

1  
R749.054

LL

# 催眠术与催眠疗法



A0115179

〔英〕大卫·T·罗利 著

傅延龄 郑永峰 译

张伯源 审校

华夏出版社

26/26  
(京)新登字045号

144  
2  
Hypnosis & Hypnotherapy  
David T. Rowley  
Croom Helm  
London & Sydney  
The Charles Press, Publishers  
Philadelphia

**催眠术与催眠疗法**

〔英〕大卫·T·罗利 著

傅延龄 郑永峰 译

张伯源 审校

★  
华夏出版社出版发行  
(北京东直门外香河园北里4号)  
新华书店经销  
北京市人民文学出版社印刷

★  
787×1092毫米32开本 5.875印张 115千字 插页2  
1992年6月北京第1版 1992年6月北京第1次印刷  
印数 1—6000册  
ISBN7—80053—396—4/R·092  
定价: 3.30元

## 内 容 提 要

本书生动形象地介绍了催眠术与催眠疗法。主要内容有：催眠大师崎岖路，现行催眠学说，催眠状态，催眠易感性，催眠诱导方法，催眠现象，催眠术的临床及非临床应用，催眠在军事、法律等领域的应用及其有害影响。可供心理学及医学工作人员参考，亦可为社会大众阅读。

# 目 录

<b>1. 催眠大师崎岖路</b> .....	(1)
1.1 弗兰兹·梅斯默 .....	(2)
1.2 德·普伊塞格 .....	(6)
1.3 约斯·狄·法罗 .....	(8)
1.4 约翰·埃利奥特逊 .....	(8)
1.5 詹姆斯·布雷德 .....	(8)
1.6 詹姆斯·爱斯戴尔 .....	(9)
1.7 安布罗斯·利保尔特 .....	(10)
1.8 希波雷特·伯恩海姆 .....	(10)
1.9 吉恩·夏科特 .....	(11)
1.10 皮埃尔·珍妮特 .....	(12)
1.11 约瑟夫·布鲁爱尔 .....	(12)
1.12 西格蒙特·弗洛伊德 .....	(13)
1.13 克拉克·赫尔 .....	(13)
1.14 密尔顿·艾里克森 .....	(14)
个人体会 .....	(15)
<b>2. 现行的催眠学说</b> .....	(16)
2.1 新离解性学说 .....	(17)
2.2 变换范型学说 .....	(19)
2.3 角色扮演学说 .....	(21)

2.4 精神分析学说.....	(22)
2.5 放松学说.....	(24)
2.6 策略行动学说.....	(25)
2.7 遵从和信任学说.....	(26)
个人体会.....	(27)
<b>3. 催眠状态和其它意识状态</b> .....	(29)
3.1 意识的性质.....	(29)
3.2 催眠与意识.....	(31)
3.3 催眠与睡眠.....	(37)
3.4 催眠与放松.....	(39)
3.5 冥想.....	(40)
3.6 药物诱导状态.....	(41)
个人体会.....	(43)
<b>4. 催眠易感性</b> .....	(44)
4.1 非正式测验.....	(46)
身体倾斜.....	(48)
谢弗如摆锤.....	(47)
垂头试验.....	(48)
上肢悬浮.....	(48)
上肢沉重.....	(48)
气味试验.....	(49)
手掌吸引.....	(49)
手掌排斥.....	(49)
手指钩扣.....	(49)
4.2 标准测验.....	(51)
巴伯暗示性量表.....	(51)

儿童催眠敏感性量表.....	(52)
创造性想象量表.....	(53)
哈佛群体催眠敏感性量表.....	(54)
集体警觉催眠状态量表.....	(55)
催眠诱导量表.....	(55)
斯坦福德儿童催眠临床量表.....	(56)
斯坦福德催眠敏感性量表:A式和B式.....	(57)
斯坦福德催眠敏感性量表:C式.....	(58)
斯坦福德整体催眠敏感性量表.....	(59)
4.3 催眠易感性的相关因素.....	(61)
年龄.....	(62)
遗传.....	(63)
性别.....	(63)
生理学因素.....	(63)
人格因素.....	(65)
个人体会.....	(66)
5. 催眠诱导方法.....	(68)
5.1 催眠诱导方法.....	(70)
布雷德法.....	(71)
上肢飘浮.....	(72)
米勒内功法.....	(73)
施皮格尔翻眼—飘浮法.....	(74)
进行性放松法.....	(75)
切埃逊法.....	(76)
弗劳尔法.....	(76)
赛瑟都特塑像法.....	(77)

· 认知(意象)法 .....	( 77 )
书写法 .....	( 78 )
手势法 .....	( 78 )
观察(陪伴)法 .....	( 78 )
艾里克森写实法 .....	( 78 )
预演法 .....	( 79 )
机械法 .....	( 79 )
触摸法 .....	( 80 )
即时催眠法 .....	( 80 )
清醒催眠法 .....	( 81 )
儿童催眠诱导方法 .....	( 81 )
5.2 催眠深化方法 .....	( 82 )
5.3 唤醒方法 .....	( 85 )
5.4 术前准备和催眠过程的控制 .....	( 86 )
5.5 自我催眠 .....	( 88 )
个人体会 .....	( 90 )
<b>6. 催眠现象 .....</b>	<b>( 91 )</b>
6.1 幻觉 .....	( 91 )
6.2 催眠逻辑 .....	( 93 )
6.3 时间曲解 .....	( 95 )
6.4 表象 .....	( 98 )
6.5 返童现象 .....	( 99 )
6.6 记忆增强 .....	( 102 )
6.7 回忆“前生” .....	( 103 )
6.8 健忘 .....	( 104 )
6.9 动物催眠 .....	( 108 )

个人体会.....	(109)
<b>7. 催眠术的临床应用.....</b>	<b>(111)</b>
7.1 治疗性催眠.....	(112)
7.2 催眠与精神分析疗法.....	(114)
7.3 行为疗法.....	(115)
系统脱敏.....	(116)
满灌疗法.....	(118)
厌恶疗法和变换感受性.....	(119)
7.4 简要催眠疗法.....	(120)
症状替换.....	(120)
症状转移.....	(121)
症状改良.....	(121)
症状利用.....	(122)
咨询.....	(122)
家庭疗法.....	(122)
7.5 催眠戏剧.....	(124)
7.6 催眠术的临床应用.....	(125)
酒精中毒.....	(126)
过敏.....	(126)
麻醉.....	(126)
神经性厌食症.....	(127)
焦虑.....	(128)
关节炎和风湿热.....	(129)
哮喘.....	(130)
心血管疾病.....	(132)
癌症.....	(132)



分娩	(133)
牙科应用	(134)
皮肤病	(136)
糖尿病	(138)
胃肠疾患	(138)
妇科应用	(139)
多汗症	(139)
现实适应障碍	(140)
失眠	(140)
偏头痛	(140)
麻醉药成瘾	(142)
神经肌肉疾病	(142)
肥胖	(143)
眼科应用	(144)
骨科应用	(144)
耳科应用	(145)
疼痛	(145)
性疾患	(149)
吸烟	(150)
讲话和言语障碍	(151)
个人体会	(152)
<b>8. 催眠疗法的非临床应用</b>	<b>(155)</b>
8.1 创造阻滞	(157)
8.2 创造激发	(158)
8.3 个人发展	(158)
8.4 运动催眠	(159)

个人体会.....	(161)
<b>9. 催眠术的其它应用与问题 .....</b>	<b>(163)</b>
9.1 与催眠有关的问题.....	(163)
9.2 法庭催眠.....	(169)
9.3 催眠的军事应用.....	(171)
9.4 骗人拍卖.....	(172)
9.5 舞台催眠.....	(172)
个人体会.....	(175)

## 1. 催眠大师崎岖路

催眠术的历史是它争取为大众所接受、争取其科学价值得到人们承认的斗争史。在这一过程中，催眠师自始至终地受到刁难和讥讽，而这常常是来自于他们的医学同行。不过，这并未能阻止催眠术的稳步进展。今天，它已成为科学研究的课题；作为一种辅助疗法，它得到很高的评价。

多数催眠术著作之所以都专列一章讲述催眠术的历史，是因为这段历史确实非常有趣，它涉及一些相当富有色彩和具有超凡魅力的人物，其中最著名者要数弗兰兹·梅斯默。而且，在某个特定历史时期里，人们关于催眠术的流行观点也通过被催眠者千姿百态的表现方式得到反映，这一点也颇为有趣。如果不了解历史，那我们对于目前存在的有关催眠术及其应用问题的一些争议就很难理解。虽然催眠师再也不像过去那样受到刁难，但许多错误看法却仍然存在，本书将努力使之澄清。

催眠术的历史是悠久的，它至少可追溯到古希腊和古埃及时期，而且很可能更加久远。古希腊与古埃及都有催梦中心，人们到这里接受指导以求解除病痛。顾名思义，催梦中心的目的是诱导人们做梦。梦的诱导要使用若干技术，这包括斋戒、祈祷，以及某些类似于催眠诱导的方法。受术者将梦觉报告给施术者，后者对梦进行诠释，以借此提示解决病痛的方法。

此外，米勒(1979)还报告说，古希腊和古埃及都曾使用过催眠暗示。在古希腊，病人在“患者睡眠殿堂”里接受治疗。施术者综合使用诸如音乐、药物、重复言语等多种方法，使患者进入睡眠；在古埃及，“殿堂睡眠”是由焚香和吟诵而诱导发生。当患者处于睡眠状态时，施术者即暗示症状将会消失，患者将获痊愈。

现代催眠术始于18世纪的最后25年，由梅斯默所开创。在他之前还有两个重要的人物值得一提，他们是帕拉思瑟斯(1493—1541)和范·赫蒙特(1577—1644)。帕拉思瑟斯是一位瑞士医生，他认为星辰能通过磁力影响人类，而所有的磁石对人体都有作用。范·赫蒙特进一步发挥了这一观点，他认为举凡人体都能放射“动物磁性”，这种动物磁性能影响其他人的精神和肉体。后来信仰疗法的握手治疗正是由此发展而来。不同的是，现在信仰疗法已将其治疗作用归功于上帝的力量，而不再指为动物磁性。

### 1.1 弗兰兹·梅斯默

梅斯默(1734—1815)出生于康斯坦斯湖边的伊治兰(Isnang)。青年时的梅斯默阅读范围相当广泛，在1776年获得医学博士学位之前，他学习了神学、哲学以及法律等方面的知识。他的博士学位论文是研究恒星与行星对治疗作用的可能影响。该文反映了他对磁性的治疗作用日益增长的浓厚兴趣，而这种兴趣很可能产生于他早期与一位维也纳耶稣会会士的接触。

这位会士名叫法瑟·马克西米利安·赫尔(1720—

1792)，他将一些磁石送给梅斯默去做实验。根据实验结果，梅斯默认为，若要维持身体健康，个人必须与恒星和行星保持电化学平衡；倘若这种平衡受到干扰，人体的健康状态即被破坏。但反过来，这种平衡及由此而维持的健康，也可以通过磁性治疗获得恢复。

在获得学位后，梅斯默很快就开始行医。他是一位雄心勃勃和富有魅力的人物，渴望着在维也纳社会大受欢迎。在他与安娜·冯·博希（一位奥地利帝国部队军官的富有的遗孀）结婚之后，他的愿望得到实现。不过，他的职业生涯并没有像其社会生活那样平坦。

在某种意义上说，梅斯默可能太成功了。他能不费吹灰之力就诱导出催眠状态，而且常能取得奇迹般的疗效。随着他的名气愈来愈大，其诱导技巧和疗效也愈来愈高。不过，他的医生同道们，却大都不欢迎他的成功。这部分是由于他的治疗方法缺乏科学性，部分则是由于同行之间的妒嫉。不久，妒嫉者们诋毁梅斯默的机会到来了。不过，那件风波的始末似乎正是梅斯默取得极大成功的过程。

导致梅斯默在维也纳声名扫地的事开始于一个名叫玛丽亚·特里萨·帕拉迪斯的女孩。她失明了。然而她并不是一个普通的孩子，她是一名杰出的、天才的钢琴演奏家，女皇玛丽亚·特里萨的门人。梅斯默应邀去为这个女孩治疗。由于现在尚可能辨认出那是一种瘧病性失明症，故梅斯默能够取得好的疗效就不足为奇了。但对梅斯默来说，不幸的是事情并不到此为止。玛丽亚的家庭担心她的视力恢复之后，女皇给她的抚恤金可能停发，故在玛丽亚由于精神上的压力再度失明时，她的父母即拒绝梅斯默再为医治。更糟糕的是，梅

斯默也因此而得不到女皇及其官员们的赞助，而且，其反对者们也抓住这一机会，斥责他是一个骗子。

梅斯默很快意识到自己在维也纳是没有前途的了，于是在1778年来到巴黎。在巴黎他有不少熟人，而且又有幸使德思龙博士对其治疗方法产生兴趣。德思龙博士是国王弟弟的医生，这种关系对梅斯默显然非常有利。他们很快办起一家联合诊所，并取得了极大成功。随着患者日益增多，他不得不创造新的方法来满足患者的要求，这就是集体治疗。集体治疗很快取代了个人治疗。

梅斯默的集体治疗方法是相当怪异的，正如现代有些集体治疗技术一样。其治疗室光线朦胧，安装有一些反光镜，自始至终有背景音乐。患者进入治疗室后，面对许多大的橡木盆坐下。这些橡木盆盛有水、铁锉屑和瓶子。患者在梅斯默的指导下，用手握住从瓶子里伸出的金属棒。梅斯默本人则身穿带大摆的紫红色长袍，挥舞着一根短棍，从一名患者走向另一名患者，强调其治疗的良好作用。每走向一名患者，他都要用手在患者身体上方来回运动，有时也用磁石触及患者。这些方法其实具有相当大的治疗作用，不过他本人很可能并没有意识到这一点。当比较容易接受暗示的患者对梅斯默的话发生反应，并兴奋地讲述他们正体验到的感受时，相邻的患者即使对暗示的反应较差，也会受到感染。如此一来，集体治疗效果就更好。

梅斯默施术时一般要使患者经历所谓的“危机”，这很像现代所讲的歇斯底里反应，它包括痉挛，通常伴有大笑、喊叫，甚至也可能出现意识丧失。现代的治疗性催眠很少要求诱导这种“危机”。桑顿(1976)曾争辩说，梅斯默治疗的病人

至少有一部分是癫痫患者。

对于梅斯默的催眠技术，还有另外一个问题值得分析，因为它引起了教会以及医学界对梅斯默的敌视。梅斯默的大多数患者都是妇女，而他的诱导技术又似乎带有明显的性色彩。他喜欢将患者的双膝夹在自己的双膝之间，这自然造成下部身体紧紧贴在一起。另外，梅斯默有时还可能要拍打患者的下腹部。

患者通常都是敬畏梅斯默的。他的治疗方法也很快名声大噪，被称为“梅斯默术”。但是，梅斯默并不满足于这种轰轰烈烈的表面上的成功，他依然认为自己是严肃认真的医生和科学家。故当他将自己的报告递交给各种科学会，而大多数学会对他的工作都不屑一顾时，他就极度地烦恼。尤多夫(1981)在一篇文章中提到，据说法国政府曾提出用很大一笔钱交换梅斯默的秘诀，但被他拒绝了。因为他并无任何秘诀。此后不久，国王路易十六组织了一个皇家委员会对梅斯默进行调查。这一工作在1784年由法国科学院执行。

委员会的成员包括当时一些著名的科学家，如避雷针的发明者本杰明·富兰克林(他当时正巧出任美国驻法国大使)，化学家拉沃伊斯，植物学家朱斯约，天文学家贝利，以及断头台这种臭名昭著的处死工具的发明者吉诺丁。虽然有这样一些著名的人物参与此事，但得出的报告仍带偏见，远未肯定梅斯默疗法的重要意义。

调查工作从两方面着手，一是调查梅斯默过去的工作；二是考察磁石对委员们自己身体的作用。报告结论说，磁石似乎无任何医疗作用；疾病的治愈不是因为使用了磁石，而是因为梅斯默暗示患者他们的病将被治愈。但梅斯默当时并未

向委员们演示他的技术。

委员会最后结论，磁石对患者无任何治疗作用，因此梅斯默的治疗方法是非科学的。他们甚至认为这种疗法是有害的。报告中列举了几个梅斯默治疗失败的例子，却完全不提其成功的经验。委员们还指出，患者与梅斯默身体的紧密接触可能引起了性感，因而这种治疗又是不道德的。在当时还不可能允许“暗示治疗”这样的概念存在，这种责难或许情有可原，但那么多的患者在梅斯默的治疗下获得痊愈，委员们对此却置若罔闻，这实在令人遗憾。

调查报告使得梅斯默的行医执照被吊销。他退居到凡尔赛。在法国大革命开始前不久，他又离开凡尔赛，住到瑞士康斯坦斯湖边的福让费得(Frauenfeld)。在这里，他过着简朴的生活，也时常为周围的贫民治病。1815年3月5日，他逝世于米尔伯格(Meerburg)。在逝世前三年，柏林的普鲁士学校邀请他去表演，但他拒绝了。这或许是源于他的痛苦经历。

梅斯默对于催眠术的发展做出了很大的贡献。后来的很多催眠师都接受了他的观点和方法。但也正是他的盛名导致了他的垮台，导致了催眠术应用的暂时冷遇。他的垮台使一些热心催眠术研究的人们难以工作：他们拿不出任何令人信服的研究结果，以回应医学组织的质问。不过，也有少数一些人认识到了梅斯默工作的重要性，他们不管别人如何看待，仍然继续工作，虽然其工作并不太兴旺。

## 1.2 德·普伊塞格

阿曼德·德·普伊塞格(1751—1825)是一名退役军人，梅



斯默的追随者。他在催眠术发展史上有着特别重要的地位。他揭示了他称之为“人工梦游”的意识状态。根据他的描述，这种状态与现代的“催眠状态”概念极为相似。在这种状态下，患者能够睁开眼睛，步出室外，与人谈话，随催眠师的要求做出反应等。

普伊塞格和他的学生还发现，“危机”状态并不是医治病人所必需的反应。这一认识可视为真正的突破性进展。彻托克(1981)认为，普伊塞格的疗法可能比19世纪任何其它催眠师的方法都更复杂一些。其典型的做法是，当患者进入梦游状态后，要求他诉说所患病症，详细讲明诸如病因、症状、治疗经过等情况，然后给予暗示。在这里我们可以看到现代催眠疗法的端倪。

普伊塞格的工作导致了人们对梅斯默术理论基础的革新。过去认为，催眠师控制着一种磁流，这种磁流可以影响患者。现在这种认识则转变为，医生是用意念的力量直接控制着患者，这就是所谓的“意念力量学说”。根据这一学说，催眠师的大脑释放一种具有治疗作用的物质流，它沿着神经传到周围器官，然后再传给患者。这类催眠师相信自己意念的力量能够影响患者，他通过这种信心间接地控制着物质流的释放和传递。很可能正是由于这种理论的影响，便产生了一种关于催眠的最常见的错误认识，即被催眠的人将自己的意念交给催眠师支配。

普伊塞格的治疗方法与他对催眠性质的认识比较起来，可以说是颇具现代特色的。但这并不是说催眠疗法至今仍停留在原有水平，而是指它的理论得到了发展。

### 1.3 约斯·狄·法罗

约斯·狄·法罗(1756—1819)于1814年从印度的葡萄牙殖民地果阿(Goa)来到巴黎。法罗的观点很进步,他认为梦游是产生于受术者的期望和感受性;催眠师的手法、磁铁等等,这些都只是在受术者的期望和感受性被激发之后才有作用。与以往的诱导方法正好相反,他主要使用语言诱导技术。

### 1.4 约翰·埃利奥特逊

约翰·埃利奥特逊(1791—1868)是一名英国外科医生。他在伦敦的大学医学院当主任医师和外科教授时,即开始使用梅斯默术。不过,他反对梅斯默的动物磁力学说。他的同事们并不赞成他开展梅斯默术研究。《柳叶刀》杂志的编辑托马斯·沃克莱指出,埃利奥特逊认为某些金属能释放更大的磁力,因而具有更强的治疗作用,这是一种错误的观点。埃利奥特逊被指责为骗子,被迫离开学院的职位。不过,他仍然坚持催眠工作,并且带动了其它许多人。他还参与创办了一种催眠术的专门杂志《活力论者》。

### 1.5 詹姆斯·布雷德

詹姆斯·布雷德(1795—1860)是英国曼彻斯特城的一名外科医生。他在观看了拉丰坦恩的催眠表演之后,对催眠产生了兴趣。最初,他认为拉丰坦恩的表演是一个骗局,但随

后表演的催眠麻醉和眼睛僵直状态则使他相信，这是一个应该深入研究的课题。他预见到在催眠麻醉下作外科手术一定有许多优点。

布雷德认为，催眠与睡眠的关系非常密切，故他创造了一个名词“neurohypnology”(神经催眠学)来反映这层意义。这一名词在后来又被缩写成“Hypnosis”(催眠)。他推测催眠是产生于长时间注视某一目标所致的眼肌疲劳。根据这一思想，他创造了命名为“布莱德术”(Braidism)的催眠诱导方法。虽然这种技术至今仍在使用，但真正起诱导作用的并不是眼睛疲劳，而是相伴而行的期望和暗示。

随着研究的进展，布雷德感到有必要把“催眠状态”的名称改为“单一意念”(monoideism)，因为他认识到，催眠状态与受术者全神贯注于某种单一观念有关。但是，当时催眠这一术语的使用已经约定俗成。他还认为，神经催眠学一词(以及它的缩略式“催眠”)是不正确的，因为催眠和睡眠本不相同。布雷德第一次提出，在催眠师与受术者之间，并不存在能在催眠诱导中发挥作用的直接的生理学联系。

由此可见，布雷德可以称得上是催眠术发展史上的重要人物。虽然他也受到过医疗机构的一些批评，但由于他采用的方法比较保守，故还是受到人们的尊重；同时也促进了医学界对催眠术的接受。

## 1.6 詹姆斯·爱斯戴尔

詹姆斯·爱斯戴尔(1808—1859)和埃利奥特逊一样，对于把催眠麻醉用于外科手术很有兴趣。还在印度工作的时候，

他就读过埃利奥特逊和布雷德的著作，而且还用催眠麻醉做了三百多例手术，其中大多数是阴囊肿瘤切除术。他发现，在使用催眠术以后，手术死亡率从过去的50%下降至5%。爱斯戴尔迫切希望能发展这些研究成果，但除了《活力论者》杂志以外，医学杂志对他的投稿都概不采用。

在外科手术中大规模使用催眠术，爱斯戴尔或许称得上是第一人。遗憾的是，化学麻醉药品的发明导致了催眠术在外科应用的迅速减少，只留下某些例外情况还可用催眠代替麻醉药。这一问题在后面还将要谈到。

### 1.7 安布罗斯·利保尔特

安布罗斯·奥古斯特·利保尔特(1823—1904)是一名法国医生，于1864年定居于南锡市。他对催眠术很感兴趣。在实际工作中，他发现，若把语言的催眠暗示和布雷德的长时间凝视方法结合起来，便可以使85%的患者进入催眠状态。1886年，他的《催眠》一书问世。但该书在出版后的20年里一直无人问津。后来，一位斯特拉斯堡市的医学教授希波雷特·伯恩海姆才开始研究他的著作。(据说《催眠》仅售出一本，为伯恩海姆所购。)

### 1.8 希波雷特·伯恩海姆

希波雷特·玛丽·伯恩海姆(1837—1919)最初认为利保尔特是一个江湖骗子，并且开展调查工作以图揭穿其骗局。但调查的结果出他所料。在观察了利保尔特的治疗活动后，他

认识到催眠疗法确实具有一定的疗效。于是,他的态度大变,转而相信催眠术,并开始对此进行科学的研究。

他的主要研究兴趣在于尽量认识催眠暗示现象。他能够通过演示的途径,说明暗示是催眠的基本和主要的因素,并科学地证明催眠诱导的原因是心理的而非身体的。1884年,他出版了《催眠暗示》一书。两年后,他又增补了两章内容,讨论催眠的治疗作用,其中一章介绍癔症的治疗;另一章讲心身疾患的治疗。伯恩海姆对催眠术的贡献表现在两方面:一是证明了暗示是催眠的主要因素;二是在研究催眠术时所采取的严格方法和批评态度。

### 1.9 吉恩·夏科特

吉恩·马丁·夏科特(1825—1893)是巴黎萨尔皮特里(Salpetriere)医院神经内科主任。1878年,他开始研究催眠术。当时他已是一位著名的神经学家。虽然才华卓越,但他的研究却得出了一些错误结论。

夏科特研究了一组癔病患者。他发现,许多癔病症状,如瘫痪、耳聋、目盲等,都可以用催眠的方法诱发和消除。于是他错误地认为,催眠状态与癔病有着密切的关系,而且只有歇斯底里的人才有可能被催眠。他还认为,催眠状态是器质性的现象,可以单纯用身体刺激方法诱导出来。他提出了一种催眠的阶梯理论,其主要内容是,催眠状态具有三个不同水平,即嗜睡、僵住和梦游。这三个阶段的现象都可以用身体刺激方法诱导发生。

这些观点显然与伯恩海姆和利保尔特的观点正好相反。

许多年来，在催眠领域一直存在着两种学派，一派是以伯恩海姆和利保尔特为代表的“南锡学派”；一派是以夏科特为代表的“巴黎学派”，两派间有许多认识上的分歧。后来，在南锡学派的大量研究成果面前，夏科特终于认识到了自己的错误。

在催眠术发展史上，夏科特的重要性不在于他关于催眠的理论有何建树，因为他的观点大多都是错误的。他的重要价值在于他是一名医生和科学家。他研究催眠术，使用催眠术，发表有关催眠术的论文，在催眠术尚未从梅斯默的阴影中走出来的当时，这一切都具有重要的意义。因为这使得催眠术更易于为医学界所接受。

### 1.10 皮埃尔·珍妮特

皮埃尔·珍妮特(1859—1947)是夏科特的学生，后来接替他任巴黎萨尔皮特里医院心理实验室主任。珍妮特认为，在催眠状态下，受试者的意识逐渐被压抑，而潜意识则逐渐表现出来；在深度催眠状态下，潜意识可以完全取代意识。他的研究兴趣主要在于从理论上阐述催眠的性质。

### 1.11 约瑟夫·布鲁爱尔

约瑟夫·布鲁爱尔(1842—1925)是弗洛伊德的同事。他认为，癔病的原因可能是患者被压抑了的、极端痛苦的记忆和情绪。在催眠状态下，患者被要求诉说这些记忆和情绪，这便可以消除癔病症状，并使其过去的经验复现。布鲁爱尔与弗洛伊德合作进行这方面的研究；后来，他放弃了这种研究，

而弗洛伊德却坚持了下来。

### 1.12 西格蒙特·弗洛伊德

西格蒙特·弗洛伊德(1856—1939)在观察了布鲁爱尔的工作之后,对催眠术产生了兴趣。1885年,他开始与夏科特一起开展研究;尔后又与伯恩海姆和利保尔特进行合作。首先,弗洛伊德认为催眠可使人的无意识表现出来,这可以用来治疗神经症状。但是,弗洛伊德后来创造了精神分析法,他对催眠术的使用越来越少。这有一系列原因,如催眠需要的时间太长;并非所有人都能进入相同深度的催眠状态;疗效有时并不巩固;患者完全受暗示支配、没有足够的自发性;等。弗洛伊德还发现,催眠很难作为一种科学现象被人们接受。由于他要对无意识进行科学研究,而催眠又似乎主要是以暗示和信仰为基础,因而他肯定要放弃对催眠术的探索。

弗洛伊德对催眠术的放弃是否有害于催眠术的发展,这一问题在很长时间里一直没有定论。一方面,由于弗洛伊德名望甚高,故当他停止使用催眠术后,催眠术的应用便急转直下;另一方面,催眠术的应用在过去通常是采取命令和夸张式的操作,而后来当它重新振兴起来时,改变为新的操作方式。如果没有弗洛伊德引起的催眠术应用的低潮,那么改革操作方式就不会那么容易。

### 1.13 克拉克·赫尔

克拉克·赫尔(1884—1952)和其它心理学家一样,对催

眠术的兴趣与日俱增。1933年，他的著作《催眠与暗示：实验研究》问世。这本书所介绍的研究方法是严格而科学的，很值得爱好催眠术的人阅读。赫尔在书中提出了许多有关催眠术的问题，50年过后，其中大多数问题仍然没有答案。

#### 1.14 密尔顿·艾里克森

密尔顿·艾里克森(1901—1980)。赫尔之所以对催眠术产生兴趣，这或许与艾里克森不无关系。因为在1923年，艾里克森曾应赫尔的请求办了一期催眠术进修班。艾里克森后来成为可能是最有影响的，而且肯定是最足智多谋的临床催眠师。这里很难将他的治疗方法作一概括，因为他的方法是因人而异的。不过，其中最基本的一点是，艾里克森努力进入患者的世界，在这个世界里开展治疗。他对顿悟并无特别兴趣，而只是为患者树立一个目标，由患者自己去争取达到。他通常是使用催眠术去达到这一目的。艾里克森的工作在以后的章节里将要作详细的介绍。

有两个至今仍然活跃在催眠术研究领域的重要人物值得一提，他们是欧内斯特·R·希尔加德和马丁·T·奥恩。希尔加德现在是斯坦福大学的心理学名誉教授，他的专业生涯大部分在该校度过。他对催眠术的发展有较多贡献，其中有两方面的成绩最突出，其一是他在催眠镇痛研究中的成绩；其二是他提出了“新离解性学说”，这一学说可以用来解释催眠以及催眠现象。

马丁·奥恩是美国宾夕法尼亚大学的精神病学教授、宾



夕法尼亚医院研究所实验精神病学研究室主任。他对催眠术的发展也有很多贡献，特别是在区别真假催眠行为的研究方面，以及在催眠术的法学应用方面有独到之处。这两位重要科学家的工作成绩在以下的章节里将有详细介绍。

在本世纪的前五十年里，催眠术遇到了医学权威的歧视。尽管如此，人们对于催眠术的研究，无论是在理论探讨，还是在临床治疗方面，都作了大量的重要工作。1955年，英国医学会作为官方承认了催眠疗法的合法地位；1958年，美国医学会以及美国心理学会也作出了这样的决定。

## 个 人 体 会

在结束本章的讨论之前，还有必要指出，在对催眠术的认识上，医学心理学的观点与外行人的观点迥然相异。医学心理学的理论取得了相当的发展；而外行的观念依然有许多错误。尤多夫(1981)对此有较好的分析。

外行人的错误观点与19世纪后50年里医学界对催眠术的看法非常相似，如催眠师一定具有超凡的能力；被催眠的人完全听由催眠师的摆布；在催眠状态下的人总是吐露真情；人的正常力量在催眠状态下得到增强，等等。任何经常使用催眠术的人都会发现，这类错误认识相当突出，也是人们害怕催眠术的主要原因。遗憾的是，正确的理论却不能迅速改变外行人的错误观点，因为它通常没有错误看法那么令人感到新奇。

## 2. 现行的催眠学说

正如上章所述，在催眠的性质这一问题上，始终存在着许多争议。一般认为，争议的焦点在于是否将催眠视为某种特殊状态，即人们通常所说的“销魂状态”(trance)。这个问题我们留待下一章再作说明。本章就人们现在对催眠的一些看法进行讨论，以帮助读者理解这些形形色色的催眠学说。

人们之所以认为被催眠者是处于某种特殊状态，至少有两个方面的原因。其一，被催眠者常常反映他们的感受与平时不同；其二，许多论述催眠术的作者，特别是早些时候的作者，认为催眠师通过诱导，可使受术者进入一种催眠状态；而在诱导过程中，催眠师可能使用了非同寻常的技巧(怀特，1941)。然而，在巴伯(1972)对此后的有关资料所作的综述中，绝大多数资料却并不支持这一观点。人们也很难否定那些关于主观感受的报告。当然，这里要除外那些具有行为主义传统的作者的报告。现代的大多数催眠术研究人员，如巴伯(1976)、希尔加德(1975)等，他们都倾向于认为，有一些受术者乐意将自己的体验描述得近乎催眠状态。然而他们同时又认为，对于不同的受术者来说，其感受可能互不相同。

大多数关于催眠术的著作都不得不对一系列术语的定义进行讨论。可以推断，在对“催眠状态”这一术语的含义的看法上，催眠师的观点比受术者的观点更为一致。然而，只要

细读一下不同作者对它所作的任何两种定义,读者就会发现,两种定义是互不相同的。这几乎没有例外。之所以这样,或许是因为催眠师对该术语的理解要受到被催眠者的报告,以及他们本人的主观体验的强烈影响。

尽管催眠状态的概念令人极感兴趣,但人们始终认为,它并不是催眠的中心问题。希尔加德(1975)对此作了简洁的说明。他认为,问题之所以总是悬而未决,要负责任的正是那些反对这一概念的人们。如果我们把催眠状态视为一种意识的变换状态,那就不得不最终求助于被催眠者的主观报告;至少在我们找到一种能够研究意识变换状态的客观方法之前是如此。事实上,从事催眠理论研究的人们对于主观报告的重视程度也不尽相同。另外还有不少人为,受术者对自己所经历催眠状态的体验在表述上有误。我认为这是一个很关键的问题,因为理论应以解释主观体验为目的,而不是试图对主观体验进行再转译,以求使之适应特殊的理论。

这里选择几种学说进行讨论。其中有些学说广为人知,有些学说人们或许知之较少。不过,后者也十分重要,因为它往往从特殊的角度考察催眠现象,这很能说明一些特殊问题。在此我尽量介绍我自认为是那些学说的基本精神的内容。希望对学说的整体有更详细了解的读者可以阅读有关参考文献。

## 2.1 新离解性学说

新离解性学说(Neodissociation Theory)的主要倡导者是希尔加德(1973a, 1973b, 1974)。它事实上是对流行于本世

纪初期的离解学说 (dissociation theory) 的修正。希尔加德指出, 每个人都具有一系列认知系统, 它们按级别排列着。催眠术具有使各个系统互相离解的作用。这样, 被催眠的人可以报告说他们感受不到疼痛; 但另一方面, 也还有希尔加德称之为“隐蔽观察者” (hidden observer) 的认知系统在起作用, 因而他们又可报告说自己感受到了疼痛。按照他的看法, 在催眠过程中, 通过适当的指令, 催眠师可能和隐蔽观察者取得联系。例如其指令可以是这样的: “当我将手放在你肩膀上时, 我即能够与你体内隐蔽着的、仍在执行感知任务的系统对话; 而当我将手拿开时, 这一隐蔽系统又会从正在与我对话的部分再隐蔽起来。”

催眠师也可以在催眠过程完成之后, 通过指令让受术者说出其隐蔽观察者在催眠过程中的感受。由此看来, 当受术者被催眠时, 受影响的只是部分认知系统, 而其它则未有涉及。所以, 当一个受术者仅仅体验到模糊的放松感时, 被影响的就只是极少数较低级的认知系统; 而一旦出现上肢飘浮感或痛觉缺失, 这就涉及到了更多的系统。我们尚不清楚一个人有多少认知系统; 甚至也不知道提这样的问题是否有任何意义。

塔特(1970, 1972)用自陈量表对催眠深度进行了调查, 结果表明, 有些受术者可以区别出20多个催眠深度。可以推想, 人们具有多少认知系统, 以及能够区分多少认知系统, 这些都可能因人而异。

催眠深度和认知系统之间的关系如何? 虽然我们可以推测它们可能是正性相关, 但这一问题现在尚无肯定答案。不过, 二者所包括的都不可能是互相分离的、不同级别的层次;

而有可能是按顺序排列的、因人而异、因时而变的层次。

希尔加德的学说与把催眠状态看作是一种变换意识状态的说法并不矛盾。实际上，如果受术者的某些认知系统被彼此分离，他们就会反映自己的感觉格外异常，这是很容易明白的。希尔加德(1975)还认为，这些认知系统还可能受到除催眠诱导方法以外的因素如疲劳、药物等的影响。这种学说把人的认知控制系统视为多重的、按顺序排列着的，这是关于认知组合的一般性学说，它所涉及的方方面面甚为广泛。正如瓦格斯塔夫(1981)所说，人们现在尚未得到有关这一学说的结论性的实验证据。不过，它是解释催眠行为以及认知组合的重要学说。毫无疑问，它将引发更大量的研究和激起更多的争议。

## 2.2 变换范型学说

这一学说的主要倡导者为巴伯(1979)。变换范型是他在研究催眠方法时，用以取代他称之为传统范型即特殊状态(催眠状态)范型的术语。在生命的最后二十年里，巴伯明确表示他对于传统催眠术研究方法的不满；在引文时，他一般只写“hypnosis”一词，以此表示自己对该词的不满。巴伯好象给自己树立了一个目标，要使以前那些含义多变的术语得到统一。正是这些含义多变的术语导致人们认定催眠行为是催眠状态下所发生的行为。他认为受术者具有完成任务的积极态度、动机和愿望，这使他们能够遵照暗示进行生动的想象，同时排除与此无关的或者矛盾的思想。

在研究设计方面，巴伯做了大量工作，使设计更加细致

巧妙。他的方法之一是使用他所说的“任务动机指令”这一技术。实验时，催眠师指导一组受术者非常明确而积极地按某种特殊方式行动。显然，受术者是在强大的社会压力下执行催眠师的指令。实际上，巴伯和他的同事发现，通过使用这种方法，他们常常可以再现其它研究者用通常的催眠诱导方法所导致的许多现象。

不过，我们还不知道受术者是否如实地报告了他们的感受。鲍尔(1967)指出，巴伯实验方法的社会要求使得部分受术者即使没有催眠师的指导所要求的感受，他们也感到不得不报告说有那样的体验。再者，仅仅证实“任务动机指令”可以导致某些结果的出现，这并不意味其它方法如催眠诱导就不能产生这样的结果。巴伯也完全清楚这一点，他争辩道，除非出现这样的事实，即在假定受术者处于催眠状态以外，没有其它任何道理可以解释它，那么当所有的现象都可以解释为对暗示的高反应性时，再求助于催眠状态来进行解释便毫无意义(巴伯·哈姆，1974)。

鲍尔对巴伯提出了强烈的批评，他争辩道：

无论催眠状态和任务动机二者的行为怎样相似，而后者倾向于通过强迫力量使受术者公开顺从，由此达到其效果。但这种顺从并不反映人们的内在感受；相反，为了满足外部要求，受术者便按规定的方式作出行为和汇报。故具备任务动机的受术者的行为不宜作为催眠现象考虑；催眠现象与暗示性的(以及非暗示性的)“感受”变化相关，这在受术者的外显行为及语言报告中可以反映出来。(鲍尔，1976，第88页)

这段话可能代表了大多数把催眠状态视为独立的、可辨别现象的研究人员的观点。尽管巴伯在后期的著作中(威尔逊、巴伯, 1982)表现出比较缓和的态度, 但要使他接受这样的观点是不大可能的。

### 2.3 角色扮演学说

角色扮演学说(Role Enactment)是由萨宾提出并详细阐述的, 不过, 其最好的解说则见于萨宾与科(1972)合撰的著作之中。萨宾是以一个社会心理学家的观点研究催眠的。他认为, 每一个人在自己的一生中都扮演一定的角色, 以适应不同的社会环境; 催眠也不过是一种社会环境。正如人们能够扮演雇员、恋人或其它任何成千上万个角色一样, 人们也可以扮演“被催眠者”或“催眠师”这样的角色。

吉本森(1977)和瓦格斯塔夫(1981)二人都公正地指出, 这并不是说受术者在故意作假。如同能够真实地进入其它生活中的角色一样, 他们也可真实地进入催眠中的角色。萨宾称之为“机体进入角色”。正是由于进入了角色, 受术者才真正相信他们确经历着所受暗示的催眠行为。当受术者报告体验着幻觉时, 萨宾则认为这些幻觉是“信任的想象(believed-in imaginings)”。受术者非常好地扮演了“被催眠者”的角色, 以至于他们自己也真正相信确实产生了幻觉。

虽然人们常常认为萨宾反对把催眠状态视为一种意识的变换状态, 但事实并非如此。他认为, 有关催眠状态的大量争论是沿着这样一条主线来回往复的: 这些行为是受术者在催眠状态下表现出的特征性行为; 该受术者作出了这样的

行为，故他肯定处于催眠状态之中。看来萨宾之所以不反对把被催眠者看成是处于一种意识变换状态的观点，是因为他愿意接受另一种观点，即被催眠者的主观反应可以作为他们处于一种意识变换状态的证明。然而，正如席汉和佩里(1976)所指出的那样，萨宾对意识变换状态的观点看来并不满意。他认为，如果把催眠现象看作是信念的想象，而不是看成催眠状态的外在表现，那么对于同一现象的表述就更加清楚，而且对于这种信念的想象所能发生的环境也可能提供更好的解释。

## 2.4 精神分析学说

在催眠的精神分析学说的发展上，很多作者作了大量的工作，其中包括我们能够想得到的弗洛伊德。正如格伦瓦尔德(1982，第185页)所说：“弗洛伊德对与催眠有关的许多主题都作了详略不同的论述；而这些都是关于该问题的其它精神分析论著的基础。”

希尔加德(1975)指出，催眠的精神分析学说能够将催眠问题包括它的术语、概念都结合进一个更大的理论框架。这就使得人们对精神分析理论缺乏一些大体了解的情况下，要理解这个特别的催眠学说是很困难的。而且，在过去的八十年里，催眠的精神分析学说经历了许多变革，后来由格伦瓦尔德(1982)绘出了其主要理论框架。

然而，精神分析观点的基本实质就是把催眠状态解释为适应性的退行(adaptive regression)，如吉尔和布伦曼(1959)的观点正是如此。他们认为，这是一种自我的服务性的退行。



故它处在自我的控制之下，能够服从自我意志而终止。这里有一种假设，即为了加强对内心体验的掌握，受术者可通过暂时与现实隔绝，从而启动、控制和终止心理回归。他们认为，催眠依赖于受术者与催眠师的感情关系，即移情作用(transference)，而且具有思维过程易于被操纵的特点。

弗洛姆(1979)对各种不同的意识变换状态进行了研究，其中包括白日梦、各种松弛状态、创造性想象、睡眠前和觉醒前状态、催眠状态、感觉剥夺状态、夜梦状态、药物性幻觉状态、精神专注和冥想状态、神秘的着魔状态、离解状态、人格解体状态、神游症状状态以及精神病状态，特别是幻觉患者。为了帮助人们理解这些状态，她使用了“自我接受性”(ego receptivity)这一术语。自我接受性的特点是被动地接受信息，而不是像正常情况下那样对信息进行主动的加工处理和操纵掌握。因此，在解释催眠状态时，她所使用的术语及概念都带有精神分析的倾向。

对催眠的精神分析学说如何评价，还很难得出一个明确的结论。和精神分析理论的大多数内容一样，催眠的精神分析学说也是不可检验的。在使用精神分析理论的概念和术语时，其情况常常是这样：看起来好像是用它们解释催眠现象，而其实则只是用它们描述受术者的行为或体验。然而毫无疑问，很多精神分析人员在其工作中都使用催眠术，并且也用精神分析术语解释它。尽管如此，我们还不清楚催眠的精神分析学说是否仅仅是对催眠的一种可能的描述，是否与其它解释如角色扮演学说不相矛盾。

## 2.5 放松学说

埃德蒙斯特(1981)极力辩论说,催眠与放松两种状态在本质上极为相似。而且,他认为中性催眠仅仅是放松状态的精神生物学条件。他所谓的“中性催眠”是指受术者在刚刚接受诱导之后所出现的状态。埃德蒙斯特还能列举出大量证据支持自己的观点,而实际上该书也提供了有关这一问题的丰富的参考文献来源。

显然,埃德蒙斯特的学说存在许多疑点,其中之一是“清醒催眠”问题。对于一个接受了催眠诱导、服从全部暗示指令并且按要求充分练习的受术者,我们怎么可以说他是放松的?埃德蒙斯特从历史的角度对这种置疑作出回答,他辩论说,按照传统的观点,催眠仅仅包括“睡眠型”的放松方法;清醒催眠不是真正的催眠。这是一个有趣的观点,但我料想大多数研究人员并不会表示赞同。

无论人们怎样批评放松学说,很多被催眠者看起来而且也报告说是极度放松的。不过,我曾让受术者对标准放松程序和催眠诱导加放松程序所产生的两种放松进行比较,结果发现,受术者报告说他们在两种条件下躯体都处于放松状态,但认知却各不相同。特别是在只使用放松程序的时候,他们报告说大脑清醒;而在使用催眠诱导加放松程序时,他们却感到昏昏欲睡。当然,在埃德蒙斯特的学说中,对于两种放松状态之间是否应该存在认知上的区别,其论说似乎也是含糊其辞。不过,埃德蒙斯特的学说仍然是极有趣的,很值得进一步研究。

## 2.6 策略行动学说

策略行动学说是由斯潘罗斯(1982)提出的。他写道(第99页):

催眠行为不会无意识地发生;像其它社会行为一样,它可以被视为一种有目的的行为。不过,催眠情境的一个中心要求是,受术者要将自己的反应认为是不随意发生的现象,而并非随意行为。之所以觉得自己的行为是不随意的,并不是策略动作转化成了不随意动作,而是反映了受术者对自己行为的理解。

斯潘罗斯的观点是,大多数社会行为应看作是有目的和随意的,而被催眠后的行为特征之一似乎是,受术者的行为通常被认为是不随意的。策略行动学说的一个中心思想是,受术者把自己的这些行为说成是不随意的。

斯潘罗斯确认了许多包括在“被催眠了”的策略行动里面的行为成分。除了某些可以解释为不随意行为的不算以外,它们包括催眠过程相对于非催眠过程的高反应状态,以及具有“隐蔽观察者”迹象的状态。看来,人们的被催眠能力似乎取决于他们策略地去表现行为的能力,这些行为指的是他们自认为具有了催眠特征的、包括主观体验在内的行为。显然,这是一个非正式的催眠理论,它可能更近似于角色扮演学说。

根据这个学说,人们在被催眠前所具有的知识,以及催眠师所给予的指令,将决定人们在催眠过程中的行为和体验。如果事实确是如此,那么在受术者的自发体验中,那些以前

并不具备的知识以及那些并非催眠师所暗示的内容究竟从何处而来？这个问题很难回答。而且，策略行动学说还说明：如果确实存在上述自发体验，那么在某种意义上讲，它们将会削弱受术者对催眠体验的真实性。

## 2.7 遵从和信任学说

瓦格斯塔夫(1981)写过一本颇为精彩的著作，书中详细阐述了他在催眠理论上的见解。他是一个地地道道的非正式的理论家，他运用遵从和信任这样的术语解释催眠行为。“遵从”是指受术者的符合催眠师要求的外显行为。不过，这种外显行为并不一定反映受术者的内心信念。举例而言，受术者可能表现为好像感觉不到疼痛，但其内心可能感受着疼痛。“信任”是指这样一种情况：受术者的内心信念服从大众行为。例如，当暗示受术者的眼皮正变得沉重时，如果他们发觉自己正在眨眼，那么他们就会相信自己正在进入催眠状态。瓦格斯塔夫认为，内心信念与外显行为一样，它们容易受到催眠环境的社会需要的影响。

遵从和信任学说能够很好地解释被催眠者的许多行为。不过，正如费洛(1982)在评述瓦格斯塔夫的著作时所说，我们尚难看出，这一学说如何解释人们在催眠感受性上的个体差异；也不清楚它如何把主观体验作为区分不同类型的催眠反应的指标。

尽管存在这些批评，以及该学说的适用范围有限，但瓦格斯塔夫的著作很值得大家一读。他这部精彩著作是我所读过的论述催眠的最好著作之一。

## 个 人 体 会

通过对上述催眠学说的简要分析，我们从中能够得出什么结论？我认为最重要的是，其中似乎没有一种学说能够恰当地说明在催眠这一总题目之下的全部现象。这并不足为奇，因为现象是大量的、相当复杂的，故理论也要相应地从不同角度研究这些现象。有的研究者对催眠重新定义，如埃德蒙斯特(1981)；另外一些作者对主观体验作了重新解释，如斯潘罗斯(1982)。也许，最难评价的是精神分析学说，因为这需要掌握精神分析理论的基本原理。

尽管存在着一些缺憾，但每一种学说都有其贡献：或作出了新的解释；或提供了新的研究方法；或对客观事实进行了新的综合。当然，在某种意义上讲，人们还不可能提出一种使所有研究者都满意的理论，因为在作理论评价时，研究者可能采用不同的标准。

亨普尔(1966)对上述学说的功能作出了有益的阐述：

一般而言，当对一组现象的研究揭示出它们的一致性的体系，并能够以经验的法则来表达的时候，理论便会应运而生。理论力求解释某些规律，一般还对某些现象给予更深入和更准确的说明。为了达到这个目的，理论在解释那些现象时要能反映其本质、要处理可能被掩盖的假象。理论的形成要遵循特性理论规律或理论原则，如能够解释业已发现的事实的一致性，通常也能够预示类似的新规则。

本章所讨论的理论也力图实现这些功能,至少部分如此。它们似乎未能完全实现这些功能,这表现在它们未能解释全部的经验法则,尤其是那些以个人体验为基础的经验法则。

有人认为,至今尚没有哪一种理论能够完全解释催眠的纷繁复杂的现象。这种看法并不高明,因为它似乎要迫使事实服从理论,而不是当理论与事实不相适应的时候去修正它。正如普通心理学理论一样,催眠理论的最大障碍也许就是个人的主观报告。然而,人们所以还不把主观报告结合到理论之中去,这是为了坚持人是一个“黑箱”的观点。

催眠理论需要解释两方面的事情。其一是被催眠者的外在行为,这不仅包括像上肢悬浮那样的典型催眠现象,而且也包括生理相关以及催眠易感性试验的得分(如果在催眠过程中作了其它试验,那么其得分也包括在内);此外还包括发生在直接催眠过程以外,但又与此相关的行为,如由催眠产生的记忆缺失以及各种治疗效果。其二是被催眠者报告的主观体验。在进行这方面工作时,要充分应用具有整体结构的问卷以及综合调查表,尤其要充分利用调查表分析法;这种分析可作为更规范地研究催眠体验的一种十分令人感兴趣的和实用的方法(雷德福,1974;埃里克森、西蒙,1980;拜恩,1983)。

估计在10年以后,最受赞誉的催眠理论将是那些既考虑到社会环境的要求以及受术者的愿望,同时又结合了主观体验的理论。不过,正式理论家和非正式理论家之间的争论将继续存在。

### 3. 催眠状态和其它意识状态

在解释催眠现象时，是否有必要使用“变换状态”这一概念，目前还有很大分歧。笔者认为，人的意识状态无时无刻不在变化；主观催眠感受也代表着一种意识状态的改变，只是它大大超出了受术者正常的意识感受范围。本章努力阐述这一看法，以图消除人们的分歧。为此需要探讨几个方面的问题，首先是意识的性质问题。

#### 3.1 意识的性质

当我坐在莱斯特综合技术大学语言病理研究所的计算机房撰写此书时，我“意识”到很多事情。首先我被本段的第一句话的措词所困扰，它似乎表达了我想要表达的意思，但我又觉得不太恰当。为了保存我对自己意识的这种解释，我决定不予修改，但它仍然使我感到不安。我也意识到，我内心正力图将我下一步要表达的思想见诸文字。这些都属于内部事情；除此而外，我也意识到外部的事情。

外部事情包括走廊对面秘书正在打字；监测器屏幕上的闪烁光点（与屏幕上的文字相比，我似乎更加注意到光的闪烁）；由于坐势长时间不变而引起的右腿轻微不适感；以及室温稍微偏高的感觉。我能够选择性地将注意力指向这些外部

事情的任何一种，并加以探索。我也可以将注意力集中到我右腿的不适感觉上；而当我这样做时，不适感觉好像扩散开来。这并不是说右腿不适逐渐加重了；我的意思是这种感觉好像占据了我更多的意识。与此同时，由于我正在考虑一种躯体感觉，故对其它模糊的不适感、痒感也更加明白地体察到。我断然说明，我似乎未体验到任何欣快的躯体感觉。

这种控导注意力的能力是意识，因而也是催眠的一个重要问题。当我思考这句话的时候，若干心理学家的姓名进入了我的意识，首先是布罗德本特，紧接着是波斯纳和施奈德。“布罗德本特”出现的原因似乎不难解释。对我来说，“布罗德本特”与注意力概念的联系最为密切，这从他的有关著作（如布罗德本特，1957）即可看出。然而，“波斯纳”和“斯奈德”的出现是很难解释的。我认为其原因如下：在考虑注意力的控导问题时，使我“想起”注意力不能得到控导的条件；而这又“提醒”我考虑到意识的自发和控制情况。波斯纳和施奈德两人都曾论述过这一问题。在此我为“想起”和“提醒”两词加了引号，因为我确信它们无一不是意识过程，都只不过是意识的自发情况。

我又意识到，自己正在为后面两个人名而感到不安。当查找自认为是我正在寻思的参考资料时，我发现自己的记忆很可能有误。我没能找到由波斯纳和施奈德二人合撰的论文，不过我仍然有些相信，如果再进一步查询，我还是可能找到该文。我最后所找到的是两则参考文献，一则是波斯纳与斯赖得合撰的一篇文章；一则是斯奈德与希夫里合撰的一篇文章。我说出这些内容，目的在于告诉欲进一步探究这类混淆的人们，我的记忆之误是由于“斯奈德”与“斯赖得”听起来相



似所造成。

通过对自己主观体验的说明，我们可得出什么结论？首先，我知晓外部事情；其次，我知晓内部事情；其三，在某些情况下，我似乎能够控导我的注意力；其四，我能监察这些注意力转移；其五，我能监察这些意识并且探索其性质，这一点或许最难体会。我认为，最后这种能力类似于奥特雷(1981，第87页)所说的“反射意识”，以及汉弗莱(1984，第8页)所说的“反照意识”或“意识之意识”。

这里并不是说意识有什么级别和次序；上面所谈的只是对自己意识之客体进行分析的方法。而即使是对自己意识的监察，最好也要置之于同一层次进行考虑，否则便可能进入一种无限制的回归，即意识有很多层次，而每一个意识层都能监察下一个意识层。这是很危险的看法；而且在理论上也不需要作这样的理解。比较审慎的看法是，意识的监察并不是一种特殊的现象，而不过是意识的一种类别。

### 3.2 催眠与意识

我希望读者读到此处，即开始明白催眠和意识问题对于催眠理论的重要性。被催眠者用以判断自己催眠深度以及自己是否进入催眠状态的能力正是上述最后一类，即意识的监察能力。下面举一个例子，它有助于说明这个问题。

珍妮特平生第一次经历了催眠诱导。诱导过后，她谈了自己的体验：

我不知何故而感到非常放松，不仅躯体放松，而且

精神也是如此。并非睡意朦胧，而好像是我任注意力自由地飘荡。当您要我回想青年时极愉快的事情时，我发现自己的注意力很难集中于任何一件事情。上肢飘浮真是奇迹。当我正在寻思“我做不了”的时刻，双臂突然开始上升，它们确实是自己升浮起来的。在升起之初，我有点担忧，因为没有把握能否控制它。我没有试图去迫使手臂降下来，不过，我觉得即使这么作了，要使手臂降下来似乎也是不可能的。很快我便停止了担心，而只是集中注意体会正在发生的事情。当您暗示海岸时，我能看见真正的海岸情景而且不愿离开，也不愿醒来。您要是使时间持续得更长一些就好了。我的感受异乎寻常，然而它是愉快惬意的。

仔细地分析这一报告，就不难看出其中珍妮特的意识之客体的类别。对外部事情的意识明显存在，如珍妮特对我声音的感知即是其例；珍妮特也意识到了外部事情，因为她说有那么一会儿她有些轻微的担忧。她肯定也能监察注意力的转移，因为她能反映自己的注意力在飘荡而不是定向的。至于珍妮特所说的感觉异常，我认为属于监察自己意识的结果。

在催眠过程中，珍妮特意识到了不同的感受。她回顾这些感受而得出的结论是，自己的感觉异乎寻常。之所以得出这样的结论，有若干的原因，其中之一是她认为自己的注意力飘荡不定。此外，她发现自己可以描绘出印象深刻的海滨风景；最不由自主的是上肢自动地升浮起来，而且是在她正想着它们不会活动的时刻升浮起来的；她感觉到在自己对内部事情和外部事情的意识之间有很多区别；她没意识到自己给

上肢下达的运动指令，而意识到它们正在活动。所有这些都使她相信自己的感觉异乎寻常。

但是，这些情形也能使珍妮特相信自己是处于催眠状态吗？这当然取决于她对催眠状态的理解。如果她认为催眠状态是一种感觉异常的情形，那么回答是肯定的；如果她认为催眠状态是一种自己和现实完全失去联系的情形，那么回答则是否定的。显然，在对这一问题的看法上是人各不同的。不过，只要询问珍妮特在催眠时的感受与正常有多大不同，个人看法的差异所导致的问题即可避免；因为珍妮特是其意识体验的最好评判者。

为了得到上述关于个人差异的信息，我们可以利用不同的研究方法，如具有整体结构的问卷、综合调查表以及调查表分析法，等(塔特，1979)。塔特非常推崇卡罗里纳扩充量表；他认为那是他所见到的测量催眠深度的最实用量表。该量表不封底，对催眠深度的测量范围没有极限。如果受试者觉得自己进入了很深很深的催眠状态，那么他们可以说催眠深度达到100，甚至是1000。塔特指出，催眠深度量表可以在非催眠情况下使用，例如药物诱导状态、冥想状态，等；当然也可在正常情况下使用（但在正常情况下，不可能有多少深度可言）。卡罗里纳扩充量表包括若干项目，每一项目有特定的分值，它们是：

- 0 = 清醒
- 1—12 = 放松的、超然的、观念运动
- 20 = 痛觉缺失
- 25 = 做梦
- 30 = 健忘、精神宁静、很高的受暗示性

40 = 所有反应完全真实

50+ = 精神呆钝

正如本章开头所说，我认为每个人的意识状态时刻都在变化。使用上述催眠深度量表将会证实这一点。虽然该量表的敏感性还不足以甄别正常情况下意识深度的千差万别，但要证明意识深度因人而异则是完全可能的。不承认意识时刻都在变化，这就是对我们自我体验的否定。当我们监察自己的意识状态时，我们即对自己意识的一般状况或状态作出结论。遗憾的是，大多数人都不具备丰富的词汇以表达关于这些状态的信息；而只是在自己目前的意识状态发生极大的变化以后，他们才想到可谈论的词句。

现在似乎应该总结一下上面所提出的观点。我认为，我们监察自己的意识，故可评判自己的意识状态，因而也就能判断自己是否被催眠了。人们的意识状态时时都在变化；但在正常条件的变化并不太大。不过，在催眠情况下，有些人在监察自己的意识时，可能发现感受与平时大不一样，这就使他们说自己的意识状态完全不同。

很多关于催眠是否属于一种意识变换状态的辩论似乎常常忽略了意识的多变性(Ludwig, 1969)。这使人们认为，当研究人员说催眠是一种意识的变换状态时，同样也就是说催眠是意识的一种状态；正常意识是意识的另一种状态；而冥想是意识的又一种状态。这不能不令人感到遗憾！

我们只要仔细分析一下催眠过程，即可揭示出上述看法的谬误所在。再以珍妮特为例。在催眠诱导之前，她处于正常的清醒状态；而通过对自己意识的监察，她认为意识是正常的。在暗示她闭上眼睛的过程中，她感觉到自己渐渐变得

不太警觉。这是她所报告的最初出现的意识状态之变化，这种变化的出现极有可能是由于她意识到自己的眼皮正在眨动、她感到身体非常舒适，感到非常放松。她意识到自己的注意力飘荡不定，这使得她相信自己不如先前那么清醒，甚至使得她报告说自己的意识状态又发生了变化，变得完全不如先前那般警觉。她意识到当自己没有想让自己的手臂上升时，而它却正在升浮起来，她还意识到自己因此担忧。这些都有可能使她报告说意识状态出现了另一种变化，但不一定说清醒程度进一步降低。我推断她是处于一种异乎寻常的状态：在这种状态下，上述类型的事情在她看来能够发生，所以她就报告说自己的感受与平时两样。她这么讲，也是因为她没有足够的词汇描述自己的意识状态。

我并不是说为了使催眠现象（如上肢悬浮、痛觉缺失、幻觉等）产生，受术者首先必须进入某种不同的意识状态；我的看法是受术者对自己意识状态的判断要以他们正在体验到的现象的意识为基础。不过，一旦人们觉察到自己的意识状态异乎寻常，那么其他典型的催眠现象就更容易发生。让我们再来考查一下珍妮特的体验，这样可使该问题更加清楚。

发生在珍妮特的情况是，在刚刚开始体验到某种现象（如放松）并监察自己对该现象的意识时，她便肯定自己的意识状态与平时不同。既然承认其意识状态与平时不同，那么她很有可能会经历其它催眠现象，因为她预料在不同的意识状态下将有异常的感受。结果她经历了更多的催眠现象。如果是这样，那么又会使她认定意识状态已发生改变，这又使得她更有可能体验催眠现象，如此便形成了循环。在催眠过程的某些阶段，珍妮特可能相信自己意识状态的变化足以使所有

暗示给自己的催眠现象都会发生。如果她未能感受到暗示给她的催眠现象的一种或多种，那么就会使其意识状态更接近正常。显然，这里同样也存在着个体差异：个体差异至少可以部分地说明人们在催眠的易感性方面的不同。

杰恩斯(1976)指出，在西方文明中，人们习惯将意识比喻为“容器”，用以说明其特点。故人们常说开放意识、封闭意识、表浅意识、意识深处的想法、意识深部角落潜伏着想法，等；此外还有许多“空间的”之类的比喻。人们之所以考虑催眠具有各种深度，这很可能与上面的比喻大有关系。不过，比喻是有局限性的，而且比喻常常会束缚我们分析问题的方法。我想提出另外一种比喻，它主要是关于我们对事物的意识，以及催眠如何影响意识的比喻。

这种比喻要求读者想象一个大的电视荧屏，旁边还有一些测量表。荧屏上有大量看起来是互相分离的图像，其大小不一。该荧屏有一大特性，这就是你若凝视某一图像，这个图像就会扩大，而其它图像则渐渐变小，不过它们不会完全消失；你若转而凝视另一个图像，那么这个图像又开始扩大，而前面扩大的图像又开始缩小。有时你的注意力不自觉地为一某一图像所吸引。每当凝视某一图像时，你也会看看荧屏旁边的测量表。所有这一切看起来都与图像的性质、感官功能状况有关；而奇怪的是，它们与你是否有意识地控导自己的视线也有关系。

当然，这是用比喻解释对事物的意识以及注意力的控导。这是一个极简单的比喻，其唯一意图就是借以说明催眠影响这些过程的可能途径。可能途径之一是，无论你是否注视图像，催眠都有可能改变其大小。其机理大概是催眠暗示引起

不同的刺激量,而这些刺激在注意力控导之前即已发挥作用。不过,海尔加德(1983)在其论催眠和疼痛的著作中指出这是不可能的。

另一个可能途径是催眠或许改变了人们控导注意力的能力。故注意力要么在毫无意识的情况下固定于某一特定图像;要么就是漫无目的地在部分或全部图像上来回扫描。实际情况看起来总是如此。第三种可能途径是,当人们注视图像时,它会扩大;而其扩大可受到催眠的影响。如扩大速度可能加快或减慢;或者根本就不会扩大;甚至也可能缩小。催眠的这种作用可能是在注意力被控导(或失控导)以后出现的。

催眠还可能影响监视着各种情况的测量表,也就是说催眠能改变人们对意识的监察能力。如果这种监察能力发生改变,那么我想他将会说自己的意识状态发生了变化。不过,比喻毕竟是比喻;由于我们获得的证据愈来愈多,舞台催眠的作用机理也就会逐渐被揭示。这里我希望读者从上述设想中得到兴趣和启发。

本章的另一目的是将催眠和习惯上与催眠密切相关的其它现象作一比较,这里我选择了其中的睡眠、放松、冥想和药物诱导状态来进行分析。

### 3.3 催眠与睡眠

尽管谁都要睡眠,但很明显,谁也不能从自己的体验中得到大量的睡眠知识。在这一领域里,正是由于科学研究方法的诞生,特别是脑电图(EEG)的发明,便使得关于睡眠与梦的知识爆炸性地增长。在做脑电图记录时,要将电极置于

头皮上，测量脑的电活动变化。德门特和克莱曼(1957)通过记录脑电图而分别出睡眠的四个不同阶段。在第Ⅰ期睡眠中，脑电图呈现高频、低幅的波形，与清醒休息状态(0期)的波形相近，只是较不规则。在这期睡眠中，人们正在打瞌睡。而且若从这期睡眠中醒来，人们甚至否认正在瞌睡。

第Ⅱ期睡眠的脑电图以大而低的波形为其特征，偶尔见有短时的、有节律的低频波(称为“梭形”波)。第Ⅱ期睡眠较第Ⅰ期睡眠为深。第Ⅲ期睡眠又较第Ⅱ期睡眠为深。在这一期睡眠中，脑电图的波形更不规则，其间也有梭形波，只是其波幅较高；偶尔也可能出现大而慢的波形。第Ⅳ期是最深度的睡眠，在脑电图上以大而慢的波( $\delta$ 波)为其特征。此外还有眼快动(REM)期睡眠，这时人们正在做梦。在一夜的睡眠中，人们平均要经历5段眼快动睡眠，每段间隔大约90分钟。眼快动睡眠穿插在一夜睡眠的各期之间。

被催眠者脑电图的波形与睡眠者脑电图的Ⅱ、Ⅲ期波形和Ⅳ期的波形好像有很大差别(埃文斯,1982)。例如在催眠过程中几乎没有Ⅳ期 $\delta$ 波的迹象出现。彻脱克和克拉马兹(1959)讨论过Ⅰ期睡眠与催眠在脑电波上的相似性。这种相似当然部分是由于催眠师暗示受术者感到瞌睡，正在闭上自己的眼睛，甚至睡上1—2秒钟。或者正如埃文斯(1979,1982)指出，它是由脑电图记录的不敏感性所致；催眠与睡眠的脑电活动本来可能存在差异，但这种差异为脑电记录时的过多干扰所掩盖。可以预料，如果为受术者施加“觉醒”诱导，而不是相反的“睡眠”诱导，那么其脑电波将有很大差异。(班亚、梅扎罗斯、格雷古斯,1981)

为什么催眠曾被视为是与睡眠相同的状态，这一点是很



清楚的。在别人看来，正在睡眠的人与经过“睡眠”诱导催眠了的人在表现上很相似：二者显然都可产生不随意活动，如生动的做梦。睡眠与催眠的另一个可能的相似之处在于，有人(埃文斯，1977)发现受术者在接受哈佛集体催眠易感性量表A表的测试时的得分与他们的夜间入睡能力有关。埃文斯(1982)认为，这种相关可能是因为人体内存在一种控制意识水平或意识状态的机制；而该机制无论在人们进入催眠还是进入睡眠时都发挥作用。除了上述相似之处以外，人们一般认为睡眠与催眠是大不一样的两种状态。

### 3.4 催眠与放松

毋庸置疑，被催眠者看上去极像处于放松状态的人，无论这种放松是不是由他人施加诱导程序所致。而仅仅是因为两种现象貌似相同便认为它们本质无二，这种看法之错误同样也是毋庸置疑的。为了弄清催眠与放松之间的关系，有必要研究更多的东西，而不仅仅是其外在表现。

正如前章所述，埃德蒙斯特(1981)认为催眠与放松有相似之处；在此我不打算重复其论点，也不准备提出相反意见。我想作的是分析人们常把催眠与放松认为是相似现象的原因。其原因之一是，催眠诱导技术常常涉及放松方法，例如催眠诱导中的进行性放松方法就包括逐渐放松各个肌群直至全身放松。进行性放松也可使用雅各布森氏法(1938)，其操作是各个肌群首先增加张力然后放松。如果受术者接到放松指令，他们是可能遵行其事的，这一点并不惊奇。

另一个原因正如瓦格斯塔夫(1981)所说，当受术者询问

别人被催眠是哪样的感受时，得到的回答常常是那就像处于放松状态。可以料想，很多受术者由此而期待着自己将会放松，因而他们也将把自己的感受描述成放松状态。

埃德蒙斯特(1981)对放松状态和催眠状态的许多生理数据作了分析比较，这些数据包括脑电图、血液化学、血压、心率、外周血流量、呼吸、代谢、体温以及皮肤电位测定。其结论是这些指标在两种状态间并无真正差别。不过，这到底是说明两种状态生理数据的真实相似性，还是仅仅由于测量仪器的不灵敏？对此还值得继续探讨。

总之，我认为放松并非催眠的一种必需伴随现象，因为在催眠过程中，有些受术者正在用劲，或者正在发泄情感；要是将这些人也视为放松就十分荒谬。我认为，如果催眠诱导使用了放松暗示，或者受术者期待着出现放松感觉，那么他们在被催眠之后显得放松，也报告自己感到放松，而且还出现放松状态的生理变化，这一切都不足为奇。这是一种合乎情理的说明；除此以外，没有必要作其它任何解释。

### 3.5 冥想

冥想(Meditation)作为一种使自己顺应上帝、顺应某种神灵或自然、顺应一切的修行，常常与宗教联系在一起；也常常被认为是一种意识变态。冥想者可以从中获得悟性和启示。不过，在沉思冥想之时，他们虽然显得十分地全神贯注，但在冥想结束之后，常常又难于体会悟性和理解启示。这种状态也常被称为销魂状态。有经验的冥想者在进入这种状态以后，可以全身放松并且失去痛感。有一种由瑜伽修行人、玛赫里

希·玛黑斯使之广为流传的冥想技术，名曰“先验冥想”(transcendental meditation, TM)，修行者反反复复吟诵咒语(曼陀拉, mantra)，即一个词或一种声音，直到自己所希望达到的销魂状态的深度。

本森、克里帕(1976)以及本森、科奇、格拉思韦勒、格林伍德(1977)列举了一些一般规则，按照这些规则练习即可产生类似于冥想的感受。练习者坐立，眼睛闭合；首先放松双足部肌肉，然后向上逐渐放松各个肌群；鼻呼鼻吸、节律整齐；同时还要反复默诵某个词语。练习的环境最好要安静，但不需要任何带有神秘色彩的安排。

由此可见，冥想好像类似于自我催眠，而冥想的某些现象，如放松和痛觉缺失，肯定也可以在催眠状态下出现。不过，催眠概念的含义似乎较冥想更广；将冥想看作是催眠的一种形式或许更切合实用。

### 3.6 药物诱导状态

药物被用于诱导意识的变换状态已有数千年的历史；虽然人们对意识变换状态还没有明确的定义，但对于药物能够引起意识变换状态则无任何争议。除此而外，药物的效果还可因服药者的期望、环境，以及服药剂量和其它许多因素而变化；而让人相信药物能够导致意识状态变化的也正是被试者的报告(或许还有研究者的临床观察)。为了分析催眠与药物诱导状态之间的相似性，这里讨论三类药物即抑制药、兴

---

\* 玛赫里希：印度教导师或精神领导者的头衔。——译者注。

兴奋药和致幻觉药的作用。

抑制药包括在所有药物中最流行的药物——酒精。在相对低的血液酒精浓度(0.05%)下,人的警觉性降低、判断力障碍、抑制能力减弱;当其浓度增高时,人的反应时间延长,完成动作越来越受到障碍;当其浓度达到0.35%时,即出现外科麻醉现象,而且有可能死亡。巴比妥盐是一种抑制药,它可以作为精神紧张患者的弛缓剂或安眠药。大量服用巴比妥盐与大量服用酒精的效果大致相同。与其它抑制剂相比,鸦片制剂对人体感觉和运动的影响方式有所不同。

兴奋药包括最为流行的两种药,即咖啡因和尼古丁。咖啡因一般通过喝咖啡和饮茶而摄入体内;尼古丁存在于烟草之中,一般由吸烟摄入,但有时也由咀嚼烟草而摄取。有趣的是,在特殊的环境里,在特殊的期望中,尼古丁对于使用者与其说是一种兴奋剂,还不如说是一种放松剂。另一类较强的兴奋药是安非他明;右旋苯胺硫酸盐以及苯丙胺片是目前应用最普遍的含安非他明成分的两种药,它们通过增强中枢神经系统的活动来提高清醒程度和减轻疲劳。还有一种应用普遍的药物是可卡因,与安非他明一样,它能增强大脑的警觉,使人们更长时间地工作和思考而不觉疲劳。

致幻药的典型作用是造成知觉扭曲。这类药物中最广为人知者是大麻;还有一种名为麦角酸二乙胺(LSD)的致幻药也很著名。后者在几年以前在“扩展意识”时尤为需要。这类药物的作用同样也随环境和服用者的期望而变化;在某些环境里,LSD可能引起严重的恐怖体验。

经过上述简要讨论,药物诱导与催眠之间的相似性也就变得明了起来。首先要强调的是催眠的相对安全性。上述药

物有些一般说来是安全的，如咖啡因；但还有一些，如海洛因，则是相当危险的。催眠当然不是药物，但在催眠状态下又确可出现药物所导致的那些效应，如痛觉缺失、放松和幻觉（催眠时是否出现幻觉，人们对此还有争议）。不过，被催眠者一般觉得自己有较大的控制能力；而有些人则认为，由药物诱导出的体验可能更加真实。或许催眠与药物诱导状态之间的最大相似之处是它们的作用都要随环境及人的期望而变化。毋庸置疑，药物能作用于中枢神经，引起其生理变化，但服药者对这种作用的理解则因人而异；这正如催眠的作用要随环境的变化而变化一样。

## 个 人 体 会

在对本章所讨论问题的认识方面不乏精彩的著作和文献，如塔特(1969, 1979)所撰便是，但大部分的论述还欠分明。我认为，催眠与其它意识状态之间的关系虽然令人兴趣盎然，但它远不如从总体上理解催眠与意识的关系更有意义。近些时候，人们对意识的研究兴趣高涨起来，如安德伍德和史蒂文斯(1979, 1981)的论著即表现出这一点，这值得大大欢迎。随着对有关意识知识的日益增多，使催眠融合到意识的总体系统之中也就日益变为可能。不过，这还有待将来。

## 4. 催眠易感性

催眠可能性(Hypnotizability)指的是一个人能被催眠的难易程度。不管我们在理论上如何看待催眠的性质，都有两个问题会引起我们深思，这就是催眠可能性在何种程度上反映了稳定的人格特质？它受环境因素的影响有多大？有些学者用催眠易感性(Hypnotic susceptibility)一词来指催眠可能性的稳定人格特征，如尤多夫(1981)即是如此。还有一些学者则使用催眠反应性(Hypnotic responsivity)这样的术语，如弗里希霍尔兹·施皮帕尔、施皮培利·巴尔默和马克尔(1982)等人便是这样。催眠反应性可能包括人格因素和环境因素两方面的内容，不过吉布森(1983)却认为，催眠反应性最好只用来指受术者在一定环境条件下的催眠反应。

显然，这样一些互不相同的术语有可能引起人们思想上的混乱。本章将采用尤多夫的定义(1981，第323页)：

催眠可能性——指受术者被催眠的能力。它反映基本的催眠易感性及一时性的动机因素。

催眠易感性——指受术者的人格特质。它决定着受术者的被催眠能力及获得某种深度的催眠状态的能力。

催眠反应性一词在本书将被用来指受术者在一定的环境条件下的催眠反应程度。要说明的是，这里虽然对三个名词

的含义作了区分，但实际上其间的界线是非常模糊的，在实践中通常根本不可能将它们区分开来。本书在后面讲到治疗反应性时还将对这一问题作进一步分析。

接下来的问题是如何测量这些可变因素。我们知道，不管环境因素如何，个人的人格特质很少以相同的形式和相等的程度表现出来(米施尔，1968)，心理学家对此是非常清楚的。为了解决这个难题，人们建立了一些标准测验。测验时要求每一次操作方法都尽可能相同，因而就这种意义言，测验的目的只是测量催眠易感性。不过，由于受术者的动机因素不可能得到完全控制，故这同时也是测量受术者的催眠可能性。

如果催眠易感性测验所测量的仅是催眠易感性，那么只要它是一种相对稳定的特性，在再次测验时就不应出现变化，或不出现较大的变化。若事实果真如此，那么在作重复测验时，同一种测验，甚至换一种测验，其结果都应该基本一致。重复测验时，原来获得高分的受术者将继续获得高分；原来获得中等分的仍将获得中等分；而原来获分较低的就应该还是低分。

鲍尔(1976)将“测验-重复测验”的相关系数定为0.8—0.9之间。若取其较低的数值，那么催眠易感性的稳定人格特质(即测量对象)就能决定催眠可能性的0.64。从另一方面看，催眠可能性的0.36(即1/3强)则取决于其它因素，也就是环境因素。不过，这并不是说，不论任何人，其催眠可能性的2/3取决于他的催眠易感性的人格特质，而1/3则取决于环境因素。例如，有些人的催眠可能性受环境因素的影响较大，这一点已由不同条件下的实验所证明。

## 4.1 非正式测验

对催眠易感性的测量，除了标准测验以外，也有许多非正式测验。非正式测验需要受试者想象自己正在作某种运动，但实际上并不作这种运动，只是通过想象，对暗示作出观念运动的反应。艾森克和弗纽克斯(1945)称这些测验为“基本暗示性试验”(Test of Primary Suggestibility)。他们还发现，非正式测验与标准感受性测验之间是正性相关的。

这些非正式测验也非常有用。对于儿童来说，其使用价值可能更大。此外，非正式测验还有一个优点，这就是在开始催眠以前，它能使受试者获得一种经验，即他体会到自己可以在没有明显的意志作用下产生某种体验。这经验对以下的催眠工作大有帮助。下面对一些非正式测验作逐一介绍。应该注意的是，与标准测验比较起来，在非正式测验过程中可能存在许多微小的变化；如果不严格按详细程序操作，其结果就可能变得不可靠。

### 身体倾斜

身体倾斜测验最好一次只测一人，因为倘若出现戏剧性的反应，测验者就需要去防止受术者跌倒。我在做这种测验时通常所用的指令略述如下。首先想象受试者刚向前迈进，

请面向我站着，你身后有一把椅子。如果你觉得脚上的鞋子使你难以站稳，那就请把它脱掉。我要向你暗示的是，你可以感到有一股微风正在吹着你的后背，这



风逐渐增大,越来越强。在想象这股风越来越大的同时,你要想象自己的身体也正在向前倾倒。你会发现,虽然自己并不是有意识地向前倾倒,但身体实际上还是正在倒向前方。不要担心,我会扶住你的。如果你不是向前倾斜而是倒向后方,后面的椅子会支持住你。准备好了没有?好!现在你闭上眼睛。仅仅想象有一股微风正轻轻地吹拂着你的后背,把你的头发向前吹动了一些儿。当你想象头发被吹向前方的时候,微风似乎是正在变得越来越大。风确实确实是变得越来越强了,你能想象到它正在把你推向前方。风每时每刻都在增大,把你推向前方。风变得越来越强烈。

这种测验可以按需要持续一段时间,直到测验者满意为止。我发现一般两分钟也就足够了。如果时间到了两分钟,受试者还没有倾斜,就说明其催眠易感性可能较低。两分钟以后即使再出现较大的倾斜,其唯一原因也只能是受试者疲劳了。还有一点值得记住,有些受试者偶尔可能一闭上眼睛就向前倒仆,故要作好随时扶住他们的准备。

### **谢弗如摆锤**

在一般人看来,除了摆动金表和“神之触摸”(Touch of God)以外,谢弗如摆锤可能是人们印象最深的催眠用具。它由一个玻璃球或锥体以及系于其上的一根链子组成,受术者提着它,就像钟摆一样。当然,其它合适的物体也可用来做这种摆锤,但最受人欢迎的还是雕花玻璃球。

测验时,要受试者用一只手提住摆锤,并想象摆锤正在

沿着某一方向运动，如由一边向另一边运动，或者转圈。受试者的眼睛既可睁开，也可闭着；既可站立，亦可以坐下，还可以把肘部支撑到某一物体之上。这是很好的一种测验方法，正如尤多夫(1981)所说，绝大多数受试者都可以毫不费力地完成测验。如果摆锤不按想象运动，稳定地保持原来位置，这就说明受试者的催眠易感性较差。

### **垂头试验**

垂头测验很简单。受试者一般坐着，双眼睁开，注视正前方。然后，测验者命令他们闭眼，想象自己的头越来越沉重，逐渐向前方垂下。如果受试者的催眠易感性好，他的头便会向前垂下。通过一些非正式的观察，我发现这种测验能很好地将受试者区分开来。测验时有些人头部低垂，一般可能垂抵前胸；而有些人头部看起来根本未动。

### **上肢悬浮**

上肢悬浮测验给人很深的印象。测验时，受试者或坐或立，两臂平伸于前方。然后，测验者令他们想象有一只手变得越来越轻。如果测验者想要对这种想象的原因作一暗示，可以说那是一块特别的磁石吸引所致。如果受试者的易感性好，那么过了一会儿后，想象变轻了的那只手必定比另一只手高出许多。这类受试者通常都认为结果是令人信服的。

### **上肢沉重**

可以认为上肢沉重测验是上肢悬浮测验的相反形式。测验时，受试者仍将双臂平伸于前方，然后想象一只手变得愈

来愈沉重,并猜想这或许是由于某种物体压放在手臂上所致。若受试者的易感性较好,那么他的这只手就会逐渐压低;但另一只手则能对抗引力的作用,维持在原来的高度,这或许是人体的一种巧妙的机制。上肢沉重测验的结果明显不如上肢悬浮测验那么令人信服。

### **气味试验**

测验时,测验者将一个瓶子的瓶塞拔掉,要求受试者在闻到气味以后立即举手报告。事实上,瓶子里除了水以外,别无他物。这种测验很有趣,其真正目的是使受试者产生一种幻嗅。

### **手掌吸引**

测验时,受试者伸出双手,掌心相对,两手距离几英寸。然后,测验者令受试者想象双手受到某种力量的牵拉,正在向一起靠拢。有时,也可以让他们想象两手各拿一块磁铁,磁力使其两手被吸引到一起。

### **手掌排斥**

手掌排斥测验形式正与上面的测验相反。测验时,令受试者想象他们的双手互相排斥,逐渐离开。

### **手指钩扣**

这种特殊的测验在催眠表演中的使用似乎相当普遍。测验时,受试者双手前伸,手背相对,十指交叉并互相夹住。然后,测验者命令他们向外拉,同时暗示说,你们的指头已经

紧紧地粘在一起；你们会发现，虽然自己企图将双手分开，但已经不可能了。其实，很多人在接受这种测验时，都体会到很难将双手分开。如果读者自己也要试试，你也会发现很难拉开双手。要分开双手其实非常容易，只要使双手稍微松弛一些即可，而不能一个劲地往外拉。测验时，测验者要细心观察受试者分手的用力程度。

在选择测验项目时，首先应该明确测验目的，这一点非常重要。如果测验目的是为了尽快了解受试者的催眠易感性，那么，能较好地鉴别个人易感性的测验就应该是最好的选择。

## 4.2 标准测验

读者可能知道建立标准测验的有关原则。如果有的读者还想知道得更多一些,那么可以读阿拉斯塔斯(1982)的著作,那是一本十分优秀的书。催眠易感性的标准测验一般包括如下几种。测验者首先对受试者作一些标准诱导,然后给他们暗示,开始测验。这些暗示或难或易。根据受试者对各种暗示的反应,测验者即可对其催眠易感性打分。

### 巴伯暗示性量表

这一量表由巴伯(1965)所制定。他在这里使用“暗示性”,而不用“易感性”,是与他对催眠的看法一致的。在作暗示前,测验者可以使用一些诱导技术,也可以不用。巴伯暗示性量表包括八项内容,它们是:

- (1) 上肢低沉
- (2) 上肢悬浮
- (3) 手指锁住
- (4) “口渴”幻觉
- (5) 言语抑制
- (6) 身体僵住
- (7) “催眠后样”反应,咳嗽
- (8) 选择性健忘

上面每一项的记分标准都有严格规定。记分有主观分与客观分两类。客观分的记分标准是,受试者的反应与某项相符合,则相应记1分;而3、4、5、6四项,根据受试者的反应程度,

也可以记0.5分;不符合则记0分。记主观分则要询问受试者,是真正获得了测验者所暗示的那种感受,还是有意表现出暗示所要求的反应,以博得催眠师的欢心。如果受试者证实他确有暗示的那种感受,那么该项就记1分。(还有一种标准是3分制)否则记0分。如果某一项在记客观分时得分为0,那么在记主观分时就没有必要再询问这一项了。

在上面八项暗示中,有两项属于“直接动力”暗示条目(1和2);有三项属于“动力对抗”暗示条目(3、5和6);另外三项则属于“知觉”暗示(4、7和8)。(费洛斯,1979)这一量表的测验和记分都很容易,完成全过程约需20分钟。“测验—重复测验”的相关系数在0.80—0.88之间。

### 儿童催眠敏感性量表

这一量表为伦敦(1963)所制,它包括两种型式,一种是为5—13岁的儿童而设,一种是为13—17岁的少年而设。这两种型式的具体内容其实并无差别,但在实际使用时,应针对不同年龄的受试儿童,分别给予不同指令,采用不同操作方法。因为不同年龄的儿童具有不同的接受能力。此量表分为两大部分,第一部分包括如下十二项内容:

- (1) 身体后倾
- (2) 双目闭合
- (3) 上肢僵住
- (4) 上肢低沉
- (5) 手指锁住
- (6) 上肢僵硬
- (7) 双手靠拢

- (8) 言语抑制(姓名)
- (9) 幻听(苍蝇嗡嗡飞响)
- (10) 双目僵住
- (11) 催眠后暗示(站起来)
- (12) 健忘

第二部分包括如下十项内容:

- (13) 通过催眠后信号再诱导
- (14) 视、听电视幻觉
- (15) 寒冷幻觉
- (16) 麻醉
- (17) 幻味
- (18) 幻嗅
- (19) 幻视(家兔)
- (20) 返童现象
- (21) 梦诱导
- (22) 唤醒及催眠后暗示

在进行客观评分时, 每项既可用4分制, 也可用2分制。当然, 这两种记分标准不能同时用于同一个受试者。无反应者记0分。主观评分标准是采用3分制。主观分评定可以辨别真正的暗示反应和受试者有意作出的暗示反应。此量表的“测验—重复测验”的可靠性一般为0.92左右。

### 创造性想象量表

这种量表为威尔逊(威尔逊、巴伯, 1978)所制。虽然名为创造性想象试验, 但内容却是标准的催眠样暗示。它包括如下十项:

- (1) 上肢沉重
- (2) 上肢悬浮
- (3) 手指麻木
- (4) 关于水的幻觉
- (5) “嗅一味”幻觉
- (6) 音乐幻觉
- (7) 温度幻觉
- (8) 时间扭曲
- (9) 返童现象
- (10) 心身松弛

这是一种自我评分量表,它要求受试者对自己的想象能力评分,每一项记分都采用5分制。按照尤多夫(1981)的著作所述,创造性想象量表的分半(split-half)系数为0.89;它与巴伯暗示性量表的相关系数 $r=0.6$ 。海尔加德、席汉、蒙蒂罗和麦克唐纳(1981)报告,它与哈佛量表的相关系数 $r=0.55$ 。此量表的使用可不需要诱导。有人称它为“非命令式”量表。

### **哈佛群体催眠敏感性量表**

这是肖尔和奥恩(1962)为群体测试而创制的,是由斯坦福催眠敏感性量表(A式)变化而来。此量表包括如下十二项内容:

- (1) 垂头
- (2) 闭目
- (3) 上肢低沉(左侧)
- (4) 上肢僵住(右侧)
- (5) 手指锁住



- (6) 上肢僵硬
- (7) 双手靠拢
- (8) 言语抑制
- (9) 苍蝇幻视
- (10) 眼睛僵住
- (11) 后催眠性暗示(触摸左踝)
- (12) 健忘(其程度依所回想事情的多少而定)

上述各项也要受试者自己评分。全部测验的完成大约需要一小时。

### **集体警觉催眠状态量表**

这一量表为文戈(1968a, 1968b)所制。虽然很少有人提起, 但毕竟是一个令人感兴趣的量表。与使用传统“睡眠式”诱导的测验相反, 此量表要使用“警觉式”诱导方法, 也就是测验者所作的暗示既使受试者身体松弛, 同时也使其大脑处于警觉状态。此量表包括如下五项内容:

- (1) 垂头
- (2) 警觉催眠状态
- (3) 言语抑制
- (4) 后催眠性暗示
- (5) 后催眠性健忘

此量表也是由受试者自己评分, 均采用4分制。所有测验的完成约需要45分钟。文戈(1973)报告, 此量表与哈佛集体催眠易感性量表(A式)的相关系数 $r=0.64$ 。

### **催眠诱导量表**

催眠诱导量表是施皮格尔(1976, 1977)、施皮格尔和施皮

格尔(1978),以及斯特恩、施皮格尔和李(1979)等人为临床使用设计用于测量个人的。由于测验时的催眠诱导不提到催眠、催眠状态、睡眠等名词,故在不宜使用这些名词的情况下,此量表就较适用。它包括如下六项内容:

- (1) 眼球上翻
- (2) 缓慢合闭双眼
- (3) 上肢悬浮
- (4) 后催眠性反应
- (5) 健忘
- (6) 身体浮动感

上述各项均用5分制记分,未能通过则记0分。完成全部测验所需要的时间很短。此量表的“测验—重复测验”相关系数( $r$ )大约为0.76。弗里希荷尔兹、特赖恩、维利斯、费希尔、马鲁菲和施皮格尔(1980)计算出此量表与斯坦福德催眠敏感性量表(C表)之间的相关系数( $r$ )为0.63。然而,其中究竟是哪些项目与催眠易感性有正性相关,在这个问题上尚有很多争议。

### **斯坦福德儿童催眠临床量表**

此量表为摩根和海尔加德(1979)所设计,包括两种型式,一种用于4—8岁的儿童,一种用于6—16岁的儿童。前一种包括如下六项内容:

- (1) 上肢低沉
- (2) 上肢僵硬
- (3) 电视—视觉
- (4) 电视—听觉

(5) 梦境

(6) 返童现象

后一型式除了上述六项测验外,还加上一项催眠后暗示。这两套型式测验的完成各需要大约20分钟。每一项测验,通过者则记1分,否则记0分。故前一型式的最高得分为6分;而后一型式的最高得分为7分。

### **斯坦福德催眠敏感性量表:A式和B式**

此量表为韦岑霍弗和海尔加德(1959)所设计,用于个人测量。它也包括两式,即A式和B式,两式的相关系数( $r$ )为0.83(尤多夫,1981)。在通过训练改变受试者的催眠易感性时,这两式是很理想的测量手段。因为A式可以用于训练以前,而B式则用于训练以后(反过来亦可)。A式包括如下十二项内容:

- (1) 身体后倾
- (2) 闭目
- (3) 上肢低沉
- (4) 上肢僵住
- (5) 手指锁住
- (6) 上肢僵硬
- (7) 双手靠拢
- (8) 言语抑制
- (9) 幻视
- (10) 眼睛僵住
- (11) 接受后催眠性暗示
- (12) 健忘

B式亦包括十二项测验，其内容与A式各项基本相似。如A式第7项“双手靠拢”在B式中则作“双手分开”。此量表各项测验约需要45分钟完成。每一项测验，通过者记1分；否则为0分。故两套型式的最高得分都是12分。由于此量表的项目大多由动作组成，而认知项目较少，故一般认为受试者要完成测验并不困难。

### **斯坦福催眠敏感性量表：C式**

此量表亦为韦岑霍弗和海尔加德所设计，它包括十二项测验，按难易程度依次排列。第12项后催眠性健忘虽然并不比其它项目的难度大，但必须排列在最后。应该指出，个别受试者通过测验的难易度也可能与此型式有很大出入，但从人群的平均情况看来，实际难易级别可望与此型式基本一致。这十二项测验是：

- (1) 上肢低沉
- (2) 双手分开
- (3) 蚊子幻觉
- (4) 幻味
- (5) 上肢僵硬
- (6) 梦诱导
- (7) 返童现象
- (8) 上肢僵住
- (9) (嗅觉失灵)闻不出氨水的气味
- (10) 幻听
- (11) 负性幻视(三个盒子)
- (12) 催眠后健忘

由于此式包括有较多的知觉暗示，故一般认为其难度比A式和B式大得多。每一项测验通过者则记1分，否则记0分。此式的分半系数为0.85；它与A式的相关系数 $r=0.85$ ；其“测验—重复测验”相关系数 $r=0.85$ 。

后来，韦岑霍弗(1978a, 1978b)对此量表提出了批评。他认为，设计者对暗示反应的非意志性质未予足够重视，这就容易使人们把测验误解为催眠状态的一部分。此外，他还对这一量表的确实性提出了疑问。鲍尔(1981)对上述批评作出了反应，他认为，现在还没有足够充分的理由废弃这一量表。

### **斯坦福德整体催眠敏感性量表**

此量表是韦岑霍弗和海尔加德(1967)所制，也是为个人测试而设计。顾名思义，此表的制定是为了检验受试者的整体催眠能力。它包括两套相等的型式，即Ⅰ式和Ⅱ式，两式的测验数目相等。测验时，虽然也可以只使用其中的一式，但为了全面了解受试者的催眠感受能力，最好还是完成两式的全部测验。进行Ⅰ式的测验时，使用上肢悬浮的诱导方法。Ⅰ式包括如下九项内容：

- (1) 手部麻木
- (2) 音乐幻觉(正性)
- (3) 嗅觉失灵(闻不出氨水气味)
- (4) 回忆起一周或两周前一顿饭的情况
- (5) 光线幻觉
- (6) 做非特异性主题的梦
- (7) 对“房屋”的认识不能
- (8) 计算能力障碍

(9) 后催眠性自动书写

进行Ⅰ式的测验时，使用上肢沉重和上肢低沉的诱导方法。Ⅰ式包括如下九项内容：

(1) 热的幻觉

(2) 选择性失聪

(3) 幻嗅(氨水气味)

(4) 回到十岁时的返童现象

(5) 看不见手表指针的负性幻视

(6) 关于催眠的梦境

(7) 对“剪刀”的认识不能

(8) 人格改变

(9) 后催眠性自动书写

上述各项测验，均采用4分制记分。一般认为此量表中有某些项目的测验难度较大。

研究催眠术的人如果想使用这些标准测验，那就不能只停留于阅读书本，而必须到实践中去熟悉和体会。此外，这里还需要说明几个问题，希望读者能由此得到一些启发。

测验时尽量多使用录音机作暗示，这显然是一种很好的方法，因为这可以保证受试者所接受的指导完全一致。然而，有时受试者也会遇到困难，这便需要测验人员停放录音，并出面为之解决。我偶尔发现某项测验使受试者表现出窘迫，例如他可能因为讲不出自己的姓名而焦躁不安（斯坦福德催眠敏感性量表的第八项）。这时，测验人员即应停放录音，出面处理。在实验研究或临床应用催眠术时，受试者通常会做充分的准备；但在一般情况下，准备往往不足，因此受试者对某

项测验产生焦虑情绪也就不足为奇。

前面已经提到，这些量表的难易度悬殊很大，这一点，只要对斯坦福催眠敏感性量表的A式和C式进行比较即可得到说明。海尔加德(1983)提供的数字表明，在用A式测验时，11%的受试者所得分为11—12；21%的得分为8—10；27%的得分为5—7；41%的得分为0—4。瓦格斯塔夫提供了用C式测验的相应数字：得11—12分的占6%；得8—10分者占18%；得5—7分者占30%；而得0—4分者占46%。由此可见，C表的难度较大，被划分为低敏感性者占接近一半的人数。

最后要说明的是，经某一量表测试而获得高分的人，其催眠反应性并不是处处皆好；反过来也是如此，经某一量表测试而得分低的人，其催眠反应性有时也可能较理想。斯坦福德整体催眠敏感性量表所以要设计Ⅰ式和Ⅱ式，也正是旨在发现这样的变异。正如人们的才能可以被理解为具有不同的成分一样，催眠能力通常也可能是由不同的因素所构成，故有些人在这一方面的催眠反应性差，而在那一方面的催眠反应性又可能较好。

### 4.3 催眠易感性的相关因素

我们有充分的理由认为，不少因素能够影响催眠可能性。催眠可能性至少部分地是相对稳定的人格特质，如果这样，那么它受相关因素的影响就更大。在分析诸相关因素之前，或许有必要思考这样一个问题：催眠可能性是不是一种相对稳定的现象？摩根、约翰逊和海尔加德(1974)曾报告，有一组受试者在10年以后接受重复测验，结果表明，它与原始测验

的相关系数为0.6。但这并不是说催眠可能性不可改变。人们在如何提高催眠可能性方面作了不少努力，如使用条件反射技术（德尔普拉脱、霍姆斯，1978；凯兹，1979），感觉剥脱（桑德斯、雷赫，1969），肌张力反馈（威克拉马西克拉，1973）等等不同方法提高催眠可能性。其中很多都取得了肯定性的成功。

在训练过程中，提高催眠可能性的关键因素是什么？这一问题往往极难回答。即使设立对照组，也需要严密设计，以保证实验组能在各种条件下与对照组认同，例如各组受到的关注、测验人员的信心，以及对受试者作分组配对的众多现实问题，这些都必须考虑。在这些因素中，又有哪些将会影响对照组，也并不是每次都很清楚。况且，如何分组配对才称得上恰当，不同的研究人员也有不同的看法。总的来说，催眠可能性可以通过训练而得到提高，但究竟哪种因素起着作用，目前尚不甚明了。

### 年龄

鲍尔(1976)细心地辨别了催眠易感性的稳定性及其发育之间的差别。前面提到的摩根等人的研究也表明，催眠可能性在一段时间内可保持某种程度的稳定。当然，有些资料表明催眠易感性也可随着时间的变化而增强或减弱。伦敦(1965)发现，7岁以上的儿童具有良好的催眠易感性；在大约14岁以前，催眠易感性日益增强；此后开始逐渐减弱，这种趋向要持续整个成年时期。摩根和海尔加德(1973)通过用斯坦福德催眠敏感性量表A式的测试发现，9—14岁的儿童催眠易感性最强，而40岁以上成人的催眠易感性则最差。这两种研究结果



基本一致。

瓦格斯塔夫(1981)认为,催眠易感性之所以随年龄发生变化,可能部分地是由于个人的僵化、信任与遵从等人格特质的变化所使然。如果催眠易感性有其生理学基础的话,那么它又会受到生长和衰老等生理变化的影响。此外,人的心理在整个生命过程中都会出现变化,故催眠易感性的变化也可能受到心理变化的影响。

### **遗传**

很少有迹象表明催眠易感性与遗传基因有关。摩根(1973)提供的资料虽然显示催眠易感性包括遗传因素,但他的研究却不能重复,而且在实验设计上还可能存在方法学的问题。催眠易感性是一种相当复杂的现象,它与遗传基因的关系不可能太大。

### **性别**

民间传说持这样的观点:女性比男性的催眠易感性好,但事实并不支持这种观点。费洛斯(1979)报告,经过巴伯暗示性量表测试,性别与受试者的易感性无关;催眠易感性与实验者的性别也无相关性。这一结果与以往的结论(巴伯,1965;海尔加德,1965)似乎一致。不过,费洛斯又指出,测验者与受试者的性别之间可能存在相互作用,女性受试者在男性测验者的指导下可表现出较好的催眠易感性。

### **生理学因素**

巴康(1969),格尔和格尔(1974),摩根、麦克、唐纳和海

尔加德(1974)以及萨克姆(1982)等人支持这样一种假说,即在习惯使用右手的人中间,催眠状态使右脑细胞比左脑细胞更加活跃。但这种现象的产生是右脑活动的增强,还是左脑活动的抑制?这一问题仍然有待回答。有些研究结果支持这种观点。摩根等人(1974)发现,在催眠状态下,脑电波的 $\alpha$ 波成分与右脑的空间知觉所产生的 $\alpha$ 波颇为相似;而与左脑执行语言功能时所产生的 $\alpha$ 波则有所区别。弗兰肯,里普利和考克斯(1978)观察到,在催眠状态下,右耳的听觉优势减弱,这反映出左脑的听觉能力有所增强。特列根、阿特金森(1974)以及海尔加德(1979)讨论了高催眠易感性的人在想象时的广泛生理联系,认为一般与右脑相关。萨克姆(1981)推断说,习惯使用右手的人通常对涉及身体左侧的催眠暗示有较好的反应,而对涉及右侧身体的暗示反应较差。

但问题并不如此简单。格尔(1974)和格尔以及伯基特(1979)发现,在催眠状态下,只有惯用右手的男性受术者表现出眼睛左移的倾向;惯用左手的男性以及惯用右手的女性,他们的眼睛运动都无明显的固定方向;不过,惯用左手的女性的眼睛运动又总是向右。这些现象很难解释。重要的是记住,习惯用手有不同的程度,而习惯用手并不总是受大脑支配的。摩根等人(1974)发现,与低催眠易感性的人比较起来,尚无迹象表明高催眠易感性的人右脑有较强的 $\alpha$ 波活动,这一点或许与人们所期望的结果相反。

目前还未发现哪种生理学指标可以准确预测催眠可能性。只是有迹象提示习惯用手、性别以及脑电图的 $\alpha$ 波特征可能有一定的预测作用,但这尚需要进一步研究才能作最后结论。各种可变因素之间的关系错综复杂,要完全准确地认

识它们，就目前来看是相当困难的。

### 人格因素

海尔加德(1968)的报告提到人格试验与催眠易感性之间的许多联系,但其中的大多数并无意义。不过,催眠易感性与人格因素之间还是存在着相关性,虽然这种相关性可能较小。海尔加德和本特勒(1963)报告,催眠易感性与外向性格的相关系数 $r=0.21$ 。吉本森和科伦(1974)以及吉本森和科伦(1975)的研究结果与此稍有不同,它们表明稳定型外向性格和神经症内向性格与催眠易感性的相关性较好;而稳定型内向性格和神经症外向性格与催眠易感性的相关性较差。然而,巴伯(1964)推断说,性格与易感性并不相关。瓦格斯塔夫(1981)对一些研究的分析结果表明,易受影响或顺从的性格与催眠易感性之间存在一些正性相关性。

上面已经提到,催眠想象可能与很多因素有关。除此以外,催眠易感性似乎再无其它人格方面的相关因素。正如鲍尔(1976)所说,这也并不是奇怪的事,因为不同的人格可能要在不同的场合才表现出来。之所以有些研究人员发现催眠易感性与某方面的人格相关,而另外的研究人员却无法证实这种关系,其道理也可能存在于此。此外还可能有一种解释,即人格并不是独立的现象,它由许多相互作用的成分组成,而这些不同成分在不同的人占有不同比重,并可能在不同场合以不同的形式表现出来。

巴伯(1964)报告,有些人对催眠师有选择性,遇到某些催眠师能表现出较好的易感性;但遇到另外的催眠师,其催眠易感性则甚差。由此可以预见,催眠师与被催眠者的关系

越好，催眠可能性也就越大。巴伯和凯弗雷(1962)注意到，如果某人要求被催眠的动机很强烈，而且态度积极，那么其催眠可能性就大；但如果他是抱消极态度，则催眠可能性就小。梅内和海尔加德(1964)发现，这一特性在女性被催眠者中表现得尤为突出。

## 个人体会

在催眠易感性测验以及其相关因素的研究方面，人们作了大量工作。但若决定一个人的催眠易感性是好，是中等，还是较差，最好的办法是直接给他催眠。当然，这并不是说催眠易感性测验以及对其相关因素的研究没有意义，恰恰相反，这些工作很有价值，能够得到很多有意义的资料。问题是催眠师如何能够在适当情况下利用易感性试验以及其相关因素。

例如，催眠师所最关心的是，要根据标准测验结果来决定某人不可能被催眠。但即使一个人在某种测验中的得分甚低，而高明的催眠师仍然可以通过某种技巧为他催眠。从催眠易感性的相关因素来说，即使发现某方面的人格与催眠易感性有很好的相关性，但如果仅依据这种人格测验的得分去选择催眠对象，这也是相当愚蠢的。虽然可以推想此人的催眠易感性可能较低，但这或许只是统计学上的可能性，其实际催眠易感性可能并不低。

一般说来，在实验研究时，催眠师可以利用相关因素及易感性试验，可以根据某种量表，如斯坦福德催眠敏感性量表C式，对催眠易感性评分。这是实验不可缺少的一部分。我

们不能仅仅因为一个人的催眠易感性测验的得分较低，就不给他催眠。特别是当催眠术可以作为某种治疗的有效辅助手段时，就更不能因为易感性测验得分较低而不用催眠术。

## 5. 催眠诱导方法

人们常说催眠是被动产生的,这种说法令人难以接受。为了语言上的方便,我们说催眠师诱导催眠,但这并非指受术者身不由己地听任催眠体验出现在自己身上。催眠师的作用只是为催眠的发生创造必要的条件;而催眠反应最终能否发生,起决定作用的还是受术者本人。巴伯(1969)在其论著中也表述了这种观点;他还列举了可能影响受术者的反应以及感受的若干因素。

其次,催眠并不是意志的抗争,也不必要求催眠师多么生气勃勃,多么强有力量。对催眠师来说,他们所需要的只是要建立与被催眠者的融洽关系。受术者的厌烦或者不信任,十有八九会使催眠失败;如果哪位受术者要存心一试,其结果确会如此。从实用角度而言,催眠诱导过程可视为受术者与施术者的合作过程;如果受术者想要停止这种合作,它便难以继续进行。

还有一个同等重要的问题,即为了能体验到某种与催眠有关的现象,是否必须经过催眠诱导?关于这一问题的部分资料,本书的第二章已结合巴伯(1969, 1979)的论著作过讨论。为了进一步说明相关的问题,下面谈一谈奥恩的著作以及他所发明的模仿示范法。这种模仿很简单。可让一部分受试者按要求伪装(模仿)已被催眠,催眠师并不知道他们孰真

孰假，只要实验还在继续，他们就要坚持蒙骗催眠师。至于如何模仿，则由受术者自行其事。实验时，模仿组的受试者通常都是催眠敏感性低的人，这样就使他实际被催眠的可能降到最小程度。

结果表明，催眠状态是可以成功地模仿出来的。至于其机理，并不十分清楚。尽管实验者无法根据外在反应区分两组受试者，甚至在催眠过程结束之后，实验者询问受试者是否已被催眠的时候，他们还在继续伪装，但他们的主观体验肯定会有很大差别。席汉(1973)发现，如同模仿组个人的素质能影响他们的伪装能力一样，实验人员对受试者的指导也能改变他们的伪装能力。这里还存在一个问题，即两组间没有可比性：在催眠易感性测验方面，一组得分高出甚多，而另一组得分甚低。与高分组比较起来，低分组可能会有更大的促动力去伪装催眠现象。此外，高分组也可能伪装不了催眠现象，因为如果他们努力按实验人员的要求作，那他们就不能够抵制被催眠。而且，虽有部分受试者能够伪装，但这并不意味着他们所有的催眠行为都是伪装出来的。我们固然可以在“奥卡姆剃刀原则”<sup>\*</sup>的指导下，提出这样的看法，即由于催眠现象在很多情况下可由未被催眠的人做出来，故对于“类催眠现象”或许就不一定要用催眠来解释。但是我们要记住，自然并不总是像科学家所设想的那么简单。

对于那些力求鉴别一个人是否已被催眠的施术者来说，上述结果看来会令他们大失所望。不过，还是有一些征象能够表明一个人是否已被催眠；如果出现了这些征象，尤其在

---

\* 奥卡姆剃刀原则，Occam's razor，一种哲学原则，认为没有必要就不应该增加实体的数目。——译者注

同时得到受术者主观体验证实的情况下，这就至少使除极端的怀疑者以外的所有人承认，受术者已进入催眠状态。当然，这些规律尚未得到最终证实。

尤多夫(1981)列举了一系列在他看来可表明催眠状态的指标。不过，正如尤多夫所说，这些指标的个体差异也很大。这里删略了其中需要生理仪器测量的几项指标。因为这些仪器设备一般人员并不具备，而且人们通常过于重视生理指标，而这些指标的可靠性又不是太好。相对说来，直接观察就简单得多。在使用“睡眠式”催眠诱导时，这些指标对于催眠的判断也较合适。现列举其中六项指标如下：

- (1) 闭眼后，眼睑频频颤动；
- (2) 深度放松的常见表现，如肢体绵软、表情淡漠、很少或没有喃喃自语、回答问题不连续；
- (3) 受术者常常可能逐字解释催眠师的指令；
- (4) 可能出现过多的流涎或吞咽动作；
- (5) 受术者呼吸常常明显变慢和加深；
- (6) 受术者变得更易于接受暗示。

## 5.1 催眠诱导方法

催眠诱导方法种类繁多，几乎与催眠师的数量不相上下，我希望这里所介绍的方法能够代表其全貌。毫无疑问，不少读者会发现本书没有提及他们各自所欣赏的方法，因为我不太赞成生搬硬套地学习书本。学习诱导技术最好因人制宜。如果读者希望对诱导技术有更详细精确的了解，那么哈特兰德(1971)的论著值得一读。



## 布雷德法

这是在詹姆斯·布雷德(1846)所采用方法的基础上发展成的一种技术。布雷德认为眼肌的疲劳可经由某些途径导致催眠状态的出现(详见第一章)。虽然现在一般认为这是一种错误的认识,但布雷德法至今仍然是人们常用的诱导方法。

该法的具体操作是,催眠师让受术者凝视天花板或者墙壁高处的某一点,其高度要足以超过正常水平视线。然后,催眠师暗示受术者感觉到自己的眼皮变得越来越沉重。这种感觉可能由视线偏高所导致的不适而加强。一个好的催眠师还要暗示受术者需要闭上眼睛(注意这种暗示的非意志性),使其自然发生的眨眼运动也得以加强。根据本人经验,有些厚道的受术者很快会对这种暗示作出反应(15秒钟或更快),但也有一些可能需要5分钟才见效果。那些从前有过被催眠史、在接到特殊信号后即进入催眠状态的人会立即闭上眼睛。一旦受术者闭上了眼睛,催眠师即可施加其它暗示。

上面是布雷德法多种技术中最简单的一种。除此而外,施术者还可令受术者注视一个手电筒、一支蜡烛的火苗、一个旋转着的圆盘,甚至是盯住催眠师的眼睛。最后这种做法会使人联想起催眠诱导是一场意志斗争的观点,而这是一个彻底错误的观点。因此,盯住催眠师眼睛的做法不宜提倡。布雷德法有时也让受术者凝视面前来回晃动的钟摆以诱导催眠,这与老式电影制作所爱用的技术倒有点相似。

布雷德法的另一种常用措施是分离技术,一般称之为“分心凝视”。其凝视方法如上所述,但另一方面又要求受术者同时数数。数数可以是按正常顺序,也可以是从500开始,每次

递减3往下数。据说此法由于使受术者集中注意某一特殊和重复的任务，这就防止他们去想其它较有趣的事情，故能够促进催眠诱导。

### 上肢飘浮

这种催眠诱导方法是通过暗示的影响，使受术者抬起双臂；并告诉他们，当其手臂抬至某一高度，比如说肩部水平时，他即进入催眠状态。和所有其它诱导方法一样，在开始诱导之前要向受术者解释清楚将会出现什么情况，这一点至关重要。如果不预先告诉受术者当手臂平肩时即进入催眠，受术者不知这个目标，就不能进入催眠（注意受术者的期望能够影响他们自己的体验）。

确保受术者处于一个舒适体位，这一点无论什么时候都是重要的。要告诉受术者在催眠诱导时，他们可以变动体位，可以搔痒，可以咳嗽，等等，不过，若对进入催眠有逆反作用者则不许为之。然后，催眠师告诉受术者大致的预期结果，并要求他们集中注意即将出现于上肢的感觉。随后暗示他们感到上肢变得愈来愈轻，轻得好似要在空气中飘浮起来。这时可以暗示受术者进行一些想象，比如有一块磁铁从上面吸引上肢，或者一个较空气更轻的气球附着于双臂。上肢开始出现微小抽动，其后可以加强。如果双臂没有升高，催眠师可直接上托一下其手臂，并说它们需要启动，这时它们便真的升浮起来。一旦上肢升浮到预期的高度，催眠师最好暗示受术者维持在催眠状态，而其手臂则回复到较舒适的位置。上肢升浮速度的快慢有很大的个体差异。有些受术者非常迅速；而有些受术者则极其缓慢；有些受术者的双臂在升浮过程中

来回波动；而有些受术者的双臂则近乎僵硬状态。对于这样大的差异，经验较少的催眠师常常惊诧不已。

与此相类似的还有其它许多做法。如上肢沉落法等。但就上肢沉落来说，这种现象几乎人人都可出现，所以很难使受术者相信当手臂沉落于膝盖水平时即进入催眠状态。还有一种方法是手掌相吸法，它要求受术者伸出手臂，手掌相对，两手相距约一英尺。然后，施术者暗示双手正缓慢地靠近：当它们互相接触时，受术者即进入了催眠状态。读者无疑还能想出其它更多的类似做法，而且那些做法也可能同样行之有效。

### 米勒内功法

此法由米勒于1958年首先提出，后来他在其专著(1979)中作了详细叙述。下面是米勒的解释：

受术者要知道：①慢而深的呼吸可使血氧含量增加；②血氧含量的增加将影响位于延髓的呼吸中枢，导致呼吸节律的明显改变，使心率和呼吸减慢，使整个心身进行性地放松；③这种效应很快从后脑扩散到中脑以至于前脑，导致心身进一步的和非常惬意的放松；④受术者感到朦朦胧胧而昏昏欲睡，很快便与催眠师失去联系；不过，他还能听见催眠师的声音，还能自由和毫不费力地表达自己的感受。

米勒所介绍的方法大致包括五个步骤。其一，让受术者深而慢地呼吸；施术者注意这样三种指征：①胸式呼吸变为腹式呼吸；②腹式呼吸变得表浅而平稳；③头部偏移，其偏

移方向取决于它的最初位置。(也有的是注意脚尖移位，无论向里向外移位皆视其最初位置而定)。

其二，告诉受术者第一部分试验已经完毕，一种平静、舒服而美好的感觉充满整个心身。告诉他睡意变得愈来愈浓，呼吸之微弱几乎已不可察觉，肌肉更进一步地放松。

其三，采用数数的方法。米勒推荐要从30开始往回数，到1为止。同时暗示每数一个数，身心便得到进一步的放松。不过在数到19时，要再往上数到29；这时仍然要告诉受术者身心随着每一个数而进一步放松。在再次数到29后，重又往回逐个数到1。米勒(1979)称这种方法为“双重逆向”数数法。

其四，催眠师依次抬起受术者的手臂或腿，然后任其自由下落；与此同时告诉受术者，抬臂(或腿)是为了测试催眠深度，而使之下落则更进一步加深了催眠。

第五个步骤是使用上肢飘浮技术。暗示受术者的手腕上系有一个氦气球，所以它平稳地将手提起来，直至碰到自己的前额。还要告诉受术者当其手接触到前额时，一种明显的深厚而甜美的催眠感受将充满全身，随后其手缓慢地降到原来的位置，而催眠感受则变得更加深沉。

显然，这是一个相当冗长的诱导程序。由此而产生的催眠状态也相当深沉，因为这种诱导方法的大部分内容都可以说是属于催眠深化措施。不过，催眠诱导与催眠深化间的界线有时很难划分，这一点本书在后面将要努力予以说明。

### **施皮格尔翻眼—飘浮法**

施皮格尔在其著作中详细介绍了这种诱导方法。其具体操作是，首先指示受术者向上看，然后令他使双眼上翻直至

闭住眼睛。这时告诉受术者深吸一口气并且憋住，随后缓慢呼出；在呼气的同时放松眼睛，想象自己的身体飘浮起来。下一步措施是上肢飘浮法。催眠师一面依次敲击受术者的手指，一面暗示其上肢正在变得越来越轻。在要终止催眠状态时，催眠师可触摸受术者的左肘。

### **进行性放松法**

这种方法很花费时间。一般来讲，催眠师要暗示受术者的各个肌群依次放松，放松从一个肌群扩展到另一个肌群。有些催眠师喜欢暗示从头部放松开始向下扩展；也有些催眠师则喜欢暗示其放松从脚部开始向上扩展。我本人喜欢后一种做法。我们也可以使用杰克本逊方法(1938,1962)，在暗示受术者依次放松每一肌群之前，首先让他们依次紧缩肌群。依靠这种做法，肌肉的放松感觉便更加深刻，因为当受术者坐在椅子上时，他的大多数肌肉本来就处于放松状态。我发现此法效果很好，特别是在随后要使用上肢飘浮或其它催眠深化方法时，其效果更佳。

有些催眠师在为那些对“催眠”一词有反感的人施术时，常常使用放松方法。(如果此人对催眠体验也有反感，那就根本不要对他进行催眠。)显然，这里有一个道德问题，催眠师必须根据自己的原则处理好这个问题。放松方法既可用于催眠诱导，也可用于放松诱导，其间可能没有根本的区别。但是，在诱导催眠或诱导放松以后，施术者所接着采取的措施则可能相去甚远。是哄骗患者而使之获益，还是明谕他们而使这种良好的疗法不能实施？催眠师在这个道德问题上真是进退维谷。尽管不一定对每位受术者都起作用，但我认为通

过事先对他们作细心的说服开导，可在很大程度上打消他们对催眠的顾虑和反对。在哄骗的土壤上难以建立和培养起良好的医患关系，我相信大多数读者会同意我这一观点。

### **切埃逊法**

这是一种直截了当的诱导方法，其详细描述可见切埃逊的著作(1964)。催眠师令受术者抬起双手，置于面前距脸部12英寸处，掌心向外，屈肘，手指相接，眼睛平视双手。然后暗示受术者当他们注视双手时，手指将会缓慢散开，同时双手也会向脸部靠拢；当双手触及颜面时，如果眼睛尚未闭合，则渐渐闭合起来。催眠师还要告诉受术者一旦手脸相触、双眼闭合，他们即得以彻底放松，双手也轻轻下垂而置于一个舒适的位置，身心放松愈来愈完全。

### **弗劳尔法**

尤多夫(1981)认为此法是最古老的诱导方法之一。在具体操作时，催眠师要求受术者眺望远方而不集中注视任何固定的点。然后暗示受术者，催眠师将开始数数，慢慢数到某一个数(举例说是20)；每数一个数，受术者就先闭眼然后睁开眼睛；而随着数数的进行，他们会发现自己的眼睛愈来愈难睁开，直至数到某个既定的数(如20)，受术者的眼睛便再也不能睁开。一旦这种情况出现后，催眠师就进行催眠深化暗示。

与此相仿的还有其它几种做法。例如可以将20改作其它任何数，或者根本就不规定哪一个数，只告诉被催眠者数一会儿，其眼睛便不能睁开。另一种方法是使用节律机械装置，

如走声较大的钟，最好还可使用节拍器。还有一种方法显然是弗劳尔法的变化形式，即暗示受术者在数到奇数时闭上眼睛，而数到偶数时眼睛睁开；待数到某一特定的奇数时，受术者便不想再睁开眼睛。在数数的过程中还可以给受术者作放松暗示，但这样做会破坏节奏。

### **赛瑟都特塑像法**

这一方法是由赛瑟都特(1970)介绍的。催眠师令受术者将非优势手举到一个自己能轻松舒适地看见的位置，然后暗示他们的手是雕像的一部分，要强调其形状、结构、光滑程度以及匀称之美等等。在这些暗示之间要留有充分的间歇，以给受术者作出反应的时间。接下来暗示受术者在体会自己的手可能是自己喜爱的塑像或画像的一部分的时候，眼睛可能会闭上。当眼睛闭上以后，受术者会感觉到更加放松，他们的手也会逐渐下落而安放到大腿边或衣摆上。

### **认知(意象)法**

此法的基本措施是向受术者描述某种景观的栩栩如生的画面，比如海滨风光、山间牧场、园林景色等，要尽可能多地利用各种感觉通道。克罗格和菲茨勒(1976)为我们提供了大量的景物描绘语言。当受术者全神贯注地想象这种景观时，催眠师便对他们作放松暗示。为了确保受术者能够喜爱暗示的画面，催眠师事先应该和他们一起讨论和欣赏那幅画面。不要向恐水症患者暗示领略河边漫步的感觉，这样做决无好处。当然，如果这样做是作为恐水症治疗的一种方法，那又另当别论。

## **书写法**

有时我们不能通过口语进行诱导,比如对耳聋者等,这时就要使用其它方法,书写诱导法便是其中之一。上述大多数方法(如上面刚介绍过的意象法等)都适合以书写的方式进行。

## **手势法**

埃里克逊(1964)可能是所有催眠师中最富创造性的人员之一,他发明了许多通过哑语、触摸和其它手势进行催眠诱导的方法,以用于聋哑人。此外,有时受术者即使没有这类障碍,但也存在适宜用手势法的情况。

## **观察(陪伴)法**

这是埃里克逊(1976)发明的另一种诱导方法。该法是让受术者观看另一个人的被催眠过程,结果他自己也进入催眠状态。埃里克逊认为,有些受术者如果未觉察到自己正在被催眠,那么其反应会更好;本方法正是为这类人而设。在这里同样可能会遭到伦理上的反对,这个棘手的问题还是留待催眠医师们自己去解决。

## **艾里克森写实法**

在艾里克森的著作中,有很多地方谈到这种方法,如他在1958年的论著中就曾提及。本法要求受术者专心于某件事情,然后催眠师开始谈论受术者的生理过程,如心率、呼吸频率等;并暗示受术者自己也能察觉这些变化。接下来的措



施通常是暗示受术者回想发生在童年时期的某一件事，并就受术者当时的精神感受与现在的精神感受进行对照比较。这些方法的使用因人而异，而且要求催眠师能掌握和运用很多技巧。不过，这种诱导方法的效果也很理想。

### 预演法

这种方法适用于那些对催眠诱导能够很好领会的受术者。催眠师询问受术者是否愿意在正式开始催眠诱导之前预先演排一下。有时就是在演排之中受术者便进入了催眠。如果发生这种情况，而且催眠师与受术者有过约定，那么在继续尚未完成的操作时，催眠师应该小心谨慎。

### 机械法

在作催眠诱导时，可以利用的机械工具甚多。其中有些并不是专为催眠诱导设计的，如节拍器；而有些则是专门的催眠诱导器具，如催眠器。无论什么东西，只要能够产生节拍，都可用来催眠，因为它可提供适合催眠的节奏声。催眠器或者灯光可提供适合于凝视的目标。前面已提到过谢弗如摆锤和怀表。还有一种称之为“上帝之手”的诱导方法一度曾十分流行。这种方法需要一个能够产生微弱电击的电击发生器，让受术者拿着电源的一端，催眠师拿着另一端。然后告诉受术者，当催眠师触摸到他的前额时，即会出现一种奇特的刺而麻的感觉（这由电流回路接通所致），而这时受术者便会进入一种恍惚状态。我曾以催眠师或受术者的身份尝试过这种方法，从来没有产生过催眠状态；所出现的结果仅仅是头痛而已。

录音机和录像机也可用于催眠诱导。这些工具很适合用作标准化催眠诱导；但是，若要修改它们以适合受术者反应的需要又十分困难。背景音乐或者波涛拍击海岸声的录音有时能使受术者在诱导之初安宁平静，甚至在整个催眠过程中都有积极作用。

### **触摸法**

艾里克森在其著作中提到过这种方法。追溯起来，至少梅斯默尔就已经采用了触摸患者的肢体和脸部的做法；而且那时就认为触摸受术者是保证动物磁性适当传递的必需途径。很多催眠诱导方法都要求施术者轻轻地触摸受术者的躯体，通常是触摸手指、手掌或手腕等部位。似乎没有资料能够表明此种方法比口语诱导方法更加有效。相反，有人认为触摸可以唤起受术者的性感，或者使人们曲解催眠师的意图，故催眠师在使用触摸诱导方法时要特别谨慎。

### **即时催眠法**

即时催眠经常出现于影片之中，而为舞台催眠师承袭下来。但是，它的出现并不像有些人所说的那样容易；只是在某些特定的条件下，即时催眠才有可能出现或似乎会出现。譬如受术者得到过这样的后催眠性暗示，那么当下次再遇到某个特殊暗号时便又重新进入催眠状态。另外一种情况是，受术者对催眠暗示的反应性极好，以至他们几乎就是在诱导刚开始之时，便进入深深的催眠状态。第三种情况是，受术者在台下观察舞台催眠师的时候便已进入催眠状态，只是这种状态常常不很明显。有些舞台催眠师能够表面上是在对观众

讲话，而其实则在诱导催眠并使之深化。

### 清醒催眠法

相对于一般的“睡眠型”诱导而言，还有一种“清醒型”诱导方法可以利用。文戈(1968, 1973)介绍过一种暗示受术者感到身体放松、大脑清醒的技术。班雅和海尔加得(1976)报道过一种更为有趣的方法。这种方法是让受术者蹬着锻炼车，以保证其身体不致放松；同时给他们作清醒暗示。尚未发现这两种诱导方法所引出的催眠反应性有何不同。费洛斯(1984)报告说，班雅及其同事在匈牙利正在继续进行这方面的研究。

### 儿童催眠诱导方法

上述很多方法都完全适用于儿童催眠，只是需要对语言作一些修改，以适应儿童的理解能力。在向儿童解释催眠的性质以及他们可能体验到的催眠感受时，也应与成人有所不同。最适用于儿童的方法是意象法，其画面可以取之美妙的童话、电视节目或者歌词内容。奥尔尼斯和加德纳(1981)列述了许多不同的诱导方法，以适用于不同年龄的儿童。

如前所述，我认为被催眠者的行为至少部分取决于他们的愿望，而其愿望是有其文化基础的。儿童很少有与催眠相关的愿望，正因为如此，故儿童的行为通常也就较为多变。在催眠过程中，儿童可能比较活泼好动，可能会咳嗽、发出咯咯的笑声以及转动身体等。

儿童催眠一般很少出现什么问题。对催眠师来说，重要的是要有做儿童工作的经历，以便能更好地理解儿童的恐惧

和他们所提出的问题。要理解儿童,要处理好儿童的问题,就需要掌握大量的知识和技巧,这样也就使催眠的进行要相对容易得多。

## 5.2 催眠深化方法

催眠深化方法是用来加深催眠状态的方法。但如果以为诱导方法仅仅是诱发催眠,然后再由深化方法发挥作用,那就未免错误。因为正如前面已经讲述清楚,诱导方法同样具有加深催眠的作用。尽管如此,催眠师还是感到某些受术者需要深化措施。我个人认为,已进入催眠状态的人,他所接受的任何暗示都有可能使催眠深化。当然,有些深化方法(如意象法)人们使用得经常一些。

催眠深化可采用简单的数数法。催眠师在数数的同时,暗示受术者随着每一个数的数出而其催眠状态便深化一步。若将此法与意象法联合起来使用,其效果可能会更好。在使用意象法时,有很多自然情景可以选择利用;不过最好事先与受术者一起选择一种。最常利用的意象情景是坐电梯下降。但由于并非所有的受术者都喜欢坐电梯,故事先与他们商量就显得十分重要。如果受术者能够接受这一选择,那就直接暗示他们,当电梯下降的时候,他们被催眠的程度便越来越深。然后一面暗示,一面数出下降的楼层。

我较喜欢选择那些能够利用所有感觉通道的情景。乘电梯下降的意象情景不容易唤起受术者的愉快想象。想象在山坡上下行散步可以作为深化催眠的一种简易方法,这可向受术者暗示很多令人陶醉的秀丽景色。

我最喜欢的方法之一是“深谷花园”法。这种方法要求受术者想象他们正置身于一个美丽的花园之中，阳光明媚，鸟语花香，花丛间传出蜜蜂轻轻的歌唱，脚下泥土踩之松软如毯（注意要尽可能多地利用各种感觉通道）。一旦这种情景安排妥当之后，便指导受术者从花园里穿过，直走到一个通往下面的深谷花园的阶梯前。这时再暗示受术者，当他一步一步地走下台阶时，其催眠状态也随之逐步加深。在到达底部时，我通常要求受术者再走几步，来到一个清澈而平静的水池前。我安排这个水池有两种用途。我或者暗示说这是一个魔池，受术者可以从中看到我所暗示的任何东西；或者暗示他们可以从中看到对于自己特别重要的某些东西，我并要求他们将其所见向我描述。

还有一种情景我也常常利用，这就是海滨。波涛在沙滩上涌散，阳光和煦温暖，耳边是海鸥的叫声，脚趾间塞满了沙土。所有这一切都能给受术者以丰富的想象。我通常要暗示受术者将注意力集中在自己的脚步上，每走一步都感到脚又向沙土里深陷了一些，而同时也能感到自己越来越深地进入了催眠状态。

显然，能够用作催眠深化的情景很多，而且在受术者的协助下，我们常常还可以在老的主题上创造出新颖的、令人感兴趣的情景。

人们曾经设计了许多测量催眠深度的量表，其中最古老者之一是戴维斯—赫斯本德催眠敏感性量表。该表将催眠深度规定为5个水平，即无反应、类催眠、轻度催眠、中度催眠、深度催眠或催眠梦游状态。每一水平都具有一些标志着该水平之特征的反应，这是催眠师应该注意的。轻度催眠的特征

性反应是放松、闭眼、肌肉活动缓慢，能够执行简单的催眠后暗示。中度催眠的表现可有手套式感觉缺失、部分记忆缺失、全身骨骼僵住症以及人格改变。深度催眠的特征性表现是能够睁开眼睛而并不影响催眠状态、催眠后健忘症、服从奇特的催眠后暗示、正性和负性视听幻觉以及超然遗世的主观感受。催眠师依据上述内容对受术者的催眠深度进行评分：0—1分代表无反应；2—5分代表类催眠水平；6—12分则是轻度催眠；13—20分表示中度催眠；21—30分则代表进入深度催眠。

莱克龙和波尔多制定了一个更为详细的量表，它包括30项内容。受术者每通过一项则得2分。在这个表里，不仅每一催眠深度以内的部分项目互不相同，而且还额外增加了一个称之为“彻底催眠”的水平。这种水平的催眠被描述为“呆迷”状态；在这种状态下，受术者所有的自发行为皆被抑止。有关这种量表的详细说明可查阅埃伦赖克(1963)以及莱克龙和波尔多(1949)的著作。

这些量表显然都存在一个问题，即记录这么多的特征性反应需要不少时间。虽然这对于要详细深入研究催眠深度的人来说并不成问题，但由于临床催眠师需要尽快地了解催眠深度，故而在使用它们时便有不少麻烦。有一种方法可以作为替代，这就是让受术者利用一种量表自己估计催眠深度。如这种量表以0表示完全无反应，而以20表示极深度催眠。塔特(1978)在这方面提供了一个良好的开端；他的著作本书在相关部分已有提及。

### 5.3 唤醒方法

从某种意义上讲,“唤醒”这种称谓是不准确的,因为这意味着说处于催眠状态的人已经睡着了,但我们知道事实并非如此。不过,用“唤醒”来指看起来与唤醒睡觉者颇为相似的情况,又确实是一个方便的术语,故我也继续使用它。--般说来,在催眠的末了,就要施术者终止催眠状态。但正如奥恩和伊文思(1966, 1971)所说,如果催眠师离开房间,几分钟后,受术者便会自己醒来。当然,大多数催眠师还是喜欢亲自终止催眠。

催眠唤醒只要简单地指令受术者醒来即可。不过,大多数被催眠者喜欢自然而然地逐渐醒来。这可以用数数的方法来实现,暗示受术者在催眠师数数的同时,他们便会逐渐清醒。当数至最后一个数时,眼睛便会睁开,他们便完全清醒过来。数数不需要太长的时间,5分钟便已足矣。有些催眠师喜欢从大到小地往下数,一直到1;而有些催眠师则喜欢从小往大数。据我所知,两种方法之间并无优劣之别。

很多受术者表示不愿醒来,这并不奇怪,因为在一般情况下,催眠有一种轻松而愉快的体验。但是,唤醒失败是极端少见的:即使出现唤醒失败,这通常也是由于受术者仅从字面上理解催眠师的隐喻,因而造成思想上的混乱所致。我尚未得知正常受术者不能被唤醒的确切事例(不过,我想现在有人会告诉我说有这样的情况)。

## 5.4 术前准备和催眠过程的控制

使受术者作好充分准备,是保证催眠过程得以圆满完成的必要条件。很明显,如何准备要视催眠师与受术者相互了解的程度而定,也取决于受术者所具备的催眠知识以及催眠的目的(是为了研究还是为了临床治疗)。如前所述,催眠师与受术者之间的良好关系有助于催眠的进行。在接待新的受术者时,首要的目的之一便是了解他们关于催眠的知识情况,并且尽量纠正他们的一些错误概念。尤多夫(1981)在其著作中列述了有关催眠的9种错误概念,而我就遇到过持所有这9种错误观念的人。这也难怪,因为大多数人对于催眠的了解仅仅局限于舞台催眠师的表演、局限于最近利用催眠术破案的轰动一时的故事:

我也喜欢让受术者询问一些有关催眠的问题,因为这样可以揭示出他们对催眠有哪些担忧。我一般还要问他们是否愿意接受非正式催眠敏感性测验(比如身体倾斜试验),这可使他们体会一下对暗示的反应。一般来说,我还要奉劝那些配戴隐形眼镜的人把它们摘掉,我认为戴着它们是不会舒服的。

显然,要向受术者披露多少有关催眠过程中会发生的情况,还要以不影响研究和治疗为前提,而由催眠师根据自己的认识去把握。我一般是列一份简要的程序表,并与受术者一起通读一遍,这样他们便对可能发生的事情有所准备。向受术者演示催眠体验的一份典型的程序表如下:

(1) 诱导(放松)

(2) 催眠深化,包括意象法(深谷花园)



- (3) 上肢飘浮(给予非意志性运动的体验)
- (4) 返童现象
- (5) 一只手的温热感觉
- (6) 催眠后暗示
- (7) 唤醒

受术者常常问催眠师他们会有什么样的感觉，这时催眠师千万要留神，不要暗示特别的细节，以免受术者的体验产生偏差。另一方面，如果催眠师有意让受试者体验某种特殊感觉，那么这种暗示又会产生好的效果。

一旦催眠过程顺利进行，我便小心谨慎，强调其感受中的愉快成分，以求尽量保证受术者只有愉悦。举例而言，在上肢飘浮的时候，我常常针对其效果说，虽然上肢自己飘浮起来有些奇怪，但你却感到非常愉快，并且你因为能有这种体验而高兴。就是催眠过程结束了，我也要暗示他们在醒来之后将感到精神爽朗、愉悦轻松，以尽量维持他们的美好感受。

有些催眠师通过催眠后暗示，往往使受术者产生一种特殊反应，即以后只能由某一特定催眠师或专业人员催眠。人们希望这是出于对患者的真正关怀，而不是为了增加该催眠师或者该专业人员的收入。吉本森(1981)指出，无论出于何种理由，牙科医生通过催眠后暗示使自己的病人只能被特定的人催眠，那都是不必要的限制，而且我认为那也是不道德的。如果催眠师想保护受术者，使之避免在某些情况下被催眠，还有很多更适当的方法可以使用。我发现，倘能通过催眠后暗示使受术者只能由那些自己信任的、从不违背自己意志的、从不在自己未察觉的情况下施术的人为自己催眠，他们便会安心。他们所需要的这种安全感说明他们对催眠的可

能性还有错误的看法。不过，正如一个受术者对我所说的那样，“有了安全感便能真正地坦然无忧”。

催眠过后，我还要与受术者一起讨论他们的体验。我认为这是很重要的事情，因为他们常常会提供一些令人感兴趣的信息。尤其是当受术者第一次经受催眠体验时，他们就更加热衷于讨论所发生的一切。

## 5.5 自我催眠

自我催眠是指人们自己对自己施加催眠。在离开催眠治疗师以后，患者若要继续治疗，那么自我催眠方法便特别适用。自我催眠的作用是毋庸置疑的，不过人们对于其性质还有很多争议。瓦格斯塔夫(1981)认为，自我催眠至少可部分地解释为“遵从”。弗洛姆(1975)对外源性催眠与自我催眠之间的异同作了比较研究后发现，进行自我催眠的人会产生较多的自发性意象。有些人报告说他们用自我催眠进入了较深的催眠状态，也有些人报告说用外源性催眠所产生的催眠较之自我催眠所取得的效果更深。

也有人认为外源性催眠其实就是自我催眠(鲁赫,1975)。诚然，如果说催眠是一个相互合作的过程，那么催眠师的声音就不需要来自外部，自体内部的声音也一样能够发挥作用。在这里有一个很有趣的现象，我的一位受术者告诉我，他在作自我催眠时，所听到的来自自体内部的暗示却是我的声音，而不是他自己的声音。由此看来，人们关于到底自我催眠是外源性催眠的一种形式，还是外源性催眠属于自我催眠的一种形式的争论或许毫无意义。较公允的看法是，无论暗示来自

外部还是内部，重要的是要作出暗示。

处于催眠状态的人为什么还能暗示自己？有些读者觉得难以理解。这里我提请他们注意下面的可能性：其一，自我催眠者极可能已从催眠师处学得一套完整的催眠方法。例如，他可以通过凝视拇指甲和不断重复催眠师诱导催眠时所用的某一用语而使自己进入催眠状态：一旦催眠状态诱导出来，他便对自己作一些已经熟记的自我暗示，最后又用唤醒技术使自己醒来。其二，通过训练，自我催眠者或许能够随着反应的不同而进行不同的暗示，例如某种水平的肌张力使他意识到应该作某种暗示；而如果肌张力在这一水平之下，这就提示他应该作另一种暗示。

不过，也有很多自我催眠者说，他们即使不依靠上述自我催眠方法，也能够控制和进行他们“自己的”自我暗示。这时他们所需具备的仅仅是在自我催眠全过程的极小一部分时间中控导自己思想的能力。据我所知，绝大多数的被催眠者都报告说，当他们在执行暗示（如控导意象）时，他们仍然能够咳嗽、活动手部，等等；而且还能够思考意象的性质、担心不能将全部精神集中于意象、对催眠师含糊其辞的部分情景进行补充想象。既然被催眠者能做这些事情，所以人们能够进行自我催眠、能够进行自我暗示而且作出适宜的反应、能够自我唤醒，这一切都无足为怪。

对于那些想学自我催眠的人，我所乐意教他们的技术是修改后的握拳法(Stein, 1963)。其操作是，首先用有所变化的放松方法作催眠诱导。诱导时，我暗示放松从双脚向上扩展；随着身体每一部分的放松，所有的张力都传至左手（或非优势手）。这只手握得愈来愈紧，直到最后除这只手外，整个躯

体全部放松；这只手则紧握成拳。此后，我暗示张力从手上流散，此人即进入深度催眠状态。

我发现，通过实践，人们能学会在几秒钟内完成这种诱导。其中很多人描述他们的放松感觉就像波浪一样沿着身体扩散。当自我催眠诱发出来之后，他们即可进行自我暗示。由此可见，对于那些在特殊场合里即变得紧张的受术者来说，除唤醒以外，便不需要其它任何暗示。此外，此法效果很稳定，因而可在公开场合使用。

## 个 人 体 会

通过上述讨论，我们可以清楚看到，没有哪一种方法是属于自我催眠或外源性催眠所专用。催眠方法种类繁多，而其变式更难计其数。催眠师最好根据自己的认识，对不同受术者，分别选用那些最适合他们的方法。但从实际情况看，很多催眠师都有他们自己所偏爱的催眠方法，而对其它方法则不甚喜欢。例如偏好一般宽容型方法的催眠师就不喜欢使用专断型催眠方法；反之亦然。

遗憾的是，某种催眠诱导方法有时也会出现不起作用的情况。我认为这并不是受术者的责任。对这种诱导失败的原因作一解释有很大意义。在催眠诱导开始之前，我要向受术者指出催眠的合作性质；而倘若诱导失败，我便可以承担我的过失。不过，这种情况只是偶有出现。就在一种诱导看起来有可能要失败的时候，我便改用另一种诱导方法。这种转用通常是可能的，不过必须小心谨慎，以保证受术者不要认为这是由于催眠师觉察到刚才的诱导已经失败。

## 6. 催眠现象

从现有文献看，在催眠状态下产生的现象有很多种。有时，催眠现象是异乎寻常的，如体力倍增；有时，催眠现象又极端平常，如松弛。不过，人们感兴趣的问题不是特殊暗示会引出什么样的现象，而是这些现象在催眠过程中的自发程度。还有的报告提到，在催眠状态下可发生非常奇特的现象，如超感官知觉、对“前世生活”的回忆等。这里有两个既有区别又有联系的重要问题，其一是这些现象在催眠全过程中发生的频度；其二是它们只在催眠状态下，而不是在其它时候发生的频度。显然，如果某些现象只是在催眠状态下才有发生，那么我们便可将它与其它类似现象及假象区别开来。

### 6.1 幻觉

许多报告都一致提到，在催眠状态下常常出现幻觉。事实上，大多数催眠易感性试验都含有诱导幻觉的暗示。但我认为“幻觉”这一术语的使用有时并不准确。真正的幻觉应该具有两种性质。第一，幻觉是在没有任何真正的外部刺激的情况下出现的知觉；第二，体验到幻觉的人相信它们是真实的。

如果用幻觉的这两重定义来衡量，那么催眠过程中所出现的幻觉就可能很少了。假如我们向被催眠者暗示，他可以

听见波涛在拍击着海岸，有多少人相信他们通过想象听到的声音是真正的知觉？他们是否真正感到海水在拍着他们的下肢？毫无疑问，有些读者会不同意我为幻觉下的定义，并提出异议。他们认为，只要听见了声音、看见了图像，那便是幻觉。其实这种“听见”和“看见”是毫无意义的。我可以坐在这里，想象出瓦尔特·佩特里在1986年的超级橄榄球赛上为芝加哥“硬汉子队”赢得一球的情景；大多数英国人都可以想象出这种情景，但这并不是幻觉。

在讨论这一问题时，分析一下由暗示引起的想象的生动性，这比对幻觉的分析或许更好一些。有些人的一条感觉通道或多条感觉通道的想象非常生动；而有些人的部分感觉通道则完全不能形成想象。我的视觉想象栩栩如生，但谁也不能说我这生动的想象就是真正的幻觉。人们对幻觉的出现作了很多研究。尤多夫(1981)在回顾了这些研究的大多数之后，得出结论说：在催眠状态下很难诱导出幻觉。然而，实验设计比一般应用更加巧妙，故人们可以通过实验设计，在催眠状态下诱发幻觉。

使我能否相信催眠引起幻觉的一个事实依据是被催眠者(包括我为之催眠的人)的口头报告。他们一般要说某种知觉是真实的，若问他们何以知道它不是假的，他们回答说：“因为您对它作过暗示。”换言之，即使他们的知觉与真正的外界刺激引起的知觉毫无二致，但如果他们知道这种知觉是由暗示引起的，那么就不是幻觉。如果实验能够做到，被催眠者即能在暗示的作用下获得某种知觉，并相信它是真实的，而他又不知道它是如何产生的，那么这便是真正的幻觉。

除正性幻觉以外，在催眠状态下也可出现负性幻觉。如

艾里克森(1938)报告,在他的实验中,有些被催眠者出现了耳聋,这可能是一条感觉通道完全的负性幻觉。此外,还有些实验暗示被催眠者,他们的部分知觉已有损害,如艾里克森(1939)即用此法使处于深度催眠状态的人产生了色盲。

同样,有些报告所讲的负性幻觉可能还不太可靠。虽然被催眠者报告出现了负性幻觉,但他的反应有时却不支持那是负性幻觉。如安德伍德(1960)在一次实验中,被催眠者报告说看不见一组线条,但他们又说看得见一个物体。实际上,除非他们同时看见了线条,否则就不会看得见这个物体。当然,正如癡病性目盲与真正的目盲有区别一样,暗示性目盲也可能与真正的目盲不同。

反复追究催眠性知觉改变,如幻觉等,可能不大妥当。幻觉的性质比较复杂,可能许多研究人员都忽略了这一点。如果不谈催眠过程中的幻觉,而只是讲一般性的知觉改变,也就不会引起太多的思想混乱。

## 6.2 催眠逻辑

在所有典型的催眠现象中,最令人感兴趣的现象之一就是催眠逻辑。“催眠逻辑”一词由奥恩(1959)最初提出,其基本意思是,已被催眠的人可以同时相信互不相容的观点或知觉,而并不知道它们是互不相容的。奥恩(1962)说,如果要被催眠者对椅子作负性想象(即想象椅子已不在原处),那么当要他们睁着眼睛在室内行走时,他们会控制自己不碰到椅子,但他们仍然坚持说看不见椅子。这便是催眠逻辑的一种表现。没有催眠逻辑的人,就会碰撞到椅子上面(鲍尔斯,1976)。在这

类实验中，有时还不清楚被催眠者是否真正相信椅子已不在原处；或者椅子尚在原处，但他们已经不能看见它。如果他们相信椅子尚在原处，只是看不见它，那么他们在看不见椅子的时候还能回避它，这也并不是违背逻辑的，因为被催眠者可能还记得椅子的位置。若将椅子移动地方，这种试验就要完善得多。其道理是，在椅子移动之后，如果被催眠者一方面报告看不见椅子，一方面又回避撞着椅子，这就更清楚地说明其反应的不相容性，因为他们再也不能凭记忆知道椅子的位置。

与此相似的另一种催眠逻辑现象是有人报告的“双重”幻觉。其表现是，在催眠师的指导下，被催眠者幻视见一个物体，而这个物体已在屋里；或者幻视见一个人，而这个人正在步入室内。这都是双重幻觉催眠逻辑。不过，麦克唐纳和史密斯(1975)，席汉、奥布斯托和麦康基(1976)，以及席汉(1977)等人发现，并非所有报告讲的都是双重幻觉，有不少被催眠者是假装看见了双重幻觉。此外，双重幻觉的不相容性也有疑问。这里要分析一下被催眠者对幻视物体之真实性的相信程度，他们不能认为幻视物体只不过是想象的产物。如果他们真正相信幻视物体是客观存在的，那么看见一个以上的物体便不合乎逻辑。当然，即便是这种情况，也有一些道理可以合理解释双重物体是能够并存的。如果被催眠者知道两个物体中有一个是幻觉，那就无不相容性可言。因为当被催眠者被告知幻视物体是幻觉时，它便可以消失。

透明幻觉是催眠逻辑的又一种表现。所谓透明幻觉就是被催眠者报告，他们透过幻视物体看见了真正的物体(约翰逊，马厄和巴伯，1972；席汉，等，1976)。同样，也有些被催眠者所报告的这一现象是假的。看见一个被另一物体完全遮



掩住的物体，这显然是不合逻辑的。不过，幻觉没多少规则可遵循，对大多数被催眠者来说，幻觉的一个性质可能就是被催眠者可以透过它看见对面的物体。

催眠逻辑是一种难以捉摸的现象。虽然不少人报告了它的存在，但是越仔细地分析它，它就越难把握。其主要原因在于不知道被催眠者是真正相信看见的物体是真实的，还是认为那是一种幻觉；是真正相信并不存在那个物体，还是认为那是一种负性幻觉。若要否认催眠逻辑现象的存在，也并不困难。然而，催眠逻辑仍然是一个有趣的问题，希望今后能有更深入的研究，通过分析被催眠者的认识，使这里提出的一些问题获得解决。在作这些研究时，或许要采用与席汉和麦康基(1982)相似的方法。

### 6.3 时间曲解

麦丘将催眠状态下的时间曲解(Time Distortion)现象分为两类。一是时间增长，即较短的一段时间，而被催眠者却感觉过了很久；二是时间压缩，即较长的一段时间，而被催眠者却感到它瞬息已过。他还指出，人类对时间长短的感觉取决于他在这段时间里活动的性质。一般而言，令人生厌的事感觉其时间长，使人兴趣盎然的事则感觉其时间短。奥恩斯坦(1970)对这种现象的原因作了分析。他认为其中之一是，个人对时间之长短的判断是以他在这段时间里所经历之事件的数量为依据。回顾过去，在一段时间里发生的事件越多，那么当事人就会觉得这段时间越长。

在此有必要把过程与时期区别开来(皮亚格特,1971)。过

程与我们对正在流逝的时间的感知联系在一起，其间发生的事件越多，时间的流逝看来就越快。时期是指从目前追溯到过去某一事情的一段时间，如从此时到刚才吃过的那顿饭，其间发生的事件越多，回忆起来就觉得时间越长。从这里对过程和时期的分析看来，人们对时间的知觉似乎存在矛盾。而假设时间的长短是根据其间发生的事件的数量来判断的，那么这个矛盾即可得到解决。在时间正一分一秒地流逝的情况下(过程)，如果其间没有太多的事情发生，则人们就会觉得时间过得很慢。在回顾过去的情况下(时期)，如果其间没有发生太多事情，那么人们就会觉得这段时间很短。由此看来，某段时间里发生的事情好像就是时间间隔，如果事情接二连三地迅速发生，时间的流逝也就好像特别快；然而若回顾此时以往的一段时期，其长短则是根据其间发生事情的数量来判断的。

毫无疑问，这里对事情过于简单化了，因为人们会觉得有些事情经历的时间较短，而有些事情需要的时间稍长。但是不管怎样，上面的假说仍然能够说明一定的问题。而且这种假说也可用来分析催眠状态下的时间曲解。

鲍尔斯(1979)，鲍尔斯和布伦尼曼(1979)，斯特琼、麦克劳德、科和霍华德(1982)报告，在催眠状态下的人一般都会低估时间间隔。鲍尔斯(1979)以及鲍尔斯和布伦尼曼(1979)提出，其原因是被催眠者正在想象而且全神贯注。斯特琼等人(1982)同意这种观点，并推论被催眠者对时间的低估取决于他们对催眠过程中所发生事情的遗忘程度，不过这一假说未能得到证实。但不管怎样，他们的实验结果并不否认人们对催眠时间曲解的解释，即这种现象的发生以其间发生事情的数

量为基础。在催眠状态下，人们感觉到发生的事情与他们在其它场合里所经历的事情相比，其数量可能少很多，这就会使他们觉得时间较短。被催眠者完全沉浸在想象之中，而在想象中又只经历较少的事情，这是完全可能的。

有人试图通过催眠暗示的方法改变被催眠者对时间的知觉(库帕和艾里克森,1959)。如果向被催眠者暗示时间将缓慢运行，他便会感到度日如年。多数被催眠者都报告说有这种感觉。此外，在这段“增长”了的时间中，充满着对很多事情的想象，比如观看一场完整的足球比赛。不过，也可能会有人对此提出异议，他们认为被催眠者在想象中实际上并未观看全部比赛，而只是看了其中的某部分，例如传球的场面。但有的被催眠者坚持说他在十秒钟里数了一千个数(库帕和艾里克森,1950)，这种现象又当如何解释？麦丘(1982)认为，这可能是平行记忆活动，而不是单行记忆，故被催眠者在较短的时间里即可比在其它情况下回忆更多的内容。由于他们并不知道这种平行记忆过程，还仍以为记忆是单行的，所以他们仍然觉得催眠持续时间比实际时间要长。

如果被催眠者感觉上的时间比实际时间有很大扩张，那么他们就可能在这段时间里完成较多的工作，而在正常情况下，这些工作却需要更长的时间才可完成。有一个方法能够检验这种可能性，这就是要被催眠者学习一篇资料，然后进行自由回忆，以此测量学得的知识。如果给受试者一定时间的催眠，并向他们暗示这段时间很长，那么他们所学得的知识就可能比对照组多。这方面的实验较多，其设计虽然大同小异，但结果基本一致。

然而，巴伯和卡尔弗利(1964)认为，在学习成绩上并不存

在上述差别。而克劳斯、卡策尔和克劳斯(1974)又发现,如果暗示被催眠者三分钟将与十分钟相等,那么他们在三分钟里即可学到需要十分钟才学到的内容;约翰逊(1976)和瓦格斯塔夫、奥文登(1979)却不能重复克劳斯等人的试验。由此看来,被催眠者即使感到一分钟如同一小时,而我们也不知道他是否把一分钟当作一小时使用。

假如低估催眠过程的持续时间是催眠者的一种正常状态,那么这就应该是一种相当常见的现象。但是,现有的一些报告都是讲时间被缩短了多少的小故事,而没有合理的实验研究结果,这就使人大惑不解。显然,如果这种现象肯定能够诱导出来,那么它对于临床工作,尤其是对于缓解疼痛是比较适用的。

时间曲解是一种很有趣的现象,被催眠者在这种现象中似乎经历了一些颇具戏剧性的变化。但是,人们对这些现象还没有认识清楚。现在尚不知道这种现象是否可以应用于实际生活,例如用它来提高学习速度,或者缩短痛苦的时间。

## 6.4 表象

据报道,在催眠过程中,被催眠者形成表象的能力得到增强,表象出的形象更加生动、更加丰富多彩,而且也更容易完成这种表象。人们对这一问题作了研究,有些结果支持这种说法(斯科菲尔德、普拉托尼,1976;斯塔克,1974);但也有一些结果,如巴伯和威尔逊(1977)的研究结果并不支持这种说法。这种矛盾与下面几方面的因素有关。

首先,大多数研究都是采用自陈量表对表象进行测量,但

是在这种情况下，自陈量表并不理想，因为其覆盖面较窄（通常只包括视觉表象的一部分）。其次，表象的基本性质是主观的，故任何方法都很难测量它。此外，当被催眠者报告说他们的表象非常生动时，我们也很难理会他们所说的生动是什么意思。或许事实上他们只是比较专一，因而觉得表象更加生动一些。

有一些研究结果表明，少数催眠易感性极好的人可以形成逼真的表象（华莱士，1978）。这些人在儿童时期即可能具有形成逼真表象的能力，而催眠经过某种途径使他们重新获得了这种能力。这一发现引起了较多争议，安沙里和施塔姆（1979）曾试图重复这一试验，但未获得成功。

## 6.5 返童现象

返童现象极为有趣，它能使被催眠者回到以往生活的某个时期。诱导返童现象的一个方法是给被催眠者作暗示，要他们从现在的年龄开始，倒数回去，每次数一岁，一直数到所希望达到的年龄为止。另一个方法是要他们想象某一过去的事情，例如生日；当他们正在想象这一事情时，便暗示他们正处于那一年龄。

有些问题是人们很感兴趣的，例如出现了返童现象的人是真正相信他们正处于那个年龄？还是在某种程度上有些伪装？当然，这并不是说他们故意愚弄研究人员。但他们通常并不清楚自己应该怎样表现，是相信自己真正返回到了过去的年代，而对这以后的事情一无所知？还是要尽可能表现出真正处于那一年龄，但实际上自己也不知道是否回到了那一年龄？

即使被催眠者真正相信自己已返回到了某一年龄，要研究返童现象仍有困难，这就是不易评定被催眠者的表现所相当的年龄。例如，他们在返童现象中所作的画到底相当于多大年龄的人所画？为了解决这一问题，人们作了大量的实验。

奥恩(1951)作了一项实验，他使被催眠者返回到当他们只有六岁的时候，然后研究其表现所相当的年龄。虽然其绘画及书法很像儿童所为，但仍然有一些不相符之处，这与费洛斯和克里默(1978)观察到的结果相同。其不相符之处表现在，首先，被催眠者认得难字，而且能够拼出这些难字；此外，他们的绘画和书法兼具儿童和成人两方面的特征。佩里和沃尔什(1978)推论说，这是因为他们对在这一年龄以后所学得的东西并没有全部遗忘。

由此看来，返童表现并不总是与年龄相当，这一点已为很多研究所证实。还有些人用智力试验的方法测量返童表现，巴伯(1962)对这方面的研究作了回顾。其总的结论是，在返童现象出现之后，被催眠者的智力低于其实际年龄时的智力，但与所返回的年龄仍不相符，通常相当于成熟儿童的智力。所以用布伦尼曼的话说，若用“恢复”来描述返童表现就比用“消除”来描述更加合适。所谓“恢复”就是使被催眠者恢复孩提时的知觉功能和情绪特点；而所谓“消除”就是指被催眠者在被暗示返回童年以后，他所获有的知识、能力、记忆等出现全部的功能性丧失。

返童现象给人的印象特别深刻。当然，出现了返童现象的人也有一些与年龄不符的行为。速老现象(age progression)给人的印象更加深刻。速老现象就是被催眠者在暗示的作用下，心理年龄迅速增长。有很多方法可以诱导这种现象，例如从现

在的年龄起往以后数，或者告诉被催眠者现在已增长了多少岁，等。

出现速老现象的人通常能够讲述尚未发生的事情，不过，他们显然并不知道这些事情，而是根据自己现有的知识对这些事情作推测。在他们讲述的事情中，某种程度地反映出自己的愿望。例如，有的人可能说他与某位妇女结为伉俪。但在现实情况下，他知道自己永远也不可能与那位女子结婚。速老现象可以用来作为某种治疗的辅助方法。有些人长期为某种异常状况所困扰。他们既忘记了这种异常状况出现之前的情况，也不知道倘若这种异常状况消除之后，又将出现怎样的情况。对于这种人，可以利用速老现象帮助他们。

返童与速老都是很有趣的现象。在这方面的研究非常多，这说明人们对它们有浓厚的兴趣。此外，从众多研究报告也可以看出，要分辨这两种现象的真与假是相当困难的。有些现象是假装的（被催眠者假装出现了这种现象，瞒骗催眠师）；有些现象是模仿的（被催眠者执行暗示，服从催眠师的要求，但并未进入催眠状态）；有些现象是真实的（出现于催眠状态下的返童或速老现象）。

这三类情况很难鉴别，因为三者之间的差别并不总是十分清楚。假装的与模仿的以及真实的都很难区分。可能有人会认为，模仿与真实的这两种现象应该易于分辨。但由于也有部分模仿的现象是发生于催眠状态之下，故人们还是难于将这两种现象区分开来。应该记住，模仿的现象与接受催眠诱导后出现的现象颇为相似；这些人往往也接受了任务动机指令，故其中有部分人实际上也进入了催眠状态。

## 6.6 记忆增强

最近许多年来,人们对于催眠在记忆和学习过程中的作用问题有很多辩论。特别在催眠能否增强学习和记忆能力的问题上,争议尤多。记忆能力得到提高的现象通常被称为“记忆增强”。在心理学领域中,有关记忆和学习的研究报告相当丰富。所以如此,部分地是因为影响学习和记忆的因素甚多,由于要控制这些因素,所以产生了大量的实验设计,也就产生了大量的互不相同的实验。在所有影响因素中,最重要的因素之一就是供学习和记忆的材料的内容。德黑伦斯和伦迪(1975)发现,在记忆无意义音节时,催眠没有作用。但若在催眠的同时,又给受试者附加任务动机指令,那么其记忆能力则得到增强。不过,这里必须指出,他们的这一实验也受到了不少批评(史密斯,1983)。

库帕和伦敦(1973)发现,在催眠的作用下,受试者记忆科学论文的能力未见增强。当然,这里也有一个问题,即某些受试者在读科学论文时,可能会不知所云、味同嚼蜡。或许记忆力在催眠状态下能否增强的关键即在于所学材料的情绪成分如何。临床研究表明,催眠可用来发掘被压抑的记忆。但如果这仅仅是催眠帮助记忆的唯一用途,那么它在记忆增强方面的应用就相当局限。

瓦格斯塔夫(1984)推断,对于无意义音节的记忆,催眠似乎无增强作用;但它对有意义材料的记忆有无增强作用尚无定论。用催眠增强记忆在许多方面都有较大的实用价值,例如在法医学方面,它可以帮助证人进行回忆,这在后面的章



节中将有介绍。

有的报告宣称,催眠过程中的记忆增强还能使记忆复活,即受试者能够从大脑中唤起在正常情况下回忆不起来的童年时的记忆。返童现象常常被用来复活记忆。有资料(赖夫和谢尔,1959)表明,被催眠者能够准确地回忆出早年的记忆。不过,如果教给他们一些方法,那么在没有催眠的情况下,他们也能够达到这种目的。

读者或许希望自己也能试试这种回忆方法。首先,您可以简单地回想自己尚记得的童年时候的某一件事情,接着追忆在这件事情前后自己正做些什么。在回忆时,要充分利用视觉和听觉想象。然后,再努力从记忆中寻找出与这一段时间相联系的,已经淡忘了很久的事情。当您发现用这样简单的方法竟能回忆起很多的事情时,您或许会大吃一惊。

记忆复活可能就是很多淡忘了的记忆的回忆。在这些记忆中,有一些“缝隙”需要连接和填充。用于填充记忆“缝隙”的知识可能不是来自他们本人的直接记忆,而是其它一些来源。这包括他们听说的自己在那段时间里的事情,以及他们根据自己已有的知识的推理。

## 6.7 回忆“前生”

在大众性的刊物中,偶尔有报告提到,人们在被催眠以后,能够回忆自己“前世”的生活。这就引出一些令人感兴趣的问题,例如,其实际可能性有多大?如果确有其事,那么大多数严肃的催眠术研究人员都会惊愕不已。人能脱胎转世,这种观点是科学家难以接受的。但如果我们承认在催眠状态下能

回忆“前世”生活，那当然又必须接受这种观点。

许多人在催眠状态下确实“回想”起了“前世”的生活，而事实上他们也深信不疑。对于这种现象又当如何解释？或许，能够回忆“前生”的人具有极好的催眠易感性；当催眠师暗示他们能回忆“前生”时，他们也就遵言而行，想象出“前世”生活，并且相信自己曾经就是那样生活。

常有报告说，被催眠者能够叙述那样详细的故事，除非他真正经历过那样的生活，否则是不可能讲得出来的。为了验证被催眠者所讲故事之真伪，人们作了大量的实验。我们必须记住，被催眠者虽然能够回忆在被催眠之前不曾知晓的事情，但这并不能证明这些事情即是前世的生活。事实上，他们叙说的仍是他们在现世生活中所了解的一些事情，只是他们很长时间没有想过这些事情。

此外，我们也不必把催眠视为促使他们回忆这些事情的直接原因。催眠时间的长短以及催眠师的暗示才可能是其真正原因。我揣度催眠的作用可能是使那些具有良好易感性的人相信自己确曾有过这样的“前世生活”。

一旦他们相信确有其事，这就形成了一个基本框架；真实的记忆与杜撰的回想皆能在此框架上组合起来。可以初步肯定，他们回忆的信息是准确的，但不完全是自己真正的经历。其中有部分是来自于书本、电视等；还有一部分则极有可能是杜撰的，这与被催眠了的证人所回忆的材料大多是杜撰的一样。

## 6.8 健忘

健忘可由直接的暗示引起，亦可以自发性地产生。虽然

自发性的催眠后健忘常常被认为是深度催眠状态的一种征象，但是在实验情况下，这种现象又甚难把握。另外，如何为健忘下定义也是一个问题。有人认为，自发性健忘就是被催眠者将催眠时发生的事情遗忘殆尽，但催眠师并未要求他们这样。不过，即使如此，也还有必要仔细分析他们原有的知识。如果他们在被催眠之前即认为健忘是被催眠的结果之一，那么健忘现象就不能认为是自发的。

杨和库帕(1972)的一项实验对此有很好的说明。他们将被实验者平分为两组，暗示其中的一组，催眠后一般都会出现健忘；而告诉另一组，健忘决不会发生。结果只有一组产生了明显健忘，两组相比，差别显著。

在健忘这个问题上，为了认清临床催眠与实验催眠的区别，还有必要细致分析被催眠者所遗忘知识的类型，以及通常回忆起来的知识类型。一般而言，在临床催眠以后所遗忘的知识通常是充满情感的；而在催眠以前，这些知识可能完全处于被压抑状态。在催眠状态下将这些知识从记忆中消除，或许并不是为怪。

正如其它许多催眠现象一样，催眠后健忘也是一种复杂的现象。不少作者认为，催眠后所以出现健忘，这仅仅是因为处于催眠状态下的人受到暗示，他们将会忘记催眠过程中发生的所有或部分事情。他们常常也被告知，当接到某种暗示(“释放”词)的时候，他们又能够回忆起这些已经遗忘了的事情。笔者认为，这种认识过于简单化了。在催眠后健忘发生机理的问题上，有许多因素需要考虑。

首先，被催眠者是否用了某种方法防止自己记住那些知识。例如他们可以不注意那些知识，而思考其它问题。这与直

接遗忘或许有某些相似之处。所谓直接遗忘,即被催眠者学习一些新知识,但随即又按要求部分地或全部地忘掉这些知识(爱泼斯坦,1972)。正如瓦格斯塔夫(1981)所说,有些人之所以回忆不起来某些知识,这仅仅是因为他们并未思考这些知识;所以我们还不能说他们实际上忘记了这些知识。

人们常常把催眠后遗忘分为来源遗忘和内容遗忘。来源遗忘是被催眠者虽能回忆在催眠过程中学到的知识,但是忘记了其来源,即未能记住自己是从何处得知。内容遗忘是回忆不出知识的内容。

这种划分与图尔芬(1972)把记忆划分为语义性记忆和片断性记忆有明显的相似之处。简而言之,语义性记忆包括对一般性知识的记忆,如英国的首都是什么地方;片断性记忆多为对个人亲历事情的记忆,如今天早餐吃了什么。它们的相似之处在于,语义性记忆一般不包括对知识来源的记忆;而片断性记忆中则包括对知识来源的较详细的记忆。

如果我们同意这样的划分,那就出现了这样一个令人感兴趣的问题:在催眠状态下所学的知识是否只存储在语义性记忆之中,而根本不进入片断性记忆?如果是这样,那“来源遗忘”一词就易于使人产生误解,因为更确切地说,被催眠者本来就没有了解知识的来源,所以即无“遗忘”可言。

尤多夫(1981)认为,来源遗忘通常是在催眠状态下自发性产生,而不是暗示的结果。瓦格斯塔夫(1981)则认为,来源遗忘的出现并不局限在催眠状态下;服从催眠师要求的人即使没有进入催眠状态,也可出现这种现象。看来,在取得更多的研究结果之前,我们还很难说来源遗忘以及仅仅遗忘获得知识的地方,这二者有何不同。在某次会议上任何一位耐心

听完多篇报告的人，他忘记了某个内容是出自哪篇报告，这是很有可能的。

催眠后健忘是一种很难捉摸的现象。不论要诱发这种现象是如何的容易，但人们对于其发生机理还没有满意的解释。事实上，有些人虽然未进入催眠状态，但在催眠师的指令下也表现出健忘。这种健忘与催眠后健忘有何区别，有时也并不十分清楚。

被催眠者在催眠过程中并不是被动的，这一点常常被人们所忽略。一般而言，他们并不是完全不自主地执行催眠师的暗示。如果催眠师要求他们忘掉催眠过程中发生的部分或全部的事情，他们将如何反应？很难相信他们这时会自动忘掉那些事情；而之所以能够忘记，又仅仅是因为他们有这种愿望。任何人都知道，要忘掉某些事情是多么的困难。笔者认为，遗忘之所以发生，可能是因为被催眠者在接到遗忘指令时，便采取某种策略以达到遗忘目的，例如拒绝思考目标资料，或者思考其它问题以转移自己的注意力。

人们在被催眠过程中的主动性在以后的研究中可望得到重视。我们在解释催眠后健忘现象时必须注意，被催眠者的全部知识在催眠过程中都可能产生影响。催眠后健忘，以及由于服从催眠师要求而产生的健忘，它们的发生机理最好是用策略行动来解释(斯潘赫斯和拉德克,1982)。在进行健忘试验时，虽然研究人员对受试者作暗示，要他们重新回忆已经遗忘的目标资料，但所有人对这种暗示都不予注意。然而等到给予“释放词”(即暗示健忘已经不存在)的时候，他们又能按照催眠师的暗示，回忆出在这之前回忆不起来的知识。

为了达到遗忘的目的，被催眠者还可能用另外一种策略，

这就是当催眠师通过暗示要他们回忆目标资料时，他们却利用这种暗示回忆其它知识。斯潘赫斯和拉德克在其报告中未提到这种策略。不论催眠师的暗示如何进行，被催眠者并不是借助于它们回忆目标资料，而是从其它方面利用它们。例如，他们或者思考暗示用语的相反意思，或者思考暗示用语的谐音词。可以认为，他们是故意避免思考目标资料，因而不能说是真正的遗忘。在我看来，既然无意识在记忆的储存以及记忆结构中起着某些作用，那么在决定让什么内容进入意识、又不让什么内容进入意识，以及用什么样的方法来实现这些目标的过程中，无意识也可能起着某些作用。所有曾经出现过话到嘴边却讲不出来的情况的人，他们对于试图回忆某些事情却不能如愿的现象是有所了解的。

## 6.9 动物催眠

动物催眠一词习惯上是指这样的现象，有很多动物，当给它们限制、使它们不能活动时，它们便进入一种状态，即使限制已经解除，它们在较长一段时间里也不能活动。曾经有人指出，这种现象在突然的打击之下也可产生。

看起来，人们对这种现象的命名明显有误，因为动物的这种状态并非大多数研究人员所说的催眠状态。这是一种近似于紧张症的状态，人们常常称之为“紧张性停滞”。吉本森(1977)说，有时，人们认为某人进入了催眠状态，而实际上那也是紧张性停滞。

按照吉本森(1977)的观点，在利用催眠术为患者施行手术时，有些患者可能并没有进入催眠状态，但要进行手术

的气氛就足以诱发紧张性停滞状态。在手术中他们是感觉不到疼痛，还是仅仅不能活动，这个问题还需要进一步研究。

## 个人体会

本章的标题为“见于报道的催眠现象”(翻译时略作“催眠现象”)，希望迷惑不解的读者能领会我选择这样一个标题的良苦用心。在我看来，有些报告并没有太多的实验依据；另外，催眠状态下发生的许多现象在模仿性受术者身上似乎也很容易发生。

人类的行为是多种多样的。他们能创造一些方法，从而使自己能够执行哪怕是最稀奇古怪的暗示。在催眠术的发展过程中，催眠一直被认为是这样一种状态，当人们处于这种状态时，催眠师可以随心所欲地暗示他们作出各种各样的奇怪行为，而催眠师也受这些古怪行为的诱惑，将它们归因于催眠的作用。不过，严格的现代研究人员在进行实验时，往往以未进入催眠状态的人作为对照。通过这样的实验，他们发现，大多数奇怪行为在未进入催眠状态的人也可出现。

同是被催眠者，但进入了催眠状态与未进入催眠状态可能还有所不同，只是其间差别看起来不甚显著。一般而言，那按指令进行模仿，并接受了任务动机指令的受术者与进入了催眠状态的人在反应上没有显示任何区别。不管是否进入催眠状态，在决定他们的反应程度方面起重要作用的是个体差异。

在本章的结尾，我愿意提请读者注意，各种催眠现象越是能够得到研究和解释，那么催眠的本质就越有可能被揭示出来。



## 7. 催眠术的临床应用

在过去的许多年里，催眠术被广泛地用于临床。但是，其疗效究竟如何，还很少有定论(魏登,安德顿,1982)。任何形式的治疗，若要判断其效果的好坏，都相当困难，催眠术尤其如此。因为它几乎总是与其它疗法结合在一起使用。

对疗效的评估可通过不同的途径，采用不同的方法和技术，如多元分析法(史密斯，格拉斯，米勒，1980)。奥特利(1984)说，许多指导性心理治疗家认为，治疗有效与否这个问题是毫无意义的。因为与治疗有关的许多因素都很难测量，正如有人力图去测量友谊与爱情的效益大小一样难以定量。这并不是否认疗效的存在，而是认为它很可能存在于一个实际上不可测量的领域。

这自然引出一个新的问题。如果某种治疗尚未显示出可以定量的效果，那么该疗法的主张者尽管可以宣称其疗效只是不可测量而已，但反对这种疗法的人则可争辩说，无任何依据可令人相信该疗法有什么效果。这问题很难解决。临床医生在理论上所持的这种特别的看法决定着他们对疗效可否测量问题的态度。在评估一些疗法(包括催眠术)的效果时，也正好可以持这样的态度。

---

(注)指导性心理治疗家，即人本主义心理治疗家。——译者注。

有一点看来特别重要，即在评估疗法(包括催眠术)的疗效时，利用已发表的研究结果。一般说来，大多数报告都反映了事实。但这并不是说我也认为疗效是可以测量的。从某些方面讲，研究报告可能是较好的依据；但从另一方面看，疗效还是必须直接测量。近来的研究确实在疗效测量方面作了相当大的努力。

前面已经提到，在讨论催眠术疗效时，还有另外一个问题，这就是催眠术通常被看作是一种辅助疗法而并非独立的治疗技术。因此讨论催眠术的临床应用，就不能简单地依次介绍一下它实际应用的若干方面，还必须同时考虑在催眠治疗过程中常规使用的其它技术。本章的第一部分讨论能与催眠术联合使用的一些疗法。虽然这些疗法都分别冠有标题，但标题之间又存在着交叉联系，而且其中有些方法(可能是大多数)还很难说置于哪一个标题之下最合适。另外，这里所列举的疗法还很不全面，不过本章的后面部分将要有所补充。

## 7.1 治疗性催眠

这一颇具争议的标题是经过深思熟虑而安排的。但这并不意味着我完全同意催眠术本身即是一种治疗。同时，我认为也不能像有些作者那样轻易排除催眠治疗的可能性(弗里希霍尔兹、施皮格尔1983；麦丘1983)。弗里希霍尔兹和施皮格尔在“催眠不是治疗”这篇具有刺激性标题的论文里说，多数作者看来都认为催眠本身即是一种治疗。他们则认为，“催眠疗法”是一个错误的术语，因为它的含义正是催眠属于一种治疗方法。吉本森(1983)同意这种看法。他写道：

我同意有些作者的观点，‘催眠疗法’这个术语，不管它是出自于哈利街\*的名医之口，还是见于江湖郎中在商店橱窗的广告之中，都是令人难以接受的。因为它的意思是说，催眠本身即有治疗作用。

这里至少有两个问题。首先，上文中“催眠疗法”一词的使用与本书书名中这一名词的使用有很大不同，本书只用来指催眠术在临床治疗中的应用，而上文所指范围似乎要广得多。这是语义的含混。除此而外，余下的问题还是关于催眠术本身能否称得上是一种治疗。

有一个方法可解决这一问题，即对催眠状态下典型的自发现象作分析。不过，正如读者现在已经知道的那样，催眠状态下的自发现象纷繁复杂，很难把哪一种现象划为典型的或非典型的。这些现象随受术者的期望和敏感性，以及诱导技术(如果使用了诱导)等因素而变化。很多受术者在诱导作用下，获得放松感受，而且在后来报告说，他们感到紧张已经缓解，轻度的头痛以及其它的疼痛和不适都已消失。

当然，我并不想说催眠术是一种“通用”疗法。但另一方面，很多人在催眠后病情确实得到改善，甚至那些为实验和表演而不是为治疗目的而接受催眠的人也感到症状的减轻。这是不能否认的事实。我这里并不是在声明哪位患者单凭催眠术就治愈了(无论这“治愈”是什么含义)，但我相信，很多人在接受催眠后确实感到心身健康都得以增进。

---

\* 哈利街(Harley Street) 英国伦敦的一条街道，多有名医居住。——译者注

## 7.2 催眠与精神分析疗法

催眠可用为精神分析疗法的一种辅助手段。正如尤多夫(1981)所说,在作心理分析时使用催眠术的目的就是寻找症状的含义,并寻求解决引起这些症状的无意识心理冲突的方法。这里要重点强调的是,大多数催眠手段都用来达成这一目的,不过它只能作为辅助手段,换句话说,就是精神分析学家借助催眠术去作精神分析。这正像他们在需要时可能借用其它方法一样。

在作精神分析时可借用的催眠技术之一是返童效应,它可用于多种目的。例如,它显然可用来帮助揭示早年的甚至是压抑的记忆。弗伦奇(1984)在这方面提供了一个很好的例子,他发现一例严重的口吃是由患者年轻时一次不愉快的性爱经验所导致。根据他提供的结果,用催眠的方法揭示这种记忆,使口吃得到了纠正。类似的例子还很多。

使用返童效应的另一个原因是,它可使受术者回到一种早期的思维方式,如原发性思维过程。根据弗洛伊德派精神分析学家的观点,原发性思维以表象思维为特征。利用这一方法可使受术者改变他们对问题和事物的看法。返童效应还可使受术者回到症状出现以前的状态。这常可让医生了解到患者在症状发生以前的情绪状态。

精神分析学家也可利用控导表象分析受术者某些方面的心态,发现新的情况。控导表象技术要求受术者想象某种情景。精神分析学家则通过暗示寻找这种情景可能的或真正的含义。

利用催眠术诱导受术者做梦是一项有趣的技术。梦的解析可能是最著名的精神分析技术,其历史也很悠久。在通过催眠术诱导做梦时,精神分析学家可对梦的内容进行某种控制。例如,他可指导受术者做一个在森林里迷失方向的梦,然后观察梦如何进展、其情绪反应如何。这将成为一个非常有用的技术,因为在某种意义上讲,医师可检查在前几次疗程中所获得的认识。

催眠在精神分析中用途很多,它可以说是最有价值的手段之一。有经验的精神分析家可以充分发挥其创造性,让所有最容易出现的催眠现象都发挥作用。不过切莫忘记,催眠并非精神分析,它只不过是帮助精神分析的一种措施。

### 7.3 行为疗法

行为疗法是许多不同形式的疗法的总称。这些疗法都建立在学习的理论之上,而且大多数要依靠条件反射技术。

行为治疗家倾向于只注意患者诉说的症状,而对导致症状的基本原因较少关心。事实上,大多数行为治疗家都认为,症状并不是由什么潜在的疾病引起,症状本身即是疾病。按照行为主义观点,这些症状是学习造成的。由于这是不适宜的行为,故必须用行为主义原则将它们消除。尤其是,这些症状可以由消除过程(Process of extinction)清理出去,然后再以学习新的行为取而代之。

一般而言,行为治疗家既不会致力于分析症状的原因,也不会细心分析症状的含义;而且也不努力改变患者的态度和感情。不知他们是否认为这些工作都不合适,是否认为消除

症状将引起患者信念系统的相应变化。

行为疗法的一般措施是先收集详细的病史，然后进行功能分析，由此发现哪些方面的行为受哪些刺激的控制。以后的工作是切断异常的联系并建立新的联系。医生通常要为患者设计一套特殊的治疗规则，这些规则可能因人而异。

行为疗法的方式较多，表面看来它们互不相同，但都基于同一原则。行为疗法与催眠术从根本上看好像格格不入，但正如拉扎勒斯(1971)和韦岑霍夫(1972)所说，催眠对行为疗法很有帮助。以下要讨论几种不同形式的行为疗法，从中可以清楚看到催眠术的辅助作用。

### **系统脱敏**

这种行为疗法以交互抑制原理为基础(沃尔普, 1958)。根据这一原理，害怕与松弛是两种不相容的反应，彼此不能同时存在。也就是说，一个人不能同时既害怕又松弛。因此，医生的任务就是确保患者处于松弛状态，而且即使给予能引起害怕的刺激，他也能维持在松弛状态。(必须说明，人们对于交互抑制作用的精确机制还有一些不同意见。)

完成上述任务的一般步骤如下。第一步是与患者一起对害怕刺激进行等级划分。例如害怕蜘蛛的恐怖症患者，他可断定一个大蜘蛛在其手上爬是他最恐惧的情况，而看一张蜘蛛的照片则只能引起轻微的恐惧。在这两极之间是其它一些情况，如看见一个大蜘蛛、看见一个小蜘蛛、看见一张蜘蛛网、看见电视屏幕上的一只蜘蛛，等等。将这些情况依次排列，并按程度轻重分别给予不同的评分。评定通常采用“心理障碍主观单位量表”(SUD)，其分数一般是从1到100，0表

示没有恐惧，而100则表示可能出现的极度恐惧。

下一步是给患者传授放松技术。一旦患者能放松了，便按等级划分，给他较轻的恐惧刺激。由于松弛和恐惧互不相容，故这时患者不会感到害怕。倘若犹有轻微恐惧，就必须重复放松训练，直到患者判定恐惧到了SUD表上的0。在成功完成轻度的刺激工作以后，医生继续给予较重的刺激。由于总体的影响，这种刺激引起的恐惧应该比最初引起的恐惧轻得多。继续进行这样的操作，直到患者能够经受得住等级划分表上的最大刺激。

我在实践中发现，患者的恐惧要从一个水平过渡到另一个水平是很不完全的，尤其在接近最大的恐惧刺激时更是如此。一般来讲，对恐怖症的治疗应该创造一种患者满意的结局。让我们又回到上面的例子。根据我的经验，很少有患者能让一个蜘蛛在自己的手上爬行；否则，他们在看见蜘蛛时，绝大多数都不会害怕的。很多人都希望能够采取某种措施将蜘蛛弄掉。（有趣的是，至今尚未发现哪位患者说他们希望杀死他所害怕的生物。）让患者能够将所害怕的东西弄掉，看来显然是治疗应该追求的目的，同时也要使他们在最强刺激出现时，其恐惧程度有所减轻。大多数患者都满意这种治疗结局。

在进行系统催眠时，使用催眠的途径很多。本书在前面已经提到，在催眠与放松技术之间存在着许多相似之处。系统脱敏的松弛常常就是通过催眠完成的。对患者进行不同等级的刺激，这也可通过催眠暗示、靠单纯的想象来完成。登格罗弗(1973)说，在使用视觉表象时，亦可用催眠为患者作准备。另外，有些在催眠状态下出现的现象也可用于系统脱

敏。如对于那些很难靠想象充分体验恐惧的患者，医生可使用返童现象，使患者回到一种以前曾经历过的恐惧，其水平正与现在所需要的相等，这样上面的难题也就获得了解决。

毫无疑问，催眠可以是系统脱敏疗法的一项很有价值的辅助技术。如果患者的敏感性较高，但就是不容易放松，或者很难想象等级划分上的特殊刺激，这显然可使用催眠术。如果患者的催眠易感性较差，那肯定不应该使用催眠术。反过来，如果患者既能够很好地放松，又能够很好地想象，那就完全没有必要使用催眠术了。

### **满灌疗法**

满灌疗法主要用于恐怖症的治疗。它使患者面临所惧怕的事物，而且使他完全不可能逃避。结果引起了极度的恐慌，而同时出现一系列生理反应，如恶心、出汗、心跳加快、呼吸急促，等等。此时特别重要的是，必须使患者维持在这种境况，直到上述生理变化恢复到正常状态。

满灌疗法在理论上还有一些疑问，我认为它的最好解释可能如下。恐怖症患者常常有很多烦恼，因为他们要回避所恐惧的对象。例如害怕电梯的人是不可能走进电梯的。这样一来，恐怖症就永远也不会消除，因为倘要消除恐怖症，患者必须在没有强化的情况下经受刺激(所恐惧的对象)。通过避免接近恐惧对象来求得解脱就是对恐怖症的强化。在作满灌治疗时，患者面对着唤起恐惧的刺激，就不能像平时那样由逃避恐惧情境而致强化，因为这是不可能的。

不过，由恐惧引起的强烈生理反应不能长时间维持下去，随着躯体生理状态恢复正常，恐惧感也随之减轻。这只是预



期的,因为对主观恐惧感的评定只能部分地靠生理反应检测。

满灌疗法很适合在催眠状态下进行,当然,这需要患者的敏感性较好。在现实生活中要创造一个令患者恐惧的情景可能极端困难,而且在某些情况下,甚至可能对身体有危险。如果患者在催眠状态下想象那可怕的情景,这就避免了上述困难。虽然并不知道患者此时正在想什么,但如果能采用一些生理检测方法,那么要判定何时患者处于极度的恐慌之中,通常就没有任何问题了。

### **厌恶疗法和变换感受性**

厌恶疗法就是将一种特别反应与一种不愉快事情联系在一起,由此抑制这种反应。这种技术已被用来治疗酗酒、吸烟、暴食、同性恋以及其它许多性变态。对于大多数医生和患者来讲,厌恶疗法是相当令人不快的,对同性恋的治疗尤其如此,以致很多人认为这种现象再也不值得大惊小怪。

催眠可在厌恶疗法中使用,其主要应用目的是用想象的厌恶刺激替代真正的厌恶刺激,如电击。此类应用要依靠一种被称为“变换感受性”的技术(考梯亚,1966、1967、1975)。例如,患者可以想象感到恶心作为厌恶刺激。对于有“童恋”性变态的患者,这可使他们在开始对儿童产生性反应时,便感到恶心。

有些人只能在诊所里感受到厌恶刺激,而在诊所外则无法感受,因为不论是否使用催眠,厌恶疗法都面临这样一个难题,即患者产生了“特殊场所反应”(location-specific responses),也就是他们的异常行为只是在诊所里被抑制,而出了诊所则依旧发作。这种问题用后催眠性暗示方法是完全可以

解决的。厌恶疗法也引起了伦理问题，有些医生因此反对厌恶疗法。我始终认为，对于那些特殊的患者，若把厌恶疗法选择作为合适的治疗，那么在治疗过程中，医生要比患者经受更大的风险。

催眠术与行为疗法在各自的发展史上是互不相容的，然而催眠术又可用作行为疗法的一种辅助手段，这是很奇特的。行为主义强调行为的客观测量，它与催眠现象一起应用，除了松弛表现以外，其间常常没有明显的行为联系，然而正如德甘等人所说，临床上还是有一些有趣的应用。

## 7.4 简要催眠疗法

简要催眠疗法是由艾里克森（1954）开创而后发展起来的，克罗格（1977）对这种治疗作了出色的总结。简要催眠疗法一般包括症状替换、症状转移、症状改良和症状利用。它们可单独使用，也可联合使用。

### 症状替换

症状替换的目的是以一个症状替换另一个症状，当然，与患者原有的症状相比，新的替换症状的害处较小。患者的症状通常给他一种感到不可缺少的依靠，故他往往拒绝接受任何治疗以求消除这种症状。但是，如果能够说服患者，原来的症状可由另一个症状替换，而仍然具有相同的作用，那么医生遇到的抵抗就可能较小了。医生下面的任务是选择一个新的症状并且使它能为患者接受。

显然，要选择一个合适的症状作为替换，这一工作还有

很多技巧。如果这症状与原来的症状太相似，那么它对身体的有害性将无变化；如果这新症状与原来的症状差别太大，特别是当它太轻和微不足道时，患者可能又会认为它不能起到原来症状那样的作用，从而拒绝接受替换。看来最好的策略是，把症状替换作为消除最有害作用的一种手段，并努力弄清症状如何使患者依靠于它。这样就有可能使患者不再需要那种症状。

大多数医生都认识到，许多症状都是由诸种因素维持着。例如，有一个年轻男子认为他在性交时可能没有能力使女子满意，于是他就因此避免与女性谈话，这可能导致口吃。自然他也就永远也没有面临他所真正害怕的事。在进行长时期的治疗时，医师要充分认识那些对症状起维持作用的因素，并尽量处理好这些因素，一般说来，这是非常重要的。

### **症状转移**

症状转移与症状替换基本相似。其区别是，在进行症状转移时，症状的性质并未改变，但其损害性减弱了。这里有一个例子可用作说明。如有一个少年，他长期用手指甲挖伤自己的身体。在作症状转移时，方法可能是，以一种较轻微的症状（如咬指甲）替换那种毁伤性症状。这种转移一旦完成了，医生便可作长期治疗计划并开始执行，一般要找出引起那种症状的原因。

### **症状改良**

有些人认为他们不能控制症状，对此即可应用症状改良方法。例如严重的肥胖症，患者坚信他无法控制体重，对此

医生不要指导他们去减肥，而要他长胖。这样患者发现体重仍在自己的控制之下，也就能够进行减肥了。

### **症状利用**

症状利用就是在治疗过程中以某种方式利用症状。医生必须接受患者的症状，尤其是当他们认为医生不会接受症状时更应如此。这通常使患者感到迷惑不解，随后很有可能改变其异常行为的某些方面，或许对导致症状产生的观念也要做某些改变。

简要催眠疗法的作用可能很好。但它要求医生必须具备许多创造性的技能，对症状进行密切观察和监测，还要求医生能够正确理解每个症状的含义。

### **咨询**

咨询本身即包括一整套技术，在咨询过程中，也可把催眠术与其它技术一起使用。罗斯(1981a、1981b)列述了一些可能的应用范围，特别是在职业选择方面对催眠表象(hypnotic imagery)的使用。考埃尔和富兰克林(1983)讨论了催眠在中学生咨询时的作用，它主要包括松弛治疗。

咨询与治疗之间的界线很难划分。这种划分可能毫无意义。然而咨询(无论它包括什么内容)却可得到催眠的很大帮助。

### **家庭疗法**

里特曼(1983)曾著书阐述催眠在家庭疗法中的应用。他认为，每个人都生活在三种环境之中并受其影响。第一种是

个人的心理环境(mind-set)。它决定着如何储存和排除信息以及经验，如何安排行为的先后次序。它包括思想、感情、知觉，甚至还包括某些生理活动。第二种是个人的家庭环境。医生必须寻求患者产生症状的家庭因素。第三种是个人的社会环境。这包括文化、种族、宗教、性别、阶级和辈分等诸种因素，所有这些因素都对个人有影响。

所有这三方面的环境又都要影响个人对各种环境因素的看法。故在特殊情况下，虽然社会因素的影响力可能最大，但受影响的方式部分地要由个人的心理环境来决定。症状可以被视为患者为调和来自三方面的不同消息所作的一种努力。

治疗的任务是努力削弱一种环境对另一种环境的原有控制。这可通过加强患者的自律或自我指导来实现。同时，要尽量帮助患者的家庭进行调整，以求减少那些引起异常行为的条件。

里特曼认为，症状可由家庭其它成员的影响而产生，其影响方式很像催眠诱导。特殊的言语、特殊的音调，甚至特殊的眼光，这些都足以导致症状的出现。由此可见，提倡把催眠作为家庭疗法的一项有效方法，这就并不奇怪了。根据里特曼的认识，必要时使用催眠术可达到五个目的。①向家庭其他成员演示患者的一些他们尚不了解的情况，以使他们变换自己的角度去看待患者；②当患者的反常行为将要因为家庭中某些事情的触发而发作时，用催眠术改变这种行为。如通过催眠，使某种特殊的言语不再激起患者强烈的感情爆发，而是引起患者对某个特殊问题的沉思；③使家庭成员不会受相互间的有害暗示的影响；④通过催眠暗示一件特殊的事将在家庭中发生，并间接暗示怎样能使这件事发生。然后，要求

家庭成员都为这件事情而工作并促使其发生：⑤建立每人新的隐私领地，家庭其它成员不能侵入这块领地。

这里只着重讲述了里特曼的工作，但这并不是说，家庭治疗医师也应把催眠的应用局限在上述几个方面。相反，在丰富的家庭疗法中，很多方面都可由催眠术发挥重要作用。家庭疗法医师的部分工作应该是认识它们并且将催眠术创造性地应用于这些方面。另外，那些对催眠术还较陌生的家庭治疗医师，里特曼的书可为他们提供许多新的和创造性的治疗手段。

### 7.5 催眠戏剧

克罗格(1977)指出，当患者处于催眠状态时，可使用心理剧编一出戏。即用催眠术暗示患者在剧中扮演一个特殊角色，然后让这心理剧的剧情展开。

催眠术的这种应用至少有两个可能的优点。其一，治疗师根据戏剧情节的发展给患者暗示，这就使他更易于接受。其二，在心理剧结束之后，医生可暗示患者对其中的某些情节已经遗忘，这就可避免使患者面临现实生活中尚不可能遇到的事，也让医生多少能够说到剧情的某些内容。至于剧情顺序也可以与治疗过程中的顺序不尽一致。过去在这方面能够应用催眠术的机会很少，但现在看来，这种状况将要改变。

还有许多未能谈到的其它一些治疗方法，催眠术皆可用于其中。我希望这里至少已对催眠术的应用范围作了简要介绍。催眠术在治疗中的局限基本上也是由于医生想象力的局限。

正如我已经观察到的那样，不同疗法之间的界线并非截然分开。这既有对它们作叙述时人为的原因，也有实际应用方面的原因。在治疗过程中，医生或多或少都是折衷的；即使最不愿折衷的医生，他也由不同患者的需要而被迫如此。有些医生始终不一地恪守某种特殊疗法，而不顾病人的差异和具体情况的不同，这就不可能像那些随时变化疗法以适应特殊情况需要的医生一样取得较好的疗效，也不可能对其工作感到满意。

在实际工作中，所有医生都不能不折衷，当然，折衷的程度差异极大。医生是普通的人，他要与患者保持良好的关系。不论他在理论上坚持何种立场，都需要这种关系。满足这种关系就必须折衷。有时，患者在对待这种关系时不能折衷，因为他们处于病态。而医生是这种关系中的另一部分人，如果医生也否认需要折衷，那么真正良好的关系就无法建立。奥特利(1984)说，建立良好的医患关系是极重要的。

## 7.6 催眠术的临床应用

大多数人对于催眠的临床应用极感兴趣。在本章的余下部分，我将尽量对这个问题作一些回答。

要对催眠术的各种应用进行分类是非常困难的，我没有采用那些几乎是肯定不能令人满意的分类，而选择了简单的按字母顺序排列的方式。

毫无疑问，有些读者将会发现，他们所最感兴趣的应用问题在这里却写得很粗糙，甚至完全省略了。对此我很抱歉。不过，在读者的专门知识以外，催眠术的应用范围可能是很

广的，我希望所有的读者对此都能有更多的了解。

### **酒精中毒**

不少作者，如克罗格(1977)都列述过催眠术治疗酒精中毒的一些方法。暗示酒的味道极坏，这或许是最常用的方法，常常同时着重暗示患者去参加“嗜酒者互诫协会”的集会。有趣的是，这类集会有时看起来就像集体催眠治疗。

魏登和安德森(1982)回顾了催眠术治疗酒精中毒的一些研究。他们不能断定催眠对酒精中毒治疗有什么帮助，认为治疗成功很有可能是由于催眠以外的因素。然而他们又强调，这方面设计很好的研究比较少，故尚不能肯定地说，催眠在酒精中毒的治疗上将不会有作用。魏登和佩罗德(1981)认为，催眠术对于处在恢复过程中的酒精中毒患者可能有较大帮助。对于那些对这种应用感兴趣的医生来说，克罗格(1977)为他们提供了好的介绍和一些有趣的观点。

### **过敏**

过敏反应的种类很多，如气喘、皮肤病，等。催眠术对其中的某些反应是有效的，这将在后面讨论。

### **麻醉**

催眠术的早期应用之一便是用于麻醉(爱斯戴尔,1850)。虽然它没有化学麻醉品的副作用，但遗憾的是也没有那样的效果(化学麻醉剂的有效率接近百分之百)。根据尤多夫(1981)的结论，只有大约百分之二十的人群能由催眠诱导出麻醉，其程度足以承受较小的外科手术，如拔牙和骨折复位。



而催眠性麻醉的深度达到足以经受大手术的人大约只占人群的百分之十。

既然化学麻醉品的有效率几乎是百分之百，那么人们在最初就不需要用催眠术诱导麻醉了。然而，偶尔可能缺乏化学麻醉品，或者患者对它们过敏。而且催眠麻醉还可能有另外一些优点。患者可能希望处于清醒状态，并能与外科医生交谈。催眠麻醉也能给患者暗示，以促进康复。

虽然人们只是偶尔需要利用催眠麻醉，但对那些具有良好的催眠易感性的患者来说，催眠麻醉无疑是极有价值的手段。有些人怀疑在催眠麻醉状态下经受大手术的可能性。值得提醒的是，许多内脏的痛觉神经末梢都很少，疼痛主要是由最初的切口所引起，而这或许也没有人们想象的那么剧烈。特别痛苦的或许正是对疼痛的想象，以及在清醒状态下接受大手术的思想。

催眠麻醉也不必需要太多的准备工作。对那些能在催眠术作用下进入麻醉状态的人，只需要一到二次预备操作。随后的诱导很快即可完成，通常是使用催眠后暗示。或许，外科医生感到在一个意识清醒的患者身体上做手术很不自在，可能正是这种因素导致了催眠麻醉的较少应用。

### **神经性厌食症**

这是一种非常严重的病症，其特征是严重的食欲缺乏和相应的体重减轻，可能引起死亡。克罗格(1977)报告了催眠术在治疗这种病症时的成功应用。不过，这方面还需要进一步的研究才可作肯定的结论。

## 焦虑

大多数人在其一生中都会在某时某刻感到焦虑。有些人的焦虑太严重，以致他们觉得需要医生的帮助。有些人为了工作、为未来、为家庭、为朋友，或者为朋友的失去而焦虑；有些人感到焦虑，但他们不知道自己为什么而焦虑。大多数时候可以用一些方法来对付和控制焦虑，但有时也会对焦虑毫无办法。这样焦虑就控制了我们。此时焦虑可能发展成恐慌，并伴随出现身体症状。对于准备寻求医治的患者来说，无论哪种治疗都是值得接受的。

不仅焦虑本身是一种令人不快的体验，它通常也妨碍人们去做他们要做的事情。由于考试而出现的正常焦虑不会使人因此过于苦恼，但不能改变这种焦虑的人则会痛苦不堪。对自己能否维持阴茎勃起感到焦虑的人极有可能维持不了。对未来感到焦虑就使我们不能很好享受眼前的生活。

恐怖症是一种特别严重的焦虑。它的恐惧对象很多，甚至是对恐惧本身感到恐惧。催眠术常常可以用来治疗恐怖症，一般同时使用其它技术，如变换脱敏(丹尼尔斯，1976)和系统脱敏(克拉夫特，1984)。哈特(1984)报告，他用催眠返童现象治疗两例恐怖症，取得了一些成功。医生在临床上使用何种技术，这可以反映他们在理论上的观点。不过现在大多数医生都准备在实践中更折衷一些。

焦虑也可导致较严重的身体疾病，如气喘发作、皮炎、胃溃疡等。在这些疾病发生以后，焦虑程度也有了减轻，这是很重要的一种现象。威尔肯森(1984)概括性地介绍过治疗焦虑的一种有趣办法，将该法集中用于换气过度症，看来是

很成功的。治疗焦虑的催眠技术通常包括自我强化和松弛。菲特雷尔(1984)讨论了治疗焦虑的一些心理学方法。

对于因考试而过度焦虑的学生，我的做法是集中教给他们一种松弛技术，通常是“握拳技术”(斯蒂恩，1963)。其方法是，拳头愈握愈紧而身体其它部位则放松。在用催眠术训练几次以后，学生们即自己练习，目的是要达到缩短放松需要的时间，使自己在实际生活中能够在不为旁人察觉的短时间里，迅速完成放松过程。我发现，通过充分练习，大多数学生都能用这一技术在短短的几秒钟内使自己放松。

在身体放松的同时，我又通过暗示，使他们想象一个令他们愉快而又深信不疑的情景，由此产生内心的安宁。这种操作要安排在身体放松过程临近结束的时候。当他们身体放松后，这种想象即可迅速出现，并带来相应的安宁和自信。我不是将这种技术的应用仅局限在某个特殊的范围，而是尽可能地鼓励人们，无论什么时候，一旦自己感到焦虑，便作这样的放松。我发现，这种技术在治疗学生因考试引起的焦虑方面，效果十分显著。

### **关节炎和风湿热**

许多风湿热患者在服用化学镇痛药时，疼痛很少缓解或者完全得不到缓解。在这种情况下，催眠术是值得一试的。此外，许多关节炎患者由于药物的副作用而十分苦恼。如果用催眠术治疗，即使不服药，其症状也可得到缓解，至少可以减少服药量。显然，这也值得一试。只给患者传授放松技术，症状即可明显减轻。

## 哮喘

正如魏登和安德顿(1982)所言,哮喘的病因至今尚未明了(斯奈德, 1978)。不过,它肯定是心理、感染和过敏诸方面因素相互作用的结果,其中到底哪方面的因素最重要,有不同的看法。马厄·洛克南(1970)报告,他将400多名哮喘患者分成三组,结果用催眠术治疗的效果明显优于对照组。虽然还不可能断定这较好的效果应归功于催眠术中的哪些特殊方法,但是,自我强化、自我催眠以及痊愈信念看来是值得继续研究的几个因素。

加德纳和奥尼斯(1981)对一些研究做了回顾,其中包括用催眠术治疗小儿哮喘患者。他们似乎不相信催眠术在这种应用中的疗效。因为在许多临床研究包括催眠的应用研究中,有一点看来是不清楚的,即“催眠组”患者实际被催眠了的有多少,而对照组的患者是否也有一些实际上已被催眠?

此处也存在着这样的问题,即催眠深度和催眠效果的关系如何?这问题在其它许多情况下也常出现。有时,催眠深度似乎直接关系到催眠效果,如催眠麻醉就是如此(鲍尔斯, 1976)。吉尔和布伦曼(1959)则认为,催眠深度与其治疗效果之间毫无关系。这个问题值得进一步研究。在用催眠术治疗哮喘的工作中,这一问题也不容忽视。

马厄·洛克南(1970)断定催眠状态的深浅并不影响其临床疗效。柯林森(1975)通过对哮喘患者的回顾性分析发现,在治疗有效的患者中,处于浅催眠者仅有6%,而处于深度催眠状态的则超过60%。看起来这是完全对立的两种结论。但只要对它们涉及到的诸多因素作细致分析,那么要回答催眠深

度与疗效有无关系的问题就不会太难。

此外还有一些问题。其一是哮喘类型和严重程度可能存在的差异。其二是诱导过程也可能不尽一致（事实上极有可能如此）。或许在评价疗效时的最大困难是根据什么决定“好转”，这是临床上经常要碰到的问题。如果不同的医生要得到统一的结论，那就需要有一套客观的疗效指标。在这样的指标建立以前，就必然会出现认识上的分歧。

催眠深度与疗效的关系这一问题在其它疾病的治疗中也会出现，而且也会引起一些有趣的矛盾，上面所说的即是其例。大多数作者似乎都认为催眠深度与疗效的关系是线性的关系，也就是说，催眠状态越深，疗效就越好。不过事实并非总是如此。最好的理论可能是，催眠深度具有许多阈值，它不是线性级别。例如，在某种催眠术治疗只需要某种催眠深度；如果能超过这一深度，治疗即会生效，但超过了多少则与疗效无关。

不同的疾病所要求的催眠阈值是不相同的。在诊治疾病时，明显的困难就是不知道阈值。用某种方法治疗某种疾病，或者只需要轻度催眠，或者需要深度催眠，但无论是需要哪种程度的催眠，医生还是不知道阈值。寻找阈值的办法一般都是先用一系列客观标准测量催眠状态的深度、催眠敏感性以及疗效。然后对这些资料进行判别分析，以确定一种催眠深度。如果这种深度能较客观地将疗效好的患者和疗效差的患者区别开来，那么它便是治疗该病所需要达到的催眠阈值。一旦认识到某种治疗需要的催眠深度，其它医生也就可以加以比较和利用。

## **心血管疾病**

克罗格(1971)以充分的理由说明,催眠术在心血管疾病的治疗中可发挥作用。他强调说,这些疾病通常含有精神紧张的因素;因而仅告诉患者继续放松即可产生好的效果,正如要恐怖症患者不要再因恐惧对象而忧虑一样。催眠术被认为是放松身体的理想措施。当然,也可教给病人一种适合在诊所外使用的放松技术。

他还指出,那些含有心身症成分的疾病,如原发性高血压,患者经常沮丧、焦虑、事事不顺心。因为这些行为方式可能是疾病的一种因素,故只要可能,就应该同时矫正这些行为。催眠术是处理这种问题的好方法,作为使患者放松的技术,它正在得到应用。

## **癌症**

催眠术在这方面的主要用处之一是消除、至少是减轻化学疗法的副作用。一般而言,这些细胞毒性药物导致的最难受的副作用是恶心和呕吐。这通常出现在注射药物后1小时,可持续24小时。然而,注射室内的情景、声音、气味都与恶心的感觉密切相关,足以增强或减轻恶心感觉。雷德和安德里科斯基(1982)作过结论,在接受化疗的患者中,至少有四分之一的人会出现这种反应。

已用来减缓上述反应的方法之一便是催眠术。拉博、霍尔顿、图韦尔和埃克尔斯(1975)详细阐述了用催眠术缓解这些反应的具体做法。注射以前在诊所出现的恶心感显然是一种条件反射,目前处理这种问题时,还没有尽量使用与催眠术结

合的行为疗法，这是令人感到奇怪的。沃克用各种暗示方法增强了患者的信心、促进了放松、减轻了恶心感和困苦。他在报告中还说到，进一步的研究工作正在阿伯丁进行。

海尔加德和摩根(1978)在用催眠术减轻癌症患者的疼痛方面取得了一些成功。奥利斯(1981)也获得同样的效果。如果患者适合催眠，那么用催眠缓解癌症的疼痛是特别有益的，因为这类患者通常需要大量和特殊的镇痛药。奥利斯和加德纳(1981)讨论了用意象技术改变其病理过程的问题，虽然现在说它具有积极作用尚为时过早，但它肯定没有消极影响，而且患者通常变得更加放松、更充满希望、更能抵抗疾病。

### **分娩**

在英国，大多数孕妇都有机会参加产前班学习。其典型内容包括放松训练，这有助于分娩。不少妇女告诉我，她们进行的放松训练很像催眠诱导，而且所引起的主观感觉也很相似。催眠与放松的关系前面已有讨论。放松技术的某些应用也得到普遍接受，但与它非常相似的催眠术却少为人用，这是很有趣的现象。

从近年的资料看，费依和赖利(1982)总结说，催眠术用于分娩，其优点大于缺点。海尔加德等人(1983)认为，对多数妇女来说，催眠术都是为分娩作准备的合适方法。穆恩等人(1984)用催眠术为分娩时的母亲缓解疼痛。这是一篇特别有趣的报告，因为它从母亲(希拉里·穆恩)的认识角度而写，其中又有催眠师(蒂姆·穆恩)的评论。

催眠术对于分娩的最明显的作用之一是帮助孕妇放松。有趣的是，弗诺和查普尔(1964)发现，用催眠术作产前准备

的妇女组与用放松技术作准备的妇女组相比，在分娩过程中感到的痛苦较轻，分娩过程也较短，尤其是第一产程。对那些为分娩而感到焦虑的妇女，可用暗示和表象技术促进分娩过程的某些环节，从而减轻其焦虑。

在用催眠术镇痛时，必须要注意确保并不是所有的感觉都被抑制了。痛觉对产妇和助产人员常常有重要意义，因为它能指示分娩阶段及其进展情况。最好的做法是，或者将疼痛减缓到能忍受的程度，或者将痛觉转换成另外一种感觉，而不要消除所有的感觉。

海尔加德等人(1983)列述了用催眠术减轻分娩疼痛的若干方法。最有趣的方法之一是，通过暗示，要产妇在宫缩出现时即握紧拳头，并逐渐集中精力将感觉从腹部移向拳头，目的是使产妇将注意力集中到拳头，从而完全不注意宫缩。

催眠可能是最安全的镇痛方法。事实上，无论是对腹中的胎儿还是对母亲，化学镇痛药都有一些危险性。催眠术对母亲没有副作用，对胎儿亦完全没有影响。

### 牙科应用

莫斯(1977)列举了催眠术在牙科的一些可能用途。这包括：使患者松弛、减轻与牙科相关的害怕与焦虑、缓解疼痛、避免作呕、控制出血和流涎，还有避免术后疼痛和休克的出现，等等。尤多夫(1981)指出，很多牙科患者与他们的牙科医生维持着较长的专业方面的关系，或许除了他们的内科医生以外，与其它医生的关系都不会如此。如果患者在这种关系中及早得到催眠治疗，那么其益处可能就大得多。

牙科医生应用催眠术时可能会遇到一些问题。例如，患



者可能有一些心理疾患，接受催眠后，其心理疾患即能暴露出来。牙科医生无力处理这类疾患，也不可能有效地鉴别这类患者。但他们对此应有心理准备，应知道当采取什么措施。一般而言，应该嘱咐患者去寻求其它专科医生的治疗。

另外，牙科医生可能对治疗牙科恐怖症产生兴趣。有人将这种恐惧看作牙科疾患是错误的。它只是一种心理症状，其恐惧对象是牙科医生、钻头，等等。虽然牙科医生治疗心理疾患不会给患者造成多大危险，但职业道德要求我们把心理疾患留给心理治疗医师去处理。

同样的问题还有磨牙癖。根据莫斯(1977)的观点，过度磨牙的人绝大多数都是极度紧张的，而且有些情感被压抑了。虽然有些医生可能认为磨牙癖是较严重的症状，但最好还是让受过心理学训练的医生去治疗。

减轻疼痛和控制作呕是很让人感兴趣的两个问题。正如格斯克曼、伯罗斯和菲茨杰拉德(1981)的报告所说，作呕对患者的影响很多。它可能使患者戴不了假牙，甚至连刷牙也变得不可能。格斯克曼等人列述了人们已用来治疗作呕的一些方法，这些方法包括局部麻醉、呼吸练习，以及使用镇静剂。由此可以得出结论，在这方面尚无公认的有效方法。

或许正是由于此种原因，故人们对于用催眠术控制作呕反射这一问题产生了浓厚的兴趣。莫斯(1977)经常使用“唤醒暗示”，他相信其有效率为百分之七十五。埃里克森、赫斯克曼和塞克特(1961)以及阿门特(1971)两方面都提到，有些病例表明，作呕的原因之一是曾经受过创伤。治疗作呕的方法包括暗示、时间曲解以及一些行为医学疗法。看起来催眠术在牙科的这种特殊应用将会更加频繁。

海尔加德等人(1983)对牙科临床上用催眠术镇痛的情况作了回顾。他们认为,牙科手术中出现的疼痛与焦虑等因素密切相关,焦虑越甚,疼痛也就可能越剧烈。故人们也就可以通过控制焦虑等症状而间接减轻疼痛,或者直接减轻疼痛。

海尔加德等人(1983)还回顾了单独用催眠术进行麻醉的研究。他们的结论是,催眠术替代化学麻醉剂而用于临床,患者的催眠易感性越好,其疼痛感就越轻。最后他们评论说,对大多数患者而言,化学麻醉剂的作用很令人满意;但如果有些患者不适宜用化学麻醉剂,或者患者从道德上反对化学麻醉剂,那么催眠术就可能是较好的替代方法。

总之,催眠术在牙科的应用并不太广,这是令人遗憾的。它特别适用于牙科临床,如牙科恐怖症、作呕等。而且,牙科医师与患者之间通常维持着长期的职业关系,这也可望促进催眠术的应用。正如肯特(1986)所说,催眠术在牙科的应用还需要更多的对照研究。

### 皮肤病

许多皮肤疾患,如湿疹、牛皮癣、痤疮、瘙痒、疱疹和疣等,都与心理因素有关。而且焦虑等心理状态常可诱发这些疾患或使之加剧。在这些疾病的治疗中,人们都使用过催眠术,并取得一定的疗效。

克罗格(1977)报告,他治疗皮肤瘙痒的一种方法是症状改良,随后用症状替换。通过暗示,使患者想着瘙痒变得厉害,然后集中精力控制它。下一步是将症状转移到身体的另一个部位,并减轻其程度。奥尼斯(1970)报告了一例皮肤奇痒的治愈,他使用的方法是表象,特别是关于雪的表象,这

除了能将注意力从瘙痒转移开来以外,还可引起清凉的感觉。

想象也被用于牛皮癣的治疗(克兰, 1953)。由于晒太阳可以使牛皮癣得到好转,故可暗示患者正在进行日光浴,伴随着温暖的感觉。通常是轮换着想象身体的不同部位,直到所有需要治疗的部位都得到治疗。

魏登和安德森(1982)对疣的催眠治疗情况作了回顾。疣被认为是病毒所致,它对皮肤条件相当敏感。治疗疣的最常用催眠方法是,暗示病变周围有轻微的刺痛感觉。据认为这种做法能够增加局部血流量,而血流量增加则对疣病毒不利,疣也就自然消失。不过,尚不清楚病毒是永久性地消失了,还是依然存在,以待适合的条件重新生长。

不论这些未知数是什么,催眠看来确实很有效。虽然尚不清楚是否真正需要作催眠诱导,但疣的减轻程度与催眠敏感性之间看来是正性相关的。辛克莱·吉本和查默斯(1959)与赫利尔(1951)等人的研究也证明了暗示在这方面的意义。民间疗法(如将疣“卖”给别人)也属于暗示。很明显,使用暗示的任何方法(如催眠术)对于疣的治疗都是有价值的,尤其是当患者的催眠易感性达到了医生所希望程度的时候,其疗效就可能更好。

用催眠术治疗皮肤病是医生们特别感兴趣的问题,因为皮肤病通常是多种病因的结果。虽然绝大多数都是以身体方面的病因为主,但特殊的心理状态,如恐惧,在激发或增强某种发病条件方面也常可起到关键作用。此外,某种皮肤病的发作所要求的心理状态也可能很局限;通过改变这种心理状态或通过用暗示的方法引起局部生理状态的小小变化,皮肤病变即可获得较大改善甚至完全消失。皮肤病治疗也可以

创造性地由其它途径使用催眠术，这对于繁忙的临床大夫来说是很有益处的。

### **糖尿病**

和其它许多疾病一样，糖尿病可以因生活的紧张而恶化。事实上有些糖尿病可能就是由紧张而诱发的。催眠术显然能够缓解紧张，因而也就可以用于糖尿病的治疗。糖尿病患者可能还有循环系统的病变，这可导致肢体发凉与疼痛。格拉博斯卡(1971)使用催眠方法让糖尿病患者放松、改善其血液循环，从而减轻了由循环不良引起的症状，其有效率超过百分之五十。

也有一些疾病的和治疗的问题令糖尿病患者苦恼不已。如要注射胰岛素时，其治疗是侵入性的，这让患者反感；又如有些患者之所以发生此病，这被认为是遗传基因的缺陷，故他们又怨恨自己的父母。咨询在这样的情况下通常是有作用的。不过，还有一些情况，如对注射针的恐怖症，这就适合使用催眠术了。

### **胃肠疾患**

很多胃肠疾患是由精神因素(如焦虑)导致的，至少精神因素是其中部分原因。毫无疑问，大多数读者都可回忆起来，他们体验到紧张形势可引起内脏的反应。催眠术已被用来治疗这类疾病，如肠过敏症、消化性溃疡、便秘和胃切除后综合征。克罗格(1977)报告了治疗胃切除后综合征的一些成功经验。

沃尔克(1984b)简述了用放松技术和催眠后暗示治疗肠

过敏症的应用情况。催眠后暗示包括控制症状和自我强化。两种方法都取得了相当的成功。病人实际诉说的症状很不一致,有些患者腹泻、有些患者腹痛剧烈。不过,对疗效所作的客观测量保证了研究结果的可信性。

很多儿童腹部疼痛,但又似乎没有器质病变。事实上在大多数情况下都没什有么病因。这种腹痛可能频繁发作,使患儿痛苦不堪。加德纳和奥利斯(1981)对催眠治疗这类腹痛的方法作过介绍。他们在报告中指出,在治疗时,催眠常常是作为最后选择的措施,而不是首选的治疗方法,所以能够用催眠术治疗这种腹痛并取得一些成功,这甚至可以说是催眠师的功绩。

当然,类似的病情使很多临床催眠医生感到为难。他们常常收到转诊信,要求用催眠术治疗多方医治无效的疾病。如果催眠术不是用来治疗这种疾病,成功率极可能要高得多。

### **妇科应用**

米勒(1979)对催眠术在妇科的应用情况作了介绍。其所治疾病包括经期腹痛、经闭、痛经、功能性子宫出血、阴道与外阴瘙痒、功能性白带过多、功能性不孕以及停经。米勒的目的是寻找上述疾病的无意识原因。从他介绍的病例来看,绝大多数都可以采用催眠分析技术。

所谓经前期紧张综合征也可用催眠的方法缓解。很多妇女有经前紧张的情况,虽然她们大都有自己的处理办法,但学会放松,或者再结合催眠方法,能够明显减轻紧张程度。

### **多汗症**

出汗过多是令人烦恼的一种病症,它常与焦虑有关,故

也可通过减轻焦虑而获得改善。焦虑显然可以用催眠的方法减轻。安布罗斯(1952)报告过一例多汗症。患者是一位十三岁的儿童。通过催眠诱导的返童现象,发现出汗过多是由五年前的一次外伤事故所引起。经过几个疗程的治疗,其出汗过多消失。

### **现实适应障碍**

现实适应障碍最好理解为患者感到无能力适应日常生活。它通常与缺乏自信联系在一起。斯坦顿(1981)在处理这种问题时使用了催眠诱导与自我强化结合的方法。其研究设计看来很合理。他总结说,他的这种方法的效果比对照组好。对照组的处理方法是让病人讨论如果能够更好地主宰生活,这种方法也取得了一定的效果。

### **失眠**

失眠是令人十分烦恼和沮丧的问题。大多数人只是某些时候失眠,但有些人的失眠则是慢性的。失眠的表现形式也很多。有些人是入睡特别困难;有些人醒了以后不能再入睡。凌晨即醒这种失眠通常与抑郁有关。

有些病例只要简单向患者作催眠后暗示,暗示内容是自我催眠足以使人入睡,这就可以使睡眠恢复正常。然而有些病例则需要诸多催眠方法一起使用。如果失眠与抑郁有关,还需要结合使用另外的疗法。

### **偏头痛**

偏头痛的表现包括剧烈头痛,常常伴有恶心和对声音与

强光的极度厌烦。偏头痛的性质、程度以及周期的变化很大。或许正是因为变化太大，所以它还没有为人们普遍接受的定义。人们也在不同类型偏头痛的分类上作过努力，但亦未取得一致的观点。巴德津斯基(1979)将它分为七种类型，其中有些较多见，有些较少见。

沃特斯和奥康纳(1971)的研究表明，人群中大约有四分之一的人患偏头痛，其中最常见的或许是普通型偏头痛。其特点是一侧头部疼痛、逐渐加重、没有视觉模糊及不能注视目标等前驱症状。典型偏头痛通常有前驱症状，一般都是一侧性头痛；丛集性偏头痛是两侧交替出现头痛，其交替迅速。

偏头痛的发病原因还不很清楚。据推测，其发作是由于脑血管的扩张(巴凯，1975)。亦有人提示(索瓦克，库泽尔，斯克巴克和戴尼西欧，1978)偏头痛患者可能有全身性的血管舒张功能障碍。阿拉丁(1984)认为，由于药物治疗偏头痛的疗效很差，故可用催眠术和其它一些心理疗法来治疗这种疾病。不过，有关的报告还很少；而且已有报告的实验设计又不甚严密。

阿拉丁(1984)的工作或许最为出色。他将50名偏头痛患者随机分为5组。这一研究有若干重要发现。其中最重要的一点是，催眠疗法(包括温暖感觉的诱导)和主动的进行性放松，这两种方法可能是治疗慢性剧烈偏头痛的最有效的方法。另一个发现是，“手套样麻醉”法可能是作用于痛的知觉，而不是作用于偏头痛的发生机制。最后，阿拉丁推荐，对慢性偏头痛的首选疗法应该是心理疗法。

## **麻醉药成瘾**

麻醉药成瘾影响着从少年到老年的很广泛的人群。一般说来，导致成瘾的动机各不相同。少年最初开始吸毒只是想体验一下它是一种什么样的感受；而老年人所服的药物通常是医生对诸如失眠和抑郁等疾患的处方。这些药物一般都是巴比妥盐类。

成瘾是一个复杂过程，它可能是身体上的成瘾，也可能是心理上的成瘾，或者二者兼而有之。有些药物能使某些人成瘾，但另一些人则常服无瘾。但不论成瘾的性质如何，成瘾者到诊所来就是为了寻求帮助。

克罗格(1977)说，用催眠术治疗麻醉药成瘾没有任何效果。不过他又认为，它有减轻戒断症状的作用。与此相反，鲍曼(1970)认为，对于那些希望戒断麻醉药的人，催眠术可能还是一种有用的辅助疗法。特别是他们已认识到药品能危害身体时，催眠术就更为适用。迪蒙特(1981)报道，有一位59岁的妇女，由于焦虑和强迫性思维而经常服用巴比妥。后来用催眠放松方法有效地减少了其服药量。

在这方面催眠应用的成功治验虽然较少，但并不意味将来也不会取得较多的成绩。因为在许多情况下，催眠术是作为一种辅助疗法在使用。能否开拓出新的途径，这还依靠医生的创造能力，他可能会突然发现一种新的应用方法。

## **神经肌肉疾病**

克罗格(1977)用了整整一章的篇幅，专门讨论催眠术在神经肌肉疾病的身体康复方面的应用。这类疾病包括多发性



硬化症、小儿麻痹后遗症、帕金森氏病以及脑性瘫痪。克罗格认为，催眠术能够促进康复所必需的重新学习过程。事实上确有一些研究结果令人鼓舞。如拉扎尔(1977)用催眠术治疗了一名12岁的脑性瘫痪儿童；克罗格(1977)用催眠术治疗一名34岁女性的小儿麻痹后遗症患者。在这方面的应用中，尽管设计合理的对照研究尚少，但作为一种辅助治疗措施，催眠术的应用可能会逐渐增多。治疗可以在催眠状态下进行，患者的注意力由此得到集中；或者用催眠术来处理并发症候，例如帮助患者放松。

### **肥胖**

帮助人们戒烟或减轻体重可能是催眠术最常见的一些应用，也是所谓的“催眠治疗师”在报纸和商店橱窗上大做广告的内容，而且常常荒谬绝伦地宣称极高的“治愈率”。与此相比，显得特别有趣的是，魏登和安德通(1982)在对这方面的应用作了广泛的回顾之后说，他们未发现有任何迹象能表明催眠对于减肥有什么特别的价值。

人们在减肥时应用了许多催眠方法，如心理疗法、厌恶疗法和直接暗示等。心理疗法要尽量寻找导致肥胖的原因。虽然斯坦顿(1976)等人的研究得到了某些可喜成果，但成功是否来自催眠诱导还难以断定。相反，有些因素如期望、动机、鼓励和饮食方面的建议等，即使不是特别重要，也不会比催眠的影响小。而这些因素至少有部分存在于催眠治疗过程之中。

有经验的临床医生和研究人员都会认识到，这是一个典型的实验设计问题。在临床疗效的评判方面，一般而言，除了

实验者所要观察的诸项指标以外，要控制所有的可变因素简直是不可能的。为了说明这一任务的艰巨，我们不妨举下面一个例子。如果实验之目的是要比较催眠诱导后的暗示与不作诱导的暗示，那么观察人员必须是相信两种方法作用相等的人，否则观察人员的期望就可能影响患者。这期望即使不是直接传递给对方，至少也可能给对方以巧妙的、非言语的暗示。即使有符合这样条件的观察人员，还有很多其它实验设计问题有待解决。事实上，我不相信哪个实验设计能是完美的，充其量不过相对合理而已。

### 眼科应用

催眠术可用于眼外科、矫正斜视、治疗青光眼以及调整隐形眼镜等。其中最令人感兴趣的是治疗儿童闭塞性弱视。闭塞性弱视是双眼的视觉图像不能聚合成一个图像；其中一只眼的视象被闭塞了，患者的视觉只是来自于另一只眼。布朗宁和克拉斯尼克（1957）以及布朗宁、奎因和克拉斯尼克（1958）的两项研究都获得了令人鼓舞的结果。其机理可能是催眠暗示改善了患侧眼睛的视觉。

令人奇怪的是，催眠术在眼科的应用虽然也取得过一些可喜结果，但总的看来这方面的工作还很少。不过以后毫无疑问会有所发展，特别是对于患病儿童的治疗，其应用将逐渐增多。

### 骨科应用

催眠术已被用来治疗一些骨科疾患。奥利斯和加德纳（1981）报道，他们用催眠术为两例骨折后截肢的患者施治。

促进了其恢复。这是令人感兴趣的。催眠亦可用 来 治 疗 斜颈。斜颈通常带有很大的癥症性质，对催眠等一类疗法特别敏感，而事实上用物理疗法常不会有任何效果。背下方疼痛在很大程度上受患者心理状态的影响，因而也可以用催眠的方法改善患者的心理状态。

### **耳科应用**

米勒(1979)认为，催眠术是为耳科患者减轻紧张和焦虑的一种很有用的方法。克拉斯尼克和霍尔(1975)报道，百分之五十以上的耳鸣患者通过自我催眠作放松训练，耳鸣得到改善。由于耳鸣的频率、持续时间和严重程度可能要受情绪因素的影响，故在耳鸣的治疗方面竟未充分应用催眠技术，这实在是奇怪的现象。

### **疼痛**

用催眠术缓解疼痛，这在本书的不同段落里都已提及。这方面的文献相当丰富，这里只简单介绍疼痛的性质、催眠术控制疼痛的应用情况，希望读者借此能对这两方面的知识有所了解。

疼痛是一种很复杂的现象，因而要研究疼痛也就困难重重。疼痛是一种主观体验，当某人诉说感到疼痛时，这种体验就肯定存在。对疼痛有许多生理测量方法，如心率以及皮肤电反应(GSR)都与疼痛相关。不过，它们肯定不能代替完全可靠的客观测量方法。

疼痛也有很多不同类型，最重要的区别就是临床和非临床的疼痛。人们对这两类疼痛作了相当多的研究。如果研究

者能够证实对一种疼痛研究的结果可以说明另一种疼痛，这对疼痛的研究将大有帮助。但非临床疼痛与临床疼痛在一些方面毕竟有很大不同，它的持续时间通常较短，而且也不会像临床疼痛那样使人感到抑郁。

人们用了许多方法来诱发非临床疼痛，其中有些使人相当痛苦。它们包括压迫骨骼、用楔状物和束带诱发疼痛、用辐射热引起疼痛、用电流和电击引起牙痛，等。海尔加德等人(1983)在其研究中使用了两种疼痛，即冷压疼痛和局部缺血性疼痛。前者是将手臂放入冰水中而引起；后者则由舒缩极度缺血的肌肉所诱发。他们认为，这两种疼痛与临床疼痛很相似。

要给疼痛下出定义，是相当困难的(斯滕巴赫，1968)。疼痛的类型很多，如“掣痛”、“钝痛”、“锐痛”、“刺痛”等。除此以外，疼痛往往很难治疗。虽然许多疼痛都与组织损伤有关，但也有很多疼痛原因未明。有些类型的疼痛并不是产生于组织损伤，如偏头痛。疼痛也可由心身原因所导致，而且患者确实感到疼痛。疼痛也可能是牵涉痛，如感到疼痛的部位并不是真正的病变所在。人们甚至可以感到早已被截掉的肢体疼痛，这被称为幻肢痛，它常常是极难医治的。

正因为疼痛是这样的一种主观体验，故存在着许多个体差异，而且痛阈也因人而异。事实上，同一个人在不同的环境下，其痛阈也有变化。疼痛也会随年龄变化，不过尚未发现其间的明确关系。

最能说明疼痛的各种问题的理论可能是“闸门控制学说”。它是由梅尔扎克和沃尔在1965年提出的一种很复杂的理论。它符合实验与临床研究结果。不过，这种理论也有一些

难题未能解决，对此凯西(1970、1973)已作过讨论。疼痛的闸门学说不断得到修正，以后毫无疑问也将不断得到修正。

海尔加德等人(1983)的工作表明了催眠术在控制疼痛方面的作用。他们的实验室研究揭示了催眠敏感性与疼痛之间的关系，而这关系又为另外的研究人员如斯潘罗斯、拉德克·博多里克、弗格逊和琼斯(1979)的研究结果所支持。不过，与这些工作相关的方法学问题也不少，如在没有其它特别指导的情况下，仅用催眠诱导技术能使疼痛减轻多少？这些问题在海尔加德等人(1983)的文章中都得到了充分的讨论。

魏登和安德通(1982)总结说，催眠术是临床疼痛的一种有效治疗方法。他们同意海尔加德等人(1983)的观点，认为催眠敏感性与催眠控制疼痛的效果之间正性相关。然而也必须注意把催眠术减轻疼痛与减轻焦虑的效果区分开来。这种区分可能很困难，因为经过催眠诱导出来的放松其本身即可提高患者对疼痛的耐受力。有人可能认为，区分它们对于临床医生并无特殊意义可言，只要患者最终觉得疼痛减轻即可。但对于研究人员来说，这种区分还是必需的。

从前面的讨论已经看出，很多临床疼痛都可通过催眠得到缓解。不过，有人(尤多夫，1981)认为，若用催眠术治疗原因已明的慢性器官性疼痛，其价值将会更大。当然，对于心因性疼痛，较好还是用催眠方法去控制，如医生可作精神分析治疗，而不要使用镇痛方法。

用于缓解疼痛的催眠方法有很多种。其中一种是直接暗示，而它又有不同的形式。这种方法可以很简单，如暗示疼痛部位逐渐变得麻木起来，将再不会感到疼痛。另一个直接暗示方法是暗示患者正在接受局部麻醉，因而他们感到疼痛

正逐渐消失。“手套样麻醉”法也常有应用，这就是暗示患者的手已麻木，进一步暗示患者，在他用麻木的手触摸痛处时，这种麻木感也将传递到痛处。此外还可暗示患者掌握着一个疼痛开关，可以关闭疼痛。

另一个方法是将患者的注意力从痛处引开。这通常被称为分心技术，它暗示患者将注意力集中到一种愉快的体验上去，而这种愉快体验可由催眠师暗示和描述，或者完全由患者自己去想象。有时，可暗示患者正在欣赏电视节目；对于儿童来说，这尤其是一个好办法。

与此相反，有时患者除了能感受疼痛以外，并不能想任何其它事情。如果遇上这种情况，催眠师可暗示患者注意力全部集中在疼痛上，但同时也对疼痛形成一种想象，例如将疼痛想象成一种红光。如果是掣痛，则想象这红光是波动着的。然后暗示其波动频率正在减慢。当这种想象成功时，掣痛的频率也随之减慢。

还有一种方法在某些情况下能有效地控制疼痛，这就是将疼痛从身体的一个部位转移到另一个部位。其优点是所选择的新部位的敏感性较差，因而疼痛也就较轻。另外，由于患者已集中精力使疼痛得到一些控制，故用另外的暗示技术完全消除疼痛通常也就容易得多。催眠师还可以将疼痛转换成另一种感觉，如痒。其优点是保留了疼痛所提供的有价值的信息，如分娩时的宫缩痛，其预报作用在使用这一转换方法时得以保留。

还有一个不常使用的方法是分离法。其目的是使患者与疼痛分离开来。其操作方法是暗示疼痛部位和其它部位正逐渐分离。由于其间再无任何联系，故患者也不会感到疼痛。

在控制疼痛时也可使用返童现象，使患者返回到疼痛发生以前的某个时间。另一个方法是操纵时间，即时间曲解。使用这一方法时，暗示时间很快流逝。它特别适用于外科疼痛，因为这种疼痛的时间很长。

催眠术对于控制疼痛是极有用的一项技术。不过，虽然催眠术在这方面经常取得成功，但这并不意味着在此再也无须留意。吉本逊(1984)注意到，有些临床报道几乎是不可信的。将催眠术用来控制疼痛的成功与否，仍然要视临床医生的技能如何。

### 性疾患

性疾患的类型很多，有些是器质性病变，但绝大多数都有心理方面的原因。狄根等人(1982)对催眠术在这一领域的不同使用情况作过分析。他们总结说，这些使用一般可以分作三类。第一类称为“催眠精神分析”，主要是用返童现象和催眠精神发泄疗法(hypnotic abreaction)诊治与其性疾患相关的精神创伤。

第二类也属于精神分析的范畴，但医生不用传统的精神分析技术，而是使用简单的、直接的方法，如直接暗示和视觉意象。第三类是行为疗法，医生在作行为治疗时结合使用催眠术，如系统脱敏疗法即属于这一类。

这些方法已被广泛用于不同性疾患的治疗。巴拉巴兹(1977)用催眠后暗示治疗早泄；而狄根等人(1982)在治疗阴道痉挛时，则使用了以催眠为辅助的系统脱敏方法，并且结合使用了其它一些技术，如联合咨询。

阿拉兹(1982)写了一本特别有趣的书，其中介绍了他们

称为“新催眠术”的方法在治疗性疾患方面的应用。“新催眠术”并不是一个过激的名称，它只不过是催眠术定义的扩大，从而包括由患者自己想象的方法，这种想象即使在没有诱导的情况下也能进行。阿拉兹介绍了能用于性疾患治疗的一些催眠技术。除此以外，他还讨论了另外许多问题。他成功地将许多不同的方法结合在一起，这有助于才思敏捷的性疾患专科医生从新的角度认识性疾患，也有助于他们创造新的治疗方法。

### 吸烟

前面已经提到，催眠术的最常见应用之一就是帮助人们戒烟，外行的“催眠师”更是在这方面大做文章。魏登和安德通(1982)推断说，一个人的戒烟动机是其戒烟成功与否的关键：吸烟量的减少与催眠易感性可能并不相关。看起来，在用催眠术帮助人们减少吸烟或完全戒烟的过程中，起关键作用的很可能是非催眠因素。

另一个有趣的发现是，绝大多数要求戒烟的人在治疗的前期阶段即能戒断。席汉和瑟曼(1982)发现，百分之九十八的人是在第一疗程末期戒断吸烟的，这一发现与康韦尔、伯罗斯和麦克默里(1981)的结论一致。他们推断，如果戒烟者在第一疗程即不能戒断，那么后来是不可能有什么效果的。

席汉和瑟曼(1982)对戒烟的后果作了调查。在戒烟者中间，接近一半的人体重增加；而在戒烟成功的人中，体重增加者占四分之三。此外也有一些心理改变，这些改变一般都是负性的。如更加易于激动的占近百分之五十，焦虑占百分之二十一，抑郁的占百分之二十五。



毫无疑问，催眠术将继续被用来帮助人们戒烟。不过，至今尚不清楚它对戒烟成功究竟能起多大作用，故进一步的研究是要明确认识催眠术在戒烟过程中的确切作用（如果有所作用的话）。什么样的结果才是成功，这一问题也值得考虑。除了完全戒断以外，减少吸烟量也是值得追求的目的。虽然还很难确定吸烟量减至多少才算有显著意义，但应该达到的目的是，至少应减百分之二十。即使一个人只戒断了六个月，这也不能认为是一种失败。研究人员和临床医生必须记住，像这样的不吸烟时间对于某些戒烟者来说就是重要的进步。此外，像这样的戒烟在个人的一生中可能要重复好几次，直到取得更大的成绩。

### **讲话和言语障碍**

用催眠术治疗讲话和言语方面障碍报告很多。例如口吃等。洛克哈特和罗伯逊(1977)报道，他们仅用催眠一种方法，其中尤其是自我强化和握拳减轻焦虑的方法（斯滕，1963），就治愈了一组轻度口吃患者。第二组是较重的口吃，他们的治疗方法是催眠疗法结合语言矫正训练。作者认为，催眠治疗是其中部分患者获得痊愈的关键因素。然而，现在尚不清楚治疗效果与催眠治疗的相关程度，不清楚疗效是否来自于其它因素。

拉瓜依特（1976）研究了催眠术治疗儿童发音异常的效果。催眠术首先用来增强患者矫正发音异常的动力，然后用来协助发现导致紧张的某些原因。拉瓜依特的报告表明，只有两名儿童的发音异常未获改善，而这两名儿童的催眠易感性按拉瓜依特的判断都较差。

在其它一些言语障碍的治疗方面，人们对于催眠术的作用也有许多研究。霍斯利(1982)用简单催眠疗法和自我催眠治疗一名心因性发音困难的妇女，取得明显疗效。梅森(1961)使用催眠术促进失语症患者恢复语言能力。他报告说，催眠状态的深度与其治疗效果之间可能无相关性，不过遗憾的是，报告对催眠状态深度的测量方法未作详细说明。

劳什(1961)对催眠术在言语病理学以及听觉学方面的应用作了回顾，其内容令人很感兴趣。劳什在综述中下了这样的结论，所有病例几乎都不能说明与催眠术或言语、听力相关的任何问题。这样的观点用来评论许多临床工作都是恰当的。讲话和语言方面的障碍一般是很复杂的，催眠术在其治疗中的确切作用还有待证明。

## 个 人 体 会

毫无疑问，催眠术是很有价值的一种方法，它可作为许许多多治疗方法的辅助措施。不过，要决定哪种疾患最适合用某种包括催眠术在内的方法治疗，这仍然是相当困难的。虽然有关临床研究的疗效标准不断得到改进，但在很多方面仍有相当多的模糊和未知因素。

临床疗效评价问题我在本章的前面已间接提到。虽然科研设计越来越精巧，统计分析越来越精确，但人类实在太复杂，严格地控制和操纵各种可变因素的科学研究也远远难以处理好这种复杂性。

这并不是说应该放弃科学研究。相反，临床医生必须十分敏锐，能借鉴设计合理、分析准确的研究结果。当然，他们

也必须以同样的敏锐去对待所治疗的病人。有些患者虽然相似，但毕竟是不同的。临床医生的技能就在于创造性地使用治疗技术，而这种使用要以已有的知识为其坚实的基础。

影响治疗成功的最大障碍或许就是医生的固执。没有任何事情会与它的表面现象完全一致。医生必须不断严密监测其治疗结果，随时准备对其诊断和治疗进行合理的修改。这里举一个例子，它可帮助说明这些道理。

D 先生主诉晕船，看起来并无器质病变。他连续航行过许多年，从来没有出现过晕船，而且最近他自己也买下了一艘游艇。但由于晕船相当厉害，故他正在考虑将游艇卖掉。最初的治疗是用握拳技术作放松训练。

然而，在治疗期间，患者透露，他感到在过去的几个月里焦虑加重了，他所担忧的是怕误了航行归期。他希望能用催眠术帮助他放松。直到这时，所用治疗都是建议D先生在航行时使用握拳放松技术。医生这时才意识到，治疗方案需要修改，而且也需要进一步寻找晕船的原因，这原因在以前还没有发现。

医生开始用催眠术使D先生返回他在游艇上晕船首次发作的时候，并指令他回忆当时的特殊情绪状态和担忧。后来的询问表明，D先生所唯一担心的是他能否按约定的时间返回。（对于不太熟悉航行知识的人，重要的是要知道，如果航行条件不利，那么迟归几小时，甚至几天，这是很有可能的。）D先生报告说，他为可能迟归而感到愧疚。

到了这时，晕船的可能原因披露出来了。无论何时，D先生只要一感到晕船，他便尽快返航靠岸，这样做的结果就使他为可能迟归而感到的愧疚得以消失。故对于D先生来说，

晕船的目的就是使他避免感到愧疚。后来的治疗便以此为基础。除了指令他在感到紧张时用握拳技术作放松训练以外，也对他作催眠后暗示，要他再也不规定返航的期限，对任何其它事情都不做这类许诺，而要更有弹性。

五年以后，D 先生航行更加频繁，晕船一般再未发生；只是在海浪特别大的时候有所发作，但能够控制得住。他报告说，他再也不为最后期限担忧，也不受时间的束缚。

我认为这一病例是较典型的，它说明治疗可以随时修改和转变。临床医生必须始终记住，原先拟定的治疗方案有时需要根据患者的简单说明而作果断的修改。这正是治疗令人感兴趣的缘故。

## 8. 催眠疗法的非临床应用

催眠疗法的临床与非临床应用之间,其界线是很模糊的。例如,对创造阻滞的治疗就很难说是临床还是非临床的。

有些读者也可能认为,治疗即是指临床治疗。笔者不同意这种看法。很多技术既可用于临床,亦可作非临床使用。例如利用返童现象揭示被遗忘的信息即属于此类技术之一。它可作为心理分析的一部分,也可作为发掘童年早期记忆之实验的一部分。肯定地讲,“治疗”一词其定义过于狭窄。人们有很多问题并不真正需要“临床”处理,而只需用其他方式去解决。

上述之类问题甚多,如悲哀便是一种。有时,开业医生对悲哀似乎太不在意,不把它做为临床问题看待,不用镇静剂帮助其人度过悲哀。其实,悲哀是一种自然过程,它似乎有助于人们适应失去亲人的处境。参加葬礼、处理遗产,以及亲朋的安慰都具有“治疗”这种悲哀的作用。

许多人面临的另一个问题是工作中的紧张。我们知道,紧张可以导致疾病。不过,人们一般都找到了治疗紧张的对策,例如参加体育活动、忘情于业余爱好,或者进行特殊的放松训练,等。这些对策虽然是由人们自己制定、自己执行,但都不失为真正的治疗手段。

再举一例,用以说明临床疾患与非临床问题的区别,以

及“治疗”这一概念的外延。恐怖症是人们最常见的一个问题(米切尔,1982)。大多数恐怖症患者并不寻求医治,但这并不是说,他们完全没有对策。相反,他们常常能够采取多种措施对付恐惧,其中包括巧妙地操纵他人、回避恐惧对象,以及各种减轻紧张的方法。对大多数人来说,只是在上述措施不再灵验以及社会生活和工作受到严重影响时,恐怖症才成为临床问题。故恐怖症何时需要临床处理,至少部分地由恐惧者自己的对策是否有效及其程度来定;部分地由他所害怕的对象来决定。怕汽车远比怕蛇虫更易损害人们的身心健康,至少在英国是如此。

在这类问题中,有很多是可以借助催眠术来解决的。下面就此进行分析。人们最不可能去求医的也可能正是这些问题。很多在当地报纸及商店橱窗做广告的催眠师无疑就是在寻找这类问题。由于催眠术在这方面的应用较少见诸报道,故其效果如何还很难评定。

吉本逊(1979)在其著作里用了整整一章的篇幅讲述提高个人创造性和操作能力的催眠方法。他指出,在很多领域内都可借助于超经验技术(由催眠技术引起高唤醒状态),或者其它催眠手段,使人的创造能力得以提高,这其中一个是学校学习。吉本逊对如何提高学习技能、优化考试成绩和增进同学关系的方法做了一系列详细介绍。催眠术在这方面的应用有广阔的发展前景。我用催眠的方法,为许多学生减轻了由考试引起的焦虑;这些学生平时也总是处于异常的焦虑之中。

这里又引出一个我早已意识到的伦理问题。人们会说,在考试前用催眠术减轻焦虑的学生与其它学生相比,占有不公

平的优势。事实上也的确如此。这正是我为什么只给因考试而严重焦虑的学生施术的原因。不过，不公平仍然是催眠术在这方面应用的障碍。所有接受这类请求的催眠师都应该考虑这个问题。

吉本逊(1979)还介绍了催眠术在诸如成就动机、推销术、公众演说以及外语学习等方面的类似应用。催眠术在其它许多方面也可以有所作为。兹将其中部分应用情况详细介绍如下。

### 8.1 创造阻滞

几乎所有专业人员都会在某些时候出现创造“阻滞”。所谓创造阻滞，简单地说，就是专业人员在一段时间里感到极难进行创造性工作。它可发生于艺术家、作家、科学家，以及其它任何进行创造性工作的人。他们中间的不少人都有自己克服阻滞的特殊对策。创造阻滞可能给创作人员带来相当严重的后果，而且其时间可以持续数月甚至数年。

巴里奥斯和辛格(1981)对治疗创造阻滞的三种不同方法作了比较。这三种方法是唤醒意象(waking imagery)、催眠梦幻(hypnotic dream)和推理讨论(rational discussion)。此外还设立了一个对照组。催眠梦幻组的受试者在催眠诱导之后产生了三种与他们创造主题相关的梦幻。在实验过程中，没有直接提及“催眠”一词，以免受试者对催眠的不同期望使实验结果出现偏差。

结果表明，催眠梦幻和唤醒意象是医治创造阻滞的最有效方法。催眠术的这种应用很有趣，它有可能成为一种常用

措施。特别是当有创造阻滞的人注意到还有办法能够帮助他们克服阻滞时，它就会得到更加经常的应用。

## 8.2 创造激发

与创造障碍之治疗密切相关的问题是如何增强个人的创造过程。这二者的根本区别在于，前者是个人的创造能力完全不能随意发挥出来；而后者旨在活跃个人的创造过程。这是一个需要催眠师深入探索的有趣问题。在这里有可能发现催眠术的很多效用。

就视觉艺术的创作人员而言，催眠术可能有助于他们想象到作品的下一阶段甚至最后阶段的情景。一般说来，催眠术也能促使作者对其工作全神贯注，自我催眠的这种作用尤其显著。然而，催眠术与其它方法，如导向幻想相比，其作用是否优越一些？现在尚缺乏令人信服的资料可回答这一问题。这是因为，人们表现出来的创造激发不易测量，仅仅计算他们写了多少字，或绘了多大面积的图画是远远不够的。不过，催眠术的效果虽然很难衡量，但只要艺术家相信他们的创造能力得到了提高，那么就应该对此做进一步探索。

## 8.3 个人发展

如果有诚意，我们就会乐意改善或提高自己人格中的某些东西，例如：控制坏脾气、提高社会技能、减少冲动行为，等。吉本逊(1979)指出，人类早就有过许多“正性构想”活动，其中最早的、也很有可能是最著名的要数库依(1932)的“正



性构想”，它指示人们反复轻声地对自己说这样一句话：“无论在哪方面，我都一天比一天地好起来。”

正性构想要在睡眠与觉醒之间的状态下进行，因为一般认为，在无意识状态下更适合作自我思想交流。总是有些人愿意证明这类方法是有效的；他们把自己生活中的成功归于遵循了这种自我暗示。然而，肯定地讲，正性构想并不是对所有人，或者大多数人都有作用。

正性构想显得有些形式化；进行这种自我暗示的人显得相当的天真憨朴。但是，我们不应该把它全部废弃。如果能使某人相信自己在某方面处于良好状态，他便极可能因此而感到更加愉快。有时，人们某方面的行为本来很好，但他们本人并没有认识到这一点。此时，催眠术的任务不是改变这种行为，而是要改变他们对这种行为的知觉。换言之，是使他们更加积极地想象这种行为。神经语言学的训练是通过对认知进行重新构架而达到这种目的。

若人们某方面的行为不好，而他们也认识到了这一点，这时除了有必要帮助他们纠正不良行为以外，同时还要确使他们对行为进行更加积极的想象。如果他们总是认为其行为不好，那就很难获得持久的效果。

毫无疑问，“正性构想”的鼓吹者对其效果有言过其实之处。但它毕竟具有一些积极作用。一般说来，对自己的行为多作些积极构想，要比消极构想更加令人愉快。

## 8.4 运动催眠

运动催眠是目前人们很感兴趣的一个领域。在当今社

会里，运动正日益受到商业利益的支配。通常有极大的压力迫使运动员力争取得最好的成绩。这里，我们首先必须明确，使用催眠术(或其它任何手段)取得镇痛效果，然后让运动员继续参加比赛，这种做法是相当危险的。当然，也不是说催眠绝对不能用于这一目的，因为催眠后继续竞赛，有时也不会加重损伤。但无论如何，这种做法还是要千万小心。

比赛时，教练或领队通常要努力鼓舞队员的斗志，这常常被称作“心理激发”过程。谢尔顿和马奥尼(1978)认为“心理激发”包括四个主要内容。其一是强调自我效应以及个人能力，这可称之为自我激发；其二是凝神，也就是将注意力集中到参加运动的那些关键肌肉的活动之上；其三是预备性兴奋，即运动员精神专注，准备开始竞赛；最后是表象，这时运动员全神贯注地想象自己正在竞赛(而且表现要好)。

理查德逊(1967a, 1967b)回顾了心理排练的作用。一般认为，心理排练是在没有任何明显肌肉活动的情况下，对一种特殊的身体活动或一组活动所进行的心理排练。理查德逊推断，心理排练确实能够提高运动成绩。

然而，摩根(1980)在考察了催眠术在运动医学中的应用情况以后强调指出，催眠术之于运动的作用可能极端复杂。虽然它有可能降低运动员的力量和耐力，但很少有迹象表明它能起增强作用。然而，有这样一个有趣的现象：在催眠暗示下的“运动”确实能引起人体各种代谢活动，如心率、呼吸频率以及氧气摄入量的变化，这些变化与真正运动所导致的变化非常相似。

心理排练还可以用来为运动员热身，大多数运动员在赛前都要进行热身准备。虽然心理排练对于使冷滞的肌肉温暖

起来可能有很重要的作用，但并非必不可少。只不过在需要时催眠暗示下的运动仍可作为一种有效的替代措施。摩根(1980)还提示，某些运动员在催眠状态下比在正常认知状态下更易于察觉动作的偏差。

梅尔斯(1984)报告，他用催眠术为一名运动员提高了运动成绩。该运动员希望提高射箭成绩。梅尔斯用心理排练、自我强化以及精神凝聚等技术为受术者训练。经过十二次训练之后，其总分及单组分都得到了提高。此外，受术者在生活的其它方面也变得更加平静和放松。射箭特别适宜作定量研究，因为它本身正是方位测量；而且运动员的技术发挥只受到竞赛对手的间接影响。

尤多夫(1981)报告，他用催眠术克服了一名棒球运动员在被球击中后出现的恐惧心理。必须记住，催眠术虽然有可能通过不同途径帮助运动员、提高其水平，但它并不能赋予运动员本不具备的能力。尤多夫对此作了较好的说明，他指出，用催眠术使一名拳击运动员更富进攻性的同时，又可能使他更容易被击中。

由上可知，催眠术对于体育运动可能有很多作用。但在这些作用得到肯定之前，无疑还需要大量的调查研究。对运动催眠感兴趣者有非常多的机会进行这方面的研究。此外，在许多运动中，时间、距离等指标具有很重要的意义；有了这些指标，我们即可进行设计合理的研究，能够仔细测量施术前后各种指标的变化。

## 个 人 体 会

在非临床领域，自我催眠有着极广泛的用途。有人认为，

从某种意义上讲，所有催眠皆是自我催眠。其实，人们利用自我催眠与利用其它方法一样，都可以帮助自己独立地处理问题 and 健康地发展。

虽然我并不是任何特别的“个人发展”运动的唱和者，但我认为他们的目的应该得到支持。不过，任何一种运动都不能够囊括可能达到这些目的的所有方法。我更倾向于教会人们一整套技术，以便他们在需要时使用；自我催眠应该是其中的技术之一。

不应该过分夸大催眠术能够产生的好处，正如我们所知，催眠术在上述各方面使用的效果尚难测定。遗憾的是，总有一些人爱过分地夸大特殊技术的效力；更遗憾的是，也总有一些人爱轻信他们。

## 9. 催眠术的其它应用与问题

在这最后一章，我将就催眠的其它用途的部分内容进行讨论。与上面两章所谈的那些用途比较起来，这里要讨论的一些催眠应用情况更容易使人产生疑问。所以本章首先就与催眠有关的几个问题略作分析，并尽可能阐明其意义。

### 9.1 与催眠有关的问题

催眠术的应用情况很繁杂，而人们对其性质也缺乏认识，这就产生了许多问题。这些问题部分产生于人们对催眠的误解，后者又部分见于较普及的出版物中。有趣的是，如果某人害怕被催眠，那么他就常常会提出这类问题。

下面谈谈催眠的有害影响。

我们常会遇到这样的提问：催眠对人体有害吗？催眠是否会引起心理或身体的疾患？这个问题还需要仔细分析。有些受术者在被催眠后可能感到身体不适或心理异常，如希尔加德等人曾报告，少部分受术者在催眠后出现头痛或其它症状。不过，这种现象也还要看我们如何解释。

人们在被催眠之后的感受往往与平时有所不同，即使催眠师未作这种暗示，情况也往往如此。根据我的经验，人们在被催眠之后的身心感受相当复杂，催眠师如何解释这些感受是至关重要的。不少受术者反映说他们在被催眠后非常放

松，甚至感到瞌睡，他们很有可能认为这很难受。在听取受术者报告催眠后感受时，催眠师的部分任务便是为他们作适当解释，以保证他们能够正确地认识这些感受。

有些身体不适是由于受术者在催眠全过程中一直保持着同样的体位而造成的，其中包括肌肉僵硬感和肌腱感觉的暂时缺失，等等。催眠师要向受术者讲明情况，以便他们对这些感受有个正确的认识。

催眠后还可能出现生理上的危险变化。摩根(1972)指出，催眠暗示性运动可以改变受术者的代谢速度(如心率、呼吸率、氧耗，等)。而这些改变与真正运动所引起的变化相似。因此，那些容易出现危险的受术者不宜给予这类暗示。洛克哈特(1977)等人曾报告过一例因催眠引起的手足抽搐症，幸亏他们及时作了妥善处理。

因此，除非有充分的理由，催眠师最好不要对受术者作任何可能改变其代谢速度的暗示。尽管就我所知，还没有出现因催眠暗示导致的死亡现象，但这并不能说就没有这种可能。事实上，罗森(1960)就曾报告过一例由于催眠消除了其心因性疼痛而自杀的患者。虽然尚不清楚其真正死因是否与催眠有关，但所有催眠师都要尽可能地采取一切措施，以保证催眠不会对受术者产生危害，这一点是必须明确的。

在催眠是否会危害受术者的心理这个问题上，尤多夫(1981)作了非常全面的讨论。他指出，那些说催眠引起了焦虑、惊恐、抑郁等心理症状的报告较多来自于临床，而较少来之于实验。这些症状的产生及出现频率多少之所以存在临床和实验条件下的差别，原因可能是多方面的。我认为它们大多数都与受术者的期望有关。

催眠在临床上的应用主要是辅助治疗。这可通过精神分析、催眠行为疗法或其它一些与催眠有关的方法来实现。不管怎样，只要将催眠用于临床，这就意味着接受催眠的人可能患有某种病苦。而这种病苦，不论是身体上的还是心理上的，又可能影响患者的精神状态。在我看来，临床上之所以出现较多的由催眠引起的不良心理反应，就是因为受术者的病苦反过来又可影响其心理状态的缘故。

导致上述差别的另一个可能原因是，患者在催眠医师那里就医的时间与受试者在催眠实验人员那里接受实验的时间也有长短不同。我尚缺乏可靠的数据来论证这一观点，但有关文献给我的印象是，患者到催眠医师处就医的次数一般都是受试者接受试验次数的好几倍。此外，受术者是否能够对施术人敞开自己的感受，这还要取决于二者之间建立的关系如何。受术者对不同的催眠医师可能会采取不同的态度。对于那些努力帮助自己克服病苦的医师，他们便愿意无保留地诉说自己的抑郁和焦虑等感受。事实上，催眠医师常常会仔细询问患者有关精神状态的情况；而患者也完全有权要求得到催眠医师的帮助。在实验情况下，受试者很可能不存有这份期望。

临床和实验所采用的催眠技术并不相同，这也可能导致两种情况下观察结果的某些差异。临床上还可能出现症状替换现象，所以某种新出现的情况(如恐慌反应)实际上是原有症状的另一种表现形式。

临床或实验条件下出现心理症状的原因之一是有些人认为催眠可能导致十分奇特的感受。大多数持这种观点的人都渴望改变自己的认识，但是毫无疑问，有些人仍会产生这种看法。因此，有人在被催眠后出现焦虑或其它心理紊乱是不

足为怪的。

必须指出，单纯的催眠很少会引起任何不适感；不适感的出现往往是催眠暗示现象所致。例如，上肢飘浮可引起上肢肌肉的疲劳感，尤其是在延长上肢飘浮的时间时，其结果就更是如此。同样，暗示受术者身体的某部分变得越来越热（或越来越冷），也可能使该部位出现刺痒发麻的感觉。

催眠究竟会不会危害受术者的身心健康？假定每年接受催眠治疗或实验的人数已定，那么心理或躯体症状的出现率将是极低的，而且其程度也甚轻微。至于冒牌的“催眠师”会给受术者带来什么危害则很难预料。不过，当一个人由于接受外行的催眠而出现不良反应，并需要长时间的治疗时，他就可能不断地去寻求催眠医师的帮助。然而，即使是接受平庸无能的外行之辈的治疗，一般也很少有迹象表明这些治疗有什么危害，只不过患者要白白地花费许多金钱而已。

下面所列是四项指导原则。如果催眠师遵循这些原则，就能够保证受术者不会出现任何不良的心身反应。

1. 了解被催眠者对催眠的认识，纠正其错误观点。
2. 在不了解被催眠者健康状况的情况下，不要试图改变其机体代谢速度。
3. 在作催眠治疗时，注意症状对于患者的意义，并留心观察可能出现的症状替换。
4. 无论是临床还是实验，所给受术者的指令都要恰如其分。

催眠师应时刻把受术者的利益牢记于心，而不要给他们带来丝毫的危害。至于很多人担心自己在被催眠之后会不会



去做非法的或不道德的事情，研究人员作了不少实验，以探讨其可能性之大小。

沃特金斯(1947)的实验是广为人知的实验之一。他以具有高度催眠易感性的人为实验对象。其实验分为两类：一类是以诱导受试者说出自己的秘密为目的；另一类则是以诱导受试者去攻击别人为目的。有一次实验是这样的：首先由部队首长给一些士兵通报一则消息，并严告他们不可泄露，因为这是军事机密；或者通过给予金钱奖励的方式使士兵严守勿泄。然后催眠师对他们进行催眠，在催眠状态下暗示说，首长在此，需要他们把所知消息重复一遍，以检验自己的记忆是否有误。结果所有士兵都道出了所知消息，而事后竟然毫无察觉。

诱导受试者袭击他人的方法之一是通过暗示，使他们相信自己所要攻击的人是自己的敌人。在这方面有一个或许是最广为人知的实验。它通过催眠使一个士兵相信他的一个朋友事实上是他的敌人，并引导他去攻击之。由于无人知道该士兵随身带有一把小折刀，结果他竟然用刀去刺自己的朋友，实属不幸。当然，由于在场其它人员的阻止，才避免了严重的创伤。

这些实验，以及其它一些类似实验，例如由布伦南(1942)和扬(1952)所开展者，其结果似乎都表明部分受术者在催眠状态下确可被引导出一些于人或于己有害的行为。但如果周密地分析一下受术者的行为和动机，就会发现情况远非乍看起来的那么简单。

正如奥恩(1972)所指出，在这个问题上，受试者知道他们是在实验条件下是最为重要的。一旦他们知道是在接受试验，便会采取迥然不同的态度，结果也会表现出不同的行为。能够规定受术者行为的因素不下数种，而其中较为重要的很

可能取决于受术者的个性。

此外，受试者常常认为实验者对所发生的一切都负责任，常常认为实验者已经采取了某些特殊的预防措施，以避免受试者受到伤害，或避免受试者去伤害他人。这些都是常有之事。另一方面，有些受试者显然也希望试验者对他们的行为承担责任。米尔格拉姆(1969)的一部著作提到，有些受术者的反应能够说明他们确信自己正经受着真正的痛苦；另一些受术者则说，他们只不过是按指令行事，至于结果发生什么情况，那全是实验者的责任。

另一个因素与实验环境里的社会要求有关。既然同意参加实验，那么受试者就算签订了与实验者密切合作的合约。因而他们感到了强大的社会压力使自己去满足实验者的要求。显然，要解决这个问题的方法就是建立一种受试者并不知道自己正在参加实验的实验条件，但这样做在伦理上又不可接受。实际上，有些研究人员的实验内容正是诱导某些不为社会接受的行为；不过，这些行为估计不会对受试者本人或其它人产生危害。

奥布赖恩和拉布克(1976)进行了一次这样的实验。受试者全部为女性。催眠师暗示她们在一种自认为是同性恋的情况下与女性伙伴约会。结果她们只能在清醒状态表现这样的行为；而在催眠以后或者催眠过程中则无此举动。莱维特、奥弗利和鲁宾斯坦(1975)在实验时把受试者分为催眠组和模拟催眠组，让他们去割破美国国旗或《圣经》，结果两组间执行命令的人数没有显著差异。显然，这两个实验结果都表明，在促使人们去做反社会的事情方面，催眠状态并没有什么特殊作用。

当然,尽管道德标准在这里常常起着不同程度的作用,但有时那些无耻之徒也会利用催眠术帮助他们作犯罪的勾当。克兰(1972)就分析过两例这类事件。其一是一位产科医师利用催眠诱导出来的幻想,让患者自愿与自己进行色情行为;另一例是一个心理学专业毕业的大学生利用催眠诱导出来的记忆缺失去掩盖他与男少年的性行为。

催眠并不是发生这类事情的独立原因或最重要因素。在临床治疗中,无论时间长短,医生与患者之间因为性吸引而产生感情并不是鲜为人知的事。产科大夫诱奸自己的患者就是一个很好的例子。至于上述第二个案例,我们也有其它一些解释。或许受到性欺骗的儿童根本就没有出现记忆缺失,只是不幸的是,他们通常不会向人们报告这种受害情况。另一方面,即使真的产生了记忆缺失,这也可能是受害过程本身的结果,而不必归咎于催眠暗示。

因此,导致上述那些不良行为的因素除催眠以外,还有其他许多,这包括催眠师与受术者之间的关系、受术者对催眠师负责事态发展并能预防其危害的相信程度、受术者在何种程度上把催眠暗示的社会行为看成是不可接受的,等。最后要指出的是,如果催眠师诚实自爱,那么上述一切都不成其为问题。对于那些将要接受催眠的人们来说,他们应该对催眠的安全性消除疑心。

## 9.2 法庭催眠

催眠在法庭上的主要作用是帮助回忆。当然,正如罗利(1984)所指出的那样,法庭催眠也可以使证人放松,或者

协助判断被告人的精神状态。所有这些用途都是有争议的,而第一种用途即通过催眠帮助收集证词的争议尤多。

如前所述,目前尚无令人信服的证据证明催眠有助于回忆。尽管如此,仍然有一些人,如霍厄德和阿什沃思(1980)、希巴德和沃伦(1981)以及赖泽和尼尔森(1980)等人认为,催眠能增强犯罪调查中的回忆。但是,史密斯(1983)和瓦格斯达夫(1984)的两篇重要的评论都指出,没有明确的证据能说明催眠可以帮助回忆,也没有确切的证据能说明催眠可以使证人对法庭询问更加敏感。

之所以存在这样的不同看法,一般认为是因为双方各自依据的材料有别。对这一问题持肯定态度的人通常引用大量的个案或传闻来作证明,如克罗格和杜斯(1979)即是如此。较注重实验的评论家则以实验文献为依据,如帕特南(1979)即是这样。帕特南是最先运用科学方法在类似法庭的环境里研究催眠作用的人员之一。

至此,我们似乎可以得到十分确定的结论。对那些可用来证明催眠能够帮助证人回忆的案例,我们都可以用另外的因素来予以解释。这些因素包括询问时间的延长、由警察出钱聘来的催眠师作为专家的地位的被接受、被催眠者对询问变得更加敏感的倾向、审问者不知不觉地通过非语言信号向证人作暗示的可能性,等。

有关实验证据有力地说明,在模拟现实生活的实验环境里,催眠之于受试者的回忆没有丝毫的积极作用。事实上,正如瓦格斯达夫、特拉夫斯和米勒(1982)所说,有一些迹象似乎表明催眠实际上可能引起较不精确的回忆。既然如此,那么在利用催眠帮助证人记忆这个问题上,人们近来表现出的

关注就得到进一步的增强。美国一些高级法庭决定不承认接受了催眠的人提供的证词，这样的作法值得称赞。

催眠在法庭的另外两方面用途在文献中的讨论较少，但引起的争议却很多。用催眠减轻证人的焦虑，这会引起前面所说的回忆准确性的问题；而且，由于催眠使证人表现得较为放松和自信，这又会使陪审团更容易相信他们的证词。同样，用催眠帮助确定被告的精神状态，这种做法也会引起类似的回忆准确性的问题。故罗利(1984)作结论说：催眠不可用于上述任何一种情况。

总的来讲，法庭催眠在很多方面反映出催眠的一些大缺憾。曾经有过一些声言，说催眠奇迹般地解决了某某案例，这不啻于天方夜谭；而更令人感到奇怪的是，有些头脑本应十分清醒的人似乎也相信那种天方夜谭。既然缺乏能够证明催眠可以帮助回忆的实验论据，既然在实际应用时会产生上述问题，那么将催眠用于此种目的就没有太多道理了。

### 9.3 催眠的军事应用

尤多夫(1981)指出，催眠在军事方面的应用情况可能是非常秘密的。不过，从前面的讨论可以看出，催眠的军事用途可能较少。较明显的一种应用是战场上的临床治疗，尤其是用于缓解疼痛。此外，将催眠用于审讯或用于引起记忆缺失，这两种用途显然也适合于军事背景，但这同样也会产生上面已经指出过的问题。

## 9.4 骗人拍卖

骗人拍卖特指通过某种手段使人们买下自己显然并不需要的商品。吉布森(1977)对此作过有趣的描述。他写道, 拍卖者使用一种特殊形式的语言叫卖, 这种语言与催眠诱导非常相似, 故可诱导部分听众进入催眠状态, 结果是这些人出很大的价钱买下商品。

不过, 我们对这种行为并没有必要一定用催眠状态作解释。因为即使购物者很可能就是听众中那些易受暗示的人, 也不等于催眠便是唯一的影响因素; 有些人即使没有被催眠, 他们也被说服去干自己显然不愿干的事情。尽管如此, 吉布森的描述还是会使人们不得不去对这种现象作进一步研究。

## 9.5 舞台催眠

很多人是从舞台上了解到催眠的, 但舞台催眠不仅给人一种虚假的印象, 而且还可能使人越发不愿意接受涉及催眠的各种治疗。不过, 很少有国家制定了制约舞台催眠的法规, 舞台催眠师一般都有完全的自由去诱导人们愚弄自己。

典型的舞台催眠表演有诱导幻觉, 如使受术者自愿吃下一个柠檬, 他不但不觉其苦, 反而觉得甜如柑橘; 还有诱导返童现象, 甚至是返回前生者; 有时催眠师暗示受术者想象自己是一条狗, 并且模仿狗的动作; 有时还让受术者表演硬功夫、表现没有痛觉; 舞台催眠也常常使用催眠后暗示。简而言之, 舞台催眠师诱导受术者去做的事都是舞台催眠师认为能使观众感觉有趣的事。

目前尚不清楚催眠师请上舞台的大多数人是否真正已被催眠了；当然，其中可能有少数几个是真正被催眠了的。舞台催眠表演在开始时通常要对观众进行一次非正式的催眠易感性试验，如手指钩扣等。那些表现出具有较好的催眠易感性的观众则被邀上舞台。然后，催眠师开始进行诱导，表演也就正式开始。至于舞台上的人是否真正被催眠又另当别论。舞台催眠师技术娴熟，他们能够使一切看起来真实感人。其实被催眠者在舞台上的行为还可从其它不同的角度予以解释。人们常说，如果被催眠者不是真的被催眠了，那他们绝对不会如此这般地愚弄自己，这种看法是完全错误的。

首先，人们在未被催眠的情况下确实会愚弄自己。其次，有些人爱卖弄、造作和炫耀，爱作荒谬出格的事情，舞台催眠为他们提供了一次很好的机会。再其次，人们一旦走上舞台，强大的社会要求就开始对他发挥作用，这一点或许是最重要的。他觉察到观众、催眠师以及舞台上的其它人都期待着他遵行催眠师的暗示。有这样一个问题必然存在：“被催眠者或者遵行催眠师的暗示；或者局促不安地站在舞台上，由于毫无反应而感到失败。他会觉得这两种情况的哪一种更像傻瓜？”我猜测在这种情况下，与其尴尬地站在那里，倒不如满足催眠师的要求而不那么让人觉得可笑。

目睹人们被诱导去愚弄自己并不是什么很有趣的事情；而要因此禁止舞台催眠，其道理也并不充分。舞台催眠的意图在于让观众相信催眠是一种可使人们干出各种各样事情的神秘状态，但实际情况绝非如此。否则就要催眠就会被认为过于危险而禁止在舞台上使用。另外舞台催眠还有其他一些令人不快的现象。

如前所述,在催眠诱导之前,常规要询问有关受术者健康状况的几个问题,因为暗示其生理变化可能引起机体代谢速度的变化,而这种变化对患有心脏病、哮喘等病患的人是有害的。催眠师暗示人们去做的许多事情还会出现一些后反应,如吃下柠檬之后将出现不良的反应。或许最让人忧虑的是催眠师要求受术者想象或者重做他们很早以前做过的事情:其中有些事情对于他们来说是非常痛苦的。如果是在临床或实验中,这种痛苦的感受和情绪反应可以得到催眠师的妥善处理;但舞台上的这种反应则仅仅是人们的一种笑料。在我看来,这是对个人隐私的严重侵犯,是对人类尊严的极端藐视。

舞台催眠师自然无力处理这类问题,毫无疑问也无力处理受术者强烈的情绪反应。这种反应的被嘲笑,轻则是极不道德的,重则是极其痛苦的和危害心身的。有些舞台催眠术士竟设法在听众中诱导出恐怖反应,这种做法更令人深恶痛绝。这里我讲述几年前发生的一件事情,以引起人们深思。

有一群学生参加了一位舞台催眠术士的一次催眠表演。在常规的催眠易感性试验之后,有一位同学被邀请上台,随即接受催眠诱导。表演节目的一部分是向过去一段生活经历的回归。虽然这样的暗示十分可笑,但该学生还是接受暗示并描述了她作为护士的一段“往事”。催眠师围绕着年龄询问了她几个问题,如当时她有多大年纪。她的回答表明她在二十岁时已经死去。催眠师接着问她是如何死的,她回答说是通过服用大量药物而自杀的。

这个学生不仅在当时,而且在以后的数周内都为此感到非常痛苦。这里有两个很重要的因素需要注意:首先,除非为了治疗而且有十分充足的理由,职业催眠师一般不会提这样



的问题，这种事情是难以置信的；其次，如果被催眠者自己暴露出这样的信息，那么职业催眠师一般会意识到这一特殊信息的重要性。上述事情的结局很悲惨，该学生在完成学业几年之后，终于自杀，而其死亡也正是由于吸入大量的一氧化碳所致。碰巧的是，她死亡时的年龄也正好与几年前她在舞台上声言自杀的那位护士的年龄相同。

显然，舞台催眠可能给一些人带来不良的后果，而且舞台催眠术士不可能事先辨认出具有这种可能性的人。有鉴于此，我认为对舞台催眠应该严加控制，或许应该完全禁止其存在。

## 个 人 体 会

由于职业催眠师具有较好的负责精神，故一般不可能出现什么问题。即使催眠术被用去企图让人们做不道德的或伤害性的事，而人们去干这些事的可能性大小还要取决于其它因素，如他们知道自己是处于实验条件下，他们与催眠师的关系，等。

但是，如果在使用催眠术时粗心大意，例如暗示被催眠者去回顾不愉快的往事，或者去谈论他们感到烦恼的事情，他们便会受到相当大的痛苦折磨。当然，如果此时是在临床治疗的条件下，那么催眠师随时可以采取措​​施减轻其苦痛，但如果没有专业人员在场，其人则要经受很大的痛苦。

只有对催眠有了充分的认识，对各种催眠现象发生的条件有了足够的了解，那么要想使催眠的应用都产生好的效果才成为可能。就现在我们所具有的有限知识而言，期望催眠的应用都取得巨大的成功还为时尚早。