

## 常見的老年憂鬱與自殺防治

邱智強 醫師

市立聯合醫院松德院區社區精神科主治醫師兼主任  
台北醫學大學兼任助理教授  
台灣老年精神醫學會理事  
(感謝陳映燁教授提供部分檔案)

## 大綱

- ◆ 成功老化
- ◆ 老年憂鬱症
- ◆ 老人自殺的特色
- ◆ 老人自殺防治之可能策略

### 老人常見的心理社會問題

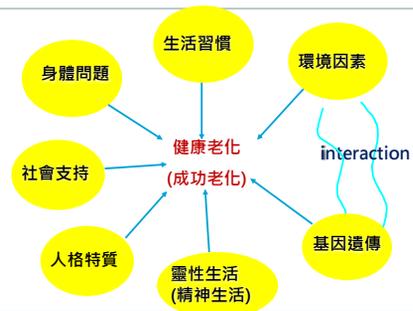
- 退休
- 喪偶
- 身體生病的問題
- 多重失落(loss)
- 婚姻與性問題
- 孤寂感(loneliness)
- 死亡的議題
- 老人虐待
- 相關精神疾病

### 一般長者面對的心理健康問題

- 老化過程中健康退化的困擾，可能會加深長者心理上的擔憂及無助感
- 退休後生活由忙碌變為閒逸，加上經濟能力減弱，心理上可能覺得難以適應
- 社會日益變化，周遭的新事物發展迅速，長者容易與社會脫節
- 子女成長後脫離家庭，更加重長者心理上的孤獨感
- 部分社會人士及家庭成員未能了解長者的需要，令長者覺得自己不再受重視，進而對自己失去信心

### Erickson的心理社會階段

階段	目標
信任對不信任(0-1y)	經由對父母親的信任在世界上建立基本的信任感
自主對羞恥與懷疑(1-3y)	建立自主及自我感來與父母親區別；對自己的能力能自我控制或懷疑
進取對罪惡感(3-6y)	在父母的限制內建立一種進取感，對情感需要不會產生罪惡感
勤勉對自卑(6-12y)	在學校內建立一種勤勉感，學習謀生技巧而不會感到無力感或害怕失敗
自我認同對角色混淆(12-18y)	在社會中建立認同、自我概念和角色，對自我及社會角色不會混淆
親密對隔離(18-40y)	對某人或更多人建立親密和連結，不會害怕因建立親密關係失敗導致社會孤寂而失去認同
生產對停滯(40-65y)	對下一代建立一種照顧和關懷感，放眼未來而不停留在過去
自我統整對絕望(65-死亡)	建立個人生命的意義，而不是對生命感到失望或苦澀或是虛擲的；接納自我及現在生活



## 成功老化(successful ageing)

- 達到生理、心理和社會的健康平衡。
- 能面對老年生活轉變的能力。
- 在生活中能維持好的認知功能、社會互動能力與技巧、能自我管理、保有適應的彈性、且持續有生產力和成就。

(Gibson 1995)  
(Clark and Andersson 1967)  
(Rowe and Kahn 1987)  
(Baltes and Baltes 1990)  
(Bowling 1993)

## 老年人口的精神疾患問題

- 在社區中，老年人口中有精神疾患患者約佔12%之比率
- 在一般診所及綜合醫院，約30-50%合併有精神科的問題
- 在長期照顧的場所則約有70%有精神疾患
- 依據美國的統計大於65歲以上之老人，有15-25%明顯的有精神問題

## 老人精神疾病之特色

- 許多老人精神疾患可預防或改善，特別重要的是可逆性的譫妄或失智，若未即時診斷治療可能變成不可逆
- 心理社會因素會導致老人易罹患精神疾患，包括失去社會角色、失去自主性、朋友或親人死亡、健康不佳、越來越孤立、經濟拮据、認知功能下降
- 藥物問題在老人精神疾病，亦為一危險因素

## 老年常見的精神疾患

疾病別	精神疾病診斷比率的分布(%)	
	社區族群	內外科住院病人
認知缺損(失智)	4.9	30.2
情感性精神病	2.5	18.5
焦慮症	5.5	5.2
酒精濫用或依賴	0.9	2.6
精神分裂症	0.1	0
擬身體化症狀	0.1	0
人格違常	0	8.3
其他精神疾患	0	7.9



## 老年憂鬱症

- 最常導致其痛苦情緒及降低其生活品質
- 經常被低估或未被治療
- 憂鬱並非老化結果
- 增加住院危險
- 增加照顧者的負擔
- 且易因其他生理共病或自殺而增加死亡率。(去除掉自殺，死亡率為一般人4倍)
- 世界衛生組織也公布在民國一百零九年之前，憂鬱症所造成的生活障礙及死亡，將僅次於心臟血管疾病

## 老年憂鬱症和年輕人的憂鬱症有何不同?

- 可能以身體抱怨為主要的表現
- (男女不同?老年男性更少以核心症狀如情緒低落、失去興趣來表現，而是身體症狀與人際議題表現)
- 常被誤以為是失智症或正常老化
- 常和身體疾病相關(如腦血管疾病)
- 可能是失智前期的表現或失智的高危險群
- 老年人的一些特有的“失落議題”需被處理

## 流行率

- 國外較大規模之調查·老年重度憂鬱症在社區約佔1-2%至3.7%
- 家醫門診約5-10%
- 罹病率隨年齡增加而增加·75歲以上約7.2% (女性4-10.3% vs. 男性2.8-6.9%)
- 精神科老人病房60%
- 急性及慢性生理疾病老人30%
- 護理之家15%

- 近來一個南臺灣的社區流行病研究顯示·老人一個月的精神疾病盛行率為37.7%·其中有15.3%的官能性憂鬱症及5.5%**重度憂鬱症**。

## 老人憂鬱之危險因子

- 年紀愈大
- 女性
- 低社經階層
- 寡寡者
- 遺傳
- 壓力事件
- 多重身體疾病(特別是心血管疾病)
- 家庭功能、社會支持之好壞
- 社區活動之參與
- 營養(葉酸、維他命B群、omega-3 多不飽和脂肪酸、肥胖)

## 專業人員可能忽略老年憂鬱症原因

- 覺得這些症狀是正常老化可預期的現象
- 將老人的一些抱怨·如沒精神、睡眠不好、食慾減低當成是生理疾病所伴隨的問題
- 許多老人較不願認知自己有精神疾病
- 老人較常以身體症狀來描述其不適

## 重度憂鬱症診斷準則

- 憂鬱情緒
- 失去興趣
- 食慾改變
- 睡眠問題
- 運動遲滯或激動
- 疲倦
- 低自我價值
- 注意力不集中
- 死亡念頭
- 九大症狀若出現了五項以上就有可能
- 時間要持續至少兩週以上
- 嚴重影響日常生活的運作

## 隱性的憂鬱症(Masked depression)

- 老年憂鬱症常被身體症狀所掩蓋
- 通常這些病人的身體症狀常找不到有任何異常，或其抱怨遠高過其應有的情形
- 通常病人突然產生憂鬱相關的心身症狀，或出現不合理的身體症狀，或時序上和壓力事件相關且有合併一些情緒症狀
- 需和擬身體化症狀區分

## 血管型憂鬱症(vascular depression)

- 晚發的憂鬱症懷疑和心血管問題相關
- 老年憂鬱症 ↔ 血管疾病雙向影響(bidirectional)
- 研究發現罹患與血管病變相關的疾病，例如，高血壓、糖尿病、中風、心臟病、周邊血管病變等老年人更有機會會得到老年憂鬱症；有憂鬱症的人也容易得到這些疾病
- 可能的原因是這些疾病導致腦部血管病變，使得大腦負責情緒調節的邊緣系統及前額葉功能不足，如果在遇到負面的生活事件的話，憂鬱症就可能發生，有學者以「血管性憂鬱症」來稱之。

## 憂鬱症合併認知功能缺損(假性癡呆症)

- 「假性癡呆」其實指的就是憂鬱症，特別是老年憂鬱症常被誤以為是癡呆症，因為它常會出現記憶力下降、精神不集中及功能下降的情形
- 但「假性癡呆」同時會伴隨憂鬱症狀，且臨床表現上其記憶力下降多是突然發生且進展快速，並且自己會抱怨記憶力不好，對近期遠期記憶力皆差，常常會說不知道且記憶力表現有落差

## 假性癡呆???

- 雖然之前覺得老年憂鬱症患者他們認知功能在憂鬱症恢復後會回復，故稱其為“假性癡呆”
- 即使個案憂鬱症完全復原，他們仍會有些認知功能缺損，特別是一些記憶及執行功能。
- 後來研究發現老年憂鬱症個案出現認知功能缺損，可能是老年失智症的前兆。
- 前瞻性研究則進一步發現，憂鬱症本身可能為認知功能下降及失智症的危險因子。且之前有憂鬱症的失智症老人，認知功能缺損可能更嚴重。
- 相較於沒有憂鬱症的個案，有憂鬱症個案得到老年失智症的機會為2.02倍。

## 假性癡呆和老年癡呆症的區分

### 假性癡呆

#### 臨床病程

- 通常家人會知道個案功能下降及嚴重性
- 通常知道何時發病且進展迅速

#### 臨床抱怨及行為

- 常會自己抱怨記憶力差
- 對簡單的事卻不努力嘗試
- 伴隨有情緒問題
- 社交能力早期即下降且明顯

#### 記憶力及認知功能下降等症狀

- 常回答不知道
- 近期記憶及遠期記憶皆變差
- 對特殊事件特別會忘記

### 老人癡呆症(老人失智症)

#### 臨床病程

- 家人經常不知個案有能力下降及嚴重性
- 家人常不知其何時發生且進展緩慢

#### 臨床抱怨及行為

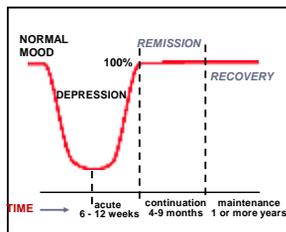
- 病人很少抱怨自己記憶力下降
- 病人常很努力做測試
- 通常社交功能還好
- 晚上時可能行為較混亂

#### 記憶力及認知功能下降等症狀

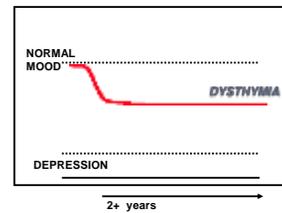
- 常給很接近的答案
- 通常近期記憶力較遠期記憶為差

## 憂鬱症的鑑別診斷

### Major depressive disorder



### Persistent depressive disorder (Dysthymia)



### 實驗室檢查

- 甲狀腺素
- 一般血球檢查及生化檢查
- 維他命B12, 葉酸濃度
- 睡眠腦波
- 腦部攝影(必要時)
- 心理認知功能檢查(必要時)
- 自律神經學檢查(?)

### 鑑別診斷

- 適應障礙
- 正常的哀悼現象
- 躁鬱症
- 藥物引起的憂鬱現象
- 身體問題引起的憂鬱現象
- 老年失智症
- 焦慮症

### 憂鬱症的臨床病程

- 終生盛行率約15%;女性較高約為 25%
- 社區發生率約為5%
- 約半數發生於20-50歲之間
- 一次的憂鬱若未治療可長達6-13個月
- 自殺死亡者約15%

### 老年憂鬱症的治療

- 心理治療
  1. 個別心理治療
  2. 團體治療
  3. 家庭治療
- 藥物治療
- 合併心理治療與藥物治療
- 電氣痙攣治療(ECT)
- 重覆透顱磁刺激術(Repetitive transcranial magnetic stimulation ; rTMS)
- 其他治療方式

## 老年憂鬱症個案藥物治療的重點

- 目前老年憂鬱症的治療還是以抗憂鬱劑為主，一般抗憂鬱劑使用在老人和年輕人的療效和副作用差不多，劑量是一樣的(但老人盡量一開始使用低劑量、慢慢增加)
- 較嚴重的憂鬱症需立刻使用抗憂鬱劑治療；輕到中度的憂鬱症若用非藥物治療效果不佳也需考慮藥物治療
- 一般藥物治療加心理治療相較於只用藥物治療或只用心理治療效果更好。
- 電痙攣治療ECT(即以人工電擊方式產生痙攣)是難治型老年憂鬱症的重要療法，它甚至可能比抗憂鬱劑還安全。
- 抗憂鬱劑使用於年輕人一般約4-6週即可看出效果，之前覺得老年人需要12週才可看出療效，但新的研究並不支持此說法。

- 一開始先1-2周追蹤一次，這時危險性最大，狀況改善再改2-4周追蹤一次
- 選抗憂鬱劑需考慮
  - ✓ 過去的反應
  - ✓ 家族用藥史
  - ✓ 藥物副作用
  - ✓ 藥物交互作用
- 若4-6周部分反應等12周，若完全無反應直接考慮換藥
- 換藥跟用另一線的加強藥物效果差不多

## 抗憂鬱症的藥要吃一輩子嗎？ 需要維持性治療嗎？

### Maintenance treatment

- Single episode of severe depression: 1 year
- Two such episodes: 1-3 years
- History of 3 or more episodes: more than 3 years

## 憂鬱症的預後

- 憂鬱症並非一般想像是很輕微的疾病
- 它容易慢性化;病人也容易再發
- 第一次發作住院的病人,50%在一年內康復,但發作越多次則越少人可完全康復
- 住院的病人25%在前6個月即會再發,兩年中會有30-50%的病人再發,五年內有50-75%的病人再發

## 電痙攣治療(Electric convulsive therapy)

- 副作用
  1. 記憶力缺損:一般六個月內可恢復
  2. 死亡率比藥物更低: 2-4 deaths per 100,000 treatments
  3. 治療後短暫的意識混亂
  4. 心搏過速或高血壓
  5. 心跳過慢
  6. 癲癇時間過長(Prolong seizures and status epilepticus)
  7. 頭痛肌肉痠痛及骨折

## 電痙攣治療(Electric convulsive therapy)

- 無絕對不能接受電痙攣治療者
- 相對不能接受電痙攣治療者(Contraindication):
  - 最近心肌梗塞(Recent MI)
  - 腦壓過高(Increased intracranial pressure)
  - 最近腦出血或不穩定的心臟病(Recent intracerebral hemorrhage/unstable angina)
- 併用irreversible MAOI

### 憂鬱症的其他可能的替代療法

1. **Transcranial Magnetic Stimulation**: FDA已通過可使用於憂鬱症的治療上，但台灣尚未有適應症
2. **St John's wort**: 已有add-on之研究證實比安慰劑有效
3. **Omega-3 fatty acids**: 已有add-on之研究證實比安慰劑有效;孕婦之憂鬱症個案
4. 其他替代療法?

### 重覆透顱磁刺激術(rTMS; Repeated Transcranial Magnetic Stimulation)



- ✓ 主要是對急性憂鬱症的個案對藥物反應差或對副作用難忍受 (療程4-6周 每天)
- ✓ 副作用癲癇(<1/30,000)、昏倒 (vasovagal syncope)、頭皮不適
- ✓ 老年憂鬱症結果不一致，但有系列的個案報告有效果



表12 全球自傷標準化死亡率國際比較 (以2000年為基年之世界標準化人口數為基)

年份	台灣	美國	德國	荷蘭	義大利	日本	澳洲	新加坡	南韓
總計	11.6	9.5	10.5	6.3	5.7	10.0	11.8	8.9	17.8
男	15.6	15.8	16.5	10.0	8.6	27.1	18.9	11.4	25.2
女	7.3	3.6	4.9	2.7	2.4	9.2	4.9	6.8	10.1
15-24歲	6.1	10.2	7.7	5.3	4.0	10.7	12.9	8.7	8.8
男	7.1	17.0	12.4	8.2	6.6	14.7	20.7	9.7	9.7
女	5.1	3.0	2.7	2.4	1.3	6.3	4.8	7.6	7.1
研究以上	95.2	15.2	21.9	6.0	11.1	11.6	12.7	23.1	55.8
男	43.9	11.1	39.7	9.4	27.6	44.3	22.1	30.3	80.7
女	20.1	4.0	14.9	1.6	5.8	22.6	5.3	17.0	18.7

資料來源：行政院衛生署「民國95年死因統計上開統計表」；表12—全球標準化自傷自殘標準化死亡率國際比較。  
網址：<http://www.cdc.gov.tw/statistic/index.aspx?lang=zh-tw&id=40>



### 國外研究老人自殺特點

- 近年來世界各國老人自殺率大多下降(主為英、美、澳、紐、加拿大)或維持不變
- 成人自殺企圖比上自殺死亡約200:1 vs. 老人約2-4:1
- 老人的自殺危險性通常不易被認出(約75%自殺前一個月有接觸醫師)
- 自殺死亡的長者死前一年73%的親人有感覺到其有自殺的意念，僅39%的醫師有感覺到其自殺的危險
- 有些特殊生活壓力的老人要注意(短期喪偶、長期疼痛、孤寂、未處理完的哀悼及嚴重的失能)
- 之前自殺企圖者

## 老人自殺的危險因子

- **精神疾病(71-95%)**：主為憂鬱症(影響最大的單一危險因子)、焦慮症狀及藥物成癮(酒精)、強迫型、焦慮及較無彈性的性格、失智(?)
- **身體疾病**：有些研究尚不確定；但癌症及多重身體疾病，特別是引起功能缺損或合併精神疾病危險加劇。
- **心理社會因素**：單身男性、缺乏社會支持、家庭失和、經濟問題、低教育程度及感受到孤寂失落。特別是喪親、退休、剛住到安養院
- **保護因子**：高教育程度或社經地位、從事有意義活動、宗教或心靈活動的參與、婚姻(有文化差異，在東亞男為保護因子、女可能是危險因子)

## 台灣健保資料庫老人自殺死亡之危險因子

- 自殺死亡的老人52.85%前一年曾看過精神科，相較比較組的13.84%為高。
- 自殺前一年有看精神科急診的老人，比一般沒看過精神科的自殺死亡率高10.15倍。
- 自殺前一年有住精神科病房的老人，比一般沒看過精神科的自殺死亡率高6.57倍。
- 自殺前一年有住精神科病房的老人，比一般沒看過精神科的自殺死亡率高3.64倍。

## 台灣健保資料庫老人自殺死亡之危險因子

	校正後之ORs	95% 信賴區間	p 值
過去一年精神科接觸史			
精神科門診	3.64	(3.0-4.4)	***
精神科急診	10.15	(5.8-17.7)	***
精神科住院	6.57	(3.7-11.6)	***
精神疾病			
憂鬱症	3.49	(2.2-5.4)	**
躁鬱症	1.98	(1.1-3.6)	*
思覺失調症	2.43	(0.8-7.1)	
生理疾病			
癌症	8.98	(5.6-14.4)	***
慢性阻塞性肺病	2.18	(1.7-2.8)	***
中風	1.64	(1.3-2.0)	***
高血壓	1.45	(1.2-1.7)	***
腎臟相關疾病	1.80	(1.4-2.3)	***
糖尿病	1.53	(1.3-1.8)	***
低收入	2.51	(1.4-4.7)	**

\* p < 0.05  
\*\* p < 0.01  
\*\*\* p < 0.001

## 對所有的年齡層一般的自殺防治策略

- 增加智能及衛教
  - ✓ 對專業人員的衛教
  - ✓ 自殺守門員訓練
- 篩檢
- 治療的介入
- 自殺方法的限制
- 媒體的自律或限制

## 系統性回顧老年自殺防治策略

大多是在個人、團體及一般大眾以多面向的方式介入，基本可分五類：

1. **基層醫療介入策略(Primary Care Intervention)**：憂鬱症治療加憂鬱症個案
2. **社區為主的介入策略(Community-Based Outreach)**：每年憂鬱症篩檢或團體活動，女性較有效，男性只由精神科醫師追蹤較有效，家醫科追蹤效果不明顯
3. **電話諮詢(Telephone Counselling)**：似乎也只對女性有效
4. **臨床治療(Clinical Treatment)**：藥物或藥物加人際關係治療都有效
5. **增進彈性(Improving Resilience)**：如針對無法適應提早退休老人的團體或有自殺危險的老人

## 性別的問題

- 大多老人自殺防治策略研究，似乎顯示女性有效男性較無效
- 男性較不願尋求醫療建議，較希望以行動或問題解決模式介入，而非情緒表達或建立新關係
- 男性也較少被轉介諮商或相關資源
- 男性憂鬱症表現較不典型，如感覺情緒低下或缺乏興趣而非憂鬱情緒
- 男性也較怕被貼標籤
- 對男性長者可能要考慮不同策略去了解其自殺危險：如盡量不強調憂鬱症狀或壓力，而問較一般的議題，如被動退休的問題、疼痛、依賴、尋常每天的困擾、睡眠問題、失去駕照、哀悼或喝酒問題
- 男性長者衝動控制的問題也需注意

## 全面性防治策略

1. 增進老人社會福利措施 (長期照護、安寧醫療、老人供餐)
2. 促進就醫的可近性 (例如居家服務、醫院長者友善服務)
3. 限制自殺方法的取得 (農藥之取得、跳樓或溺水之自殺防治)
4. 促進社區的守門人功能 (例如銀行、廟宇、教會、喪葬業(?)等可能接觸到老人的地方)
5. 韓國與日本進行社區老人活動參與促進社會支持，有降低女性自殺率之效果 (對男性無效)

陳映輝教授資料提供

## 選擇性防治策略——針對高危險群的防治措施

1. 義大利研究顯示，針對高危險群 (身體有狀況、憂鬱症等) 電話關懷服務有降低自殺率的效果
2. 促進基層診所醫師對憂鬱症的偵測與治療

陳映輝教授資料提供

## 指標性預防措施——針對已經有自殺行為的老人

1. 目前並沒有相關的研究
2. 老人企圖自殺而存活者較少，因為通常死意甚堅、也常使用比較致命的自殺方法

陳映輝教授資料提供

## 進一步介入建議

- 增進對憂鬱症的偵測、治療及處理仍是老人自殺防治最主要的焦點
- 長者的親戚、朋友或主要照顧者納入防治的一環很重要
- 所有的方式都應盡量納入(如電話諮商)
- 除早期偵測與治療高危險個案，**基層醫師的教育與增加居家是自殺預防的重要步驟**
- **慢性疼痛及睡眠問題常和自殺意念相關**
- 研究上目前仍不知道加強基層醫師教育、管制可能的自殺方式及護理之家的自殺防治在老人的效果如何

## 台灣老人自殺防治之可能策略

- 增進對憂鬱症的偵測、治療及處理仍是老人自殺防治最主要的焦點
- ✓ 持續對長者老年憂鬱症篩檢，但篩選後如何轉介是重要的，可考慮和精神科診所或家醫科診所結合(男性須轉給精神科醫師)
- 長者的親戚、朋友或主要照顧者納入防治的一環很重要
- ✓ 持續對老人的可能照顧者辦自殺防治或老年憂鬱症相關演講
- 所有的方式都應盡量納入(如電話諮商)
- ✓ 持續實施自殺個管(電話諮商OK)
- 基層醫師的教育
- ✓ 如何鼓勵基層醫師注意或參與老年憂鬱症篩檢?(憂鬱症防治網?)

- 增加居家是自殺預防的重要步驟
- ✓ 目前政府鼓勵居家方向符合此目標
- 慢性疼痛及睡眠問題常和自殺意念相關
- ✓ 還是加強基層醫師急診醫師或其他相關人員對此類老人的警戒心
- 癌症病人? 獨居男性長者、近來喪偶者
- ✓ 高危險個案偵測與轉介

心情溫度計 BSRS-5

	完全沒有	輕微	中等程度	厲害	非常厲害
1. 睡眠困難	0	1	2	3	4
2. 感覺緊張不安	0	1	2	3	4
3. 覺得容易苦惱或動怒	0	1	2	3	4
4. 感覺憂鬱心情低落	0	1	2	3	4
5. 覺得比不上別人	0	1	2	3	4
6. 有過自殺的念頭	0	1	2	3	4

分數說明



- 1至5題之總分：
  - 0-5分：身心適應狀況良好。
  - 6-9分：輕度情緒困擾，建議找家人或朋友談話，抒發情緒。
  - 10-14分：中度情緒困擾，建議尋求心理諮商或接受專業諮詢。
  - 15分以上：重度情緒困擾，需高關懷，建議尋求專業輔導或精神科治療。
- 第六題（有無自殺意念）單項評分。  
 本題為附加題，本題評分為2分以上（中等程度）時，即建議尋求專業輔導或精神科治療。

老年憂鬱症篩檢 (GDS-15)

序號	題 目	是	否	應得分數
1	基本上，您對您的生活滿意嗎？	0分	1分	
2	您是否感到太多的孤独和害怕？	1分	0分	
3	您是否覺得您的生活無意義？	1分	0分	
4	您是否常常感到疲憊？	1分	0分	
5	您是否感到時間過的特別快或特別慢？	0分	1分	
6	您是否常感到憂鬱或害怕一些特別的事情發生在您身上嗎？	1分	0分	
7	您是否感到精神疲憊或感到困難？	0分	1分	
8	您是否常常感到失眠或打瞌睡、動盪不安？	1分	0分	
9	您是否比較喜歡待在家中而不願出門或與朋友見面？	1分	0分	
10	您是否覺得您比大多數人容易感到害怕？	1分	0分	
11	您是否覺得「您不能做您喜歡做的事情」？	0分	1分	
12	您是否覺得您比別人更常感到「悲哀」？	1分	0分	
13	您是否覺得體力衰弱？	0分	1分	
14	您是否常常感到您的生活沒有希望？	1分	0分	
15	您是否覺得您的生活感到「空虛」？	1分	0分	
總分數				分

老人憂鬱症篩檢說明：  
 總分0-15分，屬於健康狀況。  
 總分1-5分，屬於輕度憂鬱傾向；建議諮詢心理專業諮詢。  
 總分6-10分，屬於中度憂鬱傾向；建議諮詢心理專業諮詢。  
 總分11-15分，屬於重度憂鬱傾向；建議諮詢心理專業諮詢。