

徐教授於文中提出許多未來可深入研究的方向，同時也提供實務工作上更多可能性。徐教授提到同儕團體，楊培珊教授也提到家屬充權的重要性。目前此團體仍持續進行著，但團體的領導者已由專業人員轉為家屬，專業人員改扮演輔助支持角色，家屬聯誼會也選出了會長，這些轉變確實更多展現家屬力量。團體在改變成長過程中，需要更多觀察及經驗的累積學習。

在美國芝加哥西北大學醫學院的課程中，安排醫學生每週陪伴失智長輩一小時，一學期下來，學生對失智者及家屬照顧的經驗有深刻的體認，更進一步學習到生命的態度。失智者及家屬是專業人員最好的教科書。筆者撰文拋磚引玉，期待有更多專業人員願意陪伴失智者及家屬走一段！（2000 年 10 月 19 日收件，作者為康泰醫療教育基金會失智老人服務組特約講師、陽明大學護理系兼任講師及本刊編輯委員，〈失智症家屬支持團體成效初探〉作者）

女性阿茲海默氏症患者較憂鬱嗎？

劉嘉逸

關於勵志兒對拙文〈阿茲海默氏症之非認知症狀〉中「女性為阿茲海默氏症罹患憂鬱的相關因子」之質疑，個人回應如下：

拙文提到「由該研究得知，女性是阿茲海默氏症罹患憂鬱症之危險因素，……而以類似方法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，……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。」

我們發現「女性是阿茲海默氏症罹患憂鬱症之危險因子」，這是確定的。但是，若「女性本來就是老人罹患憂鬱的相關因子」，則「女性是阿茲海默氏症個案罹患憂鬱症之相關因子」的研究結論並無意義—因為得不得阿茲海默氏症，女性本來就易得憂鬱症。

社區研究中，女性不是一般老年人罹患憂鬱的相關因素，後續的研究則發現女性是阿茲海默氏症老人罹患憂鬱症之危險因子，也就是當個案多了「阿茲海默氏症」這個病之後，女性才變成有意義的變項，故「女性」與「阿茲海默氏症」有真正的關聯。

當然最好的方式是以對照組作嚴謹的比較研究 (case-control study)，但當缺乏對照研究時，以相同研究法之結果作比較，應是不得已，但可接受之推

論法。作者發表於 *Acta Psychiatrica Scandinavica* 之論文中曾以類似方法比較台灣社區老人及阿茲海默氏症患之憂鬱症盛行率及相關因子，亦獲接受 (Liu et al., 1999)。

至於阿茲海默氏症患者女性較多，會不會影響統計結果？應該是不會的，因單變項分析是作卡方檢定 (Chi-square)，並非只看百分比；另迴歸分析已考慮到干擾因子 (confounding actor) 之排除。尤其筆者該研究同時使用 multiple regression 分析憂鬱指數 (連續變項)，logistic regression 分析憂鬱症罹病危險性 (類別變項)，獲致相同結果，可信度應極高。

由此主題之討論可知，台灣「失智症伴隨憂鬱」之研究仍相當缺乏，期待更多前輩同道以更嚴謹，更科學的研究方法，共同來探討此領域。(2000 年 10 月 26 日收件，作者為林口長庚醫院精神科副教授兼主任，〈阿茲海默氏症之非認知症狀〉一文作者)

過去 現在 未來

林克能

目前對老年失智症，特別是阿茲海默氏症，在診斷上仍然缺乏準確有效的生物標誌 (bio-marker)。雖然神經影像學在臨床診斷上，能夠提供是否患者有大腦結構上的病變，但卻無法與一個人的認知及日常生活功能有絕對的相關，現階段仍然需要依賴神經心理評估與家屬晤談，才能確定患者是否有達到「失智」的程度。郭乃文副教授〈失智症的心理學研究與專業服務〉與張本聖副教授〈失智症前兆研究結果的意義與方向〉二文同時指出，在失智症的臨床診斷、藥物療效、及相關研究上扮演重要角色的心智功能檢查，與神經認知心理學的研究有非常密切的關係。臨床心理工作者需要藉助相關測驗，加上患者家屬晤談，才能對患者目前的心智功能作出正確的評估。由於早期記憶力的變化非常緩慢，如何能儘早測驗出一個人記憶力或相關認知功能上有變化，對於神經與認知心理領域的研究者是個很大的挑戰。如何發展出具有良好預測效度的相關臨床測驗工具，以便協助醫療工作者及早篩檢出可能得到老年失智症的人，一直是失智症研究主要課題之一。郭乃文副教授指出目前台灣地區有不少臨床工作者及學者從事這方面的研究，這真是一件令人感到欣慰的事。希望不久的將來，能夠有一套更適合國人的失智症篩檢