

## 愛你恨你的背後— 邊緣性人格患者的人際親密能力\*

辜靖淳

輔仁大學醫學院  
臨床心理學系

葉在庭\*\*

輔仁大學醫學院  
臨床心理學系

劉宜釗

天主教耕莘醫院  
精神科

邊緣性人格疾患為臨床上最常見的人格疾患種類，其中一項明顯的臨床特徵為不良社會互動與人際關係，他們可能因過去的不安全依附關係導致有較多人際關係破裂危機，對人際關係有較多負向解讀，無法避免人際關係中較多的激烈衝突。本研究之目的為探討憂鬱情緒、同理心及情緒覺察對人際親密能力的影響程度，邊緣性人格疾患患者與正常控制組是否會有不同的影響模式，而此不同的影響模式是否正是邊緣性人格疾患患者的人際親密表現不佳的可能相關因素。本研究以 30 位經由醫學中心精神科醫師診斷且符合邊緣性人格量表高分之邊緣性人格疾患患者與 30 位正常控制組配對，進行人際親密能力、憂鬱情緒、同理心和情緒覺察的評估。人際親密能力評估包括主動、負向決斷、自我坦露、情緒支持及衝突處理五個向度，而同理心包括角色置入、觀點取替、同理感受與個人受苦感四個向度。研究結果發現邊緣性人格患者在同理心、情緒覺察、憂鬱情緒和人際親密關係能力的分數均低於正常控制組。迴歸分析後結果顯示邊緣性人格患者組，與正常控制組不同，其同理心中的觀點取替對人際親密中的衝突處理具有較大解釋力，因此若能協助邊緣性人格患者從不同角度看待人際間之互動，將能有效改善其人際關係。

**關鍵詞：人際親密關係能力、同理心、情緒覺察、邊緣性人格疾患**

### 壹、緒論

依照 Erikson 的社會心理發展理論，人際親密能力是成年早期的發展任務，它如同人生發展的核心指標，整合了人生早期所培養出的信任感、自主、勤奮與自我認同，引導個

\* 致謝：本研究由天主教耕莘醫院（CTH-99-1-2A39）經費支持下完成，並感謝研究生劉又綺在文書與統計上的協助。

\*\* 通訊作者：葉在庭，新北市新莊區中正路 510 號，e-mail：yehzaiting@ntu.edu.tw；02-29053487。

體邁向接下來的生產與自我統整任務，因此人際親密往往反映出個體自我形象與情緒管理能力。遇到人際親密挫折時，挑戰了個體處理自我與他人期待之間落差的情緒調適能力，一般人在遇到人際親密關係衝突時難免會情緒低落，但仍可以維持正常生活機能與情緒調節，然而有些人格異常的患者在面對親密衝突時，卻無法以理性與情緒控制的方式處理，此種常見的人格疾患即為邊緣性人格疾患（Borderline Personality Disorder, BPD），他們在處理人際親密關係時，容易採取兩極化的反應，有時極度熱情與理想化，但是若知覺到細微的負面訊息，便很快速地落入自我貶低、無價值感，甚至造成自我傷害，他們隱藏在社區與校園中，也是心理諮商過程中最難處理的個案。邊緣性人格疾患的特徵為許多層面的極端不穩定，包括情緒起伏不定、不確定的自我形象、高衝動性行為，且因表達憤怒與處理憤怒情緒上有困難，會頻繁地出現嚴重情感性發作和衝動性失控的情形，這些特質的結合使他們的親密關係不穩定，容易造成自殺或自傷的危險，導致在社會人際情境中適應不良（American Psychiatric Association [APA], 2013; Shearin & Linehan, 1994）。故本研究將從邊緣性人格疾患患者之人際親密能力為出發點，探討哪些因素可能與其人際親密能力有關。

### 一、人際親密能力

所謂的人際親密能力是指個體與他人建立、發展及維持親密關係的能力（王慶福，1995），Erikson 和客體關係理論學者將親密關係視為：一種在人際關係中，兩個具備某種能力的個體所產生的狀態，親密的關係不僅意味在兩人之間的發展互動，還須考慮個人是否具備親密的能力；並認為個體內在的運作模式會影響成年期的親密關係，即嬰兒與母親之間的依附經驗會持續影響到幼年期兒童的社會適應及人際關係，甚至影響到青少年期或成年期的生活適應與親密關係（Bowlby, 1969）。親密是發生在人與人之間的互動，但會受到個人能力及動機影響而達到不同的親密程度，而個體建立親密關係的能力，不僅可用來預測親密關係的滿意度，也可預測是否可維持較長久的親密關係（Prager, 1997; Steil, 1997）。從社會互動的觀點來看，親密關係被認為是健康人際關係的重要成分，包括信任、自我揭露、情感分享、同理心、幽默感及衝突處理的能力（Berscheid & Hatfield, 1978），也包括口語回應、非口語行為等個體親密行為的技巧學習（Prager, 1997），比較青春前期及正值青春期的友誼親密、人際親密能力及適應的相關研究中發現，人際親密能力與自尊、社交性有正相關，與敵意和焦慮憂鬱有負相關（Buhrmester, 1990）。

邊緣性人格疾患患者在現象觀察、發展和依附理論、實徵研究中皆發現有顯著的人際親密障礙。在現象觀察部分，邊緣性人格患者與情感性疾患相比，邊緣性人格患者對母親、醫護人員及其他同伴有較高的敵意（Benjamin & Wonderlich, 1994）。邊緣性人格疾

患在回憶過去生活事件時，比起憂鬱症及正常人，有較多不愉快且具創傷的人際回憶事件 (Nigg, Lohr, Westen, Gold, & Silk, 1992)，從魏氏智力中的連環圖系測驗評估中，亦發現邊緣性人格疾患進行故事敘說時，對他人的行為動機有較多的敵意、怨恨等負面解讀 (Segal, Westen, Lohr, Silk, & Cohen, 1992)，與低落性情感疾患相比，呈現較高的不安全依附關係 (Patrick, Hobson, Castle, Howard, & Maughan, 1994; Sack, Sperling, Fagen, & Foelsch, 1996)。在邊緣性人格疾患之人際親密關係困難的實徵證據上，顯示他們在人際親密關係的「維持」上有極大困難，且比一般同年齡者的社會支持少，並面臨較大的壓力 (Preißler, Dziobek, Ritter, Heekeren, & Roepke, 2010)。也有研究顯示，雖然他們的壓力事件並沒有比較多，但是重要關係的破裂卻明顯多於一般人 (Labonte & Paris, 1993)，常出現親密友誼關係的維持時間較短暫、數量較少，且社交活動的品質較差，缺乏知己或浪漫的親密伴侶等 (Bernstein, Cohen, Velez, & Schwab-Stone, 1993)。此外，具有邊緣性人格疾患高特質的大學生，不管是研究當下 (Trull, 1995) 或兩年後的追蹤探訪均發現，他們皆比一般人有更多的人際挫折 (Trull, Useda, Conforti, & Doan, 1997)。

若以發展理論來探討邊緣性人格疾患患者的親密關係缺損，可能源自於幼年和照顧者的不良分離經驗，從「分離 - 個體化」理論而言，邊緣性人格患者經歷了兩種極端渴望與恐懼的拉扯，那就是想要自主的渴望與想要親密與依賴的渴望，以及害怕被束縛與害怕被拋棄的恐懼。這些親密與依賴的關係，從五個月大至三歲之間，若和父母或主要照顧者之間的分離 - 個體化困難，將導致邊緣性人格疾患自我認同與價值感不明確、情緒表達的困難、衝動控制及情感的不穩定狀態 (Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005)。而分離 - 個體化的議題往往在青少年及成年早期就開始出現，此時期對應到 Erikson 心理社會發展理論的「友愛親密與孤獨疏離」，剛好是邊緣性人格疾患的初發年齡。上述對於親密關係的渴望與恐懼之間的拉扯再次出現，在此過程中，往往也有共依附的特性出現，共依附的特徵是低自尊，將自己的價值建立在他人的肯定與親密關係上，進而產生各式身心壓力與情緒的疾患 (陳秀菁、吳麗娟、林世華, 2004)。更進一步的，在矛盾中對於親密伴侶無法全然信任，總是以無理的承諾和要求不斷試探、挑戰對方的真誠與耐心，對於親密伴侶只有全好與全壞兩極的評價，若發生婚姻衝突時，往往會因為極度的不安全感，容易導致家庭暴力的產生，研究指出，有邊緣性傾向的家庭暴力加害人比起其他類型加害人，其造成致命性危險的暴力事件次數較多 (林明傑、簡蕾如、蔡宗晃、王家駿, 2007)。

在實徵研究上，多項研究使用不同人際情境與量表來探討邊緣性人格疾患的人際親密能力。Daley、Burge 與 Hammen (2000) 探討各種不同人格疾患的青少年在長期親密關係和親子關係中的表現，發現不同人格疾患都與早期不良親密關係有關。後來 Chen 等

人（2004）在縱貫研究中發現人格疾患者在成年過渡期（平均 16 歲）時，較容易與親密伴侶發生衝突，而具有邊緣性人格特質者會不斷增加與伴侶之間的衝突點。Russell、Moskowitz、Zuroff、Sookman 與 Paris（2007）在 20 天的偶發事件紀錄表中，發現邊緣性人格疾患患者的人際經驗中，比起一般人呈現出較多不開心情感，尤其有較少主導、較多順從屈就和爭執、較多極端的行為；自我報告顯現較多個人內在情感層級的變化，不善於意識人際情境脈絡，呈現出突兀的言語攻擊行為，但是因為內心情感需求強烈，需要外在人際親密關係去填滿，因此來來回回導致人際間纏繞（spin）的傾向增加（纏繞是指強烈的人際需求，但是時常處於不滿足的情況）。例如，內在有需求時，會要求他人花數小時的時間傾聽其情緒狀態，事後又認為對方並沒有充分的瞭解自己，責怪對方的付出不夠，在極端之間擺盪，又愛亦恨（Russell, Moskowitz, Zuroff, Sookman, & Paris, 2007; Moskowitz & Zuroff, 2004, 2005）。Ryan 與 Shean（2007）以人際問題問卷（Inventory of Interpersonal Problems, IIP）從 1418 位大學生中篩選具有高邊緣性人格特質者，發現其人際親密缺損最為明顯。Preißler、Dziobek、Ritter、Heekeren 與 Roepke（2010）研究指出邊緣性人格疾患患者缺乏正確辨識情緒、思考與意圖等能力，以 64 位邊緣人格疾患患者與 38 位健康控制組進行比較，並採用人際互動的影片和眼神辨識兩種不同類型的社會認知評估工具，結果發現邊緣性人格疾患患者在眼神辨識方面並無顯著的障礙，但在人際互動影片的測量中卻出現明顯的缺損。

綜合以上所述，不管從臨床觀察、實徵研究和發展理論各方面，皆顯示邊緣性人格疾患患者的人際關係有困難。他們可能因過去的不安全依附關係，與人互動時有較多負向解讀，加上自身的情緒反應強度較大，容易產生人際親密的問題，因此本研究將探討影響邊緣性人格疾患患者在人際親密關係表現之因素。

## 二、人際親密能力的相關因素

西元 2013 年 5 月最新出版的精神疾病診斷手冊（DSM-5）提出人格疾患的分類將以性格功能之向度進行，研究團隊提出性格的兩大功能，自我（self）與人際關係（interpersonal）。自我的向度包括自我認同（identity）與自我未來導向（self-direction），此向度是指對自我經驗發展出長期穩定的自尊與正確瞭解自我，能區分自我與他人的差異，能適當辨識自我的情緒經驗與調整該經驗。人際關係則包括同理心（empathy）與親密能力（intimacy），親密能力是指能與他人建立起有深度且持久的關係，渴望有親密關係的能力與動機，並且具有成熟人際互動的行為模式。同理心是指能理解與欣賞他人的生活經驗與動機，能容忍他人與自己具有不同的想法與看法（APA, 2013）。依據上述向度可以辨別不同的性

格疾患，例如反社會人格在人際關係的性格功能（同理心與親密能力）是缺損的，邊緣性人格在自我及人際關係的性格功能是不穩定與情緒化的，逃避性人格在人際關係的性格功能是過度敏感且不成熟的。由上述人格診斷系統的變化，可以得知親密能力可能與同理心及自我與他人的情緒覺察有關，此外，由於邊緣性人格患者通常有較高罹患憂鬱症的比率（Zanarini, et al., 1998; Zanarini, Frankenburg, & Parachini, 2004），為了澄清憂鬱情緒的影響，因此本研究將以憂鬱情緒、對自我及他人的情緒覺察、同理心作為可能影響人際親密的可能因素。以下將就此三項因素進行說明：

### （一）憂鬱情緒

邊緣性人格疾患最常和情感疾患（mood disorders）共病，並且有 70% 到 90% 的共病率（Zanarini, et al., 1998, 2004），且憂鬱發作經常是邊緣性人格疾患患者住院的主要原因（Paris & Zweig-Frank, 2001）。Skodol 等人（2005）發現重鬱症的潛伏發作和復發可預測邊緣性人格疾患的發展，而邊緣性人格疾患的緩解也會同時促進重鬱症的緩解。此外，憂鬱情緒與人際親密互動有關，Williams、Connolly 與 Segal（2001）以 72 位女性進行憂鬱與人際親密關係的探討，並於不同時間點進行測量，在時間點 1 評估其人際親密關係，在時間點 2 評估其負向的認知反應，結果發現負向情緒較容易被引發者，其人際親密關係分數也越低。Waring 與 Patton（1984）以臨床病患進行研究，發現憂鬱症患者與其婚姻的親密關係有顯著相關，憂鬱程度越嚴重其親密關係的分數則越低。由於邊緣性人格患者通常伴隨憂鬱情緒，因此本研究亦將憂鬱情緒列為影響人際親密關係之可能因素。

### （二）情緒覺察

根據情緒覺察認知發展理論，情緒覺察指的是個體辨識與描述自我與他人情緒的能力，此能力與 Piaget 的認知發展理論相似，皆須經過一段發展歷程的改變而逐漸成熟（Lane & Schwartz, 1987）。Lane、Quinlan、Schwartz、Walker 與 Zeitlin（1990）將情緒覺察能力的發展分為數個層級，包括對身體感覺或臉部表情的覺察、產生身體感覺及具有採取行動的衝動、心理與認知方面的情緒覺察、能描述主觀經驗中複雜的情緒及不同的情緒狀態，以及最後一階段是覺察到不同的情緒，瞭解他人複雜的情緒與自身的差異，而且有能力區辨不同情緒程度的差異。依據精神分析理論，情緒覺察與自我（self）的建立有關，自我建立過程中需要在與他人互動的外顯經驗中（interpersonal experience）形成內隱的自我意義（intrapersonal meaning），而邊緣性人格患者由於早年生活與照顧者關係經常在矛盾衝突中，使他們在覺察自我與他人的情緒能力不佳，他們無法區分出這些情緒來是自他人還是自己，特別是那些外在經驗中的複雜情緒，容易導致他們對於情緒的容忍力下

降 (Fonagy, 2000)。在現象上，自我不穩定及情緒衝動是邊緣性人格患者的特徵，他們時常經歷所謂「世界末日的警訊」(doomsday signals)，往往一些微小的負向訊息被擴大成被情緒淹沒的經驗而導致接下來的災難事件，例如自我傷害或傷害他人 (Levine, Marziali, & Hood, 1997)，因此情緒覺察能力是他們在人際親密互動中一項重要的影響指標。

過去研究指出邊緣性人格特質者的情緒覺察能力較一般人表現差，像是 Leible 與 Snell (2004) 以 1418 位大學生進行人格特質診斷問卷 (Personality Diagnostic Questionnaire) 的評估，將其人格特質依照 DSM-IV 的準則分門別類，接著再探討受試者在多面向情緒覺察問卷 (Multidimensional Emotional Awareness Questionnaire, MEAQ) 的表現。對於高邊緣性人格特質的大學生，可以看到他們對他人的情緒關注度較高，但在對自我情緒覺察度、情緒理解度、情緒規律度則是較差的。但是此篇研究是以大學生為主，並非臨床上的患者，納入邊緣性人格的篩選工具是以問卷形式，因此僅能以具有高度邊緣性人格特質進行結果的解釋。Levine、Marziali 與 Hood (1997) 則是針對臨床上，經過專科醫師確認診斷之邊緣性人格疾患患者進行研究，該研究使用情緒覺察量表 (The Level of Emotional Awareness Scale, LEAS)，發現患者在自我與他人的情緒覺察表現皆較差。該研究初步支持經過醫師確認診斷之邊緣性人格患者的情緒覺察較差，但是並未進一步探討情緒覺察與患者人際親密能力是否有關？因此對於邊緣性人格疾患患者的情緒覺察能力是否與其人際親密有關，將是本研究欲探討的議題。

### (三) 同理心

同理心 (empathy) 最早是由藝術家 Titchener (1909) 初次使用於美學的觀念，其意義是指將自我投射入所欣賞的藝術作品中，藉由此過程得到對該作品的體會與感受 (Titchener, 1909)。後來學者認為人具有一種模仿的內在機制，藉由模仿的他人的心智動作以瞭解他人的世界，但是這樣的定義並不明確，例如嬰兒聽到其他孩子的哭聲，自己也放聲大哭，這是情緒模仿的經驗，但是卻缺乏認知過程的瞭解。因此後續的學者認為個體必須有最低限度的自我分化 (self-other differentiation)，明白情緒的來源是他人而非自己，且能賦予一定的認知意義，因此同理心包括情感同理與認知同理 (潘怡如、李明濱, 2004; De Sousa, et al., 2010a, 2010b; Decety, 2010, 2011; Rieffe, Ketelaar, & Wiefferink, 2010; Roca, et al., 2010)。Davis (1994) 是第一位以多面向的觀點定義同理心，他認為情感同理心 (affective empathy) 為對他人的觀察經驗有情感反應或分享同伴感受 (fellow feeling)；而認知同理心 (cognitive empathy) 為認知的角色取替 (role-taking) 能力或致力於接收他人對事件的觀點之認知處理。因此再將同理心細分為以下四種構念：(1) 角色置入 (fan-

tasy)：將自己轉換於故事情境中，理解小說文章或電影角色人物的想法動機，可以辨認出書籍或戲劇虛構人物的能力。(2) 觀點取替 (perspective-taking)：能區分出自我與他人想法不同，可以採用他人的角度觀察事物。(3) 同理感受 (empathic concern)：對經歷負向情緒的他人感到同情和關懷的反應傾向，是他人取向的反應。(4) 個人受苦感 (personal distress)：在觀察他人負面情緒的不適與焦慮後，個人亦產生相似的負向情緒，經歷痛苦或不安的反應，是自我取向的感覺 (Davis, 1994)。

有關邊緣性人格患者的同理心研究方面，Guttman 與 Laporte (2000) 以精神科診斷的 26 位邊緣性人格疾患患者與 28 位健康控制組進行探討，他們認為邊緣性人格可能在成長過程中受到父母親的忽略、暴力或不適當的情緒反應對待所造成。因此假設邊緣性人格與其父母親在同理心的表現均低於控制組及其父母親，該研究以 Davis 於 1983 年所編制的同理心量表，人際反應指標量表 (Interpersonal Reactivity Index, IRI) 進行評估，該量表包括了上述所提到的四個向度：角色置入、觀點取替、同理感受與個人受苦感。結果的確發現邊緣性人格的母親對患者有較低的同理感受分數，而邊緣性人格患者本身在同理心的量表上有較高的同理感受與個人受苦感，較低的觀點取替分數。可見邊緣性人格患者在認知同理心表現是低於一般人，但是在情感同理心卻高於一般人。在國內的研究亦有相似的發現，邊緣性人格患者似乎在情緒方面較為敏感，但是認知處理歷程卻不足，他們的情感同理心使他們容易置身於負面的情緒中，而認知同理歷程的不足使之無法區分自己與他人的觀點不同 (葉在庭、辜靖淳、方俊凱，2014)。同理心表現的不平衡容易在經營親密關係的過程中遇到挫折，Carter 與 Rinsley (1977) 曾提出邊緣性人格疾患患者在人際情境中會出現不正常的高敏感度，這將會明顯影響其人際親密關係的表現，較無法維持親密關係。本研究假設邊緣性人格疾患的患者在人際親密關係上的問題，可能與其同理心之能力有關，他們具有高情緒敏感度，在情感同理心客觀測量是高分的，但在認知同理的表現不好，無法區分自我與他人，在人我界線的不清楚下，導致其人際關係上是混亂的狀態，由此本研究將以同理心能力視為一項指標，以了解邊緣性人格疾患患者的人際親密問題。

### 三、研究目的

根據上述文獻探討的綜合統整，可發現邊緣性人格疾患患者有相當大的人際親密關係困難，而此一現象可能與憂鬱情緒、情緒覺察和同理心有關。因此本研究欲探討以憂鬱情緒、情緒覺察和同理心三項指標來解釋人際親密模式上，邊緣性人格疾患患者與正常控制組是否會有不同的相關因素，而此不同的變項是否正是邊緣性人格疾患患者的人際親密表現不佳的可能相關因素。

本研究依據 Buhrmester、Furman、Wittenberg 與 Reis (1988) 所發展的人際親密能力概念，將人際親密區分為五個向度包括(1)主動 (initiation)：主動開始一段關係或互動。(2)負向決斷 (negative assertion)：能設定人際界線，維護自己的權益及對他人表示自己的想法。(3)自我坦露 (disclosure)：在親密關係中分享個人訊息。(4)情緒支持 (emotional support)：能提供他人情緒的支持。(5)衝突處理 (conflict management)：能處理親密關係中引起的爭執或不同意見。本研究將上述人際親密的五個向度列為依變項，而憂鬱情緒、情緒覺察能力及同理心列為獨變項，以迴歸分析之統計方式進行，比較邊緣性人格患者及正常控制組兩組影響人際親密關係相關因素是否有所不同，以提供未來針對邊緣性人格患者的心理病理知識與治療策略。

#### 四、小結

綜合上述，本研究將邊緣性人格患者及正常控制組進行探討。以受試者的年齡，教育程度，憂鬱情緒，覺察自我情緒，覺察他人情緒，角色置入、觀點取替、同理感受與個人受苦感等因素，對人際親密能力的六個向度：主動、負向決斷、自我坦露、情緒支持、衝突處理及總分進行資料分析。以檢視邊緣性人格患者憂鬱情緒、情緒覺察及同理心對人際親密能力六個向度的相關程度，以及正常控制組憂鬱情緒、情緒覺察及同理心對人際親密能力六個向度的相關程度。最後本研究也將比較此兩組在結果資料的不同，作為未來介入的方向與依據。

## 貳、研究方法

### 一、研究對象

依照醫院與研究單位之人體試驗委員會規定，申請本研究案，通過後開始進行本研究，所有受試者均自願加入研究且簽署知情同意書。本研究對象分為兩組，邊緣性人格疾患患者組及正常控制組，患者為台灣北部某醫院之精神科門診病患，納入條件為經精神專科醫生依據 DSM-IV 精神疾病分類系統診斷為邊緣性人格疾患，且在邊緣型人格特質量表的分數達到切截分數 208 分以上者。確認診斷的過程是由精神科專科醫生進行初診晤談，歷時將近 40 分鐘，之後轉介與心理師進行心理評估，以確認其身心壓力、情緒狀況、是否伴隨其他疾病，以及是否需要危機介入等，一般歷時約兩小時。平均兩週後回診，再次經由專科醫師進行確認診斷，給予適當介入策略或藥物治療，狀況穩定後約一至兩個月回診。在本研究經過人體試驗委員會通過後，門診已經有固定回診之病患，確認診斷至今平

均為 1.4 年，每一位約經過 8 - 13 門診會談次數。專科醫師邀請參加研究，研究人員解釋本研究之目的，經過同意，邀請他們填寫邊緣型人格特質量表及其他本研究之評量工具。正常控制組來源為台灣北部地區之一般社會大眾，經由網路文宣來徵求受試者，控制組無任何精神疾病之病史，年齡、教育程度須與邊緣性人格疾患患者相近。最後共計有效樣本為 60 名，包含邊緣性人格疾患患者組 30 位及正常控制組 30 位，基本變項資料列於表一，邊緣性人格疾患患者組與正常控制組在性別比率、平均年齡、教育程度均無顯著差異。在邊緣性人格疾患患者組 30 位中，有 21 位曾經診斷為憂鬱症，亦曾服用抗憂鬱藥物，另外 9 位有輕度情緒低落，但是未達診斷標準；有 15 位患者目前仍服用抗憂鬱藥物，其餘有 8 位患者使用輕度的鎮定藥劑以幫助睡眠，7 位並未使用任何藥物治療。因此本研究亦評估兩組的憂鬱指數列為可能影響變項。

表一 邊緣性人格疾患與正常控制組的相關基本資料

	邊緣性人格疾患 患者組 (n = 30)	正常控制組 (n = 30)	差異檢定 t (58)
性別比率	28女：2男	28女：2男	$\chi^2 = .00$
年齡範圍	20 ~ 48	20 ~ 48	—
平均年齡 (標準差)	30.30 (7.32)	30.36 (7.47)	.04
教育程度 (標準差)	13.63 (2.15)	14.23 (1.97)	1.12
邊緣型人格特質量表 (標準差)	263.44 (43.64)	161.23 (36.92)	9.69***

\*\*\* $p < .001$

## 二、研究工具

研究工具包括：邊緣型人格特質量表、人際親密力量表、貝克憂鬱量表、情緒覺察量表和人際反應指標量表。

### (一) 邊緣型人格特質量表 (Separation - Individual Inventory)

因本研究之對象為邊緣性人格疾患，所有受試者均經過精神科專科醫師之診斷，為求嚴謹，受試者必須填寫邊緣型人格特質量表，其分數需超過國內常模之 70% 以上，始納入本研究之研究對象。本量表依據 Mahler、Pine 與 Bergman (1975) 提出之分離 - 個體化理論，個體在幼年時期因為分離 - 個體化歷程不順利所引發之自我功能障礙，個體若不能成功地與照顧者建立良好的關係，將無法建立自我與他人的穩定關係，並且有可能形成邊緣性人格疾患。原英文版量表是由 Christenson 與 Wilson (1985) 所編制，中文量表則

是由譚偉象、張淑慧、夏允中與蔣世光（2006）所翻譯及修訂，共有 42 題，施測時間約 5 至 10 分鐘，採用 10 點量尺作答，數字越大表示具有這個特質的程度越強。在中文版邊緣型人格特質量表標準化的過程，分別針對高中職學生、大學生及成人三個組別建立常模，三組合併所得的內部一致性  $\alpha$  值為 .90，在 74 位大學生的樣本中，相隔 28 天的再測信度為 .77，本測驗分數與 DSM-IV 邊緣性人格疾患診斷標準中的邊緣性人格症狀有顯著相關，且正常組與邊緣性人格疾患患者組之測驗分數有顯著差異（Tam, Shiah, & Chiang, 2003）。國內常模研究顯示到達邊緣性人格特質 70% 以上之成人組分數為 208 分，故本研究以此分數為切截分數（譚偉象、張淑慧、夏允中、蔣世光，2006）。

## （二）人際親密力量表（Interpersonal Competence Questionnaire, ICQ）

本研究使用的「人際親密關係量表」原是由 Buhrmester 等人（1988）在廣泛的審視臨床、社會、發展心理學文獻去確認重要的人際工作任務概念，從中找出五個涵蓋廣泛的重要人際能力向度，包括一開始一段關係或互動、維護自己的權益及對他人表示生氣、自我坦露個人的訊息、提供他人情緒的支持及處理衝突的能力。Buhrmester 等人（1988）所發展的人際親密力量表，具備以下優點：（1）廣泛地審視臨床、社會、發展心理學的文獻來確認親密能力概念上的重要人際任務，且這五個向度涵括相當廣泛且重要的人際領域；（2）其中提出區分不同種類的人際能力，包含不同形式、不同關係階段所需要的不同能力；（3）此量表的自評與他評有中等程度的相關，相當適合使用的研究工具。

人際親密關係量表的原量表包括以下五個構念：（1）主動（initiation）：開始一段關係或互動。（2）負向決斷（negative assertion）：維護自己的權益及對他人表示生氣。（3）自我坦露（disclosure）：自我坦露個人的訊息。（4）情緒支持（emotional support）：提供他人情緒的支持。（5）衝突處理（conflict management）：處理親密關係中引起的人際衝突。共計四十題，每題簡單描述一般人的際情境，採用李克特式五點量表，來回答在處理每一種情況下勝任和舒適的程度。「1」代表我這方面能力貧乏，我感到很不舒服，而且無法處理這種情況。如果可能的話，我會盡量避開。「2」代表我這方面的能力尚可，我感到不舒服，而且很困難處理這種情況。「3」代表我這方面能力還不錯，我覺得有點不舒服，而且處理這種情況有些困難。「4」代表我善於這種情況，我覺得很自在，而且能夠處理這種情況。「5」代表極善於處理這種情況，我覺得非常的自在，而且能夠處理得很好。各量表得分越高，表示受試者在該項人際親密能力越好，且在這些情境下能夠勝任和自在的能力。

本研究以陳秀菁（2001）中文化修訂過後的「人際親密力量表」上的得分來瞭解邊緣性人格疾患人際親密能力的程度，在經過中文化因素分析刪減後，題項為 30 題，仍分為五個量表，測量其五向度的親密能力。

### （三）貝克憂鬱量表（Beck Depression Inventory, BDI-II）

最早的貝克憂鬱量表是 1961 由 Beck、Ward、Mendelson、Mock 與 Erbaugh 所設計，用來評估上 13 - 80 歲人的憂鬱程度，作為診斷及處置參考。貝克憂鬱量表共有 21 題分別測量有關情緒低落的 21 個指標，這些類別有：心情、悲觀、失敗感、不滿足、罪惡感、被懲罰、自我厭惡、自控、自殺意念、哭泣、易躁性、社交退怯、優柔寡斷、身體形象的扭曲、工作慾低、睡眠不安、易疲勞性、食慾不振、體重減輕、對身體的過份關注以及性慾的降低。每一題並用 0 ~ 3 的數值來顯示這些嚴重程度的水平。此為自陳式憂鬱症狀檢測量表，填表時間約為 10 分鐘，共包含 21 題，每組題目包括 4 個選項，分別為 0 ~ 3 分，總分為 0 ~ 63 分之間，得分越高顯示憂鬱程度越嚴重。根據 Beck 等人（1996）所出版的使用手冊對得分的定義，總分在 0 ~ 9 為正常，10 ~ 16 分為輕度憂鬱，17 ~ 29 分為中度憂鬱，30 ~ 63 分屬於重度憂鬱。

在信效度研究方面，折半信度係數的範圍為 .58 至 .93 之間，再測信度係數為 .69 至 .90 之間，在同時效度方面，BDI 與臨床人員對病患憂鬱評估的相關係數為 .69 至 .90 (Beck, Steer, & Brown, 1996)。

### （四）情緒覺察量表（LEAS）

本研究使用 Lane 等人（1990）所編制的情緒覺察量表，他們依據 Lane 與 Schwartz（1987）提出情緒發展理論，將情緒覺察分為五個層次：身體上的知覺、行動傾向、單一情緒、混合情緒、聯合混合情緒。此模式的優點是聚焦於情緒經驗建構其提供自我操作測量使用自我報告，提供有用的架構去瞭解成人個體差異。此量表分為四種向度：情緒覺察層次、對他人情緒覺察的層次、情緒的性質、情緒強度，共計 20 題。每一個描述有二至四個情境，其中都包含兩個人，可引誘出四種類型情緒（憤怒、恐懼、開心、悲傷），並有五個情緒層級持續增加的複雜度。第一種情境線索是身體知覺，如：你與嚮導一起穿越過沙漠，水已經在幾小時前用完，而根據嚮導的地圖，離最近的水井要兩哩之外。第二種情境線索是行動傾向或目標的激發，如：老闆告訴你，你的工作表現不夠好，需要改進。第三種情境線索等級是經驗兩極的情緒，如：你和配偶傍晚時開車外出與一位朋友見面，當你回家時，卻看見消防車停靠近你家。第四種情境線索等級是混合不同情緒且情緒經驗彼此對抗，如：之前一直批評你的人，現在卻恭維你。最後，第五種情境線索是更多複雜和不同情緒情境，如：你和你最好的朋友在同一公司工作，有一個獎項是每年會給這年最好的表現者，為了要贏得這個獎，你們兩個在工作上都很努力，而現在優勝者公佈了：卻是你的朋友。每一個情境，參與者都需要被問兩種問題：（1）你感覺怎樣？（2）其他人會感覺怎樣？（How would the other person feel?），反應將會以每一個情境和每一個問題（自

我和他人)被分開計分,受試者填寫他們的反應在每一頁。他們被指示使用可以很多或很少的頁數但都要可以清楚回答這兩個問題(感覺如何),每一個情境反應會被分開計分,每一回應會以自我和他人來接受分開的情緒描述計分。

中文情緒覺察量表由葉在庭、辜靖淳與方俊凱(2014)經由原作者 Lane 授權同意後進行,以邊緣性人格患者及控制組評估後,進行內部一致性係數分析。結果顯示,中文版情緒覺察量表中的「對自我的情緒覺察」與「對他人的情緒覺察」分量尺之內部一致性係數  $\alpha$  值(Cronbach's Alpha)分別為 .91 與 .88,而中文版情緒覺察量表的全量表之內部一致性係數為 .92,三者皆達高度信度範圍。評分者間信度部分,使用 Kendall's 相關係數來檢驗,邊緣性人格疾患患者組之「對自我的情緒覺察」的信度為 .72,「對他人的情緒覺察」為 .73,而一般健康組之「對自我的情緒覺察」的信度為 .91,「對他人的情緒覺察」為 .80,因此中文文化之後,此量表具有良好的評分者間信度。

#### (五) 人際反應指標量表(ERI)

本研究以人際反應指標量表測量同理心,中文版本為丁耕原(2008)根據 Davis(1994)同理心概念模式進行翻譯後的題目,以多面向的概念來評估同理心,此量表共分成以下四個分量表:

(1) 觀點取替(Perspective Taking, PT):評估個體在家庭及工作活動中,是否能從他人的角度思考事件。如:當我做決定時,我會試著去看不贊同的意見、我相信每個問題都是一體兩面,我會試著去看這兩面。

(2) 角色置入(Fantasy, FS):評估個體運用想像力將自己轉換到另一個虛構情境的傾向,如:在看完一部電影或一齣戲之後,我能聯想到自己是裡面角色之一。

(3) 個人受苦感(Personal Distress, PD):評估個體在面對極端不幸的他人時,所經驗到的受苦感或不舒服的感覺傾向。如:在緊張的情緒情境中會嚇到我。

(4) 同理感受(Empathic Concern, EC):評估個體對於不幸的人,是否能經驗到同情與憐憫的感覺傾向。如:當我看到別人被不公平的對待時,我有時候會對他們感到難過。

本量表中四個分量表採取李克特式五點量表:1 完全不符;2 有些不符;3 一半一半;4 大部分符合;5 完全符合。該量表中的觀點取替與角色置入較屬於「認知」成分的同理心。而個人受苦感與同理感受量表較屬於「情緒」成分的同理心。經過丁耕原(2008)中文文化因素分析後,各分量表的內部一致性係數(Cronbach's Alpha)分別為:觀點取替分量表 .75,角色置入分量表 .80,個人受苦感分量表 .73,同理感受分量表 .69,顯示中文文化後的分量表與原量表的信度相近,所有量表主要是用來區分四種不同類型的同理心構念上個體差異的人際互動反應傾向,因此不加總全部分數來表示個體的同理心總值。

### 三、統計方法

為了瞭解本研究主要影響變項：同理心（觀點取替、角色置入、個人受苦感、同理感受）、情緒覺察（自我、他人）及憂鬱指數對人際親密的影響效果，研究者分別以主動、負向決斷、自我坦露、情緒支持、衝突處理及總分等六種親密能力為依變項，並採用階層迴歸分析，依據上述文獻探討，一般正常者在情緒覺察及同理心的表現較佳，且可能到達天花板效應，唯有憂鬱指數有輕微程度的變異量。因此研究假設為（1）在邊緣性人格疾患患者組，憂鬱指數對人際親密能力的六項指標有顯著解釋力；（2）在邊緣性人格疾患患者組，情緒覺察及同理心對人際親密能力的六項指標有顯著解釋力；（3）在控制組中，憂鬱指數對人際親密能力的六項指標有顯著的解釋力；（4）在控制組中，情緒覺察及同理心對人際親密能力的六項指標並無顯著解釋力。

兩組分別採用階層迴歸，其優點是當多個獨變項間可能具有特定先後關係，或可能彼此之間有高相關時，可依據研究者之設計，以特定順序進行分析。此外，當相近概念以同一組方式進入迴歸計算，可瞭解整組變項對效標變項變異量的貢獻程度，亦可獲得單一預測變項對效標變項的解釋量。

階層迴歸的訂定為：第一層將人口學變項的年齡與教育年數設為控制變項。階層二為憂鬱指數，這是由於憂鬱指數可能造成邊緣性人格及控制組的干擾變項，必須加以控制。階層三為情緒覺察，這是由於情緒覺察是同理他人的先備條件，若無法區分自我與他人情緒，將無法正確同理他人。最後階層四為同理心變項，依變項為人際親密能力，包括主動、負向決斷、自我坦露、情緒支持、衝突處理共計五個分測驗，但是為了呈現整體的人際親密能力，統計部分仍然加上最後的人際親密能力總分，因此最後有六個依變項分數。

## 參、研究結果

### 一、邊緣性人格疾患與正常控制組在各變項的分數

邊緣性人格疾患與正常控制組在人際親密、貝克憂鬱量表、情緒覺察及同理心的分數如表二所列，人際親密部分，邊緣性人格疾患在「主動」、「負向決斷」、「自我坦露」、「情緒支持」及「衝突處理」這些變項上的分數均低於正常控制組。支持前述文獻回顧中，邊緣性人格患者的人際親密能力較差。在貝克憂鬱量表部分，邊緣性人格疾患的平均分數（ $M = 30.46$ ）顯著高於正常控制組（ $M = 8.50$ ），落於中度至重度憂鬱之間，顯示邊緣性人格患者組伴隨著憂鬱情緒，並與控制組有差異。

表二 邊緣性人格疾患與正常控制組在人際親密能力、情緒覺察量表及同理心之分數

	邊緣性人格疾患患者組 ( <i>n</i> = 30)		正常控制組 ( <i>n</i> = 30)		差異檢定 <i>t</i> (58)
	分數範圍	平均值 (標準差)	分數範圍	平均值 (標準差)	
人際親密					
主動	6 ~ 29	19.03 ( 5.30)	10 ~ 29	21.40 ( 4.80)	1.81
負向決斷	7 ~ 25	17.03 ( 4.33)	2 ~ 28	20.53 ( 4.84)	2.95**
自我坦露	6 ~ 27	17.20 ( 5.70)	9 ~ 28	21.17 ( 3.93)	3.14**
情緒支持	11 ~ 30	22.43 ( 5.09)	13 ~ 30	25.43 ( 3.56)	2.65*
衝突處理	6 ~ 30	19.33 ( 4.99)	8 ~ 30	22.06 ( 4.31)	2.27*
總分	42 ~ 126	95.03 (17.65)	42 ~ 135	110.6 (17.90)	3.39**
貝克憂鬱量表	12 ~ 48	30.46 ( 9.94)	0 ~ 26	8.50 ( 7.73)	9.55***
情緒覺察					
覺察自我	3 ~ 57	39.30 (14.63)	14 ~ 67	49.71 (10.18)	3.15**
覺察他人	2 ~ 55	33.90 (13.72)	13 ~ 64	45.97 (12.46)	3.76***
同理心					
觀點取替	5 ~ 25	15.83 ( 4.37)	11 ~ 24	18.00 ( 3.68)	2.08*
角色置入	3 ~ 15	8.77 ( 3.95)	3 ~ 15	8.40 ( 3.37)	.39
個人受苦感	10 ~ 25	18.80 ( 3.84)	7 ~ 22	15.53 ( 3.58)	3.83***
同理感受	8 ~ 26	15.80 ( 4.44)	9 ~ 21	15.87 ( 3.16)	0.06

\**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

根據上述的結果，在接下來的階層回歸分析中，將憂鬱指數列於階層二，以便能釐清憂鬱指數對人際親密的影響；在情緒覺察部分，不論在覺察自我及覺察他人的分數，邊緣性人格疾患均低於正常控制組，由於情緒覺察是同理心的基礎，因此將情緒覺察列於階層三，檢視情緒覺察是否對人際親密有影響。而在同理心部分，在「觀點取替」的分數，邊緣性人格疾患低於正常控制組，但是在「個人受苦感」的分數，邊緣性人格疾患高於正常控制組，顯示邊緣性人格患者組從他人的角度觀察事物的能力較差，但是卻容易融入自己的痛苦情緒，這部分可能會影響人際親密能力，因此將同理心列為階層四。接下來的統計分析，將分別進行邊緣性人格疾患與正常控制組的階層回歸分析，以探討不同的影響因素。

## 二、邊緣性人格疾患患者組的階層迴歸分析結果

邊緣性人格疾患患者組的階層迴歸分析結果可參見表三至表八，依據人際親密六個依變項逐一系列出相關統計資料，包括人口學變項（年齡和教育程度）、憂鬱指數、情緒覺察（覺察自我及覺察他人）及同理心（觀點取替、角色置入、個人受苦感、同理感受）預測人際親密變項的解釋力，而以下將詳述分析結果。

從表三可知，在主動的預測方面，第一層的人口變項，年齡的標準化係數  $\beta$  值為  $-.41$  達顯著，加入階層二及三後，所增加的解釋變異量並未顯著，直到加入階層四同理心，同理心所增加的解釋變異量達到顯著（ $\Delta R^2 = .19$ ），整體解釋變異量為 39%，其中以觀點取替之標準化係數  $\beta$  最具有解釋力，顯示年齡越輕，同理心中越能從他人的角度觀察事物，越能在人際關係中採取主動的角色。

表三 邊緣性人格疾患組的人際親密能力之「主動」為依變項之階層迴歸分析表

預測變項	標準化 $\beta$ 係數					$R^2$	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$ 之F值
	人際親密能力之「主動」	階層一	階層二	階層三	階層四			
階層一	年齡	-.41*	-.37	-.39	-.39*	.17	.17	2.79*
	教育程度	-.03	-.05	-.04	.07			
階層二	憂鬱指數		-.12	-.14	-.16	.18	.01	.46
階層三	覺察自我			-.28	-.19	.20	.02	.37
	覺察他人			.30	.25			
階層四	觀點取替				.41*			
	角色置入				.07	.39	.19	1.64*
	個人受苦感				-.02			
	同理感受				.22			

\* $p < .05$

表四呈現以負向決斷為依變項之結果，第一層的人口變項及第三層之情緒覺察解釋力未達顯著水準，第二層憂鬱指數（ $\Delta R^2 = .24$ ）及第四層同理心（ $\Delta R^2 = .19$ ）所增加的解釋力達到顯著水準，整體解釋變異量為 50%，亦即所有相關變項可以解釋人際親密中負向決斷變異量的 50%。其中具有顯著解釋力的因素為憂鬱指數及個人受苦感，憂鬱越低，且同理心中越能體會受苦的感受，能提高人際關係中的自我肯定。

表四 邊緣性人格疾患組的人際親密能力之「負向決斷」為依變項之階層迴歸分析表

預測變項 人際親密能力之 「負向決斷」	標準化β係數				R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup> 之F值
	階層一	階層二	階層三	階層四			
階層一 年齡	-.04	.04	.14	.33	.04	.04	.56
教育程度	-.19	-.11	.23	-.17			
階層二 憂鬱指數		.25**	-.54	-.58**	.28	.24	9.11**
階層三 覺察自我			.04	.34	.31	.03	.54
	覺察他人		.14	.21			
階層四 觀點取替				.12	.50	.19	1.97*
	角色置入			.27			
	個人受苦感			.40**			
同理感受				.07			

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

表五呈現以自我坦露為依變項之結果，階層一及階層三之解釋力未達顯著，第二層憂鬱指數 ( $\Delta R^2 = .05$ ) 及第四層同理心 ( $\Delta R^2 = .30$ ) 所增加的解釋力達到顯著水準，整體解釋變異量為 45%，亦即所有相關變項可以解釋人際親密中自我坦露變異量的 45%。其中具有顯著解釋力的因素為憂鬱指數及角色置入，憂鬱越低，且同理心中越能站在對方的立場進行考慮，能提高人際關係中的自我坦露。

表五 邊緣性人格疾患組的人際親密能力之「自我坦露」為依變項之階層迴歸分析表

預測變項 人際親密能力之 「自我坦露」	標準化β係數				R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup> 之F值
	階層一	階層二	階層三	階層四			
階層一 年齡	-.30	-.24	-.24	-.01	.10	.10	1.47
教育程度	-.05	-.08	-.06	-.13			
階層二 憂鬱指數		-.24	-.26	-.43*	.15	.05	1.69*
階層三 覺察自我			-.17	-.57	.16	.01	.12
	覺察他人		.12	.50			
階層四 觀點取替				.19	.45	.30**	2.83**
	角色置入			.60**			
	個人受苦感			.09			
同理感受				.03			

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

情緒支持的結果呈現在表六，所有獨變項均無預測力，整體解釋力也偏低，只有28%。顯示年齡、教育程度、憂鬱指數、情緒覺察及同理心與人際親密能力中的情緒支持無關，可能有其他影響因素。

表六 邊緣性人格疾患組的人際親密能力之「情緒支持」為依變項之階層迴歸分析表

預測變項	人際親密能力之 「情緒支持」	標準化 $\beta$ 係數				$R^2$	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$ 之F值
		階層一	階層二	階層三	階層四			
階層一	年齡	-.23	-.20	-.26	-.28	.14	.14	2.23
	教育程度	.30	.29	.28	.25			
階層二	憂鬱指數		-.11	-.10	-.12	.15	.01	.32
階層三	覺察自我			-.29	-.26	.22	.07	1.19
	覺察他人			.48	.43			
	觀點取替				.14			
階層四	角色置入				.06	.28	.06	.46
	個人受苦感				.18			
	同理感受				.07			

衝突處理的結果呈現在表七，從表七可知，直到階層四進入後，整體模式才有具有解釋力，所增加的解釋力高達41%，全體解釋力為49%，代表同理心中的觀點取替越高，其處理人際中衝突的能力越高。

表七 邊緣性人格疾患組的人際親密能力之「衝突處理」為依變項之階層迴歸分析表

預測變項	人際親密能力之 「衝突處理」	標準化 $\beta$ 係數				$R^2$	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$ 之F值
		階層一	階層二	階層三	階層四			
階層一	年齡	.08	.06	.10	.12	.04	.04	.57
	教育程度	.18	.19	.18	.19			
階層二	憂鬱指數		-.06	-.07	-.14	.04	.004	.11
階層三	覺察自我			.26	.33	.07	.03	.38
	覺察他人			.33	.34			
	觀點取替				.50**			
階層四	角色置入				.21	.49	.41**	4.21
	個人受苦感				-.29			
	同理感受				.10			

\*\*  $p < .01$

最後是人際親密總分的結果，呈現在表八，階層一及階層三之解釋力未達顯著，第二層憂鬱指數 ( $\Delta R^2 = .08$ ) 及第四層同理心 ( $\Delta R^2 = .27$ ) 所增加的解釋力達到顯著水準，整體解釋變異量為 48%，其中具有顯著解釋力的因素為憂鬱指數、觀點取替及角色置入，憂鬱越低，越能從不同角度及站在對方的立場進行考慮，能提高人際親密能力。

表八 邊緣性人格疾患組的人際親密能力之「總分」為依變項之階層迴歸分析表

預測變項	標準化 $\beta$ 係數				$R^2$	$\Delta R^2$	$\Delta R^2$ 之F值	
	階層一	階層二	階層三	階層四				
人際親密能力之「總分」								
階層一	年齡	-.32	-.24	-.27	-.16	.11	.11	1.63
	教育程度	-.04	-.07	-.06	.05			
階層二	憂鬱指數		-.30	-.31	-.42*	.19	.08	2.66*
階層三	覺察自我			-.31	.50	.21	.03	.43
	覺察他人			-.31	.51			
	觀點取替				.40**			
階層四	角色置入				.37*	.48	.27	2.72*
	個人受苦感				.01			
	同理感受				.10			

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

上述為邊緣性人格患者組的階層迴歸分析結果，總體而言，憂鬱指數及同理心與人際親密能力有關，其中同理心所增加的解釋變異量較高。降低邊緣性人格患者的憂鬱情緒及提高其同理心，能提高他們的人際親密關係能力。

### 三、正常控制組的階層迴歸分析結果

由於篇幅有限，因此正常控制組將不再如上一段落，呈現六個階層迴歸的分析表，表九呈現每一階層進入後的解釋變異量結果，以及所有階層進入後的標準化  $\beta$  係數。從表九的整理可知，階層二的憂鬱指數在正常控制組中，可以有效的解釋人際親密能力的主動 ( $\Delta R^2 = .22$ )、自我坦露 ( $\Delta R^2 = .23$ )、衝突處理 ( $\Delta R^2 = .19$ ) 及總分 ( $\Delta R^2 = .22$ )，也就是憂鬱越低，這些人際親密能力越佳。從表九也可知，同理心中的角色置入對人際親密的主動有極高的解釋力 ( $\Delta R^2 = .32$ )，顯示越能從他人身處的情境去思考，其人際關係的主動性越高。

表九 正常控制組影響人際親密各分數階層迴歸分析表

標準化β係數		主動	負向決斷	自我坦露	情緒支持	衝突處理	總分
階層一	年齡	-.04	-.13	-.23	-.19	-.02	-.14
	教育程度	-.09	-.21	.10	.34	.11	.03
階層二	憂鬱指數	-.28	-.28	-.39*	-.06	-.31	-.32
階層三	覺察自我	.32	-.13	-.44	-.03	-.10	-.07
	覺察他人	-.18	.32	.39	-.01	.08	.14
	觀點取替	.18	.00	.14	.28	.27	.20
階層四	角色置入	.47**	.08	.17	.00	.12	.21
	個人受苦感	-.29	-.23	-.08	-.24	-.16	-.25
	同理感受	-.13	.03	-.22	-.30	-.12	-.16
$R^2/\Delta R^2$		主動	負向決斷	自我坦露	情緒支持	衝突處理	總分
一	年齡	.03/.03	.04/.04	.09/.09	.13/.13	.03/.03	.05/.05
	教育程度	.24/.22*	.16/.11	.32/.23*	.18/.05	.22/.19*	.27/.22*
三	覺察自我	.25/.01	.21/.06	.42/.10	.19/.01	.24/.02	.30/.03
	覺察他人						
	觀點取替						
四	角色置入	.57/.32**	.27/.06	.50/.09	.36/.17	.36/.12	.45/.15
	個人受苦感						
	同理感受						

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

本研究以人際親密能力為依變項，將人口變項、憂鬱情緒、情緒覺察及同理心為獨變項，分別將邊緣性人格與正常控制組分別進行迴歸分析，上述結果整理於表十。在正常控制組中，「憂鬱指數」可以影響人際親密能力不同層面，包括「主動」、「自我坦露」、「衝突處理」，而同理心中的「角色置入」可以影響人際親密能力的「主動」。邊緣性人格患者組，同理心中的「觀點取替」可以影響人際親密能力的「主動」及「衝突處理」，同理心中的「角色置入」可以影響人際親密能力的「自我坦露」。總體而言，在一般人中憂鬱指數對人際親密能力有影響，而在邊緣性人格患者，認知同理心（包括觀點取替與角色置入）對人際親密有影響。

表十 人口變項、憂鬱指數、情緒覺察和同理心與人際親密各變項之階層回歸顯著整理表

	邊緣性人格疾患患者組	正常控制組
主動	年齡、觀點取替	憂鬱指數、角色置入
負向決斷	憂鬱指數，個人受苦感	無
自我坦露	憂鬱指數，角色置入	憂鬱指數
情緒支持	無	無
衝突處理	觀點取替	憂鬱指數
人際親密總分	憂鬱指數，角色置入 觀點取替	憂鬱指數

#### 肆、討論與建議

本研究欲探討憂鬱情緒、情緒覺察和同理心對人際親密能力的影響，邊緣性人格疾患患者與正常控制組是否會有不同的影響變項，而此不同的變項是否正是邊緣性人格疾患患者人際親密表現不佳的可能相關因素。結果的確顯示同理心中的觀點取替是邊緣性人格疾患患者組的主要相關因素，憂鬱指數是控制組的主要相關因素。

邊緣性人格疾患患者在人際親密量表中各分量表分數低於控制組，除「主動」未達顯著，其他「負向決斷」、「自我坦露」、「情緒支持」、「衝突處理」、「人際親密總分」與控制組達顯著差異。邊緣性人格疾患會在人際互動的第一、二次見面即理想化那些潛在的照顧者或情人，要求長時間的相處，並在關係剛開始時就會分享非常親密的事情，然而邊緣性人格疾患患者又會很快的開始貶低那些人，認為邊緣性人格疾患照顧的不夠、給的不夠、在身邊的時間不夠。他們也很能同理及照顧其他人，但前提是對方必須在他身邊並能回報他的需要（Gunderson, 1996, 2001; Linehan, 1993），這些過程可能起因於無法從他人的角度檢視彼此人際關係的需要，也就是同理心的能力較弱所致。

同理的過程，需要至少最低限度的人我分化才能成立，其意指認知發展需達一定程度，得以區分自我與他人的分際，並瞭解情緒之來源為他人並非自身時，才能稱為同理，邊緣性人格患者可能是因早期缺乏良好的客體人我分化，這說明邊緣性人格疾患患者同理

心表現低於一般人。從本研究兩組的平均數來看，結果顯示邊緣性人格患者組的觀點取替分數較低，但是個人受苦感分數較高，可以推論邊緣性人格疾患患者可能由於可能在人際情境中較缺乏能自發性站在他人觀點思考傾向能力，但卻容易在他人分享痛苦經驗時，投入過多個人情緒而比對方深陷更多的痛苦情緒中。而較低的觀點取替分數，也正是他們無法維持人際親密關係的重要因素。

根據本研究結果，邊緣性人格疾患患者組在人際親密的「主動」預測方面，會受「年齡」與「觀點取替」所影響，即隨著年齡數增加，對一段關係開始的主動性會降低，「觀點取替」的表現增加會影響對關係主動性的增加。在人際親密的「負向決斷」影響方面，發現「憂鬱指數」及「個人受苦感」有解釋力。在人際親密的「自我坦露」，則在「憂鬱指數」及「角色置入」上有解釋力，顯示當憂鬱越低且越能讓自己置身對方角色中，則越能在親密關係中自我坦露。在人際親密的「衝突處理」的影響方面，「觀點取替」有顯著解釋力，顯示當越能採用他人心理觀點時，則越可以面對處理人際中衝突情況。在「人際親密總分」部分，同理心中的「角色置入」及「觀點取替」有顯著解釋力，顯示越能採用他人心理觀點，則整體親密關係表現越好。

另外對於正常控制組在人際親密的「主動」影響方面，在控制人口變項後，發現憂鬱指數和角色置入會影響解釋力，顯示當憂鬱指數越低、越能置身於對方角色則越增加對關係的主動性。在人際親密的「自我坦露」、「衝突處理」、「人際親密總分」三者影響方面，憂鬱情緒越低，此三方面表現都會更好。

研究亦顯示邊緣性人格患者的憂鬱指數會影響人際親密的「負向決斷」，而同理心中的觀點取替，則影響人際親密的「主動性」及「衝突處理」。從兩組平均值來看，邊緣性人格患者在憂鬱指數的分數高於一般正常組，而觀點取替的分數低於一般正常組，顯示情緒調適策略與強化認知同理心越強，邊緣性人格患者的人際適應也越好，特別在建立關係與衝突事件的處理。治療策略上，若能幫助邊緣性人格患者，培養以不同的角度看事物的能力，將能有效的改善其人際關係。例如辯證行為治療（Dialectical Behavior Therapy, DBT）就強調引導邊緣性人格患者蒐集資料找出對方的需求，讓他們了解希望與害怕等訊息是人際技巧中的關鍵之一，而其阻礙可能會來自於錯認為他知道對方的需求、投射他自己的需求與感受到他人身上，或是擔心聽到糟糕的回應等。這些治療技巧是減緩個案的情緒反應，不朝向負向情緒進行解釋，並且強化認知同理心的部分，特別是在處理人際衝突的過程中，引導個案從不同角度思考，收集相關對方的需求並且不將他們自己的想法投射於對方身上，實證研究亦顯示辯證行為治療對於改善邊緣性人格疾患的確有效（Linehan, 1993; Mattew, Jeffery, & Jeffery, 2007）。

在一般正常組會影響人際親密能力之「主動」、「自我坦露」與「衝突處理」為憂鬱指數分數，由於一般控制組在憂鬱分數的平均值為 8.52，落於正常情緒範圍，因此僅能以情緒向度來解釋，情緒越正向，其處理人際親密能力越好。在正向情緒表達與人際親密關係的探討方面，Harker 與 Keltner (2001) 以 141 位高中學生進行 30 年追蹤資料，在最後 41 位完成的女性受試者中發現，女性早期生活中較多以正向情緒表達能預測其生命後期階段的人生滿意度，包括婚姻親密與幸福感。而 Burns、Sayers 與 Moras (1994) 以 115 位憂鬱症個案進行認知行為治療十二週後人際親密關係的研究，意外發現重度憂鬱情緒並不會影響人際親密能力，但是慢性且長期的低落情緒對人際親密的影響最顯著，探究其原因，正向情緒表達能強化自我肯定、提升個體內在資源；而長期低落的情緒會降低人際間的主動與自我坦露機會，而導致其人際關係不佳 (Harker & Keltner, 2001)。

本研究顯示同理心在人際親密關係的「主動」及「衝突處理」方面均有影響，顯示同理心是人際關係間的重要因素。本研究採取的同理心包括四個概念：觀點取替、角色置入、個人受苦感與同理感受，Marshall、Hudson 與 Fernandez (1995) 則認為同理心可以以階段的歷程來看，他們認為同理心包括四個歷程：情緒辨識 (emotion recognition)、觀點取替 (perspective-taking)、情緒複製 (emotion replication) 與反應決策 (response decision)。情緒辨識是指辨識出他人的基本情緒表情；而觀點取替是能夠從他人的角度與環境思考其處境；而情緒複製是指能感同身受的能力；最後是反應決策，個體是否會選擇做出對對方更好的行為或語言反應。Marshall 等人 (1995) 認為在一些人格異常及犯罪行為者，會在不同的階段中出現缺損，在此四個階段中，「觀點取替」與「情緒複製」與本研究所採取的「觀點取替」與「同理感受」是一致的；而情緒辨識部分，本研究已經評估其自我與他人的情緒辨識，發現此部分並不能對人際親密影響；本研究並未評估其「反應決策」，但依據邊緣性人格患者有衝動控制不佳的症狀，可以預估他們可能在「反應決策」部分的同理能力亦可能不佳，未來可以就此面向的同理心進行探討。

人際親密能力中的情緒支持分量表與其他分量表似乎是相當不同的概念，因為不論在邊緣性人格患者組或是控制組，均沒有任何獨變項可以預測情緒支持，且整體解釋力皆低，可能是由於人際關係的情緒支持在性別上呈現較多差異，女性在人際關係中表達出的情緒支持高於男性 (Kunkel & Burlison, 1999)。而本研究兩組的受試者中，女性為大多數，情緒支持的變異差別不大，也無法以性別因素進行探討，因此出現此結果。此外，本研究結果亦顯示情緒覺察變項在兩組中對人際親密能力無解釋力，雖然邊緣性人格疾患患者不管是覺察自我情緒或覺察他人情緒上能力皆顯著低於控制組，過去推測邊緣性人格疾患患者情緒覺察能力不佳將可能導致人際親密能力困難是因其依附關係不佳來推測 (Johnson,

Bornstein, & Krukonis, 1992)，由本研究結果來看此推論可能需要更多證據才能推測。

本研究的貢獻在於（1）在控制憂鬱指數後，影響邊緣性人格疾患患者的人際親密能力包括有年齡、認知同理心中的角色置入和觀點取替；（2）邊緣性人格疾患患者的人際親密能力影響因素與正常控制組有差異，正常控制組的人際親密能力表現好壞影響力最大為憂鬱程度。未來的研究方向可根據 Pfohl、Stangl 與 Zimmerman（1984）的研究，邊緣性人格疾患患者在人際親密關係的「維持」上有極大困難，也出現較多親密關係障礙的數量，故可多增加對邊緣性人格疾患患者親密關係資料的收集（如：婚姻史、親密關係史、破裂親密關係數量等）。

有學者建議本研究在統計分析上可採取 MANCOVA 方式將邊緣性人格患者及控制組作為獨變項，以四個階層變項作為共變數檢視兩組在人際親密能力的六項分數是否有差異，或受共變項之影響。由於進行 MANCOVA 分析的統計假設為兩組在依變項上必須通過同質性檢定，經過分析，發現本研究資料在自我坦露及情緒支持的分數並未符合同質性檢定，因此無法進行 MANCOVA 分析。因為本研究在分組進行階層迴歸分析的結果與另外嘗試以逐步迴歸分析的結果一致，因此本研究統計結果應具有高度的參考性。

邊緣性人格患者時常經歷被負向情緒被淹沒的狀態，這可能導致他們無法冷靜且理性的從他人觀點去認識到不同的想法，而導致在處理人際衝突時使用極端且具報復性的方式。如同本文的標題在既愛又恨間擺盪，依據本文的研究，培養「觀點取替」的能力，應能有效的在人際愛恨之間找到平衡點，使他們的有更佳的人際衝突處理能力。

## 參考文獻

- 丁耕原（2008）：性侵害加害人的羞恥感、罪惡感、自我專注與同理心之關連性研究。輔仁大學臨床心理研究所碩士論文，未出版，新北市。
- 王慶福（1995）：大學生愛情關係徑路模式之分析研究。國立彰化師範大學輔導研究所博士論文，未出版，彰化市。
- 林明傑、簡蕾如、蔡宗晃、王家駿（2007）：有無邊緣型人格傾向之男性婚姻暴力加害人在暴力行為嚴重性之比較。《亞洲家庭暴力與性侵害期刊》，3（1），27-55。
- 陳秀菁（2001）：大學生的共依附特質、人際親密能力與親密感之相關研究。臺灣師範大學教育心理與輔導學系碩士論文，未出版，台北市。
- 陳秀菁、吳麗娟、林世華（2004）：大學生的共依附特質、人際親密能力與親密感之相關研究。《教育心理學報》，36（2），145-164。

- 葉在庭、辜靖淳、方俊凱 (2014)：邊緣性人格患者在情緒覺察與同理心之表現探討。中華心理衛生學刊，27 (2)，253-281。
- 潘怡如、李明濱 (2004)：同理心的心身醫學觀。北市醫學雜誌，1 (4)，385-392。
- 譚偉象、張淑慧、夏允中、蔣世光 (2006)：邊緣型人格特質測驗指導手冊。台北：心理出版社。
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Beck A. T., Steer R. A., & Brown G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Benjamin, L. S., & Wonderlich, S. A. (1994). Social perceptions and borderline personality disorder: The relation to mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 610.
- Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, C. N., & Schwab-Stone, M. (1993). Prevalence and stability of The DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *The American Journal of Psychiatry*, 150(8), 1237-1243.
- Berscheid, E., & Hatfield, E. (1978). Interpersonal attraction. In G. Lindzey, & E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (3rd ed., pp. 413-484). New York, NY: Random House.
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment* (vol. 1). New York, NY: Basic Books.
- Buhrmester, D. (1990). Intimacy of friendship, interpersonal competence, and adjustment during preadolescence and adolescence. *Child Development*, 61(4), 1101-1111.
- Buhrmester, D., Furman, W., Wittenberg, M. T., & Reis, H. T. (1988). Five domains of interpersonal competence in peer relationships. *Journal of Personality and Social psychology*, 55(6), 991-1008.
- Burns, D.D., Sayers, S.L., & Moras, K. (1994) Intimate relationships and depression: Is there a causal connection? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1033-1043.
- Carter, L., & Rinsley, D., B. (1977). Vicissitudes of 'empathy' in a borderline adolescent. *International Review of Psycho-Analysis*, 4, 317-326.
- Chen, H., Cohen, P., Johnson, J. G., Kasen, S., Sneed, J. R., & Crawford, T. N. (2004). Adolescent personality disorders and conflict with romantic partners during the transition to adulthood. *Journal*

- of Personality Disorders*, 18(6), 507-525.
- Christenson, R. M., & Wilson, W. P. (1985). Assessing pathology in the separation-individuation process by an inventory: A preliminary report. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(9), 561-565.
- Daley, S. E., Burge, D., & Hammen, C. (2000). Borderline personality disorder symptoms as predictors of 4-year romantic relationship dysfunction in young women: Addressing issues of specificity. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 451-460.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder, CO: Westview Press.
- De Sousa, A., McDonald, S., Rushby, J., Li, S., Dimoska, A., & James, C. (2010a). Understanding deficits in empathy after traumatic brain injury: The role of affective responsivity. *Cortex*, 47(5), 526-535.
- De Sousa, A., McDonald, S., Rushby, J., Li, S., Dimoska, A., & James, C. (2010b). Why don't you feel how I feel? Insight into the absence of empathy after severe traumatic brain injury. *Neuropsychologia*, 48(12), 3585-3595.
- Decety, J. (2010). The neurodevelopment of empathy in humans. *Developmental Neuroscience*, 32, 257-267.
- Decety, J. (2011). Dissecting the neural mechanisms mediating empathy. *Emotion Review*, 3(1), 92-108.
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1129-1146.
- Gunderson, J. G. (1996). Borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *The American Journal of Psychiatry*, 153(1), 752-758.
- Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Guttman, H. A., & Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process*, 39(3), 345-358.
- Harker, L.A., Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 112-124.
- Johnson, J. G., Bornstein, R. F., & Krukonis, A. B. (1992). Defense styles as predictors of personality

- disorder symptomatology. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 408-416.
- Kunkel, A. W. & Burleson, B. R. (1999). Assessing explanations for sex differences in emotional support a test of the different cultures and skill specialization accounts. *Human Communication Research*, 25(3), 307-340.
- Labonte, E., & Paris, J. (1993). Life events in borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 38(10), 638-640.
- Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G. E., Walker, P. A., & Zeitlin, S. B. (1990). The levels of emotional awareness scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 124-134.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133-143.
- Leible, T. L., & Snell, W. E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 393-404.
- Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 240-246.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individualism*. New York, NY: Basic Books.
- Marshall, W. L., Hudson, S. M., & Fernandez, Y. M. (1995). *Cognitive behavior treatment of sexual offenders*. Chichester, UK: Wiley.
- Mattew, M., Jeffery, C. W., Jeffery, B. (2007). *The dialectical behavior therapy skills workbook*. Oakland, CA: New Harbinger Publish.
- Moskowitz, D. S., & Zuroff, D. C. (2004). Flux, pulse, and spin: Dynamic additions to the personality lexicon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 880-893.
- Moskowitz, D. S., & Zuroff, D. C. (2005). Robust predictors of flux, pulse, and spin. *Journal of Research in Personality*, 39, 130-147.
- Nigg, J. T., Lohr, N. E., Westen, D., Gold, L. J., & Silk, K. R. (1992). Malevolent object representations in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 61-67.

- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482-487.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6, 375-375.
- Pfohl, B., Stangl, D., & Zimmerman, M. (1984). The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression. *Journal of Affective Disorders*, 7(3), 309-318.
- Prager, K. J. (1997). *The psychology of intimacy*. New York, NY: Guilford Press.
- Preißler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: Evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4 (182), 1-8.
- Rieffe, C., Ketelaar, L., & Wiefferink, C. H. (2010). Assessing empathy in young children: Construction and validation of an Empathy Questionnaire (EmQue). *Personality and Individual Differences*, 49(5), 362-367.
- Roca, M., Parr, A., Thompson, R., Woolgar, A., Torralva, T., Antoun, N., ... & Duncan, J. (2010). Executive function and fluid intelligence after frontal lobe lesions. *Brain*, 133(1), 234-247.
- Russell, J. J., Moskowitz, D., Zuroff, D. C., Sookman, D., & Paris, J. (2007). Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 578.
- Ryan, K., & Shean, G. (2007). Patterns of interpersonal behaviors and borderline personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 42(2), 193-200.
- Sack, A., Sperling, M. B., Fagen, G., & Foelsch, P. (1996). Attachment style, history, and behavioral contrasts for a borderline and normal sample. *Journal of Personality Disorders*, 10(1), 88-102.
- Segal, H. G., Westen, D., Lohr, N. E., Silk, K. R., & Cohen, R. (1992). Assessing object relations and social cognition in borderline personality disorders from stories told to the picture arrangement subtest of the WAIS-R. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 458-470.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 61-68.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... & Stout, R. L. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, 19(5), 487-504.
- Steil, J. M. I. (1997). *Marital equality: Its relationship to the well-being of husbands and wives*.

- Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- Tam, W. C., Shiah, Y. J., & Chiang, S. K. (2003). Chinese version of the Separation-Individuation Inventory. *Psychological Reports, 93*(1), 291-299.
- Titchener, E. (1909). *Elementary psychology of the thought processes*. New York, NY: Macmillan.
- Trull, T. J. (1995). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 1. Identification and validation. *Psychological Assessment, 7*(1), 33.
- Trull, T. J., Useda, J. D., Conforti, K., & Doan, B.-T. (1997). Borderline personality disorder features in nonclinical young adults: 2. Two-year outcome. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 307-314.
- Waring, E.M., Patton, D. (1984). Marital intimacy and depression. *The British Journal of Psychiatry, 145*, 641-644.
- Williams, S., Connolly, J., Segal, Z. V. (2001). Intimacy in relationships and cognitive vulnerability to depression in adolescent girls. *Cognitive Therapy and Research, 25*(4), 477-496.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 155*(12), 1733-1739.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Parachini, E. A. (2004). A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry, 65*(7), 903-907.

收件日期：102年10月24日

複審一日期：102年12月07日

複審二日期：103年03月17日

通過日期：103年05月12日

## Love You or Hate You – Interpersonal Intimacy Competence in the Patients with Borderline Personality

Ching-Chun Ku

Zai-Ting Yeh

I-Chao Liu

Fu Jen Catholic University

Fu Jen Catholic University

Cardinal Tien Hospital

Borderline personality disorder (BPD), the most common type of personality disorder encountered in clinical practice, manifests in impairment of social interactions and interpersonal relationships. Past insecure attachments may cause interpersonal relationships to break down and negative interpretations to develop, which in turn may lead to more severe conflicts. The aim of the present study is to assess the factors of depression, empathy, and emotional awareness that affect interpersonal intimacy in patients with BPD as compared to controls, and to explore whether different patterns of factors cause the impairments of interpersonal intimacy in patients with BPD. Thirty patients diagnosed with BPD by psychiatrists and thirty healthy subjects in the comparison group participated in the study. Subjects were assessed with the assessment of separation–individual inventory, interpersonal competence questionnaire (ICQ), Beck Depression Inventory (BDI-II), interpersonal reactivity index (IRI), and levels of emotional awareness scale (LEAS). The ICQ includes five subscales: initiation, negative assertion, disclosure, emotional support, and conflict management. The IRI includes four subscales: perspective taking (PT), fantasy (FS), personal distress (PD), and empathic concern (EC). The results showed that scores on empathy, emotional awareness, depression, and interpersonal intimacy were lower in patients than in controls. Regression analysis showed that lower performance in PT may explain the impairment of interpersonal intimacy in patients with BPD. Thus, our results suggest that strengthening the ability of perspective taking may help to improve the interpersonal relationships of patients with BPD.

**Keywords:** borderline personality disorder, emotional awareness scale, empathy, interpersonal competence questionnaire