

何時需要專業協助，而不是一味地壓抑或忽視這些情緒訊號。

當我們能夠區分正常的情緒反應和病理性的憂鬱症時，就更能適時地尋求協助。特別是對老年人來說，由於社會普遍認為「老了就是會這樣」，導致許多憂鬱症狀被忽視或誤解。事實上，根據美國國家老化研究所的資料，憂鬱症是一種嚴重的情緒障礙，會影響人的感受、行為和思考方式。雖然憂鬱症在老年人中很常見，但它並不是正常老化的一部分，大多數老年人對自己的生活感到滿意，即使他們可能面臨比年輕人更多的健康挑戰。

### 老年憂鬱的特殊樣貌與文化因素

老年憂鬱症的表現方式與年輕族群有顯著差異，這也是為什麼它經常被忽視或誤診的原因。根據研究，老年憂鬱症的盛行率在不同國家和地區有很大差異。Cai等人（2023）的系統性回顧發現，全球老年人憂鬱症的盛行率約為35.1%，但這個數字在不同的社會經濟條件下有顯著差異。在低收入和中等收入國家，老年憂鬱症的盛行率（41.3%）明顯高於高收入國家（20.0%），這可能與教育程度、養老金制度、醫療資源取得等因素有關。

在生物學基礎下，高齡者的血清素系統衰退更為顯著，但不同於年輕患者主要是功能性失調，老年患者往往伴隨結構性改變，如海馬迴萎縮和白質病變。其次，老年憂鬱症常伴隨血管性因素，有些長者會有腦部微

小血管病變會影響情緒調節迴路，導致「血管性憂鬱症」，患者除了情緒低落外，還會出現執行功能障礙、處理速度變慢等症狀。這種生物學基礎使老年患者更傾向於表達「腦子不靈光」、「反應變慢」，而非直接訴說情緒困擾。

在症狀上，身體化症狀在老年憂鬱症中特別突出。老年人較少直接表達情緒困擾，反而常以身體不適呈現，如慢性疼痛、腸胃問題、頭暈、疲勞等。這些症狀往往被歸因於身體疾病或正常老化，而忽略了背後可能的情緒問題。其次，認知功能問題也是老年憂鬱症的重要特徵。記憶力減退、注意力不集中、決策困難等症狀可能被誤認為是失智症初期。事實上，憂鬱症引起的認知障礙（又稱為假性失智）是可逆的，經過適當治療後認知功能可以改善。這與真正的失智症有本質上的差異，因此正確診斷非常重要。

老年憂鬱症不容易被注意到的原因是因為，華人／長輩情緒表達往往更為含蓄，可能更少直接且明顯地表現悲傷或哭泣，反而可能表現為煩躁、焦慮、易怒或對事物失去興趣。有些老年人甚至會否認自己感到憂鬱，而是抱怨「沒有精神」、「提不起勁」或「活著沒意思」。最後，社交退縮是老年憂鬱症的常見表現。患者會逐漸減少參與原本喜歡的活動，拒絕與親友互動，甚至連基本的自我照顧都變得困難。這種退縮行為形成惡性循環，社交孤立會加重憂鬱症狀，而憂鬱又讓人更不想與外界接觸。



### 華人文化的特殊考量：報喜不報憂

Fujiwara等人（2022）在討論社會脆弱性（social frailty）時指出，社會資本和老年憂鬱症之間存在密切關係，而這種關係在不同文化背景下有不同的表現。像是「報喜不報憂」是華人文化的重要特徵。許多長輩認為向子女訴苦會造成負擔，選擇獨自承受情緒困擾。他們可能會說「不想讓孩子擔心」或「自己的事自己解決」。這種文化價值觀雖然出於善意，卻可能延誤治療時機。

對精神疾病的污名化在華人社會仍然普遍存在。憂鬱症常被視為「想不開」、「意志薄弱」或「精神有問題」，這種偏見讓許多患者和家屬抗拒尋求專業協助。有些家庭甚至認為家人患有精神疾病是「家醜」，不願意對外求助。傳統的「養兒防老」觀念在現代社會面臨挑戰。隨著家庭結構改變，子女可能因工作繁忙、居住距離遙遠而無法經常陪伴父母。這種期待與現實的落差，可能造成長輩的失落感和被遺棄感。同時，現代社會強調個人主義和獨立，與傳統的集體主義價值觀產生衝突，也可能增加老年人的適應困難。

男性長輩面臨特殊的文化壓力。受「男兒有淚不輕彈」、「男人要堅強」等傳統觀念影響，男性長輩更難表達情緒需求。他們可能將憂鬱症狀轉化為憤怒、酗酒或身體不適，而不是直接表達悲傷或脆弱。Apeso-Varano（2019）的研究發現，工人階級的老年女性在面對憂鬱時，會在維持傳統女性角色和追求個人自主之間掙扎，這種性別化的經驗在華人社會中可能更為明顯。面子文化也是影響求助行為的重要因素，像是擔心被貼上「精神病」標籤、影響家族顏面，或被認為是家庭教養失敗，都可能阻礙患者和家屬尋求協助。

### 老年憂鬱的風險因子與保護因素

造成老年憂鬱的風險包括個體又同時帶其他的慢性疾病，特別是中風、癌症、心臟病、糖尿病等。這些疾病不僅造成身體痛苦，也可能限制日常活動、增加醫療負擔，進而影響情緒。功能限制也是關鍵因素，當老年人無法獨立完成日常生活活動時，自尊和自主性受到威脅，容易產生無助感和憂鬱情緒。

另外，社交孤立和孤獨感是老年憂鬱的重要預測因子。隨著年齡增長，社交網絡可能因為退休、喪偶、朋友過世等原因而縮小。研究顯示，孤獨感與憂鬱症風險增加有顯著關聯。睡眠問題，包括失眠或睡眠品質不佳，既可能是憂鬱症的症狀，也可能是風險因素。照顧者壓力是另一個重要議題。照顧失能或失智配偶的老年人，承受巨大的身心壓力，憂鬱症風險明顯增加。經濟困難、缺乏運動、藥物副作用（特別是某些降血壓藥、安眠藥）也都可能增加憂鬱風險。然而，也有一些保護因素可以降低老年憂鬱的風險。良好的社會支持網絡、規律的身體活動、充足的睡眠、均衡的營養、有意義的活動參與、宗教或靈性信仰、正向的因應策略等，都有助於維護心理健康。

### 陪伴老年憂鬱親友的藝術：同理心

首先，家人需要學會觀察長輩的情緒和行為變化。這不是要成為診斷專家，而是要能夠及時發現異常並尋求專業協助。定期關心長輩的情緒狀態，可以透過日常對話了解他們的想法和感受。重要的是創造一個安全、不帶批判的溝通環境，讓長輩願意分享內心的困擾。耐心傾聽是陪伴的核心。當長輩表達負面情緒時，避免立即給予建議或試圖「解決」問題。有時候，他們需要的只是被聽見和理解。可以使用同理心的回應，如「聽起來你真的很難過」、「這對你來說一定很不容易」，而不是說「不要想太多」或「要往好處想」。

陪同就醫也是重要的支持。許多老年

人對看精神科有抗拒，家人的陪伴可以減少焦慮。在就診時，可以協助記錄症狀、用藥情況和醫師建議，因為憂鬱症可能影響記憶和專注力。同時，家人也可以提供醫師更全面的資訊，幫助診斷和治療。另外，維持規律的生活作息對憂鬱症患者特別重要。協助長輩建立固定的起床、用餐、活動和就寢時間，可以穩定情緒和改善睡眠。即使長輩沒有食慾，也要鼓勵定時進食，確保營養攝取。

在活動安排上，需要在鼓勵和尊重之間找到平衡。強迫參與活動可能造成反效果，但完全不活動會加重憂鬱。可以從小型、低壓力的活動開始，如短暫散步、澆花、聽音樂等。逐漸增加活動的頻率和強度，但要隨時觀察長輩的反應和接受度。營造安全、舒適的居家環境也很重要。充足的自然光線、整潔但不過於整齊的空間、保留一些個人物品和回憶，都有助於情緒穩定。同時要注意居家安全，預防跌倒等意外，因為身體受傷可能加重憂鬱症狀。

### 善用台灣在地資源：個別化的支持策略

台灣有豐富的老年心理健康資源，但需要知道如何取得和運用。醫療資源方面，各大醫院都設有精神科或身心科門診，部分醫院更有老年精神醫學次專科。選擇有老年精神醫學專長的醫師，可以獲得更適切的診斷和治療。

長照2.0提供多元的服務，不只是傳統的居家照顧。社區關懷據點與日間照顧中心提供結構化的活動和社交機會。除能夠減輕家

庭照顧壓力，同時提供長輩所需的刺激和支持。除了常見的社區關懷據點，還有許多創新的服務模式。例如，樂齡學習中心提供多元的學習課程，從語言、電腦到藝術、運動都有。銀髮健身俱樂部則提供小規模、多元化的活動選擇，可能更適合不喜歡大型團體的長輩。

只不過，並非所有長輩都適合參加社區活動或團體課程。對於內向、不喜歡社交或男性長輩，需要更個別化的支持策略。對於內向的長輩，可以安排一對一的互動而非團體活動。例如，請信任的鄰居或朋友定期來訪，進行簡單的聊天或共同活動，也可以考慮寵物陪伴。男性長輩可能更偏好任務導向的活動。從他們原本的興趣或專長著手，如修理東西、園藝、下棋等，創造自然的社交機會。重要的是讓他們感受到自己仍然有用、有價值。可以請他們擔任顧問或指導者角色，如教導孫輩技能、分享專業知識或人生經驗。

### 結語：打破迷思，理解每一種老人形象

老年憂鬱症是一個複雜而普遍的問題，需要全社會的關注和努力。它不是正常老化的一部分，而是可以預防和治療的疾病。透過提高認識、早期發現、適當治療和持續支持，大多數患者都能獲得改善。在面對老年憂鬱症時，我們需要打破多重迷思：老化不等於憂鬱、尋求幫助不是軟弱、精神疾病不是恥辱。特別在華人文化中，我們需要在尊重傳統價值的同時，建立更開放和支持性的態度。

每位長輩都有其獨特的生命故事、文化背景和個人需求。沒有一種方法適合所有人，需要我們以開放、彈性和創意的方式提供支持。特別是對於那些不符合「標準」老人形象的長輩，內向的、不愛社交的、固執的、難以親近的，更需要我們的理解和耐心呢！🌱

### | 參考文獻 |

- Apesoa-Varano, E. C. (2019). From shame to dignity: Elderly women, depression, and the feminine self. *Sociological Perspectives*, 62(2), 200-219. <https://doi.org/10.1177/0731121417753372>
- Cai, H., Jin, Y., Liu, R., Zhang, Q., Su, Z., Ungvari, G. S., Tang, Y. L., Ng, C. H., Li, X. H., & Xiang, Y. T. (2023). Global prevalence of depression in older adults: A systematic review and meta-analysis of epidemiological surveys. *Asian Journal of Psychiatry*, 80, 103417. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2022.103417>
- Fujiwara, Y., Kondo, K., Koyano, W., Murayama, H., Shinkai, S., Fujita, K., Arai, H., & Horiuchi, F. (2022). Social frailty as social aspects of frailty: Research, practical activities, and prospects. *Geriatrics & Gerontology International*, 22(12), 991-996. <https://doi.org/10.1111/ggi.14492>
- Lum, T. Y. (2022). Social capital and geriatric depression in the Asian context. *International Psychogeriatrics*, 34(8), 671-673. <https://doi.org/10.1017/S1041610222000576>
- National Institute on Aging. (n.d.). Depression and older adults. Retrieved from <https://www.nia.nih.gov/health/depression-and-older-adults>
- Smith, K. (2014). A world of depression. *Nature*, 515, 181. <https://doi.org/10.1038/515180a>