

# 兒童憂鬱症的預防、輔導及治療

陳慧真<sup>1</sup>、侯禎塘<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 台中教育大學特殊教育學系碩士班研究生

<sup>2</sup> 台中教育大學特殊教育學系副教授

健康的兒童是國家未來發展的指標，更是未來的希望，然而隨著社會的變遷，過去認為兒童時期是一個快樂、無憂無慮的年代，不會有憂鬱症出現(Mash & Wolfe, 2002)，但是今日的社會多元紛雜，兒童憂鬱情緒卻有逐年增加的趨勢，無形殺手正逐漸侵蝕兒童的心靈，台北縣有一所國小六年級女童被發現上吊自殺，警方從女童的筆記本中發現字裡行間透露出自殺念頭，事件發生後震驚台灣社會，兒童憂鬱疾患的問題再度引起專家學者的重視(張高賓，2006)。Beautrais (2000) 就指出在兒童與青少年時期中，自殺行為通常與憂鬱有正相關，而且自殺比率逐年提昇。因此兒童憂鬱症的預防已是不可忽視的一環，以下針對憂鬱症兒童的症狀、成因、預防、輔導方法及治療策略、進行分析及探討，以提供學校教師及家長們參考。

## 一、兒童憂鬱症的症狀

憂鬱症兒童的症狀較不明顯，其內顯行為較不易被人注意，加上情緒表達能力不夠，人際關係欠佳，常使憂鬱兒童處在孤立的世界。兒童通常以脫序的行為來表現自己的憂鬱，當出現退化、尿床或過動、攻擊、拒學等行為，就要注意兒童是否正處在憂鬱狀態(游淑華，2003)。Strongman (1987) 亦指出憂鬱症通常被認為包含五組特質，雖然它可能受到其他許多情緒狀況的惡化，諸如焦慮：(1) 一種悲傷、冷漠的心境；(2) 一種負面的自我概念，包括自我責備、自我歸罪等一種避開其他人的願望；(3) 失眠、食慾不振、性慾低落；(4) 活動水平的變化，通常朝著缺乏興趣的方向，但有時(5) 可能採取激躁不安的形式(引自游恆山譯，2002)。通常憂鬱症兒童會感覺悲傷、焦慮以及對人際互動的被動，在 DSM-IV 定義(American Psychiatric Association, 1994) 兒童疾患中，並沒有給予憂鬱症一個正式的診斷，但大體上來說，其表現與成人相近，茲分別就生理、情緒、思考、行為及人際關係五個層面，論述症狀如下(Oster & Montgomery, 1995)：

### （一）生理層面

生理（physical）改變，在飲食與睡眠上會出現問題，胃口不好，容易早起，並且會覺得整天都很累；另一方面，會出現身體上的抱怨，可能出現頭暈、頭痛、睡不著、易倦、食慾降低、便秘或腹瀉、尿量減少等，而且平常應有的活力也會消失。

### （二）情緒層面

心情（mood）轉變，兒童會自覺出現比平常強烈以及持續的難過感，並且可能會伴隨其他的情緒如：焦躁不安、易怒、罪惡感、羞愧感、感到悲傷、無助及低自尊、沒信心等。

### （三）思考層面

思考（thinking）轉變，個體會被其內在自我批評的想法及緊張所佔據，思考速度減慢，推理能力降低，並且對未來感到悲觀。除此之外，注意力也較無法集中、記憶力、決定事情的能力上皆出現問題，若有事情的結果不好，就會開始責怪自己。

### （四）行為層面

行為（behavior）轉變，變得容易出現躁動、活動量減少、說話變慢、哭得很激烈等行為，至於活動量減少可能會由社交量減少來表現，對喜歡的活動失去興緻，常有哭泣行為、行動變得比較慢、話少、聲音小。另一方面，處於憂鬱狀態的兒童亦有可能出現一些負向的行為，說話諷刺他人、出現破壞行為等，而極少數會有幻覺，若出現以聽幻覺居多。

### （五）人際層面

人際（interpersonal）轉變，通常是退縮，但兒童有可能會以別種形式表現，如以易怒的方式呈現，容易因為一些小事情而失望，或是容易發脾氣、與他人爭吵、情緒化，甚至於對人際互動採拒絕的態度，使得旁人難以與之親近。

## 二、兒童憂鬱症的成因

兒童憂鬱症的產生，存在於生物學和心理學層面的因素及促發因子間的交互作用影響。導致憂鬱症的原因很多，其可能之導因有：遺傳因素、智能、腦內神經傳導物質不平衡、自我攻擊、認知、習得無助感、生活壓力、家庭關係不良、人際關係、生活壓力事件等均可能與兒童憂鬱症的發生息息相關。以下分項說明：

### （一）生理因素

兒童憂鬱症發病相關生理研究中含基因遺傳之多項中樞神經傳導物質障

礙，如血清素（serotonin）與正腎上腺素（norepinephrine）不足所致（林清華，2003）；脂質代謝障礙；細胞免疫（cell mediated immunity）機能活化及下視丘-腦下垂體-腎上腺皮質系統（Hypothalamus-pituitary-adrenocortical Axis, HPA Axis）活性過高（陳純誠，2001； Wang, 2000）。

## （二）智力因素

兒童憂鬱症產生的原因也有可能是智能因素，憂鬱的兒童常使用較無效率的方法去解決問題，以致發生錯誤，低學業成就的兒童與有學校恐懼症的兒童都容易有憂鬱症，而憂鬱症的兒童因智能較差，學業成就也較低下，可能導致較多挫折，因而產生憂鬱感。

## （三）人格特質因素

兒童特質也是影響憂鬱的一個重要因素，兒童特質與憂鬱或沮喪密切相關，過於壓抑的特質較會出現一些焦慮、憂鬱、激動及身體不適的現象，而壓抑負向情緒的表達，會使個體習慣性將負向情緒隱藏在心中而無法得到處理，並進而容易導致憂鬱。因此在遇到壓力情境時，易呈現明顯焦慮不安的情緒，而當壓力情境消失後較不易恢復到正常的狀態，憂鬱與焦慮有顯著相關存在；此外憂鬱症兒童會有負向自我態度、自我毀壞的傾向、過於自卑、低自尊、完美主義者、挫折容忍力低和過於依賴性特質的兒童，或容易被壓力擊潰等都會使人較易罹患憂鬱症。

## （四）人際互動因素

兒童憂鬱者由於缺乏適當的社交技巧以及缺少社會支持的來源，於是在孤立的社會情境中，伴生了許多的社交挫折，憂鬱與社交能力的因果關係並不能因此定論，但二者相互影響，相伴出現的現象，仍說明了兒童人際行為在憂鬱情緒中所扮演的重要角色（莊智鈞，2004）。因應技巧不佳也是憂鬱症重要因素，憂鬱症兒童在面對壓力事件時，較會尋求情緒放鬆，較少使用以問題為焦點的因應方式，也常有逃避的傾向。

## （五）認知因素

根據 Beck（1979）的認知理論，憂鬱兒童因為具有負向想法，使他認為自己是有缺點的、無能的、沒有價值的，而且認為他沒有辦法克服障礙達到目標，另一方面他也認為自己所遭遇的困難或苦難，會一直持續下去，因此對未來感到無望。特別在遭受外在生活壓力時，更容易產生失望、沮喪、罪惡、以及失去興趣等憂鬱情緒。當這種負向想法愈大時，憂鬱症狀也愈嚴重。憂鬱症的認知偏差是指採用一些不合邏輯的思考習慣。憂鬱症患者因為具有上述這些負面的思考特徵，使得他們在遭受外界壓力時，容易產生沮喪憂鬱的情緒。若患者能改變它的思考習慣，採用較具彈性的、較成熟的思考方式，則可改善並

預防憂鬱的情緒。

此外導致兒童憂鬱症的發生或是復發，認知模式與認知偏差，也是影響因素之一，從家庭與學校的觀察中，可以發現兒童憂鬱，常也具有負向的基模，這套負向基模使他們在解釋外界環境與自我時，較容易產生認知上的扭曲，及負向的自動化思考。Perris (1989) 提出有關兒童憂鬱症的認知理論中有一個很重要的觀念是基本不良功能的假設或不良功能的基模(basic dysfunctional assumptions or dysfunctional schema)，此假設或信念表現出個體在生活中的一種與生俱來且持續性的特徵，且經常和幼兒或童年經驗有關，如孩童時的創傷經驗，負面的生活事件，包括失去親人、身體重大疾病等，以及各種環境中發生足以影響個人之重大事件，都有可能導致兒童憂鬱症。

可見兒童憂鬱症的發生，常常是由於生理、心理和人際互動、環境等方面因素相結合而導致的。

### 三、輔導機制

兒童缺乏成熟的心理，且認知結構不足以能去表達這些問題(American Academy Family Physicians, 2000)，兒童憂鬱症若是未能得到適當的治療，將有可能走向自殺之途，尤其是一些高危險族群，像曾有自殺意圖、極度無望或是社會孤立等，更需要特別的支持與協助。目前校園環境中，有些兒童、青少年正被沮喪、焦慮不安和挫敗所苦，學校應建立一套輔導機制，提供學生適當的支持與協助。以下以三級預防觀點，探討兒童憂鬱症的處理 (Gultin&Renolds,1999；黃政昌，2001)：

#### (一) 初級預防

塑造健康的兒童為預防兒童憂鬱症的首要工作，初級預防的基本概念是以提供服務以增進個人健康。兒童憂鬱症的初級預防可以有列具體做法：

1. 妥善規劃環境：改善環境，避免不良環境，以身作則，示範適度表達和宣洩情緒，可培養能獨立進行的興趣，如畫畫、聽聽音樂，可以轉移注意力與情緒抒發 (羅筠，2005)，避免過多的壓力，建立求助專線及進行篩選與評量以發現危險個案。如需轉介，介入前必須評估個案活動量、社交情形、自我控制能力等，然後再提供後續評估與服務。
2. 提供教育與輔導服務：與社區內最近的心理醫師建立聯絡網，提供諮詢、心理服務策略及提供同儕協助服務與藉由同儕合作完成特殊工作等。舉辦發展性的團體輔導，使社會適應能力較弱兒童加強應變能力。增進適應能力，具體內容包括提供會心團體、社交技巧訓練課程、應變策略訓練、成

長團體等方式，可訓練兒童真正去面對問題，試著增加兒童思考的彈性度，藉以增進兒童自我成長。在初級預防階段，學校輔導可結合特殊教育、相關專業和行政人員，針對全校師生、家長提供上述相關服務，以提昇相關知能，預防憂鬱症狀兒童的發生。

## （二）次級預防

及早發現及早治療，對於已出現症狀的憂鬱症兒童，可與家長溝通，瞭解兒童的學習情形及生活起居，並提供家長親職教育及輔導兒童的方法，亦可透過心理諮商來避免兒童病情惡化。其諮商過程可分為三階段：

1. 建立諮商關係、評估目前的困難，包括憂鬱症狀、生活問題、相關的負面思想及是否有無助感與自殺意念。
2. 設定諮商目標、找出負面思考與憂鬱的關聯及可能的改變，選擇治療目標、共同找出適當的家庭作業，然後開始治療。
3. 瞭解憂鬱的成因，提供支持性的心理治療或接受藥物治療。在此階段中，須以專業團隊的模式進行，可能的人員包括導師、輔導教師、特教教師、心理師、社工師、精神科醫師、家長等皆必須協同合作，方能提供學生適切的服務。

## （三）三級預防

三級預防強調復健的概念，具體作法包括：持續提供醫療及心理治療、連結社區資源網路、監控和持續追蹤等。在此階段，輔導單位必須對個案持續追蹤，並彙整完整輔導紀錄，視兒童情況提供繼續的支持與協助（楊俊威，2005）。並讓憂鬱症兒童感受到溫暖，以協助其適應社會、家庭和學校。

# 四、兒童憂鬱症的輔導策略

面對有憂鬱症症狀之學生時，應評估憂鬱的程度、類別心理、人格因素和外在環境等作為處遇的參考。針對需要輔導的個案，則可利用以下策略進行輔導：

## （一）傾聽同理

以溫暖、關懷、真誠的態度，鼓勵兒童說出自己內在的感覺，傾聽兒童的問題（許雅惠，2003）。針對因心理問題所造成的憂鬱，輔導者應盡量以開放式問話方式，引導兒童將內心的感覺表達出來，除了減低兒童的心理焦慮外，還可提高兒童承受問題的能力，幫助兒童恢復他對內在情感的控制。

## （二）增強抗壓能力

教導兒童減低負向情緒的技巧，並鼓勵兒童多參與各種社交活動或團體活動，轉移兒童對於壓力或挫折的注意，輔導者應多觀察兒童的言行思想，充分

掌握個體的情緒狀態，在遭受挫折或面對生活壓力事件時，反應相當敏感且極端，情緒起伏波動大，並可引導情緒宣洩與壓力調適之方法，或教導肌肉放鬆技巧，舒緩緊張不安或憂慮的情緒。

### （三）行為和社會技巧的訓練

憂鬱症兒童在人際間易產生焦慮、無法適當表達自己的想法、情緒，在人際互動中易受到排斥，運用晤談、鼓勵情緒表達、澄清、溝通分析、問題解決的人際關係心理治療，角色扮演法、行為改變技術、自我增強、模擬練習鼓勵兒童自我記錄監控、行為和社會技巧的訓練內容如日常活動表的安排、達成目標的訓練、從事決定的訓練、自我強化的訓練、社交技巧的訓練，另外還可配合一些放鬆訓練及系統減敏感法來減除焦慮提昇自我概念（阮美蘭，1995；簡明建，1999；謝碧玲，2002）。

### （四）支持系統

憂鬱症兒童因興趣、活動力減低，社交也出問題，變得鬱鬱寡歡與逃避。躁鬱症則在發病時常有對家人或朋友暴力攻擊以至家庭與人際互動不良，然而內心確渴望家人的關懷與支持。輔導者必須協助憂鬱症兒童與家庭建立支援系統，幫助兒童重新面對未來環境的挑戰。家庭與學校是兒童最常接觸的地方，就家庭方面，輔導重點在於維持家庭環境氣氛的穩定，管教方式宜適當，適度的關心等；學校方面，輔導重點在於讓兒童了解其長處，以及受人歡迎之處，建立兒童的自信心。並鼓勵同儕多接觸有憂鬱困擾兒童，切勿孤立兒童（張高賓，2000）。

## 五、兒童憂鬱症的治療策略

兒童憂鬱症的治療除了藥物治療之外，應視兒童需要給予如心理治療、認知行為治療、團體治療或藝術治療等治療協助，以共同協助憂鬱症兒童克服疾病（Hollon, Thase, & Markowitz, 2002）。一如運用心理治療，減少壓力環境亦或是自我調適，也可輔以運動及飲食治療，無論使用那一種方法治療兒童憂鬱症，如過早放棄治療、治療不完全或疏於追蹤輔導，常是容易復發的原因。以下說明治療策略：

### （一）認知行為治療

兒童憂鬱易陷於自責與悲傷的情緒之中，通常會從負面及自我批評，誇大失敗而貶抑成功。治療的重點在提昇兒童的自我形象和改變對外在事物的看法。認知行為治療的信念，認為當一個人學會停止負面思考模式，情緒就會好轉。治療師會幫學生找出負面思考的根源，測試這些想法的可信度，引導發展

出新的思考方式，並且幫助其練習用這些新的方式來面對各種處境（洪希勇，2004）。認知行為治療的運用策略及技巧如下：

1. 兒童常把失敗歸因於穩定可預測的、內在的因素，因此容易產生一些無助的感受，而教導個人對成功和失敗正確的歸因，則能克服自卑的策略。再透過行為改變法，運用示範、模仿、增強，教導其社交技巧，增加個人與社會互動的能力。
2. 訓練兒童紀錄及監控活動、安排活動，體會成功的感覺，挑戰負面思考，並對事件有較真實和令人愉快的解釋和反應。
3. 傾聽兒童非理性的自我語言，澄清其偏頗的態度，改變消極的行為，以提高自尊，建立信心。

## （二）團體治療

團體治療又稱團體心理治療（group psychotherapy）乃是將心理治療技術運用於一群兒童，在團體環境設施的脈絡中，發展成員與成員之間、成員與治療者之間的各種互動關係，能增進人際互動，促進成員改變或調適的一種方法，也可提供情緒宣洩管道（yalom, 1985）。兒童的團體治療技巧亦可運用如心理劇、藝術活動等媒介，讓兒童在溫暖、關懷的環境中，進行創造性藝術表達及分享，學會人際互動與情緒抒發。

## （三）藥物治療

使用藥物之前，應對憂鬱症兒童生理現象透徹瞭解（游淑華，2003），一般而言，藥物是做為輔助性的治療，非主要治療，且建議在其它輔導、治療方式無效果時，才考慮輔以少量藥物，而六歲以下幼童不考慮使用藥物，藥物治療多以輔助減少或降低兒童憂鬱症狀。兒童憂鬱症常用的藥物是：

1. 三環、四環抗鬱劑(tricyclic antidepressant)，可抑制血清張力素及腎上腺素的重新吸收作用，進而延長此類物質的活動週期。在服用後兩、三週才會顯現效果，但因服用後有口乾、便秘、眩暈等副作用，使得兒童不再續服而治療失敗，當出現副作用時，可以教導兒童含一口水慢慢吞下去，減輕口乾感到的不適，如有出現便秘，可以鼓勵每天喝 6 至 8 大杯水，但睡前請勿喝大量水；多吃蔬菜、水果；如仍無法改善可在醫師的指示下，使用少量的軟便劑，若有眩暈，鼓勵多休息，如改變姿勢下床坐起時，行動要緩慢，避免過度晃動之眩暈（胡海國、林信男，1995；邱麗蓮、陳美君，2002；林清華，2004）。
2. 新一代的抗憂鬱藥物，有血清素吸收抑制劑（Serotonin reuptake inhibitors, SSRIs），可以改善大腦血清素、或是正腎上腺素的調節分泌，如：百憂解(Prozac)、克憂果(Seroxat)、無鬱寧(Luvox)、樂復得(Zoloft)、速悅(Efexor)、

歐蕾思(Aurorix)、美思鬱(Mesyrel)等等，副作用較少，效果在 1-2 週心情就開始改善，3-4 週情緒就幾乎回到水平（張豫立、周美惠、林明芳，2002）。林清華（2003）指出 SSRI 因為安全、病人忍受度高、服藥簡單，是治療憂鬱劑的第一線用藥，服用藥物時，也應儘可能以支持性治療法逐漸取代藥物的使用。

#### （四）支持性心理治療

透過家庭和學校與兒童之間支持性的關係，運用傾吐、稱讚、建議、再保證和環境安排等技巧，找出其被動、依賴、憤怒和挫折的心理衝突，在治療中適度的讓患者明白，對於缺乏主見與自信的兒童，運用正向增強、肯定訓練等方式，以增加自我強度。對於不適應的行為，則可教導因應技巧。

#### （五）藝術治療

藝術治療結合心理治療與表現性藝術（如音樂、舞蹈、戲劇、運動、視覺藝術等）兩大領域的心理治療專業技巧（陸雅青，2005）。藝術治療的溝通方式，具有整合時空關係的特色。藝術創作的過程中，兒童可透過不同的媒材的刺激，有新的表現方式和新的體驗，繼而能更自由地開發自我潛能，獲得自我成長與創新（侯禎塘，1987；賴念華，1994；陳學添，2001）。

## 六、結語

兒童憂鬱症需要良好的社會支持系統與人際互動，學會獨立與增進其自信心及面對問題的勇氣。Kovacs（1996）提出在兒童憂鬱症的復發是有可能的，而且病情會隨著每一次的復發而更加嚴重，並且病發時間亦有可能會加長（Kovacs, 1997；Post & Weiss, 1997）。兒童憂鬱的輔導應考量個案的個別差異，若能事先防範於未然，及早察覺，而有不同的處置輔導策略或治療措施，教導兒童憂鬱者面對與學習因應策略，或是運用認知與行為治療，需要時輔以少量藥物治療，減少發病或復發之機率，使「三級預防」的理念，得以發揚，以為社會之福祉。

## 參考文獻

- 林清華（2003）。憂鬱症的藥物治療。《臨床醫學》，51（3），168-179。  
林清華（2004）。《精神藥物學—憂鬱症、焦慮症及失眠之治療》。台北：合記。  
侯禎塘（1987）。《藝術治療團體對特殊學校肢體殘障國中學生人格適應之影響》。國立台灣教育學院輔導研究所碩士論文。



- 洪希勇 (2004)。從認知觀點談校園憂鬱症的輔導。**師說**, 178, 47-51。
- 洪美連 (1999)。校園憂鬱症問題的探討。**諮商與輔導**, 165, 12-15。
- 張高賓 (2000)。校園憂鬱症之輔導。**國教天地**, 142, 51-54。
- 張高賓 (2006)。台灣南部地區兒童憂鬱疾患流行率之調查研究。**屏東教育大學學報**, 25, 39-76。
- 許雅惠 (2003)。無條件積極關注：一個在個人中心治療中引起爭論的基本態度。**輔導季刊**, 39 (2), 57-61。
- 胡海國、林信男 (1995)。**生物精神醫學**。台北：健康文化。
- 張豫立、周美惠、林明芳 (2002)。憂鬱症之藥物發展新趨勢。**臨床醫學**, 49 (3), 169-176。
- 阮美蘭 (1995)。兒童憂鬱症的認知行為治療。**國民教育**, 35, 20-24。
- 黃政昌 (2001)。學校三級預防策略之探討。**諮商與輔導**, 184, 19-23。
- 邱麗蓮、陳美君 (2002)。**精神科藥物衛教手冊**。台北：匯華。
- 楊妙芬 (1996)。憂鬱的成因與輔導。**學生輔導雙月刊**, 47, 62-69。
- 游恆山譯 (2002)。**情緒心理學—情緒理論的透視**。台北：五南圖書出版公司 (原著：strongman, K.T.)。
- 楊威俊 (2005)。由學校本位觀點看兒童及青少年憂鬱症狀的輔導。**屏師特殊教育**, 10, 57-67。
- 游淑華 (2003)。兒童會憂鬱嗎？—有關兒童憂鬱性疾患的觀點演變與治療考量。**輔導季刊**, 39 (3), 39-46。
- 莊智鈞 (2004)。憂鬱：從人格心理學不同的學派來探究。**諮商與輔導**, 219, 7-13。
- 楊聰財總編譯 (2003)。**當代精神醫學的診斷與治療**。(原作著：Lewis R. Baxter & Robert O. Friedel, 2003)。台北：合記。
- 劉念肯 (1999)。憂鬱症與心理治療。**諮商與輔導**, 165, 2-7。
- 賴念華 (1994)。**成長團體中藝術媒材的介入—一個成員體驗的歷程分析**。國立台灣師範大學教育心理與輔導研究所碩士論文 (未出版)。
- 陳純誠 (2001)。重鬱症生理病理機轉。**台灣精神醫學**, 15 (1), 3-14。
- 陸雅青 (2005)。**繪畫詮釋—從美術進入孩子的心靈世界 (第三版)**。台北：心理出版社。
- 陳學添 (2001)。**藝術治療介入對受虐兒童自我概念之影響—個案研究**。臺北市立師範學院視覺藝術研究所。未出版。
- 謝碧玲 (2002)。憂鬱症的人際關係心理治療。**學生輔導**, 80, 76-83。
- 簡明建 (1999)。憂鬱症的診斷及治療。**諮商與輔導**, 165, 8-11。

- 羅筠 (2005)。如何處理青少年與兒童憂鬱症？*張老師月刊*，329，124-125。
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Academy of Family Physician. (2000). Depression in children and adolescents. *American Family Physician*, 62(10), 2297-2310.
- Beautrais, A. L. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 420-436.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Plenum Press.
- Gultin, T. & Renolds, C.R. (1999). *The handbook of school psychology* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 705-715.
- Kovacs, M. (1997). Depressive disorders in childhood: An impressionistic landscape. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 287-298.
- Mash, E. J., & Wolfe, D. A. (2002). *Abnormal Child Psychology* (2nd ed.). Belmont, CA: Wadsworth.
- Oster, G. D., & Montgomery, S. S. (1995). *Helping younger depressed teenager: A guide for parents and caregivers*. New York: Wiley.
- Perris Carlo. (1989). *Cognitive Therapy with the Adult Depressed Patient*. In Freeman, A., Simon, K.
- Post, R. M., & Weiss, S. B. (1997). Sensitization and kindling phenomena in mood, anxiety, and obsessive-compulsive disorders: The role of serotonergic mechanisms in illness progression. *Biological Psychiatry*, 44, 193-206.
- Wang, J. J. (2000). Prevalence and correlates of depressive symptoms in the elderly of rural communities in southern Taiwan. *The Journal of Nursing Research*, 9 (3), 1-12.
- Schmall, Vicki, & Pratt, Clara. (1993). Community education on mental health in later life: Findings from a series of model programs. *Journal of mental health administration*, 20, 190-200.
- Yalom, L. D. (1985). *The Therapy and Practice of Group Psychotherapy* (2nd Ed.). New York: Basic Book.