

兒童青少年 精神醫學通訊



發行人：陳快樂
秘書長：畢新慧
副秘書長：劉弘仁（代理）
理事：王雅琴、丘彥南、李鶯喬、吳佑佑、
周文君、林亮吟、侯育銘、高淑芬、
陳映雪、陳俊鶯、陳質采、陳美珠、
鄭理、黃蓉蓉。

監事：宋維村、李儒卿、徐澄清、張學岑、劉珣瑛
執行編輯：劉弘仁、陳質采、畢新慧
發行所：台灣兒童青少年精神醫學會
編輯處：104台北市中山區松江路22號9樓之3
聯絡電話：(02)25682083 傳真：(02)25683463
學會電子郵件：tscap.taipei@msa.hinet.net

2005

春·夏季號

Child & Adolescent Psychiatry Newsletter Vol.4, No.1, Spring & Summer 2005

秘書處公告94.08.31

- 94年4月16日假台大醫學院103講堂舉辦之「兒童語言障礙評估及治療」專業訓練研習會，會後評估通過名單：王明鈺、王亮人、王維蒂、何淑賢、林立寧、林璇音、林正修、林文佳、呂明憲、吳貞瑩、邱顯智、邱佩寧、陳麗卿、陳映雪、陳冠旭、陳毓嫻、陳佩君、梁歆宜、曾念生、劉俊宏、劉弘仁、趙偉婷、蔡芳茹、羅筠等共24位專科醫師，得檢具訓練證明向轄區健保分局申請執行語言治療項目核可。
- The Organizing Committee of the 4th Congress of the ASIAN Society for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions(ASCAPAP) 延期至2006年6月14~16日，相關訊息請參考網站 <http://www.ppa.ph/version2/>
- 九十四年度兒童青少年精神科專科醫師甄選，相關日期如下：
資格審查：申請日期6月1日至6月20日。
筆試報名日期：7月1日至7月14日；8月7日舉行筆試。
口試報名日期：8月8日至8月15日；9月11日舉行口試。

編輯手記

面臨多事之秋，時光荏苒，在臨床照顧與醫療行政兩頭燒的情況下，本應春夏出刊的兒青醫訊，總在翹首的等待中久違了。我們合併了兩季的內容，期盼桃園療養院醫療同仁整理的兒童青少年精神疾病與非典型抗精神藥物治療、馬偕紀念醫院醫療同仁整理的拔毛症與楊森藥廠提供的美國小兒醫學會注意力缺損過動症治療準則可以為你帶來新的學習。

目錄

人物專訪 (陳映雪醫師)

活在當下..... P 1

兒青廣場

一則社會新聞引發的省思..... P 3

投感慨與憂心..... P 4

文獻選讀

兒童青少年精神疾患與非典型抗精神藥物治療..... P 5

拔毛症..... P 11

美國兒科醫學會注意力缺陷過動症治療準則..... P 18

好書介紹

兒童與青少年焦點解決短期心理諮商..... P 22



人物專訪

活在當下


——陳映雪醫師專訪

採訪 畢新慧 劉弘仁

撰稿 畢新慧

認真過每一天

兒童青少年精神科原不在我的生涯規劃，不過好像冥冥中注定，越做就越靠近當初的志向。我凡事走一步規劃一步，並不特別強求。在榮總服務31年來，可說未曾煩惱過未來會如何，比較活在當下，做一天和尚撞一天鐘，認真過每一天，而我真的做到了！所以我常常和年輕的醫師說：「好好做，未來不一定會怎樣，但運氣自然而然都會很好。」



唸醫學院是自己的決定，高中老師曾勸我不要報考醫學院，母親也希望我當老師，我喜歡追求新知，覺得醫學領域浩瀚正契合我心。當然，我對功課也有自信，就這樣上台北醫學院。在北醫期間，雖兼差很多家教，但要唸就好好唸的意念總是在內心鞭策，幸運地我名列前茅到榮總實習。

記得，榮總早期由德國建築師設計，病室寬敞、窗明几淨、蓮花池旁椰子樹高聳，環境優雅，令我心怡。因無健保壓力，在當時鄒濟勳院長堅持以人本及醫療專業為前提的服務，且開創醫師專勤制度，當醫師及病人皆很有尊嚴。我很喜歡榮總的制度，在此服務，是種榮耀與幸福，沒想到，居然在此度過三十多年歲月。

畢業後留在榮總內科，直到民國65年要升總醫師那年，神經精神部由內科部獨立出來。精神科人力有限，只有楊雲官主任、林祖善主治醫師及闕清模總醫師。在多人盼望下，及重拾想鑽研心理學及腦神經學的興緻，我居然踏上不是生涯規劃中的精神科(猜猜看我原本規劃為何?哈!是回家昇格當少奶奶及媽咪)。只是精神科經驗貧乏，唯恐挨揍，心想總制得了矮小的頑童吧!於是表明做兒童心理衛生的意願。當時精神科也正接手小兒科的青少年門診，成立青少年心理衛生門診，自此它成了我事業生命中最重要舞臺。我抉擇生涯的焦點極為不經意，但活在當下的人生哲學，及不時品嚐新知的喜悅，我居然不感厭倦辛苦，也許天生就是當個精神科的專業人吧!

扎實的醫學養成

精神科成立之初，沒有獨立的病房，而是和神經內科一起，屬於開放式，無法收嚴重病人。精神藥物也不發達，但周旋於身心症與精神官能症個案間，奠定精神動力學的根基，透視到人類發展與互動的糾葛、並層層解析病人的防衛機制及心理治療的魔力，可說是非常寶貴的經驗，有些經典個案(畏寒症、被誤診為歇斯底里的Wilson disease、轉化症、多重人格、心因性失憶症)早已不復多見。

長得俊挺、嚴肅、力求完美的楊雲官主任是極受歡迎的啟蒙導師，上精神醫學條理清晰、化繁為簡、引人入勝，至今仍頗懷念。大家英文不佳，他常鼓勵多讀翻譯書籍，(譬如新潮文庫)，極短時間可掌握艱澀的心理學。程玉麟及柯永河兩教授之指導，都在我人類發展與心理



開放性試驗中則有明顯療效。被報告的副作用包括體重增加(3.4-6.5kg/6wk)、食慾增加、便秘、噁心嘔吐、頭痛、EPS及鎮靜。一篇試驗紀錄不吸煙青少年(平均年齡15歲)的藥物動力學：血中濃度隨授予劑量增加呈現 log-linear相關，血清半衰期37.2小時，與不抽煙的成人數據相似。

(4) Quetiapine：兩篇開放性試驗(10-15人，平均13.6-15歲，終劑量300-800mg/day，其中一篇診斷包括情感性精神分裂症、雙極性情感疾患合併精神症狀)，都顯示有明顯療效。一篇紀錄青少年(平均年齡13.6歲)藥物動力學：達到最高濃度時間(0.5-3hr)、血清半衰期(5.3hr)，與成人藥T一致。被報告的副作用包括體重增加(平均1.5-3.4kg)、姿態性低血壓、心搏增快、T4下降，但整體而言輕微。

二、雙極性情感疾患

(1) Clozapine：一篇病歷回顧報告(10人，平均9.9歲，平均劑量128mg/day)針對情緒穩定劑、傳統抗精神藥物治療無效之個案，使用clozapine 6週後有明顯的療效，但有9名個案出現體重增加及嗜睡等副作用。

(2) Risperidone：一篇開放性研究(11人，年齡5-16歲，診斷包括過動症)及一篇病歷回顧報告(28人，平均年齡10.4歲及劑量1.7mg/day，使用CGI-I評估)，皆顯示有顯著改善。

(3) Olanzapine：一篇針對其他藥物治療無效的開放性試驗中(23人，年齡5-14歲，診斷含躁症、輕躁、mixed-episode，平均病程4.4年)，單獨使用此藥(平均劑量9.6mg/day)八週後，躁、鬱及攻擊行為皆見改善，14名達明顯改善。被報告的副作用包括食慾及體重增加(平均5kg)、鎮靜、腹瀉及泌乳素輕微上升，但整體而言輕微。另一篇青春期前的個案報告(3人)在合併此藥至鋰鹽或divalproex sodium治療下出現“戲劇性”的療效。

(4) Quetiapine：一篇雙盲性試驗(30人，躁症急性發作，使用YMRS)比較此藥(450mg/day)或安慰劑合併divalproex sodium治療，quetiapine組鎮靜較明顯，但療效優於安慰劑組。

三、廣泛性發展疾患

(1) Clozapine：僅零星個案報告。3名合併過動症狀(8-12歲)且對其他抗精神藥物無反應、1名合併智障及攻擊行為(17歲男性)之個案報告有明顯改善。

(2) Risperidone：有較多的資料：包括2篇隨機雙盲性比較試驗(v.s. placebo)，及6篇開放性藥物試驗，都對行為問題有良好的效果，但體重增加明顯(有11名個案追蹤一年，包括用藥維持期6個月，平均體重增加超過8kg)並常有鎮靜副作用。其他報告的改善包括：減少重複行為、焦慮及攻擊。其中一篇隨機雙盲性比較試驗有101位個案(男82、女19，5-17歲，平均劑量1.8mg/day)，以此藥治療8週後69% CGI-I達到明顯進步(安慰劑組僅12%)。

(3) Olanzapine：一篇與 haloperidol 相比之開放性試驗(12人，平均7.8歲，平均劑量7.9mg/day)並無組間差異，但與起始baseline相較則明顯改善。另一篇開放性試驗8位個案中有6位達到明顯效果。12週治療體重增加平均8.3kg。

(4) Quetiapine：一篇開放性試驗(6人，4.8-11.8歲)中，只有2位有療效。另篇(14人，5-19歲)則指出對行為障礙(conduct, inattention, hyperactivity)會改善。

(5) Ziprasidone：一篇開放性試驗(12人，8-20歲，平均劑量59mg/day)中，6位達到明顯療效。值得注意的是2位合併雙極性疾患個案之行為症狀反而更為惡化。平均減輕體重2.64kg。





四、抽動性疾患以及強迫症

- (1) Risperidone：四篇(21-50人，11-50歲)雙盲性比較性試驗 (risperidone 1.5-3.8 mg/day, pimozide 2.9 mg/day, clonidine 0.175 mg/day, placebo) 顯示對妥瑞氏症個案治療中，risperidone和pimozide、clonidine的療效無顯著差異，而明顯(36%-54%改善)優於安慰劑。而在clonidine、risperidone組中對伴隨強迫症狀亦有改善。但在3名有強迫症、分離焦慮及過動症狀的個案報告，在原治療藥物中加入低量risperidone時出現嚴重的分離焦慮症狀。
- (2) 其他：包括olanzapine (15mg/day)、quetiapine(100-150mg/day)都有報告可改善妥瑞氏症。而一篇ziprasidone (28 mg/day) 與安慰劑之隨機試驗 (28人，7-17歲) 中，ziprasidone明顯較優。

五、行為障礙

- (1) Risperidone：一篇大規模 (228人，5-12歲，IQ 36-84) 的雙盲性比較性試驗顯示此藥對行為控制明顯優於安慰劑，且在變項控制下與IQ、ADHD共病、興奮劑治療無關。77位個案使用達48週仍有持續性效果，但20位陸續出現EPS，且男性個案的泌乳素有明顯上升。另一篇比較初診斷為行為障礙之個案 (15人，7.5-13.4歲，合併學習困難、多重發展障礙或邊緣性人格特質) 在進行「環境治療」中加入risperidone(1-2mg/day)，合併此藥後的行為改變明顯優於單純環境治療。值得一提的是，停藥後此差異即迅速消失。
- (2) 其他：aripiprazole有個案報告可能有療效。

節錄：Findling RL, McNamara NK. J Clin Psychiatry 2004; 65 suppl 6:30-44

拔毛症

拔毛症在兒童青少年門診當中時有所見，然治療反應並不理想。故本期編譯近年針對此主題所做的相關研究及發現，按順序探討關於：

1. 疾病的介紹
2. 長期追蹤的預後報告，及功能性腦部影像學研究
3. 藥物治療
4. 行為治療

提供給大家做參考。

兒童青少年的拔毛症

整理：王耀賢醫師 督導：劉珣瑛醫師

拔毛症是一種行為上的疾病，特徵為無法控制的拔除自己的毛髮，在成人與兒童都有可能發生。拔毛症最初在1889年被一位法國籍皮膚科醫師 Hallopeu 發現及報告。根據 DSM IV診斷標準，拔毛症被歸類為衝動控制異常疾患的一種，但有些學者認為應該歸類為強迫症的亞型比較恰當。要符合DSM IV之診斷標準，拔毛症的病人必需要在拔毛前或抗拒拔毛衝動時有逐漸升高的緊張感，而且要在拔毛中或拔毛後有欣快或解脫的感覺。但是拔毛症在兒童病患中並不一定會有如此主觀上的感覺。此外，如此嚴謹的診斷標準可能會排除掉需要接受或可能因接受治療得到幫助的患者。

拔毛症的盛行率在不同的研究當中差異頗大。如果根據 DSM IV診斷標準來看，拔毛症的終生盛行率約0.6%；但對一般人口而言，約4%有拔毛的習慣，10%的人口終其一生有一段時間有拔毛的習慣。拔毛症在兒童中比成人常見，女性病患比男性多。男生的平均發病年齡是8歲，女生的平均發病年齡則是12歲。常見拔毛的區域包括頭髮，眉毛，及眼睫毛，但是身





體任何地方的毛髮都有可能，包括陰毛。病患可能為了掩飾脫髮的部位而改變髮型或穿戴假髮。當來尋求醫療協助時，也常常不是找精神科，而是皮膚科或是家醫科醫師。

常需要做鑑別診斷的有皮膚疾病 *tinea capitis* 和免疫系統疾病 *alopecia areata*，特別是孩子否認拔毛的時候。*Tinea capitis* 是小兒禿頭症最常現的原因。臨床上常見到毛髮斷裂於毛囊，而且有廣泛性的皮屑剝落。通常使用口服抗癬藥物 *griseofulvin* 8週就可痊癒。*Alopecia areata* 通常造成的是完全或幾乎完全的禿頭，頭皮呈現光滑而且並無紅腫或毛髮斷裂的情形。*Alopecia areata* 被認為是和免疫系統失調有關，身體脫毛現象有可能呈現片塊狀，趾甲也有凹陷情形。預後通常很好；大多數病患約一年內自癒。

完整的病史及身體檢查對於診斷拔毛症是很重要的，包括開始拔毛的時間，同時間發生的重大事件，持續脫髮的時間，家庭整體互動關係，對於此病況造成的焦慮程度等。身體檢查包括排除可能造成的身體疾病。典型的拔毛症臨床表現包括不等長的頭髮分佈在患部；而其它不受影響部位的毛髮看起來完全正常。此現象有可能是因為病患習慣用手指捲一撮毛髮然後同時間用力拉扯下來。當然需要進一步確定診斷可以考慮作活體檢查。

有些病患同時合併有其他精神疾患，包括適應障礙，情感性疾患，焦慮性疾患等。而且，因為拔毛症造成的外觀缺陷也可能帶來極大的心理層面的影響。除此之外，拔毛症也可能造成嚴重的內科併發症。有些拔毛症病患會把拔除的毛法放入嘴巴咀嚼並且吞嚥。這樣子會造成毛髮在胃腸形毛糞石，因而間接造成食慾減退，消化道

出血，因而造成貧血，腸胃道阻塞或穿孔，急性胰臟炎，和阻塞性黃疸。因此對拔毛症病患評估時應該也要詢問其腸胃症狀。

對於年紀較小的兒童，父母親通常需要醫師的再三保證及解釋早期發作的拔毛習慣通常會自然而癒；但相對的，對於年級較大的兒童或是青少年，治療上則需要病患及家屬參與。因為拔毛症潛在的病因學相當複雜，因此應有兒童青少年精神科方面的詳細評估。如果潛在的病因可被辨識出來，像是學校或是家庭帶來的壓力，治療上應針對壓力源作處理而非只有症狀治療。在對拔毛症小孩做評估時，也要辨識是否有其他類似行為，像是吸吮大拇指。有一些病例報告表示治療及停止這些類似的行為可以使拔毛行為消失。

治療拔毛症的方法有許多種，包括行為治療，遊戲治療，催眠治療，心理治療，家庭治療，及藥物治療。但現在是以行為治療為主流，包括自我監測，放鬆治療，正向回饋等。治療上也要讓病患察覺到拔毛的確是個問題而且設法增加參與治療的動力，治療才比較可能成功。藥物治療對於拔毛症的成效所知還有限，但抗憂鬱劑可以納入整體治療的一部份。

Reference:

1. Trichotillomania, Tina L.Cheng et al, *Pediatrics in Review*; July 1999
2. Trichotillomania, Antony J. Papadopoulos et al, *International Journal of Dermatology* 2003.
3. Trichotillomania in Childhood: Case Series and Review; Yong-Kwang Tay et al; *Pediatrics*; May, 2004





拔毛症的藥物治療

整理：羅瑋琪醫師 督導：臧汝芬醫師

使用彈性劑量的Olanzapine治療拔毛症的一個Open-Label Study

前言及目的：

到目前為止，只有選擇性血清素再吸收抑制劑在治療拔毛症上有系統地被研究過，但結果仍有許多爭議。這個open-label study是第一個較有系統地評估以屬於非典型抗精神病藥的olanzapine治療拔毛症的單一藥物療法。

研究方法：

由21位拔毛症病患篩選出18位符合DSM-IV診斷條例的病人，來參與為期三個月以olanzapine治療拔毛症的open-label study。其中有合併其他精神疾病或使用對精神有顯著影響的藥物者均被排除。Olanzapine以平均每星期增加2.5毫克的劑量治療，直到最大劑量達到每天10毫克為止。

結果：

評估17名有完成至少一星期的olanzapine治療的患者。以Massachusetts General Hospital Hairpulling scale 測量拔毛程度比baseline 下降66%($p \leq .001$)，而Hamilton Rating Scale for Anxiety的平均分數下降63%($p \leq .05$)。而Clinical Global Impressions scale的分數也有整體顯著的改善($p \leq .001$)，其中4位病人在研究的最後階段完全症狀緩解。

討論：

在我們的sample中患病的平均時間是 20.5 ± 10.4 年，顯示此行為有慢性化傾向，一個可能的想法就是病人無意識地拔毛的儀式化行為是某種

型態的抽搐症，所以以dopaminergic agent 中的olanzapine治療有效。在這些病人中，有2位在以10毫克olanzapine治療後，在研究末期出現重鬱症，雖然這反應是非預期的，但作者仍建議以olanzapine單一療法治療拔毛症時要小心偵測是否有出現憂鬱症狀。而且拔毛症與憂鬱和焦慮症的共病性很高，所以對於憂鬱的拔毛症病人應以選擇性血清素再吸收抑制劑和olanzapine共同治療更適當。此研究顯示olanzapine可能可有效降低拔毛症狀以及和拔毛相關的焦慮和憂鬱症狀，但這個研究主要的限制是它並非是雙盲隨機試驗，另外有一些評估者的誤差也會影響到結果。

(J Clin Psychiatry 64:1, January 2003)

兒童青少年拔毛症以藥物治療的一些個案報告

雖然拔毛症在DSM-IV被分類為衝動控制障礙症，但它富儀式化的特質與強迫性疾患有部份雷同之處，像是沒感覺似的重複行為。因為這樣的觀察結果導致過去在藥物治療上一般選擇使用抗憂鬱劑中的選擇性血清素再吸收抑制劑。如果以某一種選擇性血清素再吸收抑制劑治療無效的病患，可以考慮其他的同種類藥物。在選擇性血清素再吸收抑制劑中，fluoxetine(百憂解)、paroxetine(克憂果)、fluvoxamine(無鬱寧)和citalopram(舒憂)都曾提及有效。而其他的抗憂鬱劑選擇，像非選擇性單胺再吸收抑制劑中的clomipramine(安納福寧)，也曾有個案報告顯示對以每天30毫克的低劑量治療拔毛症2週後，發現對控制強迫的衝動有幫助。

有一些以選擇性血清素再吸收抑制劑治療無效的病患，會再加上鋰鹽、抗焦慮藥和抗精





神病藥。有幾個研究顯示，以抗精神病藥加上選擇性血清素再吸收抑制劑來治療拔毛症會有很顯著的進展，其中的抗精神病藥包括 pimozide (好潤平)、risperidone (理思必妥)、haloperidol (好度)和 olanzapine (金普薩)，而這些研究的結果顯示在治療拔毛症時抗精神病藥可能是有效的選擇。雖然幾乎所有的病人都報告，在他們要拔毛之前有焦慮和緊張的感受，但有些人甚至在做這個儀式化動作之後，都沒有知覺到自己的行為，顯示這種拔毛行為可能是類似抽搐症的一種表現。而有關拔毛症和土瑞症的關聯性在過去的一些文獻上也曾多次被提及，所以會以抗精神病藥治療拔毛症其來有自。除了前一篇以olanzapine單一治療拔毛症的研究之外，也有以risperidone(理思必妥)單一治療有效的個案報告。

兒童青少年拔毛症的行為治療

整理：劉惠青醫師 督導：劉珣瑛醫師

此主題有規模的研究不多，本篇編譯1992年在Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry提出的一個系統性的行為治療計畫給大家做參考，並討論在實際運用這個治療課程時，可能碰到的困難及可行的處理方式。

此課程包含六次療程，每兩週見孩子一次，共十二週，之後視需要可能會有電話追蹤訪問。每次治療時間不等，主要是按照孩子的發展程度及對治療的反應，給予新的行為治療技巧的訓練，或改善已學得的技巧。主要的技巧包括：

1. Self-monitoring：這是第一個療程中首先要介紹的技巧。主要有兩個目的，第一是要瞭解

孩子在baseline時及之後在治療過程中，實際拔毛或有拔毛衝動的嚴重程度；第二是可增加孩子對於他們自己拔毛行為的自覺，以及瞭解自己在何種情境下可能會拔毛。給孩子幾個信封袋，請孩子每天都要把自己的拔毛衝動及實際有拔毛的行為記錄下來，一天三次，記錄在信封袋上，並將拔下的毛收集在信封袋裡。記錄的時間不限定，但大部分的孩子是在早餐，放學後，及睡覺前這三個時間作記錄。

2. Progressive muscle relaxation：這是在第二個療程中要教孩子做的。請孩子一天至少要做兩次，每次十五分鐘，同時進行深呼吸練習。似乎大部分的孩子在睡前都可做得特別好，若是較小的孩子可能需要電話追蹤他們對這個技巧是否真的瞭解。

3. Habit interruption, prevention training, and competing reaction training：這也是第二個療程中要教孩子做的。教導孩子在發現他們自己正在拔毛時，或是有拔毛衝動時，趕快將他們的雙手向下伸直，握緊雙拳九十秒鐘，並以另外一個不相關的行為來取代拔毛的動作。鼓勵孩子每天不管有沒有拔毛衝動都要至少練習兩次最後這個技巧。

4. Overcorrection：這同樣也是在第二個療程中要教孩子做的。教孩子每天都要以適當的方式梳頭髮，如果可能的話，每次拔毛過後也要如此做。一般在使用overcorrection這個名詞時常帶有嫌惡療法的意涵，但在我們這個情境下，目的只是要訓練孩子以適當的方式對待他們的頭髮。

5. Awareness training：這是在第三次療程中要教孩子做的。給孩子一份日誌單張，請孩子詳細記下每次拔毛行為或想拔衝動的日期、





時間，同時記錄當時正在做的事情和感覺。之後的每次治療都可以就這個記錄來做討論，幫助孩子發現自己拔毛的模式，也可作為日後討論治療的遵從度，及是否有好好的運用前述各種行為治療技巧的依據。

6. Annoyance review：也是在第三次療程中要教孩子做的。鼓勵孩子詳細表達他們自己想停止拔毛的原因，並記錄下來。這可幫助孩子更確定地知道拔毛的行為是個問題，以及他們自己為何需要治療的利害關係。特別是在治療的過程裡，親子間的掙扎(parent-child struggles)是很常見的，常會威脅到對治療的遵從度，且模糊了治療的動機，這樣的澄清更見重要。另外也可將孩子自己想要停止拔毛的動機，編成簡單的自我訊息(self-message)，如『我想要有一頭長髮可梳頭』鼓勵孩子常常自我復述，加強改變動機。

7. Reinforcement：當上述這些技巧都教給孩子之後，我們也要鼓勵父母透過口頭的讚美及實質的獎賞，來強化孩子的進步。要孩子跟父母訂出幾個可能的獎賞，每週根據雙方都同意的進步幅度，若有達到即給予肯定。可教父母將獎品包起來裝在盒子裡，增加孩子的興趣，鼓舞他們強化改變。

以這個課程治療拔毛症可能面臨到幾個問題，第一個是依照孩子不同的發展程度，對治療的遵從度和動機會有所差異。以青少年來說，可能會覺得裡面有些作法會令他們感到難為情或被控制，比如要把拔的毛收集在信封裡，或每天都要練習梳頭髮等；有些作法的接受度就比較高，如持續記錄拔毛的行為或衝動，肌肉放鬆練習，或是握緊雙拳的方法等。第二個問題是孩子的拔毛行為和治療過程常常成為親子間衝突的來源。父母這方面可能會覺得已好

說歹說，試過各種方法，看到孩子還在拔毛便忍不住生氣；孩子則會覺得父母想要控制他們，故意唱反調不合作，更惡化了親子關係及治療結果。想要有成功的治療，便要避免讓拔毛這件事成為親子的衝突，在治療初期可和父母單獨溝通，以獲得他們的支持，瞭解他們家裡的結構動力，給父母相關的指導。第三個問題是很難客觀評估拔毛症治療的效果，特別是拔毛的行為可能只是程度上的改善而非完全消失，且長期來看也不知道改善能維持多久。另外文中還提到許多研究上的限制和困難，恐怕有賴我們對於這個疾病病史更多的瞭解，克服遵從度差、家庭衝突、治療效果評估的問題，還有瞭解各種共病現象或基因上的脆弱性(genetic vulnerability)對於疾病和治療的影響，才能有更有效的治療策略。

較近的研究中，在 2003 年的 *Archives of General Psychiatry*，有一篇 randomized, waiting-list controlled study 比較了行為治療和藥物治療的效果，發現在經過十二週的治療之後，行為治療 (6 individual 45-minute, manual-based treatment sessions) 可相當有效地降低拔毛症的症狀，而藥物治療 (fluoxetine 60mg/d) 則沒有此效果。雖然這個研究的對象是成人拔毛症患者，但因針對拔毛症治療相關的研究不多，在此一併提出做為參考。

Reference:

1. van Minnen A, Hoogduin KA, Keijsers GP, Hellenbrand I, Hendriks GJ. Treatment of trichotillomania with behavioral therapy or fluoxetine: a randomized, waiting-list controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:517-22.
2. Vitulano LA, King RA, Scahill L, Cohen DJ.





Behavioral treatment of children and adolescents with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:139-46.

長期追蹤拔毛症病人之預後

Longitudinal follow-up of naturalistic treatment outcome in patients with trichotillomania

整理：吳書儀醫師 督導：臧汝芬醫師

背景：

在精神醫學上，拔毛症的理論概念及臨床治療一直有如迷霧，有關拔毛症病人長期治療結果及預後的研究更是少見，同時也缺乏標準的診斷測量方法，使得不同研究間難以進行比較。在為數不多的藥物雙盲對照研究中，雖然大部分結果均顯示有顯著改善，如Benarroche等人對十個病患所做的一年 open-label fluoxetine trial 的維持治療 (maintenance treatment)；但在停用後四個月卻出現復發。另有Swedo 等人評估追蹤clomipramine 的長期正向療效。也有Pollard等報告指出，儘管繼續維持clomipramine劑量，四位病患中仍有三位在三個月後復發。在其他治療方式上，Mouton and Stanley報告五位接受認知行為團體治療的拔毛症病患，有四位在治療後表示症狀改善。Ninan等比較十四位分別接受認知行為治療、clomipramine 和安慰劑的拔毛症患者後發現，clomipramine較認知行為治療的改善來的少，但較安慰劑為多。Keuthen等人在1998年發表六十三位拔毛症患者接受行為和/或藥物治療後，在拔毛、憂鬱、焦慮、自尊、及社會心理衝擊層面的評估中，有33位患者(52%)表示治療有效，亦顯示同時接受行為及藥物治療者在拔毛行為變項(hair-pulling scores)上較單

獨治療方法者有顯著改善；但若比較有或沒有接受治療的族群間，則沒有顯著差異。本文即是針對上述研究，繼續追蹤四十五位拔毛症病患進行長期之預後調查。

方法：

共有四十五位完成拔毛問卷 (Massachusetts General Hospital Hairpulling Scale, HPS; Trichotillomania Impact Scale, TIS)、紙筆作答一連串包括拔毛嚴重度及其影響、社會心理功能、憂鬱、焦慮及自尊的問卷 (the Beck Depression Inventory, BDI; the Beck Anxiety Inventory, BAI; the Rosenberg Self-Esteem Scale, SES; the Sickness Impact Profile, SIP)。病人自述之拔毛及功能改善的評估是利用Patient Global Impressions scale (PGI)。在第一及第二次追蹤評估過程之平均持續為2.5年。

結果：

二十七位病患 (61.4%) 在第一次追蹤後仍有持續接受治療。本研究利用ANOVA比較三個不同時間點 (Index, 第一及第二次評估) 的所有臨床測量。由HPS觀之，在index evaluation和第一次評估間，其拔毛的症狀有顯著改善，且此改善情形延續到第二次評估，但在第一及第二次評估結果間則沒有差異。由TIS結果發現，在index evaluation及第一次評估間，拔毛症狀對於社會心理衝擊有顯著下降；但也觀察到在第一及第二次評估間，其社會心理功能有逐漸惡化的趨勢。其他變項上，在第一及第二次追蹤間，在拔毛情況、憂鬱、焦慮、社會心理功能等層面皆無顯著改變，自尊心變項則是在這段期間顯著變較低落 ($p=.000$)。另一個也顯著惡化的變項為社會心理衝擊指數。第二次評估與index





evaluation相比，拔毛的情形有顯著改善 ($p=.001$)，但同段時期自尊心指數則是顯著下降 ($p=.000$)。治療與治療有反應的患者間只有在憂鬱及社會心理衝擊方面相關。

結論：

雖然拔毛症患者在治療初期顯示有顯著改善，然而種種變項指數卻未再上升，甚至在第二次評估時呈現惡化的情形。尤其第二次評估時顯著的自尊心惡化可能是因為在拔毛嚴重度上未再有任何改善。因此，未來的研究方向應就此症患者在治療期間，其自尊心、憂鬱情緒、與拔毛情形的互動關係做更多的瞭解。

(Keuthen NJ, Fraim C, Deckersbach T. et al. Longitudinal follow-up of naturalistic treatment outcome in patients with trichotillomania *J Clin Psychi* 2001;62:101-7.)

拔毛症的功能性核磁共振及藥物治療 - 接受 citalopram 治療前後的single photon emission computed tomography 變化

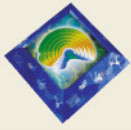
Functional brain imaging and pharmacotherapy in trichotillomania. Single photon emission computed tomography before and after treatment with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram

近幾年，拔毛症拔毛症神經生理學及藥物治療引起了較多關注，有些研究發現認為拔毛症與強迫症有關，但迄今為止，仍較少有以功能性腦部影像學研究藥物治療對拔毛症的影響的研究。Stein 等人在2002年出版的Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological

Psychiatry中，令十位DSM-IV診斷確定為拔毛症之女性患者，在接受citalopram治療前及治療後十二週時，分別以technetium-99m hexamethylpropylene amine oxime (Tc-99m HMPAO) 的single photon emission computed tomography (SPECT) 做評估。結果顯示，藥物治療會造成額葉後下方區域功能活性減低。拔頭髮的症狀和區域性腦部功能活性之相關在治療前及治療後有顯著差異。這些資料顯示，拔毛症如同強迫症一樣，與皮質紋狀迴路有關。然而，拔毛症患者對SSRI的反應不如OCD一樣短期內就可看得到效果，未來努力方向可深入神經生理學上支持此類差異的研究。

(Stein DJ, van Heerden B, Hugo C, et al. Functional brain imaging and pharmacotherapy in trichotillomania. Single photon emission computed tomography before and after treatment with the selective serotonin reuptake inhibitor citalopram *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2002; 26: 885-90.)





文獻選讀

JANSSEN-CILAG TAIWAN
* Janssen-Cilag company
電話：(02)27326611
地址：台北市敦化南路2段319號樓B

美國兒科醫學會注意力缺陷過動症治療準則

節錄：AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS/Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder/Committee on Quality Improvement (Pediatrics Vol.108 No.4 October 2001, 1033-1044)

Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

背景：

為有效治療廣大的ADHD病童，美國兒科醫學會成立特別委員會來制定治療6~12歲ADHD孩童的準則，委員會成員包含各界專家：child psychiatrist、psychologist、neurologist、primary care pediatrician、developmental-behavior pediatrician、epidemiologist，以及在education、family practice的人士。

方法：

- * 此專家小組採用系統性的方法以三年的時間，去審閱過去大量的研究文獻及專家意見，以了解針對6~12歲孩童，各項短期、長期藥物療法及非藥物療法所呈現的療效及安全性比較。
- * 委員會所審閱的研究必須是(1)Randomized、Controlled trials(2)被登在Peer-Reviewed Journal上。總共審閱了2405篇citations、92篇report、78篇studies。
- * 委員會審閱各項資料後，所制定的準則再經由兒科醫學會其他委員會進行廣泛的Peer Review，同時亦交由數個外在機關團體審閱。

結論：

- * 針對6~12歲ADHD孩童的治療準則如圖一。
- * 在這治療準則中，委員會並提出了四項建議；此四項建議又依證據品質來分成Good、Fair或Poor三級，再註明其建議強度(Strong、Fair、Weak)。高度建議乃是根據高品質的資料及專家強烈共識。
- 建議一：醫師在為ADHD兒童制定治療計劃時，需認知ADHD是一種慢性疾病（證據品質：Good；建議強度：Strong）。
- 建議二：醫師、家長、老師及病童應根據明確的治療目標來制定治療計畫（證據品質：Good；建議強度：Strong）。
- 建議三：醫師應建議使用Stimulant(證據品質：Good)及/或行為治療(證據品質：Fair)去幫助

ADHD病童達到治療目標（建議強度：Strong）。

- 建議四：當治療計畫未能達到理想的治療目標時，醫師應重新評估當初的診斷、使用所有可能的適當療法、確保其遵醫囑情形以及考慮其共病現象（證據品質：Weak；建議強度：Strong）。

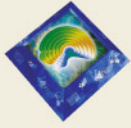
其他關於藥物的建議：

- * 用藥選擇：醫師應試過2~3種Stimulant確認失敗之後，且醫師非常熟悉三環抗憂鬱劑的使用方式時，才使用三環抗憂鬱劑來治療ADHD病童。
- * 劑量：Stimulant的劑量不一定和體重相關，醫師需從低劑量開始使用，然後慢慢提高劑量。最佳的劑量調整方式為：持續提高劑量至“療效最佳、副作用又低”的情況。
- * 副作用：Stimulant普遍認為是很安全的。副作用大多發生在剛開始使用的時候，而且通常是輕微、短暫、可經由劑量調整去改善的。
- * 抽搦Tics：約有15%~30%孩童在使用Stimulant時會出現抽搦現象，大部分都是短暫的。此外，大約有50%的妥瑞氏症病童合併有ADHD。所以，Stimulant對抽搦的影響尚不能預測。總而言之，不管抽搦是在使用Stimulant前或使用Stimulant期間發生，抽搦並非使用Stimulant的禁忌症。
- * 癲癇：根據仿單，癲癇為使用Methylphenidate的禁忌症。然而，多項研究顯示當抗癲癇藥的劑量調整得當，使用Methylphenidate並不會增加癲癇發生的次數及嚴重度。
- * 成長發育：雖然臨床發現有些孩童使用藥物時，會出現症狀反彈(Rebound)、抽搦或跟劑量相關的生長遲緩現象，但在controlled studies中，並未對以上現象有一致性的發現。根據回溯性至成年期的研究顯示，用藥對身高並未造成明顯的影響。



一天一次
CONCERTA 專思達
methylphenidate HCl
一定收心，學習專心

(本文由楊森大藥廠提供)



文獻選讀

JANSSEN-CILAG TAIWAN
Janssen-Cilag Taiwan
電話：(02) 27326611
地址：台北市敦化南路2段319號樓B

節錄：Amer. J. Orthopsychiat. 52(3), July 1982

Factors Associated with Children's Adherence to Stimulant Medication Philip Firestone, Ph.D. School of Psychology, University of Ottawa, Ontario

背景：

ADHD的Prevalence rate 高達學齡兒童的8%-10%。同時，也有越來越多的證據顯示ADHD的症狀會一直延續到青少年及成年期。雖然目前已有許多研究證實使用Stimulant (中樞神經活化劑) 對於ADHD病童在校行為及社交行為方面均有顯著的短期正面效果。但仍缺乏追蹤曾接受服藥治療的ADHD病童其症狀改善程度的長期資料。其中一個可能缺乏長期Data的原因，可能受到服藥遵醫囑性的影響。過去一些針對ADHD病童所作的服藥遵醫囑性研究，不管是使用clinician ratings, pill counts, blood or urine sampling, 或record keeping等任何一種方法，都會有所偏頗而高估了病童的服藥遵醫囑性。因此，此一長達三年的研究嘗試針對門診的ADHD病童，在一個自然的環境下，去了解其真正的用藥模式，包含遵醫囑性的狀況、停藥原因、停藥時的症狀表現、以及父母決定的模式等。

研究目的：

針對門診的ADHD病童，在一個自然的環境下，去了解其真正的用藥模式，包含遵醫囑性的狀況、停藥原因、停藥時的症狀表現、以及父母決定的模式等。

研究方式：

1. 包含了76名年齡介於5-9歲、患有綜合型ADHD的初診病童。
2. 研究一開始先請父母完成“柯能氏父母量表 (Conners' Rating Scale)”、“婚姻滿意度問卷”。請老師完成教師量表。
3. 病童被隨機分為兩組：“單用藥物治療(短效型MPH)組”或“藥物治療加上四個月的父母訓練組”。

4. 用藥前，研究人員會充分說明藥物的相關訊息，用藥期間父母若有任何問題可隨時聯絡研究人員。
5. 研究免費提供前四個月的MPH，之後父母必須循一般管道至藥局購買領藥。
6. 病童只在上學日用藥且一天服用兩次。
7. 病童接受評估的時間點：一開始時、四個月後、每半年(持續三年)。
8. 如果父母決定要停藥，不必顧慮此研究。

研究定義及結果：

服藥遵醫囑性的定義：

1. 遵醫囑性佳：服藥超過9個月以上(已將孩子在暑假會停藥的現象考慮在內)，有26位(40%)
2. 遵醫囑性差：四個月後就停藥者，有32位(49%)
3. 不分類對象：用藥五個月至八個月之間，有7位(10%)

研究發現

1. “單用藥物治療(短效型MPH)組”或“藥物治療加上四個月的父母訓練組”之間的遵醫囑性沒有差異。
2. 遵醫囑性佳的孩子明顯比遵醫囑性差的孩子進步很多。
3. 那些停藥的孩子停藥後，症狀仍然很嚴重，所以並不是在已不需要服用藥物的狀況下停藥。
4. 不論是遵醫囑性佳或遵醫囑性差的病童，副作用都很少(中午食慾減低、失眠)。
5. 遵醫囑性差的病童父母決定停藥的原因不是副作用，最主要的原因是“不想讓孩子服藥”或“孩子不願意服藥”。
6. 32位遵醫囑性差的孩子中，只有3位父母(10%)在作停藥決定時會和醫療人員討論。

一天一次
CONCERTA 專思達
methyphenidate HCl
一錠收心·學習專心

(本文由楊森大藥廠提供)



治療能力結實地紮根。那時自我訓練的氣氛濃厚，每月一書，我和蘇東平、黃正平、陳展航、李鶯喬、鄧光銳、劉紹輝、陳家駒等主任都是剛踏入杜鵑窩的清純少年人，平常嬉笑嘲諷，但每週一起閱讀討論時，卻認真地像要聯考的學子。

雖立志做兒青科醫師，仍堅持要按步就班的訓練，擔任一般精神科主治醫師。多年來，深信成人精神科底子要夠，處理兒童個案之父母才能心應手，這是兒青精神科醫師與小兒科醫師極其不同之處。我曾前往台大兒心受訓半年，此時徐澄清教授替我開啟生涯重要的另一扇窗—兒童青少年精神醫學。我深入了解自閉症、過動兒、氣質、、、。在凡事親為的年代，IQ得自己來，但把握「做中學」(learning by doing)的精神，今日我能迅速抓住兒青個案的精髓，找到徵結處理，那半年影響至鉅。

UCLA的經驗形塑

民國75年時，我前往美國加州大學洛杉磯分校 (UCLA)進修一年，令我感到驚訝的是，當時台灣大部分醫學中心都是以一般精神科為主，該校醫院NPI竟有4個兒童青少年精神科病房，每個病房設有15床，個案複雜以及多模式治療，令人振奮。醫院內還設有不同年齡層的特教教室，住院病人早上必需上課，讓我深刻察到特教在此類個案的必要性，也是我後來在北榮日間病房引進特教之概念起源。

人才濟濟除一般精神醫療團隊成員外、尚有神經心理師、語言治療師、及特教老師。評估做得相當完整，更涵蓋學習障礙的神經心理學

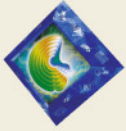
評估，即使在20年後的台灣也及1/3。UCLA的醫療小組會議可圈可點，治療活動生活化及多樣化，很難想象假日與晚上仍有職能治療活動。團體治療種類眾多，有的由青少年病患主持，男孩女孩也有各自團體。教學方面，UCLA兒青精神學程非常多，不少開業醫師皆熱心回來執教，有教授播放自家門診個案之錄影帶討論，也曾透過單面鏡學習一精神分析學派教授治療受虐兒過程，受益匪淺。近二十年前所學的各種心理治療方法，仍然是我bedside teaching的重點。

UCLA一年有機會接觸生物精神醫學雛型，一位精神藥物的教授，專研Ritalin對多巴胺系統的影響，當時治療厭食症仍以心理動力為主的年代，他大膽嘗試用抗憂鬱藥治療，幾個星期後病人的症狀戲劇性地緩解。在這樣的氛圍之下，還有另一位Ritvo醫師也注意到自閉症可能是大腦生理機能的障礙所致，企圖用藥物治療自閉症。精神生物學的概念萌芽後，我較不強調古老精神疾病成因的理論，譬如太過責難家庭或家長的家庭動力理論。UCLA一年，也是以活在當下，像海綿般不停吸收。



延續傳承的精神

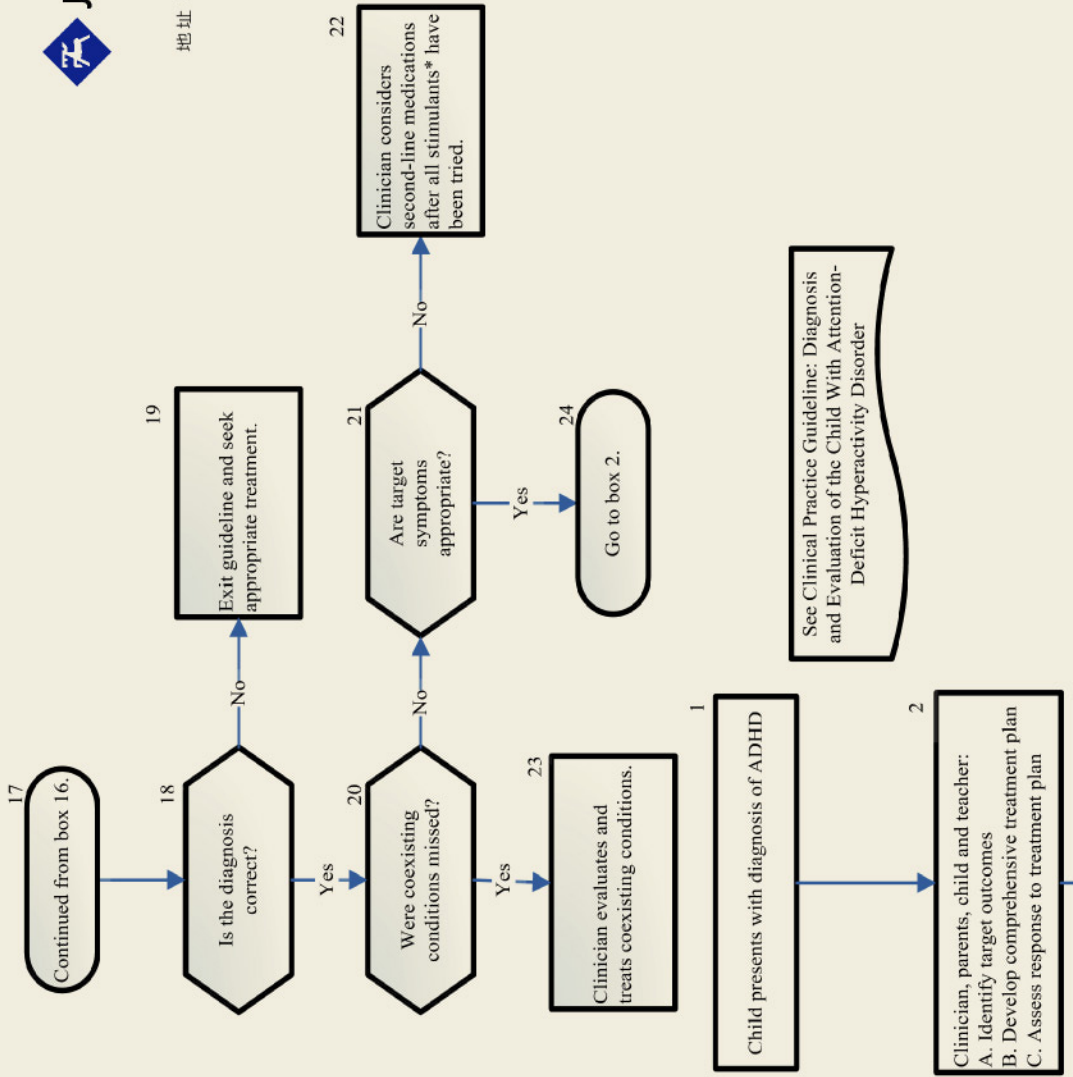
79年北榮成立兒童青少年精神科，與李鶯喬並肩努力，80至90年間業務蓬勃發展，不僅擴展注意力缺陷過動症的系列評估與團隊治療，積極前進校園。88年更與教育局合作，成立了向日葵青少年日間病房，結合醫療與特教，協助各種精神青少年的學業復健。於5年前籌設市立關渡醫院身心科之早療日間病房，加入徐如維、劉弘仁兩位生力軍，北榮終於有較完整

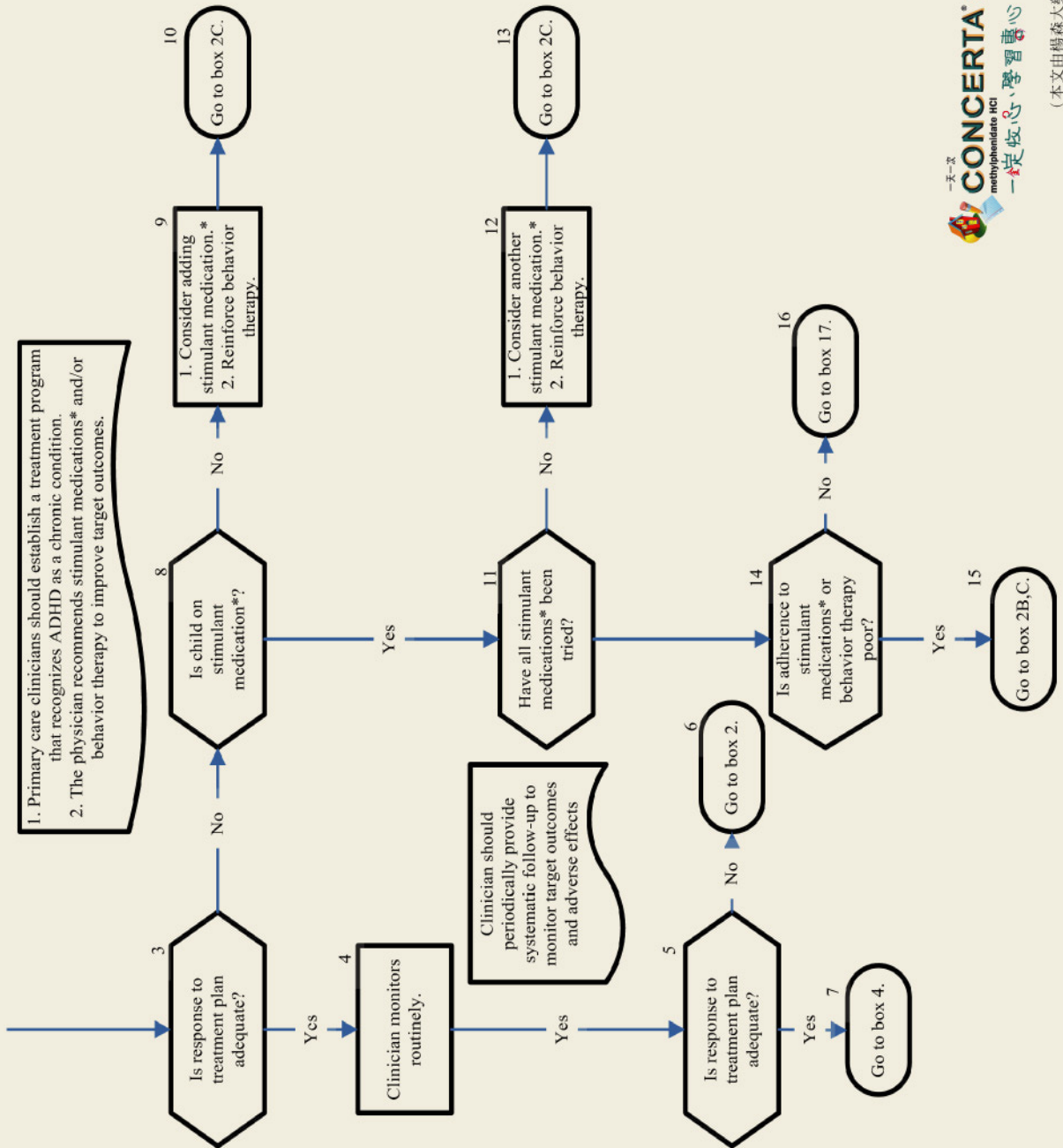


JANSSEN-CILAG TAIWAN
a Johnson & Johnson company

電話：(02) 27326611

地址：台北市敦化南路2段319號樓8





(本文由楊森大藥廠提供)



好書介紹

書名： 兒童與青少年焦點解決短期心理諮商

作者／ 茵素·金·柏格 (Insoo Kim Berg)，
特蕾西·史丹納 (Therese Steiner)，
譯／黃漢耀

出版社／ 張老師
ISBN／9576935903
畢新慧

介紹：

焦點解決短期心理諮商是史提夫·笛·夏德 (Steve De Shazer) 及其夫人茵素·金·柏格 (Insoo Kim Berg) 於一九七〇年代結合心理研究團隊 (Mental Research Institute, MRI) 在美國帕洛·奧托 (Palo Alto) 嘗試將「焦點解決治療」運用於短期心理諮商 (Solution Focused in Brief Therapy S.F.B.T.)。MRI不用病理學的眼光看待人類行為，不特別去探究問題的根源；運用當事人本身資源，協助當事人達到改變的目標。SFBT非常重視當事人的成功經驗、力量、資源、希望、小的改變與合理可行的目標，透過解決導向的對話，使得當事人在面對問題時，願意去思考：『對我來說，什麼是有效的解決方法？以及這些方法是如何產生的？』。因此，當事人不會一直陷在問題裡，而能減少挫折感，增加自我效能感。

本書第1-3章說明何以SFBT適用於孩子，並透過許多的例子，逐步說明工作方法，

以及應用於成人、孩子之異同。第4、5章敘述如何預備自己，並面對孩子的需求，進行初步評估和確立目標。第6章描述投入孩子工作所有可用的方法。第7章探討臨床上各式「有特殊需要的」案例。第8章說明青少年特殊的磨難和考驗。第9章是寫給治療師面對治療困境時之回饋。

在臨床上醫療者常常會面對照顧者或孩子對精神疾病心智障礙的疑惑、對治療的抗拒、及混雜著一般性親職互動的問題。診療過程中除了學理的病理診斷及治療之外，運用焦點解決短期心理諮商，非常適合在侷促緊迫的門診治療情境時簡明實務而有效的處理一些問題。本書所列的例子生動而切合實際，相信可以提供治療者不少出招的法寶。





的兒青精神醫療。

研究方面，所進行的病人類型一直更變，從早期躁鬱症、社交焦慮症、到青少年的注意力缺陷過動症，主要是不斷學習，對診療個案深入了解。兒青的研究較成人限制多，加上服務第一、教學次之及業務繁忙下，研究成果不足，未來需加強。培植後進，一向傾囊相授，知無不言，相信青出於藍而勝於藍，台灣有不少北榮訓練的醫師在各地默默耕耘兒青精神醫療，令人欣慰。擔任第三屆學會理事長期間，更集合各方資源辦好繼續教育，期待台灣兒青精神醫療更上層樓。

結語

我隨緣做了精神科醫師及兒青精神科醫師，接近替兒青服務的願望以及不停獵取新知的滿足，活在當下的精神，讓我堅持盡量把每一步作好。回顧三十年的醫療生涯，先生的支持與督促，也是能話在當下的主要動能。除了研究論文有限的遺憾外，我應該對得起所有老師前輩的教導，也把他們的精髓傳承，換言之，我可以做退休的準備了，然後陪先生，以及到各國旅行。

兒青廣場

一則社會新聞引發的省思

張學岑

前一陣子有一則社會新聞，報導一位女大學生上吊身亡。死者幼年曾遭父親性侵，父親雖已入獄，她也曾多次自殺未遂，卻從未接受諮商或任何協助。某個夜晚，她在自殺網站瀏覽了一番，逕自走到後陽台上吊，結束了自己青春的生命。她在遺書中充滿了對父親“那個神經病”的憤怒，她的學校雖然也輔導過幾個有自殺傾向的學生，卻因她未曾主動求助，而未列在輔導名單中。可惜的是這則新聞的第二天之後，就再沒有媒體做相關的追蹤報導了。

自殺已連續第七年進入國人十大死因排行榜，十年來自殺死亡率持續成長，已達十年前的二倍，其中十五歲至二十四歲青少年死亡原因第二名就是「自殺」。去年，教育部委託台灣大學流行病學研究所所做的一項最新調查指出，十至十八歲的學生，有百分之八點六六罹患重度憂鬱症；高達百分之十四點四一的學生曾有自殺念頭；進行過自殺行為者則有百分之三點零四。當然有憂鬱症不一定會有自殺念頭；有自殺念頭不等於會自殺；曾有自殺行為者，最終也不一定死於自殺。

目前臺灣精神醫學界和兒童精神醫學界如能認清：我們的兒童及青少年是處在何等不利於他們的社會環境中，而我們除了事發後沉痛的遺憾；必須還要思考更積極的因應方式。從事精神醫療工作的醫護人員和諮商人員的專業責任，除了分析了解自殺的原因之外，還必須包括進一步預防悲劇的發生：有能力挑出高危險性的個案，適時予以治療。



我們是否應該更積極於相關議題的本土研究，提供未來醫療工作人員瞭解台灣地區兒童及青少年憂鬱症及自殺的evidence based data？我們是否也應該更積極地參與各項基礎或神經生物學研究，以了解憂鬱症與大腦的關聯，以期發展出更好的藥物來治療病人？我們是否應該走出醫院的象牙塔，進入社區、學校及公衛領域，協助政府做更好的政策、與輔導老師一同站在第一線作戰？

上述的每一項工作當然都是十分重要，但是對兒童及青少年更有長遠影響的，還包含社會風氣的改革。除了給予生病的兒童及青少年進行必要的藥物治療和諮商輔導以外，成年人們更應常常思考：我們應如何用心為下一代創造一個有品質、有希望的成長環境？我們須先思考自己如何解讀及承受目前社會中政治人物的語言、情緒及肢體暴力的負面示範，各類媒體膚淺扒糞八卦式的報導方式，以及社會缺乏人文素養對青少年帶來的價值扭曲及認知失調。在思索如何解決青少年憂鬱症及自殺的問題同時，我們每一個人應該反問自己的良知：要對這些病態的社會現象如何回應？

感慨與憂心

侯育銘

一位在我門診接受心理治療的不幸少女停止回診了。原因是收容她的機構長官認為成本太高、享有特權，即使在過去的治療中我們努力取得她的信任，也看到她的成長與進步，即使輔導她的社工極力爭取並出示診斷證明書，還是令人遺憾的必須與她說再見。我們深知每個收容機構都有不少值得我們關心的個案，資源的分配要如何公平確實令人很傷腦筋。或許有些是源於醫療專業不受重視的侮辱；然而未審慎評估治療效果與價值，沒有良好的對話溝通

，即貿然終止已建立治療關係的個案，尤其這樣的決定是出自於我們的收容機構的主事者，不免令人憂心我們如何去關心這些兒童以及這些兒童的將來了。

而前一陣子在一場目睹暴力兒童的演講裡，當講到我國有多少這樣的小朋友，這些小朋友有多少長大以後會如何等等，我還在感慨到底這些兒童有多少會進入醫療體系，很多的處置還是在社政單位。很難得的演講結束後，開始有社工詢問轉介的方式管道，然而我也不免憂心我們整個醫療資源分配的問題。在人力不充裕的中型醫院，我們的門診，測驗、治療的等候名單都是排了一長串，還必須負擔所謂性侵害、家庭暴力加害人的評估與處遇的工作。過去在我們的門診裡頭，受法院委託鑑定的加害人竟比轉介或自行求診的受害兒童還要多。當司法體制依法委託醫療機構代為鑑定、評估、處遇這些加害人的同時，這些事件的被害人呢？除了給他們適當的安置外，我們還可以給他們什麼？我總覺得法律的規定或可解決一部分的問題，但更大的部份是需要我們去宣導溝通的。



這或許只是南部民智未開的鄉下轉型中的暫時現象，但仍然顯示我們與社政單位的溝通以及我們團隊間彼此的溝通、協調還有好一大段路要走。只因為健保給付低，對兒童精神醫學，綜合醫院普遍不願意投入太多人力物力，要在這樣的環境生存，把工作做好都是一個很大的挑戰。相對於全美有七千多位兒童精神科醫師，台灣兩千多萬人口，只有一百位專科醫師。這樣的資源，這樣多的期待，我們的學會與社會都還需要再努力。



文獻選讀

兒童青少年精神疾患與非典型抗精神藥物治療

非典型抗精神病藥物應用於 兒童青少年治療

Atypical Antipsychotics in the Treatment of Children and Adolescents

整理：宋成賢醫師

雖然今日抗精神病藥物在兒童和青少年的精神疾病上已經逐漸被廣泛地使用，但是傳統的抗精神病藥物，考量其對於兒童較易引起椎體外運動障礙以及對認知功能的不良影響，故而在使用上一直較受限制。

相較於傳統用藥，非典型抗精神病藥物對青少年及兒童較少引起椎體外症狀。過去十年來，多種非典型抗精神病劑已經大量在美國上市，伴隨著許多文獻支持其使用上的療效及安全性。然而這類的研究泰半來自於成人的使用經驗，在兒青族群的使用經驗相較下十分有限。儘管如此，以目前所得的資料看來，此類藥物在兒青病患的治療中，將是一項重要的選擇。再者，儘管在使用這類新藥較傳統藥更為安全，但是在使用上並非可以任意互換，仍需小心使用。所以在這次的專題中四篇文章，除了回顧兒童青少年精神疾病的診斷外，更著重於探討那些在兒童青少年族群中使用非典型抗精神病藥物的研究與經驗。

摘取的文章選自Journal of Clinical Psychiatry 2004年的Supplement 6。作者們也都是時俊彥，有興趣者可詳讀原文。希望對於大家在兒青領域臨床工作上，不管是診斷、處置及新藥的使用上能有所助益。

節錄：Findling RL. J Clin Psychi 2004;65 suppl 6:3-4

診斷兒童青少年精神疾患 所面臨的挑戰

Diagnostic Challenges in Children and Adolescents with Psychotic Disorders

整理：吳坤鴻醫師 督導：李儒卿醫師

精神疾病的孩子常常被誤診。誤診原因常見的有不同疾患具有相同症狀，醫師對於兒青精神病疾患的不熟悉，以及不願意對個案貼上如精神分裂症等疾病標籤。某些研究顯示負性症狀是兒青精神分裂症最特定的表現。初診斷為精神分裂症患者往往日後診斷有所修改。有些兒青個案發展上的怪異症狀常被診斷為精神分裂症，但常常其實是混合性發展遲緩症狀的特殊呈現。目前診斷系統多聚焦於以時間點為主軸的症狀表現而非全面性的疾病病史，故需要長期觀察，時時再評估以幫助確定診斷。

青少年精神病性症狀的特徵：成年人精神症狀較常有系統化的妄想，青少年則較以幻覺或負性症狀為主。精神病性症狀在兒童青少年族群較少見，特別是十二歲以下的兒童，故如果只有精神病性症狀呈現，而沒有相關的其他精神狀態異常，則需高度懷疑是否為其他問題。在兒童青少年精神分裂症潛伏性的前驅症狀，常見有社交退縮，怪異行為及功能退化；雙極性情感疾患的特色為病情呈現週期性循環變化。

非精神病性兒青疾患的類精神病性症狀：幻想的信念與遊戲常被誤解為妄想。且兒童常對精神症狀的詢問常因誤解而過快回答，特別是正性症狀的問題，因而誤診。另外其他精神問題或發展學習認知異常等，亦常被誤認為思考問題。以下情形應懷疑精神病性症狀的可靠性，例如：不一致的症狀報告且無其他精神病發展過程的證據；不典型的症狀報告，如過度詳細



的描述可能是個案的想像或幻想；只在特定場景時間才有的精神病性症狀。

精神科共病的行為問題：精神病性疾患當下的行為症狀常與病前的行為疾患如注意力不集中過動症，對立性反抗疾患，品行疾患等共同呈現，交互影響整體症狀的呈現。共病物質濫用問題：物質濫用可能會以類似，扭曲，或惡化的精神症狀呈現，也造成功能退化，增加治療困難且容易復發。某些研究指出三分之一甚至更高的青少年精神分裂症或情感性精神分裂症個案有物質濫用問題。精神病早期發病(20歲以前)與男性性別是共病物質濫用的危險因子。又因精神症狀的初發年齡與物質使用的初始年紀近似，更增加鑑別診斷的困難。兒童虐待：兒青精神病患者常有受虐或被忽略經驗。創傷後症狀與精神病症狀也可能共同呈現。

在兒童精神病史評估方面，老師與家長觀點可能不同，在學校與家裡也可能有不同的症狀表現。大人較可能報告兒童患者不被接受的行為，兒童患者本身則比較可能著重於自身的憂鬱與焦慮症狀。完整評估包含個案的發展，社會心理與身體疾病史，精神狀態檢查與功能的評估。標準化的評估有其缺點，但仍可有效地促進青少年族群診斷的精確性。

結論：兒青精神病性疾患似乎與成年發病的精神病性疾患為一連續性的整體。可能因為症狀與其他疾患重複，也可能是與其他疾患的症狀混淆的緣故。需要全面性的評估，且注意症狀報告的品質，疾病型態與功能狀況。雖然兒青精神病性疾患相對罕見，特別是年紀更小的孩子，但在臨床業務上卻不少見，應在評估每一位兒青個案時都將其列入評估考量。

節錄：Reimherr JP, McClellan JM. J Clin Psychi 2004;65 suppl 6:5-11

兒童精神病的現象學與流行病學

Phenomenology and Epidemiology of Childhood Psychiatric Disorders That May Necessitate Treatment With Atypical Antipsychotics

整理：阮紹裘醫師 督導：宋成賢醫師

本篇文章主要在探討兒童與青少年精神病與成年人在臨床上表現不同之處，早期發現與治療對於預防疾病惡化與維持有效功能來說十分重要。雖然美國食品藥品管理局（FDA）仍未核准任何非典型抗精神病劑使用於未成年病患，藥物治療對於治療兒童精神症狀仍有考慮的必要。以下就兒 ㄣ 整 見精神疾病分別就盛行率、合併症、病因、症狀及預後分別介紹：

一、精神分裂症：

盛行率：十萬分之一。

初發年齡：好犯於15至30歲，12至13歲以前發作者很少見。小於十八歲發作者稱為早期發作之精神分裂症，男女比例2：1。

病因：不明。成年病患與解剖學異常的關連有：腦部結構及容量、生產期間併發症、微小生理異常、懷孕第二期胎兒神經發育異常。影像學發現：腦室逐漸擴大，整體腦容量減少。

症狀：幻覺，思考疾患，平板情感表現常見。溝通障礙例如連結鬆散、非邏輯思考、交談能力受損。

發病前症狀：Shaeffer等人分為兩期：

1. Premorbid：注意力、行為、發展障礙（尤其語言與運動技巧）。
2. Prodromal：出現精神症狀。

預後：與病前功能有關，至少一半患者持續惡化或者改善有限。

二、雙極性情感疾患：

盛行率：百分之一。

合併症：注意力不全過動症後群，決裂性





行為疾患。

症狀：特色：易怒、快速循環、混合性情感症狀，不同年齡表現不同。孩童為不適切情感表達或傻笑，青少年顯現反抗或好鬥。此外包括性濫交、物質濫用、狂購、大量飲酒。自殺率或物質濫用機率高於成人。

預後：愈早發病預後愈差。

三、發展疾患：

- (1) 自閉症：盛行率：千分之一到二。男女比：3：1到4：1。病因不明。大腦內側前額葉、杏仁核結構異常。合併症：癲癇、失明、失聰、結節性硬化症、神經纖維瘤。
- (2) Rett氏疾患：幾乎全為女性，盛行率：一萬至一萬五千分之一。病因：遺傳，與MeCP2基因突變有關。年死亡率：1.2%。
- (3) 兒童期崩解性疾患：發病約於一歲半。與自閉症差異：不語、智商更低（IQ小於40）。
- (4) 艾斯伯格症候群：與自閉症差異：無語言發展遲緩。
- (5) 未明示之廣泛性發展疾患：非典型症狀、發病年齡晚。

四、行為障礙：

盛行率：5.8%至7.0%

病因：多重因素，產前抽煙可能與反社會行為有關。

- (1) 對立性反抗疾患：通常比較不會有激動或偷竊行為。
- (2) 品行疾患：為成人反社會人格疾患的前身。兩種發展途徑：終身持續、青少年期發病。

治療：針對注意力缺損、活動力過高、衝動、暴力行為給予治療。

五、抽搐疾患：

- (1) 暫時性抽動疾患：盛行率：12%。

- (2) 慢性抽動疾患：盛行率：2%至5%。男性居多。

- (3) 妥瑞氏疾患：盛行率一萬分之十到一萬分之三十。男性居多。二到十五歲發病。

症狀嚴重性：隨壓力、運動、咖啡因加劇。若使用大麻類、尼古丁、酒精可減緩發作頻率。

合併症：強迫症，注意力不全過動症候群。

六、飲食疾患：

- (1) 厭食症：盛行率：0.1%至1%，女性居多，男性為女性十分之一，與社會經濟差異無關。多重病因。發病年齡：14到18歲。預後：憂鬱或強迫症狀、社交或家庭問題者預後較差。估計每十年死亡率：6%，常因飢餓、自殺、電解質失衡而死。
- (2) 暴食症：盛行率：1%至3%，女性居多，男性為女性十分之一。多重病因。發病年齡：15至19歲。合併症：B群或C群人格疾患，物質或酒精濫用。預後：症狀消失一年以上者長期預後較佳。

結論：對於未成年個案的精神疾病，在疾病盛行率及症狀現象學方面研究仍有限，合併症亦時常造成診斷上的困擾。及早確立及鑑別診斷對於個案成年後症狀惡化或長期問題是重要關鍵。

節錄：DelBello M, Grevich S. J Clin Psychi 2004;65 suppl 6:12-19

兒童青少年使用抗精神病藥物的治療挑戰與安全性考量

Treatment Challenges and Safety Considerations for Antipsychotic Use in Children and Adolescents with Psychosis

整理：李國平醫師 督導：陳美珠醫師
劑量與處方的議題

1. 兒童青少年藥物動力學的差異





兒童青少年的藥物動力學受到許多因素影響，包括：發展因素、年齡相關因素、組織大幅成長、身體器官組織比例差異大。例如兒童的肝臟佔身體比例較成人大，相對地代謝藥物也會比較快，另外脂肪組織比例、藥物與蛋白質結合等因素，也會造成血中藥物濃度降低。

2. 兒童青少年使用抗精神病藥物的現況

在兒童青少年族群中，通常抗精神病藥物是非仿單指示用法，僅11.3%具有精神病的診斷，最常見的診斷為行為障礙(33.3%)與憂鬱症(24%)。87%的出院病患接受兩種以上的精神科藥物，最常見的組合為非典型抗精神病藥加上情緒穩定劑(40%)與非典型抗精神病藥加上選擇性血清抑制劑(30%)。在一項國家醫療照護調查中顯示，小於19歲的個案使用精神科用藥的比例約2.2%，其中前幾名為中樞神經興奮劑(53.9%)、抗憂鬱劑(30%)、情緒穩定劑(12.7%)、抗精神病藥物(7.2%)，有13.6%的個案會同時使用多種精神科用藥。在1987到1996的10年期間，兒童青少年接受精神科用藥約增加了2~3倍，而抗精神病藥物也是一樣有增加的現象，另一項研究也指出1991-1995期間，學齡前的兒童接受抗精神病藥物約增加了1.2~1.5倍。

對抗精神病藥物不良反應(adverse effect)的易受傷性(vulnerability)

1. 椎體外症狀與不自主運動(dyskinesia)

在非典型抗精神病藥中，產生椎體外症狀的機率依序為risperidone(19%)，olanzapine(6%)，quetiapine(4%)。

2. 嗜睡

常見會引起嗜睡作用的藥物包括risperidone，olanzapine，quetiapine，ziprasidone。

3. 體重增加

對兒童青少年而言，體重增加可能造成身體與情緒上的負面影響，包括第二型糖尿病、

心血管疾病、自信心受損，而智能障礙個案體重增加的現象也遠比精神分裂症與正常智能個案來得要高。在非典型抗精神病藥物中，體重增加的排名為olanzapine(6.4kg)，risperidone(3.9kg)，quetiapine(3.3kg)，至於ziprasidone與aripiprazole則沒有明顯體重增加的問題。

4. 泌乳激素升高

所有傳統抗精神病藥物、risperidone、olanzapine皆會造成泌乳激素升高，臨床上症狀包括月經失調、乳汁分泌、性功能障礙，其中以olanzapine最具危險性，而clozapine與quetiapine並未發現有此現象。

建議監測的項目

包括身體檢查與神經學檢查、心電圖、實驗室檢查(血液、電解質、肝腎功能、血糖、泌乳激素、甲狀腺素)、身高、體重、尿液藥物篩檢。



針對精神疾病與前驅症狀的早期介入與預防 臨床上早期介入研究的結果

精神分裂症首次發作或有前驅症狀的個案，給予短期(8~12周)與低劑量(1.0~1.8mg/day)的risperidone治療，發現不良反應還算輕微且短暫、語言學習明顯改善(30%-100%)、思考與行為問題改善30%、認知功能改善。另一項研究指出，精神分裂症的早期治療可以短時間改善症狀，卻無法改善長期預後，5年後的復發率達52%，有慢性正性症狀達25%，僅23%的人未再出現精神病症狀。單純接受心理治療之後演變成首次精神病發病的比率約36%，若同時合併藥物治療則僅9.7%，但低劑量抗精神病藥僅能延緩發病時間，無法完全預防，而心理治療可以促進個案壓力調適，也減輕前驅症狀的影響。至於早期介入是否改善預後仍是未定論。



藥物可能具備的神經保護效果

1. neurotrophins

BDNF (brain-derived neurotrophic factor)、NT-3 (neurotrophin-3)與FGF-2 (fibroblast growth factor-2)等因子皆可預防精神分裂症。研究指出僅clozapine可以增加FGF-2的表現，其他的非典型抗精神病藥(如quetiapine, olanzapine)與傳統抗精神病藥則無此保護效果。

2. 基因表現(gene expression)

p75會促進細胞死亡，而SOD(superoxide dismutase)會抑制自由基作用，而產生神經保護作用。研究指出olanzapine會增加SOD的表現，抑制p75的表現。

3. 膽鹼系統(cholinergic system)

在老鼠實驗中，非典型抗精神病藥可促進乙醯膽鹼分泌，也是促進認知功能的因素之一。

4. 神經再生作用(neurogenesis)

在老鼠實驗中，相較於傳統抗精神病藥，risperidone與olanzapine可以刺激腦中神經細胞的新生，產生神經保護作用。

結論

相較於傳統抗精神病藥，非典型抗精神病藥有較佳的耐受性，因此在兒童青少年的使用率也較高，但還是需要注意一些不良反應。在首次發病或是處於前驅症狀的個案，可以考慮給予低劑量非典型抗精神病藥物，避免神經毒性，也促進認知功能。

節錄：McConville BJ, Sorter MT. J Clin Psychiatry 2004; 65suppl 6:20-29

以非典型抗精神藥物治療兒童青少年個案：臨床應用

Atypical Antipsychotics in the Treatment of Children and Adolescents: Clinical Applications

整理：李洵醫師 督導：劉士愷醫師

兒青個案使用非典型抗精神藥物的文獻非常有限，大多是個案報告或開放性藥物試驗。藥物間比較、長期使用的安全性等資料十分缺乏，但有其重要性：如olanzapine曾被報告在住院青少年造成的體重增加明顯高於成人。

一、精神分裂症

(1) Clozapine：引用的研究對象大多為曾用2種以上藥物無效的個案。三篇開放性藥物試驗以及一篇難治型個案之雙盲性比較性試驗(v.s. haloperidol)，個案數11-36人，平均年齡11.3-14歲；另一篇用於4名早發性精神分裂症個案(10-12歲)報告，結果都有明顯或較好療效。各研究平均劑量176-370.5mg/day。被報告的副作用包括體重增加(7kg/6wk)、嗜睡、流口水。白血球降低皆有報告，比例不一；其中2例立即停藥後，並未出現顆粒性白血球減少(agranulocytosis)。

(2) Risperidone：三篇開放性或病歷回顧，主要使用BPRS、CGI-S或PANSS評估平均約15歲之個案10-16人，使用平均劑量約6mg/day。結果正性症狀皆見顯著改善，有兩篇顯示負性症狀也改善。副作用包括鎮靜、EPS以及體重增加。在其中一篇6周後平均增加4.85 kg。

(3) Olanzapine：一篇與clozapine比較治療難治型個案(曾用2種以上藥物無效，平均15.25歲，平均劑量17.5mg/day)的開放性試驗，及另一篇曾先使用clozapine的個案換藥後，olanzapine的效果皆顯較差。另一篇一般個案(16人，平均13.8歲，平均劑量12.4mg/day)的

