

Liu, M. R., & Chang, S. H. (2013). A comparison of attitudes toward life and death, experiential avoidance, and sense of control among self-mutilative adolescents with and without borderline personality traits. *Formosa Journal of Mental Health*, 24(3), 429-455.

中華心理衛生學刊
第二十四卷(2011) 第三期 429-455頁

研究
論文

自殘青少年併有與不併有邊緣人格特質者 在經驗迴避、生死態度及控制感的差異

劉美蓉 張素凰

研究目的：探討邊緣人格特質青少年自我傷害行為之相對風險性、其自殘行為特性與相關心理特質。**研究方法：**針對南台灣某專科學校學生共2067名依據邊緣人格特質與自傷行為的有無，將所有學生分派為四組，每組再隨機各抽取25名受試，進行進一步的探討。**研究結果：**在2015位的有效樣本中具邊緣人格特質者約有7%；有自傷行為者約有9.7%。邊緣人格特質青少年出現自傷的相對風險是不具邊緣人格特質青少年的22倍、並且顯著使用較多樣的自殘方法、在某些特定自殘方法亦顯著有較高的使用頻次。在經驗迴避、生死態度、控制感等心理變項上，邊緣人格特質青少年自殘者、不具邊緣人格特質青少年自殘者、以及不具邊緣人格特質且無自殘行為者三組呈顯著的線性趨勢。**研究結論：**邊緣人格特質青少年出現自傷的相對風險顯著偏高，其自殘者經驗迴避傾向最高，對生命的態度最負向且最排斥，其負向控制感最高、正向控制感最低，較容易出現不利後果或適應不良情況。

關鍵詞：邊緣人格特質、自殘青少年、生死態度、經驗迴避、控制感

劉美蓉：國立台灣大學心理學研究所臨床組博士班研究生；高雄醫學院行為科學研究所精神行為科學組理學碩士。專長領域與研究興趣為臨床心理學。

張素凰：國立臺灣大學心理學系副教授；國立臺灣大學心理學研究所博士；專長領域與研究興趣為焦慮與憂鬱的心理病理與心理治療。(通訊作者；E-mail: swchang@ntu.edu.tw)

收稿：2009年07月25日；接受：2010年05月12日。

一、前言

綜觀全球，15~24歲的族群中，自殺是死亡的五大原因之一(Prinstein, 2008)，根據行政院衛生署近五年來(93~97年)所公布的死因統計結果分析，在台灣青少年(15~24歲)的主要死亡原因排名中，自殺一直名列第二、第三(行政院衛生署，2009)，此外，國外也有研究資料顯示，無自殺意圖的自殘行為在成人及青少年族群均有逐年增加的趨勢(Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Ross & Heath, 2003; Whitlock, Eckenrode, & Silverman, 2006)，而這族群是日後產生自殺行為的高危險群，在治療上相當棘手(Whitlock et al., 2006; Zahl & Hawton, 2004)。自殘行為多開始於14歲或青少年早期(Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Whitlock et al., 2006)，在學的青少年過去曾有過自殘經驗的比例約在13.9%~22%(陳毓文，2006；Ross & Heath, 2002; Whitlock et al., 2006)，而國內針對私立高中職生的自我傷害行為(無自殺意圖)調查亦發現，在過去一年，有高達44.4%曾進行過自傷行為，且自傷經驗多數為2次以上(呂孟真，2007)。在Nock、Joiner、Gordon、Lloyd-Richardson與Prinstein(2006)對住院青少年的非自殺的自我傷害(non-suicidal self injury, NSSI)研究結果發現，在這群最近一年內有過非自殺企圖的自我傷害青少年個案中，其中有15%只有過一次自殺企圖，但曾有過多次自殺企圖者則佔55%，整體而言，其終身自殺企圖率高達70%。在一個大樣本十五年長期追蹤的研究結果發現，在10~24歲的年輕族群中，重複刻意自傷(repeated deliberate self-harm)者其自殺身亡的相對風險性是單次(single-episode)刻意自傷者3.1倍，是所有年齡層中最高的(Zahl & Hawton, 2004)。上述研究顯示，青少年族群的自傷或自殘行為是一個重要的研究議題。

(一) 自殘、自傷與自殺

過去的研究對自殘行為的探究缺乏一致的名稱與定義，這往往是研究結果迥異且難以比較的最大原因，常見的名稱如：自殘(self-mutilation,

SM)(Favazza, 1998; Ross & Heath, 2002; Suyemoto, 1998)、刻意自傷(deliberate self-harm, DSH)(Gratz, 2001; Klonsky et al., 2003; Pattison & Kahan, 1983)、自我傷害行為(self-injury behavior)(Whitlock & Knox, 2007; Yates, 2004)、非自殺的自我傷害(Nock et al., 2006)等。不僅名稱不同，其操作定義也有所不同。自殘意指在意識上無自殺意圖、刻意直接破壞或改變身體組織(Favazza, 1998)。世界衛生組織(World Health Organization, WHO)簡單地將自殺舉動(suicidal act)定義為帶有不同程度之致死企圖的自我傷害；而造成致死結果的自殺舉動則定義為自殺(WHO, 1968)。因此，在廣義的自我傷害定義中，其實也包括了自殺舉動，甚至Daily在1992年所提到的青少年之酗酒、吸毒、飆車等一些對生命具有威脅的偏差行為，也往往被視為一種慢性「自傷」的行徑(引自陳毓文, 2006)。簡單來說，自傷一詞包含了自殘行為在內，可說是較廣義的行為反應定義。一般在區分「自殘」與「自殺」的差異時，最常見的區分點是該行為之意圖有無死亡動機(Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Stanley, Gerneroff, Michalsen, & Mann, 2001)，但在諸多研究中卻發現，自殘與自殺似乎存在有許多的重疊性(Nock et al., 2006; Whitlock & Knox, 2007)。雖然自殺與自殘兩項行為都包含著對於身體的傷害，但實質上二者仍有些許的不同，例如，Messer與Fremouw(2008)即認為這樣的區分過於精簡，對於該如何定義個體的致死性、動機、行為模式依然存有許多模糊不清之處。他們在回顧相關文獻後發現，自殘為一種蓄意、非自殺性的破壞個人身體組織的行為，通常為一般社會所不能接受；另外，在自殘舉動發生前個體常出現緊張或焦慮，而在身體組織受傷後則往往帶來焦慮的減低或產生釋放去感受。而這種自殘舉動與文化所認同的自殘，如：土著的原始儀式、成年禮、或流行的身體裝飾行為(如：紋身、皮膚烙印等等)亦應有所區分。因此，在針對自殘行為的定義進行整理歸納後，Messer與Fremouw提出了四點較明確的定義特性：蓄意(deliberateness)、無死亡意圖的組織傷害(tissue damage without intent to die)、社會不能接受(social unacceptability)，與典型的重複性(typical repetitiveness)。

自殘行為常與負向情緒有關，當個體經驗到負向情緒時，自殘行為具有

表達負向情緒、減低負向情感、避開不愉快情緒等功能(Brown & Williams, 2007)。主張自殘與自殺行為有別的學者認為，許多自殘者報告其在自殘的同時並無自殺意念，而是將自殘當作一種因應的策略(Muehlenkamp & Gutierrez, 2004)。Muehlenkamp與Gutierrez(2004)假定自殘的目的在於處理痛苦以讓自己好過些，是為了要活下來，而企圖自殺則是為了結束目前的生命；另外，該二位學者的研究發現，自殺意念的有無與憂鬱程度並無法區分出自殘與自殺企圖這兩種行為，而生死態度(attitudes toward life and death)的差異卻能看出端倪：相較於自殘且有過自殺企圖者，自殘者(未曾有自殺企圖者)有較低的生之斥力(repulsion by life, RL)及較高的生之吸力(attraction to life, AL)，即對生命較不排斥且有較正向的態度。

(二) 自殘與邊緣人格特質

青少年的自殘行為可說是目前普遍存在校園的一個問題。在Nock等人(2006)對住院青少年的非自殺的自我傷害研究結果發現，在這群青少年個案中，有67.3%符合第二軸診斷；過去的研究，亦多認為有自殘或自殺行為者比較容易同時是邊緣人格違常者(borderline personality disorder, BPD)(蘇宗偉、李明濱，2006；Chapman, Specht, & Cellucci, 2005; Paris, 2005; Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005)。根據精神疾病診斷與統計手冊(DSM-IV; APA, 1994)的診斷準則，邊緣人格違常乃是開始於成人早期之前、在各種環境背景下表現的一種廣泛模式，在人際關係(interpersonal relationship)、自體形象(self-image)、情感(affect)方面表現極為不穩定，且非常容易衝動(impulsivity)。

自殘常與負向情緒有關，部分學者視自殘為一種因應策略，Chapman、Gratz與Brown(2006)提出經驗迴避模式(Experiential Avoidance Model, EAM)，認為自殘者無法執行較有技巧的因應策略(coping strategies)，自殘行為因為可以降低或逃離不想要的情緒喚起(emotional arousal)而受到負增強，使得該行為持續存在。Chapman等人(2005)從文獻中發現邊緣人格違常者難以有效調節情緒(emotion regulation)，並且傾向使用破壞性、衝動性的策略來避開不想要的情緒。他們的研究結果也驗證了邊

緣人格違常的特徵與經驗迴避有關，而且，具有邊緣人格違常特徵者會提高其迴避與自殘的機率，當邊緣人格違常特徵愈嚴重時，其終生的自傷頻次也愈高。由此可見，非邊緣人格自殘者可能以自殘作為因應負向情緒的策略，以達到經驗迴避之目的，而邊緣人格違常患者或邊緣人格特質者，因具有情緒調節困難之特徵，所以更傾向於使用迴避／逃離(avoidance/escape)策略來因應負向情緒，以迴避經驗。此一假設有待未來研究進一步驗證。

在Brunner、Parzer、von Ceumern與Resch(2008)的研究發現，相較於健康的控制組，邊緣人格違常個案併有自傷行為者有較多的人格問題，其情緒調節能力較差、更喜追求新奇且較衝動。易言之，個案所選擇使用傷害自己的行為常伴隨有其目的性，自我傷害行為常是為了表達挫折與憤怒、釋放難以忍受的緊繃感、因應憂鬱、或終止自殺意念或自殺企圖(Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002; Ross & Heath, 2003)。在國內針對高中職學生所做的研究發現，不同的自我傷害方式(無想死意圖)與不同的動機、負向情緒有關，但均與人際影響、對負向感受的因應、負向自我評價等顯著相關。而捶打牆壁、拳打自己、頭撞、刻字等自傷則與避免失控顯著相關(呂孟真，2007)。在一項針對邊緣人格違常女性的研究結果亦發現，自殘者最主要是為了要表達憤怒、懲罰他人、產生正常感受及分散自己的注意力(Brown, Comtois, & Linehan, 2002)，而Chapman與Dixon-Gordon(2007)也發現邊緣人格違常者相較非邊緣人格違常者之自殺企圖者或矛盾的自殺企圖者(對是否想死感到矛盾)，其自殘舉動具有減緩痛苦及正向情緒轉移的功能。所以，非邊緣人格自殘者之自殘動機可能是為了要表達憤怒與挫折，或為了要因應負向感受。而邊緣人格違常自殘者由於具有人際關係與情感不穩定且易衝動的人格特性，因此，其自殘動機除了負向情緒的因應外，可能還為了想要轉移注意力、懲罰他人、或產生正常感受等。由上述文獻回顧可推知，邊緣人格特質者會出現較多的自殘行為。

控制感可能在自殘行為中扮演重要角色。Shapiro、Schwartz與Astin(1996)綜括多項研究，發現可控制感的程度與生理及心理健康有著密切的關連性，有不少人在環境所能提供的控制量與個人變項(行為技巧與能力、控制認知、控制動機)上出現不協調(mismatch)情況。一種不協調的情況是，環境提供給個體較高的控制性，但個體

的控制渴望低、有較高的外控需求且自我效能感低；另一種情況是，環境所能提供的控制性有限，但個體卻有較高的掌控需求、深信自己的控制能力強。一旦個體出現上述不協調情況，即可能對個體產生不利的後果或適應不良的情況。Burger(1984)認為人們每天都會面對一些難以控制或完全無法控制的生活事件，個體是否會對這些經驗產生情緒反應，取決於其對該經驗是否有控制慾望或想獲得更高的掌控力。其研究發現，個體缺乏控制感是產生與維持憂鬱的重要因素，至於控制渴望(desire of control)以及控制感與控制渴望之交互作用對於憂鬱程度的預測力則較少得到支持證據。因此，控制感的高低可能與負向情緒息息相關。Weir與Jose(2008)的研究亦指出知覺控制(perceived control)在壓力與憂鬱症狀間扮演中介角色，亦即壓力透過較低的控制感之機制與壓力症狀產生關連。因此，壓力可預測低控制感，繼而可預測較多的憂鬱症狀。又自殘與負向情緒有關(Brown & Williams, 2007)，而壓力可透過較低的控制感預測憂鬱症狀(Weir & Jose, 2008)，可知非邊緣人格自殘者可能因為缺乏控制感而自殘。而邊緣人格違常者出現自殘的頻次較非邊緣人格自殘者高，是否邊緣人格違常自殘者較非邊緣人格自殘者更缺乏控制感，所以出現更多的自殘行為，宜深入加以探究。

另一方面，過去文獻對於自殘與自殺最大的區別在於想死的意圖，而關於是否想死，從Muehlenkamp與Gutierrez(2004)的研究發現，生死態度的差異是重要的因素。而在Zahl與Hawton(2004)的長期追蹤研究發現，在10~24歲的年輕族群中，重複刻意自傷者，其自殺身亡的相對風險性是單次刻意自傷者的3.1倍，在前述的文獻回顧亦指出自殘者是日後自殺行為的高危險群(Whitlock et al., 2006; Zahl & Hawton, 2004)。Prinstein(2008)在其回顧性文章中指出，有較高頻次的自殘者，具有較嚴重的心理病理，Osman等人(1994)則發現多元態度自殺傾向量表(Multi-Attitude Suicide Tendency Scale, MAST)的分量尺可以區分出不同程度的心理病理與自殺行為。其中以生之吸力與生之斥力最能區出自殺危險性；自殺危險性較高者，其生之吸力得分最低，生之斥力得分最高。由於邊緣人格特質自殘者之自殘頻次可能較非邊緣人格自殘者高，可進一步推論邊緣人格違常自殘者其日後之自殺危險性及心理病理嚴重度會較非邊緣人格自殘者來得高。是否邊緣人格特質自殘者在多元態度自殺傾向

量表之生之吸力得分會較非邊緣人格自殘者低、生之斥力得分會較非邊緣人格自殘者高、生死態度是否更負向，值得未來研究進一步探討。

(三) 研究目的

比較邊緣人格違常自殘者與非邊緣人格違常自殘者在自我傷害動機、經驗迴避、生死態度及控制感這四個變項上的差異在理論及臨床上均有其重要性。國內目前在青少年自殺或自我傷害行為之相關研究成果豐碩(王韻齡、許文耀, 2006; 吳純儀、顏正芳、余麗樺, 2007; 胡淑媛, 1991), 但研究對象多針對一般青少年(陳錦宏等人, 2008), 且多數並未特別將自殘、自我傷害行為、或自殺加以區分探討(程雅好, 2008; 鄭丞斌, 2004), 本研究將進一步針對青少年之自殘行為特性進行探究。由前述之文獻回顧可發現邊緣人格違常者其自傷機率似乎較高, 特別是當邊緣人格違常特徵愈嚴重時, 其終生發生自傷之頻次會愈高(Chapman et al., 2005)。雖然在青少年階段比較少下邊緣人格違常的診斷, 但研究指出, 青少年時期的邊緣人格違常症狀對個體有不好的預後, 且與成人期的邊緣人格症狀、邊緣人格違常診斷有顯著相關, 支持以DSM-IV的邊緣人格違常症狀作為青少年早期自陳評估的參考(Winograd, Cohen, & Chen, 2008)。因此, 探討邊緣人格特質青少年之自殘行為特性及其相對風險性, 以便早期發現、早期預防或介入, 是一個不容忽視的議題。國內目前尚少有研究者針對邊緣人格特質青少年進行的研究, 且尚無針對邊緣人格特質併有自殘行為者與邊緣人格特質無自殘行為者進行比較之研究, 亦無研究同時探討生死態度、經驗迴避傾向與控制感等變項對於自殘行為之影響。綜合上述, 本研究之目的之一為, 探討邊緣人格特質青少年自我傷害行為之相對風險性。本研究之目的之二為, 探討邊緣人格特質青少年之自殘行為特性及其相對風險性。本研究之目的之三, 擬針對邊緣人格特質併有自殘行為者、邊緣人格特質無自殘行為者、不具邊緣人格特質之一般自殘者、以及一般健康人, 探討其在生死態度、經驗迴避與控制感等心理變項上是否有所不同。本研究預期具邊緣人格特質青少年之自殘者較不具邊緣人格特質青少年之自殘者, 其自殘頻次較高; 具邊緣人格特質青少年之自殘者其生之斥力及經驗迴避傾向最高, 不具邊緣人格特質青少年之自殘者次之, 一般青少

年最低；在控制感方面，具邊緣人格特質青少年之自殘者最缺乏控制感，不具邊緣人格特質青少年之自殘者次之。

以邊緣人格特質青少年為對象的自殘行為之研究有其重要性，因為成人的邊緣型人格異常個案在臨床治療上是較為棘手的，由於其人格特質已較為穩定，行為模式也較定型不易改變，此時要有效介入改變是困難的。因此，如果在青少年階段即可辨識出其邊緣型人格特徵及相關的危險因子，因而及早介入，在其發展尚未完全成熟前，即提供學習改變的機會，則對於日後可能產生的自殘或自殺行為，將能達到較好的預防效果。

二、研究方法

(一) 研究對象

本研究以南部某專科學校五專部一到三年級學生為樣本來源。該校五專部一到三年級學生共2067名學生，接受個性特徵量表—邊緣人格異常疾患準則(Chinese Personality Disorder Inventory-BPD Criteria, CPDI-BPD Criteria；Leung & Cheung, 2003)問卷篩選，剔除答題不全者，共有2015份為有效樣本。根據Leung與Cheung(2003)，在個性特徵量表—邊緣人格異常疾患準則的九題中只要有任五題回答「對」，即定義為具有邊緣性人格特質(Borderline Personality Traits, BPT) (DSM-IV; APA, 1994)。依研究目的，本研究再將參與者分成具邊緣人格特質且有自傷行為者、具邊緣人格特質且無自傷行為者、不具邊緣人格特質但有自傷行為者、與不具邊緣人格特質且無自傷行為者等四組進行隨機抽樣，每組各抽25人。對於未成年學生均徵求家長同意後，才進行隨機抽樣，徵求家長同意信函之回收率四組均達八成以上，其中，家長同意比例各組均達九成。所有參與學生亦皆徵求其同意後方進入研究調查。本研究程序經作者研究機構學術委員會審查核可後執行。

(二) 研究工具

1. 個性特徵量表—邊緣人格異常疾患準則：本量表係由梁耀堅博士於2003年所

編訂，為適用於青少年及成人的自陳式問卷，具有良好信度與正向預測力(positive predictive power)，邊緣人格違常疾患準則共有九題，任五題答「對」即達切截分數，可用以快速篩檢DSM-IV中之邊緣人格違常疾患。本量表的內部一致性信度為.73，且具有良好的同時效度(Leung & Cheung, 2003; Leung, 2004; Leung, Cheung, & Cheung, 2004)。本研究以此量表作為篩檢工具，由於本量表題項少，可在短時間內，針對大樣本篩檢出本研究所關注的樣本群，包括是否具有邊緣人格特質，以及是否有自傷意念及自傷行為的評估題項。雖然本量表有自傷行為評估較為簡略的缺點，一旦經初篩並選取為個案後，則輔以自我傷害量表來針對自殘行為進行完整的評估。

2. 自我傷害量表：此量表係由呂孟真(2007)修訂自Gratz(2001)的刻意自我傷害量表(Deliberate Self-harm Inventory)而得。對於每種自傷行為(沒有想自殺，但會故意傷害自己以致於身體或皮膚受傷)詢問參與者在過去一年內進行過該自傷行為的頻率程度，以及自傷後是否因其所導致的生理傷害而就醫，可勾選的頻率選項有「1次」、「2到5次」、「6到10次」、「11到24次」、「24次以上」。修訂後的該量表內部一致性信度為.82，二~四週後再測信度為.68。本量表共十九題，在此修訂後之量表外，再增加三個題項，分別為(1)你最近一次沒有想死，而故意傷害了自己，距離現在有多久；(2)你是否有過想死的念頭(從小至今)；(3)你是否曾經因為想死而真的做出過傷害自己的舉動。本研究以自我傷害量表來測量自殘行為(沒有想死意圖的自我傷害行為)，以上述額外增加的第(3)題來測量自殺企圖(有想死意圖的自我傷害行為)，藉此區別自我傷害與自殺企圖的測量。

3. 自我傷害動機量表：係由呂孟真(2007)參考自Linehan、Heard、Brown與Wagner等人在2001年所編製之「擬似自殺史」(Parasuicide History Interview, PHI)中關於擬似自殺動機的部分後所編製而成，主要目的為測量參與者的自我傷害動機。本量表共有二十七題，採用五點量表，以評估個體主觀認為其採取自我傷害行為的動機為何，越高分代表越常使用該項作為其自我傷害動機。修訂後的本量表內部一致性信度為.93，具有良好的內部一致性。

4. 接受與行動量表(Acceptance and action Questionnaire, AAQ)：此量表係由林宛貞與張素凰(2009)修訂自Hayes、Wilson、Gifford、Follette與Strosahl(1996)所編製之

自陳量表，該量表有良好的建構效度及適當的內部一致性信度 $\alpha = .70$ 。本量表共有十六題，採用七點量表，得分越高表示經驗迴避傾向越高，經中文修訂後之量表內部一致性信度為.71，再測信度為.52。

5. 多元態度自殺傾向量表(MAST)：本研究採用王彩鳳與張素凰(1999)修訂自Orback、Milstein與Har-Even (1991)所編製的自陳式量表，該量表共三十題，採用五點量表，包含四個分量尺，分別為對生之吸力、對生之斥力、對死之吸力(attraction to death, AD)以及對死之斥力(repulsion by death, RD)等，得分愈高，顯示受試在該向度的程度愈高。中文修訂後的該量表，其間隔約二個月的再測信度為 $r = .77$ ，其中「對生之吸力」為 $r = .66$ 、「對生之斥力」為 $r = .73$ 、「對死之吸力」為 $r = .68$ 、以及「對死之斥力」為 $r = .68$ 。

6. 控制感與控制渴望量表：本量表翻譯自Shapiro控制量表(Shapiro Control Inventory, SCI)中之控制感與控制渴望量表(Sense of Control and Desire for Control Scales, SCDCS)(Shapiro, 1994)，本量表共有二十七題，採用七點量表，包含正向控制感(positive sense of control, PSC)、負向控制感(negative sense of control, NSC)與控制渴望(desire of control, DC)等三個分量尺。正向控制感得分越高，代表個體所知覺到的自我效能(self-efficacy)愈高，包括設定並達到有意義的目標，有適度的自我控制，相信自己有能力可以獲得自己想要的控制；負向控制感得分愈高，代表個體感覺失去過去所擁有的控制力，失去自我控制，對於環境缺乏控制，感覺被動與無助，過於被他人掌控的程度愈高；控制渴望得分越高代表個體想要獲得或維持控制的動機越高。中文翻譯後之量表內部一致性信度 α 介於.67~.87，五週後再測信度 r 介於.67~.84。顯示本量表具有良好的信度，且本量表各分量尺之信度檢測結果均與英文版量表相近。

(三) 資料分析

各項資料回收後先進行整理，剔除作答不完全、亂答之問卷資料。將有效問卷之原始資料輸入電腦，以SPSS 16.0統計套裝軟體進行資料分析。包括中譯量表的內部一致性與再測信度分析；樣本基本資料、自殘行為的描述統計分析、卡方檢定、獨立樣本 t 檢定、變異數分析(ANOVA)等。

三、研究結果

(一) 流行病學相關資料分析

1. 相對風險性：

個性特徵量表—邊緣人格違常疾患準則初篩結果顯示，具邊緣人格特質且有自傷行為者有85人，具邊緣人格特質且無自傷行為者有61人，不具邊緣人格特質但有自傷行為者111人，不具邊緣人格特質且無自傷行為者有1758人。在所有樣本中，具邊緣人格特質者約有7%；有自傷行為者約有9.7%。在有自傷行為者中具有邊緣人格特質者約佔43%；在邊緣人格特質青少年中自傷者的比例為58.2%，較不具邊緣人格特質而自傷者的比例(5.9%)顯著要高出許多，其勝算危險比為22倍(odds ratio = 22.42, 95% C. I.: 15.32~32.81)，亦即邊緣人格特質青少年出現自傷的機率是不具邊緣人格特質青少年出現自傷的機率的22倍。

2. 自殘行為特性：

經隨機抽樣取得之樣本中，原有自傷行為者中有二位個案(不具邊緣人格特質但有自傷行為者)，其自傷行為不符合自殘行為特性，亦即這兩位個案曾有自我傷害行為，但未曾有過不具死亡意圖的自殘行為，因此，這二位個案的資料將不納入後續的資料分析。因此，最後取得的四組樣本人數分別為：具邊緣人格特質且有自殘行為組(BPT with SM組)22人，具邊緣人格特質且無自殘行為組(BPT without SM 組)17人，不具邊緣人格特質但有自殘行為組(Pure SM組)23人，不具邊緣人格特質且無自殘行為組(Control組)20人。以上四組個案，在性別比例($\chi^2_{(3)} = 1.25, p = .74$)及年齡($F_{(3,78)} = .49, p = .69$)方面無顯著差異。另外，四組個案中過去曾有自殺意念的比例有顯著差異($\chi^2_{(3)} = 9.63, p < .05$)，其中具邊緣人格特質且有自殘行為組過去曾有自殺意念的比例(95.5%)最高，不具邊緣人格特質且無自殘行為組的比例最低(55%)；而具邊緣人格特質且有自殘行為組中過去曾有自殺企圖的比例(50%)則顯著較不具邊緣人格特質但有自殘行為組(21.7%)為高($\chi^2_{(1)} = 3.92, p < .05$)(見表一)，其勝算危險比為3.6倍(odds ratio = 3.60, 95% C. I.: 0.99~13.16)，亦即邊緣人格特質青少年自殘者過

去曾有自殺企圖的機率是不具邊緣人格特質青少年自殘者過去曾有自殺企圖的機率的3.6倍。在自殘行為特性方面，BPT with SM組較Pure SM組顯著傾向使用較多樣的自殘方法($t = 2.61, p < .05$)；在以針、釘子或尖銳物刺進皮膚、用頭撞某物等自殘方法，BPT with SM組也顯著有較多的個案會採用該法(Fisher's Exact Test, $p < .001$)(見表二)；在不同方法的自殘頻次上，例如，割手腕、手臂，以針、釘子或尖銳物刺進皮膚，或用頭撞某物等自殘方法，BPT with SM組也顯著有較多的個案會出現較高的採用頻次(見表三)。另外，由問卷調查顯示，此二組在近一年內發生自殘行為的比例均在五成以上(BPT with SM: 72%; Pure SM: 52%)，其自殘之傷害程度多數不需要就醫，約有一成的自殘者其傷勢需進一步就醫處理。

(二) 經驗迴避、生死態度、控制感與自殘動機等心理變項探討

由於過去文獻指出，自我傷害傾向為具邊緣人格特質者的特徵之一，易言之，具邊緣人格特質且無自殘行為組可能為較不穩定的分組，亦即該組個案有可能日後還是會有自殘行為。因此，在探討心理變項時，以下將針對 BPT with SM組、Pure SM組及Control組，比較此三組在經驗迴避、生死態度以及控制感與控制渴望等心

表一 樣本特性

變項	BPT with SM <i>N</i> = 22	BPT without SM <i>N</i> = 17	Pure SM <i>N</i> = 23	Control <i>N</i> = 20
年齡				
平均數	16.99	16.99	16.69	16.84
標準差	1.11	0.67	0.93	0.93
性別(% 女性)	86.40	76.50	73.90	75.00
曾有自殺意念(%)	95.50	70.60	78.30	55.00
曾有自殺企圖(%)	50.00	0.00	21.70	0.00

註：BPT with SM：具邊緣人格特質且有自殘行為者；BPT without SM：具邊緣人格特質且無自殘行為者；Pure SM：不具邊緣人格特質但有自殘行為者；Control：不具邊緣人格特質且無自殘行為者。

表二 自殘方法之差異比較

方法	BPT with SM N (%)	Pure SM N(%)
割手腕、手臂	20 (44.4)	20 (44.4)
香菸燒燙自己	2 (4.4)	0 (0.0)
用打火機火柴燒自己	1 (2.2)	0 (0.0)
在皮膚上刻字	13 (28.9)	7 (15.6)
在皮膚上刻圖案或標記	8 (17.8)	3 (6.7)
抓破皮膚	8 (17.8)	10 (22.2)
咬到皮膚受傷	8 (17.8)	4 (8.9)
用沙紙摩擦身體	0 (0.0)	0 (0.0)
在皮膚上滴強酸	0 (0.0)	0 (0.0)
用漂白劑或清潔劑用力擦洗皮膚	0 (0.0)	0 (0.0)
以針、釘子或尖銳物刺進皮膚**	7 (15.6)	0 (0.0)
用玻璃擦破皮膚	3 (6.7)	3 (6.7)
破壞或折斷自己的骨頭	0 (0.0)	0 (0.0)
用頭撞某物 **	8 (17.8)	1 (2.2)
用拳頭猛力撞擊自己	9 (20.0)	8 (17.8)
阻止傷痕復原	7 (15.6)	3 (6.7)
用拳頭用力搥打牆壁	16 (35.6)	11 (24.4)
用力拉扯自己頭髮	5 (11.1)	5 (11.1)

註：BPT with SM：具邊緣人格特質且有自殘行為者；Pure SM：不具邊緣人格特質但有自殘行為者。

** Fisher's Exact Test, $p < .001$

表三 自殘方法頻次之差異

方法 頻次	BPT with SM N (%)	Pure SM N (%)
割手腕、手臂*		
沒有過	2 (9.1)	3 (13.0)
1次	0 (0.0)	5 (21.7)
2- 5次	9 (40.9)	11 (47.8)
6-10次	10 (45.5)	3 (13.0)
11-24次	1 (4.5)	0 (0.0)
24次以上	0 (0.0)	1 (4.3)
以針、釘子或尖銳物刺進皮膚*		
沒有過	15 (68.2)	23 (100.0)
1次	2 (9.1)	0 (0.0)
2- 5次	2 (9.1)	0 (0.0)
6-10次	3 (13.6)	0 (0.0)
用頭撞某物*		
沒有過	14 (63.6)	22 (95.7)
2- 5次	5 (22.7)	1 (4.3)
6-10次	3 (13.6)	0 (0.0)

註：BPT with SM：具邊緣人格特質且有自殘行為者；Pure SM：不具邊緣人格特質但有自殘行為者。

*Fisher's Exact Test, $p < .05$

理變項上的差異。變異數分析結果顯示，此三組在經驗迴避($F_{(2,59)} = 9.46, p < .001$)、正向控制感($F_{(2,59)} = 5.26, p < .01$)、負向控制感($F_{(2,59)} = 9.36, p < .001$)以及對生之吸力($F_{(2,59)} = 5.82, p < .01$)、對生之斥力($F_{(2,59)} = 14.49, p < .001$)、對死之吸力($F_{(2,59)} = 7.92, p < .01$)等向度上，其量表得分達顯著差異(見表四)。進一步的趨勢分析結果，三組間的分亦均呈顯著線性改變趨勢，分別為經驗迴避($F_{(1,59)} = 18.152, p < .001$)；正向控制感($F_{(1,59)} = 10.03, p < .01$)；負向控制感($F_{(1,59)} = 17.12, p < .001$)；對生之吸力($F_{(1,59)}$)

= 11.58, $p < .001$)；對生之斥力($F_{(1,59)} = 28.68, p < .001$)；對死之吸力($F_{(1,59)} = 13.61, p < .001$)。具體言之，BPT with SM組其經驗迴避傾向、負向控制感、對生之斥力及對死之吸力最高(平均值分別為76.64、19.86、23.73、22.00)，Pure SM組次之(平均值分別為68.41、14.77、18.64、21.14)，Control組最低(平均值分別為64.44、13.17、15.06、16.89)；反之，BPT with SM組其正向控制感、對生之吸力最低(平均值分別為42.77、24.45)，Pure SM組次低(平均值分別為45.73、26.77)，Control組最高(平均值分別為52.06、28.61)(見表四)。

表四 各量表得分差異之變異數分析

變項	BPT with SM <i>N</i> = 22 <i>M</i> ± <i>SD</i>	Pure SM <i>N</i> = 23 <i>M</i> ± <i>SD</i>	Control <i>N</i> = 20 <i>M</i> ± <i>SD</i>	<i>F</i> 值	<i>p</i> 值
接受與行動量表					
	76.64 ± 8.09	68.41 ± 10.59	64.44 ± 8.38	9.46	.001***
控制感與控制渴望量表					
PSC	42.77 ± 10.71	45.73 ± 7.54	52.06 ± 8.76	5.26	.008**
NSC	19.86 ± 4.61	14.77 ± 5.90	13.17 ± 4.94	9.36	.001***
DC	46.91 ± 10.12	43.68 ± 9.05	48.67 ± 9.91	1.38	.259
多元態度自殺傾向量表					
AL	24.45 ± 3.78	26.77 ± 4.48	28.61 ± 3.07	5.82	.005**
RL	23.73 ± 4.07	18.64 ± 6.04	15.06 ± 5.10	14.49	.001***
AD	22.00 ± 4.76	21.14 ± 4.61	16.89 ± 2.97	7.92	.001**
RD	23.05 ± 6.96	22.09 ± 8.82	22.18 ± 8.61	.25	.779

註：BPT with SM：具邊緣人格特質且有自殘行為者；Pure SM：不具邊緣人格特質但有自殘行為者；Control：不具邊緣人格特質且無自殘行為者；PSC：正向控制感；NSC：負向控制感；DC：控制渴望；AL：對生之吸力；RL：對生之斥力；AD：對死之吸力；RD：對死之斥力。

** $p < .01$, *** $p < .001$

針對有自殘行為的BPT with SM組及Pure SM組比較其自殘行為的動機，結果發現，BPT with SM組較Pure SM組顯著地因為負向自我評價($t = 2.50, p < .05$)與避免失控($t = 2.50, p < .05$)而自殘(見表五)。

表五 自殘動機之差異比較

	BPT with SM <i>M ± SD</i>	Pure SM <i>M ± SD</i>	<i>t</i> 值	<i>p</i> 值
人際影響	15.00 ± 4.87	13.48 ± 5.42	.99	.328
負向感受的因應	24.14 ± 7.01	20.00 ± 6.93	1.99	.053 [#]
避免失控	11.71 ± 4.60	8.83 ± 2.95	2.50	.016 [*]
負向自我評價	10.27 ± 3.71	7.70 ± 3.21	2.50	.016 [*]

註：BPT with SM：具邊緣人格特質且有自殘行為者；Pure SM：不具邊緣人格特質但有自殘行為者。

* $p < .05$, [#]趨近顯著水準。

四、討論與建議

(一) 邊緣人格特質青少年自殘行為的相對危險性

以邊緣人格特質青少年為研究對象，本研究的結果顯示，邊緣人格特質青少年自傷比例為58%，遠較不具邊緣人格特質青少年的自傷比例(5.9%)顯著要高出許多，其勝算危險比高達22倍(odds ratio = 22.42)。相較國內外的研究結果，在學青少年過去曾有過自殘經驗的比例約在13.9%~22%(陳毓文，2006；Ross & Heath, 2002; Whitlock et al., 2006)，亦即相對於一般在學青少年為對象的研究，當以邊緣人格特質青少年為主要探討對象時，本研究的結果則進一步顯示，其自傷比例高達兩倍以上。這是一個值得注意的現象，顯示邊緣人格特質青少年在自殘的三級預防課題中扮演著重要的角色。本研究中，不具邊緣人格特質青少年在近一年內發生自殘行為比例為52%，相較呂孟真(2007)的研究結果，高中職生過去一年曾進行過自傷行為之比例(44.4%)略高。有可能本研究對象為專科學校學生，且樣本來源為南部較為城鄉及外島地區之學生，而呂孟真(2007)的樣本來源是北部的高中職學生，所以，此

數值差異有可能與研究對象之學籍特性或樣本來源之地區特性不同有關。再者，在過去的研究多發現自傷行為以女性居多(Whitlock et al., 2006; Wong, Stewart, & Lam, 2007)，由於本研究所選取的學校樣本以女性學生居多，男女性別比例懸殊，雖然本研究並未特別針對自殘行為的發生在性別方面是否有差異加以比較，但有可能因為研究樣本以女性居多，所以呈現出較高的自殘比例，此臆測有待未來研究進一步探討。本研究的另一個發現是，邊緣人格特質青少年自殘者在近一年內發生自殘行為比例則高達72%，而且較不具邊緣人格特質青少年的自殘者更傾向使用較多樣的自殘方法，其自殘的頻次在某些特定的方法上也顯著有較高的頻次。由此可見邊緣人格特質青少年，不論是在自殘行為的發生率、頻率或多樣性上，都遠比不具邊緣人格特質青少年的自殘者來得高、來得多，這是一個值得重視的現象。

(二) 自殘行為與自殺意念及自殺企圖的相關性

過去的研究發現自殘與自殺似乎存在有許多的重疊性(Nock et al., 2006; Whitlock & Knox, 2007)，本研究亦發現青少年自殘者不論是否具有邊緣人格特質，其過去曾有自殺意念的比例高達七成以上(分別為96%與78%)，而有二成以上至五成(分別為50%與22%)的自殘青少年過去都曾有過自殺企圖。在本研究中邊緣人格特質青少年自殘者，其過去曾有自殺企圖的比例高達50%，顯著較不具邊緣人格特質青少年要來得高，其勝算危險比為3.6倍(odds ratio = 3.60)，可見當青少年自殘者具有邊緣人格特質時，其有自殺企圖的風險性相對高出許多。

(三) 與自殘行為相關之心理變項

本研究經文獻回顧後，針對經驗迴避、生死態度以及控制感與控制渴望等向度進一步探討自殘行為與上述心理變項間之關係。研究結果發現：邊緣人格特質青少年自殘者、不具邊緣人格特質青少年自殘者、以及不具邊緣人格特質且無自殘行為者，三組在經驗迴避、正向控制感、負向控制感以及對生之吸力、對生之斥力、對死之吸力等向度上，透過趨勢分析可看出三組在量的部分顯著存在線性改變的關係。以下針對上述變項分別進行討論，並對自殘行為動機做進一步探討。

1. 在經驗迴避方面：

Chapman等人(2006)認為自殘者無法執行較有技巧的因應策略(coping strategies)，而邊緣人格違常患者或邊緣人格特質者更傾向於使用迴避／逃離策略。Chapman等人(2005)從文獻中亦發現邊緣人格違常者難以有效調節情緒，傾向使用破壞性、衝動性策略來避開不想要的情緒，而在他們的研究中也驗證了邊緣人格違常特徵與經驗迴避有關，同時邊緣人格違常特徵會提高其迴避與自殘的機會。在本研究中，邊緣人格特質青少年自殘者其經驗迴避傾向最高，不具邊緣人格特質青少年自殘者次之，不具邊緣人格特質且無自殘行為者最低。本研究結果支持了國外學者的研究發現，再度驗證了邊緣人格違常特徵會提高其經驗迴避傾向，本研究同時進一步發現，經驗迴避傾向程度會隨著具有自殘行為、具有邊緣人格特質且自殘等情況逐次遞增。

2. 在生死態度方面：

Muehlenkamp與Gutierrez(2004)假定自殘的目的在於處理痛苦以讓自己好過些，是為了要活下來，而生死態度是可以區辨出自殘與自殺企圖的不同，自殘者(未曾有自殺企圖者)相較於自殘並曾有自殺企圖者，有較低的生之斥力及較高的生之吸力，即對生命有較正向的態度且較不排斥。由於本研究中曾經自殘而未曾有過自殺企圖的個案數較少，無法針對上述研究結果進行檢驗，但本研究發現邊緣人格特質青少年自殘者，相較於不具邊緣人格特質青少年的自殘者、以及不具邊緣人格特質且無自殘行為者，其對生之斥力及對死之吸力最高，對生之吸力最低，顯示出邊緣人格特質青少年自殘者其對生命的態度是最負向且最排斥的。

3. 在控制感與控制渴望方面：

Shapiro等人(1996)綜括多項研究發現，控制跟生理及心理健康有著密切的關連性，一旦個體出現環境所能提供的可控制感的量與個人出現不協調情況，即可能對個體產生不利的後果或適應不良的情況。本研究的結果顯示，邊緣人格特質青少年自殘者相較於不具邊緣人格特質青少年的自殘者及不具邊緣人格特質且無自殘行為者其負向控制感最高、正向控制感最低，在控制渴望方面則無顯著差異。顯示邊緣

人格特質青少年自殘者感覺失去過去所擁有的控制力的程度最高，所知覺到的自我效能最低，最難以自我控制，對於環境最缺乏控制感，感覺被動、無助且過於被他人掌控的程度愈高。由此可推論，相較於不具邊緣人格特質青少年的自殘者及不具邊緣人格特質且無自殘行為者，邊緣人格特質青少年自殘者更容易出現不利的後果或適應不良的情況。

4. 在自殘行為動機方面：

在DSM-IV的診斷準則中，可看出邊緣人格違常患者在對人際關係、自體形象、情感表現極為不穩定，且非常容易衝動。在本研究中發現邊緣人格特質青少年自殘者較不具邊緣人格特質青少年的自殘者更顯著，乃是因為負向自我評價與避免失控而自殘，此結果是否意味著邊緣人格特質者其負面自體形象程度越高時，則發生自殘行為的機會也就有可能會相對提升，此一假設值得未來進一步加以驗證。

(四) 研究限制與未來研究方向

長久以來，心理疾患(mental disorder)究竟該以類別模式(categorical model)或向度模式(dimensional model)來分類才是適當的，文獻上一直有所爭議，尤其是人格疾患。許多論點偏好採取向度模式，儘管類別模式有許多遭受批評之處(如：無法涵蓋邊緣人格違常之心理病理的其他重要層面)，但它卻是臨床工作者最熟悉、最便於溝通的一種模式(Skodol et al., 2002)。邊緣人格違常疾患在臨床上具有相當的異質性，由於本研究採類別模式，參照DSM-IV所得的個性特徵量表—邊緣人格違常疾患準則(CPDI-BPD Criteria)，來進行樣本的篩選，以找出具邊緣人格特質之青少年，因此可能無法將邊緣人格違常特質如向度模式般做較完整的病理探究，此為本研究的限制之一。再者，本研究在針對隨機抽樣的四組進行進一步的問卷調查時，發現具邊緣人格特質且無自殘行為組可能為較不穩定的分組，另外，由於自我傷害行為本身是具有私密特性的，Nock與Banaji(2007)認為當個案為了抗拒接受治療，(例如：為了不想住院而隱瞞實情)或個案本身對於自己的內隱想法(implicit thoughts)缺乏意識上的覺察，都有可能造成自陳報告對自殘評估有低估的可能性，因此，本研究仍有可能因為採自陳報告方式收集資料而在自我傷害行為或自殘行為的盛行率上有所低

估。雖然即令盛行率可能低估，邊緣人格特質青少年之自傷行為盛行率仍較一般在學青少年高達六倍，顯示由三級預防的觀點，這是一個不容忽視的議題。由於這是一個重要的議題，因此為何特別在邊緣人格特質青少年個案的自殘行為之自陳報告發現有過高的低估現象，實應特別加以注意並進一步探究，以便早期發現、早期介入。鑑於自陳報告對於自殘行為可能低估之現象，研究者們擬發展有關自殘行為的內隱關連測驗，以進一步早期偵測自殘行為。

本研究係屬回溯性之調查，由於研究結果發現自殘行為與自殺企圖間有相當高的關聯性，因此，未來研究可進一步採取前瞻性(prospective)追蹤調查來進一步加以探討自殘與自殺企圖的關聯性。同時，由於本研究樣本均來自單一學校，因此，本研究結果無法完全推論到所有的青少年群體。再者，過去的研究多發現女性為自傷行為的危險因子之一(Whitlock et al., 2006; Wong et al., 2007)，而本研究樣本因學校特性之故，女性所佔比例偏高，因而更容易呈現出邊緣人格特質青少年自殘比例比不具邊緣人格特質青少年自殘者比例來得更高的現象，因此，無法推論至男性樣本，此為本研究之限制。未來研究除繼續對既有個案持續追蹤調查外，宜再增加樣本，擴大樣本來源，並考量性別比例，嘗試以向度模式探討邊緣人格特質青少年自殘者是否進一步發展出自殺企圖，以及其相關的心理病理因素，俾作為自殺行為為三級預防的重要參考依據。

(五) 相關實務建議

本研究發現邊緣人格特質青少年自傷比例為58%，遠較不具邊緣人格特質青少年的自傷比例(5.9%)顯著要高出許多，其勝算危險比高達22倍(odds ratio = 22.42)。在臨床上，邊緣人格違常個案在人際關係、自體形象、情感表現極為不穩定，且容易衝動，一旦成年後，其人格特質則已較為穩定，行為模式也較定型不易改變，在臨床治療上是較為棘手的，介入處遇困難，因此，如果在青少年階段即可早期辨識出其邊緣型人格特徵及相關的危險因子，及早介入，在其發展尚未完全成熟前，即提供學習改變的機會，如此一來，對於日後可能產生的自殘或自殺行為，將能達到較好的預防效果。職是之故，本研究對於參與本研究的所有個案在研究後均提供簡

短晤談，對於人際、情緒及行為方面有較嚴重困擾之個案(特別是邊緣人格特質青少年)，亦提供轉介諮商輔導或心理治療之建議，多數個案均同意轉介學生輔導中心進一步接受諮商或心理治療。

再者，在過去對於自殺行為的風險評估往往較重視的是憂鬱症狀以及無望感的程度高低。由於本研究結果進一步發現，邊緣人格特質青少年自殘者過去曾有自殺企圖的比例遠高於不具邊緣人格特質青少年自殘者，其勝算危險比高達3.6倍；同時，亦發現邊緣人格特質青少年自殘者其對生命的態度是最負向且最排斥的、其所知覺到的自我效能最低、最難以自我控制、對於環境最缺乏控制感，因此，推估邊緣人格特質青少年自殘者相較於不具邊緣人格特質青少年的自殘者及不具邊緣人格特質且無自殘行為者，更容易出現不利的後果或適應不良的情況。因此，本研究建議邊緣人格特質青少年的自殘行為或許可以被用來作為評估青少年自殺企圖高危險群或風險評估時的參考指標。

誌 謝

本研究的完成要感謝學輔中心的張貝萍主任、黃驛雯老師、黃葳庭老師、宋惠甄小姐、物治科蔡月禎老師、陳佩琪老師、應用外語科藍美華老師等人在行政資源與研究收案過程中所給予的各項協助。

參考文獻

- 王彩鳳、張素凰(1999)：〈大學生自殺意念的預測模式—情緒狀態、認知特性、性格特質、整體態度之多層面的探討〉。論文發表於第38屆中國心理學會。台北：國立台灣大學。
- 王韻齡、許文耀(2006)：〈以「素質—壓力」模式探討中學生自殺危險因子〉。《北市醫學雜誌》，3卷11期，1099-1111。
- 行政院衛生署(2009)：〈衛生統計系列(一)死因統計〉。2009年11月04日，取自

http://www.doh.gov.tw/CHT2006/DM/DM2_2.aspx?now_fod_list_no=10642&class_no=440&level_no=3。

吳純儀、顏正芳、余麗樺(2007)：〈青少年自殺危險因子之後設分析〉。《臺灣精神醫學》，21卷4期，271-281。

呂孟真(2007)：〈自我傷害動機、負向情緒、經驗迴避、情緒調節與青少年自我傷害行為之關係探索〉。政治大學心理學研究所碩士論文(未出版)。

林宛貞、張素凰(2009)：〈接受與行動量表(Acceptance and Action Questionnaire, AAQ)之信度研究〉。未出版之原始資料。

胡淑媛(1991)：〈青少年自殺傾向相關因素之研究〉。中國文化大學兒童福利研究所碩士論文(未出版)。

陳錦宏、陳億倖、陳俊鶯、薛素霞、邵文娟、王姿乃、…陳快樂(2008)：〈青少年自殺意念與自殺未遂之相關因子研究〉。《臺灣精神醫學》，22卷1期，57-66。

陳毓文(2006)：〈一般在學青少年自殘行為之相關環境因素初探〉。《中華心理衛生學刊》，19卷2期，95-124。

程雅好(2008)：〈中部青少年自我傷害及復原因子之分析研究〉。國立臺中教育大學諮商與應用心理學系碩士班碩士論文(未出版)。

鄭丞斌(2004)：〈國中階段自傷青少年成長歷程、自我概念、自傷經驗之研究〉。國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文(未出版)。

蘇宗偉、李明濱(2006)：〈自殺的流行病學〉。《臺灣醫學》，10卷3期，329-338。

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 111*(1), 198-202.

Brown, S. A., & Williams, K. (2007). Past and recent deliberate self-harm: Emotion and coping strategy differences. *Journal of Clinical Psychology, 63*(9), 791-803.

Brunner, R., Parzer, P., von Ceumern, I. A., & Resch, F. (2008). Emotion regulation;

- Temperament and self-injurious behaviour in female adolescent with borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 23, S67-S67.
- Burger, J. M. (1984). Desire for control, locus of control, and proneness to depression. *Journal of Personality*, 52(1), 71-89.
- Chapman, A. L., & Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(5), 543-552.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394.
- Chapman, A. L., Specht, M. W., & Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: Does experiential avoidance play a role? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(4), 388-399.
- Favazza, A. R. (1998). The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(5), 259-268.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501-1508.
- Leung, F. (2004). *Clinical Application of the Chinese Personality Disorders Inventory*. Paper presented in the 台灣臨床心理學會2004年會暨台灣心理學會臨床心理學組組員大會.

- Leung, F., & Cheung, F. M. (2003). *Personality Profiles of Chinese Psychiatric Patients*. Paper presented at the 17th World congress on Psychosomatic Medicine. Hawaii, USA.
- Leung, F., Cheung, F., & Cheung, S. F. (2004). *CPAI-2 profiles of Chinese female psychiatric patients displaying a significant level of borderline personality disorder features*. Paper presented at the 28th International Congress of Psychology. Beijing, China.
- Messer, J. M., & Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review, 28*(1), 162-178.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*(1), 12-23.
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41*(11), 1333-1341.
- Nock, M. K., & Banaji, M. R. (2007). Assessment of self-injurious thoughts using a behavioral test. *American Journal of Psychiatry, 164*(5), 820-823.
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*(1), 65-72.
- Orback, I., Milstein, A., & Har-Even, D. (1991). A multi-attitude suicide tendency scale for adolescents. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(3), 398-404.
- Osman, A., Barrios, F. X., Panak, W. F., Osman, J. R., Hoffman, J., & Hammer, R. (1994). Validation of the Multi-Attitude Suicide Tendency Scale in adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology, 50*(6), 847-855.
- Paris, J. (2005). Understanding self-mutilation in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 13*(3), 179-185.
- Pattison, E. M., & Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *American Journal*

- of Psychiatry*, 140(7), 867-872.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324.
- Prinstein, M. J. (2008). Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 1-8.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(1), 67-77.
- Ross, S., & Heath, N. L. (2003). Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 277-287.
- Shapiro, D. H. (1994). *Manual for the Shapiro Control Inventory (SCI)*. Palo Alto, CA: Behaviordata.
- Shapiro, D. H., Schwartz, C. E., & Astin, J. A. (1996). Controlling ourselves, controlling our world - Psychology's role in understanding positive and negative consequences of seeking and gaining control. *American Psychologist*, 51(12), 1213-1230.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51(12), 936-950.
- Stanley, B., Gameroff, M. J., Michalsen, V., & Mann, J. J. (2001). Are suicide attempters who self-mutilate a unique population? *American Journal of Psychiatry*, 158(3), 427-432.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554.
- Weir, K. F., & Jose, P. E. (2008). A comparison of the Response Styles Theory and the Hopelessness Theory of depression in preadolescents. *Journal of Early Adolescence*, 28(3), 356-374.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939-1948.

- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 161*(7), 634-640.
- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. N. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(9), 933-941.
- Wong, J. P. S., Stewart, S. M., & Lam, T. H. (2007). Risk factors associated with suicide attempts and other self-injury among Hong Kong adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(4), 453-466.
- World Health Organization. (1968). *Prevention of suicide*. (Public Health Paper No. 35). Geneva: Author.
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review, 24*(1), 35-74.
- Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11583 patients. *British Journal of Psychiatry, 185*, 70-75.

A Comparison of Attitudes toward Life and Death, Experiential Avoidance, and Sense of Control among Self-Mutilative Adolescents with and without Borderline Personality Traits

MEI-RONG LIU, SUE-HWANG CHANG

Purpose: This study examines the relative risks of self-injurious behaviors among adolescents with borderline personality traits (BPT). It also identifies the characteristics of self-mutilative adolescents with BPT and identifies correlations with various psychological factors. **Methods:** According to the Chinese Personality Disorders Inventory – BPD criteria, a total of 2,067 students (556 males, 1511 females, with mean age 16.5) in an institute of technology from southern Taiwan were divided into 4 groups: with or without BPT traits and self-injurious behaviors. Twenty-five participants in each group were randomly sampled for further investigation. **Results:** Of the 2,015 valid participants, 7% fulfilled the criteria of BPT. For the entire sample, the prevalence rate of self-injurious behavior was 9.7%. The self-injurious rate of adolescents with BPT was much higher than those without BPT (odds ratio = 22). Compared to other groups, self-mutilative adolescents with BPT were significantly inclined to adopt multiple self-mutilation methods, and were also significantly frequent users of some particular self-mutilation methods. According to trend analyses, significant linear trends were found in the psychological factors related to experiential avoidance, attitudes toward life and death, and sense of control for groups of self-mutilative adolescents with BPT, self-mutilative adolescents without BPT, and the non self-mutilative non BPT group. **Conclusions:** The high risk self-mutilative behaviors among those with BPT are worthy of notice. Self-mutilative adolescents with BPT indicated the highest tendency of experiential avoidance, negative sense of control, negative attitudes toward life and death, and the highest repulsion by life. They showed the least positive sense of control, as well. Moreover, they were more vulnerable to negative consequences or were maladapted. Lastly, implications of the results and future research possibilities are discussed.

Key words: borderline personality traits, self-mutilative adolescents, attitudes toward life and death, experiential avoidance, sense of control

Mei-Rong Liu: Graduate Student of Ph. D. program, Department of Psychology, National Taiwan University.

Sue-Hwang Chang: Associate Professor, Department of Psychology, National Taiwan University. (Corresponding Author, E-mail: swchang@ntu.edu.tw)