

社會政策與社會工作學刊  
第十二卷 第一期 2008年6月 頁145-188  
Social Policy & Social Work  
Vol. 12, No. 1, June 2008, pp. 145-188

## 國內安置少年自殘行為之探究： 自殘方式、理由與解釋因素\*

陳毓文\*\*

---

\* 本文之實證資料乃取自作者受行政院國家科學委員會委託之研究計畫：編號 NSC94-2412-H-002-011-之部分內容，作者感謝兩位匿名審查者提供寶貴的修正意見。

\*\* 國立台灣大學社會工作學系副教授。

收稿日期：2008年1月24日

通過日期：2008年4月30日

## 中文摘要

本論文檢視接受安置機構少年自殘的頻率、方式與理由，以及影響他們進入安置機構後自殘行為的相關因素。在具完整資料者的 545 位安置少年中，進入安置機構後還曾經自殘的人占 50.0%，頻率則以「偶爾」者最多（33.9%），其次依序為「只有一次」（29.8%）、「有時」（25.2%）、「常常」（11.2%）。在自殘方式方面，最多人使用過的方式為「割傷或劃傷」、其次為「撞牆或其他異物」；多數少年將自殘作為紓解內心負向情緒的主要策略。多元順序邏輯迴歸分析結果顯示：女性、安置前自殘頻率越高、憂鬱情緒越嚴重、對機構規範的感受越負面、身邊越多同儕曾經自殘者，其安置後自殘頻率越高，對自殘之認同程度對同儕自殘經驗所產生的中介效果不強，同儕自殘經驗和少年安置後自殘頻率間存有直接關係。本研究建議機構主動評估少年的自殘經驗與情緒狀況，協助他們學習處理負面情緒的方法，積極處理個案以避免同儕仿效，以及建構合理的機構規範，以期有效降低安置少年自殘行為發生的可能性。

**關鍵字：**自殘行為、少年、機構安置

## 壹、研究背景與目的

「我知道我不能再打人了，因為這只會給我帶來更多的麻煩，所以我很生氣時，就改成用針刺手臂，沒想到心中的氣就隨著那支針消失了……之後只要生氣我就用針扎自己，越生氣就扎越多，這樣我就不會想要打人了！」

上面這段話來自一位17歲的少年阿邦，是筆者於2000年在與有自殺經驗的少年訪談時，對自殘行為「意外」發現的一段對話。阿邦在6歲時因受父親虐待而住進安置機構（育幼院），他常常因與院童發生衝突而遭到院裡老師的責罰，他知道自己不該打人，但卻無法控制自己的情緒，結果別的孩子被他打傷了，而他則被院裡的老師痛打一頓。有次他意外發現透過針來扎自己的手臂可以有效控制憤怒的情緒，使自己不致因傷人而惹禍，從此以後，自殘行為就成了他面對憤怒時慣用的方式。

「她們（機構工作人員）答應我進來30天後可以出去，但當那天到的時候，她們卻說我有違規的紀錄，所以要延後一兩天才能出去，為什麼要這樣對我？為什麼要騙我？所以我要割、割、割，看她們會不會讓我出去……」

上面這段話則是筆者在2004年進行一項以安置機構少年問題與需求為題的研究時，另一個「意外」的發現：一位接受機構安置的少女在描述自己剛進入機構時因無法如願外出而發生的自殘經驗。剛進入安置機構的孩子通常很渴望「自由」，而在她苦苦等待了30天後，卻沒有得到她期待的外出許可時，她的憤怒可想而知；她一方面氣機

構工作人員沒有信守「諾言」，一方面則為自己的處境而感到難過。雖然對工作人員而言，外出不過是一兩天的延遲，但對她，這樣的等待卻是令人窒息、怒不可遏的，所以她選擇用自殘的方式來處理她的憤怒委屈；而另一方面，她也希望自殘行動會讓工作人員因而同意讓她出去一下，只是這個手段最後並沒有讓她如願以償。

以上兩位安置少年自殘經驗的揭露之所以稱為「意外」，乃是因為這兩項研究計畫的目的都不是在探究少年的自殘行為，而這樣的「意外」也都剛好發生在接受機構安置的少年身上。此自殘行徑或為他人所知，或只是自己的秘密，但身處於福利體制下的他們，卻沒有因此而獲得必要的協助，自殘依然是他們在面對困境時所採取的「解決之道」。上述兩位少年的經驗只能算是「特例」，還是普遍存在於安置孩子的現象呢？

對國內少年而言，進入安置體系的原因遠比兒童複雜許多，除了「兒童及少年福利法」有提到安置的概念外，「少年事件處理法」與「兒童及少年性交易防制條例」也均要求地方政府提供安置服務給有需求的少年。我國法令在規範以少年為主體的安置服務類型中，除因家庭失功能外，少年進入安置體系的原因多與其偏差行為有關，通常寄養家庭自覺欠缺適當的能力來接納有偏差行為的少年（Thompson et al., 1994），即使有些家庭願意嘗試接納他們，但常在歷經努力後仍不得不提出終止寄養的要求（Massinga and Perry, 1994）；政府也只能將這些孩子安置於機構內（Collins, 2001）。進入機構的他們既要面對團體生活與受限的活動空間，還要面臨複雜的人際關係，較缺乏彈性的管理規則，以及社會大眾對他們的歧視（Friman et al., 1996）。此外，國內安置機構的生活型態很容易讓少年有「拘禁性」與「強制性」的感覺，儘管許多限制是出於「保護」少年的善意，然在他們的認知中，自己只是被「關起來」或被「軟禁」的人，不少孩子對此住宿安排並不滿意。

國外一些針對居住在限制性空間（如：矯治機構）者之自殘行為的研究發現：這些人乃是自殘的高危險群，進入機構前的創傷經驗、受限的活動空間，以及嚴格的管理模式更增加了他們自殘的機率（Chowanec et al., 1991; Epps, 1997; Penn et al., 2003; Roe-Sepowitz, 2007; Shea, 1993; Thomas et al., 2006）。如Chowanec et al. (1991) 發現，在接受矯治處遇的少年（ $n = 256$ ）中，有10.4%的少年表示他們曾在矯治期間自殘；而Penn et al. (2003) 的研究則發現，有30%（ $n = 78$ ）的受訪者曾在矯治期間自殘，當詢問這群少年自殘的理由時，大多數的自殘者表示，自己之所以這樣做，主要是爲了要停止因被矯治而產生的負面情緒（65%），或是爲了譴責自己（60%）。Matsumoto et al. (2005) 調查日本受監禁男性之自殘行為後也發現，這些人的自殘比例比一般男性來得高，處於集體住宿的環境下，少年的自殘往往會互相「傳染」（contagious），自殘作爲乃是一種最原始的溝通手段，藉此表達他們的不滿或憤怒（Ross and McKay, 1979）。雖然我們不能說安置經驗會導致少年自殘，但此行為與他們被限制的自由以及過去的創傷經驗應該是有些關聯性的（Winchel and Stanley, 1991）。

雖然自殘行為對於當事人不會造成立即性的生命威脅，而且又沒有傷害到他人，但此行為明顯會造成當事人肉體上的傷害，也代表這些人正透過自殘行為來向外呼救，因此我們應該要重視此行為，並瞭解影響行為發生的遠近因，如此方能幫助他們度過難關。國內有關少年自殘行為的研究多集中在碩士論文或碩士論文改寫之著作（呂孟真，2007；林杏真，2002；莊榮俊，2001；陳盈辰，2007；黃雅羚，2003；黃雅羚和林妙容，2005；鄭丞斌，2004），學術界對此議題的關注則相當有限，又以上這些研究均以在校學生爲研究對象，尙未有研究針對安置機構的少年，遂不知他們自殘發生的機率是否如國外研究所示，較一般少年嚴重？其主要採行的自殘方式與理由爲何？

而解釋其自殘行為的相關因素又有哪些？本研究即欲透過實證資料來回答上述研究問題，以期發展出適當的預防與處遇計畫。

## 貳、相關文獻整理

### 一、自殘之定義、方式與理由

#### （一）定義

國外早期的研究往往將自殘（self-mutilation, self-injury）、自殺（suicide attempt）或自傷（self-harm）幾個名詞交互使用，使得大家不免認為這些行為都是一樣的。近年來國外學術界認為這些名詞間定義的混淆或互用的情況是不應該存在的，因為自殺與自殘者行為背後的動機並不相同：自殺者有死亡的意圖，自殘者則沒有。自殘者通常透過各種肉體上的傷害以蓄意造成疼痛感，行為的目的多半在於發洩情緒或表達不滿，雖然有時候這樣的自殘行為也可能會不慎導致死亡，但自殘者在行動之前通常並沒有死亡的動機（Favazza, 1998）。此外，自殺是爲了要永遠逃離生命中的苦痛，而自殘者則是藉此來因應或面對情緒上的壓力，有些自殘者甚至認為他們比自殺的人「勇敢」，因為他們選擇面對、而非逃避問題（Muehlenkamp and Gutierrez, 2004）。本研究所指稱的「自殘」是指個人沒有死亡意圖或動機的自我殘害行為，且該行為會造成當事人肉體上的傷害與疼痛感，包括如：割腕、以煙蒂燒傷自己、捶牆、以銳利物品刺傷身體等行徑。

#### （二）自殘方式

目前國內外針對少年自殘方式的研究多發現，自殘者通常會採用一種以上的方式來傷害自己（Gratz, 2001; Laye-Gindhu and Schonert-Reichl, 2005；呂孟真，2007；陳毓文，2006），如陳毓文（2006）的

研究便發現，在443位有過自殘經驗的少年中，24.8%的受訪者所採行的自殘方式不只一種，呂孟真（2007）的受訪者中則有70%的人表示採用一種以上的自殘方式。而在種類上，上述研究發現以利器（如美工刀、玻璃片）割傷或劃傷最常見，其他如燙傷自己或撞打牆壁也是少年族群常見的自殘方式，另陳毓文（2006）的研究發現，有少數受訪者表示在身體上刺青或穿洞其實也是自殘的結果。有些研究（Fliege et al., 2006; Taylor, 2003; 呂孟真，2007）更進一步分析這些自殘方式的差異性後發現，其中存在著「男女有別」的現象，通常男性會採用較公開且殘暴激烈的自殘方法，如捶打牆壁（硬物）、敲打自己、折斷骨頭；而女性則採用較不公開的方式，如割傷、拉扯頭髮。由於男性所採用的自殘方式往往容易被視為一種意外傷害，因此在估算男性自殘行為時若沒有考量這些較公開且具暴力性的方式時，其自殘的比例通常就會比女性低（Laye-Gindhu and Schonert-Reichl, 2005）。為避免有所疏漏，本研究在檢視其自殘方式時，除了註明該行為有傷害自己之動機外，也將列舉出各種方式，以便正確掌握自殘人數。

### （三）自殘理由：誘發因素

對當事人而言，自殘行為成了個人在面對困境時一種立即性的因應策略，此行為對個體具有重要意義。在研究個體自殺行為時，國內學者許文耀和吳英璋（1995）提出了慢性歷程（chronic process）與急性歷程（acute process）的看法，他們認為自殺的產生主要是經由此兩個重要歷程互動而成的：所謂慢性歷程是指長期累積的內外在負面影響過程，而急性歷程則是生活中突發的壓力事件，當兩者合併時便不免引發自殺行為。此慢性與急性歷程的論述也在國內針對青少年自殘行為的研究中得到了支持（黃雅羚，2003；黃雅羚和林妙容，2005），影響少年自殘產生的相關因素就如同慢性歷程的「遠因」，而

促發其採取自殘的原因就成了急性歷程中的誘發因素。是故我們若能認識其自殘的理由，便可思考在處遇上應採取什麼樣的替代策略，來幫助少年改變自殘行為，使其心理上的需求仍得以滿足。

Rodham et al. (2004) 曾針對六千多位一般在學少年的自殘行為進行調查，他們發現，約300位同學曾以割傷或服藥方式來傷害自己，當他們進一步詢問這些人自殘的理由後發現，最常讓他們傷害自己的理由依序為：讓自己心中的痛苦感覺得以舒緩、懲罰自己、讓人知道自己處境有多麼的糟、嚇嚇別人、引人注意，以及報復他人等。呂孟真(2007)的研究則發現，少年自殘行為多是為了因應自身的需求與所面臨的壓力，而非只是為了獲取他人注意或社會資源；此外，當事人在自殘之前所處的情緒多是負向的(如罪惡感、羞恥心)，因為他們欠缺轉移注意力的情緒調解能力，故往往只能透過自殘的方式來抒發這些負向情緒。Conterio and Lader (1998) 認為，自殘行為對於當事人而言是一種因應策略(coping strategy)，可以幫助他們處理生活所面臨的壓力，藉以淨化其身心靈。

由以上研究結果可以看出：自殘行為對當事人是一種溝通方式，一種藉以解決問題、因應壓力、自我懲罰、達到控制、或達到某種期待的管道。自殘者希望藉由這樣的行動為自己發聲，表達出自己無法用言語溝通的情緒與想法，雖然這樣的行為並不被社會常模所接受，但就某種程度而言，自殘似乎能夠暫時達到他們所期望的結果，而且這個行為比傷害別人要安全多了(Selekman and King, 2001)。藉由對其自殘理由的了解，我們可以進一步思考幫助他們的方式，使他們不必再藉由自殘行為來面對生命中的困境。

## 二、相關解釋因素：自殘的遠因

上述自殘理由的探究有助於我們理解該行為的誘發因素，以下則採取許文耀和吳英璋(1995)所提出之慢性歷程的「遠因」概念來整



理與少年關係較密切之個人與環境因素對安置後自殘行為的影響。

### (一) 憂鬱情緒

憂鬱對於少年身心都會產生嚴重的不良後果，且其影響極可能延續到成年期。對於接受機構安置的少年而言，因為成長過程中被傷害的經驗，再加上與家人分離及被安排進入集體化的生活情境中，其心理健康的議題就更值得相關專業注意。國外一項針對剛進入寄養體系的學齡兒童之憂鬱情緒的評估研究便發現，這些孩子憂鬱情緒的普及狀況遠勝於沒有被寄養的同齡孩子 (Allen et al., 2000)。而相較於進入寄養家庭，接受機構安置的兒童少年之心理健康狀況則更差，因為進入機構的兒少往往是因寄養家庭已額滿或是無法接受的對象，而機構限制部分自由（指固定作息與統一規範）的生活模式更增添他們適應上的困難，故這些孩子的情緒與心理健康狀況通常較不穩定 (Gibbs and Sinclair, 1999; Stein et al., 1994; 周妙純等, 2003; 陳毓文, 2008)。國內一份針對某育幼院所中受虐兒少之精神病理特徵的研究發現 (周妙純等, 2003)：在接受評估的 44 名 3-19 歲的院童中，95% 的個案有內在性的情緒困擾問題，其中最多的便是憂鬱症 (32%)；而陳毓文 (2008) 針對國內安置機構內少年憂鬱情緒的調查也發現，在 548 位受訪樣本中，輕度憂鬱者占 12.9%，中度憂鬱者占 16.8%，重度憂鬱則占了 15.7%，可見機構內孩子的憂鬱情況是值得重視的議題。

除了有研究顯示，居住在安置機構的兒少較容易面臨適應與憂鬱等情緒上的困擾，許多研究也發現，由於自殘行為具有抒發壓力的功能，故自殘往往成為憂鬱患者紓解內心負面情緒的重要管道，自殘者在憂鬱情緒的得分上往往高於非自殘者 (Favazza, 1998; Garrison et al., 1993; Ross and Heath, 2002; Tyler et al., 2003; 陳盈辰, 2007)。Hawton et al. (1999) 爲了要進一步釐清憂鬱情緒及其他心理因素和自殘行為

之間的相關性，遂同時檢測少年憂鬱情緒、解決問題能力與自尊對自殘行為的影響，結果發現：在控制了憂鬱情緒後，解決問題能力與自尊都無法解釋自殘行為，由此可見，憂鬱情緒乃是解釋少年自殘行為一相當重要的因素。陳盈辰（2007）的研究也發現，在解釋少年自殘行為的相關因素中，憂鬱情緒是個相當具有解釋力的重要因素，憂鬱情緒得分越高者，其自殘行為發生的機率就越高。

## （二）對機構規範的感受

雖然有論述認為少年的自殘行為很容易受到同儕的影響而發生，但對於居住在機構內的人而言，這樣的傳染現象究竟只是受到同儕的影響，還是另有原因呢？早期有研究者發現，發生在接受封閉式安置體系者的自殘行為，往往也受到機構管理所影響，當機構管理模式讓被安置者覺得不合理時，他們便會試圖以自殘的方式表達抗議或憤怒，此時機構若能改變其管理策略，讓被安置者不要產生太過負面情緒的話，集體自殘的情況便會獲得改善（Crabtree and Grossman, 1974）。Epps（1997）在訪談幾位接受安置的英國少女時也發現，對於這些少女而言，自殘是她們不滿機構所設規範的一種抗議行徑。

國內許多少年對安置機構的不滿也往往源於其管理方式與制度。通常每一個安置機構都會設定內部的管理機制，且多以生活或行為上的規範為主，通常包括四方面：一是特定行為的禁制，如不能抽煙、飲酒、吸毒、與他人打架、不能和機構內的人談戀愛等；二是結構化的生活作息安排，如機構會制定一套作息時間表，讓安置少年知道何時該做些什麼，包括打掃工作何時完成、學校作業何時要寫完，以及固定的睡覺時間等；第三是行為的限制，如放學後要立刻回來、不能在外逗留，寢室內務要保持整齊清潔，要輪流負責一些公共事務等。最後則是行為的獎勵與處罰，通常少年違反上述規範就必須接受處罰，如：禁足、罰站或罰坐、抄寫作業等；獎勵則是為了使少年維持

好的行爲，例如給予額外的零用錢、增加上網時間，可自由進出機構等 (Triseliotis and Russell, 1984; 胡碧雲, 2002)。

由於機構擔負著照顧與教養少年的責任，故規範的設置乃無可厚非，就如一般家庭也有所謂的「家規」；只是對被安置的少年來說，有些規範內容顯然讓他們產生被控制的感覺 (Friman et al., 1996)，因此當問到這些少年對機構規範的看法時，常見的反應就是規範太嚴格、沒彈性 (Berridge and Brodie, 1998)。不過，由於個人對規範內容的觀感不一定相同，故同樣的規範內容不見得獲致同樣的情緒反應，代表影響其情緒反應的是個人主觀對規範內涵的感受。換言之，安置少年對規範的主觀認知比規範的多寡更能影響其情緒，故本研究將著重在檢視個人對機構規範的感受、而非機構規範的多寡對其自殘行爲的影響。

### (三) 同儕自殘經驗

相對於其他問題行爲，自殘行爲的「傳染性」(contagion) 往往是個不容被忽略的議題。所謂的傳染現象是指「在同一天或連續幾天內，發生在身處於同一環境中兩人或更多人身上的自殘行爲」(Rosen and Walsh, 1989)，此現象最常發生在被安置於封閉體系(包括保護性、矯治性或治療性的機構)內的少年身上。1994年5月間台北縣某國中也曾發生同班約20名學生在一週內被發現有「集體」自殘的現象，而引起家長與社會相當大的關切(聯合報, 2004)。一般認為，同儕之間集體的自殘行爲是典型的「學習與模仿」的結果，特別是發生在青少年族群的自殘行爲；而當帶頭自殘的少年是同儕中具有領導者身分或為多數人所推崇的對象時，其造成的影響會最大 (Offer and Barglow, 1960)。

對於居住在安置機構的少年而言，此同儕的影響性更是重要，因為這些少年朝夕相處，使得同儕之間的自殘行爲更容易被揭露出來；

而有時他們也會透過夜間工作人員人力較少的時候集體自殘，藉著工作人員處理問題疲於奔命之際，以掩護其他人逃離機構（Epps, 1997）。雖然多數研究認為，集體自殘多半因為同儕之間的學習與模仿所致，不過也有研究發現，安置機構內的集體自殘行為並不是單純的模仿學習，而是居住在一起的孩子一種「患難與共」的表達方式（Ross and McKay, 1979），故當身邊有越多的同儕自殘時，則少年自殘的機率就會越高。

同儕自殘經驗除了具有直接效果外，有香港學者在與自殘少年進行質性訪談後發現，個人是否會仿效同儕的自殘行為乃取決於個人對自殘行為的認同程度。對於較認同並接納自殘行為的人而言，同儕的自殘經驗就具有影響力，但對於不認同此行為的人而言，同儕自殘經驗的影響就較不顯著（Yip et al., 2002）。由此可見，對自殘行為的認同扮演了同儕自殘經驗與個人自殘行為之間的中介角色。

#### （四）對自殘行為的認同程度

對於當事人而言，自殘行為是有功能性的，可以幫助他們處理負面的情緒、因應壓力、解決困境，所以在其主觀的意識中，這些人通常會認同自殘行為。是故，他們多半不會對自殘行為抱持負面的觀感；而當他們發現有人自殘的時候，也不會視其為一種偏差或是不當的行為，而是接納這樣的行為，甚至當自己也遇到類似的狀況時會因而仿效，若自殘之後也幫助他們「解決」了某些困擾的話，則其日後採取自殘行為來面對同樣問題的機率就會增加。西方即有文獻顯示，相較無自殘經驗者，有自殘經驗的人其對自殘行為的接納認同程度較高，其中又以多次自殘者對此行為的認同度最高（Carroll and Anderson, 2002; Rodham et al., 2004）。對於這些認同自殘行為的人而言，若要改變他們，則須從其認知的修正著手，協助其改變以自殘作為解決問題有效方法的觀念；只著重在行為改變技術的策略對於這些

人而言將無法發揮太大的效果。

### （五）控制變項

本研究將性別與安置前的自殘行為處理為控制變項。有關自殘行為是否有性別差異的論述，目前因研究結果互異而未能有一致性的看法：有些研究未發現性別差異現象（Briere and Gil, 1998; Garrison et al., 1993）；但有些研究則發現性別差異狀況，且通常女性自殘的比例高於男性（Lipschitz et al., 1999; Ross and Heath, 2002; Zila and Kiselica, 2001; 陳毓文，2006）。雖然以上這些研究對象有臨床案例也有一般在學生，但卻沒有以安置少年做為對象的性別差異比較，為免性別差異現象影響自殘行為，故本研究將其處理成控制變項。

由於國內外均有研究顯示，自殘往往不是偶發的，重複出現自殘行為的人數比例遠多於只有1次的人（Gratz, 2001; Haw et al., 2007; Nixon et al., 2008; Ross and Heath, 2002; 呂孟真，2007）。對重複自殘的人而言，自殘已成為他們處理問題或壓力的慣用方式，但偶發者則不盡然是如此。在自殘行為重複出現的比例偏高的情況下，本研究遂將安置少年進入安置機構前的自殘行為列為控制變項，以更清楚呈現其他解釋因素與安置後自殘行為之相關性。

### 三、小結

綜合以上國內外文獻資料可以發現：少年的自殘行為是值得我們關注的議題，而發生在安置機構少年的自殘現象更需要去瞭解與關心，我們若是連已進入保護體系者的自殘行為都無法處理的話，又如何能幫助他們面對生命中更多的壓力？唯有對這些少年自殘的方式、理由，以及其解釋因素有所認識，我們才有可能進一步發展出適當的預防或處遇策略，讓這些孩子能夠不再透過自我傷害來處理生命中的困境。

## 參、研究方法

### 一、研究設計與研究架構

由於國外對此主題已有些相關實證研究與討論提供知識基礎，故採用量化的研究方法，所得的實證資料在透過適當的推論統計分析後，將能對目前國內的相關服務提出具通則性的建議。在透過國內外相關文獻的整理後可發現：憂鬱情緒、對機構規範的感受，以及同儕自殘經驗為解釋少年自殘行為發生的重要因素，而同儕自殘經驗對於自殘行為的解釋乃是透過當事人對此行為的認同程度而產生。據此，本研究假設：在控制了性別與進入安置機構前的自殘頻率後，憂鬱情緒得分越高、對機構規範的感受越負面者，其自殘行為發生的頻率就越高；而同儕自殘經驗對自殘頻率的影響則取決於當事人對此行為的認同程度而定，若身邊自殘同儕越多，且少年對此行為越認同的話，則其自殘的頻率越高（見圖1）。

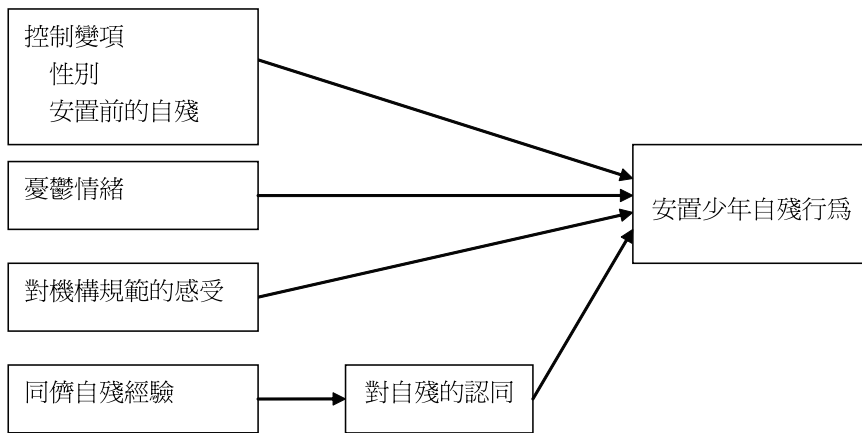


圖1 本研究架構圖

## 二、研究對象與樣本

本研究之研究母體為研究執行期間居住於安置機構之少年，因考量少年剛剛進入機構時仍處於適應階段，較不適合邀請其參與研究，故以進入安置機構至少兩週之少年為調查對象。由於本研究的調查對象為依法接受機構安置之少年，因此在抽樣的過程中需要先徵詢委託單位以及安置機構的同意，之後再由安置機構代為徵詢少年參與的意願，以符合研究倫理。在此前提考量下，本研究先根據內政部兒童局網站當時所公佈的資料，羅列出國內（含金門、澎湖離島）目前所有安置少年的福利與育幼機構共 73 家（37 家育幼機構、36 家少年安置機構）。聯絡程序分為兩個階段，第一階段乃於 2006 年 3 月初至 95 年 3 月中旬先傳真一份受訪意願調查表給這 73 家機構，傳真內容說明本研究之目的及研究摘要，並詢問機構是否同意讓安置少年參與這項研究。在資料傳真一週後，再去電詢問未回覆傳真之機構的參與意願；若因安置機構屬性而須出示公文申請者，亦應機構要求提出申請，在第一階段初步調查結束後，於在 3 月下旬至 4 月上旬期間以郵寄方式將問卷送至第一階段同意受訪之安置機構，說明研究倫理與相關研究事宜，並附上第二份受訪意願調查表。透過如此聯繫邀約的程序，結果共有 27 家機構同意本研究前往進行調查工作，其中北區（含台北及桃竹苗）有 8 家，東區（含宜蘭、花蓮）有 7 家，中區（台中、南投、彰化、雲林）有 5 家，南區（台南、高雄）有 6 家，以及離島 1 家。這些同意接受調查的機構安置中符合條件之總少年人數為 686 人，回收問卷數為 588 份，參與率達 85.7%。在扣除無效問卷 12 份後，共得有效問卷 576 份。在性別分布上，本研究中女性（55.7%）多於男性（44.3%）。受訪少年平均年齡為 15.3 歲（SD = 1.7），平均安置時間約為 37 個月。

### 三、變項與測量工具

本研究主要採用一些標準化的工具來測量重要變項，當所欲研究之概念無現存且適當的測量工具時，則參照相關文獻自行設計問題。茲將各主要變項的定義與測量方式分述於下：

#### (一) 自殘行為的頻率、方式與理由

此部分結合自殘行為評估工具（The Function Assessment of Self-Mutilation，簡稱FASM）（Tyler et al., 2003）以及Nada-Raja et al.（2004）根據國際疾病分類（International Classification of Diseases，簡稱ICD-9）所提出的自殘方式，合併後共羅列12種自殘方式，並增加第13項「其他」之選項。此項在詢問少年住進機構前後是否有自殘行為、頻率、方式及原因等。本量表的內容如：「你是否曾經故意割傷或劃傷自己？」、「你是否曾經故意用力拉扯自己的頭髮？」、「你是否曾經故意用香菸或火柴來燙傷自己？」等。受訪者依據所陳述的內容表達「是」或「否」，凡有一項回答為「是」者便代表其曾經有過自殘經驗。對於有自殘經驗者，本研究也進一步詢問他們：該自殘行為發生的頻率，選項包括：只有1次、偶爾（約半年1次）、有時（約1個月1次），以及常常（約1週1次）等。

在自殘理由方面，本研究於參考國外相關文獻後提出20種自殘的理由供受訪者自行勾選（Rodham, Hawton and Evans, 2004; Nixon et al., 2002; Matsumoto et al., 2004; Selekman and King, 2001），陳述內容如：「我想讓人知道自己的情況有多麼糟」、「我想要處罰我自己」、「我想要嚇嚇他人」、「我想要紓解內心的痛苦與壓力」、「我想要引起人家的注意」等，以及其他理由（由受訪者自行陳述）等，受訪者可就自己的情況勾選所有符合自己情況的理由（「是」或「否」）。



## （二）憂鬱情緒

本研究採用貝克（Beck and Steer, 1993）所發展的憂鬱量表（Beck Depression Inventory，簡稱BDI）來測量憂鬱情緒。「貝克憂鬱量表」是個被廣泛用來評估個人憂鬱情緒的簡易量表，該量表共有21題，計分型態為4點量表，由0到3來表示各種症狀的嚴重程度，加總得分越高代表憂鬱情緒越嚴重。原版貝克憂鬱量表在1996年進行修訂後而有了第2版，此版本將評估的時間由原先的一週延長為兩週，並針對部分內容進行修正使題意更為明確，還加入一些第1版中未列但在DSM-IV中被列為憂鬱診斷準則的題目，修正後的版本依然是21題，且評估結果更能接近DSM-IV憂鬱症的診斷準則。國內也於2000年由陳心怡（2000）將其翻譯成中文版，並經由盧孟良等人（2002）針對此版本的信效度進行檢測，結果也發現此版本具有良好之信度與效度，故本研究遂採用此最新的版本來評估研究對象的憂鬱情緒。此量表在本研究樣本中的內部一致性表現良好（Cronbach's  $\alpha = 0.92$ ）。

## （三）對機構規範的感受

不同安置機構自有其管理的規範，究竟規範內容是否為「嚴格」其實是一種主觀的認定，我們無法從客觀的規範項目來判斷安置少年對機構要求的看法，而且主觀的感受對個人的影響往往更甚於客觀的標準，因此本研究對機構規範的感受程度之測量乃著重在少年對機構規範的一些看法和主觀感受，所謂的規範包括對家事工作、進出機構、生活公約等相關規定，而感受則為他們對這些規定整體的觀感。本研究主要參考外國相關研究（Delfabbro et al., 2002）所設計的問題，再增加一些與國內安置機構規範相關的問題，如：「我喜歡這裡凡事都依照規定的時間來進行的生活方式，」「我覺得這裡的規定很合理」、「這裡的規定讓我覺得很痛苦」等。本量表共有9題，包括正向與負向敘述的題目，採4點的記分方式，由受訪者針對每一個敘

述表達他同意的程度，「非常同意」計4分、「同意」計3分、「不同意」計2分、及「非常不同意」計1分，負向敘述的題目則採取反向計分。加總後分數越高，代表少年對機構規範的整體感受越正向，此量表在本研究之內部一致性係數為0.83。

#### （四）同儕自殘經驗

在國內外對於青少年與同儕間關係的研究多半針對有破壞性或是違法的危機行為，在量表方面尚未找到有關青少年自殘與同儕影響之量表，故本研究的在這部分乃參考國外對同儕壓力與青少年危機行為（Santor, et al., 2000）、同儕對青少年吸煙行為（Unger and Rohrbach, 2002）與青少年同儕與藥物濫用（Hussong, 2001）等的相關研究，以及一篇針對機構體制下自殘行為「傳染現象」之質性研究（Rosen and Walsh, 1989）等所討論的概念面向而自訂出1份「同儕自殘經驗」量表。本研究所界定的同儕包含少年在住進安置機構後所接觸到的人，包括：最好的朋友、學校同學、外面的朋友、安置機構的同儕等等。在測量上著重於受訪者所知之同儕自殘行為的有無，0代表該同儕沒有自殘行為，1則為有自殘行為；最後將受訪者所填寫之不同來源同儕之自殘狀況加總後處理成同儕自殘經驗量表，總分愈高表示其於安置期間所經驗到的同儕自殘經驗越多。

#### （五）對自殘的認同程度

對自殘認同程度的測量乃參考 Yip et al. (2002) 與 Austin and Kortum (2004) 針對有自殘經驗之少年的質性訪談結果編製而成。此量表共計8題，主要詢問受訪者對於自殘行為的看法，陳述內容如：「我覺得自殘是不好的行為」、「我看到別人自殘時會覺得他很酷」、「我會覺得以自殘的方式來解決問題是沒有用的」。在計分方面，每題以1-4分來讓受訪者勾選，1代表「非常不同意」、2代表「不同意」、

3代表「同意」、4代表「非常同意」，其中有5題為反向計分題，反轉處理後加總各題得分，得分越高代表對自殘的認同度越高。此量表在本研究內部一致性表現良好（Cronbach's  $\alpha = 0.82$ ）。

#### 四、資料蒐集方法

本研究採集體填寫匿名問卷的方式，於2006年2月至7月間進行資料蒐集工作。集體填寫問卷的最大好處在於顧及受訪者的隱私，若以面訪方式進行可能會使受訪者對某些題目有所隱瞞，造成研究效率上的問題。又因為安置機構都有固定的作息時間，團體施測要比個別面訪更容易執行。因此在與機構聯繫時，研究小組完全配合機構少年能夠參與問卷填寫的時間前往施測，且尊重少年參與意願。為答謝並增強少年參與的動機，本研究提供每位參與者100元的零用金。在問卷施測的過程中，本研究之助理均全程參與，以提供指導語及在必要時提供解釋題意的協助。在正式施測之前，則邀請到8位安置機構少年填寫初步問卷，再根據其建議修改問卷內容後定稿。

#### 五、資料整理與分析方法

研究資料採用SPSS for Windows 13.0版套裝軟體處理之。所有的問卷資料都先經由過錄編碼（coding），然後一一輸入電腦中。為確保資料的品質，資料建檔完成後均加以逐一比對、檢視，以找出可能的輸碼錯誤，務必待資料確保完全無誤後，方進行資料分析的工作。資料分析方面，本研究先針對所有變項做描述性的統計分析，如次數百分比、平均數、標準差等，然後進行相關性分析。由於本研究之依變項有次序關係，故採用順序性邏輯迴歸分析法（ordered logistic regression）進行多元模式檢測，順序性邏輯迴歸其實是二元邏輯迴歸的擴展，藉由累進機率之機率比值來計算出依變項會落在小於等於某類屬的機率為落在大於某類屬機率的倍率（Agresti and Finaly,

1997)。又因性別與安置前自殘頻率分別為類別與順序變項，故在進行多元分析前先將其虛擬化處理（dummy coded），其中男性及無自殘經驗者為參照組。

## 肆、研究結果

以下先呈現安置少年自殘行為之狀況，之後再檢視其自殘行為與影響此行為的相關因素。為確保資料品質，本研究在進行多元模式分析時，僅保留具有完整資料者（ $N = 545$ ）；本研究也先針對自變項進行多元共線性檢測，結果顯示自變項間沒有共線性的問題。

### 一、自殘頻率、方式與理由

本研究受訪者中，表示自己進入機構前就曾經自殘者有244人（45.0%），而進入安置機構後還曾經自殘的人數則更多一點（ $n = 271$ ，占50.0%）。進入安置前自殘頻率以「偶爾、約半年1次」者最多，占自殘者中29.9%，其次為「只有1次」與「有時」，各占自殘人數25%，「常常」則占了20.1%；進入安置後自殘頻率方面的情況也和安置前類似，但人數分布比例略有不同，「偶爾」者最多，占自殘者中33.9%，其次依序為「只有1次」（29.8%）、「有時」（25.2%）、「常常」（11.2%）。

進入安置機構後，最多人表示用過的自殘方式為「割傷或劃傷自己」（69.4%），其次則為「撞牆或其他硬物」（50.7%）及「敲打自己」（42.5%），由於國內安置機構禁止少年吸煙，故以燙傷來自殘的人數比例便較少（詳見表1）。若進一步針對自殘者所採取的方式進行性別差異性分析後發現：「割傷或劃傷」（ $\chi^2 = 17.08, p < 0.001$ ）以及「咬傷」（ $\chi^2 = 3.94, p < 0.05$ ）這兩種方式有顯著的性別差異現象，女性採取這兩種方式的人數較男性多，其餘方式則皆未見性別差

異現象。

表1 自殘方式的分布狀況（可複選）

使用方法	百分比	使用方法	百分比
割傷或劃傷自己	69.4	掐自己身體的某部位以致淤血	11.9
撞牆或撞其他硬物	50.7	用力摩擦皮膚以致流血受傷	9.7
敲打自己	42.5	戳自己	7.1
抓傷自己	24.6	用東西插入自己的指甲或皮膚	7.1
咬傷自己	23.9	燙傷自己	3.7
用力拉扯自己的頭髮	15.7	折斷自己的骨頭	1.5

在自殘理由方面，表示自殘是爲了要「紓解內心的痛苦與壓力」者最多（64.0%），其次則爲「降低壓力」（55.8%）、「表達憤怒」（51.7%）；由這些數據可以發現，對於自殘者而言，自殘往往是一種解決內心苦楚的手段，至於一般人所認定該行爲是模仿或爲了同儕認同、接納等理由則都在20%以下，算是少數；表示自殘是爲了「想要引人注意」或「要讓別人答應自己的要求」者也都不到10%（詳見表2）。

表2 自殘理由的分布狀況（可複選）

理由	百分比	理由	百分比
想要紓解內心的痛苦	64.0	洗淨罪惡感	15.0
想要降低壓力	55.8	想要報復某人	14.2
爲了表達憤怒	51.7	好奇、模仿	13.5
轉移對其他不愉快記憶的注意力	35.2	爲了刺激	12.0
停止孤單與空虛的感受	33.3	爲了得到朋友的認同接納	10.9
想要抗議一些不合理的事情	31.5	想要嚇嚇他人	9.4
想要處罰自己	25.5	想要引起別人的注意	8.6
停止麻木、讓自己有活著的感覺	19.1	宣告我對自己身體的自主權	7.1
想讓人知道自己的狀況有多糟	17.2	想要讓別人答應自己的要求	6.0
想要知道某人是否真正愛我	16.5	朋友叫我這麼做	3.0

## 二、憂鬱情緒

在以貝克量表評估受訪者的憂鬱情緒後發現，得分最低為0分，最高可達60分，平均得分為15.73（SD = 13.01），由此標準差數值可以發現其得分的變異量很大，表示受訪者在憂鬱情緒上的表現差異性很大（中位數為12分）。若就憂鬱程度來進行分組後（盧孟良等，2002），則有60.6%的受訪者之憂鬱情緒得分屬於「正常」（0-16分）的範圍，輕度憂鬱者（17-22分）占11.2%，中度憂鬱（23-30分）占了13.0%，而屬於重度憂鬱者（31-63分）則占了15.2%。

## 三、對機構規範的感受

在對機構規範之感受方面，大部分的少年覺得機構各項規範要求還算合理，但其中感受較差的項目為：「在這裡沒有辦法想出去外面就出去」（69.7%的受訪者表示同意或非常同意），以及「凡事都依規定時間來進行的生活方式」（63.8%的受訪者表示同意或非常同意），由此可見，機構規範中讓他們感受較負面的都與受到限制的生活情境有關。

## 四、同儕自殘經驗

有關同儕影響方面，48.4%的受訪者表示他最要好的朋友曾經有過自殘行為，且這些自殘好友中有59.7%的人之自殘經驗超過3次，顯示其自殘行為並非偶然發生的。至於受訪者是否親眼看過他人（含：學校同學、同住在安置機構的人，以及外面的朋友）自殘經驗方面，69.4%的人表示看過別人自殘，而這些人當中，以住在安置機構的人為最多，占64.6%。由以上數據可以發現，不論少年本身是否有自殘行為，多數受訪者都接觸過有自殘經驗的同儕，可見這個行為在少年族群中存在的普遍性。

## 五、對自殘的認同程度

在對自殘的認同程度方面，絕大多數的少年（81.3%）表示自己「同意」或「非常同意」自殘行為是不好的，也不認為自殘是個很酷的行為（88.0%），但是卻有42.7%的受訪者不認為自己會因而拒絕自殘行為，也有兩成（21.6%）的受訪者認為可以用自殘來解決問題。整體而言，受訪者對於自殘行為的認同程度不算太高，在總分為介於8至32分的量表中，平均得分為15分（SD = 4.55）。

## 六、各自變項與依變項之相關性分析

在進行多元模式檢測之前，先檢視各自變項與少年進入機構後之自殘行為的相關性是否有達統計上的顯著。經簡單順序邏輯迴歸分析後顯示：研究架構中所有自變項與少年自殘行為頻率之相關性均有達統計上的顯著，在性別方面，女性發生自殘的頻率比男性高（ $b = 1.614, p < .001$ ），安置前自殘頻率越高者，安置後自殘頻率也越高（ $b = 0.904, p < .001$ ），憂鬱情緒得分越高者，其自殘頻率越高（ $b = 0.067, p < .001$ ），對自殘認同度越高者、自殘頻率越高（ $b = 0.177, p < .001$ ），身邊越多同儕曾經自殘者，自殘的頻率也越高（ $b = 0.289, p < .001$ ）；而越同意機構規範是合理者，則其自殘頻率就越低（ $b = -0.092, p < .001$ ）。

## 七、多元模式檢測

由於本研究欲檢視對自殘的認同程度是否扮演同儕經驗對自殘頻率之中介效果，故研究架構中所有的自變項均分批放入多元順序邏輯迴歸模式中進行分析：第1組只放入性別與安置前自殘行為兩個控制變項，第2組加入憂鬱情緒、對機構規範的感受及同儕自殘經驗等解釋變項，最後1組則是加入對自殘行為之認同程度，以檢視在控制此

中介變項後，同儕自殘經驗對自殘頻率的解釋是否降低或不具顯著性，以此判定其中介效果是否存在。

表3為多元順序邏輯迴歸分析的結果，模式1顯示，性別與安置前的自殘經驗均可解釋少年安置後的自殘頻率（ $\chi^2 = 231.60^{***}$ ,  $p < 0.001$ ），女性（ $b = 1.13$ ,  $p < 0.001$ ）且相較於未曾自殘者，安置前自殘頻率越高者，則其進入安置機構後的自殘頻率也越高。模式2則是加入了憂鬱情緒、對機構規範的感受以及同儕自殘經驗後的結果，此模式也有達統計上的顯著（ $\chi^2 = 245.86^{***}$ ,  $p < 0.001$ ），模式解釋力也有所增加（Pseudo  $\Delta R^2 = .05$ ），而在控制了性別與安置前自殘頻率後，憂鬱情緒越嚴重（ $b = 0.04$ ,  $p < 0.001$ ），對機構規範的感受越負面（ $b = -0.05$ ,  $p < 0.01$ ），以及身邊越多同儕曾經自殘者（ $b = 0.13$ ,  $p < 0.01$ ），則其自殘的頻率越高，值得注意的是，安置前的自殘頻率對安置後自殘頻率的解釋方面，只有1次自殘者和無此經驗者於安置後的自殘頻率並沒有達到統計上的顯著，代表在控制了其他變項後，安置前沒有自殘過或是只自殘過1次的人，其於安置後的自殘頻率上並沒有顯著差異。模式3則是加入了對自殘之認同程度此中介變項後的分析結果，此模式仍有達統計上的顯著（ $\chi^2 = 250.97^{***}$ ,  $p < 0.001$ ），模式解釋力又比模式1增加了一些（Pseudo  $\Delta R^2 = .02$ ），整體模式解釋力達4成以上（Pseudo  $R^2 = 0.42\sim 0.45$ ）。從logit coefficients值中可以看出，除了模式2中達統計上顯著的變項外，對自殘的認同程度也和自殘頻率呈正相關性（ $b = 0.08$ ,  $p < 0.01$ ），顯示在控制了對自殘的認同程度後，同儕自殘經驗仍可解釋安置後的自殘頻率，但其logit coefficients值從0.13降至0.10，代表其解釋力雖然降低一些，但中介效果不太強；換言之，同儕自殘經驗和少年接受安置後的自殘頻率仍存有直接關係。



表 3 多元次序邏輯迴歸分析結果 (N = 545)

變項名	模式 1		模式 2		模式 3	
	B	Wald $\chi^2$	b	Wald $\chi^2$	b	Wald $\chi^2$
截距 1 (無此經驗)	0.58***	13.21	0.24	0.17	1.54*	4.67
截距 2 (只有 1 次)	1.42***	67.41	1.12	3.65	2.38**	11.00
截距 3 (偶爾)	2.62***	166.22	2.44***	16.77	3.75***	26.23
截距 4 (有時)	4.22***	241.94	4.06***	42.00	5.43***	50.38
性別註 <sup>1</sup>	1.13***	31.91	0.67**	8.59	0.70**	8.77
安置前的自殘經驗註 <sup>2</sup>						
只有 1 次	0.79**	7.55	0.59	3.28	0.53	2.38
偶爾	1.98***	53.55	1.59***	28.95	1.56***	27.44
有時	2.32***	67.49	1.68***	28.43	1.44***	19.86
常常	3.26***	100.70	2.66***	58.11	2.51***	50.75
憂鬱情緒			0.04***	23.99	0.04***	16.90
對機構規範的感受			-0.05**	7.78	-0.05**	6.57
同儕自殘經驗			0.13**	10.96	0.10**	7.47
對自殘的認同					0.08**	10.05
模式顯著性	$\chi^2 = 231.60***$		$\chi^2 = 245.86***$		$\chi^2 = 250.97***$	
	Cox and Snell $R^2 = .35$		Cox and Snell $R^2 = .40$		Cox and Snell $R^2 = .42$	
	Nagelkerke $R^2 = .38$		Nagelkerke $R^2 = .43$		Nagelkerke $R^2 = .45$	

註 1：女性為 1；男性為 0

註 2：無自殘經驗者為虛擬變項之參照組

\* $p < 0.05$ , \*\* $p < 0.01$ , \*\*\* $p < 0.001$

## 伍、討論與建議

本研究在此將針對以上分析結果提出相關討論，希望安置機構能夠重視並主動協助處理安置少年自殘的問題，並提出能協助降低自殘發生機率的處遇策略。

## 一、研究結果討論

### (一) 安置機構少年的自殘狀況

本研究發現：有一半（50.0%）的受訪者表示自己進入安置機構後還曾經自殘，此人數比例較進入安置機構前的45%還多了5%，而且其中除了29.8%的人表示只有自殘1次外，表示「有時」或「常常」自殘者共占了36.4%。過去國內以一般在學青少年為對象的調查顯示，有過自殘經驗的人數約介於22.4%至44.4%之間（呂孟真，2007；陳盈辰，2007；陳毓文，2006），由此可見，接受機構安置少年的自殘比例的確比一般在學生還高，而且即使進入了保護性的安置體制後，其自殘行為發生的比例仍比一般在學生要高，這代表本文一開始所提到兩個安置少年的自殘經驗並非特例，如同國外研究所示，國內安置機構少年自殘行為發生的機率確實較一般少年為高，而由其頻率來看，只有1次的偶發行為並非多數，自殘似乎成了多數少年常用的手段。另值得注意的是，從安置前後自殘的頻率來看，安置後自殘頻率在「偶爾」及「有時」兩項的比例較安置前高，而表示「常常」自殘的比例則是安置前較高，這似乎意味著對有些進入機構的少年而言，雖然他們仍有自殘行為，但嚴重程度卻降低了，也許相對於機構外的生活情境，住進相對穩定的機構後，他們自殘的頻率會較為減緩；只是這也意味著，相關專業人士應該更積極處遇進入安置機構後仍常常自殘的少年，因為改變生活環境的他們仍未改變之前的行為。

在所採用的方式中，受訪少年最常採用的自殘方式為「割傷或劃傷自己」，這與國內外目前的研究結果相同（Laye-Gindhu and Schonert-Reichl, 2005; Nixon et al., 2002; Ross and Heath, 2002; 呂孟真，2007；陳盈辰，2007；陳毓文，2006）。至於誘發這群少年自殘的潛在因子方面，本研究這部分的結果和國內外目前的發現也是一樣的（Laye-Gindhu and Schonert-Reichl, 2005; 呂孟真，2007）：即多數

少年自述自殘的理由是爲了紓解負向的情緒反應：包括紓解與降低痛苦和壓力、轉移對不愉快記憶的注意力，以及停止孤單與空虛的感受。至於透過自殘來引起他人注意或讓別人答應自己要求的人數比例則很少。由此可見，多數少年在面對壓力與內心痛苦的時候，因欠缺適當的因應策略或支持系統來發洩負面的感受，故透過傷害自己的方式來釋放心中的苦楚。自殘是要因應本身的需求與壓力，以幫助自己解決情緒困境，故乃是一種因應策略，而非爲了取得社會資源或是用來操控他人。

## (二) 自殘的遠因：安置少年自殘頻率之解釋因素

儘管多數安置少年曾經自殘，但畢竟有人不會以這種方式來處理負向的情緒，對於同樣經歷過家庭失功能、同樣居住在受限生活空間裡的這群孩子而言，仍有人可以免於自殘的風險，這代表在自殘者的生命經驗中，是存在著一些長期累積的內外負面影響因子，故本研究除了分析自殘的理由外，也針對影響自殘的遠因進行分析。研究結果顯示：女性（相較於男性）、安置前自殘頻率越高、憂鬱情緒越嚴重、對機構規範的感受越負面、身邊越多同儕曾經自殘者，其安置後的自殘頻率也越高，而對自殘之認同程度對同儕自殘經驗所產生的中介效果不強，同儕自殘經驗和少年接受安置後的自殘頻率是存有直接關係。根據此研究結果，遂將本研究架構圖修正如圖2所示。

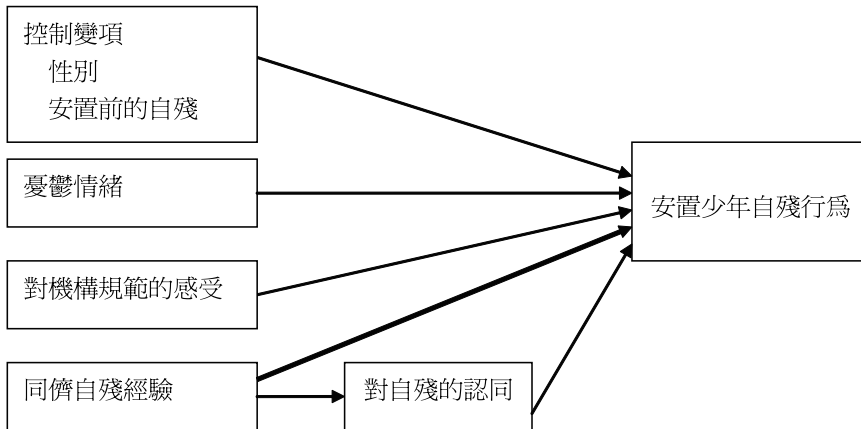


圖2 修正後的研究架構圖

若從模式3的卡方值與機率比值 ( $e^B$ ) 來看，女性自殘頻率偏高的機率約是男性的2倍 ( $e^{0.70} = 2.01$ )，而安置前的自殘頻率也是頗具預測力的變項，不過在進一步控制其他變項後，安置前沒有自殘者或是只自殘過1次的人，其於安置後自殘頻率的表現上就沒有顯著差異。換言之，安置前若只有1次自殘經驗者，其進入安置機構後較不會成為自殘的高危險群，但安置前自殘頻率越高者，安置後的自殘風險則仍高，如安置前就常常自殘的少年，安置後自殘頻率偏高的機率為安置前沒有自殘者的12倍 ( $e^{2.51} = 12.30$ ) 之多！

除了性別與安置前自殘行為外，其餘具有解釋力的自變項依序為：憂鬱情緒 ( $\chi^2 = 16.90$ )、對自殘的認同程度 ( $\chi^2 = 10.05$ )、同儕自殘經驗 ( $\chi^2 = 7.47$ ) 與對機構規範的感受 ( $\chi^2 = 6.57$ )。而對自殘的認同所扮演的中介效果不強，其對安置後自殘行為頻率仍具有直接的效果。憂鬱情緒是解釋安置後自殘頻率的一個重要因素，這樣的結果與過去相關研究發現是一致的，Nixon et al. (2002) 認為：憂鬱之所以與自殘行為有關乃是因為對這些人而言，長期處於負向的情緒

狀態下，自殘提供了一個因應憂鬱情緒的方式，讓當事人得以釋放壓力與緊張的情緒。而呂孟真（2007）的研究也發現，自殘者的情緒基調比非自殘者來得較為負向，且其多半無法適當調解負面的情緒，因此當他們接受到負向的刺激來源時，便較容易被激起較強的負向情緒並沉溺其中，也使得其自殘的可能性大為增加。由此可見，若要有效協助少年改變自殘行為的話，我們也應改變其所處的情緒狀況。

除了憂鬱情緒，對自殘的認同以及同儕經驗的影響也是不容忽略的，而且即使在控制了對自殘行為的認同程度之後，同儕經驗的影響仍然存在。關於同儕自殘經驗的直接作用呼應了Suyemoto（1998）從情感調節（*affect regulation*）觀點所提出的解釋，Suyemoto認為：同儕、特別是好友，往往會影響個人的情緒控制行為，同儕的自殘提供了個人學習與模仿情緒控制的模式，所以當個人遇到類似的壓力情境時，便會學習同儕的行為而自殘。Yip et al.（2002）則認為：青少年透過仿效同儕的自殘行為，既可讓自殘者認為自己並不孤單，也可因此取得同儕認同，故這樣的行為成了「同舟共濟」患難精神的一種展現方式。

對一般少年而言，同儕的影響就不容小覷，對缺乏家人支持與溫暖的安置少年而言，同儕對他們的影響就更顯重要了，也許正因為同儕對其所造成的影響深遠，故對這群孩子而言，同儕自殘經驗的影響就不會透過個人對自殘行為的認同來影響其行為。不過儘管對自殘的認同未能完全中介同儕自殘經驗與安置後自殘頻率之關係，但其對自殘頻率卻具有直接作用，凡對自殘抱持越認同之態度者，其安置後自殘的頻率也會偏高。這樣的結果代表自殘少年不只是單純的模仿他人行為，在認知的層次上也並沒有將自殘視為「偏差的」（*deviant*）或是「病態的」（*pathological*）。Favazza（1998）認為在認知層次上越接受自殘行為者，則其自殘頻率越高，很容易成爲一種習慣性的因應策略。因此，若要協助少年停止自殘的話，應同時幫助他們改變認

知，有關這部分的做法將於相關建議中詳述之。

最後，在控制的情境下，少年對機構規範合理性的感受雖然解釋力最小，但其顯著性仍是具有實務意義的。這樣的結果意味著：當機構在制定規範時，應該不能只著重在行為的限制，也要注意這些規範對孩子的意義以及孩子對這些規範的感受，若因太過強調管理，使得生活常規變得過度嚴苛、不具彈性，增加其被禁錮的感受時，勢必會讓此保護性的服務模式變成一種對自由的剝奪，一種負向的情境氛圍，對其自殘行為的改善是沒有裨益的。

## 二、相關建議

本研究將依據以上研究結果提出具體可行的幾點建議，以供政策制定者、機構管理人員與專業人員參考，最終希望能以有效的方式來幫助安置少年降低自殘行為產生的機率，以期他們能身心健康地邁入成年期。

### （一）主動發現有自殘經驗與憂鬱情緒的高危險群

由於少年自殘經驗往往不只1次，而接受安置之前的自殘頻率是預測安置後自殘頻率的重要因素，又因自殘者多半會蓄意將傷口遮掩起來，也很少因為自殘的傷口而就醫（呂孟真，2007），故此行為不像其他偏差行為具有明顯易見的特色，所以工作人員不應該只是消極的處理問題，而應該在孩子一入住機構時，主動瞭解他是否曾經自殘，以及所使用的方式和理由，藉此提早發現高危險群，以提供適當的服務，降低他們以自殘作為解決困境的手段。又因女性自殘的比例為男性的兩倍，表示安置女性的機構比安置男性的機構更需要重視與積極處理這個議題。

工作人員除應該瞭解孩子過去的自殘經驗外，也要評估其情緒狀況，因為少年通常不會因自身的問題而主動求助，憂鬱的情緒狀態和

自殘行爲一樣不容易被發現，所以更需要透過全面性評估來篩選出高危險群。國外曾有研究者呼籲，當兒童少年一進入安置機構時，應針對其心理與行爲問題進行全面性的評估，藉以瞭解孩子的問題，並規劃出適合其需求的處遇策略，如此方能發揮安置服務的功效。Hussey and Guo (2005) 的研究便發現，若安置機構在兒童少年一住進機構時就評估其整體心理狀態，並立即引進相關資源（如精神醫療與心理諮商）等專業系統來協助有需求的孩子時，則這些少年在心理困擾方面的改善會比偏差行爲的改進更加顯著，他們的自殘行爲與情緒困擾問題也得以被早期發現、早期治療。

## （二）教導少年有效因應壓力與負面情緒之策略

早期有些學者（如 Gardner and Gardner, 1975; Ross and McKay, 1979）基於自殘行爲之「偏差性」，故提出以行爲治療法（behavior therapy）來試圖改變自殘者的行爲，即藉由正增強或處罰的方式來讓他們停止這樣的行徑；但較近期的研究則不認爲如此（Stone and Sias, 2003），他們認爲行爲治療法忽略了自殘行爲對當事人本身的功能性及意義；這些少年之所以傷害自己，多半是因爲他們無法將內在的需求與感受以語言表達出來，所以處遇過程不應著重在行爲的改變，而應致力於協助他們發展溝通的能力，使之能以非自殘的方式來表達他們的感覺，以及發洩他們的情緒與壓力。本研究發現：對自殘行爲的認同程度與自殘行爲發生的頻率有關，這也代表：若要改變少年以自殘作爲解決問題之因應策略的話，他們必須要先改變對自殘行爲的認同態度，在認知層次上先拒絕將自殘作爲一種有效的因應策略，如此方有可能教導他們替代策略，以降低自殘發生的機率。

另外，實務工作者也可以扮演傾聽、陪伴與支持者的角色，聆聽這些少年的心聲，也許他們欠缺的不是溝通的技巧與能力，而是沒有溝通與傾聽的對象；此法對於因人際關係挫敗而自殘的人特別有效，

如唐子俊等人（2006）針對3位憂鬱症合併重複自我傷害的青少女進行深度訪談後就發現：有效的治療因子是需要專業人員透過人際心理治療中持續穩定的陪伴關係，並且接納包容他們階段性的自殘行為，而非一味的制止或責怪其自殘行為，治療者若能透過持續的陪伴讓自殘者養成與他人分享情緒的習慣，則對其憂鬱與自殘行為的改變都是有幫助的。除了改變認知、發展溝通能力之外，實務工作者也應該協助少年學習有效的因應壓力策略，並降低罪惡感。如有研究者便建議教導自殘者以其他的方法，如：運動、藉由其他活動讓自己分心、尋找並建立適當的支持網絡等，讓少年在面臨壓力或導火線事件時，不需要採用自殘行動來處理排山倒海而來的情緒壓力（Briere and Gil, 1998）。

### （三）積極處理個案以避免同儕仿效

由於少年自殘行為容易受到同儕的影響，故安置機構工作人員應特別注意自殘行為之同儕效應，應於自殘個案發生的時候即立刻處理，主動瞭解少年自殘的理由。工作人員可以幫助少年避免盲從地模仿他人的行為，協助他們理解自己對自殘的看法，並培養其更有彈性與清晰思考的能力，故當同儕發生自殘行為的時候，自己不會因逞一時英雄而盲從跟進。另我們可參考國外學者Rosen and Walsh（1989）在研究機構內自殘行為的仿效類型時的建議，他們認為，如果要阻止同儕之間的仿效，專業人員必須從自殘者互動最頻繁的小團體著手處遇，先將影響小團體的核心人物暫時從同樣的居住空間中隔離開來，避免產生漣漪效果，這樣較能有效遏止自殘行為在機構內持續或擴大發生。

### （四）建構合理的機構規範、重視少年對規範的感受

就機構管理與責任的層面來看，機構不可能不去設定一些規範讓



少年遵守，完全沒有限制的生活對少年也絕對有害無益（Friman et al., 1996），然而我們應該思考的是：對於安置少年的行為及生活起居等究竟該設定什麼樣的規範？規範的內容不在多寡，而在其合理性，以及少年是否能夠感受到這些規範的善意與必要性。在制定規範之前，工作人員應要思考：這些規範背後的目的究竟是什麼？安置少年所期待的合理規範為何？工作人員在設定規範時是否忽略了少年的自主性與獨特性？其實多數機構的工作人員都曾思考過以上的問題，如國內學者曾華源（2004）在針對國內安置與教養機構工作人員的研究中就發現，有受訪工作人員表示，他們在管理工作上的取捨遇到很大的困難，他們一方面要擔心所有孩子的安危，因為一旦出事了，外人的「關切」或指責聲浪將嚴重打擊工作人員的士氣，也影響服務品質；但若制定的規範太過嚴格時，又要擔心孩子反彈；如此兩難的情境常常讓他們不知所措。本研究結果所展現的意涵是，我們與其花心思來設定規範的多寡，不如多去瞭解少年對於機構規範合理性的期待為何，當我們發現多數少年覺得規範不合理時，工作人員就應該要正視這個問題，若遇到是因法源依據或行政限制而無法立即改變的規範時，也應該和安置少年溝通，以協助他們理解規範的意義與必要性。

### 三、研究限制

雖然本研究提供了大家瞭解安置機構少年自殘行為的狀況與解釋因素，但本研究不免面臨一些研究方法上的限制。首先是在樣本取得方面，本研究原本計畫以隨機抽樣的方式來選取樣本，然而在實務運作上卻未能達成，因為在聯繫安置機構的過程中，許多機構以保密為由，拒絕研究者進入研究場域，故僅能採取便利抽樣的方式取得樣本，是故樣本代表性可能會受到一些影響。另外，本研究所採用的資料蒐集方式為集體匿名填寫問卷，雖然此法符合時間與經濟效率，並可確保匿名性，但有一潛在的問題：即無法確認曾有過自殘經驗的少

年身分。這些少年是亟需相關專業的適時介入，但因是以匿名填寫問卷的方式進行資料蒐集，故研究者無法確知其個別身分，故無法轉介相關服務或資源給這些少年。

另在進行資料分析時發現，安置前只有一次者和無經驗者在安置後自殘頻率的發生上並沒有顯著差異，這是否意味著只有一次自殘經驗者是個特殊的族群？日後研究應可針對這部分進行更深入的探究，以釐清只有一次自殘者的理由或動機是否不同於其他人。又本研究試圖從慢性歷程的觀點來檢視安置少年自殘相關因素，並從誘發因素（急性歷程）的觀點來檢視少年自殘的理由，受限於橫斷式的研究設計與回溯性的資料，以致無法評估自殘者行動當下的情緒狀態與所面臨的壓力情境，故無法得知自殘行為發展的歷程，建議日後研究可針對有過自殘經驗的個案，長期追蹤紀錄其生活經驗與行為歷程，以獲得更完整的資料來規劃出全面性的預防及處遇策略。

## 參考書目

### 中文部分

- 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。
- 周妙純、陳美珠、邱彥南與高淑芬 (2003)。〈北台灣某育幼院受虐兒童青少年之精神病理研究〉，《台灣精神醫學》，第17卷第2期，頁118-133。
- 林杏真 (2002)。《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之研究》。國立台灣師範大學教育心理與輔導學系碩士論文。
- 胡碧雲 (2002)。〈台灣兒少保護安置機構工作模式分享~宜蘭慈懷園〉，發表於「折翼天使的另類天堂：兒少安置機構現況與發展研討會」。台北：內政部、勵馨社會福利事業基金會。
- 唐子俊、蔡瑞修、王慧瑛、黃詩殷與林家興 (2006)。〈憂鬱症合併重複自我傷害行為為青少年的人際心理治療：正向改變及有效治療因子分析〉，《中華心理衛生學刊》，第19卷第3期，頁279-304。
- 莊榮俊 (2001)。《國中學生自我概念，生活適應與自我傷害關係之研究》。南華大學生死研究所碩士論文。
- 許文耀、吳英璋 (1995)。《「自傷行為徵兆評估量表」編製計畫，第一年計畫期末報告》。教育部訓育委員會委託研究報告。
- 陳心怡 (2000)。《貝克憂鬱量表第二版指導手冊》。台北：中國行為科學社。
- 陳盈辰 (2007)。《國中生自傷行為之盛行率與心理因素之相關研究》。台灣大學心理學研究所碩士論文。

- 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》，第19卷第1期，頁95-124。
- 陳毓文 (2008)。〈國內接受機構安置少年憂鬱情緒之探究：問題顯與解釋因素〉，《中華心理衛生學刊》，第21卷第1期，頁75-101。
- 曾華源 (2004)。《少年安置及教養機構服務類型與需求整體規劃研究》。內政部兒童局委託研究報告。
- 黃雅羚 (2003)。《青少年自傷經驗之分析研究》。國立高雄師範大學輔導研究所碩士論文。
- 黃雅羚、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〉，《諮商輔導學報：高師輔導所刊》，第12期，頁101-126。
- 鄭丞斌 (2004)。《國中階段自傷青少年成長歷程、自我概念、自傷經驗之研究》。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文。
- 盧孟良、車先蕙、張尙文與沈五典 (2002)。〈中文版貝克憂鬱量表第二版之信度和效度〉，《台灣精神醫學》，第16卷第4期，頁301-310。
- 《聯合報》，2004年5月3日。

#### 外文部分

- Agresti, A. and B. Finlay (1997). *Statistical Methods for the Social Sciences*. New Jersey: Prentice Hall.
- Allen, E. C., T. Combs-Orme, R. J. McCarter Jr. and L. S. Grossman (2000). 'Self-Reported Depressive Symptoms in School-Age Children at the Time of Entry into Foster Care', *Ambulatory Child Health*, 6(1): 45-57.
- Austin, L. and J. Kortum (2004). 'Self-Injury: the Secret Language of Pain

- for Teenagers', *Education*, 124(3): 517-527.
- Beck, A. T. and R. A. Steer (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Berridge, D. and I. Brodie (1998). *Children's Home Revisited*. London: H.M.S.O.
- Briere, J. and E. Gil (1998). 'Self-Mutilation in Clinical and General Population Samples: Prevalence, Correlates, and Functions', *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4): 609-620.
- Carroll, L. and R. Anderson (2002). 'Body Piercing, Tattooing, Self-Esteem, and Body Investment in Adolescent Girls', *Adolescence*, 37(147): 627-637.
- Chowanec, G. D., A. M. Josephson, C. Coleman and H. Davis (1991). 'Self Harming Behavior in Incarcerated Male Delinquent Adolescents', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(2): 202-207.
- Collins, M. E. (2001). 'Transition to Adulthood for Vulnerable Youths: a Review of Research and Implications for Policy', *Social Service Review*, 75(2): 271-291.
- Conterio, K. and W. Lader (1998). *Bodily Harm*. New York: Hyperion.
- Crabtree, L. H. and W. K. Grossman (1974). 'Administrative Clarity and Redefinition for an Open Adolescent Unit', *Psychiatry*, 37(3): 350-359.
- Delfabbro, P. H., J. G. Barber and Y. Bentham (2002). 'Children's Satisfaction with Out-of-Home Care in South Australia', *Journal of Adolescence*, 25(5): 523-533.
- Epps, K. (1997). 'The Use of Secure Accommodation for Adolescent Girls Who Engage in Severe and Repetitive Self-Injurious Behaviour', *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2(4): 539-552.

- Favazza, A. R. (1998). 'The Coming of Age of Self-Mutilation', *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5): 259-268.
- Fliege, H., R. D. Kocalevent, O. B. Walter, S. Beck, K. L. Gratz, P. M. Gutierrez and B. F. Klapp (2006). 'Three Assessment Tools for Deliberate Self-Harm and Suicide Behavior: Evaluation and Psychopathological Correlates', *Journal of Psychosomatic Research*, 61(1): 113-121.
- Friman, P. C., D. W. Osgood, G. Smith, D. Shanahan, R. W. Thompson, R. Larzelere and D. L. Daly (1996). 'A Longitudinal Evaluation of Prevalent Negative Beliefs about Residential Placement for Troubled Adolescents', *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(3): 299-324.
- Gardner, A. R. and A. J. Gardner (1975). 'Self-Mutilation, Obsessionality and Narcissism', *British Journal of Psychiatry*, 127(1): 127-132.
- Garrison, C. Z., C. L. Addy, R. E. McKeown, S. P. Cuffe, K. L. Jackson and J. L. Waller (1993). 'Nonsuicidal Physically Self-Damaging Acts in Adolescents', *Journal of Child and Family Studies*, 2(4): 339-352.
- Gibbs, I. and I. Sinclair (1999). 'Treatment and Treatment Outcomes in Children's Homes', *Child and Family Social Work*, 4(1): 1-8.
- Gratz, K. L. (2001). 'Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory', *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4): 253-263.
- Haw, C., H. Bergen, D. Casey and K. Hawton (2007). 'Repetition of Deliberate Self-Harm: A Study of the Characteristics and Subsequent Deaths in Patients Presenting to a General Hospital According to Extent of Repetition', *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(4): 379-396.
- Hawton, K., S. Kingsbury, K. Steinhardt, A. James and J. Fagg (1999).

- ‘Repetition of Deliberate Self-Harm by Adolescents: The Role of Psychological Factors’, *Journal of Adolescence*, 22(3): 369-378.
- Hussey, D. L. and S. Guo (2005). ‘Characteristics and Trajectories of Treatment Foster Care Youth’, *Child Welfare*, 84(4): 485-506.
- Hussong, A. M. (2001). ‘Differentiating Peer Contexts and Risk for Adolescent Substance Use’, *Journal of Youth and Adolescence*, 31(3): 207-220.
- Laye-Gindhu, A. and K. A. Schonert-Reichl (2005). ‘Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the “Whats” and Whys” of Self-Harm’, *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5): 447-457.
- Lipschitz, D. S., R. K. Wingegar, A. L. Nicolaou, E. Hartnick, M. Wolfson and S. M. Southwick (1999). ‘Perceived Abuse and Neglect as Risk Factors for Suicidal Behavior in Adolescent Inpatients’, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1): 32-39.
- Massinga, R. and K. Perry (1994). ‘The Casey Family Program: Factors on Effective Management of a Long-Term Foster Care Organization’, in J. Blacher (ed.), *When There’s No Place Like Home*, pp. 163-180. Baltimore: Brookes.
- Matsumoto, E., A. Yamaguchi, T. Asami, T. Okada, K. Yashikawa and Y. Hirayasu (2005). ‘Characteristics of Self-Cutters among Male Inmates: Association with Bulimia and Dissociation’, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59(3): 319-326.
- Matsumoto, E., A. Yamaguchi, Y. Chiba, T. Asami, E. Iseki and Y. Hirayasu (2004). ‘Patterns of Self-Cutting: a Preliminary Study on Differences in Clinical Implications Between Wrist- and Arm-Cutting Using a Japanese Juvenile Detention Center Sample’, *Psychiatry and*

- Clinical Neurosciences*, 58(4): 377-382.
- Muehlenkamp, J. J. and P. M. Gutierrez (2004). 'An Investigation of Differences Between Self-Injurious Behavior and Suicide Attempts in a Sample of Adolescents', *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1): 12-23.
- Nada-Raja, S., K. Skegg, J. Langley, D. Morrison and P. Sowerby (2004). 'Self-Harmful Behaviors in a Population-Based Sample of Young Adults', *Suicide and Life-Threatening behavior*, 34(2): 177-186.
- Nixon, M. K., P. F. Cloutier and S. Aggarwal (2002). 'Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-injury in Hospitalized Adolescents', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11): 1333-1341.
- Nixon, M. K., P. F. Cloutier and S. M. Jansson (2008). 'Nonsuicidal Self-Harm in Youth: A Population-Based Survey', *Canadian Medical Association Journal*, 178(3): 306-312.
- Offer, D. and P. Barglow (1960). 'Adolescent and Young Adult Self-Mutilation Incidents in a General Psychiatric Hospital', *Archives of General Psychiatry*, 3(1): 102-112.
- Penn, J. V., C. L. Esposito, L. E. Schaeffer, G. K. Fritz and A. Spirito (2003). 'Suicide Attempts and Self-Mutilative Behavior in a Juvenile Correctional Facility', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(7): 762-769.
- Rodham, K., K. Hawton and E. Evans (2004). 'Reasons for Deliberate Self-Harm: Comparison of Self-Poisoners and Self-Cutters in a Community Sample of Adolescents', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1): 80-87.
- Roe-Sepowitz, D. (2007). 'Characteristics and Predictors of Self-



- Mutilation: A Study of Incarcerated Women', *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17(3): 312-321.
- Rosen, P. M. and B. W. Walsh (1989). 'Patterns of Contagion in Self-Mutilation Epidemics', *The American Journal of Psychiatry*, 146(5): 656-658.
- Ross, R. R. and H. B. McKay (1979). *Self-Mutilation*. Lexington, MA: Lexington Book.
- Ross, S. and N. L. Heath (2002). 'A Study of the Frequency of Self-Mutilation in a Community Sample of Adolescents', *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1): 67-77.
- Santor, D. A., D. Messervey and V. Kusumakar (2000). 'Measuring Peer Pressure, Popularity, and Conformity in Adolescent Boys and Girls: Predicting School Performance, Sexual Attitudes, and Substance Abuse', *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2): 163-182.
- Selekman, M. and S. King (2001). 'It's My Drug: Solution-Oriented Brief Family Therapy with Self-Harming Adolescents', *Journal of Systemic Therapies*, 20(2): 88-108.
- Shea, S. J. (1993). 'Personality Characteristics of Self-Mutilating Male Prisoners', *Journal of Clinical Psychology*, 49(4): 576-585.
- Stein, E., N. S. Rae-Grant, S. Ackland and W. Avison (1994). 'Psychiatric Disorders of Children "in Care": Methodology and Demographic Correlates', *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(6): 341-347.
- Stone, J. A. and S. M. Sias (2003). 'Self-Injurious Behavior: a Bi-Modal Treatment Approach to Working with Adolescent Females', *Journal of Mental Health Counseling*, 25(2): 112-125.
- Suyemoto, K. L. (1998). 'The Functions of Self-Mutilation', *Clinical Psychology Review*, 18(5): 531-554.

- Taylor, B. (2003). 'Exploring the Perspectives of Men Who Self-Harm', *Learning in Health and Social Care*, 2(2): 83-91.
- Thomas, J., M. Leaf, S. Kazmierczak, and J. Stone. (2006). 'Self-Injury in Correctional Settings: "Pathology" of Prisons or of Prisoners?' *Criminology and Public Policy*, 5(1): 193-202.
- Thompson, R. W., K. Authier, and P. Ruma (1994). 'Behavior Problems of Sexually Abused Children in Foster Care: a Preliminary Study', *Journal of Child Sexual Abuse*, 3(4): 79-91.
- Triseliotis, J. and J. Russell (1984). *Hard to Place: the Outcome of Adoption and Residential Care*. NH : Heinemann Educational Books.
- Tyler, K. A., L. B. Whitbeck, D. R. Hoyt and K. D. Johnson (2003). 'Self-Mutilation and Homeless Youth: the Role of Family Abuse, Street Experiences, and Mental Disorders', *Journal of Research on Adolescence*, 13(4): 457-474.
- Unger, J. B. and L. A. Rohrbach (2002). 'Why Do Adolescents Overestimate Their Peers' Smoking Prevalence? Correlates of Prevalence Estimates among California 8th-Grade Students', *Journal of Youth and Adolescence*, 31(2): 147-153.
- Winchel, R. M. and M. Stanley (1991). 'Self-Injurious Behaviour: a Review of the Behaviour and Biology of Self-Mutilation', *American Journal of Psychiatry*, 148(3): 306-317.
- Yip, K. S., M. Y. Ngan and I. Lam (2002). 'An Explorative Study of Peer Influence and Response to Adolescent Self-Cutting Behavior in Hong Kong', *Smith Studies in Social Work*, 72(3): 379-401.
- Zila, L. M. and M. S. Kiselica (2001). 'Understanding and Counseling Self-Mutilation in Female Adolescents and Young Adults', *Journal of Counseling and Development*, 79(1): 46-52.

## Self-Mutilation among Adolescents in Residential Group Care: Methods, Reasons, and Associated Factors \*

Yu-Wen Chen \*\*

### Abstract

The objectives of this study were to explore the patterns of self-mutilation, including prevalence, reasons, and methods used among youth in residential group care, and to examine factors associated with their self-mutilating behavior after living in the institution. Among 545 respondents with completed data, 50.0% participants had engaged in self-mutilation after placement. Among them, 33.9% said they “seldom” did it, 29.8% said they “sometimes” did it, and 11.2% said they “often” did it. In terms of reasons, most reported they did so to reduce aversive emotions or thoughts, such as anger, stress, pain, loneliness, and unpleasant memories. Multivariate ordinal logistic regression analyses revealed that frequency of self-mutilation after placement could be predicted by gender, depressive symptoms, attitudes toward institutional regulations, and association with

\* The empirical data was derived from the project funded by the National Science Council (NSC 94-2412-H-002-011-). The author thanks anonymous reviewers for their valuable comments.

\*\* Associate Professor, Department of Social Work, National Taiwan University.

Received: 24 January 2008

Accepted: 30 April 2008

self-mutilating peers. Acceptance of self-mutilation played a weak mediating effect between association with self-mutilation peers and the frequency of self-mutilation. The study suggests that all residents should be screened for their emotional state and risk of self-mutilation. Related professionals need to teach high risk youth strategies of handling negative emotions, to prevent contagions among peers, and to set up reasonable regulations in the institutions.

**Keywords:** self-mutilation, adolescents, residential group care