

南華大學
自然醫學研究所
碩士論文

系統性文獻回顧與整合分析：
催眠治療在「憂鬱症」與「憂鬱情緒」上之應用
Systematic Review and Meta-analysis：
The Application of Hypnotherapy in the
Treatment of Depressive Disorder and Depressive Mood

指導教授：辜美安 博士

研究生：裴美玲（釋妙尊）

中華民國 九十六年五月

南 華 大 學

自然醫學研究所

碩士學位論文

系統性文獻回顧與整合分析：
催眠治療在「憂鬱症」與「憂鬱情緒」上之應用

研究生： 妙尊 (裴美玲)

經考試合格特此證明

口試委員：

王崑
釋永有
蔡文

指導教授：

蔡文

系主任(所長)：

蔡文

口試日期：中華民國 九十六 年 五 月 七 日

致謝詞

此篇研究的完成，首先要感謝師父上人 星雲大師，因為他的墨寶「心法藥方」及開示，開啟了此篇研究的因緣。憂鬱症是心病，要看到自己內心的問題才能解決問題。藥物雖然可以解決部分的問題，然而，正如佛光山教育院院長慈惠法師曾經說過的一句話：「佛法才是最究竟、最圓滿的。」我聽聞此言，當下覺得有如當頭棒喝。對了！醫學是有漏的，但是醫學研究學者需要佛法，才能突破醫學的瓶頸；病患更需要有佛法，才能治療自己的心病。

這一篇研究，事實上是集體創作的，是佛光山的作品。也非常感謝滿耕法師、滿觀法師、妙有法師、妙廣法師及書記室的同仁，還有大眾的成就，讓此篇研究順利完成。更要感謝指導教授辜美安所長，一直非常有耐心及細心的給予指導；口試委員永有法師及王淑軍教授的不吝指正。另外，身在海外的一位大學同學張久祥及何苡莉也同時助了此篇文章的一臂之力。

佛教經典《四分律》記載，佛陀時代的名醫耆婆曾經使用催眠來為國王實施痔瘡手術。當時，耆婆讓國王進入催眠的第六階段。國王也因此不用受開刀手術之痛苦。可見，催眠的歷史至少有 2500 年。它不是宗教或是神秘、迷信的，它是有科學根據，是理性治療生理及

心理疾病的方式。甚至，已引起近代的醫學研究所注意，如：具有權威性的「考科藍協作組織」。

催眠可以說是「專注」的呈現，其腦電波的 α 狀態與禪修的腦電波是一樣的。這種「專注」的狀態，與佛教所說的「三昧地」境界相似，而且除了放鬆、平靜之外，此時也是人極富有創造力的時候。當心如止水，我們可以探索自己內在的世界，甚至阿賴耶識，因此，可以清晰的看到自己的問題、執著點及過去的種種。催眠一直被一般大眾誤解為是表演秀、很玄、危險的。所以，我希望透過此研究，以科學及醫學角度來探討催眠的療效。

《金剛經》云：「應無所住而生其心」，但是，人的心不斷向外攀緣，往往迷失了，找不到內心的平衡點。更可悲的是，看不到自己、不認識自己。抑或看到，也沒辦法去控制或釐清自己的問題。但願普天下的人，透過認識自己的心，再以慈悲心來應對這些煩惱。

最後，希望此篇研究可以喚起政府及大眾對催眠治療憂鬱症及憂鬱情緒的重視。催眠治療將會是新世紀的心理治療方式。所謂「相由心生，病亦由心生」。催眠治療，將能更徹底地解決自己的心理問題。

摘要

本研究主要探討催眠治療在憂鬱症與憂鬱情緒上之應用。由於「憂鬱症」與「憂鬱情緒」的定義不同，因此分別探討。催眠在憂鬱症之療效是採用系統性文獻回顧為研究工具，而催眠在憂鬱情緒之療效則以整合分析作為研究工具。分析的文獻來源有 7 個學術資料庫 (PubMed; The Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Review Group (CCDAN); Cochrane Library; Ebsco-Medline; PsiTri; PsycLit 與 Embase) 及 1 個學術網站 (Google Scholar)。

經過系統性文獻回顧有關催眠應用在憂鬱症病患的研究，符合納入條件的共有 5 篇 (n=1167) 文獻，族群是經過醫師診斷患有憂鬱症的病患 (n=185)。結果發現其中這 5 篇研究中，皆不是探討催眠治療憂鬱症之療效。另外，符合整合分析之納入條件的研究共有 6 篇 (n=314)，憂鬱情緒皆以「自我憂鬱量表」評定。本研究使用 Comprehensive Meta-Analysis, Version 2 之軟體計算效果量，結果發現催眠治療對憂鬱情緒有中度的療效 (效果量=-0.566, $p<0.001$)。

在未來催眠治療之臨床研究，研究學者應該著重於更精密的實驗設計，以提高其研究品質，例如使用適當的對照組、雙盲、隨機抽樣及擴大族群，以減低實驗偏差及增加統計檢視力。研究報告若統一並根據隨機實驗報告所含的項目核對表 (CONSORT checklist) 來報

導，則有助於實施未來的整合分析。

本研究發現催眠治療對憂鬱情緒有中度的療效，但在憂鬱症上的療效卻未明確，故未來的研究可以進一步再探討催眠治療在憂鬱情緒與憂鬱症上之應用。

關鍵字：系統性文獻回顧、整合分析、催眠治療、憂鬱症、憂鬱情緒、
心理治療

Abstract

The main objectives of this study are to assess the effectiveness of hypnotherapy in the treatment of depressive disorder and depressive mood. As these two depressive conditions are different, separated analyses were conducted. A systematic review was performed to assess the effectiveness of hypnotherapy for depressive disorder and meta-analysis was used to provide a quantitative pooled estimate of the effect of hypnotherapy for depressive mood.

To identify the literature, seven electronic databases (PubMed; The Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Review Group (CCDAN); Cochrane Library; Ebsco-Medline; PsiTri; PsycLit; and Embase) and a website (Google Scholar) were searched. Five studies (n=1167) were identified in the systematic review of hypnotherapy for depressive disorder (n=185). None of the studies were able to clearly demonstrate the effectiveness of hypnotherapy in the treatment of depressive disorder. Six studies (n=314) that fulfilled the inclusion criteria were included in the meta-analysis of hypnotherapy in the treatment of depressive mood. A combined effect -0.566 ($p < 0.001$) was estimated with the Comprehensive Meta-Analysis, Version 2 software.

Future studies should pay attention to the study design and adopt the use of control group, double-blind, randomization, and adequate sample size to reduce experimental bias and enhance the statistical power. The report of the experiment should also be recorded accordingly to the Consort Checklist for the benefit of future meta-analysis to be carried out.

Findings from this study showed that hypnotherapy has medium level effectiveness in the treatment of depressive mood while the effectiveness of hypnotherapy in the treatment of depressive disorder is still unclear. The application of the hypnotherapy in the treatment of depressive disorders and depressive mood is still in its infancy stage but the findings are encouraging for further research.

Keywords : systematic review, meta-analysis, hypnotherapy, depressive disorder, depressive mood, psychotherapy

中英對照表

英文	中文	主要 頁數
A		
Acupuncture	針刺療法	44
age regression therapy	回溯療法	8
Antidepressant	抗憂鬱劑	43
Asymmetry	不對稱	98
attrition bias	遺失偏差	103
atypical features specifier	不典型特質特性	35
available case analysis	僅有個案分析	90
B		
Beck Depression Inventory (BDI)	貝克焦慮量表	33
bereavement	傷慟反應	33
bias	偏差	47
biopsychosocial	生理、心理、社會	40
bipolar depression	雙極性疾患	36
bipolar I disorder	第一型雙極性疾患	36
bipolar II disorder	第二型雙極型疾患	36
British Medical and Dental Hypnotherapy Society	英國醫學與牙醫催眠協會	8
C		
cataplexy	肌肉僵直現象	25
catatonic features specifier	緊張性特質特性	34
catharsis	洗滌	9
challenged hand levitation	手臂伸直	76
chiropractic	整椎	44
Chi-squared statistic	卡方統計	51
chronic specifier	慢性特性	34
Cochrane collaboration	考科藍協作組織	48
Cochrane review	考科藍回顧	10
codebook	編碼簿	66, 151
coding and classification	資料譯碼與分類	66
coding instruments	資料譯碼工具	66
coding sheet	資料譯碼本	66

中英對照表：續

英 文	中 文	主要 頁數
C		
cognitive and behavioral therapy	心理認知與行為治療	42
complete case analysis	完整資料分析	90
confounder	干擾因子	108
Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) checklist	臨床實驗報告的 CONSORT 項目核對表	55, 141
continuous data	連續性資料	68
correlation	相關係數	87
cost-effective treatment	成本效益的治療	43
Critical Appraisal Skills Programme (CASP)	嚴格的文獻評讀方案	105
cyclothymic disorder	循環性情感疾患	36
D		
data screening	資料篩選	61
depressive mood	憂鬱情緒	12
depressive disorder	憂鬱/憂鬱性疾患	12
detection bias	檢測偏差	93
disability-adjusted life year (DALY)	失能調整生命年數	4
dissociation	解離	15
dissociative disorder	分離疾患	77
dose-response	劑量-反應	48
dysthymic disorder	低落性情感疾患	35
E		
ego state therapy	自尊提升治療	46
effect size	效果量	48
electroconvulsive therapy (ECT)	電休克治療	6
evidence-based medicine	實證醫學	57
exclusion bias	排除的偏差	93
exclusion criteria	排除標準	62
expectation bias	預計療效的偏差	104
exposure	暴露	48
F		
fail-safe method	失效安全方法	56, 90

中英對照表：續

F		
false positive	偽陽性	104
false negative	偽陰性	104
fixed effect model	固定作用模式	51
forest plot	森林圖	69, 89
funnel plot	漏斗散佈圖	69, 99
G		
global burden disease (GBD)	全球疾病負擔預估	4
grief	傷慟	33
H		
heterogeneity	差異性	48
hidden burden	潛藏負擔	6
homogeneity	同質性	50
hypersomnia	嗜睡	35
hypnoanalytical procedures	催眠分析過程	8
hypnosis	催眠	13
hypnotized susceptibility	催眠易受度	78
hypnotherapy	催眠治療	14
hysteria	歇斯底里	27
I		
inclusion criteria	取樣條件	61
inconsistency	量化不一致性	87
instructed sensory alteration	感覺上的變化	76
intention-to-treat analysis	治療意向分析法	91, 108
interater reliability	評分者之間的信度	66
interpersonal rejection sensitivity	長期持續的人際拒絕敏感	35
intervention descriptor	治療描述	66
L		
leaden paralysis	鉛樣癱瘓	35
M		
major depressive disorder/ unipolar depressive disorder	憂鬱症/重鬱症/單極性憂鬱症	35
mean difference	平均數差異	48
means substitution	平均值取代	90
melancholic features specifier	憂鬱病性特質特性說明	34

中英對照表：續

M		
meta-analysis	整合分析	47
methodological and substantive features	方法及獨立的特性	66
minor depressive disorder	輕鬱病	35
mood disorder	情感性疾患	37
mood reactivity	情感反應性	35
motoric immobility	運動性靜止	34
mutism	緘默症	34
N		
National Institute of Health (NIH)	美國政府國家健保局	78
negativism	極度的拒絕現象	34
Neuro-linguistic programming (NLP)	神經語言程式學	13
normal distribution	常態分布	68
O		
outlier study	偏離研究	68
P		
passive hypnosis	被動催眠	76
performance bias	實施的偏差	93
postpartum depression	產後憂鬱症	36
postpsychotic depressive disorder of schizophrenia	精神分裂病精神病發作後發生之憂鬱性疾患	36
post-traumatic stress disorder (PTSD)	受傷後的壓力疾患	76
premenstrual dysphoric disorder	月經前心情惡劣疾患	35
premenstrual syndrome (PMS)	經前憂鬱症	36
problem solving therapy	問題解除治療	43
publication bias	出版偏差	55, 69
R		
randomized controlled trial	隨機對照實驗	10
random effect model	隨機作用模式	52
random error	隨機誤差	52
recurrent brief depressive disorder	再發性短期憂鬱性疾患	35
relaxation therapy	放鬆技巧	46
response to cut-off signal	反應於停止建議	76
risk-benefit ratio	風險與效益之比例	43

中英對照表：續

S		
sampling error	樣本數誤差	51
schizophrenia	精神分裂症	10
seasonal pattern specifier	季節性模式特性	35
selection bias	篩選偏差	93
selective noradrenaline reuptake inhibitor (SNRI)	血清素-正腎上腺再吸回抑制劑	42
selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)	選擇性血清素再吸回抑制劑	42
sensitivity testing	敏感度分析	70
stigmatism	污名化效應	6
somnambulism	夢遊	26
systematic error	系統性誤差	104
systematic review	系統性文獻回顧	9
T		
Taiwanese Depression Questionnaire (TDQ)	台灣憂鬱症量表	33
The British Psychological Society	英國心理協會	8
The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fourth Edition (DSM-IV)	精神疾病診斷準則手冊第四版	31
U		
unipolar depression	單極性憂鬱症	36
V		
validity	效度	63
W		
World Health Organization (WHO)	聯合國世界衛生組織	4

目次

中文摘要	i
英文摘要	iii
中英對照表	v
目次	x
表次	xiii
圖次	xiv
附錄	xv
第一章：緒論	
第一節：研究背景	1
第二節：研究動機與目的	4
第三節：研究問題	12
第二章：文獻探討	
第一節：催眠治療的定義	13
第二節：催眠治療的機轉	15
第三節：催眠的歷史	18
第四節：催眠治療的特徵	25
第五節：憂鬱症的定義與分類	31

第六節：憂鬱症的流行病學	38
第七節：憂鬱症之病因學及其應用	40
第八節：催眠治療與憂鬱症及憂鬱情緒的關聯性	45
第九節：系統性文獻回顧與整合分析	47
第三章：研究方法及步驟	
第一節：研究方法	57
第二節：步驟流程圖	71
第四章：研究結果	
第一節：原始研究樣本來源與描述	72
第二節：文獻回顧催眠與憂鬱症的關聯	73
第三節：整合分析催眠與憂鬱情緒的關聯	80
第五章：討論	
第一節：研究的限制	96
第二節：整合分析之偏差	98
第三節：研究的品質及有效度	103
第六章：結論	
第一節：結論	106
第二節：未來研究之建議	108
參考文獻.....	110

附錄..... 129

表 次

表 2.1：族群('000)死亡依據年齡、性別計算之全球疾病負擔	
2002 年	39
表 3.1：研究品質 Jadad Score 之得分	64
表 4.1：研究、樣本及方法學特徵.....	82
表 4.2：年齡、出版年代、樣本數變項與效果量之 Pearman	
相關係數(r)及顯著性 p 值.....	86
表 4.3：整合分析各個研究的統計結果.....	92

圖 次

圖 3.1：研究步驟之流程圖.....	71
圖 4.1：催眠治療與憂鬱之整合分析：效果量及 95%信賴區間	89
圖 5.1：出版偏差之漏斗散佈圖.....	99

附 錄

附錄一：世界衛生組織預估 2030 年，名列前 10 因素所造成之 失能調整生命年數(Disability-adjusted life year, DALY) (依據性別分類).....	130
附錄二：美國憂鬱症經濟負擔，2000 年	132
附錄三：心理衛生範圍之三級預防.....	133
附錄四：腦部的改變(催眠與覺醒狀態)	134
附錄五：催眠組織發展過程.....	135
附錄六：催眠治療發展史.....	136
附錄七：厄尼斯特·赫爾革 (Ernest Hilgard) 提出之七個催眠 特徵.....	139
附錄八：台灣人憂鬱症量表.....	140
附錄九：臨床實驗報告的 CONSORT 項目核對表 (CONSORT checklist).....	141
附錄十：醫學資料庫之分別.....	143
附錄十一：搜尋策略及結果.....	147
附錄十二：研究品質評估 (Jadad Score).....	150
附錄十三：編碼簿 (Codebook)	151

附錄十四：編碼表-催眠與憂鬱情緒整合分析範例	155
附錄十五：催眠與憂鬱症之相關文獻.....	159
附錄十六：史丹佛催眠易受量表- Stanford hypnotic susceptibility scale, Form C, SHSS:C	160
附錄十七：催眠易受量表- 催眠誘導量表 (Hypnotic Induction Profile, HIP)	162
附錄十八：平均值差異之效果量 (effect size) 及其相等值之 相關係數 (correlation, r)，變異數之百分比解釋 (percent variance, PV, explained)，成功率之百分 比 (Cohen success proportions, U3) 及二項效果 量顯示 (Binomial Effect Size Display, BESD)	164
附錄十九：隨機實驗不同階段流程圖.....	165

第一章 緒論

第一節 研究背景

「催眠」這一概念最早出現在宗教儀式上，帶有一股濃厚的神秘與迷信色彩。回顧整個催眠歷史，德國占星術家麥斯默 (Franz Anton Mesmer, 1734-1815) 的「動物磁氣學說」(Gravitz, 1994)，首次引發了催眠的熱烈討論，他主張催眠師體內會發出磁氣，可以幫人治病。但是這一項「動物磁氣學說」隨即被推翻 (Mora, 1980)。然而，催眠是有其治療效用的潛能 (Mora, 1980)。正因為如此，催眠這種治療方式，至今一直被運用在醫療方面 (Stewart, 2005)。而且，醫學界亦開展了一系列催眠對生理及心理之影響的研究，催眠甚至被形容為治療憂鬱症的現代心理認知治療 (Cognitive Therapy) (Spiegel, 2002)。

「憂鬱情緒」乃為暫時性的情緒低落，這可能是因為遭遇到挫折或喪失親人等因素所造成。不過，這樣的情緒隨著自己的解決問題的應負能力，慢慢的就會迎刃而解，之後就會恢復正常的生活。但是，如果這樣的情緒不斷延續，最後演變成長期性的，而這就是現代人所說的文明病—「憂鬱症」，此症狀必須通過醫師的診斷。「憂鬱情緒」與「憂鬱症」的定義並不一樣，所以本研究將其分別探討。

本篇論文研究著重於「催眠治療」在「憂鬱症」與「憂鬱情緒」

的應用做相關探討。憂鬱症的治療，除了藥物控制之外，心理治療也是研究的重要一環。

催眠治療亦是治療憂鬱症的一種心理治療方式 (Kirsch, 2005)，它並非是遠古時代的亂神怪說。三十年來，關於催眠與憂鬱症及憂鬱情緒相關的研究報告與論述相繼發表 (Barabasz, 1976; McCloskey, Kumar, & Pekala, 1999; Peynovska, Fisher, Oliver, & Mathew, 2005; Wu, Lin, Wu, & Li, 2005; Guse, Wissing, & Hartman, 2006)。然而，這項發展趨勢也遭遇到不少阻礙。美國催眠治療師暨心理醫師亞克 (Yapko, 2001) 指出，由於大部分的催眠治療師只是受過認證及通過考試的醫師，並非專業的臨床研究學者，因此實驗設計的技巧並不成熟，往往未能設計出低偏差的實驗以證明催眠治療之效果，直至今日催眠治療憂鬱症的實驗證明仍然缺乏。

然而，在過往的研究中，發現有些結果顯示，催眠治療與憂鬱症兩者有著顯著的正相關存在 (Barabasz, 1976; Bakke, Purtzer, & Newton, 2005; Wu et al., 2005; Guse et al., 2006)；也有些研究顯示催眠與憂鬱症的相關性極低 (Peynovska et al., 2005)，甚至不顯著，乃至有呈現負相關的情形 (McCloskey et al., 1999)。對於不同研究結果有這樣的差距，原因大致有三點：(1) 不同研究關注的憂鬱情緒或憂鬱症類型及嚴重程度不同，必須要分清楚輕微憂鬱抑或是重度憂鬱？是

一般情緒低落、憂鬱還是長期性醫師診斷的憂鬱症 (McCloskey et al., 1999)? (2) 不同催眠方式的研究也有所不同，催眠的技巧是自我催眠？卡帶錄音？還是催眠師的暗示及建議 (Stewart, 2005)? (3) 在催眠方式與憂鬱情緒或憂鬱症類型及程度間可能會出現調節或干擾的變項存在，比如年齡 (Spiegel, 1988)、人格特質 (Spiegel & Greenleaf, 1992; Stewart, 2005)、研究品質，以致改變了兩者之間關聯性的結果。這三點因素意涵著不同催眠方式與不同憂鬱或憂鬱症之間不同程度的關聯性，而此關聯性卻剛好受到這一些變項所影響。

第二節 研究動機與目的

根據聯合國世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 統計，目前全球 60 億人口中，約有 1 億 5 千 4 百萬人 (WHO, 2006) 罹患憂鬱症，約佔總人口 2%。在 2030 年，憂鬱症被預估為名列全球疾病負擔 (Global Burden Disease, GBD) 中第二高 (Disability-adjusted life year, DALY=5.3%)，(註：失能調整生命年 (Disability-adjusted life year-DALY)，指的是生命年的喪失或有能力的生命年減少。此單位表達著疾病對每個國家之負荷 (引自王榮德，遊正芬，鍾智文，姚開屏，2000)，僅次於愛滋病 (DALY=10.3%) (Mathers & Loncar, 2005) (附錄一)。屆時，全球約 90 億人口，憂鬱症病患將增至 34 億人 (人間福報，2006)，佔總人口的 38%。也就是說，2030 年即 24 年後全球罹患憂鬱症的病患將增加 36%。可見，憂鬱症有與日遽增的趨勢 (WHO, 2006)，令人擔憂的是，其造成越來越嚴重的社會及國家問題。

未來的 20 年後，憂鬱症所帶來經濟及社會的負擔，將會嚴重影響社會及國家的經濟發展。而造成這一些負擔的主要原因來自於 (WHO, 2006)：

壹、生產效益降低：憂鬱患者大部分無法過著正常的生活、集中精神工作，除了導致失業外，國家生產也因而降低。更嚴重的是，他們會有自殺的行為(早夭)。另外，患者的家庭需付出額外的時間

及金錢照顧患者，有時因而被迫中斷職場生活。可見這一種疾病不但影響了個人與家庭，甚至社會及國家亦深受影響。

貳、醫療支出增加：根據經濟分析專家 Greenberg, Kessler, Birnbaum, Leong, Lowe, Berglund 和 Corey-Lisle 於 2000 年的估計，美國憂鬱症經濟負擔高達美元 83.1 億，其中 26.1 億用於醫療支出，有關自殺的死亡耗費為 5.4 億，工作損失耗費為 51.5 億 (Greenberg et al., 2003)。雖然自殺耗費所佔比例較小，只佔 7% (附錄二)，但是它與工作損失卻有直接的關係。

事實上，最近的研究顯示他們有低估之前的經濟預算。這一些負擔乃為之前支出的 2.8 倍 (Greenberg & Birnbaum, 2005)。造成低估的主要原因是之前的醫療支出並沒有將私人的健保保險、同時還有其他的身體不適如背痛醫療等費用，計算在經濟負擔費用內。

相比之下，台灣在 2000 年，2001 年及 2002 年在憂鬱症醫療的支出分別耗費大約 93 萬，110 萬以及 140 萬美元 (Chan, Yang, Chen, Yu, & Leung, 2006)。

根據世界衛生組織 2002 年的統計，目前全球每年約有 873,000 人死於自殺 (WHO, Mental Health, 2006)。自殺死亡所帶來的全球疾病負擔 (GBD) 亦從 1998 年的 1.8% 增至 2.4% (2020)

(WHO, Suicide prevention, SUPRE, 2006)。由此數據顯示，全球

在憂鬱症醫療的支出及經濟負擔，皆有不斷增加的趨勢。

參、污名化效應 (stigmatism)：指的是患者認為罹患精神病是一種羞辱家門的事。因此，他們諱疾忌醫，不願意主動尋求心理治療。是在不得已的情況下看醫生後，也會想盡辦法不讓人知道他們曾經看過精神科醫生。他們認為萬一被朋友或同事曉得他們得此種疾病後，準會遭受社會的唾棄。也因為如此，他們會躲在家裏，不敢與大眾接觸，或無法與週邊甚至社會有良好的互動。這樣的舉動，間接上，不但影響工作效率並且也會造成失業的可能性。另外，他們不尋求正確的醫療管道，讓病情惡化，無形中已成為一種潛藏著的社會及醫療負擔——或稱隱藏負擔 (hidden burden)。

憂鬱症儼然已成為嚴重的社會問題之一。然而，目前的藥物、心理治療、電休克治療 (Electroconvulsive Therapy, ECT) 等方式 (詳細的憂鬱症治療方式於第二章，第五節說明)，往往無法解決一些病患的問題。正是下列這些因素助長了催眠在心理治療上的發展：

- 一、服用藥物後，症狀沒有改善，或對藥物沒有反應 (Mamtani & Cimino, 2002)。
- 二、服用藥物帶來的副作用 (Pilkington, Kirkwood, Rampes, & Richardson, 2005)。

三、由於污名化之效應 (stigmatism)，在憂鬱病患覺得自己得到此病是一種恥辱之下，他們會不願意看精神科醫生，因此他們會尋求輔助或另類療法 (Complementary and Alternative Medicine, CAM) 來代替正確的就醫管道 (Pilkington et al., 2005)。輔助與另類療法指的是主流醫學以外的各種醫療方式、健康照護系統、醫療業務及產品 (Hawks & Moyad, 2003)。

四、社會國家沒有普遍性的實施心理衛生 (mental health) (Pilkington et al., 2005)。在沒有得到足夠的心理健康或建設之下，病患唯有尋求其他的心理治療如催眠。(註：心理衛生-林憲教授定義為「在社會中每個角落的每個人之情緒都能長期維持在穩定的狀態中，在家庭力的成長過程中，能夠使自己的人格發展至成熟的階段，到社會能夠適應，並能充分發揮自己的才能，能夠從人際關係中體驗快樂，在男女結合上享受最好的心身功能，對社會有貢獻，過著有意義、有建設性的人生。」(蕭淑貞，2006)。另外，心理衛生範圍可分為三級預防，詳細資料請參考附錄三。

以上的因素，促使了憂鬱症病患尋求另類或輔助療法的行為。而催眠亦是輔助療法的其中一種。根據統計，在 1997 年，美國使用催眠治療的盛行率為 1.2% (Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Rompay, & Kessler, 1998)。從 1990 年，在短短的 7 年內增加了 30%。

目前實際的情況，根據Hensel, Sapp, Farrell和Hitchcock (2001)進行的電話訪談調查顯示，美國臨床催眠協會 (American Society of Clinical Hypnosis, ASCH)都使用催眠來治療憂鬱症，但是英國愛丁堡大學 (University of Edinburgh) 護理系教授Graeme Smith (私人通訊，2006.12.01) 指出，英國醫學與牙醫催眠協會 (British Medical and Dental Hypnotherapy Society) 並不鼓勵催眠治療師運用催眠來治療憂鬱症。而英國心理協會 (The British Psychological Society, 2001)，認為催眠治療方式可以用來輔助憂鬱病患的病情 (Heap, Alden, Brown, Naish, Oakley, Wagstaff, & Walker, 2001)。但是，必須注意的是不能引導病患想起以前過度憂傷的事件，如催眠分析過程 (hypnoanalytical procedures) 會引發患者自殺的可能性。回溯療法 (Age Regression Therapy) 也會促使病患發洩潛藏在內心一段時間的情緒，而最終演變成情緒極端的激動 (Heap et al., 2001)。因此，催眠師必須有足夠的知識及技巧來應付這樣的情形，否則病患的情形會因而變得更嚴重。

除了第一章節所提到的研究結果不同，著名催眠專家說法也不一。例如，英國普利茅斯大學 (University of Plymouth) 心理系教授柯爾斯 Kirsch (2005) 及亞克 Yapko (2001) 均倡導「憂鬱症病患應該給予催眠此種治療」。因為他們認為催眠就是一種心理治療方式。而

著名的心理學家弗洛伊德 (Sigmund Freud) 認為催眠師，在給予個案的催眠暗示或建議時，可以讓病患身心放鬆、集中注意力、以及在潛意識清醒的狀態下，釋放自己潛在的情緒 (邵啟揚，2005)。另外，透過催眠，患者也可隨著催眠暗示，改變自己負面的思考模式，從而改善憂鬱的症狀。催眠亦能讓人自我覺醒 (Elizabeth, 1996)、甚至有洗滌 (catharsis)、淨化的作用 (Watkins, 1975)。

催眠研究學者 Soskis (1986)，Crasilneck 和 Hall (1985) 卻認為催眠治療應該禁止運用在憂鬱症病患 (引自 McCloskey et al., 1999)。主要原因是受試者透過催眠，記憶起不愉快的事情而激發出潛在的憂鬱症或精神病症的復發 (劉焜輝，1999)。

由此可見，研究者認為催眠治療是否可以運用於憂鬱症病患身上，見仁見智，尚未有一致的結論。在類似的研究不斷的產出，結果卻眾說紛紜，又缺乏整合過程，導致類似的研究不斷的持續，並且造成研究成本的浪費及知識累積的緩慢。最嚴重的是，各個研究結果無法讓相關的專業人士作出正確、客觀的判斷。因此，將各個研究結果加以整合，是當前最重要的課題。

有鑑於此，本篇論文將採取兩種方式即：一、系統性文獻回顧 (Systematic Review) 「催眠治療在憂鬱症上之療效」；二、整合分析 (Meta-Analysis) 方式來探討「催眠與憂鬱情緒之療效」。由於探討催

眠治療在憂鬱症的研究仍很缺乏，故只能以系統性文獻回顧來探討他們之間的療效。一旦相關的資料，及有足夠的隨機對照實驗 (randomized controlled trial) 時，就以整合分析此種統計方式，來計算其療效。

系統性文獻回顧並非量化研究。因此，研究結論往往會造成主觀判斷的可能性。不過，如果在指定的時間內所搜尋的研究，經過仔細的分析後，其結果卻能給予詳細的研究概況報告，(Blettner, Sauerbrei, Schlehofer, Scheuchenpflug, & Friedenreich, 1999) 並提供未來研究設計之參考資料。

如果所彙集的研究，有足夠的隨機對照實驗，則可以採用整合分析來整理所有的資料。整合分析是一種系統性量化技術，它不僅運用計量分析技巧，更按照不同研究的特色加以分類與彙集，進一步探討造成各類研究結果差異的原因，並找出潛在的調節變項或研究特徵，作為日後研究假設實驗的依據 (第二章，第九節將加以說明)。

至今，國外累積許多篇催眠與憂鬱症相關議題的研究報告，雖未見有盡收該議題所有相關資料以進行整合分析的大型研究，但是已發現有針對某些特定領域的整合分析研究。例如：有關催眠與精神分裂症 (schizophrenia) 的系統性文獻回顧-考科藍回顧 (Cochrane Review) (Izquierdo & Khan, 2004) 來探討催眠的療效。

本研究的目的是：使用系統性文獻回顧及整合分析，即利用統計的方法加以統整和分析所有相關的研究，再做綜合性結論，以探討催眠治療在憂鬱情緒與憂鬱症病患上的應用。促使了此次研究的主要原因是，應用催眠治療於憂鬱症病患的療效尚未明確。再加上，目前尚未有此類整合分析的發表。憂鬱症病患不斷的增加，找出一個有療效的治療方式乃為當務之急。以量化方式呈現之結果，可以避免綜合性的結論失之於主觀。

在此要說明的是，本研究並無團體支助研究經費，也不牽涉任何商業利益。只是希望透過此次的研究成果，綜合前人的經驗，探討實驗的過程及研究結果，以便提供未來研究的資訊平臺。並從中，建議並設計出精密的實驗以探討催眠治療的效用。

第三節 研究問題

在提出研究問題前，首先必需先行說明，當本文用到「催眠」、「憂鬱」及「憂鬱症」字詞時，「催眠」即包括「自我催眠」、「卡帶錄音催眠」或「催眠師暗示」；「憂鬱症」(depressive disorder) 則是醫師診斷，卻為長期性的情緒低落；「憂鬱情緒」(depressive mood) 指的是情緒上的憂鬱，只是暫時性的情緒低落。(此定義，在第二章，第五節將會詳細加以說明與解釋)。

本研究擬的研究問題如下：

- 壹、以文獻回顧來探討催眠與憂鬱症是否有顯著的相關？若是，關聯程度如何？
- 貳、以整合分析方式來探討催眠與情緒上的憂鬱是否有顯著的相關？若是，關聯程度如何？
- 參、不同層面的催眠方式與不同嚴重程度的憂鬱症是否分別具有顯著相關聯程度如何？
- 肆、不同層面的催眠方式與不同情緒上的憂鬱程度是否分別具有顯著相關？關聯程度如何？

第二章 文獻探討

第一節 催眠的定義

根據另類與輔助療法字典 (Mosby's Dictionary of Complementary and Alternative Medicine)，催眠 (hypnosis) 界定乃為意識改變的狀態，類似睡眠或入神狀態，通常是透過放鬆的技巧，建議 (suggestions) 或觀想而達到的狀態 (Wayne, 2005)。也就是說，催眠是一種「喚醒與運作潛意識資訊的過程」(丁美月，1996)。

實施催眠技術或技巧者可稱為「催眠治療師」或「催眠師」，而被催眠者稱為「受試者」或「個案」。進行催眠狀態則稱為催眠的誘導 (induction)。催眠過程中，催眠師與受試者溝通的語言方式為建議或暗示，而催眠師使用暗示就會引導受試者進入催眠狀態。1970 年代，理察班德勒 (Richard Bandler) 和約翰葛瑞德 (John Grinder) 依據催眠治療大師米爾頓艾瑞克森 (Milton Erickson)、家族治療大師維珍尼亞薩提爾 (Virginia Satir)、「完形治療」創始人弗烈茲皮耳氏 (Fritz Perls) 及溝通大師葛瑞利貝特森 (Gregory Bateson) 的理論及學說發展出一套與受試者溝通的語言，以強化溝通能力，稱神經語言程式學 (Neuro-linguistic Programming, NLP) (尹怡君，2004)。NLP 與催眠的主要差異是，NLP 的受試者不一定需要進入催眠狀態，就可以改變自

己的思考模式。然而，NLP 卻是從催眠發展而來，因此他們之間的關係事實上是很密切的。

英國心理協會 (The British Psychological Society) 指出催眠是催眠師與受試者的互動 (Heap et al., 2001)。催眠治療師通常會用誘導的語言暗示，將受試者的注意力及焦點帶入內在世界的潛意識即潛藏病態資訊的地方(大多數人生命局限而苦痛的主因)。在放鬆的狀態下，進入潛意識，從而探索自己內在的問題，在經過催眠治療師所給的正向建議，因而解決自己的內心問題。另外，運用催眠來治療疾病此種方式稱為催眠治療 (hypnotherapy)。

受試者也可以自己學習進入催眠狀態，這稱為「自我催眠」。「自我催眠」是一種「促進自我解放，練習逐漸集中之注意力，達到能控制自律的身體機能，並達成心理治療的冥想」(邵啟揚，2005)。如果受試者是超過兩位以上的，則稱為團體催眠。

第二節 催眠的機轉

催眠的基本元素乃為入神狀態 (trance)，即透過催眠師的誘導而進入的一種心智狀態。在入神狀態的整個過程中，可細分為三種元素所構成 (Faymonville, Boly, & Laureys, 2006)：

壹、吸收/接受 (absorption)- 指的是受試者的接受，而趨向於進入冥想、想像 (perceptual、ideational) 的經驗。

貳、分離/解離 (dissociation)- 指的是受試者與痛苦的分離，可以是心理或生理上的痛。如：透過催眠師的暗示，將痛想像成為一個物體，並隨著物體如氣球慢慢的消失。這就是所謂的痛覺喪失，受試者的身體仍會有知覺，但是疼痛卻會消失。

參、建議/暗示 (suggestibility)- 暗示乃為催眠師所用的語言來改變受試者的行為、增加信心等的啟動機制。這些暗示是作用於潛意識而並非意識層面。而意識是由左腦所主導，它主動的思考及生活，使用邏輯推理及生活，解決問題，以語言方式在運作。潛意識卻是由右腦所主導，是視覺型式的運作，調節自主神經系統，也是儲存我們思考、記憶及情緒的地方 (Streeter, 2003/2005)。

事實上，在催眠時，有研究已證明大腦的變化 (Stewart, 2005)。催眠的神經機轉 (neural mechanism) 如 Faymonville 等人 (2006) 的發現，即腦部的皮質層包括枕葉 (occipital)、頂葉

(parietal)、前中央(precentral)、皮層神經元 (premotor)、腹外側(ventrolateral)、前額(prefrontal) 及前扣帶回皮層 (anterior cingulate cortices) 都有改變。另一項重要的發現，則是催眠狀態時，不但腦部的中扣帶回皮層(midcingulate cortex) 的作用變的活躍，甚至感受、情感、認知及行為的感官系統也甚受影響。因此，Faymonville 等人(2006) 認為對於如疼痛的感受，除了生理上的改變，心理也隨著起變化。在催眠狀態與沒有被催眠或純粹的想像狀態相比之下，其腦部的變化是有顯著性的改變。

Halsband (2006) 使用斷層顯像 (Positron Emission Tomography, PET) 來掃描腦部的變化，發現在催眠或覺醒的狀態下，給予文字配對的學習時，催眠的腦部變化較為明顯，如附錄四所示，腦部的前葉及枕葉兩側皆較為活躍。

除此之外，人的大腦電波可分成四種： β 波(13-30 赫茲)、 α 波(8-13 赫茲)、 θ 波(4-8 赫茲)、 γ 波(30 赫茲以上)。催眠時的腦電波多與 α 及 θ 波有相關 (Streeter, 2003/2005)。催眠時所進入的入神的狀態乃屬 α 波，即心智清醒，身體放鬆的狀態。王繼軍、萬艷瓊、陶明毅、王玉蓉、袁尹春、張明島等人 (2006) 的研究，發現受試者進入催眠狀態後， α 波頻率由催眠前 10.3 ± 0.8 赫茲減慢至 9.9 ± 0.8 赫茲，波幅由催眠前的 $25.4\pm 7.9 \mu V$ 增高至 $31.3\pm 10.2 \mu V$ ，催眠前後皆有顯

著性差異。同時，腦波仍然會有一些 θ 波的存在 (Streeter, 2003/2005)。NGH 美國催眠師協會上海分會會長廖雲釩也指出此種狀態是潛意識打開，腦部運作能力較高，卻靈感及直覺變得敏銳的時候。也就是受試者進入潛意識，腦中的思緒呈現平靜，阻斷了紛亂的潛意識呈現 (廖雲釩，2007)。此時是暗示在潛意識產生重要作用的關鍵時刻。暗示所帶來的訊息，改變了腦部的活動包括潛意識。受試者從而重新架構 (reframe) 自己的思想、習慣及行為。

第三節 催眠的歷史

早在遠古時代，人類已施於類似催眠的法術，其目的是：一、為宗教活動服務，二、修身養性，三、治療疾病。當時的「催眠」現象帶有濃厚的神秘與迷信色彩，亦是宗教活動不可缺少的一部份。當時，一般人認為催眠師，具備某種特殊、由神靈賦予的力量（邵啟揚，2005）。

大約在西元前 1500 年時（丁美月，1996），催眠的最初發源地是在埃及、印度與中國（邵啟揚，2005）。當時，古羅馬的僧侶，都會先在神的面前進行類似催眠的宗教祭祀，然後再為教徒們祛病消災。而中國古代所謂的催眠，乃為使人們產生幻覺，進入自動書寫，或神遊陰間地府的狀態。甚至，印度婆羅門教中的「打坐」，也被認為是一種自我催眠方法（邵啟揚，2005）。至今，催眠仍然會被一般大眾認為其帶有古代的此種神秘與宗教色彩。事實上，催眠已逐漸演變著重於心理及生理疾病的治療。

西元前 200 年，古希臘和古埃及的醫生，如阿斯克列比亞德等，漸漸廣泛運用催眠治療疾病（Zeig, 1985/2004）。催眠從古代的宗教儀式，慢慢的演變成當今有科學根據的治療方式。

17 至 18 世紀，第一位具體提出催眠理論的麥斯默（Franz Anton Mesmer），倡導「動物磁氣學說」。後來，大家發現磁氣並不能治癒

任何疾病，而事實上催眠只是自我暗示的功效。當時的社會認為這樣的理論是一種騙局，因而造成大眾莫大的震撼，而催眠學也因而一度的衰敗。

1814 年葡萄牙傳教士，阿貝·荷西·迪法理亞 (Abbes Jose Di Faria) 倡導「暗示」及「自我暗示理論」，並認為催眠關鍵是受試者的意識，並非催眠師的磁性流體 (Streeter, 2003/2005)。

7 年後，開展了催眠在醫學上的應用。首例在法國開始提出借助催眠之無痛牙科及手術報告。1830 年，倫敦皇家醫學暨外科學會主席約翰·艾略特森 (John Elliotson) 藉催眠進行了 1834 例手術。當時 (1830-1850 年)，催眠在美國及英國蔚為風潮 (Streeter, 2003/2005)。

1841 年 11 月，現代催眠的創始人-英國外科醫生佈雷德 (James Braid) 拋棄「磁氣」、「流體」的理論 (Kravis, 1988)，他在《神經催眠學》書中強調催眠是一種特殊的類睡眠狀態，關鍵是催眠時所接受的暗示 (邵啟揚，2005)。他的主要論點是催眠會產生重要的生理與心理效果，並推論人有第二意識的存在 (Zeig, 1985/2004)。佈雷德醫師於 1843 年首次發表催眠 (hypnosis) 此字。五年後，他在 1848 年發現清醒催眠 (waking hypnosis)，此字是來自希臘文的睡眠一詞 (hypnos- “sleep”, -osis “conditions”) (邵啟揚，2005)。

巴黎的一位神經精神科醫生、也是現代神經病學的創始人-夏科 (Jean-Martin-Charcot, 1825-1893)，研究催眠與歇斯底里。而這段時間被稱為「黃金時期」(Harrington, 1988)。可惜，他認為催眠會引發歇斯底里。當時南茜大學 (University de Nancy) 貝恩海姆的 (Hippolyte Bernheim) 教授強烈反對夏科的看法。他以佈雷德的觀點，透過催眠，做了幾千的成功例子。貝恩海姆認為催眠是一種提高暗示，感受力的狀態 (邵啟揚，2005)。而暗示是一種社會活動的表現，即接受別人所暗示的觀念，並實現於日常生活中。然而，至今，催眠與歇斯底里的關聯仍是未知數。

1873 年，弗洛伊德在維也納大學 (University of Vienna) 習醫，並專攻神經科。1885 年，他到法國研究催眠，在從實踐催眠中，發現催眠可以開啟潛意識。他認為如果在催眠時，將被壓抑的情緒開放到正常的意識通路，這一些症狀可以減弱或消失。此技巧是從潛意識中去除情緒，故稱為「淨化技巧」(邵啟揚，2005)。他亦指出許多記憶即使在最深的夢遊狀態仍然不能回憶，而克服此抗拒最有效的方法是讓患者鬆弛，把浮現在心中的一切觀念或幻想自由自在的表達出來。

在 1926 年，他認為情緒是個人的心理生活，持續的功能，利用催眠去祛除這一些症狀是不合理的。當時催眠被用在歇斯底里的治療

上仍然會復發，弗洛伊德排除直接暗示，把理論的核心轉移到分析人際的關係上 (邵啟揚，2005)。

1914 年，第一次世界大戰，精神科醫師不足，使催眠再受重視。可是 5 年後，催眠又被忽略了。1925-1947 年，催眠在美國牙醫界開始發展。然而，1930 年，耶魯高層基於安全考量，使克拉克·赫爾 (Clark Hull) 停止與學生進行催眠實驗。不過，他重要的成就除了匯集書《催眠與暗示》之外，也鼓勵將催眠研究納入大學或其他研究機構。

二次世界大戰時 (1914-1918)，催眠被運用在兩大領域 (Streeter, 2003/2005)：

一、科學：德國科學家持續進行藥物與催眠研究。以期望可以研究出控制人類心智的方法。

二、軍事：以催眠控制資深探員，或是以催眠作為質詢戰俘的利器。

中央情報局甚至以催眠審問、訓練間諜。另外，受敵軍俘虜的美國人也被催眠意圖洗腦 (brain washing) 作用，即將共產主義思想置入他們的潛意識中。洗腦一詞於 1950 年出現，意指「用系統性教化方式或給予心理壓力以掌控個體，使其改變原觀點並認同違逆道德的行為」(Streeter, 2003/2005)。事實上，催眠是沒有辦法強迫受試者去做他們不願意做的事。因此，大部分的

間諜訓練、洗腦及暗殺計畫皆宣告失敗。不過，中情局發現在質詢戰俘時，卻是有幫助的，往往會得到一些額外的資料。

20 世紀，一些博士，精神科醫師與牙醫師開始研究催眠（劉俊偉，2006）。當時深具代表性的催眠師包括，精神科醫師，會話催眠治療之父-麥可吉爾博士（Ormond McGill）、美國催眠師-大衛·艾爾曼（Dave Elman）、精神科醫師，臨床催眠權威及催眠大師-米爾頓·艾瑞克森（Milton Erickson）。

麥可吉爾博士（Ormond McGill, 1913）乃為美國催眠協會的院長。他結合催眠與東方的禪修以及開啟創意的催眠治療法。80 年來，他共寫了 25 本書，並於 1940 年獲頒國際評鑑優良書，其中包括《回溯療法》（Regression Hypnotherapy: Transcripts of Transformation）（Churchill, 2005）。

艾爾曼（1900-1967）為「古典催眠學派」的代表，他本身沒有任何醫學背景，卻發展出「愛爾曼引導法」（Elman Induction）與「重複引導法」（Rapid Induction）。這是一種在極短的時間內，引發深度催眠的技巧。他亦撰有《催眠治療》（Hypnotherapy）一書，這本書於 1984 年獲的最暢銷書之一。書中提及催眠治療失敗的原因，其中主要原因是，只做一次催眠，而且沒有足夠的催眠深度。

另外，艾瑞克森（1901-1980）則是正規精神科及心理治療醫師

亦是現代醫療催眠之父。他最早研究精神分析，之後又研究催眠，對於發展新的催眠誘導方式與應用上有非凡的創見。他特殊的經驗與天資，發展出獨特的催眠技術，如艾瑞克森式催眠治療 (Ericksonian Hypnotherapy)，隱喻故事療法，家族系統排列。他共撰有 5 本書，發表超過 130 篇專業文獻。他是第一位在美國國會對議員演講催眠的催眠師，並為催眠取得合法地位 (Watzlawick, 1982)。他亦是美國臨床催眠學會 (American Society of Clinical Hypnosis) 的創辦人及第一任主席，同時創辦了學會的官方刊物《美國臨床催眠期刊》(The American Journal of Clinical Hypnosis)，並擔任編輯長達十年。

近代催眠治療已被廣泛接受，很多國家的大學院校中都有專門學科開辦如史丹佛大學 (Stanford University, 2007)、美國大學 (American Pacific University, 2007)。目前它仍然被歸類於「輔助或替代療法」(Complementary and Alternative Medicine) 的範疇裡。在歐、美、澳、日都有很大的發展，催眠當然不止於學說的研究，在各國都有應用於醫療、心理及精神治療、協助培訓人才等。並早在 1950 至 1960 年，英國醫師協會和美國醫師協會運用催眠作為一種正式治療疾病的方式。(詳細的催眠組織發展過程，請參閱附錄五)。

從上述的催眠治療歷史中，可見催眠從古羅馬僧侶的「迷信」

宗教祭祀，至到麥斯默的磁氣學說，才開始了一系列的醫學研究。至今催眠已從「神秘」發展成一種「科學」的治療法(詳細催眠治療發展史，請參閱附錄六)。然而，Streeter (2003/2005) 指出，一般大眾提及催眠時卻是好奇、緊張或多疑的，甚至有些人卻是停留在舞臺表演秀或為戲劇娛樂上。一般大眾對於催眠的誤解很普遍。他們認為催眠是危險的，如：催眠師可以完全控制受試者，任由催眠師擺佈。事實上，催眠並無法使喚受試者去作他們不願意做的事情。雖然，催眠被一般大眾所誤解，不過，慶幸的是，催眠目前已逐漸受醫學界的肯定。因此，更多的未來研究將能夠佐證催眠的科學性，從而破除這一些迷思及誤解。

催眠治療從被否定的局面，甚至被認為是一種騙局，慢慢又備受病人及大眾的矚目，可見其存在的價值。從歷史的回顧及沿革，發現歷史奠定了催眠在心理及生理疾病的治療。

第四節 催眠治療的特徵

厄尼斯特·赫爾革 (Ernest Hilgard) (1904-2001) 從心理層面去闡明催眠並分成七個特徵：一、計畫功能低落；二、注意力的重新分配；三、在視覺上能夠利用過去的記憶，並提升幻象-生產的能力；四、現實性的減少以及對於持續性的現實曲解之耐性；五、被暗示性增加；六、角色行為；七、催眠中當事人所體驗事件之健忘 (劉焜輝，1999，參考附錄七)。

另外，催眠狀態可分成六個階段 (Streeter, 2003/2005)：

第一階段—這是瞌睡與放鬆的開始，此時會誘導出第一次肌肉僵直現象 (catalepsy)。第一個被影響到的通常是眼臉。

第二階段—受試者會感到特定肌肉群的僵直，例如手臂，會有重重或飄浮的感覺，與第一階段相同，此時會被視為中度朦朧狀態。

第三階段—在中度朦朧狀態的第一個層次，不但會有僵直感，而且可以被誘導出嗅覺和味覺的改變，再者，她也可以被誘導為不相信某個數字的存在。

第四階段—再進入更深入的中度催眠狀態，催眠師可以誘導出失憶 (amnesia)—記憶喪失的現象。其他還包括有麻木的現象即感覺喪失、以及痛覺喪失。

第五階段—深度朦朧狀態的第一個層次牽涉到正向幻覺，指的是催眠

師可以誘導受試者看到或聽到根本不存在的事物。

第六階段—在最深層朦朧狀態下，接受外科手術，他將會經驗到感覺

喪失。另外一個現象是負向幻覺，也就是受試者被誘導為

看不見或聽不到事實上存在的事物，夢遊 (somnambulism)

通常發生在此階段。

催眠治療是一種經過催眠師的暗示，在放鬆的狀態下，將自己的集中力分配，隨著催眠師的暗示，進入自己的潛意識，從而加以分析與處理潛在的病苦後，再給予自己一個正向的思考模式，從而解決自己的內心問題。因而，此療法常被運用在心理疾病上。另外，如以上所說的六種階段，到了最深層朦朧狀態，受試者會有幻覺，從而可以治療生理的疾病。

目前，催眠治療運用在以下的疾病：

一、生理上的疾病

(一) 呼吸器官疾病：氣喘 (Ewer & Stewart, 1986; Maher-Loughnan,

Mason, Macdonald, & Fry, 1962)、呼吸困難 (Anbar, 2002)、習

慣性的咳嗽 (Anbar & Hall, 2004)。

(二) 神經系統疾病：疼痛 (Jensen & Patterson, 2006; Valente, 2006)、

頭痛 (Matthews & Flatt, 1999)、失眠 (Anbar & Slothower,

2006)。

(三) 腸胃系統疾病：消化不良、腹痛、腹脹 (Gholamrezaei, Ardestani, & Emami, 2006; Barabasz & Barabasz, 2006)、尿床 (Mantle, 1999)。

(四) 皮膚病 (Zachariae, Jorgensen, Egekvist, & Bjerring, 2001; Zachariae, Oster, Bjerring, & Mottershead, 1994)：頑癬、奇癢等皮膚病。

(五) 循環系統疾病 (Baglini, Sesana, Capuano, Gneccchi-Ruscione, Ugo, & Danzi, 2004)：心悸 (Wain, Amen, & Oetgen, 1983)、心痛。

(六) 生殖系統 (Baram, 1995)：無痛分娩 (Mottershead, 2006)。

(七) 減肥 (Pittler & Ernst, 2005)、戒煙 (Abbot, Stead, White, & Barnes, 1998)、戒酒 (Potter, 2004)。

二、心理上的疾病

(一) 神經病：歇斯底里 (hysteria) (Bliss, 1984)。

(二) 精神病：恐懼症 (Gemignani, Sebastiani, Simoni, Santarcangelo, & Ghelarducci, 2006)、妄想症 (Izquierdo & Khan, 2004)、憂鬱症 (Suzuki, 2003)、焦慮症 (Saadat, Drummond-Lewis, Maranets, Kaplan, Saadat, Wang, & Kain, 2006)。

以上是催眠運用在生理及心理的一些研究。然而，有些研

究的療效仍然在探討中。目前，考科藍回顧其療效的文獻包括催眠與疼痛分娩 (Smith, Collins, Cyna, & Crowther, 2006)、妄想症 (Izquierdo & Khan, 2004)、戒煙 (Abbot et al., 1998) 皆相繼發表出來。有關疼痛分娩，考科藍回顧文獻的結果顯示催眠有益於疼痛的減輕。至於戒煙，共搜尋出 9 篇相關的研究，然而，因為在這 9 篇當中有顯著性的異質性存在，因此無法計算出其效果量。筆者結論催眠治療於戒煙的療效仍然在探討中 (Abbot et al., 1998)。

17 世紀末後，催眠治療盛行於生理及心理的治療。另一方面，必須注意的是，催眠治療也會產生一些副作用。有些受試者在催眠後會想嘔吐 (劉焜輝，1999)、困倦、暈眩、僵直、頭痛、焦慮 (Stewart, 2005)。甚至更嚴重的副作用，如：催眠師的暗示改變了受試者想法或知覺而導致一些疾病症狀的掩飾 (Stewart, 2003/2005)，還有負面的行為改變。造成這一些副作用的因素有二：1. 為解除催眠的手續不完整；2. 催眠師的處理方式不妥所引起的必然反應 (劉焜輝，1999)。

一般大眾常會誤解催眠的危險性。舉個例子來說，第二次世界大戰時，軍事專家希望利用催眠來培訓自動化殺手，在給予暗示或訊號時執行暗殺活動。不過這些暗殺計畫往往宣告失敗。事實上，催眠並非是一個有用的軍事武器，他沒有辦法在缺乏動機者身上使用。因此受敵軍俘虜的美國軍人，因催眠而被置入共產主義思想，這樣的洗腦

作用是不可行的。

由於催眠時，在進入放鬆的狀態後，受試者會毫無顧忌的將自己平時壓抑的行為釋放出來。他們的一些行為如被動、依賴、順從或者敵意、攻擊性將會毫無保留的表現出來。這樣的行為改變可以持續至覺醒後，以致未來發展為憂鬱或妄想傾向的可能性。如果這些現象在現實社會生活的行為有差錯如行為變得有攻擊性，而催眠師又沒有妥當的處理時，這將會造成危險的後果。

Orne (1979) 指出焦慮是催眠最危險的因素 (引自劉焜輝，1999)。尤其是受試者尚未做好心理準備，心中仍存有焦慮或抗拒，就進入催眠狀態。催眠時若感覺到自己陷於焦慮或覺得自己受不當處理時，可能不容易覺醒，此焦慮及抗拒也就容易持續到解除催眠之後。這樣不但會引起受試者感到憤怒、厭惡自己，而且這種心態亦容易引起不適感或嘔吐感、頭痛等現象。另外，瞬間催眠法，強迫實施催眠誘導，也同樣伴隨著危險。

忽視受試者的需求與人格方面因素，會導致受試者的不滿，引發焦慮與敵意，或將增強退縮和憂鬱傾向。受試者因而可能變得神經質而引起身體症狀或心理失調。

催眠師本身也是造成危機的其中一種因素。倘若催眠師沒有專業的知能如心理治療；人格方面有錯誤的認知、權威主義者、獨斷而自

我中心；催眠技巧不純熟者，都有造成危險的可能性。當催眠師本身的人格問題而被捲入受試者的感情，他們容易產生敵意，表現攻擊性、優越慾望、支配欲或權威態度。這樣反會使受試者陷於混亂而引發許多問題，催眠師有錯誤的認知是非常危險的。即使催眠師毫無心理學的知識，可以隨心所欲的對於精神病患實施催眠，也是同樣的危險。對於精神病患，如果催眠師處理不當，受試者在催眠過程中，可能會刺激過去隱藏的潛意識傾向，開始震動受試者的情緒，以致抗拒增加，誘發莫名的焦慮，增強其向來已經存在的防衛方式，甚至更能促使精神分裂傾向更顯著。

另一項司法催眠，指的是犯罪學上催眠使用的術語，是一種嚴重的犯罪人及證人記憶力上的探索技巧（蔡宗晃、朱秀琴，2006）。在記憶探索的過程中，催眠師的暗示往往可以改變受試者的記憶，或稱假記憶（pseudomemories）（Stewart, 2006）。這些假記憶往往被用來尋找一些犯罪的蛛絲馬跡，不過這些證據的準確性卻受到質疑（Spiegel & Schefflin, 1994）。然而，它可以提供額外即先前未成使用過的資料給警察。因此，如果催眠必須被使用當成偵訊的工具時，必須遵守其嚴格的行為法規（蔡宗晃、朱秀琴，2006）。否則假的證據所帶來的後果實不堪設想。

第五節 憂鬱症的定義與分類

一般日常用語中，「憂鬱情緒」(depressive mood) 指的是一種暫時性的情緒低落 (Kramlinger, 2001/2006) 及哀傷 (鄭淑惠、揚延光, 2006)。也就是說，當人遇到一些瓶頸時，如喪失心愛的人，公司倒閉等，情緒會因此受影響而低落，甚至意志消沈。然而，不管這一些事件會多讓人傷痛，他們依然過著正常的生活。此情緒會隨著時間而逐漸恢復常態，並且不需特別處理。

至於「憂鬱症」(depressive disorder)，它是一種醫學疾患。在醫學裡，它具有生物學基礎 (鄭淑惠、揚延光, 2006)，並且可以用科學來診斷、預防、或治療此疾患 (Beers, Porter, Jones, Kaplan, & Berkwits, 2006)。根據精神疾病診斷準則手冊第四版 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994/2004)，它歸類於情感性疾患 (mood disorder)，並有九種典型的憂鬱症診斷範圍 (diagnostic criteria)，如下：

壹、憂鬱心情，幾乎整天都有，幾乎每日都有，可由主觀報告或由他人觀察而顯示。

貳、在所有或幾乎所有的活動，興趣或喜樂都顯著減少，幾乎整天都會，幾乎每日都有。

參、非處於節食而明顯體重下降，或體重增加；或食慾減少或增加。

肆、幾乎每日失眠或嗜稅睡。

伍、幾乎每日精神運動性激動或遲滯。

陸、幾乎每日疲累或失去活力。

柒、幾乎每日有無價值感，或過份或不適宜的罪惡感(可達妄想程度)。

捌、幾乎每日思考能力或專注能力減退、或無決斷力。

玖、反覆想到死亡、重覆出現無特別計畫的自殺意念、有過自殺嘗試、
或已有實行自殺的特別計畫。

在至少兩週期間內，同時出現以上症狀五項(或五項以上)，且呈現由原功能的改變；1.憂鬱心情、2.失去興趣或喜樂此兩項症狀至少應有其中之一。

「憂鬱情緒」與「憂鬱症」的主要差異是憂鬱症疾病是一種長期，(超過兩個月以上，DSM-IV)、無力抵擋的極度沮喪或低落情緒（鄭淑惠，2006）。其症狀特徵為：

- 日常生活功能損害（Kramlinger, 2001/2006）如睡眠、性欲。
- 病態地專注於無價值感（DSM-IV），降低自我評價。
- 覺得沒有生存意義、有自殺意念（DSM-IV）。
- 需要藥物、心理學，或是兩者共同介入治療（Kramlinger, 2001/2006）。

憂鬱症必須與一般的沮傷如傷慟反應 (bereavement) (Bochner, 2003)、情緒低落或傷慟 (grief) 區隔。目前，台灣最常用的憂鬱量表包括：「台灣憂鬱症量表」 (Taiwanese Depression Questionnaire, TDQ) (台灣憂鬱症量表，請參考附錄八)、「台灣老人憂鬱症量表」(鄭淑惠，2006)，而國外常用的憂鬱量表則有「貝克焦慮量表」(Beck Depression Inventory, BDI) (Beck & Beamesderfer, 1974)。可是，目前這一些量表，並非最終的臨床診斷工具。主要原因是憂鬱症的臨床表現很複雜 (鄭淑惠、楊延光，2006)，而且很多疾病與憂鬱症很像似。因此，憂鬱症需要精神科醫師來作準確之診斷。

總而言之，「憂鬱症」並非一般的「憂鬱情緒」。而憂鬱量表只能顯示患有憂鬱症的可能機率較高，如民眾若填「台灣人憂鬱量表」時，獲得 19 分，這表示他患憂鬱的機率很高，但並不代表他患上憂鬱症。由於「憂鬱情緒」與「憂鬱症」不同，因此本研究將分別研究以及分析，催眠對於「憂鬱情緒」與「憂鬱症」的影響。如果文獻是醫生診斷得憂鬱症，本研究將以「系統性文獻回顧」探討催眠在憂鬱症的影響。若文獻是用憂鬱量表來測憂鬱情緒，本研究將以「整合分析」來統計催眠對憂鬱情緒的療效。「系統性文獻回顧」及「整合分析」將會在第九節說明。

憂鬱症歸類於情感性疾患 (mood disorder) (DSM-IV)，並分成以下幾種類型：

一、憂鬱性疾患 (depressive disorder)

(一) 重鬱病，單次發作 (major depressive disorder, single episode)

- 最近第一次重鬱發作之說明包括嚴重度、精神病性、緩解
- 慢性特性說明 (chronic specifier)：至少過去兩年內連續不斷符合重鬱發作的完全準則。
- 緊張性特質特性說明 (catatonic features specifier)：主要臨床表現包含下列各項中至少兩項：1. 運動性靜止 (motoric immobility); 2. 過多的運動活動; 3. 極度的拒絕現象 (negativism) 或緘默症 (mutism); 4. 自主性動作古怪; 5. 語言模仿或動作模仿。
- 憂鬱病性特質特性說明 (melancholic features specifier)：在嚴重時期，對幾乎所有活動失去興趣，對通常可娛人的刺激缺乏反應。其具有下列三項以上的特徵：1. 截然不同品質的憂鬱心情; 2. 憂鬱心情規律地在早晨特別嚴重; 3. 清晨早醒(至少早兩小時)；4. 顯著的精神運動性遲滯或激動; 5. 顯著缺乏食欲或體重下降; 6. 過度或不合宜的罪惡感。

- 不典型特質特性說明 (atypical features specifier)：具有情感反應性 (mood reactivity)，或具有下列特質兩項：1. 顯著體重上升或食欲增加；2. 嗜睡 (hypersomnia)；3. 鉛樣癱瘓 (leaden paralysis)；4. 長期持續的人際拒絕敏感 (interpersonal rejection sensitivity)。
- 產後初發特性說明：情感發作在生產後四星期之內初發生。

(二) 重鬱病，重複發作 (major depressive disorder, recurrent)：有兩次或兩次以上的重鬱發作。另外，這亦包括季節性模式 (seasonal pattern specifier) 特性說明：與每年某個特殊時段之間重鬱發作如每年的秋天或冬天。

(三) 低落性情感疾患 (dysthymic disorder)：幾乎整天憂鬱心情，為期至少兩年。心情憂鬱時，至少出現兩項以下的症狀：1. 胃口不好或吃的過多；2. 失眠或嗜睡；3. 活力低或疲累；4. 低自尊；5. 專注能力減退或有困難做決定；6. 感覺無望。

(四) 其他未註明之憂鬱性疾患：1. 月經前心情惡劣疾患 (premenstrual dysphoric disorder)；2. 輕鬱病 (minor depressive disorder)；3. 再發性短期憂鬱性疾患 (recurrent brief depressive disorder)；4. 精神分裂病精神病發作後發生

之憂鬱性疾患 (postpsychotic depressive disorder of schizophrenia); 5. 與妄想性疾患、其他未注明之精神病性疾患、或精神分裂病活耀期同時發生的重鬱發作; 6. 某些狀況下，臨床工作者可推定個案有著憂鬱性疾患，然而無法確定是屬原發性、一種一般性醫學狀況所造成、或物質適用所誘發。

二、雙極性疾患 (bipolar depression)

(一) 第一型雙極性疾患，最近一次屬混合發作 (bipolar I disorder, most recent episode mixed) 即重鬱與躁狂發作。

(二) 第一型雙極性疾患，最近一次屬憂鬱發作 (bipolar I disorder, most recent episode depressed)

(三) 第二型雙極型疾患(重複發生重鬱發作並伴隨輕躁狂發作) (bipolar II disorder, recurrent major depressive episodes with hypomanic episode)

(四) 循環性情感疾患 (cyclothymic disorder) 至少兩年有多次出現輕躁狂症狀的時期，並有多次一段時期有憂鬱症狀。

憂鬱症最常見的類型是「重鬱症」(major depressive disorder) 或稱「單極性憂鬱症」(unipolar depressive disorder) 以及「雙極性憂鬱症」(bipolar depressive disorder)。還有其他少見的形式如「季節性情緒障礙」又稱「冬季憂鬱症」、「產後憂鬱症」(postpartum depression)、

「經前憂鬱症」(premenstrual syndrome, PMS)。所有類型的憂鬱症都屬於「情緒疾患」(mood disorder)。基本上，「情緒疾患」與「憂鬱疾患」(depressive disorder) 的症狀有些雷同，也有些相異。情緒疾患不一定就是憂鬱疾患。

第六節 憂鬱症的流行病學

在北美洲地區憂鬱症的盛行率，約 12 至 20% (Patten, Wang, Williams, Currie, Beck, Maxwell, & El-Guebaly, 2006; 陳蕙雅、丘亮、林忠順，2004)。而台灣的憂鬱盛行率大約是 4 至 5% (Chan, Yang, Chen, Yu, & Leung, 2006)。根據世界衛生組織統計，2002 年，女性得憂鬱症的機率大約是男生的 1.8 倍。患有憂鬱症的男性之盛行點為 58,989,000 (38%)，女性為 95,023,000 (62%) (WHO, 2002)。

憂鬱症的相關危險因素包括女性、低收入 (Patten et al., 2006; 陳蕙雅等，2004; WHO, 2002)、失業 (Patten et al., 2006; Lee, Tsang, & Kwok, 2006; 陳蕙雅等，2004)、離婚或分居 (Patten et al., 2006; 陳蕙雅等，2004)、患有慢性病 (Patten et al., 2006; 陳蕙雅等，2004)、有家族病史 (Patten et al., 2006)，及低社會支援 (Rytsala, Melartin, Leskela, Lestela-Mielonen, Sokero, & Isometsa, 2006)。

平均發病年齡為 20 至 40 歲之間 (陳蕙雅等，2004)。而平均死亡年齡則為 45 至 69 歲之間 (Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 Estimates, 2006)。其中男性與女性平均死亡年齡有 40% 及 43% 是 45 至 59 歲之間 (表 2.1)。

表 2.1：族群(‘000)死亡依據年齡、性別計算之全球疾病負擔 2002 年

Figure 2.1: Population (thousands) GBD 2002: Deaths by age, sex for the year 2002, WORLD

年齡	男	女
0-4	9	14
5-14	3	8
15-29	29	43
30-44	1913	1156
45-59	2321	3139
60-69	926	1335
70-79	235	383
80+	554	1282
總	5988	7361

資料來源：WHO, World Health Organization. (Global Burden Disease, GBD), 2002. Retrieved March 12, 2007, from <http://www.who.int>.

第七節：憂鬱症之病因學及其應用

憂鬱症是個複雜的病症，它可以因為不同的情況或由幾個不同的因素所造成。而生理、心理、社會 (biopsychosocial) 乃為瞭解憂鬱症病因的最佳模式。目前，造成憂鬱症的因素如下 (WHO, 2006)：

壹、生物因素 (biological)：生物基因 (genetic) 的體質因素造成憂鬱症，一等親的遺傳機率大約為 10 至 15%，也就是父母其中一人有 (或曾經罹患) 憂鬱症，那麼，10 個子女當中可能會有 1 或 2 個得到憂鬱症。如果雙親都患有憂鬱症則 50 至 70% 的子女會患有憂鬱症。

貳、生物體質因素 (biochemical)：大腦中之神經化學傳遞介質失去平衡，主要是血清素及正腎上腺素兩種所致。

參、心理因素 (psychological)：如人格特質以完美主義及依賴性的人格特質或凡事易以負面悲觀的思考習慣模式的人較易罹患憂鬱症。

肆、社會環境因素 (social)：如孩童時的創傷經驗，負面的生活事件 (包括事業、負債、失去親人、身體重大疾病等)，挫折的人際關係 (包括婆媳不合、夫妻衝突、親子問題、朋友背叛等) 以及各種環境中發生足以影響個人之重大事件。

伍、家庭因素：家庭成員的互動模式。除了基因因素，家庭的影響力例如面對處理家庭難題的整體能力，與憂鬱症的發作有相當的密切關係。父母也有意或無意的影響了孩子的思考方式、情緒反應等。他們的影響力是顯而易見的。而家庭結構也有可能造成成員的幫助或傷害 (Yapko, 1999/2000)。

陸、藥物因素：長期使用某些藥物 (如高血壓藥、治療關節炎、帕金森的藥等) 會造成憂鬱症狀。

柒、疾病：罹患慢性疾病如心臟病、中風、糖尿病、癌症與阿茲海默症的病人，得憂鬱症的機率比較高。憂鬱症也可能是嚴重疾病的前兆，如胰臟病、腦瘤、帕金森症、阿茲海默症等 (鄧焱、李網，2004)。

捌、抽煙、酗酒與濫用藥物：使用這些，實際上會引發憂鬱症及焦慮症 (鄧焱、李網，2004)。

玖、飲食：缺乏葉酸、鐵與維生素 B12 都可能引起憂鬱症 (鄧焱、李網，2004)。

由於憂鬱症乃為心理疾病，因此在治療方面要注重心理的因素。根據台灣精神醫學會 1997 年的調查研究指出，90%以上的自殺個案，有精神科疾病，其中 70%是患有憂鬱症 (鄧焱、李網，2004)。

根據世界衛生組織，憂鬱症已佔所有精神病症之「失能調整生命年數」的三分之一。憂鬱症對國民健康及社會經濟等方面均造成嚴重的衝擊。

大致上，目前憂鬱症的治療方式可分成（鄧焱、李綱，2004）：

一、藥物：目前臨床以選擇性血清素再吸回抑制劑 (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI)、血清素-正腎上腺再吸回抑制劑 (selective noradrenaline reuptake inhibitor, SNRI) 及其它新一代的抗憂鬱劑 (Mirtazapine, bupropion) 為主。通常抗憂鬱劑需開始服藥後的 2 週才可達到效果。而新一代的抗憂鬱劑副作用比起三環或四環類抗憂鬱劑及單氨氧化酵素抑制劑少。因此，此三類是目前最常用的藥。

二、心理治療 (psychotherapy)：目前以認知與行為治療 (cognitive and behavioural therapy) 為主。臨床上約有 10 至 30% 的難治性病人，可以合併心理治療以取得效果。心理治療使病人如何去面對和適應挫折，調節自己的心理平衡，提高病人的心理和社會適應能。心理治療的效果在 6 至 8 週後出現，即使它的療效出現時間較慢，但接受整個療程的過程較穩定。

三、電休克治療 (electroconvulsive therapy, ECT)：注射電流到病人體內，整個療程需要 30 至 45 分鐘。並在數週內進行 6 至 12 次治療。

四、另類療法：草藥如 St. John Worts 目前仍有實驗在實施以證明其療效，還有瑜珈、禪坐、食療法、運動、催眠等。

在這一些療法當中，2005 英國國家臨床卓越研究院的憂鬱症指導方針 (NICE guidelines, 2006) 指出，抗憂鬱劑 (antidepressant) 非第一線的憂鬱症治療方式，因為藥物的風險與利益之比例 (risk-benefit ratio) 並不理想。對於輕微或中度憂鬱的病患應先給予 10 至 12 個星期的心理治療，如：認知行為治療、問題解除治療 (problem-solving therapy) 與心理輔導 (counseling)。而重度憂鬱症病患則同時需給予抗憂鬱劑及心理治療。

這代表著心理治療是眾多療法中，是為第一線的療法。可惜的是，根據世界衛生組織統計，目前大部分的中等及低收入國家，少於 1% 的醫療支出是用在實施心理衛生之公共衛生政策上 (WHO, Mental Health Bare Facts, 2007)。再加上，也有研究顯示，有成本效益的治療 (cost-effective treatment) 如認知行為治療，在憂鬱症的治療上並沒有充分的被使用 (Chisholm, 2005)。

政府及醫療決策者應該重視此問題，並改變醫療方針，以提昇心理治療的實施。有效的治療，可以減低醫療支出，甚至國家的經濟也得以改善。催眠此心理治療，亦應該得到同等的重視。因為催眠無毒、無害，能讓患者更徹底解決自己的內心問題。

在慢性的精神疾病中，憂鬱症病患是最常使用另類療法的。而催眠在眾多的另類療法之中，其使用率大約 62.7% (1997)，僅次於整椎 (chiropractic) 89.9% 以及針刺療法 (acupuncture) 87.6% (Eisenberg, Davis, Ettner, Appel, Wilkey, Rompay, & Kessler, 1998)。憂鬱症的影響以及另類療法的盛行，使催眠是否適合運用在憂鬱症的議題，顯得更為重要。

第八節：催眠與憂鬱症及憂鬱情緒的關聯性

催眠是否應該運用在憂鬱情緒或憂鬱症，目前仍處於爭議的階段，如第一章節所說，實驗結果的結論不一致，專家的看法也不一。催眠與憂鬱症有著正相關、不顯著甚至負相關的關係。再加上憂鬱症有與日遽增的趨勢，其嚴重性與影響，讓我們更應該重視這議題。由於憂鬱情緒與憂鬱症並不一樣，許多個別的研究所得到的結果，正需要分別利用系統性文獻回顧與整合分析來彙集及統計。從中做出一綜合性的結論，以及提供客觀的量化訊息，作為未來研究的依據。

至於催眠與憂鬱情緒之間的關聯程度，可依據 SPSS 統計計算以及採用 Comprehensive Meta-Analysis, Version 2, 軟體計算。另外，必須注意的是憂鬱量表的分數改善可能是有顯著性的，然而其改變數字的大或少，必須有臨床的意義。例如，假設憂鬱量表分數改善 2 分，催眠前與催眠後的 p 值雖然有顯著性的改變，但是這並不代表在臨床上有意義。也就是說，臨床意義就是「研究結果在現實世界是否存在差異性，亦即研究結果是否具有實用性」(柴惠敏，2006)。因此，整合分析扮演著重要的角色，它不但檢視變項之間相關性的方向。同時，它也檢視成效 (effectiveness) 影響的大小。所以，此研究將透過整合分析檢視臨床差異及其療效，以及催眠與憂鬱的關聯。

他們之間的關聯亦受變項的影響。因此，本研究將出版年代、年

齡、治療時間以及樣本數做為變項。以 SPSS Version 10.0 for Windows，相關(r)之雙變數(b)-Pearson 相關係數來計算這一些變項與催眠療效的關係。

目前，催眠師治療憂鬱情緒或憂鬱症時，曾使用過的催眠技巧其中包括正面建議、自尊提升 (ego state therapy) 技巧以及放鬆技巧 (relaxation therapy) (Holopainen & Emmerson, 2002)。

第九節 系統性文獻回顧與整合分析

系統性文獻回顧乃為回顧及整理所有相關的實驗設計、族群、及治療方式 (Higgins & Green, 2005)，並做出綜合性的結論。如果有足夠的隨機對照實驗，則可以彙集所有的研究結果，並以統計的方式，計算其療效的大小。這一種量化式的結論，即稱整合分析 (meta-analysis)。客觀的結論，可提供相關的專業人士、消費者、研究者及製作政策的相關人士參考，並做出醫療上的決定 (Mulrow, 1994)。

運用系統性的方式回顧文獻可以降低實驗的偏差 (bias) 及隨機誤差 (random error) (Antman, 1992; Oxman & Guyatt, 1993)。而整合分析則是運用統計學，系統性的步驟來整合這一些研究。它比傳統的文獻回顧，更能提供客觀的證據 (蔡鎰隆、劉胤廷、張宏博，2004) 及更精確的評估治療效果 (Greenhalgh, 1997)。

早在 1904 年，卡佩森 (Karl Pearson) 是第一位統計學家運用正式的整合分析-統計技巧來綜合各個研究的結果。至到 1976 年，Glass Gene V. 才從「一級、二級、整合分析」 (Primary, secondary, meta-analysis) 的文獻中，發表“meta-analysis”此字，而中文則翻譯為「整合分析」或「綜合分析」。當時，他收集了 395 個心理治療的研究，並加以統計其治療與對照組之標準平均數的差異 (Lipsey &

Wilson, 2000)。至到 1980 年代，整合分析逐漸受重視 (Egger, Smith, & O'Rourke, 2001)，尤其在癌症 (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group, 1988)、心臟病領域中 (Baber & Lewis, 1982; Yusuf, Peto, Lewis, Collins, & Sleight, 1985)。1990 年，「考科藍協作組織」 (Cochrane Collaboration, www.cochrane.org) 之成立更促進多項的系統性文獻回顧及整合分析發展。

實施整合分析的主要原因包括 (Blettner, Sauerbrei, Schlehofer, Scheuchenpflug, & Friedenreich, 1999)：

壹、以質量方式尋找危險因子。

貳、更精確的評估治療效果，增強統計檢視力 (statistical power) 以及劑量-反應 (dose-response) 的關係。

參、測試各個研究的差異性 (heterogeneity)

肆、綜合各個研究的結果

伍、測試罕見的暴露因子 (exposure) 及相關性的關係 (interaction)

陸、測試危險因子與罕見疾病的關係發展。

本研究將以系統性的方式蒐集文獻，按照一定的程式，並以整合分析來綜合各個研究的平均數差異 (mean difference)、樣本大小、標準差來計算其效果量 (effect size) 的大小。事實上，效果量可分成以平均數差異為核心的團體差異效果量(比較兩組結果的差異)，與以相

關係數 (correlation) 為核心的關聯效果量(探討兩變項間關聯性)。由於本研究所搜尋的各個研究結果憂鬱測量表皆不同，因此所有研究的平均數差異將標準化，即稱標準平均數差異 (standardized mean difference)。

計算效果量的公式可分為以下四種 (張鑫、李昌慶、文善彩，2006)：

一、Glass效果量Effect Size (ES)

$$ES = (\bar{T}_e - \bar{T}_c) / SD_c$$

(式中 \bar{T}_e 及 \bar{T}_c 分別代表實驗組與控制組之平均分數，而Standard deviation (SD_c) 為對照組的標準差，此公式假設對照組與實驗組有共同的標準差)。

二、Hedges效果量(g)

$$ES(g) = (\bar{T}_e - \bar{T}_c) / SD, \quad SD = \sqrt{\frac{(N_e - 1)(SD_e)^2 + (N_c - 1)(SD_c)^2}{N_e + N_c - 2}}$$

(SD_e 為試驗組標準差，SD 為實驗組及對照組綜合標準差， N_e 及 N_c 分別為實驗組及對照組樣本數，其他代號同上。Hedges L.V. 於1981年對Glass計算的效果量作出修改，採用SD綜合標準差來標準化平均值差。)

三、Hedges效果量(G)

$$ES(G) = \frac{(\bar{T}_e - \bar{T}_c)}{SD} J, \quad J = 1 - \frac{3}{4(N_c N_e - 2) - 1}$$

(J為Hedges's 不偏估計式，其他代號同上。以上亦稱校正偏差公式。當樣本數很小時，容易產生偏差，因此Hedges於1984年提出效果量之不偏估計式Hedges's G。)

$$\text{四、Cohen's } d = \frac{(\bar{T}_e - \bar{T}_c)}{SD_d}, \quad SD_d = \sqrt{\frac{(N_e - 1)(SD_e)^2 + (N_c - 1)(SD_c)^2}{N_e + N_c}}$$

(代號同公式2。Hedges's G 與 Cohen's d 之差異在 Hedges's G 是用預估(estimate) 的變異數 (variance) 來計算實驗後的效果量，而Cohen's d 則是用常數 (constant) 的變異數來計算實驗前的統計檢視力。Cohen's d 的計算並沒有將偏差考慮在內，因此大部分的整合分析則使用校正偏差的 Hedges's G 來計算效果量 (Borenstein, Hedges, & Rothstein, 2007)。

效果量的大小讓我們知道變項間關係的強度與方向，其範圍在 $-\infty$ 與 $+\infty$ 之間，負值代表負效應，正值代表正效應，0則代表無效應。之後，透過檢視可能之調節變項，以偵測出造成各個研究結果不一樣的可能因素 (Lipsey & Wilson, 2000)。同時，也會估算效果量的變異數 (variance)，進而執行統計檢定。

在進行效果量分析前，可以先檢定所選用的研究結果是否有同質性 (homogeneity)，並瞭解效果量之間是否相同。此檢定稱為同質性檢驗 (homogeneity test)。Rosenthal和Rubin (1982) 提出有關檢驗效果

量的方法 (引自張鑫、李昌慶、文善彩，2006)。其計算公式為：

$$Q = \sum_{i=1}^k w_i (T_i - \bar{T})^2, \quad \bar{T} = \frac{\sum_i w_i T_i}{\sum_i w_i}$$

(Q 是卡方統計 (Chi-squared statistic)，k指的是所要整合的文章篇數， \bar{T} 是加權後的治療效果量均值， T_i 指在第i篇文章中的治療效果量， w_i 指第i篇文章的加權數，通常是變異數的倒數，指經過加權計算後的治療效果量。)如果Q值有顯著性的改變，則表示它是同質性的研究。另外，只有各個研究結果之間具有一致性，其合併分析的結果才是有意義的。但是，如果存在異質性 (heterogeneity)，則必須找出異質性的原因，進一步證實該資料的可靠性，不能輕易去除任何一個研究。量化不一致性 (inconsistency) 的公式為 (Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003; Higgins & Thompson, 2002)：

$$I^2 = [(Q - df)/Q] \times 100\%$$

(df為自由度，Q是卡方統計。)

這百分比形容估計效果量的變異是因為異質性所造成，而並非樣本數誤差 (sampling error, chance)。當百分比超過50%，指的就是異質性存在。

檢驗同質性檢定後，就是整合分析的統計方法。而此方法可分成兩個大方向，即固定作用模式 (fixed effect model) 及隨機作用模式

(random effect model)。

固定作用模式的統計方法，是所選用的文章中即各個研究間皆具有同質性。也就是說，固定作用沒有把各個研究的差異性質 (heterogeneity) 考慮進去，因為他們的族群是相同的。此時，牽涉的誤差為有組內 (within study) 隨機誤差 (random error)。而隨機作用模式則是各個研究間存在著異質性性質，並且將組間 (between study) 及組內 (within study) 之抽樣誤差 (sampling error) 並同考慮在內。因此，固定作用模式的信賴區間會比隨機作用模式的小，卻隨機作用模式計算出來的效果量較為保守。本研究所採用的乃為隨機作用模式。然而，研究間的同質性高時，固定作用模式與隨機作用模式算出的效果量與其信賴區間相差不大。

1. 固定作用模式

1.1 效果量公式 (蔡鎰隆、劉胤廷、張宏博，2004)：

$$\bar{T} = \frac{\sum_{i=1}^k w_i T_i}{\sum_{i=1}^k w_i}, \quad w_i = \frac{1}{v_i}$$

(\bar{T} 是加權後的治療效果量平均值， T_i 指在第 i 篇文章中的治療效果量， k 指的是所要整合的文章篇數， w_i 指第 i 篇文章的加權數，通常是變異數的倒數。)

1.2 效果量變異數為：

$$\text{var}(\bar{T}) = 1 / \sum_{i=1}^k w_i$$

($\text{var}(\bar{T})$ 乃為效果量變異數，其他代號同上。)

1.3 標準誤差： $\text{SE}(\bar{T}) = \sqrt{\text{Var}}$

($\text{SE}(\bar{T})$ 乃為標準誤差 (standard error)， Var 為變異數。)

1.4 95%信賴區間的範圍：

$$\bar{T} - 1.96 * \text{SE}(\bar{T}) \leq \bar{\theta} \leq \bar{T} + 1.96 * \text{SE}(\bar{T})$$

($\bar{\theta}$ 為95%信賴區間， \bar{T} 是加權後的治療效果量平均值，其他代號同上。)

1.5 顯著性檢定 (test of significance)： $Z = \frac{\bar{T}}{\text{SE}(\bar{T})}$

(Z 乃為“由樣本求得的效果量”與“在認為變數 x 和 y 之間無關係的虛無假設之下期望的效果量”之間的差異之顯著性檢定 (引自應立志、鍾燕宜，2000)， $\text{SE}(\bar{T})$ 乃為標準誤差 (standard error)， \bar{T} 是加權後的治療效果量平均值。)

1.6 雙尾 p 值 = $2[1 - (\varphi(|Z|))]$

(Z 值乃為檢定統計量， φ 指的是標準累積常態分佈函數。)

2. 隨機作用模式

2.1 效果量公式 (蔡鎰隆等人，2004)

$$\bar{T}_{\text{RND}} = \frac{\sum_{i=1}^k w_i^* T_i}{\sum_{i=1}^k w_i^*}$$

(\bar{T}_{RND} 是加權後的治療效果量平均值， T_i 指在第*i*篇文章中的治療效果量， k 指的是所要整合的文章篇數， w_i 指第*i*篇文章的加權數，通常是變異數的倒數。此時，在計算 T_i ，必須將組間及組內之抽樣誤差考慮在內。)

2.2 效果量變異數為：
$$\text{var}(\bar{T}_{\text{RND}}) = 1 / \sum_{i=1}^k w_i^*$$

(此 $\text{var}(\bar{T}_{\text{RND}})$ 包括組間與組內之變異數，其他代號如同公式1.2。)

其餘的標準誤差、95%信賴區間的範圍、顯著性檢定、雙尾p值如同1.3、1.4、1.5、1.6之公式。

整合分析運用最具全面、系統性的方法，彙整相關的報告包括已發表或未發表的文獻，之後回顧並分析相關的具體專題研究。這並非僅僅觀注於某一現有的研究或論述。這樣可以避免造成研究與研究間的模糊及矛盾性，即因單一的研究而作出有顯著性或無顯著性的結論。整合分析會將相關的研究資料，經過整理及分析，再計算出結合各個研究的效果量 (combined effect)。這樣不但解決單一研究間結果不一樣所造成的爭議，也節省未來研究摸索的時間及經濟的耗費，並避免重複性做一致性結果的研究。整合分析目前在科學領域中佔有重要地位。此種量化的技術，可以更有效的及完整地測試相關的理論，

以促進催眠與憂鬱症理論的發展。

最後，整合分析過程中須注意的事項包括（邱兆宏，2004）：

一、研究方法的異質性：在結合不同研究當中，研究之間必須要有相同的標準在，否則放在一起也沒有意義，如同「蘋果與橘子不分」的問題。這不但會造成概念混淆，而且會影響整個研究的內在效度。如 Peynovska, Fisher, Oliver 和 Mathew (2005) 以及 Bakke, Purtzer 和 Newton (2002) 的研究皆不是隨機分組實驗，也因此整合分析時被排除。

二、研究品質：可以通過「報告隨機實驗強化標準」(Consolidated Standards of Reporting Trials, CONSORT) 來報導實驗的結果(附錄九:CONSORT checklist) (Moher, Altman, Schulz, & Elbourne, 2004)。之後，再以 Jadad Score 來評估實驗品質 (Jadad, Moore, Carroll, Jenkinsen, Reynolds, Gavaghan, & Mcguay, 1996)。而品質不理想的研究，常會讓整合分析的可信度深受影響而降低。因此，我們更要評估這一些研究，以避免重蹈覆轍之前所犯的錯誤。

三、「出版偏差」(publication bias) 的問題：通常有顯著性研究結果的研究報告較受出版的青睞，因此在進行整合分析時，應該一同納入未刊登的研究，如碩、博士論文。有一種圖形法，可以用來顯示是否有出版偏誤，即「漏斗散佈圖」(funnel plot)。詳細說明在

第三章。另一種方法則為「失效安全方法」(fail-safe method)，即計算出需要多少篇沒有達到統計上顯著意義的研究，使整合分析的結論沒有統計上的意義 (蔡鎰隆、劉胤廷、張宏博，2004)。

四、研究資料獨立性問題：遇到以不同形式發表的同一個研究，或同一個研究卻用多個指標來測量同一個變項時，我們應該判別是否該把那篇研究納入整合分析，或是剔除重複的原始研究。

在研究報告及知識不斷快速累積以及科學發達的時代，醫護人員、消費者、研究者以及醫療決策的相關人士往往被大量的知識所淹沒 (Higgins & Green, 2005)，因此需要依賴高素質的整合分析綜合個別的研究，釐清所有累積的資訊，以協助醫療或決策者作出理性之決策。

第三章 研究方法及步驟

第一節 研究方法

本研究可歸納為下列8個進行的步驟：

壹、決定研究問題 (formulating research questions)

一個好的臨床研究問題必須具備以下四個條件 (Sackett, Strauss, Richardson, & Rosenberg, 2000): 1.病人類型; 2.治療方式; 3.另一組比較的治療方式; 4.結果測量。因此，本研究問題依據 (Patient or Problem, Intervention, Comparison, Outcomes, PICO)提出：在「憂鬱情緒」或「憂鬱症」的族群中，催眠或沒有施於催眠的對照組是否會改善或降低憂鬱量表的得分？

貳、第一手研究資料的查詢 (searching for primary studies)

研究問題提出後，接下來必須找出證據並回答此問題。而傳統式的搜尋資料來源，目前已不適合運用。實證醫學 (evidence-based medicine) 乃為目前依據病患所需及臨床經驗所得的最好臨床實證 (Wright, Brand, Dunn, & Spindler, 2007)。而醫學的資料庫將是實證醫學的重要資料來源。研究報告的種類範圍可以是很廣的，其中包括刊登期刊文獻、書、論文、未刊登之文獻、研討會發表、技術性報告 (technical reports) (Lipsey & Wilson, 2000)。搜尋範圍若只侷限於英文及刊登文獻，則將會導致正面偏

差 (upward bias)。

本研究搜尋的網站資料庫包括：

1. 醫學資料庫：PubMed (1950-07/2006), Cochrane Library (07/2006), The Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Review Group (CCDAN), PsiTri, Ebsco-Medline (1975-07/2006), Embase (1966-07/2006), PsycLit (1872-12/2001) (其分別，請參考附錄十)。

2. 網站搜尋：Google Scholar 之網址 (<http://scholar.google.com>)

(有關催眠在憂鬱症上之運用)。

搜尋策略

本研究搜尋策略先從設定研究問題，搜尋範圍及排除範圍開始，之後再採用 Microsoft Excel 2000 逐一記錄搜尋的過程、各個報告的搜尋狀況、搜尋結果以及搜尋報告完成之顯示。這些資料將依據各個資料庫或網站分組儲存於指定的資料夾內。資料的輸入包括作者、日期、研究設計、樣本大小、實驗結果、量表及實驗結論。這樣的系統提供了搜尋的文獻來源、背景及搜尋情形。完整的文獻及摘要亦會下載並輸入此系統內。

研究問題設定後，則開始搜尋，即先輸入搜尋關鍵字。由於不同

資料庫，搜尋的方式也因而不一樣。

1. PubMed 搜尋是採用 MeSH database，關鍵字輸入是 hypnosis, hypnotherapy 及 mental disorder。hypnosis 搜尋結果呈現 4 個標題-1. hypnosis; 2. hypnosis, dental; 3. hypnosis, anesthetic; 4. immobility response, tonic。因此，在這 4 個標題中，所選的相關標題為 1. hypnosis。hypnotherapy 則沒有資料顯示。至於輸入 mental disorder 主要原因是將所有的憂鬱症都包含在內。雖然，將「*」加在 depress*後，可以搜尋到 depression, depressed, depressive 的相關文獻。然而，其他憂鬱症則無法包含在內如 dysthmic disorder 等。因此，決定用 mental disorder 在從這大標題內，選副標題 mood disorder。這樣就可以涵蓋所有有關憂鬱症的文獻。在點選 hypnosis 及 mood disorder 大標後，搜尋結果顯示 71 篇。之後，再回顧及分析其題目及摘要，並選出有關聯的文獻紀錄在 Microsoft Excel 2000，一共記錄了 6 篇的相關文獻。之後，下載、索取或購買這 6 篇原文。索取原文後，再仔細分析原文是否在納入範圍的條件內，如果是，則會登錄，登錄之內容會在下一節詳細討論。
2. Embase 搜尋則採用 Emtree 方式，關鍵字 hypnosis 及 depression。Emtree 搜尋的結果呈現“hypnosis AND depression”共有 406 篇。其中共篩選出 24 並回顧及加以分析。其中有 4 篇被登錄於資料中。

3. 學術電子資料庫的搜尋策略，根據 Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group (CCDAN) 的搜尋策略及關鍵字如下

3.1 CCDAN 將會用以下的相關字鍵

Intervention=hypnosis, Diagnose = (depress* 或 dysthymi*)

剩下的資料及所用的關鍵字如下：

#1=hynosis

#2=hypnotherapy

#3=mood disorder

#4=depress*

#5=dysthymi*

#6=#1 or #2

#7=#3 or #4 or #5

#8=#6 and #7

結果無資料顯示。

其他的搜尋醫學文獻如下

4. Cochrane Library 搜尋策略及關鍵字如上。只有 1 篇是相關文獻。
5. PsiTri (<http://psitri.stakes.fi/EN/psitri.htm>) 使用 advanced search，關鍵字 hypno* AND depress*，結果無資料顯示。
6. PsycLit 搜尋策略及關鍵字與 Pudmed 搜尋策略一樣。結果顯示有 2 篇博士論文是相關的，資料被登錄。還有 3 篇原文被索取，並給予回顧及分析。

7. Ebsco-Medline 與 Pudmed 搜尋策略一樣。共有 3 篇被篩選並索取原文。其中 1 篇被登錄。
8. google scholar 使用的關鍵字 “hypnosis” ， “depression” 。共搜尋出 997 篇，然而，只有 4 篇是相關的。此搜尋策略並不理想，不過依然逐一回顧這 997 篇文獻。詳細的搜尋結果 (results of searching) 請參閱附錄十一。

由於搜尋結果的資料並不多，因此本研究的搜尋策略是基本策略即採用適當的關鍵字再運用 Boolean operators 的 AND 及 OR。將所搜尋的結果，逐一回顧並加以分析。相關的文章則透過作者聯繫、國外購買其期刊、或免費上網下載，以得到全文。除了網上購買或下載，資料也用手搜尋 (hand searching) 如書本及雜誌以供參考。所有相關資料將登錄並編碼，在第五點將加以說明。若有其他語言的資料，則請相關人士協助翻譯如日文。被排除或未刊登的資料或摘要亦歸檔並登錄。

作者聯繫除了得到他們的全文外，有關催眠或整合分析的相關問題，他們也提供他們的專業意見。

參、資料篩選 (data screening)

所收集的資料研讀後，根據研究問題並訂定研究選取的標準 (inclusion criteria)

- 實驗設計 - 隨機 (randomized) 或有對照組 (controlled) 或治療組之研究
- 參於者(根據 DSM 或被醫師症斷患有憂鬱症者、不受任何年齡、性別、種族限制。或者是憂鬱量表得分顯示憂鬱)
- 治療方式(合格催眠師暗示，不受技巧、時間限制、實驗設計可運用催眠卡帶或 CD 光碟)
- 對照組 (不受限制)
- 結果衡量 (1. 憂鬱症衡量表如 Beck Depression Inventory (Beck & Beamesderfer, 1974) 及 Hamilton Rating Scales for Depression-HRSD (Hamilton, 1960); 2. 存活率; 3. 改善實施日常生活的功能及回到工作崗位; 4. 感覺快樂的能力、提升快樂; 5. 保持良好的人際關係; 6. 提升自尊心; 7. 提升生活品質; 8. 經濟效應。)

排除標準 (exclusion criteria)

- 個案探討
- 實驗設計主題不在憂鬱或憂鬱症

肆、研究品質的評定 (quality of the study)

研究品質的評定對於系統性文獻回顧與整合分析來說是很重要的。因為研究品質讓我們評估研究的效度 (validity) (Moher, Jadad, Nichol, Penman, Tugwell, & Walsh, 1995)。1996年，14位來自3個不同背景的研究學者評分，並依據36篇有關疼痛的研究，同時亦設計出評分方式 (Jadad, Moore, Carroll, Jenkinsen, Reynolds, Gavaghan, & Mcguay, 1996)。其評分方式亦稱Jadad Score是以盲化評估及機隨分組為關鍵。(詳細評分，參考附錄十二。得分評鑑為0-5分，即0分品質最差，5分屬於品質很好 (Jadad et al., 1996)。由於研究品質會影響整合分析的結果，因此若品質不佳，則可能會提供錯誤的訊息，而導誤整合分析的結果。因此本研究亦將依據Jadad Score來評估實驗設計的品質，以避免高估整個研究的效果。表3.1乃根據Jadad Score來評分。

表3.1：研究品質Jadad Score之得分

Author	Country	Study		Type of Intervention	Measurement	Results/ Conclusion	JADAD Score
		Desig n	Sample size				
Guse, T., Wissing, M., Hartman, W. (2006).	South Africa	RCT	N=45 (4 drop out)	Ericksonian and Ego State Therapy	Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)	Alleviation of depression of first time mothers.	0- no blinding and not completely randomized.
Wu, W., Lin, S., Wu, G.J., Li, L. (2005).	China	RCT	N=82	Self Hypnosis 7 days pre- and post-operation	Self-rating depression scale (SDS)	Significantly decrease the symptoms of postoperative depression in uterine cervix cancer patients.	1- no blinding.
Peynovska, R., Fisher, J., Oliver, D., Mathew, V.M. (2003).	United Kingdom	OBS ^a	N=22 (4 died, 4 dropout)	First session- Self Hypnosis & Ego Boosting Therapy, second and third session- Guided Imagery Therapy	Hospital Anxiety and Depression Scale(HADS)	Did not show any improvement and mildly depressed patients remained much the same.	0
Suzuki, T., Shinrigaku K. (2003).	Japan	RCT	N=26 (2 dropout)	Rozenzweig P-F Study	Self-rating Depression Scale (SDS)	Depressed subjects were not repressive, while non-depressed subjects were repressive and exhibited controlled anger in the waking state.	0
Bakke, A.C., Purtzer, M.Z., Newton, P. (2002).	United States	cross- over	N=26	Guided Imagery	The Profile of Mood States (POMS)	Hypnotic guided imagery for breast cancer should not be discouraged.	0

a:observational study

表 3.1：續

Author	Study Country	Study Design	Sample size	Type of Intervention	Measurement	Results/ Conclusion	JADAD Score
Lioffi, C., White, P. (2001).	Greece	RCT	N=50	Arm levitation and the cloud fantasy technique	The Rotterdam Symptom Checklist (RSCL), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	The present study suggests that there is evidence to support the use of hypnosis in the palliative care setting.	1
Sudweeks, C. (1998).	United States	RCT	N=70 (10 dropout)	Audio tape (hypnotic-cognitive, symptom removal)	Beck Depression Inventory score(BDI)	Significant differences in the post-treatment were found between each of the three treatment groups and the control group.	3
Suzuki, T., Sasaki, Y. (1996).	Japan	RCT	N=25	Audio tape	Self-Rating Depression Scale(SDS)	Hypnosis seems to affect the tendency to solve problems by oneself.	0
Van Sky, J.M. (1983).	United States	RCT	N=60	30 minute audio tape recording	Beck Depression Inventory (BDI)	All four groups of subjects did reduce their level of depression to a significant degree.	3

RCT: randomized controlled trial

資料來源：以上 JADAD Score 根據 9 篇文獻 (Guse et al., 2006; Wu et al., 2005; Peynovska et al., 2005; Suzuki et al., 2003; Bakke et al., 2002; Lioffi & White, 2001; Sudweeks, 1998; Suzuki & Sasaki, 1996; Van Sky, 1983) 所整理。

此步驟若有兩人，可由另一位共同研究者分別計分，所得 2 份分數，共同討論以得到共識。這樣則可增加評分者之間的信度 (interater reliability)。被納入分析的 6 個研究中 (Guse et al., 2006; Wu et al., 2005; Suzuki et al., 2003; Lioffi & White, 2001; Sudweeks, 1998; Van Sky, 1983)，發現有 4 個研究品質不理想即小於 2 分 (Guse et al., 2006; Wu et al., 2005; Suzuki et al., 2003; Lioffi & White, 2001)，2 篇博士論文 (Sudweeks, 1998; Van Sky, 1983) 的 Jadad 得分是 3 分，屬於良好品質。

伍、資料譯碼與分類 (coding and classification)

資料譯碼工具 (coding instruments) 包括譯碼本 (coding sheet) 及譯碼簿 (coding book)。透過此工具，研究者將更瞭解所有收集的結果變項、所有研究的治療方式及相關資料。譯碼的資料可分成以下四類：

一、方法及獨立的特性 (methodological and substantive features)：

如研究基本資料其中包括研究編碼、作者、研究所屬學門與特性、刊登類型(論文、雜誌、圖書)、年代、卷數、期號、頁數、資料來源、專家的介入。

二、研究品質 (study quality)：研究設計法、抽樣方法、治療的疾病、治療方式的描述、品質的分數。

三、治療描述 (intervention descriptor)：治療策略、治療的次數、治

療的時間、整個治療的過程。

四、結果測量 (outcomes measurement)：結果衡量的界定、研究結果變項測量的信度與效度。

至於編碼簿則進一步的解釋及界定編碼表所用的詞。雖然編碼花費一些時間與精神，但是此做法將增進資料收集的可信度。此研究的登錄表及登錄簿請參考附錄十三及十四。

陸、文獻描述及統計分析 (statistical analysis)

本研究把結果分成兩部分來分析，如下所述：

一、系統性文獻回顧催眠與憂鬱症的關聯

當相關的研究數量不足時，不宜做整合分析。因為數量太少，或是隨機對照實驗不足夠，這樣只能看到事實的一部分，卻差異性大。因此，在回顧所有的資料時，發現有關催眠在憂鬱症的影響共有 5 篇。請參閱附錄十五。

二、整合分析催眠與憂鬱情緒的療效及以 SPSS 軟體計算年齡、出版年代、性別、樣本大小與效果量之關聯。

(一) 所搜尋的資料，將以 Comprehensive Meta-Analysis, Version 2 (CMA, Version 2) (www.meta-analysis.com) 的軟體來統計各個實驗的結論。其步驟分為以下五點：

1. 輸入效果量 (effect size) 的資料 (data)

輸入連續性資料 (continuous data)，憂鬱量表乃為連續性常態分布的資料 (data with normal distribution)。此軟體共有 100 種程式，讓我們選擇。其中包括實驗前後之憂鬱平均數 (means)、標準差 (standard deviation) 及樣本數。

2. 輸入研究的名稱 (study name)：治療與對照組 (treated versus control)
3. 實行分析 (run analysis)

為了將個別研究間的變異情形考慮在內，做為加權值，因此運用「隨機作用」(random effect) 公式，來估計綜合效果量及其信賴區間。這樣的結果會比較不容易達到統計上的顯著性，也較合理，因為他同時考慮研究本身的變異數以及各個研究間的變異影響。這公式會比「固定效應」(fixed effect) 得到的結果較保守。之後，選擇 (next table)，效果量、95%信賴區間及差異性質 (heterogeneity)將呈現在一表格內。差異性質 (heterogeneity) 乃為當檢定研究樣本的同質性 (homogeneity test) 時，以確定研究樣本來自於相同的母群體。檢定結果，若 Q 值即卡方統計 Chi-square 的值是呈現顯著性差異，則極端的研究樣本 (outlier study) 必須被分開分析或去除。

4. 綜合效果量及 95%信賴區間圖

選擇森林圖 (forest plot, high-resolution plot)，就可畫出綜合效果量及 95%信賴區間圖。從圖可看出綜合效果量值以及個別研究是趨向於對照組或是治療組。

5. 漏斗散佈圖 (funnel plot)

這圖形可用來顯示「出版偏差」(publication bias)是否存在。此圖的橫軸是各個研究的治療效果，縱軸是研究樣本數或是標準誤。通常較小的研究其效果估計值會散佈在圖形的下方，而較大的則會在上方。如果沒有偏差，圖形會是一個對稱的倒漏斗形狀。

(二) SPSS 統計分析變項對效果量的影響

本研究採用 SPSS Version 10 for Windows 軟體，來計算相關變項對效果量的影響。

1. 將登錄的的資料輸入 SPSS，其中包括 CMA 計算的效果量、年齡、出版年代、樣本數。
2. 進入 SPSS 分析(A)，選相關(c)-雙變數(b)，在計算變項與效果量之 Pearson 相關係數(r)及顯著性 p 值。

柒、分析比較

敏感度分析 (sensitivity testing)：當要做一些選擇或假設時，可以排除一些研究來決定其影響力。此種決定包括 (Higgins & Green, 2005)：1. 更換納入研究之範圍，如：研究對象、結果測量；2. 納入或排除一些模稜兩可的研究；3. 重新分析結果尤其是不確認的範圍；4. 納入缺失資料的研究，重新分析並輸入替代的平均值；5. 重新分析資料並用不一樣的統計方式(固定作用模式與隨機作用模式的比較)。

治療意向分析法 (intention-to-treat analysis)：為了排除偏差的發生，在統計效果量時，所有的參與者必須納入分析。參與者即為隨機對照實驗的原本樣本數。不管參與者有沒有接受治療、或中途放棄，其本來的樣本數，就是整合分析時所運用的數據。如果排除原來的樣本數而採用失訪或沒接受治療的樣本數，則會高估臨床的效果量 (Hollis & Campbell, 1999)。

捌、結果解釋 (interpretation) 及結論 (conclusion)

本研究將整合分析所發現的結果，與之前提出的研究問題，加以說明與討論後，並在臨床上的意義以及未來研究方向，提出一個具體可行的建議。

第二節 步驟流程圖

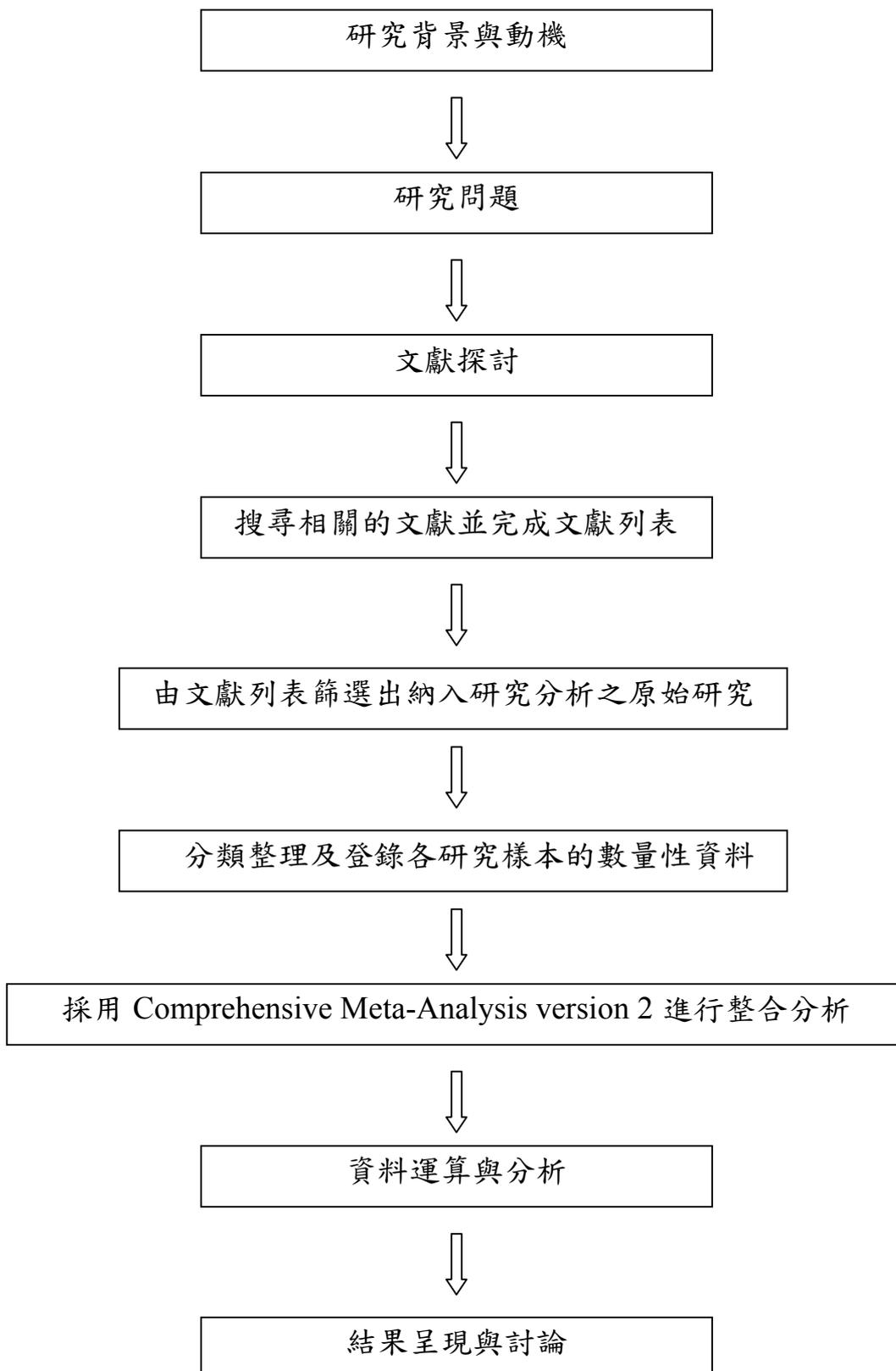


圖 3.1：研究步驟之流程圖

第四章 研究結果

第一節 原始研究樣本來源與描述

本研究之原始來源共 7 個醫學資料庫，包括 PubMed (1950-07/2006), Ebsco-Medline (1975-07/2006), Cochrane Library (07/2006), The Cochrane Collaboration Depression, Anxiety and Neurosis Review Group (CCDAN), PsiTri, Embase (1966-07/2006), PsycLit (1872-12/2001) 及 1 個學術資料網站 Google Scholar。搜尋至 2006 年 7 月止，除了 PsycLit 網站是到 2001 年 12 月止。初步列入表單中的文獻，期刊文獻有 13 篇，論文有 2 篇 (Sudweeks, 1998; Van Sky, 1983)。被納入整合分析的有 6 篇 (Guse et al., 2006; Wu et al., 2005; Suzuki et al., 2003; Lioffi & White, 2001; Sudweeks, 1998; Van Sky, 1983)，系統性文獻回顧共有 5 篇 (McCloskey et al., 1998; Spiegel et al., 1998; Frischholz et al., 1992; Evans et al., 1989; Barabasz, 1976)。因此登錄列表共有 8 篇，其中論文 2 篇、其餘的是期刊文獻共有 6 篇。有 2 篇 (Peynovska et al., 2005; Bakke et al., 2002) 被排除，以避免比較「蘋果及橘子」的問題，因為此兩項研究沒有採用隨機對照實驗之設計。此外，一些研究雖然有同一概念，然而其理論定義並不同。因此，本研究亦把「憂鬱情緒」與「憂鬱症」的研究分別分析。

第二節 文獻回顧催眠與憂鬱症的關聯

由於有關催眠與憂鬱症的研究數量不足以進行整合分析，因此本文將用描述性的方式來敘述所搜尋 5 篇相關的研究。這 5 篇都是學術期刊中的文獻（參考附錄十五）。

壹、研究對象

這 5 篇當中，共有 1167 位參與者，其中 185 位是患有憂鬱症，卻有 47% 的病患是住在醫院內的。另外，共有 3 篇（Frischholz, Lipman, Braun, & Sachs, 1992; Evans & Staats, 1989; Spiegel, 1988）的研究對象，是心理醫師依據 DSM-III 來診斷他們是否患有憂鬱症，一共有 87 位。McCloskey, Kumar 和 Pekala（1998）的研究對象，是依據 General Behavioral Inventory（GBI）診斷，共有 38 位憂鬱症（high trait depression）病患。Barabasz（1976）的研究對象是依據明尼蘇達多個性測驗（Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI）及心理醫師的應徵而診斷的 60 位輕微憂鬱症病患。

研究對象的來源包括自願卻有參加數次的初階心理課程（Introduction to Psychology）的 465 位大學生（McCloskey et al., 1988）、132 位住院卻有珂利雅基金（Carrier Foundation）支助經費（Evans et al., 1989）、115 位百羅愛托退役軍人診所（Palo Alto Veterans' Administration Medical center）的病患（Spiegel, 1988）、236 位自願參

與對照組的學生 (Spiegel, 1988; Evans et al., 1989; Frischholz et al., 1992) 以及 60 位屬於中等或低社會經濟階層的失眠憂鬱病患 (Barabasz, 1976)。

由於 Spiegel 和 Morgan 指出年齡與催眠易受度乃為負相關的關係 (引自 Spiegel, 1988)。因此, Spiegel (1988) 把年齡 (28 至 43 歲之間) 列為研究的變項, 然而, 實驗顯示並無臨床上的差異。Frischholz 等人 (1992) 有依據憂鬱病患的嚴重程度、有否服藥作區分。其中 13 位的憂鬱症病患有 10 位是女生, 平均年齡 45.6 歲。其他 3 個研究並無提到年齡及性別為影響研究的變項。

貳、實驗設計

有 2 篇研究是在測試是否催眠易受度 (susceptibility) 能夠診斷並區分不同精神病的病人 (Spiegel, 1988; Frischholz et al., 1992)。這是單盲 (single-blind) 的研究設計, 即發出史丹佛催眠易受量表 (Stanford Hypnotic Susceptibility Scale : C, SHSS:C, Weitzenhoffer & Hilgard, 1967) (註: 此表格亦可分 A, B, C, 表格 C 詳細內容, 參考附錄十六)。表格的調查人員並不知道參與者的身分 (Spiegel, 1988; Evans & Staats, 1989; Frischholz et al., 1992)。而 Evans 和 Staats (1989) 的研究則是測試在經過催眠的不同精神病族群與記憶能力的關聯。McCloskey 等人 (1999) 運用 (Phenomenology of Consciousness

Inventory, PCI) 測試催眠 (治療組) 及靜坐 (對照組) 與憂鬱症的關聯。此研究並不是雙盲及隨機分組實驗。Barabasz (1976) 的研究是採用隨機分組，但它不是雙盲的實驗設計。

參、治療方式

大致上，研究的治療方式可分成：

一、催眠引導法：50 分鐘。參與者先給予第一個星期的 2 分鐘靜坐測試，之後填上 GBI 及 PCI 表格。第二個星期給予 50 分鐘的催眠，在最後的兩分鐘請受試者靜坐 2 分鐘。過後，填寫 PCI, HGSHS:A 及 BDI 表格 (McCloskey et al., 1999)。

二、卡帶催眠 (Evans & Staats, 1989) 催眠時間並無紀錄。

(一) 根據催眠易受度量表 Hypnotic Induction Profile (HIP) (註此表格於 1970 由催眠治療師 Herbert Spiegel 所設計，詳細內容參考附錄十七)，Induction score, Induction self-rating, Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C, SHSS:C (表 SHSS:A 及 C 分別由 Weitzenhoffer 於 1959 年及 Hilgard 於 1962 年所設計 (objective score & self-rating), Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility: A (HGSHS:A) (HGSHS:A 是適用於團體催眠的表格)。

(二) 實施催眠：其中包括解離 (dissociation)、手臂伸直(challenged

hand levitation)，一手放鬆 (an experience of reduced control in one hand)，反應於停止建議 (response to cut-off signal)，感覺上的變化 (instructed sensory alteration)。連續 3 個星期實施一個星期 2 次及 2 個小時的被動催眠 (passive hypnosis)。

肆、研究結果

McCloskey 等人 (1999) 發現 57.89% 的憂鬱症病患有降低傷心程度 (-0.75 至 -6.0)，23.68% 沒有改變，18.42% 增加傷心程度。根據催眠易受量表顯示憂鬱症與對照組並無顯著性的改變 (Frischholz et al., 1992)，但是與受傷後的壓力疾患 (post-traumatic stress disorder, PTSD) 相比卻有顯著性的改變 $p < 0.001$ (Spiegel, 1988)。

Evans 和 Staats (1989) 結果顯示憂鬱症病患在催眠後的記憶力有顯著的改善 ($p < 0.01$)。

Barabasz (1976) 實驗結果顯示催眠可以改善輕微憂鬱症病患的失眠。

伍、小結

綜合以上的結論，雖然憂鬱症病患有無法集中精神的症狀，但是他們仍然可以被催眠，大部分的催眠易受度屬於中級或低級。然而，綜合 5 篇的研究，並無法以整合分析來計算催眠治療對憂鬱症的療效，其主要因素是這些文獻並非在探索其療效。目前，對於類似 Evans

和Staats (1989) 的研究已停止，原因是催眠並沒有任何特質可以增強記憶力 (Heap et al., 2001)。另外，催眠不適合運用於診斷心理疾病，尤其是解離疾患 (dissociative disorder)，因為受試者可能因催眠後而認為自己已患上此種疾患 (Heap et al., 2001)。因此，目前已沒有進行類似Spiegel (1988) 及Frischolz等人 (1992) 的研究。

除了療效之外，以上的實驗也無法證明憂鬱症病患是否比一般健康的族群更容易被催眠。因此，對於未來實驗設計有以下的建議：

一、憂鬱症病患

憂鬱症是一個複雜的心理疾病，而目前的治療方式有藥物、心理輔導、電休克治療。而催眠即另一項的心理治療，目前屬於憂鬱症之輔助療法。催眠被認為是無毒、無害並且被大眾所接受 (Izquierdo & Khan, 2004)，並且它有降低病患沮傷的可能性，或可以改善病患的情況。雖然以上的文獻回顧，發現這些研究並非在探討催眠治療的療效，但是現實上，憂鬱症病往往會尋求催眠治療，此類的輔助療法。所以，病患可以在心理醫生的贊同下找具資格的催眠治療師。而研究學者在實施隨機對照實驗前，應該與相關研究機構註冊。這樣一來所做的研究因而合法化，二來可以避免相同的研究同時進行。

二、治療師

有關催眠與憂鬱症的文獻至今仍很缺乏並且很多已經過時。之

前，研究學者會顧慮催眠會引發憂鬱症，但是，有關此方面的實証還是不足。在以上有限的文獻中，催眠能顯著改善憂鬱症但也亦有案例是使病患更傷心。因此，催眠治療在未來更需要使用隨機分組對照實驗設計以探討其療效。實驗的干擾因子 (confounders) 應該考慮在內，如病患是否能被催眠 (hypnotized susceptibility)、病患能否接受催眠治療、年齡、憂鬱程度、性別、催眠技巧 (卡帶、自我催眠、加強自尊技巧、回溯療法、放鬆技巧)、催眠時間及時期。

三、經理及決策者

美國在 2002 年針對 31,000 民衆所做的調查中顯示，超過三分之一的美國成年人曾經嘗試另類療法 (黃素貞，2005)。另外，美國政府國家健保局 (National Institute of Health, NIH) 投資在另類療法的費用也從 1999 年的 116 萬美元增加至 2006 年的 303.5 美元，7 年來共增加了 38 %，可見其政府漸漸重視另類療法。正統醫學並未能全面滿足病人的需求，然而，輔助療法正卻是病人嚮往並用來提升生活品質。因此，在此建議未來應有更多類似的研究以探討催眠在憂鬱症的療效。

四、研究學者

對於每一個實驗，開始前都應與相關的研究機構登記以避免同樣的實驗重複實施，浪費人力資源，以及相同的實驗卻重複多次的發表

刊登。實驗結果應該依據「隨機實驗報告項目核對表」(CONSORT checklist) (Moher et al., 2004) 來報導，以方便比較不同的研究報告。

「隨機實驗報告項目核對表」包含了文題、摘要、引言、方法、結果和討論部分的內容，共 22 個項目。若能依照 Moher 等人 (2004) 修訂的流程圖來報告，讀者判斷時才不會因疏漏一些訊息，而對療效產生錯誤的估計。另外，這樣也有益於未來整合分析的實施。

第三節 整合分析催眠與憂鬱情緒的關聯

從以上的原始來源，8 篇是有關催眠與憂鬱情緒的關聯，6 篇是期刊文獻，2 篇是博士論文。其中 2 篇是以日文發表、1 篇是中文，其餘 5 篇是英文。8 篇當中，有 2 篇 (Peynovska et al., 2005; Bakke et al., 2002) 並沒有採用隨機對照實驗的方法，因此沒有被納入此次的整合分析中。另外，Suzuki 和 Sasaki (1995) 的研究，由於缺少結果的數據資料，因此此研究經過考慮後，把有缺失資料的研究刪去，而最後再輸入平均值代替，以測效果量計算的敏感度。因此，最後只有 6 篇被納入整合分析之統計。

8 篇的研究資料依然登錄並編碼。資料分析如下：

壹、研究特徵：所有作者的專業背景皆為心理學家，除了 Bakke 等人 (2002) 為病理學家。50% 的作者學歷為博士，其餘的並無說明。

另外，其中 75% 的研究為期刊文獻而 25% 的研究為博士論文。出版年份為 1983 年到 2006 年。

貳、樣本特性：樣本數共 318 位。其中有 25% 的研究採用的性別樣本為女性，其餘的則是男女皆有。所有的男性樣本數為 104 位，女性為 214，男女比例為 1:2。平均年齡為 38.1 歲，所有研究當中，年齡最小為 18 歲，最大則為 81 歲。樣本有 24% 是大學生，其餘的並未說明其教育程度。樣本數中患有癌症的佔 49%，32% 無其

他疾病，其餘的則未說明樣本的疾病狀況。目前，大部分研究用的催眠易受度量表為「史丹佛催眠易受量表」(Stanford Hypnotic Clinical Scale, SHCS & Stanford Hypnotic Susceptibility Scale C, SHSS:C)。另外，樣本的憂鬱程度只有博士論文有紀錄，其他的並未說明憂鬱的嚴重性。

參、方法學特徵：研究設計全部皆為非交叉實驗。只有 Bakke 等人 (2002) 的研究沒有對照組，而且並非隨機分組實驗，因此被排除於此整合分析內。另外的隨機分組，只有 Suzuki (2003, 1995) 並未說明，其餘的皆是使用隨機分組。Lioffi 和 White (2001) 的實驗有盲化，其他的研究並未說明或沒有盲化。在這所有研究當中，50%的催眠治療是半個月，37.5%大約用了 2 至 3 個月，其餘的並未說明。而治療時間為小於 30 分鐘之實驗，但大於 30 分鐘小於 1 小時的實驗各佔 37.5%。其中 Wu 等人 (2005) 的研究，追蹤時間為 2 年。所有治療的次數皆超過 2 次以上。而受案場所 50%在醫院，50%在學校。詳細的研究特徵、樣本特徵及方法學特徵，參考表 4.1。

表 4.1：研究、樣本及方法學特徵

研究特徵		所佔 (%)
作者背景		
	病理學家	25.0
	心理學家	75.0
作者學歷		
	博士	50.0
	未說明	50.0
出版年代		
	1983-2006	
出版資料		
	期刊	75.0
	博士論文	25.0
樣本特性		所佔 (%)
性別		
	男	32.7
	女	67.3
平均年齡		
	38.05 歲	(標準差) 13.37
年齡全距		
	18-81 年	
教育程度		
	大學生	24.0
	未說明	76.0

表 4.1：續

樣本特性		所佔 (%)
疾病狀況		
	癌症	49.0
	無其他疾病	32.0
	未說明	19.0
催眠易受量表		
	SHCS	62.5
	SHSS	25.0
	未說明	12.5
憂鬱程度		
	輕微	12.5
	重度	12.5
	未說明	75.0
方法學特徵		所佔 (%)
研究設計	非交叉	100.0
	交叉	0
	隨機	75.0
	無隨機	0
	未說明	25.0
	無對照組	12.5
	設有對照組	87.5
治療時期		
	<半個月	50.0
	2-3 個月	37.5
	追蹤時間-2 年	12.5

表 4.1：續

方法學特徵	所佔 (%)
治療時間	
<=30 分鐘	37.5
>30 分鐘<=1 小時	37.5
未說明	25
治療方式	
催眠師	37.5
錄音卡帶	50.0
自我催眠	12.5
收案場所	
學校	50.0
醫院	50.0
結果測量	
BDI	25.0
SDS	37.5
HADS	12.5
其他	25.0
研究品質	
差	75.0
好	25.0

資料來源：以上數據根據 8 篇文獻(Guse et al., 2006; Wu et al., 2005; Peynovska et al., 2005; Suzuki et al., 2003; Bakke et al., 2002; Lioffi & White, 2001; Sudweeks, 1998; Van Sky, 1983) 所整理。

經過登錄的的資料再輸入 SPSS，其中包括 CMA 計算的效果量、年齡、出版年代、樣本數。進入 SPSS 分析(A)，選相關(c)-雙變數(b)，計算變項與效果量的 Pearman 相關係數(r)及顯著性 p 值。

至於採用 SPSS Version 10 for Windows 軟體，計算出相關變項對效果量的影響之結果：年齡 ($p=0.764$)、樣本數 ($p=0.981$)、出版年代 ($p=0.783$) 之變項、皆沒有顯著性的影響效果量。然而，在這一些研究中，有些變項例如：人格特質卻沒有被納入並給予分析。(參考表 4.2：年齡、出版年代、樣本數與效果量的之 Pearman 相關係數(r)及顯著性 p 值。)

表 4.2：年齡、出版年代、樣本數與效果量之 Pearson 相關係數(r)及顯著性 p 值

		相關係數(r)	顯著性 p 值
效果量	年齡	0.236	0.764
	出版年代	-0.146	0.783
	樣本數	0.013	0.981

資料來源：數據是根據 8 篇文獻(Guse et al., 2006; Wu et al., 2005; Peynovska et al., 2005; Suzuki et al., 2003; Bakke et al., 2002; Lioffi & White, 2001; Sudweeks, 1998; Van Sky, 1983) 以 SPSS Version 10.0 所分析。

在實施效果量計算前，必須對所有研究的進行「異質性測試」(heterogeneity test)。依據Comprehensive Meta-Analysis (CMA), version 2 軟體計算出Q值為 3.392，p值為 0.64，表示無統計上的意義。量化不一致性的 (inconsistency) I^2 為 0.47，即百分比為 47%，小於 50%。如第二章，第九節所說明，當 I^2 大於 50%時，其代表這些研究中，存在著異質性 (heterogenous)。所以，以上的數據，代表著聚集的研究存在著同質性 (homogenous) 的特質。

依據 CMA, version 2 軟體，算出實驗的效果量 (effect size) 即標準化的平均值差異 (standardized difference in means) 為-0.566 (詳細整合分析結果，請參閱表 4.3)。而-0.566 乃屬於中度效果量 (Lipsey & Wilson, 2000)。另外，其相等值之相關係數 (correlation) 為 -0.277，即為負相關之關係。這代表催眠的療效越好則其憂鬱量表之分數越小。Lipsey 等人 (2000) 所計算出的效果量為 0.5 時，其相對的治療組成功率百分比 (Cohen success proportion, U3) 為 62% (參考附錄十八)。其 95%信賴區間上下限 (upper and lower confidence interval level) 為-0.319 及-0.813。

信賴區間之上下限不包含 0，顯示的負效果量有統計上的意義。同時本研究採用隨機作用模式來計算，p 值為 0.001。本研究共搜尋 6 個研究結果。在圖 4.1 左邊的名字乃為第一作者姓名。四方型標記是個別研究標準化之平均值差。其面積乃為個別研究在整合分析所佔之比重 (weight)。而橫線則是 95%信賴區間。至於中間直線則代表沒有效 (no effect=0)。Suzuki (2003) 及 Van Sky (1983) 的信賴區間包含 0，因此顯示他們的研究結果並沒有統計上的顯著性，其 p 值為 0.133 (Suzuki, 2003) 及 0.653 (Van Sky, 1983)。鑽石形狀的標記代表的是整合分析後預估的效果量。由於鑽石靠左，因此統計上預估的效果量的意思是有效的結果。因此，雖然有 4 個研究品質不理想，甚至會影響整合分析的可信度，然而，統計上的效果量顯示催眠有改善憂鬱的療效。

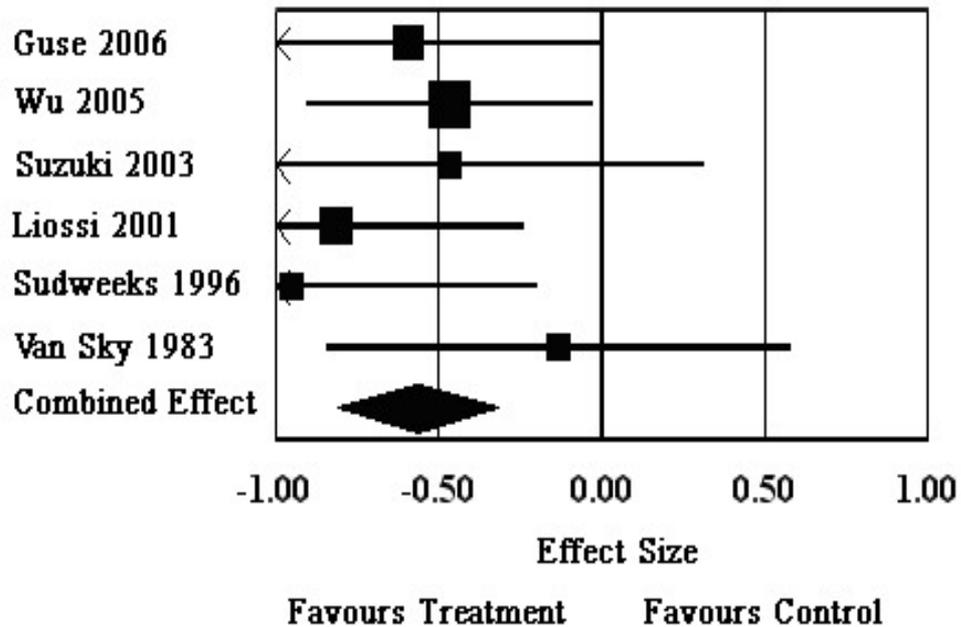


圖 4.1：催眠治療與憂鬱之整合分析：效果量及 95%信賴區間或稱「森林圖」(forest plot)

圖說：數據是根據 6 篇文獻 (Guse et al., 2006; Wu et al., 2005; Suzuki et al., 2003; Lioffi & White, 2001; Sudweeks, 1998; Van Sky, 1983) 以 CMA, version 2, Borenstein, M., 2007 所分析。左邊乃為第一作者及年份。Effect size 代表各個研究的效果量，而 Combined effect 乃為整合 6 篇的綜合效果量。Favours treatment 指的是綜合效果量趨向治療組，Favours control 指的是綜合效果量趨向對照組。

另外，失效安全方法(fail-safe method)，計算出需要 25 篇沒有達到統計上顯著意義的研究，才能使整合分析的結論沒有統計上的意義。

由於 Suzuki (1995) 研究結果，其資料缺失，因此並沒被納入整合分析當中。蔡鎰隆等人 (2004) 指出，解決資料缺失的方法可分三種：1. 完整資料分析 (complete case analysis)：直接把有資料缺失的文章刪去，不列入統計分析中 2. 平均值插補：把資料數據完整文章的平均數據，來取代缺失的資料 3. 僅有個案分析 (available case analysis)：只有在計算缺失資料那一項變數的結果時才把有缺失的文章刪除。

雖此資料並無納入分析，但是卻有運用此研究來做敏感度分析。而共有 5 種方式可以用來測試敏感度分析，此方式於第三章節詳細說明。本研究採用 1. 納入缺失資料的研究，重新分析並輸入所有研究的平均值數據及 2. 重新分析資料並用不一樣的統計方式(固定作用模式與隨機作用模式的比較)以測試此研究的敏感度。

固定作用模式所統計的效果量為-0.566 以及選用「平均值取代」(means substitution) 的值給 Suzuki 和 Sasaki (1995)，其效果量為-0.517。可見他們經過敏感度分析後的效果量值與原本之結果，相差並不大。因此，本研究的結果，並無受到一篇資料缺失所影響。甚至，

同質性亦存在於這一些研究當中。

整個整合分析過程中，也必須分析研究者是否採用「治療意向分析法」(intention-to-treat analysis)，以及提供相關的實驗數據。修訂的流程圖，請參閱附錄十九。本研究所用的樣本數乃屬於原本參與者，即不排除失訪或沒有接受治療的參與者。

表 4.3：整合分析各個研究的統計結果

研究名稱	標準 平均差	標準誤差	變異數	信賴區 間下限	信賴區 間上限	Z 值	p 值
Guse 2006	-0.593	0.301	0.091	-1.183	-0.002	-1.967	0.049
Wu 2005	-0.469	0.224	0.050	-0.908	-0.030	-2.093	0.036
Suzuki 2003	-0.466	0.398	0.158	-1.248	0.311	-1.178	0.239
Lioffi 2001	-0.817	0.294	0.087	-1.394	-0.240	-2.774	0.006
Sudweeks 1996	-0.953	0.385	0.148	-1.708	-0.198	-2.474	0.013
Van,Sky 1983	-0.133	0.366	0.134	-0.850	0.583	-0.365	0.715
Combined effect	-0.566	0.126	0.016	-0.813	-0.319	-4.493	0.000

資料來源：數據是根據 6 篇文獻 (Guse et al., 2006; Wu et al., 2005; Suzuki et al., 2003; Lioffi & White, 2001; Sudweeks, 1998; Van Sky, 1983) 以 CMA, version 2, Borenstein, M., 2007 (www.meta-analysis.com) 所分析。

一個完整的研究需報告平均值 (means)、標準差 (standard deviations) 以及參與者的人數、還有圖以及統計的 p 值。高素質的實驗必須使用隨機分組，以降低篩選的偏差 (selection bias)。另外，必須紀錄放棄實驗的人數，以及放棄的組別必須被紀錄以降低排除偏差 (exclusion bias)。一個盲化的研究指的是任何或所有的包括治療師、病患、參與者、資料整理者或統計專家對於那一組給予治療是毫不知情的。單盲指的是其中一方，如：病患或治療師。至於雙盲則是雙方被盲化，如病患及資料整理者。盲化的實驗設計能減少實驗實施偏差 (performance bias)，以及檢測偏差 (detection bias) 的發生。在病患被盲化的設計中，若病患並沒有給予任何治療，而病情自轉好，這可能是安慰劑效應 (placebo effect) 所導致而成。然而，催眠治療師抑或是病患皆難於被盲化。不過，當有一組可以給予標準的治療方式與治療組作比較時，則不一定要設計安慰劑對照組。另外，採用卡帶催眠，則播放卡帶的人可以被盲化。

小結

經過整合分析，催眠在憂鬱情緒的運用及 Comprehensive Meta-analysis, Version 2 軟體的統計，結果雖然顯示催眠有顯著性的改善憂鬱情緒。但是，研究的品質及樣本數不足，因此會出現高估了效果量的可能性。由於研究的報告方式、品質有異，所以對於未來的

研究，有以下的建議：

一、憂鬱症病患

「憂鬱情緒」不等同「憂鬱症」，如第二章所說明。輕微或嚴重的憂鬱與是否能接受催眠，都會影響研究的結果，因此這需進一步的探討。而憂鬱的程度應該要在研究中區分。

二、治療師

Barabasz 和 Barabasz (2006) 指出催眠師的暗示或建議皆會影響實驗的結果。因此，除了催眠技巧或方式不同會影響實驗結果外，催眠師本身也是其中的變項。催眠師在暗示時，會根據個案的需要，而改變暗示或引導的方式。而不一樣的催眠師所改變的暗示也會不一樣。因此，實驗設計必須考慮催眠師的引導為一影響實驗結果的變項。

三、決策者

催眠是一個簡單、不複雜又不昂貴的治療方式。如果催眠在憂鬱情緒或憂鬱症確實有其療效，這樣不但會減少醫療的費用甚至憂鬱症所造成的國家及社會損失。催眠也解決其他繁瑣的治療方式、藥物的副作用、對於治療方式沒有反應等問題。因此，在此建議未來應有更多的研究以探討其療效。政府或相關的專家亦應該給予協助此類的研究，以助降低社會問題。

四、研究學者

對於每一個實驗，開始前都需與相關單位登記註冊以避免重複實施同樣的實驗，而導致相同的實驗卻有多次的刊登。為了確保實驗的品質，實驗結果可以依據 CONSORT checklist (Moher, Altman, Schulz, & Elbourne, for the CONSORT Group, 2004) 來報導。

研究學者皆依據以上的方式報導，研究品質不但會提升，可信度亦會因而增加。標準化及統一的報導方式，使未來的讀者或作整合分析時更為容易。

第五章 討論

第一節 研究的限制

本研究的特色乃為目前文獻，第一篇探討有關催眠治療與憂鬱症的整合分析。藉此研究可以讓催眠治療步向實証醫學之範疇。並且在搜尋的策略中，回顧到 1965 年前，並沒有勾選語言的限制和時間。

「憂鬱情緒」與「憂鬱症」並非一樣的狀況，因此在此研究中分別分析催眠之療效。除了隨機的實驗有納入本研究之外，觀測及交叉實驗設計也同時被納入。不過，分別分析他們的研究成果。

然而，由於人力及時間上的限制，在收尋資料庫的過程中並沒有包括使用另類與輔助療法的資料庫，包括 Allied and Complementary Medicine Database (AMED); Alt HealthWatch; Manual, Alternative and Natural Therapy Index System (MANTIS)。而 PsycLit 資料庫的搜尋只限制到 2001 年以前。另外，個案探討的研究並不被納入分析中。至於，其他研究的主要目的不是在探討「憂鬱情緒」或「憂鬱症」時並不會被納入，例如他們只是在探討催眠治療與腸胃病而同時有填上憂鬱測量表。

本研究只有一個分析員，因此難免會出現有讀者偏差而影響研

究。理想的研究是有 2 位共同研究人員共同編出譯碼與分類資料，以減低主觀性的偏差。在初步的研究評估後，隨機分組 10 個研究，研究人員重新登錄資料，並評定譯碼者之間的信度 (intercoder reliability)。若這過程，評分者達成 90%協議 (intercoder agreement)，研究人員則可個別登錄資料以增加編碼的可信度及統一性。同樣的，在評估研究品質時，也需要評者之間的信度 (interrater reliability)。否則會影響整個研究的成果並且會有偏差的產生。

第二節 整合分析之偏差

壹、漏斗散佈圖

「漏斗散佈圖」(funnel plot)是目前唯一能估計「出版偏差」(publication bias)的方法。透過漏斗散佈圖，便可測量整合分析是否有「出版偏差」。若此圖形是不對稱的倒漏斗形狀 (asymmetry)，則代表這整合分析內的研究存在發表偏差。另外，若圖形呈現對稱形狀，則代表無發表偏差。此圖的橫軸是各個研究的治療效果，縱軸是研究樣本數或是標準誤。通常較小的研究其效果估計值會散佈在圖形的下方，而較大的則會在上方。依據 CMA Version 2 軟體繪畫的漏斗散佈圖如圖 5.1。

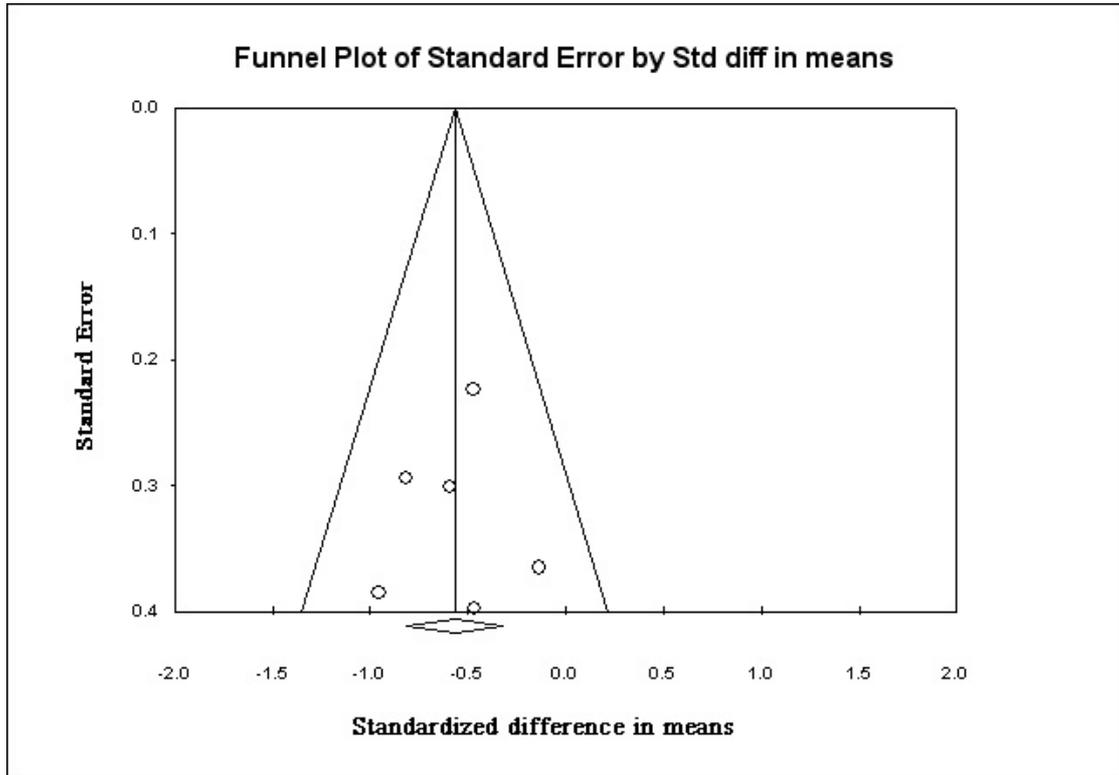


圖 5.1：「出版偏差」之漏斗散佈圖

圖說：橫軸 Standardized difference in means 指的是標準平均值差，而縱軸 standard error 指的是標準誤差。

數據是根據 6 篇文獻 (Guse et al., 2006; Wu et al., 2005; Suzuki et al., 2003; Lioffi & White, 2001; Sudweeks, 1998; Van Sky, 1983) 以 CMA, version 2, Borenstein, M, 2007 所分析。

由於有關催眠改善憂鬱的研究並不多，因此較難以圖示決定是否存在著「出版偏差」。

造成整合分析的偏差，除了出版偏差之外，其中也包括：

一、篩選偏差 (selection bias)

- 在篩選資料的過程中，會有出版偏差，而造成出版偏差的原因有以下兩點：一、另類輔助療法的雜誌都會偏向刊登正面的研究結果，而主流醫學的期刊則較願意刊登無統計顯著性，甚至負面的研究結果 (Shekelle, Morton, Suttorp, Buscemi, & Friesen, 2005)。

二、有關另類或輔助療法的文獻在主流醫學的資料庫如 PubMed 並不完整，只有 10% 的文獻是另類或輔助療法的 (Shekelle et al., 2005)。因此，本研究會有遺漏一些研究的可能性。

- 選定偏差 (location bias)

在選定相關的文獻時，必須注意三點：一、語言偏差 (language bias)：目前主流醫學以英文為主，而其他國家如台灣、日本、中國、德國所刊登的文獻，則以他們的語言來報導。因此如果只用英文的文獻，會低估研究結果的效果量。因此，本研究在篩選時，搜尋策略並無限制語言的搜尋。然而，資料庫所收錄的文獻，卻有語言上的限制，例如 Pubmed 沒有中文的發表文獻。二、引用

偏差 (citation bias)：大部分的引用文獻是正面的研究結果。這研究往往造成負面性的報導被忽略 (Gotzsche, 1989; Ravnskov, 1992)。甚至研究者會傾向與有正面性報導研究結果的專家聯繫。三、重覆刊登的偏差 (multiple publication bias)：正面性的研究結果常常會被報導超過一次以上，因此會重覆增加選定文獻的可能性 (Gotzsche, 1989; Huston, & Naylor, 1996; Tramer, Reynolds, Moore, & McQuay, 1997)。

二、較小研究的方法及品質不理想

- 這 6 篇研究當中，有 4 篇的「Jadad 得分」(Jadad Score)並不超過 2 分。由此可見，有關催眠治療與憂鬱情緒的實驗設計並不成熟。低品質的研究結果會顯示較大的效果量 (Schulz, Chalmers, Hayes, & Altman, 1995; Moher, Jones, Cook, Jadad, Moher, Tugwell, & Klassen, 1998)。
- 不適當的分析 (inadequate analysis)
如以上所說明，不適當的分析時，負面性的報導也因此會變成正面性的。
- 欺騙行為 (fraud)
一些不正當的研究學者，為了謀取利益，而會有欺騙的行為，如報導不真實的實驗數據。

三、真正差異性質 (heterogeneity)

研究間的差異性質的也會造成漏斗散佈圖不對稱 (asymmetry)。

四、人造漏斗散佈圖 (artifactual)

常常會有專家爭論漏斗散佈圖並不是真實的實驗數據而是偽造或人造的。在選擇這一些實驗數據時，有可能選上傾向正面結果的數據。

五、機率 (chance)

漏斗散佈圖的結果可能只是純粹因為機率所造成。

最後，在詮釋漏斗散佈圖的對稱與不對稱，目前尚未有正式的定義。詮釋漏斗散佈圖可以說是主觀的觀察 (visual examination)。如果研究數量並不多，不管是觀察或統計上的分析，其檢測偏差的檢視力 (power) 將受到限制。雖然如此，繪製此種類型的圖，仍然有必要，因為從圖中可以提醒研究者研究時存在的問題，而且這些問題都會直接影響整個整合分析的效果量。改善此問題唯有紀錄研究的偏差，並且在研究開始前先與相關的研究單位註冊以提高研究的品質，甚至系統性文獻回顧及整合分析紀錄研究的效果量。

第三節 研究的品質及效度

個別研究的品質都能夠影響整合分析的整體效度 (validity)。因此，有必要評估研究的品質。當研究品質不理想時，整合分析的效果量會高估所有研究的成果。在評估的過程中，若有另外一位研究者，同時評估則會增加讀者之間的可信度 (interrater reliability)。雖然，整合分析的效果量為-0.566 而 p 值小於 0.001。然而，這數據有高估了所有研究效果量的可能性。導致研究品質差的原因包括：

壹、研究的偏差

- 一、篩選偏差 (selection bias)：研究的分組群，篩選是否是隨機分組的，如果不是，則會有篩選參與者的偏差。只有 4 篇是隨機分組的。
- 二、實施偏差 (performance bias)：為了降低實驗的偏差，(contamination) 有給予其他治療 (Van Sky, 1983; Sudweeks, 1996) 或是其他的照顧 (Lioffi & White, 2001)。這些都會影響研究的結果。
- 三、遺失偏差 (attrition bias)：指的是參與者在中途放棄或離開的個案都必須紀錄，因為這會影響實驗的結果。只有 3 篇是有紀錄參與者放棄的數據。

四、覺察偏差 (detection bias)：指的是結果評估的偏差。這一種的偏差對尤其要衡量多種研究結果時，是很重要的。當我們要一個客觀的結果時，雙盲對照是很重要的。然而，這一些研究的設計卻沒有雙盲對照組。

貳、催眠治療所面對的挑戰

由於催眠治療乃為另類或輔助療法，因此受試者會有預計療效的偏差 (expectation bias)，即實驗前就已預估催眠的療效。所以無形中實驗結果的療效會增加。另外，受試者與催眠時在實施催眠時沒辦法被盲化，無法設計雙盲實驗。不過，統計實驗結果的調查員，可以在實施計算實驗結果時，盲化實驗數據的來源。

催眠治療方式會因催眠師或受試者的需要而有所改變。因此，整個實驗的療效會因而改變。

然而，所搜尋的相關研究並不多，再加上研究的品質不理想，因此有高估整合分析的效果量的可能性。在分析這一些不同效度的研究結果時，會有偽陽性結論 (false positive)。反之，如果低估了治療的效用，則會有偽陰性結論 (false negative) (Detsky, Naylor, O'Rourke, McGreer, & L'Abbe, 1992)。

在文獻回顧，各個研究的有效度可以降低系統性誤差 (systematic errors) 及隨機誤差 (random error) (Moher et al., 1998; Greenhalgh,

1997)。因此，在實施文獻回顧時，所有的搜尋研究必須經過標準化的評估。而目前正式使用的評估工具為嚴格的文獻評讀方案 (Critical Appraisal Skills Programme, CASP)。此工具可以評估文獻回顧分析、隨機分組實驗以及質量的實驗研究。這評估工具共有 10 個問題，而要注意的 3 大領域是：1. 研究有效嗎？ 2. 研究結果是甚麼？ 3. 實驗結果有甚麼貢獻？ (Oxman, Cook, & Guyatt, 1994)。

在品質上的評估，主要有兩個限制：一、每個研究的報告方式不同，所用的憂鬱量表不一。因此，在與作者聯繫以期望得到更多的資料時，常會遇到困難。二、沒有隨機分組以及雙盲實驗設計常高估治療的效用。

第六章 結論

第一節 結論

本研究主要探討催眠治療在憂鬱情緒與憂鬱症上之應用。由於「憂鬱情緒」與「憂鬱症」的定義不同，因此分別探討。研究方法是採用系統性文獻回顧與整合分析催眠治療的效用。經過蒐集、篩選、編碼、登錄最後以 Comprehensive Meta-analysis, Version 2 軟體執行量化分析。根據研究結果，本研究獲致下列結論：

- 壹、催眠治療在憂鬱症上的運用並不多。在系統性文獻回顧的結果顯示，只有 5 篇是相關的。然而，只有 2 篇是研究在憂鬱症病患，催眠治療能夠改善睡眠品質 (Barabasz, 1976) 及改善沮傷 (McCloskey et al., 1992)。其餘 3 篇並不是隨機對照組實驗，因此沒辦法評估其療效 (Spiegel et al., 1988; Frischolz et al., 1992; Evans & Staats, 1989)。這 5 篇都有統計上的顯著性改變，其中 2 篇是有關催眠易受度與精神病的診斷有關。目前，有關催眠運用在診斷分離疾患及增加記憶力的研究皆已無進行。催眠在憂鬱症上的運用，目前有待進一步的探討。
- 貳、有關催眠與憂鬱情緒的研究目前搜尋共 6 篇。其效果量為-0.566 及 p 值是<0.001，這顯示研究結果有統計上的顯著性改變。催眠

與憂鬱情緒的關聯性 $r=-0.277$ 。它們之間的負相關關係，代表催眠有顯著性的改善並降低憂鬱量表的指數。綜合效果量 -0.566 代表催眠有中度的療效。催眠可以降低憂鬱情緒的指數，而進一步防止憂鬱情緒演變成憂鬱症。

參、目前並沒有研究是探討催眠與不同層面的憂鬱症的相關性，因此它們之前的關係未知。主要原因是研究者並沒有區分憂鬱症的程度即輕微、中或是重度憂鬱。在 5 篇的研究中，無法顯示不同層面的催眠與憂鬱症的關聯程度。

肆、不同層面的催眠與不同情緒上的憂鬱層面間的關聯在 8 篇當中，無法顯示他們的關聯性。因為研究者並沒有區分憂鬱的程度。甚至有些催眠的治療方式並沒有詳細加以報告。催眠後的唯有 Wu 等人 (2005) 有作出追蹤的研究。

中度的療效，代表著治療組若給予催眠治療，其治療效果大約有 62% 的成功率，如附錄十八：平均值差異之效果量 (effect size, ES) 及其相等值之相關係數 (correlation, r)，變異數之百分比解釋 (percent variance (PV) explained, $PV(r^2)$)，成功率之百分比 (Cohen success proportions, U3) 及二項效果量顯示 (Binomial Effect Size Display, BESD) 所示。

第二節 未來研究之建議

催眠治療讓患者放鬆，並在放鬆的狀態下，從自己的潛意識中找出自己潛在的內心問題 (廖雲鈞，2007)。透過瞭解自己的心，再自我解決自己的內心問題。催眠治療可說是未來的心理治療。所以，未來的研究，若能使用更嚴謹的實驗設計，相信能更客觀分析催眠治療的療效，並把催眠治療推向實症醫學的範疇。

有關催眠與憂鬱或憂鬱症的文獻至今仍很缺乏。在已有的文獻中，顯示催眠能改善憂鬱症但也有個案使病患更傷心。因此，催眠治療在未來更需要採用隨機對照實驗設計以加強實驗結果之可信性。實驗的「干擾因子」(confounders) 應該考慮在內，如病患是否能被催眠 (hypnotized susceptibility)、病患能否接受催眠治療師、催眠治療、年齡、憂鬱程度、性別、催眠技巧(卡帶、自我催眠、加強自尊技巧、回溯療法、放鬆技巧)、催眠時間及時期。

另外，在使用隨機分組的實驗中，應該使用正確的治療意向分析法 (intention-to-treat analysis)，即採用原本的隨機分組結果，不把失訪及中途調換組之變更的研究對象重新分組。然而，往往很多實驗常會忽略分析以及提供相關的實驗數據。而雙盲實驗設計尤為重要，因為這樣才能減少實施偏差 (performance bias) 及檢測偏差 (detection bias)。在實驗的過程中，我們應盲化病患及回收實驗結果的統計人

員。至於催眠師則較難被盲化。不過，如果是卡帶催眠，則播放卡帶的人可以被盲化。在實驗進行中更改組別或放棄的病患必須被紀錄以降低排除的偏差 (exclusion bias)。從以上的文獻回顧，其結果測量表並不一致。未來這一些測量表需標準化 (standardization)，甚至需較長久以及有規律性的蒐集實驗結果，以從中瞭解催眠的療效。

對於此類的研究至少需顯示平均值 (means)、標準差 (standard deviations) 以及參與者的人數、還有圖表以及統計 p 值。實驗必須隨機分組，以降低篩選的偏差 (selection bias)。

量化的分析固然重要，然而，它亦可以與質性研究作配合，(吳忠勇，2005)，以進一步探討催眠治療與憂鬱症的效用。催眠治療此種心理治療應該受正視，因為它無毒、無害，亦徹底解決自己內心的問題。

降低或防止憂鬱症的發生，能減少國家醫療之支出、增長國家生產效益，進而促進國家的經濟繁榮。人民心靈的健康也是國家社會安定條件之一。

參考文獻

英文部分

- Abbot, N. C., Stead, L. F., White, A. R., & Barnes, J. (1998). Hypnotherapy for smoking cessation. *Cochrane Database for Systematic Review*, 2, 1-17.
- American Pacific University. (2007). Retrieved March 7, 2007, from https://ampac.edu/training_earn_cch.aspx
- Anbar, R. D., & Slothower, M. P. (2006). Hypnosis for treatment of insomnia in school-age children: a retrospective chart review. *BMC Pediatrics*, 6(23), 1-6.
- Anbar, R. D., & Hall, H. R. (2004). Childhood habit cough treated with self-hypnosis. *The Journal of Pediatrics*, 144(2), 213-217.
- Anbar, R. D. (2002). Hypnosis in pediatrics: applications at a pediatric pulmonary center. *BMC Pediatrics*, 2(11), 1-7.
- Antman, E. M., Lau, J., Kupelnick, B., Mostellar, F., & Chalmers, T. C. (1992). A comparison of results of meta-analysis of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction. *The Journal of the American Medical Association*, 268(2), 240-248.
- Baber, N. S., & Lewis, J. A. (1982). Confidence in results of beta-blocker postinfarction trials. *British Medical Journal*, 284(6331), 1749-1750.

- Baglini, R., Sesana, M., Capuano, C., Gnechi-Ruscione, T., Ugo, L., & Danzi, G. B. (2004). Effect of hypnotic sedation during percutaneous transluminal coronary angioplasty on myocardial ischemia and cardiac sympathetic drive. *The American Journal of Cardiology*, 93(8), 1035-1038.
- Bakke, A. C., Purtzer, M. Z., & Newton, P. (2002). The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well being and immune function in patients with prior breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1131-1137.
- Barabasz, A. F, & Barabasz, M. (2006). Effects of tailored and manualized hypnotic inductions for complicated irritable bowel syndrome patients. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54(1), 100-112.
- Barabasz, A. F. (1976). Treatment of insomnia in depressed patients by hypnosis and cerebral electrotherapy. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 19(2), 120-122.
- Baram, D. A. (1995). Hypnosis in reproductive health care: a review and case reports. *Birth*, 22(1), 37-42.
- Beck, A. T. & Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: Beck Depression Inventory. *Modern Problems of Pharmacopsychiatry*, 7, 151-169.
- Beers, M. H., Porter, R. S., Jones, T. V., Kaplan, J. L., & Berkwits, M. (2006). *The Merck Manual of diagnosis and therapy*. (18th ed., pp. 1531-1538). New Jersey: Whitehouse Station.

- Blettner, M., Sauerbrei, W., Schlehofer, B., Scheuchenpflug, T., & Friedenreich, C. (1999). Traditional reviews, meta-analysis, and pooled analysis in epidemiology. *International Journal of Epidemiology*, 28(1), 1-9.
- Bliss, E. L. (1984). Hysteria and hypnosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 172(4), 203-206.
- Bochner, F. et al. (2003). *Therapeutic Guidelines: Psychotropic*. (Version 5, pp.127-133). Victoria: Therapeutic Guidelines Limited.
- Borenstein, M., Hedges, L., & Rothstein, H. (2007). *Introduction to Meta-Analysis*. Chichester: Wiley. (In press).
- Brown, S. A., Upchurch, S. L., & Acton G. J. (2003). A Framework for Developing a Coding Scheme for Meta-Analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 25(2), 205-222.
- Chan, A. L., Yang, T. C., Chen, J. X., Yu, L. H., & Leung, H. W. (2006). Cost of depression of adults in Taiwan. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 36(1), 131-135.
- Chisholm, D. (2005). Choosing cost-effective interventions in psychiatry: results from the CHOICE Programme of the World Health Organization. *World Psychiatry*, 4(1), 37-44.
- Churchill, R. (2005). *Hypnotherapy Training Institute*. Retrieved March 5, 2007, from http://www.hypnotherapy.com/ormond_mcgill.html
- Complementary and Alternative Medicine funding by NIH/institute or center. Retrieved March 10, 2007, from <http://nccam.nih.gov/about/budget/institute-center.html>

- Crasilneck, H., & Hall, J. (1985). *Clinical hypnosis: Principles and applications* (2nd ed.). New York: Grune & Stratton.
- Detsky, A. S., Naylor, C. D., O'Rourke, K., McGreer, A. J., & L'Abbe, K. A. (1992). Incorporating variations in the quality of individual randomized trials into meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45(3), 255-265.
- Deter, H. C., & Allert, G. (1983). Group therapy for asthma patients: a concept for the psychosomatic treatment of patients in a medical clinic- a controlled study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 40(1-4), 95–105.
- Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. (1988). Effects of adjuvant tamoxifen and of cytotoxic therapy on mortality in early breast cancer. An overview of 61 randomized trials among 28 896 women. *The New England Journal of Medicine*, 319(26), 1681-1692.
- Egger, M., Smith, G. D., & O'Rourke, K. (2001). Rationale, potentials and promise of systematic reviews. In Egger, M., Smith, G. D., Altman, D. (Ed.), *Systematic reviews in health care* (2nd ed., pp. 2-17). Danvers, Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Eisenberg, D. M., Davis, R. B., Ettner, S., Appel, S., Wilkey, S., Rompay, M. V., & Kessler, R. C. (1998). Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. *The Journal of the American Medical Association*, 280(18), 1569-1574.
- Elizabeth, K. K. (1996). *Past – life Regression: A method of self exploration, healing, and transformation*. (pp. 10-12). California Institute of Integral Studies.

- Evans, F. J., & Staats, J. M. (1989). Suggested posthypnotic amnesia in four diagnostic groups of hospitalized psychiatric patients, *The American Journal of Hypnosis*, 32(1), 27-35.
- Ewer, O. C., & Stewart D. E. (1986). Improvement in bronchial hyper-responsiveness in patients with moderate asthma after treatment with a hypnotic technique: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 293(6555), 1129–1132.
- Faymonville, M. E., Boly, M., & Laureys, S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of Physiology, Paris*, 99(4-6), 463-469.
- Frischolz, E. J., Lipman, L. S., Braun, B. G., & Sachs, R. G. (1992). Psychopathology, hypnotizability, and dissociation. *The American Journal of Psychiatry*, 149(11), 1521-1525.
- Gemignani, A., Sebastiani, L., Simoni, A., Santarcangelo, E. L., & Ghelarducci, B. (2006). Hypnotic trait and specific phobia: EEG and autonomic output during phobic stimulation. *Brain Research Bulletin*, 69(2), 197-203.
- Gholamrezaei, A., Ardestani, S. K., & Emami, M. H. (2006). Where does hypnotherapy stand in the management of irritable bowel syndrome? A systematic review. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 12(6), 517-527.
- Gotzsche, P. C. (1989). Methodology and overt and hidden bias in reports of 196 double-blind trials of nonsteroidal anti-inflammatory drugs in rheumatoid arthritis. *Controlled Clinical Trials*, 10(1), 31-56.
- Gravitz, M. A. (1994). The first use of self-hypnosis: Mesmer mesmerizes Mesmer. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(1), 49-52.

- Greenberg, P. E., Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Leong, S. A., Lowe, S. W., Berglund, P. A., & Corey-Lisle, P. K. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *The Journal of Clinical Psychiatry*, *64*(12), 1465-1475.
- Greenberg, P. E., & Birnbaum, H. G. (2005). The economic burden of depression in the US: societal and patient perspectives. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, *6*(3), 369-376.
- Greenhalgh, T. (1997). How to read a paper: Papers that summarise other papers (systematic reviews and meta-analyses). *British Medical Journal*, *315*(7109), 672-675.
- Guse, T., Wissing, M., & Hartman, W. (2006). The effect of a prenatal hypnotherapeutic programme on postnatal maternal psychological well-being. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *24*(2), 163-177.
- Halsband, U. (2006). Learning in trance: Functional brain imaging studies and neuropsychology. *Journal of Physiology, Paris*, *99*(4-6), 470-482.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, *23*, 56-62.
- Harrington, A. (1988). Metals and magnets in medicine: hysteria, hypnosis and medical culture in fin-de-siecle Paris. *Psychological Medicine*, *18*(1), 21-38.
- Hawks, J. H., & Moyad, M. A. (2003). CAM: definition and classification overview. *Urologic Nursing*, *23*(3), 221-223.

- Hedges L. V. (1981). Distribution theory for Glass's estimator of effect size and related estimators. *Journal of Educational Statistics*, 6(2), 107-128.
- Heap, M., Alden, P., Brown, R. J., Naish, P., Oakley, D. A., Wagstaff, G., & Walker, L. G. (2001). *The nature of hypnosis*. (report). The British Psychological Society, 4-14.
- Hensel, C. S., Sapp, M., Farrell, W., & Hitchcock, K. (2001). A survey of members of ASCH, SCEH, and division 30, and if they reported using hypnosis to treat depression. *Sleep and Hypnosis*, 3(4), 152-168.
- Higgins J. P. T., Green, S., editors. [updated May 2005] *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* 4.2.5. Retrieved August 30, 2006, from <http://www.Cochrane.org/resources/handbook/hbook.html>
- Higgins, J. P. T., & Thompson, S. G., Deeks, J. J., & Altman D. G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analysis. *British Medical Journal*, 327(7414), 557-560.
- Higgins, J. P. T., & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21(11), 1539-1558.
- Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 319(7211), 670-674.
- Holopainen, D., & Emmerson G. J. (2002). Ego State Therapy and the treatment of depression. *The Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis*, 23(2), 89-114.

- Huston, P., & Naylor, C. D. (1996). Health services research: reporting on studies using secondary data sources, *Canadian Medical Association Journal*, *155*(12), 1697-1709.
- Izquierdo, S. A., & Khan, M. (2004). Hypnosis for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review*, *3*, 1-11.
- Jadad, A. R., Moore, R. A., Carroll, D., Jenkinson, C., Reynolds, D. J., Gavaghan, D. J., & Mcguay, H. J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, *17*(1), 1-12.
- Jensen, M., & Patterson, D. R. (2006). Hypnotic treatment of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*(1), 95-124.
- Kirsch, I. (2005). Medication and suggestion in the treatment of depression. *Contemporary Hypnosis*, *22*(2), 59-66.
- Kravis, N. M. (1988). James Braid's psychophysiology: a turning point in the history of dynamic psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, *145*(10), 1191-1206.
- Lee, S., Tsang, A., & Kwok, K. (2007). Twelve-month prevalence, correlates, and treatment preference of adults with DSM-IV major depressive episode in Hong Kong. *Journal of Affective Disorders*, *98*(1-2), 129-136.
- Lioffi, C., & White, P. (2001). Efficacy of clinical hypnosis in the enhancement of quality of life of terminally ill cancer patients. *Contemporary Hypnosis*, *18*(3), 145-160.
- Lipsey M. W., & Wilson D. B. (2000). *Introduction: Practical Meta-analysis*. Thousand Oaks: Sage.

- Maher-Loughnan, G. P., Mason, A. A., MacDonald, N., & Fry, N. (1962). Controlled trial of hypnosis in the symptomatic treatment of asthma. *British Medical Journal*, 2(5301), 371–376.
- Mamtani, R., & Cimino, A. (2002). A Primer of complementary and alternative medicine and its relevance in the treatment of mental health problems. *The Psychiatric Quarterly*, 73(4), 367-381.
- Mantle, F. (1999). Hypnosis in the treatment of enuresis. *Paediatric Nursing*, 11(6), 33-36.
- Mathers, C. D. & Loncar, D. (2005, October). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results*. Evidence and Information for Policy, World Health Organization. Retrieved June 20, 2007, from <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodprojectionspaper.pdf>
- Matthews, M., & Flatt, S. (1999). The efficacy of hypnotherapy in the treatment of migraine. *Nursing Standard*, 14(7), 33-36.
- McCloskey, M. S., Kumar, V. K., & Pekala, R. J. (1999). State and trait depression, physical and social anhedonia, hypnotizability and subjective experiences during hypnosis. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 41(3), 231-252.
- Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., & Elbourne, D. R. (2004). Opportunity and challenges for improving the quality of reporting clinical research: CONSORT and beyond. *Canadian Medical Association Journal*, 171(4), 349-350.

- Moher, D., Pham, B., Jones, A., Cook, D. J., Jadad, A. R., Moher, M., Tugwell, P., & Klassen, T. P. (1998). Does quality of reports of randomized trials affect estimates of intervention efficacy reported in meta-analyses? *Lancet*, 352(9128), 609-613.
- Moher, D., Jadad, A. R., Nichol, G., Penman, M., Tugwell, P., & Walsh, S. (1995). Assessing the quality of randomized controlled trials: an annotated bibliography of scales and checklist. *Controlled Clinical Trials*, 16(1), 67-73.
- Mottershead, N. (2006). Hypnosis: removing the labour from birth. *The Practising Midwife*, 9(3), 26-27, 29.
- Mora, G. (1980). 1979 anniversaries. *The American Journal of Psychiatry*, 137(1), 56-60.
- Mulrow, C. D. (1994). Rationale for systematic reviews. *British Medical Journal*, 309(6954), 597-599.
- NICE Guideline 2004. *Depression: Management of depression in primary and secondary care*. Retrieved September 29, 2006, from <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=cg023niceguideline>
- Orne, M. T., Hilgard, E. R., Spiegel, H., Spiegel, D., Crawford, H. J., Evans, F. J., Orne, E. C., & Frischholz, E. J. (1979). The relation between the Hypnotic Induction Profile and the Stanford Hypnotic Susceptibility Scales, Forms A and C. *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27(2), 85-102.
- Oxman, A. D., Cook, D. J., & Guyatt, G. H. (1994). Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. *The Journal of the American Medical Association*, 272(17), 1367-1371.

- Oxman, A. D., & Guyatt, G. H. (1993). The science of reviewing research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 703, 125-133.
- Patten, S. B., Wang, J. L., Williams, J. V., Currie, S., Beck, C. A., Maxwell C. J., & El-Guebaly, N. (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(2), 84-90.
- Perry, C., Nadon, R., & Button, J. (1992). The measurement of hypnotic ability. *Contemporary hypnosis research*. Retrieved June 12, 2007, from <http://www-psychology.concordia.ca/fac/Laurence/hypnosis/measures/pdf>
- Peynovska, R., Fisher, J., Oliver, D., & Mathew, V. M. (2005). Efficacy of hypnotherapy as a supplement therapy in cancer intervention. *European Journal of Clinical Hypnosis*, 6(1), 2-7.
- Pilkington, K., Kirkwood, G., Rampes, H., & Richardson, J. (2005). Yoga for depression: the research evidence. *Journal of Affective Disorders*, 89(1-3), 13-24.
- Pittler, M. H., & Ernst, E. (2005). Complementary therapies for reducing body weight: a systematic review. *International Journal of Obesity*, 29(9), 1030-1038.
- Potter, G. (2004). Intensive therapy: utilizing hypnosis in the treatment of substance abuse disorders. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(1), 21-28.
- Ravnskov, U. (1992). Cholesterol lowering trials in coronary heart disease: frequency of citation and outcome. *British Medical Journal*, 305(6844), 159.

- Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002 Estimates. Retrieved September 28, 2006, from <http://www.who.int/healthinfo/bodgbd2002revised/en/index.html>
- Rytsala, H. J., Melartin, T. K., Leskela, U. S., Lestela-Mielonen, P. S., Sokero, T. P., & Isometsa, E. T. (2006). Determinants of functional disability and social adjustment in major depressive disorder: a prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 194*(8), 570-576.
- Saadat, H., Drummond-Lewis, J., Maranets, I., Kaplan, D., Saadat, A., Wang, S. M., & Kain, Z. N. (2006). Hypnosis reduces preoperative anxiety in adult patients. *Anesthesia and Analgesia, 102*(5), 1394-1396.
- Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., & Rosenberg, W. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. London: Churchill-Livingstone.
- Schulz, K. F., Chalmers, I., Hayes, R. J., & Altman, D. (1995). Empirical evidence of bias. *The Journal of the American Medical Association, 273*(5), 408-412.
- Shekelle, P. G., Morton, S. C., Suttrop, M. J., Buscemi, N., & Friesen, C. (2005). Challenges in systematic reviews of complementary and alternative medicine topics. *Annals of Internal Medicine, 142*(12), 1042-1050.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Cyna, A. M., & Crowther, C. A. (2006). Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Systematic Review, 2*, 1-45.

- Soskis, D .A. (1986). *Teaching self-hypnosis: an introductory guide for clinicians*. (pp. 1-220). New York: Norton.
- Spiegel, D. (2002). Mesmer minus magic: hypnosis and modern medicine. *The International Journal of Clinical Experimental Hypnosis*, 50(4), 397-406.
- Spiegel, D., & Schefflin, A. W. (1994). Dissociated or fabricated? Psychiatric aspects of repressed memory in criminal and civil cases. *The International Journal of Clinical Experimental Hypnosis*, 42(4), 411-432.
- Spiegel, D. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 145(3), 301-305.
- Spiegel, H., & Greenleaf, M. (1992). Personality style and hypnotizability: the fix-flex continuum. *Psychiatric Medicine*, 10(1), 13-24.
- Stanford University. (2007). Retrieved March 7, 2007, from <http://www.stanfordhospital.com/clinicsmedServices/clinics/complementaryMedicine/hypnosis.html>
- Stewart, J. H. (2005). Hypnosis in Contemporary Medicine. *Mayo Clinic Proceedings*, 80(4), 511-524.
- Sudweeks, C. (1996). *Effects of cognitive group hypnotherapy in the alteration of depressogenic schemas*. Unpublished doctorate dissertation. Washington State University.
- Suzuki, T., & Sasaki, Y. (1995). The effects of hypnosis on aggression in depressed students. *Japanese Journal of Hypnosis*, 40(1-2), 16-22.

- Suzuki, T. (2003). The effects of hypnosis on emotional responses of depressed students in frustrating situations. *The Japanese Journal of Psychology*, 73(6), 457-463.
- Tramer, M. R., Reynolds, D. J., Moore, R. A., & McQuay, H. J. (1997). Impact of covert duplicate publication on meta-analysis: a case study, *British Medical Journal*, 315(7019), 635-640.
- Valente, S. M. (2006). Hypnosis for pain management. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 44(2), 22-30.
- Van Sky, J. M. (1983). *Effects of a self-administered hypnotic-cognitive treatment on depression*. Unpublished doctorate dissertation. United States of International University.
- Vos, T., Haby, M. M., Magnus, A., Mihalopoulos, C., Andrews, G., & Carter, R. (2005). Assessing cost-effectiveness in mental health: helping policy-makers prioritize and plan health services. *The Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(8), 701-712.
- Wain, H. J, Amen, D. G, & Oetgen, W. J. (1983). Cardiac arrhythmias and hypnotic intervention: advantages, disadvantages, precautions, and theoretical considerations. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(1), 1-4.
- Watkins, J. G. (1975). Methods and relationships in hypnotism. *Minerva Medica*, 66(6), 291-297.
- Watzlawick, P. (1982). Erickson's contribution to the interactional view of psychotherapy. In Zeig, J. K. (Ed.), *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy* (pp. 147-157). New York: Brunner/Mazel.
- Wayne, B. J. (2005). *Mosby's Dictionary of Complementary and Alternative Medicine*. St. Louis, MO: Mosby.

- Weitzenhoffer, A. M., & Hilgard, E. R. (1962). Stanford hypnotic susceptibility Scale C. Modified by Kihlstrom J. F. Stanford University.
- WHO, World Health Organization. *Depression*. Retrieved August 28, 2006, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/>
- WHO, World Health Organization.. *Mental Health Bare Facts*. Retrieved March 3, 2007, from http://www.who.int/mental_health/en
- WHO, World Health Organization. Suicide prevention (SUPRE). Retrieved March 3, 2007, from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html
- Wright, R.W., Brand, R. A., Dunn, W. D., & Spindler, K. P. (2007). How to write a systematic review. *Clinical Orthopaedics and related research*, 455, 23-29.
- Wu, W., Lin, S., Wu, G. J., & Li, L. (2005). Influence of perioperative supportive psychotherapy on the postoperative mental state and sexual life in patients with uterine cervix cancer. *Chinese Journal of Clinical Rehabilitation*, 9(16), 1-7.
- Yapko, M. (2001). Hypnosis in treating symptoms and risk factors of major depression. *The American Journal of Hypnosis*, 44(2), 97-108.
- Yusuf, S., Peto, R., Lewis, J., Collins, R., & Sleight, P. (1985). Beta Blockade during and after myocardial infarction: an overview of the randomized trials. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 17(5), 335-371.
- Zachariae, R., Jorgensen, M. M., Egekvist, H., & Bjerring, P. (2001). Skin reactions to histamine of healthy subjects after hypnotically induced emotions of sadness, anger, and happiness. *Allergy*, 56(8), 734-740.

Zachariae, R., Oster, H., Bjerring, P., & Mottershead, N. (1994). Effects of hypnotic suggestions on ultraviolet B radiation-induced erythema and skin blood flow. *Photodermatology, Photoimmunology & Photomedicine*, 10(4), 154-160.

中文部分

American Psychiatric Association (2004)。 *DSM-IV 精神疾病診斷準測手冊* (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –Fourth Edition, DSM IV*) (孔繁鐘、孔繁錦編譯，頁 163-200)。臺北：合記。
(原作 1994 年出版)

Kramlinger, K. (2005)。 *憂鬱症小百科/梅約醫學中心著* (*Mayo Clinic on Depression: Answers to Help You Understand, Recognize and Manage Depression*) (賴孟泉、林育如譯)。臺北：天下生活。(原作 2001 年出版)

Streeter, M. (2005)。 *催眠—心靈的秘密* (*Hypnosis: Secrets of the Mind*) (聰財、簡玉坤、陳正文、陳玉馨、湯茹雲譯，頁 33-54)。臺北市：合記。(原作 2003 年出版)

Yapko, M. (2000)。 *憂鬱的理性翻身* (*Hand-Me-Down Blues:How to Stop Depression from Spreading in Families*) (張嘉莉譯，頁 22-26)。臺北市：高寶。(原作 1999 年出版)

Zeig, J. K. (2004)。 *跟大師學催眠：米爾頓·艾瑞克森治療實錄* (*A Teaching Seminar with Milton H. Erickson*) (朱春林、朱恩伶、陳建銀、秘魯等譯，頁 15-79)。臺北市：心靈工坊。(原作 1985 年出版)

- 丁美月 (1996)。催眠術的源起：無意識催眠技巧 (頁17-21)。臺北：臺北致良。
- 尹怡君 (2004)。揮動魔棒潛入內心的語言：廖閱鵬揭開催眠師的神秘世界。張老師月刊，318。上網日期：2007年6月1日。網址：www.souland.com/gurdjieff/mt5.html
- 方鴻明 (2005, 7月12日)。正視「另類療法」！台北市立萬芳醫院。上網日期：2006年8月10日。網址：http://www.gesp.com.tw/new_page_28.html
- 王榮德、遊正芬、鍾智文、姚開屏 (2000)。二十一世紀健康照護效性評量：生活品質與生活品質調整後之存活分析。台灣醫學，4(1)，65-74。
- 王繼軍、萬艷瓊、陶明毅、王玉蓉、袁尹春、張明島、謝斌、肖澤萍 (2006)。神經疾患者催眠狀態腦電圖的變化。上海交通大學學報 (醫學)，26(4)，348-349。
- 正視偏高的憂鬱症盛行率〔社論〕(2006年, 7月15日)。人間福報，焦點新聞，2版。
- 吳忠勇 (2006)。南華大學生死學系碩士論文。一個憂鬱症個案接受催眠治療生命轉變之探討。未出版。嘉義。
- 官蔚菁 (2004)。台灣健康信念模式研究之統合分析。國立成功大學護理學系碩士論文。未出版。台南。

- 邱兆宏 (2004)。壓力與健康：整合分析與模式驗證之研究。高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。未出版。高雄。
- 邵啟揚 (2005)。催眠術-一種奇妙的心理療法 (頁 3-54)。北京：社會科學文獻。
- 柴惠敏 (2006, 7 月 15 日)。探討療效類論文評論要點。上網日期：2007 年 3 月 3 日。網址：
<http://www.pt.ntu.edu.tw/hmchai/ArticleCriticism/CRImethod/CriEffectiveness.htm>
- 陳蕙雅、丘亮、林忠順 (2004)。憂鬱症。基層醫學, 19(11), 264-269。
- 黃素貞(2005, 6 月 22 日)。另類療法：移民選擇草藥治病。大紀元時報。上網日期：2006 年 7 月 22 日。網址：
<http://www.epochtimes.com/gb/5/6/22/n961835.html>
- 廖雲鈺 (2007)。末那催眠：末那識，是憂鬱病毒也是解藥。臺北市：人本自然，55-56。
- 蔡田森 (1997)。醫學領域的催眠。催眠術入門 (頁 75-127)。台南市：綜合。
- 蔡宗晃、朱秀琴 (2006)。司法催眠的使用與爭議。諮商與輔導，248(1)，2-6。
- 蔡鎰隆、劉胤廷、張宏博 (2004)。整合分析之探討與應用-文獻回顧。*Journal of Taiwan Association Orthodontic*, 16(1), 36-40。

劉俊偉 (2006, 8 月 27 日)。催眠簡史。華人催眠臨床教育學院。上

網日期：2007 年 3 月 3 日。網址：

<http://www.light4u.com.tw/college/hypnosis.htm>

劉焜輝編 (1999)。催眠治療理論與實施 (頁 17-158)。臺北市：天馬文化。

鄭淑惠、楊延光 (2006)。全方位憂鬱症防治手冊。臺北市：張老師，29-68。

鄧淼、李網編 (2004)。憂鬱症之分類。醫學小百科系列 02：憂鬱症、繼癌症、愛滋病世紀三大疾病之一 (頁 11-13)。臺北市：台諾亞森林。

蕭淑貞 (2004)。壓力調適與心理衛生。在周慧珮編著。公共衛生學 (三版 ed.，頁 489-501)。臺北市：華杏機構叢書。

應立志、鍾燕宜 (2000)。整合分析方法與應用 (頁 10-11)。臺北市：華泰。

附錄

附錄一：世界衛生組織預估 2030 年，名列前 10 因素所造成之失能調整生命年數(Disability-adjusted life year, DALY)(依據性別分類)。

排名	世界(男女) 疾病或受傷事故	%總共 DALYs
1	愛滋病(HIV/AIDS)	10.3
2	憂鬱症(Unipolar depressive disorder)	5.3
3	心臟病(Ischaemic heart disease)	4.4
4	慢性阻塞性肺病(COPD)	3.8
5	產前後情況(Perinatal conditions)	3.8
6	腦血管疾病(Cerebrovascular disease)	3.7
7	交通事故(Road Traffic Accidents)	3.6
8	白內障(Cataracts)	2.9
9	肺炎(Lower Respiratory Infections)	2.8
10	結核病(Tuberculosis)	2.5

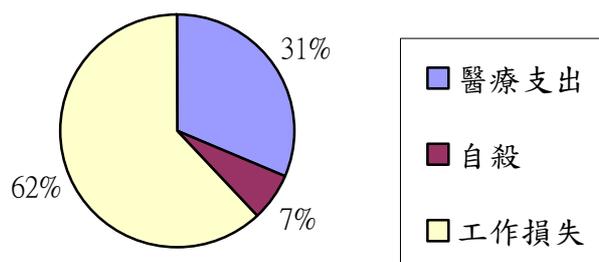
附錄一：續

男			女		
排名	疾病或受傷事故	%總共 DALYs	排名	疾病或受傷事故	%總共 DALYs
1	愛滋病	10.5	1	愛滋病	10
2	交通事故	4.9	2	憂鬱症	6.9
3	心臟病	4.6	3	心臟病	4.1
4	慢性阻塞性肺病	4.1	4	腦血管疾病	4.1
5	產前後情況	4	5	白內障	3.6
6	憂鬱症	3.8	6	產前後情況	3.5
7	腦血管疾病	3.4	7	慢性阻塞性肺病	3.5
8	結核病	3.1	8	糖尿病	3.2
9	肺炎	3	9	聾，後天	2.7
10	暴力	2.8	10	肺炎	2.7

資料來源：Mathers, C. D. & Loncar, D. (2005, October). *Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results*. Evidence and Information for Policy, World Health Organization.
Retrieved June 20, 2007, from
<http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodprojectionspaper.pdf>

附錄二：美國憂鬱症經濟負擔，2000年

一年耗費83.1(億)



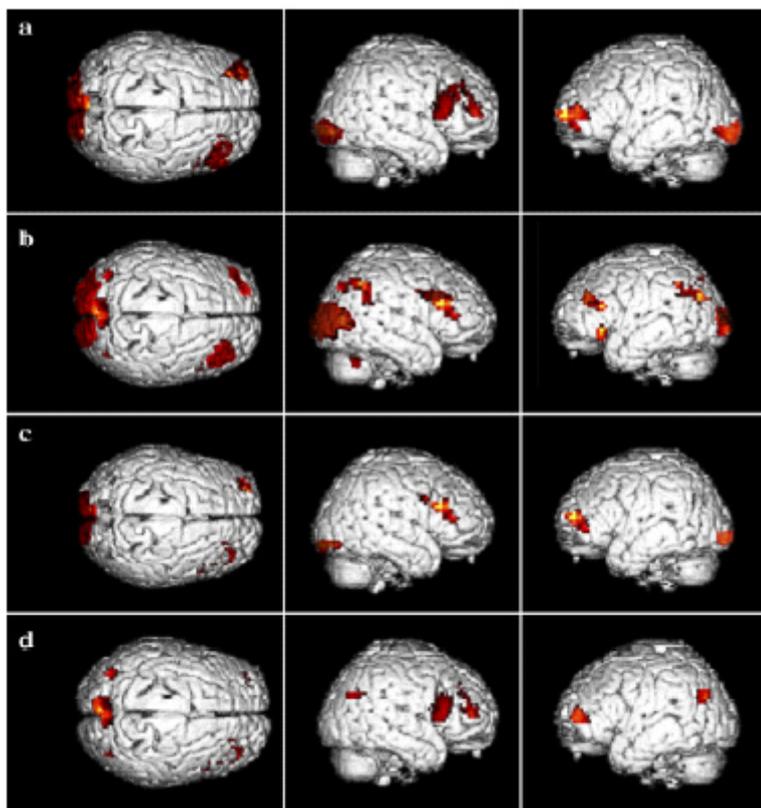
資料來源：Greenberg, P.E., Kessler, R.C., Birnbaum, H.G., Leong, S.A., Lowe, S.W., Berglund, P.A., & Corey-Lisle, P.K. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 1465-1475.

附錄三：心理衛生範圍之三級預防

初級預防	提供社區民眾精神衛生教育，減少民眾對精神疾病的偏見及增強精神衛生概念，從而改善生活方式，充分發揮個人的潛能，預防精神疾病的發生。
次級預防	縮短精神病患的罹病時間，並儘可能的使精神疾病對個人及社會所造成的損害減至最低的程度。精神復建開始，包括社區的各種重建工作。
三級預防	使精神病患者的精神功能缺陷之殘留程度減至最低，預防再發病或再住院。精神復建開始於醫院內。

資料來源：蕭淑貞 (2004). 壓力調適與心理衛生. 在周慧琍編著。公共衛生學 (三版，頁 489-501)。臺北市：華杏機構叢書。

附錄四：腦部的改變(催眠與覺醒狀態)



圖說：資料來源：Halsband, U. (2006). Learning in trance: Functional brain imaging studies and neuropsychology. *Journal of Physiology, Paris*, 99(4-6), 470-482.
PET activation during encoding and retrieval of high-imagery word-pairs. Hypnosis condition: (a) encoding (hypnosis), (b) retrieval (waking state). waking condition: (c) encoding (waking state), (d) retrieval (waking state).

附錄五：催眠組織發展過程

年份	催眠組織發展
1925—1947	美國牙醫診所採用催眠法。
1950—1960	英國醫師協會和美國醫師協會宣佈了對於催眠作為一種治療手段，其有效性的支援聲明。
1958	英國催眠診所成立。
1962	美國印第安那波利斯在催眠狀態下進行了一例大腦手術。
1968	英國外科及牙科催眠師協會成立，獨立於外科醫生及牙科醫生。
1973	在英國成立了國家催眠理事會。
1978	心理學和超心理學會成立，後改為催眠和超心理學會，是建在美國和英國的一個民間非營利組織。
1980	國立催眠與心理治療學院及高級催眠治療師註冊中心成立。
1982	高級催眠治療協會及 Atkinson-Ball 催眠療法學院成立。
1983	Proudfoot 催眠學院成立。
1984	倫敦臨床催眠學院和不列顛臨床催眠治療師協會成立。
1989／90	催眠與超心理學協會升級為心理壓力調節協會及學院。
1991	成立商業性的 PSI 服務公司為患者提供壓力調節方法和催眠技術。
1995	國家催眠治療協會在英國成立。
1997	查利博士建立了第一個有關催眠的網站，將催眠療法進一步推廣，並使大家認可。

資料來源：劉俊偉。催眠簡史。華人催眠臨床教育學院。2006年8月27日取自於 <http://www.light4u.com.tw/college/hypnosis.html>

附錄六：催眠治療發展史

	年份	催眠治療發展史
草創期	1734-1815	1734-1815 年，對占星術頗有研究的德國人麥斯默(Franz Anton Mesmer), 倡導「動物磁氣學說」，即由施術者體內發出磁氣，大多數人稱他為催眠之父。當時的催眠被稱為麥斯默爾術(Mesmerism)，並沿用至今。
	1784	當時的著名學者組成委員調查，並否定了 Mesmer 的動物學磁場說，認為催眠是心理因素尤其是暗示的效果所致。後來他的徒弟 Mde Puysegur 繼續觀察 Mesmer 所說的催眠的三個特徵。
論爭期	1825	催眠治療進入超越 Mesmerism 而建立以暗示為主的心理學的理论。里昂的醫師 Petetin 發現催眠中肌肉有僵化狀態。
	1843	英國外科醫生佈雷德 (James Braid) 拋棄“磁氣”、“流體”的理论，在《神經催眠學》強調指出催眠現象是一種特殊的類睡眠狀態，是神經疲勞後引起的睡眠，關鍵所在是暗示。他創造的誘導法成為今日最常用的凝視法之先驅。醫生佈雷德併用語言暗示於外科手術的痛覺消失上，發現催眠是凝視和語言暗示所造成的現象。他的論點是利用催眠可以產生重要的生理上與心理上的效果，並推論人是有第二意識的存在。
	1880	維也納醫師 Breuer, J. 創始非只以暗示症狀的祛除為主的，獨特的利用催眠的方法。他在偶然的機會發現如果讓患者在催眠中可以自由交談，患者會有強烈的情感反映，然後才能體會擺脫痛苦的經驗。Breuer 的研究，使催眠治療的重點從原來只暗示祛除症狀轉移到處理症狀原因的方法。併與西格蒙德·弗洛伊德(Freud)共著「歇斯底里的研究」一書。
	1882	醫師 Elliotson, J. 創辦以催眠和腦生理學為主要內容的刊物，英國各地設置催眠研究所。其中如 Parker 曾經報告對 1200 各受訪者施實催眠，有 200 個無痛手術的案例。同一時期在印度，Esdaile, J. 在催眠中進行手術達到 100 個病例。政府承認此事實。之後，他組織心理研究會(The Society for Physical Research)，進行如何在治療上利用催眠。

附錄六：續

年份	催眠治療發展史
1885-1926	<p>弗洛伊德從實踐催眠中，發現催眠是開啟淺意識門戶的金鑰匙。他認為如果在催眠中將被壓抑的情緒開放到正常意識通路，症狀可以減弱或消失。此技巧是從潛意識中去除情緒，故稱為「淨化技巧」。他亦指出許多記憶即使在最深的夢遊狀態仍然不能回憶，而克服此抗拒最有效的方法是讓患者鬆弛，把浮現在心中的一切觀念或幻想自由自在的表達出來。然而，在1926年，弗洛伊德徹底修訂精神官能症的理論，他強調症狀不僅是被壓抑的本能性努力的表現，並且是防此努力的結果，亦即避開焦慮的手段。因此，他認為症狀乃個人的心理生活之持續的功能，利用催眠去祛除他是不合理的。當時催眠被用在歇斯底里的治療上仍然會復發，弗洛伊德排除直接暗示，把理論的核心轉移到分析關係的人際關係上。</p>
1886	<p>南茜醫學院教授 Bernheim, H. 出版「暗示療法」，至此催眠被認為是暗示所造成的現象。現代催眠研究之父，Liebeault, A. 是第一位從廣泛的觀點去實驗催眠價值的醫師。他治療因生理症狀而苦惱的數千名患者，證實催眠不僅對於功能性病患有助，並且對於器質性的疾病也有好的效果。隨之，Bernheim, H. 也投入其研究的行列。他證實催眠對於歇斯底里性半身不遂、失聲症、腸胃障礙、食慾不振、疼痛、擅抖、憂鬱、固執己見、夢遊及其他與功能疾病有關聯的許多症狀都有治療效果。</p>
1886	<p>藥劑師 Coue, E. 認為催眠暗示的一切暗示，都是自我暗示，他開發以自我教學為中心的催眠法，此催眠法後來成為 Schultz, J. H. (1960) 創始「自律訓練」(Autogenic Training) 的先驅。</p>
1891	<p>英國醫學會設置委員會進行催眠的治療價值。結果承認催眠有祛除疼痛、入眠、減輕許多功能性病患的效果。</p>

附錄六：續

年份	催眠治療發展史
1914-1918	第一次世界大戰時，催眠治療引起醫界人士的注意，用來祛除症狀，或恢復被壓抑的經驗。當時盛行在催眠中實施類似精神分析的治療方法，Wingfield, H. E. 和 Hadfield, J. A. 稱此為催眠分析 (hypnoanalysis)。即讓患者退化到外傷經驗的時期，使事件重現，鬆弛有關聯的情緒。催眠暗示在搭配其他心理治療的前提下有嶄新的發展。催眠中的再保證、說服、減敏感法、再教育法、再制約法等，依弗洛伊德的精神分析法、非弗洛伊德等都嘗試用催眠治療，催眠治療乃發展出與過去不通的模式。
1929	心理學家的催眠研究以耶魯大學的 Hull, C. L. 為中心積極進行。臨床心理學的研究者人數大增，White, R. W., Weitzenhoffer, A. M., Dorcu, R. M., LeCron, L. M., Shaffer, G. W., Klime, M. V. 等人都有卓越的研究。
1939-1945	第二世界大戰的戰爭精神官能症使催眠治療有更大的發展空間。過去脫離催眠治療的的精神分析的學生們紛紛回歸催眠治療。許多心理學家參與研究，催眠研究中心把舞臺轉移到美國。
1945	Wolberg, L. R. 的「催眠分析」是用催眠實施今日行為治療所使用的技巧。
1988	精神科醫師 Weiss, B. L. 在催眠治療中發現生命輪迴的事實，催眠治療又再度引起世人的關心。

資料來源：丁美月 (1996)。催眠術的源起。無意識催眠技巧 (頁 17-21)。臺北市：臺北致良；邰啟揚 (2005)。催眠術—一種奇妙的心理療法 (頁 3-54)。北京：社會科學文獻出版社。

附錄七：厄尼斯特·赫爾革 (Ernest Hilgard) 提出之七個催眠特徵

特徵	敘述
1 計畫功能低落	失去自主性，欠缺自己去擬定計畫並付諸實施的意念。行為與說話的能力仍然具備。
2 注意力的重新分配	注意力超越通常的範圍並在催眠者的選擇範圍，對於他人的聲音則不去反應，呈現自覺曲解(perceptual distortion)的現象。
3 在視覺上能夠利用過去的記憶，並提升幻象-生產的能力	藉前世回溯法的暗示，可以使當事人回去過去並清楚的想起當時所生的情形與清晰體會其情景。催眠下的記憶是再生的(reproductive)，並且是生產性的，視覺記憶的喚起與視覺想像的活動比一般的覺醒狀態更清楚明瞭。
4 現實性的減少以及對於持續性的現實曲解之耐力	在正常狀態下無法兩立的現象，或在覺醒狀態下絕對不可能體驗到的現象，透過催眠往往可以被接納。Orne (1959)稱此現象為入神邏輯(trance logic)。
5 被暗示性增加	被暗示性或暗示乃為催眠的特徵之一。被暗示性的改變或增加，至少有一部分是當事人狀態預先變化的結果。
6 角色行為	當事人會接納被暗示的角色，去實施合乎此角色的行為。Sarbin(1950)認為催眠是角色演(role-enactment)，這種參與包括 Shor, R.(1962)所說的基本、淺意識層面參與。
7 催眠中當事人所體驗事件之健忘	這種情形通常稱為後催眠健忘(posthypnotic amnesia)，即催眠解除後無法回憶在現前催眠狀態下所體驗的事情或被暗示的事情。

資料來源：劉焜輝 (1999)。催眠治療理論與實施 (頁17-158)。臺北市：天馬。

附錄八：台灣憂鬱症量表

請根據最近一星期以來，身體與情緒的真正感覺，勾選最符合的一項。

		每週 一天以下 (0分)	每週 1-2天 (1分)	每週 3-4天 (2分)	每週 5-7天 (2分)
1.	我常常覺得想哭	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	我覺得心情不好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	我覺得比以前容易發脾氣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	我睡不好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	我覺得不想吃東西	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	我覺得胸口悶悶的	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	我覺得不輕鬆、不舒服、不爽快	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	我覺得身體疲勞虛弱無力（身體很虛、沒力氣、元氣及體力）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	我覺得很煩	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	我覺得記憶力不好	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	我覺得做事時無法專心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	我覺得想事情或做事時比平常緩慢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	我覺得比以前沒信心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	我覺得比較會往壞處想	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	我覺得想不開、甚至想死	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	我覺得對什麼事都失去興趣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	我覺得身體不舒服（如頭痛、頭暈、心悸、肚子不舒服等）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	我覺得自己很沒用	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

以上十八題選項的分數相加，就可以知道你的情緒狀態：

8分以下 情緒狀態很穩定。

9-14分 最近的情緒起伏不定，有些事情困擾著你，應適時的處理。

15-18分 有許多事壓在心上，肩上覺得很沈重，趕快找朋友聊聊，才不會陷入憂鬱症的漩渦。

19-28分 現在的你相當不順心，一肚子苦惱及煩悶，趕緊找專業機構或醫療單位協助。

29分以上 你感到相當不舒服，會不由自主的沮喪、難過，無法掙脫，趕緊到醫院找專業及可信賴的醫生診療。（行政院國家科學委員會 93年11月17日台會綜三字第0930052121號函）。

資料來源：董氏基金會，<http://www.jtf.org.tw/overblue/taiwan1/>，2007

附錄九： 隨機實驗報告所含的項目核對表(CONSORT checklist)

論文部分和主題	項目	描述	報告頁碼
文題和摘要	1	受試者是如何分配幹預的(如「隨機分配」、「隨機」或「隨機指派」。)	
引言背景	2	科學背景和原理解釋	
方法受試者	3	受試者的適合標準以及資料收集的環境和地點	
幹預	4	各組幹預措施的準確資料以及實際實施的方法和時間	
目的	5	特殊的目的和假設	
結果	6	明確定義主要和次要結果的測量方法，如果可行的話，說明用於提高測量質量的方法（如多重觀察，評估人員的培訓等）	
樣本量	7	樣本量是如何確定的，如果可行的話，解釋任何期間分析和終止試驗準則	
隨機化 順序產生	8	用於產生隨機分配順序的方法，包括任何限制的細節(如模塊化、分層)	
隨機化 分配隱蔽	9	用於實施隨機分配順序的方法(如有限的容器或中心電話)，說明分配幹預前順序是否是隱蔽的	
隨機化 實施	10	誰產生的分配順序，誰登記的受試者，誰將受試者分組	
盲法(掩飾)	11	受試者、實施幹預和評估結果的人是否不知道分組情況，如果使用了盲法，如何評價盲法是否成功	

附錄九：續

論文部分和主題	項目	描述	報告頁碼
統計學方法	12	用於比較組間主要結果的統計學方法附加分析如亞組分析和調整分析的方法	
結果 受試者流動	13	各階段受試者的流動(強烈推薦一種流程圖)。特別是報告各組隨機分配、接受治療、完成研究草案和接受分析主要結果的受試者的數量。描述研究計劃與草案背離情況及原因	
募集	14	界定募集和隨訪的時間	
基底資料	15	各組的基底人口和臨床特徵	
分析的數量	16	分析各組的受試者數量(分母)以及分析是否採用「有意處理法」。如果可行的話用絕對數陳述結果(如10/20而不是50%)	
結果和估計	17	總結各組的主要和次要結果評估效應大小和精確度(如95%可信區間)	
輔助分析	18	說明報告其他分析的多樣性，包括亞組分析和調整分析，指出哪些是預定的哪些是探索性的	
負性事件	19	各組的所有重要負性事件或副作用	
討論 解釋	20	解釋結果考慮研究假設，分析發生潛在偏倚和不精確的原因、分析和結果多樣性相關的危險性	
可推廣性	21	試驗結果的可推廣性(外部有效性)	
全部證據	22	根據現有結果全面解釋結果	

資料來源：Moher D., Altman DG., Schulz KF., Elbourne DR., 2004. 汪謀嶽翻譯。上網日期：2007年3月3日。網址：
[http://www.consort-statement.org/Translation/CONSORT-C HINESE%20VERSION\(pdf\).pdf](http://www.consort-statement.org/Translation/CONSORT-C HINESE%20VERSION(pdf).pdf)

附錄十：醫學資料庫的分別

Medline	Embase	The Cochrane Central Register of Controlled Trials
<ul style="list-style-type: none"> ● Index Medicus ● Published by US National Library of Medicine (NLM) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Index Medicus Excerpta Medica ● Published by Elsevier 	<ul style="list-style-type: none"> ● Serves as the most comprehensive source of records related to controlled trials.
<ul style="list-style-type: none"> ● Indexes about 4600 journals from the United States and 70 other countries ● In February 2002, contained over 11 million records from 1966 forward ● Free, online MEDLINE database that also includes up-to-date citations not yet indexed (http://www.ncbi.nlm.nih.gov) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Indexes nearly 4000 journals from over 70 countries ● In May 2002, contained approximately 9 million citations. ● Often considered the European counterpart to MEDLINE 	<ul style="list-style-type: none"> ● As of January 2003, CENTRAL contained just over 350,000 citations to reports of trials and other studies potentially relevant to Cochrane reviews.
<ul style="list-style-type: none"> ● Overlap in journals covered by MEDLINE and EMBASE has been estimated to be approximately 34% (Smith 1992). ● The Studies comparing searches of the two databases have generally concluded that a comprehensive search requires that both databases be searched. 	<ul style="list-style-type: none"> ● The actual degree of reference overlap depends on the topic, with reported overlap values in particular areas ranging from 10% to 75% (Kleijnen 1992; Odaka 1992; Smith 1992; Rovers 1993; Ramos-Remus 1994). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Citations that might not indexed in MEDLINE, EMBASE or other bibliographic databases. ● Citations published in many languages ● Available only in conference proceedings or other sources that are difficult to access (Dickersin 2002).

附錄十：續

Medline	Embase	The Cochrane Central Register of Controlled Trials
<ul style="list-style-type: none"> ● AIDSLINE, and HealthSTAR citations are migrating to PubMed ● 5 Locating and selecting studies 67 developing a new database, called the Gateway, which allows users to search PubMed and multiple other NLM retrieval systems simultaneously. 	<ul style="list-style-type: none"> ● A search of EMBASE using five free text terms (ie, random*, crossover*, cross-over*, factorial*, and placebo*), and covering the years 1974-1999, was run in 1999 to identify reports of trials. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Many of the records have been identified through systematic searches of MEDLINE and EMBASE.
<ul style="list-style-type: none"> ● The current Gateway searches PubMed, OLDMEDLINE, LOCATORplus, MEDLINEplus, DIRLINE, AIDS Meetings, Health Services Research Meetings, Space Life Sciences Meetings, and HSRProj. 	<ul style="list-style-type: none"> ● The results of this search are published in each quarterly release of CENTRAL. ● Additional searching of EMBASE began in December 2000, and this stage of the project includes searching using additional free text terms and EMBASE (EMTREE) thesaurus terms 	<ul style="list-style-type: none"> ● The US Cochrane Center (as the former New England Cochrane Center, Providence Office) and the UK Cochrane Centre have searched MEDLINE for publication years 1966-2000 using phases 1 and 2 of the Cochrane highly sensitive search strategy.

附錄十：續

Medline	Embase	The Cochrane Central Register of Controlled Trials
<ul style="list-style-type: none"> ● PubMed provides free online access to MEDLINE. ● Can be searched using standardized subject terms assigned by indexers employed by the publishing organization. ● Standardized subject terms (as part of a "controlled vocabulary") provide a way of retrieving articles that may use different words to describe the same concept. ● They also provide information beyond what is simply contained in the words of the title and abstract 	<ul style="list-style-type: none"> ● The UK Cochrane Centre is retrieving records from EMBASE, checking their titles and abstracts and submitting these for inclusion in CENTRAL when appropriate (with the permission of Elsevier). 	<ul style="list-style-type: none"> ● The Australasian Cochrane Centre is coordinating the search of the National Library of Australia's Australasian Medical Index; the Chinese Cochrane Centre is coordinating the search of the Chinese Biomedical Literature Database; and etc. ● Guidance on searching CENTRAL has been prepared as part of the CENTRAL Management Plan (http://www.cochrane.us/manage.htm).

附錄十：續

PsiTri	CCDANCTR	PsycLit (1974-1995)
<ul style="list-style-type: none"> ● Freely available database on published and unpublished controlled clinical trials, reporting on treatments and interventions for a wide range of conditions within the field of mental health. ● Offering access to the specialised trial registers of the five mental health related Cochrane Review Groups. ● A comprehensive source of reliable, high quality research. 	<ul style="list-style-type: none"> ● The editorial team of the Cochrane Collaboration Depression, Anxiety & Neurosis Group (CCDAN) assembles, maintains and administers centrally a specialised register of controlled trials as a service to the reviewers who are members of the Group. ● The specialised register created to assist members of CCDAN currently contains more than 10,000 records referring to completed or ongoing trials, with an quarterly accrual rate of about 500 new records. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Search by the Cochrane Schizophrenia Group and the results have been forwarded to CCDAN. From 1996 to 1997 the following search has been carried out by CCDAN and is updated quarterly.

資料來源：Higgins JPT., Green, S., editors. [updated May 2005]

Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions

4.2.5. Retrieved August 30, 2006, from

<http://www.Cochrane.org/resources/handbook/hbook.html>

附錄十一：搜尋策略及結果

考科藍圖書館(Cochrane Library)

搜尋次數	搜尋關鍵字	搜尋結果(篇)
1.	hypnosis	573 clinical trials, 112 cochrane & other reviews
2.	hypnotherapy	82 clinical trials, 29 cochrane & other reviews
3.	depress*	26104 clinical trials, 1441 cochrane & other reviews
4.	dysthymi*	5 clinical trials, 1 cochrane review
5.	1 or 2	589 clinical trials, 137 cochrane & other reviews
6.	3 or 4	26105 clinical trials, 1441 cochrane & other reviews
7.	5 and 6	574 clinical trials, 127 cochrane & other reviews

Accessed on July 18, 2006 18:23

574 clinical trials, 127 cochrane & other reviews were exported for review.

1 relevant article was retrieved.

Cochrane Depression, Anxiety and Neurosis Review Group (CCDAN), PsiTri

搜尋次數	搜尋關鍵字	搜尋結果(篇)
1.	hypnosis	13
2.	hypnotherapy	0
3.	Depress*	1637
4.	dsythmi*	0
5.	1 or 2	13
6.	3 or 4	1637
7.	5 and 6	0

Accessed on July 18, 2006 18:40

附錄十一：續

PubMed (1950 to present)

MeSH database

搜尋次數	搜尋關鍵字	搜尋結果
1.	Hypnosis	4
2.	hypnotherapy	0
3.	Mental disorder →Mood disorder	220
4.	“Hypnosis”[MeSH] AND “Mood Disorders”[MeSH]	71(篇)

Accessed on July 18, 2006 19:07

71 articles were exported for review.

6 relevant articles were retrieved.

PsycLit (1872 – 12/2001)

搜尋次數	搜尋關鍵字	搜尋結果(篇)
1.	Hypnosis	3643
2.	hypnotherapy	2568
3.	1 or 2	5916
4.	depression	38793
5.	Mood disorder	33279
6.	4 or 5	24027
7.	3 and 6	26

Accessed on July 18, 2006 19:21

26 articles were exported for review.

Relevant articles were retrieved.

Embase(1966-2006)

搜尋次數	搜尋關鍵字(Emtree Keywords)	搜尋結果(篇)
1.	Hypnosis	11,025
2.	depression	161,881
3.	1 and 2	406

Accessed on July 18, 2006 19:00

406 articles were exported for review.

24 articles were retrieved.

附錄十一：續

Google Scholar

搜尋次數	搜尋關鍵字	搜尋結果(篇)
1.	hypnosis	997
2.	depression	1000
3.	1 and 2	997

Accessed on July 18, 2006 19:34
997 articles were exported for review.
4 relevant articles were retrieved

附錄十二：Jadad Score

Jadad Score Calculation

Item	Score
Was the study described as randomized (this includes words such as randomly, random, and randomization)?	0/1
Was the method used to generate the sequence of randomization described and appropriate (table of random numbers, computer-generated, etc)?	0/1
Was the study described as double blind?	0/1
Was the method of double blinding described and appropriate (identical placebo, active placebo, dummy, etc)?	0/1
Was there a description of withdrawals and dropouts?	0/1
Deduct one point if the method used to generate the sequence of randomization was described and it was inappropriate (patients were allocated alternately, or according to date of birth, hospital number, etc).	0/-1
Deduct one point if the study was described as double blind but the method of blinding was inappropriate (e.g., comparison of tablet vs. injection with no double dummy).	0/-1

資料來源：Jadad, A.R., Moore, R.A., Carroll, D., Jenkinsen, C., Reynolds, D.J., Gavaghan, D.J., & Mcguay, H.J. (1996). Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: Is blinding necessary? *Controlled Clinical Trials*, 17(1), 1-12.

附錄十三：編碼簿(Codebook)

第一部份：研究特徵

編號	項目	編碼說明
1	作者姓名	列出所有作者姓名，以 APA 格式書寫。
2	作者人數	記錄作者總數。
3	第一作者背景	指作者的專業背景，以職稱作判斷，若無稱職則以其學位作判斷，分為護理及非護理兩大類。非護理再以工作部門或無法判別，則以其學位類別作判斷。 1. 護理 2. 非護理(2-1 心理; 2-2 流行病學 2-3 衛生教育類)2-4 教育類 2-5 其他 _____其他 3. 未說明
4	第一作者學歷	指第一作者的最高學歷。
5	出版年代或日期	指研究文獻刊登的年代，以西元方式書寫。若是碩博士論文，則記錄其出版年代，而不以學年度來看。
6	出版類別	研究文獻出版類別可分為期刊、碩博士論文等。
7	出版資料	詳細寫出期刊名、書名、博碩士論文全名、卷、期及頁數。

附錄十三：續

第二部份：樣本特性

編號	項目	編碼說明
8	個案性別	研究中可分男或女或男及女列入分析。
9	各性別人數	分別寫出男、女性人數或男女總人數，以及其所佔的百分比。
10	個案平均年齡	指研究個案的平均年齡及標準差，若經由文獻中資料轉換而得，需寫出轉換過程及結果。若未說明，則選2。
11	個案年齡全距	指研究個案中最低年齡及最高年齡，若未說明，則選2。
12	教育程度	指研究個案的教育程度，國中以下、高中(職)或專科、大學、研究所以上的人數及各佔之百分比(若經由文獻中資料轉換而得，需寫出轉換過程及結果。)若未說明或未測此項，則選6。
13	疾病狀況	指研究個案的疾病狀況，可分為三大類精神疾病(1-1 精神分裂症 1-2 憂鬱症 1-3 躁慮症 1-4 其他____)、有疾病(2-1 高血壓 2-2 心臟病 2-3 糖尿病 2-4 其他____)或無疾病；若未有說明或未測此項則選4。
14	催眠易受度 (hypnosis susceptibility)	目前常見測量催眠易感度的量表包括 1.Stanford Hypnotic Susceptibility Scale SHSS:C 2.Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS:A) 3.Hypnotic Induction Profile (HIP) 此量表將測量受試者是否容易被催眠及其催眠的程度可分為 1. 低 2. 中 3. 高。其他則選4。若未有說明或未測此項則選5。
15	憂鬱程度	心理醫生依據 DSM 把憂鬱程度分為 1.輕微 2. 中度 3. 重度。若未有說明或未測此項則選4。
16	憂鬱分類	本研究將憂鬱症分成常見的 1.重鬱症及 2.雙極性憂鬱以及少見的 3. 季節性憂鬱、4. 產後憂鬱以及 5. 經前憂鬱。若未有說明或未測此項則選6。

附錄十三：續

第三部份：方法學特徵

編號	項目	編碼說明
17	研究設計	篩選出可以提供很強的實證實驗研究設計即 1. 隨機對照研究(randomized controlled trial) 即隨機選出兩組並給予不同的測試 2. 隨機交叉實驗(randomized cross-over experiment)即一組人經過第一次的測試後，經過清洗過程(washout period)，再給予第二次的不一樣的測試。 3. 其他____請說明。 若未有說明或未測此項則選 4。
18	樣本數	樣本元素的數量稱為樣本大小 (sample size) 或樣本數，通常以小寫英文字 n 表示。
19	取樣方法	指選取樣本方法，隨機是指有清楚描述取樣方法是指按機率而得；而非隨機是指立意取樣、方便取樣、滾雪球等；若無法區分或未說明則選 3. 其他，並作說明。
20	資料取得方式	指所有資料取得之方法，若不同工具之資料取得方法不同，則須分別一一說明，選項可分為 1. 團體施測：將所有研究對象集中，一起施測；2. 個別施測：個案單獨進行施測，包括由個案自行填寫或因為種種因素，而由其他人代為填寫。3. 其他，需做說明。4. 未說明，研究中未提到或說明資料取得之方法。
21	治療時期	指整個研究所花費的時間，若有追蹤所用的時間則必須加以說明。若未有說明或未測此項則選 4。
22	治療時間	指研究中整個治療過程所需用的時間。
23	治療方式	指研究中，治療時所用的催眠技巧。其中包括： 1. 催眠師暗示所用的技巧(請說明)2. 卡帶錄音 3. 自我催眠 若未有說明或未測此項則選 4。
24	治療次數	指研究中，研究對象給予治療的次數。
25	收案場所	指研究對象施測地點。若為學校則選 1. 若為社區則選 2. 若為醫院則選 3. 其他則選 4，並加以說明。若未有說明或未測此項則選 5。

附錄十三：續

26	結果測量	結果測量主要分成兩大類，一、如果是自我憂鬱測量表則選 1，目前常見憂鬱量表包括(1-1 BDI;1-2 SDS; 1-3 HADS 1-4 其他，必須加以說明。)二、如果是醫生根據 DSM 診斷(2-1 GBI)則選 2。 若未有說明或未測此項則選 4。
27	研究品質得分 (Jadad Score)	研究品質得分依據 Jadad Score 來評分。請參考表一。

資料來源：參考Brown, S. A., Upchurch, S. L., & Acton G. J. (2003). A Framework for Developing a Coding Scheme for Meta-Analysis. *Western journal of nursing research*. 25(2), 205-222. 及官蔚菁 (2004)。台灣健康信念模式研究之統合分析。國立成功大學護理學系碩士論文。未出版。台南。

附錄十四：編碼--催眠與憂鬱整合分析範例

研究編號:1

編碼者編號:1

題目：The effect of a prenatal hypnotherapeutic programme on postnatal maternal psychological well-being

編號	編碼	項目	填入內容或參考選項
1		作者姓名	Guse, T, Wissing, M, Hartman, W.
2	3	作者人數	共 3 人
3	2-1	第一作者背景	1. 護理 2. 非護理(2-1 心理; 2-2 流行病學 2-3 衛生教育類)2-4 教育類 2-5 其他 3. 未說明
4	3	第一作者學歷	1. 學士 2. 碩士 3. 博士 4. 未說明
5		出版年代或日期	5/2006
6	1	出版類別	1. 期刊 2. 碩士論文 3. 博士論文 4. 其他
7	1	出版資料	1. 期刊名稱 篇名 卷2 期24, 163-177頁 2. 碩士論文 學校_____系所 _____城市_____ 3. 博士論文 學校_____城市_____

附錄十四：續

第二部份：樣本特性

編號	編碼	項目	填入內容或參考選項
8	2	個案性別	1. 男 2. 女 3. 男女均有 4. 未說明
9	2	各性別人數	1. 男 人(%) 2. 女 <u>50</u> 人(<u>100</u> %) 3. 未說明
10		個案平均年齡	1. 2. 未說明
11	1	個案年齡全距	1. <u>20-39</u> 歲 2. 未說明
12	5	教育程度	1. 國中以下 2. 高中、專科 3. 大學 4. 研究所以上 5. 未說明
13	3	疾病狀況	1. 精神病(1-1 精神分裂症 1-2 憂鬱症 1-3 躁慮症 1-4 其他____) 2. 有疾病(2-1 高血壓 2-2 心臟病 2-3 糖尿病 2-4 其他____) 3. 無疾病 4. 未有說明
14	4-2	催眠易受量 (hypnosis susceptibility)	1. Stanford Hypnotic Susceptibility Scale SHSS:C 1-1 低 1-2 中 1-3 高 2. Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS:A) 2-1 低 2-2 中 2-3 高 3. Hypnotic Induction Profile (HIP) 3-1 低 3-2 中 3-3 高 4. 其他Stanford Hypnotic Clinical Scale (SHCS) 4-1 低 <u>4-2 中</u> 4-3 高 5. 未有說明
15	4	憂鬱程度	1. 輕微 2. 中度 3. 重度 4. 未說明

附錄十四：續

第三部份：方法學特徵

編號	編碼	項目	填入內容或參考選項
16	1	研究設計	1. 非交叉設計 2. 交叉設計
	1	研究設計 - 分組	1. 隨機 2. 沒有隨機 3. 未說明
	1	研究設計 - 對照	1. 設有對照組 2. 沒有對照組 3. 未說明
	4	研究設計 - 盲化	1. 雙盲 (研究對象、研究人員) 2. 單盲 (研究對象) 3. 單盲 (研究人員) 4. 沒有盲化 5. 未說明
17	1	樣本數	1. 46人 2. 未說明
18	1	取樣方法	1. 隨機 2. 非隨機 3. 其他
19	4	資料取得方式	1. 團體施測 2. 個別施測 3. 其他 4. 未說明
20	3	治療時期	1. 半個月 2. 1 個月 3. 2-3 個月 4. >3 個月 5. 追蹤時間_____ 6. 未說明
21	5	治療時間	1. <=30 分鐘 2. >30 分鐘<=1 小時 3. >1 小時 4. 其他 5. 未說明
22	1	治療方式	1. 催眠師暗示 <u>Ericksonian & Ego State Therapy</u> 技巧 2. 錄音 (如卡帶) 3. 自我催眠 4. 未說明

附錄十四：續

23	3	治療次數	1. 1 次 2. 2 次 3. >2 次 4. 未說明
24	3	收案場所	1. 學校 2. 社區 3. 醫院 4. 其他 5. 未說明
25	1-4	結果測量	1. 自我憂鬱測量表(1-1 BDI;1-2 SDS; 1-3 HADS 1-4 其他 The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS))。 2. 醫生根據 DSM 診斷(2-1 GBI) 3. 未說明
26	1	研究品質得分 (Jadad Score)	1. 0-2 差 2. 3-4 好 3. 5 很好
27		研究之其他特點	預防產後憂鬱症

資料來源：此表是依據 Guse, T., Wissing, M., & Hartman, W. (2006).

The effect of a prenatal hypnotherapeutic programme on postnatal maternal psychological well-being. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2), 163-177 之資料而填。

附錄十五：催眠與憂鬱症之相關文獻

Author	Country	Study Design	Sample size	Type of Intervention	Measurement	Results/ Conclusion
McCloskey MS., Kumar VK., Pekala R.J.. (1999)	United States	Non RCT	464	Sitting quietly and hypnosis	Beck Depression Inventory score (BDI)	Hypnosis facilitated a lowering sadness more for the chronically depressed group, and students reported reduced sadness in response to hypnosis relative to the sitting quietly condition.
Frischholz EJ., Lipman LS., Braun BG., Sachs RG.(1993)	United States	Non RCT	120	Dissociation Technique	Hypnotic Induction Profile (HIP), Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, (SHSS:C), Induction self-rating, eye-roll sign score	Routine hypnotizability assessment may be useful in the differential diagnosis of patients with other types of psychopathology.
Evans FJ., Staats JM.. (1989)	United States	Non RCT	222	Post-hypnotic suggestion and amnesia instructions	Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility (HGSHS:A) , Hypnotic Induction Profile (HIP), Stanford Hypnotic Susceptibility Scale(SHSS:C)	The results support the robustness of posthypnotic amnesia in psychiatric patient
Spiegel D., Hunt T., Dondershine HE.. (1988)	United States	Non RCT	301	Dissociation Technique	Hypnotic Induction Profile(HIP)	The results show that there is a significant main effect for diagnosis.
Barabasz AF.. (1976)	United States	RCT	60	Passive hypnosis, breathing and relaxation technique	Cerebral Electrode Therapy	The findings supported suggestion via passive hypnosis with CET to be a powerful variable in the treatment of sleep disturbance with depressed patients.

資料來源：以上資料依據 Spiegel et al., 1998; McCloskey, Kumar, & Pekala, 1998; Frischholz et al., 1992; Evans et al., 1989, Barabasz, 1976 所整理

附錄十六：史丹佛催眠易受量表- Stanford hypnotic susceptibility scale,
Form C, SHSS:C

Checklist of Materials Needed for Administration of SHSS:C

- Two chairs for subject -- recliner and side chair.
- Desk and chair for experimenter.
- Tape recorder and tape for recording session (optional).
- Black (or other contrasting color) pin installed appropriately on wall.
- Pencil well prominently displayed on desk, containing least two pencils (for posthypnotic suggestion).
- Consent form.
- Watch with second hand.
- Pad of unlined paper and soft lead pencil (for age regression).
- Bottle containing oil of peppermint, hidden from view (for anosmia item).
- Three boxes mounted on plastic, hidden from view (for negative visual hallucination).
- "PRE" and "POST" forms for recognition testing of amnesia (optional).

Note: If a subject fails to respond to three consecutive suggestions, the experimenter should terminate the scale with Item #12 (Posthypnotic Amnesia), including Item #13

(Posthypnotic Suggestion). Flowsheet for Establishing Rapport

ENTERING ROOM, HANDLE "DO NOT DISTURB" SIGN.

Items involved in SHSS:C

Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C, SHSS:C	
Item 0	induction by eye closure
Item 1	hand lowering
Item 2	moving hands apart
Item 3	mosquito hallucination
Item 4	taste hallucination

附錄十六：續

Item 5	arm rigidity
Item 6	Dream
Item 7	age regression
Item 8	arm immobilization
Item 9	anosmia- Have ready a small screw-top bottle filled with undiluted oil of peppermint. Check to make sure that odor is clearly detectable.
Item 10	hallucinated voice
Item 11	negative visual hallucination

Subjective Rating Of Hypnotic Depth

Item	posthypnotic suggestion and amnesia- make sure that at least one
12/13	pencil is ready in the pencil well on the desk.

資料來源：Weitzenhoffer, M. & Hilgard, R. (1952). Stanford hypnotic susceptibility scale, Form C. Modified by Kihlstrom, F. Stanford University.

附錄十七：催眠易受量表-催眠誘導量表

(Hypnotic Induction Profile, HIP)

HIP components		
Eye Roll	Upgaze	The subject is asked to turn the eyes upwards as far as s/he can. The amount of sclera (white of the eye) between the iris and the lower lid is rated on a five-point scale from zero to four, with higher scores indicating a greater amount of sclera showing. This is not scored nowadays, since it was found to have only a small correlation with the remainder of the scale (Spiegel & Spiegel, 1978, p. 52).
	Roll	The subject is asked to close the eyes slowly, while maintaining the Upgaze. As with Upgaze, the eye roll is a measure of the amount of visible sclera between the lower border of the iris and the lower eyelid. Again, it is scored on the same five-point scale as is used for Upgaze.
	Squint	Occasionally, during the first and/or second phase of the eye roll procedure; both eyes may veer inwards simultaneously, thus causing a squint. This is scored also, this time on a three-point rating scale, but only when it occurs simultaneously in both eyes.
	Eye-Roll (ER) sign	It is difficult to evaluate this procedure, given that elsewhere it has been noted that Eye Roll was a serendipitous observation. It may be no greater than it is for other established hypnotizability measures.
Induction	Arm levitation	Hand and arm feels so light and weightless and will float effortlessly to an upright position, as if the hand were a balloon. From this single item, a number of measures are obtained. These are, post-hypnosis subjective rating of tingle (the feeling of "tingling" or "pins and needles" during levitation), dissociation (a post-hypnosis report of the degree of connectedness between the hand and wrist of the levitated arm, and the control arm), signalled arm levitation (LEV) (the number of reinforcements, and the time taken for the arm levitation to occur)

附錄十七：續

Control differential (CD)	Control differential (a measure of subjective difference in the degree of control experienced in the levitated arm and the control arm).
Cut-off	Cut-off (an index of the subject's ability to terminate hypnosis immediately dehypnotization is suggested). Scores for amnesia (an optional measure of whether the subject recalls the cut-off instruction).
Float.	Float (a measure of the degree of overall bouyancy the subject remembers having experienced in hypnosis) are obtained.
IND	Summation of the scores for dissociation, signalled arm levitation (LEV), control differential (CD), cut-off and float.

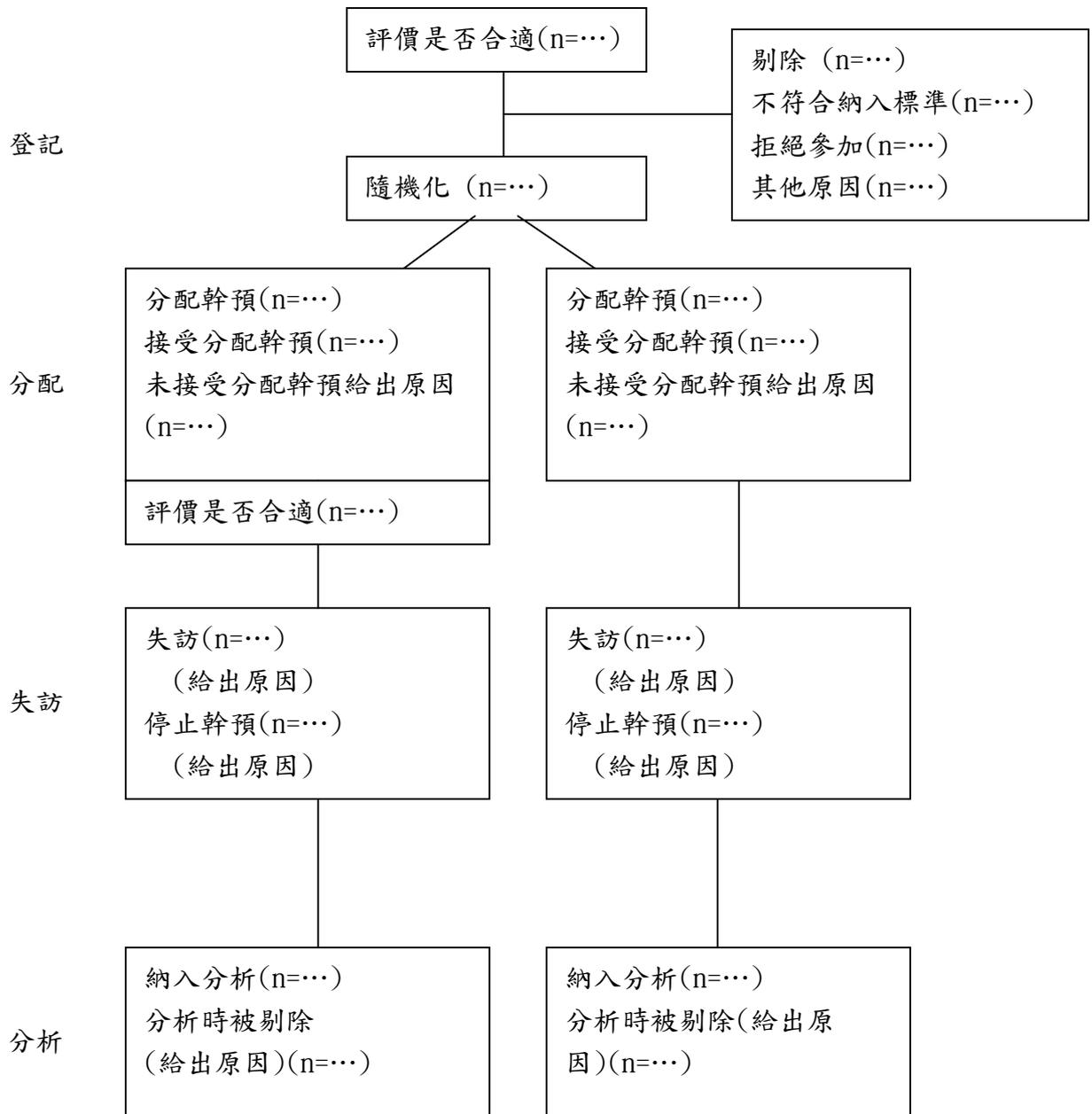
資料來源：Perry, C., Nadon, R., & Button, J. (1992). The measurement of hypnotic ability. *Contemporary hypnosis research*. Retrieved June 12, 2007, from <http://www-psychology.concordia.ca/fac/Laurence/hypnosis/measures.pdf>.

附錄十八：平均值差異之效果量 (effect size, ES)及其相等值之相關係數 (correlation, r)，變異數之百分比解釋 (percent variance (PV) explained, PV (r^2), 成功率之百分比 (Cohen success proportions, U3)及二項效果量顯示 (Binomial Effect Size Display, BESD)

ES	(r)	PV (r^2)	U3:%of T above \bar{X}	BESD: C versus T success rate	BESD:C versus T Differential	
0.1	0.05	0.003	54	0.47	0.52	0.05
0.2	0.10	0.01	58	0.45	0.55	0.10
0.3	0.15	0.02	62	0.42	0.57	0.15
0.4	0.20	0.04	66	0.40	0.60	0.20
0.5	0.24	0.06	69	0.38	0.62	0.24
0.6	0.29	0.08	73	0.35	0.64	0.29
0.7	0.33	0.11	76	0.33	0.66	0.33
0.8	0.37	0.14	79	0.31	0.68	0.37
0.9	0.41	0.17	82	0.29	0.70	0.41
1.0	0.45	0.20	84	0.27	0.72	0.45
1.1	0.48	0.23	86	0.26	0.74	0.48
1.2	0.51	0.26	88	0.24	0.75	0.51
1.3	0.54	0.30	90	0.23	0.77	0.54
1.4	0.57	0.33	92	0.21	0.78	0.57
1.5	0.60	0.36	93	0.20	0.80	0.60
1.6	0.62	0.39	95	0.19	0.81	0.62
1.7	0.65	0.42	96	0.17	0.82	0.65
1.8	0.67	0.45	96	0.16	0.83	0.67
1.9	0.69	0.47	97	0.15	0.84	0.69
2.0	0.71	0.50	98	0.14	0.85	0.71

資料來源：Lipsey M. W., & Wilson, D. B. (2000). *Interpreting and using Meta-analysis results. Introduction: Practical Meta-analysis.* (pp. 151-154). Thousand Oaks, CA: Sage.

附錄十九：隨機實驗不同階段流程圖



資料來源：柴惠敏 (2006，7 月 15 日)。探討療效類論文評論要

點。上網日期：2007 年 3 月 3 日。網址：

[http://www.pt.ntu.edu.tw/hmchai/ArticleCriticism/CRI
method/CriEffectiveness.htm](http://www.pt.ntu.edu.tw/hmchai/ArticleCriticism/CRImethod/CriEffectiveness.htm)