

大專校園內的辯證行為治療計畫

陳淑欽（馬偕紀念醫院自殺防治中心臨床心理師）

一、前言

大專校園內的心理諮商輔導中心(College counseling centers, CCC)近年遇到危機、複雜問題個案有越來越多的傾向，國內文獻探討大專諮商中心在此變遷當中的文獻，多數以討論危機處理歷程為主（陳莉榛、胡延薇、張雅惠，2013；溫錦真、林美珠，2014），如何提供較嚴重個案有效的諮商或心理治療著墨較少（葉芸芝，2017）。

辯證行為治療(dialectical behavioral therapy, DBT)是針對重複自殺自傷個案所發展的治療模式，近年也被應用在CCC，似乎是可以考慮的治療選項之一，然而，DBT在台灣的使用率仍然偏低，也幾乎沒有將DBT用於大專的文獻，因此，本文將期待有些拋磚引玉的功能，透過概略說明DBT的架構，並呈現四個不同類型的大專校園內DBT計畫，摘要各方案執行人員（治療師）所接受的DBT訓練、計畫服務的對象、DBT四個治療模組(mode)在不同計畫中的修改，以及方案的成果（療效），最後進行整體討論。

二、辯證行為治療的介紹

DBT發展於1993年，是綜合認知行為治療、辯證哲學以及了了分明(mindfulness)三大理論的治療模式，其治療策略也包含改變取向的問題解決策略、接納取向的認可(validation)策略，以及平衡改變與接納的辯證策略。一開始其治療對象為不穩定性高且有自殺危險性的

個案，DBT設計了高規格的治療系統，包含四個模組(modes)，分別是每周60~90分鐘的個別治療、每周2~2.5小時的技巧訓練團體、視情況而發生的個案管理與每周60分鐘的治療者諮詢會議(consultation team meeting, CTM) (Linehan, 1993)，後來DBT也被用於許多複雜問題個案的治療(Linehan, 2015)。

DBT模組在治療上有不同的功能與介入問題的優先次序，個別治療的目標是個案的個別問題，處理問題的次序第一是自殺自傷問題，其次是治療干擾行為（例如：遲到、缺席、不寫作業等）；技巧訓練團體的目標是加強個案因應(coping)問題的能力，透過教導(teach)、加強(coach)技巧演練、將技巧應用(generalize)在生活中來改善個案的問題，包括情緒調節(emotional regulation, ER)、人際效能(interpersonal effectiveness, IE)、痛苦耐受(distress tolerance, DT)及了了分明(mindfulness, MF)技巧，團體中的特殊狀況，由偕同領導者協助處理，領導者的責任則是聚焦於技巧教學；個案管理是個案在危機狀況的求助機制，也是個案在生活應用技巧遇到困難可以諮詢的管道；最後，CTM是避免治療師在治療歷程中獨自面對高風險個案的壓力過大、產生耗竭，也為了幫助治療師在治療歷程中避免在互動中產生和個案對立的極端反應所設置的。

由於DBT複雜的組合，治療師除了認知行為治療的訓練之外，可以參加兩天的初階DBT訓練以及十天的進階訓練，初階訓練是講授基本DBT的理論技巧，進階DBT訓練則是以團隊

為單位，兩個五整天（期間間隔六個月）的訓練，在第一個五天中協助建立團隊默契及規範並演練DBT相關的技巧與策略，間隔的六個月中團隊開始執行DBT計畫，第二個五天則是檢視此DBT計畫的執行結果，訓練者以DBT的技巧與策略幫助團隊更有治療效能，在美國，行為科技研究中心(Behavioral Tech Research, Btech)為DBT主要的訓練單位，台灣目前則有馬偕紀念醫院有固定辦理的相關DBT訓練課程（陳淑欽，2015）。

三、四個校園DBT方案介紹

上述關於DBT的介紹，其複雜的治療架構在校園中要如何應用需要許多調整，因此，直到2012年美國、加拿大及澳洲才陸續發展了不同的大專校園DBT計畫，下面介紹其中總人數最多三個計畫，以及一個比較不同的DBT技巧團體療效的計畫。

(一)大專校園內的DBT計畫一：24周治療

Pistorello, Fruzzetti, MacLane, Gallop & Iverson(2012)年的計畫是與標準DBT最相似的大專校園DBT計畫，校園內五位實習心理師，在接受30小時DBT訓練之後開始執行計畫。服務對象是一生中至少有一次自殺或非自殺自傷行為(non-suicidal self-injury, NSSI)，並且至少符合DSM-IV中BPD三項以上特質的個案。

團體每次90分鐘，由於學期間長假的關係，每學期僅進行八次，完整四類技巧的學習共需要24周／三個學期的時間，其中ER團體與IE團體的設計與標準DBT相同，以兩次MF技巧開始，接著教授六周ER或IE，但DT技巧團體，雖然也是以兩次MF技巧開始，但僅教授三周DT技巧，剩下的三周則是教導IE中「認可(validation)」技巧。

個別治療原則上每周進行，並視情況提供家庭諮詢，在長假期間則給予相當的彈性，即便個案連續四次未請假缺席，治療者仍會使用電話、Skype和電子郵件聯繫個案。個案管理依照學生的需要，在兩次個別治療期間提供。

計畫對參與治療的受訓治療師，提供每週90分鐘的督導，包含深度個案討論以及所有個案的每周快速回顧，形同CTM。

此計畫將參與DBT七個月以上的個案(n=31)與參加以精神分析導向(optimal treatment as usual, O-TAU)治療的個案(n=32)比較，O-TAU組治療師是由有經驗的精神分析治療師訓練30小時的實習心理師。以混合模型變異數分析(mixed model analysis of variance, MMANOVA)以及階層線性模式(hierarchical linear modeling, HLM)等方式分析，結果DBT組的個案自殺傾向（自殺想法、期待、行為）、NSSI次數、憂鬱、BPD症狀、精神藥物使用明顯減少更多，社會適應力增加更明顯，DBT完成組的參與團體次數也明顯高於O-TUA組，雖然未達顯著，DBT組中輟率(35%)低於O-TUA組(47%)。

方案最大的問題是學生完成度有限，原本設計進行12個月，後來以參加7個月就算為完成，個別治療也並未將長假中失去聯繫的學生算為治療中輟，然計畫中輟率仍高於過往DBT研究。

(二)大專校園內的DBT計畫二：6~13周治療

Panepinto, Uschold, Olandese與Linn(2015)計劃的招募條件包含自殺傾向（包含自殺意念、NSSI、自殺行為、自殺計畫）、衝動行為（衝動購物、不安全性行為、賭博問題等等）、飲食疾患、缺乏因應技巧的個案；排除有精神病性問題、對他人有危險、以及無法承諾參與團體的個案，最後有64名個案(58%)完成當學期團體治療以及前後測，其中五名有BPD診斷。

治療計畫中的治療師，有五位完成十天的DBT進階訓練（稱為核心治療師團隊），其他的15位治療師則完成20小時Btech的線上DBT訓練，每一梯團體至少有一名領導者是核心治療師。

計劃中包含標準DBT所有模組(mode)，團體技巧訓練共13次，一次90分鐘，但因為每學

期招募到足夠的學生的時間不同，最後，14個團體進行次數分別從6~13周不等，12周包含MF、DT、ER各三週，IE兩週，團體回顧一周，6週的團體則是FM、DT、ER各兩週；因為校方規定單一個案一個學期最多會談次數是14次，個別治療隔週進行，個別治療師不一定是DBT治療師，但治療歷程中會回顧日誌卡，並討論團體中教導的技巧；個案管理由諮商輔導中心的值班人員負責。最後，所有參與本計劃的治療師組成治療者諮詢團隊，兩週進行一次CTM，討論每個團體成員的情況（是否有自殺自傷情況、是否有學業困境等等），會議中大家覺得很挑戰的是，用描述而非評價的語言描述個案。

此計劃用短式症狀檢核表(Brief Symptom Inventory, BSI)以及生活問題檢核表(Life Problems Inventory, LPI)做前後測，檢測九個症狀（憂鬱、焦慮、人際敏感、敵意、身體化症狀、強迫、畏懼焦慮、疑心以及精神性症狀），以及四種失調（衝動、自我迷惘、情緒失調、人際混亂）；單因子變異數分析(one way ANOVA)中，雖症狀改善未達顯著，生活問題的四類標定(target)的行為都有明顯減少。

(三)大專校園內的DBT計畫三：12周治療

Ulizszek, Rashid, Williams & Gulamani(2015)在加拿大的計劃，將54名至學生輔導中心求助的個案中，有嚴重情緒失調（包含憂鬱、焦慮及BPD）但無認知失調與精神性症狀的學生。隨機分派到DBT組及正向心理治療(positive psychotherapy, PPT)組。

本計劃未提及DBT治療者的訓練歷程，也未提供個別治療、電話諮詢，治療者也沒有另外組成CTM，團體以教授MF、DT、ER、IE各三周進行。簡言之，本計畫是單純的每周DBT或PPT兩小時治療團體，持續11~12周。

兩組治療前無論DSM-IV第一軸及第二軸符合診斷的比例、以及人口等相關背景都沒有差異；以混合模型分析(mixed modeling analysis)治療前後狀況，個案憂鬱焦慮等症狀

明顯改善，但兩組差異不明顯，但DBT組「使用有效技巧」的比例明顯增加，生活滿意度提升也較多，此外，DBT組明顯參與率較好、中輟比例較低（整體參與次數低於一半，DBT：PTT = 15%：44%）。

(四)大專校園內的DBT計畫四：8周治療

Rizvi與Steffel(2014)設計的是單純團體治療計畫，共招募24名18歲以上、目前在學並且情緒失調量表(DERS)分數大於等於105分的個案，原本希望隨機分派到兩組，最後是依照個案的課表狀況進行分組，本計畫排除已學過DBT技巧、有精神症狀、生命威脅的問題（例：厭食）的個案。

兩個治療團體都是DBT技巧訓練團體，其一是兩次MF技巧、六次ER技巧，其二是八次ER技巧；兩組治療師是正在接受DBT訓練的博士班學生，每周督導可比擬CTM；本計畫沒有提供個別治療或個案管理。

在一般線性模型(general linear model, GLM)分析中，兩組學生在治療後情緒失調、憂鬱、壓力指數、負面情緒都有顯著減少。兩組的正面情緒、了了分明程度、大學適應、技巧使用都有明顯增加。但兩組差異並不明顯。研究遇到比較大的困難是，招募不易，所以上述團體是經過三個學期才完成。

四、綜合四個計劃的討論

為了方便讀者了解本文接下來所討論的內容，筆者將四個計劃摘要如表一，並從各計畫的模組選擇、教學技巧的選擇、計畫成效進行討論。

在DBT的架構中，四個計劃共同保有的是技巧訓練團體，這與DBT的假設「個案需要更多的技巧來調節情緒並因應生活中的困難和挑戰」相符合，事實上，技巧訓練團體早已經被獨立使用在許多的治療中，並且顯出相當的療效(Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler & Pantalone, 2014)；此外，在模組選擇時，招募對象包含高風險與高複雜性的個案的計畫

表一：校園DBT計畫列表

計畫	治療師	團體(周)	個別	CTM	個案管理	中輟率	治療/比較結果
一	實習心理師	24	每周	每周督導	V	35%	DBT比TAU，自殺危險/NSSI、社會適應、憂鬱改善更多。
二	DBT team	6~13	隔週	隔周進行	V	42%	治療後自我困惑、衝動、情緒失調及人際混亂減少。
三	未說明	11~12	X	X	X	15%	兩組憂鬱焦慮均改善，DBT組中輟率低，治療參與較高。
四	實習心理師	8	X	每周督導	X	12.5%	M+ER, ER組情緒失調均減少、功能性行為均增加。

(Pistorello et al., 2012; Panepinto et al., 2015)，設計中就有完整的四個模組，可見這樣的組合在因應特殊個案上有其特殊重要性，而個別治療以及CTM的次數可依照校園的狀況調整。

需要注意的是，技巧訓練團體依校園情況做了許多調整，包括團體的時間以及挑選的技巧；四個計劃中有三個為單一學期的長度(8~13次)，有三個計劃單次團體的時間縮短為90分鐘，唯一跨學期的計畫在討論「高」中輟率時認為，大學在學生功能比社區個案好，可能治療時間相對比較短(Pistorella et al., 2012)；而在有限的時間內要教導哪些技巧似乎有很大的彈性，四個計劃所教導的技巧差異頗大，但成員在指標行為上都有進步，也許技巧的學習都有助於核心「問題解決能力」的提升，過往研究透過「DBT因應方式檢核表(DBT ways of coping checklist, DBT-WCCL)」為測量指標來檢測(Chugani, 2015)，然此推論仍然需要研究的支持。

四個計劃的結果顯示出個案情緒或症狀的改善、使用有效技巧增加、個人的混亂減低，甚至學習狀況進步，顯示學習DBT技巧對大學個案的幫助不限於減低自殺自傷行為，而是可以廣泛的幫助校園內複雜型問題及情緒失調個案。

標定(target)治療干擾行為是DBT的重要治療目標，四個計劃中，中輟率隨著治療長度而

增加，且中輟比例較低的計畫三與四的招募對象是情緒失調，而非高度風險或複雜性的個案，可能反應的是複雜問題個案的自我管理能力及生活穩定性更低，更需要DBT四個模組的系統來提供協助；但在與不同治療學派的比較中，DBT組個案留在治療中或參與團體的比例仍較高(Pistorello et al., 2012; Uliaszek et al., 2016)，較低中輟率仍然是DBT治療特色。

招募個案是計劃常遇到的困境(Rizvi & Steffel, 2014; Panepinto et al., 2015)，文中認為這與學生課表難以協調有關，但筆者認為疾病污名化可能也是一個原因，筆者在綜合醫院服務常遇到學生寧可到醫院治療，也不想讓自己冒著被同學看見的壓力進入CCC，若在宣傳時給予相關的澄清或以較為中性的名義招生，也許可減低一些阻力。

考量CCC需要服務校園內所有師生、而時間和經費又常常不足的情況，除了調整DBT模組的組合及治療長度之外，將校園內不同問題個案同時納入治療(Panepinto et al., 2015)，或訓練或督導實習心理師進行治療都是可以參考的作法(Pistorella et al., 2012; Rizvi & Steffel, 2014)是可以參考使用的，事實上，在被有經驗的DBT治療師每週督導的情況下，Pistorella等(2012)計劃中的實習治療師在DBT符合度檢測(adherence coding)中也達到可接受範圍(3.92 > 3.8)。

最後，四個計劃中的治療者接受DBT訓練差異頗大，有的計畫包含完整參加DBT進階訓練的DBT團隊、有實習心理師、也有計畫未描述治療師訓練背景，因此，因此本文無法對「什麼樣的DBT訓練對於CCC開始一個DBT計畫是足夠的」的問題有相關的結論。

本文列出並比較不同的校園DBT計畫，提供給CCC的工作者作為參考，這些計畫為了因應校園個案問題複雜化的治療需求，將DBT以滿足行政要求(學期長度、課程狀況、每學期每個學生可申請個別治療的次數)的方式融入校園，在達到DBT的療效、維持治療模組以及貼近校園的狀態上，試圖找出適當的辯證平衡，結果顯示，單純DBT技巧訓練對CCC既易執行，對情緒失調的個案有所幫助，但若針對自殺自傷或複雜問題個案，完整的四個模組仍是較為偏好的選擇，此外，若單一校園的資源不足而又有成立CTM的需要時，與鄰近學校簽署保密同意下共同組成CTM（間接引用自葉芝芸，2017）也是可以考慮的作法。

參考文獻

陳淑欽(2015)。辯證行為治療師(DBT therapist)的訓練簡介。諮商與輔導，365，2-6。
陳莉楨、胡延薇、張雅惠(2013)。大專院校自殺/自傷危機處理之探討：以台灣北區四所私立大學為例。中華輔導與諮商學報，38，149-182。

葉芝芸(2017)。辯證行為治療法應用於大學諮商中心之挑戰。輔導季刊，53(2)，71-83。
溫錦真、林美珠(2014)。大學生的心理健康危機與危機介入研究：以一所宗和大學諮商中心為例。台灣諮商心理學報，2(2)，1-29。
Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York, NY: Guilford Press.
Linehan, M. M. (2015). DBT skills training manual second edition. New York, NY: Guilford Press.
Pistorello J., Fruzzetti A. E., MacLane C., Gallop R. & Iverson K. M. (2012). Dialectical behavioral therapy applied to college students: a randomized clinical trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80(6). 982-994.
Panepinto A. R., Uschold C. C. & Linn B. (2015). Beyond borderline personality disorder: dialectical behavior therapy in a college counseling center. Journal of College Student Psychotherapy, 29. 211-226.
Uliaszek A. A., Rashid T., Willians G. E. & Gulamani T. (2016). Group therapy for university students: a randomized control trial of dialectical behavior therapy and positive psychotherapy. Behavior Research and Therapy, 77. 78-85.
Rizvi S. L. & Steffel L. M. (2014). A pilot study of 2 brief forms of dialectical behavior therapy skills training for emotion dysregulation in college students. Journal of American College Health, 62(6). 434-439.
Chugani C. D. (2015). Dialectical behavior therapy in college counseling centers: current literature and implications for practice. Journal of College Student Psychotherapy, 29. 120-131.
Valentine S. E., Bankoff S. M., Poulin R. M., Reidler E. B. & Pantalone D. W., (2014). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a system review of the treatment outcome literature. Journal of Clinical Psychology, 1, 1-20.

壓力社會的背景

壓力調適

醫院恰如社會縮圖，可以透國臨床窗戶觀察各種社會病理及社會潮流。近年來，壓力的各種疾病或異常行為增加甚多。其背景呈現現代的問題：

- 1.科學文明所帶來的。
- 2.國際化所帶來的。
- 3.扭曲的經濟發展所帶來的。
- 4.都市化、過密而激烈的生存競爭所產生的壓力或人際關係的挫折所造成的。
- 5.高齡化社會所造成的。
- 6.小家庭化、少產少死傾向所造成的。
- 7.醫療科學、醫療進步所造成的。

生活在壓力病多的社會「病態社會」的人容易陷於壓力。

如果不及時設法解決，十年、二十年後問題將更嚴重。

(友信)