

遠離憂鬱：談憂鬱症之診療與防治

文／廖士程（台大醫院精神部主治醫師）

李明濱（醫學院精神科及社會醫學科教授）

前言

過去半個世紀，關於憂鬱症病因與治療的研究，雖已獲致長足的進步，卻未充分回饋、反應至健康照護系統。此一障礙形成的原因相當複雜，除了民眾對於精神疾病抱持著負面、污名化的態度，諱疾忌醫，專業人員對憂鬱症的診斷與治療能力不足，亦值得重視。相較於「精神病」、「精神分裂症」等病的病名，「憂鬱症」似乎是比較能夠被一般人接受的精神科疾病，即便如此，國內社會大眾對於憂鬱症的認識和瞭解，仍然極為貧乏。「憂鬱症」要不就是被用來取代精神病，做為較少污名化的權宜因應，或是做為一般日常生活中正常憂鬱表現的修辭，這個名詞已有濫用之虞。雖然如此，從憂鬱防治出發，仍是解除精神疾病污名化最好的起始點與著力處。再者，憂鬱症為聯合國世界衛生組織視為新世紀三大疾病，與癌症、愛滋病一起蠶食鯨吞著人民的身心健康，憂鬱防治，更應列為國家衛生政策的重點項目之一。憂鬱防治，不僅可以減少醫療資源與社會生產力的損失，更能挽救無法估計的人性損失，包括疾病對個體自尊的戕害、酒精及藥物濫用問題、人際關係與生活品質的破壞、乃至於殘廢甚至自殺死亡等。

憂鬱症的流行病學

世界衛生組織已預估公元 2020 年，憂鬱症將名列引起失能與早夭的第二疾病。眾所皆知，憂鬱症也被公認是新世紀的三大疾病，與癌症及愛滋病並駕

齊驅。憂鬱症之異質性很高，因此憂鬱症盛行率各地差異性很大，其範圍約由 5%～20% 不等。根據美國心理衛生研究院的研究報告指出，一般人口中憂鬱症終生盛行率為 15%，其中女性較多，約為男性的兩倍；可發生於任何年齡層，而平均發病年齡為 40 歲，正值人生的精華時期。就國內學者的調查資料顯示，國中生約有 8% 在過去一星期中有顯著的憂鬱症現象，在兩年後追蹤調查時，仍有 3.1% 具有憂鬱症特徵。就兒童而言，懼學、過度依附父母有可能是憂鬱症的表現。就青少年而言，學業表現差、物質濫用、反社會行為、性放縱、逃學及逃家，也有可能與憂鬱症有關。老年期的憂鬱症盛行率亦高達 25%～50%，通常與鰥寡孤獨、低社經地位、身體疾病密切相關，值得注意的是，老年憂鬱症常因社會偏見而被低估。此外，憂鬱症常同時合併其他精神科疾病，如焦慮症等，讓患者在極度不舒服的情下影響工作情緒與人際關係，甚至因而失去就業機會，造成家庭極大負擔，所以，憂鬱症能否及早診斷並接受適當專業治療，是當今十分重要的課題。

憂鬱症的診斷

憂鬱症的核心症狀可以區分為：憂鬱情緒、負面思考、缺乏快樂的感受、精力下降與精神運動遲緩五項；但以嗜吃嗜睡，仍有情緒反應的非典型表現，亦需留意。由於憂鬱症病因學研究結果相當分歧，目前學者咸認為憂鬱症只是在描述一群症狀，憂鬱症患者的異質性相當高。故憂鬱症的分類主要

建基於：（1）病因，（2）症狀表現，（3）臨床病程來分類。以病因來說，可以歸類成內因性／反應性。以症狀表現分類，則有以食慾下降、喪失性慾、缺乏情緒反應、精神運動遲滯或激動、早醒等症狀為主的身體性或灰鬱型，以及以精神焦慮不安、畏懼等症狀為主的精神官能型／反應型，前者意指其病因以生物性／內因性為主。至於以臨床病程分類，則有單獨或重複鬱症發作的單向情感障礙症，鬱症發作與躁症發作交互出現的雙向情感障礙症，以及持續兩年以上處於輕度憂鬱狀態的輕鬱情感障礙症。目前精神醫學界診斷憂鬱症的準則有二：一是世界衛生組織國際疾病分類中的「精神與行為障礙之分類」第十版（ICD-10），二是美國精神醫學會出版的《診斷與統計手冊》第四版（DSM-IV）。但兩者均依鬱症發作（depressive episode）的嚴重程度，再區分為輕、中、重三級。重度發作除身體性／灰鬱症狀較明顯外，若病患出現精神病症狀（psychotic symptom），如妄想、幻聽；或是靜呆、僵硬症狀，亦屬於重度發作。

憂鬱症的治療

憂鬱症嚴重程度之不同，決定治療模式的選擇。目前計有藥物治療、心理治療、光照治療與電痙攣治療等可供醫師與病患選擇。實證醫學研究證實，藥物治療對於各種嚴重程度的鬱症發作以及輕鬱情感障礙，均具有一定的效果。目前市面上所有的抗鬱藥均具有一定的療效，故抗鬱藥選擇原則可分作下列數點：（1）注意藥物副作用，（2）過去藥物治療的反應，（3）目前的症狀，（4）服藥次數與方便性，（5）藥物間之交互作用，（6）合併其他身體疾病，與（7）家族中其他憂鬱症患者的藥物反應。心理治療在輕度至中度的鬱症發作時，可以依病患意願，做為第一線的單獨治療。合併心理治療與藥物或其他治療，對於有重大社會心理因素、人際問題、人格違常或服藥順從度不佳的憂鬱症患者，將能獲致較好的療效。電痙攣治療可用於慢性的中重度憂鬱症、出現精神病

狀、強烈自殺意念等亟需改善症狀，或是難以忍受藥物副作用的病人。至於光照治療，在台灣較少應用。但無論哪一種治療，都要有足夠的觀察治療的時間，方能論定其療效。一般而言，藥物治療要八週，電痙攣治療要10次，光照治療要三週。急性期治療後，接著將進入連續期與維持期的治療。以維持急性期的治療為原則，抗鬱藥劑量同急性期。至於就診頻率因人而異，病況穩定且以藥物治療為主者，二至三個月就診一次即可。至於心理治療者則維持與急性期相同的頻率。連續期以一次鬱症發作之未接受治療的自然病程為度，約需六至九個月。至於以預防再發為目的的維持期治療，對於已經發作過3次，或是三年內發生2次，有家族病史，或是兩次發作期間症狀恢復不佳的患者，均強烈建議接受維持期治療。

憂鬱症之防治工作

憂鬱防治工作中，篩檢及評估工具的使用，持續且廣泛地引起正反兩面的討論。然篩檢並非診斷，審慎正確地使用篩檢工具，並藉此灌輸身心並重的健康意識，是破除精神疾病污名化無形、但卻有效的作法。近年來國人健康意識抬頭，許多機關單位主動為員工排定健康檢查，視其為職工福利中重要的一環，中央健保局亦設立成人健檢等項目，鼓勵民眾定期進行檢查。然無論是豪華級或是基本型的健康檢查，都未涵括身心症狀的篩檢，更遑論精神狀態的評估。因此，如何運用適當的身心症狀篩檢工具，結合正確的健康知識傳遞，讓民眾能全面地關注自己的健康。除此之外，加強社區民眾覺察憂鬱症狀、促進對於原因與治療的了解，降低社會對憂鬱與其相關的標籤化，推動憂鬱症之預防與早期介入，透過政府與民間之力量支持預防憂鬱的活動並評估其影響反應，並促進憂鬱相關的研究，特別在於能夠在教育預防與治療上提供新的資訊，協助基層照護者強化其社區教育與治療的角色等，都是確實可行之作法。（文轉下頁）