

辯證行為治療運用於邊緣性人格疾患及其自殺行為之介紹

林美芳* 郎世瑀

摘要

本文針對邊緣性人格疾患之治療進行療效介紹，實徵研究發現辯證行為治療（Dialectical Behavior Therapy, DBT）對於邊緣性人格疾患之介入有相當的療效，特別是在自殺行為處遇。DBT 著重在認知行為層面的介入，其獨特的部份在於加入禪修的概念、辯證的觀點、行為技巧的教導與提升情緒挫折容忍度，藉以訓練個案在不安穩的情緒狀態下仍能維持適應性的生活功能。DBT 團體治療提供心理專業人員對邊緣性人格疾患（Borderline Personality Disorder, BPD）的介入考量與選擇，以 BPD 為對象的團體設計，宜考量其極為強烈、不穩定之情緒與易怒之特質，加上全面性自我認同缺損而致的失功能情緒管理與人際困難，採取更具結構化的策略，此能於有限治療時間中，更有效能的處理目標行為。因此 DBT 對於 BPD 治療為一有效可行之取向，可針對其情緒調節失功能、人際問題、衝動控制不良、與自殺行為提供具體有效的介入。

關鍵詞：邊緣性人格疾患、辯證性行為治療

林美芳* 國立彰化師範大學輔導與諮商學博士生 (mei6105@yahoo.com.tw)
郎世瑀 國立海洋大學海洋法律研究所研究生

壹、邊緣性人格疾患 (Borderline Personality Disorder, BPD)

所謂「邊緣」，乃指介於精神病 (Psychosis) 與精神官能症 (Neurosis) 之間的精神狀態。雖然患者常瞭解自己的處境和遭遇，但他們也可能會有短暫時間失去與現實的接觸，並產生類似精神疾病的妄想 (delusions)，如重複的妄想、神秘性的思考和妄念 (paranoid beliefs) 等，有基本的認同障礙、對生命抱持消極的觀點 (Carson & Butcher, 1998)。Stanley和Brodsky (2001) 在研究中也提到，此類患者不像精神分裂症有嚴重的幻覺，也不像雙極性情感疾患有高度的焦慮，但卻有誇大糟糕的感覺，以及「做得不夠」的傾向，由於呈現出一種行為或精神的不穩定狀態，故目前精神醫學界將其歸類於人格疾患。

邊緣性人格疾患是最常見且最複雜的人格疾患之一，特徵是有其獨特的不穩定性，幾乎遍及個案的許多層面，包括：人際關係、自我意象、情感與行為等。再者，邊緣性人格疾患一般都與衝動性、情感不穩定、易怒 (易興奮)、行為無法自控等有關 (Dinn et al., 2004; Skodol et al., 2002)，其人際關係混亂，通常伴隨物質濫用的診斷 (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin, & Burr, 2000)，更甚者有自傷、自殘等現象，其自殺率更高達10%。換句話說，邊緣性人格疾患之情緒轉換快速且強烈，因此在一般人眼裡認為其性格難以捉摸、不穩定。依據精神疾病診斷與統計手冊第四版 (DSM-IV) 對BPD之定義，其基本特徵為對人際關係、自我意象 (self-image)、情感表現極不穩定，且非常容易衝動的一種廣泛模式，始於成人早期之前，在各種環境背景皆會表現，常與情感性疾患同時發生 (American Psychiatric Association [APA], 2002/2003)。

精神疾病的診斷與統計手冊第四版 (APA, 2002/2003) 明確指出，邊緣性人格疾患乃屬B群之人格疾患。所謂人格疾患則指對環境及自我的認知、關聯、思考模式等失去彈性，造成顯著的功能損害及主觀痛苦。B群人格疾患其特徵大體上來說為不能瞭解、調節及緩和他人情緒，傾向去經驗孤獨、內部空虛的感覺，使自己處於害怕的情境中，研究顯示B群人格疾患似乎對情緒的自我洞察、人際情緒智商的觀點不足，且常描述自己克服負面情緒經驗的能力有限，以及與無法控制憤怒與情緒的問題有關 (Leible & Snell, 2004)。Skodol等人 (2002) 更指出衝動性攻擊是B群人格疾患的中心特質，尤其是邊緣性人格及反社會人格，其衝動性攻擊之行為反應在憤怒的爆發、自我毀滅行為以及衝動。

據DSM-IV估計，邊緣性人格疾患之盛行率約為總人口之2%，且此診斷在女性比男性來的多。此外，邊緣性人格疾患除了有以上特徵之外，尚有一項值得關注，即為「操縱性的行為」。當患者面對真實或想像中的被遺棄時，常藉由「威脅自殺」的手段來阻止伴侶離去 (APA, 2002/2003)。

綜上所述，可看出 BPD 個案易處於情緒不穩狀態且自我意象混亂，因為無法有效自我情緒調節，加上衝動行為不受控制下，易因感受人際被拋棄與忽視而衍生自我傷害與自殺舉動，並試圖控制他人的離去與拋棄。在精神疾病中，邊緣性人格疾患與自殺行為之關聯性高，吳秋玉、楊美賞 (2009) 指出此疾患其症狀

輕則憂鬱、焦慮，在易怒的狀態中搖擺不定，重則自殘自傷，自殺死亡率約為 8% 至 10%。文獻特別指出針對邊緣性人格患者運用辯證性行為治療 (Dialectical Behavior Therapy, DBT) 為有效的取向，其可以有效降低 BPD 嚴重問題行為，包括自傷行為、自殺企圖、自殺意念、無望、憂鬱與暴食 (Mohr, Brandt, Borrás, Gillieron, & Huguelet, 2006; Robins & Chapman, 2004; Roth & Presse, 2003)。DBT 屬於認知行為治療取向，為針對邊緣性人格疾患所設計的治療方法，故本文特別針對邊緣性人格疾患之核心問題 (即自殺行為) 進行整理，並介紹辯證性行為治療運用在邊緣性人格疾患之相關研究與療效及改變之機轉。

貳、邊緣性人格疾患與自殺行為之團體治療相關研究

邊緣性人格疾患之自傷或自殺行為有其背後動機與重複性，本文將先進行重複自殺與蓄意自殺行為之團體治療介紹，並接著描述邊緣性人格疾患及其自殺行為之團體治療相關研究。

一、重複自殺與蓄意自殺行為之團體治療相關研究

Bergmans 和 Links (2002) 針對重複自殺企圖個案進行心理社會／心理衛教團體介入之描述，此被認為能有效減少未來自殺行為的風險、修正個案心理病理狀況。介入方案相較其他策略有其獨特之處：首先，介入對象都來自都市男女，常常無固定居所 (underhoused)、未充分就業 (underemployed) 與未充分受教育 (undereducated)，48 位個案中有 24 人 (50%) 獨居，並且 92% 的人生活在有津貼補助的住宅，33% 居住在支持性住宅，其中一位於評估期間無家可歸，48% 有高中或以下教育程度；再者，介入內容為多元模式取向，包括技巧和策略發展五種模式，分別為個人安全、心理衛教、情緒智商、人際關係與問題解決，每週進行一次，每次 1.5 小時，每一團體包含 6 至 8 位成員，共進行 20 次團體；治療結果顯示 84% 個案報告在治療介入 6 個月中，自我傷害行為有減少，最常被報告改善的部份為情緒表達能力增加、能察覺自身情緒狀態並尋求適當協助。

Guthrie 等人 (2001) 針對 119 位蓄意自我毒害且送教學醫院急診處置之成年，進行隨機控制實驗設計，實驗組進行 4 次居家短期心理動力人際治療，對照組則進行一般醫療處置後轉介給病患的家庭醫師 (general practitioner)；結果發現實驗組相較對照組在 6 個月後追蹤，顯示在自殺意念分數 (貝氏自殺意念量表) 顯著減少、報告對治療有較高滿意度，且報告較少重複的自傷企圖 (實驗組與對照組分別為 9% 與 28%)。研究指出短期心理動力人際取向治療，對於蓄意自我毒害的個案是有效的治療方式。

Raj·Kumaraiah 和 Bhide (2001) 針對蓄意自傷病患進行研究，實驗組 (n=20) 參加為期 10 次之認知行為治療，控制組 (n=20) 接受慣常之藥物處置。認知行為介入內容包括：認知方法、行為方法、問題解決技巧訓練，及與病患重要他人

進行行為取向諮商。評估內容包括智能評估 (Mini-Mental State Examination, MMSE)、標準化人格評量 (Standardized Assessment of Personality, SAP)、自殺意圖量表 (Suicidal Intent Scale, SIS)、自殺意念量表 (Scale for Suicide Ideation, SSI)、無望感量表 (the Hopelessness Scale, HS)、失功能態度量表 (Dysfunctional Attitude Scale, DAS)、問題解決量表 (Problem Solving Inventory, PSI)、住院焦慮憂鬱量表 (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)、敵意與衝動性量表 (Checklists to assess hostility and impulsivity)、半結構訪談表 (Semi-Structured Interview Schedule, SSIS)，治療結束後 3 個月，針對兩組進行追蹤評估，結果分析發現實驗組除了衝動性外，在其他變項皆有顯著改善。

Byford 等人 (2003) 指出蓄意自傷行為耗費醫療成本，包括後續治療與自殺完成，而任何治療處置若能減少蓄意自殺的發生，將對醫療成本的損失提供極大的貢獻，因為由其所致之疾病或過早的死亡，造成醫療資源浪費與生產力的磨損，故其針對手冊基礎的認知行為治療 (manual-assisted cognitive behaviour therapy, MACT) 進行成本效益之研究，將 480 位重複自傷行為病人隨機分配到實驗組與控制組，實驗組進行 MACT，控制組為一般醫療處置 (藥物組)，經濟學資料 (economic data) 在個案基準期、第 6 個月與第 12 個月蒐集，最後有效樣本數為 397 人。成本—效益增量 (incremental cost-effectiveness) 透過結果變項的評估 (經濟學資料)、重複自傷再發的比率與生活品質來取得，而周圍成本與效益不確定性 (the uncertainty surrounding costs and effects) 則透過成本效益可接受曲線 (cost-effectiveness acceptability curves) 獲得。結果發現採用 MACT，相較於控制組，在 1 年的追蹤研究中，對於減少重複蓄意自傷行為是一更有效益之策略。採用一般醫療處置並拒絕 MACT 策略介入，在考量成本效益之醫療決策正確率低於 10%，表示相較於一般醫療處置組，MACT 對於減少蓄意自殺行為的處置效益較高。

上述重複自傷與自殺個案進行之研究，主要以心理衛教、問題解決技巧訓練、心理動力人際取向、認知行為治療進行，而介入方案又以認知行為取向為主，再者，針對認知行為團體心理治療與一般醫療處置也提出成本效益之考量，研究也指出認知行為團體心理治療的介入，對於自傷與自殺個案為更有效益之策略。

二、邊緣性人格疾患及其自殺行為之團體治療相關研究

Rathus 和 Miller (2002) 針對邊緣性人格特質合併自殺行為青少年進行辯證性行為治療 (Dialectic Behavioral Therapy, DBT)，研究設計如下：DBT 團體 (29 名) 接受 2 週一次、為期 12 週之治療，內容包括個別治療與多元家族 (multifamily skills training group) 技巧訓練團體；另一組為慣常性團體治療，每 2 週進行一次為期 12 週，包括個別支持性心理動力治療，加上每週家族治療。研究發現儘管 DBT 組治療前有較多嚴重的症狀，然而，治療期間有顯著較少的精神科住院率，且相較慣常性治療組有顯著較高的治療完成率。在自殺企圖次數部分，兩組無顯

著差異。檢視 DBT 組治療前後之差異，結果顯示自殺意念、精神科症狀與邊緣性人格症狀顯著的減少，顯示 DBT 對於有邊緣性人格合併自殺行為的青少年似乎是一項有效的介入方式。

Bohus 等人 (2000) 針對邊緣性人格疾患住院病人進行前瞻性 DBT 評估，DBT 為 Linehan 發展用於門診慢性自殺行為之邊緣性人格疾患之治療法。至目前為止，相關研究皆著重在門診病患之治療，因此若將此治療方式應用於住院病人需進行修正與改善，故該研究者試圖針對住院病人團體發展 DBT 治療策略，包括為期 3 個月的住院處置與出院後的長期介入。在 24 位女性的試驗性研究中，針對入院與出院 1 個月後心理病理與自我傷害進行比較，結果發現在憂鬱、解離、焦慮與全面性的壓力有顯著的改善，且作態性自殺行為也呈現顯著減少。

Menchaca-Pérez 和 Peralta (2007) 針對邊緣性人格疾患門診病人進行一種團體治療稱為 Intermittent-continuous eclectic therapy (ICE)，此治療方式之試驗性研究發現，針對 15 位年齡介於 15 至 40 歲邊緣性人格疾患門診病人進行 ICE 與 1 年後續追蹤，結果發現病人在自我攻擊與一般症狀上有改善。

針對邊緣性人格疾患自殺行為之文獻回顧發現，主要以認知行為取向—DBT 為介入方式，另外，由於邊緣性人格疾患更容易有精神科住院之處置，而 DBT 原本發展來服務邊緣性人格疾患門診病人，因此對於住院病人之 DBT 介入方式研究者也提出須修正與改善的考量。因邊緣性人格疾患之核心症狀為自殺行為問題，未來探討邊緣性人格團體治療模式時，需要考量自傷與自殺議題之有效介入模式。本文後續將針對邊緣性人格疾患更深入的了解與介紹。

參、辯證行為治療 (Dialectic Behavioral Therapy, DBT)

一、「辯證行為治療」哲學背景及基礎

辯證行為治療由 Linehan 於 1993 年創立，強調「接納」可以促使「改變」，「改變」可以促進「接納」。DBT 結合了認知行為治療、行為科學、辯證哲學及禪修的治療取向，採取平衡的治療策略。「辯證行為治療」中的「辯證 (Dialectical)」出自古典哲學，代表一種不斷在正反辯證發展的狀態。例如，對某個議題的主張視為「正的」，另外形成與「正的」所對立的反論述，辯證的過程便是在兩個極端中間尋求「整合」，將兩種極端中值得保留的部分融合一體，且試圖分析解決兩極矛盾之處。如此的「整合」隨後形成下個辯證循環的「正」主張，因此「真實」即是在不同時空、不同人之間交互整合的歷程，而非在任一極端、不可動搖的事實 (Feigenbaum, 2007)。透過正念禪修的技巧運用，來處理個人的注意力和各種意念、妥善處理自己的情緒、有效處理人際關係、接受現實及忍耐現實的困擾 (Linehan, 1993)。

DBT 治療模式假設 BPD 患者缺乏人際互動與自我調節之核心技能；且個人與環境因素經常阻斷或抑制行為技巧的使用，或是強化不適應的行動。DBT 被使用

來強化學習新技巧，內化這些學習的技巧到患者的資源庫中以資其所需時使用，且可以類化新學習至所有情境脈絡。此學習理論的原則主要強調行為會透過正負增強而持續或增加，並會透過懲罰而減少或消失，更甚者透過漸進的消退而移除之前受強化的不適應行為。如同行為治療取向之根本，DBT強調對於失功能行為的刺激辨認學習，此失功能行為來自之前的制約學習。

DBT為結構性手冊之治療取向，其內容涵蓋每週60至90分鐘的個別治療、技巧訓練團體治療、電話諮商與個案管理及治療師的督導 (Linehan, 1993)，相關治療內容將整理如下表1 (Feigenbaum, 2007)。在DBT中，特別是行為科學強調行為改變，對無法自我確認 (self-invalidation) 的邊緣性人格病人而言，行為科學中的問題解決等面對困境的調適方法，需要有特別的技巧來均衡，故基本的辯證便包括治療師的「接納」(Acceptance) 及「確認」(Validation)，並以禪修中覺察觀照 (Mindfulness) 的精神，協助個案察覺內心無法被肯定的情緒狀態，並不帶評價地加以描述、整理與表達 (Feigenbaum, 2007)。針對Validation, Linehan (1997) 提出6個層面，且各個層面的有效性皆包含前面所有要素，如下表2所列。

二、「辯證行為治療」的治療目標可分為五個階段

第一階段：又稱為前承諾期 (pre-commitment)；目標在向個案解釋治療模式與提供同理支持，個案須承諾減少自傷行為、處理人際困境且發展新的因應技巧，再者，試圖提升個案改變的動機並且讓其了解改變的困難是存在的。第二階段：由行為失控位移到行為控制；目標一為降低自殺及自傷意念或企圖，目標二為降低干擾治療的行為，目標三為降低破壞生活品質的行為，目標四為幫助學習

表 1 辯證行為治療 (DBT) 涵蓋之治療模式

治療模式	治療內容
1. 個別治療	包括支持性技巧，如反映式傾聽、同理與接納等；問題解決模式，如行為技巧訓練、認知修正、情緒覺察等；必須針對其自殺行為發生前之環境或行為事件進行行為分析，並且與個案討論有無其他解決的方案，與一同檢視干擾有效調適的因子。治療重點在強調指導個案如何處理情緒變化及其影響，而非減少或拯救他們的危機。
2. 技巧訓練團體治療	以行為技巧衛教為主，內容包括人際關係技巧、挫折忍耐或接納現實技巧及情緒調節技巧。
3. 電話諮商與個案管理	提供個案練習所學的行為技巧，並促進行為技巧運用於真實情境中，再者透過與家屬的會談或透過各式真實情境的教導，增強使用新技能的能力與信心。
4. DBT 的督導／諮商團隊	治療中不可或缺的一環，協助治療師保持在治療架構中，並且能處理治療過程中發生的問題。

表2 Linehan所提出之六個層面確認 (validation)

層面	內容
Validation I	著重於傾聽與觀察，例如透過口語或非口語方式促進、引導個案自我探索。
Validation II	正確的反映 (reflection)，透過不評斷的方式，治療師如同個案鏡像般回映其想法、情緒與行為。
Validation III	對未明說的情緒與心理狀態提供理解與同理。
Validation IV	主要著重在形塑目前行為的過去來源，試圖從過去生活史的觀點提供對目前行為的理解，如「因為你自如此的環境中生長所以對於你的行為我能理解」。
Validation V	在層面4的基礎下指出目前不適應行為弊多於利且對自身有危害。
Validation VI	治療師以真誠、平等的觀念與態度，抱持相信個案自身特質的優劣條件 (就如同一般人一樣)，並相信其有自我實現的能力。

新的行為技巧，如控制注意力、活在當下、建立或改善人際關係、瞭解情緒狀態、提升痛苦耐受與不自傷的技巧。第三階段：由壓抑情緒位移到體驗情緒；處理因過去創傷經驗而被壓抑的情緒，使其能被體驗、接受與釋放。第四階段：建立平常的生活，解決日常生活中面臨的問題；幫助個案一起解決日常生活中人際關係、工作與生涯規劃、婚姻相處等問題，藉此提升個案自尊。第五階段：由不完整 (incompleteness) 位移到圓滿熟練 (completeness)；針對個案所想到的空虛感及存在議題討論及處理 (Feigenbaum, 2007; Linehan, 1993; Linehan, Heard, & Armstrong, 1993; Linehan et al., 1999)。

過去多數研究主要針對DBT對BPD之療效進行研究，且已獲致良好的實證療效結論，近期已有研究轉而針對DBT促進改變之機制進行檢證，以下即針對促使BPD改變之基本歷程與機制進行介紹。

三、辯證行為治療 (DBT) 在邊緣性人格之療效與改變機制研究

Sneed、Balestri 和 Belfi (2003) 以個案報告方式進行研究，對象是有作態性自傷、自殺企圖 (parasuicidal behavior) 之門診邊緣性人格疾患病人，並運用 DBT 於精神科急診室的處置策略；其指出 DBT 有別於其他傳統治療取向，它提供情緒失調的病人一個理解架構去看自身混亂的人際生活，說明執行辯證性干預的意義與重要性，著重在讓個案處於失衡狀態且逐漸增加改變的穩定性，在 validation 的脈絡下，治療目標為接受自身情緒且修復一個具有溝通功能的情緒能力。

Harned 和 Chapman (2008) 針對有第 I 軸診斷且共病有重複自殺或自傷行為的邊緣性人格病人進行研究，結果顯示 DBT 相對於非行為取向治療有更高的療效。研究將 101 位女性隨機分派到 DBT 團體與社區性治療團體 (此治療模式不

包含行為取向因子)，並分別執行 1 年的治療，1 年後進行追蹤評估。相較於社區性治療團體，對於有自殺行為的邊緣性人格且共病物質依賴病人來說，DBT 顯示有較高的完全病情緩解比例，部分緩解的時期較長，也比較沒有邊緣性人格特質的困擾，且報告有較多成癮物質戒斷的天數。此研究指出治療的改善狀況，與執行 DBT 相關，其中行為取向的介入策略為療效產生的重要因素。

Telch、Agras 和 Linehan (2001) 以隨機分派控制組研究，針對 44 位暴食症個案進行 DBT 治療，結果顯示 DBT 組暴食的情況有顯著的改善，89% 個案在終結治療後停止暴食行為，6 個月的後續追蹤顯示情況減少為 56%。其治療方式以 Linehan (1993) 針對邊緣性人格疾患所發展出來的治療策略為介入方式，共進行 20 次團體，每週進行 2 小時，前兩次 session 主要在衛教治療理念，且設定治療目標與簽下治療目標的承諾書；適應性的情緒調解技巧以下列 3 種模式介入：Mindfulness skills (第 3 至 6 次團體)，情緒調節技巧 (第 7 至 12 次團體)，痛苦情緒耐受度 (第 13 至 18 次團體)；最後兩次團體主要在回顧所授予的技巧且每個團體成員發展一個別化的治療計畫，以利後續的技巧練習與使用技巧來因應暴食。由於暴食症患者與邊緣性人格疾患有極高的共病性，且都有難以承受的高度負向情緒相伴，因此以 DBT 為介入方案的處遇，對暴食症患者的療效也獲得證實。此研究著重在透過減少負向情緒或藉由改善個案對負向情緒的預期，由於研究未對照其他積極介入的取向，故對於解釋支持改變機制的因子較缺乏。

國內針對邊緣性人格之辯證行為研究極為缺乏，唯劉智如、方俊凱、高美玲 (2011) 針對住院邊緣性人格女患者，進行辯證行為治療之個案報告，研究利用觀察、會談和查閱病歷進行評估，加以彙整分析資料後，發現個案因疾病憂鬱情緒、過去成長背景缺失、缺乏支持系統及有效壓力調適技巧、造成個人生命存活價值的質疑，有自殺及自傷的行為表現。而透過辯證行為之策略，以個別會談方式運用傾聽技巧、辯證行為治療團體、教導技巧訓練，增強正向思考的價值觀，降低自殺或自傷的行為出現。結果發現個案參加三期的團體治療，其在情緒及行為表現有很大的進步，自殺想法頻率減少，出現時會利用資源求救，或自行尋求不傷害自己的方法因應，且個案自己覺得滿意，因為當個案出現正向的因應行為而不是自傷行為時，她能感受並說出得到周遭親友(特別是男友)的稱讚與關心，開始有正向的人際互動及對未來的展望與計畫。

彙整上述研究發現，運用辯證性行為治療在邊緣性人格疾患治療中，可以有效改善其問題行為與情緒困擾，包括透過辯證法：讓個案處於失衡狀態且逐漸增加改變的穩定性；在 validation 脈絡下，逐漸接受自身情緒且修復為具有溝通性的情緒能力；曝露不反應，並且削弱無效與不適應的情緒反應；減少負向情緒或藉由改善個案對負向情緒的預期；增進注意力控制、改變不良慣性反應、增進刺激區辨或情節記；BPD 症狀緩解的時期較長，也比較沒有邊緣性人格特質的困擾，自殺想法頻率減少，出現時會利用資源求救，或自行尋求不傷害自己的方法因應。由此可見 DBT 之所以產生療效與其介入技巧相關，並也對 BPD 之核心問題產生改善效果。

此外，Lynch (2006) 提出了 DBT 改變機制的假設，包括共同性與獨特性。在共同性中，DBT 與各家行為理論促成改變的共同策略如表 3 所示；表 3 之介入策略主要以生理社會理論 (biosocial theory) 為基礎，指出 BPD 呈現情緒調節系統全面性失功能的狀況，其影響個案的情緒系統。整體來說 DBT 之介入策略遍及改變機制如表 4 所示。

以生理社會理論 (biosocial theory) 為基礎，上述機制可再進一步精練為下述的歷程：減少情緒調節失能而致的無效行為傾向 (Chapman & Linehan, 2005)。更正確地說：BPD 的核心缺損並非過於強烈的情緒反應，而是在經驗高度情緒下，其認知、行為、情緒系統的崩解 (Linehan, 1993)。因此，BPD 個案的改變主要是在強烈情緒下，仍能維持功能運作且有增進生活的行為。舉例來說，覺察觀照技巧與對抗性行為可鼓勵個案在強烈情緒下阻斷逃避或無效的行為。確認與辯證性策略則皆能增進在強烈情緒下學習更有功能的反應。因此，辯證性策略協

表 3 DBT 與行為理論相較促成改變之共同與獨特行為技巧

共同	1. 暴露不反應 (exposure and response prevention)
致的治療	2. 技巧訓練，包含刺激控制 (stimulus control)
技巧	3. 增強 (reinforcement)
	4. 認知重建 (cognitive restructuring)
DBT 獨特	1. 治療目標 (targeting)：主要目標，如自殺干預；次級目標，如哀傷治療
的介入策	2. 覺察觀照 (mindfulness)
略	3. 辯證性的哲學思維 (dialectical focus)
	4. 情緒調節與對抗性的行為技巧 (emotion regulation and opposite action skills)
	5. 痛苦耐受度技巧 (distress tolerance skills)
	6. 治療師高度的自我揭露 (high degree of therapist self-disclosure)
	7. 詳細的行為與環境分析 (microanalytic chain analysis)
	8. 提升治療動機與承諾的策略 (commitment strategies)
	9. 確認成為治療師明確的治療策略 (validation as an explicit therapist skill set)
	10. 電話諮商 (telephone consultation)

表 4 DBT 介入策略之改變機制

1. 曝露不反應，並且削弱無效與不適應的情緒反應，主要之 DBT 技巧為：覺察觀照，對抗性的行為技巧，和行為分析。
2. 針對誘發情緒的刺激增進新的、有效的策略學習，包括：覺察觀照，確認，增強，對抗性行為技巧，行為分析，與辯證法。
3. 增進注意力控制、改變不良慣性反應、增進刺激區辨或情節記憶，包含：覺察觀照，行為分析，與辯證法。
4. 平衡與療效的維持：辯證法。

助個案維持覺知、有目的地專注，且能接納新的學習，確認與增強可以減低強烈情緒的激發；此外，辯證性策略是使這些機制以動態的方式交互運作，並且可提升與增加治療效果。

總而言之，針對 BPD 所進行的 DBT 研究有明顯的療效，然多以結構與手冊為基礎的介入方案，故針對 BPD 的團體介入策略採取結構式的治療或許更能產生效果。另外 Harned 和 Chapman (2008) 的研究更進一步指出「行為取向」的介入是產生療效的重要因子，而 Lynch (2006) 針對 DBT 改變機制之假設也反應出不論共同改變因素與獨特因素，兩者皆包含有明顯的行為技巧訓練與分析。DBT 獨特之處在於採用禪修方式，教導個案學習自我觀照的方法，另外對自身情緒、思考採取不批判的覺察與管理，這部份的介入方式已有不少實證資料顯示其效用，特別是處理情緒方面的困擾。故以 BPD 為治療對象的團體設計，宜考量其高度強烈、不穩定的情緒和易怒特質，與全面性自我認同缺損而致的無效情緒管理與人際困難；因此，具結構化的策略，或許能於有限治療時間下，更具效能處理目標行為。

肆、結論與討論

自傷與自殺行為一直是公共衛生與臨床關注之議題，自殺盛行率屢創新高且擠進死亡原因的前十名，由於多數心理疾患皆合併有自殺行為問題，尤其以邊緣性人格疾患為最，由於此類人格疾患的自殺行為有其獨特的心理機轉，探討自傷、自殺行為之團體治療模式時，宜考量此族群之獨特性以思考因應自殺行為的可行與有效介入模式。

針對上述研究之分析，發現對自殺行為之介入主要以整合模式或多元取向為主，如本文所回顧之心理社會／心理衛教團體、發展性團體心理治療與 DBT 團體，其中包含的介入內容有個人安全、心理衛教、情緒智能、人際關係與問題解決；憂鬱與自尊，無望感與對未來的感覺。主要以認知與行為取向為介入核心以促進學習其所缺乏的情緒、人際，與問題解決技巧，以成為處理自殺問題的策略。

另外，DBT 主要被運用在邊緣性人格且合併自殺行為的治療上。研究方法主要以實驗組對照控制組之設計與前後測比較；研究結論多數指出有團體治療介入之個案在自傷或自殺行為上有所改善，以及其他層面的品質提升。DBT 包括個別與團體治療，研究發現針對 BPD 進行治療，其中「行為取向」的介入是必要且重要的，其對於 BPD 患者之問題行為可以有效介入並產生改變。因此對於 BPD 進行治療時，針對情緒調節功能失調、人際問題、衝動控制不良、與自殺自傷行為，具體有效的行為取向技巧介入，將可提供不穩定的 BPD 個案一個穩定的策略與因應方式。

上述介紹 DBT 團體治療，提供心理專業人員介入考量與選擇，另外影響個案改變的機制與改善的標的行為也有差異，因此治療者宜考量團體性質、治療師本身訓練、時間限制與欲完成的治療目標來做選擇。

參考文獻

- 吳秋玉、楊美賞 (2009)。應用 Peplau 之人際關係理論於邊緣性人格疾患之護理經驗。 *高雄護理雜誌*, 26 (1), 29-40。
- 劉智如、方俊凱、高美玲 (2011)。照顧一位邊緣性人格疾患靈性困擾之護理經驗。 *護理雜誌*, 58 (6), 112-118。
- American Psychiatric Association [APA] (2003). *精神疾病診斷與統計手冊* (孔繁鐘譯)。台北：合記。(原著出版於 2002)
- Bergmans, Y., & Links, P. S. (2002). A description of a psychosocial/psychoeducational intervention for persons with recurrent suicide attempts. *Crisis*, 23(4), 156-160.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Böhme, R., & Linehan, M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder: A prospective study. *Behaviour Research & Therapy*, 38, 875-887.
- Byford, S., Knapp, M., Greenshields, J., Ukoumunne, O.C., Jones, V., Thompson, S., ..., & Davidson, K. (2003). Cost-effectiveness of brief cognitive behaviour therapy versus treatment as usual in recurrent deliberate self-harm: A decision-making approach. *Psychological Medicine*, 33(6), 977-986.
- Carson, R. C., & Butcher, J. M. (1998). *變態心理學* (游恆山譯)。台北：五南。(原著出版於1998)
- Chapman, A. L., & Linehan, M. M. (2005). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In M. Zanarini (Ed.), *Borderline personality disorder* (pp. 211-242). West Palm Beach, FL: Taylor & Francis.
- Dinn, W. M., Harris, C. L., Aycicegi, A., Greene, P. B., Kirkley, S. M., & Reilly, C. (2004). Neurocognitive function in borderline personality disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28, 329-341.
- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behaviour therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health*, 16, 51-68.
- Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., ..., & Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ*, 323,135-138.
- Harned, M. S., & Chapman, A. L. (2008). Treating co-occurring axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068-1075.
- Leible, T. L., & Snell Jr., W. E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Difference*, 37, 394-404.

- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In L. Greenberg (Ed.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353-392). Washington, DC: American Psychological Association.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 971-974.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction*, *8*, 279–292.
- Lynch, T. R. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, *62*, 459-480.
- Menchaca, A., Pérez, O., & Peralta, A. (2007). Intermittent-continuous eclectic therapy: A group approach for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, *13*, 281-284.
- Mohr, S., Brandt, P. Y., Borrás, L., Gillieron, C., & Huguelet, P. (2006). Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, *163*(11), 1952-1959.
- Raj, M. A. J., Kumaraiah, V., & Bhide, A. V. (2001). Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm. *Acta Psychiatr Scand*, *104*, 340-345.
- Rathus J. H. & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide Life Threat Behave*, *2*, 146-157.
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 73-79.
- Roth, B., & Pressé, L. (2003). Nursing interventions for parasuicidal behaviors in female offenders. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, *41*(9), 22-29.
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Society of Biological Psychiatry*, *51*, 951-963.
- Sneed, J. R., Balestri, M., & Belfi, B. J. (2003). The use of dialectical behavior therapy strategies in the psychiatric emergency room. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *40*, 265-277.
- Stanley, B., & Brodsky, B. (2001). Risk factors and treatment of suicidality in borderline personality disorder. *Clinical Neuroscience Research*, *1*, 351-361.

- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 1061-1065.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J., & Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clinical Psychology Review, 20*, 235-253.

Dialectical Behavior Therapy in Borderline Personality Disorder With Suicidal Behavior

Mei-Fang Lin* Shyh-Yeu Lang

Abstract

This article introduced the use of Dialectical Behavior Therapy (DBT) in Borderline Personality Disorder with Suicidal Behavior. Past studies showed that DBT is impressively effective for BPD, especially for those with suicidal behavior. DBT not only emphasizes cognitive-behavior skills, but also focuses on intervention techniques and mechanisms that are unique to DBT, including mindfulness and dialectical philosophy. DBT is characterized by helping patient engage in functional, life-enhancing behavior even in the presence of intense emotions. Hence for mental health professionals, DBT is considered a choice for BPD. When applying DBT to a BPD patient, the severity of emotional regulation dysfunction and its consequent impact on the patient's emotion stability should be assessed. In sum DBT is an effective and feasible treatment for BPD, especially for patients who have unstable mood, interpersonal problem, impulse-control deficiency and suicidal behavior.

Keywords: borderline personality disorder, dialectical behavior therapy

Mei-Fang Lin*	Dept. of Guidance and Counseling, National Changhua University of Education (mei6105@yahoo.com.tw)
Shyh-Yeu Lang	The Institute of the Law of the Sea, National Taiwan Ocean University