老人精神科速治服務快訊











2006年5月

※ 歡迎閱覽新的老人 精神科速治服務 (ESPP; Elderly Suicide Prevention Service) 快訊!



五月一日的國際勞動節,除了爲香港人帶來一天假期外,隨後的「黃 金週」也帶來了久違的藍天白雲,讓港人享受了幾天難得的清新空氣。晚 上,當我望著港島海岸的燈光,透過清晰明淨的夜空,閃閃生輝,不禁驚 歎原來我們的夜景,竟可如斯動人美麗!

今期通訊的內容很豐富。首先要提的,是東區尤德夫人拿打素醫院林 浩瀚及謝映蘭兩位同事對香港老人精神科學會會長陳華發醫生的專訪。 陳醫生是東區醫院精神科顧問醫生,對香港精神科,特別是老人精神科的 發展,貢獻良多。熟悉陳醫生的人,都知道他平易近人,且樂於助人,是 一位謙謙君子。在這篇專訪中,我們既可了解他對防止老人自殺工作的看 法與期許,也可看到陳醫生比較「個人」的一面。

治療抑鬱、有自殺傾向的長者,除了靠藥物之外,心理治療亦非常重要。研究顯示認知行爲療法對治理抑鬱症及預防復發都十分有效。透過個案分享,瑪麗醫院臨床心理學家徐展澄先生告訴我們這種治療方法實際上是怎樣一回事。而瑪麗醫院老人精神科的鄭志樂醫生的文章,也提醒我們,自殺並不單純是一個社會或心理現象,也與精神科有非常密切的關係。

在今期的自殺學新知專欄裡,左美約醫生告訴我們「企圖自殺」與「成功自殺」的關係。並會在未來數期的快訊中,與大家分享他與香港中文大學精神科同事們在這方面的研究成果。

出版快訊其中一個目的是促進雙向交流。我們十分歡迎讀者來信, 提出有關長者自殺與情緒毛病有關的問題及意見。來信可寄:

espphk@yahoo.com.hk

目錄: 1 編者的話 2 今期專訪 6 認知行爲治療 7 自殺與精神科 9 教學活動 10 自殺學 · 新知 13 活動剪影 14 讀者來信 15 編輯委員會









今期專訪-陳華發顧問醫生

林浩瀚、謝映蘭精神科護士 東區醫院老人精神科

本期(老人精神科速治服務快訊)很榮幸邀請到東區尤德夫人那打素醫院老人精神科陳華發顧問醫生接受我們的訪問,陳醫生亦是香港老年精神科學會會長。以下是節錄的訪問內容。

間

陳醫生,很高興有機會可以訪問你,請問你最初是如何投身精神科呢?

答

在香港大學醫學院畢業後,我被派往威爾斯親王醫院內科部及伊利沙伯醫院骨科部實習。本想在實習後能學以致用加入內科部門,但申請的人數眾多,於是便入了當時比較「冷門」的部門一精神科。初時心想祇是暫時性質,一邊做一邊等待內科部門的職位。誰不知"無心插柳柳成蔭",我發覺精神科的工作十分適合自己,其後被派往英國劍橋大學精神科學系受訓一學年。最終我亦選定以精神科作爲終身的專科職業。

問

在你多年豐富的行醫經驗中,有否難忘的經歷?

答

有兩個在受訓初期遇到的個案比較難忘。第一個是一位被其他醫生診斷爲患上老人痴呆症的女病人。 但我懷疑她患的是抑鬱症,即「假性痴呆」。對症下藥後,病情終漸趨好轉,不再「痴呆」。另一個 是一位患有精神分裂症的女病人。她自稱是皇族的後裔,還經常寫信給我說要跟我結婚,要在九龍某 酒樓設宴,廣宴親朋,全城狂歡三日三夜!真令人啼笑皆非。

間

你對現有的醫管局速治服務(ESPP)的服務有何看法?

答

其實在廿多年的行醫經驗中,真的遇到很多意想不到的事情,並從中得到啓發。例如有不少老人家因得不到家人的關懷,加上身邊的朋友一個一個的離世而患上抑鬱症。若家人或醫療人員未能及時察覺,這些老人家很可能以自殺來了結生命。所以自從 2002 年 10 月,醫院管理局正式在屬下各聯網成立老人精神科速冶服務計劃,爲防止老人自殺提供快捷的精神科診斷和治療,這計劃非常重要的,在亞洲甚至世界其它國家或地區中可以稱爲先驅者。以東區醫院老人精神科速治服務爲例,計劃都頗有成效,截至 2006 年 3 月,已經爲超過二百位長者進行了自殺原因的精神評估,提供心理危機出現的原因分析、及給予針對性的藥物治療和心理輔導。











間

曾經有人這樣說:病人一次又一次希望結束自己的生命,醫護人員卻一次又一次地將他們救回來。你們當然會爲成功挽救生命而高興,但病人卻要爲重回現實而痛苦!你對此有何看法?

答

我並不同意這種看法,臨床經驗告訴我們,病人的自殺企圖很多時候只是霎時衝動,當經過適當的治療 和輔導之後,他們打消死念的機會很高。

事實上,時代不斷的演進,老人自殺的心理形態也變得複雜和矛盾。醫護人員必須從每日面對的挑戰中吸取經驗和不斷反思,而透過跨部門的小組討論,聽取其他專業同工對個案的分析和建議,才能爲老人精神科服務訂出一個明確的方向。

問

但一次自殺不遂者往往會有第二次自殺的企圖,計劃是否能顧及這方面的需求?

答

事實上精神科外展護士和醫務社工作爲另一度防線,可以透過持續的家訪,及早發現這類個案並提供適切的措施。我認爲除了透過速治服務,若能夠有更多的社區老人服務機構共同參與預防老人自殺,提供全人的復康服務,並在緊急的情況下,將一些高危個案轉介予專業醫護人員進行跟進了解,提供適當的治療。自殺死亡率一定會有所減少!

間

請問你對改進現時的速治服務有什麼意見?

答

當然準確的精神評估和藥物治療,護理實務的知識和技巧的運用,具體照顧包括事前危機預防、介入及預後的處理等等都非常重要。但預防老人自殺服務不只是理論上的探討,要了解各同工現行工作情況,在危機處理當中,有效運用資源,探討可能的對策並協助採取具體行動是預防老人自殺服務中最重要的。













我也認爲唯有持續的在職訓練和個案研討,才能不斷改善服務質素,提升團隊處理自殺危機的能力。

間

請問你對現在的工作感到滿意嗎?

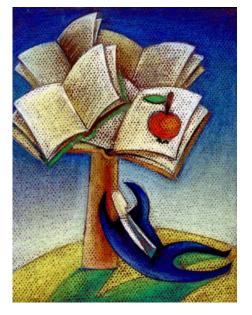
答

我對現在的工作感到很滿意,跟同事們亦相處得不錯,合作愉快。至於做甚麼職位,對我來說並不重要。 能夠成爲一位顧問醫生,我覺得我已經很幸運了。承蒙各位老人精神科同工的錯愛,我於二零零三年獲 選爲香港老年精神科學會會長,至今已是第三個年頭。另外,我還有參與其他義務工作,包括出任香港 精神科醫學院(現爲科研委員會〔Scientific Committee〕)主席、香港心理衛生會副會長(會務)等。 由於孩子們的年紀尚輕,我希望在家庭及事業上可以取得平衡。所以在不影響工作的大前題,我會盡量 騰出多點時間陪伴家人,希望達致雙贏的局面。

間

請問你在繁忙的生活中是怎樣減壓的?

答



現今社會日新月異,各行業競爭很大,工作壓力自然不少。面對醫管局的財政赤字,作爲一位顧問醫生,要在有限的資源和人手短缺的情况下,平衡病人的權益及家屬的訴求;加上診斷及醫治病人的過程不容有失,我們的工作壓力絕對不少。

除了一般為人所認識的減壓方法外,我認為在繁忙的工作中若能做到公私分明,壓力自然大大減低。在醫院內,我會積極投入工作,做好本份,把一切私人事情暫時放下;當回到家裡,丈夫和父親便成為我最重要的角色,並盡可能不提公事。

在長假期時,我們會安排一家人出外旅遊。我最大的嗜好就是逛書店和買書,對我來說這是很好的減壓方法。餘暇時我會看不同類型的書籍(並不限於自己的專業)。間中我和太太亦會放下子女,兩個人一

起出外享受一頓晚餐,調劑一下生活,亦給子女一點空間。









間

請問陳醫生, 你是怎樣認識你太太?

答

我跟太太是在機緣巧合下認識的,當時我還在威爾斯親王醫院內科部實習,而她在該部門當護士。相處下大家均覺得很投緣,於是便交往了。我們結婚已十九年,有兩女一子,全部就讀中學。

間

最後,請問陳醫生,你是怎樣可以在繁重的工作中又不忽略你的家庭生活? 答

平日除非有其他的工作或特別的會議,否則我必定回家吃晚飯,跟家人共享天倫。幸運地,我有一位 賢內助,自從小兒子出生後不久,太太便辭去工作,專心做家庭主婦,相夫教子。家中的日常瑣事和 家人的起居飲食以至子女們的課外活動等,都由她妥善安排。這樣我便可以專心工作。無論工作多忙 碌,只要回到家裡整個人便覺得很輕鬆。

間

今日好多謝陳醫生抽出寶貴的時間接受我們的訪問,多謝!













認知行爲治療 - 個案分享

徐展澄 瑪麗醫院臨床心理學

陳女士今年六十九歲,獨居,患有高血壓及嚴重肝炎。最近長者鄰舍中心職員發現她在幼子死忌 前後哭個不停及有自殺的念頭,於是轉介她到瑪麗醫院的速治服務。經老人精神科醫生診斷後證實患 有抑鬱症。

陳女士的性格獨立自主。她爲人進取,而又責任心強。在完成中學教育不久便在裁縫界建立成 就。婚後育有兩子,可惜丈夫好賭成性,致令債台高築,遂決定離婚。及後幼子在十六歲那年不幸意 外身亡。陳女士在毫無心理準備下難於接受這突來的惡耗。不善於表達自己情緒的她更懼怕自己在人 前情緒失控,以致她在事發大半年後才逐漸讓親友知道幼子的死訊。

雖然當年喪子之痛是轉介臨床心理服務的表因,但經過見面詳談和心理剖析,才發現她與長子之間的矛盾,對經濟的擔心,以及在肝病治療過程的適應問題才是她感到無助及絕望的主因。

陳女士的長子近年因發展自己的生意而不斷向她借錢。陳女士一方面覺得自己身爲人母應該盡可能幫助兒子(現年 44 歲,已婚),但另一方面她發覺自己的積蓄已所剩無幾,令她擔心日後的生計。爲了減少開支,她更租出自住的樓宇,自己再租一層細小的單位來住。她惱怒長子的不負責任,但亦無法放下她自己認爲應負的責任。在矛盾及無奈之下她極力避免與長子接觸。面對當時這關係及經濟上的困局,再加上要適應新的居住環境及肝病治療的副作用,她感到無助,乏力及絕望。



認知行為治療首先針對導致絕望的成因。透過認知治療,陳女士開始察覺那令她走入困局與矛盾的「非黑即白」的謬誤思想(一時覺得長子很好,很關心自己,另一刻又覺得他不顧自己的困苦與死活)及她對長子的不切實際的期望(單靠勸告就可以改善長子理財的能力及阻止他再借錢)。透過行為治療,她漸漸學會在保持母子關係的前題下對長子表達她的不滿,清晰表達她的底線及拒絕他借錢的要求。



經過一段時期的治療,陳女士終於在困局裏找到出路,並開始適應肝病的治療。她的情緒漸趨穩定,而治療亦開始幫助她紓解多年的心結(對幼子未完結的哀傷),讓她對自己一生的成就和對家庭所作出的貢獻加以肯定,感到欣慰。











自殺與精神科

鄭志樂醫生 瑪麗醫院老人精神科

香港是全球老人自殺率最高的城市之一。根據二〇〇三年的一項調查,每一百名生活在社區的六十歲以上人士,就有六名曾經有自殺的念頭。當中發現重要的風險因素有視力和聽覺退化,患上多種疾病、經濟困難和精神健康問題。

二〇〇四年的一項研究,發現八成以上自殺的長者是患有精神病症的。當中抑鬱症佔最多,只有少部份是老人痴呆(失智)症。死者在自殺前的一個月內,有四成人曾看醫生,約三成人更看過精神科醫生。七成人曾對家人提及有自殺的想法。住院和剛出院都是高危的時期。

香港的老人自殺率於近年有趨升之勢,因此不少學者對此 問題進行研究和探討。以上多項研究都顯示出自殺行爲是有跡 可尋的。精神科與自殺的關係更是千絲萬縷,其重要性不容忽



視。不論是自殺的誘因,處理或預防,都與精神科有關。若果那八成患有精神病的自殺者得到妥善治療,大部份的悲劇就可以避免。至於那七成曾向家人提及自殺念頭的自殺者,若果他們的家人曾接觸過有關自殺的資訊,懂得留意自殺者的情緒和擧動,並適當處理,就能有效減低自殺的機會。



四成病人在自殺前都有看醫生,若醫生的持續進修能加強這方面的訓練,他們必定能更準確地診斷出這問題並適當處理。

由此可見,要有效預防老人自殺,就要爲社會大眾提供合適的資訊,爲醫護人員進行培訓。正因如此,教育工作便成了預防長者自殺服務重要的一環。當然,整個服務的成效,仍有待日後詳盡的評估。









References:

Chiu HFK. Yip PSF. Chi I. Chan S. Tsoh J. Kwan CW. Li SF. Conwell Y. Caine E. Elderly suicide in Hong Kong – A case-controlled psychological autopsy study. Acta Psychiatrica Scandinavica. Vol. 109(4) (pp 299-305), 2004

Yip PSF. Chi I. Chiu H. Wai KC. Conwell Y. Caine E. A prevalence study of suicide ideation among older adults in Hong Kong SAR. International Journal of Geriatric Psychiatry. Vol. 18 (11) (pp 1056-1062), 2003

Chi I, Yip PS, YU GK Halliday P. A study of elderly suicides in Hong Kong. Crisis: Journal of Crisis Intervention & Suicide.19(1): 35-46, 1998.

Ho T-P. Psychiatric care of suicides in Hong Kong. Journal of Affective Disorders. Vol. 76(1-3) (pp 137-142), 2003













教學活動

Date	Time	Activity & Topics	Location	Target audience	Telephone No.	Geographical location of potential participants
1/6/06	10:00 AM	Elderly depression & stressmanagement / Daniel Chan NO (psy)/ Kowloon Hospital	Buddhist Ho Wong Cheong Po Elderly Social Centre	Elders in eldely centre	3129-6649	Kowloon City
3/6/06	10:30 AM	Mood disorder by LAM Ho-hon, Lawrence, RN (Psy), ESPP, PYNEH	TWGHs Yeung Shing Memorial Long Stay Care Home 2 Wong Chuk Hang Path, Wong Chuk Hang, Hong Kong	Elderly in LSCH	2814-2814	HKW
10/6/206	2:00 PM	Elderly Depression and Suicide prevention by PANG Shu Leung, RN(Psy), ESPP, CPH	Caritas District Elderly Center-Yuen Long 11-20A, G/F, Ying Shui House, Shui Pin Wai Estate, Yuen Long, NT	Voluntary Worker	2456-8080	NT West
7/9/06	14:30 PM	Elderly depression & stress management / Daniel Chan NO (psy)/ Kowloon Hospital	Oi Man Social Centre for the Elderly	Elders in eldely centre	3129-6649	Homantin
14/10/06	10:30 AM	Stress manage- ment for the eld- erly by TSUE Ying-lan, Bonnie, RN(Psy), ESPP, PYNEH	TWGHs Yeung Shing Memorial Long Stay Care Home 2 Wong Chuk Hang Path, Wong Chuk Hang, Hong Kong	Elderly in LSCH	2814-2814	HKW

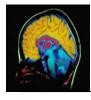
因座位有限,歡迎所屬區域之機構及人仕參加,請先致電查詢報名方法











自殺學新知 III

左美約醫生 新界東聯網精神科

本地老人自殺率是世界上最高者之一,而有『企圖自殺』往史者一向被認爲是人口中最高危的一群,也是本速治服務的首要服務對象。外國研究亦顯示,企圖自殺的長者最終成功自殺的機會比一般人高最少 25 倍; ¹ 他們作出自殺行動時,比一般成人帶有更強的尋死意圖,使用的方法亦比較『暴力』,成功獲救的比率相對地也較低。 ²⁻⁴ 世界衛生組織 (World Health Organization) 的資料更顯示,每 3 個尋死的老人,就有 1 個「成功」(即比率爲 3 : 1); ⁵而在一般成年人口中,這比例卻大約只是 2 0 0 : 1 。 ⁶而治理企圖自殺者亦牽涉很大的社會資源。

在本地和外國一般沒有『企圖自殺』者的資料庫,因此關於他們的研究和理解,相對於『成功自殺』者是較缺乏的。有說喪偶、獨居、多重慢性疾病、憂鬱情緒、早期的失智(癡呆)症都可能是「企圖自殺」的高危因素;但這些因素也普遍存在於一般老年人口中。若果沒有一個將『企圖自殺』者和一般社區長者作對比的比照研究(controlled study),我們在制定具有成本效益的公共醫療衛生政策,以減少長者企圖自殺的行爲時,就缺乏了可靠的根據以實行『實証醫學』(evidence-based medicine)。另外,一個對照『企圖自殺』和『成功自殺』者的研究,也可能幫助我們找出那些是較『高危』的企圖自殺者。



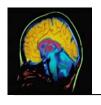
針對此方面資訊的缺乏,中文大學精神科學系進行了首個『企圖自殺』長者,『成功自殺』長者,及社區人士的對照研究,而有關的研究結果亦在二零零五年七月的美國老年精神醫學學報 (American Journal of Geriatric Psychiatry) 中發表; ⁷對於這個研究結果,我們會分成幾部份,在 ESPP 快訊中爲大家闡述。

我們先了解此研究的一些基本資料: 在這個研究中有224個參與研究的對象,當中67名爲自殺者,66名爲企圖自殺而入院者,另91人則在年長市民中隨機挑選。所有參與研究的對象皆在六十五歲以上。檢驗的範圍包括了一般背景資料(年齡、性別、住宿









安排、婚姻狀況、宗教信仰、經濟情況等等)、精神及身體疾病、使用醫療設施的習慣和程度、自我照顧能力、性格特徵、社區網絡和以往所經歷的大小生活事件等。

在企圖自殺者和社區人士的比較中,我們先闡述在『一般背景』和精神病這兩個範疇中,那些因素會增加或減少自殺風險。

以「多元回歸法」研究,結果顯示企圖自殺受以下兩個個人或處境因素所影響:

- (1)不和兒女同住(增加約5倍的企圖自殺風險);
- (2)有宗教信仰並覺得此信仰有重要支持作用(減少約5倍風險);

而年齡、性別、婚姻狀況則沒有證據顯示會增加或減少風險。

另一方面,在精神疾病或病徵中,研究結果指出以下的因素是會明顯地增加企圖自殺的 風險:

- (1) 抑鬱症(增加約62倍);
- (2) 過往曾有企圖自殺的紀錄(增加約25倍)。
- (3) 早期失智症(增加約10倍)。

這些資料說明了抑鬱症在長者中是最重要的風險因素,它的重要性相較其他的精神疾病也較高。另外,近年較少長者和子女一同居住,他們獲得的支援也可能較劣。 隨著人口老化,對抑鬱症和企圖自殺者的檢測、治理和跟進,並增強對長者的社區支援,應是減少長者自殺的主要途徑。至於早期失智症和自殺行為的關係則應進一步深入研究。



References

1. Lawrence D, Almeida OP, Hulse GK, Jablensky AV, Holman CD. Suicide and attempted suicide among











older adults in Western Australia. Psychological Medicine. 2000;30:813-821.

- 2. Pierce DW. Deliberate self-harm in the elderly. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1987;2:105-110.
- 3. Lyness JM, Conwell Y, Nelson JC. Suicide attempts in elderly psychiatric inpatients. J Am Geriatr Soc. 1992;40:320-324.
- 4. Merrill J, Owens J. Age and attempted suicide. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1990;82:385-388.
- 5. De Leo D, Padoani W, Scocco P, Lie D, Bille-Brahe U, Arensman E, Hjelmeland H, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lonnqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillipe J, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Fricke S, Weinacker B, Tamesvary B, Wasserman D, Faria S. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2001;16:300-310.
- 6. McIntosh JL, Santos JF, Hubbard RW, Overholser JC. *Elder suicide: research, theory and treatment.* Washington DC: American Psychological Association; 1994.
- 7. Tsoh J, Chiu HF, Duberstein PR, Chan SS, Chi I, Yip PS, Conwell Y. Attempted suicide in elderly Chinese persons: a multi-group, controlled study. Am J Geriatr Psychiatry. 2005;13:562-571.













活動剪影

向照顧者灌輸防止長者自殺知識



社區義工訓練





社康護士指導長者依時服藥的重要



運動和小組活動對情緒很有幫助,









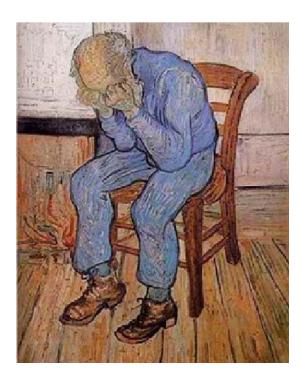
讀者來信

<u>問題</u>:我聽說轉介老人速治服務的表格中包含了一個<u>老人抑鬱短量表</u>,其實什麼是老人抑鬱量表呢?

老人抑鬱量表(Geriatric Depression Scale) 是由 Brink, Yesavage, Lum, Herrsema, Adey & Rose 於 1982 年製訂的,是專門 測度老年人抑鬱徵狀的量表,用以篩選出可能患上抑鬱症的長者。老人抑鬱量表原版本有三十條問題,並有以下特色:

- * 量表採用"是"與"否"的形式作答,長者容易掌握
- * 量表中沒有加入詢問有關抑鬱引致的身體徵狀的問題
- * 量表乃由富有經驗的老人精神科前線工作者製訂,並專以長者爲測試對象。

其後, Sheikh & Yesavage (1986)將該量表 30 題中抽取其中 15 題,製成老人抑鬱短量表 (GDS-SF GDS-15)。此短量表既解決了一般老年人測試時專注力較短的問題,也保持極優良的效度 (Validity)和信度 (Reliability)。



由於可靠易用,因此英語版的老人抑鬱量表已被翻譯成多種不同語言的版本。Chiu 等人(1984)將30 題的原版本譯成中文。 Lee 等人(1993)及 Lee 等人(1994)以短量表總分 7/8 作爲篩選抑鬱症的分界線(cut-off point),發現中文版的短量表也具有令人滿意的效度和信度。

評分方法:依照每條題目的評分方法,給予該題目分數。受試者在短量表的總分是 15 題題目的分數總和(即最多是 15 分)。在個別題目中,如受試者最終未能掌握題目內容,或未能給予確實答案,則不用給予任何分數。為統一填寫短量表總分的格式,可參考下列方法:

受試者所得分數 受試者最終回答的題目總數

例一: 12/15 ▶即受試者回答所有題目共 15 題(15),總分則爲 12 分(12) 例一: 12/13 ▶即受試者回答所有題目 13 題(13),總分則爲 12 分(12)









老人抑鬱短量表的主要功用,在於輔助前線工作人員測試有關受試者的情緒狀況,以篩選出可能患上抑鬱症的長者,再安排進一步的詳細臨床診斷。量表中並未包括驅體徵狀(如失眠,體重下降等)和其他生理問題(如甲狀線失調,物質濫用),受試者的得分表現只能作爲診斷的參考。老人抑鬱短量表之準確程度,有賴受試者能夠對量表題目有一定掌握。若受試者因各種原因而未能掌握問題內容,如嚴重聽覺問題、急性精神昏亂、患有中度或以上的痴呆症(失智症)、昏昏欲睡、心不在焉或極不願意接受測試等等,都會影響測試結果的可靠性。有見及此,在老人抑鬱短量表中,應加入工作人員對受試者的精神狀況的評估。

編輯委員會

本刊由老人精神科速治服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:

潘佩璆醫生 九龍東聯網精神科顧問醫生

陳華發醫生 東區尤德夫人那打素醫院精神科顧問醫生

左美約醫生 新界東聯網精神科專科醫生

劉家獻醫生 葵涌醫院老齡精神科醫生

呂少鋒 東區尤德夫人那打素醫院老人精神科專科護士

陳德良 九龍醫院精神科護士長

徐成君 瑪麗醫院老人精神科專科護士 彭樹良 青山醫院老人精神科計康護士



本刊全年出版三期,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

