

妄念的認知行為治療

Cognitive behavioral therapy for delusions

楊劍雲

(香港浸會大學社會工作系博士)

摘要

在香港每1000人中便有1~3人患上精神分裂症。少於60%患有精神分裂症的受助者經治療後，完全消失所有精神分裂症徵狀。雖然精神科藥物持續改良，大概有25%至30%患有精神分裂症的受助者在接受藥物治療時，仍出現抗藥性妄念，對受助者造成負面影響，包括：就業困難、抑鬱等。近年，有治療師應用認知行為治療於這類受助者。而在外國進行的成效研究顯示，認知行為治療能有效減少患精神分裂症的受助者的妄念。本文以個案研究的形式，探討應用認知行為治療於華人精神病患者的可行性，和當中所涉及的輔導技巧。個案研究發現，認知行為治療理論適用於華人精神病患者，並能有效減少受助者的抗藥性妄念和減少這些妄念造成的負面情緒。

關鍵字：認知行為治療、精神分裂症、妄念

壹、殘餘病徵(Residual symptoms)

在香港每1000人中便有1~3人患上精神分裂症(Health & Welfare Bureau, 1999)。精神分裂症屬於長期病患之

一。少於60%患有精神分裂症的受助者經治療後，完全消失所有精神分裂症徵狀(Dickerson, 2000)。雖然精神科藥物持續改良，大概有25%至30%患有精神分裂症的受助者在接受藥物治療時，仍出現精神分裂症顯性和隱性徵狀，包括幻聽和妄念等徵狀(Gould, Museser, Bolton, Mays, & Goff, 2001; Rathod, Phiri & Kingdon, 2001)。這些抗藥性(treatment-resistant)病徵往往被稱為殘餘病徵。而這些殘餘病徵對受助者造成負面影響，包括：就業困難、能力缺損、抑鬱等。

近年，有治療師應用認知行為治療於這類受助者，期望協助他們減少殘餘病徵和這些殘餘病徵造成的負面影響，尤其是情緒困擾。早於五十年，Beck (1952)便是第一位運用認知行為治療法治療患有被害妄念的受助者(Rathod et al., 2010)。在接受認知行為治療法後，這受助者最終否定被人迫害的思想。在近三十年，認知行為治療被進一步發展和廣泛地進行成效測試。將認知行為治療應用於患有精神分裂症的受助者的基本理念和技巧，與應用於患抑鬱症的受助者十分相似。以下內容論述如何運用認知行為治療協助受助者減少殘餘妄念及減少這些殘餘病徵對受助者造成負面

影響。

貳、妄念的認知模式 (cognitive model of delusion)

妄念是指受助者「對外間所堅持的錯誤信念(false belief)。縱使不被社會每一個人所接受和被現存證據所否定，此信念仍被堅持著。」(DSM IV-R, p.81)。此定義反映出妄念被視為病患者所堅持和執著的一些怪異信念(abnormal belief)，同時，這些怪異信念是與一般人的信念是完全不同的。然而，近年的研究顯示，妄念與情緒病患者所持的信念在很多相似的特點。這些特點包括：影響範圍(pervasiveness)、確信程度(conviction)、全神貫注程度(preoccupation)、缺乏病識感(lack of insight)、和對行為的影響(impact on behaviour)。因此，妄念對不同受助者有著不同程度的影響(Beck & Rector, 2005)。

妄念影響範圍因人而異。有受助者覺得某妄念以前對她十分重要，但現時卻沒有那麼重要。例如，有受助者相信十多年前精神病發時，情緒行為失控和失眠，是因為「被鬼滋擾」所致。但她在入院後，「鬼」離開了她，之後多年，再沒有被鬼滋擾。現在她婚後生活穩定，情緒和精神狀況穩定。雖然她仍相信病發時被「被鬼滋擾」，但現在完全不擔心再「被鬼滋擾」，這妄念對她現在的生活可說毫無影響。而在妄念確信程度方面，某些病人會確信某些信念，但也會對相同妄念抱持懷疑態度。例如，某受助者遇到腸胃不適，曾堅持

被某君所害，飲了他所下了毒的湯水（被害妄念）。但當他發現其他人飲用同一碗湯水卻沒有腸胃不適時，他開始懷疑這被害妄念，並開始相信是因為近日自己身體不適和患感冒引致腸胃不適。

一、妄念與病發前所持的信念相關

雖然妄念被一般人視為一種突然出現的古怪信念，然而，妄念的內容卻是有跡可尋，並且可從受助者病發前所持的信念和假設(pre-delusional belief)相關(Rector, 2004; Beck & Rector, 2005; Garety, Kuipers, Fowler & Beddington, 2001)。有被害妄念的人可能和他因做了某些損害別人的事情，而擔心被別人報復相關。例如，有受助者曾試過在沒有獲別人同意下，拿了放在街邊的棄置家俱，日後他覺得所有街坊指責他為小偷(idea of reference)，並常懷疑被人跟蹤(persecutory delusion)。此外，有浮誇妄念(grandiose delusion)的受助者，常覺得自己很了不起，這思想往往和他內心認為「自己無價值」「自己無能力」等信念相關。例如，有受助者曾成為店鋪老闆，但後期因店鋪生意欠佳而倒閉，他更因負責累累而破產，導致精神病發。在病發後多年，他仍堅信自己仍是幾間店鋪老闆，生意順利，財富豐厚。

二、思想和認知偏差(reasoning bias and cognitive distortion)

當妄念被種種原因引發後，妄念被思想偏差和認知偏差所影響和維持著。有研究指出，患妄念的受助者有以下幾

種思想偏差(Beck & Rector, 2005)：

- 自我關聯(egocentric bias)：指受助者將外界不相關的事件和行為歸因(attribute)與自己相關。
- 歸因於外界(externalizing bias)：指受助者將自己內在感覺或精神病徵狀歸因由外界人物造成。
- 歸因於動機(internationalizing bias)：指受助者將別人的行為賦予敵對或友善式動機。
- 確認偏差(confirmation bias)：指受助者選擇性地選取巧合事件，以支持他的妄念。

三、認知偏差

此外，患妄想症的受助者亦和情緒病患者一樣，出現認知偏差(cognitive distortion)，如：選擇性選取(selective abstraction)、非黑即白(all or none thinking)，妄下判斷(jumping to conclusion)和災難化(catastrophic)等。而這些認知偏差往往支持受助者的妄念。

四、應付方法

當妄念被壓力事故引發後，會造成受助者出現相關的情緒和行為問題，對受助者造成不同程度之影響。事實上，不同受助者對所持的妄念的反應和應付方法亦各有不同。這些不同的應付方法，反過來會影響受助者的妄念。有些受助者對精神病有良好的病識感，對所持的妄念有一定醒覺性，因而抗拒這些妄念對他們的影響，這些受助者會對妄念沒有恐懼感，反而會採取忽略、不理會的態度，並嘗試用分散注意力等方法應付妄念，以減少妄念的出現次數和對

他們的影響；有些受助者則確信所持妄念，並覺得受威脅，而作出一些不恰當的應付方法，而這些不恰當的應付方法，反而有助維持這些妄念，例如，有受助者有被害妄念，相信被人監視，縱使回到家中，也懷疑和擔心被別人利用望遠鏡作遠距離監視。他為此感到恐懼和缺乏安全感，並嘗試用深色布簾掩蓋窗戶、和減少外出活動等。他這種不良和無效的應付方法，反會不斷提醒他仍被別人監視中，無助減低他恐懼和缺乏安全感等負面情緒(Rector, 2004)。

綜合而言，根據妄念的認知模式，受助者的病發前信念、思考偏差、認知偏差和不恰當應付方法，對他所持的妄念起著維持的作用，甚至進一步促進妄念發展。

參、認知行為治療介入方法

根據上述妄念的認知模式，受助者現時所持的殘餘妄念(residual delusions)，受助者的病發前信念、思考偏差、認知偏差和不恰當應付方法影響。因此，有學者提出認知行為治療(cognitive behavioral therapy)有助受助者減少殘餘妄念及減少這些殘餘妄念對受助者的生活和情緒影響。事實上，有研究證據顯示認知行為治療有助受助者減少殘餘妄念及減少這些殘餘妄念所引發的負面情緒。

認知行為治療主要協助受助者處理現時核心信念(core beliefs)和認知偏差(cognitive distortion)，並運用恰當應付方法(appropriate coping skills)面對殘餘妄念。

首先，治療師須與受助者建立良好

的工作及治療關係。這良好的工作及治療關係的特點包括：接納(acceptance)、支持(support)和合作(collaboration)。治療師主要運用同理心表達受助者的接納和支持。一個良好工作關係對認知行為治療的成效起著重要作用(Rector & Beck, 2005)。

在評估階段，治療師主要運用引導式探討(guided discovery)探討受助者殘餘妄念的情況，包括：殘餘妄念的內容(content of delusion or hallucination)、殘餘徵狀的出現次數、時間、地點和持久程度(duration)、引發殘餘徵狀的處景(triggering events)、病發前與這些殘餘徵狀的相關信念(beliefs before onset)、相關的認知偏差(cognitive distortion)、殘餘徵狀對受助者生活之影響(disruption to life)。

此外，亦須探討受助者對這些殘餘妄念的觀感(beliefs)、情緒反應(emotional response)和應付方法(coping methods)等。完成評估後，治療師應能完成有關受助者殘餘妄念的認知分析圖(cognitive conceptualization)。認知分析圖的例子可見下圖一。

在介入階段，在處理殘餘妄念上，治療師首先選取那些對受助者影響範圍，在確信程度、全神貫注、和對生活影響較少的妄念作為優先處理對象。

根據上述妄念的認知模式，受助者現時所持的殘餘妄念，受助者的病發前信念、思考偏差、認知偏差和不恰當應付方法所影響。因此，認知行為治療的介入方法，是運用不同的技巧協助受助者處理病發前信念(core beliefs)和認知偏差(cognitive distortion)，並運用恰當應

付方法(appropriate coping skills)面對殘餘妄念。此外，治療師須運用不同的技巧協助受助者處理由這些殘餘妄念引發的負面情緒，如抑鬱和焦慮等。一些主要的介入技巧包括：

1.引導式探討(guided discovery)

在選定了殘餘妄念後，治療師透過引導式探討協助受助者探討支持和反對殘餘妄念的證據，並嘗試協助受助者建立其他合理的看法取代這殘餘妄念。治療師所問問題包括：「發生了甚麼事？」「這事引發你有什麼妄念／思想？」「有什麼證據支持這妄念／思想？」「有什麼證據反對這妄念／思想？」「有沒有其他更合理的看法？」。在過程中，治療師須避免直接對質(confront)或挑戰(challenge)這些殘餘妄念，而是採取與受助者討論(collaborative discussion)的態度，協助受助者探討和檢視一些他們以往所堅持的看法和妄念。透過引導式探討，治療師可完成有關受助者殘餘妄念的認知分析圖。之後，治療師可協助受助者處理病發前信念和認知偏差等問題。

2.行為實驗(behavioral experiment)

行為實驗是指受助者在他個人生活經驗範圍內，收集相關的資料(data)，來直接驗證他所持的思想、假設、規則和信念。行為實驗亦是一個有力的技巧協助受助者驗證他所持的殘餘妄念。治療師與受助者共同訂定所驗證的殘餘妄念需要的準則和資料，再透過行為實驗所得出的資料，否定受助者的殘餘妄念。

3.正常化技巧(normalize)

很多受助者得知患有殘餘妄念，往

往感到自己「怪異」「異常」，而引發種種負面情緒，包括焦慮、抑鬱和恐懼等。治療師可運用正常化技巧(normalize)，以減少受助者對這些殘餘妄念的焦慮、抑鬱和恐懼等負面情緒。

4. 應付技巧(Coping Skill)

治療師亦可教導受助者應付技巧，以協助受助者處理由這些殘餘妄念引發的負面情緒。這些應付技巧包括：停止思想、分散注意力、再專注(refocusing)、自我提醒和鼓勵(self-statement)等。同時，治療師亦可鼓勵受助者運用熟悉的鬆馳方法，如：運動、聽音樂、唱歌、洗澡、飲冰水……等，舒緩情緒。

肆、認知行為治療的治療成效研究

在過往三十年，已有進行了很多研究工作，去探討認知行為治療在減少精神分裂症患者的殘餘妄念及幻覺的成效。當中有超過30份研究採用嚴謹的隨機抽樣調查(RCT)研究方法。此外，亦有幾位學者亦檢視了多份研究報告(Rector & Beck, 2001; Dickerson, 2000; Garety, Folwer & Kuipers, 2000; Pilling, Beddington, Kuipers, et al., 2002; Bellack, 2004; Gregory, 2010; Wykes, Steel, Everitt & Tarrier, 2008; Rathod et al., 2010; Scott, Kingdon, Turkington, 2004; Fowler, Garety & Kuipers, 1995)。研究證據顯示，認知行為治療能有效減少患精神分裂症的受助者的妄念及幻覺。經訓練後，社會治療師和社康護士能運用認知行為治療幫助精神分裂症患者減少殘餘妄念及幻覺(Gregory, 2010; Turkington, Kingdon, Truner, 2002)。

一、個案例子

(一)轉介原因

1. 受助者仍常有妄念。
2. 受助者仍常常有驚恐、不安及無助感，因此常致電他人求助，令他人感覺被煩擾。

(二)接案評估

1. 背景資料

受助者於香港出世，在港接受教育，並完成中七課程。受助者一直與父母同住於公屋單位內，受助者是家中獨子。受助者之父母親一直關心和支持受助者，與受助者關係良好。受助者為基督徒，有定期參加教會崇拜及聚會。受助者在唸中學時時常被欺凌，受助者因此與同學關係欠佳。受助者曾唸大學學位一段時間，但因功課壓力很大和不適應大學生活，開始患上精神分裂症病，並因入院接受治療而退學。出院後回家居住，但受助者現表示常常被害妄念，相信被人跟蹤和偷下醜態，為此常感驚恐和不安。

2. 精神狀況評估

(1) 早期壓力事件

在唸中學時時常被欺凌，其中受助者認為最深刻的一次被欺凌事件，是被一名同班「舊同學」拍下醜態，並將這醜態相片於網上流傳，取笑受助者為色情狂。這事令受助者十分難堪和羞愧。在受助者患精神病時，便擔心有人偷拍其醜態，將這醜態相片流傳於網上以取笑他。縱使接受精神科藥物治療，受助者仍有這些殘餘被害妄念(residual persecutory delusion)。現他仍常常擔心有人跟蹤他，偷拍其醜態，並將這醜態

相片流傳於網上以取笑他。

(2)核心信念和不良規條

受助者常常擔心他的醜態被人取笑。他的最關注的醜態主要和性相關，包括：上色情網頁、定睛見到女性內衣、定睛望女性敏感部位、自慰等。這和受助者所持的核心信念(core belief)很有關連。受助者所持的核心信念就是要建立一個有良好品格和道德，否則自己會變得毫無價值。隨著這核心信念，受助者為自己定下不良規條(dysfunctional rule)：就是不容許自己有任何色情慾念。他接受不了自己有任何色情慾念，更加接受不了被人發現他有歪念。當他內心浮現色情慾念時，他會有強烈的罪疚感，令他感到十分困擾和難受。因此他往往壓抑自己內心色情慾念。

(3)受助者仍有妄念

受助者表示仍有妄念。

- 妄念一：受助者曾表示他的「舊同學」常跟蹤受助者外出，並找機會偷拍受助者的各種醜態，如：觀看色情海報、定睛望女士性感部位、和覆診精神科等，並將所偷拍的相片放置網上來取笑他。
- 妄念二：受助者曾表示有隱形人進入他家中，企圖偷拍他受助者溜覽色情網頁、如廁、甚至睡覺時的醜態，並將偷拍的相片放置網上來取笑他。

雖然受助者曾多次向主診精神科醫生透露以上妄念，而醫生亦多次調較藥物，受助者表示仍有以上妄念。治療師相信這些妄念成為殘餘病徵(residual symptoms)，藥物不能完全消除這些病徵及妄念。

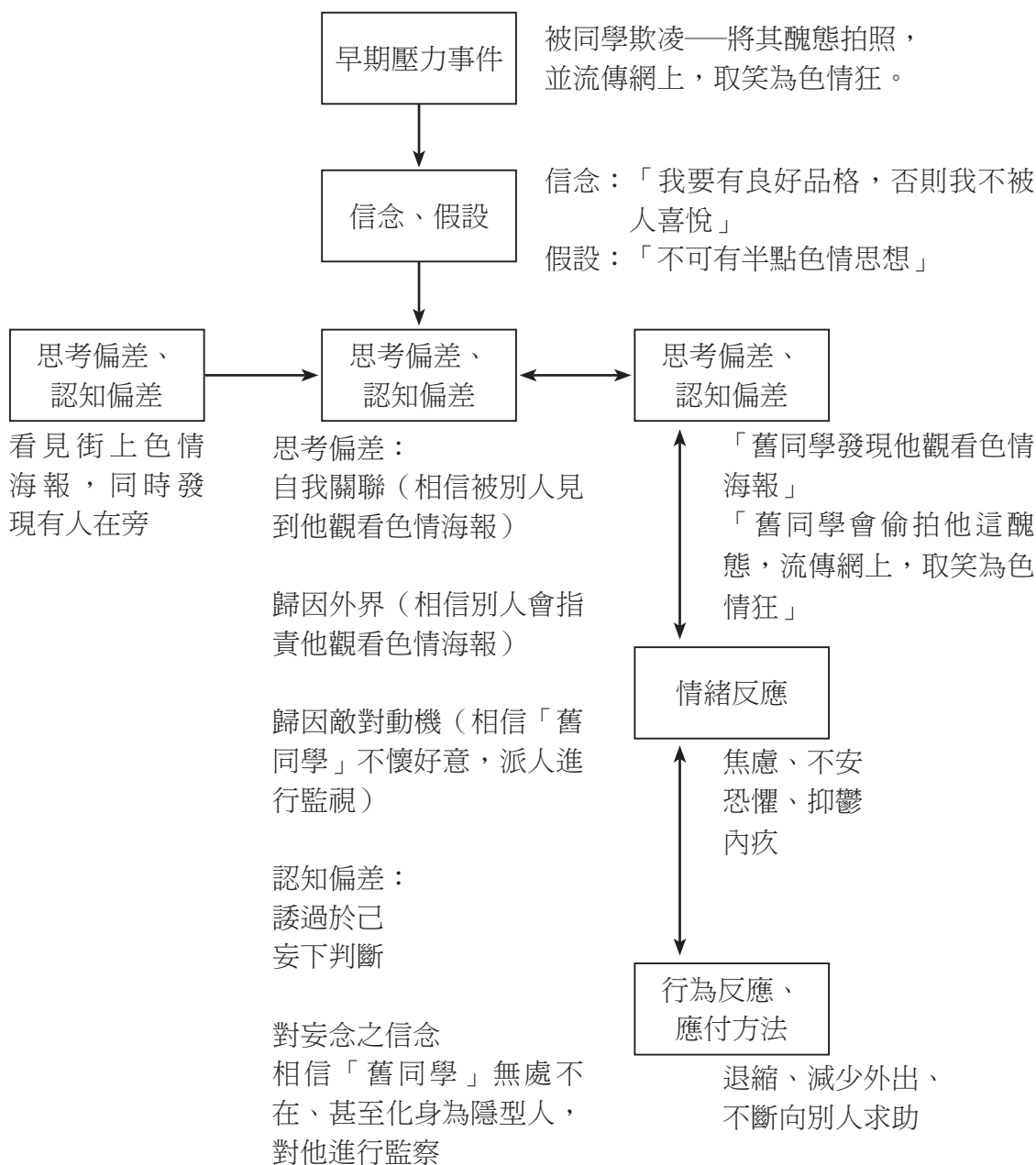
(4)受助者有恐懼、焦慮情緒及罪疚感

受助者因為以上的妄念而感到恐懼及焦慮。受助者表示當他覺得被隱形人或其他人經常跟蹤時，他會恐懼，並缺乏安全感。他擔心每天之一舉一動都被隱形人或其他人監視及偷拍。他知道自己有一些情慾歪念，他十分擔心這些情慾歪念及看似不雅動作會被人發現、偷拍，甚至被傳流於網上，令他成為笑柄。他覺得他沒有私隱及安全感，他並擔心常常被人恥笑而不安、焦慮。他這些因殘餘妄念而引起的恐懼及焦慮，差不多每天都有，令受助者十分困擾。

當受助者內心浮現色情慾念時，他往往會出現妄念，擔心被別人跟蹤及被偷拍其醜態。此時，除恐懼感外，他有強烈罪疚感，覺得自己污穢及犯錯。因此，受助者之罪疚感與恐懼感有關連。當受助者內心浮現色情慾念時，他會有罪疚感，同時，他因擔心被別人跟蹤及被偷拍其醜態，而有恐懼感。因此，治療師相信當協助受助者減少其罪疚感後，受助者之恐懼亦能隨之減少，其心情較容易回復平靜。

(5)受助者的應付方法

當受助者思想上出現妄念時，這些妄念會引發恐懼及焦慮情緒。受助者表示難以克服這些恐懼及焦慮情緒。他會不斷致電他人救助，這些人包括：父親、治療師、團契導師及團友等。受助者曾多次嘗試一每天致電十多個電話予父親及治療師，期望他們能即時幫助受助者處理其恐懼情緒。若他們未能即時幫助受助者處理其恐懼情緒，受助者會大發脾氣，或自稱十分辛苦，有尋死念頭。



圖一：妄念的認知模式(cognitive model of delusion)
(修訂自Rector N.A. (2004) 妄念的認知模式)

(三)介入目標

治療師主要向受助者提供個別輔導，透過認知行為療法(cognitive behavioural therapy)協助受助者：

- 1.減少受助者殘餘妄念；
- 2.減少受助者恐懼及焦慮情緒；
- 3.減少受助者過份強烈罪疚感。

(四)過程

1.提供認知療法

治療師除了定期與受助者面談，很多時是透過電話與受助者即時處理受助者之恐懼情況。治療師主要協助受助者學習以認知行為療法處理殘餘妄念。例如：讓受助者明白到「有隱形人經常跟蹤受助者、偷拍他」這思想，令他產生恐懼、無安全感、無助等負面情緒，這些恐懼及負面情緒，繼而令受助者不斷致電向別人求助，對他人構成滋擾。治療師協助受助者以理性跟這些思想辯論，讓受助者明白到「這世界上跟本沒有隱形人，因此，絕對沒可能有有隱形人跟蹤受助者及偷拍他的行為」。當受助者接受「世界上跟本沒有隱形人」這說法時，他會感到安心，心裡的恐懼感覺即時大大減少。

2.減少受助者殘餘妄念

(1)妄念一：被人跟蹤外出逛街情況，並被偷拍各種醜態

治療師運用引導式探索(guided discovery)技巧，協助受助者檢視自動化思想，所問問題包括：「發生了甚麼事？」「這事對你有什麼意義？」「有什麼證據支持這負面思想？」「有什麼證據反對這負面思想？」「有沒有其他更合理的看法？」。

受助者：今日上午我行商場，經過賣女性內衣的店舖時，我定睛見到女性內衣達兩秒之久。我現在擔心被人見到。

治療師：這事對你有什麼意義？

受助者：我擔心被別人恥笑。我擔心被人拍攝我見到女性內衣之情

況，再發放於網上，來取笑我。

治療師：那麼當時，你有沒有見到有人跟著你？

受助者：見不到有人跟蹤。

治療師：那麼當時，你有沒有見到有人拿著相機拍照？

受助者：沒有留意到。

治療師：你有沒聽到相機拍照時所發出之「卡」一聲？

受助者：沒有聽到。

治療師：那麼到底有沒有人發現及留意你這行為呢？

受助者：應該沒有人發現及留意這行為

治療師：既然沒有人發現及留意你這行為，那你有擔心什麼呢？

受助者：你講得有道理，根本沒有人發現我這行為。我不需要擔心被人偷拍！

(2)妄念二：有隱形人進入他家中，偷拍他各種醜態

同樣地治療師運用引導式探索(guided discovery)技巧，協助受助者檢視這自動化思想，檢視有什麼證據支持和反對這負面思想。此外，治療師透過即時構想的行為實驗(behavioural experiment)，請受助者舞動雙手去嘗試觸摸，讓受助者檢視有否隱形人在他家中。

受助者：我擔心有隱形人進入我房間，並偷拍我上色情網頁、或趁我睡覺時剪掉我的頭髮，並偷拍這些醜態，再將相片放置網上來取笑我。我真係好擔心！

治療師：這世界跟本沒有隱形人。

受助者：可能有隱形人你唔知道！

治療師：現今科技雖然發達，但仍沒有辦法製造隱形人。你可試試尋找有關資料看看科技能否製造隱形人？

受助者：我曾上網搜尋，但沒有發現製造隱形一事。但我懷疑有隱形人的存在！

治療師：好啦，如果真的有隱形人，他也是人，雖然不能被看見，但能被人所觸摸。你這間房不算大，你大可房間內四周快速地舞動雙手，看看態否接觸到隱形人？

（受助者照治療師說話，嘗試在房間內四周快速地舞動雙手）

治療師：有沒有接觸到隱形人？

受助者：沒有。

治療師：如果你四周舞動雙手都接觸不到，你認為這裡有沒有隱形人。

受助者：我四周舞動雙手都接觸不到，表示這裡沒有隱形人。

治療師：對，這房間本沒有隱形人。這間房只得你和我。

受助者：你講得有道理，我不應該必擔心會有隱形人偷拍我！

治療師：你現在感覺如何？

受助者：我現覺得沒有那麼恐懼及擔心了。

3. 協助受助者處理恐懼、焦慮等負面情緒

(1) 分散注意力(distraction)和再聚焦(re-focusing)

受助者喜歡上網，尤其是有趣，好笑的網站。因此，治療師鼓勵他會藉著上一些自己喜歡的網站，分散注意力。

此外，受助者亦喜歡看書，尤其是歷史書及漫畫書，看這些書令他很快能集中注意力在閱讀上。受助者覺得這些閱讀漫畫書能令他很快能集中注意力，藉此減少機會思想被跟蹤，被偷拍等妄念。受助者認為當他在家中或圖書館，閱讀及上網是有效減少妄念及恐懼感的方法，受助者這是有效減少及舒緩恐懼情緒的方法。

(2) 呼吸鬆弛方法

當受助者外出逛街出現妄念及恐懼情緒時，受助者難以即時上網來分散注意力。治療師教導受助者運用呼吸方法，包括：深呼吸法、腹式呼吸法，作自我鬆弛，來舒緩恐懼情緒。此外，治療師鼓勵受助者隨身帶備喜愛之漫畫書，以閱讀漫畫書再集中注意力，不再理會妄念。

4. 減少受助者過份強烈之罪疚感

(1) 正常化(Normalize)

治療師透過面談，讓受助者明白他正處於青春期的性需要，包括：對性好奇、性幻想、夢遺、自慰、和結識異性等，是正常現象，絕大多數青年都和受助者般有著類似的性需要。治療師透過性教育，增強受助者對性需要之知識，藉此正常化受助者的性需要。正常化（並非合理化）有助減少受助者的孤單感，讓他明白有問題（或性需要）的，不只他一人，有很多與他年紀相若的基督徒，同樣面對相同處境。除了接受治療師講解外，受助者曾嘗試致電一些男性舊同學，他們都承認都有性幻想和自慰行為、令受助者更加接受很多青年都有著類似的情況，令他覺得有性幻想和自慰等行為並非如想像中那麼大問

題。

(2)改變不良規條(dysfunctional rule)

受助者比較偏重基督教所提及的神是聖潔和公義的，要求自己過聖潔生活，否則便是罪人，會神責罰，因而為自己定下規條：就是不容許自己有任何色情慾念。治療師請受助者留意基督教所提及的神，除了是聖潔和公義外，也有無限大愛。受助者表示知道神是愛，只有他肯認罪，神會寬恕他的罪，包括：心存淫念、自慰等。透過讓受助者明白神會寬恕他道德上錯誤，包括：性幻想和自慰等，治療師能協助受助者多些接納自己。這樣，治療師便協助受助者修訂其固有之不良規條——不容許自己有任何色情慾念，並重新訂定新規條——減少自己的色情慾念。受助者表示會為這新規條作出努力。治療師便進一步和受助者探討減少慾念的方法，受助者表示減少上色情網站、避開四周張貼之色情海報等。

(3)編排日常活動(re-schedule daily activities)

治療師與受助者檢視其日常活動，發現受助者對找尋工作缺乏信心及動機，因此，受助者多留在家中上網或看書。治療師遂鼓勵受助者重新編排日常活動。受助者與其父親商討後，決定報考英文科高級程度會考，並報讀夜校英文課程，有助會應付是次考試。受助者表示，這考試對他不構成很大壓力，他只會盡力而為，並每星期花約兩整天上課及溫習。後來，受助者在考完高級程度會考後，參加了再培訓和商用普通話課程。此外，受助者繼續保持他的興趣，每天看書及上網。同時，他每星期

六及日都返教會崇拜及團契，並於近期參與教會所辦之聖經學習班。受助者表示在他參加課程時，因專注上堂，妄念顯注地減少。因此，受助者表示會好好編排其日常活動，一方面發展多些興趣，亦可減少妄念。

(五)服務成效

- 1.據治療師觀察和受助者自我報告，受助者的恐懼情緒得到舒緩。縱使受助者仍有妄念，仍擔心別人跟蹤及偷拍他行動，仍有恐懼及負面情緒，但妄念出現的次數明顯有所減少，最重要是妄念對受助者的影響的嚴重程度已大大減少，至少他大大減少情緒失控現，大叫大喊現象。在輔導初期，受助者因妄念出現惡懼和焦慮，每日致電十多次電話予父親和治療師，但在輔導後期，受助者會一星期一兩次會感到十分惡懼和焦慮，並致電數次電話予父親和治療師。
- 2.受助者能學習質疑和否定他的被害妄念。此外，他也學習運用一些鬆弛方法，如看漫畫、分散注意力及祈禱等方法，去處理由被害妄念所引發的恐懼及負面情緒。現在，雖然這些殘餘妄念及及由此而引發之恐懼仍會出現，現受助者有信心以不同方法去處理及舒緩這些恐懼及負面情緒，而恐懼及負面情緒對受助者的影響程度亦顯注減少。
- 3.受助者能訂下生活目標及計劃。長遠來說，受助者計劃報讀公開大學之學位課程，並期望以數年時間完成此課程。短期而言，受助者報考英文科高級程度會考，並報讀夜校英文課程，

每星期定期上課及溫習。亦考慮當義工及積極參與教會活動，令生活較充實及有意義。

參考文獻

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusion based on borrowed guilt. *Psychiatry, 15*, 305-312.
- Beck, A.T. & Rector, N.A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: Theory and Therapy. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 577-606.
- Bellack, A.S.(2004). Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatric rehabilitation Journal, 27*, 375-391.
- Dickerson, F.B. (2000). Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent studies. *Schizophrenia Research, 43*, 71-90.
- Fowler, D., Garety, P., & Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis: therapy and practice*. Chichester, UK: Wiley.
- Garety, P.A., Fowler, D., Kuipers E. (2000). Cognitive behavioural therapy for medication resistant symptoms. *Schizophrenia Bulletin, 26*, 73-86.
- Garety, P.A. Kuipers, E., Fowler, D. & Beddington, P.E. (2001). A cognitive model of positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine, 31*, 189-195.
- Gould, R.A., Muser, K.T., Bolton, E., Mays, V., and Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Schizophrenia Research, 48*, 335-342.
- Gregory, V.L. (2010). Cognitive-Behavioural therapy for schizophrenia: application to social work practice. *Social Work in Mental Health, 8*, 140-159.
- Health and Welfare Bureau (1999). *Hong Kong Rehabilitation Program Plan Review (1998-1999 to 2002-2003): Towards a new rehabilitation era*. Hong Kong Government Printer.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. meta-analysis of family intervention and cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine, 32*, 763-782.
- Rathod, S., Phiri, P. & Kindon, D. (2010). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America, 33*, 527-536.
- Rector, N.A. & Beck, A.T. (2001). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: an empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*(5), 278-287.

- Rector, N.A. (2004). Cognitive theory and therapy of schizophrenia in Leahy, R.L. (Ed), *Contemporary cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Scott, J., Kingdon, D., Turkington, D. (2004). Cognitive-behavioural therapy for schizophrenia in Wright, J.H. (Ed), *Cognitive-behavioural therapy Review of Psychiatry Vol. 23 No. 3*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
- Turkington, D., Kingdon, D., & Turner, T. (2002). Effectiveness of a brief cognitive behavioural therapy intervention in the treatment of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 180*, 523-527.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia: effect size, clinical models and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin, 34*, 523-537.