

# 以情緒調節 看青少年自殘行為的問題及處遇

陳玟琪

(格瑞思心理諮商所諮商心理師)

## 壹、前言

青少年的自殘行為是個值得重視的問題，國內學者陳毓文（2006）研究青少年發現22.4%的受訪者過去曾有過自殘的行為；且在這當中，有75.6%的人表示曾經自殘至少兩次，更有17%的人表示，自己這樣的自殘行為已發生過「很多次」或「數不清楚幾次」。陳紫瑀（2009）調查高雄縣公私立高中發現在922名有效樣本中，共有397名(43.1%)青少年曾有過自傷行為。

台灣關於青少年自殘行為的研究，目前較少直接以情緒調節角度來看待青少年自殘行為的研究，因此，本文除了整理青少年自殘問題之相關研究結果，並試圖從情緒調節的觀點來分析青少年的自殘行為與處遇方式。

## 貳、自殘的定義與原因

在定義自殘行為傾向之前，需先區辨自殘相關定義。最常見的自我傷害相關之名詞是自傷(self-harm)、自殺(suicide)和自殘(self-mutilation, self-injury)。先區辨三者，自傷包含自殺和自殘，指任何傷害自己的行為；自殺是有想結束自己生命的企圖及意念；而自

殘則是想傷害自己，Hicks和Hinck(2008)定義自殘是一種意圖轉換強烈情緒痛苦成為實際肉體疼痛的行為。值得注意的是，有自殘念頭的人不一定會有自殺的想法（陳毓文，2006；黃雅羚、林妙容，2005），也有研究支持自殘行為跟自殺意念在一般青少年中有顯著地差異性存在(Bolognini, Plancherel, Larget, Stephan, & Halfon, 2003; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Zila & Kiselics, 2001)。

自殘行為過去曾被認為只是罹患精神疾病的人會出現的一種行為，但是越來越多的研究發現，自殘行為會發生在非臨床的精神疾病患者、甚至是高功能的人身上(Klonsky, 2007)。自殘行為通常開始於兒童晚期或青少年早期，並且可以持續超過20年(Lambert & Man, 2007)，而且自殘行為發生在青少年和成人早期的比例顯著地比成人時期多(Klonsky & Muehlenkamp, 2007)，因此，青少年階段的自殘行為是一個值得重視之問題。

本文對自殘行為的定義為：個人沒有死亡意圖或動機（但帶有其他特定的目的與企圖）、且不在解離狀況下、有意識之自我殘害行為，且該行為會造成當事人肉體上的傷害與疼痛（陳毓文，

2006；黃雅羚、林妙容，2005），自殘行為的類型包括：割腕、在身體刻字、以煙蒂燒傷自己、捶牆、以銳利物品刺傷身體、摳皮膚、干預傷口癒合等行為。

造成青少年產生自殘行為的直接原因很多，大致整理國內外與情緒調節相關的因素如下：

## 一、生物或精神因素

自殘行為的產生可能跟腦中化學系統有關，如：腦內啡系統、多巴胺系統濃度高、血清素系統缺乏等。部分學者也認為自殘者多同時罹患精神方面之疾病，其中最常見的為邊緣型人格、憂慮症、焦慮症（黃雅羚、林妙容，2005；Levenkron, 2004）。

## 二、心理因素

Feldman（1988；引自黃雅羚、林妙容，2005）指出，傳統心理分析論學者視局部性自殘為部分自殺，部分自殺是為了防止全部自殺，且可能是一種退化現象。相仿的是，Atkinson、Atkinson和Hilgard（1983；引自顏綵思，2005）指出，當個體死亡本能的能量累積至一定程度時，經由轉移機制，可能以攻擊行為的方式呈現。Feldman（1988；引自黃雅羚、林妙容，2005）指出心理動力論認為，自殘行為的企圖是為了發展或區辨自我，藉此建立身體的現實感。而Favazza（1989；引自黃雅羚、林妙容，2005）指出認知論認為，自殘乃是情感勒索(emotional blackmail)，可利用此一行為強迫環境和他人給予愛和關心，並藉此操控其重要他人，自殘也可以說是

一種對他人的抗議或懲罰(Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Levenkron, 2004)。Scoliers等人(2009)研究發現，67.5%的自殘者至少有一個動機是想尋求幫助，86.9%的自殘者至少有一個動機是想尋求痛苦。也有研究指出自殘者的自殘的目的之一是想要尋求或影響他人的協助(Klonsky & Muehlenkamp, 2007)。

影響青少年自殘的心理因素可能與情緒低落、對負面情緒的接納度低、情緒調節能力低、缺乏有效適宜的情緒發洩方法、自責、低自尊、完美主義、自我批評、負面思考、自我期望高、理想主義、挫折忍耐力低、童年依附、分離焦慮、錯誤的連結制約、失落經驗、童年創傷或性虐待有關。自殘的人總認為自己無能力承擔負面感覺、無希望解決困擾，所以他們想要一種能自己控制的發洩負面情緒或感受之方法（黃立婷，2007；陳紫瑀，2009；Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Levenkron, 2004）。

## 三、社會模仿因素

在發生第一次自殘行為前，部份青少年都有看過他人自殘的經驗，之後可能因為好奇或無聊，模仿自殘的行為而開啟了自殘經驗，甚至會同學相偕一起自傷。Nock和Prinstein(2005)研究發現，82.1%的青少年在自殘前一年內曾看過至少一次朋友自殘，且此情形跟社會正向增強（如：為了得到注意而自殘）有顯著相關。林杏真（2001）研究國中學生發現，約有59.2%（209名）受試者表示在他所認識的朋友中，有人曾有傷害自己的行為。

## 四、環境因素

黃雅羚、林妙容（2005）、湯誼文（2009）各訪談分析五個連續自傷的個案也發現，生活困境或傷害性境遇是促使青少年產生自傷行為之背景因素，這些困境或許不是直接導致青少年自傷的原因，但卻造成不利青少年身心狀態的生活環境。這些人際困境包含：渴望友誼、對人不信任、在人際中封閉、被同儕排斥、戀愛分手、對感情態度隨便及性取向認同，或是加入暴力幫派(Ayton, Rasool, & Cottrell, 2003)等。

### (一)家庭因素

家庭因素對青少年自殘影響很大，陳毓文（2006）研究發現：在控制的情境下，家裡曾有人自殘過、親子關係越差、父母衝突越嚴重（父母衝突對自殘的解釋力大於不良的親子關係）的青少年，其自殘的機率越大。

父母的教養方式，若為嚴厲懲罰型，會造成孩子既想保護父母又害怕得罪他們的矛盾心態，逐漸累積的自我責備很可能在日後造成自我報復的自殘行為(Levenkron, 2004)。Buckholdt、Parra和Jobe-Shields(2009)研究發現，父母懲罰或忽視孩子的難過情緒跟孩子的自殘行為會有直接與間接的相關。父母的管教方式與過度期待也是多數青少年自殘的背景因素（陳毓文，2000）。

黃雅羚、林妙容（2005）、湯誼文（2009）各訪談分析連續自傷的個案發現，家庭中不利的因素、也就是促使青少年產生自傷行為之背景因素，包含與父母關係疏離或衝突、父母離異及對離異父母的思念、隔代教養、家庭氣氛不

佳、在家庭中受到忽略或虐待、家庭暴力、或家庭狀況不穩定（黃立婷，2007；Ayton, Rasool, & Cottrell, 2003）。

### (二)學校因素

學校也會影響青少年自殘行為，陳毓文（2006）研究發現師生關係越差的青少年，其自殘的機率就越大；課業壓力也可能成為自殘的導火線。

黃雅羚、林妙容（2005）、湯誼文（2009）各訪談分析連續自傷的個案發現，學校中不利的因素、也就是促使青少年產生自傷行為之背景因素，包含課業壓力大、對學業成就的高期待、師生關係衝突及老師管教態度嚴格是自傷青少年在學校所遭遇的困境（陳毓文，2006；黃立婷，2007）。

### (三)人際因素

自傷個案多無法信賴他人，且對情緒的痛苦非常敏感，所以寧可選擇自己可掌控的自殘方式、以及自殘過後的麻木感來處理自己因人際而來的負面情緒(Levenkron, 2004)。在人際關係上，被同儕孤立、排斥及捉弄，或是感情上的失落、分手，而引發的無助、難過和憤怒情緒也會引發自殘行為（黃雅羚、林妙容，2005；陳毓文，2006）。陳毓文（2000）發現自殘的導火線以感情困擾居多。實證研究也指出自傷行為的青少年與父母、同儕或師長的關係皆比較差（陳紫瑀，2009）。

### (四)文化及社會價值觀因素

Favazza（1996；引自黃羚、林妙容，2005）認為，文化或宗教儀式出現的自傷具功能性，包含證明青少年長大的成年禮、治療、提升靈性及維持次序，故在特殊文化背景及需求下，這類

的自傷行為並不會被視為病態，例如：在某些文化中，割禮、穿耳、拔牙、鞭打或刺青是青少年的成年禮儀式；在臺灣道教廟宇節慶時青少年爬刀梯之行為等（黃立婷，2007；Bolognini et al., 2003; Zila & Kiselics, 2001）。

此外，部份自殘者錯誤地將疼痛與成就連結在一起，認為要獲得成就必須經歷並忍耐自傷的痛苦，個案可能會想「我可以承擔多少疼痛」並以此來表現自己的勇敢（黃立婷，2007；Levenkron, 2004）。

直接或間接造成自殘行為傾向的因素很多，範圍非常廣泛地包含個人的生理、心理、家庭、人際、環境、以及過去的遭遇等，這些都是危險因子；但不表示有這些遭遇就一定會出現自殘行為傾向，若是能有好的情緒調節能力、正向的認知思考等保護因子，可能就不會出現自殘行為傾向。

## 參、以情緒調節的觀點看自殘行為

一個人如何覺察、調節、管理、表達、監視自己的情緒，以達到個人目標的內在或外在歷程，稱為情緒調節能力。情緒調節的能力跟認知的發展有關，到了最易發生自殘行為的青少年時期，由於自我發展的更完善，對自己及情緒都有更多認識，覺察的情緒內容越來越多元，也開始追求自我獨立，較會主動反省情緒，因此，青少年開始以自己累積的情緒經驗發展出個人的情緒觀點，在評估情緒時則較重視人際關係的維持（江文慈，2000；Thompson & Meyer, 2007）。

情緒調節近年來受到越來越多重視，情緒調節能力會受到外在和內在影響，外在是從小孩開始的早期情緒調節，包含父母直接介入教導、觀察學習、選擇性增強、情感引發、和照顧者所提供的管理高昂情緒的機會；內在歷程則是情緒自我調節能力之成長，包含語言與認知技巧的發展、小孩對情緒之自我了解、情緒調節之認知策略、以及對他人情緒了解之出現(Thompson, 1991)。江文慈（2000）將情緒調節視為自我調節系統的一部份，從覺察情緒的來源與內容、表達與控制情緒、處理解決情緒問題的方法、反省自己的處理方式、甚至評估自己處理情緒的能力，這些是情緒調整的歷程，更是情緒調節能力的重要內涵。Morris、Silk、Myers和Robinson(2007)則認為情緒調節有三層面最重要的定義，第一、情緒調節包含內在和外在的歷程，個體的認知、注意力轉換等，以及外在父母或他人教導或調整其情緒；第二、情緒調整歷程調整控制了情緒的情緒與表達方式；第三、情緒調整策略跟情緒管理相關，要考慮到特殊的情緒調整和管理經驗。Morris等人(2007)認為小孩的情緒調節能力之發展跟以下兩點特別相關：一、父母自身的情緒表現；二、親子互動時所暗示的可接受或不可接受之家庭情緒氛圍，還有如何管理這些情緒。國內也有研究結果顯示，青少年依附行為與情緒調節能力有直接或間接的相關（陳金定、劉焜輝，2003；陳佩君，2008）。

綜合以上多位學者所言，情緒調節能力為一從孩童時期開始發展與學習的能力，會受到父母直接或間接教養之影

響，而逐漸發展出自己對情緒的覺察敏感度、調節能力的認知因應、及情緒表達方式等。本文則依據所蒐集之文獻，而採用情緒調節困難量表(Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS; Gratz & Roemer, 2004)對情緒調節能力之定義為主。

在本文中，情緒調節的定義為「有效且自然地適應的情緒回應」(functional nature of emotional responses)；相反地，情緒失調的定義為「不適應情緒的回應」(maladaptive responses to emotions)。以下會以情緒調節與青少年自殘行為之相關為主軸，透過情緒調節的不同角度觀點切入來看待自殘行為的解釋：

## 一、自殘行為是青少年所使用的情緒調節方法之一

黃雅羚和林妙容(2005)訪談分析五個連續自殘的個案發現，個案在自殘前會感受到因壓力事件所引發的情緒，會很激動、極度傷心、難過、憤怒、低落及煩躁，生理上則可能呈現心痛、胸悶、哭泣、呼吸困難及握拳等狀態；於是便出現：希望快速宣洩情緒、希望問題得到解決、思考混亂等想法，所以開始進行自殘行為。自殘後的情緒轉變成平靜、快樂、舒服、興奮等，生理上能夠放鬆；想法上也認為「已經發洩過了」，所以能不再去想。Levenkron(2004)也指出個案會發現身體上的痛可以治療情緒上的痛。呂孟真(2007)研究私立高中職學生發現，無意識之自殺意圖的自傷樣本中有71%的人認為自傷後有負向情緒釋放的效果，因此自我傷害行為具有負向情緒調節之功能；並且，越難

接納自己的負向情緒且感到無助者，越可能出現自傷行為。

由此可見，引發青少年自殘行為(尤其是連續自殘)之很重要因素為：自殘是青少年所能想到的最快速、容易之情緒調節方式，並以此來處理引發情緒的事件或因素。若細分青少年自殘經驗的主觀感受，可能有以下幾種與情緒相關之功能(黃雅羚、林妙容，2005)：

### (一)宣洩情緒

青少年覺得自殘只是一種情緒宣洩的方法而已，就像有人心情不好會去運動打球來宣洩一樣，只是他們選擇讓自己的身體受傷，自殘也的確能讓他們激動的激動得到快速、有效的宣洩。

### (二)轉移作用

自殘青少年會覺得自殘前那種激動的的情緒，若不快速宣洩掉則會引發心痛的感覺。所以，自殘所引發的疼痛感具有轉移作用，能轉移情緒上的痛。

### (三)控制情緒

用自殘來幫助自己控制難過或生氣的情緒，避免情緒以言語、淚水或行為表現出來。

## 二、情緒調節能力與青少年自殘行為有直接相關

Nock和Prinstein(2004)提出自殘行為具有自動情緒調節及社交人際的功能，可能是因為情緒調節技巧不佳才出現利用自殘來調節情緒的方法。Klonsky和Muehlenkamp(2007)也提出自殘最常被當作抒發強烈負面情緒的策略。Hicks和Hinck(2008)整理文獻發現研究者都將自殘行為視為：因經歷難以忍受的強烈情緒挫折而產生之有害的因應技巧和不健

康的回應方式，讓人可以控制情緒並從情緒痛苦中分散注意力，而且這種因肉體傷害得到解放的感受會支持人持續該自殘行為。

Gratz和Roemer(2008)以249位女大學生為樣本，用情緒調節困難量表(Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS; Gratz & Roemer, 2004)等問卷研究情緒調節與蓄意自我傷害(deliberate self-harm, DSH，定義為沒有自殺意圖之自我傷害)之關係，發現整體情緒失調(overall emotion dysregulation)能夠區分出連續自殘個案；若是細分成六個層面去分析，則發現有無自殘行為的女性在「缺乏情緒覺察」(Lack of awareness of emotions)、「缺乏清楚的情緒」(Lack of clarity of emotions)、「有限的情緒調節策略」(Limited strategies)、「經驗負向情緒時有採取直接目標行為之困難」(Difficulties goal-directed behaviors)四種情況有達到顯著差異；但是，「負向情緒之無法接受」(Non-acceptance of emotions)和「經驗負向情緒時有控制衝動之困難」(Difficulties impulse control)兩者沒有達顯著。另外也發現連續自殘，與總體情緒失調、缺乏情緒覺察、缺乏清楚的情緒及有限的情緒調節策略皆達顯著相關。

上述的研究雖然沒有在情緒調節的全部層面都達到顯著，但是整體情緒失調與一半以上之層面都能顯著區分出連續自殘者，或與連續自殘有顯著相關；沒有達顯著的部份可能是由於對情緒失調的定義等原因所致。所以，本研究仍支持情緒調節能力與青少年自殘行為有直接相關。

### 三、情緒調節能力是自殘行為治療果效之中介變項

認知行為治療(CBT)是目前常被使用且能有效增進情緒調節能力的治療學派之一，Slee、Arensman、Garnefski和Spinhoven(2007)分析了三種對蓄意自殘個案之認知行為治療方法，整理出一套對自殘個案專用的認知行為治療方法。並且持續的研究證實此種認知行為治療方法在治療自殘個案上是有效的，在施行認知行為治療與一般治療的九個月後，使用情緒調節困難量表(Gratz & Roemer, 2004)，結果認知行為治療組與一般組的DERS之六個層面都有達到顯著差異，CBT組明顯地較有效果。另外，此研究也部分證實情緒調節為自殘行為治療有果效之中介因素，尤其是在「經驗負向情緒時有控制衝動之困難」與「有採取直接目標行為之困難」這兩方面有顯著的效果(Slee et al., 2008)；而且雖然在治療中，憂鬱、焦慮及自殺認知會顯著地減少，但這些症狀之嚴重程度在治療果效中卻沒有扮演中介的角色(Slee et al., 2008)。因此，蓄意自殘個案之認知行為治療策略是有用的，也就是說，增加情緒調節能力、降低情緒失調是有效減少自殘行為之要素。

### 肆、以情緒調節看自殘行為常見的處遇策略

#### 一、協助青少年改變自殘行為的介入方向

因為自殘行為被視為錯誤之情緒調節策略，並且情緒調節能力被證實與自

殘行為顯著相關，也為自殘治療效果之中介變項，因此增進情緒調節能力，應是能有效幫助自殘青少年的方式之一。

本文定義情緒調節為「有效且自然地適應的情緒回應」，因此協助青少年增進情緒調節能力的方法，需要有幾個要素：一、有效；二、可自然地運用；三、為適應性的反應。因此，以下整理增進情緒調節能力並減少自殘行為發生的方法，可分為幾個方向：

### (一)增進情緒覺察與區辨能力

青少年處於發展中的階段，情緒調節能力也可能尚在發展中，情緒的覺察與區辨能力也需要協助成長；尤其是認知的發展程度往往會影響到口語表達能力與對言語的理解力，因此必須根據個案的年齡，調整成適宜的治療方式。青少年常常需要的不是抽象之討論（如：自信心），而是實際的技能培養或狀態之改善。青少年本來就在一個需要學習技能與方法來適應生活的階段，因此適度的教導往往是相當有幫助的。

具體的增進情緒覺察與區辨能力的方式，如：先找出青少年容易發生自殘行為的強烈情緒狀態為何，增加青少年覺察情緒的能力(Simeon & Hollander, 2002)。同時，在強烈的情緒下青少年需要先學習放鬆，因此教導放鬆練習，協助青少年放鬆、舒緩強烈情緒，並能幫助青少年更敏銳地覺察其他情緒。接著再透過選項式的問句、情緒表等能協助青少年釐清當下的情緒，或區辨情緒與想法的不同，幫助青少年更能掌握自己的情緒與想法(Beck, 2003)。

### (二)接納自己的情緒

青少年會出現自殘行為的原因之一

是對自己負面情緒的接納度低，所以教導並鼓勵青少年發展接納自己的態度是重要的。其實接納自己也是一種同理心的延伸，教導個案接納自我目前的狀態與當下的環境，並採取一種不評價的態度來面對，但這並非一種消極的無可奈何，而是積極得面對現在，讓個案有能力轉移注意力、並選擇自殘之外的方式來安撫自己(Simeon & Hollander, 2002)。

同時，當諮商師透過無條件正向接納、真誠等方法來同理個案時，也協助個案接受諮商師對個案所呈現的正向看法（當然，這些必須符合現實感），並納入他們的自我形象中，這有助於提升個案之自尊心，幫助個案更容易接納自己與其情緒(Levenkron, 2004)。當青少年能接納自己的負向情緒時，也較能應用適宜的因應策略，或是監督自己挫敗的想法或情緒，而能較少出現自殘的不適宜之情緒調節策略（呂孟真，2007；Slee et al, 2007）。

### (三)教導情緒調節策略

治療自殘行為的有效方法之一便是增進情緒調節技巧(Klonsky, 2007)。Slee等人(2008)研究發現，情緒調節能力是自殘行為改變的重要中介變項，尤其是在「經驗負向情緒時有控制衝動之困難」與「經驗負向情緒時有採取直接目標行為之困難」這兩方面有顯著的中介治療效果。

的確，很多青少年之所以使用自殘行為來抒發情緒都是因為缺少合宜的情緒調節策略或難以實踐（黃雅玲、林妙容，2005；Levenkron, 2004），所以若能教導青少年健康又多樣化的方法並協助青少年習慣使用，便能降低使用不適

宜方法的機會。具體的有效且自然地適應性情緒調節策略，例如：運動、書寫、繪畫、腹式呼吸、肌肉放鬆運動、找朋友聊天抒發等，並協助青少年習慣使用這些策略來調節情緒。

## 二、諮商師自身的情緒調節示範：真實地接納的自殘青少年

要幫助自殘青少年接納自己及負面情緒，其中一個重要的關鍵便是諮商師對青少年所表達的接納及同理。諮商師能透過接納與同理為個案賦能，幫助個案能不再把自己當作是脆弱和無能的(Simeon & Hollander, 2002)。

諮商師要能夠對自殘青少年真誠地表達出接納及同理，諮商師個人的態度與面對自殘傷口的準備是重要的。Levenkron(2004)認為諮商師在面對自殘個案時，需要顯得很有自信、表露出高度權威卻又溫和關懷的姿態，對個案展現關懷、支持、引導與教導式的行為，幫助個案將所收到的關懷轉為信任，打破舊有的人際模式與處理習慣，如此才能有可將發洩情緒之方法由自殘行為改為口語表達，而終止自殘。

關於面對自殘傷口的準備，其實對不夠了解自殘行為的諮商師來說，自我傷害可能是個令人害怕的名詞，因為它不僅代表著個案的行為，更是一種肉眼可見的傷痕，或許仍滲著血、或許傷口很深很大、或許結著疤、或許留下疤痕。如果諮商師沒有準備好、沒有辦法快速調整自己的心情，則很可能被自己的恐懼控制，而無法真誠地面對個案，也會導致個案無法信任這段諮商關係，

更無法示範出諮商師自身的情緒調節能力。Levenkron(2004)認為最好的突破方式是：在你碰觸到這些傷口與其中的情感時，態度要安然自在，並且在每次諮商時主動詢問個案是否又有新的傷口，並且持續檢視傷口，展現出對個案「身體醜陋面」的接納與關心。

更重要的是，諮商師要避免標籤化自殘青少年，不要將有自殘行為的青少年以單一的觀點當成「一個會傷害自己的人」，諮商師看待個案的眼光會影響其工作之態度等；而應該要全面、系統地去了解青少年自殘的因素，並且避免因為個案重複自殘行為而喪失對個案停止自殘的樂觀態度。要記得：自殘個案對於自己的失望，永遠比諮商師和家人所能了解的還要嚴重(Levenkron, 2004)。

## 伍、結論

在青少年的自殘行為越來越浮出水面的現今，家長、從事諮商或教育人員應對此更加謹慎、重視。自殘行為的成因多元且複雜，可能與生理、心理、情緒調節能力、家庭、人際、環境等相關，但不變的是，自殘行為往往反應出該青少年的無助與難受。若能敏銳於青少年的需要，幫助青少年增進情緒調節能力、學習如何正確調節情緒，協助青少年重建自己的社會支持與生態網絡，相信定能幫助青少年走出自殘的陰霾。

在協助自殘青少年的同時，也值得諮商輔導人員留意的是：青少年時期是一個過程，雖然永遠應該是設法幫助個案停止自殘行為，但是比起「停止自殘」，更重要的應該是幫助青少年能繼續成長！所以不要急於使青少年停止自

殘，這樣往往容易流於責備或曉以大義。但是，真正重要的是造成自殘行為背後的動機與原因，唯有設法改善其背景因素、或是教導其能有正確地面對該事件之情緒調節方式，才有可能使個案的自殘行為真正逐漸減少、而改以其他適應性地情緒調節方法發洩表達出來。

本文多以青少年個人的因素出發，重視情緒調節能力，但其實如同在造成自殘的原因當中所提及的，青少年的人際、家庭、學校、生態系統等對青少年的影響甚鉅，值得持續研究，以繼續發展出更多元及適宜的預防與治療方式。

## 參考文獻

- 江文慈（2000）。探尋情緒調整的發展軌跡：從兒童期到青少年期。**世新大學學報**，**10**，31-62。
- 呂孟真（2007）。自我傷害動機、負向情緒、經驗迴避、情緒調節與青少年自我傷害行為之關係探索。國立政治大學心理系碩士論文，未出版，台北。
- 林杏真（2001）。自傷青少年生活壓力、社會支持與自我強度的發展及其關係研究。國立台灣師範大學教育心理與輔導學系碩士論文，未出版，台北。
- 陳金定、劉焜輝（2003）。青少年依附行為與情緒調適能力之因果模式初探。**教育心理學報**，**39**（1），39-58。
- 陳佩君（2008）。青少年依附關係、自我認同、獨處能力與情緒調節之關係。國立師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文，未出版，台北。
- 陳紫瑀（2009）。青少年完美主義、心理分離一個體化與自傷行為之相關研究。國立高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 陳毓文（2000）。他們想說什麼？—青少年自傷行為之初探。**社會政策與社會工作學刊**，**4**（2），127-178。
- 陳毓文（2006）。一般在學青少年自殘行為之相關環境因素初探。**中華心理衛生學刊**，**19**（2），95-124
- 湯誼文（2009）。自我傷害青少年所認知生活中具有傷害性境遇、自我傷害行為反應內涵及因應策略之分析研究。國立高雄師範大學輔導與諮商研究所碩士論文，未出版，高雄。
- 黃立婷（2007）。國中生個人特質、人際關係、次文化認同與自傷行為傾向之關係研究。臺灣師範大學教育心理與輔導學系碩士論文，未出版，台北。
- 黃雅玲、林妙容（2005）。青少年自傷經驗發展歷程之分析研究—以五個個案為例。**高師諮商輔導學報**，**12**，101-126
- 顏綵思（2005）。青少年校園攻擊行為及其因應之道。**國教輔導雙月刊**，**44**（4），59-63。
- Ayton, A., Rasool, H., & Cottrell, D. (2003). Deliberate self-harm in children and adolescents : Association with social deprivation. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *12*, 303-307.
- Beck, J. S. (2003). 認知治療：基礎與進階（梁雅舒、張育嘉、羅振豐、趙文

- 煜譯)。台北：揚智文化。(原著出版於1995)
- Bolognini, M., Plancherel, B., Larget, J., Stephan, P., & Halfon, O. (2003). Adolescents' self-mutilation-relationship with dependent behavior. *Swiss Journal of Psychology, 62*, 241-249.
- Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2009). Emotion regulation as a mediator of the relation between emotion socialization and deliberate self-harm. *American Journal of Orthopsychiatry, 79*, 482-490.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2008). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cognitive Behaviour Therapy, 37*, 14-25.
- Hicks, K. M., & Hinck, S. M. (2008). Concept analysis of self-mutilation. *Journal of Advanced Nursing, 408-413*.
- Klonsky, E. D. (2007). Non-suicidal self-injury: An introduction. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 1039-1043.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 63*, 1045-1056.
- Lambert, A., & Man, A. F. (2007). Alexithymia, depression, and self-mutilation in adolescent girls. *North American Journal of Psychology, 9*, 555-566.
- Levenkron, S. (2004). 割腕的誘惑—停止自我傷害 (李俊毅譯)。台北：心靈工坊。(原著出版於1998)
- Morris, A. S., Silk, J. S., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development, 16*(2), 361-388
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-threatening Behavior, 34*, 12-22.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 140-146.
- Scoliers, G., Portzky, G., Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J., Ystgaard, M., Arensman, E., Leo, D. D., Fekete, S., & Heeringen, K. V. (1999). Reason for adolescent deliberate self-harm: A cry of pain and/or cry for help? Finding from the child

- & adolescent self-harm in Europe (case) study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*, 601-607.
- Simeon, D., & Hollander, E. (2002). 自我傷害的評估與治療（唐子俊、郭敏慧譯）。台北：五南。（原著出版於2001）
- Slee, N., Arensman, E., Garnefski, N., & Spinhoven, P. (2007). Cognitive-behavioral therapy for deliberate self-harm. *Crisis*, *28*(4), 175-182
- Slee, N., Spinhoven, P., Garnefski, N., & Arensman, E. (2008). Emotion regulation as mediator of treatment outcome in therapy for deliberate self-harm. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *15*, 205-216.
- Thompson, R. A., & Meyer, S. (2007). Socialization of emotion regulation in the family. In J. J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, *3*(4), 269-307
- Zila, L. M., & Kiselics, M. S. (2001). Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. *Journal of Counseling & development*, *79*, 46-79.