

談談關於：
婦女與憂鬱症

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: 婦女 與憂鬱症

目錄

介紹.....	3
憂鬱症的類型.....	3
憂鬱和躁狂的症狀.....	4
憂鬱症的起因.....	4
婦女處於更高的憂鬱症風險之中.....	5
婦女憂鬱症的許多層面.....	5
憂鬱症是一種能被治療的疾病.....	8
康復的途徑.....	10
去哪裡尋求幫助.....	11
更多資訊.....	12
參考書目.....	13
有用的書籍.....	14



生活充滿了感情的高低起伏，但當“消沈”持續很長時間，或是干擾到你的活動能力，你也許已患上了一種普遍而又嚴重的疾病——憂鬱症。臨床的憂鬱症影響情緒、精神、身體和行爲。研究顯示，在美國，每年約有1,900萬人——每十個成人中就有一人會患上憂鬱症，大約有三分之二的人沒有得到他們所需要的幫助。⁹治療對80%的病例能起到減輕症狀的作用，然而因爲它經常不被識別出來，憂鬱症持續地對人們造成不必要的折磨。

憂鬱症是一種普遍而具有損毀性的疾病，婦女和男性都會受影響，但經歷憂鬱症的婦女人數大約是男性的兩倍。¹ 研究人員仍在繼續研究那些爲婦女特殊獨有的問題，如生理學上的，與生命週期有關的和社會心理因素如何與婦女較高的憂鬱症發病率相關。

沒有兩個人會以同樣的方式患上憂鬱症。許多人只有部分症狀，嚴重性和持續時間長短各不相同。對一些人來說，症狀發生的時間有限；而對另外一些人，如果不接受治療，症狀將會持續很長時間。出現憂鬱症的一些症狀並不意味著患上了臨床憂鬱症。例如：對那些失去至愛的人來說，感覺悲傷、無助、對日常活動提不起興趣是正常的。只有當這些症狀異乎尋常的持續很長一段時間，才有理由懷疑悲傷是否已經演變成了憂鬱症。同樣的，活在可能被解雇的壓力、沈重的工作負擔、財務或是家庭問題壓力之下，也會使人易怒和“沮喪”。在達到某個臨界點之前，這些感覺只不過是人類正常經歷的一部分。但當這些感覺持續的時間和嚴重程度增加，而且一個人已經不能像以往那樣活動，曾經是暫時的情緒也許已經變成了一種臨床疾病。

憂鬱症的類型

- 在重鬱症，有時也被稱爲單極或臨床憂鬱症中，人們一般會出現部分或是全部以下列出的症狀，此類症狀持續時間至少兩週，但通常是持續幾個月或更長時間。疾病的發作在一生中可能是一次、兩次或是幾次。
- 在輕鬱症中，同樣的症狀會出現，但症狀較輕，而且持續至少兩年。患有輕鬱症者通常缺乏對生活的興趣和熱情，生活得不快樂，覺得疲乏，而會讓人誤以爲這是他們真正的個性。他們也有可能曾經歷重鬱症的發作。
- 狂躁型憂鬱症，或躁鬱症幾乎不像其他形式的憂鬱症那麼普遍，它包括了憂鬱的症狀和躁狂相互交替的分裂性的週期。在躁狂發作的時候，人也許會變得過份活躍、多話、愉快、易怒、不負責任地亂花錢並且陷入因危險性行爲而引起的困境。在一些人中，輕度形式躁狂(被稱爲輕度躁狂)會和憂鬱的症狀相互交替。不像其他形式的情緒疾病，婦女和男性同樣易受躁鬱症的傷害；但患有躁鬱症的婦女往往會有更多的憂鬱症狀發作，較少的躁狂或是輕度躁狂的發作。⁵





憂鬱和躁狂的症狀

如果出現3至5個以下的症狀，持續時間超過兩週(躁狂為一週)，或如果這些症狀干擾工作和家庭生活，則需要做一個全面的診斷評估。評估包括一個完整身體檢查並需蒐集家庭健康史。並不是每一個患有憂鬱症的人都會經歷每一個症狀。這些症狀的嚴重程度也因人而異。

憂鬱

- 持續悲傷、焦慮或“空虛”的感覺
- 對活動失去興趣，包括性
- 坐立不安、易怒、過多地哭泣
- 罪惡感、無價值、無助、絕望、悲觀
- 睡眠過多或過少，早醒
- 沒胃口和/或體重降低，或過量飲食和體重增加
- 精力減退、疲乏、感覺“慢下來”
- 死亡和自殺的念頭，或是嘗試自殺
- 注意力不集中、記憶力減退、或是做決定有困難
- 對治療不起反應的持續的身體症狀，如頭疼、消化失調和慢性疼痛

躁狂

- 不正常的情緒高漲
- 易怒
- 睡眠的需要減少
- 誇大的想法
- 說話增多
- 想法一個接著一個
- 活動增加，包括性活動
- 精力明顯增加
- 不良的判斷力導致危險行為
- 不恰當的社交行為

憂鬱症的起因

基因因素

有家庭憂鬱症史的人可能會患上憂鬱症，這顯示出生理上的弱點也許會被遺傳。這種風險在那些患有躁鬱症的人身上也許更高。然而，並不是每個擁有家族病史的人都會患上憂鬱症。此外，重鬱症會出現在一些無家庭病史的人身上。這顯示，一些其他的因素，有可能是生化因素、環境的壓力和其他一些心理因素也會導致憂鬱症的發作。

生物化學因素

證據顯示，大腦的生物化學成份在憂鬱症中是一個很重要的因素。例如，在患有重鬱症的人身上，一種叫做神經傳遞素的大腦化學物質通常會出現失調。此外，被生物化學成份所影響的睡眠模式，在患有憂鬱症的人身上也通常各不相同。憂鬱症可以由某些藥物

誘發或緩解，而且有一些荷爾蒙有改變情緒的特性。未知的是，憂鬱症的“生物化學物質的干擾”是否有遺傳性，它是否比壓力、創傷、身體疾病或其他環境因素這些致病因素要次要一些。

環境及其他壓力源

重要損失、一段難以處理的關係、財務問題或生活模式的重大改變這些都曾被引用為憂鬱症的致病因素。有時，憂鬱症的發作和劇烈的或長期的身體疾病有關。此外，在患有任何憂鬱症的人中，大約有三分之一的人會出現某種形式的物質濫用。⁷

其他心理和社會因素

悲觀的思想、自尊心過低、感覺對生活中的事物失去控制、常過分擔心，具有這些特性的人都有可能患上憂鬱症。這些特徵會增大壓力事件對人的影響、干擾個人採取應付這些事件的措施、或是干擾個人的康復。個人在成長過程中被賦予的期望值和被賦予的性別角色，會導致這些特徵的發展。看起來，消極的思想模式一般會從童年或是青春期中發展起來。一些專家提出，女孩的傳統撫養方式也許造成了這些特性，這也許是導致婦女具有較高的憂鬱症發病率的因素之一。

婦女處於更高的憂鬱症風險之中

受重鬱症和輕鬱症影響的婦女是男性的兩倍，這種2:1的比例存在於任何種族、背景或經濟地位的族群中。在全世界，另外有十個國家也曾報告說擁有這樣的男女患病比例。¹² 男性和女性的躁鬱症(狂躁型憂鬱症)的發病率大體相當，儘管女性通常有更多的憂鬱症狀，較少的躁狂發作。另外，許多婦女躁鬱症循環週期迅速，這使得她們對標準化的治療更有抵抗力。

婦女生命中所特有的一些因素被懷疑對憂鬱症發展起到重要的作用。目前，研究人員的研究集中在以下一些方面：瞭解生殖系統、荷爾蒙、基因和其他生物學有關的因素、虐待和壓抑、人際關係、某些心理和個性方面的特徵。但導致婦女憂鬱症的具體原因還不十分清楚，因為許多面臨這些問題的婦女並沒有患上憂鬱症。但不管致病原因如何，憂鬱症是可治療的。

婦女憂鬱症的許多層面

婦女憂鬱症的研究者現正集中研究以下這些方面：

青春期的問題

在青春期之前，男孩和女孩憂鬱症的發病率只有些差別。但在11歲和13歲之間，女孩的憂鬱症發病率卻急速上升。到了15歲，女性重鬱症發作的可能性是男性的兩倍。² 憂鬱症發作的時間，常常是青春期中角色和期望都發生劇烈變化的那段時間。青春期的壓力包括：自我角色的形成，性徵開始出現，和父母分離，第一次嘗試做決定，以及其他的身體、智力和荷爾蒙方面的變化。這些壓力對女孩和男孩是不同的，它們也許-





和女性中的憂鬱症有更多的聯繫。研究顯示:跟男高中生相比,女高中生的憂鬱症、焦慮症、進食失調和適應障礙的發病率要高許多,而男高中生的擾亂性行為障礙的發病率更高。⁶

成年期:關係和工作角色

從生物學角度來講對憂鬱症抵抗力比較脆弱的人,壓力會導致他們患上憂鬱症。有些理論認為,婦女中較高的憂鬱症發病率並不是因為她們更脆弱,而是因為許多婦女所面臨的特殊壓力。這些壓力包括家庭、工作、單身母親及照料孩子和年邁的父母等這些責任。這些因素究竟以何種方式影響婦女目前還沒有定論。

無論男女,重鬱症的發病率在分居和離婚人士身上最高,而在已婚的人身上最低,雖然在其他族群中,女性重鬱症的發病率仍然比男性高。然而,婚姻品質也會導致憂鬱症。對婦女而言,缺乏親密而可信任的夫妻關係、及公開的夫妻爭執都會導致婦女患上憂鬱症。實際上,有資料顯示,憂鬱症在已婚但並不快樂的婦女身上的發病率最高。

生理生殖因素

與女性生殖系統相關的事包括月經期、懷孕、產後期、不育、絕經期、有時還包括不生孩子的決定。這些事情會帶來情緒上的波動,在有些婦女身上則會造成憂鬱症。研究證實,荷爾蒙對控制感情和情緒的大腦化學反應會產生影響;但荷爾蒙參與這一過程的具體的生物機制還不為人知。

許多婦女經歷的某些行為和身體的變化和月經週期有關。對一些婦女而言,這些變化是嚴重的,而且定期發生。這些變化包括憂鬱的感覺、易怒和其他感情和身體上的變化。經前期綜合症(PMS)或經前期輕度憂鬱症(PMDD)經常發生在排卵之後,而且直到月經開始都會越來越惡化。科學家正在研究雌激素週期性增長和衰落以及其他荷爾蒙是如何影響和憂鬱症有關的大腦的化學反應。¹⁰

產後情緒變化—包括很多情況,從剛剛分娩後短暫的“低落”情緒,到重鬱症的發作,或是嚴重的、導致人喪失能力的精神病性質的憂鬱症都有。研究顯示,那些產後出現重鬱症的婦女,通常過去就出現過憂鬱症的發作,儘管她們也許不曾被診斷或治療過。

懷孕(如果是計劃中的)很少會導致憂鬱症,墮胎看起來也不會導致更高的憂鬱症的發病率。患有不孕症的婦女也許更容易有極度的焦慮或是悲傷,但不孕是否會導致更高的憂鬱症發病率並不太清楚。此外,因為所面臨的壓力和需求增加,身為人母也會處於更高的憂鬱症風險之中。

停經期一般說來並不會使女性更增加患上憂鬱症的機會。實際上,儘管研究人員曾經認為,停經期的憂鬱症是一種獨特的憂鬱症,但研究後來顯示,它跟其他年齡層次的憂鬱症並無任何不同。無法承受因生活的變化而引起憂鬱症的婦女,往往是那些過去曾經患有過憂鬱症的人。

文化因素

就一般的憂鬱症而言，非洲裔和西班牙裔婦女的患病率是本族裔男性的兩倍。然而，有一些證據顯示，跟白人婦女相比，被診斷出重鬱症和輕鬱症的非裔婦女較少，而診斷出這些疾病的西裔婦女稍稍較多。而其他種族間的患病情況目前資料不全。

症狀表現上的不同也許會影響到對少數族裔憂鬱症的識別和診斷。例如，非裔美國人也許更有可能報告說有生理上的症狀，如胃口的改變、身體疼痛。此外，來自不同文化背景的人看待憂鬱症症狀的方式也許會有不同。在治療處理來自不同族群的婦女時，這些因素都應考慮在內。

侵害經歷

研究顯示，幼年時遭受騷擾的婦女比其他的婦女，更有可能在生命中的某一時期患上憂鬱症。此外，有幾項研究也顯示，青春期和成年期被強暴的婦女具有更高的憂鬱症發病率。因為在幼年時遭到性侵害的婦女要比男性多得多，這些發現都是互相關聯的。經歷過其他常見虐待形式的婦女，如被毆打和工作場所的性騷擾，也會具有更高的憂鬱症患病機率。被虐待會降低受害者的自尊心、讓她們感覺無助、自責和與社會隔絕，從而患上憂鬱症。因為生長在一個非正常家庭而造成的憂鬱症，也會包含一些生理和環境上的風險因素。目前，更多的研究正在探究是否受到侵害會使人患上憂鬱症。

貧窮

在美國的貧窮人口中，婦女和兒童佔到75%。貧窮造成的經濟地位的低下會帶來許多壓力，其中包括孤立、懷疑、經常出現負面事件和無法獲得有利資源。在低收入和缺乏社會支持的人中，悲傷和精神狀態不佳更加普遍。但還沒有研究顯示，憂鬱症是否在面臨著這些環境壓力的人身上更為普遍。

成年後期憂鬱症

曾經有一段時間，人們普遍認為，當孩子們離家，母親面臨“空巢綜合症”、經歷極度的生活目標與母親角色的雙重失落，她們會更容易患上憂鬱症。但目前卻沒有研究顯示，憂鬱症的發病率會在這個生命時期的女性出現增加。

跟年輕族群一樣，有更多的年長婦女比同年齡的男性易患上憂鬱症。同樣地，對於所有的年齡層而言，未婚(包括寡居)是憂鬱症的一個風險因素。最重要的是，憂鬱症不應被看成是老年人因為身體、社會和經濟問題所造成的正常後果而不予理會。實際上，大多數的研究顯示老年人對他們的生活感覺滿意。

每年大約有80萬人喪偶。他們大都是年老的女性，並且具有不同程度的憂鬱症的症狀。大多數人不需要正規的治療，但那些經歷中等程度或是嚴重悲傷情緒的人似乎可以從互助小組或是各種不同的社會心理治療中獲益。然而，三分之一的寡婦和鰥夫，在失去配偶的第一個月裡確實會出現重鬱症的症狀，而且他們中的一半人在一年之後，仍然會患有臨床憂鬱症。這些憂鬱症對標準的抗抑鬱劑的藥物治療會有反應，但有關何時開始治療，以及藥物應如何和社會心理治療相結合的研究才剛剛起步。^{4,8}





憂鬱症是一種能被治療的疾病

即使是最嚴重的憂鬱症都會對治療有強烈的反應。確實，認為自己的情況“沒救了”，通常是伴隨著嚴重憂鬱症的無助感的一部分。這些人應該被告知現代憂鬱症治療的有效性，在提供給他們這些資訊的時候，要注意到這些人對治療是否有效抱有懷疑。和許多疾病一樣，對憂鬱症的治療越早，治療會越有效，防止嚴重復發的可能性越大。當然，治療不會消除生活中的不可避免的壓力和起伏，但它可大大地提高個人面對這些挑戰的能力及帶來更大的生活享受。

治療憂鬱症的第一步應該是一次完全的身體檢查，以排除任何可能導致憂鬱症症狀的身體疾病。因為某些藥物引起的症狀和憂鬱症的症狀相同，體檢的醫生應該瞭解接受體檢者的用藥情況。如果導致憂鬱症症狀的身體原因沒有找到，醫生或是其推薦下的心理健康專業人士就應對病人做一個心理評估。

憂鬱症的治療種類

治療憂鬱症最普遍的治療方法為抗抑鬱劑治療、心理治療或是兩者的綜合治療。哪一種治療對病人最佳，取決定於憂鬱症的性質和嚴重程度，從某種程度上也取決於病人的喜好。對於輕度和中度的憂鬱症患者，選擇一種或綜合兩種治療也許都會有用，但對於嚴重或是已經使人喪失能力的憂鬱症患者，醫生往往會推薦以藥物治療做為治療的第一步。³ 在兩者綜合治療中，藥物可以迅速地緩解身體症狀，而心理治療則給予病人機會，來學習有效處理問題的方法。

藥物

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)，和三環抗鬱劑和單胺氧化酶抑制劑藥物(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的副作用要少。每種藥物都作用於不同的、和情緒有關的人腦的化學路徑。抗抑鬱劑不會令人上癮。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至少四週，有些情況下，要服用八週，才能使治療效果顯現。為了使藥物更有效地發揮作用、並預防憂鬱症的復發，病人必須認真地按照醫囑，連續服藥6到12個月左右。藥物必須處於監控之下，以保證是最有效的劑量，並且將副作用降低至最少。對於那些憂鬱症反覆發作了幾次的人，長期的藥物治療是預防憂鬱症復發最有效的方法。

開藥的醫生需告訴病人藥物的副作用和飲食和藥物方面的禁忌(在服用MAOIs的時候)。此外，服用其他處方藥、非處方藥、或是飲食的增補劑也應該經過考察，因為一些藥物會和抗抑鬱劑發生不良反應。懷孕期間可能有禁忌。

鋰鹽被用於治療躁鬱症已有許多年，因為它對消除躁鬱症所特有的情緒波動有特效。鋰鹽的有效劑量和有毒劑量之間的區別十分微小，因此鋰鹽的服用一定得在仔細地監控下進行。然而，如果病人先前就存在甲狀腺、腎臟、心臟疾病，或是癲癇症，醫生可能不會建議使用鋰鹽。幸運地，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，氨甲銻氮卓(Tegretol®)和丙戊酸(雙丙基戊酸鈉Depakote®)。在臨床上，這兩種藥已經被廣泛地接受，而且丙戊酸已經通過美國食品和藥物管理局的核准，為治療急性躁狂的一類藥物。在芬蘭對癲癇症病人進行的研究顯示，雙

丙基戊酸鈉也許會增加青春期女孩身上睪丸激素的含量；在20歲前服用此藥，婦女有可能會患上多囊卵巢綜合症。¹¹ 因此，年輕女性的用藥必須處於醫生的仔細監控之下。其他一些現在正在使用的抗癱瘓藥物包括拉莫三嗪(Lamictal®)和加巴噴丁 (Neurontin®)。這些藥物治療躁鬱症的效用還有待進一步的研究。

大多數患有躁鬱症的人服用不只一種藥物，他們除了服用鋰鹽，還有/或者一種抗癱瘓藥物，還會服用一種藥物用以治療伴隨而來的激動、憂慮、失眠或是憂鬱。一些研究顯示，躁鬱症患者在服用抗抑鬱劑，而不服用情緒穩定劑時，躁鬱症轉移成躁狂或是輕度躁狂、或是循環週期加速的風險會增加。找到最好的藥物組合對病人來說是最為重要的事，也需要醫生的密切監控。

草藥治療

在過去幾年中，在使用草藥治療憂鬱症和焦慮症方面，人們越來越有興趣。聖約翰草(St. John's Wort-貫葉連翹)，一種在歐洲廣泛地用於治療輕度和中度憂鬱症的草藥，近來在美國也引起了人們不少興趣。聖約翰草是一種迷人的、低矮灌木，夏季時會開出黃色的花朵，它被用在民間和草藥治療已經有好幾個世紀。如今在德國，使用這種金絲桃屬植物來治療憂鬱症已經超過了任何抗抑鬱劑的使用。然而，有關它的療效的科學研究至今為止只局限在一些短期研究，而且使用的劑量也各不相同。

因為對聖約翰草抱有廣泛的興趣，全國健康研究所正在進行一項為期三年的研究，該研究由該研究所三個不同的部門聯合發起：全國心理健康研究所、全國當代和替代藥物研究所和飲食增補劑辦公室。這項研究將336名患有重鬱症的人隨機分成三組。在為期8週的實驗中，其中一組服用統一劑量的聖約翰草、一組服用治療憂鬱症較普遍使用的SSRI、一組服用安慰劑(一種看起來像SSRI和聖約翰草，但裡面不含任何有效成份的藥丸)。那些對實驗有正面反應的研究參與者將被追加18週的藥劑量。在為期三年的研究結束後，結果將被分析和出版。

美國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，這種草藥有可能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、驚厥、一些癌症和器官移植的排斥反應藥物。因此，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醫生或衛生保健人員諮詢。

心理治療

在輕度和中度的憂鬱症的病例中，心理治療也是選擇之一。一些短期(10至20週)的治療對幾種類型的憂鬱症非常有效。“談話”治療通過和治療師語言上的交流，幫助病人洞察自己面臨的問題，並解決它們。“行為”治療幫助病人學習一些可以為生活帶來更多滿足的新行為，並讓人忘卻那些產生相反結果的行為。研究顯示，兩種短期的心理治療：人際關係治療(IPT)和認知行為治療(CBT)對治療某些形式的憂鬱症有效。人際關係治療試圖改變導致憂鬱症或正在使憂鬱症更加恶化的人際關係。認知行為治療幫助病人改變導致憂鬱症的消極思維和行為模式。





電療法

對那些患有嚴重憂鬱症或已經威脅生命的人，還有那些不能服用抗抑鬱劑的人，電療法(ECT)是有幫助的。這對於那些有極端自殺風險、精神錯亂的想法、極端易怒、體重急劇下降或是因為身體疾病而衰弱的人尤其有效。近來，ECT已經有了很大的改善。在治療前，病人會服用一種肌肉鬆弛劑，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。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。接受ECT的人自己並不會意識到電流的刺激。若想達到完全的治療效果，電療法至少要進行幾個療程，通常是每週三次。

治療反覆發作的憂鬱症

即使治療是成功的，憂鬱症也有復發的可能。研究顯示，一些治療的策略對復發這種情況十分有效。連續服用抗抑鬱劑，而且服用的劑量與治療憂鬱症急性發作時所服用的劑量相同，這麼做可以防止憂鬱症的復發。每月一次人際關係治療也能延長不服藥的病人憂鬱症發病的間隔。

康復的途徑

獲得治療成果的第一步就是要識別憂鬱症的徵兆，下一步則是經過符合資格的專業人士的評估。儘管憂鬱症是可以被初級保健醫生診斷出來並且治療的，但通常的情況是，醫生會把病人推薦給精神科醫師、心理學家、臨床社會工作者或是其他心理健康的專業人士。治療是病人和衛生保健提供者之間的合作關係。一個有見識的消費者知道她的治療選擇，當問題出現時，也會和他的衛生保健提供者進行討論。

如果經過二至三個月的治療後，還是沒有正向的效果，或是症狀反而加重時，則需要和你的衛生保健提供者討論另一種治療方法。接下來，你也可從其他的健康或心理健康專業人士處獲得另一種意見。

這裡再次列出了一些康復的步驟：

- 按第四頁上列出的症狀檢自我檢查。
- 和一名健康或心理健康專業人士談談。
- 選擇一個令你感到舒服的專業人員和治療方法。
- 將自己想成是一個治療夥伴和做一個有見識的消費者。
- 在二到三個月後，你還是不舒服或是不滿意，和你的醫生討論這個問題。這時候，醫生也許需要推薦一些不同和額外的治療方法。
- 如果你經歷了復發，記住你所知道的該如何對付憂鬱症，而且不要因為羞愧而不去再次尋求幫助。實際上，復發越早接受治療，它持續的時間越短。

憂鬱症會使你感覺精疲力竭、沒有價值、無助和絕望，這些感覺讓一些人想要放棄。這些消極的想法其實是憂鬱症的一部分，並會隨著治療出現效果而慢慢褪去，意識到這點至關重要。

在接受專業治療的同時，你還可以做其他一些事情，來幫助自己變好。一些人發現參加支持小組非常有幫助，花一些時間和別人相處、參加一些令你感覺更好的活動，如適度運動或是瑜珈，也會有幫助，只是不要馬上對自己期望過多，感覺變好是需要時間的。

去哪裡尋求幫助

如果不能確定去哪裡得到幫助，向你的家庭醫生、產/婦科醫生、或是健康診所尋求幫助。你也可以查查電話簿中黃頁上“心理健康”、“健康”、“社會服務”、“自殺預防”、“危機干預服務”、“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，醫院裡急診室的醫生也許能對情感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。

下面列出了可引薦或是提供診斷和治療服務的不同的專業人士和地方。

- 家庭醫生
- 心理健康專家，如精神病學家、心理學家、社會工作者或是心理健康諮詢者。
- 健康維護組織
- 社區心理健康中心
- 醫院的精神病科和門診病人診所
- 大學或醫學院的附屬計劃
- 州立醫院門診診所
- 家庭服務/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





更多資訊

全國心理健康研究所
National Institute of Mental Health
Information Resources and Inquiries Branch
6001 Executive Boulevard
Room 8184, MSC 9663
Bethesda, MD 20892-9663
電話: 1-301-443-4513
傳真: 1-301-443-4279
TTY電話(打字電話):
1-301-443-8431
為你而設的傳真:
1-301-443-5158
網址: <http://www.nimh.nih.gov>
電子郵件: nimhinfo@nih.gov

全國心理疾病聯盟
National Alliance for the Mentally Ill (NAMI)
Colonial Place Three
2107 Wilson Blvd., Suite 300
Arlington, VA 22201
電話: 1-800-950-NAMI (6264) or
1-703-524-7600
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援
和宣傳組織——擁有超過1,
200個州和當地會員組織。當地
的會員組織經常為尋找治療方
法提供指導。

憂鬱症和躁鬱症聯盟
Depression & Bipolar Support
Alliance (DBSA)
730 N. Franklin St. - #501
Chicago, IL 60610-7224
電話: 1-312-988-1150
傳真: 1-312-642-7243
網址: www.DBSAAlliance.org

目的在於教育病人、家屬
和大眾憂鬱症的性質。擁有一
套有用書籍的廣泛的目錄。

全國憂鬱症基金會公司
National Foundation for Depressive
Illness, Inc.
P.O. Box 2257
New York, NY 10016
電話: 1-212-268-4260;
1-800-239-1265
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 Association
(NMHA)
2001 N. Beauregard Street
12th Floor
Alexandria, VA 22311
電話: 1-800-969-6942 or
1-703-684-7722
TTY電話(打字電話)-
800-443-5959
網址: <http://www.nmha.org>

擁有340個成員組織的委
員會，通過宣傳、教育、研究
和服務，來宣揚心理健康的重
要性。

參考書目

- 1 Blehar MC, Oren DA. Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997;2:3. Revised from: Women's increased vulnerability to mood disorders: Integrating psychobiology and epidemiology. *Depression*, 1995;3:3-12.
- 2 Cyranowski JM, Frank E, Young E, Shear MK. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 2000; 57:21-27.
- 3 Frank E, Karp JF, and Rush AJ. Efficacy of treatments for major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 1993;29:457-75.
- 4 Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, Reynolds CF, Alexopoulos GS, Bruce ML, Conwell Y, Katz IR, Meyers BS, Morrison MF, Mossey J, Niederehe G, and Parmelee P. Diagnosis and treatment of depression in late life: Consensus statement update. *Journal of the American Medical Association*, 1997;278:1186-90.
- 5 Leibenluft E. Issues in the treatment of women with bipolar illness. *Journal of Clinical Psychiatry (supplement 15)*, 1997;58:5-11.
- 6 Lewisohn PM, Hyman H, Roberts RE, Seeley JR, and Andrews JA. Adolescent psychopathology: 1. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *Journal of Abnormal Psychology*, 1993;102:133-44.
- 7 Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, and Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *Journal of the American Medical Association*, 1993;264:2511-8.
- 8 Reynolds CF, Miller MD, Pasternak RE, Frank E, Perel JM, Cornes C, Houck PR, Mazumdar S, Dew MA, and Kupfer DJ. Treatment of bereavement-related major depressive episodes in later life: A controlled study of acute and continuation treatment with nortriptyline and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 1999;156:202-8.
- 9 Robins LN and Regier DA (Eds). *Psychiatric Disorders in America, The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press, 1990.
- 10 Rubinow DR, Schmidt PJ, and Roca CA. Estrogen-serotonin interactions: Implications for affective regulation. *Biological Psychiatry*, 1998;44(9):839-50.
- 11 Vainionpaa LK, Rattya J, Knip M, Tapanainen JS, Pakarinen AJ, Lanning P, Tekay, A, Myllyla, VV, Isojarvi JI. Valproate-induced hyperandrogenism during pubertal maturation in girls with epilepsy. *Annals of Neurology*, 1999;45(4):444-50.
- 12 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, and Yeh EK. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Journal of the American Medical Association*, 1996;276:293-9.





有用的書籍

有許多書籍是關於重鬱症和躁鬱症的。下面列出的一些書籍可幫你更清楚地瞭解這些疾病。

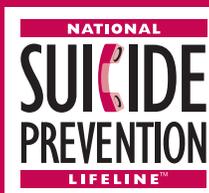
- Andreasen, Nancy. *The Broken Brain: The Biological Revolution in Psychiatry*. New York: Harper & Row, 1984.
- Carter, Rosalyn. *Helping Someone With Mental Illness: A Compassionate Guide for Family, Friends and Caregivers*. New York: Times Books, 1998.
- Duke, Patty and Turan, Kenneth. *Call Me Anna, The Autobiography of Patty Duke*. New York: Bantam Books, 1987.
- Dumquah, Meri Nana-Ama. *Willow Weep for Me, A Black Woman's Journey Through Depression: A Memoir*. New York: W.W. Norton & Co., Inc., 1998.
- Fieve, Ronald R. *Moodswing*. New York: Bantam Books, 1997.
- Jamison, Kay Redfield. *An Unquiet Mind, A Memoir of Moods and Madness*. New York: Random House, 1996.

以下三本手冊可以在麥迪遜藥物研究所 (Madison Institute of Medicine) 獲得。地址為: 7617 Mineral Point Road, Suite 300, Madison, WI 53717, 電話號碼: 1-608-827-2470:

- Tunali D, Jefferson JW, and Greist JH. *Depression & Antidepressants: A Guide*, rev. ed. 1997.
- Jefferson JW and Greist JH. *Divalproex and Manic Depression: A Guide*, 1996 (formerly Valproate guide).
- Bohn J and Jefferson JW. *Lithium and Manic Depression: A Guide*, rev. ed. 1996.

紐約州心理健康局感謝全國心理健康研究所提供的包含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，地址為44 Holland Avenue, Albany NY 12229，撥打免費電話866-270-9857 (english only)、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
I-800-273-TALK
www.suicidepreventionlifeline.org
任何時間我們都可為你
和你關心的人提供幫助