

辯證行為治療在自殺防治的運用

馬偕紀念醫院精神科暨自殺防治中心 吳書儀 醫師

案例：

S 小姐，三十二歲已婚女性，與先生分居中。近兩個月在一再與同事發生嚴重衝突而遭解雇，且先生提議離婚的狀況下，一星期內已三次因拿水果刀自戕其腹部的自殺企圖送至急診及外科病房住院。在此之前的兩年內，S 小姐已因自殺意念及企圖反覆被送至急診，及在精神科接受治療。她曾有過多次「類自殺」的割腕、刺腹、服藥過量等行為，此外，臨床亦觀察到她情緒不穩定、焦慮、易怒、具偏激衝動的行為模式、強烈空虛或失去自我感，同時其人際關係混亂、緊張、問題重重，難以與重要他人維持長久穩定的關係，卻又害怕被放棄，拼命努力，甚至以自殺威脅來防止重要他人離開。

邊緣性人格

馬偕紀念醫院自殺防治中心
Suicide Prevention Center, Mackay Memorial Hospital

S 小姐符合『精神疾患診斷與統計手冊第四版·DSM-IV』中的邊緣性人格疾患 (Borderline Personality Disorder, BPD) 的特性，也是帶給臨床工作者巨大挑戰的一種人格疾患 (Shearin & Linehan, 1989)。高自殺行為也許是這類個案最叫人擔憂的一件事，符合邊緣性人格症狀者，70%至75%有至少一次「類自殺」(Parasuicidal)行為 (Clarkin, Widiger, Frances, Hurt, & Gilmore, 1983; Cowdry, Pickar, & Davies, 1985)。類自殺行為界定為：不管有沒有自殺意圖，

任何故意、衝動的自傷行為，包括自殺嘗試和自殘行為在內，都稱為「類自殺」行為。雖然這些類自殺的自殺威脅或危機多半不會致命，但根據追蹤研究顯示，邊緣性人格的自殺率為7%至8%，其中10%自殺成功(Linehan, Rizvi, Welch, & Page, 2000)。所有自殺人口中，7%至38%診斷符合邊緣性人格的症狀，且多在成年早期即發病(Brent et al., 1994; Isometsa et al., 1996; Lesage et al., 1994)。另外，邊緣性人格個案常共病有第一軸的疾病(如情感性疾患和焦慮性疾患) 以及其他人格疾患，且常因表達憤怒與處理憤怒情緒上的困難，而直接把強烈的憤怒發洩在治療師身上，使得治療工作更加困難。

邊緣性人格的治療

治療邊緣性人格的模式有很多，包括心理動力取向(Kernberg 1975; Masterson 1976; Rinsley 1982)、人際關係取向(Benjamin 1996)、整合取向(Langley 1994)、藥物治療(Dimeff et al., 1999; Gardner & Cowdry, 1989)、及認知行為取向(Beck, Freeman, & Associates, 1990)等，而辯證行為治療(Dialectical Behavior Therapy, DBT)是第一個有隨機抽樣臨床實驗證明對邊緣性人格治療效果的心理-社會治療法。到目前為止，Linehan 與其同僚發表了兩個比較性研究，篩選出功能嚴重受損、有類自殺行為的女性邊緣性人格為受試者，隨機分派至「辯證行為治療」(DBT 組) 和「一般療法」(Treatment As Usual, TAU 組)，接受為期一年的治療，結果顯示，相較於「一般療法」，

「辯證行為治療」組的個案其類自殺行為發生機率較低、嚴重精神症狀發作較少、自傷行為的比率較低 (16.7%)、住院日數較少、且社會適應力較佳、有較好的工作表現、較少焦慮性思考。六個月及十二個月的追蹤亦顯示，「辯證行為治療」組的類自殺行為重複發生率 (26%) 顯著低於「一般療法」 (60%)。不過另一個研究亦顯示，若僅以一般心理治療方法加上「辯證行為治療」之技巧訓練，結果則與一般心理治療無顯著差異，只有在綜合「辯證行為治療」之個別、團體、電話、及督導方式下，其結果才與「一般療法」有顯著差異。

「辯證行為治療」哲學背景及基礎

「辯證行為治療」中的“辯證” (Dialectical) 出自古典哲學，代表一種不斷在辯論發展的狀態。例如，對某個議題的主張視為「正」，另外形成與「正」所對立的「反」之主張，辯證的過程便是在兩個極端中間尋求「合」，將兩種極端中值得保留的部分融為一體，且試圖分析解決兩者矛盾之處。如此的「合」隨後形成下個辯證循環的「正」主張，因此「真理」即是在不同時空下、不同人之間交互整合、邁向中庸之道的歷程，而非在任一極端、不可動搖的事實。「辯證行為治療」的理論基礎融合了認知行為治療、行為科學、辯證哲學及禪修。尤其，行為科學強調行為改變，對無法自我肯定 (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，因此基本的辯證便包括了治療師的「接納」 (Acceptance) 及「肯定」

(Validation)，並以禪修中靜坐冥想的精神，輔助個案察覺內心自小無法被肯定的情緒狀態，並不帶評價地加以描述整理表達。「辯證行為治療」融合了認知行為治療、行為科學、辯證哲學及禪修。用「接納」及「肯定」的態度輔助個案察覺內心情緒，不帶評價地表達。

「辯證行為治療」的內容

「辯證行為治療」的治療模式涵蓋同時進行每週一次、持續一年的個別及技巧訓練團體治療、電話諮商及治療師的督導。個別治療包括綜合支持性技巧 (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)，必須針對其類自殺行為發生前的環境或行為事件進行行為分析，並討論個案可有的其他解決方案，與個案一同檢視干擾有效調適的因子。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。技巧訓練團體治療每週兩小時至兩個半小時，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，團體治療師不接受電話諮商，遇到有自殺危機時則轉介個別治療師處理。電話諮商則是在每次個別或團體治療間與個案一同複習及練習所學到的行為技巧。「辯證行為治療」的督導 / 諮商團隊也是治療中不可或缺的一環，督導 / 諮商會議每週舉行一次，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，故團體成員既是治療師也是接受「辯證行為治療」的個案。

「辯證行為治療」的治療目標可分為四個階段：

一、第一階段：由個人行為的失控移動到行為在控制中；目標一為降低自殺及自傷想法或企圖；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；目標四為幫助學習新的控制注意力、活在當下、建立或改善人際關係、瞭解情緒狀態、及忍受情緒痛苦而不自殘的技巧。

二、第二階段：由情緒被壓抑移動到情緒被體驗：處理因過去創傷經驗而被壓抑關閉起的情緒，使其能被體驗而釋放。

三、第三階段：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。

四、第四階段：由不完整(incompleteness)移動到圓滿熟練(completeness)：針對個案所想到的空虛感及存在議題討論及處理。



馬偕紀念醫院自殺防治中心
Suicide Prevention Center, Mackay Memorial Hospital

結論

辯證行為治療是一項針對邊緣性人格及其治療師所設計的治療方法，且具實證研究支持其可顯著降低邊緣性人格個案的自傷及住院率。辯證行為治療關注邊緣性人格個案難以建立長久穩定治療關係，及治療師面對邊緣性人格病人時之動機及專業角色維繫，它整合了各學說之精華，清楚明訂治療階段及目標，以辯證哲學為底，不間斷地進行「正」、「反」、「合」思考，而不停滯在任何極端；

廣泛應用多種認知行為技巧，以肯定與接納的態度與個案進行問題解決模式，在同理與面質間取得平衡，使個案增加對其問題的瞭解及採用更有效率的方式處理，以改善其生活品質。治療團隊同時在每次治療之間以電話諮商提供支持與建議，鼓勵個案應用所習得之技巧，對其生活中的挑戰負起責任。有鑑於此，本院精神科與自殺防治中心多位同仁自九月份起自發性發起「辯證行為治療技巧訓練團體讀書會」，希望能對治療邊緣性人格的當代顯學多一些瞭解；同時，在精神科劉主任的大力支持鼓勵下，在十一月成立了每週三晚間六點半到八點半的技巧訓練團體門診。未來更希望能利用網路遠距教學、邀請或親訪美國西雅圖華盛頓大學「辯證行為治療」團隊，接受其訓練及督導，為令臨床工作者感到沈重壓力的此邊緣性人格治療工作，提供另一種值得努力的可能！

