

Mental Health in Action 精神健康的實踐 (2)

課堂內容

A. 情感障礙 (Affective Disorders)

甲、抑鬱症 (Depression)

乙、躁狂症 (Mania)

B. 認知障礙症 (Dementia)

C. 兒童及青少年精神問題及病患

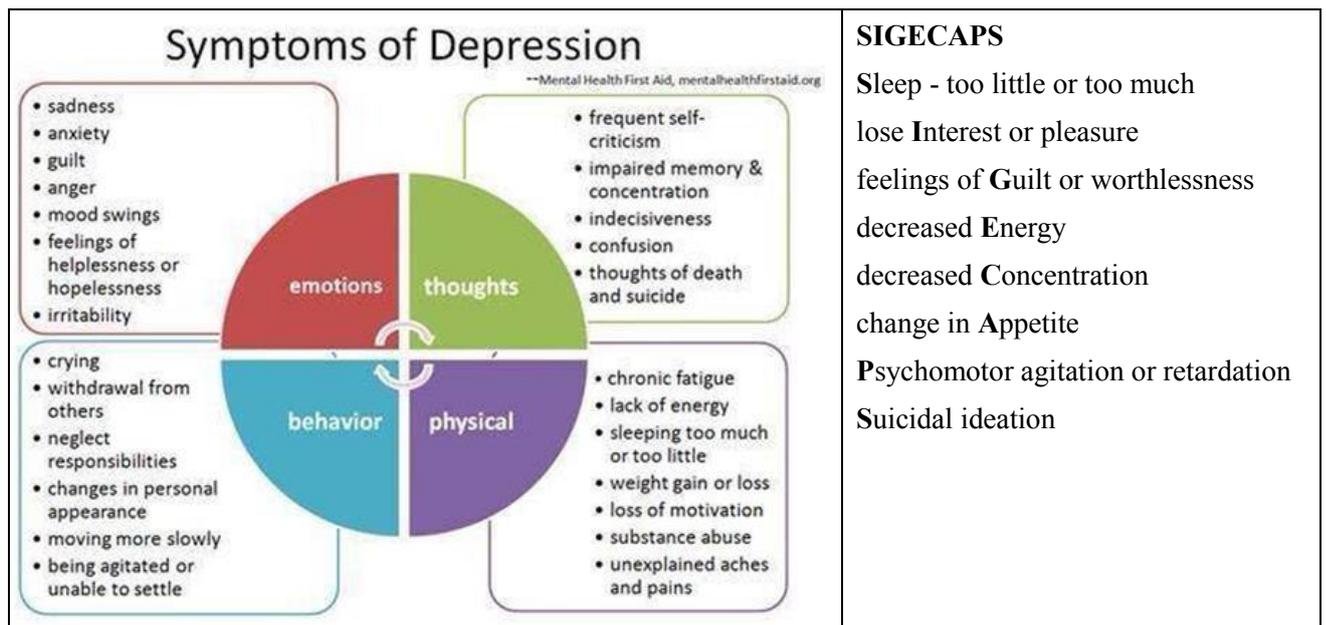
A. 情感障礙 (AFFECTIVE DISORDERS)

甲、情感障礙的分類

- i. 重度抑鬱症 (major depressive disorder)
- ii. 輕度抑鬱症 (mild depressive disorder)
- iii. 躁狂症 (mania)
- iv. 雙向性障礙 (bipolar disorders)

乙、抑鬱症 (DEPRESSION)

- 抑鬱症指病人在至少兩週期內呈現憂鬱情緒，感到悲傷，而且對所有或幾乎所有活動失去興趣，食慾減少且體重明顯下降，失眠或嗜睡，思考能力或專注力減退，無決斷力。
- 患抑鬱症的病人感覺自己沒有價值，有罪惡感，會重複出現無特別計劃的自殺意念。



丙、躁狂症 (MANIA)

- 躁狂症病人與抑鬱症病人的徵狀剛好相反，病人於躁狂發作 (manic episode) 時呈現情緒昂奮，活動過多，意念飛躍，有誇大妄想或攻擊性行為。

丁、雙向性障礙 (BIPOLAR DISORDERS)

- 病人會週期性的呈現抑鬱期及躁狂期，其情緒會有兩極端的表現。
- 一般而言，病人表現情緒高漲、興奮，此情況連續維持數日至數月，之後其抑鬱期漸漸出現，經數日至數週而呈現出抑鬱徵狀。
- 在躁期及鬱期之間，病人情緒和行為處於正常情況，不過大部份病人仍會呈現一些情感障礙症狀而無法完全恢復病發前的功能。
- 治療

1. 藥物

a. 三環抗抑鬱劑 (Tricyclic Antidepressants)

- Imipramine (Tofranil)
- Amitriptyline (Saroten)

b. 選擇性血清素回收抑制劑 (Specific Serotonin Reuptake

Inhibitor; SSRI)

- Fluoxetine (Prozac)
- Sertraline (Zoloft)

c. 單胺氧化抑制素類 (Monoamine oxidase inhibitors; MAOI)

- Isocarboxazid (Marplan)
- Phenzamine (Nardil)

- Lithium Carbonate 是常用於治療躁狂症的藥物
- 抗精神藥物如 Haloperidol, Tegretol 亦對躁狂症有治療效用

2. 腦電盪治療 (Electro-convulsive therapy, ECT)

3. 心理治療

B. 認知障礙症 (DEMENTIA)

- 認知障礙症又稱「失智症」，是多種引致腦部功能不正常地衰退的病患之統稱。患者的記憶力及其他認知功能（例如學習、理解、語言運用、方向感及判斷力等）會逐漸失去。
- 有些病人也會有抑鬱、幻覺或人格改變的病徵。

1. 輕度認知功能障礙 MILD COGNITIVE IMPAIRMENT, MCI

- Mild cognitive impairment - 這與認知衰退不同，不是衰老的正常部分，也不能稱為 Dementia，因為這些症狀不夠嚴重。
- MCI 不算是一個「病」，準確點形容該是一種「高危狀況」。
- 現時 MCI 並無藥物可減慢退化速度，不過一些有益腦部健康的活動，應有正面作用。
- 診斷
 - 問卷或臨牀觀察
 - 腦部生理檢查，如磁力共振檢查。

2. 認知障礙症有甚麼種類？

I. 阿滋海默氏型癡呆症 (Dementia of Alzheimer 's Type)

- 原發性(大約 5%的 65 歲以上及 20%的 80 歲以上人口患有阿滋海默氏症)

II. 血管性癡呆症 (Vascular Dementia) 次發性

III. 混合性癡呆症 (Mixed Dementia) 45 % 患者有時會存在兩種 (或以上) 的病因

IV. 其他一般性醫學狀況造成的癡呆症 (Dementia due to other Medical Conditions) 帕金森病 (Parkinson' s Ds); 利維體癡呆症 (Lewy Body Disease / Dementia with Lewy Bodies (DLB))

V. 額顳癡呆 (FTD) Frontotemporal Dementia (FTD)

3. 症狀

➤ 最近記憶

➤ 語言

➤ 視覺空間功能

➤ 執行功能

I. 阿滋海默氏型癡呆症

➤ 健忘嚴重到足以影響他們的工作或生活。

➤ 情緒變化，多任務處理困難，錯放東西，重複事情，混亂，組織和表達思想困難，迷失方向。

II. 血管性癡呆症

➤ 記憶喪失，注意力變差和混亂。可能會發生突然，或在“步驟”時間。

4. 認知障礙症的十大警號

● 短期記憶力下降，影響日常生活/工作

- 經常忘記個人物件存放的位置
- 執行熟悉的活動時感到困難
- 對時間、地點及人物感到混淆
- 失去參與活動的主動性
- 語言表達/理解有困難
- 判斷力減退
- 思考/計算能力下降
- 情緒/行為變得變幻無常
- 性格轉變

5. 治療認知障礙症

- 確定病因: 詳細查詢患者的病歷、作身體檢查、和進行其他有關的測試 (如血液化驗、腦部掃描等)。
- 藥物方面、因應病因和病情、醫生可能會處方「膽鹼酯酶抑制劑」 (Cholinesterase inhibitors) 以促進患者的記憶和其他的認知能力。這類藥物包括 Aricept、Exelon 及 Reminyl 等
- 抗氧化劑: 維生素 E 可能減慢部份患者的腦部退化。
- 治療心理和精神症狀 (如失眠、情緒波動或幻覺等)的藥物...Atypical、SSRI 等。
- 心理方面: 家人要與患者保持良好的溝通、體察他們的能力和需要、加以幫

助。定時的起居作息習慣，使用記事簿和日記等，可以減少記憶問題所造成的不便。

- 治療性活動: 懷緬治療和現實定向等，分別可以促進患者的表達能力和對環境的認知。另外，適當的體能和社交活動，配合舒適和安全的起居環境，也會減慢患者各方面機能的退化，和提升生活質素。

C. 兒童精神問題及病患

甲、學前兒童的行為問題 怎樣才構成問題？

- 頻密....及持續....
- 跨場合....及對象...
- 嚴重
- 影響表現
- 面對急性壓力時大腦神經生理會被急速活化，當威脅過後大腦會向下調節壓力反應，使大腦恢復原來功能，屬於可逆反應。
- 當壓力延長、嚴重或重複發生，所引發的神經傳遞物質活化反應將會變成不可逆，對兒童腦部發育造成顯著影響，使兒茶酚胺 (Catecholamine) 活性異常。
- 持續暴露在高頻率及高壓力創傷下的兒童，其神經結構很有可能發生永久性變化，造成他們無法學習與控制自己的行為。
- 可能促發發病的壓力源包括：雙親離異或感情不睦、生活環境擁擠雜亂、家庭低社經狀態、雙親有精神症狀或法律問題、家庭瓦解 (分居、寄養) 及虐待 (身體、心理及性虐待)。
-遺傳因素??!!!

「孩子還小，過一些時候便會自然改善的了，是嗎？」

- 學前兒童的行為問題有極強的延續性
- 於 3、4 歲時被認為「難於處理」的孩子，約一半至三分之二於 9 歲及 13 歲時，

仍然有明顯的困難行為 (Campbell 1986)。

- 差不多一半於 3 歲時有明顯多動問題的孩子，於 11 歲及 15 歲接受再評估時，被評定有專注不足及過度活躍症 (McGee 1991)
- Richman (1982) 亦發現三分二於 3 歲時有嚴重問題行為的孩子，於 8 歲時仍有困難行為
- Loeber (1991) 發現，差不多一半有暴力問題的青少年，其問題可追溯至學前時期；假如兒童於 7 歲時已相當暴戾及富破壞性，差不多一半機會他於青少年時也持續有暴力傾向
- 不單多見於男孩 (男女比例約二比一)；男孩子持續有問題行為的機會也較女孩子高

兒童氣質量表：由下列八項來進行評估。

1. 活動度：兒童全天活動中，其動作的快慢及活動的頻率。
2. 規律性：兒童反覆的生理機能，如吃、喝、睡是否規律。
3. 注意力分散度：兒童被外界刺激干擾而改變正在進行之活動的難易度。
4. 趨避性：指兒童面對第一次接觸的人、事、物、情境時之反應，為退縮(避)或接受(趨)。
5. 適應度：兒童對適應新的人、事、物、情境的難易程度。
6. 反應：引起兒童反應所需的刺激量。
7. 反應強度：兒童對刺激所產生反應的激烈程度。

8. 情緒本質：兒童在一天中所表現的正向情緒及負向情緒的比例。

乙、兒童壓力訊號

● 身體的反應

1. 反抗反應

- 有攻擊性和敵意、自誇、橫蠻無理、無禮粗暴、自虐、偷竊、考驗或反抗權威、使用髒話罵人、很難與朋友相處、不尋常的嫉妒好友及兄弟姊妹、虐待動物等。

2. 逃避反應

- 依賴父母、不喜歡上學，逃避現實—沈迷電影、電視或電腦遊戲、虛構友愛、自詡超人，幻想角色、占星術、天文奇景、符咒、秘方等。極端的白日夢、沈睡症，有如嬰兒的退縮行為。飲食過量。沈默、孤獨、害羞、做代罪羔羊等。

3. 夢魘反應

- 作惡夢、尿床、磨牙齒。潔癖的強迫性行為、堅持完美、大驚小怪。容易疲倦、常常嘆氣或打呵欠。大哭、易怒、缺乏耐性、粗心大意、意外事件增多。過度的活動、口吃、說話速度快、緊繃身體、手及肩彎曲趨前。失眠、夜遊症等。

丙、破壞性行為障礙

- Disruptive behaviour disorder

1. 對立性反抗症
2. 品行障礙
3. 過度活躍症

破壞性行為障礙有多常見？

- 兒童及青少年: 5 至 15%
- 男女比率: 4:1
- 低下階層
- 社會福利署: 18 歲以下; 18.9% 有 “外發性行為”

學前兒童:

- 本地研究: 3 至 4 歲; 分別有 17.9%, 4.6% 及 0.8% 有輕微、中等 或嚴重的
問題
- 母嬰健康院問卷調查: 4 歲; 10.5% 有臨床程度的問題

1. 對立性反抗症
 - 於學前兒童或小學生當中較為普遍
 - 易鬧情緒、與大人爭執、不服從指示、故意觸怒別人、推卸責任、易怒、懷恨在心，過分的報復行為等
 - 有可能惡化，成為品行障礙。
2. 品行障礙 (CONDUCT DISORDER, CD)
 - 年紀較大的兒童及青少年

- 違反家庭及校內的規條，甚至破壞法紀
- 攻擊行為、打架、恐嚇別人、攜帶武器、虐待動物甚至人，欺凌弱女、放火、偷竊、逃學、離家出走、說謊和毀壞他人財物等
- 「暴風少年」、「邊沿少年」

3. 過度活躍症 (ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER, ADHD)

- 活動過多 (Hyperactivity)
- 注意力集中困難(Inattention)
- 衝動任性 (Impulsivity)
- 較同齡或近似發展水平的孩子，出現持續及明顯的差異，並影響表現

根據 Campbell 的研究:

- 差不多一半於學前時期被認為難於處理、富騷擾性的孩子，到 8、9 歲再接受評估時會被診斷為有過度活躍症。
- 在嚴重品行障礙的孩子，高達四成半至七成會同時患有過度活躍的問題，可見兩者的密切性。
- 「為甚麼孩子會出現破壞性行為障礙？」
 - 並無單一因素可以解釋所有個案
 - 是複雜的生理及環境因素互動下

i. 生理因素

- 腦部的功能問題有關

- 大腦半球前端的額葉
 - 額葉是人腦的重要執行及指揮中心，它影響著我們的情緒、動機、判斷及計劃等功能。
 - 研究發現，這些孩子的額葉新陳代謝較慢、血流量較低，並且額葉的腦電波出現異常，反影其額葉功能不足

- 「杏仁體」(amygdala) 的功能區出現功能障礙
 - 腦半球側面顳葉 (temporal Lobe) 的前端，它亦有調控情緒的功能
 - 分析及詮釋面部表情的能力構成影響，令掌握社交提示的能力較差

- 腦部化學平衡可能有差別
 - 中樞神經系統中的「血清素」(Serotonin) 活躍性較低
 - 睪丸酮 (Testosterone)
 - 唾液中的腎上腺皮質激素 (Adrenaline) 卻較低
 - 腦部的去甲上腺素 (Noradrenaline) 系統
 - 母親於懷孕期仍然吸煙
 - 尼古丁及一氧化碳
 - 只接觸較低劑量的尼古丁，已可以令腦部的去甲上腺素 (Noradrenaline) 系統出現不建存
 - 腦部發展的損害，引致腦部功能障礙，影響兒童心智發展，使他們的自制、分析及判斷能力較差，致使他們變得頑劣，難以管教。

- 早產嬰、低出生體重及母親於懷孕期間吸煙或濫藥的孩子，出現破壞性行為的機會顯著增加

ii. 遺傳因素

- 無明顯的證據顯示單一遺傳因子是構成破壞性行為障礙的主要原因。
- 「易傷性」(vulnerability/弱點)
- 特定的負面環境因素

iii. 發展因素

- 脾性 (Temperament)
- 與生俱來，有一定遺傳因素而非受後天影響而形成

智能不足

- 輕度 (Mild):50-55 至 70
- 中度 (Moderate):35-40 至 50-55
- 重度 (Severe):20-25 至 35-40
- 極重 (Profound):<20-25
- 智能不足者佔所有人口之 1%，男性人數為女性之 1.5 倍，罹患精神疾病的機會是一般人的 3~4 倍。
- 適應功能無法達到其年齡所被預期能力。
- 智能低易有破壞性？
- 無明顯關係

- 聰明 OK ?
- 不一定

讀寫困難/特殊學習障礙

- 約三分之一有讀寫困難的孩子有較嚴重的品行問題；而有品行障礙的青少年，有三分之一有閱讀障礙
- 承受極大的家庭、學校及人際關係壓力
- 掌握社交提示較差
- 容易認為別人有惡意
- 傾向選擇暴力處理
- 缺乏同理心

iv. 家庭及社會因素

- 家庭問題及管教方法
 - 家庭問題
 - 較多的困難，來自社會較低下階層，單親或再婚家庭
 - 父或母本身較多心理健康問題，例如抑鬱、濫藥、性格缺陷、行為偏差甚或犯罪紀錄等。
 - 父母婚姻不和，缺乏有效溝通及分工，甚至不能好好處理自己的拗撬及負面情緒，也較難有效去管理孩子

- 家庭暴力
- 虐兒
- 父母管教方法:
 - 缺乏監管
 - 父母不和
 - 排斥自己的孩子
 - 用高壓，嚴厲但反覆無常的方法去維持孩子紀律
 - 對孩子的生活缺乏參與及關心

V. 社會環境因素

- 社會大環境，包括貧窮、弱勢社群、缺乏社區支援、居住地方品流複雜、過分擠迫、家庭孩子過多等因素
- 而是透過其對家庭功能的損害、父母的壓力及適應等因素去產生負面影響。

診斷檢查

- 身體評估及神經學檢查
 - 腦波圖 (EEG)、電腦斷層攝影 (CT scan)、正子散射斷層掃描 (PET)、視力及聽力測驗、語言發展檢查、構音檢查等。
- 精神狀態檢查
 - 一般外觀、動作行為與協調、談話與語言運用、思考與知覺、情緒、人際互動。

- 實驗室檢查
 - 常規血液及尿液生化檢查、代謝功能檢查、遺傳學檢查、甲狀腺功能、血液或尿液藥物檢查等。

- 心理測驗
 - 智力測驗、發展測驗、自我功能技巧評估。

「應怎樣去幫助這些孩子？」

- 需要跨職系 (multi-disciplinary) 的專業人員進行評估及介入

- 醫療隊伍外，學校人員、教育專業及社會福利機構

- 治療的方向主要是針對改善父母與孩子間的相處和管教方式
 - 父母管教訓練

 - 對孩子個別輔導

 - 小組治療

 - 家庭治療

 - 藥物治療
 - 藥物並不能直接改善破壞性行為

 - 假如孩子本身有其他併發問題，例如過度活躍症

 - 其他非藥物治療無效

 - 情況嚴重、特別是暴力或衝動行為

 - 中樞神經刺激劑: Ritalin

- 情緒穩定劑: Lithium, Sodium Valproate, SSRI
- 安定劑: neuroleptics
- 其他: Clonidine

- 住宿服務

- 問題愈複雜，時間愈曠日持久，治療也更困難

丁、自閉症

- 自閉症是成長障礙的一種...
- 自閉症係指兒童有知覺、動作、注意力、現實感等多方面的發展障礙。
- 成因懷疑源於大腦生理問題所致
- 精神醫學會研究顯示，每萬名人口中有 2~5 名自閉症患者，男性為女性的 4~5 倍。
- 1943 年由簡那醫生 (Dr. Leo Kanner)發表醫學研究報告後，命名該成長障礙為『自閉症』。
- 患者常見的行為特徵
 - 和別人相處有障礙；
 - 害怕正視他人的目光；
 - 與人相處態度冷漠欠缺感情；
 - 愛用手勢表達需要；
 - 不愛用語言溝通；

- 裝作聽不到別人的說話；
 - 有過份活躍的行為表現；
 - 愛從事非一般性的遊戲活動；
 - 抗拒學習的安排；
 - 對某些物件有難以解釋的依附及擁有欲；
 - 面對危險的場合或事情，面無懼色；
 - 愛獨處、不合群；
 - 身處嘈雜環境中，情緒極為不安定；
 - 缺乏安全感；
 - 對改變生活習慣有強烈抗拒反應；
 - 愛重覆性地轉動某些物件；
 - 害怕身體接觸；
 - 害怕別人擅闖特定私人領域空間；
 - 過敏性的自衛反擊行為；
 - 自我傷害行為（拔頭髮或體毛、抓傷手、拍打身體、...等）；
 - 強烈追尋生活習慣的同一性
- 社交能力
 - 理解/不能預期一般人的感受、想法、需要和說話的用意，不想取悅人，不想溝通，沒有主動和自發性，不能有共有注意力 (joint attention)，或是不

理解社交禁忌、不能與人正常地交往。

- 語言

- 不說話，鸚鵡式學舌，發展遲緩，其他異常情況：如對節奏掌握有問題、說話音調的或高或低、字彙的異常，容易混淆意義相反或有關連的成對的詞語，說話內容單調、答非所問、沒有相向性的交談。

- 語言方面似乎繞過了中央的思維。就算語音、聲律、語法準確，它們綜合的語言卻欠缺整體的意義。整體和重點思考能力的缺失，令自閉症人士不了解溝通的基本目的。

- 「你」、「我」；「這」、「那」；「來」、「去」等詞語的倒轉運用

- 這些詞語的運用須視乎誰是說話者、誰是聆聽者，所以掌握背景時較為困難。

- 異常的聲調、說話速度、流利程度、語氣的強調

- 行為

- 主要指不良的行為，自閉症較常見的刻板、重複的行為（可能源自焦慮或單一的愛好），儀式性行為，自我刺激行為；較少見的強迫性、攻擊性、自殘（可能是承受不了太多的感官刺激）、多動、滋擾性行為；欠缺假想遊戲。

- 情緒

- 容易發脾氣（由於不懂得如何表達意願或感受），焦慮（由於不了解整體、不能預測結果、不能接受改變），恐懼。

- 認知能力
 - 弱點如不能作重點或整體思考 (weak central coherence)
 - 想法簡單 - 非黑即白式、缺乏彈性，引致很多時候不能用傳統方法學習
 - 組織能力弱、難以類化所學 (思考和所學停留在某一畫面/場景)
 - 對預測結果感困難 (因不能從經驗中學習、不能前瞻來作出結論)
 - 對時間的理解和掌握有困難
 - 對物件的界線和關係的理解有困難、在一些假扮行為中，有些兒童不能分辨真實和假扮
 - 執行的困難 (executive dysfunction)
 - 注意力不集中：對環境可以是全不留意或茫然不覺 (Wing,1978)
 - 只對某些刺激產生反應 (stimulus overselectivity - Lovaas; Kinsbourne,1989) 和難以轉移注意力。
 - 長處如擅長視覺思維、視覺空間處理能力較一般人高。
- 伴有感官反應異常 (過敏或遲鈍) 的問題
 - 包括視覺、聽覺、觸覺、嗅覺、味覺、痛覺、壓覺、冷熱、身體處於空間中的平衡感 (proprioceptive)、顏色、單信道反應 (mono channel) ，也有可能是感知組合的異常，令腦部不能理解所見或所聞。
- 矯治的目標
 - 促進正常發展。

- 消除不適當行為。
- 避免及消除固定刻板行為。
- 以三個重點處理學生的行為問題：

前因 Antecedent	出現這種行為前的情況，尤其是導致行為出現的事件，例如某人做了某些事情，以致自閉症學生出現問題行為
行為 Behaviours	受關注的問題行為
後果 Consequences	在問題行為出現後隨即發生的事情，例如教師、同學，或旁人的反應，以及自閉症學生因而得到的對待等

D. 中學生常見精神健康問題

1. 思覺失調

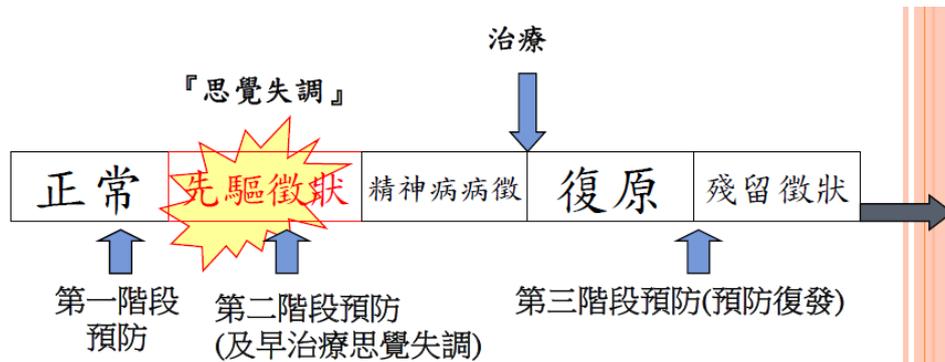
- 一種早期不正常的精神狀態 (Early Psychosis) 患者的思維、感覺和情緒出現問題，而與現實脫節 若果不及早治理，會發展成不同的精神病
- 主要徵狀
 - 思想及言語紊亂
 - 談話內容常常離題，甚至語無倫次或者是內容貧乏，變得沉默寡言
 - 妄想
 - 一種脫離現實，難以置信的 思想，但患者卻是深信不疑
 - 多數患者變得多疑，會深信被監視、跟蹤及有被迫害的想法
 - 幻覺
 - 患者看到、聽到或感覺一些不存在的影象或聲音。
 - 例如：沒有人在身邊，卻聽到有人對他們說話 / 會表現出自言自語，或無緣無故地笑或發怒。

(假若有親友出現以上三個徵狀，有可能他已患上『思覺失調』。)

- 每年的新症發病率 (Annual Incidence)
 - 每一萬人裏，每年可以有 5 個 出現個案
 - 『思覺失調』狀態較多於青少年期及早期成年時發生
- 思覺失調的成因

- 先天：遺傳
- 後天誘發性：壓力、藥物誤用、腦部病變等

■ 病向淺中醫



及早察覺『思覺失調』好比子宮頸檢查和乳房檢查，為的是要及早發現及防止其發展成嚴重疾病。

- 延誤診治普遍 - 根據香港的研究資料顯示，思覺失調人士平均於情況出現後一年半才求診。

■ 為何要及早治療？

在思覺失調這個早期階段接受治療

- 需要治療藥物的劑量較少
- 減少併發症
- 康復效果更理想

■ 延續治療服務

為青少年患者提供度身訂造的治療方案，包括

- 藥物治療
- 心理健康教育

- 身、心、社交復康計劃

2. 抑鬱症

3. 焦慮症

4. 拒絕上學

- 學童主動堅拒上學，或不願留在學校一整天

- 約 5%學童

- 男=女

- 某些學校生活的過渡期較多見

- 某些學者的定義不包括紀律問題的學生

- 表現方式

- 早上的「鬥爭」

- 身心症 (psychosomatic complaints)

- 研究發現:

- 50%:無精神健問題

- 1/3: 操行問題

- 1/4:情緒問題

- 情緒問題:

- 分離焦慮

- 抑鬱

- 恐懼(phobia)

- 家庭狀況: 關係過分密切/疏離、矛盾爭拗、孤立
- 影響:學業，家庭，人際關係的發展；長遠來說有精神健康問題機會較高、就業困難

■ 處理

- 需全面評估，包括個人、家庭、學校、學習困難等
- 多元化治療
- 行為治療
- 認知行為治療
- 家庭治療、親職訓練
- 學習支援
- 藥物，尤其當情緒徵狀嚴重

5. 厭食症 (或稱神經性厭食症) (ANOREXIA NERVOSA)

- 發病多始於青少年期(約 85%發病於 13 至 20 歲之間)
- 發病率:0.5 – 1%
- 女性的患病率較男性高約十倍，患病期可長達幾個月至數年不等。
- 職業需要而維持體重，例如歌星、演員、模特兒和運動員
- 厭食症亦多來自較富裕的家庭，患者的其他家庭成員會較易出現類似的病徵。

■ 徵狀

➤ 心理方面

- 十分怕肥，即使體重低於正常值，仍覺太肥胖。
- 過份重視身材和體重，將此作為對自己評價的標準。

➤ 行為方面

- 極度節食、食量極少、過份避免脂肪和糖、有時甚至只喝飲料，並且拒絕進食和否認飢餓感，減肥成為一種習慣。
- 為保持體重而強迫性地過量運動
- 濫用減肥藥物來減低體重，例如減肥丸、服用瀉藥及利尿劑等
- 設法將吃下的食物弄出，例如嘔吐
- 雖然有厭食感，但卻熱切為別人買菜烹調

➤ 生理方面

- 體重劇減 (低於標準體重的 15%)
- 月經不規律或甚至停經

■ 成因

➤ 社會價值觀影響

- 社會「瘦身」之風盛行，時尚推崇體態纖瘦輕盈，減肥廣告及宣傳處處可見。肥胖更被連帶一些負面意思，例如笨鈍、無朝氣。故部分青少年會嘗試以節食來跟隨潮流，嚴重者會引致厭食行為。

➤ 個人心理/朋輩間的影響

- 感覺節食減肥可讓他們操控自己的生活而達到自主目的。
- 朋輩間的影響，例如羨慕減肥成功的同學/朋友
- 對身體形象的認知有扭曲或偏差，因而產生錯誤的節食觀。

➤ 壓力因素

- 青少年在青春期面對成長的困惑、學業/家庭/感情的問題等，會形成相當壓力，激發起厭食的現象。

➤ 職業因素

- 因職業需要而維持體重，例如演員和運動員，較易罹患此症。

➤ 生理因素

- 可能與腦部功能失調有關

■ 個人影響

➤ 生理方面

- 脫髮、皮膚乾燥、指甲脆弱
- 體溫低、手腳冰冷、臉色蒼白/發黃
- 心跳減慢、血壓低、易頭暈
- 便秘、失眠
- 骨質疏鬆、關節腫脹、不規律心跳
- 月經失調或停經

- 長期造成腸胃功能衰竭、器官收縮，以致無法進食
- 濫用減肥藥物可引致營養不良、貧血、體內電解質不平衡等

➤ 情緒方面

- 情緒低落、沮喪、焦慮、缺乏耐性、不喜與人交談/交往、精神無法集中
- 通常附帶其他病症，例如精神/心理的困擾、抑鬱、強迫症等，嚴重會引致自殺

■ 治療

➤ 患病初期

- 初期患者較易受助，可接受門診服務，主要透過個人認知心理治療、行為治療和家庭治療去改善飲食和生活習慣，從而恢復正常體重。多與患者談論其面對的困擾和問題，例如學校、感情、家庭問題等，以糾正患者對食物及自己的錯誤思想、建立正確的觀念和行為。家人的協助亦很重要，例如看管患者每餐的進食量，以確保其攝取充足營養、協助患者適應成長和挫折等。

➤ 病情嚴重

- 假如基本治療對患者無效、或體重下降到有生命危險時，病人需入院接受治療。
- 住院和非住院的治療差不多，大多用飲食控制和心理治療，加上有

醫生/護士跟進療程進度，患者大多數可以得到康復。

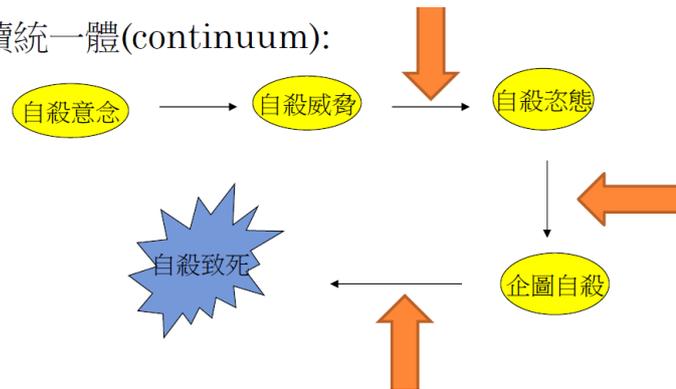
醫治憂鬱或自殺傾向

6. 自殘行為

- 刻意，但不危害生命或對身體造成嚴重的傷害，行為是社會不能接受的
- 割手:自殘行為中最普遍的一種
- 刀片或其他利器輕輕手或身體其他部分的表層皮膚的重複行為
- 較多見於女性
- 為什麼？
 - 自殘行為是他們應付困難的方法
 - 不懂得有效地處理個人情緒及壓力
 - 割手等行為引致的痛楚能暫時減低他們心理上所承受的壓力或發洩內心的憤怒情緒。
 - 操縱、對抗、報復
 - 朋輩影響
- 割手不等於自殺行為？
 - 並不容易界定
 - 命名(nomenclature) 及分類(classification)混淆

➤ 意圖(intention):矛盾

○ 連續統一體(continuum):



■ 刑手者都有精神病?

➤ 可能只是一時衝動

➤ 慣性刑手/自殘者

- 身心適應差

- 家庭問題

- 紀律問題

- 性格障礙:衝動、人際關係欠佳、其他鹵莽行為

- 抑鬱、焦慮問題

➤ 接受評估

7. 濫藥

8. 青少年自殺

■ 全球性問題

■ 主要致死原因

■ 佔自殺個案 5%

- 過去 10 年自殺率上升~2 倍
- 每一自殺致死個案，就可能有 100 至 200 宗企圖自殺個案，一成本港青少年曾企圖自殺
- 本地研究:自殺意念
 - 10.7% 中學生
 - 14.9% 小學生
 - 20-30% 青少年
 - 有自殺前科:單一最重要因素
 - 15%企圖自殺者最終於結生命
 - 30% 15-19 歲組別自殺者有前科
 - 有 1%自我傷害者於一年內自殺身亡
- 自殺....為甚麼?
 - 複雜的行為
 - 生理、心理及社會因素(Bio-psycho-social model)
 - 生理因素;
 - ✓ 腦部血清素活躍性較低
 - 心理及社會因素
 - ✓ 衝動、固執、外控性格、自信低、絕望感、解決問題能力弱、社交技巧欠佳

- ✓ 受虐待
- ✓ 面對生活上的困難
- ✓ 家庭危機
- ✓ 家庭暴力
- ✓ 精神症或自殺家族史

REASONS OF SUICIDAL BEHAVIOR...自殺行為

Joiner' s Theory (2005)

- Pain and hopelessness
- A profound sense of loneliness, alienation and isolation (connectedness)
- A sense of being a burden to others and
- A sense of fearlessness...acquired capability

■ 預防的基本原則

- 減低風險因素和增強保護因素
- 針對高危者，不應假設每個人都會自殺
- 提供不同層面（個人、家庭、學校及社區），主動的預防策略
- 盡早提供有系統的預防措施(計劃)
- 成立機制，處理危機
- 提供事後跟進

RISK FACTORS- IS PATH WARM

Ideation

Substance Abuse

Purposelessness

Anxiety

Trapped

Hopelessness

Withdrawal

Anger

Recklessness

Mood Changes

■ 風險因素(RISK FACTORS)

- 抑鬱
- 濫用藥物/吸毒/酗酒
- 操行失常
- 曾企圖自殺行為
- 未婚懷孕
- 性虐待/身體虐待
- 離家出走

- 退縮及離群
- 低自尊感
- 貧窮
- 犯罪
- 輟學
- 被欺凌/欺凌
- 性取向
- 長期病患
- 完美主義
- 進食失常: 精神厭食症和暴食症

■ 只有少部分精神病患者自殺身亡，但大部分死於自殺者精神健康出現問題

- “Suicide is a sign of mental illness”
- 90%自殺死者有精神健康問題:
- 抑鬱症(50%), 焦慮症(15-20%),物質濫用(25%),精神異常
(psychosis)(10%),性格障礙(10%)
- 破壞性行為問題(disruptive behaviour disorder)

■ 保護因素(PROTECTIVE FACTORS)

- 增強心理健康
- 充足的社交支援和適合的社交技巧

- 主動尋求幫助
- 增強適應能力
- 忍受挫折/樂觀看法
- 解決問題能力
- 自我控制

Entering Suicidal Zone

When risk factors are high and protective factors are low, proximal risk factors (or stressors) can interact with a person's long term or underlying risks so that a person gets into a "suicidal zone" (but this is for short time period.)

■ 自殺的警號

1. 日常生活表現

- 在言談間或在文章內，直接或間接地談及自殺和死亡的念頭
- 在言談間或在文章內表現出絕望，自己沒有價值和不合理的罪咎感
- 出現危險或自毀的行為
- 送出心愛物品
- 個性突然改變
- 極端的情緒變化(特別是抑鬱及憂傷)
- 睡眠習慣突然改變
- 飲食習慣突然改變

2. 在學校的表現

- 學業成績驟降 缺席率增加，而無合理解釋
- 在課室內有異常的破壞及反叛行為

3. 社交方面

- 離開友群，孤立自己
- 人際關係出現突變，如變得暴躁 變得不明事理，不肯面對現實
- 對正常活動不感興趣

4. 其他徵兆

- 濫用酒精及藥物
- 體重驟降或驟升
- 離家出走
- 疏忽大意、衝動致頻生意外

ASSESSMENT (評估)

- Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R)
- Modified SAD PERSONS Scale

The score is calculated from ten yes/no questions, with points given for each affirmative answer as follows:

•S: Male sex → 1

•A: Age 15-25 or 59+ years → 1

- D: Depression or hopelessness → 2
- P: Previous suicidal attempts or psychiatric care → 1
- E: Excessive ethanol or drug use → 1
- R: Rational thinking loss (psychotic or organic illness) → 2
- S: Single, widowed or divorced → 1
- O: Organized or serious attempt → 2
- N: No social support → 1
- S: Stated future intent (determined to repeat or ambivalent)

→ 2 This score is then mapped onto a risk assessment scale as follows:

- 0–5: May be safe to discharge (depending upon circumstances)
- 6–8: Probably requires psychiatric consultation
- >8: Probably requires hospital admission

■ 自殺危機處理

- 危機....個人對生命中的事變/經驗作出的主觀反應 (subjective reaction) .
- 該事件被個人視為帶來壓力、威脅或危險，而個人慣常用的解決方法/應付機制 (coping mechanism)無助解決危險事變 (hazardous event) 和減低壓力，

- 因而感到無助、失去平衡 (homeostatic balance)、陷入危機狀態，以致妨礙個人日常生活，甚或影響個人的功能。

Lindemann (1944); Caplan (1964, 1974)

■ 自殺危機輔導 (SUICIDAL CRISIS COUNSELING)

- 是幫助個人應對危機，恢復控制和掌握的平衡感覺。
- 不是心理治療。
- 時間：15 分鐘至 2 小時 (Within 6-8 weeks)
- 次數：1 至 3 次...
- 模式：1 對 1

■ 自殺危機輔導的目的

- Limit....
 - 減少持續時間和嚴重程度。
- Safety....
 - 確保個人的安全性。
- Stability....
 - 確保個人是穩定的，並具有一個短期計劃。
- Connection....
 - 幫助個人轉介到正式和非正式的資源和支持。
- Growth...

- 協助學習新生存活力。

■ 模式步驟

- 評估 (Assessing)...ABC
- 治療關係/關係 (Rapport/Relationship)...第一印象
- 定義問題 (Defining the problem)...Attending and listening / story telling
- 處理感覺和情緒 (Dealing with feeling and emotions)...support
- >>>希望安裝(Hope installation)
- 探索替代 (Exploring alternative)...with clients
- 制定行動計劃 (Developing action plan)
- >>>危機解決(Crisis Resolution)
- 轉介 (Making referrals)

(Robert, 1991, 2005; James, 2008))

■ Ask About Suicide

REMEMBER

Asking about suicide does not put the thought of killing oneself in someone' s head, but gives them a sense of relief that someone is finally hearing them and will LISTEN.

■ Seek More Information (& Keep Safe)

1. Seek a private area to talk.

2. Seek to establish a relationship.

3. Comment on what you see and observe non-judgmentally.

■ Know Where & How to Refer (Action taken)

HIGH RISK=

TAKE ACTION NOW! 1– Take Immediate Action 2 – Keep Safe / Do Not Leave

Alone

MODERATE/CHRONIC

RISK =

1– Take All Signs Seriously.

2 – Refer to a Mental Health Professional or Call

E. 兒童及青少年精神問題 治療方法

- 藥物 (Drugs...)
- 遊戲治療 (Therapeutic Play)
- 藝術治療 (Art Therapy)
- 說故事 (Story Telling)
- 自創故事 (Autogenic Storytelling)
- 角色扮演 (Enacting Plays)

- 環境治療 (Milieu Management)
- 行為治療 (Behaviour Therapy)
- 個人心理治療 (Individual Psychotherapy)
- 團體治療 (Group Therapy)
- 家庭治療 (Family Therapy)