

# 精神科門診初診主訴失眠患者的診斷分析

莊慧馨 邱南英 胡淑惠

**背景及目的：**國內外研究報告顯示，精神科患者的失眠盛行率高，本研究擬探討精神科初診主訴失眠患者的精神科診斷。

**方法：**收集民國 91 年 3 月到 5 月至中部一家醫學中心精神科門診求醫的初診個案，將有失眠主訴者列為研究對象，經過會談、填寫問卷、調查失眠的情形，用聯合國世界衛生組織的國際疾病分類第十版(ICD-10)中的精神與行為障礙的分類作診斷，將失眠情形與初診的精神科診斷作分析。

**結果：**初診病人共 557 人，有失眠主訴者為 404 人(佔 72.5%)，男性 176 人(佔男性患者的 69.6%)、女性 228 人(佔女性患者的 75.0%)，年齡分佈為 13 至 90 歲。精神科診斷方面：鬱症發作、復發性鬱症、持久情感障礙症及其他情感障礙症為 43.3%，精神作用物質引起的精神疾病與行為障礙為 11.4%，焦慮疾患為 10.9%，精神分裂症、準精神分裂症與妄想性疾患為 7.4%，器質性精神疾患為 6.2%，嚴重壓力的反應與適應障礙症為 5.0%。失眠型態的分佈：困難入睡者為 64.8%，頻醒為 33.8%，早醒為 24.2%。

**結論：**失眠為精神科門診初診個案的常見主訴，有失眠主訴的患者其精神科的診斷以鬱症發作、復發性鬱症、持久情感障礙症及其他情感障礙症最多，精神作用物質引起的精神疾病與行為障礙居次，第三為焦慮疾患，其中失眠型態又以困難入睡為最多。(Changhua J Med 2004;9:254-260)

**關鍵詞：**失眠，精神科門診，精神科診斷

## 前 言

失眠為人們常見的主訴，流行病學調查的資料顯示，社區中失眠的盛行率由 11.9%到 28.5% [2-8]。

失眠盛行率會因失眠的定義、研究的對象、研究的方法…等的不同，而有差異[9]。在如此多主訴失眠的患者中，在許多調查的結果顯示尋求醫療幫助的比例偏低。有憂鬱、焦慮症狀的失眠患者又因為他們睡眠的問題尋求不同的醫療，如一般內科、家庭醫學科、神經科等，因無法對其精神疾病作正確的診斷與治療，而造成醫療的浪費[10]。因此一般社區心理衛生的訓練涵蓋睡眠的部分是重要的[11]，這些知識需要流行病學的佐證。

國內外的研究報告顯示，精神疾病患者的失眠盛行率高，精神疾患的病人合併失眠比一般社區群眾的失眠有較高的盛行率[12]，但是有關失眠與精神疾病的流行病學研究不多。失眠的問題常常和精神疾病相關，或失眠即是精神疾病的症狀[13]。因此失眠所造

成的影響，以精神醫學的觀點，除評估失眠的型態之外，相關的精神疾病、物質濫用/依賴[16]、身體疾病和原發的睡眠障礙也是該考慮的[14-15]，然而失眠如和精神症狀的相關性，仍需進一步的探討[17]。

本研究擬探討精神科初診主訴失眠患者的精神科診斷，以及不同的診斷中所呈現的失眠型態。

## 材料與方法

### 研究對象

本研究的對象為民國 91 年 3 月 1 日到 5 月 31 日三個月間，台灣中部一家醫學中心精神科門診的所有初診個案，共 557 人，有失眠主訴者共 404 人。

### 變項

收集的變項包括基本資料、精神科診斷、睡眠的型態、物質濫用/依賴等四類。1.基本資料：包括性別、年齡、教育程度、職業、婚姻狀態；2.精神科的診斷：

財團法人彰化基督教醫院精神科

受文日期：93 年 2 月 25 日，修改日期：93 年 5 月 1 日，接受刊載：93 年 5 月 25 日

索取抽印本請聯絡：邱南英醫師，彰化市南校街 135 號，彰化基督教醫院精神科

E-mail: 11067@cch.org.tw

使用聯合國世界衛生組織的國際疾病分類第十版(ICD-10)中的精神與行為障礙的分類作診斷，共十四類；3.睡眠的型態：包括有無失眠、是否有困難入睡、頻醒、早醒；4.物質濫用/依賴：包括香菸、酒及其他的物質。

## 研究方法

請研究對象填寫問卷，收集基本資料、睡眠的型態、物質濫用/依賴的情形。精神科初診的診斷乃病人與精神科醫師會談，使用聯合國世界衛生組織的國際疾病分類第十版(ICD-10)中的精神與行為障礙的分類作診斷[1]。檢視會談的紀錄、病歷資料、與問卷，完成登錄。之後檢視主訴失眠者的精神科診斷比例，比較失眠與否對精神科診斷的分佈是否有影響，並將失眠型態與初診的精神科診斷作分析。本研究統計使用 SPSS PC+ for window 10 軟體，類別變項採用卡方檢定。

## 結 果

初診病人共 557 人，有失眠主訴者為 404 人(佔初診患者的 72.5%)，男性 176 人(為男性患者的 69.6%)、女性 228 人(為女性患者的 75.0%)，並無統計上顯著的差異(表一)。年齡分佈為 13 至 90 歲。有失眠主訴的患者其初診的精神科診斷方面(表二)：鬱症發作、復發性鬱症、持久情感障礙症與其他情感障礙症為 43.3%，精神作用物質引起的精神疾病與行為障礙為 11.4%，焦慮疾患為 10.9%，精神分裂症、準精神分裂症與妄想性疾患為 7.4%，器質性精神疾患為 6.2%，嚴重壓力的反應與適應障礙症為 5.0%，躁症發作、雙相情感障礙症為 0.7%，飲食障礙症為 0.5%，非器質性睡眠障礙症為 14.1%，智能不足為 0.2%。

表一、性別與主訴失眠 N = 557

失眠與否	性別		合計
	男性 N = 253 (%)	女性 N = 304 (%)	
無失眠	7(30.4)	76(25.0)	153
失眠	176(69.6)	228(75.0)	404

無失眠主訴的患者其初診的精神科診斷方面(表二)：無精神科診斷佔 20.0%，鬱症發作、復發性鬱症、持久情感障礙症其他情感障礙症為 19.0%，精神作用物質引起的精神疾病與行為障礙為 4.6%，焦慮疾患為 18.3%，精神分裂症、準精神分裂症與妄想性疾患為 10.5%，器質性精神疾患為 13.1%，嚴重壓力的反應與適應障礙症為 12.4%，躁症發作、雙相情感障礙症為 2.0%，飲食障礙症為 1.3%，非器質性睡眠障礙症為 2.0%，成人人格與行為障礙症有 3.9%，智能不足為 11.1%。

檢定有無失眠對精神科診斷的分佈，將有無失眠主訴與精神科診斷為變項，使用卡方檢定 P 值小於 0.001，達統計上顯著差異。

失眠型態的分佈：困難入睡者為 64.8%，頻醒為 33.8%，早醒為 24.2%。不同的失眠型態發生率皆以物質引起的精神疾病最多。不同的精神科診斷，失眠型態的發生率則不同(表三)。若各個診斷以失眠發生率來說，前三名為物質引起的精神疾病、憂鬱症、精神分裂症(比率分別為 86.8%、85.8%、65.2%)；而困難入睡的發生率前三名為物質引起的精神疾病、憂鬱症、精神分裂症(83%、75.5%、60.9%)；頻醒發生率前三名為物質引起的精神疾病、憂鬱症、器質性精神疾病(52.8%、44.1%、33.3%)；早醒發生率前三名為物質引起的精神疾病、器質性精神疾病、躁症(49.1%、44.4%、33.3%)。

## 討 論

由本研究可知，精神科初診病人失眠與否在精神科的診斷分佈上有差異。許多的研究指出，失眠的問題常常和精神疾病相關，不過失眠為精神疾病的症狀？或為精神疾病的觸發因子[18]？或失眠本身就是一種精神疾病[19-20]？失眠和精神疾病的相關性研究仍較缺乏[21]。

探討主訴失眠於精神科診斷的影響，可由生理心理社會環境各個層面分別探討。生理層面需考慮失眠與精神症狀的生理相關性，許多精神疾病有失眠的症狀，但失眠只是精神疾病的前驅？或失眠是惡化精神疾病的因子？失眠本身也可可是精神科的獨立診斷—睡眠障礙。因此失眠和精神疾病可以是獨立的，又可互為因果，在病理學上，兩者的關係難以區分[18-20]。

心理層面考慮病人面對精神疾病或失眠的態度，失眠是精神科門診常見的主訴，病人來求醫是單獨因為失眠或因為精神科其他的診斷所造成的障礙而來，均需列入考慮，因此需考慮精神科門診病人的求醫行為。不同診斷的求醫行為是需要探討的。許多

表二、精神科診斷與主訴失眠

N = 557

精神科診斷	失眠與否		合計
	無失眠 N = 153 (%)	失眠 N = 404 (%)	
無診斷	3(20.0)	0(0)	3
F0(器質性精神疾患)	20(13.1)	25(6.2)	45
F1(精神作用物質引起的精神疾病與行為障礙)	7(4.6)	46(11.4)	53
F2(精神分裂症、準精神分裂症與妄想性疾患)	16(10.5)	30(7.4)	46
F30-31(躁症發作、雙相情感障礙症)	3(2.0)	3(0.7)	6
F32-34(鬱症發作、復發性鬱症、持久情感障礙症其他情感障礙症)	29(19.0)	175(43.3)	204
F40-42(焦慮疾患)	28(18.3)	44(10.9)	72
F43(嚴重壓力的反應與適應障礙症)	19(12.4)	20(5.0)	39
F45(擬身體障礙症)	0(0)	1(0.2)	1
F50(飲食障礙症)	2(1.3)	2(0.5)	4
F51(非器質性睡眠障礙症)	3(2.0)	57(14.1)	60
F7(智能不足)	17(11.1)	1(0.2)	18

\*檢定有無失眠對精神科診斷的分佈，將有無失眠主訴與精神科診斷為變項，卡方檢定 P 值小於 0.001，有顯著意義。

表三、精神科診斷與失眠型態

N = 557

精神科診斷	失眠型態			
	失眠	困難入睡	頻醒	早醒
F0(器質性精神疾患) N = 45 (%)	25(55.6)	18(40.0)	15(33.3)	20(44.4)
F1(精神作用物質引起的精神疾病與行為障礙) N = 53 (%)	46(86.8)	44(83)	28(52.8)	26(49.1)
F2(精神分裂症、準精神分裂症與妄想性疾患) N = 46 (%)	30(65.2)	28(60.9)	10(21.7)	3(6.5)
F30-31(躁症發作、雙相情感障礙症) N = 6 (%)	3(50.0)	1(16.7)	0(0)	2(33.3)
F32-34(鬱症發作、復發性鬱症、持久情感障礙症其他情感障礙症) N = 204 (%)	175(85.8)	154(75.5)	90(44.1)	64(31.4)
F40-42(焦慮疾患) N = 72 (%)	44(61.1)	43(59.7)	12(16.7)	3(4.2)
F43(嚴重壓力的反應與適應障礙症) N = 39 (%)	20(51.3)	18(46.2)	5(12.8)	2(5.1)
F45(擬身體障礙症) N = 1 (%)	1(100)	1(100)	0(0)	1(100)
F50(飲食障礙症) N = 4 (%)	2(50)	2(50)	0(0)	0(0)
F51(非器質性睡眠障礙症) N = 60 (%)	57(95.0)	51(85.0)	28(46.7)	14(23.3)
F7(智能不足) N=18(%)	1(5.6)	1(5.6)	0(0)	0(0)
總數	404	361	188	135

研究發現，若病人只單純有失眠的困擾，多數不會到精神科門診求助[10-11]，合併有較嚴重的精神疾病症狀，才會到精神科門診求醫。因此失眠會到精神科門診的比例相當低，失眠的患者多數自行服成藥，或使用酒精[22]，雖然這反而會使失眠的情形更加惡化，而且這一群病人使用其他醫療的頻率也會較高，或許這是病人心理上不能接受罹患精神疾病，或者不知道失眠至精神科門診求醫較能獲得更好的處理。所以本研究中，精神科初診的失眠患者，最多為物質引起的精神疾病，而非社區的失眠研究結果所顯示的憂鬱與焦慮疾患[23]，由精神科門診的主要診斷分開作初步的解釋，若要了解不同的診斷的失眠情形，則診斷中各個類別的病人數須達有效的數量，加以探討才有意義。

社會層面則需考慮社會大眾對精神疾病的看法與瞭解，以及目前精神科門診的病人組成，因為社會大眾對精神科仍有誤解，所以多數有失眠症狀的精神官能症患者大多到一般醫療尋求幫助，精神科門診的病人組成主要為嚴重的精神病患，如精神分裂症、情感性精神疾患、物質物質引起之精神疾病。當出現明顯的精神問題，造成重大的生活影響，才會到精神科門診。因本研究收集的個案為精神科門診初診的病人，可能出現收集個案的偏差，無法將結論外推於一般社區或其他醫療的門診情形。

本研究是收集一段時期的精神科初診病人，檢視診斷與失眠的關係，某些診斷的病人數目少，如嚴重壓力的反應與適應障礙症、飲食障礙症、智能不足和人格與行為障礙症，精神科門診主要的病人多以鬱症發作、復發性鬱症、持久情感障礙症其他情感障礙症、精神作用物質引起的精神疾病與行為障礙、焦慮疾患、精神分裂症、準精神分裂症與妄想性疾患、器質性精神疾患為主，外推需謹慎考慮其他可能影響的因素。

在失眠型態的分析中，就發生的比例而言，困難入睡比頻醒和早醒高，但是在不同的精神科診斷，失眠型態的發生率則不同。若以不同精神科診斷的失眠發生率來說，前三名為物質引起的精神疾病、憂鬱症、精神分裂症；而困難入睡發生率的前三名為物質引起的精神疾病、憂鬱症、精神分裂症；頻醒發生率的前三名為物質引起的精神疾病、憂鬱症、器質性精神疾病；早醒發生率的前三名為物質引起的精神疾病、器質性精神疾病、躁症。其他的研究失眠型態的報告顯示[24]，失眠前三名為擬身體障礙症、情感障礙症、器質性精神疾病；而困難入睡的前三名為擬身體障礙症、適應障礙症、情感障礙症；頻醒前三名為適應障礙症、器質性精神疾病、情感障礙症、擬身體障礙症；早醒前三名為焦慮性疾患、情感障礙症、精神分裂症(表四)，與本研究的結果不同。造成不同的原因需考慮為研究對象、背景、地點、失眠的定義、風土民情、求醫行為…等因素的影響。這些差異是否可解釋結果的不同，需要進一步的探討。本資料中物質引起的精神疾病在各個失眠型態中比率均最高，或許是因為這些資料乃精神科門診初診的統計結果，與物質相關診斷的病人多因急性物質中毒或戒斷來求醫，合併的失眠問題當然比率會較高。若排除使用物質有關的個案，則以情感障礙症，尤其憂鬱症有較高的失眠情形。若要分析不同的精神科診斷的失眠型態，須針對不同的診斷收集足夠的病人數，本研究只是某段時期的初診病人數，尚無法呈現不同診斷的失眠型態。

本研究的對象為收集民國 91 年初三個月的時間內，中部一家醫學中心精神科門診的所有初診個案，不同的收個案時期診斷類別可能不同，也是需要進一步探討的。

表四、精神科診斷與失眠型態的分佈比較

失眠型態 精神科診斷	失眠	困難入睡	頻醒	早醒
Okuji 等 (2002年)	擬身體障礙症71% 情感障礙症69% 器質性精神疾病67%	擬身體障礙症49% 適應障礙症45% 情感障礙症43%	適應障礙症39% 器質性精神疾病37% 情感障礙症29% 擬身體障礙症29%	焦慮性疾患44% 情感障礙症38% 精神分裂症31%
本研究 (2003年)	物質引起的精神疾病87% 憂鬱症86% 精神分裂症61%	物質引起的精神疾病83% 憂鬱症76% 精神分裂症61%	物質引起的精神疾病53% 憂鬱症44% 器質性精神疾病33%	物質引起的精神疾病49% 器質性精神疾病44% 躁症33%

過去許多社區的失眠的流行病學的研究結果顯示，失眠患者最多的精神診斷為憂鬱症、焦慮性疾患和其他壓力所引起的神官能症，本研究的結果顯示，的確如國外的研究結果，但憂鬱症、焦慮性疾患和其他壓力引起的神官能症的患者出現在精神科門診的相對比例少，因此這類失眠的患者在台灣是否會如國外的報告，使用其他的醫療資源的頻率比沒有失眠的人多，或者他們處理失眠的方式為什麼，或許是進一步可以探討的問題。

## 結 論

由以上的研究結果得知，失眠為精神科門診初診個案的常見主訴，比率高達 72.5%，本研究中有失眠主訴的患者其精神科的診斷以鬱症發作、復發性鬱症、持久情感障礙症及其他情感障礙症最多，精神作用物質引起的精神疾病與行為障礙居次，第三為焦慮疾患。

其中失眠型態又以困難入睡為最多。與困難入睡有關的精神疾病的前三名為物質引起的精神疾病、憂鬱症、精神分裂症；頻醒的前三名為物質引起的精神疾病、憂鬱症、器質性精神疾病；早醒的前三名為物質引起的精神疾病、器質性精神疾病、躁症。

單純的失眠患者較少直接到精神科門診，除非合併嚴重的精神科診斷。其實這群患者不只是生活上覺得較沒品質，無形中也會影響其社會和職業功能，因此教導一般民衆與臨床醫師認識失眠，很重要且為當務之急[25-26]。

### 研究的限制與後續的探討方向

選擇樣本的偏差：只收集台灣中部一家醫學中心的精神科門診的個案，病人樣本數少，尤其某些診斷的病人樣本數很少，無法外推於社區或一般門診，增加病人樣本數或探討不同診斷病人的求醫行為，以增加結論的可靠性是後續的方向。

研究時機的偏差：收集樣本的時間只為三月到五月三個月的期間，期間短，而三月至五月間與其他的時期來就診的個案診斷是否會不同，另外精神科診斷是否會因復發或發作的不同，因此不同的收個案時期所造成的診斷種類偏差，也是需要進一步探討的。

### 臨床意涵

本研究顯示精神科初診的失眠主訴，因精神物質引起的精神疾患發生率最高，因此若遇有失眠主訴的患者，需考慮是否有精神物質引起的精神疾患，詢問精神物質使用的情形[27]。精神科門診的失眠患者

中，主要病患的組成為重大的精神疾患，如精神分裂症、情感性精神疾患、物質物質引起之精神疾病，憂鬱症、焦慮性疾患、精神官能症患者的比例少。這部分的病人仍有高比率的失眠，應進一步探討。也可設計進一步的追蹤，探討失眠的介入治療，是否會影響精神科的診斷。

## 致 謝

感謝彰化基督教醫院證據醫學中心黃靜宜小姐協助本研究的統計分析。

## 參考文獻

- 1.胡海國、林信男等編譯：精神與行為障礙之分類。台北；中華民國精神醫學會，1996。
- 2.Li RH, Wing YK, Ho SC, Fong SY: Gender differences in insomnia-a study in the Hong Kong Chinese population. *J Psychosom Res* 2002;53:601-9.
- 3.Ohayon MM, Hong SC: Prevalence of insomnia and associated factors in South Korea. *J Psychosom Res* 2002;53:593-600.
- 4.Yeo BK, Perera IS, Kok LP, Tsoi WF: Insomnia in the community. *Singapore Med J* 1996;37:282-4.
- 5.Olson LG: A community survey of insomnia in Newcastle. *Aust N Z J Public Health* 1996;20:655-7.
- 6.Henderson S, Jorm AF, Scott LR, Mackinnon AJ, Christensen H, Korten AE: Insomnia in the elderly: its prevalence and correlates in the general population. *Med J Australia* 1995;162:22-4.
- 7.Weyerer S, Dilling H: Prevalence and treatment of insomnia in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. *Sleep* 1991;14:392-8.
- 8.Hohagen F, Kappler C, Schramm E, Rink K, Weyerer S, Riemann D, et al: Prevalence of insomnia in elderly general practice attenders and the current treatment modalities. *Acta Psychiat Scand* 1994;90:102-8.
- 9.Ohayon MM, Roth T: What are the contributing factors for insomnia in the general population? *J Psychosom Res* 2001;51:745-55.
- 10.Mahendran R: Characteristics of patients referred to an insomnia clinic. *Singapore Med J* 2001;42:64-7.
- 11.Backhaus J, Junghanns K, Mueller-Popkes K, Broocks A, Riemann D, Hajak G, et al: Short-term training increases diagnostic and treatment rate for insomnia in general practice. *Eur Arch Psychiat Clin Neuros* 2002;252:99-104.
- 12.Ohayon MM: Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med Rev*

- 2002;6:97-111.
13. Ohayon MM, Roth T: What are the contributing factors for insomnia in the general population? *J Psychosom Res* 2001;51:745-55.
  14. Benca RM: Consequences of insomnia and its therapies. *J Clin Psychiat* 2001;62 (Suppl 10):33-8.
  15. McCall WV: A psychiatric perspective on insomnia. *J Clin Psychiat* 2001;62 (Suppl 10):27-32.
  16. Johnson EO, Breslau N: Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug Alcohol Depen* 2001;64:1-7.
  17. Weissman MM, Greenwald S, Nino-Murcia G, Dement WC: The morbidity of insomnia uncomplicated by psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiat* 1997; 19:245-50.
  18. Chemerinski E, Ho BC, Flaum M, Arndt S, Fleming F, Andreasen NC: Insomnia as a predictor for symptom worsening following antipsychotic withdrawal in schizophrenia. *Compr Psychiat* 2002;43:393-6.
  19. Reite M: Sleep disorders presenting as psychiatric disorders. *Psychiat Clin North Am* 1998;21:591-607.
  20. Gillin JC: Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders? *Acta Psychiat Scand* 1998;393:39-43.
  21. Ohayon MM, Roth T: Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *J Psychiat Res* 2003;37:9-15.
  22. Brower KJ, Aldrich MS, Robinson EA, Zucker RA, Greden JF: Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *Am J Psychiat* 2001;158:399-404.
  23. Schramm E, Hohagen F, Kappler C, Grasshoff U, Berger M: Mental comorbidity of chronic insomnia in general practice attenders using DSM-III-R. *Acta Psychiat Scand* 1995;91:10-7.
  24. Okuji Y, Matsuura M, Kawasaki N, Kometani S, Shimoyama T, Sato M, et al: Prevalence of insomnia in various psychiatric diagnostic categories. *Psychiat clin neuros* 2002;56:239-40.
  25. Leger D: Public health and insomnia: economic impact. *Sleep* 2000;23 (Suppl 3):69-76.
  26. Backhaus J, Junghanns K, Mueller-Popkes K, Broocks A, Riemann D, Hajak G, et al: Short-term training increases diagnostic and treatment rate for insomnia in general practice. *Eur Arch Psy Clin N* 2002;252:99-104.
  27. Johnson EO, Breslau N: Sleep problems and substance use in adolescence. *Drug Alcohol Depen* 2001; 64:1-7.

## Diagnostic Categories in First-visit Psychiatric Outpatients with Insomnia

Hui-Hsin Chuang, Nan-Ying Chiu, Shu-Hui Hu

**Background and purpose:** The purpose of this study was to investigate the psychiatric diagnostic categories of first-visit patients with insomnia in a psychiatric outpatient department.

**Methods:** All new patients with an insomnia complaint attending the outpatient department of psychiatry in a medical center in central Taiwan from March 2002 to May 2002 participated in the study. After an interview and questionnaires were completed and sleep patterns assessed, diagnoses were made according to ICD-10. The psychiatric categories of insomniacs and noninsomniacs were compared by using the  $\chi^2$  test. An analysis of psychiatric diagnoses and sleep patterns was also performed.

**Results:** A total of 404 out of 557 first-visit psychiatric outpatients were included (176 males and 228 females; age range 13-90 years). Among the insomniacs, depressive episode, recurrent depressive disorder, or persistent mood disorders were found in 43.3%; 11.4% had mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use were found; 10.9% had phobic anxiety disorders, other anxiety disorders, or obsessive-compulsive disorder; 7.4% had schizophrenia, schizotypal, or delusional disorders; 6.2% had organic mental disorders; and 5.0% were reacting to severe stress or had adjustment disorders. In the insomnia pattern, 64.8% had difficulty falling asleep, 33.8% had frequent nocturnal awakening, and 24.2% had early morning awakening.

**Conclusion:** Insomnia was the most common chief complaint among new patients presenting to psychiatric outpatient departments. Among the insomniacs, the most common psychiatric diagnoses were depressive episode, recurrent depressive disorder, and persistent mood disorders; the second most common were mental and behavioral disorders due to psychoactive substance use; the third were phobic anxiety disorders, other anxiety disorders, or obsessive-compulsive disorder. Difficulty falling asleep was the most common pattern identified. (*Changhua J Med* 2004;9:254-260)

**Key words:** insomnia, mental illness, psychiatric outpatient

---

Department of Psychiatry, Changhua Christian Hospital, Changhua, Taiwan

Received: February 25, 2004 Revised: May 1, 2004 Accepted: May 25, 2004

Reprint requests and correspondence to: Dr. Nan-Ying Chiu, Department of Psychiatry, Changhua Christian Hospital, 135 Nanhsiao Street, Changhua 500, Taiwan.

E-mail: 11067@cch.org.tw