

To be published as: 陳淑惠、韓德彥、劉嘉逸、陳景彥、楊庸一 (in press). 身體化與精神疾病污名之關聯性探討。《台灣精神醫學》。[Chen, S. H., Han, D. Y., Liu, C. Y., Chen, C. Y., Yang, Y. Y. (in press). Perceived Psychiatric Stigma and Somatization in Depressed Patients. *Taiwanese Journal of Psychiatry.*]

身體化與精神疾病污名之關聯性探討

陳淑惠¹ 韓德彥^{1, 2} 劉嘉逸³ 陳景彥³ 楊庸一³

¹國立台灣大學 心理學系 ²桃園榮民醫院 精神科 ³長庚醫院 精神科

目的：曾有學者主張，華人病患對精神疾病的污名感受，會影響其「身體化」的傾向。本研究以實徵方法探究輕型精神疾病的表達型症狀(身心抱怨傾向)、再認型症狀(身心症狀嚴重度)與精神疾病污名之間的關係。方法：以自行發展的漸進式半結構訪談問卷、精神疾病污名量表、與 SCL-90-R 為研究工具；選取 38 名精神科門診輕型病患為對象。結果：精神污名感受強弱與身體或心理的抱怨總數無關，但與身體及心理的症狀嚴重度皆呈顯著正相關；而就診時先訴說身體不適，後提及心理困擾的「開場白」傾向，與受教育年數呈顯著負相關。結論：華人患者身體化的抱怨傾向極可能受教育程度之影響，但心理症狀嚴重度可能在身體化的症狀呈現與精神疾病污名之間具中介影響效果。

關鍵字：身體化、精神污名、身體抱怨、漸進式半結構訪談、內容分析

前言

身體化(somatization)現象，乃指病人對身體的覺察度提高，透過身體不適的抱怨(somatic complaints)與求醫行為來表達個體心理性與社交性的困擾[1]。華人社會身體化議題的探討，在 1970 年代之後漸受重視。曾有研究指出，約有七成的門診病人在第一次看精神科醫師時，呈現了身體不適[2]。隨後即有學者以身體化說明這個現象[3]，且認為身體化是華人文化裡普遍存在的臨床特徵。其後，有一本土研究指出台灣病患雖呈現身體化特性，但同時亦發現患者在接受詳細的精神科面談後，其實都有心理症狀[4]。曾文星將此種「身體抱怨」模式形容為病人見到醫師時的「開場白(prologue)」，亦即，先訴說身體問題之後，才表露心理困擾。曾氏認為此開場白傾向與華人社會對精神疾病特有的排斥感有關[5]。

鄭泰安引用東、西方跨文化比較結果指出：症狀的「陳述」(report)與「呈現」(manifestation)意義不同，前者指病人主動向醫師提出的主訴，而後者指的是經由醫師

誌謝：本研究在教育部卓越計畫[89-H-FA01-2-4-1 (89-5-2)]補助下完成，研究進行中李雅萍、楊靜芳、與黃天豪等諸君協助資料之收集，在此一併誌謝。通訊作者：陳淑惠 北市羅斯福路四段一號國立台灣大學 心理學系 (Email:shchen@ccms.ntu.edu.tw)

進一步仔細問診之後得到的資料；東西方患者其實都有身體與心理的症狀，只是西方病人在陳述身體症狀的同時，也陳述相當比例的心理症狀，而非西方的病人則較多僅陳述身體症狀[6]。Cheung、Lau、與 Waldmann 則提出表達型(expression mode)與再認型(recognition mode)兩種型態的症狀呈現(symptom presentation)；其中，表達型指的是病人主動陳述的症狀，而再認型則指稱病人實際擁有的症狀[7]。

過去研究雖指出，華人社會對精神疾病的排斥感影響了身體化傾向之展現，但其論述與研究方法上仍顯不夠精細，因此，在界定身體化現象時，實有必要將身心不適的表達型與再認型分開，才能進一步瞭解此現象到底是患者的抱怨特性或是實際之症狀轉化表徵。本研究採取這種區辨方式，並從精神疾病污名感受及人口學基本變項等層面，探究華人患者身體化傾向的可能因素。

方法與材料

研究對象

樣本來源為 89 年 9 月至 90 年 1 月間，北部某醫學中心兩個院區的精神科門診之輕型精神病初診患者，其轉介成為研究樣本的條件為：1)年齡介於 16-70 歲之間；2)能識字或教育程度在小學以上；3)非屬重型精神病、器質性腦症或智能不足；以及 4)該科初次來訪患者。

正式參與研究的受試者共有 38 名，以女性較多；年齡介在 18 到 57 歲之間，平均為 33.4 歲(標準差 = 10.5)；教育總年數界於 6 到 16 年之間，平均為 11.7 年(標準差 = 2.6)；婚姻狀態以「已婚」21 名佔最多；宗教信仰以「沒有」佔大多數；職業地位[8]則以第五階(無業及非技術工人)人數最多，第二階(專業人員、中央行政人員)、第三階(半專業人員、一般公務人員)次之²。人口學變項詳細分配情形見表一。

Table 1. Demographic characteristics of the 38 psychiatric out-patients

	Number	(%)
Sex		
Female	24	63.2
Male	14	36.8
Marital status		
Married	21	55.6
Unmarried	16	42.1
Other	1	2.6
Religion		
None	16	42.1
Buddhism	10	26.3
Daoism	5	13.2
Christian	2	5.3
Other	5	13.2
Occupational status¹		
I (Supervisory Professional or CEO)	0	0
II (Executive Professional or Specialist)	9	23.7
III (Para-professional or Civil Servant)	9	23.7
IV (Technicians or Blue-Collar Worker)	2	5.3
V (Unprofessional or Unemployed)	10	26.3

Note. ¹ Based on the Job Classification System proposed by Y. H. Chen (1978).

²職業位階採陳英豪(1978)的分類方式，共分為五階，包括：第一階—高級專業人員、高級行政人員；第二階—專業人員、中央行政人員；第三階—半專業人員、一般公務人員；第四階—技術性工人；第五階—無業及非技術工人。

研究程序與工具

資料收集工作共分為二個部份。第一部份為病情訪談，包括主訴、逐步詢問二個階段；第二部份為量表填寫，包括 SCL-90-R、精神醫療污名量表及人口學背景資料。每位受試者在充分瞭解研究程序簽下書面同意書後，開始進行資料收集工作。本研究採用 SPSS 統計軟體分析結果。

病情訪談資料之收集乃採用本研究所設計之「漸進式半結構化病情訪談問卷」來紀錄，以逐步瞭解患者各層面之身心不適。進行步驟共分為二階段：第一階段以開放式問句「請問您這次是因為什麼因素來醫院看診？」來詢問患者的「主訴」，而其回覆再分為「第一抱怨」與「其他抱怨」二部分。第二階段採用逐步提問的方式詢問患者身體、睡眠、食慾、心情、焦慮、憂鬱及性方面等七個方面的問題。

為客觀而系統性地量化患者所訴說的病情資料，本研究採取內容分析法來瞭解患者身心抱怨的內容與時序特性。其程序說明如下：在病情訪談錄音資料謄寫成逐字稿後，研究者之一及一位心理系畢業的研究助理，使用同一套編碼方法分別獨立進行內容分析，將患者所訴說的身、心抱怨種類標記出來，並轉換為量化資料。在病情訪談的第一階段，登錄病人所明確申訴的身體與心理症狀，其中不具申訴性質的問題不登錄；第二階段則登錄嚴重度達到臨床需重視程度的問題。依據此種分析方法，經數次練習討論後，身體抱怨總數與心理抱怨總數的評分者間信度分別可達.93 及.91。此階段所得的評量結果，作為表達型症狀的指標。

身體症狀嚴重度的再認型測量方面，本研究採用 Symptom CheckList- 90-Revised (SCL-90-R)中的的身體化(somatization)與其他(additional)二分量表之總和(但去除後者中與身體症狀無關的兩題，即，「會死或快要死的感覺」及「罪惡感」)，來界定過去一週內實際的身體症狀之嚴重程度。心理症狀嚴重度的再認型測量方面，則以 SCL-90-R 中的憂鬱(depression)與焦慮(anxiety)二分量表之總和，來界定過去一週內實際的心理症狀之嚴重程度。SCL-90-R 為 Leonard R. Derogatis 所編製，中文版為葉英望¹教授所翻譯，國內外研究結果顯示其信、效度良好[9]。

關於精神醫療污名程度的測量，本研究採用「精神醫療污名量表」(Perceived Psychiatric Stigma Scale; PPSS)之總得分作為指標。在「精神醫療污名量表」之編製研究中[10, 11]，研究者於前置研究中採用深度訪談及焦點詢問法，詢問精神科門診患者及一般正常人有關「看精神科會帶來什麼樣的不方便」、「什麼原因讓你不願意去看精神科」等問題，並參考 Goffman 的社會污名理論[12]，以及 Kleinman 等的污名內涵之定義與測量[13]，編寫了「精神醫療污名感受量表」的題目。PPSS 是一自填式量表，採 Likert scale 四點計分，其中，「1」表完全不同意，「2」表不同意，「3」表同意，「4」表完全同意。例題如：「如果我的家人有精神疾病，這會讓我無法找到合適的結婚對象」、「去看精神科，會被人視為心理變態」等。精神醫療污名量表編製研究中，經項目分析、因素分析(採主軸分析法)、並藉最優斜交法(promax)轉軸後，最後篩取 25 題，其內部一致性良好 (Cronbach's $\alpha = .94$)；因素分析所得之因素結構，大致與原本設計之概念模式相符；另以 32 名台大修習普通心理學學生測量二週再測信度，得到的皮爾森相關為.78。綜言之，「精神醫療污名量表」是一信度與因素效度均可靠的研究工具，其得分可作為測量精神醫療污名程度的適度指標[14]。

結 果

主訴身心症狀與開場白傾向

本研究 38 名受試者在表達型症狀呈現上，「第一抱怨」為心理問題者有 18 名，佔 47.4%；睡眠問題者有 12 名，佔 31.6%；身體問題者有 8 名，佔 21.1%。顯見已將近有一半的精神科初診患者，以心理問題為「第一抱怨」求診於精神科醫師。經患者進一步說明後，發現第一階段的「主訴」中（包括「第一抱怨」與「其他抱怨」），僅含心理症狀者有 11 名，佔 28.9%；同時包含身心症狀者有 14 名，佔 36.8%；僅含身體症狀者有 13 名，佔 34.2%（見表二）。不過，這 13 名先僅提出身體症狀者，於隨後的「逐步詢問」階段中，全都有呈現達到臨床上須關注程度的心理症狀。

Table 2. The complaints of the 38 psychiatric out-patients

	Number	Percentage (%)
First complaint		
Psychological problem	18	47.4
Sleeping problem	12	31.6
Somatic problem	8	21.1
Chief complaints		
Psychological problems only	11	28.9
Both psychological and somatic problems	14	36.8
Somatic problems only	13	34.2

本研究依據患者主動提及心理症狀的先後順序，將「開場白傾向」區分為強、弱、無三種，其中，「主訴」僅抱怨身體不適，經「逐步詢問」才提及心理問題者，其開場白傾向強；「主訴」先抱怨身體不適，未待「逐步詢問」就在「其他抱怨」中自動補充心理問題者，其開場白傾向弱；而訴說方式不具以上兩種特性者，為不具開場白傾向。分類結果屬「強」者共 7 人，屬「弱」者共 13 人，兩者相加佔 52.6%（見表三）。

Table 3. The prologue tendency of the 38 psychiatric out-patients

	Number	Percentage (%)
Strong	7	18.4
Weak	13	34.2
None	18	47.4

若將開場白傾向的強、弱、無，分別冠以 2、1、0 的代碼，經相關分析則發現患者的教育總年數與開場白傾向呈顯著負相關($r = -.44, p < .05, n = 30$)。意謂教育程度愈高者，開場白傾向愈弱，至精神科求診時傾向於直接說出心理困擾；反之，教育程度愈低者，開場白傾向愈強，需經逐步引導與詢問，才慢慢吐露心理困擾。

身心不適與精神污名

本研究以「身體抱怨總項數」及「心理抱怨總項數」分別界定「表達型」身、心不適；以「身體症狀嚴重度」及「心理症狀嚴重度」分別界定「再認型」身、心不適。表達型身心不適與污名感受之相關分析顯示：身體、心理抱怨總項數與精神污名皆未達顯著相關。意謂污名感受的強弱，與患者身心抱怨總項數並無關聯。

再認型身心不適與污名感受之相關分析顯示：身體症狀嚴重度與精神污名間呈顯著正相關，心理症狀嚴重度與精神污名二者間也達顯著正相關（見表四）。這個結果可能表示污名感受愈強者，再認型身體、心理症狀的嚴重度也愈強。進一步採用 Baron 與 Kenny[15]所提出的中介變項(mediator)檢證方法，將再認型心理症狀嚴重度的影響以統計排除後，精神污名與再認型身體症狀嚴重度二者間不再呈現顯著相關。換言之，心理症狀嚴重度為精神污名影響身體症狀嚴重度之中介變項。

Table 4. Correlations of illness presentation and psychiatric stigma

	Psychiatric stigma	Education
Psychiatric stigma	-	.05
Expression mode		
Psychological complaints	.32	.39*
Somatic complaints	.26	-.09
Recognition mode		
Psychological problem severity	.55***	.22
Somatic problem severity	.50***	-.07

* $p < 0.05$; *** $p < 0.001$

檢證教育年數與身心不適之間的關聯之結果發現，教育年數愈高者，其心理抱怨總項數愈多($r = .39, p < .05$)，但身體抱怨總項數與教育年數無關。另外，精神污名感受、實際的身體、心理症狀嚴重度與教育程度皆無顯著關聯。

討 論

主訴身心症狀及開場白傾向

李明濱等在 1987 年的一個研究報告中指出[4]：203 位輕型精神病患中，主訴內容僅含心理症狀者佔 17.2%；僅含身體症狀者佔 47.3%；同時具有心理與身體症狀者有 35.5%。本研究所得到的結果則分別為：28.9%、34.2%、36.8%。僅就數字而言，身心困擾皆有訴說的比例沒有太大變化，但僅訴說身體症狀的比例減少了，而僅訴說心理症

狀的人數卻增加了。這個現象反應了台灣社會這十多年來在經濟、教育等各方面的長足進步，民眾對於精神醫療與心理衛生方面的知識與需求已經提昇，故精神科的初診病患，身體訴說比例減少，心理訴說比例增高。

過去學者認為開場白傾向可能與精神污名有關，但本研究發現精神科患者先說身體後講心理的特性，非關精神污名，反而與教育程度高低有關。因此，臨床醫師對於教育程度較低的患者，有必要進一步詢問其心理狀態，才能在情緒層面問題做出正確診斷。

身心不適與精神污名

精神污名感受較強的人，是否避談心理問題，而更常抱怨身體問題？從表達型身心不適與污名感受二者間的關聯性分析得知：精神污名感受強弱，與心理、身體抱怨項數無關。這樣的結果並不符合曾文星⁵所提出「受污名影響，避談心理多說身體」的主張。

患者是否因精神污名感受較強，而導致較嚴重的身體症狀與較輕微的心理症狀？從再認型身、心症狀與精神污名二者間的關聯性探討中得知：污名感受強，其身體症狀嚴重，但心理症狀則更嚴重。此結果顯示，「患者因污名感受，導致身體症狀加劇且心理症狀減輕」的說法並未獲得支持。

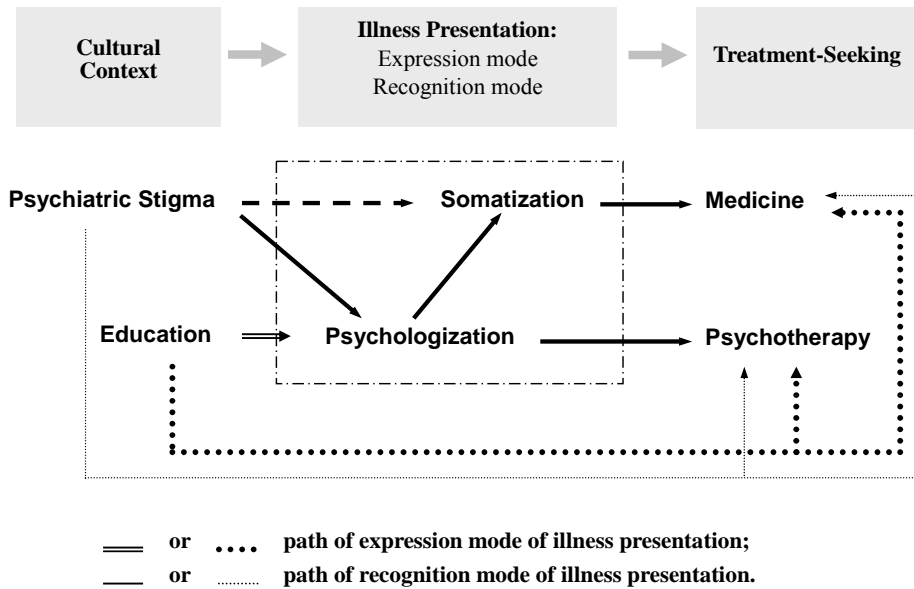
本研究中，精神污名與身體、心理症狀之嚴重度達顯著相關，心理症狀嚴重度又與身體症狀嚴重度達顯著相關 ($r = .52, p < .001$)，且當心理症狀嚴重度的影響因素以統計排除後，精神污名與身體症狀嚴重度二者間不再呈現顯著相關。由此得知，精神污名需透過心理症狀嚴重度的中介作用，以影響身體症狀嚴重度。故心理症狀嚴重度在精神污名引起身體症狀嚴重度的機轉上，扮演著重要角色。是故，要治療身體化症狀，可能還是要從處理心理症狀著手。

然而，污名感受與心理症狀嚴重度彼此相關的方向性頗值得探討。病患可能對精神醫療的污名感受強，導致其求助動機弱，向人訴說的機會少，進而心理症狀嚴重度更高；相反地，病患也可能因為心理症狀嚴重度高，對自己的問題更感自卑、羞恥，進而導致污名感受增強。當然，也有可能存在某一第三變項同時影響精神污名與心理症狀嚴重度。這個問題有待未來進一步的研究來檢驗。

教育程度高低與患者身、心抱怨的模式，顯然有所關聯。身體不適顯而易見，容易表達，但心理不適，若未具備良好語文能力，未必能清楚說出。Kleinman 提出「心理化」(psychologization)觀點[16]，認為西方人歷經韋伯所說的理智化(rationalization)歷程後，才能透過語言將種種心理不適表達出來。教育對疾病症狀的呈現方式之影響效果，很可能是透過語彙能力的深化，來增進個體的心理化程度，遂而減少身體化的傾向。

總而言之，本研究以實徵、實證的方式，直接記錄患者訴說身心問題的總項數，來測量他們身心抱怨的程度。這種做法的客觀程度提昇，同時可將臨床所觀察到的印象，進一步化為可以驗證的命題。本研究發現，開場白傾向及心理抱怨數量與教育程度相關。另外，過去認為精神污名導致華人心理疾病的身體化特性，本研究則發現精神污名與患者的身體抱怨並無關聯；其與身體症狀嚴重度的關係，可能也是受到心理症狀嚴重度的中介作用所影響。因此，在尋求協助上，很可能已具有心理函化的效益，不再視精神或心理醫療為畏途，而是依循「心病尋求心理精神醫療」的求醫途徑。

Fig. 1. Proposed conceptual model for the link of psychiatric stigma, psychologization/somatization, and help-seeking.



依據本研究的研究結果，精神污名、教育程度、心理化/身體化、與求醫行為之間的關係或許可以用圖一所表述的假設性途徑來思索，其中，心理化/身體化傾向對求醫選擇的影響，則有待後續研究來檢驗。本研究雖然花費較多的時間與精力收集患者的訴說資料，但所得結果顯然可使吾人對身體化有更深入、更適時性的瞭解，其研究工具與方法亦值得作為後續研究者在心理病理研究上之參考。

參考文獻

1. Kleinman A: Depression, somatization and the new cross-cultural psychiatry. *Soc Sci Med* 1977; 11: 3-10.
2. Tseng WS: The nature of somatic complaints among psychiatric patients: the Chinese case. *Compre Psychiatry* 1975; 16: 237-45.
3. Lin TY: Culture and Psychiatry: A Chinese Perspective. *Aust New Zea J Psychiatry* 1982; 16: 313-36.
4. 李明濱、林憲：輕型精神疾患之身體化現象：成因及概念之探討。中華精神醫學 1987；1：198-210。
5. 曾文星：從文化角度談中國人的心理治療。曾文星編著：華人的心理與治療。台北市：桂冠圖書公司，1996：655-78。
6. 鄭泰安：華人常見的心理症與社會心理問題。曾文星編著：華人的心理與治療。台北市：桂冠圖書公司，1996：271-94。
7. Cheung FM, Lau BWK, Waldmann E: Somatization among Chinese depressives in general practice. *Int J Psychiatr Med* 1980-81; 10: 361-74.
8. 陳英豪：我國青少年道德判斷的發展及其影響因素。高雄師院學報 1978；6：93-160。
9. 駱重鳴：生活壓力、適應方式與身心健康。國立台灣大學心理學研究所碩士論文，1983。
10. Chen SH, Han DY, Liu CY, Chen CY, Hsiao MC: Psychiatric Stigma and Parental Emotional Acceptance during Childhood. Presented at the 4th Annual Conference of Asian Association of Social Psychology, July 2001, Melbourne, Australia. (manuscript in preparation)
11. Han DY, Chen SH: Perceived Psychiatric Stigma Scale and Its Psychometric Study. Presented at the 4th Annual Conference of Asian Association of Social Psychology, July 2001, Melbourne, Australia. (manuscript in preparation)
12. Goffman E: *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: A Touchstone Book, 1963.
13. Kleinman A, Wang WZ, Li SC, Cheng XM, Dai XY, Li, KT, Kleinman J: The social course of epilepsy: chronic illness as social experience in interior China. *Soc Sci Med* 1995; 40: 1319-30.
14. 韓德彥：華人文化下污名感受、生病行為與情緒對身體化傾向之影響。國立台灣大學心理學研究所碩士論文，2001。
15. Baron RM, Kenny DA: The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conception, strategic, and statistical considerations. *J Personality Soc Psychol* 1986; 51: 1173-82.
16. Kleinman A: The Cultural Construction of Illness Experience and Behavior: Affects and Symptoms in Chinese Culture. In *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1980. Chapter 4.

Perceived Psychiatric Stigma and Somatization in Depressive Disorders

Sue-Huei Chen, Ph.D.¹, Der-Yan Han, M.S.^{1,2}

Chia-Yi Liu, M.D.³, Chin-Yan Chen, M.D.³, Yung-Yi Yang, M.D.³

¹Department of Psychology, National Taiwan University

²Department of Psychiatry, Tao-Yuan Veterans Hospital

³Department of Psychiatry, Chang-Gung Memorial Hospital

Abstract

Objectives: This study investigated the effect of perceived psychiatric stigma on the expression and recognition modes of illness presentation on depression. The expression mode of illness presentation refers to the symptoms about which the patient actively complains, and the recognition mode refers to the symptoms patients recognize on inquiry. Due to the strong stigma associated with psychiatric illness in Taiwanese, somatization of psychological problems manifesting as complaints is common. **Methods:** A total of 38 psychiatric outpatients completed a Stepwise Semi-Structured Interview, and verbatim data were encoded and recoded in terms of somatic or psychological complaints. The Perceived Psychiatric Stigma Scale, developed to measure the tendency to perceive psychiatric stigma, and Symptom CheckList-90-R, used to indicate the recognition mode of illness presentation, were also administered. **Results:** Perceived psychiatric stigma did not correlate with the expressed mode of illness, but correlated positively with the severity of somatic and psychological symptoms. Prologue tendency correlated negatively with education level. After statistically controlling for the effect of psychological symptom severity, perceived psychiatric stigma no longer correlated with somatic symptom severity. **Conclusion:** Somatization at the expressed mode may be affected by education level in Taiwanese. However, psychological symptom severity may play a mediator role in the relation between perceived psychiatric stigma and somatic symptom severity. The findings of this study suggest the need for awareness of potential somatization and the need for psychotherapy among mental health professionals. **Key words:** somatization; psychiatric stigma, stepwise semi-structured interview, content analysis