

認識憂鬱 面對憂鬱 擺脫憂鬱

憂鬱情緒障礙自助手冊

衛生福利部心理衛生專輯(14)



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

寫在引言之前：如何快速上手本手冊	1
一、引言：為什麼防治憂鬱症那麼重要	4
二、憂鬱症的定義及診斷分類	6
三、憂鬱症的盛行率	13
四、造成憂鬱症的原因	14
五、憂鬱症對生活、工作及人際關係的影響	15
六、憂鬱症的治療——生理性治療	17
七、憂鬱症的治療——心理治療	22
八、預後注意事項	32
九、女性特有的憂鬱情緒障礙	34
十、案例解析	42
十一、結語	46
附錄：參考資料	47



寫在引言之前：如何快速上手本手冊

2012 年頗獲好評的好萊塢電影「Silver Linings Playbook」（中譯：「派特的幸福劇本」），包含許多與臨床精神醫學相關的元素，如：劇中的男主角（布萊德利·古柏飾演）為躁鬱症所苦；女主角（珍妮佛·勞倫斯飾演）曾受憂鬱情緒困擾；嗜賭美式足球的男主角父親（勞勃·狄尼洛飾演）在球賽進行時，近乎迷信的儀式化行為，帶有強迫症狀的色彩。「Silver Linings」在英文裡，原指烏雲邊緣透出的陽光，看來就像為烏雲鑲上了銀邊，意喻「在困境中的希望」，即將撥雲見日。

運用精神醫學來分析電影是一回事；臨床實務中，如何協助個案度過難關，則是另一回事。當個案帶著憂鬱情緒困擾走進診間，同時也帶著獨特的人生經歷、症狀表現、對治療評估的猜想，甚至對評估結果或治療建議的疑慮。臨床醫師若要成功幫助個案擺脫憂鬱，就必須先解答個案的各種疑惑，為建立堅實的治療關係踏出第一步。

這本自助手冊，正是筆者收集並嘗試回答，臨床上個案常有的疑問；同時，也加入過去幾年，筆者曾參與大眾衛教演講的重點內容。撰寫過程中，最重要的中文參考資料，就屬台大李明濱教授編著的「醫學的人性面—情緒與疾病」，另外，筆者近年的演講資料，則要感謝台大廖士程醫師提供與指導。初稿在心口司長官建議下，進行文字口語化的修改，但筆者仍保留部分原被建



議簡化的內容，主要是牽涉英文專有名詞及藥物的介紹；因為當今民衆知識水平提高、網路資源普及，許多個案就醫前早已搜尋閱讀網路資料，常主動提到「我在網路上查過這是 XX 症，是 XX 神經物質造成，是不是要用與 XX 神經物質相關的藥物進行治療」，或「一定要用藥嗎？心理治療有沒有用」等等；當然，更多個案對這些概念感到陌生，也並不是對每一個面向的細節都那麼感興趣。因此，筆者提供本書使用原則及特色，供不同需求的讀者參考：(1)基本上，各章多半是獨立的，讀者可選擇有興趣的部分閱讀；(2)強力建議先完成第一章「引言」最後的「心情溫度計」^{註一}，初步了解自己目前的身心狀態；(3)英文專有名詞標示於章節最後的註記；(4)第二章「憂鬱症的定義及診斷分類」^{註六}，簡單解釋「躁鬱症」與「憂鬱症」的差別；(5)案例^{註二}在第二章「憂鬱症的定義及診斷分類」及第九章「女性特有的憂鬱情緒障礙」出現，主要描述病程、臨床表現；第十章「案例解析」則介紹案例的治療經過及結果；(6)對藥物治療或電痙攣治療細節沒興趣的讀者，第六章「憂鬱症的治療——生理性治療」只要讀第一段，還有知道「抗憂鬱藥物沒有成癮性」即可；(7)第七章「憂鬱症的治療——心理治療」，前段介紹心理治療緣起的梗概、動力取向心理治療及人際心理治療的基本概念，沒興趣的讀者可以跳過；若讀者想嘗試、學習壓力調適技巧來「自助」，請詳讀本章後段「認知行為治療」的部分。

雖說本書利用相對較多的篇幅介紹治療（包括上述「自我壓力調適」的章節），但認識憂鬱情緒的症狀表現，覺察自己是否受憂



鬱情緒困擾，可說是要成功「自助」的先決條件，這也是本系列叢書提升大眾精神健康的重要目標。筆者曾在美國約翰霍普金斯大學彭博公衛學院進修，該學院的座右銘「一次守護百萬健康、拯救百萬性命 (Protecting Health, Saving Lives - Millions at a Time)」，正體現了結合臨床醫療及公衛預防的重要性。

還需再三強調的是，如果本手冊能為讀者帶來助益，要歸功於李明濱教授撥冗審閱、台大醫院精神醫學部及國泰綜合醫院精神科師長們一直以來的指導、心口司長官及審查專家的建議；如有因疏漏而有文字錯誤或詞不達意之處，則全係筆者個人責任。最後，要將本書獻給所有曾被憂鬱情緒桎梏的心靈，願從烏雲邊透射而出的陽光即將普照，一掃陰霾。

單家祁 2015 年 6 月

註一 現已有 iOS 及 Android 系統的「心情溫度計 APP」上線，分別在 App Store 或 Google Play，輸入關鍵字「心情溫度計」搜尋，可供免費下載使用；APP 還結合其他相關資源，如電子書等，敬請讀者多加利用。

註二 本書描述的那三個案例，為達到最佳的解說效果，皆係整合臨床經驗而編寫，並非僅將真實個案變更姓氏、性別、年齡等可供辨識的資料，故絕無影射任何個案之意。



一、引言：為什麼防治憂鬱症那麼重要

根據 2010 年世界衛生組織進行的全球疾病負擔研究^{註一}，以疾病導致失能而言，在所有疾病中，憂鬱症造成的失能人年數^{註二}排在所有疾病的第二位；對照自 1990 年開始的全球疾病負擔研究結果，肇因於憂鬱症的疾病負擔，從 1990 年到 2010 年大幅增加了 37.5%^[1]。可見憂鬱症帶來的負擔，隨著時間愈來愈顯著，所以憂鬱症的治療和預防更是益發重要。

台灣地區的重鬱症盛行率，由台大李明濱教授及陳為堅教授等人所主持的台灣精神疾病調查顯示，在 2003 年到 2005 年間，18 歲以上成年人符合重鬱症診斷標準者大約在 1.2% 左右，也就是將近有 20 萬人罹患重鬱症^[2]。其實這是依照較嚴謹的標準，用來定義憂鬱症狀嚴重度較高的個案；所以，要是不管有沒有達到嚴格的診斷標準，在一般人口中，因憂鬱焦慮情緒而感到困擾的比例必定大幅提高。憂鬱不但影響生活品質，還可能造成一個最不願意見到的遺憾，那就是——自殺；正因為如此，怎麼辨識自我情緒狀態、當面對情緒困擾時，要如何自助和求助專業人員，這些知識不可或缺。本書將於後續章節介紹憂鬱症的診斷分類、成因及治療；在開始前，請各位讀者不妨先完成下面由台大李明濱教授所發展的「簡式健康量表」（又稱「心情溫度計」），了解自己目前的身心壓力為何^[3, 4]。

註一 「全球疾病負擔研究」係 Global Burden of Disease study。

註二 「失能人年數」係 years lived with disability, YLD。



心情溫度計^[4]

本量表所列舉的問題是為協助您瞭解您的身心適應狀況，請您仔細回想在最近一星期中（包括今天），這些問題使您感到困擾或苦惱的程度，然後圈選一個您認為最能代表您感覺的答案。

	完全沒有	輕微	中等程度	嚴重	非常嚴重
感覺緊張不安	0	1	2	3	4
覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
感覺憂鬱、心情低落	0	1	2	3	4
覺得比不上別人	0	1	2	3	4
睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒	0	1	2	3	4
總分 _____ =	—	—	—	—	—

評分說明

總分

6分以下	為一般正常範圍。
6~9分	為輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談談，抒發情緒。
10~14分	為中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。
15分以上	為重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業輔導或精神科治療。



二、憂鬱症的定義及診斷分類

1. 常見臨床情境

● 案例一

35歲的小吳是一位已婚上班族，育有兩名子女，工作穩定，兩個月前才因工作表現受肯定，升任部門小主管。自我要求甚高的小吳，當上小主管後，發覺短時間內要完全上手新角色，並不那麼容易，像是：常需和其他部門主管據理力爭、帶領團隊成員、直接面對更高層長官的業務要求等，都讓小吳倍感壓力，因而開始失眠、胃口變差、感到疲倦，逐漸地情緒變得低落、提不起興趣來做事情，甚至進一步懷疑自己的能力、猶豫不決，工作表現也跟著受影響。這一個月來，家人發現小吳看起來總是心不在焉，說話動作等反應都不如以往俐落，因此在太太的勸說下，小吳終於願意到精神科門診接受評估。

● 案例二

62歲的王伯伯，一年多前退休。退休前想說擺脫了繁重的工作，便可好好地享受退休生活，但退休後突然感到沒了工作，生活怎也跟著沒了重心，竟還有些許失落，腦海中「自己真沒用」的念頭盤旋不去。這半年來，體重因食不知味而逐步下滑、原本



愛看的電視節目也覺得索然無味、大清早就醒過來，可一想到醒來後不知要做啥，心裡就直發慌，雖然沒辦法再入睡，大半個早上卻都窩在床上爬不起來；但躺了許久，還是全身乏力，說不上來的不清爽。鬱鬱寡歡的情形每況愈下，這三個禮拜王伯伯的記憶力突然明顯變差，老是忘東忘西，常呆坐沙發上，家人擔心王伯伯得了失智症，便帶著他到精神科門診就醫。

2. 精神科醫師怎麼判斷是不是憂鬱症？

美國精神醫學會在 2013 年 5 月公佈最新版，也就是第五版精神疾病診斷與統計手冊^{註一}（DSM-5），當中與憂鬱情緒相關的精神科診斷包括：重鬱症^{註二}、持續性憂鬱症^{註三}（或稱輕鬱情感障礙症）、適應障礙症^{註四}，以及經前期情緒障礙症^{註五} [5]。

基本上，精神科醫師就是根據這些準則來判斷個案是否符合精神疾病診斷。很多個案到精神科門診就醫時，對於精神科醫師下診斷並不是依靠特定的臨床檢查，往往既驚訝又懷疑；這是因為與診斷許多內外科疾病不同，實驗室檢驗或影像學檢查在精神科診斷所扮演的角色，主要是用來排除精神症狀是因為其他身體疾病而引起的，比如甲狀腺功能低下會引發憂鬱症狀。雖然確實有些特殊檢查運用在病因學或藥理學的研究，但實務上，這些檢查因為侵入性、缺乏可近性或可操作性，因此並不具備臨床診斷的價值，像是在體內攝入放射性物質後進行腦部影像學檢查，或進行脊椎穿刺以抽取腦脊髓液。



話說如此，這並不意味著精神科診斷就不可信。也許有的人會說「情緒反應是人類應有的正常現象，難道情緒不好就要被視作病態嗎？」，從而質疑精神醫學是不是將人過度疾病化了；事實上，精神科診斷的確立必須同時具備三要素——足夠多的特徵性症狀、足夠長的持續時間以及足夠影響個案原本功能的嚴重程度，而這些都詳列在診斷準則裡。也就是說，當個案除了情緒抑鬱外，同時還有與憂鬱情緒相關的認知、生理症狀，而且這些症狀持續不僅只有短短幾天，必須超過一段時間，還因此造成個案生活上方方面面的困擾，這時醫師才會界定個案達到憂鬱症的嚴重程度，進一步思考應該進行何種治療。

3. 診斷憂鬱症的依據

重鬱症

「重鬱症」診斷標準要求持續兩個星期，每天大部分時間內，出現至少五項與憂鬱情緒相關的特徵性症狀，並且必須包括(1)憂鬱情緒或(2)喪失興趣或愉悅感的其中一項，同時伴隨有功能上的顯著變化。憂鬱相關的特徵性症狀一共有九項，包括：(1)幾乎每天大多數時間都呈現憂鬱情緒；(2)幾乎每天大多數時間，對於全部（或幾乎全部）的活動都喪失興趣或無法從中感到愉悅；(3)顯著的體重減少或增加(如在一個月之內體重變化超過 5%)或幾乎每天都有食慾減低或增加的現象；(4)幾乎每天都有失眠或嗜睡的現象；(5)幾乎每天都呈現精神運動性激動或遲滯；(6)幾乎每天都感



到疲倦或沒有力氣；(7)幾乎每天覺得自己沒有價值，或有過度或不合理的罪惡感；(8)幾乎每天都感到思考或專注能力的下降，或變得猶豫不決；(9)反覆出現輕生的念頭，或反覆出現沒有具體計劃的自殺意念，或已出現自殺企圖或已有特定的自殺計劃。個案因這些症狀而感到顯著痛苦，或是因此在社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降。

另外，診斷還得排除憂鬱症狀不是因為服用藥物、濫用物質或是身體疾病造成的；同時，這些持續的憂鬱症狀也無法用妄想症、思覺失調症（包括相關類群診斷）或其他精神病症來作解釋。如果個案曾經出現輕躁症或躁症症狀，則診斷應為雙相情緒障礙症（即躁鬱症）^{註六}，而非重鬱症。



持續性憂鬱症

「持續性憂鬱症」的診斷標準和重鬱症略有不同，強調的是個案呈現長期的憂鬱症狀，持續至少兩年，其中超過一半的天數，幾乎一整天都感到憂鬱；當個案感覺憂鬱時，出現至少兩項相關症狀，包括：(1)吃不下或吃得太多；(2)失眠或嗜睡；(3)疲倦或沒有力氣；(4)感到自卑；(5)注意力不集中或難以做決定；(6)覺得未來沒有希望。在這兩年中，從來沒有連續兩個月完全沒有症狀。個案因這些症狀而感到顯著痛苦，或是因此在社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降。

診斷需排除因服用藥物、濫用物質或身體疾病造成憂鬱症狀；同時，這些憂鬱症狀也不能用妄想症、思覺失調症（包括相關類群診斷）或其他精神病症作更好的解釋。

個案需不曾有過躁症或輕躁症發作，也不曾符合循環性情緒障礙症的診斷準則。另外，若憂鬱症狀的嚴重程度達到重鬱症的標準，並且持續長達連續兩年的時間，這也歸類為「持續性憂鬱症」。

「經前期情緒障礙症」

「經前期情緒障礙症」的主要特色是症狀在生理期開始前的一週出現，當月經開始後就有顯著的改善，並在生理期當週，症狀完全消失或變得很輕微；而個案必須在大多數的月經週期反覆出現這種模式的症狀變化。

診斷標準將特徵性症狀分為兩大類，第一類是屬於情緒表現



的四項主要症狀，第二類則是涵括心理、生理及認知層面的七項附屬症狀；個案必須同時呈現五種以上的症狀，其中至少要有一項是屬於情緒表現的主要症狀。第一類的情緒症狀包括：(1)顯著的情緒波動；(2)顯著的易怒或生氣，或是人際衝突增加；(3)顯著的憂鬱情緒、無望感或覺得自己很糟糕；(4)顯著的焦慮、緊張或焦躁不安；而第二類的附屬症狀則有：(1)喪失對日常活動的興趣；(2)沒辦法專心；(3)倦怠、容易疲憊或感到沒力氣；(4)食慾顯著變化、過度飲食或嗜食特定食物；(5)嗜睡或失眠；(6)感覺被壓垮而無能為力，或感到失控；(7)身體不適，包括乳房壓痛或腫脹、關節或肌肉疼痛、感到整個人浮腫起來或體重增加。為避免個案對過往生理週期的回憶有誤差，如要確定診斷，還需至少兩個月經週期的每日紀錄作為佐證。同樣地，個案必須因為這些症狀導致顯著的痛苦，或在社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降。

這些症狀並不是因為服用藥物、濫用物質或身體疾病所引發，也不僅只是原有精神疾病的症狀惡化，如重鬱症、恐慌症、持續性情緒障礙症或人格障礙症。

「適應障礙症」

簡單來說，「適應障礙症」指的就是壓力反應。個案在遭遇壓力源後的三個月內出現情緒或行為症狀，其影響所及包括：(1)引發超乎預期應有的反應，並造成顯著痛苦；或(2)導致個案社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降；又或者是(1)(2)兩者兼



具。一旦壓力源消失，或該壓力事件的後果不復存在後，症狀應在六個月內消失。依據個案的情緒、行為症狀，可進一步分類註記為：合併憂鬱情緒、合併焦慮情緒、合併混合焦慮及憂鬱情緒等。

這些因壓力造成的困擾，並不符合其他精神疾病的診斷標準，也不僅只是原有精神疾病的症狀惡化；同時，如果個案正處於正常哀傷反應時，則不可歸類為適應障礙症。

註一 「第五版精神疾病診斷與統計手冊」係 The Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5。

註二 「重鬱症」係 Major Depressive Disorder。

註三 「持續性憂鬱症」係 Persistent Depressive Disorder；「輕鬱情感障礙症」係 Dysthymia。

註四 「適應障礙症」係 Adjustment Disorders。

註五 「經前期情緒障礙症」係 Premenstrual Dysphoric Disorder。

註六 「雙相情緒障礙症」或稱「躁鬱症」係 Bipolar (Affective) Disorder；讀者可參考本系列叢書以躁鬱症為主題的專書，以了解更詳細的資訊。臨床上，常見個案或家屬「望文生義」，以為個案感到憂鬱又「煩躁」就是「躁鬱症」；其實煩躁常是焦慮情緒的表現，真正的「躁鬱症」必須要有「躁症」或「輕躁症」發作，那是一種與憂鬱症完全相反的情緒狀態：持續異常的高昂、愉悅或易怒情緒，並同時有活力過度充沛或從事過多活動的現象。



三、憂鬱症的盛行率

什麼是「盛行率」？

「疾病盛行率」指的是罹患該疾病的人數佔總人口的比例，通常用百分比的方式呈現。流行病學研究中，可進一步用「時間」來界定，比方說：(1)在某個特定「時間點」，符合疾病診斷的個案在總人口的比例，稱為「點盛行率」^{註一}；(2)以進行調查的時間點為基準，往前推一段時間（一般是過去十二個月內），只要在這段「期間」內曾符合診斷（不論調查進行時，個案是否已從疾病復原），就用來計算該比例，則稱為「期盛行率」^{註二}；(3)如果評估的是一生當中，是否曾罹患該疾病，則估計所得的比例，即是「終生盛行率」^{註三}。

至於台灣地區，在第一章提到過，以重鬱症而言，台大李明濱教授及陳為堅教授等人主持的台灣精神疾病調查，2003 年至 2005 年間，估計 18 歲以上成年人重鬱症的終生盛行率約為 1.2%，換算起來，約有 20 萬人因罹患有重鬱症而受影響^[2]。還是要強調一次，這是用符合重鬱症診斷與否為標準，嚴謹地評估嚴重憂鬱個案所得到的估計值，並不包含其他與憂鬱情緒相關的診斷；如果考量其他相關診斷或用較寬鬆的標準來評估，臨床上因顯著憂鬱焦慮情緒而受困擾的個案數，勢必廣泛許多。



註一 「點盛行率」係 point prevalence。

註二 「期盛行率」係 period prevalence。

註三 「終生盛行率」係 lifetime prevalence。

四、造成憂鬱症的原因

究竟是什麼原因造成憂鬱症？要回答這個問題，可從「生物—心理—社會」模式中的三個層面來切入。簡單地說，當面對壓力時，生理和心理都會有一連串反應被激活，同時個案身邊的社會支持系統，能不能發揮支持保護的力量，平衡壓力帶來的衝擊；這三個要素以及彼此間交互作用的結果，決定個案是否感到憂鬱，而憂鬱情緒又會不會進展成為憂鬱症。

由於腦科學尚處於方興未艾的階段，對於憂鬱症的詳細生理致病機轉，還有很多需要深入研究探討的課題。在許多不同的理論中，「單胺假說」^{註一}可算是被廣泛接受的理論模型，因為大量實證研究支持「單胺假說」和臨床症狀、精神藥理學間的關聯性。

「單胺假說」認為：當大腦內調控情緒的神經傳導物質功能不足時，就會導致憂鬱情緒；這些神經傳導物質包括血清素、正腎上腺素以及多巴胺^{註二}，因為這三種物質都屬於化學結構上的單胺，所以稱為「憂鬱症的單胺假說」^[6]。

至於心理層面，包括人格特質、成長經歷、慣性思維、面對壓力時的內在感知與防衛機轉等，都會影響一個人的情緒反應。



這一部分將會在本書後面關於心理治療的章節詳加討論。

社會層面則是指個案所處環境的支持系統—包括家族成員及內部的家族動力、職業功能、經濟因素，甚至是社會救濟系統等—提供的是正向的保護力量、還是負面的衝擊效應，這也扮演了一定的角色。足夠的社會支持可以幫助個案渡過壓力，避免嚴重憂鬱障礙症的產生或惡化；反過來說，如果個案可獲得的社會支持力量不足，甚至所在的社會環境是消極負向的，則很可能反而成為誘發或持續憂鬱症狀的危險因子。

簡單說，憂鬱症往往不是單一因素所造成的，所以在評估及治療時，臨床醫師必須仔細審視各個層面，用來決定個案後續治療的最佳方案。

註一 「單胺假說」係 monoamine hypothesis。

註二 「血清素」係 serotonin；「正腎上腺素」係 norepinephrine；「多巴胺」係 dopamine。

五、憂鬱症對生活、工作及人際關係的影響

在前面「憂鬱症的定義及診斷分類」一章中，曾介紹要符合精神科診斷標準，要素有三：第一個是「足夠多的特徵性症狀」；第二個是「足夠長的持續時間」；還有第三個便是「足夠影響個案原本功能的嚴重程度」。其中第三點，就是憂鬱情緒障礙的相關診斷標準裡，都會提到的「個案因這些症狀而感到顯著痛苦，



或是因此在社交、職業或其他重要領域的功能顯著下降」。也就是說，一旦當憂鬱情緒引發的症狀嚴重度符合憂鬱症，個案在生活、工作以及人際關係等領域都難免受到衝擊。

請讀者回到「憂鬱症的定義及診斷分類」那一章，快速瀏覽診斷標準，不難發現，憂鬱症不是只有情緒低落，還有伴隨憂鬱情緒的常見症狀，共可概括為包含情緒症狀在內的四個面向：

情緒症狀：情緒抑鬱低落、常感到難過而哭泣、高興不起來、提不起興趣。

行為症狀：容易疲倦、全身無力、說話或動作反應變得緩慢、自殺企圖。

認知症狀：無法專心或集中注意力、健忘、猶豫不決、罪惡感、自責、喪失自信、覺得自己沒用、無助無望、負面思考、輕生念頭。

驅力症狀：失眠或嗜眠、食慾減低或增加、體重減輕或增加、性欲減退。

臨床上，憂鬱症個案的生活，常因上述症狀而大受影響，像是：無法稱職扮演原本在家庭中的角色（如沒辦法以既有方式來照顧父母或小孩、沒辦法準備三餐或完成家事）、無法維持原有的社交或人際互動（如整天待在家裡提不起勁出門、變得不想跟人接觸或談話）、無法持續原來的工作表現（如因注意力不集中而常出錯、不想上班、原本得心應手的工作變得不知道該怎麼做才好）。正因為憂鬱症造成個案生活品質的下滑如此明顯，協助個案接受適時與適當的治療，更是至關重要。下面的兩個章節將



介紹憂鬱症的治療方式。

六、憂鬱症的治療——生理性治療

憂鬱症的治療可簡單分為「生理性治療」及「心理治療」兩大類，這兩種方式並不是彼此排斥的，實務上常可相互搭配；至於怎麼選擇、如何搭配，則需視個案的臨床症狀、疾病嚴重度、社會心理因素，經整體考量後作出判斷與建議。

「生理性治療」指的主要是「藥物治療」；除藥物外，還有一種特別的治療方式——「電痙攣治療」。

1. 藥物治療

1950年代後期，第一個抗憂鬱藥物 imipramine 問世。過去數十載以來，藥物研發及藥物治療的概念，都有長足的進步與變化。值得一提的是，抗憂鬱藥物並「沒有成癮性」。

三環類抗憂鬱藥物^{註一}

第一代抗憂鬱藥物，包括第一個問世的 imipramine 即屬此類。由於是較早研發的藥物，在高劑量時，個案比較容易出現副作用，如嗜睡、口乾、便秘等；但如果個案可以耐受副作用，療效並不比新一代抗憂鬱藥物來得差^[7]。其他常見的此類藥物還有 amitriptyline、doxepin。



單胺氧化酶抑制劑^{註二}

傳統「不可逆單胺氧化酶抑制劑」容易與其他藥物、食物交互作用，產生高血壓危象，此類藥物並未引進台灣⁷¹。台灣地區可使用的是「可逆單胺氧化酶抑制劑」— meclobemide，安全性較高。

新一代抗憂鬱藥物

1980 年代後期上市的 fluoxetine（中文商品名即廣為人知的百憂解）為此類藥物的原型。化學結構不同於三環類抗憂鬱藥物，降低許多副作用，大幅改善憂鬱症個案服藥的耐受度及接受度；作用方式主要針對血清素此一神經傳導物質，分類屬於「選擇性血清素回收抑制劑」^{註三}，同類藥物包括 paroxetine、fluvoxamine、sertraline、citalopram、escitalopram。後續發展的抗憂鬱藥物，可依不同作用機轉分類。「血清素—正腎上腺素回收抑制劑」^{註四}包括 venlafaxine、duloxetine。「正腎上腺素—多巴胺回收抑制劑」^{註五}有 bupropion。「正腎上腺素及特定血清素抗鬱劑」^{註六}為 mirtazapine。最近還有一種作用於褪黑激素機轉的藥物 agomelatine。

大致而言，這麼多不同的抗憂鬱藥物，治療效果並沒有明顯差異；也就是說，沒有特定藥物的療效優於其他同類型藥物；差別在於個別藥物的特性及常見的相關副作用，因此藥物選擇時，必須考量個案症狀、有無合併其他身體疾病、或正在服用的藥物，以避免藥物之間的交互作用、還有個案服藥後有沒有不能忍受的副作用。



然而，治療初期常見的臨床難題在於—藥物副作用比療效先出現。因為多數抗憂鬱藥物的藥理作用，約需兩週才會發揮療效，但一開始服藥時，身體需約一週左右來適應，常見副作用包括坐立難安、腸胃不適等，還好這些副作用是短暫、非不可逆的，多在服藥後的第二週起就會逐漸減輕而消失，這時藥物療效也差不多開始發揮了。由於憂鬱焦慮的個案，也常有坐立難安、腸胃不適等症狀；換言之，藥物治療初期的副作用和原本的焦慮憂鬱症狀相仿；因此，許多個案誤以為藥物不但沒效，還變得更嚴重，乾脆就不吃藥了，反而延誤了治療時機。

治療藥物的劑量調整，需視治療反應及個案能否耐受該藥物的副作用；在足夠的劑量下，該藥物的最大療果，可由接下來四到六週的臨床反應決定^[6]。也就是說，如果六週後該藥物的療效有限，就需考慮更換治療策略，如：選用另一種抗憂鬱藥物進行下一個療程的治療，或加入第二種藥物來加強療效。



2. 難治型憂鬱症

對藥物治療反應不佳的個案，稱為「難治型憂鬱症」^{註七}。雖然「難治型憂鬱症」的定義並沒有一個放諸四海皆準的標準；臨床上，常將已經過兩線足夠劑量、足夠時間的抗憂鬱藥物治療後，療效仍然不佳的個案，視為難治型憂鬱症。針對抗憂鬱藥物療效不佳的個案，藥物治療的策略除了選用其他尚未使用過的抗憂鬱藥物、或併用兩線抗憂鬱藥物外，近年來，實證研究證實，部分新一代「抗思覺失調藥物」，可輔助抗憂鬱藥物，改善抗憂鬱藥物在治療難治型憂鬱症個案上的療效。此外還有另一種策略，就是藥物以外的生理性治療——電痙攣治療。

3. 電痙攣治療

其實電痙攣治療的發展早於藥物；過去幾十年來，儘管精神作用藥物已有長足進步，電痙攣治療在精神疾病的治療上，仍扮演著不可或缺的角色，特別是當藥物治療力有未逮之時。然相較於藥物治療，普羅大眾多半對電痙攣治療感到陌生；對電痙攣治療稍知一二的民衆，卻往往受到部分早期電影情節的影響，多抱持負面觀感及態度，如：認為進行電痙攣治療是對個案的懲罰、電痙攣治療是不人道的。事實上，以當前憂鬱症治療的臨床實務，如前所述，電痙攣治療多半只保留在藥物療效不佳時的最後一線



治療，或在特殊狀況下，如：因僵直症狀導致拒食而危及生命、因嚴重憂鬱症狀而有極高自殺危險性等，需立即解除危害人身安全的風險時，電痙攣治療則考慮為首選治療^[8, 9]。

電痙攣產生療效的詳細生理機轉仍不完全清楚，目前認為電痙攣治療藉由增加腦中情緒調節相關神經傳導物質的釋放，如多巴胺、正腎上腺素及血清素，改善憂鬱症狀^[9]。一般建議在一週內進行二到三次的電痙攣治療，總療次約在六到十二次之間，惟仍需視臨床狀況做調整^[8]。電痙攣治療的安全性，並不是一般刻板印象中的那麼危險。基本上，電痙攣治療並沒有絕對禁忌症^[8]；換言之，沒有一個特定的狀況禁止使用電痙攣治療，而整體的危險性，並不高於電痙攣治療時全身麻醉本身帶來的風險^[8]。電痙攣開始前會先進行麻醉，個案對整個過程不會有記憶，所以不像電影裡演的那樣不人道。電痙攣治療的常見副作用包括頭痛、肌肉酸痛及記憶受影響，其中記憶受影響的部分，可分類為「順行性失憶」及「逆行性失憶」^{註八}；「順行性失憶」是指記憶新事物有困難，而「逆行性失憶」則是遺忘過去的記憶。電痙攣治療引發的順行性失憶通常不太嚴重，多半是對電痙攣療程期間內的記憶較模糊，但治療結束後，並不會有持續的順行性失憶；另一方面，電痙攣治療引起的逆行性失憶，在整個療程結束後，往往還會持續一陣子，較易受影響的是與個人事物無關的記憶，而自傳式記憶（如忘記自己是誰）較不受影響，不過這些受影響的記憶，多在六個月內就會自行恢復^[8]。換句話說，電痙攣治療並沒有讓個案永久遺忘不愉快經歷的效果。



- 註一 「三環類抗憂鬱藥物」係 tricyclic antidepressants。
- 註二 「單胺氧化酶抑制劑」係 monoamine oxidase inhibitors。
- 註三 「選擇性血清素回收抑制劑」係 specific serotonin reuptake inhibitor, SSRI。
- 註四 「血清素—正腎上腺素回收抑制劑」係 serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor, SNRI。
- 註五 「正腎上腺素—多巴胺回收抑制劑」係 norepinephrine-dopamine reuptake inhibitor, NDRI。
- 註六 「正腎上腺素及特定血清素抗憂劑」係 norepinephrine and specific serotonin antidepressant, NaSSa。
- 註七 「難治型憂鬱症」係 treatment-resistant depression。
- 註八 「順行性失憶」係 anterograde amnesia；「逆行性失憶」係 retrograde amnesia。

七、憂鬱症的治療——心理治療

除生理性治療外，還有一個治療選項便是心理治療。二十世紀初，佛洛伊德首創了現代心理治療的原型——精神分析，之後陸續發展出許多不同流派的心理治療。以進行形式而言，可分為：個人心理治療、伴侶治療、家族治療、團體治療等；如用治療取向來分類，常見包括：動力取向心理治療、認知行為治療、人際心理治療、存在心理治療、支持性心理治療等。由於篇幅有限，本章僅介紹部分治療方式。



1. 動力取向心理治療

「動力取向心理治療」其實是一種概稱，還可依不同的理論基礎進一步分為數個派別。這類型的治療主要著眼於「精神動力」^{註一}；簡單地說，精神動力探究的是人類心智在無意識層次的活動，如內在衝突，如何自幼兒時期發展經驗中被形塑，又如何轉化為無意識的心智動力，驅使著其情緒及行為。常見的動力取向心理治療流派及其奠基者，包括佛洛伊德的「自我心理學」、克萊茵的「客體關係理論」、柯胡特的「自體心理學」以及鮑比的「依附理論」^{註二}[10]。

除了動力取向心理治療，近年來實證研究支持具有重鬱症治療療效的，還有人際心理治療及認知行為治療^[8]。動力取向心理治療往往採取長期治療的模式，相對地，人際心理治療及認知行為治療則多為「時限性」，也就是比較短期的治療。

2. 人際心理治療

人際心理治療奠基於「依附理論」及「人際溝通理論」，認為情緒症狀往往肇因於人際關係所帶來的壓力，因此該治療著重在人際關係的處遇，特別是如下四個社會心理壓力面向：(1)傷慟與失落、(2)人際紛爭、(3)角色轉換，及(4)人際敏感。當面臨這些社會心理面向的壓力之際，若個案缺乏良好的支持系統及穩固



的依附關係，常導致人際關係緊張，進而造成情緒反應，如憂鬱症狀。簡言之，人際心理治療協助個案在面對人際關係變動時，能進行良好的調適，包括修正其人際關係，或修正其對人際關係的不合宜期待，並進一步協助個案改善其社會支持系統，強化其適應能力，而有效地減緩憂鬱症狀^[11]。

不論動力取向心理治療或人際心理治療，治療進程皆相當程度地仰仗治療師——或引導或詮釋，個案因而理解其受困於憂鬱症狀的根源何在，亦即獲得對自身困境的「洞見」^{註三}，並從中受益，改善其情緒困擾。相對而言，「認知行為治療」雖然在傳統上也倚賴治療師的專業，但鑒於其特殊的處遇取徑，所運用的觀念和技巧，個案學習後，可在實際生活中自我協助。因此本章後段將較詳細地介紹認知行為治療。



3. 認知行為治療

「認知行為治療」實際上涵蓋兩種元素，即「認知治療」及「行為治療」；儘管最初源自於不同的理論，這兩個元素彼此可相互為用，故在後續的發展整合為一，成為「認知行為治療」。

1960年代，原本從事精神分析治療的美國精神科醫師亞倫·貝克^{註四}，開始著手發展關於憂鬱症的認知治療，後來提出了著名的「憂鬱症認知三合體」^{註四}，亦即憂鬱症個案在一對自己、對所處環境、及對未來—這三個面向的認知，傾向抱持負向悲觀的評估^[11]。原則上，認知行為治療認為情緒是認知的產物，如何協助個案自我覺察，其思考流程如何影響後續的情緒反應，便成為整個治療進程的重中之重。更重要的是，認知行為治療初期著眼於引導個案辨識出其不合理的認知，而最終目標就是要讓個案成為自己的治療師，療程結束後，即便沒有治療師，仍能持續自我覺察及自我治療，避免憂鬱症狀的復發。

A—B—C 模型

一個簡化的A—B—C模型可用來勾勒認知行為治療的梗概：A指的是促發事件（Activating event），隨之而來的是B—認知信念（Belief）—內在的心智活動，最後則是C—結果（Consequence）—因所抱持的認知信念，產生相對應的情緒行為反應。一般人在面對衝擊事件後，注意到的往往是情緒反應，但過



程中那電光石火的剎那，其實還包含了一個重要步驟——那就是大腦在接收到這個信息後，如何判讀這個事件而產生的念頭。事件的發生是既定事實，無法改變，可是通過調整怎麼判讀該事件，就有機會藉此改變情緒反應。然而，此一認知思考的過程十分迅速，不易察覺，卻正是認知行為治療最重要的一環。

辨識「自動化思考」

當情緒反應最強烈時，正是最好的時機來檢視——究竟是什麼念頭激發了後續情緒；此時閃過腦海的念頭，就稱作「自動化思考」。如前所述，個案在如此情境下，注意力早已「淹沒」在情緒當中，難以注意到自動化思考的內容為何。所以，第一步要教導個案辨識自己的情緒狀態，不論是沮喪、難過等，接著才能進一步引導個案回顧先前到底發生了些什麼：遇到了什麼事、在什麼場合、處在什麼情境（辨別誘發事件——A），然後想到了些什麼（辨別自動化思考——B）。治療初期，個案於強烈情緒反應當下，不易進行上述的自我檢視；一個常用也有用的技巧，就是以「家庭作業」的方式，請個案在事後回想整個歷程，並用紙筆記錄下來，然後在下一次的治療中，再與治療師進一步討論^[12]。當然，憂鬱症個案的自動化思考，多半是過度負面的；若再更深一層地檢視，可歸納發現個案之所以面對誘發事件後，會有這些負面的自動化思考，主要是因為推論過程中，存在明顯的「認知謬誤」或「認知扭曲」，也就是個案在解讀這些事件時扭曲了客觀的證據，以至於得到過度悲觀的結論^[11, 12]。



認知謬誤

常見的認知謬誤，包括：「命令式思考」、「忽略正向面」、「過度類化」、「災難化思考」、「個人化」、「全有全無思考」及「讀心術」^[11, 12]。

全有全無思考

也稱作「二分法思考」，特色在於認定事情的結果，只有兩種極端的可能——非黑即白，而無法接受在兩個極端之間，其實是如同連續光譜般分佈的可能性。換句話說，對事情的評價只有一百分跟零分的差別，沒有想到如果不是滿分，也有可能是九十分。如：「只要我不是表現最好的那個，那我就什麼都不是，只是個可笑的失敗者罷了」。

忽略正向面

即便有正面特質、經驗或證據的情境下，個案仍毫無理由地認定這些都不是真的。如「這次年終我可以拿到特別獎金，不是我真的能力好，不過就只是運氣好，要不就是老闆看走眼了」。

過度類化

就是俗話說的「以偏概全」，往往只根據一部分的事實，將之擴大解釋為全部的結果，當然通常都是過度負向的解讀。另一個類似的認知謬誤則是「心智過濾」，或稱「選擇性注意」；顧名思義，指的是只專注在負面細節，而忽略了整體的其他部分，



因而認為全部的表現都很糟糕。如：「如果我沒把明天的茶會安排好，表示我一無是處，完全沒辦法勝任這份工作」。

災難化思考

也稱為「預言式思考」，當預測接下來事情會怎麼發展時，總是認定最壞的情況會發生，而沒有考慮其他可能性更高的結果。如：「完蛋了，我怎麼心跳好像比平常快，待會兒，肯定又會像上次被送到急診，雖然每次急診醫師都說只是過度換氣，但萬一這次在送到醫院的路上，真要發生什麼事怎麼辦」。

個人化

認為其他人如果有負面消極的行為，都是因為自己造成的，而沒有考量到其他比較可能的解釋。如：「剛剛那位同事說話語氣那麼差，一定是我哪裡得罪他了（事實上，那位同事只是因為個人因素導致情緒不好）」。

讀心術

也可以說是「度人之心」，認為自己可以猜測別人的想法（當然往往也都是傾向負面解讀），卻沒有考量其他的可能。如「他肯定心裡在想我什麼都不會、什麼都做不好」。

命令式思考

這類型思考的特色在於自我陳述時，總帶有「必須」或「應



該」，比如說「我必須時時全力以赴（或我必須非得這麼做不可），不然就會出錯，一旦出錯就完蛋了」。反應出來的是對自己和他人有過於嚴苛的期待，同時若事情不依照其缺乏彈性的做法來處理，傾向高估其後果的負面可能性。

認知修正

當辨識出因認知謬誤而形成自動化思考後，下一步便是著手修正這些過度負向的念頭。美國心理學家茱蒂絲·貝克博士^{註六}提出如下步驟，用以協助個案檢視自動化思考的不合理性^{[1]、[2]}：

第一步：這樣的想法有什麼依據

檢視那些可以支持或反駁自動化思考的證據

第二步：有沒有替代性的想法來看這件事情

第三步：就算事情真的發生，結果會怎樣

思考最壞的結果是什麼？如果發生了該怎麼辦？那麼最好的結果又會是什麼？什麼又是最有可能的結果？

第四步：如果改變想法，會不會有什麼不一樣—

如果相信這個自動化思考的話，影響是什麼？那如果改變了這個想法的話，又會有什麼樣的影響？

第五步：如果某個好朋友遇到同樣狀況，我會怎麼跟他說

「旁觀者清」，當遇到朋友在同樣的情境下，也是提到同樣的自動化思考內容，我覺得這樣想不對，那我會告訴他什麼來幫他改變這個念頭？

第六步：我現在該怎麼做



在思考過前面這五個步驟後，回到自己身上，現在我應該怎麼想、又要怎麼做。

如果能改變這些沒有合理依據、過度負面的想法，自然能跟著改善因其引發的負向情緒，藉此減緩憂鬱症狀。

在認知層次外，也可運用行為治療的技巧，減緩壓力的不適感受，特別是當同時呈現焦慮情緒，且合併焦慮相關的身體症狀，如心悸、呼吸急促或喘不過氣來、肌肉緊繃僵硬等。常用的方式包括「腹式呼吸」或「放鬆練習」。

腹式呼吸

「腹式呼吸」不同於一般胸式呼吸，運用腹部而非胸壁的力量，吸氣時由鼻吸入空氣同時伴隨腹部隆起，胸壁則維持原有姿勢，吸氣完成後緩緩經口將氣吐出；藉由腹式呼吸可以提升副交感神經活性，從而達到身心放鬆的效果。



放鬆練習

「放鬆練習」的重點則是讓全身的肌肉群循序放鬆下來，可利用兩種方法來達成效果：第一種是「漸進式肌肉放鬆」，過程中個案先刻意將某個肌肉群緊繃用力後再放鬆下來，並將注意力集中感受「先緊繃後放鬆」之間的反差；第二種方式則是搭配冥想與自我暗示來讓全身肌肉依序放鬆^[11, 13]。

最重要的是，每當成功運用上述認知行為技巧，達到認知修正、改善情緒、減緩壓力後，要隨即自我鼓勵，因為當下次面臨壓力或類似情境時，成功的經驗將幫助個案能更有自信面對，從而開啓改善情緒的正向循環。

當然，除了特定的心理治療外，良好的生活習慣，如規則的運動、規律的作息、及均衡的飲食都有助情緒的穩定。

註一 「精神動力」係 psychodynamics。

註二 「佛洛伊德」係 Sigmund Freud，「自我心理學」係 ego psychology；「克萊茵」係 Melanie Klein，「客體關係理論」係 object relations theory；「柯胡特」係 Heinz Kohut，「自體心理學」係 self psychology；及「鮑比」係 John Bowlby，「依附理論」係 attachment theory。

註三 「洞見」係 insight。

註四 「亞倫·貝克」係 Aaron Beck。

註五 「憂鬱症認知三合體」係 Beck's Cognitive Triad of Depression。

註六 「茱蒂絲·貝克」係 Judith Beck，認知行為治療奠基者亞倫·貝克醫師的女兒。



八、預後注意事項

原則上，憂鬱症的治療目標就是要達到「完全緩解」^{註一}，也就是讓個案持續至少兩個月以上的期間，完全沒有任何症狀^[5]，並能重拾原有的功能表現，回到生活的常軌。

相對於「完全緩解」的則是「部份緩解」^{註二}。「部份緩解」則分為兩種狀況；第一種是個案已完全沒有症狀，但還不到兩個月時，便歸類為「部份緩解」，當然要是持續沒有症狀的期間滿兩個月後，就達到「完全緩解」；第二種則是當個案症狀有相當程度的進步，卻有少部分症狀持續，但整體來說已經不算是達到憂鬱症的嚴重程度，此時也稱作「部份緩解」^[5]，而持續存在的症狀則稱作「殘餘症狀」。如果是第二種「部份緩解」的情況，醫師和個案需要進一步討論，包括是否進行藥物的調整或合併心理治療等，以期改善殘餘症狀，並達到完全緩解的目標。

在達到完全緩解後，並不代表治療就可以立即結束；相反地，治療應該從「急性期」^{註三}轉銜到「持續期」^{註四}。因為在症狀緩解後的前六個月內，個案仍有較高的風險會有憂鬱症復發的現象；因此在這段時間需要持續原有的治療，特別如果是藥物治療，建議持續原有抗憂鬱藥物的種類和劑量；一般來說，「持續期治療」需要進行六到九個月左右^[6]。

當「持續期治療」完成，是否需要進入到更長期的「維持期治療」^{註五}，這時就需要醫師與個案進行深入的討論，包括考量個



案的病程、症狀嚴重度、對治療的反應、先前是不是也有過憂鬱症發作、過去是否反覆復發、症狀是否完全緩解、個案是否仍繼續處在高壓力的環境等。如果評估為復發的高危險群，便建議維持原有的治療，如服用抗憂鬱藥物，至於維持期治療是否適合減低藥物劑量或應該怎麼減，則端視臨床狀況，由醫師和個案共同參與決定；而當評估個案不必然需要維持期治療時，便開始在接下來的數個星期內，逐步減低藥物劑量直到完全停藥為止；減藥過程中，要密切觀察症狀是否復發。完全停藥後，醫師應進行疾病衛教，指導個案覺察自身情緒狀態，並辨識是否有憂鬱症狀再發的早期徵兆；如果有，個案應及時回診尋求專業評估及協助^[8]。

個案千萬不要過早地自行停藥，以避免復發；個案也應該避免突然停用所有的藥物，雖然抗憂鬱藥物本身「沒有成癮性」，但個案有可能因突然斷藥，造成情緒及身體的不適，如焦慮恐懼、坐立難安、噁心、手腳麻痛、有電擊感、覺得有亮光在閃、對外界聲光過度敏感等，稱為「抗憂鬱藥物停藥症候群」^{註六[5]}。臨床上，自行突然停藥的個案，往往因「停藥症候群」所帶來的不舒服感到十分挫折，對治療本身或當醫師建議要進行減藥時，卻失去信心、感到害怕；如此一來，對於個案想達到減藥或停藥的目標，反而有負面的影響，可謂是欲速則不達。因此，個案應和醫師充分配合，逐步減低藥量，並搭配適當的調整，以確保停藥過程順利完成。

註一 「完全緩解」係 full remission。



- 註二 「部份緩解」係 partial remission。
- 註三 「急性期」係 acute phase。
- 註四 「持續期」係 continuation phase。
- 註五 「維持期」係 maintenance phase。
- 註六 「抗憂鬱藥物停藥症候群」係 Antidepressant Discontinuation Syndrome。

九、女性特有的憂鬱情緒障礙

流行病學資料顯示，女性重鬱症的終生盛行率大約是男性的兩倍。如果進一步從年齡來看，男女性的差異主要是分佈在青春期中到青年的這段期間；可能的原因之一，就是在這段年齡層中，女性特有的情緒障礙，包括經期前情緒障礙症、週產期憂鬱症及更年期情緒障礙^[14]。

● 案例三

31 歲的陳小姐，原本個性開朗活潑，婚姻幸福美滿，三個月前剛順利產下第一胎。一開始，陳小姐情緒大致穩定，但從產後的第三週開始，陳小姐漸漸變得沉默寡言，接著因喉嚨有梗塞感而食不下嚥，連平常最愛吃的小籠包，也提不起她的興趣。整天看起來愁眉不展，早已不見以往的招牌笑容，面對家人的關心，陳小姐多半表情漠然，不太答話，只是默默地流下兩行淚，喃喃自語道「怎麼辦？都是我的錯，我沒辦法照顧好我的寶貝…」，



雖然家人一再強調小寶寶一切都好，根本沒發生什麼事情，但陳小姐就是不停地自責，覺得自己是個不稱職的媽媽、拖累家人小孩、未來沒有希望。剛開始，家人認為產後的媽媽有情緒波動是很正常的，可眼看陳小姐的意志越來越消沉，先生終究忍不住擔心地帶著陳小姐到精神科門診求助。

在初診評估時，先生提到陳小姐在懷孕生產前，一直都是很溫柔又貼心的女孩，就只有情緒常會短暫地隨著生理周期而波動，通常都是一反常態地容易生氣、哭泣、情緒不穩，還會有睡不好、疲倦、變得特別愛吃甜食跟麵包、身體浮腫的感覺，這些症狀大概都是在月經來前的幾天內出現，越來越嚴重，一直到月經開始後的一兩天內，陳小姐的情緒、睡眠、飲食及身體不適等症狀變化，就迅速回到原本穩定的狀態，一切如常。先前，陳小姐跟先生都覺得生理期來的時候，身體不舒服難免影響情緒，反正忍個幾天就過去了，既然先生也體諒包容，因此壓根兒沒想過為了這個問題找醫師。

1. 經前症候群及經期前情緒障礙症

生育年齡的女性，約 85%會經歷至少一項經期相關的不適症狀，50%的女性會有月經困難（經痛、痛經），20-40%可歸類為經前症候群，2-9%符合經期前情緒障礙症的診斷標準^[15]。

「經前症候群」的特色，在於症狀是從黃體期開始（排卵後，約莫在月經前兩週），而在濾泡期早期（月經開始後幾天）緩解。



症狀可分類為三個面向：(一)生理症狀，包括腫脹、乳房不適、疼痛、頭痛；(二)行為症狀，包括睡眠障礙、食慾變化、注意力變差、失去興趣、社交退縮；及(三)情緒症狀，包括易怒、情緒不穩、焦慮、憂鬱、失控感^[15]。

經前症候群最嚴重的形式便是「經期前情緒障礙症」，多半在 20 歲出頭就開始有症狀，但卻往往等到 30 歲中段以後才尋求醫療協助。即便未達到經前期情緒障礙症的嚴重程度，經前症候群的個案也常合併其他情緒障礙（約 30%-70%），如憂鬱症、焦慮症等，其中合併焦慮症（包括恐慌症）相當常見。而經期前情緒障礙症的個案，日後會有較高的機率發生產後憂鬱症及更年期情緒障礙^[16, 17]。

美國精神醫學會在 2013 年 5 月出版最新的精神科診斷準則 DSM-5 中，將經期前情緒障礙症從先前 DSM-IV 中，僅列為研究用診斷，提升為正式診斷，屬於憂鬱情緒障礙症的一種。症狀必須在經期開始前的一週內出現，且於經期開始後的數天內症狀即開始減緩，並在經期結束的一週內沒有或僅有極輕微的症狀。個案大部分的生理週期都有這樣的現象，並因此造成臨床上顯著的功能障礙；如要確定診斷，還需兩個有症狀週期的每日紀錄作為佐證。

診斷標準要求需五項以上的症狀，其中需符合 A 及 B 至少各一項

- A. 明顯情緒波動、明顯憤怒激動或易有人際衝突、明顯憂鬱情緒（或無望感、自我貶抑）、明顯焦慮。



- B. 興趣降低、注意力困難、倦怠、食慾變化（或過量飲食、渴求特定食物）、嗜睡或失眠、失控感、身體不適（乳房、頭痛、關節肌肉疼痛或體重增加等）。

經期前情緒障礙症的治療，實證研究證實，作用在血清素的抗憂鬱藥物能有效地改善相關症狀。與治療重鬱症相比，治療經期前情緒障礙症所需的藥物劑量較低，並且可在月經開始前兩週內服藥即可。

2. 產後及週產期憂鬱症

第二個女性特有的情緒障礙則是發生在懷孕生產的過程，特別是在產後，這段期間常見的情緒困擾，可分為三大類，包括產婦憂鬱、產後憂鬱及產後精神病。

產婦憂鬱

「產婦憂鬱」又可稱作「嬰兒憂鬱」或「產後情緒低落」^{註一}，約有 50-80% 的產婦會出現這樣的情緒變化，主要表現為突然地哭泣、激動或情緒變化大，多半在產後 1 到 2 天開始，而在產後 10 天內便會自動緩解，可視作正常的情緒反應，不算是精神疾病。因此，基本上也不需要特別處遇治療，此時媽媽需要的是來自親友家人的情緒支持，但如果憂鬱情緒持續超過兩週，就需要進一步評估是否進展為產後憂鬱症^[13, 18, 19]。



產後憂鬱症

「產後憂鬱症」係指產後一個月內發病，並達到臨床上符合重鬱症診斷的憂鬱情緒障礙，亦即「產後發病的重鬱症」；由於許多產後憂鬱症個案，在懷孕期間就開始出現憂鬱症狀，因此最新版的精神科診斷準則 DSM-5，將原先界定為「產後發病的重鬱症」擴展為「周產期發病的重鬱症」^{註二}，涵括懷孕過程中及產後一個月內發病的重鬱症個案^[5]。如果只看產後發病個案，憂鬱症狀多在產後第二週到第三週逐步呈現；然而流行病學研究顯示，憂鬱症發病的高峰，反而是產後的第二個月到第六個月之間；所以，許多從事相關研究的學者認為，DSM-5 限定產後憂鬱症須在產後一個月內發病過於保守，並建議產後三個月內都應篩檢是否有憂鬱症狀。若以產後一年內來看，約有 10-15% 的產婦會出現憂鬱症。因產後四到五個月，也是甲狀腺功能低下的好發期，故診斷時，必須排除是否有甲狀腺功能異常。

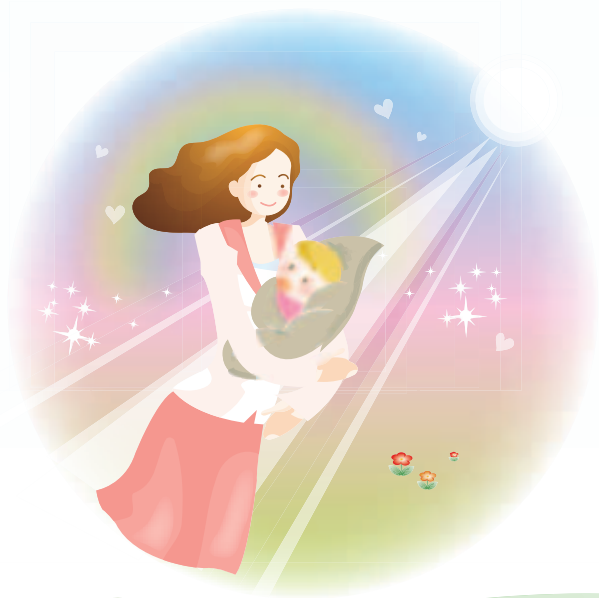
就憂鬱症狀而言，產後憂鬱症與非生產相關的重鬱症並無太大不同，但前者較常合併焦慮症狀，如恐慌發作、慮病、廣泛性焦慮、及強迫症狀。產後憂鬱症個案在下一次妊娠時，憂鬱症復發的風險較高；另外，部分個案未來可能會有躁鬱症或非周產期相關的重鬱症發作。

基本上，產後憂鬱症的治療，與非生產相關的重鬱症相近；惟未經治療的產後憂鬱症，可能因病程延長而影響個案生活品質，並進一步影響親職角色與親子互動，故應積極接受治療；如接受抗憂鬱藥物治療的媽媽，則建議暫停哺乳^[13, 18, 19]。



產後精神病

最嚴重形式的產後情緒障礙則是「產後精神病」^{註三}，發生機率極低，約每一千次分娩只有 1 到 2 次，其中約 80% 是初產婦，通常在產後的 1 到 2 週內發病，症狀變化快速，多半呈現妄想、幻覺、混亂行為、睡眠障礙、情緒不穩且快速變換；常見妄想內容有被害妄想，或認為嬰兒畸形、死亡或為魔鬼化身等，最嚴重的後果為自殺（約 5% 的個案）或殺嬰（約 4%）。因此，產後精神病是精神科急症，需立即治療處遇，特別應收治住院以確保安全。雖然產後精神病常被視為躁鬱症的變形，但藥物選擇還是以抗思覺失調藥物為主；藥物治療效果多半不錯，惟治療反應不佳的個案需考慮進行電痙攣治療，以期快速控制症狀^[13, 18, 19]。



3. 更年期情緒障礙

第三個婦女特有的情緒困擾則發生在更年期。首先，先釐清何謂「停經」及「更年期」——「停經」指的是連續十二個月沒有月經，平均在 51 歲發生；「更年期」則是自月經週期開始不規律到停經的這段期間，約莫發生在 45 到 49 歲。因更年期荷爾蒙劇烈變化，造成許多生理、心理不適，症狀大致可分為三大類：第一類是血管運動性症狀，包括熱潮紅、夜間盜汗、噁心、頭暈、頭痛；第二類則是情緒症狀，如焦慮憂鬱、情緒不穩、失眠、疲倦；第三類則涵括其他系統症狀，即骨質疏鬆症、冠狀動脈疾病、萎縮性陰道炎等^[13]。

根據國外更年期特別門診的臨床經驗，情緒困擾是最常見的就醫原因之一，其中超過 50% 呈現低落情緒，而三分之一的個案是第一次出現憂鬱症狀，且 75% 個案報告有憂鬱情緒及/或睡眠障礙。更年期出現憂鬱症的機率高於停經前及停經後，如在更年期前就有憂鬱症病史、經前期情緒障礙症或周產期憂鬱症的女性，較有機會在更年期出現憂鬱症狀^[14, 20]。

更年期憂鬱症的原因，大致可分為生理與心理層面。更年期的特徵性生理現象，當然就是荷爾蒙的劇烈變化，而動情素（一種女性荷爾蒙）本身即可調節血清素及正腎上腺素——這兩種與情緒調控密切相關的神經傳導物質，由此不難想像會導致情緒症狀出現；換言之，更年期憂鬱情緒一部分是因身體不適造成情緒困



擾，也有一部分是直接肇因於荷爾蒙變化。至於心理因素，過往常被提及的「空巢期」，目前已不再被認為是具有相當說服力的理論，畢竟孩子離家並不必然都發生於更年期，況且也不必然帶來母親的失落感，反而也可能是欣慰、成就感等正向情緒；倒是更年期這段期間，個案面對角色轉變、生理變化、周邊環境等衝擊下，自我認知及內在感受，扮演了比較重要的角色^[21, 22]。

治療更年期情緒障礙的藥物前，應仔細評估情緒症狀及生理症狀的嚴重度。若個案因明顯身體症狀，如熱潮紅或夜間盜汗，造成情緒不愉快，可考慮與婦產科醫師討論，是否接受荷爾蒙補充療法，以改善因動情素不足引發的症狀；惟個案若有乳癌或子宮內膜癌病史，則不適合接受動情素補充療法。當個案與婦產科醫師討論後，共同決定不補充荷爾蒙，或當憂鬱情緒症狀嚴重時，則應考慮到精神科門診評估是否接受抗憂鬱藥物治療，除可改善憂鬱症狀外，近年來臨床研究發現，部分抗憂鬱藥物可能有助於減緩熱潮紅症狀^[22]。

註一 「產婦憂鬱」係 maternal blue；「嬰兒憂鬱」係 baby blues；「產後情緒低落」係 postpartum blues。

註二 「產後憂鬱症」係 postpartum depression；「產後發病的重鬱症」係 Major Depressive Disorder, With Postpartum Onset；「周產期發病的重鬱症」係 Major Depressive Disorder, With Peripartum Onset。

註三 「產後精神病」係 postpartum psychosis。



十、案例解析

● 案例一：小吳

在第一次門診評估時，小吳透露在絕望的時候，曾有過輕生的念頭，但沒有具體的計畫，特別是想到家人，就會想辦法打消那樣的念頭。醫師發現小吳回答問題時，總要等個幾秒後才有回應；經詢問，小吳表示自己是在思考怎麼回答問題，這段時間以來，自己也有注意到思考的速度變慢，在跟別人對談時，第一時間常抓不到對方談話的重點；要做決定時，忍不住懷疑自己的判斷能力，不知怎麼做才對；動作也覺得跟說話、思考一樣，想快也快不起來。說到這裡，小吳忍不住紅了眼眶，表示原本認定升職是對自己的肯定、是好事，怎知道變成這樣。

醫師評估小吳罹患了重鬱症，並且向小吳和太太解釋，壓力不見得都來自負面的處境，像升職這樣的好事情，也會帶來壓力，特別是小吳一向都是求好心切。討論後，小吳開始服用抗憂鬱藥物治療，並且合併抗焦慮藥物及助眠藥物使用；雖然前幾天有些輕微的坐立難安，但在第五天後就沒有這種感覺，並在第二週開始慢慢地情緒變得沒有那麼消沉。當小吳說話動作速度沒那麼緩慢時，醫師提醒小吳跟太太，這時候反而要注意自傷自殺的危險性；因為憂鬱症個案在症狀最嚴重時，就算有自殺計畫也往往「有心無力」；而在憂鬱症狀進步的初期，負面想法還在，但反應動



作不再遲緩無力之際，個案的狀態則變成「有心也有力」，很可能將先前的計畫付諸行動。所幸小吳並沒有持續輕生的念頭，所以也沒有傷害自己的行為。

在接受藥物治療的期間，小吳首先覺得失眠、食慾不振等生理症狀有進步，接著感到沒那麼憂鬱、比較提得起興趣來做事，最後小吳發現新職務逐步上手後，也回復往日的自信了。

門診追蹤時，醫師察覺小吳在著手做事前，一向設想最壞的結果，事情進行中，總是為了避免失敗，全力以赴，無法容忍任何一點被小吳視作可能代表消極的徵兆。醫師向小吳回饋這樣的觀察，並建議小吳進行個人心理治療；經討論後，小吳選擇接受認知行為治療，在經過十二個療次的治療後，小吳覺得獲益良多；同時當症狀完全緩解後，在醫師的指示下，小吳也逐步減藥，最後成功地停用所有藥物。

● 案例二：王伯伯

初診時，王伯伯的太太和女兒焦急地詢問：王伯伯是不是失智地很厲害了？醫師澄清病史、確定沒有可能和中風相關的神經學症狀後，先向王伯伯進行了簡單的認知功能檢查；王伯伯其實能夠正確回答時間、地點和辨識家人，在做算術以及記憶測驗的時候，王伯伯總是先說自己沒辦法，但在醫師鼓勵下，其實都可以正確完成。

醫師向家屬解釋個案記憶力變差的速度太快，並不是典型阿茲海默症的病程表現，也沒有中風的徵兆；而且簡易認知功能檢



查也佐證王伯伯沒有明顯的認知功能障礙。綜合判斷後，王伯伯的初步診斷為憂鬱症。

醫師也詳細詢問王伯伯有無慢性疾病，得知王伯伯服用治療高血壓、糖尿病、高血脂的藥物，基本上控制良好；考量後醫師選擇藥物交互作用機會較少的抗憂鬱藥物，並說明年長個案往往對藥物副作用比較敏感，所以抗憂鬱藥物治療的原則是——「從低劑量開始，有需要再慢慢增加（Start low; go slow）」，同時也請家屬注意是否出現副作用，以避免嗜睡、跌倒等。

王伯伯在服用藥物後，憂鬱症狀逐步改善，體重慢慢回到原來的水準，睡得好後整個人也精神了，不再忘東忘西，家屬總算鬆了一口氣。在門診追蹤期間，王伯伯回憶起來，其實過去也曾經有過幾次憂鬱症發作，只是沒有這次這麼嚴重；王伯伯也承認自己長期以來就容易擔心很多，即便想控制也控制不了，在煩心焦慮時，容易發脾氣、坐不住、全身肌肉緊繃痠痛。醫師告訴王伯伯這是「廣泛性焦慮症」，抗憂鬱藥物對於焦慮症也具有療效。王伯伯覺得醫師開立的抗憂鬱藥物劑量很低，也沒什麼不舒服，確實服用一段時間後，比較不會擔心那麼多，因此在憂鬱症狀完全緩解後，王伯伯選擇繼續長期服用低劑量抗憂鬱藥物，也不覺得困擾。

● 案例三：陳小姐

醫師在初診時，花了較多時間澄清陳小姐有沒有自殺或殺嬰的念頭、有沒有幻覺經驗（如聽幻覺：聽到別人都聽不到的聲



音)、有無妄想症狀(妄想指的是與現實脫節的想法,旁人多半可觀察到這個想法,要不是毫無根據、要不就是推論過程明顯不合理,但個案卻深信不疑;常見在重鬱症情境下的妄想有罪惡妄想【個案將明顯與自身無關的他人不幸,歸咎是自己造成的】、貧窮妄想【家中已變得一貧如洗、家徒四壁】、虛無妄想【覺得自己體內的器官都壞掉了、自己已經不存在、世界已經毀滅了】);陳小姐都沒有上述這些症狀。醫師告知目前的主要診斷為產後憂鬱症,並且還需考量合併經期前情緒障礙症。

醫師向陳小姐解釋接受治療的必要性,表示如果家人要同時照顧陳小姐和寶寶有困難時,可考慮安排住院治療。醫師也提供治療的詳細資訊,由於在哺乳期服用抗憂鬱藥物對嬰兒影響的相關文獻十分有限,是否服藥需視臨床個案的個別狀況,權衡利弊得失,並需個案及家屬一同參與醫療決策;而非藥物的治療則包括電痙攣治療或個別心理治療。討論後,陳小姐和先生認為婆家和娘家都可以協助陪伴照顧,因此先不考慮住院;另外,陳小姐還有不少先前留下來的冷凍母乳,暫時不用擔心哺乳的問題,所以和先生共同決定接受抗憂鬱藥物治療。

陳小姐對於藥物治療的效果還不錯,約莫一個月後就幾乎沒有症狀。陳小姐回復往日活潑的個性,除了不再擔心自己無法做個稱職的媽媽,在門診時也興高采烈地和醫師敘述著照顧寶寶的滿足和喜悅,還說先生這段時間以來的扶持與付出,讓彼此間的感情變得更好、整個家庭的氛圍更溫馨了。



十一、結語

憂鬱情緒可以是對壓力事件或不愉快經驗的正常反應，但若因憂鬱而導致情緒、生理、認知與行為面向症狀出現時，便要考慮嚴重程度是否已達到臨床上憂鬱症的標準，以及是否需要治療，包括藥物及/或心理治療。

對疾病與治療缺乏足夠且正確的認識，往往造成個案延誤接受評估及治療的時機。民衆常困惑於種種的迷思，特別是對診斷精確性（是否過度醫療化）的懷疑、對抗憂鬱藥物副作用的擔心、及對心理治療效果的疑慮。最令人扼腕的，就是因諱疾忌醫導致疾病惡化、病程拖長，造成原有生活的巨大衝擊，如家庭、婚姻、學業或工作等；若能適時接受合宜的治療，很有機會將許多因疾病帶來的負面影響及傷害，減低到最小的程度。

本書嘗試用有限的篇幅，做概括性的介紹，除了知識性內容外，還包含了一部分讓讀者面臨身心壓力時，可用來「自助」的因應技巧。希望能達到促進大眾精神健康的目標——讓正處於憂鬱困擾的個案能接受適當處遇而脫離困境、讓曾經走過憂鬱陰影的個案能持續自我調適而預防復發、讓未曾受苦於憂鬱的民衆能保持身心健康而愉快生活。



附錄：參考資料

1. Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., et al., *Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010*. PLoS Med, 2013. 10(11): p. e1001547.
2. Liao, S.C., Chen, W.J., Lee, M.B., et al., *Low prevalence of major depressive disorder in Taiwanese adults: possible explanations and implications*. Psychol Med, 2012. 42(6): p. 1227-37.
3. Lee, M.B., Liao, S.C., Lee, Y.J., et al., *Development and verification of validity and reliability of a short screening instrument to identify psychiatric morbidity*. J Formos Med Assoc, 2003. 102(10): p. 687-94.
4. 李明濱，心情溫度計。2009，台北市：台灣自殺防治學會全國自殺防治中心。
5. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Association.
6. Belmaker, R.H. and Agam, G., *Major depressive disorder*. N Engl J Med, 2008. 358(1): p. 55-68.
7. 林憲，林信男，胡海國，精神科治療學。2000，臺北市：橘



井文化。

8. American Psychiatric Association, *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder*. third ed. 2010, Arlington, VA: American Psychiatric Association.
9. Kellner, C.H., Greenberg, R.M., Murrugh, J.W., et al., *ECT in treatment-resistant depression*. *Am J Psychiatry*, 2012. 169(12): p. 1238-44.
10. Gabbard, G.O.著，陳登義譯，長期精神動力取向心理治療：基本入門。2006，台北市：心靈工坊文化。
11. Dewan, M.J., Greenberg, R.P., and Steenbarger, B.N. 著，李宇宙等譯，簡短心理治療：臨床應用的指引與藝術。2008，台北市：心靈工坊文化。
12. Beck, J.S., *Cognitive therapy : basics and beyond*. 1995, New York: Guilford Press.
13. 李明濱，醫學的人性面：情緒與疾病 = *Human dimension of medicine : emotion and disease*. 1997, 臺北市：金名總經銷。
14. Deecher, D., Andree, T.H., Sloan, D., et al., *From menarche to menopause: exploring the underlying biology of depression in women experiencing hormonal changes*. *Psychoneuroendocrinology*, 2008. 33(1): p. 3-17.
15. Clayton, A.H., *Symptoms related to the menstrual cyc*



- le: *diagnosis, prevalence, and treatment*. J Psychiatr Pract, 2008. 14(1): p. 13-21.
16. Grady-Weliky, T.A., *Clinical practice. Premenstrual dysphoric disorder*. N Engl J Med, 2003. 348(5): p. 433-8.
 17. Yonkers, K.A., O'Brien, P.M., and Eriksson, E., *Premenstrual syndrome*. Lancet, 2008. 371(9619): p. 1200-10.
 18. Stern, T.A., Fricchione, G.L., Cassem, N.H., et al., *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. 6 ed. 2010, Philadelphia: Saunders.
 19. Bobo, W.V. and Yawn, B.P., *Concise Review for Physicians and Other Clinicians: Postpartum Depression*. Mayo Clin Proc, 2014. 89(6): p. 835-844.
 20. Parry, B.L., *Perimenopausal depression*. Am J Psychiatry, 2008. 165(1): p. 23-7.
 21. Cohen, L.S., Soares, C.N., and Joffe, H., *Diagnosis and management of mood disorders during the menopausal transition*. Am J Med, 2005. 118 Suppl 12B: p. 93-7.
 22. Sandilyan, M.B. and Dening, T., *Mental health around and after the menopause*. Menopause Int, 2011. 17(4): p. 142-7.



認識憂鬱 面對憂鬱 擺脫憂鬱

——憂鬱情緒障礙自助手冊

發行人：蔣丙煌

總策劃：陳快樂

著者：衛生福利部委託國立臺灣大學醫學院附設醫院精神
醫學部編製

策劃群：張雍敏、鄭淑心、賴淑玲、傅悅娟、張景瑞
侯育銘、郭約瑟、張君威、鄧惠文、陳嘉新
紀雪雲、黃雅文、連玉如、連盈如、吳其圻

執行編輯：李明濱、單家祁

出版單位：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：2015 年 6 月

版次：第一版第一刷

I S B N : 9789860454147

G P N : 1010401142

