

創新・對話・融合
應用心理研究

第8期 2000 冬

Research in Applied Psychology, Number 8, Winter 2000

專題／畢恆達 主編

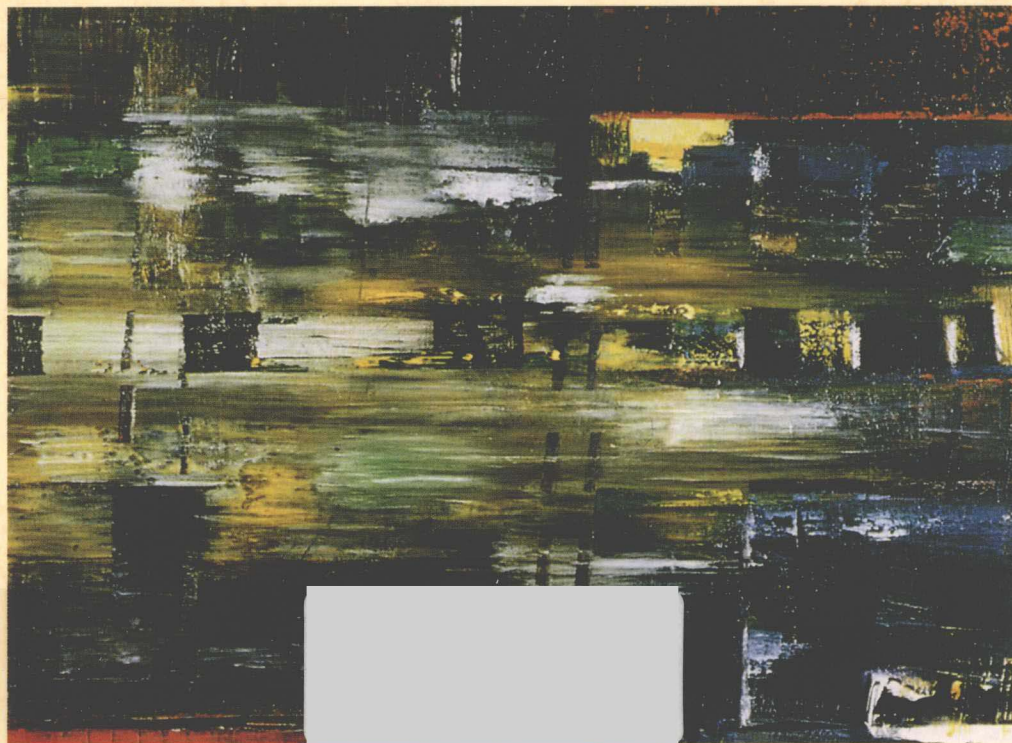
家的意義

從環境災害過程中探索家的意義

女性遊民研究

男同志同居伴侶的住宅空間體驗

家的認同與意義重建



應用心理研究 (季刊)

第 8 期 2000 冬

Research in Applied Psychology
Number 8, Winter 2000

2000 年 12 月 出版

印製日期 2000 年 12 月 1 刷 1000 冊

印製日期 2001 年 10 月 2 刷 200 冊

印製日期 2005 年 1 月 3 刷 200 冊

定價零售每期新台幣 300 元

台灣地區訂閱

4 期 1080 元，8 期 1920 元

(若訂戶指定掛號交寄，每期另加 20 元)

台灣以外地區請以信用卡訂閱，郵資另加：

航空掛號大陸港澳一年 550 元／亞洲一年

650 元／歐美一年 750 元；水陸交寄大

陸港澳一年 120 元／其他地區一年 240 元

本刊為正式學術期刊，園地公開，投稿前

請參閱本刊各期所附稿約及相關辦法，

來稿或索取編輯相關訊息，請逕寄：

242/台灣台北縣新莊市中正路 510 號

輔仁大學心理系 劉兆明教授收

版權所有，請勿翻印，

轉載請先徵求同意，並註明刊期頁次。

Printed in Taiwan,

Wu-Nan Book Co., Ltd.

4F, No. 339, Ho-Ping E. Road, Section 2,

Taipei, TAIWAN, 106

主編 應用心理研究編輯委員會

召集人 劉兆明

專題主編 畢恆達

編輯委員 丁興祥 王雅各 余安邦

利翠珊 宋文里 夏林清

翁開誠 畢恆達 劉惠琴

特約編輯 朱偉誠 曾旭正 蕭百興

賴誠斌 關華山

英文編輯 黃美齡

藝術指導 盧廷清

美術編輯 劉美珠

企劃經理 黃文儀

行政副總 楊秀麗

印務經理 連素燕

編輯助理 張維珊

發行人 楊榮川

出版者 應用心理研究雜誌社

局版北市誌字第 2119 號

電話及傳真：02-2901-7441

郵政劃撥帳號：19271881

戶名：應用心理研究雜誌社

發行者 五南圖書出版股份有限公司

局版台業字第 0598 號

地址：106 台北市和平東路二段 339 號 4 樓

電話：(02) 2705-5066 (代表號)

傳真：(02) 2706-6100

網址：<http://www.wunan.com.tw>

E-Mail：plan@wunan.com.tw

注意事項 發行一個月內未接獲該期刊物，
請電洽：02-2705-5066 分機 818 處理。
逾出版期三個月恕不予補寄。

製版/印刷 宏冠彩色印刷有限公司

裝訂 一絃裝訂行

目 次

對話與回應

《失智症的治療與照護》

- 1 延長的再會 白明奇 3 失智症前兆研究結果的意義與方向 張本聖
6 對失智症專題的回應與反思 周勵志 11 失智症治療與照護的後續研究議題 李世代 19 失智症之精神醫學觀 黃正平 26 失智症的治療：精神科專科醫院的觀點與做法 劉興政、宋成銘 29 記憶門診的發展與貢獻 梁繼權 33 支持團體對失智症家屬之助益 徐亞瑛 35 失智症患者與家屬的主體性 楊培珊 37 失智症的心理學研究與專業服務 郭乃文

作者回應

- 41 陪失智者及家屬走一段 湯麗玉 42 女性阿茲海默氏症患者較憂鬱嗎？ 劉嘉逸 43 過去 現在 未來 林克能

專題

- 55 家的意義 畢恆達 主編
57 從環境災害過程中探索家的意義：民生別墅與林肯大郡的個案分析 畢恆達
83 女性遊民研究：家的另類意涵 吳瑾嬌
121 男同志同居伴侶的住宅空間體驗：四個個案 畢恆達、吳昱廷
149 家的認同與意義重建：魯凱族好茶的案例 王應棠

實證研究

- 171 流行歌曲歌迷偶像崇拜的心態與行為初探 朱龍祥、陸 洛

行動研究

- 209 Rogers 人本教育理論與建構主義教學模式二之發展：國小數學教學的行動研究 潘世尊 239 教育實踐中的多重對話關係：回應潘世尊老師的行動研究 夏林清

編輯訊息

- 148 新專題構想、讀者來函 170 歡迎來稿 245 索引 252 訂閱單

Contents

Dialogues & Responses

Dementia: Treatment and Care in Taiwan

- 1 A prolonged good-bye *Ming-Chyi Pai* 3 The meaning and prospect of preclinical dementia *Ben -Sheng Chang* 6 Some responses to and reflections on special issue of dementia *Lih-Chih Jou* 11 Continuing study subjects following special issue of dementia *Shyh-Dye Lee* 19 Psychiatric aspects of dementia *Jen-Ping Hwang* 26 Treatment of Alzheimer's disease: The viewpoint from a psychiatric center *Hsing-Cheng Liu & Sing-Ming Sung* 29 The development and outcome of memory clinic *Kai-Kuen Leung* 33 The helpfulness of support groups to family caregivers of patients with dementia *Yea-Ing L. Shyu* 35 The forgotten partner of dementia care: Dementia patients and their caregivers *Pei-Shan Yang* 37 The psychological studies and intervention of dementia *Nai-Wen Guo*

Authors' responses

- 41 Accompanying the Alzheimer's patients and their families *Li-Yu Tang* 42 Is female gender a risk factor for depression in Alzheimer's disease? *Chia-Yih Liu* 43 The importance of early detection of dementia *Ker-Neng Lin*

Special Issue

- 55 **The Meaning of Home** Editor: *Herng-Dar Bih*
57 The meanings of home in environmental disasters: Case studies of Ming-Sen Building and Lincoln Community *Herng-Dar Bih*
83 Research on homeless women: The alternative meanings of home *Chin-Yen Wu*
121 The living experiences of gay couples: Four cases *Herng-Dar Bih & Yu-Ting Wu*
149 Identity and meaning reconstruction of home: A case of Kochapogan, Rukai *Ying-Tang Wang*

Empirical Research

- 171 An exploratory study of attitudes and behaviors of idolatry among fans of popular songs *Lung-Shiang Ju & Luo Lu*

Action Research

- 209 The action research of the development of the integrated teaching model combining Rogers' humanistic theory with constructivism *Thief-Tzuen Pan* 239 Conversational relationships in educational praxis *Ling-Ching Hsia*

Messages & Information

- 148 New special issue 170 Call for papers 245 Indices 252 Order form

對話與回應

《失智症的治療與照顧》

延長的再會

白明奇

本刊第七期《失智症的治療與照顧》專題，在台灣失智症研究「大老」劉秀枝教授的籌劃下，果然效果驚人，這是有關台灣的失智症資料空前大公開，可看性很高，除了可提供學術上的資訊外，也可做為一般衛教之用。然而，台灣還有許多有關失智症的研究成果，例如認知心理學、神經心理學、非阿茲海默氏症的失智症及影像學研究等，可能因專題聚焦於醫護層面，而未能收錄，盼望不同領域的研究者能再接再厲。在此，本人想提出若干個人的經驗與感想，雖不具學術性，但希望能反應第一線醫療工作者與家屬的想法。

婚禮上的三明治

1989年初，我初訪內人自家，發現準岳父不止一次地述說日據時代在台北工業學校唸書的事情，更是經常反覆地說著、或問著同樣的主題，自己卻一點都不知道。當時準岳父剛退休，又回原單位兼差，負責工程設計，常常抱怨工程圖的設計能力，越來越不行了！時任一般內科住院醫師的我，只知道準岳父腦子一定有問題。還好他記得我的臉和名字，也沒拒絕我和他的女兒繼續來往（說不定正因為如此）。

同年11月，我隨著浩浩蕩蕩的車隊、抬著喜餅去訂親。一下車，看到準岳父穿著汗衫，走來走去，焦慮得不知所措。事隔三個月的婚禮中，女方主婚人突然失蹤了，大家都忙成一團。還好，岳父只是擔心新人在緊湊的行程中會餓肚子，而去買了三明治，自己還可以走回會場。

1992年2月，我特地安排岳父住院檢查，意外地發現岳父右肺有腫瘤。幾天之內，便由表叔陳志毅主任進行右上肺切除手術。手術順利，術後一切如常，只是岳父的認知能力，江河日下。兩年後，岳父因膽道感染，引發敗

血症去世。

後來，我逐漸走入認知神經學（cognitive neurology）的領域，也開始診療原來叫「痴呆」、現在叫「失智」的病人，彷彿又聽到、看到許多似曾相識的言談舉止。然而，這些年來，我一直無法忘懷那份婚禮上的三明治，這位深愛女兒的父親，在腦力逐漸退步中，仍關懷女兒的溫飽。教科書告訴我們：海馬與記憶有關，杏仁核與情緒有關，兩者都是阿茲海默氏症初期的病變腦區；但我深信，掌管情感與愛的區域，一定遠離這兩個地方。

失智與痴呆

「失智」與「痴呆」的用詞，孰優孰劣，見仁見智，前者雅而不達，後者達而不雅。不過在真實的診療過程中提到「失智」，病人家屬通常會愣一下（是惑非嚇），聽到「就是俗稱的老年痴呆症」的解釋，才會明白。我不曉得以英語為母語的人對 dementia 的感覺是近乎那一個詞？但是，換一個好聽的名稱，也不會改變疾病的本質，血糖過高的患者，是否也要將略帶騷味的病名改一下呢？

鮭魚與遺忘

有回跟見習醫師上 dementia 的課，一位女醫師提出疑惑：dementia 的發生，是否意味人類不該活太久？

我曾在開車中聽到一則報導，提到晚年溯溪的鮭魚在游回出生地、產卵交配後，好像啟動開關一般，腦中會分泌一種化學物質，將所有的過去急速拋去，接著很快地凋零、然後結束生命；這種化學物質，就是在阿茲海默氏症的大腦病變中，很重要的成份之一：類澱粉質（amyloid）。我立刻上網查看，果然有篇由英國愛丁堡大學獸醫預科學系的 P. J. Gilchrist 及 J. P. Bradshaw 發表的文章：Amyloid formation by salmon calcitonin。

想必科學家會很快地聯想，而從其中解開阿茲海默氏症的謎；而我，寧願將之視為一則充滿哲學味道的軼聞。

延長的再會

人類除了祈求長生不老、萬世富貴外，便是希冀智慧。曾在日本的岡山城和山形縣立博物館，看到令我印象深刻的大型木製招牌：健腦丸。這是不是當年秦皇特使在扶桑國尋得長生不老藥後，下一步追尋的目標？健腦丸的迷思，如今也蔓延到 dementia。

但是在無法根治阿茲海默氏症的今天，一切延緩患者大腦退化的方法，是否就是延長病人本身以及照顧者或家屬的痛苦？而早期發現、早期治療的預防醫學概念，對大江東去的神經退化性疾病是否適用？早期告知的理由，及在西方社會的因應，對於我們家鄉的老人，到底能否橫的移植？

是那個詩人曾說：但願長醉不願醒？

（2000年10月2日收件，作者為成大醫院行為神經科主任及成大醫學系講師）

失智症前兆研究結果的意義與方向

張本聖

台灣老年人口正在快速增加，隨著年齡增加，記憶力變差是每位老人都會感受到的。其中，有些老人隨著記憶力衰退及其他認知功能減退，影響到他們的日常生活功能，逐漸演變成老年失智症。如何儘早區辨出失智症的患者，對其生活及醫療照顧都會有極大的幫助。因此發展出一套早期失智症徵兆的神經心理衡鑑工具，並可藉此持續追蹤病患認知功能衰退的變化，一直是神經心理學家及臨床心理學家的期望。譬如，Masur 等人（1994）針對 317 位非失智症的老人作 11 年的追蹤研究，其中有 64 位發展出失智症，而研究之初所做的「回憶（recall）」、「延宕回憶（delay recall）」、「數字符號（digit symbol；測量視覺與動作配合）」及「語文流暢（verbal fluency）」等測驗，可顯著地預測失智症的發生。Linn 等人（1995）的研究中也證實「延宕回憶測驗」及「立即回憶測驗（WAIS 中的 Digit Span）」可預測 7 年後的失智症的發生。至少由上述兩個研究中可歸納出：記憶測驗與認知能力測驗是相當重要地預測失智症的測量工具。

《應用心理研究》第七期中〈記憶力衰退抱怨：失智症前兆？〉一文，正是台灣的神經心理學者及神經科醫師試圖探索適合國人的預測失智症指標

的一篇研究論文。特別是該文研究者對社區老人作了長期追蹤研究，並新發現了 10 位失智症患者，因而所獲得之資料，對發展台灣失智症前兆之指標，該是相當有意義的。正如該文研究者所言：由老人主觀抱怨記憶力衰退的個案中，要區分出誰是正常的記憶力衰退？誰是病態的記憶力衰退—老年失智？不是一件簡單的事。此外，研究者似乎意圖由記憶力衰退的個案中，盡早發現誰是老年失智，誰是老年憂鬱，不同的診斷意味著不同的治療方式及癒後。不過，研究者得到的結論是：老人的「主觀」記憶力抱怨無法反映出一個人在過去或未來三年實際認知減退與否。研究者進一步詮釋，記憶力衰退是一種緩慢的認知改變過程。研究者的詮釋固然是一種可能，然而文中顯示的許多線索也可能另有解釋。因而本人試圖先由「門診病患樣本群」所得到的一些數據另作解釋，而後再結合「社區老人樣本群」的結果來探索可能的「失智症前兆」。

上述之研究將門診病患分為「正常組」、「疑似失智症組」及「失智症組」。由表 3（頁 80）可知，疑似失智能者與失智能者中「有主觀記憶抱怨」的比率約為 80%，而正常者也有 50%有主觀記憶抱怨。這個結果顯示：若以「有主觀記憶抱怨」作為判斷「失智症」的指標，固然可能正確預測八成左右的失智症者，但也有五成誤將正常者誤診為失智症。因而，「主觀記憶抱怨」顯然不是一個預測失智症的良好指標。然而，由表 3 可看出，「家屬同意患者有記憶問題」可正確預測 99%失智症者，且正常組中只有 33%「家屬同意患者有記憶問題」。「家屬同意患者有記憶問題」的正確判斷力遠大於誤判力，顯然是個相當良好的指標。此外，表 4 也明顯地顯示，CASI 中，客觀的長期記憶、短期記憶、注意力、集中及心算力、定向力、抽象推理、語文能力、空間概念、及思考流暢度在正常組及失智症組皆有顯著地差異。綜而言之，由門診病患的研究結果顯示：「家屬同意患者有記憶問題」及「客觀評量記憶力、認知能力」較能區分出「失智症」之有無。

再談到社區老人樣本，平均教育程度 1.7 年。研究者分別在三年的前後測量了這些老人的「主觀記憶抱怨（SMC）」、「客觀的記憶及認知能力（CASI）」及「憂鬱傾向（GDS，5 分以上代表憂鬱症傾向）」。結果顯示：有主觀記憶力抱怨者的 CASI 各項分數顯著的低，且兩次評量結果相似。GDS 得分顯著地偏高（兩次評量分別平均為 4.5 及 4.8）。

研究者對這些現象解釋是：「一般的老年人中，一個人對自己認知能力似乎有正確評估，主觀感受與客觀測驗上的表現是一致的（頁 76）。...雖然第二

次檢查時，有主觀記憶抱怨者較無主觀記憶抱怨者在客觀記憶力測驗上有較大的認知功能衰退，卻沒有達到統計上的顯著，因而不能顯示是否有較快速認知功能衰退。.....將憂鬱程度列入考慮後，有主觀記憶力抱怨者在記憶力測驗上的表現仍然較差。」

研究者的解釋固然是一種可能，但是無主觀記憶抱怨者的客觀記憶得分，無論是短期記憶或長期記憶都與主觀記憶抱怨者的得分相差無幾。譬如在第二次測量時，長期記憶的平均分數僅為 0.7，短期記憶分數的差異也只有 0.8。如此小的差異，也可解釋為此客觀的記憶評量工具 CASI 在測量教育程度過低的老年人時，可能不是個敏銳可區辨的記憶評量工具。也可能如研究者所敘述的，社區老人的主觀記憶抱怨，是由研究者所問出來的，而非自己本來就有記憶的抱怨。有可能這些人只要有輕微的記憶衰退，就告知研究者「自己有記憶的問題」，因而相信社區老人的研究中，有許多個案其實記憶抱怨是非常輕微，且與會到醫院去看門診的病人截然不同。如果社區老人的樣本中以「家屬同意患者有記憶問題」取代「自己有記憶問題」為分組的指標，也許更可區分及預測有失智症傾向的老人。在「家屬同意患者有記憶問題」的指標之下，再統計 CASI 的客觀記憶及認知功能的評估，或許可找到適合東方人的預測失智症的認知功能指標。

此外，研究者在 1996 年第二次訪視時發現了 10 位新增加的失智症患者，也更進一步證實兩次「主觀記憶力抱怨」都不具鑑別診斷意義。可惜未見到 10 位失智症患者三年間 CASI 客觀記憶及認知功能的變化情形。樣本數雖小，至少可見到判斷失智症前兆的大致方向。

除了「家屬同意患者有記憶問題」及「客觀評量記憶力、認知能力」似可作為「失智症前兆」的指標外；許多研究者也發現：「家族中是否有失智症的病史」是預測「失智症」形成的另一個重要指標（Bodi, Monsch, Galasko, Butters, Salmon & Delis, 1994；Bodi, Salmon, Monsch, Galasko, Butters, Klauber, Thaik & Saitoh, 1995）。因而未來探索有關失智症前兆的研究中似乎也可加入「失智症家族病史」作為預測失智症的另一個指標。

該文中亦提到用 GDS 來評量社區老人的憂鬱傾向，結果主觀記憶抱怨組的憂鬱分數顯著地高於無主觀記憶抱怨組。研究者在統計分析時將憂鬱程度列入考慮後，有主觀記憶抱怨者在記憶力測驗上的表現仍較差。研究者並未說明在統計時是如何「列入考慮」？是將「憂鬱」去除（partial out）嗎？研究者若能將統計方法及數據呈現，該更可加強其解釋的效力。回顧過去的研究

究，曾經也有研究者發現：「延宕回憶」與「延宕再認」也是用來區分老年憂鬱症與老年失智症的重要指標（Knopman & Ryberg, 1989）。憂鬱症患者在延宕記憶中無法回憶的事物，在提供再認線索時，卻可回憶起來，失智症患者無論回憶或再認的成績都一樣差。未來失智症前兆研究似乎也可考慮在記憶力評量中加入「回憶與再認」的評量指標，以區分失智與憂鬱。

總之，要研究台灣失智症前兆的指標，〈記憶力衰退抱怨：失智症前兆？〉顯然是篇值得參考的文章。該文清楚的告知「老人的主觀記憶抱怨」絕非預測失智症前兆的指標，但是「家屬同意患者有記憶問題」卻是個未來探索失智症前兆研究時該考慮的指標。此外，CASI 雖未提供何種記憶力或認知功能評量方式可作為失智症前兆的指標，但是相信未來探索失智症的指標中若能考慮加入延宕記憶及延宕再認之評量，在正確的分組追蹤研究下，或許可找出台灣失智症前兆指標的客觀記憶及認知能力評量工具。期盼台灣能儘早找出失智症前兆的指標及其測量工具，相信對失智症的預防及治療都將會是福音。（2000 年 10 月 9 日收件，作者為東吳大學心理系副教授及本刊編輯委員）

對失智症專題的回應與反思

周勵志

做為一位與失智症病人時有接觸的臨床工作人員，當拜讀《失智症的治療與照護》專題後，心裡是充滿歡喜與佩服。個人過去祇是片段知悉，台灣各地有不同學門的相關同仁們在從事與失智症有關的各種服務、教學、與研究工作。直到從劉秀枝教授主編的這本專題中，才看到在這個領域中一些主要工作者們以相當深入淺出的方式，為讀者介紹各自的工作成果。在此謹以野人獻曝的心態，不揣淺陋地針對專題中的幾篇大作，提出幾個淺顯的問題就教於各位先進。

本專題的內容囊括失智症的流行病學本土資料、阿茲海默氏症的遺傳學新知、做為主要症狀之一的記憶障礙社區與門診研究分析與門診成效初步報告、阿茲海默氏症的藥物治療回顧、失智症照護現況與展望、以及對家屬的協助等等。這些議題都是與失智症這個主題密切相關的研究重點與值得深入探討的切入點。懷著學習的心情，在拜讀諸篇大作之餘，發現一些個人的疑惑與感想，依編輯的順序提出如下：

記憶力的衰退是老年人的主要關心點之一，但是在臨床工作中卻也常是工作人員與病人或家屬容易發生歧見的地方。在〈記憶力衰退抱怨：失智症前兆〉一文中，社區研究部分，作者們同時評估受測者的知能與情緒狀態，結果發現有主觀記憶力抱怨者（SMC+），知能測驗得分較低、而憂鬱測驗得分較高；在結論中則推論「一般的老年人口中，一個人對自己認知能力似乎有正確的評估，主觀感受與客觀測驗上的表現是一致的。」

對於這樣的推論，個人同意後半的表現一致性，但是前半所稱的「正確」與否則有些顧慮。主要的考慮是，有主觀記憶力抱怨者的知能得分低與憂鬱得分高是否有所關連？在臨床工作中常可觀察到，憂鬱症的病人常會因低落的情緒影響到受測時的動機，而易出現所謂假性痴呆（pseudo-dementia）的現象，也就是其知能狀態有可能比受測結果要來得好。因此，主觀感受與客觀測驗的結果可以是一致的，但卻都受到受測者的情緒狀態影響，與實際上的真象是可能有出入的。這也是我的顧慮的來源，也不知作者們在這方面的考慮為何？

門診研究部分，作者們比較了病人與家屬對病人記憶力的主觀看法，大致上的結果確實符合一般臨床所見。另一種在臨床上常見的現象，是有時臨床工作人員評估病人的記憶力尤其是在短期記憶方面，似乎已經開始出現問題了，但是病人與家屬往往強調的是病人的長期記憶的歷久彌新。到底是因為病人與家屬對記憶力衰退過程單純地不瞭解，還是一種否認（denial）狀態？其實也是一個令人感興趣的議題。

在〈阿茲海默氏症之非認知症狀〉一文中，作者們鉅細靡遺地由現象分析的角度，比較了台灣兩個主要相關研究團隊的各種發現，用心的程度著實令人佩服。但在研究結果的討論上，有關憂鬱症的部分個人讀起來有點吃力。

在論文（頁 95）中，作者們提到在先前的研究中發現，經過多元回歸分析後得知，「女性阿茲海默氏症患者憂鬱指數較高；再以 logistic regression 分析憂鬱症的『罹病危險性』，亦僅有女性是罹患憂鬱症之危險因素，……」，似已做出結論。然而隨後，作者們又引用另兩篇論文的發現來說明「於台灣所做的社區老人憂鬱症研究中，女性皆不是老年憂鬱的相關因素」，看起來與前面的結論有些抵觸。可是作者們接著寫道「可知女性的確是國人阿茲海默氏症患者罹患憂鬱症之危險因子」，又回到原來的結論？

看到這樣的推論，不知是不是可以比喻為拐個彎又回到原路上？果真如此，似乎顯得有些多此一舉。而如果要比較阿茲海默氏症患者與社區老人的差

異，則似乎有些是非對等的比較，由於社區老人是比較大的族群，其中也會有一些是阿茲海默氏症的患者，會不會因而影響到推論的解釋力？另外，依流行病學的發現，阿茲海默氏症患者中女性本來就比男性來得多，會不會因為這些因素造成現有研究發現在「統計學上的意義」，而其與實際上的意義是否會有所差距呢？或許後續的研究可以告訴我們其它的答案。

在〈記憶門診成效初探〉一文中，很高興得知臨床工作人員對於病人的記憶問題是可以幫得上忙的，而且還頗有成效。作者們的團隊服務實在令人十分羨慕。然而面對現今國內外皆以醫療保險當道的醫療環境，不禁又要憂慮醫療的成本效益問題。由兩位醫師、四位護理師、兩位心理師、兩位社工師這麼壯觀的人力投入，在兩個月的時間內（相信不是全職投入），收集了 51 位病患，經過兩個月的追蹤，完成 31 位（約為六成）的問卷評估，其中「有七成以上的病人及家屬覺得對症狀改善有幫助，並且對門診的安排感覺滿意，……」對於這樣的結果是可以欣然預期的。

問題是，倘若醫療保險制度無法突破、沒有得到足夠的經費的奧援，面對越來越多的失智症病人與家屬，這樣的門診可以持續多久？有多少其它醫療單位願意加入這種超高品質的服務行列？

我們期望作者們的工作團隊也能夠給我們一些成本效益方面的數據資料。一方面可以告訴醫療保險單位，高品質的服務是要下本錢的；另一方面也可以讓受到啟發、感到興趣的臨床工作人員有機會進一步去思考，如果可行的話，怎麼樣在自己的工作崗位上發展相關的服務模式。

在〈阿茲海默氏症知能之藥物治療〉、〈阿茲海默氏症之女性荷爾蒙治療〉、〈阿茲海默氏症的基因檢測與遺傳諮詢〉三篇大作中，作者們分別針對現今有關失智症各種生物醫學方面的進展做了相當完整的回顧，必須先佩服並謝謝他們的用心，讓我們能夠在繁忙的臨床工作之餘，很容易地便能掌握最新的相關醫療資訊。

當然，我們有些遺憾、也有些期待地盼望在不久的將來，能夠親眼目睹突破性的進展。果真如此，那不但會讓我們臨床工作負擔小一些，也可減輕一些對我們自己未來生活的「不安」。

流行病學資料的重要性在於可讓我們對問題的現況與嚴重度有所瞭解，也可據之規劃所需提供的服務方向與數量。這部分的功能類似於民意調查或市場調查。不過，也就像後兩者常會被要求用「放大鏡」般的方法來檢證一樣，我們都要考慮到工具與方法的有效性。

在〈台灣失智症的流行病學〉一文中，作者們兼容並蓄地回顧了截至目前為止，台灣地區的所有失智症流行病學資料，讓我們對台灣失智症問題的面貌可以有巨觀式的瞭解，對於想要投入這方面工作的人來說，確實是很好的一些參考資料。

在論文中，作者們對失智症危險因子的討論部分提到，在教育程度方面的研究，大陸與台灣的發現與歐美國家的發現似乎有些出入。作者們認為，「教育程度（不識字）仍然獨立呈現出是一有意義的危險因子」。個人覺得這是很值得探討的一個推論。

相對於論文中其它三個危險因子，性別、年齡、基因而言，教育程度比較容易受到後天生活環境的影響，而有所不同。會不會也因此而影響到研究的發現呢？

個人的立論點在於，台灣地區失智症研究中的研究工具，泰半翻譯自國外，雖然研究工具內容並不複雜，但對於在目前狀況下通常較少受到其它文化涵化的老年人來說，不知是否會有一定程度的跨文化差異？不知運用同樣的研究工具在其它非歐美國家所進行的研究有怎樣的發現？這是作者們在論文中比較沒有著墨的地方，也盼望在將來能夠看到這方面的比較結果。

一位家庭照顧者的角色猶如夾心餅乾一般，必須同時承受來自家庭內、外的雙向壓力，也就是家中受照顧者的要求和外界對照顧者的期待。照顧得好是理所當然的，照顧不周就成為話柄。如果沒有超乎尋常的耐性與包容心，恐怕很難扮演好這麼困難的一個角色，也難怪過去對照顧者所做的研究再再指出很容易就出現適應不良的情形。最近這十年以來，台灣社會已開始關照原來被當成是配角的照顧者，尤其是女性照顧者的各項權益。對於失智症的家屬而言，其辛苦程度遠高於其他疾病的家屬。在〈失智症家屬支持團體成效初探〉中，相信大家都可以看得到這方面過去的研究結果。

同時，在論文中大家也可看到作者們很仔細地把他們的失智症家屬支持團體經驗，透過 Yalom 的「有效治療因素（Therapeutic factors）」架構描述出來。就我個人而言，失智症家屬支持團體的經驗是很寶貴又很辛苦的。寶貴的是在台灣的環境當中，要經營一個治療性團體原本就不易，要通常很難找到替手的失智症照顧者前來參加團體，更是難上加難；辛苦的是，心理治療（包括團體心理治療）在台灣的發展雖然已有一段時間，但仍停滯在起步階段，無論在理論或實務經驗方面都亟待本土化的經驗資料。我們在這篇論文中看到這樣的努力。

除了感謝作者們的努力之外，也期望作者們能再維持一貫的努力，繼續深入探討。個人的建議是：

1.是不是要多瞭解團體成員的個別狀態，例如，加上一些團體進行前後的問卷、測驗的評估，才能夠在有限的團體時間中，及團體結束後繼續提供更個別化的協助？

2.對於團體過程的評估，除了工作人員的紀錄與主觀評估外，是不是可以考慮加上團體成員的評估，以同時從主、客觀的個角度來瞭解團體中所進行的事情？

3.在有效治療因素的評估上，是不是可以參考使用台灣地區過去相關研究所使用的研究工具，或許可以因而加深研究的深度，例如，可以進一步探討在諸多有效治療因素中，團體成員最看重的是那些？

4.失智症照顧者的負擔是長期的，我們也期望除了在經歷短期的支持團體之後，這些團體成員能夠繼續以其它方式，即便是定期的社交團體也好，得到相互關懷與支持的機會。

5.最後，也希望所有的臨床工作人員在看到這篇論文之後，如果興起「有為者亦若是」的想法時，不妨就近號召工作同仁，大家一起努力。

對於失智症的照護應當是兼顧全面性、持續性、便利性的。在〈台灣地區失智者的照護現況與展望〉一文中，作者們討論到台灣地區在機構與社區中對失智症的照護現況，並提出未來的展望。

由於經濟力量的累積、專業人力的增多、對病人及家屬各種需求的認識加深，個人以為台灣地區的各項醫療服務、社會福利措施已逐步朝向「患不均而非不足」發展。我們當然不認為各項措施均已被顧慮到，但是在台灣地區有許多政府單位、非政府機構（NGO）彼此之間的業務或功能互有重疊，同樣的事情往往有好幾組人力同時在進行。為要有效運用這些資源，其實可以考慮責成某一專責單位來協調、整合同一個主題之下的各項業務與服務，如，定期進行資源調查、連繫轉介、品質訓練、教育訓練等工作，以期發揮「一把筷子強過幾枝筷子」的團結效應。

再者，網際網路的發展是我們這一代最令人興奮的重大事件之一，也落實了「天涯若彼鄰」、「天下一家」的理想。在網際網路發展之初，大家便將其視為公有財產，毫不藏私。事實上，稍微懂得網際網路的人也知道，這個新發明確實給日常生活增進越來越多的便利。好好利用這股優勢是我們這一代的新使命。根據最近的統計，台灣地區的網路人口起碼有六百多萬，而且

其中大多都是具有或將具有生產力的青壯年人口，實在值得有心人士好好來規劃與運用這些新興的社會資源與人力。比如說，我們可以在解決「加密（encryption）」的問題以維護使用者的隱私權之後，妥善運用網際網路來做個案管理、資源管理、遠距教育、遠距諮商等工作，使失智症病人無論身在何處都能夠隨時、就近獲得最適切的服務，失智症照顧者即使在家也能夠得到充足的相關資訊與適當的支持。研究人員、政策制定者也可以隨時獲得各項最新的資料以規劃後續的各項工作或服務。

對於進入另一個千禧年的台灣地區來說，禮運大同篇裡「老吾老以及人之老，幼吾幼以及人之幼」的理想似乎已不再是那麼遙不可及，對於失智症病人及家屬的關懷與照顧或許就是一個很好的進路。在《失智症的治療與照護》這個專題則記錄了台灣地區在這個領域的發展歷程。個人除了再次表示佩服與敬意外，也擅以「春秋責賢」的求好心切提出前述的討論。衷心盼望的是能夠讓我們對失智症病人與家屬的照顧能夠越來越好，相信也是這個專題的編輯用意之一，我個人也相信在大家的持續努力之下，這樣的盼望是不會落空的。（2000年10月9日收件，作者為新光醫院精神科專科醫師及台大醫學院兼任講師）

失智症治療與照護的後續研究議題

李世代

失智症（dementia）在過去很長一段時期被稱之為「癡呆症」，令人深覺無奈與沉重。失智症屬於一種腦部功能之退化病態，以腦部認知、記憶之缺失或退化為主之腦部或身心其他器官組織疾病所導致之綜合性病徵。失智症可見之於任何年齡、性別、種系及族群，並不一定專指「老人失智（癡呆）症」；當然，本症常以老人為主，再加上少許之中年人及其他年齡層之慢性認知異常病患。失智症雖然說不上是「相當」常見，但人人遇上之後必然印象深刻，任何人之身邊周圍遇上此症必然困擾難免，倍增壓力；整個社會面對此症亦須有所因應，負擔相當沉重（Jost & Grossberg, 1995）。

老年人常有多種病況，論其種類或許並不太多，但亦常由此不太多之種類衍生出不盡一致之病情與組織功能傷害程度、範圍及難一以貫之的關聯性，其複雜性與所涉之範圍往往超乎想像，失智症即為一典型之例子。生活周遭常不乏退化傾向之個案或實例，即便在最平常之日常生活上，往往上了

年紀的人，尤其是超高齡者身上，常不免忘東忘西，如忘記一些人、事、時、地、物等，即使甫即過目或過耳者，也往往稍瞬即逝。此情況常持續進行或惡化，對日常生活也造成明顯的障礙，且情況也許不輕微，對自己或身邊之家人親友構成相當的負擔與困擾，乃至夢魘與無奈。然而一般情況不致過於嚴重，也不一定明顯持續進行或惡化，對日常生活也不致造成障礙，這大部分應屬常態性之老化現象。若是情況過於嚴重、偏離一般之常態經驗、或造成相當困擾者，則不一定屬常態性之老化，而有病態性衰退或退化之可能性，此時失智症之問題即可能浮現，由此而生之相關多個子題亦當伴隨而來，亟需多種範圍或領域之專業、半專業及非專業人士的積極投入 (Hayden, 1997)。

本刊上期刊出的《失智症的治療與照護》專題，論列了失智症之早期偵測、診察、判定、評估、治療、照護、預後、基因檢測、流行病學與遺傳諮詢等多個子題，內容豐富充實，對了解失智症的成因及台灣醫療與照護團隊的努力，有很大的貢獻。筆者願藉此機會，再針對值得繼續探討的後續研究議題略做補充，盼望能帶動相關領域學者更深入地研究與討論，並對實務工作者有所助益。

基本流行病學

失智症之基本流行病學應包括各型各類之病況、嚴重度、照護需求、所需設施、以及所使用之盛行情形。更進一步者，尚可納入相關之安置之管理、殘障之判定（比例與分佈）、死因（種類、分佈與失智症之相關性）。本專輯之流行病學探討了失智症一般性之發生率及盛行率分佈及其危險因子，台灣族群脂蛋白 $\epsilon 4$ 基因 (Apo $\epsilon 4$) 之頻率較低的特性。對於進一步之嚴重度、認知異常之邊際或疑似個案、照護需求、所需設施、以及所使用之盛行情形；相關之安置管理、殘障之判定、死因等少有論及，或許是台灣相關資訊仍然缺乏，以致不易論列。然而台灣失智症患者死因別，因為失智老人死亡率較高，診斷較不易而被明顯低估；而失智症之死亡率難以反映現實狀況已為眾所熟知，故參引現有之死因診斷書所載之內容，再與已知之臨床資料對照，單獨成篇，可將失智症死因別之比例加以釐清，且提醒或引發醫界之重視，改善死因診斷書之品質 (李世代等, 1997)。

美國失智症相關死因別之比例可供參考。在一般美國人的家庭中，約有兩千萬老人癡呆或失智症的個案。這些老人癡呆或失智症的個案中，有 75%

為阿茲海默氏症，其餘屬血管性或其他原因所致。老人癡呆或失智症居美國老人十大死因之第九位；有些地方甚至高居第四位，僅次於心臟病、癌症及腦中風（National Center for Health Statistics, 1997）。台灣似乎無法正確地呈現出相關可以接受之趨勢數據或資料，尚有待努力。

臨床診斷與評估之探討

探討失智症之主要目標應不僅止於學術，而是面對及了解台灣的問題，進而處理解決。所以失智症之診斷與評估，並擬妥照護計畫至為重要。基本上失智症之診斷要件乃依據 1994 年版之 DSM IV，即須有記憶力變差為主要之病徵，再另加上失語、失用或動作不良、辨識不能及執行功能障礙等四項中至少其中之一，而且其功能之缺憾或剝奪程度主要界定為在職業及社會功能上與過去相比的高低對比。如此一來，所面對之失智症對象將僅限於極為明顯之個案；而失智症貴在早期之發掘，因此宜增加探討早期之疑似個案（Hayden, 1997）。

日常經驗中有些疑似症狀或徵候，有助於進一步之診斷需求，對早期診斷或發掘頗有裨益。美國阿茲海默氏症協會所提老人失智或癡呆病況之警訊可供參考。根據該協會所提之建議為：「影響職業功能技巧之記憶喪失、困難執行熟悉之工作、語言有問題、時空定向錯亂、判斷力減低或變差、抽象思考有問題、物項錯置、情緒或行為改變、人格改變、對事項缺乏原動力（initiative）等十種症狀或徵候，均為老人癡呆或失智病況診斷之疑似症狀或徵候。」若遇此十種症狀或徵候中之任一者，應繼續作進一步完整的評估（Alzheimer's Association, 1997）。

其次，腦部疾病造成之不良腦功能殘留，治療或照護原則為能將原致病之病況有效控制，企盼失智症可望穩定於某一程度，不致於持續惡化下去。身體全身性或代謝性病因所致之失智症病況中，有一些病因是可以控制或矯正的，也就是說，只要確認或拿捏出病因，有些失智病況甚至是可以恢復的。在面對處理失智症時，評估、澄清、鑑別與排除相關或類似之認知異常情況有其必要。顯而易見的例子如有明顯動脈硬化性心臟血管疾病，或是患有其他之「腦」結構或功能性病變之老年人，其總體智能表現之衰退程度確實遠甚於無重大疾病之老者。老年人在一般身心方面，可隱藏有些不易覺察到之疾病，身體方面如甲狀腺機能低下症及其他代謝性失調或內分泌病變等，心