喘息以及緊張性胃痛。

### 2.情緒方面

常感情緒低落、想哭(但哭不出來)、氣憤、無助、焦慮、恐慌、羞愧、絕望和想死(信基督教之後較少出現)。

### 3.人際關係

除教會阿姨外，沒有較親近的朋友。經常獨來獨往，對人有戒心，無法接近，對男性更是如此，甚至有敵意。

### 4.生活方面

個案有間歇性的厭食與暴食交替症狀，經常失眠或作惡夢，小時候不愉



快的畫面亦常出現腦海，長期以來個案的睡眠品質非常差。因此，需要依賴安眠藥助眠。個案也有自殘現象，情緒不好時，會拿尖物割自己的手腕及大腿。

### 5. 認知方面

自覺記憶力不佳，常忘東忘西，無法專注、容易分心。有時會呆坐很久，不知道自己在想什麼，別人叫自己時才回過神來。

## 診斷

概括個案所陳述的上述症狀，個案有許多症狀符合 PTSD 的反應(Briere, 2004)，如慢性疼痛、人際退縮(尤其對異性逃避)、情緒失調如失落、無助、沮喪、容易憤怒或恐懼，行為問題如自殘現象、飲食失調、睡眠失調及噩夢連連，創傷性記憶畫面常出現腦海中。

諮詢師認為個案的症狀應與早期的心理創傷有關，由於諮詢師為男性，且先前與個案不熟悉，諮詢師很難透過面談知道個案的創傷真相而給予協助。採用認知行為治療，可能會因為個案認知上的阻抗(resistance)，而無法給予協助，因此決定採取催眠治療。

## 使用催眠治療的理由

長期以來使用催眠治療技術來處理心理創傷的價值，並沒有得到應有的重視(Mac Hovec, 1984)。在臨牀上，遭遇性侵害的青少年或成年人可以透過催眠治療加強自我價值、能力、自信並減緩症狀(Dempster & Balson, 1982; Ebert, 1988)。對於童年期遭受性侵害的受害人，使用意象(imagery)與說故事(story telling)技巧來作催眠的引導甚為有效(Gardner & Olness, 1981)。

PTSD 的疾患經常具有高度易催眠性 (Gill & Brenman, 1961)，而且也具有高度的心像能力 (Stutman & Bliss, 1985)，根據 Classen, Koopman, Hales 與 Spiegel(1998)等人的研究，創傷事件與壓力會讓受害人產生注意力窄化，對周圍訊息忽略或無法感知的現象，這種現象有類似被催眠的狀態。而催眠引導的目的，正是要幫助受試者忽略外在事物，而專注在催眠者所暗示的經驗與行為上，並使之認知、經驗與行為有所改變。



PTSD 的患者，通常都會伴隨著生理的疼痛或不適，以及一些莫名的焦慮與恐懼(Foa & Jaycox, 1999)。這些不適症狀是扮演著提醒者(reminder)以及保護者(protector)的角色，在病理上這些症狀有其存在價值，一方面提醒外界或當事人自己，其心理創傷未被處理，需要照顧。另一方面，也用過度的警覺及情緒反應讓當事人不再受傷害。但這樣的心理機制一旦建立，除非回溯受傷經驗之原點，並給予處理，否則，當事人容易陷入生理、情緒、認知和行為狀況的惡性循環中。由於當事人的認知及情緒處於一種混亂、緊張及極度不安的狀態。因此，任何認知部分的理性探討均可能遭遇阻抗 (resistance)。而催眠治療的放鬆與暗示，一方面可以安定當事人的情緒，在認知方面的阻抗也會降低。使用年齡回溯(Age Regression)可協助受害人回到創傷源頭，把壓抑在內心的創痛記憶打開，有助於受害人的情緒處理及認知重建(Karle & Boys, 1987)。

## 治療經過、結果及追蹤

本治療採用 Brown, Scheflin 與 Hammond (1998) 的三層次治療架構 (phase-oriented model) 來處理個案創傷，此模式將創傷處遇分為三個不同層次，各層次有其目標，第一層次先建立治療關係，協助紓解短期症狀，使案主穩定並準備下一階段的治療；第二層是次協助案主處理情緒根源及潛藏創傷，並整合創傷事件；第三層次則協助案主重建認知，面對未來。

治療共經歷八次療程，由於個案的意識清楚、思考邏輯正常、語言流利，其焦慮、緊張、不信任之反應均來自其創傷及環境壓力。因此，前五次的治療，均在第一層次，諮詢師把重點置於放鬆訓練及引導意像 (Guided imagery)，協助個案放鬆並進入一個安全、愉快的境地。每一療程結束前並給予催眠後的暗示 (Post-hypnotic suggestion)，暗示他將會愈來愈好。

在完成第五次的療程後，個案突然提出私人請求，要求諮詢師寫推薦信，協助其申請獎學金，諮詢師因其刻苦上進，給予強力推薦。個案在獲知獲得獎學金之後，至輔導中心對諮詢師表示感激；此時，諮詢師認為與個案信任關係已建立成熟，因此，建議個案找可信任之朋友或長輩陪伴，前來做第二層次的治療。

個案終於在阿姨的陪伴下，前來做第六次的療程，諮詢師採用年齡回溯



技巧（Age regression）來幫助個案回到創傷根源。剛開始個案表示無法回溯根源，眼前一片空白，看不到什麼景象。諮商師於是引導個案放鬆，企圖幫助個案回到正常狀態，但此時個案突然呼吸急促，表示沒法呼吸，似乎已經回到過去的記憶中，諮商師詢問個案幾歲及在那裡，個案表示自己 10 歲，在家裡。此時已回溯到個案遭到性侵的歷程，個案表示疼痛，並開始強烈哭泣，個案的哭泣中夾雜憤怒、無助及哀傷，諮商師採用完形空椅法以及 ego therapy (Watkins, 1987) 的對話技術，試圖引導個案受創人格與施暴者對話，但個案表示施暴者低頭不語，好像很羞愧。此時諮商師不斷給個案暗示：「這不是妳的錯」、「妳沒有錯」，「妳可以把妳受到的傷害、折磨說出來」，讓個案有充分的情緒宣洩。由於施暴者不語，諮商師要求個案與其自己的潛意識智慧（另一人格）對話，讓潛意識智慧告訴自己為何對方要傷害自己，潛意識表示對方為自己的父親，諮商師問個案是否願意原諒對方，個案表示願意。此時諮商師再度採用完形技術讓 30 歲的個案（強壯人格）去照顧、保護 10 歲的個案（受創人格）並從此建立互助連結，從個案的表情中，看到其獲得極大安全感及支持。之後，經個案同意，諮商師把個案從催眠狀態中引導出來。

一週後，諮商師為個案做第七次的療程，案主神情較以前輕鬆許多，不似以往沉重、嚴肅，而且有笑容。個案表示過去一週睡眠狀況改善許多，其同學亦表示個案看起來不一樣，且上課會發問，此外，個案覺得自己的精神變得比較好。此次的療程，諮商師引導個案把過去重大童年傷痛的記憶喚起並處理，透過個案的信仰，賦予正面的意義。結束前並引導個案把許多痛苦裝箱封鎖，並焚毀投入海中，個案自此表情如釋重負。最後諮商師再用引導意像（guided imagery）協助個案去看過去的傷痛事件，個案的表情平靜已無情緒反應。

第八次的療程在一個月後，個案的情緒已與過去有極大的不同，有輕鬆的表情與笑容，並表示現在對母親及家人已不再有那麼強的敵意，可以打電話回家與母親說話。個案表示不知道 10 歲時的遭遇對自己造成如此大的影響，她從未告訴過任何人，也從未得到過任何的安慰。諮商師再以 Briere (2004) 所提的 PTSD 特徵去檢核個案的身心狀況，個案已無 PTSD 的症狀反應。

半年後，諮商師邀請個案協助學校輔導中心的工作坊活動，並藉此機會了解個案的各方面情形，個案的表現正常，最明顯不一樣之處是個案的笑容多了許多，且會主動與講師及學員互動。



諮詢師日前接到個案來電（此時距離結案已將近四年），表示要到國外唸書，想請諮詢師為其寫推薦函，經過簡短交談，知道她目前有不錯的工作，生活穩定，但仍希望向上發展，感覺個案對未來充滿陽光，已經看不到陰霾。

## 討論

遭遇性侵的受害人常會有許多生理、心理的症狀，這些症狀通常與創傷記憶有強力連結，有些症狀如迴避、孤立、攻擊、失憶、解離，是屬於防衛機制或受到負增強可以逃避痛苦感覺；有些症狀如身體疼痛不適、害怕、恐懼，則扮演了「提醒者」，讓受害者時時想到創傷事件；而迴避、解離等症狀又經常扮演了「干擾者」，讓受害人不能面對創傷接受治療。這就如同雙因子理論的雙重制約，讓受害人陷入惡性循環當中。

個案因童年成長過程艱苦，飽受精神及身體凌虐，而個案父親對其性侵之經驗，造成最致命的一擊，以致形成其 PTSD 的症狀。個案情緒的恐慌、焦慮、無助、羞恥、絕望，均可與其早期創傷經驗做連結，其在人際的敵意與不信任亦與創傷有關。個案早期的家庭，可說是其痛苦的來源，中學後雖離家半工半讀，但已產生 PTSD；其後雖接受精神科治療，但多半停留在藥物治療部份，早期之創傷並未得到處理。

尤有甚者，個案創傷防衛機制已形成，讓其身心飽受折磨，由於無法信任他人，自然很難得到有效之治療。諮詢者在前五次療程多半的時間花在資料收集、信任關係的建立，以及催眠的心理準備（諮詢者不斷暗示催眠可以幫助個案卸除沉重的包袱），在此階段催眠暗示，可以舒緩個案的不適，體驗平靜。Brown, Scheflin 與 Hammond (1998) 認為感覺安全、信任、PTSD 症狀減緩，均為此階段重要任務。申請獎學金推薦函並獲獎的歷程，讓個案與諮詢者的信任關係有了重大突破；為取得信任，諮詢者曾把推薦函的草稿出示個案，推薦函的內容讓個案覺得諮詢者是真心肯定她，並沒有以異樣眼光看她，關係因此拉近。

第六次療程是整個催眠治療的關鍵療程，目標在協助案主處理情緒根源及潛藏創傷並整合創傷事件，個案的核心問題透過年齡回溯 (Age regression) 技術來探索，幫助個案快速回到創傷根源追溯原因，這個過程能夠協助個案重現受創當時狀況，讓記憶與感覺重現 (flashbacks)。「再體驗」(re-experience)



在處理創傷（traumatic events）極具重要性，目的在引發個案長期累積之痛苦情緒，個案的痛苦情緒引爆對其有宣洩淨化（Catharsis）的效果，也透過淨化，讓個案心理平靜下來。但是以年齡回溯協助個案「再體驗」必須謹慎使用，它須在第一階段完成後實施，且當個案重回創傷現場時，諮詢人員必須知道如何處理，否則只是用催眠技術打開傷口卻不會治療或無法縫合，這將造成更嚴重的後果，這也是催眠治療與催眠最大不同之處。Foa & Meadows (1997) 也指出讓個案曝露在創傷記憶或刺激中，需要特別小心，否則有可能加重個案的創傷反應，造成更嚴重的後果。

在整合創傷部份，運用了完形與 ego therapy 的對話技巧，因為催眠很容易與其他不同學派結合使用，包括精神分析或認知行為學派，研究顯示，催眠與其他治療方法結合，能夠產生加乘（synergistic）效果（Kirsch, Montgomery & Sapirstein, 1995; Smith, Glass & Miller, 1980）。

第七次療程的重點在協助個案處理、檢示尚未處理完的創傷事件，建立新的認知，以便展開新生活，並確認過去創傷對個案已無影響與威脅。在此階段諮詢師以引導想像（guided imagery）協助個案反覆經歷創傷過程，確認已無情緒波動，然後再將創傷記憶裝箱燒毀，透過暗示拋棄過去不堪記憶，迎接新生，展開新的生活。

在經歷七次療程之後，個案已進入人格自我整合階段，由於案主的創傷心結已經透過催眠治療化解，另一方面正面暗示已在案主潛意識產生作用。第八次療程及半年後的追蹤，重點在確認個案已完全恢復正常，回歸常態生活。

本案例再度肯定精神分析理論中，潛意識探索的價值，以及追溯早期因果聯結的重要性。從精神分析的角度來看，超過個人情感負荷的創傷事件，會讓「自我」失衡，產生焦慮、恐慌，並啟動自我防衛機制，以獲得假性的安全與平靜。但潛意識會透過其他方式如失眠、噩夢連連、恐慌、焦慮、敵意、退縮甚至生理症狀如頭疼、腹痛等來展現仍然存在的問題，真正的問題若未得到正視與處理，其症狀便無法消失，這也就是為什麼許多創傷性心理疾患，僅靠藥物治療始終無法脫離困境的原因。對心理失調的疾患，探索因果聯結，改變對創傷原因的認知，有助於化解患者內在衝突。以本案為例，催眠治療在協助早期遭性侵之受害者，有顯著效果。



## 參考文獻

- 陳若璋（1994）《兒少性侵害：全方位防治及輔導手冊》。台北：張老師文化。
- Bachman, R., & Salzman, L. E. (1995). *Violence against women: Estimates from the redesigned survey*. Washington, DC : Bureau of Justice Statistics, U. S. Department of Justice.
- Barlow, S. H. (2001). Group therapy for victims of sexual abuse. *International Journal of Group Psychotherapy*, 51, 131-134.
- Becker-Lausen, E., & Mallon-kraft, S. (1997). "Pandemic Outcomes: The Intimacy Variables." In *Out of Darkness: Current Perspectives on Family Violence*, ed. G. K. Kantor and J. S. Jasinski. Newbury Park, CA: Sage.
- Bisson, J. I., Shepherd, J. P., Joy, D., Probert, R., & Newcombe, R. G. (2004). Early cognitive -behavioral therapy for post-traumatic stress symptoms after physical injury. Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 63-69.
- Briere, J. N. (2004). *Psychological assessment of adult posttraumatic states: Phenomenology, diagnosis, and measurement*. Washington DC: American Psychology Association.
- Briere, J. N., & Elliot, D. M. (1994). Immediate and long-term impacts of child sexual abuse. *The Future of Children*. 4, 54-69.
- Brown, D., Scheflin, A., & Hammond, C. (1998). *Memory, trauma treatment and the law*. New York: Norton.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R., & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as predictor of posttraumatic stress symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 155, 620-624.
- Dempster, C. R., & Balson, P. M. (1982). Hypnotherapy of the victim experience. Presented at ninth International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, Glasgow, Scotland.
- Ebert, B. W. (1988). Hypnosis and rape victims. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 50-56.
- Flammer, E., & Bongartz, W. (2003). On the efficacy of hypnosis: A meta-analysis.

- Contemporary Hypnosis*, 20(4), 179-197.
- Foa, E. B., & Jaycox, L. H. (1999). Cognitive-behavioral treatment of post-traumatic stress disorder. In D. Spiegel (Ed.), *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., & Meadow, E. A. (1997). Psychosocial treatment for post-traumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Post-traumatic stress disorder in rape victims. In Oldham J., Riba, M.B., & Tasman, A. (Eds.). *American psychiatric press review of psychiatry. Volume 12* (pp. 273-303). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gardner, G., & Olness, K. (1981). *Hypnosis and hypnosis with children*. New York: Grune & Stratton.
- Gill, M. M., & Brenman, M. (1961). *Hypnosis and related states*. New York: International Universities Press.
- Harvey, A. G., Bryant, R. A., & Tarrier, N. (2003). Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- Karle, W.A., & Boys, J. (1987). *Hypnotherapy: A practical handbook*. London: Free Association Books.
- Kendall-Tackett, K. A., & Marshall, R. (1998). Sexual Victimization of Children: Incest and Child Sexual Abuse. In R. K. Bergen ( Ed.), *Issues in intimate violence*. Newbury Park, CA: Sage.
- Kirsch, I. (1994). Difining hypnosis for the public. *Comtemporary Hypnosis*, 11, 142-143.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as a adjunct to cognitive behavioral Psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 63, 214-220.
- Levitt, E. E. (1994). Hypnosis in the treatment of obesity. In S. J. Lynn, J. W. Rhue, & I. Kirsch (Eds.) *Handbook of clinical hypnosis* (pp. 533-553). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mac Hovec, F. J. ( 1984). The use of brief hypnosis for posttraumatic stress



- disorders. *Emotional First Aid*, 1, 14-22.
- Mazzeo, S. E., & Espelage, D. L.(2002). Association between Childhood physical and emotional abuse and disordered eating behaviors in female undergraduates: An investigation of the mediating role of alexithymia and depression. *Journal of Counseling Psychology*, 49(1), 86-100.
- McLean, L. M., & Gallop, R. (2003). Implication of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 369-371.
- Mower, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Mutke, P. H. C. (1987). *Hypnosis: The mind/body connection*. Glendale, CA: Westwood.
- Paunovic, N. (2003). Prolonged exposure counterconditioning as a treatment for chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 479-499.
- Perry, B. D. (2001). The Neuroarcheology of Childhood Maltreatment: The Neuro Developmental Costs of Adverse Childhood Events. In K. Franey, R. Geffner, & R. Ralconer (Eds.), *The Cost of Child Maltreatment: Who Pays? We All Do*. San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Read, J., & Ross, C. (2003). Psychological trauma and psychosis: Another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 247-268.
- Rotbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 455-475.
- Smith, S. (2003). The effect of EMDR on the pathophysiology of PTSD. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5, 85-91.
- Smith, M. I., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Spiegel, D. (1992). The use of hypnosis in the treatment of PTSD. *Psychiatric Medicine*, 10, 21-30.



- Stutman, R. K., & Bliss, E. L. (1985). Posttraumatic stress disorder, hypnotizability, and imagery. *American Journal of Psychiatry*, 142, 741-743.
- Waterfield, R. (2002). *Hidden depths: The story of hypnosis*. London: Macmillan.
- Watkins, J. (1987). *Hypnotherapeutic techniques: Clinical hypnosis (Vol.1)*. New York: Irvington.
- Wilson, S. A., Becker, L. A., & Tinker, R. H. (1997). Fifteen month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for posttraumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.
- Wolfdorf, B. A., & Zlotnick, C. (2001). After management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 169-181.
- World Health Organization. (1999). WHO Recognizes Child Abuse as a Public Health Problem. Retrieved July 20, 2006 from <http://www.who.org/PR-99-20>.

初稿收件：2007 年 6 月 14 日

二稿收件：2008 年 11 月 26 日

審查通過：2008 年 12 月 30 日

責任編輯：張貴英

### 作者簡介

曾迎新 美國伊利諾州立大學諮商員教育博士(哀傷諮商)  
嘉義大學輔導與諮商學系助理教授兼學生輔導中心主任  
通訊處：(62103) 嘉義縣民雄鄉文隆村 85 號  
                  嘉義大學輔導與諮商學系  
電話：(05) 271-7080  
E-mail：[ytseng@mail.nctu.edu.tw](mailto:ytseng@mail.nctu.edu.tw)



## Hypnotherapy in the Treatment of the Victim of Childhood Sexual Abuse : A Case Study

Yin-Hsing Tseng

*Department of Counseling and Guidance  
National Chiayi University*

There are hundreds of thousands of sexual abuse events happened in the world each year. Avoiding being hurt again most of the victims didn't report. However, the impact of sexual abuse on the victims may last for their whole lives. The survivors of sexual abuse may suffer from the post-traumatic stress disorder symptoms (PTSD) such as somatic disturbance, cognition distortion, emotional disturbance, interpersonal withdrawal and depressive thought. According to some literature and researcher' clinical experiences, hypnotherapy is one of the effective methods in dealing with PTSD. The purpose of this article is to present the process of applying hypnosis in dealing with the victim of childhood sexual abuse. This study includes rationale, theoretical foundation, therapeutic process, and follow up. The researcher was trying to explain the cause effects through contrasting the theories of trauma and the therapeutic phases of hypnosis.

**Keywords:** hypnotherapy, sexual abuse, post-traumatic stress disorder.

