

躁鬱症

衛生福利部心理衛生專輯(13)



國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部 著

衛生福利部 出版





目 錄

引言	1
案例 1 內向的曉明	
一、什麼是躁鬱症	4
案例 2 豪放的郁芬	
二、躁鬱症的躁期	10
三、躁鬱症的鬱期	14
案例 3 不一樣的淑華	
四、躁鬱症的流行病學	19
五、躁鬱症的病因	21
六、躁鬱症的病程	25
案例 4 不想吃藥的建宏	
七、躁鬱症的治療	30
八、如果自己得了躁鬱症，該怎麼辦？	40
案例 5 走投無路的志豪	
九、家屬或友人，如何幫助躁鬱症的病人？	45
十、結語	48
推薦讀物	49

引言

隨著知識的普及，「躁鬱症」逐漸成為現代人耳熟能詳的名詞。有人說，許多大眾熟知的名人，例如作曲家舒伯特（Robert Schumann）、貝多芬（Ludwig van Beethoven）、作家吳爾芙（Virginia Woolf）、海明威（Ernest Hemingway）或許都可能曾經受躁鬱症所苦。至於神經精神科學知識的進展，則讓我們發覺，躁鬱症除了跟心理因素或社會情境有關，其根本原因可能來自於腦部結構與功能異常，於是躁鬱症這一種疾病開始被更多的人所重視。近年來，台灣的新聞媒體也頻繁地報導躁鬱症與其他精神疾病，彷彿我們身邊有越來越多的人都有這樣的困擾。

到底什麼是躁鬱症呢？「躁」和「鬱」有什麼不一樣？脾氣火爆的人可能是得了躁鬱症嗎？

有多少人實際上受到這種病影響？生病會怎麼樣？吃藥會完全康復嗎？如果親友生了這種病，我們該怎麼幫助他們呢？在這本書裡，我們將透過幾位病人的故事，嘗試讓讀者們對這些問題有更多的了解。

案例 1 內向的曉明

二十八歲的曉明是家中的長男，生性沈默內向。由於家中從小的經濟環境不佳，所以他一直都是量入為出，省吃儉用。

最近因為感情的失利，導致曉明失戀了，心情低沉了幾天，睡不好且胃口變差。不料事隔幾天整個人突然開朗起來，心情變得十分愉悅，意念飛躍，許多點子不斷的冒出來。信心滿滿下，他認為『人要金裝，佛要衣裝：下一段戀情若是要成功，就要徹底改變』；他著手花錢訂了好幾輛拉風的新車，也為了治裝而一星期內信用卡刷

掉了好幾萬元，更買了許多東西送給家人及朋友。花錢浪費的程度，一下子敗光多年來的積蓄，一刷就是數十萬，刷爆了好幾張卡。家人好心勸他，他卻激動得要打家人。不得已之下，家人們只得帶他到醫院精神科門診求助。經過醫師診治，曉明罹患了躁鬱症。

● 關於本案例的小叮嚀

本案例中曉明由於感情的失落，引發了一連串身心反應，最後造成情感與行為上的異常，讓周遭親朋好友覺得他不對勁而將其送醫，醫師診治曉明罹患了躁鬱症。

倘若已經沒有辦法進行規律的作息，甚至影響到個人的工作與學業等社會功能，就應當立即就醫切勿遲疑。否則若延誤就醫：可能造成後需更嚴重的後果。

究竟什麼是躁鬱症呢？讓我們繼續看下去。

一、什麼是躁鬱症

在精神科診間，醫生經常會聽到個案及親友憂心忡忡地報告個案的狀況，描述個案現在情緒很低落，又感到很緊張不安，個案應該是「躁鬱症」。個案和親友描述個案的「鬱」通常是精準的，然而當醫生仔細詢問個案的整體狀況，會發現原來個案和親友所說的「躁」並非彼「躁」，因為個案和親友會使用焦躁、煩躁的「躁」來描述緊張、焦慮，但躁鬱症的「躁」，則是描述另外一些獨特的症狀表現。

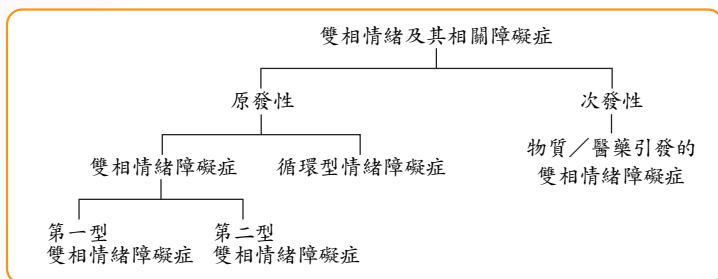
古早以來，就有許多人嘗試描述一個人在不同時期會出現狂躁和憂鬱兩種情緒狀態的情形，在狂躁的階段人會變得極度亢奮且精力充沛，在憂鬱的階段又變得情緒低落而缺乏活力。在十九世紀末，當代精神醫學的開創者愛彌爾·克普林（Emil Kraepelin）使用躁鬱精神病（manic-depressive insanity）此專有名詞來定義這一群

病人，而至今對於躁鬱症的定義及描述也都延續自愛彌爾·克普林當年的定義再進行修正。

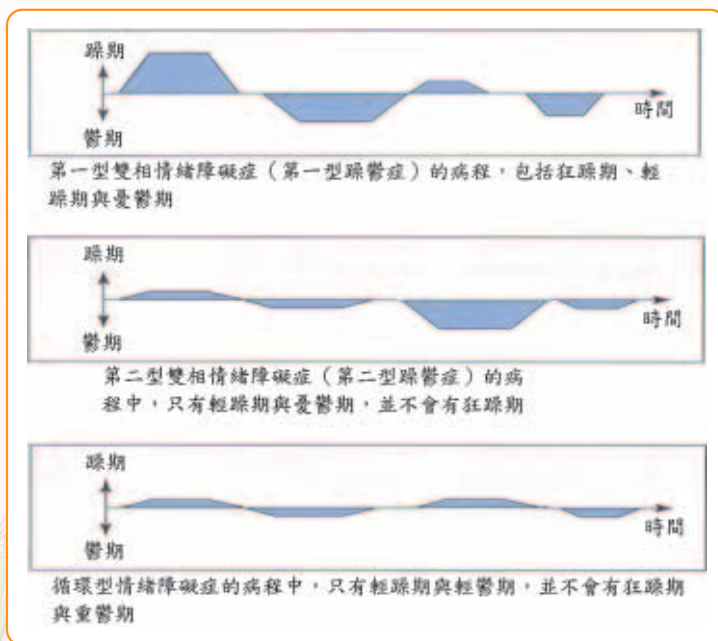
相對於一個憂鬱症病人只會有出現憂鬱期的情形，一個躁鬱症病人終其一生可能會在狂躁期、憂鬱期及正常期之間變化擺盪。躁鬱症這個中文名稱承襲自愛彌爾·克普林當年的命名，比較直敘出這個疾病的症狀特色，也是台灣社會比較常聽到與使用的名稱。精神醫學臨床上則有另一個名稱：雙相情緒障礙症（bipolar affective disorder），描述病人的情緒狀態會在狂躁和憂鬱兩個極端之間變化。

關於第一型雙相情緒障礙症（第一型躁鬱症）、第二型雙相情緒障礙症（第二型躁鬱症）與循環型情緒障礙症在精神科診斷系統中的定位及病程，請參見以下的兩個圖。

圖一 雙相情緒障礙症的分類



圖二 雙相情緒障礙症的病程



躁鬱症不治療的 社會成本極高



案例 2 豪放的郁芬

郁芬在二十五歲時，首次出現持續好幾個星期的情緒低落、思考遲滯、對於平常喜歡的休閒活動都失去興趣、不想和人互動、對未來感到悲觀。好友轉介他到精神科求診，診斷為憂鬱症，但家長擔心郁芬看精神科會覺得丟臉，於是請她辭掉工作，讓郁芬在家休養而未繼續接受治療。

慢慢的，家人發現郁芬似乎已經走出陰霾，但是，郁芬開始出現不一樣的症狀：情緒很高亢、精力充沛、一天只睡兩小時也不覺得累，衝動控制變差，到處結交陌生人成為朋友，甚至到以往從未去過的夜店結交異性。父母親對他不諒解，姊姊也覺得他自暴自棄。郁芬並不覺得自己的言行有何不妥，反而因家人勸阻而大發雷霆，後來好不容易被家人連哄帶騙地來到醫學中心精神科接受治療。

當被送至精神科住院時，醫師診斷郁芬處於躁期，從過去至今的病程顯示為躁鬱症，經過與醫師的配合治療後，情緒與行為逐漸好轉。

● 關於本案例的小叮嚀

絕大多數病人的家屬，都是在病人住院之後，才對疾病有更多的了解。由於病人住院期間，照顧者和醫護人員的相處機會增多，建議要趁此一機會與醫療團隊密切溝通。

本案例中郁芬的表現，符合躁鬱症的躁期。值得提醒大家的是，傳統人們對於精神科的疾病，往往諱疾忌醫，認為被知道家中成員有精神疾病很丟臉。但是，早期不治療，往往造成以後更大的後遺症，付出更痛苦的代價：有些人敗光家中大筆財產，有些女性則是不慎懷孕……

與其不治療而付出昂貴的社會代價與成本，不如早期對症下藥，好好治療。

二、躁鬱症的躁期

我們前面說過許多人誤以為躁鬱症的「躁」是指緊張、焦慮、煩躁，那麼究竟躁鬱症的「躁」是什麼？首先，「躁」是一種情緒的變化，個案或親友會感受到個案的情緒在一段持續的時間裡，不見得有特定的事件影響情緒，卻變得極為開心、高昂、「High」，或者是特別容易感到憤怒而容易發脾氣，而這樣的情緒變化，比起個案平常的情緒反應要來得更為強烈而明顯。而「躁」不僅僅有情緒的變化，個案還必須同時出現其他的表現：

- 睡眠時間比平常更短，但精神卻更加充沛有活力
- 思考速度比平常更快，感覺思緒像飛也似的；思考的連結能力增強，可以舉一反三，甚至可以同時想好幾件事
- 話量變多變快，滔滔不絕講不停，甚至會讓

人覺得太跳躍缺乏連結

- 充滿自信，覺得沒有事情可以難得倒自己
- 注意力分散，無法集中
- 精力旺盛、靜不下來，或者專注於進行有特定目的之行為，如購物、投資、發展事業
- 過度投入特定會付出痛苦代價的行為，例如過度購物、無節制的性行為

有些人出現上述的表現，若在一個能夠自我控制的程度內，會描述自己精神百倍、能力卓越有效率，工作、學業樣樣行，我們會稱他處在「輕躁期」（hypomanic episode），他的能力會比一般情況來得更好；然而若上述表現超過一定程度，整個人過於亢奮、忙亂、衝動而達到自己無法控制的程度時，他會無法清楚地思考和進行縝密的行為判斷，而出現自我生活照顧、人際關係、工作學業等功能的損害，此時我們會稱他處在「狂躁期」（manic episode）。

要注意的是，精神醫學專業要判定是否有達



到狂躁期／輕躁期的程度，必須要符合特定的診斷標準：如果一個病人的情緒變化是以開心亢奮為主，那麼他只要在情緒變化的這段期間內有上述三項以上的症狀，即可達到狂躁期／輕躁期的診斷；若一個病人的情緒變化是以易怒為主，那麼他在這段情緒變化的期間內必須要至少四項的症狀，才可達到狂躁期／輕躁期的診斷。另外要注意的是，狂躁期的診斷標準要求情緒變化時間至少超過七天，而輕躁期的診斷標準要求情緒變化時間達四天以上即可。

要區分輕躁期及狂躁期，我們除了可以透過評估個案是否有各方面功能的損害，另外若個案有出現幻聽、妄想（最常出現的是自大妄想和被害妄想，因為個案會過度自我感覺良好，以為自己擁有高超無人能比的能力、具有特殊身分地位或結識重要的社會人士，因而產生不合乎現實的自大妄想；也因為自大的想法，可能讓個案擔憂自己會受人覬覦、傷害而產生被害妄想）等精神

病症狀，因為其症狀相對嚴重，因此也算達到狂躁期的程度。個案若出現精神病症狀，通常都是狂躁期症狀達到較嚴重的時候才會出現相伴隨的精神病症狀。

處在狂躁期的個案，因為其情緒可能會變得較易怒，容易與他人發生衝突，而其亢奮激動的行為會使得暴力的風險升高；此外個案也可能出現干擾或造成他人困擾的行為而無法控制，這些狀況可能需要透過住院的方式來進行處置，因此個案是否需要住院，也可作為區分輕躁期及狂躁期的原則。

三、躁鬱症的鬱期

除了狂躁期／輕躁期，躁鬱症個案還可能會出現憂鬱期（depressive episode），在情緒上會出現持續性的憂鬱、低落心情，以及失去動力去從事自己喜愛的活動。除了情緒的變化，還必須要伴隨其他的表現：

- 失眠，或睡眠時間延長
- 食慾下降、體重下降，或食慾大增、體重升高
- 整日的疲累、無力
- 動作遲緩，或著顯著的焦慮不安、緊張激動而無法靜止
- 注意力、記憶力下降，猶豫不決無法下決定
- 無助、無望、無價值感
- 出現死亡意念、自殺想法和計畫

在診斷標準上，病人必須至少有「憂鬱情緒」或「失去動力從事自己喜愛的活動」其中一項，並且要連續維持超過兩周以上；此外病人在總共九個症狀項目中，要出現五項以上的症狀，才能達到憂鬱期的診斷標準。

除了狂躁期／輕躁期和憂鬱期之外，躁鬱症病人還可能會出現躁期症狀和鬱期症狀的「混合期」，也就是一些躁期症狀混合一些鬱期症狀，但都未達到符合標準的狂躁期／輕躁期或憂鬱

期。

若一個人曾經出現過一次狂躁期，無論他有沒有出現過輕躁期或憂鬱期，精神醫學專業就會給予他第一型躁鬱症（Bipolar I disorder）的診斷；若一個人不曾出現過狂躁期而只有出現過輕躁期，還加上出現過一次的憂鬱期，精神醫學專業就會給予他第二型躁鬱症（Bipolar II disorder）的診斷（請參見本書第 4 頁圖二）。

因為疾病的診斷需要依據個案出現過躁期或憂鬱期，因此一個人從開始接受精神醫療之後，診斷是可能會經過修正的，例如一個實際上是第二型躁鬱症的病人，他一開始若出現是憂鬱期，可能會先被下憂鬱症的診斷，但隨著日後出現輕躁期後，診斷被修正為第二型躁鬱症；此外，也有人實際上是第一型躁鬱症的病人，他若剛開始出現憂鬱期，而後出現輕躁期，更晚才出現狂躁期，他的診斷可能會從憂鬱症先被修正為第二型躁鬱症，最後才被修正為第一型躁鬱症。

案例 3 不一樣的淑華

淑華現年三十六歲，以往已經憂鬱症發病過兩次，每次都是以情緒低落、思考緩慢、身心疲倦、缺乏做任何事的動機、甚至開始覺得人生沒有意義等症狀來表現。在接受醫師給予抗憂鬱劑的治療幾個月之後，憂鬱低落的狀況消失了，她又回復正常。

近一年來淑華因為工作繁忙，沒有求醫。然而，最近她開始覺得心情煩悶、注意力無法集中、記憶力變差，思考也沒有過去來得清晰。她想起去年家中還有半盒的抗憂鬱劑沒有吃，於是為了方便省點健保費，淑華自作主張就把以前的抗憂鬱劑吃了回去。

結果，不只淑華本人、連淑華的摯友也發現她不只心情從谷底回升，還『衝過頭飛上天』：淑華開始話說個不停，整天心情『快樂得不得

了』，對任何事都感到興奮異常，穿著打扮非常花枝招展、濃妝豔抹，晚上都沒怎麼睡眠，白天卻仍然精力旺盛。摯友勸告淑華求醫，但是她覺得這輩子的心情再也沒有比現在更開心的了。

這種亢奮的狀態持續了幾星期，直到有一天，淑華為了點小事大發雷霆，在百貨公司裏破口大罵不願離去，最後被強制送到醫院急診。

● 關於本案例的小叮嚀

本案例中的淑華，就是一個典型初期多以憂鬱期為表現的躁鬱症病人。因為淑華以往都以憂鬱症狀表現，所以先被下憂鬱症的診斷，並且以抗憂鬱劑治療；但在這次發病時，出現躁症症狀後其診斷被修正為躁鬱症。以後治療必須以躁鬱症、而非憂鬱症之治療為主。

案例中的淑華心情由底部回升，整天心情『快樂得不得了』，覺得這輩子的心情再也沒有比現在更開心的了，這是躁鬱症病人常有的主觀

感受。如何鼓勵此類病人願意接受治療，以避免後續一發無法收拾的連鎖狀況，是病人身邊至親好友最困難的一步。

此外，案例中的淑華為了方便，所以沒有求醫就擅自服用過去的抗憂鬱劑處方，這一點並不恰當。專業的疾病，還是交給專業醫師來評估，有任何問題，都需要和醫師討論處理。

四、躁鬱症的流行病學

根據流行病學調查，全人口約有百分之一的人罹患第一型躁鬱症，初發的平均年齡為二十到三十歲，男性與女性罹患躁鬱症的比例大致上相同，但是男性終生出現躁期的時間比女性多，而女性終生出現鬱期的時間比男性高。然而不論男性與女性，終其一生出現鬱期的時間都比躁期高，約有將近百分之三十的時間是處在鬱期。第二型躁鬱症的盛行率則更高，約有百分之三到五，女性的比例比男性高，而鬱期更可能佔一生

的一半時間。

除了第一型、第二型躁鬱症之外，精神醫學還有一個診斷為循環性情緒障礙症（Cyclothymic disorder）（請參見本書第 4 頁圖二最下面），其診斷標準是病人在兩年的時間中，會有多次的輕躁期發作，以及多次的憂鬱症狀表現，但未達憂鬱期的程度，並且在這兩年間沒有連續兩個月都維持在穩定的情形，這個診斷是在描述一群憂鬱症狀程度未達第二型躁鬱症般嚴重的病人，但是其長期的情緒會在輕躁與輕度憂鬱之間反覆擺盪，而可能造成功能之影響。循環性情緒障礙症根據研究統計可能也有達到百分之五的盛行率，女性的比例也如同第二型躁鬱症一樣高於男性。

由於躁鬱症症狀、病程上的多變複雜，近年來的研究透過症狀的仔細檢視與診斷方法的修改，發現躁鬱症的盛行率比以往診斷標準能判定出來的還來得高，甚至還有許多人因為症狀較第

一型、第二型躁鬱症、循環性情緒障礙症來得輕微因而未曾被發覺，也因此我們現在也會用雙極性群組疾患（bipolar spectrum disorders）來統稱這些異質性甚大的躁鬱症表現的總合。

五、躁鬱症的病因

關於躁鬱症的病因，必須考量精神醫學中經常提及的「生物—心理—社會」模式。

臨床研究的確發現躁鬱症的病人在生物學上，有許多特徵：諸如季節性發作；對光敏感；及睡眠剝奪可造成憂鬱之短暫改善等，也有人發覺躁鬱症病人腦部結構與功能上的異常。至於基因上的致病因子，則尚未有定論。

那麼心理與社會因素，對於躁鬱症的病因又有什麼關係呢？根據躁鬱症成因的刺激點火（kindling）理論：一連串的小火苗累積，最後終將醞釀成大火。而心理的創傷與社會的負面經驗等壓力，都可能是引發躁鬱症的導火線。

但是在一些特定的狀況下，存在有明確因素的影響而誘發出與躁症類似的症狀，我們會稱這樣的情況為「次發性躁症」，相對於找不到致病原因的原發性躁症（請參見本書第 4 頁圖[W1]一）。

有哪些情況有可能誘發次發性躁症呢？

- 違禁藥物：安非他命、古柯鹼、搖頭丸等興奮劑最容易誘發。
- 處方藥物：許多的處方藥物都有誘發躁症的記載，例如類固醇、抗巴金森氏症藥物，特別要注意的是抗憂鬱劑容易誘發躁症，很多一開始被診斷為憂鬱症的病人，在開始使用抗憂鬱劑之後，反而情緒由鬱轉躁，才發現病人其實應該是躁鬱症病人。
- 腦部疾病：感染、創傷、中風、腦瘤、癲癇，都可能影響大腦功能而誘發躁症發作。
- 其他疾病：甲狀腺亢進、維生素B12 缺乏、受會分泌內分泌腺體的腫瘤影響。



次發性躁症的治療，最重要的是找出致病的原因，並將致病原因予以去除，躁症即會緩解。但是我們要如何去判定一個人的躁症是原發性還是次發性的呢？若出現以下的狀況，我們要特別去想到這個人是否有受到身體疾病或藥毒物影響的可能，並透過病史詢問、身體評估、檢驗檢查去進行評估：

- 第一次發作躁症。
- 非一般發病的年紀一二十到三十歲之間一出現躁症。
- 症狀表現不典型，特別是意識混亂，無法分辨人時地物。
- 有內外科病史，且身體狀況近期有變化。
- 近期有調整內外科之治療藥物。
- 有使用違禁藥物的跡象。
- 最近有在使用抗憂鬱劑。
- 過去雖有躁鬱症以外的其他精神疾病之診斷，但這次出現躁症。

六、躁鬱症的病程

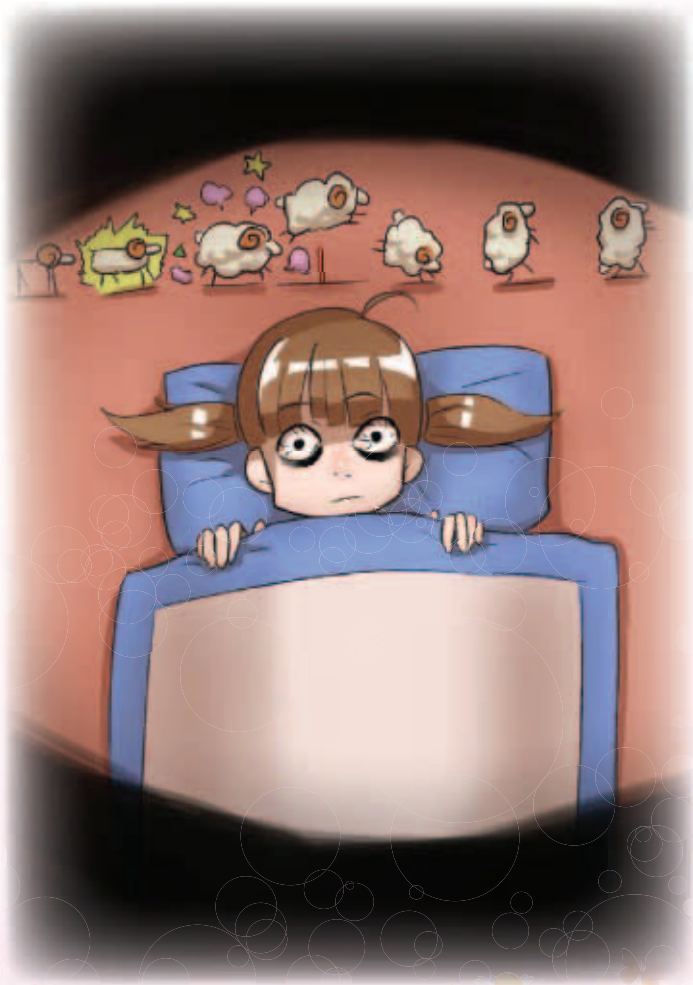
躁鬱症的初發時間雖然多出現在二十到三十歲之間，但在二十歲之前，病人可能就有較輕微的情緒波動與症狀表現，但因為程度尚不嚴重而未特別留意。病人疾病初發時可能是狂躁期、輕躁期、憂鬱期甚至是躁鬱混合期，僅憑疾病初發時的表現很難給予精準的診斷，而根據此初步診斷要進行治療，也就可能會導致治療的效果不佳，因而增加治療上的難度，例如臨床經驗中經常會有躁鬱症病人因為初期多以憂鬱期為表現，因而只接收抗憂鬱劑的治療，但病情始終難有起色，直到重新詳細詢問病史發現病人有躁期症狀，或是因使用抗憂鬱劑而誘發躁期後，診斷才被確立為躁鬱症而調整治療方向。

病人進入躁期時，因為情緒亢奮、精力旺盛、思緒豐沛、行動力強、充滿自信，因此病人大多不會有病識感知道自己的狀況變化了，對於

自己的言行舉止也不會察覺到已經造成問題、功能受損，自然也不覺得有就醫治療的需求，因此造成了治療的困難度；而病人在經過躁期的治療後，要如何建立病識感、維持藥物使用的規律性，以避免病情復發，會是一個巨大的挑戰。

而病人若處在鬱期，必須承受低落情緒、缺乏動力、生活作息變化、負面思考的症狀，而躁鬱症病人相較憂鬱症病人有更高比例會出現長時間嗜睡、運動遲緩的症狀，對病人而言造成極大的功能損害。此外，躁鬱症病人一生之中，憂鬱期的時間大於躁期的時間，病人擁有充沛活力來發展事業成就的時間相對短少，若病人經驗過自己處在躁期與鬱期兩極的差異，更會深刻體會到疾病帶來的影響，而致使病人以負面思考來否定自己的能力與價值。

病人因情緒症狀常有波動起伏，過於亢奮及易怒的情緒容易與人發生衝突，導致人際關係惡化，長期的影響下會削弱支持系統對病人的支持



力量，也會對病人形成壓力而再導致病情的不穩定。

病人也可能因為衝動控制能力減弱的症狀影響下，容易做出輕率的決定和行為，造成自己在健康、經濟和成就上的影響，例如酒精、違禁藥物的過度使用，而造成身體的傷害，或者在藥物作用下而增加自傷、傷人的風險。

案例 4 不想吃藥的建宏

建宏的躁鬱症，這回已經是第三次發病住院了，前面兩次的發病，不但讓建宏失去了工作，也背負了卡債。家人已經了解藥物治療的重要性，太太不斷提醒他必須規則服用精神科醫師處方的藥物，醫師也定期抽血檢驗建宏的血中藥物濃度。

但是，其實建宏因為吃了藥物的一些副作用，讓他覺得不舒服。所以在出院後規律服藥治

療一年多之後，就開始自作主張：背著太太與醫師，自行減藥。醫師也定期抽血檢驗建宏的血中藥物濃度，為了避免醫師發現其沒吃藥，建宏還特意在抽血前把藥物補吃回去……紙包不住火，這一回又跟以往一樣的躁症症狀，而且跟別人打架還進了警局。

建宏住進台大醫院的精神科病房，住院的前半個月，建宏即使在用藥下看來也沒什麼效果。直到後來，家人慢慢感覺到進步，建宏也逐漸知道自己生病了，於是開始願意規律服藥。

建宏出院後的病情控制的還不錯，有任何藥物的副作用，也願意開誠布公與醫師討論。目前建宏在職訓局受訓中，希望能順利發展工作能力。

● 關於本案例的小叮嚀

躁鬱症和高血壓、高血脂、糖尿病一樣都是慢性病，需要長期的治療。最新研究發現，躁鬱

症倘若一再復發，常會對大腦造成傷害，因而影響病人的認知功能，造成不可彌補的損傷。

台灣人有個壞習慣，就是「醫師開的藥，都要打折吃」，本案例中的建宏，就是有藥物副作用卻不跟醫師討論，自行減藥而造成再次發病住院。建議不管是有任何治療或藥物副作用的問題，都要跟醫療團隊徹底溝通。症狀穩定之後，仍要規則門診，並與醫師討論服藥問題。

如何建立個案服藥與疾病的病識感，是躁鬱症臨床上的大課題：個案經常必須觀察他人的經驗，或是以自己過去的經驗和現在做比較，感受治療藥物對自己的幫助，才能夠服藥與疾病的病識感；同時家人也要予以適度的回饋提醒，跟個案溝通服藥的必要性。

七、躁鬱症的治療

既然關於躁鬱症的病因，必須考量「生物—心理—社會」模式。因此對於躁鬱症的治療，除

了藥物治療之外，也必須多管齊下：並重心理與社會因素。

家人與朋友的陪伴、鼓勵與支持躁鬱症病人，可以避免病人因為缺乏病識感，不願意接受治療而復發，更能夠避免心理的創傷與社會的負面經驗等壓力，一再引發躁鬱症的發作。目前也有許多心理治療與人際關係社會節奏治療，可以為治療效果加分。

藥物治療在躁鬱症的治療中扮演很重要的角色，因為躁鬱症的情緒不斷地在躁與鬱之間擺盪，對病人來說是極為辛苦的過程，如何運用藥物來讓情緒維持穩定而不致向兩極傾斜，是一項重要的挑戰。

情緒穩定劑 (Mood Stabilizer)

情緒穩定劑包括鋰鹽與其他多種抗癲癇藥物，作為治療躁鬱症的藥物已有很長的歷史。情緒穩定劑主要能夠針對躁期、混合期產生治療的

效果，也能在病人的穩定期之中持續可以穩定的效果，至於鬱期的治療效果則仍未有共識。

鋰鹽 (Lithium)

鋰鹽是最早使用的情緒穩定劑，治療效果相當不錯，但是治療效果跟藥物濃度有關，一般在躁期的治療藥物濃度須維持在 0.6-1.2 meq/L，穩定期需維持在 0.4-0.8 meq/L。鋰鹽的使用最重要是避免產生鋰鹽中毒的問題，低度中毒會有手抖、噁心嘔吐、腹瀉的副作用，中度中毒則會有步態不穩、異常神經學表現，高度中毒則會有腎臟衰竭、意識混亂甚至死亡的危險性，因此在使用鋰鹽治療的期間，必須要定期抽血檢驗鋰鹽的濃度以避免中毒的風險。鋰鹽濃度過高會造成腎臟的傷害，所以檢測鋰鹽濃度時應一併檢測腎功能狀況。長期使用鋰鹽也有造成甲狀腺功能低下的風險，甲狀腺功能也應定期進行檢驗。

帝拔癲 (Depakine)

帝拔癲是一種抗癲癇藥物，對躁期的治療效果與鋰鹽相似，與鋰鹽是目前最常使用的兩種情緒穩定劑。帝拔癲的副作用較鋰鹽來得溫和，較常出現的副作用為腸胃道不適、掉髮、食慾增加、體重增加，少數女性使用則有多發性卵巢囊腫症候群的情形。帝拔癲也須定期檢測血中濃度避免中毒，濃度過高則會造成肝臟的傷害，因此須一併檢測肝臟酵素的指數以評估肝功能。

癲通 (Tegretol)

癲通亦為一種抗癲癇藥物，對於躁期的治療也有效果，特別會使用在躁動情形較嚴重、躁鬱期快速轉換的病人身上。癲通有一個較嚴重的副作用，少數使用者會出現史蒂芬·強森症候群 (Stevens- Johnson syndrome)，皮膚出現大面積的破壞、脫皮，容易造成感染和脫水的問

題。目前可用抽血檢驗的方式評估使用癲通是否會產生史蒂芬·強森症候群的風險，以避免因使用癲通而產生不良反應。

樂命達 (Lamictal)

樂命達亦是一種抗癲癇藥物，但樂命達對躁期的療效並不顯著，目前認為樂命達具有預防從情緒穩定期轉為鬱期的效果，但若已經進入鬱期，要改善憂鬱症狀是否有成效也尚未有定論。樂命達的使用上要注意緩慢增加劑量，且若合併帝拔癲使用時，劑量增加速度必須更加緩慢，以避免副作用過強。

抗精神病藥物 (Antipsychotics)

抗精神病藥物一般使用在思覺思調症或其他精神病的治療上，但也經常使用在躁鬱症的治療上，主要使用在躁期、混合期和穩定期的維持。因為情緒穩定劑的效果需要較長的時間發揮作



用，在治療初期使用抗精神病藥物可以較迅速地將躁期病人進行症狀控制。另外若病人出現如幻聽、妄想的精神病症狀，使用抗精神病藥物亦可緩解症狀。抗精神病藥物主要的副作用：少數人會出現類似帕金森氏症的症狀，例如手抖、肢體僵硬、表情呆板、動作緩慢、步伐細碎，另外可能有嗜睡、疲倦、月經不規則、食慾增加、體重增加等副作用。抗精神病藥物中的思樂康（quetiapine）還特別有對鬱期的治療效果，是台灣截至 2014 年上市藥物中唯一獲得治療躁鬱症鬱期的許可。

抗憂鬱劑

躁鬱症是一種情緒在躁與鬱之間擺盪的疾病，而且一生中的鬱期時間又比躁期來得長，然而躁鬱症的鬱期治療比憂鬱症的鬱期更為難治，目前的臨床研究對於抗憂鬱劑是否能夠有效治療躁鬱症的鬱期仍未有定論，而抗憂鬱劑也有誘發

情緒由鬱轉躁的問題，因此精神醫學的治療準則中，抗憂鬱劑並未列入躁鬱症鬱期的治療藥物之中。然而一般臨床實務上，抗憂鬱劑仍然經常作為治療的使用藥物。

抗憂鬱劑包含早期的三環類抗憂鬱劑（Tricyclic antidepressant, TCA）、單胺氧化酶抑制劑（Monoamine oxidase inhibitor, MAOI），到現在較常用、副作用較少的選擇性血清素再回收抑制劑（Selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI）、選擇性血清素與正腎上腺素再回收抑制劑（Selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI）和正腎上腺素與多巴胺再回收抑制劑（Norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor, NDRI）。由於抗憂鬱劑有讓情緒由鬱轉躁的風險，因此在治療時通常會搭配情緒穩定劑或抗精神病藥物，以降低情緒轉換的可能性。



鎮定劑 (benzodiazepines)

躁鬱症病人在情緒波動時容易出現亢奮、激動的言行舉止，可能會具有自傷、傷人的風險，因此適度地使用鎮定劑來暫時性紓緩病人的情緒與行為，能夠帶來穩定的效果。然而『水能載舟，亦能覆舟』，鎮定劑的使用可能會帶來肌肉鬆弛、步態不穩、睏倦嗜睡、注意力降低的副作用，因此若在服用鎮定劑後出現前述的表現，應避免進行一些操作性活動，例如駕駛、使用重器具、尖銳器具等等，以免造成傷害性風險。

安眠藥物

躁鬱症病人經常在睡眠剝奪的情況下會誘發出躁期，因此適度地使用安眠藥物以維持病人的睡眠品質，能夠避免病情的復發及惡化。安眠藥物也可能會帶來意識模糊、睏倦嗜睡、注意力降低的副作用，因此安眠藥物的使用應嚴格限制在

睡眠時間使用。

八、如果自己得了躁鬱症，該怎麼辦？

精神衛生法第 22 條規定『病人之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視。對病情穩定者，不得以曾罹患精神疾病為由，拒絕就學、應考、僱用或予其他不公平之待遇。』事實上，若是妥善治療，躁鬱症病人可以與常人一樣無異；但如果沒有好好治療，躁鬱症對於健康及生活的影響極大，經常會拖累整個家庭。生病時切勿遲疑看病與就診，以避免問題持續影響：不但會對病人自己及家人的生活造成重大影響，也會付出高額的社會成本。

根據我國健保資料庫的研究：相較於一般人，躁鬱症的病人不但在健保醫療費用較高，同時也與其他精神科疾病的共病性極高，而躁鬱症病人之高自殺率也十分驚人：這顯示了人的情緒不但左右了生活功能和品質，甚至也主宰了生

死。

目前的醫學先進研究，都說明的包含躁鬱症在內的精神疾病，都是「大腦的疾病」，而且是『大腦連結的疾病』。所以如果知道自己得了躁鬱症，不應視躁鬱症為可恥的、不名譽的、「做錯事被上天懲罰」的疾病。只有以正確的態度面對躁鬱症這類『大腦連結的疾病』，才能發展出有益於預防疾病復發的病識感。

躁鬱症是可以穩定控制的疾病！建議不管是有任何治療或藥物副作用的問題，都要跟醫療團隊對話。症狀穩定之後，仍要規則門診，並與醫師保持溝通與討論，這對病友來說是最重要的。

案例 5 走投無路的志豪

四十六歲的志豪，是間小工廠的老闆，他原先有個美滿的家庭，夫妻倆育有一兒一女。由於志豪本身個性比較內向與壓抑，幾乎沒什麼要好

的朋友，平常很少有吐露心事的對象，過往遇有壓力都是自己隱忍在心，一肩扛起。

過去志豪曾因為自己的工廠景氣佳生意好，為了趕工多次不眠不休，最後造成了躁症的病發以致住院。出院後志豪銘記醫師的叮嚀，規律作息也定期回診，希望能夠讓自己的躁鬱症病情穩定，也為妻兒子女與鄉下的父母親多賺一些安家的費用。

不料，由於大環境的變化，志豪的小工廠生意越來越慘淡，而開銷赤字越來越多。面對著現實，志豪的情緒在兩三星期後，跟平常完全不一樣，開始慢慢掉到谷底，吃不下也睡不著，到了工廠就把自己封閉起來。甚至連平日下班後最有興趣的釣魚，也覺得索然無趣了。

心中鬱悶的志豪，白天在小工廠裡面對著越來越少的訂單，只能借酒澆愁，獨自怨嘆。因為志豪不講，太太不明白志豪的苦處，便多次指責志豪的自甘墮落。終於，一次激烈的爭吵之後，

憤怒失控的志豪對太太動了手，太太無法容忍志豪，便帶著兩個孩子回山上娘家去。

看著太太離去，志豪獨自一人呆坐在客廳的椅子上，久久不發一語。『既然自己的未來是一片黑暗，沒有任何希望，那我乾脆一走了之好了……』

對於志豪的輕生，志豪的太太與父母一開始也是難以接受，也很自責為什麼當初沒有儘早發現志豪的症狀，還一直責罵病人。所幸街坊鄰居及時發現，志豪身體沒有大恙，並於處理完身體問題後持續治療志豪的精神問題。在醫療團隊的治療，以及家人的鼓勵支持與陪伴下，志豪總算走出了自覺走投無路的低潮難關：恢復信心繼續面對自己的未來。

● 關於本案例的小叮嚀

除了大家所熟知的憂鬱症病人之外，躁鬱症病人的自殺比例也是相當高。根據研究，躁鬱症

病人大腦的神經傳導物質在症狀惡化時會異於常人，因此自殺是常見到的結果！本案例中的志豪即是如此。一旦有了明顯外在的壓力因子，即使在長期規律服藥追蹤之下，一樣可能躁鬱症再度發病。

日常生活中，志豪隨時都承擔著極大的壓力，加上沒有能夠情感上分享傾訴的對象，造成心中壓力累積與崩盤，引發躁鬱症的鬱期發病。

所以，不只躁鬱症，任何疾病病人的社會支持都很重要。一旦察覺身旁親友出現症狀，一定要主動陪伴、關心、支持，甚至有必要時就陪同其就醫。只有藥物治療本身是不足以治好躁鬱症的！在家人與友人的支持鼓勵下，病人才能夠更有機會康復。

九、家屬或友人，如何幫助躁鬱症的病人？

當家中成員或是好朋友罹患躁鬱症，每個人一定都會覺得不好受，此時一些負向的情緒難免會產生：諸如驚惶、憤怒、傷心、害怕，或對病人過度保護、操控等，當然這些情緒反應可以被理解；然而我們也必須想到，這些負向情緒對病人病情的影響也是負面的。所以，要提醒家屬或友人，不只要注意病人，也要注意自己的情緒管理，因為關係親近，所以彼此的情緒會互相影響。切勿讓自己深陷於負面的情緒當中！

由於躁鬱症的病因，必須考量精神醫學中經常提及的「生物—心理—社會」模式。所以，關於家屬或友人如何幫助躁鬱症的病人，也要從這三個層面著手：

1. 生物上的支持

◎鼓勵病人定期接受藥物治療與門診治療。

- ◎陪同病人參與治療過程，主動與醫師溝通、瞭解治療狀況，在療程中給予支持。
- ◎躁症發作時，留意病人是否出現危險性的行為，或是從事一些之後會後悔的行為（諸如不符比例的投資等）。
- ◎鬱症發作時，留意是否出現自殺念頭，盡量避免讓病人獨處或取得危險物品。

2. 心理上的支持

- ◎平時多給予陪伴、聆聽及鼓勵。
- ◎適時傾聽、仔細觀察病人行為、思考方式及情緒的改變，有助及早發現躁症或鬱症發作的徵兆。

3. 社交上的支持

- ◎時時關心病人的狀況，有耐心、持續的陪伴，讓病人知道周遭親友隨時願意支持。
- ◎與病人溝通時，避免過於激烈或負面的言語。
- ◎引導病人自己處理日常生活，幫助建立自信

心與存在感。

◎以平常心看待、與病人自然互動。病人症狀發作時，表現出鎮定的應對態度。

上述三個層面的觀點，說明了除了藥物治療之外，躁鬱症病人的心理社會支持很重要：只有在家人與友人的支持鼓勵協助下，躁鬱症病人才能夠建立病識感，更有機會康復。家人與友人可以協助病人觀察，給予病人適度的回饋：可以藉由與病人溝通、討論的方式，協助其至少發展出「有益於預防疾病復發的病識感」，使其能夠規律返診與服藥。

如果躁鬱症病人因為發病時的混亂行為，衍生了法律問題，家人也可與醫療團隊密切溝通，了解是否可以透過律師向法院申請精神鑑定，以獲得法律上的保障。

最重要的是，身為照顧者，自己也必須要注意自我的壓力調適，與自己的家人、好友或其他照顧者相互打氣，彼此支持！

十、結語

躁鬱症若是妥善治療，病人可以與常人一樣無異；但如果沒有妥善治療，對於健康及生活的影響極大，經常會拖累整個家庭。臨床上躁鬱症的表現不但呈現多樣化，也與其他精神科疾病的共病性極高，而躁鬱症病人之高自殺率也十分驚人：這顯示了人的情緒不但左右了生活功能和品質，甚至也主宰了生死。

除了藥物治療之外，躁鬱症病人的心理社會支持很重要：只有在家人與友人的支持鼓勵協助下，躁鬱症病人才能夠建立病識感，更有機會康復。

此外，如果躁鬱症病人因為發病時的混亂行為，衍生了法律問題，家人也可與醫療團隊密切溝通，了解是否可以獲得法律上的保障。

推薦讀物

1. 躁鬱之心（2 版）Jamison KR 著，（李欣容譯）：2009 天下文化出版。
2. 躁鬱症完全手冊，2006 心靈工坊出版。
3. 走進躁鬱世界（修訂版），2012 原水出版。
4. 千萬別對躁鬱症的人說加油：一個漫畫家的躁鬱症體驗日記，2008 如果出版。

躁鬱症

著 者：國立台灣大學醫學院附設醫院精神醫學部

主 筆：郭家穎、謝明憲

校 訂：郭家穎、謝明憲

出 版 者：衛生福利部

地 址：11558 台北市南港區忠孝東路六段 488 號

電 話：(02)8590-6666

網 址：<http://www.mohw.gov.tw/>

出版年月：中華民國 103 年 12 月

版 次：第一版第一刷

I S B N：978-986-04-3958-8

G P N：1010303237