

# 辯證行為治療法應用於 大學諮商中心之挑戰

## Challenges in Implementing Dialectical Behavior Therapy in College Counseling Centers

葉芸芝<sup>1</sup>  
Yun-Jy Yeh<sup>1</sup>

### 摘要

現代大學生的心理健康問題日趨多元且嚴重，如何有效幫助不同類型且較嚴重的案主，是大學諮商中心的一大工作重點。辯證行為治療法（Dialectical Behavior Therapy, DBT）在實徵研究與實務應用上都被認為非常有效的治療法，特別是對有邊緣性人格診斷的病患。然而，亦有愈來愈多的研究發現，辯證行為治療法對其他較嚴重的案主問題類型有相當好的療效，特別是有自殺意念或是自傷行為的案主。近年來，由於大學生的心理問題愈來愈嚴重，將辯證行為治療法應用於大學諮商中心的探討日益增加。並且，已有研究顯示在大學諮商中心運用辯證行為治療法能有效緩解較嚴重案主的問題症狀。是以，探討辯證行為治療法在大學諮商中心的應用將有助於改善大學生較嚴重的心理健康問題。本文旨在介紹並且探究如何應用辯證行為治療法於大學諮商中心。本文介紹辯證行為治療法的基本概念包括理論背景、治療目標與模式，同時探討如何具體應用辯證行為治療法於大學諮商中心，包括可能的應用方式、可能面臨的挑戰以及建議，以提供相關專業工作者作為參考。

**關鍵詞：**辯證行為治療法、大學諮商中心、自傷行為

### 壹、前言

#### 一、大學生心理問題的改變以及嚴重性

大學生的心理與精神問題日趨嚴重與複雜，是近年來受到國內外心理健康工作者所關注的重要議題。在國內，有

多位學者指出當前大學生的心理問題的嚴重程度逐漸增加，且危機個案的處理是大學校園中日漸頻繁並且需要正視的課題（陳若璋、王沂釗、廖得安，2012；許雅惠，2011；溫錦真、林美珠，2014）。在國外，已有研究發現大學生的心理問題確實較過去複雜且嚴重（Benton, Robertson, Tseng, Newton, & Benton, 2003; Twenge et al., 2010）。在大

<sup>1</sup>私立中國科技大學學生輔導中心 兼任諮商心理師

通訊作者：葉芸芝，（116）台北市文山區興隆路三段56號，Email：yuy114@gmail.com



學生族群中，較常見的嚴重精神問題包括自殺與自傷問題（麥麗蓉、蔡秀玲，2004；Pistorello, Fruzzetti, MacLane, Gallop, & Iverson, 2012）。其他常見的嚴重大學生心理問題，包括精神疾病問題、重大壓力事件、性侵害／騷擾等等（溫錦真、林美珠，2014）。

大學生的自殺問題，無論在國內或是國外，都是備受關注的。在美國，自殺是15-24歲的青少年族群的第二大死因（Centers for Disease Control and Prevention, 2015），根據最新的全美大學生的調查研究顯示，有將近9.8%的大學生在近一年內有仔細考慮過自殺行為，1.5%的大學生在過去一年內有過自殺行為（American College Health Association, 2016）。台灣亦有類似情況，自2005年迄今，在15-24歲的青少年族群，自殺一直是僅次於意外事故的第二大死因（行政院衛生福利部，2016）。Gau等人（2008）針對台灣的一所綜合大學的大一新生的研究發現，有26%的大學生有過自殺念頭，且有7.5%的學生曾經計畫過自殺。

跟自殺問題息息相關的另一個大學生的嚴重精神問題，就是自傷問題或非致命性自傷行為。非致命性自傷行為（NSSI, Non-suicidal self-injury）指的是有意圖地以各種方式傷害自己的身體，但在意識上並無自殺企圖（Nock, 2010）。大學生的非致命性自傷行為亦是近年來日趨嚴重的問題。根據最新的全美大學生的調查研究顯示，有6.7%的大學生在過去一年有蓄意自傷的行為（American College Health Association, 2016）。在台灣，Wang和Hsu（2015）在研究自傷問題與自殺的關聯性時發現，有15.81%的台灣大學生在過去一年內自陳有過自傷行為。雖然這兩個調查研究對大學生的自傷發生率有些差距，

但是這類型的調查研究常因對自傷的定義不同或是調查對象的不同而影響其結果（Nock, 2010）。整體而言，雖然大學生的自傷發生率可能因研究方式不同而有些差異，但是大學生的自傷問題確實是不容忽視的心理衛生議題（Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2011）。

大學生的自殺與自傷問題需要被正視的原因，除了因其日益嚴重外，另一原因即是其與許多重大心理疾病的共病性，例如憂鬱症、焦慮症、創傷後壓力症等（陳宜明，李明濱，林帛賢，廖士程，2013；Klonsky, 2007）。雖然處理較嚴重問題類型的案主往往較棘手且需耗費較多心力，然而，以改善大學生較嚴重的心理問題而言，能夠針對大學生的自傷與自殺問題提供有效的諮商與心理治療是當務之急。

### （一）大學諮商中心在此變遷中的工作重點

面對大學生日益嚴重的心理問題，在校園中處理這方面問題的第一線機構即是大學諮商中心。大學諮商中心如何對較嚴重的案主類型提供有效的服務是刻不容緩的議題。在台灣，對於處理大學諮商中心較嚴重案主的文獻研究大部分集中於探究心理師在大學校園中危機處理所面臨的困難（陳若璋、王沂釗，2015；麥麗蓉、蔡秀玲，2004；賴念華、鄭鈴諭、許維素、王羽薇，2014）以及危機處理的工作模式分析（陳莉榛、胡延薇、張雅惠，2013；溫錦真、林美珠，2014）。探討危機處理的相關問題固然有助於改善服務較嚴重案主的方式，然而，如何直接提供較嚴重的案主有效的諮商或心理治療亦是大學諮商中心的重要任務並且需要更多的文獻探究。溫錦真與林美珠（2014）亦指出國內需要更多如何治療大學生的嚴重心理



問題的實證研究。因此，若欲達成全面性的有效服務較嚴重的案主，除加強危機處理的相關工作外，大學諮商中心應致力於提供經實徵研究證實有效的治療方法，藉以有效改善大學生較嚴重的心理問題以及提升大學校園中心理諮商工作的專業性。

## （二）探討辯證行為治療法在大學諮商中心的應用的原因與重要性

在美國，對於如何有效治療較嚴重類型案主，特別是有自殺念頭或是自傷行為的案主，有很多的探討與研究（Nock, 2014）。其中，辯證行為治療（Dialectical Behavioral Therapy, DBT），奠基於認知行為治療（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）的全面性的治療取向，近年來常被應用於治療較嚴重的案主，且實徵研究的結果亦顯示DBT對治療較嚴重的案主包括有自殺念頭、自傷行為以及邊緣性人格疾患（BPD, Borderline Personality Disorder）的案主，是非常有幫助的（Stanley, Fineran, & Brodsky, 2014; Ward-Ciesielski & Linehan, 2014）。迄今，已有數個嚴謹的隨機取樣實驗（randomized clinical trials）顯示DBT能有效改善BPD病患的情緒失調症狀以及減少因自殺或自傷行為被緊急送醫的頻率（Koons et al., 2001; Linehan et al., 2006; van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul, & van den Brink, 2005）。後設分析的研究結果證實DBT有助於降低BPD病患的自殺意念和自殺行為（Kleim, Kroger, & Kosfelder, 2010）。

值得注意的是，由於DBT起初是針對有重複自傷行為的BPD的中年女性案主所發展出的治療方法（Linehan, 1993），因此早期的實徵研究大多是以中年病患為對象。然而，近年來，由於大學諮商中心的學生問題日益嚴重，有

愈來愈多的研究開始探討DBT在大學諮商中心的應用（Chugani, Ghali, & Brunner, 2013; Panepinto, Uschold, Olandese, & Linn, 2015; Pistorello et al., 2012）。已有使用隨機取樣實驗的研究發現DBT應用在大學諮商中心對較嚴重的案主是很有療效的（Pistorello et al., 2012）。此研究結果顯示，針對有自殺意念且有自傷行為的大學諮商中心的案主，正統DBT能夠減緩案主的憂鬱症狀、減少自殺意念與自傷行為，以及增加生活滿意度。

整體而言，無論國內國外，由於大學生的心理問題日趨嚴重，而實徵研究顯示DBT對較嚴重的案主是有良好的治療效果，因此，在大學諮商中心，探究如何有效應用DBT於較嚴重的案主應有助於大專院校輔導工作的推展與提升。在國內，由於如何治療大學生的嚴重心理問題的實徵研究較少（溫錦真、林美珠，2014），而DBT的文獻大部分是討論DBT的介紹或訓練（例如：方俊凱，2007；陳淑欽，2015）。也因此，本文將探討DBT在大學諮商中心的應用方法。探討DBT在大學諮商中心對較嚴重的案主的應用的原因包括：

### 1. 降低大學生的自殺意念與自傷行為

已有初步研究結果顯示，應用DBT於大學諮商中心能有效改善大學生較嚴重的心理問題（Pistorello et al., 2012）。雖然這樣的研究結果是否適用於東方文化仍需更多探究，但是探討這樣的議題將可促進日後相關研究的發展，進而有助於降低大學生的自殺意念與自傷行為的發生率。

### 2. 提升專業人員的訓練

提供大學諮商中心的專業人員對有效服務較嚴重的案主類型的訓練是改善案主問題的重要工作之一。由於DBT已被視為經實徵研究證實對較嚴重的案主



有效的治療方法，大學諮商中心的專業人員若能熟悉DBT將會對服務這類型案主更有幫助。

### 3.加強大學生的技巧訓練

DBT的主要宗旨之一是增加案主改善生活的技巧並且創造一個值得活的人生 (Linehan, 1993)。由於大學生正處於由青春期進入成年期的重要的認同發展階段 (Chickering & Reisser, 1993)，若能充分學習DBT的相關技巧，將會對其日後進入成年期所將面臨的挑戰很有幫助。

以下將介紹DBT的基本概念，包括理論背景、基本假設、治療目標以及治療模式。在介紹基本概念後，將探討如何具體應用DBT於大學諮商中心，包括可能的應用方式、可能面臨的挑戰以及建議。

## 貳、辯證行為治療法的基本概念

### 一、辯證行為治療法的理論背景

DBT是由美國心理學家Marsha Linehan於1980年代針對有重複性自傷傾向且有BPD的女性病患所發展出的心理治療方法。經過不斷的應用與修正，DBT不僅經實徵研究證實對於BPD的病患是有效的治療方法，DBT亦被證實對其他問題類型的案主（例如：自傷行為、老年憂鬱症、飲食疾患等）是很有幫助的 (Feigenbaum, 2007)。DBT主要是以CBT為基礎，整合辯證的世界觀 (Dialectical world view) 以及生物社會理論 (Biosocial theory)。

在辯證的世界觀方面，DBT是將辯證的思維應用在心理治療中 (Linehan, 1993)，強調在治療的各個面向中皆須融入辯證的概念。辯證的概念主要強調

三大要點：(1) 事物的整體性；(2) 現實的兩極性；(3) 改變是本質。事物的整體性意指任何人事物都是互相關連且都有其脈絡可循。現實的兩極性意指現實世界是由各種極端的力量所組成，而透過整合極端的張力，才能達到另一個層次的平衡。改變是本質意指任何人事物都是不斷地在經歷改變，變化是不可避免且不斷發生的。

在治療較嚴重的案主時，DBT非常強調將辯證的概念做完整的應用。辯證概念中的整體性能夠幫助案主與心理師從各個角度思考可能的影響因素，進而更去同理所遇到的困難以及去理解在治療過程中出現問題的可能原因。辯證概念中的兩極性能夠幫助案主與心理師意識到各種極端的思維或行為的存在並且做整合，進而產生改變的力量並且達到平衡。辯證概念中的改變是本質能夠幫助心理師與案主知悉改變是必然會發生的且是一種過程，進而讓心理師與案主能夠充滿彈性去看待案主的問題或治療過程，以突破困境。

DBT的另一個重要理論基礎是生物社會理論，用以解釋BPD病患的問題根源 (Linehan, 1993)。近年來，隨著神經科學和發展心理學方面的研究對BPD病患有更深入的了解，生物社會理論亦持續擴充 (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009)。以下將根據擴充後的生物社會理論，介紹此理論的基本假設以及理論架構。

生物社會理論的基本假設是認為較嚴重類型案主的問題根源是由情緒失調 (emotion dysregulation) 所造成，而BPD病患可視為廣泛性情緒失調 (pervasive emotion dysregulation) 的表現。情緒失調意旨在正常情況下無法改變或調節與情緒相關的各個面向。相對於情緒失調，DBT主張情緒調整能力有四大特點，包



括抑止不適當行為、情緒與行為間的協調、自我安撫以及調整注意力 (Linehan, 2014)。DBT強調需增加有意識的控制情緒並且不斷練習使情緒調整能力變成自然產生的能力。

生物社會理論的架構主要分為生物層面、社會層面以及互動層面。在生物層面部分，由於近代研究發現情緒的脆弱性以及衝動性與大腦的神經傳導系統有密不可分的關連 (as cited in Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009)，因此，生物社會理論認為情緒的脆弱性與衝動性是造成調節情緒以及行為控制困難的主要原因。在社會層面部分，生物社會理論主張除了文化與環境的影響外，不認可的環境 (invalidating environment) 亦扮演舉足輕重的角色。不認可的環境的主要特徵是主要照顧者不接納幼兒或個體的情緒經驗，進而造成個體無法從主要照顧者身上學習如何調節自身的情緒。無論是社會層面或是生物層面，都非單一決定因素。生物社會理論非常強調的是互動層面。生物因素，也就是個體先天的情緒脆弱性與衝動性，可能讓主要照顧者更無法接納個體的情緒，因而產生不認可的環境，進而讓個體產生情緒調節困難以及極端行為進而形成邊緣性人格的症狀或其他較嚴重的問題。

## 二、辯證行為治療法的治療目標

DBT的治療目標可分為整體目標以及主要行為目標 (Linehan, 1993)。整體目標是多面向增加辯證的思維，以及強調接納與改變之間的整合。因辯證的思維是促成案主改善生活的主要因素，因此，DBT主張在治療的各個面向，皆須充分融入辯證的思維。辯證的思維的主軸之一即整合極端是改變的契機。DBT

強調在接納與改變的兩個極端之間取得平衡點是重要的治療目標。

DBT亦提出主要行為目標。DBT主張心理師應根據案主的問題嚴重性以及治療階段，擬定不同的治療目標與計畫。DBT的主要行為目標可分為：降低自殺行為、減少干擾治療的行為、減少干擾生活品質的行為、增加行為技巧以及減少與創傷後壓力相關的行為 (Linehan, 1993)。

降低自殺行為是DBT最重要的治療目標之一。由於DBT是針對較困難的問題類型且DBT認為案主的性命凌駕於治療的技巧或效用之上 (Linehan, 1993)。因此，對於有從事危及自身性命行為的案主，DBT主張降低自殺或自傷行為是最重要的治療目標。然而，並非所有的自殺相關行為都是主要的治療目標，心理師可根據自殺行為的嚴重性做出不同的調整。例如，DBT認為輕微的自殺意念較不需納入主要治療目標，只有當這些自殺意念有變化或加重時，才須成為治療目標。又如，非致命性自傷行為雖無自殺意圖亦無立即致命風險，但因非致命性自傷行為與自殺的相關性很高，因此，DBT認為減少非致命性自傷行為應成為主要治療目標。然而，雖然DBT非常強調減少自殺行為，但是DBT並非是以自殺防治為主的治療取向。DBT認為有些處境極為劣勢的案主，自殺的行為是可以被理解的，對案主而言也許是當下唯一的問題解決方式。也因此，DBT的主軸並非自殺防治，而是一個全面性地改善生活的治療取向 (Linehan, 1993)。

其次，DBT認為減少干擾治療的行為是僅次於降低自殺行為的主要行為目標。DBT主張在治療過程中任何影響案主或心理師參與治療的因素都是重要的治療目標並須積極處理。干擾治療的行為主要



來自案主與心理師。在治療較嚴重的案主時，較常見的干擾行為即是出席狀況不穩定、不合作的態度或是讓心理師耗竭的行為。DBT認為心理師須將這些干擾行為納入治療目標與案主討論，避免讓這些問題惡化。此外，干擾治療的行為亦可能來自心理師，也就是所謂的「反移情」（Linehan, 1993）。DBT認為治療較嚴重的案主較耗費心力，因此心理師較易出現干擾治療的行為。DBT主張心理師應積極面對並處理這些行為，避免過於嚴重最後可能傷害案主。

再者，當案主的自殺行為減少並且較能夠參與治療後，DBT主張治療目標應集中於減少干擾生活品質的行為。常見的干擾生活品質的行為包括酗酒、厭食或暴食、高風險的性行為等等。因為DBT認為要降低案主的自殺風險，就須著重於改善案主的生活品質。因此，幫助案主減少影響生活品質的行為亦是重要的治療目標。

此外，DBT主張增加行為技巧亦是重要的治療目標。針對增加行為技巧的治療目標，DBT發展出一系列的技巧訓練（skills training）。DBT的技巧訓練已成為DBT的重要特色，將於DBT的治療模式中討論。

最後，DBT主張當案主的自殺行為降低、能夠積極參與治療、生活品質有改善並且具備行為技巧後，治療目標可集中於減少與創傷後壓力相關的行為，亦即創傷治療。由於較嚴重類型問題的案主過去有創傷經驗的比例較高，因此，DBT認為創傷治療亦是改善生活的重要目標。

### 三、辯證行為治療法的治療模式

治療模式意旨針對治療目標所發展

出的治療要素以及治療進行方式。因DBT起初是針對有BPD病患所發展出的治療方法，而這類型案主的問題呈現較多元且包含多重診斷，也因此，單一而既定的治療方式較無法滿足這類型案主的需求。據此，DBT發展出以治療目標為原則，具有彈性的治療方式（Neacsiu & Linehan, 2014）。一般而言，正統DBT（standard DBT）包含四大治療模式：個別諮商（individual therapy）、會談之間教導（between-session coaching）、治療師諮詢團隊（case consultation team）以及技巧訓練（skills training）。DBT主張此四大治療模式可以針對不同的案主需求以及機構特性進行調整。以下將討論正統DBT的個別治療、會談之間教導、治療師諮詢團隊以及技巧訓練。

正統DBT的個別治療是主要的治療模式。個別治療即是根據前述的治療目標來訂定治療計畫及展開治療歷程。正統DBT的個別治療主要奠基於接納與改變，著重於治療關係的建立、案主的問題診斷以及行為技巧的應用。DBT個別治療的心理師亦是案主治療模式的主要統籌人。並且，當案主有危機狀況時，個別治療的心理師是主要的負責人。

會談之間教導是DBT的主要特色，主要是以電話諮詢的方式進行。正統DBT提供電話諮詢有兩個主要原因。原因一，DBT認為有自殺問題的案主就像是心理上的重症病人，確實需要較多的協助；原因二，DBT認為有自傷或自殺行為問題的案主較無法適當尋求幫助，例如以激烈方式間接求助或是以過於直接且控制的方式求助。也因此，DBT的電話諮詢的主要目的是提供案主在危機時的求助管道，並且幫助案主充分應用技巧訓練於日常生活以適當求助改善生活。

治療師諮詢團隊是DBT的重要特



色。由於DBT認為治療較嚴重的案主對心理師而言是非常困難且有壓力的，因此DBT主張治療師諮詢團隊是提供有效治療的必要因素（Linehan, 1993）。治療師諮詢團隊是以同儕團體的方式進行，而成員是由正在使用DBT治療案主的心理師所組成。DBT治療師諮詢團隊的目標是討論成員在治療案主時所遭遇的困難以及幫助成員充分應用DBT的主要原則。

技巧訓練起初是由於對較嚴重的案主，個別治療常集中於危機處理，而無法完整幫助案主獲得改善生活所需的行為技巧，因而發展出一系列針對這類型案主所設計出的技巧訓練。正統DBT主張案主須同時參與技巧訓練與個別治療，而技巧訓練的形式以心理教育團體形式進行。然而，技巧訓練可依案主與機構的需求調整，例如，在小型機構或是較偏遠地區，改以個別訓練的方式進行。

DBT的技巧訓練主要包含四大治療模組：正念技巧（mindfulness skills）、痛苦耐受技巧（distress tolerance skills）、情緒調節技巧（emotion regulation skills）以及人際效能技巧（interpersonal effectiveness skills）。正念技巧，奠基於東方的禪學，是DBT的核心技巧，主要強調對專注力的控制，以減輕痛苦並改善生活。痛苦耐受技巧，是正念技巧的擴充，主要強調接納或忍受痛苦所需的技巧，以度過危機。情緒調節技巧著重於增加案主辨識以及控制情緒的能力，以減少情緒痛苦。人際效能技巧，奠基於CBT的自信訓練（assertiveness training），強調幫助案主學習對人際需求以及衝突的有效回應方式，以改善生活。

值得關注的是，因DBT技巧訓練的應用日益廣泛，也有愈來愈多針對單獨

的DBT技巧訓練所發展出的研究。根據Valentine、Bankoff、Poulin、Reidler與Pantalone（2015）的系統性文獻回顧分析，初步研究結果顯示單獨的DBT技巧訓練可有效增進情緒調節能力，並且改善憂鬱以及焦慮症狀。

## 參、辯證行為治療法在大學諮商中心的應用

雖然實徵研究證實DBT對治療較嚴重的案主是很有幫助，而且DBT在美國大學諮商中心的應用亦日益增加，但是應用DBT於不同機構或組織時，卻因DBT的複雜性與全面性而可能遇到瓶頸與挑戰（Hawkins & Sinha, 1998）。在大學諮商中心，應用DBT需考慮的因素包括短期諮商的限制、學期制的寒暑假以及學生問題類型的多元性（Pistorello et al., 2012）。

以下將先分享DBT在大學諮商中心的實務應用方式，此部分將以作者在美國一所大學諮商中心之實務工作經驗為根據做探討。其後，由於每個大學諮商中心的人員編制與機構運作方式皆不同，第二部分將討論DBT在大學諮商中心的應用可能遇到的挑戰與建議。

### 一、辯證行為治療法在大學諮商中心的實務應用方式探討

作者將在美國大學諮商中心的實務工作經驗，以正統DBT的四大治療模式來討論：

#### （一）DBT個別治療

諮商中心的每個治療師皆須接受基本的DBT訓練，並取得網路DBT初級訓練的認證。另一方面，由中心選擇幾位對DBT有興趣的治療師接受進階DBT訓



練。從事個別治療的治療師維持其不同的治療取向，但若有較嚴重的案主類型同時參與技巧訓練團體，個別治療師是負責主要治療模式的安排與聯繫。在個別諮商部份，治療師知悉技巧訓練團體的進度與案主的參與情況，並且在晤談中加強案主對其習得技巧的應用。

## （二）會談之間教導

參與技巧團體的案主知悉若在危機情況有技巧使用的困難，可於中心開放時間打電話諮詢專業人員，此人員由該時段的值班專業心理師或社工師擔任。若是在中心開放時間之外遇到此類情形，則由該週的校園緊急求救電話的值班心理師或社工師擔任。

## （三）DBT治療團隊由大學諮商中心的心理師、社工師組成，其中包括案主的個別治療師以及技巧訓練團體領導人

每個星期聚會討論各類型與DBT應用相關之問題，例如應用DBT於個別諮商所遇到的困難以及處理方式、DBT的個別諮商、技巧訓練與會談之間教導的協調與挑戰等等。

## （四）DBT技巧訓練

諮商中心每學期開設符合該學期週數之技巧訓練團體，採封閉式團體，每週一次，每次約2.5小時，團體成員由個別治療師轉介，案主問題類型不同，但多為較嚴重的案主，且案主須同時接受個別諮商與技巧訓練，由團體領導人設計符合案主需求之課程內容。

## 二、辯證行為治療法在大學諮商中心的應用之挑戰與建議

雖然DBT在美國的大學諮商中心的應用日益廣泛，但是探討DBT在大學諮

商中心應用所遇到的困難及解決方法的文獻仍然有限。其中，只有一個問卷研究在探討此議題（Chugani & Landes, 2016）。因此，此部分將以此研究為基礎探討DBT在大學諮商中心應用的主要挑戰以及建議。此四大挑戰包括機構的有限支持、治療遵守（treatment adherence）問題、技巧訓練的實施困難與治療團隊的成立困難。由於DBT的應用常是全面性且環環相扣的，因此，此四大挑戰是息息相關的。

### （一）機構的有限支持

根據Chugani與Landes（2016）針對美國大學諮商中心的專業工作者所做的問卷研究結果顯示，應用DBT於大學諮商中心時，最常遇到的挑戰之一即是諮商中心管理階層的支持有限（例如：較不願意讓員工把時間分配到接受DBT的訓練或是技巧訓練團體的籌畫與執行）。由於大部分的大學諮商中心資源有限，較嚴重類型的案主可能只佔大學諮商中心服務內容的一小部分，因此，管理階層可能在資源有限的情況下，較不易把資源分配在DBT的應用。為了讓大學諮商中心的管理階層能夠充分支持DBT的應用，有兩個建議可以促進DBT在大學諮商中心的推廣。第一個建議是提出大學諮商中心需要DBT的理由與數據。Chugani和Landes（2016）亦指出大學諮商中心可根據中心的分析資料（例如：因心理因素而自傷、就醫或休學的人數是否較往年增加）與實徵研究，提供近年來大學生心理問題日益嚴重的證據，並整合DBT對於較嚴重類型案主有效性的實證研究，進而提出應用DBT於大學諮商中心的需求與幫助。第二個建議是提出DBT可以對各種不同精神疾病診斷的病患有幫助的實證研究，藉以佐證DBT應用於大學諮商中心的實用性。



由於大學諮商中心的案主問題類型以及嚴重程度往往較多元，而實徵研究顯示DBT不只是對有邊緣性人格診斷的病患有效，如前所述，DBT亦對其他類型的案主很有幫助，因此，大學諮商中心可彈性運用辯證行為治療法於不同類型的案主。例如，Panepinto et al. (2015) 將DBT應用於大學諮商中心的各種問題類型的案主，包括強迫症、焦慮症以及憂鬱症等等，其研究結果發現DBT能有效改善這些個案的問題。

## (二) 治療遵守問題

由於DBT是一個複雜而全面性的治療方法，應用DBT於大學諮商中心時，心理師是否能確實執行DBT亦是一大挑戰。正統DBT的四大治療模式的應用常需花費較多的時間與精神，而心理師的工作量本就負荷較大，也因此，大學諮商中心的心理師是否能有意願確實應用DBT是一大考驗。此外，大學諮商中心的心理師的理論取向常較多元且多非行為學派，因此，要求心理師應用奠基於認知行為學派的DBT會有些困難。要解決應用DBT於大學諮商中心時所遇到的治療遵守問題，有兩個建議。建議一，也是愈來愈多的美國大學諮商中心所採取的方法，也就是彈性調整DBT的治療模式而選擇實際上能適用於大學諮商中心的應用方法。由於各個大學諮商中心的人員結構與服務方式有其差異性，各中心可以根據其特性彈性調整DBT的應用。例如：單獨使用DBT的技巧訓練，而彈性調整其他治療模式的使用，包括由個別治療的心理師選擇是否使用DBT的個別治療以及視中心資源選擇是否納入會談之間教導。建議二，是針對建議一所可能衍生出的問題而提出，即是彈性調整DBT的應用時亦須整合研究文獻並持續以實徵研究檢視彈性調整的適當

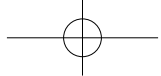
性。例如，雖然有初步文獻回顧的研究論文指出單獨使用DBT的技巧訓練亦對案主很有幫助 (Valentine et al., 2015)，然而，由於大部分關於DBT有效性的實徵研究都是以正統DBT為基礎，也因此彈性調整DBT的應用時可能會影響DBT的有效性。此外，應用DBT於大學諮商中心的實徵研究亦尚在起步階段，因此，需有更多研究探討並檢視將DBT應用於大學諮商中心的有效性以及彈性調整的適切性。

## (三) 技巧訓練的實施困難

DBT中技巧訓練的實施常是以長期團體的方式進行，但是，受限於大學是有學期制的寒暑假，長期團體的方式易被中斷。針對此問題，建議在大學諮商中的技巧訓練團體以每學期開設符合該學期週數的團體進行。此外，技巧訓練的實施亦有可能遇到招募困難的問題 (Rizvi & Steffel, 2014)，也因此，大學諮商中心可針對其中心的人員編制以及學生需求，而彈性調整技巧訓練的實施方式。例如，對較小型大學的諮商中心或是學生需求較少的大學諮商中心，可採取將技巧訓練納入個別諮商中的實施方法，也就是由個別諮商師針對有需求學生進行技巧訓練，可採用隔週進行技巧訓練或是延長個別諮商時間 (例如，50分鐘進行個諮商，另外30分鐘進行技巧訓練)，藉以幫助有需求的學生實施技巧訓練。在此方面，Kerr、Muehlenkamo與Larsen (2008) 的研究結果顯示將DBT的技巧訓練整合於個別諮商中亦可有效降低BPD病患的自殺意念與心理痛苦。

## (四) 治療團隊的成立困難

如前所述，由於大部分的大學諮商中心資源有限且心理師的工作繁重，因此，正統DBT的治療團隊常遇到的困難包括沒有足夠的人員成立治療團隊或是



沒有足夠的時間定期參與治療團隊（Chugani & Landes, 2016）。

關於成立治療團隊的挑戰，有兩個建議。建議一，欲成立治療團隊的初期，可以彈性調整治療團隊的組成和運作方式。例如，治療團隊的成員可由多個鄰近的大學諮商中心對於應用DBT有興趣的心理師組成，在保密的倫理守則下，治療團隊成員可選擇符合其需求的團隊聚會方式與頻率，藉以達到治療團隊的目標。關於治療團隊的聚會方式，除了面對面的聚會外，Chugani和Landes（2016）提出可採用網路媒體的方式進行，例如conference call或是透過網路通訊軟體Skype。建議二，對管理階層提出需成立或是參與DBT治療團隊的原因以及理論根據。猶如督導之於諮商的重要性，治療團隊的建立對於DBT有效性亦是不可或缺，因此，管理階層對於成立DBT治療團隊的支持或是心理師參與DBT治療團隊的支持亦是不可或缺的要素。

## 肆、結論

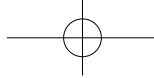
由於現代社會的急遽變遷，大學生的心理與精神問題日趨嚴重，特別是大學生的自殺意念與自傷行為。如何有效治療較嚴重的大學生心理問題是大學諮商中心所需面臨的重要議題。DBT是經實徵研究證實對較嚴重案主很有效的治療方法，且已有研究發現DBT應用於大學諮商中心是很有幫助的。應用DBT於台灣的大學諮商中心時需注意三個方面。在人員訓練方面，如前所述，DBT是一個複雜而全面性的治療方法。若果能確實發揮其效用，心理師接受DBT的訓練是首要且必須的。在實施方面，本文指出在大學諮商中心應用DBT時所面臨的四大挑戰，大學諮商中心應根據不

同的因素做出適當的調整，這些因素包括機構的人員結構與服務方式的差異性、大學諮商中心和醫療機構之性質差異、大學生和病患之功能差異等等。在成效評估方面，大學諮商中心在應用DBT時所做的調整皆有可能與正統DBT有所差異並影響其有效性。此外，由於DBT的應用在台灣尚在起步階段，且運用DBT的相關研究大多是在西方國家。因此，大學諮商中心在彈性調整DBT的應用時，其成效需要謹慎評估以確認其適切性。

總括而言，大學諮商中心的專業助人工作者若能充分了解並且彈性運用DBT於較嚴重的案主，將有助於提升諮商與心理治療領域的專業品質，進而降低大學生的自殺意念與自傷行為。

## 參考文獻

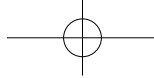
- 方俊凱（2007）。辯證行為治療：蓄意自傷與自殺企圖的治療模式。《諮商與輔導》，261，37-42。
- 行政院衛生福利部（2016）。104年主要死因統計。2016年11月28日取自[http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/Statistic.aspx?f\\_list\\_no=312&fod\\_list\\_no=6201](http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312&fod_list_no=6201)
- 陳淑欽（2015）。辯證行為治療師（DBT therapist）的訓練簡介。《諮商與輔導》，365，2-6。
- 陳若璋、王沂釗（2015）。大學諮商中心實務工作者面對危機個案處遇狀態之探究。《慈濟大學人文社會科學學刊》，18，1-33。
- 陳若璋、王沂釗、廖得安（2012）。校園危機個案處理對心理師衝擊之研究。《臺灣諮商心理學報》，1，57-87。
- 陳宜明、李明濱、林帛賢、廖士程（2013）。蓄意自傷行為之評估與



- 處理。《台灣醫學》，**17**，309-316。
- 陳莉榛、胡延薇、張雅惠（2013）。大專院校自殺／自傷危機處理之探討：以臺灣北區四所私立大學為例。《中華輔導與諮商學報》，**38**，149-182。
- 許雅惠（2011）。大專院校輔導教師工作現況與專業知能需求之研究。《教育心理學報》，**43**（1），51-76。
- 麥麗蓉、蔡秀玲（2004）。諮商員在大學校園中危機處理經驗之初探研究。《中華輔導學報》，**15**，97-122。
- 溫錦真、林美珠（2014）。大學生的心理健康危機與危機介入之探究：以一所綜合大學諮商中心為例。《臺灣諮商心理學報》，**2**，1-29。
- 賴念華、鄭鈴諭、許維素、王羽薇（2014）。大學校園自殺防治工作之挑戰：以諮商中心的經驗為本。《中華輔導與諮商學報》，**39**，1-34。
- American College Health Association (2016). *ACHA-National College Health Assessment II: Reference group executive summary Spring, 2016*. Hanover, MD: Author.
- Benton, S. A., Robertson, J. M., Tseng, W. C., Newton, F. B., & Benton, S. L. (2003). Changes in counseling center client problems across 3 years. *Professional Psychology: Research & Practice, 34*, 66-72.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). Web-based Inquiry Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Retrieved from: <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/fatal.html>
- Chickering, A. W., & Reisser, L. (1993). *Education and identity* (2nd Ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Chugani, C. D., Ghali, M. N., & Brunner, J. (2013). Effectiveness of short term dialectical behavior skills training in college students with cluster B personality disorders. *Journal of College Student Psychotherapy, 27*, 323-336. doi:10.1080/87568225.2013.824337
- Chugani, C. D., & Landes, S. J. (2016). Dialectical behavior therapy in college counseling centers: Current trends and barriers to implementation. *Journal of College Student Psychotherapy, 30*, 176-186. doi:10.1080/87568225.2016.1177429
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin, 135*, 495-510. doi:10.1037/a0015616
- Feigenbaum, J. (2007). Dialectical behavior therapy: An increasing evidence base. *Journal of Mental Health, 16*, 51-68. doi:10.1080/09638230601182094
- Gau, S. S. F., Chen, Y. Y., Tsai, F. J., Lee, M. B., Chiu, Y. N., Soong, W. T., & Hwu, H. G. (2008). Risk factors for suicide in Taiwanese college students. *Journal of American College Health, 57*, 135-142.
- Hawkins, K. A., & Sinha, R. (1998). Can line clinicians master the conceptual complexities of dialectical behavioral therapy? An evaluation of a state department of mental health training program. *Journal of Psychiatric Research, 32*, 379-384.
- Kerr, P. L., Muehlencamp, J. J., & Larsen, M. A. (2008). Implementation of DBT-informed therapy at a rural university training clinic: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 92-100.



- Kleim, S., Kroger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 936-951. doi:10.1037/a0021015
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*, 226-239.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., ... Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 32*, 371-390.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2014). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized trial + follow-up of dialectical therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*, 757-766.
- Neacsiu, A. D. & Linehan, M. M. (2014). Borderline personality disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (5<sup>th</sup> ed., pp.394-461). New York: Guilford Press.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 339-363.
- Nock, M. K. (Ed). (2014). *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. New York: Oxford University Press.
- Panepinto, A. R., Uschold, C. C., Olandese, M., & Linn, B. K. (2015). Beyond borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy in a college counseling center. *Journal of College Student Psychotherapy, 29*, 211-226. doi:10.1080/87568225.2015.1045782.
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 982-994. doi:10.1037/a0029096
- 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*, 434-439. doi:10.1080/07448481.2014.907298
- Stanley, B., Fineran, V., & Brodsky, B. (2014). Psychological treatment for nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. (pp.409-418). New York: Oxford University Press.
- Twenge, J. M., Gentile, B., DeWall, C. N., Ma, D. S., Laceyfield, K., & Schurtz, D. R. (2010). Birth cohort increases in psychopathology among young Americans, 1938-2007: A cross-temporal meta-analysis of the MMPI. *Clinical Psychology Review, 30*, 145-154.



- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as a stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology, 71*, 1-20.
- van den Bosch, L. M., Koeter, M. W. J., Stijnen, T., Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1231-1241.
- Wang, W.-T., & Hsu, W.-Y (2015). Applying the tripartite model to the link between non-suicidal self-injury and suicidal risk. *Chinese Journal of Psychology, 57*, 303-318.
- Ward-Ciesielski, E. F., & Linehan, M. M. (2014). Psychological treatment of suicidal behaviors. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury*. (pp.367-384). New York: Oxford University Press.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2011). *Self-injurious behaviors in a college population. Pediatrics, 117*, 1939-1948. doi:10.1542/peds.2005-1543

