談談關於:
男性與憂鬱症

SPEAK

SPEAK
Suicide
Prevention
Education
Awareness
Kit

紐約州州長
Eliot Spitzer

心理健康局局長
Michael F. Hogan, PH.D.
博士

New York State
紐約州
omh
Office of Mental Health
心理健康局

談談關於:
男性
與憂鬱症的話題

目錄

憂鬱症的類型 3
憂鬱和躁狂的症狀 4
憂鬱 4
狂躁症 4
憂鬱症和其他疾病的同時發生 5
憂鬱症的起因 5
男性和憂鬱症 6
老年男性與憂鬱症 7
男孩與青少年的憂鬱症 8
自殺 9
診斷評估和治療 10
藥物治療 10
副作用 11
心理治療 12
電療法 13
草藥治療 13
如果患有憂鬱症，如何幫助自己? 14
家人和朋友如何提供協助? 14
何處尋求幫助 15
結論 16
更多資訊 17
參考書目 18

SPEAK up, save lives

憂鬱症是一種嚴重的醫學疾病，它影響人的身體、情緒和思想，它還會影響吃飯和睡覺的習慣，及自我概念和思考事物的方式。憂鬱症和短暫的憂鬱情緒不同，它並不是個人軟弱的表現，也不是通過意志力或是期望就可以消除。患有憂鬱症的人不可能通過“自身努力”就能使病情好轉，不接受治療，憂鬱症的症狀會持續幾週、幾個月，甚至幾年。然而，適當的治療，比如藥物和/或短期的心理治療，卻可以幫助大多數患有憂鬱症的人。

“我記得它(憂鬱症)剛開始的時候，我對幾乎是對任何我喜歡做的事情失去興趣。我就是不想做任何事，我就是想放棄，有時,我甚至不想從床上起來”。
–Rene Ruballo,警官

憂鬱症會侵襲任何人，不管人的年齡、種族背景、社會經濟地位或是性別。然而，大範圍的調查研究顯示，憂鬱症在女性中的發病率大約是在男性中的兩倍。[1,2] 在美國，研究人員估計，在任何給定的一年時間內，憂鬱症會影響到12%的婦女(超過1200萬女性)和將近7%的男性(超過600萬男性)。[3] 但導致這一性別差異的原因仍是有待探討。例如，憂鬱症眞的在男性中更爲少見，或者是因爲男性比女性更不太可能識別、承認憂鬱症，並爲憂鬱症尋求幫助?

在全國心理健康研究所(NIMH)進行的有關衡量憂鬱症意識的中心小組研究中，一些男性述說了自己的憂鬱症症狀，但卻沒有意識到自己已經患上了憂鬱症。特別的是，許多男性並沒有察覺到一些諸如頭痛、消化失調和慢性疼痛這樣的身體症狀可能會和憂鬱症有關。此外，他們還對去看心理醫生或是去心理治療診所表現出憂慮，覺得人們會發現這點，而這也許會對他們的工作穩定、升職的可能或是健康保險的收益產生負面的衝擊。他們擔心，一旦貼上被診斷出心理疾病的標籤，他們會失去家人和朋友的尊重，或是失去他們在社區的地位。

在過去20年間，包括遺傳學和神經成像在內的生物醫學的研究已經使憂鬱症和其他一些心理疾病變得更明瞭—增加了我們對大腦的了解，也使我們對大腦的生物化學成份如何被扭曲、對如何減輕心理疾病招致的痛苦加深認識。大腦照影技術現在可使科學家們通過觀察大腦活動的變化，來衡量藥物治療或是心理治療的有效性。[4] 隨著研究的不斷顯示出憂鬱症是眞實和可以治療的，而且它不比癌症和其他嚴重疾病來勢更弱，有越來越多患有憂鬱症的男性感到對尋求治療更有勇氣，也使自己的生活品質有所提高。

憂鬱症的類型

和心臟病等其他疾病一樣，憂鬱症會以不同的形式出現。這本小冊子簡單地介紹了三種最普遍的憂鬱症，然而即使患有同類型的憂鬱症，不同的人出現的症狀、嚴重性和持續時間也各不相同。

重鬱症(或是嚴重憂鬱症)顯示出一些綜合症狀(見下頁列出的症狀清單)，這些症狀干擾人的工作、學習、睡眠、飲食和從娛樂活動中獲得樂趣的能力。重鬱症也許只發作一次，但更普遍的是，它在一生中會發作幾次。慢性重鬱症可能需要一個人無限期地接受治療。

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

輕鬱症(或是精神抑鬱症)是一種較輕微的憂鬱症，其症狀持續較長，它不會嚴重地使人失去行事的能力，但會阻礙人正常活動，或讓人們感覺低落。許多患有輕鬱症的人在他們一生中也會經歷幾次嚴重的憂鬱症。

另一種憂鬱症是躁鬱症(或狂躁型憂鬱症)。躁鬱症的特徵是週期性的情緒變化:幾個情緒高漲(躁狂)和低落(消沈)，通常在兩者間有一段情緒正常的時期，有時情緒的變化劇烈且迅速，但一般的情況是循序漸進。當人處於消沈週期時，可能會有部分或是全部的憂鬱症的症狀;當人處於躁狂期的時候，可能會過份活躍、過份健談，並擁有超多精力。躁狂通常會影響思考、判斷和社會行爲，以致於導致嚴重的問題和困窘的狀態。例如，處於躁狂期的個人也許會感覺洋洋得意，腦海裡充滿了誇大的計劃，從不明智的商業決定、到不切實際的狂歡甚至到不採取安全措施的性愛，如果不接受治療，躁狂也許會惡化爲精神錯亂的狀態。

“你沒有任何興趣考慮未來,因為你覺得根本就沒有什麼未來”。
—Shawn Colten，全國跳水冠軍

憂鬱和躁狂的症狀

並不是每個患有憂鬱症或是躁狂症的人都會經歷所有的症狀，有些人經歷少許症狀，有些人則出現許多症狀，症狀的嚴重性因人而異且因時而異。

憂鬱

- 持續悲傷、憂慮或“空虛”的情緒
- 絕望感、悲觀主義
- 罪惡感、毫無價值、無助感
- 對曾經非常喜愛的活動失去興趣及快樂感，包括性生活
- 精力減退、疲乏、行動力減低
- 注意力不集中、記憶力減退及難以做決定
- 失眠、早醒、嗜睡
- 食慾和/或體重的改變
- 考慮死亡、自殺、或企圖自殺
- 坐立不安、易怒
- 對治療無法起有效反應的持續的身體症狀，如頭痛、消化失調、及慢性疼痛

狂躁症

- 不正常或是過度的興奮
- 不尋常地易怒
- 對睡眠需求的減少
- 誇大的想法
- 說話增多
- 思緒繁雜
- 性慾增強
- 明顯精力增強
- 不良的判斷
- 不當的社會行爲

憂鬱症和其他疾病的同時發生

憂鬱症會和其他疾病並存。在這種情況下，對憂鬱症和每個並存的疾病進行診斷和相應的治療是十分重要的。

研究顯示，焦慮症一般會伴隨著憂鬱症出現，焦慮症包括創傷後壓力心理障礙症(PTSD)、強迫性官能症、恐懼症、社交恐懼症和廣泛性焦慮症。[5,6] 憂鬱症在患有創傷後壓力心理障礙的人中間尤其普遍。創傷後壓力心理障礙症是暴露在可怕事件或是折磨之後出現的一種衰弱狀況，這些事件或是折磨造成患者身體受到傷害或是受到傷害的威脅。引起創傷後壓力心理障礙症的傷害事件包括暴力的個人襲擊，如被強暴或是被搶劫、自然災難、事故、恐怖事件和軍事戰鬥。PTSD的症狀包括:以腦海中重現、回憶或是惡夢等形式重新經歷創傷事件；情感麻木；睡眠干擾、易怒、脾氣爆發、強烈罪惡感、以及避免接觸任何能促使患者想起那段折磨的事物和想法。在一個由全國心理健康研究所支持的研究中，研究人員在創傷事件發生後的1個月和4個月時，分別對患有PTSD的人進行評估，結果發現超過40%的人患有憂鬱症。[7]

物質使用造成的障礙症(濫用和依賴)也通常和憂鬱症一起發生。[5,6] 研究顯示，酗酒的人患憂鬱症的可能性是那些不酗酒的兩倍，[6]此外，超過半數以上的I型狂躁症(嚴重的狂躁症)患者會出現物質使用造成的障礙症。[8]

憂鬱症在患有其他一些嚴重疾病的族群中的發病率越來越高，如患有心臟病、中風、癌症、HIV、糖尿病和帕金森氏症的族群。[6,9] 憂鬱症的症狀有時會被誤以爲是不可避免地伴隨這些其他疾病而來的，然而研究已經顯示，同時發生的憂鬱症能夠、也應該被治療，在許多情況下，憂鬱症的治療還能提高其他疾病的治療結果。

“我根本感覺不到休息,我總是感覺得很累，
我睡覺可以從一小時,到八小時，
但我總是感覺很累”。
–Rene Ruballo，警官

憂鬱症的起因

來自神經醫學系統科學、遺傳學和臨床調查充份的證據顯示，憂鬱症是大腦的疾病， 然而這些疾病的精確起因仍是研究的焦點。

現代的腦部照影技術顯示出：患有憂鬱症的人，負責調控情緒、思維、睡眠、胃口和行爲的神經系統不能正常運轉；而且造成關鍵作用的神經傳輸素—神經細胞用來和外界交流的化學物質—失去了平衡。遺傳學研究顯示，患上憂鬱症的風險大多取決於多種基因與環境和其他非基因因素相互作用的影響。對大腦化學、抗抑鬱劑功效機理的研究也不斷地讓我們瞭解憂鬱症中所包含的生化過程。

通常在憂鬱症的開始發作階段，基因、認知和環境因素會綜合發生作用。[10] 創傷、失去所愛的人、人際關係困難、財務問題或是生活模式中任何讓人產生壓力的變化，不管這變化是不受歡迎的還是渴望

SPEAK up,save lives

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

的，都能使一些較爲脆弱的個人引發憂鬱症。憂鬱症一旦發生後，再復發則可能並沒有明顯的原因。

在一些家庭，憂鬱症似乎有世代遺傳的趨向；然而，憂鬱症也會發生在一些沒有家庭病史的人身上。[11]

不管是不是遺傳因素，憂鬱症與大腦結構或功能的變化有關聯，這點通過現代的腦部照影技術就可以看到。[12,13]

男性與憂鬱症

研究人員估計，在美國每年至少有600萬男性患有憂鬱症。[3] 研究和臨床證據顯示，儘管男性和女性可表現出憂鬱症的一些普遍的症狀，但他們患憂鬱症的經歷是不同的，處理症狀的方法也不同。男性也許更願意承認疲乏、易怒、對工作和愛好失去興趣和睡眠干擾，而不願承認感覺痛苦、沒有價值和過度的罪惡感。[14,15] 一些研究人員質疑，是否憂鬱症的標準定義和以此爲基準的診斷測試能充份地表達男性在這方面的病狀。[15]

比起女性，男性更有可能會報告在他們一生中濫用酒精和毒品，或是依賴這些物質；[16] 然而，令研究人員有爭議的是，依賴濫用物質到底是憂鬱症的一種症狀呢，或是一種與憂鬱症同時存在、且在男性身上更容易發生的疾病。不過依賴濫用物質確實能遮掩憂鬱症，使人們更難識別憂鬱症是需要被治療的另一種疾病。

當男性們患憂鬱症、變得沮喪、氣餒、生氣、易怒，而且有時還濫用暴力的時候，他們也許會尋求酒精和毒品的幫忙，而不是承認自己的感覺，尋求幫助或是適當的治療。一些男性處理憂鬱症的方法就是強迫自己投入工作，試圖對自己、家人和朋友隱藏憂鬱症;另外一些男性則用魯莽的行爲、冒險和陷入危險性行爲來面對憂鬱症。[15]

“當我感覺憂鬱的時候,我對自己的生命極端不負責任。
我不在乎自己如何駕駛,我不在乎應該小心地走過馬路，
我也不在乎城市一些危險的地區。在旅行或去其他地方時我不會被任何警告所影響。我不在乎。我不在乎自己是活是死，
因此我會在任何時候去做任何我想做的事情。
當你冒這樣的風險的時候,你也會有更高的死亡可能性”。
–Bill Maruyama，律師

“我會喝酒而且會喝到麻木。我喝得麻木是試圖麻木自己的大腦。我的意思是，喝許許多多的啤酒，以致達到你可以將你的頭腦停頓的狀態，但當你第二天醒來的時候,它仍在那裡。因為你必須處理它，它就是不會自己走開。它不是一場兩小時的電影,結束了會顯示“結束”的字樣，而你也沒壓力了。我指的是它是一場一天24小時的電影，你在想它沒有結局。它眞的很可怕”。

–Patrick McCathern

一級軍士，美國空軍，退役

在美國，儘管女性比男性有更多的自殺企圖事件，但以自殺結束生命的男性仍是女性的四倍。[17,18] 除了男性所使用的自殺方式一般要比女性所使用更爲致命這一原因外，還有其他一些原因使女性免於因自殺而死亡。研究顯示，自殺通常和憂鬱症有關聯，[19] 令人警覺的男性自殺率也許反映了這樣一個事實:男性較不可能爲憂鬱症尋求治療，許多患憂鬱症的男性得不到也許能拯救他們生命的適當的診斷和治療。

需要更多的研究全面來了解男性的憂鬱症，包括男性如何處理壓力;面對和憂鬱症有關的感覺;如何使男性感覺更舒適、讓他們承認這些感覺、得到所需要的幫助;如何培訓醫生更佳地確認和治療男性的憂鬱症。家庭成員、朋友和工作場所的輔導人員也可在確認男性的憂鬱症症狀和幫助他們得到治療這些方面發揮重要的作用。

老年男性的憂鬱症

當男性年老的時候，他們必須面對幾種壓力。如果他們一直是家庭中的主要經濟來源，或是他們視工作與自己爲一體，那麼他們也許會在退休時感覺壓力—失去了重要的角色、失去了自尊，這些都能導致憂鬱症。同樣的，失去朋友和家人，以及其他健康問題開始出現也會導致憂鬱症。但是，大多數的老年人對他們的生活感覺滿意，老年人感覺憂鬱是不太“正常”的。[20] 憂鬱症是一種可以被有效治療的疾病，因此老年男性完全可減少不必要的痛苦、提高其他疾病的痊癒機會並可延長碩果累累的生命。

但是，醫護人員也許會忽略老年病人身上憂鬱症的症狀，因爲老年病人們往往不願談論絕望、悲傷的感覺、對以往感到樂趣的活動失去興趣，或是在失去親人後長時間的悲傷;還有就是因爲老年人主要會抱怨身體上的症狀。[21] 在患有諸如心臟病、中風或是癌症的其他疾病病人身上也許很難觀察到同時出現的憂鬱症，因爲這些疾病本身也許會導致憂鬱症症狀、或是治療這些疾病的藥物產生的副作用和憂鬱症類似。如果被診斷出憂鬱症，用適當的藥物和/或短期的心理治療可以幫助老年人控制兩種病，提高存活率和生活的品質。

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

"當你病了,當你因憂鬱症而變得愈來愈來憔悴,
你就會失去那種觀點。事情變得越來越讓人生氣,
你對做事變得越來越沮喪。
你感覺更生氣,你感覺更悲傷。
每件事都表現得很不正常"。
–Paul Gottlieb,出版人

老年人中的自殺統計數據也強調了治療老年人憂鬱症的重要性。有一種普遍的觀點認爲，自殺率在年輕人中最高，然而，實際上是老年人，尤其是老年白人男性的自殺率是最高的。

70%的老年自殺受害者曾在死亡前一個月內去過初級保健醫生那裡，但許多患有憂鬱症的人卻沒有被診斷出來。[22] 這一現象已引起相關的研究，目的在於探討怎樣才能更有效地提高醫生發現和治療老年人憂鬱症的能力。[23]

當接受了抗抑鬱劑、心理治療或是結合兩者的綜合治療之後，大約80%的老年憂鬱症患者有所好轉。[24] 此外，研究發現，抗抑鬱劑和心理治療的綜合治療對減少老年人的憂鬱症的反覆發作非常有效。[25] 單一的心理治療則已被證明可延長免受憂鬱症困擾的健康時間，這對那些不能或不願服用藥物的老年患者尤其有用。[20] 提高老年人憂鬱症的診斷和治療水準，對患有憂鬱症的老人、家人和護理者而言，將使那些老年歲月更有樂趣和更有意義。

男孩和青少年的憂鬱症

直到過去20多年，兒童的憂鬱症才被人們重視。一個由全國心理健康研究所發起、對9至17歲的人的研究估計，在爲期半年的時間內，任何憂鬱症的發病人數會超過6%，大約5%的人會患有重鬱症。[26] 在成年之前，男孩和女孩得上憂鬱症的可能性相當。而14歲之後，女性得重鬱症和輕鬱症的可能性是男性的兩倍。[27] 在青春期和成年期，男性和女性得狂躁症的機率大體相當。

研究還顯示，在過去幾十年間，憂鬱症的患病年齡日趨下降。[28] 此外，研究也顯示，早期發作的憂鬱症通常很難根除、它會復發，並且一直持續到成年;而且年輕人的憂鬱症也許預示著成年之後更嚴重的憂鬱症。[29] 年輕人身上的憂鬱症通常和其他精神疾病同時發生，最普遍的是焦慮症、破壞性行爲、或是濫用物質;同時也會伴隨其他嚴重的疾病發生，如糖尿病。[30，31] 患有憂鬱症年齡較小的孩子也許會說他病了、拒絕去學校、纏著家人或是擔心家長會死掉。而稍大的孩子也許會生悶氣、在學校裡惹麻煩、顯得消極、不滿意而且還感覺被誤解了。

在兒童和青少年人中，憂鬱症會促使患上其他疾病、出現人際間交流以及社會心理上的困難的可能性增大，而且這些疾病和困難往往會在憂鬱症治癒後，還會存在很長一段時間。而在青少年中，憂鬱症也會增加濫用物質和自殺行爲發生的可能性。[29，32，33] 不幸的是，憂鬱症通常不被家人和醫生識別。年輕人身上的憂鬱症的徵兆通常被認爲是正常的情緒波動，是某個特殊的發展階段的典型特徵。此外，衛生保健專業人士也不願

意過早地將一個年輕人貼上診斷爲精神病的“標籤”。然而，憂鬱症的早期診斷和治療對健康的感情、社會和行爲的發展都至關重要。

儘管關於兒童和青少年憂鬱症治療的科學著作沒有那些有關治療成年人憂鬱症來得廣泛，但還是有許多新進的研究已證實治療青少年憂鬱症的短期功效和安全性。更大型的研究正在進行之中，以確定哪些治療對哪些青少年最爲有效。另外，還需要一些研究來探討如何最好地將這些不同的治療方法融合進初級保健的業務之中。

儘管躁鬱症在年齡較小的孩子中比較罕見，但它在兒童和青少年年身上同樣會發生。[34] 情緒、精力和機能的不正常改變都是躁鬱症的特徵，這些改變也許會以狂躁、憂鬱或是兩者綜合的症狀而開始。躁鬱症更有可能影響那些父母就患有躁鬱症的兒童。在憂鬱症發病後，大約有20%至40%的患有重鬱症的青少年會發展爲躁鬱症。[35]

兒童和青少年的憂鬱症會增加他們的自殺風險。[29，36] 如果憂鬱症伴隨著偏差行爲、濫用酒精和其他物質，那麼這種風險則會加劇，在青春期的男性身上尤其如此。[37] 在2000年，自殺是造成年齡在10至24歲的年輕男性死亡的第三大主要原因。[38] 全國心理健康研究所支持下的研究人員發現，在患有重鬱症的青少年中，有7%的人也許在年紀尚輕時就以自殺而結束生命。[29] 因此，醫生和家長對任何有關自殺的言論認眞對待至關重要。

爲了預防兒童和青少年自殺，全國心理健康研究所的研究人員正在開發和測試各種治療方法。早期診斷和治療、精確地評估自殺的想法、限制年輕人接近致命的物品—包括槍械和藥物—都對自殺預防很有效用。

“因為活著已變得非常痛苦，你被逼著考慮自殺。你在尋找一個出路。你在尋找一種方式能結束這種可怕的精神痛苦。而且我記得,我眞的從來沒有試圖自殺，但我已經和自殺非常接近,因為我曾經和公共汽車玩鬥牛。你知道,我會就這樣走上紐約市街頭的忙碌車流，根本就不顧紅綠燈,幾乎希望自己會被車撞上”。
–Paul Gottlieb，出版人

自殺

有時，憂鬱症會導致人們想傷害自己或是想殺死自己。儘管大多數患有憂鬱症的人並不會因自殺而死亡，但與那些沒有患憂鬱症的人比，患有憂鬱症確實能增加自殺的可能性。

如果你有自殺意圖，應立即尋求幫助：

- 打電話給你醫生的辦公室
- 撥打911尋求緊急服務
- 到最近的醫院急診室
- 讓一名家庭成員或朋友帶你去醫院或打電話給你的醫生
- 撥打由Kristin Brooks希望中心贊助的國家希望之線網路的24小時免費熱線1-800-SUICIDE(1-800-784-2433)，來電將被接轉到離你最近的自殺危機中心的一個訓練有素的顧問處。

SPEAK up,save lives

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

診斷評估和治療

"你傾向於等待它自行結束，你知道，
就是讓它變得更好。
你不想去看醫生,你不想承認
你現在的感覺有多糟"。
–Paul Gottlieb，出版人

得到適合的憂鬱症治療的第一步就是接受由醫生進行的體檢。某些藥物和一些內科病症，如濾過性毒菌引起的感染、甲狀腺功能失調、或是睪丸激素水平過低都能引起與憂鬱症相同的症狀，所以必須通過醫生的檢查、詢問和測試來排除掉這些可能性。如果憂鬱症症狀的起因不是由這些病症引起的，那麼醫生或醫生推薦的心理健康專業人士就會對憂鬱症做心理評估。

一份好的診斷評估將包含憂鬱症症狀的完整歷史，如它們從如何開始，持續了多長時間、有多嚴重、是否病人過去曾經出現過這些症狀，如果有的話，是否得到過治療以及怎樣的治療。醫生應該問病人使用酒精和毒品的情況，也問病人是否曾經想到過死亡或自殺。而且，症狀的歷史中還應包括其他家庭成員是否患有憂鬱症;如果他們接受過治療，是什麼樣的治療、是否有效。最後一點，診斷評估應該包括一份精神狀態的檢查，以決定是否語言、思維方式或是記憶已經受到影響，因爲有時候這些情況會伴隨憂鬱症而發生。

治療的選擇是根據病人的診斷、症狀、嚴重程度和病人的喜好。包括藥物治療和短期心理治療(如"談話"治療)在內的各種治療，已經證明對憂鬱症的治療有效。一般來說，嚴重的憂鬱症，尤其是那些反覆發作的個案，將需要綜合不同的治療方法以達到最佳的治療結果。

藥物治療

有幾種藥物可治療憂鬱症。他們包括較新的抗抑鬱劑，主要是選擇性血清素再吸收抑制劑(SSRIs)，和較舊的三環抗鬱劑(TCAs)和單胺氧化霉抑制劑(MAOIs)。SSRIs和其他一些較新可影響神經傳遞素的藥物，如多巴胺或是降腎上腺素，一般會比三環抗鬱劑副作用要少。有時，醫生會給病人使用各種抗抑鬱劑，來確定那一種藥或是哪幾種對病人最爲有效。有時醫生還需增加劑量來使藥物有效。儘管病人在服用藥物後的幾週內就能好轉，但抗抑鬱劑必須有規律地服用三到四週(有些情況下，要服用八週)才能使治療效果顯現。

病人們通常傾向於過早停藥。他們也許感覺好轉，於是認爲不再需要服藥了，或是他們認爲藥根本就無效。因此持續服用直到藥物有機會發揮藥效十分重要，儘管有時副作用(見副作用的章節)會發生在藥效發生之前。一旦病人感覺好轉，也得繼續服藥至少四至九週來預防憂鬱症復發，這點至關重要。一些藥物必須慢慢地停用，以給身體時間來適應，如果突然停藥，許多藥物還會產生斷癮症狀。**因此,在沒有跟醫生談過之前,不應該停止服藥**。對患有躁鬱症和慢性或復發性重鬱症的人來說，也許藥物得無限期地服用下去。

研究已經證明，在服用抗抑鬱劑期間，患有躁鬱症的人很有可能會轉變爲躁狂或是發展成快速地週期性發作。[39] 因此，患躁鬱症的人通常需要服用"情緒穩定"劑，可以是單獨服用，或是和抗抑鬱劑一起服用，以防止躁鬱症的惡化。鋰鹽和丙戊酸(Depakote®)是當今使用最爲普遍的情緒穩定劑。然而，一些新藥在情緒穩定方面的潛在作用還有待研究做進一步評估。

治療憂鬱症的藥物不會令人上癮。但是，就像處方開出的任何一種時間超過幾天的藥物一樣，這些藥物必須經過仔細監控，看是否開出的劑量是最有效的。醫生將定期檢查每種藥物的劑量和它們的效果。

對那些用單胺氧化霉抑制劑治療效果最佳的少部分病人而言，有必要避免食用酪胺含量較高的食物，如許多種奶酪、酒、醃漬品和像解充血藥之類的藥物。酪胺和單胺氧化霉抑制劑的相互作用會造成高血壓的危險，血壓的驟然升高有可能導致中風。醫生應開列一張忌口食物的完整清單，供病人隨時攜帶。其他形式的抗抑鬱劑無須忌口。研究人員正在爲一種更新的單胺氧化霉抑制劑司來吉蘭(selegiline)開發一種“皮膚藥貼”系統，如果研製成功，它有也許會比較老的單胺氧化霉抑制劑藥丸更爲方便和安全。

任何藥物,無論是處方藥、非處方藥或是借來的藥物,在沒有和醫生商量之前，不能混合服用。其他有開藥許可權的健康專業人士，如牙醫或是其他醫師，也應被告知病人正在服用何種藥物。一些藥物雖然單獨服用時是安全的，但如果和其他藥物一起服用，有可能導致嚴重和危險的副作用。

酒精，包括酒、啤酒和烈酒以及街上買來的毒品也許會減少抗抑鬱劑的效力，應該避免服用。然而，醫生也許會允許一些不依賴和濫用酒精的人，在服用新型的抗抑鬱劑時使用適量的酒精。

抗焦慮和鎮定劑不是抗抑鬱劑。醫生有時會將它們和抗抑鬱劑一起開給病人，但它們在單獨服用時對憂鬱症沒有效果。像安非他命這樣的刺激性藥物也不是有效的抗抑鬱劑，但患有其他病症的憂鬱症患者偶爾也會在醫生密切的監控下服用它們。

鋰鹽被用於治療躁鬱症已有許多年，因爲它對消除躁鬱症所慣有的情緒波動有特效。其有效劑量和有毒劑量的之間的區別十分微小，因此鋰鹽的服用一定得在仔細的監控下進行。如果病人先前就存在甲狀腺、腎臟、或是心臟疾病，或是癲癇症，醫生不會建議使用鋰鹽。幸運的，有一些其他藥物已被證明對控制情緒的波動有益。在這些藥物中，有兩種穩定情緒的抗痙攣藥物，雙丙基戊酸鈉(Depakote®)和氨甲腺氮草(Tegretol®)。在臨床實踐中，這兩種藥已經得到廣泛的接受，而且雙丙基戊酸鈉已經通過美國食品和藥物管理局的核準，爲治療急性躁狂的一類藥物。其他一些現在正在使用的抗痙攣藥物包括拉莫三(Lamictal®)、托秕酯(Topamax®)和加巴噴丁(Neurontin®)，然而，這些藥物治療躁鬱症的作用還有待進一步的證明和研究。

大多數患有躁鬱症的人服用不止一種藥物，他們除了服用鋰鹽，還有/或者一種抗痙攣藥物，還會服用一種治療伴隨而來的激動、憂慮、憂鬱或是失眠的藥物。找到最好的藥物組合對病人來說是最爲重要的事，也需要醫生的密切監控。

任何關於處方藥的問題,或是和藥物有關的問題應和醫生一起討論。

副作用

在開始服用一種新藥以前，讓醫生告訴你任何會出現的副作用。抗抑鬱劑也許會在一些人身上造成較輕症狀，通常也是臨時的副作用(有時被稱爲反作用)。這些副作用一般很令人困擾，但並不嚴重。然而，任何不正常的反應或是副作用、或是那些干擾機能的反應應該立即向醫生報告。

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

較新的抗抑鬱劑(SSRIs和其他的藥品)的副作用包括:

- 頭疼—這通常會消失。
- 噁心—這也是臨時的，即使發生，也是在服藥後短暫的時間之內。
- 緊張和失眠(睡眠有困難，夜間經常醒來)—這也許會發生在最先的幾週內;減少用藥劑量或是時間就能解決這些問題。
- 心情煩亂(感覺緊張不安)—如果這是在服藥後第一次出現，而且不是短暫的，應該告訴醫生。
- 性功能問題—如果問題持續或是到了令人擔心不安的程度，則應該和醫生商量。儘管憂鬱症本身會降低性慾、削弱性能力，但確知的一點是，SSRIs和其他藥效較強的含有血清素的抗抑鬱劑(如三環類抗抑鬱藥氯丙咪榛)會引起新的、和劑量有關的性功能障礙，這種障礙不同於男性和女性原有的需要治療的症狀。這些副作用會影響大約一半以上服用SSRIs的成年人。在男性中，普遍的問題包括， 性欲減退、勃起障礙和延遲射精。

在一些性功能障礙的情況下，症狀會隨著對藥物適應力的加強或是降低劑量而有所改善。給藥物“放假幾天” 以期提高性活力，已經證明對服用短期藥效的SSRIs的病人有用，但對服用氟比(Prozac®)的病人則不可行。有關SSRIs的差別的資料很有限，沒有資料顯示，病人如果從一種SSRIs轉換到另一種SSRIs，可以使其在性功能障礙上得到臨床改善。 如果一種抗抑鬱劑必須被替代，應該尋找另外不同的類型的藥物;就副作用而言，安非它酮(Wellbutrin®)、米氮平(Remeron®)、尼法唑酮(Serzone®)和文拉法辛(Effexor®)是很好的選擇。在有限的研究指引下，一些治療由抗抑鬱劑引起的男性性功能障礙的報告指出，在正在進行的治療中外加安非它酮(Wellbutrin®)、丁螺環酮(BuSpar®)和西地那非(Viagra®)[40]可以改善症狀。確保和你的醫生討論各種不同的選擇，因爲還可能會有其他的干預方式會有幫助。

三環類的抗抑鬱劑有不同類型的副作用:

- 口乾—喝幾口水、嚼無糖口香糖、每天潔牙都會有幫助。
- 便秘—應將糠穀類、李子乾、水果和蔬菜包括在飲食之內。。
- 膀胱問題—排尿有困擾，或不順暢；如果明顯有困難或是感覺疼痛，就應通知醫生；在有前列腺擴張毛病的老年男性身上也許問題更明顯。
- 性生活出現問題—性功能出現改變，男性也許會在性方面失去興趣、保持勃起或達到高潮有困難。如果情況令人擔憂，應和醫生討論這些副作用。
- 視力模糊—這種情況會很快消失，通常並不一定要配新眼鏡。
- 暈眩—從床上和椅子上起來的時候放慢速度將有有助於減輕這種情況。
- 白天嗜睡—這通常會很快過去。一個人在感覺想睡時或是服用鎮定劑後不應該駕駛或操縱重型裝置。鎮定作用越強的抗抑鬱劑一般在睡前服用，以幫助睡眠和減輕白天嗜睡症狀。

心理治療

幾種形式的心理治療，包括一些短期(10至20週)的治療對患有憂鬱症的人有幫助。兩種經研究證明有效的短期心理治療是認知行爲治療(CBT)和人際關係治療(IPT)。認知行爲治療的治療師可幫助病人改變導致和造成憂鬱症的消極思維和行爲模式。通過和治療師進行語言上的交流，加上爲治療時期給予的“家庭作業”，CBT幫助病人洞察病情並解決與憂鬱症有關的問題。人際關係治療的治療師幫助病人處理困擾著病人的、導致憂鬱症或正在使憂鬱症更加惡化的不良人際關係。心理治療可由各種各樣的註冊的心理健康提供者進行，如精神科醫師、心理學家、社會工作者和心理健康顧問。

**“你開始有些想法，‘等等，也許我可以克服這些，
也許這些正在我身上發生的事不是那麼的壞。
你自己開始這樣想。‘也許現在我自己可以面對這些事了’。
直到你意識它已經走開而你重新開始生活之前，
它只是微小的想法,‘喔,我的上帝,謝謝您，
我不再感覺悲傷了’。 然後當它最終走開，
當我感到高興的時候,我又回去做我生命中以前曾做的事。
你變得如此高興,因為你自己這樣想
‘我從來沒想到它還會走開’”。
–Shawn Colten，全國潛水冠軍**

對於許多憂鬱症患者，尤其是那些有中度至重度憂鬱症的人，綜合抗抑鬱劑和心理治療是治療的首選。一些精神病醫師提供兩種治療。或者，在許多情況下，兩位心理健康專業人士共同治療患有憂鬱症的人；如一個精神病醫師或是其他醫師，如家庭醫生也許會開藥，而另一個治療師則提供持續性的心理治療。

電療法

電療法(ECT)是另外一種治療的選擇，尤其對那些憂鬱症狀很嚴重或已經威脅生命的人，或是那些不能服用抗抑鬱劑的人有幫助。一些病例中，抗抑鬱劑無法使憂鬱症的症狀得到足夠的緩解，而ECT則卻十分有效。ECT發揮其精確的治療效果，而其治療機制還不爲人所知。[41]

近來來，ECT已經有了很大的改善。在治療前，病人會服用一種肌肉弛緩藥，而治療則是在實施了簡短的麻醉之後進行。電極被放置在頭部的精確位置，以傳遞電流刺激。此種刺激將在大腦中產生一陣簡短(大約30秒)而無明顯特徵的痙攣，這對治療效果十分必要。接受ECT的人自己並不會意識到電流的刺激。

一個ECT療程包括6至12次治療，每週治療三次，住院病人或是門診病人都可接受。病人爲了維持對ECT的反應，還要開始接受附加治療，通常的治療形式是以抗抑鬱劑和/或情緒穩定藥物。若一些人病人需要持續ECT，可在門診進行，治療頻率從每週一次至一個月一次。ECT最普遍的副作用是對離治療期不遠的事情會出現混淆和記憶的喪失。但在ECT醒來後感到的混淆事情和記憶喪失，通常在一個小時內就會消失。更多持續的記憶問題是不同的，而借助現代化的治療技術，就可以減到最低，如將刺激性的電極放在頭部的右側(單邊的ECT)。[41,42]

草藥治療

在過去幾年中，大眾對使用草藥治療憂鬱症和焦慮症越來越感興趣。從聖約翰草(貫葉連翹)，一種黃色花的野生植物中的萃取物在歐洲被廣泛使用來治療輕度和中度的憂鬱症，它目前也是美國銷售量最好的植物產品之一。因爲在美國聖約翰草的使用越來越多，加之有關這種草藥的對治療憂鬱症的功效和長期使用還存在一些重要的問題有待研究，全國健康研究所(NIH)進行了一次爲期四年、耗資600萬美元的臨床試驗，來確定聖約翰草的標準萃取物是否對治療患有中度的重鬱症的成年人有效果。這一試驗發現，聖約翰草在治療中度的重鬱症上的效果不比安慰劑(一種不含藥性的製劑，開給病人僅僅爲加強他康復的希望)更有效。[43] 至於這種草藥對治療較不嚴重的憂鬱症的作用還需要進行更多的研究。

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

食品和藥物管理局於2000年2月10日公布了一份有關使用聖約翰草的大眾健康警告。警告稱，這種草藥看似會影響許多處方藥會用到的一種重要的代謝途徑，這些處方藥包括治療心臟病、憂鬱症、癲攣、一些癌症和器官移植排斥反應的藥物。而且，聖約翰草減少一些治療愛滋病病毒的藥物在血液中之濃度。如果和這些藥物一起服用的話，愛滋病病毒也許會以一種抗藥的形式反彈。(該警告刊登在全國心理健康研究所的網站http://www.nimh.nih.gov/events/stjohnwort.cfm)。衛生保健提供者應該警告病人這些潛在的藥物間的相互作用;而病人在服用任何草藥增補劑之前也應向衛生保健人員諮詢。

如果患有憂鬱症,如何幫助自己?

“它影響你思考的方式。它影響你感覺的方式。
它只是簡單地侵入你皮膚的每個毛孔。
假裝自己很好是如此的令人疲憊不堪。
我所有能做的就是關閉自己。
有時，你會說‘這已經夠了’”。
–Steve Lappen，作家

憂鬱症令人感覺疲憊不堪，沒有價值、無助和絕望。這些消極的思想和感覺讓一些人直覺想放棄。因此，意識到這些消極觀點是憂鬱症的一部分，而且了解這些思想並非準確地反映出眞實的情況，這點至關重要。當治療開始奏效的時候，消極的思想也會褪去。同時:

- 適度地運動、去看電影、看球賽，或者參加宗教、社交和其他有益的活動。
- 根據憂鬱症來訂定符合現實的目標以及合理的責任。
- 把大的任務分化成小任務，確定完成的先後順序，在你能做的時候做你能做的事。
- 試著和其他人相處，並向某人吐露心聲;這常常要比一個人獨處並祕密行事要好。
- 參加一些能令人感覺更好的活動。
- 預期你的情緒會逐漸好轉，而不是立即好轉。感覺好轉需要時間。通常在接受憂鬱症治療的時候，情緒好轉之前，睡眠和胃口會先開始改善。
- 可取的做法是延遲做一些重要的決定，直到憂鬱症有所好轉。在決心做出重大轉折前，如換工作、結婚或是離婚，和那些很瞭解你、並對你的境況有一個更客觀觀點的人討論一下。
- 人們很少會從憂鬱症中突然好起來。但他們會一天天、一點點地好起來。
- 記住，當你的憂鬱症對治療有反應時，意味著憂鬱症一部分的消極思想會被積極思想取代從而消失。
- 讓你的家人和朋友幫助你。

家人和朋友如何提供協助?

對患有憂鬱症的男性，任何人能所能做的最重要的事情就是幫他向醫生尋求診斷評估和治療。首先，試著跟他聊聊憂鬱症—幫他了解憂鬱症是男性中很普遍的一種疾病，沒有什麼可感到羞恥的。也許你還可和他分享這本小冊子，然後鼓勵他去看醫生，來決定他的症狀的起因、然後得到相應的治療。

有時，你也許需要爲患有憂鬱症的人預約門診，並陪伴他一起去看醫生。一旦他接受治療，你也可繼續幫助他:鼓勵他堅持治療直到症狀開始好轉(幾週);如果沒有好轉，還可鼓勵他尋求不同的治療方法。這也意味著你要看著他是否服用醫生開出的藥，並且/或是去醫生那裡接受持續性的治療。鼓勵他坦白地告訴醫生他自己是否使用酒精、處方藥，或是毒品，鼓勵他在接受抗抑鬱劑的時候，遵照醫生關於使用這些物質的叮囑。

第二重要的事情就是對患有憂鬱症的人提供情感上的支持。這包括理解、耐心、友愛和鼓勵。讓他多和人交談，並仔細聆聽。不要忽視他也許會表達出來的感覺，但要指出現實，並給予他們希望。**不要忽視有關自殺的言論**。**向患有憂鬱症者的醫生報告這些言論**。**在緊急情況發生時候,撥打911**。邀請他一起去散步、外出、或是看電影以及其他一些活動。如果你的邀請被拒絕，可稍作堅持。鼓勵他參加一些曾帶給他快樂的活動，如運動、宗教和文化活動，但不要逼他從事太多的活動，也不要逼得太急。患有憂鬱症的人需要娛樂和陪伴，但要求太多會增加患者的挫敗感。

不要譴責患有憂鬱症的人裝病或是懶惰，或是希望他“突然擺脫憂鬱症”。在接受治療後，大多數的人最終會好起來。記住這點，並持續向他保證，在時間和幫助下，他會感覺更好。

何處尋求幫助

如果不確定去哪裡尋求幫助，和你所信任的、並對心理健康有經驗的人談談，如醫生、護士、社會工作人員或是宗教顧問。問問他們對去哪裡尋求治療有何建議。如果附近有大學，它的精神病學系或是心理學系也許會提供私人的和/或是收費級別不等的臨床服務。否則，可以查查電話簿黃頁上的“心理健康”、“健康”、“社會服務”、“自殺預防”、“危機處理服務”、“熱線”、“醫院”或是“醫生”的分類下的電話號碼和地址。在危機發生的時候，醫院裡的急診室的醫生也許能對心理健康問題提供臨時的幫助，並且將告訴你去哪裡和如何得到進一步的幫助。

下面列出了可轉介或是提供診斷和治療服務的各類專業人員和場所。

- 家庭醫生
- 心理健康專家，如精神病學家、心理學者、社會工作者或是心理健康諮詢者
- 宗教人員/諮詢者
- 健康維護組織
- 社區心理健康中心
- 醫院的精神科和門診診所
- 大學或醫學院的附屬計劃
- 州立醫院門診診所
- 社會服務機構
- 私人診所和設施
- 員工援助計劃
- 當地醫學和/或精神病學協會

在聯邦政府內，物質濫用和心理健康服務管理局(SAMHSA)提供全國範圍內的有關心理健康和物質濫用治療的計劃和資源的“服務查詢”。登陸網站 http://www.mentalhealth.samhsa.gov/databases/ or call toll-free，或撥打免費電話號碼1-800-789-2647。

SPEAK up,save lives

SPEAK
Suicide Prevention Education Awareness Kit

結論

你是不是認識一個性情乖戾、易怒並且沒有一點幽默感的人?也許他飲酒過多或是濫用毒品；也許他從身體或是言語上虐待他的妻子和小孩；也許他所有的時間都在工作，或是禁不住在高度危險的行爲中尋求刺激；或者他看起來孤立、性格內向、而且不再對過去他曾經喜愛的人和活動感興趣了。

也許這個人就是你。如果是這樣，那麼知道這一種叫做憂鬱症的大腦疾病正在無形中影響感覺和行爲，是很重要的。它是眞實的:科學家已經開發出靈敏的照影設備、可以使我們在大腦中看到這一疾病。它是可治療的:超過80%患有憂鬱症的人會對現有的治療手段有所反應，[44] 而且新的治療方法還在不斷出現並且幫助更多的人。和健康保健提供者談談你現在的感覺並且尋求他們的幫助。

或許這人是你所關心的某個人。試著和他談談，或是和一個有機會和他聯繫的人談談。幫助他意識到：憂鬱症是男性中很普遍的一種疾病，沒有什麼可感到羞恥的。鼓勵他看醫生，並得到有關憂鬱症的評估。

對於大多數患有憂鬱症的男性而言，生活並不一定是如此的黑暗和絕望。生活原本就夠艱難，而治療憂鬱症則可以釋放出重要資源來更有效的克服生活中的挑戰。當一位男性患上憂鬱症的時候，他本人不是唯一受折磨的人。他的憂鬱症也使他的家人、朋友和幾乎每個接近他的人的生活蒙上陰影。而讓他接受治療則可以在所有這些人的生活中激起康復和希望的漣漪。

憂鬱症是一種眞正的疾病;男性們可能患上憂鬱症，但它是可以治療的。尋求幫助需要勇氣，但幫助則可使你受益無窮。

**“而且很快地,你開始有好的關於你自己的思想，
你覺得你不是無價值的。你有點抬起頭來做人，
並且回顧那段你剛剛走過的有車印和泥濘的泥土路，
而現在你走在平坦的瀝青路上，你說:
‘哇，這是什麼樣的一個旅行啊。仍然需要在一條路走下去，
但我不再想走那條路了’”。
–Patrick McCathern，
一級軍士，美國空軍，退役**

更多資訊

全國心理健康研究所
National Institute of Mental Health
Office of Communications
6001 Executive Boulevard, Room 8184, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
免費電話: 1-866-227-NIMH (-6464)
電話: 1-301-443-4513
傳眞: 1-301-443-4279
TTY電話(打字電話): 1-301-443-8431
爲你而設的傳眞: 1-301-443-5158
網址: http://www.nimh.nih.gov
電子郵件: nimhinfo@nih.gov

聯邦政府機構的使命是通過對精神、大腦和行爲進行研究，減少心理疾病、行爲障礙的負擔。全國心理健康研究所是美國健康與人類服務部的全國健康研究所的一部分。

物質濫用和心理健康服務管理局
Substance Abuse and Mental Health Services Adminsitration
National Mental Health Information Center
P.O. Box 42557
Washington, DC 20015
免費電話: 1-800-789-2647
傳眞: 1-301-984-8796
TDD電話(聾人電話): 1-866-889-2647
網址: http://www.mentalhealth.org
電子郵件: info@mentalhealth.org

SAMHSA的全國心理健康資訊中心提供關於心理健康服務的大眾資訊，並爲需要更多資訊和幫助的人，提供聯邦、州和當地的資源。SAMHSA是美國健康與人類服務部下的一個機構。

憂鬱症和躁鬱症聯盟(原爲全國憂鬱症和狂躁型憂鬱症聯合會)
Depression and Bipolar Support Alliance (formerly the National Depressive and Manic-Depressive Association)
730 N. Franklin Street, Suite 501
Chicago, IL 60601-7224
免費電話: 1-800-826-3632
電話: 1-312-642-0049
傳眞: 1-312-642-7243
網址: http://www.dbsalliance.org

服務於病人的組織，其使命爲提高患有情緒障礙症的人們的生活。

全國心理疾病聯盟
National Alliance for the Mentally Ill
Colonial Place Three
2107 Wilson Boulevard, Suite 300
Arlington, VA 22201
免費電話: 1-800-950-NAMI (-6264)
電話: 1-703-524-7600
傳眞: 1-703-524-9094
TDD電話(聾人電話): 1-888-344-6264
網址: http://www.nami.org

由消費者、重度心理疾病者的家人和朋友組成的支持和宣傳組織——擁有超過1200個州和當地會員組織。當地的會員組織通常爲尋找治療方法提供指導。

全國憂鬱症基金會
National Foundation for Depressive Illness, Inc.
PO Box 2257
New York, NY 10116
免費電話: 1-800-239-1265
電話: 1-212-268-4260
網址: http://www.depression.org

該基金會向大眾提供有關憂鬱症、以及可治療性的資訊，並促進研究、教育和治療的各種計劃。

全國心理健康聯合會
National Mental Health Assocication
2001 N. Beauregard Street, 12th Floor
Alexandria, VA 22311
免費電話: 1-800-969-NMHA (-6642)
電話: 1-703-684-7722
傳眞: 1-703-684-5968
TTY電話(打字電話): 1-800-433-5959
網址: http://www.nmha.org

該聯合會和全國340個會員組織一起工作，通過宣傳、教育、研究和服務來倡導心理健康。

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

參考書目

1 Blehar MD, Oren DA. Gender differences in depression. Medscape Women's Health, 1997; 2(2):3. Revised from: Women's increased vulnerability to mood disorders: integrating psychobiology and epidemiology. Depression, 1995; 3:3-12.

2 Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubin-Stiper M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen H, Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. Journal of the American Medical Association, 1996; 276: 293-9.

3 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 table.

4 Sackeim HA. Commentary: Functional brain circuits in major depression and remission. Archives of General Psychiatry, 2001; 58(7): 649-50.

5 Regier DA, Rae DS, Narrow WE, Kaelber CT, Schatzberg AF. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. British Journal of Psychiatry, 1998; 173(Suppl. 34): 24-8.

6 Depression Guideline Panel. Clinical practice guideline, number 5. Depression in primary care: volume 1. Detection and diagnosis. AHCPR Pub. No. 93-0551. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, 1993.

7 Shalev AY, Freedman S, Perry T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. American Journal of Psychiatry, 1998; 155(5): 630-7.

8 Strakowski SM, DelBello MP. The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. Clinical Psychology Review, 2000; 20(2): 191-206.

9 NIMH Fact Sheets on Depression and Other Illnesses. June 2002. http://www.nimh.nih.gov/publicat/cooccurmenu.cfm

10 Lewinsohn PM, Hoberman HH, Rosenbaum M. A prospective study of risk factors for unipolar depression. Journal of Abnormal Psychology, 1988; 97(3): 251-64.

11 Tsuang MT, Faraone SV. The genetics of mood disorders. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1990.

12 Soares JC, Mann JJ. The anatomy of mood disorders review of structural neuroimaging studies. Biological Psychiatry, 1997; 41: 86-106.

13 Soares JC, Mann JJ. The functional neuroanatomy of mood disorders. Journal of Psychiatric Research, 1997; 31(4): 393-432.

14 Pollack W. Mourning, melancholia, and masculinity: recognizing and treating depression in men. In: Pollack W, Levant R, eds. New psychotherapy for men. New York: Wiley, 1998; 147-66.

15 Cochran SV, Rabinowitz FE. Men and depression: clinical and empirical perspectives. San Diego: Academic Press, 2000.

16 Robins L, Regier D. Psychiatric disorders in America. New York: Free Press, 1991.

17 Miniño AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL. Deaths: final data for 2000. National Vital Statistics Reports; 50(15). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics, 2002.

18 Moscicki EK. Epidemiology of suicide. In: Jacobs D, ed. The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1999; 40-71.

19 Moscicki EK. Epidemiology of completed and attempted suicide: toward a framework for prevention. Clinical Neuroscience Research, 2001; 1: 310-23.

20 Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce MI, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life: consensus statement update. Journal of the American Medical Association, 1997; 278(14): 1186-90.

21 Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. American Family Physician, 1999; 60(3): 820-6.

22 Conwell Y. Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. Suicide and Life Threatening Behavior, 2001; 31(Suppl): 32-47.

23 Bruce ML, Pearson JL. Designing an intervention to prevent suicide: PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial). Dialogues in Clinical Neuroscience, 1999; 1(2): 100-12.

24 Little JT, Reynolds CF III, Dew MA, Frank E, Begley AE, Miller MD, Cornes C, Mazumdar S, Perel JM, Kupfer DJ. How common is resistance to treatment in recurrent, nonpsychotic geriatric depression? American Journal of Psychiatry, 1998; 155(8): 1035 8.

25 Reynolds CF III, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD, Mazumdar S, Houck PR, Dew MA, Stack JA, Pollock BG, Kupfer DJ. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than 59 years. Journal of the American Medical Association, 1999; 281(1): 39-45.

26 Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G, Regier DA. The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1996; 35(7): 865-77.

27 Angold A, Worthman CW. Puberty onset of gender differences in rates of depression: a developmental, epidemiologic and neuroendocrine perspective. Journal of Affective Disorders, 1993; 29: 145-58.

28 Klerman GL, Weissman M. Increasing rates of depression. Journal of the American Medical Association, 1989; 261: 2229-35.

29 Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, Moreau D, Adams P, Greenwald S, Klier CM, Ryan ND, Dahl RE, Wickramaratne P. Depressed adolescents grown up. Journal of the American Medical Association, 1999; 281(18):1701-13.

30 Angold A, Costello EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. American Journal of Psychiatry, 1993; 150(12): 1779- 91.

31 Kovacs M. Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. Diabetes Care, 1997; 20(1): 36-44.

32 Birmaher B, Brent DA, Benson RS. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998; 37(11): 1234-8.

SPEAK Suicide Prevention Education Awareness Kit

33 Ryan ND, Puig-Antich J, Ambrosini P, Rabinovich H, Robinson D, Nelson B, Iyengar S, Twomey J. The clinical picture of major depression in children and adolescents. Archives of General Psychiatry, 1987; 44(10): 854-61.

34 McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997; 36(Suppl 10): 157S-76S.

35 Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1996; 35(11): 1427-39.

36 Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry, 1996; 53(4): 339-48.

37 Shaffer D, Craft L. Methods of adolescent suicide prevention. Journal of Clinical Psychiatry, 1999; 60(Suppl 2): 70-4; discussion 75-6, 113-6.

38 National Center for Injury Prevention and Control. Leading Causes of Injury Deaths, United States, 2000, All Races, Both Sexes. http://webapp.cdc.gov/sasweb/ncipc/leadcaus10.html

39 Thase ME, Sachs GS. Bipolar depression: pharmacotherapy and related therapeutic strategies. Biological Psychiatry, 2000; 48(6): 558-72.

40 Nurnberg HG, Hensley PL, Gelenberg AJ, Fava M, Lauriello J, Paine S. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil: a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 2003; 289(1): 56-64.

41 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. http://www.surgeongeneral.gov/library/mentalhealth/home.html

42 Sackeim HA, Haskett RF, Mulsant BH, Thase ME, Mann JJ, Pettinati HM, Greenberg RM, Crowe RR, Cooper TB, Prudic J. Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 2001; 285(10): 1299-307.

43 Hypericum Depression Trial Study Group. Effect of Hypericum perforatum (St. John's wort) in major depressive disorder: a randomized, controlled trial. Journal of the American Medical Association, 2002; 287(14): 1807-14.

44 Healthcare reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council. American Journal of Psychiatry, 1993; 150(10): 1447-65.

紐約州心理健康局感謝全國心理健康研究所提供包括在本手冊中的一些資訊。

欲知更多的資訊，請寫信或打電話給心理健康社區外展和公共教育辦公室，地址爲44 Holland Avenue，Albany NY 12229，撥打免費電話866-270-9857、或登陸SPEAK網站www.speakny.org

NATIONAL SUICIDE PREVENTION LIFELINE™

幫助會給你帶來康復的希望

1-800-273-TALK

www.suicidepreventionlifeline.org

任何時間我們都可爲你
和你關心的人提供幫助

Printed May 2004, Revised March 2007