

# 躁鬱症

躁鬱症，又稱躁狂憂鬱症，是一種可能導致患者情緒、精力及功能不穩定的大腦失調症。

躁鬱症可以治療，患者可以恢復充實而豐富的生活。

## 躁鬱症

躁鬱症，又稱躁狂憂鬱症，是一種可能引起患者情緒、精力及功能不穩定的大腦失調症。躁鬱症症狀不同於正常的情緒波動，可能導致關係破裂，工作或學習狀態不佳，甚至自殺，後果非常嚴重。但值得欣慰的是：躁鬱症可以治療，患者可以恢復充實而豐富的生活。

美國每年罹患躁鬱症的成年人多達 570 萬，占 18 歲及以上年齡人群的 2.6%<sup>1</sup>。躁鬱症多發於青春晚期或成年初期。然而，也有一些人在童年時就表現出躁鬱症的早期症狀，也有一些人在晚年時才罹患躁鬱症。躁鬱症通常不被視為一種疾病，而且患者在確診並接受治療之前，可能已經遭受多年的折磨。躁鬱症與糖尿病和心臟病一樣，是一種長期疾病，必須在一生中妥善看護。

「躁狂憂鬱症扭曲情緒和思想，引發可怕的行爲，破壞理性思維的基石，經常腐蝕生活的渴望和意志。起初只是一種生理疾病，但是患者也有心理上的感受；這種疾病可以帶來優勢感和愉悅感，但在之後引發無法忍受的痛苦，甚至並不罕見的自殺傾向。」

「我很慶幸自己沒有死於所患的疾病，也很幸運接受最好的治療，並且擁有這麼多朋友、同事及家人的支持。」

*Kay Redfield Jamison 哲學博士，An Unquiet Mind，1995 年第 6 頁*  
(經 Alfred A. Knopf (Random House, Inc 分公司) 允許轉載)

## 躁鬱症有哪些症狀？

躁鬱症可引起劇烈的情緒波動——從極其興奮和（或）急躁到悲傷絕望，然後再度反覆，中間則保持正常的情緒。情緒上的變化會導致精力與行為方面的劇烈變化。興奮期與低潮期分別稱為**躁狂期**和**憂鬱期**。

躁狂期（或躁狂發作）症狀包括：

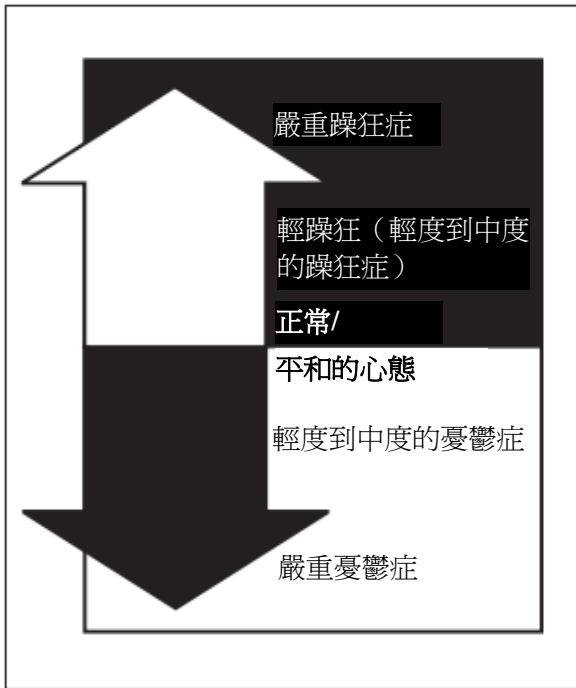
- 精力、活動高漲，坐立不安
- 過度興奮，心情過好，過於愉悅
- 極度易怒
- 思維和講話速度很快，從一個想法跳躍到另一個想法
- 容易分心，不能集中注意力
- 需要很少睡眠
- 對自己的能力和力量有不切實際的想法
- 判斷力差
- 瘋狂購物
- 一段時間行為異常
- 性欲旺盛
- 濫用藥物，尤其是古柯鹼、酒精和安眠藥
- 行為具有挑釁性、侵犯性或攻擊性
- 否認有任何問題

如果幾乎每天都有大半天的時間情緒過度興奮，並外加三種或更多種其他症狀，而且持續一週或更長時間，則可診斷為躁狂症發作。如果心情易怒，必須伴隨另外四種症狀。

憂鬱期（或憂鬱發作）症狀包括：

- 情緒持續悲傷、焦躁或空虛
- 感到絕望或悲觀
- 感覺內疚、一無是處或無助
- 對於以前喜歡的活動（包括性）失去興趣或樂趣
- 精力減退，感覺疲乏或變得「遲緩」
- 注意力難以集中、健忘、優柔寡斷
- 不安或易怒
- 嗜睡或不易入睡
- 食欲發生變化和（或）體重意外減輕或增加
- 不是由身體疾病或受傷引起的慢性疼痛或其他持續的身體症狀
- 有死亡或自殺的想法，或意圖自殺

如果幾乎每天都有大半天的時間發生五種或更多種症狀，而且持續兩週或更長時間，則可診斷為憂鬱發作。



輕度到中度的躁狂症稱為**輕躁狂**。輕躁狂患者可能感覺很好，甚至伴隨機能良好以及效率提高的狀況。如此一來，即使他的家人和朋友意識到他的情緒變化是躁狂症，他也不會承認自己出了問題。然而，如果一些患者的輕躁狂未得到正確治療，會演變成嚴重的躁狂症或轉變成憂鬱症。

有時，躁狂症或憂鬱症發作嚴重時會產生**精神病**（或精神病症狀）。常見的精神病症狀包括幻覺（幻聽、幻見或以其他方式幻想並不真實存在的事物）和妄想（錯誤、強烈的執念，不受邏輯推理的影響，或不能以人們慣有的文化觀念來解釋）。

隨躁鬱症產生的精神病症狀往往反映了當時極端的情緒狀態。例如誇大妄想症（例如認為自己是總統或擁有特殊的權力或財富）可能伴隨躁狂症發生；犯罪妄想或妄想一無是處（例如認為自己落敗潦倒和一無所有，或是犯下可怕的罪行）可能伴隨憂鬱症發生。患有這些症狀的躁鬱症患者有時會被誤診為精神分裂症，這是另一種嚴重的精神疾病。

把躁鬱症的各種情緒狀態視為一個頻譜或連續的範圍很有幫助。一端是嚴重的憂鬱症，往上是中度憂鬱症，再往上是輕度情緒低落，當這種症狀短期出現時，很多人稱之為「憂鬱」；當這種症狀成為長期時，就被稱為「輕鬱症」。接下來是正常或平和的心態，再往上則是輕躁狂（輕度到中度躁狂症）和嚴重躁狂症。

然而，有些人會同時伴有躁狂症和憂鬱症的雙重症狀，這種情況被稱為混合兩極狀態。混合狀態的症狀通常包括煩亂、失眠、食欲變化大、精神錯亂，甚至有自殺傾向。一個人可能悲傷無助，同時又覺得精力充沛。

躁鬱症可能看起來不像精神疾病的問題，例如酗酒或藥物濫用，工作或學習狀況不佳，或是人際關係緊張。實際上這些問題可能就是潛在的情緒障礙。

## 躁鬱症的診斷

跟其他心理疾病一樣，躁鬱症不能從生理上界定，例如透過驗血或腦部掃描。因此，躁鬱症的診斷是基於症狀、病程和家族病史（如果有的話）來判定。躁鬱症的診斷標準在《精神障礙診斷與統計手冊》第四版（DSM-IV）<sup>2</sup>中有所說明。

**躁鬱症患者提供的病症描述為疾病相關的不同情緒狀態提供了寶貴的洞察：**

**憂鬱症：**我完全懷疑自己是否會把任何事做好。好像我的思維慢半拍，精疲力竭，感覺一無是處……腦子中整天縈繞著……完全絕望的感覺……其他人說：「這種狀況只是一時的，很快就會過去，你會慢慢好起來的。」但是，儘管他們確定他們有過類似的狀況，但是他們並不能理解我的感受。如果我無法感知、行動、思考或關心，那麼這究竟還有什麼意義呢？

**輕躁狂：**一開始，心情好的時候，是極端的好……思維敏捷……像追趕流星雨一般，直到更亮的星子出現……害羞蕩然無存，突然之間言語舉止都恰如其分……無趣的人和事都變得耐人尋味。耽於聲色，無法抑制去引誘別人和被別人誘惑。骨子裡充滿難以置信的愜意感，力量感，幸福感，感覺無所不能，飄飄欲仙……認為自己可以做任何事……但是，這種感受不知何時就變了。

**躁狂症：**想法過多，轉變過快……思維極度困惑不清……停止追隨思緒，喪失了記憶。極具感染性的幽默笑話也不能使你愉悅。您的朋友變得恐懼……一切又陷入常軌……易怒，愛發脾氣，恐懼，情緒難以控制，感覺陷入了困境。

### 自殺

躁鬱症患者常有自殺傾向。任何有自殺傾向的患者都需要及時關注，最好是來自於精神健康專業人士或醫生。任何談論自殺的患者都不可輕忽。自殺傾向多發於病程早期。因此，及早發現躁鬱症並學習如何妥善應對，可以降低自殺死亡的危險。

伴隨自殺傾向的可能還有下列症狀：

- 談論自殺或想死
- 感覺希望渺茫，認為一切都不會改變或變得更好
- 感覺無助，任何事情都於事無補
- 感覺自己是家人或朋友的負擔
- 酗酒或濫用藥物

- 把事物安排妥當（如處理財產或贈送財物，準備自己的死亡）
- 寫自殺遺書
- 將自己置於危險之中，或有被殺的危險境地

#### 如果您有自殺傾向或知道其他人有自殺傾向：

- 立即去看醫生或求助於急診室或撥打 911
- 確保有人陪同您或有自殺傾向的人
- 確保沒有攜帶大量藥品或武器，  
或其他可以用來自殺的物品

有些自殺意圖是經過長時間的精心準備，另一些則是沒有仔細考慮的衝動行爲。因此，上表所列的最後一項應是躁鬱症患者寶貴的長期策略。無論如何，自殺傾向和自殺行爲都是一種可治疾病的症狀，瞭解這一點很重要。經過適當的治療，可以克服自殺傾向。

## 躁鬱症病程是什麼？

躁狂症和憂鬱症會在一生之中不斷復發。躁鬱症患者在兩次發作過程之間不會出現任何症狀，但多達三分之一的人會有殘餘症狀。一小部分人儘管接受治療，仍有一些長期不間斷的症狀<sup>3</sup>。

躁狂症和憂鬱症反覆發作是這種疾病的典型形式，被稱爲**第一型躁鬱症**。然而，一部分人不會惡化成嚴重的躁狂症，而是經歷輕躁狂與憂鬱症的輕度交替發作，這種類型被稱爲**第二型躁鬱症**。如果患者在 12 個月內發作四次或更多次，則可被診斷爲**快速週期躁鬱症**。一部分患者在一週甚至一天內發作多次。快速週期一般發生在病程晚期，而且更常見於女性。

躁鬱症患者如果接受有效治療，可以恢復健康豐富的生活。如不接受治療，病情則會惡化。隨著時間，這種患者比起那些初發病症的患者，會經歷更頻繁（更快速週期）而且更嚴重的躁狂憂鬱症發作<sup>4</sup>。但是多數情況下，適當的治療有助於降低發作的頻率和嚴重性，使躁鬱症患者保持良好的生活品質。

## 兒童和青少年會罹患躁鬱症嗎？

兒童和青少年也會罹患躁鬱症。患有躁鬱症的父母很可能會影響到孩子。

兒童和年紀較小的青少年患者的病情發作不像躁鬱症成年患者那麼明顯，而是通常會在一天內經歷很多次的躁狂憂鬱發作，情緒波動很快<sup>5</sup>。躁狂症兒童患者可能更易怒，愛發脾氣，而非極其高興和興奮。躁鬱症年輕患者也很常見混合症狀。稍大一點的青少年患者可能會有典型的成人型症狀。

兒童和青少年患者的躁鬱症可能很難與這個年齡層會發生的其他問題加以區分。例如，易怒和具有攻擊性可能是躁鬱症的症狀，但也可能是注意力不足過動症、行為障礙、對抗違逆症的症狀，或其他較常見於成年人的精神障礙症狀，例如憂鬱症和精神分裂症。濫用藥物同樣可以引起這些症狀。

但是，對於任何疾病，有效的治療取決於適當的診斷。具有以上精神或行為症狀的兒童或青少年應該找心理健康專業人員進行仔細評估。任何有自殺傾向、談論自殺或企圖自殺的兒童或青少年都應受到重視，並及時接受心理健康專業人員的幫助。

## 躁鬱症的病因是什麼？

科學家正在透過幾類研究來探討躁鬱症的可能病因。多數科學家同意躁鬱症不是由單一病因引起，而是多種病因的綜合結果。

因為躁鬱症往往在家族中流傳，研究人員一直在尋找代代遺傳的特定基因——細胞內影響身體和思維運作與成長的 DNA 微型「積木」——這種基因可能會增加人們患病的機率。然而基因不是患病的全部因素。對於基因完全相同的同卵雙胞胎的研究發現，基因和其他因素都是躁鬱症的成因。如果躁鬱症完全是由基因引起的，那麼雙胞胎中的一人罹患此病，另一人也不例外，但是研究顯示情況並非如此。然而如果雙胞胎中的一人罹患躁鬱症，另一個罹患躁鬱症的機率也會大於其他兄弟姐妹<sup>6</sup>。

此外，基因研究結果顯示躁鬱症與其他心理疾病一樣，不是由單一基因引起的<sup>7</sup>。很可能是多種不同基因共同作用，並加上個人和周邊環境的其他因素而引發躁鬱症。要找出每一個對於躁鬱症的發生各有些微影響的基因極為困難。

但是科學家希望現在運用的先進研究工具有助於找出這些基因，並且發展出治療躁鬱症更新更好的方式。

腦部成像研究對於科學家研究大腦出現何種問題會導致躁鬱症或其他心理疾病的產生具有很大幫助<sup>8,9</sup>。新的腦部成像技術使研究人員可以為運作中的活腦拍照，以檢測大腦的結構及活動，而無需進行手術或其他穿刺程序。這些技術包含磁共振成像（MRI）、正電子放射斷層造影術（PET）和機能性磁共振成像（fMRI）。成像研究有證據顯示，躁鬱症患者的大腦不同於健康者的大腦。當這些不同之處透過研究得到更清晰的確定和界定時，科學家將會對疾病的潛在病因有更好的認識，而且最終能夠預測哪種形式的治療效果最佳。

## 躁鬱症如何治療？

大多數躁鬱症患者——即使是最嚴重的患者——如果治療方式得當，都可以大幅改善不穩定的情緒和相關症狀<sup>10,11,12</sup>。因為躁鬱症是一種復發疾病，所以極力推薦長期的預防性治療。藥物治療和心理治療相結合是最理想的治療方法。

多數情況下，持續不間斷的治療比斷斷續續的治療更能控制躁鬱症病情。但是即使治療過程沒有中斷，也會有情緒的變化，應該立即向醫生報告。醫生可透過調整治療方案來防止病情的完全發作。與醫生密切配合，坦誠交流治療問題和治療方案，可使治療效果大為不同。

此外，每日繪製情緒症狀、治療、睡眠習慣及生活事件的圖表，可有助於躁鬱症患者及家人更好地瞭解病情，還可以幫助醫生更有效地追蹤與治療。

## 藥物治療

治療躁鬱症的藥物由精神病醫生開出，亦即專門從事精神障礙診斷和治療的醫生。雖然不是專門從事精神病學的主治醫生也可以開藥，但是建議患者尋找精神病醫生進行治療。

通常會開稱為「情緒穩定劑」的藥物來幫助控制躁鬱症<sup>10</sup>。有幾種不同類型的情緒穩定劑可供選擇。一般而言，躁鬱症患者會長時間（甚至幾年）持續服用情緒穩定劑。



如果服用情緒穩定劑時仍會發作躁狂症或憂鬱症，必要時可增添其他藥物進行治療，通常時間較短。

- 鋰，這是第一種由美國食品藥物管理局（FDA）批准用於治療躁狂症的情緒穩定劑，對於控制躁狂症和預防躁狂及憂鬱發作的反覆發作很有效。
- 抗驚厥藥，如丙戊酸鈉（Depakote®）或卡馬西平（Tegretol®）也有情緒穩定劑的功效，對於頑固躁鬱症尤其有用。1995年丙戊酸鈉獲得FDA批准用於治療躁狂症。
- 新型抗驚厥藥，包括拉莫三嗪（Lamictal®）、加巴噴丁（Neurontin®）和托吡酯（Topamax®）正在接受研究，以判定它們穩定情緒週期的功效。
- 抗驚厥藥可與鋰結合，或相互結合以發揮最大藥效。
- 兒童和青少年躁鬱症患者通常接受鋰治療，但也使用丙戊酸鈉和卡馬西平。研究人員正在評估這些藥物及其他用於兒童和青少年精神治療藥物的安全性和有效性。有證據顯示，丙戊酸鈉可能會導致少女不良激素變化以及使20歲之前就服用藥物的女性產生多囊性卵巢症<sup>13</sup>。所以年輕的女性患者在服用丙戊酸鈉時要謹遵醫囑。
- 打算受孕或已經懷孕的躁鬱症女性患者，由於服用的情緒穩定劑可能會對發育中的胎兒或哺乳中的嬰兒造成不良影響，所以面臨了特殊的挑戰<sup>14</sup>。因此，應與在此領域有豐富經驗的臨床醫生討論所有可選治療方式的利弊。目前正在研究可以降低懷孕期及哺乳期風險的新治療方案。

## 躁鬱症的治療

研究顯示躁鬱症患者在接受抗憂鬱藥物治療的同時，有轉變為躁狂症或輕躁狂或週期加快的風險<sup>15</sup>。因此，情緒穩定劑一般要求單獨使用或與抗憂鬱藥物結合使用，以防止躁鬱症患者的病情轉變。目前，鋰和丙戊酸鈉是最常用的情緒穩定藥物。然而，調查研究仍在繼續，以評估新型藥物對於情緒穩定的潛在影響。

- 非典型抗精神病藥，包括氯氮平（Clozaril®）、奧氮平（Zyprexa®）、利培酮（Risperdal®）、喹硫平（Seroquel®）和齊拉西酮（Geodon®），正在接受研究，探討是否有可能成為躁鬱症的治療藥物。

- 有證據顯示，對於鋰或抗驚厥藥無效的患者，氯氮平可能有效<sup>16</sup>。其他研究也支持奧氮平對於急性躁狂症的療效，這種適應症在最近獲得 FDA 批准<sup>17</sup>。奧氮平可能有助於緩解精神病性憂鬱<sup>18</sup>。
- 阿立呱唑（Abilify®）是另一種非典型抗精神病藥物，用於治療精神分裂症和第一型躁鬱症的躁狂症或混合型（躁狂和憂鬱）發作。阿立呱唑有片劑和液體兩種形式。注射型的阿立呱唑主要用來治療精神分裂症的激動症狀以及第一型躁鬱症的躁狂症或混合型發作。
- 如果有失眠問題，強效的苯二氮類藥物，例如氯硝西泮（Klonopin®）或蘿拉西泮（Ativan®）可幫助促進良好睡眠。但是，由於可能對這些藥物產生依賴性，最好是短期服用。也可以其他類型的鎮靜藥替代，如唑吡坦（Ambien®）。
- 對於躁鬱症病程的不同時期，治療方案可能需要改變，以達到控制疾病的最佳效果。藥方及劑量的更改需聽從精神病醫生的指導。
- 務必告知精神病醫生您服用的所有其他處方藥、非處方藥或天然補品。這一點很重要，因為某些藥物跟補品共同服用可能會引起不良反應。
- 按治療方案堅持治療，這點很重要，可以降低疾病復發或發展成新症狀的機率。如果對藥物有什麼疑慮，一定要跟醫生討論。

## 甲狀腺功能

躁鬱症患者通常會有不正常的甲狀腺功能。因為過多或過少的甲狀腺激素可導致情緒及精力的變化，所以務必請醫生對甲狀腺素含量進行仔細監控。

病情發作週期快速的患者有可能會併發甲狀腺問題，因此除了服用躁鬱症治療藥物外，還應服用甲狀腺藥物。同時，接受鋰治療的某些患者可能導致甲狀腺含量低，因此需要服用甲狀腺補充劑。

## 藥物副作用

在開始服用新的躁鬱症治療藥物前，通常要與精神科醫生和（或）藥劑師討論可能的副作用。引發的副作用因藥物而異，包括：體重增加、噁心、發抖、性欲或性功能降低、焦慮、掉髮、行動不便或口乾。

務必要告知醫生治療過程中發現的所有副作用。務必告訴醫生您在治療期間注意到的所有副作用。他（她）可能會改變劑量或開新處方來緩解這些副作用。但是未經醫生指導，不可自行更改藥物或停止服用。

## 社會心理治療

除藥物治療外，社會心理治療——包括某些形式的心理治療（或「談話」療法）——對於為躁鬱症患者及家人提供支援、教育和指導方面很有幫助。研究顯示，社會心理治療的介入可以增加情緒穩定，減少住院次數，並提升幾方面的機能<sup>12</sup>。擁有執照的心理學家、社會工作者或顧問通常可提供這些治療，並與精神病醫生合力監控病情的發展。心理治療的次數、頻率及類型應基於每個患者的治療需求。

通常用於治療躁鬱症的社會心理治療有認知行為療法、心理衛教和家庭療法，還有一種較新的技術——人際關係和社會節奏療法。NIMH 的研究人員正在互相比較這些治療方式加入躁鬱症藥物治療的成效。

- 認知行為療法可以幫助躁鬱症患者學習改變與疾病相關的不恰當或消極的思維模式和行為。
- 心理衛教涉及的範圍包括：教導躁鬱症患者相關疾病知識及治療方案，以及如何識別病情復發的跡象，以便在疾病完全發作之前尋求早期治療方案。心理衛教對於家人可能也有幫助。
- 家庭療法採用策略降低家庭內部成員的痛苦程度，這種痛苦可能是引起患者病況的原因，也可能是由患者病況所致。
- 人際關係和社會節奏療法既能幫助躁鬱症患者改善人際關係，又能規範他們的日常生活。規律的日常生活和睡眠作息有助於防止躁狂症的發作。
- 如同藥物治療一樣，任何社會心理治療要想達到最佳效益，最重要的一點就是遵循治療方案。

## 其他治療

- 在某些情況下，如果藥物治療、社會心理治療，或是這兩種方案的綜合治療對於精神病或自殺傾向等嚴重的症狀無效或是作用太慢，可考慮使用電痙攣療法（ECT）。在醫療特殊時期（包括懷孕期間），如使用藥物治療急性發作具有較高的風險，也可考慮使用 ECT。

ECT 對於嚴重的憂鬱、躁狂和（或）混合型發作，是一種高效的治療方案。記憶長期出現問題的可能性在過去備受關注，但如今隨著現代 ECT 技術的應用，這種可能性已大幅降低。但是仍應仔細評估 ECT 潛在的利弊以及可替代的治療方案，並與想使用這種治療的個人進行討論，以及在適當時候和其家人或朋友商議<sup>19</sup>。

- 草藥或天然補品，如聖約翰草（貫葉連翹），尚未獲得充分的研究，很少有人瞭解它們對躁鬱症的功效。由於 FDA 並不監管這些藥品的生產，所以不同品牌的補品包含的活性成分數量不等。在服用草藥或天然補品前，務必要諮詢醫生。有證據顯示，聖約翰草可降低某些藥物的功效（詳情查看 <http://www.nimh.nih.gov/events/stjohnwort.cfm>）<sup>20</sup>。此外，聖約翰草跟抗憂鬱處方藥一樣，可能會使某些躁鬱症患者轉為躁狂症，尤其是他們沒有服用情緒穩定劑的時候<sup>21</sup>。
- 目前正在研究魚油中的 Omega-3 脂肪酸，以查看單獨使用或加入常規藥物時是否會對躁鬱症的長期治療有所幫助<sup>22</sup>。

## 可以有效治療的長期疾病

儘管躁狂和憂鬱發作反反覆覆，但是明白躁鬱症是一種目前沒有治癒方法的長期疾病，是很重要的。即使在狀況良好時仍要堅持治療，這樣有助於控制疾病，降低病情復發或惡化的機率。

## 躁鬱症是否有其他併發症？

躁鬱症患者中，酗酒和藥物濫用現象極為普遍。研究結果顯示，很多因素會導致這種物質濫用問題，包括自行用藥症狀，由物質濫用引起或導致長期存在的情緒症狀，以及可能影響躁鬱症發作和物質使用混亂的風險因素<sup>23</sup>。對於物質濫用併發症（如有）的治療是整個治療方案中很重要的一環。

躁鬱症患者也常出現焦慮症，例如創傷後壓力症候群和強迫症<sup>24,25</sup>。併發的焦慮症可能對躁鬱症的治療產生反應，或是需要單獨治療。關於焦慮症的更多資訊，請聯繫 NIMH（見下文）。

## 躁鬱症患者及家人如何獲取幫助？

躁鬱症患者應接受精通此種疾病診斷和治療的精神病醫生照護。其他心理健康專業人員，例如心理學家、精神科社會工作者及精神科護士可為患者及家人提供額外的治療措施。

可求助於：

- 大學或醫學院的附屬計劃
- 醫院精神科
- 私人精神病辦公室和診所
- 健康維護組織（HMO）
- 家庭醫生、內科醫生和兒科醫生辦公室
- 公共社區心理健康中心

## 躁鬱症患者需他人協助以獲取幫助

- 躁鬱症患者通常無法意識到自己多麼脆弱，或是只是把問題歸咎於一些其他原因，而非精神類疾病。
- 躁鬱症患者可能需要來自家人和朋友的極大鼓勵以尋求治療。家庭醫生在推薦心理健康專業人員方面可以扮演重要的角色。
- 有時家人或朋友需要帶躁鬱症患者接受適當的心理健康評估和治療。
- 患者處於嚴重發作期時可能需要住院，以便保護患者並接受極為需要的治療。有時可能要違反患者的個人意願讓他們接受住院治療。
- 患者接受治療後，需要有持續的鼓勵和支援，因為可能需要一段時間才能找到適合每個患者的最佳治療方案。
- 在某些情況下，當病情受到良好控制時，躁鬱症患者本人會同意接受最佳治療方案，以防將來躁狂或憂鬱復發。
- 像其他嚴重疾病一樣，躁鬱症對患者配偶、家人、朋友及雇主也很難承受。
- 躁鬱症患者的家人往往需要應付患者嚴重的行為問題，如躁狂期間的大肆採購，或憂鬱期間極端的離群索居，以及這些行為的持久後果。
- 很多躁鬱症患者從全國憂鬱症及躁狂憂鬱症聯盟（NDMDA）、全國精神病患者聯盟（NAMI）及美國心理健康協會（NHMA）主辦的支援團體獲益良多。患者家人及朋友也會從這些機構的支援團體受益。有關聯繫資訊，請參閱本手冊後面的「更多資訊」部分。

## 躁鬱症的臨床研究情況如何？

有些躁鬱症患者自願參加臨床研究（臨床試驗）以接受藥物和（或）心理治療。臨床研究涉及人類疾病的科學調查及疾病治療。心理健康臨床研究可提供藥物治療或綜合治療的成效資訊，行為介入療法或某種心理療法的有用性，診斷過程的可靠性，或是預防措施的成功與否。臨床研究可指導科學家瞭解病情的發展、惡化、病症減輕以及如何影響身心。數百萬被診斷患有心理疾病的美國人，透過臨床研究發現的資訊，恢復了健康豐富的生活。然而，這些研究並非對每名患者都適合。重要的是，每個患者在決定加入臨床研究之前，應仔細考慮可能的利弊。

近年來，NIMH 推出了新一代的「真實生活」臨床研究。稱之為「真實生活」有以下幾點原因。不同於傳統的臨床試驗，它們提供多種不同的治療方法及治療組合。此外，它們意圖接收大量的精神障礙患者，這些患者住在美國各地社區，並在各種設施接受不同的治療。我們鼓勵患有不只一種精神障礙的個人，以及其他伴有生理疾病併發症的患者考慮加入這些新型研究。「真實世界」研究的主要目的是為所有精神障礙患者改進治療策略及治療成果。在衡量疾病症狀的改善同時，這些研究將對治療如何影響其他重要的現實生活問題（如生活品質、工作能力和社會功能）做出評估，並對不同治療方法的經濟效益以及影響患者持續治療方案的因素做出評估。

躁鬱症系統治療改善計劃（STEP-BD）正在尋求患者加入有史以來規模最大的「真實生活」躁鬱症治療研究。欲瞭解更多有關 STEP-BD 的資訊或其他臨床研究資訊，請瀏覽 NIMH 網站 <http://www.nimh.nih.gov> 查看臨床試驗網頁，或瀏覽國家醫學圖書館的臨床試驗資料庫：<http://www.clinicaltrials.gov>，或直接聯繫 NIMH。

## 更多資訊

### **National Institute of Mental Health**

[國家精神衛生研究院]

Office of Communications and Public Liaison  
Information Resources and Inquiries Branch  
6001 Executive Blvd., Rm. 8184, MSC 9663  
Bethesda, MD 20892-9663  
電話：(301) 443-4513；傳真：(301) 443-4279  
傳真自動回覆系統，心理健康 FAX4U：(301) 443-5158  
電子郵件：nimhinfo@nih.gov  
網址：http://www.nimh.nih.gov

### **Child & Adolescent Bipolar Foundation**

[兒童及青少年躁鬱症基金會]

1000 Skokie Blvd., Suite 570  
Wilmette, IL 60091  
電話：(847) 256-8525  
網址：http://www.vpkids.org

### **National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)**

[國家精神病患者聯盟]

Colonial Place Three  
2107 Wilson Blvd., 3rd Floor  
Arlington, VA 22201-3042  
免費專線：1 - 800 - 950 -NAMI ( 6264 )  
電話：(703) 524-7600; 傳真: (703) 524-9094  
網址：http://www.nami.org

### **Depression & Bipolar Support Alliance (DBSA)**

[憂鬱症與躁鬱症支持聯盟]

730 North Franklin Street, Suite 501  
Chicago, IL 60610-7204  
免費專線：1-800-826-3632  
傳真：(312) 642-7243  
網址：http://www.DBSAAlliance.org

### **Mental Health America**

[心理健康美國]

2000 N. Beauregard Street, 6th Floor  
Alexandria, VA 22314-2971  
免費專線：1-800-969-6642  
電話：(703) 684-7722  
TTY-800-433-5959  
網址：http://www.nmha.org

## 參考文獻

- <sup>1</sup> Narrow WE. One-year prevalence of depressive disorders among adults 18 and over in the U.S.: NIMH ECA prospective data. Population estimates based on U.S. Census estimated residential population age 18 and over on July 1, 1998. Unpublished.
- <sup>2</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, fourth edition* (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
- <sup>3</sup> Hyman SE, Rudorfer MV. Depressive and bipolar mood disorders. In: Dale DC, Federman DD, eds. *Scientific American®; Medicine. Vol. 3*. New York: Healtheon/WebMD Corp., 2000; Sect. 13, Sub-sect. II, p. 1.
- <sup>4</sup> Goodwin FK, Jamison KR. *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press, 1990.
- <sup>5</sup> Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1997; 36(9): 1168-76.
- <sup>6</sup> NIMH Genetics Workgroup. *Genetics and mental disorders*. NIH Publication No. 98-4268. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1998.
- <sup>7</sup> Hyman SE. Introduction to the complex genetics of mental disorders. *Biological Psychiatry*, 1999; 45(5): 518-21.
- <sup>8</sup> Soares JC, Mann JJ. The anatomy of mood disorders—review of structural neuroimaging studies. *Biological Psychiatry*, 1997; 41(1): 86-106.
- <sup>9</sup> Soares JC, Mann JJ. The functional neuroanatomy of mood disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 1997; 31(4): 393-432.
- <sup>10</sup> Sachs GS, Printz DJ, Kahn DA, Carpenter D, Docherty JP. The expert consensus guideline series: medication treatment of bipolar disorder 2000. *Postgraduate Medicine*, 2000; Spec No:1-104.
- <sup>11</sup> Sachs GS, Thase ME. Bipolar disorder therapeutics: maintenance treatment. *Biological Psychiatry*, 2000; 48(6): 573-81.
- <sup>12</sup> Huxley NA, Parikh SV, Baldessarini RJ. Effectiveness of psychosocial treatments in bipolar disorder: state of the evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 2000; 8(3): 126-40.
- <sup>13</sup> Vainionpää LK, Rattya J, Knip M, Tapanainen JS, Pakarinen AJ, Lanning P, Tekay A, Myllylä VV, Iso-jarvi JJ. Valproate-induced hyperandrogenism during pubertal maturation in girls with epilepsy. *Annals of Neurology*, 1999; 45(4): 444-50.
- <sup>14</sup> Llewellyn A, Stowe ZN, Strader JR Jr. The use of lithium and management of women with bipolar disorder during pregnancy and lactation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59 (Suppl 6): 57-64; discussion 65.
- <sup>15</sup> Thase ME, Sachs GS. Bipolar depression: pharmacotherapy and related therapeutic strategies. *Biological Psychiatry*, 2000; 48(6): 558-72.
- <sup>16</sup> Suppes T, Webb A, Paul B, Carmody T, Kraemer H, Rush AJ. Clinical outcome in a randomized 1-year trial of clozapine versus treatment as usual for patients with treatment-resistant illness and a history of mania. *American Journal of Psychiatry*, 1999; 156(8): 1164-9.
- <sup>17</sup> Tohen M, Sanger TM, McElroy SL, Tollefson GD, Chengappa KN, Daniel DG, Petty F, Centorrino F, Wang R, Grundy SL, Greaney MG, Jacobs TG, David SR, Toma V. Olanzapine versus placebo in the treatment of acute mania. Olanzapine HGEH Study Group. *American Journal of Psychiatry*, 1999; 156(5): 702-9.
- <sup>18</sup> Rothschild AJ, Bates KS, Boehringer KL, Syed A. Olanzapine response in psychotic depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999; 60(2): 116-8.
- <sup>19</sup> U.S. Department of Health and Human Services. *Mental health: a report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 1999.
- <sup>20</sup> Henney JE. Risk of drug interactions with St. John's wort. From the Food and Drug Administration. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 283(13): 1679.
- <sup>21</sup> Nierenberg AA, Burt T, Matthews J, Weiss AP. Mania associated with St. John's wort. *Biological Psychiatry*, 1999; 46(12): 1707-8.
- <sup>22</sup> Stoll AL, Severus WE, Freeman MP, Rueter S, Zboyan HA, Diamond E, Cress KK, Marangell LB. Omega 3 fatty acids in bipolar disorder: a preliminary double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 1999; 56(5): 407-12.
- <sup>23</sup> Strakowski SM, DelBello MP. The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clinical Psychology Review*, 2000; 20(2): 191-206.



<sup>24</sup> Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, Rosenberg SD, Osher FC, Vidaver R, Auciello P, Foy DW. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998; 66(3): 493-9.

<sup>25</sup> Strakowski SM, Sax KW, McElroy SL, Keck PE Jr, Hawkins JM, West SA. Course of psychiatric and substance abuse syndromes co-occurring with bipolar disorder after a first psychiatric hospitalization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998; 59(9): 465-71.

---

紐約州心理健康廳感謝國家心理健康研究院提供本手冊所載資訊。

紐約州心理健康廳 2008 年 6 月印製

紐約州  
州長 Andrew M. Cuomo

心理衛生廳  
廳長 Michael F. Hogan, Ph.D.

有關本出版物的其他資訊：

**New York State Office of Mental Health  
Community Outreach and Public Education Office**

[紐約州心理健康廳  
社區推廣及公共教育辦公室]

44 Holland Avenue  
Albany, NY 12229

(免費專線) 866-270-9857

[www.omh.ny.gov](http://www.omh.ny.gov)

對紐約州心理健康服務如有問題或投訴：

**New York State Office of Mental Health**

Customer Relations

[紐約州心理健康廳

客戶關係部]

44 Holland Avenue

Albany, NY 12229

(免費專線) 800-597-8481

查詢所在社區的心理健康服務資訊，  
請聯繫離您最近的 NYSOMH 區域辦公室：

**Western New York Field Office**

[紐約西部區域辦公室]

737 Delaware Avenue, Suite 200

Buffalo, NY 14209

(716) 885-4219

**Central New York Field Office**

[紐約中部區域辦公室]

545 Cedar Street, 2nd Floor

Syracuse, NY 13210-2319

(315) 426-3930

**Hudson River Field Office**

[哈德遜河區域辦公室]

4 Jefferson Plaza, 3rd Floor

Poughkeepsie, NY 12601

(845) 454-8229

**Long Island Field Office**

[長島區域辦公室]

998 Crooked Hill Road, Building #45-3

West Brentwood, NY 11717-1087

(631) 761-2508

**New York City Field Office**

[紐約市區區域辦公室]

330 Fifth Avenue, 9th Floor

New York, NY 10001-3101

(212) 330-1671