

科技部補助專題研究計畫成果報告 期末報告

人際取向團體心理治療對產後憂鬱之效果研究 (A03)

計畫類別：個別型計畫
計畫編號：MOST 103-2629-H-040-001-
執行期間：103年08月01日至105年07月31日
執行單位：中山醫學大學心理學系(所) (臨床組)

計畫主持人：謝珮玲

計畫參與人員：碩士班研究生-兼任助理人員：張雯婷
碩士班研究生-兼任助理人員：王韻婷
碩士班研究生-兼任助理人員：林俞君
碩士班研究生-兼任助理人員：張瑜芳
碩士班研究生-兼任助理人員：黃詩涵

報告附件：出席國際學術會議心得報告

中華民國 105 年 10 月 31 日

中文摘要：「人際取向心理治療」已被證實是有效治療產後憂鬱的個別治療法，但至今有關人際取向團體心理治療之效果研究尚有限，本研究對31名具憂鬱傾向之嬰幼兒母親進行人際取向團體心理治療。團體為每週一次，每次90分鐘，共八次。以愛丁堡產後憂鬱量表、貝克憂鬱量表第二版、配偶適應量表、母嬰連結量表做為治療效果之指標。結果發現人際取向團體介入對降低憂鬱程度有立即效果，對母嬰關係有立即效果與持續效果，但對配偶關係不具有效果。未來實務工作者可將人際取向團體做為改善嬰幼兒母親之憂鬱、促進親子關係的方式之一。未來研究亦可將八週之療程再加延長，檢驗延長後的療程是否可對配偶關係產生療效，及是否對憂鬱之改善有持續效果。

中文關鍵詞：憂鬱、人際取向團體心理治療、母嬰連結、配偶關係、效果研究

英文摘要：Interpersonal psychotherapy (IPT) has been recognized as an effective individual psychotherapy on postpartum depression, but the effects of IPT group psychotherapy (IPGT) on postpartum depression is less investigated. Thirty-one mothers of infants and toddlers participated in our 8-session interpersonal group psychotherapy, which held 90 minutes each session. The participants filled Edinburgh Postnatal Depression Scale, Beck Depression Inventory - Second Edition, Dyadic Adjustment Scale and Bonding Scale before, after the therapy course and three months later. The results indicated a significant immediate effect on the lessening of depression. Immediate and persistent effects on mother-child relationship were also noted. The results suggested IPGT as an effective way for lessening mothers' depression and improving their parenting adjustment and confidence. Further exploration of the effect on dyadic relationship and depression were needed.

英文關鍵詞：depression, dyadic relationship, interpersonal group psychotherapy, mother-infant bonding, outcome study

人際取向團體心理治療對產後憂鬱之效果研究 (A03)

An outcome study on interpersonal group psychotherapy for postpartum depression

壹、緒論與研究目的

憂鬱是產後女性最常見的疾病，產後女性常因需進行多方面的社會適應而出現憂鬱、失去自我、被束縛與崩潰等感受，這些經驗對婦女及其家人的福祉有著不利且長期的影響，因此有必要對產後憂鬱進行積極的介入。藥物治療與心理治療都是常用於憂鬱的介入方法，但產後婦女常因需哺餵母乳而對服用藥物顯得遲疑、顧慮，心理治療乃成為治療產後憂鬱的第一線方法。

心理治療目前已被發現對產後憂鬱具有療效，而在產後憂鬱的個別心理治療中，「人際取向心理治療」(interpersonal psychotherapy, IPT)是至今最被嚴謹研究的取向。IPT由美國的Weissman、Markowitz與Klerman(2000)所提出，乃以依附理論、溝通理論、社會理論為基礎(Reay et al., 2012)，以角色轉換、人際衝突、悲傷、人際敏感為四大問題焦點。由理論與問題焦點兩方面來看，以人際取向心理治療對產後憂鬱進行介入具有極佳的適合性。Klier、Muzik、Rosenblum與Lenz(2001)首先將IPT以團體型式用於產後憂鬱婦女，發現婦女在治療後的憂鬱症狀有顯著改善或完全緩解，在六個月後的追蹤評估也發現憂鬱症狀有持續的改善。繼Klier等人之後，Reay等人(2006)再以產後憂鬱婦女為對象進行團體型式之IPT，亦發現治療後的憂鬱症狀有顯著改善。鑒於以上兩項研究皆不是隨機分派個案之控制性研究，接著，Mulcahy、Reay、Wilkinson與Owen(2010)開始以隨機控制試驗探討人際取向團體心理治療對產後憂鬱者的效果。結果發現雖然治療組與控制組的憂鬱症狀、婚姻功能、母嬰關係的知覺在後測皆有進步，但治療組的進步更為顯著，且在治療後三個月仍有持續的進步。由Reay等人(2006)、Mulcahy等人(2010)之研究，Reay等人(2012)乃於兩年後提出產後憂鬱婦女人際取向團體心理治療之手冊，以做為臨床實施之依據。

雖然人際取向是極適於產後憂鬱者的個別心理治療方法，但人際取向團體心理治療在產後憂鬱者之研究至今並不多，由Klier等人於2001年首次實施至今僅有三項，而且研究方法不乏諸多待改善之處，因此其對產後憂鬱者究竟是否具有治療效果，尚是極需探究的議題。加上國內尚未有對產後憂鬱者所進行的人際取向團體心理治療之研究，因此，本研究以人際取向心理治療治療手冊(Reay et al., 2012)為依據，探討對憂鬱傾向之婦女的治療效果，除了探討團體治療對憂鬱嚴重度的影響外，亦探討對人際關係(與伴侶之關係、母嬰連結)的影響。

貳、文獻探討

以下先說明產後憂鬱與其影響，再介紹人際取向心理治療的理念、其對產後憂鬱現象的觀點，再回顧團體心理治療特有的療效因子，以及目前人際取向團體心理治療對產後憂鬱的研究現狀，最後，並提出本計畫的目的，以及對研究方法

之考量。

一、產後憂鬱及其影響

懷孕、生產是女性生命中的重大事件，女性在成為母親時，常因為多方面的社會、心理及生理因素，容易出現憂鬱現象(Le, Muñoz, Ippen, & Stoddard, 2003)。產後憂鬱(Postnatal depression)是產後女性最常見的疾病(Stocky & Lynch, 2000)，一項國外的回顧指出，在產後三個月經歷重鬱發作的母親有 7.1%，若將輕微的憂鬱現象一併納入，則盛行率會升高至 19.2% (Gavin et al., 2005)。國內研究亦指出產後婦女出現憂鬱的比例有 10%至 37%之多(謝珮玲, 2013; Chen, 1996; Teng et al., 2005)。產後憂鬱現象除了具有高度的盛行率，其持續狀況亦不容忽視。Field (1992) 指出 70%的產後憂鬱者在產後六個月仍有憂鬱情形；Wang、Chen、Chin 與 Lee (2005) 發現在產後六週為中至重度憂鬱的婦女，在產後一年仍有輕至中度的憂鬱；Brennan 等人 (2000) 甚至指出產後憂鬱與產後四年的憂鬱有相關。

由心理社會角度觀之，憂鬱與產後婦女極需進行多方面的社會適應有關，包括，婦女被賦予「主要照顧者」的角色，在產後必須對嬰兒提供立即與持續的照顧；嬰兒的到來，使婦女必得調整和伴侶、朋友、其他家人的關係與相處方式；職業婦女也需要調整原有的工作角色與型態，以確保供應嬰兒所需的照顧

(O'Hara, Hoffman, Philipps, & Wright, 1992, 引自 O'Hara, Stuart, Gorman, & Wenzel, 2000)。Chen 等人 (2006) 對台灣產後憂鬱婦女進行一項質性研究，發現這些婦女有失去自我、失去往昔的認同與依附等經驗。且其對母職的適應過程會經歷四個階段：破碎的角色認同、覺得被綁住與崩潰、掙扎著維持自我的統整感、重拾活力。憂鬱除了對婦女自身的情緒健康有影響，若母親角色與妻子角色無法有效發揮，對孩子、婚姻、家庭也都會有不利的影響(Mulcahy et al., 2010)。在孩子方面，憂鬱母親的嬰兒較常出現不安全依附，在兒童期也較容易出現負向情緒、負向歸因、低自尊、低智力、問題行為與較差的學業表現(Cooper & Murray, 1998; Moehler et al., 2006; Josefsson & Sydsjo, 2007)。在婚姻與家庭方面，憂鬱會使婦女對親密關係品質與社會支持有負向的知覺(Morgan, Matthey, Barnett, & Richardson, 1997; Cox et al. 1982; Misri et al. 2004; Dennis & Letourneau 2007)，伴侶則常常感到這是一種手足無措的負向經驗(Gruen, 1990; Morgan et al., 1997)，因此，婚姻衝突、分居、離婚的比例皆會增加(Holden, 1991; Boyce & Stubbs, 1994)。

目前探討產後憂鬱相關因素的研究已經相當多(例如，張雯婷、蔡文瑞、李仁豪、謝珮玲, 2013; 蔡文瑞、張雯婷、李仁豪、謝珮玲, 2013; 蔡宗延、謝珮玲、李仁豪, 2012; 謝珮玲、李仁豪、柯秋暄、應宗和, 2012; Leigh & Milgrom, 2008; Patel, Rodrigues, & DeSouza, 2002; Pollock, Manaseki-Holland, & Patel, 2009)，但除了這些對現象的了解，更有必要對產後憂鬱進行積極介入。藥物治療與心理治療是常用於憂鬱的介入方法，但由於藥物在哺餵母乳者上的效果並未獲確認，且許多產後憂鬱婦女並不願意接受藥物治療，以及非藥物介入不具有潛

在危險 (Dimidjian & Goodman, 2009)，且產後憂鬱極受社會支持及伴侶支持的影響 (O'Hara & Swain, 1996)，因此，心理治療乃成為治療產後憂鬱的第一線方法 (Stuart & Koleva, 2013)。心理治療已被發現對產後憂鬱具有效果 (Cuijpers, Bra'nmark, & van Straten, 2008)，而在產後憂鬱的心理治療中，至今最被嚴謹研究的是「人際取向心理治療」(Dimidjian & Goodman, 2009)。「人際取向心理治療」以人際關係為介入焦點，能直接處理憂鬱產後婦女所經驗到的問題 (Stuart & O'Hara, 1995)，因此本研究以探討其在國內婦女的效果為目的，以下對人際取向心理治療，及其與產後憂鬱的關係加以介紹。

二、人際取向心理治療與產後憂鬱

(一) 人際取向心理治療

「人際取向心理治療」(interpersonal psychotherapy, IPT)由美國的Weissman等人(2000)所提出，最早乃是針對重鬱症患者的治療方法，至今，它不但在治療憂鬱上被證明有效果(Cuijpers, van Straten, Warmerdam, & Andersson, 2009)，也在許多精神疾病上累積了有效的證據(Markowitz, 2006)，並被多種治療方針肯定為是具有效能的治療方法(例如，National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007)。IPT乃以依附理論(attachment theory)、溝通理論(communication theory)、社會理論(social theory)為基礎(Reay et al., 2012)。其中，「依附理論」來自於心理學、演化論與人類學研究，認為早期的依附風格形塑了人的「內在運作模式」(internal working models)，而此模式會影響人對自己與他人的想法、情緒、行為，也會影響一生的人際互動(Bowlby, 1979)。「溝通理論」描述不安全依附者運用不適應之溝通型態，進而引發他人的負向反應(Kiesler, 1996; Kiesler & Watkins, 1989)。「社會理論」則認為眼前社會網絡的困難是形成心理問題的原因(Henderson, Byrne, & Duncan-Jones, 1982)。基於依附理論，IPT認為早期生命經驗在心理問題上具有重要的角色，因此會以依附的觀點來了解當事人的關係模式(包括治療關係)，並且也依據其依附關係選擇適當的介入策略與技巧。然而，IPT並不以改變人的依附風格、人格或防衛為目標，而是將焦點放在探索當事人的重要人際關係與社會支持網絡，以調整其溝通型態為目標。

在進行策略方面，IPT將治療分為初期、中期、結束期，當事人與治療師在各階段都有具體的任務。在初期，治療師要對當事人進行人際調查(interpersonal inventory)，對其重要的關係、眼前問題的歷史、溝通型態做仔細的描述，並由此建立治療目標，以做為治療之導引、監測治療之進展。接著，治療師再與當事人一起形成其問題之人際描述(interpersonal formulation)，人際描述的焦點在於角色轉換(role transition)、人際衝突(interpersonal dispute)、悲傷(grief)、人際敏感(interpersonal deficits)等問題領域。隨後，治療師便運用各式技巧來修通每個問題。包括以「澄清」幫助當事人清楚說明其需求與期待，幫助當事人看到自己在需求與期待中伴隨的情感，由探索具體的人際事件認識自己慣有的溝通型態，再以腦力激盪、問題解決技巧、角色扮演等方式來思考問題及因應問題。

在技巧的運用中，治療師亦會將當事人的特徵、依附型態、治療關係等納入考慮。
(Reay et al., 2012)

(二) 人際取向心理治療與產後憂鬱

由理論與問題焦點兩方面來看，以人際取向心理治療對產後憂鬱進行介入具有極佳的適合性。在理論方面，Alexander、Feeney、Hohaus與Noller (2001) 指出依附觀點極適於解釋產婦進入親職角色時的適應狀態。寶寶加入生活所帶來的事務與變化，會為產婦帶來焦慮與壓力，而不同依附風格者會有不同的因應方式。若產婦屬安全型依附，常會預期伴侶可回應自己的需求，若再加上伴侶同屬安全型依附，便能相互給予正向的情緒性與工具性支持，因此在產後也較可能擁有可緩衝生活壓力源的社會網絡 (Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992)。焦慮型依附的產婦會在焦慮與壓力時渴求高度的緊密，一再尋求他人的支持與再保證，而使他人感到超出負荷與耗竭。至於迴避型依附風格者，則會感到自己的依附需求永遠得不到滿足，因此藉由降低關係的重要性、加強自主性等方式來因應不安的感受。當產婦的不安全運作模式因寶寶到來而啟動，便會出現婚姻衝突與產後憂鬱的現象 (Wilkinson & Mulcahy, 2010)。另外，IPT所依據的社會理論認為改善社會環境可促進當事人的功能與福祉，許多研究已發現社會支持不足是產後憂鬱的危險因子 (Brugha et al., 1998; Honey, Bennett, & Morgan, 2003; Milgrom et al., 2008; O'Hara & Swain, 1996)，因此IPT以促進社會互動來改善產後憂鬱之觀點，亦與產後憂鬱之實證發現相符合。

在問題領域方面，IPT所注重的問題焦點是產後母親常會面臨的現象 (Stuart & O'Hara, 1995)。IPT所介入的焦點是角色轉換、人際衝突、悲傷與人際敏感等問題 (Grigoriadis & Ravitz, 2007; Stuart & Robertson, 2003)，寶寶到來常會使女性的社會角色、關係受到改變，進而影響其自我認同，而出現焦慮與混淆感。在「角色轉換」(例如，須承擔母職、須兼顧母職與工作)，IPT可協助母親們哀悼其失去的角色，調整熟悉的社會網絡與舊有關係，並發展新角色所需的技巧，建立新關係。若母親因為對他人的角色期待未獲回應而出現「人際衝突」(例如，與伴侶之間的爭執)，治療可幫助她瞭解其期待，以及使用更有效的溝通方式。在「悲傷」，若憂鬱之發作與過去或近期之死亡事件、週產期失落有關，治療師可幫助當事人修通其失落感，並建構更具支持性的社會網絡。若當事人在形成或維持關係上有「人際敏感」的問題，則可以人際敏感為焦點，藉由治療關係提供回饋，以建立其社交技巧。Stuart與Robertson (2003) 以人際取向模式將形成產後憂鬱之素質因素(生理、心理、社會)、促發因素(即問題領域，包括社會角色轉換、衝突、失落、人際敏感)彙整如圖。

IPT 不但是產後憂鬱心理社會處置中，最廣被研究的介入方法 (Pearlstein, 2008)，研究結果也發現不論個別式 IPT 或團體式 IPT，其效果均優於等候名單控制組 (Clark, Wenzel, & Tluczek, 2003)。國內至今尚未有對產後憂鬱之人際取向心理治療的研究，基於團體治療較個別治療在時間與人力上更為經濟 (Reay et al., 2012)，以及團體治療具有獨特的療效因子 (Yalom & Leszcz, 2005)，本研

究將以產後憂鬱之人際取向團體心理治療為探討重點，以下對團體心理治療之療效因子，以及產後憂鬱之人際取向團體心理治療的研究進行回顧。

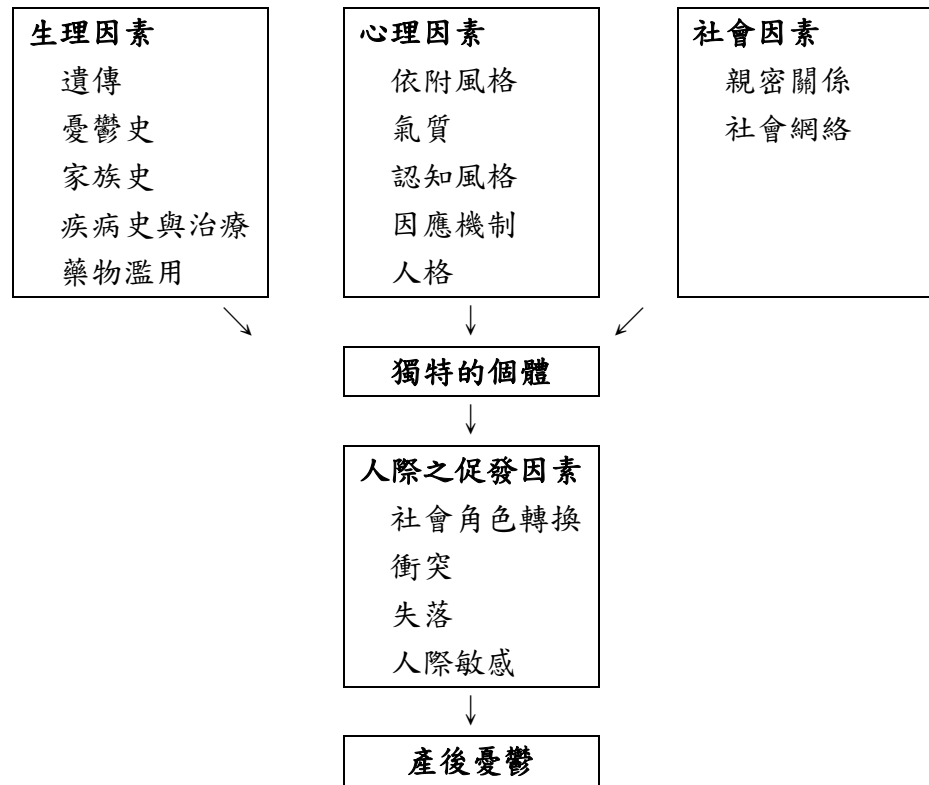


圖 產後憂鬱之人際取向模式 (Stuart & Robertson, 2003)

三、產後憂鬱之人際取向團體心理治療

(一) 團體心理治療之療效因子

Yalom與Leszcz (2005) 在其團體心理治療的經典著作中，提出多項促發團體治療之療效的關鍵因子，相較於個別治療，這些因子較常展現在團體中。在Mulcahy等人 (2010)、Reay等人 (2012) 的觀點中，與這些療效因子相關的現象極容易出現在產後憂鬱者的人際取向團體心理治療中，本計畫在此將Yalom、Leszcz的療效因子與這些團體現象與加以連結。在「團體凝聚力」、「宣洩」、「普同感」等因子，產後憂鬱者的團體乃由有相似感受、想法、問題之婦女所組成，在治療師所創造的安全氛圍下，她們會感受到團體的凝聚力與歸屬感，不但可降低原有的社會孤立與寂寞感，也能放心地陳述自己的關係議題，在其中得到情緒宣洩，並察覺到自己議題的普同性。在需求與欲望受到同儕的確認後，進而能將自己的經驗正常化。在「人際學習」、「行為模仿」與「發展社交技巧」等因子，團體即是一個「人際關係實驗室」，成員們可在其中觀察、學習他人的人際技巧，也可藉著角色扮演而體驗到他人的觀點。另外，藉著參與團體中溝通分析與問題解決之腦力激盪，成員可分享各自的因應策略，透過各種學習與回饋使

知識與技巧得到擴展。在「利他」因子，團體提供婦女幫助他人解決問題的機會，如此可提昇婦女的自尊與勝任感。在「灌輸希望」因子，當婦女看到其他人在解決問題上獲得成功，便可為改變自己的處境帶來希望感與樂觀。在「矯正性重現」因子，由於團體即是「社會縮影」，成員在家庭與工作情境的人際問題，會在團體互動中展現出來。在團體的支持氣氛下，成員得以對其人際問題進行檢視、徵詢其他成員的回饋，進而獲得建立更深入、更真誠之人際關係的能力。

（二）產後憂鬱之人際取向團體心理治療的研究

至今探討人際取向團體心理治療對產後憂鬱之效果的研究共有三項，以下分別回顧。第一項研究由 Klier 等人（2001）所進行，研究對象為 17 名產後 4~45 週之婦女，皆依 DSM-IV 被診斷為產後憂鬱疾患，治療方案共為 12 次，含 2 次個別會談（每次 60 分鐘，用以介紹人際取向心理治療的進行方式、評估治療之焦點）、9 次團體（每週一次，每次 90 分鐘）、1 次個別結案（60 分鐘）。共有 11 位婦女完成治療，治療後之憂鬱症狀顯著低於治療前，其中並有 10 位婦女達到憂鬱完全緩解的狀態。另外，在治療後六個月的追蹤評估，也發現完成治療之婦女的憂鬱程度繼續有改善。Klier 等人的研究發現人際取向團體心理治療確能降低產後憂鬱者的憂鬱情緒，唯其研究方法尚有待改善之處，包括樣本數較少、未有控制組、未監測治療方式與人際取向心理治療之切合性（adherence）等，另外，參與者在治療前後之憂鬱程度均由治療師自行評估，亦可能會有偏誤的情形。

第二項研究由 Reay 等人（2006）所進行，研究對象為 18 位產後約一年的產後憂鬱婦女。治療方案共為 10 次，含 2 次個別會談、8 次團體（每週一次，每次 120 分鐘），另外，再外加 1 次單由伴侶們參加伴侶座談（進行 120 分鐘之心理教育）。一位獨立的臨床工作者在基準期、第 4 週、第 8 週與治療結束後三個月進行評量，結果發現憂鬱症狀由治療前至治療後有顯著降低，且此進步情形在治療後三個月皆持續。雖然此研究再次確認人際取向團體心理治療在降低憂鬱上具有療效，但其研究方法仍有樣本數小，缺乏控制組的問題，另外，研究參與者中有 67% 同時有使用藥物，因此，亦可能會混淆研究結果。

繼上述兩項研究之後，Mulcahy 等人（2010）開始以隨機控制試驗探討人際取向團體心理治療對產後憂鬱者的效果。他們將 57 名產後憂鬱者隨機分配至團體治療組、一般處置組（treatment as usual），其中，治療組接受為期 8 週之人際取向團體心理治療。獨立之評量者在基準期、前測、後測、治療結束三個月後，進行憂鬱症狀、婚姻適應、社會支持、母嬰連結、憂鬱診斷之評量。完成研究程序者共有 50 人，資料分析結果顯示兩組的憂鬱症狀、婚姻功能、母嬰關係的知覺在後測皆有進步，但團體治療組的進步更為顯著，且在治療結束三個月後仍有持續的進步。茲將三項研究的研究對象、介入方法、測量與結果列如表一。

表一 產後憂鬱之人際取向團體心理治療研究彙整

作者(年代)	研究對象	介入方法	測量	結果
Klier et al. (2001)	納入標準：符合 DSM-IV 產後憂鬱疾患診斷標準，且 HAM-D 分數大於 13 排除標準：目前有物質依賴、急性自殺意念或處於精神病急性期。 人數：17 位 篩檢時間：產後 4~45 週	療程：共 12 週，含個別 2 次（各 60 分鐘）、團體 9 次（各 90 分鐘）、個別結案 1 次（60 分鐘）	時間點：前測、後測、追蹤測（治療 6 個月後） 評量者：治療師、研究對象自填 工具：SCID ^a 、HAM-D ^b 、EPDS ^c 、IIP ^d 、DAS ^e	1. 憂鬱程度：EPDS、HAM-D 分數由前測、後測至追蹤測皆有顯著下降 2. 憂鬱復原率：由 HAM-D 發現 58% 完全緩解，29% 部分緩解，11%（2 位）無進步 3. 人際問題、適應：IIP、DAS 總分在三個時間點無變化
Reay et al. (2006)	納入標準：符合 DSM-IV 重鬱症標準 排除標準：有嚴重的人格疾患、處於精神病急性期、有自殺意念、嚴重的物質濫用、兒虐 人數：18 位 篩檢時間：約產後 12 個月	療程：含個別 2 次、團體 8 次（各 120 分鐘），再加上伴侶座談 1 次（120 分鐘，心理教育）	時間點：前測、治療第 4 週、治療第 8 週、追蹤測（治療後 3 個月） 評量者：獨立的臨床工作者、研究對象自填 工具：HAM-D、BDI ^f 、EPDS、SAS-SR ^g	1. 憂鬱程度：HAM-D、BDI、EPDS 分數由前測、後測至追蹤測皆有顯著下降 2. 社會適應：SAS-SR 無顯著改善，但社會適應中「與重要他人的關係」有改善
Mulcahy et al. (2010)	納入標準：符合 DSM-IV 嚴重憂鬱症 排除標準：有嚴重的人格疾患、處於精神病急性期、有自殺意念、嚴重的物質濫用、兒虐 人數：人際取向團體心理治療組（29 位）、一般處置組（28 位） 篩檢時間：產後 12 個月以內	療程：含個別 2 次、團體 8 次（各 120 分鐘），再加上伴侶座談 1 次（120 分鐘）	時間點：基準測、前測、後測、追蹤測（治療後 3 個月） 評量者：獨立的臨床工作者、研究對象自填 工具：MCMI-III ^h 、HAM-D、BDI、EPDS、DAS、ISEL ⁱ 、MAI ^j	1. 憂鬱程度：兩組在治療後，HAM-D、BDI、EPDS 皆有改善，但治療組進步更顯著，且在治療後 3 個月有持續的進步 2. 婚姻功能、社會支持、母嬰連結：治療組較一般處置組在婚姻功能、母嬰關係的知覺上有更顯著的進步

^aSCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV; ^bHAM-D: Hamilton Depression Rating Scale; ^cEPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale; ^dIIP: Inventory of Interpersonal Problems; ^eDAS: Dyadic Adjustment Scale; ^fBDI: Beck Depression Inventory; ^gSAS-SR: Social Adjustment Scale-Self Report; ^hMCMI-III: Millon Clinical Multiaxial Inventory-III; ⁱISEL: Interpersonal Support Evaluation List; ^jMAI: Maternal Attachment Inventory

四、小結與本計畫

綜合以上回顧，產後憂鬱是產後女性最常見的疾病，對婦女、孩子、婚姻、家庭都有不利且長期的影響。國內外對產後憂鬱之現象與影響已累積有一定的研

究成果，但對產後憂鬱婦女進行之心理介入研究極少，對團體治療之效果研究又更少。人際取向心理治療是目前對產後憂鬱常用的治療方法，人際取向之團體心理治療目前已針對產後憂鬱婦女建立完整的治療手冊，其以「人際困擾」解釋產後憂鬱之形成，極切合產後婦女之生活處境，以團體方式進行介入，又更具有經濟、有多項獨特優勢（相對於個別治療）之優點。然而，人際取向團體心理治療之研究由 Klier 等人於 2001 年首次進行以來，至今也僅有三項，而且研究方法不乏待改善之處，例如，樣本數少、缺乏控制組、研究對象合併使用藥物、缺乏獨立的評估者、未檢視與標準治療之切合性、高流失率等問題。在國內，依申請人所知，尚未有對產後憂鬱者所進行之人際取向團體心理治療之研究，較為接近的僅有 Chen、Tseng、Chou 與 Wang (2000) 針對產後困擾婦女 (postnatally distressed women) 所進行之支持性團體研究一項。因此，探究人際取向團體心理治療對產後憂鬱之療效，以促進婦女及其家人之福祉乃是不可忽視的議題。本計畫擬以人際取向心理治療治療手冊 (Reay et al., 2012) 為介入方法，探討對憂鬱傾向之婦女的治療效果，除了探討團體治療對憂鬱嚴重度的影響外，亦探討對人際關係(與伴侶之關係、母嬰連結)的影響。

參、研究方法

一、研究對象

本研究原擬以一歲以下嬰兒之母親為研究對象，然由於收案之困難，故將研究對象放寬為三歲以下嬰幼兒之母親。於社區心理衛生中心、親子館張貼團體公告，為避免潛在研究對象因對「憂鬱」之負面刻板印象而卻步，再加上欲凸顯團體內容，因此將原以「心情低落」為訴求之公告，修改為「期待享受生活樂趣、學習同時照顧自己及家人之需求、與其他媽媽交換生活撇步」之成年婦女參加。共招募到33名具有參加意願，且未符合除外標準者（嚴重的人格疾患、處於精神病急性期、有自殺意念、有嚴重的物質濫用、兒虐、遭受家暴），於介入過程流失2名，因此完成團體方案者為31名。

研究對象均已婚有偶，年齡屬20 ~ 29歲、30 ~ 39歲、40歲以上者為9位（29.0%）、20位（64.5%）、2位（6.5%），教育程度為專科、大學、研究所者各4位（12.9%）、21位（67.7%）、6位（19.4%），全職家管、軍公教、商、其他者各17位（56.7%）、2位（6.7%）、4位（13.3%）、7位（23.3%）。家庭月收入在3萬以下、3萬至6萬以下、6萬至10萬以下、10萬以上者各為5位（20.0%）、12位（48.0%）、5位（20.0%）、3位（12.0%）。研究對象最小之孩子年齡在一歲以下、一歲至兩歲、兩歲至三歲者各有14位（45.2%）、9位（29.0%）、8位（25.8%），男女孩有16位（51.6%）、15位（48.4%），排行老大、老二、老三為20位（64.5%）、9位（29.0%）、2位（6.5%）。因此本研究對象以30 ~ 39歲、已婚、大學畢業、全職家管、家庭月收入在三至六萬元、育有一名子女的婦女居多，子女年齡以一歲以下最多。

二、研究團隊

共有計畫主持人兼治療者，以及協同治療者、研究助理等。計畫主持人除了

研擬計畫內容、綜理計畫事務外，亦負責團體前後個別會談與帶領團體之任務。計畫主持人/治療者於心理系及臨床心理學碩士班教授團體心理治療課程，為合格之臨床心理師，具有十三年精神科實務工作經驗，曾於服務之醫院開設第一個門診憂鬱病患之團體心理治療，並曾以團體心理治療僵局為題撰寫論文。協同治療者由經過訓練之臨床心理學碩士班學生擔任，與計畫主持人共同進行個別會談與團體介入。研究助理為心理系學生，負責依研究時程以郵寄、電子郵件方式寄發與收回研究問卷，並於收回所有研究問卷後寄發禮物。

三、介入方案

依據Reay等人(2012)參考Weissman等人(2000)，以及Robertson、Rushton、Bartrum、Ray(2004)與Wifley等人(2000)之方案發展而來的治療手冊擬定，含個別會談兩次(團體前後各一次，每次一小時)、團體八次(每週一次，每次兩小時)、伴侶座談一次(在第四次團體後進行，兩小時)。以下分別說明其內容。

(一) 個別會談：團體前個別會談的目標有兩項，第一項目標是建立以人際為焦點之治療目標，治療者會以訪談的方式對婦女之重要關係進行人際調查(interpersonal inventory)，找出其人際問題之領域，並對婦女說明憂鬱症狀與人際關係議題之關聯。第二項目標是促進對治療的積極參與。治療者會對人際取向團體的進行方式提供書面說明，對婦女介紹在團體中會發生的現象，處理對於參與團體的擔心與焦慮，鼓勵婦女以正向的行為來參與團體，避免出現干擾性的行為(例如，遲到、缺席、不遵循團體規則)。團體後的個別會談旨在進行結案，與婦女共同回顧在團體治療中處理其人際問題的方式與收穫，以及結案後因應人際問題的方向。

(二) 團體治療：前兩次團體的焦點是培養團體凝聚力、建立合作關係、建立治療目標。治療者對婦女說明團體之結構、其在治療中的角色、團體規範(準時、聚焦於「此時此地」的人際議題、在團體外要積極地對目標努力、不與其他成員有團體外的接觸)，鼓勵婦女提出會妨礙其完全參與團體的擔心或衝突。另外，治療者會邀請婦女相互介紹，並進行心理教育，將憂鬱症狀與人際脈絡相連結，鼓勵婦女分享產後憂鬱經驗，以及憂鬱對其關係的影響。在第三次至第六次團體，治療者以人際問題領域的概念和策略處理每位婦女的人際問題。婦女在團體開始對近況進行簡短陳述，治療者則將這些議題相連結，強調這些煩憂之普同性，鼓勵婦女們透過團體中他人的經驗來學習。隨著治療的進展，再鼓勵婦女們揭露其感受，並分享關係中更為敏感的素材，此時會對問題及解決方式有所領悟，成員彼此也會對於把改變帶到生活中給予正向回饋與鼓勵。在第七次及第八次，婦女們檢視其進步並繼續積極地朝目標工作，治療者的姿態則變得較不主動，以便為婦女們帶來她們可以處理自己問題之勝任感。此時也鼓勵婦女們討論對未來困難的想像與處理方式，並處理對團體結束的焦慮或失落感。

(三) 伴侶座談：治療者以心理教育的方式介紹產後憂鬱的性質、症狀、原因、影響，說明過去其他伴侶發現有效之實用溝通策略，並鼓勵伴侶們提供自己發現

有效的溝通方式。治療者在團體前的個別會談即對婦女提到此座談，並在座談前請婦女將邀請卡交給伴侶，鼓勵她邀請伴侶前來，另外，治療者也再以電話邀請之。

四、評估

(一) 評估工具：包括自編之基本資料表，以及評量憂鬱與關係之工具。在憂鬱方面，以愛丁堡產後憂鬱量表、貝克憂鬱量表評量憂鬱之嚴重程度。在關係方面，以配偶適應量表、母嬰連結量表進行評量。以下分別介紹。

1. 基本資料表：由申請人自編，內容包括研究對象的人口學特徵（年齡、國籍、教育、婚姻狀態、職業、家庭收入、健康與服藥狀況）、嬰兒變項（性別、排行等）。

2. 愛丁堡產後憂鬱量表 (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS)：由Cox、Holden與Sagovsky (1987) 所編製，它不但是最常被用來評估產後憂鬱的工具 (Boyd, Le, & Somberg, 2005)，也是最常用來評估亞洲婦女之產後憂鬱的研究工具 (Klainin & Arthur, 2009)。題目共有10題，由受試者以四分量表自評過去一週憂鬱症狀的出現情形，填答時間約僅需數分鐘。每一題計分為0~3分，分數越高表示憂鬱情形越明顯。國內學者Teng等人(2005)已將 EPDS 中文化，並與貝克憂鬱量表第二版 (The Beck Depression Inventory - Second Edition, BDI-II) 進行比較。發現「愛丁堡產後憂鬱量表-台灣版」(Taiwanese version of EPDS) 的內部一致性為0.87，與BDI-II的相關為0.77；當以12分做為產後憂鬱的界斷值，其敏感度、精確度、正向預測值與負向預測值分別為 96%、85%、46% 與 99%。在本研究前測、後測、追蹤測之內部一致性 α 係數分別為 .87、.85、.92。

3. 貝克憂鬱量表：貝克憂鬱量表第二版 (BDI-II) 乃由Beck、Steer、Brown於 1996年編製，本研究採用由陳心怡翻譯之BDI-II中文版 (陳心怡譯，2006)。本量表適用於測量13歲以上青少年及成人的憂鬱嚴重程度，共有21題，每題有四個選項，分數範圍為0~3分，總分為0~63分。依據BDI-II總分可將填答者的憂鬱程度分為正常範圍 (0~13分)、輕度憂鬱 (14~19分)、中度憂鬱 (20~28分)、重度憂鬱 (29~63分)。BDI-II用於美國500位門診病人之內部一致性 α 係數為.92，另外，BDI-II與漢米爾頓精神科評量表 (Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression) 之相關為.71。在本研究前測、後測、追蹤測之內部一致性 α 係數分別為 .92、.84、.90。

4. 配偶適應量表 (Dyadic Adjustment Scale, DAS)：由Spanier與Cole (1976) 所編製，共有32題，包括意見一致性 (dyadic consensus, CON)、滿意度 (dyadic satisfaction, SAT)、凝聚力 (dyadic cohesion, COH)、表達愛的方式 (affectionate expression, AFF) 等四個因素。DAS的總分為151，分數越高表示對關係的適應越為良好。此量表不但在國外廣泛被運用，也是國內常用於評量婚姻適應程度的工具 (例如，呂翠夏，2002；高淑芬，2003)，本研究以其評量研究對象與配偶對關係之適應情形。在本研究，總分之前測、後測、追蹤測之內部一致性 α 係數為 .95~.97；「意見一致性」為 .92~.97；「滿意度」為 .88~.91；「凝聚力」為 .86~.92；

「表達愛的方式」則為 .53~.61。

5. 母嬰連結量表：為謝珮玲所編製（李宜庭等人，2013；謝珮玲等人，2012；謝珮玲、張雯婷、蔡文瑞、李仁豪，2013；謝珮玲、應宗和、李仁豪、謝保群，2015；Shieh et al., 2012），量表題目由訪談國內產婦與回顧文獻撰寫而成。以567名產婦填答的資料進行探索性與驗證性因素分析後，成為共25題、四因素之量表，乃是一份衍生自資料（data-driven）的量表。選項採Likert式六點量表型式，由1~6分代表「非常不同意」到「非常同意」。四因素分別為「親近」（7題）、「親職適應」（6題）、「承諾」（6題）、「回應信心」（6題）。在信效度方面，全量表與四個分量表之內部一致性Cronbach's α 為.82~.90，全量表與四個分量表之皮爾遜相關係數為.68~.80 ($ps < .001$)，四個分量表之間的皮爾遜相關係數為.18~.60 ($ps < .001$)。在本研究，總分之前測、後測、追蹤測之內部一致性 α 係數為.87~.90；「親近」為.86~.88；「親職適應」為.70~.82；「承諾」為.71~.74；「回應信心」則為.71~.87。

（二）評估時程：於治療前進行前測，治療結束後進行後測，並於治療結束後三個月進行追蹤測量。

五、資料分析

以 SPSS 17.0 版進行描述統計，並以相依樣本單因子變異數分析檢驗研究對象三個時間點（前測、後測、追蹤測）在憂鬱程度、關係上是否有差異。

肆、結果與討論

茲以憂鬱程度、關係之變化做為團體療效之指標，其中憂鬱程度以愛丁堡產後憂鬱量表、貝克憂鬱量表測量，關係以配偶適應量表、母嬰連結量表測量。測量時間點包括團體前後之前測、後測及團體結束後三個月之追蹤測，並以前測與後測之差距為團體之「立即效果」，前測與追蹤測之差距為團體之「持續效果」。本研究之結果與討論如下。

一、團體介入對憂鬱程度之立即效果與持續效果

對三個時間點之愛丁堡產後憂鬱量表（EPDS）、貝克憂鬱量表（BDI-II）總分進行描述與相依樣本單因子變異數分析，結果如表二。研究對象在三個時間點之 EPDS 總分有顯著差異（ $F(2, 56) = 5.98, p = .004$ ），事後比較發現後測之分數低於前測，追蹤測之分數亦低於前測，因此以 EPDS 總分為療效指標時，團體介入具有立即效果與持續效果。研究對象在三個時間點之 BDI-II 總分亦有顯著差異（ $F(2, 48) = 6.23, p = .004$ ），事後比較發現後測之分數低於前測，但追蹤測之分數與前測無差異，因此以 BDI-II 總分為療效指標時，團體介入具有立即效果。三個時間點之 EPDS、BDI-II 總分皆呈 V 形，即團體前之憂鬱程度最高，團體後憂鬱程度最低，三個月後之憂鬱又有變得加重的現象。但在 EPDS，即使三個月後的憂鬱程度加重，但仍顯著比團體前之憂鬱較輕，在 BDI-II 則是團體結束三個月後的憂鬱與團體前無差異。

表二 三時間點憂鬱程度之描述與變異數分析

	T1		T2		T3	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
EPDS	13.21	6.38	9.66	4.99	10.76	6.19
<i>F</i> (2, 56) = 5.98, <i>p</i> = .004						
T1>T2, T1>T3						
BDI-II	14.24	9.84	8.60	6.41	11.40	8.78
<i>F</i> (2, 48) = 6.23, <i>p</i> = .004						
T1>T2						

二、團體介入對配偶關係之立即效果與持續效果

對三個時間點之配偶適應量表 (DAS) 總分及因素分數進行描述與相依樣本單因子變異數分析，結果如表三。研究對象之 DAS 各項分數雖以後測最高，但三個時間點之數值均未達顯著差異，因此以 DAS 為療效指標時，團體介入並不具有立即效果與持續效果。

表三 三時間點配偶關係之描述與變異數分析

	T1		T2		T3	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
DAS						
CON	40.23	12.40	43.15	12.41	41.00	14.39
<i>F</i> (2, 50) = 1.53, <i>p</i> = .23						
SAT	35.15	8.79	36.19	7.92	35.74	9.17
<i>F</i> (2, 52) = .57, <i>p</i> = .57						
COH	14.11	5.97	14.43	5.20	13.11	5.72
<i>F</i> (2, 54) = .80, <i>p</i> = .18						
AFF	6.67	2.43	6.96	2.44	6.11	2.76
<i>F</i> (2, 52) = 1.70, <i>p</i> = .19						
Total	95.27	26.52	99.41	26.23	95.09	30.75
<i>F</i> (2, 42) = .96, <i>p</i> = .39						

三、團體介入對母嬰連結之立即效果與持續效果

對三個時間點之母嬰連結量表總分與因素分數進行描述與相依樣本單因子變異數分析，結果如表四。研究對象在三個時間點之母嬰連結總分有顯著差異 ($F(2, 56) = 4.11, p = .032$)，事後比較發現後測之分數低於前測，追蹤測之分數亦低於前測，因此以母嬰連結總分為療效指標時，團體介入具有立即效果與持續效果。在因素分數方面，研究對象在三個時間點之親職適應、回應信心有顯著差異 (分別為 $F(2, 58) = 5.68, p = .006$ ， $F(2, 60) = 7.28, p = .001$)，事後比較發現後測之分數

均高於前測，追蹤測之分數亦高於前測，因此以母嬰連結之親職適應、回應信心程度為療效指標時，團體介入具有立即效果及持續效果。但在另外兩項母嬰連結因素分數，即親近感、承諾上，並未發現有顯著差異，因此以母嬰連結之親近感、承諾為療效指標時，團體介入不具有立即效果及持續效果。

表四 三時間點母嬰連結之描述與變異數分析

母嬰連結	T1		T2		T3	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
親近感	36.81	4.52	36.84	4.20	37.23	4.53
	$F(2, 60) = .30, p = .68$					
親職適應	19.80	4.80	22.83	6.11	21.60	5.38
	$F(2, 58) = 5.68, p = .006$					
	T2 > T1, T3 > T1					
承諾	29.20	4.70	28.33	4.95	29.70	4.07
	$F(2, 58) = 2.02, p = .15$					
回應信心	29.16	3.53	30.32	3.09	31.13	3.61
	$F(2, 60) = 7.28, p = .001$					
	T2 > T1, T3 > T1					
總分	115.24	12.85	119.00	14.03	120.52	13.53
	$F(2, 56) = 4.11, p = .032$					
	T2 > T1, T3 > T1					

伍、結論

本研究以 Reay 等人 (2012) 以人際取向團體治療方案對憂鬱傾向之 31 位嬰幼兒母親進行每週一次，每次 90 分鐘，共八次之團體介入。以憂鬱及配偶關係、母嬰關係為療效之指標，以團體前後在指標上之差距為立即效果，團體前與團體結束後三個月在指標上之差距為持續效果。發現不論以愛丁堡產後憂鬱量表或貝克憂鬱量表第二版為憂鬱程度之指標，人際團體介入均具有立即效果，並且以愛丁堡產後憂鬱量表為指標時，團體介入亦具有持續效果。在配偶關係方面，當以配偶關係量表之分數為指標，團體介入並不具有立即效果與持續效果。在母嬰關係方面，當以謝珮玲自編之母嬰連結量表分數為指標，團體介入對與整體母嬰連結程度、親職適應、回應信心均具有立即效果與持續效果。綜合而言，本研究施行之人際取向團體在改善嬰幼兒母親之憂鬱程度具有立即效果，對於母嬰關係有立即與持續效果，對與配偶關係則無顯著效果。

目前人際取向團體在國內之實施尚有限，本研究將人際取向團體運用於憂鬱傾向之嬰幼兒母親為國內首次實施，研究結果發現其對改善憂鬱與促進母嬰關係

具有效果，且對母嬰關係的改善效果至少可持續至團體結束後三個月，因此未來實務工作者可將其做為治療模式之一。本研究之限制包括以母嬰連結量表測量母親與年齡較大之幼兒的關係、研究對象在前測的憂鬱分數並非皆達憂鬱之界斷值、控制組人數尚少（收集中，故暫未予分析）等。另外，多數研究對象於團體後的訪談表示八週之療程嫌短，因此未來可將療程再予延伸（例如延伸為十二週），並分析延伸後的療程是否可對配偶關係產生療效，並對憂鬱之改善帶來穩定的持續效果。

參考文獻

- 李宜庭、張雯婷、蔡文瑞、李仁豪、謝珮玲（2013）。母嬰連結量表之編製。2013年台灣臨床心理學會年會暨學術研討會。台南：成功大學。
- 呂翠夏（2002）。學前幼兒家庭之共親職與其相關因素：婚姻關係與性別角色態度。臺南師院學報，36期，1-18頁。
- 高淑芬（2003）。遺傳諮詢的品質對唐氏症兒的父母之心理適應、家庭功能、婚姻關係和親子關係之影響。行政院國家科學委員會專題研究成果報告，未出版。
- 陳心怡譯（2006）。貝克憂鬱量表第二版（中文版）指導手冊。台北：中國行為科學社。
- 張雯婷、蔡文瑞、李仁豪、謝珮玲（2013）。母親產後社會支持與憂鬱之關係探討。2013年台灣臨床心理學會年會暨學術研討會。台南：成功大學。
- 蔡文瑞、張雯婷、李仁豪、謝珮玲（2013）。特質焦慮、情境焦慮對產後憂鬱情緒之影響。2013年台灣臨床心理學會年會暨學術研討會。台南：成功大學。
- 蔡宗延、謝珮玲、李仁豪（2012）。母親的原生依附、產後憂鬱與母嬰連結之相關研究。2012年台灣臨床心理學會年會暨學術研討會。台中：亞洲大學。
- 謝珮玲（2013）。母嬰連結與產後憂鬱。2013年臺北市憂鬱症共同照護網產後憂鬱症業務交流討論會。臺北：臺北市立聯合醫院松德院區。
- 謝珮玲、李仁豪、柯秋暄、應宗和（2012）。產後憂鬱、母嬰連結之相關情形與關係滿意度之調節效果探討。2012年第51屆台灣心理學年會。台中：亞洲大學。
- 謝珮玲、張雯婷、蔡文瑞、李仁豪（2013）。台灣婦女之母嬰連結經驗。2013年台灣臨床心理學會年會暨學術研討會。台南：成功大學。
- 謝珮玲、應宗和、李仁豪、謝保群（2015）。母嬰連結量表之編製。教育心理學報，47卷，1期，133-158頁。
- 謝珮玲、應宗和、曾英珍、薛媛云、張孝純、許芳綺、林信佑（2012）。孕產婦之母嬰連結經驗探討，教育心理學報，43卷，3期，681-700頁。
- Alexander, R. P., Feeney, J. A., Hohaus, L., & Noller, P. (2001). Attachment style and coping resources as predictors of coping strategies in the transition to

- parenthood. *Personal Relationships*, 8, 137-152.
- Boyce, P. M., & Stubbs, J. M. (1994). The importance of postnatal depression. *Medical Journal of Australia*, 161, 471-472.
- Boyd, R. C., Le, H. N., & Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 141-153.
- Brennan, P. A., Hammen, C., Anderson, M. J., Bor, W., Najman, J. M., & Williams, G. M. (2000). Chronicity, severity, and timing of maternal depressive symptoms: Relationship with child outcomes at age 5. *Developmental Psychology*, 36, 759-766.
- Brugha, T. S., Sharp, H. M., Cooper, S. A., Weisender, C., Britto, D., Shinkwin, R., Sherrif T, Kirwan P. H. (1998). The Leicester 500 Project. Social support and the development of postnatal depressive symptoms, a prospective cohort survey. *Psychological Medicine*, 28, 63-79.
- Chen, C. H. (1996). Postpartum depression among adolescent mothers and adult mothers. *Kaohsiung Journal of Medicine Science*, 12, 104-113.
- Chen, C. H. , Wang, S. Y., Chung, U. L., Tseng, Y. F. & Chou, F. H. (2006). Being reborn: the recovery process of postpartum depression in Taiwanese women. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 450-456.
- Chen, C. H., Tseng, Y. F., Chou, F. H., & Wang, S. Y. (2000). Effects of support group intervention in postnatally distressed women: A controlled study in Taiwan. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 395-399.
- Clark, R., Wenzel, A., & Tluczek, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 441-454.
- Cooper, P. J., & Murray, L. (1998). Postnatal depression. *British Medical Journal*, 316, 1884-1886.
- Cox, J. L., Connor, Y., & Kendell, R. E. (1982). Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *British Journal of Psychiatry*, 140, 111-117.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cuijpers, P., Brañnmark, J. G., & van Straten, A. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 103-118.
- Dennis, C. L., & Letourneau, N. (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 389-395.
- Dimidjian, S., & Goodman, S. (2009). Nonpharmacologic intervention and prevention

- strategies for depression during pregnancy and the postpartum. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52, 3, 498-515.
- Field, T. (1992) . Infants of depressed mothers. *Developmental Psychopathology*, 4, 49-66.
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, 106, 1071-1083.
- Grigoriadis, S., & Ravitz, P. (2007). An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression: Focusing on interpersonal changes. *Canadian Family Physician*, 53, 1469-1475.
- Gruen, D. S. (1990). Postpartum depression: A debilitating yet often unassessed problem. *Health Social Work*, 15, 261-270.
- Henderson, S., Byrne, D. G., & Duncan-Jones, P. (1982). *Neurosis and the social environment*. Sydney: Academic Press.
- Honey, K. L., Bennett, P., & Morgan, M. (2003). Predicting postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76, 201-210.
- Holden, J. M. (1991). Postnatal depression: Its nature, effects, and identification using the Edinburgh Postnatal Depression scale. *Birth*, 18, 211-221.
- Josefsson, A., & Sydsjo, G. (2007). A follow-up study of postpartum depressed women: Recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 141-145.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: Personality, psychopathology and psychotherapy*. New York: Wiley.
- Kiesler, D. J., & Watkins, L. M. (1989). Interpersonal complementarity and the therapeutic alliance: A study of the relationship in psychotherapy. *Psychotherapy*, 26, 183-194.
- Klainin, P., & Arthur, D. G. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 1355-1373.
- Klier, C. M., Muzik, M., Rosenblum, K. L., & Lenz, G. (2001). Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 124-131.
- Le, H., Muñoz, R. F., Ippen, C. G., & Stoddard, J. L. (2003). Treatment is not enough: we must prevent major depression in women. *Prevention & Treatment*, 6, 10.
- Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry*, 8, 24.
- Markowitz, J. C. (2006). Adaptations of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36, 559-564.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J.,

- Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147-157.
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother-child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 273-278.
- Morgan, M., Matthey, S., Barnett, B., & Richardson, C. (1997). A group programme for postnatally distressed women and their partners. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 913-920.
- Mulcahy, R., Reay, R. E., Wilkinson, R. B., & Owen, C. (2010). A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 13, 125-139.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. Retrieved October 10, 2013, from <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG45>.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risks of postpartum depression. *International Review of Psychiatry Perinatal Psychiatry*, 8, 107-115.
- Patel, V., Rodrigues, M., & DeSouza, N. (2002). Gender, poverty, and postnatal depression: a study of mothers in Goa, India. *American Journal of Psychiatry*, 159, 43-47.
- Pearlstein, T. (2008). Perinatal depression: Treatment options and dilemmas. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 33, 302-318.
- Pollock, J., Manaseki-Holland, S., & Patel, V. (2009). Depression in Mongolian women over the first two months after childbirth: prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 116, 126-133.
- Reay, R., Fisher, Y., Robertson, M., Adams, E., Owen, C., & Kumar, R. (2006). Group interpersonal psychotherapy for postnatal depression: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 31-39.
- Reay, R. E., Mulcahy, R., Wilkinson, R. B., Owen, C., Shadbolt, B., & Raphael, B. (2012). The development and content of an interpersonal psychotherapy group for postnatal depression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 62, 2, 221-251.
- Shieh, P., Hsu, H., Chu, C., Lo, F., & Wang, Y. (2012). A study on phenomenon of mother-infant bonding. Division of Counselling Psychology Annual Conference.

UK: Leicester.

- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 434-446.
- Spanier, G B., & Cole, C. (1976). Toward clarification and investigation of marital adjustment. *International Journal of Sociology of the Family*, 6, 121-146.
- Stocky, A., & Lynch, J. (2000). Acute psychiatric disturbance in pregnancy and puerperium. *Bailliere's Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 14, 73-87.
- Stuart, S., & Koleva, H. (2013). Psychological treatments for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.004>
- Stuart, S., & O'Hara, M. W. (1995). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: A treatment program. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 4, 18-29.
- Stuart, S., & Robertson, M. (2003). *Interpersonal psychotherapy: A clinician's guide*. New York: Oxford University Press.
- Teng, H. W., Hsu, C. S., Shih, S. M., Lu, M. L., Pan, J. J., & Shen, W. W. (2005). Screening postpartum depression with the Taiwanese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 261-265.
- Wang, S. Y., Chen, C. H., Chin, C. C., & Lee, S. L. (2005). Impact of postpartum depression on the mother-infant couple. *Birth*, 32, 1, 39-44.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Wilkinson, R. B., & Mulcahy, R. (2010). Attachment and interpersonal relationships in postnatal depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 28, 252-265.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

科技部補助專題研究計畫出席國際學術會議心得報告

日期：105 年 10 月 31 日

計畫編號	MOST 103-2629-H-040-001		
計畫名稱	人際取向團體心理治療對產後憂鬱之效果研究 (A03)		
出國人員姓名	謝珮玲	服務機構及職稱	中山醫學大學心理學系副教授
會議時間	2016 年 4 月 25 日至 2016 年 4 月 27 日	會議地點	北京
會議名稱	(中文)華人應用心理學大會 (英文)International Conference of Chinese Applied Psychology		
發表題目	(中文)產後憂鬱之縱貫研究 (英文)A longitudinal study on postpartum depression		

一、參加會議經過

此次會議在北京國家會議中心召開，大會主題為「植基於生活與社會需要的應用心理學」，會議中邀請國際應用心理學術界的頂尖專家與會研討，主題聚焦於應用心理學研究和實踐的最新成果，內容涵蓋臨床與諮詢心理學、用戶體驗、職業心理健康、人力資源管理與心理測量等重要專題。在大會的開幕式中安排了美國心理學家對閱讀理解教學技能、創傷後壓力症候群、婚姻家庭治療師之職業發展進行專題演講。會中並安排有多場工作坊，國內多位專家亦在受邀之列，包括台灣師大的田秀蘭教授、台北教育大學賴念華教授、輔仁大學劉兆明教授等等。堪稱一場內容豐富多元之學術宴饗。

二、與會心得

此次會議令我最深刻的是同濟大學趙旭東教授以「文化與心理治療」為題之演講。趙教授先論及國內曾文星教授對其理念的影響，再述說道家理論與認知治療的關聯，說明心理治療方法植基於文化的必要性，因為「文化就是心理治療的形式和內容」。我對這一點很有共鳴，因為國內的心理治療方法幾乎源自於西方世界，包括精神分析、認知行為治療、個人中心治療等等。甚至近年我所實施之「人

際取向治療」也是來自於西方之分析理論與社會理念，這些治療方法若與我們案主的生活經驗脫鉤，治療師便無法實際接近案主的痛苦，治療師與案主彷彿說著不同的語言，這樣的治療是無意義的，因此有必要加以修正。而若要由我們的文化中發展出心理治療方法，便須檢視我們的生活習慣、文化背景，也需要有足夠的民族自信心為支撐。我期待自己能由修正既有理論著手，並以個案的回饋來修正它的適用性，相信經過長期的努力，便能去蕪存菁，發展出適合的心理治療方法。

三、發表論文全文或摘要

及早發現產後憂鬱對預防其不利影響極為重要，文獻指出許多產後憂鬱者在孕期或產後數天內便有情緒低落現象，但以華人產婦為對象之縱貫研究尚有限。本研究以兩個時間點進行問卷評量，目的之一是探討產後低落（postpartum blue）至產後憂鬱（postpartum depression）的變化情形，目的二是探討孕期身心健康、社會支持、產後低落對產後憂鬱的預測力。方法：邀請臺中地區產後婦女在產後三天（T1）、產後六個月（T2）填寫問卷，共獲得291份完整資料。孕期身心健康之評量是各以一問句詢問是否在孕期感到憂鬱、焦慮、健康不佳；社會支持以「社會網絡互動系統問卷」評量先生、娘家、婆家之支持情形（Lay & Liu, 1996）；產後低落、產後憂鬱之評量採「愛丁堡產後憂鬱量表」（Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS, Cox et al., 1987）。結果：T1、T2達憂鬱界斷值（EPDS > 12）者各有25.8%、23.0%，T1屬低落組者到T2有50.7%仍屬於憂鬱組，T2屬於憂鬱組者在T1即有56.7%是低落組，另外值得注意的是，在T1不屬於低落組者有13.4%在T2落入憂鬱組。迴歸分析結果發現T1之低落可預測T2之憂鬱（ $\beta = .43, p < .001$ ），孕期低落亦可預測T2之憂鬱（ $\beta = .15, p < .05$ ），但孕期焦慮與健康不佳未具有預測力。結論：產後六個月憂鬱之婦女約有一半在產後三天即出現低落情緒，符合文獻所述。產後低落、孕期低落是產後憂鬱的有力預測因子，兩項因子分別可在產後數天內、產前測得，第一線工作者可據此區辨產後憂鬱之高危險群，並提供適當之心理健康資源。然，對於產後三天未出現低落情緒者，亦不可掉以輕心，因為仍有一定比例婦女（13.4%）在半年後出現有憂鬱的情形。

四、建議

謝謝科技部提供的出國經費，幫助我開拓視野，能與國外學者有更多的交流。

五、攜回資料名稱及內容

華人應用心理學大會會議手冊，內容包括會議日程、演講者簡介、演講內容摘要、海報論文摘要等。

六、其他

無。

科技部補助計畫衍生研發成果推廣資料表

日期:2016/10/31

科技部補助計畫	計畫名稱: 人際取向團體心理治療對產後憂鬱之效果研究 (A03)
	計畫主持人: 謝珮玲
	計畫編號: 103-2629-H-040-001- 學門領域: 臨床與諮商心理學
無研發成果推廣資料	

103年度專題研究計畫成果彙整表

計畫主持人：謝珮玲			計畫編號：103-2629-H-040-001-			
計畫名稱：人際取向團體心理治療對產後憂鬱之效果研究 (A03)						
成果項目		量化	單位	質化 (說明：各成果項目請附佐證資料或細項說明，如期刊名稱、年份、卷期、起訖頁數、證號...等)		
國內	期刊論文		0			
	研討會論文		4	篇	謝珮玲 (2016)。人際取向團體心理治療對產後憂鬱之效果研究。105年性別與科技研究計畫聯合成果討論會。高雄：國立高雄師範大學。 王韻婷、謝珮玲 (2016)。“Yesterday once more?”“”“”“”“”：母職中的原生家庭經驗軌跡。2016年台灣臨床心理學會年會暨學術研討會。台北：政治大學。 謝珮玲、施雅羚、許文施、曾光佩、劉越萍 (2015)。嬰幼兒母親之人際團體心理治療經驗分析。2015年第13屆台灣心理治療與心理衛生年度聯合會 (2015/12/13)。台北：實踐大學。 施雅羚、謝珮玲、許文施、曾光佩、劉越萍 (2015)。人際取向團體心理治療之效果研究：以嬰幼兒母親為例。2015年第13屆台灣心理治療與心理衛生年度聯合會 (2015/12/13)。台北：實踐大學。	
	專書		0	本		
	專書論文		0	章		
	技術報告		1	篇	施雅羚、謝珮玲 (2016)。周產期心理健康秘笈：享受生命的喜悅。臺北市政府衛生局出版。	
	其他		0	篇		
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	
				已獲得	0	
			新型/設計專利		0	
		商標權		0		
		營業秘密		0	件	
		積體電路電路布局權		0		
		著作權		0		
品種權		0				
技術移轉	其他		0			
	件數		0	件		
收入		0	千元			

國外	學術性論文	期刊論文		0	篇	謝珮玲(2016)。產後憂鬱之縱貫研究。華人應用心理學大會。北京：國家會議中心。	
		研討會論文		1			
		專書		0			本
		專書論文		0			章
		技術報告		0			篇
		其他		0			篇
	智慧財產權及成果	專利權	發明專利	申請中	0	件	
				已獲得	0		
			新型/設計專利		0		
		商標權		0			
		營業秘密		0			
		積體電路電路布局權		0			
		著作權		0			
		品種權		0			
		其他		0			
		技術移轉	件數		0		件
	收入		0	千元			
	參與計畫人力	本國籍	大專生		0	人次	
			碩士生		5		聘請碩士班研究生張雯婷、張瑜芳、王韻婷、黃詩涵、林俞君擔任兼任助理。
博士生			0				
博士後研究員			0				
專任助理			0				
非本國籍		大專生		0			
		碩士生		0			
		博士生		0			
		博士後研究員		0			
		專任助理		0			
其他成果 (無法以量化表達之成果如辦理學術活動、獲得獎項、重要國際合作、研究成果國際影響力及其他協助產業技術發展之具體效益事項等，請以文字敘述填列。)				1. 辦理103年衛生福利部心理健康促進計畫之「孕產期心理健康」子計畫，辦理孕產期心理健康宣導活動、焦點團體。 2. 擔任104年台中心理健康系列宣導活動主講人，講題為「媽媽的心幸福之道」。			

科技部補助專題研究計畫成果自評表

請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況、研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性）、是否適合在學術期刊發表或申請專利、主要發現（簡要敘述成果是否具有政策應用參考價值及具影響公共利益之重大發現）或其他有關價值等，作一綜合評估。

1. 請就研究內容與原計畫相符程度、達成預期目標情況作一綜合評估

達成目標

未達成目標（請說明，以100字為限）

實驗失敗

因故實驗中斷

其他原因

說明：

2. 研究成果在學術期刊發表或申請專利等情形（請於其他欄註明專利及技轉之證號、合約、申請及洽談等詳細資訊）

論文： 已發表 未發表之文稿 撰寫中 無

專利： 已獲得 申請中 無

技轉： 已技轉 洽談中 無

其他：（以200字為限）

已於國內外學術研討會發表五篇口頭或壁報論文，內容包括嬰幼兒母親人際團體心理治療經驗分析、效果分析，並已進一步邀請嬰幼兒母親進行個別訪談，探討其母職經驗與原生家庭經驗的內涵與關聯。目前正將研究結果撰寫為期刊論文，預計將對嬰幼兒母親育兒經驗之性質，以及人際取向團體治療之實施方式、成員經驗與效果提供豐富的了解。

3. 請依學術成就、技術創新、社會影響等方面，評估研究成果之學術或應用價值（簡要敘述成果所代表之意義、價值、影響或進一步發展之可能性，以500字為限）

於學術面向，提出人際取向團體對嬰幼兒母親之效果、適用性、合宜的療程長度、內容，並擴展對孕產家庭面臨的心理健康議題的了解，未來可再探討孕產家庭中長輩與先生的適應狀況，並開發有效的心理健康促進方式。於社會影響面向，主持人已依人際取向團體之內容撰寫為周產期家庭之心理健康衛教單張、擔任孕產婦心理健康講座之主講人，並延續人際取向團體之經驗開設以促進親嬰互動為目標之「親嬰團體」，對孕產期心理健康促進有實質貢獻。

4. 主要發現

本研究具有政策應用參考價值： 否 是，建議提供機關衛生福利部（勾選「是」者，請列舉建議可提供施政參考之業務主管機關）

本研究具影響公共利益之重大發現： 否 是

說明：（以150字為限）

本研究是國內運用人際取向團體於憂鬱傾向嬰幼兒母親之首次實施，發現其對改善憂鬱與促進母嬰關係具有效果，且對母嬰關係的改善效果至少可持續至團

體結束後三個月，未來實務工作者可將療程再予延伸（例如延伸為十二週），並分析延伸後的療程是否可對配偶關係產生療效，並對憂鬱之改善帶來穩定的持續效果。