

2005 年赴倫敦進修出國報告書

憂鬱症治療與自殺防治之
新趨勢

行政院衛生署桃園療養院

成人精神科 主治醫師

汪振洋

壹、前言

憂鬱症為二十一世紀的三大疾病之一，而與憂鬱症密不可分的自殺也已連續多年成為國人十大死亡原因。近年來，有關憂鬱症與自殺的新聞總是不時地佔據著媒體的不少篇幅，不論個人或是政府機構都感受到這世紀疾病所帶給社會及身心健康的影響。本院為精神醫療網核心醫院，臨床上，因憂鬱症及自殺來院求診之個案比例急遽增加，故加強訓練精神醫療從事人員的專業智能及處置技巧；政策上，本院亦配合行政院衛生署所積極推動之全國性自殺防治行動方案，舉辦憂鬱症及自殺有關之宣導及研習會，加強民眾及病患相關憂鬱及心理健康知識之認知。

筆者從事精神醫療工作以來，在門診的臨床經驗上，精神官能症的求診病患日益增加，若以初診病患的診斷類別來看，精神官能症病患已佔一半以上，而精神官能症病患中，又以憂鬱症佔大多數。而憂鬱症所造成個人能力的損失、家庭的負擔、社會成本的付出、醫療上的照顧，可謂愈來愈嚴重，遂有學者提出至西元 2020 年，以“生命損失年數”與“伴隨殘障存活年數”合起來估算，在全球衛生負擔較嚴重的幾種疾病中，重度憂鬱症將排名第 2 位嚴重，僅次於缺血性心臟病。

英國從西元 1948 年便開始全國的健康照顧服務體系(National Health Service, 簡稱 NHS)，民眾於英國境內皆可接受診察完全免費的醫療服務，家庭醫師(General Practitioner, 簡稱 GP)擔任第一線的健康醫療照護，若需專科醫師處理，才轉至醫院做進一步的醫療，可謂是世界上做到全民醫療保障的先進國家。近年來英國衛生部門(Department of Health, 簡稱 DH)注意到了憂鬱與自殺在其國內年年增加，並造成醫療及社會問題，故於 2002 年九月份制訂英國自殺防治白皮書(National Suicide Prevention Strategy for England)，期待對其國內自殺的預防暨處置提供一努力目標及具體可行之策略。

筆者在醫院內除從事一般精神醫療工作，對憂鬱症及自殺的議題特別關注，亦投注許多時間治療此類病患及參與有關之研討會。雖國內近幾年來對此問題日益重視，但筆者仍覺需多方面的學習與探討。故在衛生署及本院的支持下，筆者遠赴倫敦的塔非史都克中心(The Tavistock Clinic, NHS Trust)三個月，期待對憂鬱症治療與自殺防治能有一番新的學習。

貳、機構簡介

塔非史都克中心是世界知名的精神分析導向心理治療機構及專業人員的訓練中心，所遵循之學說主要以克萊恩學派為主(Kleinian)，1994 年並成為英國 NHS 公立醫療機構。此機構擁有 120 位各種專業背景的心理治療人員，除提供心理治療服務給病患外，每年並教育與訓練約 1600 位從事精神健康、心理衛生的專業人員。過去半個多世紀來，此優秀的機構學者發表許多領導性文章，並進而衍伸成各自重要的心理系統理論。

塔非史都克中心創建於 1920 年，起初的目的是針對大戰中有創傷經驗的士兵，以心理治療模式如：談話、傾聽及理解去了解並幫助那些受苦於『彈殼症候群』士兵的精神病理現象。二次世界大戰期間多位機構專業人員直接參與戰時的心理治療工作，當戰爭結束時，這些專業人員將經驗帶回機構，並逐漸發展出對於創傷處理、災難後遺症、兒童虐待的治療理論體系。當時貢獻最大的 Dr. Wilfred Bion，他在對於團體行為的瞭解及潛意識的運作，至今仍廣泛地運用在對個人、團體及機構的一些非理性過程的瞭解。這樣的工作持續進行著，並成為塔非史都克中心諮商服務重要的訓練及諮商工作。

塔非史都克中心 1950 年代許多重要的臨床研究結果改變了後續的臨床處置。Dr Michael Balint 針對醫病關係的探討改變了一般家庭醫學科的訓練養成過程。Dr John Bowlby 的依戀理論更影響後續相關發展心理學甚至認知神經科學的研究走向，更進一步改變醫療及社會系統中專業人員針對孩童的態度。塔非史都克中心系統家庭治療的發展始於 1950 及 60 年代，著重於小孩與父母的互動及家庭內的氣氛，今日這些理論架構與治療技巧在家族治療中均佔有一席之地。

1999 年英國國家廣播公司 (BBC) 針對塔非史都克中心內對病患的醫療臨床工作，製作了一系列的電視節目，介紹給英國民眾。2000 年塔非史都克中心的圖書館由國會議員及國家衛生主管機關宣示為國家級之精神健康及訓練中心。二十一世紀以來，塔非史都克中心與英國國內幾家大學展開訓練與研究合作計畫，不管是精神醫療專業人員的訓練或是國家心理衛生政策的意見提供，此機構確實發揮了極大的影響力。

叁、研習課程簡介

筆者參與的是塔非史都克中心成人精神部門所主導，以訓練成人精神分析導向心理治療師為目標的訓練課程 (The Foundation of Psychoanalytic Psychotherapy)(課程編號 D58)。課程的內容包含了臨床個案討論及理論的學習，因應此次研習的目的及個人興趣，筆者參與了 A.心理治療督導團體(Supervision group) B.臨床個案團體討論會 (Clinical seminar) C.理論課程 D.嬰兒觀察及督導討論會 E.飲食疾患臨床個案討論及理論課程 F.自費接受一週五次之個別精神分析。

A. 心理治療督導團體 (Supervision group)：

塔非史都克中心專精於以精神分析式心理治療來處理個案，因此面對憂鬱症與自殺病患，此機構亦以不同一般醫療機構之處理模式來治療病患。此督導團體著重於學習者將臨床個案的治療情形，以口頭或書面方式報告給督導者及同儕學習者，大家根據病患的病史、治療中病患的語言及肢體動作、病患言語中的移情作用、治療者對病患潛意識的瞭解、治療者本身的反移情作用等，來深入地瞭解病患憂鬱的來源、自殺的原因、病患與重要他人的關係、及病患所言和治療者所

感覺的差異，並逐漸察覺病患在情緒中所傳達的內在衝突，而慢慢瞭解病患確實的內在心理現實狀況。再依此瞭解，在治療中對病患的情況加以詮釋，以抒解其頑強的內在幻想的扭曲，進而建立起病患健康的客體關係，慢慢解除其憂鬱的症狀。

此心理治療督導團體成員不超過四人，並由資深之心理治療師擔任督導，每每在討論之際，都會讓筆者回憶起過去在國內治療憂鬱症及自殺個案的經歷，而有不同甚至更深一層的體會與瞭解。

B. 臨床個案團體討論會 (Clinical seminar) :

本討論會由資深督導 Mrs. Susannah Ginberg-Taffler 主持，參加成員共九人，背景為精神科醫師、臨床心裡師、社會工作師、諮商師等，參加成員輪流報告在臨床工作上所治療個案的情形，與心理治療督導團體不同的是，此團體討論會著重在更廣泛的層面上考量，而不是僅僅只聚焦於個案的內在心裡狀況。此團體成員人數較多，背景也不盡相同，故在討論會中，成員提出的意見及想法就具有多面性及廣泛性。而督導者會針對討論的內容，衍生出在治療上常見的重要原則，並要成員在團體中討論，逐漸塑造出心理治療師應有的基本概念及技巧。

在此討論會中，同時也著重對新個案的衡鑑。例如對一個憂鬱或自殺的個案，我們起初最重要的是要瞭解個案病史，然後評估個案精神病理適合接受何種心理治療，再者評估個案的家庭社會支持系統，過去接受治療的情形，最後訂定治療計畫。所以對於訓練者的學習，除了縱向地深入瞭解個案內在的心裡狀況，也能橫向地更廣泛的瞭解個案所處的外在環境。

C. 理論課程

此理論課程由本訓練課程的主導者 Mrs. Marilyn Lawrence 所策劃，邀集數個資深心理治療師輪流講授。理論課程範圍廣泛，且從整個精神分析史的脈絡娓娓道來。內容包括從心理治療理論的起源：弗洛伊德 (Freud) 的個案報告、理論學說的發展、思想脈絡的起承，到克萊恩 (Klein) 另創新局的學說發展、對更早期嬰幼兒心靈狀態的解析，再逐漸介紹至比昂 (Bion)、溫尼克 (Winnicott)、拉岡 (Lacan) 等人承先啓後的理論發展，可說是將精神分析的發展過程、架構及理論內容做了非常詳細的講授。

將此理論課程運用於治療憂鬱症及自殺病患，可以從更深層心理狀態去探討這些個案的症狀與外在行為表徵，所以能夠更切入核心問題，使病患重新釐清他們的思想觀念、心理防衛機轉、甚至更深的潛意識幻想，幫助他們走出憂鬱的幽谷、自殺的迷思。

D. 嬰兒觀察及督導討論會

嬰兒觀察是一非常獨特的訓練課程，在英國的精神分析師大都有接受這個訓練。1948 年時由學者 Esther Bick 引進塔非史都克中心，當時主要是兒童心理治

療師訓練課程之一，目前每年在塔非史都克中心都有近百位學生接受此訓練，學生來自成人、兒童青少年、家庭等多部門的訓練者。學生必須每週觀察嬰兒一次、一次一小時，並且從嬰兒出生不久後就開始觀察，之後要書寫觀察後的詳細紀錄，並參加每週一次的小團體討論會。此討論會由一資深的督導主持，四至五位學生每週輪流一個人報告觀察結果，參與者提出問題及看法，並著重於討論嬰兒的肢體的活動、臉上的表情、情緒的表達、和母親的互動，還有母親的情緒反應、及撫育嬰兒的方法態度。希望藉此詳細並持續的觀察過程中，學生能學習到人類最早期的生命經驗、與周遭環境互動的關係、嬰兒與母親的互動、和嬰兒內在潛意識的幻想及運作。並進而對精神分析的心理動力理論有更直接與深層的瞭解，訓練學生在日後在與臨床病患的接觸中，能有廣泛的注意力及觀察力，形成對病患內在潛意識的剖析。

E. 飲食疾患臨床個案討論及理論課程

飲食疾患在西方先進國家的盛行率高於開發中國家，所以有學者提出是否為現代審美觀念及大量媒體對纖細身材的推波助瀾下，所造就的一種文化背景下的疾患。但塔非史都克中心並不以此為探討的重點，而是仍舊回歸至精神分析及心理動力學的範疇，試圖讓學生能建立起精神分析式的思考模式，進一步的瞭解並治療病患。飲食疾患個案常合併憂鬱症狀，有的個案甚至有持續不斷的自傷或自殺行為，故在研習此課程時，常有觸類旁通的體驗，對於憂鬱或自殺合併有飲食障礙的病患，更有多種層面的考量及治療導向。

此課程分為兩部分，第一部份為臨床個案討論會，由學生輪流一週報告一個臨床個案，當報告者講完其臨床的資料後，先分三個學生為一小組討論十分鐘左右，再到大團體中分享小組的討論，最後三位資深的督導再發表他們的看法及綜合前述討論。飲食障礙病患的治療常需家屬的配合，甚至家屬本身也需要治療，每每在報告困難個案時，有關治療者本身的反移情、治療團隊的協調討論、病患深層的心理動力狀態，都是討論最熱烈及精彩的部分，與治療憂鬱症病患，真有異曲同工之妙。

第二部分為理論課程的研討，先由一學生歸納性地報告指定教材，後由督導者帶領學生針對教材內容做討論，並且配合前一小時的個案討論內容，帶入當天的理論架構，所以在學習上效果顯著。

F. 個別精神分析

在英國要成為一個精神分析式的心理治療師或精神分析師，個人接受個別精神分析是必要的條件。目前在國內還缺乏足夠的人才及治療體系可以完成這樣的訓練。筆者在英國接受一週五次、一次五十分鐘的個別精神分析，雖然必須完全自行支出分析費用，但相對地也得到最多。

當自己有被治療的經驗後，可以瞭解個案被治療時的感覺及經驗，比較能同理病患的感受。而心理治療是以治療者為治療的媒介，在治療情境中，以個案對

治療師的移情，來處理個案內在深層的衝突，及探討潛意識中沒被滿足慾望；另一方面也藉助治療師的反移情來體驗個案所提供的各種訊息，進而瞭解個案的深層心理動力。

治療憂鬱症及自殺個案時，有時治療者會不瞭解為何病患會深陷於憂鬱的泥淖中而無法自拔。而當治療者當自己有被治療過的經驗時，確實親身經驗所謂的『憂鬱階段』時，治療師也比較能陪伴病患走過這樣的過程。

肆、英國的自殺流行病調查

從英國牛津大學知名教授 Professor Keith Hawton 所主編的有關自殺的書：*The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* 中，英格蘭與威爾斯地區在 1994 年的自殺率，男性為每十萬人口 11.1 人自殺身亡，而女性為每十萬人口 3 人，男女比例為 3.7，也就是說男生自殺死亡率高於女性 3.7 倍。一般來講，英國地區的自殺率在歐洲國家，是介於較低的南歐國家與較高的北歐國家之間。

而以 1960 年到 1992 年這三十幾年間來看，英格蘭及威爾斯的整體自殺率是下降的，但蘇格蘭與北愛爾蘭區卻是增加的。若以年齡層來分的話，最顯著的是 15-24 歲這個年齡層，三十幾年來在英格蘭籍威爾斯地區，男性從每十萬人口 5.7 人增加到 11.5 人自殺死亡；蘇格蘭男性從 6.5 增加至 18 人，女性從 1.6 增加至 4.5 人；北愛爾蘭男性從 1.5 增加至 15.7 人。這個年齡層正是青春期晚期至青年初期，要步入成人階段的重要時期，但此年齡層自殺率的節節高昇，確實讓英國國家社會損失了不少才剛要展現其才華的年輕生命，因此英國政府警覺到要盡快制訂自殺防治政策，以有效地降低自殺率，遂於 2002 年九月公布政府層級的自殺防治白皮書『*The Government's White Paper Saving Lives : Ours Healthier Nation*』。

伍、英國的自殺防治白皮書：*The Government's White Paper Saving Lives :*

Ours Healthier Nation ；由曼徹斯特大學（University of Manchester）著名教授 Professor Louis Appleby 主導編輯，筆者翻譯其中之重要內容，以供參考

一、前言

自殺對家庭、對朋友、對提供健康及社會服務的專業人員或志工，在情緒上及實際的作法上都造成重大的影響。雖然英國的自殺率不像其他歐洲國家的高，但在社會上仍造成莫大的影響。平均來講，每兩個小時在英格蘭就有一个人死於自殺；在男性 35 歲以下，自殺是最主要死因；在有精神疾病患者，自殺是過早死亡的主要原因。

自殺防治白皮書設下了一個目標：希望在 2010 年時降低自殺率至少 20 %。要達成這樣的目標，不能只靠一個方法，而是要考慮多方面因素，包括：

社會環境、生物學上的脆弱性、精神疾病的健康照護、生活事件及使用自殺的方法。所以一個能契合實際、互相配合的自殺防治策略需要廣泛性的機構及個人的合作。

希望這個自殺防治策略能逐漸發展起來，並產生足夠的證據資料。英格蘭的精神衛生主管機構也將執行此計畫，並將其視為主要的政策計畫。

二、基本原則

1. 完整性 (Comprehensive)：此策略應清楚指出自殺防治不是任何社會或健康服務機構單獨的責任。在精神衛生單位當然很重要，因為精神病患是高危險群，然而大約四分之三自殺死亡的個案卻未與精神衛生單位接觸過。
2. 奠基於證據 (Based on evidence)：此策略試圖能以證據為基礎，並從任何可能已發表的研究中形成策略。如果證據薄弱，我們會建議改善它。
3. 獨特性 (Specific)：此策略由若干的行動建立起來，這些行動是獨特的、實際可行的，並可公開監測。
4. 評估的主題 (Subject to evaluation)：此策略本身是可以持續接受評估，必要時也可做改變。

三、六個主要目標

1. 降低主要高危險群的自殺率
2. 促進廣泛民眾的精神健康
3. 降低自殺方法的可利用性及致死性
4. 改善媒體對自殺行為的報導
5. 促進對自殺及自殺防治的研究
6. 改善對此降低自殺的策略的進展監測

四、策略的執行

1. 降低主要高危險群的自殺率：篩選高危險群的條件為
 - 此群體在統計學上已顯示自殺危險性的增加
 - 此群體中真正自殺的數目已知
 - 有證據顯示可以設立預防性的評量為起點
 - 有方法可以去監測預防性評量的影響

目標

- 1.1 降低那些目前正在或已經去過精神衛生服務機構的個案的自殺數目
- 1.2 降低那些蓄意自傷後在一年內又自殺的數目
- 1.3 降低年輕男性自殺的數目
- 1.4 降低監獄犯人自殺的數目
- 1.5 降低高危險自殺職業群體的自殺數目

2. 促進廣泛民衆的精神健康：自殺率反映出整體社區的精神健康狀態。對於成人精神健康的國家服務標準架構，應採取下列這些廣泛性的方法，這些方法是包括健康及社會服務的：

- 促進對整體的精神健康，包括個人及社區
- 反對對有精神疾病的個人或團體的歧視，促進他們與社會的融合目標

- 2.1 促進被社會排擠或忽略群體的精神健康
- 2.2 促進黑人或少數民族、包括亞洲女性的精神健康
- 2.3 促進物質或酒精濫用群體的精神健康
- 2.4 促進受難者或虐待存活者、包括兒童被虐者群體的精神健康
- 2.5 促進兒童及十八歲以下年輕人的精神健康
- 2.6 促進婦女在懷孕間及產後的精神健康
- 2.7 促進老年人的精神健康
- 2.8 促進因親友自殺而悲慟者的精神健康

3. 降低自殺方法的可利用性及致死性：降低自殺致命方法的近性已知是自殺防治的有效方法。理由之一是因為自殺有時只是一時的衝動，所以若是致命的方法不是一時可以用到的話，或許可延遲或避免自殺。雖然會有另外的方法可以自殺，但大多數的人不會再使用，而讓他們自己可以得到救治。此策略著重於降低自殺方法的近性，上吊或勒斃與精神科病房及監獄相當有關，但在社區也是常見方法，特別是年輕男性。

目標

- 3.1 降低因上吊或勒斃的自殺數目
- 3.2 降低服毒自殺的數目
- 3.3 降低使用汽油燃燒產生廢氣的自殺數目
- 3.4 降低臥軌自殺的數目
- 3.5 降低從高處跳下自殺的數目
- 3.6 降低用槍自戕的數目

4. 改善媒體對自殺行為的報導

任何一種媒體對於我們的行為都有顯著的影響。有證據顯示媒體報導自殺會增加自殺率，特別是那些已經是高危險群的年輕人。藉著限制對自殺報導的某些部份，跟藉著以多種方法不鼓勵自殺的模仿，媒體應可對自殺防治有重大的貢獻。

目標

- 4.1 促進媒體有責任地來表達自殺行為

5. 促進對自殺及自殺防治的研究

在自殺防治的研究證據是這個策略的重要基礎。有關自殺危險因子的流行病及臨床研究已經有大量的報告，但是仍然缺乏對自殺處置相關的研究報告。因為此類研究需要大量的人口樣本，甚至是幾百萬的基數，才能產生足夠信賴的研究結果。

這個策略目標是發展奠基在兩個主要領域的研究：

- 高危險群的詳細研究，期望針對此群體我們在自殺防治上可以有足夠的確定結論
- 涉及更廣泛面的自殺處置研究，並以此結果當作針對自殺的替代性測量方法

目標

5.1 改善在自殺防治的研究證據

5.2 廣為宣傳在自殺防治上既有的研究證據

6. 改善對此降低自殺的策略的進展監測

大量的資料已經由國家統計單位及藉由此研究的計畫來收集，然而仍須更多的資料來支持此策略的目標。

目標

6.1 監測跟此策略的目標相關的自殺統計資料

6.2 評估國家層級的自殺防治策略

陸. 結語

台灣的自殺死亡率比西歐或日本低，但比英國高，且值得注意的是，死亡率逐年攀升。民國 82 年，每 10 萬人口之中有 6.24 人自殺死亡，民國 91 年，每十萬人口之中有 13.59 人，到了民國 92 年，增加至每 10 萬人口之中有 14.16 人。顯而易見的，這些年來台灣自殺現象日益嚴重。

鑒於目前國人自殺死亡率逐年提高，且自殺已連續八年列入國人十大死因之列，行政院衛生署已委託相關協會辦理自殺防治工作，並成立國家級自殺防治中心，協助各縣市推動自殺防治關懷網絡，促進標準化自殺防治通報及介入流程，期盼能多方面提升我國心理衛生與精神醫療，活絡社區支持網絡，落實於以病人為中心、家庭為單位、社區為整體考量之全人精神健康照護，希望能有效對自殺企圖者進行妥善照顧，減低再自殺之可能性，並加強對憂鬱症患者、物質濫用者、酒精濫用者、邊緣性人格障礙者等自殺高危險群的照護追蹤，並擴及自殺者家屬的心理輔導，減低自殺對社會家庭的衝擊，進一步促進整體國人精神與心理的健康。

筆者在國內時參與了精神醫療網的自殺防治計畫，對國家目前推動憂鬱症治療與自殺防治的工作多所瞭解。在 2005 年時，有幸得到行政院衛生署及本院桃園療養院的公費支助，遠赴英國倫敦學習憂鬱症治療與自殺防治相關的知識與新

趨勢，雖然只有短短三個月公費時間，但覺得所學甚多，卻有意猶未盡之感，遂決定留職停薪，繼續在英國自費學習兩年，期待日後學習結束，回國後能貢獻所學。