



2006年9月

編者的話

歡迎閱覽新的

老人精神科速治服務
(ESPP; Elderly Suicide
Prevention Service)

快訊!

近來本港經濟持續好轉，社會氣氛因而有所改善。但經濟轉型帶給香港社會的壓力，卻有增無減。一方面，高學歷的專業人士薪酬不斷上升，大學熱門學科的畢業生成為大企業爭相羅致的對象；另一方面，低學歷、又沒有特殊技能的人工資愈來愈低。社會貧富懸殊問題越來越嚴峻。

這種情況產生的社會內部壓力，不少長者都感受到。透過青山醫院精神科社康護士長劉玉玫小姐為本刊撰寫的文章，我們一方面可以認識新界西聯網防止老人自殺服務的實際運作情況，也可以了解在一些被邊緣化的社區裡，長者所面對的問題。

長期以來，大眾接觸有關精神健康的資訊，彷彿被西方醫學壟斷了。究竟傳統中醫學怎樣理解精神或心理疾病呢？香港大學香港大學行為健康教研中心吳兆文助理教授的文章，深入淺出地介紹了鬱症這個中醫學的概念，和他的研究小組在這方面的創見。

在自殺學新知專欄中，左美約醫生繼續介紹中文大學精神科學系在老人自殺問題的研究成果，極具參考價值。

有長者服務單位的同工詢問可否將本刊內容印制供長者閱讀。我們的理念是資訊應該開放給所有有需要的人，因此我們歡迎讀者轉載或翻印本刊文章。請在使用本刊的內容時，清楚註明作者及出處。我們亦十分歡迎讀者來信，提出有關長者自殺與情緒毛病的問題及意見。來信可寄：espshk@yahoo.com.hk

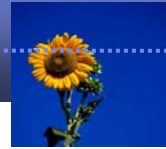
祝各位生活愉快！



目錄:

編者的話	1
速治服務介紹	2
中醫角度看抑鬱症	4
個案分享：一	7
個案分享：二	8
教學活動	9
自殺學·新知	10
讀者來信	13
編輯委員會	13

—— 編者



速治服務介紹-新界西聯網

劉玉玫護士長 社康護士
青山醫院老人精神科速治服務

因應香港老人自殺問題嚴重，醫院管理局於二零零二年開展了老人精神科速治服務以應付這個挑戰。青山醫院老人精神科是首支提供是項服務的團隊之一，其主要成員包括精神科醫生；社康護士及醫務社工。青山醫院速治服務為屯門、元朗及天水圍區內六十五歲或以上有抑鬱情緒及自殺傾向的長者提供迅速和有效的評估；治療及支援。關於本服務的宗旨、目的、轉介方法及服務範疇，本快訊也曾介紹，在此不贅。但本人希望和大家分享一些本區的工作特色。



一 速治服務地區委員會

我們相信醫院與社區合作無間是速治服務的成功關鍵，故此，在開展本區速治服務的時候，我們得到社會福利署元朗及屯門區的福利專員鼎力支持，與地區的長者服務單位成立了速治服務地區委員會。本院老人精神科部門主管李兆華顧問醫生被推選為委員會當然主席，而會員則包括兩區的福利專員、社署轄下的綜合家庭服務中心同工、地區長者中心主任，本院的副顧問醫生、社工主管、行政秘書及護士等。透過定期會議，制定各項政策、監察服務進度、商議訓練課程、建立溝通渠道、提升服務質素及特別個案分享等等。落實『醫護走向社區』的理念。

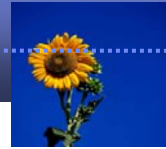


二 表列長者服務機構

經地區委員會同意，我們訂定區內五十多間長者服務機構為我們的合作夥伴。於舉辦大型簡介會及向各前線員工提供訓練後，機構社工或護士同事可直接填寫『標準篩選測驗』作出轉介。透過地區同工的積極參與而轉介至本服務之長者人數佔總數超過三份一以上。此模式能令轉介程序更加流暢及正確，讓區內『隱藏』著抑鬱情緒及自殺傾向的長者能接受最快捷及適切的治療，落實了『速』和『治』的理念。

三 共同接見及個案會議

當長者第一次到速治門診應診時，社康護士及醫務社工會同時接見長者及其家屬，以了解長者的個人、家庭及經濟各方面的問題，共同評估，避免長者要分段會見各醫療人員的疲累及重複訴說問題



速治服務介紹-新界西聯網 (II)

的時間。而於長者就診完畢後，我們會因應長者的主要問題，即時訂定處理方法，從而減低長者的自殺危機。我們亦會定期召開個案會議，討論個別長者的問題及跟進情況，更會邀請個案轉介同工出席個案會議，共同制定長者的復康計劃，實現『跨職系團隊』的精神。

四 行爲治療小組

我們亦曾與本院的臨床心理學家合作舉辦行爲治療小組，透過小組分享、訓練課程、家課檢討、個別評估，爲有需要及合適的長者提供心理輔導及支援，實行全方位照顧。



五 服務區域

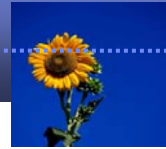
最後要一提的就是我們所服務的區域。新界西是一個新舊交替、地處遍遠的地方。區內村屋、大型屋苑、公屋夾雜，老人院林立。有些長者居室之荒僻實非大家所能想像。人跡罕至，往往在下車後還要步行一段路程。同事探訪，似是去旅行，又像是探險。曾有同事在尋找探訪地點時被三十多條惡犬圍困，



差點兒不能脫身，葬身狗口！而天水圍近年發生多宗倫常慘劇，導致當地居民及長者人心惶惶，更被人標籤爲『悲情都市』。區內新移民眾多，因教育、文化背景差異而衍生的各種人際及家庭問題

時有發生。而我們的服務對象，往往在年老多病、家庭成員磨擦、經濟拮据、適應困難等種種矛盾下，因而產生負面情緒，甚至輕生念頭。作爲社康護士，常常都要隨機應變，才可應付繁多複雜的問題。

以上各點是本人於工作時所得體驗，特色與否，實屬見仁見智。而最重要是本服務能重燃長者對生命的珍惜及關顧。我深信各速治服務團隊及社區同工亦以此目標作爲首要任務而互勉之。



淺談中醫學「鬱症」與 西醫精神病學「抑鬱症」的異同

吳兆文助理教授
香港大學行為健康教研中心

當西醫學最初傳入中國時，翻譯多參照當時既有的中醫學詞庫。中醫學的「鬱症」被視為最近似西醫精神病學“depression”，故此 depression 被稱為「抑鬱症」，並且一直沿用至今。但你有否想過「鬱」和「depression」其實是兩個不大相同的概念呢？

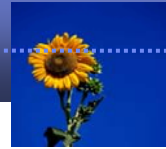
英文字典對 depression 有以下的解釋：1. 向下壓，2. 平面的凹下處，3. 低氣壓區，4. 情緒低落，5. 經濟低潮 [1]。總的來說，共通點都是有「低」的意思。美國 DSM-IV-TR 精神病診斷手冊對 major depressive episode 訂下的診斷標準亦是以情緒低下為核心要求之一 [2]，病人常形容其情緒為「低沉，悲傷，絕望，缺乏信心和勇氣，感覺似被遺棄在廢堆之下」。所以重點仍是在「低」這概念上。

但「鬱」原本是甚麼意思呢？中醫學辭典有以下註釋：1. 結聚而不舒，2. 情志不舒，3. 六鬱，即氣、血、濕、熱、痰、食 [3]。重點是「結」、「不舒」，而不在於「低」。

「鬱症」作為一種疾病名稱在中醫學已有過千年的歷史，主要概念為一種臨床上常見，以一系列「身心鬱結」症狀為特徵的症候群，例如情志鬱結，當中以「怒鬱」最為常見、梅核氣(即咽喉內有異物感，吞不下，吐不出)、納呆(近似消化不良)、心胸硬滿、善嘆息(即嘆氣、嘆息)等。根據五臟情志論，怒傷肝，故此怒鬱可以引致肝經症狀，例如睡眠障礙，情緒波動，頭痛，暈眩等。此外，由於肝克脾，故此又多見脾經症狀，主要是一些消化及排泄的毛病。治療方面以舒肝理氣為主，多透過中藥、針灸和心理輔導作為治療手段。

香港可靠的精神病流行病學調查不多，到目前來說還是只有陳佳鼎教授於一九七零年代末、八十年代初所做的沙田精神健康普查 [4]，他當時以 DSM-III 作為診斷標準，評估二十多種精神病的流行率，當中的結果大部份與西方大城市相類似，但唯獨是 depression 的流行率出奇地低，只有男：1.29%；女：2.44%！這是甚麼原因呢？香港人真的很少 depressed？還是 DSM-III 的 Depression 診斷標準對於中國人來說有一些文化適切性問題，所以不能全面察覺中國人的情緒困擾特徵？

在我們研究中心的同事，我們傾向於認為 DSM 的 depression 診斷標準缺乏了一個重要範疇，鬱。我們經常問病人你自己覺得是「低」還是「鬱」，多數都會說是「鬱」，特別是較年青的病人。但「鬱」與「低」的臨床表現可以類似，因為「鬱」的時候，功能發揮便大為下降，能量和情志水平表現低下。從中醫學的角度，驅分二者是十分重要的，因為「低」是虛證，治法是補；「鬱」是實證，治法是舒。如果誤把「鬱」診斷為「低」，並且施以補虛法，後果可以是「火上加油」，使一團結聚的能量和情志「爆炸」。



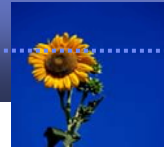
淺談中醫學「鬱症」與 西醫精神病學「抑鬱症」的異同 (II)

我們認為「鬱」這個概念不單只對中醫有用，對於其他精神健康工作者亦然，故此我們在過去兩年嘗試通過建構量表和探索性因子分析把「鬱」的概念操作化[5]，結果得出了一個3因子、16條的量表，通過心理學架構分析及專家組認證，三個因子分別命名為「執着」、「身心梗阻」和「情感、體態控制」。整個量表和三個因子的信度和效度都十分理想。鬱結與抑鬱症有不同的人口特性分佈。我們結論鬱結是一個可以被有效操作化的心理學架構，並且可以在概念上、臨床表現上和心理測量特性上與抑鬱症分辨。其因子組成對臨床介入提示了新的發展路向，並且引證了身心合一和文化因素於精神健康工作的重要性。

在我們的研究中，有一個意外而又十分有意思的發現，這就是「恐懼」跟鬱結有高相關性，而非中醫學傳統認為的「憤怒」。這結果從「五行情志論」角度看是可以理解的，「恐生怒」，但這一種怒較有可能鬱而不舒，引至怒鬱、肝鬱的情況。對於臨床的提示是我們不單只要協助當事人處理憤怒，還要進一步處理恐懼，這是一個深入得多的課題！牽涉到基本生命意義問題，不容易處理。

我們的數量化分析又發現「恐懼」和「執着」有高相關性，這不是很有意思嗎？這兩者是互相加強的，所以要處理恐懼，須要同時處理執着。可以放開、放低時，還會恐懼嗎？相反亦然，不恐懼當然便可以放開、放低、不執着。理論雖然簡單，但這些都牽涉到基本人生哲學和核心價值，是很深入的問題，超出了我們一般心理治療的範圍，看來靈性層面的問題在我們精神健康工作中是不可以逃避的！

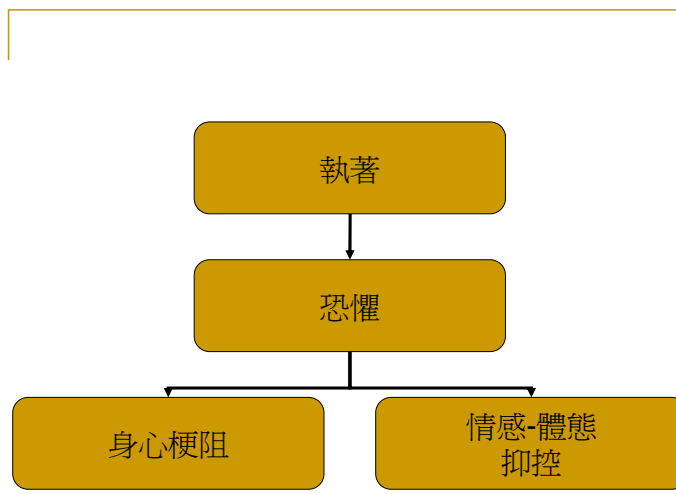
...「鬱症」作為一種疾病名稱在中醫學已有過千年的歷史，主要概念為一種臨床常見，以一系列「身心鬱結」症狀為特徵的症候群，例如情志鬱結，當中以「怒鬱」最為常見...



淺談中醫學「鬱症」與 西醫精神病學「抑鬱症」的異同 (III)

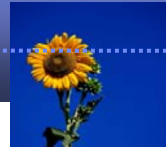
附圖是我們對鬱結機理的新觀點。對於華人精神健康服務來說，鬱結是重要的評估範疇之一，我們十分歡迎精神健康工作同業使用我們的「鬱結量表」在他們的日常臨床或研究上，[查詢電郵為 ngsiuman@hku.hk](mailto:ngsiuman@hku.hk)，我們樂意提供更詳細的參考資料和使用指示。

圖一：鬱結機理的新觀點



參考文獻

1. Longman Group UK. (1988) *Longman English-Chinese dictionary of contemporary English*. Hong Kong: Longman Group (Far East)
2. American Psychiatric Association. (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Fourth edition text revision*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
3. Yuen, Y. C., Ren, J. S., Wang, L. and Guo, K. Z. (1997) *Chinese-English Dictionary of Traditional Chinese Medicine*. Beijing: People's Health Publishing.
4. Chen, C. N., Wong, J., Lee, N., Chan-Ho, M. W., Lau, J. T. F. and Fung, M. (1993) The Shatin community mental health survey in Hong Kong. *Archives of General Psychiatry*, 50, 125-133.
5. Ng, S. M., Chan, C. L. W., Ho, D. Y. F., Wong, Y. Y., & Ho, R. T. H. (2006). Stagnation as a distinct clinical syndrome: comparing 'Yu' (stagnation) in traditional Chinese medicine with depression. *British Journal of Social Work*, 36, 467-484.



個案分享：一

潘佩璆醫生

九龍東聯網精神科顧問醫生

陳婆婆現年 76 歲，丈夫逝世後，與大兒子一家同住。婆婆過往曾患胃癌，但接受胃切除手術後已痊癒。近一年來，家人發現她脾氣越來越差，經常與媳婦爭吵，更無理取鬧，說特區行政長官有一層價值五十萬港元的樓送給她，但被媳婦據為己有。

不斷的爭吵，及胡思亂想，令陳婆婆精神極度困擾。家人越與她爭辯，她越覺得委屈，認定兒子一家合謀，要奪取她應得的財產。她越想越氣，心想不如自殺，免得最終被他們逼死。

陳婆婆經社工轉介至東九龍的預防長者自殺速治服務。經老人精神科醫生的診斷，發現她有妄想症的病徵。由於她的思想與現實脫節，且情緒相當低落，因此醫生評訂她有高度自殺傾向，須入院治療。但家屬有不同見解，他們不贊同醫生的意見。經過一番討論，最終議決由二兒子接婆婆回家暫住，以減低摩擦，舒緩緊張的關係，同時讓婆婆繼續到速治診所接受治療。

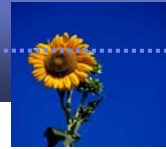
醫生為陳婆婆開了抗精神病藥，進一步的臨床化驗，發現陳婆婆血液內維生素 B12 嚴重過低，必須及時並定期補充。醫生亦轉介老人精神科社康護士作家訪，以了解婆婆與家人相處，及服藥的具體情況，並為家人提供支援。

經過一段時間的門診治療，陳婆婆的精神漸漸穩定，妄想雖然持續不散，但婆婆已能鎮靜應付，不像之前那般受妄想牽動。家屬其後安排陳婆婆入住長子家附近的安老院。在安老院居住期間，陳婆婆的妄想漸漸消散，對長媳不再仇視敵對。但與此同時，她的記憶力與其他認知能力卻逐漸衰退，經老人精神科醫生診斷，確定為失智（痴呆）症。至此，她已不能獨自生活，必須接受別人照顧。

陳婆婆的長子與媳婦十分孝順，他們不忍心把她獨自留在安老院。以前的安排實在是出於無奈。如今眼見她的妄想已消除，他們也不計前嫌，接她回家一齊生活，共聚天倫。

身體缺乏維生素 B12，在長者並不罕見。有研究指 B12 短缺與多種精神病有關，其中以失智（痴呆）症的關係最具實証支持。但亦有案例報告指妄想症也有關連。如果屬實，則 B12 短缺可能是引致陳婆婆最初患上妄想症的一個原因。





個案分享：二

潘佩璆醫生

九龍東聯網精神科顧問醫生

李婆婆今年 73 歲，自丈夫去世後，便獨自在她名下位於東九龍區的房屋居住，靠少許積蓄、生果金及兒女給她的零用錢過活。

李婆婆年輕時際遇十分坎坷，她丈夫是粗人一名，不懂愛護妻子，經常對她拳打腳踢。四十歲那年，就曾因與丈夫爭執，而被他雙手勒頸而幾乎窒息！

在垂暮之年，命運之神似仍未眷顧李婆婆。就在她以為可以安享晚年的時候，銀行突然要收去她擁有的樓房。李婆婆大驚之下，才記起原來她曾將她的物業交給兒子作借貸抵押之用。如今兒子生意失敗，根本無力還款，銀行便要收回用作抵押的物業。

面臨失去這個用畢生積蓄投資買下的物業，李婆婆吃不下，睡不著，心情極度消沈，自殺的念頭在腦裡盤旋。終於一天她吞下過量的止痛餅，然後打電話向女兒「交代後事」，女兒大驚之下，趕忙到她家，將她送進醫院。

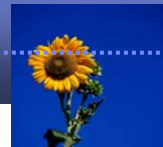
在院期間，李婆婆見過精神科醫生和醫務社工。醫生診斷認為她的自殺行為是對突如其來的打擊所產生的反應，並非患上抑鬱症。經過短時間的心理輔導，醫務社工積極介入，與家人的支持，李婆婆已初步穩定下來。出院後，她搬到女兒家暫住，並到東九龍速治診所接受跟進。

然而事情並未了結。社處經調查後，發現李婆婆自六十五歲起，雖有積蓄，卻虛報經濟狀況，以收取生果金。其實李婆婆當年已將積蓄交給兒子，作買樓首期之用。然而法律面前人人平等，社處人員雖同情李婆婆的處境，也要向她收回這十年間發放的生果金。

這次，在社工、家人及醫護人員的協助下，李婆婆積極面對另一個難關。首先，社工為她安排入住公共屋村的長者單位，申領了綜援金，然後訂出每月歸還生果金的數額與期限。李婆婆欣然接受了這一切既合理、又體貼的安排。

如今，李婆婆安住在屬於自己的長者單位，領取綜援，不必擔心子女會不會「忘記」給自己生活費。她經歷了充滿憂患的一生，現在總算可以清茶淡飯，平靜地生活了。

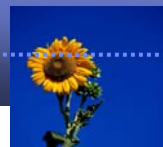




教學活動

Date	Time	Activity and Topics/ Speaker	Location	Target Audience	Telephone Number	Geographic loca- tion of target par- ticipants
7-9- 2006	2:30 pm	Depression & Stress Management Mr Daniel Chan NO (Psy)	Oi Man Social Centre for the Elderly	Elders	3129-6649	Oi Man Estate
19-9- 2006	10 am	Depression & Elderly Suicide Mr Daniel Chan NO (Psy)	Buddhist Ho wong Cheong Po Elderly Social Centre	Elders	3129-6649	Tokwawan
29-9- 2006 & 6-10- 2006	9 am - 5 pm	Elderly suicide workshop Dr MK Wong SMO/ PGS/ KES Mr T Tang, NO (Psy)/ PGS/ KES	Hong Kong Association of Gerontology	Social workers	2775-5756	MSW, NGO, para- medical staff work- ing in the elderly field in Hong Kong
8-12- 2006 & 15-12 2006	9 am - 5 pm	Elderly suicide workshop Dr MK Wong SMO/ PGS/ KES Mr T Tang, NO (Psy)/ PGS/ KES	Hong Kong Association of Gerontology	Social workers	2775-5756	MSW, NGO, para- medical staff work- ing in the elderly field in Hong Kong
20- 11- 2006	2:30 pm - 4:00 pm	Introduction of the elderly depression to voluntary workers Mr Chang Chung Ho APN	TWGHs Wilson T.S. Wang District Elderly Community Centre Sha Kok Est, Shatin	Voluntary workers	2683-7618	NT East
21- 11- 2006	2:30 pm - 4:00 pm	Introduction of the elderly depression Mr Lau Siu Fai RN (Psy)	Evangelical Lutheran Church of Hong Kong, Ma On Shan DECC	Elders	2683-7618	NT East

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

左美約醫生
新界東聯網精神科副顧問醫生

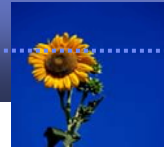
於上一期的通訊中，我們嘗試分析企圖自殺長者的個人背景與精神疾病的關係及其特點；這次我們會繼續討論其他的風險因素。

根據分析結果，¹企圖自殺長者比一般長者患有更多身體的疾患（約為三倍）；常見的包括：關節炎、骨折、癌症、糖尿病和中風等。而根據 IADL (Instrumental Activities of Daily Living) 的評估顯示，他們的自我照顧能力亦比較低。

另一方面，與一般長者比較，企圖自殺長者的性格特點包括：較內向、易感到焦慮、不合群及處事較少條理。但於對事物的開放性（openness to experience），兩者則無甚分別。

爲了找出那些生理、心理和社交上的獨立風險因素(independent risk factors)與企圖自殺有關聯，我們作了一個多元回歸分析(multivariate logistic analyses)；以下爲有關結果：（odds ratio 或危險比越高，即表示此風險因素與企圖自殺有較大的關聯。）

風險因素	危險比 (odds ratio)
1) 現行的抑鬱症	59.2
2) 有企圖自殺紀錄	39.1
3) 患有關節炎／痛	22.6
4) 不與兒女同住	5.0
5) 性格嚴謹、自律、有計劃 (Conscientiousness)	0.7
6) 自我照顧能力較高	0.3 (每一 IADL 的得分)



自殺學新知 (II)

在同一個研究中，我們也用了多元回歸分析比照「成功自殺者」和社區長者的特質，結果如下：

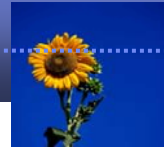
風險因素	危險比 (odds ratio)
1) 有企圖自殺紀錄	32.9
2) 現行的抑鬱症	28.9
3) 患有骨折	24.3
4) 患有關節炎／痛	11.5
5) 最近曾遷居	16.1
6) 不與兒女同住	5.0
7) 近半年內曾發生重大生活事故 (life events)	4.0 (每件事件)
8) 自我照顧能力較高	0.2 (每一 IADL 得分)

由以上的比照可見，企圖自殺長者和「成功自殺者」的概況(profile)有許多相近的地方。

最後，如果我們比較成功自殺者及企圖自殺者的風險因素，我們發現「成功自殺者」於近期曾經歷較多的生活事故（每一事故的危險比約為 4 倍），尤其是因身體疾病而住院者。他們也較常患有慢性阻塞性氣管病，和持守傳統信仰；但同一對照亦顯示成功自殺者較企圖自殺者有較高的自我照顧能力 (IADL)，而其性格或行事一般也較有計劃，這可能解釋了為何他們自殺成功的機會較高。

討論

1. 這個研究主要探討風險因素與後果（企圖／成功自殺）的相關性，並對兩者間的實際關係作多方的詮釋。
2. 在長者中，企圖/成功自殺案主的概況相似度很高；在兩個組別中，他們都顯示出很強的自殺意圖，亦會使用較「暴力」的方法，這現象在一般成年人是很不同的。^{2,3} 外地研究亦顯示，每二至四宗意圖自殺的長者個案中，則有一個成功個案（一般成年人中的比例約為八至二百比一）。⁴
3. 研究亦顯示，成功自殺的最大風險因素是有企圖自殺的前科（危險比為 32.9）。加上其他上述的因素，這在在都說明我們須要嚴謹探討和跟進每一宗的長者企圖自殺個案。
4. 分析結果也印證了自殺的風險因素是很多樣化的，故此一個成功的防止自殺計劃必須要有跨科際 (Multidisciplinary) 的參與。
5. 它們當中，現行的抑鬱症是企圖自殺者中最大的風險因素；我們估計，長者可能不願談及自己抑



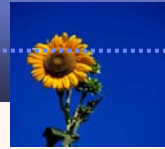
自殺學新知 (III)

鬱的情緒，也較有可能以「軀體化」(somatization)的方式表達自身的情感，⁵以致醫療人員不察覺他們的情緒變化；家人亦可能忽視長者的不快情緒，以致長者的抑鬱症狀未被及早發現。

6. 我們也檢視了一些較高「風險」的身體疾病；它們常伴有難以忍受的症狀(如關節痛等)；而分析亦顯示最近出院的長者會有較高的自殺機會。這些結果帶出一個信息：我們有需要加強老人精神科的會診服務 (Consultation-Liaison Services)，並推廣針對長者的抑鬱症檢測，如使用 Geriatric Depression Scale (GDS) 等，俾使我們可以及早發現醫院中有自殺傾向的長者，並作出適當的跟進。
7. 許多有關中國人的社會研究顯示，同住子女是長者情緒的一個最重要的支援源頭。^{6,7} 隨著社會「小家庭」化的趨勢，我們必須加強社區對長者情緒及生活上種種需要的支援。
8. 企圖或成功自殺長者的性格特質和一般社區人士有些不同；成功自殺長者的宗教信仰和企圖自殺長者也有分別，但這背後的原因和對自殺防治計劃的意義則有待進一步的探究。企圖自殺長者和成功自殺長者的比較可以幫我們找出前者中「風險」最高的一群，因為過往的研究指出，企圖自殺者和成功自殺者的概況愈相像，他們往後自殺的機會就愈高。⁸
9. 我們期望這個研究可以對防止老人自殺的計劃提供參考性的數據；另一方面，我們期待對本研究的題目和內容可再作進一步的跨文化探討，以充實我們對長者「自殺學」的認知。

參考文獻

1. 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.
2. Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide Life Threat Behav*. 2001;31 (Suppl):32-47.
3. De Leo D, Padoani W, Scocco P, et al. Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre Study of Suicidal Behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:300-310.
4. McIntosh JL, Santos J.F., Hubbard R.W., Overholser JC. *Elder suicide: research, theory and treatment*. Washington DC: American Psychological Association; 1994.
5. Parker G, Gladstone G, Chee KT. Depression in the planet's largest ethnic group: the Chinese. *Am J Psychiatry*. 2001;158:857-864.
6. Chi, I and Boey, K. W. A Mental Health and Social Support Study of the Old-old in Hong Kong. Department of Social Work and Social Administration, University of Hong Kong; 1994
7. Sun R. Old age support in contemporary urban China from both parents' and children's perspectives. *Res Aging*. 2002;24:337-359.
8. Pallis DJ, Gibbons JS, Pierce DW. Estimating suicide risk among attempted suicides. II. Efficiency of predictive scales after the attempt. *Br J Psychiatry*. 1984;144:139-148.



讀者來信

問：有冇老人家同我一様唔開心，要睇醫生？

答：如果你最近經常覺得情緒低落、悲觀、緊張、焦慮、對事物或以往的嗜好失去興趣、有無助感、絕望感、罪惡感、容易疲倦、食慾不振、體重下降、失眠、不願參與活動、無心打扮、缺乏活力、精神難以集中、思考困難、缺乏信心、過份自責或自疚、有自殺傾向，你便可能患上老年抑鬱症。老年抑鬱症是很常見的，如果你長期覺得唔開心，又有以上所描述的徵狀，便應及早求醫，以確診自己是否患上老年抑鬱症。正所謂病向淺中醫，越早治療，效果越佳。

問：抑鬱症等唔等於痴線，要入精神病院？

答：抑鬱症可以說是一種情緒病，病者會長期覺得唔開心、容易疲倦、食慾不振、體重下降、失眠、不願參與活動、過份自責或自疚，嚴重者甚至會有自殺傾向、自殺念頭。

普遍來說病者如患上較輕微的抑鬱症，只需定期到精神科門診看醫生，按時食藥，情況便會得到改善。如果病情非常嚴重，即是病者有自殺傾向或行爲，病者便可能需要接受住院治療。在香港，有很多間醫院都提供精神科住院服務，計有港島區的瑪麗醫院、東區尤德夫人那打素醫院，九龍區的九龍醫院、基督教聯合醫院，西九龍區的葵涌醫院、新界區的青山醫院、大埔醫院、沙田醫院。病者可根據自己的住區入住就近的精神科病院或病房，接受治療。

編輯委員會

本刊由老人精神科速治服務快訊編輯委員會制作。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

新界東聯網精神科副顧問醫生

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社康護士



本刊預計全年出版三期，為電子刊物。

本刊文章內容屬個人意見，並不代表編輯委員會立場



我們歡迎讀者以電郵方式提問及賜教。電子郵箱地址為：

espiphk@yahoo.com.hk

