

促進轉型正義委員會委託案

戒嚴時期政治受難者與家屬身心需求訪談 量化分析報告

執行期間：民國 108 年 10 月 15 日至 109 年 1 月 8 日

執行人：蘇逸人

執行機構及系所：長庚大學臨床行為科學研究所

目 錄

一、研究問卷心理計量特性.....	1
二、樣本結構分析.....	5
(一) 樣本人口基本資料.....	5
(二) 樣本政治暴力經驗分析.....	6
三、量化分析方法.....	9
四、各量表填答結果統計與分析.....	11
(一) 國際創傷問卷.....	11
1. 符合可能 PTSD 與複雜性 PTSD 之比例.....	11
2. 不同 PTSD 與複雜性 PTSD 症狀之比例.....	11
(二) 簡短版症狀檢核表.....	13
(三) 病患健康量表.....	15
1. 符合可能憂鬱症之比例.....	15
2. 不同嚴重程度憂鬱者之比例.....	15
3. 不同憂鬱症狀之比例.....	16
(四) 創傷後認知量表.....	17
1. 政治創傷相關負向認知之強度.....	16
2. 政治創傷負向認知與結果變項、其他預測變項之關聯.....	17
(五) 社會承認問卷.....	18
1. 政治暴力經歷知覺肯認之程度.....	19
2. 政治暴力經歷肯認與結果變項、其他預測變項之關聯.....	20
(六) 政治暴力受難經驗與結果變項、其他預測變項之關聯.....	21
五、結論.....	23
參考文獻.....	25

一、研究問卷心理計量特性

為了探討台灣政治暴力受難者的長期創傷身心後遺結果，本次調查採用下列工具：（一）基本資料與政治暴力經驗調查；（二）國際創傷問卷；（三）簡短版症狀檢核表；（四）病患健康量表；（五）創傷後認知量表；以及（六）社會承認問卷。以下分別說明各工具及心理計量特性，上述工具均採中文施測且獲作者/譯者授權，調查填答編碼資料見附件一。

（一）基本資料與政治暴力經驗調查

1. **基本資料**：包含性別、年齡（含出生日期）、教育程度、總教育年數、目前職業、目前關係（婚姻狀態）、先前曾因心理/精神之狀況/疾病就診或住院。
2. **政治暴力經驗調查**：
 - (1) **政治案件類型**：二二八、白色恐怖（五零、六零及七零年代）。
 - (2) **關押經驗**：是否遭關押、距今時間、關押年數、當時年齡。
 - (3) **曾經歷最困擾政治暴力經驗**：包含發生時間與持續時間（年），此經驗用於評估國際創傷問卷之 PTSD 與複雜性 PTSD 症狀。
 - (4) **知覺政治暴力加害者**：列出九類可能加害對象（當時政府、權威人物、組織、陌生人、熟人、朋友、鄰居、其他、不知道是誰），並依責任歸屬程度排序前三名。
 - (5) **政治暴力經驗類型**：包含自己遭刑求、家人遭逮時自己受傷等
 - (6) **政治暴力創傷暴露程度**：包含「**身體受傷**」、「**知覺生命威脅**」（1-4 分，1 = 完全沒有；4 = 嚴重/強烈）、「**當時有關心或親近者嚴重受傷或死亡**」、「**當時經歷情緒**」（評估害怕/無助/驚恐、生氣、羞愧、罪惡；0-4 分，0 = 完全沒有；4 = 非常強烈）
 - (7) **經歷家庭暴力**：是否曾經歷，且知覺該經歷與政治暴力之相關

（二）國際創傷問卷

國際創傷問卷（International Trauma Questionnaire [ITQ]）為 12 題的自陳量表 (Cloitre et al., 2018)，用於評估國際疾病分類標準第 11 版（International Classification of Disease [ICD]）中的創傷後壓力症（posttraumatic stress disorder [PTSD]）與複雜性創傷後壓力症（complex PTSD [CPTSD]）。第一部分以 6 題評估 PTSD 症狀，1-2 題評估當下再經歷（reexperiencing in the here and now）症狀、3-4 題評估迴避創傷提醒物

(avoidance of traumatic reminders)、5-6 題評估威脅感 (sense of threat)，另外以三題評估 PTSD 症狀相關的功能障礙，包含社交、職業、其它生活重要層面。第二部分以 6 題評估自我組織障礙症狀 (disturbance in self-organization [DSO])，1-2 題評估情緒調節不良 (affective dysregulation)、3-4 題評估負向自我概念 (negative self-concept)、5-6 題評估關係障礙 (disturbances in relationships)，另以 3 題評估 DSO 症狀相關的功能障礙，包含社交、職業、其它生活重要層面。以上題項均採李克氏 5 點量尺計分 (0 = 完全沒有；4 = 極度)。PTSD 與 DSO 的症狀題項 (6 題) 總分皆介於 0-24 分，CPTSD 症狀題項 (12 題) 則介於 0-48 分。

ITQ 經由項目反應理論分析創傷社區樣本 (n = 1051) 與英國創傷臨床樣本 (n = 247) 資料選取最終題項，其效度經由驗證性因素分析確認 (Cloitre et al., 2018)，中文版 ITQ 由香港學者 Ho 發展修訂，亦證實具適當心理計量特性 (Ho et al., 2019)。

本研究樣本 ICD-11 的 PTSD 症狀、DSO 症狀及 CPTSD 症狀 (PTSD 與 DSO 症狀) 的內部一致性信度良好 (Cronbach's α s = .90、.93 及 .94)。

(三) 簡短版症狀檢核表

簡短版症狀檢核表 (Brief Symptom Inventory[BSI]) 為 53 題的自陳量表 (Derogatis & Melisaratos, 1983; Derogatis & Spencer, 1993)，用於評估過去一星期的心理症狀，且適用於臨床樣本與一般人。BSI 為 SCL-90-R 的簡短版，用於評估 SCL-90-R 的九項主要症狀向度，包括：身體化、強迫行為、人際敏感性、憂鬱、焦慮、敵意、恐懼性焦慮、妄想意念 (paranoid ideation) 以及精神病質 (psychoticism)。題項以李克氏 5 點量尺評定該問題的困擾或苦惱程度 (0-4 分；0 = 完全沒有；1 = 稍微有一點；2 = 中等；3 = 厲害；4 = 非常厲害)，總分依各向度題數而定。

國外研究證實 BSI 的信度與效度均良好 (Derogatis & Melisaratos, 1983)。本次研究依關注焦點，主要納入七項症狀向度，包括強迫行為、人際敏感性、焦慮、敵意、恐懼性焦慮、妄想意念以及精神病質，計 36 題。

本研究樣本 BSI 的強迫行為、人際敏感性、焦慮、敵意、恐懼性焦慮、妄想意念以及精神病質分量表，內部一致性信度良好 (Cronbach' α s = .87、.96、.95、.62、.91、.87 及 .77)。

(四) 病患健康量表

病患健康量表 (Patient Health Questionnaire; PHQ-9 為 9 題的自陳量表 (Spitzer, Kroenke, Williams, & Group, 1999)，用於評估最近兩週的憂鬱症狀嚴重度。PHQ-9 的題目依循 DSM-IV 的重鬱症診斷準則編制，以李克氏 4 點量尺評分 (0-3 分；0 = 完全沒有；1 = 好幾天；2 = 一半以上；3 = 幾乎每天)，總分介於 0-27 分。此外，臨床慣例上可將 PHQ-9 填答總分依照 5、10、15 以及 20 分，分別代表輕微 (mild)、中等 (moderate)、中等嚴重 (moderately severe) 以及嚴重 (severe) 憂鬱。

PHQ-9 的內部一致性信度佳 (Cronbach's $\alpha = .83-.92$)，聚斂與區辨效度適當，對憂鬱症狀之變化具適當敏感性。PHQ-9 可用於篩檢重鬱症，切分點 ≥ 10 分時，敏感度與特異性均為 .88 (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2001)。

本研究樣本 PHQ-9 的內部一致性信度良好 (Cronbach's $\alpha = .94$)。

(五) 創傷後認知量表

創傷後認知量表 (Posttraumatic Cognitions Inventory [PTCI]) 為 33 題的自陳量表 (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999)，用於評估創傷後的負向或功能不良信念。PTCI 包含負向自我認知 (21 題)、負向世界認知 (7 題) 及自我責備 (5 題) 分量表。題項採李克氏 7 點計分 (1-7 分；1 = 完全不同意；7 = 完全同意)，總分介於 33-231 分，得分越高代表創傷後認知越趨於負向。鑒於上述三項分量表的題數不等，各分量表的計分均採用題項平均數。

國外研究顯示 PTCI 分量表的內部一致性信度佳 (Cronbach's $\alpha = .87、.88、.86$)，總分與分量表的三週再測信度分別是 .74、.75、.89、.89。聚斂效度佳，與其他測量創傷認知的工具有高相關 (Foa et al., 1999)。中文版 PTCI 經驗證性因素分析後移除 4 題 (題號 16、22、24、29) 所得的 29 題 PTCI 具適當信效度，總分介於 29-203 分，與各分量表的 3-4 週再測信度分別為 .81、.80、.80、.75 (Su & Chen, 2008)。

本研究樣本 PTCI 負向自我認知、負向世界認知以及自我責備分量表的內部一致性信度良好 (Cronbach's $\alpha = .96、.84$ 及 .77)。

(六) 社會承認問卷

社會承認問卷 (Social Acknowledgement Questionnaire[SAQ]) 為 16 題的自陳量表 (Maercker & Müller, 2004)，由蘇黎世大學心理學家 Andreas Maercker 編制，用於評估身為受害者或倖存者知覺的社會肯認。SAQ 包含三個分量表：(A) 普遍不認可 (general disapproval) 5 題：反映知覺自身為社會的局外人，他人無法了解自己對創傷的掙扎；(B) 肯認 (recognition) 6 題：反映知覺他人對自己的創傷提供協助或同情；以及 (C) 家庭不認可 (family disapproval) 5 題：反映家人低估自己的創傷經驗且認為自己的反應過度誇張。由於(A)與(C)代表負向社會反應，(B)代表正向社會反應，故加總時先將(A)與(C)分量表反向計分，再將三個分量表加總。原先題項採用李克氏 6 點量尺，2011 修訂為李克氏 4 點量尺 (0-3 分；0 = 完全不同意，3 = 完全同意)，總分介於 0-48 分。

SAQ 的內部一致性佳，再測信度良好，與其它創傷相關建構有中-高相關。(Maercker & Müller, 2004)。

本研究樣本 SAQ 的普遍不認可、肯認以及家庭不認可分量表的內部一致性信度勉可接受 (Cronbach's α = .85、.69 及 .59)。

(七) 創傷揭露問卷

創傷揭露問卷為 3 題的自陳量表 (Su, Chow, Yen, & Chuang, 2019)，包含：「1. 你曾實際與朋友或家人談論此事及其影響？」、「2. 你曾實際與朋友或家人分享對此事件的想法與感受？」及「3. 你曾寫下有關此事件的想法與感受」。題項採用李克氏 7 點量尺 (1-7 分；1 = 從未如此，7 = 總是如此)，總分介於 3-21 分，越高分代表對政治暴力經歷的揭露程度越大。

本研究樣本 創傷揭露問卷的內部一致性良好 (Cronbach's α = .89)。

二、研究樣本結構分析

(一) 樣本人口基本資料

表 1 列出參與者的基本資料，包括 25 位戒嚴時期政治受難者與家屬（13 位受難者、3 位受難者配偶及 9 位受難者二代/三代）。以下報告均以填答人數為計算基準，因部分變項有少數漏答情形（漏答變項與人數為：年齡 3、教育年數 7、教育程度 2、職業 1、關係 1、先前就診精神治療 2、先前因精神狀況住院 2）。

樣本年齡分布 33-94 歲，平均 71.98 ± 17.26 歲，64% 大於 79 歲。在性別分布上，68% 男性、28% 女性、其他 4%。在教育程度上，國小/國中 13.0%、高中職/五專 39.1%、大學/大專 17.4%、碩/博士 30.4%，平均受教育年數 14.44 ± 6.00 年。在職業狀態上，全職/兼職者 33.3%，家管/退休/無業者 66.7%。在關係上，未婚 12.5%、已婚 62.5%、離婚/分居/喪偶等 25.0%。在先前心理適應上，17.4% 先前就診精神科，8.7% 先前因精神狀況住院。

表 1. 樣本人口基本資料

連續變項	填答人數	<i>M</i> (<i>SD</i>)
年齡 (歲)	22	71.98 (17.26)
受教育年數	18	14.44 (6.00)
類別變項	填答人數	% (人數)
性別	25	
男		68.0 (17)
女		28.0 (7)
其他		4.0 (1)
受難身分	25	
受難者		52.0 (13)
受難者配偶 ^a		12.0 (3)
受難者二代/三代		36.0 (9)
教育程度	23	
國小/國中		13.0 (3)
高中職/五專		39.1 (9)
大學/大專		17.4 (4)
碩/博士		30.4 (7)

(續表 1)

類別變項	填答人數	% (人數)
職業狀態	24	
全職/兼職		33.3 (8)
家管/退休/無業等		66.7 (16)
關係	24	
未婚		12.5 (3)
已婚		62.5 (15)
離婚/分居/喪偶等		25.0 (6)
先前就診精神治療	23	17.4 (4)
先前因精神狀況住院	23	8.7 (2)

註：^a其中一位的父親與先生均為受難者。M：平均值；SD：標準差。

(二) 樣本政治暴力經驗分析

表 2 (下頁) 列出本次參與者的政治暴力經驗類別與分析。以下的報告均以各變項的填答人數為計算基準，因部分變項有少數漏答 (漏答變項與人數為：主要政治案件 1、當時是否關押 1、政治暴力受傷類型 1、知覺加害對象 1、當時是否身體受傷 1、當時感覺生命處於危險 5、當時關心或親近者重傷/死亡 6、當時經歷感受 7、以及知覺家庭暴力與政治暴力有關 1)。需注意的是，由於上述某些變項的應答人數涉及其他變項的回答情形 (例如：「知覺家庭暴力與政治暴力有關」變項，僅針對報告曾經歷家暴者；「關押時間」僅針對曾關押者)，故表 2 第二欄將同時列出填答/應答人數，便於瞭解調查結果。

參與者遭遇的主要政治案件包括：16.7%二二八 (4 位)、37.5%50 年代白色恐怖 (9 位)、37.5%60 年代白色恐怖 (9 位)、8.3%70 年代白色恐怖 (2 位)。在關押情形上，66.7%當時被關押 (16 位)，其中 13 位親身遭關押，3 位為親人遭遇。親身或家屬遭關押者平均關押 7.71 ± 2.83 年，69% 大於 7 年，而 13 位親身遭關押者平均關押 7.33 ± 3.00 年。

在政治暴力的加害對象知覺上，本調查列出九項可複選的對象，依照填答百分比排序如後：(一) 當時政府 (79.2%)：數人註解國民黨政府；(二) 組織 (70.8%)：常見註解為警備總部、國民黨／特務、保安處；(三) 權威人物 (58.3%)：主要註解為蔣介石，少數為蔣經國；(四) 其他 (12.5%)：例如告密者、特務與直屬長官；(五) 不知者 (12.5%)；(六) 熟人 (8.3%)；(七) 朋友 (8.3%) 以及 (八) 鄰居 (4.2%)。

在政治暴力經驗受傷類型上，32%遭刑求（8位），4.0%在家人遭捕時受傷（1位），16.7%遭遇攻擊、恐嚇等身心傷害（4位）。在當時身體受傷上，29.2%嚴重受傷（4位）、8.3%中等受傷（2位）、12.5%輕微受傷（3位）。在知覺當時生命危險上，50.0%強知覺強烈生命危險（4位）、15.0%中等生命危險（3位）、10.0%輕微生命危險（5位）。47.4%報告當時有關心或親近者嚴重受傷或死亡（9/19位）。

在曾否經歷家庭暴力上，24.0%曾經歷家庭暴力（6位），其中4位是受暴者，2位兼具施暴者與受暴者身份。當進一步詢問該家庭暴力經驗是否與政治暴力經歷有關，80%表示有關（4/5位）。

表 2. 樣本政治暴力經驗分析

類別變項	填答/應答人數	% (人數)
主要政治案件	24/25	
二二八		16.7 (4)
白色恐怖-五零年代		37.5 (9)
白色恐怖-六零年代		37.5 (9)
白色恐怖-七零年代		8.3 (2)
當時是否關押	24/25	
是—自身遭遇		54.2 (13)
是—親人遭遇		12.5 (3)
否		33.3 (8)
政治暴力受傷類型	24/25	
自己遭刑求		32.0 (8)
家人遭逮時自己受傷		4.0 (1)
其他		16.7 (4)
無		45.8 (11)
知覺加害對象 (複選)	24/25	
1. 當時政府		79.2 (19)
2. 權威人物		58.3 (14)
3. 組織		70.8 (17)
4. 陌生人		0.0 (0)
5. 熟人		8.3 (2)
6. 朋友		8.3 (2)
7. 鄰居		4.2 (1)
8. 其他		12.5 (3)
9. 不知道是誰		12.5 (3)

(續表 2)

類別變項	填答/應答人數	% (人數)	
當時是否身體受傷	24/25		
嚴重		29.2	(7)
中等		8.3	(2)
輕微		12.5	(3)
完全沒有		50.0	(12)
當時感覺生命處於危險	20/25		
強烈		50.0	(10)
中等		15.0	(3)
輕微		10.0	(2)
完全沒有		25.0	(5)
當時關心或親近者重傷/死亡	19/25		
是		47.4	(9)
否		52.6	(19)
是否經歷家庭暴力	25/25		
是 (受暴者)		16.0	(4)
是 (施暴與受暴者兼具)		8.0	(2)
否		76.0	(19)
知覺家庭暴力與政治暴力有關	5/6		
(應答人數-曾經歷家庭暴力者 6 人)			
是		80.0	(4)
否		20.0	(1)
連續變項	填答/應答人數	<i>M</i> (<i>SD</i>)	
關押時間 (全體 ^a , 年)	16/16	7.71	(2.83)
(應答人數-自身或親人遭關押者 16 人)			
關押時間 (自身 ^b , 年)	13/13	7.33	(3.00)
(應答人數-自身遭關押者 13 人)			
經歷政治暴力總體情緒	18/25	7.33	(3.46)
害怕、無助或驚恐	19	2.79	(1.58)
生氣	19	3.11	(1.49)
羞愧	18	0.78	(1.51)
罪惡	18	0.56	(1.29)

註：^a13 位受難者+1 位受難者配偶+2 位受難者二代，二代在受難親人入監時均未出生。^b13 位自身遭遇關押者。*M*：平均值；*SD*：標準差。

三、量化分析方法

針對下列不同子主題的量化分析方法，茲說明如下：

(一) 政治受難者的 PTSD 與複雜性 PTSD (國際創傷問卷)

- 以國際創傷問卷 (ITQ) 估計樣本中符合目前 ICD-11 PTSD 與複雜性 PTSD 之比例。
- 以卡方檢定估算上述比例是否在性別上及受難者身份上有顯著差異 ($p < .05$)，以 ϕ 檢視該差異的效果量 (effect size; .10 = 小; .30 = 中等; .50 = 大)。
- 統計不同 PTSD 與 CPTSD 症狀的平均值、標準差及符合比例。

(二) 政治受難者的目前心理症狀狀態 (簡短版症狀檢核表)

- 以簡短版症狀檢核表 (BSI) 估計樣本的目前一般心理症狀狀態，包含總體嚴重度與七項主要症狀向度。
- 以本地常模對 BSI 的原始分數進行標準分數轉換，依性別校正，藉以了解本樣本的一般心理症狀狀態是否落於正常範圍。
- 比較總體嚴重度、主要症狀向度與國內外常模的結果。

(三) 政治受難者的目前憂鬱症與憂鬱嚴重度 (病患健康問卷)

- 以病患健康問卷 (PHQ-9) 估計樣本中目前可能憂鬱症之比例。
- 以卡方檢定估算上述比例是否在性別上及受難者身份上有顯著差異 ($p < .05$)，以 ϕ 檢視該差異的效果量。
- 依照過往臨床慣例，估算不同嚴重程度憂鬱者之比例。
- 統計不同憂鬱症狀的平均值、標準差及符合比例。

(四) 政治受難者對政治暴力創傷之負向認知

- 以中文修訂版 29 題創傷後認知量表 (PTCI) 估計樣本中的政治暴力創傷相關負向認知之平均值與標準差，並以 T 檢定檢驗前者與過往本地研究創傷樣本之差異。
- 以點二系列相關分析檢驗政治創傷負向認知與可能 PTSD 診斷及 CPTSD 診斷 (二分變項) 之相關顯著性。
- 以皮爾森積差相關分析 (Pearson Correlation) 檢驗政治創傷負向認知與連續性結果變項之關聯，包含 PTSD 症狀、DSO 症狀、CPTSD 症狀、憂鬱症狀、整體苦惱狀態以及政治暴力經歷揭露之

相關顯著性。相關係數的效果量小、中及大各為 .10、.30 及 .50 (Cohen, Cohen, West, & Aiken, 2003)

(五) 政治受難者之知覺社會肯認

- 以社會承認問卷 (SAQ) 估計樣本中對政治暴力創傷經歷的不同層面肯認程度，估計樣本對各 SAQ 題項的同意程度比例。
- 以點二系列相關分析檢驗知覺社會肯認與可能 PTSD 診斷及 CPTSD 診斷 (二分變項) 之相關顯著性。
- 以皮爾森積差相關分析知覺社會肯認與連續性結果變項之關聯，包含 PTSD 症狀、DSO 症狀、CPTSD 症狀、憂鬱症狀以及整體苦惱狀態。同時檢驗與其他預測變項，包括創傷後負向認知與揭露政治暴力經歷之相關顯著性。

(六) 政治暴力受難經驗與結果變項、其他預測變項之關聯

- 此處探討四項政治暴力受難變項：是否遭關押、關押年數 (針對關押者)、身體受傷程度以及當時情緒 (總體負向情緒)。
- 以點二系列相關分析檢驗上述政治暴力受難變項與可能 PTSD 診斷及 CPTSD 診斷 (二分變項) 之相關顯著性。
- 以皮爾森積差相關分析上述政治暴力受難變項與連續性結果變項之關聯，包含 PTSD 症狀、DSO 症狀、CPTSD 症狀、憂鬱症狀以及整體苦惱狀態之相關顯著性。同時檢驗與其他預測變項，包括創傷後負向認知與揭露政治暴力經歷之相關顯著性。

四、各量表填答結果統計與分析

(一) 國際創傷問卷 (ITQ)

1. 符合可能 PTSD 與複雜性 PTSD 之比例

此處以國際創傷問卷 (ITQ) (Cloitre et al., 2018; Ho et al., 2019) 探討參與者遭受政治暴力的創傷身心影響，主要估本研究樣本符合可能 ICD-11 PTSD 與複雜性 PTSD (CPTSD) 診斷之比例。若欲符合 ICD-11 PTSD 準則，須在至少一項再經歷症狀 (1-2 題任一)、一項迴避創傷提醒物症狀 (3-4 題任一)、一項威脅感症狀 (5-6 題任一) 的 ITQ 對應題目中，填答中等嚴重度以上 (0-4 分量尺中 ≥ 2 分)，且伴隨相關的功能障礙 (7-9 題任一至少 ≥ 2 分)。而欲符合 ICD-11 CPTSD 準則，首先須符合 PTSD，其次是符合自我組織障礙 (DSO)，即至少一項情緒調節不良 (DSO 1-2 題任一)、一項負向自我概念 (DSO 3-4 題任一)、一項關係障礙 (DSO 5-6 題任一) 的對應題目中，符合中等嚴重度以上，且伴隨相關的功能障礙 (DSO 7-9 題任一至少 ≥ 2 分)。此外，根據 ICD-11 準則，個體僅能符合 PTSD 或 CPTSD，不得同時符合兩者。

整體比例 根據上述條件，本次調查者中有 32.0% (8/25 位) 符合 ICD-11 CPTSD 或 PTSD 診斷，包含 16% CPTSD (4 位) 與 16% PTSD (4 位)。

性別比例 此處檢驗樣本是否在 PTSD/CPTSD 比例上存在性別差異。若將性別填「其他」的 1 位納入女性進行分析，有 62.5% 女性 (5/8 位) 與 17.6% 男性 (3/17 位) 符合 PTSD 或 CPTSD，性別存在顯著差異 ($\chi^2(1) = 5.03, p = .025$)，效果量介於中等至大 ($\phi = .459$)，具相當程度的臨床/實用顯著意義 (clinical or practical significance)。

受難者身份 此處檢驗樣本的 PTSD/CPTSD 比例是否因受難者身份而異。若依受難者身份區分為 16 位「受難者與配偶」與 9 位「受難者二代/三代」，前者有 18.8% (3 位) 符合 PTSD 或 CPTSD，後者則有 55.6% (5 位) 符合，達統計上臨界顯著差異 ($\chi^2(1) = 3.59, p = .058$)，效果量 ($\phi = .379$) 介於中等至大，具相當程度的臨床/實用顯著意義。

2. 不同 PTSD 與複雜性 PTSD 症狀之比例

表 3 列出本次調查者在不同 PTSD 與 CPTSD 症狀的 ITQ 對應題項上的平均值、標準差及出現比例。

表 3. 政治暴力相關 PTSD 與 CPTSD 症狀：平均值、標準差及符合比例

ITQ 題目	<i>M</i>	<i>SD</i>	符合比例(%)
PTSD 症狀			
再經歷			
1. 出現不愉快夢境，夢境重現該經歷	1.24	1.39	40.0%
2. 強烈影像或記憶進入心中，該經歷在此時此地重現	1.68	1.68	48.0%
逃避創傷提醒物			
3. 逃避該經驗的內在提醒物	1.56	1.58	48.0%
4. 逃避該經驗的外在提醒物	1.40	1.58	44.0%
威脅感			
5. 處於「超級戒備」警惕或警戒狀態	1.52	1.63	48.0%
6. 感到提心吊膽或容易受驚	1.32	1.57	40.0%
PTSD 症狀總分	8.72	7.70	—
DSO 症狀			
情緒調節不良			
1. 當我感到苦惱時需長時間才能冷靜	1.71	1.27	54.2%
2. 我感到麻木或情感封閉	1.50	1.62	45.8%
負向自我概念			
3. 我感覺像是失敗者	1.36	1.66	40.0%
4. 我感覺沒有價值	1.12	1.51	28.0%
關係障礙			
5. 我感覺與他人遠離或隔絕	1.33	1.69	37.5%
6. 我發現與他人保持情感親密是困難的	1.54	1.74	41.7%
DSO 症狀總分	8.57	8.28	—
CPTSD 症狀總分	16.65	14.94	—

註：ITQ：國際創傷壓力問卷；PTSD：創傷後壓力症；CPTSD：複雜性創傷後壓力症；DSO：自我組織障礙；*M*：平均值；*SD*：標準差。

在政治創傷相關的 PTSD 症狀中，最常見的前三項症狀為再經歷層面的「強烈影像或記憶進入心中，該經歷在此時此地重現」、逃避層面的「逃避該經驗的內在提醒物」以及威脅感層面的「處於「超級戒備」警惕或警戒狀態」，三者比例均為 48%。若檢視平均值，最高分的前三項症狀依序為再經歷層

面的「強烈影像或記憶進入心中，該經歷在此時此地重現」（ $M = 1.68, SD = 1.68$ ）、逃避層面的「逃避該經驗的內在提醒物」（ $M = 1.56, SD = 1.58$ ）以及威脅感層面的「處於「超級戒備」警惕或警戒狀態」。

CPTSD 症狀的主要特徵為 DSO 症狀，在政治創傷相關的 DSO 症狀中，最常見的前三項依序為情緒調節不良層面的「當我感到苦惱時需長時間才能冷靜」（54.2%）與「我感到麻木或情感封閉」（45.8%），及關係障礙層面的「我發現與他人保持情感親密是困難的」（41.7%）。以平均值觀之，最高分的前三項症狀為情緒調節不良層面的「當我感到苦惱時需長時間才能冷靜」（ $M = 1.71, SD = 1.27$ ）、關係障礙層面的「我發現與他人保持情感親密是困難的」（ $M = 1.54, SD = 1.74$ ）以及情緒調節不良層面的「我感到麻木或情感封閉」（ $M = 1.50, SD = 1.62$ ）。

（二）簡短版症狀檢核表（BSI）

此處以簡短版症狀檢核表（BSI）(Derogatis & Melisaratos, 1983) 調查本次參與者目前（過去一周）的一般心理症狀狀態，主要調查向度包括：強迫行為、人際敏感性、焦慮、敵意、恐懼性焦慮、妄想意念、精神病質及總體嚴重度。

表 4 列出上述症狀向度的原始分數平均值、標準差以及標準分數的平均值與標準差。鑒於各向度題數不等，平均值與標準差均採用題項平均（介於 0-4 分；0 = 完全沒有；1 = 稍微有一點；2 = 中等；3 = 厲害；4 = 非常厲害）。在標準分數上，台灣目前仍缺乏 BSI 的大型社區常模，故以 2006 的台灣大學學生常模樣本為基準換算並依性別校正。此外，為了便於對樣本的 BSI 結果有更廣泛的了解，在下頁的表 5 中列出四個國內外的常模樣本便於比對，包括 2006 的台灣大學學生常模 ($N = 231$) 及 1983 年 Derogatis 與 Melisaratos 列舉的三個美國常模：美國非病人正常人 ($N = 719$)、美國精神科門診病人 ($N = 1,002$) 以及美國精神科住院病人 ($N = 313$)。

總體嚴重度 首先檢視總體嚴重度指標，此反映個體的整體苦惱程度。本次參與者的總體嚴重度標準分數 ($M = 0.02$)，極靠近台灣大學學生常模平均結果。若以超過常模 2 個標準差為基準，12% 參與者目前有嚴重整體性苦惱（3 位）。較值得注意的是，若對照表 5 的美國正常人常模時，樣本的總體嚴重度平均值 ($M = 0.81$) 高於前者的平均值 1 個標準差 ($M = 0.30 \pm 0.31$)，似乎顯示參與者的平均整體苦惱程度較美國社區樣本高。

主要症狀向度 本研究樣本在各主要症狀向度的標準分數上，幾乎均

表 4. 政治暴力受難者的目前一般心理症狀狀態

BSI 分量表	有效人數	原始分數		標準分數	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
強迫行為	25	1.05	1.04	-0.25	1.17
人際敏感性	25	0.91	1.29	-0.16	1.60
焦慮	25	0.87	1.16	0.05	1.61
敵意	25	0.58	0.73	-0.27	0.98
恐懼性焦慮	25	0.43	1.90	-0.18	3.38
妄想意念	24	0.82	1.01	0.08	1.50
精神病質	25	0.58	0.82	-0.07	1.22
總體嚴重度	25	0.81	0.97	0.02	1.61

註：BSI：簡短版症狀檢核表力問卷；*M*：平均值；*SD*：標準差。

表 5. BSI 平均原始分數的平均值±標準差：本研究與國內外樣本比較

BSI 分量表	本研究 樣本 (<i>N</i> = 25)	台灣大學 學生 (<i>N</i> = 231)	美國非病人 正常人 (<i>N</i> = 719)	美國精神科 門診病人 (<i>N</i> = 1,002)	美國精神科 住院病人 (<i>N</i> = 313)
身體化症狀	—	0.49±0.57	0.29±0.40	0.83±0.80	1.01±0.91
強迫行為	1.05±1.04	1.27±0.86	0.43±0.48	1.57±1.00	1.51±1.07
人際敏感性	0.91±1.29	1.04±0.80	0.32±0.48	1.58±1.05	1.48±1.11
憂鬱	—	0.96±0.86	0.28±0.46	1.80±1.08	1.77±1.21
焦慮	0.87±1.16	0.85±0.72	0.35±0.45	1.70±1.00	1.70±1.15
敵意	0.58±0.73	0.79±0.75	0.35±0.42	1.16±0.93	1.00±0.97
恐懼性焦慮	0.43±1.90	0.52±0.56	0.17±0.36	0.86±0.88	1.07±1.11
妄想意念	0.82±1.01	0.74±0.68	0.34±0.45	1.14±0.95	1.26±1.02
精神病質	0.58±0.82	0.66±0.66	0.15±0.31	1.19±0.87	1.26±0.98
總體嚴重度	0.81±0.97	0.79±0.59	0.30±0.31	1.32±0.72	1.36±0.86

極接近台灣大學學生常模的平均結果 ($M_s = -0.27—0.08$)，事實上多數為負值甚至顯示稍優於台灣大學學生常模。此亦可見於表 5 的比較，例如強迫行為、人際敏感性或敵意的平均值，表面上均稍低於台灣大學學生。誠然，台灣大學學生常模很可能無法代表台灣的社區常模。因此，本研究也再次與美國非病人正常人常模進行做比對，而值得注意的是參與者在強迫

行為、人際敏感性、焦慮、妄想意念及精神病質等五個分量表之平均值 ($M=0.58-1.05$) 均高於前者的平均值一個標準差 ($M=0.30-0.43$)，似乎顯示參與者在上述症狀的平均困擾程度，均略高於美國社區樣本。

(三) 病患健康量表 (PHQ-9)

1. 符合可能憂鬱症之比例

此處以 PHQ-9 (Spitzer et al., 1999) 估計參與者目前符合可能憂鬱症之比例。過去常見的估計方式有二，其一是根據 DSM-IV 或 DSM-5 憂鬱症準則：作答者須符合 PHQ-9 的喜樂不能 (anhedonia) 或低落心情 (dysphoria) 兩項症狀題項之一，並在四項其他症狀的對應題目上，達中等頻率以上 (一周超過一半天數；0-3 中至少 2 分)，但自殺意念題項只要 1 分即視為存在症狀 (Manea, Gilbody, & McMillan, 2015)。其二，以 10 分做為 PHQ-9 的切分點，當填答者的 PHQ-9 總分大於 10 分，即視為可能符合憂鬱症。

整體比例 若依據 DSM 憂鬱症準則，有 12.5% 符合可能憂鬱症 (3/24 位)。若依據切分點 10 分，則有 25% 符合可能憂鬱症 (6/24 位)。

性別比例 此處檢驗樣本是否在憂鬱症上存在性別差異，將性別填「其他」的 1 位納入女性進行分析。若以憂鬱症準則為基準，有 28.9% 女性 (2/7 位) 與 5.9% 男性 (1/17 位) 符合可能憂鬱症 ($\chi^2(1)=2.33, p=.127, \phi=.312$)。若以切分點 10 分為基準，有 42.9% 女性 (3/7 位) 與 17.6% 男性 (3/17 位) 符合可能憂鬱症 ($\chi^2(1)=1.68, p=.195, \phi=.265$)。雖受限樣本過小，兩者均未達統計顯著差異，但效果量約為中等水準，顯示此差異具有臨床顯著意義。

受難者身份 此處檢驗樣本的憂鬱症比例是否因受難者身份而異，依受難者身份區分為 15 位「受難者與配偶」與 9 位「受難者二代/三代」。若以憂鬱症準則為基準，受難者與配偶中有 13.3% (2/15 位) 符合可能憂鬱症，受難者二代/三代中有 11.1% 符合 (1/9 位)， $\chi^2(1)=0.03, p=.873, \phi=.033$ 。若以切分點 10 分為基準，受難者與配偶中有 26.7% (4/15 位) 符合可能憂鬱症，受難者二代/三代中則有 22.2% 符合 (2/9 位)， $\chi^2(1)=0.06, p=.808, \phi=.050$ 。無論採用何種基準，均未達顯著差異且效果量甚低，臨床顯著意義小。

2. 不同嚴重程度憂鬱者之比例

過往臨床慣例將 PHQ-9 總分依 5、10、15 分及 20 分區辨出輕微、中

等、中等嚴重及嚴重憂鬱者 (Kroenke et al., 2001)。據此，24 位有效填答者中有 8.3% 嚴重憂鬱 (2 位)、4.2% 中等嚴重憂鬱 (1 位)、12.5% 中等憂鬱 (3 位)、25.0% 輕微憂鬱 (6 位)。亦即 25% 參與者有中等憂鬱以上情況。

3. 不同憂鬱症狀之比例

表 5 列出參與者在不同憂鬱症狀的 PHQ-9 對應題項上的平均值、標準差及出現比例。最常見的症狀依序為「做事提不起勁或沒有興趣」(24.0%)、「有不如死掉或傷害自己的念頭」(20.8%) 以及「感到心情低落、沮喪或絕望」、「感到心情低落、沮喪或絕望」、「入睡困難、睡不安穩或睡眠過多」及「覺得自己糟糕」(均為 20%)。若檢視平均值，最高分的前三項症狀依序為「做事提不起勁或沒有興趣」($M = 0.80 \pm 1.00$)、「感覺疲倦或沒有活力」($M = 0.76 \pm 0.93$) 以及「入睡困難、睡不安穩或睡眠過多」($M = 0.76 \pm 1.13$)。

表 5. 政治暴力受難者的目前憂鬱症狀：平均值、標準差及符合比例

PHQ-9 題目	<i>M</i>	<i>SD</i>	符合比例(%)
1. 做事提不起勁或沒有興趣	0.80	1.00	24.0%
2. 感到心情低落、沮喪或絕望	0.72	0.98	20.0%
3. 入睡困難、睡不安穩或睡眠過多	0.76	1.13	20.0%
4. 感覺疲倦或沒有活力	0.76	0.93	16.0%
5. 食慾不振或吃太多	0.68	0.95	16.0%
6. 覺得自己糟糕	0.68	1.07	20.0%
7. 對事物專注有困難	0.67	0.96	16.7%
8. 動作或說話速度緩慢或正好相反	0.63	0.97	16.7%
9. 有不如死掉或傷害自己的念頭	0.37	0.82	20.8%
PHQ 總分	5.92	7.28	—

註：PHQ-9：病患健康問卷；*M*：平均值；*SD*：標準差。

(四) 創傷後認知量表 (PTCI)

此處以中文修訂版 29 題創傷後認知量表 (PTCI) (Foa et al., 1999; Su & Chen, 2008) 分析本研究樣本遭受政治暴力後對於個人核心認知的影響，PTCI 測量三類認知，包括負向自我認知、負向世界認知以及自我責備。因三項分量表的題數不等 (分別為 21 題、7 題、5 題)，將採用題項平均數便於比較 (1 至 7 分；1 = 完全不同意；4 = 中性無意見；7 = 完全同意)。

遺漏值處理 25 位參與者中有兩位漏填過多不納入計算。有一位漏填 1 題，以參與者在該分量表其他題項的平均值取代後，有效人數計 23 人。

1. 政治創傷相關負向認知之強度

表 6 列出有效樣本 23 人的總體負向認知、負向自我認知、負向世界認知以及自我責備的平均值與標準差。為便於了解上述得分意義，此處將對照過去本地經歷創傷大學生的結果 (Su & Chen, 2008) (見表 6)。當與該研究的不同類型創傷倖存者相比，本次參與者在總體創傷負向認知、負向自我認知以及負向世界認知的數值上，均僅低於該調查中的性侵受創者，但高於其他創傷倖存者。若與該調查的 PTSD 個體與非 PTSD 受創者相比，本次參與者的總體創傷後負向認知 ($M=86.78\pm38.71$) 極顯著高於非 PTSD 受創者 ($M=60.54\pm26.02$)， $t(220)=4.32, p<.0001$ ；但也顯著低於可能 PTSD 個體 ($M=98.48\pm44.48$)， $t(62)=2.32, p=.024$ 。

表 6. 政治暴力受難者之創傷後負向認知：與過去研究比較

PTCI分量表	人數	PTCI負向自我認知		PTCI負向世界認知		PTCI自我責備		PTCI總分	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
政治暴力受難者	23	2.60	1.52	4.04	1.59	2.93	1.62	86.78	38.71
Su與Chen (2008)									
可能PTSD個體	41	3.28	0.93	4.40	0.92	3.80	1.23	104.95	24.13
非PTSD受創者	199	1.77	0.87	2.92	1.29	2.05	1.32	60.54	26.02
創傷類型									
1.意外	67	1.95	0.86	3.22	1.27	2.47	1.39	67.57	26.66
2.災害	91	1.79	0.93	2.87	1.28	1.48	0.87	58.21	26.91
3.身體侵害	47	2.52	1.30	3.76	1.43	3.48	1.50	85.57	34.89
4.性侵害	9	2.99	1.47	4.35	0.92	3.94	1.78	100.11	34.62
5.生命威脅疾病	18	1.86	0.78	2.68	1.19	2.25	0.97	61.22	22.89

註：PTCI = 創傷後負向認知量表 (此處採用 29 題中文修訂版)； PTSD：創傷後壓力症。*M*：平均值；*SD*：標準差。

2. 政治創傷負向認知與結果變項、其他預測變項之關聯

表 7 列出政治創傷負向認知與前述結果變項之相關。點二系列相關分析顯示可能 PTSD 診斷僅與負向世界認知有顯著相關 ($r=.42, p=.048$)，CPTSD 診斷則與總體負向認知 ($r=.52, p=.012$)、負向自我認知 ($r=.53,$

$p = .010$) 顯著相關，與自我責備為邊緣顯著相關 ($r = .38, p = .073$)。

皮爾森相關分析顯示，總體負向認知與自我負向認知均和 PTSD 症狀、DSO 症狀、CPTSD 症狀、憂鬱症狀以及整體苦惱程度達顯著相關 ($rs = .48— .79, ps = .020— < .001$)。負向世界認知則和憂鬱症狀之外 ($r = .41, p = .055$) 的其他結果變項達顯著相關 ($rs = .51— .59, ps = .014— .003$)，自我責備認知則僅與憂鬱症狀達顯著相關 ($r = .43, p = .041$)，上述相關的效果量均至少中等。

表 7. 政治暴力受難者的創傷後認知與 PTSD/CPTSD 之相關 ($n = 23$)

變項	PTCI			
	總體負向 認知	負向自我 認知	負向世界 認知	自我責備 認知
創傷後負向認知 (PTCI)				
總體負向認知	—			
負向自我認知	.96***	—		
負向世界認知	.81***	.66**	—	
自我責備	.54**	.40†	.31	
結果變項				
可能 PTSD 診斷	.18	.12	.42*	-.15
可能 CPTSD 診斷	.52*	.53*	.27	.38†
PTSD/CPTSD 症狀 (ITQ)				
PTSD 症狀	.48*	.48*	.51*	-.00
DSO 症狀	.78***	.80***	.59**	.32
CPTSD 症狀	.68***	.69***	.57**	.20
憂鬱症狀 (PHQ-9)	.69***	.71***	.41†	.43*
整體苦惱狀態 (BSI)	.79***	.81***	.59**	.27
其他預測變項				
政治暴力經歷揭露	.04	-.01	.03	.26

註：PTCI = 創傷後負向認知量表（此處採用 29 題中文修訂版）；ITQ：國際創傷壓力問卷；PTSD：創傷後壓力症；CPTSD：複雜性創傷後壓力症；DSO：自我組織障礙；PHQ-9：病患健康問卷；BSI：簡短版症狀檢核表。

† $p < .10$ ，* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

(五) 社會承認問卷 (SAQ)

此處以社會承認問卷 (SAQ) (Maercker & Müller, 2004) 統計本次參與者知覺社會大眾與家人對於政治暴力創傷經驗的肯認程度。SAQ 測量三類

社會認可：整體不認可、肯認以及家庭不認可。

遺漏值處理 25 位參與者中有兩位完全未填，一位漏填大於不納入計算。有兩位各漏填一題，以在該分量表其他題項的平均值取代後，有效人數計 22 人。

1. 政治暴力經歷知覺肯認之程度

表 8 列出有效樣本 22 人的整體不認可、肯認以及家庭不認可層面，以及所有題項的平均值與標準差。為了調查本研究樣本對於各項社會認可陳述的同意比例，此處將各題填答 2 分（大部分同意）與 3 分（完全同意）者重新編碼為「同意」並統計比例。根據表 8 所示，同意比例最高的不被認可陳述包括：「1.大多數人無法了解我所經歷的事」（87%）、「5.唯一真正了解我的人是在經歷相似事情的人」（73%）、「4.對於我所經歷的事沒有獲得足夠的同情」（61%），均屬於整體不認可層面。相對於前者，親友較表達出肯認的態度，例如「12.我朋友對我所發生的事感到同情」（64%）或「11.家人對我事件後的狀態展現相當理解」（59%）。

表 8. 政治暴力受難者的知覺肯認統計 ($n = 22$)

SAQ 題目	<i>M</i>	<i>SD</i>	同意比例(%)
普遍不認可	9.50	4.49	—
1.大多數人無法了解我所經歷的事	2.32	0.95	87%
2.從事件發生後，某種角度上我不再是社會的正常成員	1.27	1.39	44%
4.對於我所經歷的事沒有獲得足夠的同情	1.91	1.19	61%
5.唯一真正了解我的人是在經歷相似事情的人	2.27	1.08	73%
7.大多數人無法想像單只是繼續「正常」的日常生活有多難。	1.73	1.16	55%
肯認	6.32	4.19	—
3.從事件發生後，我居住地的人們更尊重我	0.95	1.17	26%
12.我朋友對我所發生的事感到同情	1.68	1.04	64%
13.我認識的人的反應對我是有幫助的	1.23	1.02	36%
14.在事件後頭幾天許多人提供他們的協助	1.00	1.16	27%
15.在事件發生後我居住地的重要公眾人物對我表達他們的同情。	0.59	0.80	9%
16.我的老闆對任何工作缺勤展現完全理解。	0.86	1.21	27%

(續表 8)

SAQ 題目	<i>M</i>	<i>SD</i>	同意比例(%)
家庭不認可	6.82	3.80	—
6.家人認為我對事件的反應過大	0.77	1.07	26%
8.家人低估我的經驗	1.18	1.37	36%
9.家人認為他們必須保護我 ^{反向計分}	0.77	1.19	35%
10.家人對談論我經歷的事感到不自在	1.32	1.29	46%
11.家人對我事件後的狀態展現相當理解 ^{反向計分}	1.68	1.25	59%
SAQ 總分	20.00	10.80	—

2. 政治暴力經歷肯認與結果變項、其他預測變項之關聯

表 9 列出政治暴力經歷肯認與結果變項、其他預測變項之相關。點二系列相關分析顯示 PTSD 或 CPTSD 診斷都與總體社會肯認或其他分量表未達顯著相關，僅 CPTSD 診斷與總體社會肯認為邊緣顯著相關 ($r = -.38, p = .081$)。

皮爾森相關分析顯示，總體社會肯認與 PTSD、DSO、CPTSD 症狀均達顯著負相關 ($rs = -.55$ — $-.69, ps = .011$ — $<.001$)，與憂鬱症狀及整體苦惱程度達邊緣顯著負相關 ($rs = -.38$ 與 $-.40, ps = .083$ 與 $.069$)。在分量表上，普遍不認可和 PTSD、DSO、CPTSD、憂鬱症狀以及整體苦惱程度均達顯著相關 ($rs = .42$ — $.67, ps = .050$ — $.001$)，家庭不認可和 PTSD、DSO 及 CPTSD 症狀均達顯著相關 ($rs = .55$ — $.74, ps = .009$ — $<.001$)，與憂鬱症狀達邊緣顯著負相關 ($r = .41, p = .061$)，而肯認僅與 PTSD 症狀達顯著負相關 ($r = -.46, p = .030$)。

此外，當檢視社會肯認變項與其他預測變項之間的關係，分析指出僅普遍不認可和總體負向認知與負向自我認知達顯著正相關 ($rs = .49$ 與 $.59, ps = .021$ 與 $.004$)，總體社會肯認則和負向自我認知達邊緣顯著負相關 ($r = -.41, p = .058$)，家庭不認可則和創傷經驗揭露達邊緣顯著負相關 ($r = -.36, p = .099$)。

表 9. 政治暴力經歷肯認與 PTSD/CPTSD 之相關 ($n = 22$)

變項	SAQ			
	總體社會 認可	肯認	普遍 不認可	家庭 不認可
政治暴力肯認 (SAQ)				
總體社會肯認	—			
肯認	.86***	—		
普遍不認可	-.86***	-.58**	—	
家庭不認可	-.87***	-.66**	.63**	—
結果變項				
可能 PTSD 診斷	.05	.23	-.02	.13
可能 CPTSD 診斷	-.38 [†]	-.30	.35	.34
PTSD/CPTSD 症狀 (ITQ)				
PTSD 症狀	-.69***	-.46*	.61**	.74***
DSO 症狀	-.55*	-.21	.65**	.55**
CPTSD 症狀	-.65**	-.36	.67**	.67**
憂鬱症狀 (PHQ-9)	-.38 [†]	-.15	.42*	.41 [†]
整體苦惱狀態 (BSI)	-.40 [†]	-.10	.57**	.35
其他預測變項				
創傷後負向認知 (PTCI)				
總體負向認知	-.32	.02	.49*	.34
負向自我認知	-.41 [†]	-.09	.59**	.37
負向世界認知	-.16	.11	.24	.28
自我責備	.14	.31	-.03	-.03
政治暴力經歷揭露	.26	.11	-.20	-.36 [†]

註：SAQ = 社會承認問卷；ITQ：國際創傷壓力問卷；PTSD：創傷後壓力症；CPTSD：複雜性創傷後壓力症；DSO：自我組織障礙；PHQ-9：病患健康問卷；BSI：簡短版症狀檢核表；PTCI：創傷後負向認知量表。

[†] $p < .10$ ，* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

(六) 政治暴力受難經驗與結果變項、其他預測變項之關聯

表 10 列出四項政治暴力受難經驗變項與結果變項、其他預測變項之相關，因為該四項變項之人數不等而不易比較，故僅分別檢視個別變項與其他變項之關聯。

是否關押 與所有結果變項及其他預測變項之間，均無顯著相關。

關押年數 與所有結果變項及其他預測變項之間，均無顯著相關。

身體受傷 與所有結果變項及其他預測變項之間，均無顯著相關。

當時情緒 當時情緒主要測量經歷政治暴力當時的整體負向情緒程度，皮爾森相關分析顯示其與 PTSD、DSO、CPTSD 症狀均達顯著正相關 ($r_s = .47-.55, p_s = .049-.018$)。

表 10. 政治暴力受難經驗與結果變項、及其他預測變項之相關

變項	是否關押 ($n = 24$)	關押年數 ($n = 16$)	身體受傷 ($n = 21$)	當時情緒 ($n = 18$)
結果變項				
可能 PTSD 診斷	-.16	-.17	-.10	-.25
可能 CPTSD 診斷	-.20	-.03	.00	.46 [†]
PTSD/CPTSD 症狀 (ITQ)				
PTSD 症狀	-.38 [†]	.17	.05	.55*
DSO 症狀	-.08	.13	-.10	.47*
CPTSD 症狀	-.26	.16	-.05	.54*
憂鬱症狀 (PHQ-9)	.18	.14	-.27	.19
整體苦惱狀態 (BSI)	-.08	.11	-.22	.22
其他預測變項				
創傷後負向認知 (PTCI)	-.05	.05	-.26	.31
總體社會肯認 (SAQ)	.36	-.16	-.04	-.40
政治暴力經歷揭露	.11	.21	-.05	.33

註：PTSD：創傷後壓力症；CPTSD：複雜性創傷後壓力症；ITQ：國際創傷壓力問卷；DSO：自我組織障礙；PHQ-9：病患健康問卷；BSI：簡短版症狀檢核表。PTCI：創傷後負向認知量表。SAQ = 社會承認問卷。

[†] $p < .10$ ，* $p < .05$ ，** $p < .01$ ，*** $p < .001$ 。

五、結論

依據上述的各量表填答結果統計與分析，茲摘述為以下九點結論：

- (一) 本次調查的政治暴力受難者和家屬（以下簡稱為本次參與者）中，32.0%符合目前可能 ICD-11 CPTSD 或 PTSD 診斷，其中 CPTSD 與 PTSD 各為 16%。此比例高於國外全國性樣本的比例，例如：美國（CPTSD 3.8%；PTSD 3.4%）(Cloitre et al., 2019)、德國（CPTSD 0.5%；PTSD 1.5%）(Maercker, Hecker, Augsburger, & Kliem, 2018)、以色列（CPTSD 2.6%；PTSD 9.0%）(Ben-Ezra et al., 2018)。
- (二) 受難者二代/三代中符合目前 CPTSD 或 PTSD 的比例（55.6%），顯著高於受難者與配偶（18.8%），且差異效果介於中等至大水準。上述結果呼應國外對政治暴力跨代創傷傳遞的調查 (de Viñar, 2012)，顯示政治暴力受難者的二代/三代，有極大比例可能遭受過往或上一代或上上代的政治暴力經歷所苦。
- (三) 本次參與者中，最常見仍持續經歷的政治暴力創傷症狀包括：情緒調節不良層面的「當我感到苦惱時需長時間才能冷靜」（54.2%）與「我感到麻木或情感封閉」（45.8%）、創傷再經歷層面的「強烈影像或記憶進入心中，該經歷在此時此地重現」（48%）、逃避層面的「逃避該經驗的內在提醒物」（48%）、威脅感層面的「處於「超級戒備」警惕或警戒狀態」（48%），上述症狀均有約半數參與者仍舊持續經歷。
- (四) 若就目前（過去一周）一般心理症狀狀態而言，本次參與者的總體心理症狀嚴重度，整體極接近本地的大學生常模平均值，亦即與本地一般年輕人相似。但須留意仍有 12%處於嚴重整體性苦惱。
- (五) 本次參與者中，目前符合可能憂鬱症者為 12.5%（依照 DSM-IV 或 DSM-5 診斷）或 25%（依照量表的臨床切分點），而 25%有中等憂鬱以上的情況。憂鬱症比例並未因受難者身份而異。
- (六) 本次參與者在經歷政治暴力後之負向認知（總體負向認知、負向自我認知以及負向世界認知）上，若與過去本地受創大學生的平均值相比，僅次於性侵害受創者但高於其他創傷經歷者（身體侵害、意外、災害等）。此外，創傷後負向認知也極顯著高於本地的非 PTSD 受創者，但顯著低於可能 PTSD 個體。上述結果顯示，政治暴力受

難者的負向認知，幾乎接近傳統上視為最嚴重人際暴力的倖存者（性侵害/強暴）(Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995; Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock, & Walsh, 1992)，顯示經歷政治暴力對於構成個人認同的重要核心認知，亦可能有極大的撼動破壞性。

- (七) 經歷政治暴力後的負向認知與目前的 PTSD/CPTSD 診斷、PTSD/CPTSD 症狀、憂鬱症狀以及整體苦惱均有顯著正相關，效果量至少中等水準，顯示這些負向認知或許是造成政治暴力受難者的長期創傷後遺症或心理適應困難的重要風險因子，此呼應國外晚近對於其他類型創傷倖存者—尤其 PTSD 患者—的回顧結論 (Brown, Belli, Asnaani, & Foa, 2019; LoSavio, Dillon, & Resick, 2017)。
- (八) 關於知覺自身政治暴力經歷的外界肯認上，本次參與者有高比例表達出未感覺被社會大眾肯認理解，例如 87%同意（大部分同意與完全同意）「大多數人無法了解我所經歷的事」，61%同意「對於我所經歷的事沒有獲得足夠的同情」。相較前者，參與者較知覺到親友表達出肯認，例如 64%同意「我朋友對我所發生的事感到同情」，59%同意「家人對我事件後的狀態展現相當理解」。
- (九) 政治暴力經歷的知覺總體社會肯認，雖然與 PTSD 或 CPTSD 診斷無顯著相關，但是卻與 PTSD、DSO 以及 CPTSD 症狀有顯著負相關，且相關效果量大 ($r_s = -.55$ — $-.69$)。若從不同角度說明之，普遍不認可 ($r_s = .61$ — $.67$) 與家庭不認可 ($r_s = .55$ — $.74$) 和上述症狀均有顯著且極高的相關，顯示社會大眾與親人對於個體遭遇政治暴力經歷的忽視、否認或曲解，與個體的政治暴力創傷相關症狀有極高的關聯。雖然受限於橫斷性設計與樣本較小，目前尚無法對因果方向做有效推論，但此結果與國外針對東德政治受難囚犯的調查一致 (Maercker & Müller, 2004)，未來應擴大收案人數，以確立本研究發現之堅實度。

參考文獻

- Ben-Ezra, M., Karatzias, T., Hyland, P., Brewin, C. R., Cloitre, M., Bisson, J. I., . . . Shevlin, M. (2018). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD) as per ICD-11 proposals: A population study in Israel. *Depression and Anxiety, 35*, 264-274.
- Brown, L. A., Belli, G. M., Asnaani, A., & Foa, E. B. (2019). A review of the role of negative cognitions about oneself, others, and the world in the treatment of PTSD. *Cognitive Therapy and Research, 43*, 143-173.
- Cloitre, M., Hyland, P., Bisson, J. I., Brewin, C. R., Roberts, N. P., Karatzias, T., & Shevlin, M. (2019). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in the United States: A Population-Based Study. *Journal of Traumatic Stress.*
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., . . . Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 138*, 536-546.
- Cohen, J., Cohen, P., West, S. G., & Aiken, L. S. (2003). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- de Viñar, M. U. (2012). Political violence: Transgenerational inscription and trauma. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies, 9*, 95-108.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine, 13*, 595-605.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. (1993). *Brief symptom inventory: BSI* (Vol. 18): Pearson Upper Saddle River, NJ.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11*, 303-314. doi:10.1037/1040-3590.11.3.303
- Ho, G. W., Karatzias, T., Cloitre, M., Chan, A. C., Bressington, D., Chien, W. T., . . . Shevlin, M. (2019). Translation and validation of the Chinese ICD-11 International Trauma Questionnaire (ITQ) for the Assessment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD). *European Journal of Psychotraumatology, 10*, 1608718.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950240066012

- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*, 606-613.
- LoSavio, S. T., Dillon, K. H., & Resick, P. A. (2017). Cognitive factors in the development, maintenance, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Current Opinion in Psychology, 14*, 18-22.
- Maercker, A., Hecker, T., Augsburger, M., & Kliem, S. (2018). ICD-11 prevalence rates of posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in a German nationwide sample. *Journal of Nervous and Mental Disease, 206*, 270-276.
- Maercker, A., & Müller, J. (2004). Social acknowledgment as a victim or survivor: A scale to measure a recovery factor of PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 17*, 345-351. doi:10.1023/B:JOTS.0000038484.15488.3d
- Manea, L., Gilbody, S., & McMillan, D. (2015). A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *General Hospital Psychiatry, 37*, 67-75. doi:10.1016/j.genhosppsy.2014.09.009
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T., & Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 455-475.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Group, P. H. Q. P. C. S. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *Journal of the American Medical Association, 282*, 1737-1744. doi:jama.282.18.1737
- Su, Y. J., & Chen, S. H. (2008). The Posttraumatic Cognitions Inventory-Chinese revised: Validation and refinement with a traumatized college sample in Taiwan. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1110-1119. doi:10.1016/j.janxdis.2007.11.008
- Su, Y. J., Chow, C.-C., Yen, C.-I., & Chuang, S.-S. (2019). Posttraumatic growth among burn survivors 2 years after the 2015 Formosa Fun Coast Water Park explosion in Taiwan. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*.