

非自殺性自傷之謎： 情緒調節與自傷行為之探究

The Mystery of Non-Suicidal Self-Injury: An Exploration of Emotion Regulation and Self-Injury

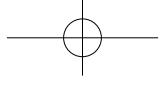
沈慶鴻¹
Ching-Hung Shen¹

摘 要

自己蓄意傷害自己的非自殺性自傷（non-suicidal self-injury）行為，雖與意圖結束自己生命的自殺行為不同，然高頻率的自傷，將使個體獲得更強的自殺能力、陷入更高的自殺風險，並增加心理疾患發生的可能性。由於不少研究皆證實非自殺性自傷是情緒失調的結果，自傷者透過自傷行為進行情緒調節，企圖減輕痛苦、宣洩情緒；故為讓更多人理解自傷行為、找到適當的回應與協助方式，本文介紹五個與非自殺性自傷行為相關的情緒調節模式—情緒歷程模式、情緒調節困難模式、經驗迴避模式、情緒連鎖模式、認知情緒模式等，除說明情緒失調與自傷行為間的關係、強調認知對情緒失調的影響，還提醒諮商輔導工作者、教師或父母應引導自傷者學習以適應性的方式應對自己的情緒，靈活運用適合情境的情緒調節策略。

關鍵詞：反芻、社會情緒學習、非自殺性自傷、情緒調節、蓄意自傷

¹國立暨南國際大學諮商心理與人力資源發展學系 特聘教授
通訊作者：沈慶鴻，（545）南投縣埔里鎮大學路一號，國立暨南國際大學諮商心理與人力資源發展學系，Email: chinghung@mail.ncnu.edu.tw



壹、非自殺性自傷的定義與特殊性

自我傷害 (self-harm, self-injurious) 常被簡稱為自傷、自殘，意謂著自己傷害自己的行為，強調的是自己「有意的」傷害自己，因此有「蓄意自我傷害」(deliberate self-harm, DSH) 一詞 (簡稱「蓄意自傷」)；同樣概念還有「非自殺性自傷」(non-suicidal self-injury, NSSI) 一詞，以與意圖結束自己生命之「自殺」進行概念上的區別。

根據美國心理學會 (American Psychology Association, APA) 的定義，「非自殺性自傷」(NSSI) 是指在無結束生命意圖的前提下，自己蓄意的傷害自己身體的行為，且此類的蓄意自傷專指不被社會或文化接受的傷害行為 (亦即穿孔、紋身等不包括在自傷範疇內) (Appel, 2020; Martin et al., 2010; Mettler et al., 2021; Whitlock, 2010a)；若要符合《精神疾病診斷準則手冊第五版》(DSM-V) 中有關非自殺性自傷 (NSSI) 的診斷準則，還須排除於精神疾病發作、譫妄，或物質中毒、戒斷等狀況下所發生的自我傷害行為 (APA, 2013; Lin & Lee, 2022)。

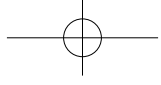
由於多數自傷者的自我傷害並非想要結束生命，因此蓄意自傷 (DSH) 或非自殺性自傷 (NSSI) 與自殺有著根本上的差異 (Chapman et al., 2006; Gratz & Roemer, 2008)，因此若將兩者視為相同，會忽略一些重要的訊息 (Lin & Lee, 2022)；不過兩者雖然不相同，也關係密切 (Gratz & Roemer, 2008; Martin et al., 2010; Whitlock, 2010a)，Lin與Lee (2022) 認為非自殺性自傷與自殺是一條連續線的兩端，非完全互斥；這是因為高頻率的自傷行為 (20次以上)，將

使自傷者獲得更強的自殺能力、陷入更高的自殺風險 (DeAngelis, 2015)，因此專業助人工作者若能對非自殺性自傷有更好的認識，不僅能減少不適當的反應，還能提升自傷／自殺防治的介入成效 (Lin & Lee, 2022)。

不同群體、不同年齡層皆會出現蓄意自傷或非自殺性自傷行為，且會以不同的自傷形式出現 (Chapman et al., 2006)；由於蓄意自傷與憂鬱症狀密切相關，不少研究都發現，具有發展性疾患、認知障礙或創傷後壓力症候群 (post-traumatic stress disorder, PTSD) 之患者的蓄意自傷比例較高 (Gratz & Roemer, 2008; Mettler et al., 2021)。而其實在一般的非臨床人口群中，蓄意自傷 (DSH) 的普遍性也高於多數人的認知；雖然地理位置、社會環境或取樣方式都會影響自傷盛行率的調查結果，但根據沈慶鴻與郭人樹 (2024) 蒐集美國、紐西蘭、比利時、土耳其、中國、日本，以及國內有關自傷的大樣本調查，最後歸納出12~18歲的少年約二至三成的自傷盛行率 (以日本調查的34.6%最高、土耳其31.1%居次)；而國內全國性調查的自傷盛行率，不論是26.2% (陳毓文、鄭麗珍，2001)，還是20.8% (Ren et al., 2018)，或者是北部國中生調查的40.91% (唐文慶等人，2021)，都顯示了家長、老師需對青少年自傷行為有更多的關注與理解。

貳、自傷行為與情緒失調

引發非自殺性自傷的原因很多，不良的家庭因素、同儕間的人際困擾都可能引發自傷行為 (張景嘉、陳婉蘭，2017；陳毓文，2006；Gratz & Roemer, 2008)；自我傷害也與童年受虐、創傷經驗，以及飲食失調、藥物濫用、憂鬱、焦慮



疾患等行為密切相關 (Appel, 2020; Gratz & Chapman, 2007; Whitlock, 2010a)。美國疾病管制與預防中心 (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2022) 與 Appel (2020) 皆提醒：受到霸凌、經歷逆境或性暴力等受創傷者，易將創傷經驗內化導致情緒困擾、有較高的自傷風險；與無自傷經驗者相較，自傷者易出現心理健康問題、有較高的自殺意念與自殺行為 (Martin et al., 2010; Mettler et al., 2021)。

然而不論原因如何，非自殺性自傷行為多被認為是「一種適應不佳的因應機制」 (a maladaptive coping mechanism)，多數自傷者的「自傷」是為了減輕痛苦，宣洩超過負荷的負面情緒，或是在什麼都沒有 (nothing) 的狀態下，感受到些什麼 (something) 所做出的行為 (Whitlock, 2010b)；DeAngelis (2015) 則強調自傷者雖無死亡意圖，但有明顯的情緒失調問題，自傷者常處在憂鬱、無希望感、解離或麻木的狀態。Chapman 等人 (2006) 也認為因應強烈的負面情緒、緩解情緒或壓力是青少年自傷的主因；由於缺乏情緒調節的能力，自傷者透過自傷行為分散注意力，或試圖停止孤獨、憤怒、痛苦或絕望的感受 (Appel, 2020)。

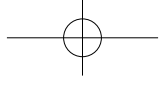
Rojas-Velasquez 等人 (2021) 的研究結果也指出，九成 (90%) 以上的自傷者係利用自傷行為進行情緒調節，其並強調自傷不是為了尋求關注，而是適應不良的因應機制，以對抗麻木、空虛等的負面感受。Rodham 等人 (2004) 針對英國青少年自傷行為的研究亦發現，73% 受訪少年表示自傷是為了擺脫「糟糕」 (terrible) 的狀態 (來自 Chapman et al., 2006)。Martin 等人 (2010) 透過電話隨機調查 12,006 位澳洲民眾，其中四週內有自傷行為的 133 位民眾之自傷動機雖然不

同，「情緒管理」 (50.4%) 乃是半數受訪者自傷的主因，「懲罰自己」次之 (21.8%)，其他原因還包括：透過自傷「與他人溝通」 (5.3%)、「提醒自己還活著」 (4.5%)、「影響他人」 (3.8%)、「感到興奮」 (3.0%)、「傷害他人」 (1.5%)、「預防自殺」 (1.5%) 或「聽從自殺的聲音」 (0.8%) 等。

Brown 等人 (2002) 針對具邊緣型人格疾患 (borderline personality disorder, BPD) 之女性患者蓄意自傷行為原因的研究也發現，幾乎所有的受訪者 (96%) 都同意其的蓄意自傷與情緒釋放有關，其他超過半數受訪者認為蓄意自傷的原因還包括：宣洩憤怒 (63%)、自我懲罰 (63%)、受人際影響 (61%)、逃避或逃跑 (52%) 等，顯見蓄意自傷具有轉移痛苦經歷的功能、能協助自傷者迴避不想要情緒，自傷也是一種自我憎恨 (self-hatred) 的行為，或者具有能向他人證明某些事情的功能 (引自 Chapman et al., 2006)。

前述研究皆在證明：情緒失調與蓄意自傷密切相關，自傷行為將痛苦的情緒外化，使痛苦變得明顯、不再那麼的抽象 (Chapman et al., 2006; Gratz & Roemer, 2008)。而所謂的情緒失調 (emotion dysregulation)、情緒調節困難 (emotion regulation difficulties) 或情緒調節缺陷 (emotion regulation deficit)，皆指不適應 (maladaptive) 的情緒反應，包括了不接納情緒、不表達情緒、迴避或無法功能性的使用情緒、在情緒困擾時表現難以控制的行為等 (Chapman et al., 2006; Gratz & Roemer, 2004; Hasking et al., 2017; Ochsner & Gross, 2005)。

可見情緒失調的概念主要聚焦於經歷負面情緒時，個體無法控制自己的行為 (而非僅是無法控制負面的情緒)，



以致情緒失調時容易出現藥物濫用、廣泛性焦慮症、邊緣型人格疾患和複雜性創傷後壓力症候群（complex PTSD）等臨床症狀（Gratz & Roemer, 2004）；許多研究者因此也將自傷、攻擊行為／親密關係暴力視為一種情緒調節策略，當情緒喚起時用自傷、暴力行為來緩解情緒、降低情緒的張力（Gratz & Roemer, 2004; Hasking et al., 2017; Mettler et al., 2021）。

參、情緒調節模式與內涵

許多探索非自殺性自傷／蓄意自傷的原因和理論，多植基於情緒調節模式（Hasking et al., 2016），此處將透過五個情緒調節模式，說明引發自傷行為的情緒調節與認知過程，最後再補充近期較新的研究結果—Haliczer與Dixon-Gordon（2023），說明社會壓力、情緒反應與自傷行為的研究。

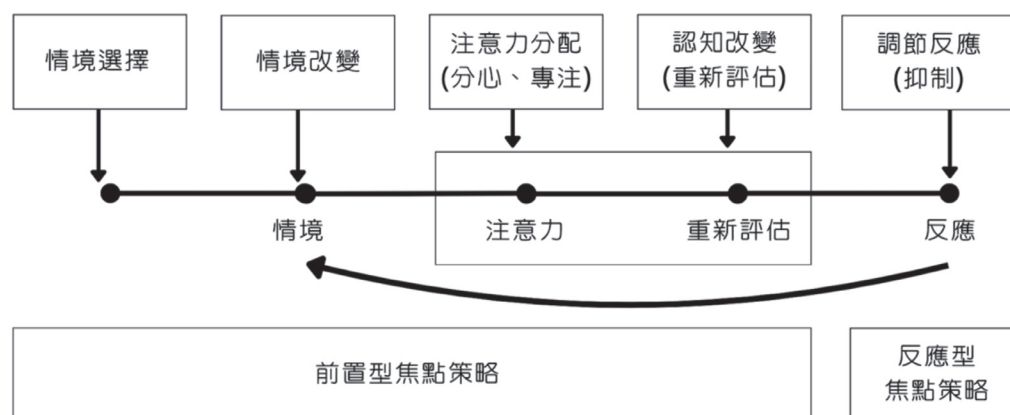
一、情緒調節歷程模式

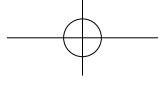
此模式為Gross提出之「情緒調節歷程模式」（Gross' process model of emotion

regulation），是從演化觀點（evolutionary perspective）和情緒反應傾向說明情緒形成過程中的調節作用。Gross（1998）假設情緒調節策略可沿著情緒展開的時間線做區分，當關注和評估某情緒線索時，就會觸發一組涉及經驗、行為和生理系統的反應傾向；一旦這些反應傾向出現，就可透過各種方式進行情緒調節。

情緒形成過程中可進行情緒調節的五個點分別為：1. 情境的選擇、2. 情境的改變、3. 注意力的分配、4. 認知的改變，以及5. 經驗、行為及生理等反應的調節；前四個調節點為情緒的前置型焦點（antecedent-focused），第五個點則為情緒的反應型焦點（response-focused）（如圖1所示）；廣泛而言，情緒調節策略可分為：聚焦於前因的「前置型焦點的調節策略」（antecedent-focused strategies）和聚焦於反應的「反應型焦點的調節策略」（response-focused strategies）兩大類；「前置型焦點的調節策略」是指在情緒反應傾向被完全活化及改變我們的行為、生理反應前所做的調節介入，以認知重新評估（cognitive reappraisal）為代表，「反應型焦點的調

圖1
情緒調節歷程模式（The process model of emotion regulation）（Gross, 1998）





節策略」則指在情緒已經出現、反應傾向已經表現後所做的介入，此類策略則以表達上的抑制（expressive suppression）為主（Gross, 1998）。

認知重新評估是一種認知改變，可有效改變後續的情緒軌跡，更具體地說，經認知重新評估後下調（down-regulate）負面情緒時，能成功減少負面的情緒經驗和行為；抑制則是一種反應性調節，使用抑制做為調節策略者，其經歷的負面情緒與其他參與者一樣多，但表現出來的行為卻較少，且需提醒的是，抑制雖可有效減少負面情緒的表達，然其同時也具有抑制正面情緒表達之副作用，抑制僅是不表達情緒，並不能減少情緒，負面情緒仍會繼續的累積（Gross, 1998; Ochsner & Gross, 2005）。

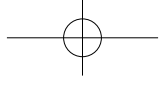
為了解情緒調節策略對情緒表達、社會功能的影響，Gross（2001）將互不認識的兩人分為一組一起觀看電影，並在隨機分配不同的情緒調節策略後進行資料的蒐集，最後發現不同的情緒調節策略會產生截然不同的結果，亦即使用重新評估進行情緒調節者在情緒經驗和行為表達上都會減少，但對記憶沒有影響；而使用抑制進行情緒調節者的情緒表達雖會減少，但卻無法減少情緒經驗，以抑制進行情緒調節時會對認知造成負擔，損害社交記憶（有關個人姓名或事實的記憶）、影響人際互動，以及使用抑制作為情緒調節策略者在與夥伴互動時，比重重新評估者更有壓力（血壓升高），顯示抑制會破壞社會功能，使個人產生內在經驗與外在表達不一致的感受，這種對自己不誠實、對他人不真誠的感覺，會使個體隔離自我、疏遠他人。

為更了解前述兩項情緒調節策略對情緒、人際關係及幸福感的影響，Gross 與 John（2003）針對美國多個學校的大學

生及其推薦的同儕進行一系列的量化研究後，再次證實了不同的情緒調節策略會出現不同的情緒後果—重新評估與重新詮釋相關，對負面情緒具有良好的修復能力、較佳的調節能力；抑制則涉及「關閉」（shutting down）情緒、透過「掩飾」因應逆境，以致抑制者傾向使用負面角度評價自己，導致其對自己的情緒不了解（不清晰）、修復或調節負面情緒的能力較差；另外，無論是自我評價，還是同儕評價，使用重新評估做為情緒調節策略者，表達的正面情緒較多、負面情緒較少；而使用抑制作為情緒調節策略者與非抑制者相較，抑制者體驗和表達的正面情緒較少，而在負面情緒上其感受到的雖多、表達卻較少，由於抑制者表現較多不安的情緒，同儕因此多能察覺其使用抑制來調節自己的情緒；最後研究調查也證實：重新評估和抑制對幸福感有影響—習慣使用重新評估者的憂鬱症狀較少、對生活滿意較高、自尊較強；抑制則與幸福感呈負相關，顯示情緒抑制者的自尊、生活滿意度皆低，對人際關係不滿意、對未來較悲觀。

二、情緒調節困難模式

此處的情緒調節困難模式（difficulties in emotion regulation model）由 Gratz 與 Roemer（2004）提出，其並以後續的研究結果說明情緒調節困難與蓄意自傷間的關係。情緒調節困難強調的是調節負面情緒的能力不足，會提升蓄意自傷的可能性、增加不適應性；越來越多的實證研究支持，控制或隱藏情緒會增加生理喚起，抑制（而非接受）情緒經驗和情緒表達會產生矛盾和失調，混淆、破壞情緒調節的過程則會增加情



緒失調的風險 (Gratz & Roemer, 2004)。

為瞭解情緒調節困難的內涵、編制情緒調節困難量表 (the Difficulties in Emotion Regulation Scale, DERS)，Gratz 與 Roemer (2004) 邀請了麻州波士頓大學心理學課程的修課學生參與量表的編制，在回收357位參與者 (18~55歲，平均23.10歲；260位女性、97位男性) 的問卷資料，歷經信、效度 (建構效度、預測效度) 及再測信度考驗，透過因素分析後的情緒調節困難有六個概念／分量表，分別包括了：1. 缺乏情緒覺察、2. 缺乏情緒清晰度 (lack of emotional clarity)、3. 對情緒不接納、4. 情緒調節策略有限 (limited)、5. 經驗負面情緒時難以控制衝動行為，以及6. 經驗負面情緒時無法採取目標導向 (goal-directed) 的行為等，顯示情緒調節困難是具有多向度 (multidimensional) 的概念。

接續Gratz與Roemer (2008) 為探索18歲以前的環境因素 (童年虐待經驗)、個人因素 (情緒失調) 與蓄意自傷間的關係，於是蒐集了249位女大學生 (平均23.39歲) 的自傷經驗與情緒調節狀況，並比較經常自傷者 (自傷次數在10以上) 與非自傷者在情緒調節上的差異；研究結果顯示，經常自傷者與無自傷經驗者在整體的情緒調節上有顯著差異；與無自傷經驗者相較，經常自傷者整體的情緒失調明顯，且在痛苦時難以表現目標導向的行為、情緒調節策略有限、缺乏情緒覺察、缺乏情緒清晰度；另在自傷群組中，情緒失調顯著解釋了自傷頻率，以及情緒失調的兩向度 (有限的情緒調節策略、缺乏情緒清晰度) 與蓄意自傷顯著相關，並可靠地預測了自傷行為；最後，還發現虐待與整體情緒失調雖呈現正相關，然虐待透過情緒失調對蓄意自傷的間接影響並不顯著，虐待經驗是透過有限的情緒調節策略、情緒

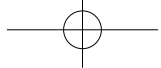
未表達 (inexpressivity) 對蓄意自傷產生顯著的間接影響。

環境因素 (童年虐待經驗) 雖對女性自傷大學生無直接影響，卻對男性自傷大學生具直接的影響力—Gratz與Chapman (2007) 針對男大學生 (97位) 進行調查，同樣檢視環境因素 (童年虐待)、個人因素 (情緒未表達、情緒強度／反應性、情緒失調) 與蓄意自傷間的關係；結果發現男大學生的環境因素 (虐待) 和個人風險因素 (情緒失調) 在蓄意自傷的發展中都發揮了影響力，並顯著區別了男性自傷組 (43人，44%) 與非自傷組 (54人，56%)；在自傷群組中，個人風險因素中只有情緒失調、情緒強度／反應性 (而非童年虐待) 與自傷頻率顯著相關，其中情緒失調與自傷頻率呈正相關，自傷頻率則與情緒強度／反應性呈負相關，可見儘管虐待等不利的生活事件對自傷的發生至關重要，然一旦自傷行為開始出現後，情緒調節困難才是自傷行為持續存在的重要因素。

三、情緒連鎖模式

由Selby與Joiner (2009) 提出的「情緒連鎖模式」 (情緒骨牌模式) (The emotional cascade model)，係以Linehan於1993年針對邊緣型人格疾患 (BPD) 患者蓄意自傷的研究為基礎，而情緒連鎖模式則是Linehan研究成果的延伸，是一個綜合生物、心理、社會等面向說明邊緣型人格疾患自傷的綜合性理論。

Linehan是首次提出邊緣型人格疾患可能是由情緒失調引起的疾病，也是第一個提出情緒失調和行為失調有關的研究者，其認為情緒失調是邊緣型人格疾患的核心特徵，也是蓄意自傷行為的基礎；Linehan提出了「情感否定／無效」



的概念，並認為「情感否定／無效」是一個廣泛的概念，包括了忽視、批評、虐待等的互動，由於邊緣型人格疾患者對情緒威脅線索非常敏感、過度警覺，以致情感否定／無效就可能成為「啟動」邊緣型人格患者的情緒連鎖反應；情緒失調導致隨後的行為失調（如：自傷等難以控制的行為），失調的行為不僅緩解了情緒，也為個體提供了一種將注意力從不愉快的情緒狀態移開的方式；不過，儘管Linehan的理論對理解邊緣型人格疾患者的自傷行為做出巨大貢獻，但並未解釋為何他人的否定、批評會導致情緒和行為失調，也未解釋為何緩解負面情緒的影響是透過失調的行為，而非諸如閱讀或與朋友交談之類的行為（引自Selby & Joiner, 2009）。

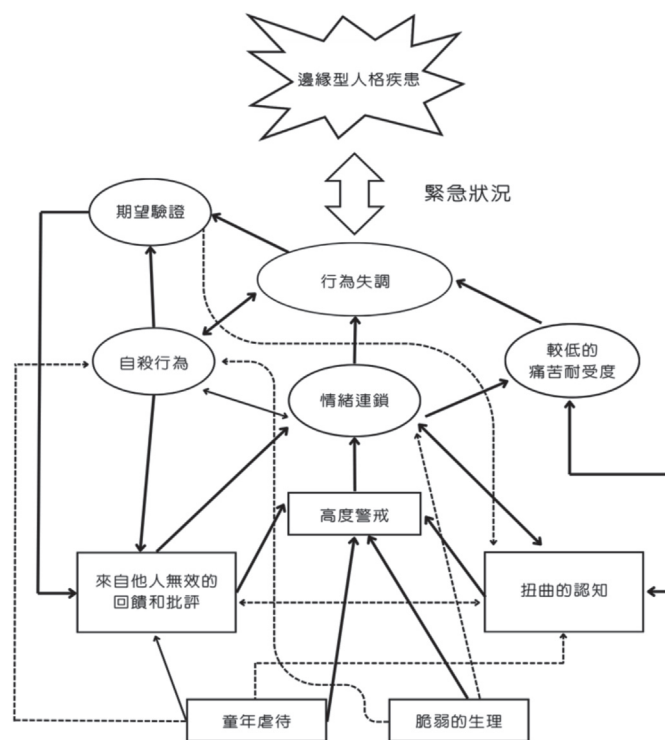
Selby與Joiner（2009）支持Linehan對情緒功能障礙的觀點，認為不少證據

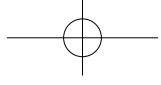
都支持邊緣型人格疾患之生物心理社會模式（biopsychosocial model）中情緒失調的成分；Selby與Joiner認為邊緣型人格疾患者多處在無效的（invalidating）環境裡，這樣的環境裡易遇到反覆無常、不適當、極端的情感交流，由於邊緣型人格疾患者原就具有情緒的脆弱性（生物學傾向），以致他們對情緒刺激的敏感度較強、易感受到極強烈的情緒，且較慢才能恢復到情緒穩定的基礎線（如圖2所示）。

情緒連鎖模式是Linehan理論的補充，它說明了一種潛在的機制，透過這個機制讓無效、失調的情緒和失調的行為互有關聯，亦即負面的想法能否引發情緒連鎖，取決於反芻程度（level of rumination），故Selby與Joiner（2009）認為要理解情緒連鎖模式，須先了解反芻和行為失調間的關係。

圖2

情緒連鎖模式（The emotional cascade model）（Selby & Joiner, 2009）





反芻 (rumination) (或沈溺) 是指一個人反覆思考負面情緒的原因、情境因素和結果的傾向，換句話說，即是不斷地思考、關注與情緒相關的刺激；不少研究證實，反芻會放大不同情緒狀態的負面影響、增加情緒強度、延長負面情緒經驗的時間，而較強的情緒強度又會導致反芻的增加；由於這個循環會讓極少量的情緒刺激產生放大的情緒反應，以致看似微不足道的事件或話語，都可能讓邊緣型人格疾患因強烈反芻這些話而處在極其強烈的負面情緒狀態。許多人錯誤地認為不斷地反芻可增加他們對情況的了解且有助解決問題，殊不知反芻其實是一種無益的、甚至是有害的情緒調節方法。

從情緒連鎖模式的角度來看，邊緣型人格疾患的行為失調可被視為是一套打破情緒連鎖之「分散注意力」的方法。由於強烈的反芻使一般的情緒調節策略（例如：認知重新評估，或與朋友交談、散步等分散注意力的方法），都不足以抑制不斷循環的情緒連鎖過程，直到採取可產生強烈身體刺激的失調行為（例如：自傷行為導致的疼痛和視覺感覺），才能轉移或分散邊緣型人格疾患對負面情緒刺激的注意力。這種強烈身體刺激造成的分心 (distraction) 會切斷情緒連鎖反應，阻止負面情緒繼續的累積和增強，讓注意力不再集中在這些情緒上。

此一行為分心模式可能延伸到邊緣型人格疾患各種形式的行為失調，包括人際衝突或攻擊性行為。反芻雖與許多心理疾病有關，但並非所有反芻的人都會出現行為失調。這可能是因為其他疾病患者（如憂鬱症）經歷較小的情緒連鎖，反芻不如邊緣型人格疾患那麼的強烈。因此可解釋為什麼洗冷水澡或與朋友交談，有助於緩解憂鬱或焦慮，

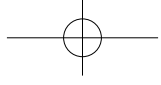
但無法轉移或分散邊緣型人格疾患者的注意力，此種半分散注意力的行為 (semidistracting behaviors) 可能無法吸引足夠的注意力以切斷人們對反芻和情緒的連鎖。

儘管反芻可能是情緒連鎖的驅動力，Selby與Joiner (2009) 認為可能還有其他的認知／人格因素與反芻相互作用，從而潛在地維持或加劇了情緒的連鎖反應，例如：想像未來將變得多可怕的災難化 (catastrophizing)／憂慮想法、刻意抑制不愉快認知的頻率或強度反而造成的反彈效應 (rebound effect)，或者承受情緒或身體不適之較低的痛苦耐受力 (low distress tolerance) 等，都可能與反芻一樣具有強化情緒連鎖的作用。

四、經驗迴避模式

經驗迴避模式 (the experiential avoidance model, EAM) 由Chapman等人 (2006) 提出，用來說明蓄意自傷行為的形成。由於之前的蓄意自傷研究多針對邊緣型人格疾患 (BPD) 者所進行的研究，經驗迴避模式 (EAM) 的發展則希望適用於各種對象，並企圖將有關情緒、經驗性迴避和蓄意自傷之研究整合成臨床應用之框架；此模式並未限定某種特定行為，而是任何具有迴避不想要 (unwanted) 之內在經驗或引發這些經驗之共同功能的行為，這些內在經驗可能包括了各種令人不舒服或痛苦的想法、感覺或身體感受，表現出來的迴避行為則類別廣泛，涵蓋了想法抑制、使用物質 (毒品或酒精)、暴力行為或蓄意自傷等多種看似不同、卻功能相似的行為 (Chapman et al., 2006)。

因此經驗迴避代表的是一類具有功能性的動機—情緒反應傾向 (functional



motivational-emotional response tendency)
(Chapman et al., 2006; Gratz & Roemer, 2004)；以蓄意自傷為例，經驗迴避模式認為，自傷行為是透過迴避的條件反射和強有力的負增強來維持和強化的；本質上，個體遇見了一個能引發或喚起其情緒的刺激事件，而此事件促動（triggering）了厭惡的情緒反應，使個體產生了一種想要逃離不愉快狀態的衝動；若個體持續處在此類情緒張力高、情緒喚起時的調節困難，或者情緒調節技巧不足、較弱的痛苦耐受力等狀況下，個體就可能透過自傷行為迴避這種不想要的情緒狀態（Chapman et al., 2006）（如圖3所示）。

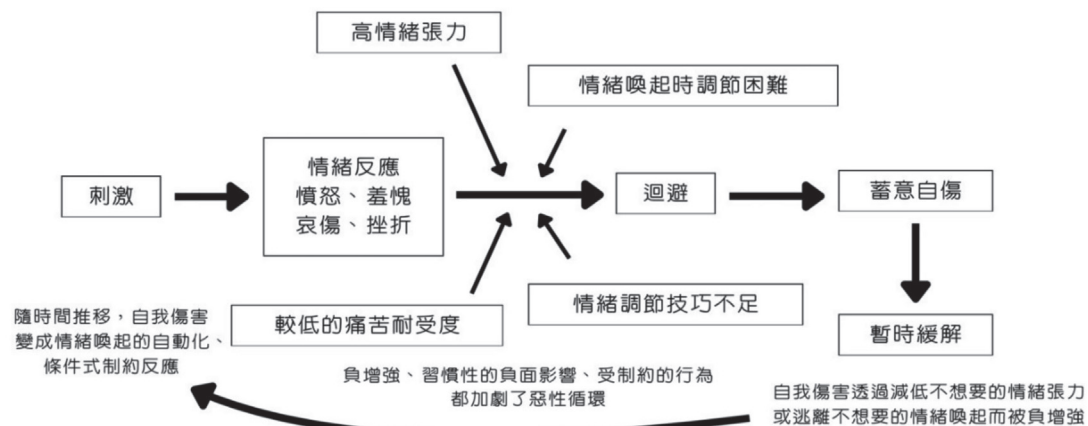
儘管自傷行為具有明顯的負面影響，但它在終止、緩解不想要的情緒狀態上非常有效；倘若個體時常使用自傷作為緩解情緒喚起的方式，那麼隨著時間的推移，易使蓄意自傷成為自動化反應而形成惡性循環。在惡性循環中，重複的負增強會增加不愉快的情緒喚起和自傷行為間的連結，使自傷成為一種自動化的迴避反應（an automatic escape response）。

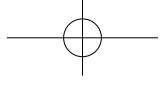
由於刺激出現時會出現許多負面的情緒反應，不少研究顯示自傷前可能有些前置因素存在—自傷者處在很高的內在厭惡狀態，包括：憂鬱、焦慮、空虛，和對自己、他人的高度敵意中；至於自傷後，透過物理刺激（疼痛）將個人的注意力，從壓倒性或無法忍受之焦慮、緊張或痛苦之內部體驗轉移的分心假設（the distraction hypothesis），或者透過傷害懲罰自己，緩解內疚、羞恥等對自我負面感受之自我懲罰假設（the self-punishment hypothesis）等，都說明了自傷前的處境及自傷後情緒能夠緩解的可能原因。

最後，Chapman等人還提醒，蓄意自傷行為成為一種惡性循環的原因，可能還與經驗性迴避的矛盾效應（the paradoxical effects）、無法消除厭惡的情緒反應、規則的支配行為（rule-governed behavior）及習慣化（habituation）等因素有關；亦即以迴避策略抑制不想要的感覺或想法，反而容易引發反彈的矛盾效應，讓原本想要降低的厭惡情緒反而無法消失，或者「如果我割傷自己，我會感覺好一些」之割傷行為和情緒緩解

圖3

蓄意自傷的經驗迴避模型（The experiential avoidance model）（Chapman et al., 2006）





兩者連結所建立的行為規則，以及重複自傷行為導致的恐懼、痛苦或負面意義習慣化等因素，都是讓蓄意自傷的行為循環存在的可能原因。

五、認知情緒模式

比較不同模式後會發現，除了認知重新評估和反芻外，不少研究者開始關注口語認知或有關非自殺性自傷的想法和信念在強化自傷行為上的角色。Hasking等人（2017）借鏡Bandura的社會認知理論（social cognitive theory, SCT），將環境影響、認知和行為間的雙向影響，與非自殺性自傷（NSSI）相關的情緒調節和口語認知做連結，形成「非自殺性自傷的認知情緒模式」（A cognitive-emotional model of NSSI, CEM-NSSI）（如圖4所示）。

此模式認為，當情緒不穩定時，有以下特徵者會增加自傷風險，這些特徵包括：1. 情緒反應傾向、2. 負向的自我基模、3. 將自傷視為實現預期心理狀態的結果、4. 具有「相信自己有能力自傷或認為自己抗拒自傷的能力有限」之信

念、5. 情緒調節策略不佳等；由於對情緒刺激的敏感度、強度和持續性，與我們如何體驗正面和負面的情緒有關，這些特徵可能在早期生活中就形成，也可能是暫時性的狀態。

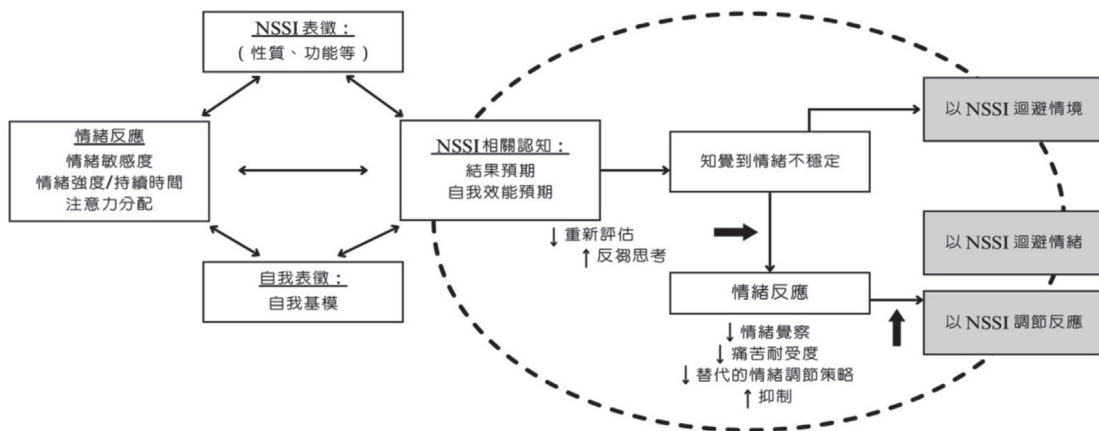
同樣地，對負面刺激過度解讀或忽視、貶低正面刺激等傾向，會影響人們看待自己和他人的方式，導致負面的自我基模；而對自傷相關刺激（無論是內在還是來自於外在）的注意，會促進非自殺性自傷（NSSI）認知表徵—性質、意義及可能發揮功能等的形成；這些自我表徵和非自殺性自傷表徵，會影響個人對非自殺性自傷的認知及表現這些行為能力的信念。

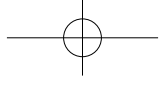
Hasking等人提醒與非自殺性自傷相關的特殊性認知（the specificity of NSSI-related cognitions），區分了為什麼某些人會自傷而非採取其他情緒調節策略的原因；至於有關NSSI的特殊性認知，主要包括了結果預期（outcome expectancies）和自我效能預期（self-efficacy expectancies）兩個概念：

（一）結果預期

結果預期是行為者透過觀察他人的

圖4
非自殺性自傷之認知情緒模式（CEM-NSSI）（Hasking et al., 2017）





行為或自身對該行為的體驗，所產生對該行為結果的預期；遵循操作制約，個體傾向並重複與正向結果預期相關的行為，同時避免與負向結果預期相關的行為。許多理論都將「預期」一期望自傷能降低緊張、焦慮，視為自傷發生和維持的可能因素，而後緊張的降低則會對自傷行為產生負增強和維持作用，或期望自傷能引起他人同情、注意，也會增加自傷的可能性。不過須提醒的是，預測某人是否採取某種行為，指的不盡然是實際的後果，而是其所知覺到的後果，亦即個人對結果的主觀知覺會增加或減少某些行為傾向。

（二）自我效能預期

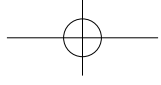
自我效能是個人對自己在特定情況下獲得成功之能力的信念，是人類能動性（human agency）的關鍵；亦即除非個體相信自己有能力完成該行為並取得預期成果，否則是不會嘗試該某種行為的。Hasking等人綜合相關研究發現，強烈的自我效能感可防止一系列的自傷行為，若自傷者的自我效能感較低，對自己應對壓力的能力缺乏信心，亦會刺激自傷行為的發生，或讓自傷行為持續存在。

比較前述五個與非自殺性自傷行為有關的情緒調節模式（如表1所示），各模式雖各有特色，但均強調情緒失調與非自殺性自傷行為間的關係，且多數認可認知能力（認知評估、反芻、自我基模、結果預期、自我效能等）對情緒失調的影響，因此提升情緒調節能力、改變認知是能降低自傷行為的。

近期Haliczer與Dixon-Gordon（2023）的研究又再次證實了認知對情緒失調、自傷衝動與自傷行為的影響——其引用缺陷自我模式（The defective self model）和自我意識情緒（self-conscious emotions）等概念，針對134位年輕女性（由77位2年內有自傷經驗者組成之自傷經驗組、57位組成之無自傷經驗組）之自傷衝動、自傷行為進行研究，並在分析其連續兩週的日記後指出，具高度自我批評、自我厭惡特質者，易陷入羞恥、內疚等強烈、負面的自我意識情緒中，自責、自我憎恨（self-hatred）的情緒明顯；他們較易感受到社會壓力，且對來自他人的拒絕、批評、孤立和衝突等反應敏感；故當他們經驗到比平常更多的壓力、陷入更強烈的困惑、痛苦、衝突等情緒

表1
自傷行為與情緒調節：五個情緒調節模式的比較

模式	情緒調節歷程	情緒調節困難	情緒連鎖模式	經驗迴避模式	認知情緒模式
代表學者	Gross	Gratz與Roemer	Selby與Joiner	Chapman等人	Hasking等人
理論	演化觀點 認知評估	無	生物心理社會 模式	認知行為理論 —迴避的條件 反射、負增強	社會認知理論
重要概念	情緒調節策略 （認知重新評估、 表達抑制）影響 情緒表達、社會 功能	情緒調節困難 的六種概念： 情緒調節困難 與自傷顯著相 關	反芻是情緒失 調狀態，會將 失調情緒、負 向想法與失調 行為形成連鎖 反應；自傷才 能切斷	自傷前嫌惡的 前置因素、自 傷後痛苦轉移 的分心假說、 自我懲罰假說	自傷特殊認知 ：負向自我基 模、結果預期 、自我效能預 期



時，就易在近期出現自傷衝動或自傷行為。

肆、結語

本文關注兒少心理健康，非自殺性自傷行為雖只是兒少心理健康問題的冰山一角，然持續存在的問題若未能解決，將嚴重影響兒少未來的身心健康與生活品質。由於自傷與暴力、藥物／酒精濫用、心理疾患等失功能行為，均是「適應不佳的因應機制」，而過度逃避內在經驗（不想要的想法和感受）更是許多心理疾患的根本原因，因此學習情緒調節不僅對減少非自殺性自傷十分重要，也對減少臨床症狀、降低暴力行為具關鍵性的影響力，而提升情緒調節能力更成為預防自傷、維持心理健康的重要介入措施。

幫助情緒調節困難的人，覺察、檢視他們情緒調節的自動化過程成為治療方法之一（Hasking et al., 2017），教導個體以適應性的方式應對自己的情緒，特別是負向的情緒，更是必要且實用的（Chapman et al., 2006）。而所謂的「適應性情緒調節」並非在消除或改變自己的情緒經驗，強調的則是覺察、理解和接納自己的情緒，希望能靈活運用適合情境的情緒調節策略、降低與情緒相關的緊迫感受，以便個體能夠控制自己的行為，特別是當情緒喚起時能運用非迴避的（nonavoidant）策略，學習定義、標記（label）和區辨情緒狀態，並練習監控、評估情緒經驗，調整情緒的強度和持續時間（Gratz & Roemer, 2004）。

由於情緒能力是學來的、可塑的能力，且會產生累積效應（skills beget skills）（Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2015），因此愈早學習，愈能將學來的能力

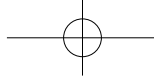
融入生活並從中獲益。近年來，許多國家積極推動的社會情緒學習（social and emotional learning, SEL），不僅能減緩情緒障礙和心理疾患，還是支持公共衛生教育的作法，能培養學生應對21世紀挑戰的重要能力（Greenberg, 2023; OECD, 2015）。由於社會情緒學習的校園介入模式適用於所有學生，在意識到年輕世代日益惡化的心理健康問題後，衛生福利部心理健康司亦將與教育部合力推動社會情緒學習（SEL）納入課綱之計畫（陳念宜，2024），期待此一納入學習、融入生活之作法，能真正形成認知、情緒覺察、人際互動等能力，達到提升年輕世代心理韌性之目標。

誌謝

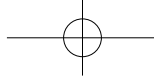
本文為研究者國科會研究計劃（NSTC 112-2410-H-260-029-）撰寫期間的文獻閱讀成果，誠摯感謝期刊審查委員之指正與建議，以及參與討論的研究生們（汪亭秀、張愷嫻、簡慈晏）和協助繪圖的馬筠婷同學，沒有各位的支持，本文將無法完成。

參考文獻

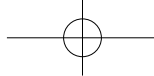
- 沈慶鴻、郭人樹（2024）。解讀非自殺性自傷：盛行率、行為原因、危險因子與保護因子。**輔導季刊**，60(4)，59-72。<https://www.airitilibrary.com/Article/Detail/19966822-N202501080009-00005>
- 唐文慶、林旻沛、李岳庭、吳詠葳（2021）。國中生自傷行為現況及其與述情障礙的關聯研究—以臺灣北部國中生為例。**中等教育**，72(3)，58-80。[https://doi.org/10.6249/SE.202109_72\(3\).0022](https://doi.org/10.6249/SE.202109_72(3).0022)
- 張景嘉、陳婉蘭（2017）。依附關係，



- 情緒，與男性青少年無自殺意圖之自傷行為之關聯：以負向情緒及情緒調節困難為中介變項。《長庚人文社會學報》，10(1)，1-42。https://www.airitilibrary.com/Article/Detail?DocID=20709455-201704-201708090012-201708090012-1-42
- 陳念宜 (2024)。實現「健康台灣」衛福部宣示力推社會情緒學習正式納入課綱。RTI中央廣播電臺。https://www.rti.org.tw/news/view/id/2208711
- 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。https://doi.org/10.30074/FJMH.200606_19(2).0001
- 陳毓文、鄭麗珍 (2001)。青少年自傷行為分析及其因應對策。行政院青年輔導委員會委託研究。https://www.yda.gov.tw/upload/cont_att/a5c43bb7-76ac-426a-a103-b2dcff34da5c.pdf
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Appel, L. (2020). *Self-injury: An overview for counselors*. Counseling Today. https://ctarchive.counseling.org/2020/09/self-injury-an-overview-for-counselors/
- Centers for the Disease Control and Prevention [CDC] (2022). *Disparities in Suicide*. https://www.cdc.gov/suicide/facts/disparities-in-suicide.html
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy*, 44(3), 371-394. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.03.005
- DeAngelis, T. (2015). *Who self-injures?* American Psychological Association. https://www.apa.org/monitor/2015/07-08/who-self-injures.
- Gratz, K. L., & Chapman, A. L. (2007). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the Development and Maintenance of Deliberate Self-Harm Among Male Undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 1-14. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1524-9220.8.1.1
- 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. https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- 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. https://doi.org/10.1080/16506070701819524
- Greenberg, T. (2023). *Evidence for social and emotional learning in schools*. Learning Policy Institute. https://doi.org/10.54300/928.269
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of



- emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/1467-8721.00152>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Haliczer, L. A., & Dixon-Gordon, K. L. (2023). Social stressors, emotional responses, and NSSI urges and behaviors in daily life. *Journal of Affective Disorders*, 338(1), 601-609. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.043>
- Hasking, P., Whitlock, J., Voon, D., & Rose, A. (2017). A cognitive-emotional model of NSSI: using emotion regulation and cognitive processes to explain why people self-injure. *Cognition and Emotion*, 31(8), 1543-1556. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1241219>
- Lin, L. N., & Lee, M. B. (2022). Recent Advances in Understanding Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents. *Journal of Suicidology*, 17(4), 308-318. [https://doi.org/10.30126/JoS.202212_17\(4\).0007](https://doi.org/10.30126/JoS.202212_17(4).0007)
- Martin, G., Swannell, C. V., Hazell, P. L., Harrison, J. E., & Taylor, A. W. (2010). Self-injury in Australia: a Community Survey. *MJA*, 193(9), 506-510. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2010.tb04033.x>
- Mettler, J., Stern, M., Lewis, S. P., & Heath, N. L. (2021). Perceived vs. Actual Emotion Reactivity and Regulation in Individuals with and without a History of NSSI. *Front. Psychol.*, 12:612792. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.612792>
- Ochsner, K. & Gross, J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(5). ISSN 1364-6613. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010>.
- Organization for Economic Co-operation and Development [OECD] (2015). *Skills for Social Progress: The Power of Social and Emotional Skills*, OECD Skills Studies. https://www.oecd.org/en/publications/skills-for-social-progress_9789264226159-en.html
- Ren, Y., Lin, M. P., Liu, Y. H., Zhang, X., Wu, J. Y. W., Hu, W. H., Xu S., & You J. (2018). The mediating role of coping strategy in the association between family functioning and nonsuicidal self injury among Taiwanese adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, 74(7), 1246-1257. <https://doi.org/10.1002/jclp.22587>
- Rojas-Velasquez, D. A., Pluhar, E. I., Burns, P. A., & Burton, E. T. (2021). Nonsuicidal self-injury among African American and Hispanic adolescents and young adults: A systematic review. *Prevention Science*, 22, 367-377. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01147-x>
- Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from



- emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, 13, 219-229. <https://doi.org/10.1037/a0015687>
- Whitlock, J. (2010a). Self-Injurious Behavior in Adolescents. *PLoS Medicine*, 7(5), e1000240. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000240>
- Whitlock, J. (2010b). *What is self-injury?* Cornell Research Program on Self-Injurious Behavior in Adolescents and Young Adults. http://crpsib.com/factsheet_aboutsi.asp
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Abrams, G. B., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of Adolescent Health*, 52(4), 486-492. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Abrams, G. B., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal self-injury as a gateway to suicide in young adults. *Journal of adolescent health*, 52(4), 486-492. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.09.010>
- 投稿日期：2025年04月27日
第一次修改日期：2025年06月04日
第二次修改日期：2025年10月27日
通過日期：2026年03月13日

