

目 錄

一、理事長的話.....	廖士程	1
二、節目表.....		2
三、主持人簡歷.....		6
四、專題演講		
1. What caused depression?.....	Jonathan Flint	23
2. 青少年憂鬱之發展趨勢及其影響因素.....	陳坤虎	27
3. 精神疾病、精神醫學與跨文化敏感度.....	蔡友月	30
4. 超越憂鬱剖析澳洲Beyond Blue	張家銘	31
5. 大學校園自殺防治：台大經驗.....	黃宗正	34
6. 回看人類的自毀：從容格分析心理學理解自殺.....	洪素珍	38
7. 來心輔，學幸福.....	陳高欽	43
8. 陽明大學心理諮商中心經驗分享.....	白雅美	46
9. 校園憂鬱症自殺初級預防經驗分享.....	韓德彥	47
10. Management of Positive and Negative Affect: Impact on Functional Recovery.....	林立寧	50
11. CHEER T in Clinical Practice; Case Sharing I	劉英杰	53
12. CHEER T in Clinical Practice; Case Sharing II	張勳安	54
13. Clinical experience and patient selection with vortioxetine	林耕新	57
14. Results of a real-world study on vortioxetine in patients with major depressive disorder in South East Asia (REVIDA)	Ken Ung	69
15. types of depression and therapeutic strategies	李朝雄	76

理事長的話

廖士程

臺灣憂鬱症防治協會 理事長



萬分感謝各位蒞臨台灣憂鬱症防治協會2018年會

近年憂鬱症防治進展不斷，挑戰不斷。在生物治療領域，國內主管機關於今年四月經許可rTMS於難治型憂鬱症的適應症。因應憂鬱症多元病因，期待未來在符合國情且不落後先進國家的前提下，能有更豐富多元的輔助診斷與治療選項，包括人工智慧腦機介面工具，非傳統單胺作用機轉藥物，以及包括tDCS等更多元的腦刺激術。科技始終來自人性，比尖端科技發展更為重要的是：同道們能夠與案主建立更扎實的治療關係，更有效的情緒支持，更貼近案主的真實經驗，以調和高科技可能帶來的利弊得失。

在社會心理文化領域，精神健康問題的污名化，仍是憂鬱症防治的一大挑戰。如何擴大民眾參與，使憂鬱症病患獲得更廣大的社會支持，仍有許多待努力的空間。源自西方的精神疾病診斷系統，在台灣以及整個華人世界的應用，其跨文化效度，也是大家關切的議題。年輕世代心理衛生需求，越來越獲得大眾重視，立法院三讀通過「學生輔導法」，落實校園心理衛生工作，強化三級預防三級輔導，特別是校園憂鬱以及自殺防治，除了提升人力，服務工作的質量仍有精進空間。

為了因應時代變遷，承蒙衛生福利部心口司指導，今年年會，我們邀請國際知名學者，來自UCLA的 Prof. Flint，為我們回顧憂鬱症的生物性病因學的最新發現；輔仁大學心理系陳坤虎教授談青少年憂鬱防治；中研院蔡友月老師為我們講述精神醫學跨文化敏感度問題；本會常務理事，同時也是台灣精神醫學會秘書長張家銘主任，為我們介紹澳洲推動憂鬱症防治的Beyond Blue計畫，作為台灣未來憂鬱症防治工作leadership的重要參考。

下午的專題場次，本會理事，同時也是教育部北一區大專校院輔導工作協調諮詢中心召集人陳秀蓉主任，為我們主持校園憂鬱症與自殺防治專題。董氏基金會為我們帶來新世代憂鬱症防治宣傳的寶貴經驗，我們也特別邀請台大精神醫學部主任，同時也是台灣大學心輔中心黃宗正前主任，以及多所大專院校學生心理輔導中心主任們，一同分享校園憂鬱症防治以及自殺防治的寶貴經驗。除了校園主題外，還有兩個平行場次新一代憂鬱症藥物治療的symposium，期待為我們廣大關心憂鬱症防治的同道們，提供更多元豐富的交流經驗。

過去三年，感謝恩師李明濱創會名譽理事長的指導提攜，感謝全體會員以及各位理監事的支持與包容，許多服務不周及工作推動不理想的地方，還請各位海涵原諒。特別感謝偉烈秘書長，宜明副秘書長，以及協會秘書Vicky的無私奉獻，年底交接工作後，仍將持續追隨各位先進同道，為台灣憂鬱症防治盡一己綿薄之力。祝福大家，感謝大家。

理事長

廖士程

敬上

2018年12月

臺灣憂鬱症防治協會
2018年年會暨學術研討會
上午102講堂節目表

時間：107年12月9日(星期日)
地點：臺大醫學院 102 講堂 (台北市仁愛路一段一號)
(Room 102 / 168 seats)
主辦單位：臺灣憂鬱症防治協會
合辦單位：台大醫院精神醫學部、台大醫院雲林分院精神醫學部

邁向未來的憂鬱症防治：新機轉、新觀念、新世代			
時 間	主 題	主 講 人	主 持 人
08：30～09：00	報到		
09：00～09：05	Opening	廖士程 理事長	
09：05～09：10	名譽理事長致詞	李明濱 名譽理事長	
09：05～09：20	長官致詞		
	長官致詞		
	長官致詞	衛生福利部 心理及口腔健康司 譚立中 司長	
09：20～09：50	What caused depression?	Dr. Jonathan Flint Professor, Psychiatry and Biobehavioral Sciences Brain Research Institute UCLA	本會常務理事 台灣精神醫學會理事長 台灣憂鬱防治聯盟創始人 行政院政務顧問 賴德仁 教授
09：50～09：55	Q&A		
09：55～10：25	青少年憂鬱之發展趨勢及其影響 因素	輔仁大學臨床心理學系 陳坤虎 教授	本會理事 師大教育心理與輔導學系 教育部北一區大專校院 輔導工作協調諮詢中心 陳秀蓉 召集人
10：25～10：30	Q&A		
10：35～10：50	coffee break		
10：50～11：20	精神疾病、精神醫學與跨文化敏 感度	中央研究院 社會學研究所 蔡友月 副研究員	台大醫學院精神科 台灣司法精神醫學會 吳建昌 理事長
11：20～11：25	Q&A		
11：25～11：55	超越憂鬱 剖析澳洲Beyond Blue	本會常務理事 台灣精神醫學會秘書長 林口長庚醫學中心精神科 張家銘 主任	本會常務理事 衛生署前副署長 台灣老年醫學會理事長 台北仁濟院附設醫院 李龍騰 院長
11：55～12：00	Q&A		
12：00～13：00	Lunch (同時舉行第九屆理監事選舉)		
13：00～13：30	會員大會 (同時舉行第九屆理監事選舉)		

【會場A】校園憂鬱症與自殺防治			
時 間	主 題	主 講 人	主 持 人
13：30～13：35	Opening	台灣憂鬱症防治協會 廖士程 理事長	
13：35～13：40	名譽理事長致詞	台灣憂鬱症防治協會 李明濱 名譽理事長	
13：40～14：05	大學校園自殺防治： 台大經驗	前台灣大學心輔中心主任 台灣老年精神醫學會理事長 台大精神部 黃宗正 主任	本會理事 師大教育心理與輔導學系 教育部北一區大專院校輔導 工作協調諮詢中心召集人 陳秀蓉 主任
14：05～14：30	回看人類的自毀：從容格分析心理學理解自殺	國立臺北教育大學心輔組 洪素珍 組長	
14：30～14：55	來心輔，學幸福	國立成功大學 心理健康與諮商輔導組 陳高欽 副學務長	
14：55～15：00	Q & A		
15：00～15：15	coffee break		
15：15～15：40	新時代憂鬱症防治宣傳：網紅出任務 (短片欣賞)		本會監事 董氏基金會心衛中心 葉雅馨 主任
15：40～16：05	陽明大學心理諮商中心經驗分享	國立陽明大學 心理諮商中心 白雅美 主任	本會理事 馬偕精神科暨自殺防治中心 方俊凱 主任
16：05～16：30	校園憂鬱症自殺 初級預防經驗分享	台北醫學大學 學生輔導中心前主任 韓德彥 教授	本會理事 台大醫學院護理學系 吳佳儀 副教授
16：30～16：55	綜合討論	本會理事 師大教育心理與輔導學系 教育部北一區大專校院 輔導工作協調諮詢中心 陳秀蓉 召集人	
16：55～17：00	Closing	本會理事長 台灣大學心輔中心 廖士程 主任	
賦 歸：明年再見			

臺灣憂鬱症防治協會 年會暨學術研討會

107.1 2.9 ① 臺大醫學院
台北市仁愛路一段1號

下午103講堂節目表

時間：107年12月9日(星期日)
地點：臺大醫學院 103講堂 (台北市仁愛路一段一號) (Room 103 /124 seats)
主辦單位：臺灣憂鬱症防治協會
合辦單位：台大醫院精神醫學部、台大醫院雲林分院精神醫學部、法國施維雅藥廠台灣分公司

【會場B】憂鬱症生物性治療新進展			
時間	主 題	主 講 人	主 持 人
13：30～13：50	Opening	本會理事 馬偕精神科暨自殺防治中心 方俊凱 主任	
13：50～14：30	Management of Positive and Negative Affect: Impact on Functional Recovery	行天宮思主公醫院 林立寧 醫師	本會理事 馬偕精神科暨自殺防治中心 方俊凱 主任
14：30～14：40	Panel Discussion		
14：40～15：20	CHEER T in Clinical Practice; Case Sharing I	臺北榮民總醫院 劉英杰 醫師	亞東紀念醫院精神科 潘怡如 主任
15：20～15：30	Panel Discussion		
15：30～15：50	Coffee Break		
15：50～16：30	CHEER T in Clinical Practice; Case Sharing II	三軍總醫院 張勤安 醫師	亞東紀念醫院精神科 潘怡如 主任
16：30～16：50	Panel Discussion		
16：50～17：00	Closing	亞東紀念醫院精神科 潘怡如 主任	
賦 歸：明年再見			

下午104講堂節目表

時間：107年12月9日(星期日)
地點：臺大醫學院 104講堂 (台北市仁愛路一段一號) (Room 104 /124 seats)
主辦單位：臺灣憂鬱症防治協會
合辦單位：台大醫院精神醫學部、台大醫院雲林分院精神醫學部、生達化學製藥股份有限公司、和安行股份有限公司

【會場C】Rethink about Depression			
時 間	主 題	主 講 人	主 持 人
13：30～13：50	Opening	中山醫學大學附設醫院 賴德仁 教授	
13：50～14：30	Clinical experience and patient selection with vortioxetine	耕心療癒診所 林耕新 院長	林口長庚紀念醫院 張家銘 主任
14：30～14：40	Q&A		
14：40～15：20	Results of a real-world study on vortioxetine in patients with major depressive disorder in South East Asia (REVIDA)	Chief Psychiatrist Adam Road Medical Centre Singapore Dr. Ken Ung	本會常務理事 台灣精神醫學會理事長 台灣憂鬱防治聯盟創始人 行政院政務顧問 賴德仁 教授
15：20～15：30	Q&A		
15：30～15：50	Coffee Break		
15：50～16：30	types of depression and therapeutic strategies	馬偕紀念醫院 李朝雄 醫師	安南醫院 唐心北 主任
16：30～16：40	Q&A		
16：40～16：50	Panel Discussion		
16：50～17：00	Closing	台灣精神醫學會秘書長 本會常務理事 張家銘 教授	
賦 歸：明年再見			

主持人簡歷

CURRICULUM VITAE

台大醫學院名譽教授—李明濱 醫師

學歷：台灣大學醫學院醫學系醫學士

現職：台灣大學名譽教授

台大醫學院精神科兼任教授、

兼任主治醫師

新光醫院精神科客座教授

衛生福利部「全國自殺防治中心」主任

經歷：台北市醫師公會理事長

台大醫院精神醫學部主治醫師兼心身醫學科科主任

台灣自殺防治學會、台灣憂鬱症防治協會 創會理事長

台北市立聯合醫院副院長兼松德院區院長

台灣精神醫學會理事長、台灣失智症協會名譽理事長

專長：精神醫學、心身醫學、醫學心理學、醫學教育、醫學倫理

榮譽：教育部特優教師獎、臺灣大學教學傑出獎及教師社會服務傑

出獎第二十三屆醫療奉獻獎、衛生福利部第三屆健康促進貢

獻獎、總統府百年建國三等景星勳章



CURRICULUM VITAE

姓名：廖士程

現任職務

- | | |
|----------------------|-----|
| 1. 台灣憂鬱症防治協會 | 理事長 |
| 2. 台大醫院精神醫學部心身醫學科 | 主任 |
| 3. 國立台灣大學學生事務處心理輔導中心 | 主任 |

最高學歷

國立台灣大學公衛學院流行病學與預防醫學博士

校內院內服務經歷

1. 住院醫師訓練計畫精神醫學部課程主任
2. 臨床倫理委員會政策研議與教育小組委員
3. 性騷擾申訴及防治委員會委員
4. 研究倫理委員會委員
5. 醫療爭議關懷小組成員
6. 台大醫院精神醫學部急性病房主任
7. 品質管理中心顧問醫師
8. TCPI指標指標主持人

校外服務經歷

1. 臺北市府心理健康委員會委員
2. 新竹市心理健康推動小組委員
3. 司法院司法人員研習所醫事案件實務研討會講座
4. 警政署署本部心理輔導諮詢委員
5. 衛生署食品藥物管理局醫療使用管制藥品審核會委員
6. 財團法人保險事業發展中心保險申訴調處委員會委員
7. 台灣自殺防治學會常務理事
8. 衛生福利部委託辦理全國自殺防治中心計畫執行長
9. 台灣老年精神醫學會常務監事
10. 台灣基因體暨遺傳學會監事
11. 台灣皮質醛酮症學會監事



CURRICULUM VITAE

姓名：賴德仁 Te-Jen Lai, MD, PhD

現職：中山醫學大學醫學系 & 醫學研究所 教授

中山醫學大學附設醫院精神科 主治醫師

台灣精神醫學會 理事長

台灣失智症協會 理事長

學歷：高雄醫學院醫學系畢

中山醫學大學醫學研究所碩士、博士

經歷：成大醫院精神科 住院醫師、主治醫師、講師

中山醫學大學醫學系 講師、副教授

中山醫學大學醫學系精神科 主任

中山醫學大學職能治療學系 主任

中山醫學大學醫學系 副主任、主任

中山醫學大學附設醫院精神科 主任

中山醫學大學附設復健醫院 院長

中山醫學大學醫學研究所 所長

中山醫學大學 校長

美國杜克大學老年精神科 (Duke University Medical Center) 訪問學者

臺灣憂鬱症防治協會 理事長

台灣老年精神醫學會 理事長

醫師公會全聯會 醫療典範獎(2017年)

專長：老年精神醫學、失智症、老年醫學、憂鬱症與自殺防治、醫學教育

CURRICULUM VITAE

姓名：陳秀蓉 (Hsiu-Jung Chen, PhD)

現職：國立台灣師範大學教育心理與輔導學系專任副教授

國立台灣師範大學學生輔導中心主任

臺灣憂鬱症防治學會理事



學歷：台灣大學心理學研究所碩士及臨床心理學博士

經歷：台北市立療養院臨床心理師、輔仁大學心理系講師、副教授

台灣大學、輔仁大學大學生輔導中心兼任輔導老師、醫院臨床心理

師督導、高考臨床心理師、臨床心理學會理事

專長：臨床心理學、臨床健康心理學、認知行為治療、正念認知治療、人格發展與心理
病理學、憂鬱症病理與心理治療、醫學教育

CURRICULUM VITAE

姓名：吳建昌 Kevin Chien-Chang Wu, MD, LLB, LLM, PhD

現職：台灣大學附設醫院精神醫學部 主治醫師

台灣司法精神醫學會理事長

台大醫院臨床神經暨行為醫學醫學中心 副主任

台灣大學醫學院醫學系醫學教育暨生醫倫理學科/研究所 副教授

台灣大學公共衛生學院健康政策與管理研究所 合聘副教授

台灣大學法律學院科際整合法律學研究所 合聘副教授

台灣大學醫學院腦與心智科學研究所 合聘副教授

學歷：台大醫學院醫學士（1983-1990）

台大夜間部法學士（1992-1996）

台大法學院法學碩士（1998-2000）

哈佛大學法學碩士（2000-2001）

哈佛大學健康政策博士（2001-2005）

經歷：桃園療養院 住院醫師、主治醫師

哈佛大學醫學院醫事倫理學 Fellow、哈佛大學 助教、哈佛大學公衛學院 研究助理

台北市立聯合醫院松德院區 主治醫師

台灣大學醫學院醫學系社會醫學科 講師、助理教授

專長：

研究專長：

生命倫理（含醫事倫理）及科技倫理

醫事法、公共衛生法、精神衛生法

一般醫療政策、精神醫療政策 (法律、經濟與倫理分析)

藥物管制政策分析

臨床專長：一般精神醫學、司法精神醫學（含性侵害加害人、家暴加害人之診療）



CURRICULUM VITAE

姓名：李龍騰(1952-12-06, 男，台灣省雲林縣)

學歷：國立台灣大學醫學系畢業、美國約翰霍普金斯大學公共衛生碩士、台灣大學公共衛生博士、台灣大學管理學院碩士(EMBA99B國企組)

現任：財團法人台北仁濟院附設仁濟醫院院長

經歷：台北縣雙溪鄉衛生所主任(1983.10-1987.6)
台大醫院家庭醫學部主治醫師(1987迄今)
台大醫學院家庭醫學科講師(1990-1994)
台大醫學院家庭醫學科副教授(1995-2002)
台大醫學院家庭醫學科主任(1995.10-1998.2)
台北市政府衛生局副局長(1998.2-1999.10)
台北縣政府衛生局局長(1999.11-2003.01)
行政院衛生署副署長(2003.02-2004.05)
財團法人北海岸金山醫院兼院長(2008-04~2010-09)
國立台灣大學醫學院附設醫院金山分院院長(2010-10~2011-07)

社會兼職：

台灣家庭醫學醫學會副理事長
台灣家庭醫學教育研究學會理事長
台灣老年學暨老年醫學會理事長
台灣國際醫療保健醫學會常務監事
台灣肥胖醫學會常務監事召集人
台灣紅絲帶基金會董事兼執行長
陳拱北教授預防醫學基金會董事兼秘書長
厚生基金會醫療保健組召集人
謝維銓教授感染醫學文教基金會董事



財團法人黃烈火社會福利基金會董事
中華民國防癌篩檢中心董事
台灣防癌協會常務理事
台灣醫學會理事
台灣憂鬱症防治協會常務理事
中華兩岸醫事交流與健康促進發展協會常務理事

專科醫師：

家庭醫學、老年醫學、安寧緩和醫學、職業醫學
肥胖醫學、國際醫療保健

CURRICULUM VITAE

姓名：葉雅馨

現職：董氏基金會心理衛生中心主任

大家健康雜誌總編輯

台灣憂鬱症防治協會監事

台北市政府心理健康委員會委員

曾任：行政院衛生署醫療數位學習網精神疾病照護教材編撰委員

行政院自殺防治暨心理健康促進委員

台北市衛生局憂鬱症共同照護網諮詢委員

台北市衛生局精神疾病防治審議委員

學歷：台北醫學大學公共衛生（流行病學組）博士班



經歷簡介(近五年)：

一、研究調查

- 2012 年「全國大學生憂鬱情緒與運動習慣之相關性調查」
- 2013 年「全國民眾憂鬱認知與紓壓方式調查」
- 2015 年「國人主觀快樂經驗、生活習慣與憂鬱關聯性調查」
- 2016 年「臺灣民眾的憂鬱分佈壓力源及對老年生活看法之調查」
- 2017 年「六都民眾之心理健康需求、認知及憂鬱情緒現況調查」
- 2018 年「臺灣六都國高中職學生對校園心理健康資源的應用及憂鬱情緒現況調查」

二、著作與策劃編輯之出版書籍

- 解讀孩子的內心世界
- 憂鬱症一定會好
- 憂鬱症百問

- 放輕鬆有聲書、VCD
- 不再憂鬱,從改變想法開始~談認知行為療法
- 少女翠兒的憂鬱之旅
- 征服心中的野獸~我與憂鬱症
- 說是憂鬱，太輕鬆
- 心靈即時通
- 大腦喜歡你運動
- 迎變
- 最美好的時光
- 幸福樂齡
- 關鍵戰疫

三、策劃出版影音

- 「生日不快樂」五分鐘短片
- 「轉機」、「十七歲的冬天」、「下一次的微笑」、「當絃律再起」、「記錄」、「黑潮」、「十六歲那年」、「奔跑吧，獵人」公益短片「正視憂鬱症」廣播帶等。
- 網紅系列：「憂鬱症才不是心情不好！」、「各種韓文負面情緒」、「朋友的廢文，真的是廢文嗎？」

四、創立

- 「憂鬱症篩檢日」-自 1999 年起至今。
- 「企業紓壓日」-自 2012 年起至今。

CURRICULUM VITAE

姓名：方俊凱

現職：

- 台北馬偕紀念醫院 精神醫學部 主任 Chief, Department of Psychiatry, Mackay Memorial Hospital, Taipei & New Taipei, Taiwan
- 台北馬偕紀念醫院 自殺防治中心 主任 Chief, Suicide Prevention Center, Mackay Memorial Hospital, Taipei & New Taipei, Taiwan
- 台北馬偕紀念醫院 安寧療護教育示範中心 主任 Chief, Hospice and Palliative Care Center, Mackay Memorial Hospital, Taipei & New Taipei, Taiwan.



學歷：

- 國立陽明大學生物醫學影像暨放射科學系博士 Ph.D. candidate: Department of Biomedical Imaging and Radiological Sciences (BIRS), National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan. (2008/9~2013/6)
- 國立臺北護理健康大學護理學院生死教育與輔導研究所 碩士 Master: Institute of Life and Death Education and Counseling, National Taipei University of Nursing and Health Sciences, Taipei, Taiwan. (2003/8~2005/6)
- 私立中國醫藥學院（現：中國醫藥大學）中醫系醫學士 Bachelor: Department of Chinese Medicine, China Medical University, Taichung, Taiwan. (1988/9~1995/6)

經歷：

- 精神科專科醫師
- 台灣心理腫瘤醫學學會 常務理事
Executive director, Taiwan Psycho-Oncology Society
- 台灣失落關懷與諮商協會 理事長
President, Taiwan Association for Caring and Counseling for Loss
- 亞太安寧醫學會 理事
Council Member, Academy of Asia Hospice Palliative Medicine
- 亞太心理腫瘤學交流基金會 董事長
Chairman, Asia-Pacific Psycho-Oncology Exchange Foundation

- 台灣憂鬱症防治協會 理事
Board, Taiwan Association Against Depression
- 財團法人中華民國(台灣)安寧照顧基金會 董事
Board Member, Hospice Foundation of Taiwan
- 台灣自殺防治學會 監事
Supervisor, Taiwanese Society of Suicidology
- 台灣安寧緩和醫學學會 理事
Board, Taiwan Academy of Hospice Palliative Medicine
- 台灣安寧照顧協會 理事
Board, Taiwan Hospice Organization
- 台灣癌症資訊全人關懷協會 常務理事
Executive director, Taiwan Cancer Total Care Information Society
- 愛慈社會福利基金會 董事
Board Member, The Garden of Mercy Foundation
- 中華溝通分析協會 理事
Board, Taiwan Transactional Analysis Association
- 馬偕醫學院醫學系與護理系 兼任部定助理教授
Assistant Professor, Department of Medicine and Department of Nursing, Mackay Medical College
- 台北護理健康大學生死與健康心理諮商系 兼任部定助理教授
Assistant Professor, Department of Thanatology and Health Counseling, National Taipei University of Nursing and Health Sciences
- 馬偕紀念醫院醫學研究部 靈性與生死學研究組 組長
Head, Laboratory of Spirituality and Thanatology Studies, Department of Medical Research, Mackay Memorial Hospital

專長：

心理腫瘤醫學、酒藥癮戒治、自殺防治、安寧緩和醫療

CURRICULUM VITAE

姓名：吳佳儀 (Chia-Yi Wu)

現職：

2016-迄今	School of Nursing, NTU	Associate Professor
2015-迄今	Taiwan Association Against Depression	Board Director
2015-2018	Taiwan Suicide Prevention Center	Vice CEO
2014-迄今	Taiwanese Society of Suicidology	Board Director



學歷：

1997	BSc, School of Nursing, College of Medicine, National Taiwan University (NTU)
2002	MSc, Department of Nursing, College of Medicine, NTU
2008	PhD, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

經歷：

2012-2016	Assistant Professor, School of Nursing, NTU
2008-2009	Lecturer, School of Nursing, NTU
2005-2006	Case Manager, Suicide Prevention Center, Mackay Memorial Hospital

專長：

Community mental health nursing, Help-seeking behavior, Psychiatric epidemiology,
Suicide risk assessment and case management

榮譽或獲獎：

2018起	Chief Editor, Newsletter of the Taiwan Association Against Depression and the Taiwanese Society of Suicidology ; Section Editor, Journal of Nursing Research (台灣護理學會編輯委員會)
-------	--

2017	Outstanding Nurse Award, Board of the Nurses' Association, Taipei city
2012-2013	Representative of the Teacher's Association, College of Medicine, NTU
2012-迄今	Editing Committee member, Taiwan Suicide Prevention Center
2010-2012	Visiting Scholar, Institute of Psychiatry, King's College London, UK

Selected Publications:

1. Isaac V, Wu CY, McLachlan CS, Lee MB*. (2018). Associations between health-related self-efficacy and suicidality. BMC Psychiatry 18, 126.
2. Yang CY, Tzeng WC, Wu CY*. (2017). Factors influencing psychiatric nurses' attitudes toward suicide attempters: implications for nursing education in suicide prevention. Journal of Medical Education, 21(2), 59-72.
3. Wu CY, Lee JI, Lee MB*, Liao SC, Chang CM, Chen HC, Lung FW. (2016). Predictive validity of a five-item symptom checklist to screen psychiatric morbidity and suicide ideation in general population and psychiatric settings. Journal of the Formosan Medical Association, 115(6), 395-403.

CURRICULUM VITAE

姓名：姓名：潘怡如

現職：亞東紀念醫院精神科 主任

國立陽明大學醫學院公共衛生暨醫學人文學科 兼任副教授

學歷：英國倫敦大學國王學院 醫療經濟學博士

美國哈佛大學公衛學院 流行病學碩士

國立陽明大學醫學系 醫學士

經歷：國立陽明大學 醫學院公共衛生暨醫學人文學科 兼任助理教授

亞東紀念醫院 明倫自殺防治中心 主任

亞東紀念醫院 日間照護中心 主任

衛生署委辦全國自殺防治中心 研究員

台大醫院 精神部 專科研修醫師

台大醫院 精神部 住院醫師暨總醫師

專長：臨床精神醫學

醫療服務和經濟評估

流行病學研究

自殺防治和相關研究



CURRICULUM VITAE

姓名：張家銘 Chia-Ming, Chang, MD, MS, PhD

現職：台灣精神醫學會秘書長 (2017-present)
台灣憂鬱症防治協會理事 (2012-present)
台灣自殺防治協會理事 (2013-present)
林口長庚醫院自殺防治中心主任 (2007-present)
林口長庚醫院副教授級主治醫師 (2013-present)
林口長庚醫院社區暨復健精神科主任 (2014-present)

學歷：中國醫藥學院醫學系畢 (1986-1993)
中山醫學大學醫學研究所碩士畢 (2002-2004)
中山醫學大學醫學研究所博士班畢 (2004-2008)
Johns Hopkins 大學博士後研究員 (2008-2009)

經歷：住院醫師, 林口長庚醫院精神科 (1993-1995)
住院醫師、總醫師, 高雄長庚醫院精神科 (1995-1997)
主治醫師, 高雄長庚醫院精神科 (1997-1999)
主治醫師, 中山醫學大學附設醫院精神科 (1999-2006)
一般級主治醫師, 林口長庚紀念醫院精神科 (2006-2007)
助理教授級主治醫師, 林口長庚醫院 (2007-2012)
台灣憂鬱症防治協會秘書長 (2008-2011)
台灣自殺防治協會副秘書長 (2009-2012)
全國自殺防治中心副執行長 (2009-2013)
台灣精神醫學會副秘書長 (2015-2017)

專長：自殺防治、憂鬱症、創傷後壓力疾患、精神疾病流行病學、藥物流行病學、精神衛生政策

CURRICULUM VITAE

姓名：唐心北

現職：臺南市立安南醫院-委託中國醫藥大學興建經營 精神科主任

學歷：國立陽明醫學院醫學系畢業（醫學士）

高雄醫學大學公共衛生學研究所（醫務管理組）碩士

美國國家藥物濫用研究院(NIDA)訪問學者

美國維吉尼亞大學醫務管理研究所進修

美國加州洛杉磯MATRIX Institute Matrix Model臨床與督導訓練結業

教育部審定合格講師

中華團體心理治療學會認證合格團體心理治療師、團體心理治療督導

經歷：省立草屯療養院主治醫師、煙毒勒戒中心醫務組長

衛生署嘉南療養院一般精神科主任、兒童及青少年精神科主任、

成癮暨司法精神科主任、兼任社區精神科主任、醫科部長

靜宜大學青少年兒童福利學系兼任講師

嘉南藥理科技大學醫務管理學系兼任講師

長榮大學醫務管理學系兼任講師

行政院衛生署藥癮戒治委員會委員

內政部家庭暴力及性侵害防治委員會委員（2012年7月～2014年7月）

國家衛生研究院「臺灣成癮醫療臨床與研究訓練計畫」執行委員（2010年～）

臺南市心理健康推動會委員（2009年～）

臺南市精神衛生諮詢小組委員（2013年～）

臺南市毒品危害防制中心諮詢會委員（2013年1月～）

臺南市家庭暴力性侵害性騷擾及兒少性剝削防治委員會委員（2014年12月～）

臺南市兒童及少年福利與權益保障促進委員會委員（2017年～）

高雄市毒品危害防制中心諮詢會委員（2013年7月～2015年7月）

臺灣成癮學學會理事（2008年～）



臺灣司法精神醫學會理事（2018年～）

臺灣憂鬱症防治協會理事（2013年～）

中華團體心理治療學會理事暨藥酒癮工作小組召集人（2005年～）

中華民國康復之友聯盟理事（2013年～）

臺南市康復之友協會理事長（2011年7月～2016年09月）

臺南市憂鬱症關懷協會理事長（2011年7月～2015年7月）

專長：臨床精神醫學、成癮精神醫學、司法精神醫學、性侵害防治、團體心理治療、個別心理治療、家庭與伴侶治療、醫務管理

專題演講102講堂

What caused depression?

Jonathan Flint

Jonathan Flint簡歷

Professor, Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, UCLA David Geffen School of Medicine

Senior Scientist, Center for Neurobehavioral Genetics, UCLA Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior

Address : 695 Charles E. Young Drive South, Room 3357B, Los Angeles, CA 90095-1761

Telephone : (310) 794-6431

Fax : (310) 794-9613

Email : jflint@mednet.ucla.edu

Websites: <http://www.bri.ucla.edu/people/jonathan-flint-md>

Qualifications

1988 BM Bch (Medicine) University of Oxford

1993 MRCPsych

Research and Professional Experience

Aug 1988 - Sep 1989 General Medical and Surgical House Officer, John Radcliffe Hospital, Oxford.

Oct 1989 - Mar 1992 SHO/Registrar psychiatry rotation, Maudsley and Bethlem Royal Hospitals, London.

Apr 1992- Mar 1993 Registrar in Clinical Genetics, Great Ormond Street Hospital, London

April 1992 - Mar 1995 Wellcome Trust Clinical Training Fellow, Institute of Molecular Medicine, John Radcliffe Hospital, Oxford

April 1995 - Sep 1997	Wellcome Trust Career Development Fellow, Institute of Molecular Medicine, John Radcliffe Hospital, Oxford.
Oct 1997 - Sep 2007	Wellcome Trust Senior Clinical Fellow, Institute of Molecular Medicine, John Radcliffe Hospital, Oxford and Honorary Consultant Psychiatrist, Warneford Hospital, Oxford.
Oct 2007 – Sep 2015	Wellcome Trust Principal Fellow and Michael Davys Professor Neuroscience, Fellow of Merton College, University of Oxford
Oct 2015 – Present	Professor, Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, UCLA David Geffen School of Medicine

Research

My research has been devoted to understanding how genes influence behaviour, and in particular how genetic variation contributes to disease susceptibility. My first work investigated the genetic basis of mental retardation, showing that small rearrangements involving the ends of chromosomes are detectable in approximately 8% of people with mental retardation of unknown aetiology. Characterizing the ends of human chromosomes led to the first sequence map of a human telomere and advanced understanding of the relationship between chromosome structure and function. I next addressed the challenging question of the genetic basis of complex behaviour, including psychiatric disease. I started by demonstrating that behaviour could be robustly mapped in inbred strains of mice. I then proceeded to show that high resolution mapping could be achieved using mosaic populations of outbred mice, and that mapping down to the gene level was possible in some commercially available outbred mice. I developed methods permitting the identification of genes in which natural variation gives rise to behavioural phenotypes, such as fear-related behaviour. I pioneered the use of mosaic populations for whole genome association mapping, providing the highest resolution genetic map of the mouse genome. Equally important however, this work provided information about the genetic architecture of complex traits, a subject that continues to be of great interest.

The Depression Grand Challenge

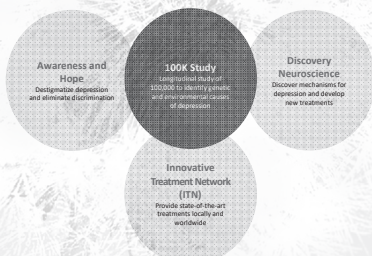
A project to ablate the burden of depression by the end of the century

UCLA Grand Challenges
Depression

Aims of the Depression Grand Challenge

- Find out what causes depression and develop revolutionary new treatments
- Eliminate burden of depression in the community served by UCLA
- Deploy new understanding and new treatments to cut the global burden of depression in half by 2050, and eliminate it by the end of the century

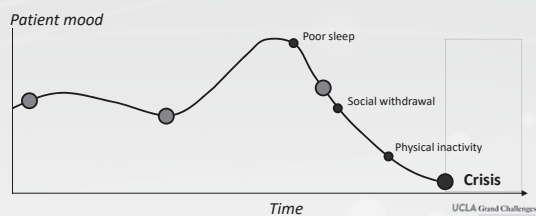
Depression Grand Challenge Components



UCLA Grand Challenges
Depression

Behavioral Health Tracking

We want to track objective, patient-specific behavior



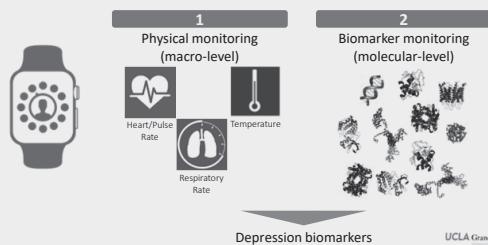
Behavioral Health Tracking Platform

Monitor physiology and biochemistry

Monitor behavior

UCLA Grand Challenges
Depression

We are developing wearable devices for real-time monitoring of physiology and biochemistry



UCLA Grand Challenges
Depression

四、專題演講1 What caused depression?

The Depression Grand Challenge

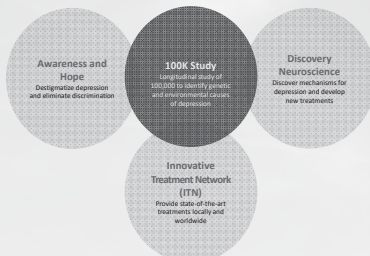
A project to ablate the burden of depression by the end of the century

UCLA Grand Challenges
Depression

Aims of the Depression Grand Challenge

- Find out what causes depression and develop revolutionary new treatments
- Eliminate burden of depression in the community served by UCLA
- Deploy new understanding and new treatments to cut the global burden of depression in half by 2050, and eliminate it by the end of the century

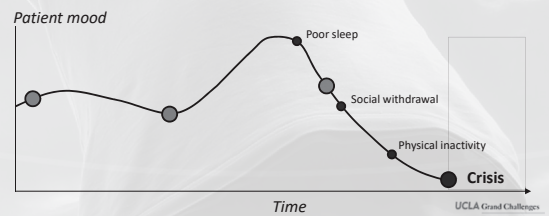
Depression Grand Challenge Components



UCLA Grand Challenges
Depression

Behavioral Health Tracking

We want to track objective, patient-specific behavior



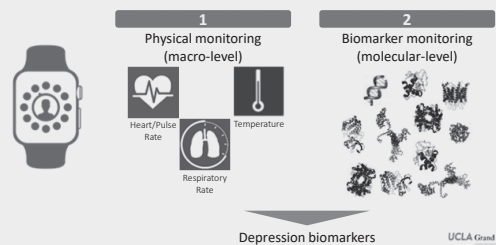
Behavioral Health Tracking Platform

Monitor physiology and biochemistry

Monitor behavior

UCLA Grand Challenges
Depression

We are developing wearable devices for real-time monitoring of physiology and biochemistry



UCLA Grand Challenges
Depression

專題演講102講堂

青少年憂鬱之發展趨勢及其影響因素

陳坤虎

陳坤虎簡歷

姓名：陳坤虎

現職：輔仁大學臨床心理系副教授

學歷：台灣大學心理系臨床心理學組博士

經歷：輔仁大學臨床心理系助理教授、台灣大學學生輔導中心輔導老師

專長：兒童與青少年臨床心理學、認知行為治療、正向心理學

四、專題演講2 青少年憂鬱之發展趨勢及其影響因素

青少年憂鬱之發展趨勢及其影響因素

輔仁大學臨床心理系
陳坤虎 副教授

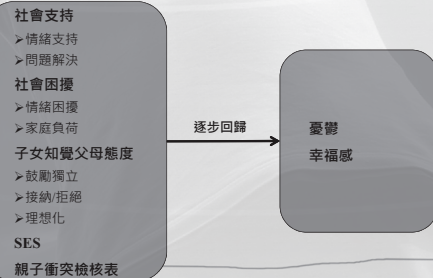
青少年特性

- ◆ 青少年在社會、認知、行為、情感與生理能力上皆產生戲劇性的變化，是個體極易出現心理適應問題的人生階段。
- ◆ 研究指出，青少年問題（例如：憂鬱、行為違常）有日益增加之趨勢。

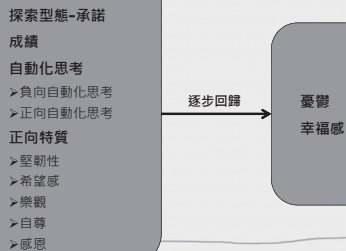
◆ Kessler, Avenevoli, & Merikangas, 2001;
◆ Wolfe & Mash, 2006

- ◆ 本演講將以「發展系統觀點」為基礎，同時融入「認同發展」、「正向心理學」之精神，提供多面向、多角度（例如：個人因素、家庭因素、生活環境因素、個體的心理功能/資源）來探討青少年憂鬱的問題。

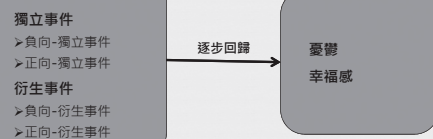
家庭因素對心理健康指標預測

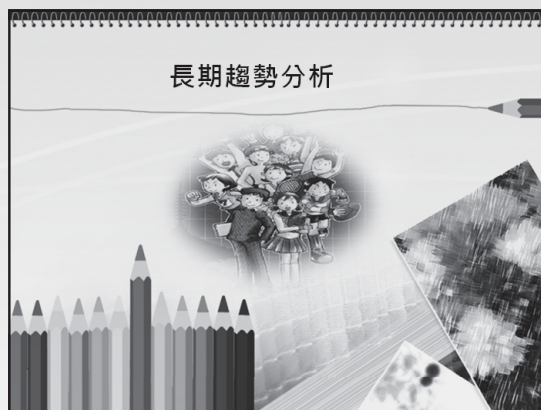


心理資源對心理健康指標預測



生活事件和經驗對心理健康指標預測





專題演講102講堂

精神疾病、精神醫學與跨文化敏感度

蔡友月

蔡友月簡歷

現任中央研究院社會學研究所副研究員，曾任美國哈佛醫學院醫學社會學系、加州大學聖地牙哥校區科學研究中心與社會系、威斯康辛大學（麥迪遜分校）社會學系Fulbright Senior訪問學者。研究興趣為科技與社會、醫療社會學、種族／族群、文化社會學、影像與社會介入。著有專書《達悟族的精神失序：現代性、變遷與受苦的社會根源》（聯經，2009），與陳嘉新共同主編《不正常的人？台灣精神醫學與現代性的治理》一書（聯經，2018），拍攝紀錄片「病房85033」、「Commitment！練馬可老師與台灣社會學1955~1999」等。

專題演講102講堂

超越憂鬱剖析澳洲 Beyond Blue

張家銘

張家銘簡歷

現職：台灣精神醫學會秘書長 (2017-present)

台灣憂鬱症防治協會理事 (2012-present)

台灣自殺防治協會理事 (2013-present)

林口長庚醫院自殺防治中心主任 (2007-present)

林口長庚醫院副教授級主治醫師 (2013-present)

林口長庚醫院社區暨復健精神科主任 (2014-present)

學歷：中國醫藥學院醫學系畢 (1986-1993)

中山醫學大學醫學研究所碩士畢 (2002-2004)

中山醫學大學醫學研究所博士班畢 (2004-2008)

Johns Hopkins 大學博士後研究員 (2008-2009)

經歷：住院醫師, 林口長庚醫院精神科 (1993-1995)

住院醫師、總醫師, 高雄長庚醫院精神科 (1995-1997)

主治醫師, 高雄長庚醫院精神科 (1997-1999)

主治醫師, 中山醫學大學附設醫院精神科 (1999-2006)

一般級主治醫師, 林口長庚紀念醫院精神科 (2006-2007)

助理教授級主治醫師, 林口長庚醫院 (2007-2012)

台灣憂鬱症防治協會秘書長 (2008-2011)

台灣自殺防治協會副秘書長 (2009-2012)

全國自殺防治中心副執行長 (2009-2013)

台灣精神醫學會副秘書長 (2015-2017)

專長：自殺防治、憂鬱症、創傷後壓力疾患、精神疾病流行病學、藥物流行病學、精神衛生政策

四、專題演講4 超越憂鬱剖析澳洲 Beyond Blue



超越憂鬱-剖析澳洲 *beyondblue*

張家銘醫師 MD, PhD
林口長庚醫院社區暨復健精神科主任
台灣精神醫學會秘書長
台灣憂鬱症防治協會理事
台灣自殺防治學會理事

1

Beyondblue

- An independent non-profit organization
- Aims:
 - Increased the awareness of depression and anxiety
 - Reduce stigma and discrimination
 - Improve help seeking
 - Reduce impact, disability, and mortality
 - Facility learning, collaborative, innovation and research



2

Beyondblue

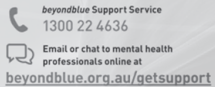
- Established in October 2000
- Started with Chairman- The Hon. Jeff Kennett AC and nine staffs
- It initially focused on raising awareness of depression and reducing the associated stigma. Through research and community engagement, it added the key issue of anxiety in 2011 and, recently, suicide prevention is its core purpose.
- Now with approximately 100 staff, this organization became a national leader in the mental health sector, captured public awareness of depression, anxiety and suicide, and confidence to seek help continues to grow Australia-wide.



3

beyondblue support service

- *beyondblue*'s team of mental health professionals provide free, immediate, short-term counselling, advice and referrals to anyone in Australia via telephone and email 24/7, and web chat from 3pm to midnight, every day.
- The majority of people who contacted the *beyondblue*
- Support Service found out about it through the *beyondblue*
- website and social media, followed by internet search.



4

beyondblue website

- beyondblue.org.au is often the first port of call for people taking the first step to better mental health.
- From 1 July 2016 to 30 June 2017, the *beyondblue* website received more than 8.51 million visits — an increase of 15 % from the previous year's 7.4 million visits.
- In 2016–17:
 - over 490,000 visitors completed *beyondblue*'s anxiety and depression checklist (K10)
 - over 226,000 people visited the Get immediate support page
 - more than 865,490 visitors downloaded information.

5

NewAccess

- Participants receive 6 free sessions with a NewAccess coach. The service actively engages people who traditionally do not seek support and overcomes barriers by being:
 - free
 - accessible without referral from a health professional
 - available either over the phone, in person or via telehealth, using video chat like Skype or Facetime
 - approachable, using non-medical, 'normalising' language
 - very practical, educating people about their symptoms and teaching lifelong management skills and techniques.



6

Way Back Support Service

- The Way Back Support Service is a beyondblue initiative providing non-clinical care and practical support to individuals for 3 months following a suicide attempt.
- The Way Back provides encouragement and support, assists the uptake of hospital discharge plans and utilisation of safety plans, supports attendance at medical and allied health appointments, facilitates access to a range of community support services, and assists clients to connect with support networks.
- Since 2014, collectively the sites have received approximately 1,500 referrals.

7

BeyondNow – Your suicide safety planning app

- BeyondNow is a smartphone app designed to help people manage their suicidal thoughts and feelings.
- The app takes users through a process of making a structured safety plan to work through when they're experiencing suicidal thoughts, feelings, distress or crisis.
- The safety plan involves listing things like reasons to live, enjoyable activities, coping strategies and support people who the user can contact in a time of distress or crisis.
- BeyondNow launched in March 2016. Since then, the app has been downloaded around 33,000 times.

<https://www.beyondblue.org.au/get-support/beyondnow-suicide-safety-planning>



Heads UP

Heads Up

- Heads Up is all about giving individuals and businesses the tools to create more mentally healthy workplaces.
- Developed by the Mentally Healthy Workplace Alliance and beyondblue, Heads Up calls on business leaders to make a commitment and start taking action in their workplaces. It also encourages everyone in the workplace to play their part in creating a mentally healthy working environment, take care of their own mental health, and look out for their colleagues.



<https://www.headsup.org.au/>

9



Mind matters

- MindMatters is a mental health initiative for secondary schools that aims to improve the mental health and wellbeing of young people. We call it a 'framework', in that it provides structure, guidance and support while enabling schools to build their own mental health strategy to suit their unique circumstances.
- Four key components
 - C1 Positive school community
 - C2 Student skills for resilience
 - C3 Parents and families
 - C4 Support for students experiencing mental health difficulties



<https://www.mindmatters.edu.au/>

10

Insurance discrimination

- beyondblue work towards reducing discrimination experienced by people with mental health conditions when accessing insurance products.
- Discrimination occurs in the form of refusal to provide insurance cover, exclusions or increased premiums, and delays or rejections during the claiming process across a range of insurance products.
- Mental health evidence and data forum
 - The forum saw Australia's leading evidence and data experts identify a range of data and peer review evidence that could potentially be used by the insurance industry to discriminate against people who have experienced mental health conditions.

11

STRIDE Initiative

- STRIDE (Stigma Reduction Interventions: Digital Environments) is an action research program designed to find out whether digital communication methods can change attitudes and behaviors
- In June 2017, beyondblue received the results from the six projects.
 - Better Out Than In, led by the AFL Players Association
 - Contact+Connect, led by Incolink
 - Out of the Blue: Pete and Dale, led by the Victorian AIDS Council
 - Tell Your Story, led by the University of New South Wales' Refugee Trauma and Recovery Program
 - The Ripple Effect, led by the National Centre for Farmer Health
 - Y Fronts, led by CGA Consulting.

12

專題演講102講堂

大學校園自殺防治：台大經驗

黃宗正

黃宗正簡歷

黃宗正 Tzung-Jeng Hwang, MD, MPH, PhD

現職：台大醫學院醫學系副教授

台大醫院精神醫學部主任

台灣老年精神醫學會理事長

台灣大學神經生物與認知科學研究中心副主任

台灣臨床失智症學會理事

台灣失智症協會國際關係委員會委員

台灣思覺失調症研究學會監事

國際老年精神學會會刊主編

(Editor-in-Chief, International Psychogeriatric Association Bulletin)

國際老年精神學會理事

(Member, International Psychogeriatric Association Board of Directors)

學歷：台灣大學流行病學與預防醫學研究所博士

哈佛大學公衛學院碩士

台大醫學院醫學系醫學士

經歷：國際神經精神藥理學會(CINP)榮授會員

瑞典卡洛琳斯卡醫學研究院國際研究學者

台大醫院雲林分院精神科主任

台灣老年學暨老年醫學教育委員會、甄審委員會委員

美國加州大學洛杉磯分院醫學中心神經精神科國際研究學者

台大醫院內科、精神部住院醫師

專長：老年精神醫學、精神藥物學、失智症、思覺失調症



臺灣憂鬱症防治協會 年會暨學術研討會

107.1 2.9 ① 臺大醫學院
台北市仁愛路一段1號

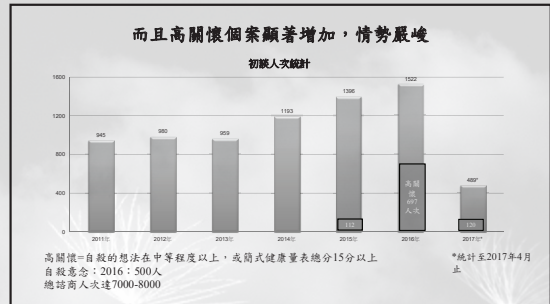




校園自殺防治

——兼談台大學生心理輔導的資源、挑戰與願景

黃宗正醫師

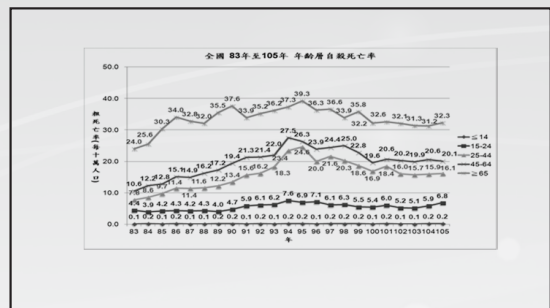


重大心理衝擊事件頻傳

事件類別	104學年度	105學年度(1至5月)
甲級	17	18
乙級	20	28
丙級	167	240
丁級	273	221
總計	477	507

資料節錄自106年度第3次學生輔導制度改善委員會會議

2/4 (50%) 沒來過，how to identify?



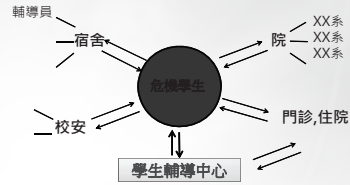
- ### 三大主要需求
- 台大學生在心輔中心求助的三大主要需求為：
- 情緒困擾、身心症狀
 - 自我了解
 - 感情問題

- ### 學生問題多元、複雜化
- Anxiety, depression
 - OCD, panic
 - PTSD
 - Substance use
 - Internet use/addiction
 - Sex, eating problems
 - Mania, hypomania
 - Psychosis
 - Due to medical condition

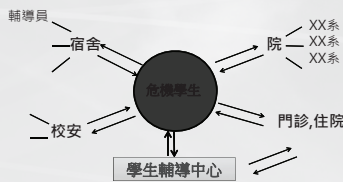
四、專題演講5 大學校園自殺防治：台大經驗

學生問題多元、複雜化

- 情感問題
- 自傷、自殺
- 同性、雙性、變性
- 網路成癮、手機成癮
- Hikikomori 關居族
- 物質濫用
-



TEAM APPROACH



- 目前最不足的是院系上的現場輔導人員
- 導師太忙，分身乏術；難以及時協助有問題學生
- 專業輔導資源不足
- 導師自身有焦慮、憂鬱、失眠
- 學生有心理問題多數不找導師協助
- 沒有與高關懷學生連結的人

十七、在與學生接洽/輔導的過程中，您是否遇過無法處理的棘手個案？

曾遇無法處理的棘手個案	是	否	*未填答	總和
人數(人)	158	404	27	589
人數百分比	26.8%	68.6%	4.6%	100.0%

回答「是」者，其中 151 位老師填寫的學生問題分類如下：

- 1、憂鬱症、躁鬱症、心理與精神官能症問題：47.7% (72 位)。
- 2、進學、轉系、研究方向、學習適應及意願低落等問題：29.1% (44 位)。
- 3、家庭問題、父母期待與需求：13.2% (20 位)。
- 4、感情關係、同性戀、人際問題：8.6% (13 位)。
- 5、曾自殺、有自殺傾向：7.9% (12 位)。
- 6、內謀但學生避不見面：5.3% (8 位)。
- 7、經濟問題：2.0% (3 位)。
- 8、霸凌事件：0.7% (1 位)。

共約77%為
精神心理問題

十九、若學校辦理以導師為對象的工作坊或課程，您最希望的課程主題是：(可複選)

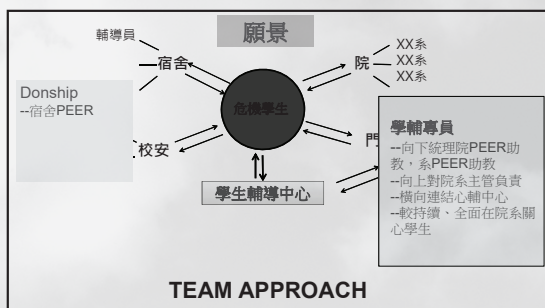
排名	希望導師工作坊或課程主題	反應值*	反應值百分比	人數百分比
1	輔導技巧	253	19.6%	54.9%
2	心理與精神輔導	223	17.3%	48.4%
3	校內行政資源介紹	196	15.2%	42.5%
4	學生學習困擾	192	14.9%	41.6%
5	憂鬱與自殺防治	185	14.3%	40.1%
5	其他(請說明)	185	14.3%	40.1%
7	生命教育	132	10.2%	28.6%
8	感情議題	96	7.4%	20.8%
總和		1,462	113.2%	317.0%

Note: 反應值為受訪者在該題各選項中選答的反應數量

但每次來參加工作坊的導師極少 (<100/2000)

校園新運動

NTU PEER培訓計畫



萬一學生有狀況...
— 首次溝通的要領

- 目標：被接納、信任
- 心態1：接納對方、接納一切
 - 接納不等於贊成
- 心態2：想瞭解
 - 鑑別“診斷”
- 心態3：Empathy
 - Empathy (情感同步) = 同步詮釋 (翻譯) 情感
 - 不分析、評論、判斷、建議

結論 1

- 學生心理精神問題日趨嚴峻
- 2012調查顯示導師的困難及需求
 - <10%學生會因為情緒、精神困擾找導師協助
 - 27%導師會遇到棘手的學生問題
 - 其中約77%為精神心理問題
 - >50%導師希望學習諮商、心理輔導技巧
 - 但實際來參與導師知能課程的是極少數
- 呼應增加學生輔導專員 (學輔專員) 的考慮
- Donship

結論 2

- 善用輔導中心資源
 - NTU PEER
 - 情感教育系列活動
 - 隨時打SCC專線
- 自我
 - 抒壓5法
 - 平常就與學生連結、表達關心

專題演講102講堂

回看人類的自毀：從容格分析心理學理解自殺

洪素珍

洪素珍簡歷

現職：國立台北教育大學 心理與諮商學系副教授
國際分析心理學會分析師(IAAP)
戲劇治療師

學歷：U. of Durham in the UK

經歷：華人心理治療發展基金會督導

專長：分析心理學、精神分析取向心理治療、戲劇治療、心理創傷

從分析心理學試圖理解死亡與自
殺—解脫之人想著死亡，但他沉
思的是生命（Spinoza, 1632-1677）

洪素珍
國立台北教育大學
心理與諮商學系副教授
心理輔導組組長
戲劇治療師
國際分析心理學會分析師（IAAP）

那天我掉了一個世界 Emily Dickinson

那天，我掉了一個世界！
有人找到嗎？
它的前額繫了一排星子
你看了就認得。

有錢人—可能不會看它一眼—
不過—對我儉省的眼睛，
卻是比金錢更有份量—
喔閣下—請為我尋獲它！

分析心理學的基本概念

- 意識 ⇨ 個人情結，社會情結；個人潛意識
- 集體潛意識：各種原型，被原型吞噬的可能性
- 類心靈／超個人／心靈（soul）
- 外在物質世界與內在心靈世界（同時存在的平行時空）
- 個體化：生理與無意識（unconscious）：共存但不一定共融
- 兩極對立的共存性：生與死
- 意義與理解帶來轉化的可能

內在心靈世界的不同名稱

- Unconscious
- 內在的人
- Psyche reality
- 靈魂：「追尋自己的靈魂」「出賣自己的靈魂」「被咒詛的靈魂」「被救贖的靈魂」
- 內在真實
- 肉體與靈魂的關係：靈魂是肉體的附帶現象，肉體是靈魂所呈現的可見脈動。
- 靈魂是內在現實的象徵，卻不能完全被定義。

心理治療：可否拉開對死亡根本恐懼的探尋／對生命的沉思

- 心理治療／分析：每件自殺都有不同意義，試圖理解和自殺有關的個別性格，從而理解自殺之意義。
- 一切的理解，為的是維持與內在的聯繫。
- 一切的「經驗」與「受苦」均與內在現實（靈魂）相關。
- 死亡經驗不等於死亡行動，是否要以肉體的死亡行動來完成死亡經驗？

治療師對死亡的理解

- 何謂理解：同理，親密，深入的參與，來自心靈現實的溝通，對話的空間。
- 沙特：我們永遠無法了解死亡，因為永遠是別人的死亡，「我們總在死亡之外」。是否真的如此？
- 治療師／分析師和當事人的對話空間，如一面鏡子，理解死亡／自殺。
- 治療師要「一腳在內」「一腳在外」，共時擁有「內」「外」，才能創造出空間。
- 與沙特所言相反：死人沒有接觸自己的死亡，因為對於自己死亡的部分意義一直處在unconscious，只有對話才能有機會變成conscious。

「死亡」與「自殺」行動前的內在 世界

- 與內在unconscious的無法連結與理解，我們與內在的死亡聯繫微弱，以至「死亡」似乎都由外在的力量之襲擊。
- 是否要肉體行動化死亡，人類才有可以經歷死亡？
- 「死亡」與「存在」在心理現實上的並存性：例如年老者體驗置身於另一個世界，夢中經驗自己已經死亡，或死亡的焦慮。
- 當死亡沒有被容許在活著之時發生，生理死亡就對生命擁有絕對的力量。
- 自殺對某些人而言，可能是為了瞭解死亡而加入死亡的行動，在無意識之中。
- 以為唯有死亡的行動，才能拆解舊世界的秩序。

畏懼死亡，還是畏懼生命

- 治療師所要思考的是協助當事人瞭解自殺抉擇的意義
- 生命與死亡的延續線：除非我們可以選擇死亡，否則無法選擇生命，除非可以對生命說，否則困難真正肯定生命。
- 需要勇氣來選擇生命的磨難，需要勇氣來選擇進入未知。有些人選擇生命，因為畏懼死亡；有些人選擇死亡，因為畏懼生命。
- 自殺的直指問題：存在或不存在（to be or not to be）
- 或許要對自己內在的邪惡麻木，對自己的陰影無感，才能跟隨生命的集體洪流活著，畢竟要繼續活著而看到自己的邪惡，需要勇氣。

思索自殺

- 自殺：肉體與靈魂（內在世界的現實）之間的緊張
- 自殺：強迫我們面對心理現實
- 問題不在贊成或反對自殺，而是自殺在心理上的意義
- 自殺：強烈主張靈魂獨立的現實（心理現實真實存在）

死亡 Emily Dickinson

有一種結束的感受
在墳墓邊感到一
未來的閒暇無事一
曠大無邊。

死亡的醒目展示
讓我們更準確地推測
我們到底為何物
永恆的作用到底何意。

治療師／分析師所遇到各種死亡型 式：心靈經歷死亡，但肉體活著

- 夢中
- 各種失落（愛情、權位、親人…）
- 空洞、虛無
- 對死亡的恐懼
- 想像「死亡的輕鬆」，想殺人與被殺
- 神話中的自殺
- 一時憤怒的想殺了全部人
- 渴望見到死去的親人、愛人
- 分離就等於死亡
- 逃離戰爭的死亡，但內在並沒有逃離，PTSD
- 經歷神秘異象

「死亡」出現是為了轉化：以肉體 活著的方式經歷死亡

- 心理治療／分析：崩潰與合成的赴死過程
- 舊的世界若不死，就沒有更新的世界
- 內在世界的成長（「蛻」變）需要犧牲和死亡，所以自殺衝動被理解是一種轉化的驅力。
- 「目前的生命必須改變...這個模式必須徹底停止。但我對我的生命完全束手無策，試過所有的方法，我要現在就停止一切...」（p.115）

自殺：嘗試透過死亡，強制從一個領域移動到另一個領域

- 完全靜止，一切過程終結，進到另一個現實。
- 從becoming到being
- 「這個」變成了「那個」
- 進到另一個現實：基本的對立，生命與死亡的象徵。身體與靈魂／外在與內在／主動與被動／物質與精神／此處與超越。
- 對自殺感到痛苦，代表著內在在世界（內在現實、靈魂）與這所有的對立矛盾展開掙扎。
- 自殺決定，處在一種無法在對立矛盾中所做出的決定。

死亡經驗與肉體死亡

- 瀕死的恐懼（死亡的痛苦，常發生在生理死亡之前），影響到體驗死亡。
- 活在死亡的陰影之中（戰爭、集中營、核子武器），或許可以讓死亡經驗更靠近，當死亡經驗越是可能，轉化也就愈可能發生。
- 當心靈渴望轉化，除死亡之外，可以用其它象徵，但死亡最為有效，因死亡帶來強烈的情緒，需要全面回應。
- 自殺危機是一種死亡經驗，在關鍵時刻帶來徹底的轉化，意味著自殺危機作為體驗死亡的方式之一。

心理現實與外在現實的混亂

當只能靠行動化內在的幻想（例如想殺人，和真的殺人是不同的）才能體驗心理現實，我們將會受苦。

- Freude：自毀本能（thanatos）永遠存在，死亡永遠存在靈魂之中。
- 靈魂需要死亡經驗，可能透過沮喪、崩潰、孤獨、陶醉、失憶、解離、否認、憤怒、自我痛恨、絕望、折磨、而自殺只是其中之一。
- 這些是象徵，也是真實的經驗。

心理治療的協助與責任

- 分辨外在現實與內在現實
- 神秘結盟（在移情與反移情的空間）的可能失敗：
 - (1)沒有參與（雙腳都在外）
 - (2)參與時沒有意識的覺察（雙腳都在內）
- 我們不為彼此的生死負責；每個人的生死是屬於他自己的。但我們對自己的參與要負責。（p.130）
- 絕望憂鬱與自殺幻想的處理：投射、涵容、回映

治療師所支持的是體驗「生」與「死」的對立

- 共同站立在死蔭的幽谷：治療師在意識上專注於死亡經驗的進行。
- 轉化在全然絕望時發生。
- 維持在最關鍵時刻，信任可以不被破壞，因彼此之間的瞭解，甚至無法被死亡破壞。
- 治療師／分析師「進入」當事人，而他不再是孤立。
- 耶穌在十字架上絕望的呼求「主阿，主阿，為何放棄我」
- 絕望在死亡經驗中出現，同時也是重生的必要條件：之前的生命、狀況，在絕望誕生時死去。當下只有那一刻本身存在—迎接任何可能的來臨—只要能等待。等待就是一切，而且一起等待。（p.142）

我居住在可能裏 Emily Dickinson

我居住在可能裏—
一座比散文優美的屋宇—
有更多窗子—
門扇更上等。

房間像似雪松蓋成—
目光無法看透—
它持久不朽的屋頂—
是以天空為瓦—

來訪者—最上等的嘉賓—
從事的工作—就是這個—
張開我小小的雙手
採集天國樂土—

參考資料

- 自殺與靈魂：超越死亡禁忌，促動心靈轉化。James Hillman
- 附身：榮格的比較心靈解剖學。Craig E., Stephenson

專題演講102講堂

來心輔，學幸福

陳高欽

陳高欽簡歷

現職：國立成功大學 學生事務處 副學生事務長

國立成功大學 學生事務處 心理健康與諮商輔導組 組長

國立成功大學 醫學院醫學系 精神學科 副教授

國立成功大學 醫學院附設醫院 精神部 老人精神科 主任

國立成功大學 醫學院附設醫院 精神部 主治醫師

學歷：英國倫敦大學 國王學院 精神醫學研究所 博士

經歷：國立成功大學 醫學院附設醫院 斗六分院 精神暨長期照護部 主任

國立成功大學 醫學院醫學系 精神學科 助理教授

國立成功大學 醫學院醫學系 精神學科 講師

國立成功大學 醫學院附設醫院 精神部 主治醫師

國立成功大學 醫學院附設醫院 精神部 住院醫師

專長：一般精神醫學；社區精神醫學；老年精神醫學

~來心輔，學幸福~

心理健康與諮商輔導組
陳高欽

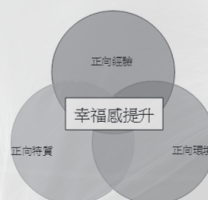


幸福 Happy Go

- 創造幸福校園－心理健康三級預防
- 增進親師溝通－導師與家長業務
- 打破性別藩籬－性別平等委員會
- 有愛無礙－資源教室

幸福～心幸福

- 以正向心理學概念作為工作推展理念



心理健康三級預防

- 以心理健康三級預防概念為主要架構

一級預防：

促進心理健康。

提升全校教職員生的幸福感。

二級預防：

高關懷群發現與介入。

透過施測、學業輔導以及復學生輔導，
了解學生情緒與身心適應狀態，創造學生正向
經驗，建構正向溫暖環境。

三級預防：

危機處理。

校園內第一線危機處理人員危機處理，
已建立密切的合作網絡，正向、溫暖、
支持的環境，降低危機。

幸福職人

- 兼任組長 1名
- 導師業務 1名
- 助教1名（性別平等，具諮商心理師執照）
- 校聘人員1名(性別平等)
- 專案助理教授 1 名(具社工師執照)
- 臨床/諮商心理師 11 名
- 資源教室老師 3 名

- <http://counseling.osa.ncku.edu.tw/?Lang=zh-tw>

幸福魔法



- 多元接觸
 - 幸福魔法屋、幸福粉絲團、責任區塊分工
 - 以促進幸福概念推展心理健康
 - 主動出擊、貼近校園
 - <https://zh-tw.facebook.com/happinessncku/>



課程與服務：開設課程多元性

- 通識：
 - 「情緒與壓力管理」
 - 「發現自我天賦」
 - 「家庭關係」
 - 「無障礙生活與環境」
 - 「幸福學」
- 曾開設心理系課程：
 - 團體輔導理論與實務
 - 助人理論技巧與實務
- 服務學習、專題討論、系所課程融入



與時俱進

- 尊重隱私，便利服務
- 建置線上諮商服務平台，導入線上預約
 - 提高諮商服務可親性，並有助於資訊彙整。
 - http://140.116.249.175/CS_NCKU/index.aspx

專題演講102講堂

陽明大學心理諮商中心經驗分享

白雅美

白雅美簡歷

現職：國立陽明大學醫學系精神科教授(2014-)
國立陽明大學醫學系副系主任(2018--)
國立陽明大學醫學系精神學科主任(2017--)
國立陽明大學腦科學研究所合聘教授(2018--)
臺北榮民總醫院精神部成人精神科主任(2017--)
國立陽明大學心理諮商中心主任(2017--)
臺北榮民總醫院精神部主治醫師(2006--)
臺北榮民總醫院精神部病房主任(2015--)
臺北榮民總醫院暨北區分院聯合藥事管理會委員(2018--)
臺北榮民總醫院人體試驗暨倫理委員會副主任委員(2017--)
臺北榮民總醫院人體試驗暨倫理委員會委員(2012--)
國立陽明大學人體試驗暨倫理委員會委員(2011--)
國立陽明大學醫學系教師評審委員會委員(2016.08--)
衛生福利部中央健保署精神科健保審查委員(2016.10--)
台灣生物精神醫學暨神經精神藥理學學會理事(2012--)
台灣精神分裂症研究學會理事(2009--)
亞洲神經精神藥理學學會(Asian College of Neuropsychopharmacology (AsCNP)理事(2017.01--)
台灣精神醫學會甄審委員會委員(2016--)
台灣精神醫學會國際事務委員(2011--)
台灣精神醫學會出版委員會委員(2016--)
衛生福利部精神醫學 RRC 評鑑委員(2015--)
國立陽明大學特教委員會主任委員(2017--)
國立陽明大學醫學系課程委員會委員(2016--)
台北榮民總醫院教師培育中心課程執行小組委員(2011--)
Membership , Collegium International Neuropsychopharmacology (CINP)(2007-)

學歷：陽明大學公衛研究所博士(2003-2006) 中山醫學大學醫學系 (1984-1991)

專長：精神醫學, 流行病學

專題演講102講堂

校園憂鬱症自殺初級預防經驗分享

韓德彥

韓德彥簡歷

現職：臺北醫學大學通識教育中心副教授/學生輔導中心臨床心理師

學歷：台灣大學心理系學士、碩士、臨床心理學博士

經歷：台大學生輔導中心 兼任輔導老師(民86~88)

公務人員高考及格桃園榮民醫院臨床心理師(民88~99)

陸總部心理衛生中心 輔導老師(民91~92)

臺北市立大學心理與諮商學系(民99~101)

精神健康基金會副執行長(民104~迄今)

臺北醫學大學通識教育中心/學生輔導中心 臨床心理師(民101~迄今)

專長：憂鬱污名、性別教育、校園心理衛生、醫學人文教育、職場壓力調適

校園憂鬱自傷 初級預防經驗分享

臺北醫學大學
學生輔導中心/通識教育中心
臨床心理師 韓德彥 副教授
handeyan@tmu.edu.tw

臨床心理師 韓德彥博士

- 學歷
 - 台灣大學心理學系學士、碩士、臨床心理學博士
- 經歷
 - 台大學生輔導中心 兼任輔導老師(民86-88)
 - 公務人員高考及格桃園榮民醫院 臨床心理師(民88-99)
 - 陸總部心理衛生中心 輔導老師(民91-92)
 - 台北教育大學心理與諮商學系助理教授(民99-101)
 - 精神健康基金會 副執行長(民104-迄今)
 - 臺北醫學大學通識教育中心 學生輔導中心/臨床心理師(民101-迄今)
- 著作
 - 《心理治療DIY》(時報, 2003)
 - 《心輔特快車》(黎明, 2005)
 - 《憂鬱, 為何不就醫》(時報, 2005)
 - 《人生路上的心靈處方箋》(黎明, 2013)



預防勝於治療

- 《黃帝內經》：「上醫醫未病，中醫醫欲病，下醫醫已病」。
- 《素問·四氣調神大論》：「聖人不治已病，治未病；不治已亂，治未亂，此之謂也」。
- 《千金要方》：「德行兼備，雖不吃藥也可以長壽；德行不足，雖服玉液金丹也不能延



初級預防--三國演義

- 臨江仙 (楊慎詞)
 - 是非成敗轉頭空，青山依舊在，幾度夕陽紅
 - 古今多少事，都付笑談中
- 三國人物自殺意念議題探討
 - 在三國演義中，曹操、劉備、孫權何人曾出現過自殺意念？
- 溝通技巧練習
 - 「足下不死，孤不得安」出自何人之語
- 增進「敘事同理心」
 - 55回，劉備在江邊想起在吳繁華之事，不覺淒然淚下。你覺得他可能哭哪些事情？



三國演義31回……

- 當先大將，乃是張郃，大叫：“劉備快下馬受降！”玄德方欲退后，只見山頭上紅旗磨動，一軍從山塢內擁出，為首大將，乃高覽也。
- 玄德兩頭無路，仰天大呼曰：“**天何使我受此窮極耶！事勢至此，不如就死！**”欲拔劍自刎。
- 劉辟急止之曰：“容某死戰，奪路救君。”言訖，便來與高覽交鋒。戰不三合，被高覽一刀砍于馬下。……
- “諸君皆有王佐之才，不幸跟隨劉備。備之命窘，累及諸君。今日身無立錐，誠恐有誤諸君。君等何不棄備而投明主，以取功名乎？”
- RPG：社長自覺無法領導社員，想要退出/解散社團。眾幹部們給予鼓勵，撐住大局……試問如何運用劉備的方式，來讓別人更用心投入社團工作

初級預防--性別與心理健康

- 約會練習作業：計畫書（含預算）與成果報告
- 分手計畫書
 - 了解對方立場，降低情緒困擾
 - 加速成熟成長
- 失戀33天電影賞析



事後反思與學習

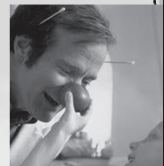
- 愛可以起於眼緣的心動或條件的欣賞，但更重要的是，如何在相處的過程中，發掘彼此個性上契合與矛盾之處，找尋到真正適合自己的人。
- 值得歡呼的一件事-----我們在一起了!!!!就在做完作業後的幾個星期後
- 兩個人能不能在一起除了兩人之間的緣分，還要看老天爺肯不肯幫你。
- 遠距離戀愛真的很難經營，如果可以的話，我會選擇不要再談遠距離的戀愛，因為思念很苦，等待也很苦
- 我感恩生命中有他的出現，所有的回憶都是美好的。

初級預防

——人際互動與助人技巧



- 三明治溝通法
- 我訊息溝通法
- 同理心
- 愛情、生涯、健康、學業、自殺等議題短片賞析與討論
 - 三個傻瓜
 - 心靈點滴
- 協助親友實作練習



初級預防——從大體老師談生命關懷

- 悲傷輔導
- 靈性關懷
- 四道人生
 - 道謝
 - 道歉
 - 道愛
 - 道別
- 通靈研究
 - 媽媽通靈師



初級預防

- 生命教育系列
- 醫文沙龍
- 愛之傳
校園傳愛



次級預防

- 大—身心健康調查
- 107年擴及轉學生、研究生
- 測量人格傾向量表較佳
- 校務研究結果
 - 身心障礙、境外生問題較嚴重
 - 衝動、憂鬱、精神影響成績
- 憂鬱、自傷為主要篩檢指標



三級預防

- 自殺個案處理
 - 資源教室學生墜樓事件
- 加強防堵危險空間
- 增加輔導人力



醫學院大樓繪畫展覽欄



專題演講103講堂

Management of Positive and Negative Affect: Impact on Functional Recovery

林立寧

林立寧簡歷

現職：恩主公醫院精神科主治醫師

學歷：台灣大學健康政策與管理研究所博士
台灣大學衛生政策與管理研究所碩士
台灣大學醫學系學士

經歷：台大醫院精神科住院醫師

專長：一般精神醫學、老人學、精神健康促進

Management of Positive and Negative Affect: Impact on Functional Recovery

Linen Nymphas Lin
林立寧
Dec. 09, 2018

Repertoire of Observed Fundamental Emotion

Positive

Joy



Paul Ekman 1972

Negative

Wrath

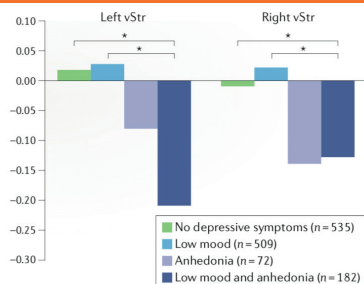
Grossness

Scaredness

Loneliness

Shock

Anhedonia ≠ Depression

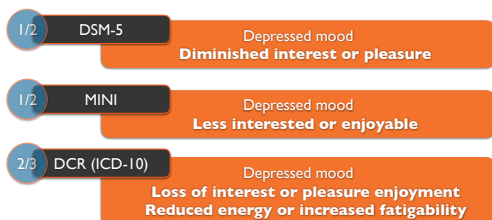


Nat Rev Neurosci. 2018

Unfortunately: Profiles of major depression...



Fortunately: Core of Major Depression...



Baseline PA predicting non-recovered depression @ 6-mth

Reactivity score	χ^2	p	N = 72 (53F)
Sadness experience	0.13	.72	
Sadness behavior	0.00	.99	
Sadness skin conductance responses	0.02	.89	
Sadness heart rate responses	0.34	.56	
Fear experience	0.96	.33	
Fear behavior	0.75	.39	
Fear skin conductance responses	0.87	.35	
Fear heart rate responses	1.43	.23	
Amusement experience	1.16	.28	
Amusement behavior	5.58	.02*	
Amusement skin conductance responses	2.07	.15	
Amusement heart rate responses	7.51	.006*	

Note. For all χ^2 values, all degrees of freedom equal 1.
* $p < .05$.

Emotion. 2002;2(2):139-46

四、專題演講10 Management of Positive and Negative Affect: Impact on Functional Recovery

Less PA predicting 10-yr course

Calm

Loss of energy, fatigue

(Trouble sleeping or sleeping too much)

Loss of interest or pleasure

Thoughts about death or suicide

Confident

Get together with friends

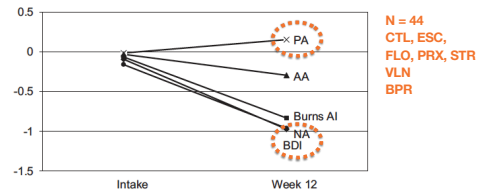
Avoid being with people

Successful

N = 313
DSSI

J Nerv Ment Dis 1999;187:360-8

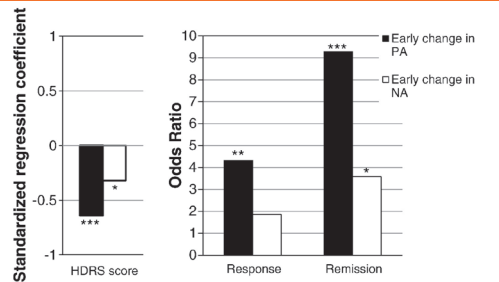
Most ADs mainly acting on NA



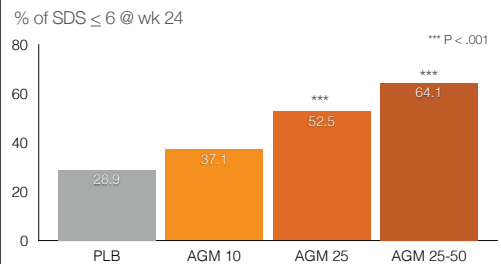
N = 44
CTL, ESC,
FLO, PRX, STR
VLN
BPR

Behav Res Ther. 2007;45:1753-64

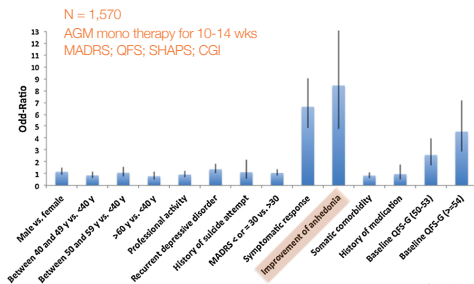
Change in PA @ wk 1 predicting Remission @ wk 6



AGM Improved Function



"Improvement of Anhedonia" Predicting Psychosocial Function



專題演講103講堂

CHEER T in Clinical Practice; Case Sharing I

劉英杰

劉英杰簡歷

現職：

臺北榮民總醫院精神醫學部

學歷：

國防醫學院醫學系、國立陽明大學臨床醫學研究所

經歷：

臺北榮民總醫院住院醫師、臺北榮民總醫院玉里分院主治醫師、臺北榮民總醫院玉里分院心身醫學科主任。

專長：

生物精神醫學、司法精神醫學。

專題演講104講堂

CHEER T in Clinical Practice; Case Sharing II

張勳安

張勳安簡歷

現職：三軍總醫院精神醫學部 主治醫師

學歷：國防醫學院醫學士
防醫學院醫學系精神學科助理教授
國防醫學院心理輔導室輔導老師

經歷：中華民國精神科專科醫師
台灣成癮專科醫師
三總澎湖分院精神科主治醫師
署立澎湖醫院精神科主治醫師
連江縣立醫院精神科主治醫師
國防醫學院軍陣醫學委員會委員暨「國軍心理抗壓訓練」專案研究小組副執行幹事
澎湖縣文光、鎮海、湖西、澎南、馬公國中，文澳國小及連江縣馬祖高中精神科顧問醫師
國際期刊編輯委員
三軍總醫院精神生理研究室主持人

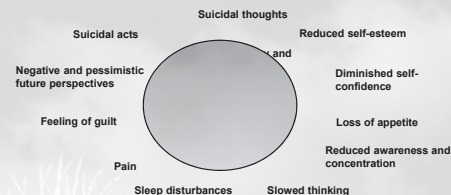
專長：失眠，自律神經失調及檢測，非侵入性腦神經調節技術，憂鬱症
躁鬱症，思覺失調症，酒癮，藥癮，老年失智症
兒童及青少年精神疾病

Valdoxan antidepressant efficacy for anhedonia in major depression

三總 張勳安醫師

Updated in May 2018

The many symptoms of depression ...



Our depressed patients show high interindividual variability
A focused, individualized treatment approach is necessary!

Expectations of our depressed patients

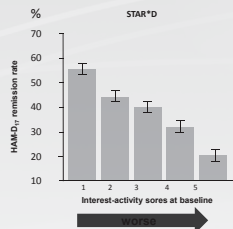
77.3 % Presence of positive mental health such as optimism, vigor and self-confidence (= positive emotions)

74.3 % Return to usual level of functioning at work, home, or school

70.6 % Absence of symptoms of depression

Zimmermann M, et al., Am J Psychiatry 2006; 163:148-150

Loss of interest and diminished activity at baseline predict poor remission rate



Interest-activity symptom dimension (HAM-D, MADRS):

- Interest
- Enjoyment
- Concentration
- Decisions
- Ability to feel activity
- Energy
- Sex

Lher R, et al. Psychol Med 2012;42(5):987-990

Snaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS)

1. I would enjoy my favorite television or radio program
2. I would enjoy being with my family or close friends
3. I would find pleasure in my hobbies and pastimes
4. I would be able to enjoy my favorite meal
5. I would enjoy a warm bath or refreshing shower
6. I would find pleasure in the scent of flowers or the smell of a fresh sea breeze or freshly baked bread
7. I would enjoy seeing other people's smiling faces
8. I would enjoy looking smart when I have made an effort with my appearance
9. I would enjoy reading a book, magazine or newspaper
10. I would enjoy a cup of tea or coffee or my favorite drink
11. I would find pleasure in small things, e.g. bright sunny day, a telephone call from a friend
12. I would be able to enjoy a beautiful landscape or view
13. I would get pleasure from helping others
14. I would feel pleasure when I receive praise from other people

Score 0-14; the higher the SHAPS total score, the greater the anhedonia

CHEER Index® (Castle Hopwood Emotional Experience Response)

詢問病人，與之前(憂鬱發作前)正常的狀況相比，他她最近的情緒反應，評估下列問題：

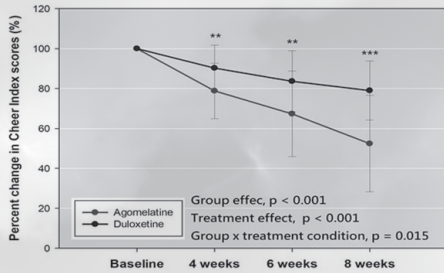
1. 你對開心事件的情緒反應？
例如：看一部喜劇的電影，得知一位朋友/家人生病了...
2. 你對發生在生活中的好事(或好消息)的情緒反應？
例如：在上班(工作進展順利)，或有家中平常的一天
3. 你在簡單的事物中得到的愉悅感？
例如：早晨起來看到藍天或喜歡的家當
4. 你在他讓你開心的事件時的愉悅感？
例如：嗜好，興趣或是與朋友/家人相處
5. 你在擔任任何行為時的愉悅感？
6. 你幫助別人和得到別人感激時的愉悅感？

□ 正常
□ 比正常小
□ 比正常大

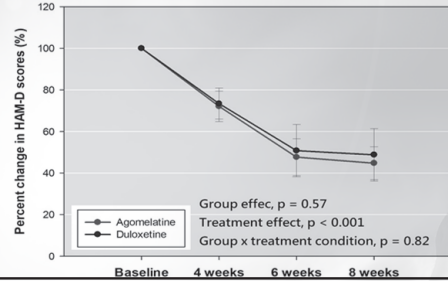
0 → 1

四、專題演講12 CHEER T in Clinical Practice; Case Sharing II

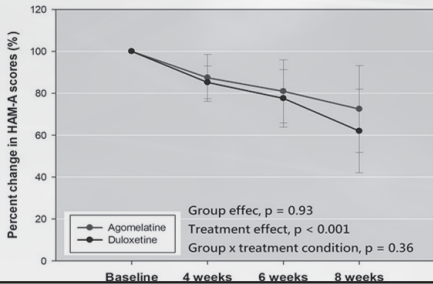
Group comparisons on CHEER index scores (primary outcome)



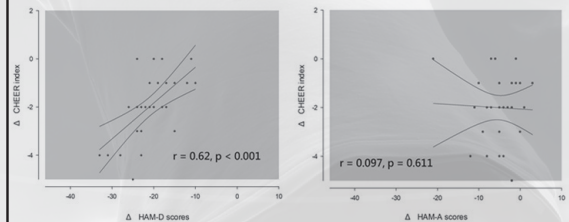
Group comparisons on depression severity (secondary outcomes)



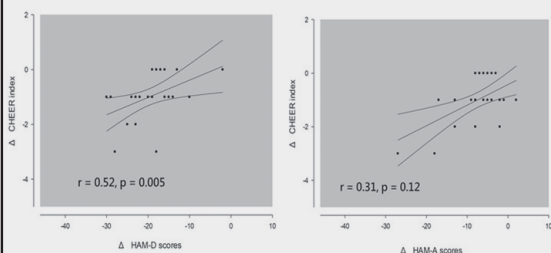
Group comparisons on anxiety severity (secondary outcomes)



Anhedonia versus depression, Anhedonia versus anxiety (agomelatine group)



Anhedonia versus depression, Anhedonia versus anxiety (duloxetine group)



Key messages

- ✓ Agomelatine is efficacious in treating severe depression and comorbid anxiety symptoms.
- ✓ Agomelatine seems to be superior to other antidepressant (duloxetine) in improving anhedonia
- ✓ Specifically targeting anhedonic symptoms is essential in achieving functional remission
- ✓ Main therapeutic goal should be a functional remission

專題演講104講堂

Clinical experience and patient selection with vortioxetine

林耕新

林耕新簡歷

現職：耕心療癒診所

學歷：台北醫學大學醫學系

經歷：高雄市凱旋醫院精神科 主治醫師

高雄市立凱旋醫院社區精神科 主任

美國史丹福大學家庭研究中心 訪問學者

高雄市社區心理衛生中心 主任

高雄市民生醫院身心暨壓力病房 督導醫師

高雄區中等學校學生心理輔導中心 諮詢醫師

忘憂草憂鬱防治協會 創辦人/理事長

台灣憂鬱症防治協會 理事暨社區發展委員會 主任委員

專長：失眠/憂鬱/更年期障礙/強迫症恐慌症/心理諮商

The clinical development of Vortioxetine and clinical case report

林耕新 醫師
耕心療癒診所



個人經歷

- ◆台北醫學大學醫學系畢業
- ◆高雄市凱旋醫院社區精神科 主任
- ◆高高屏澎精神醫療網 執行長
- ◆美國史丹福大學家庭研究中心 訪問學者
- ◆高雄市社區心理衛生中心 主任
- ◆忘憂草憂鬱防治協會 創辦人/理事長
- ◆台灣憂鬱症防治協會 理事及編輯委員
- ◆董氏基金會 心理諮詢委員
- ◆蓮花臨終關懷基金會 生死教育委員會委員



現任職務

- 耕心療癒診所 負責人
- 高雄市警察局心理諮詢委員
- 高雄市心理健康促進會 委員
- 董氏基金會心理健康諮詢委員
- 台灣憂鬱症防治協會 常務理事暨社區委員會 主任委員
- 中華忘憂草身心健康促進協會 理事長

歡迎來到解憂相談室



解憂相談室

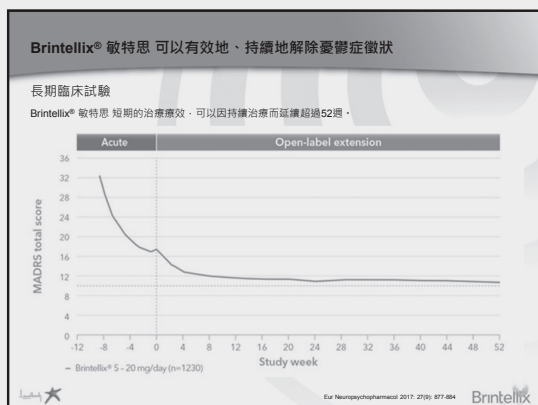
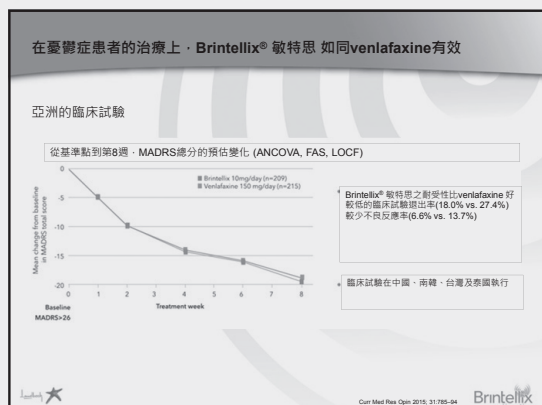
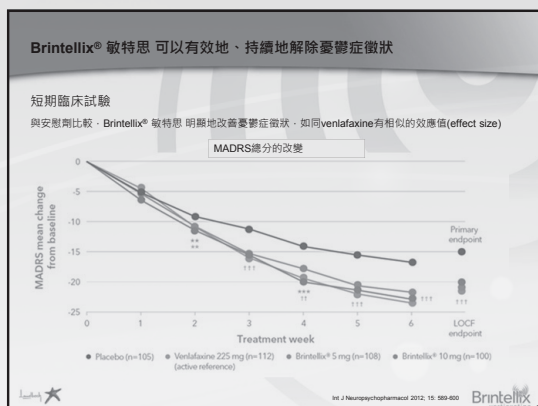
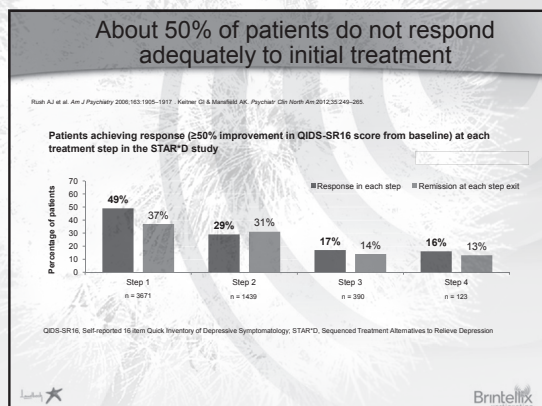
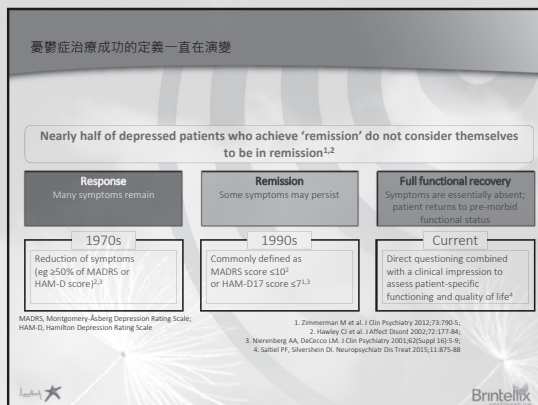
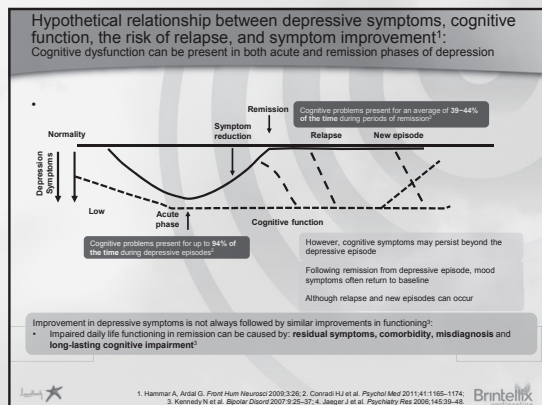


親切的診所員工



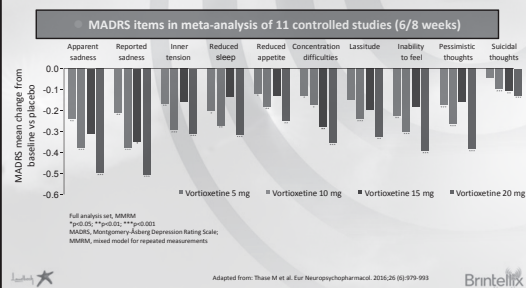
臺灣憂鬱症防治協會 年會暨學術研討會

107.1 2.9 ① 臺大醫學院
台北市仁愛路一段1號



四、專題演講13 Clinical experience and patient selection with vortioxetine

Distributed pattern of improvement after vortioxetine in MDD

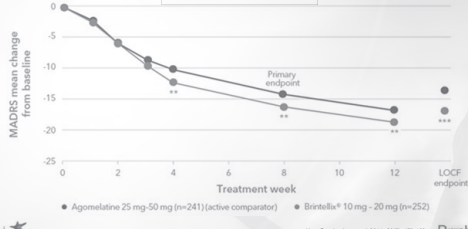


Brintellix® 敏特思 可以有效改善不同憂鬱症患者的徵狀

對SSRI/SNRI 不理想反應者

對之前SSRI或SNRI治療有不理想反應者，Brintellix® 敏特思 比agomelatine有較好的改善

MADRS總分從基線點的改變

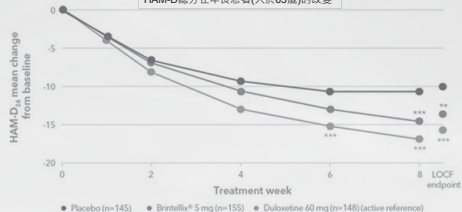


Brintellix® 敏特思 可以有效改善不同憂鬱症患者的徵狀

大於65歲的年長患者

Brintellix® 敏特思 明顯改善年長患者的憂鬱徵狀

HAM-D總分在年長患者(大於65歲)的改變

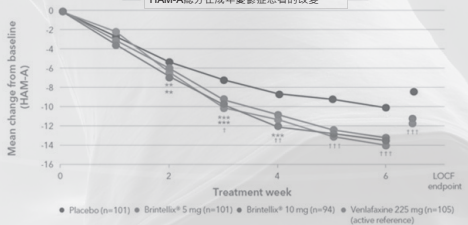


Brintellix® 敏特思 可以有效改善不同憂鬱症患者的徵狀

高度焦慮患者(HAM-A >20)

Brintellix® 敏特思 明顯改善憂鬱症患者的焦慮徵狀，如同venlafaxine有相似的效應值(effect size)

HAM-A總分在成年憂鬱症患者的改變



Brintellix® 敏特思 對憂鬱症廣泛的徵狀呈現療效

...患者功能的改善全部與主觀及客觀的評量有關

Mood symptoms

Cognitive function

Physical symptoms

Brintellix® improves aspects of cognitive functioning* that can optimise patients' chances of achieving functional recovery¹⁻⁵

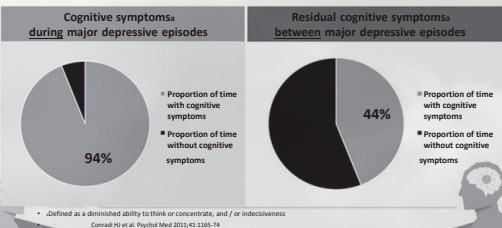
Brintellix® 敏特思可以改善認知功能，進而優化患者達到機能性康復的可能

*As measured by CDSIT

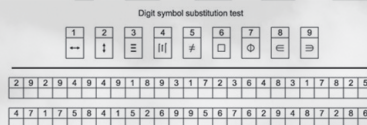
臺灣憂鬱症防治協會 年會暨學術研討會

107.1 2.9 地點 臺大醫學院
台北市仁愛路一段1號

Cognitive symptoms are prevalent and persistent in depression



The Digit Symbol Substitution Test (DSST) 可以擷取某些受MDD影響的認知功能區塊之機能



四個受MDD影響的認知功能區塊藉由DSST來評量：

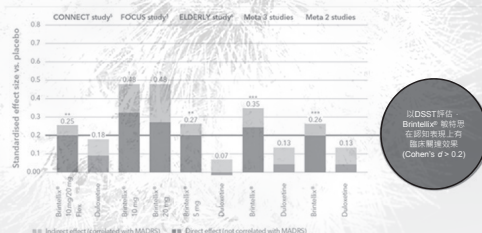


1. Katona C, et al. Int Clin Psychopharmacol. 2012;27(4):215-223; 2. Wechsler. Adult Intelligence Scale. 1997; 3. Harrison et al. Poster presented at APA 2014.

Brintellix

Brintellix® 敏特思 可以改善認知功能，進而優化患者達到功能性康復的可能

Brintellix® 敏特思 持續改善憂鬱症患者的認知症狀，例如：執行功能、注意力、思考速度、工作記憶



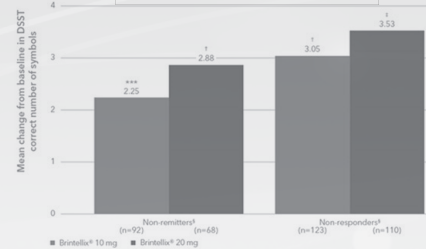
Int J Neuropsychopharmacol 2016; 19(10): 1-9

Brintellix

Brintellix® 敏特思 對情緒可以產生廣泛個別的效果，來改善注意力、計畫力、記憶力的問題

甚至在那些情緒症狀沒有改善的患者，Brintellix® 敏特思 相對於安慰劑都可以改善認知功能

在第8週，成人憂鬱症患者相對於安慰劑的DSST改變



Int J Neuropsychopharmacol 2014; 17(10): 1507-1507

Brintellix

Brintellix® enables people with MDD to improve their daily functioning*

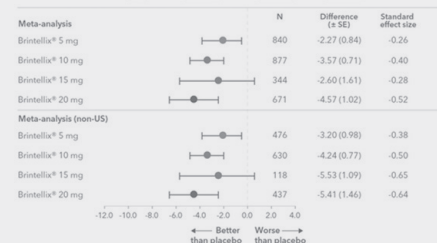
Brintellix® 敏特思促使憂鬱症患者改善日常生活功能

*Brintellix® significantly improved overall patient functioning at work, at home and socially compared with placebo at eight weeks using DSST.

Brintellix

情緒徵狀

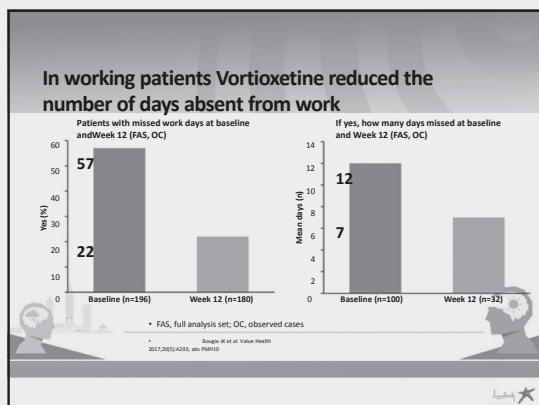
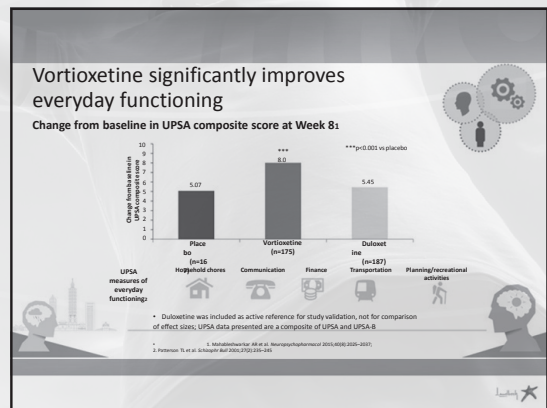
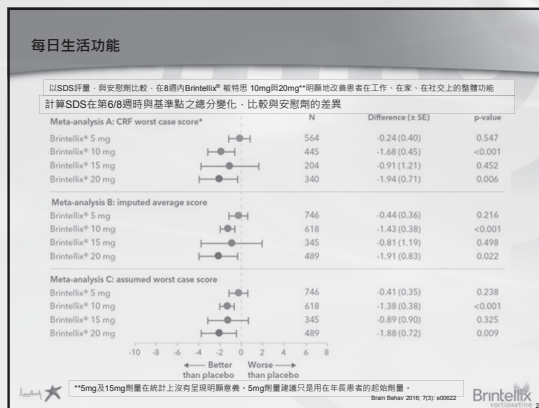
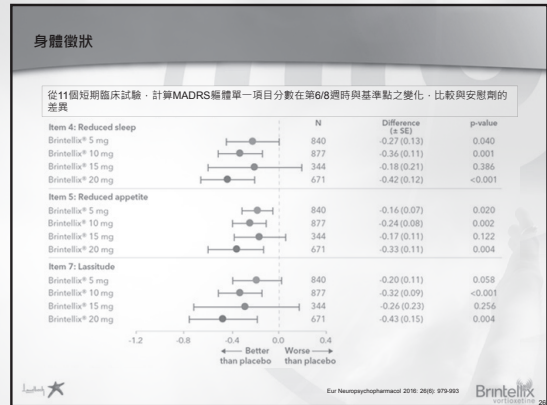
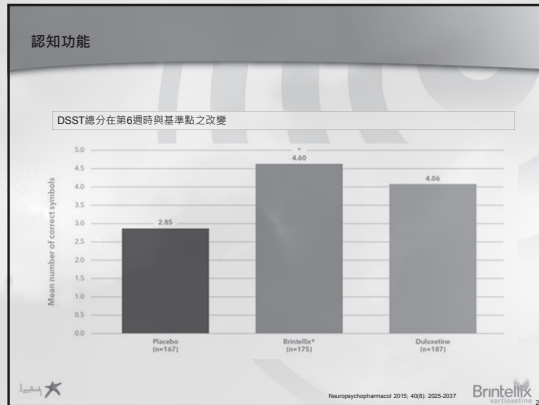
從11個短期臨床試驗，計算MADRS總分在第8週時與基準點之變化，比較與安慰劑的差異



Eur Neuropsychopharmacol 2016; 26(8): 979-985

Brintellix

四、專題演講13 Clinical experience and patient selection with vortioxetine



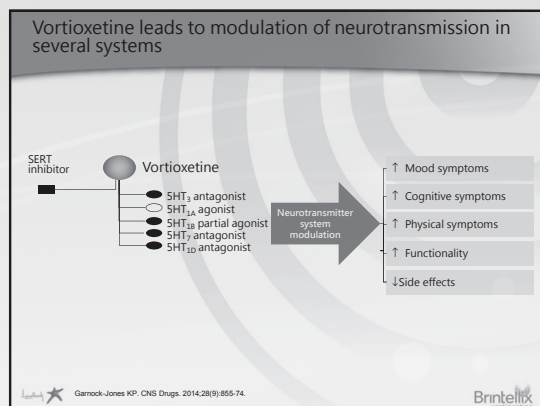
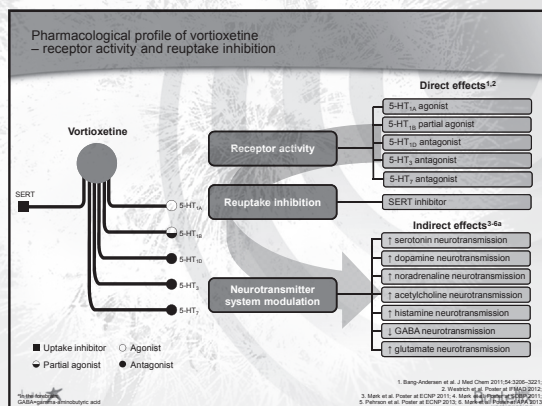
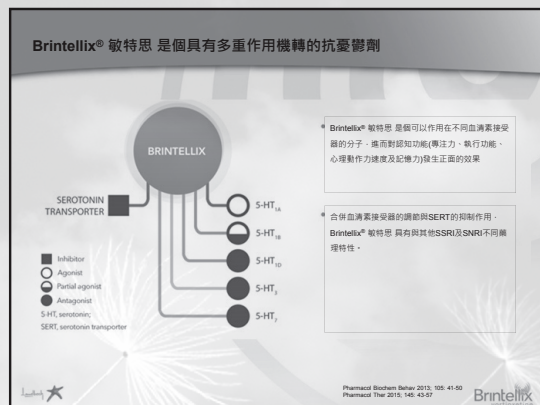
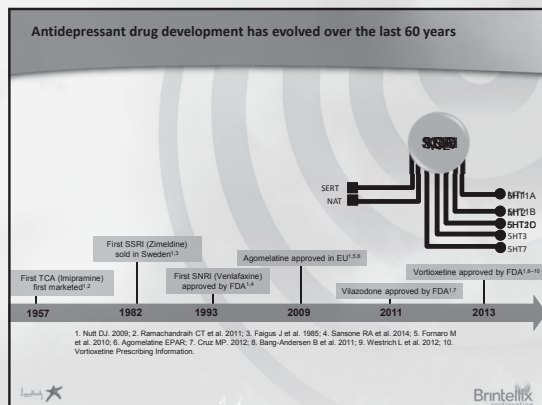
Brintellix® is an antidepressant with multimodal activity^{1,2}

Brintellix® 是一種具有多重作用機轉的抗憂鬱劑

Brintellix®

臺灣憂鬱症防治協會 年會暨學術研討會

107.1 2.9 日 臺大醫學院
台北市仁愛路一段1號



Brintellix® is well tolerated and does not exhibit many of the side effects typical of SSRIs and SNRIs such as sexual dysfunction* and weight gain**1-4

Brintellix® 敏特思耐受性佳，不會發生一般抗憂鬱藥物(SSRI、SNRI)的副作用

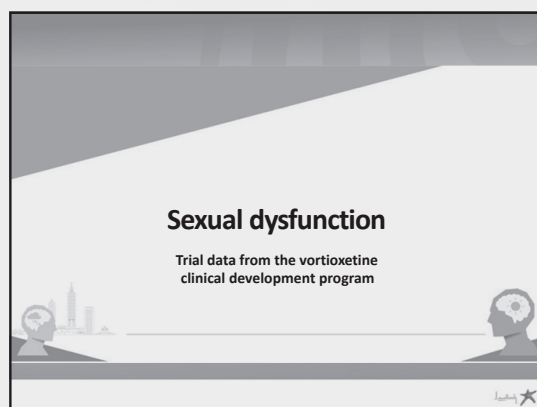
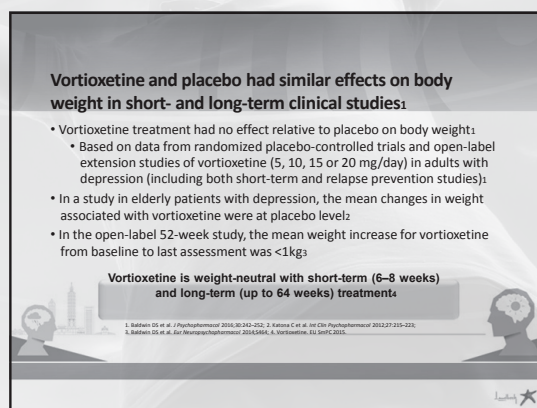
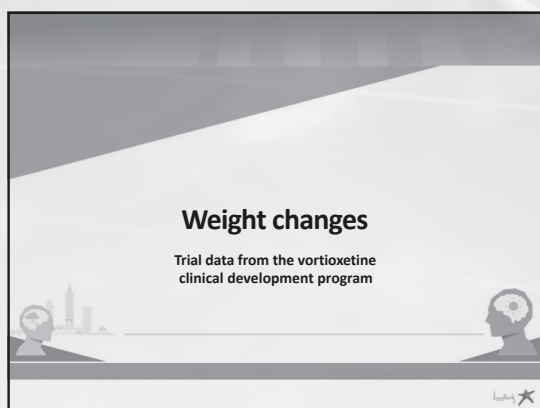
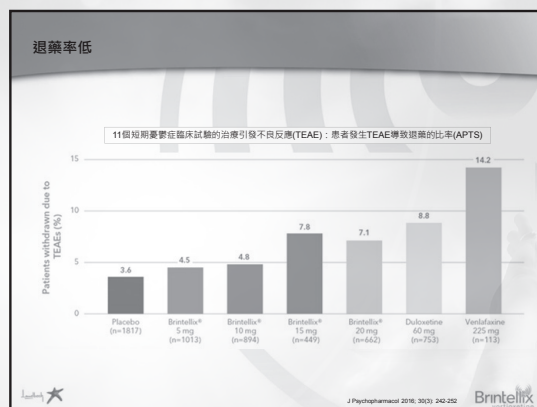
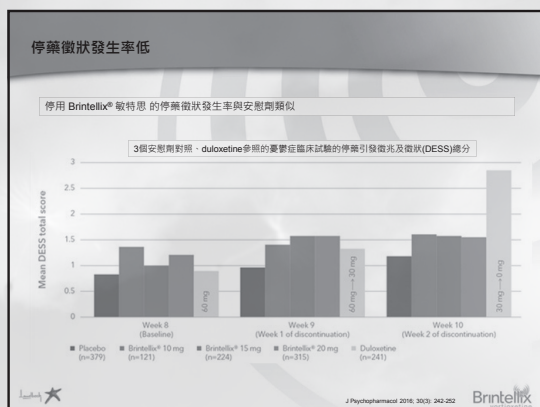
*As measured by CSQ-14. Previous SSRIs included citalopram, paroxetine or sertraline. In short-term clinical studies, the 20 mg dose of Brintellix® was associated with an increase in treatment-emergent sexual dysfunction.
**Relative to placebo, in clinical phase and long-term studies.

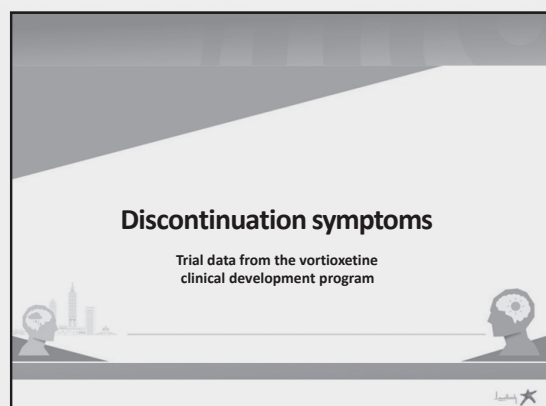
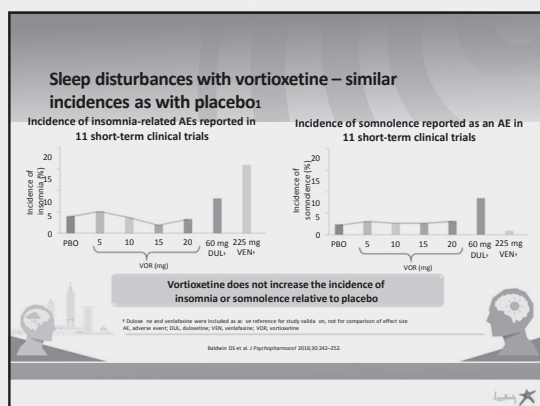
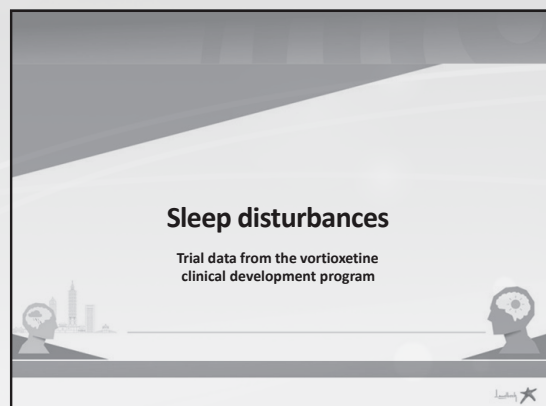
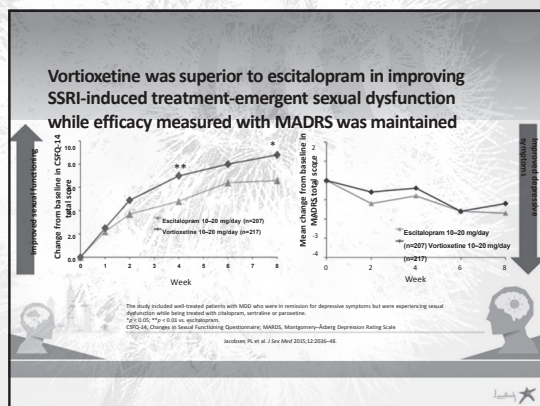
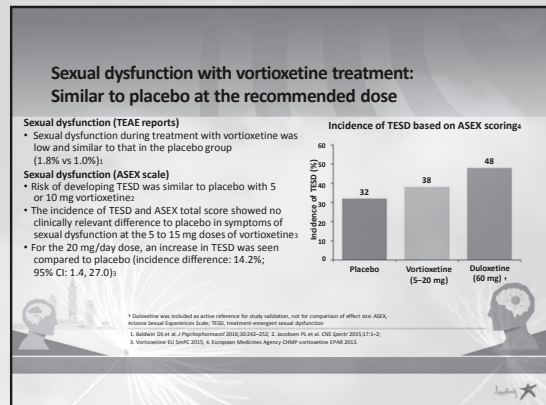
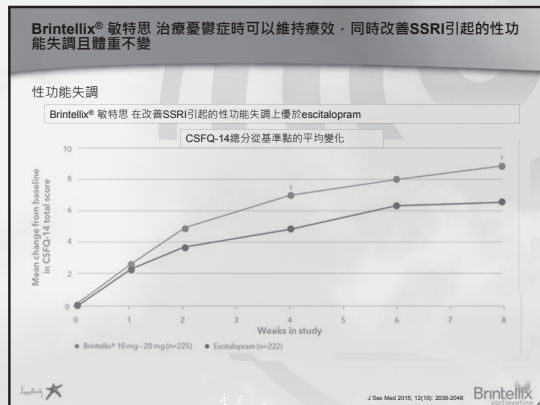
一般而言，Brintellix® 敏特思 耐受性佳

Brintellix® 敏特思 不會發生類似一般SSRI及SNRI的許多副作用，包含性功能失調及體重增加

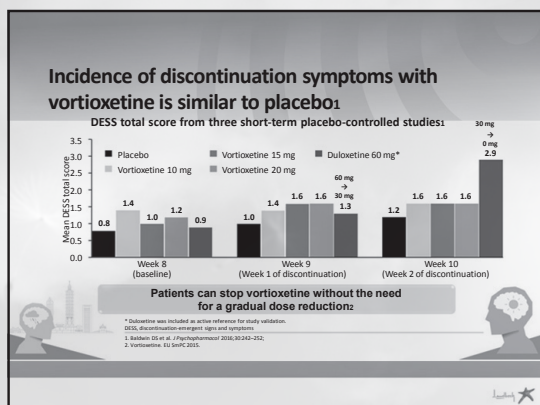
- 體重不變
- 低服藥率及停藥
- 如安眠藥般的性功能失調
- 如安眠藥般的體重增加
- 短暫的輕到中度噁心
- 安全性相關的不良反應比率低
- 過量引發不良反應比率低
- 藥物交互作用可能性低

四、專題演講13 Clinical experience and patient selection with vortioxetine





四、專題演講13 Clinical experience and patient selection with vortioxetine



使用經驗報告

- 64y/o female
- 1st episode: depressive mood, fatigue, loss of interest, irritability, sleep disturbance, think of death
- Never use AD
- Vortioxetine 5 mg as starting dose, 10mg after 1 week, then...hypersexuality.

Brintellix®

使用經驗報告

- 57 y/o female came from 斗六
- Several recurrences during 10 yrs, try at least 4 Ads
- Shifting Agomelatine to Vortioxetine 10mg
- Next visit dramatic changes

Brintellix®

使用經驗報告

- 24 y/o female OL
- Anxious about her w't gain(55kg)
- She said: 『every gram counts, Doc!』
- Think of Vortioxetine, 4 months later 51kg

Brintellix®

使用經驗報告

- 61 y/o male
- Vortioxetine 5mg to 10mg
- Severe insomnia and more anxiety.

Brintellix®

臺灣憂鬱症防治協會 年會暨學術研討會

107.1 2.9 ① 臺大醫學院
② 台北市仁愛路一段1號

Brintellix® is straightforward to prescribe, at 10 mg once-daily and the dose can be adjusted according to response¹

Brintellix® 敏特思處方簡便，10mg 每天一次，劑量可以依照治療反應調整

Brintellix® 特點

- Brintellix® 敏特思有效地、持續地解除憂鬱症症狀，並且對不同憂鬱症患者都有效
- Brintellix® 敏特思可以改善認知功能，進而優化患者達到機能性康復的可能
- Brintellix® 敏特思促使憂鬱症患者改善日常生活功能
- Brintellix® 是一種具有多重作用機轉的抗憂鬱劑
- Brintellix® 敏特思耐受性佳，不會發生一般抗憂鬱藥物(SSRI、SNRI)的副作用
- Brintellix® 敏特思處方簡便，10mg 每天一次，劑量可以依照治療反應調整

Brintellix 敏特思 主要臨床重點

- 中文商品名：Brintellix film-coated tablets敏特思膜衣錠
- 成份：vortioxetine hydrobromide
- 適應症
 - 成人鬱症 (major depressive disorder)
- 劑型：粉紅色、黃色、橙色、紅色、杏仁形狀
- 用法用量
 - 起始及建議投予劑量：未滿65歲成人病患，Brintellix之起始及建議投予劑量為**vortioxetine 10毫克**，每日一次。
 - 依個別患者反應，劑量可以增加最高至每日20毫克，每日一次或減少至最低每日5毫克(每日一次)。
 - 依個別患者反應，劑量可以增加最高至每日20毫克或減少至最低每日5毫克。
 - 於症狀解除後，建議至少須再持續治療**6個月**以鞏固抗憂鬱的效果。
 - 當停止以Brintellix 治療時，患者可以立即停用此產品，毋須逐漸降低劑量。
 - 老年患者
 - 如果病患≥ 65歲的起始劑量，務必使用最低有效劑量**每天一次vortioxetine 5毫克**。
 - 因為資料有限，故以超過每天一次vortioxetine 10毫克之劑量治療≥ 65歲病患時應謹慎。
 - 膜衣錠口服使用，可以**單獨服用或與食物併服**。



Brintellix 敏特思 主要臨床重點

- 藥理作用
 - 藥理分類：精神興奮劑；其他抗憂鬱藥物。
 - ATC-code：N06AX26
 - 作用機轉
 - Vortioxetine的作用機轉和血清素接受器活性的調節及血清素(5-HT)運送蛋白的抑制有關。非臨床研究亦指出，Vortioxetine為5-HT_{1A}、5-HT_{2A}、與5-HT_{2C}之接受器拮抗劑，5-HT_{1B}之接受器部分促效劑、5-HT_{1D}之接受器促效劑，並會抑制血清素運送蛋白，進而調節多個神經傳導系統，其中主要包括血清素，但也可能包括正腎上腺素、多巴胺、組織胺、乙醯膽鹼、GABA、與Glutamate系統。
- 藥物動力學特性
 - 口服Vortioxetine後會緩慢但良好的吸收，並且於7~11小時內達到最高血中濃度(C_{max})。
 - 絕對生體可用率為**75%**，未觀察到食物對其藥動學的影響。
 - 平均分佈容積(V_{ss})為2,600 L，顯示Vortioxetine廣泛分佈於血管外。
 - Vortioxetine具有高度血清蛋白結合率(98~99%)。
 - Vortioxetine主要在**肝臟**大量代謝，主要由CYP2D6且少量由CYP3A4/5與CYP2C9催化之氧化作用(oxidation)與後端的葡萄糖醛酸結合(conjugation)。
 - 平均排除半衰期與口服清除率分別為**66小時**及33 L/hr。

Brintellix 敏特思 主要臨床重點

- 禁忌症
 - 對主成分或與藥錠之任何賦形劑會有過敏反應者。
 - 與非選擇性單胺氧化酶抑制劑(MAOis)或選擇性單胺氧化酶A(MAO-A)抑制劑併用者。
- 特別警語和注意事項
 - 因Brintellix 於此族群的安全性與療效性資料尚未被研究，不建議使用於18歲以下之患者。
 - 腎功能不全患者，毋須調整劑量，但仍建議小心使用。
 - 輕度或中度肝功能不全患者，毋須調整劑量，但仍建議小心使用，Vortioxetine尚未對重度肝功能不全患者加以研究，當治療這些患者時須小心注意。
 - Brintellix不得用於懷孕期間，除非女性的臨床情況需要接受vortioxetine治療。
 - Brintellix幾乎不會影響駕駛和操作機器的能力，然而，當患者駕駛或操作危險性機械時，還是須小心注意，特別是開始接受vortioxetine治療時，或改變劑量時。
- 副作用
 - 最常見之不良反應為**噁心**。
 - 不良反應通常為輕度或中度，且發生於**治療的最初兩週**，一般是短暫性且通常不會導致停止治療。相較於男性，女性較常發生腸胃道不良反應(例如：噁心)。

Brintellix 敏特思 主要臨床重點

- 不良反應列表
 - 慣用方式為：很常見(≥1/10)、常見(≥1/100 to <1/10)、不常見(≥1/1,000 to <1/100)、少見(≥1/10,000 to <1/1,000)、很少見(<1/10,000)、未知(無法從現有的數據加以估計)。

系統器官分類	頻率	不良反應
精神疾病	常見	異常惡夢
神經系統病變	常見	眩暈
	未知	血清素症候群
血管病變	不常見	潮紅
腸胃道疾病	很常見	噁心
	常見	下痢、便秘、嘔吐
皮膚與皮下組織異常	常見	搔癢症，包括廣泛性搔癢症
	不常見	夜間盜汗

四、專題演講13 Clinical experience and patient selection with vortioxetine

Brintellix 敏特思 主要臨床重點

- 產品資訊
 - 儲架期：36 個月。
 - 儲存特別注意事項：於30℃下儲存
- 健保代碼/價格(許可證字號)
 - Brintellix Film-Coated Tablets 5mg 敏特思膜衣錠(衛部藥輸字第026995號)：BC26995100、健保價：18.1
 - Brintellix Film-Coated Tablets 10mg 敏特思膜衣錠(衛部藥輸字第026996號)：BC26996100、健保價：37

Brintellix film-coated tablets 敏特思 膜衣錠



Facebook:
耕心療癒診所
林耕新 醫師



專題演講104講堂

Results of a real-world study on vortioxetine in patients with major depressive disorder in South East Asia

Ken Ung

Ken Ung簡歷

Dr Ken Ung, Singapore

Dr Ken Ung Eng Khean has been practicing since 1988. Upon graduation from the University of Newcastle-Upon-Tyne (UK) Medical School, he continued his training and practice in the UK for 4 years before further training and practice in Singapore.

Before entering private practice in 2003, he was a consultant psychiatrist, Clinical Director and head of the Child and Adolescent Division in the Department of Psychological Medicine at National University Hospital. He also served as a Clinical Senior Lecturer with the Faculty of Medicine at National University of Singapore, and as an Adjunct Associate Professor with the Psychological Studies Academic Group in the National Institute of Education at Nanyang Technological University.

He was also a Visiting Consultant with the Department of Psychological Medicine in National University Hospital and the Department of Psychiatry in Singapore General Hospital.

Dr Ung is a member of the Royal College of Psychiatrists, UK, fellow of the Academy of Medicine, Singapore, and a certified psychiatric specialist with the Singapore Medical Council. He has supervised trainee psychologists and counsellors for Edith Cowan University, Australian National University and UniSIM.

Dr Ung is a co-author of the book Stress and Mental Distress, Preparing your child for Primary One and chapter on Mental Health in the local Textbook of Occupational Medicine Practice. He has published scientific articles in local, regional and international psychiatric journals.

Dr Ung sees children, adolescents, adults and the elderly in his practice.

Vortioxetine 1st real-life study - ReVida

Rationale of study

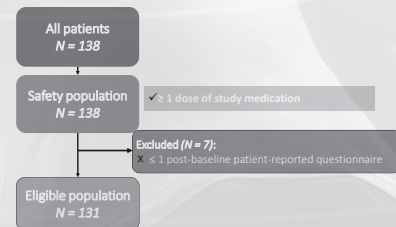
- To provide insight in a **real life** study focused on a **South East Asian** population
- To assess the effect of **vortioxetine** on **depression severity, cognition and functioning** in MDD patients

Patient Enrolment

A total of 138 patients were enrolled across 4 countries in Asia



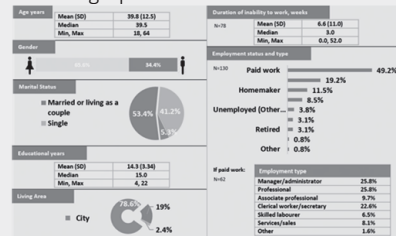
Patient Flowchart



Study cohort characteristics

Demographics & baseline disease characteristics

Sociodemographic Profile



MDD Episode Profile

The majority of patients...

- had moderate to severe depression (89.9%; PHQ-9 score ≥ 10 , 95.3%; CGI-S score ≥ 4)
- had a current MDD episode lasting for >8 weeks (63.5%)
- had no suicidal ideation (71.7%)
- their first depressive episode (63.0%)
- had no prior treatment for depression (57.7%)

MDD History Profile

In patients with history of MDD

- Majority was treated with an antidepressant in the last episode (81.3%)
- Half of patients were unable to achieve remission in the last episode (52.1%)

In patients treated prior to baseline visit, the majority

- were treated with SSRIs (70.7%)
- chose vortioxetine due to lack of efficacy of the previous treatment (75.9%)

Concomitant Anxiety

Majority of patients (62.5%) had

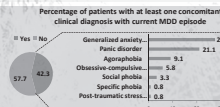
clinically significant anxiety, of which most were moderate in severity (57.6%)



Almost half (42.3%) had ≥ 1 concomitant

clinical diagnosis

- generalized anxiety disorder (27.6%)
- panic disorder (21.1%)
- agoraphobia (9.1%)



Vortioxetine treatment

Dosing characteristics, treatment compliance, & concomitant psychiatric medications

Dosing regime

Median dose remained at 10 mg

Investigators planned to continue vortioxetine

treatment for most patients ($>90\%$) throughout study

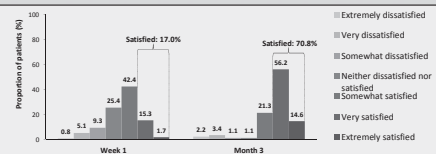
Vortioxetine doses were unchanged for majority of patients ($>68\%$)

	Investigator plan to continue the patient on vortioxetine treatment?			
	Baseline	Week 1	Month 1	Month 3
Investigator plan to continue the patient on vortioxetine treatment?				
Number of patients	120	101	81	81
Yes (%)	111 (92.5)	96 (95.0)	80 (98.8)	80 (98.8)
No (%)	9 (7.5)	5 (5.0)	1 (1.2)	1 (1.2)
Vortioxetine dose prescribed (mg/day)				
Number of patients	120	111	96	87
Mean (SD)	6.0 (3.0)	10.0 (3.0)	10.0 (3.0)	10.0 (3.0)
Median	10.0	10.0	10.0	10.0
Range	2, 10	5, 20	5, 20	5, 20
Vortioxetine dose change (mg/day)				
Number of patients	120	95	85	85
Increased, n (%)	32 (26.7)	16 (16.8)	6 (7.1)	6 (7.1)
Decreased, n (%)	2 (1.7)	0	0	0
No change, n (%)	86 (71.6)	79 (83.2)	79 (92.9)	79 (92.9)

N/A = not applicable; SD = standard deviation

Treatment Satisfaction and Compliance

Physician-assessed patient satisfaction with vortioxetine increased from 17.0% to 70.8%

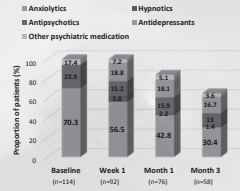


Mean patient compliance was high at $>87\%$ for all study time points

四、專題演講14 Results of a real-world study on vortioxetine in patients with major depressive disorder in South East Asia

Concomitant Psychiatric Medication

Patients using anxiolytics decreased from 70.3% at baseline to 30.4% at Month 3



Note: Patients may have one or more concomitant psychiatric medications under specific visits; percentages were based on the number of patients in the safety population and may not add up to 100%.

13

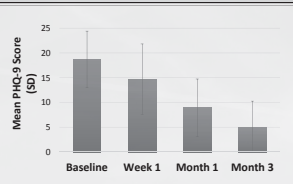
Primary objective
To assess the evolution of major depression symptoms from both patients and physicians point of view in daily practice in patients treated with vortioxetine



Depression Severity (PHQ-9*)

Depression severity assessed by patients was reduced significantly by vortioxetine

- Mean PHQ-9 score decreased from 18.7 at baseline to 5.0 at Month 3

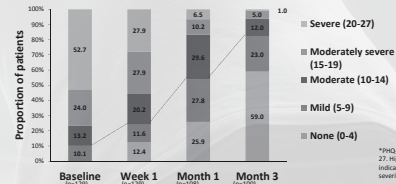


*PHQ-9 score ranges from 0 to 27. Higher PHQ-9 scores indicate greater depression severity.

15

Depression Severity (PHQ-9*) – Classification

Decrease in patients with moderate to severe depression with corresponding increase in patients with none to mild depression



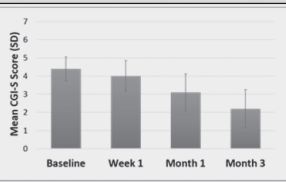
*PHQ-9 score ranges from 0 to 27. Higher PHQ-9 scores indicate greater depression severity.

16

Clinical Global Impressions – Severity* (CGI-S)

Depression severity assessed by physicians was reduced significantly by vortioxetine

- Mean CGI-S score decreased from 4.4 at baseline to 2.2 at Month 3

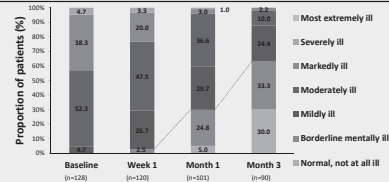


*CGI-S score ranges from 1 to 7. Higher CGI-S scores indicate greater depression severity as assessed by the physician.

17

CGI-S- Classification

Decrease in patients marked moderately to severely ill with increase in patients marked normal to mildly ill by physicians

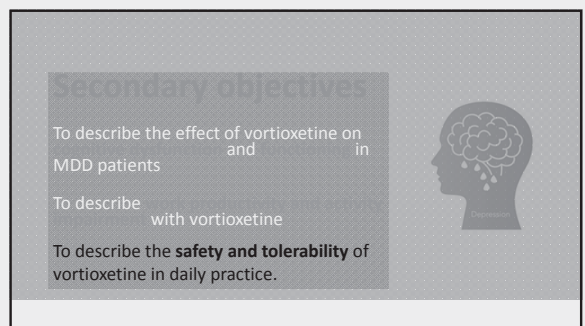
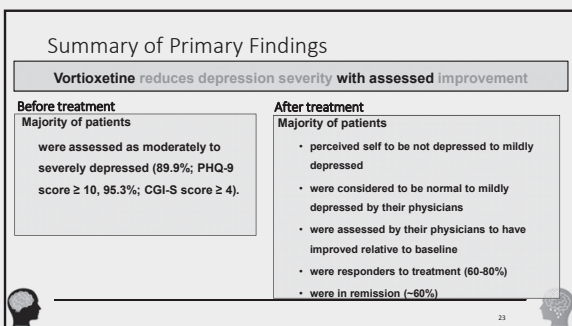
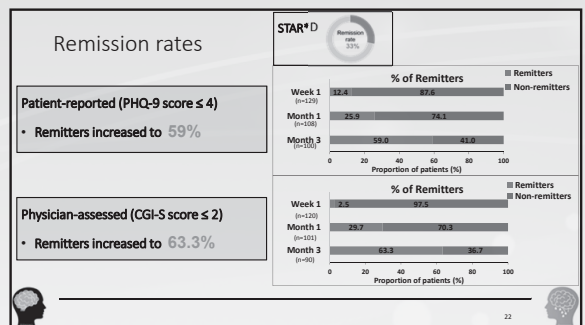
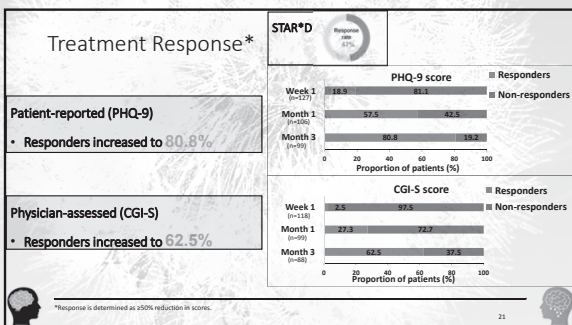
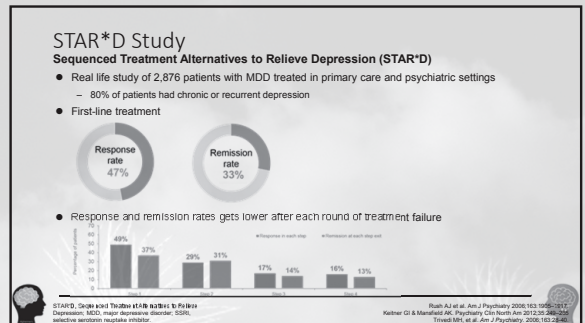
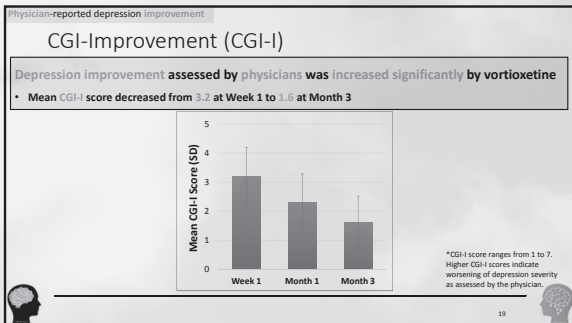


*CGI-S score ranges from 1 to 7. Higher CGI-S scores indicate greater depression severity as assessed by the physician.

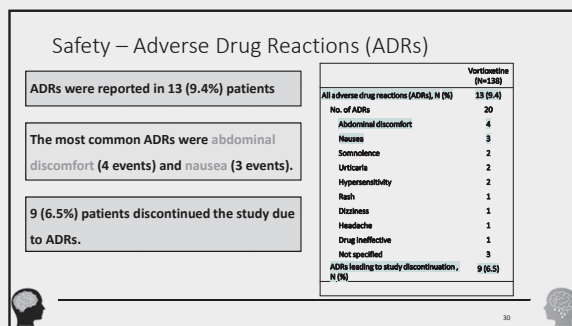
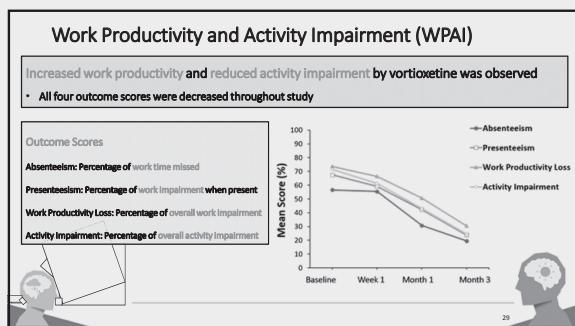
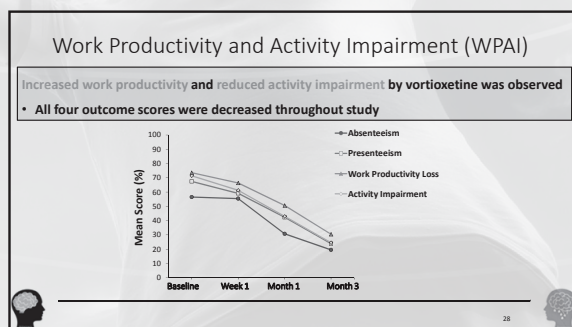
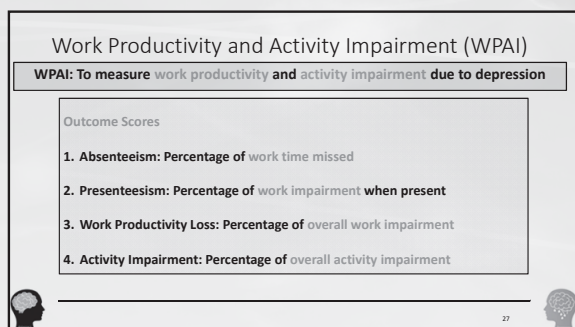
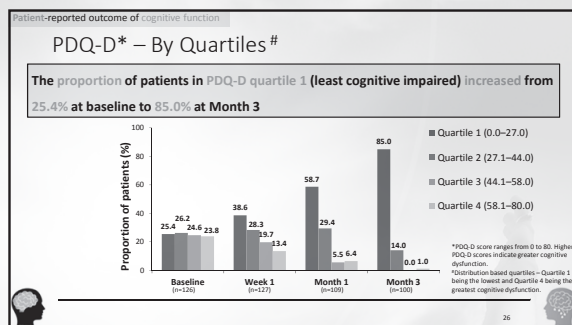
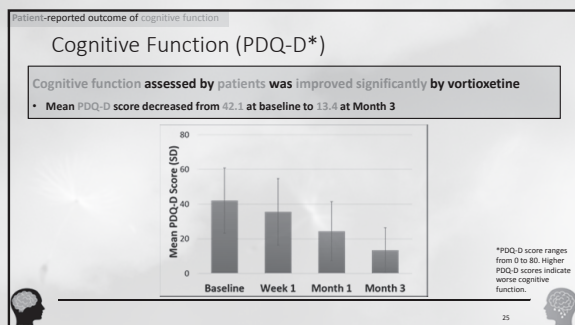
18

臺灣憂鬱症防治協會 年會暨學術研討會

107.1 2.9 臺大醫學院
台北市仁愛路一段1號



四、專題演講14 Results of a real-world study on vortioxetine in patients with major depressive disorder in South East Asia



Summary of Secondary Findings

Vortioxetine improves cognition work productivity and activity impairment

- Vortioxetine improved cognitive function
 - Significant improvement in PDQ-D scores (42.1 at baseline to 13.4 at month 3)
 - Proportion of patients in PDQ-D quartile 1 (lowest cognitive impairment) increased from 25.4% to 85.0%
- Vortioxetine improved work productivity and activity impairment
 - All four outcomes of WPAI were decreased

31

Significance of Study

- First real-world NIS for vortioxetine in an Asian population
- Vortioxetine treatment displayed high efficacy in mood and cognitive symptoms, improving functionality
 - reducing depression severity
 - improving cognitive function
 - Improving work productivity and activity impairment
- Overall, vortioxetine treatment up to 20 mg per day was well-tolerated with low cases of nausea
- Limitations of study: small cohort size

32

Acknowledgements

Drs

- Josefina Ly-Uson
- Khanogwan Kittiwattanagul
- Ku Ruslan Bin Ku Ahmad
- Cheuk Ngen Chin
- Azhar Zain
- Solaphat Hemrungronj
- Eng Khean Ung,
- Patanon Kwansanit
- Koon Choong Au Yong

Drs

- Chalawat Inpa
- Teck Hoe Yen
- Boon Beng David Yeoh
- Liam Kai Tay
- Carmina Bernardo
- Lionel Chee-Chong Lim
- Chin Hong Yap
- Calvin Fones
- Marvin Swee Woon Chong

33

Thank you



專題演講104講堂

Types of Depression and Therapeutic Strategies

李朝雄

李朝雄簡歷

Associate professor and deputy chief, Department of Medicine, MacKay

Medical College, New Taipei Municipal

馬偕醫學院醫學系 副教授兼副系主任

Senior attending psychiatrist, MacKay Memorial Hospital, Taipei

馬偕紀念醫院精神部 資深主治醫師

Associate editor, International Journal of Gerontology

國際老年醫學期刊 編輯

Standing councilor, Taiwanese Academia of Psychiatric Epidemiology, TAPE

臺灣精神流行病學學會 常務理事

Councilor, Taiwanese Society of Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology

臺灣生物精神醫學暨神經精神藥理學會 理事

Best teaching staff in Mackay Memorial Hospital, 2010, 2011, 2012, 2014, 2015 and 2016

Professor Wen-Ho Chang research award (2015) Taiwanese Society of Biological Psychiatry and Neuropsychopharmacology

Dr Chau-Shoun Lee graduated from College of Medicine, National Taiwan University, and received his psychiatric residency training in National Taiwan University Hospital. After completing the training and acquiring Board Certified psychiatrist qualification, he served as a Chief in Department of Psychiatry, Lotung Pohai Hospital in Ilan area. During 1995 to 1998,

he ever worked as a consultation psychiatrist in National Cheng Kung University Hospital and then went to work in Ilan once again. He is now a senior attending physician of Department of Psychiatry, Mackay Memorial Hospital and also the associate professor and deputy chief in Department of Medicine in Mackay Medical College. Dr Lee's main clinical and academic interests include bipolar disorder, alcohol use disorder, stress-related disorders, psychiatric epidemiology and neuro- psychopharmacology. In 2008 he completed the PhD degree at the Institute of Preventive Medicine, National Taiwan University, where he had trainings in posttraumatic stress disorder and genetic epidemiology. Thereafter, he began to participate in genome wide association study and pharmacogenetics research in bipolar disorder. He has an important publication on trends of common mental disorder in Taiwan in the Lancet 2013. Another distinguished article, as to the genetic biomarker for lithium maintenance treatment in bipolar disorder, is published in the New England journal of Medicine. He also published several reports on psychiatric epidemiology, such as an article in the International Journal of Cancer in 2018, over the past 5 years and has reviewed articles for international and domestic journals, such as Psychological Medicine and Scientific Report.

E-mail: cslepsych@gmail.com

Types of depression and therapeutic strategies

Implications for the future trend in drug therapy

Chau-Shoun LEE, M.D., Ph.D.

Associate Professor and deputy chief, Department of Medicine,
Mackay Medical College, New Taipei city
Senior attending Psychiatrist, Mackay Memorial Hospital, Taipei

1

Prevalence of depressive disorders

Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey

Tiffany Szu-Ting Fu*, Chau-Shoun Lee*, David Gunnell, Wen-Chung Lee, Andrew Tai-An Chang

Summary

Background: Macrosocial changes might affect mental health. We investigated whether the prevalence of common mental disorders (CMDs) changed over a 20-year period of industrialisation in Taiwan.

Methods: We used the 12-item Chinese Health Questionnaire to assess mental status of Taiwanese adults in 1990, 1995, 2000, 2005, and 2010. Respondents with scores of 5 or higher were classified as having probable CMDs. We assessed trends of probable CMDs with the Cochran-Armitage test and their risk factors (sex, age, marital status, educational level, employment status, and physical health) with multivariable logistic regression. The trends were compared with national rates of unemployment, divorce, and suicide.

Findings: Of 10548 respondents, 9079 (86.1%) completed questionnaires. The prevalence of probable CMDs doubled from 11.5% in 1990 to 23.8% in 2010 (time trend $p < 0.001$). Increases paralleled rises in national rates of unemployment, divorce, and suicide at all five timepoints. Significant risk factors for probable CMDs were female sex (adjusted odds ratio 1.6, 95% CI 1.4–1.8), 6 or fewer years of education (1.3, 1.1–1.5), unemployment (1.4, 1.1–1.7), and poor physical health that limited daily activities (6–5, 5.4–8.0). When we controlled for these factors in multivariable models, the time trends remained significant ($p < 0.001$).

Interpretation: National rates of unemployment, divorce, and suicide increased in parallel with prevalence of probable CMDs in Taiwan. Therefore, clinical and social preventive measures both seem important during times of change to the economy and labour market.

Lancet 2012; 381: 235–41
Published online
November 12, 2011
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61064-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61064-1)
See Comment page 185
*TS-TF and C-SL contributed equally to the writing of this paper.
Institute of Biomedical Sciences, Academia Sinica, Taipei, Taiwan (T-S-TF, PhD); Taipei Medical University of Education, Taipei, Taiwan (C-SL, PhD); Department of Psychiatry, Mackay Memorial Hospital, Taipei, Taiwan (C-SL, PhD); Department of Psychiatry, Tsinghua University, Taipei, Taiwan (C-SL, PhD); School of Social and Community Medicine, University of Bristol, Bristol, UK (D.G. and A.T.-A.C. PhD)

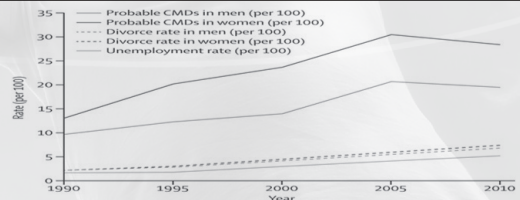
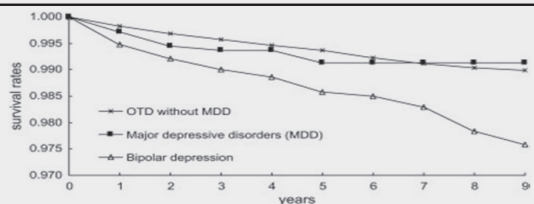


Figure 2 Time trends for probable CMDs, divorce, and unemployment in Taiwan, 1990–2010

Tiffany Szu-Ting Fu, Chau-Shoun Lee (co-1st author), David Gunnell, Wen-Chung Lee, Andrew Tai-An Chang
Changing trends in the prevalence of common mental disorders in Taiwan: a 20-year repeated cross-sectional survey
The Lancet Volume 381, Issue 9862 2013 235–241
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61064-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61064-1)
Probable CMDs, which cover wide spectrum of mood disturbance, doubled from 11.5% in 1990 to 23.8% in 2010 in the repeated cross-sectional survey.

What type of depression is the most detrimental?



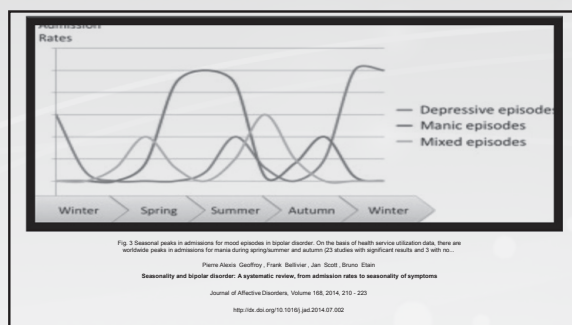
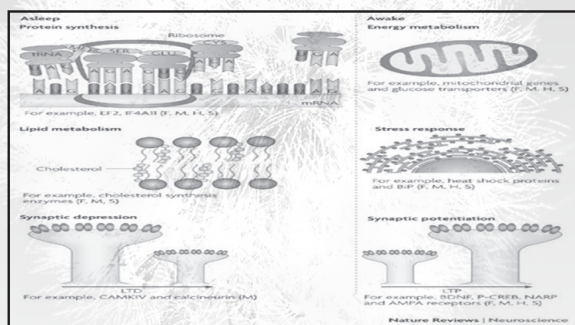
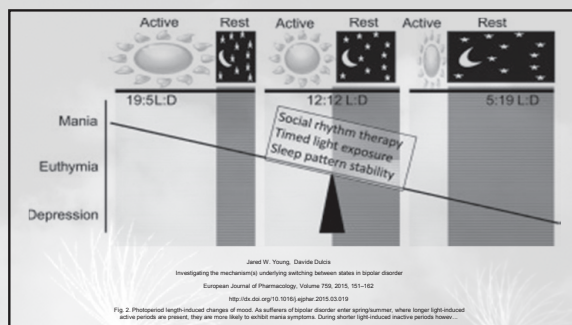
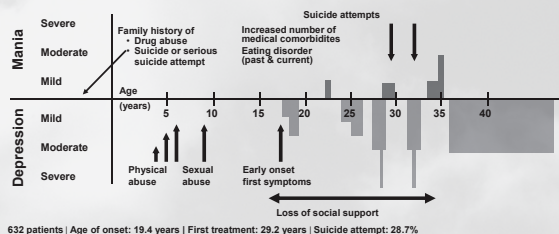
Ten-year cumulative survival curve by bipolar depression, major depressive disorders (MDD) and other types of depression without MDD.

Jung-Chen Chang, Hsiao-Pai Chen, Amy Ming-Fang Yen, Sam Li-Sheng Chen, Chau-Shoun Lee
Survival of bipolar depression, other type of depression and comorbid ailments: Ten-year longitudinal follow-up of 10,522 Taiwanese patients with depressive disorders (KIDSS no. P517)
Journal of Psychiatric Research Volume 46, Issue 11 2012 1442–1448
Compared with other types of depression, bipolar depression significantly increased risk for all-cause mortality, suicide, and accidental death.

臺灣憂鬱症防治協會 年會暨學術研討會

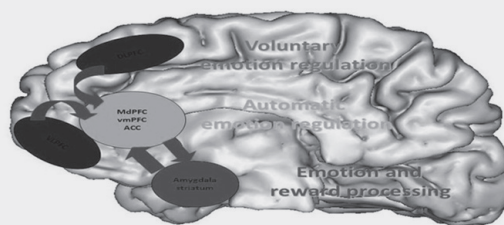
107.1 2.9 ① 臺大醫學院
台北市仁愛路一段1號

The SFBN: risk factors for suicide attempt and consecutive course of illness



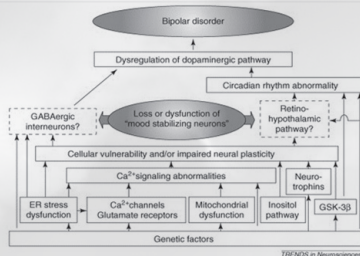
Mechanisms of bipolar depression or emotional regulation

Neural circuitry supporting emotion, reward, and emotion regulation
MdlPFC=dorsomedial prefrontal cortex, vmPFC=ventromedial prefrontal cortex, ACC=anterior cingulate cortex.
DLPFC=dorsolateral prefrontal cortex, VLPFC=ventrolateral prefrontal cortex.

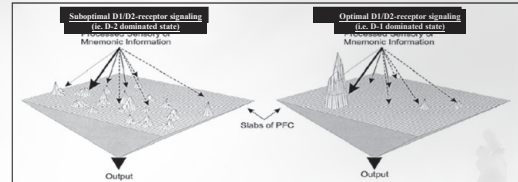


四、專題演講15 Types of Depression and Therapeutic Strategies

Pathophysiological mechanisms of bipolar disorder: dysfunction of mood stabilizing neurons--- GSK (glycogen synthase kinase); ER (endoplasmic reticulum)--- Kato T, 2008



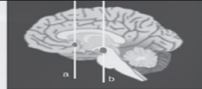
Dopamine signaling in prefrontal cortex: A cellular physiology of "efficient processing"



Adapted from: Seamans et al. *J Neurosci* 2001
Optimum D1/D2 activation focuses and stabilizes the representational network (i.e. it enhances stability or signal-to-noise)

Drugs

1. Cocaine
2. Alcohol
3. Amphetamines
4. Methylphenidate
5. Nicotine



a. Nucleus accumbens

b. Ventral tegmental area

Feelings

6. Romantic love
7. Listening to music
8. Humor
9. Expectation of \$\$\$
10. Inflicting punishment
11. Looking at beautiful faces
12. Social co-operation
13. Eating chocolate

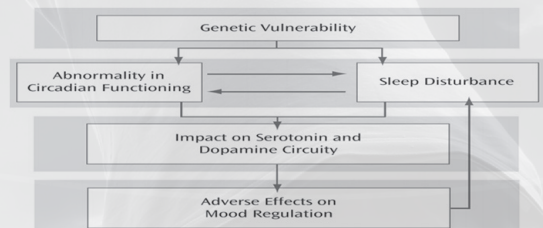
Drugs

1. Acute effects of cocaine on human brain activity and emotion. *Neuron*. 1997;19:581-591.
2. Alcohol promotes dopamine release in the human nucleus accumbens. *Synapse*. 2000;40:226-231.
3. SPECT imaging of striatal dopamine release after amphetamine challenge. *J Nucl Med*. 1995;36:1162-1190.
4. Role of dopamine in the therapeutic and reinforcing effects of methylphenidate in humans: Results from imaging studies. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2002;12:557-566.
5. Nicotine induces acute cortical activation in the human brain: A functional MRI study. *Am J Psych*. 1998;155:1009-1015.

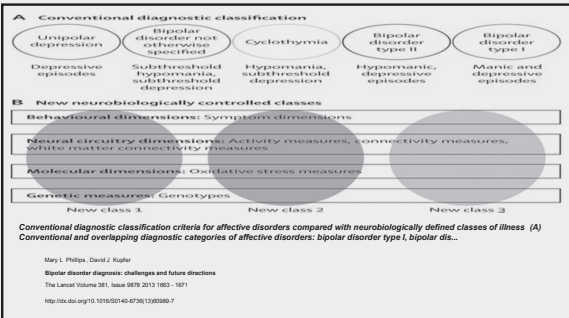
Feelings

6. Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love. *J Neurophysiol*. 2005;94:327-337.
7. Internally modulated responses to music correlate with activity in brain regions implicated in reward and emotion. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2001;98:11818-11823.
8. Humor modulates the mesolimbic reward centers. *Neuron*. 2003;40:1041-1048.
9. Functional imaging of neural responses to expectancy and experience of monetary gains and losses. *Neuron*. 2001;30:619-639.
10. The neural basis of observing punishment. *Neuron*. 2004;30:61264-1268.
11. Neural basis for social cooperation. *Neuron*. 2002;35:395-405.
12. A neural basis for social cooperation. *Neuron*. 2002;35:395-405.
13. Changes in brain activity related to eating chocolate.

Healthy circadian functioning may synchronize the oscillation of emotional positivity and negativity---Allison G. Harvey, Ph.D. Am J Psychiatry 2008; 165:820-829



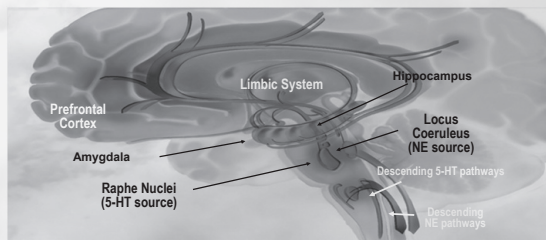
Dimensions of mood disorders



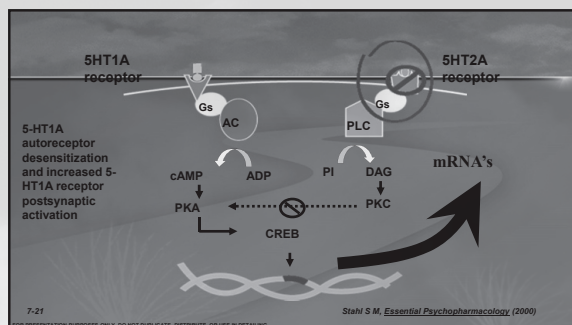
臺灣憂鬱症防治協會 年會暨學術研討會

107.1 2.9 日 臺大醫學院 台北市仁愛路一段1號

Serotonin (5-HT) and norepinephrine (NE) pathways in the human brain



Based on: Cooper JL, et al. The Biochemical Basis of Neuropsychopharmacology. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2003.



Two-dimensional mood/affective spectrum (does not include schizoaffective disorder, as a transition to the schizophrenic spectrum)

SEVERITY SPECTRUM	PROPORTIONALITY SPECTRUM				
	DEPRESSION				MANIA
Psychotic major mood disorders (mood congruent or mood incongruent)	MDD	BP-II	BP-I	Md	M
Non-psychotic major mood disorders	D	Dm	MD	Md	M
Minor mood disorders (sub-threshold)	D	BP-II	BP-I	Md	M
Affective personality disorders	D	Dm	MD	Md	M
Temperament (normal)	D	Dm	MD	Md	M
Symptoms (normal)	D	Dm	MD	Md	M
No symptoms (superficial)	D	Dm	MD	Md	M

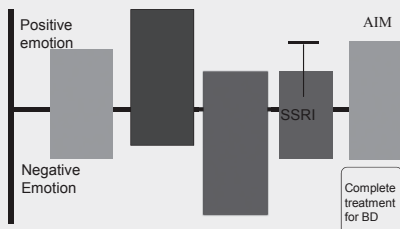
1. The precise relationship of personality disorders to the disease spectra is uncertain and an unsolved general problem of psychiatric classification.

Angold A, RUP 2007;190:189-191

©2007 by The Royal College of Psychiatrists

THE BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY

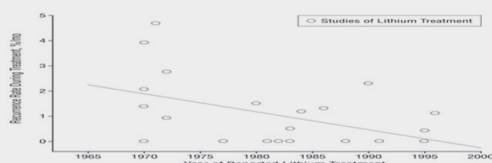
Intervention of bipolar depression



The JAMA Network

From: Does Lithium Treatment Still Work?: Evidence of Stable Responses Over Three Decades
Arch Gen Psychiatry. 2006;63(2):187-190. doi:10.1001/archpsyc.63.2.187

Recurrence rates (percentage of subjects per month) for studies found in the literature vs year of reported treatment with lithium. Recurrence rates fell over the years ($r = -0.446$; $P = .03$), even when a small early study with an aberrantly high value was excluded ($r = -0.474$; $P = .02$).



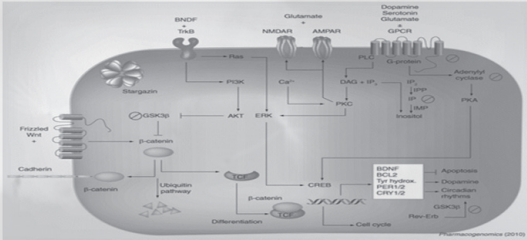
Of medications used for maintenance treatment in bipolar disorder, recurrent rates of lithium therapy in the literature fell over the years from the 1960s to 2000. Approximately 80% of bipolar patients who are treated with lithium over the long term have at least a partial response, and 30% have an excellent response with complete remission.

Copyright © 2012 American Medical Association. All rights reserved.

四、專題演講15 Types of Depression and Therapeutic Strategies

Michael J. McCarthy *et al.* 2010. NAR: α -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid receptor; BDNF: Brain derived neurotrophic factor; CREB: cAMP response element binding protein; DAG: Diacylglycerol; ERK: Extracellular regulated kinase; GSK-3 β : Glycogen synthase kinase 3 β ; IP3: Inositol triphosphate; NMDAR: N-methyl-D-aspartate receptor; PKA: protein kinase A; PKC: Protein kinase C; TCF: T-cell factor; TrkB: Tyrosine receptor kinase B.

It has been suggested that lithium may exert its therapeutic effects through the inhibition of the G proteins and three other molecules: inositol monophosphatase, glycogen synthase kinase 3 β , and adenylyl cyclase.



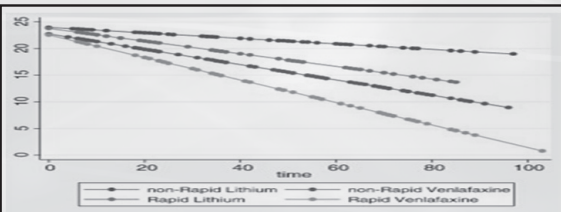
The problem is whether we may predict the effect of long-term maintenance treatment for bipolar disorder, instead of try and error? We therefore launched a GWAS for the response to lithium maintenance treatment in bipolar I disorder. Our purpose was to advance the personalized therapy in bipolar disorder.

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Variant GADL1 and Response to Lithium Therapy in Bipolar I Disorder

C.-H. Chen, C.-S. Lee, M.-T.M. Lee, W.-C. Ouyang, Chiao-Chicy Chen, M.-Y. Chong, J.-Y. Wu, H.-L. Tan, Y.-C. Lee, J.-L. Chuo, N.-Y. Hui, Y.-Y. Tsang, T.-J. Chang, F.-W. Lung, C.-H. Chiu, C.-K. Chang, Y.-L. Cheng, Y.-M. Hou, Cheng-Chung Chen, T.-J. Lai, C.-L. Tung, C.-K. Chen, H.-Y. Lane, T.-P. Su, J. Feng, J.-J. Lin, C.-J. Chang, P.-R. Teng, C.-Y. Liu, C.-K. Chen, I.-C. Li, Peng, T. Lu, C.-S. Fan, C.-K. Wu, C.-F. Li, K.-H. T. Wang, L.-S. Hui, H.-L. Peng, C.-P. Chang, L.-S. Wu, Y.-T. Chen, and A.T.-A. Cheng for the Taiwan Bipolar Consortium*

- We assessed the response to lithium treatment using the Alda scale and performed a GWAS on samples from one subgroup of 294 patients with bipolar I disorder. We then tested SNPs that showed the strongest association with a response to lithium in a replication sample of 100 patients and tested them further in a follow-up sample of 24 patients.



Predicted HAM-D 28 over time

Jay D. Amsterdam, Chia-Hao Wang, Michelle Stewart, Justine Shultz
Verifaxine versus lithium monotherapy of rapid and non-rapid cycling patients with bipolar II major depressive episode: A randomized, parallel group, open-label trial
Journal of Affective Disorders Volume 112, Issues 1-3 2009 219 - 230

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.029>

The role of lurasidone

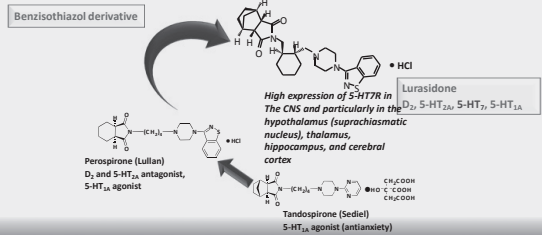
Lurasidone Clinical Pharmacology

- Lurasidone can be dosed once daily
 - $t_{1/2}$ ~18 hours
 - Steady-state concentrations are reached within 7 days of starting lurasidone
- Linear PK (AUC and C_{max})
 - Serum concentrations are dose proportional (20-160 mg/d)
- Lurasidone should be taken with food (at least 350 kilo calories)
 - In a food-effect study, lurasidone exposure was:
 - Not affected as meal size was increased from 350 to 1000 kilo calories
 - Independent of meal fat content

AUC, area under the curve; C_{max} , maximum concentration; PK, pharmacokinetics.
LATUDA [prescribing information]. Marlborough, MA: Sunovion Pharmaceuticals Inc; 2012. Hum Psychopharmacol. 2013;28(5):495-505

29

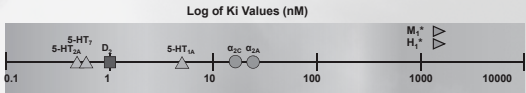
Sumitomo Dainippon Pharma's Discovery of Lurasidone



S-HT, 5-hydroxytryptamine (serotonin); D₂, dopamine.

30

Lurasidone In Vitro Receptor Binding Profile



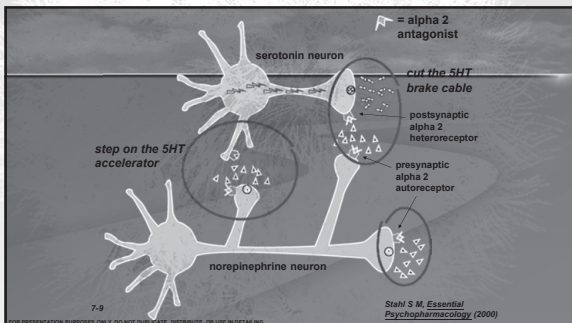
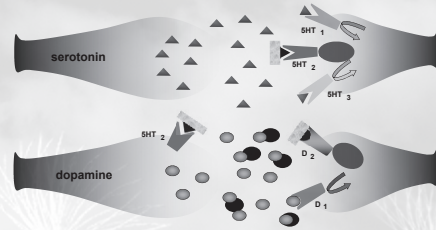
HIGH AFFINITY	MODERATE AFFINITY	LITTLE or NO AFFINITY
Dopamine D ₂ Antagonist	Adrenergic α _{2C} Antagonist	Muscarinic M ₁ IC ₅₀ >1000 nM*
Serotonin 5-HT _{2A} Antagonist	Serotonin 5-HT _{1A} Partial Agonist	Histamine H ₁ IC ₅₀ >1000 nM*
Serotonin 5-HT ₇ Antagonist	Adrenergic α _{2A} Antagonist	

- Although the mechanism of action of lurasidone is unknown, the efficacy of lurasidone in schizophrenia and bipolar depression could be mediated through a combination of central dopamine Type 2 (D₂) and serotonin Type 2A (5-HT_{2A}) receptor antagonism
- The correlation between receptor-binding affinities and clinical outcomes is uncertain

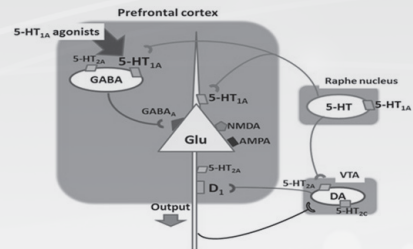
*IC₅₀, half maximal inhibitory concentration.
lurasidone prescribing information, 2013.

31

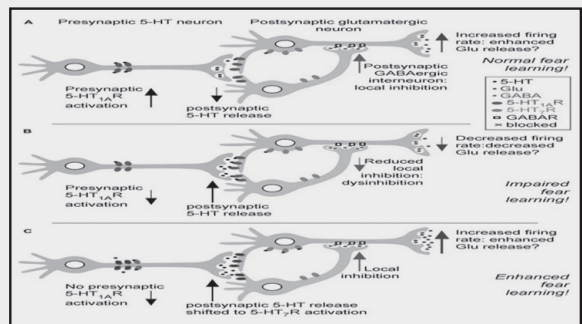
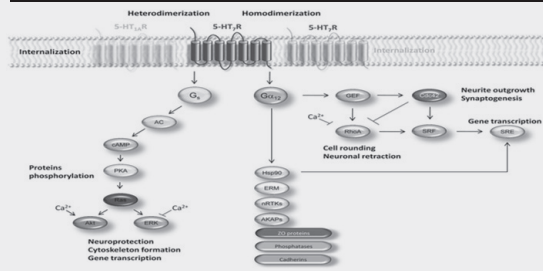
5-HT₂ and dopamine D₂ receptor interactions



Cognition, glutamate, dopamine and serotonin: 5-HT_{1A} receptor activation has been shown to increase dopamine release.

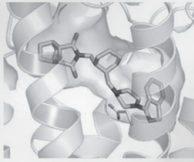


Serotonin 1A/7 receptor



四、專題演講15 Types of Depression and Therapeutic Strategies

Functions of 5-HT₇ receptor



- Depression
- Cognition
- Sleep
- Circadian rhythm
- Pain

5-HT 1A/7 receptor agonist
with

- phase advance in locomotor behavior and SCN activity,
- in addition to a reduction in *per1* and *per2* gene expression in the SCN

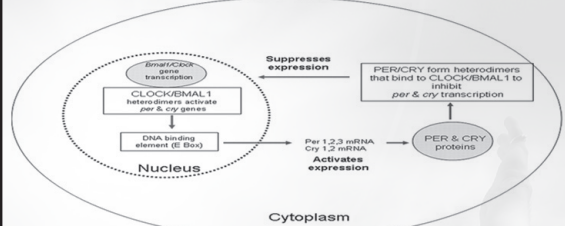
Binding models of lurasidone to human 5-HT₇ receptor

Synopsis of psychiatry, 11 th ed

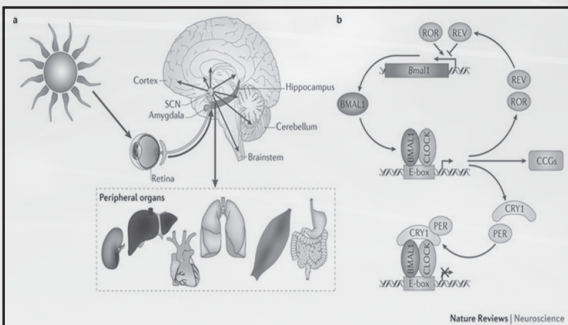
Ichikawa et al., *Neurochemistry International*, 2012; 61: 1133–1143.
Ciranna and Catania., *Frontiers in Cellular Neuroscience*, 2014 Aug 27;8:250

37

Autoregulatory feedback mechanisms in the regulation of circadian clock in the SCN-- Bunney JN, Potkin SG, 2008

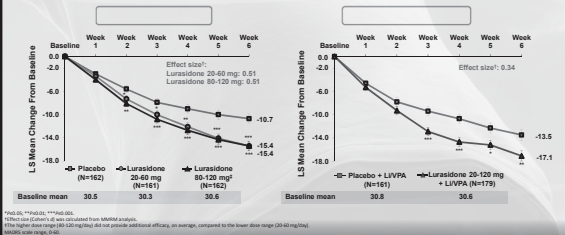


38



Nature Reviews | Neuroscience

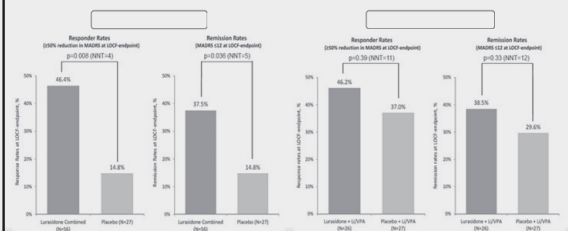
Primary Efficacy Endpoint: MADRS



0

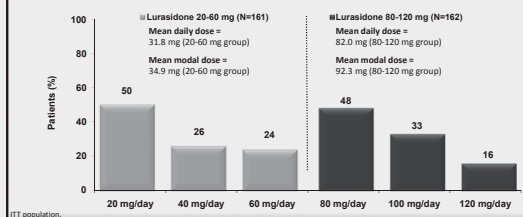
Efficacy Data

Responders and Remitters



Ref: Sajatovic M. et al. J Clin Psychiatry. 2016; 77 (10): e1324-e1331

Lurasidone Dose Distribution-Monotherapy Modal Daily Dose



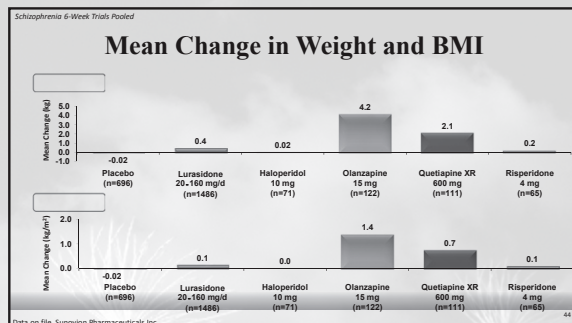
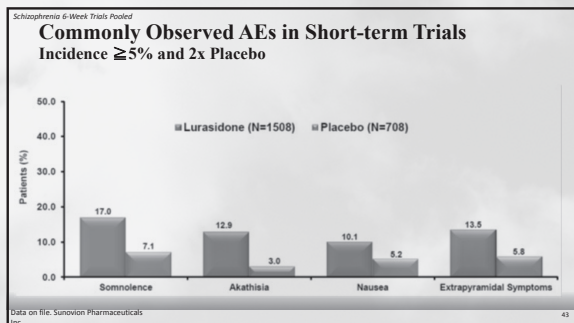
ITT population

Loebel A, et al. *Am J Psychiatry*. 2014;171(2):160-168
Data on file. Sunovion Pharmaceuticals Inc.

2

臺灣憂鬱症防治協會 年會暨學術研討會

107.1 2.9 ① 臺大醫學院
台北市仁愛路一段1號



Latuda 適應症·用法·用量

樂途達  **Latuda**
(lurasidone HCl) tablets
20mg | 40mg | 80mg

適應症	建議起始劑量	有效劑量範圍
成人思覺失調症	40mg/day	40-160mg/day
青少年思覺失調症 (13至17歲)	40mg/day	40-80mg/day
第一型雙極性疾患之鬱症發作	20mg/day	20-120mg/day

一天一次，隨餐服用 (至少350大卡)

The creative potential and psychiatric symptoms: Robert Schumann---

Janison KR, 1995

Albumblätter Op. 124 Impromptu

Robert Schumann (1810-1856)

1820 '30 '31 '32 '33 '34 '35 '36 '37 '38 '39 '40 '41 '42 '43 '44 '45 '46 '47 '48 '49 '50 '51 '52 '53 '54 '55 1856

↑ Suicide attempt

↑ Hypomanic throughout 1840

↑ Severe depression

↑ Hypomanic throughout 1840

↑ Suicide Died in attempt asylum



您並不孤獨 我們與您一起度過

在楊森，我們瞭解罹患腦疾令人感到困惑和疏離。

無論是思覺失調症、情緒障礙或阿茲海默症，這些疾病偷走了原本生活中的歡樂——不只是病患本身，亦波及深愛他們的人。因此我們持續不懈地努力，希望能協助這群病患邁向更健康、幸福的人生。畢竟，沒有疾病肆虐和不受病症影響的世界，才是我們最誠摯的願望。

我們是楊森藥廠。我們與全球合作，為了全體人類的健康而努力。

瞭解更多訊息 www.janssen.com

janssen  Neuroscience

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF *Johnson & Johnson*

NASSA

Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant

Apa-Mirtazapine 0. D. T. 30mg 鴻汶緩憂口溶錠

衛署藥製字第056800號
健保代碼：AA56800100

中市衛藥廣字第10708127 號

- PIC/S GMP 健亞生物科技製造生產，且原料具備DMF
- BE通過，證明與原廠Remeron Sol Tab. 藥效一致
- 耐受性良好，沒有實質的抗膽鹼活性，且在治療劑量時，對於心臟血管系統也沒有影響
- 口溶錠劑型較一般劑型便於吞嚥困難病患及老年人服用



Apa-Cymba Capsule "鴻汶"欣樂膠囊

Duloxetine 30mg 衛部藥製字第059274號

Duloxetine 60mg 衛部藥製字第058356號

有效治療重鬱症、 糖尿病周邊神經痛及纖維肌痛

中市衛藥廣字第10708128 號

- PIC/S GMP 強生化學製藥廠股份有限公司生產製造
- 通過 BE 核備，證明與 Cymbalta Cap. 藥效一致
- Apa-Cymba 為SNRI，可有效治療：

- (1) 重鬱症，療效經 4 個短期試驗及 1 個維持試驗確立
- (2) 糖尿病週邊神經痛：2個為期12週之成人試驗確立
- (3) 纖維肌痛：2個成人試驗(3個月及6個月)確立

- 一天服用一次，病人遵醫囑率高
- 治療一至四週後病人可能感覺到病況改善



WHOLE
WIN

鴻汶醫藥實業有限公司

台中市407西屯區文心路三段238號12樓

Tel: 02-27033813

Fax: 02-27044862