

# 一位憂鬱自傷個案的輔導

江秋樺

國立嘉義大學特殊教育學系副教授

劉惠娜

彰化縣田中國中教師

## 壹、前言

青少年正值青春期的生理風暴階段，加上有家庭生活、同儕人際、學業學習及適應功課等方面壓力來源，這些多重壓力往往是造成青少年在情緒、社會、人際及認知危機的主要因素(王建楠、吳重達，2004；Frydenberg et al., 2004)。

根據美國兒童與青少年精神醫學會(American Academic of Children and Adolescent Psychiatry, AACAP, 1998)的調查報告指出，青少年憂鬱症的盛行率為4-8%；世界衛生組織(WHO)更預估在西元2020年，憂鬱症將列為二十一世紀的三大疾病之一。國內董氏基金會在2002年以臺北縣市國、高中職學生為對象調查顯示：21.8%的受訪者憂鬱情緒嚴重程度達到需專業協助的程度(<http://www.jtf.org.tw>)。因此，青少年的憂鬱問題普遍存在，是不容忽視的議題。

本文主以輔導一位嚴重憂鬱情緒及有自傷行為個案的歷程紀錄，輔以憂鬱症與憂鬱情緒、自我傷害行為和有效介入策略實施之相關文獻探討，並對輔導過程中所遭遇的困難與限制進行討論。

## 貳、文獻探討

### 一、憂鬱症與憂鬱情緒

憂鬱症(depressive disorder)與憂鬱情緒(depressive mood)的主要差別在程度上的不同。就英文字面而言，"disorder"是失序的意思；"mood"卻有可能只是一時的心情，而累積更久的心情狀況在英文則稱為"emotion"。簡言之，吾人或可將憂鬱症簡單描述為憂鬱的情緒已使得個體在生活上(或在課業、職場上)功能受損；相較而言，憂鬱情緒個體則尚未達到如此嚴重的地步。憂鬱症患者的情緒比帶有憂鬱情緒個體的情緒更差且更明顯的起伏不定，變化有時是莫名的，常與外在的壓力事件不一定有關。在台灣精神醫學對憂鬱症及憂鬱情緒皆以DSM-IV診斷之(洪錦益，2004)。其他相關的診斷標準為：重鬱症(major depressive disorder)；低落性情感疾患(dysthymic disorder)及其他未註明之憂鬱疾患(depressive disorder not otherwise specified)。其詳細診斷細節部份在此不做特別的介紹。

發生憂鬱情緒的人格特質傾向依賴、強迫完美、悲觀主義、多無助感及高焦慮(莊智鈞，2004；楊俊威，2005；Compas, 2004)。較常發生在青少年憂鬱症狀的特點有(周桂如，2002；Kovacs, Matheny,

Aycock, & McCarthy, 引自 Frydenberg, et al.,2004):

- (一)憂鬱情緒：悲傷、多抱怨、疲倦、不時哭泣、容易焦慮及情緒不穩。
- (二)興趣缺乏：失去快樂的反應，不再喜愛過去喜歡的事，總會抱怨無趣、無聊。
- (三)社交退縮：與他人接觸的次數和參與活動減低，有 75% 青少年嚴重社交退縮。
- (四)疲累或失去活力：覺得精力不足，影響學習的課業及活動，嚴重者影響日常生活。
- (五)思考或專注力減退：明顯注意力無法集中、難以決定，精神恍惚、粗心大意。
- (六)低自尊：對自我有不適當知覺及不認同自己的表現。
- (七)消極的未來定位：沒有夢想、目標、計畫。希望自己沒出生，有死亡念頭。

目前的治療方向以藥物治療及心理治療為主。藥物方面如單胺回收抑制劑的三環抗鬱劑、選擇性血清回收抑制劑、單胺氧化酵素抑制劑等。心理治療方面如問題解決策略、人際關係治療、認知行為治療等（沈詠萱、詹其峰、呂碧鴻，2004；洪錦益，2004）。

## 二、自我傷害行為

「自我傷害」係指一個人「有意地」使自己的身心受到傷害。廣義的自我傷害包括（企圖）自殺，以及用任何方式傷害自己身心健康的行為；狹義的自我傷害係僅指自殘行為；以任何方式傷害自己身心

健康，但沒有明顯結束自己生命的意圖。

青少年自傷的成因在生理層面有情緒衝動控制不佳或身心失去健康的失落感。在心理層面：自傷者的心理因素可能是為了宣洩情緒，藉由自傷行為可讓個體宣洩憂鬱、焦躁、緊張與絕望。個體希望藉由傷害得到他人的關心及注意。若個體藉著自傷來自我懲罰，是自我概念低的自責與自貶之表現（洪晴晴、李玉嬋，2006；許文耀，2004）。因此，預防自傷的重點在於評估青少年是否具初級前趨徵兆，探討哪些危險因素影響自我傷害行為的發生。積極的作法是培養學生因應能力，促進其健康成長。其次，著重自殺危險性前趨徵兆的偵測，以找出高危險群，並進行必要的輔導措施（許文耀，2004）。

## 三、憂鬱及自傷有效介入策略之實施

- (一)強力介入評估自傷行為的角色：發現個案自傷時，除檢視並協助處理傷口外，宜提供開放式問話，引導個案說出更多壓力來源，以評估再次自傷危險性（洪晴晴、李玉嬋，2006）。
- (二)協助轉介、尋求資源的協助角色：評估個案狀況，轉介適當資源協助處理，連同輔導室、家長、教師、精神科醫師、諮商師保持聯繫，持續追蹤關心（洪晴晴、李玉嬋，2006）。
- (三)與個案建立良好關係，定時諮商（楊俊威，2005）：了解個案想法及感受，給予關心並提供協助的管道，接納、傾聽、同理其感受。
- (四)強化支援系統：做好溝通，家長、同學、師長給予個案協助與支持，給予

溫暖、接納的環境。

(五)增加壓力因應技巧學習，並針對實施結果做適當的評估：希望透過壓力因應技巧的習得，可以增加個案樂觀的態度及問題的解決能（Frydenberg, et al.,2004）。

(六)訂定行為契約：是行為改變技術的一種策略，是老師與學生經由師生溝通而完成學生行為的協議書（楊坤堂，2000）。

(七)運用同儕調整策略：教師可藉於同儕關係來輔導個案之認知與行為。包括同儕指導(peer-tutoring)、同儕訓練(peer-coaching)、同儕監控(peer-monitoring)等方法，都可有效改善個案之認知及行為（Kerr & Nelson,引自Muscott,1995）。

## 參、個案簡介及接案緣起

個案是一位國二男學生，於 95 年 2 月某日午休時間，用刀子割劃手臂皮膚多處，經導師發現，通知家長並轉介輔導室。

據導師表示，近兩個月個案生活懶散、學習態度消極、行為散漫亦常與同學起爭執，經常因此受到師長的糾正。個案在家中與家人相處不和諧，常與哥哥發生口角甚至爆發肢體衝突。此外，個案課業、生活表現多方面欠佳，故常遭受父母雙親責罵。

初次會談，個案自述：從升上國中後，常覺得自己悶悶不樂，對什麼事都提不起勁、功課壓力大且成績不理想。老師、家人同學都不了解也不理會他，故自覺人生無趣，不知什麼原因頭髮也漸漸變少，同

學因此譏嘲他，所以心情變得更低落。言談過程中，個案情緒顯得相當低落，說到傷心處還不停的落淚、哭泣，時而顯得激動。個案頂部的髮量明顯稀疏。因個案顯現憂鬱情緒又有自傷行為，故輔導老師建議接案並進行觀察與輔導。

## 肆、輔導歷程

一、分析與診斷：

(一)個人因素：

1.壓力因應能力不良：個案自覺國中功課壓力大、學習成就低，加上與家人、同儕的關係不佳，無人可以與之分擔負面想法與憂鬱情緒。

2.現存性的自我傷害：個案因應壓力能力不足，已出現自傷行為；一則情緒顯得憂鬱，一則希望藉此能引起家人及師長的關心。

3.人際互動不良：個案本身個性衝動、想法負向悲觀，易與同學發生衝突，人際關係差。

(二)家庭因素：

1.與父母親溝通欠佳：案父及案母不了解個案的想法及其實際上之能力，常將個案學習成績不理想歸因於個案讀書不認真、偷懶，很少主動關心個案的想法，很少用正向的態度看待個案的學習或行為表現。

2.與哥哥互動不良：個案常易與哥哥爆發口角甚至於肢體衝突。

(三)學校因素：

1.與同學人際互動不佳：個案脾氣差，原本與同儕的關係就不佳，近幾星期來因掉髮，個案明顯身體形象改變，而遭

同儕譏笑，雙方關係更顯惡化。

2. 低學業成就導致低自我概念 (self-conception)：個案因為自覺功課不如人，而缺乏自信。

(四)健康因素：

1. 憂鬱情緒及自我傷害行為：生理、心理、社會層面上的影響。

2. 不明原因的掉髮：需進一步醫療診斷確認。

二、輔導策略：

(一)評估憂鬱情緒及自我傷害的危險性。

輔導老師與個案討論「自我傷害」，瞭解其割手臂的原因及是否有其他自我傷害之方法或計畫，藉以評估危機狀況。輔導老師與案父母溝通，希望個案能接受精神科醫師鑑定，個案憂鬱之程度是否已達需要借重藥物的地步。起初，案父母無法接受個案可能需要借重精神醫療而拒絕就醫，經老師多次耐心的說明與陪伴，案父母終於點頭讓個案接受心理衛生中心輔導員進行諮商。

(二)定期諮商輔導，給予個案情緒抒發之管道

輔導老師鼓勵個案隨時保持聯繫，有任何問題可主動向輔導老師請求協助。此外，輔導老師安排每週一次一小時的固定會談，傾聽個案之陳述，同理其感受與給予情緒支持，建立良好之諮商輔導關係，使個案有抒發之管道，進而引導個案建立正確之壓力因應方式及正向的自我概念。

(三)輔導老師協助個案導師與同學及案父母溝通，給予個案溫暖接納的環境。經個案及案父母同意，輔導老師到個

案班級進行「情緒解碼」的宣導，鼓勵同學接納個案，並協助輔導老師關注個案平時之動向及言行舉止，防範個案再度以自傷的行為宣洩情緒或引人注意。輔導老師動之以情，希望個案導師及同學，成為協助個案的「千手千眼觀音」。

(四)輔導老師與個案家長進行訪談。

輔導老師為個案家庭安排親子共同晤談、輔導。鼓勵個案自我調整、改變，以舒緩與家人之緊張關係，並改善與同學之人際關係。輔導老師並向案父母示範如何與個案進行「貼心對談」。

(五)落髮情形建議至皮膚科就診。

輔導老師希望個案透過醫療管道了解掉髮原因並進行治療，期望能改善個案自我身體形像改變的困擾。

(六)輔導老師協助個案自我認知與了解課程，進一步建立自信心。

輔導老師與導師討論於綜合領域課程中安排自我了解、認識壓力、人際互動相關課程。藉由課程活動中協助個案改善自我認知及自信心，期能促進人際互動。

三、輔導歷程紀錄：

經過一學期的諮商晤談，輔導老師將重要事件或發展節錄於下：

二月份

(一)針對個案自我傷害及掉髮之情形，輔導老師曾與案父母溝通，希望個案能接受精神科醫師鑑定，個案憂鬱之程度是否已達需要借重藥物的地步。起初，案父母無法接受個案可能需要借重精神醫療而拒絕就醫，經老師多次

耐心的說明與陪伴，案父母終於點頭讓個案接受心理衛生中心輔導員進行諮商。

- (二) 案父母帶個案去皮膚科就診，希望能改善個案頭髮斑禿之情況。皮膚科醫師診斷個案係「壓力性脫髮」。故皮膚科醫生建議案父母帶個案到心智科做心理諮商並配合皮膚科藥物治療。
- (三) 因為皮膚科醫師與心衛輔導員的建議，輔導老師儘可能提供案父母有關憂鬱症的相關資訊。案父母在一次訪談中主動詢問看診精神科相關事宜，但礙於「精神科」容易予人其他負面的聯想，遲遲未能付諸行動。
- (四) 由班導師及輔導老師入班進行「情緒解碼」並說明個案需同儕接納及協助方能進步的相關事宜。輔導老師告知同學，個案是因為壓力過大才導致落髮，請同學發揮同學愛，勿譏嘲個案的頭髮，接納並幫助個案。同學們的反應良好，多數表示願意給予協助及幫忙觀察，避免個案再度以錯誤的方式(自我傷害)來宣洩情緒或引人注意。
- (五) 輔導老師進行家訪藉以進一步了解個案的生活環境。一方面讓個案感受到老師對他的在意與關心，一方面與個案的哥哥進行會談，了解並示範如何改善雙方互動的方式。輔導老師亦鼓勵案父母與其子之間多主動溝通，並示範如何進行親子間的貼心對談。

### 三月份

- (一) 經多次的溝通後，案父母表示願意帶

個案至精神科接受診治，希望有助於早日改善個案之憂鬱情緒，期能改善個案之學習與生活。

- (二) 個案終於前往精神科就診。藥物配合心理諮商，學校定期晤談持續進行，俾利追蹤藥效及了解個案之在校生活適應情形。至此，針對個案之輔導網絡更近完善。
- (三) 個案在一次例行的諮商晤談中，顯現不耐煩的神情且對輔導老師的關心或詢問態度敷衍，多以「不知道」帶過一切問題，也拒絕說出自己的想法與感受。輔導老師仍不吝給予關心且接納個案的情緒反應，並以柔軟而堅定的態度告知個案，會繼續給予關心及協助。
- (四) 個案主動要求要晤談，情緒顯得相當氣憤，不斷埋怨身邊的人、事物。個案抱怨哥哥不好，案父母誤會他、同學對不起他，導師找他碴。個案表示在家盡量與哥哥保持距離。輔導老師積極傾聽並試圖適時引導個案自我檢視，但因個案多情緒反應故成效不大。對個案主動尋求輔導老師的協助晤談，輔導老師給予肯定。
- (五) 定期晤談中，個案表示偶而與同學仍有言語之爭執或受嘲諷之情事，故情緒依然低落。輔導老師耐心提醒個案如何改變自己的觀念及態度，讓個案了解心理壓力與掉髮之間的關係，並鼓勵個案說出內心的感受、並示範如何進行正向思考。輔導老師提醒個案皮膚科及精神科藥物需繼續使用。輔

導老師尋求導師一起協助個案，可惜，導師對個案出現情緒反應。導師表示：因個案把一切歸咎他人，自己不改其想法及個性，終有人會故意要揭他瘡疤。輔導老師給予老師情緒的支持，並適時告知個案因心理憂鬱層面影響其處理人際關係的能力。

#### 四月份

- (一)定期晤談持續，個案表示昨天清明掃墓與家人和哥哥互動「尚可」，主動表示心情「尚可」。輔導老師對於個案與哥哥互動的進步給予肯定。
- (二)輔導老師定期晤談，持續關懷、輔導，同理個案之感受，並提供抒解壓力之放鬆方法，協助個案自我察覺。個案口頭表示可以接受。
- (三)定期晤談中，個案表示學業問題仍是最大的困擾，故輔導室安排退休教師自習課進行補救教學-數學及英文。輔導老師建議課業輔導老師簡化個案之課程內容，俾利增加個案之學習成就感。

#### 五月份

- (一)定期晤談中，個案表示近日來情緒穩定，與同學之互動方式亦有改善，掉髮情形亦有改善，同學不再譏嘲其掉髮之事。輔導老師適時引導個案覺察其個人改變之處。個案可以明顯辨識出自己與他人互動態度較為客氣有禮的改變。
- (二)定期晤談中，個案已停止藥物的使用。個案已能覺察自己的態度與待人的觀念有改善，並表示自己情緒已較

穩定，雖然有時仍會心情不好但已無自傷的想法。輔導老師提出個案前後差異之處，讓個案明白自己的進步情況。

- (三)定期晤談中，個案表示情緒平穩，無特別適應不良之情形。
- (四)定期晤談中，個案表示案父親會主動關心他，所以可以感受到家人的重視與支持。輔導老師進行電話家訪，同時讓個案家人知道個案的感受，並對案父給予個案的關心給予肯定及鼓勵。

#### 六月份

- (一)定期晤談中，個案表示情緒平穩，無特別適應不良之情形。輔導老師對其平穩的情緒給予肯定。
- (二)定期晤談中，個案表示擔心雖然頭髮掉落情形改善，但怕之後，仍是禿髮的高危險群。輔導老師協助個案建立正確觀念-掉髮係因壓力，鼓勵適時放鬆自己將可以得到改善。輔導老師不斷提醒個案，現在科技及醫藥如此發達，如果將來自對自己的髮量還不滿意，可等自己經濟許可的時候，學習知名人士游錫坤先生尋求醫師處方，改善禿頭的情形，或者，找愛德蘭斯公司設計一頂自己滿意的假髮。輔導老師希望藉此減輕個案對於禿頭的焦慮。
- (三)定期晤談中，個案表示適應情形良好，人際互動方面與家人或同學都漸入佳境。
- (四)此次定期晤談，個案並無特別不適應

之主訴且已無自傷之想法與行為，個案掉髮之情形持續改善中。若持續穩定預計學期末予以結案改採不定時追蹤輔導。

## 伍、結果與討論

個案的憂鬱情緒明顯進步，自傷行為改善未再發生。在六月底學期結束也正式結案。但，老師給予的關注不會因結案而結束。此次的輔導過程中有幾項未盡理想，譬如：應可運用行為契約來幫助個案減少反覆與哥哥之間的衝突；其二，若在輔導過程中能讓個案紀錄自己的情緒變化，應可協助個案覺察情緒的改變及進步的情形。

## 陸、參考文獻

- 王建楠、吳重達 (2004)。兒童及青少年憂鬱症。《基層醫學》，18 (7)，154-195。
- 沈詠萱、詹其峰、呂碧鴻 (2004)。青少年憂鬱症。《基層醫學》，18 (7)，84-90。
- 洪晴晴、李玉嬋 (2006)。青少年自我傷害行為的辨識與處遇。《輔導與諮商》，243，26-31。
- 周桂如 (2002)。兒童及青少年憂鬱症。《基層醫學》，49 (3)，16-23。
- 洪錦益 (2004)。症狀？疾病？憂鬱症的病理與治療。《科學月刊》，35 (3)，206-210。
- 莊智鈞 (2004)。憂鬱：從人格心理學不同學派來探究。《輔導與諮商》，223，7-13。
- 許文耀 (2004)。校園自我傷害行為防治。《學生輔導》，91，55-81。

楊坤堂 (2000)。情緒障礙學生的特殊教育。《國小特殊教育》，28，1-8。

Compas, B.E. (2004). Prevention Is Better than Cure: Coping Skills Training for Adolescents at School. *Educational Psychology in Practice*, 20(2), 117-134. Retrieved Friday, November 03, 2006 from the ERIC database.

Compas, B., Connor-Smith, J., & Jaser, S. (2004). Temperament, Stress Reactivity, and Coping: Implications for Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(1), 21-31. Retrieved Friday, November 03, 2006 from the ERIC database.

Frydenberg, E., Lewis, R., Bugalskia, K., Cotta, A., McCarthya, C., Luscombe-Smitha et al. (2004). Prevention Is Better than Cure: Coping Skills Training for Adolescents at School. *Educational Psychology in Practice*, 20(2), 117-134.

Muscott, H.S.(1995). A Process for Facilitating the Appropriate Inclusion of Students with Emotional/Behavioral Disorders. *Education & Treatment of Children*,18(3).369-386.

### 江老師的話

筆者從事情緒障礙輔導實務工作十餘年，曾幾度準備鬆手，轉換研究方向。蓋因，筆者自覺十餘年來的努力似乎未見成

果，情緒障礙學童在校所面臨的困境依舊普遍存在，雲嘉地區能本著「有教無類」的大愛精神，坦然面對自己在教育上應負的天職的教育家似不多見。深究之下，不難窺知，筆者累了，就像本文中的導師一樣，在協助的過程中也對相關人士或個案產生了情緒。知名學者許天威老師在其講座的課程中說過「中國人習慣單打獨鬥，不習慣協同教學。」或許同理可證，從事普通教育者不習慣與特殊教育者「融合」，一味只想「千山獨行」，不要來自特殊教育的「負擔」？

或許不該這麼悲觀。事實上，筆者發現，許多人默默的耕耘著「情緒障礙者的教育」這一塊園地，不敢聲張。之所以為善不欲人知，或因源自於中國人幾千年來根深蒂固的美德，或因害怕善行一旦被披露，個案大量湧進，恐怕招架不住。個案的導師和筆者也忘了一件事「冰凍三尺，非一日之寒」。改變，尤其是脫胎換骨的變化，豈是一朝一夕可促成？所以，筆者近年來時時提醒自己，進步就好！念頭一轉，心境也就不那麼疲憊了。可以說，筆者曾經情緒很憂鬱，只是生活功能還沒失序到要借重藥物的協助。

筆者之所以選在此時修改研究生之文章，鼓勵其投稿，蓋因三、四月是精神疾病的好發期，希望能藉此文章，提醒各為教育界的前輩，注意週遭親友及學生的情緒變化。筆者也常提醒自己的學生，服藥雖然萬不得已，但是，有藥物可以協助的病，都還是「輕可的」（不嚴重），就怕「沒藥可救的病」。筆者常用柺杖或輪椅來形容

藥物對一個憂鬱成疾者的影響：服藥的概念可比一個車禍斷腳的人，需要柺杖或輪椅來協助行走一樣，一旦腳傷好了，柺杖或輪椅當然可以移除，需要藥物來協助，就應該遵從醫師囑咐（當然要先找到一個有醫德的醫生，然後信任該醫生的診斷與建議），期能與醫師充分配合，方能儘速求得進步，縮短服藥的期間，否則只會延誤病情，徒增紛爭與困擾。

