

<<心理催眠术>>

图书基本信息

书名：<<心理催眠术>>

13位ISBN编号：9787807450979

10位ISBN编号：7807450975

出版时间：2007-10

出版时间：上海社会科学院出版社

作者：迈克尔·赫普 编

页数：196

译者：贺岭峰

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

## <<心理催眠术>>

### 内容概要

本书是为那些生理、心理疾病的专业治疗师，行为和情绪问题的心理咨询师，以及那些希望将催眠应用到自己的生活、工作中去的人们准备的。

读者不需要任何关于催眠的基础知识，就可以轻松地开始阅读。

作者在开篇的两章中对催眠作了一个简要的介绍。

其余章节的内容涵盖了催眠在治疗心理疾病、性问题、生理问题，以及临床医学、口腔医学实践中的应用；此外，还有关于儿童催眠，以及催眠治疗的一些专业和伦理问题的讨论。

<<心理催眠术>>

作者简介

迈克尔·赫普，私人开业的临床心理学家，谢菲尔德大学精社病学系客座心理学教授。他是英国实验与临床催眠协会（BSECH）的创始会员，并且自1979年以来一直担任该协会的名誉秘书。

<<心理催眠术>>

书籍目录

第一章 催眠概述第二章 催眠在心理治疗中的作用及应用第三章 催眠与焦虑第四章 催眠与抑郁症第五章 催眠与习惯性障碍第六章 催眠与疼痛第七章 催眠与性问题第八章 催眠的医学应用第九章 催眠在口腔科的应用第十章 儿童催眠第十一章 专业和伦理的问题

## &lt;&lt;心理催眠术&gt;&gt;

## 章节摘录

治疗模式及技术 本章到此，我已经谈到了催眠的一些理论，我更喜欢称之为催眠模式，并且我在与分离概念相关的催眠现象上也给予了特殊的关注。

催眠模式引发了一套特定的技术，被称之为“诱导”和“深入”，这在上面我们已经有所描述。我将对起源于上述催眠概念的模式和理论进行简单的探讨。

首先，让我们考虑一下对于与进行治疗有关的“技术”概念的理解。

本文中的“技术”可以被广义地界定为“治疗师的，或是在治疗师的指导下患者的指定反应方式。这种反应方式的目的是加速我们所期望的在行为、思维、感觉和生理功能上的改变”。

现在，所有心理治疗师的目的都是使上述四个方面中的一个或是多个发生改变。

例如，一个行为治疗的程序可能被用来帮助一个人学习以更自信的方式来和他（她）日常生活中接触的人打交道；一个自我意象很差的人通过心理动力治疗的课程，可能会以更现实的或是更积极的方式来对待自己；一个深受慢性疼痛困扰的人通过一定的认知行为治疗可以学会减少疼痛的知觉；一个患有与压力有关的疾病的患者可能会从身体放松程序的学习中获益。

每一种治疗都与不同的技术相关，这些技术反映了每种治疗依据的理论模型。

在我先前描述的形式中，催眠为治疗师提供了一定数量的模式。

每一种模式都产生了一套治疗技术。

治疗师可以用这套技术来治疗他（她）的患者，达到上述不同方面期望的改变。

在最后一章，我做了一个合理的假设：相对于每种模式精确性而言，治疗师对模式所产生的技术的有效性和效果的兴趣更大。

有个例子或许可以更清晰地说明这一点。

思考一下下面的模式。

人的心理可分为意识和潜意识两部分，潜意识部分包含了记忆、感觉、冲突等被意识压抑的成分。

催眠的本质是治疗师通过实施催眠诱导程序使患者进入催眠状态，以便和患者的潜意识直接对话，进而获得进入到被压抑的记忆、冲突等的途径。

这些资源被整合进患者的意识层面，因而可以更有效地被患者管理。

这一模式产生了不同的催眠治疗技术，被称之为“探索”、“揭露”或是“分析”，在后面我将对其进行更为详细的说明。

此刻就让我们介绍一个这样的技术。

这一技术使用了前一章描述的意动暗示。

治疗师告诉患者可以通过抬不同的手指与他（她）的潜意识进行交流。

一个手指表示“是的”，另一个手指表示“否”，还有一个手指表示“我不知道”，再有一个手指表示“我不想说”。

根据这一模式，可以假定：通过手指的运动可以和潜意识进行沟通，从而逐渐把这些带进患者的意识层面，并以一定的方式对其进行解释和理解，以便减少潜意识的想法对患者情感的困扰。

因此，治疗师优先考虑的是使用的技术是否发挥作用，即它有用吗？一会儿我会讨论这一问题，并给出一个非常谨慎的正面回答。

然而，还有很多地方一直被我们所忽略。

首先，就像其他任何治疗策略一样，所描述的技术都有一定的应用范围，并且在很多情况下它是没有用的，甚至它根本毫无价值；其次，就算这一技术产生了效果，但并不表示它所依据的模式是有效的。

治疗期间患者的症状能够得到改善的原因有很多，如安慰剂、自发性症状缓解、治疗师与患者关系的积极方面。

而且，笔者的观点是：很多催眠治疗技术非常复杂，可以给患者很宽泛的解释余地。

也就是说，他（她）会认为这些技术是有用和有效的，而非治疗师自己模式中的那些规定。

在上面的例子中，患者会发现意动符号技术很有用，这并不是因为像治疗师的模式中所假定的那样——这一技术能够进入潜意识；而是因为这一技术使患者思考特定的、重要的、令人沮丧的信息，并

## &lt;&lt;心理催眠术&gt;&gt;

更容易与其进行思想交流。

换句话说，“使患者进入催眠状态”的行为及通过手指运动与来自心灵的某部分（他或她并不能有意识地控制的部分）进行交流的暗示或许是一条途径，可以允许患者提出在与治疗师面对面正常接触的情况下觉得尴尬或是苦恼的话题（关于这一问题的深入讨论，见Gibson&Heap，1990，第六章）。

因此，在那种情况下，治疗师的模式严格来说是不精确的，但在那一治疗情境下却并非不恰当的。当治疗师试图将他（她）的模式或是技术应用于它本该应用的范围之外时，就会出现一个更为严重的错误。

这似乎是所有起源于它们的治疗模式和技术的命运，即被应用到它们的有效范围之外。

（确实，有效的应用范围可能非常窄或者根本就不存在。

）从古至今及跨文化的研究都表明，当代医学（传统的也好，标新立异的也罢）、心理治疗及药物治疗的情况就是如此。

这些至少是当前作者所观察到的，我把这种现象称之为“赫普法则”（Heap，1990）。

例如，在新医学领域，一个人可能会观察到意象性运动的信号传输方法被用来得出诊断结论，甚至是开出治疗药方。

同样地，你也会发现有些研究者坚持认为：上面概括性介绍的意识一无意识分离模型是所有情感问题的根源所在（见Gibson & Heap，1990）。

但事实是，这一模型作为人类心灵和心理过程的理论根本得不到任何程度的认同，并且它也不为学院派和实验心理学家所接受。

不过如果它能被很好地限定，那么在心理治疗的情境中它仍然是有用的模型。

这就又引发了另一个关于治疗模型和技术的问题：因为它们都有应用的局限性，所以很容易为理论家和实验主义者所质疑。

读者可能已经意识到了，治疗师和学院派之间在催眠治疗领域上存在着十分明显的冲突。

事实上，有人也很想知道临床治疗师和实验主义者是否真地在谈论同一个现象。

如果双方都认识到治疗师的模型仅在特定的情境中才是有用的，并且治疗师主要关心的是这种模型能否产生能够在那些情境中使用的和有效的技术，那么，双方的紧张冲突就可以缓解了。

很清楚，与治疗师最为相关的研究是以临床实验的形式进行的，目的是建立其可以使用的有效的技术。

这并不是说允许临床治疗师忽视实验心理学家的发现，尽管就目前作者所发现的来看，临床治疗师正有这样做的倾向，尤其是当实验心理学家的发现与他们治疗的有效性和效果产生矛盾时。

当然，治疗师也有责任考虑根据他们学院派朋友的发现，对与其工作相关的观念及构想进行必要的修正。

催眠治疗的五种模型在催眠治疗中至少有五种模型是非常重要的。

每一种模型假设都产生出治疗技术，它们都被假定，并在某些情况下凭着治疗师的经验被假定，确实取得了一定的治疗效果。

每一模型的应用范围都是有限的，并且正如我们前面所观察到的，每一模型都倾向于被超出范围地去运用。

模型1：根据这一模型，由于具备催眠易感性，人们为了改变他们的感觉、知觉、思维及行为，有能力自动地并以分离的方式对暗示做出反应。

这种能力通过催眠诱导可以得到加强。

这一模型产生的技术被用来辅助行为—认知治疗（包括放松、焦虑管理训练）及帮助人们应对由疾病或是一些药物、牙病困扰等产生的疼痛。

它在行为治疗中的运用，在本书中有很多章节都进行了介绍。

特别要指出的是在第三、五、七及四章中描述了其在认知治疗中的应用。

第三章中介绍了催眠在放松及焦虑管理中的应用。

在这些应用中，由这一模型产生的一套关键技术是催眠暗示及后催眠暗示的使用，经常伴有想像性叙述以加强患者在感觉、思维及行为上的改变，这也是治疗的焦点所在。

## &lt;&lt;心理催眠术&gt;&gt;

例如，在治疗一个露阴癖患者时使用了厌恶疗法，接下来会给出后催眠暗示，并让其在头脑中复述：“每当你有暴露自己的想法时，这种令人沮丧的情境（先前练习过）就会栩栩如生地出现在你的脑海里，并且所有可怕的感觉都与这一情境相联系。

”在焦虑管理训练中给出的后催眠暗示可能是：“每当你胃部开始有这种焦虑的感觉时，你就深呼吸，当你呼气时你就会有平静和控制的感觉。

”类似的后催眠暗示在认知治疗中同样可能被使用，以此来扩大认知的改变（见第四章）。

治疗师们假设，患者可以对这些后催眠暗示做出不需要意识努力的、自动的、自发的反应。

在第六章中巴瑞·哈特会描述如何使用催眠来管理疼痛和转换疼痛的体验，这一过程相对来说有一点复杂。

这一模型和由其引发的技术对于疼痛的控制似乎很有效，并且得到了证据的支持。

这一证据是，催眠易受性与疼痛控制的能力相关（见第六章）。

然而，关于其他方面的应用则很少有证据支持。

瓦登和安德顿（Wadden<sup>2</sup>erton, 1982）得出结论，对于他们所称之为的“自我发作”问题，如吸烟、贪食，以及恐惧症的治疗，都没有明显的证据表明催眠是治疗中的一个有效的成分。

而且，与这一模型所预期的相反，易受性与治疗结果之间毫无相关（见第五章）。

正如我们早些时候所阐述的，因为患者可能会不按照这一模型所预期的那样去使用催眠，所以这并非意味着这些技术本身是没有效果的。

然而，这也是一个例子，说明我们有必要从与经验资料不相符的角度对这一模型进行重新检验。

出现瓦登和安德顿（Wadden<sup>2</sup>erton, 1982）、克尔斯托姆（Kihlstrom, 1985）及斯宾豪温（Spinhoven, 1987）所描述的现象的一个可能在于，治疗师并没有将他们的暗示仅仅局限在改变患者分离的感觉、思维和行为上，而是努力地直接暗示他们改变复杂的感觉、态度和习惯。

在前面给出的一个后催眠暗示的例子中，患者的反应（他们实际上发生的状况）是非常清楚的、有很好界定的，并且患者可以在指令下预演这些反应（可视化一个特定的场景，或者做深呼吸）。

然而，患者似乎不太可能以一种自动的、自主的形式对以下这些暗示进行反应，如“你会变得越来越自信”，“你只是吃你身体需要的”，“你不再渴望吸烟”，“从现在起，你将坚持做自己”等等。

患者必须首先学会达到这些理想结果的应对技能，然后治疗师才能通过催眠暗示和想像来强化他们的特定反应（Gibson & Heap, 1990）。

P20-23

<<心理催眠术>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>