



internationalbipolarfoundation

A world of hope, resources and support

譯：任鈴

題詞

這本書獻給每一個接觸到雙極症的人。無論是你，或是你所關愛的人，患有雙極症，你們的信心和勇氣對我們都將是極大的激勵。我們將此書獻給你們，並衷心祝願你們身體健康。特別感謝 Chris、Court、Lauren、Sam 這些孩子們，是你們激勵我們創辦了這個組織。

這本書意在提供有關雙極症的有用資訊。該書不用於，也不應該用於，任何醫療方面的診斷或治療。關於任何醫療問題的診斷或者治療，你都必須諮詢你自己的醫生。出版商和作者不對任何因誤解或誤用該書提供的資訊或建議而導致的不良生理或心理健康問題負責。本書提供的參考內容僅供資料用途，並不構成該書任何貢獻者或國際雙極症基金會對任何網站或其他資源的認可。

致謝

國際雙極症基金會（International Bipolar Foundation）由 4 位雙極症兒童的媽媽建立於 2006 年。她們希望能夠給他們的孩子和其他患有雙極症的孩子一個更美好的未來，因而該組織致力於尋求雙極症的治療。

關於這本手冊，我們榮幸地獲得了許多雙極症領域的專家、接觸疾病第一手資料的執業醫生的大力支持和投入。他們因為希望提供一本對於任何接觸這個疾病的人都有幫助的書這個共同的目標相聚在一起。我們尤其感謝國際雙極症基金會的四位創建者：Lynn Hart-Muto, Karen Sheffres, Muffy Walker, Lisa Selbst Weinreb,她們對於她們孩子的愛和對於孩子們擁有更美好未來的希望從沒有減弱。國際雙極症基金會依靠她們孜孜不倦的工作，展望和奉獻得以創立。基金已獲得 210,000 美元的研究經費，用於支持尋求雙極症的治療方法。

此外，我們還要感謝我們的科學顧問，名譽及消費者顧問委員會對於基金會一如既往的支持。

最後，向所有通過鼓勵、引導和關愛雙極症患者來支持國際雙極症基金會的人表示衷心的感謝。

祝您健康，

基金委員會

Lynn Hart-Muto, Karen Sheffres, Muffy Walker, Lisa Selbst Weinreb

國際雙極症基金會由四名雙極症孩子的家長建立，是非營利性組織，其宗旨是通過研究的進步來消除雙極症；促進和加強護理及支援服務；並透過公眾教育，抹掉相關的汙名。

www.InternationalBipolarFoundation.org

我們自豪地向全球提供這些專案和服務：

科學研究

- **研究合作夥伴專案 (Research Partner Program)**：研究合作夥伴項目提供捐助者機會，親自選擇和贊助持有特定研究目的的科學家，他們附屬的研

究機構，或者是兩者的組合。

護理及支援

- **好友項目 (Buddy Program)**：如果你新診斷為雙極症並且需要幫助，或者你願意向新診斷的患者或家庭伸出援手，這時為你準備了好友專案。這個項目將新成員和更有經驗的成員/家庭進行匹配。
- **推廣及推薦**：如果你需要提供者的介紹或回饋意見，我們將為您發送來自我們支持者的評論。
- **大使項目**：大使要跨越汗名的障礙，幫助雙極症患者（或其他精神疾病），並肩負公眾教育及抹掉汗名的使命。
- **國際部落格**
- **獎項**：希望獎 (HOPE Award) 授予透過公共努力改善護理，支持以及獲得心理健康治療和/或擁護抹除心理疾病的汗名並逐漸灌輸希望給家庭、社區和民族的個人或組織。創新獎 (IMAGINE Award) 授予超越疾病並能夠想像一個沒有障礙、汗名和歧視的未來的雙極症患者。獲獎者透過分享他們的故事，灌輸希望和鼓勵，給其他人以力量。
- **紀念牆**：在我們網站的紀念牆上留下希望或奉獻的評論。

教育

- **圖書**：《雙極症的健康生活》
- **美國女童子軍心理健康意識修補**
- **《我的支援》—電子通訊**
- **高中作文大賽**
- **演講團**

- 網路研討會
- 每月講座
- 直接說—反歧視運動
- Facebook , Twitter , Sharecare
- 教育視頻和手冊
- 會議

使用說明

這本書是為了幫助所有接觸雙極症的人。它包含了在日常生活中各個方面的有用資訊，以及處理受這種疾病影響的特殊問題的方法。我們的目標是提供健康生活的新視野和有益的指南，同時認識雙極症的污名和挑戰。

文件夾模式使得你可以隨時添加額外的資訊，這樣它就可以成為你獨有的參考書。定期更新會在 www.InternationalBipolarFoundation.org 網站貼出，您可以免費下載和列印。

作者

Asheley Aleem , 學士學位

Asheley Aleem , 學士學位 , 2008年畢業於聖地牙哥州立大學 , 獲得心理學學士學位。雖然是本科生 , 她主動請纓作為同行宣導者 , 在聖地牙哥兒童中心 , 為受到嚴重情感困擾的青年工作。她還作為以前寄養女性的住宅管理者、團體

內過渡期和前寄養青年的個案處理者以及日常生活技能培訓員，參與“聖地牙哥縣獨立生活”的工作。她目前正在聖地牙哥大學攻讀臨床心理健康諮詢碩士學位。2010年7月，Asheley在麻塞諸塞州波士頓舉行的美國心理健康諮詢協會的全國會議上提出議案，針對心理變態的暴力罪犯進行篩檢程式。自2010年1月啟動以來，Asheley一直與聖地牙哥行為健康法庭大事記的治療部門—Exodu Central Connections一起工作，給陷入刑事審判系統的嚴重精神病患者的提供個案管理和康復服務。

Russ Federman，博士學位，美國職業心理學委員會

Russ Federman博士，美國職業心理學委員會，是佛吉尼亞大學諮詢和心理服務中心主任，大學精神病學和神經生物學系臨床助理教授。他是註冊的心理學家，美國職業心理學委員會認可的臨床心理學專科醫生，大學學生心理治療雜誌(Journal of College Student Psychotherapy)的編委。Federman博士為“Psychology Today”撰寫部落格“Bipolar You”，而且是2010年《Facing Bipolar Bipolar: The Young Adults Guide to Dealing with Bipolar Disorder》一書的合著者。他2011年發表在大學刊物（大學學生心理治療雜誌）的文章“雙極症的治療”（Treatment of Bipolar Disorder）獲得美國大學健康基金會，斯蒂芬·魏斯寫作獎。

Karen Freeman，理科碩士，註冊營養師，運動營養學認證專家

Karen Freeman是註冊營養師和運動營養學認證專家，已經在學術，臨床和

自我實踐設計領域工作三十年。她專長於各個年齡層的體重管理，飲食障礙和運動營養。除了她的全職自我實踐外，她是聖地牙哥電光（Chargers）足球隊的運動營養師。她還曾為聖地牙哥教士隊，聖地牙哥精神女子足球隊，洛杉磯衝擊者，紐約巡遊者冰球隊及高中，大學和奧運會的運動員工作。

卡倫是美國加利福尼亞大學聖地牙哥分校家庭和預防醫學系的臨床導師，她教授醫學生及運動醫學研究員運動營養學

卡倫在紐約水牛城州立大學獲得營養學本科學位，在哥倫比亞大學獲得營養和公共衛生碩士學位，側重運動生理學。她在舊金山加利福尼亞大學的碩士課程研究兒童和青春期肥胖。

Rob Friedman，醫學博士

Rob Friedman，醫學博士，是委員會認證的兒童和青少年以及成人精神病專家。以優異的成績畢業於杜克大學心理系後，1985年，Friedman博士通過紐約州項目，在以色列特拉維夫賽克勒醫學院獲得醫學學位。他在紐約州大頸區長島Jewish/Hillside醫療中心的綜合精神病學完成住院醫師培訓。1990年在加利福尼亞大學聖地牙哥分校醫學中心的兒童及青少年精神病學完成專科醫生階段的學習。從那時起，Friedman博士一直在聖地牙哥的私人機構執業。他是PsyCare公司的創始合夥人，公司主席兼首席執行長，是行為醫療保健提供者團體，在聖地牙哥有七個辦事處。Friedman博士是加利福尼亞大學聖地牙哥分校的精神病學系的精神病學助理臨床教授，為培訓兒童及青少年精神科醫生提供臨床訓練的監督。Friedman博士是美國精神病學協會和美國兒童和青少年精神

科醫生科學院的成員。

Ellen Frundakis

Ellen Frundakis出生在北加州，在加利福尼亞州內華達縣的丘陵地帶長大。2004年，她與他人共同創立了影響年輕成人（ Impact Young Adults ），這個非營利性組織，為患有精神疾病的年輕成年人提供社會活動和領導力發展。自那時以來，她一直擔任聯席主席的角色，幫助下一輪青年領袖建立組織。她曾是消費者諮詢委員會成員，現為國際雙極症基金會的執行董事會工作。Ellen也是國際雙極症基金會著名的創新獎獲獎者。

2005年，艾倫在斯普林菲爾德學院獲得人類服務學學士學位，以優異的成績畢業，並獲得學生人類學獎（ Student Humanics award ），該獎項代表該學位專案的治學根本。她目前正在聖地牙哥大學攻讀非營利組織領導和管理碩士學位。

Reverend Susan Gregg-Schroeder

來自加州的Reverend Susan Gregg-Schroeder 2001創立了心理健康事工部，提供媒體及列印教育資源，幫助在信仰社區抹除精神疾病的歧視和汙名。Susan的DVD集，精神疾病和家庭信仰：教會如何回應（ Mental Illness and Families of Faith:How Congregations Can Respond），提供各種心理健康問題相關的8個節目。在英語和西班牙語雙語網站www.MentalHealthMinistries.net還提供可下載的資源/學習指南和其他列印資源。Susan在她的書中分享她作為臨床憂鬱症患者的個人歷程，In the Shadow of God's Wings: Grace in the Midst of Depression。Susan還

為一些國際團體工作，包括NAMI FaithNet的諮詢委員會，美國牧師顧問協會和 Pathways to Promise董事會。

A. Tom Horvath, 博士學位，美國職業心理學委員會

Horvath博士是具有加州執業執照和美國職業心理學委員會認可的臨床心理學專科醫生，是聖地牙哥實踐恢復，自我激勵成癮治療系統的創始人和會長。他是世界上最大的成癮心理學家組織——美國心理協會的成癮心理學學會（50部）的前任會長。他是性，毒品，賭博和巧克力：克服成癮工作簿的作者（ Sex, Drugs, Gambling & Chocolate: A Workbook for Overcoming Addictions ），該書被行為和認知治療協會列為“優異自助圖書”。他曾在SMART Recovery的17年歷史中擔任了15年的會長職務（一個國際性的，非營利，以科學為基礎，自我激勵成癮支持團體）。

Christi Huff

2005年Christi Huff在大學期間，經歷了飲食障礙以及與厭食症、貪食症和憂鬱症的抗爭後，被診斷為雙極症II。Christi曾努力瞭解自己的疾病，並且通過社交媒體網站獲得更多資訊和支援去管理疾病。除了作為律師助理這個全職工作以外，她還是網站Ask A Bipolar和國際雙極症基金會每月部落格的合作夥伴和作者。她的目標是用她的寫作和支持來幫助其他人。Christi希望別人知道他們並不孤單，希望她的工作能夠幫助打破歧視和汙名。

Tom Jensen，醫學博士

Jensen博士是聖地牙哥私人執業精神科醫生。他專長於兒童，青少年和成

人的綜合及神經精神病的治療，尤其受到雙極症患者的認可。Jensen博士是國際雙極症基金會的醫療主任

Tom Jensen以優異成績畢業於加利福尼亞大學聖地牙哥分校，獲得化學學士學位。在加利福尼亞大學洛杉磯分校獲得醫學學位後，Jensen在加利福尼亞大學聖地牙哥分校完成住院醫師培訓，然後在斯坦福大學完成兒童精神病學專科醫生培訓。

在他的整個職業生涯中，Jensen博士曾是部門主席，撰寫數篇醫學文章，被新聞和廣播採訪，對超過100個不同的組織進行演講，曾是美國兒童和青少年精神病學學會聖地牙哥分會的會長，先後擔任助理和副教授，並獲得多個獎項，包括美國精神病學協會（APA）傑出學者和APA總統特殊貢獻獎。

Wendy McNeill

Wendy McNeill是洛杉磯人，就學於加利福尼亞大學聖地牙哥分校後搬至聖地牙哥，並於1995年畢業獲得文學/寫作學士學位。自那時起，她的專業和個人的追求就是成為一名教育工作者，作家和心理健康宣導者。目前，她是聖地牙哥梅薩山學院寫作中心的導師，她曾在那裡對學生進行一對一的輔導超過十年。她在大學工作之前，McNeill女士曾是加利福尼亞大學聖地牙哥分校女性健康倡議臨床科學研究中臨床管理者的招聘人員和助理。後來，她曾在保誠做銷售工作。在非營利性組織，國家精神疾病聯盟（National Alliance on Mental Illness）通訊，McNeill女士作為倡議書（The Advocate）總編工作了四年。McNeill女士繼續擔任NAMI的In Our Own Voice public speaker的同行指導者，PERT的訓練員（SDPD精神病緊急事故回應小組，the Psychiatric Emergency Response Team

with the SDPD)。此外，McNeill女士曾在NAMI委員會工作四年，目前在美國心理健康委員會工作 (Mental Health America)。McNeill女士一直在她的部落格Wendy's Whirl'd中鼓勵精神疾病患者。她曾在Our Stories上發表Things We Knew Now We Wish We Knew Then及雙極症雜誌上發表文章。

J. Anderson Thomson, Jr.,醫學博士

Thomson博士是佛吉尼亞大學學生健康服務中諮詢及心理學服務的經委員會認證的精神病學家，是弗吉尼亞州夏洛特維爾的個體執業醫生。他與Paul Andrews的關於憂鬱症的革新觀點刊登在2010年的紐約時報雜誌。他是2010年《Facing Bipolar Bipolar: The Young Adults Guide to Dealing with Bipolar Disorder》一書的合著者，Why We Believe In Gods: A Concise Guide to the Science of Faith一書的作者 (Pitchstone 出版社，2011年)。

Muffy Walker，護理學碩士，工商管理學碩士

Muffy Walker在賓夕法尼亞州的費城外出生和長大。她目前與她的丈夫John C. Reed和他們的三個兒子居住在蘭喬聖菲約翰。1983年，Walker畢業於賓夕法尼亞大學，並獲得精神病護理碩士學位。她在精神衛生領域工作超過18年，直到她在加利福尼亞爾灣大學獲得了側重市場行銷的工商管理碩士學位。

Walker擁有幾家營利性和非營利性的公司，並是國際雙極症基金會的創始人和主席 (IBPF)。在得知她的小兒子患有雙極症後，Walker參加了其他心理健康委員會，並最終創立了國際雙極症基金會。她曾參加過大量委員會，包括兒童醫院，美國兒童軍團，鄰里救助，美國兒童救助。過去10年裡，她一直致

力於宣導關於精神疾病的公眾教育。Walker的愛好包括旅遊、踢踏舞、社區影院和泰式烹飪。

Lisa Weinreb , 法學博士

Lisa Weinreb 是聖地牙哥縣的一名副地區檢察官，曾經擔任了 19 年的公訴人。Weinreb 女士是西加利福尼亞法學院的兼職教授，任教審判實踐、白領犯罪、文化和刑事審判系統、先進的刑事起訴。她也是加州地區檢察官協會、國家審判辯護協會、國家地區檢察官協會的指導員。Weinreb 女士在德克薩斯州大學奧斯丁分校獲得學士學位，在西加利福尼亞法學院獲得法學博士學位。

她是國際雙極症基金會的共同創始人和副主席。

什麼是雙極症？

By Lisa Selbst Weinreb, J.D. 譯：陳凱元

雙極症，以前也被稱為躁鬱症，是一種以異常情緒波動為要特徵的精神疾病。而這種異常的情緒變動跟大部分人體驗到的正常情緒波動不同，那些雙極症患者通常有著異常劇烈的情緒變化，這樣的情緒變化嚴重影響了他們生活中的各個方面，包括影響他們的工作、人際關係、學業等等，而且這些人常常伴有物質濫用和自殺的企圖。然而，雙極症是可以被治療的。很多被診斷為雙極症的人過著健康、積極向上的甚至是十分成功的生活。

跟據美國國家心理衛生研究所(National Institute Of Mental Health , NIMH)作

出的統計，世界上大約有 270 萬的雙極症患者。然而，這一數字實際上是被低估了，因為這個統計並不包括兒童在內。雙極症多發於青少年時期（青春後期）或者是成年早期，還有一些人起病於童年時期。雙極症常常被忽視或者被誤診。在得到正確的診斷和治療之前，病人因此承受了許多不必要的痛苦。雙極症通常是一種終生疾病，就像其他慢性疾病如糖尿病、心臟病一樣，需要得到終生的干預和治療。

雙極症的症狀

美國國家心理衛生研究所 NIMH 認為，“雙極症患者經歷了一些被稱為“心境發作”的異常強烈情緒狀態。”NIMH 對心境發作的描述可分為一種被稱作躁狂發作的過度愉悅或興奮的狀態，以及被稱作憂鬱發作的極度悲傷或絕望的狀態。有時，心境發作還可能表現為躁狂和憂鬱同時出現，即所謂的混合發作。在心境發作期間，雙極症患者可能表現出情感爆發和易受激怒。

心境的改變

躁狂或躁狂發作的表現包括：	憂鬱或憂鬱發作的表現包括：
● 長時間的心境高漲或過度愉悅的心情 ● 極易受激怒心境或激動	● 長時間的悶悶不樂感和空虛感 ● 對以前感興趣的活動失去興趣

行為的改變

躁狂或躁狂發作的表現包括：

- 容易轉移注意
- 語速增快，思維跳躍快，主觀感覺到思想在奔馳
- 目的指向活動增多，如患者總想承擔新的工作（但往往虎頭蛇尾）
- 睡眠需求減少
- 常常懷有不現實的，超過自己能力的念頭
- 行為衝動，參加一些可能帶來不良後果的圖一時快樂的高危險活動，比如無節制的狂歡或輕率的性行為

憂鬱或憂鬱發作的表現包括：

- 感到疲憊不堪或“思維變慢”
- 難以集中精神、感到記憶力下降，決定能力出問題
- 變得焦躁不安或容易發脾氣
- 飲食睡眠或其他習慣發生改變
- 想到死或有自殺的觀念，甚至有自殺企圖*

National Institute of Mental health, www.nimh.nih.gov

*自殺觀念可以在躁狂發作、憂鬱發作或混合發作的狀態下出現

兒童和青少年雙極症

By Rob Friedman, M.D. 譯：陳凱元

假如你是家長，當你懷疑或被告知你的孩子可能患有雙極症的時候，毫無疑問地，你可能已經處於思考這件事對你、你的孩子和你其他的家人的現在和未來意味著什麼的過程中。當然，不是每個孩子出現情緒波動或發脾氣就意味著他患有雙極症。

兒童和青少年雙極症問題是一容易令人迷惑的問題，甚至在醫療社區裡，也可出現混淆。而作為父母的你可能對這個問題也感到十分的困惑，這是完全可以理解的。質疑和不相信通常是父母們的最初反應，這有時候會被賦予很好的理由。然而，從另外一面看，父母千萬不要因為自己對這個疾病的不瞭解和恐慌而耽誤了尋找正確對待這個疾病的方式。本書的其他章節會涉及到很多有用的資料，我們很容易在本書（指南）的其他章節裡得到這些指導資訊，而通過少許的自我學習就能夠給予你的孩子和家庭很大的幫助。在這一章裡，我們將和你一起研究為什麼對於兒童和青少年時期得雙極症這個疾病會有如此多的誤診誤判，幫助澄清一些造成迷惑的原因，並試著為你和你家人提供一些必要的指導。在這些正確指導的幫助下，你將會為你的孩子和家庭找到最恰當的干預和治療措施。而當你得到這些正確的指導和治療措施之後，你將會為你的孩子提供一個過著幸福美滿、健康、成功的生活的最好機會。

雙極症是一種大腦的疾病

我們很難用跟思考身體的其他器官（如心臟、皮膚、胰臟、肺臟）一樣的思考方式，

來理解我們的大腦。當某種疾病導致某個器官失常時，這個器官往往會表現出某種陽性（器質性）改變的痕跡。假如某人得了高血壓，他的親人和朋友不會建議他僅僅用他的思想去控制血壓；假如某人得了皮膚癌，沒有人指望他能夠通過意志來祛除病魔；假如某人得了糖尿病，我們不認為他通過腦袋就能夠指揮胰腺以調節血糖水準；假如某人得了肺炎，沒人指望他用思維就能吹走致病的病毒或細菌。當然，我們總有控制問題的辦法。對於高血壓，我們能夠通過減少食鹽的攝入來控制；對於糖尿病，我們通過控制飲食、鍛煉、低糖攝入來調整血糖；當某人遭受癌症或傳染病折磨時，則可通過充足的休息來提高自身免疫力以加強痊癒。

當有人得了大腦疾病，結果常常是：難以往衡量一個人思維、情感和行為的變化，而不像測量血壓、血糖那樣的簡單。就像上面提到的例子一樣，這樣的變化常常不是人自己就能控制得了的。然而，我們通常認為，我們有能力通過訓練來控制自己的思想、感情和行為。而當我們不能自控的時候，我們要為我們的失常行為負責。在大腦機能正常的時候，這樣的觀點是合理的。但是，當大腦處於某種疾病狀態時，會出現一些改變，比如疾病會引起化學層面的、細胞層面的和結構層面的紊亂，而這些改變至今仍然難以被觀測和衡量。正是因為這些改變很難被觀測和衡量，人們歷來都難以相信這些變化是真實存在的。而我們認為自己必定能夠控制自己的思想、情感和行為的習慣性觀念，加上我們對大腦已經出現某些病理改變的病人缺乏客觀的觀測證據的時候，就可能使得我們對大腦或精神出現問題的人有這樣的偏見：從某種程度上，他們應該能夠通過自我控制來糾正那些正在折磨他們的病態想法、情感和行為。這種錯誤的觀念在我們害怕變得不能夠控制自己的思維、情感和行為的時候變得更加根深蒂固，而忽略了首先要區分開正常大腦和功能失常大腦的正

確觀念。

在過去的二十年裡 ,科技的進步和大腦成像技術的發展為精神疾病患者大腦微觀變化的觀察,測量和研究提供了新的方法和途徑。雖然這些科學技術已用於大腦疾病的研究,但在大多數情況下,這些技術尚未能夠運用於患有某種形式的精神障礙或腦部疾病的個體的評估,診斷和治療。

經過多年的研究 , 雖然我們依舊對大腦的功能認識甚少 , 但我們對某些大腦疾病如雙極症有了一些瞭解。我們知道像雙極症這樣的疾病,通常有著一些遺傳決定性因素 , 患者常常遺傳了上代的 DNA,這些遺傳基因能調控大腦細胞生產和釋放某些化學物質,從而影響大腦的正常運作。這種影響可以改變一個人的思維、感情和行為 , 並根據大腦的受影響的區域不同 , 可能有不同的結果。而有許多化學物質參與了這一過程 , 其中有一些化學物質我們把它們稱作“神經傳遞物質”。一些眾所周知的神經傳遞物質包括血清素 (五羥色胺 , 5HT) 、多巴胺、乙醯膽鹼、去甲基腎上腺素。無論是完全由基因所導致的,還是基因和環境的相互作用 , 結果都是 : 大腦的結構和化學傳遞物質的改變可以改變我們的思維、感情和行為。當這些思維、感情和行為被確認為是異常的時候 , 我們把它們成為“症狀”。當一系列的症狀對個人的社會功能起到消極作用 , 即症狀影響他的生活的時候 , 我們把這種情況稱作“疾病”。以前,在我們沒有將這些異常的思維、情感和行為症狀與大腦的生理結構聯繫起來之前,我們認為精神障礙是“心因性”的 , 並趨向於把它們理解成純粹的“心理上的障礙”。但是 , 假如我們開始認為這些精神障礙是“大腦的疾病”或“腦部疾病”的話 , 那麼 , 許多困惑和錯誤都會因此而消除。

基因與環境的影響

雙極症被認為是一種腦部的遺傳性疾病，可以出現難以自控的思維、情感以及行為的改變。根據美國兒童和青少年精神病協會的同卵雙胞胎的研究表明,如果一個雙胞胎患有雙極症，那麼另外一個同胞發病的可能為百分之七十。如果這孩子有父母或者兄弟姐妹患有雙極症，那麼這個孩子得雙極症的風險會比正常人群相高出四到六倍。雖然大部分這樣的孩子在實際中並沒有發病。適當的營養、鍛煉、充足的睡眠、避免過度緊張的生活、避免外傷、避免使用對大腦有害的物質如毒品和酒精等，對幫助延緩發病年齡或降低那些有潛在的雙極症發病風險的人的發病率可能有一定的預防作用。

對於人們是否應該對他們說做出的行為負責任這一爭論一直都沒停息過。但是，假如我們能夠理解兒童和青少年的錯亂的行為是由於大腦生病所引起，而不是他們自己本意所指使的話，將能幫助他們的父母、老師、朋友和醫生理解患者，並促使他們對患者保持一種同情和關懷的心態，這樣就可以使患者的挫折感、惱怒感和被遺棄感降低到最小程度。因為這些負面情緒（挫折感、惱怒感和被遺棄感等）最終可能變成一種外界刺激因素，消極地影響這些患有雙極症的孩子，從而對他們的預後和家庭產生不良的後果。這就需要我們付出更多的耐心和自我控制來維持這種同情和關懷，尤其是要使他們學會自我保健和給予他們支持。重要的一點是我們必須知道：也許要我們達到和保持這樣的一個心平氣和的關愛狀態雖然並不容易，但是在養育這些雙極症的孩子以及與他們之間相互交流的時候，這樣的一種姿態有助於讓我們認識到這是一個可透過努力而達到的目標。

兒童和青少年雙極症的診斷

對於任何形式的疾病,如何去理解這個疾病,如何治療,如何得知這個疾病的預後,往往取決於一個正確的診斷。而診斷問題則是兒童和青少年雙極症問題裡最大困惑。三十年前,兒童和青少年雙極症是很被診斷出來的。而在過去的十年裡,雙極症的診斷在青少年兒童中已經有了四十倍的增長。目前,有百分之一或大約一百萬兒童和青少年在美國被診斷為雙極症(Bipolar Disorders: A Guide to Helping Children and Adolescents by Mitzi Walt)。一些爭議認為,是否這些統計資料反映了當今更能識別出這個實際上一直存在的疾病,或者是這個疾病患病率增加了,亦或者是當今過度定義了兒童和青少年雙極症的診斷標準,或者是前面三種情況的組合。

無論如何,對於父母來說,很難接受他們的孩子的異常情緒或行為是由嚴重的精神疾病所引起的。作為父母,我們希望我們的孩子是“正常”的,無論醫生的診斷是什麼,我們都不願意接受或承認自己的孩子有超過“正常”標準的異常行為表現。(而當這一診斷成為事實的時候,)突然間,我們覺得我們寄託在孩子身上的希望和夢想受到了威脅。更糟糕的是,和世界上大部分的醫學科學研究一樣,我們發現,我們瞭解的越多,我們就越意識到我們的無知。此時,找一個資深的臨床醫生來評估你的孩子則顯得十分重要。

過去,雙極症被稱作“躁狂憂鬱”或“躁鬱症”,這些術語表達的是同一個意思。而現在習慣把這個疾病稱為“雙極症”或“雙相情感障礙”。雙極症的症狀分為“躁狂發作”或稱“躁狂狀態”以及“憂鬱發作”或稱“憂鬱狀態”。這些發作可以是輕度、中等或是嚴重的發作。當發作十分嚴重時,可能伴有感知覺障礙,或者某些精神病性症狀,例如妄想和幻覺。而在對患者做出診斷的時候,通常把這個疾病分為以下幾種類型:假如患者在某段時間裡,

表現出躁狂狀態，而在另外一段時間表現為憂鬱狀態，且患者也可在一段時間裡表現為心境的正常，即恢復到平和的心境狀態，這種模式的患者我們把他診斷為“雙極症 I 型”；假如患者的躁狂發作比較輕微，即患者表現為“輕躁狂”發作，患者的這種輕躁狂發作沒有達到前面提到“躁狂發作”的診斷標準，這時我們就診斷患者為“雙極症 II 型”；而當患者僅有輕微的憂鬱發作並可轉為輕躁狂發作的時候，我們稱這種情況為“循環性心境障礙”；當有某人可能具有雙極症的一些症狀,但是他的症狀並不符合上述亞型標準的時候，則診斷為“未指明的雙極症”。

更加令人容易混淆的是，有時患者心境要維持數周或數月才開始轉變，而在某些情況下，心境的轉變卻非常頻繁，即所謂的“快速循環型”雙極症。當患者心情轉變非常迅速，如在許多天裡心情每天變化多次，則稱作“極其快速循環型”雙極症。而假如一個人的躁狂和憂鬱狀態在一個時期內同時重疊出現，則稱作雙極症的“混合發作”。

兒童雙極症到成年雙極症的症狀變化似乎有一個變化發展的軌跡,可能是雙極症患者表現變化迅速多樣的基礎。在兒童早期，混合狀態和超快速循環症狀似乎更多見；當孩子長大一些的時候，則快速循環型更為多見；當年齡達到童年晚期或青春早期時，則多以混合發作與典型的躁狂發作交互變換，或憂鬱發作伴輕躁狂，或是躁狂發作和正常心境互相變換的形式出現，這樣的形式更接近於成年人雙極症。

讓我們來仔細看看躁狂發作和憂鬱發作有哪些主要表現

躁狂狀態或躁狂發作的主要症狀包括：

- 高漲的、擴大的過度愉悅心境；過度天真或易激怒心境
- 睡眠需求減少

- 思維奔馳
- 語速增快
- 自我評價過高或“自以為是、沾沾自喜”
- 過度參加一些圖一時快樂的危險活動
- 生理和心理活動增多、精力旺盛
- 性欲增強
- 注意不容易集中，容易轉移到無關要緊的外界刺激上去

憂鬱狀態或憂鬱發作的症狀包括：

- 經常感到悲傷，顯得淚眼汪汪，經常哭泣或持續性的易激怒（易發脾氣）
- 對於平日所喜好的事或事物的興趣降低，或者是不能從中體驗到快感
- 感覺到生活沒意思、無助或者沒有希望，有無價值感或不恰當的罪惡感
- 精力減退
- 社會孤立和退縮
- 感覺敏感（多愁善感），有被拋棄感或失敗感
- 自信下降，消極易怒或敵對
- 注意力下降
- 學習成績下降
- 飲食習慣改變。並可能伴有體重減輕或增加
- 睡眠習慣改變，可能伴有失眠或睡眠過多、頭痛、胃痛或其他軀體症狀
- 想到死或有自殺觀念

為了能更加準確的診斷兒童和青少年雙極症，我們必須仔細考慮以上所涉及到的所有症狀，並且要結合實際情況充分考慮這些症狀的嚴重程度、持續時間和發作頻次。是否能夠區分出當前以及過去經歷的某種心境或行為與正常孩子的行為是很重要的。藥物或藥物的副作用可引起類似躁狂發作的症狀，這點必須被考慮在內。其他的情感或精神障礙或者是毒品酒精濫用也可以出現類似的症狀，或者這些情況可以和雙極症同時出現。

注意缺陷多動障礙（ADHD）即兒童過動症，也有許多和兒童青少年雙極症重疊的症狀。易衝動、活動增多和注意力容易分散是兒童過動症的典型特徵。這些特徵常常會出現在雙極症的亞症狀中。易激怒性、敵對性以及挑釁行為經常在兒童過動症和雙極症中見到。而心情高漲、自我誇大，睡眠需求減少、性欲增強或性行為增多等症狀通常提示患者為雙極症的可能性大，這些症狀通常不會出現於兒童過動症。另外的一個區別是兒童過動症的症狀如注意力不集中、活動過多和易衝動等會一直存在，而這些症狀在雙極症中只出現於心境發作的時候。然而，85%的兒童和青少年雙極症似乎同時伴有過動症，所以這個區別似乎沒多大幫助。

另外一個讓人感覺棘手的問題是，藥物和酒精的使用可能會干擾診斷。這種情況尤其出現在青少年。有時在藥物和酒精的影響下，使用者可能會出現類似躁狂發作或憂鬱發作的症狀。而當一青少年正處於躁狂或憂鬱發作中的時候，他們可能更具有去嘗試和使用藥物或酒精的傾向，這為青少年和年輕成年人雙極症的準確診斷製造了許多難度。但是，有一點非常明確的是，必須禁止雙極症患者使用任何形式的毒品和酒精飲料。因為這不僅關係到可能會干擾診斷的問題，而且還會給患者已經受損的大腦“火上加油”，導致症狀加重。而焦慮症、憂鬱症、精神分裂症、孤獨症、創傷後壓力症候群以及兒童過動症等疾病

都有可能出現和雙極症相似的症狀或者與之共病。

一個全面而完整的診斷評估包括體格檢查、測量血壓、藥物篩選、全面的病史和用藥史、貫穿患者整個生活史行為方式和社會功能狀態等。特別要注意到的還有如患者的情緒波動情況，行為表現、情感、睡眠、飲食、精力和活動水準，這些是得到一個適當和準確的診斷所必不可少的。而跟患病孩子及其父母、親戚、老師的交流也是十分有必要的。

如果以上的幾個方面都得到了考慮的話，雙極症在兒童和青少年的診斷就不會有爭議了。正如上面提到的，在過去的十年裡，對於兒童雙極症的診斷有了一個急劇的增加。一些家長不同意自己的孩子診斷為雙極症而另外的父母可能會要求對孩子做這樣的診斷，以便來解釋孩子異常行為，這種情況可能更多的被歸咎於行為問題和教養方式問題，而不是雙極症疾病的問題。另外，還有一些孩子可能因為有嚴重的脾氣爆發以及其他破壞性的行為，但這些行為無法給予其他的診斷，而被診斷為雙極症，這樣保證了及時的干預。研究人員最近開始調查這些可能會被診斷為雙極症但缺乏明確的躁狂和憂鬱發作的孩子。研究指出這部分孩子可能疊加了極快速循環型或快速循環型雙極症。有些孩子表現出持久而連續的易激怒和較低的挫折承受能力，這些表現出與他們年齡不相符的頻繁而嚴重的情緒爆發，還可同時伴有其他症狀：悲傷、焦慮、注意力分散、思維奔馳、失眠和情緒高昂。這些孩子可能與經典的兒童雙極症的發展軌跡不同。當他們長大成人，他們可能會發展為憂鬱症或焦慮障礙而不是雙極症。也許，一個稱做“破壞性情緒失調症”的新診斷可能即將出臺，以區分和描述這些孩子。拋開這些診斷標籤，這些出現症狀的孩子，以及他們的父母、兄弟姐妹和周圍他人，都是痛苦的。更好地去理解這些孩子，以及採取有效的干預和治療方法，來改善他們的症狀，顯然是十分必要的。

總之，不是所有“情緒波動”的孩子都是雙極症，儘管存在很大的挑戰，由一個合格和稱職的臨床醫生進行徹底的評估則可幫助澄清這些情緒波動問題,並能促進建立正確的評價或診斷。這將使病人得到適當的干預和治療。如果事實證明你的孩子被診斷出患有雙極症,確保你的孩子得到正確和有效的治療是非常重要的。未經處理或處理方式不對則會導致不良後果。而有效的治療方法,可以改善或控制雙極症的症狀,能讓你的孩子有機會擁有一個完整、富有成效的和成功的人生。

兒童和青少年雙極症的過程和結果

對兒童和青少年雙極症研究和進展一直在不斷的更新，在 2005 年,研究表明,40%-100%的有過躁狂發作的兒童和青少年通常會在一到兩年內恢復。然而，根據美國青少年兒童精神病學學會雜誌提到，那些沒有恢復的孩子中有 60%-70%將會在 10-12 個月內再次復發(Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 44, Issue9, Pages 846-871).此外,這些年輕人中有許多人除了反復發作以外，還會經常有頻繁的情緒波動,通常表現為憂鬱和混合發作。這些孩子通常預後差，原因包括發病年齡早，疾病病程長，混合發作，快速循環，伴有精神病性症狀，沒有得到治療或藥物治療不恰當。約 20 - 25%的未指明型雙極症或雙極症 II 型患者可能在他們進入成年以後會進展為雙極症 I 型，在發展期間，許多這部分年輕人經歷了介於正常心境和異常發作之間的，未達到典型病態發作的“亞型綜合症”狀態。對於青少年兒童雙極症，有 30%的情況下，典型躁狂和憂鬱發作一年中只發生一次或者少於一年一次。有 50%的情況下，心境轉換次數超過 5 次/年。幾乎 40%的情況下,心情憂鬱和躁狂之間轉換會發生超過 10 次/年,而 24%的情況,這樣的轉換可達到 20 多次/年。（“Four-Year Longitudinal Course of Children and Adolescents

with Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study, American Journal of Psychiatry, Volume 166, Pages 795-804).

典型的兒童和青少年雙極症具有躁狂和憂鬱之間的轉換，這很好被辨識出，而在這些發作當中，憂鬱症狀、混合症狀，以及快速變化的心境是很常見的。而父母和醫生面臨的挑戰是怎樣去區分開正常孩子的喜怒變化和異常孩子需得到醫治的異常症狀。雖然區分它們很不容易，但這是一個十分重要的任務，每年有許多未經治療的雙極症兒童和青少年錯過治療，使得有效的治療將變得更加困難，全面康復變得更加難以實現。不及時治療，許多患有雙極症的孩子長大後可能發展為成人雙極症。不及時治療，這種疾病將嚴重影響孩子在學校的運作、工作的能力、人際關係以及個人的身體健康和壽命，並對家庭、其他親人和朋友造成嚴重的破壞。經常可以見到，許多患有雙極症的人最終以坐牢為結局。雙極症患者可因其高危險行為而英年早逝，如藥品酒精濫用、意外事故風險增加、自殺或藥物併發症引發的身體健康下降等。四分之一的雙極症患者會嘗試自殺，有時會造成身體嚴重受損，而十分之一的患者會自殺成功。

兒童和青少年雙極症的治療

包括孩子和父母以及其他家庭成員在內的各種形式的心理治療，或者“談話”治療，是重要而有價值的。確保患者的每個家庭成員都能接受到關於雙極症的一些教育，並確保他們能保持跟上當前世界對這個疾病的各類最新認識。對患者的父母和親人進行諮詢和指導也是十分必要的。必須記住的是，儘管表面上看起來患病孩子的行為似乎已經得到控制，但是，必須明確，他的行為可能更多地由疾病狀態下的大腦疾病所掌控而還不能自己完全控制。

孩子可能已經對他自己的令人困擾和失望的行為感到內疚。而體驗過憤怒、沮喪、失望和最接近與依賴的親人朋友的拒絕等不良因素之後,會使患者的預後雪上加霜。因此,我們希望家庭成員能夠設身處地的體會患者的這種處境,能和專業顧問或治療師一起合作,幫助患者調節這些情緒,以促使他們能以一種積極和有用的方式生活下去。

藥物治療是父母們最不喜歡並常常反對的治療方式,但是處方藥物治療確實是穩定患者情緒的主要方法。美國食品及藥物管理局 (Food and DrugAdministration , FDA) 批准用於雙極症兒童和青少年的藥品有好幾種,包括鋰鹽以及第二代抗精神病藥(SGAs)如李思必妥(Risperdal)、安立復(Abilify)、思樂康(Seroquel)和奧氮平(Olanzapine)。然而,要記住的是,許多過去曾被用於治療兒童疾病包括治療兒童癌症的藥物, FDA 可能只批准此藥物用於成年人,但不用於兒童。很多時候,我們試著把某些藥物從成年人用到兒童和青少年身上。其中有某些藥物,已經或者是曾經用於治療兒童和青少年雙極症,並取得了不同程度的成功。它們包括抗癲癇藥物丙戊酸鈉、卡巴氮平(Carbamazepine)、奧凱西平(Oxcarbazepine)、托吡酯(Topiramate)、加巴噴丁(Gabapentin)、拉莫三嗪(Lamictal)以及其他二代抗精神病藥如哲思、氯氮平。這些藥物是單獨使用還是組合使用,要取決於每個人不同的自身情況。

抗憂鬱藥物的使用,如選擇性五氫色胺再攝取抑制劑 (SSRI) 類藥物,包括百憂解、帕羅西汀(Paroxetine hydrochloride)、左洛複(zoloft)、西酞普蘭(Citalopram Hydrobromide),艾司西酞普蘭,通常有助於治療兒童和青少年的憂鬱症狀,然而,在試圖治療兒童和青少年雙極症時,則存在著可造成嚴重後果的風險。這些藥常常會導致誘發躁狂發作以及惡化情緒症狀等不良後果。因此,如果必須使用這些藥物的話,則需要十分小心和謹慎 (詳見藥

物治療部分)

因為雙極症與其他精神疾病如過動症或焦慮障礙有時會以共病的形式存在,因此組合用藥治療是很明確的。這樣治療起來有時就會顯得很複雜,因為當試圖治療的這種共病狀態的時候,其中一個疾病的症狀可能會因此而加重。

每個藥物或藥物組合都是雙刃劍,有其優缺點,正負面或者說是風險與收益。不同的藥物或藥物組合可以在不同的情況下使用。每個藥物都可能會有一些作用在大腦其他區域或身體其他地方的效應,這將或多或少導致一些不必要的副作用。這些副作用可能導致短期,長期甚至是永久性的問題。然而,雖然有副作用的風險,但並不意味這藥物對每一個人都會有副反應。應該牢牢記住,不使用藥物治療這個疾病的話,同樣存在嚴重的風險。接受這些藥物的相關教育,與兒童和青少年精神科專科醫師討論各種治療和備選方案,是第一個步驟。如果藥物處方已定,則定期到精神科隨訪,以監測病情症狀、治療反應和潛在的副作用,這樣能把握住每一個機會,確保你的孩子能獲得最佳的治療。

知識就是力量

儘管可能看不太出來,因患雙極症而有不穩定的情緒發作的青少年兒童通常會害怕失去控制的感覺。雖然充滿了挑戰,但是作為父母,在孩子面前應該行使自己最大的努力去保持一個成年人的角色。並保持冷靜去應對一些令人心煩意亂的情況,對你的孩子的失控行為有要一個理性的思考方式,雖然,保持這樣一個“冷靜的”局面並不總是那麼容易。但是,這樣的姿態可能會你的孩子和你的家人產生一個正面的影響。你的孩子依賴你並需要你的正確引導,直到他長大成人。因此,你必須尋找盡可能多的、可靠的、可用的資源來學習,做出最好的決策,以成就你孩子一個健康、安全的未來。

參考文獻：

Hamrin, V. and DeSanto Iennaco, Psychopharmacology of Pediatric Bipolar Disorder, Expert Review of Neurotherapeutics;10 (7): 1053-1088 (2010).

Pavuluri, Mani N., Birmaher, Boris, Naylor, Michael W., Pediatric Bipolar Disorder:A Review of the Past 10 Years, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Volume 44, Issue 9, Pages 846-871, September, 2005.

Birmaher, Boris, MD, Axelson, David, MD, Goldstein, Benjamin, MD, Strober, Micael, Ph.D., et. al, Four-Year Longitudinal Course of Childhood and Adolescents with Bipolar Spectrum Disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) Study, American Journal of Psychiatry, 166: 795-804 (2009).

Kowatch, MD, PhD, Monroe, CNS, Erin, Delgado,MD, Sergio, Not All Mood Swings Are Bipolar Disorder, Current Psychiatry, Vol. 10, No. 2, February, 2011.

www.nimh.nih.gov

www.aacap.org

雙極症的藥物治療

By Tom Jensen M.D. 譯：王珊珊

藥物是尋求理解和有效治療雙極症的基石，但藥物本身對治療來說是不夠的，如果患者經常出現情緒波動、躁狂、憂鬱、混合狀態或是嚴重的焦慮，那麼治療中其他元素的療效就較難發揮了。

這一章並不是想做成處方指南，而是想描述藥物治療的基本原則，告知消費者每一種藥物最相關的資訊，我會在本章中使用藥品的商品名，但也會在一張表格中提供藥品的通用名，另外，我也會簡單討論下“美國食品藥品管理局（FDA）”所許可的每種藥物的適應症，原因是，FDA 所許可的劑量是基於製造商在特定情況下（比如急性躁狂或憂鬱）應用基金進行研究所得來的療效分析，而製造商尋求 FDA 許可更多意義上是一種商業行為，而不是醫學行為，想要證實一項 FDA 認可的適應症會花費大量的資金，因此，只有新藥有可能得到這樣一筆資金來獲得認證，而未得到 FDA 認證的適應症在某種程度上並不意味著這種藥物對這種情況無效，而只是單純地意味著生產該藥品的公司沒有做出相關研究來獲得 FDA 對某一適應症的認可。有時，不含有這一適應症的藥物和事實上包含這一適應症的藥物是基本一樣的。例如，思樂康 XR（Seroquel XR）被獲准適用於治療雙極症憂鬱，此時我們假設思樂康不具有此項專利，那麼其通用形式就可以被使用，製造商就可以製造思樂康的緩釋劑，命名為“XR”，隨後以資金資助實驗研究以應用於雙極症憂鬱，當手中握有這些研究成果後，思樂康 XR 就可以進入市場應用於雙相憂鬱的治療，但思樂康

作為同一種藥物的速釋劑，卻不可以。

我會在本章中討論每種藥物常見的副作用，也就是說，這裡並不會列出每種藥物的每樣副作用，我只會關注最常見最嚴重的那些，通常來說，這裡所討論的每一種藥物都會引起噁心、嘔吐、頭痛、過敏反應、嗜睡或是失眠等副作用，以下就不重複列出了。

這裡不能列出所有的藥物間的相互作用，我建議消費者在加用新藥時隨時使用“藥物相互作用”電腦程式，無論所加用的藥物是另一種精神藥物、非處方藥或是一種抗生素。網上有很多這樣的程式，例如 www.drugs.com 網站所提供的程式就很方便使用，我強烈推薦，如果不方便使用電腦，所有的藥物（處方藥或非處方藥）的使用請遵醫囑或諮詢藥劑師。

为了更好地理解雙極症的藥物治療，我們首先必須理解疾病不同的情感狀態或是“階段”。許多年來，我向我的病人解釋，如果我來給這一疾病命名我會把它叫做“四向情感障礙（Quatripolar Disorder）”，因為實際上患該病的病人會表現出四種不同的情感狀態，我們最想花盡可能多的時間去研究的情感狀態是穩定狀態（euthymic mood），該詞來源於拉丁文，翻譯為“真實情感”或正常情感。一個穩定而持久的正常情感是我們所希望看到的，當我們在治療過程中探索情感狀態變化軌跡時，要重點觀察患者有多長時間處於情感正常狀態，而不是有多長時間處於變化的情感狀態中。

首先，我們先來看看雙極症的不同類別以及每一種情感狀態的定義。現階段，在DSM IV 中將雙極症分為四種類型，我會在下文具體闡述，但需要指出的是，這只是人為的將其區分開，而強有力的基因方面的證據證實該病具有自己的疾病譜。

雙極症 I 型，以一次或多次躁狂發作為特徵，憂鬱或輕躁狂發作不屬於此類，但也經

常出現。

雙極症Ⅱ型，以無躁狂發作，但有輕躁狂發作或至少一次的重度憂鬱發作為特徵。輕躁狂本質上也是躁狂，它不引起嚴重的生活損害。但在實際生活中常常無法準確將兩者區分開。

循環性情緒障礙（Cyclothymic Disorder）是指有輕躁狂病史，並伴以週期性發作的憂鬱（未達到重度憂鬱發作標準）。

待分類的雙極症 Bipolar Not Otherwise Specified (NOS) 是一種不明確的分類，主要包括無法分類於以上類別的患者。

雙極症Ⅲ型並沒有在診斷中使用，其主要包括只存在藥物誘導躁狂（例如，抗憂鬱藥所致）的患者

如果一年內出現四次或更多情感障礙發作，那麼可將其歸為快速循環型。

躁狂發作定義為出現異常情緒升高、膨脹或是易激怒，持續至少一周，再加上以下三項或三項以上症狀：

- 自尊或是自大的膨脹感
- 睡眠減少
- 講話緊迫感
- 思維奔馳
- 注意力不集中
- 增加目標導向活動的參與
- 身體易動或“精神運動性激動”

- 過分參與娛樂活動，對於痛苦的結果閾值較高

如果情緒是易激怒狀態，那麼診斷需要符合其中四種症狀而不僅僅是三種。

輕躁狂發作類似於躁狂，但較躁狂輕，而且不伴有實質性的生活損害。

重度憂鬱發作是指持續兩周或兩周以上的低迷或易激怒狀態，並伴隨有以下五點或五點以上症狀：

- 睡眠障礙
- 對日常活動失去興趣
- 內疚或其他負面想法
- 失去活力，注意力無法集中
- 食欲減退
- 身體行動上變得緩慢，稱作“精神運動性遲緩”
- 性欲減退

歸為這一類型的患者其症狀必須嚴重到損害了正常生活功能。

混合狀態（Mixed State）被定義為一種同時具有躁狂和憂鬱特徵的混合情感狀態。例如患者可能存在憂鬱狀態的低迷情緒，但這種情緒會被跳躍的思維和躁狂所產生的高興奮性所放大。其他的躁狂和憂鬱症狀混合出現也存在，需要重點指出的是，這可能是患者所經歷的最痛苦的精神障礙狀態，通常處於這種混合狀態的患者不會意識到是自己的問題，而會覺得周圍的人或是自己所處的環境非常無法讓人忍受，患者不安和易激怒的情緒非常明顯，並通常會伴隨著嚴重的自殺傾向。我認為在雙極症的患者中存在自殺行為的，混合狀態患者佔有很高比例，有效地辨認這些混合狀態對於預防本疾病最糟糕後果（自殺）的

發生非常重要。抗憂鬱藥有明顯誘發或加重混合狀態的傾向，一些臨床醫生認為這正是為什麼患者加入抗憂鬱實驗後幾天或幾周後出現了自殺行為的最常見原因。官方的 DSM 標準要求本類患者同時滿足躁狂和憂鬱的診斷標準，這一標準制定得有些偏高，我認為事實上經常有一些患者存在輕度的混合狀態（如憂鬱伴有一些躁狂的症狀或躁狂伴有一些憂鬱的症狀），這一狀態常常不被醫生或患者重視，不能有效識別這一狀態會導致不正確的藥物選擇，從而加重混合狀態。

通常情況下，患者最初以躁狂、憂鬱或是混合狀態為主要表現就診，但也有一些患者在相對正常情感（穩態）時尋求治療，我們可以通過排定治療的優先順序來指導用藥，從而獲取最優的治療效果，急性躁狂患者需要立即進行治療以將精神狀態調整到正常範圍，或至少到輕微輕躁狂狀態，以防止患者做出過分高昂行為。極度易激怒混合狀態的患者需要立即鎮靜，防止其出現這一狀態特徵性的過分激怒行為或是自殺行為。憂鬱患者需要積極治療憂鬱，但同時要注意防止憂鬱藥物誘發躁狂或混合狀態。

就我的經驗來說，大多數雙極症患者的治療可以被歸為以下四階段：

1. 迅速穩定躁狂或混合狀態患者，防止危險或過激行為，以及這些行為所帶來的遠期後果。
2. 使用可以阻止情感循環的藥物，減少發病頻率，而不是單純快速抑制躁狂或混合狀態的症狀。
3. 如果經過第 1、2 階段後仍存在憂鬱症狀，應積極治療。
4. 注意其他伴隨疾病（最常見的是焦慮和 ADHD）。

在講述怎樣進行這四階段的治療前，我們需要先注意下藥物的分類、每類的代表藥

以及它們主要的適應症和副作用。不存在一個藥物是“萬能的”，所以我們只能不停地進行選擇來平衡風險、益處、副作用以及對不同情感狀態（躁狂、憂鬱、混合狀態）的治癒率。沒有一個藥物是沒有副作用的，也沒有藥物不存在風險，但雙極症患者如果不進行治療將會做出過激甚至破壞性行為，因此不進行藥物治療是不明智的，而且會導致其預後不良。對於這種疾病來說，循環往復以及不能及時穩定情感都會加重疾病發展，看到那些本可治療的病人卻因為過分擔心副作用或用藥風險而不接受積極有效治療，著實很讓人痛心，結果其病情往往在幾年內進行性加重。

另一個重要的原則是，除非安全條例規定，否則每次應該只加用一種藥物，積極優化其療效，並給其足夠長的時間發揮藥效，然後再考慮加用其他藥物，這樣做的原因很簡單，如果個體被一次性給予多種藥物，那麼就很難區分是哪種藥物起效或是哪種藥物產生了某些副作用。

以下我們將討論這幾類藥物：抗精神病情緒穩定劑、情緒穩定劑、治療憂鬱狀態的藥物、抗焦慮藥以及 ADHD 藥物。

我認為並不是越新的藥療效就越好，當一種新藥取得了 FDA 認證之後，重要的是製造商能否成功推廣該藥，市場競爭機制已經足夠成熟，多數製造商傾向於強調藥物的治療效果，而對於這一重要問題卻避而不談：FDA 認證並不要求其與現有藥物進行對比，而只要求其與安慰劑(糖果)對比。所以，新藥是否比現有藥物療效更好並沒有定論。另外，從藥理學的發展史來看，當引入一種新藥的時候，一般需要幾年的時間，一些遠期或是概率較低的副作用才會被發現，正因如此，我一般遵循的原則是優先使用現有的較成熟的藥物，除非有非常強大的理由我會考慮對有需求的患者使用新藥。

我一般會把抗精神病情緒穩定劑與其他情緒穩定劑區分開，因為它們的特性、優點和缺點都不盡相同。抗精神病情緒穩定劑是我們所說的治療急性躁狂或混合狀態的“go to”藥物，尤其是當病情危重時，它的優點是起效快，可以使急性躁狂或是混合狀態的患者在 24-72 小時內得到控制，但經常會伴隨有一些副作用的產生，這樣快速的效果是其它情緒穩定劑所不具備的。在抗精神病情緒穩定劑出現之前，急性躁狂患者往往需要住院治療幾周的時間，因為傳統的情緒穩定劑起效很慢。另一個優點是針對存在幻覺、偏執或妄想（堅信一些事物在現實中存在，而事實上並不存在）的患者，或是其他無法正確區分現實與非現實的患者，抗精神病情緒穩定劑可以有效緩解這類精神症狀。

不過，這些抗精神病情緒穩定劑也存在一些缺點，除了 Abilify 和 Saphris，這類藥中的其他成員都有很明顯的增加體重的趨勢，甚至也會在 Abilify 和 Saphris 中出現。有時，這種體重的增加非常嚴重，會導致肥胖甚至是 II 型糖尿病，這一類中的很多藥物都具有很強的鎮靜作用，其優點是可以讓急性躁狂患者進入睡眠狀態，從而阻止躁狂發作，其缺點是會出現日間鎮靜作用，這是我們不想看到的，另一個缺點是，對比於傳統的情緒穩定劑，並沒有證據顯示抗精神病情緒穩定劑可以延長情感障礙循環出現的週期，因此其並不會改善本病的遠期病程，這一點尚在爭議中，但就我 20 多年來治療了上千雙極症患者的經驗來說，我傾向於認為抗精神病情緒穩定劑確實不具備這一重要特點。

抗精神病藥的兩個主要副作用是 EPS 和靜坐不能（Akathisia）。EPS 是指“錐體外副作用（Extrapyramidal Side Effects）”，錐體外是指藥物所作用以引起副作用的腦內解剖結構（extra=外，pyramids=參與調節運動和肌張力的腦內纖維束/區域），這種副作用主要表現為全身可逆性的肌肉僵直，在一定程度上會影響面部肌肉，出現類似於帕金森病的無

表情或“面具臉”表現，如果影響到了頸部肌肉，將會出現無法轉頭現象，直到我們針對這一副作用進行治療或是等待藥物在體內代謝排出，有時，在兒童中更常見，可以累及到控制眼球運動的肌肉，將會出現雙眼痙攣性向上（動眼危象 oculogyric crisis），這有時會被誤認為是癲癇發作。這一副作用可以很容易地被抗膽鹼類藥物所控制，像 Benadryl 或是 Cogentin，醫生應該在開具抗精神病藥的醫囑的時候就準備好如果出現副作用應該怎麼辦。

另一個更為隱蔽，經常被忽視的副作用就是靜坐不能，靜坐不能是指坐立不安：可以表現為身體上不能靜坐、經常煩躁或踱步，精神上不安、激動、極度不適或是突然爆發的憤怒，某種程度上主要表現為精神上的不安，有時會被誤認為躁狂或是混合狀態的加重，所以必須密切留意患者以區分這兩種狀態，雖然很難把它們說明白，如果有時我們弄不明白，我們會使用測試計量的藥物來試著治療靜坐不能，我們之所以需要區分出這兩種狀態是因為，如果是輕躁狂或是混合狀態加重，那麼通常我們要增加抗精神病藥的劑量，而如果是由於副作用引起靜坐不能，那麼這麼做就是非常錯誤的了。用於治療靜坐不能的藥物主要是在 EPS 段落裡提到的抗膽鹼類的藥物，以及叫做苯二氮類的抗焦慮藥物，如 Ativan 或 Klonopin，另外，可以增加多巴胺釋放的藥物也可以使用，如金剛烷胺（Amantadine），但這些多巴胺類藥物主要被用於慢性的靜坐不能而不是突發的靜坐不能。

最後，抗精神病情緒穩定劑存在兩個雖然發生率低但很嚴重的用藥危險，首先，會引起“遲發性運動障礙”或稱作“TD”，TD 是指一種刻板重複的不自主運動，最常見累及口、唇、舌，但也可以在身體的其他部位出現，通常以不自主轉舌為首發症狀，有時舌頭不自

主地突然伸出口外，稱為捕蠅舌症，噁嘴也是一個常見的症狀，面部、頸部、肩部以及身體的其他部位都可能會出現類似的不自主運動，用藥時臨床醫生要重點監控這一副作用，尤其對於長期用藥的患者。

另一個罕見但很嚴重的副作用叫做神經阻滯劑惡性綜合症(Neuroleptic Malignant Syndrome, NMS)，NMS 是一個威脅生命的醫學急症，主要表現為體溫升高（高於 40 攝氏度），同時出現肌肉僵直，這可能會產生一些熱量導致高熱，雖然大多數時候高熱是由於體溫調控機制失調所導致的，長期的肌肉收縮會導致肌肉細胞的崩解，向血中釋放叫做肌酶的蛋白質，當達到足夠量之後，這些酶會或多或少地塞滿腎臟的濾過系統，從而導致腎衰竭，患者經常感到困惑，血壓波動範圍很大，但不要因為這一個副作用就拒絕抗精神病藥物的治療，這一副作用的發生率真的很低，具體資料較難統計而且差異很大，經常被引用的數字為經歷抗精神病藥物治療患者的 0.2%，也就是說，這一數字包含了我們不經常使用的傳統的抗精神病藥物，這些相對陳舊的藥物對比我們本章將要討論的藥物要更易於引起 NMS。NMS 是一個嚴重的醫學急症，需要在最近的急診室立即進行治療。

那麼是什麼讓一種藥成為抗精神病藥物呢？答案既簡單又複雜，最早的關於腦內化學物質以及精神疾病的假說之一是“多巴胺假說”，這一經過了時間考驗的假說認為，神經傳遞介質——多巴胺的過度活躍導致了精神症狀，抑制多巴胺的藥物（抗精神病藥）可以緩解精神病症狀、啟動多巴胺的藥物（古柯鹼和安非他命 cocaine and amphetamines）會誘發精神病症狀這一事實也支援了這一假說，精神病症狀常包含有幻覺（幻視、幻聽、幻嗅等）、妄想（相信那些明明不存在的事情或想法存在，例如 CIA 在自己腦內植入了一種監聽設備）、思維被廣播（認為電視或是廣播在播散自己的思維，其他人可以窺視）、偏執

(思想死板，廣泛猜疑，病態的自我援引性優勢觀念或妄想)。

隨時間發展，多種參與多巴胺相關信號傳遞的蛋白質受體被人們所發現，其中之一就是 D2 受體，在精神疾病的發展中有著重要作用。

抗精神病藥抑制多巴胺受體，從而抑制引起精神症狀的過度活躍的多巴胺神經元，目前已經不經常使用的傳統的抗精神病藥，除了抑制多巴胺 D2 受體，同時也抑制其他多巴胺受體，而本章所要討論的較新的藥則能選擇性地抑制 D2 受體，正是由於這種選擇性，新藥引起一些副作用（比如 TD 和 NMS）的幾率就較低，本章不做討論的傳統藥物有以下幾個代表：Haldol, Thorazine, Trilafon, Mellaril, and Prolixin。

BRAND NAME	GENERIC NAME	ANTIDEPRESSANT EFFECTS	SEDATION	ANTICHOLINERGIC EFFECTS	WEIGHT GAIN	AKATHISIA
ZYPREXA	OLANZAPINE	++	+++	+	++++	+
RISPERDAL	RISPERIDONE	+	+	+	++	++
GEODON	ZIPRASIDONE	+	++	++	++	+
SEROQUEL	QUITIAPINE	++	+++	+	++	+
ABILIFY	ARIPRAZOLE	++	+	+	0 to +	++++
SAPHRIS	ASENAPINE	UNKNOWN	++	+	0 to +	++
INVEGA	PALIPERIDONE	+	+	+	++	++
FANAPT	ILOPERIDONE	+	+	+	++	++
CLOZARIL	CLOZAPINE	++	+++	+++	+++	0 to +

本章將討論的抗精神病藥有時也被認為是“非典型的”抗精神病藥或“D2 阻滯劑”。表格以加號多少的形式說明了每種藥物在每一項效果上的作用程度，加號越多代表所列出的效果出現的幾率就越大，以下我們將分別對表中所列藥物進行簡短的闡述，主要針對會影響我們選擇用藥的有關特性：鎮靜作用、引起 EPS 或靜坐不能的幾率，增加體重作用以及

抗憂鬱作用。

金普薩 Zyprexa 是我治療急性躁狂或急性混合狀態的首選藥物。它具有很強的鎮靜作用，因此可以被用來使躁狂患者進入睡眠狀態，這通常可以很快地控制躁狂，就我的經驗來說，它引起 EPS 或靜坐不能的機率較低，但它有明顯的促進體重增加的傾向，並不是所有患者都有體重增加的表現，但那些有可能表現出這種副作用的患者通常稱自己在治療的最初幾周體重就以驚人的速度增加。雖然它不具有治療雙極症的憂鬱狀態的 FDA 批准，但我的經驗是，它可以有效治療憂鬱症或是混合狀態的症狀，成人金普薩的用量可以低至睡前 5 毫克，也可以 10 毫克一次，每天兩次，或更高劑量。

李思必妥 Risperdal 其鎮靜作用弱於金普薩，因此，對於那些分裂情感障礙的患者（滿足雙極症的診斷標準，而且在既不躁狂也不憂鬱的時候也表現出精神病症狀）或是對於雙極症伴有精神症狀的患者（這些患者在白天也需要一定劑量的抗精神病藥，但又不想被鎮靜）來說是一個很好的選擇，因為它較弱的鎮靜作用，通常我不把它作為急性躁狂患者的首選用藥，我更傾向於儘快讓這類患者進入睡眠狀態。李思必妥比金普薩更容易引起 EPS 或靜坐不能，因為它是一個更強大的多巴胺受體阻滯劑，李思必妥可以促使體重增加，但以我的經驗，對比金普薩其發生概率要小。李思必妥沒有獲得治療雙極症的憂鬱症狀的 FDA 認證，在我對此藥的經驗看來對比金普薩、安立復、思樂康或是哲思其治療憂鬱狀態的效果確實有限。

哲思 Geodon 其鎮靜作用強於李思必妥但弱於金普薩，哲思誘發 EPS 或靜坐不能的機率很低，它可以促使體重增加，但不如金普薩明顯，它的鎮靜作用足以治療急性躁狂，而其促使體重增加的作用又不是很明顯，所以對於需要長期使用抗精神病藥物進行治療的

患者來說是一個很好的選擇，哲思沒有治療雙極症的憂鬱狀態的 FDA 認證，但它對於憂鬱的治療與金普薩和思樂康有相似的療效，值得注意的是，哲思可以減慢從心臟起搏器通過心臟的電脈衝的速度，如果某些情況存在，或者患者正在使用其他某些藥物，這就會產生危險，在開始使用哲思時應首先進行心電圖檢查以確保其使用是安全的。

思樂康 Seroquel 其鎮靜作用與金普薩差不多，因此，對於急性躁狂的治療也是很好的選擇，誘發 EPS 或靜坐不能的幾率與金普薩相似的，它可以導致體重增加，就我的經驗來說，其傾向處於金普薩和李思必妥之間，新出的緩釋型思樂康稱為思樂康 XR，它得到了治療雙極症憂鬱狀態的 FDA 認證，即便如此，也並沒有理由認為 XR 型藥物治療憂鬱狀態要比更便宜的普通型更好，XR 型在服藥後約 3.5 小時血中濃度達到峰值，其尖峰值要比普通型的尖峰值低，普通型很快就被全部吸收，這可能是為什麼需要白天使用的患者應選擇緩釋製劑的原因，因為較低的峰值濃度意味著較弱的日間鎮靜效果。然而，如果目標是治療急性躁狂或想使患者進入睡覺狀態，那麼鎮靜效果更快的普通型思樂康才是更好、更便宜的選擇。

安立復 Abilify 是對大多數患者都適用的一種抗精神病情緒穩定劑，鎮靜作用不是很突出，有趣的是，它低劑量的時候具有啟動多巴胺受體的作用，而高劑量具有阻滯多巴胺受體的作用，這一特性使其在低劑量時表現出類似安非他命的啟動作用，對於躁狂或是混合狀態的患者這確實是個問題，以我的經驗，它誘發 EPS 的概率是低的，類似金普薩，然而，它誘發靜坐不能的概率要明顯高於其他抗精神病情緒穩定劑。經常我會看到一些病例，無法區分躁狂和靜坐不能，於是安立復的劑量被用到很高，導致嚴重的躁動和不適，安立復導致體重增加的可能性是同類藥品中最低的，因此可以作為需要長期使用抗精神病藥而

又擔心體重問題患者的首選用藥，即便如此，許多雙極症專家的經驗是，其穩定情感的效果不如其他非典型抗精神病藥明顯，安立復獲得了治療雙極症憂鬱狀態的 FDA 認證，我的經驗認為該藥是同類藥中在這方面效果最好的。我很少使用安立復治療急性躁狂，因為它通常不足以讓這類病人鎮靜從而進入睡眠，另外，像上面所提到的，該藥低劑量會啟動多巴胺受體，並有較高幾率誘發靜坐不能，因此當遇到無法清楚描述自己感覺的急性躁狂患者，想區分過度啟動、靜坐不能或是躁狂這幾種狀態是很困難的。

阿塞那平 Saphris 是 FDA 認證的可以治療雙極症中躁狂和混合狀態的一個較新的抗精神病藥，它是一個獨特的分子，一個真正的新的抗精神病藥，而其他新的抗精神病藥只是在原有藥物基礎上有較小的改變，它太新了因此其治療雙極症的最終效果仍有待觀察，早期的研究（僅與安慰劑進行對比），稱其引發體重增加的幾率和安立復差不多一樣低，而引發靜坐不能的幾率要比安立復低得多，該藥具有一定的鎮靜作用，所以如果睡前服用可以促進良好的睡眠，我目前僅在由於副作用導致不能使用安立復的情況下使用該藥，因為我仍在觀察該藥的長期治療效果以及對比其他現有藥物的優缺點，Saphris 是舌下給藥，因此吸收非常迅速，然而，味道是相當不好，這可能會影響患者的依從性，如果該藥能證明真的像最初行銷時聲稱的那樣好，它將成為治療雙極症的一個重要的成員。

思維佳 Invega 是近期獲得認證的抗精神病藥，擁有治療精神分裂症和情感分裂性精神障礙的 FDA 認證，此藥很新，因此其在情感分裂性精神障礙或雙極症中的治療作用仍有待探討，該藥結構上以及某些特性上都和李思必妥很相似，而且和李思必妥同出自一家公司，因為李思必妥已經趨於大眾化，對比李思必妥它具備一個優點，它是一種緩釋配方，因此對於那些需要全天候服用抗精神病藥的患者，只需要較少的劑量，我目前不使用該藥

治療急性躁狂，因為我並沒有看到它對比現有藥物的優勢，並且我非常懷疑它是否能展示出對比售價更為低廉的李思必妥其真正的優勢。

伊潘立酮 Fanapt 也是近期獲得認證的治療精神分裂症的抗精神病藥，其對雙極症或情感分裂性精神障礙的療效還有待觀察，類似哲思，它會減慢起搏器電脈衝流經心臟的傳導速率，截至本書出版時，我認為，伊潘立酮只能在研究領域用於治療雙極症，等到有進一步的資料支援時才能用於真正臨床應用。

魯拉西酮 Lurasidone 是市場上最新的非典型抗精神病藥，還在等待其治療雙極症的 FDA 認證，它太新了以至於我不知道怎樣將它和其他抗精神病藥進行對比，我對待它和對待其它最新藥物一樣：在其他已有方法無效時我才會選擇使用它。

氯氮平 Clozaril 是第一個非典型抗精神病藥、D2 受體阻滯劑。它有很強的鎮靜作用，而誘發 EPS 或靜坐不能的機率很低，它可以導致體重增加，對於雙極症的憂鬱狀態的治療效果仍不是完全明確，它差不多是抗精神病藥物的最後使用的手段，因為它有很多副作用，其中包含一個特別嚴重的副作用，其嚴重的副作用是抑制骨髓製造抗感染白血球（嗜中性白血球）的能力，這是一個在治療開始時很常見的副作用，必需每週一次血液檢驗，即使是患者已經服用該藥很長一段時間了，也需要每月進行血液檢驗。只有參加一個檢驗嗜中性白血球計數的項目才能獲得該藥，致死對於該藥來說並非不常見，就本章的目的，我想說的是，如果別的所有方法都失敗了，再去跟你的醫生討論使用此藥，但其它所有方法都失敗以致我們不得不使用此藥的情況是非常罕見的，另外，如果其它抗精神病藥引發了 TD，那麼可以考慮使用此藥，但只針對特定的患者。

情緒穩定劑 Mood Stabilizers:

傳統意義上的情緒穩定劑包括鋰劑和一組用來治療癲癇的藥物，我們叫它抗癲癇藥（ anticonvulsants ）。在同一個病人身上同時用多種情緒穩定劑並不少見，需要一次使用一種然後小心的調整藥物，而不是一開始就用多種藥物。下面的表格對這些藥物進行了總結，然後逐個討論，並以加號形式表示了每種藥物對所列每項效果作用程度的大小。

BRAND NAME.	GENERIC NAME	SEDATION	ANTIDEPRESSANT PROPERTIES	KIDNEY ISSUES	THYROID ISSUES	LIVER ISSUES	BONE MARROW ISSUES
ESKALITH CR	LITHIUM SLOW RELEASE	+	++	++	++	0	0
DEPAKOTE	VALPROIC ACID	+	0	0	0	++	++
LAMICTAL	LAMOTRIGINE	0	+++	0	0	0 to +	0
NEURONTIN	GABAPENTIN	++	0	0	0	0	0
TEGRETOL	CARBAMAZEPINE	++	0++	0	0	+++	+++
TRILEPTAL	OXCARBAMAZEPINE	+	0	0	0	+	+
ZONEGRAN	ZONISAMIDE	+	++	0	0	+	0
KEPPRA	LEVITERACETAM	+	+++	0	0	+	0

鋰劑是治療雙極症的第一個有效藥物，它在一些對其他藥物不敏感的病人身上仍然有效，數十年來，人們一直對它的作用機制有很大分歧，但目前的觀點認為，它以腦源神經滋養因子（ BDNF ）、糖原合酶激酶 β 和磷脂肌醇轉換的形式作用於“生物鐘”的水準，不管它怎麼作用，它在非快速交替的雙極症上特別有效，但似乎在快速交替的人群中並沒有那麼有效。不幸的是，長期服用或短期服用鋰劑都有一些風險和副作用，因此我們只在其他藥物無效的情況下選擇使用它。

長期服用鋰劑的風險本質上源於它對甲狀腺和腎臟的破壞。鋰劑會不可逆的破壞甲狀

腺，甲狀腺影響著身體的能量、情緒、新陳代謝和其他的一些生命基本功能。正常來說，它作用得相當緩慢，所以當人們服用鋰劑時，血液化驗將用來監測甲狀腺的情況，當血液化驗表明問題正在進展時，人們需要停藥。在三個常規的血液化驗中（TSH、T3和T4），TSH是這個警示系統中最先做出反應的，通常來說，在甲狀腺自身分泌的激素（T3和T4）水準下降之前，TSH就將升高來讓受損的甲狀腺產生更多的激素。一般服用鋰劑一個月後需要化驗一次TSH，然後進行三個月一次的化驗直到停藥為止。醫生們對於多長時間驗一次T3和T4有不同的看法，但是在TSH保持正常的情況下至少要一年查一次。在藥物作用下，甲狀腺將完全受損（較輕的傷害常是可逆的），如果鋰劑是對病人有效的唯一藥物，那我們必須接受它的副作用，如果這樣，病人常需要在有生之年一直服用甲狀腺激素替代藥物。

腎臟損害在應用鋰劑的早期是個常見的副作用。這是因為很難獲得可靠的血中藥物濃度和可靠的鋰製劑，所以人們經常要承受會導致腎毒性的血中藥物濃度，應用現代的鋰製劑以及高水準的血液化驗檢查以監測腎功能，過去常出現的腎臟損傷的副作用目前已經很罕見了。但在過量服用鋰劑的病人身上還是會出現腎毒性，而且將出現非常嚴重的腎臟損傷。驗血指標中首要的是血肌酐值，它能反應腎過濾率。

在應用鋰劑的過程中，要同時確保血液中的藥物要維持在一個有效劑量並且不會引起毒性作用的水準。大多數情況下，血液中的鋰劑含量應維持在 0.8-1.2ng/dl 的範圍內，雖然一些患者在較低劑量的水準上也會得到良好的治療效果。

服用鋰劑的很多患者抱怨的是那些更常見的在服藥後短期就會出現的令人厭煩的副作用。在易生痤瘡的患者身上，鋰劑將明顯的加重痤瘡症狀。雖然正常情況下我們的手都或

多或少有不同程度的顫抖，鋰劑將加重這種抖動（通常是很輕微的，但有時相當嚴重），這種症狀可以用 propranolol 治療，它會抑制體內引起抖動症狀的腎上腺素受體。服用鋰劑的患者會經常口渴，需要攝入很多的水分，所以他們經常出入廁所之類的地方，較少情況下，這將引起電解質（鹽平衡）紊亂問題，所以醫生還需要在每季度一次的腎功檢查中注意電解質的檢查。服用鋰劑的兒童夜間可能會尿床。老年人或者已經出現腎損傷的病人，則需要將藥物減量。

除了經過腎臟，鋰劑經由汗液排出。在耐力型的運動員身上這是個問題，比如馬拉松選手在訓練中將流失大量汗液。病人服用正常劑量的鋰劑後，如果開始進行耐力訓練，藥物將隨著汗液排出，因此，從事耐力運動的病人需要調整藥物劑量，但當他停止訓練後藥物劑量因為沒有排出將在體內升高。

常規劑量的鋰劑不會引起體重增加，除非病人口渴的時候飲用含有過多卡路里的飲料。口渴的時候應選擇水作為飲品，不要用含卡路里的液體來緩解口渴。鋰劑同 Thiazide 的降壓藥也有交互作用。如果醫生改變了患者 Thiazide 藥物的用量，那麼病人體內鋰劑的水準也將隨之改變，可能引起不良反應。

鋰劑在一些病人中，抗憂鬱效果很明顯，事實上正因為此它偶爾被用來治療非雙相型憂鬱症。鋰劑的一個很顯著的特點是，在所有情緒穩定劑的資料統計中它有著最強的減少自殺行為的作用，還有一些資料表明當病人發病後短時間內即開始鋰劑治療的效果最好。鋰劑在一部分病人身上療效顯著，他們服用藥物後幾乎所有的症狀都能緩解，這些病人在臨床上有明顯的特徵，如以愉悅型躁狂為主而不是易怒型躁狂，沒有其他比如酗酒或焦慮症這樣其他疾病的患者們療效也很好。近幾年鋰劑的使用在減少，很大程度上因為它明確

的副作用以及醫藥公司的行銷。但是每一位患有雙極症的患者都應該在治療過程中嘗試服用鋰劑來確定藥物在他們身上是否有顯著的效果。

雙丙戊酸鈉 Depakote 是一種抗癲癇藥物，它同樣是一種情緒穩定劑。抗癲癇類藥物作為情緒穩定劑的作用機制尚未明確，雖然目前認為它們可能不是作用在感覺器官層面，也許他們通過“第二信使”作用於更基礎的神經細胞，或者減慢神經元傳導。此外，在許多抗癲癇類情緒穩定劑中發現它們在大腦的某些區域起到保護神經元避免它們過早死亡的作用，這樣的“神經保護作用”主要在大腦的一個叫杏仁核的部位體現。神經保護作用在所有的抗癲癇類藥物中都存在。

雙丙戊酸鈉至少在近 20 年來是治療雙極症的重要藥物。它似乎在快速和非快速交替障礙中都有效。人們常常使用它的緩釋劑型，但它的普通劑型也有效。通常情況下，所有的雙丙戊酸鈉緩釋劑都在睡前服用，來避免白天的鎮靜作用。雙丙戊酸鈉沒有腎臟毒性，但它在肝臟代謝，所以有時會出現肝損傷。同樣的，它有時會造成骨髓破壞，將造成白血球中對抗感染的嗜中性白血球數下降。向鋰劑一樣，雙丙戊酸鈉的血中藥物濃度很重要。實驗室將治療量的雙丙戊酸鈉血中藥物濃度規定在 50 和 100ng/dl 之間，當濃度大於 100 時將視為有潛在毒性。我們在治療眾多的雙極症患者時，有時會發現我們需要將血中藥物濃度調至 100-120ng/dl。大多數患者可以很好的耐受這個劑量。如果醫師要使病人達到這個水準的血中藥物濃度，也許會造成沒有經驗的初級醫師的驚慌。精神科醫師需要瞭解這個問題。

雙丙戊酸鈉的副作用包括鎮靜和增加體重。體重增加可能成為我們停藥的一個原因，如同我們之前探討過的非典型的抗精神病藥物一樣。雙丙戊酸鈉也可以造成女性多囊卵巢病。雙丙戊酸鈉似乎很少用於治療雙極症中的憂鬱期。

得理多（卡巴氮平(Carbamazepine)）甚至比雙丙戊酸鈉應用的時間更早。它有個不好的特點“自身誘導”。這就是說當我們開始使用得理多時，它將使肝臟合成更多的酶來分解它自身。這個作用使我們需要在用藥初期每 1-2 周調整一次藥物劑量。在這期間，其他所服用的藥物水準也將波動。像雙丙戊酸鈉一樣，得理多也會損傷肝臟和骨髓。

確樂多（奧凱西平）跟卡巴氮平(Carbamazepine)在化學成分上有些許的差異，它卻沒有自身誘導的特點。而且，肝臟及骨髓損傷的副作用較輕。這些特性使藥物更加平和安全，所以我們用確樂多來取代得理多。有一些患者只對得理多有效，經驗表明這些患者只是一小部分。

確樂多在快速和非快速情感交替中都有良好的效果。肝臟和骨髓損傷非常罕見，大多數醫生不會對血細胞數目及肝臟功能進行隨訪。雙極症患者的治療劑量的確樂多的血中藥物濃度尚未詳細說明，我們知道癲癇患者的血中藥物濃度應該在 10-30ng/dl 之間。在 1980 年代早起，歐洲就已經對確樂多治療雙極症進行了研究。一個中心應用每天 900mg 的確樂多，另一個用 1200mg。兩個中心得到了相似的治療效果，但是沒有進行血中藥物濃度的檢查。話雖如此，醫生在臨床上卻經常使用更高劑量的確樂多來確保血中藥物濃度 in the 20s。因為沒有研究提供依據，臨床經驗表明一些患有雙極症的患者需要多於每天 1200mg 的劑量來保證藥物有效。因此，對於該藥物不敏感者，我的習慣是在推斷藥物無效之前監測血中藥物濃度，加大藥物劑量來獲得血中藥物濃度 in the 20s。

這章需要提到兩個重要的藥物間的作用。首先是確樂多和鋰劑都會影響血液的電解質平衡（尤其是使血鈉下降）。這將引起人體的相關症狀，包括精神混亂。當同時服用兩種藥物時，低鈉血症的發生概率將升高。所以，當兩種藥物聯合使用時，要比單用鋰劑更加頻繁的監測電解質水準。第二，雙丙戊酸鈉將降低確樂多的血中藥物濃度，所以當應用確樂多後聯合使用雙丙戊酸鈉時，提高確樂多的藥物劑量也不足為奇。

似乎確樂多隻在雙極症的憂鬱期用處不大。確樂多對體重的影響比較小，所以有超重傾向的個體可以使用它來代替雙丙戊酸鈉。

利必通（拉莫三嗪）是一種有效的抗癲癇類情緒穩定劑。它在雙極症中的憂鬱期應用的非常廣泛。這種藥物在很多受慢性憂鬱症困擾的雙極症個體中有效。同時，利必通對於預防交替的雙極症向躁狂症轉換有效。除了下面探討的一個重要的副作用，利必通似乎在大多數人身上都可良好的耐受。此外，在雙極症患者中，在其他藥物的基礎上加用利必通可使病人覺得思維更清晰。

利必通首要的副作用是非常嚴重的皮膚反應，稱為史蒂文森強森綜合症（Steven's Johnson Syndrome）。這種反應可能進展成為致命的皮疹，叫做毒性皮膚壞死。當這藥物首次被認可時，當時的用量很大，在大概 1% 的成人患者中導致了這種副作用。近來，緩慢的調整劑量成為了常規的用藥方式，雖然資料統計很難得到，我們仍認為這種副作用的發生概率已經下降了許多。葛蘭素史克發表說現在的發生概率為 0.1%。

表格 1：12 歲以上癲癇患者逐步調整利必通的方案

	服用丙戊酸的患	沒有應用卡巴氮	服用卡馬西平、
--	---------	---------	---------

	者	平 (Carbamazepine)、 苯妥英、苯巴比妥、撲米酮或丙戊酸的患者	苯妥英、苯巴比妥、撲米酮但沒有服用丙戊酸的患者
第 1-2 周	隔天 25mg	每天 25mg	每天 50mg
第 3-4 周	每天 25mg	每天 50mg	每天 100mg 分兩次
5 周以上	每 1-2 周增加每天劑量 25-50mg	每 1-2 周增加每天劑量 50mg	每 1-2 周增加每天劑量 100mg
常規維持量	只服用丙戊酸時 每天 100-200mg ; 除丙戊酸外還有 導致糖脂化作用的藥物時每天 100-400mg。分 1-2 次用藥。	225-375mg 每天 , 分 2 次用藥。	300-500mg 每天 , 分 2 次用藥。

目前的利必通推薦滴定方案可見下面的表格：需要重點注意的是兒童更容易出現 Steven's Johnson Syndrome，在兒童用藥時需要特別警惕。但是在這個年齡段的群體中，利必通應用的非常廣泛，並不能因為這個副作用就棄之不用。

不幸的是，有很多醫生害怕患者出現 Steven's Johnson Syndrome 後被患者告上法庭，結果就從不向患者建議嘗試利必通治療。這是對有效治療的歪曲，很多雙極症的病人多數時候是憂鬱的而非躁狂，利必通是非常有效的治療憂鬱的藥物。

沒有研究表明治療雙極症的利必通的血中藥物濃度應該是多少。因此，大多數精神科醫師並不化驗藥物的血中藥物濃度，甚至用量都沒有接近神經科醫師的安全用藥劑量（成人常規劑量是 300-500mg）。治療劑量的利必通血中藥物濃度一般認為在 3-15ng/dl。這裡說的是我和我周圍同事治療雙極症患者的經驗之談，治療中存在藥物抵抗則需要特別說明。當利必通作為抗憂鬱藥時通常血中藥物濃度小於 5ng/dl，而作為抗躁狂藥物在這麼低水準的血中藥物濃度上似乎不是最佳濃度。當我用利必通來抗躁狂時，我將血中藥物濃度的目標定在 8-12ng/dl，需要成人每天服用 300-500mg 藥物。這個範圍的藥物在神經科是常規劑量，但很多精神科醫師並不常用這個劑量。如果你或你關心的人受這種疾病的困擾，而且用藥的血中藥物濃度沒有達到上述範圍，你可以考慮讓給你治病的醫生提高藥物劑量。

加巴噴丁(Gabapentin)是有時用在雙極症上的另一個抗癲癇藥。作為當時認為的一種優秀的情緒穩定劑（一個從未被任何事實證明的謠言），它在 10 多年前很風行。精神科醫師一窩蜂的用這個藥物，造成了很混亂的結果。現在我們來回頭看看，它在抗焦慮上常常有效，近一半的雙極症患者存在焦慮，但它對於躁狂和憂鬱循環出現的患者效果欠佳。那些斷言它是良好的情緒穩定劑的人應該是被它抗焦慮的作用迷惑了。所以，它的作用應該在後面抗焦慮藥物的部分討論。

Topomax 是另一個被誤認為治療雙極症有效的藥物。確實有一部分人對這種藥物反應良好，但是這是極少一部分。需要注意的是其認知方面的副作用，尤其是導致失語，我見

過一些兒童還出現了閱讀和計算的障礙。總的來說，Topomax 最好還是作為抗癲癇藥物來應用，而不是用來治療雙極症。Zonegran 是一種新的抗癲癇藥物，曾被誤認為是情緒穩定劑，但並沒有足夠的資料表明這種藥物到底有沒有效。它是最接近利必通的抗癲癇藥物，我偶爾會在對利必通有效的病人身上試試這種藥，結果病人起了疹子。我用的病例數太少了，所以不敢隨便猜測它的有效率。

Keppra 是某些時候用來治療雙極症的另一種抗癲癇藥物。對於這種藥物並沒有很多資料研究，它僅在其他常用藥物無效的情況下使用，有時會出現轉折。

上面描述的抗精神病情緒穩定劑在治療的 1 期中常用，而傳統的情緒穩定劑通常用於 2 期，其餘的治療殘留憂鬱期（3 期）的藥物現在已經被認識。

就像之前探討的一樣，大多數醫師認為在治療雙極症的過程中，抗憂鬱治療將使病情隨時間惡化，並且有誘導躁狂或者混亂狀態出現的傾向。當然，也有例外。此藥在一定程度上會導致嚴重的混亂狀態，也可誘發自殺傾向。因為這個，我們儘量避免抗憂鬱藥物應用在雙極症患者上。當我們必須使用這種藥物時，我們把它控制在非常短暫的時期內。此外，在最大的長期的雙極症的研究中（STEP-BD 研究），抗憂鬱藥物並沒有有效作用。

那麼我們對於雙極症的憂鬱表現怎麼治療呢？三個常規的藥物已經被研究過：利必通、思樂康和安立復。任何一個藥物都可以常規加入到治療用的情緒穩定劑中來調整憂鬱症狀。比如選用利必通，照著我們上面說的劑量用，然後試著將其他情緒穩定劑減量或者停用。

前面提到過，利必通在有效治療憂鬱期的同時，可以預防躁狂期出現。如果一位病人經常出現憂鬱期還沒有試過利必通這種藥物，那他真該嘗試一下。

思樂康和安立復在“抗精神病類情緒穩定劑”中探討過。安立復是個對雙極症患者非常有效的抗憂鬱的藥物，即使只有憂鬱而從沒有出現過躁狂期的患者上它也有效。同樣的，用藥的時候需要監測“靜坐不能”的出現。

天然方法：

兩種“天然”方法已經被研究證實可以有效治療雙相憂鬱症。第一種是魚油中所含的高劑量 ω -3 脂肪酸。最早的研究始於 20 世紀九十年代，劑量為每天 3-6 克（每天 3000-6000 毫克），隨每餐服用魚油膠囊或是口服液。隨著這些初始研究，許多公司開始生產市場化的含或多或少 ω -3 脂肪酸的合成魚油。有資料表明過量的脂肪酸並不會增加療效，但較少量也並不會減弱療效，這些初始研究中的劑量並不是指經過合成的魚油，而是指天然魚油。選購魚油的時候有兩點需要提示下：“腸溶片”是較好的選擇，它們會在通過胃之後才釋放魚油，這就減少了服用後打嗝時候所產生的不好的味覺體驗；一些相對較貴的合成品往往會採用無氧包裝，防止魚油氧化，這種魚油聞起來或嘗起來並不像魚，可以被當作普通液體舒服滴服用下去。我們現在認為魚油是具有發揮作用的，它們參與形成神經細胞膜，增加脂流動性，使細胞膜更有效地運輸物質出入神經元，從而更有效地傳遞信號。

第二種天然方法是使用一種叫做肌醇的化合物，在以色列有兩個相關研究，應用肌醇於以憂鬱為主要表現的雙極症患者的治療方案中。肌醇有時也被稱為“維他命 B8”，類屬於一種非正式的 B 族維生素，結構上與葡萄糖類似，肌醇在神經細胞膜上大量存在，同時也參與實現 5-羥色胺神經元的功能，眾所周知，5-羥色胺神經元在憂鬱中起一定作用，高劑量肌醇主要的副作用是在部分人中出现便溏(大便不成形)現象，而我曾經有一個病人服用後出現了輕躁狂現象。

其他方法：

只有一項研究中闡述了藥物治療雙相憂鬱症的方法，那就是藥物米拉帕（普拉克索的通用名稱）。FDA 認證米拉帕用於治療帕金森氏病和不寧腿症候群(restless legs syndrome)，但有時也用於偏頭痛。它的作用原理是啟動多巴胺受體。

我大概 8 年前開始嘗試使用給我的嚴重憂鬱的病人服用米拉帕，對於他來說其他藥物都沒有效果。因為它啟動多巴胺受體，我很擔心，它可能誘發精神病（因為它在帕金森氏症患者並不少見）或躁狂。總的來說，使用該藥治療雙極症，我已經有豐富的經驗，但還沒有觀察到任何人誘發了精神病或躁狂。作用速度非常好，類似於 Lamictal，我通常將它用於使用 Lamictal 無效的患者。我一般初始使用 0.25mg 每天一次，隨後增加至 1mg 或更多，每天兩次。這根本不是用於治療雙相憂鬱症的標準方法，但我認為它是，因為它對我的諸多使用其他方法無效的病人是有效的。

在一些研究中心正在嘗試用氯胺酮治療難治性憂鬱症。目前通常是在一個高度監測類似重症監護病房的地方進行護理。因此，它是相當昂貴的，在聖達戈治療，平均每次治療需 1800 美元。這對一些病人說是難以置信的，但這的確是那些病人目前最後的希望。

非藥物方法：

有非藥物治療，但使用生物療法治療雙相憂鬱症。最古老的是 ECT，它的意思是“電休克治療”。這涉及到使用電脈衝，當病人麻醉時，誘發癲癇發作。通常一系列需要 6 至 12 次。這常常使憂鬱的人變得躁狂，隨後，就得加用情緒穩定劑來治療躁狂。但我覺得這並不需要，我儘量避免使用這一手段治療雙相憂鬱，因為它經常反復發作，病人需要長期維

持使用 ECT 治療，他們經常抱怨的逐步嚴重的記憶損害。

TCMS 或 rTMS 是一個類似 ECT 治療，它似乎並不會引起記憶障礙。一系列磁脈衝系列被用於準確定位 TCMS 或 rTMS 的腦區。雖然這種治療方法並不是專門針對雙相憂鬱症，但已經被美國 FDA 批准用於治療憂鬱症。它非常昂貴，因為保險公司目前不支付這項治療，該項治療一個星期需要多次，另外，經常有一些小問題出現，雖然治療有效並且副作用較少，但實際上病人對其治療的回應速度並不像其獲得 FDA 認證研究中所說的那樣。

治療雙極症的另一種生物治療是腦深部電刺激治療。是由一群加拿大研究人員開發的，它是目前唯一可用於美國亞特蘭大埃默里大學的研究。微電極被插入到大腦中的特定細胞中，一旦找到適當的頻率和電脈衝的振幅就可以治療憂鬱症。手術技術是成功的關鍵，前一段時間，該技術已經獲得美國 FDA 的認證。

在醫生的指導下，睡眠剝奪可以說明人們擺脫了憂鬱狀態。之所以一定要在醫生指導下是因為，睡眠剝奪可以很快誘發患者從憂鬱到混合或是躁狂狀態。

儘管本章的重點是藥物，但不得不提及的是一種類型的治療，認知行為治療（CBT）也可以有效緩解雙極症憂鬱。有證據表明，定期鍛煉可以改善情緒，許多患有雙極症的病人在冬天變得更加憂鬱，在陽光下散步或使用光療燈可以緩解症狀。光療燈需要在精神科醫師指導下小心使用，因為過度暴露於光下可能誘發躁狂或混合狀態。

如上所述，在 1-3 階段之後可能需要考慮額外的疾病。其中，最常見的是焦慮，50% 的雙極症患者存在可診斷的焦慮症，這裡我們不探討過多關於焦慮症的細節，簡單說，它包括廣泛性焦慮症（過度擔心或關注生活的多個領域），驚恐障礙（涉及不同的極度焦慮的攻擊往往伴有氣短的感覺，吸氣，快速心率，即將到來的厄運，出汗或晃動）；恐懼症；

強迫症（OCD）。強迫症是侵襲性的，不想被看到的，令患者感到不安，與消極的想法或“沉思”的憂鬱症是不同的，它們並不主要集中於一些消極的或沮喪的內容。強迫症行為是患者覺得事情必須做，並反復確認，儘管浪費時間、影響日常生活、而且毫無用處。

到目前為止，廣泛性焦慮症是最常見的雙極症所伴隨的焦慮症。廣泛性焦慮症的治療依賴於認知行為心理治療，有時可以用藥物治療。一般使用苯二酚(Benzodiazepines)藥物（克諾阿蒂凡，Serax，安定，阿普唑侖）。這種藥物可以形成依賴性，並可能有戒斷症狀。所有這類藥都有鎮靜作用，所以開始用藥時，一定要注意謹慎駕駛。一些文獻表明克諾還有助於穩定情緒，基於這個原因，它可能是焦慮與雙極症患者最常用的苯二氮卓類藥物。

不是雙極症的焦慮症患者，5-羥色胺再攝取抑制劑類抗憂鬱藥是一線用藥，包括百憂解，帕羅西汀，蘭釋，左洛複。一組相關的抗憂鬱藥稱為5-羥色胺去甲基腎上腺素再攝取抑制劑有時也被使用，包括岑巴瓦和鬱複伸。如前所述，患有雙極症的人使用抗憂鬱藥的問題是，惡化情感交替，並誘發混合狀態，因此，對於雙極症的患者我們儘量不使用它們。5-羥色胺活性抗憂鬱藥已獲得FDA的批准，是一個常常被人遺忘的藥物，被稱為克羅米普拉明或氯米帕明。雖然我沒有研究或資料來證明這一點，但我的經驗認為，在相對低劑量時（睡前25至50mg，而不是非雙極症患者使用的較為經典的睡前150毫克），這種藥物常常有助於治療廣泛性焦慮症或強迫症。我無法解釋其中原因，似乎通常不會誘發躁狂或混合狀態，所以治療焦慮有時會派上用場，這尤其是對強迫症雙極症患者。然而，人們應該首先嘗試使用一些情緒穩定劑靶向治療強迫症或焦慮症狀，如加巴，因為即使克羅米普拉明Anafranil也可能誘發躁狂或混合狀態。

認知行為療法、苯二氮卓類藥物治療以及 β 受體阻滯劑心得安有時也用來治療伴有驚恐障礙的雙極症患者。就我的經驗來看，我通常不是非得用藥治療驚恐障礙，而是用我從 Aaron Beck（認知療法的發明者）那學到的一種技術，在這種技術中，我們教病人在辦公透通過過度通氣誘發驚恐發作，然後通過呼吸技巧提高血清中的二氧化碳水準來終止驚恐，這些技術包括向一個有洞的紙袋中呼氣、通過手較鬆的握拳製造一個小管道呼吸以及跳過呼吸，這是很難學的技術，每呼吸 4 次，“跳過”一次，連續兩次呼氣。

在我看來，強迫症加上雙極症是精神藥物專家的聖母峰。5-羥色胺抗憂鬱藥（SSRIs 或安那芬尼）是治療強迫症僅有的效果較好的藥物之一。非典型抗精神病藥物有時也可以起到一定的作用。為了避免誘發躁狂症，混合狀態和快速情感交替，我們盡可能多的促進一種叫做分級暴露和反應預防的認知行為療法的發展，在這種療法中，故意暴露自己於刺激中，通常會誘發衝動的欲望。然後使用放鬆技巧，以抵制衝動。大多數患者發現，如果他們這樣做，經過多次的練習，他們可以抑制衝動。同樣，一種稱作思想停止的技術可以用來處理強迫觀念。

不過，很多雙極症伴發有強迫症的患者也需要藥物治療，我個人的做法是，我必須有足夠的把握使用情緒穩定劑，然後我會使用 Anafranil，你也可以使用其他的 SSRIs，但就我使用這些藥的經驗來看，他們對於雙極症患者的效果非常不穩定。

第二種經常看到的雙極症的合併症是過動症。過動症有三個亞型：注意力不集中型，多動衝動型，複合型。和想像中不一樣，因為它是有“過動症注意力不集中型，”這意味著，患者是注意力不集中/分心，但並不多動，這只是舊的 ADD 的定義所造成的。ADHD 多動衝動型是值沒有注意力不集中或注意力不集中，只存在過動衝動症狀。ADHD 混合型，

是指注意力不集中，多動的患者，目前，在兒童最常見。官方 DSM IV 過動症或任何其他精神障礙的診斷標準，可以在 www.mentalhealth.com 上看到。

只有一個治療雙極症成人合併過動症的雙盲安慰劑對照研究結果發表，加入研究之個案常規使用情緒穩定劑雙丙戊酸鈉，隨後加用藥物 Adderall，Adderall 是由常用的四個苯丙胺鹽組成，該研究中值得注意的是其良好的反應速率和沒有造成情緒不穩定，但這項研究的入組病例不是很多。

我的臨床經驗是，大部分的碰巧伴有過動症的雙極症患者，如果按照我上述所講進行了4個期相的治療，那麼加用治療 ADHD 的藥物並不會破壞平衡，但是，如果首先進行的是 ADHD 的治療而沒有考慮情緒的穩定，那麼混合狀態、躁狂或快速情感交替將會發生。詳細的關於 ADHD 治療的討論超出本章的範圍，我們只在下面做簡單闡述。

在一般情況下，興奮劑是過動症的首選藥物。有些非興奮劑也有效果，Strattera 或安非他酮，但效果（他們確實的幫助，而不只是他們是否優於安慰劑）大大低於興奮劑。

興奮劑中，有兩種基本類型。安非他命類藥物阻擋回收或再攝取以增加大腦中的多巴胺和去甲腎上腺素的釋放，而利他能或派醋甲酯(Methylphenidate)作用通過阻斷多巴胺和去甲腎上腺素再攝取。然而有些人只對某一類藥的反應較好，大部分人只對其中某一種藥物有反應。如果基於安非他命的藥物效果不好，我們通常嘗試基於 Methylphenidate 藥物，或反之亦然。

這些藥物使用不同方法使藥物療效期更久，這些方法從緩釋藥片到皮膚貼片、到分期釋放系統。你的醫生會就其對 ADHD 產生刺激作用對此進行分析和比較。

如果不討論生活方式在治療雙向情感障礙中的決定性作用，那麼本章是不完全的，毫

不誇張地說，一些行為會使雙極症疾病惡化，更嚴重的會導致對藥物反應的喪失，首先，一定不要反復加藥、停藥，因為有時候藥物在中途停掉後第二次使用時不會起效果，尤其在難治性患者，使用了多種藥物治療時。你可能失去對藥物的反應，從而選擇性變得很小，這都是因為你中途停藥了。

其次，部分雙極症患者的生物鐘紊亂，保持在每天晚上同一時間就寢，每天早晨在同一時間起床，維護規律的睡眠模式是很重要的。通宵達旦，可能會導致狀態不穩定。同樣地，從一個有很少陽光（美國東北部 12 月）的地方旅行到一個具有很強陽光的地方（澳洲 12 月）可以引發躁狂，如果你穿越半球，甚至跨越多個時區，你需要與你的精神科醫生探討如何識別和應對由此產生的任何情緒轉變。

第三，在一般情況下，藥物濫用是很嚴重破壞穩定的，包括大麻，大麻的兩個主要類型之一 Sativa（興奮品種）比 Indica（鎮靜品種）更為糟糕，雖然眾所周知長期使用 Indica 可以誘發憂鬱症，濫用興奮劑包括古柯鹼是非常破壞穩定的，如酒吧中常出現的搖頭丸，甚至酒精都可以引發憂鬱症。在一般情況下，如果你有雙極症，最好不使用任何物質，或至少限制使用酒精，每小時不超過一杯葡萄酒或啤酒或散裝白酒，每天飲品中不超過 2 克酒精。

第四，足夠的營養和規律的有氧運動，首選在早晨、戶外、有陽光的地方，有助於保持生物鐘和情緒穩定。

總而言之，雙極症是一種可以被有效治療的疾病，積極的治療和正確的生活方式，可以使大多數雙極症患者得到快樂、健康和富有成效的生活。關鍵是要尋求最佳的治療方法，遵守並聽從醫囑，不隨便停止用藥，並且選擇健康的生活方式。

By Dr. Tom Jensen, M.D. 譯：王珊珊

本章的目的是闡述邊緣人格的自殺，還有如何降低這嚴重的後果。治療雙極症，有三種預防措施，包括環境、藥物和療法干預。

20 年前，發佈的資料表明邊緣人格的死因中 20%-25%是自殺。然而，邊緣人格個體死亡率中自殺所占的實際比例有所下降。公開發佈的 5%-10%比例顯示治療降低了自殺率。

然而，自殺率仍然太高了，即使是 5%的自殺率也比正常人高出近 30 倍。我們應該致力於治療，將我們的知識應用於降低風險。有一些已知的有效的方法，因此確認這些方法包含在邊緣人格的治療中是問題的關鍵。因此，在應用這些已知方法時，我們必須對這個疾病和更好的治療和預防繼續建立相關研究。

不幸的是，現在沒有一個有效途徑預防患者自殺傾向。然而，自殺的人中都有一些共性。其一也是最重要的是家中父母兄妹也有自殺情況的。這是影響自殺風險的顯著獨立因素。那些實施自殺或者試圖自殺的人有典型的扭曲的想法，他們堅信活著非常痛苦，如果他們離開了身邊的親人都會活的更好。

其二是濫用。自殺的主要罪魁禍首是藥物和酒精的濫用。

另一個重要因素是私人擁有槍火。用槍火自殺很普遍，特別是在年輕人中。大多數槍擊殺沒有存活，活著有嚴重的腦部損傷。事實上，我們知道如果我們要降低一個人群中的自殺率，我們能做的最有效的事情就是保護刺激點和槍火安全。

還有的因素是社交孤立。這種疾病主要表現在青少年中，這是一個發展社會技能和友

誼形式的特殊時期。那些在早期建立邊緣人格疾病的，經常變得對自己失望和（或）沒有建立能延續到成人階段的友誼，因此他們覺得被孤立。每一個家庭成員有時候在面對有邊緣人格問題的不成熟的女兒、兒子或者配偶，他們所產生的麻煩會讓成員筋疲力盡。因此，建立這些被疾病影響的社交能夠得到支持、理解，與能組織有意義的活動的人進行交流時重要的目的和治療方法。過去 20 年我們總結到的一件事一半有邊緣人格的人也有焦慮的問題（普遍的焦慮、恐慌、恐懼、強迫性神經症）。這種焦慮也是自殺的危險因素。請複習藥物治療章節，關於如何通過認知治療和藥物來減少焦慮，掌握一些應用與焦慮的常用藥物可以導致混合狀態。

最後，不夠穩定的情緒狀態和混合狀態也是一個刺激因素。這就是在藥物章節闡述的，為什麼我們需要遠離能夠引起混亂狀態的藥物（抗精神病藥物和激素，這是最常見的兩種），並且制定計劃，如果產生混合狀態，能夠進行檢測狀態和給予有效的治療。

也許最好的預防自殺的辦法就是幫助人們發現他們要對別人和這個世界付出，並幫助他們挖掘自身的才能。如果不相信一個人是對社會有貢獻的，就很難和社交孤立及自卑大聲對話。

我們都知道自殺前的警示徵象是很危險的。答案是有時候有，但是有時候自殺發生在嚴重的混亂狀態並且發生突然，並且身邊人很有可能不能發現。這些能夠起作用的徵象有幾個，包括談及自殺和死亡，或者參考死亡例子。他可能打著“整理私人物品”的名號將東西分發，許願，檢查雜亂的車庫，做一些能夠讓他們留下的東西簡化的事情，關注如何實施自殺或者研究自殺所用的材料，這些當然都是主要的警示。彩排，去準備自殺的地方，試用繩子，發射空槍也是重要警示。

怎麼盡量避免雙極症病人自殺呢？除了槍火安全，治療和預防濫用，幫助他們建立互助團體，對那些有自殺傾向人的高度警惕，還有其他的一些干預措施。

對於雙極症的患者來說，尋求有經驗的精神心理專家進行治療是很重要的。然而，並不是所有的精神科醫生能夠很好的治療這種疾病。為了尋找就近的精神科醫生，你可以諮詢相關組織或者打電話詢問誰是這方面的專家？對於這種疾病，很容易鑽牛角尖，當需要精神科醫生談話治療時，他們必須表現的非常耐心。

治療師或者精神科醫生也可以對患者進行特殊的神經治療干預。這種治療應該包括下列因素：患者，家庭成員（能夠識別憂鬱，躁狂，輕度躁狂和混合狀態）。最好是能用表格檢測。另外，表格可以讓患者意識到讓他們如此不適的原因是疾病，而不是他們的生活常態。一旦一個人意識到如何去鑒別特殊的精神情感狀態，他們就能接受認知行為治療，去學習如何處理情感和扭曲的意識狀態。治療師也可以讓患者和他們的家庭更加安全。另外，家庭能夠減少社交隔離和幫助他們的家人去發現自身才能，然後應用他們去獲得自我價值的體現。治療師也可以監督和鼓勵治療的依從性。因為，依從性差是一個對雙極症患者治療的困境，這也能產生自殺的念頭。

另外的干預措施是有信任的朋友和情人，他們瞭解這個疾病，並且經過相關訓練，他們能夠觀察患者，當他們經歷情感狀態變化的時候能夠說明他們。患者到精神科醫生或者治療師處就診時建議他們的配偶也參加。

還有的就是，如果你和你的親人打算自殺，列出一個計畫要做的事情對於你們都是有幫助的。危機關頭不是想誰能提供幫助的最佳時機。這樣的計畫應該包括這樣幾個內容：

1. 列出幾個精神科醫生和治療師，準備隨時聯繫
2. 社區中自殺或者心理健康熱線的電話號碼
3. 如果一個人想自殺，在尋求精神科醫生或者治療師幫助時如果遇到麻煩，撥打 911
電話是一個萬全之策
4. 選定的醫院或者急診室的名稱和方位
5. 如果你需要去急診室或者醫院，帶上你的保險資訊
6. 列出所有的藥物
7. 列出一個“生活的理由”和“為什麼出現了扭曲的自殺的念頭”來參照一個人是否有自殺念頭。

自殺不是解決這個疾病的方法。雙極症是可以治療的，新的先進的方法一直在研究中。

為了監測自殺傾向，你和你的支持團有很多實際的事情可做。做你自己的擁護者，確保你所瞭解的自殺預防的知識成為你或者患者的治療的一部分。還有，儘管患者可能覺得他們永遠也不能過的更好，但記住我們在不斷的改善這個疾病的治療方法，永不放棄。

油火上澆水：

雙極症患者藥物濫用的危險

By

Russ Federman, Ph.D., ABPP - University of Virginia

J. Anderson Thomson, Jr., MD - University of Virginia

Tom Horvath, Ph.D., ABPP - Practical Recovery, San Diego, CA

譯：陳路鋒

如果您患有雙極症，但是已經戒掉了酒精或其他易成癮藥物，那麼您可以不用閱讀以下內容。濫用大麻、酒精、古柯鹼、海洛因等藥物，通常會使得雙極症疾病變得更為複雜。本章將告訴您解釋，最簡單、最安全的做法就是戒掉這些藥物。當然，我們也將告訴您什麼情況下也可以適量使用。

兩個病歷：

FRANK

Frank 今年 26 歲，是一個活躍、聰明的年輕人，他在整個青年時期都在被雙極症和藥物濫用折磨著。他的疾病本來多次需要停止大學學習，但是他最後堅持到了畢業，最好還獲得了歷史學學士學位。

由於經濟不景氣，畢業後他找到的唯一一份工作是在大學所在的城市做一個餐廳服務員。這個年輕人在餐廳裡努力的工作，也積極參加聚會。很快，Frank 就融入了身邊的人。Frank 本可以成為第一個可以告訴你濫用藥物危險性的人。不過，像我們大多數人一樣，Frank 也渴望參加社交活動，而首先就是與身邊的同事。經過戒用娛樂性藥物（recreational drugs），以及規律服用醫生開的心境穩定藥和幫助睡眠的藥物，他的病情穩定了很長一段時間，不過很快他就開始經常與同事在下班時間參加聚會活動。逐漸他開始變得確信自己像斯·傑弗遜總統那樣智慧過人，無論什麼時間都總是難以自制地想去大學校園裡散步，向遇到的人講述·傑弗遜的事情，只要別人願意聽他講，包括雕像，他都會不厭其煩地講。他認為自己身體很好，甚至比以前更好，而那些不理解他的人才是不可思議的。

GABRIELLE

Gabrielle 大約在 12 歲左右開始出現情緒不穩定。她的情緒經常情緒低落、暴躁，還經常煩躁易激怒。到高中的時候，喝酒成為日常生活的一部分。喝酒可以減輕她情緒憂鬱的痛苦，也可以減少煩躁易怒的情況。雖然她高中成績平平，但是依然選擇了繼續上大學。不過，後來她發現自己對服裝零售業很在行，而且這樣還可以養活自己。在 20 歲的時候，一個同事給了他一些奧施康定。出於好奇，她嘗試吃了這些藥，感覺很喜歡。給 Gabrielle 同事提供奧施康定的那個人很快又使 Gabrielle 轉而服用海洛因。服用海洛因挺管用的，至少她自己是這麼認為的。之後，她每天不再擔心自己怎麼好好的生活，每天只想著如何能拿出買海洛因的錢。之後，她失去了自己的工作，露宿街頭，她的家人把她送入醫院，進行海洛因戒癮和物質依賴的治療。治療取得了部分效果，最後她戒掉了海洛因，然而喝酒依然間斷地繼續著。

之後的 4 年中，Gabrielle 繼續做著服裝零售工作。她的情緒狀況變為輕度的憂鬱狀態，伴有間斷發作重性躁狂。25 歲的時候，她選擇了在家鄉的一所文理學院開始上學。她秋季學期開始入學，非常希望自己的生活能重回正軌。然而，很快發現自己與班裡那些十八九歲的同學們很少有共同語言。另外，

也對自己的學業變得越發焦慮。

為了減輕痛苦，她開始每天晚上抽煙。而後逐漸發現，每當精神幸福的時候，她的擔心就會被活力欣快的感覺所取代。睡覺也變得不是那麼重要了，因為一般早上 4 點或 5 點就會醒來，然後開始上網、線上聊天以及關注任何能吸引她興趣的事情。她發現自己對學習成績，甚至是上學都不再在意。這樣一學期下來，她的期末成績得了 1.3 分，由於成績不佳得到了試讀的處罰。

當這種現實出現時，這個女孩徹底崩潰。絕望和空虛代替了原有的極度興奮的狀態。她幾乎整天都無精神的躺在床上，一點精神狀態都沒有，甚至都無法處理生活中的一點小事。最後，由於她越來越糟糕的狀態，她又不得不送入醫院。就是這個時候，她被診斷為了雙極症。

成本效益分析

如何能減輕 Frank 或者 Gabrielle 的痛苦呢？我們通過進行成本效益分析來看看藥物濫用對他們兩個人起到的作用，首先談一下效益。對 Frank 來說，使用酒精和毒品的好處很簡單，就是可以幫助他融入身邊同齡人的社交生活。而對於 Gabrielle 來說，毒品可以降低她對學習成績和社會認可的焦慮。雖然不能肯定，在這兩個案例中，物質濫用的花費可能導致了躁狂的發生。對費用分析提出這一個問題，這些物質使用的花費值得嗎？大家可能都同意其實這並不值得。

我們需要承認，他們的目標（為了適應、放鬆）都是合理的，是值得追求的目標。我們對雙極症的工作經驗提示，藥物濫用通常與一下一個或多個因素有關：為了 1）控制情緒高漲或激動，2）減輕憂鬱，3）緩解枯燥無味的平淡情緒，4）引起激越、提高或延長輕度躁狂愉悅的感覺。想要感覺鎮定、活躍（或更加活躍）、低落或者擺脫枯燥無聊，這些並不奇怪，也很正常。

使用精神活性物質（substances）來達到這些目標的問題是，如果這些物質有效果（對部分人來說都有效），則很難控制使用量，尤其是對於患有雙極症的患者。另外，如果過量使用，還會：1）作用過於明顯，使得我們的其他諸如社交、放鬆等能力下降，2）隨著時間的推移，逐漸失去原有的作用，原來帶來的效果也甚至減少甚至消失（例如，使用古柯鹼來提高精力，最終會導致精疲力竭），3）增加其他問題的風險（如意外，感染，被捕等），還有4）會加快雙極症的發展（開始的輕躁狂/躁狂發作或者後續的復發）。

可能你會想，“我明白其中的危險，我不會使這種事情發生在自己身上，我會小心點的。”重申一遍，小心點最簡單的方法就是戒掉這些精神活性物質的使用。然而，如何把握你想要的“誤差容許度”則由你自己決定。雖然，雙極症有許多方面你並不能掌控，但是戒掉精神活性物質則完全在自己的控制能力之內。設想一下，如果因為繼續使用精神活性物質而導致你發生全躁狂發作而需要到精神科住院治療，後來你又知道本來戒掉這些東西就可以防止悲劇的發生，那時你會有何感想。

本章接下來的內容將會更詳細地向我們介紹關於適度使用還是禁用的問題。同時我們可以回顧一下，關於藥物使用與雙極症之間關係的資料。我們也可以推斷出（或者說是假想）：藥物使用與雙極症是如何相互作用的以及如何解決適度的問題。

精神活性藥物使用與雙極症的關係

許多人在濫用各種各樣的精神活性物質。如果濫用的頻率足夠、用量足夠、問題足夠，則這個人就會被精神衛生專家考慮存在有精神活性物質使用障礙。輕者稱為藥物濫用，重者稱為藥物依賴。在本章中，我們所說的精神活性物質使用不當這一概念，包括物質使用障礙（濫用或依賴），是指可以導致生活出現問題的任何水準的精神活性物質使用，即使

是使用水準並未達到診斷標準。一個雙極症患者，在一生中存在物質使用障礙（濫用或依賴）的概率有 60%，存在酒精使用障礙的機會為 50%（Tolivar, B.K., 2010）。換種說法，就是說 10 個雙極症患者中就有 6 個經歷著可以應該達到診斷的物質使用不當。這些人中，大部分是酒精使用障礙，其餘的是包括大麻、鴉片類藥物、興奮劑等使用障礙。

雖然精神活性物質使用障礙對於任何人身上都可以引起很多問題，而對於雙極症患者來說，問題則更為嚴重。如果你患有雙極症，並且有物質使用障礙，那麼你會更容易出現以下情況：

- 難以堅持治療
- 憂鬱、躁狂或輕躁狂發作更為頻繁、程度更重
- 發作時間長
- 更多的混合性狀態發作和快速循環發作（很難治療）
- 更多的睡眠障礙（impairment）
- 更多的攻擊行為和衝動
- 更頻繁的自殺企圖
- 更多的自殺意念和感覺
- 更多的焦慮（廣泛性焦慮，驚恐或創傷後應激障礙）
- 感染（如 C 型肝炎）的可能性增大
- 更容易出血其他疾病（尤其是 C 型肝炎）的併發症
- 更多的住院次數

雖然挑出雙極症的原因和影響比較困難，但是從臨床前景來說，如果能減少或者停止

物質使用不當，這些問題也會因此減少，這一點是比較清楚的。為了更詳細地說明物質使用不當合併雙極症的相關生活問題，我們以 C 肝和入獄時間為例。不過，在您對這個問題開始重視之前，我們也希望您不要認為大部分雙極症患者都會有患上 C 肝或者入獄的結局。我們也確實看到過，一些雙極症合併物質濫用較為嚴重的患者出現了這些後果。然而，這些人剛好可作為我們解釋成本效益問題的實例。

C 型肝炎

雖然有物質使用障礙合併雙極症者的許多併發症並不令人驚奇，不過最近關於雙極症、物質使用和 C 肝之間關係的研究結果還並不為人所知。存在物質使用障礙的雙極症病人患有 C 肝者是沒有精神疾病者的 7 倍 (Himelhoch, S., McCarthy, J.F., Ganoczy, D., Medoff, D., Kilbourne, A., Goldberg, R., Dixon L., Blow F. C., 2009)。一項研究顯示，診斷為雙極症同時又有物質使用障礙者中有近三分之一的病人 C 肝測試呈陽性。這一感染率比僅有其中一項診斷的患者高 5 倍 (Matthew, A.M., Huckans, M.S., Blackwell A.D., Hauser P., 2008)。這些高的感染率可能是在醉酒和/或躁狂時使用注射藥物以及發生高危性行為所導致的結果。

C 肝使得雙極症的治療更為困難。雙極症患者中最普遍的物質使用問題是酒精，而嚴重嗜酒的 C 肝患者更容易患有肝臟疾病。他們可能患有肝纖維化、肝病進展加速，並且與戒酒者的 C 肝患者相比肝硬化、肝癌的發生率更高，這也就是說他們的肝臟更為脆弱 (Bhattacharya, R. and Shuhart, M., 2003)。而治療雙極症或酒精依賴的藥物又可能對肝臟有副作用。例如，對於伴有雙極症的酒精依賴患者，丙戊酸鹽（丙戊酸鈉）可以改善其嗜酒的結局（drinking outcomes），但是對於同時患有 C 肝者來說與未患 C 肝者相比肝酶升高

相關(因而變得不健康)。因此，肝臟健康需要不斷檢測，為了避免出現肝臟問題，將治療雙極症藥物的劑量調整到次佳水準。

物質濫用合併雙極症也會使 C 肝的治療變得複雜。Alph-干擾素，是最有效的 C 肝治療藥物，同時也會造成在雙極症患者身上觀察到的精神科症狀。這些症狀包括：憂鬱、躁狂、精神病和自殺想法(Onyike, C.U., Bonner, J.O., Lyketsos, C. G., Treisman, G.J., 2004)。出現精神疾病時，常常需要中斷干擾素治療。存在酒精濫用和其他物質濫用是 C 肝干擾素治療成功的一個強烈的負性預測因素。

入獄時間

你可能聽到過一些人常常由於濫用藥物因而入獄，尤其當這些人同時患有雙極症的時候，入獄更為普遍。一項對獄中雙極症患者的調查顯示，四分之三的病人被診斷為患有物質濫用障礙，而與之相比，醫院住院的病人則為五分之一(Quanbeck, C.D., Stone, D.C., Scott, C.L., McDermott, L.L., Frye, M.A., 2004)。

與男性相比，總體來說女性物質濫用障礙的比率更低，而女性入獄的比率也遠遠低於男性。但是雙極症的女性患者，因為物質使用障礙而入獄的比率升高。還是剛才引用的研究，與在社區治療的未入獄的雙極症女患者相比，獄內患者存在物質濫用障礙的可能性要高 38 倍(McDermott, B.E., Quanbeck, C., Frye, M.A., 2007)。

雙極症在多次被捕和入獄者中更為常見。一項對 2006 年和 2007 年 79000 名德克薩斯州監獄囚犯的研究顯示，雙極症患者囚犯中既往曾有 4 次入獄經歷的比例是未患者該病者的 3.3 倍(Baillargeon, J., Binswanger, I.A., Penn, J.V., Williams, B.A, Murray, O.J., 2009)。

那麼，如果對於患有雙極症者，物質濫用可以導致這麼多的問題，為什麼他們還會那

樣做呢？解釋就是他們的目的是為了自我治療：因為條件情緒總是非常困難，因而使用精神活性物質來控制情緒。有證據表明，在努力克服部分精神障礙症狀時會出現物質濫用，在這一過程中，至少在開始階段症狀會有所緩解。當然，如果這種所謂的治療起作用的話，則很容易使人認為如果繼續使用的話會一直有效。因為這樣就容易出現很多的問題。

與上述假想一直的研究表明，混合型伴/不伴快速交替病程的患者發生濫用概率是其他患者的兩倍 (Sublette, E.M., Carballo, J., Moreno, C., Galfalvy, H.C., Brent, D.A., Birmaher, B., JohnMann, J., Oquendo, M.A., 2009; and Tolivar, B.K., 2010)。混合型情感和快速交替的高昂、混亂症狀復加重，很難緩解，而使用精神活性物質可以減輕這些症狀。

與設想的自我治療相反，在雙極症中使用精神活性物質可能會背道而馳。當感覺情緒低落（需要提高）時，雙極症患者常常會尋求與酒精或者其他鎮靜藥物（depressant drugs）。然而，選擇使用酒精利用其臨時抗憂鬱效應時，並沒有考慮到隨後的致憂鬱效應。同樣地，當雙極症患者情緒高漲（需要冷靜和緩慢調整）時，這些病人又常常使用興奮劑（古柯鹼、甲基苯丙胺、咖啡因等）。這樣，他們並沒有自我治療高漲的情緒，反而可能試圖增加或延長這種狀態。

或許精神活性物質使用和雙極症都起因於一個共同的潛在因素或者一組因素，我們也確實觀察到有時物質使用障礙出現後似乎促進了雙極症的發生。似乎，物質濫用的後果增加了神經化學系統的緊張性，從而導致了雙極症的發生，而沒有物質濫用時則可以避免發生這種疾病。在使用幻覺劑出現躁狂性精神病就是一個明顯的例子。然而，在另外一下病歷中，物質使用障礙則似乎是繼發於雙極症，成為雙極症的結果。在躁狂狀態下使用精神活性物質可以很容易變成物質濫用或者依賴，因為病人此時行為衝動，不能正確判斷或者

預見其行為。精神活性物質的使用明顯地損害了這些能力。

或許任何人使用精神活性物質都需要小小的解釋：我們用這些藥物是因為想要他。很多人都這樣生動地描述他們使用精神物質時的體驗：有趣、愉快、冷靜、激動、興奮、“通過化學物質看見了天堂”等等。如果把與這些快樂的體驗相反的結果當做成本的話，那麼對於雙極症患者來說，很不幸這些成本要比未患此病者高。

如果你是一名雙極症患者，那麼你應該處理這些問題呢？

你與精神活性物質的關係會出於下列過程的中的一個階段：

戒用--適量使用----濫用----依賴

對於大部分雙極症的患者，我們強烈推薦，戒用是最簡單而且安全的做法，下面的內容會解釋其原因。

然而，使用精神活性物質非常誘人，而且許多人不想放棄這些物質帶來的或與之相關的快樂。所以，許多人就想試圖在錯誤使用這些物質帶來的風險和使用帶來的快樂尋找一個平衡點。不幸的是，我們發現這種做法對於青春期末期和成年期早前的人來說存在問題，而雙極症也常見於這兩個年齡段。

原因是：

首先考慮在十幾到二十幾歲的階段正在塑造發育的所有因素：高中畢業後的發展問題（對許多人來說是進入大學）、探索離開家庭開始獨立、初步做出生活方向的決定（選擇大學專業）、開始確立自己不同與家人的自己的價值觀、處理學校或剛剛開始的職場環境中的競爭現實、探尋性關係與感情關係、開始建立早起的經濟獨立，等等。很明顯，這裡

列出的僅是一部分，並不只這些。

在這個發育階段所做的這些事情，一個更重要的影響，就是滿足其適應並且建立牢固人際關係的需求。這一點非常關鍵，因為想要逐漸減弱與家庭之間的聯繫，那麼就必須發展新的人際聯繫。當我們研究酒精使用在大學人群中的流行情況時，發現賦予青少年之一需求並被他們所接受尤其重要。2010 年美國大學生健康評價（美國大學生健康協會，2010）對來自 30000 餘名大學生的一個全國性隨機化的樣本進行了研究，發現這些學生中有 60%的人在最近一個月內至少有過一次飲酒的情況，而學生們則感覺他們中有 94%的人在過去的一個月曾有過飲酒情況。換句話說，他們對同齡人飲酒情況的估計結果更高。在這一飲酒人群中，近 30%或者幾乎每三個人中就有一個，說他們在參加社交活動或者聚會時，喝了 5 瓶酒或者更多。我們發現大學生們感覺他們這些人大部分都飲酒，而確實飲酒的學生中，有近三分之一在喝酒時可以達到醉酒狀態。這就是二十歲左右年齡段人群的生活狀況。

您也可能對這一研究結果會有不同的理解，您可能會說“等等，不是還有 40%的學生不飲酒嗎？”確實，這個比例確實也挺大的。然而學生們認為他們中有近 9 成的人都喝酒，這一事實更為重要。也就是說，戒酒在大學生人群並沒有成為一種共識。許多學生會做出與他們所發覺的同齡人的做法相一致的行為方式，當我們考慮他們適應新環境的重要性時，那麼他們的這種行是合乎情理的。而做出其他選擇則非常困難。比如，參加同學聚會時，如果參加者大部分人都喝的很多，而你就很難只喝一瓶或兩瓶了。如果一個學生身邊的同齡人在飲酒上面不能做到很好的節制，那麼這個學生也會逐漸發展為過量飲酒者。這樣，學生選擇與飲酒的同齡人建立緊密聯繫的同時，自己的物質使用風險也大大增加了。如果

再加上遺傳易感性，那麼這個人就可能被診斷為本章之前所講的雙重診斷問題了。

經過我們對十幾二十幾歲雙極症患者的觀察治療後，我們發現透過節制地使用酒精避免其不良後果，這種方法通常很難成功。準確地講，這種方法的成功率很低。如果無法做到節制性飲酒，最好完全戒酒。現在我們看一個實例，Keith 今年 42 歲，患有雙極症 20 了。Keith 現在已婚，並有兩個孩子，他們約十來歲。他是一家醫療保險單位的中層管理者。20 歲到 24 歲的時候，他的情緒非常的不穩定，主要靠頻繁、大量地喝酒並且斷斷續續地抽煙來緩解。後來他進行了一次住院治療，而後又休學進行了兩次戒癮，從那以後，Keith 明白了其實物質使用是他主要的敵人。事實上，他發現只要遠離煙酒，他的情緒不穩定就會減輕，發作的頻率也會減少。他的情緒逐漸平靜下來，期間偶爾還是會出現輕度的壓抑性恐懼情緒。有時也會出現情緒高漲的階段，這時他會感覺所有東西都在迅速地變化，令人難受。這個階段與以往不同的是，他身邊的人給予了他堅強、健康而持久的支持。他的妻子和老闆都理解他的病況。在過去的 10 年中，也一直找同一個精神科醫生看病，他也能根據需要對生活中的任務做出必要的調整。雙極症對 Keith 的影響並不是微不足道的，只是這期間病情沒有對他造成重大的生活殘疾。關鍵的原因是他學會了如何處理。

Keith 基本戒掉了飲酒，不過有時他會和妻子在晚餐的時候喝上一杯紅酒。他非常喜歡酒的香醇，它可以增加飯菜的口味。偶爾，他感到很想再來一杯或者兩杯。而且個別情況下多喝點後，就會出現早上不能按時起床上班的情況。如果 Keith 足夠誠實的話，他應該會承認偶爾這樣喝多了其實很不值得。這種情況下，他會感到疲乏、暴躁以及緊張不安，一直持續到第二天。他討厭這種狀態。而且他偶爾也發現任何與頭天晚上喝酒相關經歷有關的東西都非常不可思議。

所以你看，Keith 通過精神物質使用來滿足生活需要，而情緒穩定和戒酒之間的關係已經與大學的時候不同了，那時候可以喝酒可以獲得興奮的感覺。對於現在的生活來說，滿足與情緒穩定之間的整體關係已經不同於以往了。Keith 意識到最小量的飲酒或者不飲酒才是符合成本效益分析的，他最後終於明白了這一點。

Keith 的故事並不少見，因為它與剛剛進入成年的人與中年人的區別有關。這個故事也直接影響了我們對於有關酒精使用的建議，那就是，對於大部分雙極症患者來說在青春期和剛剛進入成年期的人來說是很危險的。在雙極症的早期盡可能低達到情緒穩定非常重要。

在老年階段，適當飲酒導致雙極症患者情緒不穩定發生的危險大大減低，因為生活中的其他因素可以增強情緒的穩定性，使得我們不再熱衷於追求與他人的社會方式保持一致，不再尋求興奮的感覺。在這裡我們也提出一個重要警示：還有一些人在適當飲酒成功方面沒有成功。似乎每次喝酒時，他們都會喝醉。即使僅僅喝了一點酒，就會變得渴望再喝一些。一旦再踏出這一步，就很難再回正軌了，最後導致過度飲酒這一不良後果。當你們進入了這個怪圈，就需要趕緊發現了。還有，如果還處於這個生活循環的早期階段，完全發現這個問題也充滿了危險。其實，你會發現只有戒酒才是你最好的朋友。

以上這些內容，我們大部分的討論主要是圍繞酒精使用而展開的。這是有目的的。讓我們把焦點擴展至包括更多的流行藥物（興奮劑、鴉片類及幻覺劑），再回到病人狀況出現問題時，我們的建議是非常謹慎的。但是我們也不想過度刻板地過度概括。我們再分析下其他的特殊性。

興奮劑

興奮劑包含範圍很大的一類藥物，從無害的一杯咖啡到吸食古柯鹼或者靜脈注射安非他命。其效應包括從僅僅微弱的輕躁狂到完全躁狂性精神病的等一系列連續症狀。有一部分雙極症患者對與即使是很輕微的化學物質興奮也不能處理好。在他們身上，啟動輕躁狂發生的閾值非常低。咖啡因或者能量飲料即使在很少量對這些人來說也可能是強力的刺激因素。而對於另外的人來說，早上喝一兩杯咖啡或者中午喝點能量飲料一點事都沒有。除了非常輕微的心情活躍外，就僅僅是程度很小的化學興奮而已。雙極症患者的任務就是要估計出自己處於這個症狀連續體的什麼位置。一兩杯咖啡會引起輕微的情緒上升，還是更像是會像點燃火藥那樣猛烈。如果結論是非常適量地使用些輕興奮劑的效果是比較溫和的，那麼一定要對其危險性保持一定的警覺。尤其是對於現在的年輕人，在他們的生活中，習慣用古柯鹼和/或能量飲料幫助他們挑燈夜讀，甚至可以保持徹夜的“精力充沛”。白天喝上 8 杯或者 10 杯的咖啡，或者晚上喝上 10 瓶紅牛飲料對並不是沒有害處的，結果可能比出乎預料。

準確地講，由於咖啡因或者草藥興奮劑通常認為是有益的，所以過度使用的風險很大。任何可以改變理智、情緒和精力的東西都具有潛在的危險。這一結論用於作用更強的一些物質，如古柯鹼、crack 或者安非他命等，更為清楚。這些東西可以成癮、是作用強的物質，而且也是危險的東西。對很多人來說，適度、安全地使用這些藥物都不太可能，更不用說是雙極症的患者了。

那麼對使用用於治療注意缺陷/多動障礙（ADHD）的精神興奮劑又如何呢？對於雙極症患者，必須在精神科醫生的嚴密監測下使用這些藥物。精神興奮劑也會像其他興奮物質

一樣，激發情緒高漲症狀。如果能避免使用這些藥物，那麼就更容易使雙極症達到情緒穩定。另一方面，如果嚴重的 ADHD 症狀未予治療，會嚴重影響雙極症的治療任務，所以有時醫生開一些精神興奮劑藥物就變得很有必要。顯然，何時應該選擇使用精神興奮劑來處理 ADHD 症狀與同時存在的雙極症就應該屬於精神科醫師的考慮範圍，因為精神科醫師對這兩種狀況的相互干擾的知識比較瞭解。如果雙極症患者沒有在醫師指導下使用這些藥物來幫組學習或者維持精力，那麼這種行為也是十分危險的。

鴉片類藥物

止痛藥物也具有類似的風險。止痛藥物作用於中樞神經系統，從而減輕痛覺，包括心理痛。這些藥物是易成癮藥物，包括生理性成癮和心理性成癮，同時也可以對情緒產生抑制效應。在外科術後使用幾天鴉片類藥物是完全恰當的（Percocet, Vicodin, 等）。但是對於雙極症患者，為了減輕憂鬱的痛苦、獲得短暫的欣快感，或者為了降低激越狀態而使用鴉片類藥物，只會是開啟了憂鬱加重和藥物依賴性增加的大門。正如先前說過的，這種做法也會破壞病人控制心理痛的能力。考慮到對於雙相患者來說，憂鬱復發會使得疾病的藥物耐受性增加，所以反復使用鴉片類藥物顯然是得不償失的。

幻覺劑

幻覺劑是包括 LSD、搖頭丸、麥司卡林、西洛西賓等在內的一大類藥物。除了部分用於嚴格控制的研究使用外，這些藥物幾乎都是在黑市上（非法）生產和銷售的。由於這些藥品不具有藥學價質，所以你不會知道你拿到的到底是什麼成分。而且即使瞭解這類藥物的化學成分，每個人對幻覺劑的反應也都不同。如果有 5 個人服用同樣一種幻覺劑，則可

以有 5 中完全不同的體驗。如果一個人服用幻覺劑後感覺很糟糕，那麼這種糟糕則可以非常嚴重而導致精神病。透過其他章節你已經瞭解到，雙極症患者存在精神病發作的風險。我們知道，雙極症越嚴重，尤其是躁狂發作的，那麼越可能出現伴有幻覺和錯覺的精神病發作(Goodwin and Jamison, 2007)。很明顯，雙極症患者應該戒用已知的可以導致幻覺甚至精神病的藥物。實際上，由於幻覺劑的反應很難預測，而且與躁狂性精神病有顯著的正相關性，所以適度使用這些藥物也是不應該的。對於雙極症患者來說，其風險遠遠大於益處。

大麻

可能有人會說，大麻並不屬於幻覺劑的範疇，因為它不是足夠強效的精神物質。但是“不夠強效”其實在於抽多少。而且，隨著高科技的逐漸發展，大麻中主要的精神活性物質 THC（四氫大麻酚）的濃度比 1960 年代後期大麻在社會上廣泛傳播時期高了許多倍。

大麻的相關問題與之前討論的酒精、輕型興奮劑類似，就那就是人們一般認為這些藥的作用都是比較良性的。事實上，在有些國家，透過醫生開具處方使用大麻是合法的，而在另外一些國家，擁有少量大麻就意味著與交通罰單類似水準的違法。正是大家感覺大麻具有良性作用的特點，才造成了其危害性。

我們設想一下，如果一個雙極症的患者一個月使用幾次大麻可以提高情緒，而且（至少他們認為）基本上不會出現陰性症狀。確切地說，因為不經常使用大麻時可以看似情況很好，他們會發現對大麻的使用大麻的頻率就會逐漸增加到原來的兩倍了。到這時，一周使用一次他們也會認為不算很頻繁，其危險性也是相對比較低的。但是，我們在臨床實踐中和科研資料中發現，頻繁使用大麻與雙極症的發病和復發正正相關性(Baethge, C.,

Hennen, J, Khalsa, H.K., Salvatore, P, Mauricio, T. and Baldessarini, R.J., 2008)。還有一些雙極症患者，即使偶爾使用大麻也會很快造成情緒變得不穩定，尤其是在情緒高漲期。這種較低的造成情緒不穩定的閾值，在不同的患者差別很大，主要依賴於病人總體的情緒/心理的穩定性。事實上，在同一年中的不同時間點，提高情緒對患者心智的影響也是不同的。換句話說，與有很多變數因素與使用大麻的後果相關，這些因素沒有一個是可以用來預測其後果的。

一般來說，對於未患雙極症的精神健康的人來說，偶爾使用大麻類物質可能沒有大問題。而對於雙極症患者來說則不同，偶爾使用有變成更為頻繁使用的危險，還有就是，即便偶爾使用也可能對情緒穩定產生不良影響。雙極症患者使用大麻來提高情緒時，與不用大麻時相比，其情緒的可變性增強。而且一旦開始進行戒藥後，通常可以獲得更持久的精神健康。

可能你開始感覺從本章提供的資訊總是在嘮叨同樣的話。任何精神活性物質的使用都有風險，其中有些藥物的風險更明顯，而幾乎所有的精神活性物質的風險性對於雙極症患者來說都是放大的。我們的經驗可能與急診科醫生呼籲反對使用摩托車類似。急診科醫生關心的是摩托車事故所導致的死亡、損害及肢解 dismemberment。許多摩托車駕駛證認為，“事故一定不會發生在我身上的”。我們也只能希望所有雙極症患者理解我們所提出的這些風險，以降低自己真正發生的負性後果的風險。

我們用一個真實的生活故事做下總結，本章大部分內容所討論的很多風險和益處都可以在這個故事中體現。

Beth 的雙極症與夏令營：

矯正的聯合

Beth 是一名 22 歲的大三學生，與身邊大部分同齡人一樣，熱愛參加聚會。在治療過程中的一段時間，她總是說自己在之前的週末中，喝酒過多，並且睡眠過少。她的用藥情況變得鬆懈，且總是輕躁狂和憂鬱頻繁發作。她確實懷疑自己還能否再有穩定的時候。她也擔心自己是否有能力創造一個有成果、令人滿意的未來。

一年夏天，Beth 被聘請做一個整個夏天都在偏遠山區野營的暑期夏令營的顧問。起初她擔心自己是生活方式會發生激進的改變；但是令她驚奇的是，她的雙極症自從 5 年前發作後，穩定了很長時期。工作的要求成為 Beth 起初病情穩定的秘方。晚上 10 點關燈睡覺，每天早上 6 點半開始一天的夏令營活動。因為他們這些顧問大部分時間都是與野營者呆在營裡，所以她沒有業餘時間與她的顧問同事們一起搞聚會。沒有費多大力氣，她就養成了穩定的睡眠循環，堅持吃藥治療，同時也戒掉了所有的精神活性藥物或者飲酒。在這個夏天結束的時候，她發現自己比以前很長一段時間的狀況都好。她基本上達到了與 Keith 經過多年努力才獲得的相同的成果。

現在 Beth 說“雙極症最好的治療方法是夏令營生活”。自從那年夏天的山中生活後，她盡力保持同樣的夏令營那樣的生活節奏，把它作為內心的理念，而不是外界強加的限制。雖然，未來復發的風險可能永遠也不會是零，但是她熱愛現在這樣穩定而快樂的生活。她發現禁戒和野營生活方式就是她繼續健康與穩定的同義詞。

參考文獻：

American College Health Association (2010). National College Health Assessment II, Fall 2010 Reference Group Data Report.

http://www.acha-ncha.org/docs/ACHANCHA-II_ReferenceGroup_DataReport_Fall2010.pdf

Baethge, C., Hennen, J, Khalsa, H.K., Salvatore, P, Mauricio, T. and Baldessarini, R.J. (2008): “Sequencing of

substance use and affective morbidity in 166 first-episode bipolar I disorder patients.” *Bipolar Disorders*. 10:6. 738-741

Bhattacharya, R., Shuhart, M. (2003): “Hepatitis C and Alcohol.” *Journal of Clinical Gastroenterology*. 36: 242-253.

Frederick K. Goodwin and Kay Redfield Jamison. (2007): *Manic Depressive Illness: Bipolar Disorders and Recurrent Depression. 2nd Edition*. New York, New York: Oxford University Press.

Matthew, A.M., Huckans, M.S., Blackwell, A.D., Hauser, P. (2008): “Hepatitis C Testing and Infection Rates in Bipolar Patients With and Without Comorbid Substance Abuse Disorders.” *Bipolar Disorder* 10: 266-270.

McDermott, B.E., Quanbeck, C., Frye, M.A. (2007): “Comorbid substance use disorder in women with bipolar disorder associated with criminal arrest.” *Bipolar Disorders*, 9: 536-540.

Baillargeon, J., Binswanger, I.A., Penn, J.V., Williams, B.A, Murray O.J. (2009): “Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The Revolving Prison Door.” *American Journal of Psychiatry*. 166: 103-109

Onyike, C.U., Bonner, J.O., Lyketsos, C. G., Treisman, G.J. (2004): “Mania During Treatment of Chronic Hepatitis C with Pegylated Interferon and Ribavirin,” *American Journal of Psychiatry* 161: 429-435.

Quanbeck, C.D., Stone, D.C., Scott, C.L., McDermott, L.L., Frye, M.A. (2004): “Clinical and Legal Correlates of Inmates with Bipolar Disorder at Time of Criminal Arrest.” *Journal Clinical Psychiatry* 65: 198-203.

Sublette, E.M., Carballo, J., Moreno C., Galfalvy H.C., Brent D.A., Birmaher B., John Mann J., Oquendo M.A. (2009): “Substance Use Disorders and Suicide Attempts in Bipolar Subtypes.” *Journal of Psychiatric Research* 43: 230-238.

Tollivar, B.K. (2010): “Bipolar Disorder and Substance Abuse.” *Current Psychiatry* 9: 33-40.

懷孕和雙極症：

照顧好你們兩個

By Depression & Bipolar Support Alliance (DBSA) 譯：崔玲玲

珍妮的第一個孩子是個健康的男孩。在他剛出生後不久，珍妮就開始感覺沮喪。她感覺自己的整個身體很疲憊，想悄悄找個地方躲起來，但當她一有機會躺下來，把被子蒙在頭上時，她又睡不著了。即使孩子睡著了或者跟她的家人在房子的其他地方玩時，她也睡不著覺。她還總擔心她的寶寶會發生什麼事，像停止呼吸、弄翻搖籃等。她每天會無數次沒理由地哭，最終開始懷疑如果沒有她，她的孩子和家人是否會生活得更好。

儘管她試圖隱藏自己的情緒，丈夫和母親還是察覺到了她的反常。珍妮告訴他們她沒事，但他們堅持讓她去告訴醫生，她在哭，在焦慮，大部分時間無法入睡並且不開心。她擔心醫生會說她是一個糟糕的母親，然而醫生稱讚她懂得尋求幫助。珍妮被診斷為產後憂鬱症，她和醫生一起制定了正確的治療計畫。最終，她再次找回了自己，意識到她的存在和健康對她的兒子來說是多麼重要。

珍妮不是特例，10 位新媽媽中就有 1 位患有產後憂鬱症。

什麼是產後憂鬱症？

產後憂鬱症是一種可以治療的內科疾病，其特徵表現為伴隨著嬰兒的誕生，產婦會出現悲傷、冷漠、疲憊和焦慮的情緒，症狀可立即出現或是當寶寶幾個月大的時候。產後憂

鬱症可影響任何婦女，不分年齡，種族或經濟背景。它不是一個人性格缺陷或軟弱的表現，它也不意味著你沒有能力成為一位母親。產後憂鬱症的確切原因並不明瞭，它可能會和懷孕期間和之後身體發生的某些化學變化有關。

更重要的事是要記住，產後憂鬱症不是你的過錯，並不意味著你是一個軟弱或沒有能力的人，不能通過“重新振作起來”或“自力更生”來避免。

生完孩子之後感覺沮喪這種話是很難說出口的，因為我們的社會觀念認為這應該是“生活中的快樂時光”。如果你患有產後憂鬱症，在你產後你不會感覺到任何快樂。你覺得你不是一個好母親，或者嬰兒沒有你會更好。這些感覺會使你感到羞愧和害怕，覺得應該從家人和朋友身邊躲開。然而，你告訴別人這些很重要，無論是衛生保健師、家庭成員、朋友還是神職人員，你都可以感覺好受很多。早期治療是你能做的最好的事情，不僅是對你自己、孩子還是家人。

產後憂鬱症不僅僅是簡單的情緒低落，在孩子出生後，輕微的悲傷情緒會自己慢慢消失。如果這種感覺2周後沒有消失，你可能患有產後憂鬱症，應該尋求幫助。如果你覺得糖尿病或者哮喘患者靠吃藥來保持健康不是件羞愧的事，那你就不需要對此病的任何治療感到羞恥。

產後憂鬱症的症狀有哪些？

- 悲傷或者低落的感觉揮之不去
- 無法安睡，即使寶寶睡著了
- 食欲改變，吃更多或更少，與懷孕或生育無關的顯著體重變化
- 煩躁、憤怒、煩惱、焦慮

- 無法集中精力做出決策
- 無法享受你過去常做的事，對嬰兒，或朋友、家人缺乏興趣
- 疲憊，感覺“沉重”
- 失控地哭
- 內疚感或無用感
- 感覺沒有希望或絕望
- 害怕成為一個糟糕的母親或者擔心別人這麼認為
- 擔心嬰兒受到傷害
- 有傷害自己或嬰兒的想法
- 自殺或死亡觀念

如果你有任何傷害孩子或自己的想法，馬上尋求幫助

立即告訴一個醫學專業人士，神職人員，你的家人或朋友。

哪些因素會增加產後憂鬱症的風險？

雖然剛生完孩子的女人都可能患產後憂鬱症，但有一些因素可能會增加患病的機率，
如：

- 有懷孕期間或之後的憂鬱史
- 在任何時間有憂鬱或雙極症的病史
- 親屬中有人有憂鬱症、雙極症或產後憂鬱症的病史
- 缺乏家人或朋友的支持

- 在懷孕或生育期間有困難的生活事件發生
- 缺乏穩定的婚姻或關係
- 不確定的懷孕感覺

如果你在寶寶誕生前讀了這篇文章，擔心可能會發生產後憂鬱症，那在你的寶寶出生之前跟你的健康保健師談談。產後憂鬱症的症狀也可能在懷孕期間出現，請與你的醫生探討一下。

我應該怎樣與我的醫生或衛生保健師談談關於產後憂鬱症的話題？

和你的醫生或衛生保健師建立一種信任的關係是很重要的。他們會對自己的技能、知識更自信，更有興趣幫助你。你永遠不能嚇到你的醫生或讓他覺得是在浪費時間。同樣重要的是分享所有可以說明你的資訊給你的衛生保健師。請告訴他你的病史，你所有的症狀和你正在使用的任何藥物或“自然”療法。

一個有經驗的和感興趣的醫生應該解決你所有的問題，而不是讓你還有其他問題。直到你所有的問題都解決了，再離開醫生的辦公室。如果事情看起來很複雜就做一下筆記。如果你有很多的問題，把它們寫下來，在預約時隨身帶著，首先討論最複雜或困難的問題，然後爭取額外的時間與醫生交流。

如果你和你的衛生保健師溝通有問題，或者你覺得你的需求得不到滿足，就找另一個醫生以便能夠更好的幫助自己。

我的治療方案是什麼？

藥物

一些母親與他們的醫生認為，藥物治療是治療產後憂鬱症最好的選擇。一些藥物可能會進入母乳，但有些不會，醫生會為你提供資訊來說明你決定哪些藥物是對你和你的寶貝最好的。如果你需要停止母乳哺餵，並不意味著你不是一個好母親，它意味著你為了成為最好的媽媽要照顧好自己。

一些藥物可能會有副作用，如口乾、頭暈、性功能障礙或體重增加。有時候副作用會自行消失，有時需要換藥。如果出現副作用了不要洩氣，與醫生合作找到其他的方法。有許多種類的藥物可用來治療憂鬱症，它們都能起作用，但不是適合每一個人。如果一種藥物出現副作用或不能減輕你的憂鬱症，另一種可能會有效，有更少的副作用，不要放棄。如果你事先沒和醫生討論，永遠都不要停止用藥或改變劑量。在使用草藥和自然或補救處方方法之前請諮詢你的醫生，因為有時候它們會干擾藥物治療。

心理治療

心理治療或“談話治療”也是治療的一個重要組成部分。有時它可以單獨起作用，有時在心理治療之前通過另一種方法治療，如藥物治療可以有效地減輕憂鬱的症狀。一個好的醫生可以幫助你處理好自己的情緒，修改有助於你的憂鬱治療的方法。請選擇一個讓你感到安全，值得你信任的治療師。你也可以選擇拜訪心理學家、社會工作者或者顧問。

這種病會如何影響我的家庭呢？

丈夫或伴侶和家庭成員都會受到產後憂鬱症的影響。對男人來說，如果他們的症狀影響到日常生活，尋求治療是同樣重要的。有時涉及雙方或整個家庭的治療也是有幫助的。

其他的孩子也可能受到影響。家長花更多的時間和他們談論他們可以理解的發生的事情可能是一個好主意。你可以解釋憂鬱症是“感覺不是很好”或“感到悲傷，因為大腦的化

學變化”，並解釋說，你獲得的治療讓你感覺好多了。你也需要安撫孩子，你的病不是他們的錯。你可以讓醫生或治療師坐下來與整個家庭談論你的憂鬱症。告訴他們，它如何影響他們，和他們能做什麼。如果你孩子憂鬱的症狀影響到日常活動、學校或朋友圈，請跟你的兒科醫生談談。

家人可以幫忙做些什麼？

這段時間不要擔心去問你需要做些什麼。如果家人或朋友詢問他們應該如何幫助,考慮給他們些小事情做，如：

- 家務
- 幫助照顧新生兒或其他孩子
- 花安靜的時間和你相處
- 拿你的病情教育他們自己
- 告訴你的孩子你的疾病
- 監視憂鬱的症狀

什麼是產後精神病？

產後精神病比產後憂鬱症更少見。它是以妄想症（一些不真實或者不符合邏輯的想法，例如認為你正在透過電視接收到資訊）或者幻覺（看到或者聽到實際上不存在的東西）為主要特徵。為了避免產後精神病的發生，尋求幫助是很重要的。請記住，這是生理疾病。產後精神病不是你自己能控制的，而是你透過合理的醫學方法可以治癒的。由於你的擔心和害怕而迴避治療可能會產生悲劇性的結局。

如果我在懷孕前已經被診斷為憂鬱或者雙極症並且進行過治療，我該怎麼辦？

一個有憂鬱症或雙極症的女人也可以像沒有這些疾病的女人一樣，成為優秀的母親。但是是一個有過憂鬱症或雙極症病史的女人（四分之一發展成產後憂鬱）會比沒有病史的女人（十分之一發展成產後憂鬱）患產後憂鬱症的危險性會高。要想成為最好的母親，你需要關注你的情緒，和你的醫生一起監控你的病情，在懷孕期間採用合理的治療，堅持你原有的治療方案。在你的小孩出生之前確保有適當的支援團，包括你參與的支援團體、你的家庭和朋友，衛生保健師，或者其他新媽媽們。

在你的家人幫助下制定一個書面計畫，關於如果你一旦發展成為產後憂鬱症或者產後精神病的治療方案。這些計畫包括衛生保健師的名字和電話號碼，以前服用藥物的名字，藥物過敏史，保險資訊，還有如果你不能照顧小孩，誰會願意幫忙照顧的人的名單。

支援團怎麼幫你？

支援團可以幫助你堅持治療方案，提供一個相互接納和自我發現的平臺，幫助你重塑你的強項，幽默感，社區意識，使你從有過相關經歷的人那裡受益。

為了保持健康應該做哪些事情？

- 保留與所有衛生保健師的預約，堅持你的處方治療方案
- 盡可能多的學習產後憂鬱症和治療方法
- 在筆記本上記錄你的情緒，引發壓抑情緒的事件，和在治療過程中的反應。這些可以

幫助你預先發現一些問題

- 和別人分享你的想法和感覺
- 設定自己的現實預期，設法說服自己接受原本的樣子
- 即使你的食欲和能量都很低，也不要不吃飯。吃不同的食物可以維持你所需的營養。

跟你的醫生探討一下維生素的攝入問題

- 尋找機會做運動，即使是走路或者爬樓梯都會使你快樂健康
- 做一些減壓的事情，或者諮詢你的醫生，讓他們推薦一些方案

通過合理的治療和幫助，你會重新找回自我，對你的生活和小孩都會感到輕鬆。

經憂鬱症和雙相支持聯盟(DBSA) 手冊許可轉載。手冊可在 www.dbsalliance.org 上查詢到或者致電 1800-826- 3632.

汙名化和精神疾病

By Muffy Walker MSN., MBA 譯：崔玲玲

汙名化一詞譯自英文 stigma，韋氏詞典將其定義為“任何罵名或恥辱的標記；道德污點的標誌；不名譽行為所造成的汙跡或責備；帶有責備性質的特徵”。

最先使用 stigma 這個詞是在 1593 年，來自於拉丁語 stigmat-，意為烙印、標記，或是希臘語紋身之意。

我知道，我的姐姐很愛我，我的朋友很愛我。但他們仍然議論我，患有精神疾病的汙名化仍然影響他們看待我的方式，也決定了對待我的方式。作為一個 36 歲的單身男人，我注意到，很多人都是通

過他們的朋友和家人去和女人接觸。我的姐姐和姐夫也知道我本可以和很多女人相處得很好。我知道他們愛我，但是因為汙名化，他們從來沒有給我介紹給任何人，甚至那些我最親近的人。這讓我很傷心。 —Bret W.

汙名他人已經存在了幾個世紀。罪犯，奴隸，或叛徒，在他們身上以火灸或切割的方式，形成一些紋身標記來加以識別行為或道德上有污點的人。這些群體會被隔離或避之唯恐不及，特別是在公共場所（1）。通過膚色、宗教、性取向，身體狀況（如麻風病）和心理能力來確立“我們”與“他們”。歧視，排斥，不容忍，不平等和排斥都是由“汙名化”引起的。

Erving Goffman 定義汙名化為一種屬性，行為或聲譽，它是社會上一種特殊的抹黑方式：它使一個個體在精神上與其他人區分，成為一個不受歡迎的，被拒絕的負面印象，而不是公認的，正常的人。那些精神疾病患者不幸地成為汙名化的目標。精神疾病範圍從美國 26.4% 到義大利 8.2%。

本章的重點關注那些精神疾病患者的汙名化，涉及的錯誤，如何打擊這一現象，如果你遇到這種現象應該從哪裡得到幫助。

全球致殘的 10 大原因中有 4 個是因為精神障礙。

根據 2005 年美國國家共病複測調查結果，在任何特定一年，約 3 個美國人中就有 1 位有心理健康障礙。大約超過 7500 萬人，即近一半的美國人會在其一生中某一時刻經歷到精神障礙困擾。也就是是說你或者你認識的其他人已經或將要遭遇心理問題。

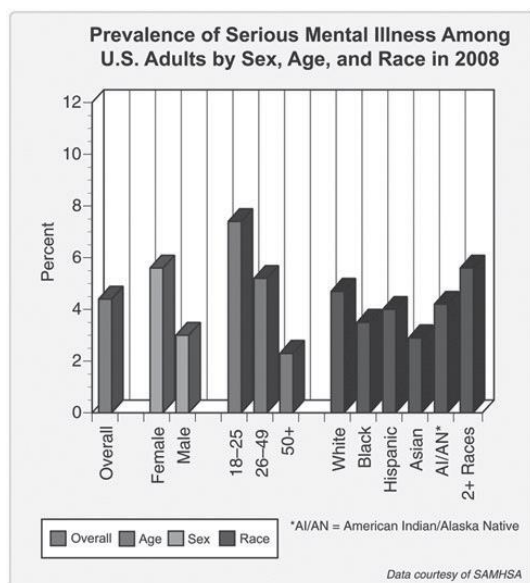
在美國，心理健康服務的直接開銷，包括治療和康復費用，約合 6,900 億美元。間接開銷，指在工作場所、學校和家庭的生產力損失，估計 78.6 億美元（2）。

與精神疾病相關的污名化增加了心理疾病本身的公共衛生負擔。總體而言，污名化是精神疾病患者由於負面印象而引發地位喪失和歧視（3）。

精神障礙可以攻擊任何人！它沒有年齡，經濟狀況，種族，信仰或膚色限制。

在過去的一個世紀中，醫學科學已經在幫助我們瞭解、治療和消除許多疾病的原因包括精神疾病，取得了令人難以置信的進步。然而，醫生仍然需要繼續解決大腦的一些奧秘，它的許多功能仍是一個謎。即使是在頂級的研究中心，沒有人能完全瞭解大腦是如何工作或者為什麼它會發生故障。然而，研究人員已經確定，很多精神疾病可能是由於大腦中的化學物質失衡。這些失衡可能是遺傳，或者由於壓力過大或物質濫用而使病情進展。

有時我們很容易忘記，大腦也像其他器官一樣容易感染疾病。精神障礙患者往往表現出多種類型的行為，如極度的悲傷和煩躁。在更嚴重的情況下，他們可能患有幻覺和完全逃避現實，可能會遇到敵意，歧視和羞辱，而不是同情和接受（4）。



12 歲時，我邀請我的朋友過來玩。他的父親說，他們要去他奶奶家。幾分鐘後，另一位男孩邀請他一起玩，他父親同意了，然後他們就走了——Court R.

污名化的影響是特別痛苦的，會傷害一個人的自尊。它讓精神疾病患者感覺像是社會的棄兒。無論感知的污名化是真的還是假的，它都是影響人們歸屬感的主觀解釋。

我是一個年輕的德黑蘭女孩，因為我生病了，所以我的家人認為如果一個老男人同意娶我，我會很幸運（15）。

作為一個社會團體，我們為什麼要歧視我們的朋友，家人和其他團體成員呢？也許是由於缺乏教育，錯誤的教育，虛假資訊，無知，或者需要高高在上的感覺。媒體也必須對精神疾病的長期誤解承擔責任。電視和新聞往往把重點放在那些暴力犯罪者，而不是那些為社會作出貢獻的患有精神疾病的人。在談話節目、流行雜誌的封面和頭條新聞裡這些不經常的犯罪行為變得很誇張。

精神疾病患者並沒有參與到大多數的社會暴力犯罪。許多研究證明，任何精神疾病患者幾乎肯定潛在暴力傾向的假設是錯誤的。

目前研究表明，精神疾病患者成為暴力行為受害者的機率是其他社會成員的2.5 倍。這通常發生在貧困，短暫的生活方式和藥物使用等因素存在時，這些因素其中任何一個都會使有精神疾病的人更容易受到攻擊，有可能被迫變得暴力（5）。

在大多數受到歧視的團體中，圍繞精神疾病話題，有很多錯誤。根據國家精神分裂症與憂鬱症研究聯盟（NARSAD），這裡提出前 10 名。

錯誤：

誤解 1：精神疾病不是真正的醫療疾病，如心臟病和糖尿病。有精神疾病的人，都只是“瘋了。”

事實：是腦部疾病，如心臟疾病和糖尿病，是合理的醫療疾病。研究表明，精神疾病存

在遺傳和生物的原因，他們能夠被有效地治療。

是的，他們歧視我們，不依靠我們。在伊朗，我們的社會沒有能力為我們做什麼，我的意思是沒有文化理解我們。他們嘲笑、侮辱和傷害我們，我希望他們能明白，精神病患者和其他病人一樣，像癌症或心臟病患者，他們可以過自己的生活（15）。

誤解 2：有嚴重精神疾病的患者，如精神分裂症，通常危險和暴力。

事實：統計資料顯示，大腦功能障礙患者的暴力發生率不比一般人群高。那些患有精神疾病的人，如精神分裂症，更經常感到驚慌、困惑和絕望，而不是暴力。

誤解 3：精神疾病是教養不好的結果。

事實：大多數專家認為，遺傳易感性結合其他危險因素的影響，會導致精神障礙。換句話說，精神病症有身體的原因。

誤解 4：憂鬱症源於個性軟弱或性格缺陷，如果他們足夠努力，憂鬱的人是可以振作起來的。

事實：憂鬱症與懶惰或軟弱無關。它產生於大腦化學物質或大腦功能的變化，藥物和/或心理治療通常可以幫助人們恢復。

誤解 5：精神分裂症是指人格分裂，沒有辦法來控制它。

事實：多重人格障礙與精神分裂症經常被混淆。事實上，精神分裂症是一種腦部疾病，剝奪了人們清晰及邏輯的思考能力。估計有 250 萬精神分裂症的美國人患有包括逃避現實到幻覺和妄想的症狀。藥物幫助很多人過上充實，有意義的生活。

誤解 6：憂鬱症是正常衰老過程的一部分。

事實：憂鬱對老年人來說是不正常的。在老年人中，憂鬱症的症狀包括失去興趣活動，睡

眠障礙和嗜睡。中老年人憂鬱症經常不能確診，為老人和他們的家庭成員認識到這一問題，並尋求專業人士的幫助是很重要的。

誤解 7：憂鬱症和其他疾病，如焦慮症，不影響兒童或青少年。他們有的任何問題，只是成長的一部分。

事實：兒童和青少年可以發展為嚴重的心理疾病。在美國，10 個兒童和青少年裡就有 1 個有精神障礙，嚴重到足以造成不合理的損害。然而，只有約 20% 的兒童獲得必要的治療。若未經處理，這些問題將變得更糟。我們應該認真地重視談及自殺的孩子。

誤解 8：如果你有精神疾病，你可以用意志力把它克服。接受治療是個人某種意義的“失敗”或軟弱。

事實：嚴重的精神疾病不能用意志力克服。忽視問題不能解決問題。尋求專業說明是需要勇氣的。

誤解9：成癮是一種生活方式的選擇，是意志力缺乏的表現。藥物濫用的人是道德上軟弱或“壞”的人。

事實：成癮是一種疾病，通常歸因於腦化學性質的改變，與是不是“壞”人無關。

錯誤10：電休克療法（ECT），前身為“休克治療”，是痛苦的和野蠻的。

事實：ECT賦予了許多嚴重憂鬱患者新的生機。當其他治療方法如心理治療或藥物治療失敗或不能使用時，它被應用治療。接受ECT的患者是在睡著或麻醉狀態下，所以他們不會有任何感覺。

“這些有合理疾病的患者應該和可以治療的，誤解造成對這些人無法挽回的傷害” -----Herbert Pardes,

醫學博士，NARSAD科學理事會總裁

儘管患有精神疾病的人數量驚人，統計顯示，只有三分之一的人尋求治療。根據 NIMH 的 Thomas Insel 博士，精神病學是只是醫學的一部分，對醫學來說，接受治療比患有這些疾病有更大的污名化。

儘管有很多原因解釋尋求幫助行為的差異性，污名化可以阻止人們接受他們所需要的說明。有心理疾病的個人可能會因為有心理或情緒上的問題感到同樣被排斥和難堪（6）。

這個尋求幫助的障礙可以有一石激起千層浪的效果。有些人可能會通過藥物或酒精嘗試處理他們的“問題”，這都只會加劇悲傷和絕望的感情，加重病情。如果不及時治療，病情惡化，造成更嚴重的孤立感，情緒上的痛苦和壓抑。在某些情況下，自殺似乎是唯一的選擇。

污名化通過削弱個人的社會地位、社交和自尊阻礙康復，所有這些都助長了不良後果，包括失業，隔離，延遲治療，難治性症狀，病程遷延和可避免的住院（7）。

螺旋式下跌行為 downward spiraling behavior 影響了每個人。家庭成員，朋友或老闆對疾病的不知情可能會對他人造成誤解，再次錯誤地做出評價。

1994 年，我在維克森林大學醫學院研究神經藥理學，有一天，一位實驗室技術人員把我拉到一邊，抱怨他的母親是“雙極症”。我說：“我也有雙極症，也許我可以幫忙”。後來，我們做了交流。幾天後，我的導師把我叫進他的辦公室。他告訴我，他不會讓我在他的實驗室完成博士學業，他會給我一個終端碩士學位，因為“患有雙極症的人是不會在科學上成功的”。這不僅是我的科學生涯結束的開端，也使我陷入了一系列悲慘的事件。--Sheryl S.

挑戰汙名化

汙名化雖然很強大，也不是不能避免的。世界各國都在聯手打擊汙名化和它的有害影響。反歧視宣傳、立法、公眾教育、動員社區反歧視努力和個人的承諾都正在進行中。改變那些造成汙名化的信仰體系僅僅是一個方面，第二個方面是挑戰內化的汙名化的負面信念。

大多數反歧視活動的重點放在教育公眾，提高社區關於精神疾病錯誤的意識，促進治療和服務。根據可用資金，獲取技術和人口特定需求。在許多情況下，名人代言可以用來說明傳遞消息。這裡有一些例子：

- You KNOW Me 阿拉斯加反歧視運動用一個受歡迎的Iditarod musher作為電視廣告，交易卡，報紙，海報，和收音機的代言人。 www.mhtrust.org
- “2009年6月11日，Wayne Cho完成了8207公里的跨加拿大長跑。他提高了人們對焦慮和憂鬱的認識，這些疾病影響了很多，不僅僅是個人，也影響了親近的人，造成了巨大的身體、精神和情緒上的傷害。Wayne Cho與焦慮症抗爭多年，太瞭解精神疾病患者的汙名化。他的夢想之旅，在路上遇見的很多人，和數以百萬計的精神疾病患者都啟發了他對針對這些疾病的汙名化的挑戰。”
- 演員Glenn Close有一場由Ron Howard設計的名為BringChange2Mind with a PSA的活動：
<http://www.bringchange2mind.org/>
- 焦躁童話---心理健康音樂是起源於由明尼蘇達協會兒童心理衛生健康（MACMH）創作的40分鐘音樂劇。www.macmh.org
- In Our Own Voice（IOOV）是一個獨特的資訊推廣方案，由美國國家精神疾病聯盟

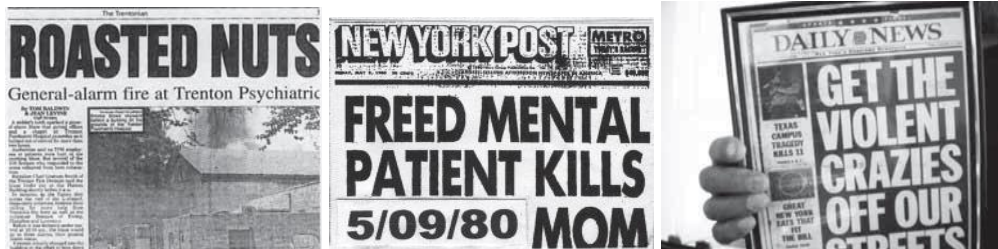
(NAMI) 開發，它提供洞察患有嚴重的精神疾病患者有可能的恢復情況。該計畫旨在滿足使用者教育舉措的需要，建立精神疾病素質教育的標準，為用戶提供真正的工作機會，鼓勵發言人表達[javascript:void\(0\);](http://www.nami.org) 自信和自尊，把重點放在恢復和希望。

www.nami.org

- Iris the Dragon圖書系列於2000年在加拿大安大略省由Gayle Grass發行，它的創作有助於減少與精神疾病相關聯的消極態度，理解和認識兒童的心理健康問題。

www.irsthedragon.com

- 2007年9月，在安達盧西亞，西班牙，1 de cada 4 是一項運動，它提高公眾對精神疾病的認識，從而減少精神疾病患者污名化和歧視經歷。 www.1decada4.com
- SANE StigmaWatch，一個國家心理健康慈善機構，SANE Australia，監視著澳大利亞媒體以確保準確和對精神疾病的尊重。它通過監視、糾正和記錄媒體對精神疾病的誤傳。 www.sane.org
- Mind（美國國家精神健康協會）為英格蘭和威爾士提供國家級資訊。他們的活動體現了所有人自主、平等、知識和參與社會的價值，尤其是那些患有精神疾病的人。積極的活動提高了英國理事機構的政策和態度，也非常成功地制定了地方級心理健康的倡議。 <http://www.mind.org.uk>



大眾媒體 “大眾傳播媒介，是市民獲取心理疾病的資訊的主要來源。”---公眾態度調查，羅伯特伍德

我們為什麼要關注？



大眾媒體每天擁有巨大的觀眾來源，包括電視、電影、廣播、報紙、廣告、互聯網：

——美國人平均每天看四個小時的電視

——在 2008 年售出 13.6 億電影票

——在 2007 年約出租 171 萬張 DVD，賣出超過十億

——在 2009 年 2 月，線民平均花 61 小時在互聯網（8）

大眾傳媒往往錯誤地顯示精神疾病患者的暴力和危險

- “人身威脅是新聞報導裡最常見的與精神疾病相關的主題”（9）
- 黃金時間電視節目的一個研究發現，精神疾病患者更容易被描述為暴力犯罪者，是非精神紊亂的電視角色的 10 倍。（10）

不僅媒體描繪為患有精神病的罪犯，他們進一步闡述精神疾病不太可能恢復。卡通、廣告和電影的使用嘲笑精神疾病患者，不在意他們的問題。

各種形式的媒體記者在塑造公眾的理解和有關健康問題的辯論中扮演著越來越重要的作用。心理健康新聞節目的 Rosalynn Carter 獎學金，創建於 1996 年，是國家努力減少對

精神疾病患者消極態度和歧視的一部分。該獎學金計畫旨在提高準確報告心理健康問題，說明記者通過曝光在該領域已確立的資源，做出高品質的工作提高反映心理健康問題的認識和發展，提供更明智的印刷和電子雜誌的框架。（11）

不幸的是，美國印第安那大學和哥倫比亞大學的一個聯合研究發現，儘管更大力度地向公眾宣傳對這些疾病的神經生物學解釋，人們對嚴重的精神疾病或藥物濫用問題的偏見和歧視沒有任何變化（12）。

最近的研究發現：

--48.6%的人都不願意和憂鬱症的患者在一起工作。

我的辦公室來了一個新同事，我知道他在與憂鬱症鬥爭，因為幾個月前他向我傾訴，他被診斷患有雙極症。我一直在堅持對這件事情保密。後來，由於他的疾病和藥物治療的併發症，他在工作中表現出的行為讓別人不舒服。他尋求醫療支持，答應我告訴同事們他的情況，希望他們能理解。同事們的反應嚇壞了我，“他只是用診斷的方式來保住他的工作！”，“我只是認為他不應該在這裡工作.....”

雖然我沒在雙極症中掙扎，但我也有過憂鬱和焦慮的經歷。我告訴我們的董事會，我被這些評論激怒，員工需要圍繞心理健康問題的敏感性進行培訓，但我沒有得到任何回應。

儘管這件事影響了我們對公司和員工的感情，可喜的消息是我們正興高采烈地計畫要一起度過餘生。值得慶倖的是，他的健康狀況現在好多了。

---Caroline W.

-自1956年以來，與精神疾病相關聯的暴力事件百分比增加了一倍（13）。

“在美國，偏見和歧視沒有改變”，社會學家Bernice Pescosolido說。“事實上，在某些情況下，這種情況在增加。是時候退後一步，重新思考我們的做法。”他還指出，“我們號

召各社會團體來談論這些從某種意義上來說幾乎影響到每一個美國家庭的問題，這關係到每個人的利益。”

該研究文章建議，減少歧視的工作重點是對人而不是對疾病，強調有精神健康問題的人的能力和競爭力。 Pescosolido說，完善的民間團體(通常不涉及心理健康問題的群體)可以非常有效地使人們認識到患有精神疾病的人需要包容和公民尊嚴和權利的重要性 (14)。

對抗汙名化

那麼，我們應該怎樣對抗汙名化呢？SAMHSA有一套“4P”方法：讚美（Praise），抗議(Protest,)，個人聯繫（Personal Contact），合作夥伴關係（Partnership）。以下是一些具體“做”和“不做”的：

- 1．在美國精神病學協會最近的一項調查中，79%的受訪者認為，尋求和接收來自家庭和朋友的支持會減少汙名化。
- 2．分享你的心理障礙經歷。你的故事傳達給別人讓他相信精神障礙沒什麼可尷尬的。
- 3．幫助有心理障礙的人重新進入社會。支援他們為住房和就業機會的努力。
- 4．觀察你所使用的語言：
 - 不要使用通用標籤如“遲鈍”，“我們的精神疾病”
 - 不要使用隱喻的精神科診斷，如“精神分裂症的情況”
 - 不要使用冒犯的話“精神病患者”，“瘋子”，“神經病”，“瘋子”，“慢”，“瘋子”
 - 不要針對一個人作出診斷：“他有兩極性”，而不是說“他有雙極症”
- 5．盡可能在媒體上文件證明汙名化

6 . 因為媒體教育和影響公眾輿論的權力，它還提供我們消除汙名的最好希望，所以，當他們做得正確時要記得感謝。

7 . 寫信，撥打電話或e-mail給冒犯你的夥伴

8 . 讓你的當地、地區和國家領導人表明立場

9 . 積極支持媒體揭露汙名化的工作

10. 教育自己 - 消除汙名化從你開始

11. 作為志願者，參加活動

參考文獻：

(1): (Healthline Network Inc., 2007)

(2): About.com

(3): Link & Phelan, 2001

(4): MHA Colorado

(5): Canadaian MH Assoc Ontario

(6): Lacondria Simmons: <http://www.med.upenn.edu/psychotherapy/Stigma.html>

(7): Link, Mirotznik, & Cullen, 1991; Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001; Perlick et al., 2001; Sirey et al., 2001; Struening et al., 2001

(8): Bryant, J. & Thompson, S. (2002). Fundamentals of Media Effects. McGraw-Hill. Gerbner, G., Gross, L., Morgan, M., & Signorelli, N. (1980). The "Mainstreaming" of America. Journal of Communication, (30), 10-29.

(9): Wahl, O., Wood, A., & Richards, R. (2002). Newspaper coverage of mental illness: Is it changing? Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 6, 9-31.

(10): Don Diefenbach (2007). Journal of Community Psychology, Vol. 35, 181-195.

(11): www.samhsa.org

(12): Pescosolido, B.A., J.K. Martin, J.S. Long, T.R. Medina, J. Phelan, B.G. Link. 2010. "A Disease Like

Any Other?’ A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression and Alcohol Dependence.”
American Journal of Psychiatry 167(11):1321-1330.

(13): Link, B.G., Phelan, J.C., Bresnahan, M., Stueve, A. & Pescosolido, B.A. (1999). Public conceptions of
mental illness. American Journal of Public Health, Vol. 89, 1328-1333.

(14): Pescosolido, B.A., J.K. Martin, J.S. Long, T.R. Medina, J. Phelan, B.G. Link. 2010. “‘A Disease Like
Any Other?’ A Decade of Change in Public Reactions to Schizophrenia, Depression and Alcohol Dependence.”
American Journal of Psychiatry 167(11):1321-1330.

(15) GHANEAN, H., NOJOMI, M., JACOBSSON, L.. Internalized stigma of mental illness in Tehran, Iran.
Stigma Research and Action, North America, 1, Feb. 2011.