

# 大專校園中的邊緣型人格個案研究\*

藍茜茹\*\*

徐麗明

林毓君

長庚科技大學通識教育中心

邊緣型人格違常，是近年受國內精神醫學及臨床心理重視的一項議題，也是許多心理衛生實務工作者感到最難以處理的類型之一。因其不穩定的情緒與人際關係，使得治療師經常需要花上許多的精力與時間來陪伴個案成長。本研究的主要目的在於探討，大專校園中的邊緣型人格個案之成長背景、情緒適應、人際適應、自殺議題與心理治療經驗等，以增進對於邊緣型人格個案的了解。本研究採用質性研究之個案研究取向，以立意取樣選取研究對象，進行資料收集與分析。而個案研究的工具繁多，本研究主要以深度訪談進行之，以半結構之訪談指南，收集所需資料，並以質性方法分析所得資料。研究結果歸納為：受創的成長經驗，紛擾不安的自我，不穩定的人際關係、課業與工作，長期的空虛感，黑白分明的世界觀到逐漸產生的灰階，自殺議題，多元資源的受助經驗，BPD從DSM-IV-TR到DSM-5。根據研究結果，並提出有關早期家庭教養處遇、校園中青少年BPD個案的專業協助與自殺防治、團隊合作的治療關係與治療者之賦權、與未來研究之建議。

**關鍵詞：**人際適應、心理治療、自殺議題、邊緣型人格

## 壹、緒論

### 一、研究動機

邊緣型人格異常 (Borderline Personality Disorder, BPD)，是近年受國內外精神醫學及臨床心理重視的一項議題，也是許多心理衛生實務工作者感到最難以處理的類型之一。因為此類型個案的特徵包括人際與自己個體本身複雜的議題 (何志培, 2002; 孔繁鐘譯, 2007/2000; Crowe, 2004)，案主通常會有衝動、易怒的不穩定情緒、散亂的認同 (identity diffusion) 與極度的空虛感，使得他們和他人的人際相處上感覺困難 (藍佩蓉、周勵志, 2008; Bradley, Conklin, & Westen, 2005; Comer, 2010)。

\* 感謝匿名審查委員及主編的審查意見與建議，使本文的呈現更臻嚴謹與完整。

\*\* 通訊作者：藍茜茹，桃園市龜山區文化一路 261 號，e-mail: cjlan@gw.cgust.edu.tw

依據 DSM-5 的估計，邊緣性人格疾患的盛行率約佔所有人口的 1.6%，但也有可能高至 5.9%，初級保健機構（primary care settings）的 6%，精神健康門診個案的 10%，精神科住院的 20%（American Psychiatric Association, 2013），臨床所有人格疾患個案中，邊緣性人格障礙患者所佔比率為 30-60%（孔繁鐘譯，1999/1994）。另一研究顯示：自殺、自殺企圖或蓄意自傷與邊緣性人格障礙有密切關係（方俊凱，2007），其自殺率為 7%-8%，其中 10% 自殺完成，所有自殺人口中 7%-38% 診斷符合邊緣性人格障礙的症狀（潘正德等譯，2004/2001）。由此可見，邊緣性人格疾患之預防與治療工作，對社會或校園心理衛生工作之推展，具有重要意義。

自從 1940 年以來，邊緣型病例從各種觀點受到矚目，1980 年 DSM-III 將它列為人格障礙的一個類型之後，被認為是獨特的人格病理（人格障礙）。DSM-IV 使邊緣型人格疾患的診斷更容易。劉焜輝（2008）指出，一般認為個人的人格並非到某年齡後突然出現，乃是自嬰兒期就連續形成，然而，小學高年級就被依據 DSM-IV 診斷為 BPD 的案例非常稀少，況且認同的形成過程、情感或人際關係變化多而不穩定，被認為是青少年期的心理特徵。以成人為對象的精神科臨床工作，和以青少年為對象的精神科臨床工作有很不相同因素存在，前者是患者在臨床治療前，一定性格或症狀已經固定化，青少年期的經過是用回憶去把握；後者是各種問題行為或精神官能症症狀，在臨床治療時，其性格或症狀幾乎都未固定。因此，治療者的治療關係從一開始就和個案的成長和問題解決的期間，一起與個案陪伴。由此觀之，青少年期的精神科臨床工作及心理諮商與治療，是具有相當大的預防醫學層面的功能，早期的發現與治療，可改善此類個案及週遭人的生活品質，並降低學校、社會及醫療的成本。

邊緣型個案因其戲劇化的行為表現，總是讓臨床實務工作者印象深刻，且深感興趣。國內外針對其病理及治療方針的研究也日益蓬勃。國內目前有關 BPD 之探討尚稱豐富，但大都為 BPD 之文獻回顧（方俊凱，2007；吳華，2009；許維素，1996；蔡瑞豐，2004；藍佩蓉、周勵志，2008），或專業人員與 BPD 之互動經驗（許世慧，2000；Ma, Shih, Hsiao, Shih, & Hayter, 2009; Langer, 2013; Rizq, 2012），直接對 BPD 進行實徵研究以醫界為主，國內諮商輔導界直接訪談 BPD 個案的研究較顯稀少。就其原因研究者認為除個案取得不易，因邊緣型人格疾患之個案，通常會表現出不穩定且緊張的人際關係型態，因此心理師必須謹慎地處理他與個案的諮商關係，若要進行研究，有關諮商倫理的議題，亦要十分謹慎面對。

研究者十多年的教學與輔導經驗中，發現此類學生因其經常性的情緒低落與易變、揚言自殺的姿態，牽動各相關處室單位的神經，更使得實際頻繁的接觸者（室友、導師、輔

導師)寢食難安,甚至也使得授課教師難以招架。青少年階段為精神疾病的好發期,在校園中出現的 BPD 學生,若能得到妥善的治療與照顧,對於他們後續步入社會職場,具有正面的意義。

由於青少年 BPD 個案正處於自殺與自我傷害的高危險期,且精神科醫師通常不會對未成年的青少年驟下人格違常的診斷,因此本研究選取在青少年階段被診斷為 BPD,且目前仍維持此診斷的成年前期案主,來回顧其成長經驗,似為較符合研究倫理與保護研究雙方的做法。本研究針對 BPD 個案之情緒適應、人際適應、自殺議題、心理治療經驗之探討,將可充實國內諮商輔導界和學校,對 BPD 個案的了解。對於 BPD 的進一步了解,將有助於學校相關單位,以及諮商輔導界對此類學生的輔導。

## 二、研究目的

基於上述研究背景與動機,本研究之目的在於探討,邊緣型人格疾患之成長背景、情緒適應、人際適應、自殺議題與受助經驗,增進對於邊緣型人格個案的了解,以作為諮商輔導界的參考。具體而言,本研究的目的如下:

- (1) 了解邊緣型人格違常個案的成長背景。
- (2) 了解邊緣型人格違常個案的情緒適應與人際適應經驗。
- (3) 了解邊緣型人格違常個案的自殺議題與受助經驗。
- (4) 歸納研究結果,供學校教育人員與諮商輔導界的參考。

## 三、文獻探討

自 1937 年邊緣性 (borderline) 的概念被塑造出來 (Stern, 1938) 之後,有相當長的時間,這類病人一直是臨床工作者避之猶恐不及的對象。然而在經過數十年的探討之後,學者們發現邊緣型人格違常個案並非均質性的 (homogenous),是可以被分類的 (Ginker, 1968; Gunderson, 2001),近來的研究 (Fonagy, 2006) 更發現,其實這類病人的臨床病程或許比原來推測的好,Zanarini、Frankenburg、Hennen、Reich 和 Silk (2006) 指出有些病人甚至可以自然恢復,這的確是一個讓人感到希望的研究發現。以下將從邊緣型人格違常的定義、成因、特徵與處遇進行文獻探討。

### (一) 邊緣型人格違常的定義

根據美國精神疾病診斷準則手冊 DSM-5 的描述 (American Psychiatric Association, 2013),其對邊緣型人違常的定義如下:

此疾患始於成年早期之前,在各種環境背景下表現的一種廣泛模式,對人際關係、自

體形象 (self-image)、情感表現都很不穩定，而且顯著的衝動 (marked impulsivity)。表現下列各項中五項 (或五項以上)：

(1) 瘋狂努力以避免真實或想像中的被放棄。注意：勿包含如準則 (5) 的自殺或自傷行為。

(2) 不穩定而且緊張的人際關係，特徵為在過度理想化或否定其價值兩極端之間變換。

(3) 認同障礙 (identity disturbance)：自體形象或自體感受 (sense of self) 顯著的持續不穩定。

(4) 至少兩方面可能導致自我傷害的衝動行為，例如：花錢、性、物質濫用、魯莽的駕車、暴食 (binge eating)。注意：勿包含如準則 (5) 的自殺或自傷行為。

(5) 一再自殺的行為、姿態或威脅、或自傷行為。

(6) 由於心情過度容易反應而情感不穩定 (例如：強烈而陣發性的煩躁不安 (intense episodic dysphoria)、易怒或焦慮，通常只持續幾小時，很少會超過幾天)。

(7) 長期的空虛感。

(8) 不合宜又強烈的憤怒，或對憤怒難以控制 (例如：常發脾氣、總是憤怒、一再打架)。

(9) 暫時性與壓力源相關聯的妄想意念或嚴重的解離性症狀。

從 DSM-5 的診斷標準來看，邊緣型人違常患者通常是：低度統整的自我認同，原始性的防衛機轉，固著的自我-客體關係，緊張與不穩定的人際關係，自傷與自殺的行為與姿態，情緒強烈而善變，容易衝動、生氣、焦慮與情緒失控。

## (二) 邊緣型人格違常的成因

邊緣性人格障礙者並非單純某一因素所造成，歸納學者 (何志培, 2002; 何金針, 2008; 廣梅芳譯, 2005/2002; 蔡瑞豐, 2004; Links, 1992; Marziali, 1992; Paris, 2007; Zanarini & Frankenburg, 2007) 邊緣性人格違常者之病因，茲說明如下：

### 1. 生理行為因素

邊緣性人格障礙者的發展有其生理行為因素，腦傷的兒童顯現在高度強迫症、注意力不能持久，加上有問題的社會互動、學業困難低成就，主要是兒童自己與對他照護者行為互動的知覺，造成認知的困擾，影響其規律性和衝動的控制最後導致邊緣性的自我發展。神經性的特質加上對父母認同上的情緒困擾，伴隨著其他邊緣性特質：反社會、衝動等。雖然邊緣性人格違常的基因因素未見明確，可能與憂鬱症一樣受到多重基因的影響，邊緣性人格違常者的父母有較多的重度憂鬱症、酒精及物質濫用、邊緣性人格違常者或反社會

人格疾患者（蔡瑞豐，2004）。

## 2. 心理動力因素

Paris（2007）認為邊緣性人格障礙者來自內在與外在問題，顯現情感、衝動、認知混亂的混合症狀，其問題的病因，依據 Kernberg 看法係來自個體發展過程環境文化滋養的不足和早期發展衝突未獲適當的解決，過度的攻擊驅力伴隨焦慮容忍性缺乏，無法統整「好的自我」（good self）與「壞的自我」（bad self）的衝突，邊緣性人格根源於分離與個別化階段問題，邊緣性人格違常是已進入分離歷程，但卻遭到母親對其個別化需求拒絕產生，易言之，孩子發展已超越共生階段，但母親卻無法忍受孩子個別化的開始，不願多給感情支持，便出現邊緣性人格違常的危機（引自修慧蘭、鄭玄藏譯，2006/2005）。

## 3. 家庭環境及早期兒童忽視和受虐

近年來研究顯示對成年人的邊緣性人格障礙者其病因來自兒童早期有被忽視和受虐經驗，關鍵在疾病患者與其照護人的關係，Soloff 和 Millward（1983）運用回溯法訪談比較邊緣性人格障礙者、精神分裂症、重度憂鬱症在早期生活與母親的分離經驗，發現邊緣性人格違常有較多親人死亡與離婚的經歷，且在與父母分離和轉學有更多的因應問題。

另有研究顯示邊緣性人格障礙者其病因來自兒童早期有被忽視和受虐經驗，特別是反社會和失功能的父母，在語言暴力、情緒暴力、身體暴力和性的虐待。BPD 患者所描述的父母，在很多方面都是不利的（unfavorable），在其家族中有較高比例的精神違常，特別是焦慮症、憂鬱和自殺（Bandelow et al., 2005）。個案早期的分離與失落，痛苦的親子關係，及其在童年時期在被忽視經驗與情緒畏縮、受到照護者不穩定的關係所困擾、個人經歷敵對與衝突的親子關係，也較少受到很好的照護（Marziali, 1992; Paris, 2007; Zanarini & Frankenburg, 2007）。

## 4. 社會環境因素

巨觀言之，現代人在現在的社會必須扮演多元角色，以因應不同場合的需要，自己像似變色龍多重角色造成人格分裂，即使滿足社會的期待，久而久之，自己的內在核心導致自我認同障礙的惡化。隨著科技自動化的進步，物慾滿足的速食化，產生現代的人有容易得到滿足的錯覺，導致人類忍耐力降低，衝動性和無意識行為表現的增加。家庭結構的解組、親子關係的親密與疏離處在矛盾不穩定狀態，形成親子關係的緊張不安（廣梅芳譯，2005/2002）。

### （三）邊緣型人格違常的症狀與特徵

#### 1. 原始性的防衛機轉

邊緣型人格疾患與健全人格最大不同的特性為，BPD 會表現出不穩定且緊張的人際關係型態，特徵是變換在過度理想化與貶值化兩者之間交互轉換（李文瑄，2002）。邊緣型人格者的世界是一個截然劃分的黑白世界，以非黑即白（all-or-nothing）的兩極化看待人事物，沒有灰色地帶。以下則對邊緣型人格違常者所慣用的原始性防衛機轉作一闡述：

### (1) 分裂

「分裂」(splitting) 為邊緣型人格疾患的一項具特徵性的機制，其是一種未成熟心理狀態下的心理防衛機轉，患者會將心中的主體意象與客體意象分裂為全好 (all good) 與全壞 (all bad) 兩部份 (Fall & Craig, 1998)，因此他們對某特定人物的感覺可能會從「全好」搖擺到「全壞」，然後又突然顛倒過來。當患者試圖統合矛盾的情緒和想像時，會產生如洪水般不斷湧出的焦慮，而分裂機制就像抵擋洪水的水壩，避免被焦慮的情緒淹沒。但分裂常造成相反的效果，將患者的性格切割出更大的裂縫，以致於患者的自我認同及對他人的定位，產生更頻繁、更劇烈的變化。

### (2) 投射性認同

邊緣型人格疾患的投射性認同 (projective identification) 乃指個人將自己的負向感受和威脅歸因於他人，亦即將自己所不要的某些內在自體意象與客體意象潛意識地投射到他人身上，而被投射者被引發的反應往往導致邊緣型人格患者的行為更加固著（董淑玲，2005）。意即促使他人做出符合自己所預測的行為，然後認定對方就是如此。例如，當邊緣型人格的人對別人表現敵意而得到不友善的回應時，就證明別人是壞的。或是將自己本身的衝動或攻擊投射到另一人身上，之後企圖去控制該具威脅性的客體使自己避免受到攻擊。

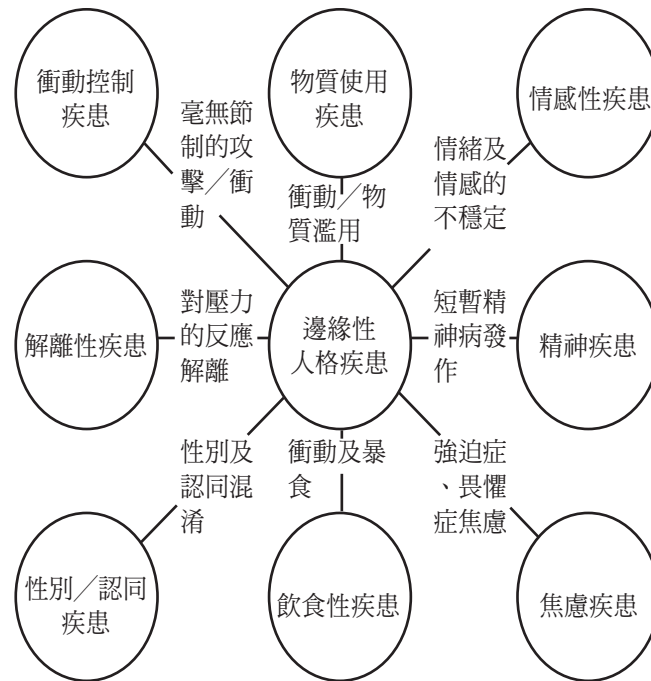
### (3) 理想化以及貶值化

當邊緣型人格疾患者其自覺內心主體差而客體佳時，即產生理想化作用 (idealization)，視對方為十全十美的人；但當其自覺內心主體佳而客體差時，即產生貶值化作用 (devaluation)，又把對方視為一無是處的壞人。此種防衛機轉會使他們很快地對某一人的行為產生崇拜，但不久又發現對方缺點而棄之如履（李文瑄，2002）。因此，BPD 患者可能會立即對他人形成依附與過度理想化，但當一個輕微的分離或衝突發生時，他們很快的切換到另一個極端，憤怒地指責對方不照顧他們，高度的感受到被遺棄、憤怒和痛苦反應。

## 2. 共病症狀

邊緣型人格通常有高比例的共病症狀，多半與物質相關疾患、情感性疾患和反社會人

格疾患有高危險因子，Robison 指出超過 90% 的邊緣性人格疾患合併有另一個診斷，超過 40% 有三個或更多的診斷結果（引自唐子俊、唐慧芳、李珣譯，2003/1999）。以下的圖表便是邊緣性人格與其他共病症狀的關聯：



圖一 邊緣性人格與其他共病症狀的關聯

資料來源：引自唐子俊、唐慧芳、李珣譯（2003/1999）失序的人格—人格疾患的評估與治療，323 頁。

### 3. 不穩定的依附

激烈、不穩定的人際關係是 BPD 疾患的特質。Aaronson、Bender、Skodol 和 Gunderson（2006）比較 BPD 和 OCPD（強迫妄想型人格違常）的依附類型，發現 BPD 患者更容易表現出憤怒的退縮（angry withdrawal），和強迫性的尋求關心的依附模式。BPD 患者也表現較高程度缺乏有效的（availability）依附對象，害怕失去依附對象，缺乏依附對象和分離抗議，企圖自殺的威脅可能發生於 BPD 生氣的感受到被重要他人遺棄的恐懼情緒與失望時。

### 4. 易以自殺威脅作為人際獲取的手段

邊緣型人格者會一再的發生自殺或自傷的行為，或是威脅要自殺或自傷，他們並不是

真的想死，而是為了獲取他人的關注，或者透過痛苦的感覺證明自己存在、轉移空虛，也可能是為了阻止自己做出某些衝動行為，或者在衝動之後懲罰自己（吳華，2009），他們的自殺宣示，似乎含有強烈的操弄成份。張凱理（2012）指出，BPD 的專長是傷害自己，他們無法忍受孤單，當感覺失去客體時就會來住院。此障礙者的自殺率，被發現高出一般人口的 50 倍（林美吟譯，2012/2010；Comer, 2010）。

## 5. 人口變項特徵

DSM-5 估計邊緣性人格疾患的盛行率約佔所有人口的 1.6% 至 5.9% 間。最普遍的模式是在成年早期的長期不穩定，伴隨者強烈的情感與衝動失控發作，高比例的使用醫療與心理健康資源。疾患造成的減損與自殺的風險在成年初期（young-adult years）達到最高，之後隨著年齡的增長逐漸減弱。BPD 的盛行率在老年族群中可能是減少的（American Psychiatric Association, 2013）。

BPD 的診斷主要以女性為主（大約佔 75%）（American Psychiatric Association, 2013）。在 BPD 的性別差異部份，Bradley 等人（2005）的研究指出，青少年 BPD 的症狀與 BPD 成人更為相似，而 BPD 青少年男孩則有更多的攻擊、破壞性和反社會表現。分析出青少年 BPD 的四個連貫的臨床表徵是：高功能的內在（high-functioning internalizing）、戲劇性（histrionic）、憂鬱的內在、及忿怒的外在表現（angry externalizing）。

### （四）邊緣型人格違常的處遇與預防

#### 1. 實務工作者的自我調適

BPD 個案對於心理衛生實務工作者來說是困難與深具挑戰性的，Langer（2013）指出，治療師認為與 BPD 個案工作是具有挑戰性、酬償，並提供對個人生命的意義感；治療師的個人做法，如冥想、正念（mindfulness）、和禱告，是支持他們持續與 BPD 個案工作的力量來源。而治療者對於一直宣示著自殺的 BPD 案主之反移情包含（劉佳昌，2009）：（1）對那些生不如死或那些雖生猶死的疲累個案，治療者需要極大的勇氣，才能夠把持住不被這樣的景象所淹沒，而能繼續生存的價值；（2）對那些不斷行動化的個案，治療者常萌生強烈的無力感，覺得自己的治療有如杯水車薪，根本擋不住個案的強大衝動；（3）對那些口頭上求死的個案，治療者可能被逼著去勸阻個案自殺，而承擔了太重的責任；也有可能迷失在個案尖銳犀利的言詞中，難以反駁；或是被無力感所充滿，宣告投降。由此可見，BPD 案主的自殺議題的了解與處遇，對於專業助人者是一個極大的挑戰。

## 2. BPD 的治療

對於邊緣性人格違常患者治療與輔導介入，包括多個領域之間共同合作的治療與輔導介入項目，綜觀學者（方俊凱，2007；修慧蘭、鄭玄藏譯，2006/2005；張本聖、徐儷瑜、黃君瑜、古黃守廉、曾幼涵譯，2014/2013；蔡瑞豐，2004；Winston, 2000; Zanarini & Frankenburg, 2007）的看法，包括認知行為治療、辯證行為療法（Dialectical Behavioral Therapy, DBT）、人際治療（IPT）、以心智化為本的治療（mentalization-based therapy）、認知分析治療（CAT）、聚焦於基模的認知治療（schema-focused cognitive therapy）、意義治療、家庭治療、團體治療、藥物治療等。美國精神醫學會（American Psychiatric Association）指出心理治療是邊緣性人格障礙病人最主要的治療模式，而以症狀為目標（symptom-targeted）的藥物治療則扮演輔助角色（引自周勵志，2008）。目前被 APA 認為對 BPD 最有效果的治療法是心理動力取向及辯證行為治療法（引自王孟羚，2008）。

辯證行為療法是由 Linehan 在 1991 年所發展，此治療法結合以個案為中心的同理心及接納，以及認知行為治療的問題解決、情緒調控技巧與社交訓練技巧（張本聖等譯，2014/2013）。此治療基本上相信病人經驗一些無法辯證的兩難狀況：情緒的脆弱以及自我的無效、壓抑著悲苦以及持續的危機、活躍的消極以及明顯的能力，治療者了解這些後必須鼓勵改變並接受它，將其自殘、操控行為視為是一種不適應表現，試著了解他們並提供心理支持。許多實徵性研究的結果發現，接受此治療的 BPD 患者，大大地降低其自我傷害和自殺的行為（王孟羚，2008；林美芳、郎世瑀，2012；Starr, 2004; Winston, 2000）。亦有研究發現，DBT 的治療成效與治療師和案主的同盟（alliance）有高度的相關，治療同盟愈強療效愈佳（Burckell & McMain, 2011）。

## 3. BPD 的預防

若想從根本處預防邊緣性人格患者的形成，似可從家庭出發，尋找預防之道。吳華（2009）建議，可從下列方式做起：（1）建立良好的客體關係；（2）良好依附的必要性；（3）合宜的教養方式；（4）維持家庭系統的平衡。若能建立孩子良好的客體關係，擁有安全的情感依附，必可奠定其健康的人格基礎；父母或主要照顧者若能給予合宜的教養，留意家庭系統的平衡，更能讓孩子的人格穩定發展，得到最佳的預防效果。而對於在校園中的青少年 BPD 案主，若能在青少年階段就得到專業人員的妥善陪伴與處理，對於他們未來進入社會的適應，具有正向積極的功能。

## 貳、研究方法

### 一、研究設計

本研究之目的在了解邊緣型人格疾患之成長背景、情緒適應、人際適應、自殺議題與治療經驗等議題。由於本研究為初探（exploratory）性質，為能掌握 BPD 個案之獨特性與全貌性，本研究採質性研究之個案研究取向，進行資料收集與分析。

本研究以「深度訪談」（in-depth interview）為收集資料的方法。深度訪談法是一種非結構式的、直接的、個別的訪談方式。採深度訪談的目的，係讓受訪者透過談話，分享有關經驗、感受、意見和知識等（吳芝儀、李奉儒譯，1995/1990）。訪談過程中，尊重研究對象的主觀經驗，專注聆聽、適時引導，並且避免干擾或打斷研究對象的表達。訪談前在個案的同意下於訪談過程錄音，並於訪談後謄寫逐字稿，以利訪談的進行及資料的整理。

### 二、研究者

本研究之研究者身兼訪談者，三位研究者皆為在大專任教心理學、心理衛生相關課程，其中兩位持有諮商心理師證照；有質性研究經驗，並已在國內與國際期刊和研討會，發表質性研究之論文。

### 三、研究對象

本研究對象以立意取樣進行選取，選擇標準為經為精神科醫師確診為邊緣型人格疾患，且維持診斷至少 6 年以上，情況相對穩定的 BPD 案主為訪談對象。共成功訪談兩位案主，每位進行 2 至 3 小時的訪談，以了解 BPD 案主之相關經驗。個案 A 大約有 12 年的精神科醫療史，受訪時與其當時的醫師和心理師已持續 3 至 4 年的治療關係。個案 B 約有 9 至 10 年的精神科醫療史，受訪時與其當時醫師的治療關係約半年，與前一任醫師的治療關係約維持 8 年，個案 B 接受心理治療的狀況較不固定。其中個案 A 在學時曾為研究者之一的個案，已畢業結案 10 年，期間偶有聯繫。有兩位研究者曾為個案 B 大一時的授課教師，受訪時 B 為大四學生。

表一 受訪者相關資料

受訪者	性別	BPD 確診年齡	受訪時 約略年齡	共病症狀	接受精神 醫療年數	畢業年數
A	女	18	30	躁鬱症	12	10年
B	女	17-18	25	憂鬱症 焦慮症	9-10	在學

#### 四、研究工具

本研究採用的研究工具，除了研究者外，主要還有訪談大綱、研究札記以及個案報告資料、Line、FB 文本紀錄等。依據研究目的、文獻探討、研究者與 BPD 個案之互動經驗，以及研究者過去質性研究之經驗，共同討論出初步之訪談大綱，詳表二。以半結構的訪談大綱作為訪談指引，作為收集 BPD 個案相關經驗的工具。

表二 訪談大綱

1. 謝謝你接受我們的訪談，談談你現在的心情如何？
2. 請你談談你的家庭背景與成長經驗？對現在的你有怎樣的影響？
3. 你對自己的看法是什麼？你如何看待你自己？
4. 何時知道自己是邊緣型人格（BPD）的人？對此你有什麼感受或影響？
5. 成長過程中的人際關係如何？有什麼讓你印象深刻的事？
6. 日常生活有壓力或情緒不好時，你都如何因應？
7. 什麼情況下會讓你有自殺的意念？當時心中的想法是甚麼？
8. 什麼情況下會讓你打消自殺的想法？當時的想法或作法是甚麼？
9. 你有什麼話想要告訴你周圍的重要他人？
10. 過去的諮商經驗如何？你覺得對你有幫助的地方是什麼？沒幫助的是什麼？
11. 與其他醫師、心理師、或社工師、輔導老師的互動經驗？
12. 是否還有什麼事情想分享的？

#### 五、研究程序

##### （一）擬定研究計畫

此計畫經長庚醫療財團法人人體試驗倫理委員會（IRB）審核通過。

##### （二）邀請符合受訪資格的案主參與研究，並簽署受訪同意書

以半結構式訪談指引進行深度訪談，以收集質性資料並進行分析。訪談進行時間為 2011 年 5 月至 9 月間。

##### （三）訪談過程錄音，並於訪談後謄寫逐字稿，作質性的分析

每份訪談逐字稿由三位研究者作登錄（coding）的討論，共同分析、歸類。逐字稿只針對受訪者的陳述編碼，訪談者的提問不予編碼。編碼原則為「個案代碼 - 談話順序序號」。此外，若受訪者在不相連的敘述句中出現同一相關主題，研究者會以「……」來將兩句做一連結；或是同一敘述句中，為精簡內容而刪去部分文字，也以「……」表示；而受訪者語氣停頓，則以「…」表示；（）內文字則為研究者加入，使語意完整。

#### (四) 資料分析

本研究的編碼歸類，主要以受訪者陳述的內容為主。在分析編碼過程中，研究者將每份逐字稿細讀數次，找出有意義的陳述，予以劃線，以做為分析的基本資料。由有意義的陳述發現其真正的意涵。將意義的共同特性組合成主題，歸納為邊緣型人格違常個案的主觀經驗脈絡。最後將所得的結果整合，作完整的整體性描述。

#### (五) 資料收集與分析的信實度

本研究運用下列方式建立質性研究信實度 (trustworthiness)：

(1) 長期涉入 (prolonged engagement)：研究對象曾為研究者之學生或個案，共處校園多年，有的雖畢業仍偶有聯繫，有利於建立彼此的信任關係。故在訪談中，受訪者較能暢所欲言，而研究者也能深入了解其表達的內容。

(2) 三角交叉檢視 (triangulation)：本研究除以訪談逐字稿為主要分析內容外，並搭配個案報告、研究手札、Line、FB 文本紀錄為分析佐證。在資料收集後，研究者先行分析，再與心理學專家討論，如此反覆驗證，以確定內容的可信性。

(3) 同儕檢核 (peer debriefing)：在資料分析的過程中，三位研究者先自行分析過訪談內容後，再共同分析、討論所得資料，做內在一致性的檢定。

(4) 研究參與者檢核 (member check)：訪談資料分析後，商請研究參與者閱讀分析結果，評估與其經驗相符程度，檢核是否同意此分析內容。

### 六、研究倫理

由於 BPD 之個案具有不穩定的情緒及人際關係之特質，以及非黑即白的世界觀，在倫理考量上，為避免訪談過程中，可能對受訪者甚至研究者造成的傷害，本研究採取「過程同意」(process consent) 的形式。將「知後同意權」視為一個過程，隨著情境改變，或研究者與被研究者關係的改變，同意權也可重新約定，提供受訪者瞭解自己可能涉及的風險和收穫，評估自己在研究中的舒服程度，以確保於訪談過程中，受訪者的自主性與相關權益受到保障 (鈕文英，2007)。在執行細節上包括：(1) 正式訪談前，說明與遵守受訪者的權益與保密原則。(2) 在訪談過程中，若遇受訪者情緒不穩定狀況，研究者將暫停訪談，待其情緒平復後，尊重受訪者是否願意持續表達。(3) 訪談過程中，研究者隨時檢核受訪者的情緒狀態，若遇到仍處危機狀態的受訪者，則告知訪談可能的風險，視受訪者的意願，提供必要的資源或協助。

## 參、研究結果

根據訪談資料的整理與分析，有關大專校園中的邊緣型人格個案的研究結果可歸納如下：

### 一、受創的成長經驗

受訪者挫折、低自尊的家庭成長經驗，受創的親子關係，與養父母不良的互動經驗，暴怒的父親，印證邊緣型人格個案通常有其主觀或客觀上坎坷的成長歷程。因此 Robinson 指出，在病因學上認為邊緣型人格是「被塑」而非「天生」的（引自唐子俊等譯；2003/1999）。不良的家庭成長經驗，與 BPD 的型塑有關。

敵意的家庭成長環境，打罵的教養方式，父親不當的身體碰觸，同學的嘲弄，造成個案 A 的自卑與低自尊。

「他們會跟我講說：『阿～你去死死好了（台語）』（A130），『對啊，你去死死啊！（台語）怎樣你不知道怎樣死喔！（台語）沒膽嘛！你就不敢死（台語）』（A131），『有時候就是…會講一些…其實…很傷人然後…會讓我都…會讓我呈現就是說低自尊，就是說沒有什麼自尊』（A132）。

「比較自卑…因為…講到這個又要講到我養父母…」(A271)，「因為我是從小被打到大的……一直到長大還是一直被打」(A272) ……「現在還會！」(A274)。

「（被母親誤會偷錢）後來我弟承認了然後也沒有人去警察局，後來我上來了，就是我从樓下上來了，然後，我以為媽媽會給我什麼安慰或者是支持什麼之類的，後來媽媽一句話都沒有，還不斷的對我兇」(A280)。

「因為爸爸從小就有摸我的習慣，就是他可能會摸前胸啊，然後摸頸子啊，摸大腿啊摸屁股阿之類的，然後……有一次就是爸爸不在我跟媽媽講說：『媽媽，我覺得爸爸怪怪的』」(A284) ……「媽媽就很生氣，然後後來媽媽就多一句話就說：『不要汙辱你爸爸的人格』」(A286)。

「國中大概就是身材胖胖的吧！然後就是被同學笑說：『阿～好肥喔！』阿那時候就被講肥媽、肥媽、肥媽這樣子，常常被這樣子叫！」(A302)，「比較自卑！」(A303)。

案父暴怒性的人格特質，父母不斷的爭吵，成為個案 B 成長過程中不可承受的重。「（爸爸）就暴發人格疾患」(B37) ……「他就是…只要受到刺激他的語言就會就是會用那種很…因為我媽媽是說是用那種惡毒的話來說」(B39) ……「可是他們倆…我爸跟我媽就是不斷的在爭吵…就是三天一小吵、五天大吵…就是吵吵

吵…」(B44)。

「我覺得還蠻可怕的就是他會摔東西…然後我記得有一次就是他原本就是罵我弟，然後要把東西砸向我弟，結果他丟了一個湯鍋……所以我那時候是全身都是湯這樣子…。對然後還有一次就是……我爸就生氣，他就拿那個鋸子就是叫我手掌伸出來，就是叫我手要伸平，如果伸平的話是這樣子橫的下來，如果我縮的話就被切了。對！就是這兩個是我印象比較深刻，而且就我通常拿出來講得兩個經驗」(B46)，「一個過程啊！…這還不是最害怕的！」(B47)。

「就是不斷的吵吵吵，然後一直…一直到我國三那一年，因為那時候我原本要考音樂班，然後可是那時候我只花了三個月的時間準備……就考不上應該是應該的吧！……對所以我就選擇重考。然後重考那年，有一次我爸爸跟我媽媽又大吵，然後那時候我就突然說你們離婚算了吧！然後我就躲到廚房，那時候我拿著菜刀……國三對…然後那是我第一次自衛！」(B48)，「就是拿菜刀想要自衛」(B49)。

## 二、紛擾、不安的自我

BPD 的心理特徵為分裂、理想化與貶值化、投射性認同等。個案 A 一方面覺得自己低自尊、比較自卑；一方面又說喜歡自己，覺得自己會替別人著想；或是失去自我，要從別人的眼中看見自己。個案 B 在乎課業表現，覺得只要與成績有關的都不喜歡，會有花錢的衝動行為，因生活上的一些表現，覺得自己是很爛的人。她們也將自己的負向感受歸因於他人。但兩位受訪者，也都能敘述出過去自己不錯的部分，並對此感到自豪。此外，在受訪進行的當下，研究者覺得個案是將研究者視為好的客體，因此很樂於幫忙，其中一位受訪者帶了幾本相關書籍，想讓研究者更容易了解她的疾病；甚至表達可以幫忙打逐字稿。因考量若沒有維持妥適的關係與界線，將來也極有可能變成壞的客體，所以沒有接受其提議。

「(現在的心情如何?)我覺得…很好啊！」(A2)，因為我覺得可以幫老師做這個研究，我覺得可以幫老師很多的忙這樣子…」(A3)……(T：所以你覺得蠻開心的這樣子!)……「對！」(A4)。

「會讓我呈現就是說低自尊，就是說沒有什麼自尊(A132)」，「比較自卑！」(A303)。

「我覺得啊！我覺得我是怎樣的一個人喔？」(A182)……「這應該要問別人對我的感覺吧！」(A184)……「覺得我還蠻會替人家著想的，因為這是很多人跟我

講過的，對！」(A186)。

「我還蠻喜歡我自己的啊！」(A188)……「我喜歡恩…我還蠻喜歡我是學護理的」(A190)，「因為我覺得……不僅可以幫自己，然後我覺得也可以幫助到很多人……」(A191)。

「就小學很會畫畫啊！…很會畫畫，然後那時候就畫畫常得獎啊！這樣子！」(A320)，「嘿然後，也會寫 POP (美術字) 啊！什麼都會！」(A321)。

「對！他(張老師)說我好像就是這個家的代罪羔羊，所以我今天變成這個樣子！」(A516)。

「就是我會很喜歡那種花錢的感覺，就是我要的只是那種金錢跟物品交換的那瞬間，就那整個很奇怪的感覺！……害怕被遺棄就是，其實我早期我自己覺得我自己是個很爛的人！因為我那時候就是因未滿十八歲，我想說十八歲什麼都可以做，所以我就開始學抽菸，然後交男朋友，什麼之類的！反正只要十八歲能做的，我就做了！可是因為害怕被遺棄！所以我那時候，我第一個男朋友，大概七天我就分手了！」(B198)，「然後之後陸續就交了好幾個男朋友，都是後來就被我…」(B199)，「就沒幾個月就都被我甩掉！」(B200)。

「生病前，當然就是很正常！而且就是也就是表現應該算是蠻突出的吧！那個時候我的就是我『文』這方面比較出色！譬如說畫畫比賽或是書法比賽之類的，只要出去，然後，譬如說明天要書法比賽！我可能前一天就寫個『永』字，把它練習，然後寫大概兩三次，然後隔天去比賽，然後就得名！」(B220)。

「(家庭的經驗)讓我生病啊！」(B135)。

### 三、自殺行為的起因

BPD 個案一個明顯的特徵就是重複性的自殺。到新環境的緊張與陌生，人際關係不佳，害怕失去某些重要的東西，長期的空虛感，為了腦內啡，感覺自己的存在感，被家人放棄的寒心，工作上的挫折，或單純只是覺得不高興，使受訪者常有自殺的意念，也因自殺意念與行為不斷進出醫院。個案 A 十年來住院約 15 次；而個案 B 用自傷行為產生的痛，來感覺自己的存在。故 Comer (2010) 表示，許多邊緣型人格疾患的患者，試圖以傷害自己，作為處理他們長期空虛感、無聊及認同混亂的方式；他們自殺的威脅和行為也很普遍。

「(當年想自殺的原因)很緊張，然後很陌生，然後甚至就是覺得怎麼人際關係弄得不是很好，然後很怕失去某一些東西！」(A359)，「我害怕失去朋友！」(A360)，「然後還加上一些家裡的關係」(A361)。

「(現在想自殺的原因)家裡和工作」(A381),「不順利!」(A382)……「甚至有時候很沮喪會搥胸,這樣子,會很難過!」(A398)。

「我可能就…就不太高興,那天不太高興,然後我可能就在學校就吞」(B99),「一整天的份量(的藥)就吃掉!」(B100)。

「對!因為自傷其實是一種防衛機制…因為當一個人你發現什麼事情你都沒有辦法控制的時候,你發現就是只有你的痛覺你自己是可以控制的……因為什麼事我都沒辦法掌控,我只能掌控我的身體,所以我就利用痛覺來就是感覺說噢!原來我可以控制痛覺!而且我是活著的!因為痛讓自己覺得說,原來我還是活著的!這樣子!」(B255)。

#### (一) 不良的家庭經驗、青春期的壓力

課業的壓力,不良的家庭經驗,從兒童過渡到成人階段紛擾不安的轉換期,使青少年成為精神疾病的好發階段。不斷爭吵的父母,案父暴衝性格的表現,使個案B在重考高中那年,第一次有自殺的想法與作為。近乎精神虐待的家庭經驗,也是讓個案B生病的導因。

「我只讓我媽媽進來,然後我就在哭啊!哭說我很害怕之類的,結果我爸爸聽到我哭聲,他就覺得很生氣,……他覺得很煩就上來……好像已經有點應該是發病的狀態吧!我那時候就說不要進來…就是很反抗就對了,甚至我還說,如果他進來我就要死之類的話!」(B51),「很害怕!」(B52),「因為他一直在踹門……他一進來,他第一個動作就是扯我的衣服……就命令我上床睡覺……然後他還拿著他旁邊的鐵椅子上來說,如果睜開眼睛的話就要摔我,所以我就覺得很害怕,然後我那時候第一次有自殺的(想法與行動)」(B53),「對,而且我真的做了!」(B54)。

「16歲之後我都是反覆的在醫院…醫院急診病房…或是在親戚家…」(B128),「因為我就是不要碰到我爸爸!」(B129)……「對因為我覺得他跟我媽吵架那個對我來說是一種精神虐待,而且他會摔椅子,那種東西,就對是一種精神虐待」(B131)……(T:那你覺得你的這些家庭經驗對你的影響是什麼呢?)……「讓我生病啊!」(B135)。

「那時候(青少年時,BPD剛確診時)感覺只是一直很想要 suicide!」(A242)。

#### (二) 不穩定的人際關係、課業與工作

不穩定的人際關係表現在學業、打工、或工作上,無法穩定的持續。因為逃避的心

態，精神狀況的不穩定，職場上人際關係的緊張與困擾，使已畢業的 BPD 受訪者 A 不斷的轉換工作，10 年來共約換了 20 個工作，以致無法有穩定的收入，來脫離家庭，完成自己的夢想。

「(畢業 10 年來換過的工作)大概 20 吧!」(A468)……「(想要離開一份工作的原因)逃避心很重!」(A472),「(逃避)人際關係不和諧,然後逃避那個 building,所以就自然而然說那不做,不要!不要!我還是躲起來!」(A473),「那在家裡好了!不要,就是能躲則躲,不要去工作好了!」(A474)。

「有些三分之二是自己不要的,三分之一是老闆把我 fire 掉的,那三分之二我不要的原因幾乎都是跟老闆講說:『不好意思我要去住院,我身體不舒服,可能不能做了!』」(A479)。

重複的自殺與自殘行為,使個案 B 唸高中時重複的休學、復學、休學…折騰了 6 年才將高中唸畢業。高中畢業到進大學間,有 4、5 年的時間是職業病人,不斷的進出醫院,不健康的家庭關係,也使得病房成為 BPD 個案的避難所。

「然後無法實現可達成或成長目標就是學業,對就是沒有辦法可能注意…或者是打工…沒有辦法長期的打工,對,可能一下子就不行!一下子就怎樣!」(B204)。

個案 B 十分努力地重考上小時候就夢寐以求的理想高中,卻因為不穩定的情緒、重複的自殺與自傷行為等 BPD 的特質表現,而無法從這間高中畢業。

「(醫師)就開利他命(litamine)給我吃,然後我那時候我記得他開給我一個月,然後我(重考)那一個月,我的書桌在這裡,然後旁邊有椅子,然後這裡都是書,然後我就吃藥,然後我就念書,念累了,我就睡在椅子上」(B87)……「然後我就考上…因為那時候我國小的時候是在管樂團,然後那時候就知道高中的那個…台北市 XX 高中的管樂團很有名!」(B89),「我小時候其實就想念那所高中!」(B90)。

「可是…後來我就沒有在那所學校畢業!因為那所學校後來是跟我媽媽說:『為什麼要把孩子送到學校?』就是那學校很不友善就對了!所以…因為也是在那裡弄了好像…休學、復學、休學、復學!」(B92),「常常(想自殺)!」(B93),「我在課堂上我就會自己在那邊畫畫畫!然後,我還會問同學說有沒有刀子?美工刀借我!然後同學當然是說沒有啊!我就用尺那樣畫畫畫畫畫,然後畫到血都出來!然後結果老師那邊在講台上被嚇了一大跳這樣子!」(B94),「然後要不然就是跳樓吧!」(B95)……「噢!而且那個時候還有一個很常的動作就是吞藥,而

且那時候只要吞一天份，我就要送急診！」(B97)……「對，我可能就…就不太高興，那天不太高興，然後我可能就在學校就吞(藥)」(B99)。

因自殺行為產生的後遺症，以及個案 B 自身的身心狀況，也對個案 B 在校園中的人際關係造成不良影響。

「因為其實這中間我 borderline 的過程中有一個很大的點就是我燒炭，燒炭自殺！」(B137)……「21、22 歲的時候燒炭」(B140)，「然後之後我在 ICU (加護病房) 住了三天」(B141)……「就燒炭剛開始就是裡面的神經就是有受傷……然後很容易跌倒……而且那時候我還摔床，就是從直接從上面摔下來，我記得那時候我(大學)室友都不了解，PO 部落格說我是摔同情的！……我…如果真的要摔的話，我是摔自殺的！不是摔同情！」(B147)。

「生病之後一年之後，再開始回到學校(高中)，就覺得那些都是妹妹這樣！好像都不懂我這樣！所以就沒有什麼人際關係」(B222)。

### (三) 長期的空虛感

個案 A 因被家人遺棄的感覺，互動過程中的寒心，使她常有強烈的孤單、空虛感受。個案 B 則提及想要自殺的原因是內心常感覺「空、虛、無」。BPD 個案經常處於一種被拒絕與不被全世界了解的空虛狀態中。

「他們(家人)比較排斥，而且他們到現在都還不太能夠接受說…他們…他們…他們不接受說我有精神上的疾病！」(A110)……「他們是一國的」(A115)，「然後我一個人是孤單的」(A116)，「一直到現在我都覺得很孤單，而且我媽跟…尤其是我媽媽，她不…她不讓我接近我姪子」(A117)。

「我覺得這個診斷…對我來講蠻…它…裡面好像有一個症狀我覺得跟我蠻像的」(A234)，「就是…長期會感到空虛孤獨」(A235)……「然後另外一個可能就是…會暴怒還是什麼之類的」(A237)。

「我不知道我自己是誰？然後我不曉得我自己為什麼要活著？然後我是誰？這樣子！」(B215)。

「其實我一直到現在人際關係也不是那麼好」(B223)，「比較疏離」(B224)，「就連醫生也不了解我！」(B225)。

「(不斷想要自殺的原因)就空、虛、無。」(B276)。

### 四、療效產生的結果

在青少年階段 BPD 診斷剛確定時，兩位個案經常不斷地想要並執行自我傷害與自殺

行為，然而，經過長期的醫療協助，隨著年齡逐漸增長，個案也有了轉變。

### （一）逐漸建立的人際界線

在學階段的 A，會不斷的遊走在各個老師間，經常的打電話到導師家中，造成師長的困擾。畢業多年之後，她會盡量克制自己的這些意念。Conklin 和 Westen（2005）的研究也指出，長期追蹤經過診斷且曾在精神科住院之 BPD 病患，發現在 10 至 15 年以後，有 1/2 女性和 1/4 男性在親密關係上有明確的連結；1/2-1/3 的患者能有穩定的全職工作。在病程的發展則是因人而異，較常發生的模式是在成年初期最為不穩定，自殺風險也最高，之後隨著年齡的增長而衰微。

「就連我們老師家裡的電話我都還記得！」(A45)，「都還背的起來，對啊！可是就是覺得說就是盡量不要打擾，甚至老師的 e-mail 都還記得的啊！」(A46)，「就是會盡量就是說不要打擾就不要打擾這樣子！」(A47)。

在職場上，個案 A 也學習到社會的潛規則，會視狀況決定是否告知雇主自己的精神疾病，逐漸學會建立人際界線，調整自我揭露的程度。

「(找工作時)有些會講，有些不會講！」(A484)，「(一般工作)會，會有影響，千萬不要講！」(A485)……「經由醫院的職能治療師跟就業輔導員幫你找的工作，那個工作的話，就是必須一定要讓雇主知道說你是什麼樣的精神疾病！」(A488)。

個案 B 自覺人際關係不佳，因為沒有人了解她，但穩定的感情是 B 重要的情緒支持來源，而有能力去維持一段穩定的關係，也是一種人際上的進步。

「其實我一直到現在人際關係也不是那麼好！」(B223)，「就對比較疏離」(B224)……(T:因為你覺得同學都不了解你是不是?)「就連醫生也不了解我！」(B225)。

「我男朋友可能還比較了解…應該是比較知道怎麼處理我的情緒」(B226)，「因為我跟他在一起幾乎可以保持一個情緒的穩定」(B227)，「心理師後來跟我說，其實男朋友這個事情……感情對我來說是個很重要的支持，如果說我今天沒有感情的話我可能就會繼續的割…」(B228)。

### （二）黑白分明的世界觀到逐漸產生的灰階

BPD 的特色之一是黑白分明的世界觀。然而個案 A 表示，感謝養父母對其身體疾病上的照顧，但也深覺在精神上，不良的家庭經驗使案主深受傷害，似已不完全是分裂 (splitting) 的世界觀。

「我會覺得說既然說家裡的狀況已經沒有辦法改變了，那何不選擇另外一個方式，去說改變自己嘛！然後讓自己好起來這樣子！」(A144)……「起碼，起碼我這次開刀，他們會想到說，欸，開刀什麼東西最好不要吃，……對傷口不好！（台語）至少他們會做到說生理上的照顧，起碼他們做得很好，可是如果說精神上的話這個…也不是說不好啦！應該是說他們…他們沒有那個常識……所以也不能完全怪他們啦！可是他們帶給我的傷害的確蠻大的…」(A151)。

BPD 的人格特質是黑白分明，對於個案 B 視為好的人，她會很珍惜，B 與目前男友已交往四年。但對之前的男友，若認為他是壞的，就完全不想連絡。

「就 borderline 對感情這一塊因為他一個就是說害怕被遺棄嘛！對，可是另外一個他就是會很……會因為很怕被遺棄所以沒有…他認為沒有被他遺棄的那些人他會緊緊的想要抓住那一端的人！」(B301)……「可是我一直覺得…我現在再懷疑自己是不是 borderline，是因為我現在這個男朋友已經四年了！」(B202)。

「可能就是他做了哪些事情，然後他覺得不好，然後就會覺得不好，而且我全部以前的男朋友我都完全不連絡，我也不想跟他們做朋友。」(B303)。

### (三) 自殺行為的因應

BPD 案主需要耗費許多心力調適情緒，對抗自殺意念，他們很辛苦，也很努力的要讓自己活下去。當有自殺的想法時，案主會使用學到的「辯證行為治療」之技巧，從事各種活動來轉移注意力，想到自己的夢想，講些鼓勵的話讓自己產生力量。建立人生目標是讓案主自覺有勇氣活下去的重要力量，而住院是 BPD 個案逃避目前現實紛擾的一個方式。故張凱理（2012）認為，BPD 的專長是傷害自己，他們無法忍受孤單，當感覺失去客體時就會來住院。

「其實自殺的意念是這兩天有沒有，禮拜三跟禮拜四很強嘛！」(A388)……「那情緒痛苦啊！身體痛啊！快樂！…其實這些我都有記錄（醫院提供之辯證行為技巧表格）」(A390)，「雖然說有那個意念…意念很強是真的想自殺，可是我還是會督促自己去看這一格然後我還是會去試」(A391)。

「那就會讓我去想說\*\*\*你是真的想要死嗎？你不是有…你不是有你的目標嗎？有時候我會拿這個去跟自殺的意念去抵觸，我會去想，我會去哪一個對我來講比較有意義，比較重要！」(A396)。

「（辯證行為技巧）大概都是轉移注意力比較多！」(A404)……「比如說情緒不好的時候可能就是因為我喜歡去逛傳統市場，對！然後我喜歡去買菜然後回來自己

煮，煮給自己吃！……去租自己喜歡的片子回來看，或者是說出去運動，或者是說除了這個轉移注意力之外，譬如說當下情緒不好的時候，可能就會跑到廁所裡面去，可能就會沖澡！然後比如說沖冷水啊！沖熱水！然後讓自己好像是在淋雨那種方式，讓自己就是大哭一場！」(A406)。

「我住院住到有一個周期性」(B116)，「因為他（醫生）說病房就只是我的…避難所！」(B117)。

建立人生目標，是讓 BPD 個案活下去的重要力量來源。

「我的目標就是說，有一份穩定的工作，然後去買一間套房然後自己佈置，然後有一台自己的車，小轎車！」(A394)……「我覺得對一個想要自殺的人來說，內心懷抱一個夢想，是讓自己可以活下去的力量！」(A522)。

「因為我當初選擇繼續念書不是要當職業病人，是因為，其實我一年級的時候其實我社會學報告，我做了一個主題是…那時候我們團體報告嘛！然後那時候我跟老師說：老師我要交一份我自己的報告！我那個主題是『社會』就是『對精神病人的歧視』」(B151)。

「對，然後我就一直想要做到說，就是讓這個社會不要對…就是一直就是…貼標籤，一直在精神病人身上貼標籤，然後就是不定時的炸彈！覺得就是一個 trouble！一個麻煩這樣子！所以我就覺得說我要念書！而且我要畢業！而且我要有一技之長！然後我就是讓…就是讓你們知道說我們其實也可以做得到！這個是我現在目前就是最想要做到的！」(B152)。

## 五、多元資源的受助經驗

學校—醫院—社區三方的合作，友善的支持系統，藥物控制的穩定情緒效果，個別與團體心理治療的情緒抒發與帶來希望，長期穩定的治療關係，對案主有極大的幫助，而團隊合作的治療經驗與年齡成熟等因素，使案主逐漸建立人際界線，學習控制情緒，也使 BPD 的症狀得到改善。此也符合美國精神醫學會（American Psychiatric Association）所指出，在邊緣性人格障礙病人的治療上，以心理治療結合藥物治療的效果最好（引自周勵志，2008）。

「（當年在校的諮商經驗）整體的感覺…就感覺很…很溫暖很溫馨啊！」(A412)，「只是有點蠻對不起你們，就是說不應該編那麼多謊言來吸引你們的注意力」(A413)。

「對啊！這些我的心理師他們都知道。甚至我有一個在談的張老師（電話協

談)，對，那雖然說我跟那個張老師蠻有話聊的！因為我把他看得很重要……」(A126)。

「我覺得他們都有幫助到我，最主要的應該是這個，李醫師跟孫醫師，然後還有劉醫師跟\*\*（心理師）」(A454)……「因為孫醫師他開的藥讓我感覺…讓我感覺比較穩定」(A457)……「對啊這個單子是\*\*他自己做的然後讓我每天可以自己記錄」(A460)，「對而且這三、4年我覺得我跟\*\*談了這麼久我覺得\*\*他真的幫了我很多！」(A461)。……「他會給我很多希望然後他會去引導我怎麼去抒發我的情緒」(A37)。

### (一) 療效的產生

透過心理治療的歷程，使 BPD 個案對自己頻繁發生的自殺意念與行為，產生了不同於以往的因應策略。以前較常採用壓抑的方式，或是直接執行自我傷害的行為，現在比較會使用轉移注意力的方式，或是說一些自我鼓勵的話來激勵自己。

「現在除了說壓抑自己之外，我會讓我自己跳脫，就變成說轉移注意力。」(A371)。

「以前就是吞藥、寫遺書，寫遺書我第一句話都會寫說：『對弟弟好一點』，然後就走了這樣子！然後就各種自殘的方式這樣子！只是為了腦內啡！」(B254)……

「現在比較會轉移注意力」(B269)。

「\*\*（心理師）每次都會拿這點來提醒我……你不是有你的目標嗎？有時候我會拿這個去跟自殺的意念去抵觸，我會去想，我會去哪一個對我來講比較有意義！比較重要！」(A396)。

### (二) 移情與界線議題

當然 BPD 個案從來不會是一個聽話、順服的病人，她們可能對專業工作者產生情感轉移，瘋狂地想要接近對方，而使得治療關係無法持續。她們也是深具挑戰性的個案，通常有豐富的就醫經驗，會因看穿對方的不足或偏見，而毫不留情地指出專業人員的生澀、或指責醫療人員的治療方式、或頻繁的轉換醫師與心理師。也因頻繁的自殺行為，通常是社區自殺防治中心追蹤的個案。BPD 案主非常容易引起專業工作者的反移情，單憑一位醫療人員單打獨鬥，實無法承接如此深具挑戰性的個案。

「其實我對這一個醫生蠻有…蠻 care 的」(A423)，「因為我對他有情感轉移…」(A424)……「對，所以他那時候給我蠻大的鼓勵的，所以我才會對他情感轉移啊！」(A443)。

「然後後來又換了一個醫生，然後那個醫生就是我看了他 8 年，然後他診斷我是 BPD」(B20)……「(此醫師原本在醫學中心)後來出來開業」(B66)……「後來我去…給他看不到一年(開業後)，他就叫我不再過去給他看！……因為早期我有他的手機號碼的時候我就會傳一些簡訊給他說：『醫生謝謝你的照顧，我要死了什麼之類的！』…我就常常傳一些那樣的簡訊給他，然後後來…沒有…一開始是打電話，打電話…然後後來…他就很生氣的就說：『如果我再一直打電話他就要換號碼！』…然後我就說…醫生…對就…就跟他對不起！然後後來就我變成傳簡訊」(B68)……「他就說：『因為現在診所現在不歡迎我了！診所不是我一個人的，抱歉！』，然後我懷疑那個主管是他老婆！」(B72)。

「我 20 歲那年我去市療，然後因為那時候 H 醫生那時候其實跟我媽說，另請高明！」(B79)，「大概 18、9 歲的時候」(B80)，「因為我那時候反覆在…在急診跟病房這樣子啊！…所以他就跟我媽說，另請高明吧！」(B81)。

「他(實習心理師)那時候就堅持只要電話跟我談，然後他不願意見面，然後我那時候就說：『感覺你很生澀！』我就大概講，然後他好像就很不高興吧！」(B244)。

## 肆、討論與建議

本研究深度訪談 2 位 BPD 案主，藉以了解其成長歷程與相關經驗。根據訪談結果的分析與討論，以下分別從成長經驗、自我概念、人際關係、長期的空虛感、自殺議題、受助經驗和 BPD 從 DSM-IV-TR 到 DSM-5 等六方面來呈現研究結果。

### 一、受創的成長經驗

受訪者挫折、低自尊的家庭成長經驗、受創的親子關係、與養父母不良的互動經驗；或案父暴怒的人格特質、不斷爭吵的父母，成為成長過程中不可承受的重。這些經歷，印證了邊緣型人格個案通常有其主觀或客觀上坎坷的成長歷程，也如同 Bandelow 等人(2005)所指出的 BPD 患者所描述的父母，在很多方面都是不利的(unfavorable)。個案痛苦的親子關係，受到被照護者不穩定的關係所困擾，經歷敵對與衝突的親子關係，也較少受到很好的照護(Paris, 2007; Zanarini & Frankenburg, 2007)。因此 Robison 指出，在病因學上認為邊緣型人格是「被塑」而非「天生」的(引自唐子俊等譯，2003/1999)。不良的家庭成長經驗，與 BPD 的型塑有關。

## 二、紛擾、不安的自我

BPD 不穩定的自我形象，使他們經常在不錯的自己與差勁的自己間擺盪；理想化的客體與壞的客體間轉換。如同 Dammann 等人（2011）的研究指出，BPD 的核心精神病理症候為自我認同的混亂及自我形象的困擾，BPD 案主形容自己是「明顯的願意助人及敏感」（predominantly helpful and sensitive），表現出一種利他主義、膚淺和受苦的自我形象，典型的情緒是悲傷、憤怒和焦慮，此自我形象也大致與本研究之受訪者相符；尤其在研究進行過程中，研究者感受到 BPD 個案「明顯的願意助人」。

Spodenkiewicz 等人（2013）訪談 BPD 青少年，發現他們每日生活面臨的四大主題是：恐懼、悲傷、厭世悲觀的情緒經驗；感覺被他人孤立或敵意對待的人際關係；希望可以正常或從眾（conformist）的自我形象；對於知覺經驗的口語表述沒有結構。與本研究 BPD 個案相似之處在於悲觀、厭世的情緒經驗，以及被孤立、不被了解與敵意對待的人際關係，而不同之處在於本研究的個案可以清楚流暢的表達她們的感受與經驗，研究者認為可能原因是她們已成年，且有接受大專教育與長期心理治療之故。

## 三、不穩定的人際關係、課業與工作

BPD 個案不穩定的人際關係表現在課業、打工、或工作上，無法穩定的持續。重複的自殺與自殘行為，使個案 B 高中時反覆休學與復學，6 年才完成高中學業。而因為逃避的心態，精神狀況的不穩定，職場上人際關係的緊張與困擾，使已畢業的個案 A 不斷的轉換工作，10 年來共約換了 20 個工作，以致無法有穩定的收入來脫離家庭，完成自己的夢想。個案 A 轉換工作的頻率，比 Conklin 和 Westen（2005）指出有一半以上的 BPD 個案（研究樣本數 90 人）在過去 5 年中因人際問題丟掉工作的頻率還高。

BPD 的特色之一是黑白分明的世界觀。然而因持續的接受治療以及年齡成熟等因素，兩位受訪者似已不完全是分裂（splitting）的世界觀。

## 四、長期的空虛感

BPD 案主的典型症狀是長期的空虛感。強烈的孤單、空虛感受，被遺棄、不被愛的感覺。因害怕被遺棄而對重要他人有強烈的情感索求，當對方無法滿足個案的情感需求時，BPD 案主又會對彼此的關係強烈的質疑或逃避，導致關係中斷。長期的空虛感，使 BPD 個案經常處於一種被拒絕與不被全世界了解的空虛狀態中，也是導致 BPD 個案人際關係不穩定與經常自殺與住院的重要原因。長期的空虛感也是 DSM-5 所強調的 BPD 的重要特質之一。

## 五、自殺議題

到新環境的緊張與陌生，人際關係不佳，害怕失去某些重要的東西，長期的空虛感，被家人放棄的寒心，工作上的挫折，或用自傷行為產生的痛，來感覺自己的存在，使受訪者常有自殺的意念與行為，也因自殺意念與行為不斷進出醫院。本研究的兩位案主皆為女性，此也符合 American Psychiatric Association (2013) 所指出的 BPD 的診斷主要以女性為主（大約佔 75%），而此障礙者的自殺率，被發現高出一般人口的 50 倍（Comer, 2010）。

當有自殺的想法時，案主會使用學到的辯證行為治療之技巧，從事各種活動來轉移注意力，想到自己的夢想，講些鼓勵的話讓自己產生力量。建立人生目標是讓案主自覺有勇氣活下去的重要力量。如同 Katsakou 等人（2012）所指出的，對於 BPD 個案來說，當發展出自我接納與自信，獲得對情緒的控制，改善關係與就業，自殺與自我傷害的症狀得到進展，正代表了他們的復原與進步。也相似於 Holm 和 Severinsson（2011）所指出的女性 BPD 個案透過「努力（struggle）對自我和他人承擔責任」和「奮力地透過增強自我發展來活著」來奮力去改變她們的自殺行為。

## 六、多元資源的受助經驗

心理治療的情緒抒發與帶來希望，長期穩定的治療關係，對案主有極大的幫助。而團隊合作的治療經驗與年齡成熟等因素，使案主逐漸建立人際界線，學習控制情緒，也使 BPD 的症狀得到改善。辯證行為治療（DBT）內容涵蓋每週的個別治療、技巧訓練團體治療、電話諮詢與治療師的督導，研究指出 DBT 對於降低 BPD 自我傷害，減少住院天數的成效優於一般的治療方式，然而在個案自陳的憂鬱及無望感，不同治療方式的成效間並沒有太大差異（張本聖等譯，2014/2013；Winston, 2000）。因 DBT 的模式需要投入大量人力，提供團隊合作的協助，故 Winston（2000）指出，DBT 目前成效表現相對良好，究竟是因為技巧訓練的成效，還是支持系統提升的結果依然不明。也如同 Burckell 和 McMain（2011）研究指出的，當治療者與個案的治療同盟（therapeutic alliance）愈強，心理治療的療效愈佳。

因 BPD 個案情緒上與人際關係上的不穩定特質，使 BPD 個案與專業工作者間的治療關係，很容易出現移情和反移情，故 Rizq（2012）研究指出，基層醫療（primary care）諮商師在與 BPD 個案工作中，呈現的三個主要主題是：認知與實務上的落差（recognition and implications）、處理無能為力的感覺、處理專業框架下的進退兩難；因此需要專家督導與支持，協助處理面對 BPD 個案時浮現的潛意識議題。此外 Langer（2013）研究亦指

出，治療師認為與 BPD 個案之工作是具有挑戰性、酬償，並提供對他們生命的意義感；而治療師的個人做法，如冥想、正念（mindfulness）、和禱告，是支持他們持續與 BPD 個案工作的力量來源。而治療師處理反移情的方式有：堅守治療界線、接受督導等（許世慧，2000）。專業助人者若無同儕團隊合作的支持力量，治療關係也常難以持續。

### 七、BPD從DSM-IV-TR到DSM-5

2013 年出版的 DSM-5，對於人格違常部分有兩套診斷標準，除了我們之前所熟悉的診斷標準外，另一替代性的診斷準則（alternative DSM-5 model of personality disorder）特別強調診斷人格障礙的必要條件是同時存在人格運作「自體（self）及人際的（interpersonal）」的減損及病態的人格特質（pathological personality traits），其中「自體」包含自我認同（identity）與自我指向（self-direction）；「人際」包括同理心（empathy）及親密感（intimacy）兩個成分（周勵志，2013；American Psychiatric Association, 2013）。

在上述的準則之下，另一套替代的 BPD 描述是（American Psychiatric Association, 2013）：邊緣型人格違常的典型特徵是不穩定的自我形象、個人目標、人際關係，伴隨著衝動、冒險行為、和（或）敵意的影響。困難的特質呈現在自我認同、自我導向、同理心、和（或）親密感，如以下所述，也伴隨著特定的適應不良性狀如負向情感（negative affectivity）、以及對立（antagonism）和（或）失控（disinhibition）。建議的診斷準則是：

中等或更大的人格功能減損，在以下四個領域中表現出兩項或以上的特質困難：

（1）自我認同：顯著的貧瘠、不良發展或不穩定的自我形象、經常伴隨過度的自我批評、長期的空虛感、壓力下的分裂狀態。

（2）自我導向：目標、願望、價值、或生涯規劃的不穩定。

（3）同理心：了解他人情感與需求的能力受損，伴隨人際的過度敏感（即，容易感覺到被輕視或侮辱）；對於他人的知覺有選擇性的偏見傾向於負面的歸因或易受傷害（vulnerabilities）。

（4）親密感：緊張、不穩定與衝突的親密關係（close relationships），顯著的不信任、窘困、焦慮的關注於真實或想像的被遺棄；親密關係經常在極端的理想化與貶值化中檢視，並且在過度投入與退縮間交替。

在以下七項病態性人格特質中，表現出四項或以上，其中至少包含（5）、（6）或（7）其中一項：

（1）情緒的不安：不穩定的情緒經驗及頻繁的情緒轉換，易因事件或情境引發過激的情緒反應。

(2) 焦慮：在人際壓力情境中感到強度的緊張、恐慌；擔心過去及未來的不愉快經驗造成的負向影響，害怕失去控制及未來的不確定感。

(3) 分離不安全感：害怕被重要他人拒絕及分離而表現出過度的依賴及喪失自主性。

(4) 抑鬱：時常感覺情緒低落、悲慘、無助，並難以從此情緒中恢復。對未來悲觀，沉浸在羞愧，無價值感，自殺意念及行動。

(5) 衝動：對刺激表現出立即的反應，做事常常無計畫並不考慮後果，對建立及遵循計畫有困難。在情緒壓力之下易產生急迫感或自傷行為。

(6) 危險行為：從事危險、高風險及潛在性自我傷害的活動；不顧後果及限制，並不認現實中的個人危險。

(7) 敵意：頻繁及持續的憤怒，對輕微的怠慢及無禮敏感易怒。

(其中(1)-(4)屬於「負向情感」，(5)-(6)屬於「失控」，(7)屬於「對立」特質領域。)

BPD 在 DSM-5 中，被更細膩地描述了其紛擾不安的人格特質與減損的人格運作。在人際的減損部份，個案 A 其中之一表現在多年前剛畢業時，曾經短暫的從事專業護理工作 (A439)，在 2011 年本次研究進行時從事看護工作 (A6)，在 2013 年的延續訪談進行時從事清潔工作，2014 年 6 月時處於待業狀態中。在個案 B 的部份則表現在教育中斷，高中唸了 5、6 年，在經過轉換學校後才畢業。大學在 2014 年上半年時仍在延畢中 (已是第六學年)。從實際現況的描述中，已可一窺 BPD 個案在求學與就業歷程中，其人際適應的艱難。

然而與 DSM-5 描述所不同的是，在自我導向的部份，個案 A 仍抱持著經濟自足、離家獨立的目標 (A394)；而個案 B 雖已延畢數年，目前仍在為她的大學畢業證書努力，證明精神病友也可以畢業、也可以有一技之長 (B152)。長期的醫療與心理治療是有其療效的。

在自殺行為方面，兩位 BPD 個案也從青少年時期的頻繁自傷與自殺行為，到受訪時成年前期，雖仍不時浮現空虛感與不想活的意念，但實際的自殺行為頻率，已較青少年階段與成年初期減低許多。在 DSM-5 的新的診斷準則中，已不似延續 DSM-IV-TR 之 BPD 診斷準則 (5) 那麼強調「一再自殺的行為、姿態或威脅，或自傷行為」，似乎更符合成年階段的 BPD 特質。而本研究結果也如同 DSM-5 所指出的，BPD 疾患造成的減損與自殺的風險在年輕的成年初期 (young-adult years) 達到最高峰，之後隨著年齡的增長逐漸減弱，然而強烈的情感、衝動、關係的激烈通常持續終身。此外，躁鬱症和 BPD 有高比例的共病，兩者有些診斷標準是相似的，正確的主要診斷 (primary diagnosis) 並選擇適合的治療方式，是病人預後的關鍵步驟 (Johnson, Gentile, & Correll, 2010)。Williams 和 Sharp

(2013) 研究亦指出，BPD 青少年的心理過程和成人是相似的，醫界通常會盡量避免對青少年（12-17 歲）驟下人格違常的診斷，但若可愈早下診斷並進行有效的治療，對於病人本身和社會都是有助益的。

## 八、建議

根據本研究的研究結果與討論，研究者提出以下四點建議：

### （一）早期家庭教養處遇

近年來研究顯示 BPD 個案其病因來自兒童早期有被忽視和受虐經驗，因此父母或主要照顧者若能給予合宜的教養，留意家庭系統的平衡，建立良好的客體關係與依附關係，更能讓孩子的人格穩定發展，得到最佳的預防效果。或可優先針對心智科之兒少病人的父母及家庭系統，盡早提供相關親職教育處遇（treatment），避免家庭教養的負向影響。

### （二）校園中 BPD 個案的專業協助與自殺防治

校園中青少年以及成年初期 BPD 個案正處於自我最不穩定與自殺風險最高的時期，BPD 學生標準化自殺處理流程的建立，對學校和學生雙方都是一種保護。誠如 Draper 和 Faulkner（2009）所言，諮商中心與學校行政單位工作關係的穩定及密切合作至為重要。而校園中的師長，對於 BPD 學生的辨識與轉介，並配合專業醫療的協助，對於其預後，具有正面與積極的意義。

### （三）團隊的協助與治療者之賦權

BPD 案主強烈且不穩定的人際關係，頻繁出現的自殺意念、姿態與行動，常使得專業助人工作者難以招架，且深感壓力甚至挫折。專業助人者可透過督導或同儕支持來處理自己的反移情，避免因此影響治療關係。因此學校以及醫療機構團隊合作提供對 BPD 個案的協助，專業人員有耐心的包容並維持妥適的界線，治療者與個案維持長期穩定的治療關係，才能給予 BPD 案主持續且有效的幫助。

### （四）未來研究

除了直接訪談 BPD 個案，了解其相關經驗外，建議未來研究也可以訪談醫師、心理師等相關專業助人工作者，以及學校老師或家長等，使能更廣泛且深入的了解 BPD 個案，以建構更妥適的處遇方案。

研究限制：本研究為初探研究，訪談 2 位成年前期 BPD 個案，回顧其成長的歷程與經驗，以這兩位 BPD 個案的成長經驗來看，此為較符合研究倫理的作法，然回顧性訪談可能會有部分經驗已較模糊或不精確之限制。

## 參考文獻

- 孔繁鐘譯 (1999)：DSM-IV 精神疾病診斷與統計。台北：合記。American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 孔繁鐘譯 (2007)：DSM-IV-TR 精神疾病診斷準則手冊。台北：合記。American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 方俊凱 (2007)：辯證治療：蓄意自傷與企圖自殺的治療模式。諮商與輔導，261，37-42。[Fang, C. K. (2007). Dialectical behavior therapy: A therapeutic model for self-harm and suicidal clients. *Counseling and Guidance*, 261, 37-42.]
- 王孟羚 (2008)：邊緣性人格障礙及治療方法。諮商與輔導，266，35-38。[Wang, M. L. (2008). Borderline personality disorder and its therapy. *Counseling and Guidance*, 266, 35-38.]
- 何志培 (2002)：邊緣性人格障礙症。諮商與輔導，198，34-39。[Ho, C. P. (2002). Borderline personality disorder. *Counseling and Guidance*, 198, 34-39.]
- 何金針 (2008)：邊緣性人格障礙之成因與輔導政策。諮商與輔導，266，21-25。[Ho, C. C. (2008). The causes and guidance policy of borderline personality disorder. *Counseling and Guidance*, 266, 21-25.]
- 吳芝儀、李奉儒譯 (1995)：質的評鑑與研究。台北：桂冠。Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- 吳華 (2009)：從客體關係理論談邊緣性人格障礙的成因與預防。諮商與輔導，279，16-21。[Wu, H. (2009). The causes and prevention of borderline personality disorder: From the perspectives of object relations theory. *Counseling and Guidance*, 279, 16-21.]
- 李文瑄 (2002)：客體關係心理治療。台北：天馬。[Lee, W. H. (2002). *Object relations theory*. Taipei, Taiwan: Tienma.]
- 周勵志 (2008)：邊緣性人格障礙之教戰守則。諮商與輔導，266，2-6。[Jou, L. C. (2008). Dealing with borderline personality disorder. *Counseling and Guidance*, 266, 2-6.]
- 周勵志 (2013)：台灣精神醫學會年會 DSM-5 工作坊：人格障礙症。精神疾病診斷及統計手冊第五版通訊，3 (4)，34-40。[Jou, L. C. (2013). The workshop of DSM-5: Personality disorders. *Taiwanese Newsletter of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition*, 3(4), 34-40.]
- 林美吟譯 (2012)：變態心理學。台北：心理。Comer, R. J. (2010). *Abnormal Psychology*. New York,

NY: Worth Publishers.

- 林美芳、郎世瑀（2012）：辯證行為治療運用於邊緣性人格疾患及其自殺行為之介紹。《台灣心理諮商季刊》，4（3），33-46。[Lin, M. F., & Lang, S. Y. (2012). Dialectical behavior therapy in borderline personality disorder with suicidal behavior. *Taiwan Counseling Quarterly*, 4(3), 33-46.]
- 修慧蘭、鄭玄藏譯（2006）：《諮商與心理治療理論與實務》。台北：雙葉。Corey, G. (2005). *Theory and practice of counseling & psychotherapy* (7th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.
- 唐子俊、唐慧芳、李珣譯（2003）：《失序的人格——人格疾患的評估與治療》。台北：五南。Robison, D. J. (1999). *Disordered personalities*. Port Huron, MI: Rapid Psychler Press.
- 張本聖、徐儷瑜、黃君瑜、古黃守廉、曾幼涵譯（2014）：《人格與人格障礙症：DSM-5 的研究用版本與臨床用版本，於變態心理學（第二版）》。台北：雙葉。Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L. (2013). *Abnormal psychology* (12th ed.). New York, NY: John Wiley & Sons.
- 張凱理（2012，12月）：BPD: Basic and update。「邊緣性人格違常患者之臨床現象與治療策略工作坊」發表之論文，桃園。[Chang, K. L. (2012, December). *BPD: Basic and update*. Paper presented at the workshop of clinical-phenomenology and therapeutic policy of borderline personality disorder, Taoyuang, Taiwan.]
- 許世慧（2000）：《治療師對邊緣型人格個案之治療關係經驗研究》。國立彰化師範大學輔導與諮商學系碩士論文，未出版，彰化。[Hsu, S. H. (2000). *Empirical research of therapeutic relationship between therapists and borderline personality diagnosed clients*. Unpublished master's thesis. National Changhua University of Education, Changhua, Taiwan.]
- 許維素（1996）：從個體化的觀點探討邊緣性人格違常的病理成因。《諮商與輔導》，129，21-26。[Hsu, W. S. (1996). Individualization and the pathological causes of borderline personality disorder. *Counseling and Guidance*, 129, 21-26.]
- 鈕文英（2007）：《教育研究方法與論文寫作》。台北：雙葉。[Niu, W. I. (2007). *Educational research methods and thesis writing*. Taipei, Taiwan: Yehyeh.]
- 董淑玲（2005）：移情與反移情在邊緣型人格違常心理治療中的意涵與處理觀點。《諮商與輔導》，234，17-26。[Tung, S. L. (2005). Transference and counter-transference issues in borderline personality disorder therapy. *Counseling and Guidance*, 234, 17-26.]
- 劉佳昌（2009，3月）：生死邊緣：從佛洛伊德的「重複、記憶與疏通」看個案的自殺。「台灣精神分析學會 2009 春季精神分析工作坊」發表之論文，台北。[Liu, C. C. (2009). *Line between life and death: Freud's perspectives of reoccurrence, memory, and unblocking among suicide cases*. Paper presented at the spring workshop of Taiwanese association of Psychoanalysis, Taipei,

Taiwan.

- 劉焜輝 (2008) : BPD—正視邊緣型人格障礙的青少年。 *諮商與輔導* , 266 , 0 。 [Liu, K. H. (2008). BPD-Beware of adolescents with borderline personality disorders. *Counseling and Guidance*, 266, 0.]
- 廣梅芳譯 (2005) : *我和我的四個影子—邊緣性病例的診斷與治療*。台北:心靈工坊。平井孝男 (2002) *境界例の治療ポイント*。日本:創元社。
- 潘正德、吳琇瑩、李鈺華、林繼偉、林淑梨、麥麗蓉、…、譚偉象譯 (2004) : *心理疾患臨床手冊*。台北:心理。Barlow, D. H. (2001). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd ed.). New York, NY: Guilford.
- 蔡瑞豐 (2004) : 認識邊緣性人格疾患。 *學生輔導* , 91 , 89-98 。 [Tsai, R. F. (2004). Borderline personality disorder. *Student Guidance*, 91, 89-98.]
- 藍佩蓉、周勵志 (2008) : 邊緣性人格障礙與界線之挑戰。 *諮商與輔導* , 266 , 7-10 。 [Lan, P. R., & Jou, L. C. (2008). Challenge of boundaries in the borderline personality disorder clients. *Counseling and Guidance*, 266, 7-10.]
- Aaronson, C. J., Bender, D. S., Skodol, A. E., & Gunderson, J. G. (2006). Comparison of attachment styles in borderline personality disorder and obsessive-compulsive personality. *Psychiatric Quarterly*, 77(1), 69-80. doi: 10.1007/s11126-006-7962-x
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association. doi: 10.1176/appi.books.9780890425596
- Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2005). Early traumatic life event, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, 134, 169-179. doi: 10.1016/j.psychres.2003.07.008
- Bradley, R., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(9), 1006-1019. doi: 10.1111/j.1469-7610.2004.00401.x
- Burckell, L. A., & McMains, S. (2011). Contrasting clients in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: “Marie” and “Dean” two cases with different alliance trajectories & outcomes. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(2), 246-267. doi: 10.14713/pcsp.v7i2.1090
- Comer, R. J. (2010). *Abnormal psychology* (7th ed.). New York, NY: Worth Publishers.
- Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162, 867-875. doi: 10.1176/appi.ajp.162.5.867

- Crowe, M. (2004). Never good enough-part 1: Shame or borderline personality disorder? *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 11*(3), 327-334. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00732.x
- Dammann, G., Hugli, C., Selinger, J., Gremaud-Heitz, D., Sollberger, D., Wiesbeck, G. A.,... Walter, M. (2011). The self-image in borderline personality disorder: An in-depth qualitative research study. *Journal of Personality Disorders, 25*(4), 517-527. doi: 10.1521/pedi.2011.25.4.517
- Draper, M. R., & Faulkner, G. E. (2009). Counseling a student presenting borderline personality disorder in the small college context: Case study and implication. *Journal of College Counseling, 12*, 85-96. doi: 10.1002/j.2161-1882.2009.tb00042.x
- Fall, K. A., & Craig, S. E. (1998). Borderline personality in adolescence: An overview for counselors. *Journal of Mental Health Counseling, 20*(4), 315-332.
- Fonagy, P. (2006). Progress in the treatment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry, 188*, 1-3. doi: 10.1192/bjp.bp.105.012088
- Ginker, R. R. (1968). *The borderline syndrome*. New York, NY: Basic.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2011). Struggling to recover by changing suicidal behavior: Narratives from women with borderline personality disorder. *International Journal of Mental Health Nursing, 20*(3), 165-173. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00713.x
- Johnson, A. B., Gentile, J. P., & Correll, T. L. (2010). Accurately diagnosing and treating borderline personality disorder: A psychotherapeutic case. *Psychiatry, 74*(4), 21-30.
- Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K., & Priebe, S. (2012). Recovery in borderline personality disorder (BPD): A qualitative study of service users' perspectives. *Plos One, 7*(5), 1-8. doi: 10.1371/journal.pone.0036517
- Langer, K. C. (2013). *Witnesses of the wounded soul: A pilot exploratory mixed-method study about therapists' experiences working with individuals diagnosed with borderline personality disorder*. Unpublished doctoral dissertation. Sofia University, Palo Alto, USA.
- Links, P. S. (1992). Family environment and family psychopathology in the etiology of borderline personality. In J. F. Clarkin, E. Marziali & H. Munroe-Blum (Eds.), *Borderline personality disorder: Clinical and empirical perspectives* (pp. 45-66). New York, NY: Guilford.
- Ma, W. F., Shih, F. J., Hsiao, S. M., Shih, S. N., & Hayter, M. (2009). 'Caring across thorns'-different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing,*

- 18(3), 440-450. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02557.x
- Marziali, E. (1992). The etiology of borderline personality disorder: Development factor. In J. F. Clarkin, E. Marziali & H. Munroe-Blum (Eds.), *Borderline personality disorder: Clinical and empirical perspectives* (pp. 27-44). New York, NY: Guilford.
- Paris, J. (2007). The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but on category. *Journal of Personality Disorders, 21*(5), 457-473. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.457
- Rizq, R. (2012). 'There's always this sense of failure': An interpretative phenomenological analysis of primary care counselors' experiences of working with the borderline client. *Journal of Social Work Practice, 26*(1), 35-54. doi: 10.1080/02650533.2011.579695
- Soloff, P. H., & Millward, J. W. (1983). Developmental histories of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry, 24*(6), 574-588. doi: 10.1016/0010-440X(83)90026-3
- Spodenkiewicz, M., Speranza M., Taieb, O., Pham-Scottetz, A., Corcos, M., & Revah-Levy, A. (2013). Living from day to day-qualitative study on borderline personality disorder in adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 22*(4), 282-289.
- Starr, D. L. (2004). Understanding those who self-mutilate. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services, 42*(6), 32-40.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Quarterly, 7*, 467-489.
- Williams, L., & Sharp, C. (2013). Borderline personality disorder in adolescence: The case for medium stay inpatient treatment. *Journal of Psychiatric Practice, 19*, 1-12. doi: 10.1097/01.pra.0000428563.86705.84.
- Winston, A. P. (2000). Recent developments in borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment, 6*, 211-217. doi: 10.1192/apt.6.3.211
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders, 21*(5), 518-535. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.518
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*, 827-832. doi: 10.1176/ajp.2006.163.5.827

收件日期：102年12月16日

複審一日期：103年03月27日

複審二日期：103年06月24日

複審三日期：103年10月12日

複審四日期：103年12月04日

複審五日期：104年01月19日

通過日期：104年05月11日

## The Case Study of Borderline Personality Disorder in College

Chien-Ju Lan

Li-Ming Hsu

Yu-Chun Lin

Chang Gung University of Science and Technology

Borderline personality disorder (addressed as BPD below), is one of the most important issues in the fields of psychopathology and clinical psychology. Dealing with BPD clients is commonly considered a challenging and energy-consuming experience for most professional practitioners or psychotherapists because BPD patients have unstable emotions and interpersonal relationships. The purposes of this study are to discuss the BPD patients' upbringing and background, emotional adjustment, interpersonal relationship adjustment, suicidal issues, and psychotherapy experiences. A qualitative case study with qualitative approach through semi-structured interview was used for data collection and analysis. The findings were organized in the following categories: Traumatic growth experiences, unstable self-image, unstable interpersonal relationship, academic work and job, long-term emptiness, all-or-nothing to spectrum, suicidal issues, receiving help from multiple resources, and BPD from DSM-IV-TR to DSM-5. Based on these findings, several suggestions were proposed on early family nurturance treatment, professional intervention and suicide prevention for BPD clients, team-approached therapy, the empowerment of the therapist, and future research directions.

**Keywords:** borderline personality disorder, interpersonal adjustment, psychotherapy, suicide issues