

研究背景與目的

憂鬱症是老年族群中常見且具有高度臨床重要性的心理健康問題。相較於年輕族群，老年人的憂鬱症狀常與身體疾病、認知功能下降、喪偶等生活事件交互影響，使得憂鬱的辨識更加困難。老年憂鬱的評估困難之一在於臨床工作者可能將憂鬱症狀歸因於老化或醫療共病，而老年人也可能較傾向表達身體不適，而非直接報告情緒低落。

在眾多憂鬱量表中，**Beck Depression Inventory (BDI)** 與 **Geriatric Depression Scale (GDS)** 是最常被用於老年憂鬱評估的自陳式工具之一。**BDI** 最初並非專為老年人設計，而是用以評估一般族群的憂鬱症狀嚴重度；**GDS** 則是為老年族群發展，並在題項設計上避免過多身體症狀，以降低身體疾病或老化症狀造成的混淆。

本文旨在回顧 **BDI** 與 **GDS** 在老年憂鬱篩檢中的應用差異，並比較兩者在量表內容、作答形式、心理計量特性、臨床切截分數、認知功能影響與不同場域適用性上的優缺點。

研究方法

本文採敘述性文獻回顧方式，整理與比較 **BDI** 及 **GDS** 在老年族群中的應用研究。納入文獻以使用 **BDI**、**BDI-II**、**BDI-FS**、**GDS** 或 **GDS-S** 評估老年憂鬱之實徵研究為主，研究對象包含社區老年人、老年精神科門診病人、老年醫療門診病人、老年住院病人與老年女性樣本。本文特別納入直接比較 **BDI** 與 **GDS** 的研究，以及探討 **BDI-II** 或 **BDI-FS** 在老年族群中心理計量特性的研究。

文獻回顧

1. **BDI** 與 **GDS** 的發展脈絡與量表設計差異

BDI 涵蓋較多典型憂鬱症狀，包括悲傷、悲觀、罪惡感等較能評估症狀嚴重度；**GDS** 則更聚焦於老年生活脈絡中的憂鬱經驗，例如無望感、生活空虛。這使 **GDS** 較能避免將身體疾病或老化相關症狀誤判為憂鬱，但也可能較不完整對應 **DSM** 憂鬱診斷準則。

第二個差異是「作答形式」。**BDI** 是四點式多重選擇題，能提供較細緻的症狀嚴重度資訊；**GDS** 是二分式是非題，較簡單、較容易理解，但對症狀嚴重度的區分較不細緻。**Olin** 等人（1992）特別指出，由於 **BDI** 的多重選擇格式可能比 **GDS** 的 **true-false** 格式更複雜，因此研究也檢驗老年人在兩種量表上的作答困難情形。

2. **BDI** 與 **GDS** 的信度與同時效度

多數文獻支持 **BDI** 與 **GDS** 在老年族群中具有可接受至良好的信度與效度。**BDI**、**BDI-II**、**BDI-FS**、**GDS** 與 **GDS-S** 在老年族群中多具有良好信度與同時效度。但高相關並不表示兩者完全相同，**BDI** 較強調憂鬱嚴重度與 **DSM** 症狀面向，而 **GDS** 較強調老年脈絡中的心理社會與情緒狀態，因此，在實務上兩者可能適用於不同評估目的。

3. 作答形式與老年人的反應特性

Olin 等人（1992）發現，老年受試者在 **BDI** 題項上較容易勾選多個答案；在該研究中有 46% 的受試者在 **BDI** 上出現多重作答，但只有 8% 在 **GDS** 上出現多重作答。這可能與兩量表的格式有關，**BDI** 每題有四個選項且選項通常代表不同嚴重程度；若受試者覺得多個描述都符合自己便可能同時勾選多個答案。相對 **GDS** 僅需回答是或否作答負荷較低，因此對部分老年人而言可能較容易完成。

4. 身體症狀與認知功能對量表表現的影響

老年憂鬱評估最重要的挑戰之一是身體症狀與憂鬱症狀的重疊。例如疲倦、睡眠改變，可能來憂鬱，也可能來自身體疾病、藥物副作用或認知功能退化。**BDI** 因包含較多身體症狀，可能在身體病況複雜的老年族群中產生解釋困難。研究者因此認為 **GDS** 可能較能獨立於認知功能之外測量憂鬱症狀，而 **BDI** 中與食慾、睡眠相關的植物性題項可能部分解釋其在老年住院或疑似失智族群中的限制。

結論

BDI 與 **GDS** 皆是老年憂鬱篩檢中常見且具有研究支持的自陳式量表。文獻整體顯示兩者多具有良好信度與同時效度，且能有效反映憂鬱症狀。兩者的設計目的與臨床適用性不同，**BDI** 系列量表較能評估憂鬱症狀嚴重度，**BDI-II** 與 **BDI-FS** 也較貼近 **DSM** 憂鬱診斷架構；**GDS** 則因專為老年人設計、作答簡單且較少涉及身體症狀，在老年族群中具有特殊優勢，尤其適合身體共病、認知功能下降或住院老年人。在臨床實務中，**BDI** 與 **GDS** 不應被視為互相取代的工具，而應視評估目的與個案特性進行選擇。若目標是老年憂鬱初步篩檢 **GDS** 可能較為適合；若目標是症狀嚴重度評估、**DSM** 症狀對照或治療追蹤，**BDI-II** 或 **BDI-FS** 則具有重要價值。無論使用何種量表評估結果皆應被視為篩檢資訊，而非診斷本身，並應搭配臨床晤談、病史、身體健康狀態、認知功能與生活脈絡進行整合判斷。

研究限制

(1) 文獻樣本來源具有侷限性

納入之研究多來自美國地區，且部分研究樣本數較少。此外，多數研究樣本以白人族群為主，缺乏不同文化背景與族群的代表性，因此研究結果在跨文化應用上的推論能力可能受到限制。

(2) 研究對象差異較大

不同研究族群在憂鬱程度、身體疾病狀況及認知功能上存在明顯差異，可能導致量表效能與切分點（**cut-off score**）有所不同。

(3) 多數研究採橫斷式設計

所回顧之研究大多採橫斷式研究設計或回溯性病歷分析，此類研究雖能評估量表的信度與效度，但無法確認憂鬱症狀隨時間變化的情形，也難以評估量表在長期追蹤中的穩定性與預測能力。

(4) 缺乏失智症與認知功能障礙族群之深入驗證

部分研究指出，**BDI**與**GDS**的得分可能受到認知功能影響，尤其在失智症患者中更為明顯。因此，目前仍難以確定這些量表是否能完全區分憂鬱症狀與認知退化所造成的表現。