

# 青少年憂鬱症患者及其家庭成員 角色與功能之探討

黃晶敏 蔡宛庭 郭思慧

(屏東教育大學心輔所碩士班)

## 壹、前言

世界衛生組織(World Health Organization)指出，憂鬱症是二十一世紀影響人類生活品質的三大疾病之一，發病率約為11%（洪雅鳳、羅皓誠，2007；張鈴莉，2006）。在台灣，憂鬱症的經濟成本為405億元，比許多縣市一年的預算還要多，除此之外，台灣每2.5個小時就有人自殺，其中有70%的人罹患了憂鬱症（肯愛基金會，2007）。由此可知，憂鬱症儼然成為不可輕視的流行病之一。

由發展心理學角度來看，青少年在尋求自我認同的過程中，所體驗到的無力感以及不確定感容易導致其憂鬱的情況產生（徐世杰，2007），症狀的出現使得青少年不喜歡社交場合，選擇待在家中，此時青少年所面對的人多以家庭成員為主（梁培勇，1994）。已有文獻指出其復原歷程的產生主要是來自於家庭注重彼此的責任、照顧與關懷、家庭成員之間的正向互動、互動關係，可以讓個體得到支持、安全、情感和回應（黃俐婷，2004；劉婉如，2008）。故家庭因素對青少年憂鬱症患者之形成與復原的關係不容小覷（丁思惠、陳喬

琪，2006）。

目前文獻皆明確指出家庭成員、互動關係對青少年憂鬱症患者的正向協助，但欲更深入了解家庭角色於此症探討的文獻著實不多，讓筆者體會雖然大眾對此症越來越關注，使得此領域研究與日俱增，可是專注於青少年憂鬱症之家庭角色分析的相關探討相當缺乏（洪雅鳳、羅皓誠，2007）。

總結上述，以患者所處的家庭脈絡了解青少年憂鬱症是較全面性之觀點，故本文主要以家庭角色為主軸，探討其對青少年憂鬱症之影響。

## 貳、青少年憂鬱症

### 一、憂鬱症的定義

楊連謙(2004)指出，憂鬱的情緒和憂鬱症是不同的。從憂鬱症患者的主觀經驗得知，生病期間的憂鬱經驗和日常生活中的憂鬱情緒是截然不同的，並非只是在量上，而是根本地在質上的不同。一般人在一生中難免會因許多不同的生活事件而有情緒的高低起伏，然而這些情緒所維持的時間以及強弱的程度都在一定的範圍之內，而這樣的情緒通常都會自然的消散（王建楠、吳重達

2003)。憂鬱症患者的情緒表現並非只有悲傷跟沮喪，雖然大部分的患者仍以這些情緒為主軸，但約有10%~15%的患者表示他們失去體驗任何情緒的能力，包括悲傷及快樂（楊連謙，2004）。

憂鬱症是一種精神與身體症狀的症候群，患者在外顯行為上會出現情感、認知、行為等障礙及身體症狀，呈現出原有功能的改變，導致憂鬱心情或失去興趣，而且可能一再復發（翁素月等人，2005）。

## 二、青少年憂鬱症的症狀

國內研究資料顯示，除了憂鬱症看診量逐年增加之外，更有年齡層逐漸下降的趨勢，其中青少年罹患憂鬱症的比例增加已引起教育及心理衛生單位注意和關心（丁思惠、陳喬琪，2006）。

從臨床的角度觀之，青少年憂鬱症與成人的症狀有雷同之處，同樣具有精神及生理上的困擾，包括：極度沮喪、鬱悶、自殺意念、飲食障礙與睡眠障礙。（洪雅鳳、羅皓誠，2007）。

青少年正值心智發展階段，在成長過程中，不斷受到不利因素和保護因子互相抗衡影響，而產生適應和不適應行為。罹患憂鬱症的青少年，常表現出不適應的行為，讓週遭的人將注意集中於其外顯行為上，因此其所伴隨之情緒低落或憂鬱反而不易被偵察出來（王建楠、吳重達，2003）

青少年受到生理因素之影響，如：性荷爾蒙的改變。導致青春期成為憂鬱症發病之高峰期，其臨床症狀可從情緒、身體和行為三方面考量（王建楠、吳重達，2003，頁156）：

- 1.情緒：情緒低落、不快樂、憂鬱、自覺無價值、易怒、不適當罪惡感、自殺意念等。
- 2.身體：失去活力、易倦怠、沒胃口或多吃、失眠或睡眠過度等。
- 3.行為：失去興趣或樂趣、不想上學、注意力不集中、成績退步、自傷或自殺行為等。

## 三、青少年憂鬱症的病因

憂鬱症在DSM-IV的分類中屬於情感性疾患(mood disorder)之一，但是其明確的成因至今仍無法定論，因而必須以多元的向度給予解釋（徐世杰，2007）。過去憂鬱症的治療多以生物的因素來做考量，但漸漸的發現這樣的觀點與方式已有所限制，尤其是青少年這個族群，更多的文獻皆指出，加入對憂鬱症患者社會心理因素的探討，方能理解並降低青少年憂鬱症狀(Cumsille & Epstein, 1994；Diamind, Brendali, Diamond, Siqueland & Isaacs, 2002)。

引發青少年憂鬱症的原因可說是複雜而多變，但基本上是由下列因素共同作用的結果（丁思惠、陳喬琪，2006；王建楠、吳重達，2003；徐世杰，2007）。

### (一)生物因素

#### 1.生理與遺傳

身體機能（例如，甲狀腺功能異常等）、母親懷孕期間的影響、基因、賀爾蒙和神經傳導素（例如，腎上腺皮質素偏高、多巴胺降低、血清素不足等）改變等。

#### 2.發展階段

青春期生理上（性特徵、荷爾蒙

等)的改變，心理上尋求新的認同(Who am I?)，學校課業的壓力(學習時間長，成績、師長、家人壓力等)。

### 3. 疾病

罹患某些疾病如：阿茲海默症、帕金森氏症、癌症、焦慮症等疾病容易併發憂鬱症。

### (二) 人格特質

完美主義、低自尊、挫折容忍度低、低成就感、對事件傾向內歸因等人格特質較易罹患憂鬱症。

### (三) 環境因素

#### 1. 家庭

在家庭功能不健全、父母教養態度較多控制和冷漠、親子間缺乏相處和溝通這類的家庭環境下成長的個體較易罹患憂鬱症。許多的研究結果顯示出家庭因素對青少年憂鬱症的發生及復發有相當大的關聯(丁思惠、陳喬琪, 2006)。家庭因素的影響包含了：親子關係的疏離衝突或依附關係薄弱、父母罹患精神病、父母有強烈的指責與敵意、父母缺乏有效的親職能力等以及家庭的運作功能、家庭成員彼此之間的凝聚力、家庭適應力以及對家庭功能運作的滿意程度，都與青少年憂鬱症狀與病程有所關聯(Cumsille & Epstein, 1994; Diamind, Brendali, Diamond, Siqueland & Isaacs, 2002)。

#### 2. 社會

不安定的大社會環境、生活壓力事件、因應壓力技巧、認知基模、社會支持系統(包括家庭內、外在支持、朋友同學等同儕關係)，容易威脅個體生存的安適感，產生無助、無力以及無力感。

### 3. 季節

長期陰雨的氣候特別容易引發憂鬱症的產生，此類型憂鬱症稱之為季節性情感症(seasonal affective disorder)。

綜合上述所言，生物因素、人格特質、環境因素皆為青少年罹患憂鬱症所不可忽視的危險因子。

## 參、青少年憂鬱症患者的家庭功能及角色

家庭是一個人早接觸的環境，對一個人的成長過程具有重大的影響，因此家庭不易被其他社會單位所取代(周月清, 2001)。對某些精神疾病患者，家庭對他們所帶來的影響是不容小覷的。再加上醫療政策的改變、藥物的研發，使得青少年憂鬱症患者進駐醫院的機會減少，相對的，家庭所扮演的功能以及角色對他們來說更具有意義。

### 一、家庭功能

目前為止，已有許多國內外學者對於家庭功能做不同的分類，其功能分為情緒支持以及工具支持兩大類(Lin, 1986; 宋麗玉, 2002)。較細的分類是將其支持系統分為三類，分別是情緒性支持、工具性支持與訊息性支持(呂寶靜, 2000; 曾慧雯, 1999); 亦有國外學者將之分為情緒支持、自尊支持及社會網絡支持三層面(Cobb, 1976)。相較於此更為周延的分法則有將支持系統分為給予尊重的支持、地位支持、訊息性支持、工具性支持、社會陪伴與動機性的支持五大類(邱文彬, 2000; Wills, 1985)。

綜合以上，筆者將家庭支持的主要

功能內容分為情緒性支持、訊息性支持及實質性支持三大類（黃俐婷，2004）。情緒性支持意即指對家人表示愛、關懷與了解等，使其情緒獲得安慰與鼓勵。訊息性支持是指提供意見給家人，例如給予建議、忠告。實質性支持是指提供家人生活中的實際幫助，如提供金錢資助、幫忙作家事、交通接送等具體協助（黃俐婷，2004）。

此三類家庭支持功能在不同時間點以及不同情境產生的作用不同，如以身體疾病的適應來看，在最初的診斷期間，「訊息性支持」最為重要，若是症狀及困擾一直持續時，「實質性支持」就變得更為重要（Wortman & Conway, 1985, 引自邱文彬，2001）。如以壓力情境來看，「情緒性支持」在危機期間是最適當的；在轉變時期，則需要「訊息性支持」；到了不足狀態時，「實質性支持」成為最重要者（Jacobson, 1986）。因此，不同的支持內容在不同情境下的重要性不同，若能在適當的時機提供適合的支持能讓家庭的功能發揮得更好。

McMaster Model是個探討家庭功能的理論模式之一，簡稱MMFF。由學者Epstein, Bishop 和 Baldwin提出，認為家庭功能可由家庭結構與家庭的互動狀態中得知，因此此模式主要將Family Assessment Device（家庭功能評估表，FAD）分為基本任務、發展任務與危機任務三個部分，且以問題解決(problem solving)、溝通型態(communications)、情感表達(affective responsiveness)、情感涉入(affective involvement)、角色(role)、行為控制(behavior control)、整體

評估(general functioning)七個層面（Golodenberg & Goldenberg, 1991；引自丁思惠、陳喬琪，2006，頁14），檢視家庭在面臨不同壓力狀態時，家庭如何運作功能。

在家庭功能方面的研究，國外學者Keithner 和 Miller等人曾針對憂鬱症與家庭關係做研究，而國內亦有學者同樣在憂鬱症患者與其家庭關係的研究中，顯示家庭功能佳的憂鬱症患者比家庭功能不佳的患者，在出院後能持續較佳的家庭功能，病患復原也維持較久，而家庭功能不佳者，有較高的復發性（陳豐偉、施紅圭、李昱、陽明仁，2002；丁思惠、陳喬琪，2006）。

## 二、家庭角色

一般而言，當孩子罹患青少年憂鬱症時，大部分的父母會不斷的盡全力使孩子的狀況好轉，所以青少年憂鬱症患者大部分都是在家人的支持下願意就醫，但就醫之後並不代表就一定會復原，有時須仰賴家庭角色在其復原歷程中的支持，方能使治療效果更為彰顯（陳俊欽，2004；陳信昭、林維君譯，2005）。國內學者朱森楠（2001）在其研究中指出良好的家庭關係對青少年憂鬱症患者有正向的影響力，如父母對案主情緒接納，將有助於其在情感表達（吳秋燕，2007；朱森楠，2001；王愛麗，2007）。由此可知家庭在患者復原歷程中所扮演的角色相當重要，而其在青少年憂鬱症患者復原歷程當中，家庭角色主要內涵應包括（陳信昭、林維君譯，2005；唐子俊、蔡瑞修、王慧瑛、黃詩殷、林家興，2005；余春娣，2006）：

### (一)支持性

指在生活中或需要時給予實質、立即性的幫助；情緒低落時主動表示關懷、支持、鼓勵與了解等（黃俐婷，2004）。但需要注意的是，不論在給予協助或是支持、鼓勵的時候，話語的使用都要謹慎小心，否則他們可能會誤以為受到刺激，受到傷害而造成反效果（陳俊欽，2004）。另外，如果家庭能夠表達出願意與案主共同面對困境，患者將會有較友善的態度，不會把家庭視為敵人，反而可以合作的方式共同對抗憂鬱症（余春娣，2006）。

### (二)建設性

包含訊息的提供與共同學習。得知孩子罹患憂鬱症之時，除了了解此疾病的成因、症狀之外，更應要積極的了解孩子真正需要的是什麼（余春娣，2006），對症下藥而非只治標不治本，故透過積極有建設性的了解對案主才能夠有實質上的幫助。此外，家庭成員一起參與治療，能夠滿足督促患者按時吃藥，提醒定時回診的角色，又因家庭成員一起參與治療歷程，可以體會當事人的內心世界，進而減少案主與家人之間的摩擦（余春娣，2006）。

### (三)包容性

包容性主要是針對青少年在憂鬱時期出現一些家庭無法忍受的行為、思想或情緒，如：沮喪、失望感、不想做任何事情、重覆發生、自殺意念……等等，而家庭成員對於這樣的行為、思維能夠諒解與寬恕（洪雅鳳、羅皓誠，2007），甚至在了解青少年患者狀況時，願意修正自己得行為或思想。一般人可能會視患者為故意的、不成熟的、

討厭的（陳信昭、林維君譯，2005），進而對患者產生批評的態度，但是批評會讓青少年憂鬱症患者的情緒出現躁動（陳昭信、林維君譯，2005），此種惡性循環將使病情加重。此外對於有自傷的青少年因尚未找建立新的情緒處理習慣，因此仍會做出自傷的行為，這與他不願改變是沒有關係的，此時以包容的態度並引導其找到適當的情緒宣洩管道，若是以強硬的態度去禁止或處罰，反而會使其反彈而加重他們的行為。故家庭除了具備支持性、建設性之外，還需要調整好自己的心態去面對可能出現的行為，並諒解案主過渡性的負向行為（唐子俊、蔡瑞修、王慧瑛、黃詩殷、林家興，2005），也就是保持家庭角色的包容性，在這樣的條件脈絡之下，憂鬱症患者能夠復原的速度變快，且出院後維持穩定的狀況也會較為持久（吳秋燕，2007）。

青少年憂鬱症患者在表達自己的感覺時，若家庭能夠給與正向、有建設性的對話與支持，可以減少憂鬱症狀的出現且降低復發的機率（余春娣，2005；Keitner, et al., 1991，引自吳秋燕，2007）。

## 肆、家庭角色及功能對青少年憂鬱症之協助

當前青少年憂鬱症的研究對於家庭角色及功能有了較多的討論，並且提出正向的家庭角色及功能對患者有正向的影響力（李素芬，2002；陳俊欽，2003；吳秋燕，2007；蘇曉憶、連廷嘉，2007），負向的家庭角色與功能如：過度寵愛、忽略、冷漠、不合理的

期待（翁素月等人，2005；王建楠、吳重達，2005），是青少年憂鬱症患者復發機率的危險因子（陳信昭，2005）。根據林美珠（1990）在以青少年憂鬱症家屬為對象的研究中發現，大部分的青少年憂鬱症家庭都會有溝通、接納、角色運作方面的障礙，使整個家庭陷入危機狀態中。

為了縮短青少年憂鬱症患者的病程，增加其心理健康的穩定度，降低復發機率，也避免青少年憂鬱症家庭陷入無助與混亂狀態。以下整合各學者意見，提出家庭角色與功能對青少年憂鬱症患者的協助做為參考（王者欣，1995；林美珠，1990；張鈴莉，2006；陳信昭、林維君，2005；蘇曉憶、連廷嘉，2007）：

- 1.提供無條件的支持氣氛：盡可能的表達出你的關愛以及關懷。
- 2.開放心胸分享你的感覺：不吝嗇分享自己的感覺，不害怕表達出自己的感受，給予建設性的支持。
- 3.製造合作的家庭氣氛：製造家庭一致的合作氣氛，以共同對抗憂鬱症為目標，與家中的憂鬱症患者一起對抗憂鬱症，而非讓生病的家人感到孤軍奮鬥。
- 4.開放真誠的態度：對於憂鬱症患者要給予耐心、真誠、表達同理，沉穩的態度以及中立客觀的判斷，讓生病的家人能夠在最脆弱的時候，信任你，願意依靠你。
- 5.參與治療：需要督促憂鬱患者按時服藥、鼓勵其配合治療，隨時觀察病患是否有不適的副作用或其他不恰當的服藥行為，例如：

藏藥、自行減藥或是服用其他藥物；並督促其按時回診做進一步的追蹤檢查。陪同患者一同就醫，了解患者病情之發展以避免患者自己做不恰當的解讀，並減少溝通上的問題。

- 6.分擔責任：主要照顧者給予其他家屬心理衛教，以減輕自身的壓力，避免病患遭受汙名化而獲得合理的對待。
- 7.學習良性溝通的技巧：固定時間溝通、注意非語言溝通、專心傾聽、避免用絕對的字眼、建設性的對話。
- 8.警覺自殺的訊息：注意病人可能自殺的危險症候，例如：討論死亡、最近是否有失落的經驗、個性是否突然有重大的改變、睡眠型態以及飲食習慣改變等。

如同面對其他的疾病，當家中青少年罹患憂鬱症時，家庭應該提供滋養環境以協助當事人對抗疾病。在提供支持前得先了解此疾病的全貌，家庭成員面對的第一個挑戰，是要改變自己對當事人病症發作時行為的看待方式。學習辨識症狀，瞭解當事人因為疾病會有哪些症狀和行為，才能避免用常規看待當事人且對當事人嚴厲批評。陳信昭與林維君（2005）提出，批評會強化憂鬱青少年的無價值感與失敗感。家庭成員若能學習良性溝通的技巧，以開放真誠的態度來提供無條件的支持，並且製造合作的家庭氣氛，如此不只對當事人的疾病復原有幫助，也能使面對青少年憂鬱症的家庭成員彼此更加緊密、互相扶持。

家庭成員參與治療過程是很重要

的，但也很難拿捏參與、介入治療的程度。陪同當事人一同就醫，瞭解治療進度，觀察當事人病情發展的過程，也是一種陪伴和表達關心的方式。但也要注意治療師與當事人之間的保密原則，最好在當事人在場時向醫療系統分享自己的觀察與關心，可以減少和當事人的溝通誤會。因為青少年對信任議題相當敏感，若是當事人感到家庭與醫院聯手對付自己，會產生被背叛感而心生抗拒，如此對治療與病情沒有幫助。家庭成員常常最早發現一些當事人的細微變化，而這些變化正是即將復發的徵兆，所以家庭成員對醫療最大的幫助，是提供清楚、不扭曲的觀察給治療的臨床工作團隊（陳信昭、林維君，2005）。

最後，青少年憂鬱症家屬的自我照顧是必須被正視的需求。除了家人間的責任分擔之外，向外尋求協助與支持，例如參與病友家屬的支持團體或組織，能讓家屬的情緒獲得紓解，也得到更多的資訊。不只當事人，也該讓被青少年憂鬱症深深影響的家人都獲得照顧，如此才能繼續將家庭功能與角色發揮得更健全。

從家庭的概念來協助青少年憂鬱症患者，發現想要藉由治療來取代家庭所能給予的支持，成效將會有所限制，但治療可以協助其發揮家庭角色之功效，使患者可以在復原路途上有更大的力量。

## 伍、家族治療在青少年憂鬱症之運用

有些學者主張青少年對於家庭功能滿意度的看法會受到其主觀認知與感受的影響，使得其對家庭關係互動的認知

產生偏誤，然家族取向治療法提供以家庭溝通型態角度來看臨床問題，認為家庭成員若能幫忙釐清及改變各種有問題的、不適應的、自我挫敗而又不斷重複發生得關係型態，可以讓患者降低憂鬱症狀（朱玲憶、林美熏等譯，2000）。而關於家庭成員的研究也指出即使採取個別治療，仍需要家人的參與才能對青少年憂鬱症的治療有幫助（丁思惠、陳喬琪，2006）。

Cottrell(2003)在他的研究結果中指出以家庭治療的方式去處理兒童和青少年憂鬱症中發現幾個重要的觀點：1.家庭治療對於患有憂鬱症的青少年，同時家中父母也罹患憂鬱症，這樣的個案有較佳的效能；2.在治療結束之後，家族治療對其家庭功能的影響較為持久；3.治療中加入父母的介入是有幫助的；4.患者對於有時間限制的家族治療較能接受且願意配合；5.家族治療在治療過程中同時也提升了家庭之間的討論和溝通、澄清，創造出共同的了解、提升家庭中問題解決的方式以及增加親子互動並提升了控制與優勢感。

本文以問題導向之系統治療(Problem-Centered System Therapy of the Family，簡稱PCSTF)來說明家族治療在憂鬱症治療上的運用，這種取向說明了憂鬱症治療的重要觀點，即憂鬱症的治療通常可以從改善個案與他人的關係中獲的助益，其治療階段可分成(Keitner, Archambault, Ryan & Miller, 2003)：

### (一)評估階段(assessment stage)

與家庭建立一個開放與合作的關係，共同確定目前的問題是此階段最為重要的一步驟。在此階段治療者對家庭

評估六個主要面向的功能1.問題解決：家庭在物質或情感上的問題是否以有效的方式解決、2.溝通：是否常帶著情緒溝通而導致爭吵或是根本沒有溝通、3.角色：誰是家庭主要提供者或是誰總是被認為是家中的負擔、4.情感反應：家中常出現的情緒多為正向或是負向、5.情感介入：家庭成員之間的互動狀況？彼此之間感情如何變化、發生了什麼事？6.行為控制：家中成員是否有家暴、酗酒、藥物濫用或違反法律的行為等。在評估階段的結尾時，會形成與上述因素有關係的假設並且要與家庭討論與確認問題之間的關聯，因為在此階段形成的問題假設會成為往後治療的基礎，因此與家庭達到共識變是很重要的工作。

#### (二)訂約階段(contracting stage)

協助家庭成員共同列定契約其內容包含對治療的期待、承諾與目標，同時成員亦要了解彼此之間的關係可能會造成其他的問題，不能以憂鬱來解釋所有的困境，想要在治療中得到改善的期望會依照重要性排列。而治療者也要列出自己的期待，例如：希望成員能配合治療實行契約或是若有緊急情況要立刻與治療師聯絡。

#### (三)治療階段(treatment stage)

與家庭成員討論策略以及共同協商出改變造成問題的行為。目標是藉由設定並監督來達到行為的改變，家庭在每次治療之間進行工作，治療者會在成員達到任務時給予增強，無則檢視原因。而每次的治療會以成員對於前一次會談的反應為開端，結束則以家庭成員與治療者檢視並建立新的互動為主。

#### (四)結束階段(closure stage)

與家庭成員共同檢視契約階段中所約定的事項是否有達成，並且重新審視，主要的重點在於家庭成員去覺察自己在整個治療過程中的獲得與成長。治療者會治療進行結束至少一年後進行追蹤。

PCSTF這個家庭治療的模式可以增強藥物與個別治療，也改善了憂鬱症狀並使家庭成員增加對於憂鬱症症狀的改善以及家庭成員能夠有效的處理憂鬱症的能力，不但能減輕症狀還可以預防復發的問題。

現今有許多不同的家族治療學派對於青少年憂鬱症的治療提出許多不同的概念與想法，例如：經驗/象徵(experience/symbolic)取向家庭治療、策略(strategic)取向家庭治療、功能性(functional)家庭治療、認知行為(cognitive-behavioral)家庭治療、系統行為(systemic-behavioral)家庭治療以及結構/行為取向(structural/behavioral)等模式，但在臨床工作時彼此的差別不明顯，無論是採取任何學派，重點應該要整理出治療的共通性，針對家庭的特殊脈絡，提供適合的治療方式與技巧（Cottrell, 2003）。以下整理出家族治療對憂鬱症個案的一些共通性：

- 1.探索家庭的生活歷程與規定，也許會使用家族圖。
- 2.邀請個案的家庭成員一同接受諮商。
- 3.將焦點放在與個案憂鬱有關的家庭互動上。
- 4.探索家庭系統中，甚至包含社區等更大的系統，影響到該家庭跨世代意義、規定、文化以及性別等觀點。

5.進行介入措施來改變整體脈絡。

透過家族治療中的共通性，再視每個家庭所出現的不同狀況以及型態，配合各個取向的特殊技巧，使家庭治療與不同家庭達到適配而有更好的療效。

## 伍、結論

青少年罹患憂鬱症的比率逐年提升，是現代社會不容小覷的現象。其成因相當多元且複雜的，可能來自心理、生理、發展階段問題或是社會因素，不同的因素可能會透過直接或間接，甚至以交互的方式來影響憂鬱症發展。

由於家庭角色可能為引發憂鬱症發病或是幫助憂鬱症復原的重要因子，故能盡量降低生活中的危險因子，提高保護因子，協助家庭提供青少年一個安全、支持性的關係與環境，將能達到預防青少年罹患憂鬱症的功效。

水能載舟亦能覆舟，家庭也是如此。對有些人來說家是生命的泉源，但對某些人而言是惡夢的發源地。家庭會傷人，同樣的它也能對成員產生撫育的滋養的效果。當前，家庭角色分析之探索對於已罹患青少年憂鬱症者處遇相當重要，不但有助於青少年憂鬱症的治療，更能預防其再度復發。

研究過程中發現青少年罹患憂鬱的原因不應只歸咎於其個人因素，而忽略其所處的環境脈絡。所以，青少年憂鬱症應以系統的觀點作探討。但由於此類文獻鮮少，故期待後續研究者能更深入的鑽研，讓青少年憂鬱症不只得到更多的關注，也得以發展出更多元及妥善的預防跟治療方式。

## 參考文獻

- 丁思惠、陳喬琪(2006)。憂鬱症的婚姻與家庭治療。《**北市醫學雜誌**》，**10**，13-19。
- 王者欣(1995)。家庭支持與國中生主觀壓力的相關性研究—以高雄市為例。高雄：國立中山大學中山學術研究所。
- 王建楠、吳重達(2003)。兒童及青少年憂鬱症。《**基層醫學**》，**7**，154-165。
- 內政部統計處(2006)。中華民國九十五年台閩地區青少年身心狀況調查表。
- 王愛麗(2007)。青少年自傷行為-復原力觀點。《**諮商與輔導**》，**256**，10-13。
- 朱森楠(2001)。一位國中生中輟復學生復原力及其相關因素之探討與研究。《**新竹縣教育研究**，創刊號
- ，171~202。
- 余春娣(2006)。藍色多瑙河聆聽者---談憂鬱症病患親友角色。《**健康世界**》，61-66。
- 李素芬(2002)。憂鬱症患者早年家庭經驗及其影響之分析研究。高雄：國立高雄師範大學輔導研究所碩士論文。
- 呂寶靜(2000)。老人朋友網絡支持功能之初探。《**社會政策與社會工作學刊**》，**4(2)**，43~90。
- 宋麗玉(2002)。社會支持網絡、壓力因應與社會網絡處遇於社會工作理論—處遇模式與案例分析。臺北：洪葉。
- 周月清(2001)。家庭社會工作。臺北：五南。
- 林美珠(1990)。憂鬱症患者家庭功能。台中：私立東海大學社會工作研究

- 所碩士論文。
- 吳秋燕(2007)。青少年憂鬱症自殺行為與家庭結構相關之研究—以三位憂鬱症青少年的敘事分析為例。嘉義：私立南華大學生死學系碩士論文。
- 肯愛基金會(2007)。台灣憂鬱症現象。線上檢索日期：2007年11月1日。網址：<http://www.canlove.com.tw>。
- 邱文彬(2000)。社會支持因應效果的回顧與展望。國家科學委員會彙刊：人文及社會科學，11(4)，311-330。
- 洪雅鳳、羅皓誠(2000)。背景變項、父母管教方式、手足關係與高中生寂寞之相關研究。臺北：國立政治大學教育學系碩士論文。
- 唐子俊、蔡瑞修、王慧瑛、黃詩殷、林家興(2006)。憂鬱症合併自我傷害行為青少年的人際心理治療：正向改變及有效治療因子分析。中華心理衛生學刊，19-3，P. 279-304。
- 翁素月、陸汝斌、陳碧霞、吳玫、賴姿如、周桂如(2005)。憂鬱症患者非理性信念、生活壓力及其憂鬱程度之關係探討。新臺北護理期刊，2，13-21。
- 徐世杰(2007)。憂鬱諮商的倫理議題。諮商與輔導，225，40-43。
- 陳信昭、林維君(譯)(2005)。我的孩子得了憂鬱症。台北：心靈工坊。
- 陳信昭(2005)。走出陰霾享受青春—談青少年憂鬱症。青少年醫學暨保健通訊，1(3)。
- 陳俊欽(2003)。面對憂鬱症患者。健康世界，92-94。
- 陳豐偉、施圭、李昱、楊明仁(2002)。憂鬱症病人重複住院之影響因素。台灣精神醫學，16，P. 127-134。
- 張鈴莉(2006)。勇渡生命黑潮—憂鬱青少年期的那一段悲歡歲月。國立彰化師範大學輔導與諮商學系所碩士論文。
- 黃俐婷(2004)。家庭支持的結構與功能分析。社區發展季刊，105，369-370。
- 曾慧雯(1999)。門診憂鬱症患者之社會支持與希望狀態之探討。高雄：高雄醫學院護理學研究所碩士論文。
- 曾慧敏、劉約蘭、盧麗鈴等(譯)(2003)。西爾德格心理學概論。台北：桂冠。
- 楊連謙(2004)。憂鬱症與婚姻治療。諮商與輔導，219，34-38。
- 劉淑惠(2006)。國中學生復原力與生活適應關係之研究—以桃園縣為例。國立彰化師範大學，教育行政所碩士論文。
- 劉惠琴(2007)。家庭系統測量的評估—以晚期青少年的家庭為例。中華心理衛生期刊第二十卷(3)，261-290。
- 蘇曉憶、連廷嘉(2007)。青少年憂鬱傾向之探討與諮商策略。諮商與輔導，255，18-23。
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314
- Cottrell, D. (2003) Outcome studies of family therapy in child and adolescent depression. *Journal of Family Therapy*, 25, 406-416.
- Cumsille PE, Epstein N : Family cohesion, family adaptability, social Support, and adolescent depression symptom in

- outpatient clinic families. *J Fam Psychol* 1994 ; 8 : 202-214.
- Diamond GS, Brendali FR, Diamond GM, Siqueland L, Isaacs L: Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1190-6.
- Keitner, G.I., Archambault, R. & Ryan, C.E., Miller, I. W. (2003). Family Therapy and Chronic Depression. *J Clin Psychol*, 59(8), 873-884.
- Lin, N. (1986). Conceptualizing social support. In N. Lin, A. Dean, & W. Ensel(eds.) *Social Support, life events, and depression*. Orlando, FL.: Academic Press, Inc.
- Wills, T. (1985). Supportive functions of interpersonal relationships : In : S. Cohen & S. Syme (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 61-82). New York, NY : Academic Press.