

僅一百多萬人曾經向醫療單位求助，其他約有七成的患者，則是隱藏在其他疾病人口中，或根本躲在家中自苦。

但根據公保門診統計，近十年間，該院憂鬱症患者一共增加了二·六倍，但患者治療中斷率卻非常高；逾三分之一患者只看一次門診就成了「失聯人口」，第一個月的回診率也不到五成，顯示醫病雙方都有極大的努力空間。

值得憂心的是，國內外的統計均顯

示，自殺人口中，高達七成的人生前曾患有憂鬱症，而據衛生署統計國人十大死因中，「自殺」穩居第九名，青少年十大死因中「自殺」更居於第三名，顯見亟待喚起社會大眾重視，降低對社會造成的衝擊。

雖說憂鬱症是「心」感冒了，但其症狀卻不像感冒那麼明顯，所以當所愛的家人得了憂鬱症，常無法把握發病後三個月內迅速就醫的治療黃金期。

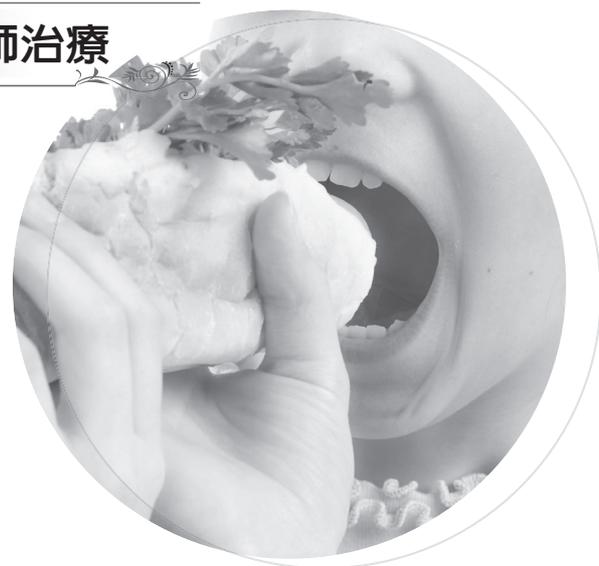
細心明辨症狀 配合醫師治療

事實上，除了憂鬱、悲觀和出現自殺的念頭，毫無疑問是得了憂鬱症，大多數憂鬱症狀的表現常呈現：暴飲暴食或暴瘦暴肥，每天嗜睡或失眠、躁動不安或呆滯遲緩、虛弱無力、沒有精神、覺得自己是無用、沒有價值的人、注意力不集中、記憶力減退、判斷力變差、無法下決定……

台灣憂鬱症防治協會秘書長張家銘醫師說，事實上，有七成的重度憂鬱症患者，是因為頻頻抱怨「這裡痛、那裡痛」卻始終找不出原因，最後被轉診至精神科才找到原因的。

林口長庚醫院精神科主任劉嘉逸也表示，絕大多數精神科病人常在各科「遊逛」多時後，才被建議到精神科或身心科就診。

其最主要的原因是，一方面傳統以來精神科長期遭到汙名化，覺得只有「瘋



了」的人才會到精神科就診。再者，正如前述所言，憂鬱症不像其他疾病有具體的症狀，有時無法在第一時間正確判別。此外，有時候憂鬱症和其他疾病常有「共病」現象，例如疲倦嗜睡、全身痠痛、暴肥或暴瘦……很容易被歸類到其他疾病。

例如，很多老人隨著年齡漸長，覺得

日薄西山、去日無多、意志消沉，很容易被家屬認定是重聽或失智症，而讓憂鬱症經過多年才被確診。特別像台灣，十年前老年人口就已突破總人口8.5%，經建會更預估二十二年後，台灣將成為全球國民平均年齡最老的國家。

而在老人疾病盛行率中，憂鬱症高達16%~26%，比失智症的比例還高出許多。高醫與成大兩大附設醫院精神科曾對台灣地區1500名65歲以上的老人進行社區調查，結果發現老人憂鬱症患者竟高達21.1%，顯示大多數家人輕忽問題的嚴重性。

一般而言，「老人憂鬱症」很容易出現以下四種外顯行為：

老人憂鬱症

一、假性憂鬱症：常覺得食慾不振、頭重、容易疲勞、睡不著、口渴、便秘等，其實是情緒低落所致，卻以身體不適的症狀出現。

二、出現妄想：悲觀想法強烈，如「老了還活著，真對不起孩子」，或常產生被害妄想，甚至因此絕望而企圖輕生。

三、焦慮不安：時常坐立難安地來回踱步，不想與人交談，也無法平靜下來。

四、呈現痴呆：意志力低落、判斷力遲鈍、記憶力衰退……或經常結結巴巴地說：「我不知道」、「我不會了」，反應明顯大不如前。

其實，以上症狀只要經過醫師檢查測



驗，並不難區分（若真的是痴呆，症狀是無法改善的），重要的是家人應有警覺性，才能適時改善老人生活品質。

除了老人，中壯年期一族，上有父母、下有兒女，食指浩繁、工作壓力大，如果又事業經營不順、被裁員或無業、婚姻不順、病痛纏身、意外衝擊……身心承受莫大壓力，因而升起自殺或攜子自殺的負面念頭，成為最需要高關注的族群。

董氏基金會心衛組主任葉雅馨，引用心理學家馬基爾博士的研究指出，如果一個男人的生活重心只擺在一、兩種目標時，一旦遭受壓力或面臨低潮，就容易產生危機感。而當生活目標有不同方向，即使在追求上受到阻礙，也不致有