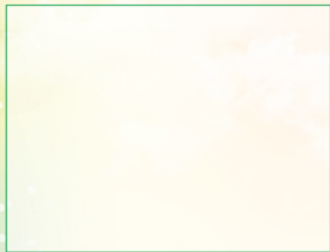


心源

第二期

2014年6月

探討情緒病



印刷品

心源 第二期

督印：卓素珊

編輯小組：鄧順利 黎美君 李東惠 岑嘉龍
蘇嘉寶 汪燕媚

聯絡方法

聯絡地址：新界粉嶺雍盛苑雍華閣B翼地下
(臨時辦公地址)

查詢電話：2278 1016

傳真號碼：3590 9110

網址：<http://rscwln.d.caritas.org.hk>

電郵地址：rswn@caritassws.org.hk

01

編者的話

男士與情緒病

13-14

受訪嘉賓：
會員訪問

主題專訪

02-03

從性別剖析抑鬱及求助動機及自殺與抑鬱症的迷思

受訪嘉賓：

林中醫醫生
精神科專科醫生

婦女與情緒病

15-17

受訪嘉賓：
會員訪問

04-05

淺談男士抑鬱及如何處理親屬自殺的哀痛

受訪嘉賓：

丁錫全醫生
精神科專科醫生名人的情緒健康專訪
希望常在 生命無阻

18-19

受訪嘉賓：

鄧嘉玲小姐 2012
香港精神大使

名人的情緒健康專訪

20-21

受訪嘉賓：
陳志健及家人

06-07

情緒病與認知行為治療

受訪嘉賓：

黃富強教授
香港城市大學應用社會科學系

探討自殺及暴力行為與精神病的領導的解讀

22-23

受訪嘉賓：

莊晉泉博士
醫管局新界東聯網
臨床心理學家

08-10

情緒病的介入

受訪嘉賓：

葉錦成教授
香港理工大學應用社會科學學系

精神病患者受到社會的標籤和歧視

24-25

受訪嘉賓：

朱崇文博士
平機會政策及研究主管

11-12

從中醫角度看情緒病

受訪嘉賓：

陳文瀚醫師、
林沛逸醫師
工會工人醫療所-
香港浸會大學
粉嶺中醫教研中心

家屬專訪

26-27

受訪嘉賓：

陳更新先生
香港精神健康家屬
協會家屬

編者的話

「每4位成年人便有一位患上抑鬱症」、「一生人有百分之二十的機會患上抑鬱症」、「女性比男性患上抑鬱症的機會高出一倍」、「據世界衛生組織統計，全世界目前約有近兩億的人口患上了抑鬱症」、「抑鬱症成爲威脅人類健康排行第二位的疾病，排行僅次於心臟血管疾病」……以上資料可怕嗎？但無論你的答案是怕或不怕，亦改變不了越來越多人患上這個情緒病的事實。它似乎是近在咫尺，如果我們不幸患上，又會怎樣呢？會逃避？會立即求助？還是……？

早幾個月前，我們的一個中途宿舍聘請了一位「朋輩支援工作員」，他是一位抑鬱症的康復者，而他的工作就是透過自身成功克服抑鬱症的經驗，以過來人身份協助有需要人士面對精神健康疾病及學習如何與病共處。在我們的眼中，這位朋輩支援工作員是一位積極、主動的同事，不知情的人絕對看不出原來他已經與抑鬱症「結伴」超過二十多年。其實，他患病的經歷與一般抑鬱症患者無異，他所體驗的絕望與無助感亦不比其他患者低，但是他能從被照顧者到現在成爲了照顧者，當中不逃避、不迎擊的心態是非常重要的。當然，旁人的接納、體諒及支持亦是不可或缺。

這一期「心源」從不同角度探討情緒病，希望可以令大家對其有更多的了解。

從性別剖析抑鬱及求診動機及自殺與抑鬱症的迷思

專訪 林中健醫生 精神科專科醫生

採訪：藍順利 註冊社工

性別與求診動機的關係

就著香港的情況而言，不論在公營私營的醫療體系中，女士主動求診的數目亦相對較男士高。而按個人的臨床經驗中，亦會遇見有個別的患者是由太太代替丈夫前來問診的。當然，亦有部分的男士會願意主動地前往求診，不過整體比例會較女性為低。但其實求診動機是高低並不一定在於性別的不同，而是牽涉到受診者的認知及病態等的因素影響。若我們能對此有更深入的認識，將有助提升服務提供者在鼓勵受診者求診的效率。

從臨床的角度去剖析，不分男女談，部分焦慮主動求診的求診者主要是具焦慮病態，而其病態大多會影響他們的睡眠質素，並直接影響工作表現，例如患有焦慮症、廣泛性焦慮症等人士，他們會因為十分焦慮生活受到困擾，多數會選擇盡快求診，務求盡快解除焦慮及消除病徵，令自己重啟正常生活。

可是，過量不等於病徵愈是嚴重，主動求診的動機便愈高。而事實上，病態的輕重並非有效的指標來衡量病患者的求診動機。一些在臨床上記為有較嚴重病態的人士，例如有幻覺、妄想和嚴重自殺傾向的患者亦未必會十分主動地求診。

提升求診動機的方法

簡而言之，求診動機的高低主要是視乎受診者的主觀感受，由受診者主觀地覺察自己的日常生活有多大程度上受到病態的影響而訂定的。換言之，若我們能引導受診者認同自己的日常生活已在病態的干擾下受到一定的負面影響，甚至乎影響到工作和生活計，受診者的求診動機便得以提升。

但在引導的過程中往往涉及許多病態的演繹，而病態的種類和名目等字眼大多是比較抽象和難以令人理解的，例如焦慮、失眠等，縱使令人直接聯想到這些病態會負面地影響到生活。因此，為了更有效鼓勵有需要的受診者求診，各精神健康服務提供者需要運用技巧，把病態準確地演繹成對日常生活的影響，令這些病態變得更加切身、易明，更能具體地呈現於他們眼前。舉例說明，當一名從事營銷的受診者面對著憂傷、專注力下降、胃口下降和失眠等的情況時，我們可以引導他思考他的工作表現有否跟隨著專注力下降而下滑；最近有否因這些病態而與伙伴上中等產生了衝突，繼而令客源流失、收入減少；失眠有否令你感到難以維持日常生活等，若他們對這些問題有感認同，受診者可能會更樂意主動前往求診。

男女抑鬱大不同

從醫學角度剖析，其實男女患上抑鬱症的情況是有少許分別。臨床研究均顯示，患上抑鬱症的男士，尤其是中年的男士會較有機會患上鬱躁型抑鬱症 (Agitated Depression) —— 一種患者會顯得較為躁動型的抑鬱症。這類抑鬱症的患者和一般抑鬱症患者擁有的病態大致相同，但其病態的獨特之處在於他們的脾氣亦會變得異常暴躁。



動、容易被觸怒、經常心念煩躁和緊張等，而部分的患者未必會出現失眠的情況，反而會出現睡眠過度 (Hypersomnia) 的徵狀，令病症更難被識別。而由於鬱躁型抑鬱症的患者受著病態的影響，他們的外顯暴力行為可能會較多，有部分會像像瘋癲或典型的家庭暴力個案中的加害者，並就以一般的手法處理，其後再讓臨床的需要容易被忽略，令部分男士延誤了被正確診斷並接受適當治療的時機。

除此之外，男性因為抑鬱症而併發的其他情緒、行為和精神問題的機率亦相對較女性高，例如酗酒、酗酒、沉迷賭博等成癮問題，而這一系列的問題亦有機會導致家庭不和，同樣地有機會被視為一般單純的家庭問題而去處理，從而忽略了男士精神健康上的治療需要。話雖如此，但男士的情緒病的隱蔽性有多高，外顯的問題有多嚴重，只靠來多服務提供者能做好把握工作，在評估階段多花心思，精神狀況檢查做得仔細和全面，能對案主的生活作全面且深入的檢視，例如睡眠、工作情況的轉變，情緒有否變異等，情緒病還是可以被及早發覺，絕對無可遁形。

自殺與抑鬱症的迷思

眾多臨床實證研究顯示，雖然自殺而身亡的個案裡，約有九成是患有抑鬱症及其他精神科的毛病。這反映了自殺其實與精神科患有非常密切的關係，這亦是解釋了為何醫學界大力提倡及早介入及早期診斷，目的是為了減少自殺的個案。

另外，臨床研究顯示出絕望感 (Sense of Hopelessness) 是另一自殺的有效量度指標。但其實一般人也會經歷過絕望的感，而關鍵的分別在於患有抑鬱症與其他

精神科毛病的患者，他們的絕望感會較一般人的嚴重，甚至乎會達到病態的 (Morbid) 程度。舉例說明，有人會因考不上心儀的學校而感到絕望，但他們未必會自殺；但患有抑鬱症的患者可能只會為一些很小的事情而感到絕望，甚至乎會產生自殺念頭，這是關鍵的分別所在。

雖然自殺與精神科患有十分密切的關係，但我們不能就此直接為抑鬱症和自殺加上等號。最近美國有相關研究顯示，在社區居住的抑鬱症患者中，只有三個百分比的患者最終是死於自殺的，換言之，其實抑鬱症患者如有接受適當的診治，他們均能繼續如常地在社區生活，而過早正反應出各精神健康服務提供者及早介入和往後的繼續工作的重要性。

淺談男士抑鬱及如何處理親屬自殺的哀痛

專訪了德全醫生 精神科專科醫生

採訪：霍順利 註冊社工

男士的抑鬱與自殺

根據聯合國世界衛生組織公佈的全球各地的自殺率，香港每年平均有十萬人當中便會有二十多人死於自殺，而不論外國和香港本地的臨床研究均顯示，超過八成的自殺個案均與抑鬱症有關。研究均發現除了中國之外，全世界的國家和地區男性的自殺率均是高於女性的。這些數據突顯了一筆貳毫—男性擁有較女性低的抑鬱症終身發病率，但卻擁有較高的成功自殺率。臨床研究顯示，女性的抑鬱症終身發病率約為百分之二十，即每五位女士中便會有一位會經歷抑鬱症，而男性的抑鬱症終身發病率卻只是十個百分比，即每十位男士才有一位會經歷抑鬱症，發病機會率是女性的一半。就男士有抑鬱症的發病率卻得出較高的成功自殺率的數據而言，我們似乎未能從中得出一個合乎邏輯的結論。

但在這看似撲朔迷離的研究數據背後，男士擁有較高的自殺率其實是可以由其他社會因素來解讀的。普遍來說，男士患上抑鬱症而最後成功自殺的原因有許多，其中之一是男士的職業相對較女士為高。當男士把生活大部分時間用於面對繁重的工作時，便直接減少了他們向他人表達情緒的機會。問題很多時只局限在心裏，並沒有像女士般較多機會和平地向別人傾訴。當壓力逐漸積聚，而日夜的爭

道又愈來愈難時，最終令人生的天秤徹底失去平衡，並走上自殺的道路。

另外，現今社會文化仍不太接納男士患上抑鬱症，這亦是令男士最終走上自殺絕路的其中一原因。對很多男士，尤以亞洲地區的男士而言，他們會認為男士患上抑鬱是失敗的象徵，典型的例子有日本。在日本患有抑鬱症而又會主動求助的男士是極其罕有的，甚至乎可以說是沒有男士會願意主動求診。因為日本的就業市場競爭激烈，而且深受終生雇用制的影响，一旦男士被人發現自己會患有抑鬱症，他便可能前途渺茫，在公司永遠不會有晉升和受重用的機會。在如斯的巨大壓力底下，男士更會怕羞六五隱藏自己患病的蛛絲馬跡，更讓業主主動求助求診，而這些命在香港本絕不罕有。

如何更有效地去偵測男士抑鬱？

其實抑鬱症亦只是一個普通的情緒病，不論男女，只要我們做評估時不以輕心，抑鬱症也是不難被診斷的。抑鬱症其中一明顯而又常見的症狀是早晨，因為抑鬱症是會影響患者生理時鐘，改變其睡眠規律的。一般在睡夢當中會經歷非常快速動眼期 (NREM) 及快速動眼期 (REM) 這兩個階段，前者佔整個睡眠時間約75%，是深層的睡眠狀態，可讓人得到充分的休息；而後者則佔整個睡眠時間約25%，屬淺層睡眠，我們會在這階段造夢。這兩個階段會互相交替出約四至五個周期。若我們能保持這種睡眠規律交替正常，便為之具質素的睡眠。但抑鬱症的病人不論多早或遲入睡，因病的關係，睡眠規律會出現變化，令人經常只徘徊在淺層睡眠階段，故會經常發夢，而且由於睡眠時間縮短了，故患者總會是會早



醒，常見的會於凌晨三、四點便起來，然後無法再入睡。若患者試身處的人能及早察覺到早晨的問題，並提供適當的介入，抑鬱症還是可以被快速治癒的。

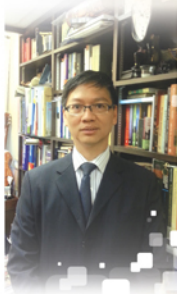
除此之外，如果我們的評估夠深入全面，男士的抑鬱可能會比女性更容易被察覺，因為抑鬱症是會影響到患者的生理反應，而男士在這方面更能方便有效地去提供生理上的證據去協助判斷求助者是否患上抑鬱症。其中一個辦法是詢問男士在晨早有否出現正常的性生理反應，以及該反應有否異常地消失。若男士出現異常生理反應的話，這會是另一生理角度上的證據，有助醫生進一步去判斷求助男士患上抑鬱的機會。

再者，男士的抑鬱症亦容易衍生出其他的補償性行為 (Compensatory behaviors)，例如酗酒、賭博等等。因為抑鬱症的病人會長時間感到壓抑沮喪，他們會不自覺地希望尋求一些另類的刺激發洩心中的鬱悶，以平復心理上的需要，而酒精和賭博所帶來的刺激正正滿足了男士這方面的需要，久而久之便對此習以為常，成為心靈上的強力麻醉劑，並繼續沉溺下去。當男士出現這些典型的問題時，我們便需要打醒十二分精神，小心評估這些問題是否屬嚴重的抑鬱症所帶來的「副產品」，不要被表面的成癮行為問題引導往單一的方向以作處理。

如何處理自殺者親屬的哀痛？

不幸地，若家中再次與突然自殺身亡，這對親屬來說絕對是晴天霹靂，他們的心理狀況會驟然變得十分複雜糾結。若事情處理不當，這份哀痛會在他們心中烙下了一道永不磨滅的疤痕，其影響會是十分

深遠的。而親屬初期的反應試會顯得接受，或十分麻木，繼而令家屬提供者在面對著家屬此等哀痛時志願得十分無助。而事實在這情況下，我們更應具備耐性，嘗試循循善進逐步引導家屬浮發出他們隱藏的情緒，並針對著各種複雜的情緒作疏導及轉化，因為這些隱藏的情緒會阻礙了他們真實自然的情緒流露。家屬若隱藏的情緒有：內疚和責備—深疚自己未能及早察覺親人的情緒變化，認為親屬的死是自己的責任並為此感到遺憾；憤恨—對自殺者的自私或不負責任感到憤恨，認為他/她輕率地丟棄家庭、子女或其他一切的擔負，變相將由在世的人獨力承擔。若事件牽涉的人數眾多時，服務提供者更應考慮安排集體輔導 (Bereavement Debriefing) 以處理事後有關親屬面對的壓力及心理問題。



專訪 黃富強教授 香港城市大學應用社會科學系

採訪：李樂康 莊社社工

提到情緒病，不少前線社工在腦海中浮現的首選介入方法想必就是以實證為本(Evidence-based)的認知行為治療法(下稱CBT)，但是CBT為什麼就能在情緒病治療上也據如此舉足輕重的地位呢？是次來源有幸請來香港城市大學應用社會科學系黃富強教授為我們解答關於CBT的種種迷思。

一. CBT與情緒病

CBT能在介入情緒病上，特別是抑鬱症和焦慮症上有顯著的成效，最基本的因素是它能直接針對到情緒病的成因這一整塊鏈的部分，即一個人的思維和想法這部分。

CBT與眾不同地說問題其實並不是問題，而是你如何理解那個問題才會讓問題出現，也就是說問題來源於你如何看待事物，而不是事物本身，因為你對事物的理解直接與你的情緒息息相關。如果一個人的想法是非理性的，他的情緒也會受之影響。如果情緒持續如此受影響，久而久之就會產生情緒病。

二. CBT運用於不同對象上的情況

長者：江山易改，本性難移

中國有句俗話「江山易改，本性難移」。長者已建立了一定的人生價值，用CBT是否真的能改變長者根深蒂固的想法呢？黃教授解說長者也因循名人而有所不同，並非所有長者都只能在行為

上作出介入，而不能改變思想！由於長者生活大致相同，很難和他們就某個事件作分析，所以可以先獲取他們的人生歷史，而在黃教授的實踐中也是經過不少能改變到思維的長者。

新移民？沒分別！

新移民和本土居民之間或多或少都會有一定的文化差異，前線社工在運用CBT介入這些個案時有什麼需要特別注意的呢？黃教授解說其實不用太過介懷文化差異這一點，因為無論是本土居民還是新移民也能用同一套方法去介入，反而是前線社工要懂得如何用普通話去開解，更加貼近他們的文化。

男人講情緒？得！

男士一直給人硬邦和寡言的印象，甚至很多男士在患病後也未必會主動去求助，是否真的能用CBT去介入男士的個案呢？黃教授解說男士個案相對於10年前已多了很多，越來越多男士願意主動去尋找服務來幫助自己了。很多男士不開心時會把自己收起來，使憂鬱情緒內化，亦會以很多憤怒和不滿來表達，不像女士那樣能說出自己的感受來抒發情緒，所以要理解這些男士，看看這些行為背後是否有某些思維在影響他們，幫助他們理解自己為何不敢主動去求助。但是，男士也未必不能講情緒，只要和他們建立一定的關係，提供一個舒適的平台，讓他們能在某些特定話題下去暢談自己的情緒，這樣，男士也能深入的分享自己的情緒和困擾他們的問題。

三. CBT在華人社會中的應用

有幾個不同的方面，例如在外國可以很直接的，工作人員可以直接地找你談你戰戰的

一些想法，但在華人社會我們偏向傾傾帶過，讓他們自己去意識到這個問題的存在，相信過和華人怕被挑戰有關，一被挑戰就會退縮。我們會有很多引導式的方法，這可能在時間上會長些，但相信深度會深一些。

我們會用教育性的方法講解那十個思想陷阱，很多練習去讓案主明白那些思想陷阱，外匯就未必會用這種形式，可能外國人的心理會較為成熟些。

四. 關於CBT

果效的持續性？

CBT是有別於藥物的第一線治療方法。5年前接受過CBT治療的個案到5年後仍然是有效的，而在實踐中為了能維持那個果效，我們會在治療結束後定期舉辦一些重聚活動來與他們重溫CBT。

你在用CBT嗎？不是！

其實很多同事在運用思想陷阱和五常方法方面都是沒有太大問題的，但一觸及到規條和核心信念方面就會覺得很困難。同事很多時說正在做CBT，但其實只是在運用CBT的技巧去談而已，而不是真的在做CBT，倘若沒有經過深入的CBT訓練是很難真正做CBT的，同事看輕了每個治療的難度。前線同事未必都能經歷兩年的訓練，

但若想有所改善，黃教授建議可以看更多相關書籍，看錄影帶觀察別人是怎麼做的，或是參加一些二至三日的工作坊來鞏固自己所學。

CBT的限制

CBT在情緒上的深入程度並不是那麼深，所以對於那些本身情緒很重的個案在開始CBT前要先處理他的情緒；其次，有些個案的想法很平穩，但在行為上的改變則會很明顯，他們未必能理解一些專用名詞，所以先要在行為上去改變。

五. 對CBT的期望

CBT的應用在近年來的突破？黃教授冀望兩個層面，一個是期望，希望能有更多範疇的發展，新移民、長者、精神、重症精神病等，希望能有更多同工就著這些方面作出研究。CBT不但能應用於情緒病，也能應用於精神病。我們能多些留意他們的症狀，在策略上幫助他們處理症狀，減輕正性症狀(positive symptoms)對他們的影響。一個是實在，希望能開展更多工作讓大眾瞭解CBT，運用CBT來幫助自己，例如能在網上自學CBT去幫助自己，這就不是針對病人身，而是從預防方面著手。



情緒病的介入

專訪 葉鏡成教授
香港理工大學應用社會科學學系
社會工作文學碩士(精神健康)專科
課程負責人
採訪：蘇嘉賢 註冊社工

情緒病的迷思

情緒病泛指抑鬱症、躁鬱症和焦慮症等，醫學角度會重點研究其生理成因，如指出是因血清素(腦部化學傳導物質)的高低與多巴胺(腦部神經傳導物質)的調節而影響。但值得我們留意的是，血清素這種催化劑在我們進食時及曬太陽時亦會產生；而多巴胺則在快樂時、運動時、戀愛中，或在精神分裂時亦會存在於人的身體內。現時醫學角度對情緒病的病源評估較多著重於檢視身體健康的狀況，在指出情緒病患者的情緒(Mood)的高低起伏的時候，並沒有去理解病人內在世界的感受(emotion)。

情緒病(Mood Disorder)或以「情感病」(Emotion Disorder)來描述更為貼切，情感(Emotion)其實還包括了感覺的感受(feeling)、表達的情緒(mood)、感知的身體感受(Sense)及面對他人情感的反應(Affect)。現時同工對情緒病的焦點普遍著重案主的情緒(Mood)低落，而不是案主有著種種不同的感受(feeling)、案主內在在發生什麼情感經歷、有什麼困苦與悲傷等，加上同工在對人的內在在情感經歷及對創傷(trajuma)的理解不足，故感受不夠，因此若案主表現出之平淡情緒，便令同工未能察覺案主情感是否被壓抑。

有時同工會在參與不同的治療課程如靜觀(mindfulness)等後，便急不及待嘗試將此作為為自身尋得到治療的方法，可以同樣應用到案主身上而忽略了案主本身是否適合。事實上，不少心理治療方法及技巧都會為情緒病案主進行深層的輔導(Deep counselling)，情況近似靜觀的。

將焦點聚焦到案主自身創傷的經歷，但在案主未預備好的情況下再次經驗輔導會有不理想效果，特別是重症抑鬱症患者更是一道寬闊內在世界的創傷而過活的。故此，同工在與案主進行相關深層輔導時，是需要留意案主是否已具備基礎條件，包括有清晰的現實感覺(Sense of reality)及足夠之自我能力(ego strength)，切勿在案主內在之世界混亂，自我能力低落及情緒沉重下進行。

現時多數同工在介入情緒病案主時較著重藥物治療，以及善用不同種類的介入模式。在商業心理學(Commercial psychology)影響下，情緒控制與管理變成為了處理情緒病的主方向，同時亦將情緒病身體化、規範化、醫療化、藥劑系統化、危機管理化、藥物治療化及入院化(hospitalization)去作相應介入。

以壓制化為例，近日有一廣告以黑色公仔代表負面情緒去繼續主角，主角不理睬它便會無事，但是在現實生活中，案主的不能不想反而有機會令其負面情緒被壓抑與內化。此廣告反映了現時人與人的關係變得越來越不願意講真心話，不願談談者怕陷入在世界的真實感受，而轉變成受壓抑於內心世界中找尋虛榮的價值感，但又不能表達自己真實的身份。

情緒病的介入

在介入的前期時同工需要預備案主認真在現實生活上正面經歷及人際交換網絡，然後預備案主在介入苦難經驗時有足夠力量面對。其實工作員協助案主在處理創傷時如何與好的現實生活有連繫。亦同時要留意案主負面情感的強烈程度。一般同工都會將焦點集中在案主危機處理而不是創傷治療，或著重藥物治療界線，忽視將案主轉介給別的服務。當同工被案主出現相關情緒波動時才處理面詢、選擇藥物、不去理解、不去連結、關心與陪伴。因此，同工亦需要學習如何承接案主的負

面情緒。即使因案主創傷太深，亦不可以每個個案作深入探索，但也可預備好這一個個個案作深入進行。同工不可以個案數量為藉口，認為所有情緒問題都可以理性化處理，用分析法去理解，事實上每個人面對很多人生痛苦都是非理性能明白的。

同工面對案主時，如何感到自身感受呢？舉個例說，曾有一位受情緒困擾的案主見過三個不同的同工：每次見A同工後情緒與過後情況沒有改善；見B同工時就更有正面行動說話，並不是案主自願的，令案主有被知的感覺，在過程中覺得好似人情分數較；見C同工時，案主不斷被要求講出深層的感受及被分析其創傷，竟後來令案主感到頭暈。其實三個同工的方法都有可取之處，但每個都不全面，原因是對案主缺乏深層的瞭解。而值得我們留意的是，三位同工都只會是在輔導室進行見面的。

一般來說，當案主表示介入方法有不合適反應，相關的同工往往指出案主是沒有跟從指示去做，而不是反省介入方法和態度是否合適。另一情況就是同工假設案主是自己有能力去解決自己的問題，故進行進入分析，這就宛如在傷口上撒鹽，情緒的捲動，認為當案主哭過後就會有正面情感，一個好的工作者應該同時具備ABC三個同工的態度和取向，互相協同，才能令案主既能情緒，又能重新得力，也可以作部份深層輔導，還才是最好的工作方向。

同工們要做好情緒病案主的介入工作時，先要留意以下幾點：

- 1) 人的情緒起伏是有關聯因素的，人的生活是與環境互動、互為影響的。而人的內在在世界上是需要被接納、支持及承載的。
- 2) 由重於平常的生活與活動去回顧悲傷與痛的記憶，從而提升現實感覺、自我能力、讓身體循序漸進地自行調理。

3) 我們需要多角度的覺察，不要隨便為案主進行「情緒大手筆」，案主主的創傷在強烈情緒(Mood Intensity)下再次經歷創傷的感覺。很多時，深層的治療涉及半意識及潛意識的介入，需要步步為營，猶如薄冰下進行。

4) 案主過去所經歷的創傷是環環相扣的。在創傷經歷下有壓抑進行(Regression)的狀態。同工不一定會把這些壓抑和進行狀態破壞，以致影響他們適應功能，反而需要多理解、多聆聽、多正當活動和生活中，慢慢去、一點絲絲去治療案主內在深層的創傷和負面顯著的情緒。

5) 從案主的生命中找正面的經驗，不能單靠回憶，工作者協助案主有新的體會，新的意義和新的情感經驗才能與真正讓案主重新正面的情感。工作者的深入介入要能入能出，能放能收，才能貼著案主的承受程度進行。

現時有些社工太過依重心理學及心理治療去處理情緒問題，可能忽略了環境，否定了社工訓練上應重視的人在機構中整合的部份，因此同工在介入時，需要留意與案主及其社友網絡的情感互動，及以經常而穩定持續不良情緒的互相連繫的形式，對案主的負面情緒糾纏不清。

在介入案主負面情感經歷時，往往會建議案主與家人的感情情況，社工亦需要讓案主感受到人有愛、陪伴、重慶等，才能讓案主有能力面對痛苦的現在。事實上，人的所有正面情緒源自於與其他的深層關係，特別是：愛與被愛、希望與被希望、感恩與守恆、意義及經歷的尋求。正因為理解及邏輯不能代替善美去化解未了之心願，同工在介入時協助案主創造愛與被愛的經驗。例如同工在案主進行培訓或輔導時，不要單一分析培訓中的痛苦和深層輔導及負面情緒，而應該鼓勵案主主動去相關愛與被愛，信任與被信任的感受，才能令案主有能力正面面對現存的痛苦和無奈。

專訪 陳文瀾醫師、林浩逸醫師

工廠工人醫療所 香港浸會大學 粉嶺中
醫教研中心
採訪：蘇嘉寶 訪問：杜工

問：在中醫角度如何診斷求醫者患上情緒病？

陳：除了在臨床上看察，以及利用一些簡單問卷外，中醫師論述認為人體各個臟腑均會影響其心理活動。當某臟腑機能異常時，會引起特定的情緒表現。同時，情緒的變化也會影響臟腑及身體的健康。例如現代都市人生活繁忙，思慮繁多，因此脾腎常有問題，因脾在志為思，脾臟相關的臟腑是胃，而其他的五行情志包括：肝木志為怒，心火志為喜，肺金志為憂及腎水志為恐。傳統中醫有所謂：「鬱怒傷肝火上升，就病鬱怕鬱憂型，思慮過度傷脾胃，驚恐傷脾虛白濁，過憂氣鬱心無主，真心虛滿空自休。」可見身體與情緒有著互為影響的關係。

林：具體而言，中醫師會透過望聞問切四診：望是觀察病人的身體狀況，包括面色、舌苔等；聞是聽病人的說話、談話、嗅察，並察其口中氣身上是否有異味；問是詢問病人的症狀，以及患病史等；切是用手把脈或按壓部位察是否有異常，將四診搜集的資料運用中醫臟腑、經絡、病因、病機等理論分析推理，判斷病變過程中正氣、臟腑、經絡的相互關係從而進行治療。

陳：中醫在診治情緒病的過程中，會特別留意患者的氣血運行狀況，例如透過把脈，觀察面部膚色及舌質，以及舌下等症狀，以了解患者是否有氣血鬱

結等情況。情緒病常見的證型包括：肝氣鬱結、氣鬱化火、痰氣鬱結、久鬱傷神和陰虛火旺等，當中包括很多不同的症狀：如失眠、煩躁、楊梅氣(痞痞痞痞)、兩肋疼痛、青筋浮現、頭暈、身痛、心悸、胸悶、食慾不振、胸悶、腹瀉、便秘、性功能障礙、神經感覺運動失調等。

林：一般而言，受情緒病困擾的求醫者較多先表達受到身體疼痛及失眠的困擾，亦有不少求醫者表示面對生活壓力、工作壓力、長期病患等問題，加上種種的外界壓力，令求醫者情緒備受困擾。故此，除了身體健康狀況外，醫師亦會在問診時了解求醫者的背景資料，生活狀況等以進行更全面的評估。

問：受情緒病困擾的情緒病求醫者中，性別及年齡比例如何？

林：求醫者以女性較多，並以中年人士為主，但此情況亦受客觀因素限制，如本教研中心的開放時間為朝九晚五的上班時間，因此在職人士會較少機會求診。

問：中醫在治療情緒病上有没有相關的研

陳：國內有不少中醫治療情緒病的相關研究，但在香港因為中醫正處於發展階段，未能有太多相關研究。過去幾年，

醫管局在其他中醫診所也有過關於中醫治療情緒病(包括失眠)的研究，那些研究同時還邀請了社工、心理醫生及精神科醫生共同參與。而本教研中心正與香港大學行為健康教研中心合辦「情志養生」計劃，會替初診求醫者進行情緒及身體評估，如有需要會轉介受情緒病困擾的求醫者參加計劃，並在醫療過程中評估進展。由於計劃仍在進行中，故需要在完成研究後再對外公佈相關結果。(編按：已結尾)

問：中醫學如何配合治療情緒病？

林：中醫除了因應病人的不同體質處方中藥外，亦會配合針灸、穴位按摩、推拿、拔罐、太極、氣功等治療，加強療效。體質虛弱的患者，偏重於內服中藥治療，根據臟腑及氣血虛弱狀況，以中藥養心安神、增益心臟、促進養肝腎。同時在外治上，透過針灸調動經絡臟腑之氣，疏通經絡，扶正驅邪，調節身體機能。這些治療基本上和西藥作用機理不同，因此可以配合共同使用。

陳：現時有不少情緒病求診者會主動向醫師表示正同時接受中西醫治療，雖然暫時仍未有研究證實同時服用中西藥會有甚麼副作用，但一般建議病人服用中西藥最少相隔兩小時，避免在胃部消化時中西藥產生化學作用。當然，如病人有任何疑慮，應向個別主治的中西醫詢問，以保障用藥安全。

問：有甚麼類的情緒病的建議？

林：不論是西方的體育運動，還是中式的保健養生活動(如太極、氣功)，都是減壓的良方。在情緒困擾較嚴重的時期，就更應留意盡量先將自己困在家

中，保持與外界接觸，尤其是接觸大自然及參與有益身心的活動，都可以幫助舒緩鬱結情緒。

陳：強的情緒問題，亦可嘗試飲用花茶。因天然的花果茶葉既能疏解鬱鬱，散後令人神清氣爽、舒緩精神緊張。此外，大家還可求教中醫師，查詢適合自己體質的養生保健食譜。事實上，受情緒問題影響是十分普遍的一件事，大家毋需諱疾隱患。能及早尋求專業人士的協助，加上家人及朋友的支持與鼓勵，對情緒病的治療及康復都是非常重要的。



有誰共鳴

受訪者：會員 阿占

採訪：顧麗利 註冊社工

阿占在茶餐廳裡一邊捫著杯中的奶茶，一邊從容地與我回味當年的種種經歷——

阿占（化名）擔任計程車司機已經二十多年，由那一家五口的衣食住行等開支重擔均落在他身上，阿占只能披星戴月地工作，每天需要在我輪的士裡待上十五、六個小時，有的只是維持一家生計，為「胃口」奔馳。如此週而復始過了二十多年，阿占望穿秋水，終於守候到所有子女畢業，待他們全部都具備工作的能力和條件時，二十多年來的盼望卻隨著兒子女與他的關係破裂，幻化成空。

冰封三尺非一日之寒，阿占不穩定而又冗長的工作時間令他缺乏與妻兒相處的機會。縱使一家人「笨巧」相聚，交流亦十分有限，因為阿占在家時，總是停留在「昏迷狀態」，疲憊的阿占一進家門要不是倒個大鐘，便是因為醉過昏昏，了無知覺，甚至因酒醉而與家人發生衝突卻又不自知。提及阿占可會爭取時間與於公眾假期時與家人相處，阿占的回應是：「唔好玩嘅！假期我仲早出門嘅！假期人更多更加要談多兩轉，手停口停，我唔飲呀佢地點讀書、點食飯呀？」家人之間彼此不聞不問，同一屋簷下卻又各自修行，離婚手續完成了，阿占卻因財困難無法遷出，家人的互動便從時間開始被冰封鎖結在另一個時空。

除此之外，阿占因為長時間專注於耗費心神的工作，加上沒有好好照料自己的身體，最終患上血虛的風濕，白內障、高血壓和心臟病等病症伴隨而來。阿占短短數年內已因心臟問題進行了七次的手術，工作能力亦因此而喪失。但身體上的痛，也遠不及心靈上所受的痛楚。阿占痛苦地說：「七次手術，但地無一個揀過我，邊個可以俾到我返家養我。」對於自己半生精力去照顧的家人，阿占認為他們唯一給予他的是一個悶架。

失去工作能力後，阿占在家中變得自暴自棄，家人相處又如陌路路人，互不談話，心裡承受極大壓力。阿占的鬱悶日積月累，最後連感受快樂的能力也失去了，絕望的感覺漸漸籠罩阿占。直至有一天，一工程升降機停在他的樓層，升降機的鐵索繞成一吊圈的形狀停留在他的面前，阿占凝視著它，彷彿被一股不可抗拒的魔力牽引著。正當阿占想「繼續圍觀」時，升降機卻又徐徐升起，而吊圈亦在阿占的眼眸中消失，此時阿占才回過神來，但心裡卻又對那吊圈念念不忘。

阿占在持續表現陰沉內向，幸而有一幫賢性高的街坊親屬察覺也神情有異，希望可以把他轉介至適當的機構尋求協助，幾經該位親友鼓勵下，阿占心裡盤算過後，反正自己早已萬念俱灰，真不妨一試。阿占最好在接受一連串介入和治療後，已找到新的寄託，雖然沒與家人重修舊好，但生命重新燃起希望。最後問阿占如何看待自己患病經歷時，阿占

抹抹鼻角後說：「自己是一家之主，無論點都要死頂，搵去搵，邊個收入老豆唔係咁少？佢地明就當然係好，唔明唔通打到佢明呀？咁得咁出呢個病都係冇得揀咁冇得後嘞，始終屋企都無人明白我。」

訪問後感：

回望阿占的經歷，最令人觸痛的莫過於阿占身上那沉甸甸的社會角色感——他自覺作為男人，便應該扛大樑，肩負所有的經濟負擔，亦是這份作為男性的自尊、堅持，一直在背後驅使他日以繼夜地工作，以維持生計。

但每人也難有年華老去的時候，當阿占失去了經濟能力的時候，這份作為男士「應有的執著」便驟然成難以跨越的障礙。縱使阿占自覺精神健康有異，但敢取上口的男士感言如「男兒有淚不輕彈；男兒流血不流淚」，便不其然地浮現在腦海裡，他高只好拍拍心口勉勵自己要堅強做個風雨的男人，選擇了獨自面對，但亦因此而延誤了介入的最佳時機。這類故事亦相信發生了在不少的男士身上。

由此可見，男士精神健康工作中一大困難是要與社會給予男士的角色定型進行角力，令男士們不致於因為受角色定型的影響（例如傳統的求助動機）而聲稱了他們接受支援的機會。而要減輕社會對男士角色的定型影響應從此多個層面著手。例如在社區的層面，推廣正確的精神健康教育是必須的，令普遍市民大眾、公司的同事和家人均瞭解到精神健康並非只屬一小撮人的需要，而是我們每個人，不論努力工作的男士抑或是全職照顧家庭的女士在精神健康上也有同等需要。若整個社區對精神健康的關注和認識水平均有所提升，便能協助打破一些「男士就精神健康問題求助反映個人能力有問題」等等的誤解；而個人的介入層面上，我們需要以同理心去理解每一位男士背後一直堅持的理由，並給予一定的尊重，令他們明白接受介入並非等同有損男士尊嚴，甚至亦是協助他們維護男性尊嚴的一種方法，從而卸下了他們心理的裝甲，引導他們踏上正確的發展路。

有誰共鳴

我的康復之路

如此的「突然」、如此的「不知不覺」的患病了。無緣故連續多日失眠，胡思亂想，缺乏生存希望，不想「捱」下去，就選擇「模擬自殺」的藥物情緒病人。

我從沒想到自己的手汗開始越來越嚴重，害怕做家長義工，擔心會弄壞物件；小女兒喜歡拍著我的手。數年前進入護理部，就像被隔絕，身邊沒有熟悉的親朋。丈夫欠債，申請破產，一家人需靠存款過活。覺得自己是失敗者，不敢向別人傾訴，擔心女兒會被欺負。

丈夫在不知所終的情況下，透過社福福利署「自力更生」計劃的社工介紹，並向朋友樂購尋求協助。透過社工的幫忙和鼓勵，我由絕望中被扶起來，看到希望。得到明達社工的輔導，我明白到需要康復時，就要面對自己的情緒問題。在社工協助下，回家照顧生孩，並轉聘到北區醫院精神科接受治療。服用藥物的初期，感到非常疲倦、口乾，幸得社康護士的指導，三星期後，身體開始過癮了。在丈夫和女兒的支持下，我漸漸康復，有了動力開始做家務，繼續參與家長義工，返教會聚會等。

又在「不知不覺」的情況下，我開始變得非常精力充沛，不停做家務，參加家長義工及教會義工。再次陷入失眠狀態、厭食、暴瘦，最後由社康護士安排入院。

入院的前七日，我不肯進食，只顧睡覺，結果被強制餵院。是在護士及病房的灌輸鼓勵下，心想離開醫院，就要恢復日常的生活，開始進食，並參加醫院的職業治療訓練。院友們給予我很大的高聲，他們曾經多次自殺的、有被丈夫拋棄的、有被藥物引致手舞的……而我擁有丈夫與女兒的關心及支持，為我選擇自願自藥，而將自己引入治療。在治療師丈夫及女兒關愛的動機下，我接受一連串的心理治療及訓練，並與醫護團隊合作，終於得到一份喜出望外的獎賞新年禮物——離院出院。

丈夫與女兒是我最重要的支持力量，離家這些正能量從沒有放棄過我。作為過來人，我會經常跟以結束生命去逃避病患。及時的治療，帶我打破尋死的魔咒，不敢成為家道的遺憾。藉著我的經歷，希望與同路人分享，只要正視問題，接受治療，才能真正走出困境。

情緒病～近在咫尺

受訪者：會員 美儀
莊嘉真 註冊社工（代筆）

在2008年從事飲食業的我，從來沒想過自己會與情緒病有任何關連。節年的某個工作天，我被排班煮食的事無緣地從後推倒受傷。在我前往急症室後，驚覺只有強忍痛活動，頸以下的身體部位已完全沒有知覺。醫生指出我的頸椎、胸椎及腰骨均有移位，但經過多日的治療後仍未能找出造成身體失知覺的原因。當時醫生表示即使用手術去治療的機會亦非常低。本來功能工作難維家室的她，突然變成每天需要臥床由別人照顧起居生活，那時我完全不能接受這個事實，亦感到非常驚恐及絕望。在院期間經日以淚洗面，加上受高壓治療因而患上運動年期一週難以入睡，最差的時期更是每天吃藥解痛，甚至連家人都不認同。選擇放棄高壓的治療令我做不了自己的生念，因情緒程度因而患上抑鬱症，會看見身邊出現恐怖的形象及耳邊常傳來似我輕生的聲音，及後被醫生診斷患上了抑鬱症。

幸蒙當時家人們一直不離不棄地照顧我，加上醫護人員的鼓勵和協助，令我漸漸鼓起勇氣開始接受高壓的治療，堅持努力了數個月後，我終於可用拐杖輔助行動並離開醫院回家休養。雖然病不單行，但這次意外令我失業，家庭收入縮減，令我們在還數年貸款支付不起不斷加增的租金而鬧了不和家。思緒定令我感到非常徬徨及煩瑣，同時亦面對過次工傷引起歷時四年的法律訴訟壓力，故此需要一直接受精神科治療及社工輔導去處理情緒問題。

在這次經歷讓我學習到要靠自己，但發展到好多本來自己以為不可能的事都變得可能了，而在有需要時亦要主動找專業人士幫助處理困難，讓我可以有突破地捱過一個又一個的難關。希望藉此機會鼓勵大家面對生命中從困境起時，不要放棄，不要放棄自己，要積極地面對面對，才能一步一步去渡過難關。同時我也努力克服自己的情緒問題，雖然我仍未重返工作，但仍堅持每天外出照顧小女兒的在家中的亂亂想。最近這幾個月我已不需要再靠拐杖輔助步行了，而且還積極參加不同的活動及讓自己重拾很心與動力。情緒病我各不了？

女士與情緒病

面對婚姻和適應新環境的問題

受訪者：會員 王女士(化名)
黎美君 註冊社工(代筆)

王女士為新來港婦女，八年前來港居住，丈夫在兒子三個月大時，離家出走。當初王女士一個人來來香港，在無一位親友也沒有，從未來過香港，陌生的環境和社區，加上言語不通，經歷了多年的艱辛和努力，才能適應香港生活。當中最深刻的事件，是她和患癌還是嬰兒的兒子均患病。在深夜時分，兒子突然發高燒，令她感到徬徨無助。加上自己患病使身體十分軟弱無力，看顧患病的兒子，她不懂如何處理，只懂在家不斷哭泣，叫天不應，叫地不靈。最後她唯有抱著兒子，一邊痛哭，一邊走到街上求助。慶幸地，遇上有心的屋務保潔員，教導她在那裡求診。

王女士憶述當年在港自無親的生活，到親丈夫離開自己，剩下她一人照顧三個月大的兒子，她一方面需要適應新環境，另一方面要面對婚姻失敗，再加上照顧兒子的壓力，當中的高壓與的不為人所明白。面對各種的問題和壓力，又不明白如何解決困境，在家流淚痛哭，白天、夜夜夜，身體各處開始出現強烈的刺痛，劇烈的頭痛使她困憊。她不知身體出現甚麼毛病，更加不知道原來她已患上抑鬱症。她只想和時除去所有痛楚，一次吞下十幾粒止痛藥，她以為可以緩解痛楚，可是頭痛一點都沒有減退，自暴自棄的念頭浮現，但她望著尚在極弱階段的兒子，想到他已經沒有父親，再沒有母親，他會怎樣呢？終於打消了輕生的念頭，致電婦女家庭服務中心的社工接求助。

拒絕接受治療

在未接受治療之前，王女士一直以為所有人經歷婚後失敗或困境，出現難言難過與淚，是正常的事，不用就醫和食藥。沒有想過會變成情緒病，更完全沒有意識到自己的情緒已到達嚴重的程度。當社工第一次勸王女士接受精神科治療，她是十分抗拒，除了不願承認自己有情緒病之外，背後還有種種的困難和誤解，她聽到高昂的醫療費用（因為當時王女士未有香港身份證），同時，她擔心就醫後，會被強行送入院，使幼小的兒子無人照顧，她更不敢交出前夫或社會福利署照顧，因為她曾經歷因吞服止痛藥，被送到急症室接受治療，而要承受母子分離之痛。

轉變

幸運地，王女士在困苦期間，她曾經獲得不少人的鼓勵和幫助，有心的屋務保潔員，教導她在那裡求診。她在極困難期，有一位精心理士主動關心她，作為母親不可以輕生，因為她有年幼的兒子需要她。接受了家庭服務社工跟進之後，社工鼓勵她多去鼓勵和勸導她需要處理情緒問題，再加上王女士有信仰支持和一眾教友鼓勵。最終，王女士願意接受精神科治療，最重要的原因是她的兒子，亦是她唯一的動力，令她不斷堅持接受治療，因為希望兒子日漸成長，她不想自己的情緒影響他，亦渴望能陪伴兒子成長。她憶述有一次，她的情緒很差，感到十分辛苦，失控地大哭，兒子被她的突如其來的行為嚇了一跳，躲在一處。冷靜後，她想到自己的情緒非常影響兒子，同時，她想兒子有一個快樂的童年，不要常常處於惶恐與驚慌的生活，她更害怕長期影響兒子的身心發展成長。

康復路上

接受了一段時間藥物治療，王女士的抑鬱情況已逐步改善，她指醫藥明顯地感到到情緒輕鬆一些，這樣她開始走出來參加中心活動和小組，也認真改善情緒病的情況。在患病中，王女士明瞭情緒與身體健康互相影響，與此同時，她不再發狂自暴，有情緒病應該及早求醫，經歷這段日子，使她有一種新的面貌，滿足於生活簡單和平淡，可以帶兒子去公園或音樂樂園玩耍，已經是一件樂事。雖然她曾失去無法治療，日子仍依然難渡過，生活上仍有困難和困難，不過她現時心態已轉變，學會感恩，不會執著，不再執著，腦海沒有再不斷地浮現無心的畫面或負面思想，現時她精神良好和心曠神怡。王女士最大的期望是兒子健康成長之外，她希望自己能回歸社會，繼續在義工工作使她發現原來自己有能力，可以幫助別人，令她感到高興，自己不只是一個受助者，也可以成為助人者。

希望常在 生命無阻

專訪 鄧嘉玲小姐 2012年香港精神大使「玻璃得症」

採訪：李康惠 訪問：紅工

患有俗稱「玻璃得」的先天性成骨不全症的鄧嘉玲小姐，17歲才有第一代步車，才真正踏出家門，面對先天的身體障礙和踏入社會後遇到的種種挑戰，嘉玲究竟有什麼自家良方來保持身心健康呢？



走出籬外

面對困難、意外、人生低谷，不少人都會有抑鬱的情緒甚至輕生的念頭，嘉玲坦言自己也會經歷抑鬱的階段。「其實家人也會經歷抑鬱，甚至自己也會經歷過這個階段，所以我很明白在這個過程是十分不容易的。那時情懷初開，和一位健全男士約會，其後因分別太大而結束。剛受情傷的自己進入了一個黑漆無盡的社會，只有我自己一人，四處沒有出路，想表達但又不能，想幫也幫不出聲，好像從來都沒有其他人存在過一樣。但當你置身其中你不會覺得有問題的，你會覺得因為你正在經歷著一些困難，有情緒是正常的。」

我會避開鏡子，甚至是任何反光的東西，因為我不想看見自己，鏡中的影子再就是對面看見我那個不完美的我。我覺得無論怎麼努力也沒有用，因為這是不能改變的事實，就連曾經口齒伶俐會一直陪伴你的人也離開了，我知道根本就不會有那麼一個真正接受你的人出現。就是這些想法沒完沒了，無處釋放，最後令自己抑鬱了。其實我是知道的，但根本無法尋求幫助，因為我的不完美是不能更改的。我不能和家人說，不想讓他們知道原來那麼密實是那麼大，仍然聲嘶力竭訴其苦，壓抑自己的真實處境。

後來感恩神的愛讓我逐漸走出來，現在回望過去，我會勉勵路人積極尋求協助。必須正視這個病，接受治療，要願意尋求協助。其實那時的自己是很多人關心的，但又不知道從哪裡說起，也不覺得別人能幫到自己。所以我覺得作為身邊人可以一直陪伴著對方，不要讓他們孤軍一人度過。」

自家良方

回首過去，嘉玲更加懂得了如何保持身心健康，建立了自己的工具箱，仍練就了一身絕世武功。「我現在更加懂得接納自己，包括長處和短處，我會想辦法充分運用自己的長處去投入生活，去貢獻自己。我也許行動不便，但我有強盛的想像能力，我就在編工組中做秘書，讓別人能更加順利地投入員工服務中，這就和其他人互補不足。」

好奇心強的嘉玲什麼事都努力去嘗試，「很多時我都堅持到底，但當我覺得已快到極限時我會出聲，不會勉強，而每一次的嘗試都會讓我更加清楚自己的限制，進而會努力去做自己能力範圍內能做到的，我很清楚我並不是萬能俠。」

嘉玲小時的骨硬脆弱，無論家人如何悉心照顧，都會在毫無任何預備之下出現骨折的情況。久而久之，後來更加變成了慣性骨折，每次都需要臥床二、三個月才能康復。「每次骨折都會特別難過，會覺得連有限的活動能力都失去了。但感恩天生樂觀的性格讓我大難一免後就會想就算受苦受難，我仍然有手，我仍能正常的過日子。我會想我所擁有的，而不是我所失去的。我在7歲前都不懂得坐，只能躺在牀上，但是即使連我也能吃飯、也能玩樂，現在甚至練成了一身功夫。我會在這些限制中盡力去發展自己的能力，令自己的能力可以在最大限度中發揮出來。」

每次看見嘉玲，都會被她從心底而發的笑容所感染，嘉玲笑笑口感恩自己天生樂觀的性格，「自由心生，喜樂是我很好的福氣。當然，當你心存盼望，你自然就有積極的態度與開心的性格。好像組織網絡電台時，別人可以做到，我都可以；當你要走出來做義工時，別人可以，我都可以。我和別人的需要是一樣的，只是步伐上會比別人慢，但不代表我就要放棄自己。小時候我不能和其他小朋友一樣讀書，但我渴求讀書，我渴求知識的汲取；我自小在家中長大，不認識這個世界，但我渴求認識這個世界，只是大家的時間不同。既然如此，為何我不把這個時間，為什麼我要在乎那些分別呢？那麼我已經沒有藉口了，因為所有的一切一切對我而言都實在太吸引，尤其是當我代步車後，我就知道我我要投入我的生活了，那些畫面開始一筆一筆被勾畫出來，色彩斑斕。」

嘉玲強大的內心讓人心生敬畏，「最重要是你要看自己和其他人沒有分別，但其實所謂的分別並不是我們眼前所界定的，而是我們的心決定的。我只是身體的限制會令我有所分別，但是其實我的思想上是沒有分別的，而人最重要的是自己的心靈是如何界定自己是一個怎樣的人，只要能衝破這點分別不大。我一開始融入社會時也會有各種顧慮，但當我認識了更多朋友，慢慢的自己開始打開心扉，眼光也開了，會知道並不是所有人都不接納你，反而會反省自己過往太有護，太在難自己所謂的分別。」

追夢的人

面對自身身體的障礙，嘉玲仍然能堅持區區，追求夢想，完成了香港公開大學的課程。「夢想說起來好像是很大很大的東西，但其實當你有一個夢想，真的願意朝著這個目標奮鬥，朝著這個方向一步一步向前行的時候，你就會有源源不斷的信念和堅持。無論中間會經歷多少放棄的念頭，你也一定會堅持到底。從我17歲有了第一部BB車的時候，我就已經向家人表達了自己想讀書的想法，但到我24歲才真正開始讀書。因為一個難能可貴的機會，一點基礎也沒有，因為身邊朋友的支持和鼓勵，我終於下定決心去完成我的夢想。即使在報名時我仍然在懷疑自己是否真能收到，但感謝我的服務團一直對我的支持和幫助，那段時間我斷絕了所有的約會，所有的娛樂，一心投入學業。一邊懷疑一邊完成了學業，但當我置身當中在讀書時我又覺得很享受，很責任。」

反觀現在社會日積月累的負能量，嘉玲真冀大家愛自己再去愛別人，再將這份愛發揮出來；心存盼望，衝破自己的限制；活在當下，樂在其中。



名人專訪：陳寶儀(Abby)、
陳志健(Otto)、羅以之(Tisha)

採訪：麥嘉麗 註冊社工

麥：陳小姐，你當時如何得知自己患有情緒病？你有何感覺？

A：回想最早發現自己的情緒出現問題時是約2002年，但至自己發現最嚴重的狀況時則是約2004年。當時除了會經歷無緣無故突然感到情緒低落外，更有試過一次在公園散步的時候，聽到一把聲音叫我去死，當時感到十分害怕。除此之外，旁人的不信任令我很難受。由於情緒病不像其他的傷病，情緒病是沒有表面的痕跡，但發病時由於情緒低落以致根本不能上堂而需要請病假。甚至可能因為我是故意請病假而逃避開會。加上中醫傳統對抑郁症的看法只是認為純粹是自己「因緣緣」、「邪惡開」，令其他人認為我只是在無病呻吟，這些感覺都令我十分難受。

麥：你如何開始接受治療？你從何處得知治療的方法？

A：由於本身是一個正面性格的人，所以我會認為即使有什麼問題都是會有解決方法的。當時我有把自己的情緒困擾而告知岳相的家庭醫生，經醫生評估後我知道自己原來患有抑鬱症。我認為自己有病就一定要去醫，所以我開始就責由醫生處方的抗抑鬱藥。除此之外，我的教友亦有向我介紹精神科專科醫生及輔導服務，令我得知有更多的治療途徑。

麥：你對治療感到抗拒嗎？

A：我對治療並不感到抗拒，因我知道服藥是對我的病情會有所幫助的，所以我有按醫生指示服用藥物。

麥：除了接受藥物治療外，你有否接受過其他類型的治療？

A：我的教友會介紹我去接受輔導服務，但當第一次見完輔導後，發現自己的情緒反而更波動，在家中哭了很久，而那一種哭，自己覺得並不是釋放的一種哭。在教友的推動及陪伴下，我去了見第二次的輔導服務，但始終感覺不太適合自己，所以便再沒有去尋求輔導服務。

麥：知道你現在已經從情緒病中康復過來，你是如何克服情緒病的呢？

A：在康復的過程中，我懇求宗教給我的支撐及教友對我的關懷和支持。每當我遇到困難時我都會向教友們傾訴。另外，我患病期間開始養了一隻貴賓狗，發現與小狗之間的交流令我認識到什麼是愛與被愛，亦發現在照顧小狗的時候自己會十分專注及投入。

麥：你有心得可以跟同路人分享？

A：我十分鼓勵同路人如在家想盡辦法可下，可嘗試與寵物，感受與寵物間的互動與愛，令情緒得以舒緩。但我要提醒照顧寵物是一生一世的事，不要只把牠當寵物。另外，宗教信仰的支持亦能對情緒有著正面的幫助。

麥：Tisha問你Otto，你作為甚麼人，你地會如何支持情緒病康復者？

T：我認為首先最緊要的是提醒自己要具有耐性。因為初時不清楚媽媽的情況時，只會沒有太大耐性對她說「輕鬆啲啦」就沒有理她。後來才知道媽媽的情況，是需要家人的支持及有耐性去聆聽她的感受，並正視媽媽所遇到的問題及困難。

O：我認為作為家人首先自己要多認識情緒病究竟是什麼，要知道情緒病

其實是心靈上的感冒，並不是「驚瘋」。當自己有了此方面的知識，便會有方法去與當事人溝通及提供協助，務求與當事人討論如何從一個正面的角度去看一件事。

訪問後感：

無論是普通人或是名人，都有機會患上情緒病，但從是次訪問中，可看到積極面對問題，比這重要得更好，不但可避免情況惡化，亦可及早讓自己重新調整生活步伐，重拾生活的趣味及意義。而家人及朋友的支持同樣重要，所以出了問題，應及早處理，並多與家人分享，讓家人明白可如何協助及支持。

探討自殺及暴力行為與精神病的關係及誤解

專訪：莊香泉博士 醫管局新界東聯院臨床心理學家
採訪：汪為進 註冊社工

問題一：就香港的情況而言，學者對以上的問題有何研究？

答：根據香港大學防止自殺研究中心的統計，自1997至2011年，每年平均自殺率為每十萬人中有14.1個自殺個案。該中心的研究顯示，在15至69歲的群組中，自殺行為與不同因素有關，包括精神病、曾經企圖自殺、欠債、失業、未婚單身、及社會支援不足；而患有抑鬱症、感到無助、無奈、無望的人士，自殺傾向亦是較大。由此可見，自殺是多項因素相互交織下的行為。

本地研究亦顯示，由於部份自殺行為出於一時衝動，一些措施可以有效地阻止悲劇發生，包括在港鐵站安裝月台安全閘門、在超市把燒烤炭灰在不當顯處售賣、在炭包上寫上「珍惜生命」等等，都能夠大大減低自殺率。

暴力行為與自殺行為都涉及多個層面的因素。香港大學李滿珍教授及臨床心理學家陳少清博士曾為有家庭暴力記錄的男性個案，進行腦功能群組對比測試。與對照組比較，這些男士容易對婚姻不美、人際交往上反應過敏、情緒起伏落、易衝動和壓抑情緒能力弱。研究顯示暴

力傾向與上述情況有複雜的互動關係，並非單一因素造成。

西方研究顯示，大多數有暴力行為的人士並不是精神病患者，而大多數精神病患者並不犯罪。相反，他們比非患者更傾向自傷自殺，更往往成為犯罪對待下的受害者。儘管有小部份受「被迫害妄想」長久折磨的患者可能視易有犯罪行為，但整體而言，他們並不比一般人暴力；只要及早治療，他們的病情是可以受控，並可以穩定下來。更值得關注的是：監禁、輔導人士更應出現暴力行為。

問題二：傳媒對自殺及暴力行為的廣泛報導會對讀者構成模仿效應？

答：在文明社會裏，傳媒是捍衛「言語自由」、「新聞自由」、「採訪自由」不可或缺的重要一員。我深信傳媒工作者會本着專業精神、謹守業內守則、全面及持平地如實報導，同時亦會顧及對市民大眾及其他持份者的影響。據我所知，本地區海外組織，例如港大防止自殺研究中心、康瑪利亞防止自殺會等，不將與傳媒交流，並對相關新聞報導提出建議。

另一方面，數據顯示，傳媒的報導對整體自殺率有一定的影響。例如2003年影星張國榮自殺後，傳媒的廣泛報導，與其後數月內整體自殺率上升有關連。（註：2003年自殺率為十萬人有18.8個個案。）多年前，部份傳媒仔細地報導燒炭自殺事件後，同類的自殺案件亦隨之增加。



正如上文所述，自殺及暴力事件背後的原因錯綜複雜，是多方面因素互為因果、日積月累的結果，單憑事發前事發後的表现或最近的生活打擊，或是否有精神科記錄而去推斷種種理由，往往會忽略事件背後積聚已久的多方因素。正如沒有播上大量火藥的「導火線」，即使點點了也不能引發大爆炸呢！

一些傳媒在報導自殺及暴力事件的同時，訪問了當事人的家人、好友或「過來人」，從而給予讀者一個更全面、更廣闊、更深入的角度去了解事件的來龍去脈，去探討不同人面對相同經歷各種不同的處理手法，並重視該事件帶來的多方面影響。這是值得鼓勵的報導手法。例如八仙爐火災的倖存者張潤棠，也身受火災時所展現的勇氣、堅持及樂觀態度，可能是部份觸發情懷讀者的一記當頭棒。

此外，部份傳媒也提供相關的「專家意見」、「熱線電話」、「危急鈴鐺」、「問與答」等，這也是值得鼓勵的。

有甚麼方法可消除社會上對精神病患者的標籤與歧視？

透過教育、親身接觸、及早診斷、以人為本的服務精神、以貴為法醫的有效治療、完善的社區康復配套、完善制度及法律上的保護等，導致包容與接納。

- 例如中文大學麥穎思教授及臨床心理學家陳家文女士關於「標籤」的研究，顯示社會對精神病患者者的歧視，可以透過教育及人性化的接觸而減少。
- 現時醫管局推行的「思覺失調計劃」，透過及早而適切的治疗，減低思覺失調在心理、生理與社交上的長遠影響。
- 社會亦可從多方面減低對精神病患者的標籤與歧視，例如，透過精神健康大使為精神病患者建立正面形象。
- 前線的精神健康專業人員，也可從康復者的角度去理解他們的情況，以提供人性化服務。
- 另外，在社會配套上，社會企業、合作社機構的就業計劃等可為患者提供工作上的支持，協助患者融入社會。
- 再者，朋輩支援服務可透過「同路人」的方式為患者提供情緒上的支援。
- 學校教育及學者推廣也可提高公眾對精神病的認知。
- 政府亦會不時因應社會發展去檢視平等機會委員會的功能，及修訂精神健康條例、殘疾歧視條例等。
- 最後，政府可立法制定精神健康政策，以全面改善精神健康服務。

精神病康復者受到社會的標和歧視

專訪 朱崇文博士 平等機會委員會 政策及研究主管

採訪 黎美君 註冊社工

訪問內容：

1) 就平等機會的工作中，精神病康復者在香港受歧視是否十分普遍？假若平等機會資料，收到多少宗投訴個案基於有關精神病？大概而言，投訴類別甚為籠統嗎？

雖然近年年青人對殘疾人士接受程度比較高，朱博士在平等機會工作多年看見社會仍然對精神病存在標識，以及精神病患者受到歧視是很普遍的事。在平等機會資料中，每年的接獲200-300宗殘疾人士受歧視的投訴個案，當中平均每年約20-30個個案涉及有關精神病的歧視投訴，有關投訴數字很少，實際上他們願意來投訴不多，這可能是他們有很多擔憂，害怕申訴之後出現負面情況，所以沒有繼續申訴。相比之下，其他殘疾類別的人士，如肢體殘疾、視障、聽障會較願意作出投訴。

朱博士相信現時平等機會有關投訴精神病患者投訴數字，只是反映出冰山一角，實際數字相信遠超於他們所接獲的個案。2001年，平等機會調查香港中文大學做了一個研究，當中訪問了約700位的精神病患者/康復者，超過一半受訪者表示差不多每日都有面對歧視，可是平等機會每年接獲有關的投訴，肯定不超過一百宗。

2) 根據資料，精神病康復者在甚麼層面最多受到歧視？很多精神康復者在找工作時，都會感到受歧視，不知是否該向僱主表明自己有精神病？

根據平等機會資料，有關精神病康復者的投訴個案，以僱傭為主（例如給予僱傭

較差待遇，也有一些受到騷擾或中傷的行為。比方說，僱主知道僱員為精神病患者會在人前說出難堪的說話，精神病康復者要經歷長期受歧視，失去工作，被迫到牆角，在忍無可忍情況之下，最後他們才站出來投訴或申訴。朱博士深明殘疾人士要站出來並不容易，不過他非常鼓勵殘疾人士遇到任何歧視行為都應該作出投訴，因為當他們願意挺身而出，勇敢面對問題，才能提升其處理問題的技巧，有助他們日後更加懂得面對問題或困難。再者，當成功例子愈來愈多，便可加強殘疾人士的信心，走出來處理一些理難的歧視問題。

朱博士建議精神病康復者應該坦白向僱主說出自己的情況，因為他認為社會要改變應由他們開始。例如：他們要僱傭主坦白說出自己為精神病康復者，如果僱主因此不聘請他們，他們受到歧視，他們可以就此作出申訴，維護個人權益。因為如果他們不開始行出第一步，問題只會永遠被埋沒，沒有人知道，所以要靠他們挺身而出維護自身的權益，讓社會人士知道和關注。好像現時有不同類別的殘疾人士或其家屬勇敢站出來，既如愛滋病患者、自閉症兒童的父母。此外，有不少名人或明星表示會患有情緒病，那難推測公眾人士知道，同時，使公眾人士多認識和明白有關其殘障的情況和需要，真正使大家明瞭殘疾人士的情況更多，這是一個很好的現象。

其實，自1996年至今，殘疾條例已經訂立了17年。條例清楚說明如果僱主因職位申請人有精神病而只向他人索取有關醫療的資料，而沒有向其他申請人索取，這樣已經構成歧視。另外，如果僱主聲稱為了公司體質保險或其他原因，向所有申請人索取他們的醫療資料，但僱主之後把此資料用作解僱或不聘請之理由，則僱主違背了原先說明使用有關資料之用途，這樣僱主已是觸犯了歧視條例。此說明，香港是有法律保障殘障人士不被歧視，如不幸受到歧視，一定要勇敢面對。



有關減少對殘疾人士歧視之長遠計劃，朱博士有以下的建議：

朱博士指社會人士對殘疾人士仍存在一些根深蒂固的看法，一般人士大都認為殘疾人士是沒有能力，無法在職場上勝任，不過事實上有很多殘疾人士有能力工作，甚至有出色的表現。因此我們需要除掉社會對精神病康復者這成有形與無形的障礙，以及對消除精神病的歧視和負面標識。平等機會一如任何非牟利機構舉辦不同的公眾教育及公共活動，除此以外，朱博士認為應從幼兒課程開始滲入有關元素之教育。

第一方面，教導學生認識所有人都會有差異和限制，教材當中應具備特定的單元講解有關殘疾人士的類別、需要和他們在不同環境面有甚麼限制。教導學生如何接納、關懷及包容殘疾人士，如有需要時，更應伸出援手協助有需要人士，從小建立對殘疾人士的正面心態。社會定必應邁向共融及和諧。

第二方面，推廣融合教育，讓僱傭學生有機會接觸，令學生更具體認識和理解殘疾人士，不至流於知識層面上的認知。實際面一如解解，甚或以溝通心態去了解殘疾人士，出現以偏概全的情況。

藉著自身體驗，多接觸殘疾人士，既可以讓大家都了解他們，從而減少歧視，也改變大家固有對殘疾人士的態度與假設，比方說，有人誤解有聽力障礙人士就一定沒有工作能力，甚或只能從事一類特定的工作。如果當我們真正明白殘疾人士的差異和特殊需要時，就算在同一類殘疾人士都可以有不同的能力和需要。舉例說，有一

些聽障人士能夠說話；另有一些聽障人士能夠溝通，他們能勝任不同的工作。因此多了了解與接觸，避免大家出現誤解，把殘疾人士一體化。

「精神健康檢討委員會」如何有效地提供一個平等的機會？

朱博士認為現時「精神健康檢討委員會」成員包括精神科醫生、學者、立法會議員、社福界代表，以及精神病康復者或家屬代表更能實踐國際公約，有關公約「殘疾人士權利公約」(以下簡稱《公約》)。自2008年8月31日起，在中國正式生效，並適用於香港特別行政區。《公約》的宗旨是促進、保護和確保所有殘疾人士能充分及平等地享有一切人權和基本自由，並促進對殘疾人士的尊重，因此殘疾人士亦享有普通人的平等權利和參與機會。當「精神健康檢討委員會」推動香港政府訂訂精神健康政策，精神病康復者參與是必須，也是應該的，亦是《公約》的要求。食物及衛生局長高文匯會面不同的精神健康服務範疇，經過聆聽不同人士的意見，最後委員會加了一位精神病康復者代表成員，這樣實踐了平等權利、自由及尊重的一點平台，促進、保護和確保精神病患者充分和平等地享有一切人權和基本自由，提出他們對精神健康服務和政策的意見和建議。

**專訪 陳更新先生 香港精神健康
家屬協會家屬**

採訪：蘇嘉儀 註冊社工

**問：家屬在照顧精神病康復者
(下稱家人)所面對的困難及
需要的支援**

家屬們在不同階段會面對不同的困難，一般家屬在發現家人精神病發病初期，往往不知如何是好，期望家人能在接受精神科專科治療及服藥後便可以康復。在治療期間，家屬亦想與醫生達致有效溝通，並想了解家人所服用的精神科藥物成效及如何處理藥物引致的副作用，何時可以痊癒而不需要再服藥，當然也會擔心家人會否再復發等。

而家屬在照顧康復者期間通常會較著重康復人士的個人需要，亦需要面對不少生活上的難題，比方說，如何掌握對家人督教的鬆緊程度、金錢使用的督教、信用卡的管理與限期、何時可以恢復工作重返社會、何時可以獨立生活照顧自己、如何減輕友人的不理解及社會人士對精神病康復者的歧視等。這些會隨著家人的成長與精神狀況而有所轉變，成為家屬與家人之間的分歧，因此如何減輕雙方的摩擦與衝突亦是家屬們常面對的課題。此外，亦有部份精神病康復者會受家庭問題的影響而變得較為退縮，未必適合在一群人中自處，這些康復者更需要專業人士的心態及時機去重新培育其個人自我肯定與自尊心，令他們重新適應教養的生活，再次融入社會。

家屬們心中常有疑惑，如要照顧康復者到何時？在那個階段才可以放手？或培培康復者到何種水平才需要放手？隨著照顧者的年齡漸長，作為父母、兄長、配偶的都害怕自己比康復者早逝世，同時亦會擔憂康復者年齡老化而未能獨立照顧自己的起居生活，以及如何維持生計。在很多時候，家屬需要全天候地照顧康復者而忽略了自己，何以能在當中取得平衡而不會耗盡 (burnout) 身心亦是一大學問，更有不少家屬需要同時照顧家中老弱病殘。可是現時有那些可資的服務或人士可以協助家屬在有需要時代替照顧康復者，讓家屬可以有空間處理私人事務或放假用作休息？面對現時社區照顧支援不足的情況下，家屬往往感到無從問津。

**問：復人士的子女(下稱小家屬)
在成長過程中面對受精神病困
擾家人(下稱家人)的感受**

在年幼的小家屬面對受精神病困擾的家人時，起初都不知道家人發生了什麼事，也不知道他們有什麼病，亦不知道為何父母會有這樣的情緒起伏或令人費解的言行舉止。小家屬往往在不願向他人揭露及自己父母的情況。當家中發生暴力事件時，小家屬亦會疑惑是不是自己的錯才令家人變成這樣，在自己嘗試努力有好表現後，並未能理解家人仍未好轉是因為受病情的困擾而不是自己的問題，在這些不安、自卑、疑惑、自責的情況下，往往令小家屬的個人身心成長、自我形象、價值觀及人生觀等都有深遠的影響。

因在這樣的家庭背景中成長，小家屬在學校的生活亦會受影響，會害怕被別人知道及談起自己的家庭背景、懷疑自己的能力、失去自信、有時會對將來失去希望。也因小家屬需要在課餘時間協助照顧家人的緣故，錯過了兒童及青少年時期應有的豐年生活與成長學習的機會，這種「我是誰」的感覺就如跌入黑洞般，影響著個人身份的建立及自我認同的正面建構。

因此學校在小家屬的成長階段中擔當了重要的角色，小家屬需要校方提供適當的支援及空間去建立自我的獨立定位，以及獲得可靠師長持續的支持與聯繫以成為成長中的學習榜樣。同時校方亦要小心掌握師長對小家屬的特別關顧會有機會令其他同學對小家屬產生負面的觀感。事實上，小家屬最需要學校能成為其成長的後盾，學校是可以透過及有能力去支持他們，並不是逃避不理他們的需要，更不是歧視與排斥他們的應有性成長權利。

問：照顧康復者家屬的特別研究建議

現時在本地仍缺少有關方面的研究資料，建議社福界可以考慮研究家屬在照顧康復人士的需要，以及對相關服務的需求，去爭取更多資源及策劃相關服務回應需求。此外，亦可以嘗試研究照顧在照顧康復人士時的掌握程度，如家屬需要照顧康復者到何時？在那個階段才可以放手？或培培康復者到何種水平才需要放手？另可嘗試視察服務使用者或是自願求助及自願使用服務的康復人士的原因，以及因此而引致

的社會成本。還有，可以統計醫院管理局在各區精神科專科的近年來的求診人數增長數據作參考，去預計社區精神健康的服務需求，從而及早計劃相關服務及人手資源配搭，改變現時機械式的服務資源安排。

問：照顧康復者家屬的社區支援建議

精神科專科醫生的處方藥物治療亦如種種康復人士遇幼節，但當幼節移轉回到社區後，社區是否能提供足夠養份？社區是否能夠承托這些風浪？社區能否支援照顧者及康復人士的需要？如何讓社區人士與幼節和平共處這包括接納等等？可是現時的情況家屬及幼節就有如自生自滅與無力支撐。因此在倡導工作方面，以往曾在香港社會服務聯會附屬網絡以供家屬會員網絡進行定期的會談，成為家屬與醫生的溝通橋樑。希望精神健康界別能再與家屬團體重建溝通聯繫，讓家屬們有合適的平台去提出相關的改善建議，計劃更全面的心理健康政策，盼望家、醫、社能互相合作，共同建立精神健康友善的社區。