1. Behavioral Sciences行為科學 劉嘉逸

-基礎醫學-行為科學 vs 臨床醫學-psychiatry

-研究人類行為的科學 非單一學科 包含一群科學

-intrinsic factor VS outside factor

-cross sectional factor (例如環境家庭)VS longitudinal factor(例如歷史教育)

2. Brain and Mind 劉嘉逸

-Roger Sperry胼胝體切斷手術

-右腦: unconscious

-Freud: 人有「生存的本能(life instinct) 」和「死亡的本能(death instinct) 」

-自殺行為中隱含的攻擊衝動

-古典精神分析學者「自殺是一個人的敵意及攻擊性內射(introjection) 而發生」

-腦脊髓液中血清素serotonin代謝物5-HIAA越少，自殺率越高，暴力傾向越高

- serotonin低: 情緒不穩、易衝動，向外是攻擊他人，向內是自殺自傷

-邊緣系統limbic system:

原始腦/animal brain/與情緒動機相關(尤其是跟生存有關)/

-杏仁核: 情緒記憶/決定記憶要存在哪

-海馬迴: 情境記憶/將長期記憶送至儲存處 要用時提取

3.Brain and Mind Part II- Neuroanatomy 劉嘉逸

-額葉: 高等腦/判斷對錯.面對處理衝突/人格.個性/social control: 壓抑情緒.性欲

-不同部位受傷後的症狀

(1)Dorsolateral (頂部): dysexecution(執行功能障礙).depression

(2)Orbito(眼眶): disinhibition(抑制功能消失→Gage story)

(3)Medial(中間):apathy(無感情.冷淡). akinetic(不能動?)

-左側frontal operculum 受損: Broca aphasia(失語)

-頂葉: 左側受損→Gerstmann’s Syndrome:

左右無法分辨/無法書寫/無法計算/無法準確抓取物品(立體感缺失)/不知道自己手指哪一根是哪一根

-頂葉: 右側受損→Neglect Syndrome:

忽視自己身體的某部分/失用症/不知道自己身體某部分有損傷

-顳葉: 受損:視聽幻覺.情緒異常.性行為異常.記憶障礙

-Klver-Bucy Syndrome:顳葉受損(both lobe): 記憶.社交.性異常/把物品放進嘴巴的衝動

-枕葉:瀕死經驗 (視覺)

4.Brain and Mind Part III- Neurochemistry 劉嘉逸

-Dopamine : 愉悅&reward經驗.導致成癮&depression&精神病

-多巴胺傳導路徑:

(1)nigrostriatal: 黑質→紋狀體 (與運動障礙疾病相關 例如parkinson)

(2)mesocorticolimbic: 腹側被蓋區→nucleus accumben(某核.重要intermediate

station).杏仁核.海馬迴.前額葉皮質 (調節情緒行為)

(3)tuberoinfundibular: 下視丘→腦下垂體 (跟泌乳素分泌機制相關)

-基底核中，多巴胺過少→parkinson，乙醯膽鹼過少→亨丁頓舞蹈症

-前額葉,邊緣系統中，多巴胺過多→精神病(幻覺妄想錯亂言行)

故抗精神病藥用來降低多巴胺，但也會同時降低基底核中多巴胺的量→

Extra-pyramidal tract syndrome(EPS)錐體外徑症候群

-EPS: dystonia(肌張力不全). Parkinson:運動遲緩、僵硬

-血清素serotonin合成: tryptophan→5-HTP→5-HT / 總部: raphe nucleus

-血清素濃度過低: 沮喪.焦慮.自殺.暴力

-正腎上腺素norepinephrine: 總部: Locus Coeruleus

-正腎上腺素濃度過低: 沮喪.注意力不集中.警覺下降.嗜睡

-GABA: 主要神經抑制傳導物

-Benzodiazepines(苯二氮平類藥物): 抗焦慮.安眠藥.肌肉鬆弛

-GABA-BZD 氯離子通道: 增加GABA活性.極性大

5.Defense Mechanism 林俏汎

-心裡活動: 意識.前意識(要經過思考後才能召回之記憶).潛意識(受意志來管制

之態度、感情及觀念等所構成)

-本能論: 性心發展(口腔期.肛門期blahblahblah)

-人格心理學:人格結構:自我本我超我&防衛機轉

-防衛機轉:

(1)本我自我超我三者無法取得平衡→焦慮→以防衛機轉處理

If長期不平衡→心理異常

(2)屬於潛意識，可重疊使用

(3)分四大類

(一)自戀性防衛機制Narcissistic defenses

1.否認denial: 不承認痛苦的現實(不相信自己得癌症)

2.扭曲distortion: 使用幻覺妄想重新塑造事實()

3.投射projection: 將內心不被社會接受的想法加在別人身上(以小人之心度

君子之腹)

(二)不成熟防衛機制Immature defenses

1.Acting out: 直接以行為表達潛意識願望及衝動(看人不爽直接打下去)

2.Blocking: 思考中斷(腦子一片空白)

3.Hypochondriasis: 強化疾病症狀以逃避(心情差，胸口不舒服→認為得肺癌)

4.Introjection攝入:當失去重要他人時，把他的某方面內化能自己的一部分

(A男追不到用功的B女，於是A男更加勤奮念書)

5.Passive-aggressive behavior: 以被動的方式攻擊(不爽老師，報告故意寫很爛)

6.Regression退化:退化至早期發展階段以逃避當前發展相關的衝突(妹妹出生

後， 小明依賴性變高)

7.Schizoid fantasy: 退避到自己內心私密世界，以逃避隊人際情境的焦慮

8.Somatiztion: 將情緒痛苦轉化成身體症狀(一考有機就肚子痛)

(三)神經性心理防衛機制Neurotic defenses

1.Controling: 控制事物以減少焦慮

2.Displacement替代: 把對某事物的感受轉換到另外一個東西上(白天被老闆

罵，回家罵小孩)

3.Externalization: 廣泛的對外投射，包括情緒.個性.感覺.本能衝動

4.Inhibition: 抑制自我的功能以減少衝突焦慮

5.Intellectualization理智化: 以完全理性態度面對充滿情感的情境(醫生不帶

感情面對醫院生老病死)

6.Isolation隔離: 將想法與情緒分開以避免情緒波動(講自己的創傷故事像是

在講別人的事一樣)

7.Rationalization合理化: 為某焦慮事件提供看似合理可被接受的解釋(吃不到

葡萄的狐狸)

8.Dissociation解離: 自我認同.記憶.意識瓦解，與事件脫離(變成另一個人格)

9.Reaction formation: 把不被接受的衝動轉換成相反的另一面(暗戀男生卻故

意對他冷淡)

10.Repression潛抑: 無意識地壓抑驅逐不被接受的慾望.衝動，或將其擋在浴室

外(忘了某天曾經發生過導致至親死亡的車禍 )

11.Sexualization: 將性的意義賦予在某行為上，使負面經驗變成刺激又令人興奮

(四)成熟防衛機制Mature defenses

1.Altruism利他主義: 將他人利益置於自己需求上(服務性社團)

2.Anticipation:計畫未來的成果.成就，以延遲立即的滿足慾求

3.Asceticism禁慾主義: 消除享樂面，因其導致內在衝突(戒律.苦行)

4.Humor: 以幽默的語言或行為來應付緊張的情境或表達潛意識的慾望(講笑話自我解嘲)

5.Sublimation昇華: 將被社會反對或自身內心無法接受的衝動轉化為可被接受

的形式(過於想要性愛的畫家畫出各種性愛作品/

失戀，一直寫詩以抒發)

6.Suppression壓制:有意識地(潛抑是無意識的)不去注意特定的感覺.狀態.衝動

-精神疾病

-邊緣性人格疾患

Denial/split/投射性認同

Wiki: 精神上，同時出現行為上的極端對立表現

-失智症

高等防衛機制被原始的取代/Denial/投射

-憂鬱症&躁鬱症

超我!/正面機轉:理智化/負面機轉:過度自我批判

-解離性疾患

嚴重創傷是件→海馬迴停止作用→該事件自傳記憶無法產生

限制大腦處理創傷記憶的能力

7.自殺學 張家銘 (這篇我不知道重點是啥 我打的參考看看就好 )

-連續九年列在十大死因之一，也是青年、壯年、中年死因的第二、第三與第七位

-精神疾病: 情緒障礙.物質濫用.精神分裂症.恐慌.反社會人格和邊緣型人格

-好發於45歲以上，青春期及中老年為高峰

-女性自殺率高 但男性自殺完成度較高

-自殺vs酒精物質濫用:慢性自殺.潛在暴力衝動與壓抑情緒

-邊緣型人格:怕被拋棄.空虛.解離(短暫壓力下).自我認同不清.人際關係不穩.衝動控制差

-自殺者生前就醫:自殺前7天內有60%就醫

-就醫對象科別:重要程度 非精神科醫師>精神科醫師

醫院非精神科醫師>基層醫師(診所)

故醫院非精神科醫師較基層醫師在自殺防治上更重要

-疾病與自殺意念: 癌症.氣喘

-自殺理由:久病厭世.老年失子.中年喪偶.幼年失怙.目睹自殺.懲罰性自殺

-自殺獲救者3個月內再自殺機率高

-70%的自殺者生前曾發出自殺警訊

-預防介入:教育及覺察. 篩檢高危險族群

-治療: 藥物(抗憂鬱劑SSRI.抗精神病藥物).

心理治療(認知行為).

追蹤企圖自殺者.

限制取得致死方法. 媒體指引

-預防及處理:一級預防:預防自殺與自殺企圖

二級預防:輔導治療自殺者及家屬

三級預防:長期處理 減少復發與負擔

8.Pain management in psychiatric aspects 洪錦益

-疼痛由感覺(sensation).情緒(emotions).認知(cognition).行為(behavior)組成

-疼痛→精神症狀/急性疼痛→焦慮.失眠/慢性疼痛→憂鬱.無望.自殺 (焦慮.憂鬱→疼痛閾值的改變)

-疼痛評估:由CNS pain引起?

是原生性或是精神疾患引起?

引起的行為或失能比疼痛更重要?

-生理檢查vs精神檢查(憂鬱:60-100%慢性疼痛有憂鬱症狀)

-血清素與正腎上腺素:心情調節與疼痛覺察

-depression會惡化pain

-身體化疾患(somatization disorder): 不斷抱怨身體症狀.明顯焦慮/慢性疼痛者常有

-轉化症(conversion disorder): 自主運動或感覺功能異常的症狀(癱瘓.瞎.啞)

-慮病症(hypochondriasis): 相信自己罹患重大疾病，即使檢查沒問題仍不相信

-疼痛症(pain disorder): 引起職業社交上受損. 心理因素→疼痛出現並加劇

-偽病症(factitious disorder): 為了滿足當患者而製造的症狀/腎結石痛.口臉部疼痛.腹部疼痛/到處用不同名字住院.要求麻醉性止痛劑.突然離院/沒有其他家人

-詐病(malingering): 為獲得金錢.藥物.避免工作而故意假裝/反社會人格.隱瞞資料

-精神病(psychosis): 對症狀描述怪異.模糊.不積極尋求症狀解除

-疼痛處理:盡快緩解中重度疼痛.防止發展為慢性/急性:焦慮.流汗.不安 vs 慢性:出現不同表徵.適應疼痛

-去神經手術: 盡可能避免不必要的手術/CNS pain無法以截斷傳導途徑得到緩解

-安慰劑(placebo):30%有效/避免使用/安慰劑有反應→不代表心因性疼痛或假裝/

壞處:患者怒.對醫護人員懷疑

-藥物:

(1)非類固醇抗發炎藥(nonsteroidal anti-inflammatory drup)

WHO建議疼痛處理三步驟1.使用NSAID.aspirin.acetaminophen

2.添加codeine到NSAID

3.麻醉性止痛藥+添加藥物

副作用:胃潰瘍.腎功能受損.貍鹽中毒

(2)鴉片類止痛劑:

使用原則:有需要才給予(as needed dosing.PRN)→使血中濃度不穩定

副作用:嘔吐.便祕.鎮靜

出現生理性適應(更大劑量才有止痛效果)(適應不等於上癮)

If突然停用→戒斷

注意事項:其他方法失敗後再用/超過三個月就要尋求其他醫師意見

\*假性成癮:找藥行為(原因:疾病惡化/生理適應/焦慮影響閾值)

\*藥物成癮:偷藥.酒精或非法藥物濫用….

(3)止痛添加劑

-抗鬱劑(低劑量就有效/止痛與抗憂鬱效果是獨立的/癌末.關節炎.壓力性頭痛..)

(4)抗癲癇藥物

-細胞膜穩定劑

-阿法阻斷劑(治療交感神經痛)

-慢性疼痛治療原則:

病患最怕人家說她們的痛是心理因素所造成 暫時把痛視為壓力的來源，解釋疾病的神經生理機轉(blahblahblah)

-慢性疼痛心理:1.強化:疼痛→獲得關注&醫療照護 2.疼痛可以使人逃避工作 3.健康不會被獎賞 甚至被懲罰

10.睡眠醫學 (Sleep Medicine) 黃玉書

-腦波

α波: 8 ~12 Hz, 放鬆,專注,清醒時

β波: >13 Hz, 警覺清醒時

θ波: 4 ~12 Hz, 即將入睡,淺睡期

δ波: 0.5 ~4 Hz, 深睡期

-睡眠結構

\*快速動眼期(Rapid Eye Movement,REM):做夢α.θ波

\*非快速動眼期(Non-REM, NREM)

(1)第一期:腦波進入θ波/慢速動眼

(2)第二期:腦波以K complex(振幅很大), spindle(波型超密)為特徵/少數慢速動眼

(3)第三期:慢波δ為主之深睡期/無動眼

(4)第四期: 同三

-睡眠周期:入睡到REM約90min，為一個周期

-一個晚上的睡眠約4-5個周期(大家要睡足6-8.5hr喔 啾咪)

-前半夜以深睡期居多(第三第四期)，後半夜以REM居多

-隨年齡增長，REM與深睡期之比例皆逐漸下降

-根據波型圖，各期出現順序趨勢好像是:123432REM

-REM vs NREM

生命跡象不穩/生命跡象穩定

儲存記憶/休息,恢復體力

無肌張力/有肌張力

眼球快速運動/慢速眼動

經常做夢/很少做夢

-如果REM被剝奪?

1.反彈效應:REM變長/入睡到REM變短/總睡眠時間變長

2.情緒改變: REM可調控情緒

3.學習記憶效果: REM和記憶學習相關(上很難的課後，REM比例增加)/

REM和腦部發育相關(孩童REM比例較大)

-日光周期Circadian Rhythm

(1)人體溫變化:傍晚最高 凌晨最低

(2)賀爾蒙分泌: 生長激素深睡期睡眠 分泌旺盛

(3)內在生理時鐘約25小時，陽光的照射使之與外界24小時同步化

(調節by下視丘上的視交叉上核)

-睡眠衛生學

\*白天不小睡

\*規律生活

\*blahblahblah(就是那些大家都知道 但也沒人會做到的)

-失眠

\*1/3成人有失眠問題/女>男/年紀越大越容易失眠

\*入睡困難/難維持夜間睡眠/清晨早醒→白天疲倦/社交失能/工作能力下降

\*原發性失眠: 超過一個月以上者

(1)找不到原因

(2)行為學習&負面制約有關

(3)刺激源(有機期末.死亡...)與睡眠儀式情境相連結→失眠

-睡眠呼吸中止症Sleep Apnea

\*肥胖中年男性

\*夜:打鼾聲大/夜間易醒/夜尿/睡著被嗆到 日:疲倦/記憶差/易怒/心血管疾病/中風

\*睡眠中止→睡眠被中斷→沒有足夠深睡期→認知功能.記憶力變差/個性改變/憂鬱症.焦

慮症

-猝睡症Narcolepsy

肌張力消失

14.四十歲後的人生 陳景彥

-年過40的男人:中年危機/更年期/男性憂鬱

-中年危機:可能比更年期更早or同時/壓力.孩子離家.禿頭.心臟病.夢想沒實現...

-原因:成長過程:父母爭執.喪父.分離的焦慮.連續挫敗/當下:換工作/遷居/離婚...

-3D症候群: Depression Drink Divorce

-男性更年期→逆轉的青春期

-不只是中年危機→男人生命後半期的核心

-male menopause=andropause=viropause Andro(男性)gen(給予)

-否認自己有問題 拒絕尋求協助

-症狀: 睪固酮.DHEA.cortisol↓/熱潮紅.盜汗骨質疏鬆.肌無力.掉髮.皮膚乾燥.變/

嚮往親密關係/性慾低/焦躁不安/憂鬱易怒

-原因: androgen↓/自然老化/壓力/酒精

-androgen:早上分泌多/隨年齡逐漸減少

-WHO:全球有3%罹患各式各樣的憂鬱症

-2020,憂鬱症將會僅次於缺血性心臟病

-男性較女性不易表達自己的感受:羞辱.情感淡漠.不安全.潛在攻擊性或欲望.性的外顯行為.攻擊轉為自我毀滅

15.婦女身心醫學簡介 蕭美君 (這章我看好多遍還是不懂 只好直翻了..)

-賀爾蒙避孕法及效應(hormonal contraception)

\*其避孕法對心情的影響

-懷孕&孩童對婦女在身心上的影響

精神上的/生理上的/內分泌上

-懷孕期間精神疾病

-產後精神疾病(postpartum psychiatric disorders)

\*產後憂鬱/沮喪/精神病

-選擇性墮胎(elective abortion)

\*原因/生理上的影響

-人工受孕(infertility)

\*流行病學&病因學

-經前症候群(premenstrual syndrome,PMS)

\*50-90%婦女/肌肉緊繃.體重增加.脹痛

-經前障礙症(PMDD)

\*3-8%婦女

-經前惡化住狀況(PME)

\*精神或醫療狀況惡化

-精神與社會疾病之連結(linkage between bio-psycho-social disorders)

\*慢性疲勞症候群(chronic fatigue syndrome)

\*纖維肌痛(fibromyalgia)

\*慢性疼痛(chronic pain)

\*睡眠疾病(sleep disorders)

\*心理神經免疫學(psychoneuroimmunology)

\*壓力相關疾病(stress-related disorders)

-身體圖像&物質

\*厭食症/暴食症

\*stress and coping in eating disorders

\*隆乳/肥胖/酗酒/藥物濫用治療/抽菸

\*負面身體意象

-更年期

\*賀爾蒙分泌量改變(波動fluctuation)

-替代療法(CAM): 瑜珈.針灸…

-慢性骨盆痛

-後子宮切除reaction

16.Evidence for Neurobiology of Stress related disorders 吳冠毅

-壓力→改變生理狀態/激發潛能

-海馬迴.杏仁核.下視丘→跟情緒.記憶相關

-糖皮質激素(glucocorticoid)&海馬迴病理(hippocampal pathology)

\*糖皮質激素濃度與海馬迴衰退&空間學習障礙相關

\*庫欣氏症中,海馬迴體積和cortisol濃度成反比

-腦衍生神經滋養因子(BDNF),壓力,神經新生

\*BDNF與新的神經元之生長與發育相關

\*嚴重長期的壓力會減少BDNF的量→神經損傷

-神經膠細胞之角色

\*合成及釋放神經滋養因子

\*不只擔任支持細胞

\*穩定glutamate

-常見身心症:高血壓.偏頭痛.氣喘.消化性潰瘍.大腸激躁症.蕁麻疹.自體免疫疾病

-精神官能症: 持續慢性的疾患,和壓力不完全相關→被認為是體質性疾患→有壓力會更糟

例如泛焦慮症.恐慌症.強迫症

\*急性壓力疾患.PTSD.轉化症等則和壓力較相關

-Depressive disorders

(1)major depressive disorder重鬱症:憂鬱程度嚴重.影響生活功能

(2)dysthymic disorder輕鬱症:程度輕 但病程長

-Adjustent disorder

\*焦慮.憂鬱.害怕.逃避

\*壓力消失六個月後症狀會消失

-Anxiety disorder

泛焦慮症/恐慌症/特定畏懼症/社交畏懼症/強迫症/急性壓力症/PTSD

-PTSD

\*重複經歷該創傷事件/持續逃避該刺激→對周遭事物麻木/過度焦慮驚嚇

-精神疾病不是心理的病→是大腦的疾病

-精神疾病病因

(1)基因

(2)器質性病因(神經損傷)

(3)急性壓力(突發因素)

(4)長期壓力(持續存在的因素.神經重塑)

-藥物治療原理

\*調節神經傳導物質→使其正常運作→調整情感中樞.邊緣系統→改善憂鬱情緒

\*主要為血清素(5-HT).正腎上腺素(NE).2多巴胺(DA)

-紓解身心壓力

漸進式肌肉放鬆練習/生物回饋法/認知行為治療/均衡飲食

17.文化與疾病 莊永毓

-文化精神醫學cultural psychiatry

對於人類行為，心理健康，精神病理，以及治療的文化觀點

-Disease:生物學層面/Illness:心理、社會、文化、信仰等層面個人對疾病的態度、感受、就醫行為、與醫療團隊的互動、醫療遵從性等(生物學以外就對了)

-文化與疾病:文化如何界定健康/疾病

-文化與人類行為: 兒童的發展與養育/個人價值vs社會倫理

-文化與症狀: 神經衰弱/腎虧/縮陽症(koro)

-文化與藥理學:藥=毒/治療遵循度

-文化與精神疾病: 新移民精神疾病率較高why?語言文化隔閡/適應障礙/缺乏支持

-台灣跟美國的憂鬱症患者比較: 延遲就醫/嚴重度較嚴重/多身體抱怨→男性明顯

-文化與精神疾病

(1)縮陽症:男女誤以為陰莖、睾丸或外陰、乳房等，在不斷縮小，甚至縮入腹腔內，從而產生一種恐懼 ，在中國南方及東南亞華人中間最為流行

(2)Amok(殺人狂):馬來西亞.先呈抑鬱，後表現為吵鬧、狂暴、衝動、殺人行為

(3)Piblokto(北極歇斯底里):愛斯基摩女性. 強烈歇斯底里(尖叫).消沉,感覺遲鈍到極端寒冷(例如在雪中赤裸到處亂跑)

(4)Wendigo(老師好像拼錯了 我印象中是這樣拼)美印第安人神中的食人巨神,會進入人們的軀體，然後迫使人們幹壞事