

## 第二章 文獻探討

本章所探討的青少年自殺行為，特別針對青少年藉由傷害自己，偶爾或持續的出現自殺想法，而還沒有達到自殺死亡的這段期間，所出現的種種行為和想法。雖然自殺防治可以著眼在政策的擬定，但本章中所要探討的，主要是如何早期的辨識、篩選、以及各種可能有效的介入方式。這個部份對於學校的老師以及家長來說，是極為棘手的問題，對於藥物治療效果不穩定的青少年憂鬱症以及自殺行為，更是一大挑戰。本章包括四節，分別是青少年自殺行為的特徵和表現、青少年自殺行為的危險因素與保護因素、青少年自殺行為的相關診斷及治療，以及青少年自殺防治模式的效果研究。

### 第一節 青少年自殺行為的特徵和表現

要針對青少年自殺行為設計有效的防治介入，一定要對青少年自殺行為的序列行為(serial behaviors)加以了解。大部分的自殺都是有前兆的。青少年和成年人一樣，在做出自殺行為之前，有許多自殺的前驅行為(precursors)。不論前驅行為出現的長短，都是自殺防治需要觀察的重要指標。青少年的自殺前驅行為包括：自殺意念(suicide ideation)、開始嘗試自我傷害的方法(suicide attempts)、自殺行為背後所隱含的不同的意念，和每次行為所使用方法的致命性(lethality)、接受協助的意願強度(Spirito et al., 2003)。是否所有的行為都具備了高度的危險性呢？從國外的調查(Spirito et al., 2003)和研究者的經驗當中可以發現，雖然有許多青少年出現了自殺的想法，但是只有一部分的人實際上將它化為行動。然而高危險的青少年行為表現究竟有何不同呢？如果單從自殺意念來看，青少年將自殺的想法化為行動之前，會有一段時間出現頻率比較高的自殺意念(suicide ideation)，這段期間想到死亡和自殺的頻率會比同儕還要高 (Kienhorst et al., 1990)，而且研究者發現這段期間的自殺意念越來越難以打斷，於是抵擋不要去做自殺行為的壓抑能力越來越弱。

自殺意念在自殺行為當時出現的機會有多高？從一個社區青少年的樣本當中，可以發現嘗試自殺行為的這些青少年，大約有九成的人，在做這個行為的前後出現自殺意念(Andrews & Lewinsohn, 1992)。雖然有這麼高的自殺意念，做出自殺行為之前仍然會有一段想法演變的過程。並不是一開始自殺意念就是這麼強

的。因此，更有機會在青少年出現自殺行為之前，能夠協助他們掌控甚至打斷這些想法。隨著自殺的意念強度增加，青少年作出自殺行為的機會也會增加(Dubow et al., 1989)。

自殺意念的出現，常常也會出現一股牽制的力量。在研究者臨床的實務當中，的確可以發現雖然有些人出現自殺的意念，但是仍然有一股強大的力量在制衡著他，讓個案即使出現自殺的意念，也比較不會馬上採取自殺的行為。但是，對自殺的某些想法，卻可能大大的削弱了這股牽制的力量。針對出現自殺行為的青少年，來評估他們對自殺的看法，可以發現他們和沒有自殺的青少年比起來，態度是有明顯的不同的：這些自殺的青少年，發現自己比較容易受到自殺意念的影響，而且對於自殺的態度，是比較贊同自殺的行為而且不會覺得自殺的行為是可恥的 (Stein et al., 1992)。因此研究者也認為，對於那些真正將自殺意念轉換成為行動的這些青少年，對於自殺的看法和體驗，是和一般孩子有所不同的。他們可能對於死亡、自殺和一般人有不同的看法和感受，讓他們並不會害怕用這樣的方式來處理自己所遭遇的問題和情緒。如果這些個案的家人當中有人因為自殺而死亡的，研究也顯示他們對於死亡有比較多的吸引力，而對於活下來卻有較少的動機 (Gutierrez et al., 1996)。尤其在研究者臨床經驗中，有家人或同儕因自殺而死亡的青少年對自己的將來是比較不抱持希望，而且很擔心自己會像自己已經過世的親人一樣，可能採取自殺的方式來結束自己的生命。

既然知道在出現自殺行為之前，許多青少年有一些前驅的想法和動作，可以作為早期介入的指標。由於青少年的思考及行為已經逐漸的複雜，再加上自殺危機相當的急迫，沒有辦法針對所有的想法和行為來加以篩選，於是就必須要找出最具指標性的、最能夠預測自殺行為的一些想法，甚至是行為的特徵，能夠有效的針對這些想法和行為來作出觀察和篩選，才能夠迅速的化解危機。以下針對本研究當中所採用青少年自殺行為的重要指標來加以分析和整理。

首先針對青少年相關的自殺意念來整理和分析。青少年自殺意念和自殺行為之間是有相當重要的關係，而且如果曾經出現過自殺行為，這一次再出現自殺行為的危險性大大的上升。為了能夠有效的找出自殺的意念，同時也能夠注意到之前曾經有過的自殺行為，在臨床上及相關研究當中，已經有常用而且相當有名的自殺意念測量工具。其中一個相當常用的工具是由 Beck 等人(1993)所架構對於自殺的概念。由於 Beck 本身對於憂鬱症以及自殺行為也有許多介入的計畫，這個工具在使用上更能夠跟自殺防治的模式相結合。Beck 認為自殺意念(suicide ideation)應該包括想死掉的理由、是否對於自殺嘗試已經形成了特定的計畫、已

經考慮到想要使用方法的可行性、對於一直出現自殺想法的時候，個案願意按照這個想法去做（intent）的程度。而其他的研究者和 Beck 也有類似的發現，在青少年對於自殺已經形成了相關的認知、開始說出要自殺、說出自己的意念計畫以及種種的準備時，真正嘗試自殺的危險性也會增高(Pearce & Martin, 1994)。而在自殺意念的測量當中，Steer 等人（1993）的研究發現還有一個相當重要的態度，能夠加重原來自殺的意念。這就是研究者想要找出的下一個指標：絕望感(hopelessness)。絕望感不僅和自殺有高度的相關(Steer, Kumar, & Beck, 1993)，而且高絕望感能夠預測將來五年內，自殺危險性比一般人還要高。所以在測量的指標上，絕望感和自殺意念都是高的個案，則需要對其行為給予更加密集的觀察。

絕望感需要加以測量的理由之一，是因部分青少年不太願意表達自殺意念，如果這些青少年光使用自填的自殺意念評估工具，常常會失去許多重要的線索。如果有其他的指標能夠協助這些青少年，適度的呈現出自殺的危險性，較不會錯失協助的機會。對於青少年自殺防治的研究當中，研究者想要去正視的問題是，部分已有自殺行為的青少年，透過自殺意念調查並沒有明顯發現自殺意念。其中一個例子就是，奧瑞岡地區的高中生自殺調查 (Andrews & Lewinsohn, 1992) 以及南加州的自殺調查(Garrison et al., 1993)之中，發現各有 13% 以及 18% 的學生，雖然已經嘗試自殺的行為，但是在自殺意念的測量當中，卻沒有呈現出明顯的自殺意念。令人擔心的是，由於這些高危險個案並沒有呈現出自殺意念的指標，所以只有測量自殺意念是相當不夠的。這些沒有受到相關單位注意的學生，之所以沒有呈現明顯自殺意念的理由，重要的可能性是，青少年的自殺嘗試是一種衝動性的表現，缺乏事先的想法和計畫；另外一個就是研究者最常遭遇到的問題，當會談的時候，青少年明白的表示出如果說出這樣的想法，他們擔心會被帶到醫院去住院。這些青少年個案常需要經過會談之後，輔導人員需要提醒家長和老師持續的追蹤個案的言行，並且繼續監控個案對於將來的絕望感。當然，如果青少年在嘗試自殺行為之後，又持續的表達出自殺的意念，更容易在這樣的情緒和想法當中，形成特定的自殺計畫，這些也是高自殺的危險群，也可能再出現第二次的自殺嘗試(Lewinsohn et al., 1994)。上面的經驗顯示，本來就呈現出自殺意念的這些青少年，可以繼續用自殺意念來加以追蹤，一方面因為他們已經比較能夠清楚的表達自殺的意念，甚至也可以坦露自殺行為。而對於無法明顯被發現有自殺意念，以及無法清楚表達自殺意念的青少年，除了經由會談以及觀察的方式來收集資料之外，絕望感則是一個相當重要的指標，用以檢視青少年是否再度重複陷入自殺危險中。

青少年的自殺有許多外顯行為的線索。這些線索可能相當的細微，需要刻意的觀察，以作為和自殺意念、絕望感相輔相成的重要資料。根據台灣衛生署官方網站（衛生署，民 93）公布自殺行為的觀察指標包括：

1. 語言上的線索：可以從語言當中察覺，當談話的內容常出現「活下去已不再有意義」、「對生命不再眷戀」等與死亡有關的陳述，或者在信件、文章、日記中，表現出想死的念頭或提到預期自己將死亡等內容都值得特別關注。
2. 行為上的線索：要觀察是否有行為上的突然改變，像是由開朗變成凡事都想不開、突然增加藥品或酒精的使用量、忽然丟棄所有的物品、或事先分配財產、立遺囑、將心愛的東西分送他人等等。
3. 環境上的線索：重要人際關係的結束也是重要線索，如親人死亡、與好朋友吵架、離婚、情人分手等，當事人從與朋友、同事、家人等的社交活動中退縮下來；或是生活發生重大的變動，如財務困難、工作不順，而且遲遲無法適應。
4. 外表上的線索：自殺者在外表上也會有所改變，像是不尋常的忽略個人儀表、睡眠飲食狀況與平常相異、表情冷漠、注意力不集中、情緒不穩定、有苦悶、情緒低落或是哀傷等憂鬱的徵兆，都值得特別關注。

衛生署所列出的這些行為觀察指標，不僅可以運用在青少年，而且也可以用在成年人。而特別針對青少年自殺行為的辨識，郭志通(民 88)則發現有四個層面的線索有助於學校教師辨識青少年的自殺危機

1. 行為方面：改變社交行為、睡眠和飲食習慣、專注在死亡和暴力事件上 ... 等；
2. 口語方面：不論怎麼努力都是白費力氣的、你不會再看到我了、我累了、他一定會後悔這樣對待我... 等；
3. 思考方式和動機方面：想要藉自殺來控制或報復他人、認為自殺能夠逃避懲罰、想利用自殺結束爭執等；
4. 人格特質方面：感到孤獨、常覺得壓力很大、有罪惡感、低自尊... 等。

由此可以發現青少年表現出來的行為，需要細心的加以傾聽和觀察，而且常常是由老師和同學所發現的。在評估個案的自殺危險性上，可以整理出幾個重要的策略：

1. 青少年的自殺行為常常是有前兆的，而最重要的工作就是早期的篩選，找出和自殺行為相關的重要指標。

2. 需要從青少年的自殺意念、之前的自殺行為、絕望感以及行為的觀察提供多面向的資料，相互的補充。
3. 多面向的指標偵測，比較不容易漏掉重要的線索，比單一指標的偵測更加的可靠。
4. 長期的追蹤，仍然可以根據原來測量的這些指標，來觀察自殺意念、自殺行為、絕望感以及行為是否有改變。
5. 許多前驅的行為都是需要刻意去觀察和測量的，因為青少年常常不會主動表達或者尋求協助。
6. 校園自殺防治的方式，需要主動的出擊。常用的方式包括：運用篩選量表進行篩選；運用晤談篩選具有自殺意念或企圖者；定期追蹤高危險群（柯慧貞等，民91）。這些方式雖然已經開始使用在大專學生，而國內的國高中學生仍然沒有此種自殺防治的機制，而青少年正是自殺率開始急速升高的第一個坡段，更應該積極的加以介入（衛生署，民93）。
7. 進行中學生自殺防治工作上仍有特殊的優勢條件，因為學生大部分的時間都在學校，大部分也都在教室上課，和導師的關係密切，而且經由輔導室邀請和後續追蹤也都比大學生容易許多。再加上和不同的老師配合，自殺防治的網絡是相當完整而緊密的，這部分比大學生的自殺防治有更多的優勢。

## 第二節 青少年自殺行為的危險因素與保護因素

雖然已經找到了自殺的前驅行為，以及所需要觀察和測量的指標，但只有完成了第一個步驟：找出高危險群。後續的介入則需要針對青少年自殺的原因以及可能的疾病加以評估並且採取有效的防治策略。

首先，針對青少年自殺行為的病因來加以探討。若要比較出現自殺行為以及較不會出現自殺行為這兩個群體的青少年，最簡單的方式就是在研究當中找出，這兩個群體最大的差異性。大體上來看，青少年的自殺和近似自殺(parasuicide)的行為影響因素相當複雜，根據Carr等人(2002)危險和保護的因素可分為十大類(如表2-2-1所示)：

表2-2-1 青少年自殺的危險因素和保護因素

向度	危險因素	保護因素
自殺意念	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事先計畫</li> <li>2. 不願意被發現</li> <li>3. 致命的方法</li> <li>4. 不願意尋求協助</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自殺意念而沒有意念</li> <li>2. 願意接受不自殺契約</li> <li>3. 願意接受父母親和其他照顧者的監控的契約</li> </ol>
方法致命性	採取致命的方法，可能是刀槍和致命的藥物	不會採取致命的方法
誘發因素	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 父母親和感情的對象死亡、分離或者是生病</li> <li>2. 和父母親或者好朋友吵架</li> <li>3. 牽涉到司法系統的問題</li> <li>4. 嚴重的人格問題</li> <li>5. 重要考試的挫敗</li> <li>6. 非預期中的懷孕</li> <li>7. 模仿其他人自殺的行為</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 和父母親和好朋友的衝突已經得到解決，不會成為自殺的誘發因素</li> <li>2. 對於引發自殺的哀傷和失落已經到了接納的程度</li> <li>3. 為了避免模仿別人自殺，和這些同儕保持身體和心理上的距離</li> </ol>
動機	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 逃避無法忍受的心理狀態和某些情境</li> <li>2. 想要報復卻挑起罪惡感</li> <li>3. 將對自己懲罰</li> <li>4. 想要得到關心和注意</li> <li>5. 希望犧牲自己得到更大的好處</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 能夠學會非自我傷害的因應模式，或者願意參與防治，讓他們更能夠</li> <li>2. 調節心理的困境</li> <li>3. 調整痛苦的情境</li> <li>4. 更加肯定的表達憤怒</li> <li>5. 更有建設性的解決衝突</li> <li>6. 能夠對於是否有適當的哀傷</li> <li>7. 能夠處理過度完美的期待</li> <li>8. 適當的得到別人關心和注意</li> <li>9. 能夠適當的處理家庭的混亂</li> </ol>
人格相關因素	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 高度的絕望感</li> <li>2. 高度的完美主義</li> <li>3. 高度的衝動行為</li> <li>4. 高度的敵意和攻擊性</li> <li>5. 沒有彈性的壓力因應型態</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 低程度的絕望感</li> <li>2. 低程度的完美主義</li> <li>3. 低程度的衝動行為</li> <li>4. 低程度的敵意和攻擊性</li> <li>5. 彈性的壓力因應型態</li> </ol>

表2-2-1 青少年自殺的危險因素和保護因素（續）

向度	危險因素	保護因素
疾病 相關 因素	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 憂鬱症</li> <li>2. 酒精和藥物濫用</li> <li>3. 品行障礙</li> <li>4. 反社會人格障礙</li> <li>5. 邊緣人格障礙</li> <li>6. 癲癇</li> <li>7. 慢性疼痛</li> <li>8. 合併其他慢性疾病</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 沒有其他心理精神方面疾病</li> <li>2. 沒有其他身體的疾病</li> <li>3. 沒有其他多重或共同罹患慢性疾病</li> <li>4. 能形成治療聯盟關係，而且願意投入心理和生理疾病治療</li> </ol>
病史	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 之前曾經自殺過</li> <li>2. 早期失去雙親當中的一人</li> <li>3. 之前接受精神科的治療</li> <li>4. 接受少年法院系統的介入</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 之前沒有自殺過</li> <li>2. 沒有早期失去雙親任何一人</li> <li>3. 沒有之前接受精神科治療的經驗</li> <li>4. 沒有接受少年法院系統的介入</li> </ol>
家庭 因素	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 自殺嘗試的家族史</li> <li>2. 憂鬱的家族史</li> <li>3. 藥物和酒精濫用的家族史</li> <li>4. 暴力的家族史</li> <li>5. 混亂、沒有支持性的家庭</li> <li>6. 家人否認自殺行為的嚴重性</li> <li>7. 家庭呈現高度的壓力和擁擠</li> <li>8. 家庭只有低的社會支持而且相互之間關係疏離</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 沒有之前自殺家族病史</li> <li>2. 沒有憂鬱症的家族史</li> <li>3. 沒有藥物和酒精濫用家族史</li> <li>4. 沒有暴力的家族史</li> <li>5. 家庭結構完整、相互支持</li> <li>6. 家庭低壓力狀態</li> <li>7. 家庭高社會支持</li> </ol>
社會 人口學 因素	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 男性</li> <li>2. 低社經</li> <li>3. 美國的白領階級</li> <li>4. 對於宗教的投入較弱</li> <li>5. 剛進入夏天</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 女性</li> <li>2. 中高社經地位</li> <li>3. 美國的非白人</li> <li>4. 強烈的宗教投入</li> </ol>
生理因素	血清素較低	血清素正常

資料來源： Carr, A., et al. (2002). Preventions—what work with children and adolescence. New York, Brunner-Routledge.

研究者整理相關研究中列舉的保護因素和危險因素 (Berman & Jobes, 1995; Brent et al., 1997; Jacobs, 1999; Shaffer & Piacentini, 1994)，根據上述內容，青少年自殺其實受到多重因素的影響。最前面兩項是先前內容已經討論過的自殺意念和方法的致命性。國內自殺研究學者許文耀與林宜旻(民88)提出了一套自殺危險性發生模式。他從全省收集了國高中的學生樣本群，想要驗證自殺危險性的行為模式。他認為生活困境、壓力因應、再加上青少年對於死亡的概念，會影響自我傷害行為，進而連結到自殺危險性的升高。在前面的文獻整理當中，發現出現自殺行為的青少年的確有其特殊的身心狀態。在國外的文獻整理當中可以發現，這些青少年具備了某些特殊的人格和壓力因應的模式，可能也合併相關的精神疾病，或之前曾經自殺或採取比較衝動的方式來處理自己的壓力。這時候如果再加上當時適當的誘發事件，出現自殺危險的行為也會大幅增高。

**誘發事件：**在表2-2-1當中所提出的誘發因素，也就是青少年自殺的誘發事件 (Precipitating events)。在研究者實務的經驗和本研究想要採取的青少年心理治療模式(Mufson et al, 1993；Weissman et al., 2000)中，都認為情緒低落和自殺行為之前會有明顯的事件。而這些事件相當多是指向人際關係或者是家庭之間的衝突。國內學者許文耀和吳英璋(民85)在研究報告當中，也提到家庭困境和學校困境是青少年出現自我傷害行為最大的影響指標因素。研究者的實務經驗和憂鬱症的最新治療模式-人際心理治療模式(Mufson et al, 1993；Weissman et al., 2000)，發現青少年嘗試自殺的行為，常常是在人際衝突和失落之後，而相關的對象常常是父母親和感情的對象。這些青少年在生活當中遭遇了困境或者是人際的衝突，由於並沒有良好的支持系統，如果再加上家庭的支持系統薄弱，憂鬱的情緒和自殺危險性會大大的增高。各種誘發的因素還包括了(Mufson et al, 1993)：失去父母親或愛情的對象(哀傷反應)、和重要的朋友關係破裂或者是衝突、學校角色適應不良或者角色之間的衝突、親子衝突和缺乏支持(尤其是單親家庭)等的誘發因素，更容易加重自殺行為的危險程度。

**精神疾病：**另一個相當重要的危險因素是疾病，包括憂鬱症、酒精和藥物濫用都是相當重要的危險因素，特別需要加以篩選和評估。國外針對已經完成自殺的人來做心理調查研究，結果發現大約有九成自殺的個案，在死亡的時候都有著精神疾病的診斷，或者曾經接受精神疾病的治療(Brent et al., 1988, 1993)。這也是多年以來自殺防治，一直不敢輕忽精神疾病所造成的影響。最近逐漸受到重視的是校園的藥物及酒精濫用問題，當青少年情緒到達頂點時，藥物及酒精常被拿來作為處理情緒的方法，但是卻促成了衝動控制力的降低，更容易將自殺的衝動推



向高峰(Shaffer et al., 1996)。

**過去自殺行為：**相當重要的危險因素是青少年過去自殺行為。自殺行為並不是天生的，常常有許多影響和模仿的來源。青少年在小時候受到父母親憂鬱和自殺行為的影響，到了青春期受到同儕自殺行為的影響，甚至經由媒體的傳播和集體的行為，讓青少年更加暴露在自殺的氣氛當中。這不只是一種社會現象的觀察，也有以下幾個研究加以佐證。青少年會受到親友自殺的影響：青少年暴露在自殺的環境中會增加自殺的危險性，如果家庭當中有人自殺，青少年受到的影響更直接(Brent et al., 1996)。然而，當青少年聽到好朋友自殺死亡、同學自殺死亡、甚至是媒體傳佈自殺的消息 (Gould et al., 1989)，其中尤其以父母親有憂鬱症、物質濫用和自殺的行為者，青少年自殺的機會也較高(Brent et al., 1996)。

**家庭衝突：**家庭衝突和不穩定也是一個重要的危險因素。在研究者將要採取的治療模式當中，也同樣假設家庭對於造成孩子的憂鬱和自殺行為有相當大的影響。一般人的觀念當中，家庭是屬於保護因素，可以當作減少自殺危險性的緩衝系統；事實上，如果青少年成長在不穩定的家庭或者父母親教養方式和孩子的行為不適應的情況下，不僅增加孩子憂鬱的機會，也可能讓孩子在高自殺危險的狀態下，又加入一項促成自殺行為的危險因素。在研究者的經驗當中，常常發現家庭的衝突和不穩定的狀態，是誘發和維持青少年自殺危險期的重要因素。國外學者 Lewinsohn 等人(1996)也發現，父母親工作與離婚比率是家庭衝突和不穩定的相關因素，父母親不僅在情緒上會影響家中的青少年，花在陪伴青少年處理情緒和生活壓力的時間也明顯下降。而單親家庭不僅會增高青少年憂鬱的機會，更和青少年自殺危險性的升高有關 (King et al., 1995)。如果和自殺的青少年會談，討論家庭系統對他們的影響時，這些青少年常認為父母親對他們不夠支持，並且對他們的行為充滿了挑剔、想要控制他們 (Allison et al., 1995; Martin & Waite, 1994)。由於父母親表達關心的方式讓孩子無法接受，讓這些孩子更不願意將自己的問題和父母親討論，即使在相當危險的時候，父母親也得不到青少年內心的想法和求助的訊息。從研究者的經驗當中，發現大部分自殺青少年的父母親，都不知道他們曾經做過這樣的行為，而且對待他們的方式也沒有改變，甚至加重他們自殺的行為 (唐子俊等人，民 94)。從青少年自殺危險行為來看，發現父母親常不知道孩子有過自殺的行為。國外學者 Garrison 等人(1991)也認為，自殺青少年的父母親過度低估了青少年的自殺危險性，而且常認為危險性不高。此外，親子關係的衝突也被認為是自殺意念和自殺行為最常見的誘發因素(Brent et al., 1988)，這與研究者近三年來的校園自殺防治處理經驗相當類似。整體來看，家庭

對於有自殺行為青少年所造成的影響，可能在於家中也有憂鬱的父母親或者是自殺行為的示範，也可能因為父母親太過忙碌而沒有辦法陪伴青少年來處理情緒和人際的問題，等到孩子情緒已經嚴重到想要傷害自己或自殺時，此時父母親仍不知情，孩子也因為長期被忽略而不太願意和父母親溝通。因此在父母親想要介入的時候，常常會被孩子排斥甚至發生衝突，結果親子衝突又加重了孩子自殺的危險性，家庭反而沒有辦法作為孩子情緒緩衝的支持系統。

**學業壓力和挫敗：**下一個危險因素是學業的壓力和挫敗。這個部分在重視升學主義的國家是相當重要的考量因素。雖然整體的入學考試制度有相當大的變革，讓青少年可以適性的進入不同的系統就學；然而，不論是在國外的研究或者是研究者的經驗中都可以發現，學業壓力和學校適應不良是青少年自殺的重要危險因素。程國選(民 89)發現，造成青少年自殺的學業壓力因素當中，以對學業期待太高以及學業成就太低兩種情況為最多。而在國外的研究當中，發現高自殺危險的青少年，同時也會出現學業相關的行為問題，尤其是蹺課、逃學以及成績不良等不適應的行為 (Levy et al., 1989; Lewis et al., 1988)，因此這些行為應該要和自殺行為一同納入考量。成績較低落的學生，嘗試自殺的危險性增高，而且自殺常出現在長期缺課之後 (Shaffer, 1988)。此外，對於學校負向的態度、對於學校表現缺乏信心，也和自殺的意念有關 (Butler et al., 1994)。Gould 和他的同事(1996)也指出，在學校和工作兩者之間漂流不定的這些青少年個案，特別容易暴露在自殺的危險性當中。根據上面的文獻和研究者的自殺防治經驗，低學業成就、適應不良、翹課逃學以及輟學的問題，除了讓這些學生暴露在較高的壓力、較少的規範和提醒，以及較低的學校和家庭支持條件下，也要注意這些孩子出現衝動行為、藥物濫用以及自我傷害行為的危險性都是比較高的。

青少年自殺的危險因素相當的多，在上述的內容中，整理了有關於誘發自殺行為的壓力事件、精神疾病相關的因素、家庭因素、學業和人際等因素。這些不利的條件可能會促成青少年自殺危險性的升高。如果更加仔細的思考，青少年自殺的解決方案這也是在減少這些不利的危險因素，並且在當中加入更多的保護因素，這樣不僅可以協助青少年遠離危險，減少其自殺行為之外，更可以增加其對環境的適應力，以及降低自殺的危險性。接下來，將討論青少年自殺的保護因素。

**青少年自殺的保護因素：**所謂保護因素，就是指青少年如果能夠找到自殺以外的方法，並具有保護的功能時（如表2-2-1），將減少自殺的危險性。凡是滿足個案的需求，又不會讓個案傷害自己，這個方法被稱為保護因素。保護因素

的促進方法包括：針對特殊人格調整其因應模式、治療青少年的精神疾病以減少自殺危險性、早期偵測青少年可能出現的自殺行為並且加以預防、增加家庭的支持及排除衝突、提升青少年學校及課業的適應程度，並且適當的處理中輟的行為。這些保護因素的操作，不但可以部分降低危險因素所造成的影響力，即使在出現自殺意念的時候，可以暫時緩解達到高峰的衝動和情緒。

**增進人際關係：**在保護因素當中，對青少年來說最重要的是人際關係。人際關係本身就是一個相當好的壓力緩衝和減壓系統，但是當憂鬱的青少年從人際當中退縮，這種減壓的效果無法運作，造成負面想法和自殺衝動沒有被修改的管道，而且也失去了情緒支持和宣洩的對象（Musfon et al.,1993）。這樣的觀念可以從研究當中得到驗證，學者發現憂鬱和自殺的年輕人，從家人和朋友的網絡當中，得到的支持都是比較少的。如果能夠增加這些人的社會支持，相對的自殺危險性和憂鬱的症狀也可以明顯的下降(Eggert et al., 1995)。

**調整絕望感和其他人格特質：**某些人格特質可以保護個案，而某些人格特質如果沒有改變，反而是一種危險因素。例如：絕望感、完美主義、衝動、攻擊、沒有彈性的壓力因應型態等等，這些都是自殺常見的危險因素。絕望感也可以當作一種態度或人格的特質，前面已經討論過絕望感對於個案自殺危險性的影響。大體來說，絕望感就是這些青少年認為他們沒有能力解決當前的情境，而且將來這樣的痛苦也不會解除，因此對將來一點都不抱持希望。如果再加上自殺的工具容易取得，或者是同儕示範自殺當作是解決壓力的方式，青少年也可能會認為自殺是處理問題的唯一方法。如果要增加個性的保護因素，相對的就要改善其絕望感，不僅讓個案了解除了死亡之外，還有許多解決問題的方法，而且慢慢能夠消除感到絕望感的習慣，就可以明顯的減少自殺的危險性。因此，如果要讓個案的自殺危險性降低，就必須要協助扭轉個案的絕望感。

**治療精神疾病：**如果能夠讓可能影響自殺行為的疾病接受治療，讓個案的痛苦減輕到可以接受的程度，則這種方式就是一種保護的因素。當然前提是個案需要有能夠和治療師建立起治療聯盟關係的能力，而且願意接受治療的契約。

**檢討過去自殺行為：**至於個案的病史也可能成為自殺行為的危險因素，如果之前曾經有過自殺的嘗試，這是後來自殺的強烈危險因素。而過去的危險因素還包括在早期失去父母當中的一個人、之前曾經有接受過精神科的治療，或者曾經因行為問題而接受少年法院系統的涉入和監控。而這些因素特別和重複自我傷害行為及近似自殺行為有強烈的相關。如果過去沒有這些疾病史，對個案來說是一

種保護因素，而且生病之前的適應能力跟精神狀態越好 越具有保護作用。

**減少家庭壓力和惡化因素：**在家庭中的危險因素包括家人嘗試過自殺 罹患憂鬱症、藥物及酒精濫用、暴力和攻擊的行為等家族史，有這些家族史容易讓青少年自殺的危險性升高。而且如果家庭成員的社交是疏離的，這些孩子的危險性也會增加；若他們居住在過度擁擠的空間，而其家人對於自殺行為的嚴重性加以否認，甚至對於這些青少年沒有提供足夠的支持 都是自殺的危險因素。反之，如果家族史當中沒有上述的這些問題，家庭結構相當完整、有組織，成員之間能相互支持、壓力低而且支持性高，則可以當作是相當重要的保護因素。

關於預防的策略，如果從整合的層面來看，危險性的升高主要是因為危險因素增加，而保護因素減少。事實上可以發現，青少年自殺防治評估需要了解的部份包括：精神狀態、精神症狀、過去生理或精神病史、家族史(這個部份包括在精神科的診斷性會談當中)、個性及人際關係的評估、以及實際的支持系統、遭遇的生活壓力和解決方法。這是一個相當完整的且需要小心評估的架構。由於影響的向度很多，一開始的確需要有一個完整的評估，再加上適當的個案管理的概念。

根據這樣的概念，在設計青少年自殺防治的策略時，必須要增加保護因素並減少危險因素。青少年自殺防治的策略，雖然可以包括多種的進行方式，策略設計的背後理論，都希望能夠在配合理論的架構下，設計出各種適合學校情境的計畫。其中常用的方式包括：心理衛教的課程、訓練高危險青少年周遭的人辨識個案、個別心理治療或團體心理治療等方式。

### 第三節 青少年自殺行為的相關診斷及治療

許多自殺的研究來自於和自殺完成 (complete suicide) 者的家屬會談，或者根據病歷的資料來做整理。自殺青少年大部分都呈現出某種程度的精神障礙 (Apter, et al., 1993)，最常見的精神疾病包括情緒障礙、藥物或酒精濫用、焦慮症、行為障礙及精神分裂症，以下根據這幾個診斷整理相關的文獻。

**情緒障礙：**不同的研究人員發現，自殺青少年大約有一半到三分之二有情緒障礙 (Apter, et al., 1993)，其中女性大部分是嚴重憂鬱症，而男性常合併行為問題或藥物濫用。若女性罹患嚴重憂鬱症，自殺率會增加二十倍 (Schaffer et al., 1996)。男性若曾有過自殺行為，危險性會增加三十倍以上 (Brent et al., 1999)。

藥物或酒精濫用：這是一個較複雜的診斷，藥物和酒精濫用較少單獨存在。在自殺青少年當中，大約有三分之二是年齡較大的男生，而且經常合併情緒障礙或行為問題（Brent et al., 1999）。也就是說通常是合併兩種以上診斷，這些個案需在醫療機構接受治療，無法單純使用以學校為本位的介入方式，而且短期治療效果較差。

焦慮症：大約佔自殺個案的三分之一到四分之一，而且可能合併情緒障礙（Brent et al., 1999），預期焦慮是相當常見的症狀，可能跟完美主義的個性有關。這些個案在平時主要呈現焦慮症狀，再加上誘因啟動了完美主義的個性，可能產生次發的憂鬱症狀，而完美主義的個性更加重原來的挫折感，壓力及情緒累積到一個程度時，開始出現自殺的危險性。

行為障礙或者對立反抗障礙：大約佔自殺個案中三分之一到二分之一，而且常合併情緒障礙或藥物濫用（Brent et al., 1999）。這些個案是年紀較大的青少年，也必須接受醫療及青少年司法系統的協助，無法純粹使用學校為本位的介入方式。可能在某一階段中需加上校園輔導系統的協助，而某些階段主要以醫療和青少年司法系統為主。這類個案若合併診斷越多則預後越差。

精神分裂症：在自殺青少年當中不到一成，由於青少年精神分裂症相當少見，通常在急性期治療穩定之後，必須要小心精神分裂症後的憂鬱症狀。

適應障礙：通常經由壓力事件誘發，最常見的事件包括：校規和管教問題造成的危機、機構強制執行法律造成的壓力、感情關係破裂、人際關係衝突、學業問題、受到同學威脅騷擾（Gould et al., 1996）。壓力事件可能單獨誘發自殺，也可能是精神疾病的擴大表現。即使是暫時找不到明顯的誘因，也需仔細排除是否有潛在的憂鬱症狀（Hawton, 1982）。根據DSM-IV手冊，要確認純粹來自於壓力所導致的適應障礙，必須要先排除情緒障礙、藥物濫用、焦慮症、精神分裂症等位階較高的診斷之後，才能考慮適應障礙的診斷。

從上述診斷發現，青少年自殺的相關診斷包括情緒障礙、藥物及酒精濫用（常合併情緒障礙及行為問題）、焦慮症、行為障礙、精神分裂症及適應障礙。其中藥物及酒精濫用需合併醫療及司法相關資源，學校輔導系統僅擔任部分協助角色，無法完全採取學校本位的介入。因此，學校本位的介入主要協助的診斷，是以情緒障礙、焦慮症、精神分裂症非急性期階段、適應障礙等個案為主。以下探討這幾類診斷的有效治療模式。

## 一、憂鬱症的心理治療

以憂鬱症狀為主的心理治療，主要包括了認知行為治療、人際心理治療。憂鬱症的心理治療，開始於1950年代晚期，以及1980早期（Ferster,1973; Liberman & Raskin,1971; Weissman,1979）。憂鬱症新近的治療焦點，從原來較嚴重的憂鬱症狀，逐漸進展到盛行率較高的中度憂鬱症，並採取非住院治療(Olfson et al.,1993)。早期憂鬱症的問題概念化，是放在個人內在思考以及外在行為表現。近期根據社會精神醫學以及心理諮商的發展，開始重視憂鬱症和人際關係之間的關聯性，開始認為經由人際關係的介入和改善，憂鬱相關症狀就可以減輕，因此Klerman等人(1984)提出了人際心理治療的概念。在認知治療上，也認為處理憂鬱症狀及重複自我傷害行為，除了處理內在情緒的失調之外，也必須處理個案的現實生活人際問題，這也就是由Linehan所提出的辯證式行為治療(dialectical behavior therapy, DBT)。而近來由於保險給付以及費用的問題，特別強調療效的因素，希望能在短期內達到一定的效果。而為了迅速達到療效，也就是在二到四個月當中就可以達到效果，希望在短時間內能夠儘速減緩憂鬱症狀，才能有效的配合藥物治療。因此重點放在憂鬱症狀的急性症狀解除。

短期治療的策略，即藉由可觀察、可測量的目標，來評估短期之內達到的療效。因此需決定測量的變項，才能確定治療的有效程度。而整個治療趨勢，除了心理治療結合藥物治療之外，也希望藉由訓練非醫療人員，透過合適的督導和訓練後，在個案無法進入醫療體系，或者是接受醫療體系治療告一段落之後，還能夠接受這些人的追蹤、治療或輔導。

憂鬱症的短期心理治療，主要包括了人際心理治療和認知行為治療。兩種治療方式各有其適用的範圍，也都能夠處理憂鬱症合併自我傷害行為。以下針對人際心理治療及認知治療來做整理和比較。

### （一）憂鬱症的人際心理治療

人際心理治療是治療憂鬱症的新趨勢，它的發展是從1960年代到1980年代早期。主要根據的概念是心理生物學模式，認為完整考量心理社會、人際經驗和心理症狀，才是一個較完整的分析模式。另外，也受到蘇利文(Harry Stack Sullivan)的影響，認為精神病理學的原因，來自於發展過程中人際關係的挫折，而解決之道也是在重新建立治療性的人際關係。

傳統人際心理治療約需12到16個禮拜，可使用藥物或不使用藥物來作為合併治療。這種治療模式主要根據手冊操作，並且以個別心理治療的方式來處理嚴重

憂鬱症(Klerman et al.,1984)。之後將人際心理治療作部分修正，運用在情緒低落障礙、青少年憂鬱症、老年人憂鬱症的範圍，運用範圍逐漸擴增中。Klerman等人(1984)認為了解並增加個案處理人際問題的能力，可催化憂鬱的恢復。

人際心理治療嘗試將憂鬱症狀和人際問題作連結，主要是根據Coyne和Downey (1991)發現單極性憂鬱症發作前後，出現生活壓力的比例相當高。再加上Brown等人(1978)發現社會支持本身就有保護或將問題中性化(neutralizing)的效果。除了提供社會支持的效果之外，人際心理治療在剛開始的階段也提供衛教。這個階段中會向個案解釋憂鬱症成因、憂鬱症的情緒和行為，以及這些部份和人際關係間的聯繫，並且如何藉由解決人際問題來減輕憂鬱症。藉由這個步驟，人際心理治療不僅可以減少憂鬱症狀的標籤，並且可減少個案的絕望感。除了關注於人際關係，人際心理治療也會主動要求個案採取問題解決策略，來因應生活中的人際困境。是否能夠引導個案投入解決人際問題，和治療師的建立關係能力有關 (Klerman et al., 1984)。治療師使用的方式是人際問卷，可以協助找出憂鬱症常見的人際問題四大領域，包括了人際衝突、人際敏感、角色轉換、哀傷反應。Markowitz(1993)認為原來的人際問題領域，經由修正之後，可以延伸到人格障礙所面臨的不適當人際習慣、因為生病角色造成的退化以及社會功能下降、社交隔離、社經地位改變而導致的憂鬱症狀。

影響療效的因素還包括個案的動機和治療師的訓練。Klerman等人(1984)認為，個案願意嘗試新的人際行為的動機，會影響到整個治療的效果。Foley等人(1987)認為，有效協助個案處理人際問題，和治療師是否經過適當訓練有關，並非一般協助或陪伴即可有效減輕症狀。這也是人際心理治療和一般人際支持的不同。

根據以上的文獻，人際心理治療的特色，除了提供人際接觸的表面效果之外，治療師經由適當的訓練，協助個案投入解決人際問題。人際心理治療認為，人際問題的減輕可以緩解憂鬱的症狀，進而減少自我傷害的想法。主要處理的領域包括人際衝突、人際敏感、角色轉換及哀傷反應。治療師主要的角色是引導個案澄清和聚焦在人際主題，並且經由衛教協助個案瞭解憂鬱症狀的情緒和行為，減少標籤以及促進建立人際關係。

## (二) 憂鬱症的認知治療

憂鬱症另一個重要的治療取向是認知治療(Beck,1967;1976)。認知治療認為憂鬱症的個案有三大類的認知問題：第一大類是負向認知思考。這些負向想法會

對自己、外在世界以及未來(被稱作為認知三角)採取負面的解釋。當我們出現憂鬱的情緒，馬上浮現的想法，就成為自動化負向思考(automatic negative thoughts)。第二大類的是訊息處理歷程的扭曲，包括過度類化、過度個人化、斷章取義、情緒化的推論、全有全無的思考(Burns, 1980)。這些思考困境在情緒低落時更容易出現(Robins & Hayes, 1993)。第三種是失功能態度導致憂鬱基模(depressogenic schemas)(Beck, 1976; Young & Lindernann, 1992)。失功能的態度，可以導致對於一般的生活壓力採取比較強烈或極端的反應，而且對於面臨新的困境，也容易導致更多的思考和情緒危機(Simons et al., 1993)。

個案由於過去的經驗產生的負向基模，可能經過一段時間的潛伏，遇到相關的時間才會將這些基模挑起。一旦憂鬱症的基模被挑起之後，會產生一連串的訊息處理、自動化的負向思考(Thase & Beck, 1993)。認知治療的重要特色，就是每次會談都經由客觀工具測量療效和改變(Vallis et al., 1986)。認知治療基本上是以短期治療為主，因此治療師必須採取更主動的角色(Jones & Pulos, 1993)。

影響認知治療療效的因素包括：治療關係、維持適當的結構、設計符合個案能力的家庭作業。Raue等人(1993)認為，治療聯盟是影響治療順從性的重要因素。認知治療的會談結構，開始階段是先協助個案聚焦症狀，教導個案處理症狀的技術，和個案互相合作，朝向症狀的解除。認知治療每次會談開始，會先討論上一次的家庭作業，然後將焦點放在一到兩個核心的主題並給予個案回饋。治療師是否能夠掌握治療的結構、症狀和家庭作業的關聯性、以及能否促成個案執行家庭作業等等，都會影響到治療結果(Bryant et al, 1999; Persons et al., 1988)。另外治療設計必須要適當配合個案抽象思考能力，由以行為治療技術為主，逐漸進展到以抽象思考為主的認知技術。經由認知治療之後，個案面對壓力的時候，更能夠客觀的分析自己憂鬱情緒的根源，更有效率的面對和處理問題，並且更能夠成功的處理自己低落的情緒(Jones & Pulos, 1993; Wiser & Goldfried, 1993)。再則為了預防復發(relapse)需要教導獨立面對情境的處理技巧(Persons, 1993)。

從以上的文獻，憂鬱症的認知治療主要是以較結構的方式，找出個案對於自己、他人和未來的負向認知，教導個案瞭解自己扭曲的思考歷程，並且提醒個案，情緒挑起的負向自動化思考是失功能的，引導個案學會獨立面對處理壓力情境的能力。並且為了預防復發，經由家庭作業及會談中的示範和練習，將學會的技術運用到現實生活中，即使治療師不在場的時候，也能夠達到有效的調整自己想法和面對現實壓力的效果。影響療效的重要因素，除了建立關係之外，治療師能夠



經由適當的訓練，維持治療的結構，並且根據個案抽象思考的能力，訂立合適的家庭作業。憂鬱症的認知治療，經由以上的方式來增加治療的成功率。

憂鬱症的心理治療，以認知治療和人際心理治療為主。兩種治療一致的架構包括：先評估個案當前情緒狀態、遭遇問題領域、提供適當的衛教、維持適當的治療架構和關係，並且引導個案解決當前的問題。認知治療特別強調家庭作業的執行以及治療一開始需要討論家庭作業，人際心理治療則是盡量鼓勵個案建立新的人際關係來延伸治療的效果，對於每次開始家庭作業的討論，則採取較彈性的態度。Karasu（1990）認為折衷取向是相當重要的趨勢。例如以人際心理治療觀點為基礎，再加上其他認知行為技術。但是折衷治療須建立在熟悉的單一模式，再加上其他技術和理論的整合，甚至結合藥物或其他心理社會的治療，也是一種折衷模式(Jacobson et al., 1996)。對於急性期發作的病患，如果生病之前的功能較高，有相當好的社會支持系統，採取非折衷的單一治療模式也有相當大的好處(Klerman & Weissman, 1982)。在憂鬱症的急性期，人際心理治療無法明顯改善社會適應功能，功能改善的時間點需要後續研究加以追蹤來證明(Weissman et al., 1981)。而認知治療對於預防復發也有相當好的成果（Hollon et al., 1992）。要增加兩種治療模式的療效，必須促成個案有足夠動機、對治療師提供適當訓練和督導。憂鬱症的認知和人際治療模式各有其優點，需要根據介入族群的特色加以統整。

## 二、適應障礙的心理治療

和青少年自殺相關的另一個重要診斷是適應障礙。根據DSM-IV診斷準則的定義，適應障礙主要來自於明顯壓力造成個案人際、職業(學業表現)或家庭功能出現明顯的障礙。這個壓力的來源可以是人際的、生理的(例如生病或住院)、環境的。Zinbarg等人(1994)提出混合焦慮和憂鬱(mixed anxiety-depression)的研究診斷，這類個案包括還未符合精神疾病診斷準則的個案。而這個診斷還未成為獨立正式診斷之前，這些個案經常被歸類為適應障礙。如果青少年因為一般生活壓力，已經呈現出自我傷害行為，和一般遭遇壓力的人相比較，也已經明顯影響到課業及人際功能，卻還未符合其他位階較高的診斷（嚴重憂鬱症、焦慮症等），則歸為適應障礙(Newcorn & Strain, 1999)。適應障礙可能是某些嚴重精神疾病的前兆。由於症狀模糊未明，也可能被放入未特別標明的憂鬱症(depressive disorder, NOS)的診斷。

針對適應障礙的治療這個主題只有極少數的隨機指派研究(Bourin et al., 1997)。心理治療大部份的研究都是針對憂鬱症或焦慮症，很少單純針對適應障礙(Adams & Gelder, 1994; Chalmers et al., 1992; Conte & Karasu, 1992)。Andreasen和Hoenk (1982)根據五年的追蹤發現，青少年五年內出現其他嚴重精神疾病的機會較高。適應障礙常伴隨自殺危險性的增加(自殺嘗試、自殺完成)、藥物濫用、無法解釋的身體症狀，所以適應障礙需考慮合併其他的精神疾病 (Strain et al., 1998)。適應障礙合併的精神疾病包括焦慮症、情緒障礙以及第二軸的人格問題(Strain et al., 1998)。適應障礙最常使用的治療包括了人際心理治療、認知行為治療、心理動力治療等介入模式。適應障礙的介入模式，主要根據治療師的經驗和學派而決定。Field 等人 (1992) 建議根據壓力種類及適當反應，協助個案掌握或減少壓力源造成的影響，這就是適應障礙介入模式的基本概念。適應障礙的壓力源可能相當廣泛而不確定，也可能是多重壓力。Cohen (1981) 認為壓力受到許多調整因素的影響(個案的自我強度、支持系統、之前曾經成功掌握的經驗)。

#### (一) 適應障礙的心理治療

治療師需協助適應障礙的個案適當表達情緒，解除或減輕壓力造成的絕望感(Pollin & Holland, 1992)。Sifneos (1989) 認為適應障礙的個案最能從短期心理治療中獲益。他認為治療焦點在於協助個案體會自己遭遇的壓力和情緒，促進個案壓力因應方式、找出方法減少壓力、協助個案對困境有新的解釋和看法，可藉由和治療師建立關係、尋找支持系統，甚至加入自助團體，而不純粹是一個人去面對所有的壓力。Wise (1988)認為適應障礙的治療是簡短、即刻有效、聚焦、適當期待、目標導向以及簡化原則(BICEPS principles)。True和Benway (1992)認為適應障礙處理的架構，應該是減少壓力造成的不適當行為，迅速減輕影響工作、學業、人際關係而造成的次發性障礙。療效的機制包括教導生病角色的衛教擲，此時此地的架構，用人際的角度來概念化問題，探索調整及改變失功能行為的各種方法，聚焦在特定的問題領域，另外，治療師可從系統的角度看待個案所遭遇的壓力以及各種資源。

#### (二) 適應障礙的非住院治療

社區是協助早期偵測憂鬱症以及辨識適應障礙的重要管道Katon等人(1994)嘗試將精神科醫師的相關知識，遷移到開業醫師身上。Starfield (1992)也發現，需要調整醫療照護的轉介系統，加強一般科醫師對於精神醫學的相關知識，使其有足夠能力處理憂鬱症。若要在社區達到較好的療效，必須加強以下三個重點：

給予病人足夠衛教、一般科醫師和精神科醫師共同協助 精神科在整個療程中有足夠的追蹤時數。

對於剛符合適應障礙診斷的個案所採取的治療計畫和追蹤時間長度都符合較嚴重的精神疾病，至於採取的治療策略則需調整。Andreasen and Hoenk (1982) 觀察成人適應障礙的個案，治療結束後的五年內，大部份都沒有症狀(其中71%完全沒有症狀,8% 仍然帶著原來接受治療的問題，而 21% 後來發展成為嚴重憂鬱症或者是酒精濫用)。但在青少年當中，有43%發展成為重大精神疾病(包括藥物濫用障礙、人格障礙)，而有44% 則不符合任何精神科診斷(Andreasen & Hoenk, 1982)。和成年人不同的地方是，青少年的問題行為以及症狀的慢性化，可以預測五年後仍然出現精神病理的狀態或出現重大的精神疾病。另外還有一個重要的療程研究，Keller 等人(1998)選擇嚴重憂鬱症、情緒低落障礙以及非嚴重憂鬱症的社區樣本，主要研究目的在於了解嚴重憂鬱症以病程做分類可靠性為何；評估情緒低落障礙的症狀診斷準則；以及了解是否需為比較輕度的情緒障礙加上其他的診斷分類(例如，次要和重複復發的短暫憂鬱 minor and recurrent brief depression) (Keller et al., 1998)。根據這樣的診斷概念，對於壓力有效的介入方式，以及對於憂鬱症和焦慮症有效的介入方式，都可修正後運用在適應障礙。適應障礙的治療方式，需更多隨機指派的研究來加以證明。

適應障礙是介於正常壓力反應，及情緒障礙等精神科診斷之間的診斷。治療方式也參考一般壓力處理及針對憂鬱症的治療策略來做彈性的修正。處理的重點，是放在打破不適應的壓力因應方式(如自我傷害)，減輕環境壓力和增進壓力的解決能力。可以根據個案的需求和治療師的專業，找出最合適的介入策略，也可參考憂鬱症及焦慮症等相關診斷的介入策略。現在重要的治療方向，是設計隨機指派的研究，找出實證研究有效的心理模式。

#### 第四節 青少年自殺防治模式與成效

青少年自殺防治是一個相當複雜的問題，需要許多系統之間的合作。國外多年的經驗當中，發現某些模式對於高危險族群可以產生一定的效果，但是卻沒有辦法採取同一種方法而達到全面性的效果。從圖 2-3-1 中可以發現，青少年自殺防治策略的建立，必須要從高危險的個案、周遭的同儕和老師、甚至可以訓練協助辨識和基本處理的輔導人員，進而和社區的危機處理機構產生連結、甚至是影

響自殺防治策略的制定。而這些策略當中，最基本而且容易執行的方式，就是採取心理衛生教育的課程為主，然後再加上其他的相關協助和處理（Berman et al.,1991）。進行青少年心理衛教的最佳地點，就是青少年整天主要活動的學校中。

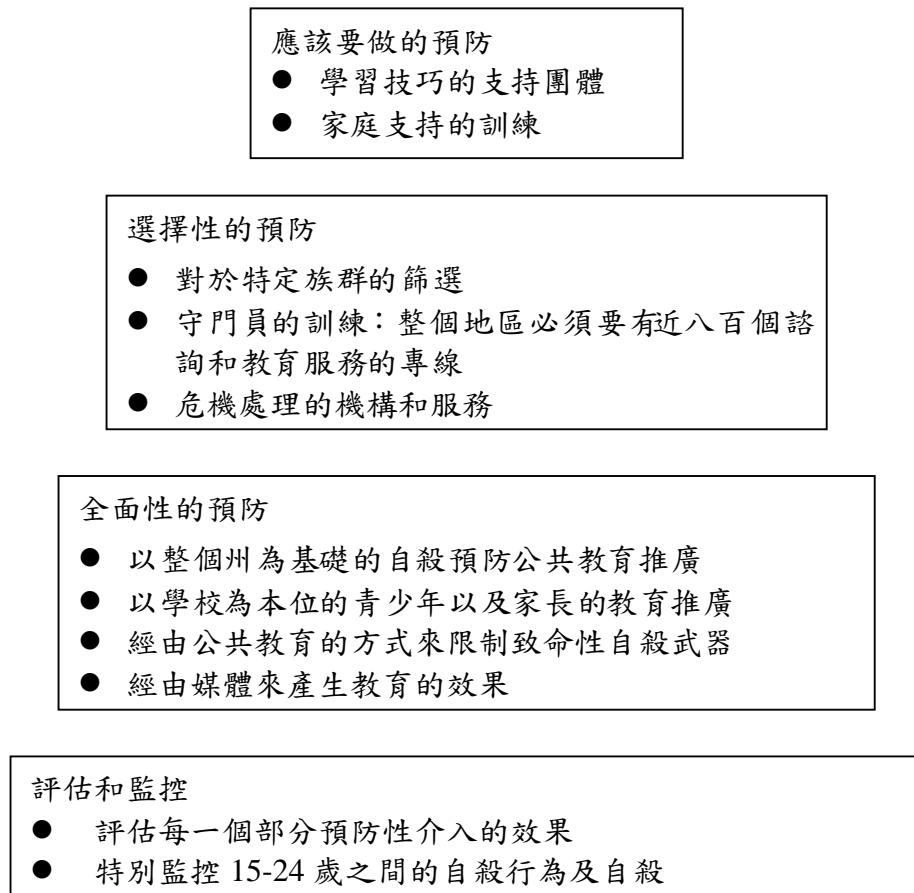


圖 2-3-1 青少年自殺防治計劃以及策略的建議架構圖

(資料來源：Eggert, L. L., Thompson, E. A, Randal B, et al. (1995.):Youth suicide prevention plan for Washington State. Olympia, WA, Washington State Department of Health.)

根據上述的理由，研究者發現要在短時間內協助較多的高危險個案，最直接就是採用以學校為本位的自殺防治模式。從國內外的青少年自殺率調查，可以發現國高中年齡（十四到十九歲之間）學生的自殺率急劇的攀升。而且由於大部分青少年自殺致命性高，自殺之前可能有相關的徵兆甚至是精神疾病，如果對於這些自殺意念及相關的危險因素能早期發現和介入處理，或許可以避免自殺悲劇的產生(Brent et al,1993；Schaffer et al,1996)。國高中學校本位的介入方式具備相當多的優點，在國外或是研究者的經驗當中，都發現學校中能迅速的找到青少年接

受會談，並且在短時間內可以找到許多高危險群個案來會談。再加上學校的配合和老師的協助，可以迅速地針對相當多的高危險群作處理。所以無論是進行各種評估或介入，投資報酬率都是相當高。根據研究者的經驗，青少年比較願意接受學校裏所提供的臨床協助，比較不願意到醫院去看門診。一方面因為學校是學生比較熟悉的環境，再加上老師和輔導員事前的準備，隨時在學校可以提供足夠的支持，在這些有利的條件下，個案比較願意針對自殺的相關主題以及遭遇的困境，接受自殺防治和駐校醫療人員的協助。

然而，在學校推動自殺防治計畫也不是一蹴可幾。一般而言，學校校長和老師並不習慣和青少年討論自殺相關議題，更不用說以主動的方式去篩選青少年自殺的危險性。再則，學校的輔導和各種自殺防治的計畫，並沒有能力去判斷高危險的青少年是否需要接受醫療的協助。熱心的老師會相當認真的去觀察青少年的行為，但是並沒有辦法在青少年一般的活動或課堂當中隨時觀察到青少年自殺危險的指標。再加上研究者之前協助政府的調查中(衛生署，民94)，發現許多高危險的青少年，常常合併精神科的診斷(尤其是憂鬱症的相關診斷)，這些部分並沒有辦法用一般的會談技巧就達到治療的效果，需要經過特殊的訓練以及採取特別的模式，才能夠達到有效的自殺防治。

在學校本位的青少年自殺防治，最常見的模式包括：心理衛教模式(psychoeducational model)、個案篩選的模式(case screening model)，以及預防或治療性的介入模式(preventive or therapeutic model)(Hawton, 2000)。美國疾病管制局(CDC, 1992)列出了自殺預防的各種可能假設和有效的預防策略，必須要整合各種不同的策略，同時加以應用。這些策略主要分成：第一類是協助辨別和找出高危險的青少年個案(case identification)(也就是個案篩選模式)，並且促使他們能運用心理衛生和精神醫療的機構；第二類則是協助他們直接處理青少年的高危險因素(也就是心理衛教模式和預防和介入模式)。不論是從青少年自殺防治的模式分類，或者是美國疾病管制局的操作方法來分類，都必須要來比較每一種模式的優點及缺點。事實上，從這三種模式的效果和評論來看，每一種介入方式都有其特殊的效果及不足之處。例如心理衛教模式的優點，就是可以減少個案求助的羞恥感，讓個案對於自殺行為有基本的認識。但是針對高自殺危險的這些個案，事實上並沒有明顯減低自殺危險的效果，只能部分的提升他們求助的功能。而個案篩選模式正好可以彌補心理衛教模式的缺點，因為這些高危險的青少年大多沒有被發覺，而且大多沒有接受過協助，而這種篩選方式的敏感度和特異度又相當的高，的確可以迅速的篩選出學校自殺防治的大部分個案。當然篩選的動作，還需

要後續的轉介。從文獻整理當中，可以發現青少年一開始就到醫療系統尋求協助的意願不高，這時候就需要以學校為本位的介入方式才能夠達到效果。而以學校為本位的預防或治療模式，的確可以將高危險的個案聚集，增加個案接受協助的意願，而且在不同的計劃當中，都可以看到相關危險因素下降、自殺行為減少的效果。從模式的比較來看，想要達到比較完整的自殺防治效果，是需要結合這三種模式的運用。在表 2-3-1 中將針對這三種模式做更詳細的探討。

表 2-3-1 青少年自殺防治模式的重要研究與比較

研究者	對象	模式/介入的方法	效果及評論
Garland 等人 (1989)	中學生	1. 心理衛教模式 2. 將自殺的個案描述成一般的壓力反應，強調壓力解除後，自殺行為下降	雖然可以減少個案自殺求助的羞恥感，但是容易讓青少年認為自殺是正常的壓力反應
Ciffone (1993)	中學生	1. 心理衛教模式 2. 將自殺的個案描繪成和一般學生不一樣，明顯看得出有精神疾病 3. 特別強調精神疾病對於自殺行為的影響	可以減少以下項目的羞恥感，促進求助：不願意暴露同學自殺的祕密、不願意認為同學自殺的說法是認真的、不願意告訴別人自己自殺的想法、不願意接受自殺和精神疾病有關。
Davidson 等人 (1997)	中學生	1. 心理衛教模式 2. 教導同學，在發現自殺個案時，如何協助這些人尋求協助	需要先學會自殺徵兆的辨別，擔心被懷疑成為告密者
Reynolds (1991)	中學生	1. 個案篩選模式 2. 使用自殺量表找出高危險性的青少年，並且繼續長期的追蹤	2/3 後續有自殺嘗試的個案，都在篩選出來的高危險群當中
Schaffer 等人 (1996)	中學生	1. 個案篩選模式 2. 先用簡單工具找出高危險群，然後對於高危險群做出精神科診斷，最後決定是否轉介	高危險個案經由篩選的敏感性和特異性相當高 大部分被篩選出來的青少年之前都沒有被發現，而且大部分都沒有接受治療

表 2-3-1 青少年自殺防治模式的重要研究與比較 (續)

研究者	對象	模式/介入的方法	效果及評論
Kilman 等人 (1993)	中學生	1. 預防或治療模式 2. 認知行為治療,改善青少年的壓力因應模式(示範、角色扮演)、駁斥負向思考	治療當中能夠顯著的增加因應方式的覺察度 但是不確定是否能夠應用在現實生活當中
Orbach (1993)	中學生	1. 預防或治療模式 2. 每週兩次小團體:主要處理家庭衝突、憂鬱和壓力因應	增加壓力因應的技術 但是擔心被其他人知道自己參加這樣的團體
Eggert 等人 (1995)	中學生	1. 預防或治療模式 2. 先篩選找出高危險群,每天以小團體的方式聚會 3. 訓練憤怒和壓力的管理、憂鬱的認知修正、增加溝通和作決定的技巧、教導使用社會網絡的習慣	明顯的降低自殺行為、憂鬱、絕望感、憤怒, 明顯的調整壓力因應的技術

(資料來源: Hawton, K.(2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. New York, NY: John Wiley and Son's Ltd. 645-660.)

**心理衛教模式:** 青少年自殺防治的心理衛教模式, 主要是想要協助一般青少年、高自殺危險青少年周邊的人, 能夠清楚的了解和即時發現自殺前驅的行為以及各種徵兆, 並且鼓勵青少年在自殺之前就接受協助。Garland 和他的同事(1989) 進行了一個 435 人的普查計畫。所謂守門員的訓練(Gatekeeper training)主要是針對學校的工作人員、家長、學生, 教導他們辨識自殺行為, 方法是提供全校大型的演講。部分學生也同時接受守門員的訓練, 因為青少年想要自殺的時候, 常不會對父母親說, 而較會跟同儕表達自己自殺的想法 (Tierney et al., 1990)。上述這個計畫主要的目的, 是要增加青少年對生活困境的覺察, 教導學生、老師以及父母親, 如何分辨出青少年會出現哪些高危險的行為, 然後將他們轉介到適當的資源去接受協助。大部份的計畫, 都強調自殺是對於壓力的一種反應, 而不是精神

疾病的一種徵兆。當時許多計畫由於考慮的範圍比較狹隘，只提供單次的、針對老師的課程，教導如何看出青少年自殺危險的徵兆，及如何轉介精神醫療資源。Shaffer 和他的同事 (1988) 根據長期研究的經驗顯示，衛教課程採取自殺是一種壓力反應，或者自殺純粹是精神疾病的狹隘觀點，都有一些操作上的盲點，因此他的介入同時呈現出：自殺是壓力反應以及是精神疾病兩種混合解釋模式 (Shaffer et al., 1991)。這種模式不僅可以部分的減少求助者的標籤，而且不會將自殺當作正常行為，因而加以仿效。經由這種方式的心理衛教和訓練之後，發現大部分接受這些訓練的學生，都能夠清楚的辨識出自殺的徵兆。然而有趣的是，雖然學生和工作人員對於發現自殺行為的徵兆有知識上的改變，但是對接受衛教者自己在遭遇到類似的困境時，表達自殺意念和求助的意願，並沒有明顯的增加。從心理衛教模式可以看到，這種大型演講的方式可以改變的是部份的知識，協助他人的意願，但是對於自己真正遭遇到可能想要自殺的困境時，則需要採取其他的模式來介入。Spirito 和他的同事 (1988) 也設計了類似的心理衛教計畫，他們發現在參與這個計畫之後，青少年能夠更加了解，哪些是因應壓力的有效及有害方式，（也就是知識上產生更多的覺察）。結果顯示，接受他的課程之實驗組，比較不會認為社交退縮是有效壓力因應方式，也比較不會退縮進入封閉的自我想像中，或者一味指責他人；至於在參與計畫之後，則可以發現絕望感明顯的下降。從這些大型衛教的經驗當中，瞭解到需要特別針對憂鬱或高自殺危險的青少年，設計出更進一步的計畫。這種大型的衛教只能增加一般人對問題的覺察度，但是對於後續求助的意願、自殺意念的表達，並沒有直接的幫忙。

**個案篩選模式：**這個模式最有價值的部分，就是找出高危險但未主動求助的學生。這些學生可能接受過心理衛教的模式，但是從前面相關的研究報告可以發現，即使接受這些心理衛教或者守門員的訓練，並沒有增加他們求助的行為和動機。雖然心理衛教模式當中，花了相當多的力氣去減少他們的羞恥感，減少他們求助的阻力，但是效果卻沒有強到足以讓他們主動去尋求協助。最有名的研究首推 Schaffer 等人 (1996) 針對紐約大都會區高中生所做的研究，這是一個純粹經由篩選模式來評估青少年自殺防治效果的研究，研究本身並沒有包含心理衛教課程，也沒有要求同學和老師擔任轉介和篩選的角色。直接篩選需要經過三個階段，第一個階段是學生先填一份簡短的問卷：高度的敏感度(sensitivity)，而且是低度的特異性(specificity)。分數超過一定的標準，再進入第二階段的歷程，也就是學生在電腦上面完成自我診斷問卷 (Diagnostic Interview Schedule for Children, DISC)。由於直接面談的臨床工作人員有限，所以透過這個階段以減少偽陽性



(false positive)的學生，提高臨床人員評估的學生準確性。第三個階段，則是根據評估工具的結果，由臨床人員決定學生是否需要轉介到精神醫療相關單位接受治療。個案管理人員在學生治療結束後繼續做延續效果的長期追蹤。Scharff 等人（1999）篩選紐約都會區的 2004 位高中生青少年後發現，在第一階段中有 27% 至少符合以下一項：憂鬱、神經性憂鬱、物質和酒精濫用、現在和之前的自殺意念及嘗試行為之其中一項。篩選的敏感度為 88% 而特異性為 76%。第二階段對 257 位偽陽性的篩選中，只有三位沒有在 Columbia Teen Screen 工具下偵測到。這顯示了第二階段的工作，能夠將比較沒有危險性的個案暫時排除的。研究中也發現，大部分高危險的青少年並沒有被他人所發現，而且很少人曾經接受過治療。這個研究可以澄清普遍對於篩選的概念。一般人都會認為有自殺意念的青少年，並不會在篩選的工具上表達真正的意念，因為他們不想被知道自己有自殺的想法。事實上，篩選的步驟需要經過兩個重要的階段，首先是一個高敏感度的工具，再則需要會談和診斷工具的評估（電腦程式）來作後續的確認和評估，如此才能算是完整。而且在後續的追蹤也可以發現，在這樣完整的篩選過程中，大部分有自殺意念的青少年，已經多數呈現出自殺的危險性，而不是如一般人所想像，許多青少年會隱藏自己的自殺意念而無法被篩選出來。這個發現對於不放心自殺篩選工具是否可以正確篩選出青少年的研究學者，無疑是提供了一劑強心針，讓研究者找到快速而有效的方法，可以直接針對青少年的高自殺危險性進行問卷的篩選。

**預防或治療模式：**這個模式當然是針對高自殺危險的個案群做介入。這些個案可以是經由大量的篩選所獲得的，或者是學校老師發現而轉介接受治療的。而這些個案的特色就是自殺危險性比一般人高，甚至有許多個案已經嘗試過自殺的行為。這對於完全沒有自殺經驗的青少年而言是完全不同的族群，不太容易經由大型的衛教就可以產生明顯的效果。這些學生有特殊的危險因素和保護因素，需要根據有效的介入模式作迅速的處理，以避免自殺悲劇的產生。其中一個相當完整的計畫，是將整個治療計畫設計成三大部分，包括介紹認知如何影響情緒和行為、教導壓力因應的技巧以及訓練辨識同儕的自殺危險，再加上讓這些人將學會相關的技術複習並且運用在日常生活當中。這個研究是由 Klingman 和 Hochdorf (1993) 於以色列針對 237 位八年級的學生進行十二個禮拜的認知行為介入計畫，在控制組當中須控制住一些基本的教育訓練計畫，主要是用來控制注意力的治療因素。而主要的治療計畫則是連續十二個禮拜的互動課程，每次大約是十八到五十分鐘的時間。這個計畫採取三個階段的介入模式，剛開始以教育的方式協助青

少年了解情緒困擾的本質，以及思考維持情緒困擾的角色到底為何；第二個階段則是放在教導他們學會壓力因應的技巧，包括正向的自我對話、同理心的訓練、求助的行為、以及訓練他們如何找出同儕的自殺危險性；第三個階段則包括複習以及運用，而且經由家庭作業，希望能夠將學會的這些東西運用在日常生活裏面。結果顯示參與計畫的學生比控制組更能夠明顯減少自殺危險性，而且對於男生的效果更大。自殺的危險性主要是經由自殺危險性指標的測量，在以色列已經修改成為給青少年評估的版本。後測的評估也發現能夠增加個案對於情緒困擾的覺察性、增加壓力因應的技術、也能夠獲得有關與青少年自殺的資訊，包括自殺的警訊，以及相關資源的取得與使用，在這些部分參與的學生都明顯優於控制組的學生。

由Orbach 和Bar-Joseph (1993)所設計的研究重點，則放在自我覺察以及壓力因應，強調自助和助人兩大方向，想要藉此減少自我傷害的行為。這個計畫針對高中學生發展出一個內省、以情緒為導向的計畫。計畫中特別強調自助和同儕協助兩個觀點。參與的學生來自六所不同學校的十一年級高中學生，五所學校的學生是接受一般的教育計畫，而其中一個特別的計畫是針對有品行障礙的青少年。橫跨六所學校共三百九十三位學生被隨機指派到介入組和控制組當中。介入組進行每週兩小時共七週的自殺預防計畫。介入前後都加以測量，主要是希望了解他們的自殺危險性、自我強度、以及壓力的因應。其中有四個學校實驗組的學生自殺的傾向比控制組顯著降低，而且女生自殺傾向下降的程度比男生要多。而其中有三所學校的學生，在自我強度、自我凝聚以及壓力的因應則有明顯的上升，但是絕望感並沒有顯著的改變。參與者對這些計畫都相當樂意接受。在計畫當中(Orbach & Bar-Joseph, 1993)，品行障礙班級的學生效果雖然沒有如此顯著，但是對於自殺危險性卻也達到顯著下降的效果。這兩個計畫都沒有再被複製一次來驗證它的效果。如果要將這樣的計畫運用在不同的文化下，應該需要做一部分的修正。

根據上述青少年自殺防治模式可看出一些規則，大部分都是增加情緒調節能力和問題解決能力為主。然而有些青少年的自殺行為也是重複性的，這一類的自殺防治，需要調整原來青少年自殺防治的模式。在研究者實際的操作經驗中(唐子俊等人，民94)，發現修正的方向是需要促進他們的人際關係(解決原來人際關係的困境)；另外一個需要調整的方向則是，要在比較短的時間內迅速協助個案聚焦在自殺相關情緒的辨識和調節。因此，本研究要結合兩大焦點來處理青少年自殺行為相關情緒，及積極處理遭遇的壓力和人際議題。而這個聚焦情緒和調整人際

關係的策略，符合青少年憂鬱症的人際心理治療(Mufson,1993)(主要是經由人際關係的改善，調節負向的認知以及建立新的支持管道)的基本架構。研究者近兩年將人際心理治療修正成為更短期的模式，發現效果相當不錯，也找出了重要的治療因素（唐子俊等人，民94）。而Eggert等人(1995)的研究，也認為校園自殺防治需要結合了個人情緒調節，以及促進學生參與學校的人際關係。本研究也認為自殺防治要兼重學生人際的調節和情緒的辨識，而這種折衷模式主要是運用青少年人際心理治療的觀念（表2-3-2）。

綜合來看，青少年自殺介入的模式，包括了心理衛生教育模式、個案篩選模式、預防或介入模式，每一種模式都有其優點以及適用的範圍，所花掉的時間和人力有所不同，需要經過詳細的規劃。當然每一個模式也有自己的弱點，需要其他模式來加以補強。如果用更巨觀的角度來看，青少年自殺防治應該是一個更大更完整的架構，除了以學校為本位的介入模式之外，可以將 Berman 和 Jobes (1995)所提出的三級預防模式（表 2-3-3），當做是將來努力的方向。其中本研究採取以學校為本位的介入模式，可以當作是三級預防模式的延伸，而且是一個橫跨三級模式的起點。

對於重複自我傷害的個案，Linehan(1993)所提出的對話式行為治療（DBT），是現在唯一的社區介入模式。這個架構的精髓是密集介入並即刻處理所遭遇的問題、清楚而直接討論自殺行為，除了面對面的會談之外，再加上密集的電話追蹤。但是要運用在青少年，還需要修正的地方是在，青少年個案的自殺危險性常常被忽略，而且介入的時間沒有辦法那麼長。根據 Linehan(1993)的說法，這種對於人格障礙的介入模式，需要改善的期間至少需要持續半年到一年以上。而青少年自我傷害行為需要更快速的方法，不能以對話式行為治療（DBT）為主，而且學校的人力無法直接處理如此棘手的人格障礙個案。本研究從這樣的治療方式得到的啟示是，對於可能重複自殺的個案需要採取更密集的介入，並且需直接討論自殺議題及個案所面臨的相關壓力。

反觀人際心理治療除了具備好學好用的優點之外，研究者長期在校園會談學生的經驗中，也發現人際問題以及人際需求是青少年的重要議題。在研究者臨床經驗中發現，高危險群個案大部份都有著人際關係方面的困擾。使用人際關係作為切入的主題，對青少年而言會比自殺以及憂鬱症更加容易接受；另一方面，人際心理治療是當前官方教科書中對青少年憂鬱症的有效心理治療模式中，唯一和認知治療並列兩大實證治療（evidence-based）有效的治療模式（Michael et al., 2003）。因此，本研究的架構就以 Mufson(2004)青少年人際心理治療為主，再加

上密集追蹤、電話追蹤、直接討論人際問題與自殺的相關性，處理青少年即刻面臨的人際問題，介入的架構如表 2-3-2，研究者命名為人際心理治療的密集介入方式。

表 2-3-2 密集介入方式(人際心理治療密集介入方式)

階段	介入內容
前期	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 經由工具及精神科醫師診斷，確認個案處於自殺高危險性、明顯憂鬱症狀，並且對這些自殺想法及憂鬱症狀加以命名，協助個案免責並且進入生病角色。</li> <li>● 經由人際問卷找出個案主要的人際問題，並且雙方對於需要優先處理的人際問題，達成一致性。</li> <li>● 連接症狀和人際關係：人際關係改善、症狀也會改善。</li> <li>● 適當的加上危機介入/提醒學校輔導老師注意。</li> </ul>
中期	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 聚焦在人際關係的幾個大主題來處理，包括：人際衝突、人際敏感或缺乏、角色轉換和適應問題、失落和哀傷反應、家庭（家庭衝突、家庭忽略、過度涉入等問題）</li> <li>● 教導人際關係以及情緒控制的技巧</li> <li>● 每週接受第二次的電話或面談式追蹤</li> <li>● 協助個案學會自我症狀的評估</li> </ul>
後期	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 重新整理症狀、危險性、人際問題處理的進度</li> <li>● 協助個案整理自我症狀的評估</li> <li>● 了解危險性已經得到控制</li> <li>● 鼓勵持續有人際求助的習慣</li> <li>● 交班給輔導室</li> </ul>

表 2-3-3 自殺預防策略的概念模式

因素類別	個別／先天體質	社會環境	個案周遭的預防因素
初期的預防	憂鬱和情緒的管理	預防個案中途退出治療	槍枝和自殺工具的安全訓練，對於父母親和小兒科醫師的訓練
	憤怒的管理	對於父母親的精神疾病早期發現和轉介	對於一般健康照顧提供者，能夠教導早期覺察自殺的行為
	孤獨的預防	替代性的角色模式	聯邦槍械預防教育計畫 AQ75
	問題解決的訓練	媒體的輔導	
	增加能力		
	自我批判的技術 教導尋求協助		
次級的預防	Triage 計畫	守門員(gate keeper)訓練	藥物治療
	志工制度	同儕諮商	環境的安全性
	非住院的治療	父母親的病理學 找出真正的個案 主要照顧者的訓練	減少接觸到的槍枝
三級的預防	精神科的治療	社區心理衛生治療	抗憂鬱劑的治療
	物質濫用的治療	青少年司法的系統和計畫	憂鬱症的心理治療
		個案管理和追蹤	嚴重精神症狀的抗精神病藥物治療

(資料來源: Berman, A. I., & Jobes, D.S. (1995). Suicide prevention in adolescents (ages 12-18). *Suicide Life Threat Behav*, 25, 143-154.