

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

- ▶ 憂鬱症合併重複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

Interpersonal Psychotherapy for Adolescents with Depression and Repeated Self-Injurious Behaviors: Positive Therapeutic Factors for Good Outcome

doi:10.30074/FJMH.200609_19(3).0004

中華心理衛生學刊, 19(3), 2006

Formosa Journal of Mental Health, 19(3), 2006

作者/Author：唐子俊(Tze-Chun Tang);蔡瑞修(Jui-Hsiu Tsai);王慧瑛(Huei-Ying Wang);黃詩殷(Shih-Yin Huang);林興(Josh Chia Hsin Lin)

頁數/Page：279-304

出版日期/Publication Date：2006/09

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200609_19\(3\).0004](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.200609_19(3).0004)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE





憂鬱症合併重複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

唐子俊* 蔡瑞修 王慧瑛 黃詩殷 林家興

本研究針對憂鬱症合併重複自我傷害的三個青少年案主，接受人際心理治療後症狀顯著改善者，經案主同意分次進行共三至五小時的深入訪談，經逐字稿分析心理治療中案主獲得改善相關內容，了解受訪者接受心理治療前後的差異以及治療中真正有效的治療因子。研究結果發現，人際心理治療前後差異有：從絕望的人際挫敗經驗中重燃希望；以其他情緒處理方法取代自我傷害；找到可暫時取代原先挫敗經驗的人際關係。而有效的治療因子則是：持續穩定的陪伴關係，不因仍有自傷行為就被放棄；不確定是否嘗試形成新的人際關係時，持續被提醒；情緒慌亂時，可以向人真實表達自己而不覺丟臉；不被強迫接受自己應該怎麼做，和自己家人不同。最後，依據研究結果提出相關實務工作建議。

關鍵詞：青少年、憂鬱症、重複自我傷害行為、人際心理治療、有效治療因子

唐子俊：高雄醫學大學附設中和紀念醫院精神科主治醫師、張老師基金會資深督導、高雄市公立國高中職輔導團督導、高雄市大專院校駐校醫師；國立台灣師範大學教育心理與輔導學系博士；專長領域與研究興趣為精神醫學、社區心理衛生、個別及團體心理治療。(通訊作者；E-mail：ipt2005@gmail.com)

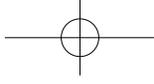
蔡瑞修：高雄市立小港醫院精神科主治醫師；高雄醫學大學醫學系學士；專長領域與研究興趣為精神醫學、基因學。

王慧瑛：高雄市立新興高級中學輔導老師；國立台灣師範大學特殊教育研究所結業；專長領域與研究興趣為學校心理衛生、青少年心理輔導。

黃詩殷：高雄醫學大學學生輔導組輔導老師；國立台灣師範大學教育心理與輔導學系碩士；專長領域與研究興趣為學校心理衛生、諮商輔導。

林家興：臺灣師範大學教育心理與輔導學系教授、董氏基金會心理健康促進諮詢委員、台北市諮商心理師公會理事長；美國肯塔基大學諮商心理學哲學博士；專長領域與研究興趣為諮商心理學、社區心理衛生、變態心理學、心理分析治療。

收稿：2005年05月19日；接受：2005年09月22日



一、研究動機與目的

從近期媒體以及實務經驗中可以發現，國內青少年因情緒障礙及自我傷害行為而尋求協助者有越來越多的趨勢，也逐漸受到家長及校方的重視。根據衛生署的死亡統計當中，發現青少年自殺死亡比率這幾年有逐漸上升的趨勢，而且在過去兩年達到十年內的高峰(衛生署，2004)。在國外統計資料顯示青少年在完成自殺之前，會出現重複自我傷害的行為。美國疾病管制局(簡稱CDC)調查青少年嘗試自殺的比例，發現女性大約是在9-15%，而男性大約是在3-7%之間。研究者在參與學校健康營造以及教訓輔三合一等研究計畫當中，於高雄市不同學校的全校調查研究，可以發現曾經出現過自我傷害行為的中學生個案，不分性別大約是在1至5%之間。

有關處理青少年自殺及自我傷害行為的模式，King等人(1997)認為青少年自我傷害行為主要是源自於人際關係和溝通的問題，隨著時間過去問題卻沒有獲得解決，而漸漸累積出來的情緒處理方法。Brent等人(1997,1999)認為自殺或自我傷害的青少年，本來就有情緒調節的問題，再加上誘發自殺行為的事件，因沒有辦法適當的處理問題，再加上錯估自殺行為的後果，才會導致自殺的完成。Shaffer等人(2002)認為青少年如果正好罹患精神疾病(例如焦慮、情緒障礙、藥物濫用等)，而這個疾病本身即常會引起自殺或自我傷害的想法，如果再加上適當的誘發事件(Williamson et al., 1998)，就可能造成重複自我傷害或自殺行為的出現。

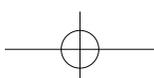
在臨床實務經驗當中，經常用來概念化的方式是生物心理社會模式。因此，青少年自我傷害行為的介入模式，常常結合了藥物治療、心理治療以及家屬會談(Diamond et al., 2002; Harrington et al., 1998)。在青少年憂鬱症和自我傷害行為的介入模式當中，經由研究證實有效的方式，包括了認知行為治療和人際心理治療。青少年認知行為治療主要仍沿用成人認知行為治療的模式，而特別針對青少年的使用上加以修正。而新興趨勢是人際心理治療(Interpersonal psychotherapy, IPT) (Klerman et al., 1984; Weissman et al., 1974, 2000)。人際心理治療的觀點認為造成憂鬱症的主要原因以及處理憂鬱症的重點，在於憂鬱症狀和許多生理反應不僅會嚴重影響人際功能，並且會嚴重的降低問題解決能力，並且會顯著影響個案的自尊心。因此解決



的方案就是增加人際問題處理的能力，適當的建立人際關係和支持系統。

人際心理治療剛開始運用在青少年時，主要是由另外一群研究者嘗試著修正原來使用於成人的人際心理治療，用以處理青少年憂鬱症和自我傷害行為(Hammen et al., 1999; Mufson et al., 1994, 1999, 2002)，之後逐漸發展成為青少年人際心理治療(IPT-A)。青少年人際心理治療主要是經由和青少年討論憂鬱和自我傷害前後的人際事件，協助他們適當的討論問題並處理人際關係，以建立支持系統並且改變和家人之間的關係及溝通，因此能夠協助青少年在家庭內及家庭外的關係改善，藉以減少青少年嘗試自殺和重複自我傷害的行為。研究當中進行的治療步驟，則遵循人際心理治療手冊(唐子俊等譯，2005出版中)的三個階段，第一階段為確定診斷、生病角色的免責，以及確立治療的焦點。第二階段為針對人際衝突、人際敏感、角色轉換以及哀傷反應等主題做直接的介入和找出因應方法。第三個階段為評估療效及決定如何後續追蹤。

在針對高雄市不同中學學生進行憂鬱症和重複自我傷害行為的調查，發現大部份出現重複自我傷害行為的學生，都至少符合適應障礙合併憂鬱(Adjustment disorder with depressive mood)或者未特殊表明的憂鬱症(Depressive disorder, NOS)，只有極少數個案符合嚴重憂鬱症的診斷(衛生署，2004)。想要將青少年人際心理治療中控制嚴謹的個案對照研究，直接應用到社區真實生活當中，需要有相當多的操作經驗和調整，這也是人際心理治療目前最需要努力的方向(Goodman et al., 2000; Stuart et al., 2003)。雖然過去人際心理治療的許多研究，都提供了相對的治療步驟以及操作方法，卻仍沒有針對治療後能完全停止自殺嘗試或自我傷害行為的青少年個案，找出過程當中有效的因素，也沒從治療的歷程去比較治療前後改善的情形。因此，本研究嘗試使用事後回溯的深入訪談，來了解重複自我傷害行為合併憂鬱症狀的青少年，在接受人際心理治療前後，對於整個治療過程經驗作回顧。希望提供處理青少年重複自我傷害行為的臨床工作人員、老師及家長參考，而更能覺察個案需求，進一步瞭解哪些部分容易加重原來自我傷害的行為，以及哪些部分可以適當減輕自我傷害和憂鬱症狀的危險性，以提供給個案最需要也最貼切的協助。





二、研究方法

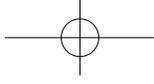
(一) 研究設計

本研究屬於探索取向的質性研究，經由深度訪談來了解重複自我傷害合併憂鬱症狀的青少年，在接受人際心理治療過程當中恢復的歷程。希望藉由案主所提出的心理治療歷程以及改變的過程，找到案主正向改變的因素，可以讓其他輔導人員和治療師了解如何更有效地協助案主的恢復歷程。

(二) 研究樣本

本研究根據下列條件選擇受訪對象：1.受訪者因為憂鬱症狀或自我傷害行為，尋求精神科或輔導室的協助；2.受訪者的憂鬱症狀或自我傷害行為並未達到需要住院的程度；3.以第一軸出現情緒障礙、未特別標定憂鬱症、情緒低落障礙、嚴重憂鬱症的診斷為主，而沒有出現其他共同罹患的精神疾病；4.受訪者必須要接受完整的人際心理治療療程，每週一次共十二次的個別心理治療，並且後續追蹤至少三個月以上；5.受訪者在後續的追蹤當中，憂鬱症狀沒有再到達臨床顯著的程度。最後，符合研究條件並成功完成訪談者有三位，均接受過每次一到一個半小時，至少三次的會談。三位受訪者年齡都在12至18歲之間，在進入治療前，經貝氏憂鬱量表(BDS)評定均達中重度憂鬱分數，經由學校輔導中心轉介以及在校精神科醫師初步診斷，由於案主均不願意至精神科就診，所以經案主同意後在校進行人際心理治療及危機處理。三位案主在治療結束時再度測量分數均有顯著下降。以下分別以甲、乙、丙三位同學進行敘述。

甲生為高二女生，有人際衝突、憂鬱情緒、自殺意念以及重複自我傷害行為(割腕、撞牆)，經校園精神科醫師診斷為精神官能性憂鬱症(neurotic depression)，因不願意至醫院就診，經學校轉介於校園中接受心理治療，也沒有服用精神科藥物。乙生為高三女生，有人際及家庭衝突、憂鬱。情緒、自殺意念以及重複自我傷害(割腕、打自己頭、撞牆)，經校園精神科醫師診斷為未分類憂鬱症(depressive disorder



NOS)，初期不願意至醫院就診，經學校轉介於校園中接受心理治療，過程中間歇性服用抗憂鬱及安眠藥物，但藥物順從性不佳，從未連續服用超過一個月。丙生為國二女生，有家庭及人際衝突、憂鬱情緒、重複自我傷害行為(割腕、撞牆)以及自殺嘗試(試著要跳樓)，經校園精神科醫師診斷為未分類憂鬱症(depressive disorder NOS)，雖經通知家人相關危險性，仍不願意至醫院就診，經學校轉介於校園中接受心理治療。

(三) 資料的收集和處理

本研究所要收集的資料，是受訪者接受過人際心理治療之後，其認為在治療過程當中有哪些因素，對於減輕症狀和減少自我傷害行為是最有幫助的。資料的分析和蒐集的過程如下：

1. 形成會談主題和初次會談：

開始會談時，先對受訪者當時精神狀態、人際、學業、一般生活壓力來源，以及當時家庭功能做整理。然後，根據心理治療的紀錄上，治療者紀錄當時受訪者接受心理治療的過程當中，所呈現的精神症狀、人際問題、人際支持系統、自我傷害行為、困境以及介入的方式，協助案主詳細的回想當時治療的情形。訪問者在這個過程當中，不去質疑受訪者陳述的內容，只是協助受訪者更加確定和具體地描述他所回憶的內容以及當時治療的過程。等到案主回溯到最後一次的心理治療情形，會談即告終止。

2. 錄音帶謄稿和初步分析：

經由聽取錄音帶和謄稿，依受訪者談話時間的前後順序，找出受訪者認為自己重要的進步點，以及與心理治療所提供的協助加以關聯，並且找出案主認為哪些協助方式是對於他整個治療有最大的幫助。

3. 進一步尋求受訪者的確認和解釋：

根據會談當中所得的訊息，再向受訪者進一步澄清，看哪個部份是研究者個人的解釋，如果不符合案主本身的解釋，研究者會加以修正，直到案主完全同意治療



效果和有效的正向改變技術之間的關聯性為止。

4. 提出研究者的命名、解釋和觀點：

根據會談收集的資料，由研究者整理出每位受訪者在心理治療當中認為其症狀以及人際關係改善的模式，進而找出相同和相異的地方。再進一步針對這些有效的治療因素，舉出具體的例證。最後，由研究者找出治療的有效因素，並且對於這些有效的因素加以命名，讓讀者容易了解，也提供以後研究者和輔導人員參考的方向。

三、研究結果

(一) 在接受人際心理治療前後，對於自我傷害行為以及人際關係困境，因應的方式有何不同？

1. 從完全絕望的人際挫敗經驗當中，開始燃起希望

三位同學來求助的時候，主要都是出現憂鬱的情緒和自我傷害的行為。剛開始協助的部分都是以生理的症狀為主，包括了吃不下、睡不著、很多事情都失去興趣、上課沒有辦法專心，並且出現了重複自我傷害的行為至少已經有三個月以上，甚至曾經想過要自殺。

甲同學是一位非常受歡迎的女同學，有相當多的異性緣，表面上看起來也是非常的陽光，但是和班上的人際關係保持著一定的距離和疏遠。在人際心理治療時候提到的改變是，「本來認為自己活著沒什麼意義，反正每天都是很社交性的人際互動而已。不管別人喜歡我或者和不同男生出去，都沒有被愛的快樂也沒有難過的感覺。在來治療前覺得自己不需要活很久，上課喜歡用刀子割自己手腕讓自己有感覺……，治療之後比較知道怎樣去爭取自己比較喜歡的人際關係，還有些關係其實是可以疏遠的。……我開始變得有自己的感覺，能夠接受和某些人在一起會有不愉快的感覺，可以用這些情緒協助我判斷是否要投入人際關係，讓自己不會變得那



麼遲鈍，……至少結束了一直長期利用我的前男友關係」。

乙同學來求助的時候，父母親一直有持續的衝突，其常需要壓抑自己的感覺，至少聽到父母親在吵架，確認他們不會傷害對方。最近因為有一位男同學喜歡他，他覺得自己沒有辦法辨識自己的情緒，雖然很喜歡對方，卻一直採取躲避的方式，讓自己覺得很痛苦，除了原來割腕的自我傷害行為之外還繼續割自己的手臂，但又擔心被其他人發現後被問東問西會很煩。心理治療之後的改變是，「我很常聽人家訴苦，常都是笑嘻嘻的，但我卻活得很不快樂很想死掉。割自己已經不會痛了，也覺得將來手一定會廢掉，來談只是不想讓導師同學一直煩我。覺得自己已經失去愛人和被愛能力，一點感覺都沒有。……心理治療後，雖然沒接受這位男同學的喜歡但是也不會覺得壓力很大，因為我還有很多貼心的朋友，我喜歡躲在人群後不喜歡出風頭。……我變得能夠找同學抱一抱，講我自己的情形。同學看我臉色不對也不會再一直倒垃圾給我。……和家人關係並沒有太大改變，因為考上大學後不需再住在家裏。……我知道家人對我還是最重要的，但是我仍想去念自己的學校找自己的朋友，不需要整天擔心父母親會傷害對方，每天聽他們吵架是很累的……」。

丙同學是一位看來早熟的國中低年級女生，主要因為有越來越多重複自我傷害行為以及和班上及隔壁班同學產生劇烈爭執，甚至想跳樓而來接受心理治療。剛開始常認為治療不會有效果，自己也不需要控制自己情緒，但可接受盡量讓晚上不要做惡夢並學習放鬆的方法。剛開始接受心理治療時，覺得世界是不公平的，為什麼別的家庭都是如此平順，自己從國小就需承受家人的情緒，自己不敢對他們生氣，因為怕失去父母親。接受治療後開始比較願意和好友談論自己，也發現許多人家當中也有不少壓力，甚至還想到去幫助其他人。他提到的改變是，「我總認為已發生的家庭問題是無法再重來一次的，常很生氣覺得自己命不好，常嫉妒別人有很好的家庭生活，甚至希望他們也能體會我的痛苦。我本來的人際關係都是可以說說笑笑的，雖然他們好像把我當成不錯的朋友，但我總是沒感覺。想傷害自己時覺得這個是我唯一的痛苦和經驗，沒人可以體會，因為他們生活都是美好的。剛開始心理治療的老師要我試著表達自己的經驗和情緒，我總覺得半信半疑。……經過會談後，我嘗試著帶朋友一起接受會談，在老師引導下他也說出自己家庭的壓力，這

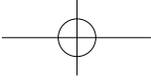


個原來就認識卻有距離的朋友，在我了解他的家庭還有困擾後，我居然想要幫忙他……。現在我已習慣把自己的情緒跟不同同學講，我也會對爸爸媽媽生氣，我不想再忍耐了……。也不知道從什麼時候開始，我再也沒有出現想傷害自己的想法和行為。看到別人過得很快樂，我覺得我不會輸給他們，因為我有很多好朋友！」

2. 除了傷害自己之外，願意採取其他的情緒處理方法

甲同學本來習慣用美工刀割傷自己手腕，雖然割到都沒有感覺了，但是心情不好時喜歡看血液從傷口當中滲出來。他寧願自己躺在床上看天花板，或者在教室中讓自己恍神也不願找別人談。經過人際心理治療後，他發現不一定要從嘴巴講自己的痛苦，他逐漸學會用電子郵件、簡訊和朋友保持聯繫。在心情很糟時，他會發簡訊給好友，告訴他現在自己的心情很糟很想死掉，「自己本來習慣看著天花板，看著抽屜的美工刀，看著自己的傷口。但是因為已經痛苦過很多次，幾乎都沒有感覺了。……這樣的事情本來我不相信會有人願意聽我說，而且我也不相信講出來會有用。……心理治療的老師一直提醒我，我本來都不相信這樣會有效果。……有天心情很糟，在恍神中傳通簡訊給xxx，沒想到他馬上回簡訊說要和我講講話。……我媽只會責怪我太情緒化，本來以為其他人應該也都這樣。……我開始習慣上網或用簡訊和朋友保持聯絡，才發現他們也會心情不好，原來以前我都沒問過他們，現在他們也會把心裡話告訴我一些。……和人講話的效果，比割自己還有感覺吧！」

乙同學處理心情的方式除了看電視之外就是睡覺，但這兩個方式在父母親吵架時都無法去做，只好訓練自己忍住，父母親吵架時看來沒感覺，但是吵架結束後回到房間會習慣地拿刀子割自己手臂，宣洩自己情緒後仍會笑著出來和父母親吃飯。他訓練自己對很多事都沒感覺，所以被人家喜歡也覺得怪異，反而更想用美工刀割自己，因為這感覺是熟悉的。但是現在發現了許多調整情緒的方法，其中最有效的是找好同學抱一抱。「我本來喜歡用睡覺來處理情緒，但是這方法越來越沒效，睡太久不想上學，爸媽會變得更兇，而且心情不好會睡得更久。……後來治療的老師提醒我，自己常用什麼方式跟別人溝通，而之後心情會變好，我才發現……我之前心情不好時，都會想抱抱我同學，但現在沒同班，常忘記這方法。……當我抱抱他之後他會把我帶到旁邊，問問看我的狀況，我常忍不住哭出來，……我也不知道為



什麼在家裏都沒感覺，現在可以覺得很委屈……。我不敢和班上男生太接近，他們一旦對我表示好感，我就會更想傷害自己……。不過現在我去抱抱其他人，有時候只是很喜歡他們……我好像會有感覺了。……同學雖然覺得我很肉麻，但是我感覺到他們很高興……這時再聽到爸媽吵架，我就趕快回房間打電話給同學……」。

丙同學常因累積很多情緒無法發洩，就會和隔壁班同學或鄰居吵架，事後老師制止並通知家長，讓他覺得受到不公平待遇，所以會躲到廁所或房間拿刀割手臂和大腿，並在上面寫下自己所討厭人的名字，看著割破的皮膚滲出血液覺得可宣洩一部分情緒。可惜這方法越來越沒效，他開始想跳樓。經過人際心理治療之後，他開始願意找朋友一起吃午餐，一群人一起罵這個令人討厭的同學，他也開始去了解原來也有很多人不喜歡這個令人討厭的同學。回到家裡看到沒公德心的鄰居，會在家裡和媽媽一起大罵，覺得和家人比較可以真實表達自己的生氣，爸媽也比較支持他。「本來我覺得世界上有這麼多不公平的人和事，反正我想死，再拖一個人下水也沒什麼…。本來覺得我的離開對別人並不重要，不會有人替我難過。……心理治療的老師叫我找其他同學談一談，我才發現討厭這同學的人不是只有我而已，……連老師都曾罵過他……我的心裡便很爽快……。再來和同學一起吃飯罵人……真是件爽快的事情……，原來有那麼多人都欠罵……。至於那個該死的鄰居，原來我爸爸媽媽也會生氣……媽媽罵人很兇……，有時我還勸他們不要那麼生氣呢！……現在我也會打枕頭、拿他畫像來射飛鏢……，這種感覺真爽！我幹嘛還要割自己……」

3. 除了原來挫敗的人際關係之外，找到其他可以暫時取代的人際關係

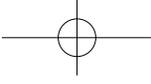
甲同學在國中曾被全班同學排擠，這次好不容易到新班級之後，很擔心以前不愉快的事情會再發生。經過一兩次人際關係衝突後，他擔心會發生以前類似的後遺症。因此，他現在每天生活都相當緊繃且戰戰兢兢。他覺得只要班上有人不喜歡他就會到處去說，讓自己沒辦法在這個學校立足。經過人際心理治療之後，他發現，原來不是所有同學都那麼容易被煽動。「和老師談過後，我發現班上有些男同學是中立的，雖然表面上他們會跟這些人一起活動，但有時他們會幫我說話，甚至覺得同學間不該互相說壞話。……聽了心理治療老師的建議，我去別班問其他同學……，發現這群同學別人也不是那麼認同……，他們講的話對我影響應該不會這



麼大……。我逐漸發現應該把握現在某些人際關係，不要先把他們當做是和他一夥的……。後來我才發現，原来越不和人接觸越容易被誤會……。我幹麼要讓他們在背後這樣中傷我……。我自己也要有一群好朋友。……。我相信這些人會自食惡果的……。我幹麼要讓他們喜歡我，我可以再去找我的新朋友……」。

乙同學發現自己如果不要那麼在乎父母親，就不會把他們吵架的事當作是自己的責任。他發現社團中有許多好朋友，這些朋友和班上同學不同，因為可以和他們玩得很高興又不用每天碰面。而且這裏也沒有喜歡他或向他表白的人，讓他心情輕鬆很多。現在看到父母親吵架或其他男生喜歡他時，就躲到社團去。他說，「以前我的笑容是一種習慣，其實根本沒什麼感覺。現在我會玩得很瘋……。因為社團裏也有一群和我一樣短路的人……。他們比我還要瘋。我相信即使我做了那麼多，爸媽吵架也不會因此而減少……。我幹麼還要繼續忍耐他們吵架呢？……。我現在還是很討厭別人喜歡我和談戀愛……。但還好社團裏都沒有來電的人……。我不排斥上大學後有人喜歡我……。現在班上狗仔隊太多。我才不要在班上談感情……。他們幾乎都沒好下場。最令我感動的是編畢業紀念冊時，雖然爸媽一直罵我不夠認真，幹麼要花那麼多時間來做這些無聊的事情，……。但是我在那邊有一群瘋子陪我忙很晚……。我寧願被罵……。看到這本共同的成就，雖然有同學把我們罵得很慘……。至少我們是一起被罵的……。我已經忘記傷害自己是什麼感覺了」。

丙同學為了想讓父母高興，不敢在父母面前表現情緒，擔心父母會生氣而拋下自己不管，也擔心媽媽壓力太大，最怕媽媽在他面前哭。他覺得自己有時好像是長輩在照顧父母，自己才是個國中生，為什麼要做這麼像大人的事情。經過心理治療後他才發現應該要像其他同學一樣，把重點放在同年齡做的事，例如和朋友一起逛街、講電話講很晚、喜歡別班男生。他覺得「我很怕看到媽媽哭，這讓我想起以前爸爸常不在家的日子……。我要是沒有媽媽自己就活不下去了……。我常覺得如果自己死掉就可以減輕他們負擔，我隨時都可以從樓上跳下去。……。我不敢離家太遠，擔心媽媽有天會不見。……。現在我發現自己很無聊，好幾個同學都說我幹麼一整天都關在家裏……。老師也告訴我爸爸都在家了，幹麼還要自己整天陪媽媽……。我有時覺得自己真像他們的父母親，自己好累……。現在我發現原來外面是這麼好



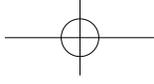
玩，其實我是一個很ㄍㄨㄥ的人，我才發現同學對我來說是很重要的……我不會那麼在乎爸媽是否很高興……我當然希望他們好……但是我的朋友很重要」。

(二) 心理治療的那些部分讓受訪者改變

1. 持續而穩定的陪伴關係，不會因為仍然有自我傷害的行為就被放棄

甲同學認為自己是個很有主見的人，不喜歡被輕視的感覺。剛開始老師發現他傷害自己要他不可以再這樣，他覺得再也不要跟這個人談了。要是自己知道該怎樣做才不會傷害自己，他幹嘛要這麼笨。他覺得心理治療剛開始讓他不會有被輕視的感覺，而且他本來就沒準備要聽治療師的話，沒想到即使他傷害自己，治療師仍繼續邀他來，剛開始覺得很驚訝「我最討厭人家叫我不要做什麼，越叫我不要做我就偏要去做。……還好老師你剛開始沒叫我不要傷害自己……很多人這樣做都失敗了，我根本不會聽他們的……。我覺得治療剛開始時，只是想試試你們有什麼把戲……但發現你們好像還蠻關心我的……我倒沒覺得不要讓你們傷心……只是覺得有人談談感覺也很好，最後發現傷害自己好像也沒什麼效果，再加上聽說你們輔導過很多傷害自己的人，聽聽你們的方法也還不錯……我又不是很笨，很快就知道應該要這麼做了。……有人固定可以談話，自己比較不會慌……當然交朋友還是要靠自己……好像不需要找我的父母來吧！……他們講的話可能會讓我更想死掉……我都知道他們要講什麼……他們會說我很自私……我要是自私早就不管他們了……我幹嘛還這麼痛苦」。

乙同學認為把傷害自己的事說出去會造成別人異樣眼光，而媽媽這麼神經質說不定會把事情弄得更糟。人際心理治療剛開始，他本來不太相信可以對別人說而不會嚇跑人家，結果沒想到老師不僅沒逼迫他馬上停止這樣的行為，而且還鼓勵他對信任的好友說。自己本來還不太相信，老師鼓勵了好幾次後，沒想到自己好友也曾割腕，只是太痛而不敢做了。他覺得自己很沒有信心卻又固執，他很怕煩也不想麻煩人家。但是老師從頭到尾都沒讓他覺得被排擠，而且也不會覺得逼迫或指責。這和他想像媽媽聽到這件事情的反應完全不一樣。「傷害自己沒什麼大不了，因為我早已不會痛了。剛開始只是覺得這沒什麼了不起不需對別人說，……我絕不會告訴

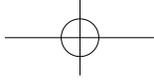


媽媽，媽媽比我還脆弱一定會瘋掉……沒想到老師沒有被我嚇跑……我很感謝老師一直陪伴我，雖然有時我可以想到一些方法不要傷害自己，但沒有老師一直提醒，而且沒因為我沒做其他方法而覺得生氣……這和我的家人實在太不一樣了……我後來想想，媽媽也很沒有安全感……說不定他也應該去做心理治療」。

丙同學常覺得不應該把自己的壓力丟給其它人負擔，他一開始也認為即使將傷害自己的事情對心理治療老師說，老師也沒有辦法處理他家裏的事，說了也是白說。他覺得自己很無聊，脾氣又不好，跟他相處一段時間後大家都會討厭他，而且他的問題太嚴重，最後大家都會被嚇跑不知該怎麼幫他。他覺得「有很多事情說出來都沒用，我不想用傷害自己的事來讓別人擔心，好像我是裝可憐……我最討厭這種感覺……心理治療老師一直告訴我可以把某些壓力說出來，我覺得他們很可憐，每天要聽這麼多難過的事……而且如果我繼續傷害自己，他們一定會對我沒耐心……我也不是故意的……但是我快瘋掉了，不割手就無法洩憤……沒想到老師居然可以繼續接受我跟我談，……而不會覺得很勉強……好像心臟還蠻強的……我後來已經不管老師可不可以聽下去……有話就說了……」

2. 可以在不確定是否要嘗試形成新的人際關係時，持續的受到提醒

甲同學因為曾受到全班排擠，而認為自己沒有能力建立新關係。所以即使在他其他人邀約時，都覺得別人是同情他，而且關係開始就要結束，為什麼還要浪費時間，自己一個人多好。他覺得「我國中曾被全班排擠，而且是好友開始背叛我，我當時非常難過但忍住難過繼續上學，不要和同學有接觸就不會受傷害。……到了高中之後，我覺得自己很矛盾……我很想和同學一起出去，但是又覺得自己會再被背叛……與其這樣幹嘛還要認識新朋友……。老師一直鼓勵我不要一下就很相信同學……可以慢慢選擇比較安全的同學開始……我本來還不太放心……後來有同學邀請我和他們一起出去玩……我還來不及拒絕，想試一試也還不錯，反正老師說我已經很堅強，像無敵鐵金剛一樣……沒想到這次真的玩得很高興……要是沒去真的有點可惜……我常還是會擔心東擔心西……一直猶豫要不要投入新關係……老師鼓勵我去參加他們的活動……沒想到這群朋友還真的不錯……之前國中的那些同學真是太遜了」。



乙同學在畢業前有男生追他，他覺得很不習慣又開始想要傷害自己。結果在治療師的鼓勵下並經過角色扮演，他嘗試向對方表達自己的心態和想法，沒想到對方非常配合。「自己以前覺得慌亂又會開始傷害自己……我對於人際關係常採取逃避的方式，因為我覺得把自己真正的感覺說出來會傷害別人的……長久以來一直沒有人告訴我，該如何把這些話表達出來的……老師告訴我，要是這個人真的關心你，會很重視你的感受，而且老師和我一起練習怎麼講這些話。我後來發現自己一開始真的很不習慣，而且拖了好久都不想去說破……但是壓力越來越大，對方一直對我表達……我又開始想傷害自己了……這一次我不想被打敗，有一天中午我把他找出來，告訴他我現在的想法……雖然和練習的時候講的很不一樣……但是沒想到他卻很高興……他也知道這時候談感情對我來說壓力太大，他願意先做一般的朋友……真的沒有想到會是這樣的結果，我本來以為我又會搞砸一件事情，有時候真的需要先試試看」。

丙同學本來有許多男同學在追求他，但因為之前談感情挫敗的經驗，讓他不敢接受別人也不敢拒絕別人，結果造成太多的人際負擔，讓自己常常覺得壓力很大，會使用自我傷害的方法來宣洩自己累積的情緒。他即使不喜歡追求他的對象，仍然會和對方在一起，幫忙對方寫作業，即使對方因為這樣跑出去玩，自己也面臨到考試的壓力需用念書，常常還是會沒有辦法拒絕對方的要求，幫忙對方做完他的工作之後，自己唸書和功課常常來不及，考試成績低落，結果造成父母親的責罵，並且讓自己越來越討厭這個人，但是仍然不習慣去拒絕，因為他擔心對方自己沒有辦法完成這些事情。「對我來說已經是一個長久的習慣，就是會替對方想太多，而不敢拒絕對方。常常覺得要是傷害了自己，總比傷害別人好，……但是這一次我覺得太不值得了」。

3. 在情緒慌亂的時候，可以有人讓自己真實地表達自己，而不會覺得丟臉

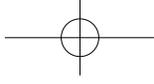
甲同學之前曾向家人表達心情不好，但正好遇到爸媽之間關係有衝突，媽媽心情也很糟。媽媽一直認為他的心情不好和沒認真念書有關，等到成績考不好才在後悔。父親雖然能了解女兒心情不好，但在家時間太少沒有太多機會能和他聊一聊。甲同學因此覺得對他人表達自己是增加別人負擔，而且表達自己和自己表現不好看



來是有關的，因不習慣向別人表達造成心情不好時容易想傷害自己，因為這是最快速的方法。心理治療剛開始時，他也覺得在治療中談論自己是件丟臉的事，但經過老師一再邀請已經比較習慣表達自己，而且對同學也是如此。「我父母到現在仍不是我談論自己的對象，我比較可以原諒他們了，因為他們狀況也不好而不是不關心我。我後來才知道表達自己原來是這麼重要的事……以前只要有負面想法想說，都覺得自己成績不好沒什麼好說的，都是自己的問題…現在覺得能夠找人談一談，即使是自己的錯，心情也會好一點…不需要用傷害自己的方法」。

乙同學因家中父母親爭吵而覺得自己不該再談自己的壓力，擔心造成父母更大的負擔而讓他們吵架更嚴重。他習慣在人前表現出自己狀況很好，常保持微笑，即使心情很糟、重複傷害自己甚至想跳樓時，表情看來都還是微笑的，因此也得不到同學幫忙。在心理治療之後，他發現「我還是不習慣和父母表達自己的情緒，我沒辦法說出來，我習慣壓力很大時抱住父親，用力咬他的手，當我壓力越大時就咬得越用力……爸爸很強壯，對我說沒關係。不過我卻不會和他談自己有壓力的感受……雖然覺得心情會好一點，還是沒辦法減少割傷自己的行為……剛開始心理治療時，覺得和醫師討論家裏這些事情不但沒用而且很丟臉……我連家人都不太會說為什麼要對陌生人說……。我花了一段時間才相信把問題說出來是很好的……我開始比較習慣找朋友談……別人能夠給我支持外，也習慣可以談出這些事情……當然要讓我很放心的人……心情不好時，我也可以在這些人面前自由表達出來……難過時他們就可以看到我不會笑的樣子，不再像以前一樣……割自己也比較會痛了」。

丙同學本來也是擔心造成朋友和家人負擔，而且認為父母關係不好在同學間是很罕見的，講出來會丟臉，因為那麼多人看來都很幸福，所以認為只要把成績讀好，這些痛苦就會過去。雖然他在班上一直都是前三名，但只要父母關係有變化，或成績無法達到期待，產生情緒會讓他想傷害自己甚至是跳樓。他描述自己從小就很像大人，不習慣對別人談論自己的情緒，而且常需要安撫媽媽，忘記自己還是一個小孩子而已。在心理治療之後，剛開始會覺得自己比較敏感，對於很多事情都有感覺甚至覺得不公平。「和同學談過後，我知道原來他們家裡也有很多問題，鬆了一口氣，原來自己問題不是最糟的……老師提醒我，這些同學會怎樣處理自己的情緒……我發現我反而在他們當中是最像大人的……沒人像我這麼ㄍㄨㄣ……，他們

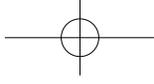


都可以對家人生氣也不覺得丟臉……我為什麼要忍到這麼痛苦……治療老師讓我知道，現在爸媽關係已經沒像以前那麼糟，不會因為我有情緒他們就受不了……比較敢表達情緒後……對於成績沒辦法表現好……也不會那麼想傷害自己了……我現在有幾個死黨，他們本來也都會傷害自己……我們很習慣一起表達情緒……現在想起來傷害自己是「一過頭才會做……我們都已經不是這樣的人了」。

4. 不強迫自己該怎麼做，而是讓自己做決定，和自己的家人不同

甲同學個性相當倔強，通常向家人求助時會聽到的是一番說教。「我覺得媽媽一定很討厭我，他有我這個孩子應該很頭痛……成績不好又不想唸書……他總是覺得我心情不好都是自作自受，只要早點開始念書就行了。他開始會幫我找補習班……時間到了就不讓我看電視和上網……他覺得這樣我就會心情變好嗎？他越這樣做我越反彈……後來才相信很多青少年想傷害自己和離家，應該都是被爸媽逼的。……和心理治療老師談的過程中，我發現他常讓我自己做決定，並沒有像父母一樣告訴我應該要怎麼做……剛開始我也覺得不習慣……以前老師要找我談我都不想去，但和這位老師談話……好像自己不會排斥他……甚至到後面，雖然他還是沒有直接給我建議去做，但是我不排斥他給的意見，甚至不知不覺會去做這些事情，然後回來和他討論……我知道我的父母很愛我……但我這種個性，逼我去做會越來越糟糕」。

乙同學描述自己看起來很聽話，事實上很有個性，雖然他會笑笑地接受，但是實際上會有很多情緒，甚至可能會加重傷害自己的行為。「我的父母可能知道我有壓力，父親關心我但不知道要怎麼幫我……媽媽自己心情比我還容易激動，他不要出事就好了，更不用說要教我怎麼做……我相信他們到很久之後才知道我可能會傷害自己，但是不確定，因為我告訴他們手上這些傷痕是刮傷……我看得出他們不太相信，……他們一直想減輕我的壓力，……反而讓我覺得怪怪的。……我記得他們知道我可能會傷害自己時，和我講了一下午……但我覺得無聊……他們根本不知道我在想甚麼……給的建議也超遜……。心理治療老師講的話，我不一定會照著去做，但是我覺得他鼓勵我去嘗試，即使我的方法後來證明是無效的，他也不會一下子叫我不去做……尤其是找朋友談談自己，或找機會處理和朋友之間的關係……



至少我不會像對父母那麼排斥……我開始會去試試看。我後來發現原來自己的表情常會讓別人覺得自己很乖巧聽話……這或許也是為什麼他們一直用命令口氣叫我做事……我其實已經長大了……現在我會直接反駁他們」。

四、結 論

從案主的深入訪談當中，發現心理治療前後的改變，從案主角度來看，心理治療真正讓他改變的壓力因應方式以及人際關係困境的處理，包括了：

- 從完全絕望的人際挫敗經驗當中，開始燃起希望；
- 除了傷害自己之外，願意採取其他的情緒處理方法；
- 除了原來挫敗的人際關係之外，找到其他可以暫時取代的人際關係。

而心理治療過程中，讓案主可以產生改變的部分，是所有心理治療一直想要找到的重要結構。如果能夠重複這些重要結構和步驟，希望能夠重複的促成下一個心理治療的有效性，這些部分可能和人際心理治療有關，但也不是專屬於人際心理治療的會談步驟，因為許多心理治療都存在這些部分，而這些部分的重要性也因為受到青少年案主的標明和認證，而顯得更加重要，這些部份包括了：

- 持續而穩定的陪伴關係，不會因為仍然有自我傷害的行為就被放棄；
- 可以在不確定是否要嚐試形成新的人際關係時，持續的受到提醒；
- 在情緒慌亂時，可以有人讓自己真實地表達自己，而不會覺得丟臉；
- 不強迫自己該怎麼做，而是讓自己做決定，和自己的家人不同。

從上面結論我們可以發現，對於重複自我傷害行為的青少年，運用人際心理治療的方式來協助他們改變，在國外雖然已經證明有療效。國內小型研究也證明了人際心理治療對於重複自我傷害行為的介入效果(唐子俊，2005，出版中)，但究竟是哪些因素促成了這些療效，我們仍然需要從更多個案身上找到共通的有效治療因子。從本研究總結來說，這幾位案主在出現憂鬱症狀常常是導因於自我情緒調節及人際衝突，是一種螺旋式的壓力累積，因為憂鬱的情緒無法抒發，人際支持及宣洩管道也受到阻礙，發現自我傷害可以協助宣洩部分的情緒，甚至可以用自殺來逃避持續



面對的人際及家庭痛苦。如果再加上其他的壓力(如課業的挫敗)，可能在情緒的高點爆發而出現自殺嘗試。所以解套的方式可以從最常造成憂鬱的人際及家庭因素做切入，一方面可以減少壓力過滿而爆發，二方面則可以開拓新的人際宣洩及支持管道。

在研究中我們發現人際心理治療讓案主達成的改變，不僅是在調節情緒的方式，還加上能夠善用周遭的人際資源，這和上面研究者所提到的螺旋式壓力形成及解套的架構相類似，剛開始案主和重要他人產生衝突的時候，治療模式以及包容的同儕關係，佔了相當重要的過渡性角色。由於案主大部分的診斷都不是相當嚴重的精神疾病，原來的處理能力只是受到強烈的情緒和人際衝突的影響，暫時沒有辦法發揮能力，治療者可以擔任穩定情緒的陪伴，讓案主都感覺到真正的安全感，並且引導案主有效的在現實中建立正向的人際關係，並且養成和他人分享情緒的習慣。這些行為都可以明顯減少憂鬱的症狀和自我傷害行為。

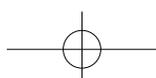
五、討論和建議

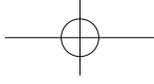
從研究過程當中，可以發現案主的憂鬱症狀及自我傷害行為，的確是經由部分的自我調整，以及嘗試著想要改變人際環境而達到成功的效果。由於這些案主的診斷加上明確的人際生活事件，可能讓案主在處理壓力的舊有方法遭遇到了困難。但是加上原來重要的支持系統又出現問題，讓他紓解情緒及尋求協助的管道受到阻礙。經由適當的引導，也就是我們所謂的人際心理治療，逐漸將案主人際壓力因應方式做調整，找出取代自我傷害行為的新方法，憂鬱的症狀也可以明顯地減輕。以下我們來探討的是，在治療情境當中，所能夠提供的最大有利因素是甚麼。如果這些因素的強度仍然不夠，而且危險性越來越高，還是需要採取危機處理甚至是隔離原來情境的方法(Mufson et al., 2002)。

(一) 案主真正需要的是什麼

1. 穩定而足夠的治療關係

憂鬱症合併重複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 295





Stuart等人(2003)和本文的研究者都從受訪者談話中發現，所有治療效果都必須建立在足夠的治療關係上，人際心理治療亦然。這個部分對於青少年案主特別重要，許多重複自我傷害的青少年在求助之前，人際關係上或者家人相處上已經遭受了許多挫折，而且剛開始的關係不容易建立，也是青少年這個階段對於權威角色的常見現象。即使青少年處於憂鬱症狀或因為人際挫敗的不愉快，而對於治療師的權威有所挑戰或者是不願意合作，治療師仍然應該要保持好奇和傾聽的態度(Shaffer et al., 2002)，即使剛開始案主並沒有遵守治療師的建議，常常在對治療師的排斥感解除之後，不知不覺的會去加入治療師的意見。

2. 能夠包容案主過渡性的自我傷害行為

在研究者實務工作經驗中，常發現家人和老師對於青少年重複自我傷害行為表現出十分焦慮和訝異反應，這個部分對於青少年來說是一種相當複雜的情緒。一般青少年自我傷害的處理原則當中，常被要求要訂立不自殺契約(Shaffer et al., 2002)，但是對於仍然會傷害自己的青少年，則容易產生反轉移的情緒。從我們整理的資料當中，可以發現青少年在這段期間雖然仍會作出自我傷害的行為，而且還沒有建立新的情緒處理習慣取代，這和他沒有意願改變是完全不同的。治療師需要採取的是包容和支持情緒宣洩的角色，但是逐漸引導他找到其他的情緒宣洩管道，而不是用比較強烈的方式來加以限制和處罰，這樣可能讓本來尋求自主性的青少年，更加重他們的反彈而不願意配合的行為和態度。

3. 關鍵在於促其建立新的人際關係

青少年主要的發展任務是建立在適當的同儕關係當中，而不是和治療師發展出特殊而不可分離的關係。人際心理治療特別強調這樣的概念(Stuart et al., 2003; Hussong, 2000)，尤其對於青少年案主更是如此。在我們的資料整理當中，可以發現青少年最後能夠找出不同的情緒處理方法、不同的宣洩管道以及開始參與不同的活動，都是因為他能夠建立治療模式以外的人際關係(Wilfley et al., 2000)，而治療師的關係只是一個關係的基礎而已，無法取代現實生活中應該要建立的同儕關係。對於比較敏感的個案，人際心理治療也認為，或許治療關係建立時間較長，但仍應該要



盡量鼓勵個案努力發展治療室以外的人際關係，並且將治療室以外的人際關係和溝通帶回來討論。這樣的步驟可協助學習效果的遷移，可以大大縮短類化到實際人際情境的時間，這也是人際心理治療效果可以長於認知行為治療的重要因素(Horowitz, 1996; Rossell et al., 1999)。

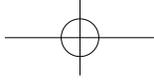
(二) 治療者應該要注意的原則和方法

1. 需要調整內在心理衝突的焦點

對於一般非人際取向的治療師，在操作人際心理治療的時候常常會忘記，甚至會覺得相當矛盾，因為人際心理治療的典範(paradigm)是將改變動力放在個案和他周遭人際關係的互動，而不純粹放在內在想法的改變而已(Klerman et al., 1984; Stuart et al., 2003)。治療師剛開始在操作時會如同在學習家族治療時，沒有辦法兼顧到系統性觀點，仍然是採取對於個別家庭成員的工作一般，單獨和某些成員建立個別而深入的關係，而卻忽略了整個系統。人際心理治療的會談，有時候常常需要加入和案主有所衝突的角色，包括了家長、同儕或是老師，因為主要的目的是要促進個案和周遭人際關係的溝通管道順暢(Kaslow et al., 1998)。這個部分需要經過適當程度的訓練和督導，尤其對於治療師在操作人際模式的時候可能產生的心理衝突和矛盾之處，也需要拿出來做討論和調整。

2. 現實的人際關係和問題解決的能力

人際心理治療認為症狀改善應該來自於實際問題的適當處理，而不純粹只是改變想法或情緒而已(Williamson et al., 1998)。治療師開始引導案主面對重要人際問題，並且協助他們採取比較有效的因應方式加以應對，訓練他們將焦點放在人際問題的處理。人際關係和人際問題的處理，需要一再練習累積經驗，並且養成面對人際問題的習慣。治療師需要協助他們考慮實際的情形並加以演練，但未必要達到整個問題的解決才能停止。從我們整理的資料中可以發現，只要青少年開始投入人際問題的解決，加上適當的知識和方法的修正，就可以很迅速的化解憂鬱和自我傷害的張力(Mufson et al., 2002)，因為人際關係困境的突破，是一種放射性的、多點突



破的觀點。一個小的人際行為改善，可能可以影響好幾個人際關係，一個關係的改變，也可能導致支持系統明顯的增加，人際壓力的放射性減輕許多(Slesnick et al., 1997)。

3. 青少年發展階段的改變

青少年階段的特色，除了積極追求自主和獨立之外，認知和問題處理的能力也會隨著年齡成長隨之改善。雖然治療加上追蹤的期間，前後可能只有跨越一個學期，但是青少年能力的改變，和我們接觸一般成年人個案有明顯的差距(Rossell et al., 1999)，這一點讓我們印象相當深刻。青少年抽象思考能力影響了他的問題解決能力水平；青少年專注在大部分人的眼光，對於一舉一動都有想像的聽眾，也隨著年齡的增加，過度在乎的眼光可以明顯減少(Leaf et al., 1996)。這些明顯的改變，治療因子也會隨著這些成長而有所變化，而且相信治療因子的擴張，如果加上發展的因素來看，可以有更廣泛的放大效果(Klein et al., 2001)。當然治療師也一定要考慮青少年成長的重要影響，他可以從極度的需要大部分同儕認同、父母親全力的支持，逐漸轉換到青少年後期，傾向於少數同儕核心支持團體能夠穩固，父母親的意見也只佔有一定程度的重要性。相信這時候人際心理治療的議題，也需要跟著轉換(Shaffer et al., 1996)。

4. 需要結合學校和家庭的系統

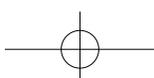
青少年自殺及重複自我傷害行為是屬於危機處理的層面，不應該只有採取個別心理治療的方式，應該要結合學校和家庭的系統，甚至需要考慮危機處理和住院以短期隔離危險因素(Weissman et al., 2000)。如果確定是因為嚴重精神疾病而導致的自我傷害行為(例如精神分裂症、嚴重憂鬱症、躁鬱症)，就不應該在急性期時只採取人際心理治療解決症狀的危險性。人際心理治療真正有效的時機，應該是在適當的危機處理之後，並且判定暫時不需要住院，或者青少年和家屬雙方同意，願意在學校規則的接受輔導和心理治療，並且再發現有即刻危險性時馬上再加入危機處理，這種結合家庭和學校、甚至是醫療系統的整合方式，才是青少年憂鬱症和自我傷害行為的完整模式(Shaffer et al., 1996; 2002)。



5. 注意藥物及其他因素造成的影響

人際心理治療可以結合藥物，甚至安排同儕治療及家族治療。本研究的青少女個案，即使有一位服用藥物，時間都相當的短，而且並沒有規則使用。在憂鬱症急性期的治療當中，治療師可以考慮適時的使用藥物治療，通常用來處理憂鬱症所伴隨的生理症狀，但由於所有憂鬱症的藥物都需要兩週以上的連續服用才會逐漸產生效果，因此，需要老師及家長的提醒和協助，才有辦法正確的瞭解藥物是否規則服用，才能評估藥物造成的影響。至於其他影響憂鬱症及自我傷害行為的因素，可以借用各種不同的症狀問題、家庭功能、社交適應、認知改變的工具來加以測量。

從協助憂鬱青少年自殺或自我傷害行為的經驗中，研究者更加注意有效的人際心理治療，必須要建立在許多相關因素上。由於案主均是已符合精神科診斷，卻又嚴重度未達需要強制入院的案主，再加上他們均不願意服用精神科藥物，的確和現在校園當中憂鬱症合併重複自我傷害行為，甚至開始出現自殺嘗試的個案相當類似。雖然這些案主在接受心理治療之後，可以達到降低自殺危險性，憂鬱的症狀也有顯著的改善，仍然有一些因素有待克服。在上述這些案例當中，如果能直接調整家人的對待方式及氣氛，增加老師及同儕對案主在療程當中，情緒有時仍然會過度起伏的適當接納，校園對於憂鬱症及自殺防治系統的完整性和因應速度，精神醫療的校園支援整合，可以將療效發揮到較大。這些因素包括了：足夠而穩定的關係、對於自我傷害行為維護安全卻接納包容的態度、超乎周遭家人的支持並且修正過度指導性的建議方式、訓練青少年在不同人際關係之前能夠表達自己的情緒，並且獲得適當的人際支持……。這些收集到的資料，希望能提供給其他治療者適當引導處於憂鬱和自我傷害行為當中的青少年，能夠迅速的跳出自我傷害和自殺行為，朝向正常的發展途徑。我們在後續研究中，會更加廣泛地收集有效治療的治療因素，找出更具代表性的樣本，也期待其他研究者運用同樣的人際心理治療，來找出更加迅速有效治療的方法，並且擴展心理治療的新領域及增加其有效性，來解決現在相當常見，卻仍沒有有效介入策略的青少年自殺及自我傷害行為。



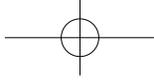


六、參考文獻

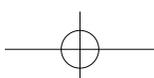
- 行政院衛生署(2004)：《學校健康營造三年計畫93年成果報告》。台北市：行政院衛生署國民健康局。
- 唐子俊等譯(2005)：《人際心理治療手冊》(出版中)。台北市：五南出版社。(出版中)
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., et al. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 54(9), 877-885.
- Brent, D. A., Kolko, D. J., Birmaher, B., Baugher, M., & Bridge, J. (1999). A clinical trial of adolescent depression: Predictors of additional treatment in the acute and follow-up phases of the trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 263-270.
- Diamond, G. S., Reis, B. E., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1190-1196.
- Goodman, S. H., Schwab-Stone, M., Lahey, B. B., Shaffer, D., & Jensen, P. S. (2000). Major depression and dysthymia in children and adolescents: Discriminant validity and differential consequences in a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 761-770.
- Hammen, C., Rudolph, K., Weisz, J., Rao, U., & Burge, D. (1999). The context of depression in clinic-referred youth: Neglected areas in treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(1), 64-71.
- Harrington, R., Whittaker, J., & Shoebridge, P. (1998). Psychological treatment of depression in children and adolescents: A review of treatment research. *British Journal of Psychiatry*, 173, 291-298.



- Horowitz, L. M. (1996). The study of interpersonal problems: A Leary legacy. *Journal of Personality Assessment*, 66(2), 283-300.
- Hussong, A. (2000). Perceived peer context and adolescent adjustment. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 391-415.
- Kaslow, N. J., & Thompson, M. P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 146-155.
- King, C. C., Hovey, J. D., Brand, E., Wilson, R., & Ghaziuddin, N. (1997). Suicidal adolescents after hospitalization: Parent and family impacts on treatment follow through. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 85-93.
- Klein, D. N., Lewinsohn, P. M., Seeley, J. R., & Rohde, P. (2001). A family study of major depressive disorder in a community sample of adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 58, 13-20.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. (1984). *Interpersonal psychotherapy for depression*. New York: Basic Books.
- Leaf, P. J., Alegria, M., Cohen, P., Goodman, S. H., Horwitz, S. M., Hoven, C. W., et al. (1996). Mental health service use in the community and schools: Results from the four-community MECA study. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 889-897.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1993). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. New York: Guilford Press.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Martin, J., & Samoilov, A. (1994). The modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A): Phase I and II studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(5), 695-705.
- Mufson, L., & Velting, D. M. (2002). Psychotherapy for depression and suicidal behavior in children and adolescents. In D. Shaffer & B. D. Waslick (Eds.), *The many faces*

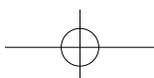


- of depression in children and adolescents* (pp. 37-72). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). The efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 573-579.
- Rossell, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and international treatments depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(5), 734-745.
- Shaffer, D., & Finkelson, J. (Eds.). (2002). *Columbia treatment guidelines: Depressive disorders (version 2)*. New York: Columbia University, Department of Child and Adolescent Psychiatry.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., et al. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, *53*, 339-348.
- Shaffer, D., & Greenberg, T. (2002). Suicide and suicidal behavior in children and adolescents. In D. Shaffer & B. D. Waslick (Eds.), *The many faces of depression in children and adolescents. Review of Psychiatry*, *21*(2), 129-178.
- Slesnick, N., & Waldron, H. B. (1997). Interpersonal problem-solving interactions of depressed adolescents and their parents. *Journal of Family Psychology*, *11*, 234-245.
- Stuart, S., & Robertson, M. (2003). *Interpersonal psychotherapy: A clinician's guide*. New York: Oxford University Press Inc.
- Weissman, M. M., Klerman, G. L., Paykel, E. S., Prusoff, B., & Hanson, B. (1974). Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, *30*(6), 771-778.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *A comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. Albany, NY: Basic Books.
- Wilfley, D. E., MacKenzie, K. R., Welch, R. R., Ayres, V. E., & Weissman, M. M. (2000). *Interpersonal psychotherapy for group*. New York: Basic Books.





Williamson, D. E., Birmaher, B., Frank, E., Anderson, B. P., Maly, M. K., & Kupfer, D. J. (1998). Nature of life events and difficulties in depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(10), 1049-1057.





Interpersonal Psychotherapy for Adolescents with Depression and Repeated Self-Injurious Behaviors: Positive Therapeutic Factors for Good Outcome

TZE-CHUN TANG^{*}, JUI-HSIU TSAI, HUEI-YING WANG, SHIH-YIN HUANG,
JOSH CHIA HSIN LIN

Goals: Adolescents' repeated self-injurious behaviors rise dramatically and have great impact on campus and community in past few years. Though lots of psycho-educational programs drew people's attention to this problem, there were no systematically effective suicide prevention models established. The purpose of this research is to find possible positive therapeutic factors from successfully treated adolescent patients.

Method: Research method was in-depth interviews. Subjects were with three depressed and repeated self-injurious adolescents. Inclusion criteria require patients who received full course of interpersonal psychotherapy (IPT). Data analyzed from their tapes and transcripts over 3 hours of interviews. The semi-structured probing questions were: 1. what was the difference after psychotherapy, and 2. what was the positive factor keeping clients from self-injurious behaviors.

Results: The differences after interpersonal psychotherapy were as follows: new therapeutic relations instilled new hope rather than hopelessness, clients developed alternative interpersonal ways of coping, clients established substitute peer relations to replace for frustrated relations. Positive therapeutic factors of interpersonal psychotherapy were: therapist's persistent and accompanying relationships, therapist's encouragement to actively establish new relationship, clients find their ways to express suppressed feelings, clients were not forced to do anything they don't want in therapy.

Suggestions: We suggested the mental health professionals to keep in mind that: 1. therapist should actively establish supportive relationship as soon as possible, 2. therapist should encourage clients to act on new relationship seeking and resolving interpersonal conflicts, 3. therapist should help the adolescent to confront their parent-child conflicts, 4. therapist should connect clients to school staffs, 5. therapist should not impose what clients don't want on them in order to prevent premature dropout, and 5, therapist should train clients to learn new ways of coping and early recognition of potential suicide risk.

Key words: adolescents, depression, repeated self injuries, interpersonal psychotherapy, positive therapeutic factors.

Tze Chun Tang: Psychiatrist, Department of Psychiatry, Chung-Ho Memorial Hospital Kaohsiung Medical University.
(Corresponding Author)

Jui-Hsiu Tsai: Psychiatrist, Department of Psychiatry, Kaohsiung Municipal Hsiao-Kang Hospital.

Huei-Ying Wang: Teacher, Division of Guidance, Kaohsiung Municipal Hsin-Hsing Senior High School.

Shih-Yin Huang: Teacher, Division of Student Counseling, Office of Student Affairs, Kaohsiung Medical University.

Josh Chia Hsin Lin: Professor, Department of Education Psychology and Counseling, National Taiwan Normal University.