

家庭功能之評估與應用

——以臨床家庭為例

鄭 夙 芬

壹、前言

對於精神分裂症患者而言，家庭對其影響有深遠的意義，Ciompi (1989) 指出影響精神分裂症的預後結果較少是受到遺傳或生物性因素的影響，較多是受到環境或社會心理因素的影響；因此，家庭生活對精神分裂症病程有明顯的影響是一項值得重視的事實 (Smith et al., 1993)。儘管精神疾病的治療，隨著抗精神病藥物的發明，在症狀的改善上已有突破性的發展，然仍有大部分的患者，尤其是精神分裂症患者，常因發病年齡、病程發展以及藥物副作用等影響，而導致社會功能、社交技巧的退化，尤其無法適應快速變化的現代社會生活，而大部分又多處在無業狀態，即使出院後多半還是以家居生活為主，幾乎超過半數以上的慢性精神病患者是和家人同住，很自然地繼續照顧患者的重任就落在家庭中。

另一方面，臨床專業者在對於精神分裂症患者與家屬的需求滿

足上，常有舉足輕重的位置 (Leaf, 1994)，對於醫療行政者與專業者的立場而言，他們希望患者居住在家中，由家人擔任主要照顧者，但很多患者的家庭都認為患者應居住在社區的機構中，因此二者之間常是有衝突的 (Hatfield et al., 1987)，其中家屬的需求無法受到注意往往是其無法照顧患者的主因；事實上，精神疾病與家庭之間存在有相互的關係，患者的家庭環境將會影響精神疾病的病程與結果，家庭本身也肩負著許多因面對精神疾病所產生的壓力 (Jackson et al., 1990)，King & Dixon (1996) 認為家庭成員對精神分裂症患者的反應遠比患者的疾病類型還易引起復發；「家庭」是非常重要的支持網絡，其中又以病患的父母為主要關鍵人物者居大多數 (黃梅羹等，民八十一)；林美珠 (民八十一) 則提出家庭會影響一個人的心理過程，也會改變一個人的知覺、思考感覺模式，它是一個人力量的源頭，也常常是個人壓力、負荷的來源，因此，家庭環境與個人的生理健康、心理健康情形有著極為密切的

關係。所謂家庭環境因素乃是指家庭功能的運作情形，家庭成員互

動狀況，家屬情緒態度等，其中「家庭功能」是影響個人身心健康最基本的型式，它是指家庭在提供家庭成員不同潛能、志向、能力發展上的一個催化調節系統，在家庭面臨不同的情境與壓力時，有其應對、適應的能力，使成員在生理、心理、社會上都能得到滿意的發展。因此，以臨床家庭的家庭功能為精神疾病探討焦點，有其研究與臨床工作上的意義，本文將從家庭功能的意義、國內重要研究、相關測量的工具及精神分裂症家庭功能等部分著手，希望透過對其家庭功能的深入探討，能夠提供相關工作及研究者對本概念有更完整的了解。

貳、家庭功能的意義與研究

一、定義與內涵

家庭功能一般是指家庭有能力考慮到個人和家庭系統的成长需要並執行功能，這些功能包括：管理功能、界限功能（boundary function）、溝通功能、情緒與支持功能和社会化的功能（Black et al., 1993）；Goldenberg等人（1985）指出，一般家庭功能較著重在家庭的型態、關係及互動；郭素珍（民八十三）進一步提及家庭功能包含家人之間的活動和關係，這些組合使得家庭能維持一個開放的系統，家庭功能的程度由衡量家庭臨床評量量表上的家庭

凝聚性、適應性和溝通而決定。

而Reiss等人（1980）、Gatherine等人（1989）和史曉寧與黃愛娟（民八十五）同時亦指出家庭功能主要是看家庭對壓力事件之反應，有下列三個外顯行為可以評估：第一是事件之定義和資訊的找尋；第二是開始的反應及嘗試解決的方法；第三是最後的決定及家庭對此事件之使命。家庭變化象限包括有方位性、協調性、與開放性（Gatherine, 1989），方位性（駕馭性）是一個家庭對壓力事件的處理方式；協調性則是家庭的每一個成員對壓力事件是否能各就其位，發揮自己的功能，為共同目標努力；開放性則是一個家庭對壓力事件的處理方式，是否會參考過去，並著重現在經驗，收集有用的訊息，使家庭因此壓力事件而改變某方面的觀念，如果改變，則開放性高。

綜合以上各家學者對家庭功能的看法，筆者認為家庭功能是指個人和家庭成長系統能夠執行並且維持，著重在家庭關係與互動，以及對壓力反應有適當的因應技巧等。近年來，由於台灣社會的急速變遷，家庭功能的內涵產生許多變化，但其本質與重要性仍是相當值得肯定與重視。

有關家庭功能所包含的內涵，學者們提出不同的看法，包括：（一）謝高橋（民八十一）認為家庭有三項重要的功能：社會化、提供情感和情誼及性規範。

(二)龍冠海(民六十八)將家庭功能約略區分為生物、心理、經濟、政治、教育、娛樂及宗教等功能。

(三)曾文星與徐靜(民七十九)指出家庭功能包含生物的功能、養育的功能、生活的功能、心理的功能及社會的功能等五項。

(四)彭懷真(民八十五)認為家庭有社會化、情感分享、性的規範、生育子女、社會地位的安排、經濟安全的提供及保護年幼及長者的功能。

(五)白秀雄等(民七十八)認為在各種文化下，家庭具有社會新份子的生殖、兒童的撫育及兒童對於社會的價值、傳統與規範的社會化三種重要的社會功能。

綜合上述學者所提出的意見，我們不難發現現代家庭功能內涵包括下列幾項：

(一)性規範方面：家庭是提供人類性需求滿足的一個合法履行場所，雙方透過婚姻的程序，以符合社會規範及道德。

(二)經濟與照顧方面：在過去的傳統社會中，有關生產、分配、消費等經濟行為，都在家庭中進行，家庭生產一切必需的物品，也供給一切生活的物質需要，所以家庭是最基本的經濟單位。雖然，近年來家庭的經濟功能有些減弱，但仍是獲得食、衣、住、行的主要經濟來源，同時家庭也提供照顧的功能，當家中有成員生病時，家庭便負起照顧的功能。

(三)生育及養育方面：每個社會要維持，都要有新成員的遞補死者和離開者。而中國社會更注重於傳宗接代，所謂「不孝有三，無後為大」，生殖是為孝順，因此家庭便肩起了此延續香火功能。

此外，家庭在延續香火的過程中，也扮演著養育子女的角色，提供子女正常成長的空間。可見，家庭在社會制度中，扮演著生育及養育的重大功能，以便延續香火及傳遞文化。雖然，隨社會的現代化，人們對婚姻的不重視，且有晚婚的現象，家庭的生育功能已變得淡薄，但仍是不可或缺的功能。

(四)情感方面：人類需要親密的人性反應，而家庭是最溫暖和親密的地方，也最能使成員體會到滿足和安全的場所。大部分的社會都以家庭為感情反應的場所，而這種感情是來自於自願的、互相的與經常的，可見家庭是提供情感、滿足情感的重要場所。

(五)社會地位方面：每個人自出生之後，便在社會上佔有一定的地位，而這些地位來自於家庭，如年齡、性別、種族、膚色、社會階層等等，而往後所發展出的地位亦深受家庭背景的影響。因此，家庭在每個人的社會地位及延續上，佔有很大的份量，具有傳遞延續家庭地位的功能。

(六)娛樂方面：家庭可視為人類最初的娛樂場所，但隨著時代的進步，提供娛樂的這項功能已逐漸被商業化的娛樂場所及電子設備所取代了。

(七)保護功能方面：在人生的過程中，有兩個階段需要家庭的保護，一個階段是兒童時期，由於身心尚未發展完全，無法獨立生活，所以需要家庭在生長過程中提供保護的功能；另一階段是老年時期，由於發展逐漸退化，慢慢從社會中退出，工作中退休，且經常伴隨著各種病痛，所以需要家庭的照顧。

(八)社會化方面：家庭是人類第一個接觸的社會化單位，每個兒童都在這個團體中發展自己的人格，成人藉由家庭將自己的知識傳遞給下一代，這個過程中包含了文化、價值、觀念、規範、道德等概念。

(九)其他：在過去的家庭，仍有一些其他的功能，如宗教的功能、政治的功能、法律的功能等等，但隨著社會的進步，已逐漸被其他社會制度，如宗教制度、政治制度等等所替代。

因此，家庭功能的內涵包含了性滿足的規範、生育與養育、經濟維持、提供照顧、情感反應與投入、傳承家庭的社會地位、娛樂休閒、保護家庭成員、社會化的歷練以及一般家庭功能等內容；筆者認為雖然隨著社會變遷，過去的某些家庭功能已被現代其他社會制度所替代，也有一些逐漸淡薄，但是家庭功能在社會制度中，仍是扮演著舉足輕重的角色地位，內容的更迭並不影響家庭功能的重要性，以下將從國內研究者對健康主題與家庭功能相關的探討中，一窺目前家庭功能在健康領域所形成的研究趨勢，希望更進一步探

討精神分裂症患者的家庭功能特色。

一一、相關的研究

目前國內對家庭功能評估的工具均來自國外的架構加以修訂的，並沒有發展出真正適合國情的測量工具。由於我國正在起步，所以家庭功能的研究並不算多（表一），但近年來在精神醫學領域中，有不少專家學者將國外的家庭功能評估工具加入國內文化因素，試著發展出適用於中國人家庭的家庭功能評估工具，在使用上對各方面加以修改，以期適合於我國文化。陳麗英（民八十四）認為運用國外家庭評估模式應注意下列幾項：

(一)在三角關係方面：應注意中國人家庭的三角關係不單只發生在母親與孩子聯盟對付父親，亦可延伸至其他家庭的成員。因此在評估家庭功能時，不能只注重父母的角色、性別及手足位置對「自我區別」的影響，也應同時注意其延伸家庭成員的關係。

(二)在家庭結構方面：西方文化的家庭結構將夫妻放在平等的關係中，而父母以不同的權威處於孩子之上。在中國的家庭中，夫妻的關係是等級性的而非平等性的，因此不可隨便認定及假設他們的界限是擴散的；另一方面，應注意在中國人的家庭中，有許多長子或長女需要協助父母照顧弟妹，這與西方的個人主義亦有所不同。

(三)在溝通方面：大部分中國人的溝通模式都比較少有口語表達，家庭成員往往會用行動來代替語言上的關懷，同時亦比較間接，有

時會用成語或暗喻的方式去表達其意思及感受，比較少用西方直接的溝通方式。所以在評估家庭溝通時，應注意溝通表達方式的差異。

(四)在自我價值方面：評估時應注意中國人對自我的定義及個人角色及他人的關係，中國人對自我的評價與他是否能完成其角色的責任有很重要的關係，因此在評估家庭成員的自我價值時，應注意他人及父母對他的評價及影響，不能單以他個人自我肯定的程度及能否維持自己的權力，去評估他的自我價值。

筆者根據文獻發現國內評估家庭功能所常採用的測量工具包括下列幾種：

(一)採用黃梅羹等人(民八十一)根據Family Environment Scale所改編而成的Family Assessment Self Report (FASR) 家庭評估自填表，包含二個層次，家庭關係層次、個人成長層次及家庭維繫層次。其中家庭關係層次包含凝聚性、表達性、衝突性三個向度；個人成長層次包含獨立性、成就取向、活動性休閒取向、倫理道德觀四個向度；家庭維繫層次包含組織—控制性此向度。

(二)採用Olson等人的FACES-II，其包含兩個向度：凝聚性及順應性。

(三)採用劉蓉台與陳金鈴(民七十八)所發展出來的家庭功能量表，此量表包含八個向度，問題解決、溝通、角色、情感投入、行為控制、一般功能、家庭凝聚力及家庭系統；此量表後經蕭淑貞等

人修訂而形成蕭氏家庭功能量表。

(四)採用Epstein等人的Family Assessment Device 中文版，其向度包括七個，溝通、問題解決、角色、行為控制、情感反應、情感投入及一般功能。

另一方面，家庭功能的測量所適用的對象相當廣泛，包括精神病患家庭、糖尿病患家庭、產婦家庭、老年疾患家庭與酒癮家庭等等，均為學者所研究之對象範圍，也凸顯出家庭功能在健康議題方面，特別是慢性疾病方面的影響力，自其中可以發現與家庭功能相關的變項包括患者的自我支持、自我照顧、家人的角色運作、行為控制、子女教養、家庭分工、個人的教育程度、收入與社會地位等等有關，而間接或直接也對疾病的預後有所影響；因此，家庭功能所位居的變項地位與許多的變項之間均有所相關，未來透過更多的研究將可以使得家庭功能的影響力或被影響力有更明確的定位。

綜觀目前國內的研究趨勢，越來越將家庭功能工具化，其優點是有利研究工具的建立與使用，但其真正的內涵與對臨床工作的協助卻可能漸漸式微，因為家庭功能並不只是一個概念，它可以說是一個家庭全貌的呈現，每個家庭都有其可測得與不易測得的向度，同時，家庭功能也是臨床工作者在處遇計畫上的一種重要依據，從事研究者有必要重新思考研究結果對於實務工作上的貢獻與協助，因此，筆者接下來將從研究工具與家庭功能良好與否的涵意做更進

一步的探討。

表一 國內家庭功能的研究一覽表

研究者	研究名稱	年 份	對 象	家庭功能表	結 果
陳慶餘、 李立維、 吳英璋	身心症家庭與的 狀家能病 功疾病的 疾關係	民八十	針對家 醫科的 病人	陳慶餘及吳英璋所編製量表	多數病人家庭的自能支持 持與的，而「自我支持」 向評「家庭功能」兩項成負相關
黃梅羹、 劉瓊瑛、 胡海國、 馮燕	我國適用精神家「患者量具」修訂用	民八十一	精神病患及照顧者	家庭評估自填表	依據 Moose & Moose (1981) 所參一人，表 制定之 FES 設計國表， 考架構，評估量表填 份適「家庭」量表 之「FASR」量表 即家庭評估
林美珠	精神病患者家庭功能之研究	民八十一	針對精神病患者	家庭評估模式 (FAD)	精神分裂症家庭功能與體一因者的能 的角運作控制運作差化角 行爲能運作的需強間執 功爲家，家屬與 般此與分力
黃麗卿、 陳慶餘、 謝維銓	非胰島素依賴病家庭血以 FACES - II 爲工具之探討	民八十一	針 對 NIDDM 的病患	FACES - II 量表	總體家庭功能與 血糖控制有關， 家庭功能極端失 調者血糖控制較 差
蕭淑貞	精神分裂症家庭一般家庭及態度	民八十二	精神分 裂患者 家庭及 一般家 庭	採用劉蓉台、陳金鈴等編製量表	男病患對家庭功能的評價比其配偶或子女高，對病患的獨立性、訓練、溝通及不刻意與子女溝通之態度
蕭淑貞、 周照芳、 林梅鳳、 胡海國	已婚精神性對裂症之症狀、功能與影響	民八十三	針對精 神分 裂症 患者	採用劉蓉台、陳金鈴等編製量表	男病患對家庭功能的評價比其配偶或子女高，對病患的獨立性、訓練、溝通及不刻意與子女溝通之態度
史曉寧、 黃愛娟	以重家心庭爲 老老年影響 病年慢慢 相患性 之病相照 探因 討素	民八十三	針對老 年慢 性病 患	家庭變限象 (family paradigm)	老年趨向性適應 行爲家、庭呈顯著 相、功、能而與家 應、功、能而與家 呈、功、能而與家

郭素珍	有早產現 象的產婦 週產期內 家庭的功 能改變	民八十三	針對產 婦	環網模 式(CM)	家庭功 能量表 的編製 與應用	支系地 產父壓 重的家 性早的 種重 庭的彈 有兒一 是 溝家分 「分產 是持 覺整大 能大產 經的 知響； 功，生 此庭 的影能 庭」和 為家 持會功 家合象 認，母 力的
鄭麗香、 蕭淑貞、 高碧霞、 蔡麗美	胰島素依 賴病兒童尿 糖的求因與 相關研究	民八十四	針對DDM 病患的 母親	採蕭氏 所編製 的量表	家庭的情 感功能對 整體福利 需求具有 百分之四 十七點七 的預測力	
蕭淑貞、 鄭麗香、 高碧霞、 陳月枝、 戴東原	台北地型 區依賴病 糖尿其母 年力親執 壓困、能 行家庭功 家之探討	民八十四	針對DDM 病患的 母親	採蕭氏 所編製 的量表	家庭功能 以情感功 能最好， 而影響整 體家庭功 能的因 素有：母 親的年 齡、父 母親教 育程度、 家庭每 月總教 入、家 庭的社 會地位	
蕭淑貞、 鄭麗香、 高碧霞、 蔡麗美、 林瑞祥	母親壓 力難能 執行庭 功素 家庭功 能素 對胰島 素糖 依賴病 控制 的影響	民八十四	針對DDM 病患的 母親	採蕭氏 所編製 的量表	家庭功能 愈好，居 家自我 照顧的 情形愈 好	
葉美玉、 李選、 盧成皆	酒濫飲與 依賴患者 之家庭功 能探討	民八十五	針對酒 癮患者	家庭評 估模式 (FAD)	重視酒癮 患者之 家庭功 能之復 健訓練， 以家庭 為中心， 增強患 者之問 題解決 與溝通 表達能 力，協助 酒癮者 改善家 庭功能	
史曉寧、 黃愛娟	家庭重病 老主壓 年患者之 要照顧者 力源和其 庭功能因 素之探討	民八十五	針對中 風或老 年癱瘓 症的老 人	家庭變 化象限 family parad igm)	主要照顧 者的家 庭功能 愈高， 其主要 照顧者 使用趨 向性適 應行為 頻率愈 高，相 對地使 用逃避 性適應 行為頻 率愈低	
林麗嬋、 歐美、 吳肖琪	長期照護 中主要照 顧者之 家庭功 能、社 會支持 與情緒	民八十六	針對老 人	家庭評 估照顧 者量表 (FACS)	不同照顧 模式其 感受無 異；不 過，家 庭功能 統計， 家庭功 能統 一，感 受點二 八	

參、家庭功能的評估工具

曾端真（民八十二）提出近年來由於各家學者對家庭功能評估的重視層面有所不同，有的學者強調家庭的結構分析（structure analysis），有的重視不同層面的家庭功能之呈現，有的以家庭的認知型態為主，有的學者則以家庭功能的運作歷程為重點，另有學者從家庭應達成的任務、家庭因應能力或家庭氣氛來說明家庭功能，因此發展出各自不同的家庭評估工具。筆者參考曾端真（民八十二）相關文獻的分類，並加以分析整理如下：

一、從家庭的系統論家庭功能

MMFF (McMaster Model of Family Functioning)，發展開始於一九六〇年代末期，至今已超過三十五年，由Epstein, Bishop及Levin在McMaster Univ.所提出，現在則由Brown Univ.所領導，它描述正向特質，不是探討完整性的家庭功能，較集中於探討家庭成員的情緒與身體健康，定義其指標從非常無效到非常有效，所謂非常有效是指擁有較樂觀的身體與健康的情緒。以下將就本模式的假設、基本概念、向度做一說明：

(一)本模式所用到系統理論的重要假說，包括：

1. 家庭的部分之間是有相互關係的。
2. 家庭中的任何一部分都不可能單一的被了解。

3. 家庭功能不能經由了解單一的各部分之後，即認為是了解家庭的全部。

4. 家庭的結構與組織是了解家庭成員做決定與行為的重要因素。

5. 家庭系統的轉變往往受到家庭成員行為的塑造而成。

(二)基本概念

本模式除系統的觀點之外，另一個重要的特色是「價值」，當我們在描述家庭的健康時，會去檢視每一個向度，通常這就表示出價值的判斷。針對家庭所必須處理的議題、問題與任務，可以包括下列三大方向：基本任務（basic task），發展任務（development task）與冒險任務（hazardous task）。

所謂基本任務包括工具性的議題，如：提供食物、金錢、交通與居住所。所謂發展任務包括家庭長期的發展結果，通常概念化為一連串的階段，在個人的層次上，包括嬰兒、小孩、青少年、中年、老年；在家庭的層次上，階段開始於婚姻、第一次懷孕、即至最後一個小孩離家，許多作者均有所提及。所謂冒險任務是指處理來自疾病、意外、失去收入、變換工作等等的危機，若有家庭無法有效處理以上三個任務，將會衍生出臨床上明顯問題或慢性適應不良問題。

(三)家庭功能的向度

透過對家庭的結構、組織與處理的了解，本工具界定出下列六個向度（Epstein et al., 1981），這六個向度之間是有潛在的重疊，且彼此之間有交互作用，以下將分開討論向度並呈現向度主要的意義。

1. 問題解決（problem solving）：家庭維持功能所必備的解決問題之能力。

2. 溝通（communication）：家庭交換訊息的效力，以及溝通是否清晰與直接。

3. 角色（roles）：角色界定是否清楚與適當，角色的任務與責任是否足以維繫成員人格的健全發展。

4. 情感反應（affective responsiveness）：家庭成員能適時適度的反應情緒。

5. 情感投入（affective involvement）：對成員表達關懷與重視。

6. 行為控制（behavior control）：家庭處理危機的型態及滿足成員心理需求與生理需求的能力。

以下將就這六個向度的意義加以介紹如下（Epstein et al., 1978）：

1. 問題解決（problem solving）：所謂家庭問題解決是指從家庭解決問題的能力到有效維持家庭功能的層次。一般家庭問題的

二個類型為工具性（包括一些自然的、工具性的，例如：金錢、食物、衣著、居住、交通等等）與情感性（包括情緒或感情，例如生氣、沮喪等等）。

而通常家庭功能因工具性問題瓦解的機會很少，反而是情感問題較為顯著，情感問題處理有下列七個階段：界定問題、與合適的人溝通問題、發展出可選擇性的行動、從各選擇中做一決定、行動、監督這項行動、評估問題解決的效果等步驟；總之，當家庭對以上七個問題能有因應的技巧，那代表家庭對問題有解決的能力；如果家庭從一開始就無法界定問題，將代表著家庭在問題解決方面是無對策的。

2. 溝通（communication）：指家庭中訊息的交換。一般家庭的溝通模式可分為工具性與情感性的方式；各有四個獨立的向度：清楚且直接、清楚但不直接、模糊且直接、模糊且不直接；而所謂清楚或模糊的溝通方式指訊息的內容是清楚的描述或有欺瞞、毀謗或含糊；所謂直接與不直接是指訊息是否切中標的或企圖向他人扭曲。

在溝通的同時需注意到口語與非口語表達，若非口語的部分是模糊的，或許所反應出的口語溝通便是間接的；若家庭情感較少，溝通往往變得不清楚且間接；總之，家庭成員中最有效的溝通方式是将訊息能夠清楚且直接的表達給對方了解，如果訊息的傳達是模

糊且是間接的話，那將導致彼此的溝通大打折扣。

3 角色 (roles)：是指角色界定是否清楚與適當，角色的任務與責任是否足以維繫家庭成員人格的健全發展。一般家庭中的角色功能包括必要的與其他的角色，而必要的家庭功能角色包括資源的提供（包括任務性的提供金錢、食物、衣著與庇護）、愛與支持（包括對家人提供舒適、溫暖、再確定與支持）、成人的性滿足（包括配偶對性關係的滿足、同時也覺得能使對方滿足、有適當的性活動）、個人生活技巧發展（包括兒童的生理、情緒、教育及社會發展，成人的職業、興趣及社會發展），家庭系統維持與管理（包括做決定、界限與成員地位、行為控制、財務及健康相關等功能）。

另有二個角色功能，「角色分配」(role allocation) 與「角色監督」(role accountability)，前者關心家庭在角色的指配與相關議題，包括如何分配？是否清楚？家庭成員是否滿意？後者指的是家庭能確定功能的執行之過程，包括家庭成員的責任感，所存在的監督與修正之機轉。總之，在家庭中的角色分工方面，家庭成員能清楚且合理分配個人責任才可以發揮家庭功能；如果家庭成員無法公平且合理的分配責任的話，那家庭功能將不存在或無法維持。

4 情感反應 (affective responsiveness)：包括質與量的部分，指的是有能力以合適的質與量之感覺去反應一個已知的刺激。

在質的部分包括：(1)在家庭的情緒生活中家庭成員是否有能力反應完整的感受？(2)情緒的經驗是否經常包含刺激或情境之內容。在量的部分可包括從無反應，經由合理的，期待的反應到過度反應。主要集中於關心家庭的反應，而非個人的部分。這個向度的重點不在於評估家庭成員用什麼方法傳遞其情感，而是了解其所形成的影響；家庭應能使成員經驗合適的表達合適情感的能力，不過情感的反應摻有許多的文化的變數。

一般家庭情感反應包含幸福情緒 (welfare emotions)：感性、溫暖、支持、愛、歡愉、安慰、仁慈等等；緊急性情緒 (emergency emotions)：生氣、害怕、悲傷、失望、沮喪。總之，家庭中合宜的情感反應是對刺激所反應出的量與品質是必需適當的；如果家庭成員只有一、二人反應或是對刺激所反應出的量與品質被扭曲，則可視為是家庭不適當的情感反應。

5 情感投入 (affective involvement)：是指家庭對家庭成員的一些特別活動與興趣表示有價值且可投入。一般家庭中的情感投入包括六種類型：缺乏投入（沒興趣或不願意參與）、投入缺乏情感（有些興趣或投入其中的成員，往往這些興趣是較屬於知性部分）、自我陶醉的投入（對他人的興趣僅止於與自我有關的反應）、同理的投入（對他人的興趣或投入是來自於對他人的感受）、過度介入（對他人的興趣或投入過多）、共生的投入（對他人的興趣或

投入傾向病態，只有在非常干擾的關係中才會出現）。總之，家庭成員彼此的情感投入要達到效果的話，必需是成員能夠以同理投入的互動方式；如果家庭成員的情感投入是以共生投入或缺乏投入形式的話，那彼此的互動將會是無效果的。

9 行為控制 (behavior control)：是指家庭處理危機的型態及滿足成員心理、生理需求的能力。可應用於三種情境中，包括生理危險的情境、符合與表達生物心理的需求與驅力（吃、喝、睡、性、侵略）、家庭內外人際間的社會化行為。通常家庭控制的標準與範圍，包括僵化的（標準窄小，特別是在文化方面，很少隨這情境而有所協商或變化）、彈性的（標準是合理的，有一些協商改變的機會，依據內容而定）、鬆散的（極端的，無標準可循，所有的範圍均可，不考慮內容）、無秩序的（不可期待的且隨機轉變的，所以家庭成員不知何時有什麼標準，可能有多少協商的空間）等。總之，家庭成員彼此的行為控制必需富有彈性，讓家庭成員有很大自由的空間，不會有互相牽絆、受拘束的情形發生；如果家庭成員彼此是以無秩序方式互相控制行為的話，那將會形成彼此失去自由，處處受到控制。

一一、從二元論論家庭功能

FACES III (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III) (Olson et al., 1985) 主要測量家庭凝聚力與適應

性，它與Circumplex Model of Family Functioning有相似之處，家庭成員要完成前後兩次的二十項量表，家人目前認知與他們喜歡的理想家庭，每個向度以Likert五分量表範圍，從「幾乎從不」到「幾乎總是」，凝聚性和適應性的內部一致性信度分別為零點七七及零點六二，再測相關是零點八，量表的建構效度已經證實凝聚性和適應性是有交集的 (Olson et al., 1985)。

凝聚性描述家庭的感情界限有四個層次：脫離（極低的）、疏離（低的到中等的）、連結（中等的到高的）、糾結（極高的）；適應性描述家庭的能力去改變角色關係、權力結構、與反應在情境和環境壓力的關係角色，而適應性有四個層次：僵化（極低的）、結構（低的到中等的）、彈性（中等的到高的）、無秩序（極高的），而大部分適應性和凝聚性的功能會落在中等平衡範圍。

在凝聚性的向度中，太高的凝聚性將使得家人過分糾纏（enmeshed），家人的生活彼此糾結一起；反之，凝聚性太低的家庭，家庭成員彼此疏遠與孤立；順應性太低的家庭，將導致變異太大，難以預期，並陷於散亂之境；順應性偏高的家庭，則會顯得僵硬與沉滯。

一二、從家庭氣氛論家庭功能

FEF (Family Evaluation Form) 是Moos在一九七四年提出的模式，主要是探討家庭氣氛對個體及家庭功能的影響。評估的層面

分爲家庭關係層面包含凝聚力 (cohesion)、表達 (expressiveness) 及衝突 (conflict) 三項；個體成長層面包含獨立性 (independence)、成就 (achievement)、知識—文化 (intellectual-culture)、娛樂性 (active-recreational) 及道德與宗教 (moral-religious) 五項；系統維持層面包含組織 (organization) 及控制 (control) 二項。

以上的這些變項，Moos分別定義爲：(1)凝聚力指家庭成員間相互幫助及支持；(2)表達是指家庭成員直接地表達他們的情感；(3)衝突是指家庭成員允許在衝突上表達生氣及攻擊；(4)獨立性是指家庭成員有自己的主張、自己的能力且能夠自己做決定；(5)成就是指架構在成就去向或競爭體制中的正當活動；(6)知識—文化是指家庭在政策、社會、知識及文化活動中的興趣；(7)所謂娛樂性是指家庭成員對社交及娛樂活動的參與；(8)道德與宗教指家庭的倫理及宗教議題及價值；(9)組織是指組織及結構的活動計畫及責任分配；(10)控制是指家庭生活中清楚的規則及程序。

FEF因缺乏清楚的得分教導、廣泛基礎的標準樣本、合適的效度證實與經驗爲基礎的量表，因此在發展過程中（包括更多標準的工作與測試、再測試信度和建構效度）伴隨家庭評估形式的修正版應該可以增加工具可用性。

四、從家庭應達成的任務論家庭功能

FAM-III (Family Assessment Measure) 以MMFF爲基礎，是以家庭功能的過程模式爲基礎，測量家庭成員在各成長階段，包括：兒童期、青少年期和成年期所完成任務的情況 (Skinner et al., 1984)；類似於McMaster的家庭評估方法：FAM-III以獨特的方法提供多層面家庭功能評估，包括七個項度：任務達成、角色、溝通、情感表達、情感投入、行爲控制及價值和規範，每個項度都是以Likert四分量表型式呈現，量表共包括三大層面：包括五十項一般量表測量，主要探討整個家人健康狀況，四十二項雙重關係量表，用來區別不同的雙重關係並檢試家庭成員如何看待特殊的雙重關係，四十二項自我評估量表，讓每一個人評價自己的家庭功能：FAM-III以四百七十五個家庭（百分之二八問題家庭）爲標準化樣本 (Skinner et al., 1983)。

五、FAD

FAD是根據一九七八年Epstein等人的the McMaster Model of Family Function (MMFF) 發展而來的 (Epstein et al., 1983)。FAD所評估的向度爲問題解決 (problem solving)、溝通 (communication)、角色 (roles)、情感反應 (affective responsiveness)、情緒投入 (affective involvement)、行爲控制 (behavior control)、一般功能 (general function) 等七項，其中前六個測量項目是來自於MMFF。

所謂問題解決是指有效處理家庭問題，藉以維持家庭功能運作的能力；溝通是指家庭成員之間訊息的傳遞，著重於口語訊息的傳達是否清楚及直接；角色是指家庭成員所需負擔的責任與任務，著重在任務是否清楚且適當的分配給家庭成員，成員是否確實的執行；情感反應是指家庭成員是否能適當的表達情感，一個功能良好的家庭，成員能適當表達情感，不會受到壓抑；情緒投入是指對家庭成員的興趣及活動所投入的程度，一個功能良好的家庭對投入的程度是適中的，不會太多也不會太少；行為控制是指對家庭成員的表現及維持標準，行為根據其不同種類的狀況（如危急的、心理的及社會的），又可區分為不同的控制類型（如彈性的、僵化的、放任的及混亂的），良好功能的家庭是具有彈性的；最後一項是一般功能，對家庭健康與病態程度的整體評估。

綜合以上各種理論及模式，筆者發現家庭功能的評估項目可包含：溝通、情感、關係、聯盟、界限、角色、規則、權力、決策、問題解決、社會支持、價值、疾病適應等，而其測量工具也往往因研究主題、研究發展階段及對家庭功能的假設而有不同的測量方式。

肆、精神分裂症患者之家庭功能

對於精神分裂症患者家庭而言，疾病與家庭功能之間的關係往往不易釐清，因此，筆者認為研究家庭功能的價值並不在於做病因的推論或對家人的歸罪，而是探討家庭在面對患者時所展現出的現

況，其目的在於確定促進家庭功能良好的各種途徑，從中發現任何可以增加家庭福祉的可能性。以下將針對家庭功能的良好與否之內容與精神分裂症患者的家庭功能特色做一分析。

一、良好與不良的家庭功能

Lindblad-Goldberg等人（1988）曾提出良好功能的家庭是家庭成員無兇虐史、違法、酒癮或其他的物質濫用情形、不良的社會關係、犯罪、學校問題（行為或學業）、衰弱的慢性疾病、身體殘障等內容。林美珠（民八十一）則認為一個良好的家庭功能應具有下列幾項特質：

- (一) 能夠有效的解決所面臨的問題及協調問題。
- (二) 能夠清楚、直接、一致且有效的溝通。
- (三) 家庭的角色、職責分配的公平且合適。
- (四) 家人之間能相互的表達情感。
- (五) 家庭能照顧每一個人的情緒與需求。
- (六) 家庭的行為控制是彈性而不僵硬的。

論及良好的家庭功能，相對而言提出對失功能家庭的定義及特色更是重要；陳麗英（民八十四）認為家庭功能的失調是指家庭的模式失去其功效及產生苦惱的徵狀；曾端真（民八十二）認為任何家庭都可能在某些層面不夠健全，此非意味家庭功能失調，唯有當某些層面的問題持續太長的時間，成為家庭成員間的主要互動模式

與個體的主要特質，同時阻礙個體的成長與發展時，此家庭才可說是失功能家庭。而Lindblad-Goldberg等人（1988）提出失功能家庭較常會與學校相關問題作連結，換句話說，小孩較會學習到不適當或者是在學校表現出問題行為，而大部分的問題行為是很困難解決的，如：打架、偷竊、不良的同儕關係等現象。

Genther等人（1977）提出失功能家庭有五個不同發展的層次：

（一）第一層次：家庭幾乎接近失去整合，成員已經放棄所有對家庭的責任感，他們認為自己是無力的受害者，放棄家庭聯合的希望。

（二）第二層次：家庭藉由責罵單親成員或問題抽象方式，成員已經發展到主動地對問題免去個人責任，如要成員負責的話，可能會讓成員產生生氣和敵意，或被動地對接受問題責任形成抗拒。

（三）第三層次：成員開始表露對家庭問題負責和功能的認知，不過，他們有時會產生猶豫，拒絕責任。

（四）第四層次：家庭充滿對問題負責任的能力，這是責備外在和其他家庭成員的最低限度，家人沒有逃避責任，了解問題解決的可利用資源，而此層次的限制是家人未意識到行動是解決問題的必需條件。

（五）第五層次：家庭成員負完全責任，他們會了解問題的貢獻和無參與責備或逃避責任，家人會負解決問題的責任，會完全接受行為的表現。

曾端真（民八十二）提出失功能家庭的現象包括：

（一）病態的溝通模式，如偽裝式的溝通（家庭成員常為了避免表面的衝突，或害怕面對問題，反而會掩飾內在訊息）、雙重束縛（發出的訊息同時包括二個互相矛盾的訊息，使得接收者不論聽從那一個訊息都將是失敗的一方）、口語與非口語訊息不一致（當此二者不一致，甚至於背道而馳時，接收訊息者將無法分辨何者才是真正的訊息）等現象，造成在接收訊息上無法接觸真正的意義，使得家庭成員無所適從或接受到錯誤的訊息，造成家庭成員間的衝突。

（二）黏絆或脫離的關係，由於個體可能受到過度的或不足的照顧保護，所以可能約束或放棄了其發展，使得成員沒有發展出獨立的自我，及適當的家人關係，因此在關係上易產生黏絆或脫離的關係。過度黏絆的家庭，個人失去自我；過度的脫離的關係中，家人各自為政，缺乏家人的一體感。

（三）家庭迷思充斥，失功能的家庭中存在許許多多的家庭規則，這些規則代代相傳家人，深信不疑且不容懷疑及破壞，這些規則便稱為家庭迷失。這些規則不利於家人的互動與關係，會阻礙親子關係及夫妻關係。

（四）家庭生命週期進展困難，由於失功能家庭缺乏因應危機的能力，其認知型態及解決問題的模式均不利於家庭在各生命週期的變動，因而阻礙了家庭生命週期的發展。

(五)家庭中出現「代罪羔羊」，以上各種失功能的現象，均易導致子女成為「代罪羔羊」。

筆者認為對於良好或不良家庭功能內涵的探討，其定位不在將功能不良家庭加以區隔或標籤，而是能透過對功能不良內容的探討，更深入了解家庭的運作，同時可以更具體呈現功能的內涵，建構本土的家庭型態，同時使臨床工作者可以在助人的過程中有更完整性的概念。

一、精神分裂症患者家庭特色

目前有許多研究是以一般對象的家庭功能為探討方向，而有學者（蕭淑貞，民八二）認為精神分裂症患者家庭功能與一般家庭功能有其差異性存在，因此，筆者將進一步針對精神分裂症患者家庭加以探討其家庭功能特色，以呈現更具體的內涵。

(一)在情緒影響方面

精神病患的父母、兄弟姐妹、孩子、配偶情緒上所受的痛苦實在是一言難盡。憤怒與罪惡感常連袂出現，家屬就在不斷的痛苦與疲累中循環；除了痛苦以外，家屬還有失落與哀傷，他們慢慢意識到患者再也無法達到自己或任何人的期望了，後來焦慮會愈來愈強烈，害怕患者自傷或傷人的事情發生（楊連謙等，民八十一）。

(二)在子女教養態度方面

蕭淑貞（民八十二）的研究中發現男病患比其配偶採取獨立性、

少溝通及不刻意訓練之教養態度；女病患比男病患採較多與子女溝通之態度，另一方面蕭淑貞等（民八十三）更進一步提出男性病患的太太比女性病患的先生較能擔任起教養的責任，因此，女性病患的子女值得關切。

(三)在角色方面

Beale (1982) 提出角色迷惘 (role confusion) 的意思是無法指望家裡每個人都能扮演好自己的角色，這在慢性精神病患家庭是常見的情形（引自楊連謙等，民八十一）。

患者家裡的孩子也發現不能期望爸爸和其他人的父親一樣，甚至自己還得負起一些照顧的責任，譬如媽媽工作時得照顧爸爸，且孩子發現媽媽不只需要他們在情感上的支持，有時候還依賴他們的意見，小孩有時候被病態的需求去扮演大人的角色，因此有時候小孩會搞不清楚家裡的權力中心在那裡。當然他們也因此耗掉了時間與精力，無法發展在孩子或成人階段應該完成的人生任務（楊連謙等，民八十一）。林美珠（民八十一）研究也發現精神分裂症患者在家庭角色功能向度及家庭控制功能向度比一般家庭來的偏差，且在一般功能上也比一般家庭來得差。

(四)在衝突解決方面

家裡有精神病患的存在常常會引起家屬間的衝突，一件平常的小事也會被擴大得不可收拾。如夫妻倆原本對怎樣扮演好親職、情

感如何表達、對孩子的期望要放多少、對犯罪的忍受度就都不盡相同。而父母和正常孩子間的衝突幾乎是很難避免的，通常，父母會想盡辦法讓正常的孩子免於受家裡不愉快的氣氛感染，但是他們的保護通常會被正常的孩子解釋為剝奪他應有的權利（楊連謙等，民八十一）。

(五)在社會影響方面

當家裡每個成員隱忍著強烈的痛苦時，當家裡的衝突使家裡變得沒有秩序、不和諧時，疾病帶來的社會影響就在這時候開始，家屬會發現他們社交生活被限制的情形與日俱增。而社會對精神病的烙印造成家庭被孤立，況且親戚朋友很難，甚至很怕和患者接觸。他們不曉得該對家屬說些什麼，該怎麼幫他們，所以乾脆什麼都不說（楊連謙等，民八十一）。

(六)在家庭功能的評估方面

蕭淑貞（民八十二）的研究中發現男病患對家庭功能的評價比其配偶或女病患高；而蕭淑貞等（民八三）亦提出無論是病患或配偶，男性對家庭功能的評估皆比女性要好，或許是女性在家中的角色功能負較大的責任，因此認為家庭功能較受大影響。

因此，透過以上分析，可以發現精神分裂症患者家庭所呈現之功能特色包括情緒、角色、衝突解決、社會與教養子女態度等方面均會受到影響。

陸、結論

許多學者與臨床工作者，都希望能從家庭取向著手，以對精神分裂症研究有更完整性的看法，而家庭功能的重視，正是一項重要的證明，透過本文的整理，希望提供研究者在相關議題的思考中，能更具體呈現家庭功能的概念，並能協助臨床工作者可以經由對家庭功能的了解，提供臨床家庭更多治療與處遇的基礎。

（本文作者任職於高雄醫學院醫社系）

參考文獻：

- 白秀雄、李建興、黃維憲、吳森源等 現代社會學 台北 五南圖書公司 一九八九
- 史曉寧、黃愛娟等 以家庭為重心影響老年慢性病患照顧相關因素之探討 榮總護理 一一（四） 一九九四 頁四二六～四三七
- 史曉寧、黃愛娟等 家庭重病老年患者之主要照顧者壓力源和其家庭功能因素之探討 榮總護理 一三（二） 一九九六 頁一三八～一四七
- 林美珠 精神病患家庭功能之研究 衛生署研究計畫 一九九二
- 林麗輝、歐美、吳尚琪等 長期照護中主要照顧者之家庭功能、社會支持與情緒 護理研究 五（一） 一九九七 頁七七～八七
- 郭素珍 有早產現象的產婦週產期內家庭功能的改變 護理研究

二(二) 一九九四 頁一〇六~一一五

黃梅羹、劉瓊英、胡海國、馮燕等 我國適用之「精神並患者家庭評量表」工具之修訂及其適用性 中華民國醫務社會工作學刊 二 一九九二 頁六五~八五

陳慶餘、李立維、吳英璋等 身心症狀家庭功能與疾病的關係 中華心理衛生學刊 五(一) 一九九一 頁三三~三四

陳麗英 家庭功能的評估 中華心理衛生學刊 八(三) 一九九五 頁三一~四四

黃麗卿、陳慶餘、謝維銓等 非胰島素依賴型糖尿病患家庭功能及血糖 以FACES-II為工具之探討 中華民國家庭醫學雜誌 二(一) 一九九二 頁三四~四三

曾文星、徐靜等 家庭的心理衛生 台北 水牛出版社 一九九〇

曾端貞 家庭功能 諮商與輔導 九一 一九九三 頁一六~二一

彭懷真 婚姻與家庭 台北 巨流圖書公司 一九九六

葉美玉、李選 盧成皆等 酒濫飲與依賴患者之家庭功能探討 長庚護理 七(二) 一九九六 頁二二~二九

楊連謙、郭葉珍等譯 家屬與精神病患 台北 合記出版社 一九九二

鄭麗香、蕭淑貞、高碧霞、蔡麗美等 胰島素依賴型糖尿病童的福利需求與相關因素之研究 中華衛誌 一四(六) 一九九五 頁五一~五二一

龍冠海 社會學 台北 三民書局 一九七九

謝高橋 社會學 台北 巨流圖書公司 一九八二

蕭淑貞 精神分裂病患家庭及一般家庭其家庭功能及教養態度之差異 中華公共衛生雜誌 一二(一) 一九九三 頁五七~六九

蕭淑貞、鄭照芳、林梅鳳、胡海國等 已婚精神分裂症患者之性別對臨床症狀 日常生活功能與家庭功能之影響 中華精神醫學 八 一九九四 頁一七~二三

蕭淑貞、鄭麗香、高碧霞、陳月枝、戴東源等 大台北地區依賴型糖尿病少年其母親壓力執行困難家庭功能之探討 中華民國家庭醫學雜誌 五(一) 一九九五 頁二〇~三一

蕭淑貞、鄭麗香、高碧霞、蔡麗美、林瑞祥 母親壓力執行困難家庭功能對胰島素依賴型糖尿病控制的影響 高雄醫學科學雜誌 一一(三) 一九九五 頁一五七~一六三

Ciampi, L. (1989). The dynamics of complex biological-psychosocial systems: Four fundamental psycho-biological mediators in the long-term evolution of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 155, Suppl. 5, 15-21.

Epstein, N.B., Bishop, D.S. & Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Function. Journal of Marital and Family Counseling, 4, 19-31.

Epstein, N.B., & Bishop, D.S. (1981). Problem-centered Systems Therapy of the Family. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.),

Therapy of the Family. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.),

- Handbook of Family Therapy (pp. 444-482). New York: Brunner-Mazel.
- Epstein, N.B., Baldwin, L.M., & Bishop, D.S. (1983). The McMaster Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Genthner, R.W. & Veltkamp, L.J. (1977). A Scale For Assessing Family Dysfunction-Function. *International Journal of Family Counseling*, 5(1), 79-85.
- Hatfield, A.B., Spaniol, L. & Zippel A.M. (1987). Expressed Emotion: A Family Perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 221-225.
- Jackson, H.J., Smith, N. & McGorry, P. (1990). Relationship between Expressed Emotion and Family Burden in Psychotic Disorders: An Exploratory Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 243-249.
- King, S. & Dixon, M.J. (1996). The Influence of Expressed Emotion, Family Dynamics, and Symptom Type on the Social Adjustment of Schizophrenic Young Adults. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1098-1104.
- Leff, J. (1994). Working with the Families of Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry*, 164, 71-76.
- Linblad-Goldberg, M., Dukes J.L., & Lasley, J.H. (1988). Stress in Black, Low-Income, Single-Parent Families: Normative and Dysfunctional Patterns. *American Journal of Orthopsychiatry*, 58(1), 104-120.
- Moos, R. H. (1974). *Combined Preliminary Manual for the Family, Work, and Group Environment Scales*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Olson, D.H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *Faces III Manual*. Unpublished Manual. (Available from D.H. Olson, Family Social Science, 290 McNeal Hall, University of Minnesota, St. Paul, MN 55108).
- Skinner, H.A., Steinhauere, P.D., & Santa-Barbara, J. (1983). The family assessment measure. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 91-105.
- Skinner, H.A., Steinhauere, P.D., & Santa-Barbara, J. (1984). The family assessment measure. Administration and Interpretation Guide. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Smith, J., Birchwood, M., & Cochrane R. (1993). The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 11-16.