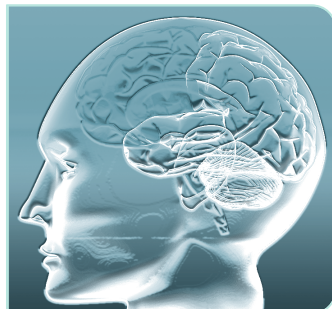




## 認知行為治療

余豎文



### 前言

在家庭醫業及基層醫療中，有不少患有精神疾病或出現精神疾病症狀的病人。家庭醫師因為長期照顧病人，對他們的家庭社會背景比較瞭解及受病人的信賴，對於常見的精神疾病，家庭醫師有責任亦有能力診斷及給予適切的治療。除了簡單的諮詢、衛教、支持及給予藥物治療外，多了解有效的心理治療方法，可以給予病人藥物治療外更多的治療選擇<sup>[1]</sup>。本文介紹其中一種心理治療方法：認知行為治療(cognitive behavioral therapy)。

### 理論基礎

認知行為治療的理論基礎是我們的思考（認知）、感覺（情緒）及行動（行為）三者會互相影響（圖1），主要是我們的想法能影響我們的感覺和行

為，負面的想法讓我們得到負面或低下的情緒，從而令我們產生負面及退縮的行為，這些行為的結果又往往會加強我們負面的想法<sup>[2,3]</sup>。

認知行為治療的目標是讓病人在生活中能察覺及意識到某些事件會讓自己產生負面想法，並發現這種負面想法會引發不好的感覺及行為。在治療中會引導病人嘗試用不同的想法或認知去面對同樣的事件，又或是要病人作出某些行為改變，讓病人去體驗不同的感覺及後果，使病人日後碰到同樣的事件時，能夠選擇正面的認知或行為。

### 歷史演進

二千年前古羅馬的哲學家愛比克泰德(Epictetus)曾說過：「人們困擾不是來自事情的本身，而是來自他們對事情的看法」。進入二十世紀後，行為治療因為制約理論的出現而興起，主要是用來治療一些有恐懼或焦慮症狀的病人。

到了二十世紀後期，有學者發現認知錯誤是導致不健康想法及行為的一個主要原因，其中以提出理情行為治療(rational emotive behavior therapy)的

天主教耕莘醫院家庭醫學科

關鍵詞：psychotherapy, cognition, behavior, cognitive distortion

通訊作者：余豎文



Albert Ellis為最重要的代表<sup>[4]</sup>。他認為很多人對自己及這世界有一些不理性的假設，例如：所有人都要喜歡我，不然我就是一個失敗者；每一件事情我們都必須要做好；如果事情不是按照我們的期望進行，就是一個災難；我們不能控制我們能否得到快樂；我們必須找一個比我們更強大的人去依靠；世界上所有的事情都是公平的；只要我們夠努力一定可以改變別人；我的想法一定是對的；人類的問題都有一個完美的答案及解決方法。Albert Ellis提出ABC模型（圖2），說明發生的事件並不是導致後果的主因，其後果是決定於我們是否用上述不理性的假設去解釋這事件。舉一個例子：小明因為數學科考得不好所以情緒低落，此例子發生的事件是小明數學科考不好，後果是他得到憂鬱症狀，導致小明得到憂鬱症狀是他的不理性信念：他認為考試必須要考得很好，不

然他就是一個失敗及沒有價值的人。治療師要改變小明的信念，讓他知道數學考不好固然是一個不高興的事情，但只代表他現在數學的學習並不理想，不代表他就是一個沒用的失敗者。

Aaron Beck在認知治療領域同樣是一位重要的學者，他發現有憂鬱傾向的人對於自己（我是一無是處），這世界（別人都忽略我）和將來（事情只會更糟糕）都持有負面的想法。同時他們常出現一些不合邏輯的思考，亦即認知扭曲或錯誤（表1），有時候這些錯誤認知會在生活上突然被觸發而自動出現，不受自我控制，Aaron Beck稱之為自動化思考(automatic thoughts)。舉例：小明看到迎面而來的朋友皺著眉頭沒有打招呼經過，就認定朋友一定不喜歡他。認知治療幫助病人找出負面的自動化思考，證

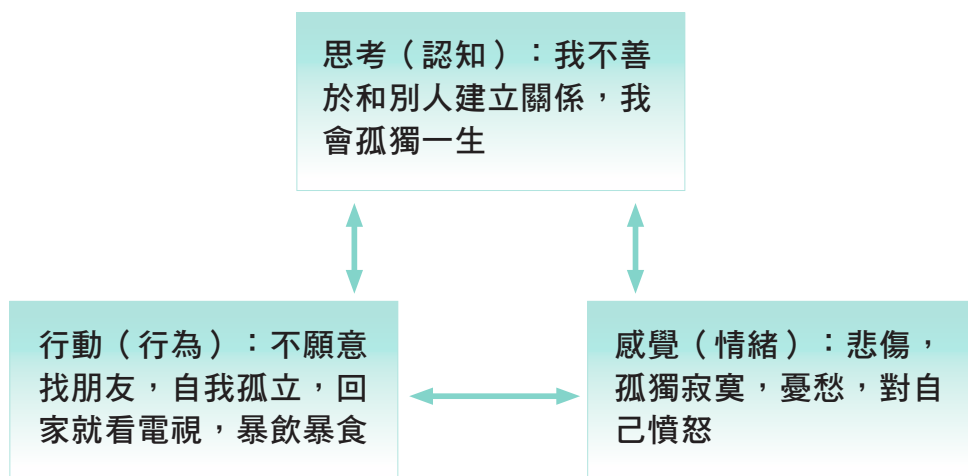


圖1 認知行為模式及舉例



表1 扭曲的認知 (cognitive distortions)

全有或全無 All or nothing thinking	非黑即白的極端思考：如果不是完美就是失敗；同事不是朋友就是敵人
過度簡化 Overgeneralization	一次生活經驗後就下定論：一次失敗的關係讓你覺得將來一定不能再跟別人建立良好關係
妄下結論 Jumping to conclusions	在沒有足夠證據就主觀下結論：看到一個陌生人在附近徘徊，你就認定他一定是壞人
放大或縮小 Magnification or minimization	放大負面的生活經驗或忽略正面的經驗：停車時輕刮到車子讓你覺得你是最差勁的駕駛；老闆對你讚賞，你覺得只是他不好意思當面說出你的缺點
情緒性推理 Emotional reasoning	把感覺當作是事實：你對問題感覺到無力感，所以這問題一定是無法解決的
標籤化 Labelling	過度簡化的極端表現：單一次的行為如醉酒就被標籤為酒鬼
個人化 Personalization	事情搞砸，雖然你沒有責任，但是你會把結果全歸咎於自己；也可以是相反，事情搞砸後把全部責任歸咎於某人

明其無益並重新學習有益的思考（也許是朋友身體不舒服或在擔心某些事情，所以並沒有看到他跟他打招呼，他應該打電話去關心朋友才對）。

現代的認知行為治療，除了認知治療（認知改變）及行為治療（例如恐懼暴露及參予愉悅的活動等）以外，常會加

上教導一些放鬆的技巧（如肌肉放鬆及呼吸訓練技巧），如強調活在當下的正念認知療法(mindfulness-based cognitive therapy)。有一些治療方法如接納與承諾治療(acceptance and commitment therapy)會讓病人對於錯誤的認知採取更開放及接納的態度，以減少其對身體健康的影響。

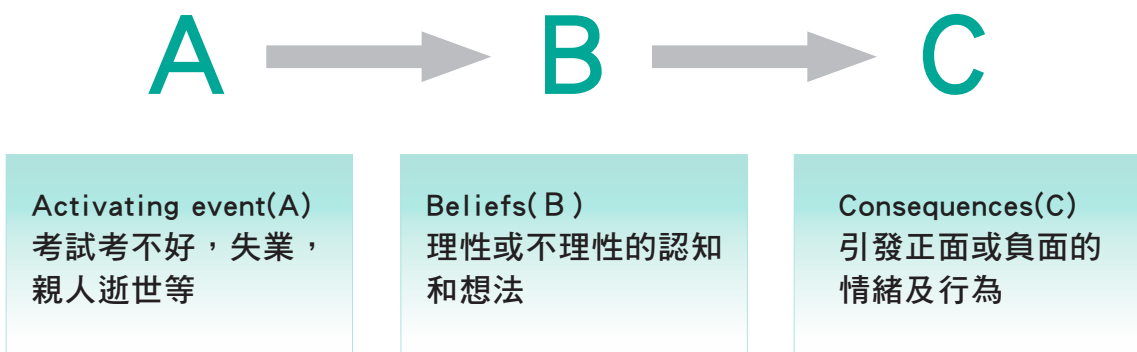


圖2 Albert Ellis的ABC model



## 治療的流程

認知行為治療是一個結構性，有時時間限制及目標導向的治療。一般來說是每星期一次，每次60至90分鐘，為期8至12個星期，病人須要主動積極參與。開始時治療師和病人須要共同設定治療的目標，病人可能是被一個症狀或行為所困擾，經過評估後，治療師會與病人共同尋找可能導致病人問題的認知錯誤，讓病人了解到這些認知錯誤並不是基於事實，然後重組病人的認知信念，不斷練習及加強<sup>[5]</sup>。在治療中治療師可能會教導病人一些放鬆及問題解決的技巧。每節治療結束前，治療師與病人共同決定回家須要做的家庭作業(homework)<sup>[6]</sup>，包括在日常生活中察覺負面的自動化思考，並學習用正面的思考取代。其他家庭作業包括嘗試去做一些自己害怕做的事情，或者是參與一些會讓自己開心快樂的活動，又或是做呼吸及肌肉放鬆的訓練。

因為資源的限制或病人配合的原因，一些非傳統一對一的治療方式，例如團體治療，自助治療(self-help CBT)，電話或電腦輔助治療等都被描述過<sup>[7]</sup>。

## 治療效果

認知行為治療對於憂鬱症、焦慮症、恐慌症、創傷後壓力症候群、妥瑞症、物質濫用、飲食性疾病、注意力不足過動症、自閉症、人格異常及失眠等疾病皆有助益<sup>[8-11]</sup>。

對於憂鬱症的病人，治療師會針對病人無益的想法（我沒辦法跟別人交往）或不良的行為（下班就回家看電視）著手改變，治療師可能會請病人回憶過去曾經能與別人正常交往的一些例子，或請病人主動打電話找朋友聊天，讓他知道他未必是無法跟別人交往，和朋友交往並不是那麼可怕，治療師亦會要求病人去參與能讓他快樂的活動。

對於焦慮症或創傷後壓力症候群的病人，治療師會改變病人一些錯誤的想法，強調現實是比病人想像中更安全、可信、親密及有尊嚴。要病人重複回憶創傷的事件，讓病人知道記憶是不危險而且不需要逃避<sup>[12]</sup>。此時病人如果同時服用benzodiazepines類鎮靜劑，可能會減低暴露治療的效果<sup>[1]</sup>，但是否須要合併藥物及暴露治療還是要以病人個別臨床狀況而定。

認知行為治療對輕度焦慮症或憂鬱症病人可以單獨使用來改善病情，但中重度憂鬱症治療仍以藥物治療為主，認知行為治療可作為合併治療。中重度焦慮症與憂鬱症病人建議先到精神科或身心科門診評估後再接受適切治療。

兒童亦可使用認知行為治療，兒童原則上比較強調行為治療，不強調認知改變。對於兒童焦慮症或創傷後相關障礙可使用如同成人的認知行為治療，不過需要父母一起參與。注意力不足過動症兒童在學齡前與國小中低年級適用行為治療及親職治療，國小以上嚴重個案則需考慮藥物



治療，其他治療為輔。注意力不足過動症兒童的行為治療主要是訂下規則及期望，使用有效明確的指示，根據兒童的行為表現，是否達到預期的行為目標，給予獎勵<sup>[13]</sup>。對於自閉症的兒童，必須要早期介入，三歲以前自閉症的早療，以語言訓練、人際互動訓練及行為治療為主，認知治療並不適用。

### 認知行為治療的缺點

1. 認知行為治療需要病人的積極配合，特別是配合做家庭作業，對於動機不足或有複雜精神疾病及學習障礙的病人恐怕難以配合。
2. 行為治療中使用暴露法，讓病人重複暴露及面對令其恐懼及焦慮的情景，對有些特別焦慮的病人可能無法忍受。
3. 認知行為治療利用病人的認知行為改變來治療目前單一的問題，並沒有考慮到社會家庭或其他長期深層的潛在因素。

### 結語

家庭醫師對於其長期病人的身心情況應該是相當了解，當病人出現精神疾病的相關症狀時，家庭醫師可以判斷認知行為治療是否適用，如果有適當的資源，可以轉介病人接受標準的認知行為治療。

但若未能轉介進行標準的認知行為

治療，家庭醫師其實在平日看診的時候亦可運用認知行為治療的相關知識去幫助病人。除了可幫助病人分析及改變其錯誤的認知信念外，也可以讓焦慮病人知道逃避行為 (avoidance behaviors) 能讓焦慮產生及延續，鼓勵病人在安全的情況下重複接觸及面對使其產生逃避行為的情景。如果發現病人有憂鬱的症狀，可以鼓勵病人多參加能讓其快樂的活動，這些活動經驗可以請病人記錄下來在下次回診的時候分享。家庭醫師也可教導病人呼吸訓練及肌肉放鬆的方法，以解除病人的焦慮。

家庭醫師使用生物心理社會模式看診，治療病人應該要個人化及多元化，對於很多基層醫療常見的精神疾病，認知行為治療是有效的治療方法之一。

### 參考資料

1. Coffey SF, Banducci AN, Vinci C: Common questions about cognitive behavior therapy for psychiatric disorders. *Am Fam Physician* 2015; 92: 807-12.
2. Beck JS: *Cognitive behavior therapy: basics and beyond*. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2011: 19-20.
3. Hofmann SG, Asmundson GJ, Beck AT: The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy* 2013; 44: 199-212.
4. Ellis A: *Rational emotive behavior therapy*. In: Corsini RJ, Wedding D, eds. *Current psychotherapies*. 8th ed. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole, 2008: 63-106.
5. Kazantzis N, Luong HK, Usatoff AS, et al: The processes of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cogn Ther Res* 2018;





- 42: 349-57.
6. Aguilera A, Ramos Z, Sistiva D, et al: Homework completion via telephone and in-person cognitive behavioral therapy among latinos. *Cogn Ther Res* 2018; 42: 340-7.
  7. Espie CA, Kyle SD, Williams C, et al: A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep* 2012; 35: 769-81.
  8. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJJ, et al: The efficacy of cognitive behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Cogn Ther Res* 2012; 36: 427-40.
  9. Roshanaei-Moghaddam B, Pauly MC, Atkins DC, et al: Relative effects of CBT and pharmacotherapy in depression versus anxiety: is medication somewhat better for depression, and CBT somewhat better for anxiety? *Depress Anxiety* 2011; 28: 560-7.
  10. Matusiewicz AK, Hopwood CJ, Banducci AN, et al: The effectiveness of cognitive behavioral therapy for personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2010; 33: 657-85.
  11. Okajima I, Komada Y, Inoue Y: A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep Biol Rhythms* 2011; 9: 24-34.
  12. Le QA, Doctor JN, Zoellner LA, et al: Cost-effectiveness of prolonged exposure therapy versus pharmacotherapy and treatment choice in posttraumatic stress disorder (the optimizing PTSD treatment trial): a doubly randomized preference trial. *J Clin Psychiatry* 2014; 75: 222-30.
  13. Evans SW, Owens JS, Bunford N: Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2014; 43: 527-51.