



與青少年憂鬱症之 診斷與治療

陳怡如¹ 陳志道² 林育如³

前言

根據國外的研究報告指出，小於13歲的兒童憂鬱症(depression)盛行率預估為2.8%，13~18歲的青少年則是5.6%^[1]。兒童與青少年憂鬱症的發生被高度關注，因為其帶來嚴重和持續性的影響；罹患過憂鬱症的青少年大約有60%在成年時期復發，而且有青少年憂鬱史的成年人比起沒有憂鬱史者，有更高的自殺率^[2]。青少年的憂鬱症和虐待、被忽視、學習成績差、物質濫用和過早懷孕有關，並且會進一步影響到成年期的工作和家庭^[3-5]。雖然青少年憂鬱症的盛行率很高，但卻被嚴重地疏忽而使他們沒能接受正確的治療。

危險因子

雖然兒童青少年憂鬱症的危險因子可被分為生物性、心理性和環境性(表一)，但通常這些因子都是相互關聯的^[6-9]；例如病患父母親的憂鬱症和兒童青少

年憂鬱症的發生是高度相關的，父母親有憂鬱症的兒童將來發生憂鬱症的機率是沒有的三倍^[10]；危險因子產生的年齡可預測未來憂鬱症發生的可能性，如三到五歲有內科疾病，像是糖尿病或氣喘的兒童，未來可能會有重鬱症發作(major depressive episode)；還有被老師視為有敵意的5歲兒童，將來有憂鬱症的風險也較高^[9]。

篩檢

根據U.S. Preventive Services Task Force的建議，篩檢12~18歲的青少年可早期偵測並治療憂鬱症^[11]；但目前還沒有足夠的證據顯示兒童進行例行性篩檢是有幫助的，所以如果能是針對至少有一個危險因子的兒童做篩檢，應該會比例行性篩檢來的有幫助。篩檢工具可以提示症狀的嚴重度，包括適用8~16歲的台灣版兒童青少年憂鬱量表(Children's Depression Inventory_Taiwan Version)^[12]和13歲以上的貝克憂鬱量表第二版中文版^[23]，兩者都是讓個案自填的。台灣版兒童青少年憂鬱量表是一套全球使用率最高的兒童青少年憂鬱量表，共有五個分量表，共27題，和一個整體特質的表現，內容分別為：

1 亞東紀念醫院 家庭醫學科 住院醫師

2 亞東紀念醫院 家庭醫學科 主任

3 亞東紀念醫院 精神科 主治醫師

關鍵詞：depression, child, adolescent, diagnosis, treatment

通訊作者：陳志道



表一 兒童與青少年憂鬱症的危險因子

生物性	心理性	環境
憂鬱症的家族史	情感依賴	反社會的同儕
女性	自殺未遂史	身體活動減少
青春期的荷爾蒙改變	無效的應對技巧	與父母的衝突增加
低出生體重	自卑	關係的喪失（如家庭成員或朋友的死亡、男女關係、友誼）
母親年齡小於18歲	負面的身體形象	低社經地位
內科疾病（如氣喘、糖尿病、偏頭痛）	負面的思維方式（如壞事總是發生在我身上，沒有事情是照著計畫走的）	暴飲暴食
肥胖	自我意識	學習成績差
其它精神科疾病（如焦慮症、學習障礙）		交友關係不佳
睡眠中斷		物質濫用
		創傷事件（如身體或性虐待、事故）

資料來源：參考資料6-9

表二 兒童、青少年以及成人的重鬱疾患(major depression disorder)診斷準則

以下五項(或更多)在兩週中同時出現，造成先前功能改變；至少包含以下症狀之一(1)憂鬱情緒或(2)失去興趣或愉悅感。
幾乎整天且每天心情憂鬱，可由主觀報告(如感到悲傷、空虛或無助)或由他人觀察(如看起來在哭)得知。(註：孩童與青少年可以是情緒易怒)
幾乎整天且每天對所有活動降低興趣或愉悅感(主觀說明或他人觀察)。
體重明顯減輕或增加(一個月內體重變化超過5%)，或幾乎每天食慾降低或增加。(註：在孩童，需考量無法達到預期體重。)
幾乎每天都失眠或嗜眠。
幾乎每天精神動作激動或遲緩(別人觀察到，不只是主觀感受不安或緩慢)。
幾乎每天疲倦或無精打采。
幾乎每天自我感到無價值感，或者有過度或不恰當的罪惡感(可能達妄想的程度；不僅是對生病自責或內責)。
幾乎每天思考能力和專注力降低，或是猶豫不決(主觀報告或他人觀察)。
反覆想到死亡(不只是害怕死亡)，反覆有自殺意念而無具體計畫，或有自殺舉動，或是有具體的自殺計畫。
這些症狀引起臨床上顯著苦惱或社交、職業或其他重要領域功能減損。
這些症狀無法歸因於某一物質或另一身體病況的生理效應。
鬱症發作無法以情感性思覺失調症、思覺失調症、類思覺失調症、妄想症或其他特定或非特定思覺失調症和其他精神病症做更好的解釋。
從未有過躁症或輕躁症發作。

資料來源：參考資料14



1.負向情緒 2.效率低落 3.負向自尊 4.人際問題 5.失去興趣，最後會得到一個T分數；在一般有行為問題的學童，通常將T分數65分以上視為達臨床顯著水準；在沒有明確行為問題的學童，則以70分或75分以上視為可能有臨床問題^[13]。貝克憂鬱量表第二版包含21個問題，每個問題0~3分，假若個人長期維持在17分以上則建議尋求專業人員協助治療^[23]。篩檢工具的選擇必須考量到病人的年齡、閱讀程度以及完成測驗所需的時間。

臨床症狀與診斷

雖然憂鬱症的診斷準則不管是兒童、青少年或成人都一樣(表三)^[14]，但是症狀會以不同的方式來表現。青少年傾向以乏樂感、無聊、無助、嗜睡、體重變化(包括未能達到適當的體重)、酒精或毒品的使用和企圖自殺來表現；兒童則比較會有身體症狀(somatic symptoms)、煩躁、分離焦慮症(separation anxiety)、恐懼症和幻覺^[15]。另一方面還需考量兒

童的心智程度，因為較小的兒童可能不會用語言來表達悲傷。自述的症狀和父母敘述的也有所出入，父母比較會觀察到外顯的症狀(如易怒)，而小孩則較會表達內在的情緒(如憂鬱)^[7]。

診斷鬱症時，須先排除和憂鬱情緒有關的內科疾病，例如甲狀腺功能亢進或低下、貧血、使用特定的藥物(包括isotretinoin)(表四)^[7]。有些精神疾病的表現也和憂鬱症類似，尤其是適應障礙、輕鬱症和躁鬱症。適應障礙的特徵是病人的心理反應起因於某種“特定的壓力源”，在壓力產生後三個月內開始有症狀，並且造成顯著的影響，適應障礙併發憂鬱情緒(adjustment disorder with depressive features)可能被誤診為鬱症，因為兩者的表現都包括憂鬱、悲傷和無望感，差別在於適應障礙和特定事件有關，且症狀並未符合鬱症的診斷準則。兒童與青少年輕鬱症的特徵是持續一年的憂鬱心情，和鬱症相比，病程較長但症狀較輕，憂鬱症狀在兒童與青少年會以煩躁不安來表現，病人也常常會有低自尊和社交技巧不佳。躁鬱

表三 憂鬱症的鑑別診斷

內科疾病	貧血、癌症、慢性疲勞症候群(chronic fatigue syndrome)、甲狀腺功能亢進或低下、傳染性病因(如HIV、肝炎)、發炎性腸道疾病(inflammatory bowel disease)、單核球增多症(mononucleosis)、中樞神經系統疾病、紅斑性狼瘡或膠原血管疾病(collagen vascular disease)
藥物使用	抗精神病藥物(antipsychotics)、beta blockers、避孕藥、類固醇、isotretinoin
精神疾病	適應障礙併發憂鬱情緒(adjustment disorder with depressive features)、厭食症(anorexia nervosa)、焦慮症(anxiety disorders)、注意力不足過動症(ADHD)、躁鬱症(bipolar disorder)、暴食症(bulimia nervosa)、行為規範障礙(conduct disorder)、輕鬱症(dysthymia)、人格障礙(personality disorders)、精神病(psychotic disorders)、物質使用(如酒精、barbiturates、海洛因)

資料來源：參考資料7



表四 兒童與青少年憂鬱症指引—使用藥物治療的問題

是中度到重度的憂鬱症嗎？
以前有憂鬱症發作過嗎？
以前是否曾使用藥物來治療憂鬱症？
有憂鬱症的家族史嗎？
有對藥物有顯著反應的憂鬱症家族史嗎？
環境因素的壓力源已被解除，但情緒卻沒有相對應的進步？
已嘗試過實證的心理治療(如認知行為治療、人際關係治療)，但卻沒有成功？

註：針對以上的問題，任何一題病人的答案是“是”，則考慮開始藥物治療。

資料來源：參考資料19,22

症包含了鬱症和交替出現的躁症(mania)和輕躁症(hypomania)，在這期間會有加重的煩躁不安、活力增加、行為誇大和跳躍性的思考，在診斷憂鬱症時須先排除躁鬱症，因為抗憂鬱藥物可引發躁狂症狀。

自殺風險的評估

根據美國Centers for Disease Control and Prevention的統計，2007年10~14歲的兒童自殺率大約是每十萬人有0.9位，15~19歲的青少年則是每十萬人有6.9位。自殺的方法包括槍支、窒息和中毒，兒童比較常使用窒息的方法，而青少年則比較會利用槍支。所以會建議對憂鬱症的兒童與青少年做例行性的自殺評估，尤其是在服用抗憂鬱劑的病人^[16]。

如果病人有自殺的想法，進一步評估須包括自殺意念的頻率、是否有特定的自殺計畫、計畫的可行性、是否有保護性因子(如社會支持)以及其他相關的因素(如物質使用或自殺史)。如果確定病人有

自殘的風險，緊急轉給精神科醫師或急診是必須的。對於自傷風險較低的病人，可以讓父母或照顧者給予密切的觀察，移除所有會被拿來自殘的物品，增加回診的頻率，並且教育他們如何尋求協助(如急診、自殺專線)。另外也需教育父母親和家庭成員，如出現以下情形須立刻回診：自殺意念增加、衝動、易怒、躁動和煩躁不安增加，或言語迫促(pressed speech)^[17]。

治療

兒童與青少年憂鬱症的治療包括心理治療、藥物治療和兩者的合併治療。治療的選擇必須考慮疾病的嚴重度、病人的喜好、病人發展的程度、相關的危險因子和治療的可行性^[7]；也須提供病人和家屬治療的風險和好處、治療的期望，另外還須持續的追蹤。

1. 心理治療



根據American Psychiatric Association和American Academy of Child and Adolescent Psychiatry的建議，心理治療對於兒童與青少年憂鬱症是不可或缺的，他們建議，對於輕微的憂鬱症使用心理治療，而中度到重度的憂鬱症，則合併心理和藥物治療。認知行為治療(cognitive behavior therapy, CBT)和人際關係治療(interpersonal therapy)已被證實對青少年憂鬱症有效，而CBT也被證實對兒童憂鬱症有效。CBT可以增進應對技巧，改善溝通技巧和同濟的關係，幫助解決困難，戰勝負面的思考模式，以及增進情緒的掌控；不一樣的是，人際關係治療強調適應關係的變化，轉換個人的角色，幫助形成人際關係^[7]。CBT合併藥物的治療已被證實在達到憂鬱症的緩解上，比單獨使用藥物來的有效^[18]。

2. 藥物治療

何時考慮加上抗憂鬱藥物，須參考憂鬱症的嚴重程度和病史(表五)^[19, 22]。抗憂鬱藥物的使用不適合直接從成人的研究數據推斷到兒童與青少年，因為後者的神經系統可能還沒發育完全。guideline建議對於兒童與青少年中度到重度的憂鬱症，使用fluoxetine、citalopram和sertraline做為第一線的治療^[20]。另外escitalopram已被許可用於12歲以上的憂鬱症青少年。藥物應從最低的有效劑量開始給予，之後再根據病人的反應和副作用來調整；如果一開始的第一線藥物沒有效，應考慮更換

成其他第一線藥物。所有抗憂鬱藥都有黑框警示(black box warning)自殺風險的增加，所以建議要密集地追蹤病人(例如每週一次電話追蹤、第一個月治療安排規律的回診)來評估自殺的風險和藥物副作用，像是腸胃道症狀、緊張、頭痛和躁動^[20]。如果在嘗試過所有第一線藥物之後，病情沒有顯著的進步或沒有緩解，則強烈建議轉診到精神科做進一步的評估。

療程和轉診時機

兒童與青少年憂鬱症的療程，須持續到疾病緩解後的4~6個月^[21]；至於確切的治療時間，則須根據之前復發的病史以及目前心理社會的壓力情形來決定。如果病人是小於十一歲的兒童、有慢性憂鬱症、合併物質使用、有其他精神疾病、有計畫性的自殺或在治療過程缺乏父母親的參與，都建議轉診給精神科醫師。

參考資料

1. Costello EJ, Erkanli A, Angold A: Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47:1263-71.
2. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, et al: Depressed adolescents grown up. *JAMA*. 1999;281:1707-13.
3. Fergusson DM, Woodward LJ: Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59:225-31.
4. Keenan-Miller D, Hammen CL, Brennan PA: Health outcomes related to early adolescent



- depression. *J Adolesc Health*. 2007;41:256-62.
5. Wells KB, Kataoka SH, Asarnow JR: Affective disorders in children and adolescents: addressing unmet need in primary care settings. *Biol Psychiatry*. 2001;49:1111-20.
 6. Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K: Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*. 2001; 49:1002-14.
 7. Richardson LP, Katzenellenbogen R: Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care*. 2005;35:6-24.
 8. Brent DA, Maalouf FT: Pediatric depression: is there evidence to improve evidence-based treatments? *J Child Psychol Psychiatry*. 2009; 50:143-52.
 9. Beardslee WR, Gladstone TR: Prevention of childhood depression: recent findings and future prospects. *Biol Psychiatry*. 2001;49:1101-10.
 10. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al: Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35:1427-39.
 11. U.S. Preventive Services Task Force: Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: recommendation statement. *Pediatrics*. 2009;123:1223-8.
 12. Kovacs M, MHS Staff 編製；陳淑惠修訂：台灣版兒童青少年憂鬱量表。新北市：心理出版社股份有限公司。
 13. Kovacs M, MHS Staff 編製；陳淑惠修訂：台灣版兒童青少年憂鬱量表指導手冊。新北市：心理出版社股份有限公司，2008：21。
 14. American Psychiatric Association 台灣精神醫學會翻譯：DSM-5精神疾病診斷準則手冊。新北市：合記圖書出版社，2014：94-5。
 15. Williams SB, O' Connor EA, Eder M, Whitlock EP: Screening for child and adolescent depression in primary care settings: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Pediatrics*. 2009;123:e716-e35.
 16. Horowitz LM, Ballard ED, Pao M: Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21:620-7.
 17. Shain BN, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence: Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2007;120: 669-76.
 18. Brent D, Emslie G, Clarke G, et al: Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: the TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*. 2008;299:901-13.
 19. Ryan ND: Child and adolescent depression: short-term treatment effectiveness and long-term opportunities. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003; 12:44-53.
 20. Hughes CW, Emslie GJ, Crismon ML, et al: Texas Children's Medication Algorithm Project: update from Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:667-86.
 21. Emslie GJ, Mayes TL: Mood disorders in children and adolescents: psychopharmacological treatment. *Biol Psychiatry*. 2001;49:1082-90.
 22. Emslie GJ, Mayes TL, Ruberu M: Continuation and maintenance therapy of early-onset major depressive disorder. *Paediatr Drugs*. 2005; 7:203-17.
 23. Beck AT, Steer RA, Brown GK, 陳心怡翻譯：貝克憂鬱量表第二版中文版。台北市：中國行為科學社股份有限公司，1900：15-26。