

## 第壹章 研究動機與重要性

「那是一種知覺如同籠罩著層層紗幕的遲緩狀態，不但對音樂無感，人際互動的應對也只能勉強做到虛應故事。沈鬱、乏味、沮喪、焦躁、不安是日間例行生活中的基調，隨著夜晚驟然而降的則是莫名的驚恐。當屋子裡沒有親人陪伴時，進入無意識的深睡似乎是必須嚴加戒備的事，即使有人陪伴，高達九十多下的心跳和阻塞的經絡，也不能讓我安然入眠，就這樣我失眠了三年。此外，消化不良、嚴重濕疹、胸悶、健忘、腰酸背痛等現象，幾乎隨時隨刻都健在。」

~胡因夢（許佑生，2001）。

這是人們陷入憂鬱症時的心情。在碩二暑假時，有機會於醫院精神科實習，在診間觀摩醫生看診時，我聽到一遍又一遍這樣的描述。很多人由家人陪同而來，病患的心情是低落的，而家屬們的焦急、無奈、擔心、難過表露於其言談中。

當人們於憂鬱狀態中，大多數的人對任何事情都失去興趣、動機低落、行為退縮，對他們來說，不論是就醫、外出等各種日常生活，都需要家人的陪伴與協助。一旦家庭中有人罹患憂鬱症，對整個家庭都會造成影響。憂鬱症患者的行為越來越退縮、對家人的陪伴不感興趣或很容易生氣，而家屬因為患者的回應也感到受挫、憤怒，患者感受到家屬負面的情緒，覺得不被支持，於是更無助、憂鬱，而這些回應又加深了照顧者的寂寞和沮喪。研究報告把這種互動稱為憂鬱症的惡性循環漩渦，也就是患者的行為和家人的回應不但沒有減輕憂鬱症，反而使它更形嚴重，而這種惡性循環可能以數種不同的形式發生（魏嘉瑩，2003）。

當我參加憂鬱症的家屬團體時，家屬們討論著自己與患者的互動。於

其中，我看到他們隨著與患者共同面對憂鬱症的不同階段，有著不同的體會與學習。經驗較多的家屬們，分享如何與患者建立良好的互動，幫助剛面對這樣困境的病患、家屬們度過無助、沮喪的初始階段。這個經驗讓我了解到，罹患憂鬱症、直到復原是一段過程，病患和家屬同時於其中成長，因此，促使我想探究這段過程。另外，對憂鬱症患者來說，在醫療體系的協助中，精神科眾多的病患、每人分得看診時間不長，也使得家庭系統的支持顯得相形重要。

根據聯合國世界衛生組織以 DALY(Disability-Adjusted Life Year)為指標，估算全球性疾病負擔(global burden of disease)之報告指出，憂鬱症將在西元 2020 年成為全世界所有疾病中 DALY 排名第二的高負擔疾病。也就是說，姑不論死亡率(mortality)，光是憂鬱症帶來的失能(disability)以致病患無法正常生活及工作，就十分嚴重，其影響層面絕不亞於癌症、感染等疾病。若論及死亡率，則憂鬱症患者之高自殺率(15%)也是十分驚人(黃宗正，2001)。無論是不同國家、不同年代或不同的測量方式及診斷標準，女性憂鬱症的盛行率約為男性的兩倍(Paykel, 1992)。

關於女性罹患憂鬱症的原因，歷來已有不少研究，大致可分為三類：(一)生理因素：女性荷爾蒙的變異，會連帶影響體內其他神經傳導物質；而荷爾蒙的改變和憂鬱症狀有關(Carroll & Mendels, 1976)。(二)心理因素：自我消音理論—女性透過否認自己本身的需求及感受的重要性，並抑制自我的表達以跟他人建立關係(Thompson, 1995)；自我貶抑論—憂鬱的形成乃因個體行動選擇受限制、行為模式僵化、自我評價低(Becker, 1964)；負向的歸因風格—當發生事件時，個體對於負向事件作內向歸因，認為是自己的問題(Miller, Norman & Dow, 1988)。(三)社會文化因素：多重角色的負荷過重、角色衝突(胡幼慧，1991)、性別歧視、男尊女卑的不當社會化結果(張珪；引自翁素月，2003)。相較之下，關於女性罹患憂鬱症後，如何復原的探討在國內尚不多，仍有很多值得深入瞭解的空間。

女性特質常被認為是「情緒化」、「歇斯底里」、「脆弱」的，而這樣纖細、感性的特質，在以男性為常模的醫療體系及社會標準下，容易被認為是病態，而被污名的。如果能讓這些曾罹患憂鬱症的女性親自「說出來」，從她們的角度和立場，去了解她們的生命經驗。一方面，在敘述、回憶和整理的過程中，可幫助她們自身得到正面的回饋、用更正向的眼光看待自己，拾得女性主體意識。另一方面，研究結果能夠呈現出她們的內在力量，也有助於他人用新的角度看待「女性」與「憂鬱」。

而在了解女性憂鬱症患者的情況時，生理、心理、社會因素是缺一不可、且相互影響的（即生理—心理—社會的循環模式），不能單單歸咎於其中任何一個因素。本研究聚焦於女性憂鬱症患者其生病、復原歷程中，與家庭系統的相互影響關係，亦即，將個人放置於其家庭脈絡中來了解，以減少「個人歸因」、「責難受害者」(blame the victim)的理解模式；另一方面，了解她帶給家庭的影響。系統理論(General Systems Theory, GST)最早源於 Bertalanffy 對生物有機體的觀察，此概念後來被廣泛運用於醫學、精神醫學、心理學、社會學、歷史、教育、哲學及生物等眾領域（王慧玲、連雅慧，2002a）。至今，不論是社會工作人員、或心理諮商員協助個人時，必定會探討個人與家庭系統的關係。因此本研究將採其中的重要概念來分析。

另外，青少年期（性成熟至二十歲）到成年前期（二十到三十歲）為個人開始確認自己身份、社會化發展的階段，與家人關係的衝突增加，並開始自原生家庭中尋求獨立；此時，青少年面臨自我認同的危機，並尋求獨立、反抗權威，處於一個不穩定的階段，而家庭隨著子女的成長離家，開始邁向新的階段，雙方都需要學習調整該角色的職權，若家庭無法成功調適，則極可能會出現失功能的情形。過去研究指出在兒童期較少出現憂鬱症，但到青春期後，憂鬱症的盛行率即增加；而到青春期的中期，憂鬱症之盛行率已與成年期相同。有的研究指出，15 到 24 歲間的憂鬱症盛行率是各種不同年齡層中最高的（柯慧貞、陸汝斌，1993）。而根據 DSM-

IV 精神疾病的診斷與統計（孔繁鐘，1997），重鬱症平均初發年齡在 25 歲左右，流行病學數據顯示近代出生者的初發年齡正在降低；低落性情感疾患的初發常較早（自兒童期、青春期、或成人早期）而漸進發生，病程則慢性化，臨床所見的低落性情感疾患患者通常伴隨發生重鬱病，後者才是尋求醫療協助的原因。參照以上的研究結果，且考量到研究關係的建立、研究者對受訪者生活經驗的同理程度，將針對 20 到 30 歲之間的未婚女性做深入的瞭解。

綜上，本研究將從家庭系統的觀點來了解女性憂鬱症患者生病、復原歷程中，家庭的運作情形，呈現出其生病、復原歷程與家庭系統的相互影響關係。