

# 行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

青少年功能減損之評估以及其對憂鬱症狀發展及心理治療  
之影響

研究成果報告(精簡版)

計畫類別：個別型  
計畫編號：NSC 96-2314-B-040-030-  
執行期間：96年08月01日至97年07月31日  
執行單位：中山醫學大學公共衛生學系(所)

計畫主持人：楊浩然

計畫參與人員：碩士班研究生-兼任助理人員：江俊薇  
碩士班研究生-兼任助理人員：楊志清

報告附件：出席國際會議研究心得報告及發表論文

處理方式：本計畫可公開查詢

中華民國 97 年 10 月 31 日

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫  成果報告

期中進度報告

青少年功能減損之評估以及其對憂鬱症狀發展  
及心理治療之影響

計畫類別： 個別型計畫  整合型計畫

計畫編號：NSC 94-2314-B-040-030

執行期間：96 年 08 月 01 日至 97 年 07 月 31 日

計畫主持人：楊浩然助理教授

計畫參與人員：江俊薇、楊志清

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告  完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

赴國外出差或研習心得報告一份

赴大陸地區出差或研習心得報告一份

出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 一年  二年後可公開查詢

執行單位：中山醫學大學公衛系

中 華 民 國 97 年 10 月 29 日

# 目錄

壹、中、英文摘要及關鍵詞(KEYWORDS) .....	(2)
貳、前言與文獻探討 .....	(3)
參、研究方法 .....	(5)
肆、結果與討論(含結論與建議) .....	(8)
伍、參考文獻 .....	(11)
陸、表格 .....	(15)

## 壹、中、英文摘要及關鍵詞(Keywords)

本研究主旨在探討青少年憂鬱程度增減對往後日常功能減損之變化，研究採縱貫式觀察方式，第一波的收案時間為 2007 年 10 月至 12 月，在高中職生第二次段考後不久進行施測，其過程分成兩部分，除了抽取班級進行有關憂鬱傾向評量的問卷施測外，同時自受訪的班級隨機抽取六名同學進行臨床診斷面談及認知功能減損的測量。半年之後，於 2008 年 4 月至 5 月，同是第二次段考後進行第二波追蹤。所有參與臨床診斷學生皆填寫流行病學研究中心憂鬱量表(The Center for Epidemiologic Studies Depression, CES-D)，而其憂鬱疾患診斷由研究人員以兒童版情感性疾患及精神分裂診斷問卷(The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children and Adolescents, K-SADS-E)進行憂鬱疾患診斷。共計 359 位資料完整之青少年納入研究。研究結果指出中部四所高中職學生重鬱症終生盛行率為 7.80%至 10.43%，而憂鬱相關亞型(包括輕鬱症、輕微憂鬱、次症候憂鬱與次閾值憂鬱)之終生盛行率則介於 0.43%至 5.01%。憂鬱症狀分數與功能減損數目兩者皆會隨著時間而呈現下降的趨勢，並達統計上顯著差異( $P<.0001$ )。表示憂鬱症狀與功能減損的程度有關。

關鍵詞：青少年、重鬱症、次閾值憂鬱、盛行率、功能減損

The present study aims at exploring the relationship between the degree of depressive symptoms and the functional impairment in adolescents. A longitudinal observation was conducted with the first-wave sample was collected during October to December, 2007 and the second-wave during April to May, 2008. All selected senior high school students were invited to complete The Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) to evaluate their depressive symptoms. In addition, six students of each class were also interviewed by well-trained researchers using The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children and Adolescents (K-SADS-E) to assess the categories of depressive disorders and the functional disability. At the end of the study, a total number of 359 students with complete data were included in the analyses. The prevalence rates of major depressive disorder for the subjects ranged from 7.8% to 10.43% across waves; whereas the other subtypes of depressive disorders showed a lower rate, with lifetime prevalence of 0.43% for subsyndromal depressive disorder to 5.01% for subthreshold depressive disorder across time. The numbers of depressive symptoms and functional impairment among adolescents both showed slightly, but significantly, declined during the 6-month followed-up, indicating the relationship between depressive symptoms and functioning.

Keywords: adolescent, major depressive depression, subthreshold depression, prevalence, functional impairment.

## 貳、前言與文獻探討

在精神醫學相關的領域，疾病的診斷及分類常是一個重要的議題，其影響的範疇不僅限於疾病率(morbidity rate)的推估(Spitzer & Wakefield, 1999)，甚至涵蓋治療資源的分配及政策的制定(Narrow, Rae, Robins, & Regier, 2002)，以及疾病發生或持續之機制等。近年來，一些學者對於 DSM 診斷系統中「臨床顯著性」(clinical significance)標準應該採取較嚴格或較寬鬆的標準，時有爭議(Kessler et al., 2003; Regier, Narrow, & Rae, 2004)。譬如 Regier 等人(2004)主張，為了界定較具同質性的診斷族群以達到預防及治療效果較佳之預測效度(predictive validity)，類似「失能」(functional impairment) 的臨床顯著性標準應採取較嚴格之切點。然而，Kessler 等人(Kessler et al., 2003, 2004)則對此加以反駁，認為輕微之精神疾患同樣具有預測效度，其中相當數量的人在十年的追蹤之中產生心理障礙、自殺企圖或因精神疾病而住院(Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, , Hughes, Eshleman, Wittchen, & Kendler, 1994)，並指出輕症患者是最需要治療資源的族群，故主張診斷標準放寬，將輕微之精神疾患納入 DSM 系統當中。因而產生了一些所謂「次閾值憂鬱症」(subthreshold depression)的診斷類別。其中最常出現於文獻中討論者，當屬憂鬱疾患的相關診斷。

近來學界對於精神疾患的次閾值診斷(subthreshold diagnosis)越來越重視。所謂次閾值診斷，意即構成精神疾患診斷的症狀數目或是功能貶損其中之一未符標準的診斷。因此就憂鬱症而言，次閾值憂鬱症指的便是個體具有憂鬱症狀，但未達診斷系統中操作型定義的標準。儘管如此，文獻中對於憂鬱症的分類，至今仍有不同的歧見，雖然臨床上以 DSM 或 ICD 為根據的診斷系統將憂鬱視為一獨立的疾病類別，但許多研究者卻確認為憂鬱為一連續性的病譜，其症狀的分佈可以由無憂鬱症狀、次閾值憂鬱症、最後到符合疾病標準的重鬱症。這類的推論來自於許多臨床相關性的研究，其中功能減損的相關性是最被支持的證據。如，一項研究部分即分析功能減損的程度與憂鬱症狀數目之間的關係，結果發現症狀數目愈多，功能減損的程度愈高(Kessler, Zhao, Blazer, Swartz, 1997)。而如 minor depression 等未達診斷標準的次閾值憂鬱症，不僅是此一病譜中的要角，更是未來導致重鬱症的重要因素(Banazak, 2000; Cuijpers, de Graaf, & van Dorsselaer, 2004; Rapaport et al., 2002)。由於次閾值憂鬱症在一般族群中具有相當高之盛行率(Pincus, Davis, & McQueen, 1999)，對於公共衛生之影響相當可觀，因此近年來引起許多研究者的注意。然而，在沒有明確的病因學基礎之下，對於次閾值憂鬱症的定義也產生不一致的情形。通常不同的定義源於下列標準之不同，包括：(1) 症狀數目；(2) 症狀之持續時間；(3) 排除條款；及(4) 相關之功能減損程度。

為了研究及溝通的標準化，在 DSM-IV 的附錄中，嘗試提出一「輕微憂鬱」(minor depression)的診斷類別，作為未來探討次閾值憂鬱症的依據及標準。根據

DSM-IV，輕微憂鬱在診斷中必須符合重鬱症(major depression)中核心症狀(心情不佳(dysphoria)或提不起勁(anhedonia))之任一項，並至少同時具有一項其他症狀(但不超過3項)，這些症狀出現至少超過2週。另外，Judd 等人(1994)也提出一種稱為「次症候憂鬱」(subsyndromal symptomatic depression, SSD)的類別。這種次閾值憂鬱症的診斷標準，需至少2項憂鬱症狀，但不包括核心症狀。這兩種次閾值憂鬱症的診斷，是目前文獻中較常被探討的類別。也是本研究欲探討的診斷標的。

診斷標準的不同，在研究上影響最大的議題之一，便是盛行率估計的不同。在盛行率的研究中，評估症狀對日常功能的影響是一個重要的考量。美國精神醫學會(American Psychiatric Association, APA)在第四版的精神病診斷與統計手冊(DSM-IV)中，便指出對一個人下精神疾病的診斷時，該個體必須在其社交、學業或專業工作的功能上經歷由症狀所造成臨床上顯著的失能。一些研究人員(Bird & Gould, 1995; Hodges, 1993)曾提出結合失能標準可以增加盛行率估計的意義。譬如：某人在某精神疾病單獨達到症狀的診斷標準，並不意味他需要治療，因為此病可能不會干擾到他日常生活的功能。而當一個人有數個疾病時，失能的資料也相當有用，因為了解何種疾病造成最嚴重的失能後，才能針對此人加以實施較有效的治療策略。由於重鬱症(major depressive disorder)及失能相關的危險因子亦不盡相同(Foley, Neale, Gardner, Pickles, & Kendler, 2003)，因而有些學者認為涵蓋失能的重鬱症與未涵蓋失能的重鬱症代表著不完全相同內涵的診斷類別。

近來計畫主持人的一個研究中也發現，在憂鬱盛行率的估計上，納入失能標準的數目與盛行率之估計值之間，並非呈現線性的負相關，而是似乎有一個切換點(cutoff point)。這個結果除了意味著工具使用上的需要調整之外；也可能蘊含著憂鬱的診斷在達到某個嚴重度之前，需要一定程度的失能。稍許的功能減損可能並不足以鑑別憂鬱與否。這與上述憂鬱連續病譜的觀念不盡相同。不過，這些現存疾病分類上的爭議，若能透過追蹤式的觀察，瞭解憂鬱症狀以及功能減損之間的關係，對於往後憂鬱疾患的診斷、病程的瞭解、或是預防介入，都是相當重要的資訊。

次閾值憂鬱症的盛行率雖然變異大，但一般而言，呈現相當盛行的情況。在社區樣本中，大約2.2%至24%的民眾具有次閾值憂鬱症；而在一般醫療院所的病人中，其盛行率甚至可高達5%至16% (Barrett, Barrett, Oxman, & Gerber, 1988; Kessler, Zhao, Blazer, Swartz, 1997; Rucci et al., 2003)。最近一項德國的研究指出，基層醫療院所的病人有6.2%達到 minor depression 的診斷標準；而高達9.1%的病患只有 SSD (Backenstrass et al., 2006)。此研究團隊在比較了這兩種型態次閾值憂鬱症的各種相關因素之後，發現它們在年齡、性別及婚姻狀態等等基本人口學變項上並無顯著差異，但功能減損的程度自 SSD 至 minor depression 至 major depression 有顯著增加的現象；並且疾病的嚴重性亦逐漸提高。

由於次閾值憂鬱症的盛行率較重鬱症來的高，一些學者因而認為他較重鬱症所造成的失態以及醫療照護的使用更為嚴重及更值得注意(Beck & Koenig,

1996)。具有次閾值憂鬱症的病患在醫療服務的使用率及醫療照護的開銷上均相當高(Johnson, Weissman, & Klerman, 1992);並且這些病患的病灶在未來也有相當高的危險性發展成較嚴重型式的憂鬱疾患(Horwath, Johnson, Klerman, & Weissman, 1992)。一個大型且持續 15 年的追蹤研究(Fogel, Eaton, & Ford, 2006)發現,具有 minor depression 的一般民眾,在追蹤期間中會產生第一次重鬱症發作的危險性,為不具有 minor depression 的民眾的 5 倍左右(OR = 5.37, 95% CI = 2.87-10.06)。除此之外,minor depression 對於往後的自殺意念、飲食/體重議題,以及睡眠障礙,具有最高的貢獻。從公共衛生的角度來看,這些次閾值憂鬱症的症狀與功能減損的關係顯著(Wagner et al., 2000),指出儘管只有少數的憂鬱症狀,也會對各種面向的功能減損有影響。因此,對於僅有少數憂鬱症狀的個體,臨床工作者及衛生從業人員也應擬定合宜的預防或介入策略,提昇他們的人際、工作、生活功能,降低可能產生的龐大醫療及照護資源的支出。

憂鬱是青少年常見之精神障礙。在台灣,不僅維度取向(dimensional approach)的研究發現青少年憂鬱/焦慮症候群相當普遍(Yang, Chen, & Soong, 2001);類別取向(categorical approach)的研究也指出青少年重鬱症(major depressive disorder)的盛行率與西方國家相當(Yang, Soong, Kuo, Chang, & Chen, 2004)。雖然在一些青少年及成年早期的樣本中,研究者發現失能與重鬱症的相關程度可達 30%至 100% (Newman et al., 1996; Simonoff et al., 1997; Verhulst, van der Ende, Ferdinand, & Kasius, 1997; Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998),但是重鬱症卻也是僅次於焦慮疾患,最易受失能標準影響造成盛行率估計起伏的精神疾患(Shaffer et al., 1996)。

青少年當中,次閾值憂鬱疾患相當普遍(Kessler & Walters, 1998),並且縱貫性研究的結果指出,憂鬱症狀及失能兩者,會分別造成往後各自不同的結果(Costello et al., 1996; Oldehinkel, Wittchen, & Schuster, 1999)。就公共衛生的觀點而言,次閾值標準的精神疾患由於症狀較輕微或無功能缺損,以致於患者較不易主動就醫而留在社區當中。因此針對社區(青少年則可針對學校)的調查、介入或宣導就更形重要。針對青少年的憂鬱相關疾患之症狀及失能情況作追蹤性的觀察有其重要性:一、青少年期是憂鬱相關疾患開始發病的期間(Angold, Costello, & Worthman, 1998);二、文獻一致指出,重鬱症之盛行率在較年輕的族群比年紀大的族群來的高(Horwath, Cohen, & Weissman, 2002);三、由介入的角度考慮,青少年期的憂鬱處於疾病初發的階段,在疾病嚴重度上較為輕微,治療效果較佳;此外,成功地控制或治癒一個青少年的憂鬱,在樽節醫療資源及提昇生活品質上,相對來的有成效。因此本研究透過貫式的觀察來探討青少年憂鬱症狀程度與功能減損的關係作為未來公共衛生的預防的基礎。

## 參、研究方法

### 一、研究樣本來源

本研究透過與中部地區高中職的學校合作，以學校為基礎 (school-based) 的設計，針對中部地區的高中職校以隨機電訪的方式去尋問各校輔導室對參與本研究的意願，藉此透過各校輔導室主任或老師等管道，與各處室及任課導師來進行協調，以利於收案之進行。同時，為釐清憂鬱程度增減對往後日常生活事件之生成或變化，研究採縱貫式觀察方式進行收案，第一波的收案時間為 2007 年 10 月至 12 月，在等待高中職生第二次段考後不久進行施測，其過程分成兩部分，第一部分於班級先進行有關憂鬱傾向評量的問卷施測，並同時自受訪的班級隨機抽取六名同學進行第二部分的臨床診斷面談，及認知功能減損的測量。並約半年之後，於第二波 2008 年 4 月至 5 月，同是第二次段考後不久再進行二次收案之追蹤，以利於觀察高中職生隨著憂鬱症狀變化對其日常生活之影響。

各間學校就學人數—A 校，51 班，在學人數約 2285 人；B 校，63 班，在學人數約 2648 人；C 校，57 班，在學人數約 2197 人；D 校，36 班，在學人數約 1222 人(教育部, 2005-2006)。之後在研究經費配置及各校配合班級數目之協調下，進行第一部分問卷憂鬱傾向評量，抽樣班級數目除了 A 校，於一年級隨機抽取 8 個班級、二年級隨機抽取 10 個班級及三年級隨機抽取 4 個班級外，總計 22 班，其他 3 間學校皆自各年級隨機抽取 6 個班級進行施測，各校個別為 18 班，總計 54 班；第二部分會談對象的獲取，則是自隨機抽取班級學生中，再隨機抽 6 名同學進行臨床診斷性面談，並為避免事先預計抽取的學生缺席，每班多估算 3 名替代者。以下各校預期施測人數(總計 3065 人)：A 校—904 人(問卷施測：904 人，面訪 136 人)；B 校—782 人(問卷施測：782 人，面訪 108 人)；C 校—711 人(問卷施測：711 人，面訪 108 人)；D 校—668 人(問卷施測：668 人，面訪 108 人)。第一波最終收回問卷數：A 校—891 份；B 校—775 份；C 校—663 份；D 校—657 份，總計回問卷數為 2986 份，其資料完整之有效問卷數則依各施測量表有所不同，整體而言問卷回收率約 97%。面訪診斷完整為 460 份。第二波最終收回問卷數：A 校—712 份；B 校—520 份；C 校—644 份；D 校—429 份，總計回問卷數為 2305 份，整體而言問卷追蹤率約 77.19%。面訪診斷完整為 359 份。

## 二、測量工具

甲、流行病學研究中心憂鬱量表 (The Center for Epidemiologic Studies Depression, CES-D)

流行病學研究中心憂鬱量表 (The Center for Epidemiologic Studies Depression, CES-D) 源自美國，為 Radloff (1977) 所發展，在國外除具有穩定信、效度外，也曾應用於 1700 名高中生，進行篩檢重鬱症及輕鬱症上，得到敏感度 85%，特異度 76% 及陽性預測值 10% (Radloff, 1977)。此量表於台灣，是使用由鄭泰安博士翻譯的中文版本 (Chien & Cheng, 1985)，應用在一般社區群體之憂鬱症狀篩檢，特別是描述施測對象情感部份的憂鬱情緒 (楊浩然, 2002)。為一具有 20 個題目的憂鬱症狀自陳式問卷，依詢問之內涵可分為四種因素：正向情感 (第 4、8、



12、16 題)、憂鬱情感(第 1、3、6、9、10、14、17、18)、身體活動(第 2、5、7、11、13、20 題)和人際困難(第 15、19 題)。採 4 個不同頻率程度的選項(從「幾乎沒有或從未發生」的「0」,到「絕大部分時間都有在發生」的「3」),故計分範圍由 0 至 60 分不等,分數愈高者代表症狀頻率愈高,其中 4、8、12、16 題因以正向語氣詢問,計分時需反向計分。台灣青少年則以 0-28 分為無或輕度憂鬱,29-48 分為中度憂鬱,49 分以上為重度憂鬱(Yang et al., 2004)。信效度方面,2002 年對於台灣青少年憂鬱疾患及憂鬱症狀之追蹤研究發現(N=5992),CES-D 分數對於現行重鬱症、及一年後的現行輕鬱症預測,藉由 ROC 分析結果,曲線下面積皆高達 0.9 以上,95%信賴區間皆介於 0-1 間,可知有良好的鑑別效果(楊浩然, 2002),而國內內在一致性信度為 Cronbach's Alpha: 0.90(黃碧華, 2005)。

乙、兒童版情感性疾患及精神分裂診斷問卷(The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children and Adolescents, K-SADS-E)

兒童版情感性疾患及精神分裂診斷問卷(The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children and Adolescents, K-SADS-E)(Chambers et al., 1985),為一半結構化(semi-structured)訪談式問卷,適用年齡層為 6-18 歲的青少年,應用於臨床研究、具有嚴重度(severity)評分,在兒童及青少年精神醫學中,是經常被使用的診斷工具;中文版的 K-SADS-E 是由耶魯大學遺傳流行病學研究所的 Merikangas 教授授權台大的宋維村教授編修而成,診斷依據納入了 DSM-IV 和 ICD-10 兩種診斷標準,可廣泛查驗到不同型態的憂鬱症。

### 三、統計分析

#### (一)描述性統計

利用次數分配、百分率說明研究樣本基本人口學變項,包括:性別、學制與年級於第一波與第二波研究樣本人數分佈情形;以平均數、標準差說明年齡、憂鬱症狀分數與功能減損數目資料集中情形。

#### (二)分析性統計

1. 兩組連續性樣本之差異,使用獨立樣本 t 檢定(Independent-Sample t test)。探討不同憂鬱症類型轉變各組在第一波與第二波在憂鬱症狀分數與功能減損數目之差異。
2. 三組以上連續性樣本之差,使用單因子變異數分析(One-way ANOVA)。探討不同憂鬱症類型轉變各組在第一波與第二波在憂鬱症狀分數與功能減損數目之差異。
3. 使用一般線性回歸(regression model)探討憂鬱症狀分數與功能減損數目兩者間相關。

## 肆、結果與討論(含結論與建議)

本研究以中部地區內四所高級中學，高中職生之基本人口學資料及其「憂鬱症狀」與疾病診斷評估的檢核結果，分別以次數分配、百分率、平均數、標準差進行分析。

根據分層隨機抽取高中職 14 至 20 歲間學生的結果，第一波資料在男女比例，女生 (1293 人，43.3%) 少於男生 (1693 人，56.7%)。各學校收到之問卷數分布，A 校學生 (891 人，29.8%)、B 校學生 (775 人，26%)、C 校學生 (663 人，22.2%)、D 校學生 (657 人，22%)；各校各年級分佈，A 校各年級學生為一年級學生(328 人，36.8%)、二年級學生(396 人，44.4%)、三年級(167 人，18.7%)；B 校各年級學生為一年級學生(273 人，35.2%)、二年級學生(257 人，33.2%)、三年級(245 人，31.6%)；C 校各年級學生為一年級學生(231 人，34.9%)、二年級學生(219 人，33.0%)、三年級(213 人，32.1%)；D 校各年級學生為一年級學生(218 人，33.2%)、二年級學生(219 人，33.3%)、三年級(220 人，33.5%)。總數中各年級收案人數為一年級 (1056 人，35.4%)、二年級 (1079，36.1%)，三年級 (851 人，28.5%)。學制區分上，A、B 兩校為高中學制 (1869 人，62.6%) 比例上多於 C、D 兩所高職 (1117，37.4%)。第一波樣本平均年齡為 16.4 歲(SD=0.9)。共收回 2986 份問卷，與預收的 3065 人相比，回收率達 97.4%。第二波資料在男女比例，女生 (1084 人，47.0%) 少於男生 (1221 人，53.0%)。各間學校收到之問卷數分布，A 校學生 (712 人，30.9%)、B 校學生 (520 人，22.6%)、C 校學生 (644 人，27.9%)、D 校學生 (429 人，18.6%)；各校各年級分佈因 A、B 與 D 學校三年級無法配合收樣，故無收案資料，各校依年級收案人數為 A 校各年級學生為一年級學生(325 人，45.7%)、二年級學生(387 人，54.3%)；B 校各年級學生為一年級學生(271 人，52.1%)、二年級學生(249 人，47.9%)；C 校各年級學生為一年級學生(224 人，34.8%)、二年級學生(213 人，33.1%)、三年級(207 人，32.1%)；D 校各年級學生為一年級學生(215 人，50.1%)、二年級學生(214 人，49.9%)。一、二年級追蹤率達 97.99%。總數中各年級收案的人數為一年級 (1035 人，44.9%)、二年級 (1063，46.1%)，三年級 (207 人，9.0%)。學制區分上，A、B 兩校為高中學制(1432 人，62.1%)比例上多於 C、D 兩所高職(873，37.9%)。第二波樣本平均年齡為 16.1 歲(SD=0.8)。共收回 2392 份問卷，最後資料完整納入分析 2305 份，追蹤率為 77.19%(見表一)。

關於納入診斷分析者基本人口學資料，第一波資料男女比例，女生 (202 人，43.91%) 少於男生 (258 人，56.09%)；依各間學校收到之問卷數分布，A 校學生 (136 人，29.57%)、B 校學生 (108 人，23.48%)、C 校學生 (108 人，23.48%)、D 校學生 (108 人，23.48%)；在學制區分上，高中 (256 人，55.65%) 多於高職 (204，44.45%)；各年級收案人數為一年級 (156 人，33.91%)、二年級 (168，36.52%)，三年級 (136 人，29.57%)，平均年齡為 16.45 歲(SD=0.90)。第二波資料男女比例，女生 (176 人，49.03%) 少於男生 (183 人，50.97%)；依各間學

校收到之問卷數分布，A 校學生 (108 人，30.08%)、B 校學生 (71 人，19.78%)、C 校學生 (108 人，30.08%)、D 校學生 (72 人，20.06%)；在學制區分上，高中 (227 人，63.23%) 多於高職 (132，36.77%)；各年級收案人數為一年級 (155 人，43.18%)、二年級 (168，46.80%)，三年級 (36 人，10.03%)，平均年齡為 16.65 歲(SD=1.08) (見表二)。

關於高中職學生憂鬱症狀的評估，本研究以流行病學研究中心憂鬱量表 (The Center for Epidemiologic Studies Depression, CES-D) 來評估，在憂鬱量表分數分佈，第一波納入診斷分析者(N=460)在性別、學制別及年級別並無差異，但是學校別有顯著的不同(F=4.70, P=0.003)。第二波納入診斷分析者(N=359)在性別、學制別、年級別及學校別皆無顯著不同(見表三)。

關於納入診斷分析者之精神疾患盛行率分佈情形，第一波納入診斷分析者，重鬱症終生盛行率(10.43%)與自殺意念終生盛行率(10.43%)兩者為高，關於憂鬱相關亞型之終生盛行率與發生率則介於 0.43%至 3.07%。第二波納入診斷分析者，重鬱症終生盛行率略降為 7.80%，但是在自殺意念終生盛行率(19.50%)相對於第一波高出近 10%，關於憂鬱相關亞型之終生盛行率與發生率則介於 0.56%至 5.01%與第一波相似。(見表四)。

關於各種不同憂鬱症亞型隨時間變化之憂鬱症狀分數變化，本研究以第一波及第二波資料皆完整者納入分析(N=359)，並依第一、二波診斷資料進行分組，第一波憂鬱症狀分數在診斷為重憂症者在其後第二波診斷為重鬱症、次閾值憂鬱症與無症狀三組平均值為 25.71 至 24.63，標準差為 4.11 至 2.73；第二波憂鬱症狀分數分佈，三組平均值 26.30，標準差為 3.54 至 3.61，憂鬱症狀分數第二波除重鬱症轉變成無症狀略低於第一波，其餘兩組憂鬱症狀分數皆高於第一波，在各組第一波及第二波憂鬱症狀分數在統計上未達顯著差異。第一波診斷為次閾值憂鬱症者憂鬱症狀分數在第二波疾患狀態在其後第二波診斷為重鬱症、次閾值憂鬱症與無症狀三組平均值為 25.96 至 23.00，標準差為 2.74 至 3.08；在第二波憂鬱症狀分數分佈，三組平均值為 25.20 至 24.50，標準差為 2.86 至 2.92，憂鬱症狀分數第二波除重鬱症轉變成次閾值憂鬱略高於第一波，其餘兩組憂鬱症狀分數皆低於第一波，在各組第一波及第二波憂鬱症狀分數在統計上未達顯著差異。於第一波在無診斷者在其後第二波診斷為重鬱症、次閾值憂鬱症與無症狀三組平均值為 25.71 至 23.83，標準差為 2.78 至 3.62；第二波憂鬱症狀分數三組平均值為 25.64 至 23.27，標準差為 3.26 至 4.12，憂鬱症狀分數第二波除無狀態轉變成次閾值憂鬱略高於第一波，其餘兩組憂鬱症狀分數皆略低於第一波，各組第一波及第二波憂鬱症狀分數在統計上未達顯著差異(見表五)。

關於各種不同憂鬱症亞型隨時間變化之功能減損數目變化分佈，第一波診斷為重鬱症在其後第二波診斷為重鬱症、次閾值憂鬱症與無症狀三組功能減損數目平均值為 1.62 至 1.93，標準差為 0.67 至 0.96；第二波功能減損數目分佈，三組平均值為 0 至 1.93，標準差為 0 至 1.20，與第二波功能減損數目除重鬱症約等同第一波之外，其他兩組功能減損數目皆低於第一波，各組第一波及第二波功能

減損數目第一波診斷為重鬱症在第二波診斷為無症狀組有達統計上顯著差異，其餘兩組皆未達統計上顯著差異。第一波診斷為次閾值憂鬱症其後第二波診斷為重鬱症、次閾值憂鬱症與無症狀三組功能減損數目平均值為 0.95 至 1.40，標準差為 0.89 至 1.12；第二波功能減損數目分佈，三組平均值為 0.20 至 1.44，標準差為 0.45 至 0.86，三組功能減損數目除第一波診斷為次閾值憂鬱在第二波診斷為重鬱症組為高，其餘皆為下降，但三組在第一波及第二波功能減損數目上皆未達統計上顯著差異。

第一波診斷為無症狀其後第二波診斷為重鬱症、次閾值憂鬱症與無症狀三組功能減損數目平均值為 0.15 至 1.41，標準差為 0.50 至 1.14；第二波功能減損數目分佈，三組平均值為 0.12 至 1.86，標準差為 0.47 至 1.21，三組功能減損數目除第一波診斷為無症狀在第二波診斷為重鬱症組為高，其餘兩組皆為下降，但三組在第一波及第二波功能減損數目上皆未達統計上顯著差異。(見表六)。

關於納入診斷分析者憂鬱症狀分數( $r=0.20$ )與功能減損數目( $r=0.07$ )隨在時間的變化，兩者皆是下降的趨勢( $p<0.0001$ )。(見圖一)。

結論：

1. 中部縣市四所高中職學校學生，重鬱症終生盛行率約為 10.43%，經半年追蹤後，重鬱症終生盛行率約略降為 7.80%。而憂鬱相關亞型之終生盛行率則介於 0.43%至 3.07%(其中以次症候憂鬱最低，次閾值憂鬱最高)；經半年追蹤後略為提高(0.56%至 5.01%)，盛行率高低的順序不變。
2. 各種不同憂鬱症亞型隨時間變化之憂鬱症狀分數也會隨之變化，第一波診斷為重鬱症經半年追蹤後診斷為次閾值憂鬱、或無症狀者憂鬱症狀分數會略為下降；第一波診斷為次閾值憂鬱經半年追蹤後為重鬱症、次閾值憂鬱症者，憂鬱症狀分數會略為上昇；第一波診斷為無症狀者經半年追蹤後為重鬱症、次閾值憂鬱者憂鬱症狀分數略為下降，但以上皆未達統計上顯著差異。
3. 各種不同憂鬱症亞型隨時間變化之功能減損數目變化也會隨之變化，第一波診斷為重鬱症經半年追蹤後診斷為次閾值憂鬱、或無症狀者及第一波診斷為無症狀經半年追蹤後為重鬱症、次閾值憂鬱症者，功能減損數目皆會略為上昇。
4. 第一波診斷為重鬱症經半年追蹤後診斷為無症狀者及第一波診斷為次閾值憂鬱經半年追蹤後為無症狀者，功能減損數目皆會略下降；各組間第一波及第二波功能減損數目除第一波診斷為重鬱症經半年追蹤後診斷為無症狀者下降(mean=1.62 至 0；SD=0.67 至 0)有達統計上顯著差異，其餘皆未達統計上顯著差異。
5. 關於納入診斷分析者憂鬱症狀分數與功能減損數目兩者皆會隨著時間而呈現下降的趨勢，並達統計上顯著差異( $P<.0001$ )。

建議：

1. 由於本研究僅限於中部縣市四所高中職學生的探討，未來針對相關議題的研究，應進一步了解不同地區高中職學生憂鬱疾病診斷變化在「憂鬱狀態分數」與功能減損數目之間相關結果。
2. 憂鬱相關亞型之終生盛行率雖然不高，但是在經半年追蹤有增加的趨勢，因此在探討憂鬱相關研究時，應進一步探討憂鬱相關亞型。
3. 憂鬱症狀分數在第一波診斷為次閾值憂鬱者經半年追蹤後於第二波診斷為重鬱症、次閾值憂鬱兩組有些微增加。針對次閾值憂鬱症患者未來的心理健康變化應多加注意。
4. 在憂鬱症狀分數與功能減損數目皆會隨著時間的變化而遞減，此結果與先前研究結果較不一致，可能與本研究於第二波無三年級資料所致。因此，類似的研究應該將三年級資料納入考慮。

肆、本研究截至目前為止的成果：

本研究截至目前為止，目前有三篇碩士論文正在進行撰寫。

## 伍、參考文獻

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Backenstrass, M., Frank, A., Joest, K., Hingmann, S., Mundt, C., & Kronmüller, K. T. (2006). A comparative study of nonspecific depressive symptoms and minor depression regarding functional impairment and associated characteristics in primary care. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 35-41.
- Banazak, D. A. (2000). Minor depression in primary care. *Journal of the American Osteopathic Association*, 100, 783-787.
- Barrett, J. E., Barrett, J. A., Oxman, T. E., & Gerber, P. D. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1100-1106.
- Beck, D. A., & Koenig, H. G. (1996). Minor depression: a review of the literature. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26, 177-209.
- Bird, H. R., Glorisa, M. D., Canino, J., Davies, M., Ramirez, R., Chavez, L., et al. (2005). The brief impairment scale (BIS): a multidimensional scale of functional impairment for child and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 699-707.
- Bird, H. R., & Gould, M. S. (1995). The use of diagnostic instruments and global measures of functioning in child psychiatry epidemiological studies. In F. C.

- Verhulst & H. M. Koot (Eds.), *The epidemiology of child and adolescent psychopathology* (pp. 86-103). Oxford: Oxford University Press..
- Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P. J., Tabrizi, M. A., et al. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview. Test-retest reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present Episode Version. *Archives of General Psychiatry*, *42*, 696-702.
- Chien, C. P., & Cheng, T. A. (1985). Depression in Taiwan: epidemiological survey utilizing CES-D. *Bulletin of Japanese Society of Neurology and Psychiatry*, *87*, 335-338.
- Cuijpers, P., de Graaf, R., & van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, *79*, 71-79.
- Emslie, G. J., Mayes, T. L., Laptook, R. S., & Batt, M. (2003). Predictors of response to treatment in children and adolescents with mood disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, *26*, 435-456.
- Fogel, J., Eaton, W. W., & Ford, D. E. (2006). Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 36-43.
- Foley, D. L., Neale, M. C., Gardner, C. O., Pickles, A., & Kendler, K. S. (2003). Major Depression and Associated Impairment: Same or Different Genetic and Environmental Risk Factors? *American Journal of Psychiatry*, *160*, 2128-2133.
- Garrison, C. Z., Addy, C. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E., & Waller, J. L. (1991). The CES-D as a screen for depression and other psychiatric disorders in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*, 636-641.
- Hodges, K. (1993). Structured interviews for assessing children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, *34*, 49-68.
- Horwath, E., Johnson, J., Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1992). Depressive symptoms as relative and attributable risk factors for first-onset major depression. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 817-823.
- Johnson, J., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1992). Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *Jama*, *267*, 1478-1483.
- Judd, L. L., Rapaport, M. H., Paulus, M. P., & Brown, J. L. (1994). Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*, 18-28.
- Kessler, R. C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S.,

- Wittchen H.-U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Berglund, P., Eaton, W. W., Koretz, D. S., & Walters, E. E. (2003). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 1117-1122.
- Kessler, R. C., Merikangas, K. R., Berglund, P., Eaton, W. W., Koretz, D. S., & Walters, E. E. (2004). For DSM-V, it's the "disorder threshold," stupid. In reply. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1051-1052.
- Kessler, R. C., Zhao, S., Blazer, D.G., Swartz, M. (1997). Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders*, *45*, 19-30.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., Curry, J., Wells, K., Fairbank, J., et al. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *Jama*, *292*, 807-820.
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. Using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, *59*, 115-123.
- Newman, D., Moffitt, T. E., Caspi, A., Magdol, L., Silva, P. A., & Stanton, W. (1996). Psychiatric disorders in a birth cohort of young adults: prevalence, comorbidity, clinical significance, and new case incidence from ages 11 to 21. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, *64*, 552-562.
- Pincus, H. A., Davis, W. W., & McQueen, L. E. (1999). 'Subthreshold' mental disorders. A review and synthesis of studies on minor depression and other 'brand names'. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 288-296.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in general population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401.
- Rapaport, M. H., Judd, L. L., Schettler, P. J., Yonkers, K. A., Thase, M. E., Kupfer, D. J., et al. (2002). A descriptive analysis of minor depression. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 637-643.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., & Rae, D. S. (2004). For DSM-V, it's the "disorder threshold," stupid. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1051-1052.
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1991). Screening for adolescent depression: a comparison of depression scales. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *30*, 58-66.
- Rucci, P., Gherardi, S., Tansella, M., Piccinelli, M., Berardi, D., Bisoffi, G., et al.

- (2003). Subthreshold psychiatric disorders in primary care: prevalence and associated characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 76, 171-181.
- Spitzer, R. L., & Wakefield, J. C. (1999). DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *American Journal of Psychiatry*, 156, 1856-1864.
- Stark, K. D., Rouse, L., & Livingston, R. (1991). Treatment of depression during childhood and adolescence: Cognitive-behavioral procedures for the individual and family. In P. Kendall (Ed.), *Child and Adolescent Therapy*. New York: Guilford Press.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., & Kasius, M. C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54, 329-336.
- Wagner, H. R., Burns, B. J., Broadhead, W. E., Yarnall, K. S., Sigmon, A., & Gaynes, B. N. (2000). Minor depression in family practice: functional morbidity, co-morbidity, service utilization and outcomes. *Psychological Medicine*, 30, 1377-1390.
- Wittchen, H.-U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 28, 109-126.
- Yang, H.-J., Chen, W. J., & Soong, W.-T. (2001). Rates and patterns of comorbidity of adolescent behavioral syndromes as reported by parents and teachers in a Taiwanese nonreferred sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1045-1052.
- Yang, H. J., Soong, W. T., Kuo, P.-H., Chang, H. L., & Chen, W. J. (2004). Using the CES-D in a two-phase survey for depressive disorders among non-referred adolescents in Taiwan: an stratum-specific likelihood ratio analysis. *Journal of Affective Disorders*, 82, 419-430.
- Yang, H.-J., W.-T. Soong, et al. (2004). "Using the CES-D in a two-phase survey for depressive disorders among nonreferred adolescents in Taipei: a stratum-specific likelihood ratio analysis." *Journal of Affective Disorders* 82(3): 419-30.
- 黃碧華 (2005). "台中縣兩所高中職女學生生活事件、人格特質與憂鬱症狀相關之研究." 南華大學生死學研究所碩士在職專班碩士學位論文.
- 楊浩然 (2002). "青少年憂鬱疾患及憂鬱症狀之追蹤研究." 國立台灣大學流行病學研究所博士學位論文.



## 陸、表格

表一 受測者基本人口學變項之描述

	第一波研究 (N=2986)	第二波研究 (N=2305)
	n (%)	n (%)
性別		
女生	1293 (43.3)	1084 (47.0)
男生	1693 (56.7)	1221 (53.0)
學校別		
A 校	891 (29.8)	712 (30.9)
一年級	328 (36.8)	325 (45.7)
二年級	396 (44.4)	387 (54.3)
三年級	167 (18.7)	-
B 校	775 (26.0)	520 (22.6)
一年級	273 (35.2)	271 (52.1)
二年級	257 (33.2)	249 (47.9)
三年級	245 (31.6)	-
C 校	663 (22.2)	644 (27.9)
一年級	231 (34.9)	224 (34.8)
二年級	219 (33.0)	213 (33.1)
三年級	213 (32.1)	207 (32.1)
D 校	657 (22.0)	429 (18.6)
一年級	218 (33.2)	215 (50.1)
二年級	219 (33.3)	214 (49.9)
三年級	220 (33.5)	-
學制別		
高中 <sup>a</sup>	1869 (62.6)	1432 (62.1)
A 校	891 (29.8)	712 (30.9)
B 校	775 (26.0)	520 (22.6)
高職	1117 (37.4)	873 (37.9)
C 校	663 (22.2)	644 (27.9)
D 校	657 (22.0)	429 (18.6)
年齡	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)
	16.4 (0.9)	16.1 (0.8)

<sup>a</sup> 高中類別包含綜合高中

表二 納入診斷樣本資料

	第一波受訪樣本 (N=460)	第二波受訪樣本 (N=359)
	n (%)	n (%)
性別		
女生	202 (43.91)	176 (49.03)
男生	258 (56.09)	183 (50.97)
學校別		
A 校	136 (29.57)	108 (30.08)
B 校	108 (23.48)	71 (19.78)
C 校	108 (23.48)	108 (30.08)
D 校	108 (23.48)	72 (20.06)
學制別		
高中 <sup>a</sup>	256 (55.65)	227 (63.23)
高職	204 (44.45)	132 (36.77)
年級別		
一年級	156 (33.91)	155 (43.18)
二年級	168 (36.52)	168 (46.80)
三年級	136 (29.57)	36 (10.03)
年齡	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)
	16.45 (0.90)	16.65 (1.08)

<sup>a</sup> 高中類別包含綜合高中

表三 受測者憂鬱症狀之分佈(CES-D 分數)

	第一波受訪樣本 (N=460)		第二波受訪樣本 (N=359)	
	Mean	S.D.	Mean	S.D.
性別				
女生	24.05	3.53	23.72	3.53
男生	23.95	3.79	23.37	3.71
t-test/p-value	0.30/0.76		0.93/0.35	
學校別				
A 校	23.86	3.05	23.93	3.12
B 校	24.62	3.98	23.56	3.50
C 校	24.53	3.37	23.53	4.00
D 校	22.99	4.15	22.94	3.83
F-value/p-value	4.70/0.003*		1.08/0.36	
學制別				
高中 <sup>a</sup>	24.24	3.51	23.70	3.35
高職	23.68	3.86	23.27	4.04
t-test /p-value	1.62/0.11		1.02/0.31	
年級別				
一年級	24.20	3.87	23.58	3.44
二年級	23.77	3.45	23.52	3.73
三年級	24.03	3.72	23.44	3.95
F-value/p-value	0.56/0.57		0.02/0.98	

註：<sup>a</sup>高中類別包含綜合高中

\*p<0.05

表四 納入診斷樣本之精神疾患盛行率

	第一波研究收案 (N=460)		第二波研究收案 (N=359)	
	n	%	n	%
<b>目前診斷</b>				
重鬱症(MDD <sup>a</sup> )	20	4.35	11	3.06
輕鬱症(DD <sup>b</sup> )	7	1.52	3	0.84
輕微憂鬱(MD <sup>c</sup> )	2	0.43	2	0.56
次症候憂鬱(SSD <sup>d</sup> )	2	0.43	1	0.28
次閾值憂鬱(SubD <sup>e</sup> )	11	2.39	15	4.18
<b>終生診斷</b>				
重鬱症(MDD <sup>a</sup> )	48	10.43	28	7.80
輕鬱症(DD <sup>b</sup> )	10	2.17	11	3.06
輕微憂鬱(MD <sup>c</sup> )	9	1.96	5	1.39
次症候憂鬱(SSD <sup>d</sup> )	2	0.43	2	0.56
次閾值憂鬱(SubD <sup>e</sup> )	17	3.70	18	5.01
自殺意念(Suicide ideation)	48	10.43	70	19.50
自殺計畫(Suicide plan)	30	6.52	19	5.29
自殺企圖(Suicide attempt)	6	1.30	6	1.67

備註：

<sup>a</sup>: MDD= major depressive disorder

<sup>b</sup>: DD=Dysthymic disorder

<sup>c</sup>: MD=Minor depression

<sup>d</sup>: SSD=subsyndromal symptomatic depression

<sup>e</sup>: SubD=Sub-threshold depression

表五 各種不同憂鬱症亞型隨時間變化之憂鬱症狀分數變化 (N=359)

憂鬱症診斷類別變化	第一波 CES-D 分數		第二波 CES-D 分數		t-value	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
第一波→第二波						
MDD→MDD (n=15)	25.11	3.37	25.67	3.54	-0.55	0.56
MDD→Sub D (n=16)	24.63	2.73	26.30	3.61	-1.95	0.07
MDD→Non (n=21)	25.71	4.11	23.71	4.50	2.31	0.03
Sub D→MDD (n=9)	25.96	3.57	25.00	2.92	0.64	0.54
Sub D→Sub D (n=5)	23.00	2.74	25.20	2.49	-1.50	0.21
Sub D→Non (n=20)	24.78	3.80	24.5	2.86	0.30	0.77
Non→MDD (n=22)	25.71	3.81	25.64	3.26	0.08	0.94
Non→Sub D (n=20)	24.95	2.78	25.59	4.12	-0.67	0.51
Non→Non (n=302)	23.83	3.62	23.27	3.63	0.59	0.56

註：<sup>a</sup>: MDD=有 major depressive disorder 診斷

<sup>b</sup>: Sub D=有 Dysthymic disorder、Minor depression、subsyndromal symptomatic 任一種診斷

<sup>c</sup>: Non=沒有任何診斷

表六 各種不同憂鬱症亞型隨時間變化之功能減損數目變化 (N=359)

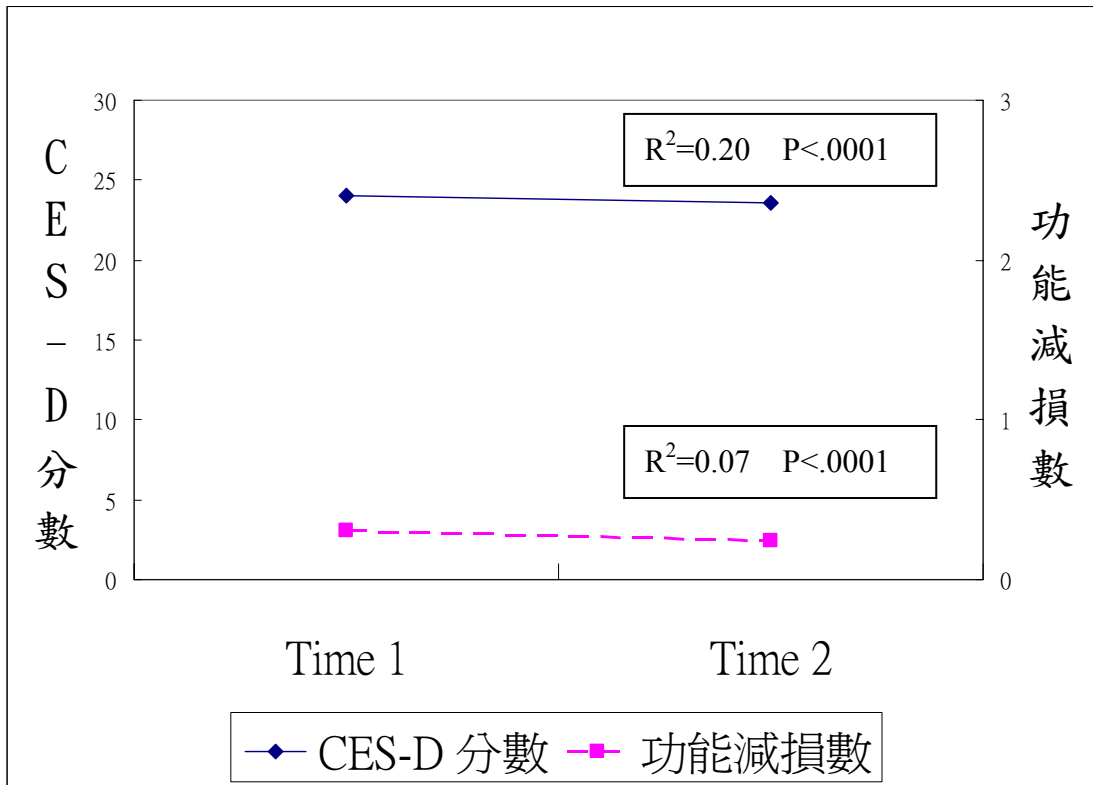
憂鬱症診斷類別變化	第一波功能減損數目		第二波功能減損數目		t-value	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
第一波→第二波						
MDD→MDD (n=15)	1.93	0.88	1.93	0.80	0.00	1.00
MDD→Sub D (n=16)	1.63	0.96	0.69	1.20	2.91	0.01
MDD→Non (n=21)	1.62	0.67	0	0	11.09	<0.001*
Sub D→MDD (n=9)	1.00	1.12	1.44	0.73	-1.18	0.27
Sub D→Sub D (n=5)	1.40	0.89	0.20	0.45	2.45	0.07
Sub D→Non (n=20)	0.95	1.00	0.70	0.86	0.93	0.37
Non→MDD (n=22)	1.41	1.14	1.86	0.89	-1.69	0.11
Non→Sub D (n=20)	1.35	1.04	0.75	1.21	1.79	0.09
Non→Non (n=302)	0.15	0.50	0.12	0.47	1.57	0.12

註：<sup>a</sup>: MDD=有 major depressive disorder 診斷

<sup>b</sup>: Sub D=有 Dysthymic disorder、Minor depression、subsyndromal symptomatic  
任一診斷

<sup>c</sup>: Non=沒有任何診斷

Figure 1



## 出席國際學術會議心得報告

計畫編號	NSC96-2314-B-040-030
計畫名稱	青少年功能減損之評估以及其對憂鬱症狀發展及心理治療之影響
出國人員姓名 服務機關及職稱	楊浩然 中山醫學大學 助理教授
會議時間地點	時間：2008/4/30 – 2008/5/3 地點：土耳其伊斯坦堡
會議名稱	The 18 <sup>th</sup> World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions
發表論文題目	Hao-Jan Yang and Yi-Jin Kuo. Discrepancies between informants on behavioral syndromes in relation to mother's nationality, father's education, and children's personality traits and psychopathology. Oral presented at the 18 <sup>th</sup> World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. April 30-May 3, 2008, Istanbul, Turkey.

### 一、參加會議經過

本次第十八屆之「國際兒童及青少年精神醫學大會」於土耳其之伊斯坦堡舉行，匯集全球各洲共約 3000 人參與盛會，針對 3C 議題(Children, Cultures, and Commitments)主題進行為期五天的討論。

本人由於受邀參與兒童行為大師 Thomas M. Achenbach 所舉辦的聚會，除了口頭發表研究成果，亦有機會在學術同好之間交換意見，分享近期研究成果，及進一步之合作計畫。例如：本人於聚會中便取得與韓國、義大利、立陶宛、美國等研究團隊進一步合作的共識；且來自於約四十個國家的一百多位研究人員相約明年於北京的會議將討論實質的合作案。

此外，此次因與「台灣兒童青少年精神醫學會」所組的團隊一同前往。感受到團隊合作較個人單打獨鬥的方式收穫更多。如：由於會場的研討會場次眾多，單憑一人無法同時參與各場次之討論，因而分工合作便成為十分有效率的學習方式。也因如此，原本不熟識的一些國內同好，便更加熟悉並瞭解。

### 二、與會心得

本次會議之最大收穫，是認識了許多國內外的菁英，透過彼此之溝通，增加了進一步合作之機會。此外，透過團隊參與國際會議，是較個人較有效率的方式。