

# 三個青少年躁鬱症者社會心理發展脈絡分析 ——以學業成就表現為促發因素之現象觀察

王明雯

國立臺東大學

林亮吟

臺北市立療養院

## 摘 要

本研究之目的有三：其一澄清青少年躁鬱症者的社會心理不利因素；其二瞭解學業成就表現為促發因素的青少年躁鬱症者之心理特質、主觀的壓力知覺與因應行為等，對躁鬱狀態的影響機制；其三瞭解案例的心理康復經驗中，對於自我調整與介入方向的想法。

研究對象為三名躁鬱症案例，均在國中或高中求學階段發病，研究方法係對三名案例進行深度訪談，並經事後編碼分析等質性研究歷程後，每個案例均形成個人文本；本研究則以呈現三名案例的個人文本，並加以比較分析，以澄清學業成就因素，對促發青少年躁鬱現象的社會心理發展脈絡，並比較案例間的同質性與個別差異性。

研究結果顯示，在社會心理因素的發展脈絡有以下特性：

1. 個人特質：內、外向均有。

2. 發病先前事件，與自尊等需求的滿足有關。其反應機制是因以學業成就為主要評價來源；因獲得較高外在評價期待或威脅而[焦躁]，因挫折失落而[憂鬱]，有的案例亦涉及生理、及其他身心壓力等因素的多重影響。

3. 以學業成就為主要自我評價來源的發展：有的係因父母價值觀，經強制性的管教態度而內化；有的親子關係疏離或良好，但父或母未表現明顯以學業成就為主的價值判斷，顯示可能為案例個人特質在人際環境主流文化中的習得效果。

4. 多數發病前，持續了一段長時期(至少一個月)的身心壓力狀態。有的因家人未有良好的互動關係，或是有的不習慣向外求援，並且未能發展有效能的情緒管理與壓力紓解策略，終致因身心壓力的累積效應而發病。

5. 對恢復心理健康的想法：在心理向度，均認為需要學習情緒管理、較多元的價值觀，以淡化對考試焦慮的壓力知覺為主，其他還包括：學會表達、積極地問題解決態度、要敏察於情緒反應的避免過度起伏、要有病識感以有助於穩定用藥習慣及即時向外求援、家人的長期接納支持；其他生理向度包括：均重視規律作息、睡眠充足、穩定用藥等，有的強調保持身體健康。

綜合研究結果，研究者建議對以學業成就表現為促發因素的青少年躁鬱症者的三級預防系統與介入，宜重視個人不利特質與家庭教養環境，如對偏重外在評價、外導性等高危險群的篩選與引導，並在主流教育文化環境，培養多元價值觀念、自主性、重視情緒管理與壓力紓解的教導。

**關鍵字：**躁鬱症、兩極性疾患、青少年、社會心理因素、學業成就

## 緒 論

躁鬱症，也稱兩極性疾患是一嚴重的情緒障礙，顧名思義其最明顯的特徵是病患呈現週期性躁期及鬱期，而其情緒也會有兩種極端的變化與擺動，是常見的精神疾患，其出現比例僅次於精神分裂症的精神疾患，但其預後較前者為佳。躁鬱症的成因以生物學病理病因較為被確認，其與大腦內神經傳導物質的失衡或遺傳因素有很大的關聯(宋維村，民 75；曾文星與徐靜，民 77；鄧惠泉等人，民 82；孫孝芳與賴德仁；民 91；Berney & Jones，1988)。許多研究均指出躁鬱症固然受生物性的影響較大，但若其處遇僅偏重於藥物的處理或外在事件壓力的控制，則其預後常有瓶頸；因此臨床上專業的共識顯示躁鬱症者若能確立躁鬱症之生物—社會—心理三因子互動因素，也就是能採取藥物的控制、外在環境支持、個人心理的自我調節等統合三者的處遇，則可以有更佳的預後 (Callahan & Bauer，1999；Hammen，1995；Pavuluri, Birmaher, & Naylor, 2005)。躁鬱症在不同族群的發生率約在 0.5-1.0%；如果不加以治療，大約 20%會有自殺的危險 (孫孝芳、賴德仁；民 91；蔡尚穎、陳喬琪和胡維恆，民 85)；有的論述則顯示有些躁鬱者具有高度的創造力，藝術與文學領域則不乏罹患躁鬱症者 (王雅茵、易之新，民 91；李欣容，民 87；莊裕安，民 85；陳智修，民 93；曾秋芳，民 89)。因此，躁鬱症的介入需要更統整及多元的處遇模式，如此從

消極面可預防躁鬱症者步上毀滅之途，從積極面則可以充分發揮躁鬱症者的無限創造力。

反觀目前國內外有關躁鬱症的診療與研究，仍是偏重於生物性因素之探究；社會心理層面的不利因素之研究尚屬少數，但是從少數對於躁鬱症的個案研究中，其結果均指向有意義的發現，即是社會心理層面的不利因素對躁鬱症者應具有相當影響的；因此有關的研究，值得加以重視與開展。

本研究係對十四名躁鬱症青少年及成人案例的質性研究歷程中，從結果中顯示有三名案例的促發因素顯示與學業成就的表現有關(王明雯，民 91)。本研究動機是在對焦於這三名青少年躁鬱症學業成就為促因的樣本，研究目的有三：

其一澄清青少年躁鬱症者的社會心理不利因素。

其二澄清學業成就因素，對促發青少年躁鬱現象的社會心理發展脈絡，並比較案例間的同質性與個別差異性。

其三瞭解案例的心理康復經驗中，對於自我調整與介入方向的想法。

綜合前述，本研究結果以期對青少年躁鬱症者的社會心理不利因素及心理發展脈絡上掌握更完整的資訊，並提供對青少年躁鬱症者以學業成就表現為促發因素三級預防系統與介入方向上之參考。

以下說明與躁鬱症有關之國內外文獻研究的結果。

## 文獻探討

### 一、對躁鬱症的基本認識

躁鬱症是屬於情感性異常的一種。情感性異常是指情感上的障礙為主，患者情感表現發生變化，過於高昂或過於低落；可能為同時發生思考或行為的變化，但是屬於續發性的障礙(曾文星、徐靜，民 77)。

雙極性疾患(或稱躁鬱症)(bipolar disorder 或 mani-depressive psychosis)，憂鬱及躁狂兩種症候群均出現，兩者混雜出現，或每隔幾天或循環性的反覆出現等。因包含憂鬱及躁狂兩種症候群，故又稱雙極性疾患，在美國精神醫學會的診斷與統計手冊第四版修訂版(DSM-IV)(孔繁鐘，民 88)中對狂躁症候群及憂鬱症候群分別界定如下：

躁狂發作(manic episode)與輕躁狂發作(hypomanic episode)兩者的特徵性相同，只是嚴重程度有別，其中輕躁狂尚未嚴重到造成社會或職業功能的顯著損害，兩者的症狀特性包括如下：(1)在至少一星期以上時間內，異常且持續地具有高昂的、誇大的或易怒的心情；(2)並在情感障礙時期，持續且顯著出現以下症狀至少四項：a.誇大的自我評價或自大狂、b.睡眠需求減少、c.比平時多話或滔滔不絕、d.意念跳躍或主觀經驗思緒奔馳、e.注意力分散、f.多目的性活動的取向(社交上、工作學業等)或精神運動性激動、g.過分參與所喜好的活動，不顧極可能造成痛苦的結果。躁狂發作障礙嚴重時，可能造成顯著的職業功能、一般社會活動或與他人關係之損害。

重鬱發作(depressive episode)是指：在兩週期間，幾乎每天持續出現以下症狀至少五項，其中有一項至少為：(1)幾乎整天有憂鬱心情，或是(2)幾乎整天失去活動興趣或喜樂；(3)其餘各項分別為 a.非處於節食中，體重明顯增加或減少，食慾減少或增加，b.幾乎

每日失眠或睡眠過多，c.幾乎每日精神運動性激動或遲滯(主觀上及可觀察到的不安感或遲滯感)，d.幾乎每日有無價值感、過分或不合宜的罪惡感，e.幾乎每日思考能力或注意力減退、或無決斷力，f.反覆想到死亡、或反覆出現自殺意念、嘗試自殺等。

### 二、生物—心理—社會模式的診療模式與生物模式為主導

目前對於精神疾患的診療工作多強調生物—心理—社會模式，對於躁鬱症的病因也主要包括這三方面的討論(Garbrd, 1995)。也就是在不利的先天遺傳性的生理、心理特質的基礎下。經歷發展經驗的互動過程後，形成人格特性及不適切的問題因應行為，最後在重大壓力事件的出現下，激發顯著的不適應現象(王明雯，民 84；民 89；民 90；民 91)。

對於躁鬱症的促發，一般認為遺傳性、生化因素佔有重要影響。有關的發現諸如：家族的罹患率較高(鄧惠泉、陳喬琪，民 76；何瑞麟，民 76)、躁鬱症者在碳水化合物方面的代謝上有障礙(曾文星、徐靜，民 77)；發病時的症狀與腦神經系統的傳導物質的亢進或缺乏有關(宋維村，民 75；曾文星、徐靜，民 77；Berney & Jones, 1988)。在遺傳基因的研究方面，國內鄧惠泉等(民 82)以 78 位躁鬱症者為對象，經篩檢後發現有相當比例(佔 11.5%，9 位)的性染色體異常。

相對於生化因素被確認，目前國內對於躁鬱症的治療與研究，多偏重在生化因素方面，以鋰鹽治療為主，成效獲得肯定。但是接受鋰鹽治療仍然約有 20%~50% 的病人有復發的現象(林秀霞，民 75；楊庸一，民 75；鄧惠泉、陳喬琪，民 76)；並且需要經常追蹤注意鋰鹽在血液中濃度，以避免從嘔心到腎、心律功能衰竭，甚至死亡程度不等的副作用(Acomb &

Deam, 1993; Bialer, 1991)。躁鬱症是屬於再發性較高的疾患，也就是首次發作後六至七成會再復發(孔繁鐘，民 88)；但是，影響復發的因素則尚未明朗化。一般發現通常躁鬱症精神疾患在第一次發病前有明顯社會心理因素。但是，有的臨床觀察報告發現，如果有週期性的發作，繼起的發作則沒有明顯的導致因素(何瑞麟，民 76)，似乎顯示非心理性生物性因素仍可能具其影響力，並且不能完全為鋰鹽治療所控制，因此其間的病理機制仍未廓清。

除了生物性因素外，目前愈來愈多的研究結果支持社會、心理的因素，對於躁鬱症疾患的復健扮演重要角色(黃文翔，民 76；文宗華，民 80；Callahan & Bauer, 1999；Hammen, 1995)。諸如有的研究指出病患的教育程度、家庭社經地位愈高，感受到父母親愈溫暖、愈自主的態度，則社會復健整體表現也愈佳(文宗華，民 80)。反之，家人過度的情緒表露較易促成復發現象(黃文翔，民 76)。

因此，多數學者或實務工作者呼籲要調整生物模式主導的現況，落實生物—心理—社會診療模式的處遇以促進預後(Callahan & Bauer, 1999；Hammen, 1995；Coyle, Pine, Charney & Lewis, 2003；Pavuluri, Birmaher, & Naylor, 2005)。在兒童與青少年的處遇方面，除了且透過適當的藥物治療、心理治療及家人的參與支持外，並重視及發揮這些兒童與青少年的常見的優勢，包括：創造力、同理心、領導能力、在藝術與科學方面有較高的智能等(王雅茵、易之新，民 91；陳智修，民 93；曾秋芳，民 89)。

研究者經蒐集國內 70-94 年間，有關躁鬱症的科學研究資料中可發現，仍是以體質性生化因素的分析為多數，如：偏重於遺傳基因、生化因素、藥物及護理方面、病識感與藥物、流行率、鋰鹽治療的相關問題等(王碧華，民 84，民 86；李秀春，民 80；李選、葉美玉，

民 81；林秀霞，民 75；孫孝芳；賴德仁、范盛娟，民 91；陳凌雲，民 83；許敏桃，民 79；楊庸一，民 75；楊慧玲，民 83；臧汝芬、吳光顯和陳建州，民 86；蕭淑貞等人，民 85；蔡尚穎等人，民 85；民 86；民 87；民 91；鄧惠泉等人，民 82；顏正芳、葉明莉，民 89；民 91；陳正生，民 91)；有的涉及人格特質因應行為的討論，還是為呼應於對鋰鹽治療的影響(王碧華，民 86)。在社會心理因素方面的探究仍屬少數，偏重在外在社會支持的特性，諸如：親子關係、家人情緒表露、家庭功能對復發或復健效果的影響(黃文翔，民 76；蕭淑貞等人，民 85)；在認知特性方面的研究，有一篇混雜憂鬱症患者來研究(黃裕達、張素鳳，民 82)；對躁鬱症者為對象的心理特性或壓力因應歷程的科學性探究，有所開展(王明雯，民 84；民 89；民 90；民 91)；另外，對於躁鬱症狀與創造力的關係，開始引起關注(陳智修，民 93；曾秋芳，民 89)。

### 三、社會心理因素

#### (一)病前個性的研究

在病前個性的研究，許多是以回溯性訪談方式進行，研究結果互有同異，可歸納如下：

1. 內外向性格均有，病前人格以外向佔多數。有的研究結果則顯示：半數病前個性是活潑、合群、社交能力好；而半數則是文靜、害羞、孤獨或容易焦慮(Hassanyeh & Davison, 1980；王明雯，民 84；民 89；民 90)。

2. 情緒功能易於失調。如：敏感、善感、易於緊張、易受驚嚇等、容易對未來擔心等。有的感到孤獨、對忌妒及競爭敏感、。有的研究指出：半數的案例小時候沒有玩伴，近九成小時候顯得害羞、與同伴疏遠、雖然大都表現很好，但多數沒有自信，有很強的不安全感，容易緊張(鄧惠泉、陳喬琪，民 76，61-62 頁)。

有的研究則指出，如果案例特質對照於一

般兒童及表現壓抑性的焦慮－畏懼反應 (inhibited anxious-phobic types) 的青少年及兒童，仍顯然有別，較多表現出循環性 (cyclothymic) 與多動 (hyperthymic) 的氣質特性 (Akiskal, 1995)。

3. 有的有完美主義的傾向。有的研究顯示：80% 的案例家人對他有特別高的期望，父母認為他們未來會有較很高的成就 (鄧惠泉、陳喬琪，民 76，61-62 頁)。

4. 對人際社會認同有高度需求，並且有過度概化的現象。有的研究以四名案例為對象，發現個人特質與家庭教養態度方面較一致的有特性、有敏感、自我強度不夠，自我壓抑、父親的教養態度嚴格或冷漠拒絕。最顯著的特性是：對人際社會認同有高度需求，並且有過度概化的現象，也就是他們四個案例多抱著「每個人都要關心我」、[每個人都與我親近] 的期待 (王明雯，民 84)。

(二) 早期經驗、心理特質與先前生活壓力事件的探討

對於憂鬱症狀的促發，一般的討論較多，針對於躁鬱與兩極化症狀的促發，則較少，對早期經驗、心理特質與先前生活壓力事件的探討，可歸納出以下狀況：

1. 早期依附關係的匱乏、或親密關係的失落，或因二度創痛經驗，而促發憂鬱症狀。

(1) 失去所愛的人物。尤其是早期有分離經驗而在心理造成極大創傷的人，比較容易因為後來類似的經驗，而觸發幼時心理癥結 (Complex)，導致憂鬱症 (曾文星、徐靜，民 77)。有的研究發現：憂鬱症患者在病前多有「離去」和「非期望」之事件發生，顯示「失落」對於促發重鬱症有重要影響 (黃文翔，民 76)；國內有的研究顯示：在 123 名單極性憂鬱性疾患 (包括：重憂鬱症及憂鬱性官能症患者) 與一般人比較，在統計學上有較高的早期失親比例 (陳永成、李毅達、柯慧貞，民 79)。

有的研究則發現：躁鬱症者中有早期分離 (包括單親或雙親) 經驗者，比憂鬱症患者普遍 (MaKajuola, 1989)。

(2) 重要他人 (如：父母或配偶等) 具有威權性格。無法按照個人的理想的方式對待他，對親密關係的期待落空。

(3) 早期剝奪經驗與躁鬱症狀關係有所探討。Chrane (1990) 以 250 名病例的回溯性研究，指出身體的接觸經驗、被愛的經驗的滿足感等，被認為與憂鬱狂躁的症狀之產生有關。其中憂鬱症患者顯著的特性是早期經驗缺乏身體的接觸，躁鬱症者則是兩者都缺乏；研究者並推論身體接觸經驗的滿足與否可能是壓力因應能力的中介因子。

2. 遭遇挫折，自尊心受到強烈的打擊，而促發憂鬱症狀；或因保護自尊表現反向作用，而促發躁狂狀態。

以精神分析的觀點來看，尤其是超我 (super-ego) 很強，容易自我批評或有較高的抱負水準的人，也比較容易因遭遇挫折，而發生憂鬱症狀。認為憂鬱是一種自我 (ego) 受到超我箝制的狀態。其超我的發展，係在早期經驗中，接受主要照顧者的嚴苛撫育方式，並透過認同歷程將照顧者的形象內化後，形成日後壓迫自我的力量。有的學者從自我 (ego) 的層面來探討，認為自我有三種自勵的目標導向：成為既好又可愛、優秀或強壯的、被愛又有價值的人，但是由於現實條件的限制，使自我 (ego) 的理想受挫而產生憂鬱狀態 (曾文星、徐靜，民 77)。

相對於躁狂症狀的促發，從心理分析學派的觀點來看，多數學者認為躁症是心理對於鬱症的防衛狀態，為了對抗情緒的低落，相反的表现極端快樂、興奮的狀態，也就是一種反向 (reaction) 作用；或是以其他形式，來補償內心的失落感。諸如：以誇大、萬能的自我形象去對抗外在的否定；對人際關係加以理想化

(idealization)或否認，以抗拒互動關係不佳的事實；或是去鄙視或否認定重要他人的愛及重要性，以減輕他們的所造成的傷害等形式，來補償內心的失落感(Garbrd, 1995)；從臨床經驗上，有時可以觀察到躁鬱症的病人，其實內心承受相當大的痛苦(曾文星、徐靜，民 77)。

### 3. 負向的認知風格。

國內外對於憂鬱症患者認知特性的探討較多，有許多有意義的發現，如：低自尊、傾向吸收或回憶負向訊息；傾向將負向事件作內在的、穩定的、概括性的歸因，也就是將外在事件視為個己能力所不能控制等，憂鬱症患者的反應驗證了 Seligman 和 Garber (1980) 的觀點：前述不適切的歸因反應產生[無助感]的症候群(黃慧貞、黃光國和柯永河，民 72；Ingram & Reed 1986)。

在躁鬱症者的認知特性的探究，亦漸受重視 (Callahan & Bauer, 1999；Hammen, 1995)，有的研究發現其認知上的特性，亦驗證了前述 Seligman 和 Garber (1980)的憂鬱症患者歸因特性與無助感理論。諸如 Harrington(1998)以 87 名案例及其他病患為對象進行對照組研究，追蹤結果顯示躁鬱症者在三次評量保持穩定的認知特性，透過迴歸分析顯示歸因的風格與生活事件形成交互作用，也就是歸因風格與負向自我參照的訊息處理特性，可以有效的預測憂鬱與躁鬱症的促發。Alloy 等人(1999) 研究顯示躁鬱症者擁有負向認知風格、歸因風格、缺乏效能，在認知上的易致性與抗壓性較低的特色，並且與家族史中情緒障礙的出現有極強的相關性。Richards(1993)則指出躁鬱症者奇特的認知風格，可視為其認知、情感與行為三者的互動結果。

4. 非適應性的因應反應，遭遇挫折時把原想向外的攻擊衝動轉向自己，促成憂鬱症反應(曾文星、徐靜，民 77)。

5. 先前壓力事件反應對自我評價 (自尊) 的滿足或威脅失落，誘發相對性的躁鬱症狀；從憂鬱而躁狂間狀態的轉化，因自我評價受威脅後，再度獲得滿足或補償式滿足的過程。

綜合前後幾項研究，對青少年及成人約 15 名案例的追溯性訪談研究結果顯示，發病先前事件均與愛與歸屬或自尊等需求的滿足有關，因期待或威脅而[焦躁]，因挫折失落而[憂鬱]，部份並涉及生理因素的變異。促發因素首要是以學業成就或工作表現為得高外在評價佔多數因素的現象；其次是以家人關係或愛與歸屬需求；第三是兩種需求的趨避衝突。

其中，若單純以兒童青少年案例來看，其促發因素，主要與學業成就表現有關，其社會心理層面發展脈絡顯示：受到親師的教育態度，及強制性或單一性價值觀的內化有關 (王明雯，民 84；民 89；民 90；民 91)。其中，有一名邊緣性智能的國中生案例，甚至且因父母、國中教師過度期望與強大的課業壓力，導致身心耗竭而發病，爾後並陷入三度因考試壓力而發病的循環過程(王明雯，民 89；民 90)。

## 研究方法

### 一、研究對象

本研究對象為三名躁鬱症案例，均在國中或高中求學階段發病。

### 二、研究方法

前一階次的研究方法是對十四名案例進行本研究採用個案研究的方法來蒐集資料，包括：(1)對個案本人及父母，實施問卷的評量與深度訪談，(2)並結合病歷資料的研讀，與治療人員訪談、討論等方式來蒐集資料。

研究對象選取的考量因素如下：(1) 以單一的發展階段來研究，一則可單純化問題的背景；二則有助於對學校中不利因素的探究，及

未來學校適應之促進；三則經驗背景因素的控制，避免干擾變項。(2) 接受訪談當時，案例的情緒、認知及社會適應功能的表現基本水準，確認具有歸納生活經驗，清楚的口語表達能力，避免因急性發病期及病程特性的干擾，以俾評量結果的正確性與客觀性。

訪談部份以案例為中心，每次訪談人次約進行 1-2 小時，個案本人約訪談 3-5 次；其家人 1 人，每人進行 1-2 次；每名案例需進行約 4-6 小時的訪談。

訪談大綱基本結構如下：(1)早期氣質特色(2)父母教養態度及童年受關愛的情形(3)學習經驗、成就表現(4)先前人格特質、及情緒特色與情緒處理能力(5)病程中的先前事件與歸因、壓力因應行為及(6)對預後在自我調整方面的觀點。但實際訪談過程的資料內容與深度，則因訪員與個案關係的狀況而略有不同。

### 三、實施步驟

(一)行政協調及徵求受試：本研究以大台北地區為主。經與精神醫療單位聯繫，徵求行政支援與並提供案例資料，包括：目前接受治療或追蹤治療，及經治癒的案例名單。與再個別與當事人聯繫及說明訪談的動機、方向及進行方式，經徵求當事人同意後，開始個案研究過程。

(二)訪談員招募與訓練：招募台北及台東教育及輔導系所學生計二名，先後進行訪談、資料蒐集方法及資料編碼之訓練。

(三)進行個案研究：個案及重要關係人訪談與資料蒐集。

### 四、資料處理

訪談資料處理步驟如下：

(一)謄寫逐字稿與編註代碼：訪談過程筆記及錄音帶的整理。將訪談過程的錄音帶，全部

鍵入電腦，謄寫成逐字稿。逐字稿的謄寫過程，同時以每一個對答句為單位以編號。代碼界定為：受訪者(訪員)代碼—錄音帶卷數—句數，受訪者為分別為甲、乙、丙，M 表案例的母親，I 表訪員。如：甲 M-1-1，「甲案例母親」第一卷第一句反應；甲-1-1，指「甲案例」第一卷第一句回應。

(二)資料的編碼：本研究訪談資料採用半開放式的編碼方式，包括：閉鎖及開放編碼，閉鎖編碼部份過程是先以訪談大綱、研究者的研究問題、過程中引導問題等，作基本編碼架構；對於訪談大綱所無法涵蓋的訪談內容，則進行[開放編碼]架構。

(三)重新編輯歸類：訪談稿逐句編碼後，再經歸納、分析等步驟，將第一人稱的描述文句，加以重新編輯，集中歸納於同一分類碼或主題中。

(四)撰寫形成個人文本，及主題現象之描述文。根據每編碼主題中的描述文字，以較精簡的文字，但盡量忠實於訪談者的描述語彙等處理步驟，以第三人稱加以撰稿，形成個人文本，及主題現象之描述文。但對於可表現個案的重要觀念、個人經驗或是個人特色的部份，則盡量忠實於原文敘述以予保留，並摘譯於個人文本內。

(五)信度考驗：編碼前，研究者對協同編碼員間經過充分溝通，並頒布編碼原則，並於進行訪談資料的三角校正，包括編碼過程中，研究者、協同編碼員間的信度考驗及編碼原則的檢核；以及主題現象之描述文完成後，由受訪者加以確認或修正等步驟。

## 研究結果

以下逐一呈現三名受訪案例的基本資料及個人文本，個人文本按主題編碼逐段呈現，並引述受訪者的描述。

引註原則如下：(1) 引註訪談代碼界定為：受訪者(訪員)代碼—錄音帶卷數—句數，詳見前述資料處理部份；(2) 忠實原則：對於可表現個案的重要觀念、個人經驗或是個人特色的部份，則引述於第三人稱個人文本之後，以期能中份反映當事人經驗世界，或現象野中主觀的、鮮明的感受；(3) 精要原則：因限於文章篇幅，僅以第三人稱個人文本陳述，然後引註資料代碼。

### 一、案例甲

#### (一) 案例基本資料：

甲，女性，接受訪談時 23 歲，每月定期至精神門診，大學肄業後待業中。小學以前父母離異，與母親妹妹同住，與父親與一兄一弟偶有往來。

#### (二) 社會心理因素：

1. 早期氣質與人格特質：甲性格壓抑內向，國中時尤為明顯，但不知與同學如何互動。

甲對性格退縮內向的自述：

*[從小就比較害羞及內向，有點自閉，害怕跟人群有接觸，因為是單親家庭，沒安全感，也覺得自己是個藏不住話的人] (甲-1-1~58)。*

甲描述拙於人際互動：

*「國中時候太害羞又內向，同學家想都跟我講話又不之說什麼，總一個人坐在那邊」[高中時就有兩個死黨，到現在還有聯絡，至於大學同學完全沒有聯絡了] (甲-2-22~25)。*

2. 親密關係與父母教養態度：甲生長於單親家庭，母親嚴格為經濟生活忙碌，親子關係疏離。學業成績表現優異，但是母親認為是孩子的本分，少讚美。

甲媽媽描述少讚美孩子、冷漠威權的管教方式：

*[孩子從來沒有被稱讚過。C 小學時常常因為學業被獎賞。通常是送些小東西給甲或煮好吃的*

*菜當作獎勵，會因為做錯事被用衣架打，很少因為學業被打，國中會因為做錯事情被打，但如果說謊就會被打的更兇，求學中的各個階段都是如此，大學之後較少被打，改用口頭勸戒] (甲 M-2-273-288)。*

*[甲的功課一直不錯，從小學開始，甲的學業都不用媽媽擔心。媽媽認為甲的學業好是應該的，媽媽認為自己努力賺錢供孩子讀書、生活，孩子本來就應該好好讀書，也因此沒有給過什麼鼓勵。] (甲 M-2-273~288)。*

(三) 嚴重挫折經驗，形成負面的自我及生命知覺

甲國小二年級時在公園被強暴，當時被嚇呆了，不知道如何表達；事發一年以後才告訴母親，但母親不相信，也沒有讓甲接受治療，在甲心裡面烙下很深的傷痕，常感傷一生的命運坎坷。

甲描述心裡有道很深的傷痕：

*[那是一生完全忘不掉，很深很深的傷口、是抹不掉的記憶，就算過去還是會很難過。][心底深處的一個抹滅不掉的傷口，是一個長期的陰霾吧。一直走不出那個陰影，心理跟身體的傷害，感覺很不舒服。][那一段時間真的是..很黑暗的一段時期]；[傷痛我那麼小的年紀太小就受到這樣的侵害。身心雙重的傷害，不能釋懷]*

(四) 先前事件、壓力因應與症狀反應歷程：

1. 第一次生病：在高二升高三時，甲自覺是生命中最低潮的時期。高二下學習排列組合，學的不好，誘發對性侵害經驗及生活不完滿的聯想，愈發感到自憐挫折，引發了自殺的念頭，曾經割腕及試圖讓自己溺斃，所幸被路人救起。

妹妹的歸因：壓抑性格、加上高中以來上學通勤的疲累，形成潛在壓力；

高三時某日徹夜未歸，因擔心受媽媽的責



罰，誘發第一次的生病。

甲回憶高二時課業壓力的知覺是：

「學數學排列組合，學的很吃力，.意志消沉」  
(甲-3-39)。

同時誘發甲陷入創傷事件的反覆回憶，與否定生命的知覺是：

「加上可能是小時候的那件事情，一直忘不了，又覺得家庭不是幸福、快樂、美滿的，我幹嘛活在這世界上，覺得活著好沒意義喔，然後一直很不快樂啊，然後就一直死的念頭很強烈，然後也不知道為什麼突然就經常思緒很混亂，常常會..頭腦裡面轉好多很奇怪影像跟聲音，不停的在自己跟自己說話。」(甲-3-39)。

妹妹對生病的分析：

[她不會排解自己的壓力，然後就慢慢沈積下來。]

[甲有心事悶在心裡面，他的心事都不會跟別人講，很難瞭解她，所以才沒辦法阻止這件事。]；「高中時學校太遠，一大早要通車，她又會暈車，一到學校又要考試，可能第一睡眠不足；第二就是又會暈車，第三就是怕，因為怕被媽媽打。高三那天沒回家，在外面過夜是一個臨界點，由於之前身心都很疲累壓力大，加上第三個因素，突然爆發出來，這三個原因造成他爆炸。」

2.第二次生病：是大一大學時，因為生病後，記憶力及理解力差，學習跟不上，覺得十分挫折。

[因為高三畢業那一年就去念大學，腦力啊、記憶力都沒有恢復，對於學統計，感到太吃力了，吃重的課也蠻多的，又不好學...然後一直在碰這些東西感覺很煩躁吧](甲-2-344-410；甲-2-122-410；甲-3-1-67)。

3.第三次生病：大三因為學業成績落後而

輟學，加上之前學業挫折的累積效應。

「三上結束，..因為成績全部被二一之後，就沒有去學校了，等於說是在學校是算二年半，對啊；然後正式復發就醫後，應該算離開學校後。」

(五)對預後在自我調整與介入的觀點

1.甲認為是要學會表達、積極地問題解決態度，持續追求心理健康與生涯理想的實踐。

2.家人重視睡眠、用藥物的規律性，鼓勵多作情緒的表達。

甲的觀點為：

[自己處理事情的態度不夠積極、內向可能跟生病有關，認為自己如果作任何事情，有不懂的地方就要搞懂，不要一直積壓，否則到最後會負荷不了，就會崩潰。](甲-4-111-116)；[並能恢復主要是靠自己的意志力，一直朝能變得跟正常人一樣而努力，並希望能把未完成的、當明星的夢想完成(甲-4-128-133)。

甲媽媽的觀點為：

[個案都把心事悶在心裡面，他的心事都不會跟別人講，很難瞭解她，所以才沒辦法阻止這件事。目前得以藥物控制，如果沒有吃藥可能又會復發，她的藥只要空一段沒吃，她的症狀就又來了]。

甲妹妹的觀點為：

[甲的情緒和睡眠狀況有很大的關係，目前甲睡眠不正常是最大復發的原因。好像甲腦子裡一直在幻想，一直在轉，想要當明星賺很多錢。而目前甲仍然無法調回正常的作息]

## 二、案例乙

### (一)案例基本資料

女性，高中肄業。國一時生病，訪談時19歲。家人主要有祖父母、父母與兩位弟弟、妹妹。經第四次發病後於精神醫療機構接受診治，目前症狀反應趨於和緩，目前接受日間留

院的訓練課程，包括書法課、美術課、鄉土教學等課程活動，但是由於開學之後要準備學校課業，出席日間留院訓練課程的狀況並不穩定。

## (二)社會心理因素：

乙為平輩中年紀最大的小孩，小時後倍受家人親戚的關心與呵護。父母會獎勵孩子唸書，希望子女有好的學業表現。老師對她很好，很在意老師對她的評價，如果被罵，會非常難過。急躁好勝心強、要求完美。乙因國中成績優異而自負，炫耀驕傲而炫耀，造成人際關係不好，喜歡別人的誇讚恭維，會想從竊聽別人談話中獲知是否被讚美。

情緒起伏很大，亦受在意的事物而牽動，學業表現是主要影響因素。被誤解的時候，都將情緒壓抑，有什麼委屈或心事，都悶在心裡不說。

### 乙描述自己的特質：

[好勝心強、喜歡偷聽別人講話、好奇心強、懶惰、驕傲的]；[因為驕傲，所以國中時代在班上人際關係不好；好勝心表現在功課上，會想要每方面都想要贏別人。]（乙 1-1、14、22；2-134）

[國中會考第一名，是因為好勝心強，國中成績都比別人好，老師都很看好她，覺得她會上很好的學校，常考前五名；數學、理化、國、英、數一定都考九十分以上；想考那樣的分數，想考高分；對讀書放不開，考爛的話會沒有辦法接受。會炫耀自己的分數。]

乙描述喜歡別人恭維，會偷聽別人對話，希望能聽到讚美自己的話：

[我喜歡別人恭維，就會偷聽那樣的]

[因為喜歡聽別人讚美她的話，所以她媽媽在浴室洗澡，媽媽在講電話，會停下來豎起耳朵聽，之後再繼續洗，別人在講話都會想去聽。]

乙以學業成就而自豪，並認為可以因此享

受特權：

[國中時自認為成績好就比別人偉大、讀書就不用作家事，媽媽要她去掃地拖地做家事，她會懶得去做，奶奶要她去菜市場幫忙，她也不想去幫忙，懶得做事情，都不動。]（乙 1-17~20、27、31~35、41、95）；[因為好勝心強，又在功課表現上得到很多增強，家人的獎賞、老師的看重、同學的誇獎，覺得功課唸好很有面子，因此會一直保持成績上的機良好表現。]（乙-1-17、38；乙-2-31~34、61；乙-1-57；乙-2-28）。

## (三)先前事件、壓力因應與症狀反應歷程：

乙總共住院住了三次，分別是在國二（82年）、國中畢業後休學兩年期間與高職休學兩年期間。

1.第一次生病:因個性內向易於緊張，因國二國中課業壓力與偏食，造成身體狀況不佳，身體無法負荷，表現躁鬱與焦慮反應。

### 乙母親個案生病是因為：

[過度緊張、個性內向、從小家人都對她很好、只聽好聽的話、沒辦法分辨別人話中的真正涵義、太在意別人看法、記恨、放不開、什麼事情都放在心頭自己難過、什麼事情都悶在心裡不講出來、逃避與壓抑、個性堅強、對自己要求很高、想維持優異的成績表現，但是因為偏食，身體虛弱而受不了.....]（乙 M-1-54、57、60；乙-2-30~34、45~48）

2.第二次生病——國三課業壓力與身體虛弱→躁鬱症狀

### 乙的母親認為：

[她讀國中三年級，讀一個學期之後又不能讀，應該是她太在意別人的看法、考試前比較緊張，讀了好像身體不好，撐不住才會生病]（乙 M-2-40~42）。

### 3.第三次高中聯考壓力與課業壓力→躁鬱症狀

[國中畢業，休學兩年，因為太在意考試成績表現，但是身體無法負荷] (乙-1-59, 60)。

### 4.第四次高職課業所致的身心壓力→躁症

母親認為：

[自尊心太強，也考試成績比較差，自己沒辦法接受，身體無法負荷，會出現愛花錢的行為] (乙 M: 2-58、71、167)。

#### (四)對預後在自我調整方面的觀點：

乙認為因好勝的追求學業成就與身體虛弱無法承擔身心壓力。甲在復健過程中學會了情緒管理、較多元的價值觀淡化升學壓力知覺，但也認為自己變得消極，於治療中較重視穩定用藥，但抗拒心理的探索。

媽媽對於生病因素的歸納，主要與乙的成長經驗（第一個孫子倍受寵愛）、個性特質、太在意學業成就表現、與偏食造成身體虛弱有關。家人重視她的身體健康與社會化的學習，但無力改變她的習慣。

乙較懂得處理自己的情緒：

[在生病之前，遇到難過的事情總是逃避，有什麼心事或委屈都悶在心裡不說。目前會以看笑話、看小說、看電視、聽音樂、做自己喜歡的事情來轉移注意力。有事會跟家人說、遇到很嚴重的事情也會跟佛堂的阿姨說，或是請醫生開藥。] (乙-1-149、269~272、278；乙 M-1-56；乙-2-33)。

乙於治療中較重視穩定用藥，但抗拒心理的探索：

[希望醫生只要開藥給我吃就好了，不必問焦慮、難過的原因] (乙-1-278)。

乙已淡化對升學考試的壓力知覺，但不滿

意自己缺乏動力：

[國中(生病前)如果考不及格的分數一定哭死了，但是生病後，上高中之後，變得很混、很懶、不想讀書，考不及格、檢定考沒過，也沒哭過，她也沒有怎麼樣。覺得自己越來越混，而且也越來越不想讀書了；覺得自己生病之後，鬥志會受影響] (乙 1-39、48、62、64、65、68)

乙母親說名個性要求完美，易於焦慮：

[乙在國二之前都很好，只是每到考試之前，乙總會很緊張、焦慮、急性子、要求完美，擔心自己的考試成績與學業成就表現。生病的時候會一直想讀書] (乙 M-1-57、59~61、64；乙 M-2-42、57~58、69~71、97)。

目前母親的調整是：

[不敢再唸她，在功課上不要求她，告訴她要改個性。並且常要求她多吃水果、帶她去看醫生、拜拜。] (個案生病後) 希望各方面都有良好表現，能社會化一些，能學會處理事情 (乙 M-2-50、116、57、65；乙 M-2-2、29、66~69)。

## 三、案例丙

### (一)基本資料：

男性，大學肄業。國二時生病，訪談時 21 歲。家人主要有父母與一位哥哥。於第一次發病後即接受精神科門診治療，定期服藥與心理治療，前後發病三次，目前情況穩定，因於南部就讀大專，學期間不予家人同住。

### (二)社會心理因素：

#### 1.性格特質

丙從小到大，跟其他孩子比起來，比哥哥調皮、外向，功課也比較好，是蠻貼心、令人放心的孩子。

母親描述丙的性格：

[他從小就一直都很乖功課也都很好，跟哥哥比起來，比較調皮、外向] 可是功課比哥哥好 (OM-1-39-42)；[也是蠻貼心、令人放心的孩子] (丙 M-1-318、319)。

## 2. 依附關係、家庭經驗與人際關係

丙小時候是在新竹由祖母帶，大概兩歲才帶到台北來由外婆帶，丙認為家有點對哥偏心，因哥哥從小病弱，佔去父母較多去的照顧時間。母親覺得自己是一視同仁的，曾因丙的抗議，加以改善。

丙和外婆、外公、奶奶感情都很好，比父親還勤於打電話問新竹的奶奶。丙和哥哥、表兄弟姊妹、堂兄弟姊妹相處的都很好。能夠與家人及朋友分享心事，並取悅或支持別人。

母親曾經發現丙認為家人對哥哥偏愛：

[丙有時候會在母親辦公室跟母親同事說『有些孩子不乖，媽媽還是很疼』，我認為丙是在說哥哥。] (丙 M-1-71)。

母親說明哥哥小時身體比較差需要較多照顧，實則一視同仁：

[老大身體比較弱比較需要看醫生，應該是二十年前媽媽對哥哥的關照比較多，所以丙才會這樣講，我認為自己是一視同仁的，對兩兄弟也不會有差別待遇] (丙 M-1-72)。

[哥哥的身體比較差，也比較瘦，相比起來丙就胖多了，那時候可能就覺得有點不公平] (丙 M-1-73-75)。

母親說明因丙抗議，以後她盡量讓丙兄弟倆有一樣的互動經驗：

[從小丙就看著媽媽帶著哥哥去上課，抗議怎麼可以對哥哥這麼好] (丙 M-1-77)。

[後來開始帶丙到自己工作場所附近的幼稚園去上學，因為丙看起來胖胖的很可愛，那邊的司機很喜歡他，都很照顧他] (丙 M-1-78)。

丙的人際關係良好與長輩同儕都有良好的互動經驗，並能表達關懷。

[丙和外婆、外公、奶奶感情都很好，即使連爸媽都很少打電話回去，但他卻經常主動打電話給在新竹的奶奶] (丙 M-1-113、丙 M-1-114)；[丙

跟所有長輩都很親近，感情都很好，有事情就會講 (丙 M-1-120)；[丙從小就比較外向、比較能夠講話而且比較能夠逗大人、比較貼心、也會比較懂得關心別人] (丙 M-1-127)；[後來我去念空大，丙還會鼓勵我考一百分，像他一樣] (丙 M-1-339)。

[家裡經常會有他的同學朋友來玩] (丙 M-1-87)

## 3. 學業成就表現與父母教養態度

丙母親認為自己是民主派的父母類型，有適度的賞罰，但丙從小到大，表現都很好能夠遵守規範，不需要特別要求。丙從小就一直都很乖，因功課好常被稱讚。家人會規律地督促功課，並持鼓勵態度，家人認為他有些資質聰明，並且學習態度認真，都會主動做到最好，因此不會勉強他 (丙 M-1-101；102；164；168；295；324-326)。

母親說描述丙學業成就表現優異，主動自律，父母多鼓勵尊重：

[從小丙就常接受他人的讚美，因為他功課一直都很好] (丙 M-1-39)

[感覺丙好像什麼事都可以做得到，看丙念書很輕鬆，考試也能夠在班上名列前茅，也不像其他人就是一直坐在那邊唸書，母親覺得丙有點小聰明，學校的作業也可以應付的過去 (丙 M-1-164)；[給丙蠻大的自由空間去選擇自己想念的學校，盡力做就好] (丙 M-1-168)；[家人並沒有說一定要要求丙功課一定要很好，可是就覺得丙可以自己做到最好] (丙 M-1-169)；[丙做事比較一板一眼的，自己會照著一定的目標] (丙 M-1-295)。

## (三) 先前事件、壓力因應與症狀反應歷程

1. 第一次生病及醫療狀況：丙在國二國三時生病兩年，呈現憂鬱症狀；第一年雖經有藥物與心理治療商沒有明顯，第二年更換醫師情況有所改善，高中聯考考完後，壓力解除後，恢復適應狀態 (丙 M-1-171；192-194；203-206；丙-1-45；46)。

母親因導師告知，才發現丙出現憂鬱症狀：

[國二時老師告訴母親說丙在學校上課很不專心。](丙 M-1-171)[老師發現當班長的丙開始不會注意應該作的班級事務(如管秩序、處理大小事情)[變得都是一個人在教室，不跟其他人講話(丙 M-1-192);[也開始沒辦法遵守學校校規](丙 M-1-203);[要交的作業沒辦法交，去了學校就睡覺，甚至還經常不去上課](丙 M-1-204);[他不去學校，還是會假裝從家裡出去，但沒真的去學校，而是躲在家裡的某個地方，如樓頂](丙 M-1-205);[就這樣持續一段時間後，等老師告訴家人這種狀況時，已經累積一段時間了](丙 M-1-194; 206)。

[丙那時候是大概是「鬱」期，覺得好像每個人都再講他的壞話，包括路人可能也在講自己怎麼樣不好，以前丙對自己很有信心，生病以後就對自己完全一點信心都也沒有了](丙 M-1-223);[每天都不想去上課，都是母親拖我去學校的](丙-1-45)。

高中聯考考完後恢復正常狀態：

[而在高中聯考考完後，壓力解除後，媽媽就覺得丙的狀況就變得好多了，上高中之後也都適應的不錯，恢復正常狀態](丙 M-1-236);[直到聯考考完以後，狀況就好了](丙-1-46)。

2. 第二次生病及醫療狀況：升高三暑假，發生躁鬱症狀

高三面臨升學壓力，又發病，因丙有病識感，能主動向學校輔導人員求助，學校輔導人員，相對於國中健全與積極，家人也了解適當的用藥的必要性，並主動請求學校輔導人員的協助，丙因此恢復較快。在考前已恢復了，並且也能考上高中。

[到高二升高三暑假丙又發病，開始不想去學校][去外面的時候，會覺得無論每個人在做什麼事，都是在針對自己而來，譬如會感覺計程車好像是向丙開過來，認為別人講話就是在說丙的壞

話](丙-1-48);[主治精神醫判斷這一次發病可能是躁鬱症](丙-1-50)。

3. 第三次生病及醫療狀況：升學失利，因失望而憂鬱

[二專畢業要考二技時，家人或老師都說丙一定能推甄上學校，他自己也覺得很有信心，但後來沒上](丙-1-51);[整個人就變得很憂鬱，整天都躺在宿舍，也不去學校，變得跟之前一樣，以負面角度看事情](丙-1-52);[後來看診吃藥後，覺得自己當時興奮的時候比較多](丙-1-58)。

4. 對生病的綜合歸因：課業壓力、過慮及情緒易於因想像而起伏；媽媽認為是性格的問題，丙自我期許太高，因此形成過度的考試壓力；加上且壓抑性格，傾向把歡笑帶給別人，不向外傾吐負向情緒。

丙認為是課業壓力及過慮的個性，讓自己生病。

[國三第一次發病時還不知道，但主治醫師認為我課業壓力大，所以才會有這種情況](丙-1-44);[我想課業壓力是最大原因，也可能因為遺傳](丙-4-19);[可能是有時候會想太多，想太多就容易促使自己的情緒過分高興或過分哀傷(丙-4-33)，這種個性與自己生病有一些關係](丙-4-34)。

母親認為丙是因為聯考壓力、為符合老師期待，並且自我要求過高而生病：

[每一次要碰到面臨大型考試的時候，丙就會生病，就像國中要升高中及高中畢業時](丙 M-1-161);[因為丙從小就很聽話，老師要求的丙幾乎都能夠做到，而且丙對自我的要求也很嚴格，加上先前就有的升學壓力，讓他生了病](丙 M-1-163);[丙母親覺得說可能由於聯考前，丙對於自己的期許太大造成壓力，才會生病](丙 M-1-169; 丙 M-1-176)。

丙傾向把歡笑帶給別人，不向外傾吐負向情緒：

[丙是一個會把歡笑帶給別人，可是實際上內

心卻是個壓抑的人，其實丙很能夠帶給別人快樂，像丙生病的時候，母親去學校看他，發現同學也都很願意幫助丙，同學對他的關心也很多，只是那時候丙好像還不太容易能夠讓同學知道自己生病的事] (丙 M-1-177)。

#### (四)對恢復心理健康的觀點

##### 1. 丙的觀點

現在盡量讓生活規律、藉書籍及醫師方面來瞭解躁鬱症，會記錄及敏感於自己的情緒變化，及早與醫師或身邊的他人討論；並且以監控情緒，調整想法避免太多起伏。另外，家人的支持與溫暖讓他獲益良多，但母親給丙的幫助最大。精神科醫師的溝通與治療給丙很大的幫助 (丙-4-7、8-9、40-42、52、58、86、87)。

[現在狀況比較好之後，開始進行自我調整，盡量讓生活規律，平常好好做自己的事，如果有時候有特別的想法或是感覺，會把它紀錄起來，會跟醫生討論這是否屬於正常的感覺，還是與躁鬱症有關] (丙-4-7)；[雖然丙現在比較少去找林醫師，但當他有想法的話，他仍會跟身邊的人討論這些想法] (丙-4-8)；[現在處理事物的時候還是會想一下] (丙-4-40)；[但不會像以前那樣子，不會讓自己太高興或是太哀傷] (丙-4-41)；[會自己調適自己的想法] (丙-4-42)；[會想辦法利用書本或各種資料去了解躁鬱症以及正確面對的方法，也較能體驗他們的感受] (丙-4-52)。

##### 2. 母親的觀點

丙目前狀況還算穩定。家人方面會持續給他鼓勵支持。母親認為躁鬱症的治療，需要長期的控制，包括醫院方面也繼續提供藥物及必平時家人與親密友伴的瞭解，支持，復發能時及早發現與處理。家人接納、滿意於他目前表現認為健康第一，但最近丙想考研究所，家人擔心他會因壓力過大而復發 (丙 M-1-242；275；278；308-316)。

母親認為躁鬱症的治療，需要長期的治

療：

[躁鬱症應該屬於一個慢性病也不是說好了就好了，躁鬱症應該不是像生一場感冒，說丙好了就好了，應該不是這樣子] (丙 M-1-241)；[醫生給的診斷、藥物和精神上的支持還有開導，母親覺得都很大的幫助] (丙 M-1-242)；[丙現在仍繼續服用藥物] (丙 M-1-278)。

母親希望丙的女友可以瞭解他的狀況，有助於及早發現，即時治療：

[每次要發病前都會有點徵兆出現，只要親密如家人才能發現] (丙 M-1-309、10、19、315)；[所以丙身邊有個女朋友互相照應一下也不錯] (丙 M-1-316)。

丙現在有病識感，覺察生病時，會找家人傾訴。

[丙現在有病識感，家人也經常打電話給丙，其實丙也知道家人是想要跟他談一談、聊一聊，丙每次都會跟家人說：『放心啦！我沒事啦！』] (丙 M-1-308)；[只能給丙精神上的支持，跟他談他都說他聽的懂，丙會找舅舅或叔叔談] (丙 M-1-278)。

家人認為健康地接納、滿意於他目前表現，丙想考研究所家人擔心復發。

[丙今年跟說他想考研究所，丙目前在南部某科大念二技，我擔心他又會因為壓力大而再發病，因此有點擔心] (丙 M-1-297)；[但丙現在看起來蠻好的，又是社長、又當代表的，外務很多] (丙 M-1-299)；[還是健康最重要，工作、唸書都是其次，如果丙能在台北讓家人見得到面是最好的] (丙 M-1-306)。

## 結論與綜合討論

### 一、結論

三名受訪案例的基本資料及社會心理不利因素，經整理分析後，製成表一

表一 本研究案例基本資料及社會心理特性

編號	性別 年齡	發病 學程	角色性格	情緒 管理	家庭 狀況	依附關係 教養態度	發病 次數	核心需求 先前事件
甲	女 23	高三 18	乖小孩 長女(兩姊妹)	壓抑	單親	媽媽嚴控疏離	2	1. 一次因學業、通車、交男友 晚歸怕媽媽責備 2. 兩次因停藥
乙	女 19	國二 14	好勝性急易 焦慮心身反 映(腹瀉偏 食) 要求完美	焦躁 不表 達不 能自 處	一般	與爸媽關係和諧 但有挫折不表達 爸媽鼓勵好成績但標準 不嚴苛	4	1. 因學業對自尊滿足的誇大效 益，患得患失 2. 小三、四起對學業焦慮，在 國中加劇 3. 發病四次，於國中、高職時 生病
丙	男 21	國二 14	活潑親和 自信分心 家人師友的 開心果	考試 焦慮 不會 紓解	一般	媽媽開明，長輩的開心果 比哥哥好帶，好學 常因功課好被誇讚，家人 對他的期待高於哥哥	3	考試前夕易促發躁症，因求好 心切，想滿足自己及家人的期 待、

綜合前述資料，本研究案例在社會心理因素的發展脈絡，可歸納有以下特性：

(一)個人特質：內、外向均有。內向壓抑的缺乏人際能力的(如：案例甲)、好強、忌妒、好競爭焦慮(1)個人特質：過去的研究案例中，病前個性內外向均有，與本研究有一致之處，內向的(如：案例甲)、外向的(如：案例乙)、外向、活潑、有親和(如：丙)。

(二)以學業成就為主要自我評價來源的發展與家庭教養關係：

有的親子關係疏離(如：案例甲)、或良好(如：案乙、丙)。但父母或家人均未明顯或以強制性，以學業成就為主的價值判斷，只是對於案例的從小以來好成績表現，多給予肯定讚美(案例乙、丙)；至母親對於子女的好成績表現反應冷漠(如：案例甲)，顯示以學業成就為主要自我評價來源的現象，可能為案例個人特質在人際環境主流文化學校或家庭中的習得效果(正增強效益)。

(三)發病先前事件與自尊等需求的滿足有

關，其反應機制是因以學業成就為主要評價來源；因獲得較高外在評價期待或威脅而[焦躁]，因挫折失落而[憂鬱]。有的案例亦涉及身體健康不佳，且因課業的壓力而有所加劇(如：案例乙)；案例丙因課業壓力而生病，因聯考壓力紓解而自然康復。

(四)性格特質與不適切的壓力因應行為的影響。多數發病前，持續了一段長時期(至少一個月)的身心壓力狀態，並且未能發展有效能的情緒管理與壓力紓解策略，終致因身心壓力的累積效應而發病。

有的因家人未有良好的互動關係，雖蒙受課業交通的壓力而無髮表達(如：案例甲)、或是有的不習慣向外求援(如：案例乙)、過慮及情緒易於因想像而起伏；案例丙自我期許太高，因此形成過度的考試壓力；加上且壓抑性格，傾向把歡笑帶給別人，不向外傾吐負向情緒有的，習於在人際前表現堅強態度。

(五)對恢復心理健康的想法：在心理向度均認為需要學習情緒管理、較多元的價值觀，以

淡化對考試焦慮的壓力知覺為主，其他還包括：學會表達、積極地問題解決態度（如：案例甲）、要敏察於情緒反應的避免過度起伏、要有病識感以有助於穩定用藥習慣及即時向外求援、家人的長期接納支持（案例丙）；其他生理向度包括：均重視規律作息、睡眠充足、穩定用藥等，有的強調保持身體健康（案例乙）。

## 二、討論

本研究案例特色與過去研究結果比較，其結果雖不足以作為普遍性推論的依據，但是仍可發現一些相符之處，說明如下：

（一）個人特質：過去的研究案例中，病前個性內外向均有（Hassanyeh & Davison, 1980；王明雯，民 84；民 89）。，與本研究有一致之處，內向的（如：案例甲）、外向的（如：案例乙、丙）。

（二）個性特質、情緒管理與壓力因應行為：三名案例在發病前，經歷一段時期（至少一個月的身心壓力狀態），在面對壓力或挫折偏向於自處或壓抑，不向外表達，或是不向外求援等特性，與先前研究結果一致（王明雯，民 84；民 89）。

（三）憂鬱症狀的認知特性：由案例乙第一次生病的憂鬱階段的內在對話，可觀察到與有關研究的分析一致之處。即是傾向將負向事件作內在的、穩定的、概括性的歸因，也就是將外在事件視為個己能力所不能控制等的觀點（黃慧貞、黃光國和柯永河，民 72；Callahan & Bauer, 1999；Hammen, 1995；Ingram & Reed, 1986；Seligman & Garber, 1980）。

（四）病識感、家人支持與預後：三名案例中，目前以案例丙的適應狀態較佳，其病程控制也較為良好，其病程中的成就表現與案例乙相仿，但其社會支持、具有病識兩項條件均較為良好，如：案例甲與母親關係疏離、案例乙

則抗拒心理向度的探索，這些資料似乎指向：案例有病識感、家人支持，對預後有較佳影響，其影響情形如案例丙母親所述，因案例有病識感，能夠穩定用藥習慣。這與有關的研究結果相互呼應，藥物遵從性方面，若個案病識感各分項分數愈高，藥物遵從亦愈高（顏正芳、葉明莉與陳正生，民 91）

## 三、待研究方向

本研究與過去研究比較，揭示了一些值得關注的現象，包括以下兩點：

（一）早期家庭經驗方面：有別於過去的研究案例（王明雯，民 84），案例未必感受到不完整的親子關係，有的案例是蒙受家人及師長的關注。因此除了補償性的心理機制外，由本研究案例顯示 [過度] 的、依附性社會認同，也可能是影響案例情感反應的因子。

（二）心理特質、先前生活壓力事件，狂躁狀態的歷程特性：有別於過去的研究以先前事件正向經驗對促發躁狂反應之案例（王明雯，民 84），於本研究中較為少見，較多案例顯示：壓力知覺、焦慮反應與睡眠不足用藥不穩定等生、心理因素的互動影響的焦慮狀態。研究者試將躁症的心理反應加以區分為兩類：躁狂反應與躁動；前者伴發著過度誇大妄想、愉悅、多目的性活動等，後者以焦慮情緒失控為主的特性，本研究案例呈現較多躁動反應（如案例甲、丙），兩者的影響機制還可加以釐清。

躁症是心理對於鬱症的防衛狀態，為了對抗情緒的低落，相反的表現極端快樂、興奮的狀態，也就是一種反向（reaction）等心理歷程特性（曾文星、徐靜，民 77；Garbbrd, 1995）；在本研究案例中也較少見，只有觀察到：案例乙對生涯理想的展現，呈現過度樂觀的預期與想像，影響睡眠，並促發躁狂反應現象。



#### 四、研究限制

由於案例的症狀反應、病識感、敏感度及對於事件記憶程度不同，並且與訪員的建立關係不同，因此，對案例主客觀經驗的深入程度不一等，對於躁鬱症間的循環機制尚不夠明朗化，案例樣本的代表性與外推性受限。

#### 五、建議

綜合研究結果，研究者對於青少年躁鬱症者以學業成就表現為促發因素三級預防系統與介入，建議如下：

(一)早期預防宜重視兒童及青少年個人不利特質與家庭教養環境，如：偏重外在評價、外導性等高危險群的篩選與引導，並在主流教育文化環境，培養多元價值觀念，自主性，重視情緒管理與壓力紓解的教導。

(二)對於恢復心理健康的處遇

1.心理向度：紓解以學業成就表現為促發因素的介入：以培養當事人較多元的價值觀，淡化對學業成就表現的壓力知覺；其他舒緩於一般躁鬱症狀反應的介入，當事人需要學習情緒管理、要敏察於情緒反應的避免過度起伏、學會表達、積極地問題解決態度、培養病識感，以有助於穩定用藥習慣及即時向外求援。

2.生理向度：包括重視規律作息、睡眠充足、穩定用藥等，有的強調保持身體健康(案例乙)。

3.家人的長期接納與支持。

### 參考文獻

#### 一、中文部分

王明雯(民 84)。四個青少年躁鬱症者的社會心理不利因素之探究。特殊教育，57 期，22-28 頁。

王明雯(民 89)。人不痴狂枉少年---一個青少年躁鬱症狀發展的心理脈絡之回溯。台東特教，

11 期，1-14 頁。

王明雯(民 90)。走過激盪---一個國中女生躁鬱症心理發展脈絡之研究(上)。台東特教，14 期，20-26 頁。

王明雯(民 90)。走過激盪---一個國中女生躁鬱症心理發展脈絡之研究(下)。台東特教，15 期，10-13 頁。

王明雯(民 91)[青少年躁鬱症者社會心理不利因素及心理發展脈絡之研究]。國科會研究專案 編號：NSC 89-2413-H-143-020。

王雅茵、易之新 譯(民 91)。瘋狂天才---藝術家的躁鬱之心。Kay Redfield Jamison 著。心靈工坊。

王碧華(民 84)。門診躁鬱病人人格特質、對鋰鹽態度、社會支持、因應行為與鋰鹽遵從相關性探討。長庚大學護理學研究所碩士論文。

王碧華(民 86)。門診躁鬱病患健康控制信念對鋰鹽態度與鋰鹽遵從相關性探討。護理研究，5 卷 6 期，499-511 頁。

文宗華(民 80)。躁鬱症者之親子關係與社會復健相關之研究。東吳大學社會學研究所碩士論文。

孔繁鐘(民 88)。DSM-IV 精神疾病的診斷與統計。台北：合記。

李秀春(民 80)。一位躁鬱症病人住院期間的護理經過。美和護專學報，9 期，51-75 頁。

李欣容譯。Kay R. Jamison 著(民 87)。躁鬱之心。天下遠見出版。

李選、葉美玉(民 81)。家屬治療對改善躁鬱症病患家屬疾病認知與因應能力成效之探討。護理雜誌，39 卷，3 期，41-52 頁。

宋維村(民 75)。情感性精神疾病。諮商與輔導，7 期，20-22 頁。

何瑞麟(民 76)。精神疾病診斷與統計手冊第三版(DSM-III)。台北：合記。

林秀霞(民 75)。長期性接受鋰鹽治療之躁鬱病人態度與遵循醫囑行為之研究。台北市立療養

- 院 75 年年報，145 - 152 頁。
- 孫孝芳、賴德仁和范盛娟 (民 91)。台灣地區躁鬱症之分子遺傳研究。國科會研究專案。編號：NSC 89-2413-H-143-020。
- 曾恆星、徐靜 (民 77)。最新精神醫學。台北：水牛。
- 黃文翔 (民 76)。生活壓力對躁鬱症復發之影響。高雄醫學院臨床醫學研究所碩士論文。
- 游恆山譯 (民 87)。變態心理學。台北：五南。
- 莊裕安 (民 85)。以躁鬱症為燈油的雨果·沃爾夫 (Hugo Wolf 1860-1903)。古典音樂，56 期，32-34 頁。
- 黃裕達、張素鳳 (民 82)。精神分裂症、躁鬱症病人憂鬱、歸因組型與歸因複雜度。中國心理學會年刊，18 頁。
- 黃慧貞、黃光國和柯永河 (民 72)。生活壓力、歸因類型、社會支援與大學生之 32 憂鬱症。中華心理學刊，25 卷 1 期，31-47 頁。
- 陳永成、李毅達和柯慧貞 (民 79)。早期失親與憂鬱性疾病。中國精神醫學，第四卷，第四期，253-257 頁。
- 陳凌雲 (民 83)。酪胺酸羥化基因與躁鬱症關聯性之研究。中山醫學院生化科 (CSMCBIC)。科資中心編號：RB8410-1216。
- 陳智修 (民 93)。創造力與情感性疾患之關連性探究。資優教育季刊，90 期，15-23 頁。
- 許敏桃 (民 79)。躁鬱病人鋰鹽遵循醫囑行為相關因子研究。行政院國家科學委員會。科資中心編號：NB 79-0350。
- 楊庸一 (民 75)。鋰鹽療效及在中雙極性型情感性疾病病人血中有效濃度之評估。行政院國家科學委員。科資中心編號：B-75-224。
- 楊慧玲 (民 83)。雙極性情感型疾患對睡眠衛生與失眠症狀的主觀評估。國立台灣大學護理研究所碩士論文。
- 臧汝芬、吳光顯和陳建州 (民 86)。鋰鹽中毒發生於鋰鹽與四環黴素使用者：一例報告。台灣精神醫學，11 卷，4 期，418-421 頁。科資中心編號 JA8705-0240。
- 蔡尚穎 (民 91)。首次發病之躁症患者的預後研究 --- 跨文化之前瞻性追蹤 (III)。行政院國家科學委員會 NSC90-2314-B038-013
- 蔡尚穎、呂思潔、陳坤波、陳喬琪和楊沂淵 (民 87)。躁鬱症之急性躁期的細胞激素變化。台大醫學院暨附設醫院精神醫學科。中華民國精神醫學會八十七年度年會暨學術研討會。科資中心編號 JA8705-0240。
- 蔡尚穎、李儒卿和陳喬琪 (民 86)。雙極性情感疾患患者之生理疾病。台灣精神醫學，11 卷，3 期，249-261 頁。科資中心編號 JA8703-1011。
- 蔡尚穎、陳喬琪和胡維恆 (民 85)。躁鬱症者共存物質濫用：15 年追蹤研究。中華精神醫學，10 卷，4 期，357-364 頁。科資中心編號 JA8605-0227。
- 鄧惠泉、陳喬琪 (民 76)。早發性躁鬱病~文獻回顧。台北市立療養院 76 年年報，58--71 頁。
- 鄧惠泉、黃慶三、曾永德和簡錦標 (民 82)。有家族遺傳傾向之躁鬱症病患的細胞遺傳學研究。科資中心編號 RB8307-1228。
- 顏正芳、葉明莉、陳正生 (民 91)。躁鬱症患者病識感之長期變化趨勢與臨床指標作用 --- 兩年追蹤研究 (II)。行政院國家科學委員會。NSC90-2413-H037-011。
- 顏正芳和葉明莉 (民 89)。躁鬱症患者病識感之質性與量性評估。行政院國家科學委員會。NSC89-2413-H037-004。
- 蕭淑貞、陳美雲、吳麗萊和黃瑞媛 (民 85)。家庭護理功能對精神病患生活品質之介入性探討。科資中心編號 RB8610-1329。

## 二、英文部分

Acomb, J. & Deam, J. (1993). Lithium and the Community Pharmacist. *Pharmaceutical Journal*,

- Vol. 251. p.348-349.
- Akiskal,H.S. (1995) .Developmental Pathways to Bipolarity: Are Juvenile-Onset Depressions Pre-Bipolar? *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 34(6): 754-763.
- Akiskal,H.S. & Akiskal,K. (1988). Reassessing the prevalence of bipolar disorders: Clinical significance and artistic creativity. *Psychiatry and Psychobiologie* , Vol. 3 , 29-36. PSYCLIT 1989-11903-001.
- Alloy,L.B., Reilly, Harrington,N., Fresco,D.M., Whitehouse,W.G. & Zechmeister,J.S. (1999). Cognitive styles and life events in subsyndromal unipolar and bipolar disorders: Stability and prospective prediction of depressive and hypomanic mood swings. *Journal of Cognitive Psychotherapy* ,Vol. 13(1), 21-40. PSYCLIT 1999-13337-002.
- Berney,T.P. & Jones,P.M.(1988). *Manic depressive disorder in mental handicap*. EJ402457.
- Bialer,M.(1991). Clinical Pharmacology of Valproamide. *Clinical Pharmacokinetics* , 20(2),pp. 114-122.
- Burns, B.A. (1994). *Summoning the cohorts: multiple personality response in the life and work of Virginia Woolf*. The Union Institute : PHD Dissertation Abstracts. AAC 9335197 .
- Callahan,A.M. & Bauer,M.S. (1999). Psychosocial interventions for bipolar disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 22(3). 675-688. PSYCLIT 1999-11946-010.
- Cochrane,N. (1990). Physical contact experience and depression. *Psychiatrica Scan- dinavica*. Vol. 82 (357, Supple), 91. PSYCLIT 1991-24380-001.
- Coyle J. T., Pine, D. S., Charney, D. S. , Lewis, L. F., Nemeroff, B. M., Carlson, G.A.; Joshi,P.T.; Reiss, D.; Todd, R.D.(2003). Depression and Bipolar Support Alliance Consensus Statement on the Unmet Needs in Diagnosis and Treatment of Mood Disorders in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 42(12):1494-1503, December 2003.
- GlassnerB. & Haldipur,C.V.(1983). Life events and early and late onset of bipolar disorder. *Am. J. Psychiatry* ,14(2), 215-217.
- Garbbrd,G.O.(1995). Mood disorders:psychodynamic etiology.In H.I.Kaplan & B.J. Sadock (eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry (6th Ed)*, pp. 1116-1123. Baltimore,MD: Wiliams & Wilkins.
- Hammen,C.L (1995). Stress and the course of unipolar and bipolar disorders. Mazure, Carolyn M. (Ed); et-al. (1995). Does stress cause psychiatric illness ? *Progress in psychiatry*, No. 46. (pp. 87-110). Washington, DC, USA: American Psychiatric Press, Inc.
- Harrington, N. R. (1998). *Bipolar versus unipolar mood disorders: the role of cognitive processes and life stress in differential diagnosis, symptom changes, family history, and comorbidity (depression, mania, hypomania)*. Temple University: PHD Dissertation Abstracts. AAC 9826164.
- Hassanyeh ,F. & Davison,K.(1980).Bipolar disorder Affective psychosis with onset before age 16 report of 10 cases. *Bri.J.Psychiat*, 137, 530-539.
- Ingram,R.E. & Reed,M.R.(1986).Information encoding and retrieval processes in depression : findings, issues, and future directions. In R.E. Ingram (ed.). *Information processing*

- approaches to clinical psychology*. pp. 127- 145.
- Jackson, E. A. Salazar (1998). *The relationship between life events and mental health-functioning of severe mental illness (schizophrenia, bipolar disorders, depression)*. University of Louisville: PHD Dissertation Abstracts. AAC 9831549.
- Kroeber,-H.-L. (1993). Krankheitserleben und Krankheitsverarbeitung bipolar manisch- depressiver Patienten. / Coping behaviour and the subjective experience of bipolar illness. *Fortschritte-der-Neurologie,-Psychiatrie*. Aug; Vol. 61(8). pp.267-273.
- Makajuola,R.O.(1989). Socio-cultural parameters in Yoruba Nigerian patients with affective disorders. *Am J Psychiatry* ,155,337-340.
- Pavuluri, M.N., Birmaher,B.&Naylor, M.W.(2005). Pediatric Bipolar Disorder: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 44(9). 846-871, September 2005.
- Richards,R. (1993). Everyday creativity, eminent creativity, and psychopathology. *Psychological Inquiry*, Vol. 4(3), 212-217. PSYCLIT 1994-13445-001.
- Seligman,Martin E.P. & Garber,J. (1980). *Human helplessness : theory and applications*. New York : Academic Press.

## **Three Case Studies of Psychosocial pathway on Adolescence with Manic Depression Psychoses Caused by Study Achievement Factors**

**Ming-Wern Wang**  
National Tai-Tung University

**Liang-Yin Lin**  
Taipei City Hospital

### **ABSTRACT**

The present research has three purposes: first, to explore psychosocial risk factors of the adolescence with manic-depressive psychosis; second, to clarify the affecting mechanism of their psychology characteristics, awareness of pressure and corresponding behavior to the state of manic-depressive psychosis; third, to understand their thinking of self-regulation and intervention in their recovery experiences.

The methodology, which is used, is the case study. Most of the subjects are with manic-depressive psychosis disorders onset when they were adolescence. After the depth interview, coding, forming the case texts, we then analysis the above developing contexts and compare the homogeneity and differences between the cases.

The results showed that there are the following characteristics in the psychosocial developing context:

1. The personality is both introvert and extrovert.

2. The antecedents of Manic Depression Psychoses onset are related to the satisfaction of self esteem. The mechanism is that they fall into the manic state due to highly study achievement, and into depressed state due to frustration.

3. The developments of self-evaluation system from study achievement are: some cases internalized the parents' value, some cases maybe good relation without displaying the obvious value judgment.

4. They are not good at emotion management and pressure coping. Finally they fall ill because of accumulation effect of the physical and psychological pressure.

5. The suggestions of intervention for recovery are: the learning of emotion management, pressure coping and to express felling, positively attitude of problem solving, awareness of the onset of Manic Depression Psychoses, and good social support. And main approaches are: paying attention to regular working and rest, sleep sufficiently and taking medicine steadily. Some emphasis on keeping healthy.

Based on the above findings, for the adolescence with manic depression psychoses caused by study achievement, we suggest the prevention system and intervention, such as: screening and guide

of high-risk group of outer-directive external appraisal. We should cultivate multiple value perspectives, independence, pay attention to the instruction of pressure relieving and emotional management.

**Keywords : Manic depression psychosis , bipolar disorder , psychosocial risk factor , study achievemen**