

覺察中老年憂鬱症狀在臨床實務的重要性

歐威廷¹ 蘇昭儒² 歐玲君^{3,4,5}

安泰醫療社團法人安泰醫院 ¹內科部 ³家庭醫學科
²詠康診所
⁴高雄師範大學 成人教育研究所
⁵私立美和科技大學 護理系

摘 要

全球健康疾病負擔統計 (global burden of disease) 發現憂鬱症是第二名，雖然健康且能獨立生活的社區中老年人有憂鬱症狀的盛行率不似一般成年人高，也有文獻發現中老年憂鬱症 (late-life depression) 其實常被低估，美國統計發現老年男性卻是被低估的族群之一。如果合併多重疾病，中老年人有憂鬱症狀的盛行率將大幅提高。憂鬱症是自殺 (suicide) 的危險因子，統計發現老年人自殺成功的比例比年輕人高。中老年憂鬱症近年也發現與認知功能衰退有共病或因果關係。文獻得知患者若罹患某些內科疾病後，一旦罹患憂鬱症會增加死亡率。台灣過於次專科化的醫療體系在經歷 SARS 衝擊之後所衍生的畢業後一般醫學訓練 (PGY) 強調全科訓練的現代，加上台灣已步入老化 (aging) 社會的時代，衛生福利部自 2015 年 7 月起推廣“專責住院主治醫師照護制度”，臨床醫護人員若能在臨床實務上提升覺察中老年憂鬱症狀的能力，將有助於中老年憂鬱症的正確診斷及適當轉介處置，對內外科疾病的控制也會有幫助。

關鍵詞：中老年憂鬱症 (Late-life unipolar depression)
自殺 (Suicide)
生理心理社會看診模式 (Biopsychosocial model)
整合照護 (Collaborative care)
出院準備服務 (Medical service for discharge planning)
老化 (Aging)

前 言

荷蘭 8 年追蹤調查發現，社區 56 歲以上中老年人有重鬱症 (major depression，憂鬱情緒超過兩週) 或慢性憂鬱症 (dysthymia，憂鬱情緒超過兩年) 的發生率是每千人有 7 人¹。中老年人的輕度憂鬱症盛行率甚至比重鬱症高，且輕度憂鬱症 (minor depression，症狀不若重鬱症或

慢性憂鬱症的多，罹病時間也不到重鬱症定義的兩週或慢性憂鬱症的兩年) 的中老年患者比無憂鬱症狀的中老年人有 6 倍的機率罹患重鬱症²。健康且能獨立生活的中老年人有憂鬱症狀的比例 (2%) 較一般成年人 (6%) 低，但是如果是住院病人或是合併其他慢性病如心血管疾病、中風、帕金森氏症、癌症或是養護機構的住民則盛行率將大幅提高 (9~47%)³。統計也發

現，憂鬱症患者中，老年人自殺成功的機會比年輕人高⁴，台灣東部之研究資料顯示，自殺死亡原因分析多因憂鬱症所造成⁵。近年的研究也發現中老年憂鬱症與認知功能衰退有共病或因果關係⁶。而且，心肌梗塞後的病患、中風後的病患、住在安養中心的病患或是住院的病患，如果罹患憂鬱症，其死亡率都會提高⁷⁻¹¹。對於慢性疼痛、糖尿病患、或是退化性關節炎患者的憂鬱症，如果給予適當的治療，對其預後會有幫助^{12,13}。從2013年聯合國世界衛生組織所發表的全球疾病負擔發現，憂鬱症排名第二¹⁴。但老年憂鬱症常被低估³，美國統計發現老年男性容易是被低估的族群之一¹⁵⁻¹⁷，因此，中老年憂鬱症狀的覺察對臨床醫師而言的確是一大挑戰。由於中老年人易有較多共病症，有些藥物有可能導致憂鬱症狀，加上中老年人的病史詢問及溝通須有足夠時間，也需臨床醫護人員有足夠的敏感度來覺察病人可能以身體化的症狀表現憂鬱狀態，再者中老年男性的情緒低落症狀可能以生氣、躁動、社交退縮或酒精濫用等非典型症狀表現，另一方面病患及家屬對憂鬱症診斷與治療的接受度也影響臨床醫護人員的介入程度，因此，造成中老年人憂鬱症的診療不易落實¹⁸⁻²⁰。台灣健保資料庫研究發現，自殺死亡個案的生前就醫資料發現曾因身體疾病就醫的比例在生前一個月內及生前一年內分別是72.6%及89.2%。僅19.7%的自殺死亡個案在生前一個月內經非精神科醫師診斷精神科疾病。總而言之，自殺死亡者在生前一個月內多以腸胃不適、頭痛、背痛等症狀在非精神科就醫²¹。為此之故，內科醫師將有很大機會接觸到因身體化症狀求醫的中老年憂鬱症患者，所以，覺察中老年憂鬱症狀在臨床實務便是一項值得注意的課題。

中老年憂鬱症的危險因子²²

一、女性：雖然女性盛行率較男性高，女性也較容易變成慢性憂鬱症，死亡率卻比男性低²³。這有可能是因為某些男性的憂鬱症狀並不是以憂鬱情緒或喪失興趣為主要症狀¹⁹。雖然如此，中老年憂鬱症盛行率在早期的研究顯

示男女性的差異會隨著年齡增加而減小²⁴。

二、社交退縮：社交退縮可能導致可運用的家庭外資源(包含社會、文化、宗教、經濟、教育、環境及醫療等方面的資源)較少²⁵，進而較無法處理生活重大壓力事件²⁶而有無助感。

三、配偶死亡、離婚或分居：該3項依序是Holmes在1967年提出的43項可能造成家庭壓力的重大生活事件的前3名²⁶。

四、低社經地位：可能導致可運用的家庭內資源(包含經濟支持、支持角色、醫學處置、情緒支持、資訊提供、家人教育程度及硬體支持)或家庭外資源較少^{25,27}，因而較無法處理生活重大壓力事件²⁶，而造成無助感的產生。

五、有其他內外科共病狀況：常見於剛被診斷罹患疾病時、多重共病狀況、疾病嚴重程度較嚴重的狀況或病況變不好時。

六、無法控制的疼痛：憂鬱傾向的病人可能以身體化症狀表現，文獻可知在基層醫療院所就診的病患中，有身體症狀的病患佔13-25%的比例有焦慮或憂鬱的問題。疼痛就是身體症狀其中之一。如果疼痛問題經過常規診療仍無明顯效果，臨床醫護人員可能需要考慮該類病患可能有憂鬱或焦慮傾向²⁸。

七、失眠：失眠對於憂鬱症的復發²⁹或是持續存在³⁰都是一項危險因子。

八、生理功能障礙：行動不便或失能的問題可能導致病患重大失落感進而容易有憂鬱症狀產生。

九、認知功能障礙：中老年憂鬱症近年也發現與認知功能衰退有共病或因果關係⁵。因此若發現患者有認知功能障礙傾向時，臨床醫護人員也需要考慮該類病患可能有憂鬱傾向。

憂鬱症是老年族群自殺的危險因子之一³¹

雖然老年人的自殺意圖沒有年輕人高，但自殺成功率卻比年輕人來的高⁵。老年男性也比女性有更高的自殺風險^{31,32}。除了憂鬱症³¹，老年人的其他自殺相關危險因子還包括合併其他共病狀況、慢性疼痛問題、疾病末期或病況變差等久病厭世的狀況、鰥寡孤獨狀態、個性疾

患、曾有自殺意圖者或是有自殺家族史者³³⁻³⁵。從台灣自殺防治學會的統計資料(圖一)可知,2015年台灣每十萬人口的自殺標準化死亡率為12.1人,自殺粗死亡率為每十萬人口15.7人。自殺死亡率男性比女性高,無論是男性或女性在中老年族群的自殺死亡率比其他年齡層高,且65歲以上的自殺死亡率更是高出許多³⁶。因此,覺察中老年族群的憂鬱症便是一項重要課題。如果臨床上遇到患者在語言或非語言溝通上透露出無希望感、失眠、焦躁易怒、注意力不集中、甚至出現如幻聽幻覺等急性精神症狀、酒精濫用或酒精中毒病史或是困難治療的疼痛問題,需要注意是否有高自殺風險,併轉介精神專科醫師診療³³⁻³⁵。

老年憂鬱症常合併焦慮症狀³⁷

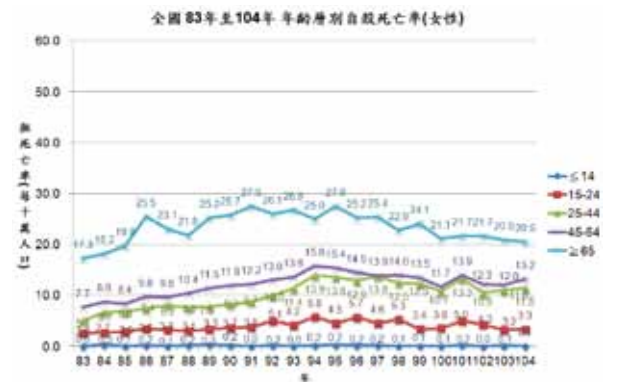
焦慮症的病人有26.1%合併重鬱症,47.5%的中鬱症病人可能合併焦慮症,其中又以廣泛性焦慮症(Generalized anxiety disorder)最為常見³⁷。焦慮症的病人也可能以身體化症狀表現,因此若病人有焦慮症狀時,需提高警覺是否同時合併憂鬱症狀。在DSM-5中關於廣泛性焦慮症的診斷準則如下³⁸:

- 一、對許多的事件或活動(如工作或學校的表現)有過度的焦慮和擔憂(安心的期望),至少6個月的期間內,有此症狀的日子比沒有的日子多。
- 二、個案認為難以控制此擔憂。
- 三、此焦慮和擔憂合併以下六個症狀中的三個(或更多):至少有些症狀在過去的6個月

- 內有出現的日子比沒有的日子多。
 - (一)坐立不安(restlessness)或感覺緊張(feeling keyed up)或心情不定(on edge)。
 - (二)容易疲勞。
 - (三)注意力不集中,腦筋一片空白(mind going blank)。
 - (四)易怒。
 - (五)肌肉緊繃。
 - (六)睡眠困擾(難以入睡或保持睡眠,或坐立不安、睡不滿意)。
- 四、此焦慮、擔憂或身體不適症狀引起臨床上顯著苦惱或社交、職業或其他重要領域的功能減損。
- 五、以上A~D狀況不是因為物質濫用(如藥物或酒精)或其他身體病況(如甲狀腺亢進)的生理效應。
- 六、以上A~D狀況無法以其他精神疾病做更好的解釋。

老年憂鬱症診斷及處置

- 一、依循DSM-5診斷準則³⁹
 - (一)出現下列九項準則中的5項(或更多)症狀在兩周中同時出現,造成先前功能改變,且至少包含下列第1或第2項症狀之一。
 - 1. 幾乎整天且每天心情憂鬱,可由主觀報告(如感到悲傷、空虛或無助)或由他人觀察(如看起來在哭)得知(在中老年男性可能為易怒心情¹⁹)。
 - 2. 幾乎整天且每天明顯對所有活動降低興趣或愉悅感(主觀說明或他人觀察)。



圖一：台灣自民國83年至民國104年男性(左)及女性(右)各年齡層自殺死亡率統計圖(擷取自全國自殺防治中心網站)。³⁶

3. 體重明顯減輕或增加 (一個月內體重變化超過 5%)，或幾乎每天食慾降低或增加。
4. 幾乎每天都失眠或嗜眠。
5. 幾乎每天精神動作激動或遲緩 (別人觀察到，不只是主觀感受不安或緩慢)。
6. 幾乎每天疲倦或無精打采。
7. 幾乎每天自我感到無價值感，或者有過度或不恰當的罪惡感 (可能達妄想的程度；不僅是對生病自責或內責)。
8. 幾乎每天思考能力和專注力降低，或是猶豫不決 (主觀報告或他人觀察)。
9. 反覆想到死亡 (不只是害怕死亡)、反覆有自殺意念而無具體計畫，或有自殺舉動、或是有具體的自殺計劃。

(二) 造成臨床上重大痛苦或造成社會、職業或其他重要領域功能減損。

(三) 以上 A、B 狀況不是因為物質濫用 (如藥物或酒精) 或內科疾病造成。

(四) 以上 A、B 狀況無法以思覺失調症 (schizoaffective disorder) 和其他精神疾病做更好的解釋。

(五) 以上 A、B 狀況從未有過躁症或輕躁症發作。

二、病史詢問：

(一) 善用生理、心理及社會的看診模式²⁰ 落實以病人為中心的照護理念⁴⁰：病患可能因為身體症狀在非精神科的各次專科就診，例如患者可能因為胸悶或呼吸不順等“非典型胸

痛”在心臟內科或胸腔內科就診，也可能因為疲累感擔心是肝臟問題而掛胃腸肝膽科門診，也可能因為腰痠擔心腎臟不好而求診腎臟科，或可能因為關節酸痛到風溼免疫科求診等狀況就醫。以 LETSHEAR²⁰ 的模式可了解病患對症狀的解釋及認知，但這類在非精神科的各次專科就診的病患可能對於憂鬱症的病識感或接受度有限所以才會到非精神科的次專科如胃腸肝膽科、心臟科、胸腔科或腎臟科等等次專科就診。在現今分級制度並未明確落實的醫療體系，要在有限的看診時間內完成病人能接受的解釋及處置對臨床醫護人員而言是一種挑戰。但如果能在有限時間內完成正確的三代家族樹記錄 (包括三代家庭成員組成、家庭成員健康狀況及一同居住的成員組成) 將有助於瞭解患者的生活壓力事件及心理社會狀態。另外，實務上如果發現病患過去的就醫狀況有過度使用醫療資源的情形、或是長期止痛藥物的使用、或是症狀在經過常規診療之後仍然效果有限、抑或對於慢性內科疾病配合治療的動機缺缺等狀況也有可能是病患的憂鬱症狀所造成。病史詢問不但可以幫助醫護人員搜集完整資訊，也可以藉此與病患建立關係併幫助病人建立病識感。因此完整的病史詢問便是一項重要的訓練²⁰。

(二) 善用目前常用之憂鬱症篩檢量表：見表一。⁴¹⁻⁴⁸

(三) 善用健保雲端藥歷查詢藥物使用狀況：目前健保署所建立的雲端藥歷查詢系統可

表一：不同憂鬱症篩檢量表之比較⁴¹⁻⁴⁸

	敏感度	特異性	住院病人 適用	門診病人 適用	生理疾病 患者適用	認知功能 異常適用
5 項簡式症狀量表 (5 題自填問卷) ⁴¹ (Brief Symptom Rating Scale-5)	78.9	74.3	+	+	+	未知
老年憂鬱量表 (5 題自填問卷) ^{42,43} (The Geriatric Depression scale)	94	81	+	+	未知	未知
患者健康問卷 (9 題自填問卷) ^{44,45} (The Patient Health Questionnaires-9)	88	88	未知	+	+	未知
2 題式篩檢問卷 ^{46,47} (2 question screener)	97	67	未知	+	未知	-
柯乃爾失智憂鬱量表 (19 題) ⁴⁸ (Cornell Scale for Depression in Dementia)	90	75	+	+	未知	+

以幫助醫師瞭解病患的用藥狀況，可以進一步瞭解病患是否有難以處理的疼痛、焦慮問題或失眠問題而常常有止痛藥物使用、抗焦慮藥物、管制藥品或是失眠藥物使用^{30,49,50}，同時進一步將中老年憂鬱症衛教單張（如自我評估量表⁴¹⁻⁴⁸及就醫資訊）設計入門診看診系統或住院醫囑系統的電腦提示系統後，印出給病患或家屬，以提升病患對疾病的認識、就醫的重要性及對憂鬱症診斷治療的接受度。

（四）善用出院準備服務系統：目前多數醫院均有出院準備服務的功能，如果在病患一住院的時候，在住院醫囑相關系統設計提示系統將中老年憂鬱症衛教單張（如自我評估量表⁴¹⁻⁴⁸及就醫資訊）印出給治療團隊的醫護人員、病患及家屬，可以提醒醫護人員對病患心理社會的評估，也可以增進病患及家屬對中老年憂鬱症的正確認知進而促進治療動機。

（五）善用“醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫”：運用目前整合照護門診計畫結合電腦提示系統給予病人及家屬自我檢測的憂鬱量表⁴¹⁻⁴⁸、憂鬱症衛教單張及就醫資訊如精神科、家庭醫學科、老年科等醫療院所就醫。

三、治療：開始治療初期，建議至少每2周回診評估症狀、瞭解病患對藥物使用的狀況、評估藥物是否需要調整以及是否需要心理師、社工師等專業人員的介入。文獻發現以整合式照護模式照顧並加強病患的衛教能改善中老年憂鬱症的預後，也就是除了精神科醫師，還結合社區基層醫師、護理師、社工師、心理師等專業人員一同照護⁵¹⁻⁵³。目前小型研究顯示抗憂鬱劑治療12個月對60歲以上的憂鬱症患者有幫助⁵⁴，但老年人憂鬱症的復發機率較中年人高⁵⁵，治療時間是否需要延長，目前老年憂鬱患者合併慢性疾病若長期使用憂鬱症藥物治療的安全性資料目前仍無足夠證據，需要進一步的研究證實⁵⁴，因此對於復發個案或合併慢性疾病的老年憂鬱症患者之治療，建議轉介或照會精神科醫師一同照顧。

（一）藥物治療：美國FDA資料分析顯示抗憂鬱劑的治療在65歲以上老年憂鬱症患者有減少自殺風險的好處，⁵⁶各類藥物特性見表

二。⁵⁷⁻⁷⁷

（二）非藥物治療：1. 心理治療⁷⁸⁻⁸¹：包括行為認知治療、問題解決導向治療、人際關係心理治療、生命回顧治療等。文獻證實心理治療對老年憂鬱症患者是有效的⁷⁸⁻⁸¹，文獻也證實行為認知治療有助於治療焦慮症及焦慮症病患的憂鬱症狀⁸²。惟需要專業心理治療師及友善的健康保險制度才容易落實。2. 體能活動：體能活動量較少的老年人有較高的風險罹患憂鬱症⁸³，文獻也發現體能活動能使老年人較有活力較愉快⁸⁴。系統性的文獻回顧發現每週3-5次且每次達30-45分鐘的有氧運動或阻抗訓練持續3-4個月對60歲以上的憂鬱症老年人有正向幫助⁸⁵⁻⁸⁸。但是憂鬱症患者的低動機症狀可能會使病患願意運動的動機下降，因此需要同時處方抗憂鬱劑治療或認知行為治療，同時注意安全預防跌倒才會較易執行。3. 明亮的居住環境：小型研究發現明亮的環境對50%以上的憂鬱症老年人有改善效果⁸⁹。4. 足夠的家人支持度：家人的支持度與中老年憂鬱症患者的症狀及預後有正相關⁵¹。

（三）電痙攣治療：如果憂鬱症患者的藥物治療效果不佳、嚴重的重鬱症例如有生命危險或是功能障礙等情況時，精神科醫師通常會考慮該項治療⁹⁰⁻⁹⁴。

（四）適當轉介精神科：懷疑有重度憂鬱症診斷時、合併有妄想幻聽幻覺等症狀時、有急性自殺風險、藥物治療問題、復發問題、治療效果不佳或電痙攣治療評估等時機時，可轉介精神科進一步處置。

畢業後一般醫學教育的方向

衛福部新公告之105學年度畢業後一般醫學訓練(PGY)分組試辦課程中，一般醫學內科六大核心能力中的病患照護部分涵蓋焦慮、憂鬱、睡眠障礙等內容^{95,96}，但一年期訓練期程卻未看見精神科門診相關訓練，只將精神科列為外科組一個月選修科的其中一項⁹⁶。若要在一般醫學的內科訓練落實焦慮、憂鬱、睡眠障礙等鑑別診斷則需要整合性的實作課程訓練，若朝向融合足夠週數的老年醫學、安寧照護及精

神科實作訓練並加強生理、心理及社會的看診模式訓練以提升醫護人員的敏感度²⁰ 進而落實以病人為中心的照護理念⁴⁰ 設計實作課程，再經過適當考核後給予老年醫學科及安寧課程甲類或乙類訓練證明，該證明如果可用以抵免老年專科訓練的部分學分或安寧專科訓練的部分學分，如此也許可鼓勵 PGY 學員努力學習且拿到相關證照後即可運用於臨床照顧病患，並可提高 PGY 學員對內科訓練的興趣而不至流於虛應故事或與實習課程重復的問題，也可因應目

前內科、外科、婦產科、小兒科及急診人才困難羅致狀況（五大皆空）及老化社會的需求。

結語

由於中老年憂鬱症患者可能會以身體化症狀在其它非精神科求醫，倘若有慢性疾病的中老年族群合併憂鬱症將使慢性疾病治療效果不彰，加以中老年族群的自殺成功率也比年輕族群高，因此臨床實務如能同時照顧病患的心理社會狀態，將能提高醫護人員對中老年憂鬱

表二：抗憂鬱劑種類及特性⁵⁰⁻⁷⁷

藥物種類	半衰期	起始劑量	建議治療劑量*	優點	注意事項
選擇性血清素回收抑制劑 (selective serotonin reuptake inhibitors, SSRI)：老年人憂鬱症治療的首選藥物，通常 4-6 周症狀會改善。可能有類巴金森氏症狀、低血鈉、性功能障礙、食慾不振或心跳變慢等副作用。 ^{49,50,67,68,70} 高劑量時小心可能使虛弱老年人跌倒造成骨折的風險， ⁵³ 故需注意多重藥物使用的情況。文獻顯示部分 66 歲以上老年人在治療第一個月時可能有自殺情形出現，但持續治療發現與其他抗憂鬱劑造成自殺的現象均沒有達到統計意義的相關性，且該研究發現無論是 SSRI 或非 SSRI 類抗憂鬱劑造成的絕對自殺風險是低的。 ⁵⁴					
Escitalopram ^{50,67,70}	27~32 小時	5 mg qd or hs	5~20 mg qd or hs	耐受性較好，較無鎮靜效果，較不影響睡眠，較少藥物交互作用，多數憂鬱症老年人的適合用藥。	與 Citalopram 為異構物，有 QT 間距延長風險。有輕微戒斷症狀，臨床狀況如可停藥，建議逐漸減量方式調整。
Citalopram ^{50,56,67,70}	35 小時	10 mg qd or hs	10~20 mg qd or hs		如臨床狀況可停藥時，有輕微戒斷症狀，建議以逐漸減量的方式調整。隨劑量增加需注意有 QT 間距延長的風險。
Sertraline ^{58,67,69,70}	26 小時	12.5~25 mg qd	25~200 mg qd	較無鎮靜效果，較無失眠風險，較無顯著心血管事件發生，多數憂鬱症老年人的適合用藥。	常見腸胃道症狀如腹瀉。口服劑型生物利用率變異性較大。口服液含有酒精成分。如臨床狀況可停藥時，有輕微戒斷症狀，建議以逐漸減量的方式調整。
Fluoxetine ^{67,68,70}	4~6 天 (代謝產物 norfluoxetine 可達 9.3 天)	5~10 mg qd	5~60 mg qd	激活效果 (activating effect) 對憂鬱症患者的低能量症狀或睡眠過多症狀也許有效。如臨床狀況可停藥時，因半衰期較長可不用經減量過程即可停藥。	有 QT 間距延長的風險。須注意激活效果所造成的副作用。注意交互作用問題。該藥品的活性代謝物因為需要數週才能到達體內穩定濃度，須注意評估療效的回診時間並給病患足夠的心理建設。
Paroxetine ^{53,67,68,70}	15~33.2 小時	10 mg hs	10~40 mg hs	對憂鬱症病患的失眠症狀有效。	有輕微的抗膽鹼效應。如臨床狀況可停藥時，不經減輕劑量的過程就立即停藥會有明顯且嚴重的戒斷症狀。
Fluvoxamine ^{67,70}	17~26 小時	25 mg hs	25-200 mg hs	對憂鬱症病患的失眠症狀可能有效。	有明顯藥物交互作用。如臨床狀況可停藥時，不經過減輕劑量的過程就立即停藥會有戒斷症狀。

(待續)

表二：續

藥物種類	半衰期	起始劑量	建議治療劑量*	優點	注意事項
血清素 - 正腎上腺素回收抑制劑 (serotonin-epinephrine reuptake inhibitors, SNRI): 當 SSRI 治療效果不佳時可選擇的第二線藥物。可能有血清素症候群副作用產生如抽搐、顫抖、反射增強、發燒、意識狀態改變或自主神經系統變化等症狀。 60,62,67,70					
Venlafaxine ^{58,59,67,70} (緩釋劑型)	7.5~13.9 小時 (活性代謝物: 9.5~15.5 小時)	37.5 mg qd	75~225 mg qd	激活效果 (activating effect) 對於憂鬱症患者的低能量症狀或是睡眠過多的症狀也許有效。憂鬱症病患若合併疼痛問題如糖尿病神經病變可考慮使用。	須注意激活效應。養成每天量血壓心跳的習慣，因為劑量增加時可能使血壓升高 (以舒張壓為主) 及心跳加速。剛服用時可能有腸胃道症狀如嘔吐，緩釋劑型的腸胃道症狀會較輕微。如臨床狀況可停藥時，不經過減輕劑量的過程就立即停藥會有戒斷症狀。Desvenlafaxine 減輕劑量的方式是拉長兩次用藥間隔時間來調整。
Venlafaxine ^{58,59,67,70} (短效劑型)	3~7 小時 (活性代謝物: 9~13 小時)	18.75 qd or bid	75~150 mg bid		
Desvenlafaxine ^{67,70}	10~11 小時	50 mg qd; (CrCl<30 ml/min: 50mg qod)	50 mg qd; (CrCl<30 ml/min: 50 mg qod)		
Duloxetine ^{57,67,70}	8~17 小時	10~20 mg qd (CrCl<30 ml/min: 避免使用)	20~60 qd (CrCl<30 ml/min: 避免使用)	輕微鎮靜效果。較少失眠風險。憂鬱症病患若合併疼痛問題如糖尿病神經病變或慢性疼痛是有效的。	可能有腸胃道症狀。有明顯藥物交互作用。
藥物種類	半衰期	起始劑量	建議治療劑量*	優點	注意事項
非典型抗憂鬱劑 (Atypical antidepressants)					
Mirtazapine ^{64,67,70}	20~40 小時	7.5 mg hs	15~60 mg hs	有鎮靜效果。性功能障礙的風險較小。有刺激食慾或止吐效果。因此對於失眠或體重減輕症狀的憂鬱症病患是有幫助的。	半衰期較長，且會有活性代謝物生成。肝腎功能異常的病患可能體內濃度會容易累積，因此需要調整劑量。可能有嗜睡、體重增加的副作用。臨床上有白血球減少症的個案報告。
Bupropion ^{63,67,70} (緩釋劑型)	14~28 小時 (活性代謝物: 19~60 小時)	初始: 75 mg qd 之後: 75 mg bid	150 mg bid	激活效應對於憂鬱症患者的淡漠、低能量或疲累等症狀或許有效。較沒有認知功能毒性的問題。有類似多巴胺的作用，對於合併巴金森氏症的憂鬱症患者或許有幫助。	有癲癇病史患者或是激動、躁動患者不適合使用。可能因為劑量增加造成舒張壓升高。也可能加重失眠症狀。
Vilazodone ^{67,70}	25 小時	10 mg qd* 7 天 以上 (餐中吃)	20~40 mg qd (餐中吃)	體重增加或性功能障礙的發生率較低。	可能出現噁心、嘔吐、腹瀉、頭暈、失眠等症狀。與經由 CYP 3A4 路徑代謝的藥物並用容易有明顯的藥物交互作用，須調整劑量。
Trazodone ^{61,67,70}	5-9 小時	12.5~25 mg hs (睡前 30~60 分鐘服用)	25~100 mg hs (睡前 30~60 分鐘服用)	該藥物不常單獨使用於治療憂鬱症。低劑量使用時，與 SSRI 並用可治療憂鬱症患者的失眠症狀。	有鎮靜嗜睡、姿態性低血壓、噁心、QT 間距延長風險、需緊急送醫的陰莖異常勃起問題或認知功能障礙的副作用，曾有低血鈉症的個案報告發生。

(待續)

表二：續

藥物種類	半衰期	起始劑量	建議治療劑量*	優點	注意事項
三環抗憂鬱劑 (Tricyclic antidepressants, TCAs) ^{50,51,66,67,70}					
Nortriptyline	23.5~79 小時 (平均 45 小時)	10 mg hs	10~100 hs	當第一線及第二線抗憂鬱劑對憂鬱症患者的低能量症狀或睡眠過多的症狀效果不佳時，可考慮使用該類藥物。	容易出現抗膽鹼作用如口乾舌燥、視力模糊、尿液滯留等副作用。也可能有潛在的心臟毒性如心律不整、姿態性低血壓等副作用。容易有藥物交互作用。如果使用過量可能造成死亡。
Desipramine	15-24 小時	10 mg qd	25~150 mg qd 治療效果的血清濃度建議控制在 125~300 ng/mL.		
單胺氧化酶抑制劑 (Monoamine oxidase inhibitors, MAOIs) ^{65,66,70}					
Isocarboxazid	--	10 mg qd	10~40 mg per day in divided doses	對於憂鬱症患者的食慾增加、過度睡眠的症狀也許有效。	與 tyramine 類食物 (如乳酪或酒精) 併用可能導致高血壓危象。可能有低血壓、頭暈、頭痛、口乾舌燥、胃腸道症狀、抽筋小便不易解、影響睡眠週期或血清素症候群等副作用。易與食物或藥物產生交互作用。
Phenelzine	11.6 小時	7.5 mg qd	22.5~60 mg per day in 3 divided doses		
Tranycypromine	2.5 小時	10 mg qd	10~40 mg per day in divided doses		
Seleqiline (皮膚貼片)	--	6 mg qd	6~12 mg qd	經皮吸收，因此較其他 MAOI 類藥物而言，較無腸胃道症狀。	每天劑量若高於 9 毫克仍要注意容易與食物有交互作用，且若每天劑量超過 6 毫克建議轉介精神科醫師評估。

*: 依肝腎功能調整劑量。

症狀的敏感度進而作適當轉介及處置。若能將生理心理社會的問診模式、老年醫學、精神科訓練及安寧療護課程落實在畢業後一般醫學教育，同時也運用電腦提醒系統提醒醫護人員、病患及家屬，將能使整合式照護病人的理想更落實。

作者群貢獻

歐威廷及歐玲君提出論文構想。歐玲君指導歐威廷撰寫論文。歐威廷、蘇昭儒及歐玲君作文獻回顧、潤飾及校稿。

致 謝

感謝東港安泰醫院鼓勵醫師參與教學、學術研究及論文寫作。

參考文獻

1. Luijendijk HJ, van den Berg JF, Dekker MJ, et al. Incidence and recurrence of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 1394-401.

2. Lyness JM, Heo M, Datto CJ, et al. Outcomes of minor and subsyndromal depression among elderly patients in primary care settings. *Ann Intern Med* 2006; 144: 496-504.

3. Birrer RB, Vemuri SP. Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *Am Fam Physician* 2004; 69: 2375-82.

4. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 450-5.

5. Cheng ATA. Mental illness and suicide – a case-control study in east Taiwan. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 594-603.

6. 翁菁甫、林坤霈、詹鼎正。老人憂鬱與認知功能障礙。 *內科學誌*；2014; 25: 158-164.

7. Frasure-Smith N, Lespérance F, Juneau M, et al. Gender, depression, and one-year prognosis after myocardial infarction. *Psychosom Med* 1999; 61: 26-37.

8. Whyte EM, Mulsant BH, Vanderbilt J, et al. Depression after stroke: a prospective epidemiological study. *J Am Geriatr Soc* 2004; 52: 774-8.

9. Morris PL, Robinson RG, Andrzejewski P, et al. Association of depression with 10-year poststroke mortality. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 124-9.

10. Rovner BW, German PS, Brant LJ, et al. Depression and mortality in nursing homes. *JAMA* 1991; 265: 993-6.

11. von Ammon Cavanaugh S, Furlanetto LM, Creech SD, Powell LH. Medical illness, past depression, and present depression: a predictive triad for in-hospital mortality. *Am J Psychiatry*

- 2001; 158: 43-8.
12. Lin EH, Katon W, Von Korff M, et al. Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 290: 2428-9.
 13. Williams JW Jr, Katon W, Lin EH, et al. The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Ann Intern Med* 2004; 140: 1015-24.
 14. Global Burden of Disease Study 2013 Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 386: 743-800.
 15. Fyffe DC, Sirey JA, Heo M, Bruce ML. Late-life depression among black and white elderly homecare patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004; 12: 531-5.
 16. Crystal S, Sambamoorthi U, Walkup JT, Akincigil A. Diagnosis and treatment of depression in the elderly medicare population: predictors, disparities, and trends. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1718-28.
 17. Unützer J, Katon W, Callahan CM, et al. Depression treatment in a sample of 1,801 depressed older adults in primary care. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 505-14.
 18. Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 479-14.
 19. Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, et al. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 570-8.
 20. 盧豐華。家庭醫學。三版。台北：台灣家庭醫學醫學會，2006；284-90。
 21. Pan YJ, Lee MB, Chiang HC, Liao SC. The recognition of diagnosable psychiatric disorders in suicide cases' last medical contacts. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31: 181-4.
 22. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147-56.
 23. Barry LC, Allore HG, Guo Z, et al. Higher burden of depression among older women: the effect of onset, persistence, and mortality over time. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 172-8.
 24. Kornstein SG. Gender differences in depression: implications for treatment. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 (Suppl 15): 12-8.
 25. Smilkstein G. The cycle of family function: a conceptual model for family medicine. *J of Fam Pract* 1980; 11: 223-32.
 26. Holmes TH, Rahe RH. "The Social Readjustment Rating Scale". *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-8.
 27. Swee DE. Family resources. In: Taylor RB ed. *Family Medicine: principles and Practice*. 2nd ed. New York: Springer-Verlag. 1983; 64-73.
 28. Gates K, Petterson S, Wingrove P, Miller B, Klink K. You Can't Treat What You Don't Diagnose: An Analysis of the Recognition of Somatic Presentations of Depression and Anxiety in Primary Care. *Fam Syst Health* 2016; 34: 317-29.
 29. Cho HJ, Lavretsky H, Olmstead R, et al. Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1543-50.
 30. Pigeon WR, Hegel M, Unützer J, et al. Is insomnia a perpetuating factor for late-life depression in the IMPACT cohort? *Sleep* 2008; 31:481-8.
 31. Valiengo Lda C, Stella F, Forlenza OV. Mood disorders in the elderly: prevalence, functional impact, and management challenges. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2016; 12: 2105-14.
 32. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Homicides and suicides--National Violent Death Reporting System, United States, 2003-2004. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2006; 55: 721-4.
 33. Waern M, Runeson BS, Allebeck P, et al. Mental disorder in elderly suicides: a case-control study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 450-5.
 34. Szanto K, Mulsant BH, Houck P, et al. Occurrence and course of suicidality during short-term treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 610-7.
 35. Alexopoulos GS, Bruce ML, Hull J, et al. Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 1048-53.
 36. 台灣自殺防治學會自殺防治中心網站。民國83年至104年全國自殺死亡趨勢。擷取時間：2017.2.14。http://tspc.tw/tspc/portal/know/know_content.jsp?type=2&sno=63
 37. Beekman AT, de Beurs E, van Balkom AJ, Deeg DJ, van Dyck R, van Tilburg W. Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 89-95.
 38. 台灣精神醫學會。DSM-5 準則手冊。合記，2014；122-3。
 39. 台灣精神醫學會。DSM-5 準則手冊。合記，2014；94-5。
 40. 謝博生。一般醫學教育。一版。台北：金名。2006；第12章。
 41. Lee MB, Liao SC, Lee YJ, et al. Development and verification of validity and reliability of a short screening instrument to identify psychiatric morbidity. *J Formos Med Assoc* 2003; 102: 687-94.
 42. Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its development and utility. *Int Psychogeriatr* 1996; 8: 103-12.
 43. Rinaldi P, Mecocci P, Benedetti C, et al. Validation of the five-item geriatric depression scale in elderly subjects in three different settings. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 694-8.
 44. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606-13.
 45. Löwe B, Unützer J, Callahan CM, et al. Monitoring depression treatment outcomes with the patient health questionnaire-9. *Med Care* 2004; 42: 1194-201.
 46. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med* 1997; 12: 439-45.
 47. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. *BMJ* 2003; 327: 1144-6.
 48. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23: 271-84.
 49. Valenstein M, Taylor KK, Austin K, et al. Benzodiazepine use

- among depressed patients treated in mental health settings. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 654-61.
50. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 1147-56.
 51. Unützer J, Park M. Older adults with severe, treatment-resistant depression. *JAMA* 2012; 308: 909-18.
 52. Chen S, Conwell Y, He J, et al. Depression care management for adults older than 60 years in primary care clinics in urban China: a cluster-randomised trial. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 332-9.
 53. Bao Y, Post EP, Ten TR, et al. Achieving effective antidepressant pharmacotherapy in primary care: the role of depression care management in treating late-life depression. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 895-900.
 54. Wilkinson P, Izmeth Z. Continuation and maintenance treatments for depression in older people. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 9: CD006727.
 55. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1588-601.
 56. Kuehn BM. FDA panel seeks to balance risks in warnings for antidepressants. *JAMA* 2007; 297: 573-4.
 57. Solai LK, Mulsant BH, Pollock BG. Selective serotonin reuptake inhibitors for late-life depression: a comparative review. *Drugs Aging* 2001; 18: 355-68.
 58. Wilson K, Mottram P. A comparison of side effects of selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in older depressed patients: a meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19: 754-68.
 59. Mittmann N, Herrmann N, Shulman KI, et al. The effectiveness of antidepressants in elderly depressed outpatients: a prospective case series study. *J Clin Psychiatry* 1999; 60: 690-7.
 60. Fabian TJ, Amico JA, Kroboth PD, et al. Paroxetine-induced hyponatremia in older adults: a 12-week prospective study. *Arch Intern Med* 2004; 164: 327-32.
 61. Richards JB, Papaioannou A, Adachi JD, et al. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors on the risk of fracture. *Arch Intern Med* 2007; 167: 188-94.
 62. Juurlink DN, Mamdani MM, Kopp A, Redelmeier DA. The risk of suicide with selective serotonin reuptake inhibitors in the elderly. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 813-21.
 63. FDA Drug Safety Communication: Revised recommendations for Celexa (citalopram hydrobromide) related to a potential risk of abnormal heart rhythms with high doses <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm297391.htm> (Accessed on March 28, 2012).
 64. Nelson JC, Wohlreich MM, Mallinckrodt CH, et al. Duloxetine for the treatment of major depressive disorder in older patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 227-35.
 65. Oslin DW, Ten Have TR, Streim JE, et al. Probing the safety of medications in the frail elderly: evidence from a randomized clinical trial of sertraline and venlafaxine in depressed nursing home residents. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 875-82.
 66. Entsuaeh R, Chitra R. A benefit-risk analysis of once-daily venlafaxine extended release (XR) and venlafaxine immediate release (IR) in outpatients with major depression. *Psychopharmacol Bull* 1997; 33: 671-6.
 67. Gnanadesigan N, Espinoza RT, Smith R, et al. Interaction of serotonergic antidepressants and opioid analgesics: Is serotonin syndrome going undetected? *J Am Med Dir Assoc* 2005; 6: 265-9.
 68. Spina E, Scordo MG. Clinically significant drug interactions with antidepressants in the elderly. *Drugs Aging* 2002; 19: 299-320.
 69. Mason PJ, Morris VA, Balcezak TJ. Serotonin syndrome. Presentation of 2 cases and review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 2000; 79: 201-9.
 70. Steffens DC, Doraiswamy PM, McQuoid DR. Bupropion SR in the naturalistic treatment of elderly patients with major depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001; 16: 862-5.
 71. Anttila SA, Leinonen EV. A review of the pharmacological and clinical profile of mirtazapine. *CNS Drug Rev* 2001; 7: 249-64.
 72. Uptodate website: https://www.uptodate.com/contents/monoamine-oxidase-inhibitors-maois-for-treating-depressed-adults?source=see_link.
 73. Georgotas A, McCue RE, Hapworth W, et al. Comparative efficacy and safety of MAOIs versus TCAs in treating depression in the elderly. *Biol Psychiatry* 1986; 21: 1155-66.
 74. Uptodate website. Graphic 57207 Version 7.0. https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PC%2F57207&topicKey=PSYCH%2F1719&source=outline_link&search=late%20life%20depression&selectedTitle=1~18.
 75. Zahajszky J, Rosenbaum JF, Tollefson, GD. Fluoxetine. In: *American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology*, 4th ed. American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, D.C. 2009; 289.
 76. Block, DR, Yonkers, KA, Carpenter, LL. Sertraline. In: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychopharmacology*, 4th, Schatzberg, AF, Nemeroff, CB (Eds), American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, D.C. 2009; 307.
 77. Uptodate website. Graphic 62488 Version 15.0. https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=PC%2F62488&topicKey=PSYCH%2F14675&rank=1~150&source=see_link&search=SSRI.
 78. Areán PA, Cook BL. Psychotherapy and combined psychotherapy/pharmacotherapy for late life depression. *Biol Psychiatry* 2002; 52: 293-303.
 79. Morgan AC. Practical geriatrics: psychodynamic psychotherapy with older adults. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 1592-4.
 80. Huang AX, Delucchi K, Dunn LB, Nelson JC. A systematic review and meta-analysis of psychotherapy for late-life depression. *Am J Geriatr Psychiatry* 2015; 23: 261-73.
 81. Korte J, Bohlmeijer ET, Cappeliez P, et al. Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychol Med* 2012; 42: 1163-73.
 82. Stanley MA, Wilson NL, Novy DM, et al. Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care: a randomized clinical trial. *JAMA* 2009; 301: 1460-7.

83. Lee PL, William Lan, Charles C.-L. Lee. Physical activity related to depression and predicted mortality risk: results from the Americans' changing lives study. *Educational Gerontology* 2012; 38: 678-90.
84. Orly Sarid, Itshak Melzer, Ilan Kurz, Danit R. Shahar, Wilibald Ruch. The effect of helping behavior and physical activity on mood states and depressive symptoms of elderly people. *Clinical Gerontologist* 2010; 33: 270-282.
85. Sjösten N, Kivelä SL. The effects of physical exercise on depressive symptoms among the aged: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21: 410-8.
86. Frazer, CJ, Christensen, H, Griffiths, KM. Effectiveness of treatments for depression in older people. *Med J Aust* 2005; 182: 627-32.
87. Blake H, Mo P, Malik S, Thomas S. How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clin Rehabil* 2009; 23: 873-87.
88. Bridle C, Spanjers K, Patel S, et al. Effect of exercise on depression severity in older people: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2012; 201: 180-5.
89. Lieverse R, Van Someren EJ, Nielen MM, et al. Bright light treatment in elderly patients with nonseasonal major depressive disorder: a randomized placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 61-70.
90. van der Wurff FB, Stek ML, Hoogendijk WJ, Beekman AT. The efficacy and safety of ECT in depressed older adults: a literature review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 894-904.
91. Brodaty H, Hickie I, Mason C, Prenter L. A prospective follow-up study of ECT outcome in older depressed patients. *J Affect Disord* 2000; 60: 101-11.
92. Tew JD Jr, Mulsant BH, Haskett RF, et al. Acute efficacy of ECT in the treatment of major depression in the old-old. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1865-70.
93. Husain MM, Rush AJ, Fink M, et al. Speed of response and remission in major depressive disorder with acute electroconvulsive therapy (ECT): a Consortium for Research in ECT (CORE) report. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 485-91.
94. O'Connor MK, Knapp R, Husain M, et al. The influence of age on the response of major depression to electroconvulsive therapy: a C.O.R.E. Report. *Am J Geriatr Psychiatry* 2001; 9: 382.
95. 衛福部醫事司。2015。公告修正「一年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫」及受理105年度新增變更計畫。
http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMA/DM1_P.aspx?f_list_no=608&fod_list_no=980&doc_no=49503.
96. 西醫師PGY。醫策會。2016。
<http://www.jct.org.tw/FrontStage/page.aspx?ID=C8953BAA-EF2E-410C-89B9-87A6DC3F5DB8>.

The Awareness of Late-Life Depression in Clinical Practice

Wei-Ting Ou¹, Jau-Ru Su², and Ling-Chun Ou^{3,4,5}

*Department of ¹Internal Medicine and ³Family Medicine,
Antai Medical Cooperation Tien Sheng Memorial Hospital, PingTung, Taiwan;*

²Yang-Kang Clinic, Kaohsiung, Taiwan;

⁴College of Nursing, Meiho University, PingTung, Taiwan;

⁵College of Education, National Kaohsiung Normal University, Kaohsiung, Taiwan

Depression is the 2nd cause among the global burden of disease. The prevalence rate of late-life depression among healthy and independently elder residents in community is lower than younger adults, but the prevalence of depression in older age may be underestimated. The prevalence rate of late-life depression will be higher as more comorbidity happened. Depression is the risk factor of suicide, and the rate of completed suicide in the older group is higher than the younger group. Besides, more and more studies claimed that depression is associated with cognitive impairment. In addition, if the patients with some medical illness once suffer from depression, they will meet higher mortality. So how to find out the potential risk group of depressed older patients is the important issue in daily practice regardless of out-patient clinic or admission. Therefore general physician training is getting important in the aging society nowadays especially after the threatening of SARS in Taiwan. If we could aware the risk group of late-life depressive patients more practically, the prevention of depression even suicide will be more practically managed and the prognosis of physical comorbidity will be easier treated. (J Intern Med Taiwan 2017; 28: 74-85)