

國立臺灣大學理學院心理研究所

碩士論文

Graduate Institute of Psychology

College of Science

National Taiwan University

Master Thesis

精神分裂症風險青少年之自我感探測

Sense of Self in Adolescents

at Risk of Schizophrenia

劉于涵

Yu-Han Liu

指導教授：陳淑惠博士

Advisor : Sue-Huei Chen, Ph.D.

中華民國 100 年 8 月

August, 2011

## 摘要

自我的崩解、毀壞是精神分裂症的核心基礎，並且在疾病的前驅期即會出現一些因自我感改變所造成的異常自我經驗。本研究之目的在探索自我感困擾在不同罹病風險程度族群中的差別，及個體於疾病演進歷程中自我感的變化趨勢，以擴充對精神分裂症自我感困擾的認識。此外，本研究試圖了解風險族群中，自我感困擾對於日後精神分裂症是否發病的預測力，以期能提昇早期篩檢之精確度以利早期介入，進而降低精神分裂症對個體造成的影響。本研究藉由學校、醫院轉介系統以及大眾傳播媒體募集 324 位較具罹患精神分裂症風險之參與者。藉由臨床專業評估，依其風險程度分為：極高風險組（52 人）、中度風險組（41 人）與邊緣風險組（44 人）；亦包 48 位精神分裂症初次發病患者，以及 139 位健康正常參與者，以茲對照。使用工具為自填式問卷，包括：基本資料、前驅症狀量表、自我感量表以及身材外貌及自信評估。本研究採前瞻式研究方法，除了基礎線期的測量外，初次發病組及極高風險組每半年追蹤一次，其餘風險組及正常對照組則一年追蹤一次，追蹤為期兩年。研究結果顯示自我感困擾與正負性及解構症狀之相關未達顯著，然而與部分一般症狀達顯著相關（如睡眠障礙、不悅情緒）。不同風險組間自我感困擾無顯著差異；然而風險組及初次發病組的自我感困擾則均與正常對照組有顯著差異，顯示自我感困擾可區辨正常組及臨床組。自我感困擾嚴重度有隨著精神分裂症風險程度的升高而升高的趨勢。然而發病之後，其自我感困擾卻明顯下降。「自我認同遲鈍不確定」及「身材外貌現在相對於過去的差異」對於個體是否會轉變發病為精神分裂症最具預測力。本研究據以進行理論及臨床應用上之討論。

關鍵詞：精神分裂症、自我感困擾、異常自我經驗、極高風險。

# Sense of Self in Adolescents at Risk of Schizophrenia

Yu-han Liu

## Abstract

Self-disturbance is a disturbance caused by the alteration of the basic sense of self. It may be the core feature of schizophrenia and its prodrome. The purpose of the study was to explore the details of self-disturbance in individuals of different risk levels of schizophrenia, and to examine whether self-disturbance can be predictive to psychosis. A prospective study was designed on participants recruited by referrals from a community-based population. Through clinical interviews by experienced psychiatrists, three pre-psychotic risk groups were established: an ultra-high risk group (UHR;  $n = 52$ ), an intermediate-risk group (IRG;  $n = 41$ ), and a marginal-risk group (MRG;  $n = 44$ ). Also 48 participants with first-episode psychosis (FEP) and 139 healthy controls (NC group) were recruited as comparison. All participants were examine with Sense of Self Scale (SOS) to assess the severity of their self-disturbance, and the scale of appraisal of appearance and self-confidence to assess their subjective appraisal of the past, present and ideal appearance and self-confidence. In the two-year follow-up, the FEP and UHR were followed twice a year, and the rest once a year. Results revealed that self-disturbance could discriminate the healthy control and clinical groups (i.e. risk groups and first-episode group). And no matter observed

within or between groups, the trend of alteration in self-disturbance existed as that its severity increased as risk level increased; however, when participants converted to psychosis, the severity of self-disturbance decreased. Besides, one subscale of sense of self and discrepancy between appraisal of present and past appearance were predictive to the full-blown of psychosis.

**Key words:** prodrome, schizophrenia, self-disturbance, anomalous self-experience, ultra-high risk.

# 目 錄

<b>第一章</b>	<b>文獻回顧</b> .....	<b>1</b>
第一節	精神分裂症.....	1
第二節	精神分裂症前驅期.....	5
第三節	精神分裂症之自我感改變.....	10
第四節	研究目的.....	18
<b>第二章</b>	<b>研究方法</b> .....	<b>19</b>
第一節	研究對象.....	19
第二節	研究程序.....	19
第三節	研究工具.....	22
第四節	統計分析.....	28
<b>第三章</b>	<b>研究結果</b> .....	<b>29</b>
第一節	樣本特徵與流失分析.....	29
第二節	風險程度效果檢驗.....	32
第三節	轉變發病組 vs. 未轉變發病組.....	41
第四節	自我感困擾對於精神分裂症之迴歸分析.....	46
<b>第四章</b>	<b>討論</b> .....	<b>49</b>
第一節	自我感與精神症狀之相關.....	49
第二節	風險程度效果檢驗.....	49
第三節	自我感困擾變化趨勢.....	50
第四節	自我感困擾對精神分裂症之預測力.....	52
第五節	研究限制與研究貢獻.....	53
<b>參考文獻</b>	.....	<b>55</b>
<b>附錄</b>	.....	<b>62</b>

# 表 目 次

表 1-1 精神分裂症的前驅期症狀與徵候 .....	7
表 2-1 自我感量表刪題後各分量表之因素負荷量及內部一致性係數.....	26
表 2-2 再測樣本身材外貌及自信評估量表之描述統計及再測信度.....	27
表 3-1 基本人口學變項 .....	29
表 3-2 臨床樣本於前驅期症狀量表之差異比較.....	30
表 3-3 各時間點追蹤人數.....	31
表 3-4 自我感量表與前驅期症狀之相關分析.....	33
表 3-5 自我身材外貌及自信與前驅期症狀的相關分析.....	34
表 3-6 身材自信評估與前驅期症狀間的相關分析.....	35
表 3-7 自我感與身材外貌及自信評估間的相關.....	36
表 3-8 各組於各變項上的差異檢定.....	38
表 3-9 轉變發病組及未轉變發病組在初始點時各變項上的差異檢定.....	42
表 3-10 轉變發病組於發病前後之主要變項變動趨勢.....	44
表 3-11 自我感量表及外貌及自信評估的羅吉斯迴歸分析.....	48
表 3-12 差異分數的羅吉斯迴歸分析.....	48

## 圖目次

圖 3-1	各組於自我感量表上的表現.....	39
圖 3-2	各組身材外貌自評.....	39
圖 3-3	各組自信程度自評.....	40
圖 3-4	各組於身材外貌及自信評估差異分數上的表現.....	40
圖 3-5	轉變發病者於自我感量表各向度的變化趨勢.....	44
圖 3-6	轉變發病者於身材外貌評估的變化趨勢.....	45
圖 3-7	轉變發病者在身材外貌及自信評估上差異分數的變化趨勢.....	45

# 第一章 文獻回顧

## 第一節 精神分裂症

### 壹、病理特性

精神分裂症 (schizophrenia) 的病理概念源自 19 世紀，在 1899 年時，德國的精神醫學家 Kraepelin 首先提出「早發性癡呆」(dementia praecox) 的概念，強調這類患者在年輕時發病後，精神狀態會逐漸頹廢敗壞而缺乏動機。到了 1911 年，Bleuler 將「分裂」與「心靈」的希臘文結合起來，創造出一個新名詞「schizophrenia」，此概念便被延用至今。Eugen Bleuler 用此名詞表示：(1) 思考過程的破碎，(2) 思想和情緒的分裂；以及 (3) 從現實中退縮。

目前最常用的精神疾病診斷準則系統包含兩類，第一類是世界衛生組織頒佈之診斷準則 (International Classification of Disease [ICD])，其二為美國精神醫學會所頒佈之診斷準則 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder [DSM]) (胡海國，1997)。為了研究比較上的便利性，80 年代後兩診斷分類系統已逐漸趨相同。ICD-10 (胡海國、林信男編譯，1996) 對精神分裂症的描述為：

「一般特徵是思考及知覺的基本、特有的扭曲，及不適當的或遲鈍的情感。通常維持清楚的意識及心智的能力，雖然一些認知的缺陷在疾病過程中呈現出來。維持正常人的個別感、獨特性及自我導向的許多基礎功能發生障礙…幻覺，尤其聽幻覺最普遍，並可能會評論個人的行為或思考。」

DSM-IV- TR (孔繁鐘、孔繁錦編譯，2000) 對於精神分裂症的描述則為：

「精神分裂症之基本特質是一群具特徵性病徵及症狀 (正性症狀及



負性症狀)的混合體，它們在一個月期間出現的時間占相當高的比例，有些病徵並至少持續六個月..精神分裂症的特徵性症狀涵蓋相當範圍的認知及情緒功能障礙，其範圍包括：知覺、推論性思考、語言及溝通、自我行為監控、情感、思想及語言之流暢性及創造性、喜樂的能力、意志力及動機驅力、及注意力。正性症狀包含妄想、幻覺、解構的語言、及整體而言混亂緊張的行為。負性症狀包括情緒表現平板、貧語症、及無動機…。

現今在 DSM-IV 的精神診斷準則中，精神分裂症的臨床症狀則包括：(1) 一般妄想；(2) 一般幻覺；(3) 解構性言語；(4) 明顯的解構性 (disorganized) 或緊張性行為；(5) 負性症狀 (如情感遲滯、語言貧乏、意志缺乏)；(6) 特殊幻覺；(7) 特殊妄想：被控制妄想、思考插入、思考抽考、其他乖異妄想；(8) 社會功能 (工作、人際關係、自我衛生照顧) 障礙；以及 (9) 前驅或殘餘症狀 (如任何負性症狀或任何輕微的正性症狀：怪異意念、不尋常之感知經驗等)。

整合兩系統的描述討論，精神分裂症屬於功能性精神病 (functional psychosis)，主要特性為呈現思考、情緒、知覺、行為等多方面障礙，其精神活動與現實脫節，患者無法在現實生活中執行基本功能 (曾文星、徐靜，1998)。

## 貳、盛行率、預後及影響預後之因子

精神分裂症的發病年齡多在 15 歲到 45 歲之間，普遍來說，精神分裂症的疾病盛行率並沒有性別上的差異。但是，疾病初發年齡則因為性別的不同而有初發早晚的差別，統計調查發現：男性發病較早，約在 15 至 20 歲，女性發病年齡則稍晚，約為 25 至 35 歲 (楊連謙、郭葉珍，1991)。大致上盛行率在千分之一至千分之十三之間，台灣地區的流行病學調查則顯示盛行率約為千分之三左右 (李明濱，1999)。

疾病的預後狀況會影響病患個人社會與心理功能的恢復，Annesley 追蹤比較

各種精神疾病的症狀表現與預後情況，發現在各式精神疾病的相互比較之下，精神分裂症是預後狀況最差的疾病（引自林鍾淑敏，2002）。依據台灣本土的調查資料顯示（台北市立療養院，2000），在不區分年齡的情況下，精神分裂症的疾病預後可略分為三種情況：（1）約有 20% 的病患幾乎完全痊癒，可以繼續履行正常的生活功能；（2）約有 60% 的病患會殘餘部分症狀，需要持續接受治療與復健；（3）約有 20% 的病患會進入疾病慢性化的階段，身心功能逐漸退化。換言之，在精神分裂症患者中，能完全康復並免於症狀陰影的人數比例是較少的。

至於青少年的預後情況，根據 Taylor（1998）整理多個國家兒童/青少年人口群的臨床研究報告，發現青少年病患當中，約有 23% 至 25% 可以達到完全痊癒的狀況，而約有 23% 會殘餘部分症狀，在透過疾病治療與復健計劃之下可以達到逐步痊癒的狀況，剩下超過 50% 的青少年病患則會進入疾病慢性化階段，必須終生依賴精神醫療，甚至成為嚴重的慢性病患。以上資料顯示，於青少年時期發病的病患，將近一半以上會進入慢性化階段；因此，初發的年齡對於精神分裂症的預後是極重要的因素。

除了發病年齡以外，其餘預後較佳的相關因子則包括晚發病、女性、已婚、病前人格已發展健全、病前功能佳、病前有工作、急性發作、以正性症狀為主、明顯的病前促發因素、立即治療反應良好、活躍期較短暫、極少殘留症狀、沒有腦部結構異常、神經學功能正常、有情感性疾患之家族史、無精神分裂症之家族史、以及支持系統良好等（曾文星、徐靜，1998；張景瑞、胡海國、葉玲玲，2005）

Leff（1992）進一步探討「早發」與「慢性」兩特色對於青少年疾病預後的影響，發現罹患精神分裂症越久，疾病慢性化的特質越會影響病患生理方面的預後功能，例如癡呆、失去定向感、記憶力變差、缺乏動機等。然而，青少年病患的患病年數較短，所以精神分裂症的慢性化特徵對於青少年病患的生理功能不至於影響甚重；但是，精神分裂症的「早發」特質，則對於青少年病患的社會功能影響甚鉅。上述研究指出青少年病患的病前性格、社交活動能力、認知能力的發展情況，會影響其疾病預後狀況，對於早發性精神分裂症的青少年病患而言，

因為發病年齡較輕、生命經驗累積較為短淺（Cornett, 1989; Hollis, 1995），所以疾病初發之前未能有足夠的時間與刺激，得以發展健全的認知、人格、因應能力與社會技巧等，因此，青少年病患在社會功能的預後狀況通常較成人病患差。

簡而言之，精神分裂症是一個對個體各方面功能皆造成極大損害的疾病，並且其預後較差，復原比例較低。在青少年患者的身上，由於其發病前身心皆未發展健全，因而疾病的預後程度、生活適應等相較成人病患有著更大的挑戰。因此，精神分裂症的預防，尤其是在青少年身上預防介入有其必要及急迫性。以下便就與預防相關的前驅研究做探討及論述。

## 第二節 精神分裂症前驅期

### 壹、前驅期研究之重要性

精神分裂症是個預後不佳的疾病，Fallon（1992）表示，精神分裂症早期的診斷和介入可以減少或預防因精神病症狀造成的心理、社會功能的崩解。研究顯示，疾病初發時，若是延遲治療，則與較差的預後有關。例如，Johnstone 等人（1986）針對 253 位精神分裂症患者的研究中發現，超過一年以上才接受治療的患者，與較快接受治療的患者相比，在第二年會顯示出較高的復發率。Loebel 等人（1992）也發現，初發的患者平均花 52 週才去接受治療；此外，未接受治療期越長，便需要花更長的時間才能復原，且復原程度較低。因此，前驅期的研究除了有助於精神病之早期診斷與症狀管理外，對於預後也提供重要的參考訊息。前驅症狀的出現及持續長度可以預測精神分裂症的預後結果，也就是說，若前驅症狀的持續期間越長，便暗示預後可能較差（引自 Yung & McGorry, 1996）。由前述論證可知，精準地偵測前驅症狀，以及了解相關的預防、治療，是相當重要的。

### 貳、前驅期之定義及相關症狀

「前驅期」(prodrome) 指稱在某一疾病初發之前所出現的症狀或是徵候。以精神分裂症的前驅期而言，前驅期指稱前精神病 (prepsychotic) 時的一段期，個體在此時期中表現出偏離原有經驗與行為之狀態。因此，「前驅期」往往是一種回溯性 (retrospective) 之觀點，在診斷確立之後，才能確定「前驅期」之存在。

許多研究者透過長期的追蹤研究或是對於初次發病的精神分裂症患者進行深度訪談，以了解發病前出現可能對精神分裂症具有預測力的症狀。譬如，Huber 和 Gross（1989）將精神分裂症患者於發病前便出現一系列「細微、經驗性的

個人主觀異常經驗」命名為「基本症狀」(basic symptoms)。基本症狀涵蓋的範疇包括：動力、情感、思考、語言、身體知覺、動作、及壓力耐受性。Klosterkötter (2001) 的研究顯示，這些隱微的基本症狀對於精神分裂症有預測力及特定性。

此外，根據 Young 與 McGorry (1996) 之回顧性文獻指出，過往研究報告中最常見的精神分裂症之前驅期特徵，依序分別為：專注力與注意力之減低、動機或驅力之減低、憂鬱心情、睡眠障礙、焦慮、社交退縮、多疑、角色功能之缺損、及躁動不安。美國精神醫學會所編著的 DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) 中，亦列出九項精神分裂症之前驅期症狀，包括：

1. 明顯社會孤立或退縮
2. 角色功能明顯受損
3. 明顯之古怪行為 (peculiar behavior)
4. 個案衛生與衣著修飾 (personal hygiene and grooming) 明顯地變差
5. 淡漠 (blunted) 或不合宜的情感
6. 語言呈現離題 (digressive)、模糊 (vague)、過度精細 (overelaborate)、或繞圈子 (circumstantial speech) 特徵，或語言的量或內容貧乏。
7. 古怪的信念或魔奇思考 (odd belief or magical thinking)
8. 不尋常之知覺經驗
9. 顯著的缺乏動機、興趣或精力

雖然上述前驅期症狀之界定方式在穩定度與信度上招致不少質疑，且爾後再版的診斷系統 DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) 亦已經不列出上述前驅期症狀描述，但仍有許多研究報告持續說明或描述精神分裂症之前驅期症狀 (見表 1-1)。臨床應用上，這些資訊可協助對精神分裂症之前驅期有更深入的了解。

表 1-1

精神分裂症的前驅期症狀與徵候（引自 Young & McGorry, 1996）。

Cognitive changes 認知之變化	注意力受損、無法專注 (Disturbances of attention, inability to concentrate)
	出神、白日夢 (Preoccupation, daydreaming)
	思考阻斷 (Thought blocking)
	抽象能力減低 (Reduced abstraction)
Behavioral changes 行為之變化	角色功能之損害，包括學業、職業功能等... (Deterioration in school, work, or other role functioning)
	社交退縮 (Social withdrawal)
	衝動性 (Impulsivity)
	古怪的行為 (Odd behavior)
	攻擊行為、破壞行為 (Aggressive, disruptive behavior)
“Neurotic” symptoms 精神官能症狀	焦慮 (Anxiety)
	無法平靜 (Restlessness)
	憤怒 (Anger)，躁動 (Irritability)
Mood-related symptoms 情緒相關症狀	憂鬱 (Depression)
	興趣缺乏 (Anhedonia)
	罪惡感 (Guilt)
	自殺意念 (Suicidal ideas)
	情緒擺盪 (Mood swings)
Changes in volition 意志之變化	漠然、喪失動機 (Apathy, loss of drive)
	厭煩、失去興趣 (Boredom, loss of interest)
	疲倦、失去精力 (Fatigue, loss of energy)
Physical symptoms 身體症狀	身體抱怨 (Somatic complains)
	體重減輕 (Loss of weight)
	胃口差 (Poor appetite)
	睡眠障礙 (Sleep disturbance)
Other symptoms 其他症狀	強迫意念或行為 (Obsessive compulsive phenomena)
	解離性症狀 (Dissociative Phenomena)
	人際敏感度增加 (Increased interpersonal sensitivity)
	對自我、他人、或世界之知覺變化 (Change in sense of self, others, or the world)
	動作能力之變化 (Change in motility)
	偏差之說話方式 (Speech abnormality)
	知覺偏差 (Perceptual abnormality)
	多疑 (Suspiciousness)
情感之變化 (Change in affect)	

## 參、前驅期之概念重構

個體於前驅期時有許多症狀特徵，包括非特定性症狀，如憂鬱、焦慮、注意力減低、細微的異常主觀經驗等，也包括輕微精神病性症狀。然而，由於精神病前驅期的症狀或徵候如此廣泛，故對於之後精神病所能提供的預測能力（McGorry,1998）。具體而言，出現這些症狀後，個體可能會發展出精神病（真陽性，true positive），也可能不會（偽陽性，false positive）。因此，具有回溯性本質的「前驅」概念，便無法適切地應用於前瞻性研究。取而代之的是，「處於風險精神狀態」（At Risk Mental State [ARMS]）之概念。此概念暗示了，這些未達閾值的症候群（subthreshold syndrome），可以被視為發展成為精神病的危險因子，但是精神病並非不可避免之結果。

精神病的特定性預防（indicated prevention）必須奠基在 ARMS 特徵能夠對精神病之預測具有敏感性及特定性。許多研究皆致力於此，其中德國學者 Klosterkötter 等人（2001）評估一群有基本症狀的人格疾患或精神官能症患者，並持續追蹤多年。平均追蹤 8 年後，有 50% 的個案發展出精神分裂症。因此，出現某些基本症狀（如注意力、思考、知覺、語言、動作上有主觀困擾），被視為能高度預測後續精神病的發生。

Yung 等人（1998）於非特定性症狀上，增加其他危險因子，以增加 ARMS 症狀對於精神病的預測力，例如：除了非特定性症狀，亦加上家族精神病病史，或是輕微精神病症狀等更具特定性之症狀。Yung 的研究團隊使用此策略重新採用操作型定義，界定出三種精神病的極高危險群（ultra high risk [UHR]），包括：

### 1. 輕微精神病性症狀（Attenuated Psychotic Symptoms [APS]）

此群個體至少有一項異常經驗，但尚未達到精神病的強度。這類異常經驗包括關係意念，怪異信念或是神奇思想、知覺障礙、妄想念頭，怪異思想或是語言。異常經驗的發生頻率至少一週數次，而此精神狀況的改變持續至少一週，但不超過 5 年。

2. 短暫精神病性症狀 (Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms [BLIPS])

個體至少出現一項精神病症狀，且此症狀達到精神病的強度，但發作不頻繁，或是其症狀自行緩解前，總持續時間未達 7 天。此外，短暫精神病性症狀需於過去一年內出現。

3. 特質和狀態風險因子 (Trait and State Risk Factors)：

個體具有非特定性的症狀，但同時具有精神病的特質性因子，如一等親中有人符合 DSM-IV 診斷準則的精神病或是分裂性人格疾患。這些非特定性症狀必須要持續至少一個月，不得超過 5 年，並且明顯與失能或功能損失有關，與症狀出現前相比，整體功能評量表 (Global Assessment of Functioning Scale [GAF]) 的評估至少降低 30 分。

Yung 等人(2003)使用此新策略進行研究，招募 49 名精神病極高風險族群，一年後再次追蹤，發現 40.8 % 的極高風險族群發展為精神病。後續使用此準則進行前瞻性研究的團隊在兩年內有 20% 至 35 % 的極高風險族群亦發展為精神病 (e.g., Cornblatt et al., 2003; Haroun, Dunn, Haroun & Cadenhead, 2006; Yung et al., 2006)。由此可證，使用基本症狀加上精神病的特定風險因子所定義出的極高風險族群(UHR)，對於精神病的發展有較佳的預測力 (Yung, Stanford & Cosgrave, 2006)。本研究亦使用此準則做為篩檢極高風險族群的策略。



### 第三節 精神分裂症之自我感改變

“失去自我”這件事最可怕的部分就是它可以極沉默地發生在世界上，卻如同什麼事都沒發生一般。沒有任何東西的失去會如此安靜——一隻手臂、一條腿、五塊錢、妻子...等——一定會被注意到的。

— Søren Kirkegaard (引自 Parnas,2003)

#### 壹、被忽略的自我

精神分裂症於各方面的研究，一直是精神醫學界的焦點。過去的研究多偏重從症狀或基因等相對客觀的角度進行分析，但從臨床角度觀之，精神病患者的主觀經驗亦具有值得探討的價值。「精神分裂症公報期刊」(Schizophrenia Bulletin) 1989 年的 15 卷第二期，即以「精神分裂症與相關疾患的主觀經驗」(Subjective Experiences of Schizophrenia and Related Disorders) 做為專題，集結多位學者的相關論著。爾後，針對精神分裂症患者主觀疾病經驗的論述便明顯繁盛起來。然而，有關精神分裂症病患「自我」的相關研究，並非遲至 90 年代才開始，早在許久以前，便已有學者發現精神分裂症伴隨著極鉅大的自我轉變。

Eugen Bleuler 在 1911 年系統性地分類組織精神分裂症的眾多呈現方式，並注意到患者的自我會經歷到極多樣的改變，包括自我的分裂、失去活力的感覺或引導思考的能力。甚至，Bleuler 定義精神分裂症為「此疾患特徵為失去人格的整合性……」之後，當其論及精神分裂症的「附加症狀」(accessory symptom) (亦即幻聽與妄想) 時，補充說明「每件事都變得不同了；不論是個人本身還是外在世界…這個人失去了時間和空間的界線了…不論內在或外在他都極困難地自我定向。」(引自 Lysaker & Lysaker, 2008)

Kraepelin 雖然較少描述精神分裂症自我經驗，但其認為自我的崩解似乎是此疾患的基礎面向。其提及「早發性痴呆由一系列的症狀組成，普遍的特徵是其精神人格內在連接的摧毀」。另外，其也指出「精神分裂症的核心特徵是失去

內在意識的統合 (loss of inner unity of consciousness)，宛若交響樂團缺少指揮。) (Lysaker & Lysaker, 2008; Sass & Parnas, 2003)

雖然「自我」對於精神分裂症的重要性早已被發現，但其在研究領域當中鮮少被視為要角，並且，在此多面相且複雜的疾病中，自我的障礙常與其他症狀被放在同等的位階上。此外，精神分裂症患者的「自我」，不只在研究領域中被忽略，甚至在臨床場域中也常被忽視。研究顯示，精神分裂症病譜的患者在發病前（甚至在出現短暫或弱化的精神病性症狀前），會出現較隱微的基本症狀，其中亦包含自我感的改變 (Schultze-Lutter, Ruhrmann, Berning, Maier & Klosterkötter, 2008)。在此段時期中，大多數患者可感受到自己的異常，並且有極高比例會至精神科就診。然而，於極初期就診的患者，亦有極高比例會被診斷為其他精神疾患，如憂鬱症與焦慮症 (Parnas & Handest, 2003)。被誤診的原因之一，可能是因為這些現象很隱微，不易以口語表達，亦不易使用精準的詞彙來呈現這樣細緻的主觀改變和主觀感受。另一原因，則源於長期以來對精神分裂症之非精神性主觀經驗的忽視，致使專業人員無法立即察覺精神分裂症存在的可能性。其中，最核心卻又最易被忽略的便是自我感的改變，以及相關的異常自我經驗 (anomalous self-experience)。

「異常自我經驗」在概念上不同於「病態自我經驗」，指稱尚未達精神病，但是已與正常不同的一些感受與經驗；而「病態自我經驗」指的則是經歷精神病症狀（如幻聽、妄想）的描述與感受。「自我感改變」所造成的異常自我經驗，是精神分裂症核心且基礎的困擾，潛藏在表淺且看似缺乏明顯關連性的正、負性或解構症狀之下。因此，相較於較明確定義或易觀察的正性症狀，對於前驅期的患者而言，要細緻地描述這些異常經驗，的確有其困難。

直到近年來，許多研究者再次重視精神分裂患者的主觀經驗，不再僅以症狀、分類來標定患者，因而重新檢視其異常主觀經驗。許多研究者透過深度訪談，標認出精神分裂症及其前驅期患者的異常自我經驗，並加以分類，重新確認標定精神分裂症患者自我感的重要性。

90年代後，關於精神分裂症患者自我感改變的研究發現，自我感的改變不只是精神分裂症的重要特徵，更是區分精神病譜與其他精神疾病的重要特徵。Parnas、Jansson 及 Saebye (2003) 使用 DSM-IV 做為診斷準則，調查殘餘型精神分裂症患者和緩解中精神病性雙極情感障礙患者 (psychotic bipolar illness) 的基本症狀，發現自我經驗異常最能顯著區辨兩組患者。此外，Handest (引自 Parnas & Handest, 2003) 針對 155 位根據 ICD-10 診斷準則界定的初發患者 (包括精神分裂症病譜疾病、分裂病性疾患、其他非精神分裂症譜疾患) 分析其自我感，結果再次顯示，自我異常經驗是精神分裂症病譜疾病所特有的情況，並且是精神分裂症前驅期的顯著特徵。值得一提的是，無論在 ICD-10 或 DSM-IV 的診斷準則中，精神分裂症皆無「自我經驗異常」的診斷準則，不過，實徵研究卻一再顯示出它的區辨性。

基於上述理由，有學者提出假設，主張外顯的精神病性症狀 (如幻聽) 只是狀態性的特徵，為暫時性的本質；但異常的自我感卻被視為特質性的特徵，為精神分裂症病譜的核心脆弱性 (引自 Davidsen, 2009)。此假設亦經過實徵性研究支持。Handest 和 Parnas (2005) 針對 151 名初次住院的患者，包括了 51 名有精神病性診斷、50 名有分裂病性診斷、50 名其他診斷 (包括情感性疾患、強迫症、焦慮疾患、飲食疾患、及人格疾患) 做多方面的測量及分析。結果顯示，分裂病性患者在精神病性症狀與情緒症狀上，與精神病性患者及其他診斷患者的得分不同，但是在「異常自我經驗」向度上與精神病性患者的得分相同，且得分顯著高於其他診斷患者。由上述論述可知，「自我感改變」不只是精神分裂症的核心特徵，亦為精神分裂症譜的重要特徵。

## 貳、自我感改變

在進一步探討精神分裂症患者之自我感改變前，必須先與其他精神分裂症「自我」相關的研究做區分及澄清。Estroff (1989) 對於精神分裂症給予精準的描述：「精神分裂症不只是個人具有的病 (one has)，它就是「個人所是」(one is)

與「個人可能成為的」(one may become)。古今中外探討精神病患者的「自我」之研究不算太少，其中亦有不少研究嘗試貼近患者的主觀經驗進行描述，以探究精神病對於患者自我概念與自我認同的影響。這些研究多著重在精神病患者罹病之前後會面臨到的各式問題，包括病患個人生理健康與疾病角色認知的改變、病患如何適應社會壓力與衝擊的因應歷程等。

然而，此處將探討的「自我感」(sense of self) 當中的「自我」，並非與意識流分隔或是在意識流之上的「self」或「I」，而是最基礎、與主觀經驗無法分開的自我覺察。這樣的「自我」在正常的個體身上，是「經驗的擁有者是誰」或是「動作執行者是誰」等最立即、直接、且不需思考的感受。然而，就因為其是如此「基礎」且自然地存在每個經驗當中，當它崩解時，所造成的影響及改變便更深遠。許多研究者在精神分裂症及其前驅期的患者身上不同層面的主觀描述中，觀察到「自我感」的改變，包括了以下面向：

### 自我覺察及存在的改變

現象學概念中的「存在」(presence) 暗示了個體與世界的互動。一般而言，自我感(sense of self)與和沈浸在世界中的感受(sense of immersion in the world) 是不可分開的；也就是說，當我們直接(而非推論式)覺察到我們的想法、知覺、感受、疼痛，這些都會以第一人稱的方式立即被視為「我的經驗」，成為基礎的自我意識。因此，個體要能覺察到「自我」，就不能將「自我」與「經驗」分離。換言之，在正常的經驗中，自我感和經驗應該是沒有距離的；然而，處於精神分裂前驅期的個體中，這種前反思的自我覺察很可能被扭曲了，個體對於「存在」的感受是異於一般人的，亦即，其自我感與實際的經驗感受是分開的，例如他們對於自己的經驗，會報告成這「好像」(as if) 是我的經驗，而無法直接不需思考地確定「這是我的經驗」。這個現象似乎是最早且最主要出現於精神分裂症的前驅症狀，且這樣的扭曲造成多方面自我感的質變 (Parnas et al., 2005)。

患者會經歷到自我感的減少，那是一種廣泛性的內在空虛感，個體缺乏內在

核心與自我認同，甚至感覺自己似乎不存在或是與他人極度不同。個體若缺乏如此最基礎的自我，可能與廣泛的負向自我形象有關，使得個體一直有羞恥感或是自卑感（不論是否有具體、可理解的情境脈絡）。患者可能會抱怨「我似乎不是這世界的一部分；我有種怪異的感覺，似乎我是我是從另外的星球來的」、或是「我似乎不再存在了，我無法接觸到自己；有種空洞淹沒了我，似乎我停止存在了」（Parnas et al., 2003）

此外，自我感的改變會形成扭曲的第一人稱觀點（distorted first-person perspective），相關現象至少包括了降低或是時序延遲的屬己性（mineness）、自我及經驗間普遍有經驗性距離。當「屬己性」降低時，個體無法立即感受到「這是我的經驗」，或是此感覺會在在經驗後延遲幾秒才產生，甚至個體可能會覺得這些想法、感受、動作只不過是機械化地呈現，不具人性。個體可能的陳述為「我感覺到似乎不是我在經驗這個世界；就好像是其他人在這裡而非我」或是「我常感覺到似乎不是我在做這個動作，但是我知道事情不是這樣子的」。

如前面一再提及的，在一般的經驗中，自我感與經驗是結合的；即使內省的過程中，在觀察的自我及被觀察的自我也都是相同的，而非不相干的兩個個體。然而，在精神分裂症前驅的過程中，自我感及經驗持續的分離，使個體無法完全地經歷、感受，反而「自我」變成自己思考內容、執行動作的觀察者，產生自我監控之感；於是乎，第一人稱的感受經驗觀點，卻被第三人稱觀點取代了。若是這樣的狀況持續增強，個體可能變成有雙重或是分裂自我之感。患者的口述可具體的描述此現象感受：

「我的第一人稱觀點被第三人稱觀點取代了。當我在聽收音機時，那些聲音都不夠飽滿，好像聲音哪裡出了問題。我不斷嘗試調整收音機，皆無任何幫助。最後我發覺我正在觀察自己的感官歷程，而不是在經驗當下。」

「我不斷地監視我自己。甚至在與他人對話時我一直不斷地觀察自己，

以致於有困難掌握對方所表達的內容、論點。」

伴隨著扭曲的第一人稱經驗，個體漸漸對自我、自己的心思運作、想法、情緒、行為感到陌生，而有自我疏離感（self-alienation）。而由於個體無法完全經驗、參與這個世界，個體漸漸失去被人事物影響、激勵、感動、刺激的能力。具體的範疇包括了對於社交冷感（social hypohedonia）、情感或認知活動降低、對外界無感（apathy）；廣泛而言，個體可能會覺得與世界隔絕，似乎自我與世界間有障礙。有時，這樣對外界的距離感，伴隨著外顯的知覺感受改變，如物體變得遙遠，或是顏色變暗了。

當自我覺察及存在出現改變時，對個體的影響不只是經驗的本質會改變，甚至會造成自我認同的困惑。不穩定的自我感使個體主體性的核心出現了空洞，而這樣的空洞剝奪了個體原先表現出典型及熟悉的行為的傾向，這傾向正常而言深深影響甚至個體的認知和情緒。因此，個體的自我認同開始模糊，不確定自己是誰，甚至覺得自己似乎是其他的人。

### **身體經驗的改變**

意識經驗（conscious experience）並非純然是認知或靈性經驗，也與身體存在和經驗緊密交織；這般身體與意識交織纏繞的經驗也是構成自我的基石

（Parnas & Handest, 2003）。一般說來，身體的身體感是透過雙重作用形構出來的，身體的第一重形構是它做為物理事實，可以像一般物理材料那樣具有客觀的空間擴延，也有一般物理材料的種種性質；其次，身體的第二重形構是這種「物質」被視為「活生生的身體」，有主觀的知覺及記憶經驗，這種感覺在身體的表面和內部不斷發生（龔卓軍，2006）。身體經驗不停地擺盪於這兩種模式間，構成經驗感受的基礎。對於精神分裂症前驅期的個體而言，身體主觀性和物理性的經驗距離越來越大，並且傾向於將身體經驗為物體。

於前驅期常見的改變是患者的身體（或是某一個部位）被知覺為「奇怪」、「外來者」、「無生命」、「彼此分開」、「被拆放在他處」、「不存在」。患者可能會抱怨：

「我有種感覺，我的左右手好像交換位置了」、「我有種奇怪的感覺，這好像是別人的身體」、或是「我知道這是我的身體，但是他們沒辦法好好的組合，就像是我的頭只是剛好被放到這個身體上面一樣」。

其次，對處於前驅期的個體而言，關於身體經驗的困擾也包含形態上的改變：其身體（或某部位）可能會感覺到更重、更輕、更小、更大、更長或更短。例如，患者覺得身體變小，變得「不合身」而說「我覺得我的身體太小了以致於無法住在裡面」或是「住在裡面不舒服」。這樣的形態改變感覺可能會伴隨對於身體改變的視幻覺；其中最著名的就是鏡映現象（mirror phenomenon）。患者知覺到外貌變化，而不停地詳細審查自己鏡中的樣貌。當凝視著鏡中的自己時，患者可能會覺得眼睛看起來乾枯、空洞，或是臉部似乎變形扭曲了。有時，患者知覺到的外貌是可怕、怪異的，而被驚嚇，可能從大量地照鏡子，變成避免鏡子或是避免能反射自己面貌的物品。

除了可能在形態上的知覺產生錯覺外，患者也可能產生不尋常的身體知覺，例如感覺到身體麻木、僵硬、或觸電感，甚至可能感到身體異常地輕或重，或下沉感。

### **自我界線改變**

從現象學的角度而言，我/非我的界線（demarcation）是感受經驗的基要條件；也就是，當「我」能夠區分「自我」與「他人」時，才可以有「這是我的感受」的經驗屬己感（the sense of myness of experience）。許多學者皆觀察到自我界限（ego boundary）的缺損是精神分裂症病患的一個主要特徵。簡而言之，精神分裂症患者缺乏清楚的界限來區分內在與外在世界（Gabbard, 2005, 2007）。此自我-世界之間的界限崩壞會對於「自我覺察」及「自我的存在」皆造成極大的影響（Parnas et al., 2005）。在此情況下，患者會將自我的經驗與他人的經驗混淆，例如患者和他人對話時，會無法區分這是誰的想法、感受，或這是誰產生的語言，而因此覺得好像被對話者入侵或侵略。此外，當患者站立在畫像或自己的反射像

前（如鏡子或是櫥窗），可能會無法分辨「誰是誰？誰在哪裡？我在哪裡？」，因此，有些患者會穿較緊的褲子或繫上較緊的腰帶，以隨時確保自己的存在及位置。關於「經驗產生者的混淆」不只是眾多學者質性的訪談及觀察，採用實驗認知派典的研究也發現，精神分裂症或分裂病性人格患者擁有較弱的自我踐行感（self-agency）。Asai 與 Tanno（2008）的研究發現分裂病性人格組及正常組按鍵後皆會出現聲音，但分裂病性人格組較容易覺得聲音是由他人操弄產生，而非由自我操弄所產生。

處於精神分裂前驅期者，除了抽象的自我/非我界線模糊，而對自我的經驗時常感到困擾外，實際身體與外界的區隔也可能會模糊；患者可能會經驗對外界是「開放、透明的」，或是擁有「極度薄的皮膚或障礙物」。以下為一患者的主觀描述：「我的體液會傳輸到外界；那些體液一定是空氣分子、汗滴和一些皮膚殘骸的混合物」



## 第四節 研究目的

綜合前述的文獻探勘，精神分裂症為預後極差的精神疾病，尤其在早發的族群當中，帶來的負面影響更大，復原預後也更加困難。因此，對青少年族群進行精神分裂症的早期偵測及介入，顯得格外重要。過去的學者已發現精神分裂症相關的前驅症狀，然而，前驅症狀對精神分裂症的預測及區辨力仍需進一步的檢驗。在前驅期的改變中有一相當重要卻長期被忽略的現象，亦即自我感的改變及相關的異常自我經驗。過去的研究已對精神分裂症自我感有些許探討及論述。然而，由於自我感改變是極細緻且不易具體覺察與主動描述的經驗感受，因此過去的研究多透過深度質性訪談的方式了解異常自我經驗。相較前者，現有的量化研究則常使用測量基本症狀的量表中與自我感相關的題目進行評估，不過缺乏多元及細緻的自我感描述。因此，本研究修正過去研究評估自我感改變的方式，嘗試以量化但較為細緻的描述來評估。此外，過去的研究多採用橫斷式研究，使用精神分裂症患者或分裂病性人格個體與其他診斷族群比較其自我感。然而，這類研究方式缺乏前驅期（高風險）自我感改變的資訊，亦不了解從高風險個體至真正確診為精神分裂症患者的自我感之改變趨勢。因此，本研究採用精神分裂症風險族群的研究派典，瞭解自我感改變在不同風險族群中的差別，並使用前瞻性研究設計，檢驗個體在疾病演進的歷程中，自我感的變化趨勢，以擴充對於精神分裂症自我感改變的認識。

綜合上述，研究之目的有五：

1. 改善過去自我感的研究方式，發展較為細緻描述的量化評量工具。
2. 檢驗自我感的改變與精神病性症狀呈現的關連。
3. 瞭解精神分裂症不同風險程度族群中自我感的差別。
4. 瞭解精神分裂症風險族群在疾病演進歷程中，自我感的變化趨勢。
5. 瞭解風險族群的自我感呈現對於轉變為精神分裂症是否具有預測力。

## 第二章 研究方法

### 第一節 研究對象

本研究之研究對象為國衛院計畫「早期精神分裂性障礙症的精神病理演變研究 (A Study on Psychopathological Progress of Early Schizophrenia-like Disorder, SOPRES)」之參與者。正式收案期間為 95 年 7 月 1 日至 99 年 8 月 31 日止。本研究使用多重管道接觸社區大眾，包括中學教師、大學和公眾諮商服務中心、高風險家庭、精神科門診、網路、大眾媒體等募集研究參與者。研究對象收案來源包括：1) 學校、2) 一般精神科門診、3) 思覺障礙門診、4) 舊計畫中高風險家庭(家中有精神分裂症患者)、以及 5) 一般公眾。其中，學校轉介個案共 48 名，門診轉介個案 129 名，舊計畫引介個案 2 名，公眾 114 名，特別門診個案 64 名，研究對象共 357 名；剔除掉拒訪 23 名、廢卷 8 名、不符合收案條件 1 名、錯失收案時機 1 名，共剔除 33 名，最後有效樣本人數總共 324 名，包含男性 152 名(46.9%)，女性 172 名(53.1%)。參與者年齡介於 15 至 33 歲，平均年齡 21.52 歲(標準差 4.00)。

### 第二節 研究程序

本研究為前瞻式縱貫研究，採個別施測方式進行資料收集。收案流程可分為：1) 轉介及招募研究對象、2) 判別精神病性風險程度、3) 基準線評估，以及 4) 後續追蹤。各部分之內容詳述如下：

#### 壹、轉介及招募研究對象

本研究團隊透過多重管道招募及相關單位轉介研究對象，即，懷疑正處於潛伏期或是精神分裂症初發而轉介進入研究程序者至少需符合兩項 CASIS 之判準(必定包含認知功能退化，以及其他三項準則中至少一項)：

- C (cognitive deficits)：，主觀報告智能退化、無法集中思考、學習效率低落、僵化思考；
- A (affective symptoms)：出現無法解釋的焦慮、非典型憂鬱症狀、恐懼、強迫想法、慮病意念；
- S. I. (social isolation)：少親密好友、退縮、疏遠、冷漠、孤立、時常無故缺席；
- S (school failure)：學業表現顯著下降，甚至退學。

若被轉介者符合下列任一條款，則無法參與後續研究：

- 智力表現低於 70；
- 有中樞神經系統之疾病史；
- 器質性腦病變者(如：腦傷)；
- 精神病距初發已一年以上；
- 藥物濫用者；
- 年齡小於 16 歲。

## 貳、判斷臨床風險程度

符合招募條件的研究對象由專業精神科醫師<sup>1</sup>進一步問診、篩選，了解其精神病性風險程度，並將其分組。分類的組別包括三個假設性的精神病性風險組及一個精神病初發組（Liu, et al., 2011），詳細描述如下：

- 初次發病組(First Episode Psychosis, FEP)：研究對象在過去一年內初發，並符合精神分裂症 (schizophrenia)、類精神分裂性疾患 (schizophreniform disorder)、分裂情感性 (schizoaffective disorder) 或短

---

<sup>1</sup> 臺大醫院精神部胡海國醫師、劉震鐘醫師、賴孟泉醫師、丘彥南醫師、曾懷萱醫師、劉智民醫師

期精神病性疾患 (brief psychotic disorder) 的診斷。

- 極高風險組(ultra-high risk Group, UHR)：研究對象有減弱的神經病性症狀 (attenuated psychotic symptoms, APS) 或有短暫神經病性症狀 (brief limited intermittent psychotic symptoms)，符合過去研究中神經病極高風險族群的條件(McGorry et al., 2003)。
- 中度風險組(intermediate-risk group, IRG)：研究對象有些怪異的外表、行為、言語、想法或知覺經驗，並不符合極高風險群的條件，但部分符合 ICD-10 中分裂型人格疾患的定義 (ICD-10 的 9 項描述中，至少需出現 3 至 4 項，但持續時間不一定需「兩年」以上)。
- 邊緣風險組(marginal risk group, MRG)：研究對象些許符合 CASIS 中描述的症狀，然而不符合中度風險組的條件，亦無法以任何其他精神診斷解釋。

除了四組臨床組外，研究團隊也招募了年齡、性別皆相匹配的健康研究對象，做為一般對照組。用於判斷臨床風險程度之研究工具於下一節詳述。

## 參、基準線評估及後續追蹤

研究對象經過專業精神科醫師以診斷式晤談，了解其神經病性風險程度並分組，於知情同意後，便接受基準線評估，填答個案基本資料，自我感量表、外貌及自信評估量表 (研究工具之相關細節於下一節論述)。

後續追蹤部分，研究設計上每個研究對象會接受兩年的定期追蹤，每次追蹤會接受晤談及填寫相同問卷，視神經病性風險程度不同而有不同的追蹤頻率。一般對照組以及風險程度較輕的中度風險、邊緣風險組會一年追蹤一次，共計被追蹤兩次；風險程度較嚴重的極高風險組及初次發病組則是半年追蹤一次，共計被追蹤四次。

必須一提的是，研究進行期間，某些研究對象已開始接受精神科治療，會定

期會診；因此，發現其風險程度或診斷改變的時間點不一定是後續追蹤的時間點。然而，即使其風險程度或診斷未達追蹤時間點便改變，仍然會至預定的時間間隔才請研究對象填寫問卷，進行後續評估。

### **第三節 研究工具**

此部分將說明研究工具的建立與信效度檢驗過程。研究工具共包含四個部分，分別為：研究對象基本資料及疾病史，判斷臨床風險程度之工具、自我感與經驗量表、外表及自信評估量表。

#### **壹、基本資料及疾病相關資料**

基本資料部分，包含研究對象的姓名、性別、年齡、教育年數、目前工作狀況、目前婚姻狀況。

疾病相關資料部分，包括收案來源、父母有無精神疾病史、目前精神狀況及風險程度、研究對象精神疾病史。

#### **貳、判斷臨床風險程度**

##### **Thought/Perception Diagnostic Interview Schedule (TP-DIS)**

精神科醫師晤談時會使用 TP-DIS 協助了解其精神病性風險程度。此診斷會談目錄為此研究團隊用於判斷研究對象精神病風險程度的整合性工具，包括：1) Latent Schizophrenia Scale，6 題；2) Structured Interview for Schizotypy (SIS)，從中萃取出 14 題；3) Scale of Prodromal Symptoms (SOPS)，19 題；以及 4) 精神疾病診斷與統計手冊第四版，精神分裂症專家診斷衡鑑表。各量表之特性及內容如下：

## 1. Latent Schizophrenia Scale (LSS)

此量表為研究團隊於另一研究計畫所發展的量表，用於篩檢潛伏型精神分裂症的相關症狀，此量表包含六個向度，包括：思考、經驗、不適切的行為表現、情感、人際互動、與泛精神官能症(pan-neurotic)。

## 2. Modified Structured Interview for Schizotypy ( modified SIS)

SIS 為 Kendler (1989)所發展的晤談工具，用於評估類分裂性 (schizotypal) 症狀及其嚴重度。SIS 包含兩個部分，第一個部分為透過結構化的晤談，得到受訪者自我報告的類分裂性症狀 (symptoms) 及其嚴重度；此部分共有 19 個向度，為 7 點量表。第二部分則為類分裂性徵候 (signs) 的部分，為晤談者於會談中對受訪者的行為觀察，依據不同的面向給予評分，包含 5 個主要向度。

中文修訂版的 SIS (Chen, 1998) 將原版第一部分縮減為 13 項症狀向度 (7 點量表，0-6)，包含社交性孤獨 (social isolation)、內向 (introversion)、敏感性 (sensitivity)、感受被輕視的憤怒 (anger to perceived slights)、社交焦慮 (social anxiety)、關係意念 (idea of reference)、多疑猜忌 (suspiciousness)、病態性忌妒 (pathological jealousy)、情感表現受限 (constricted affect)、奇異思考 (magical thinking)、錯覺 (illusion)、類精神病性症狀 (psychotic-like symptom)、與性趣缺乏 (sexual anhedonia)。

此外，將原本第二部分修改為 6 項徵候(5 點量表，0-4)，包括信賴關係不佳 (rapport)、情感表現受困 (affect)、言語或思想混亂 (organization of speech/thought)、古怪或奇特的行為 (odd/eccentric behavior)、多疑或警戒(suspiciousness/guardedness)、與暴躁易怒 (irritability) (江佩瑜，2002；Lien, 2010)。

## 3. 前驅性症狀量表(Scale of Prodromal Symptoms, SOPS)

前驅性症狀量表是 Structured Interview for Prodromal Syndromes (Miller, 1999; SIPS)的一部分，用以量化評估精神病性前驅期的症狀嚴重度。量表由 19 個題目

組成，計分採 7 點同意量尺，從 0 (從未出現) 至 6 (極度嚴重)。量表有四個分量尺，包括正性症狀 (5 題)、負性症狀 (6 題)、一般精神病理 (4 題)、混亂性症狀 (4 題)。

#### 4. 精神疾病診斷與統計手冊第四版，精神分裂症專家診斷衡鑑表

此專家診斷衡鑑表為將 DSM-IV 中精神分裂症的準則條列化，並加上計分系統，如準則 A 之特徵性症狀每一症狀分別以 0、1、2、9 之數字代表「無、輕微、明顯、不適用」；而準則 B 至 F 則以 0、1、9 三種判斷分別代表「不合、符合、不適用」。最後，準則 G 則是依據準則 A 至 F 之符合項目，判斷研究對象是否符合精神分裂症的診斷準則。

#### 臨床風險程度判斷之信效度

Liu, et al. (2011) 為了解使用 TP-DIS 做為判斷研究對象臨床風險程度工具之信效度，選定了 30 位研究對象同時接受兩位專業認證精神科醫師問診 (劉醫師及賴醫師)，兩位醫師各自就問診內容評量 TP-DIS 上各題項之分數。分析結果，兩位醫師於臨床風險判斷達到高一致率 (ordinal correlation Kendall tau = 0.92)，並且每一題目間的一致評分也有不錯的一致性。

#### 參、自我感量表 (Sense of Self Scale, SOS)

本量表為陳淑惠教授所編製，命名為「自我感量表」。陳淑惠教授參考過去文獻以及綜合多年對於精神分裂症前驅個案的臨床經驗觀察後，認為精神分裂前驅期時的「自我感」改變包括「疏離感受」(Sense of Alienation)，「自我認同遲鈍不確定」(Blunting and Obscuration of Self-identity)，「缺乏自我掌控感」(Lack of self-controllability & mastery)，憂慮思考傾向 (Tendency of Broody Pondering) 等四個潛在向度，並依照概念中的四個向度編寫題項，共編製 34 題。本量表為自陳式量表，採取四點量尺，選項包括「幾乎從不如此」(0)、「偶爾如

此」(1)、「有時候如此」(2)、及「幾乎總是如此」(3)，全量表或分量表總分越高，表示個體自我感之負向化程度越嚴重。

量表建構及信效度分析的前置研究樣本為台北中華中學及三民高中學生共 354 名，其中男生 180 位 (51%)，女生 174 位 (49%)，平均年齡 16.23 歲 (標準差為 0.50 歲)。

量表結構方面，為確認前述假定向度是否具獨立意義，進行探索性因素分析，依階級檢驗及理論意涵決定因素數目，使用最大概似法 (Maximum Likelihood) 估計因素負荷量，並進行 Promax 斜交轉軸。分別取三至五因素的分析結果顯示四因素結構最具解釋性。

為得到單純因素結構，刪除因素負荷量過低，或同時在兩個以上因素的因素負荷量過高的題目，共刪除 5 題(原題本之第 4, 5, 8, 14, 31 題)。最後，依題旨及理論意涵進行因素命名，因素一包含 9 題，命名為「疏離感受」(Sense of Alienation, SOA)；因素二包含 9 題，命名為「自我認同遲鈍不確定」(Blunting & Uncertainty of Self-Identity, BUSI)；因素三包含 7 題，命名為「缺乏希望及自我掌控」(Lack of Hope & Self-Mastery, LHSM)；因素四包含 4 題，命名為「自我責怪貶抑」(Self-Blaming & Devaluation, SBD)。因素結構與各題之因素負荷量詳見表 2-1。因素得分以加總計分，其中，因素三皆為反向計分題。此四因素可解釋之總變異量為 40.64%。

信度方面，總量表內部一致性係數(Cronbach's  $\alpha$ )為 .88，其餘各分量表之內部一致性係數介於 .77 至 .85。再測信度部分，再測間隔為 21 天，隨機抽樣原學生樣本 (抽 88 人，有效樣本為 84 人)，量表總分之再測信度為 .83，分量表之再測信度介於 .68 至 .83，顯示此量表有良好的信度及穩定度。



表 2-1

自我感量表刪題後各分量表之因素負荷量及內部一致性係數 ( $n = 354$ )

量表量目	因素一	因素二	因素三	因素四
	SOA	BUSI	LHSM	SBD
24. 感到自己無法參與別人正在做的事情	<b>.84</b>	-.20	.05	.13
30. 覺得自己很難與人深交	<b>.72</b>	.03	.01	-.01
03. 感到我所認識的人都不怎麼友善	<b>.55</b>	.11	.00	-.11
15. 與別人在一起時感到孤獨寂寞	<b>.48</b>	.28	.03	-.09
20. 覺得幾乎沒有人真正關心我內心感受	<b>.45</b>	.20	-.04	.03
16. 想到我的朋友會厭倦我及我的問題	<b>.42</b>	-.02	-.07	.25
25. 遇到問題時覺得很難指望別人幫忙	<b>.42</b>	.08	.04	.05
11. 對我生活中很多重要的事覺得無法改變	<b>.41</b>	<b>.31</b>	.03	.00
22. 覺得在生活中被人支使來支使去	<b>.38</b>	.14	-.03	.00
02. 感到不能確定我到底是誰	.05	<b>.76</b>	-.10	-.20
18. 我對自己感到陌生	.07	<b>.64</b>	-.04	.01
28. 對人生充滿懷疑	.18	<b>.58</b>	.02	.02
29. 感到莫名奇妙的不安	.20	<b>.57</b>	-.02	.09
12. 不知道自己對自己的期望是什麼	.04	<b>.49</b>	.21	.05
10. 不知道別人對我的期望是什麼	-.06	<b>.41</b>	-.09	.05
19. 覺得自己很難投入正在做的事情中	-.03	<b>.40</b>	.07	.09
26. 生活中覺得很難確定要做些什麼	.24	<b>.40</b>	.11	.12
01. 對發生的事感到無法控制	.22	<b>.35</b>	-.18	.07
06. 覺得自己未來能達成願望	-.10	.11	<b>.81</b>	.07
07. 覺得未來可以成為自己想變成的那種人	-.17	.10	<b>.75</b>	.10
17. 任何我想做的事我都能做到	.11	-.19	<b>.60</b>	.11
13. 對自己抱持著正向的觀感	.15	.05	<b>.54</b>	-.04
23. 未來情況如何取決於我自己	.01	-.06	<b>.44</b>	-.09
09. 認識的人遇到問題時我覺得應該幫她	.22	-.15	<b>.43</b>	-.28
21. 思考最近的情境希望可以變的更好	-.14	.00	<b>.36</b>	-.16
34. 覺得自己搞砸許多事	-.11	.19	-.05	<b>.76</b>
33. 覺得自己不如別人	.16	-.14	-.01	<b>.74</b>
27. 覺得自己的外貌變難看了	.22	-.09	.02	<b>.49</b>
32. 想到自己真是自私	-.04	.24	-.03	<b>.46</b>
<b>Crohbach's <math>\alpha =</math></b>	<b>.85</b>	<b>.83</b>	<b>.76</b>	<b>.77</b>
<b>再測信度 =</b>	<b>.79</b>	<b>.83</b>	<b>.73</b>	<b>.68</b>

Note. SOA=疏離感受(Sense of Alienation)；BUSI=自我認同遲鈍不確定(Blunting & Uncertainty of Self-Identity)；LHSM=缺乏希望及自我掌控(Lack of Hope & Self-Mastery)；SBD=自我責怪貶抑(Self-Blaming & Devaluation).

## 肆、身材外貌及自信評估量表

外表及自信評估量表為一主觀評估個體外貌及自信的工具，讓參與者分別針對自己「過去、現在、理想」的外貌及自信，從 0-100 分給予評分，分數越高代表對自己該項目的評價越高。題目的呈現配合視覺模擬評分方式 (visual analogue scale, VAS) 協助參與者判斷。10 公分長的數線左端顯示「0, 非常醜陋難看/非常沒有信心」，數線正中間顯示「50, 一般」，而數線右端則顯示「100, 非常美麗好看/非常有信心」。

由於此量表各題項皆有獨立意義，且題目概念不適宜合成分量尺，因此未進行內部一致性分析，僅進行再測信度分析。各題項之再測信度介於 0.51 - 0.77 之間 (詳見表 2-2)。

表 2-2

再測樣本身材外貌及自信評估量表之描述統計及再測信度 ( $n = 84$ )

	前測		後測		再測信度
	平均數	標準差	平均數	標準差	
現在外貌	58.54	15.32	59.07	15.69	0.56
過去外貌	46.95	19.97	50.25	16.69	0.77
理想外貌	78.25	17.51	78.25	17.69	0.66
現在自信	61.71	21.59	65.65	18.83	0.66
過去自信	50.57	23.76	53.29	20.56	0.51
理想自信	82.52	15.75	82.77	16.03	0.58

## 第四節 統計分析

本研究以 SPSS 18.0 套裝軟體進行資料分析，分析方式如下：

1. **探索性因素分析**：探討自我感量表之計量特性時，採用探索性因素分析 (Exploratory Factor Analysis) 以瞭解此量表因素結構。研究者以最大概似法 (Maximum Likelihood) 估計因素負荷量，並參考陡階圖及原作者所提出之概念結構決定因素個數。此外，因不同因素間在概念上可能存有相關，故選用斜交最優法 (promax) 進行轉軸 (翁儷禎，1995)。
2. **內部一致性信度**：瞭解自我感量表建構之適宜度。
3. **再測信度**：考驗「自我感量表」以及「身材外貌與自信評估」跨時間的穩定度，以符合測量工具穩定可信之條件。
4. **卡方檢定**：以檢驗不同臨床風險程度的部分人口學變項之分佈差異。
5. **T 檢定**：檢驗極高風險組中，至收案結束時，已發病及維持在極高風險組兩組於  $T_0$  時各變項上的表現差異。
6. **描述統計與相關分析**：計算各量表及不同因素之總分平均數及標準差，並以皮爾森相關分析兩兩變項間的關聯。
7. **單因子變異數分析**：以了解不同臨床風險組的自我感、身材外貌及自信評估及分量表的表現是否有差異。
8. **重複測量變異數分析**：了解在極高風險組中，於追蹤過程發展成完整精神病的研究對象，其「發病前、剛發病、發病後」的自我感及身材外貌及自信評估的差異及表現趨勢。
9. **羅吉斯迴歸分析**：了解極高風險組、全體風險組或是風險組加上正常組中，主要變項對於是否發病成為精神分裂症有預測效果

## 第三章 研究結果

### 第一節 樣本特徵與流失分析

#### 壹、人口學分析

此研究共募集了 324 位研究對象，其中初次發病組有 48 位，極高風險組有 52 位，中度風險組有 41 位，邊緣風險組有 44 位，正常對照組有 139 位。此五組中的性別、年齡、宗教信仰、職業狀態、父母職業別及母親教育程度分佈相似；然而，正常對照組的受教育年數些許高於其餘四組( $F(4,319) = 2.462, p < 0.05$ )；且初次發病組及極高風險組過去有精神病史的比例亦高於其他組(詳見表 3-1)。

表 3-1  
基本人口學變項。

	初次發病	極高風險	中度風險	邊緣風險	正常對照	總和
人數	48	52	41	44	139	324
性別						
男	19	29	21	22	61	152
女	29	23	20	22	78	172
年齡 M (SD)	22.4 (4.4)	21.4(3.5)	21.7(4.1)	21.0 (3.6)	21.4 (4.1)	21.5(4.0)
教育年數	13.3 (2.5)	13.5 (2.1)	12.8 (2.3)	12.6 (2.0)	13.7 (2.7)	13.3(2.5)
宗教信仰						
基督教	4	4	6	5	7	26
天主教	1	0	0	1	2	4
佛教	11	14	4	6	20	55
道教	4	1	4	2	8	19
一貫道	0	1	1	0	2	4
傳統民俗	9	5	9	6	26	55
無	17	25	17	24	72	155
其他	2	2	0	0	2	6
精神病史						
有	43	42	29	29	3	146
無	4	9	9	15	135	172

臨床症狀部分，四組臨床組於 SOPS 的四個分量尺分數達顯著差異。進一步進行 Scheffe 事後比較，極高風險組於「一般症狀分量尺」、「解構症狀分量尺」、「負性症狀分量尺」與初次發病組相比無顯著差異，但於「正性症狀分量尺」的分數顯著低於初次發病組（ $11.1 \pm 3.7$  vs.  $15.2 \pm 6.6$ ,  $p < .001$ ）。中度風險組於「一般症狀分量尺」、「解構症狀分量尺」、「正性症狀分量尺」得分皆顯著低於初次發病組及極高風險組，但於「負性症狀分量尺」則無顯著差異（詳見表 3-2）。

表 3-2

臨床樣本於前驅期症狀量表之差異比較。

	初次發病 ( $n = 48$ )	極高風險 ( $n = 52$ )	中度風險 ( $n = 41$ )	邊緣風險 ( $n = 44$ )		
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	<i>F</i>	事後比較
一般症狀	9.5 (4.8)	10.0 (4.3)	6.8 (3.8)	5.1 (3.3)	14.366***	1,2 > 3,4
解構症狀	8.0 (4.8)	7.0 (4.5)	3.6 (2.4)	2.3 (2.1)	23.526***	1,2 > 3,4
負性症狀	12.7 (7.6)	11.0 (6.7)	9.8 (6.4)	5.8 (5.3)	9.044***	1,2 > 4
正性症狀	15.2 (6.6)	11.1(3.7)	4.3 (2.7)	2.2 (1.8)	94.190***	1>2 > 3,4

\*\*\*  $p < .001$

## 貳、樣本流失分析

此研究案為兩年追蹤研究，研究設計為初次發病組及極高風險組每半年追蹤一次，中度風險組、邊緣風險組及正常對照組則為一年追蹤一次，加上初始基準點，共計有五波資料，各時間點每一組別的人數詳見表 3-3。以最後一波追蹤資料（追蹤四）和初始基準相比，初次發病組的流失率為 54.2%，極高風險組的流失率為 53.8%，中度風險組的流失率為 51.2%，邊緣風險組的流失率為 43.2%，正常對照組的流失率為 33.1%，總人口的流失率為 43.2%。流失的研究對象中，有 2 份廢卷、43 位研究對象拒訪、47 位尚未收案、20 位錯過追蹤時間、28 位失聯。進一步分析流失與保留的族群，於性別、年齡、教育年數、有無職業、家長教育程度、「前驅期症狀量表」各分量表分佈相似；然而進一步分析初始基準點所的 SOPS 之各題項，流失族群於「社交孤立或退縮」、「會談關係不佳」、「意念豐富性下降」等題目的作答分數顯著高於保留族群。

表 3-3

各時間點追蹤人數。

	初次發病組	極高風險組	中度風險組	邊緣風險組	正常對照組	總和
<b>初始基準</b>						
男	19	29	21	22	61	152
女	29	23	20	22	78	172
小計	48	52	41	44	139	324
<b>追蹤一</b>						
男	14	17	N/A	N/A	N/A	31
女	21	20	N/A	N/A	N/A	41
小計	35	37	N/A	N/A	N/A	72
<b>追蹤二</b>						
男	12	19	10	14	53	108
女	15	16	16	16	73	136
小計	27	35	26	30	126	244
<b>追蹤三</b>						
男	8	16	N/A	N/A	N/A	24
女	13	13	N/A	N/A	N/A	26
小計	21	29	N/A	N/A	N/A	50
<b>追蹤四</b>						
男	10	13	9	10	40	82
女	12	11	11	15	53	102
小計	22	24	20	25	93	184

## 第二節 風險程度效果檢驗

### 壹、主要變項間之相關分析

此處進行相關分析以檢驗自我感、自我外貌自信評估與前驅期症狀之間的關聯性。因研究變項為連續性質，故進行 Pearson 相關檢驗。

根據相關分析的結果，自我感總分與前驅期症狀有顯著關連的變項包括：「一般症狀向度總分」、「不悅情緒」、「對正常壓力失去耐受性」（詳見表 3-4），顯示當研究對象自我感困擾越高時，其不悅情緒越高、對正常壓力的耐受性越低。「疏離感受」（Sense of Alienation, SOA）與前驅期症狀有顯著關連的變項則包括：一般症狀向度總分、不悅情緒、對正常壓力失去耐受性、對正常壓力失去耐受性。

「自我認同遲鈍不確定」（Blunting & Uncertainty of Self-identity, BUSI）與前驅期症狀有顯著關連的變項僅為：對正常壓力失去耐受性。「缺乏希望及自我掌控」

（Lack of Hope & Self-Mastery, LHSM）與前驅期症狀有顯著關連的變項包括：睡眠障礙、容易發脾氣、好爭辯、社交孤立或退縮。而「自我責怪貶抑」

（Self-Blaming & Devaluation）與部分前驅期症狀則是有顯著負相關，包括：誇大言行及其持續程度。詳細數值參見表 3-4。

表 3-4

## 自我感量表與前驅期症狀之相關分析

	SUM	SOA	BUSI	LHSM	SBD
<b>一般症狀</b>	.18*	.17*	.13	.12	.07
睡眠障礙	.13	.11	.08	.16*	.04
不悅情緒	.21**	.20**	.13	.12	.14
容易發脾氣、好爭辯	.13	.05	.07	.16*	-.02
運動障礙	-.01	-.04	.03	-.01	-.08
對正常壓力失去耐受性	.22**	.23**	.16*	.11	.08
<b>解構症狀</b>	.05	.06	.04	.01	-.10
奇特的行為與外觀	.00	-.02	.04	-.04	-.09
怪異思考	.03	.05	.06	-.02	-.09
專注與注意力有困難	.03	.08	-.03	.04	-.07
個人衛生/社交參與能力 缺損	.08	.07	.06	.04	-.05
<b>負性症狀</b>	.06	.05	.06	.10	-.03
社交孤立或退縮	.08	.11	.07	.15*	-.01
無動力	.01	.01	.01	.05	-.03
情緒表達減少	.01	-.04	.07	.09	-.04
會談關係不佳	-.01	-.06	.02	.12	-.16*
情緒及自我經驗減少	.06	.04	.05	.10	-.05
意念豐富性下降	.05	.01	.08	.08	-.07
角色功能退化	.09	.09	.01	.02	.04
<b>正性症狀</b>	.06	.08	.04	-.02	-.02
不尋常的思考內容/ 妄想性意念	.01	.06	-.02	-.04	-.05
不尋常的思考內容/ 妄想性意念持續度	.15	.17*	.13	.02	.06
多疑/被害意念	.10	.13	.03	.00	.05
多疑/被害意念持續度	.13	.12	.10	.02	.07
誇大言行	-.07	-.08	-.09	.01	-.20**
誇大言行持續度	-.08	-.09	-.04	-.09	-.18*
知覺異常/幻覺	.05	.05	.04	-.02	.01
知覺異常/幻覺持續度	.06	.04	.08	-.07	.02
思考欠組織	.09	.09	.14	.01	.00
思考欠組織持續度	.12	.09	.13	.05	.03

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ 

註：SOA 為「疏離感受」；BUSI 為「自我認同遲鈍不確定」；LHSM 為缺乏希望及自我掌控；SBD 為「自我責怪貶抑」



自評外貌及自信與前驅期症狀的相關分析顯示，「正性症狀總分」與「對以前的身材外貌評價」、「對以前的自信評估」有顯著正相關（詳見表 3-5）。進一步分析對不同時間點身材外貌及自信評估間的差異與前驅期症狀的相關（詳見表 3-6），結果顯示，「現在-過去的身材外貌評估差異」與「一般症狀總分」、「對正常壓力失去耐受性」、「個人衛生/社交參與能力缺損」、「角色功能退化」呈顯著負相關；顯示當現在相對於過去身材外貌的評估差異為正時，「對正常壓力失去耐受性」、「個人衛生/社交參與能力缺損」、「角色功能退化」的嚴重程度較低。「理想-現在的身材外貌評估差異」與「容易發脾氣、好爭辯」、「對正常壓力失去耐受性」有顯著正相關，而與「誇大言行持續度」呈顯著負相關，顯示當理想相對於現在的身材外貌評估差異為正時，研究對象「容易發脾氣、好爭辯」、「對正常壓力失去耐受性」的嚴重程度較高，而「誇大言行持續度」較低。「現在-過去的自信評估差異」與「對正常壓力失去耐受性」、「正性症狀總分」、「不尋常的思考內容/妄想性意念」、「不尋常的思考內容/妄想性意念持續度」、「多疑/被害意念」、「多疑/被害意念持續度」、「思考欠組織持續度」呈顯著負相關，顯示當研究對象現在相對於過去的自信評估差異為正時，「對正常壓力失去耐受性」、「正性症狀總分」、「不尋常的思考內容/妄想性意念」、「不尋常的思考內容/妄想性意念持續度」、「多疑/被害意念」、「多疑/被害意念持續度」、「思考欠組織持續度」等症狀的嚴重程度較低。

表 3-5  
自我身材外貌及自信與前驅期症狀的相關分析

	自我身材外貌評估			自信程度評估		
	目前的	以前的	理想的	目前的	以前的	理想的
一般症狀	-.09	.06	.03	-.13	-.04	-.06
解構症狀	.00	.14	.01	.02	.01	-.05
負性症狀	-.09	.04	-.02	-.02	-.04	-.11
正性症狀	.05	.16*	.03	-.01	.18*	.07

\*  $p < .05$

表 3-6

## 身材自信評估與前驅期症狀間的相關分析

	身材外貌評估差異		自信評估差異	
	現在-過去	理想-現在	現在-過去	理想-現在
一般症狀	-.15*	.09	-.09	.08
睡眠障礙	-.13	.11	-.07	.12
不悅情緒	-.10	.10	.00	.07
容易發脾氣、好爭辯	-.13	.19*	-.01	.11
運動障礙	-.08	-.12	-.04	-.12
對正常壓力失去耐受性	-.16*	.16*	-.15*	.15*
解構症狀	-.14	-.01	.01	-.04
奇特的行為與外觀	-.10	.00	.04	-.02
怪異思考	-.07	-.03	.01	-.03
專注與注意力有困難	-.14	.03	-.03	-.03
負性症狀	-.12	.06	.00	-.05
個人衛生/ 社交參與能力缺損	-.15*	-.01	.03	-.07
社交孤立或退縮	-.08	-.02	-.02	.01
無動力	-.12	.01	.01	-.09
情緒表達減少	-.04	.03	.10	-.09
會談關係不佳	-.03	.02	.04	-.08
情緒及自我經驗減少	-.14	.04	-.05	-.09
意念豐富性下降	-.04	.09	.06	-.06
角色功能退化	-.17*	.11	-.10	.06
正性症狀	-.12	-.01	-.15*	.05
不尋常的思考內容/ 妄想性意念	-.12	-.02	-.15*	.05
不尋常的思考內容/ 妄想性意念持續度	-.14	.02	-.30**	.18*
多疑/被害意念	-.12	-.04	-.19*	.08
多疑/被害意念持續度	-.11	.00	-.25**	.14
誇大言行	.02	-.08	-.13	-.03
誇大言行持續度	.06	-.15*	.03	-.17*
知覺異常/幻覺	-.11	.02	-.04	-.03
知覺異常/幻覺持續度	-.08	.01	-.02	-.06
思考欠組織	-.01	.05	-.09	.07
思考欠組織持續度	-.09	-.03	-.15*	.06

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

自我感以及自評外貌及自信的相關分析結果顯示（詳見表 3-7），除了目前和理想的身材外貌與疏離感受（SOA），以及理想的身材外貌與自我責怪貶抑（SBD）間未達顯著外，其餘自我感分量表與對不同時期的身材外貌、自信評估皆達顯著。此外，除了現在及理想間的外貌、自信評估與自我成各分量表達顯著正相關外，其他項目皆為負相關。這些研究結果顯示，當研究對象現在相對於過去的身材外貌自信差異為正的時候，自我感困擾較低，而當理想相對於現在的身材外貌或自信評估差異為正的時候，自我感困擾較高。

表 3-7  
自我感與身材外貌及自信評估間的相關（ $n = 324$ ）

	SOA	BUSI	LHSM	SBD	SUM
目前的身材外貌	-.36**	-.35**	-.40**	-.41**	-.46**
以前的身材外貌	-.11	-.15**	-.20**	-.15**	-.17**
理想的身材外貌	-.01	-.12*	-.17**	-.10	-.14*
目前的自信	-.60**	-.60**	-.60**	-.57**	-.70**
以前的自信	-.19**	-.26**	-.30**	-.24**	-.28**
理想的自信	-.14*	-.18**	-.24**	-.11*	-.19**
外貌現在過去差異	-.24**	-.19**	-.19**	-.27**	-.28**
外貌理想現在差異	.28**	.27**	.28**	.35**	.36**
自信現在過去差異	-.41**	-.36**	-.33**	-.34**	-.43**
自信理想現在差異	.53**	.50**	.47**	.51**	.59**

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

註：SOA 為「疏離感受」；BUSI 為「自我認同遲鈍不確定」；LHSM 為缺乏希望及自我掌控；SBD 為「自我責怪貶抑」

## 貳、各主要變項在不同風險組間之差異檢驗

本節將呈現不同精神分裂症風險程度組別在「自我感」、「身材外貌及自信評估」、「不同時間點身材外貌及自信評估差異」上的差異檢定；分組標準依據精神科醫師於初始階段對其精神病風險程度判斷。「自我感」的比較分析中，為了能夠觀察比較不同分量尺間的得分差異，研究者將各向度總分除以分量表題數，呈現項目平均值（item mean），以進行比較（詳細結果見表 3-8）。

變異數分析結果顯示，各組在自我感的總分及所有分量表上皆達顯著差異；進一步進行 Scheffe 事後比較，發覺差異來源來自於正常對照組與臨床風險組間的差異，正常對照組的得分顯著低於初次發病組、極高風險組、中度風險組及邊緣風險組，而臨床風險組之間彼此無顯著差異。上述研究結果顯示，正常對照組的自我感與精神分裂症風險族群（不論風險程度）相比較佳。此外，雖然臨床風險組之間無顯著差異，但各組於自我感量表上的得分呈現一漸層遞變的趨勢：隨著精神分裂症風險程度的增加，自我感分數也跟著增加，然而，至真正發病後自我感分數卻降低；也就是隨著精神分裂症風險程度的增加自我感趨於負向，而發病後自我感反而較不負向。（詳見 **圖 3-1**）

身材外貌評估的部分，各組研究對象對於目前及過去的身材外貌自評有顯著差異；透過 Scheffe 事後比較，發覺差異來源為正常對照組對於現在身材外貌的評估顯著高於與極高風險組以及中度風險組，而初次發病組對以前身材外貌評估顯著高於邊緣風險組。此外，在理想中的身材外貌自評上，各組間無顯著差異。

自信評估的部分，各組間無論對目前、過去、理想中的自信評估皆有顯著差異。進一步進行 Scheffe 事後比較，目前的自信評估差異來源為正常對照組的目前自信評估顯著高於臨床風險組；除此，邊緣風險的目前自信評估也顯著高於極高風險組。以前的自信評估差異來源則為正常對照組的評估顯著高於中度風險組。各組身材外貌及自信評估的分佈趨勢詳見 **圖 3-2** 及 **圖 3-3**。

針對不同時間點身材外貌及自信的評估差距，不論是現在與過去或是理想與現在間的差異，皆達顯著。Scheffe 事後檢定顯示，差異來源為邊緣風險組及正常對照組現在相對於過去的外貌評估差異顯著高於初次發病組及極高風險組。身材外貌理想相對於現在的差距，則是邊緣風險組顯著高於正常對照組。自信評估的差異來源則為，正常對照組現在相對於過去的自信評估差異顯著高於初次發病組、極高風險組以及中度風險組（這三組差異值為負值），而中度風險組及邊緣風險組的差異又顯著高於極高風險組。詳細的差異分數趨勢見 **圖 3-4**。

表 3-8

各組於各變項上的差異檢定

	1 初次發病組 ( <i>n</i> = 48)		2 極高風險組 ( <i>n</i> = 52)		3 中度風險組 ( <i>n</i> = 41)		4 邊緣風險組 ( <i>n</i> = 44)		5 正常對照組 ( <i>n</i> = 139)		<i>F</i>	<i>Post Hoc</i>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
疏離感受	1.48	.70	1.63	.76	1.59	.75	1.35	.70	.78	.47	28.27***	1,2,3,4>5
自我認同遲鈍不確定	1.46	.72	1.64	.57	1.59	.71	1.51	.61	.75	.45	38.93***	1,2,3,4>5
缺乏希望及自我掌控	1.36	.67	1.51	.69	1.57	.58	1.37	.55	.85	.47	23.60***	1,2,3,4>5
自我責怪貶抑	1.40	.87	1.65	.81	1.73	.80	1.43	.67	.91	.61	17.25***	1,2,3,4>5
自我感量表總分	1.44	.57	1.62	.55	1.61	.54	1.42	.52	.82	.38	43.52***	1,2,3,4>5
目前的身材外貌	58.23	21.38	56.43	19.62	51.05	19.26	57.27	17.54	66.60	14.94	8.23***	5 > 2,3
以前的身材外貌	63.08	21.49	61.65	21.15	52.70	20.87	50.21	19.02	60.59	17.34	4.29**	1>4
理想的身材外貌	78.76	19.72	82.90	13.56	80.00	15.04	80.23	13.47	83.67	12.08	1.49	
目前的自信	48.69	24.98	34.90	26.51	40.38	26.53	49.34	24.53	67.84	16.68	27.40***	5>1,2,3,4 4 > 2
以前的自信	60.27	24.20	60.60	25.53	47.45	22.58	49.52	23.19	60.47	19.07	4.61***	5 > 3
理想的自信	82.48	18.00	83.10	16.60	81.00	16.02	81.02	15.69	86.96	11.01	2.53*	-
外貌現在過去差異	-4.85	22.29	-5.22	18.32	-1.65	17.15	7.23	19.41	6.01	14.67	7.20***	4,5 > 1,2
外貌理想現在差異	21.70	17.56	26.34	19.95	29.44	28.33	22.95	19.11	17.16	13.58	4.70**	3 > 5
自信現在過去差異	-11.58	28.88	-25.92	25.01	-7.90	33.09	-.18	27.68	7.36	17.49	19.08***	5 > 1,2,3 3,4 > 2
自信理想現在差異	33.79	26.33	47.86	28.30	40.13	30.88	31.68	23.94	19.17	15.33	17.47***	1,2,3,4>5 2 > 4

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

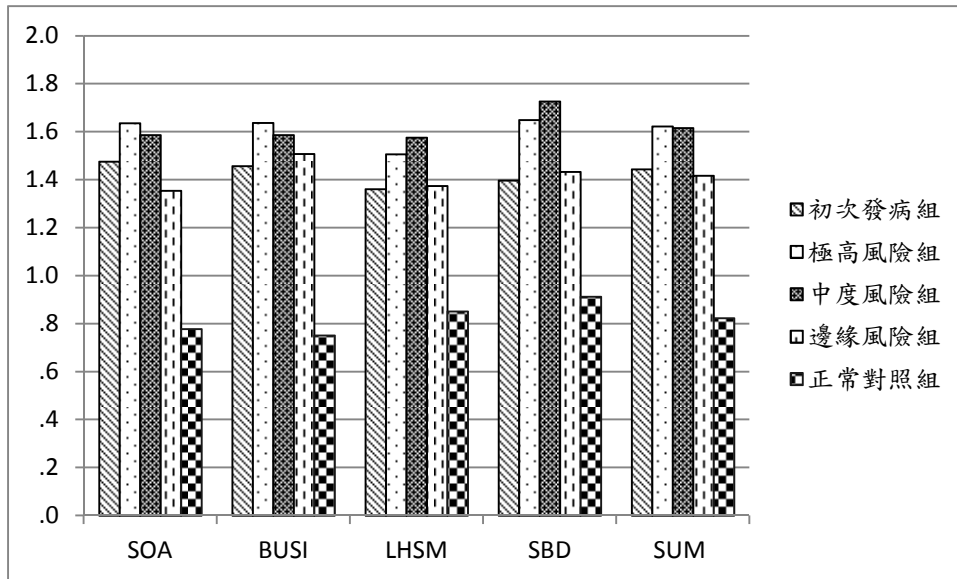


圖 3-1：各組於自我感量表上的表現。

註：SOA 為「疏離感受」；BUSI 為「自我認同遲鈍不確定」；LHSM 為缺乏希望及自我掌控；SBD 為「自我責怪貶抑」

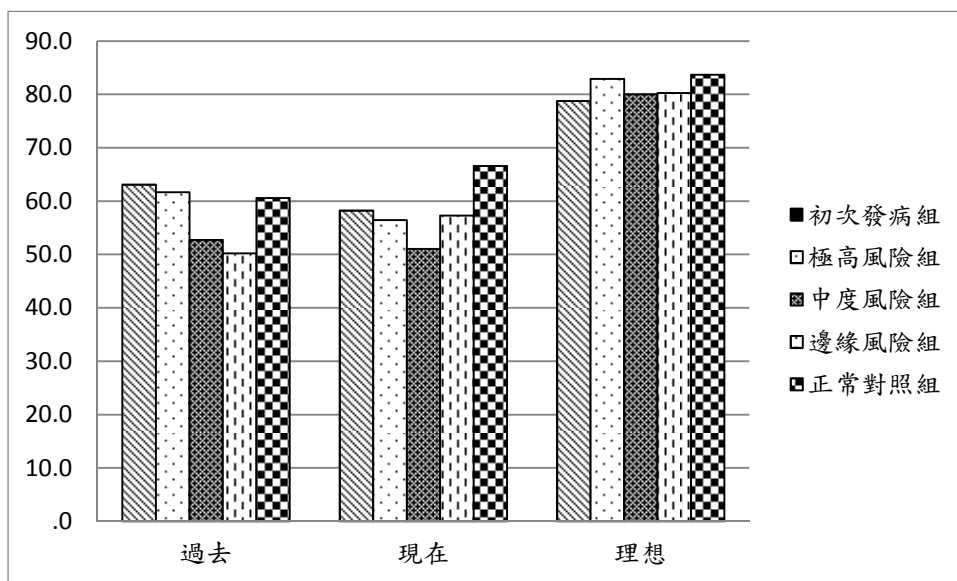


圖 3-2：各組身材外貌自評。

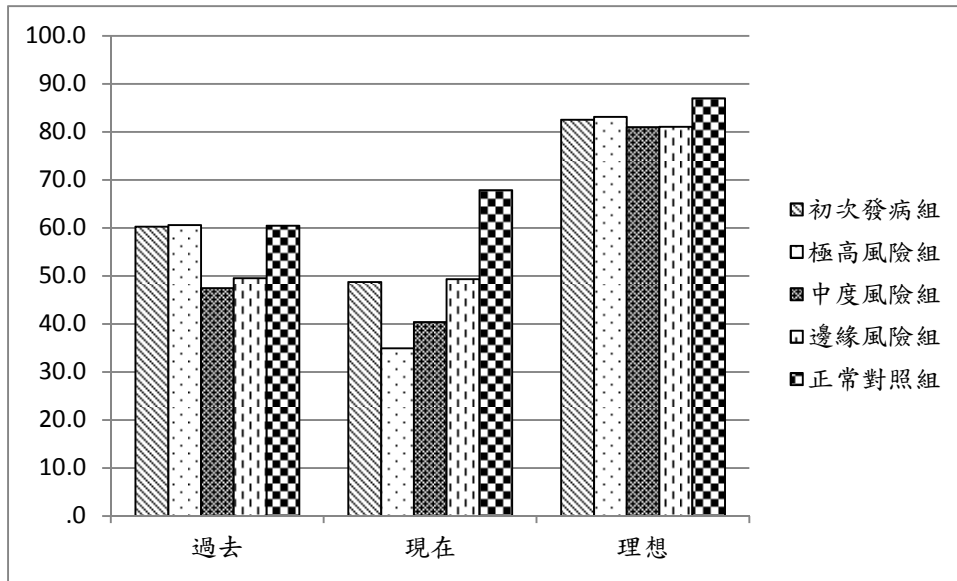


圖 3-3：各組自信程度自評。

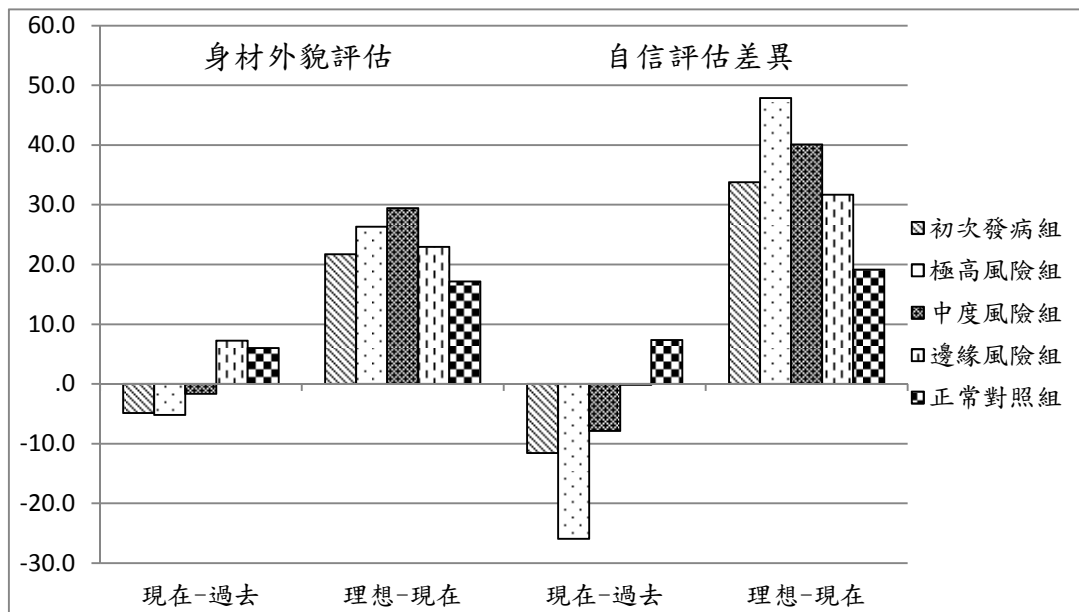


圖 3-4：各組於身材外貌及自信評估差異分數上的表現。

### 第三節 轉變發病組 vs. 未轉變發病組

在兩年期的追蹤研究中，中度風險組、邊緣風險組及正常對照組皆無研究對象轉變其精神分裂症的風險狀態（包括風險增加及減少）；然而，極高風險組 52 人當中有 18 人於追蹤過程中狀態改變，從精神分裂症的風險者，轉變為符合診斷的精神分裂症患者。研究者將診斷狀態改變者，命名為「轉變發病組」

（converter），而持續在極高風險狀態者則命名為「未轉變發病組」（non-converter）；「轉變發病組」共 18 人，「未轉變發病組」共 34 人。「轉變發病組」從收案至發現發病的時間間隔為 3 週至 36.57 個月，平均為 10.96 個月，標準差為 12.64 個月。

本節將呈現在極高風險組中，轉變發病組（converter）與未轉變發病組（non-converter）由在研究初始階段時於人口變項及各預測變項上的異同；此外，本節亦會呈現發病者在發病前後於主要變項上的變化趨勢。

#### 壹、極高風險組中轉變發病者及未轉變發病者間的比較

首先，針對人口學變項，不論在性別、年齡、教育程度上，兩組皆無顯著差異（差異檢定結果見表 3-9）。在臨床變項上，兩組於研究初始階段的精神病症狀及嚴重度皆無顯著差異。

在自我感量表中，「未轉變發病組」的自我疏離感受（sense of alienation）顯著高於「轉變發病組」；其餘分量表上無顯著差異。外貌及自信評估部分，未轉變發病組的目前身材外貌、以前身材外貌及以前自信皆顯著低於轉變發病組；兩組於其餘題項的評估也未達顯著差異。此外，對於不同時間點身材外貌及自信的評估，不論是現在與過去的差距，或是理想與現在的差距，兩組的評估分數未達顯著差異。



表 3-9

轉變發病組及未轉變發病組在初始點時各變項上的差異檢定。

	未發病組 ( <i>n</i> = 34, 65.4%)	發病組 ( <i>n</i> = 18, 34.6%)	檢定
<b>性別, <i>n</i> (%)</b>			0.371
男性	20	9	
女性	14	9	
<b>年齡, M (SD)</b>	21.66 (3.51)	20.83 (3.46)	0.81
<b>教育年數, M (SD)</b>	13.65 (2.04)	13.11 (2.17)	
<b>前驅期症狀量表</b>			
一般症狀	9.91 (4.36)	10.06 (4.17)	-0.11
解構症狀	6.65 (4.79)	7.61 (3.99)	-0.73
負性症狀	10.32 (6.22)	12.33 (7.64)	-1.02
正性症狀	10.50 (3.74)	12.33 (3.38)	-1.74
<b>自我感量表</b>			
疏離感受	1.79 (0.74)	1.34 (0.73)	2.11*
自我認同遲鈍不確定	1.69 (0.59)	1.52 (0.51)	1.01
缺乏希望及自我掌控	1.61 (0.68)	1.31 (0.67)	1.51
自我責怪貶抑	1.76 (0.76)	1.43 (0.88)	1.43
自我感量表總分	1.71 (0.55)	1.44 (0.51)	1.74
<b>身材外貌及自信評估</b>			
目前的身材外貌	52.53 (21.00)	64.24 (14.01)	-2.07*
以前的身材外貌	56.00 (21.00)	72.94 (16.87)	-2.89*
理想的身材外貌	82.88 (14.20)	82.94 (12.63)	-0.02
目前的自信	27.34 (26.27)	49.12 (21.01)	-2.95
以前的自信	55.76 (27.59)	70.00 (18.20)	-2.18*
理想的自信	81.36 (18.76)	86.47 (11.01)	-1.03
<b>差異分數</b>			
身材外貌現在過去差異	-3.47 (19.09)	-8.71 (16.67)	0.96
身材外貌理想現在差異	30.27 (21.33)	18.71 (14.65)	2.00
自信現在過去差異	-28.59 (27.71)	-20.88 (18.64)	-1.03
自信理想現在差異	53.44 (28.89)	37.35 (24.63)	1.95

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

## 貳、主要變項之變動趨勢

此研究除了初始評估外，極高風險組的個案會接受四次的追蹤研究，約半年追蹤一次。極高風險組中有 18 人於研究期間中發病，符合精神病診斷，研究者將其命名為轉變發病組；其中 12 人於第一次追蹤時便改變診斷狀態，2 人於第二次追蹤時改變診斷狀態，2 人於第四次追蹤時改變，2 人於第四次追蹤研究完成後，於門診複診時才改變診斷。研究者為了解轉變發病者發病前至發病後自我感的變化趨勢，針對轉變發病組，以疾病狀態第一次由極高風險轉換為精神病的時間點為中心，各再取其前後時間點的資料進行比較，因此比較的時間點共三個，分別為「發病前」(T<sub>0</sub>)、「剛發病」(T<sub>1</sub>)、「發病後」(T<sub>2</sub>)。此 18 名轉變發病者當中，能提供上述要求三個時間點的有效資料者共 13 名，因此，此主題的探討將針對此 13 名患者提供的資料進行分析。

研究者為了解轉變發病者的自我感困擾於不同疾病狀態的改變趨勢及是否差異，便以重複測量變異數分析檢驗各個自我感相關題項（見 **表 3-10**）。

在自我感量表方面，各分量表的題項平均（item mean）於三個時間點之間的比較無顯著差異。雖然統計分析上無顯著差異，但於分量表「自我認同遲鈍不確定」、「自我責怪貶抑」及自我感量表總分皆呈現出類似的趨勢，隨著疾病嚴重度的增加，其自我感的分數漸趨下降（見 **圖 3-5**）。

在身材外貌及自信評估方面，轉變發病者對於三個時間點對「現在外貌」、「理想外貌」、「現在自信」、「過去自信」、「理想自信」的評估無顯著差異；然而，轉變發病者三個不同時間點評估「過去外貌」則有顯著差異，且隨著精神病的變化，其對於「過去外貌」的評估漸漸降低，漸趨負向。此外，雖然三個時間點中「過去自信」的評估無統計上顯著差異，但亦與「過去外貌」相似，有漸趨負向的趨勢（詳見 **圖 3-6**）。

表 3-10

轉變發病組於發病前後之主要變項變動趨勢。

	描述性統計						ANOVA 結果	
	發病前 (T <sub>0</sub> )		剛發病 (T <sub>1</sub> )		發病後 (T <sub>2</sub> )		F	(p)
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
<b>自我感量表</b>								
疏離感受(SOA)	1.19	.78	1.27	.90	1.16	.81	0.32	-
自我認同遲鈍不確定 (BUSI)	1.43	.50	1.32	.71	1.14	.66	0.89	-
缺乏希望及自我掌控 (LHSM)	1.36	.75	1.48	.61	1.40	.54	0.70	-
自我責怪貶抑(SBD)	1.32	1.32	1.17	1.17	1.12	1.12	2.05	-
自我感總分(SUM)	1.37	.61	1.32	.75	1.19	.62	0.96	-
<b>外貌及自信評估</b>								
現在外貌	65.42	16.16	66.50	20.28	64.00	15.06	0.05	-
過去外貌	79.58	14.37	73.50	15.28	62.50	20.03	3.99	< .05
理想外貌	85.42	10.33	87.00	15.13	87.50	9.50	0.12	-
現在自信	47.92	22.10	48.00	20.44	56.00	25.91	1.18	-
過去自信	67.08	18.88	66.50	15.64	58.50	24.50	2.00	-
理想自信	87.50	11.18	84.50	14.62	84.50	15.54	0.32	-
<b>差異分數</b>								
外貌現在過去差異	-14.17	15.64	-7.00	23.59	1.50	26.57	2.16	-
外貌理想現在差異	20.00	15.81	20.50	17.07	23.50	11.32	0.04	-
自信現在過去差異	-19.17	18.20	-10.50	31.31	-10.50	20.61	0.80	-
自信理想現在差異	39.58	27.09	28.50	27.29	36.50	17.49	1.27	-

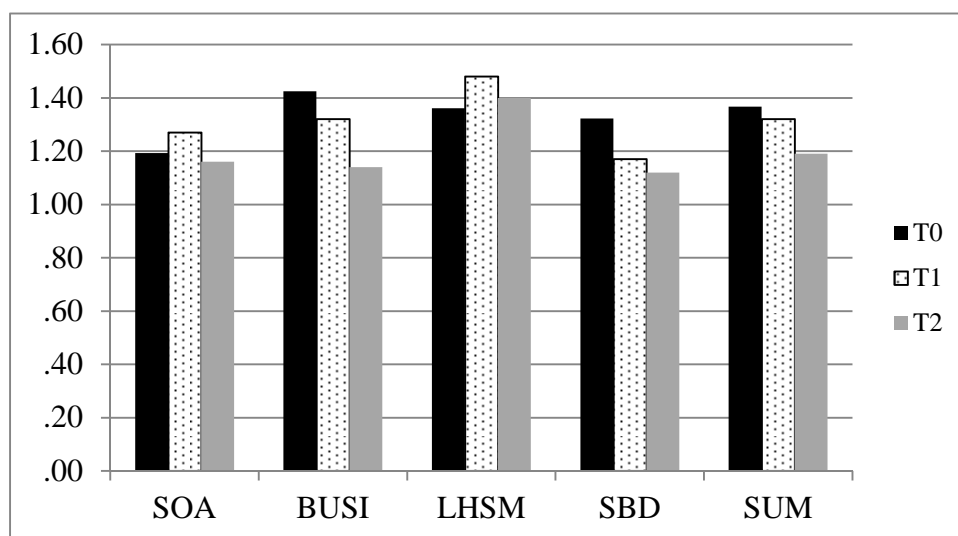


圖 3-5：轉變發病者於自我感量表各向度的變化趨勢。

註：SOA 為「疏離感受」；BUSI 為「自我認同遲鈍不確定」；LHSM 為缺乏希望及自我掌控；SBD 為「自我責怪貶抑」

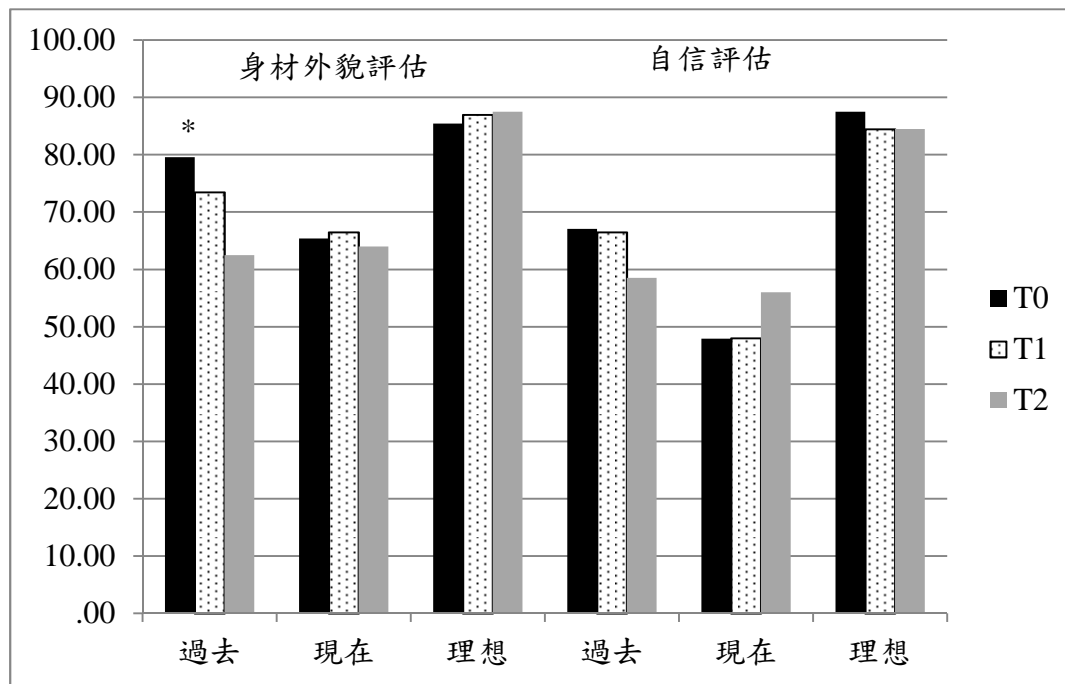


圖 3-6：轉變發病者於自我感量表各向度的變化趨勢。

身材外貌及自信的差異分數方面，各個項目皆無顯著差異；然而由於轉變發病組原先對於「過去身材外貌（或自信）」的評估皆高於「現在身材外貌（或自信）」，隨著病程的改變「現在身材外貌（或自信）」的評估幾乎未改變，而對於「過去身材外貌（或自信）」的評估則漸降低，使得「身材外貌現在過去差異」及「自信現在過去差異」的變化趨勢為差異漸漸縮小（見圖 3-7）。

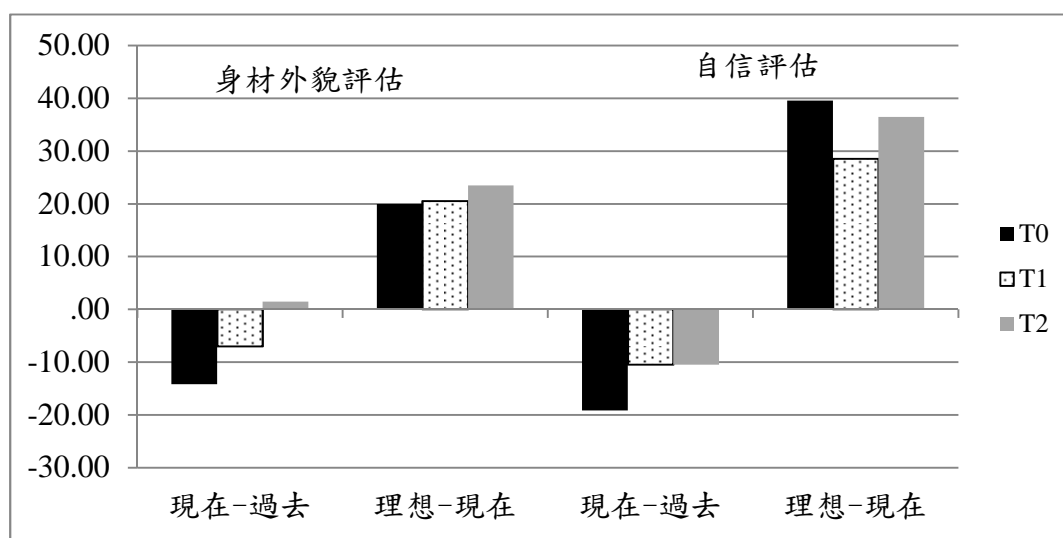


圖 3-6：轉變發病者在身材外貌及自信評估上差異分數的變化趨勢。

## 第四節 自我感困擾對於精神分裂症之迴歸分析

為了進一步了解自我感困擾與精神病之關係，研究者以研究對象在追蹤期間內是否發病為依變項，以自我感量表、外貌及自信評估進行迴歸分析。由於有/無轉變發病為二分變項，因此，研究者採取羅吉斯迴歸分析(logistic regression)。分析方式為同時丟入預測變項，以向後淘汰法 (backward) 篩選最佳模型。此外，由於研究者想探測自我感困擾在不同風險組群對於精神病的預測力是否有差異，因此針對不同樣本群，放入相同的預測變項，進行羅吉斯迴歸分析；樣本群分別為全體風險組（包括邊緣風險組、中度風險組、極高風險組）、全體風險組加上正常對照組以及單獨極高風險組。以下將分述各依變項之迴歸分析結果。

### 壹、 自我感相關變項之迴歸分析

研究者以自我感量表中的四個分量表及外貌自信評估題表中的六個題目共十個預測變項進行羅吉斯回歸，並且以向後淘汰法 (backward) 篩選模型。**表 3-11** 顯示羅吉斯迴歸分析之結果。於風險組加上健康對照組為分析樣本時，最有預測力的變項為自我感量表中「自我認同遲鈍不確定」及「過去身材外貌評估」(勝算分別為 3.49 及 1.46)，顯示當其他條件不變的情況下，該「自我認同遲鈍不確定」分量表增加一分，發病的勝算增加為原先的 3.49 倍，而「過去身材外貌評估」增加一分，發病的勝算增加為原先的 1.46 倍。而在不同的分析樣本中，「過去身材外貌評估」皆為有顯著預測力之變項。

### 貳、 身材外貌及自信評估差異分數之迴歸分析

此部分以針對不同時間點身材外貌及自信評估的差異分數為預測變項(共四個變項) 進行羅吉斯回歸，**表 3-12** 顯示羅吉斯迴歸分析之結果。身材外貌「現在與過去的差異」以及「理想與現在的差異」於不同的樣本分析中，皆為最佳預測指標，其勝算界於 0.94 至 0.95 間，顯示當其他條件控件不變時，身材外貌現在與過去的差異/理想與現在的差異增加 1 分時，其發病之勝算降為原先的 0.94

至 0.95 倍。此外，當分析樣本為風險組加上健康控制組時，自信分數「現在及過去的差異」亦具有顯著預測力。

表 3-11

自我感量表及外貌及自信評估的羅吉斯迴歸分析。

預測變項	以極高風險組為樣本 (n = 52)			以全體風險組為樣本 (n = 137)			以風險及正常組為樣本 (n = 276)		
	Exp( $\beta$ )	95%信賴區間	p	Exp( $\beta$ )	95%信賴區間	p	Exp( $\beta$ )	95%信賴區間	p
<b>自我感量表</b>									
自我認同遲鈍不確定							3.49	1.56-7.84	.002
<b>身材及自信評估</b>									
過去外貌	1.05	1.00-1.09	.034	1.06	1.02-1.10	.005	1.06	1.03-1.1	.000

表 3-12

差異分數的羅吉斯迴歸分析。

預測變項	以極高風險組為樣本 (n = 52)			以全體風險組為樣本 (n = 137)			以風險及正常組為樣本 (n = 276)		
	Exp( $\beta$ )	95%信賴區間	p	Exp( $\beta$ )	95%信賴區間	p	Exp( $\beta$ )	95%信賴區間	p
<b>身材外貌差異分數</b>									
現在過去差異	0.95	0.91-1.00	.046	0.94	0.90-9.83	0.006	0.94	0.90-0.99	0.010
理想現在差異	0.95	0.90-0.99	.016	0.95	0.92-0.99	0.016	0.95	0.91-0.99	0.012
<b>自信差異分數</b>									
現在過去差異							0.97	0.95-1.00	0.022

## 第四章 討論

### 第一節 自我感與精神症狀之相關

本研究的相關分析顯示，自我感困擾與正負性及解構症狀之間未存在顯著相關。然而，自我感困擾與一般症狀中的較多項目存在顯著相關，例如睡眠障礙、不悅情緒、對正常壓力失去耐受性等症狀。

綜觀以往針對精神病症狀與自我感困擾關係的文獻，比較以論述性為主，缺少實徵研究。然而，Parnas 等人（2003）的研究也許可間接獲知正性症狀與自我感困擾的關係。該研究的對象包含精神分裂症患者與有精神病性症狀的雙極性疾患（bipolar disorder with psychotic symptoms），研究結果顯示在許多指標中，自我感困擾最能區辨兩種疾患。此結果暗示，自我感困擾可能屬於精神分裂症的特定現象，而非隨精神病性症狀出現與否而變動的情況。

針對上述論述的解釋，Davidsen（2009）的論述有相近的看法，其認為自我感困擾可視為精神分裂症病譜中偏向特質般的核心特徵，而正性與負性症狀偏向表面狀態的現象。此外，自我感困擾是精神病性症狀的基礎，精神病症狀可能由自我感困擾發展出來，然而個體的外顯症狀可能與背後的自我感困擾看似無明顯直接的關連，譬如，負性症狀會使個體看來缺乏表面的活動與情感，但是透過主觀性描述卻發現，其背後的原因可能與自我感困擾中過度反思或對異常身體經驗過多地覺察等有關（Sass & Parnas, 2001），因此，與內在自我感困擾程度的相關較難呈現。

### 第二節 風險程度效果檢驗

本研究檢驗不同精神病風險程度在自我感困擾（self-disturbance）嚴重度的差異。結果顯示，雖然發病前風險組之間的自我感困擾嚴重度會隨風險程度提高而上升，而且各個風險組分別與正常對照組有顯著差異，不過，分析顯示各風險組之間的自我感困擾程度並無顯著差異。



與國外研究結果相比，以往研究雖然未直接比較不同風險組之間自我感的差別，但是在 Handest 與 Parnas (2005) 的研究中，比較分裂型疾患 (schizotypal disorder)、精神病 (psychosis)、以及其他非精神病性病譜的患者，該研究顯示，分裂型疾患及精神病患者在異常自我經驗中的得分相同，而與非精神病性病譜的患者有顯著差異。另外，Raballo、Sæbye 及 Parnas (2011) 針對相似族群的研究再次顯示，在精神分裂症譜及非精神分裂症譜之間，存在自我感困擾上的顯著差異。

綜合本研究及國外學者的研究結果，再度暗示自我感困擾為精神分裂症譜所共有之特徵，並且自我困擾能夠區辨精神分裂症譜與正常個體及非精神分裂症譜 (Parnas et al., 2003; Parnas & Handest, 2003 ; Raballo, Sæbye & Parnas, 2011)。甚至，自我困擾在精神分裂症譜的角色不只是「共有的特徵」，更可能為其基礎且核心的病徵。因此，雖然在過去的討論中，精神分裂症譜的症狀表現相當多元，甚至被視為是異質性的疾病，然而「自我感困擾」或可提供一項一致且統一的觀點，做為整合精神分裂症譜病理的可能指標。

### 第三節 自我感困擾變化趨勢

本研究發現「自我感困擾」嚴重度存在隨風險病程變化的趨勢，此存在於初始時間點不同風險程度間的橫斷式比較，也存在於轉變發病組發病前後的縱貫式比較。分析指出多數分量表均呈現相似趨勢，亦即隨精神分裂症風險程度升高，自我感困擾隨之升高，然而在轉變發病之後，其自我感困擾卻明顯下降。

過去的研究鮮少以量化的方式比較前驅期與轉變發病後的自我感困擾。本研究結果顯示，相較於極高風險組，精神分裂症患者的自我感困擾比較低，此結果並不符合古典文獻提及精神分裂症反映自我崩解與毀壞的情況 (引自 Sass & Parnas, 2003; Lysaker & Lysaker, 2008)。無法獲得與以往研究或觀察相似的結果，可能源自精神分裂症患者存在腦部結構改變與認知功能受損的情況，此可能導致病識感及對現實的判斷較差，因而衍生出在主觀、自我報告式評估上的偏誤。最近許多研究發現精神分裂症患者的「主觀生活品質評估」(subjective quality of life) 與認知功能呈負相關，亦即認知功能越差，主觀生活品質越佳 (Kurtz & Tolman,

2011; Narvaez, Twamley, McKibbin, Heaton & Patterson, 2008 ; Tolman & Kurtz, 2010), 此類結果某程度可佐證上述推論。據此, 本研究中的患者在轉變發病後, 反而呈現自我感困擾降低的現象, 可能是受到其認知功能受損及精神病症狀影響, 並非如實反映其存在自我感較佳的情況。

另一可能的原因為, 自我感困擾變化的本質可能包含質的改變, 而非單純頻率或強度的差別。以幻聽與妄想等精神病症狀來說, 不論在單一時間點或追蹤該症狀的改變, 皆可使用出現頻率或強度進行評估。而就自我感困擾來說, 雖然在單一時間點可使用出現頻率或強度評估該現象的嚴重性, 但是隨著時間的變化或病程的演進, 某一自我感困擾的現象描述可能會產生形式與內容的轉變。

以「自我界限」(ego boundary or demarcation) 的消失為例, Kean (2009) 認為其嚴重度至少可以分成三個層次。層次一為溶解的自我 (dissolved self), 此時自我與外界的界線開始模糊, 自我似乎不再是完整的實體, 而像是由上千萬個看不見的粒子所組成的溶液, 因此會覺得自己似乎不存在, 或是自己的經驗不真實。

層次二為失去定向的自我經驗 (disorientated self-experience), 此時自我仍然存在, 但是自我界線更不穩定, 因此個體有困難分辨到底是自己或是外界產生的刺激, 而出現某些思覺障礙, 如: 思想廣播。

最後一個層次是脫離現實的自我 (disembodied self), 此為最嚴重的自我感困擾, 此時個體無法與外界或內在的自我有自在連結。此時, 自我與正常的心智活動分開, 經歷到完全的疏離; 個體對於自己的動作、情緒、想法感到陌生, 而將其歸因於外在、受第三者控制的經驗, 相關的症狀包括思考插入與幻聽等。

在上述的論述中, 患者起初的自我感困擾的抱怨可能是「我」感受不到「自己」, 而發病後產生極大的差異, 成為「有人侵入我的思想當中」。因此, 可能這份針對「未達疾病程度異常自我經驗」所發展的量表, 當中的題項描述較貼近前驅期患者的經驗, 而非發病者, 以致於轉變發病者在發病後的自我感困擾程度較低, 並不代表其經驗到較少的自我困擾, 反而可能是其自我已進入混亂, 而以其他形式呈現。

## 第四節 自我感困擾對精神分裂症之預測力

在極高風險組或是所有風險組集合的樣本中，自我感困擾無法顯著預測個體是否會轉變發病，然而當樣本為所有風險組加上正常組時，自我感困擾中的「自我認同遲鈍不確定」(blunting and uncertainty of self-identity)對於是否會轉變發病的預測力達顯著；並且其預測的方向為當自我認同遲鈍不確定越嚴重時，轉變發病的機率越高。

過去的研究並未對不同程度的風險族群分析檢視其自我感困擾的差異，但許多研究已證實自我感困擾(或異常自我經驗)可區辨精神分裂症與其他精神疾患。Parnas 等人(2003)使用精神分裂症患者以及有精神病症狀的雙極性疾患患者做為研究對象，研究結果發現雖然研究對象皆有精神病性症狀，但自我感困擾最能區辨兩者，且在精神分裂症患者身上更嚴重的自我感困擾。本研究的對象雖然未包含其他非精神分裂症譜之精神疾患患者，但研究結果仍暗示自我感困擾，尤其是自我認同模糊或不確定的異常自我經驗，是區分正常個體與精神分裂症個體的一重要指標，顯示自我感困擾的評估具有區辨性。

除了「自我認同遲鈍不確定」具有顯著預測力外，以「現在與過去身材外貌評估的差異」變項來說，不論樣本如何變動，其均存在顯著預測力。當個體對現在與對過去身材外貌評估之間的差異越大時(也就是現在減過去的評估分數為正)，其轉變發病的機率**降低**。在正常組的樣本中，對於過去、現在、理想的外貌或是自信的評分會依序上升，然而初次發病組或風險組則會將現在的身材外貌或是自信評得較低，因此在臨床組中，現在減過去的差異分數為負分。

綜合預測力分析的結果以及臨床組相較於正常組間「過去、現在、理想」趨勢的差異，暗示無論患者是否能具體描述自我感的改變與困擾，其皆能感受得到自我的改變，進而影響其對現在自我的外在形象或是自信的評估。風險組對於現在身材外貌的評估，可能會受到其異常身體經驗(如鏡子現象)的影響，而給予較差的評估。總而言之，不論影響個體對於現在、過去身材外貌評估的原因為何，此差異分數指標可視做個體處於異常精神狀態的指標。

## 第五節 研究限制與研究貢獻

### 壹、研究限制

#### 研究樣本

本研究包含了各種精神分裂症風險程度的研究對象，亦招募正常對照組做為對比，研究結果亦顯示自我感困擾於風險組中和正常組中有所差別；但研究對象缺乏其他非精神分裂症譜的精神疾患，因此，自我感困擾在其他精神疾患身上的嚴重程度或是與精神分裂症譜患者的表現是否有差異、是否為精神分裂特定性現象，仍無法由本研究得知。此外，就自我感困擾預測精神分裂疾患的方面，雖然部分項目有顯著預測力，但也因缺乏其他精神疾患的對照比較，限制本研究之推論範圍及強度，因此自我感困擾做為早期篩檢指標的預測力及區辨度仍待保留與後續探討。

#### 研究工具

本研究除了使用 SOPS 及自我感量表做為風險族群精神病性症狀及自我感困擾的評估外，較缺乏其他情緒指標（如憂鬱與焦慮症狀）的相關測量，而這兩者亦為前驅期個體常出現的臨床症狀；因此在自我感困擾的部分，較難以排除其他情緒對自我感困擾造成的影響。日後的研究中可增加憂鬱及焦慮症狀的測量，以更精準地了解自我感困擾對於精神分裂症的相關或預測性。

#### 研究方法

研究對象的精神病性症狀僅於初始階段進行檢測，追蹤過程中僅針對「自我感量表」和「身材外貌及自信評估量表」收集資料，缺乏對於精神病性症狀的後續追蹤，以致於無法了解精神病性症狀與自我感困擾的相關穩定度及共變情形。

## 貳、研究貢獻與臨床應用

### 研究貢獻

作為精神分裂症患者及其風險族群之自我感困擾的研究之一，本研究在國內外的研究領域中皆有許多值得留意的貢獻。

第一、雖然近二十年國外學者開始重新檢視、研究自我感困擾於精神分裂症所扮演的角色，但此研究為國內首次針對自我感困擾所做的研究，呈現出台灣精神分裂風險族群之自我感困擾嚴重程度等基本資料。

第二、國外對於精神分裂症自我感困擾的研究，不論是現象學描述的質性分析或是使用量表進行量化分析，多使用回溯性的研究方式，以了解個體發病前是否出現自我感困擾，以及自我感困擾在精神分裂症患者身上的終生盛行率；而本研究使用前瞻式追蹤研究，不只是了解某特定時間點精神分裂風險族群中自我感困擾的差異，更了解其轉變發病前後的變化趨勢，對於精神分裂症患者的自我感困擾有更全面、完整的了解。

第三、國外對於自我感困擾的研究多採樣於精神分裂症與其他精神疾患，以比較其異同；然而本研究不只納入了正常對照組，亦篩選了不同精神分裂症風險程度的研究對象，比較不同風險程度中的自我感困擾之差異。因此，可以更細緻地了解精神分裂前驅期的自我感困擾之變化趨勢。

### 臨床應用

本研究結果顯示自我感困擾具有敏感度，可區辨臨床組及一般正常個體，並且「自我認同遲鈍不確定」及「現在過去身材外貌差異」對於是否會轉變發病具有預測效果。因此，日後在進行精神分裂症風險族群的篩檢時，可特別納入自我感量表以及身材外貌及自信評估量表，並觀察其評分趨勢，提升篩檢之準確性。

針對精神分裂症極高的風險族群，由於其疾病的發展有一定的嚴重度，但現實檢驗功能（reality testing）又尚未完全崩解，因此其自我感困擾以及對自己現在外貌、自信的評價相較於其他風族群較低。此結果暗示，偵測篩檢出精神分裂症患者的高風險族群，不只是要注意或治療其精神病性症狀，更需全面地針對其自我感、情緒困擾等議題給予關注、治療。

# 參考文獻

## 中文參考文獻

- 孔繁鐘、孔繁錦 (2000)。「精神疾病診斷準則手冊 (第四版)」。台北：合記
- 江佩娟 (2002)。「精神分裂症症狀與非精神病性家屬的分裂病性人格特質：家族研究」(未發表之碩士論文)。國立台灣大學流行病學研究所。
- 台北市立療養院 (2000)。「精神疾病漫談：精神疾病會遺傳嗎、精神疾病的治療效果」。取自網站 <http://www.tcpc.gov.tw>
- 李明濱 (1999)。「實用精神醫學 (第二版)」。台北：國立台灣大學醫學院
- 林鍾淑敏 (2002)。「走在荊棘路上-精神分裂症青少年疾患的疾病經驗與適應歷程」(未發表之碩士論文)。國立台灣大學社會學研究所。
- 胡海國 (1997)。「精神分裂症之症狀學：疾病分類與文化的關連性」。「台灣精神醫學」，11，211-228。
- 胡海國、林信男編譯 (1996)。「ICD-10 精神與行為障礙之分類、診斷指引」。臺北：中華民國精神醫學會。
- 翁儷禎 (1995)。「因素分析應用之一覽」。見章英華、傅仰止、瞿海源 (主編)：「社會調查與分析—社會科學方法檢討與前瞻之一」，頁 245-259。台北：中央研究院民族學研究所。
- 張景瑞、胡海國、葉玲玲、張宏俊 (1995)。「出院精神分裂症患者社區生活適應的預測因子」。「中華精神醫學」，9，203-211。

許惠淳 (1998)。「缺損型與非缺損型精神分裂症患者對臉部情緒的辨識」(未發表之碩士論文)。國立臺灣大學心理學研究所。

曾文星、徐靜 (1998)。「現代精神醫學」。台北：水牛出版社。

楊連謙、郭葉珍編譯 (1991)。「家屬與精神病患」。台北：合記。

龔卓軍。(2006)。身體感：胡塞爾對身體的形構分析。「應用心理研究」, 29, 157-181

## 英文參考文獻

- Asai, T., & Tanno, Y. (2008). Highly schizotypal students have a weaker sense of self-agency. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(1), 115-119.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>rd</sup> ed., rev.). Washington, DC : Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.) Washington, DC : Author.
- Chen, W. J., Lien, Y. J., Tsuang, H. C., Chiang, A., Liu, C. M., Hsieh, M. H., et al. (2010). The Multidimensionality of Schizotypy in Nonpsychotic Relatives of Patients with Schizophrenia and Its Applications in Ordered Subsets Linkage Analysis of Schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics Part B-Neuropsychiatric Genetics*, 153B(1), 1-9.
- Chen, W. J., Liu, S. K., Chang, C. J., Lien, Y. J., Chang, Y. H., & Hwu, H. G. (1998). Sustained attention deficit and schizotypal personality features in nonpsychotic relatives of schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1214-1220.
- Cornblatt B.A., Lencz T., Smith C.W., Correll C.U., Auther A.M., Nakayama E. (2003) The schizophrenia prodrome revisited: a neurodevelopmental perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 29,633–651.
- Cornett, C.W.(1989) . Schizoid adaptation in childhood : symptomatology & treatment. *Child and Adolescent Social Work* ,6(2) ,99-113.
- Davidson, K. A. (2009). Anomalous Self-Experience in Adolescents at Risk of



- Psychosis Clinical and Conceptual Elucidation. *Psychopathology*, 42(6), 361-369.
- Estroff, S. E. (1989). Self, Identity, and Subjective Experiences of Schizophrenia - in Search of the Subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 189-196.
- Gross,G. (1989). The 'basic' symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 155 (suppl. 7), 21 -25.
- Handest, P., & Parnas, J. (2005). Clinical characteristics of first-admitted patients with ICD-10 schizotypal disorder. *British Journal of Psychiatry*, 187, S49-S54.
- Haroun, N., Dunn, L., Haroun, A., Cadenhead, K.S. (2006). Risk and protection in prodromal schizophrenia: Ethical implications for clinical practice and future research. *Schizophrenia Bulletin*, 32,166–178.
- Hollis,Chris (1995). Child and adolescent (juvenile onset) schizophrenia : A case control study of premorbid developmental impairments. *British Journal of Psychiatry*,166,489-495
- Kean, C. (2009). Silencing the Self: Schizophrenia as a Self-disturbance. *Schizophrenia Bulletin*, 35(6), 1034-1036.
- Kendler, K. S., Lieberman, J. A., & Walsh, D. (1989). The Structured Interview for Schizotypy (Sis) : A preliminary report. *Schizophrenia Bulletin*, 15(4), 559-571.
- Klosterkotter, J., Hellmich, M., Steinmeyer, E. M., & Schultze-Lutter, F. (2001). Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Archives of General Psychiatry*, 58(2), 158-164.

- Liu,C.C., Lai, M.C., Chiu,Y.N., Hsieh, M.H., Hwang, T.J., Chien, Y.L., Chen, W.J., Hua, M.S., Hsiung, P.C., Huang, Y.C., Hwu, H.G. (2011). Follow-up of subjects with suspected pre-psychotic state in Taiwan. *Schizophr Research*, 126, 65-70.
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2010). Schizophrenia and Alterations in Self-experience: A Comparison of 6 Perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 331-340.
- McGorry, P. (1998). Preventive strategies in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 172(suppl.33s), 1-2.
- McGorry, P.D., Goodwin, R.J., Stuart, G.W. (1988). The development, use and reliability of the Brief Psychiatric Rating Scale(nursing modification)—an assessment procedure for the nursing team in clinical and research settings. *Comprehensive. Psychiatry*, 29,575– 587.
- McGorry, P.D., Yung, A.R., Phillips, L.J., (2003). The “close-in” or ultra high-risk model: A safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophrenia Bulletin*. 29 (4), 771–790.
- Narvaez, J.M., Twamley, E.W., McKibbin, C.L., Heaton, R.K., Patterson, T.L. (2008) Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1-3),201-208.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Woods, S. W., Stein, K., Driesen, N., Corcoran, C. M., et al. (1999). Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 273-287.
- Parnas, J., & Handest, P. (2003). Phenomenology of anomalous self-experience in

early schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 44(2), 121-134.

Parnas, J., Handest, P., Jansson, L., & Saebye, D. (2005). Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: Empirical investigation. *Psychopathology*, 38(5), 259-267.

Parnas, J., Handest, P., Saebye, D., & Jansson, L. (2003). Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(2), 126-133.

Parnas, J., Moller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., et al. (2005). EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38(5), 236-258.

Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427-444.

Schultze-Lutter, F., Ruhrmann, S., Berning, J., Maier, W., & Klosterkötter, J. (2010). Basic symptoms and ultrahigh risk criteria: Symptom development in the initial prodromal state. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 182-191.

Taylor, E.H. (1998). Advance in the diagnosis and treatment of children with serious mental illness. *Child Welfare*, 77(3), 311-332.

Tolman, A.W., Kurtz, M.M.(2010) Neurocognitive Predictors of Objective and Subjective Quality of Life in Individuals With Schizophrenia: A Meta-Analytic Investigation. *Schizophrenia Bulletin*,doi: 10.1093

Yung, A.R., Phillips, L.J., McGorry, P.D., McFarlane, C.A., Francey, S., Harrigan, S., ... Jackson, H.J.(1998).Prediction of psychosis. A step towards

indicated prevention of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry.*,  
Suppl. 172, 14–20.

Yung, A. R., & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370.

Yung, A.R., Stanford, C., Cosgrave, E., Killackey, E., Philips, L., Nelson, B., McGorry, P.D. (2006). Testing the ultra high risk (prodromal) criteria for the prediction of psychosis in a clinical sample of young people. *Schizophrenia Research*, 84,57–66.

# 附錄

## 附錄一 自我感受與經驗量表 (原題本)

(一) 下面所列，是一些一般人可能的感受、想法、或經驗。由於每個人的個別情況有所不同，因此下列問題並沒有一定的標準答案，煩請您依自己最近半年以來之實際狀況經驗作答，在適當的出現程度下□內打☑，其中：

0	1	2	3
幾乎從不 如此	偶而 如此	有些時候 如此	幾乎總是 如此

幾乎從 不如此	偶 而 如 此	有 些 時 候 如 此	幾 乎 總 是 如 此
0	1	2	3

請問，你有沒有下列感受、想法、或經驗？

1. 我感到對發生在我自己身上的事情無法控制。

2. 我感到不能確定我到底是誰。

3. 我感到我所認識的人，都並不怎麼友善。

4. 我自問「自己做了什麼，而有如此下場？」

5. 我所遇到的某些問題，我感到毫無解決辦法。

6. 我覺得自己未來會達成願望。

7. 我覺得我未來可以成為自己想變成的那種人。

8. 我覺得家人並不像我想要的那樣與我親近。

9. 認識的人遇到問題時，我覺得自己應該去幫助他們。

10. 我不知道別人對自己的期望是什麼。

11. 對我生活中很多重要的事情，我感到都無法改變。

12. 我不知道自己對自己的期望是什麼。

13. 我對自己抱持著正向的觀感。

14. 我覺得我與學校中其他學生有很多共同的興趣。

15. 與別人在一起時，我感到孤獨寂寞。

16. 我想到「我的朋友會厭倦我及我的問題」

17. 任何我想做的事，我覺得都能做到。

18. 我對自己感到陌生。

19. 我覺得自己很難投入正在做的事情之中。

20. 我覺得幾乎沒有人真正關心我的內心感受。

21. 我思考最近的情境，希望它可以變得更好。

22. 我覺得在生活中我被別人支使來、支使去。

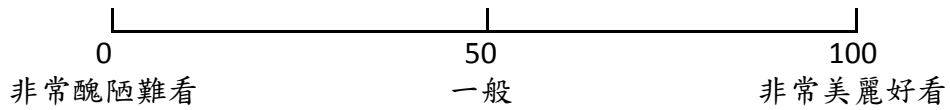
23. 將來我的情況如何，我覺得主要取決於我自己。

請問，你有沒有下列感受、想法、或經驗？

	幾乎從不如此	偶而如此	有些時候如此	幾乎總是如此
	0	1	2	3
24. 我感到自己無法參與別人正在做的事情。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. 當遇到問題時，我覺得很難指望別人幫忙。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. 生活中，我覺得很難確定要做些甚麼。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. 我覺得自己的外貌變難看了。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. 我對人生充滿懷疑。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. 我感到莫名其妙的不安。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. 我覺得自己很難與人深交。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. 我覺得自己無法將事情處理得更好。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. 我想到「自己真是自私」。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. 我覺得自己不如別人。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. 我覺得自己搞砸許多事。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 附錄二 外貌及自信評估

1. 假設一般對身材外貌的評分如下：

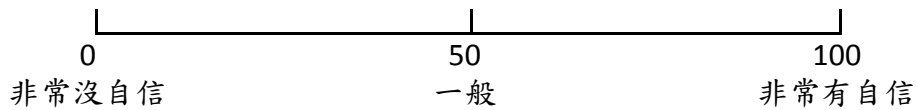


請問，1) 您覺得**目前自己**的身材外貌是 ( ) 分，

2) 您認為**以前自己**的身材外貌是 ( ) 分，

3) 如果可能，您**期待理想中的自己**的身材外貌是 ( ) 分。

2. 假設一般對自信的評分如下：



請問，1) 您覺得**目前的自信**是 ( ) 分，

2) 您認為**以前的自信**是 ( ) 分，

3) 如果可能，您**期待理想中的自信**是 ( ) 分。