

# 我們全家都是妳害的 ——從實務經驗中對妄想觀點的改變

陳抱寰(台北市立聯合醫院松德院區一般精神科住院醫師)

楊連謙(台北市立聯合醫院松德院區一般精神科主治醫師)

『我們全家都是妳(媽媽)害的，我在妳房間放了蠍子，小心不要被咬到…』

小陳，29歲男性，單身，高工畢業，在警員護送下與媽媽來到急診，他對家人怒罵、欲揮拳攻擊，需要抗精神病藥物及鎮定劑來穩定情緒。當晚他言語內容鬆散，堅持媽媽魔法害死家中長輩，也說媽媽要害死他。我跟媽媽說這可能是精神分裂症，需住院治療。隔天交班後，他已住到急性病房。

\*\*\*\*\*

『醫師好，我來復健病房是希望能自我情緒管理，我要自己努力、靠自己…』

這是我第二次遇見小陳，在急診見過他後的一個半月，言談結構仍較鬆散，否認有人聲幻聽，表示要學會不發生暴力行為，但仍相信媽媽要害他。

小陳後來成為我在復健病房照顧的病人，他跟我一樣，都是第一次來到復健病房。我以小陳是個有被害妄想的精神分裂症病人來認識他。

\*\*\*\*\*

『其實媽媽對我很好，她一直很關心我，雖然她也有她的缺點…』

這是在復健病房與小陳工作三個月後，他在出院前會談中說的。他不再那麼確定媽媽要害死他，且感受到媽媽

其實是很關心他。出院前，我肯定小陳於復健中的努力，並鼓勵他將所學帶到生活中。小陳笑著接受，也表示會努力試試。

在這段與小陳工作的歷程中，我發現自己經歷了一個對妄想觀點改變的過程。這個過程是順著疾病、互動、脈絡三個階段發展，與精神醫學的生物—心理—社會模式相呼應，我整理了此摸索歷程，與讀者分享。

## 1. 醫療模式的觀點看妄想

現代醫學主要是以醫療模式來了解精神疾病，即是以診斷、病理及藥理為主，並依此評估療效及預後。這也是我初來精神科工作的基礎。

精神科第一年住院醫師訓練是照顧急性病房的患者，就醫療模式來說，我需以有效的方式在會談中看出精神病理。妄想症狀定義為不符文化背景且堅信不移的錯誤想法，這也是我在急診看到小陳時所採取的觀點—他堅信媽媽害死長輩，也要害死他，這是不符現實的錯誤想法，是被害妄想症狀，需用藥物治療。

我現在正接受第二年住院醫師訓練，主要是在復健病房。精神科復健之目的為協助患者回歸社區生活，也重視

心理及社會層面的治療，但我總覺得跟不上，當督導醫師問可以怎麼看病人的互動行為時，我大多僅能以醫療模式做回應。

在復健病房頭一個月，我需要用醫療模式以外的觀點來工作，面對這樣的轉換過程，我感到無法控制的焦慮。

### 2. 互動的觀點看妄想

第二個月，我對復健病房之工作較熟悉了，但在我仍滿是困惑，督導醫師嘗試讓我了解當個體聽到別人的話後，是如何感受及思考？而這樣的感受及思考如何帶領他回應？別人又如何再給予回應？我看到了最基本的人際互動歷程，也讓我有了工作的輪廓，無法控制的焦慮下降了。我也看到人們常因沒澄清對方感受及想法而有所誤會，或因沒察覺自己的內心狀態而發生爭執。如在團體心理治療中，我聽到有位病人堅信鄰近病人要害他，但在互動澄清後，原本說對方要害他的病人，可說出其實是為自己很生氣，也發現情緒緩和後，便不那麼確定對方要害自己了。當天，我以互動角度來看被害妄想—另一個觀察精神病症狀的角度。

之後，督導醫師邀請我在單面鏡後觀察家族治療，治療後之團隊討論，讓我發現除了人際互動歷程外，更有家庭系統等題材，這似乎又是另一種觀點，它讓我困惑。

我將困難告訴督導醫師，他鼓勵我多看些書，以增加理論架構的運用。

### 3. 脈絡的觀點看妄想

我認真地讀了一些理論架構，似乎能將一些東西串聯起來—雖然妄想是堅信不移的錯誤信念，但放在如發展或家

庭系統等更大的時空架構中，它可能是個體在某種脈絡下發展出的想法，其可能源自過去習得的信念，也可能因還未學會更成熟的想法，或目前於社會壓力、家庭互動中所產生的說法—這是一個看妄想症狀的嶄新視野。

在復健病房工作的第三個月，我再次遇到小陳。雖已學到不同觀點，但我仍習慣以醫療模式來看；我看到小陳是有被害妄想症狀的精神分裂症病人，尚有暴力攻擊的危險。被害妄想的標籤代表他有堅信不移的錯誤信念—媽媽要害他。我不知該如何用新觀點來看他，雖然我想這麼做。

雖然小陳可規律參加復健治療，減藥後也未曾情緒失控，但媽媽似乎還很擔心，希望能跟他作約定，要他承諾聽媽媽的話。對這樣不一致的現象，督導醫師建議安排家庭治療以改善母子關係，於是我跟他們便開始了每週一次的會談。

在會談裡我知道小陳有一位弟弟及妹妹，上國中時，媽媽因無法忍受爸爸的拳打腳踢而離家。小陳不認同媽媽的離開，也將家中的不如意全怪罪媽媽，但他期待爸媽復合。幾年後，小陳得知媽媽亦期待與兒女團聚，便偕同弟妹到媽媽家住，同時他在爸爸處工作。小陳生病後，當暴力行為出現時，爸媽便需碰頭處理他的問題，這似乎隱含著小陳仍不放棄一家團聚的心願。雖然小陳說媽媽要害他，但我看到母子關係是既黏又衝突的—他想聽媽媽的，又不知媽媽要什麼，反而覺得媽媽得寸進尺，讓他變成一條困在池中的魚，被媽媽捉住害死。媽媽害怕小陳不說話後會發脾氣，

甚至暴力攻擊，於是千方百計讓他說話，這又讓小陳感到被威脅。另外，因媽媽覺得自己無法做決定，為避免小陳生氣，她給的答案常是模糊的，也常懷疑自己是否能勝任當媽媽。母子關係位階及溝通模式產生了惡性循環，讓小陳感到媽媽威脅、要害他。把症狀放在如發展或家庭系統等更大的時空架構中，是一個看被害妄想不同的觀點。

這次治療經驗與過去有很大不同，理論架構在治療情境中自然浮現，之前觀察其他治療師所用的治療語言也自然成為我用語的一部分，我可以設立一些假設與小陳及媽媽一起工作，試圖在他們的位階關係、依附關係、及溝通模式做些調整，也與督導醫師有共同的討論語言。漸漸地，我有可以掌握的感覺，也終於有了自己的看法。

\*\*\*\*\*

在精神科復健病房工作的半年中，我很高興擁有更多看待妄想的面向—從疾病觀點，到人際互動情境，到個人發展，及家庭系統的時空脈絡概念。實務作法上也有調整：

#### 1. 醫療模式的觀點看妄想：

妄想被當成疾病症狀，起因於多巴胺分泌過多，因此以阻抗多巴胺傳遞之抗精神病藥物為主要治療，試圖用藥物緩解妄想症狀，治癒疾病。

#### 2. 互動的觀點看妄想：

妄想被理解為人際互動訊息傳遞的扭曲，它本身並不否認或排斥生物性原因，接受在人際互動中扭曲訊息之各種

可能因素。實務重點在：了解人際互動訊息如何被雙方發送、接收及解讀，此過程中雙方之內在認知、情緒、行為、意圖又如何影響訊息傳遞；經由團體或個別治療，協助個案探索訊息傳遞過程，及了解內在狀態，因而可調整人際互動模式，減少訊息傳遞之扭曲。換言之，除了精神科藥物外，也可加入人際互動觀點來協助個案處理妄想。

#### 3. 脈絡的觀點看妄想

看妄想之焦點擴大至更大之時空背景，除了症狀及人際互動訊息扭曲外，它可能源自習得的信念，也可能因還未學會更成熟的想法，或目前於家庭互動中所產生的說法，它反映一個系統狀態。在此概念下，除了使用藥物治療及人際互動調整外，也可試圖從個案之發展歷程、家庭生命週期、及家庭系統之時空架構中來理解及處理妄想，重構個案習得的信念、引入過去未習得之新想法，在家庭系統結構中調整位階關係、依附關係、及溝通模式。

簡言之，此三觀點並非互斥，而是後者包含前者。熟悉這些觀點對精神科實務工作有兩個影響；一是治療的經濟原則，盡量使用簡單有效率之方式，若在能夠使用藥物之情況下治療，則使用藥物；二是當觀點愈多時，臨床工作即變得愈自由。在更開闊之治療空間中，也期待個案僵化的妄想、認知、不成熟的習慣、不良的互動結構—不論名之為何，都能得到更好的處理。