

乳癌患者之反芻反應風格對其術後憂鬱與 創傷後壓力症狀之預測

游勝翔¹ 陳淑惠¹ 張金堅^{2,3}

¹國立台灣大學心理學系暨研究所

²國立台灣大學醫學院附屬醫院外科部

³國立台灣大學醫學系外科部

論文編號：07013；初稿收件：2007年4月14日；第一次修正：2007年11月17日；第二次修正：2008年3月10日；
第三次修正：2008年4月25日；第四次修正：2008年5月29日；正式接受：2008年6月2日
通訊作者：陳淑惠 106 台北市羅斯福路四段一號 國立台灣大學心理學系暨研究所 (E-mail: shchen@ntu.edu.tw)

獲知罹患威脅生命重大疾病（如癌症）的診斷及接受醫療的歷程可視為一創傷事件。過去研究指出，反芻反應風格與壓力事件後的憂鬱與創傷後壓力症狀有關。然而，對反芻反應風格與癌症患者身心症狀之關聯性的瞭解仍相當有限。因此，本研究目的在於檢驗反芻反應風格對接受手術後的乳癌患者之憂鬱與創傷後壓力症狀的預測力。本研究之研究對象為244位乳癌術後患者，由醫師轉介自願參與本研究。簽署同意書後，參與者填寫包括中文反應風格量表短版、中文症狀檢効量表短版及創傷後心理症狀指標量表短版等量表。研究結果顯示，反應風格分別能顯著預測乳癌術後病人之憂鬱與創傷後壓力症狀，其中反芻反應風格與憂鬱和創傷後壓力症狀之增加有關；而分心反應風格則與憂鬱和創傷後壓力症狀之減輕有關。反芻反應風格對創傷後壓力症狀具獨特之預測力。最後，本文討論反芻反應風格影響創傷後壓力症狀病程之可能機制與臨床應用。

關鍵詞：反芻反應風格、反應風格、乳癌、創傷後壓力症候群、憂鬱

創傷後壓力症候群為個體遭逢創傷事件（traumatic event）後，所產生之一系列持續嚴重的壓力反應及身心症狀，包括創傷事件的再度經驗（re-experiencing），麻木與持續逃避與此創傷有關的刺激（numbness and avoidance），以及警醒度過度增加（hypervigilance）等身心反應。對創傷事件的界定在創傷後壓力症候群的診斷中扮演關鍵的角色。傳統上，創傷事件的定義特徵包括該事件為突然發生且非

預期的，個體知覺到對事件缺乏控制，出乎一般常理或規則的，並可能影響個體長期的心理適應（McCann & Pearlman, 1990）。臨床診斷方面，在美國精神醫學會出版的精神疾患診斷與統計手冊第四版本修訂版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR）（American Psychiatric Association, 2000）對創傷後壓力症候群之診斷架構中，創傷事件界定為：(1)牽涉到實際發生或

致謝

本研究蒙國科會計畫（NSC 94-2218-E-002-0751與NSC 95-2413-H-002-022）之經費支持。感謝本研究中每位乳癌婦女朋友之參與和支持，財團法人乳癌防治基金會在研究期間的行政與資料蒐集上之協助，以及王藝陵小姐、蘇逸人先生、與呂學超先生在資料整理與校稿上的協助；同時，投稿期間匿名審查委員與黃曬莉主編的細心指正與寶貴建議，在此一併致謝。

未發生但構成威脅的死亡或嚴重身體傷害，或威脅到自己或他人的身體完整性的事件（準則A1）；(2)面對此事件時引發個體強烈的恐懼、無助感或恐怖的感受（準則A2）。然而，Tedeschi與Calhoun（1995）回顧過去文獻對創傷事件的定義時指出，傳統的定義方式可能過於局限創傷事件的範疇。他們主張，當個體所面對的壓力事件屬於逐漸增強且持續高度威脅身心適應之壓力源時，個體往往難以達成有效的問題解決，或沒有足夠的時間做心理上的準備，因而也可能導致許多創傷壓力症候群症狀的展現，故亦應視為創傷事件。此類壓力事件包括長期受虐、罹患重大身體疾病等。據此，目前學界主張創傷事件的定義應包含持續嚴重威脅個體身心適應，且可能造成持續創傷壓力反應之慢性壓力事件。

晚近學者已將創傷事件的定義擴展至個體獲知罹患威脅生命重大疾病（life-threatening illness）的診斷及其後續醫療歷程（Tedstone & Tarrier, 2003）。其中，尤以罹患癌症後所衍生之創傷後壓力症狀最受臨床與研究的廣泛重視（Kangas, Henry, & Bryant, 2002）。Cordova與Andrykowski（2003）指出，癌症的診斷與治療對大多數人而言屬於極端強烈的壓力經驗，易引發強烈之情緒反應。患者最初被診斷為罹患癌症時，通常處於突然而非預期的狀況，且癌症後續的醫療程序（如手術、化療）往往帶來許多生理痛苦，並持續威脅個體生命的存續。此外，面對癌症的醫療時，多數患者也報告強烈的恐懼、害怕、無助或恐怖的感受（Palmer, Kagee, Coyne, & DeMichele, 2004），此臨床現象可符合*DSM-IV-TR*診斷系統的A2準則。因此，學者主張自診斷確定開始，罹患癌症本身即可符合*DSM-IV-TR*診斷系統中創傷後壓力症候群之創傷事件（Green, Epstein, Krupnick, & Rowland, 1997; Matsuoka et al., 2002; Tjemslund, Søreide, & Malt, 1998）。同時，癌症患者之臨床症狀流行病學研究亦顯示創傷後壓力症候群的三類核心症狀，重複經驗、逃避／麻木及過度警醒，均常見於癌症患者（Green et al., 1998; Smith, Redd, Peyser, & Vogl, 1999）。過去以罹患乳癌的存活者為對象的創傷後壓力症候群之流行病學研究顯示，乳癌患者之重複經驗、逃避／麻木及過度警醒三類核心症狀之終身盛行率分別落於36%至48%、8%至30%及27%至30%（Alter et al., 1996; Green et al., 1998; Tjemslund et al., 1998）。

然而，有別於威脅個體存活或身體完整性的傳統創傷壓力事件（例如，戰爭或天然災難），罹患癌症可能涉及慢性且持續惡化的歷程，且此壓力源可能與醫療因素（例如，癌症類型、採用療法、預後狀況、治療副作用等）有關，使得以癌症作為創傷壓力

事件與傳統定義下的創傷壓力事件在壓力源特徵上有所不同（Kangas et al., 2002）。其中，Matsuoka等人（2002）以乳癌患者為對象，提出比較完整的說法。他們指出癌症對患者的威脅具有下列特徵：(1)內在威脅（internal threat）：癌症源自於身體內部（Green et al., 1998; Kangas et al., 2002），故沒有具體可見之外在壓力源可供標認，甚至逃避。生理症狀、疼痛及痛苦的醫療歷程等都可能成為提醒個體患有癌症的喚醒物（reminder）。(2)未來導向的威脅（future-oriented threat）：癌症對個體生命與身體完整性的威脅可能不是立即的，此壓力源造成的傷害後果可能發生在未來。(3)長期威脅（chronic threat）：創傷後壓力症候群之臨床呈現包括壓力源消失之後，個體仍持續呈現過度的壓力反應。罹患癌症的不同之處在於「癌症」這個壓力源很難判定為已經消失了。癌症的診斷、醫療程序、目睹其他患者的不良後果，甚至例行性的醫療檢查都可能持續引起患者的壓力反應（Gurevich, Devins, & Rodin, 2002）。(4)訊息的不確定性（information uncertainty）：目前醫學對於癌症的發展與預後訊息較模糊不清。缺乏資訊確定性的狀態下，患者可能長期處於焦慮不安，過度覺醒之狀態，持續呈現過度且不適應的急性壓力反應（Gurevich et al., 2002）。

癌症患者由確立診斷，接受醫療，到逐步康復的歷程中，患者對此疾病的因應方式在其整體適應中扮演重要的角色。此復健歷程中，除了生理復原所帶來的痛苦與不便之外，患者的身心反應與對疾病的因應方式更對其整體生活品質與復原狀況有關鍵性的影響（Alfano & Rowland, 2006; Filipp, Klauer, Freudenberg, & Ferring, 1990; Stanton, 2006）。癌症患者在醫療歷程中最常見的心理困擾包括憂鬱、焦慮及創傷後壓力症狀（Cordova et al., 1995; Kornblith et al., 2003; Kornblith & Ligibel, 2003）。若這些症狀維持或惡化，不但可能干擾疾病的正常康復，長期更會危及患者的職業、社會與人際之整體適應功能，造成極大的痛苦，甚至導致精神疾病的產生。故，此領域的研究應聚焦於癌症患者因應壓力與負向情緒之心理與行為反應特徵對其身心症狀的影響。

過去已有許多學者對癌症相關創傷後壓力症候群（cancer-related PTSD）的現象進行探討。Kangas等人（2002）綜合回顧過去此議題的實徵研究指出，對癌症相關創傷後壓力症候群之研究主要有三類，(1)癌症患者中創傷後壓力症候群的盛行率（prevalence）；(2)檢驗侵入（intrusive）或逃避症狀嚴重程度與病程（course）；(3)探討癌症相關創傷後壓力症狀之預測因子。其中，醫療因素可能影響上述第一類研究對創

傷壓力事件的定義，進而影響對患者創傷後壓力症候群的診斷與盛行率的估計。探討癌症患者之特定心理變項對其創傷後壓力症狀嚴重度之預測力，歸屬於Kangas等人所區分之第三類研究，亦為本議題的重要研究方向之一。然而，過去此類研究中，考量醫療變項可能影響癌症患者之認知特性與創傷後壓力症狀之關連性的文獻相對較為缺乏。檢視Kangas等人後設分析（meta analysis）研究所引用之實徵研究，可發現過去探討癌症相關創傷後壓力症候群的研究，主要選用相似的醫療與人口學條件的癌症患者，例如單一癌症診斷類型、相同療法、單一性別的癌症患者為研究對象，目前尚未有單一研究企圖同時檢驗不同醫療變項對創傷後壓力症狀與相關預測因子的不同效應。

由於憂鬱與創傷後壓力症狀經常並存於癌症患者群體中（Hegel et al., 2006; Kangas, Henry, & Bryant, 2005），找出可有效預測憂鬱與創傷後壓力症狀的心理因子，遂成為此領域之重要研究議題。其中，反芻反應風格（*ruminative response style*）（Nolen-Hoeksema, 1991）被認為是預測憂鬱病程之維持最穩定且有效的認知因子之一（Kuehner & Weber, 1999; Spasojevic & Alloy, 2001），它在癌症患者疾病因應與身心症狀上所扮演的角色，亦受到許多研究者的重視（Petersen, Heesacker, Schwartz, & Marsh, 2000; Street, 2003; Winkler, Philipp, & Aymanns, 2006）。

針對反芻反應風格與憂鬱病程的關聯，主要論述來自Nolen-Hoeksema（1991）提出之憂鬱的反應風格理論（*responses style theory of depression*）。此理論認為個體因應負向情緒時，會傾向採取一種穩定的行為與思考組型，稱之為反應風格，而不同的反應風格將決定負向情緒狀態後續的發展。反應風格理論界定了兩種不同之反應型態，其中，反芻反應風格（*ruminative response style*）之定義為個體將其注意力持續地專注於自身的情緒症狀、症狀的可能成因及相關後果的行為與想法；而分心反應風格（*distracting response style*）則指稱個體有意地將其注意力從情緒症狀轉移至愉悅或中性的活動。該理論進一步指出，反芻反應將導致憂鬱情緒與症狀之惡化、延長；相對地，分心反應則可縮減反芻反應對憂鬱的維持機制，從而可能減輕個體的憂鬱狀態。回顧過去文獻顯示，反芻反應風格被視為一種特質性（*trait-like*）的認知特徵（Just & Alloy, 1997; Spasojevic & Alloy, 2001），可影響個體在因應負向情緒或壓力事件時的認知與行為反應。若個體傾向以反芻反應來因應其心理困擾或憂鬱情緒，非但無法順利減緩負向情緒，反而可能會陷入負向情緒與負向認知的惡性循環中，使得負向情緒維持或惡化（回顧請見Lyubomirsky

& Tkach, 2004）。研究指出，反芻反應可能透過觸發個體之負向記憶（Lyubomirsky, Caldwell, & Nolen-Hoeksema, 1998）及對未來事件的負向歸因與悲觀預期（Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995），進而增強個體負向偏誤的認知型態。此外，反芻反應可能會影響人際問題解決的動機與能力（Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky, Tucker, Caldwell, & Berg, 1999），從而降低個體從事積極性活動與有效問題解決的可能性。

Nolen-Hoeksema與Morrow（1991）一項重要的前瞻式研究指出，反芻反應風格對經歷創傷事件（舊金山灣區地震）後，個體之憂鬱與創傷後壓力症狀具顯著預測力。晚近不同研究者亦強調反芻反應風格在創傷後壓力症候群的發展上可能扮演的角色（Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998; McWilliams, Cox, & Asmundson, 2005; Michael, Halligan, Clark, & Ehlers, 2007）。此外，Lyubomirsky、Kasri、Chang及Chung（2006）的實徵研究指出，反芻反應風格傾向較高的女性在獲知乳癌相關的症狀之後，較傾向延遲對專業的求助時間。此發現亦暗示反芻反應風格很可能影響癌症患者之疾病心理適應與醫療歷程之身心反應。然而，過去以此觀點直接探討癌症患者之因應特性在其身心適應中所扮演的角色之研究仍相當有限，對於不同反應風格型態是否對三類創傷後壓力症狀（再經驗、麻木／逃避症狀、過度警醒症狀）存有不同之影響力的瞭解更顯缺乏。故，究竟罹癌個體之反應風格如何影響經歷癌症醫療後的身心適應，仍需設計實徵研究以檢驗之。本研究的初衷，即為試圖釐清反芻反應風格與分心反應風格能否預測乳癌患者最常見的憂鬱與創傷後壓力症狀，以提供對此類患者之臨床評估與處遇之參考。

綜上所述，根據*DSM-IV-TR*（American Psychiatric Association, 2000）、Green等人（1998）、Matsuoka等人（2002）、Smith等人（1999）及Tedeschi與Calhoun（1995）的觀點，罹患癌症自診斷確定開始的醫療歷程可視為一創傷壓力事件，並引發患者憂鬱與創傷後壓力症狀。過去西方累積之研究已充分驗證反芻反應風格可顯著預測個體遭逢壓力事件後之憂鬱症狀的變動與創傷後壓力症狀的發展，故推論反芻反應風格對於癌症存活者之憂鬱與創傷後壓力症狀具重要影響力。然而，過去以癌症存活者為對象，檢驗特定因應特徵對其臨床心理困擾的預測性之實徵研究仍相當不足，同時，本地目前亦缺乏檢驗癌症患者的反應風格對其疾病歷程中的憂鬱與創傷後壓力症狀之預測性的實徵研究。因此，若能探究之，將可在理論上與臨床上進一步釐清這幾個變項間的關

聯。此外，雖然研究者指出反芻反應風格亦可能影響創傷後壓力症候群的發展（McWilliams et al., 2005; Michael et al., 2007），但在論述層次上僅涵括整體創傷後壓力症候群症狀，並未進一步細分對創傷後壓力症的再經驗、麻木／逃避症狀、過度警醒等三類症狀群之影響力。故截至目前，仍相當缺乏對反應風格特質如何影響創傷後壓力症候群之三類主要症狀的探討。

本研究目的在於以乳癌術後患者為對象，分別檢驗反應風格傾向對其憂鬱與創傷後壓力症狀之預測力。誠如前面的文獻回顧，由於過去研究直接檢驗醫療變項對創傷後壓力症狀的預測能力的結果仍不一致（Kangas et al., 2002）。再者，對醫療相關因素如何影響個體之因應型態與身心症狀的預測力的討論顯得更為不足。因此，本研究設計上選擇特定癌症診斷類型（乳癌）與特定醫療程序（接受乳房手術）之患者為對象，並且測量重要人口學變項，探討在考量上述條件的情況下，乳癌患者之反應風格對其接受手術後身心症狀之預測力。此外，考量癌症患者之憂鬱症狀與創傷後壓力症狀在臨床現象上常為高度共病關係（comorbidity），且過去文獻主要聚焦於反應風格對憂鬱症狀影響之探討，對反應風格於創傷後壓力症候群之影響的瞭解較為不足。故本研究將進一步控制患者之憂鬱程度，以探討反應風格對其創傷後壓力症候群整體及三類主要症狀之獨特影響力。研究假設方面，首先，研究者預期反應風格應分別能顯著預測與乳癌術後患者之憂鬱與創傷後壓力症狀，其中反芻反應風格與憂鬱症狀和創傷後壓力症狀之增加有關；而分心反應風格則與憂鬱症狀和創傷後壓力症狀之減輕有關。其次，患者之反應風格與憂鬱症狀同時能預測其創傷後壓力症狀整體嚴重度，而在控制憂鬱症狀的影響之下，反應風格應仍可顯著預測創傷後壓力症狀，其中反芻反應風格與創傷後壓力症狀之惡化有關；而分心反應風格則與創傷後壓力症狀之減輕有關。最後，由於過去缺乏反應風格如何分別影響三類主要創傷後壓力症狀之文獻，故本研究亦希望探索反應風格對不同症狀群之個別影響效果。

方法

（一）研究參與者

本研究的參與者為286位在台灣大學醫學院附屬醫院接受外科手術之女性乳癌患者，由門診醫師轉介，自願參與本研究。扣除掉無法瞭解題意、漏答過多或亂答者，有效參與者共244位。有效參與者與刪

除參與者之年齡、診斷距今時間、整體身心症狀及反應風格傾向均未達統計之顯著差異性（all t s < .9, p s > .2）。有效參與者之年齡介於26至84歲，平均54.34歲（ $SD = 10.88$ ）；診斷迄今時間平均4.11年（ $SD = 4.72$ ）；手術迄今時間平均3.91年（ $SD = 4.68$ ）。手術型態方面，接受單側乳房手術佔93%（左側與右側各佔47.1%與45.9%）、接受雙側乳房手術者佔2.5%、不明或漏答者佔4.5%。婚姻狀態方面，已婚者佔78.9%，未婚者佔10.7%，離婚或分居者佔2.9%，喪偶者佔7.5%。

參與者由門診醫師轉介，簽署研究同意書後，依序填答一系列問卷量表。作答時，研究人員從旁協助瞭解題意與填答。完成所有問卷後，研究人員向參與者簡要說明研究目的並口頭致謝。

（二）研究工具

1. 中文反應風格量表—短版（Chinese Response Style Questionnaire-short form, CRSQ-SF）

CRSQ-SF修編自中文反應風格量表（游勝翔，2004），共含20題。反應風格量表為Nolen-Hoeksema與Morrow（1991）所發展，其中包括反芻反應風格與分心反應風格（distracting response style）兩個分量表，填答時依題目在四點李克式量表上進行反應頻率評估，由1「幾乎從不」至4「幾乎總是」。中文反應風格量表具良好之心理計量特性，反芻反應與分心反應風格分量表之內部一致性係數（Cronbach's α ）分別為 .93與 .87、三週再測信度分別為 .89與 .87（游勝翔，2004）。其中，反芻反應風格包含32題，其內容測量個體面對憂鬱時，將注意力放在自我（例如，想到「為何我總是用這樣的方式反應」）或憂鬱狀態的可能成因與後果（例如，想到「我的朋友會厭倦我及我的問題」）；分心反應風格量表則包含20題，其內容測量對憂鬱之反應傾向於主動的分心活動或反應（例如，做些積極的活動，讓你的心思不在感受上，如慢跑、健身、運動）。CRSQ-SF係參考Treynor、Gonzalez及Nolen-Hoeksema（2003）建議的作法，以本地精神科門診憂鬱病人實徵資料為基礎，挑選在主成分分析法（principal component analysis）中主成分係數高的題目共20題。其中，測量反芻反應風格與分心反應風格之題目各半。本研究中，中文反應風格量表短版之反芻反應與分心反應風格分量表的內部一致性係數（Cronbach's α ）分別為 .91與 .89。

2. 中文症狀檢効量表—憂鬱分量表短版 (Depression Subscale short form, Symptom CheckList-90-Revised, SCL-90-R)

對憂鬱症狀的測量，採用中文症狀檢効量表中的憂鬱分量表短版，共6題。填答時依題目在五點李克式量表上進行症狀嚴重度評估，由0「完全沒有」至4「非常厲害」。SCL-90-R為Derogatis所編製，具良好之心理計量特性，並廣泛為西方研究所應用（見Derogatis & Lazarus, 1994）。中文版由葉英堃所翻譯，心理計量特性方面，蕭仁釗（1989）以大學生為參與者的一週再測信度係數介於 .55至 .88間，蘇逸人（2002）以精神科精神分裂症患者為對象，憂鬱分量表之內部一致性係數為 .92。本研究中，憂鬱分量表之內部一致性係數為 .90。

3. 創傷後心理症狀指標量表—短版 (Post-Traumatic Stress Reaction Index-Short Form, PTSRI-SF)

PTSRI-SF修編自創傷後心理症狀指標量表，共包含22題。創傷後心理症狀指標量表為一測量創傷相關症狀與身心反應之自陳問卷（Chen, Hung, Lin, & Tseng, 2002）。填答時依題目在五點李克式量表上進行反應頻率評估，由0「從來沒有」至3「經常如此」。心理計量特性方面，Chen等人（2002）以台灣921地震災區居民為對象，發現其分量表之內部一致性介於 .67至 .96之間。PTSRI-SF之組成係以地震後災區居民之實徵資料進行主成分分析法，從中挑選出主成分係數高的題目共22題。PTSRI-SF之內部一致性係數為 .93。再經驗症狀、逃避／麻木症狀、及過度警醒症狀分量表之內部一致性係數分別為 .85、.83及 .73。

結果

（一）研究參與者臨床症狀嚴重度之描述統計

參與本研究之乳癌術後患者之憂鬱症狀，整體創傷後壓力症狀，以及再經驗、逃避／麻木症狀、及過度警醒三類主要創傷症狀嚴重度之描述統計列於表1。整體而言，本研究參與者之憂鬱症狀與創傷後壓力症狀並不嚴重。然而，參與者間症狀嚴重度差異較大，顯示部分參與者具相當程度之臨床身心症狀反應。

（二）反芻反應風格傾向與術後憂鬱、創傷後壓力症狀之關聯性

以皮爾森相關分析檢驗參與者之反應風格傾向、憂鬱症狀及創傷後壓力症狀之關聯性。主要變項之相

關矩陣與相關係數顯著性檢定列於表2。結果顯示，反芻反應風格分別與憂鬱症狀和創傷後壓力症狀嚴重度間呈顯著正相關；而分心反應風格則與上述症狀無顯著相關。發現患者之反芻反應傾向越高，則經驗到越嚴重的身心症狀；患者之分心反應傾向則與其身心症狀嚴重度無關。進一步分析三種主要創傷後壓力症狀群，結果發現反芻反應風格與再經驗症狀、逃避／麻木症狀及過度警醒症狀間均具顯著正相關，顯示乳癌患者若越傾向以反芻反應進行因應，其術後與癌症創傷事件相關再經驗、逃避／麻木及過度警醒症狀均較為嚴重。

此外，本研究乳癌術後患者目前之憂鬱症狀嚴重度與創傷後壓力症狀嚴重度呈現高度正相關，驗證兩類症狀在乳癌術後患者族群中有高度共病性。

（三）反應風格傾向對術後憂鬱、創傷後壓力症狀之預測力

本研究採多變項階層迴歸分析法，分別檢驗反應風格傾向對乳癌患者術後之憂鬱症狀與創傷後壓力症狀之預測力。為排除人口統計學變項對依變項之統計貢獻性，進行下述之分析程序：第一步先放入患者之人口統計學變項，包括年齡、婚姻狀態及診斷距今時間。第二步再加入反應風格傾向作為預測變項，檢驗上述變項分別對憂鬱症狀分數與創傷後壓力症狀總分之統計預測力。

迴歸分析結果請見表3。反芻反應風格對乳癌術後患者之憂鬱症狀與創傷後壓力症狀均具正向顯著預測力。同時，分心反應風格對乳癌術後患者之憂鬱症狀與創傷後壓力症狀均具負向顯著預測力。研究結果支持預期，亦即乳癌患者傾向採取的反應風格能有效預測其身心症狀表現。其中，當患者之反芻反應風格傾向越高時，其術後憂鬱症狀與創傷後壓力症狀均較為嚴重；相對地，若患者較傾向採用分心反應風格，則其憂鬱症狀與創傷後壓力症狀均較輕微。

此外，為檢驗本研究迴歸分析結果未受預測變項間共變過高之影響，即多元共線性 (multicollinearity) 問題。本研究以變異數膨脹係數 (variance inflation factor, VIF) 進行評估，VIF數值越大表示變項的多元共線性嚴重 (如VIF > 3)，VIF係數若越接近1表示該迴歸分析結果越不受此問題影響。本迴歸分析中各預測變項之VIF係數均小於1.50，落於可接受之範圍內，顯示本迴歸分析之多元共線性問題並不嚴重。

表1 憂鬱症狀與創傷後壓力之症狀描述統計 (N = 244)

	憂鬱症狀 ^a	創傷後壓力症狀 ^b			
		整體症狀	再經驗	逃避 / 麻木	過度警醒
平均數	3.79	13.44	3.91	3.93	2.38
標準差	(4.86)	(11.28)	(3.52)	(4.28)	(2.04)
分數範圍	0 ~ 24	0 ~ 66	0 ~ 21	0 ~ 24	0 ~ 9

註：^a 中文症狀檢効量表憂鬱分量表短版。

^b 創傷後心理症狀指標量表短版。

表2 反應風格傾向與憂鬱症狀及創傷後壓力症狀之相關係數

	憂鬱症狀 ^a	創傷後壓力症狀 ^b			
		整體症狀	再經驗	逃避 / 麻木	過度警醒
反芻反應風格 ^c	.41**	.51**	.49**	.39**	.45**
分心反應風格 ^c	.01	.11	.12	-.01	.01
憂鬱症狀		.74***	.63***	.60***	.61***

註：^a 中文症狀檢効量表憂鬱分量表短版。

^b 創傷後壓力反應指標短版。

^c 中文反應風格量表短版。

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

表3 反應風格傾向分別對憂鬱症狀與創傷後壓力症狀總分之迴歸分析

預測變項	憂鬱症狀			創傷後壓力症狀		
	β	t	ΔR^2	β	t	ΔR^2
第一步：人口統計變項			.02			.04*
年齡	-.10	-1.33		-.16	-2.06*	
婚姻狀態	-.10	1.38		-.04	-0.49	
診斷迄今	-.07	-1.01		-.05	-0.74	
第二步：反應風格			.30***			.30***
反芻反應風格	.64	9.65***		.65	9.93***	
分心反應風格	-.33	-4.94***		-.27	-4.14***	
R^2		.32			.34	
調整後 R^2		.30			.32	
F 值		19.87***			22.14***	
$df1, df2$		5, 238			5, 238	

* $p < .05$. *** $p < .001$.

(四) 反應風格傾向對創傷後壓力症狀的獨特預測力

以多變項階層迴歸分析法檢驗在控制憂鬱症狀的統計貢獻的情況下，反應風格傾向對創傷後壓力症狀影響的淨效果。分析程序上，以參與者之創傷後壓力症狀總分作為依變項，逐步將預測變項放入迴歸式。第一步，先放入患者之人口統計學變項，包括年齡、婚姻狀態及診斷距今時間。第二步，加入參與者之憂鬱症狀分數。最後，再加入反應風格傾向。比較放入新的預測變項後，整體迴歸式之解釋變異量的增加情形 (ΔR^2)。藉此檢驗新的預測變項是否在控制前一步預測變項統計貢獻之下，對依變項具獨特之統計預測力。再者，為進一步探討預測變項對不同症狀群的解釋力，我們分別以再經驗症狀、逃避／麻木症狀、過度警醒症狀作為依變項，重複進行上述相同程序步驟之迴歸分析。

迴歸分析結果列於表4，此迴歸分析中各項預測變項之VIF係數均小於2.05，顯示本迴歸分析之多元共線性問題不嚴重，在可接受之範圍內。結果顯示，在創傷後壓力症狀總分的預測方面，人口統計變項的年齡之 β 值達顯著水準，婚姻狀態與診斷迄今時間的 β 值均未達統計顯著水準。整組人口統計變項具顯著之解釋力。控制參與者之人口統計變項的影響之下，參與者之憂鬱症狀嚴重度與反應風格傾向均對創傷後壓力症狀總分具獨特之統計預測力。進一步控制憂鬱症狀嚴重度的影響之下，反芻反應風格仍對預測本研究參與者之創傷後壓力症狀具特有的貢獻。然而，分心反應風格之統計預測力則未達顯著水準。

進一步分析預測變項對三類主要症狀群的預測力。其中，人口統計變項的年齡對再經驗症狀與過度警醒症狀之 β 值達顯著水準；然而，年齡對麻木／逃避症狀之 β 值則未達統計顯著水準。此外，分別以三類症狀群為依變項進行迴歸分析發現，婚姻狀態與診斷迄今時間的 β 值則均未達統計顯著水準。整組人口統計變項對再經驗與過度警醒症狀皆具顯著之解釋力。然而，整組人口統計變項對麻木／逃避症狀之解釋力 ΔR^2 未達統計顯著水準。控制參與者之人口統計變項影響，參與者憂鬱症狀嚴重度對三類創傷後壓力症狀群均具獨特之統計解釋力。此外，進一步控制憂鬱症狀嚴重度的影響，反芻反應風格仍分別能夠顯著地預測參與者之再經驗症狀、麻木／逃避症狀及過度警醒症狀，此結果均與假設相符。然而，分心反應風格對再經驗、麻木／逃避症狀、過度警醒症狀之統計預測力均未達顯著水準。

總結與討論

根據文獻回顧，晚近學者強調應將罹患重大威脅生命疾病視為創傷事件，並指出個體對此壓力事件的因應模式在其後續身心適應上扮演重要的角色。然而，以罹患威脅生命之疾病並接受醫療的患者為研究對象，直接檢驗其因應型態對其身心症狀之影響的實徵研究仍相當有限。因此，本研究以乳癌術後患者為研究對象，檢驗患者之反應風格傾向與其術後身心症狀的關聯性。研究結果符合假設，亦即乳癌患者之反芻反應風格能夠顯著正向預測其憂鬱症狀與創傷後壓力症狀程度，顯示較傾向以反芻反應因應的患者，其術後的憂鬱與創傷後壓力症狀均較為嚴重；相對地，若患者較傾向採用分心反應風格，則其憂鬱症狀與創傷後壓力症狀均較輕微。簡言之，本研究結果發現，乳癌患者面對癌症醫療之創傷壓力事件時，其因應負向情緒之反應風格傾向，對其術後身心適應具有顯著影響。

(一) 反芻反應風格可有效預測創傷後壓力症狀

本研究除驗證反應風格理論預期之對憂鬱症狀維持的預測外，亦提供反芻反應風格對創傷後壓力症狀之預測性的證據。本研究於統計程序上控制人口統計變項與乳癌患者中高度共病之憂鬱症狀 (Hegel et al., 2006; McWilliams et al., 2005)，以檢驗反芻反應對創傷後壓力症狀群之淨預測力。結果驗證研究假設，反芻反應風格對創傷後壓力症狀整體嚴重度與三類主要症狀群的嚴重度，均具顯著之獨有預測力。此結果進一步支持Ehlers與其同僚之主張，反芻反應風格為創傷後壓力症狀之發展與維持的重要認知風險因子 (Ehlers et al., 1998; Ehlers, Mayou, & Bryant, 2003; Michael et al., 2007)。此外，本研究發現反芻反應風格對三類創傷後壓力症狀群的預測力相當，亦即，反芻反應風格對患者創傷後壓力症狀的產生，並非特定影響某一類特定之症狀群，而是全面性之整體影響。藉此，推論患者若傾向以反芻反應因應癌症所帶來的身心衝擊，可能因反芻反應風格而佔據大量認知資源，損害個體整體的認知功能表現 (Lyubomirsky & Tkach, 2004)，進而干擾患者對於創傷相關訊息的整體訊息處理歷程，使得無法順利處理創傷相關認知並從而減緩症狀 (Horowitz, 1997)，此結果很可能造成整體創傷後壓力症狀的維持或惡化。由於過去缺乏反應風格如何分別影響三類主要創傷後壓力症狀之實徵研究與理論，因此，本研究的初步結果應可作為後續相關研究設計與理論推演之參考。

表4 反應風格傾向與憂鬱症狀對創傷後壓力症狀總分、再經驗、逃避/麻木及過度警醒症狀之迴歸分析

預測變項	PTSD總分			再經驗			逃避/麻木			過度警醒		
	β	t	ΔR^2	β	t	ΔR^2	β	t	ΔR^2	β	t	ΔR^2
第一步：人口統計變項												
年齡	-.16	-2.01*	.04*	-.28	-3.74**	.08**	-.02	-0.21	.02	-.19	-2.55*	.06*
婚姻狀態	-.06	-0.75		-.01	-0.14		-.12	-1.56		-.05	-0.65	
診斷迄今	-.03	-0.44		.01	0.01		-.02	0.28		-.10	-1.45	
第二步：憂鬱症狀												
	.75	16.50***	.51***	.61	11.40***	.36***	.59	10.59***	.34***	.59	11.02***	.35***
第三步：反應風格												
反芻反應風格	.28	4.70***	.05***	.24	3.42***	.05***	.24	3.13**	.03**	.25	3.47***	.04**
分心反應風格	-.05	-0.99		.01	0.11		-.08	-1.15		-.01	-0.22	
R^2	.64			.49			.39			.45		
調整後 R^2	.62			.47			.37			.44		
F 值	41.50***			31.65***			22.06***			28.30***		
$df1, df2$	6, 237			6, 237			6, 237			6, 237		

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$.

另一方面，研究結果亦發現，參與者之年齡變項與憂鬱症狀嚴重度均對創傷後壓力症狀具顯著解釋力。即患者年齡越輕，則其創傷後壓力症狀越嚴重，暗示年齡與憂鬱嚴重度作為乳癌術後患者發展創傷後壓力症狀之可能風險因子，此結果與Kangas等人（2002）回顧過去研究之後設分析所得結論及DSM-IV-TR（American Psychiatric Association, 2000）中關於創傷後壓力症候群之風險因子的描述相符。此外，憂鬱症狀嚴重度越高，其創傷後壓力症狀亦越嚴重，顯示症狀間的共病可能性亦會相互影響嚴重程度與疾病病程。

本研究結果顯示，乳癌患者接受手術後，其身心症狀嚴重度受患者對情緒反應之因應模式所影響。其中，反應風格傾向很可能是預測乳癌患者臨床身心適應之重要特質性因素，患者之反芻反應風格傾向較高時，將導致較為嚴重的創傷後壓力症狀，此身心困境不但干擾患者情緒與生活功能，更可能影響癌症疾病的正常生理復原，嚴重損害患者生活品質。癌症的醫療上除積極的治療程序（如手術）外，臨床照護上不應忽略患者之反應風格傾向對其身心症狀與整體適應的影響。研究者期望本研究結果可提供乳癌術後患者臨床照護上之可行參考。

（二）乳癌患者對癌症創傷事件之認知因應與身心症狀的關聯

乳癌患者面對罹患癌症所帶來的負面情緒反應時，可能感受相當強烈的焦慮、恐懼及無助感，在調適此創傷壓力事件的歷程中，強烈的身心反應很可能長期而廣泛地影響患者許多的生活面向與經驗，例如，患者對死亡的焦慮、對復發的擔憂與過度警醒及情感或心理上的麻木等。此時，患者可能試圖以認知之因應策略調節情緒，進行經驗的重新建構或整合，以期最終能重新適應，掌控未來的壓力（Horowitz, 1997）。是故，乳癌患者對癌症之認知因應模式很可能影響其術後之身心困境。根據本研究結果，反應風格傾向很可能作為影響乳癌術後創傷後壓力症狀嚴重度的重要認知特性。面對癌症所帶來的情緒衝擊時，患者可能嘗試藉由慣用之認知程序（如反應風格）進行情緒的調節與經驗的重構，但傾向使用反芻方式的患者卻可能因而不斷沈浸於負向情緒、重複關注於自身的身心狀態、反覆思考癌症發生的可能原因與未來的後果。因此，此類因應模式非但無助於負向情緒反應的減除，可能反而造成更嚴重的身心症狀。

反芻反應風格影響創傷後壓力症狀之可能機制包括對於創傷相關認知與記憶的維持以及對有效問題

解決或建設性行為的干擾。研究指出，若採反芻反應作為因應再經驗或侵入式記憶（intrusive memory）症狀之認知策略，則可能干擾個體對創傷事件意義的改變，損害創傷相關認知結構的重整，進而造成創傷相關認知或記憶的維持或固化（Ehlers et al., 2003; Ehlers & Steil, 1995）。同時，反芻反應甚至可能進一步觸發個體之負向記憶（Lyubomirsky et al., 1998）、侵入式記憶（Michael et al., 2007）及過度概化之自傳式記憶（游勝翔, 2004）。此固化且缺乏重整的負向記憶基模（schemata）則很可能成為維持創傷後壓力症狀呈現之重要基礎（Horowitz, 1997, 1999）。此外，過去研究顯示反芻反應風格會干擾個體問題解決的動機與能力（Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky et al., 1999），並損害個體的執行功能表現（Davis & Nolen-Hoeksema, 2000），造成因應外界情境的整體效能下降。研究者亦指出乳癌患者對於自身醫療與康復狀態，可能設定某些目標或期待，其中，高反芻者傾向設定與自我相關的期待，而無法將部分注意力移至與社會或他人相關的期待上（Street, 2003）。是故，反芻傾向高的患者很可能過於傾向自我關注，卻難以有效解決外界壓力困境，壓力持續累積的結果，很可能影響創傷後壓力症狀的復原歷程。

另一方面，本研究亦檢驗分心反應風格對患者身心症狀之關聯性。結果發現，在未考量憂鬱症狀的影響時，分心反應風格對創傷後壓力症狀具顯著負向預測力；然而，進一步排除高共病的憂鬱症狀之影響力後，分心反應風格對創傷後壓力症狀之淨預測力則不再顯著。推測在乳癌術後患者群體中，分心反應可能無助於減緩癌症創傷事件衝擊下的創傷後壓力症狀。對乳癌患者而言，此疾病對身心的威脅是內在、慢性、未來導向的（Matsuoka et al., 2002），任何生理症狀或醫療歷程都可能是創傷的喚醒物，這些壓力源可能在未來生命歷程中持續造成威脅，而使個體長期產生焦慮、憂鬱的負向情緒、對復發的擔憂與創傷相關的記憶（例如，對癌症診斷與治療歷程情境的侵入式記憶）。乳癌患者若傾向採分心反應，包括從事喜愛活動、運動等因應，可能僅有助於緩衝當下的負向情緒衝擊，而無法有效降低罹患癌症患者之內在、長期及未來導向之威脅感受，故患者可能持續具有過度警醒以及麻木／逃避等症狀。這些長期身心反應可能損害患者之認知重構歷程，例如，可能損害患者對自己罹患癌症重新賦予意義與重整固有認知基模的認知歷程，而此未整合之認知系統很可能導致再經驗症狀的維持（Horowitz, 1997, 1999）。再者，分心反應無助於增加患者對自身病情發展相關訊息之確定性，亦無法藉此協助患者因應罹病之壓力，故無助於縮減創

傷後壓力症狀。因此，研究者認為減除創傷後壓力症狀較有效的方式，不是分心反應，而可能是積極的問題解決技巧，例如，蒐集醫療資訊、瞭解自身病程及培養健康行為等。

承上所述，反芻反應風格為創傷後壓力症狀的發展或維持之重要認知因子，故臨床處遇上，應考量將反芻反應風格作為創傷後壓力症狀之介入（intervention）的主要標的之一。認知取向之心理治療，強調個體應避免持續採取不良的因應策略，譬如思考壓抑與反芻思考，而以適應性的認知內涵取替創傷相關的認知與記憶結構（Clark & Ehlers, 2004）。此外，晚近廣受重視之治療取向，包括後設認知治療（metacognitive therapy, Wells & Sembi, 2004）與心智專注為基的認知行為治療（mindfulness-based cognitive therapy, Segal, Williams, & Teasdale, 2002），均著重於改善情緒障礙的個體之後設認知（meta-cognition）。這些治療取向之目標，不在於挑戰個體對於創傷事件的認知或信念，而是協助個體發展自我觀察與注意力移轉的能力，調整自己的注意力不重複陷入反芻或擔憂的思考型態之中，藉此中斷反芻反應對負向情緒與身心症狀之維持效果，從而有效縮減症狀之發展。

（三）研究限制

解讀本研究結果時，需注意下列限制。首先，本研究屬橫斷式（cross sectional design）研究設計，本質上為相關資料，故無法藉此對反芻反應風格影響憂鬱與創傷後壓力症狀之假設進行直接因果推論。不過，本研究確實提供了以統計模式為基礎之反芻反應風格對上述症狀之預測力的檢驗。未來若欲進一步直接檢驗反芻反應風格與身心症狀發展之因果或時序關係，則應可採縱貫式（longitudinal design）或前瞻式（prospective design）的研究取向。其次，本研究之研究對象為乳癌術後患者。因此，將結果推至其他罹患癌症的群體，或是經歷其他類型創傷事件群體上之類推性，仍需加以保留。故未來研究仍應延伸至不同創傷事件類型，以考驗本研究結果是否可於其他族群中被再驗證。

再者，本研究在設計上，並未包含參與者的臨床診斷資料（例如，進行結構性診斷會談）。同時，本研究參與者並非符合臨床診斷之疾病群體，而是診斷迄今時間平均4.11年、手術後平均3.91年之患者，在疾病適應歷程中，很可能已非屬於初始急性階段。因此，整體而言，這些患者的臨床症狀並不是非常嚴重，部分患者的生活亦可能已逐步恢復正軌，不過，我們仍然可以發現某些患者仍具有某程度之身心反應

與臨床疾患症狀傾向，而此身心反應仍對其整體生活品質與疾病復原歷程有重大影響。因此，解讀本研究結果時應著眼於個體之反應風格特質對其身心反應與症狀嚴重度之顯著影響力，而非直接將本研究結果推論至憂鬱症或創傷後壓力症候群之產生。

此外，另一個值得注意的是對創傷後壓力症狀之測量。本研究所採用的創傷後心理症狀指標量表雖適用於本地研究參與者，具有可靠信效度之工具，但發展時乃運用於測量經歷天然災害下個體之創傷後壓力症狀，由於並非專門為癌症患者所設計編制，故可能影響測量時的內部效度（internal validity）。然而，回顧過去國外癌症相關創傷後壓力症候群之研究，對於創傷後壓力症狀之測量最常用的兩項工具為創傷後壓力症候群檢核表一般民衆版（PTSD Checklist Civilian version, PCL-C）與事件衝擊量表（the Impact of Event Scale, IES）（Kangas et al., 2002）。此兩項常用測量工具，發展之初分別用於軍方戰事與人為的創傷的評估，而非專門為癌症相關創傷後壓力症狀的所編製。後續研究者則依其所研究的主題事件，並根據DSM-IV（American Psychiatric Association, 1996）之臨床診斷系統中所包含之創傷後壓力症候群症狀，在施測上調整指導語以引導填答者針對特定創傷事件（如癌症）評定相關的症狀嚴重度。由於目前國內外文獻尚未有特定針對癌症患者編制之創傷後壓力症狀測量工具，因此，本文考量選擇與國外學者相似的作法，採用能夠回應DSM-IV診斷系統中所包含的症狀，隨特定族群調整指導語，並具有合理信效度特性之工具。此作法雖可能限制了對癌症患者獨特臨床特徵的細緻呈現，但可增加將結果與其他針對非癌症創傷事件所進行之個體創傷後壓力症狀預測因子文獻對話的機會。換言之，一如許多評量工具所面臨的兩難（dilemma），本研究的作法可能會影響測量工具的內部效度，不過，或可獲得相對較佳之外部效度（external validity）。

另一方面，本研究以接受乳癌切除手術之患者為研究對象，仍不足以推論至若採用不同醫療程序（例如，採用不同療法、不同預後狀態等）是否會影響憂鬱與創傷後壓力症狀之呈現的可能性，以及這些醫療變項是否影響反應風格對臨床症狀之預測。事實上，比對學界目前已發表的研究不難發現，過去文獻對醫療變項的處理在跨研究間顯得相當混亂，單一研究中也很少對醫療變項進行控制。因此，尚缺乏足夠的證據以形成具體的假設推論醫療相關因素會影響個體認知特徵與創傷後壓力症狀的關係，故包括本研究在內，目前單一研究仍多鎖定某一特定醫療處置之同一類型癌症患者，探討其創傷後壓力症狀發展有關之臨床變項。鑑於此，未來研究應進一步探討不同醫療因

素（例如，不同癌症類型患者、採用不同醫療程序、不同病程階段等）對於創傷後壓力症狀及對與創傷後壓力症狀發展有關的重要臨床變項間的可能影響。

最後，本研究主要目的在於檢驗反應風格此一因應策略對乳癌術後患者之身心症狀的影響，並未包含其他研究者曾指出與創傷後壓力症狀發展有關的其他認知變項，例如，思考壓抑傾向、對於創傷事件之歸因型態等（Ehlers & Clark, 2003; Ehlers et al., 2003）。未來若能在目前的研究基礎上，再加入上述認知變項，以檢驗這些變項與個體身心症狀間的機制關係，相信能夠對個體經歷乳癌或其他創傷事件後，其認知因應與其情緒及身心反應的變動歷程有更完整的瞭解。

總而言之，雖然Nolen-Hoeksema（1991）所提出之反應風格理論之解釋主題為解釋憂鬱病程的發展，然而，包括本研究在內的實徵證據均突顯出反芻反應風格可能在創傷後壓力症候群的發展上具有可能的重要性。本研究結果提供反芻反應風格影響癌症患者醫療歷程中創傷後壓力症狀的初步實徵基礎，同時也可能開啓更多關於此議題，但目前研究資料尚未能充分回答的發問，例如，反芻反應風格影響憂鬱病程的理論模式是否也同等適用於創傷後壓力症狀的發展？反芻者因應憂鬱時所呈現的認知功能缺損是否也見於經歷創傷事件的反芻者身上？反芻反應風格對創傷後壓力症狀的影響之細部機制為何？這些議題仍需要未來更多的研究檢驗，以發展更完整且精緻的理論模式。

參考文獻

- 游勝翔（2004）。《反芻反應風格、自傳式記憶與憂鬱之關聯性探討》。國立台灣大學心理學研究所，碩士論文。
- 蘇逸人（2002）。《疾病覺知、疾病控制信念與社會污名：精神分裂症患者疾病心理適應之心理社會因應模式》。國立台灣大學心理學研究所，碩士論文。
- 蕭仁釗（1989）。《疾病壓力與一般壓力下社會支持運作歷程的探討》。國立台灣大學心理學研究所，碩士論文。
- Alfano, C. M., & Rowland, J. H. (2006). Recovery issue in cancer survivorship: A new challenge for supportive care. *Cancer Journal*, 12, 432-443.
- Alter, C. L., Pelcovitz, D., Axelrod, A., Goldenberg, B., Harris, H., Meyers, B., et al. (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 137-143.
- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed., text Rev.). Washington: American Psychiatric Association.
- Chen, S. H., Hung, F. C., Lin, Y. S., & Tseng, H. M. (2002). Trauma and psychological aftermath among high- and low-exposure adults three months post the 921 Chi-Chi earthquake in Taiwan. *Chinese Journal of Psychology*, 44, 167-188.
- Clark, D. M., & Ehlers, A. (2004). Posttraumatic Stress Disorder: From cognitive theory to therapy. In R. L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice* (pp. 141-160). New York, NY: Guilford Press.
- Cordova, M. J., & Andrykowski, M. A. (2003). Responses to cancer diagnosis and treatment: Posttraumatic stress and posttraumatic growth. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 8, 286-296.
- Cordova, M. J., Andrykowski, M. A., Kenady, D. E., McGrath, P. C., Sloan, D. A., & Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic stress disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 981-986.
- Davis, R. N., & Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 699-711.
- Derogatis, L. R., & Lazarus, L. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (pp. 217-248). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2003). Early psychological interventions for adult survivors of trauma: A review. *Biological Psychiatry*, 53, 817-826.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (1998). Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 508-519.
- Ehlers, A., Mayou, R. A., & Bryant, B. (2003). Cognitive predictors of posttraumatic stress disorder in children: Results of a prospective longitudinal

- study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1-10.
- Ehlers, A., & Steil, R. (1995). Maintenance of intrusive memories in posttraumatic stress disorder: A cognitive approach. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 217-249.
- Filipp, S. H., Klauer, T., Freudenberg, E., & Ferring, D. (1990). The regulation of subjective well-being in cancer patients: An analysis of coping effectiveness. *Psychology and Health*, 4, 305-317.
- Green, B. L., Epstein, S. A., Krupnick, J. L., & Rowland J. H. (1997). Trauma and medical illness: Assessing trauma-related disorders in medical settings. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 160-191). New York: Guilford Press.
- Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M., et al. (1998). Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39, 102-111.
- Gurevich, M., Devins, G. M., & Rodin, G. M. (2002). Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues. *Psychosomatics*, 43, 259-281.
- Hegel, M. T., Moore, C. P., Collins, E. D., Kearing, S., Gillock, K. L., Riggs, R. L., et al. (2006). Distress, psychiatric syndromes, and impairment of function in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer*, 107, 2924-2931.
- Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders*. (3rd ed.). Northvale: Jason Aronson Inc.
- Horowitz, M. J. (1999). Introduction. In M. J. Horowitz (Ed.), *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (pp.1-17). New York: New York University Press.
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22, 499-524.
- Kangas, M., Henry, J. L., & Bryant, R. A. (2005). The course of psychological disorders in the 1st year after cancer diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 763-768.
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., Weiss, R. B., Zhang, C., Zuckerman, E. L., Rosenberg, S., et al. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98, 679-689.
- Kornblith, A. B., & Ligibel, J. (2003). Psychosocial and sexual functioning of survivors of breast cancer. *Seminars in Oncology*, 30, 799-813.
- Kuehner, C., & Weber, I. (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients: An investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, 29, 1323-1333.
- Lyubomirsky, S., Caldwell, N. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Effects of ruminative and distracting responses to depressed mood on retrieval of autobiographical memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 166-177.
- Lyubomirsky, S., Kasri, F., Chang, O., & Chung, I. (2006). Ruminative response styles and delay of seeking diagnosis for breast cancer symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 276-304.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 176-190.
- Lyubomirsky, S., & Tkach, C. (2004). The consequences of dysphoric rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment* (pp. 22-41). UK: Wiley.
- Lyubomirsky, S., Tucker, K. L., Caldwell, N. D., & Berg, K. (1999). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1041-1060.
- Matsuoka, Y., Nakano, T., Inagaki, M., Sugawara, Y., Akechi, T., Imoto, S., et al. (2002). Cancer-related intrusive thoughts as an indicator of poor psychological adjustment at 3 or more years after breast surgery: A preliminary study. *Breast Cancer Research and Treatment*, 76, 117-124.
- McCann, L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Asmundson, G. J.

- (2005). Symptom structure of posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *Journal of Anxiety Disorders, 19*, 626-641.
- Michael, T., Halligan, S. L., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2007). Rumination in posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety, 24*, 307-317.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 569-582.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 115-121.
- Palmer, S. C., Kagee, A., Coyne, J. C., & DeMichele, A. (2004). Experience of trauma, distress, and posttraumatic stress disorder among breast cancer patients. *Psychosomatic Medicine, 66*, 258-264.
- Petersen, S., Heesacker, M., Schwartz, R. C., & Marsh, R. D. (2000). Predictors of decision-making style among cancer patients: An empirical test of theory. *Psychology and Health, 15*, 663-675.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York, NY: Guilford Press.
- Smith, M. Y., Redd, W. H., Peyser, C., & Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: A review. *Psycho-Oncology, 8*, 521-537.
- Spasojevic, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion, 1*, 25-37.
- Stanton, A. L. (2006). Psychosocial concerns and intervention for cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology, 24*, 5132-5137.
- Street, H. (2003). The psychosocial impact of cancer: Exploring relationships between conditional goal setting and depression. *Psycho-Oncology, 12*, 580-589.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1995). The Negative Consequences of Trauma. In *Trauma and Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering* (pp. 15-28). London: Sage Publications.
- Tedstone, J. E., & Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review, 23*, 409-448.
- Tjemslund, L., Søreide, J. A., & Malt, U. F. (1998). Posttraumatic distress symptoms in operable breast cancer III. *Breast Cancer Research and Treatment, 47*, 141-151.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsideration: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research, 27*, 247-259.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*, 365-377.
- Winkeler, M., Filipp, S. H., & Aymanns, P. (2006). Direct and indirect strategies of mobilization as determinants of social support provided for cancer patients. *Journal of Applied Social Psychology, 36*, 248-267.



Rumination Predicting Depression and PTSD Symptoms in Postoperative Breast Cancer Patients

Sheng-Hsiang Yu¹, Sue-Huei Chen¹, and King-Jen Chang^{2, 3}

¹ Department of Psychology, National Taiwan University

² Department of Surgery, National Taiwan University Hospital

³ Department of Surgery, College of Medicine, National Taiwan University

Life-threatening illness (e.g. cancer) is recognized as a traumatic stressful event. Cancer patients who receive medical treatment may present some notable psychological complaints, such as depressive and posttraumatic stress symptoms. Thus, factors associated with these psychiatric symptoms may play an important role in the adjustment and recovery of the postoperative cancer patients. Empirical researches suggest rumination as a powerful predictor of the maintenance of depressive and PTSD symptoms in response to stress. However, the relationship between rumination and PTSD symptoms in cancer patients has been little understood in the western literature or examined in Taiwan. Therefore, the first purpose of the present study was to investigate the relationship among rumination, depression, and PTSD symptoms in postoperative breast cancer patients. This study also sought to examine the ability of rumination in predicting depression and PTSD symptoms. Specifically, ruminative response style was hypothesized to predict depressive and PTSD severity in postoperative cancer patients. In addition, rumination was assumed to have a unique contribution to the prediction of PTSD severity, controlling for current level of depressive severity.

Two hundred and forty four postoperative breast cancer female outpatients recruited from National Taiwan University Hospital volunteered to participate in this study. The measures included the Symptom CheckList-90-Revised short form, Post Traumatic Stress Reaction Index-short form, and Chinese Response Style Questionnaire-short form. The results showed that, as predicted, response style could both significantly predict depression and PTSD severity in postoperative breast cancer patients. Hierarchical regression analysis revealed that, after demographical variables and depression severity were controlled, ruminative response style had a unique contribution to the prediction of PTSD severity.

The findings of this study suggest that rumination may play an important role in the development and maintenance of PTSD symptoms in cancer patients. It is speculated that ruminating traumatic experiences may trigger intrusive traumatic memories and affect the cognitive reconstruction of traumatic events. Ruminative responses may also interfere with instrumental behaviors such as seeking care and reducing problem solving ability thus so to result in exacerbation of PTSD. Finally, it will be helpful to replicate this study in patients with different types of cancers. Moreover, future studies can adopt different research paradigms, such as prospective design, to establish the causal relationship of rumination and PTSD symptoms.

Keywords: Breast Cancer, Depression, PTSD, Response Style, Rumination

