

認知行為治療應用於一位妄想症病患之護理經驗

許淑瑛 孫淑敏*

摘要

本文探討一位關係妄想個案，接受認知行為治療後之成效。文獻查證已知認知行為治療可應用於各類精神疾患，並可減少病患之妄想，幻聽的頻率，及改善情緒障礙、負性症狀及社交功能（Garety et al., 1997; Sensky et al., 2000 ; Turkington, 2006）。目前鮮少有護理措施合併認知行為治療運用於妄想症個案，引發研究者思考嘗試，使用此種護理經驗，期望對妄想症病患的照護有所幫助。

在此個案護理過程中，研究者藉由觀察、會談等方式收集主、客觀資料，並運用整體性護理評估，發現個案有思考過程變異、社交功能障礙，以及自我概念紊亂等護理問題。護理期間為 2007 年 7 月 2 日至同年 9 月 30 日，護理人員以真誠的態度與個案建立治療性人際關係，運用家庭聯絡簿合併每週三次，每次五十分鐘，連續八次的認知行為治療於護理措施中，協助個案瞭解及確立其妄想性思考對其人際關係的負面影響，及合併出現的負面情緒與非理性想法，最後藉由認知行為控制技巧的教導與演練，修正其妄想性思考內容，進而改善個案人際關係，以及促進其社會適應。

關鍵詞：妄想症、認知行為治療

阮綜合醫院身心內科日間病房護理師
美和科技大學護理系講師*
通訊作者：孫淑敏
通訊地址：屏東縣內埔鄉美和村屏光路 23 號
連絡電話：(08)7799821-8372
電子信箱：x00003043@meiho.edu.tw

前言

臨床上妄想症(delusional disorder)個案的住院比率並不常見，由於病患缺乏病識感，大多不認為自己有病，即使有症狀干擾，仍很少主動求助，除非症狀已經嚴重影響到日常生活、自我照顧或人際關係等，家屬才會警覺異常，陪伴病患來就醫。研究發現在台灣社區中妄想症的盛行率是 0.5% 左右，與過去國外文獻相對較高，顯示社區中有相當比例的妄想症患者，此非常值得精神醫學公共衛生及衛生教育重視（張、胡，2002）。

Sullivan (1997) 曾提出，通常妄想性疾患有不信任、低自尊、人際關係困擾、無病識感、自我調適障礙等問題，需要由精神科專業人員加以協助。此時護理人員正確判斷此類患者的人際互動障礙程度及自我調適障礙是很重要的，因為唯有正確的判斷，才能做適切的護理措施。近年來有多項研究證實認知行為治療(Cognitive-Behavioral Therapy, CBT) 能有效改善精神病個案的妄想和幻聽發生的頻率、時間以及引發的情緒障礙、負性症狀及社交功能(Garety, Fowle, Kuipers, and Freeman, 1997; Sensky, Turkington, Kingdon, 2000 ; Turkington, 2006)。由於文獻中鮮少有妄想症住院患者的個案護理報告，引發筆者思考運用認知行為治療於此位日間病房住院的妄想症個案的照護，進而協助改善其思考障礙、社交功能障礙、及自我概念紊亂等護理問題，期望未來對類似妄想症病患之護理有所貢獻。

文獻查證

一、妄想症

妄想症，其妄想內容屬於非特異性(或稱系統性)，除了妄想，個案的行為並不會明顯的古怪或奇異，假如出現聽幻覺或視幻覺也不是很顯著。以心理動力學的角度來看，妄想症個案主要是對人缺乏信任感，不當的多疑，敏感及缺乏安全感，常使用投射作用(projection)、反射作用(Reaction formation)及否定作用(Denial)的防衛機轉來處理問題，因此與人疏離，不容易建立關係，故大多會有社交隔離、低自尊、缺乏安全感傾向，其人際關係和婚姻關係也就常有困難現象(黃，2005)。此症狀會影響當事人對現實生活環境之判斷與行為反應，也因此個案常產生情緒困擾。

在臨床上，妄想症狀對於抗精神病劑有一定比例之反應，症狀之緩解或改善對於患者的幫助很大。整體而言，若獲得精神醫療，妄想症患者約有 50% 可恢復，20% 症狀有改善，30% 則持續有症狀。持續的妄想症狀仍對患者的心理社會功能造成威脅，甚至患者因為對其妄想深信不疑，而產生憤怒或憂鬱情緒。此在臨床上應該及早被辨認，並及時給予患者適當之治療(張、胡，2002)。

DSM-IV 妄想症的診斷標準：(孔，2002)

1. 持續出現至少一個月的非怪異妄想(意即與真實生活之情境有關)。
2. 若有聽視幻覺也不顯著。
3. 除了妄想與其相關事物外，其餘功能不會有顯著受損情形，行為亦無明顯怪異。
4. 隨妄想出現的情緒反應，其持續期亦伴隨妄想而改善或消失。
5. 此疾病並非藥物的作用或一般疾病直接引起。

二、認知行為治療在妄想症病患的應用

認知行為治療(Cognitive-Behavioral Therapy, CBT)是一種結構性、以問題為導向的治療方式，重視找尋證據來驗證非理性想法的技巧，可以運用在各個領域中，以修正想法而改變行為。近年來有多項研究證實 CBT 能有效改善精神病個案的妄想和幻聽發生的頻率、時間以及引發的情緒障礙、負性症狀及社交功能，讓個案有較好的預後(Garety et al., 1997; Sensky et al., 2000; Turkington, 2006)。

護理人員在 CBT 的應用過程中，必須以明確的言詞、真誠的態度及同理心與個案建立良好的治療性關係。在尊重個案的意願下維持對主要問題探索的概念架構，引導個案察覺面對壓力事件時瞬間產生的自動化思考(automatic thoughts)，並瞭解精神症狀與外在環境及壓力的關聯，增加個案對疾病與精神症狀之間相關性的知識，提供精神症狀正常化(normalizing psychotic experiences)的觀點，運用認知行為技巧協助個案察覺精神症狀及對其情緒的影響，以客觀性及有效性的觀點分析非理性想法，並協助個案自行發展出比較有助益的替代性想法。如此才能有效改變個案的行為反應，提昇對妄想、幻聽等症狀的自我管理能力，而改變個案的行為問題(Saudak, 2004; Turkington et al., 2004; Zimmermann et al., 2005)。

臨床上應用 CBT 時，可以採用的措施包括：(1) 運用家庭作業記錄方式(不良功能認知記錄表)，協助個案確認其妄想內容及非理性的想法，分辨並記錄，進而學習自我監控；(2) 與個案共同參與支持團體團體互動，藉由同儕團體的力量，增加對現實情境的認知並增加個案現實感；(3) 運用蘇格拉底式的對話，以質問的技術來引導個案修正無助益的信念，引導個案蒐集證據，以駁斥出現於某些特殊情境中的信念，進而協助個案將此技術擴展到更廣泛的情境中，類化成一種有助益的潛在信念(楊、饒，2004)。

在治療過程中，本文應用 Beck 的「不良功能認知記錄表」為工具，記錄情境、情緒、自動化思考、合理反應，並評量情緒與思考的變化，其步驟為(一)協助個案有正確的認知；(二)促使個案去找負向的自動化思考；(三)駁斥自動化思考，以矯正偏差的認知；(四)發展正向的思考模式；(五)教導用不同角度看事情，藉此學會應變技能(鄭、許、林，2009)。

三、妄想症病患的護理

妄想症個案之一般性護理原則如下：

(1)治療性人際關係的建立

一般而言，妄想症個案缺乏病識感，並且具有敏感及多疑的特性，因此護理此類個案時，應以建立良好的治療性關係為首要目標，以鎮定、溫和及一致性的態度與個案接觸。用簡明、扼要、清晰的言詞與個案交談，當個案以誇大的言詞及不斷重覆某論述時，護理人員不宜過早面質其妄想，應以不批判的態度傾聽，接受其妄想對個案的重要性，同理妄想所致的內心痛苦，讓個案體會到安全及被尊重與接納，再依照個案個別性來擬定護理目標(李、盧，1982；蔡、徐，2008)。

(2)活動安排

妄想症患者喜歡不斷地證明自己的能力，因此無法接受失敗的事實，對挫折的忍受程度相當低，所以活動安排上應先考慮到個案的興趣，選擇競爭性小、攻擊性弱以及需要注

意力集中才能完成的活動，例如：拼圖、繪畫等。當活動完成給予正向鼓勵與稱讚，以增加自信減低個案沉迷於妄想中（李、盧，1982）。

(3)服藥方面

妄想症個案的主要治療方式仍是以抗精神病藥物為主，通常個案缺乏病識感，很少會主動要求服藥。當個案出現被害妄想而拒絕服藥時，護理人員必須藉由治療性人際關係與個案討論對服藥的看法，瞭解服藥前後的反應。同時護理人員對個案服用藥物後的作用、副作用及症狀等，須以敏銳的觀察力將其改善的情形詳細記錄，以作為護理計劃及醫師調整藥物的參考（陳，1994；劉，2001）。

(4)家庭方面

積極鼓勵個案的家屬參與治療過程是相當重要的，家屬是精神病患的重要資源，讓家屬瞭解個案適應生活上的缺損及限制，透過疾病衛教提供疾病治療照護的相關知識與改善溝通技巧，以減少家庭的適應不良。讓家屬有長期接受個案的準備，依其能力去適應現實的生活與學習社交性技巧（陳，1994；楊，2003）。

(5)社交方面

Sullivan 和 Peplau 在人際關係理論中提出人有安全及舒適的驅力，當需求未獲得滿足就會產生焦慮與不安，精神疾病患者大多在早期經歷不良的互動以致長大後呈現退化與自閉行為，來避免受到傷害。在臨床上可運用認知行為治療結合結構化的社交技巧訓練，演練各種生活情境，訓練個案接受訊息，知道他人在說什麼，並學習表達與應對，改善人際關係增加生活適應力，也藉此訓練個案分析自我信念，學習合理的思考方式以達到症狀改善的治療目標（王，2008）。

(6)自我概念方面

負向自我概念個案，會出現人際關係障礙，低自尊，認同混淆，甚至去人格化現象，且會顯得強烈的焦慮，負面的評價，感到脆弱、無助、無望及易受傷害。護理措施為擴展個案自我覺察、自我探索、自我評價、實際計劃及付出行動（黃，2006）。護理人員協助個案不僅能鉅細靡遺的說出自己的優缺點，運用認知行為治療於會談中引導個案以邏輯推理的方式思考，給予正向肯定與鼓勵，增進其自我價值感。並提供團體治療活動，讓他有較正向的人際經驗，建立自信與信任別人，因而勇於嘗試新經驗。

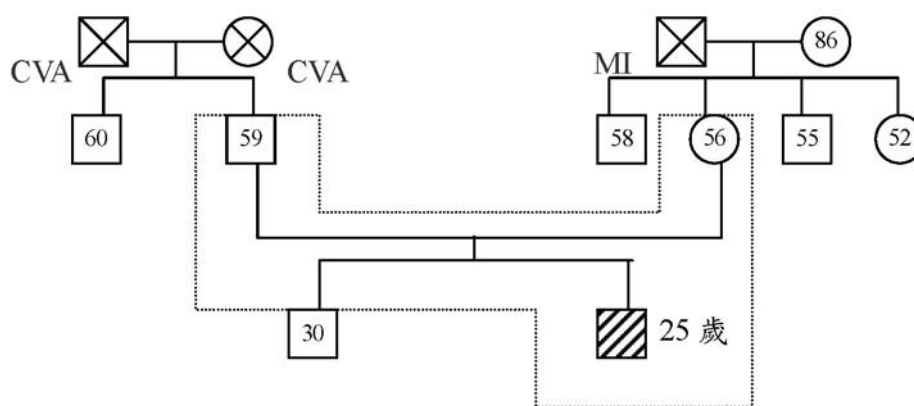
個案簡介

一、基本資料

王先生，25歲，某職業學校物流管理科畢業，未婚，信仰基督教，主要語言國語。

二、家庭狀況

個案與父母同住，家庭經濟小康，目前家中經濟仰賴案父關稅局的退休金支付日常生活開銷。案父態度嚴肅與個案較為疏離，平日多由母親管教，案母管教方式較干涉且限制，個案的態度則過度順從。生活中瑣碎的大小事都要問過媽媽意見，不敢獨自決定，缺乏自信。在家中哥哥會關心個案，關係親密，畢業後因為工作關係居住在台北。



圖一 家族樹

二. 疾病史

個案發病前性格依賴、順從父母、對挫折忍受度低，學業成績表現差。國中畢業後，推甄上桃園士官學校，獨來獨往無法適應團體生活，且學習能力不佳，無法理解術科學習，兩個月後在校方輔導老師建議下辦理退學，轉讀高雄某家商職。2002年9月高職三年級第一次發病，精神恍惚、脾氣暴躁、情緒欠穩、有誇大及關係妄想（自認為是政要人物的重要幕僚，負責管理財政）、並出現幻聽，認為自己有順風耳，可以聽到別人談論他的事。高職畢業後，精神症狀加劇，2005年10月在高雄某醫學中心精神科住院治療，診斷為妄想症。住院期間染上抽煙惡習，2007年1月案母因此辦理轉院至某綜合醫院日間病房繼續治療，此次護理期間為2007年7月2日至9月30日，個案服用藥物為 Risperdal (2) 0.5# -2# BID, Artane (2) 0.5# BID。

護理評估

本研究運用會談技巧及行為觀察記錄，依個案之身體、情緒、智能、靈性及社會五大層面進行整體性護理評估。

一、身體層面

個案身高 170 公分，體重 57 公斤，BMI 值 19.19 屬於正常範圍。外觀整齊，衣著打扮合宜。住院期間在飲食攝取方面沒有挑食情形，三餐飯量各約一碗。生活作息規律，睡眠時間約 6-8 小時。大小便正常，無內外科病史。身體活動方面：體耐力尚可但手眼協調差、操控能力差，例如：打羽毛球有發球困難，經多次示範分解動作及長時間多次練習仍難理解，容易挫折找理由放棄。

二、情緒層面

個案與人相處溫和有禮，表情較平淡，尚有社交性笑容。挫折忍受度低，容易對某些情境焦慮而急於求助工作人員。談及妄想性內容時會情緒激動，音量變大，倘若遭到他人質疑，會頻頻重複說「是真的，我沒有說謊，你可以去查」，表現出憤怒且焦慮，整體上情感表達與主訴內容可一致。個案自幼學業成績差，在家族中不被重視，有強烈自卑感，所以反倒用自我膨脹的方式來掩飾能力不足的自卑，以自我保護而免於挫折。在學習過程中遇到挫折時，容易輕言放棄，但是有興趣的項目，會對自己說：「沒關係、慢慢來、我學學看」。

三、智能層面：

個案意識清醒，無其他意識改變的狀況發生。否認有幻聽，主訴以前有幻聽，聽到耳朵裡有泡泡的聲音，現在沒有了。個案否認視、觸、嗅幻覺。個案自認為擁有很多專長及證照，例如：英文、法律及電腦等，但實際上並不然，案母表示個案自幼學業成績表現差，與成績優異的哥哥相差懸殊。思考方面：思緒跳躍，思考速度快，在會談中個案表示：「爸爸曾當過議員，是公務員退休，前高雄市長吳敦義常到家中泡茶，三叔叔是前空軍總司令葉昌桐，所以家中常有政客往來」。認為：「自己有預知的超能力，如果有人失蹤了，我可以知道他在哪裡。並且擁有電腦、法律及英文的專長與各種證照，在軍中遭到長官妒忌，學校教官也處處為難他，現在離開學校來醫院活動，那個教官還是窮追不捨來找碴」。思考內容呈現誇大、關係及被害妄想內容。表達言語表達方面，案母表示個案在家中，話少，且鮮少有妄想思考言語表達，因案父聽到會很生氣。當與個案會談時，會對問答常不假思索即回應，多有誇大及妄想性思考、附和與刻意討好的回答，有時回答會前後不一致。談及妄想內容時，言談速度快、喋喋不休而且衝動控制差，對問答常與妄想內容連結而無法有邏輯的切題回答，缺乏現實感。團體中討論是否曾於外出遊玩遇過大風災的經驗，個案回答：「找當將軍的叔叔玩時，遇到颱風，叔叔派空軍一號載我們回家。」

在行為與態度方面，個案擔心行為表現遭到指責，而刻意表現過分謙恭有禮，常問說：「老師、我這樣對嗎？這樣可以嗎？」顯示個案自信心不足，須藉由他人的肯定來減低焦慮。判斷力方面，個案對一般的生活事件判斷正常。定向力方面，可正確說出人、時、地，如：親人的姓名及自家住址電話，清楚辨別病友及工作人員。記憶力方面，個案的立即性記憶、近期記憶及遠期記憶正常。注意力方面，參與活動治療時注意力不集中，眼神飄移，無法正確回應及回答，因此在職能復健活動時，常有拿錯東西的表現。例如：請個案拿一只掃把卻拿成一只拖把。計算力評估：以 100 減 7 連續減五次，可於 1 分 30 秒內正確回答。病識感方面，個案缺乏病識感，表示：「我是因為學員介紹才來住院上課學東西的，都是唐醫師對我媽媽亂說話，害她變成一個奇怪的家長，硬要我住院治療，而我說什麼話她都不相信」。

四、社會層面

個案個性溫和，在病房中會主動與其他學員打招呼及聊天，但是衝動控制差，愛問問題、喋喋不休，加上不合邏輯的妄想內容言談，常令人厭煩備感壓力，而此深深影響其人際關係。例如：「個案表示去教會做禮拜的時候，弟兄姊妹們都叫我不要那麼多話，不然會被轟走；

在家裡時，爸爸也都不和我說話，只要我多說話爸爸就會生氣。」社交方面，案母限制交友與外出活動，所以沒有深交的朋友。

在個案角色功能方面，個案在家中會協助清潔打掃等家務，在病房活動時能遵守病房規定，規律作息及主動服用藥物，但是須決定做決策時，總會說要問媽媽的意見或者要求工作人員協助。

五、靈性層面

個案主訴時間就是金錢，要把握時間多多學習自我充實。跟隨父母信仰基督教，每週日會跟隨父母一同上教堂做禮拜，遇到困難時母親會帶著個案向主祈禱，祈求心靈平和。自我實現方面，個案表示以前會想要繼續升學讀書上大學，因為覺得有大學學歷是最基本的，但是爸爸希望自己學有一技之長就好，所以現在只想好好的在日間病房上課學習。

問題確立

綜合以上整體性護理評估及主客觀收集到的資料，分析後發現，個案身體狀況屬於健康良好；靈性方面能有宗教支持；在智能層面受到妄想的干擾導致思考過程改變；於社會層面則有社交互動障礙護理問題；在情緒層面因為長期低成就，自我概念紊亂以誇大自我膨脹掩飾其低自尊。歸納個案的護理問題為：(一) 思考過程變異，(二) 社交功能障礙，(三) 自我概念紊亂。計畫以認知行為治療融入照護歷程中，協助個案察覺精神症狀及其非理性信念，並發展出替代信念，進而提昇自我管理能力。本個案護理運用家庭聯絡簿合併每週三次，每次五十分鐘，連續八次的認知行為治療於護理措施中，其中運用「不良功能認知記錄表」呈現個案思考過程改變的護理問題，如附表一。

護理措施及結果評值

【護理問題】思考過程改變/與妄想性思考有關

【護理期間】96/07/02~96/09/28

主、客觀資料	主觀資料 7/2 S1：前高雄市長吳敦義常到家裡找爸爸泡茶。 7/3 S2：去年我和爸媽去台北找叔叔玩，遇到大風雨，叔叔派「空軍一號」送我們回家。 7/6 S3：我有預知的超能力，如果有人失蹤了，我可以知道他在哪裡！ 客觀資料： 7/2 O1：個案在談及妄想內容時出現情緒激動、音量變大、速度急促及不安，反覆重述所言屬實沒有說謊，可以查證。 7/2 O2：案母表示如果個案有不合邏輯的言談，爸爸聽到會很生氣，所以個案在家中話少，且鮮少有妄想思考的言語表達。 7/5 O3：個案相當在意案母生氣的看待自己的妄想內容。
--------	--

<p>護理目標</p>	<p>近期目標： 1. 一週內個案能在協助下表達出對妄想內容的感受。 2. 三週內個案能在協助下運用 CBT 技巧自覺妄想性思考內容，並說出妄想與疾病的關係，建立病識感。 長期目標： 三個月內個案能自我矯正不符合現實的言論，並做符合邏輯的言語表達。</p>
<p>護理措施</p>	<p>7/2-9/28 1. 每日定時探視個案，約定會談時間，以真誠的態度建立信任感，主動關懷並共同參與治療活動，建立治療性人際關係。 2. 當個案表達妄想內容時，以不批判的態度表達同理，並清楚提供現實感。 3. 依照醫囑給予抗精神病藥物，並確認個案準時服用以減輕妄想症狀。 7/3-9/28 1. 安排個案參加支持性治療團體，藉由團體互動，引導個案與其他成員討論妄想內容，以同儕團體的力量增加對現實情境的認知，並增加個案現實感。 2. 會談時應用認知行為治療，以錄音及寫作文的方式與個案回顧討論其不合邏輯的妄想思考，教導運用客觀的分析技巧判斷其妄想內容，並重新以符合邏輯的思考作表達。 3. 於會談中教導使用不良認知功能記錄表，作為家庭作業，紀錄其妄想性思考。 7/5-9/28 1. 會談中引導個案回想在何種情境或壓力下容易出現妄想及應如何因應。如：當談論政治議題時，會出現關係妄想的論述，要個案提醒自己停一下，想一想再說。 2. 會談中與個案討論在家中出現有關政治及從軍的妄想性思考時，轉移注意力的方法，例如：看卡通、看棒球賽及聽音樂。 3. 當個案言語表達能符合邏輯及現實的思考時，醫護人員立即給予口頭的正向鼓勵。 4. 運用家庭聯路簿與案母每日雙向溝通，將個案在病房中的活動及狀況傳達給案母，間接的影響讓個案能為自己的言行負責。 5. 於每次會談時協助個案回顧上回會談後受妄想思考干擾時行為的改變，鼓勵個案表達內心感受，並肯定其正向的改變。</p>
<p>評值</p>	<p>7/6 運用家庭聯絡簿將個案的妄想思考和媽媽分享及澄清，結果個案於會談中緊張的表示：「老師妳不用問媽媽我有超能力的事情，媽媽不懂反而會問東問西的。」在同理個案感受後，教導不良認知記錄表的使用，個案口頭承諾願意練習自我監控及記錄不被他人接受的想法，書寫不良認知記錄表，運用符合邏輯及現實的言談表達想法。 7/10 個案已能表達出對妄想的感受，自覺妄想與疾病的關聯，會談中主訴：「我知道自己有妄想症，尤其是看政治性節目會讓我一直想和政治有關係的事，如果耳朵聽到幻聽聲音時，我就去看卡通或聽音樂，不要看政治性的節目就好了。」目前個案在協助下已能運用不良認知功能記錄表分析其妄想性思考內容。(如表一) 7/16 個案會談時主訴：「我知道不能天花亂墜的亂說話，老師妳提醒我一下，我就會停。依客觀觀察，個案在口頭提醒下，能克制自我不合宜的言論。 7/23 個案於團體中出現不合邏輯的言論，表示自己讀了士官學校三個月通過考試領有結業證書，現在具有士官長的軍階；團體中男性成員給予回饋對個案說：「少年的、不要活在自己的世界裡！士官學校要讀三年才會畢業。」團體結束前，個案能運用 CBT 技巧，邏輯推理，表示自己有語病，應該說是士官學校肄業才對。 9/28 個案能自我矯正不符合現實的言論，與人交談時，雖然仍會有不同議題的妄想性思考出現，但是個案已能運用不良認知紀錄表中的練習方式，學習以符合邏輯性的言論回答。主訴：「我同學能進鐵路局當火車駕駛，都是我爺爺安排的喔！」給予面質後，個案能改變主訴說：「我的意思是，我同學參加甄試進鐵路局，我鐵路局退休的爺爺很關心他喔！」</p>

【護理問題】社交互動障礙/無法建立良好的人際關係

【護理期間】96.07/02~8/31

主、客觀資料	<p>主觀資料 7/2S1：我去教會做禮拜的時候，弟兄姊妹們都叫我不那麼多話，所以我有停下來不然會被轟走。 7/3S2：大家好像都不太和我說話？在家裡爸爸也很少和我說話。</p> <p>客觀資料： 7/2O1：個案言語溝通時常有不合邏輯與妄想性思考內容，致使他人因為聽不懂而沒有回應。 7/2O2：個案措詞不當，例如：我讀書時遭同學罷免，爸爸是 17 職等退休的公務人員，致使他人無法與其溝通。 7/2O3：個案說話衝動控制差，多話且滔滔不絕，令人備感壓力。</p>
護理目標	<p>近期目標： 1.個案於一週內能自覺不恰當的言論，學習運用網路資源，正確使用名詞解釋與措詞。 2.個案於兩週內能以他人能接受的方式表達其情感及想法，並學習聽他人說話。</p> <p>長期目標： 個案能於三個月內主訴在日常生活有滿意的人際互動。</p>
護理措施	<p>7/2-8/31 1.鼓勵個案表達在社交情境中不舒服的感受。 2.引導個案自我覺察在人際互動中不恰當的社交行為，如：上課中或午休時仍頻頻找人聊天。 3.引導個案自我覺察在什麼情境下會一直找人說話。如：中午休息空檔時段，當感到無聊時，學習自己安排靜態活動，而非說話干擾他人。 4.引導個案自我覺察在人際互動時當他人出現不舒適時能適時終止交談。如：學會觀察他人的不愉悅表情，像皺眉、嘟嘴、拒絕眼神接觸等。</p> <p>7/3-8/31 1.會談中教導個案運用網路搜尋錯用的名詞解釋，讓個案了解正確的用法並養成自我檢視的習慣。 2.於會談中運用認知行為技巧教導社交技巧訓練及角色扮演，讓個案有效的學習社交技巧，方式如下： (1)教導社交知識與交談、傾聽的技巧，並與個案討論及練習。 (2)在會談中假設情境演練，倘若個案又滔滔不絕放大音量自得其樂時，則回應「你又開始了」作為提醒。 (3)在練習過程中，對其正向的言行立即給予讚賞，強化學習動機。 3.當個案出現良好的社交互動行為，立即給予口頭上的稱讚，正增強其行為。</p>
評值	<p>7/7 會談時個案能清楚說出與他人人際關係不佳及溝通不良的原因，引導表達感受後，個案主訴：「我知道要聽聽別人說，不要自己一直話說個不停」。</p> <p>7/10 雖然個案還是需要他人提醒才能覺察措詞不當，但是已願意運用電腦上網搜尋名詞解釋及資料。起初常找不到需要的資訊，在互動練習中教導個案使用奇摩知識來尋找需要的資訊後，個案錯用的名詞已能自行獲得解答並學習正確運用。</p> <p>7/16 臨床上觀察發現個案仍難以控制言語衝動，但已經能試著聽他人把話說完，此時立即給予肯定及鼓勵，正增強其正向行為。會談中練習角色扮演時多次以「你又開始了」作為提醒，個案表現出不耐煩。同理個案感受，並引導個案了解自己對於言語表達的衝動後，個案口頭表示願意學習，會嘗試著提醒自己，話要慢慢說，先聽別人說完話再小聲回答。個案返家後能開心的與媽媽分享自己的進步。</p> <p>8/15 個案在會談中表示現在上教會時弟兄姊妹們比較願意和他說話，媽媽也願意帶著他去參加朋友的午茶聚會。</p> <p>8/31 個案表示學習說話技巧對自己真的很有幫助，現在感覺別人比較願意和我聊天不會像以前一樣躲我。</p>

【護理問題】自我概念紊亂/不正確的自我認知

【護理期間】96/07/16~96/09/28

主、客觀資料	<p>主觀資料 7/16S1：我對教育輔導跟法律都很有研究，讀很多這方面的書。 7/16S2：我不管說什麼，媽媽都說是我錯，真的很奇怪。</p> <p>客觀資料 7/16O1：個案呈現誇大妄想，自認為擁有輔導的專長能治療有心理障礙的病友及法律訴訟的能力；認為自己僅是學歷不夠，英文能力不足而已，諮商的能力和心 理治療師是相同的。 7/16O2：決策方面缺乏自信，凡事都需要他人認可，不敢自己做決定。</p>
護理目標	<p>近期目標： 1.個案於一週內能用言語表達出不被媽媽瞭解與接納的感受。 2.個案於兩週內能自我內省，自我檢視不合宜的概念。</p> <p>長期目標： 個案能於三個月內具有正確的自我概念，建立自信自尊、自我價值、學習自我內省。</p>
護理措施	<p>7/16-9/28 1.表達對個案的關心，接受正向的自我價值感。 2.主動傾聽，運用同理心，接受個案的情緒且不批評不責備。 3.鼓勵個案表達對自己的看法，引導個案發覺自我的優點及長處。例如：能於課程活動中主動協助新進住院學員，與言語表達有困難的學員練習說話。</p> <p>7/18-9/28 1.協助個案澄清對自己錯誤的概念。例如：運用認知行為治療於會談中引導個案以邏輯推理的方式思考，發展出有助益的替代性信念。</p> <p>7/27-9/28 1.安排個案參與選擇競爭性小、需要注意力集中才能完成的活動；如：參加病房中的水族魚缸保養培訓，建立自信並且減低個案沉迷於不實際的誇大妄想中。 2.安排參與復健商店的推車販售服務，藉由推車到醫院病房中與社會大眾接觸促進社會適應，並增強自信心。</p>
評值	<p>7/20 在引導下個案可以說出在家中不被媽媽認同的委屈及感受，會談中能切實說出自己的優點及長處；例如好脾氣、善於言談、樂於助人及學習等。鼓勵個案擅用專長，個案表示想在中午用餐時幫助說話困難的新學員練習多說話，針對個案樂於助人的動機給予鼓勵及支持。</p> <p>7/23 臨床上觀察個案主動幫助有言語障礙的新學員說話練習，並願意耐心等待有口吃的新學員把話說完。個案在會談中主訴：「幫助新學員說話練習這個我做得到」。對於個案能自我肯定立即給予口頭鼓勵，以增強其正向的自我概念。</p> <p>7/30 個案能自我檢視不合宜的自我概念，雖然對自我仍有較誇大的描述，但對於經常掛在嘴邊的法律及輔導能力，已經能有適當的闡述。個案主訴：「我對輔導及法律的瞭解只能說是比一般人有興趣去了解，還不到幫別人解答問題。</p> <p>9/28 個案接受工作訓練後，言談能合乎邏輯且適切肯定自己與表露自信。主訴：「我會推車賣產品了，而且也知道怎麼跟客人介紹產品喔！希望老師幫我多排幾次推車訓練。」</p>

表（一） 不良認知功能記錄表

情境/想法 事件	改善前		改善後	
	自動化思考相信程度 0-100%	情緒強度 1-99.9%	替代信念相信程度 0-100%	情緒強度 1-99.9%
7/2 前高雄市長吳敦義常到家中找爸爸泡茶。	7/2 我想因為爸爸曾經當過公務員，所以和政治人物很熟，吳敦義因為這樣常來家裡泡茶，和爸爸討論。	7/2 別人不相信我說的。	7/8 我向爸爸求證了，來家裡泡茶的人不是吳敦義，只是長的很像的同事而已。	生氣指數 10% 焦慮指數 5%
	自動化思考 相信程度 90%	生氣指數 80% 焦慮指數 50%	替代信念 相信程度 90%	自動化思考 相信程度 10%
7/3 去年我和爸媽去台北找叔叔玩，遇到大風雨，叔叔派「空軍一號」送我們回家。	7/3 我說的是真的呀！叔叔真的派空軍一號送我們回家。	7/3	7/10 我上次話說太快了，是語病，因為空軍一號是總統的專機，叔叔是租空軍一號的遊覽車送我們回家。	生氣指數 10% 焦慮指數 5%
	自動化思考 相信程度 100%	生氣指數 60% 焦慮指數 50%	替代信念 相信程度 85%	自動化思考 相信程度 15%
7/6 我有預知的能力如果有人失蹤了，我可以知道他在哪裡！	7/6 只要是我認識的人當兵的或者是當警察，家裡的人找不到他們來問我，我可以知道他們現在在那裡。	7/6 別人都不了解我，不相信我說的話。	7/23 我想我應該說自己很會觀察別人，而且別們說過的話我都會記得，所以我可以猜測出他們身在何處，或者打電話問出他們在哪裡！	生氣指數 5%
	自動化思考 相信程度 90%	生氣指數 60%	替代信念 相信程度 80%	自動化思考相 信程度 20%

討論與結論

本個案經筆者運用整體性護理評估，發現個案有思考過程變異、社交功能障礙、自我概念紊亂等護理問題。應用認知行為治療於護理過程中，以真誠的態度與個案建立治療性人際關係，持續的同理及不批判協助個案，瞭解其妄想性思考對其人際關係的負面影響，以蘇格拉底式的問答技巧協助個案練習以開放式的思考，發展有助益的替代性信念，進而培養個案自主管理能力。筆者與個案不斷反覆的練習不良功能認知記錄表的書寫，引導個案以 0-100 自我評量檢視並記錄妄想出現時自動化思考相信程度及負向的情緒強度，並實際運用行為技巧於生活情境中，個案在發展替代信念後，其情緒困擾顯著改善。運用認知行為控制技巧可修正妄想性思考內容及言語表達，進而建立病識感改善其人際關係，並促進社交功能與社會

適應。此結果與學者 Turkington (2006) 和 Wykes 等人 (2007) 建議精神科護理人員運用認知行為治療於精神病患者將有助於改善其精神症狀，增進病識感及社會功能等，相呼應。

護理初期，個案態度防備、否認疾病，不願意真誠面對自我，甚至因為妄想症狀干擾而讓治療面臨膠著困境，無法深入個案的核心症狀，加上個案父親對待個案較疏離，雙親管教態度不一的家庭因素，個案無法得到一致性的管教，導致護理個案時，個案常會出現敷衍及言談不一致的情形，在護理過程中，個案與護理人員皆受此影響而產生挫折。筆者秉持護理的精神，持續不斷的關懷及鼓勵個案，以不批判的態度陪伴個案一同克服阻礙作業完成，最後終於能讓個案培養

運用認知行為治療發展有助益的替代性信念。在個案後續照護計畫中，邀請個案家屬定期參與家屬座談會與電訪追蹤，透過此模式將治療模式延續至個案家庭當中。

護理過程中筆者深深體會唯有透過真誠、同理、一致與接納的態度才能與個案建立良好的治療性關係，進而讓個案願意學習改變其偏差的認知來改善其行為。另外筆者發現到，在治療過程中必須時時注意到的是，協助個案解決問題（給他魚吃）、放棄教導及要求（屈服與妥協），上述的兩種情況，無法達到真正治療的目的，都不能真正解決個案的問題。經過此護理經驗體會，期望治療人員或在其身邊的家屬，能給個案具備適應社會生存能力的釣竿，並教導他釣魚的技巧，才能真正解決個案的問題。

參考文獻

- 王美業 (2008)·行為治療·於蕭淑貞總校閱，*精神科護理學* (220~221 頁)·台北：新文京。
- 孔繁鐘編譯 (2002)·*DSM-IV 精神疾病的診斷與統計*·台北：合記。
- 李選、盧純華 (1982)·漫談妄想症病人·*護理雜誌*，29 (3)，39-45。
- 陳瑞蘭 (1994)·妄想症·於黃宣宣總校閱，*最新精神科護理學* (9-27~32 頁)·台北：永大。
- 張書森、胡海國 (2002)·妄想症之社區流行病學·*當代醫學*，29 (12)，965-973。
- 黃瑞媛 (2005)·妄想性疾患·於蕭淑貞總校閱，*精神科護理學* (298-299 頁)·台北：新文京。
- 黃珮玲 (2006)·自我概念改變病人護理·於鍾信心總校閱，*精神科護理學* (125-146 頁)·台北：華杏。
- 楊明仁 (2003)·家屬衛教與精神疾病患者之社區照護·*安泰醫護雜誌*，9 (3)，88-91。
- 楊大和、饒怡君編譯 (2004)·*短期認知行為治療*·台北：心理出版社。
- 蔡素玲、徐瑩嫩 (2008)·思考障礙疾患的護理·於蕭淑貞總校閱，*精神科護理學* (298-307 頁)·台北：新文京。
- 鄭妃閔、許禎娟、林彥如 (2009)·運用認知行為治療於一位重覆自殺青少年患者之護理經驗·*護理雜誌*，56 (4)，100-104。
- 劉美娜 (2001)·Peplau 護理理論於妄想性疾患知護理經驗·*榮總護理*，18 (3)，317-326。
- Garety, P., Fowle, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P., Hadley, C., & Jones, S. (1997). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis. II: Predictors of outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.

- Saudak, D. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*, 10 (5), 331-333.
- Sensky, T., Turkington, D., & Kingdon, D.(2000). A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication. *Arch Gen Psychiatry*, 57 (2), 165-172.
- Sullivan, D. H. (1997). Cognitive Behavioral nursing therapy in paranoid psychosis. *Nursing Times January* , 93 (2), 28-30.
- Turkington, D. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioral intervention by mental health nurses in schizophrenia . *The British Journal of Psychiatry*,189, 36-40.
- Turkington, D., Dudley, R., & Warman, D. M. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for schizophrenia A review. *Journal of Psychiatric Practice*,10, 5-15.
- Wykes.,T., Reeder, C., Landau.,S., Everitt, B., Knapp, M., & Patel, A., (2007). Cognitive- remediation therapy in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*,190, 421-427.
- Zimmermann, G., Favrod.,J., Trieu, V. H., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorder : A meta-analysis . *Schizophrenia Research*, 77,1-9.

A Nursing Experience of Applying Cognitive-Behavioral Therapy to a Delusional Disorder Patient

Shu-Ying Hsu Shu-Min Sun*

Abstract

This study examined the effect of Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) on a patient with delusional disorder throughout the nursing process. There is strong evidence supporting the implementation of CBT for people with psychosis to reduce positive symptoms such as delusion, auditory hallucination, emotional problems and negative symptoms such as social dysfunction (Garety et al., 1997; Sensky et al., 2000; Turkington, 2006). However, the sparse literature in this field revealed the lack of application of CBT within nursing care for people with delusional disorder, indicating the necessity of this research for the potential benefit of people from similar contexts.

The nurse gathered both subjective and objective data through interview and observation, and identified three majors nursing problems: altered thought processes、social functional disturbance and self-concept disturbance. From July 2 to September 30, 2007, the nurse had established a sincere, therapeutic relationship with the patient through psychiatric nursing care, including daily family-nurse communication diary and CBT sessions three times a week (8 times in total). This helped the patient reduce his irrational and negative beliefs, and improve his coping mechanisms. As a result, the patient improved his interpersonal relationships and adjusted his social behaviors.

Keywords : delusional disorder, Cognitive-Behavioral Therapy

BSN, RN, Department of Psychiatry, Yuan's General Hospital
MSN, RN, Lecture, Department of Nursing, Meiho University*
Address correspondence to: Shu-Min Sun, No. 23, Pingguang Rd, Neipu, Pingtung, Taiwan, R.O.C
Tel: +886-8-7799821
E-mail: x00003043@meiho.edu.tw