ESPP-HK

老人精神科速治服務

香港醫院管理局

Jan 2011

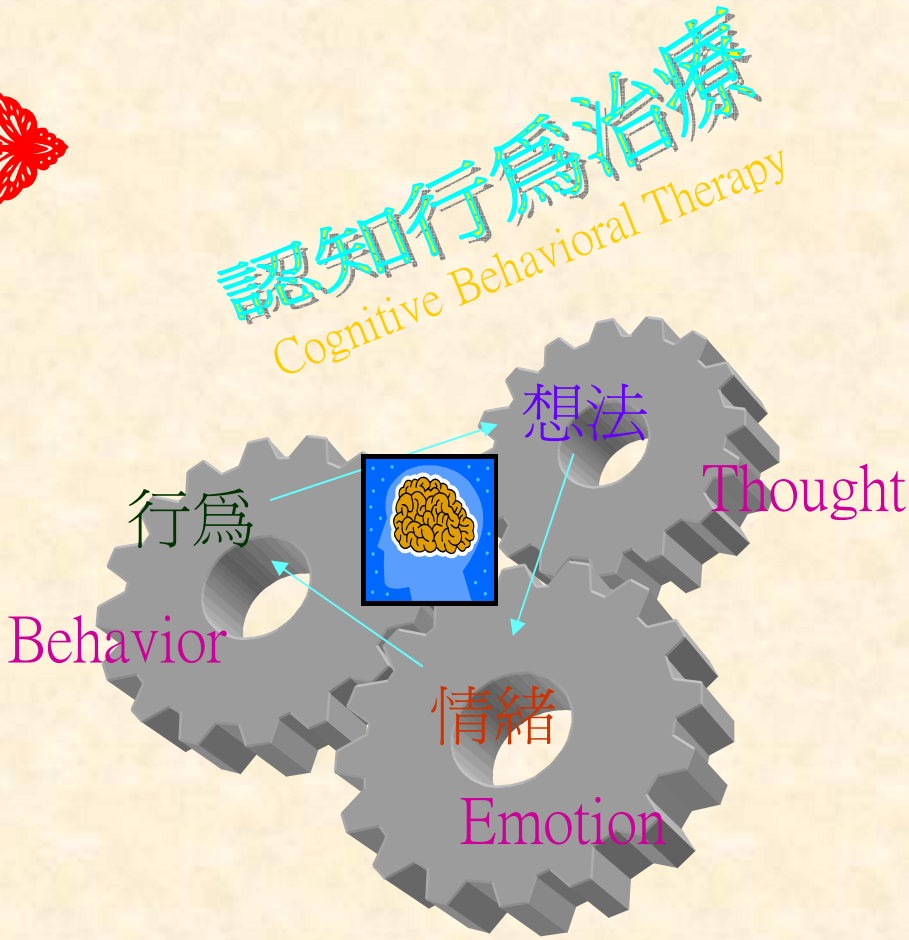
一月

News 快訊

吳文建醫生專訪　潘定強醫生專訪

目錄

編者的話		2
自殺學新知	認知行爲治療(上)	3
本期專訪	人物專訪 潘定強醫生	11
	認知行爲治療個案分享一	12
	個案分享二	14
教學活動		31
編輯委員會		32



編者的話

又到了中國人十分重視的農曆新年。老人精神科速治服務快訊同人謹祝各位讀者新年快樂，身體健康。

承接上一期介紹了的解決問題治療，今期的主題是另外一種心理治療法-認知行爲治療。它是一種能有效地治療各種情緒病的心理治療法，若跟藥物治療一同使用，效果更會事半功倍。我們很榮幸邀請了這方面的權威-九龍醫院精神科部門主管吳文建醫生講解何謂認知行爲治療，而他的訪問會分別在今期及下期推出。

另外，我們有兩位資深護仕同事會分享他們爲患有情緒病長者進行認知行爲治療的經過，而他們的經驗都相當成功。最後，我們專誠請來了九龍醫院精神科顧問醫生潘定強醫生於人物專訪中細說他從事老人精神科服務的心路歷程。當然，千萬別錯過各聯網即將舉行的活動。

本刊的園地公開， 我們歡迎您的問題和意見，更歡迎您投稿！我們的電子郵　　箱是 espphk@yahoo.com.hk

自殺學及情緒病學新知

吳文建醫生
九龍醫院精神科部門主管
訪問：洪翔雲精神科護士
劉就璇精神科護士

認知行爲治療 (上)

我們很榮幸邀請到九龍醫院精神科部門主管吳文建醫生接受訪問，在訪問中吳醫生深入淺出地展釋了認知行爲治療及其運用。認知行爲治療是一項心理治療，在香港也有30多年的歷史，可能大家對它的認識不多。其實認知行爲治療最重要的目的是針對一些當遇到不開心的事情所引至不開心的看法。其實在認知行爲上不在乎那件事情使你不開心而誘發你的情緒，而是你本身怎樣去看待這件事情而誘發你的情緒。舉例說：媽媽死去而誘發你有不開心的情緒，如果你問他，他也會這樣的回答。可是其實媽媽的死去並不一定是不開心。爲甚麼會有這樣的想法呢?就是在這件事上看來是自己的不對而引致，又或是自己疏忽照顧母親及沒有盡子女的責任，這樣的想法便使自己內咎而不開心。

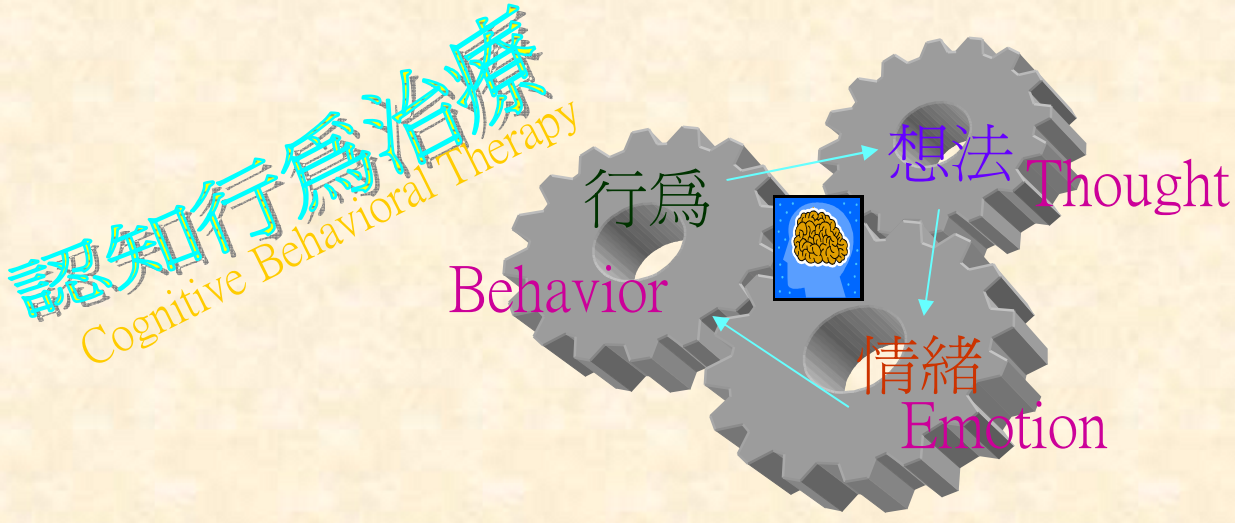
相反，從另一角度去看同一件事情，可能因媽媽的去世而感覺開心，因跟媽媽的關係不好，媽媽的去世而可承繼一大筆的遺產或保金。於是情緒可能會變得開心，所以同一件事可能有開心或不開心的情緒。在認知行爲上，重要的不是在那件事情所誘發的情緒，而是自己對這事情的看法而誘發我們的情緒。所以我們沒辦法去改變某事情的發生，而是改變對某事情的看法。

自殺學及情緒病學新知

吳文建醫生

現在我們新一代看認知治療的問題是相向性的，即說我們的想法是受情緒的影響，但我們的情緒會受我們的想法所影響。我們看認知行爲，還要看行爲，我們要看所謂鐵三角：情緒、想法和行爲。這就是說當你的心情不好時，你對事件的想法就會變得負面，而你就會意志消沉，把自己困在家裡。其實你的朋友也可能跟你做一些簡單的認知治療，因在這事情上你的朋友已給你另外的一個觀點，而這樣便可能已改變了你的想法，所以當你在這事情上退縮的話，便越是少機會去改變你的想法。當你的行爲越是退縮，便越少機會去發展出新的看法。

所以開心的經驗是要我們如何處理情緒、行爲及想法的鐵三角。



自殺學及情緒病學新知

吳文建醫生

現時做的新式認知行爲治療並不是死板的去著重改變一些人的想法，我們要做些功夫去改變他們的情緒，又或者去改變他們的行爲。所謂牽一髮動全身，改變其中一個點也可影響其他點，有些時候我們可以三方面也可移動，如剛才所說的憂鬱症，第一點是你可以在想法上去改變，令到它不要個人化“Personalize”，使所有責任都推在自己身上。 你可驗證，是否媽媽的離世全部是你的責任呢? 你可以控制嗎? 媽媽的絕症你作爲子女可以做到幾多呢? 做到幾多才算是做得足夠呢? 還是你做的已經足夠呢？

第二點是情緒：當你不開心的時候，其實我們要處理，就算我們在行爲或思想上去改變你的想法，我們都可以鼓勵你去聽音樂，去吃些鍾意的食物或嗅一嗅香薰，也可以對情緒有幫助。你就在情緒上下了功夫，就不是在語言上改變了他的想法。

第三點是行爲：如果單單只是每日坐在自責爲甚麼在媽媽生病時幫不到，在行爲上我們可以鼓勵他參與多些活動，又或者鼓勵他去找些朋友傾訴開心的事情，所以現在我們會在這三方面去下功夫。

自殺學及情緒病學新知

吳文建醫生

問： 認知行爲治療是否最適合治療情緒抑鬱病者?

答： 在 70-80 年代初實證，情緒抑鬱病人可作治療，在 20 年後認知行爲治療在很多不同組別的病人也有應用，包括精神緊張、創傷後遺症(PTSD)、藥物濫用、酒精的濫用、暴食症；現在對一些新的治療，如:躁狂症、抑鬱症，精神分裂症，甚至人格障礙等都有證據顯示有幫助。

在英國及美國的指引中，輕度至中度的抑鬱症、精神緊張、驚恐症、創傷後遺症、暴食症等。它們第一線的治療便是使用認知行爲治療。英國及美國推薦這治療，原因是在過去 20 年都有很多證據顯示是有效。在過去 20 年認知行爲治療的研究病例已超過 5,000 宗，所發表的文獻，都實證這治療有效。

問： 認知行爲這治療應用於老年人治療應有沒有效用呢?

答： 在過去十多年證據顯示用認知行爲治療對老年人，包括憂鬱症、精神緊張和一些痛症也有幫助，療效跟年輕人的分別不大。在初期做這些研究都是集中在成年人約 18-60 歲上，當發覺這治療有效時，就會將這治療推廣致不同年齡組別，包括小童及老年人，甚至推廣至輕度至中度弱智的病人，所以現在的證據顯示老人科也是有效的。

自殺學及情緒病學新知

吳文建醫生

問：我們認識的認知行爲治療是一項很難應用的技術，我們又很難去掌握，我們能否去掌握及應用呢？

答：我會用兩個層面去回答，第一層面是技巧問題，第二層面是治療方式。所謂認知行爲治療的技巧，在我們日常生活和工作是有使用的，包括提醒病人在這方面可能想多了，在這方面可能誇大了問題，會否在這事上太過個人化呢?是否把這事看得太災難化呢?或者使用一些特別技巧，例如可積極參與多些有興趣的活動，其實已用了認知行爲治療的技巧。所以我們的同事在日常的工作中也有使用這治療，也可算是常用的。

在第二個層面上是治療策略，是一個有系統的治療，在這方面要有培訓，亦需要有督導，因爲所謂完整的認知行爲治療，理想的情況是一星期會見一次，每次會見的時間爲 45-60 分鐘，而一般會見的節數爲 12-16 節。總共給予病人的治療約 4-6 個月療程。在開始的 8-10 節會每星期約見一次，當我們覺得病人的技巧或情緒有所改善，我們可在最後兩至三節隔一個星期約見，又或者四星期後才約見，我們視乎病人的進展，所以這樣的推遲可能不止四個月，或可能要半年左右。當然除了節數或時間的考慮，治療的策略也需要有系統或者有個框架。在認知行爲中包括在每堂治療時，首先爲病人檢測情緒，並利用量表去檢查今次的情緒如何。而我個人認爲量表的意念應該不只在這認知行爲治療上使用，就算在平時外展工作時，也會使用所謂的 BPRS 作爲量度，而量表就好像現時普通科門診護士替病人探了熱才進見醫生， 道理是一樣。

自殺學及情緒病學新知

吳文建醫生

其實我們是想知道今日病人的情緒如何? 病人有沒有自殺的傾向?緊張的程度如何?有了這情緒的指標後 ,我們便知道這治療的效用，這才是重點。如果我們只是不斷地治療，但我們並不知道進展的程度，這是否一個有效的治療呢？

更重要的是，當發覺這進展是十分的緩慢，甚至有惡化的跡象，這就顯示可能治療的策略需要有所改變。所以在這方面上所謂情緒的指標尤其重要。另外，除了要作情緒的量度外，還要作一個所謂的議程（即是 Agenda），即是會問病人今次會見的目的，一般來說要講的議程只是一至兩個而已，因爲一堂只是 45 分鐘，要討論的內容可能不是太多。一般來說會詢問病人一些關於家庭作業，有關上一堂的功課，所以會跟進這星期病人的進度、有沒有困難，病人完成後的經驗和感覺，這就是必做的議題。其後病人也會提出另一些議題 ,可能病人說這星期發生的事情 ,例如跟同事爭執、又或者跟兒子爭執 ,所以希望跟你聊聊。

通常我們會因應這事對病人的重要性，如果病人認爲這是重要的話 ,也會放入議題。或者另外的做法就是治療師會去思索有沒有議題是需要在這次會面討論的。有時治療師也會主動提出那些議題 ,即治療師發現到 ,病人說自已曾經試過自殺或者有想過死 ,這個議題一定要在這堂課上討論的 ,因爲如果這次不跟病人講 ,不知道下次再否有機會看見他？

自殺學及情緒病學新知

吳文建醫生

另一個議題一定要聊的是病人說下次不來了，這就顯示病人離開了這個門口下次就不會再來了。總括而言，這二個議題病人一旦提出，就需要立刻跟他們討論。

那麼通常來說，我們訂了議題會跟病人聊，通常完成一個議題後，會再根據今個議題訂出什麼功課給病人。

也許你們會問爲什麼會有功課給病人？我們的看法是很簡單…因病人每星期只會見一次治療師 1 個小時，一別的時間病人需自已一個獨處，時間應該是 24x7=168(小時) - 1 小時(見治療師)，所以只靠那 1 小時的治療時間比病人自已回去做一些功課，每天花 1 小時做功課，相對會多了 6-7 小時治療的時間。

另一解釋個爲什麼要做功課的原因，就是如學習鋼琴，一般學鋼琴時其實老師在堂上就是教一首歌曲，而老師也會鼓勵學生回家再作練習，如果學生回家練習得很好後，下一堂課就會學習另一些 新的知識。但如果假設回去沒有練習，到了下一堂課的進度就會大大減弱，所以要有功課的道理就在這兒。總括而言，我們是使用有系統的認知行爲治療，我們很重視情緒的量度、跟病人量度的議程、然後跟他們討論議程、再安排功課。有時我們也會問病人對於今堂的治療感受如何，因爲有時候我們發覺在病人的感受中我們會得到一些相當有趣的反映，有時病人可能會覺得你的進度太快、可能病人覺得時間不足、可能他不同意某些意見。

自殺學及情緒病學新知

吳文建醫生

通常我們最後會問病人關於當日議程的重點，但病人有時可能也會忘記或不知道，其實這些很重要，因爲這反映病人在這一小時的治療是吸收不到任何東西。原因在哪呢？這反而是我們值得探討的問題，究竟是病人的問題，還是治療師治療的技巧問題。大家都應該明白這好像教書般，學生學得不好，這是不是只有學生的責任，老師有沒有責任呢？有時不但只是老師和學生的責任，環境也可能有責任的，例如地方很嘈吵或者很擾人，又或者是老師給予的時間不足。這可能都是從這些反映知道的重要資源而去修正我們的做法，其實我們進行規範治療最困難的地方就是要訂出那個議題是重點需要提及的，還有當病人提出議題時，要留意何時要用一些行爲的技巧、何時使用一些改善情緒的技巧，何時要處理病人在思想上一些歪曲的問題。思想歪曲是一個相當困難的問題。通常行爲治療大家就很容易理解，例如病人情緒欠佳，你鼓勵病人多些做運動、多做些令自已開心的事，這都是較容易的掌握的。改善情緒的技巧也較容易，例如進食一些自已較喜歡的食物，聽一些喜歡的音樂。但是怎樣針對些歪曲的思想去處理就是爲什麼要進行訓練，因爲這方面其實是需要些經驗和訓練。

其實許多時候我們的思想也會有歪曲的地方。舉個例子，當一位同事　經過，他沒有跟你打招呼，而你覺得他的面色很難看…很多人就會主觀地認爲他在生氣。這可能是歪曲的想法，他未必是生氣了，他也許是家裡發生了一些事情影響了他的情緒、也許他當日心情不理想、也許他當日剛巧沒有佩戴隱形眼鏡、也許他不舒服集中不了精神…所以進行認知行爲治療時，首先要評估他的情緒和心情，這就是我所說的督導工作的重要性。

上　完

潘定強醫生專訪

九龍醫院精神科

撰文:甘澤民先生
校對:劉就旋姑娘

今期人物專訪是九龍醫院精神科顧問醫生潘定強醫生。潘醫生現爲老人精神科及老人速治服務中心的醫生。潘醫生診症專業認真有耐性，予人的感覺是踏實和可靠。

談到老人精神科速治服務的成立，潘醫生談論當初如何與各社區的非政府機構和私家醫生合作，將一些有隱性抑鬱和有自殺傾向的長者從社區中尋找出來，並給予適當的評估和治療。記得在 2002 年，九龍中聯網開始成立老人精神科速治服務中心，潘醫生與老人精神科速治服務隊的其他醫生和護士定期與九龍中聯網各社區的非政府機構的社工和負責人開會，介紹老人速治服務，講解如何有效地評估及轉介一些疑似個案到老人速治服務中心作進一步的評估及跟進。

潘醫生亦談到自殺風險評估的重要性。他認爲要每一個個案都分辨不同程度的自殺風險，並清楚地記錄在案。這樣對預防和醫護人員對個案之間的溝通有一定的幫助。例如要分辨低、中、高程度的自殺風險。那麼高風險的個案就更需要緊密地跟進了。潘醫生說用自殺風險評估就像香港天文台報導風暴訊息，能讓大家更清楚風暴的程度，及早提高警惕，並做好預防措施。同時亦能增加醫護團隊中的溝通及作爲社區各部門之間對自殺風險程度的共同語言。

潘醫生希望透過老人精神科速治服務，對有需要的長者作出盡早的接觸，通過對抑鬱症的藥物治療、家居探訪、評估及心理輔導，令受情緒困擾的長者得以醫治。同時，潘醫生亦希望定期爲社區中的長者安排精神健康講座，令他們提升精神健康的質素，以使他們在社區中生活得開心愉快。

認知行爲治療
瑪麗醫院精神科門診個案分享一

作者: 鄧逢春小姐
瑪麗醫院資深護士

楊先生現年八十歲, 獨居, 身體健康, 除有聽覺問題需要借用助聽器外, 並沒有其他身體毛病 。他育有三個女兒,妻子過身及女兒長大後,楊先生再婚, 退休後經濟無憂,後來與母親和妻子移居加拿大。

兩年前母親及妻子先後離世, 楊先生便獨自回流香港 。回香港後感到孤獨, 常想起與剛過身的老伴一起的心情, 分外難過及自責。感覺得不到孩子的愛及關懷, 認爲自己沒有價值, 因而引起情緒困擾的非理性信念(irrational beliefs), 且有輕生的念頭。幼女察覺父親有情緒問題, 於是說服父親到瑪麗醫院老人精神科門診的速治服務, 後診斷患有抑鬱症, 更轉介老人精神科日間醫接受認知行爲治療。

楊先生的非理性信念

A 引發事件	B 思想信念	C 情緒行爲效果
前妻子過身, 再婚, 與母親及妻子遷居加拿大 。自覺女兒們一定指責自己錯誤的做法。	女兒不滿他,憎恨他,不想理會他。	孤單. 不被女兒尊重, 被拒絕, 受傷害。

楊先生完成大學教育後任職政府高職, 。楊先生病情並非嚴重, 可不用藥物治療的配合。認知行爲治療並非所有抑鬱症的老人都適合使用, 在準備階段過程中, 與楊先生建立關係良好關係, 他能明白自己的思想和願意討論感受, 亦能表達自己的情緒和分析行爲, 說出導致他的苦痛想法和異常情緒。

認知行爲治療
瑪麗醫院精神科門診個案分享一

作者: 鄧逢春小姐
瑪麗醫院資深護士

楊先生抑鬱由於最愛的兩個親人離去, 母親和太太去世前, 他每天都到醫院照顧她們, 直到她們去世 。現感到空虛及無人關懷, 人生無希望, 失去原有喜歡的活動和興趣, 。在談話過程中, 他希望得到女兒的關心, 他雖然有三個女, 其中兩個婚後定居美國, 現祇有幼女留港。此外他在學其間他是學校羽毛球代表,他希望能重拾球拍再振雄風。

透過認知行爲治療針對導致絕望的成因, 認識事中, 糾正他扭曲的思想方式, 自我譴責, 吹毛求疵, 誇大自己的重要性 。例如女兒星期天沒有給他电話問候, 表示女兒不再愛他, 其實他可主動給女兒电話。

治療中建議楊先生每天早上參加社區羽毛球小組, 與其他組員一起練球切磋, 分散想念母親和剛喪偶的難過。訓練他一些新的行爲模式, 以對付一些經常出現的問題情境。打球時隊友稱讚他的球技, 透過別人的讚賞, 令楊先生清楚認識自己的能力。

經過三個月的治療, 楊先生逢星期一 、三 、五到日間醫院活動後,下午便去打球, 星期六約女兒飲早茶。最令他開心的是在美國的兩個女兒, 知道他有病,專程回港陪伴他個多月。女兒說出多年感謝繼母照顧父親和嫲嫲, 好讓她們專注事業和家庭 。楊先生感到欣慰和感受到女兒的關懷和支持, 重新掌握環境, 從無奈變得積極和主動。上月開始楊先生不用到日間醫院, 回家過生活, 逢星期六到女兒家過一晚, 治療亦改用電話聯絡。

治療過程中, 由於楊先生每星期有三天在日間醫院, 治療師與家人和老人之關係緊密,如遇到問題可即時及立即解決, 治療效果顯著。昨天在電話交談中, 楊先生表示心情開朗, 情緒穩定，與女兒們相處融洽, 感到欣慰。並肯定將來能夠處理類以的挑戰, 最後治療就此終止。

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

個人檔案

陳先生, 今年 76 歲, 現在和太太,媽媽, 庸人住在一邨屋。
在 2001 年, 陳先生從法屬圭亞那回來, 照顧患有痴呆症 90 歲的媽媽。
他在那裡經營雜貨店超過 40 幾年, 現由他的子女打理。
他患有血壓高，幾年前，接受過心臟通波仔手術， 現定時覆診及食葯。大至上, 身體機能良好, 活動自如。
他形容夫妻的關係是普通, 間有爭吵的情況, 認爲這是一般夫婦生活，沒有大不了。 他有一個女兒在香港，時有接觸，外國的仔女都各有各忙，比較少聯絡。
自從回港後， 陳先生漸漸覺得生活煩悶， 不開心，睡眠質數很差，常想起自己喺外國勞碌一生，沒有得到甚麼，比不上同村友人, 覺得他們好叻，能夠把握時機，由其在金錢投資方面, 他們得到可觀金錢的回報。在過去，他認爲自己也有幾次大好機會， 但是自己猶豫不決，白白錯過發圍時機，現在他們有錢, 自己相比之下，就好窮。
當朋友閒談，說另一位朋友賺錢好叻，就覺得佢地講我, 說我無能。
他自己都唔知解成日諗: “比唔上人地, 無人地頭腦咁清醒, 無錢、無地位, 無成就，做人無乜意思”
在 2009 年 8 月，他去了普通科門診覆診並發現他有明顯抑鬱病病徵，所以轉介老人精神科速治服務接受治療及跟進。

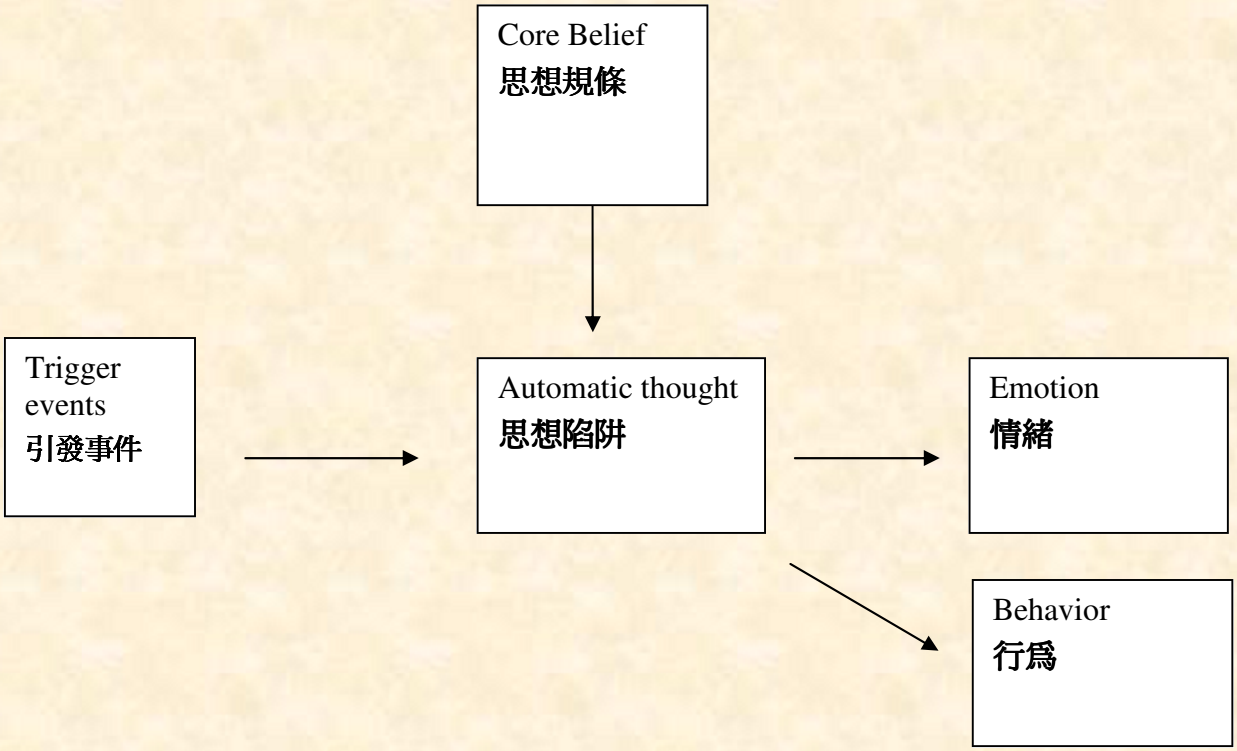
同陳先生商討後， 決定用認知行爲治療（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）的方向，改善他 “覺得自己沒有用, 引至不開心的情況” 的問題。
首先，個案經理向陳先生解釋關於整個治療的內容及認知行爲治療和抑鬱症之間的關係，再用認知行爲治療的方向，同陳先生作出護理。
它一共有 8 個節數 ,每堂都是當個案經理到家中探訪時進行 ,每一個探訪約一小時， 每隔三至四個星期家訪一次。同時， 會用電話作出跟進。每堂裏， 外展護士都會檢討上一課討論過的事項及分享功課的內容 ,跟進陳先生的進展。

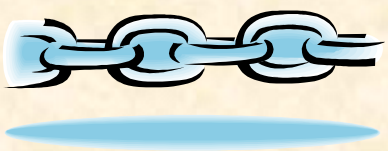
認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享一

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

1) 了解思想, 情緒及行爲的三角關係

個案經理首先講解思想對行爲及情緒的影響, 如有引發事件, 人們的固有思想規條, 再加上一些思想陷阱, 就會不自覺地產生情緒和行爲變化。所以， 事情不是直接影響個人的情緒和行爲， 而是個人的想法。





認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先
精神科資深護師

2) 介紹描述感情字眼

人們對於情緒的感覺， 有時會很模糊， 通過介紹描述感情字眼， 可以幫助用說話表達出內心的感受。

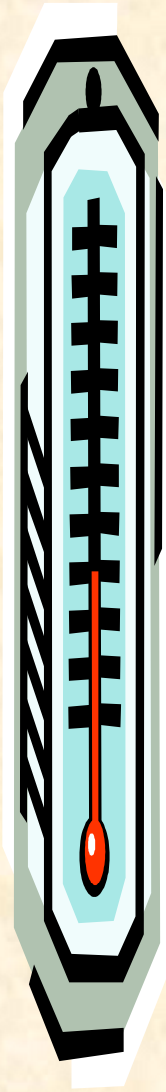
沮喪	煩躁
不開心	擔憂
誠惶誠恐	忐忑不安
憤怒	悶悶不樂
失落	緊張
恐懼	

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

3) 善用情緒溫度計

運用情緒溫度計來量度自己每天情緒的反應，有助增加對自己的認知。



	一	二	三	四	五	六	日	平	
愉快	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	
舒暢	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	
滿足	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	現在
平靜	3	3	3	3	3	3	3	3	
	2	2	2	2	2	2	2	2	
緊張	1	1	1	1	1	1	1	1	以前
擔憂	0	0	0	0	0	0	0	0	

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

4) 介紹思想陷阱 (automatic thoughts)

認知行爲治療講述人們是受一些不假思索思想的困擾，通過增加明白甚麼是思想陷阱, 希望能減少它對我們的影響。

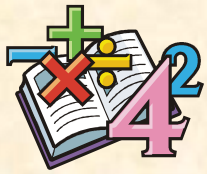
思想陷阱	**例子**
Arbitrary Inference 妄下判決	當陳先生的朋友老李說: “張三以前好蠢, 不過佢搵到機會, 賺到好多錢”, 陳先生想:「好多人都講, 我是比不上佢, 點解咁蠢, 唔跟佢投資。」 當一個人在沒有根據的情況下, 推斷一些事件的原因或某人的做事動機, 這便是妄下判斷. 在上例中, 沒有證據證明張三是講陳先生, 所以是妄下判斷
Selective abstraction 斷章取義	張三說: 「你都好好彩, 喺外國做咁耐, 都賺到, 都唔錯啦。」 陳先生想:「我真沒用, 又被人看低。」 當個人在了解事情的意義時, 不理事情始末, 或不理前文後理, 抽空去解釋別人部份語句或反應的意思, 則是斷章取義. 在上例中, 陳先生忽略了說話的基本意思, 所以便曲解了別人的意思
Overgeneralization 以偏概全	陳先生說:「我依世人都好蠢, 錯過跟佢地投資的機會。」 陳先生只是基於沒有跟朋友一起去投資, 便推斷自己全是失敗, 便是以偏蓋全.
Magnification 言過其實	陳先生說:「我錯過了一次又一次投資的機會, 衰完一次又一次, 點解我依生人都喺無用, 被人睇唔起, 唔被人專重, 唔能夠做一個好榜樣比仔女睇」 抑鬱症患者時常將一些無關重要的過失, 誇張其重要性或影響.
Minimization 妄自菲薄	陳先生說:「有何用, 只係賺到一間雜貨店, 比起其他人, 微不足道啦!」 抑鬱症患者對於自己的一些成就, 低貶爲微不足道. 因此, 陳先生便一再證明自己是一無是處的.
Personalization 過度自責	陳先生說:「如果唔喺我咁蠢, 賺唔到錢, 我屋企人都一齊過著開開心心的生活。」 你將一些被非因自己而起的過失, 都歸咎自己, 其實投資有得有失, 要配合有天時地利, 才可成功
Absolutistic dichotomous thinking 非黑即白	陳先生說:「我沒有他們咁有錢, 抬唔起頭來, 我是個全無用處的人。」 有極端思想的人, 都認爲不是這樣, 便一定是另一樣. 很多時, 人們不能獲得最高成就, 便不算成就; 別人不當自己是最好的朋友, 便代表自己在他心目中沒有位置. 這些想法, 令他走掉進死胡同中

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

5) 了解思想規條

通過解釋甚麼是思想規條， 創造一個自我可改變的環境。



Core belief (思想規條)
自小生活經驗累積, 既有的標準,信念, 衡量自己及別人的尺規, 無對或錯
根深柢固
原則性
可以摒除, 或 放寬

思想規條	**影響你的情度**	**是否值得保留去?**	**原因**
固有規條 做人唔可以愚蠢，要有錢, 要有面, 得到人愛戴	100%		自己生活好辛苦, 瞓唔安,坐唔樂

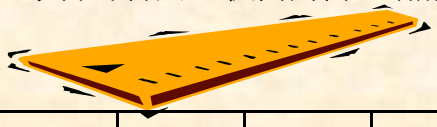
另立新方向	**好處**	**壞處**
做人無可能做每一個決定都是正確 做了錯的選擇, 亦不表示愚蠢 做人唔需要好多錢, 小康之家, 就足夠 有好多錢, 不一定受人愛戴, 快樂	心情精神比較輕鬆	沒有

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

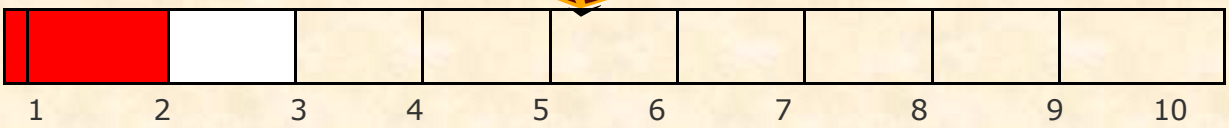
作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

6) 善用寬鬆尺

用思想規條寬鬆尺來量度自己對一些事物的看法， 從而對自己增加認識，和給自己有改善的空間。



思想規條寬鬆尺

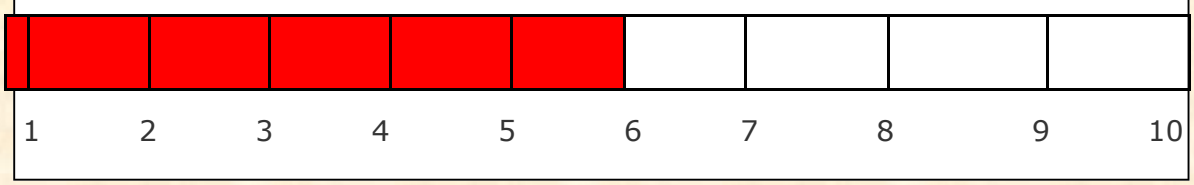


我好無用, 唔夠醒目錯失所有機會, 依家唔及人咁有錢	我非常醒, 無錯過一個機會, 有好多錢, 其他人都不及我

分析:

同陳先生仔細分析他自己的情況, 無一個人能有預知始末來的能力, 也沒有可能把所有機會都把握下來, 是跌落非黑即白的陷阱。在陳先生的生命裏, 還有好的東西, 如健康, 況且，陳先生雖不是大富大貴, 也算是小康之家, 不需要担心錢財, 生活乜算是穩定; 以往, 他絕對是一個真誠,及盡心盡力及做好本分的一個稱職老板。 如果他真的是蠢, 是沒有可能做到。

隨後, 陳先生的思想規條寬鬆尺**由 2 增加到 6。**

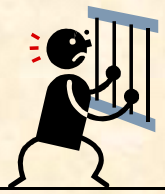


認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

7) 用角色辦演， 了解身心思維情況

運用角色辦演， 可讓陳先生了解自我身心思維情況。



Situational Self analysis
(身心思維自我分析表)

Trigger Event 引發事件 有一天下午, 陳先生去公園閒談, 朋友老李說: “張三以前好蠢, 不過佢搵到機會, 賺到好多錢”	
Thought **思想反應**	好多人都講,我是比不上佢(張三), 點解咁蠢, 唔跟佢投資
Physical responses **身體反應**	感覺心口被壓下來, 呼吸不暢順
Behavioral response **行爲反應**	面部表露不悅, 唔想多講說話, 坐在一旁
Emotional responses **情緒反應**	唔開心, 憤怒, 羞恥
How you handle **如何處理**	坐喺到, 忍下去, 無駁咀, 唔想咬, 就算講, 老陳都唔明

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

8) 分析自我思想陷阱

用上簡單自我思想陷阱分析表， 陳先生可清楚明白他的思想情況。

思想陷阱 (Automatic thought)

Content **內容**	有一天下午, 陳先生去公園閒談, 老李說張三以前好蠢, 不過佢搵到機會, 賺到好多錢, 陳先生想:「好多人都講,我是比不上佢(張三), 點解咁蠢, 唔跟佢投資。
Evidence **証據**	只喺聽老李講過一次, 沒有證據證明張三是講陳先生
Alternative Explanation **其他解釋**	只是平常交談 老李妒忌張三
What's the worst that could happen? **最差會怎樣** **What's the best that could happen?** **最好會怎樣** **What's the most realistic outcome?** **最現實會怎樣**	陳先生如果相信他是很蠢，比不上張三，搵唔到錢， 最差是好似依家一樣， 有一間舖，一間屋， 但生活唔駛担心 陳先生如果相信他不是蠢， 同張三一樣，咁叻，賺好多錢, 可以買田買地 陳先生依家有屋住，衣食唔憂， 都比上不足，比下有餘。聰明不一定賺大錢，蠢亦不是全部窮光蛋。如果好多錢，也可能帶來下一問題， 如担心自身安全， 因遺產分配影響與子女之間關係
Which automatic thought you get **你有那一種或多種思想陷阱**	妄下判決
What should I do about? **我應該怎樣做**	改變思想歪曲模式
What could be the effect of changing my thinking? **如果我改變諗法, 會有甚麼結果**	陳先生會開心好多

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

9） 修改思想規條金句, 常備金句卡

介紹修改思想規條金句, 提議常備金句卡，增強陳先生的改變的決心。

善待自己
放輕責任

寬鬆一尺,
開心一丈

打破傳統
與時並進

善待他人
切莫強求

規條
我定

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

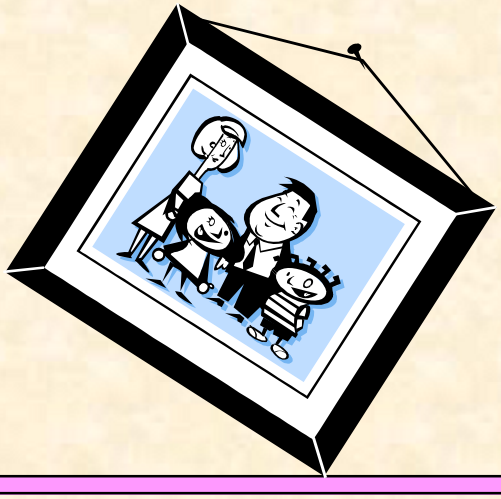
作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

10) 常喚停思想陷阱

嘗試叫停 那些不假思索 “思想陷阱”, 有時, 不可能阻止它侵入我們的思想，但是可以自我叫停, 如叫一聲 “停”, 或用橡皮筋彈一彈自己, 或可放一張喜歡的照片在身上，把精神轉移到開心的事情上。

停

彈橡皮筋"拍拍"聲



用相片分散注意

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

11） 建立開心活動表

尋找一些駛自己開心而有信心完成的活動，有助身心健康。

Full Relax Partial Relax 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1	Activities 活動	Confidence level x accomplishment 100% 信心完成程度
	呀女來家裏探訪	30%
	同孫兒玩	30%
	下午在花園同老友記傾談	100%
	同外地仔女孫兒電話聯絡	100%
	打太極	80%
	聽電台節目	100%
	游泳	30%
	養魚	40%
	看報紙, 看書	100%
	早上散步	100%
	種植花草樹木	70%
	看電視	100%
	學電腦	30%
	參加老人中心興趣小組或活動	30%
	去石湖墟買嘢	100%

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

12) 日常生活事務表

制定日常生活事務表, 能更有效管理生活節奏和內容

	一	二	三	四	五	六	日
早	早上散步 看報紙 養魚						呀女來家裏探訪 同孫兒玩
	去街市買嘢	參加老人中心興趣小組或活動	種植花草樹木	去街市買嘢	看書	種植花草樹木	
午	下午在花園同老友記傾談						
晚	看電視						同外地仔女孫兒電話聯絡

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

13) 家課

每次家訪後, 陳先生都被要求做一些家課， 內容如下:

檢查情緒溫度計, 平衡情緒指數

巡視日常生活事務表

做了甚麼事情,開心指數較高

有甚麼思想陷阱的情況，用身心思維自我分析表來檢視引發情緒低落的事件

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

14) 錦囊

攜帶錦囊，常提醒自己，自己是可以控制，改變，增加信念。

常留意身體警告訊號
常喚停負面思想
常自我反問, 反駁自己思想陷阱
常分散注意力
常備金句卡
常活動

認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

結果

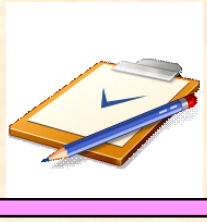
半年後，陳先生的情緒得以緩和， 他的情緒溫度計由一度升回 5 度，漢密爾頓抑鬱量表 (Hamilton rating scale) 亦由 20 度降低至 6 度。他明白思想，行爲和情緒三者之關係，了解多了自己的思想規條及思想陷阱，用不同的方法調整自己， 改善自己，他覺得自己 “沒有用, 好蠢” 的情況已改善， 比以前少了責備自己，對自己多了一份歡容。

總結

本個案是一個用上認知行爲概念的護理方向，是針對陳先生的問題 —— “覺得自己沒有用” ，而引至不開心。如要進行一個全面的認知行爲治療，是要接受正統的訓練。

由於老人精神科速治服務是主要跟進患有抑鬱症的長者, 而認知行爲治療對治療老年抑鬱症是有效的。[4,5] 認知行爲治療是協助病患者通過分析自己思想、行爲 及 情緒, 三者之間關係, 透過分辨思想規條或思想陷阱，多角度理解自己的行爲及情緒，作出正面的改變， 其特點是有時限， 有方向，有目的。 如果與一般治療比較 (treatment as usual (TAU) (通常是指葯物治療)，認知行爲治療亦能夠在六個月後，減少抑鬱症病患者的徵狀。[6] 個別認知行爲治療（Individual CBT），在一年跟進期間，對治療老年抑鬱症也是有明顯的幫助。[7]
所以, 主理護士如果能夠加強對於認知行爲治療的運用, 相信會對病人有一定的治療成效。
不過， 以下幾點是值得我們留意的:

病患者的情緒要比較穩定，才能夠專注問題本身，以尋找解決方法爲核心。
病患者的知識水平如比較好，有助理解及運用認知行爲治療的方向。
每一堂所討論的事項不要太多, 以免做成不必要的壓力。
在每一堂初段，作出前一堂回顧，檢查功課，可加強治療功效。
如沒有做家課，不需要受罰，鼓勵再做。
如果治療人員有敏銳的觸覺，捉緊病人想改變的想法，說話及行爲，作出即時回應，可增強病人自我改變的信心。
另外，個案經理要主動地及有創意地，如運用擬人化，講故事的形式，或角色辦演等技巧，來鼓勵患有抑鬱症長者從隧道式 (Tunnel thinking) 想法跳出來。
如可以用筆墨寫或畫出來，可有助記憶。
每堂之間，用電話來跟進，可以增加治療的連貫性。



認知行爲概念的護理
北區醫院精神科門診個案分享二

作者: 張忠豪先生
精神科資深護師

Reference

駕馭焦慮 – 認知治療,自學/輔助手冊, 2007, 黃富強,孫玉傑 著, 天健出版社

活得樂觀 葵涌醫院, 老齡精神科, 2007 年 7 月

Dr Leslie Sokol, 2009, Intensive 5-day cognitive therapy workshop, Beck institute for cognitive therapy and Research, The H.K. Polytechnic University 2009

Laidlaw K et al 2004. Comprehensive conceptualization of cognitive behavior therapy for late life depression. Behavioral and cognitive psychotherapy. 32(4)(pp389-399)

Laidlaw K et al 2006. CBT with older adults (pp. 83-109), viii, 274pp. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc

Laidlaw K et al 2008. A randomized controlled trial of CBT vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression, International Journal of Geriatric Psychiatry. 23(8):643-50

Lesley E. Steinman et al 2007,Recommendations for treating depression in community-based Older adults, AM J Prev Med 2007;33(3)

教學活動

Date/ Time	Activity and Topics	Speaker	Target Audience	Telephone number	Geographic location o target participants
18.1.2011	講座: 家居評估的技巧	職業治療師	中心社工及職員, 西灣河明儒松柏社區服務中心	2676 7067	港島東區
29.1.2011	義工訓練: 家居探訪	註冊護士何英傑先生	家長及學生義工, 佛教中華康山學校		太古城及康山
22.1.2011 4pm-6pm	講座: case supervision on depressed elderly	Dr.Chan Lap Kei	20 volunteers 生命熱線	23822001 93166903	九龍坪石翠石樓 110-116 號地下
22.2.2011	164th Luncheon meeting 講座: Optimizing treatment on depression for elderly (1hour)	Dr.Chan Lap Kei	50 doctors 香港西醫工會	23882728	Room 2-3, 11/F, L'Hotel Ninaet Convention Centre, 8 Yeung Uk Road, Tsuen Wan, N.T.
11.3.2011	講座: 如何處理失眠	註冊護士彭遠材先生	院友, 東華三院黃竹坑綜合服務大樓	2814 2817	黃竹坑

****因座位有限，歡迎所屬區域之機構及人仕參加，請先致電查詢報名方法****

ESPP-HK News

編輯委員會

本刊由老人精神科速治服長`務快訊編輯委員製作。
委員會成員來自醫院管理局各聯網屬下的老人／老齡精神科服務：

黃美彰醫生	青山醫院老齡精神科醫生
黃德舜醫生	威爾斯醫院精神科醫生
江穎聰	東區尤德夫人那打素醫院老人精神科資深護師
李家耀	基督教聯合醫院老人精神科資深護師
洪翔雲	九龍醫院精神科社康護士
劉就璇	九龍醫院精神科社康護士
鄧逄春	瑪麗醫院老人精神科資深護師
蘇鳳儀	葵涌醫院老人精神科速治服務護士
張忠豪	新界東聯網老人精神科資深護師

本刊預計全年出版三期，爲電子刊物
本刊文章內容屬個人意見，並不代表編輯委員會立場
歡迎轉載、連結或翻印本刊文章，惟須註明出處、作者及不可作出刪改

我們歡迎讀者以電郵方式提問及賜教。
電子郵箱地址爲:
espphk@yahoo.com.hk