

本文章已註冊DOI數位物件識別碼

▶ 個案報告：以心智化為基礎的心理治療在後青春期中典型飲食疾患之治療運用

Case Report: Mentalization-Based Treatment for a Female College Student with an Atypical Eating Disorder

doi:10.30074/FJMH.201503_28(1).0001

中華心理衛生學刊, 28(1), 2015

Formosa Journal of Mental Health, 28(1), 2015

作者/Author：林彥妤(Lily Yen-Yu Lin);陳冠宇(Kuan-Yu Chen)

頁數/Page：1-18

出版日期/Publication Date：2015/03

引用本篇文獻時，請提供DOI資訊，並透過DOI永久網址取得最正確的書目資訊。

To cite this Article, please include the DOI name in your reference data.

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201503_28\(1\).0001](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201503_28(1).0001)



DOI Enhanced

DOI是數位物件識別碼（Digital Object Identifier, DOI）的簡稱，是這篇文章在網路上的唯一識別碼，用於永久連結及引用該篇文章。

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

Please see: <http://doi.airiti.com>

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



個案報告：以心智化為基礎的心理治療在後青春期的非典型飲食疾患之治療運用

林彥好 陳冠宇

研究目的：青少年是飲食疾患的好發期，卻少有以此年齡層為研究對象的療效研究。本文以案例探討的方式介紹以心智化為基礎的心理治療(Mentalization-based treatment, MBT)在非典型飲食疾患的治療運用，提供專業同僚治療與研究後青春期的飲食疾患之參考。**研究方法：**個案為21歲就讀於醫學大學的女學生，因長期感到孤單而求助於校內之學生輔導中心。她的非典型飲食疾患症狀包括主觀的狂食、自行催吐行為(每週2次，持續3個月以上)，過度在意身材與體重，和接受治療的動機反覆不定。個案因不善表達自己的想法和與人建立合作同盟的關係，心理治療師運用以心智化為基礎的心理治療協助個案(1)建立治療關係、(2)探討目前的生活事件(如女大學生的發展議題)、(3)給予情緒同理、(4)區分人我想法差異的能力及(5)促進個體化的歷程(individualization)。個案從中學習如何調節情緒與協調人我之間的差異(心智能力)，形成較接近外在客觀事實的身體形象，減少衝動性暴食與催吐的行為。**研究結果：**經51次的治療之後，個案自行催吐行為之強度與頻率皆顯著降低，且能意識到自己主觀認定的暴食失控行為與身材太胖和客觀事實的差距。個案能投入發展任務的學習並擁有正面的人際經驗。**研究結論：**本案例報告介紹心理治療師處遇後青春期的非典型飲食疾患的治療歷程。以心智化為基礎的心理治療之首要工作目標在增進個案的心智能力，與本個案研究發現一致。藉提昇個案的心智能力，則能有效地減少個案飲食行為失調的症狀，供專業同僚日後治療與研究後青春期的飲食疾患之參考。

關鍵詞：飲食疾患、心智化、自行催吐行為、後青春期的

林彥好：臺北醫學大學通識教育中心副教授；美國百歐拉大學臨床心理學博士；專長領域與研究興趣為精神分析導向的心理治療、後青春期的心理適應、醫學人文教育。(通訊作者；E-mail: yenyulin07@tmu.edu.tw)

陳冠宇：臺北市立聯合醫院松德院區心身醫學科主治醫師；德國福來堡大學醫學博士；專長領域與研究興趣為飲食疾患、心身醫學、青少年與兒童心理衛生。

收稿：2013年01月22日；接受：2015年01月06日。

一、前言

飲食疾患(eating disorders)是個人的理想身材與體重偏離常態且過度在意，導致達成期待目標的策略常衍伸出許多生理問題與適應障礙(American Psychiatric Association, 2000)。隨著媒體文化所讚賞的身體形象越來越偏削瘦，使得原本就非常在意體重與外型的青少年更加敏感於自己是否擁有理想的身材與體重。因此，15-20多歲的女性是飲食疾患的高危險群。根據流行病學研究的推估此年齡族群約有11-12%的人符合飲食疾患的診斷標準(陳冠宇、林亮吟、陳喬琪、胡維恆，2000；Faulkner, 2007；Keel, Heatherton, Dorer, Joiner, & Zalta, 2006；Moore & Rosenthal, 2006)。

飲食疾患不像疾病(disease)有特定明確的病因。尤其當診斷主要依據症狀(syndromes)評估而少考量發展脈絡時，非典型飲食疾患(eating disorder not otherwise specified)就成了門診最熱門卻很少被研究的診斷類型(Becker, Thomas, Russell, & Israel, 2010；Fairburn & Bohn, 2005；Peterson, 2005)。從發展病理觀點(developmental psychopathology perspective)，誘發青少年飲食疾患的風險因子(risk factors)不單是偏差飲食行為所對應的特定認知基模(schema)，還包括影響青少年的發展相關因素如身心與社會關係之急速變化和未發展成熟的心智能力(Cicchetti & Rogosch, 2002；Field, 2004；Fonagy et al., 1996；Skårderud, 2007a)。

青少年是飲食疾患的好發期，卻少有以此年齡層為研究對象的療效研究。甚至最被實證研究支持且相對性治癒率高(50%)的認知行為治療，也缺少探究青少年適用性之研究(Lock & Grange, 2006)。認知行為的治療原理是透過知覺-情緒-思考串連性的整合反思，以適應性較佳的認知基模取代對應飲食行為失調的特定認知基模，藉此降低不良飲食行為出現的頻率 (Jones, Leung, & Harris, 2007；Luck, Waller, Meyer, Ussher, & Lacey, 2005；Wilson, Fairburn, & Agras, 1997)。Goodsitt(1997)指出飲食疾患兼具低自尊或邊緣性性格特質的個案無法從認知行為治療獲得幫助。其原因是適用認知行為治療的個案需具有成熟的心智能力，才能察覺、瞭解、表達並調整飲食行為失調底下的想法及感覺進而較能控制其飲食行為。如Bateman與Fonagy(2006)對

邊緣性性格疾患患者的心智能力之研究發現：當個案尚未發展成熟，無法覺察和表達自己的心理狀態或調節氾濫的情緒，則難由認知心理治療獲益。

青少年與具低自尊或邊緣性性格特質之個案的共通點為心智能力有待培養(Nicholi, 1988)。治療青少年飲食疾患的首要工作在培養個案的心智能力。當青少年能夠更瞭解自己飲食行為失調背後隱藏的情緒意義，就不需以飲食行為來反映其情緒困擾，飲食行為失調現象自然消失(Robinson et al., 2014; Skårderud, 2007b, 2007c)。認知治療的晤談主題多聚焦於如何轉換飲食行為失調對應的認知基模(Zweig & Leahy, 2012)，少著力於青少年心智能力的培養，故對青少年飲食疾患的治療有其侷限性(Blos, 1967, 1976; Nicholi, 1988; Perl, 2008; Safer, Couturier, & Lock, 2007)。

1960年代晚期法國精神分析學界開始對心智化(mentalization, better mentalizing)議題做理論性的探究，以期更認識心智能力之發展歷程(Skårderud, 2007c)。心智能力是指人能瞭解自己的想法及感覺(心智狀態)；在人際互動的情境中，能夠理解並區分自己與他人感覺及想法之不同，協調其間差異；進而能夠調節自己的情緒，減少情緒氾濫造成衝動行為(Allen, 2006)。若一個人心智能力尚未發展成熟，無法瞭解自己的感覺及想法，其內在紛擾與困惑常會用各式各樣身體症狀或不良飲食行為來呈現，形成所謂的精神疾病(mental disorder)(Fonagy et al., 1995, 1996)。如成長在無法提昇心智能力發展之家庭的青少年，常用不良飲食行為來反應他們的適應困擾(Tereno, Soares, Martin, Celani, & Sampaio, 2008)。

Fonagy等人率先將心智化理論運用在發展邊緣性性格疾患(borderline personality disorder)患者的心智能力。其治療首要工作目標在調節個案的情緒表達並促進其心智能力的發展。當個案情緒高張無法調控較強烈的情緒或繼續思考，他們常會錯失客觀解讀自己/他人的感覺與想法的機會。若個案的情緒強度是在可接受的範圍內時，他們較能關注於自己的感覺與想法，形成自我感(sense of self)。以協助個案發展心智能力為治療核心概念的動力性心理治療模式簡稱為以心智化為基礎的心理治療(Mentalization-based treatment, MBT)(Allen, 2006; Bateman & Fonagy, 2010)。

心智能力未發展成熟之個案很難形成治療關係。他們常有衝動性行為，錯誤地解讀自己與他人的感覺/想法，造成頻繁的人際間衝突與受創經驗(Fonagy et al., 1996;

airiti

Fonagy & Target, 2006; Yeomans & Diamond, 2010)。以心智化為基礎的心理治療運用心智化移情(mentalizing the transference)為治療關係的僵局解套，藉此培養個案的心智能力如內省、自我行權威(sense of self-agency)，與協調人我差異的能力(Bateman & Fonagy, 2006, 2010; Gabbard, 2010)。

心智化移情的作法是：當治療師沒有預設視框、虛心地營造可互動的氛圍，藉由瞭解個案與治療師的共同經驗(移情)並區分人(治療師)我內心狀態之差異。例如當治療師在晤談時喝咖啡，個案可能將治療師單純喜歡咖啡味道的行為，詮釋為自己講話很無聊，故治療師需喝咖啡來提神。藉由心智化移情，個案發現自己與治療師對相同事件有不同知覺/詮釋，且對自己深層擔心被拒絕的經驗有所體察(Holmes, 2006)。

Fonagy等人(1995)以成人依附關係訪談(Adult Attachment Interview)評估不同類型的精神病患者之反思能力。其結果發現：飲食疾患與邊緣性性格疾患患者的反思能力得分最低。反思能力(reflective function)是形成心理表徵的心理能力，且所指涉的範圍比心智能力更廣。飲食疾患患者常因無法形成心理表徵，故需經由具體的身體經驗來體察心理經驗。例如，當個案無法連結自己的情緒經驗(如沉重壓力)，傾向用身體經驗(如不吃造成體重輕飄飄)來表徵內心的想望(所有煩惱都已飛逝)；或是拒食(掌控食物進食量)表徵拒絕母親介入的決心與能力(自我控制能力)(Skårderud, 2007a)。以心智化為基礎的心理治療處遇個案飲食行為失調的作法是：協助個案覺知身體經驗所對應的心理經驗，藉此培養他們的心智能力。當飲食疾患患者具有心智能力，才能察覺與分辨外在世界(如身體質量指標的健康值)與自我認定(理想的體重值)的差異。

本文是治療非典型飲食疾患之女大學生的案例報告，介紹以心智化為基礎之心理治療處遇後青春期飲食疾患。作者(1)說明治療的工作脈絡(context)與治療目標；(2)描述心理治療的作法、歷程與成效(療效的指標分別為個案的飲食疾患症狀、自我感與人際關係之變化)；(3)討論以心智化為基礎的心理治療在處遇飲食疾患所涉及的相關議題。

二、方法與結果

基於保密原則，個案的個人資料已做修改，且描述個案特徵只限於非典型飲食疾患患者所共有的特質。

(一) 工作脈絡

1. 個案的背景資料與觀察報告

F個案(之後以較具人性化的「F」相稱)為21歲的大三女學生，就讀於醫學大學的醫療照護相關科系。F體型偏瘦(身高164cm，體重44kg)，衣著風格為中性簡單。在初談時，表情平板，對訊息提供持非常保留的態度。如F簡略歸因體重過重和腿太粗造成她的自我價值低落和害怕與人接觸。因此，離家上大學之後，她的生活既貧乏又痛苦。

2. 主訴

F厭惡自行催吐之前與之後的感覺(失控的罪疚感)，期待藉由諮商的協助降低她自行催吐行為的頻率。F的自行催吐行為大都發生在假日在家暴食之後。其頻率約為每週至少2次，分別在星期六的早餐(剛到家的第一餐)與星期天的晚餐後(離家前的最後一餐)。考試期間F也會在星期六或日中餐後自行催吐。暴食量只是主觀認定的過量，如多吃5-6顆枇杷。F偏好的暴食的食物為她非常喜歡的高價位食物，不同於一般暴食者所偏好的高熱量澱粉類的食物。心理治療師轉介F至身心科/精神科醫師進行評估診斷。F的身體質量指數(body mass index, BMI=16.35)已低於17.5，仍持續有月經(不符合厭食暴食清除型)；自覺暴食且有不當補償行為，但未達客觀的過量(不符合心因性暴食症清除型)，故其診斷為非典型飲食疾患。

3. 飲食行為失調的發展史

F不良飲食行為已持續5年。在高中時期，F平日以競走(約1.5-2小時/天)與不吃早餐維持她理想的體重值(41-40kg)，完全忽視其身體質量指數(15.2)低於健康值(17.2)。上大學之後，F的不良飲食行為是假日回家時有自行催吐行為(清除補償性質)。

airiti

F曾於大一上學期因孤單感與暴食行為求助於學生輔導中心，實習諮商師以認知行為治療協助F約有8個月之久。F學會作飲食行為紀錄(如記錄食物名稱、卡路里、飲食行為失調的前置事件)，但暴食行為與孤單感並未有明顯改善。F很少在約定的時間出現，總以心情很低落要求立即陪伴達2小時以上的方式來使用諮商資源。F未接受實習諮商師在實習結束前的轉介安排。

4. 家庭背景與適應

F生長於技術員的家庭。家中成員有父母和大他兩歲的哥哥。F雖不覺得父母能瞭解她的內心感受或回家會有歸屬感，離家上大學2年之後，她依舊是一放假就立刻衝回家。儘管她對父母頗指氣使，父母仍對她百依百順並期望與她共同活動。F與哥哥平日互動甚少，但當哥哥出國離家時，F卻又像頓失重心，幾乎要崩解。F學業表現比哥哥優秀卻不知道自己是誰。因此，F嫉妒並惱怒哥哥不需靠優異的學業表現來認定自己是誰。F父親常貶抑母親，F羨慕母親能淡然處之，繼續任勞任怨做家事的胸襟。

5. 學校適應與同儕關係

F學業表現優異，但長期感到空虛。F能與同儕維持社交表面的和諧與熱絡，卻不知如何與人建立親近的關係。進大學後，F與同儕互動機會更多，更凸顯F人際關係的膚淺與空洞(alloof)。

6. 心理治療師的訓練背景

治療師為資深的女性臨床心理師(22年以上的執業經驗)，專職於醫學大學學生輔導中心。其專業訓練主要為精神分析導向的心理治療(psychoanalytically oriented psychotherapy，被督導的經驗至少9年以上)；參加以心智化為基礎的心理治療研習至少100小時以上；認知行為治療與家族治療被督導的經驗至少各為2年以上。

(二) 治療目標

1. 個案問題的概念化

個案的困擾可分為三類－飲食行為失調、模糊的自我感與膚淺與空虛的人際關

airiti

係。F主要的飲食行為困擾為厭惡自行催吐之前/之後的感覺(失控的罪疚感)，故期待藉由唔談降低自行催吐行為的頻率。以心智化概念來解讀F的飲食行為失調，因F的心智能力未發展成熟，她無法察覺與區辨主觀(如自己的理想體重值)與客觀的數據(如身體質量指數的健康值)之差異。她也無法察覺催吐前主觀感覺(如胃部飽漲的感覺)底下的情緒與想法(自我價值低落不配吃高價食物)，只能用具體的身體化經驗(催吐)來排空這些令她不愉快的感受。F深信未達到她理想的體重是造成其自我價值低落和不敢與人互動的主因。

F的模糊的自我感，無法覺察自己內在感受與想法。對治療師的「想談什麼就談什麼」提示語感到無所適從。F缺乏內在對外界事物判斷的準據，既使F想依從權威專家得到指引，也無從判別誰是專家；當專家與專家之間意見不同時，誰又是真正的專家。模糊的自我感也造成F不知如何在人際中呈現自己。例如，F上大學離家在外2年中，當同班同學主動邀約她一起參與活動，她總選擇一放假就逃回家。

在治療初期，F常依預設的迫害者與受害者的雙重的角色來決定人際反應，較少從實際接觸經驗做出人際關係的詮釋。例如，F一方面自我設定為受害者，常將治療師抬舉為評審者而非常在意治療者對她的看法。另一方面，F又像迫害者常期待治療師更動治療時間來配合她的時程如她父母般供她使喚。F對心理治療的愛恨交織搖擺不定(ambivalent)的態度也是飲食疾患患者常見的焦慮無安全感的依附模式之人際樣貌。當資淺諮商師未察覺F對治療阻抗，反而覺得被排擠在外幫不上忙，故未處遇F的矛盾人際模式(Skårderud, 2007c)。

2. 心理治療目標之設定

以心智化為基礎的心理治療之唔談目標為協助F發展其心智能力，增進F擁有良性人際關係、明晰的自我感和降低其飲食行為失調的頻率。心智能力成熟是指F能(1)連接自己內在狀態(感受、情緒、想法)，進而表達其內心狀態讓他人瞭解；(2)區辨並進而能協調人(外在)我(主觀)人之間的差異。

(三) 治療歷程與實例

F每週唔談一次(寒暑假時，F返家休息)，為期1年2個月，共51次。

治療初期的工作目標在建立治療關係與訂定治療目標。透過心智化移情，治療師協助F探討治療中的互動經驗，發展其心智能力，進而形成與治療師的合作治療關係。此階段的療效指標為F的良性人際關係增多。

治療中期的工作目標為探討F有興趣的發展任務(如結交男友)之相關議題。治療師藉由與F討論她和男友互動的經驗，協助F對自己的感受、情緒與想法(自我感)有更多的瞭解。其成效指標為更明晰的自我感。

治療後期的工作目標為協助F以漸趨成熟的心智能力來瞭解自己與她的飲食行為失調的現象。其療效指標為F的飲食行為失調的頻率降低。

1.1 晤談關係

心智化移情是以心智化為基礎的心理治療協助個案發展其心智能力的重要技巧。透過探討F和治療師的共同經驗(移情)，提供F觀察自己與他人(治療師)對治療的矛盾態度的觀點有所差異，藉此增進F的自我認識和協調自己與他人差異的能力(心智能力)，與人形成親近的關係。例如F與實習諮商師晤談時，都未按約定的治療時間出現。當F與治療師第一次晤談時，治療師未依她的期待延長時間。2天後，F來電更改晤談時間。在晤談前1小時，F又因突然想要幫朋友，來電留言取消晤談。

治療師觀察F對定時定點的晤談結構的反應(F對限制的回應)，打電話向F說明治療師的觀點：「第一次晤談時，您似乎覺得時間太短，甚至要求延長晤談時間。今天是第二次晤談，您卻突然因想要幫朋友就輕易取消。晤談對您的重要性在瞬間似乎有很大轉折(個案的狀態)？讓我對您的晤談意願感到困惑，不知如何回應(他人的觀點)？」F立即按原訂時間前來晤談。之後的2個半月，F仍常以希望有較完整的時段可供使用為由，在非約定時間要求立即晤談。治療師透過心智化移情協助F認識自己與他人的觀點的不同。

治療師的任務幫助F認識人我差異，並運用同理心協助F體察自己內在的經驗。如第29次晤談，正值F的哥哥出國打工，男友B又表示無法對兩人的關係有所承諾，F的反應是：「我好難過。好像自己空掉了。很可怕。可以增加晤談次數？」

治療師：「你同時經歷兩項重大的失落。增加晤談次數或許能協助您消化這些失落的經驗。然而，我還想多瞭解您空掉的感覺是？」

F：「不知道自己是誰？像行屍走肉？」

治療師：「依靠不在了，就好像自己什麼都不是？」

F：「很孤單。在校園裡，不知道自己屬於哪裡？」

治療師：「在這裡也很孤單？」

F：「比較不會。但你是專業人員不能帶離開這裡。所以我常想帶錄音機來錄。」

治療師：「您很懊惱不能把我帶走。因此，您也常不想離開這裡。」

F：「我是不是有腦殘？有時在晤談中我覺得你說的這麼好。但我回去時，就想不起來您說了什麼？」

治療師：「有些經驗好像很難用您自己的語言來表達？漸漸地您會越來越能表達。尤其您現在可以讓我靠近您的負面經驗。」

1.2 成效報告

治療師對F微幅心智狀態的成長給予正面的肯定，有利於F將情緒與現行的心理經驗做連結，發現意念與行動是相關的，心智能力於焉形成。當F能認識自己的內在狀態並區分人我差異(心智能力成熟的表徵)，F與母親的關係也日趨正向。如F過去對母親都是頤指氣使。在第35次晤談，F提到她邀母親一起去吃簡餐，瞭解母親(在家中的角色最底下)也需要享受和她的正面互動經驗。當她與母親意見不同時，她開始表達自己的意思而不是氣母親不懂她的意思(區分並協調人我的差異之能力)。當她對母親亂發脾氣時，她也能覺知自己的無理取鬧，適時收起她的忿怒(認識與調節自己情緒的能力)。這樣的療效與Bateman與Fonagy(2010)及Fonagy與Target(2006)的研究一致。

2.1 F感興趣的發展任務

心理治療師不單與F討論不良飲食行為，在第13次晤談，F選擇探討她有興趣的發展任務(如何與異性建立親近的關係)，從中提昇F的生活品質。F從探討和男友互動經驗，更豐富地覺知自己對女性角色、身體、性、親密關係的認定，使自我感更加明晰。當F試著認識男友(他人)的想法、感受、情緒，也是培養區辨與調適人(男友)我差異的能力(心智能力)。

第14次晤談，當F談論女性的主動性時，其治療對話如下：

F：「B(男友)帶我去他學校很有名的鬆餅店。只是沒有想像那麼好吃。」

治療師：「有時談戀愛就像您對鬆餅感覺，想像與事實不太一樣。無論結果如何，您正在學習與體驗中…」

F：「討厭。B都不主動。」

治療師：「B把氣氛弄得很輕鬆、自然。」(認識他人的角度)

F：「是啦。但他不提議一起做什麼？」

治療師：「若您提呢？」(認識自己對女性主動性的看法)

F：「女孩要被追才…」

治療師：「有沒有可能您提議但很有尊嚴呢？」

F：「真得嗎？」

2.2 成效說明

在晤談中透過討論與男友的關係，協助F探索自己身為女性的感覺與對親密關係的需求，逐漸了解自己想要與需要什麼。當F能連接及表達自己內在狀態與內心想法，進而能形成較清晰的自我感。如在治療初期，F常反應不知道自己是誰，要什麼、晤談的主題是什麼。第13次晤談時，F開始構想金馬影展的電影票要找誰一起去看，就是探索自己想交什麼樣的男友(內心需求)。第28次晤談，F討論與男友B攤牌，也是反映她對自己的心理需求做排序。她較看重男友是否長得帥帶得出去，或是忠誠。第38次晤談時，她需從分手後的沈澱，探究男友B尋求復和對她的意義(內在的需求)。

3.1 飲食行為失調

透過探討晤談關係和與男友交往議題協助F發展其心智能力，使F面對飲食行為失調議題有不一樣觀點與作法。其成效分別以F的體重增加、自我催吐行為的頻率下降、瞭解身體經驗所對應的心理經驗做說明。

3.2 成效說明

覺察理想的體重與客觀現實的差異：如第47次晤談時，個案的體重已從44kg增

為48kg，其BMI=17.8(>17.2)是近五年來第一次在正常值之上。治療師詢問個案對此現象的感想？F微笑。治療師問F：「B(男友)說您很胖嗎？」F說：「B根本不在乎我的體重」。治療前，F無法區分自己與他人(外在、男友)觀點的不同，別人提供什麼證據，F都無法接受。如今，F發展出心智能力，她才能意識到別人(男友)的觀點與自己不同。

自我催吐行為的頻率下降：藉由第29次晤談協助F與自己失落經驗連結，探索面對失落的感受與想法(詳見第29次晤談紀實，p.8-9)。她不必用自我催吐的行為反映自己內在困擾。第30次晤談，F陳述雖然面對雙重的失落(哥哥出國和與男友分手)，其自行催吐行為沒有惡化(Robinson et al., 2014; Skårderud, 2007b, 2007c)。在第51次晤談結束時，F遇到重大的考試時尚有一些殘餘症狀(如自行催吐的行為)，F已能探討飲食行為失調之底層情緒和思考並處理之，飲食行為失調的頻率自然下降。

連結飲食行為對應的心理意義：第25次晤談時，治療師協助F探討為什麼將喜歡且高價的食物(如枇杷)吃了又吐出來。F聯想到喜歡且高價食物的如同父母的寵愛與期待(心理意義)。她將這些高價食物全吐出，彷彿藉此淨空父母對自己的期待。治療師提議F找父母聊聊來澄清他們對F的期待(瞭解他人的觀點)(Skårderud, 2007b, 2007c)。

三、討論與結論

(一)運用以心智化為基礎的心理治療處遇後青春期飲食疾患之相關議題探討

飲食疾患是生理和心理適應失調的警訊。因暴食症和暴食型厭食症的個案常常吃吃吐吐，造成電解質不平衡。心理治療師首先需確認個案的生理狀態是否安全穩定，才能進行心理治療(Becker et al., 2010)。當個案的生理安全穩定時，飲食疾患的藥物治療仍有療效上的極限，心理治療是協助飲食疾患的重要處遇模式，值得更多心理專業人員的投入(Zerbe, 1993)。

本個案研究提供以心智化為基礎的心理治療有效治療後青春期飲食疾患的案例

說明，值得日後做更大案量的實徵研究來驗證其療效。經由以心智化為基礎的心理治療的處遇，F在飲食行為失調、模糊的自我感、空洞的人際關係皆獲得改善。如治療前，F無法察覺與分辨外在世界(如身體質量指標的健康值)與自我認定(理想的體重值)的差異。F也無法瞭解壓力對情緒知覺及其他行為之影響。因此，每當遇到壓力卻又不清楚壓力對自己情緒與想法之影響時，F只能用吃來反映內在失控的感受。如F主觀暴食後，她主觀覺得胃很脹，以具體身體化行為(催吐)來排空這些令她不愉快的感受。當心智能力發展成熟後，F能察覺並能調節催吐前主觀感覺(如胃很脹)底下的情緒與想法。

以心智化為基礎的心理治療之工作原則符合青少年發展之特性。例如，讓青少年擁有自主性選定晤談主題與探討哪類發展任務，免除引發與治療師權力鬥爭干擾治療任務的進行(Nicholi, 1988; Perl, 2008)。將青少年發展任務的議題融入治療，不只提供好的發展心智能力之平台，當個案完成發展任務時，這樣的勝任經驗也帶動善性的適應循環。如F想探究的發展任務是結交異性朋友。當F與男友形成了親近的關係，不單完成了後青春期的發展任務，同時避免因人際困頓挫敗經驗提高不良飲食行為的風險(Cicchetti & Rogosch, 2002; Field, 2004)。

治療關係是提供青少年修補與涵養心智能力的另一種場域。當照顧者無法協助青少年發展其心智能力，治療師的同理心提供個案體察自己內在經驗而更認識自己(Blos, 1967, 1976)。治療師用言語描述飲食疾患個案對治療或明或暗的抗拒的內在矛盾心路歷程，協助飲食疾患患者理解自己的個性與飲食模式。常見的樣貌如既想讓自己健康起來，又想維持低體重的迷思或是沈溺於吃吃吐吐秘密儀式所帶來迷人的誘惑(Goodsitt, 1997; Zerbe, 1993)。以F為例，她對晤談的矛盾態度反映在她第一次尋求專業協助是在有飲食障礙的3年後，且當時的晤談出席率非常不穩定。在晤談初期，治療師適時與F探討她對治療矛盾的態度，協助F穩定地參與治療。

治療師不單提供個案的情緒同理，且給予晤談結構的界限，協助個案區辨並協調人我之間的差異。如治療師與人靠近並不代表失去自我，同理F與母親的經驗不須選邊站。F的父母對她的予取予求態度不設限，但他人並非總像父母對她百依百順。治療師透過心智化移情，示範具良好心智能力的人際互動，協助F瞭解並學習折衝協調人(治療師)我(自己)之間差異的能力(心智能力)，才能與人建立親近的關係。

青少年飲食疾患患者的混沌自我感之狀態也反映在生涯認定。當後青春期的學子未有清晰的自我感，既使透過不斷的轉系或轉學去追逐熱門科系，仍是找不到適合自己發展的生命標的(柯永河，2001；Steiner & Feldman, 1996)。從清晰的自我感所導引出的生涯目標，才是永續型的生涯規劃。如F學業表現比哥哥優秀卻不知道自己是谁，她嫉妒和惱怒哥哥不需靠優異的學業表現就能認定自己是誰。

(二) 研究限制與未來發展的可行方向

因台灣教育的處境化特色，大學生心智發展仍屬於青春期中。故本文以「後青春期中」稱之而與傳統對青春期的界定有所區隔。以心智化為基礎的心理治療(之後簡稱MBT)的概念化理解個案的議題，個案的依附關係與心智化評估必定是重要的核心工作。然而，限於文字篇幅的限制，本篇論文的主旨在說明如何運用MBT處遇青少年飲食疾患，筆者優先以青少年飲食疾患評估向度做為資料呈現的主軸。若讀者有興趣此案例的依附關係與心智化的評估，可在<作者再回應文>中得到更詳實的說明。

MBT治療運用之推廣：心智化移情是MBT重要的治療方法，也是與難建立治療關係的個案之有效的解套策略。治療師運用個案與治療師兩人當下的互動，一方面能與個案同步地經驗個案所經驗，且用言語具象化地表達。另一方面，治療師兼容並包、謙和不帶評價性地介紹自己(治療師)對於此時此刻的晤談互動(移情)尚未明朗的經驗，邀請個案一起來探討。如此，治療師引導個案一同體驗「接納自己不自主的行為、想法與情緒，並探索辯證出自己內在的真實狀態」的歷程，個案的自我感於焉從中逐漸形成。因此，治療師如何操作心智化移情成為決定療效的重要因素。若專業同僚希望運用MBT，筆者建議透過良好的MBT訓練與督導協助您更嫻熟地運用心智化移情之妙。

本篇雖為單一心理治療案例呈現，卻蘊含了很多寶貴可供繼續探討非典型飲食疾患患者的臨床資料如心智化發展的特性對飲食行為、自我及人際中介影響。藉由累積更多相關的心理治療案例，將有助於MBT的心理病因與理論關點的運用做更廣更深的拓展。

(三) 結語

飲食疾患是生理和心理適應失調的警訊。根據流行病學研究的推估15-20多歲的女性族群約有11-12%的人符合飲食疾患的診斷標準(Faulkner, 2007; Moore & Rosenthal, 2006)。在生理狀態穩定安全時，心理治療是處遇飲食疾患的重要助力。本案例報告介紹運用「以心智化為基礎的心理治療」協助女大學生改善飲食行為失調。其工作特色為：(1)藉由心智化移情疏導飲食疾患患者對治療矛盾的態度。(2)透過探討個案有興趣的議題(如發展任務)，協助他們發展心智能力。(3)若飲食疾患患者越能瞭解其飲食行為失調背後隱藏的情緒意義，其不良飲食行為出現的頻率自然降低。本案例「以心智化為基礎的心理治療」對後青春期飲食疾患的療效顯著。其重要的研究發現值得專業同儕進行相關治療與研究之參考。

參考文獻

- 柯永河(2001)：《習慣心理學—辨識篇(下冊)》。臺北：張老師文化事業公司。
- 陳冠宇、林亮吟、陳喬琪、胡維恆(2000)：〈某高中職學生的暴食症盛行率〉。《臺灣精神醫學》，14卷4期，27-37。
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 2-30). West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. (2000). *Text revision of diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 185-200). West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15.
- Becker, A. E., Thomas, J. J., Russell, K. S., & Israel, E. J. (2010). Patients with an eating disorder. In T. A. Stern, Fricchione, G. L. Cassem, N. H. Cassem, M. S. Jellinek & J.

- F. Rosenbaum (Eds.), *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry* (6th ed.) (pp. 189-210). Philadelphia, PA: Saunders Elsevier.
- Blos, P. (1967). The second individualization process of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162-186.
- Blos, P. (1976). When and how does adolescence end? Structural criteria for adolescent closure. *Adolescent Psychiatry*, 5, 5-17.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspectives on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 6-20.
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behavior Research and Therapy*, 43(6), 691-701.
- Faulkner, S. (2007). Eating disorders, dieting and body image. In J. Coleman, L. Hendry & M. Kloep (Eds.), *Adolescences and health* (pp. 61-82). West Sussex, England: Wiley.
- Field, A. E. (2004). Risk factors for eating disorders: An evaluation of the evidence. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp.17-57). Oxford, England: John Wiley & Son.
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-based approach to the pathology of self. *Journal of Personality Disorder*, 20(6), 544-576.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., ... Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self and borderline states: The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 233-278). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Gabbard, G. O. (2010). Therapeutic action in psychoanalytic psychotherapy of borderline personality disorder. In J. F. Clarkin, P. Fonagy & G. O. Gabbard (Eds.),

- Psychodynamic psychotherapy for personality disorder: a clinical handbook*. (pp. 239-288). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Goodsitt, A. (1997). Eating disorders: A self-psychological perspective. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.) (pp. 205-228). New York, NY: Guilford.
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective: What's new? In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 31-49).
- Jones, C., Leung, N., & Harris, G. (2007). Dysfunctional core beliefs in eating disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(2), 156-171.
- Keel, P. K., Heatherton, T. F., Dorer, D. J., Joiner, T. E., & Zalta, A. K. (2006). Point prevalence of bulimia nervosa in 1982, 1992, and 2002. *Psychological Medicine*, 36(1), 119-127.
- Lock, J., & Grange, D. (2006). Eating disorders. In E. A. Wolfe & E. J. Mash (Eds.), *Behavioral and emotional disorders in adolescents* (pp. 485-504). New York, NY: Guilford.
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M., & Lacey, H. (2005). The role of schema processes in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 717-732.
- Moore, S., & Rosenthal, D. (2006). The social context: from youth culture to globalization. In S. Moore & D. Rosenthal (Eds.), *Sexuality in adolescence: Current trends* (pp. 110-131). East Sussex, England: Routledge.
- Nicholi, A. M. (1988). The adolescent. In A. M. Nicholi (Ed.), *The new Harvard guide to psychiatry* (pp. 637-634). Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Perl, E. (2008). *Psychotherapy with adolescent girls and young women: Fostering autonomy through attachment*. New York, NY: Guilford.
- Peterson, M. (2005). *Assessment of eating disorders*. New York, NY: Guilford.
- Robinson, P., Barrett, B., Bateman, A., Hakeem, A., Hellier, J., Lemonsky, F., ... Fonagy, P. (2014). Study protocol for a randomized controlled trial of mentalization based therapy against specialist supportive clinical management in patients with both eating disorders

- and symptoms of borderline personality disorder. *Biomed Central Psychiatry*, 14(51), 1-10.
- Safer, D. L., Couturier, J. L., & Lock, J. (2007). Dialectical behavior therapy modified for adolescent with binge eating disorder: A case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 157-167.
- Skårderud, F. (2007a). Eating one's words: Part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa—An interview study. *European Eating Disorder Review*, 15(3), 163-174.
- Skårderud, F. (2007b). Eating one's words: Part II: The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa—Theory. *European Eating Disorder Review*, 15(4), 243-252.
- Skårderud, F. (2007c). Eating one's words: Part III. Metalization-based psychotherapy for anorexia nervosa—An outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorder Review*, 15(5), 323-339.
- Steiner, H., & Feldman, S. S. (1996). General principles and special problems. In H. Steiner (Ed.), *Treating adolescents*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., & Sampaio, D. (2008). Attachment styles, memories of parental rearing and therapeutic bond: a study with eating disordered patients, their parents and therapist. *European Eating Disorder Review*, 16(1), 49-58.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd ed.) (pp. 67-93). New York, NY: Guilford.
- Yeomans, F. E., & Diamond, D. (2010). Transference-focused psychotherapy and borderline personality disorder. In J. F. Clarkin, P. Fonagy & G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinic handbook* (pp. 209-238). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Zerbe, K. J. (1993). *The body betrayed: A deeper understanding of women, eating disorders, and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Zweig, R. D., & Leahy, R. L. (2012). *Treatment plans and interventions for bulimia and binge-eating disorder*. New York, NY: Guildford.

Case Report: Mentalization-Based Treatment for a Female College Student with an Atypical Eating Disorder

YEN-YU LILY LIN, KUAN-YU CHEN

Purpose: Given the lack of developmentally sensitive and empirically supported treatments available for college students with eating disorders, this case report serves as a preliminary study to examine the effectiveness of mentalization-based treatment. **Methods:** The participant was a female college student with an atypical eating disorder and difficulty in expressing her thoughts and forming relationships. Her symptoms included subjective binge-eating and purging (twice a week for more than three months), and intensive preoccupation with body shape and weight. Mentalization-based treatment, which assists clients in effectively differentiating their own thoughts from those of other people, was conducted. Its essential therapeutic components are empathetic understanding and differential thinking. The goals are to help the client process therapeutic experiences and life events and to connect with feelings and thoughts in order to differentiate between subjective and objective perceptions of body shape and weight, and gain competence in developmental tasks. For instance, while the client tested the limits of the therapeutic time frames, the therapist helped her connect with her feelings and thoughts and differentiate her thoughts from others. Eventually, she was able to differentiate between her subjective and objective perception of body shape and weight and became more competent in her developmental tasks. This eliminated risk factors of dysfunctional eating behaviors. **Results:** After treatment, the client perceived her body shape and weight accurately and the frequency of her binge eating and purging behaviors decreased (from twice per week to almost none). In addition, the client developed positive relationships with her peers and parents and established effective strategies to fulfill her goals and develop satisfactory relationships with others. **Conclusions:** This case study provides preliminary support for a modified version of mentalization-based treatment as a therapeutic option for female college students with an atypical eating disorder.

Key words: eating disorder, mentalization-based therapy, purging, bingeing

Yen-Yu Lily Lin: Associate Professor, Center for Liberal Education, Taipei Medical University. (Corresponding Author, E-mail: yenyulin07@tmu.edu.tw)

Kuan-Yu Chen: Attending Physician, Division of Psychosomatic Medicine, Taipei City Psychiatric Center, Taipei City Hospital.