

第貳章 文獻回顧

第一節 女性與憂鬱症

本節先簡單介紹憂鬱症的症狀、病程，及目前醫療體系中使用的治療模式，以了解女性憂鬱症患者生病時的身、心狀況；並回顧國內已有之女性憂鬱症相關研究，讓我們初步了解在國內社會環境、文化脈絡中，所呈現的女性憂鬱症患者樣貌。

壹、憂鬱症的症狀與診斷標準

在個人經歷生命中的重大社會心理壓力時，憂鬱的情緒表現乃正常的現象；而當此情緒落於異常的憂鬱範疇中，則需專業人員的協助。憂鬱症在精神醫學的分類中屬於情感性精神疾病，目前世界通用的精神疾病分類系統有二，一為世界衛生組織國際分類（ICD, International Classification of Disorder）；另一個系統是美國精神醫學會使用的精神疾病診斷與統計手冊（DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）。在國內，臨床上的診斷大多依據 DSM-IV 的分類準則。

根據 DSM-IV 的分類系統，憂鬱症係指只有鬱症而沒有過躁症發作、輕躁症發作或混合發作者。大致上可再分為(一)重鬱症，單次發作(major depressive disorder, single episode)，(二)重鬱症，重復發作(major depressive disorder, recurrent)，(三)低落性情緒疾患(dysthmic disorder)，及(四)其他未註明之憂鬱疾患(depressive disorder not otherwise specified)（孔繁鐘、孔繁錦，2000）。

重鬱症的定義是「有過一次以上的重鬱發作」，且「排除因其他重大精神疾病、身體疾病或藥物引起的可能性」。而「重鬱發作」是指至少有五個以下的症狀出現，且其中一個必須要的是憂鬱的心情或失去興趣喜樂。

- 一、 幾乎整天都持續著憂鬱心情。
- 二、 幾乎對所有的活動都失去興趣與喜樂。
- 三、 非因節食而產生明顯體重下降，或是食慾的減少或增加。
- 四、 失眠或嗜睡。
- 五、 精神上激動或遲緩。
- 六、 疲累或失去活力。
- 七、 無價值感，或是不合理的罪惡感。
- 八、 思考或決策能力減退。
- 九、 反覆想到死亡或有自殺意念。

低落性情感疾患是指持續兩年以上的低落情緒，症狀與重鬱症相似，但程度較輕，未達重鬱症發作之嚴重度。而其他未注明之憂鬱疾患是指因某些憂鬱症狀影響生活功能，但並未符合前述兩種憂鬱疾患的診斷條件。

貳、憂鬱症的病程與治療模式

憂鬱症的病程主要可分為急性期(acute depressive episode)與穩定期。急性期乃是指憂鬱症患者處於症狀活動期，此一時期憂鬱症患者在情感、生理、思想認知等方面出現明顯的偏差，有些患者甚至出現明顯的自殺傾向(Keitner, et al., 1990；引自林美珠，1990)；而穩定期乃指患者在急性期的症狀已經消失。另外，也有從治療的角度來分類的模式：急性期(acute phase)、繼續期(continuation phase)和預防期(prophylactic phase)。急性期的治療一般維持六至八周，主要在減緩臨床回應；繼續期的治療一般建議四至六個月，治療如在此一時期停止，症狀很容易復發；而預防期的維持期間為一年或更久，端賴病患的疾病而定，治療目標在於預防復發(陳俟榮、夏一新，2004)。

另外，依據 DSM-IV 精神疾病的診斷與統計(孔繁鐘，1997)，精神疾病的嚴重度及病程的特性分為下列情形：輕度(mild)、中度

(moderate)、重度(severe)、部分緩解中(in partial remission)、完全緩解中(in full remission)、或過去病史(prior history)。其中，「完全緩解中」是指已不再有任何疾患的症狀或病徵，但臨床上仍有必要注意與此疾患的相關狀況。經過一段完全緩解的時期後，臨床工作者或許可以判定個案已康復(recovered)，而不再將此疾患記錄為目前的診斷。要分辨「完全緩解中」及「康復」，需要考慮許多因素，包含：此疾患的特徵性病程、上次障礙至今的時間長度、障礙的總時期、及繼續評估或預防治療的必要性。而重鬱發作的完全緩解需要至少兩個月時期沒有任何憂鬱症狀。

參考上述關於憂鬱症病程的定義與分類，本研究所指的生病、復原歷程將界定為，受訪者開始出現急性期的症狀，直到完全緩解後兩個月的這個時期。在時間點上，則以「開始就醫」及「醫生認為已復原，或受訪者恢復就學或就業兩個月以上」作為區分點。以「開始就醫」作為區分點的原因在於，就醫可能代表下面情形的發生：(1) 受訪者已經無法維持一般生活功能，處於疾病的急性期，需要向醫療體系求助；(2) 家庭系統與外界開始有一個新的連結，會對家庭系統有所影響；(3) 受訪者的就醫，可能開始成為該家庭關注的主要焦點，乃家庭系統需要面對壓力事件，而有所調整的開始。而以「醫生認為已復原，或受訪者恢復就學或就業兩個月以上」、而非「不再就醫」作為區分點的原因在於，有些受訪者沒有持續看醫生，直到醫生認為她復原而不用再就醫為止。由於醫學上認為復原的條件為完全緩解至少兩個月時期沒有任何症狀，因此在沒有醫生的認定時，若受訪者能恢復一般生活功能，即再度就學或就業兩個月以上，則也可納入復原的範圍。

在醫療體系中，憂鬱症的治療模式有下面幾種，依憂鬱症的嚴重程度、病程，會選擇不同的治療模式：（一）抗憂鬱藥物治療：一般來說，服用藥物約 2 到 3 周便會逐漸出現療效，三個月內可達令人滿意的治療效果，逐漸減少身體心理的症狀，並開始感受到平穩快樂的情緒；但憂鬱症狀改

善後，仍需在精神科醫師的指示下，繼續服藥以防再發。（二）個別心理治療：對於輕度到中度的憂鬱症患者，可以考慮實施心理治療。對鬱症的心理治療最有名的兩種模式為人際取向心理治療(interpersonal psychotherapy)和認知行為治療(cognitive behavioral psychotherapy)。(三)並用個別心理治療與抗憂鬱劑治療：對於同時存有社會心理壓力事件、內心的衝突、人際關係的障礙、或是共存人格違常問題的中度與重度憂鬱症患者，並用個別心理治療與抗憂鬱劑治療，是很有用的治療模式。此外，過去對於單一種治療方法的效果不彰者，這樣的並用的治療方法應該有提升療效的意義。(四)電氣痙攣治療(electrical convulsion therapy)：在以下兩種情況，(1)當憂鬱症狀的嚴重度很高，而且功能障礙嚴重，或同時出現精神病症狀，或僵直症狀的時候；(2)當病患的情況需要緊急處理，譬如自殺的危險性高，或是拒食，營養狀況很差的時候，電氣痙攣治療是最重要的選擇（引自台北市立療養院網站）。

在醫療診斷上，雖然每位憂鬱症患者的診斷皆相同，然而，每個人所呈現的樣貌都是不同的，不管在醫療或心理、社會臨床實務工作上，都需針對其個別的情形，來提供病患所需的協助。

參、國內女性憂鬱症之相關研究

國內有不少與憂鬱相關的研究，不管是探討其病症與病因，探討憂鬱症與其他變項的相關性，或是瞭解憂鬱症病患的主體經驗。而以女性為主體的研究也漸漸增加，將其簡介如下：

胡幼慧（1990）以文獻整理的方式，探討憂鬱症狀與性別角色、其他社會角色及生命週期之間的關係。研究結果發現：母親角色對女性憂鬱症狀的影響是不利的；多重角色的負荷過重，與缺乏工作角色的家庭主婦的心理困境成爲中年已婚婦女偏高憂鬱症狀的重要社會成因之一；有工作的男女性，憂鬱症狀均較無工作的男女爲佳，而有工作的女性，其憂鬱症狀

值上較有工作之男性為差。

陳秋瑩（1990）以角色理論為基礎，比較擁有不同角色參與類型的已婚婦女在角色要求、角色壓力、社會支持系統，與個人知覺的生活壓力之關係及其如何影響憂鬱及焦慮症狀。藉由結構性問卷，訪問 321 位年齡介於 35-54 歲的已婚婦女。結果發現：工作角色、媳婦角色、家庭社經地位、孩子數、個人知覺的生活壓力、先生孩子的支持、角色關係外的支持為已婚婦女憂鬱之重要預測變項，共可解釋 23.12% 的變異量。

王艷萍（2000）採質性研究，以半結構訪談方式訪談兩位女性憂鬱症患者，以瞭解其生病及復原歷程中的經驗。結果發現，社會文化脈絡影響女性罹患憂鬱症的因素有：角色分工負荷過重、對女性的性別刻板化教育與期待等；而影響其復原的因素有：自我的正向特質的提升、求生存的力量與決定、將痛苦說出來、接受事實、放棄無法完成的期待、自我的正向改變、以正面的模式看待人生，找到活下去的理由、失落的調適、社會支持的介入、接受醫療協助。

胡嘉琪（2000）採質性研究方式，以半結構方式訪談九位曾經或目前有憂鬱經驗的女大學生。研究結果發現，其主觀的憂鬱經驗包含個體自身的低落變化、個體與人際環境隔離；而其因應方式有維持改變的動機、增加自我價值感、向他人求助、與環境形成適當互動等。

羅昭瑛、李錦虹、詹佳真（2003）採質性訪談方式，訪問三位不同世代的婦女，以探討罹患憂鬱症的女性如何理解與詮釋女性角色對自己生活的影響，並嘗試找出與憂鬱症的連結。研究結果發現：不同世代的女性雖然對女性角色的內涵知覺稍有不同，但是都需要面對自我需求與社會期待的矛盾，與此矛盾下造成的長期未解決的衝突與負擔。

由這些研究結果，我們可看到社會文化對女性角色的期待，以及多重角色壓力對於女性憂鬱症狀的影響。讓我們明白，在瞭解憂鬱症女性時，不能單單著眼於其症狀表現，同時需瞭解鉅視環境帶來的影響，而這樣的

鉅視環境也同時影響著我們將深入瞭解的家庭系統。

第二節 家庭系統與相關概念之介紹

壹、「家庭系統」觀點的演進與內涵

「系統」這個觀點被使用於眾多領域中，然而，其內涵在不同科別中有所不同；而「家庭系統」更廣被運用於社會學、心理學、社會工作領域、心理諮商領域中；當我們要深入了解其概念時，若單單擷取其中某一學者的理論，不能對此觀點有全面的了解。因此，先就其演進與內涵做整理，有助於我們了解該理論的定位與立場。

生物學家 Bertalanffy 於一九六〇年代提出的「一般系統理論」，強調生命現象是不能用機械論觀點來揭示其規律的，而只能把它看作一個整體或系統來了解。Bertalanffy 強調，任何系統都是一個有機的整體，它不是各個部分的機械組合或簡單相加，系統的整體功能是各要素在孤立狀態下所沒有的。主要概念如下：(1)一系統大於其部分之總和；(2)相對於化約論，強調系統內以及系統間的互動；(3)相對於機制論，視人類系統為生態機制；(4)等結果性概念；(5)以恆定性回應抗衡自發性活動；(6)相對於無價值論，重視生態上健全之信念與價值；(6)以觀點論（或建構主義）抗衡邏輯實證主義（王慧玲、連雅慧，2002a）。

一般系統理論在家庭知識上真正的貢獻，主要是表現在不同的家族治療實務工作上。家族治療的發展始於 1950 年代的 Satir，到了 1960、1970 年代蓬勃發展，並發展成一支專業。從歷史發展而言，家族治療者所提出的系統理論是以一般系統理論為基礎，只是因為實務工作的需要，他們將相當抽象的一般系統理論化為抽象層次較低的命題，並以這些命題做為他們觀察家庭互動的假設。Minuchin 曾經指出家庭系統運作的六大特徵是系

統理論的核心內容，點出了家庭系統理論的特色，也更具體地描繪出家人在互動過程中系統的運作機制。這六大特徵分別是：(1)家庭是個組織化的整體，系統內部的因素彼此依存；(2)系統運作模式是循環而非線性的；(3)系統有衡定(homeostasis)的特性，以維持系統運作的穩定模式；(4)演化和改變只有在開放的系統才能發生；(5)複雜的系統是由副系統所組成的；(6)副系統間彼此相隔，彼此間的互動由隱藏的規則來決定（利翠珊，1999）。

在社會工作領域，1917年 Richmond 的第一本社會工作書籍「社會診斷」中，就強調對個案診斷的了解必須從家庭開始。直到 1960、1970 年代，社會工作理論開始出現，一般系統理論也被運用於「家庭社會工作」最常使用的「生態系統理論」當中。國內有關生態系統理論的概念基礎，大致上是參考 Hartman 和 Larid 有關家庭中心實務的論述之書中。在進行家庭評量(family assessment)時，她們建議實務人員可以將家庭切割成三個範圍來看待，包括：內在系統評估(inner system assessment)、家庭生命週期(assessment in time)及生態評估(ecological assessment)。在介入行動方面，則建議由「家族治療」的取向來重塑或重構家庭關係的內在系統與代間互動；及用「個案管理」的模式整合案主所在的生態資源系統(鄭麗珍，2002)。

Bertalanffy 的一般系統理論被運用於家族治療、社會工作領域當中，其本體論觀點為建構主義，反對邏輯實證主義，以「觀點論(perspective)」一詞來強調其信念，認為只要事實存在，便永遠不可能客觀，因為我們的觀點已經經過個人視野過濾過了（王慧玲、連雅慧，2002b）。這樣的觀點也影響著家族治療學派，他們認為「客觀」本質上並不存在，所謂對於家庭的客觀描述只是敘述者的社會建構，而非家庭的現實（王大維、翁樹澍，1999）。本研究想深入了解家庭系統與其運作情形。雖然研究目的不在於對被研究家庭做出介入行動；然而，由於家族治療學派由系統理論發展出抽象層次較低的家庭假設命題，有助於本研究對家庭系統中互動關係的了解，因此，以下將介紹其中的重要概念。

貳、採取系統理論的家族治療學派之重要概念

家族治療中有許多學派採取系統理論的觀點，著重於對下面問題的探討、了解與處理，例如：「家庭如何運作？家庭如何發展？家庭成員的症狀與該家庭的運作有何關係？家庭如何改變其運作模式？為什麼有時候家庭會抗拒改善其狀況？」。將其中一些重要的概念介紹如下：

一、家庭結構

家庭結構是一組隱形的功能需求或規則，整合家庭成員彼此互動的模式。就本質上而言，結構代表家庭中實現重要功能之運作規則的總和，它提供了了解那些始終一貫的、重複和持續之互動模式的參考架構(Minuchin, 1974)。

比方說，諸如「家庭成員永遠要相互扶持」便會依其屬性與涉及之家庭成員而以不同的模式展現。如果青春期的兒子得早起就學，母親會去叫醒他；如果開車會讓妻子神經緊張，丈夫便負責採買；雙親爭執時孩子介入；配偶間藉由孩子的問題緩衝其衝突。這類情況的同質性極高，亦即是具有結構性。改變其中任一狀況不見得會對潛藏其下的結構造成影響，但是若變更基本結構，在家庭成員的互動上便會產生漣漪性的效應（王慧玲、連雅慧，2002b）。

系統具有維護它自己原貌的功能。它會抗拒超過自己所允許範圍的改變，而且儘可能保持自己所偏好的模式。系統中雖也存在其中不同的模式，但是若這些模式偏離系統可容忍的範疇時，系統本身就會出現重新建立慣有模式的機轉，以維持平衡。

二、次系統(subsystem)與界限(boundary)。

家庭是一個系統，而家庭成員在這個家庭系統中會分化為次系統，以執行不同的功能，完成家庭系統運作所必要的各種家庭任務。個人可以同時屬於不同的次系統，他/她在不同的次系統中進入不同的互補關係，因而

能學習不同層次的人際技巧。次系統可以依世代（父母/小孩）、性別（男/女）或共同興趣（智能性/社會性）、功能（誰負責做哪些家務事）而形成。次系統可以是暫時的（母親和女兒周六下午一起去逛街）；也可以是持久的（基於父母和孩子之間有關角色和興趣的世代間差異）。而家庭中最顯著且重要的三個次系統是配偶次系統、父母次系統、手足次系統。

次系統的界限指的是定義誰能加入，以及如何加入的規則。界限的功用在於保護系統的分化。家中每一個次系統都有其特定功能，且對成員有特定的要求，次系統能否順利發展有賴於不受其他次系統的干擾。適當的界限應該是清楚的，其性質能夠允許次系統中的成員可以在不受干擾的狀況下執行功能，並可允許成員與外界之間可以相互交流(Minuchin, 1974)。Minuchin 同時認為家庭內界限的清晰度是評估家庭功能的一個有效變數；理想的清晰程度是能提供支持，並且使次系統在必要時易於溝通和協商，但是同時鼓勵個別次系統的成員維持獨立和試驗自由。大多數家庭系統介於情緒糾葛（enmeshment）（鬆散的界限）和疏離（disengagement）（僵化的界限）之間（王大維、翁樹澍譯，1999）。

其中，親職化兒童(parenting child)指子女承擔父母的角色，達成照顧子女的功能。並非家庭中有親職化兒童就表示父母次系統的功能不佳或界限不清，如果父母回來後，親職化兒童能交回管教的責任，回到子女的角色，此次系統的界限尚屬有彈性；但如果親職化兒童的權威來源不明確、或父母讓位，以致於親職化兒童無法做此轉換，只能固著於親職化兒童的角色，使得親職化兒童變成引導、控制和決定的主要來源時，將會形成界限不清的失功能家庭。同時在此狀況下也將會犧牲親職化兒童子女本身成長的需要，其本身沒有適當能力來因應這些責任(Minuchin, 1974)。親職化兒童可能會面對下面的困難：(1)此角色的需求與自己的需求相衝突，因此必須具有足夠的能力才能應付；(2)被手足次系統排斥在外，卻又不被雙親次系統真正接受（劉瓊瑛，1999）。

三、連線關係 (包括聯盟、三角關係)

連線(alignment)是指幾個家庭成員聚在一起站在同一陣線，或共同抵制另一方。並非所有的連線關係都是不好的，而是一個家庭必須隨著家庭生活週期的變化與家庭壓力與危機的來臨，對於家中的次系統之界限、連線與權力關係做適度的調整。

當一般的連線關係的目的是要聯合起來反抗家中其他成員，此情況則稱為聯盟(coalition)。聯盟又分為下列兩種：(1)穩固聯盟(stable coalition)：指家中部分成員集結起來，形成一股固定、沒有彈性且在家中居於主控的權力。(2)迂迴聯盟(detouring coalition)：指當家中的兩人彼此之間有衝突，但卻藉著把焦點集中在第三人身上，來逃避原來的衝突所帶來的壓力與緊張(王大維，1995)。有時父母會採取聯合起來攻擊、指責孩子的方式(攻擊型)，有時則把孩子視為非常無能、病弱以聯合起來保護他(劉英蘭、許英珪，1994)。另一種不良的連線關係是三角關係，當父母之間有衝突的時候，為了掌握權力贏過對方，雙方都命令孩子與他(她)連線，這種關係使得孩子陷入一種兩難的情境，因為不論他站在哪一邊都會被指為攻擊的另一方(Minuchin，1974)。

四、家庭規則

家族治療的先驅 Jackson 首先觀察出家庭的交互作用乃循著一定的持續式，也就是規則。家庭規則是家庭生活的指導原則，並提供未來互動模式的行動綱領。延續於對一般家庭的觀察，Jackson 假設有個重覆原則(redundancy principle)操縱家庭生活，家庭根據這個方針以反覆的行為過程互相影響；也就是說，成員不去使用所有可能的行為，而只使用某些一定的規則或重複的模式。Jackson 認為就是這些規則，而不是個人的需求、驅力或人格特質，決定了家庭成員間的互動過程(王大維、翁樹澍譯，1999)。

五、家庭平衡(family homeostasis)

當家庭系統產生困難或受到威脅時，會隨著恆定機制的運作，重新達到家庭平衡的狀態。也就是說家庭成員間會藉由彼此間的互動作用，努力維持家庭系統內在的規律和穩定，以適應外在環境的改變。

六、自我分化(differentiation of self)

Bowen(1978)認為家庭有一個「家庭自我」(family self/ family ego)，孩子在成長過程中要從「未分化的家庭自我團塊」(undifferentiated family ego mass)中完成不同程度的自我分化，其中情緒分化是一個重要的部分。極端低分化者的情緒與理性是混淆的，以致其生活被情緒系統所掌控，他們的彈性與適應力低，情緒上多依賴他人，容易因壓力變成失功能狀態；而另一端為分化較好者，雖然理性與情緒不可能分開，但其理性可以在有壓力時維持自主，因此在情緒上更有彈性、獨立性與適應力。

「自我分化」(self-differentiation)、「個體化」(individuation)是個體獨立自主性發展的重要發展任務。有學者認為，「分離—個體化」或「心理分離」是心理學家從個體發展的觀點探討內在主觀對人我界線的心理歷程；而自我分化則是以家庭系統的觀點出發，檢視個體面臨家庭尋求親密與個體性兩股力量下取得平衡的過程（陳靜宜，2001）。然而，「個體化」的意義和 Bowen 的自我分化概念極為相似。一般而言，個體若能有良好的個體化發展，其能獨立自主但又能和他人有情緒上的連結，在關係中能維持清楚的界域。反之，個體化發展不良者或低自我分化者常不具自主性，其多呈現虛假的自我，常與他人過於親密或疏離，和他人有嚴重的情緒混淆（吳麗娟，1997）。陳秉華（1995）更認為，採用家庭系統觀來界定心理分離—個體化，而不是用強調個體內在動力的心理分析學派如 Mahler, Blos, Hoffman 等人的理論觀點來界定心理分離—個體化，會更符合國人的社會文化特徵。

第三節 家庭與憂鬱症的關係

在本節中，研究者首先討論造成家庭失功能的可能機制，接著了解女性罹患憂鬱症與家庭功能的相互影響情形；最後，了解家庭中有助於憂鬱症患者復原的因素。

壹、家庭失功能

在了解家庭失功能的情形時，可以從下面幾方面來討論：

一、發病者與症狀的出現

當我們分析單一家庭成員的行為時，若沒有注意這個行為發生的背景是無法了解的。家族治療師並不把問題的來源或症狀的出現視為由一個「生病」的人所產生，而認為個人只是帶著症狀的人，稱為發病者(Identified Person, IP)。採用這種功能主義看法的家族治療學家，嘗試要把家庭成員症狀的意義或功能，看成是當家庭變得不穩定時，發病者企圖調適或重建家庭系統之平衡的信號（王大維、翁樹澍，1999）。

二、缺乏彈性的系統

結構派的家族治療者認為，家庭系統必須夠穩定才能持續，也需要維持其彈性以順應環境的變遷；如果家庭結構毫無彈性以適應個體成熟性或情境上的挑戰，便會引起失序行為。「疏離型的家庭」其界限過於僵化、情感過於疏遠，因而無法在家庭成員需要時讓家人適時伸出援手；疏離型的父母不到事情已經難以挽回，往往無法意識到孩子或許正面臨壓力或在學校出了問題。而「情緒糾葛的家庭」則是界限過於模糊，以致家庭成員回應過度、干擾過多；情緒糾葛型的父母往往因阻擾孩子解決問題，使得孩子無法發展出較為成熟的行為模式，而妨礙了孩子的成長（王慧玲、連雅慧，2002b）。

三、病態的三角關係

病態的三角關係是家族治療對於行爲錯亂幾種解釋中的核心部分。在這幾種解釋中，Bowen 的解釋或許是最精確的（王慧玲、連雅慧，2002a）。當焦慮存在於兩人系統時，便可能會立即將最脆弱的他人拉進關係中，成爲三角關係。賈紅鶯(1995)將 Bowen 的三角關係整理成兩種模式：其一是「代罪羔羊」(scapegoating)，是指當家庭出現壓力時，低自我分化的父母會將注意力轉向孩子的問題，藉以避免處理夫妻之間的衝突；而被視爲問題子女的孩子吸收了家庭焦慮，使其他家人免於罪惡感，仍能發揮心理功能。其二是將子女「父母化」(parentification)，配偶之一藉拉攏孩子來證明另一方的錯誤，此配偶可能與孩子聯盟反對另一配偶，取代原來的婚姻聯盟。

四、病態的層級

層級(hierarchy)主要是指家庭中的排列階級，不同的層級擁有不同的權力。在一般的核心家庭中，通常依世代界限分成父母、子女兩個層級，而父母這個層級擁有家庭中絕大多數的權力。在一般功能良好的家庭中，他們遵守這種一般性的層級，但失功能的家庭常在層級中產生變異或混亂的現象，而世代聯盟和三代聯盟是兩種常見的失功能形式。另外，不當的權力層級也是造成失功能家庭的重要原因，這種不當的權力包括權力倒置、執行功能者的權力不足或方向不對等。

五、自我分化程度過低

Bowen(1978)指出，人們往往選擇跟自己分化程度相同的人結合成「共自我」(common self; we-ness)形成核心家庭情緒系統(unclear family emotional system)。而分化程度低的兩人結合會和子女形成不穩定的「未分化之家庭自我團」，可能會出現婚姻衝突、失功能的配偶、對子女的投射等症狀。受家庭投射歷程影響的子女成爲比父母分化程度爲低的人，此一低自我分

化者又與另一相同程度的低自我分化者結合，再由家庭投射影響歷程造就更低自我分化的下一代，如此一代一代相傳，分化程度越來越低，終至發生嚴重情緒失調或精神分裂的後代（陳靜宜，2001）。

造成家庭失功能的原因，可能因社會、文化環境的影響而有所不同，而上述五個面向，乃由家族治療者於治療實務中發展而來，雖不一定能解釋每個失功能家庭的情形，但可以幫助研究者在看待女性憂鬱症患者的家庭時，用更寬廣的視野看待其家庭系統中成員的互動關係，及造成家庭失功能的可能機制。

貳、家庭與女性憂鬱症患者

在研究家庭進程與疾病的關係時，由於二者皆隨著時間變化，因此，在檢視其二者的關係時，建立時間架構是必要的。這不僅能讓我們對事件的因果關係有更清楚的觀點，也讓我們能與其他研究有合理的比較。兩個最合理的時間架構為症狀的急性期與穩定期(Keitner, Miller, & Sholevar, 1991)。

一、處於患者症狀急性期的家庭功能運作

所謂「急性期」乃指憂鬱症患者處於症狀活動時期，此一時期的憂鬱症患者在情感、生理、思想認知等方面出現明顯的偏差。以家庭整體的運作功能來看時，憂鬱症患者的家庭功能在各個家庭功能運作向度（溝通、問題解決、情感表達、情感投入、角色執行、行為控制、整體功能）上，都有顯著的不良（Keitner, et al., 1990；引自林美珠，1990）。在此時期，憂鬱症女性的問題解決能力較差、情感表露較少、自我揭露較差、溝通貧乏、更高的敵意行為、更多的自我偏見與負向緊張情緒、對他人有過度控制的傾向，且在親職上有疏失；憂鬱症女性及其家庭傾向於一種僵化的互動模式，而促成家庭成員間高頻率的負向互動(Keitner, et al., 1991)。

二、處於患者穩定期的家庭功能運作

症狀的「穩定期」乃是指患者在急性期的症狀已消失，急性期的家庭功能的運作情形，因受症狀所及，似乎不能回應出真正的家庭功能情形；在穩定期，隨著症狀的消失，家庭功能有所進步，然而仍比一般家庭經歷更多的問題，尤其是解決問題、溝通，及對整體功能的滿意度上（Keitner, et al., 1991）。而在國內的研究中，林美珠（1990）以中文版的家庭功能量表為工具，藉 86 位患者及家屬的自填模式，來探討憂鬱症患者家庭功能運作的特質，發現憂鬱症患者的家庭功能偏差情形如下：憂鬱症家庭成員的溝通較為模糊、間接；解決問題的能力、家庭角色功能較差；行為控制較僵化；家人情感投入較深；家人情感回應的功能有極大的障礙與困難；整體功能運作較差。其中，在情感投入、行為控制、情感回應此三向度，與國外研究結果有所不同，此結果極可能是中西文化的差異所導致，如余德慧（1987）所言，中國家庭常有聯結過強、投入過多的現象存在，即家庭成員之間感情聯結濃密，且家人之間同時也強烈感受到來自家庭的規範與束縛。而在情感回應向度方面，中國家庭在情感表露方面，一項是含蓄、內斂、壓抑，而不像西方家庭強調直接的表達，因此也會有所差異。

參、家庭與憂鬱症的復原

人際互動因素對憂鬱症造成的影響情形越來越被著重，而在國外研究中，有關於家庭因素對憂鬱症復原的影響，已有所證實，且持續被討論中。

Keitner 等人(1992)針對 78 名重鬱症病患，藉由評量方式，比較出院十二個月後與住院時的情形，以瞭解與復原有關的因素。他們發現五項有助於復原的因素包括：較短的住院時間、較晚的發病年齡、較佳的家庭功能、先前少於兩次的住院次數、沒有其他併發疾病。

Gregory & Nancy(1993)針對 127 名老年憂鬱症病患及其家人，於住院、及出院後一年時，藉由量表來檢視人口統計因素（如：性別、婚姻狀況、年齡、社經地位）、臨床因素（如：症狀持續時間、住院時間、自殺企圖、

憂鬱病史等)、及家庭因素(如:負擔程度、關係緊張程度、照顧困難、病患照顧策略、精神健康)對於老年憂鬱症病患復原及復發的影響。研究結果顯示,人口統計、臨床因素都不能預測病患的復原或復發。而三項於病患住院期間所測量的變項,可用以預測其追蹤時期的復原狀況,即配偶及成年子女的精神症狀(尤其是憂鬱、焦慮與擬身體化疾患)、家人所表達的照顧老年雙親的困難,與家人的身體健康情形。此研究發現與年紀混合樣本的研究結果一致,都證實人際因素對於憂鬱症病程的影響。

Keitner 等人(1995)爲了了解家庭功能於憂鬱症病患復原中扮演怎樣的角
色,檢視重鬱症患者其家庭功能在一年中的改變。研究者以主觀評量(家庭自我評量)和客觀評量(醫師評量)兩種方式,於病患住院、出院後六個月、出院後一年時,分別評量其家庭功能(包括:問題解決、溝通、角色、情感回應、情感涉入、行爲控制、一般功能)。研究結果顯示,家庭功能與憂鬱症病患的復原是有關連的:批評性的環境以及家庭成員間的過渡涉入,是病患復原的阻礙,也是使其復發的重要因素;而家庭功能良好的病患,在出院後通常能維持其健康,且較可能復原。

當我們想了解家庭與憂鬱症的復原時,要先了解的是,家庭與憂鬱症的關係爲何?究竟是有問題的家庭關係促成憂鬱疾病的發生,抑或是憂鬱疾病影響了家庭的運作?諸多不同的研究顯示,兩種觀點皆被支持。因此,我們不能說家庭與憂鬱症是單方面的直線關係,較真確的說法,應該是兩者之間形成一個互爲因果的關係:憂鬱症的發展是病患的脆弱性及家庭功能相互增強影響的結果。依此模式,倘若家庭能有效地回應憂鬱症患者的行爲,則憂鬱症狀出現的時間會縮短,且維持穩定的時間會延長(Keitner, et al., 1991)。

第四節 問題意識

基於研究目的，與上述的文獻探討後，本研究的研究問題如下：

- (一) 未婚女性於罹患憂鬱症及復原過程中，與家庭系統的相互影響情形為何？其家庭次系統、界限、家庭規則、連線關係等如何運作？
- (二) 哪些因素幫助女性憂鬱症患者的復原？從家庭系統理論的觀點，個人的疾病乃回應家庭系統的症狀，且是爲了維持家庭系統的平衡與延續。在女性憂鬱症患者復原的過程中，是什麼因素開始造成家庭系統的改變？在從原本的平衡狀態，邁向另一個平衡狀態的過程中，有哪些因素協助家庭持續這個改變的過程？

