

職業相關之創傷後壓力症候群認定參考指引

撰寫者：郭耀昌醫師

一、導論

根據1996年芬蘭統計，憂鬱症死亡人數中有4%可歸因於工作。依據澳洲的研究顯示，男性憂鬱症約13.2%與工作有關，而女性憂鬱症患者中約17.2%與工作相關，而且均有顯著意義。在日本，申請工作相關之精神疾病案件中，約有四分之一被鑑定為與工作有關。

目前多數國家、世界勞工組織及歐盟等國際組織尚未將因工作壓力造成的精神疾病納入職業病種類表列項目。科學界對精神疾病的致病機轉至今仍有許多不明瞭的地方，一般認為，精神疾病之致病原因多元，通常為複合式病因所引起。而職業因素造成的精神疾病，以日本為例，1999年至2007年被認定的1058個個案中除一例因腦部傷害所造成的器質性精神疾病外，其餘都包含於ICD-10中F3情感性疾患及F4精神官能症、壓力相關性與身體障礙疾病中。

精神疾病的診斷是疾病當中診斷較容易有爭議的，往往連疾病是否存在認定也不容易，而且常需要觀察一段相當的時間才能確定診斷，而憂鬱症是由許多因素所引發，其中基因是一項重要因素。以日本為例，憂鬱症患者中僅有五分之一可以找到相關的壓力事件。因此，在確實致病機轉不明的狀況下要判斷憂鬱症與工作的相關性，很容易造成醫病、勞資間之爭議。心理壓力既然是一項一般認為引發憂鬱症的重要因素，如果對工作相關憂鬱症之診斷沒有合理的規範，其求償過程可能反而對患者造成進一步傷害，由此可見訂定認定參考指引與判斷流程的重要性。創傷後壓力症候群是眾多精神疾病當中較容易建立與工作壓力事故有關的診斷疾病，在職業病認定上需對「工作上的壓力」、「非工作上的壓力」以及「個別因素」等做一綜合評估。為了能客觀評估各種壓力事件的強弱程度，特製訂此一客觀、具體、標準化之評估工具及認定參考指引。本指引主要參照行政院勞委會勞工

安全衛生研究所『職業外傷後創傷後壓力症候群認定基準研究』(郭育良等著)及98年『工作相關心理壓力時間引起精神疾病認定參考指引』撰寫以供參酌依據。

目標疾病：由精神科醫師出具之診斷書註記為創傷後壓力症候群之診斷。

具潛在暴露的風險：

由於工作中遭受嚴重身體傷害之後所發生的創傷後壓力症候群直接與工作中遭外傷有關，因此所有容易造成工作外傷之行業，均為其潛在暴露的行業。

二、醫學評估與鑑別診斷

健康個體在遭逢巨大壓力及創傷後，可能立即發生類似解離狀態 (dissociative state) 之症狀，包括如麻木感 (numbness) ，疏離感 (detachment) 、侷限之注意力、去現實感 (derealization) 、去自我感 (depersonalization) 、解離性失憶 (dissociative amnesia) 以及對外界覺知 (awareness) 能力之減弱。此外如自律神經過度反應、過度警覺、逃避反應、以及創傷經驗之持續地再體驗等，亦有可能在災難後迅速產生。創傷後壓力症候群已歸納入美國精神疾病診斷手冊 (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM) 之其一項目中，第三版 (DSM-III) 即開始有其診斷標準。其第四版 DSM-IV 將急性壓力症 (acute stress disorder: ASD) 之診斷概念加入；另外在國際疾病分類 (ICD-10) 版本中歸類為 F43.1 項目。

PTSD 在 DSM-IV 的診斷準則，乃根據 DSM-III-R 而作以下幾點修正；首先，DSM-IV 對於原來界定不清的壓力事件作更明確的定義：暴露於極度的創傷壓力事件之後，而且產生強烈的害怕、無助感、或恐怖感；DSM-IV 中的準則三強調對創傷事件相關的刺激同時出現持續的逃避而對一般反應麻木；另外，DSM-IV 附加指出，症狀障礙 (準則二、三、四) 之持續時間須超過一個月，若是短於一個月則適當的診

斷為急性壓力疾患（acute stress disorder）。DSM-IV 也將 PTSD 依其症狀持續時間長短分為急性與慢性，若持續時間短於三個月為急性，為三個月或更長即慢性；當症狀於創傷事件至少六個月之後才出現則標示為延遲開始。

為了避免不適當及錯誤的診斷，醫療人員不只要列舉病患之橫切面症狀，也須細心的搜集縱切面的病史，以充分了解何症狀是次發於創傷壓力。一般而言，PTSD的正確診斷，包括確定壓力事件發生及其後的相關症狀，和進一步的鑑別診斷。有關創傷後壓力症候群精神疾病診斷及統計手冊第四版DSM-IV規範之診斷要件如下：

(一)個案應經歷過某種創傷事件(同時具備以下兩項要件):

1. 經歷事件特質：此人曾經歷、目擊、或被迫面對一種或多種事件；此事件牽涉到真實或具威脅性的死亡、真實的或具威脅性的身體傷害、或威脅到自己或其他人身體的完整性。
2. 對於經歷事件的反應：此人的反應包括強烈的害怕、無助感、或恐怖感受。

(二)此創傷事件會持續被再度體驗且以下列一項（或多項）方式表現:

1. 反覆及侵入性的出現此事件的痛苦回憶，包括想像、思考、或知覺。
2. 反覆出現此事件的痛苦夢魘。
3. 當創傷事件再發生（包括憑想像再度體驗此經驗之感受、錯覺、幻覺、及發生在清醒或中毒時之解離性「瞬間重返過去的經驗」。），出現突發的行為或感受。
4. 當暴露於象徵或類似創傷事件之內在或外在相關線索，出現強烈的心理煩惱。
5. 當暴露於象徵或類似創傷事件之內在或外在相關線索，出現生理的反應。

(三)對創傷事件相關的刺激產生持續的逃避，且對一般的反應表現麻木（並不出現在創傷之前），有以下至少三項表現：

1. 努力逃避與創傷有關的思考、感覺、或談論。
2. 努力逃避會引發創傷回憶的活動、地點、或人物。

3. 無法回想起創傷的重要內容。
4. 對於重要活動的興趣或參與明顯減少。
5. 感覺與他人分離或疏遠。
6. 侷限的情感範圍。（例如：無法有愛的感覺。）
7. 對前途感悲觀。（例如：不能預期有事業、婚姻、或正常的壽命。）

(四) 因為自律神經激發而有持續升高警覺性之症狀（不出現在創傷之前），有下列至少二項表現：

1. 難以入眠或難以維持睡眠。
2. 激動或爆發憤怒。
3. 難以保持專注。
4. 過份警覺。
5. 過度的驚嚇反應。

(五) 上述(二)至(四)項出現的症狀持續時間超過一個月。

(六) 上述(二)至(四)項出現的症狀引發臨床上表現出苦惱，或對於社會的、職業的、或其他重要領域的功能性損傷。

從創傷事件發生到出現疾病症狀之間的潛伏期有數週到數個月之久，但很少會超過六個月；上述的症狀持續時間少於三個月為『急性』，超過三個月者為『慢性』疾病。

在進行職業相關的創傷後症候群診斷時醫師必須仔細詢問過去及現在的病史以排除非職業因素之影響，也必須調查過去的精神疾病史；除了工作史與工作內容的調查之外，也必須了解職業外傷發生的經過，在此同時應詢問個案在受傷時有無失去知覺的情形、受傷的臨床診斷、及受傷後的醫療住院情形；對於受傷及醫療後所殘餘的併發症或失能狀況都必須做完整的評估。

三、流行病學的證據

研究顯示在必須住院 24 小時以上的外傷患者有10%發生創傷後壓力症候群(posttraumatic stress disorders, 簡稱 PTSD), 亦有10%發生重鬱症(major depression), 而此兩種疾病常同時發生形成所謂共病現象

(comorbidity)[1]。其症狀一般落於三大類現象中：患者會在夢中或記憶中不斷重覆事件經過、過度激動而影響睡眠或有睡眠障礙及拒絕想起或參與任何與災難事件有關的活動。在眾多流行病學研究針對一般社區族群進行PTSD及災難事件的盛行率和危險因子調查發現較為一致的危險因子包括：精神疾病病史、孩童時期創傷經歷、精神疾病家族史。[2-4]有研究報告顯示在工作意外傷害之後，有34.7%的患者會出現創傷後壓力症候群的症狀，且出現創傷後壓力症候群的患者有較顯著的憂鬱症狀。[5] 根據 MacDonald 等人以回顧資料方法，針對四十四名勞工之研究發現82%勞工曾親身經歷過創傷事件，18%勞工則是目擊事件，而最常出現的創傷後壓力症候群症狀為失眠（96%），其次為回想起事件的沮喪感覺（89%），接下來是86%的勞工會迴避易喚起創傷回憶的人、地、物。根據台灣的921地震災民調查發現性別（女性）、婚姻狀態（離婚／分居）、職傷後曾昏迷、受傷影響外觀、受傷後住院天數、過去創傷經驗、受傷前食用精神藥物與受傷後創傷經驗都是勞工職傷後容易有精神疾病與創傷後壓力症候群的危險因子。[6, 7]依據中央研究院針對生活壓力的研究顯示本人受重傷、事業上的轉變及工作被開革均為正常人及精神病人組所認為的重大生活壓力事件，而另有研究顯示，事業上的失敗或破產也屬重大生活壓力事件。美國在911攻擊事件後，有許多未受傷的人也有創傷後壓力症群，而臺灣的921地震過後也有類似情況，顯示事件的目擊者也與精神症狀相關。

四、暴露證據收集的方法

判斷職業性相關的創傷後症候群時，對暴露證據的收集應包括下列幾項：

- (一) 暴露事件發生之時間、臨床診斷、有無失去知覺之情況、因為外傷所需的醫療狀況、醫療後的併發症、是否造成危及生命、外貌影響及殘障或失能的狀況均應儘量詳細記錄。
- (二) 詳細描述個案與事件之間的關係；例如：親身經歷或現場目睹事件之發生。

- (三)如果需要，可詢問當事人之同事、上司、下屬、家人、朋友或蒐集其他書面或影像資料，或使用攝影機至工作場所，將工作場所及工作情況進行錄影記錄。
- (四)暴露之職業外傷事件種類，對於上下班途中的交通意外事故造成的外傷可以考慮納入。
- (五)勞工的工作時間表和工作項目、工作量、工作難易度以及從事該工作的時間。
- (六)收錄其他可能引起壓力之非工作相關暴露事件。

五、職業相關創傷後症候群疾病的認定原則

必須在親身經歷或目睹職業相關的外傷或重大意外事故發生的前提下才依循下列原則進行評估與認定。

(一)主要認定基準

根據ICD-10的診斷指引，除非疾病症狀的發生是在創傷事件發生後六個月內出現，否則很難下此診斷。特殊例外情形請見第3項說明。

1. 應有精神科專科醫師作創傷後壓力症候群之診斷，診斷之內容項目，應符合有關 PTSD 之要項(參照四、(一)至(四)醫學評估與鑑別診斷要項)。
2. 職業所造成之創傷事件，應同時具備下列條件：
 - (1)此事件是指患者經驗到(含：親身經驗及現場目睹)職業所引起之外傷事件，或上下班時交通意外事件，且牽涉到真實的或具威脅性的死亡、真實的或具威脅性的身體傷害、或威脅到自己身體的完整性等情境。
 - (2)該事件應符合四、(一)1、2之描述
 - ①經歷事件特質：此人曾經歷、目擊、或被迫面對一種或多種事件；此事件牽涉到真實或具威脅性的死亡、真實的或具威脅性的身體傷害、或威脅到自己或其他人身體的完整性。
 - ②對於經歷事件的反應：此人的反應包括強烈的害怕、無助感、或恐怖感受。
 - (3)創傷事件須於工作中發生，並且因職業因子所導致；或在上下班

時發生交通意外所導致。

3. 如果從時間發生到疾病出現之間的潛伏期超過六個月，但是有非常典型的PTSD症狀且排除其他如：焦慮、強迫症或憂鬱症之可能性時，仍可歸類為“可能”病例(probable)。這類病人常會出現反覆的侵入記憶、白日夢、或者在夜夢中一再重現回憶此事件，伴隨著情緒疏離、情感麻木或逃避可能引起痛苦回憶的刺激行為。

(二) 輔助認定原則

如有相同經歷者出現同樣症狀或疾病，其存在可以協助該疾病之認定，但若無該項資料，亦有可能認定該疾病屬職業相關。

五、參考文獻

- (一) ML, O. D., et al., Psychiatric Morbidity Following Injury. *Am J Psychiat*, 2004. 161: p. 507-514。
- (二) N, B., D. GC, and A. P, Risk factors for PTSD-related traumatic events: a prospective analysis. *Am J Psychiat*, 1995. 152: p. 529-535。
- (三) FH, N., Epidemiology of trauma: frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Consult Clin Psychol*, 1992. 60: p. 409-418。
- (四) M, C., B. P, and M. AC, Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychol Med*, 2001. 31: p. 1237-1247。
- (五) GJ, A., et al., Posttraumatic stress disorder and work-related injury. *J Anxiety Dis*, 1998. 12: p. 57-69。
- (六) Chang, C.M., Predictors of Post-traumatic Outcomes Following the 1999 Taiwan Earthquake. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2005. 193: p. 40-46。
- (七) Chou, H.C., Epidemiologic psychiatric studies on

post-disaster impact among Chi-Chi earthquake survivors in Yu-Chi, Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2007. 61: p. 370-378 ◦