

# 探討憂鬱症成因與症狀之性別差異

張智嵐 (國立屏東教育大學教育心理與輔導研究所輔導組)  
 袁聖琇 (國立屏東教育大學教育心理與輔導研究所輔導組)  
 黃美芳 (國立屏東教育大學教育心理與輔導研究所輔導組)

## 壹、前言

不管是在東方或西方的社會，憂鬱症已成為新世紀的流行病，Sprock與Yoder(1997)指出罹患憂鬱症的女性比率高於男性兩倍或四倍不等；台灣的研究也發現女性憂鬱症發行率約為男性的兩倍；青少年時期的各種憂鬱相關疾患是女生高於男生；在輕鬱症的初發生率，男女生都相當低；而重鬱症的初發生率則是女生(6%/年)顯著高於男生(1.6%/年)(楊浩然，2002)。而歐洲的人口重鬱症在六個月的發生率有性別上的差異，但在輕度憂鬱上性別並沒有分別(Angst, Gamma, Gastpar, Lepine, Mendlewicz, & Tylee, 2002)。

Orengo、Fullerton與Tan(2005, p.24)論及有近六百萬的男性美國人受憂鬱影響，但此數目有可能是低估的，因為男性比女性有可能較少報告出憂鬱的症狀，另外男性也通常藉酒精與嗑藥或是其他衝動的行為來隱藏自己的憂鬱。另外從Sigmon等人(2005)的研究可知性別角色社會化(性別相關的特質、社會期許的反應、對健康與憂鬱的信念)會影響憂鬱的自我陳述反應，也就是說男性會因為特定的情境而陳述較少的憂鬱症狀。

男女性別的差異與憂鬱症的關係可以從個體的天生氣質傾向、生理、遺傳、認知、情感、社會、與環境等各種因素彼此交織而成，所以本文分別以心理、生理、社會三方面來闡明憂鬱症成因與症狀的性別差異。

## 貳、文獻探討

### 一、心理方面

#### (一)憂鬱的成因

憂鬱的發生常是由於有許多生活的壓力。女性會比男性輕微地較多報告負向生活事件，這主要有關於人際網絡的生活事件，而有較多一般的社會支持與所報告的生活事件有關，通常，在面對負向生活事件時女性並沒有比男性更脆弱，但是女性若沒有社會支持則會比沒有社會支持的男性在面對生活事件時更脆弱。但女性高比率的憂鬱是不能從性別差異的負向生活事件、社會支持和脆弱因子來解釋的。(Dalgard, et al, 2006)。但尤其男性會認為是身體的疾病、問題造成，也有多數的男性認為是工作與就業的問題導致憂鬱，而女性則多著重於關係上的問題，例如：家人的生病或死亡(Angst et al, 2002)。從婚姻中，女性對

婚姻轉變多是以憂鬱症狀為反應，而男性以酗酒來面對(Simon, 2002)。

## (二)憂鬱的症狀

憂鬱主要影響的問題有：失去快樂、一般的健康、睡眠、工作以及正常生活的能力，其中女性比男性覺得憂鬱影響她們的睡眠品質和健康，而男性認為是工作上的能力變差(Angst et al, 2002)。Silverstein(2002)指出憂鬱的性別差異會導致不同的憂鬱類型，女性在身體型憂鬱(有飲食和睡眠的困擾與疲勞，並伴隨著痛苦和焦慮)的發生率是高於男性的，而這與焦慮疾患和長期的煩躁不安有關聯。

Calvete和Cardenoso(2005, p.179)此研究探討在認知上的性別差異，來解釋憂鬱與行為問題的性別差異，以14到17歲的西班牙青少年，共856人(491位女生；365位男性)，使用青少年的非理性信念量表、社會問題解決量表、青少年版的自我內言量表、青少年的自我陳述等四種工具。結果顯示女性青少年有較低的正向思考；在負向問題傾向(消極地認為問題不會解決，缺乏自我效能，認為沒有能力成功地把問題解決)有較高的分數，需要認同與成功；在憂鬱症狀上的女性有較多自我聚焦的負向認知，而男性有較高的分數在正義性的暴力信念、問題解決是衝動與漫不經心的方式。

在日本每一年有超過三萬人自殺，而其中有許多人是被憂鬱所苦，此外在日本女性自殺的比例是高過其他國家。在日本憂鬱症的病人中，有關自殺意象在精神症狀之心理社會因素，有自我責備、失去現實感、憂鬱的心情、失去自我感，和焦慮的特質和男性與女性自殺

意向有關，而低的社會/家庭支持和失去自我感是與男性的自殺想法有關；女性的自殺想法是和憂鬱的心情與焦慮的特質有關。在女性中失去現實感與自殺想法的相關有達統計顯著性，但在男性卻沒有(Yoshimasu, et al, 2006)。

在美國年老男性比起其他年紀或女性是有較高比例的成功自殺，年老男性與女性的自殺研究中，需要了解憂鬱介入周圍的性別差異，研究的結論解釋年老男性比女性較少在憂鬱的研究中被提及，也較少可能自己去尋求治療。(Mental Health Weekly, 2006)

## (三)憂鬱的因應

在因應憂鬱上，人們主要都是尋求親朋好友的支持，但女性比男性多尋找情緒出口(笑、哭、叫)的釋放或是倚靠宗教；男性多是藉由投入運動、興趣或是消耗酒精來因應憂鬱(Angst et al, 2002)。

女性對憂鬱情緒的反應與男性不同，因為這些不同的反應，使得女性憂鬱的嚴重度與持續時間都與男性不同。在憂鬱時女性似乎比較會去想，試著理解自己為什麼會感到憂鬱，以哭泣來舒解壓力，或是和朋友談論憂鬱的心情。但是以自己為焦點的默想會導致回想更多的負面自傳性記憶，因此增加憂鬱的惡性循環；相反的，男性在感到憂鬱時，比較會去從事讓自己分心的活動，像是看電影、運動、或避免去想讓自己感到憂鬱的原因。(Lyubomirsky, Caldwell, & Nolen-Hoeksema, 1998, 引自陳美君、陳美如、陳秀卿、林宜美譯, 2003, p.352)。

## 二、生理因素

台灣憂鬱症防治協會提出的研究報告指出憂鬱症是生物性、心理性、與環境性因素的混合產物，本節中將對生理性因素進行探討。一般調查數據皆顯示女性的憂鬱症罹病率是男性的兩倍(女性約為20~26%，男性約為8~12%)，陳淑惠(1999)認為女性罹病機率較高極有可能是因為青春期、生理期、更年期或懷孕所造成的荷爾蒙改變所引起，另外越來越多的女性走出家庭，開始在社會上與男人並行，追求卓越人生目標、努力工作，和男性同樣承擔起現實工作壓力，女性又必須抵抗因生理上的天生差異所帶來的複雜狀況，所以從這方面來看，引發女性憂鬱的內、外在因素似乎均較男性為多，「醫療模式」取向的專家們對於諸多的憂鬱疾病，如月經前症候群(premenstrual syndrome, PMS)、產後憂鬱症(post partum depression)與更年期症候群(menopausal syndrome)等，很快地會認為必定與女人的生殖系統以及女性荷爾蒙的週期變化有關。美國《今日心理》(Psychology Today)雜誌報導，「男女在憂鬱症患病率上的分水嶺出現在13歲。13歲之前，男孩比女孩更易得這種病，隨著身體的發育趨於成熟，女性的發病率開始逐步提高，到了育齡階段達到頂峰，可是在這之後，尤其是女人到了絕經期之後，男女的憂鬱症發病率差別就不再那麼明顯了」(引自中國新聞網，2003)，顯見生理因素對於女性罹患憂鬱症的機率有顯著影響。

商志雍、廖士程和李明濱(2003)指出，經前症候群的科學研究始於1920年

代，Frank率先在一九三一年提出經前緊張(premenstrual tension)一詞，其假定婦女在生理、情緒及行為經歷週期性的變化是受到月經週期荷爾蒙濃度的波動所致，故將月經視為一個多種症狀的疾病體，約80-90%生育年齡之女性於每次月經來臨前約7-10天會有所謂的經前症候群，症狀如煩躁或情緒不穩、頭痛、易怒、嗜睡或失眠、沮喪或焦慮等，這些症狀隨月經之開始而逐漸緩解，或經由藥物的協助再配合自我的調整即可改善，不致於影響女性之社交與職業功能。另外在1993年美國精神醫學會(DSM-IV)提出「經前憂鬱症」，其症狀類似經前症候群，不但造成身體之不適，最重要的是足以導致工作、學業、生活方式或適應等方面的障礙，降低社交與職業功能，有別於經前症候群；在美國，大約有3-10%生育年齡女性患有此疾病；在台灣，應有相當比率的女性患有此疾病，但大多數可能都被當作一般所謂「經前症候群」而未得到適當的治療。非藥物治療如生活型態的改變及營養補充可改善一些較輕微的病例。張景勳、陳永煌、莊明憲、柯景馨、周稚傑、羅慶徽(2003)針對臺灣331位生育年齡女性所作之調查，發現有相當高比率(27.8%)患有此疾病，其中大多數可能被當作經前症候群而未獲得適當治療。女性一生中須經歷長達到30-40年之月經週期，因此對此病之原因深入探討並予以正確診斷與治療，以維持女性社交與職業功能，是值得重視的。

產後憂鬱症(Postpartum Depression)是發生在剛生完小孩的婦女身上的憂鬱症，通常會在產後的幾個月內發生，但

也可能延遲到產後的一年之內發生，症狀和憂鬱症相同，但是由於它會干擾母親和小孩之間感情的建立，所以常受到一般大眾關注，最近研究也指出這可能屬於正常的情緒變動，因為與同年齡、同社經地位的女性相較，產後期女性出現重鬱的頻率並沒有比較高(陳美君、陳美如、陳秀卿、林宜美譯)。

一般觀念裡女性較男性更容易在事情上鑽牛角尖，雖然自控力強過男性，但比起男性來女性排解自我壓力的能力相對較弱。蘇宗偉和李明濱(2005)認為對壓力的敏感性可能取決於基因的不同，雖然憂鬱與可體松之間的因果關係尚未定論，相較於男性，女性在壓力下，女性荷爾蒙明顯地影響了腎上腺分泌可體松的量與持久性。李俊德(2005)提到在生物化學方面，目前最被接受的是「單胺假說」，描述憂鬱症患者其大腦內甲胺(指甲基腎上腺素或血清素)缺乏致使神經傳導物質失衡，甲胺的減少常常會導致情緒低落、動力下降以及食慾、性慾的改變。科學家也進一步發現，與焦慮症、憂鬱症最有關的神經傳導物質血清素之合成速率有性別差異，男性的合成速率比女性快將近52%。通常在限制女性表現出攻擊性的社會中，血清素量較低的女性，較會表現出焦慮症、憂鬱症，而血清素量較低的男性則較會表現出酗酒、暴力等行為。

季節性重大憂鬱症(Seasonal Affective Disorder)的症狀和憂鬱症症狀十分相似，最大的差別在於季節性重大憂鬱症的症狀會隨著季節來臨而復發。女性相對於若干環境性因素，如壓力、季節變動等，比男性更具有生理敏感性。研究季

節性情感性疾病(又稱冬季憂鬱症)的學者指出，女性的流行率高三倍於男性，同時他們也發現，隨著季節變動，女性的melatonin在夜間的分泌量明顯改變，然而男性則無。由此可見，性別對光的敏感性有所不同，極可能因此影響罹患冬季憂鬱症的性別差異(牧之、單鵬，2005)。

雖然統計數據皆顯示女性憂鬱症患者的人數高於男性，但也有許多研究者質疑是否因為男性就醫意願較低，使得許多男性憂鬱症患者被隱蔽。牧之和單鵬(2005)所提出的關於男性憂鬱症的成因裡，有兩個因素和男性生理有關，一是因為中年以後身體健康狀況日益減退，病症產生，年長親友的死亡等會使中年男性產生退縮感，進而引發憂鬱；其次則是因為感到自身失去吸引異性的魅力，在感覺其外表和生理狀況逐漸不能吸引到異性的青睞時，會有自我認同的危機出現。另外男性也會有產後憂鬱症以及更年期憂鬱的情況，男性產後憂鬱症是心理因素但男性更年期憂鬱卻是生理上由於植物神經功能性紊亂所引起的，經常會出現頭暈、出虛汗、失眠、不想吃東西等症狀(牧之、單鵬，2005，P.251)。隨著性激素分泌減少，而引起體內腎上腺素等的變化，導致整個內分泌紊亂，出現情緒、心理上的變化，如果情緒障礙控制不好，再加上外來的壓力，很可能就會變成更年期憂鬱症。女性到了停經期前後，由於體內女性激素的下降，常會出現一些神經性精神症狀，其中以憂鬱和妄想最為突出，稱為更年期憂鬱，發病原因和體內神經內分泌的變化有關，另一原因是卵巢功能的

衰退。

探索男女兩性的生理差別，有助於探究男性、女性為何分別容易患上不同的精神疾病，例如成年女性患憂鬱症的機率是男性的兩倍，而男人則更容易患上自閉症和精神分裂症，他們可能會有一些典型的憂鬱症症狀，但會以生氣或敵視的方式來處理，或用酗酒、吸毒、嗑藥來掩飾問題，患有憂鬱症的男性最嚴重的問題是容易自殺，男性憂鬱症患者的自殺率是女性的四倍。

### 三、社會因素

憂鬱症患者深受社會的種種因素影響，社會環境通常在性別差異中扮演一個滋養及維持彼此交互作用的重要角色。因其生在環境中，在人與人的接觸上無不受到人、事、物及環境的影響，因此，社會因素對憂鬱症患者的影響及性別的塑造是重要因素之一，以下將社會因素所造成憂鬱症狀的成因與症狀之性別差異劃分成職場、家庭社會角色及社會支持三個面向來分別探討與說明之。

#### (一) 職場角色

牧之、單鵬(2005)提出近年來隨經濟不景氣，上班族罹患憂鬱症的比例越來越高，小則造成企業團隊整合不良、大則出現個人離職、失業和自殺，其男性病因來自事業成就目標與預設理想有差距，此類壓力引起的身心症狀常包括失眠相關障礙，如入睡困難、冷汗驚醒、噩夢連連或怎麼也睡不著，神經緊繃、焦慮和憂鬱及絕望情緒，甚至會有過度自責、想法負面及活不下去的自殺念頭。女性則因社會型態的改變，傳統上以家庭生活為主軸的婦女，開始將大

量時間投注在職場，於是社會角色的多重變化變成一個令人不可忽視的問題，衍生出來現象為上班族女性生活壓力和身心調適的障礙。胡幼慧(1990)指出有工作的男女，憂鬱症狀均較無工作的男女(包括退休與家庭主婦)為佳，而有工作的婦女，其憂鬱症狀值較有工作之男生為差。牧之、單鵬(2005)提出女性病因來自時間永遠不夠用、生活重心失序和自我逐漸模糊化。此類壓力引起的身心症狀為身體莫名的不對勁，包括心悸、頭痛、胡思亂想、注意力不集中等。翁志成、簡俊成(2002)提出憂鬱傾向在現今高壓力、高競爭的職場中，角色衝突與過度負荷是造成壓力源的重要因素之一。不過也有研究認為擁有職業較不易導致憂鬱，Turner 和 Turner(1999)在研究中發現女性在外工作的角色表現出具有較大權力地位、聲望、經濟能力、較低的社會孤立、更多的認可及滿意度。Aranda、Castaneda、Lee 和 Sobel(2001)在研究中指出男性的壓力多來自職場關係和薪資的責任上，當此種壓力越大，則越可預測和憂鬱症狀的相關，相對的，女性在職場上的壓力則沒有比家庭的責任上來的重要。

#### (二) 家庭社會角色

以家庭社會角色的差異來解釋男女性在憂鬱症狀的差異上受到研究者的注意，雖然女性對於親密關係的重要性多於男性，然而女性覺察家庭角色的壓力卻大於男性。Turner 和 Turner(1999)發現女性在婚姻衝突關係中的正向或負向經驗常對女性造成負面衝擊的影響，此外擁有幼小孩子的女性常和高度風險的憂鬱有所關聯。雖然很多研究指出男性經

驗的個人角色和女性類似，但是很多文化仍然期待女性扮演家庭照顧者和衝突協調者的角色，結果在努力扮演好角色中面臨挫敗時，就導致憂鬱的症狀出現(Sprock & Yoder, 1997)。胡幼慧(1990)指出包括主要角色—婚姻、親職角色、工作角色，以及多種角色·角色衝突與角色負擔過重，此兩種向度均會造成角色的擁有或欠缺而導致負面心理影響，此外在性別、社會角色與生命週期的角度探討憂鬱症的研究中指出，國內憂鬱症狀女性高於男性、年輕及年老人高於中年人口。社會角色上，母親角色對女性憂鬱症狀有不利影響，父親角色則有正向的功能，而多重角色對男性為正面影響，但是不論職業或家庭婦女，憂鬱症狀皆高於男性。羅昭英、李錦虹、詹佳貞(2003)在女性憂鬱患者性別角色之內在經驗研究中，發現不同世代的女性雖然對於女性角色的內涵之知覺稍有不同，但是相同的均需要面對自我需求與社會期待所造成的矛盾、不滿與妥協，長期未解決的衝突及負擔與憂鬱症狀是有關的。王雅各(2000)提出在照顧者的責任和義務上，大多是受到社會期待和規範所約制，以性別來說，女性所體認到的責任感和義務較大，若不照顧所招致社會指責不孝的壓力也大，故承受較大的壓力與負荷。胡幼慧(1991)則認為現代婦女在工作和家庭中尋求平衡的努力，和男生間有相當大的差異，如女性除了在勞力市場上無法得到平等外，在家庭領域中，女性在外的工作被視為次要於妻子和母親的角色，而無法享有家事分工的平等化。Turner 和 Turner(1999)指出在患有憂鬱症的性別角色差異上常指向女性

有較高層次的社會壓力，而且和男性相比，影響女性的壓力源來自較多的責任感與負向的認知思考，例如女性傾向經驗較多的壓力來自於天生屬於家庭主婦的角色，伴隨著低聲譽、不被獲得酬賞及滿意的角色。另外針對主要角色的有無、多重角色與憂鬱症的研究，Hu、Cittenden 和 Ma(1990)則發現國內都會社區子女中，母親角色的有無影響甚大，即有子女的其憂鬱症狀平均值較無子女者為高，對男性而言，擔任父職者的憂鬱症狀反而偏低。從上述研究中可發現大多的研究皆偏向女性家庭社會角色所產生的憂鬱做進一步的研究，甚少提及男性社會角色所造成憂鬱的相關研究。這似乎間接說明女性在家庭社會角色的付出，不論在多種角色·角色衝突及角色負擔量上，壓力皆重於男性。

### (三)社會支持

胡幼慧(1991)指出社會支持與健康的關係極廣，包括了心理與生理健康之病因，及疾病的預後與復原過程影響關係。社會支持是一種訊息，此種訊息可以讓個體感到被關愛、尊重、了解及接納，是一種緊密的社會網絡，可減緩生活壓力及疾病的罹患率。又憂鬱情緒屬於壓力的反應形式之一，故青少年在面對壓力來源時，所感到的憂鬱情緒應與社會支持有關聯，亦即有了社會支持，個體便較能夠處理生活壓力，並出現較少身心問題，及減少不良適應症狀。社會支持被視為在處理困難生活事件中的一個影響變項。陳育慧(2002)在社會支持對中老年失能者憂鬱狀況之直接與間接影響中，其研究結果發現失能者所接受的情緒支持越多，就越不會有憂鬱情況

發生。董旭英(2004)在研究社會支持與國中生的憂鬱情緒之關係中，亦發現國中生獲得的社會支持越多，其憂鬱程度越低，且社會支持層面中家庭支持是影響國中生憂鬱情緒的因素，而同儕支持對國中生憂鬱情緒則沒有影響。一般的認知皆認為女性比男性更傾向願意和他人維持親密關係及提供更多和有效的社會支持，擁有支持性的社會網絡能夠保護個人免於憂鬱，支持者的觀點認為社會支持網絡代表個人擁有較好的個人資源，如經濟、教育程度和制握信念(Belle,1987)。然而也有相反的論點認為社會支持對憂鬱症沒有實際的效果。近年來，Veiel (1993)發現家庭支持網絡對於遭遇憂鬱事件的家庭主婦有負面的影響性，但不包括男性或職場工作的女性在內。也許是因為沒有在外工作的女性常負載更多情感需求和支持他人的期待，亦或支持性的家庭可能加重憂鬱的症狀。Chou 和 Chi(2001)以411位60歲以上的香港老人為對象，以CES-D評估憂鬱症狀、the Lubben Social Network Scale評估個人社會的支持程度，結果發現憂鬱症狀與社會支持程度呈負相關，即個人社會支持情況越好，則較不會出現憂鬱症狀。Umberson, Chen, House, Hopkins 和 Slaten (1996)研究中指出針對1358位男性及2259位女性探討社會支持的差異及其對憂鬱症狀的影響，結果顯示出女性比男性受到更多的社會支持，如親友、配偶、子女和正式與非正式的支持，此外發現不管身為男性或女性，只要所接受到的社會支持越多，就越不會有憂鬱的情況發生，而研究結果作者推論是因為女性比男性本身受到較多的社會支持，故不會

有憂鬱狀況。Aranda、Castaneda、Lee和 Sobel(2001)在對密西根美國人的研究中指出女性的社會支持包括婚姻及伴侶的關係越緊密，則較不易有憂鬱症狀，而男性的社會支持在婚姻及伴侶的關係則和憂鬱症狀沒有直接的關連，故女性憂鬱症狀和社會支持的關聯(尤其在和家庭的關係上)有很大的相關，而男性則沒有顯著的相關。

從上述相關研究可以發現社會支持對憂鬱症患者有一定的影響性。當社會支持越多，憂鬱症狀相對的減少。尤其在青少年及老年人口因生命週期中具有特殊角色地位，故所需要的社會支持往往比一般人更多，此類的研究也較研究其他人口群更多。此外上述研究中指出女性因較易表達感情，相對的支持力量會比男性大得多，憂鬱程度也就相對的減少。不過國內缺乏研究男女在社會支持程度上的差異與憂鬱症的相關情形之比較，故值得後續繼續研究與探討。

## 參、結論

由於不同性別的認知處理歷程、情緒感受、生理機制皆有很大的不同，性別差異在憂鬱症的表現上可以更細膩地來分析，透過這樣的認識使憂鬱症的治療上更可兼顧到個體的差異性。在自殺意向、非理性信念、問題解決方面男女各有差異，在面對人生的負向事件，若有社會支持，則可為緩衝，但卻不足以造成男性與女性在憂鬱症的差異。男女性對憂鬱的成因也會有不同解釋，女性較認為是因為關係上的問題，男性則是因為工作。男性憂鬱的人數遠比女性得少，可能原因是男性比女性較不會去

求助，女性較會去尋求關係來解決自己的問題，男性較多以自己的方法處理。現在科學家已經發現充足的證據證明，男性女性在氣質的天壤之別的確可以從生理上找到科學解釋。美國哥倫比亞大學的心臟病專家Marianne J Legato認為男女各有其性別疾病，而男女在生理上的差別要比人們所認為還要大得多，Marianne表示「似乎女性與男性的差別僅僅體現在她們的乳房、卵巢和子宮，但實際上她們的心臟、大腦和其他的器官也與男人有著巨大差別」(摘自中國新聞網2003.07.22)，從研究來看女性的生理機制使得她們更容易放大生活中的負面因素，雖然男性罹患憂鬱症的風險較低，但是他們比較可能忽略症狀，進而導致沒有加以診斷。此外，男性對於尋求協助的意願也比較低，對照憂鬱症門診患者的比例，女性的就診率的確高於男性許多，而生理因素也許是造成如此大差距的因素之一。在社會因素所導致憂鬱症狀的性別差異中，可以發現女性不論是在職場、媒體、家庭角色及社會支持上，相對於男性而言有更高比率導致憂鬱的可能，性別角色刻板的印象無時無刻存在於社會中，不斷的影響我們，憂鬱本身被動、消極、退縮的特性，基本上即與女性角色中刻板化印象·被動、難以作決定、愛哭、沒有自信等特質(黃德祥，1993)相當類似，此外女性比較會表達、揭露自己的感受、想法及需要社會支持的需求，可能使女性更容易被診斷為憂鬱。

## 肆、建議

男女性在心理方面的差異會影響對

憂鬱成因、症狀與因應的方式，然男女性在不同年齡有不同的發展議題，所以年齡與性別的交互作用對憂鬱症的影響值得重視，另外男女性在憂鬱的處遇方面的差異也需要再做進一步分析；其次，從生理方面來看性別與憂鬱症的關連，發現大多數文獻皆以女性為研究對象，原因大致在於女性罹患憂鬱症的機率較高，且有些憂鬱症屬女性獨有，雖然也有學者提到男性憂鬱症患者因為求診意願影響而被低估，但男性生理對憂鬱症影響的研究顯然過少，所以很難斷言兩性生理上的差異對憂鬱症的影響，建議可以多針對男性憂鬱症患者做深入研究，以利於分析性別對憂鬱症的影響。最後從社會方面看性別對憂鬱症的影響，發現多數文獻僅反映社會化的歷程中所造成男女的差異，其與憂鬱的關係的聯結仍嫌不足，建議可對男女在社會角色及期待上的差異做更深入的探討。

## 參考文獻

- 中國新聞網(2003.7.2)。2006/10/22，取自：<http://www.chinanews.com.cn/>
- 王雅各(2000)。性屬關係·性別與社會·建構。台北市：心理。
- 朱蘭慧(2003)。男性性別角色刻板印象之形成與鬆動。應用心理研究，17，85-119。
- 林秀芬(2000)。國小兒童對電視廣告中意識形態的解毒 - 以性別刻板印象為例。國立新竹師範學院國民教育研究所。
- 牧之、單鵬(2005)。心靈的感冒·認識

- 憂鬱症。台北市：海鴿文化。
- 李美枝、鐘秋玉（1996）。性別與性別角色析論。《本土心理學研究》，6，260-299。
- 李俊德（2005.07）。中山醫學大學附設醫院精神科&身心科。《自由時報》
- 商志雍、廖士程、李明濱（2003）。精神科門診憂鬱症患者就診率之變遷。《台灣醫學》，7（4），502-509。
- 胡幼慧（1990）。性別、角色與憂鬱症狀。《婦女與兩性月刊》，2，1-18。
- 胡幼慧（1991）。性別、社會角色與憂鬱症狀。《婦女與兩性學刊》，2，1-18
- 胡幼慧（1991）。《社會流行病學》。台北市：巨流。
- 周淑儀（2000）。《國小教師性別角色刻板印象與兩性平等教育進修需求之研究》。國立台中師範學院國民教育研究所碩士論文。
- 楊子慧、李明濱、張秀如（2005）。產後憂鬱症。《北市醫學雜誌》，2（7）。
- 楊宜懌、高之梅（2002）。《性別與社會心理學》。台北市：五南。
- 楊浩然（2002）。《青少年憂鬱疾患及憂鬱症狀之追蹤研究》。國立台灣大學流行病學博士論文。
- 翁志誠、簡俊成（2002）。角色壓力、情緒耗竭、憂鬱傾向與工作態度關係之研究-以主計人員為例。《中華心理衛生學刊》，15，25-64。
- 陳育慧（2002）。《社會支持對中老年失能者憂鬱狀況之直接與間接影響》。台北醫學大學公共衛生學研究所碩士論文。
- 陳美君、陳美如、陳秀卿、林宜美譯（2003）。《變態心理學》（Carson, R. C., Butcher, J. N., & Mineka, S., 2000, *Abnormal Psychology and modern life*）。台北：五南。
- 陳淑惠（1999）。精神疾病與平權意識的聯想。《兩性平等教育季刊》，6。
- 張景勳、陳永煌、莊明憲、柯景馨、周稚傑、羅慶徽（2003）。經前憂鬱症。《中華職業醫學雜誌》，10（1），13-20。
- 鄒中慧（1986）。《從社會現實建構理論觀點探討我國電視節目國語連續劇的女性角色》。政治作戰學校碩士論文。
- 黃德祥（1993）。《青少年發展與輔導》。台北：五南。
- 董旭英（2004）。《國中生生活壓力、負向情緒調適、社會支持與憂鬱情緒之關聯》。國立成功大學教育研究所碩士論文。
- 羅昭英、李錦虹、詹佳貞（2003）。女性憂鬱症患者性別角色之內在經驗。《中華心理衛生學刊》，1，51-69。
- 蘇宗偉、李明濱（2005）。憂鬱症生理病因之“神經可塑性”假說。《北市醫學雜誌》，2（2），121-131。
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., L?pine, J. - P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(5), 201-209.
- Aranda, M.P., Castaneda, I., Lee, P.J., & Sobel, E. (2001). Stress social support, and coping as predictors of depressive symptoms: Gender differences among Mexican Americans. *Social Work Research*,

- 25(1), 37-48.
- Belle, D. (1987). Gender differences in the social moderators of stress. In R. Barnett, L.
- Calvete, E., & Cardozo, O. (2005). Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (2), 179-192.
- Chou, K.L., & Chi, I. (2001). Stressful life events and depressive symptoms: social support and sense of control as mediators or moderators? *International Journal of Aging & Human Development*, 52(2), 155-171.
- Dalgard, O., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J. L., Page, H., & Dunn, G. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (6), 444-451.
- Hu, Y. H., Crittenden, K., & Ma, S. J. (1990). "Gender, Life Cycle, Family Roles and Depression in Urban Taiwan," Paper presented in ASA annual Meeting.
- Orengo, CA., Fullerton, G., & Tan, R. (2004). Male depression: A review of gender concerns and testosterone therapy. *Geriatrics*, 59(10), 24-30.
- Silverstein, B. (2002). Gender Differences in the prevalence of somatic versus pure depression: A replication. *The American Journal of Psychiatry*, 159(6), 1051-1052.
- Simon, R. W. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital stress, and Mental Health. *American Journal of Sociology*, 107(4), 1065-1096.
- Sigmon, S. T., Pells, J. J., Boulard, N. E., Whitecomb-Smith, S., Edenfield, T. M., Hermann, B. A., LaMatina, S. M., Scharfel, J. G., & Kubik, E. (2005). Gender differences in self-reports of depression: The response bias hypotheses revisited. *Sex Roles*, 53(6), 401-411.
- Sprock, J. & Yoder, C. Y. (1997). Women and Depression: An Update of The APA Task Force. *Sex Role*, 36, 269-303.
- Study highlights gender differences in depression care. (2006). *Mental Health Weekly*, 16(40), p.7.
- Turner, H. A. & Turner, R. J (1999). Gender, social status, and emotional reliance. *Journal of Health and Social Behavior*. 40, 360-374.
- Umberson, D., Chen, M.D., House, J.S., Hopkins, K. & Slaten, E. (1996). The effect of social relationships on psychological well-being: are men and women really so different? *American Sociological Review*. 61, 837-857.
- Veiel, H. O. E (1993). Detrimental effects of kin support networks on the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 419-429.
- Yoshimasu, K., Sugahara, H., Tokunaga, S., Akamine, M., Kondo, T., Fujisawa, K., Miyashita, K., & Kubo, C. (2006). Gender differences in psychiatric symptoms related to suicidal ideation in Japanese patients with depression. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 60(5), 563-569.