

第一章 憂鬱性疾患(憂鬱症)	160
第一節 憂鬱性疾患之定義與成因	160
第二節 憂鬱性疾患之特徵與鑑定標準	162
第三節 憂鬱性疾患之治療原則與方式	169
第四節 憂鬱性疾患之教養及處遇原則	173

## 第四篇 情感性疾患

### 第一章 憂鬱性疾患(憂鬱症)

憂鬱症是一種常見的精神心理疾病。憂鬱症並不是情感脆弱的表現，它是一種由生理及心理精神因素所致的疾患。病情在任何年齡階段均可出現，包括兒童與青少年。

#### 第一節 憂鬱性疾患之定義與成因

##### 壹、定義：

在 DSM-IV 中憂鬱症屬於情感性疾患，通常容易有下列症狀：

1. 憂鬱的、悲傷的、無望的、令人沮喪的、或「掉到谷底」(在兒童或青少年，可能是易怒或鬧彆扭而非憂傷或沮喪的心情)
2. 或多或少總有著失去樂趣或喜樂，對原嗜好較少興趣、「再也提不起勁」、對以往可娛人的活動不再感覺愉快。
3. 食慾通常減少，覺得必須強迫自己進食，當時欲劇烈變化(增加或減少)，體重集會大增或遽減(在兒童可以是無法增加預期應增之體重)。
4. 失眠。
5. 激動(無法安靜坐著、踏步、絞扭雙手；或拉或摩擦皮膚、衣物或其他物件)或遲滯(語言、思考及身體動作變緩慢；回答問題前的遲疑時間增加；語言的音量、抑揚頓挫、話量、內容多變性等皆減少，甚至緘默不語)，這必須嚴重到可由他人觀察得到，非僅主觀感受。
6. 失去活力及勞累疲倦。

7. 無價值感或罪惡感，包含對自己價值的不實際負向評價或對於過去曉曉的失敗有罪惡感的專注意念或一想再想。
8. 思考能力、專注能力或決斷力減退。
9. 有死亡想法、自殺意念、或自殺嘗試。

貝克(A. Beck)曾說明正常人和憂鬱症患者的差異主要在其思考模式上。憂鬱症由於不良的思考模式，導致其對事物喪失感覺，對外在事物冷漠、覺得一切乏味，陷於自責與悲傷的情緒之中；其理論指出，有憂鬱症狀傾向的個人，通常會發展出從負面及自我批評觀點來評估事件的一般態度；在評估自我表現方面易誇大失敗而貶抑成功；當事情不順心時，也易於責怪自己而非環境。

(引自劉祖安&鄭雅芬，

<http://teacher.gdps.tpc.edu.tw/sronbun/91sronbun/h30732/www/>)

## 貳、病因：

憂鬱症的病因目前尚未定論，主要可分為兩方面來解釋（陳蕙雅、丘亮、林忠順，2004）：

### 一、生物學

影響憂鬱症重要因素：從生物性角度來看，目前所知神經傳導物質、遺傳等等對於憂鬱症都會有重要的影響。尤其是神經傳導物質：如血清素(Serotonin)這類神經傳導物質的不足，常會隨之發生憂鬱症，目前這已被認為是造成憂鬱症主要原因之一。血清素(Serotonin)在二十世紀中葉才被發現，因它會造成血管收縮，所以便將拉丁文中的血(serum)與拉緊(tonus)兩字合併成為 serotonin，中文又譯成血清素，後來又發現血清素會造成腸收縮和調節由其他神經傳導物質索引發的反應。血清素的前身胰化氨基酸(Tryptophan, Trp, 又稱色氨酸)，它是人體無法自行製造而必須從食物攝取的必需氨基酸，如果缺少了胰化氨基酸，大腦的化學反應和情緒都會產生變化，所以日常生活中均衡攝取飲食是相當重要的。(張錦梅，

[http://www.read.com.tw/web/hypage.cgi?HYPAGE=subject/sub\\_depression.asp](http://www.read.com.tw/web/hypage.cgi?HYPAGE=subject/sub_depression.asp))

遺傳學研究顯示重鬱症患者其一等親有 10~15%患有重鬱症；在神經內分泌方面，serotonin、norepinephrine、dopamine 等生物胺的分泌下降，下視丘-腦下垂體-腎上腺功能軸的失調造成 CRH 過度分泌及 TSH、FSH、GH、LH 分泌減少。神經影響學也發現，憂鬱症和邊緣系統、下視丘和基底核的功能異常有關。

### 二、心理社會學

包括早期人格發展經驗、性格特質、家庭因素、身體因素、環境因素。例如父母失和、離抑或死亡、兒童時期遭受虐待、神經質的性格、嚴重的財務問題、失業、罹患慢性病、身體健康突然變差、缺乏社會支持等。但是並非所有的負面生羅事件都會伴隨憂鬱症，也並非所有的憂鬱症發病之前都有負面的生活事件發

生。

另外，以下是一些和憂鬱症相關的常見因素：

- (一) 家族病史：遺傳學在憂鬱症上扮演了很重要的角色，它可以影響家族好幾世代，重鬱病患者一等血親的重鬱症盛行率比一般民眾要高 1.5—3 倍。
  - (二) 精神創傷和壓力：財務問題、感情分手或摯愛的親人過世等事件都可能導致憂鬱症的產生。有一些生活中的巨大改變也會導致憂鬱症，例如轉換一份新工作、畢業或結婚。
  - (三) 悲觀的個性：自信心低落或對生命感到悲觀的人都是憂鬱症的高危險群。這些個性也可能是輕鬱症所引起的症狀。
  - (四) 身體健康狀況：身體健康不佳和憂鬱症的關係是一種交互的作用。由於嚴重的疾病會造成體力的虛弱和心理的壓力，因此，像心臟病、癌症或人體免疫不全症候群等嚴重的健康問題都可能導致憂鬱症的產生。憂鬱症也會造成人體的免疫系統變弱，或使人更加難以承受痛苦，而使這些疾病狀況加劇。某些情況下，憂鬱症的導因正是治療這些病況的藥物。
  - (五) 其他的心理問題：經常和憂鬱症一同發生的心理問題包括焦慮症、飲食方面的病如厭食症、人格分裂等症狀，以及常見引發憂鬱症的藥物濫用狀況。
- (引自憂鬱症 depression-提供憂鬱症資訊-快樂心情，

[http://www.happymood.com.tw/causes\\_of\\_depression.html](http://www.happymood.com.tw/causes_of_depression.html))

### 孩童與青少年期病因：

張高賓(民 89)造成青少年憂鬱之因素：不切實際過於理想化、抗壓性有限、生活壓力事件、重大失落所導致。輔導策略：評估個案憂鬱的原因、傾聽同理、改變非理性想法、增強抗壓能力、建構環境支持系統、自殺危機處理。Ingram and Kendall(1986，引自阮美蘭，民 85)研究指出兒童憂鬱症的原因是缺乏因應技巧自我控制、人際關係和偏差思考交互作用結果。

## 第二節 憂鬱性疾患之特徵與鑑定標準

### 參、鑑定標準：

在 DSM-IV 對於情感性疾患，分成情感性發作(重鬱發作、狂躁發作、混合發作、及輕狂症發作)、情感性疾患(憂鬱性疾患：重鬱病、低落性情感疾患、雙極性疾患：第一型雙極性疾患、第二型雙極性疾患、循環性雙極性疾患)、一般性醫學狀況造成的情感性疾患、物質誘發之情感性疾患、其他未註明之情感性疾患。本文僅對於：重鬱發作、重鬱病、低落性情感疾患、其他未註明之憂鬱性疾患作探討。

## 情感性疾患

### 1. 情感性發作

- 重鬱發作
- 狂躁發作
- 混合發作
- 輕狂症發作

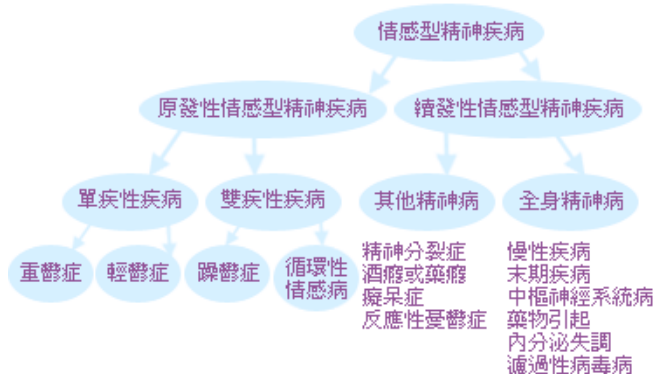
### 2. 情感性疾患

- 憂鬱性疾患：1. 重鬱病  
2. 低落性情感疾患  
3. 其他未註明之憂鬱性疾患
- 雙極性疾患：1. 第一型雙極性疾患  
2. 第二型雙極性疾患  
3. 循環性雙極性疾患

### 3. 一般性醫學狀況造成的情感性疾患

### 4. 物質誘發之情感性疾患

### 5. 其他未註明之情感性疾患。



(國家網路醫院, <http://hospital.kingnet.com.tw/heartsustain/a-5.html>)

發作(episode)與疾患(disorder)兩者之間是否有差異？這與情緒疾患病程的討論，我們說情緒疾患發作(episode)，是因為這種疾病往往在人的一生中會來來去去，一個罹患重鬱疾患(disorder)的人在發病的期間具有所有足以成為憂鬱症候群的症狀，這段期間就是重鬱發作。換句話說，**重鬱「疾患」是一種精神疾病，特徵是會有復發性的重鬱「發作」**(Francis Mark Mondimore, M. D., 2005)。

## 一、重鬱發作(Major Depressive Episode)

至少兩週期間內，幾乎所有活動都有憂鬱心情或是失去興趣或喜樂。需經驗至少四項的症狀：食慾與體重、睡眠、及精神運動性活動等變化，活力降低，無價值感或罪惡感，思考、專注能力、或決斷力都有困難，反覆想到死亡或有自殺的意念、計畫或嘗試。**每一症狀必須為新出現或比重鬱發作前的狀況明顯惡化，**

才算重鬱發作的症狀。這些症狀必須連續至少兩星期內，幾乎每天都出現，幾乎整天都持續存在。（在兒童與青少年，心情可為易怒而非憂傷。）

10. 憂鬱的、悲傷的、無望的、令人沮喪的、或「掉到谷底」（在兒童或青少年，可能是易怒或鬧彆扭而非憂傷或沮喪的心情）
11. 或多或少總有著失去樂趣或喜樂，對原嗜好較少興趣、「再也提不起勁」、對以往可娛人的活動不再感覺愉快。
12. 食慾通常減少，覺得必須強迫自己進食，當時欲劇烈變化（增加或減少），體重集會大增或遽減（在兒童可以是無法增加預期應增之體重）。
13. 失眠。
14. 激動（無法安靜坐著、踏步、絞扭雙手；或拉或摩擦皮膚、衣物或其他物件）或遲滯（語言、思考及身體動作變緩慢；回答問題前的遲疑時間增加；語言的音量、抑揚頓挫、話量、內容多變性等皆減少，甚至緘默不語），這必須嚴重到可由他人觀察得到，非僅主觀感受。
15. 失去活力及勞累疲倦。
16. 無價值感或罪惡感，包含對自己價值的不實際負向評價或對於過去曉曉的失敗有罪惡感的專注意念或一想再想。
17. 思考能力、專注能力或決斷力減退。
18. 有死亡想法、自殺意念、或自殺嘗試。

## 二、重鬱病(Major Depressive Disorder, MDD)

（一）至少兩週期間內，同時出現下列症狀達四項（或四項以上），且原先的功能有所減損；其中，憂鬱心情、失去興趣或喜樂此兩項症狀至少應有其中之一。（若症狀明確由於一種一般性醫學狀況、或心情不一致之妄想或幻覺所造成，則勿包含在內）。

1. 憂鬱心情，幾乎整天都有，幾乎每日都有，可由主觀報告（如感覺悲傷或空虛）或由他人觀察（如看來含淚欲哭）而顯示出來。（在兒童及青少年可為易怒的心情）。
2. 對所有或幾乎所有的活動之興趣或喜樂都顯著減少，幾乎整天都會，幾乎每日都有（可由主觀報告或由他人觀察而顯示出來）。
3. 非處於節食而明顯體重下降或體重增加（如：一個月內體重變化超過5%）；或幾乎每天都食慾減少或增加（在兒童是指無法增加預期應增加的體重）。
4. 幾乎每日失眠或嗜睡。
5. 幾乎每日精神運動性激動或遲滯（可由他人觀察得到，而非僅是主觀的感受）。
6. 幾乎每日疲累或失去活力。
7. 幾乎每日出現無價值感，或過份或不合宜的罪惡感（可達妄想程度，並非只是對生病的自責或罪惡感）。

8. 幾乎每日思考能力或專注能力減退、或無決斷力（由主觀陳述或經由他人觀察而顯示）。
  9. 反覆想到死亡（不只是害怕自己即將死去）、重覆出現無特別計畫的自殺意念、有過自殺嘗試或已有實行自殺的特別計畫。
- （二）此症狀不符合躁症與鬱症混合發作的準則。
  - （三）此症狀造成臨床上重痛苦，或損害社會、職業、或其他重要領域的功能。
  - （四）此障礙並非由於某物質使用（如：藥物濫用、臨床用藥）或一種一般性醫學狀況（如甲狀腺功能低下症）的直接生理效應所造成。
  - （五）此症狀無法以傷慟反應來解釋。意即在所愛的人死亡之後，症狀持續超過二個月以上，或症狀特徵為顯著的功能損害、病態地專注於無價值感、自殺意念、精神病性症狀或精神運動性遲滯。
  - （六）此重鬱發作無法以分裂情感性疾患來解釋，也不是與精神分裂病、類精神分裂性疾患、妄想性疾患或其他未註明之精神病性疾患共同發生。
  - （七）從未有過躁狂發作，混合發作或輕躁狂發作。

### 三、低落性情感疾患(Dysthymic Disorder)

（一）幾乎整天出現憂鬱心情，出現憂鬱心情的日子比非憂鬱心情的日子為多，可由主觀陳述或他人觀察而顯示，**為期至少兩年**。（在兒童及青少年，可為易怒心情或過動，為期必須至少二年）。

（二）心情憂鬱時出現下列症狀二項（或二項以上）：

1. 胃口不好或吃得過多。
2. 失眠或嗜睡。
3. 活力低或疲累。
4. 低自尊。
5. 專注能力減退或有困難作決定。
6. 感覺無望。

（三）在輕鬱的二年（兒童及青年期為一年）中，準則1及2的症狀從未一次消失二個月以上。

（四）在輕鬱的前二年（兒童及青少年為一年）內，不曾有過重鬱發作；意即此障礙無法以慢性重鬱病或部份緩解之重鬱病來解釋。輕鬱症發生之前可以有過一次重鬱發作，只要其為完全緩解即可（有兩個月時期沒有明顯病徵或症狀）。此外，輕鬱症的兩年（兒童及青少年為一年）之後，也可同時發生重鬱症的發作，只要符合重鬱症發作的準則，此時兩種診斷可併存。

（五）從未有過躁狂發作，混合發作、或輕狂躁發作，也從未符合循環性情感疾患的準則。

（六）此障礙並非僅發生於慢性精神病性疾患（如：精神分裂病或妄想性疾患）的病程中。

（七）此症狀並非由於一種物質使用（如：藥物濫用、臨床用藥）或一種一般性

醫學狀況(如甲狀腺功能低下症)的直接生理效應所造成。

(八) 此症狀造成臨床上重大痛苦，或損害社會、職業或其他重要領域的功能。

#### 四、其他未註明之憂鬱性疾患

(一) 月經前心情惡劣疾患 (premenstrual dysphoric disorder)：過去一年內多數月經週期裡，有明顯的憂鬱、焦慮、情感易變化及對各項活動興趣減少之症狀，而在月經開始後幾天內緩解。這些症狀需嚴重到妨礙工作、學業或一般活動，且在月經停後至少一星期無症狀。

(二) 輕鬱病 (minor depressive disorder)：至少有 2 週的重鬱症發作，但需少於 5 項診斷重鬱症的症狀。

(三) 再發性短期憂鬱性疾患 (Recurrent brief depressive disorder)：1 年內，重鬱症每星期至少發作 1 次，每次持續 2 天到 2 星期，為期 12 個月。

(四) 精神分裂病精神病發作後發生之憂鬱性疾患 (postpsychotic depressive disorder)：在精神分裂病殘餘期發生之重鬱症發作。

(五) 與妄想性疾患、其他未註明之精神性疾患、或精神分裂病活躍其同時發生的重鬱發作。

#### 五、孩童與青少年期鑑定：

(一) 直接觀察：

學生在校時間很長，老師或家長如能提高敏銳度，不難辨識出具有憂鬱傾向的學童，以下為憂鬱症可能出現的徵兆：

1. 情緒上的憂鬱：明顯的愁眉苦臉、沮喪、悲傷、憂鬱、消沈、快樂不起來，部分患者出現焦躁不安及特別容易發怒等情形。
2. 動機的憂鬱：明顯的對過去有興趣的事情或活動不再感到興趣及常覺得疲勞等症狀。
3. 思考上的憂鬱：常有明顯的無助、無望、無價值感、罪惡感、自責，甚至反覆的出現死亡或自殺的念頭。
4. 動作上的憂鬱：包含激動型的憂鬱與遲緩型的憂鬱。前者指動作變得比平常多、話也變多。而後者則是指動作或話變少、變慢。
5. 身體上的憂鬱：頭痛、頭昏、胃口/體重受影響、睡不好（常早醒或睡不好）。

研究發現接近九成的青少年有時候會不喜歡自己，即使是適應良好的青少年，也常會在一日之間情緒起伏大且混亂，或有些青少年會有突然的憤怒現象，但不代表他們患有憂鬱症，因為青少年在宣洩情緒的方式上也常常超出成人的理解範圍與期待。所以要判斷孩子是屬於正常的情緒變化，還是已經達到憂鬱症的程度，尤其需要成人提高警覺。(引自國家網路醫院，

<http://hospital.kingnet.com.tw/heartsustain/a-5.html>)

(二) 透過心理測驗評估工具：

若教師或家長發現學童具以上某些徵兆並持續超過兩週以上，可進一步使用心理測驗評估工具，例如：少年情緒檢核量表（董氏基金會編製），篩選出具有較多憂鬱症狀的學生。施測過後，教師可協同輔導專業人員或醫師共同進行評定，若評定憂鬱狀況高於一般青少年之學生，需請求專業人員之協助與長期追蹤。（張雅玲，<http://www.nhu.edu.tw/~society/e-j/52/52-33.htm>）

楊妙芬（民 85）認為憂鬱症的評量方法包括利用自陳量表、觀察、訪問當事人、家長及教師、同儕評量。觀察內容包括社交活動（談話、遊戲、參加團體活動、與教職員互動）、獨處活動（獨自遊戲、做功課、聽和看些什麼、走動）、與情意有關的表達（微笑、皺眉、爭論、抱怨）。訪談內容包括心理狀況、問家長孩子的發展史、及目前病況。

## 肆、症狀：

憂鬱症的症狀是多樣化的，病患的感受及症狀的描述亦隨著憂鬱症的輕重程度、病程與年齡等因素而不同。

### 一、憂鬱症常見症狀：

- （一） 情緒方面：有鬱悶、悲傷、消沈、不快樂、空虛、自責、易怒、不安等情緒。
- （二） 認知方面：注意力不易集中、記憶力差、猶豫不決、思考變慢、認知偏誤、自我打擊和負向的想法，對成功標準較嚴苛，感到無價值感或有罪惡感等。
- （三） 行為方面：喪失主動興趣和意願、社會退縮、依賴、話少且音調低、速度慢、動作遲鈍、哭泣、嚴重時僵呆，且可能有自殺行為。
- （四） 生理方面：食慾改變（體重減輕或增加）、睡眠失常（失眠或嗜睡）、四肢無力、易疲倦感、頭痛、便秘、性趣降低、疼痛狀況惡化等。
- （五）

### 二、兒童與青少年期常見的症狀：

Kovacs and Beck(1977，引自楊妙芬，民 85)認為對兒童與青少年憂鬱症狀的看法有兩派。第一派認為兒童與青少年憂鬱症是模仿觀察自大人的憂鬱症狀。這些憂鬱症狀包括：1. 憂傷、不快樂、易被激怒和啜泣 2. 低自我概念、自我反對與無助、有自殺意念 3. 社交退縮、攻擊行為增加 4. 疲倦、睡不安穩、尿床、體重減輕、厭食、抱怨身體有毛病。

第二派認為大部分兒童與青少年不會直接表達憂鬱：憂鬱需從行為和症狀來推測。問題行為如過動、違規、攻擊、易怒、學業表現差、依賴酒精、濫用藥物是憂鬱的徵兆。

青少年憂鬱症常表現的行為：(Francis Mark Mondimore, M. D., 2005；國家網路醫院，<http://hospital.kingnet.com.tw/heartsustain/a-5.html>)

- (一) 持續情緒變化：悶悶不樂、哀傷、愛抱怨或易怒，且持續好幾週。
- (二) 失去大部分活動的興趣和喜樂感：他們平時感興趣，且花許多時間去參與的活動。
- (三) 睡眠習慣和食慾持續改變：抱怨失眠、嗜睡，失去食慾和食慾增加，使得體重的改變超過四到五公斤，以及不斷抱怨疲勞或沒有活力，看起來好像隨時都很累或憔悴。
- (四) 自我態度的變化，也就是對於自己的看法改變比不上別人：覺得自己沒有價值或是沒有用，批評自己比不上別人，覺得自己很懶惰、愚蠢、醜陋、或是沒有用的人。
- (五) 有較高自殺的傾向：滿腦子都是死亡或疾病，經常經驗到嚴重絕望感與疏離感的青少年，七成以上有憂鬱的現象。
- (六) 人際關係受挫：經常看起來敏感易怒、哀傷不快樂、常犯錯、自覺沒有價值、不易相處、好爭辯、好鬥而充滿敵意、失眠、不易集中注意力、自覺記憶力變差、對平常感興趣的課外活動也失去興趣、成績退步、不想參加團體活動或平日活動、朋友變少、經常抱怨頭痛、全身不適、沒有活力、體力降低、容易疲倦、沒有精神、突然變得厭食或貪食。

### 三、憂鬱情緒 VS. 憂鬱症：

憂鬱症的症狀當中，最主要的症狀是憂鬱情緒；然而，憂傷情緒的表達可能不被容許，進而被壓抑下來或加以否認，導致不容易他人被覺察到；所以憂鬱的人其症狀的表現常常不是以憂傷情緒為主，反倒可能只是抱怨有很多身體症狀（如：身體酸痛）而不提及憂傷的感受。有時，可能很容易大發脾氣，持續地憤怒或與人爭吵等來表現內在的憂鬱情緒症狀。不過，憂鬱情緒通常可經由進一步的晤談而引出。

此外，由憂鬱者的面部表情（如：嘴角下垂、沒有笑容或笑得很勉強）及行為舉止（如：無法安靜坐著、踏步、絞扭雙手；語言、思考及身體動作變緩慢；語言的音量、抑揚起伏、話量、內容多變性等皆減少，甚至緘默不語）仍可推斷他們正有憂鬱心情。

另外一個主要症狀是失去興趣，患者或許會說出類似於「對原來嗜好的興趣減退」、「再也提不起勁」、「對以往的娛樂不再感覺愉快」、「什麼都不想做」的話。家人通常可觀察到社會退縮的表現或放棄消遣活動。某些憂鬱者對性的興趣或慾求明顯減少。

其他症狀包括睡眠問題（失眠或嗜睡），失去活力或極度勞疲，對自己的價值持有不實際的負面評價（如：認為自己一無事處），對於過去小小的失敗有罪惡感或一再回想（如：對於丟掉一把便宜的傘就一直自責），抱怨自己容易分心、記憶困難或健忘，從事需智力配合的學業或職業時經常表現不如往常，或者抱怨以前所學的的知識或技巧已經用不出來了，甚至擔心智力退化。在兒童青少年，

學業成績急轉直下。在老年人，可能主要抱怨是記憶困難，有時可能被誤認為是癡呆的早期徵兆。如果這些憂鬱者的重鬱發作被成功地治療，那麼記憶通常可完全恢復。（心理健康資訊網，<http://www.psychology.org.tw/pp8.htm>）

### 第三節 憂鬱性疾患之治療原則與方式

#### 伍、治療：

憂鬱症是一種很容易治療的疾病。幾乎百分之八十的憂鬱症患者經過妥當的治療後，都可以恢復正常、快樂的生活。簡明建（民 88）將憂鬱症的治療分成認知治療、行為和社會技巧的訓練、藥物治療、電痙攣治療、運動治療、照光治療。以下介紹針對憂鬱症常用的治療方法：藥物治療、心理治療、陽光與運動、好的生活習慣（心理健康資訊網，<http://www.psychology.org.tw/pp9.htm>；簡冬青譯，2003）

#### 一、藥物治療：

用來改變腦部神經化學物質的不平衡，包括抗憂鬱劑、鎮靜劑、安眠藥、抗精神病藥物。藥物方面的治療，需要求助於精神專科醫師。

目前常開的抗憂鬱藥物是血清素再吸收抑制劑（SSRI），或血清素-正腎上腺素再吸收抑制劑（RNSI），其中最著名的藥物即為百憂解（fluoxetine）。另外，樂復得（Zoloft）、速悅（Effextor）、克憂果（Seroxat）、無鬱寧（Luvox）、舒憂（Cipram）、Anafranil 等新藥，副作用較少，但仍有焦慮、不安、失眠、噁心、嘔吐、腹瀉、頭痛等問題，且這些較新的藥需連續服用三星期後才會見效。（高育仁，2004）

關於藥物的副作用方面，一般副作用大多出現在剛服藥的前兩週，若有下列不適症狀，請照措施處理，以減少不適情形。

（<http://www.vghks.gov.tw/psy/edu/nurse/nur13.htm>）

1. 眩暈：改變姿勢時，以緩慢漸進方式，起床時可先坐於床緣雙腳擺動五分鐘後再站起來，以減少眩暈不適情形及避免跌倒之危險。
2. 便秘：每天喝水 6-8 杯（2000-2500cc）並保持每天運動，多攝取綠色蔬菜、黑棗、麥麩等高纖食物，必要時依醫師處方服用軟便劑。
3. 口乾：可以清水漱口或嚼口香糖減少口乾不適，或以護唇膏護唇。
4. 視力模糊：閱讀時用放大鏡、選擇字體較大之閱讀刊物。
5. 嗜睡：駕駛汽車或其他交通工具需特別小心、增加休息時間。
6. 解尿困難：每天喝水 6-8 杯，有尿意時以溫水刺激膀胱部位、聽流水聲或洗溫水浴以促進排尿，並告知醫護人員協助處理。
7. 噁心、嘔吐、腹瀉：喝溫開水或吃蘇打餅乾，於飯後服藥可降低腸胃方面之不適。

在服用藥物時，有一些需要知道的重點，正確用藥才能獲得療效：(高育仁，2004)

1. 清楚藥效時間：目前較新的憂鬱症藥因副作用較低，藥效時間卻變長，通常要三至五週才見效，所以勿以為跟其他藥一般，服用後症狀即能改善。
2. 不可自行停藥：一旦決定服用精神藥物不自行停藥，突然停藥可能造成疾病復發或戒斷作用，應與醫師商量，通常精神狀況有改善，醫師會漸次減藥，不致造成太大衝擊。
3. 選用原廠新藥：像「百憂解」應由禮來藥廠 (Lilly) 出品，有些國內醫院為了節省開支，可能選擇使用台灣出品的藥，而台製藥品品質通常不如原廠。
4. 避免長期使用精神藥物：精神藥物的最大目的是減低一時發病的心理障礙，勿長期服用精神作用，服藥二、三年以上極可能有成癮困擾及副作用反應。

不可自行停藥 (畫一個服藥的小孩，與醫生徵詢是否可以停藥或漸次減藥)

## 二、心理治療：

主要是用以改變不適當的認知或思考習慣，或行為習慣。比較能夠根本地解決問題。心理方面的治療，需求助於專業心理治療人員 (包括醫療機構的臨床心理師、臨床心理學的博士或私人機構的專業心理治療人員)，若問題較為輕微，可由生命線或張老師等輔導機構得到幫助。對於憂鬱症心理治療大略可以分為：(Francis, 2005)

### 1. 個人心裡治療：

#### (1) 認知行為治療：

1960 年代 Aaron Beck 與同事發展出「認知治療」的心理治療方法，此理論認為人之所以會出現長期且頻繁的憂鬱，是因為對自己及世界持有扭曲的觀點，並採用會延續問題的思考及反應模式：(1) 對自己有負像的思考 (2) 用負向的方式解讀自己的經驗 (3) 對未來有悲觀的看法。

此理論進一步主張，所有這些負向思考方式導致人形成基模或「負向自動思考」的心裡習慣，若據以行動，則更加增強負向思考方式。治療師會挑戰憂鬱症患者的認知偏差，協助找出自動化的負向思考，以及正向方式重新詮釋事件，並強調此時此地。

認知行為治療目前已被證實有效治療較不嚴重的憂鬱症。

#### (2) 人際取向行為治療：

人際取向行為治療認為憂鬱症的起因，來自早年失去父母其中一方的

關愛以及缺乏適當之代替品。基於此模式，憂鬱症會引發四項關鍵問題：非常態的悲傷、人際角色衝突、角色轉換及人際間的不滿足。

治療師會集中在患者重要關係的發展史、其互動的品質與形態、及他們對自己及彼此關係的認知與情緒(Seligman, 1995)。

## 2. 家庭治療：

家族治療的類型是與數為家庭成員面對面進行，以能夠專注在家庭關係的互動和動力上面。治療師通常會試圖將憂鬱行為問題重新框架(reframe)，成為家庭關係中的症狀問題，而不是單純憂鬱症患者本身的問題。這種作法是：憂鬱行為事實上達成一項家庭的正向功能，例如兒童或青少年憂鬱症反倒使即將離婚的父母關係更靠近，治療師會把家人的焦點：「這是誰的錯？」轉移到：「我們該如何一起努力讓狀況變好？」

## 2. 團體心理治療：

以團體方式進行心理治療，除了比經濟原因之外，更有不少獨特的效益：

- (1)宣洩情緒：患者因為病情的影響，常充滿負面的念頭及灰暗的情緒，即使面對家人的勸慰，也常強制壓抑，甚至有厭世想法也不敢說出口來。團體心理治療則給當事人一個機會，把心理的垃圾傾倒出來，減輕情緒上的壓力。
- (2)同舟共濟：一般人很難理解憂鬱症患者不斷自責、自卑的傾向，很難長期保持耐性，當事人則因感覺身為家人負擔，更易陷入自責、自卑的惡性循環。在團體治療中大家彼此支持鼓勵，有如同在一條船上，反而容易產生兄弟姊妹般的互助關係，形成「另一種家人」的情感。
- (3)同病相憐：憂鬱症患者可能發現自己一直被批評「走不出牛角尖」、「自己要堅強一點」，得不到太多的接納與諒解。而團體治療則讓當事人看見好多人有和自己類似的苦，彼此慰藉。不再自覺異類、孤單、無助。
- (4)見賢思齊：在團體治療中目睹學長或前輩的進步，往往會激發當事人的鬥志和勇氣。有了可以效法的模範，缺乏信心的憂鬱者較容易看到曙光，即使還是半信半疑，但是會開始表達「希望自己有一天也可以做到(像你們這麼好)」。
- (5)助人最樂：團體治療裡的學長，或者症狀已經改善的過來人，藉著分享自己的成功經驗，及提供有用的勸告，常會發現自己成為明星人物。後進者的欽羨和感謝，使當事人發現自己「久病成良醫」、「苦盡甘來」的價值感，並且更驅策自己不能退縮。
- (6)人際學習：在團體中，當事人可以有很多「以人為鏡」的經驗。當連續幾個人都告訴自己：「你今天看起來比上禮拜有笑臉多了」，當事人從而確知自己的進步，並深獲鼓勵；當別人對同一件事的感觸居然和自己南轅北轍時，當事人也可以學到另一種思維，擴大自己的「行為目錄」。

(黃龍杰, <http://www.libertytimes.com.tw/2002/new/mar/18/today-m1.htm>)

## 三、陽光及運動：

多接受陽光與運動對於憂鬱病人的效果不錯；多活動活動身體，可使心情得到意想不到的放鬆作用；陽光中的紫外線可改善一個人的心情，因為陽光也是治療憂鬱心靈的良藥。研究證實，太陽光經由瞳孔進到人體內，會刺激腦部松果體使神經傳導改變，讓人變得較不憂鬱，所以憂鬱症患者多從事戶外活動，一定是有幫助的（張甄芳，2006.08.29 中國時報）。

有一種治療法稱為「明亮光明治療法」，這療法對於季節性情感性疾病(SAD)可能有效，但並不是對每位患者都有效，作法是：在早上六到八點時，用一般買的到的燈照射，光線強度設定在明亮的春日(Bright spring day)程度。而目前此種的治療原理未明。（陳俊欽，2003）

#### 四、好的生活習慣：

規律與安定的生活是憂鬱症患者最需要的，早睡早起，保持身心愉快，不要陷入自設想像的心理漩渦中。人生苦短，不論貧賤富貴都是短短數十寒暑，何不以愉悅的心情面對每一天，對凡事都抱著積極樂觀的態度，期以增加個人生命的彩度與亮度。

#### 孩童與青少年期治療：

治療對於青少年孩童非常重要，若不治療症狀往往會影響小孩學業知識及社交人際技巧的建立，影響日後人格心理發展很大。治療往往是採綜合多元性的，最主要包含有：（張瑞欣，<http://www.cnpc.gov.tw/kids/depression2.htm>）

- (1)心理治療：讓小孩學習如何表達情緒及處理挫折的技巧；
- (2)藥物治療：抗憂鬱劑有多種選擇，但此類藥物的使用最好是由受過訓練的兒童青少年精神專科醫師施給；目前最常被用來治療青少年憂鬱症狀的是血清素再吸收抑制劑（SSRI），青少年在使用時，比較容易接受這種藥物可能的副作用，並且藥物的危險性也比較低，尤其是對於有自殺危險性的青少年而言，使用此藥物的安全性高很多。另外，血清素-正腎上腺素再吸收抑制劑（RNSI），這種藥物除了能夠處理憂鬱的情緒之外，也能夠提升青少年參與活動的動機，在臨床上也逐漸被廣泛使用來治療青少年問題（唐子俊、黃詩般、王慧瑛著，2005）。
- (3)家庭和學校的環境配合幫忙。

另外，我們也可以按照兒童與青少年憂鬱症的各種症狀來介入治療：（唐子俊等譯）

症狀	介入方式
失眠	關於睡眠衛生保健和健康的睡眠行為的教育，相關的知識和自我監測適當的睡眠行為，逐步的肌肉放鬆，想像的放鬆（relaxing imagery）
無希望 缺乏自尊	問題解決訓練（problem-solving training），更改認知結構 在困難的工作中提供他們體驗成功的機會，自我監測正向的特

	質，以及更改認知的結構
缺乏被愛的感覺	父母的訓練，自我監測正向的特質，以及更改認知的結構
注意力無法集中	自我教導的訓練
過度的疲累	活動的時間表，包括一般的運動
過度的內疚	歸因的再訓練
食慾不振	營養的諮詢
社交的退縮	更改認知的結構，活動的時間表安排

---

## 陸、預後：

憂鬱症帶來的功能損害程度並不一致，但即使在輕微的患者身上也會造成臨床上重大痛苦或在社會、職業、或其他重要領域造成一些損害。若損害程度嚴重，此人可能無法表現社交或職業能力。極嚴重的患者可能無法執行最基本的自我照顧（如：自己進食或穿衣）或維持最起碼的個人衛生。憂鬱症對個人最可怕的後果是「自殺」。根據統計，三分之二的憂鬱症患者有自殺的意念，而大約百分之十的憂鬱症病患會自殺。重鬱病伴隨著高死亡率。嚴重程度重度的重鬱病患者高達 15% 死於自殺。

重鬱發作會完全康復（約佔三分之二的患者），或僅部份康復或完全不康復（約佔三分之一的患者）。就僅部份緩解的患者而言，發生另外一次重鬱發作及日後幾次發作之間仍為部份恢復的可能性較大。許多人在單次重鬱發作初發之前，已先有低落性情感疾患。有些證據顯示這些人可能會有更多重鬱發作，幾次發作之間也恢復不良，並且需要更多急性期治療與長時期維持性治療，才能維持較持久的心情平穩狀態。（心理健康資訊網，<http://www.psychology.org.tw/pp9.htm>）

## 第四節 憂鬱性疾患之教養及處遇原則

### 柒、憂鬱症與自殺：

憂鬱症對個人最可怕的後果是「自殺」。根據統計，三分之二的憂鬱症患者有自殺的意念，而大約百分之十的憂鬱症病患會自殺。重鬱病伴隨著高死亡率。嚴重程度重度的重鬱病患者高達 15% 死於自殺。

根據世界衛生組織的研究發現，平均每一百人中就有三人罹患憂鬱症，憂鬱症患者的自殺率又是一般人的八倍。憂鬱症患者在毀滅自己之前，往往會身邊的人透露出想要輕生的訊息。憂鬱症住院病人出院六個月內，自殺危險性很高，憂鬱症改善後的恢復期也是一個危險期。（張文莉，民 93）

對成人而言，可能影響其工作和婚姻生活；在學童身上，則可能影響其學習和學校適應。(Kauffman, 1993, 引自簡明建, 民 88)

通常憂鬱症患者在出現自殺行為之前，會有先兆如談話中提到死亡或人生無趣、交代遺言、將喜歡的物品送人、偷藏能自我傷害的物品、行為突然改變如嚴重憂鬱者轉變成較開朗活躍。此時可依下列方式處理：

1. 安排一個安全的環境，除去環境中的危險物品如刀子、皮帶、火柴、利器等。
2. 避免讓病人單獨在家或獨處，尤其以清晨、深夜的時刻。
3. 多陪伴病人，讓他感覺到有人關心他，願意幫助他。
4. 若情況嚴重則鼓勵病人就醫，必要時向 119 求助，協助送醫。
5. 當憂鬱症狀好轉時，更有可能付諸自殺的行動，所以要特別注意病人的安全。

(高雄榮民醫院，

<http://www.vghks.gov.tw/psy/edu/nurse/nur17..htm>)

(畫憂鬱的小朋友很很沮喪，心理 OS：  
我為什麼要活著，我不想活了)

## 捌、如何協助憂鬱患者：

### 一、早期發現

因精神不濟，憂鬱症患者在生活中所呈現的懈怠、遲緩、無力乃正常現象，請不要責備或叱罵他們，因為他們是生病了才會如此。以最大的同理心，感同身受對方心靈所造成的非常狀況，不要不明就裡指責對方。

### 二、陪伴與關懷

為患者安排日常活動，親友們可輪流帶患者外出走走，如逛街、遊覽、運動，或參與其他休閒活動。早上通常是憂鬱症患者情緒狀態最不佳的時段，所以若活動無法在上午進行，可改在下午或傍晚。

要密切注意患者是否有任何想自

關懷與陪伴(畫親朋好友陪憂鬱的小朋友到戶外，關心陪伴狀)

殺的徵兆，並迅速送醫，或請精神科醫生診斷。

(張錦梅，

[http://www.read.com.tw/web/hypage.cgi?HYPAGE=subject/sub\\_depression.a.sp](http://www.read.com.tw/web/hypage.cgi?HYPAGE=subject/sub_depression.a.sp))

### 三、輔導與對話技巧

#### (一) 教師部分：

憂鬱症越早獲得協助，其症狀獲得緩解的機會越大，恢復的速度也越快。從協助者的角色而言，身旁的家人、老師及其朋友扮演著關鍵性的角色，以下是協助憂鬱症患者經常使用的策略（引自聖約翰大學輔導中心，

<http://www.sju.edu.tw/counseling/site10.files/%E5%B0%8E%E5%B8%AB%E5%95%8F%E9%A1%8CQ&A.doc>)：

##### 1. 鼓勵

首先要釐清的觀念是，除非有立即的生命危險，不要強迫或威脅學生接受治療，與學生溝通，表達關心是非常重要的事情，並把焦點放在對人的關心及生理的症狀上，例如：「○○，我非常關心你，過去幾個月，我看到你瘦了許多。」

鼓勵的同時，儘量使用「我…」之陳述句；避免使用「你…」的陳述句，因為其中含有強烈的命令與譴責的語氣（例如：「你是憂鬱症病患，你不必否認，去看醫生就是了」）。

##### 2. 傾聽和確認情緒

憂鬱症患者通常需要被傾聽、被了解。傾聽者需要：

- (1) 去感受身受。
- (2) 用語言及非語言的方式去反映對方情緒。
- (3) 用心整理對方的情緒。
- (4) 也讓對方有時間去整理自己的情緒。
- (5) 讓對方感覺被了解。
- (6) 讓當事人更有效地應付現實生活。

特別要注意的是避免：

- (1) 問「為什麼？」(容易讓學生有所防衛，或者認為導師在責備自己)
- (2) 使用「嗯！我能體會你的心情。嗯！我能了解你。」的話語(學生可能會懷疑你並不了解他)
- (3) 用不著邊際的安慰。(對學生而言是沒有幫助的)
- (4) 講自己的故事及經驗(容易模糊焦點)(趙可式，民89)

##### 3. 規劃有意義的活動

憂鬱的人多半沒有力氣或動力去進行活動，在身邊關心的老師與朋友可以透過邀請的方式，陪伴其藉由「實作」的過程走過憂鬱的幽谷。

#### 4. 給予自我掌控的機會

給予學生適度自我掌控和作決定的機會，可以促使其增加自我價值感。

#### 5. 警覺自殺訊號

每個憂鬱症患者都有可能以自殺結束生命，尤其在接近恢復痊癒時，而容易轉向自我了結一途。

#### 6. 特別當心假日及節慶

對憂鬱症患者而言，悲傷及孤單的情緒感受，在假日（如聖誕節）及節慶（如生日），會顯得特別強烈，因此週遭的親朋好友，在特別的節日時更應該提供陪伴。

#### 7. 尋求專家的協助

當老師發現學生有憂鬱的症狀時，應與輔導室做討論，轉介諮商或身心科，特別是下列情形時：

- (1) 在猶豫是否尋求專業協助的時刻。
- (2) 學生的憂鬱症狀持續兩週或以上時。
- (3) 憂鬱的症狀干擾到學生的日常生活作息或功能。
- (4) 學生的健康因為憂鬱症而遭受威脅。
- (5) 觀察到學生有潛在的自殺症狀時。
- (6) 你已經盡了一切努力，但是似乎沒有任何功效，不知道能再做什麼。
- (7) 覺得自己為學生的情形感到筋疲力竭時。

### (二) 家長部分：(Francis M. D., 2005)

讓孩子在脆弱的時候信任你。他已經經歷太多因生病而來的深刻羞恥心、失敗感、失去控制的感覺。要支持他，給予建設性的評論；最重要的是：開放、真摯、誠懇。

#### 1. 辨認症狀：

在面對憂鬱症孩子的時候，必須要改變看待孩子的病症行為方式，這些症狀包括：不想起床、易怒且常發脾氣的行為，或是過度批評或悲觀，我們不要認為是孩子懶惰、惡毒或不成熟，因此，在做出反應前，試著問問自己：「這會不會是個症狀？」

#### 2. 參與治療：

一般孩子在接受心理治療時，大都需要家長簽署同意書，因為孩子與治療師之間的治療過程是有保密的協定，這是為了讓孩子能夠放心地與治療師說出心裡的話，以促進治療，父母要試著相信治療師，不要試圖從治療師那裡瞭解詳細的治療過程，但是您可以大略的瞭解治療的過程。

#### 3. 注意孩子的安全：

孩子有時會說出自殺或自毀的話語，別忽略這些話語，要與孩子進一步澄清，不要害怕詢問：「你是否有傷害自己的想法？」，並用同理與關懷

的態度面對，讓孩子覺得您是可以信任的，也不會擔心將此想法說出會嚇壞了你。

另外，在憂鬱發作中復原的這段其間，可能是自殺行為風險特別高的時候，家長不要因為看起來孩子已經好了很多了，因而輕忽了孩子的安全。