

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

▶ 隨機控制情境短文探究憂鬱症生理、心理歸因之效果

The Effects of Biological and Psychological Attribution on Depression

doi:10.30074/FJMH.201606_29(2).0003

中華心理衛生學刊, 29(2), 2016

Formosa Journal of Mental Health, 29(2), 2016

作者/Author：韓德彥(Der-Yan Han);劉嘉逸(Chia-Yih Liu);陳淑惠(Sue-Huei Chen)

頁數/Page：187-214

出版日期/Publication Date：2016/06

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201606_29\(2\).0003](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201606_29(2).0003)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



隨機控制情境短文探究憂鬱症生理、 心理歸因之效果

韓德彥 劉嘉逸 陳淑惠

研究目的：心理科學進展快速，憂鬱症的病因解釋已累積大量神經生理與社會心理證據，但實務上的推廣運用卻仍有疑慮。質、量化研究指出，採取生理取向的解釋，可降低憂鬱者的負面評價，但也有研究主張可能導致負面影響。本研究採用情境短文操弄，探討憂鬱症的生理與/或心理訊息的效果。**研究方法：**實驗參與者共128位大學生，以及104位門診憂鬱患者，測量工具包括責任歸因、可控性歸因、正向態度、污名感受、預後評估與治療意願量表，研究期間為2008年5月到2009年1月。**研究結果：**學生樣本接受生理訊息者對憂鬱者的責任歸因較未接受生理訊息者低，可控性歸因則較高；生理訊息與心理訊息二者間在責任歸因、污名感受與用藥意願上具交互作用。病患樣本有無接受生理或心理訊息，對任何依變項皆無顯著影響，但可控性歸因愈高，正向態度愈佳，可以此做憂鬱衛教的參考。**研究結論：**東方人習慣採取心理歸因方式看待他人憂鬱症的發生，然此種心理歸因訊息對當代憂鬱防治工作的推動效果未達預期；實務應用上或可先採生理解釋以降低對憂鬱者的歸咎，待進入治療後採取藥物與心理治療並行的方式，才能有效治療憂鬱症。

關鍵詞：可控性歸因、污名、責任歸因、預後

韓德彥：臺北醫學大學通識教育中心一般通識組副教授；國立臺灣大學心理學研究所博士；專長領域與研究興趣為憂鬱衛教、求助行為、醫學教育。

劉嘉逸：林口長庚紀念醫院精神科及長庚大學醫學系副教授，政治大學心理系兼任副教授；陽明大學醫學系學士；專長領域與研究興趣為身心醫學、婦女身心醫學、生物精神醫學以及精神藥理學。

陳淑惠：國立臺灣大學心理學系教授；美國艾默雷大學心理學系臨床心理學博士；專長領域與研究興趣為創傷後心理研究、臺灣文化脈絡下的憂鬱、網路成癮與青少年健康、非語言情緒研究、正向心理學與慢性疾病。(通訊作者；E-mail: shchen@ntu.edu.tw)

收稿：2016年05月30日；接受：2016年11月12日。

一、緒 論

近幾年來心理科學進展飛快，過去對心理症狀的描述開始有了生理層面的新解釋，例如憂鬱症不再只是低落情緒、缺乏興趣、無法專注、罪惡感等表面症狀的呈現，更包含了「萎縮的海馬迴與混亂的前額皮質葉」(Kramer, 2005)，以及「海馬迴灰質密度減少與低落的神經再生性」(Wainwright & Galea, 2013)。憂鬱症在大腦的生理構造層面留下痕跡(Bremner et al., 2000; Campbell, Marriott, Nahmias, & MacQueen, 2004; Foland-Ross, Cooney, Joormann, Henry, & Gotlib, 2014; Frodl et al., 2004)，並且讓憂鬱症在醫學疾病的位階更加穩固。近年來有些人主張，這種將心理問題轉向生理取向的詮釋方式，可能可以降低人們對於憂鬱者的負面評價，並為憂鬱防治帶來正面效益(Han & Chen, 2014; Han, Chen, Hwang, & Wei, 2006; National Alliance on Mental Illness, 2013; Schnittker, 2008; Schreiber & Hartrick, 2002)。

生理歸因、心理歸因各自造成那些正、負面影響？過去已有不少文獻提出所看到的現象。在針對他人憂鬱的歸因相關文獻部分：一項以一般大學生為樣本的研究發現，將憂鬱症的病因歸諸生理層面的傾向愈強時，對憂鬱者的責難愈低，認為憂鬱者人際正向行為愈多，且自身求助意願愈高，接受心理治療的意願也愈強(Goldstein & Rosselli, 2003)。也有研究指出：對憂鬱採生理歸因者求助專業的意願高(Narikiyo & Kameoka, 1992)；一般成年女性將憂鬱歸諸生理層面者，尋求專業協助的比例高(Ying, 1990)。另外，人們若將50歲女性的憂鬱歸諸更年期影響，則認為憂鬱者不需要為自己的憂鬱負責(Poole, 1998)；當老年人的憂鬱症狀被解釋為失智症所導致時，人們較不責怪當事人，且給予更多的同情與幫助(Wadley & Haley, 2001)。實際衛教研究也發現，當提供生理歸因後，個體對憂鬱症患者有較親近友善的態度(Han & Chen, 2014)。

針對自身憂鬱的歸因相關研究部分：當憂鬱、焦慮症狀被視為源自身體疾病時，民眾更會願意求醫(Wu, Liu, Chang, & Sun, 2014)。實際衛教研究也發現，當提供生理歸因後，個體有較高的專業求助意願(Han et al., 2006)。

以上這些研究皆顯示，對憂鬱採取生理歸因時，相關的憂鬱污名較低，且尋求

airiti

專業協助的意願較高。然而也有研究指出：當以單一題項測量病因歸因時，生理歸因與憂鬱污名感受之間並沒有達到顯著關聯性(Pyne et al., 2004; Yen et al., 2005)，因此還需要使用更理想的測量工具，再次驗證生理歸因與污名感受的關係。

然而另一方面也有研究主張，生理歸因可能帶來某些方面的負面影響。譬如，Lam與Salkovskis(2007)的情境短文研究發現，當人們把身心症狀歸諸生理成因時，會認為患者預後較差，且治療期程較久。Gammell與Stoppard(1999)的質化研究也指出，憂鬱女性普遍認為憂鬱是生理因素所導致，並僅尋求抗憂鬱劑做為主要的問題解決方法。因此，生理歸因也有可能造成患者僅願意服用藥物，而不採行心理會談的治療方式。

在心理歸因的部分，過去研究指出：採心理歸因者，自己求助專業的意願低(Narikiyo & Kameoka, 1992)；一般成年女性將憂鬱歸諸心理層面者，自己不尋求專業協助的比例高(Ying, 1990)。另外以情境短文所做的研究發現將憂鬱歸因於個人心理特質，會有顯著較高的污名態度(Cook & Wang, 2011)；愈認為憂鬱者是個性軟弱所導致，會與憂鬱者保持愈遠的社會距離(Jorm & Griffiths, 2008)。然而，Botha與Dozois(2015)採情境短文所做研究發現，將憂鬱症歸諸認知扭曲、兒時事件或環境因素，當與控制組比較時，受試者對憂鬱者會有較低的憤怒傾向。整體而言，憂鬱症的生理歸因或心理歸因，到底帶來哪些結果，有必要進一步加以釐清。此外，病因歸因到底透過什麼樣的機轉導致這些結果，也需要透過理論引導，才能夠整體解釋目前各項研究所得到的不一致結果。

Page(1984)在探討污名議題時指出，不同種類的污名會遭到不同程度的責難；一般而言，社會大眾相信品行(conduct)污名的承受者，刻意去做社會所不容的行為，必須為自己的「失敗」負責，因此在對待他們的時候也就更容易出現鄙夷、輕視或敵對的態度。Weiner等人(1995)的責任歸因理論進一步闡述這樣的關係，他們的研究發現當問題被認為是當事人應該負責時，相對應的污名明顯較強。Corrigan、Markowitz、Watson、Rowan與Kubiak(2003)的情境短文操弄研究也顯示，當受試者將造成精神病性症狀的責任歸因在當事人時(如因使用毒品所導致)，則他們同情與幫助當事人的傾向明顯較低，且生氣、強制對待的傾向明顯較高。據此，顯示責任歸因是污名高低的重要變項。

airiti

Corrigan等人(2003)除探討個人責任這一變項外，也探討精神病患的危險程度，以及與精神病患的熟悉程度等因素對污名的影響。他們發現病因歸因影響個人責任，而又影響情緒與行為反應，但危險程度則不需透過個人責任，直接影響情緒與行為反應，此外與精神病患熟悉也會降低歧視程度。

Corrigan等人(2003)的責任歸因量表內容包括：認為是當事人錯誤(fault)的程度、當事人可以控制(controllable)的程度，以及當事人應負責(responsible)的程度，其總題數僅有三題。我們發現過去西方研究以責任歸因角度探討污名影響因子時，大多把責任、可控性當成同一概念進行測量，但這樣的作法會導致量表內部一致性偏低(Corrigan et al., 2003; Poole, 1998)，且夏勉與江光榮(2007)採用單一題項的測量方式，也發現責任與可控性之間未達顯著相關；因此責任與可控性這兩種歸因態度恐非同一概念，有必要分開來測量與探討。本研究將人們對憂鬱患者的歸因態度分為責任歸因與可控性歸因。責任歸因是指人們認為憂鬱患者須為自身憂鬱病情負責任的程度；可控性歸因是指人們認為憂鬱患者能夠控制憂鬱病情發生或變化的程度。

本研究採情境短文方式探討憂鬱症的生理歸因與心理歸因，並檢驗到底透過哪些變項，帶來什麼樣的效果。由於Poole(1998)及Wadley與Haley(2001)先前實證研究皆已發現將憂鬱歸因於生理因素者，具有較低的責任歸因傾向，本研究主張生理因素讓人們覺得這種疾病不是當事人自己可以負起責任而避免的，因此假設生理歸因可以減少對憂鬱者的責任歸因。生理歸因還有一個效應，是減弱對憂鬱症可控性的信念，人們因為得到憂鬱症的生理解釋，便認為病情受制於生理成因難以控制，也就傾向認為憂鬱症的預後較差(Lam & Salkovskis, 2007)，不過也因此反而擁有較高的專業求助意願(Goldstein & Rosselli, 2003; Halter, 2004; Han et al., 2006)，尤其在用藥意願上更是如此。另外，由於過去文獻發現當人們不認為憂鬱是憂鬱者的責任時，會對憂鬱者有正向的對待態度(Goldstein & Rosselli, 2003)，且不認為憂鬱者會對自己(Gammell & Stoppard, 1999; Schreiber & Hartrick, 2002)有強烈的自我污名感受，因此本研究也假設生理歸因能增加人們對憂鬱者的正向態度，並降低憂鬱者的自我污名感受。至於心理歸因，由於過去文獻發現歸諸心理層面傾向愈強時，對憂鬱者

airiti

的責難愈高，負面評價愈強(Goldstein & Rosselli, 2003)，而且當人們認為憂鬱是憂鬱者的責任時，會認為憂鬱者會有強烈的自我污名感受(Gammell & Stoppard, 1999; Schreiber & Hartrick, 2002)，因此本研究也假設心理歸因增加人們對憂鬱者的責任歸因與可控性歸因，並提高對憂鬱者的自我污名感受。

由於目前大部分推展憂鬱症教育的實務工作者，並不會僅說明生理、或僅說明心理的病因，因此為增加生態效度，瞭解實際運用上的效果，本研究也將生理與心理兩種歸因訊息一併提供的合併組納入，檢驗生理歸因與心理歸因兩種教育方案是否存在交互作用，而最終對責任歸因、可控性歸因、正向對待態度、自我污名感受、預後評估、藥物及會談之專業求助意願造成影響。由於過去文獻較少這方面探討，本研究嘗試以這種設計探索兩種教育方式是否會有交互作用存在。

本研究收集一般大學生與臨床憂鬱病患兩種樣本，嘗試驗證研究假設。以一般大學生為樣本的目的，在瞭解改變對憂鬱症病因歸因的教育方式，是否能帶來理想效果；以臨床憂鬱病患為樣本的目的，在瞭解這樣的教育方式，是否對已患有憂鬱症的臨床病患仍具理想效益。學生對於憂鬱症病因的瞭解，可能僅限於一般常識或課本知識，因此可能採取一般人對憂鬱症的常見看法來回答問題(如認定憂鬱當事人需要對自己憂鬱問題負責，可以自己控制憂鬱症狀，較不相信藥物能對憂鬱問題有所助益等)；病人對憂鬱症病因的瞭解，還加上了自身罹患憂鬱症的經驗(如認定憂鬱是某些事件導致而非自己的問題，較能體會憂鬱症難以控制的性質，較相信藥物助益故前來醫院求治等)，因此有必要以兩種參與者身分共同檢驗病因歸因的效果。

二、研究方法

(一) 參與者及程序

在學生樣本部分，本研究邀請北部某大學修習普通心理學的學生128位參與研究，其中男性55位(42.97%)，女性73位(57.03%)，年齡為 20.45 ± 1.75 ，具宗教信仰者有34位(26.56%)，無宗教信仰或未填寫者94位(73.44%)。在病患樣本部分，本研究在通過林口長庚紀念醫院人體試驗倫理委員會審查後(97-1825B)，邀請北部某醫學

airiti

中心及某教學醫院之精神科門診憂鬱相關疾患104位初診或複診的病患參與研究，診斷上包括重度憂鬱症、低落性情感疾患、其他未註明之憂鬱性疾患，但排除精神分裂症、妄想性疾患、躁鬱症、強迫症、失智症、文盲等。本研究病患樣本的診斷狀態為主治醫師依據問診結果所勾選，並未使用嚴謹之診斷性會談。研究參與者中女性75位(72.12%)，男性29位(27.88%)；平均年齡為 43.63 ± 12.91 ；所受教育總年數為 12.37 ± 2.91 ；有伴侶者64位(61.54%)，無伴侶者36位(34.62%)，4位未填寫婚姻狀態(3.85%)；具宗教信仰者65位(62.50%)，無宗教信仰或未填寫者39位(37.50%)。本研究期間為2008年5月到2009年1月。

在經過說明取得知情同意書後，研究者依照四組問卷次序給予研究參與者，每四人為一循環，四組次序如下：第一組生理心理合併組(同時提供生理與心理的歸因訊息)、第二組生理組(僅提供生理歸因訊息)、第三組心理組(僅提供心理歸因訊息)、以及第四組控制組(未額外提供任何病因說明)。學生樣本以團體施測方式進行，病患樣本則由研究助理採個別施測方式收案，每案約20-30分鐘內完成。

研究參與者在閱讀完情境短文後，依照故事中主角的狀況，填寫各項測量問卷，並在填答完成後得到一張書面說明，內容包括實驗設計與目的，並闡述憂鬱症的多元病因，以避免因實驗操弄而對憂鬱症留下特定歸因觀點。參與研究的學生在完成問卷填寫後，可得到普通心理學分數0.5分的報償；病患則是得到100元便利商店禮券1張。

(二) 材料與工具

本研究採用Griffiths等人(2006)的情境短文為基本架構，介紹一位企圖自殺的憂鬱者「家豪」所出現的各種憂鬱症狀、目前工作狀況、與生活近況。此部分說明短文四組皆相同，內容如下：

家豪現年三十歲。過去一個星期以來，他一直感到不尋常的悲傷與悲慘。即使他一直嘗試，幾乎每晚都很難入睡。家豪沒有食慾，體重也下降。他無法專心工作，且延後做決定。即使是日常工作也讓他感到負擔過重。他的老闆因此注意到他生產力的下滑。家豪覺得自己將永遠不會感到快樂，而且相信沒有了他，家人會過得更好。家豪已經絕望至極，他想了多種方法要結束自己的生命。

在生理歸因的操弄部分，額外增加一個權威性的生理病理解說段落，解釋憂鬱者腦部活動與內分泌失衡情形，並且刻意強調憂鬱屬於一種生理性的疾病，內容如下：

針對家豪的情形，一位在這個領域非常具有公信力的專家表示：家豪罹患了一種生理因素所導致的重度憂鬱症。所謂的生理因素是指，當大腦內部負向情緒中樞「杏仁核」(amygdala)的神經運作過度活躍時，會讓家豪體內激素血清素與正腎上腺素的分泌逐漸失調。在這樣的因素影響下，經過一段時間後就演變為重度憂鬱症。

在心理歸因的操弄部分，額外增加一個權威性的心理病理解說段落，解釋憂鬱者憂鬱負向三角、負向信念以及認知偏誤等特性，並且刻意強調憂鬱屬於一種心理性的疾病，內容如下：

針對家豪的情形，一位在這個領域非常具有公信力的專家表示：家豪罹患了一種心理因素所導致的重度憂鬱症。所謂的心理因素是指，當個體對自己、世界與未來抱持一種悲觀態度時，這樣的「負向三元結構」(negative triad)，會讓家豪產生負向信念與認知偏誤。在這樣的因素影響下，經過一段時間後就演變為重度憂鬱症。

為使生理與心理這兩組的訊息量相當，這兩組情境短文在字數、所引述理論的權威性，以及專有名詞的呈現盡量做到平衡。生心合併組受試者同時接受生理與心理的解釋，閱讀訊息量為生理組與心理組的兩倍，強調憂鬱症為生理與心理因素共同導致，在兩個因素的交互影響下，最終演變為重度憂鬱症，內容如下：

針對家豪的情形，一位在這個領域非常具有公信力的專家表示：家豪罹患了一種生理與心理因素共同導致的重度憂鬱症。所謂的生理因素是指，當大腦內部負向情緒中樞「杏仁核」(amygdala)的神經運作過度活躍時，會讓家豪體內激素血清素與正腎上腺素的分泌逐漸失調；所謂的心理因素是指，當個體對自己、世界與未來抱持一種悲觀態度時，這樣的「負向三元結構」(negative triad)，會讓家豪產生負向信念以及認知的偏誤。在這兩個因素的交互影響下，經過一段時間後就演變為重度憂鬱症。

測量工具部分，本研究共使用以下幾個量表：

1. 責任與可控性歸因量表

本研究嘗試區辨責任歸因與可控性歸因的概念，故綜整夏勉與江光榮(2007)、Halter(2004)、Poole(1998)、Griffiths等人(2006)等研究中的相關題目並去除重複項目，組成責任與可控性歸因量表。組合而成的量表共包含6題，採11點李克特量尺(Likert-type scale)計分方式詢問受試者認為當事人需為自己的憂鬱症負責，或可以控制憂鬱問題的可能性(0 = 完全無，10 = 非常大)。由於學生與病患對憂鬱症的觀點未必相同，因此本研究將所取得資料分開處理。在學生樣本部分，本研究採用因素分析(factor analysis)之主軸分析法(principal axis factoring)抽取因素，取固有值(eigenvalue)大於1.0以上的因素並輔以陡階圖(scree plot)決定取2軸，再以可容許資料自由呈現其結構之最優(promax)斜交法進行轉軸，可分為責任歸因與可控性歸因兩軸各3題，其內部一致性分別為.81與.79，共可解釋61.75%的變異量，得分愈高表示受試者認為當事人需為自己的憂鬱症負責，或可以控制憂鬱問題的程度愈高。病患樣本部分採相同方式進行因素分析，發現此量表結果也是分為相同的兩軸，其內部一致性分別為.84與.82，共可解釋64.82%的變異量。

2. 正向對待態度量表

正向對待態度量表包括知、情、意三部分，分別測量受試者對短文主人翁的人際評價、同情與協助意願。本研究參考Goldstein與Rosselli(2003)的方法，測量受試者對憂鬱者的潛在人際正向特質的評估；該量表原以7點李克特量尺評估憂鬱者當與非憂鬱者比較時，能夠瞭解他人感受的可能性、很好溝通的可能性，以及關心他人的可能性。另外，本研究採用Corrigan等人(2003)研究中的題目測量同情程度及協助意願，其中共乘(car pooling)一題因台灣並不普遍，改以「幫忙分擔工作」取代。正向對待態度量表知、情、意三部分共包含7題，要求受試者以11點李克特量尺(0 = 完全不同意，10 = 完全同意)直接針對「家豪」進行評估。學生樣本部分，透過因素分析之主軸分析法抽取因素，取固有值大於1.0以上的因素，並輔以陡階圖決定取3軸，再以可容許資料自由呈現其結構之最優斜交法進行轉軸，確實可分為人際評價、同情與協助意願3軸，全量表的內部一致性為.82，共可解釋64.92%的變異量，得分愈高表示受試者對當事人的正向對待態度愈佳。病患樣本部分，此量表的因素

分析結果分為相同的3軸，全量表內部一致性為.87，共可解釋70.28%的變異量。

3. 污名感受(perceived stigma)量表

Fogel與Ford(2005)以5點李克特量尺(0=完全不同意，4=完全同意)測量憂鬱者的求助污名，共包含3題：(1)若朋友知道我因情緒問題而求助專業人員，我會感到尷尬；(2)我不會希望我的老闆知道我正因情緒問題而接受專業協助；(3)若我有憂鬱問題，我的家人會對我感到失望。在該研究中，亞裔美國人在這三題的得分全部顯著高於歐裔美國人，且效果量(effect size) Cohen's d分別為.26、.23、.44，與家庭有關的部分差異最為明顯，可見這些題項擁有足夠的敏感度，可呈現華人社會在憂鬱求助污名強弱上的文化差異。本研究參考此量表做修正，並將問句中的「我」改為主角的名字。學生樣本部分，本量表的內部一致性僅.57；病患樣本部分，本量表的內部一致性達.76。

4. 預後評估量表

本研究使用Lam與Salkovskis(2007)的方式測量預後評估，原量表採1-100的視覺模擬量表(visual-analogue scale)設計，以三個題目測量受試者認為當事人症狀消除、緩解，以及被完全治癒的可能性。在本研究裡，量表以11點李克特量尺(0=非常不可能，10=非常可能)作答，得分愈高表示認為當事人預後愈佳。學生樣本部分，量表內部一致性為.87；病患樣本部分，量表內部一致性為.90。

5. 專業求助意願

本研究改編Han等人(2006)的專業求助意願量表，測量受試者建議「家豪」採取的治療方向。治療方向共有5題，分為藥物與會談兩種，量表以11點李克特量尺(0=十分不建議，10=十分建議)作答，得分愈高表示建議該治療方式的程度愈高。學生樣本部分，使用因素分析之主軸分析法抽取因素，取固有值大於1.0以上的因素並輔以陡階圖發現確實適合取2軸，再以可容許資料自由呈現其結構之最優(promax)斜交法進行轉軸，共可解釋83.20%變異量；藥物部分(2題)內部一致性為.88，會談部分(3題)內部一致性為.94。病患樣本部分，此量表的因素分析結果分為相同的兩軸，共可解釋70.93%的變異量，藥物與會談內部一致性分別為.83、.87。

6. 人口學變項

本研究在學生樣本部分，收集受試者的性別、年齡、宗教信仰等人口學變項，以瞭解整體樣本的基本性質。在病患樣本部分，則額外收集婚姻狀態、所受教育總年數等其他人口學變項資料。

(三) 資料分析

本研究使用SPSS 19.0統計軟體分析資料。首先，採用單因子變異數分析(One-way ANOVA)檢驗四組受試者在人口學變項上是否有差異，以確保隨機分配後四組受試者的基本特質相同。其次，為彰顯生理、心理訊息歸因的差異，本研究以虛擬變項方式，將有/無接收到生理、心理訊息等，拆解為兩個虛擬的組間因素(有無生理訊息、有無心理訊息)，分別登錄合併組(1, 1)、生理組(1, 0)、心理組(0, 1)與控制組(0, 0)，並以皮爾森、斯皮爾曼相關呈現各變項間的關係。再來，藉由2(有無接受生理訊息) \times 2(有無接受心理訊息)的多變量變異數分析(multivariate analysis of variance, MANOVA)檢驗提供生理訊息與提供心理訊息兩種操弄方式，對責任歸因與可控性歸因是否具有交互作用。最後，同樣藉由2 \times 2的MANOVA檢驗提供生理訊息與提供心理訊息兩種操弄方式，對正向對待態度、污名感受、預後評估、用藥意願與會談意願，是否具有交互作用。

三、研究結果

(一) 學生樣本

首先，經由單因子變異數分析與卡方分析檢驗得知，四組受試者在性別 $[\chi^2(3)=2.65, p=.45]$ 、年齡 $[F(3, 122)=1.38, p=.25]$ 、宗教信仰有無 $[\chi^2(3)=3.36, p=.34]$ 等人口學變項上皆無顯著差異，顯示四組受試者的基本特性無異。樣本組成特性請見表一。

其次，從主要變項間的相關得知(見表二)，有接受生理訊息者(即生理組與合併組受試者)對憂鬱者的責任歸因較未接受生理訊息者(即心理組與控制組受試者)低($r=-.35, p<.001$)，可控性歸因則較高($r=.18, p<.05$)；當責任歸因傾向較低時，對憂鬱

表一 學生樣本與病人樣本之受試者基本資料

變項	學生樣本(N=128)		病患樣本(N=104)	
	Mean / n	SD / %	Mean / n	SD / %
年齡	20.45	1.75	43.63	12.91
教育總年數	—	—	12.37	2.91
性別				
男性	55	43.0%	29	27.9%
女性	73	57.0%	75	72.1%
宗教信仰				
有	34	26.6%	65	62.5%
無	94	73.4%	29	27.9%
未填答	0	0%	10	9.6%
伴侶				
有	—	—	64	61.5%
無	—	—	36	34.6%
未填答	—	—	4	3.8%

者的正向對待態度愈佳($r=-.21, p<.01$)，且認為憂鬱者主觀上會感受到的污名也較低($r=.22, p<.05$)。由於接受生理訊息與否並未直接與正向對待態度或污名感受達顯著相關，生理歸因並沒有透過責任歸因影響到正向對待態度或污名感受，因此責任歸因不是生理訊息影響正向態度或污名感受的中介變項(Baron & Kenny, 1986)。另外，責任歸因與可控性歸因兩者間僅達低度相關($r=.18, p<.05$)；心理訊息、可控性歸因這兩個變項，與其他結果變項間的相關皆未達顯著。

再來，藉由 2×2 的MANOVA檢驗生理訊息與心理訊息這兩種操弄，在責任歸因與可控性歸因上是否具有交互作用(見表三)。結果發現，同時檢驗這兩個變項時，交互作用確實存在[Wilks' $\lambda=0.95, F(2, 123)=3.37, p<.05$]，經單變項ANOVA分別檢驗後得知其差異來源為責任歸因[$F(1, 124)=6.61, p<.05$]。事後比較分析發現在無接受心理訊息組中，沒有接受生理訊息者比有接受生理訊息者報告更多的責任歸因[$F(1, 124)=26.24, p<.001$]；而在有接受生理訊息組中，有接受心理訊息者比沒有接受心理訊息者報告更多的責任歸因[$F(1, 124)=5.49, p<.05$]。其他組別則無顯著效果(見表四)。

表二 學生樣本各主要變項平均數、標準差與相關係數

	<i>Mean</i> ± <i>SD</i>	責任 歸因	可控性 歸因	正向 態度	污名 感受	預後 評估	用藥 意願	會談 意願
生理訊息 (有=1；無=0)	—	-.35***	.18*	.05	-.14	.04	.12	.08
心理訊息 (有=1；無=0)	—	.02	-.00	-.01	-.01	-.09	-.06	-.02
責任歸因	5.18±1.79	—	.18*	-.21*	.22*	-.13	-.16	-.07
可控性歸因	5.34±1.97	—	—	.14	.01	.13	-.01	.08
正向態度	5.96±1.10	—	—	—	-.25**	.44***	.15	.17
污名感受	2.16±0.70	—	—	—	—	-.31***	-.23**	-.25**
預後評估	6.03±1.60	—	—	—	—	—	.33***	.38***
用藥意願	6.57±2.06	—	—	—	—	—	—	.64***
會談意願	7.86±1.69	—	—	—	—	—	—	—

註：生理訊息、心理訊息與其他變項的相關以Spearman相關係數呈現，其餘以Pearson相關係數呈現。

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

表三 學生樣本生理訊息與心理訊息在依變項責任歸因與可控性歸因的MANOVA摘要表

模式	依變項名稱	Wilk's λ	型III 平方和	<i>df</i>	平均 平方和	<i>F</i>	<i>p</i>
接受生理訊息	多變量分析	0.79		2,123		16.59	<.001***
	責任歸因		57.78	1,124	57.78	21.83	<.001***
	可控性歸因		16.77	1,124	16.77	4.40	.04*
接受心理訊息	多變量分析	1.00		2,123		0.30	.74
	責任歸因		1.46	1,124	1.46	0.55	.46
	可控性歸因		0.01	1,124	0.01	0.002	.96
接受生理訊息 × 接受心理訊息	多變量分析	0.95		2,123		3.37	.04*
	責任歸因		17.50	1,124	17.50	6.61	.01*
	可控性歸因		4.38	1,124	4.38	1.15	.29

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

表四 學生樣本生理訊息與心理訊息在依變項責任歸因、污名感受與用藥意願的MANOVA交互作用事後比較表

依變項名稱	組別	主要效果比較	Mean	SD	平方和	df	平均平方和	F	p
責任歸因	有接受心理訊息組	有接受生理訊息	4.98	1.50	5.84	1,124	5.84	2.21	.14
		無接受生理訊息	5.59	1.39					
	無接受心理訊息組	有接受生理訊息	4.03	2.13	69.44	1,124	69.44	26.24	<.001***
		無接受生理訊息	6.11	1.36					
	有接受生理訊息組	有接受心理訊息	4.98	1.50	12.54	1,124	12.54	5.49	.02*
		無接受心理訊息	4.03	2.13					
污名感受	無接受生理訊息組	有接受心理訊息	5.59	1.39	4.43	1,124	4.43	1.67	.20
		無接受心理訊息	6.11	1.36					
	有接受心理訊息組	有接受生理訊息	2.19	0.75	0.09	1,124	0.09	0.18	.68
		無接受生理訊息	2.11	0.68					
	無接受心理訊息組	有接受生理訊息	1.95	0.73	3.06	1,124	3.06	6.34	.01*
		無接受生理訊息	2.39	0.62					
用藥意願	有接受生理訊息組	有接受心理訊息	2.19	0.75	0.92	1,124	0.92	1.90	.17
		無接受心理訊息	1.95	0.73					
	無接受生理訊息組	有接受心理訊息	2.11	0.68	1.17	1,124	1.17	2.43	.12
		無接受心理訊息	2.39	0.62					
	有接受心理訊息組	有接受生理訊息	6.20	2.59	4.00	1,124	4.00	0.72	.40
		無接受生理訊息	6.70	2.37					
	無接受心理訊息組	有接受生理訊息	7.61	2.15	38.29	1,124	38.29	6.92	.01**
		無接受生理訊息	6.06	2.28					
	有接受生理訊息組	有接受心理訊息	6.20	2.59	31.64	1,124	31.64	5.72	.02*
		無接受心理訊息	7.61	2.15					
	無接受生理訊息組	有接受心理訊息	6.70	2.37	6.57	1,124	6.57	1.19	.28
		無接受心理訊息	6.06	2.28					

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

同樣藉由2×2的MANOVA檢驗生理訊息與心理訊息這兩種操弄，在正向態度、污名感受、預後評估、用藥意願與會談意願上是否具有交互作用(見表五)。結果發現，同時檢驗這5個變項時，交互作用存在[Wilks'λ=0.90, $F(5, 120)=2.72, p<.05$]，經單變項ANOVA檢驗後得知其差異來源為污名感受[$F(1, 124)=4.31, p<.05$]與用藥意願[$F(1, 124)=6.06, p<.05$]。事後比較分析發現在無接受心理訊息組中，沒有接受生理訊息者比有接受生理訊息者報告更多的污名感受[$F(1, 124)=6.34, p<.05$]；同時在沒有接受心理訊息組中，有接受生理訊息者比沒有接受生理訊息者報告更多的用藥意願[$F(1, 124)=6.92, p<.01$]；而在有接受生理訊息組中，沒有接受心理訊息者比有接受心理訊息者報告更多的用藥意願[$F(1, 124)=5.72, p<.05$]。其他組別則無顯著效果(見表四)。四組受試者在依變項上的平均數與標準差見表六。

經Tukey's HSD事後檢定得知：(1)在責任歸因部分，生理組顯著低於心理組($p<.001$)與控制組($p<.001$)，合併組顯著低於控制組($p<.05$)，其他差異皆未達顯著；(2)在污名感受部分，四組相互間差異全都未達顯著；(3)在用藥態度部分，生理組顯著高於控制組($p<.05$)，其他差異皆未達顯著。

在交互作用部份，生理訊息與心理訊息在責任歸因、污名感受、用藥意願等三個變項上呈現出交互作用。圖一顯示生理訊息在降低責任歸因上具有主要效果，交互作用部分則顯示：在沒有任何訊息的狀況下，提供心理資訊可降低責任歸因；但當在有提供生理訊息的條件下，心理訊息反而增加責任歸因。圖二顯示生理訊息與心理訊息在污名感受上具有交互作用：在沒有任何訊息下，提供心理訊息減少污名感受；但當在有提供生理訊息的條件下，提供心理訊息增加污名感受。圖三顯示生理訊息與心理訊息在用藥意願上具有交互作用：在沒有任何訊息下，提供心理訊息增加用藥意願；但當在有提供生理訊息的條件下，提供心理訊息降低用藥意願。

(二)病患樣本

首先，經由單因子變異數與卡方分析檢驗得知，四組受試者在性別[$\chi^2(3)=3.97, p=.27$]、年齡[$F(3, 99)=0.56, p=.64$]、宗教信仰有無[$\chi^2(3)=1.66, p=.65$]、婚姻狀態有無伴侶[$\chi^2(3)=2.61, p=.46$]、教育總年數[$F(3, 97)=0.79, p=.51$]等人口學變項上皆無顯著差異，顯示四組病患的基本特性無異(見表一)。

表五 學生樣本生理訊息與心理訊息在依變項正向態度、污名感受、預後評估、用藥意願與會談意願的MANOVA摘要表

模式	依變項名稱	Wilk's λ	型III 平方和	<i>df</i>	平均 平方和	<i>F</i>	<i>p</i>
接受生理訊息	多變量分析	0.97		5,120		0.82	.54
	正向態度		0.76	1,124	0.76	0.46	.50
	污名感受		1.06	1,124	1.06	2.20	.14
	預後評估		0.37	1,124	0.37	0.14	.71
	用藥意願		8.77	1,124	8.77	1.59	.21
	會談意願		0.07	1,124	0.07	0.02	.88
接受心理訊息	多變量分析	0.99		5,120		0.29	.92
	正向態度		0.08	1,124	0.08	0.05	.82
	污名感受		0.01	1,124	0.01	0.02	.90
	預後評估		1.96	1,124	1.96	0.76	.39
	用藥意願		4.69	1,124	4.69	0.85	.36
	會談意願		0.38	1,124	0.38	0.13	.72
接受生理訊息 × 接受心理訊息	多變量分析	0.90		5,120		2.72	.02*
	正向態度		2.18	1,124	2.18	1.31	.25
	污名感受		2.08	1,124	2.08	4.31	.04*
	預後評估		0.66	1,124	0.66	0.25	.62
	用藥意願		33.52	1,124	33.52	6.06	.02*
	會談意願		3.45	1,124	3.45	1.19	.28

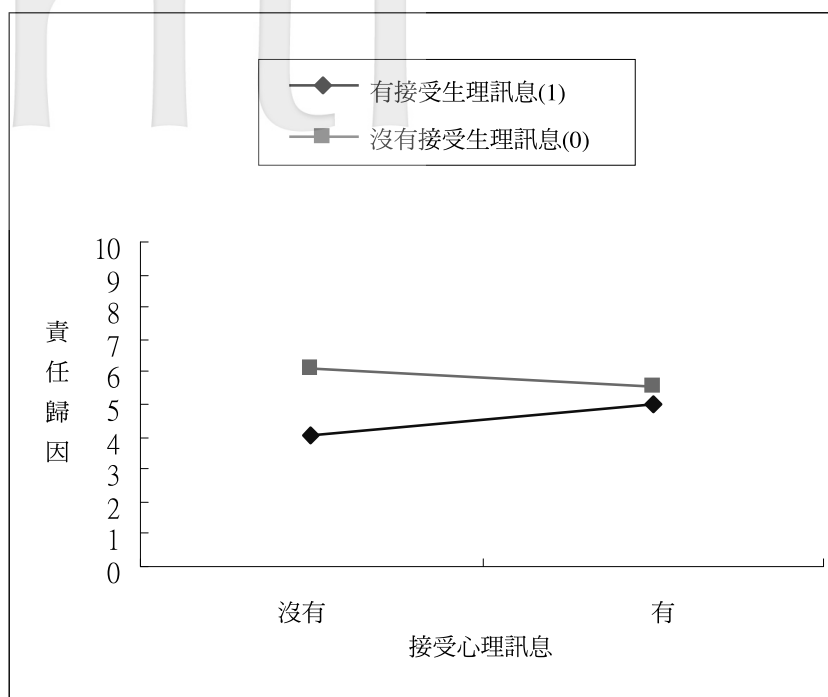
* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

其次，從主要變項間的相關得知，接受生理或心理訊息與責任歸因或可控性歸因皆無顯著關係(見表七)。惟責任歸因與可控性歸因兩者間達顯著相關($r=.30$, $p<.01$)；可控性歸因與正向態度的相關達顯著($r=.25$, $p<.01$)，與其他結果變項間的相關則未達顯著。

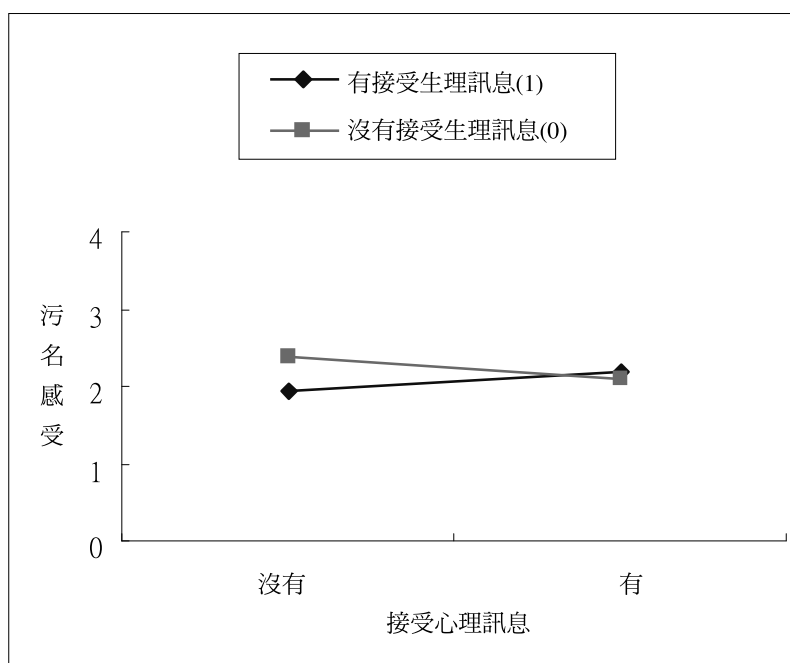
再來，藉由2×2的MANOVA檢驗生理訊息與心理訊息這兩種操弄，在責任歸因與可控性歸因上是否具有交互作用。結果發現，同時檢驗這兩個變項時，交互作用並不存在[Wilks' $\lambda=0.98$, $F(2, 98)=0.97$, $p=.38$]。

表六 四組在各依變項的平均數與標準差

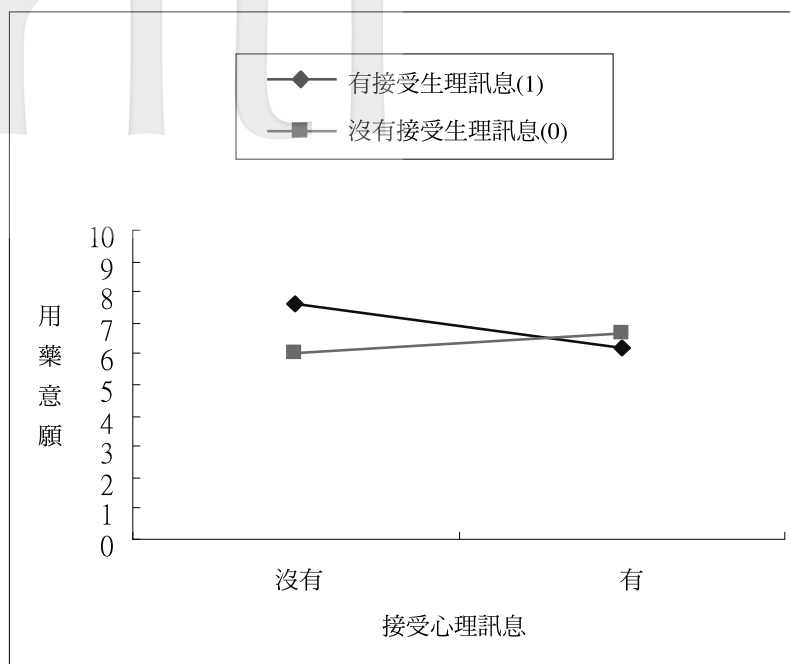
組別	變項	n	責任歸因		可控性歸因		正向態度		污名感受		預後評估		用藥意願		會談意願	
			Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
學生樣本	合併組	32	4.98	1.50	5.88	1.81	5.87	1.36	2.19	0.75	6.03	1.79	6.20	2.59	7.67	2.06
	生理組	32	4.03	2.13	5.52	1.89	6.21	1.07	1.95	0.73	6.14	1.73	7.61	2.15	8.10	1.83
	Total	64	4.51	1.89	5.70	1.85	6.04	1.23	2.07	0.74	6.08	1.75	6.91	2.25	7.89	1.94
	心理組	32	5.59	1.39	4.78	2.11	5.99	1.05	2.11	0.68	5.78	1.29	6.70	2.37	7.95	1.35
病患樣本	合併組	26	3.86	2.19	4.12	1.96	6.17	1.67	2.13	0.97	6.28	2.19	9.29	1.37	8.48	2.06
	生理組	26	4.51	2.64	5.41	2.19	6.55	1.74	2.22	1.01	7.06	2.56	8.87	1.96	7.76	2.12
	Total	52	4.19	2.42	4.76	2.16	6.36	1.70	2.17	0.98	6.67	2.39	9.08	1.69	8.13	2.10
	心理組	26	4.75	2.92	4.30	2.24	5.72	1.62	2.53	0.95	6.21	2.01	9.29	1.23	8.29	2.57
	控制組	26	5.37	1.58	4.42	2.39	6.11	1.86	2.36	1.09	6.23	2.22	8.77	1.79	7.68	2.25
	Total	52	5.06	2.34	4.36	2.30	5.91	1.73	2.44	1.02	6.22	2.10	9.03	1.54	7.99	2.41



圖一 生理訊息在責任歸因的主要效果與兩種訊息的交互作用



圖二 生理訊息與心理訊息在污名感受上的交互作用



圖三 生理訊息與心理訊息在用藥意願上的交互作用

表七 病患樣本各主要變項平均數、標準差與相關係數

	<i>Mean ± SD</i>	責任 歸因	可控性 歸因	正向 態度	污名 感受	預後 評估	用藥 意願	會談 意願
生理訊息 (有=1；無=0)	—	-.20	.06	.11	-.13	.11	.05	.03
心理訊息 (有=1；無=0)	—	-.13	-.17	-.17	.00	-.10	.12	.19
責任歸因	4.62 ± 2.41	—	.30**	.05	.04	-.19	-.08	.14
可控性歸因	4.56 ± 2.23	—	—	.25**	-.09	.10	.04	-.01
正向態度	6.14 ± 1.72	—	—	—	.04	.36***	.27**	.06
污名感受	2.31 ± 1.00	—	—	—	—	-.10	.10	-.03
預後評估	6.45 ± 2.25	—	—	—	—	—	.40***	.08
用藥意願	9.05 ± 1.61	—	—	—	—	—	—	.38***
會談意願	8.05 ± 2.25	—	—	—	—	—	—	—

註：生理訊息、心理訊息與其他變項的相關以Spearman相關係數呈現，其餘以Pearson相關係數呈現。

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

同樣藉由2×2的MANOVA檢驗生理訊息與心理訊息這兩種操弄，在正向態度、污名感受、預後評估、用藥意願與會談意願上是否具有交互作用。結果發現，同時檢驗這5個變項時，交互作用也都不存在[Wilks'λ=0.99, $F(5, 95)=0.28$, $p=.93$]。

四、討論與結論

本研究透過情境短文之實驗操弄方式，探究憂鬱症的生理歸因訊息或心理歸因訊息，對污名相關變項所產生的各種影響。主要結果包括：(1)學生樣本中有接受生理訊息者對憂鬱者的責任歸因較未接受生理訊息者低，可控性歸因則較高；且當責任歸因傾向較低時，對憂鬱者的正向對待態度愈佳，且認為憂鬱者主觀上會感受到的污名也較低；(2)病患樣本中有無接受生理或心理訊息，對任何依變項皆無顯著影響，但可控性歸因愈高，正向態度愈佳；(3)學生樣本結果顯示，生理訊息與心理訊息二者間在責任歸因、污名感受與用藥意願上具有交互作用，但病患樣本並未發現顯著交互作用；(4)本研究所得資料，並不支持責任歸因是生理訊息影響正向態度、污名感受或預後評估的中介變項。

近年來許多研究對於生理、心理兩種解釋模式，到底帶來什麼樣的去污名效益爭論不休(Lam, Salkovskis, & Warwick, 2005; Lebowitz, 2014; Yamaguchi et al., 2014)。本研究學生樣本結果與過去臨床觀察、質化描述或量化驗證的結論相似(曾文星, 1996; Gammell & Stoppard, 1999; Poole, 1998; Schreiber & Hartrick, 2002; Wadley & Haley, 2001)，發現對憂鬱症採取生理歸因的方式，確實具有降低責任歸因的效果，但病患樣本生理歸因與責任歸因之間僅達邊緣性顯著($r=-.18$, $p=.06$)，效果不如學生樣本。

學生樣本與病患樣本並沒有完全一致的結果，可能是有無自身罹病經驗所導致，無自身罹病經驗的學生也許在填答時較不會受到其他因素影響，因此所得結果較容易符合研究假設，即對憂鬱者的責任歸因愈低，則正向對待態度愈佳，且認為憂鬱者主觀上會感受到的污名愈低；然而，已有罹病經驗的患者在填答時很可能因自身經驗的影響，導致實驗操弄所能解釋的比例較低，故結果未必完全符合研究假設。此外，Weiner等人(1995)主張，當問題被認為是當事人應該負責時，相對應的污

airiti

名明顯較強。由於本研究在設計上是請受試者對他人的憂鬱狀況作態度上的評估(情境短文)，也許在評估對大眾憂鬱症的正向態度、污名感受的結果較能推論，但對病患自己行為的責任歸因就不再有這樣的結果。

本研究原本假設人們因為得到憂鬱症的生理解釋，便認為病情受制於生理成因而認為憂鬱症難以控制(Lam & Salkovskis, 2007)，但本研究學生樣本結果顯示，生理歸因訊息反而提昇可控性歸因，讓人們更認為憂鬱病情是憂鬱者可以控制的。事實上，憂鬱症在接受良好治療下，病情確實較能掌控。因此，生理歸因訊息一方面具有降低責任歸因的好處，另一方面又具有增進可控制性的功效，是進行憂鬱症防治教育時值得採行的策略之一。唯病患樣本並沒有這樣的發現，因此在臨床實際病患的應用效力上仍須後續研究探討。

至於生理歸因是否可能引起相關負面態度，過去研究指出人們若採生理觀點看待「恐慌發作」，會認為病患的預後較差，且治療期程較久(Lam & Salkovskis, 2007)。然而，本研究針對「憂鬱症」進行探究，發現學生樣本與病患樣本都不支持生理訊息的負面影響。若進一步探究兩個實證研究在歸因訊息上的差異後，研究者發現Lam與Salkovskis所提供的生理歸因內容，明確指出基因遺傳可能導致恐慌發作，而本研究則強調腦部負向情緒中樞杏仁核，以及血清素與正腎上腺素等內分泌的失調可能導致憂鬱症。由於將憂鬱症歸諸基因，容易讓人認為病情難以治癒，進而不願與憂鬱者有密切互動(Phelan, Yang, & Cruz-Rojas, 2006)，因此本研究主張：提供神經生理訊息對憂鬱症的動態性解釋，如神經生理機轉與內分泌變化等，其去污名效益優於提供病因上過於簡化的基因解釋。未來實務運用上宜避免過度強調遺傳基因的角色，可將神經、內分泌運作機轉作為宣導重點。

另外，雖然Gammell與Stoppard(1999)的質化研究指出生理歸因可能導致患者僅尋求抗憂鬱劑做為主要解決方法的疑慮，但本研究並未發現這樣的影響。先前研究指出，人們在經過完整的憂鬱生理教育後，求助專業的意願確實有所提昇(Han et al., 2006)，因此透過生理訊息將憂鬱症提昇至一種疾病實體，可改善現階段多數人不願為憂鬱症就醫的問題；至於就醫後採用藥物還是會談的方式改善問題，還需醫病之間相互溝通、嘗試，才決定最適合的治療方法。

本研究結果並不支持生理訊息透過責任歸因的中介效果，進而增加正向對待態度、降低污名感受或提昇較佳預後評估。因此生理訊息是否能進一步真正帶來降低責任歸因以外的效益，仍需未來研究進一步驗證。

學生樣本與病患樣本都顯示，心理歸因並沒有造成任何顯著影響，這與本研究原先假設不一致。本研究在設計情境短文之初，已先將生理訊息與心理訊息的字數、理論權威性，以及專有名詞的呈現盡量做到平衡，因此研究者認為心理訊息確實無法像生理訊息一般，實際改變責任歸因或可控性歸因。由於生理歸因與心理歸因並非單一軸向上相互對立的兩個端點(Read & Harré, 2001)，因此即使生理歸因對憂鬱污名帶來好處，不表示心理歸因就會帶來壞處(Han & Chen, 2014)。另一個文化觀點上的推論是：東方人對憂鬱症已普遍採取心理歸因立場(Jorm et al., 2005; Nakane et al., 2005; Narikiyo & Kameoka, 1992)，因此提供心理訊息並不額外產生顯著影響，但生理訊息卻能對受試者的既有觀念產生正向的衝擊效應。

可控性歸因在學生樣本未與任何結果變項達顯著相關，而在病患樣本卻與正向態度達顯著相關，這與本研究原先假設也不一致。承接前面的探討，對相對缺乏憂鬱症罹病經驗的學生來說，責任歸因顯著影響學生對憂鬱症患者的正向態度與污名感受；但對於已有憂鬱症罹病經驗的患者來說，可控性歸因顯著影響他們對憂鬱症患者的正向態度，且可以做為憂鬱衛教的參考。對憂鬱病患來說，當事人愈能好好控制憂鬱症病情，就會得到愈友善的對待，因此憂鬱症患者比學生更重視病情能否可受控制。過去文獻以責任歸因角度探討污名影響因子的研究，大多未區辨責任與可控性的差異(Corrigan et al., 2003; Halter, 2004; Poole, 1998)，本研究則發現責任與可控性對學生與病患的意義稍有不同。本研究學生樣本結果，與夏勉與江光榮(2007)針對學生所做的結果類似，發現責任歸因與可控性歸因之間的相關並不高($r=.18$, $p<.05$, Cohen's $d=.36$)，不過本研究病患樣本卻顯示責任歸因與可控性歸因達到較高相關($r=.30$, $p<.01$, Cohen's $d=.65$)，因此當與學生相較時，病患將責任歸因與可控性歸因視為更相近的概念——認為憂鬱愈可控時，當事人也就愈有責任，且會受到愈正向的對待。這個現象很可能是病患在罹病過程中，逐漸接受醫護憂鬱衛教，因此逐漸將責任歸因與可控性歸因視為同一概念。

生理訊息與心理訊息的交互作用值得進一步討論。學生樣本結果顯示，生理訊息在降低責任歸因上具有主要效果，然而心理訊息的效果需視有無搭配生理訊息才能決定。當有搭配生理訊息時，心理訊息增加責任歸因；當沒有搭配生理訊息時，心理訊息減少責任歸因。社會心理學中的基本歸因錯誤(fundamental attribution error)，說明人們傾向過度採用內在歸因的方式解釋他人的行為(Ross, 1977)。在解釋憂鬱患者為何出現憂鬱症狀時，若缺乏其他的歸因訊息，人們傾向怪罪憂鬱患者本身，而忽略其他可能原因；因此當與完全無其他訊息的控制組情況相較時，心理歸因訊息可減少人們對憂鬱患者的怪罪。然而，若已提供生理歸因訊息的說明，心理歸因訊息卻又鎖定憂鬱者的心理特質而增加了人們對憂鬱者的怪罪。這樣的交互作用在污名感受與用藥意願上，也呈現類似型態。不過就整體型態來說，學生樣本結果顯示只要有接受生理或心理的訊息，在正向態度、污名感受與用藥意願上，就會有較理想的效益。

本研究存在一些限制必須說明：首先，本研究受試者數量稍顯不足。其次，病患樣本結果顯示生理訊息在責任歸因的效果較學生樣本所得效果小，顯然病患受操弄的效果未如預期；然本研究並未收集大學生的憂鬱病史，故無法進一步檢測憂鬱病史是否影響操弄效果。由於受試者原有的疾病知識，可能會顯著影響受試者在接收短文操弄訊息的效果，而本研究卻未測量生理或心理歸因操弄本身是否達成效果，因此可能導致無法明確推論所得效果是否為操弄所導致。此外，由於給予各組的短文字數並不相同，因此研究的效果也可能受短文字數的影響而有不同。本研究量表經題目整併與量點調整，因此較難與同領域之國內外文獻相比較。大學生樣本或憂鬱患者的結果能否順利運用到社區民眾的憂鬱防治工作仍屬未知，整體外推效力仍須後續研究採更大樣本或其他設計再次檢驗。

整體而言本研究透過實驗法在學生樣本證明，生理歸因訊息具有降低責任歸因，提高可控性歸因的效果，並不會造成不良影響；但心理歸因訊息則無任何效果。這個結果與台灣精神健康基金會(2001)長期以來的理念一致：以腦科學為基礎，致力精神健康教育推廣，提升民眾對精神健康的重視並去除精神疾病偏見。神經科學的研究成果需要即時且有效地轉化為實務運用，學術研究的新發現也需要高度尊

重而避免僅依傳統方式給予心理資訊。研究者所提出的「立基神經生理之心理衛教」，已被證實能顯著降低憂鬱污名(Han & Chen, 2014)。或許等到神經科學與生物精神醫學發展到某個極限後，社會又需要心靈方面的歸因宣導，以解決精神醫療力有未逮之處；而從前言論述可知，目前心理歸因的優缺點文獻不多，仍可能是個被忽視的議題。

對於逐漸邁向高齡化的台灣社會來說，目前在憂鬱防治的實務應用上研究者建議以生理觀點解釋憂鬱症，以符合本土文化中的身體化觀點；待個案進入治療後再逐步增進病患對憂鬱症病因學上的完整瞭解(曾文星，1996；Han & Chen, 2015; Han et al., 2015)，進而說明心理、社會、靈性(psycho-socio-spiritual)的重要性，最終才完成憂鬱症的全程治療，甚至進一步預防再發。因此，憂鬱症除了生理解釋外，也應輔以心理歸因，且採取藥物與心理治療並行的方式，才能有效治療憂鬱症。

參考文獻

- 夏勉、江光榮(2007)：〈個人責任歸因對心理求助行為的影響〉。《中國臨床心理學雜誌》，15卷2期，217-222。
- 曾文星(1996)：〈從文化角度談中國人的心理治療〉。曾文星編：《華人的心理與治療》。臺北：桂冠。
- 精神健康基金會(2001)：〈董事長的話〉。2016年12月12日，取自<http://www.brainlohas.org/>
- Botha, F. B., & Dozois, D. J. A. (2015). The influence of emphasizing psychological causes of depression on public stigma. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47(4), 313-320.
- Bremner, J. D., Narayan, M., Anderson, E. R., Staib, L. H., Miller, H. L., & Charney, D. S. (2000). Hippocampal volume reduction in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 115-117.
- Campbell, S., Marriott, M., Nahmias, C., & MacQueen, G. M. (2004). Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 161, 598-607.

- Cook, T. M., & Wang, J. (2011). Causation beliefs and stigma against depression: Results from a population-based study. *Journal of Affective Disorders, 133*, 86-92.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior, 44*, 162-179.
- Fogel, J., & Ford, D. E. (2005). Stigma beliefs of Asian Americans with depression in an Internet sample. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 470-478.
- Foland-Ross, L. C., Cooney, R. E., Joormann, J., Henry, M. L., & Gotlib, I. H. (2014). Recalling happy memories in remitted depression: A neuroimaging investigation of the repair of sad mood. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience, 14*, 818-826.
- Frodl, T., Meisenzahl, E. M., Zetzsche, T., Hahne, T., Banac, S., Schorr, C., ... Möller, H. J. (2004). Hippocampal and amygdale changes in patients with major depressive disorder and healthy controls during a 1-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 492-499.
- Gammell, D. J., & Stoppard, J. M. (1999). Women's experience of treatment of depression: Medicalization or empowerment? *Canadian Psychology, 40*, 112-128.
- Goldstein, B., & Rosselli, F. (2003). Etiological paradigms of depression: The relationship between perceived causes, empowerment, treatment preferences, and stigma. *Journal of Mental Health, 12*, 551-563.
- Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry, 6*, 21.
- Halter, M. J. (2004). Stigma and help-seeking related to depression: A study of nursing students. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 42*, 43-51.
- Han, D. Y., & Chen, S. H. (2014). Reducing the stigma of depression through neurobiology-based psychoeducation: A randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 68*, 666-673.

airiti

Han, D. Y., & Chen, S. H. (2015). Is the Attitudes Toward Seeking Professional Psychological Help Scale applicable to ethnic Chinese students? -- Psychometric properties and cultural considerations. *Journal of College Student Development*, 56(1), 73-83.

Han, D. Y., Chen, S. H., Hwang, K. K., & Wei, H. L. (2006). Effects of psychoeducation on help-seeking willingness: biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 662-668.

Han, D. Y., Lin, Y. Y., Liao, S. C., Lee, M. B., Thornicroft, G., & Wu, C. Y. (2015). Analysis of the barriers of mental distress disclosure in medical inpatients in Taiwan. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(5), 446-455.

Jorm, A. F., & Griffiths, K. M. (2008). The public's stigmatizing attitudes towards people with mental disorders: How important are biomedical conceptualizations? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 315-21.

Jorm, A. F., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Griffiths, K. M., & Wata, Y. (2005). Public beliefs about treatment and outcomes of mental disorders: A comparison of Australia and Japan. *BMC Medicine*, 3, 12.

Kramer, P. D. (2005). *Against depression*. New York: Viking.

Lebowitz, M. S. (2014). Biological conceptualizations of mental disorders among affected individuals: A review of correlates and consequences. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 21, 67-83.

Lam, D. C. K., & Salkovskis, P. M. (2007). An experimental investigation of the impact of biological and psychological causal explanations on anxious and depressed patients' perception of a person with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 405-411.

Lam, D. C. K., Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (2005). An experimental investigation of the impact of biological versus psychological explanations of the cause of "mental illness." *Journal of Mental Health*, 14, 453-464.

- Nakane, Y., Jorm, A. F., Yoshioka, K., Christensen, H., Nakane, H., & Griffiths, K. M. (2005). Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: A comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry*, 5, 33.
- Narikiyo, T. A., & Kameoka, V. A. (1992). Attributions of mental illness and judgments about help seeking among Japanese-American and white American students. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 363-369.
- National Alliance on Mental Illness. (2013). *What is major depression?* Retrieved November 17, 2013, from <http://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Depression/Overview>
- Page, R. (1984). *Stigma*. London: Routledge & Kegan Paul plc.
- Phelan, J. C., Yang, L. H., & Cruz-Rojas, R. (2006). Effects of attributing serious mental illnesses to genetic causes on orientations to treatment. *Psychiatric Services*, 57, 382-387.
- Poole, L. (1998). Attributions of responsibility for depression of menopausal women. *TCA Journal*, 26, 115-122.
- Pyne, M. J., Kuc, E. J., Schroeder, P. J., Fortney, J. C., Edlund, M., & Sullivan, G. (2004). Relationship between perceived stigma and depression severity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 278-283.
- Read, J., & Harré, N. (2001). The role of biological and genetic causal beliefs in the stigmatisation of "mental patients." *Journal of Mental Health*, 10, 223-235.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: Distortions in the attribution process. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 174-221). New York: Academic Press.
- Schnittker, J. (2008). An uncertain revolution: Why the rise of a genetic model of mental illness has not increased tolerance. *Social Science & Medicine*, 67, 1370-1381.
- Schreiber, R., & Hartrick, G. (2002). Keeping it together: How women use the biomedical explanatory model to manage the stigma of depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 91-105.

Wadley, V. G., & Haley, W. E. (2001). Diagnostic attributions versus labeling: Impact of Alzheimer's disease and major depression diagnoses on emotions, beliefs, and helping intentions of family members. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56, 244-252.

Wainwright, S. R., & Galea, L. A. M. (2013). The neural plasticity theory of depression: Assessing the roles of adult neurogenesis and PSA-NCAM within the hippocampus. *Neural Plasticity*, 2013, 805-497.

Weiner, B., Perry, R. P., & Magnusson J. (1995). An attributional analysis of reactions to stigmas. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 738-748.

Wu, C. Y., Liu, S. I., Chang, S. S., & Sun, F. J. (2014). Surveys of medical seeking preference, mental health literacy and attitudes toward mental illness in Taiwan, 1990-2000. *Journal of the Formosan Medical Association*, 113, 33-41.

Yamaguchi, S., Wu, S. I., Biswas, M., Yate, M. Aoki, Y., Barley, E., & Thornicroft, G. (2014). Effects of short-term Interventions to reduce mental health-related stigma in university or college students: A systematic review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 490-503.

Yen, C. F., Chen, C. C., Lee, Y., Tang, T. C., Ko, C. H., & Yen, J. Y. (2005). Insight and correlates among outpatients with depressive disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 384-389.

Ying, Y. W. (1990). Explanatory models of major depression and implications for help-seeking among immigrant Chinese-American women. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 14, 393-408.

The Effects of Biological and Psychological Attribution on Depression

DER-YAN HAN, CHIA-YIH LIU, SUE-HUEI CHEN

Purpose: Research evidence supports both neurobiological and psychosocial causes of depression. According to some studies, explaining depression from a biological viewpoint decreases negative evaluation of depressed people, but other studies have found that biological information leads to increased negative perceptions. We examined whether the type of causal attribution impacts perceptions surrounding depression. **Methods:** We used randomized controlled vignettes to examine the effects of biological and/or psychological causal attribution on responsibility attribution, controllability attribution, positive attitude toward depressed people, perceived stigma, the evaluation of the prognosis of depression, and willingness to receive treatment. Participants included 128 college students (age=20.45±1.75) and 104 depressive outpatients (age=43.63±12.91). These data were collected from May, 2008 to January 2009. **Results:** In the student sample, participants who received biological information had lower responsibility attribution and higher controllability attribution than participants who did not receive the biological information. In addition, biological and psychological information had interactive effects on responsibility attribution, perceived stigma, and willingness to take medicine. Receiving only biological information had the best effects on all these variables. In the patient sample, the type of information received had no effect on responsibility attribution, controllability attribution, positive attitude, perceived stigma, or willingness to seek help from medicine or counseling. However, the higher a person's controllability attribution was, the more positive that person's attitude toward depressed people. **Conclusions:** Taiwanese attribute depression of others to psychological factors. This attribution is not helpful for depression prevention. We suggest that using neurobiological information to explain depression may decrease blame of depressed people for their depression. Pharmacotherapy and psychotherapy should both be applied to treat the depression.

Key words: controllability attribution, prognosis, responsibility attribution, stigma

Der-Yan Han: Associate Professor, Section of Liberal Arts, Center for General Education, Taipei Medical University.

Chia-Yih Liu: Associate Professor, Department of Psychiatry, Chang Gung Memorial Hospital and Department of Medicine, Chang Gung University.

Sue-Huei Chen: Professor, Department of Psychology, National Taiwan University. (Corresponding Author, e-mail: shchen@ntu.edu.tw)