

憂鬱症青少年人際心理治療團體

牛文菡 (大同技術學院講師、彰化師範大學輔導與諮商學系博士班研究生)

壹、前言

憂鬱症好發於青少年階段(徐世杰, 2003)。根據2001年所做的初步調查發現,台灣具有憂鬱症狀的老人和青少年各為24.3%、29.9%(楊明仁, 2002),青少年在憂鬱人口中佔有極大的比例。此外,憂鬱症青少年在診斷出病症之後,其憂鬱症狀會持續一到四年(Finn, 2000),身心承受極大的痛苦。青少年憂鬱症經常為個人、家庭及社會帶來傷害(Diamond & Siqueland, 1995)。依據研究者在技術學院學生輔導中心輔導學生的經驗中,亦發現近年來校園內憂鬱症青少年的人數有增多的趨勢。所以,青少年憂鬱症不僅是個值得精神醫學關心與重視的議題,更是輔導諮商工作者的責任。

那麼,能有效治療青少年憂鬱症的心理治療方式為何?Banken和Wilson二人(1992)請174位有重鬱症和低落性情感的大學生評定人際心理治療(Interpersonal Psychotherapy, IPT)、認知治療、行為治療、藥物治療的可信度和接受度,結果發現:IPT被評定為最能接受的治療,此外,可信度和接受度都顯著優於藥物治療。Finn(2000)文獻回顧也發現治療青少年憂鬱症有效的治療,包括藥物治療、

認知行為治療、心理動力治療、家族治療、和人際治療。Mufson、Gallagher、Dorta和Young等四人(2004)也表示認知行為治療與人際治療,是對青少年憂鬱有效的二種心理治療。可見,以憂鬱症青少年人際心理治療(Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents, IPT-A)來治療憂鬱症青少年的結果是令人肯定的(Stark, Laurent, Livingston, Boswell, & Swearer, 1999)。

團體治療經常被認為是有效的治療方式,提供一個立即性的網絡,在其中青少年們經驗自己並不孤單,以及可以共同練習新的人際互動(Mufson, Gallagher, Dorta, & Younget, 2004)。輔導諮商工作經常面臨人力有限的困境,如果,能以更具經濟效益的團體方式進行,借助團體的力量協助青少年憂鬱症者,將可使更多的青少年憂鬱症者受益。因此,本文謹就「憂鬱症青少年人際心理治療團體」進行相關文獻探討,希望能對推展憂鬱症青少年輔導工作有所幫助。以下將從青少年憂鬱症的診斷標準、人際心理治療(IPT)及憂鬱症青少年人際心理治療(IPT-A)、IPT在憂鬱症團體治療上的應用三方面分別探討之。

貳、青少年憂鬱症的診斷標準

目前對於憂鬱症的認定，一般多依據精神疾患診斷與統計手冊第四版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition, DSM-IV)來判定之。憂鬱症的認定，依照DSM-IV準則診斷，是至少兩週內，在(1)憂鬱心情(2)幾乎所有的活動、興趣或喜樂都顯著減少(3)明顯的體重減輕或增加(4)失眠或嗜睡(5)精神運動性激動或遲滯(6)疲累或失去活力(7)無價值感或過分不合宜的罪惡感(8)思考能力或專注能力減退(9)反覆想到死亡，重複出現自殺意念、自殺企圖，或已有實行自殺計劃等九項症狀中，至少出現五項或五項以上，且在憂鬱心情、失去興趣或喜樂二症狀中至少呈現其中一種症狀(白秀玲，2000)。

DSM-IV並沒有將兒童和青少年憂鬱症與成人憂鬱症的診斷標準加以區分，用於成人的診斷標準是否適用於兒童與青少年，是持續爭議的議題。還有，沒有採用發展性適應標準(developmentally adjusted criteria)進行診斷，某些兒童和青少年憂鬱是否因此被忽略，也受到質疑。對於這些疑慮，Birmaher等人(1996)、Kovacs(1996)、Ryan等人(1987)的結論是：兒童和青少年時期的發展性轉變，在重鬱兒童有限性的情感症狀表現上，只有輕度到中度程度的影響，大體來看，青少年和成人之間的憂鬱表現並沒有顯著不同到需要不同的診斷標準(Mufson, Dorta, Moreau & Weissman, 2004)。

治療者對於憂鬱症青少年會展現哪些主要的情緒、認知、行為特徵，有一概念化瞭解，有助於後續與憂鬱症青少年的接觸。

參、人際心理治療及憂鬱症青少年人際心理治療

一、人際心理治療(IPT)

人際心理治療(IPT)的理論植基於Meyer的觀點、Sullivan的人際理論和Bowlby的依附理論。Meyer認為要瞭解精神疾患要重視病人與其環境的關係，精神疾患是病人試圖適應其所處環境的一種表達方式。Sullivan表示他人的人際行為是引起個人情緒的最重要事件和客體，大多數的心理疾患是來自不適當的溝通，所以，一個人的行為需從其過去和現在的人際脈絡去理解。Bowlby主張人們有和特定他人形成強烈情緒連結和關係分離、失落等經驗的需要，並且會引起情緒上的痛苦；青少年時期是鬆解(lessen)早期依附關係並被新的依附關係所替代的時期，這種依附關係的轉變可能難以跨越並造成憂鬱。基於此，IPT假設憂鬱症是發生於社會和人際脈絡中，而且憂鬱症的發病、治療反應和結果是受憂鬱症病人和重要他人之間的人際關係所影響(Frank & Spanier, 1995; Hinrichsen, 1999; Mufson, et al., 2004; Stuart & O'Hara, 1995)。

IPT認為早期發展經驗和不自覺的心理歷程(如：內在願望和衝突)會出現在日後的人際關係型態中，IPT會聚焦於促進目前的社會角色和人際關係，而非分析或重構過去的內在心理或認知事件(Klerman, Weissman, Rounsaville, & Chevron, 1984)，是一種有時間限制、人際導向的心理治療(Stuart & O'Hara, 1995)。

IPT是治療憂鬱症有效的短期個別治

療(Klerman, et al., 1984 ; Weissman, Markowitz, & Klerman, 2000 , 引自Gillies, 2001)。1970年代, Klerman等人將人際心理治療(IPT; Interpersonal Psychotherapy)應用於治療重鬱症、低落性情感疾患(dysthymia)的個別治療上(MacKenzie & Grabovac, 2001), 並於1984年出版「憂鬱症的人際心理治療」一書。

與其他心理治療相較, IPT強調的是: 1. 限定時間而不是長期的; 2. 聚焦而不是開放式的; 3. 當下而不是過去的人際關係; 4. 人際而非內在的心理; 5. 人際而不是認知行為; 6. 可以找出人格特質, 但不是焦點(唐子俊、唐慧芳、何宜芳、黃詩殷、郭敏慧、王慧瑛譯, 2005)。

一般而言, IPT的晤談次數是12至16次; 治療者是積極、支持的角色, 面對病人憂鬱症時是抱持樂觀主義的(Gillies, 2001)。強調在有限的晤談次數中, 理解憂鬱症者的人際關係型態, 聚焦於促進和憂鬱症形成或繼續有關的人際關係。

二、憂鬱症青少年人際心理治療 (IPT-A)

(一)從IPT到IPT-A的轉變

IPT最初是用於治療憂鬱症成人(Finn, 2000)。而Mufson等人先後於1993年、2004年二次出版「憂鬱症青少年人際心理治療」(Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents; IPT-A)一書, 論述如何將IPT應用於治療12-18歲有急性重鬱症(acute onset major depression)或輕鬱狀況的青少年身上。IPT-A的治療目標在降低憂鬱症狀和促進人際功能(Stark et al., 1999)。

將IPT應用於青少年上, IPT-A所做的修正包括: 在晤談的時間點(timing)和間隔(spacing)安排上更有彈性、一週一次或兩次的電話支持以便建立工作同盟、治療者更積極地與青少年的父母或學校人員等團體外人士接觸(Gillies, 2001); 此外, 也包括: (一)在角色轉換(role transition)此一問題領域, 會針對青少年角色轉換此一議題進行討論。因為經驗指出此一議題與青少年憂鬱症狀有關聯。(二)在治療過程中, 增加了父母或監護人的參與, 可以提昇青少年的幸福感(well-being)和鼓舞成功治療的達成。(三)考量青少年的個別化(individuation)、自主性的建立、與異性或愛慕對象的人際關係、因應死亡和失落的初始經驗(initial experiences)、同儕壓力處理等發展任務, 治療目標稍做修正。(四)技術上的修正, 包括提供一個十點評量表來評量青少年的情緒, 具體檢核青少年在情緒上的改善; 實施更多的社交技巧; 執行遠景採用技巧(perspective-taking skills); 學習如何協商親子間的壓力; 必要時, 在不同治療階段納入家庭成員的協助以及拒學、生理或性虐待、自殺、攻擊等議題的討論(Mufson et al., 2004)。

整體來看, IPT-A是將本來應用於治療憂鬱症成人的IPT理論、原理、程序應用於憂鬱症青少年身上, 但是IPT-A在治療執行上, 則考慮青少年的狀況, 略做修正, 包括: 更關切進入青少年時期的角色轉換、運用社會支持的力量強化治療效果、考慮青少年發展性任務帶來的影響、採行更具體的治療技術等。

(二)IPT-A的治療過程

IPT-A (Interpersonal Psychotherapy for

Depressed Adolescents)是每週一次，為期十二週的個別治療。治療開始前會展開治療前評估(pretreatment evaluation)，和青少年以及家庭成員見面，蒐集目前症狀和先前精神治療、家庭、發展、醫藥、社會和學業方面的歷史，進行完整的診斷評估。治療則分成初始階段(initial phase)、中期階段(middle phase)、結束階段(termination phase)三個階段(Mufson et al., 2004; Stark et al., 1999)。以下一一介紹之：

1. 初始階段

第一次至第四次晤談是治療的初始階段。此階段有七個治療目標：(1)根據目前的診斷系統，確定憂鬱症的診斷；(2)完成關於憂鬱與治療過程中的心理教育(psychoeducation)；(3)實施人際調查(interpersonal inventory)，將憂鬱與人際脈絡相連結；(4)認定在一個或一個以上主要「問題領域」(principal problem areas)的人際困難；(5)解釋人際理論的學理和目標；(6)解釋在治療中病人被期待的角色；(7)安排中期階段要進行的工作。

上述第1和第2個目標，是透過第一次晤談中的六個任務(tasks)達成之：(1)確定病人是否適合參加IPT-A；(2)教育青少年憂鬱的本質；(3)提供相關治療的訊息，解釋治療選擇(treatment options)；(4)賦予青少年一個「限定生病角色」(limited sick role)；(5)介紹IPT-A的基本原則；(6)獲得治療承諾以及解釋第二次晤談的目標。

第3至第7個目標，是在第二至四次晤談中達成。其中第3個目標，是透過瞭解憂鬱發生的人際脈絡(尤其是可能引起憂鬱的生活事件)、現在尋求治療的理由、可能與症狀相關聯的重要關係(significant relationships)等治療任務達成之。而第4至

第7個目標的達成，是透過將憂鬱症狀與四大「問題領域」產生連結，然後，認定主要的問題區域，並將憂鬱轉變為人際陳述(interpersonal formulation)，指出多種關係中的人際型態。

IPT-A所謂的四大「問題領域」是指悲傷(grief)、人際角色衝突(interpersonal role disputes)、人際角色轉換(interpersonal role transitions)、人際不足(interpersonal deficits)。「悲傷」是指重要他人死亡帶來的憂鬱；「人際角色爭論」是指在人際關係中，彼此有不一致的角色或行為期待；「人際角色轉換」是指個人難以調整角色來適應生活轉變；「人際不足」是指在人際關係中缺乏社會或溝通技巧。

2. 中期階段

第五次至第八次晤談(sessions)是治療的中期階段。與初始階段相較，中期階段較不具結構性，因為晤談進行是依病人和問題領域的組成不同而有所不同。中期階段的治療目標有三個：(1)進一步澄清問題領域；(2)認定處理問題的有效策略；(3)執行解決問題的處遇(interventions)。

上述目標，可藉由完成下列五個治療任務加以達成：(1)檢核憂鬱症狀，如果沒有改善或有惡化的情形，則考慮其他如藥物治療等輔助治療(adjunctive therapy)；(2)協助病人能夠討論與認定問題領域(identified problem area)有關的話題；(3)檢核病人與生活事件相關聯、與治療關係有關的情感，促進病人情感狀態的自我揭露；(4)排定進行諮商和教育的固定會面(meetings)或電話諮詢；(5)維持與父母的同盟(alliance)關係，讓他們持續支持治療。

3. 結束階段

結束階段須包括回顧治療過程(如：已學習的策略、已發生的改變、未完成事件)、在治療結束後人際壓力處理的準備、評估是否需要青少年進一步治療。

此階段主要的治療任務包括：(1)引發治療結束的情感；(2)回顧憂鬱的預警症狀(warning symptoms)；(3)確認人際能力；(4)回顧有壓力的人際問題；(5)回顧有助益的人際策略；(6)針對未來情境中人際策略的應用，進行腦力激盪；(7)對進一步的治療進行評估。

綜合看來，IPT-A的初始階段是治療形成階段，主要是提供治療架構、確定治療目標、說明治療期待、促使參與治療；中期階段是工作階段，運用與執行各種介入，達成治療目標；結束階段則是治療統整與前瞻階段，回顧與強化憂鬱症青少年在治療中的進步與學習，也為回到團體外的人際互動做準備。

肆、IPT在憂鬱症團體治療上的應用

文獻探討發現，以IPT為理論基礎所進行的團體，有二類：一是為憂鬱症成人所提供的人際心理治療團體，簡稱IPT-G(IPT Group)；另一則是為憂鬱症青少年所提供的人際心理治療團體，簡稱為IPT-AG(IPT-A Group)。以下分別說明之：

一、憂鬱症人際心理治療團體(IPT-G)

MacKenzie和Grabovac(2001)二人應用人際心理治療團體(IPT-G)進行個案研究。此一團體有八位成員，是由醫院轉介而來的重鬱症者，每位成員都需接受

二次晤談(sessions)的評量，確定沒有積極自殺傾向和不是邊緣性人格疾患的病人，方能參加團體。團體從開始到結束，共歷經14週，每週一次，每次90分鐘。每位成員，在團體評量、中期、結束、和團體結束後四個月的追蹤當中，都需填寫貝式憂鬱量表(BDI)，以便瞭解憂鬱改善情形。進行評量時，每位成員也都填寫人際問題量表(Inventory of Interpersonal Problems)，量表所得結果會連結成員經驗，在團體中討論之。

參加團體前，成員透過閱讀列有團體治療效果、如何自團體中獲益、關於保密等期待、和團體迷思的書面資料(handout)，以及討論，完成進入團體的準備。每位成員也將個人困難分為四大問題領域(悲傷、人際爭論、角色轉換、人際不足)，然後，和治療者合作，選定一到三個與其問題領域有關的目標(target goals)，做為治療目標。

第一至四次團體，治療者要確定所有的成員不只覺察(aware)自己的議題，也覺察其他成員的議題，以便發展出工作氣氛，迅速提昇團體凝聚力。團體中期，每位成員回顧他所選定的治療目標，並且討論每個目標的進展。

在團體進行中，成員間的負向人際關係是透過問題解決取向(problem-solving approach)陳述之而非使用心理動力解釋。過去的人際型態被用以理解目前的人際型態，團體焦點主要在於修正關鍵關係(key relationships)和在目前所處環境中的社會化型態(socialization patterns)。

MacKenzie和Grabovac(2001)也認為團體中的緊張關係(tensions)，是以問題解決的方式進行，不做歷程意義(process meaning)

的延伸式探索(extended exploration)。在帶領時，此一取向對部分接受心理動力訓練或受Yalom影響而有其風格的團體治療者來說，需注意在這方面的限制。

研究結果發現：檢視所有成員在貝式憂鬱量表上的得分，八位成員中有三人沒有改善，MacKenzie和Grabovac(2001)認為這個結果與IPT文獻中提到有時間限制的處遇對有共病性者來說反應較差是一致的。

MacKenzie和Grabovac(2001)以治療憂鬱症成人為主的IPT-G，是用每位成員團體前的評量做為治療進展的指引以及治療討論題材、確定一到三個的具體的治療目標、以解決目前人際關係問題為導向、以及關於有共病性者的治療效果較差的結果，在在都值得未來在規劃或執行憂鬱症青少年人際治療團體時的參考。

二、憂鬱症青少年人際心理治療團體(IPT-AG)

憂鬱症青少年人際心理治療團體(IPT-AG; IPT-A Group)的帶領是合併應用了1993年Mufson等人編寫之憂鬱症青少年人際心理治療手冊(IPT-A Manual)與2000年Wilfley等人編寫之成人團體人際心理治療手冊(Adult Group Interpersonal Psychotherapy Manual) (Mufson et al., 2004a)。

Mufson、Gallagher、Dort和Young四人(2004b)實際帶領三個IPT-AG團體，每個團體有四至六個青少年。團體包括兩次團體前個別會面(pregroup individual meetings)，以及接著12次的團體治療，以每週一次，每次90分鐘，分為初始、中期、結束三個階段的方式進行；此外，也伴隨進行一次治療中家庭晤談(mid-

treatment family collateral session)和一次離別前家庭晤談(family collateral exit session)。以下依序概述團體的進行方式：

(一)團體前個別會面

兩次的團體前個別會面，治療者與父母和青少年的見面，每次90分鐘。第一次團體前個別會面的目的是確定憂鬱症診斷、教育青少年和父母(或照顧者)關於憂鬱症的本質和可能的治療、賦予「限定生病角色」(limited sick role)、開始人際調查(interpersonal inventory)。此外，也瞭解是否自殺意圖，並建立一個緊急突發事件計畫(emergency contingency)，以防憂鬱情況惡化的發生。

在第一次和第二次的團體前個別會面之間，治療者會為每一個青少年繪出一個暫時性憂鬱循環圈(tentative depression circle)，描述促發青少年憂鬱的人際事件和其憂鬱反應之間的關係；也會建構一個呈現個人化憂鬱症狀星座(individualized constellation of depressive symptoms)的憂鬱描述(depressive portrait)。

第二次團體前個別會面的目的是完成人際調查、訂定治療契約、回顧暫時性憂鬱循環圈。並且，和青少年一起從四大人際問題領域中選出一個，做為治療的焦點。

(二)初始階段(第1-4次團體)

團體開始，每位青少年都有一本個人筆記本，筆記本中有關於個人憂鬱描述(depressive portrait)和循環圈(circle)的提示卡，可幫助青少年參與團體；也紀錄著個人的人際家庭作業以及每次團體需填寫的憂鬱評量表(depressive rating scale)。團體成員需善用個人筆記本，以便參與團體以及追蹤個人憂鬱症狀的改善情形。

第一次團體是進行團體介紹、討論如何參與團體、建立團體規則。第二次團體是再一次介紹團體成員、回顧團體規則、回顧憂鬱描述和症狀檢核表、開始討論人際議題。自第三次團體開始，依循著例行程序進行，直到團體結束。這個例行程序是討論症狀、憂鬱評量表、簡單一週回顧、每位成員提出一個人際情況，找出不同的事件反應方式、探索個人對新的反應方式的感受、練習新策略等。

如果，過程中青少年提到自殺意圖，團體領導者在團體後與青少年會面，必要時進行個別諮商和藥物治療等輔助治療的轉介。

(三)中期階段(第5-9次)

此一階段，持續檢核憂鬱症狀、幫助每位成員聚焦選定的主要問題領域、連結憂鬱症狀改變和人際事件的處理、認定以及練習新的人際技巧和策略、運用當下人際關係教導人際技巧。此外，藉由筆記本中的提示卡中的標語(slogan)，例如「使用我訊息」，來促進人際技巧的練習。

這個階段，治療者也會邀請父母、青少年進行一次治療中家庭晤談(mid-treatment family collateral session)，回顧到目前為止的進步情形，修正或再聚焦於特定的治療目標，也提供一個支持環境，幫助青少年和父母練習新技巧。

(四)結束階段(第10-12次)

提供青少年討論與治療者、其他成員關係結束的感覺，支持他們在團體內及團體外所獲得或成功使用的人際策略，幫助青少年練習以正向、自我肯定的方式結束關係。

在治療結束前，治療者會邀請父母、青少年進行離別前家庭晤談(family collateral exit session)，回顧青少年的進步，討論進一步治療的需要，未來發病的可能性及處理方式。

比較IPT-AG與IPT-A，可發現在IPT-A初始階段要進行的治療任務，大部分都在IPT-AG的團體前個別會面中完成。IPT-A中期階段的部分工作，IPT-AG自第三次團體開始即開始進行。可見，同樣的治療任務，在IPT-AG中較早完成。此外，IPT-AG有許多更具體、更聚焦的做法，貫穿治療過程當中，促使目標的達成，例如：緊急突發事件計畫、暫時性憂鬱循環圈、憂鬱描述、個人筆記本、確定一個問題領域，也更頻繁地進行家庭成員接觸，更重視父母或家人對治療的協助。

伍、結論

經由相關文獻探討，筆者謹就IPT-AG的特色、帶領時的注意事項、未來研究方向，提出個人的看法，以下分別陳述之：

一、IPT-AG的特色

首先，IPT-AG並非依循事先設計好的結構式團體活動逐次進行，但也不全然是非結構式的團體，而是每次團體過程都有方向性以及要達成的任務，是屬於過程結構的團體，而非內容結構的團體。而且，IPT-AG與IPT-G相較，會請團體成員更聚焦地確定一個問題領域，也會提供較多結構的、更具體的參考架構或提醒，例如：緊急突發事件計畫、暫時性憂鬱循環圈、憂鬱描述、個人筆記

本、提示卡等，貫穿治療過程當中，做為團體討論、人際演練的依據，這些做法都有助於憂鬱症青少年更有效、快速地達成治療目標。

其次，Yalom和IPT-AG二個團體雖然都是人際導向，但是，IPT-AG並不像Yalom的人際互動團體一樣強調團體歷程評論、矯正性的情緒經驗；IPT-AG重視的是針對人際互動進行分析、策略探討、人際技巧演練。所以，IPT-AG是強調問題解決、行動導向的團體。

IPT-AG的第三個特點為「限定生病角色」(limited sick role)，是教育青少年和父母瞭解憂鬱症對於日常活動的影響(如：缺乏活力、課業困難、注意力不集中等)，減輕父母壓力，鼓勵青少年維持一般的社會角色(如：每日起床、上學、完成作業、盡力完成生活瑣事)，幫助家庭成員對青少年有正向反應(Mufson et al., 2004)。所以，「限定生病角色」澄清憂鬱症對青少年生活、人際互動的影響，幫助青少年和父母修正對憂鬱症錯誤的認識，以正確的態度、因應方式面對憂鬱症，是個正面迎戰憂鬱症的技術。

第四個特點為IPT-AG不只透過團體協助憂鬱症青少年，也另行排定時間邀請父母參與兩次團體前個別會面、一次治療中家庭晤談、一次離別前家庭晤談。藉由這些晤談，幫助父母看到青少年的進步，練習如何和青少年互動。IPT-AG帶領者這種運用父母與其他家人力量的做法，不但，賦予家庭成員協同治療的責任，也將在團體的內在效度，擴及外在效度，使得青少年的人際互動技巧能在實際生活中實踐。

還有，IPT-AG具有經濟效益以及可

實施於其他許多場域(settings)中(Mufson et al., 2004)。因此，IPT-AG的實施應不限於在醫院中，在學校、社區中，對於憂鬱症青少年的協助，IPT-AG不失為另一種好的選擇。

二、帶領IPT-AG的注意事項

帶領憂鬱症青少年人際心理治療團體時，要注意下列幾點：

(一)Mufson等人(2004)實際帶領的三個IPT-AG團體，每個團體雖然只有四至六個青少年。但是，Mufson等人認為IPT-AG最多可有八位成員參與。此一主張，可做為團體帶領者的參考。

(二)憂鬱症者在行動力持續上有所困難，所以流失率的問題要注意。雖說流失率無法避免，但流失率會影響團體凝聚力。所以，好的團體治療始於良好的病人篩選工作，當病人被不是適當地分配入治療團體，是不可能由他們的治療經驗中有所獲益的(方紫薇、馬宗潔譯，2003)。另外，相關研究也發現：有時間限制的處遇對有共病性者來說反應較差(MacKenzie & Grabovac, 2001)；IPT不適用於精神病疾患或大多數的住院病人、有急性自殺或目前使用藥物者身上(Gillies 2001)；有神經生理困擾(睡眠剖面圖不正常者)的重鬱症者接受人際心理治療，在症狀、流失率、減緩比率(remission rates)的評量上，效果較差(Thase, Buysse, Frank, Cherry, Cornes, Mallinger & Kupfer, 1997)。為了團體成員能從

團體經驗中獲益，IPT-AG帶領者宜參考既有相關研究結果，做為篩選成員時的考量依據。

(三)自殺可能是青少年憂鬱症最危險的潛在結果(Finn, 2000)。所以，帶領IPT-AG時，關於團體成員自殺狀況與意圖的瞭解，要謹慎評估，具備高度地敏感度，依情況採取同時進行個別治療、藥物治療或轉介等措施。

(四)短期治療特別適用於青少年(Gillies, 2001)。而IPT-AG就是短期取向的團體治療方式，因此，如何幫助青少年選定一個主要的問題領域，和青少年一起確定具體的團體目標，或是輔以具體、聚焦的做法(如：繪製憂鬱循環圖等)，讓團體過程有效運作，都考驗著團體帶領者的效能。

(五)傳統的團體治療不管對門診病人多有效，對住院病人是無效的。住院病人團體若沒有適當的目標，治療師與病人會像無頭蒼蠅從頭到尾不知所措，但目標若訂得太不切實際也將註定一開始即徒勞無功。真正符合實際的治療目標是急性住院病人在一個極短時間內所能達到的目標(陳登義, 2001)。因此，帶領IPT-AG時，住院病人和門診病人，是否都是選定一個主要的問題領域，做為治療目標，是未來實務中值得考慮的。

(六)應用IPT於團體中，主要的挑戰在於要持續聚焦於人際現象(MacKenzie et al., 2001)。若是帶領者傾向於個人內在(intra)導向的帶領方式，在

帶領IPT-AG時，要注意時時聚焦於團體中的人際互動。

三、IPT-AG的未來研究方向

文獻探討中，發現只有Mufson等人(2004)發表關於IPT-AG的實務帶領經驗，這方面的實務所知有限，未來需要拓展相關研究，需要更多這方面的報導。

此外，IPT-AG進行過程中，不斷檢核憂鬱症狀的減緩或去除與人際互動的關係。如果，帶領者完全以DSM-IV所列之症狀標準，來進行憂鬱症青少年是否改善的依據，其思考是屬於醫學模式(medical model)的。但是，憂鬱症青少年的改善，是否只能依據症狀減緩或去除與否來判定，是否還有其他DSM-IV標準以外的指標可為參考，如：社會互動、生活運作功能等，也是未來值得研究的。

關於年紀稍長的成人最常出現的問題領域是角色轉換(role transitions)和人際爭論(interpersonal disputes)，人際不足(interpersonal deficit)此一問題領域幾乎很少出現(Hinrichsen, 1999)。至於憂鬱症青少年的最常出現或最少出現的人際問題領域為何？需要更多的瞭解。

文獻探討也發現：沒有任何一個關於將IPT應用於憂鬱症治療的研究，是以特定晤談中(specific in-session)治療者和/或病人行為的模式(patterns)為焦點，連結至治療結果(treatment outcome)；因此，IPT的特定行為機制仍是推理的和不清楚的(Frank & Spanier, 1995)。未來，若能對治療中的治療師、青少年憂鬱症者的人際模式多些瞭解，有更多的實證研究，將有助於我們理解IPT的運作機制是如何產生的。

未來，如果能有更多人投入IPT-AG的實務或研究工作，相信必能發揮憂鬱症青少年人際心理治療團體的功效，對憂鬱症青少年提供更多元、更有效的協助。

參考文獻

- 方紫薇、馬宗潔(譯)(2003)。《團體心理治療的理論與實務》。台北：桂冠。
- 白秀玲(2000)。青少年憂鬱症的探討與治療。《國教新知》，47(2)，33-38。
- 唐子俊、唐慧芳、何宜芳、黃詩殷、郭敏慧、王慧瑛(譯)(2005)。《人際心理治療 - 理論與實際》。台北：五南。
- 徐世杰(2003)。論親職功能與青少年憂鬱。《諮商與輔導》，211，33-37。
- 陳登義(2001)譯。《人際互動團體心理治療?住院病人模式》。台北：桂冠。
- 楊明仁(2002)。台灣的社會與憂鬱。《學生輔導》，80，52-59。
- Banken, D. M., Wilson, G. L. (1992). Treatment acceptability of alternative therapies for depression: A comparative analysis. *Psychotherapy*, 29(4), 610-619.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Bondi, C. M., & Sanislow, C. A. III. (2000). Short-and long-term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: Further analyses of data from the NIMHTDCRP. *Psychotherapy Research*, 10(2), 215-234.
- Diamond, G., & Siqueland, L. (1995). Family therapy for the treatment of depressed adolescents. *Psychotherapy*, 32(1), 77-90.
- Finn, C. A. (2000). Treating adolescent depression: A review of intervention

- approaches. *International Journal of Adolescence & Youth*, 8(4), 253-269.
- Frank, E., & Spanier, C. (1995). Interpersonal psychotherapy for depression: Overview, clinical efficacy, and future directions. *Clinical Psychology-Science & Practice*, 2(4), 349-369.
- Gillies, L. A. (2001). Interpersonal psychotherapy for depression and other disorders. In Barlow, D. H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 309-331). New York: The Guilford Press.
- Hinrichsen, G. A. (1999). Treating older adults with interpersonal psychotherapy for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (8), 949-960.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron E. S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. New York: Basic Books.
- MacKenzie, K. Roy, & Grabovac, A. D. (2001). Interpersonal psychotherapy group (IPT-G) for depression. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 10(1), 46-51.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Moreau, D., & Weissman, M. M. (2004). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Mufson, L., Moreau, D., Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1993). *Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*. New York: Guilford Press.
- Mufson, L., Gallagher, T., Dorta, K. P., & Young, J. F. (2004). A group adaptation of

- interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *American Journal of Psychotherapy*, 58(2), 220-237.
- Stark, K. D., Laurent, J., Livingston, R., Boswell, J., & Swearer, S. (1999). Implications of research for the treatment on depressive disorders during childhood. *Applied & Preventive Psychology*, 8(2), 79-102.
- Stuart, S., & O'Hara, M. W. (1995). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: A treatment program. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 4(1), 18-29.
- Thase, M. E., Buysse, D. J., Frank, E., Cherry, C. R., Cornes, C. L., Mallinger, A. G., & Kupfer, D. J. (1997). Which depressed patients will respond to interpersonal psychotherapy? The role of abnormal EEG sleep profiles. *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 502-509.
- Zlotnick, C., Johnson, S. L., Miller, I. W., Pearlstein, T., & Howard, M. (2001). Postpartum depression in women receiving public assistance: Pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 638-640.