

I hate you,
don't leave me
understanding the
Borderline Personality

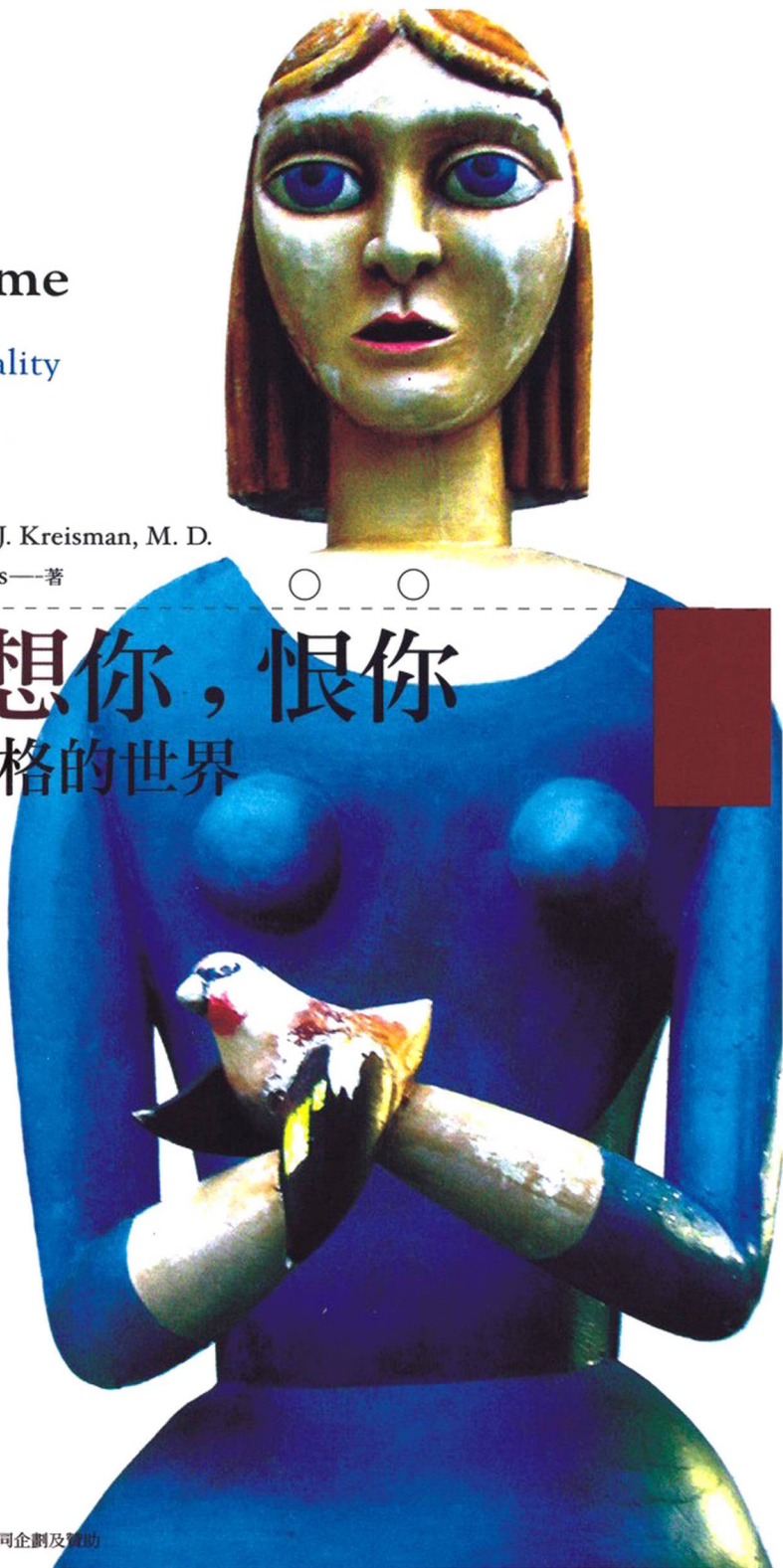
傑洛·柯雷斯曼 Jerold J. Kreisman, M. D.
郝爾·史卓斯 Hal Straus——著

愛你，想你，恨你

走進邊緣人格的世界

我們正處在「邊緣人格」的時代，
害怕孤單，卻又逃避親密，表面
上暴躁易怒，內心卻敏感空虛而
軟弱。四分五裂的自我認同，使
精神和情緒上的痛楚，比肉體的
傷痕更灼烈……

邱約文——譯
王浩威——審閱、導讀
張珣、許文耀——推薦



愛你，想你，恨你 [走 進 邊 緣 人 格 的 世 界]

I hate you, don't leave me — understanding the Borderline Personality

她是你從小認識的朋友，原本對你百般信賴，卻因為一件小事就氣沖沖指控你，全盤否定過去的友誼；過幾天又打電話來，依舊跟你親暱熱絡，好像你們倆之間什麼都沒發生過。

他是你的上司，昨天明明對你大表讚揚，今天只因為一個小失誤就把你貶得一文不值。他有時很拘謹，有時卻跟人夥稱兄道弟。他的情緒喜怒無常，跟他一起工作簡直如履薄冰。

她是你兒子的女朋友，他倆老是吵吵鬧鬧，分分合合，一下子她把你兒子甩了，沒多久，又哭著說她不能沒有他，發誓會永遠愛他。她平時甜美可愛，但心情不好就酗酒，甚至威脅要自殺，讓人擔心不已。

正如在佛洛伊德的年代，歇斯底里症反映了當時壓抑的歐洲文化，在今日，邊緣人格的日漸盛行，也反映出社會的病症，人際關係的穩固基石正在瓦解之中。

邊緣性人格疾患（Borderline Personality Disorder，簡稱邊緣人格）患者的情緒宛若雲霄飛車，常常大起大落，反反覆覆，充滿矛盾；既不能忍受被冷落或拋棄，又無法建立穩定的關係；既缺乏自信而脆弱，又固執且不易溝通；內心缺乏踏實的存在感，不是過度退縮，就是衝動易怒，經常陷入憂鬱、酒癮、藥癮、愛情上癮、暴食厭食、家庭暴力、自我傷害……的漩渦。

《愛你、想你、恨你》是第一本以通俗語言介紹邊緣人格的專書，除了提供治療界的專業人士參考，更為患者、家屬、社會大眾打開一扇理解之窗，減輕相處過程中的挫折與艱辛。



共同推薦

許文耀（政治大學心理系教授）

張珣（台灣大學衛生政策與管理研究所副教授、健康人生聯盟召集人、中華心理衛生協會監事）

愛你，想你，恨你：走進邊緣人格的世界 PAGE ONE

9867574532

00003 081106
130 HUM
PSY
L1550
F E05918C004



9 789867 574534

\$\$19.81



9 789867 574534

作者簡介

傑洛·柯雷斯曼

Jerold J. Kreisman, M. D.

▼精神科醫師，也是邊緣性人格疾患的專家，
《愛你，想你，恨你》一書公認是精神醫學領域相關邊緣人格的經典學術之作。

郝爾·史卓斯

Hal Straus

▼醫療保健作家，作品散見各雜誌專欄。

▼兩人最新合著作品：《Sometimes I Act Crazy: Living with Borderline Personality Disorder》

譯者簡介

邱約文

▼東吳大學經濟學士、英國Exeter大學歐盟經濟碩士，曾任新聞局《英文台北紀事報》採訪編輯、《光華雜誌》英文編輯，現專事翻譯與寫作。



我和我的四個影子

【邊緣性病例的診斷及治療】

作者—平井孝男

譯者—廣梅芳 策劃—顏淑玲 定價—350元

邊緣性病例，是指介於健康、憂鬱症、精神官能症、精神病這四個狀態之間，本書將解開邊緣性病例的謎團，讓我們對憂鬱症、精神官能症、依賴問題、人格障礙等症狀有更深的理解。



我的孩子得了憂鬱症

【給父母、師長的實用指南】

作者—孟迪爾 譯者—陳信昭、林維君 定價—360元

國內第一本專門討論青少年憂鬱症的專書，作者強調憂鬱症像其他疾病一樣，及早診斷、給予恰當的治療，才能確保身心健康。當然，最好的康復之道，必須有家長的充分了解與支持，一起參與治療計畫。



他不知道他病了

【協助精神障礙者接受治療】

作者—哈維亞·阿瑪多 & 安娜麗莎·強那森

譯者—魏嘉瑩 定價—250元

如果你正為有精神障礙的家人該不該接受治療而掙扎，本書是你不可或缺的。作者提供了深刻、同理且實用的原則，足以化解我們在面對生病的人時，產生的挫折與罪惡感。



不要叫我瘋子

【還給精神障礙者人權】

作者—派屈克·柯羅根、羅伯特·明丁

譯者—張葦 定價—320元

本書兩位作者都有過精神障礙的問題，由於他們的寶貴經驗，更提高本書的價值。汙名化不僅只影響精障朋友，而會擴及社會，所以找出消除汙名化的方法應是大眾的責任。

Caring



愛他，也要愛自己

【女人必備的七種愛情智慧】

作者—貝芙莉·英格爾

譯者—楊淑智 定價—320元

本書探討女性與異性交往往時，如何犧牲自己的主體性和自尊，而錯失追求個人成長的機會，作者累積多年從事女性和家庭諮商的經驗，從心理學、社會學和生物學方面探討問題的根源。



以畫療傷

【一位藝術家的憂鬱之旅】

作者—盛正德 定價—300元

…此刻我把繪畫當成一條救贖之道、一段自我的療程，藉著塗抹的過程，畫出真實或想像的心理傷痕，所有壓抑也靠著畫筆渲洩出來，我藉由繪畫來延續隨時會斷裂的生命與靈魂，來找到活下去的理由。…



醫院裡的危機時刻

【醫療與倫理的對話】

作者—李察·詹納

譯者—蔡錦雲、龔卓軍 定價—300元

透過一個個真實深刻的故事，作者細膩生動地描繪了病患、家屬與醫護人員，在面對疾病考驗及醫療決策的倫理難題時，如何藉由不斷的對話與互動，將問題釐清，找出彼此的價值與衝突的

心靈工坊
ZiPs / Garden

Self Help

顛倒的生命，窒息的心願，沈淪的夢想

為在暗夜進出的靈魂，守住窗前最後的一盞燭光
直到晨星在天邊發亮

I hate you,
don't leave me
understanding the
Borderline Personality

傑洛·柯雷斯曼 Jerold J. Kreisman, M. D.
郝爾·史卓斯 Hal Straus—著

愛你，想你，恨你

走進邊緣人格的世界

邱約文—譯
王浩威—審閱、導讀

【總序】

願景

財團法人吾心文教基金會執行長

顏薇玲

在狹隘的社會視覺底下，一些被多數認為是不合常規或舉止特異的人們，似乎在經過了許多努力及掩飾之後仍無法被群體所接納。

而這些人就好像脫了隊的螞蟻一樣，獨自飽受風雨折磨，苦苦尋覓回家的路，卻又擔心不為同伴所接受，跟不上腳步。

仔細想想，自然生態中，如大象的群體生活裡面，大夥兒會相互扶持、扶老攜幼。除了一些特別的狀況外，絕不會拋下同伴棄身離去。

是啊，除了特別的狀況外。在動物世界裡是很單純的，這些狀況不外乎是生老病死或一些突如其來的自然災害。但是在人類的世界裡，狀況卻是一一被劃分好的，劃得連出手相助的餘地都如此渺茫。

精神、心理學界不論怎麼努力，人們總難免以異樣的眼光對待，不論是先進國家又或是貧困的地域.....。

心理、精神病患本身是痛苦的，家屬的內心是痛苦的，在這些目前仍被視為是弱勢族群的現實生活中，我們實在有責任開闢一個可以供他們歇息及安慰的樂土。所以我們出書，除了可以為這些實在值得我們關心的群體提供

一些幫助外，也希望藉此讓社會大眾了解到心理健康醫療保健的重要性。

【序一】

早期頓悟、早期自療

台灣大學衛生政策與管理研究所副教授

健康人生聯盟召集人

中華心理衛生協會監事

張珣

近年來政府大力宣示「自殺防治」的決心，將投入大筆經費，不只要追蹤有自殺企圖或行動者，也要在各地成立自殺防治中心，並鎖定憂鬱防治為具風險的群體。

近年來，只要有人自殺，媒體總不忘加一句「當事人是憂鬱患者」。其實有自殺企圖者何止是憂鬱患者，如此不了解而形成的污名化現象，把其他情緒疾患者或精神官能症患者都明顯忽略掉了，甚至也導致「醫療化」現象。

說實話，會答應為此書撰寫推薦是事先閱讀了作者序而吸引我，誰知正式進入全文時，尤其是前面章節，我卻呈現很大的厭惡感，感覺上似乎一直在重複「邊緣人格」的無力與無助現象；甚至我也會有些憤怒，看到精神醫學專家在不了解疾病之前，卻已經做了這麼多的治療！！怎麼能只因為診斷的不同，可以有多少種治療，以致治療無效，就歸因是「邊緣人格」？！合理嗎？這本書是為了發明一個醫學名詞再度醫療化嗎？但是讀完全文後，深覺彷彿倒吃甘蔗，最後看到曙光。因此建議讀者，當您被書

中提及的症狀所攪和而產生憤怒時，不妨先跳到第六、七章，了解相關的解決方向，或者先跳到第八章，了解做為一位讀者如何處理自己的人際關係，再回到治療部分，繼續往前面看下去。

一個病人可以被診斷出多種病名，甚至是雙重連結式發生，但什麼樣的治療是合適的？是用一個新的病名繼續去標籤他人，產生烙印？還是找到協助病人自助助人的適當的方法？作者告訴我們：了解是為了幫助，而非排斥、貼標籤，也非除罪化。

此書的優點之一是，以「客體關係」為輔，多元介紹治療方法，並提出治療者的困境，以及該如何面對。此外更明確指出大眾媒體一味將有自殺意圖者歸類給「憂鬱症」的不當做法。作者誠實的寫出精神科臨床治療的限制，還有治療學派的分立，導致病人在治療邊緣打轉，同時治療者卻可以以「不合作病人」而不繼續治療，或醫療費用太高而終止治療關係……作者更提醒了臨床同僚自我的侷限性。

反觀目前的台灣，仍舊專注在用藥上，其實是非常大的危機，有時花了大筆經費，只是讓精神科醫師出診，卻無後續治療或追蹤，是非常無效的措施，尤其在家暴處理上更是一大缺失。

希望此書的出版，能讓一般民眾與臨床人員及時覺察，患者要的是書中強調的團體治療、家族治療、表達性治療，同時搭配支持性心理治療與個別治療，絕非開藥就可以了事的，甚至建議家屬攜帶本書去與醫師討論。此外

在醫學教育中，提醒醫師藥物不是萬靈丹，也不是推卸責任的擋箭牌，用藥要小心，診斷不明確前反而會造成新的傷害，必須融合心理治療與社會建構的分析。甚至，衛生署在醫事管理上，更要加強各種治療方法的紮根與實用，符合民眾所需的治療；同時重視心理健康促進的重要，要普及心理健康教育，了解人格形塑歷程，不再惡性循環。

最後提及一點，我與作者觀點不同的是，書中將女性因社會角色增多，以致在罹患邊緣性人格疾患的比例較男性盛行率高。若以女性主義立場來看，實則不然。我覺得原因是，社會重男輕女、男性氣概是建構在欺壓女性上，又多方限制女性發展，才形成女性經常處在兩難的地位。因此在最後治療的建議中，若能加入「女性主義治療」的概念，讓女性找到合腳的鞋子，而非削足適履，讓女性明瞭社會建構下的傷害，才能幫助她們走出陰霾與壓力，真正作自己。定義與權勢都是男性在主導，這份覺察是男性作者撰寫中缺乏的關注。

【序二】

我們正處在邊緣人格的時代

政治大學心理學系教授

許文耀

回憶剛踏入心理治療的領域時，並未有良好的督導系統及豐沛的同儕資源可加以討論與學習。那時，為了能增加自省及自我分析的機會，所選擇的方式之一即是治療一位「邊緣性人格疾患」個案，因為他會激發出你面對個案時不易藏隱的反應，產生了這些反應時，你又會覺得不妥、不安，在此情況下，若你還想治療他，你就會好好地省思及分析為何會有這些反應，循著這條路徑，慢慢地你愈加了解自己的內心深處。有了這層因緣，自己對「邊緣性人格疾患」就有幾分親切，甚至「尊重」，因為一路走來，覺得他帶給我的，比我帶給他的還要多。

閱讀邊緣性人格疾患的心理病理資料中，我深受李納罕（Linehan）的看法之影響，他認為這類患者從小生長在「不被認可的環境」（invalidity environment），尤其是情緒的部分；亦即患者的父母或重要他人否認、不支持他內在情緒，例如當個體要表達時，會遭遇到忽略甚至是懲罰。於是在成長過程當中，患者要「確認」自己成為一件很困難的事。但活著總是要活著，如何抓住任何一件足以確保還有自己的事物，成為患者的習性。可是在「不被認可」

的薰習中，患者又會否定、排斥，因為他不認為自己值得擁有這些事物，以及不確定這些事物會是永存，所以「反反覆覆」成為因應內心矛盾、非黑即白的方式。很多教科書寫道：「邊緣性人格疾患患者的穩定特性就是『不穩定』。」真的是如此。

《愛你，想你，恨你》這本書的目的無非是想介紹給普羅大眾，讓大家了解何謂「邊緣人格」，它如同坊間介紹憂鬱症、焦慮症的書籍之目的一樣，希望藉著大眾對心理疾病的了解與認識，而不致引發太多的排斥與污名，進而提供患者更適切的協助。由於國內缺乏這類人格疾患的普羅書籍，此書的介紹成為其最大價值之所在。

為何此書在這個時代有其重要性？我同意作者的看法——許多精神醫療專業人士深信，我們正處於「邊緣人格的時代」，因為現今的社會從穩定趨向於瓦解，此種解組的社會蘊含著「不被認可的環境」的精神，如同在第四章中論述社會的解組現象：六○年代的「我們的年代」，到七○年代的「我的年代」，至八○年代的「享樂的年代」；六○年代呼籲的是利他取向的「愛、和平與博愛」，七○年代所提倡的是「自我意識」，而八○年代崇尚的是自私自利的「功利主義」。社會已無法提供和解決的功能，個人不能從社會關係中獲得安慰與穩定的力量，因為內心所能依從的標準莫衷一是，不知何者為對、何者為錯，人的行為失去準頭，失去了內在的價值，而找尋不到自我的意義與真諦。這些都符合「不被認可的環境」之看法，因為任何個體活在這樣的環境中，被強烈地、非自

願地灌注不清不楚的是非與對錯之標準，搞得自己該有什麼、不該有什麼，何謂好、何謂不好，孰為是、孰為非，都混淆了。唯一尚稱清晰之處只剩下「外在的反應」，但因為內心如此混亂、空洞，使得這些外在反應亦被解讀為「不恆常」的現象，此現象內化至自我之後，使個體確認了一件事——自我亦不恆常，於是麻煩愈加深重，因為內心起了一個強烈的質問：「那『我』又是誰？」此種懷疑又讓個案急著想抓住外在的某些反應，於是乎，此種心理模組便不斷循環下去。

活在這樣的社會現象下，似乎可以推論每個個體多多少少都有一點「邊緣人格特性」，亦即寂寞、怕遭人遺棄、有害自己的衝動、無法與人親密、人際關係中的風暴等，此種推論並不在強調每個人都有病，而是想說明在當今這個年代，如何「確認自己」成為一項重要的議題，因為不能確認自己，卻要依恃外在的回饋來確立自我的行為模式，當然會造成自我的不恆常。外在客體一定不恆常，唯有依著自我內在的穩定與確認，才能在認定外在客體的過程中保有恆常性。由此可見，自我確認的穩定性何其重要。

面對一位邊緣人格者之所以會有較強烈的反應，乃因他勾起了自身的不穩定自我之一面，這些不穩定隱含著成長過程中不太被認可的情緒及價值。如果任何人想與邊緣人格者相處，我個人的建議是：先做好「確認自己」的工作，否則會被搞得七葷八素。

作者序

過去，醫生總要等到有了症狀才開始治療，很少重視事先的預防。以前幾乎不曾聽過，為了避免罹患心臟病、中風等疾病，必須之前就改變生活方式，像是注意飲食、適量運動、戒菸戒酒等等。除了幾種家常療法外，人們總認為自我治療是次等的選擇，比不上醫生的處方和醫療來得有效。

一般說來，病人會依賴醫療專業人員的治療，但不會期待醫療人員在自己病發前就幫忙預防。病人不會要求醫師詳細說明病情，而醫師也不認為這是他們專業服務的一部份。大眾看待疾病，基本上就像看待賭博輪盤上的號碼一樣——有人很幸運，一直保持健康，也有人生病、受傷了，不得不找醫生治療。

近來，這樣的觀念有了徹底的改變，自我治療與預防醫學成為醫療計畫的重點。醫學研究的發達、消費者意識的抬頭、醫療成本的劇幅攀升等等因素，在在提醒了人們，許多疾病是能夠以適當的方法加以預防的。今天，人們比以往更關心自己的身體，想要了解並掌握自己的健康。

在心理衛生的領域，很明顯也有同樣的趨勢。在臨床人員努力倡導之下，病患們已學習到某些疾病的成因

與治療方式。美國精神醫學學會（the American Psychiatric Association, APA）與其他專業團體，也比以往更積極地推動精神疾病相關的立法，促進大眾對心理疾病的認識。例如全美康復之友協會（the National Alliance for the Mentally Ill, NAMI）等消費者組織，不僅廣發宣導手冊，也成立了諮詢專線，協助患者及其家屬面對各式各樣的精神疾病。

儘管趨勢如此，有關精神疾病的書籍，對一般大眾來說卻多半深奧難懂。執業以來，我曾遇到無數的病患和家屬詢問，是否能推薦他們有關邊緣性人格疾患（Borderline Personality Disorder, BPD，簡稱「邊緣人格」）的讀物——也就是本書的主題。在此之前，並沒有為非專業人士所寫的相關書籍，當時我只能低聲表示抱歉。

大眾因為不了解精神疾病，所以付出了一些代價，其中最嚴重的後果，可能是精神疾病遭到不公平的對待、不斷被社會污名化。很少人會把生理上的疾病，怪罪成患者自己的過錯。對於身體生了病的人，我們習慣上的說法是：他「被某某疾病拖累」、「受某某病痛的折磨」，或是「不幸罹患某某疾病」；被歸咎的，總是不良的衛生條件，或是某種微生物、病原體。

但就精神疾病來說，情況則不然。這個時候，大部份人的認知是：他「是」躁鬱症、精神官能症、精神分裂或邊緣人格，或者說，他「成為」躁鬱症、精神病、精神分裂或邊緣人格。這些語法背後的意涵非常微妙，影響卻很顯著。受精神疾病所苦的患者原本是受害者，反而得承擔大部份的過錯，即使這樣的看法在少數案例上可能有道

理，但多數的例子仍舊不能成立。然而，就是這些偏見加深了大眾對精神疾病的誤解、敵視和不安。舉例來說，有個人的朋友生病住院了，他毫不考慮就跑去探望，但如果朋友住進的是精神科病房，他可能會害怕去探病，甚至為此感到難堪不已。人們可以理解生理疾病複雜的成因，卻無法徹底認識精神疾病的原因或其所導致的行為。從許多方面來說，我們對於精神疾病的了解，趕不上我們對生理疾病的認識，而我們給予精神疾病患者的同理心，更是遠不及對生理疾病患者的了解與同情。這樣的發展令人深感遺憾，但倒也不教人意外：因為遲至十九、二十世紀交接之際，心理學才被正視為一門科學，而直到今天，人類心智複雜的生理基礎，仍是生命科學最大的謎。

由於我們的理解不足，導致整體社會所承受的負擔格外沉重，像是缺乏足夠的公共基金來設置心理衛生設施，對於精神疾病患者的歧視時有所聞，與精神疾病相關的暴力案件層出不窮——對婦女與兒童的家暴、近親間的性侵害、酗酒與嗑藥等等的犯罪行為等等。患有嚴重精神疾病的人數不斷增加，但診療的設施實際上卻逐漸減少。到最後，精神疾病未接受適當治療所衍生的問題，從金錢或道德上來說，都是龐大的社會成本。

由於資訊的延誤，人們對邊緣性人格疾患更是迷思重重，與如今廣為宣傳的正確病因、療法之間，有著很大的落差。根據估計，大約有一千萬名美國人患有邊緣性人格疾患（編註：截至原書出版之際，1989年），但能概略描述這項疾患的民眾卻非常少，原因很多。首先，在精神疾

患的診斷上，邊緣人格是相當新的概念，其次，某些心理衛生專業人士對這項精神疾患的看法非常分歧，而最重要的原因是，這項疾患本身具有矛盾的特質，病況不一且令人難以捉摸。

撇開這些不談，邊緣性人格疾患還牽涉到一些重要的社會議題，像是兒童受虐、品質不佳的托兒服務、家庭的解構、離婚、遷徙、婦女角色轉變等等。除此之外，邊緣人格這個新的觀點，能讓我們重新理解某些令人困惑而又日益普遍的心理疾患，包括暴食症、厭食症、酗酒、毒癮、憂鬱症、自殺等等。

事實上，許多心理衛生專業人士深信，我們正處於「邊緣人格的時代」。就如佛洛伊德所處的年代，歇斯底里型的精神疾患反映了當時壓抑的歐洲文化，而邊緣性人格疾患的患者（本書簡稱「邊緣人格者」）破碎的自我認同，以及難以維持穩定的人際關係，也許在今天所反映的，正是社會的組成單位從穩定趨向瓦解的現象。

本書的目的是要填補邊緣人格相關資訊的缺口，因此我們將讀者設定為一般大眾，而這些讀者所抱持的閱讀動機，只是單純地想多了解這個普遍又惱人的症候群。但提供訊息並不是唯一的目的，我們探討這個症候群所採取的方式，是要試著讓讀者在理解之餘，也能感同身受邊緣人格者的心境和處境。我們相信，當讀者從書中案案例發現某些自己曾經體會過的經驗時，才能真正的認識邊緣性人格疾患。

我們都曾經感覺寂寞、怕遭人遺棄、有傷害自己的衝動，或是感覺無法與人親密、身處人際關係中的風暴等等，但邊緣人格者幾乎時時刻刻生活在這樣的情緒當中，而且感受更為強烈。許多患者的精神與情緒處於極大的痛苦，有如肉體的痛楚般灼烈，甚至更恐怖，他們身陷痛苦卻不明原委，也不知如何處理或尋求幫助。已被診斷出有此症狀或正考慮尋求治療的讀者將會發現，我們在書中盡可能避免使用複雜的精神醫學術語，就是希望能增進患者對自己的認識，也能提供些許慰藉、信心與因應的策略。

此外，書中也提出，當今社會的某些層面如何強化了邊緣人格的特質，並就此建議改善的方向。

雖然本書主要是為一般讀者而寫，對專業人士也有所助益，可作為專業參考，或推薦給渴望了解邊緣性人格疾患的患者和案主。書中有關邊緣人格者的病理現象描述，可作為精神科醫師、臨床心理學家與心理學相關研究學者（尤其是兒童發展的專家）、心理治療師與家族治療師、協助戒酒與戒毒的諮商師、宗教相關人員、飲食疾患治療專家、壓力諮商師，以及其他相關專業人士工作上的參考。附錄包括《精神疾病診斷與統計手冊第四版》對精神疾病的分類、藥物治療、精神分析學說與其他邊緣人格相關理論的演進等，應能滿足專業人士的需求。

我們希望本書所提供的實用方法，能協助邊緣人格者的親友面對這個令人心力交瘁的精神疾患。邊緣性人格疾患被公認是最令人挫折的精神疾病之一，難以因應、難以治療。然而，不論從診斷或實務上來說，是否患有邊緣性

人格疾患，必須依據患者與他人之間的關係來判斷，因此我們相信，人性相互依賴的需要若能引導得當，將是協助邊緣人格者及其近親密友的最佳工具。希望這本書能減輕他們旅程上的艱辛。

{ 目錄 }

IV 【總序】願景 顏薇玲

VI 【序一】早期頓悟、早期自療 張珏

IX 【序二】我們正處在邊緣人格的時代 許文耀

XII 作者序

XXI 導讀 王浩威

1 第一章 邊緣人格者的世界

診斷邊緣人格的準則：●人際關係緊張且不穩定 ●因為衝動而做出有害自己的行為 ●情緒明顯地起伏不定 ●經常出現不當的勃然大怒 ●一再出現自殺的徵兆或舉動，或是自傷 ●缺乏清楚的自我認同與定位 ●長期感覺空虛、無聊 ●不論是實際被拋棄或只是想像，都竭盡努力避免被人拋棄

21 第二章 混亂與空虛

什麼是「人格疾患」？邊緣人格與其他人格疾患有何異同？醫療人員必須能辨別邊緣人格的特徵，才能有效地醫治人數眾多的病患；非專業人員也必須能辨識這些特徵，才能更了解與自己共同生活的親友。

52 第三章 邊緣性人格症候群的根源

之所以罹患邊緣人格，是因為從父母身上繼承到生物性命運

嗎？還是因為父母在養育過程中有所失當？生物化學和腦神經學上的特徵，是邊緣人格的成因，還是結果？為什麼有些人成長過程十分正常，卻還是發展出邊緣人格的症狀？

74 第四章 邊緣人格的社會

離婚率升高、對托兒服務更加倚賴、舉家遷徙的機會增加，在在使得這個社會不再穩定，也無法提供對個人價值的肯定，無怪乎邊緣人格者會產生非黑即白的思維方式、自毀的行為、暴起暴落的情緒、衝動、憤怒，以及受損、扭曲的自我認同，藉以回應文化社會中的緊張與衝突。

102 第五章 了解與療癒

當邊緣人格者開始以成人的眼光看待目前的經驗並回顧過去的記憶時，改變也就開始了。對邊緣人格者來說，改變需要許多細節的調整，而不是全面的重建。這個過程最好能緩慢地進行，初期只作些微的調整，而且一定要先作自我評量，先看清自己目前的處境，並找出必須朝哪個方向進行。

121 第六章 如何與邊緣人格者溝通

「SET」策略是用來與邊緣人格者溝通的方法，步驟包括：給予患者「支持」（support）、發揮「同理心」（empathy），以及點明「事實」（truth）三個部份。不論是患者出現自我傷害的行為，還是要協助患者作重大的決定，或是在其他危急的時

刻，必須同時訴諸這三項步驟與患者溝通，缺一不可。

144 第七章 接受治療

所有的療法都要達成一個共同的目標——使患者更適應這個世界，而這個世界在患者看來也變得更為怡人，不再那麼令人困惑與危機四伏。不論採用任何療法，病患與治療師的關係是最重要的，雙方的互動將成為患者未來建立信任、客體恆常和親密關係的基礎。

183 第八章 面對邊緣人格者

與邊緣人格者互動時，必須試著在一條細窄的界線上保持平衡地行走，一方面要不斷肯定邊緣人格者的個人價值，另一方面也要一再重申對患者必要的期許。回應患者時必須表達對他的支持，但反應不能過度。此外，如果關心變成過度的保護，患者將不再認為該對自己的行為負責。

- 201 【附錄一】《精神疾病診斷與統計手冊第四版》之第一軸向與第二軸向的分類
- 205 【附錄二】邊緣人格概念的發展
- 217 【附錄三】藥物治療
- 223 【附錄四】註釋
- 233 【附錄五】延伸閱讀

導讀

精神科醫師、作家

王浩威

八〇年代，在台灣，邊緣性人格疾患還是十分爭議的。

我還記得當時自己是住院醫師，在科內報告一個被自己診斷為邊緣性人格疾患（簡稱邊緣人格）的一位住院個案。一位十分敬仰的前輩教授忽然十分生氣地說：「什麼邊緣人格？美國人自己創造出來的玩意嘛！就是latent schizophrenia（潛伏期精神分裂），你們年輕人總是愛新的……。」

邊緣性人格疾患的診斷確實是充滿爭議，特別在那一個時代。不贊成的人就像上述提及的那位教授，認為是精神分裂病的前兆，只不過是多一個花俏新名詞罷了。也因為如此，在美國診斷系統DSM的第一和第三版，都沒列入這個診斷。

支持這個診斷的人，卻是可以回溯到1934年海倫·朵依契（Helen Deutsch，心靈工坊《母性精神分析》介紹的四位女性之一）提出的「彷彿」人格（As-If Personality），她描述某種病人像變色龍一樣，誰對他好就不自覺得變成那個人的風格。後來阿道夫·史登（Adolf Stern）在1938

年提出「邊緣性」(borderline) 這個詞，指的是「自戀、心靈洩血、負面治療反應、不當的過度敏感、自卑感、自虐、舔自己的傷口、身體焦慮、投射和現實感障礙」。他用「邊緣性」一詞，指的是在精神疾病精神分類中的兩大區塊，也就是「精神病」(Psychosis) 和「精神官能症」(Neurosis，大陸譯為「神經症」)，這是一群兩邊都放不進的病人，就好像夾在兩大國度中間的「國界」(borderline。這也就是為何日本譯成「境界性」)。

究竟有沒有邊緣性人格疾患？它是不是精神分裂的先兆？

住院醫師的第一年後期，約是1989年，在陳珠璋教授的督導下，台大進行第一次邊緣性人格疾患病患團體心理治療，由第二年住院醫師陳尚義、曾美智和張學崙負責（這時，榮總張凱理醫師也幾乎在同一時間——似乎更早一點——開始同樣病人的團體治療）。

十八、九年過去了。當年參加團體治療的這一群病人，的確有個案發展成典型的精神分裂病，在各醫院輾轉，最後到慢性療養院長期住院去了。但是，也有的個案繼續接受不同的治療，如今維持相當好的生活功能，看不出任何病。我自己熟悉的就有一位，他一直到現在還接受心理治療，但純粹是支持性的需要，完全沒有邊緣人格的相關症狀了。

當年有些個案在日後演變成精神分裂病，應該是經驗不足無法正確診斷邊緣人格的緣故，再加上當時邊緣人格

確實較少，爲了組成一個治療性的團體，不免放寬標準將臨床上所有的「困難處理個案」（the difficult patients）都納進來了。

《愛你，想你，恨你》一書，出版於1989。雖然已經是相當長的一段時間了，還是美國專業人士最推崇的一本，讓一般人了解邊緣人格最佳的選擇。不論是亞馬遜網路書店裡，還是病人及家屬團體的網頁上，到現在都可以看到，仍列這類書的第一名。

在台灣，邊緣人格的診斷愈來愈常見了。以前任何醫院精神科住院或急診一聽到有這樣的病人來了，所有的工作人員立刻聞聲色變。現在，醫院的驚恐還是依舊，卻因爲更多學校可以看到同樣病人，也讓大學或中學的輔導老師開始加入「聞聲色變」的行列了。

在這情況下，《愛你，想你，恨你》這本書能夠翻譯出來確實是好的。只是，距離相當長的時間，有關於邊緣人格的研究也有了許多新的概念。爲了避免不必要的困惑，特別將近二十年的發展，簡單整理成下文。

關於定義和心理治療

直到今天，我們可以說：邊緣性人格疾患是一個複雜而嚴重的心理疾病，主要的特色是情感拿捏和衝動控制的全面性困難，以及在人際關係和自我形象的持續不穩。

1987年《精神疾病診斷與統計手冊第三版》（DSM III）推出，邊緣性人格診斷第一次正式納入這套美國官方系統，當時的定義主要是受到約翰·甘德遜·John

Gunderson) 等人的影響。1994年在第四版 (DSM IV) 中提出的定義，更清楚地認定邊緣人格是「一種全面性的困難，包括情緒、人際關係、自我形象和情感的不穩，也包括明顯的衝動」，這些看法是以臨床治療的經驗提出來的。

整個八〇年代還沒有談得上成功的治療，不論精神分析取向或精神動力取向的治療和認知行為治療等，甚至住院治療，都只是有助危機處理但沒有具體目標，以致還造成傷害。這些情形在精神醫學界或心理衛生界裡，也是逐漸才自我覺察到。

到了九〇年代，邊緣人格者社會能力的不足開始受到治療界的重視，實證證據成爲判斷治療效果的基礎。團體治療和家族治療獲得初步的成功；奧托·肯伯格 (Otto Kernberg) 等人以移情爲焦點的動力治療 (transference-focused dynamic psychotherapy) 也逐漸呈現完整的治療模式和清楚的治療效果；以患者自傷行爲爲目標的辯證行爲療法 (dialectical behavior therapy, 由傳統認知行爲治療演化而來)，在李納罕 (Marsha Linehan) 極有魅力和不懈的倡導下，有著相當大的進步。到了世紀之交，以英國自我心理學的繼承者 Peter Fonagy 的理論爲基礎，以 Anthony Bateman 爲主要的實踐者，所共同提出的，以心智化爲基礎的治療 (mentalization-based treatment)。所謂「心智化」，簡而言之，就是人們的同理心與自省能力；這樣能力的發展，是來自依附 (attachment) 的過程。這些治療模式的建立，再加上其他各方的努力，包括：Ryle 的認知分析法 (cognitive

analytic therapy），Russell Meares 以寇哈特（Kohut）和溫尼考特（Winnicott）理論為基礎的人際動力療法（也包括Hobson和Guthrie等人的努力），約翰·甘德遜在McLean醫院首先以依附理論為基礎的治療方向，Glen O. Gabbard在梅寧哲診所的發展，Munroe-Blum和Marziali的人際團體治療（interpersonal group psychotherapy），還有治療性社區（therapeutic communities）的積極運用。

這些治療的成功，不僅將邊緣人格從霧裡看花的朦朧狀態，逐漸賦以清楚的形貌，同時也將相關的病因和預後都更清楚的釐清了。

關於診斷

邊緣人格的複雜，往往是臨床人員最感棘手的。一位資深的臨床工作人員看到個案時，他的直覺往往可以很準確地說：「這個案一看就知道是邊緣人格。」可是，這判斷僅止於直覺，要這位專業人員進一步解釋為何會有這種感覺，他經常是不容易說清楚的。

這情況是可以理解的。按照目前DSM IV的診斷標準，九項標準中只要五項符合即可，那麼就可能出現151種排列組合（甚至有人提出應該可組合成256種）。任何兩位邊緣人格者，很可能只有一項標準是共同符合的。這類情況所造成的差異性，確實是研究及治療的最大阻礙。

在流行病學研究上，目前常用的診斷問卷工具有SCID-II等四種，各有所長。但必須強調的是，這些工具往往是研究用的，特別是流行病學上的運用，臨床工作者反而

是甚少接觸，甚至避而遠之。對臨床工作而言，每一個個案原本就都是彼此不同的，不必刻意用問卷來「削足適履」。

根據，Swartz等人對流行病學研究的整理（大多是以北美為研究對象），邊緣人格的流行率為0.2%到1.8%，也就是每一百人約有一人是屬於這診斷。另外的公認可信度最高的流行病學研究是Torgersen等人在挪威奧斯陸進行的，他們的結果是0.7%，相去不遠。以上這些研究是以一般人口為對象的。然而，如果以精神科病人為對象，調查結果就提高很多：在門診病人中佔8-11%，住院病人14-20%，司法單位病人則高達60-80%。同樣的，如果以年紀為考量，青少年的流行率也高出許多。

至於在台灣，就筆者所知，目前為止還沒有較為可信的調查數字。

關於共病現象

邊緣性人格疾患診斷困難的另一原因，就是共病現象（co-morbidity）。在精神醫學診斷上，有些病患可能同時有兩種或更多的診斷，這就是共病現象。這情形在邊緣人格尤其特別突顯。

邊緣性人格疾患患者的共病現象，也就是同時罹患其他的精神疾病，曾被提及的有：61%有重鬱病，29%有恐慌症、13%有藥物濫用（Skodol et al, 2002）。情感性疾病是最常被提到的，包括各種程度不一的憂鬱症或雙相情感障礙症（即躁鬱症）。

另外常被提及的共病現象，還包括自殺自傷行爲、厭食及暴食、注意力不足等等，也包括DSM IV同屬B群的人格疾患：自戀、戲劇或反社會等。

發展及預後

約翰·甘德遜是最早提出B群人格疾患概念的，雖然當時他並沒有「B群」這個字眼。他在七〇年代即提出有幾種人格疾患應該是連續體關係，包括反社會、邊緣、自戀、戲劇等四型。這連續體的前後順序是有意義的，包括嚴重度的由重到輕、改善過程的變化，也包含隨年齡而呈現的發展。

他這一個觀念，成爲DSM診斷系統第二軸有關人格疾患的基礎。他提出的這群有相關性的人格疾患，成爲DSM人格疾患的B群。DSM中其他的人格疾患還包括與精神分裂病較相關的A群，還有以焦慮爲主的C群。

對邊緣性人格疾患患者的追蹤調查，也證明：年紀的增加、適當的治療、社會功能的完整和家庭或其他社會支持的充足，是個案改善與否的重要原因。

兒童或青少年階段被診斷有邊緣人格，在三、五年後，只剩一半仍有此診斷。如果調查到成年以後，痊癒率更高。有一個研究甚至追蹤二十七年（Paris & Zweig-Frank, 2001），發現到中年後只有8%仍未痊癒。

這些研究是樂觀的，「邊緣人格不容易治療」的污名，其實是過去治療還不發達的錯誤觀念。

關於發病原因

2000年挪威學者Torgersen等人發表邊緣性雙胞胎研究的結果，同卵雙胞胎的同病比例明顯高於異卵雙胞胎。這證明邊緣人格在某一程度上不只是因為家庭環境的影響（不論同卵或異卵，只要是雙胞胎就在同一環境長大），也有明顯的基因因素。只是，到目前為止，沒有單一基因或某些基因的某種模式可以解釋這病。

神經傳導的研究裡，血清素過低與衝動行為的關聯，已經是確定的事。Cloninger這位著名的人格生理學家則進一步提出，高度尋求刺激和低度迴避傷害也和血清素過低有關。

在大腦結構上，最常被提出的是額葉及前額葉的結構。其他的部份，包括顳葉在內等等，特別是和情緒有關的，也有許多討論。因為大腦影像學愈來愈發達，邊緣性人格疾患治療的改善程度甚至可佐以利用影像上的變化作為旁證。2004年我在紐約參加美國精神醫學會年會，Glen O. Gabbard在演講時，就是以大腦的影像的改變來討論近年來心理治療愈來愈能治療邊緣人格的依據。

以上這些都是生理方面的研究。誠如，2000年Silk在一篇回顧邊緣人格的生物因素時所提醒的：神經傳導素和許多樣態基因等生物學發現，固然可以增加我們對人格疾患複雜程度的了解，然而，環境所產生的影響作用，永遠是無法低估的。

環境的因素，或者，社會心理的因素，對邊緣人格的影響，是長期以來就被討論的。

最早就有學者提出邊緣人格中相當高的比例（有研究認為高達80%）有失親的經驗，包括離婚、慢性重病、死亡等。童年過早的長期分離（一至三個月以上），也是有研究提到的。另外，家族疾病史中，較高的情緒疾症和酒藥濫用罹患率是常見的研究結果。此外，在教養上，不正常的態度也是原因之一，包括衝突的、疏離的，或過度保護的關係。

創傷及凌虐是另一個重要議題。包括邊緣人格在內的各種人格疾患，幾乎都有這樣的發現。然而，身體虐待，特別是性虐待在邊緣人格中，顯然比其他人格疾患還更有相關性。雖然不是所有的邊緣人格都源自受虐童年，然而，虐待所造成的創傷確定是造成邊緣人格重要原因之一，只是如何去解釋其中的關係，則有各種不同的見解。

因為上述的心理社會因素，John Bowlby（1967）提出的依戀理論（attachment theory）成為臨床人員最常參考的理論依據。譬如甘德遜（1984）就認為邊緣人格核心病理是對獨處的無能承受。他們不像一般人可在獨處時擁有「自我撫慰的內射」（soothing introject），是因為早年依戀的失敗。這些臨床的假設，果真也在實證研究上獲得證實。

關於藥物治療

在Anthony Bateman和Peter Fonagy合著的用藥原則裡，他們開宗明義地提出這樣的原則：「藥物治療是心理治療的協助，用來增加心理治療效果、改善症狀、穩定情緒、和增加病人心理治療的出席率。然而開藥必須考慮可能涉

及其中的移情和反移情現象，因此需要整合到整體治療計畫裡。」

至於相關藥物，包括抗精神病藥物、抗憂鬱藥物、抗焦慮藥物和情緒穩定劑，請參考本書【附錄三】。

邊緣人格從人人色變的慘烈狀態，到現在終於可以有充足的認識和治療上初步的掌握，確實是一路走來相當辛苦不易。2005年我參加奧托·肯伯格主持的邊緣性人格疾患治療工作坊時，一位年輕的精神科住院醫師十分不屑地舉手發問：「爲什麼二十幾年，肯伯格的團隊才有兩篇治療研究的論文？」肯伯格不失大師之風，娓娓道來這多年他參與其中的歷史過程：「從完全看不出樣貌，了解精神病理學，到量表的發展，到應用在治療上作爲實證研究的工具，二十多年其實是很幸運也很短的時間。」

至少，邊緣人格的治療，今天我們已經看到相當的成果了。再過十年，說不定像憂鬱症或其他精神疾病一樣，就能有一套相當清楚容易的治療方式了。

【第一章】

邊緣人格者的世界

「看見的東西、聽見的聲音都像是假的，沒有一樣是真實的。這就是我要的——一個人形單影隻地在另一個世界裡，一個真假不分、逃避現實的世界。」

——摘自尤金·奧尼爾的《長夜漫漫路迢迢》
(*A Long Day's Journey Into Night*, Eugene O'Neill)

努力爭取父親認同的珍妮佛

懷特醫生原先以為事情很單純，他想珍妮佛的胃不舒服，可能是胃炎引起，所以他開了中和胃酸的藥。但儘管吃了藥，例行檢驗也顯示一切正常，珍妮佛的胃痛卻愈來愈嚴重，因此懷特醫生讓她住院觀察。

詳細的檢查仍舊看不出生理上有什麼毛病，懷特醫生問珍妮佛的工作和家務是否壓力很大。她馬上承認，因為身為大企業人事部門的經理，工作壓力非常大，但她也說：「許多人都有工作壓力。」最近還要幫丈夫處理律師事務所繁忙的業務，以及日常的家務事、照顧小孩…但她不認為和胃痛有關。

懷特醫生建議珍妮佛照會精神科醫師，剛開始她有一點排拒，直到胃痛變本加厲後，才勉為其難地去看精神科的葛瑞醫師。

幾天之後她和葛瑞醫師見面了。珍妮佛是非常有魅力的金髮女子，二十八歲的她看起來比實際年輕。她躺在醫院的病床上，原本沒什麼人味的病房被佈置成充滿個人風格的小窩。可愛的布娃娃就躺在床頭，櫃上擺著丈夫和兒子的照片，旁邊也有另一隻布偶。窗台上，慰問的卡片已經整齊地排成了一排，邊上還擺了一盆花。

剛開始，珍妮佛表現得非常正常，正經地回答了葛瑞醫師所有的問題。然後她開玩笑說是工作「逼得她得來看心理醫生」。她說著說著，愈說愈悲傷，聲調也不再那麼命令式的，反而像個小孩子一樣。

珍妮佛向醫師解釋，最近工作上的晉升反而帶來更多壓力，她對自己的表現不太有自信。五歲的兒子也開始上學了，母子兩人都很難適應這樣的分離。她又提到與丈夫艾倫之間的衝突愈來愈頻繁，自己情緒起伏不定，睡也睡不好，逐漸變得沒有胃口，體重也下降了。她的注意力、精力和性慾都衰退了。

在葛瑞醫師的建議下，珍妮佛先試著服用抗憂鬱劑，胃痛的問題因此得到改善，睡眠似乎也恢復正常。幾天後，她已準備好出院，也答應會繼續接受門診治療。

接下來的幾個星期，珍妮佛透露了比較多成長過程的事。她生長在一個小鎮，父親是知名的商人，母親是社會名流。由於父親是當地教會的長老，對珍妮佛和兩個哥哥要求很高，總是不斷告誡他們，全社區的人都會嚴格地檢視他們的一舉一動。對父親來說，珍妮佛的成績、舉止甚至想法，都不夠好。她很怕父親，不斷想要獲得父親的肯

定，不過總是無法如願，而母親始終是冷淡疏離的。父母還會對她的朋友品頭論足，不認可她結交的朋友，因此她的朋友不多，約會的對象就更少了。

珍妮佛描述當時的情緒就好像搭雲霄飛車一樣，大起大落，上大學時更加嚴重。她開始喝酒，有時還會過量。她會突如其來地感到寂寞和絕望，之後又會因快樂和愛情而情緒亢奮。有時會對朋友突然大發雷霆——在她還小的時候，倒還能勉強壓抑住這樣的憤怒。

差不多就在這段時期，她開始在意異性朋友如何看待她，但事實上她又極力想避免他們的注意。雖然成為他人渴望的對象讓她樂在其中，但是真正與人交往後，她會故意製造衝突，破壞兩人的關係，某種程度上，她覺得自己在愚弄、欺騙男人。

穿著成人盔甲的小孩

艾倫是在即將完成法學學業時認識珍妮佛，之後展開了強烈的追求，即使當珍妮佛想結束這段關係時，他怎樣也不肯分手。艾倫喜歡指示她該穿什麼衣服、該怎麼走路、該怎麼說話、該吃什麼，又堅持珍妮佛得陪他去健身房運動。

珍妮佛表示：「艾倫讓我的身份有了定位。」他建議她該如何與其他的律師互動，什麼時候該強勢，什麼時候又該故作謙遜。她發展出各式各樣的角色，可以隨劇情的需要輪番上台表演。

在艾倫的堅持下，珍妮佛大學一年級還沒讀完便和他

結婚了。她休了學開始工作，起初是當接待人員，雇主一眼識出她的聰慧，便一路提拔她擔任更重要的職位。

然而在家中，事情卻開始變了樣。艾倫對事業和健身的興趣佔去他大半的時間，這與珍妮佛的期望正好相違。為了讓他在家的時間久一點，有時她會鬧情緒；有時則故意挑釁，逼得艾倫一氣之下出手打她，之後她卻又主動求歡。

珍妮佛的朋友不多，她藐視女人，認為女人既長舌又無趣。結婚兩年之後，兒子出生了，珍妮佛希望史考特的誕生能帶給她一向缺乏的慰藉，她覺得兒子會永遠愛她，永遠在她身邊。但她無法承受養育的重擔，不久之後，便決定重回職場。

儘管她在工作上有所成就，也廣受讚揚，但她仍然缺乏安全感，覺得自己是「裝出來的」。不久，她跟一名幾乎大她四十歲的同事發生性關係。

她告訴葛瑞醫師：「大部份的時候我感覺都還好，但有時會被自己的另外一面所控制。我是個好母親，但我的另一面卻讓我變成了娼妓，使我做出瘋狂的行為。」

珍妮佛總是不斷嘲諷自己，尤其獨自一人的時候，她覺得被遺棄，歸咎於自己的毫無價值。除非她找到某種宣洩情緒的管道，否則整個人就好像被焦慮的情緒吞噬掉似的。有時候她會縱容自己暴飲暴食，有一回甚至一口氣吃掉一整碗做餅乾用的麵糊。她還會花很長的時間盯著兒子和丈夫的照片，試著要「讓他們活在自己的腦海裡」。

在治療期間，珍妮佛的外型變化多端。直接從公司去

就診時，她身著套裝，散發成熟世故的氣質；如果是休假時前去就診，她則綁著辮子，穿著熱褲和過膝的長襪，而在晤談中，她的行為和語調變得像小孩子一般，運用的字彙也很有限。

有時候她就當著葛瑞醫師面前，顯現出一百八十度的轉變。她可能表現得很聰明、很有洞察力，樂意與醫師配合，也想更進一步認識自己；轉眼間又變成一個小孩，一副撒嬌、可人的模樣，並表示自己沒有能力應付成人的世界。她可以很迷人、很討人喜歡，也可以充滿敵意與操控慾；她可以在一次晤談中氣沖沖地離開，發誓再也不來回診，而下一次面談時又變得膽怯懦弱，深怕葛瑞醫師拒絕再見到她。

珍妮佛感覺自己像是穿著成人盔甲的小孩，有人向她表達敬意時，她感到困惑不解，害怕別人隨時會看穿她的偽裝，揭發她就是那個沒穿衣服的國王。她需要被愛、被保護，並不願一切追尋親密關係，但當有人太靠近時，她又逃開了。

難以捉摸的邊緣人格

珍妮佛患有「邊緣性人格疾患」，而患有這項精神疾病的不只她一人。根據最近的研究估計，患有邊緣性人格疾患的美國人，可能在一千萬名以上。〔註1〕〔註2〕求助於精神醫療的所有病患中，有15%~25%診斷出具有邊緣人格，這也是最常見的人格疾患，患者人數遠遠超過其他。

〔註3〕

雖然邊緣性人格疾患很常見，卻仍然不為大眾所知。隨便在路上問一個人，請他解釋什麼是焦慮、憂鬱或酗酒，他也許無法很專業地、精確地描述這些症狀，但多半能說出個大概。不過若要他解釋什麼是邊緣性人格疾患，他可能會一臉茫然。十幾年來邊緣人格一直藏身潛伏著，像是精神疾患中的「落後國家」——形象很模糊、人數卻很驚人，好像具有某種威脅性似的。

邊緣性人格疾患一直鮮為人知，部份原因是由於其診斷標準是不久前才確立的。曾有一段很長的時間，「邊緣人格」被當成一種概括性的類別，泛指那些無法依既定標準歸類的精神疾患。被描述為「邊緣人格」的患者，病徵似乎比精神官能症的患者還嚴重（精神官能症患者是因為情緒衝突而產生嚴重的焦慮），但又比精神病患來的輕微（精神病患與現實脫離，無法正常地生活）。

邊緣人格與其他的精神疾患似乎會同時出現，和其他疾患的差異也僅在一線之隔，像是歇斯底里症、躁鬱症、精神分裂、慮病症（hypochondriasis）、多重人格、反社會人格、酗酒、飲食性疾患、恐懼症與強迫症等。

至於這個症候群是否獨立存在，以往的精神醫學家似乎無法達成共識，更無法決定哪些症狀是診斷上的必要條件。甚至到了現今，研究也證實，大約90%的邊緣人格者經診斷後發現，他們同時還患有至少另一種精神疾患。〔註4〕

從許多方面來說，精神醫學中的邊緣人格就好比一般醫學中的病毒，也是不精確的用語，泛指所有不明確但又具有致命威脅的疾患，而這種疾患既不好治又難以定義，

醫師也無法對病患提出適當的解釋。

雖然「邊緣人格」這個詞彙在1930年代首創，但判斷邊緣人格的條件，要到1970年代才有清楚的定義。由於愈來愈多的求診者因生活受到某種獨特的困擾而尋求治療，邊緣人格的衡量指標因此逐漸成形。1980年，邊緣性人格疾患正式被美國精神醫學學會納入精神醫學專業人員的「聖經」當中——《精神疾病診斷與統計手冊第三版》（*The Diagnostic and Statistical Manual, DSM-III*），第三版的修訂版（*DSM-III-R*）於1987年出版，其中診斷標準更加精良。（譯註：第四版於1994年出版，修訂版〔*DSM-IV: Text Revision*〕於2000年出版）。雖然精神醫學的各個學派仍對邊緣人格的確切特質、原因與療法爭論不休，但這項疾患已被公認為一項重大的心理健康問題。

人口學上的邊界

我們日常生活中遇到的人，哪些患有邊緣性人格疾患呢？

她叫卡蘿，是你從小學就認識的朋友。因為一件小事，她指控你從背後捅了她一刀，又說她其實不會把你當作真正的朋友。幾個星期之後，卡蘿打來電話，一副與你意氣相投的樣子，親膩得不得了，好像你們倆之間什麼都沒發生過。

他是鮑伯，你的上司。一天，鮑伯大力讚揚你完成的例行工作，隔天，卻因為你的一個小小失誤而斥責你一頓。有的時候他很拘謹，給人有種距離感，但有些時候他

會突然毫無顧忌，好像跟大家成了「一夥的」。

她是亞蘭娜，你兒子的女朋友。有個禮拜，她一副模範生的乖乖模樣，而下一個禮拜，她卻化身為龐客族。一天晚上，她把你兒子甩了，不過幾小時的光景，又回頭對你兒子發誓，說她會永遠愛他。

他是彼特，你的鄰居。他無法接受自己婚姻破裂，先是否認妻子分明是出軌的事實，馬上又說妻子會外遇全是他的錯。彼特絕望地抓著他的家庭不放，一下子自憐自艾，充滿罪惡感，一下子又氣極敗壞攻訐妻子和小孩，說他們對他的責難是多麼的「不公平」。

具有以上行為的人看來自相矛盾，不要太驚訝——行事前後不一正是邊緣人格者的特徵，患者無法忍受矛盾的事物，但他們本身就是矛盾的人。精神醫學專家之所以很難用一套制式的標準來界定這項疾患，正是因為邊緣人格者的行為舉止模稜兩可。

如果上述的個案聽起來似曾相識，用不著訝異，很可能你的配偶、親戚、好友或同事中就有邊緣人格者。也許你對邊緣性人格疾患有些了解，又或許你在自己身上也可以辨識出邊緣人格的特質。

雖然精神醫學專家很難拿出確切的數據，但大多認同邊緣人格者的人數愈來愈多，而且快速增加。不過也有些人認為，這是由於治療師對這項精神疾病的關注提高了，並不代表邊緣人格者的人數較以往多。

邊緣性人格疾患真的是一種現代的疾患嗎？或者「邊緣人格」只是新的診斷用語？無論如何，邊緣性人格疾

患提供了新的觀點，可以解析許多相關症狀背後的心理架構。很多研究都認為邊緣人格與厭食症、暴食症、毒癮及青少年自殺有關，而這些症狀在過去幾十年來不斷激增，令人不得不有所警覺。有些研究發現，在所有飲食性疾患的患者中，大約50%為邊緣人格的案例。^{〔註5〕} 其他的研究則指出，在酗酒與毒癮的案例中，超過50%也符合邊緣人格的定義。^{〔註6〕} ^{〔註7〕}

自我傷害（self-destructive）的傾向或自殺的舉動，在邊緣人格者中相當常見，這些現象正是邊緣人格的診斷標準之一。邊緣人格者中自殺死亡者佔8%~10%，而青少年邊緣人格者自殺死亡的比例更高。有過自殺記錄、家庭生活混亂，以及缺乏支援的邊緣人格者，自殺的可能性又更高。邊緣人格者中患有憂鬱症、躁鬱症、酒癮或毒癮的人，其自殺的機率更是倍增。^{〔註8〕}

情緒血友病

《精神疾病診斷與統計手冊第三版》編列出邊緣性人格疾患的八項診斷標準（編註：此書於1989年出版，作者摘引的診斷標準參照《精神疾病診斷與統計手冊第三版》之內容），患者必須符合其中五項才能確定患有邊緣性人格疾患。^{〔註9〕}乍看之下，這些標準之間似乎毫無關聯，或者僅有少許相關，但在深入探究之後便可發現，這些特徵其實互相糾葛、互相影響，以至於一個症狀引發另一個症狀的出現，就像內燃機裡的活塞互相牽引一般。

以下是這些診斷標準的重點概述（第二章將針對每一

項作較詳盡的描述)：

1. 人際關係緊張且不穩定；
2. 衝動之下可能做出有害自己的行為，例如嗑藥、酗酒、濫交、偷竊、飆車、暴飲暴食等；
3. 情緒明顯地起伏不定；
4. 經常出現不當的勃然大怒；
5. 一再出現自殺的徵兆或舉動，或是自傷；
6. 缺乏清楚的自我認同與定位；
7. 長期感覺空虛無聊；
8. 不論是實際被拋棄或只是想像，都竭盡努力避免被人拋棄。

這些臨床診斷的敘述背後，是邊緣人格者及其親友切身經歷的痛苦。邊緣人格者的生活，大部份像乘坐著情緒的雲霄飛車，忽上忽下，又沒有明顯的目的地。對於那些與邊緣人格者一同生活、愛他們或治療他們的人來說，這段旅程同樣令人絕望、充滿挫折。

珍妮佛和其他幾百萬名邊緣人格者一樣，會失控地對著最愛的人大發脾氣，他們感到空虛無助，自我認同消失無形。

患者的情緒變化非常快速且強烈，心情從喜悅的高峰一下跌到憂鬱的谷底，這個鐘頭怒氣沖沖，下個鐘頭又趨於平靜，患者通常也不了解自己為什麼會被激怒到這樣的程度。由於無法理解發作的原因，導致事後更加憂鬱、更加厭惡自己。

邊緣人格者像是罹患情緒的血友病。血友病患者缺乏血小板來止血，而邊緣人格者缺乏機制來調節突如其來的情緒，一旦激動起來，情緒的宣洩好比血流如注，使得患者奄奄一息。

邊緣人格者從不會持續感到滿足，他們被內心長期的空虛所吞噬，不得不採取行動以求解脫。當患者困於低落的情緒中，容易產生各式各樣的衝動，做出有害自己的行為——吸毒、酗酒、暴飲暴食、厭食、暴食後又催吐、無法克制地豪賭、瘋狂採購、濫交或自傷。他可能試圖自殺，但通常不是爲了尋死，而是爲了「有所感受」，以確定自己是活著的。

「我厭惡我的感受，」一位邊緣人格者坦承：「每當想到自殺，這個念頭便充滿了吸引力，讓我躍躍欲試。有時候我甚至認爲除了自殺之外，其他的事都與我無關，很難不想要傷害自己。好像只要傷了自己，我的恐懼和痛苦就會消失。」

不斷尋找自己的定位

缺乏自我認同感，是邊緣人格的症狀核心。邊緣人格者在描述自己時，通常會描出一個困惑或矛盾的自我形象；而精神病患則不同，他們對自己是誰有比較清楚的想法。爲了要克服自己是毫不起眼且通常負面的形象，邊緣人格者會像演員一般，不停地想爲自己找到「好的角色」，也就是性格完整的「人物」，用來填補自我認同中的空白。所以他們就像是變色龍一般，隨著環境、當

時的情況、周遭的人物而改變，很像伍迪·艾倫（Woody Allen）的電影《變色龍》（Zelig）的主角澤利（Leonard Zelig），活靈活現地模仿身旁人物的個性、身份和外型，就像是自己擁有的一樣。

不論是經由性愛、吸毒或其他方式達到的狂喜經驗，其誘惑力常讓邊緣人格者無從抵抗。在狂喜忘我的狀態下，患者可以回歸到一個原始的世界，在那裡，自我與外在合而為一，就好像再度回到嬰兒時期一般。當極度寂寞與空虛時，邊緣人格患者會沉迷於毒品、酒精與瘋狂的性愛行爲（可能與一個或多個性伴侶）等等，有時一連持續好幾天。這就好像他們對自我認同的追尋已到了一個臨界點，無法再承受更多的掙扎，此時唯一的解脫，若不是將自我認同一古腦地完全拋開，就是藉由疼痛或麻痺的感覺來勾勒出自我的形象。

邊緣人格者的家族成員通常有酗酒、憂鬱或情緒不穩等特質。由於患者父母的漠不關心、排拒或缺席，或是患者長期受虐、情緒表達被剝奪，他們的童年有如遭人離棄的戰場，滿目瘡痍，一片孤寂。一項研究結果指出，患者是否曾經歷過言語和身體上的虐待或性侵害，或是否曾長期與父母分離，或曾受到原初養育者（primary caregiver）的忽略，都是辨別患者患有邊緣人格還是其他精神疾患的重要因素。〔註10〕根據其他研究結果發現，邊緣人格患者中曾遭受精神虐待、身體虐待或性侵害的人，佔全數邊緣人格者的20%~75%不等。〔註10〕〔註11〕

患者早年人際關係上的不穩定，也延伸到青少年與成

人時期，此時的戀情通常極為激烈，也很短暫。邊緣人格者會瘋狂地追求異性，但隔天又將對方掃地出門。維持較久的戀情（通常不是以年，而是以週或月來衡量）則經常充滿風暴、憤怒、意外與刺激。

截然劃分的黑白世界

邊緣人格者的世界跟小孩子眼中的世界一樣，裡面的人物不是英雄就是惡棍。患者在情緒上也跟小孩子一樣，無法忍受別人前後不一、模稜兩可；看待別人時，無法將對方的優缺點統合起來，建立一貫的、有條理的觀點。對方要不是「好人」，那就一定是「壞人」，沒有中間的灰色地帶。邊緣人格者很難理解，甚至無法理解人性上的陰影和色差。情人或夥伴，母親或父親，朋友手足或心理治療師，都可能會被邊緣人格者過度理想化，隔天又被嗤之以鼻。

被理想化的對象終於讓邊緣人格者失望後（就像我們遲早都會令人失望），患者就得重新架構他在直線思考下所形成的概念：若不是將偶像打入地牢，就是自我放逐，以便保留對方完美的形象。

這種思維行徑稱為「分裂」（splitting），是邊緣人格者基本的防衛機制。分裂在技術上來說，是將（對人和對己的）正負兩面的想法和感覺一刀切割開來，換句話說，邊緣人格者無法將正面和負面的感受融合在一起。正常人的感受是矛盾的，可以同時感到兩種互相衝突的情緒；邊緣人格者的情緒則是反反覆覆，當處在一種情緒之中，就

完全無法感受到另一種情緒。

分裂為邊緣人格者的焦慮提供了出路。當患者與一位我們姑且稱之為喬的密友或親人相處時，在不同的時間，患者會將喬當不同的人來對待。某天，患者毫不保留地仰慕「好人喬」，覺得他完美得不得了，沒有任何缺點——喬的缺點被淨化了，缺點完全歸屬於「壞人喬」；改天，患者又完全鄙視「壞人喬」，對喬的缺點大發雷霆，絲毫不覺得有罪惡感——這個時候，喬完全沒有優點，之所以成為別人生氣的對象，完全是喬罪有應得。

邊緣人格者的情緒與想像有如洪水一般，不斷湧出，而分裂的機制就像抵擋洪水的水壩，為的是不讓患者被潰堤的情緒淹沒。當患者試圖統合矛盾的情緒和想像時，會產生無比的焦慮，而分裂的邏輯，就是想避免這樣的焦慮。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，以至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。

人際關係風暴不斷

雖然邊緣人格者總認為自己會被人傷害，但諷刺的是，他們又拚命追求新的戀情，對他們來說，孤獨不論多麼短暫，都比被苛待還要難以忍受。為了逃避寂寞，邊緣人格者會躲到單身酒吧，或投入剛邂逅的對象懷裡，或是任何地方都好，就是希望能遇見某個人，拯救他們脫離思緒的折磨，如同茱蒂斯·露絲娜（Judith Rossner）的小說《春閨怨》（*Looking for Mr. Goodbar*，曾改編成電影「慾海

花」)裡的人物泰瑞莎一樣。

邊緣人格者已經為生命中的理想伴侶設想好一個典型，一心想找到這個人，因此很容易被與邊緣人格互補的其他人格疾患患者所吸引，也容易吸引到這樣的對象。例如，珍妮佛的丈夫具有控制慾與自戀人格（narcissistic personality），他輕易地打造出一個希望珍妮佛扮演的角色，給了她一個身份定位，儘管這個身份的內涵是順從與虐待。

然而，對邊緣人格者來說，感情的關係通常瓦解得很快。要與邊緣人格者維持親密關係，必須先了解邊緣人格的症狀，並且願意忍受一段有如走鋼索般的漫長旅程。太過親密會讓邊緣人格者產生快要窒息的脅迫感，但保持距離或是不聞不問，不論時間多短，又會喚起他們小時候被人拋棄的感受。不管是哪種情況，邊緣人格者的反應都會非常激烈。

邊緣人格者在與人互動的歷程中，只帶了一張草擬的地圖，很難判斷人與人心靈之間恰當的距離，尤其是與最親密的人。為了彌補這樣的缺陷，邊緣人格者總是反反覆覆，從完全依賴到怒沖沖地要控制對方，或從滿懷感恩到毫無理性地憎恨對方。患者恐懼被人遺棄，所以依附著他人；恐懼受感情束縛，所以將人一古腦地推開。他們渴望親密，同時又害怕親密，最後，將那些自己最想建立情誼的對象拒於千里之外。

邊緣人格者雖然在處理私人生活上有極大的障礙，但工作時大多都有效率，特別是當工作架構完整、定義明

確，並且能獲得全力支援。許多邊緣人格者長期的工作表現都非常優異，但忽然間，可能由於結構的改變，或因私人生活發生激烈的變化，或僅是因為覺得工作乏味，他們會突然離職，或是因怠忽職守丟了差事，而開始尋找下一個工作機會。

工作是邊緣人格者在混亂的社會關係之外的一個庇護所，當他們處在高度結構化的工作場域中時，表現最佳。他們極想得到權力與控制，但卻無法從個人的人際關係中獲得，所以具有助人性質的職業，如醫學、護理、神職、諮商工作等，都會吸引許多邊緣人格者投入。邊緣人格者在這些工作上提供的他人照護，正是他們自己在生活中渴望得到的。

此外，邊緣人格者通常非常聰明，很有藝術天份；很容易產生強烈的情感，很有創意，也能很成功。

但在高度競爭或結構不明確的工作中，或是上司非常挑剔的時候，往往會引發邊緣人格者心中無法抑制的強烈憤怒，對於他人的回絕也特別敏感。這樣的怒氣會影響整個工作環境，甚至會毀掉他們的事業。

女性或是青少年容易得的疾患？

根據估計顯示，接受門診治療的邊緣人格者中，女性與男性的人數比為二比一，若是以住院患者來計算，比例可能高達四比一。為什麼女性似乎比男性更容易患有邊緣人格？有些研究者認為，某些先天遺傳性因子會使得女性的感情（情緒）比較容易違常，而這些因子也正是女性比

較容易患邊緣人格的原因。既然有些醫師認為邊緣人格與情緒疾患密切的關連，而情緒疾患的女性患者又比男性常見，因此較常在女性中發現邊緣性人格疾患。〔註12〕

另一個理論則是，母體與嬰兒「分離一個體化」（separation-individuation）的過程，對女孩而言比較難調適，因此在往後的生活，產生較多與自我認同有關的問題。〔註13〕許多理論家則指出了社會因素對女性的影響，特別是女性的角色在過去幾十年間起了很大的變化（參見第四章）。〔註14〕

雖然統計數字一目了然，但仍有許多質疑，例如主動尋求心理治療的女性比例比男性高，也因此被診斷出有邊緣人格的機會也比較多。〔註14〕其他的評論也提到，邊緣人格的臨床診斷上存在著性別的偏見：心理治療師認為，男性會有自我認同的困擾是很「正常」的，這種偏見可能使得許多男性邊緣人格者尚未被診斷出來。〔註15〕

其他的研究人員則相信，符合邊緣人格特徵的男性與女性人數相當，但是女性傾向憂鬱、企圖自殺，或尋求精神治療，而男性則激烈地對抗外在的環境。女性患者無法調整情緒的結果，導致對自己採取暴力手段；同樣的問題發生在男性患者身上，則演變成反社會、侵略性的行為。最後，男性邊緣人格者被判定為反社會，交由司法系統處置，可能再也沒有機會得到正確的診斷。

衝動、騷亂的人際關係、自我定位不清、情緒浮動，這種種邊緣人格的症狀，也是青少年發展時期要面臨的重大問題。青少年與邊緣人格者都在追求自我認同的建立，

因此，青少年和年輕人中，診斷出邊緣人格的機率較其他年齡層高。〔註16〕

早期針對年長者邊緣性人格疾患的調查結果，似乎顯示年長者很少出現邊緣人格的症狀。有些研究人員假設，年紀較長的邊緣人格者長期下來已逐漸穩定，或者說，苦惱的程度不再嚴重到需要尋求心理治療的幫助。

然而近來有較多的研究發現，年長者邊緣人格的案例愈來愈多，「邊緣人格會隨年紀增長而日漸消失」的假說受到了挑戰。但從另一個角度來看，之所以會有這項新發現，可能是我們比過去更關注老年人口，而以往的學術研究則常忽略了老年族群。〔註16〕〔註17〕〔註18〕

老年人必須要能接受身體和心智活動力衰退的事實，而這段時期的心理調適對步入老年的邊緣人格者來說，充滿了危機。因為患者的自我定位本來就很脆弱，必須調整自我預期與自我形象時，將使邊緣人格的症狀惡化。年邁的邊緣人格者可能會否認自己身心機能衰退，力不從心時反而會怪罪他人，妄想的症狀愈來愈嚴重。又有些時候，他可能誇大了自己身心機能的障礙，變得更加依賴。

相關的其他議題

至今統計的結果顯示，美國社會各文化與經濟階層中，患有邊緣人格的人數比例幾乎一致。然而就貧窮對於嬰兒與幼童時期的影響來推論，貧窮人口中邊緣人格的比例可能比較高，例如，低收入戶承受的壓力較大，或是缺乏對心理健康、幼童、孕婦與胎兒完善的照護（可能導致

腦部輕微傷害或營養不良) 等等。也許低收入者少有機會接受醫療，或是對接受精神醫療的意願不大，診斷出具有邊緣人格的比例可能因此被低估。

邊緣人格是新的現象嗎？還是用來標示某一類互有相關的行為和感受的新名詞？精神醫學界對這個問題存有相當大的爭議。大部份的精神科醫師相信，邊緣人格症狀的出現由來已久；邊緣人格比以往更為顯著，這是從臨床醫療人員的認知來說的，並非以患者的立場來看。許多精神科醫師認為，十九、二十世紀交接之際，佛洛伊德最引人注意的「精神官能症」(neurosis) 的病例中，若將某些案例拿到今天來診斷，無疑地會被歸為邊緣性人格疾患。〔註 19〕

若能接受以上的看法，邊緣性人格疾患就成了有趣的觀察角度，便於我們理解某些複雜的人物，不論是過去或是現在，真實的或故事中的角色。反過來說，某些知名的人物和角色也可以作為例子，藉以說明不同層面的邊緣人格症狀。依循著這個邏輯，邊緣人格這個名詞也許可適用在許多人物身上，例如瑪麗蓮夢露、作家費茲·傑羅的妻子潔兒達 (Zelda Fitzgerald)、湯瑪斯·沃爾夫 (Thomas Wolfe, 1900~1938)、勞倫斯 (Thomas Edward Lawrence)、希特勒與格達費。文化評論家則在文學作品與電影中觀察到某些邊緣人格的角色：《慾望街車》中的白蘭琪、《誰怕吳爾芙》(Who's Afraid of Virginia Woolf?, 曾改編成電影「靈慾春宵」) 的瑪莎、電影「酒店」(Cabaret) 中的莎莉、「計程車司機」(The Taxi Driver) 中

的崔維斯、「螢光幕後」(Network)的郝伍德、比才歌劇中的卡門，以及《春閨怨》的泰瑞莎。

事實上，我們每個人或多或少都與邊緣人格者有著同樣的掙扎，像是分離的危機感、被人拒絕的恐懼、自我認同的混淆、空虛與無聊的情緒。有多少人從未談過充滿激情的戀愛？或是從未大發脾氣？或是對忘我狂喜的境界不會感到心動？又有多少人從不害怕孤獨？情緒從未劇烈起伏？還是從沒做過任何傷害自己的行為？

至少，邊緣性人格疾患提醒我們，「正常」和「病態」之間，可能僅有一線之隔。我們是否或多或少都表現出一些邊緣人格的症狀？答案大概是肯定的。但是，並非所有的人都會受制於這個症候群，任由它擾亂或主導自己的生活。邊緣性人格疾患包含了極端的情緒、思考和行為，展現出人類特質最壞和最好的層面，也反映了我們所處的二十世紀，社會最壞和最好的層面。當我們深入、廣泛地探索邊緣人格的成因、特質與影響，也許會面對人類最醜陋的天性和最極致的潛能。爲了有所進展，我們必須經歷這些艱難的旅程。

【第二章】

混亂與空虛

「他們是如此善變，原本愛一個人，毫無保留；瞬間翻臉怨恨，也毫無來由。」

——湯馬斯·希德漢（Thomas Sydenham），十七世紀英國醫師，這裡描寫的歇斯底里症（hystericks），相當於今日的邊緣性人格疾患。

長達二十多年的模糊病史

「我有時想，自己是不是被惡魔附身了？」在大醫院精神科擔任社工人員的凱莉說：「我搞不懂自己，只知道邊緣人格使我排斥所有的人，我非常寂寞。」

凱莉於1983年診斷出邊緣性人格疾患，在此之前，她曾接受各式各樣的治療，服藥、住院，前後共達二十二年。她的病歷就像是一本磨損的護照，上面蓋的章，記錄了所有她曾「遊走過的」精神醫學領域。

「我進進出出醫院好多年，但從沒半個醫療人員能了解我，知道我所經歷的是什麼。」

凱莉的父母在她還是嬰兒時就離婚了，九歲以前一直由酗酒的母親撫養，之後進入寄宿學校住了四年。

二十一歲時，她因為心情沮喪到不得不求醫，被診斷患有憂鬱症而接受治療。幾年之後，她的情緒開始大起大

落，被診斷為雙相情感障礙症（bipolar disorder，又稱為躁鬱症〔manic-depression〕），並開始接受治療。這段期間，她一再服藥過量，還割了手腕好幾次。

「我割腕，又吞食過量鎮定劑、抗憂鬱劑，或是任何我正在服用的藥，」她回想著說：「那簡直變成了一種生活方式。」

二十五歲左右，她開始有了幻聽，並有嚴重的被害妄想。這時她第一次住進醫院，所得到的診斷是精神分裂症（schizophrenic）。

之後，凱莉因為胸口劇烈疼痛，多次住在心臟專科病房，診斷結果還是與焦慮有關。她曾有過幾次暴食和厭食，每次為期幾週，當時的體重變化可高達將近三十公斤。

三十二歲時，她被任職同一家醫院的醫師強暴。不久之後，她回到學校唸書，並與一位女教授發生性關係。四十二歲之前，她病歷中滿滿的診斷，幾乎包括所有可以想到的疾病：精神分裂症、憂鬱症、雙相情感障礙症、慮病症、焦慮症、厭食症、性功能障礙，以及創傷後壓力疾患（在經歷了強暴事件後）。

儘管受這些心理與生理問題干擾，凱莉在工作上仍表現得相當優異。雖然時常換工作，但也完成了社工系的博士學位，還在一所小型的女子學院教過一陣子的書。

不過，她在人際關係上卻有嚴重的問題。「我與男人僅有的幾次交往過程中，都遭到性虐待。有些男人想跟我結婚，但我很大的心理障礙，沒辦法忍受肉體的接觸和

日漸親密的關係，那會讓我想要逃跑。我訂過幾次婚，最後都必須解除婚約。我不能想像自己成為某個人的妻子，那很不切實際。」

至於朋友，凱莉說：「我非常自我中心，會直接將自己的想法、感受，知道或不知道的全都說出來，我很難對其他人有興趣。」

經過二十多年的治療，凱莉的症狀終於被診斷為邊緣性人格疾患。她行為功能上的障礙，起因於根深蒂固的人格特質，是屬於人格或「特質」的疾患，與先前診斷為某種臨床患疾（state disorder）較無關連。

「身為邊緣人格者，最難忍受的就是空虛、寂寞，以及強烈起伏的情緒。」她指出：「行為極端到自己都很困惑，有時候我不曉得自己的感受到到底是什麼，不知自己到底是誰。」

當醫療人員終於比較了解凱莉的病情之後，開始採取一貫的治療。藥物對急性症狀很有幫助，也可以使自我意識不再中斷、渙散，同時凱莉也承認藥物治療仍有侷限。

在精神科與其他科醫師的協助下，凱莉了解到自己身體的不適與焦慮有關，因此不再進行不必要的醫療檢驗、藥物治療和手術。她也開始接受長期的心理治療，針對的是她依賴的習性，同時試圖穩定她的自我認同與人際關係，而不再是無止盡的急診治療。

四十六歲的凱莉必須認清，以往那一整套行為模式不足為取。「我不能再以割腕、吞藥或住院的方式來逃避問題，我發誓要活在現實中面對問題。但我得說，現實世界

是個恐怖的地方，我不確定自己是不是能做到，或者說，我不確定自己是不是真的『想』這麼做。」

邊緣人格是人格疾患的一種

凱莉經歷了精神醫學和生理醫學上的各種症狀與診斷，這段混亂的旅程中所夾雜的困惑與失望，也正是每位患者與專業人員共同的經驗。也許有人會說，凱莉的故事是極端的特例，但不可否認，此時正有數以千計的人有著與凱莉類似的困擾，受憂鬱或毒癮之苦，或面臨人際與親密關係的問題。如果能早一點正確診斷出凱莉的疾患，也許她就不會那麼痛苦與寂寞。

邊緣人格者因複雜的症狀纏身，生活受到嚴重干擾，但直到最近，精神科醫師才開始了解這項疾患，得以有效治療。什麼是「人格疾患」？邊緣人格的範疇以何為界？邊緣人格與其他疾患有何異同？邊緣人格的症狀在精神醫學的整體架構中如何定位？這些問題對精神醫學的專業人員來說都很難回答，特別是這個疾患是如此捉摸不定、自相矛盾，在精神醫學理論上的發展又非常奇特。

邊緣人格這種人格疾患與其他疾患的不同之處在於，邊緣人格者具有一組根深蒂固的人格特質。這些長期形成的特質僵固而不具彈性，導致患者採取不當的思考、行為與應對模式。

邊緣人格是《精神疾病診斷與統計手冊第四版》（DSM-IV）所列的人格疾患之一。依照該手冊第四版中的專業用語，人格疾患被歸類於第二軸向（Axis II）之下

（詳細的分類，參見【附錄一】。譯註：《精神疾病診斷與統計手冊》所設計的診斷準則是一套多軸向的評估系統，每一位精神疾病患者都應從五個層面來進行診斷。這五個軸向分別是臨床疾患〔可能為臨床關注焦點的其他狀況〕、人格疾患與智能不足、一般性醫學狀況、心理社會〔psychosocial〕及環境的問題，以及功能的整體評估。）

相反的，第一軸向之臨床疾患通常不像人格疾患這般持久。例如憂鬱症、精神分裂症、厭食症、酗酒或毒癮等臨床症狀，通常發病的時間有限，也僅限於病發期才會出現。症狀可能突然出現，但當病患回歸「正常」之後，症狀就解除了。這類疾患通常與生理機能的失調有直接的關係，基本上藥物治療有一定的效果。

人格疾患的症狀就是一種人格特質，比較持久，要改變也比較緩慢。一般來說，藥物對這類疾病的療效較小，主要的治療方式是心理治療，但其他的療法（包括藥物）也可能減輕某些急性症狀，像是嚴重的情緒不安或憂鬱等等（參見第七章）。邊緣人格或其他人格疾患通常是屬於第二階段的診斷；初步診斷出明顯具有某種精神狀態疾患之患者，在分析其行為模式背後的人格特質後，可能得出人格疾患的次級診斷。

相較於其他種類的疾患：由於邊緣人格的症狀常具有其他病症的外貌，也常常結合其他疾病，所以臨床醫療人員在評估患者病況時，經常忽略要把邊緣人格納入重要的考量。結果就像凱莉的例子一樣，邊緣人格者常不斷被轉診，經由無數的醫院和醫師診治，一生中被貼上各式各樣

的診斷標籤。

邊緣人格與其他疾患並存的方式：第一，當邊緣人格與臨床疾患（第一軸向）同時存在時，邊緣人格的症狀可能被遮蔽，例如，可能被比較明顯、比較嚴重的憂鬱症狀所掩蓋。當患者接受抗憂鬱藥物的治療後，邊緣人格的特質也許就會出現，這時才會被視為根本的病因，才能判斷有進一步治療的必要。

第二，邊緣人格的發生可能與某一項精神疾患有密切的關聯，甚至是促成這一項疾患的原因。舉例來說，物質濫用（substance abuse，譯註：吸毒、酗酒等）或飲食性疾患的患者通常具有衝動、自毀的傾向與行為、人際關係的障礙、自我形象低落，以及喜怒無常的表現，但這些症狀反映的可能是邊緣性人格疾患，而非第一階段的診斷所認定的、屬於第一軸向的臨床疾患。當然也有可能是長期酗酒導致性格改變，進而發展成邊緣人格；但比較可能的狀況是，患者先發展出人格疾患，之後才導致酗酒。

這個先有雞還是先有蛋的問題也許永遠不會有答案，但患者之所以發展出邊緣人格相關的疾患，可能代表患者心理脆弱，無法承受壓力。某些人由於基因和生物體質的因素，罹患心臟病、癌症、腸胃不適等生理疾病的機率特別高；同樣的，可能也有很多人具有某些體質上的因素，容易罹患精神疾病，尤其是易患邊緣人格的人受到壓力時，發病的機會就更大了。因此，當壓力來時，某位邊緣人格者可能開始吸毒，某位可能發展出飲食性疾患，而另一位則可能形成嚴重的憂鬱。

第三，邊緣人格者的症狀可能與另一種疾患的症狀完全一樣，因此被誤診為精神分裂症、慮病症，或是雙相情感障礙症等病症。

相較於精神分裂症：精神分裂症患者通常比邊緣人格者的病況更嚴重，也不能控制自己或與他人應對。這兩類患者都可能會出現精神病的激動狀態，但邊緣人格者的發病通常較不持久，對患者的長期影響也不那麼全面，而精神分裂症患者會愈來愈習慣自己的幻覺和妄想，且不認為這些症狀是一種困擾。這兩類病患都可能採取自毀和自傷的行為，不過，邊緣人格者通常在生活應對上很正常，但精神分裂症患者與人互動的能力卻嚴重受損。

相較於情緒疾患（雙相情感障礙症與憂鬱症）：鬱症或躁症（mania）的患者在病發時，行為能力受到極大的影響，但在情緒轉變之間，行為大致正常，也可有效地以藥物治療。然而邊緣人格患者就算情緒並無起伏，仍很難像平常人一般地運作（至少在心理的運作上並不正常）。當邊緣人格者有自傷的舉動、威脅要自殺、過度激動或情緒大起大落時，其症狀與雙相情感障礙症（躁鬱症）極為相似，但邊緣人格者的情緒變化比較短暫，也比較難以預測。

邊緣人格與慮病症：邊緣人格者可能會強調自己生理上的疾病，向醫護人員和親友誇張地抱怨身體不適，作為繼續依賴他人的藉口。醫療人員可能單純地認為患者所患的是慮病症，完全忽略根本的問題。

邊緣人格與多重人格疾患：有些精神醫學家認為，多

重人格疾患（multiple personality disorder）屬於臨床疾患，是一種特殊的邊緣人格。〔註1〕〔註2〕〔註3〕邊緣人格與多重人格疾患有相同的症狀，那就是衝動、暴怒、紛亂的人際關係、情緒明顯起伏、自殘的傾向。分裂是這兩種疾患患者首要的防衛機制。多項研究顯示，多重人格疾患患者中具有邊緣人格的情形非常普遍，根據其中一項報告統計，比例甚至高達82%。〔註4〕〔註5〕

邊緣人格與創傷後壓力疾患：創傷後壓力疾患（post-traumatic stress disorder, PTSD）由許多症狀複合而成，是經歷嚴重創痛之後所引發的疾患，例如天災或戰亂，其特徵包括強烈的恐懼、反覆感受到事發當時的情緒、惡夢連連、易怒、誇張的驚嚇反應等等。一項研究發現，被診斷為創傷後壓力症候群的患者中，有一半也具有邊緣人格的病徵。〔註6〕

邊緣人格與相關的人格疾患：邊緣人格的許多特徵與其他人格疾患的特徵重疊。舉例來說，依賴性人格疾患（dependent personality）與邊緣性人格疾患的患者，都有依賴、逃避孤獨、人際關係緊張等特質，不過，依賴性人格疾患患者並沒有自毀的衝動、暴怒、情緒起伏等這類邊緣人格的症狀；同樣的，分裂病性人格疾患（schizotypal personality）患者的人際關係也不佳，難以信任他人，但卻不像邊緣人格者那般以自我為中心，自我傷害的衝動也比較少；許多時候，患者出現的症狀符合兩種或兩種以上的人格疾患診斷，例如，患者表現出來的人格特質，可能足以被診斷為同時患有邊緣性人格疾患和強迫性人格疾患

(obsessive-compulsive personality disorder)。

人格疾患通常反映患者誇張的、情緒化或古怪的特質，依照《精神疾病診斷與統計手冊第四冊》的分類，邊緣人格就是人格疾患的一種。其他的人格疾患還包括了自戀性、反社會、戲劇性 (histrionic) 人格疾患等等，也常被拿來與邊緣人格作比較。

邊緣人格與自戀性人格疾患的患者，對他人的批評都非常敏感；患者若遭受失敗或被拒絕，會出現嚴重的憂鬱。兩者都會利用他人，要求別人持續給予關注。但自戀情結的患者通常有較強的行為能力，會膨脹自己的重要性、輕視他人，不會表現同理心。相反的，邊緣人格者的自尊心低落，非常需要他人肯定，常不顧一切地依附他人，對他人的反應通常也比較敏感。

反社會人格疾患患者與邊緣人格者一樣，行為衝動，難以承受挫折，控制慾很強。然而前者缺乏罪惡感或良知，態度比較疏離，也不會故意做出傷害自己的行為。

戲劇性人格疾患患者與邊緣人格者同樣都希望博取他人的注意，有控制慾、情緒起伏不定。然而，戲劇性人格疾患患者的自我認同與人際關係通常比較穩定，言行態度矯揉造作，情緒的反應過於誇張，最關心自己外貌的吸引力。

邊緣人格與物質濫用：邊緣人格經常與物質濫用連在一起。有研究發現，因物質濫用而住院治療的患者當中，有3%~56%診斷出具有邊緣性人格疾患。〔註7〕〔註8〕酒精與毒品的濫用，象徵了自我懲罰、憤怒、衝動的行為，反

映出對刺激的渴望，也可當作是對付寂寞的一種工具。染上酒癮或毒癮的患者，可能因為缺乏社會關係的關照，而依賴酒精、毒品慰藉；或是以酗酒和吸食毒品這種較為人熟悉、較舒服的方式，來安定甚至是「矯治」自己起伏的情緒；或許他們是藉由酗酒和嗑藥，來建立某種歸屬感或自我認同。這些酗酒與嗑藥的理由，也是邊緣人格的部份特徵。

具有厭食症狀的邊緣人格者，還是具有邊緣人格的厭食症患者？神經性厭食症（anorexia nervosa）與暴食症（bulimia）在美國已成了主要的健康問題，尤其常見於年輕女性。^{〔註9〕}造成飲食性疾患的原因，是由於患者極端憎惡自己的身體，且完全不贊同自己的角色定位。厭食症患者對自己的看法非常兩極——自己要不是肥碩（患者總是這麼覺得），就是清瘦（是患者自認為永遠無法達到的狀態）。患者總覺得自己處於失控的狀態，因此斷然採取挨餓的方式，或是暴食之後催吐，以造成一切都在自己掌握之中的錯覺。這與邊緣人格的行為模式非常雷同，許多心理衛生專業人士推斷，兩者之間必定有所關聯。有些研究發現，近50%飲食性疾患的患者具有邊緣性人格疾患，^{〔註10〕}但很多專家認為，實際的比例應該更高。

邊緣人格與強迫性的行為模式：某些強迫或自毀性的行為，反映了邊緣人格的模式。例如，一名患有強迫症的賭客，就算缺乏賭本也會不斷下注。可能這個世界讓他感到乏味、麻木、坐立難安，因此想尋找刺激的快感，或者，賭博代表的是自我懲罰的一種衝動。

順手牽羊的人偷來的常常是自己不需要的東西。暴食症患者中有50%也出現偷竊癖（kleptomania）、吸毒或性濫交（promiscuity）症狀。〔註11〕當這些強迫行為不由自主地產生時，可能顯示患者需要有所感覺，需要將痛苦加諸在自己身上。

性濫交行為通常表示患者需要他人持續的情愛與關注，如此才能保有正面的自我評價。邊緣人格者大都不能維持正面的自我評價，需要旁人不斷肯定。缺乏自尊心的女性邊緣人格者，可能認為外貌的吸引力是她唯一的資產，必須經由頻繁的性愛關係，才能肯定自己的價值；她藉由這樣的關係來避免孤獨的痛苦，雖然性關係虛偽不實，但完全在掌控之中。當她感受自己被人渴望的同時，好像也充實了她的自我認同感。而自我懲罰成為引發精神疾患的驅動力時，患者的人際關係可能充斥著凌辱和被虐待的模式。

患者人際關係上的阻礙，可能導致儀式性的思考和行為，出現執迷（obsessions）和強迫的特質。當邊緣人格者藉由迷信來應付恐懼時，可能會演變成特殊的恐懼症；或是發展出性濫交的模式，藉此產生與他人親密的感覺。

邊緣人格與青少年的自殺行為：自殺或威脅要自殺，是邊緣人格患者的特徵之一。過去幾十年來，美國青少年中的自殺比例不只成長了一倍，而現在也成為十五到二十四歲族群的第二大死亡原因。〔註12〕〔註13〕大部份出現自殺行為的青少年，之前都患有精神疾患，通常是情緒疾患或物質濫用。〔註14〕有關青少年自殺的研究有限，但邊緣人

格被認為是促使疏離的青少年自尋短見的主要原因。

邊緣人格與崇拜團體的吸引：由於邊緣人格者渴望有人指引，並被人接納，可能被組織、紀律嚴密的團體領袖所吸引。崇拜團體（cult）對患者具有很大的誘惑力，因為這類組織提供患者現成的、無條件的接納，以及立即的親密感，而團體中父權式的領導者，會立刻被患者當成偶像崇拜。邊緣人格者很容易接受這類團體中非黑即白的觀點，在這樣的觀點中，所謂的「邪惡」被比擬為團體之外的世界，而「良善」則存在於這個崇拜團體之內。

邊緣性人格疾患的臨床定義

目前邊緣性人格在病理上的正式定義，採用的是《精神疾病診斷與統計手冊第四版》中所記載的診斷標準。〔註15〕這份由約翰·甘德遜（John Gunderson）等人所發展出來的診斷方針，強調的是可加以描述的顯著行為模式。〔註16〕相對而言，歐托·肯伯格（Otto Kernberg）對邊緣性人格疾患的定義（參見【附錄二】）就比較廣泛，著重的是邊緣人格的成因，以及心理內在的運作。

下列的診斷標準經採用後證實，在80%以上的案例中，可以有效區別出邊緣性人格疾患與其他病症的不同。〔註17〕求診者的症狀若符合五項或五項以上時，即可診斷為具有邊緣性人格疾患。

執著於追尋完美的伴侶

標準一：人際關係緊張且不穩定，對人的態度極端而又反覆無常（對某

人的觀感從過份理想化轉變成鄙視，或是從過度依賴轉變為逃避或自我孤立），並明顯表現出操控他人的企圖。

邊緣人格者的人際關係之所以不穩定，與本身無法承受別離而又害怕親密息息相關。典型的患者是依賴的、黏人的、理想化的，直到愛人、伴侶或朋友開始拒絕或阻撓他們的需求，患者的反彈又成爲另一種極端，像是貶抑對方、抗拒親密關係，並一味逃避。患者一方面期望與他人緊密結合、被人照顧，但在另一方面，又害怕進入親密關係，而在這兩種心態之間衝突不斷。

對邊緣人格者而言，處在親密的關係裡，意味著必須抹煞獨立的人格，喪失自主性，就好像自己消失不見了。他們渴望與人親密，以消弭空虛無聊的情緒，但又恐懼親密，認爲自信與獨立將被剝奪，於是在渴望和恐懼之間來回擺盪。

當邊緣人格者談戀愛時，這些內心的感受便戲劇化地轉換成激烈的、多變的、有控制慾的交往模式。他們常提出不實際的無理要求，在旁人眼中，他們是被寵壞的人物。他們會以某些手段操控他人，包括抱怨身體不適，或演變成慮病症，或表現出無助與虛弱的模樣，或是挑釁、自虐等。以自殺要脅或作勢自傷也是常用的手段，意在引起注意，期望獲得拯救（參見標準五）。患者也可能以引誘作爲操控的手法，目標甚至是原本就知道不適合或不能成爲伴侶的對象，例如治療師或神職人員等等。

雖然邊緣人格者非常敏感，但對人卻缺乏真正的同理心。患者如果不是在平常相見的場合碰到老師、同事、治

療師等等的熟人時，就可能不知所措，因為他們很難想像對方擁有另外的生活。例如治療師，他們無法理解對方的生活中有些層面是與他們無關的，對此，患者的反應可能極端到心生嫉妒的程度，治療師的其他患者也會變成他們嫉妒的對象。

邊緣性人格者缺乏「客體恆常」(object constancy)的概念，也就是說，患者無法理解每個人雖然都是複雜的個體，依然可以用一貫的態度來對待。邊緣人格者與他人相處時，是根據最近一次接觸的經驗來決定應對的態度，而不像一般人際交往，交情會隨著時間累積，奠基在更寬廣的基礎上，而每次都以一貫的態度應對。由於邊緣人格者每一回對待同一個人時，總是把對方當成剛結識的人，因此對對方的觀感常常變來變去。

邊緣人格者總是專注於局部，無法看到事件的全貌；不能從過去的錯誤經驗中學習，也無法觀察到自己的行為模式，因此一再重蹈對自己有害的感情模式。譬如，典型的女性患者會回到施虐的前夫身邊，再次受虐；男性患者則和不合適的對象交往，而這些女性又具有相似的特質，於是施虐與受虐的關係一再重演。

邊緣人格者不斷地追尋，想要找到一個完美的保護人，能對自己全心付出、寸步不離。但找到的伴侶通常與自己有互補的病徵，兩人均察覺不到雙方將對彼此造成傷害。以蜜雪兒與馬克為例，她渴望從男人身上找到保護與慰藉，而他正好展現出充滿雄性的自信，雖然馬克的自信底下深藏著強烈的不安全感，但在外表上，卻完美地符

合蜜雪兒的需求。一方面，蜜雪兒需要馬克扮演保護她的白馬王子，另一方面，馬克也需要蜜雪兒持續軟弱無助，依賴他的施予。不久，兩人都辜負對方的期待，無法扮演好互相指定的角色。馬克出於自戀的情結，不能忍受挑戰與失敗所造成的創傷，爲了掩飾自己的挫折感，便開始酗酒，並對蜜雪兒施暴。蜜雪兒禁錮在馬克的控制之下，又驚又怒，當她看出馬克真實懦弱的一面時，卻也不免惶恐。種種的不滿，衍生出更多的挑釁與衝突。

邊緣人格者厭惡自己，也懷疑別人關懷自己的誠意。

二十一歲的大學生山姆在接受治療時強調：「我需要有個約會對象。」山姆其實很有魅力，但在人際關係上有嚴重的問題，他總是追求那些不該成爲伴侶的女性，這一點很符合典型的邊緣性人格特質。當對方接納他的求愛時，他又立刻鄙棄對方，認爲對方不再是值得追求的對象。

由於這些特質，使得邊緣人格者與人交往時，很難達到真正的親密。就像凱莉自己所描述的：「有些男人想跟我結婚，但我很大的心理障礙，沒辦法忍受肉體的接觸和日漸親密的關係。」邊緣人格者似乎無法培養充分的自信，因此不能以健康的方式倚靠他人，而是以極端的方式來依賴。爲了達到圓滿的自我認同，他們總是渴望與另一個人結合，就像與對方成爲靈魂的連體嬰，在這樣極端的依賴關係裡，分享的真實意義蕩然無存。

衝動型人格特質

標準二：因為衝動而做出有害自己的行爲，例如濫用藥物、性濫交、賭

博、偷竊、金錢揮霍無度、飲食過度、厭食或貪食等。

邊緣人格者的行為可能無意識地相互矛盾，因為他們的行為通常導因於短暫而強烈的感受，也就是根據獨立而互不連結的瞬間經驗所做的反應。當下這一刻是獨立存在的，與過去的經驗無關，與未來的展望也無關。對患者來說，沒有所謂的歷史模式、一貫性或可預測性這類的概念，因此他們會一再地重蹈覆轍。

諷刺的是，邊緣人格者的心理狀態——「活在當下」，是六〇年代的人所要追求，卻又無法時時刻刻保持的精神境界。但邊緣人格者無法離開「當下」這個狀態，甚至不能短暫地從中抽離，作一番自我的回顧與展望。現實，就好比墨西哥詩人帕斯（Octavio Paz）所稱，是「無止盡的現在」，是「一座既不往上也不往下的階梯，我們無法移動，今天就是今天，而永遠是今天」。^{〔註18〕}

邊緣人格者的耐心有限，他們的需求一定要被立即滿足才行，這樣的特質可能與其他相關病症特徵的行為模式有關：激情所產生的挫折感，可能突然引爆衝突與憤怒（標準一）；情緒大起大落（標準三）的結果可能引發爭執；不當的震怒（標準四），可能是由於無法控制衝動；自毀或自傷的行為（標準五），或許肇因於邊緣人格者內心的挫折。患者常以濫用藥物或酗酒等衝動，對抗寂寞與被遺棄的感受。

三十一歲的喬艾絲在經歷離婚及丈夫再婚之後，酗酒的問題愈來愈嚴重，雖然她很有魅力，也頗具才華，但卻工作倦怠，泡在酒吧的時間愈來愈長，她之後回憶：

「那時我簡直把『逃避現實』當成了工作。」當孤獨和被拋棄的痛苦感受沉重到無法承受的時候，她便以酒精麻醉自己，有時也帶男人回家過夜。就像其他邊緣人格的案例一樣，在酗酒與縱慾之後，她會因罪惡感而撻伐自己，進而以為被丈夫遺棄是罪有應得。痛苦的感受讓她再次陷入惡性循環，之後必須更嚴厲懲罰自己的一無是處……結果是，自毀的行為不僅是用來逃避痛苦的方法，也成為她懲罰自己罪過的工具。

一百八十度的情緒轉變

標準三：情緒不穩定。情緒起伏非常明顯，會突然變得沮喪、易怒、焦慮，通常持續幾個小時，很少會超過幾天。

邊緣人格者的情緒經常莫名其妙地轉換，過程為時甚短，通常只有幾個小時。一般來說，他們難得有平靜、自制的情緒，大部份若不是過於亢奮、無法控制，就是處在悲觀、憤世、抑鬱的情境中。

湯瑪斯·沃爾夫這位美國偉大小說家的一生中，活力充沛、文思泉湧，但卻也交替著自憐、沮喪、創造力低落。當他意志消沉的時候，還會將自己的失敗怪罪他人。

曾經有段時間，他正進行大量的創作，卻得了憂鬱症。當時他正在歐洲旅行，與妻子分離。

今天過得糟透了。既睡不安穩，又筋疲力盡，這該是美國人遊歐洲所能經歷的最差的睡眠品質了。搖搖晃晃地，讓我想吐。這一天是在

歐洲差勁日子裡最差的一天，真是超乎想像。我的靈魂被潮濕的空氣悶得喘不過氣，就像肚臍和胸口之間塞了一個無法消化的鉛塊，逼得我拖著沉重的軀體，穿過又厚、又濕、又悶的空氣。不安和恐懼感令人沮喪，接踵而來的只會是更多的哀傷、潰敗或羞辱，還有折磨人的煎熬。煩厭的情緒進駐靈魂內，只能希望明天事情和工作狀況可以好轉，但這不過是個空洞的希望，沒人會相信。〔註19〕

無法克制的憤怒

標準四：不當的勃然大怒，無法控制怒氣。例如經常脾氣暴躁、持續憤怒、不時與人發生肢體衝突。

邊緣人格者突發的憤怒不僅讓人意外，也令人恐懼，一點點不順心，都能讓患者怒不可遏。家人間的爭執可能嚴重到拿菜刀追趕，或氣得亂砸盤子，也是典型的發洩方式。患者可能因一件特定（而且通常是無關緊要）的事感覺被冒犯，但滿腔怒火燒的其實是自己蓄積已久的恐懼，他們恐懼失望，也恐懼遭人遺棄。

患者的憤怒非常強烈，經常瀕臨爆發邊緣，生氣的對象通常是自己最親近的人，像是配偶、子女、父母。事實上，他們的憤怒或許是求助的哀號，或是在測試別人對他們的忠誠，也或許是出自於對親密關係的恐懼，但不論憤怒背後的原因是什麼，患者反而把最需要的人愈推愈遠。而那些受到如此對待卻沒有離開患者遠去的配偶、朋友、

戀人或親人，也許是能夠諒解，或具有無比的耐心，但可能本身也患有精神疾病。面對時時可能爆發的怒氣，親友很難對患者產生同理心，若想要共度難關、改善彼此的關係，必須運用所有可以得到的資源（參見第八章）。

患者也會把憤怒帶進治療的情境中，精神科醫師和其他心理衛生專業人員便成了出氣筒。拿凱莉來說，她常常對治療師大發雷霆，不斷用各種方法測試治療師的承諾，試驗治療師是否真的會在治療過程中一路陪伴她。這種狀況使得醫病關係變得極不穩定（參見第七章），許多治療師被迫中斷對病患的診治，因此大部份的治療師會盡可能限制正在治療的邊緣人格者人數。

乞求他人的拯救

標準五：重覆出現自殺的舉動，或以自殺要脅，或者一再自傷。

威脅要自殺或採取自殺行動是邊緣人格的特徵，反映出邊緣人格者極度憂鬱、無助的傾向，以及控制他人的慾望。患者頻頻揚言自殺，或故作自殺狀，目的並不是真的求死，而是一種對痛苦的表達，期望他人拯救。不幸的是，一再重覆自殺的舉動只會帶來反效果，當其他人覺得厭倦而不再回應時，可能迫使患者採取更激烈的方式嘗試自殺。邊緣人格者的自殺行為是親屬與治療師最難因應的狀況，提出來與患者討論，可能引發患者一連串的對峙，徒勞無功；但故意不予理會，又害怕患者最後真的會自殺成功（參見第六至第八章）。

除非患者是精神病患，否則幾乎可以確定自傷是邊緣

人格者特有的症狀。在所有心理疾患中，自傷與邊緣人格最為相關，患者可能在自己的生殖器、四肢、軀幹上留下傷痕。有自傷傾向的邊緣人格者，他們的身體就好比一張地圖，傷疤就是自己在地圖上標示的記號。常使用的工具包括剃刀、剪刀、指甲和點燃的菸頭；此外，也可能以嗑藥、酗酒或暴飲暴食來傷害自己。

剛開始時，自傷只是想要懲罰自己的一股衝動，但久而久之，可能演變為精心設計的儀式。在這類案例中，邊緣人格者可能只在衣服覆蓋得到的地方小心翼翼地留下傷疤，這正顯示邊緣患者強烈的矛盾性，不自主地想以誇張的手法懲罰自己，但又細心掩蓋抑鬱的心情。

珍妮佛（參見第一章）曾為了滿足自傷的需求，抓傷自己的手腕、腹部和腰部，在這些容易以衣物遮蔽的地方，留下深深的指印。

有時患者以較不直接的方式懲罰自己。邊緣人格者可能一再成為「疑似意外」的受害者，也可能常常挑起鬥毆。在這些事件中，邊緣人格者認為是情況使然，不覺得自己要負責任，因為訴諸暴力的是別人而不是他。

舉例來說，當亨利與女友分手時，他怪罪他的父母，認為父母不夠支持他，對女友不夠友善。當女友結束這段六年的感情時，等於是 he 被人拋棄。二十八歲的亨利，偶爾去父親的辦公室上班，住的公寓還是由父母負擔房租。早年的時候，他曾想要自殺，但最後決定不要「稱了父母的心意」，轉而從事危險的活動。他發生無數次車禍，其中幾次還是酒醉駕車，就算駕照被吊銷還是照開不誤。他

經常出入酒吧，有時故意挑釁比他壯碩的男子與他打架。亨利很清楚自己這些自毀的舉動，有時還希望「自己能在哪次死了算了」。

這些戲劇化的自毀行為和要脅，可從幾方面解釋。自我加諸於肉體的痛苦，可能反映出邊緣人格者需要有所感覺，想要從麻木的束縛中掙脫出來。邊緣人格者把自己放在一個與外界隔絕的透明罩裡，不僅保護自己的情緒避免受外界影響而痛苦，也阻絕了自己對真實世界的感知，而肉體的疼痛便成為他與自我存在之間的唯一連結。然而，施諸於自身的疼痛強度常常不足以跨越這道阻隔（雖然流出的血與形成的傷口，能讓患者著迷似地觀察許久），此時，患者的挫折感將驅使他更頻繁地去感受肉體的痛楚。

加諸肉體的疼痛也可以轉移患者的注意力，而忽略自己所受到的其他形式的折磨。有位患者在感到寂寞或恐懼時，就割傷身體不同的部位，藉此「不去想」心裡的孤獨。另一位患者則是當壓力引發偏頭痛時，使用力撞擊自己的頭。

自我傷害的行為也被患者用來當作贖罪的方式。有位男士將婚姻破裂的原因完全歸咎自己，當罪惡感一來，他便不停地喝他厭惡的琴酒，直到嘔吐為止。唯有在他承受這種不舒服和羞辱之後，他才覺得自己贖罪了，才能夠回復日常的作息。

邊緣人格者可能認為自己某些舉動有失控的危險，便以疼痛和自我傷害來制止。一位青少年會割傷自己的手和陰莖，為的是要打消自慰的念頭，自慰讓他覺得嘔心，

希望疼痛的記憶能防止自己繼續沉迷於這個令他矛盾的行為。

衝動下採取傷害自己的行為（或威脅要傷害自己），其實是想懲罰別人，而且通常是親近的人。有位女性邊緣人格者不斷地向男友描述她與其他人性濫交的情節（通常牽涉到被虐和墮落的儀式），而她總是在生男友的氣、想懲罰他時，便與他人濫交。

最後，患者也可能是想要控制他人，因此以自我傷害來博取他人的同情或拯救。有位女性患者在與男友爭吵過後，會一再地在男友面前割腕，強迫他幫忙尋求醫療救助。

許多邊緣人格者表示，自傷時並不會感到疼痛，甚至在自傷之後會產生平靜而愉悅的感覺。在傷害自己之前，他們情緒上或許承受極大的壓力，或是無法遏止的憂傷，但事後，便產生焦慮解除後的解脫感。

之所以產生解脫的感受，可能導因於心理或生理上的因素。有些醫師早就發現，在受到嚴重的生理創傷（如戰爭受傷）之後，傷者可能出乎意外的平靜，儘管尚未進行醫療，卻好像自然而被麻醉了。有些專家推論，身體在這段期間會釋放出如腦內啡（endorphins）的天然物質，有助於自行治療疼痛。

我到底是誰？

標準六：持續且明顯的自我認同困擾。至少具有以下兩項的自我定位不明確：自我形象、性別取向、長期目標或職業選擇、喜好交往

的朋友類型、價值偏好。

邊緣人格者缺乏一貫的自我認同感，就像對他人也沒有一致的觀感一樣。邊緣人格者不認為自己具有某種程度的聰明、魅力、敏感等特質，他們覺得這些特質是相對的，必須不斷與他人比較之下才能贏得。比方說，患者可能只在參加正式的智商測驗後，才根據成績認定自己是聰明的，但過了一天，當他犯了一件「傻瓜才會犯的錯」，他便改變看法，認為自己很「愚蠢」。又比方說，女性邊緣人格者可能認為自己很有吸引力，一旦看到一位她認為比自己更漂亮的女性，她又覺得自己很醜。

對邊緣人格者而言，身份定位的等級是落在一條上上下下的曲線上，個人的價值是以自己當天的角色（以及做了什麼）來決定的，和自己過往的一切沒什麼關聯。患者不容許自己在獲得某項榮譽之後稍作休息，就像希臘神話中的薛西弗斯一樣，必須一而再、再而三地將巨石滾上山坡，一次又一次地證明自己。唯有在別人腦海中留下深刻的印象，自己才能獲得尊嚴；因此患者是否喜歡自己，先看他是否能取悅別人。

作家諾曼·梅勒（Norman Mailer）所寫的《瑪麗蓮》（*Marilyn*）一書中，描述了瑪麗蓮·夢露對自我認同的追尋，是如何成為她生存的動力，並主導生活的一切：

認同自己是多麼令人著迷啊！我們追尋它，是因為當我們找到並處在自己的定位時，便覺得自己說的話都是出自肺腑，我們感到「真實」。

這美好的感覺之中，蘊藏著一個關於「存在」的奧秘，在心理學上與「我思故我在」的概念一樣重要，也就是沒有什麼比得上感受真實更重要的了，不知怎地，感受真實就是遠遠勝過內心空虛的感覺，以致於成為瑪麗蓮·夢露這樣一流人物的生存動機，這個動機比性愛的本能或對金錢的渴望更加強烈。有些人甚至寧願放棄愛情或安全感，也不敢失去自我認同這個慰藉。〔註20〕

之後，瑪麗蓮·夢露在演藝工作中找到了滋養她的存在的成分，尤其是從「方法演技」（the Method）的演員訓練中：

依照「方法演技」，演員將角色的感情從心中「宣洩」出來；他們的戲劇技巧就像是心理分析一樣，將內心澎湃的情緒解放出來，如此一來，演員熟悉了深藏內心的感受，當他讓情緒滲透自己到了一定的程度以後，就融入角色當中。這是一個不可思議的轉換過程，我們可以回想馬龍·白蘭度在《慾望街車》一片中的演出。融入一個角色，對演員來說就是「悟」（satori，或可稱為直覺的啟發），因為當一個人活在戲劇的角色裡，感覺上就擁有了一個完整的自我認同。註21

邊緣人格者之所以拚命要建立穩定的自我定位，與他

們自覺虛偽的強烈感受有關，他們總認為自己是「裝腔作勢」。大部份的人在某些時候也會有這種感覺，例如，某人開始新的工作時，會試圖表現出一副知識淵博、自信滿滿的樣子，當熟悉整個工作架構、愈來愈得心應手之後，就不再需要裝模作樣，也產生真正的自信。就像馮內果（Kurt Vonnegut）說的一樣：「我們都變成了自己假裝出來的人物。」

話說回來，邊緣人格者還沒有這樣的功力，他們始終認為自己虛有其表，因此很害怕遲早被人發現。尤其當他們獲得某種成就時，認定自己不夠資格、名實不符的想法便會浮現出來。

患者長期的虛假感覺可能源自童年時期。第三章會指出，患者幼年尚未發展出邊緣人格之前，就覺得自己不夠真實，包括各種環境因素，像是曾遭暴力或性虐待，或幼年時就被迫擔起成人的角色，或角色替換，負責照顧生病的父母。另一種極端則是，患者人格成熟的過程受到阻撓，與父母分離並形成獨立人格的這個過程受到破壞，即使早已過了與父母分離的適當年齡，患者仍然卡在一個依賴他人的角色裡。在這些情況下，邊緣人格者從未發展出獨立的自我，仍然「扮演」別人指定他的角色。患者擔心，若扮演失敗將受到懲罰，即使成功也會被揭穿、被指為騙子、受人羞辱。

不切實際地追求完美，也是邊緣人格模式的一部份。舉例來說，有厭食症狀的邊緣人格者可能想盡辦法保持輕盈，如果體重稍稍多了便驚慌不已，但又自認對維持體重

的期望沒有不切實際。患者認為自己是不變的，而非處在不斷改變的動態之中；所以當僵固的自我形象產生改變時，會感覺事態無比嚴重。

然而，邊緣人格者也可能以完全相反的方式獲得滿足，包括經常換工作、目標、朋友，有時甚至轉換性別或性向，希望藉由外在環境的改變，或是徹底改變生活方式，來獲得內心的滿足。所謂「中年危機」或是「男性更年期」，代表一種奮力的嘗試，為的是逃避對死亡的恐懼，或是處理自己對生命中的選擇所感到的不滿。希望被人接納並找到歸屬感的青少年邊緣人格者，可能常更換死黨，從運動健將到萎靡不振的人，或從用功的學生到另類的怪人。對邊緣人格者來說，性別甚至也是他們困惑的來源，有些著作中提到，邊緣人格者中同性戀者、雙性戀者和性偏差（sexual perversion）的例子愈來愈多。〔註22〕

崇拜團體對邊緣人格患者具有強烈的吸引力，因為這些團體提供無條件的接納，具有結構化的組織，並提供認同的界定。當個人的自我定位與價值系統和團體的認同與價值相結合時，團體領導人就等於取得無上的權力，足以說服信徒效法他的行徑，甚至說服信徒走向死亡。1978年瓊斯鎮集體自殺事件（Jonestown Massacre，譯註：Jim Jones 建立「人民神殿」〔The People's Temple〕，從舊金山移師南美洲圭亞納的瓊斯鎮，並於1978年帶領一千一百名追隨者集體自殺，喝下參有氰化物的葡萄汁，不願喝者則被槍殺，當時共計九百一十一人死亡，瓊斯太太等數位後來逃離），就是一個例子。

阿朗在中斷大學學業後，爲了減輕漫無目標的空虛感，便加入了統一教會（Moonies），兩年後離開教會，但在不同城市和工作間徘徊兩年多之後，又再回到統一教會。過了十個月後，他再度離開，這一次沒有固定目標，而且又不清楚自己到底是誰、想要些什麼，痛苦地想要自殺。

「集體自殺」的現象，尤其是發生在年輕人當中，可能反映的是形成自我認同的過程上有了缺陷。當名人自殺後，自殺率通常跟著突然升高。在自我認同較不穩固的青少年身上，也可能發現同樣的趨勢，容易受到具有自殺傾向的同儕領袖的影響，或是受到同一地區其他具有自殺傾向的青少年團體的影響。

永遠盛不滿的半瓶水

標準七：長期感覺空虛無聊。

邊緣人格者由於缺乏核心的自我認同感，尤其難以忍受孤獨，因此想盡辦法想要填滿內心的「空洞」。根據許多邊緣人格者的描述，他們的感受就好像格雷安·葛林（Graham Greene, 1904~1991）在《*A Sort of Life*》描述一種肉體上的感受：「腦袋裡無聊的感受，像是氣球一樣愈脹愈大，在頭顱裡形成一股壓力；有時候我很害怕一旦氣球爆裂，我也將失去理智。」〔註23〕

當然，有許多作者將空虛和無聊標示爲二十世紀的問題本質，在此，我們並不想深究心理學理論上的分歧，只想指出，邊緣人格者想尋求減輕無聊的方法，結果在衝動

之下，染上對自己有害的習性，或陷入失望的人際關係。從許多方面來說，患者找尋新關係或新經驗並非源於什麼積極的理由，只是消極地想逃避空虛的感受，於是實際活出了沙特、卡謬和其他哲學家筆下存在主義人物的命運。

邊緣人格者經常對自己的存在感到焦慮不安，這可能是治療上最大的障礙，因為這會破壞患者想要康復的動機，焦慮這個核心的感受向外延伸，形成了許多邊緣人格其他的特質。由於患者需要填補空虛，排遣無聊，便產生暴怒和有害自己的衝動行為（尤其是嗑藥）；患者的情緒也大起大落、反覆無常，為的就是要激起強烈的感受。在患者看來，要回應永無止盡的空虛，自殺可能是唯一理性的方式。

「他人對我採取行動，所以我存在」

標準八：不論是實際被拋棄或只是想像，都竭盡努力避免被人拋棄。

就像嬰孩無法分辨母親是暫時離開還是永久消失，邊緣人格者即使經歷的只是短暫的獨處，卻覺得自己永遠被孤立了。因此，當重要的人離開他，或預期將被人拋棄時，便引發患者嚴重的憂鬱，之後更是對這個世界憤怒不已（或者對身旁的任何人生氣），認為是別人剝奪了自己最基本的需求。

尤其邊緣人格者獨自一個人時，無法感知自己的存在，覺得一切好像都不真實。他們不認同笛卡兒「我思故我在」的存在法則，而是以另一種哲學生活，類似於「他人對我採取行動，所以我存在」。

神學家田立克（Paul Tillich）曾寫下：「只有能忍受孤寂的人，才能戰勝寂寞。」由於邊緣人格者難以忍受孤獨，精神受困於強烈的寂寞，唯一解脫的方法就是身旁有人作陪，所以他們常跑到單身酒吧或人群聚集的地方，就像《春閨怨》中的泰瑞莎，也常經歷類似的失望，甚至是暴力。

諾曼·魯斯坦（Norman Rosten）在《瑪麗蓮·夢露密史》（*Marilyn: An Untold Story*）中，回想起她是多麼痛恨獨處，若沒人時時陪在身旁，她便陷入「永無止盡的可怕空虛」之中。^{〔註24〕}

著名的戲劇老師史特拉斯堡（Lee Strasberg）是夢露的好友，他會伴著她好幾個小時，給予她童年時所缺乏的關愛。夢露失眠的毛病，導致她後來不斷犯藥癮。根據史丹楠（Gloria Steinem）所著的《瑪麗蓮》，史特拉斯堡會想辦法在不使用藥物的情況下幫助夢露入睡，「她想要被人抱著，但不是要做愛，只是渴望被支持的感覺。當她服用藥物時，對藥物產生一些反應，以致於必須服用更高的劑量。我們當時不願給她吃藥，因此養成她到我家過夜的習慣。我會抱著她一會兒，然後她就入睡了。」^{〔註25〕}

依照瑪麗蓮·夢露最後一任精神科醫師拉爾夫·葛林森（Ralph Greenson）的說法，在她的生命接近尾聲的時候，覺得自己「既不重要，又無價值」，「唯一能讓她感覺平靜並覺得人生有所價值的，就是她誘人的身材」。

當她的身材開始走樣、另一個她視為父親角色的男人棄她而去、她想懷個孩子卻失敗，或是當她的演藝生涯受

到批評、拒絕或責難，她的世界就整個垮了下來。「被人發現了」，她又再度變回諾瑪珍（Norma Jean），那個她心中憂鬱又無助的人物，或者說那個無名小卒。

我們大部份的人都渴望獨處，並珍惜難得的獨處時刻，用以回顧生命中最重要記憶和事物，獨處提供我們接觸自己與再度發現自己的機會。約翰·厄普戴克（John Updike）在《人頭馬》（*The Centaur*）中曾經描寫獨處就像是：「在一個空房間裡，四面牆就是鏡子，將我們對自我的感知，不斷地複製、再複製。」

邊緣人格者的自我感知非常微弱，在那個空房間中，他們看不見鏡子反映出的自己。孤獨使他們回想起小時候，面臨可能被父母拋棄的恐懼，「誰來照顧我？」就像無數情歌所描寫的一般，只有當幻想中的愛人前來解救，才能解除他們孤獨的痛苦。

除了這八項定義邊緣性人格疾患的標準以外，甘德遜也提出第九項標準，那就是短暫的精神病發作（brief psychotic experiences，參考【附錄一】）。

當邊緣人格者面對極大的壓力，或是處於非常混亂的情況時，可能出現短暫性的精神病。例如，精神科醫師在傳統的精神分析療程中，有時會觀察到患者精神病發的症狀。古典精神分析的療程，便是在一個沒有系統的架構上，靠著自由聯想來發掘患者過去的精神創傷。此外，吸毒也可能引發精神異常。

邊緣人格者精神病發作時，通常為時很短，完全不

同於平時的狀況。對他們來說，發病的經驗特別激烈與恐怖，而這些特色與精神分裂症、躁症、精神病性憂鬱症（psychotic depression）或器質性精神疾病／毒癮症（organic/drug illnesses）等其他精神疾患患者病發的狀況不同。邊緣人格者最常見的精神異常，是屬於虛幻的感受和妄想的錯亂。

心理衛生專業人員認為，邊緣性人格疾患已是最常見的精神疾患之一。專業醫療人員必須能辨別邊緣人格的特徵，才能有效地醫治人數眾多的患者；非專業人員也必須能辨識這些特徵，才能更了解與自己共同生活的親友。

【第三章】

邊緣性人格症候群的根源

「所有幸福的家庭都是相似的，但不幸的家庭卻各有悲哀。」

——摘自托爾斯泰的《安娜·卡列尼娜》

紛擾不安的成長

迪絲·安德森成長的過程並不平順。她的父親很少在家，在的時候也很少說話，多年來，她甚至不清楚父親以何為生，母親瑪格麗特說父親是個「工作狂」。迪絲小時候就覺得母親隱瞞了什麼。

迪絲十一歲時，事情有了變化。母親說她「很早熟」，她不懂那是什麼意思，倒是發現父親常待在家裡，也比較注意她。每當父親撫摸她之後，她要父親做什麼他都會答應。迪絲享受這份新的關注，也享受著操控父親的權力。

大約也就是同一個時期，迪絲突然變得很受歡迎，有些小孩會拿私藏的大麻和她一起抽。過了幾年，大麻換成了迷幻藥、古柯鹼和天使塵（angel dust）。

初中的日子非常乏味，有時還未過午，迪絲便和同學

打起架。她很強悍，什麼都不在乎，又有死黨和毒品，酷得很。有一回，她甚至打了覺得很蠢的科學課老師。那位老師一狀告到校長，迪絲於是被退學。

十三歲時，迪絲第一次看精神科醫生，被診斷為過動症（hyperactive），接受了好幾種藥物治療。她決定逃家，帶著行李，跳上公車上了州際公路，在公路旁豎起姆指搭便車，就這樣一路到了拉斯維加斯。

瑪格麗特覺得不管怎麼做，迪絲也不會改變。這個大女兒很難討好，像極了她的父親羅傑，總是批評瑪格麗特的外表和持家方式。瑪格麗特曾試過各種方法減重，包括吃安非他命和喝酒，甚至動過胃部手術，都沒效果。她一直很胖，也覺得自己會一直胖下去。

羅傑長得很英俊，瑪格麗特常納悶他為什麼娶她、怎麼會要她。過了一陣子之後，很顯然他真的不要她了，索性晚上也不回家。

迪絲是瑪格麗特生活中最亮麗的一環；另一個女兒茉莉從五歲起就體重過重，看來不能對她抱什麼期望。為了迪絲，瑪格麗特願意做任何事，她像抓著救生索一般緊黏著這個女兒不放。但母親依附得愈緊，迪絲就愈厭惡她，反而提出更多的要求、經常大發脾氣、不斷抱怨母親的體重。醫生們對瑪格麗特的狀況都束手無策，說她患有躁鬱症，對酒精和安非他命也都上癮。上一次她住進醫院，接受電擊治療。如今羅傑離開了，迪絲一再逃家，瑪格麗特的世界幾乎崩潰了。

迪絲後來到洛杉磯，遭遇跟在拉斯維加斯時一樣，有

人答應要給她車子和錢，保證讓她過好日子。她的確坐過很多人的車，但日子過得一點也不好。最後她回家了，口袋裡剩不到幾塊錢。

回到家後迪絲發現父親已經離家，而患了憂鬱症的母親則處於愁雲慘霧，因為吸毒而變得渾渾噩噩。家裡如此陰鬱，迪絲很快又重拾酗酒和嗑藥的老習慣。十五歲時，她因藥物濫用進了醫院兩次，看過許多治療師。十六歲時她懷了孕，對象是只認識幾個月的男人，不久他們就結婚了。

相依又互傷的母女情

女兒金出生後，迪絲的婚姻開始破裂。她的丈夫是一個懦弱又消極的人，連自己都一團糟了，更別說要給剛出生的孩子一個穩固的成長環境。

迪絲的婚姻在金六個月大時結束了，她和女兒搬回家與母親同住。就在這個時候，迪絲變得非常注意體重。她會一整天不吃一點東西，之後又瘋狂地暴飲暴食，覺得噁心再將所有的食物吐到馬桶裡；無法催吐的時候就用別的方法，把瀉藥當糖果吃，或是運動到滿身大汗直到快虛脫為止。她的月經停了，體力透支，愈來愈無法專心，對自己的人生非常沮喪，首次有了自殺的念頭。

迪絲再度入院時，一開始還覺得安全又舒適，但很快地，她原來的我又出現了。住院第四天，她試圖引誘醫師卻得不到回應，便威脅要報復。她要求享有更多特殊的待遇，要護理人員特別照顧她，而且拒絕參與病房的團體活

動。

她這回入院非常突然，過了兩個星期，她又突然要求出院，說自己已經好了。接下來的一年裡，她幾度住院，看了好幾位心理治療師，但沒有一位能了解或者治療她強烈的情緒起伏、憂鬱與寂寞，以及她對性和毒品的衝動。她開始懷疑自己是否有快樂起來的一天。

不久之後，瑪格麗特和迪絲又開始爭吵、互相叫罵。對瑪格麗特來說，就好像再一次經歷自己成長的過程，再一次犯同樣的錯誤，她再也無法忍受了。

瑪格麗特的父親就像羅傑一樣，孤獨又不快樂，很少和家人互動。母親理家的方式與瑪格麗特一樣；就像瑪格麗特依附著迪絲一樣，瑪格麗特的母親同樣黏著她不放，處處想控制她。母親除了將自己的想法和感受灌輸給瑪格麗特之外，也不斷地塞食物給她。瑪格麗特十六歲時就嚴重過胖，家庭醫生卻大量開給她安非他命之類的處方，目的是降低她的食慾。到了二十歲，她開始酗酒，並服用名為Fiorinal的止痛藥來減輕對安非他命的依賴。

瑪格麗特總是無法討母親的歡心，而且不斷與母親爭奪主導權，也無法取悅女兒或丈夫，她發現自己從不曾讓任何人快樂過，就連她自己在內，然而她又一心想討好那些無法被討好的人。

如今羅傑離開，迪絲又病得這麼嚴重，瑪格麗特的生活四分五裂。迪絲告訴母親，羅傑當初是如何地對她性侵害。羅傑走之前，還曾向瑪格麗特自誇，他在女人面前多麼吃得開。儘管如此，瑪格麗特仍想念著羅傑，她知道羅

傑跟她一樣孤獨。

眼看著這個家走向毀滅，迪絲體認到該是採取行動的時候了；或者，她至少該處理一下自己的生活。首先找份工作，也可藉此排解倦怠的情緒，但十九歲的她，沒有丈夫、有一個兩歲大的孩子，連中學都沒有畢業。

糾葛不清的三人世界

一如往常，衝動之下，她報名了高中同等學歷的課程，幾個月內就拿到文憑，之後不過幾天，她又申請大學的助學貸款和獎助學金。

瑪格麗特開始照顧金。從各方面來說，這樣的安排似乎運作得不錯：扶養孫女的責任讓瑪格麗特的生活有了意義，金得到專人的照顧，而迪絲也有時間展開新生活。但這個三人體系很快就出現了裂縫，瑪格麗特有時會陷入極度的憂鬱，或是爛醉到沒辦法幫忙，這種狀況時，迪絲唯一也是最簡單的辦法，就是威脅要把金帶走。祖孫兩人顯然互相需要，也就是因為這個需求如此強烈，迪絲才有辦法掌控整個家庭。

雖然生活中充滿紛擾，迪絲仍能找出時間與男人交往，當然關係通常維持不久。她似乎循著一種模式：當一個男人開始關心她時，她便感到無趣。她找的對象經常是與她落差很大、距離很遠、年紀較長的男人，例如已有伴侶的醫師、已婚的熟人或教授。但當他們對她的調情有所回應時，她又馬上轉身離去。而她所交往過的年輕對象，則全來自一個嚴格反對婚前性行為的教會的教徒。

迪絲避免與女性來往，因此沒有女性朋友，她覺得女人又軟弱又無趣。男人至少還有點內涵，但他們若是接受她的挑逗，那就是傻子；要是他們沒有反應，那一定是偽君子。

迪絲的學業表現愈來愈優異，她卻愈感惶恐。她可以不顧一切投入於某種興趣——學業或某個男人，甚至到了走火入魔的地步，但一成功，她又不近情理地提高對自己的要求。雖然成績很好，但只要考試結果比自己預期得差，她便會大發雷霆，揚言要自殺。

這時，瑪格麗特會試著安慰迪絲，但瑪格麗特自己也愈來愈想自殺，於是又換成迪絲來安慰母親。兩人為了克服憂鬱並治療酒癮和毒癮，輪流住進醫院好多次。

金與她的母親和外婆一樣，也不太認識自己的父親。父親有時會來看她，有時她也會到父親的家。父親與自己的母親同住，在金面前總顯得手足無措。

由於迪絲漠不關心，而外婆總是被自己的問題困住，向來無能為力，所以金從四歲起就掌控了整個家庭，她對迪絲不理不睬，迪絲也忽視金的存在；無理取鬧時，外婆便會屈服於她的要求。

這個家庭總是處在混亂狀態。有時候，瑪格麗特和迪絲同時因酗酒和暴食症的問題住院，金便住到父親家中，不過，父親也沒有能力照顧她，只好將她交給自己的母親照顧。

表面上看來金的周遭一片混亂，但六歲的她卻異乎尋常的早熟，對她來說，沒有相同遭遇的小孩，「只不過

是小孩罷了」，她一點也不覺得自己的成熟有什麼特別之處：她看過母親及外婆的老照片，照片中的她們跟金一樣大，三個人的臉上有著相同的表情。

人格會代代相傳嗎？

從很多方面來說，迪斯一家的故事在邊緣性人格疾患患者中相當典型：邊緣人格形成的因素，通常會一代代傳衍下去。邊緣人格的家族大多有著根深蒂固的問題，像是自殺、近親間的性侵害、吸毒、暴力、失去親人和孤寂等等。

曾有研究指出，邊緣人格者通常有位患邊緣人格的母親，而母親的母親通常也是邊緣人格者。^[註1] 邊緣人格這個家族遺傳的特性引發了許多疑問，例如：邊緣人格的特質是怎麼發展出來的？這些特質是如何在家族中傳給下一代的？到底是不是真的會遺傳給下一代？

在檢視這個疾患的病因時，再度出現「先天與後天」的這個老問題。兩項有關邊緣人格成因的理論，即反映出這個兩難的問題：一種理論強調的是發展上（心理）的病因，另一種則強調體質上（生物學與基因）的病因。

還有第三種理論也愈來愈重要，針對的是大環境與社會文化的因素，例如，逐漸被切割的社會結構、核心家庭的解構、離婚率的提高、更加依賴托兒服務、舉家遷移的機會增多，以及婦女角色的轉變（參見第四章）。雖然這些環境因素的影響還有待實證研究，但許多專家推測，這些因素可能使得邊緣人格更加普遍。

目前所得到的證據，並無法顯示哪一項特定的成因，或者哪一類型的成因，是形成邊緣人格的必要條件。比較合理的說法應該是，邊緣人格是在幼童發展、腦神經學及社會性等三個因素共同影響下所造成的。

大部份有關精神疾病的發展和研究，採用的是間接的調查方法，包括相關人士的回憶、病患對過往事件的重建、與病患親屬的訪談等等，這些方法算不上精準，也有著層層的障礙，所得的結果可信度因此受到質疑。比較準確的研究方法是縱向式的追蹤研究（longitudinal research），也就是針對已辨識出病徵的對象及其家庭進行長期的追蹤與客觀的評估。只是，這類方法尚未被廣泛運用於有關邊緣人格的研究上，原因出在邊緣人格的診斷標準是不久前才確立的，此外，這類研究需要相當龐大的資金、時間和人力。

幼年發展的根源

發展理論中有關邊緣人格成因的論述，重點在於幼兒與照顧者之間微妙的互動，特別是出生後的頭幾年。幼兒在十八到三十個月大時，開始嘗試爭取自主權，這個時期十分關鍵。有些父母強力阻撓幼兒獨立性的發展，堅持幼兒與父母必須形成一種共生的模式，這種共生關係受父母控制，排拒外人，常讓子女沒有喘息的空間。也有另一種極端的父母，他們在幼兒成長的過程中，給予幼兒的關照時有時無（或甚至完全沒有盡到養育之責），對幼兒的情緒與感受並未提供足夠的注意或認同。這兩種極端的父

母，均無法使幼兒形成正向又穩定的自我意識，以致於孩子持續依賴父母，或者長期懷有恐懼，深怕被人拋棄。

受創的親子關係中，最嚴重的例子是早年父母過世，或因長期與父母分離，甚或兩種情況都經歷過。許多邊緣人格者與迪絲一樣，父親未參與子女的成长，或是有精神疾患的困擾；而母親這個最重要的角色（有時是由父親來擔任），又通常情緒抑鬱、反覆無常，並且患有嚴重的精神疾病，可能也是邊緣人格者。近親性侵害、家庭暴力，或是（以及）酗酒，是邊緣人格者的家庭背景中常見的特色。許多案例也顯示，邊緣人格者童年時期與母親的關係，充滿敵意與衝突。

客體關係理論與幼兒時期「分離—個體化」的歷程

客體關係理論（Object Relations Theory）是一個有關幼兒發展的模型，強調幼兒與周遭環境互動的重要性，而相對地，內心的直覺和生物本能與幼兒對外界的感知無關。根據這個理論，幼童這個主體與周遭環境中的「客體」（人或物）之間關係如何，決定他未來的行為能力。

有關幼兒初期發展的客體關係模型，最早是由瑪格麗特·馬勒（Margaret Mahler）與同事所發展出來的。^{〔註2〕}他們認為嬰兒出生後一到兩個月，除了自己以外，不會注意到其他的人事物（自閉的時期〔the autistic phase〕）。之後四到五個月是所謂的共生期（symbiotic phase），嬰兒開始能辨認周遭其他的人，但這些人並非獨立的個體，而是他的延伸。

接下來是兩、三歲左右的「分離一個體化」時期（separation-individuation period），幼兒開始與原初養育者分離，漸漸建立起獨立的自我意識。馬勒等人認為，幼兒是否能成功地度過這段發展時期，對往後的心理健康非常重要。

在「分離一個體化」的過程中，幼兒開始劃分出自己與他人之間的界線，而這項任務又被兩組衝突弄得很複雜，那就是想要自主的渴望，相對於想要親密和依賴的渴望；害怕被束縛的恐懼，相對於害怕被拋棄的恐懼。

除此之外，幼兒認為周遭每一個人都有兩個不同的人格，使得這段時期更形複雜。例如，當母親善解人意、提供安慰與鼓勵時，她是「完美的好媽媽」；當她沒空，或無法提供慰藉與安撫時，她變成另外一個「徹底的壞媽媽」。當母親一離開視線，幼兒便以為她將永遠消失，哭鬧著要她回來以解除他的驚恐和絕望。隨著幼兒的成長，這種典型分裂的機制將被比較健康的概念代替，換句話說，幼兒逐漸能將媽媽好的與壞的特質統合起來；而分離的焦慮也會被取代，就算媽媽不在身邊，幼兒知道媽媽依然存在，而且時間一到就會再出現，這便是所謂的「客體恆常」（參見以下所述）。

馬勒將「分離一個體化」分為四個互有重疊的階段：

分化時期（differentiation phase）——五到八個月大

在這段發展時期，嬰兒開始注意到一個與母親有所區隔的世界，這時，「社交笑容」出現了——嬰兒對周遭環

境的反應，但主要還是針對母親。當這階段接近尾聲時，嬰兒能辨別出不熟悉的人，產生「對陌生人的焦慮」，對周遭環境表現出與先前相反的反应。

如果與母親之間的關係充滿鼓勵與安慰，嬰兒對陌生人的反應將以好奇為主。若母親無法提供足夠的支持，嬰兒會產生明顯的焦慮，而把對他人的感受分隔成正面與負面的，並以分裂的機制來處理內心衝突。

實踐時期 (practicing phase) —— 八到十六個月大

這個階段有個明顯的特色，幼兒逐漸培養離開母親的能力，先是爬著離開，之後則用走的。這些短暫的分離之間，夾雜著與母親一再重聚，這是為了確定自己與母親的關係，也是為了從母親那兒得到關愛「補給」。由這個模式可以看出，幼兒首度對自己發展出來的自主感到矛盾。

和解時期 (rapprochement phase) —— 十六到二十五個月大

隨著的世界不斷擴展，這個時期的幼兒將發現自己的身份不同於他人。幼兒需要不斷地與母親重聚並得到她的認可，這個需求讓他意識到母親和其他人都是獨立的個體。然而在這個階段，幼兒與母親雙方都面臨內心的衝突，而處理的方式將決定幼兒未來是否容易發展出邊緣人格。

母親此時所扮演的角色，是鼓勵幼兒進行各種個體化的嘗試，同時源源不絕地提供幼兒所需的支持與關愛。正常發展的幼兒到了兩歲時，與父母的關係便十分穩固，

暫時離開父母會顯得悲傷，但不至於大發脾氣；與父母重聚時會感到高興，但也可能因之前的分離而生氣。關愛子女的母親能理解幼兒的感受，能接受他的憤怒而不加以懲罰。幼兒經過多次與父母分離又重聚的經驗後，將發展出穩定的自我意識，愛父母並信任父母，對他人也產生健康的矛盾情緒。

然而，邊緣人格者的幼年時期，母親多半是以另一種方式回應——不是過早將幼兒推離、阻撓重聚的過程（也許是由於母親本身恐懼親密），就是堅持幼兒與母親保持依賴共生的關係（也許是因為母親自己害怕被拋棄，極需親密）。不論是哪一種方式，母親本身的恐懼都會投射到幼兒身上，使幼兒承受過重的心理負擔，也深怕被人拋棄，或恐懼受到束縛。

如此一來，邊緣人格者從未培養出自我獨立的情緒，之所以長大後無法建立親密的人際關係，也正反映這段幼年時期的發展狀況。當邊緣人格者面對親密的關係時，可能回憶起幼年想建立親密關係卻受挫，因而感受到被人拋棄的那種絕望，或是想起當初母親過度的注意力，將他壓得喘不過氣。若要挑戰母親的控制，就冒著失去母愛的危險；若要滿足母親對親密的需求，則又有失去自己的危險。

勞倫斯（阿拉伯的勞倫斯）把對束縛的恐懼描繪得很好。他三十八歲時曾經寫到，母親令人窒息的親膩讓他害怕：「我深怕她知道我的感受、我的信念，或是我的生活方式。如果讓她知道了，我的這些隱私就等於是被侵犯、被破壞了，那它們就不再是屬於我的了。」〔註3〕

客體恆常時期 (object constancy phase) ——二十五至三十六個月大

假設幼兒在之前各階段的發展都令人滿意，滿兩歲時即進入「客體恆常」時期，此時他已能了解，就算母親（或是原初養育者）不在身旁，也不表示她消失了。幼兒學會忍受矛盾感和挫折感，能判斷母親的怒氣是暫時的，也體認到自己的憤怒並不會毀滅母親，開始懂得什麼是無條件的愛與接納，並發展出分享和同情的能力。而在這個階段，幼兒與父親和周遭他人也有了較多的互動。此時幼兒的自我形象變得積極正向，儘管也會浮現自我批判的意識。

幼兒處理這些情緒與認知時，會利用一些物品作為過渡性的慰藉，這些他所熟悉的玩具熊、洋娃娃、毯子等等，就是母親的象徵；幼兒隨身帶著它們，以減輕與母親分離時的焦慮。這些物品的外型、氣味和觸感，將母親的安慰具體化了。在這個時期，幼兒一方面想建立自主性，一方面又想依賴成人，便運用過渡性的慰藉，調解這兩方面的衝突，而這也是幼兒在早期發展上所作的妥協之一。經由正常的發展，當幼兒能將母親的安慰與呵護，內化成為自己心中持久的印象時，也就能拋棄過渡性的慰藉。

發展理論認為，邊緣人格者從未發展到「客體恆常」這個階段，他們仍然受困於某個早期階段，採用分裂或其他防衛機制的習慣仍舊很明顯。

為了建立「客體恆常」、信任與個人的定位，成年的邊緣人格者陷入了不斷的掙扎，仍需倚賴過渡性的慰藉。

例如有位女士總是在皮包中放著一篇剪報，上面的文章引述了她的精神科醫師的話。當她感到壓力時就拿出剪報來看，還說這是她的「安心毯」；看到報紙上印有自己醫生的名字，讓她再度確定醫生是存在的，對她的關心不會間斷。

迷信或是儀式行為過於極端，也可能是邊緣人格者的一種過渡性慰藉。球員在球季當中堅持不換襪子或拒絕刮鬍子，這類把迷信當作慰藉和保護的例子，看起來雖像是邊緣人格的特質，但只有當迷信的行為無法控制地一再出現、不具任何轉圜的彈性，以及不切實際地被賦予過多的重要性時，才能算是邊緣人格的症狀。

童年、青少年時的衝突

兒童每發展到一個階段，逐漸形成的「客體恆常」也會不斷受到挑戰。童話故事有善惡分明的角色，所以深深吸引幼童。當幼童在生活中遇到無數的狀況時，他會以分裂作為主要的因應策略。雖然他已具備信心，相信母親會永久存在，但仍然必須克服失去母愛的疑懼。一個四歲的小孩被罵是「壞孩子」時，會嚇得以為母親不再愛他。他可能不了解，母親只是發洩挫折感，並不完全是因為他的所作所為而生氣；他還不能體會，就算母親生氣，也絲毫不減損對他的愛。

之後，兒童開始上學，面臨到分離的焦慮。「上學恐懼症」並不是真的恐懼症，也不單單只與學校有關，它所代表的是，孩子的焦慮與父母的反應這兩者之間微妙的交

互作用；父母本身對分離的矛盾，可能因此強化了兒童的依賴性。

「分離一個體化」在青少年時期再度成爲課題，此時自我定位的問題，以及與他人親密的關係，又將成爲焦點。在幼兒的「和解時期」與青少年時期，孩子與他人的互動，尤其是與父母之間，主要是以「反應」爲模式，而較少採取主動。兩歲的幼童在建立自我定位時，爲了獲得認同和讚賞，會模仿父母或養育者的舉止；青少年則是模仿同儕的行爲，或是採取明顯不同於（或相反於）父母的行爲。在這兩個階段中，孩子的行爲並非出於內心的需要，而是對周圍重要人物的反應。他們藉由這些行爲發現自我的定位，而不是藉此強化一個已經確立的自我認同。

沒有安全感的青少年，情緒是反反覆覆的，就好像少女一邊剝著花瓣，一邊想著男友，一會兒相信「他愛我」，一會兒又覺得「他不愛我」。青少年若無法將這些正面和負面的情緒統合起來，便無法對人建立起穩定一致的觀感，而繼續採取分裂的防衛機制與人應對。青少年若無法維持「客體恆常」的心態，當未來必須與人維繫互信的關係、建立自我核心意識、忍受焦慮與挫折時，勢必遭遇很多問題。

通常邊緣人格者的整個家庭，在互動時都採取邊緣人格的模式。家庭中的成員，並未分化出獨立的自我認同，有時會與其他成員的自我認同結合，有時又完全與其他成員的自我認同無關。瑪蘭妮就出身於這樣一個家庭，她的母親總覺得自己被風流的丈夫拋棄了，而瑪蘭妮的自我認

同便深受長期憂鬱的母親所影響。由於丈夫經常不在家，其他的子女年紀又太小，母親便緊緊依附著正處於青春期的瑪蘭妮，一再告訴她她和父親的婚姻為何不美滿，甚至侵犯瑪蘭妮的隱私，問她有關朋友和社交活動的細節。瑪蘭妮覺得自己必須負起讓母親快樂的責任，而這個想法使得她無法關照自己的需求，她為了繼續住在家裡，挑了一所離家很近的大學就讀。久而久之，瑪蘭妮發展出厭食症，這是唯一讓她感到獨立和安慰的方式，因為一切都在自己的掌握之中。

瑪蘭妮的母親也有類似的心情，她對女兒的病感到自責，又背著丈夫瘋狂地購物以減輕內心的焦慮，最後不得不偷偷挪用女兒戶頭裡的錢來支付帳單。母親、父親與女兒深陷在失調的家庭中，不願面對問題，但又逃脫不出泥沼。在這種情況下，也許一家人都需要同時接受治療（參見第七章）。

創傷經驗

童年發展初期若遭遇重大的傷痛經驗，包括父母過逝、遭到忽視或排斥、受虐或被性侵等，到了青少年和成年時期，邊緣人格的發生機率將大幅增加。的確，邊緣人格者的早年都像是一場孤軍奮戰，或是家庭破碎，或是長期受虐待，或是被剝奪了表達情緒的權利，種種因素造成生活滿目瘡痍。

瑪麗蓮·夢露一點也不清楚自己父親的事，諾曼·梅勒在書中指出了一個缺席的父親對她產生的影響，雖然這

造成她日後情緒上的不穩定，諷刺的是，也可能是她事業成功的動力：

偉大的演員通常是在他們第一次不顧一切尋找自我認同時，發現自己演戲的天份。普通的角色並不適合他們，普通的絕望之事也無法激勵他們。當他們年輕時，驅策他們的力量就是一股瘋狂的野心。異常和瘋狂的行徑是偉大演員的神仙父母。每一名失去父親或母親的小孩，都是一個有關自我追尋的研究案例，也是作演員的現成人選（要找到自己的新定位，最有創意的方式就是唯妙唯肖地扮演好一個角色）。〔註4〕

瑪麗蓮·夢露小時候在孤兒院度過一段很長的時間，她必須學習在有限的愛護和關注下生存，這個經歷對她的自我形象造成很大的傷害，也是日後她企圖操控情人的原因：

一位祿母要照顧十名孤兒（這類機構不可能負擔得起更多的工作人員），也就是說她必須將心力分成十份。想想這些孩子必須經過多激烈的競爭，才能爭取到祿母一點點的關懷？由於能分到的資源非常有限，如果還落於人後，所得到的只剩下無比的孤獨，想到這裡，孩子們便爭相掣肘，常常編謊，才能搶站在祿母面前得到好處。

而最恐怖的現象莫過於，孩子們漸漸感覺不出自己的存在，甚至連自己身體的存在也感覺不到。
〔註5〕

瑪麗蓮·夢露終其一生都在尋找一個父親的角色，以代替她自己不認識的父親。她永遠記得，母親的梳妝台上放了一張克拉克·蓋伯（Clark Gable）的照片，從許多方面來說，他已成爲她「夢幻中的父親」。〔註6〕克拉克·蓋伯與瑪麗蓮·夢露合演了「花田錯」（The Misfits），但他在電影拍完後沒多久就去世了，對瑪麗蓮·夢露又是痛苦的打擊。

當然，並非所有曾遭受創傷或虐待的孩子成年之後都會成爲邊緣人格者，也並非所有邊緣人格者都有過創痛和受虐的經驗。再者，以童年創傷的影響爲主題的研究，大部份推論是依據成年患者的回憶，而不是長期記錄從幼兒期到成人期的縱向式追蹤研究。此外，其他的研究也發現，有些邊緣人格者在童年時受到的是較輕微的不當對待，像是受到忽視，或是父母之間太過親密而受到排擠，以至於沒有獲得足夠的保護和支持。〔註7〕〔註8〕〔註9〕儘管如此，大量的案例和統計證據顯示，邊緣人格確實與各種形式的虐待和忽視有關。

體質的因素

有些精神科醫師相信，體質和遺傳基因在邊緣人格的發展上扮演重要的角色。幼兒時期所受到的不當養育，在

不同的人身上造成的反應和後果往往南轅北轍，而這個現象便支持了上述的觀點。許多專家認為幼兒發展的影響較為重要，但也承認，可能另有生物學上的因素，使得某些人易於發展出邊緣人格。雖然學界尚未找出體質和基因上的特徵，例如血型或某種基因，但有些研究提出有趣的發現。

生物化學的失衡

有些理論學家相信，邊緣人格與其他精神疾病類似，可能肇因於生物化學上的失衡，或者至少也是部份的原因。證據顯示，包括抗憂鬱劑、重劑量鎮定劑（major tranquilizers）、抗癲癇藥（antiseizure）等藥品，能穩定邊緣人格者的某些症狀，而這正附和了上述的論點（參見【附錄三】）。不過，這些案例大部份也顯示，儘管對症下藥後患者的某些症狀獲得改善，但病理上根本的人格特質依然存在。

最近的研究則提出，衝動的行爲與血清素（serotonin）的代謝失調有關；血清素是一種神經傳導物質，與情緒的疾患有關。〔註10〕研究人員認為，邊緣人格者的衝動（可能包括暴食與物質濫用等等）也可能與類似的代謝失調有關。〔註11〕

邊緣人格者經常暴飲暴食，濫用酒精和藥物，這些通常被稱為自毀行爲，但也可視為患者企圖治療自己，想平息內心騷動不安的情緒。常常有邊緣人格者指出，當他們自傷之後，會產生平靜的效果，非但不感覺疼痛，反而有

種受到安撫的感覺，或者藉以轉移對心理傷痛的注意。就像當身體遭受創痛或壓力時一樣，自傷可能促使腦內啡的釋放，而腦內啡是身體自然產生的麻醉性物質，可以減輕分娩、受傷、長途路跑，以及任何使身體緊張的活動所產生的疼痛。

神經學的因素

邊緣人格被認為與某些腦神經疾患（neurological disorders）有關，其中有些還可能具有遺傳性，例如：學習障礙、注意力不足疾患（attention deficit disorder）、過動症、癲癇（epilepsy）、頭部創傷和腦炎。這些疾患與邊緣人格的關聯，大部份是從青少年患者身上所觀察到的。〔註12〕

有些研究發現，邊緣人格患者的顳葉（temporal lobe）部份出現不正常的腦波活動，顯示這部份的腦部功能可能失調。這些研究也發現，在測試的過程中，腦下垂體荷爾蒙（pituitary hormone）有異常偏高的現象。〔註13〕

此外，邊緣人格者睡眠時的腦波活動，明顯出現「快速動眼期時距」（REM latency）偏短的情形，也就是入睡後到開始作夢之前的那段時間過短，這是憂鬱症患者特有的睡眠模式，而不論邊緣人格者是否出現憂鬱的症狀，大部份也都具有同樣的現象。〔註14〕〔註15〕〔註16〕

遺傳基因的關聯

精神病學家發現，邊緣人格者的雙親中，經常有一人或甚至兩人也具有邊緣人格的症狀。許多患有邊緣人格的

母親，其子女也患有邊緣人格，這個現象眾所皆知，但一般的推論認為，邊緣人格並非經由基因遺傳，而是藉著親子之間的互動，從上一代影響到下一代。

有些基因學的研究已證實，邊緣人格者的血親之中，患有情緒疾患、酒癮及其他人格疾患的比例高於預期。〔註17〕〔註18〕〔註19〕到底邊緣人格會不會經由基因遺傳，學術界仍爭論不休。〔註20〕〔註21〕〔註22〕但邊緣人格的許多症狀，經證實與基因上的因素有關，因此可以判斷邊緣人格本身也有基因上的根源。

先天還是後天的？

長久以來，「先天—後天」的問題一直爭議不休，適用於人類行為中許多層面的討論。患者之所以患有邊緣人格，是否真是從父母身上繼承了生物性的命運？還是因為父母在養育過程中有所偏失？生物化學和腦神經學上的特徵，是邊緣人格的成因還是結果？為什麼有些人儘管成長過程十分正常，卻還是發展出邊緣人格的症狀？又為什麼有些人的成長背景充滿了創痛與虐待，卻沒有發展出邊緣人格？

這些「先有雞還是先有蛋」的兩難問題，可能會誤導人們做出錯誤的推論。例如，根據發展理論可能得出一個結論，邊緣人格的成因一定是由上一代影響下一代的，也就是說，一位不關心子女、與子女疏離的母親，將會使孩子缺乏安全感而發展出邊緣人格。但其中的關聯也許並非只是單向的因果關係，還包括更多雙向互動的因素，

例如：一個患了疝氣、不討人喜歡、對外界沒什麼反應的嬰孩，可能使母親感到失望而漸漸疏遠。不論一開始是誰起的因，母親與幼兒之間的互動將長期維持固定的模式，而且可能延伸到與其他人的相處模式上。父親的支持、家庭和朋友的接納、優良的教育、本身生理和心理的能力等等，對幼兒發展中不當的因素會有緩和的效果，對未來是否能發展出健全的情緒，也有決定性的幫助。

雖然沒有證據能宣稱，邊緣人格是由哪個特定的基因所決定，但人類很可能因為遺傳到具有弱點的染色體，以至於日後容易罹患某種特定的疾病，但是否真的會得病，還得看有沒有其他因素一起促成疾病的發生，例如：幼年時是否遭受挫折和創傷、是否因特定的事件而感受壓力、是否攝取適當的營養、是否有健全的醫療支援等等。就像有些論點指出，一個人是否容易染上酒癮，可能與酒精代謝的生理功能具有遺傳性缺陷有關，也因此，一個人是否具有邊緣人格的傾向，也許與平復情緒和衝動的生理功能不夠強壯有關。

許多邊緣人格者學習到，他們必須拋開「非黑即白」的思維。同樣地，研究人員也開始體認到，最能完整解釋邊緣人格（以及大部份生理和心理疾病）發病原因的模型，不僅包括先天上的因素，也牽涉到後天的影響，邊緣人格是在這些原因同時運作與互動之下產生的，就像一幅花紋繁複的繡帷，是由千絲萬縷交織而成。

【第四章】

邊緣人格的社會

「國家和人一樣，具有人類的特質。」

——摘自柏拉圖的《理想國》

爲什麼我永遠都不夠好？！

打從一開始，麗莎不管怎麼做都不對，哥哥是眾人眼中的金童，成績優秀、謙恭有禮，又是體育健將，簡直就是完美的化身；妹妹患有氣喘，享受無時不刻的關注，而麗莎則是永遠都不夠好，在父親的眼中更是如此。記憶中，父親再三訓誡他們，當初他什麼都沒有，他的父母沒有錢，不僅不關心他，還總是喝得醉醺醺的，但他在逆境中熬出頭，以半工半讀的方式讀完高中，甚至是醫學院。現在他是一名受人尊敬的外科醫師，還是外科主任。

麗莎對母親最早的記憶是，她總是躺在床上，不是病了，就是什麼地方痛，同時不忘要求麗莎打掃家裡。麗莎很努力照顧母親，努力說服母親停藥，因為止痛藥總是讓她昏昏沈沈的。

麗莎想，如果她夠好，就能讓母親好起來，也能獲得

父親的歡心。雖然她的功課比哥哥還出色，父親仍不斷貶低她的成就，不是說因為科目太簡單，就是說她還可以做得更好。麗莎曾想要當醫生，父親卻打擊她的信心，說她永遠不可能當上醫生。

當父親酒喝多了，就對孩子暴力相向。最讓孩子們恐懼的，就是父親醉了揍他們，而吃了藥的母親又無動於衷時。事情過後，除了麗莎，沒有任何人能照顧父母，但她痛恨自己必須擔起這份責任。

在這些時候，麗莎覺得茫然且孤立無援，與上生物課時的感覺有點像。當她環顧四周，看到同學們不是在用顯微鏡觀察東西，就是忙著作筆記，儼然一副很清楚自己在做什麼的樣子。只有她，胃一縮，覺得一陣噁心，不知道別人期望她做些什麼，又因為過於惶恐而不敢要求別人幫忙。

後來，她變得自暴自棄。高中時，她開始與問題少年混在一起，還要確定父母親看見他們在一起，注意到他們怪異的穿著；她還故意讓父母看到自己親吻那個他們所鄙視的拉丁男孩。

由於父親堅稱麗莎不可能成為醫生，她便選擇護理。開始工作後，她在任職的醫院裡認識一名豪放不羈的男子，他說要將護理專業貢獻在沒人關心的地方。麗莎臣服於他的權威之下，兩人交往不久便結婚了。幾個月後，他喝酒應酬的習性愈來愈明顯，也開始出手打她。麗莎被打得傷痕累累，卻覺得是自己的錯，因為她不夠好，無法讓丈夫快樂。她沒有朋友，她的解釋是丈夫不讓她交，但內

心深處她知道是因為自己害怕與人親近。

當丈夫終於離她而去，她鬆了一口氣，本來她就想分手，但卻無法主動結束關係。痛苦解脫後，隨之而來的卻是恐懼：「我現在該怎麼辦？」

離婚後的財產分配再加上本身的薪資所得，讓麗莎有能力回到學校唸書，這一回她決心要成為一名醫生。出乎父親的意料，麗莎成功地申請到醫學院，她對自己的觀感也開始提升，覺得自己有價值且受人尊敬。但在醫學院就讀時，她的自我懷疑又回來了，指導教授嫌她動作太慢，笨手笨腳的，連最簡單的操作都處理不好，做事又漫無規劃；批評她把檢驗項目搞錯了，又沒能即時從實驗室取回檢驗結果。只有與病患在一起時，麗莎才感覺自在，在病患面前，她可以因不同的需要轉換成任何角色：有時親切又充滿愛心，必要時也可以與病患正面對立，嚴格的要求他們。

除此之外，麗莎在醫學院也飽受偏見之苦，她的年紀比大部份的同學大一截，背景不同，又是女性。許多病患叫她「護士」，有些男性病人則不願被「女」醫師診治，麗莎感到又傷心又憤慨，因為這個社會與她父母一樣，剝奪了她的尊嚴。

崩解中的文化

當我們檢視心理學的各种理論時，若將理論形成時的文化和時代背景納入考量，將產生不同的理解。例如，佛洛伊德在十九世紀與二十世紀交接之際所建構的理論體

系，後來成了現代精神醫學的思想基礎，但其文化背景卻是維多利亞時期的社會結構。他認為精神官能症的原因，是由於所謂的不當念頭和感情受到壓抑，像是攻擊性，特別是有關性愛的。在當時嚴謹的社會背景下，這個理論完全合乎邏輯。

如今一個世紀過去了，人們可以公開地表達攻擊性與性慾的本能，而社會環境比起佛洛伊德當時更為複雜難懂。相較於十九、二十世紀交替時的歐洲，現代西方文明中「身為男人」或「身為女人」所代表的意義，顯得模糊不清。社會的、經濟的、政治的結構不再那麼僵化，家庭單位與文化角色的定義也含糊籠統，就連「傳統」這個概念也不甚明確。

雖然社會因素可能不是導致邊緣人格（或其他的精神疾患）的直接原因，至少是重要的間接原因。從許多方面來說，社會因素與邊緣人格互為因果，其重要性不容忽視。首先，如果邊緣人格的發病原因源於童年時期（許多證據都導向這個結論），則發病患者數目的增加，很可能是因為家庭結構和親子互動模式的改變。因此，兒童養育的模式、家庭生活的穩定，以及兒童受虐和被忽視的案例等等方面的社會變化，非常值得深入探討。

其次，對於飽受邊緣人格症狀所苦的病患來說，社會普遍性的變動對他們造成極大的影響。以缺乏結構的美國社會為例，對邊緣人格者來說最難適應，因為他們最是缺乏的能力之一，就是為自己建立起架構。而婦女不斷地轉換角色（例如，全職主婦相對於職業婦女），似乎更惡化

了認同的問題。有些研究人員將邊緣人格經常出生在女性身上的原因，歸咎於婦女角色的衝突，偏偏這個衝突在現代社會中非常普遍。這些邊緣人格案例的嚴重性，可能藉由親子間的互動，傳衍到未來的世代，長此以往，問題將像滾雪球一般愈滾愈大。

再者，不論是人格疾患整體而言，或是單就邊緣人格這項疾患來說，都有愈來愈常見的趨勢，這也許是對當代文化一種自然且必然的回應，或者說，是當代文化的一種彰顯。就像克里斯多夫·拉許（Christopher Lasch）在《自戀的文化》（*The Culture of Narcissism*）一書中提到的：

每一個社會都將本身的文化，也就是社會規範、預設的基本立場，以及組織經驗的方法，複製到社會組成份子的身上，形成所謂的性格。就像涂爾幹（Durkheim）曾說過的，人格就是個人經過社會化的結果。〔註1〕

邊緣人格是因應壓力的病理反應

很多人認為，美國文化已與過去脫節，與未來也沒有連結。面對科技進步和資訊氾濫，個人需要更多獨處的時間來學習和練習，因此犧牲了社交的機會。離婚率升高、對托兒服務更加倚賴，以及舉家遷徙的機會增加等種種因素，都使得社會不再穩定、不再令人信賴。個人很難，甚至不能與他人建立親密的關係，隨之而來的，是深植於內心的孤獨感、自我為中心的態度與行徑、空虛、焦慮、沮

喪，以及自尊心的喪失。

邊緣性人格症候群是對這些壓力的病理反應。由於環境不夠穩定，因此無法提供對個人價值的肯定，無怪乎邊緣人格者會產生非黑即白的思維方式、自毀性行爲、大起大落的情緒、衝動、憤怒、人際關係不佳，以及受損、扭曲的自我認同，唯有如此，他們才能回應文化社會中的緊張與衝突。就某種程度而言，幾乎大多數的人都有邊緣人格的特質，而這個特質是被當前的社會條件大規模地引發，甚至是養成的。《紐約時報》的作者路易斯·薩斯（Louis Sass）的解釋是：

就好像團體中總需要有代罪羔羊作為犧牲一樣，每個文化也都會以某種方式呈現特有的社會病態。佛洛伊德時代的歇斯底里症，是當時性壓抑社會下的產物，而邊緣人格者四分五裂的自我認同，代表著我們社會中原本穩定的單位逐漸崩離析。〔註2〕

雖然一般認為，邊緣人格的病例是在過去幾十年內才迅速增加的，有些精神科醫師卻相信，早在二十世紀初期邊緣人格的症狀便已像今天這般普遍，是因為邊緣人格的症狀經過正式的確證與定義，所以現在常被診斷出來。以目前的診斷標準來看，佛洛伊德早期經手的某些病例，在今天可能會被診斷為邊緣人格。

然而，以上所述的可能性，並非忽視一個重要的事

實，那就是精神科醫師的診療室中，邊緣人格者的確愈來愈多，而從一般人身上，也愈來愈常觀察到邊緣人格的特徵。實際上，邊緣人格之所以能被普遍辨識出來，臨床醫學的文獻對這個主題的討論之所以如此廣泛，主要是因為邊緣人格不僅在醫療界很常見，在社會文化中也很普遍。

四分五裂的社會結構

第二次世界大戰以來，社會架構逐漸四分五裂，這是不爭的事實。傳統的家庭結構，如核心家庭、大家庭及安土重遷的觀念，已被各式各樣的新式家庭、社會運動和趨勢所取代。離婚率逐年攀升，嗑藥、酗酒、虐童事件層出不窮，犯罪行爲、恐怖主義和政治暗殺時有耳聞，種種現象如此頻繁，有時甚至是見怪不怪。

其中某些現象的產生，可能是由於社會未能達成「社會和解」。就像第三章所提到的，幼童在「分離一個體化」的階段，會小心翼翼地離開母親去探索周遭的環境，也會一再回到母親身邊尋求溫情、接納和熟悉感。這個和解的循環若被打斷了，通常會導致幼兒日後缺乏信任、人際關係受阻、空虛與焦慮的情緒產生，以及對自我形象的不確定感，而這些都是構成邊緣性人格疾患的特質。同樣地，當今的文化可能形成了一種阻礙，人們無法找到以爲慰藉的穩定力量，以至於妨礙了「社會和解」的健全發展。

在美國大部份的地區，一個家庭通常需要兩份薪水，才能維持良好的生活水準，父母不得不將養育子女的責任

交予他人；此外，很少有雇主會主動提供員工有薪的育兒假，或是在公司設置托兒設施。由於工作的需求及社經的壓力，現代家庭經常搬遷，但這種高行動力卻把人們帶離穩定的社群基礎。街坊鄰居、鄰近親戚的往來，以及社會中固定的角色功能，都是我們逐漸失去（或已經失去）的慰藉。

傳統習慣一旦消失，社會中的成員可能會產生被遺棄的感受，無所依靠地漂流在茫茫大海中。我們的下一代缺乏歷史感與歸屬感，不覺得自己在世界上擁有穩固的一席之地。處在這樣疏離的社會中，個人爲了要建立操控感與熟悉感，便可能產生各式各樣的病態行爲，例如物質濫用、飲食性疾患、犯罪行爲等等。

社會無法提供和解的功能，而個人不能從社會關係中獲得安慰與穩定的力量，這個現象正反映在過去幾十年間風起雲湧的社會運動上。人們像是乘坐雲霄飛車，從六〇年代震撼人心的「我們的時代」，到了七〇年代自我陶醉的「我的時代」，再到八〇年代崇尚物質、瞬息萬變的「享樂的時代」。隨著外在環境的改變，人們內在的價值觀也隨之改變，六〇年代呼籲的是利他取向的「愛、和平與博愛」；七〇年代所提倡的是「自我意識」；而八〇年代崇尚的是自私自利的「功利主義」。

當社會走向個人主義並以自我爲中心時，卻犧牲了個人對團體的忠誠，對家庭、鄰里社區、教會、職業和國家的奉獻。人與人之間、人與機構之間的關係，原本提供了社會和解的功能，當人與人、人與機構之間愈來愈疏離

時，個人所出現的反應，實際上就是邊緣人格的症狀，像是自我認同感低落、人際關係惡化，孤獨、寂寞、無聊的情緒生起，以及衝動行爲（由於缺乏團體壓力所形成的穩定力量）的出現。

在兩極之間拉扯不斷的大環境

就像邊緣人格者眼中的世界一樣，我們的世界從許多方面來說，也處處充滿矛盾。理論上，我們應該是信奉和平的價值，但在馬路上、電影中、電視裡和運動場上，無處不充斥著攻擊與暴力。

社會力量不斷利用我們對童年、對單純時代的懷舊之情，想說服我們擁抱一個兩極化的迷思——非黑即白、非對即錯、非好即壞。各個宗教派別都要我們相信，他們那一派是獲得拯救的唯一途徑。當今的法律體系是建構在「一個人不是有罪就是無罪」的假設前提上，中間幾乎沒有灰色地帶，如此一來，法律體系便永遠抱持著「生命的本質是公平的，正義是可以達成的」的迷思，換句話說，當壞事發生時，必定是某個人的錯，而那個人就必須付出代價。

在這個日漸繁榮、高度科技化的社會中，資訊的氾濫及五花八門的休閒方式，更使得人們難以決定生活中的輕重緩急。不論就個人或整體社會而言，我們的理想是在工作與休閒之間，在利他與自利之間達成一個平衡。但在這個崇尚功利主義的社會中，自信與強勢之間、個人主義與疏離主義之間、自我保護與自私自利之間，差別只在咫

尺。

我們對科技的崇拜，使我們執著於追求精密，計算機和電腦取代了九九乘法表和計算尺，魔鬼粘剝奪了小孩子學習綁鞋帶的機會。為圖方便與精確，創意與智力的運用被犧牲了。

諸如此類，都是想要在一個原本是隨機、不公平的世界中，強加秩序與公平，這等於是贊同邊緣人格者枉費心力地在黑與白、對與錯、好與壞之間作選擇。但事實上這個世界是由更微妙的因素所構作，它既不公平亦不精確，必須以更複雜的觀點來看待。一個健全的文明，可以接納模糊、不確定的事物。試圖消除不確定性，或是無視於不確定性的存在，更容易導致邊緣人格社會的形成。

從某種意義上來說，我們都生活在邊緣地帶，一邊是富裕、健全、高科技的安樂土，另一邊則是貧窮與遊民、嗑藥與心理疾病的黑暗國度。我們一方面夢想著活在理智的、安全的世界裡，而另一方面又有著瘋狂的夢魘，恐懼世界終將面臨末日的一天。

社會變遷的代價，反映在現代社會的壓力以及與壓力相關的生理疾病上，例如心臟病、中風、高血壓等。如今我們也得面對另一種可能，那就是心理疾病必將成為我們付出的代價之一。

對未來的恐懼

過去幾十年來，醫療體系已觀察到精神醫學一個基本趨勢的改變，那就是從精神官能症轉變為人格疾患。精神

科醫師吉歐瓦契尼（Peter L. Giovachinni）寫到：「臨床專業人員似乎正面對著人數不斷增加的病患，這類病患的症狀無法以目前的診斷標準加以歸類。他們所患的並非明確的症狀，而是一些定義模糊的不適……。當我如此形容這類患者時，基本上所有的人都知道我指的是哪些病患。」〔註3〕

當然，這類的報告在八〇年代已是稀鬆平常，人格疾患取代了古典的精神官能症，成為最常見的精神疾患。是哪些社會、文化的因素影響了這個病理上的改變呢？包括拉許（Lasch）等許多社會觀察家相信，我們對過去的貶抑是其中一項原因：

活在當下是目前一般人熱情追尋的目標，要為自己而活，不為前人不為後人而活。歷史延續性的概念，也就是承先啟後的概念，正急速流失中。〔註4〕

歷史具有延續性的這個概念一旦喪失，會影響我們對過去與未來的看法。對過去的貶抑將切斷對未來的連繫，而未來便成為一望無際的未知，充滿希望，也充滿恐懼。時間是由具有連續性邏輯的事件所形成的線，線上的事件受過去的成就和目前的行動所影響，若是喪失了承先啟後的概念，便會將時間視為獨立存在的點，無關過去也不會影響未來。

針對青少年和兒童的實證研究一致顯示，他們「存在

著對危險的警覺性以及對生存的無望感，對未來的展望僅限於短期，對能否成就生命的目標感到悲觀。並且一再提到自殺是應付威脅的一種策略。〔註5〕根據兒童心理學家愛德華·拉溫（Edward Levin）的說法，當他詢問青少年：「在你的想像中，十年後的自己會在做什麼？」通常得到的答覆是：「我們那時都已經死了。」〔註6〕

就如我們看到的，邊緣人格者是以「當下」為依歸的具體例子，他們可說是患有文化失憶症，對過去的歷史沒有興趣，也沒有溫暖的回憶，偏偏這正是支撐我們一般人度過艱難時期的支柱。由於缺乏能協助度過難關的愉快回憶，患者註定得不斷承受痛苦的折磨。也由於他們無法從錯誤中學習，必將重蹈覆轍。

對未來感到恐懼的父母，不太可能注意到下一代的需要。現代的父母在情感上是抽離又疏遠的，同時對孩子又是放縱、溺愛的；這類父母非常有可能養育出具有邊緣人格的子女。

人際關係的叢林

過去幾十年間，社會最顯著的變化，可能要屬性愛的規範、角色與行為等方面的改變：從五〇年代的性壓抑、六〇年代「自由之愛」和「開放式婚姻」的性愛革命，到了八〇年代，由於對愛滋病的恐懼，導致人們重新思考性愛的價值。

由於社會的變動，人們愈來愈難獲得或維持深厚持久的友誼、愛情與婚姻。七〇年代結婚的夫妻中，有一半

會在八〇年代離婚。〔註7〕拉許曾經寫到：「當社會生活變得愈來愈像戰爭、愈來愈野蠻時，從表面上來說，人際關係照理將緩和這些狀況，但實際上卻也沾染了爭鬥的特質。」〔註8〕

邊緣人格者也許比非邊緣人格者更適合處在這樣的爭鬥之中。具有自戀性人格的男子，需要取得主導權並受人崇拜，這正好契合了女性邊緣人格者想被人控制與接受懲罰的矛盾需求。女性邊緣人格者通常在很年輕時就進入婚姻，藉以逃離原生家庭的混亂。她們依附著獨斷霸道的丈夫，而夫妻兩人又共同製造出有害的家庭生活，落入「一個願打，一個願挨」的相處模式。此外，邊緣人格的男性與自戀性人格的女性結合，稱不上典型，但也很常見。

被虐待狂是邊緣人格的情愛關係中一個明顯的特徵。從令人痛苦的依賴關係中，產生了「打是情，罵是愛」的陳腔濫調。邊緣人格者在小的時候，嘗試與母親或原初養育者建立成熟的關係，但得到的卻是痛苦與困惑。長大之後，邊緣人格者與生命中其他的夥伴，像是配偶、朋友、神職人員和醫師的關係，又重新喚起他早年的困惑。尤其是被批評或虐待的經驗，會強化邊緣人格者毫無價值的自我形象。例如，麗莎在小時候因父親的批評而認為自己一無是處，成年後與丈夫和指導教授的關係，又加強了她內心深處自認為毫無價值的感受。

到底誰才是受害者？

有時候，邊緣人格者的被虐狂會演變成虐待狂。以安

爲例，她明知丈夫賴利有酗酒的問題，有時卻反而鼓勵丈夫喝酒。她也很清楚，賴利喝醉時會有暴力傾向，但她又藉機挑起爭執。被丈夫毒打之後，安會像軍人炫耀戰時留下的傷痕一般，展示滿身的瘀傷，使賴利回想起自己的暴力行爲而感愧疚。她還會堅持與賴利一同外出，在公開場合向別人解釋，這些傷痕是撞到門之類的意外所造成的。

每一次事件發生後，賴利便深感懊悔與愧疚，而安卻表現得像是一名長期受苦的殉道者。她利用自己挨打受傷的方式來懲罰賴利，而在這樣的關係中，到底誰是真正的受害者，答案卻愈來愈模糊。

就算一段關係顯然決裂了，邊緣人格者仍會匍匐著回頭繼續尋求懲罰，並覺得自己受到這樣的踐踏是罪有應得。對邊緣人格者來說，改變和孤獨更可怕，遭受懲罰時的感受反而是他所熟悉的，因此也比較容易面對。

「騎驢找馬」是現今社會關係中典型的情愛模式，在結束目前的戀情之前，需要先建立起新的戀情。邊緣人格者就是不斷需要戀情的例子，在情愛關係中的邊緣人格者，就好像正攀爬在原野樂園裡攀架上，當一隻手尚未抓牢下一根橫桿之前，絕對不會鬆開另一隻手。除非邊緣人格者看見地平線上已迎面走來一位新的白馬王子，否則通常不會離開施虐的現任配偶。

社會的性愛規範較爲寬鬆，以及情愛關係結構較不明確的時期，例如六〇年代晚期以及七〇年代，邊緣人格者反而較不能適應；欠缺架構及提供更多自由的情況，反而困住了邊緣人格者，因爲他們沒有能力規劃一套屬於自己

的價值體系。很諷刺的是，性愛關係較保守的時期，如八〇年代晚期（部份原因是由於愛滋病的擴散），反而對邊緣人格者有利。由於恐慌，社會強加了更嚴密的規範與界限，若想越界，就得冒生命與健康的危險；衝動和性濫交的行爲，隨之而來的將是嚴酷的代價。這些外部的規範架構有助於保護邊緣人格者，使他們不易作出自毀的行爲而受傷。

性別角色的改變

二十世紀初期，社會中的角色不像今日這般多元，角色的內涵和定義比較清楚，兼任角色也比較容易與主要角色統合。母親主內，管理家務，負責養育子女，就算有家庭以外的興趣，多半也是原本角色的延伸，例如參與子女學校的活動、培養嗜好、擔任義工；父親的工作與他在社區中所扮演的角色也能互相結合。而兩人彼此的分擔也大致能合作無間。

然而在今日複雜的社會中，個人必須擔任的角色過多，許多角色並不易融合在一起。例如，職業婦女的兩個角色性質分明，要兩者兼顧，必須經過一番掙扎。大部份的雇主要求職業婦女將家庭與職場分開，以至於當某一方出問題而影響到另一方時，職業婦女便覺困窘或罪惡感。

現代的父親們也發現，自己所擔任的工作和家庭角色各自獨立、互不相關。不像以往的父親，他可能是雜貨舖的老闆，住家就在店面的樓上。而現代的父親大多在離家好一段距離的地方工作，能跟家人相處的時間比以往的父

親少很多。此外，現代的父親在家庭中的責任也較以往為重。

在解釋邊緣人格為何在女性之中如此普遍時，一般都將重點放在過去幾十年間角色模式的改變。最新的研究報告指出，邊緣人格者中有三分之二為女性（參見第一章）。過去，女性的生涯規劃基本上只有一種模式，那就是結婚（通常在二十歲左右）、生孩子、在家帶孩子，並且必須壓抑自己對事業的野心。相反的，今日年輕女性所面對的，是各種期待及各式各樣的典範，從單身職業女性到已婚職業婦女，從傳統養兒育女的母親到兼顧婚姻、事業和子女的「超級母親」。

男性同樣也面對新的期待，但不像女性所面對的那般多樣、廣泛，角色之間也比較不衝突。現代的男性被期望能更敏感、更開放，並且必須比過去的男性承擔更多教養子女的責任，然而，這些責任和特質，通常仍能符合男性身為「供應者」或「協同供應者」的角色。舉例來說，很少有男性會放棄、或認真考慮放棄事業，而決定作一名「家庭煮夫」，男性也很少被期望去擔任這個角色。

在兩性關係與家庭關係的演變中，男性需要的調整比女性少得多。舉例來說，由於男性通常是家計收入的主要來源，舉家搬遷大多是出於男性的工作所需。在懷孕、生產、養育孩子的過程中，男性需要面臨日常生活改變並不多。反觀女性不僅得承受懷孕與生產帶來的生理負擔，也必須在生產時放下工作，之後還得為了重回職場而調適，或者決定放棄事業。許多雙薪家庭中仍是由女性挑起料

理家務的責任，而會調整自己的時間待在家裡照顧生病的孩子，或是在家等待修繕工人來修理東西的，通常也是女性。

性別、文化遍見所造成的誤解

雖然女性成功地在社會和職業上獲得更多的選擇，但在過程中可能必須付出高昂的代價，夾在事業、家庭和子女之間，痛苦地為自己的生涯規劃下決定；她們與兒女、丈夫的關係變得緊繃，不僅在作決定時得面對壓力，依自己作出的決定而生活時也得承受壓力，對於自己的身份、想成為什麼人，在在困惑不已。以這個角度來看，便可以理解為什麼女性較容易患有邊緣性人格疾患，因為自我認同和角色定位上的混淆，就是構成邊緣人格的要素。

儘管統計上的證據顯示，邊緣人格是「女性的疾病」，但是臨床人員也表示，目前女性患者並非真的比男性多，而是她們的症狀較顯而易見。例如，過去的社會不容許女性勃然大怒，而在今日開放的社會中，這個邊緣人格的症狀便能浮現出來。女性今日所處的時代，能夠接受，甚至鼓勵人們開誠佈公地溝通並表達情緒，因此對她們而言，將怒氣和內心的情緒發洩出來，已被認為是能矯治壓抑的健康方法。職業婦女特別受到期待：必須在工作上展現果斷，許多訓練「決斷力」的課程也多是針對職業婦女。幾世紀以來，女性一向被塑造成「含蓄、端莊」的形象，甚至到了今天，仍有許多女性深信這樣的教育；但突然之間，以男性主導的社會卻開始鼓勵女性表現強勢，

並表達內心深處的情緒；但同時又期望她們在情緒宣洩時，能隨心所欲地說停就停。

一份研究也對另一項文化上的偏見作了說明。該研究發現，在西班牙語系的社會中，診斷出患有邊緣人格的男性與女性比率幾乎一樣，這個結果與大部份的研究結果相反，女性邊緣人格的比例比男性高。研究人員推測，這可能導因於社會文化的差異及臨床偏見：

根據我們的研究，在西班牙語系的社會中，男性被診斷為邊緣人格者的人數可能比實際情況多，這是由於臨床人員大部份是以英語為母語的白人，不會說西班牙語……波多黎各文化中視為正常的行為，若在這個文化圈以外的地方來判斷，則可能被認為過當。例如，西班牙語系社會中的男性，有著豐富的肢體語言和誇張的行為，在不熟悉這樣狀況的臨床人員眼中，可能被視為是衝動、不當的憤怒以及情緒不穩定，而這些都是《精神疾病診斷與統計手冊第四版》所列的邊緣人格症狀。〔註9〕

同樣的，既然治療師以白人和說英語的人為數最多，他們可能忽略病患的某些特質，例如誇張的行為、無法掌控憤怒與衝動等，而當成是西班牙語系女性做作的風格，或是典型的行為，以至於無法辨識。

邊緣人格到底是不是「女性的疾病」，尚有許多爭

議。在此僅要指出一點，角色混亂對女性所造成的困擾和衝突，可能是她們爲了獲取更多自由所必須付出的代價；同樣的，女性爲了承擔更多的責任，也必須付出代價，可能是被迫必須採取一套自己不喜歡的（傳統上是男性的）行爲模式。種種原因加總起來，就算不能證明女性比男性容易患有邊緣人格，至少可以知道，這些因素會使得女性邊緣人格者的人數增加，症狀更嚴重。

邊緣人格與性別取向

性別取向也是讓邊緣人格者困惑的角色之一。這點與某些研究人員的看法吻合，據他們的估計，邊緣人格者中同性戀、雙性戀和性別偏差的比例將顯著提高。〔註10〕〔註11〕邊緣人格者的同性戀傾向可能源自童年時期，成因包括：缺乏角色模範、曾遭性侵害、需要他人關愛和注意的需求未被滿足、對自己的身體感到不自在、被灌輸與本身性別相反的資訊。

家庭與兒童教養模式

自從二次大戰結束以來，我們的社會在家庭和兒童教養兩者模式上，經歷了驚人的改變：

- 核心家庭的數目逐漸減少，離婚是主要的原因，據估計，58%的美國兒童，大部份時間是生活在單親家庭中。〔註12〕
- 另類的家庭結構（例如「繼親家庭」，也就是兩個單親家庭組合成的新家庭）使得許多兒童由非親生

父母扶養長大。

- 搬遷能力的增加，傳統上祖父母、兄弟姊妹、堂表親戚都住在附近的大家族生活形態，幾乎已消失殆盡，家庭因此變得孤立無援。
- 出外工作的婦女人數大幅增加。直到1990年，美國母親有將近75%是職業婦女，這個比例是1954年學齡前兒童中母親在外工作比例的十倍。〔註13〕
- 由於婦女在外工作，被安置到托兒所、安親中心的兒童達到了有史以來最多的人數，而且開始托嬰的年齡也比以往小很多。一份研究顯示，自1980年到1987年，幼童托兒的人數增加了45%。〔註14〕
- 明顯的證據指出，在1987年之前的十年間，兒童受虐與性侵害事件有嚴重增加的現象。〔註15〕

兒童養育模式的改變，對兒童及父母的心理造成什麼影響？精神科醫師與兒童發展專家大多同意，生長過程中經歷過創痛、環境不穩定或曾受虐待的兒童，到了青年與成人時期，產生情緒和心理問題的機率比一般人高。此外，這類環境中的家長很可能也具有壓力、罪惡感、憂鬱、自尊心低落等等狀況，這些特質都與邊緣人格有關。

詹姆士·馬斯特森（James Masterson）曾提到，由政府提供完善社會福利制度的國家，例如北歐國家及正朝向這個目標的美國，造成國民對社會的依賴，反而會妨礙人們發展出自主性，並促使人們產生邊緣人格和反社會的行為。在以色列屯墾區的公社制度中，托兒中心是養育兒童

的地方，這類兒童的原初養育者並不是他們的親生父母，而是一群扮演父母角色的人。這樣的家庭結構可能可以培養出士兵，或是分工社會的一個齒輪，但兒童「分離一個體化」的過程卻有被淡化的傾向，並且阻礙兒童發展出自主性和個體化的意識。在日本，典型的母親一開始會將兒女高高捧在手上，寵愛有加，當他們長大之後，母親又會特意培養子女的罪惡感，並藉此操控子女。馬斯特森認為，這樣的結果使得日本以社會運作順暢而聞名，但個人的特質中卻嚴重缺乏創意、自主性和親密。〔註16〕

日間托嬰

嬰兒在出生後的頭幾個月中，開始對「自己」和提供照顧的「他者」發展出情緒與感知（參見第三章），開始學習有關自己的一切，奠定形成自我的基礎。同時，父母也開始學習如何提供照顧，建立與嬰兒間雙向的交流——反饋系統，而這是嬰兒首次參與的社交溝通。嬰兒開始感受到情緒，同時學習如何引發與回應照顧者的情緒。〔註17〕

根據布列茲頓（T. Berry Brazelton）與其他著名的兒童發展專家的看法，嬰兒出生後的頭幾個月，對未來情緒的發展、應對的模式與自尊心的建立極為關鍵：「從開始到完成社交溝通的整個過程，嬰幼兒經歷了一個反饋的循環；幼兒產生熟練的感覺後，對自我認知也獲得肯定，進而受到鼓舞而繼續發展。」〔註18〕

大量的證據指出，嬰幼兒若被剝奪機會而無法學習有

關自己的一切，將有損情緒與感知的發展，往後在自我認同、自尊心、安全感、「分離一個體化」和社會關係等層面上，很可能遭遇難題，這些都與之前討論過的邊緣人格症狀有關。

日間托嬰對父母的影響也很大，許多研究都顯示，日間托嬰是雙薪父母最主要的壓力來源。^{〔註19〕}在嬰兒出生的頭幾個月中，父母若被迫無法待在家裡，通常容易產生憂鬱、罪惡感以及受欺騙的感覺，並且自認為不夠資格當父母。母親尤其可能產生無力感和罪惡感，更可能爲了因應這些感受而產生防衛心態：（1）否認這些感受的存在；（2）將「好母親」的形象投射在日間的褓母身上，自己則扮演起「壞母親」的角色，或者正好相反；（3）爲了減輕分離的痛苦，在情緒上刻意與孩子疏離。^{〔註20〕}

有些關於日間托嬰的研究指出，嬰幼兒早期若長時間交付外力的照顧，日後可能導致母親與子女的關係不穩固，以及子女出現不聽話、具攻擊性、安全感低落的現象。^{〔註21〕}但這些研究結論也遭到某些心理衛生專家的駁斥，他們指出日間托嬰對幼兒感知和社交發展的正面影響。「幾乎這一整個世代的兒童，都是以不同以往的方式教養長大的。」著名的耶魯大學心理學家齊格樂（Edward Zigler）曾寫到：「只有等到這些嬰兒長大成人，我們才能得知這個模式最後所產生的影響。」^{〔註22〕}

信任的破壞者

兒童受虐或受到忽視已漸漸被認爲是有害心理健康的

問題。身體受虐的學齡前兒童，表現出來的特徵包括：壓抑、憂鬱、疏離、行為問題（例如過動和暴躁）、無法控制衝動、具攻擊性、和同儕相處不來。〔註23〕

約翰·藍儂（John Lennon）說：「暴力將招致暴力。」對被虐待的兒童來說更是如此，因為受虐的人通常會變成施虐者，問題會一代傳一代，延續存在好幾十年。

由於邊緣人格者中曾受虐待或遭到忽視的案例如此之高，可以視是否受虐或遭到忽視來作為分辨邊緣人格和其他人格疾患的指標。最常見的形式是言語或心理上的虐待，肢體上的虐待居次，再來是性侵害。肢體虐待和性侵害可能在性質上雖是較為激烈的方式，但在情緒上受到虐待的兒童可能完全失去自尊。兒童情緒上的受虐有下列幾種形式：

- 貶損——不斷貶低兒童的成就，並過份強調兒童的不當行為。只要持續一段時間後，兒童真的會相信自己又壞又沒用。
- 吝於給予注意——總是心有旁騖的父母，對兒童的發展不表興趣，而且在有需要的時候吝於給予關愛。
- 專制——採用極端的威脅來掌控兒童的行為。有些兒童發展專家將此種虐待，拿來與恐怖份子使用在人質身上的洗腦方式作比較。〔註24〕

就像心理學家休·米西迪恩（Hugh Missildine）所描繪的，受到忽視的兒童的行為模式反映了邊緣人格者成年後的兩難處境：

如果在童年時受到忽視，可能會使你不斷地找尋一個又一個的伴侶，希望找到一個能彌補缺憾的伴侶，姑且不論是什麼樣的缺憾。你也許沒有能力關照自己，希望藉由婚姻結束這樣的狀況，之後卻發現自己陷入了令人憂心的處境。雖然結了婚，情緒上仍然沒有歸屬……除此之外，小時候受到忽視的人總是焦慮不安，因為情緒無法獲得滿足……種種焦躁、衝動的行為，造成生活中充滿激情的假象……舉例來說，這樣的人可能與一個人訂了婚，同時又與其他兩、三個人維持性關係。任何人只要表現出仰慕、崇拜之情，便能取悅他們，因為他們對關愛的需求是如此強烈，嚴重影響了他們的判斷力。〔註25〕

依據我們對邊緣人格成因的了解（參見第三章），虐待、忽視或幼年時長期與父母分離，將使得幼兒無法信任他人，自尊心與自主性受挫，並且無法正常發展出因應分離及形成自我認同的能力。長大成人後，他們可能一再重覆令人挫折的關係模式，將痛苦和懲罰視為親密的表現，也真的相信「打是情、罵是愛」。當邊緣人格者長大後，可能會以自傷的行為來代替父母對他的虐待。

缺席的父親

由於離婚率增加，必須在父親缺席或是未給予情緒支持的情況下成長人數更甚以往。由於法院大都將子女的監

護權判給母親，大部份的單親家庭是以母親為首。就算法院作了共同監護權或自由探視權的判決，父親可能在離婚之後馬上再婚，展開新的家庭生活，因此從孩子的成長過程中消失。

近來的趨勢是由父母平均分擔養育子女的責任，但這個趨勢反而使孩子在父母離異時更加難過。毫無疑問的，兒童因來自父母雙方的照顧而受益，但當父母離婚時，也意味孩子失去更多；父母若在兒童發展人格的時期離婚，對孩子的傷害也更大，因為孩子在未來還有更多重要的發展階段必須面對。

相關離婚造成影響的研究顯示，學齡前的兒童由於恐懼被人遺棄，當父母離婚時通常極為難過，出現依賴與發展退步的情形，以及對分離產生嚴重的焦慮。〔註26〕也有為數眾多的兒童表現出憂鬱的症狀，〔註27〕或在童年晚期出現反社會的行為。〔註28〕

當父母分居或離異時，兒童對肉體親密的需求增加。舉例來說，小孩常常在父母離異時，要求跟父親或母親一起睡，如果這個習慣持續下去，最後也變成父母自己的需求時，兒童的人格自主性和個體完整性將受到威脅，無法健全發展。此外，若父親或母親本身因離婚而感到孤獨，並因感情受創而自憐自哀，也可能會抑制子女的成長。

在許多父母離異的例子中，兒童變成雙方交戰時的人質。某位父親經常忽視自己的探視權，但當他在生孩子母親的氣時，會突然要求女兒到他家住，這類的造訪通常讓孩子覺得不舒服，對父親和新家庭也會造成不快，但卻被

父親用來當作懲罰母親的手段，而那位母親受制於前夫的要求，也只能心感愧疚而束手無策。另外一名兒童，在母親定期爲了要求更多贍養費而與父親打官司時，被捲入衝突之中。以禮物賄賂孩子，或以中止學費和生活費的補助作爲威脅，也是衝突不斷的離婚父母經常用來對付彼此的武器。不論是賄賂或威脅，對孩子的傷害通常比對對方的傷害來得大。

此外，兒童還可能被捲入法庭的爭端，被迫爲父母出庭作證。在這樣的情況下，不論是父母、法庭或社會福利機構，都無法保護孩子。而孩子通常會感到十分無助（因爲不論他再怎麼努力，父母的衝突依然不斷），或者發展出不當的權威感（他的證詞能左右父母之間爭鬥的結果）。他可能對自己爲難的困境感到憤怒，但又恐懼最後父母都想拋棄他。以上種種便成爲發展邊緣性人格疾患的溫床。

除了離婚之外，還有其他原因會對兒童的發展造成負面影響。過去幾十年來，參與第二次世界大戰、韓戰、越戰的軍人，以及許多戰俘營和集中營的生還者，其子女都已長大成人。這些軍人和倖存者不只是子女成長時長期離家的父親，他們由於經歷戰爭而發展出創傷後壓力疾患，或是延遲出現哀慟反應（「重創後的哀傷」〔*impacted grief*〕），更對子女的發展造成深遠的影響。〔註29〕

「父親缺席症候群」（*absent father syndrome*）造成病理後果是，因離婚或死亡而破碎的家庭中，母親通常爲了彌補子女而成爲最完美的家長，爲孩子的生活作全面性的安

排，如此一來，子女得以發展自我認同的機會自然變得有限。少了另一位家長居間緩衝，母親與子女的關係可能太過緊密，以至於無法健全地進行母子之間的分離過程。

雖然母親通常想辦法要取代缺席的父親，很多例子都顯示，實際上是兒女替代了缺席的丈夫。父親缺席的情況強化了母親與子女之間的共生關係，成長中的孩子會過於理想化母親，希望能永遠取悅母親。而單親家長對孩子的依賴也可能持續下去，進而阻礙孩子的成長和個體化，也種下邊緣性人格疾患的種子。

放任的教養方式與頻繁的搬遷

現代放任式的兒童教養模式，將傳統的父母功能移交給家庭以外的機構，像學校、大眾媒體、工商產業等等，對親子關係的品質影響很大。父母對書籍與教育專家的依賴，取代自己身為父母的「本能」，許多雙薪家庭把工作擺第一，教養兒童的任務反而退居次要，「高品質的相處時光」成了推諉之詞，為的是掩飾父母因「時間不夠」而產生的罪惡感。

許多父母出於補償的心態，極力滿足孩子的物質需求，卻很少給予真正的溫情。自戀的父母將子女看成自己的延伸，或是自己擁有的物品或財產，而不將子女視為獨立的個體。父母對子女的情感雖然疏離，但給予子女的注意力卻又多到令人喘不過氣來，導致子女過度誇大自己的重要性，產生退化的防衛機制，並且喪失自我認知。

些外，搬遷比以往更為頻繁，這對兒童來說，可能帶

來更豐富的教育利益和文化交流，但無數次的遷徙之後，產生的是無根的感覺。有些研究員發現，如果問經常搬家且在每個地方停留短暫的兒童一個簡單的問題：「你家在哪裡？」得到的答覆通常是困惑的，或者根本沒有反應。
〔註30〕

由於搬遷頻繁的生活模式，通常與工作的需要有關，這類家庭的父母之中，至少一位或甚至兩位的工作時數過長，能給予子女的時間相對變少；加上不夠穩定，無法提供兒童發展過程牢固的基石。此外，經常搬遷也帶來另一項負面的後果，讓這個世界變成由不斷變換地點和面孔所形成的動物園。在這種環境中成長的兒童，可能懷著無聊和寂寞的心情長大，所以必須不斷尋找刺激。由於他們被迫不斷地適應新的狀況、認識新的陌生人，也許因此失去穩定的自我認知。在搬遷頻繁的環境中長大的人，可能在社交上應對優雅，但他們通常都覺得自己是在裝腔作勢。

隨著遷徙次數的增加，街坊鄰里、學區體系、教會和民間組織、友情等等這些穩定性的力量也日漸薄弱。家族中各世代住得愈來愈遠，大家庭的模式逐漸消失，家族成員無法再提供情感上的支持，也不能互相幫忙照顧下一代。兒童在不認識祖父母、堂表親戚的情況下長大，不僅無法對過去的歷史產生強而有力的連結，也缺乏溫暖的親情來源，以至於無法滋養健全的情緒發展。

【第五章】

了解與療癒

「來，你看，你要使勁地跑，才能保持在相同的地方。如果要到別的地方去，那至少要跑得比現在快一倍才行。」

——摘自路易斯·卡洛爾《鏡中奇緣》
(*Through the Looking Glass*, Lewis Carroll)

成家，是爲了逃離原生家庭

「我覺得自己內心好像有一個永遠都填不滿的洞。」二十八歲、聰慧又迷人的伊莉莎白這麼說，她是家庭醫師介紹來作心理治療的，結婚六年，丈夫曾是她的主管，比她大十歲。五個月前，她生了第一個孩子，是個女兒，但她非常沮喪。

她夢想擁有一個專屬於她的東西，這個東西必須能夠「讓全天下的人都知道，我曾經活在這裡」。她認爲心中「真實的自己」，像是一潭由幼稚的情緒所形成的沼澤；她總是隱藏自己的感覺，因為那些感覺「既醜陋又邪惡」。這些自我認知變成了自我厭惡，她想要放棄一切。

根據伊莉莎白的回憶，過去六年間，她曾有過九次婚外情，對象都是因工作認識的。這些婚外情是從她父親過世不久後開始，大部份都在她的掌握之中，換句話說，

是她主動建立關係，也是她主動分手的。這些男人似乎對她的主動都非常困惑，之後又對她突然的拒絕感到不解。伊莉莎白看到他們這樣的反應，卻覺得很興奮。她樂於享受肉體上的親密，但承認自己害怕投入太多。雖然她能控制這些關係，但不曾從中得到性慾上的滿足，與丈夫的情形也是一樣。她認為，單憑她的智力和個性，無法掌控男人；她覺得自己以性為工具，可以與對方「平起平坐」，比較安全。

伊莉莎白出身於一個篤信天主教的藍領家庭，有三個哥哥和一個妹妹，妹妹在五歲時溺水死了。當時伊莉莎白只有八歲，不了解到底發生什麼事，只發覺母親愈來愈孤僻。

自有記憶以來，伊莉莎白的母親就常歇斯底里，不斷責備她是壞孩子。當伊莉莎白還是個小女孩時，母親堅持要她一起上教堂，並強迫丈夫在伊莉莎白的房間裡搭起一個小祭壇。伊莉莎白與父親比較親，他是個被動、安靜的人，總是被妻子牽著走。當伊莉莎白進入青春期時，父親變得愈來愈疏遠，給她的關愛也更少了。

伊莉莎白從小到大都很安靜害羞，母親不准她與男孩子交往，也嚴密注意她和同性朋友的友情，只准她跟「可以接受」的人交朋友。哥哥們總是比較受寵，伊莉莎白會跟他們玩成一片，試著要成為他們的「哥兒們」。她中學時成績不錯，想上大學卻受到阻攔。高中畢業後，她做的是祕書的工作。

隨著時間過去，她與母親之間的衝突愈演愈烈。當

她還在唸高中時，母親甚至譴責她是個「遊民」，就算她還沒有與人發生過性關係，母親還是不斷指控她「性濫交」。受夠了與母親的互相叫罵，伊莉莎白存到錢後就搬出去自己住。

在這段騷亂的時期，伊莉莎白的主管與妻子分居，正經歷著痛苦的離婚過程，伊莉莎白適時地給予安慰與同情，他也有所回應，兩人便開始約會，當對方的離婚手續完成後沒多久，伊莉莎白也成為人妻。一點也不教人意外地，母親責怪她嫁給離過婚的男人，還是一個大她十歲的天主教叛徒。

父親的態度則依然疏離，伊莉莎白婚後一年，他去世了。

從幻想世界吸取生存的養分

五年之後，伊莉莎白的婚姻逐漸破裂，她認為是丈夫的錯，視丈夫為偷走她青春的「小偷」。他們認識時伊莉莎白只有十九歲，還需要被照顧，所以她用青春來換取婚姻的保障。這些年來，她原本大可進行各種嘗試，「看看自己想成為怎樣的人，可以成為怎樣的人，或本來應該是怎樣的人。」

接受心理治療的初期，伊莉莎白談起最近一次、也是最重要的一次外遇：大衛比她大十二歲，是家裡常往來的老朋友，而且是當地教區的神父。他是伊莉莎白一家——特別是母親——所熟識而且深深敬重的人。他是伊莉莎白唯一真正依戀的男人，而這也是唯一不在她控制之中的一

段戀情。這段戀情斷斷續續維持了兩年，大衛曾突然中斷關係，之後又與她言歸於好。伊莉莎白後來向精神科醫師坦承，大衛是她孩子的父親，她的丈夫毫不知情。

伊莉莎白變得畏縮退卻，與經常出外旅行的丈夫關係更形惡化，與母親和哥哥們愈來愈疏遠，僅有的幾個朋友也不再往來。她不願與丈夫一起接受治療，害怕丈夫和醫生串連成「同一陣線」。就這樣，儘管接受治療，卻讓她更不相信任何人。她的想法和感受充滿矛盾，就像陷在一座沒有出口的迷宮裡，而她的性感魅力，似乎是唯一能帶她走出迷宮的路。

治療師是她經常抱怨的對象，因為他是擁有「掌控權」的人。她對他大吼大叫，責怪他沒有能力，還威脅要中斷治療。她希望治療師一氣之下向她吼回來，再也不要治療她，或是產生防衛心態，央求她繼續接受治療。但治療師並沒有按照她所設想的方式回應，她於是又責怪他的冷靜代表他毫無感情。

雖然已經很習慣丈夫經常出差，但她漸漸開始害怕獨處。丈夫出差的時候，她就睡在地板上，自己也不知道為什麼；丈夫回家時，她又對他大發雷霆。她變得更為沮喪，「自殺」對她不再只是一個選擇，反而更像是命中註定的，就好像所有的一切都指向這個終點。

伊莉莎白看待現實愈來愈虛幻，她期望像精神失常的人一般，身在幻想的世界裡，在那兒，她想到哪裡就到哪裡，因為離真實世界是那麼遙遠，沒人能找得到她，「看清她心底的結到底是什麼」，就連最好的精神科醫師也不

行。

在她的幻想中，她被一位有權力的英俊男子保護著，他欣賞她優秀的特質，並且時時刻刻都體貼周到。她想像這名男子就是她以前的老師、醫生、寵物的獸醫，甚至是她的精神科醫師。她幻想中的這些對象看來都很有權力，雖不可能成為她的伴侶，可是都拜倒在她的魅力之下，不由自主地被她吸引。當現實並未按照她的劇本上演——一個有魅力的男子拒絕與她調情——她便意志消沉，厭惡自己。

不管在哪裡，她都看到比自己漂亮、聰明、優秀的女人。她希望自己的頭髮可以再美一點，眼珠換成別種顏色，皮膚更晶瑩剔透。從鏡中看自己，她看到的是扭曲的影像，一個胸部下垂、腰粗腿胖的老巫婆。她以身為女人為恥，只有外貌是自己唯一的價值，她希望自己是個男人，「只有這樣，我的想法才會有價值。」

在她接受門診治療的第二年，好幾位親友相繼過世，包括一位她最喜愛、最親近的叔叔。她一再被相同的夢魘所困擾，醒來後卻記不得夢裡的情境。她變得更憂鬱，有自殺的傾向，最後便住進醫院。

長久的夢魘，竟是親身經歷

藉由催眠，她好像打開了潘朵拉的盒子，回想起童年時創痛的經驗。她想起母親曾毒打她好幾次，又記起母親對她的性侵害——把婦潔液和灌腸劑倒入她的陰道，並加以撫弄，說是要「徹底清潔」。這個儀式從伊莉莎白八歲

時開始，剛好是她的妹妹溺死後不久，之後一直持續到她進入青春期。她想起當時母親的臉孔，記起母親親切、詳和的表情，那是伊莉莎白記憶中母親唯一沒有反對她的時候。

伊莉莎白也回想起自己一個人坐在衣櫃裡好幾個小時，以及常常睡在地上，因為她害怕睡在床上會被侵犯，有時她抱著學校頒發的彩帶或獎品入睡，因為能讓她感覺安穩。她到成年之後都還保留這些習慣：睡在地上、在安靜的房間或黑暗的衣櫃中獨處。

住院期間，伊莉莎白描述了自己個性中不同的面向。她幻想中的自己，是具備不同性格的人，她甚至給各個性格的人物取了名字。這些片面的人格各自獨立，各有獨特的天賦，不是被別人崇拜，就是態度高傲不願與人接觸。伊莉莎白覺得，每當她有所成就，或是獲得成功時，都是因為其中某個人格的天賦。她很難將這些片面的人格統合成一個穩定的自我概念。

儘管如此，她也知道它們是不完整的人格，因此不至於到喪失行為能力。她有時會發生失憶或解離（dissociation）的狀況，但並沒有明確的發病期。她的症狀也不屬於多重人格疾患的範疇，雖然多重人格症候群經常被認為與邊緣人格有關。

伊莉莎白藉由這些「其他的女人」，把自己所壓抑的慾望和感受表達出來。她認為自己一無是處，而這些片面的人格又獨立於她之外，個個還比她強。住院期間，她漸漸學習到這個想法根本就不正確，那些人格一直是她自己

的一部份。這個新的認知為她帶來希望與安慰，她開始相信自己比原先想像得更堅強，也並非那麼瘋狂。這成為她生命中的轉捩點。

但她還不能宣稱已經完全戰勝這個疾患。她像軍隊裡的軍官一樣，將自己不同面向的人格集合起來整隊，進行校閱，她發現如果不能將這些士兵統合起來，那就無法上前線作戰。伊莉莎白的核心人格依然對改變、愛與成功感到害怕，面對人際關係時依然嚇得拔腿就跑，想要尋求安全感卻往往徒勞無功。接受自己的這個過程，比她原來想像的還要困難。

漫漫療癒之路

伊莉莎白住院六週後出院了，仍繼續接受門診治療。正當她的情況逐漸好轉，和丈夫的關係卻變壞了。與其像以往一樣一味地怪罪丈夫，她試著解決兩人之間的差異，並且留在他的身邊。她也避免與家人間不健康的互動，培養自我的尊嚴。她開始到大學修課，表現非常傑出。就像小時候一樣，伊莉莎白睡覺時還是將得到的第一個獎放在枕頭下。之後她進入法學院就讀，在班上成績排名第一。她結交了新的朋友，男女都有，在這些新的關係中也感到很自在，不需要事事掌控。她現在也比較能接受自己的女性特質了。

伊莉莎白漸漸地康復，她覺得「舞台的布幕已經升上來了」。她以在黑暗的閣樓裡找一件珍貴的古董來比喻自己的療癒，她說就像閣樓中滿滿都是沒有用的舊東西，

但她知道要找的東西就在裡面，只是因為東西堆得到處都是，她沒辦法看見那件寶物，當她看到了，卻又無法拿得到，因為它「被埋在一些沒用的垃圾底下」。但現在，好像有一道閃光瞬間照亮了閣樓，讓她看到通往那件寶物的路徑。

只是那道亮光太過短暫。她原本的自我懷疑又一一浮現，就像遊樂園鬼屋中所呈現的醜陋的臉孔。她常覺得自己像是在一個向下移動的電扶梯上往上走，掙扎了半天，走了一步又倒退兩步。她不斷推說自己的成就是因為別人的關係，但她第一個真正的挑戰——成為一名律師，眼看就要成真了。五年以前，她是不可能想到要唸書的，更別說鼓起勇氣申請入學。而她的憂鬱也開始變調，她曾對失敗感到憂鬱，但現在她發現，她的憂鬱開始轉變成對成功的恐懼。

成長與改變

「改變實在很難！」伊莉莎白常這麼說。改變需要自覺，必須有意識地擺脫不健康的情況；改變也需要意志力，要下定決心為自己打造比較健全的基礎，徹底打破長期以來形成的平衡。

就像達爾文的進化論所指出的，個體的改變非常細微，中間必須經過許多試煉與失敗。個體出於本能會抗拒變化；他也許身陷泥沼之中，但這是「他的」泥沼，他知道什麼東西在哪裡，也知道泥沼中有什麼。要他離開這片泥濘的濕地，等於是要他闖進一片未知領域，誰知會不會

掉入更糟的沼澤之中。

對邊緣人格者來說，他的世界是以黑與白明確界定出來的，改變為他帶來的不確定感，只會更可怕。他可能害怕自己失去控制，墜入萬丈深淵，因此緊抓著某一點不放，甚至到了極端的地步。例如，具有邊緣人格的厭食症患者之所以挨餓，是因為恐懼一旦開始進食，哪怕只是一小口，將導致全面失控，最後胖到不可挽救的地步。

邊緣人格者害怕改變的原因，也與不信任自己心理上的「煞車」機制有關。心理健康的人具有較強的自制力，能使情緒（或行爲）從巔峰處慢慢滑下，然後定住在半山腰斜坡上的「灰色地帶」。邊緣人格者則害怕煞車系統失靈，不相信自己可以停住不往下滑，最後將失去控制滑落谷底。

若要改變，不管多麼緩慢，都必須調整本身自動的反射行爲或想法。邊緣人格者在這個情況下，就好像小孩子在玩「誰先笑誰就輸」或「誰先眨眼誰就輸」的遊戲；當另一孩子揮著手或扮鬼臉時，他要勇敢地睜大眼睛，或是努力憋住笑意。這樣的反射行爲是經過好多年才能建立起來的，只有自己先產生動機，並且有意識地不斷努力，才有可能改變。

有時候，成人也會和類似的自我意志相競爭，當一個人到陌生的地方遇到狂吠不止的狗，他會壓制住想要逃離危險的反射念頭。他知道如果一跑，那隻狗很可能會衝過來，咬他一口。因此，他採取相反的作法，直直地站著，讓狗嗅過他之後再慢慢走開。

要造成心理上的改變，必須先抗拒沒有用處的反射念頭和動作，之後再採取有意識的其他選擇。這些有意識的選擇與自動反射的念頭不一樣，甚至正好相反。這些新的行為模式有時候會讓人害怕，但不可否認，這樣的因應方法是比較有效的。

改變的開始：自我評量

對邊緣人格者來說，改變需要許多細節的調整，而不是全面的重建。這個過程最好能緩慢地進行，初期只作些微的調整，而且一定要先作自我評量，先看清自己目前的處境，並找出必須朝哪個方向進行。

我們可以假想個性是由許多相交的線所組成，每一條線代表一個特定的人格特質（參見圖5-1）。每條線的兩端，又代表著每種人格特質的兩個極端，中庸的態度則落於線的中間。例如，在「工作嚴謹與否」這條線上，一端代表過度在意或「工作狂」，而另一端代表「不負責任」，線的中間則代表介於兩個極端之間的態度，例如「冷靜又講求專業」。在「對外表在乎與否」的線上，一端可能代表「非常在乎，到了自戀的地步」，而另一端則是「完全不在乎」。理想的狀態是，每一條代表人格特質的線，大致都相交在中間，如此一來，相交點像是車輪的「軸心」，而整個圖看起來就像是車輪的輪輻。

當然，沒有人總是保持在中庸。但很重要的是，必須要辨別出自己在哪些線上需要改變，根據與中心點的相對位置，找出自己在線上的落點。在之後的改變過程中，要

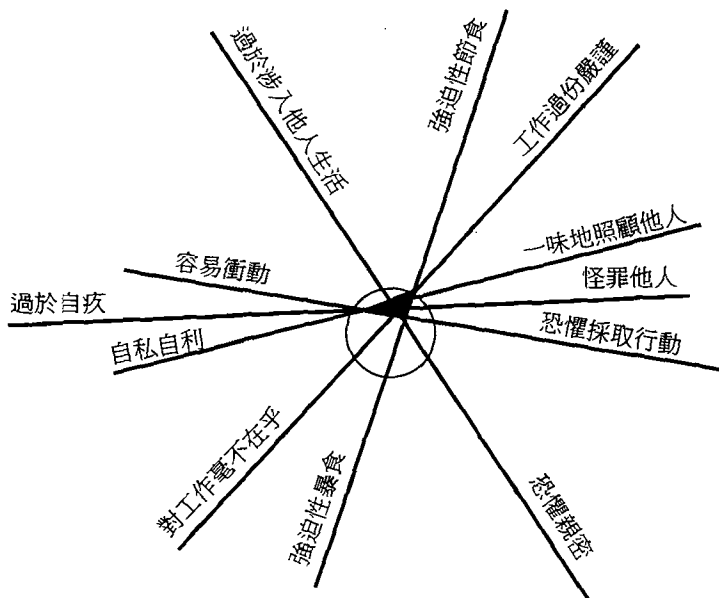


圖5-1：以相交的直線呈現人格特質

時時察覺自己當下處於線上哪一點，距離自己目標的位置還差多遠。除了兩個端點以外，線上並沒有哪個特定的點是比另一點「好」或「不好」。這個評量的重點在於認識自己（找出自己在線上的定位），朝向目標調整與位移。

舉例來說，如果我們只取出「關心他人程度」這一條線（參見圖5-2），過於關心而犧牲自我的一端，代表著對他人的關心已干擾到對自己的照顧；有這類情況的人可能需要將自己全心奉獻給他人，才能感覺到自己的價值。這個落點可被視為一種「自私的無私」，因為這些人之所以關心他人，意識裡是為了自己的利益。另一端——

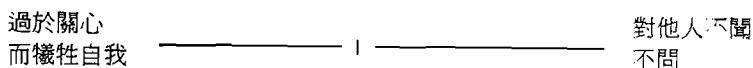


圖5-2：「關心他人程度」的人格特質線

對他人不聞不問——則完全不顧他人，永遠把自己擺在第一位。中間則是一種平衡的心態，不僅關心他人，也關照自己的需求。在關愛他人的特質上處於中間部位的人，是體認到只有先照顧自己重要的需求，才有可能進而照顧別人，這是一種「無私的自私」。

練習改變

改變的開始，是當個人能客觀評估自己置身光譜何處，之後才能朝向中庸的目標，修正自己過與不及的行為。一個人若能很務實地察覺到自己的特質在線上中央的左方，便會試著常常說「不」，試著要更加果斷。若自己的特質是落在中央右方，對於他人的需求要更加敏感，往中心點的方向調整。

真正的改變，不只是試著改變個別的反射行為，還要以新的行為取代舊有的模式，進而習慣成自然。就像是靜靜地走過充滿敵意的狗之後，還要學習和狗交朋友，甚至是去溜狗。

這樣的改變一開始會讓人感到不舒服，打個比方，一名網球選手判斷出他的反手拍有瑕疵，需要修正，於是進行一連串的訓練，學到的新技巧可能一開始時效果不彰，因為不如舊的來得順手。但只有經過不斷的練習之後，才

能去除之前的不良習慣，進而以新的反射動作代替。同樣的，心理上的改變需要以新的反射念頭取代，經過不斷的練習，新的行為和思考模式才能得心應手，並產生效果，進而成為自然的反射。

改變對邊緣人格者來說，比對其他人更為艱難，這是這項疾患的特色使然。邊緣人格者採取分裂的防衛機制，並且缺乏「客體恆常」（參見第二章），這兩個因素加起來，使患者無法產生自信心，也無法與他人建立互信，嚴重阻礙他發展出自在的人際關係。

要進行改變，邊緣人格者必須走出一個困境：要接受自己和他人，必須先學習信賴；要信賴他人，必須先接受人是有一貫性的、是可信賴的這個事實；對於像小孩一樣認為別人離開房間就等於「消失了」的邊緣人格者來說，這是艱難的任務。伊莉莎白在治療初期會對治療師說：「當我沒看到你的時候，就好像你並不存在。」

邊緣人格者好比腿受了傷的人，必須學習跛足行走，將適量的重心放在傷腿上，逐步鍛鍊肌肉的力量，但不可施壓過重，妨礙傷勢癒合。相同的，邊緣人格者若要痊癒，必須要有適當的壓力督促他往前邁進。

試著用新的觀點看待過往生命

跟大部份的人一樣，邊緣人格者的世界觀也是依照童年經驗塑造出來的，而家庭就像是個小型的宇宙。但邊緣人格者與大部份人不同之處是，他們無法輕易地將自己與家庭其他成員區隔開來，也無法將自己的家庭與外面的世

界區隔開來。

他們無法以成人的眼光看待世界，所以一直像小孩子一樣地感受外界，以兒童強烈的情緒和觀點因應生活上的一切。當一名幼童受處罰或責難時，他會毫不懷疑地認定自己是壞小孩，而無法察覺母親今天心情可能不好。當一名健康的孩子漸漸成熟以後，他觀察到周遭的世界擴大了，也變得比較複雜，凡事不再那麼絕對。但邊緣人格者依然像個孩子，困在成人的軀體裡。

「童年時總有那麼一個時刻，一扇門被打開了，未來走了進來。」格雷安·葛林在《權力與榮耀》（*The Power and the Glory*）一書中這般描述。大部份邊緣人格者在童年時，都被迫提早承擔成人的責任，那扇門是敞開了，但門外刺眼的光芒讓他無法直視；或是門被硬生生地打開，而他還沒有準備好。

當邊緣人格者開始以成人的眼光看待目前的經驗並回顧過去的記憶時，改變開始了。擁有這個新的「觀點」，就好像看著電視重播一部多年前看過的驚悚老片一樣，在電影院大螢幕上看來曾是那麼嚇人，而換到光亮客廳裡的電視小螢幕上看來，就沒那麼恐怖，甚至還有一點蠢，自己也無法解釋，為什麼第一次看到時會那麼驚心動魄的。

當伊莉莎白接受心理治療，她開始以不同的方式去理解童年的感受，看出這些經驗的價值，開始接受它們；她了解到若非早年的感受和經驗，她不會有今天這樣的熱情和動機，並投身法律這個新領域。「童年的感受仍然揮之不去，」她說：「但現在我可以用不同的見解來看待它

們。以前所痛恨的，現在我將它們視為自己的一部份。」

邊緣人格者在改變時遇到的最大障礙，就是對自己作出極端的評價。若不能達到絕對完美，他們就認定是完全失敗；評斷自己若不是特優，就是不及格，而且，他們不從錯誤中學習，反而是把不及格大刺刺地寫在身上，然後一再重覆同樣的錯誤。他完全不留心觀察自己的行為模式，以從中學習、成長。

邊緣人格者不願意玩自己手上有有的牌，只等著哪回能拿到四張王牌，所以每次都輸掉賭注。如果不能保證百分之百會贏，就不會好好地打手上這一副牌。這種情況要有所改善，必須等他接受自己被發到的牌，體認到只要出牌有技巧，依然有打贏的機會。

邊緣人格者有時因過於猶豫而無法動彈，各式各樣的選擇讓他瞠目結舌，卻不能作出任何決定。但當他變得比較成熟以後，就不再覺得多樣化的選擇有那麼可怕，還可能因為自己有能力作決定而感到更自豪、更獨立。伊莉莎白坦承：「我發現我的舉棋不定，通常是在正要開始成功的時候，我的意思是，下決定之所以讓我苦惱，是因為我突然看到了不同的選擇。」

設限：自我定位

邊緣人格者主要的目標之一，在於建立獨立的自我認同，並且克服想要與他人結合的癖好。以生物學的術語來說，就是從寄生進化到共生，甚至是到獨立的狀態。不論是共生或獨立，對邊緣人格者來說都很可怕，許多患者覺

得，依靠自己就好像是第一次學走路一樣。

在生物學上，寄生生物的存在，完全仰賴宿主，如果寄生在狗身上的蝨子吸了太多的血，狗會死亡，而寄生的蝨子也會死亡。人與人之間的關係，以共生的模式運作最佳。共生的雙方在一起時便生氣勃勃，即使脫離了彼此，依然能夠存活。例如長在樹幹上的青苔，可以幫樹木遮擋太陽的直接曝曬，又可藉由樹幹從地底取得大量的水份。如果青苔或大樹其中之一死去，另一方仍能繼續生存，只是生長狀況不會那麼好。邊緣人格者與他人的關係有時是採寄生的模式，患者沉重的依賴，最後可能會毀掉關係密不可分的人，當這個人離去，邊緣人格者可能也完了。

伊莉莎白能夠與他人愈來愈自在地交往，這個改變是從她與精神科醫師的互動開始的。起初她用各種責難、批評以及中止治療的威脅，來試探醫師治療她的誠意。經過好幾個月，她才開始信任醫師的承諾，也接受醫師的缺點和所犯的錯誤。一陣子之後，伊莉莎白將她與治療師之間培養的互信延伸到其他的人際關係上，開始接納自己的全部，包括不完美的地方，就像她接受別人一樣。

隨著病情逐漸好轉，她愈來愈相信自己的「核心內在」不會消失。她曾經在一群人當中坐立難安，畏怯怕羞，無法適應，現在她可以在人前泰然自若，讓他人的責任歸他人，自己也為自己負責。以往她認為，必須扮演某個角色才能融入一個團體，現在卻可以維持一貫的自我意識。現在她能輕易保持「同樣的色彩」，不用再像「變色龍」了。

建立一貫的自我定位，就是要自立自強，不需要尋找依賴的對象。這意味著信任自己的判斷和直覺，採取主動，而不是等待他人的反應而反應。

建立關係

當邊緣人格者打造出一個核心的自我定位，也就開始區隔自己與他人。想要改變，必須能夠欣賞他人是獨立個體，理解他人的掙扎並產生同理心。邊緣人格者不僅要能察覺他人的錯誤和缺點，也必須明白他人的缺點與自己無關。

邊緣人格者必須理解並統合他人的優缺點。當邊緣人格者想親近另一個人時，首先要學會獨立，具備足夠的獨立性格，才能以輕鬆、健康的方式倚賴他人，而不是死命地抓著對方。正在療癒中的患者將發展出對自己和他人的一貫態度，信任感便隨之產生，可以信任別人，也信任自己的感知。他們的世界也因此變得比較中庸、比較平衡。

就像登山一樣，最完整的經驗就是，登山者能夠欣賞所有的景致：仰望目標，不會迷失方向；回首來時路，肯定自己的進步；駐足休息時，放眼四方，欣賞此時此地看得到的景象。其中一部份的經驗，是要體認到沒有人真的到達山頂，因為生命是不斷向上爬升的過程。心理健康意味著能欣賞旅程的本身，誠如聖方濟的一篇禱詞中所指出的現實：「願上帝賜給我寧靜的心，去接受我所不能改變的事，賜給我勇氣，去改變我所能改變的事，賜給我智慧，以分辨其中的差異。」

回家的路，依然充滿挑戰

當患者初次進行治療時，通常不了解必須改變的是自己，而不是別人；然而，當患者開始改變，圍繞他生活的重要人物也必須跟著改變。穩定的人際關係是一個已經達到均衡的動態系統。當系統中的某個人改變了對他人的應對模式，其他的人也必須調整，才能重新找到新的平衡狀態。如果缺乏相對的調整，整個系統將崩解，人際關係也會跟著受損。

舉例來說，一位女性因為嚴重的憂鬱和焦慮而去找心理治療師，在治療過程中，她怪罪是酗酒的丈夫讓她認為自己一無是處。之後，她體認到自己在這場逐漸破碎的婚姻中所扮演的角色，那就是她需要成為別人倚靠的對象，但她又害怕追求獨立。於是她開始減少對丈夫的責難，努力發展個人的興趣和新的人際關係，不再因為丈夫喝酒而挑起爭端。原本婚姻關係中的平衡也因此產生變化。

對於現在的狀況，丈夫可能更不適應。也許他的酗酒會變本加厲，因為他試圖找回原有的平衡，他要妻子再扮照顧者、殉道者的角色。他指控她在外面有別的男人，試著破壞妻子的婚外情，現在的他無法容忍這一切。

或者，他也體認到改變是必要的，發現兩人之間病態的平衡之所以一直延續，自己也要負一些責任。他看見妻子的所作所為，也讓他有機會看清自己的行為，進而重新評估自己的生活。若能一起接受治療，對兩位當事人都將是寶貴的經驗。

當伊莉莎白變得愈來愈風趣、愈來愈知性，相形之下

她的丈夫顯得更無知。她的心胸愈開闊，愈能看見事件中的灰色部份，但丈夫反而以更極端的角度看待事情，企圖重新建立原本的模式。

伊莉莎白覺得她「遠遠地將某個人拋在身後」，某個人指的就是她自己，或者更確切地說，是她自己的一部份，是她不再需要也不想要的那個部份。就像她自己說的，她「正在長大」。

當伊莉莎白的治療進行到一個段落，和醫師晤談的次數也減少了，但她依然必須對抗生活中其他重要的人。她和哥哥起衝突，因為他不去面對自己吸毒的問題，而指控她自以為「高人一等」，把新學到的心理學拿來當作對付他的武器。他們針對家裡缺乏溝通這點爭得面紅耳赤，他對伊莉莎白說，就算看過再多的心理醫生，她的人生依然一場糊塗。母親對她仍然很苛刻，而且抱怨連連，沒有絲毫母愛。伊莉莎白也和丈夫爭吵，丈夫宣稱對她的愛不會改變，卻依然酗酒，並且批評她求學上進的願望，拒絕分擔照顧孩子的責任。一陣子之後，丈夫經常不回家，伊莉莎白懷疑他可能有了外遇。

終於，伊莉莎白體認到她無法改變他人，也開始接受他人就是如他們一般。她以自己能夠做到的方式來愛他們，同時繼續過自己的生活。她了解自己需要結交新的朋友，從事新的活動……她把種種改變稱之為「回家」。

如何與邊緣人格者溝通

「好吧，你要我怎麼說？你希望我說這很好笑，那你就跟我唱反調，說這很悲哀；或是你要我說這很悲哀，然後你就可以說不是，其實很好笑。你明知道這該死的遊戲可以愛怎麼玩就怎麼玩！」

——摘自愛德華·艾比的「誰怕吳爾芙？」
(*Who's Afraid of Virginia Woolf?* Edward Albee)

如同我們之前所討論的，邊緣人格者往往脾氣火爆、疑神疑鬼、情緒大起大落，會突然憤怒，做出衝動和自毀的行為，而且與人來往時反反覆覆，這些特質嚴重地困擾著身旁的人。

因此，本章將介紹一套適用於與邊緣人格者的溝通方法——「SET」策略。這個方法具有一貫性和結構化的優點，患者的親友與治療師很容易就能理解，運用在與患者的日常互動上，甚至有助於說服患者接受治療（參見第七章）。

「SET」策略是由位於聖路易市的聖約翰慈恩醫學中心的總體醫療小組（Comprehensive Treatment Unit of Saint John's Mercy Medical Center）的同仁所發展出來的，這是在危急時用來與邊緣人格者溝通的一套架構。當所謂危急狀況發生時，患者主要被三種情緒所糾纏——害怕孤獨、感覺遭人

誤解、感受沉重的無助感。由於患者當下的心緒混亂，容不下外界的聲音，溝通更加困難。

因此，關心邊緣人格者的親友，常常無法心平氣和與患者溝通，反而必須被迫面對患者突發的憤怒、自毀的衝動、自殘的舉動和威脅，以及強迫他人照顧的無理要求。以「SET」策略來回應，可減輕患者心中恐懼的怒氣，並防止雙方的溝通演變成更大的衝突。

雖然「SET」策略是爲了因應邊緣人格者的危機狀況，在不緊急的情況下，也都可採取這個步驟與患者溝通，清楚扼要地表達堅定一貫的立場。

SET溝通策略

所謂「SET」的溝通策略，包括了給予「支持」（support）、發揮「同理心」（empathy）、以及點明「事實」（truth）三個部份。不論是患者出現自我傷害的行爲，還是要協助患者作重大的決定，或是在其他危急的時刻，與邊緣人格者的互動必須訴諸這三項步驟，缺一不可。

在給予「支持」這個步驟，必須陳述個人對患者的關心。例如「我真的很擔心你現在的感受……」，就是給予支持的陳述。這句話強調的是說話的人的感受，基本上也就是保證自己將盡力協助患者。

而發揮「同理心」步驟，則要表明自己已注意到邊緣人格者混亂的情緒，例如：「你現在一定覺得很糟……」重點是不能將同理心與同情心混爲一談（例如，「我爲你感到非常難過……」，這是表達同情），因爲後者可能被

認為故作姿態，反而會激怒患者。此外，必須以中性的態度表達同理心，盡可能不涉及說話者本身的感覺。這裡要強調的是邊緣人格者痛苦的經驗，而不是說話者自己的經驗。如果對患者說「我知道你有多難受」，將引來患者的嘲諷，只會使衝突更加惡化，因為事實上，你本來就不可能感同身受。

在點明「事實」或「現實」步驟時，要強調的是，邊緣人格者的生活終究是他自己的責任，不論他人如何嘗試提供協助，仍舊無法替患者承擔自己的責任。

「給予支持」和「發揮同理心」是客觀陳述雙方當事人的感受，「點明事實」所要傳達的，則是說話者已意識到問題的存在，並且指出務實的解決方案。「那麼你接下來要怎麼做？」這是「點明事實」時很重要的一句話：

另一種典型的「事實」陳述，是指出說話者認為自己必須對患者的行為採取什麼樣的回應，並且必須以就事論事的中性態度來陳述，例如：「現在發生了……的事，造成了……的結果，我會以……的方式提供協助，那麼你個人打算怎麼做？」敘述時的語氣必須不帶責難，也不應認為是患者罪有應得，例如：「你看你做的好事，把我們搞到現在這個地步！」「你自己種了因，就得自己承受那個果！」。

在「SET」步驟中，「點明事實」是最重要但也是最難被邊緣人格者接受的部份，因為在他的世界中，早已排除現實中會導致的後果。

萬萬不可缺一的三大步驟

與邊緣人格者溝通時，必須設法涵蓋這三個部份。然而，就算對這三個部份都作了陳述，邊緣人格者可能仍無法將它們統合在一起。當這三個面向中有一部份沒有被清楚地表達，或者「說者有意，聽者無心」時，不難想見患者會有什麼反應。

譬如說，如果「給予支持」的階段被省略了，邊緣人格者會認為說話者漠不關心，或指控對方根本不想與他有所牽連，接下來可能衍生出更多的口角，基本上都是環繞著對方「根本不在乎」，或甚至對方「希望他受害」等等的論點。若患者控訴「你毫不在乎！」通常就表示患者沒有接收到對方「支持」的訊息。

說話者若無法充分表達自己的「同理心」，患者會覺得說話者根本不了解自己的經歷——「你不了解我的感受。」在這樣的情況下，邊緣人格者會合理化自己不願溝通的心態，聲稱其他人都誤解他。既然患者認為對方無法理解他的痛苦，他也就不會重視對方的反應。若患者不接受對方「支持」或「同理心」的陳述，再多的溝通也聽不進去。

如果沒有明確表達出「事實」，狀況更危險。邊緣人格者會以最順自己的心意和需求的方式來解讀他人對事實的沉默：認為對方真的可以替他負責，或者以為他的觀點得到所有人的支持與認同，自己和他人是一體的。但這樣的結合十分脆弱，當邊緣人格者與別人的關係無法承載他不合理的期待時，關係勢必將瓦解。若不能正面向患

者「點明事實」，患者將繼續糾纏他人。由於對方已表達「支持」和「同理心」，患者在這兩方面得到滿足後，便堅信一切都很好，或至少認為事情一定會好轉。當溝通陷入這樣的狀況時，顯然會有一段風平浪靜的短暫時期：邊緣人格者的表現不會像之前那般充滿敵意、怒氣沖沖。然而，患者不合理的期待終將受挫，此時雙方的關係破裂，隨之捲入失望與憤怒的漩渦之中。

「SET」原則適用於各種場合，有助於平息不穩定的狀況。而邊緣人格者陷入以下幾種典型的困境時，「SET」策略更能有效因應。

你這麼做很可惡，不這麼做也很可惡：葛芮雅和艾力克斯

由於邊緣人格者本身感到困惑，因此傳達給他人的訊息也是矛盾的；他們常常口頭上表達的是一種立場，但所做所為又是相反的。雖然患者自己可能沒有意識到這樣的矛盾，但卻讓親友陷入左右為難的處境，不論怎麼做，都會遭到患者的責難。

葛芮雅告訴丈夫艾力克斯，她感到很絕望、沮喪，打算要自殺，但禁止丈夫為她尋求協助。

處在這樣的狀況，艾力克斯面對的是兩種互相矛盾的訊息：（1）表面上葛芮雅所說的是：「如果你關心我，就該尊重我的意願，我有權主宰自己的命運，而你不應該干涉我的自主權，即便我選擇的是自殺。」（2）但葛芮雅宣佈自殺的企圖，卻傳遞出相反的訊息：「你若真的關心我，就幫助我，別讓我真的死了。」

如果艾力克斯對葛芮雅的陳述置之不理，葛芮雅會說他冷血無情。如果他試著指出所有的理由來證明她為何不該自殺，又會被葛芮雅接踵而來的長篇大論搞得心力交瘁，還可能被指控說他一點都不了解她的痛苦。又如果艾力克斯求助警方或醫師，那他就違背了葛芮雅的要求，證明他不能被信任。

因為葛芮雅不夠堅強，無法為自己的生命負責，所以期望艾力克斯能替她承擔責任。當憂鬱的情緒排山倒海而來，葛芮雅感到束手無策，於是藉機把艾力克斯牽扯進來，讓他扮演起自己劇本中的一個角色，也就將不確定的結局交由艾力克斯決定，而不是自己。對於自殺猶疑不決時，葛芮雅的解決方法是將決定權丟給丈夫，要他為她未來的遭遇負責。

此外，葛芮雅從各個選項中抽離出負面的成份，將它們投射到艾力克斯身上，自己則保有正面的部份，因此不論艾力克斯如何回應，都會受到批評。如果他不積極干預，那他就是毫不在乎且缺乏良知，自己則變成「遭到誤解的悲劇人物」；若艾力克斯試著阻止她自殺，那他就是遲鈍又跋扈，而她卻成了被剝奪自我尊嚴的受害人。

以上兩種結果不管是哪一種，在葛芮雅的設想中，自己是個無助的、屬於正義一方的殉道者和受害者，艾力克斯剝奪了她發揮潛力的機會；至於艾立克斯，不管怎麼做都可惡。

理想上，艾力克斯的回應必須包含「SET」的每個步驟。

「給予支持」的陳述中應闡明他對葛芮雅的承諾，以及他想提供幫助的意願。如果能找出是哪項特定的原因使得她如此痛苦，艾力克斯便可以建議解決的方案，或申明他想幫忙的意願：「妳現在感覺這麼糟，我非常關心，我愛妳，所以想要幫忙。我猜妳情緒低落的原因，有部份與妳和上司之間的問題有關。我們來討論一下，看看有哪些解決的方法。也許妳可以要求調到別的部門，或者，如果這個工作帶給妳這麼多難題，我要妳知道，我並不介意妳辭職再找別的工作。」

接著，艾力克斯「發揮同理心」的陳述，點出他已察覺葛芮雅的痛苦，並表示他能理解她在面對這樣極端的情況時，的確可能會想結束自己的生命：「妳過去幾個月來所承受的壓力，一定讓妳承受不了，甚至把妳逼到了極限，讓妳覺得再也無法繼續下去。」

在「點明事實」時，艾力克斯最重要的是指出他為難之處——「他這麼做可惡，不這麼做也可惡」；他也必須試著釐清，葛芮雅並不確定自己是否想要尋死，並指出她一方面希望結束生命，但另一方面也想被人解救。他的「事實」陳述可能是：「我覺得妳現在非常難過，而且想要自殺。我知道妳才說過，如果我關心妳，就不該阻攔妳。但是，如果我真的關心妳，我怎麼可能坐視不管讓妳毀了自己？妳告訴我妳計畫自殺，這讓我覺得妳一方面想尋死，但至少心中還有一部份是不想死的，而我覺得必須回應那一部份的妳。我要妳跟我一起去看心理醫生，在醫生的協助下處理這些問題。」

陳述事實，提醒、幫助她

艾力克斯應該根據當時情況緊急的程度，堅持葛芮雅馬上接受精神科醫師的診斷，如果她處於立即的危險，艾力克斯應該帶她到急診室，或者尋求警方或專業醫護人員的協助。

在這個節骨眼上，葛芮雅可能會大發雷霆，責怪艾力克斯強迫她去醫院。但「事實」的陳述足以提醒葛芮雅，她之所以在醫院，並不是艾力克斯造成的，而是由於她威脅自殺的行為。邊緣人格者需要經常被人提醒，別人主要是根據他的行為來反應，而患者自己必須勇於負責後果，不該責怪旁人的實際反應。

當立即的危險解除後，接下來的「事實」陳述則應提到，葛芮雅處理壓力的行為模式是沒有效果的，並且指出她必須採取更有效的方法來面對生命。另外也要考量到她和艾力克斯的行為對彼此及婚姻有何影響，並將此納入「事實」的陳述。假以時日，他們靠著自己的努力，或者藉助心理治療的幫助，也許能夠找出符合彼此需求的互動模式。

在自毀行為顯著的邊緣人格者家庭中，以上所述的問題非常常見。具有偏差行為或自殺傾向的青少年，以及酗酒與厭食症的患者，也可能有令家人左右為難的類似問題。他們抗拒幫助，但又擺明要傷害自己。若與患者面對面直接溝通，可能會產生衝突導致危機惡化，但卻可能是幫助患者唯一的方法。例如匿名戒酒協會（Alcoholics Anonymous）等等的一些組織，便建議親友與同事在專業心

理諮商人員的陪同下，採用標準化的對立情境，直接要求患者正視自己的成癮行爲，並要求患者接受治療。

有些深信「愛之深，責之切」的團體認爲，真正的關懷必須迫使患者爲自己的行爲負責，而不是保護患者免於承受後果。例如，以青少年的父母爲對象的這類團體可能堅持，有毒癮的青少年若不接受住院治療，就不得回家。這類的手段強調的是「SET」三步驟中「點明事實」的部份，但忽視了「給予支持」與「發揮同理心」。因此，用在邊緣人格者身上可能只會產生部份的效果；患者可能受到他人直接點明「事實」的挑戰，而不得不在姿態上改變，然而由於缺乏「支持」和「同理心」所提供的慰藉和信任，將難以讓患者產生動機，努力進行徹底持久的改變。

因為感到難過而更加難過：尼爾和他的朋友們

面對自己的憂鬱、焦慮、挫折或憤怒，邊緣人格者的反應通常是在原本的情緒上再鋪上一層又一層相同的情緒。因爲邊緣人格者抱持著完美主義，又以非黑即白的極端觀點看事情，所以他只想消除難受的感覺，卻不試著去了解與處理自己的感覺。當他發覺這些感受難以去除時，反而更增加了他的挫折或罪惡感。既然邊緣人格者不能接納難過的情緒，他會因感到難過而更難過，就像被捲入無底的深淵。

邊緣人格者的親人和治療師的目標之一，就是撥開這一層層的情緒，找出患者最初始的感受，並協助他們接受這個最初始的情緒是自己的一部份。邊緣人格者必須學習

允許自己擁有「不好」的情緒，而不是一味譴責、否認或愧疚。

尼爾是一名五十三歲的銀行行員，大半輩子深受憂鬱症所苦。雙親在他年幼時就去世了，他是由年長許多且一生未婚的姊姊所扶養長大的。姊姊冷漠、歇斯底里，又有宗教狂熱，堅持尼爾必須每天上教堂，還不時指控他犯了罪過。

尼爾成年之後，變成凡事順從的男人，受制於妻子。他從小就被教育憤怒是不可取的，所以總是否認自己會對任何人生氣。尼爾工作認真，因此也很受敬重，但妻子卻吝於給予關愛，拒絕他的性需求，使他更加挫折、沮喪。尼爾一開始會因妻子的拒絕而憤怒，但又會產生罪惡感，並對自己的憤怒感到生氣，之後又陷入憂鬱。這個過程也同樣出現在尼爾生活的其他層面上，每當他產生負面的情緒，便會強迫自己中止這些情緒，但由於無法控制內心的感受，對自己便愈來愈失望，感到愈來愈受挫，憂鬱的症狀更加嚴重。

尼爾的朋友試著安慰他，說他們會支持他，只要有需要，他可以隨時找他們談。他們能體會尼爾與妻子相處的困難，並點出了尼爾「因為難過而更加難過」，建議他要「打起精神來」，但這樣的建議並沒有幫助，實際上尼爾反而更難受，因為別的不說，他現在還讓朋友們失望。他愈是努力要停止負面的情緒，愈是覺得自己沒用，也就更加沮喪。

依循「SET」策略來作陳述，可以協助尼爾面對這樣的

困境。朋友提供他許多支持和同理心，但關於「事實」的陳述卻絲毫沒有幫助。尼爾必須了解，與其試著消除難過的感受（認為負面的感受必須消除，是一種非黑即白的觀念），他更應該接受，因為這些感受不僅是真實的，也是恰當的。

「事實」的陳述可進一步指出尼爾的消極以及妻子與他人之所以剝削他的原因。尼爾必須體認到，或多或少是他讓自己陷入被別人剝削的處境。雖然他可以在未來改變，但他仍然得面對目前的狀況。這意味著他必須認出自己的憤怒，了解他的確有理由生氣，並體認到除了接受自己的憤怒之外，別無他法，因為情緒是無法消失的，至少不可能馬上消失。雖然他可能會因為擁有那些情緒而遺憾，但他無力改變它們（與匿名戒酒協會的觀點雷同）。接受這些令人不悅的情緒，也就是要接受自己是個不完美的人，並打破自認可以控制一切的迷思，承認並非所有的因素都能被掌控。如果尼爾可以接受自己的憤怒、悲傷，或任何不愉快的感受，就能避免產生「因為難過而更加難過」的現象，也可以將精力用來改變生活的其他層面。

邊緣人格者常在最不經意的時候，從這個死胡同中走出來，也就是當他心情輕鬆，放棄執著、自我苛求，並且學會接受自己的時候。邊緣人格者通常會在不強求的時候，或是正當他將注意力放在自我實現的活動上時，找到他夢寐以求、健康的戀情。這並非出於巧合，而是因為此時的 he 最有吸引力，並不會為了對抗寂寞，而緊緊守著最容易取得但卻不切實際的方法。

永遠的被害人：安妮塔

邊緣人格者經常讓自己陷入被害人的情境中，以尼爾為例，因為他總認為自己很無助，所以別人會趁機欺負他。邊緣人格者通常無法察覺，是自己作出了挑釁或具有危險性的行為，或從某方面來說，正是自己的行為引發別人對他的加害。女性患者總是一再選擇施虐的伴侶，卻看不見自己不斷重覆的模式。邊緣人格者對自己的看法是分歧的，一方面認為自己很特別、值得他人的尊崇，而另一方面又會對自己憤怒、覺得自己沒有價值，並且如受虐狂般地相信，自己「被懲罰是罪有應得」，不過，患者可能不會同時意識到自己這兩種截然不同的觀點。事實上，這種「邀請他人加害自己」的模式，通常是診斷邊緣性人格疾患的有力指標。

雖然身為一名受害者並不好受，但邊緣人格者卻可能樂於扮演這個角色。一個無助的流浪者，在不公平的世界裡載浮載沉，受到狂風大浪的襲擊，這樣的人物對某些人來說很有魅力。一名無助的流浪者與一名強烈需要解救他人、照顧他人的人，便能滿足彼此的需要。在這樣的組合中，邊緣人格者發現了一位「友善的陌生人」，承諾會提供他完善的保護；而對方也能從這個組合中得到滿足，覺得自己是堅強的、能夠保護他人的人，而且是重要的、被需要的人，也就是那位「解救他人脫離苦海的英雄」。

安妮塔出身貧窮的黑人家庭，父親在她很小的時候就拋棄家人，直到母親再婚之前，有好幾位男子一個接著一個擔任起「父親」的角色，但都很短暫。母親的第二任丈

夫也有酗酒的問題，在安妮塔八歲時，繼父開始對她和妹妹性侵害。安妮塔不敢告訴母親，因為母親總是說幸虧有他，家裡的經濟狀況才能安穩下來。

安妮塔十七歲時懷了孕，因此和對方結婚。她仍設法完成高中學業，也得到不錯的成績，但生活的其他方面卻是一團糟。她的丈夫酗酒，與其他女人有染，不久後，又開始對安妮塔施暴，偏偏安妮塔又幾度懷孕，只得忍受一切。

六年過去了，安妮塔成爲三個孩子的媽，但丈夫也離開了她，雖然對安妮塔是一種解脫，但未來不知如何是好的不安、焦慮也出現了。

用更大的議題合理化心中的不安

安妮塔與孩子們試著應付生活，但她總覺得不勝負荷。這時她遇到約翰，他比安妮塔大了二十五歲左右（他拒絕告訴她真實的年齡），似乎真心誠意要照顧她。他成了安妮塔從未擁有過的好父親，鼓勵她並保護她，建議她該如何穿著、如何談話。不久之後，安妮塔變得較有自信，擁有不錯的工作，也能享受人生。幾個月後，約翰開始在週末時與安妮塔同住，其他時候則住在別的地方。他解釋是因爲工作的需要，「睡在辦公室比較方便」。

安妮塔很清楚約翰已婚，但她從來不問。隨著約翰開始不再那麼依賴她，離開的時間更長，變得比較疏離時，安妮塔都克制住自己的怒氣。然而在工作上，憤怒浮現了，她因此失去許多升遷的機會。上司說她的學歷沒有其

他人高，有時候對人過於嚴厲。但安妮塔不能接受這些說法，她惱羞成怒地將升遷遭拒歸咎於種族歧視，變得愈來愈憂鬱，最後便住院接受治療。

住院期間，對種族歧視過於敏感的安妮塔終於情緒爆發了。醫院裡大部份的醫師、護士和病人是白人，院裡的裝潢是「白色」的，供應的食物也是「白人」吃的。她經年累月積壓在心中的怒氣，全部導向社會對黑人的歧視。藉著將注意力集中在這個全球性的議題上，安妮塔得以忽視自己心中的魔障。

安妮塔最想要挑戰的對象，是醫院裡的音樂治療師哈利（一名白人），她覺得他堅持只放「白人」的音樂，他的外表和舉止態度，都是「白人」模樣。安妮塔將怒氣發洩在他身上，她會一氣之下，大搖大擺地走出音樂治療的課程。

雖然哈利對安妮塔的盛怒有點害怕，但他還是找了和她談話。哈利「給予支持」的陳述，表達他關心安妮塔的治療進度，接著又向安妮塔展現了「同理心」，說他知道受到歧視是多麼令人受挫，並舉了自己在求學時是班上唯一一名猶太人的經驗。之後哈利試著直接點出有關安妮塔生活中的「事實」，也就是現實上的問題，若不能下定決心扭轉情勢，而只是一味地因種族歧視而感到憤怒，並不能產生任何作用。哈利又說，安妮塔需要保持自己是被害者的身份，如此一來，她便不需為發生在自己身上的事負責；她覺得怪罪命運是理所當然的，但卻沒有勇氣檢視自己所扮演的角色，反省自己為何一再被人利用。安妮塔將

自己包裹在經過合理化的憤怒之中，避免去面對、檢討自己；因為檢討自己不僅很可怕，而且可能會導致改變，若能規避自省，就可以永遠扮演一名無助的角色。

接下來一次的音樂治療課程中，安妮塔並沒有轉身離開現場，反而斥責哈利和其他患者，並建議改放其他類型的音樂。下一次課程中，團體成員同意播放安妮塔所選的一些有關民權抗爭的歌曲。

哈利對安妮塔的回應就是依循了「SET」的原則，這個方法將有助於安妮塔的上司、朋友，或者必須經常面對她的憤怒的任何人。

馬不停蹄地追尋意義：李奇

邊緣人格者有著擺脫不掉的空虛感，所以不停地尋找能填補空虛的東西，許多誇張的行為就緣於此，情愛關係和毒品是其中兩項工具，他們藉此來感覺自己的確存在真實的世界。

「我猜我就是愛得太多！」李奇如此描寫自己與女友的關係，三十歲的他曾經離過婚，之後有過幾次慘痛的戀情。他會執迷地依附著女性，頻頻送禮並時時給予關注。透過她們，他感覺自己是完整的，並且很滿足。但他要求她們以及其他的朋友必須完全順從他，如此一來，他感覺一切都在自己的控制之下——不僅控制朋友，更重要的是控制他自己的存在。

當他的女友採取自主的行動時，他近乎發狂，以哄騙、堅持和威脅的方式要她依循他的期待行事。爲了擊潰

無時不在的空虛感，他試圖控制他人。如果對方不願配合他的期待，他便陷入嚴重的憂鬱、失去控制，並試圖以喝酒、吸毒重新找回自己真實存在的感覺。唯恐自己將逐漸喪失感覺和情緒時，他會挑起爭端，或者割傷自己，而當憤怒和痛苦都不能帶來他所期望的改變時，他便結交新的女友，新女友認為他「被人誤解」，需要「一個好女人的愛」。之後，整個過程重新上演。

李奇無法透析自己的矛盾，堅稱「都是那些賤女人的錯」。他遠離朋友，認為他們不關心他、不了解他，因為他們不能「給予支持」，也沒有「發揮同理心」。他認識的女性剛開始時都富有同情心，但欠缺對「事實」的陳述。李奇需要有人依照「SET」策略，直接挑戰他的矛盾。

就李奇的情況來說，「支持」的陳述要能傳達對他的關心，而在發揮「同理心」的階段，對方必須接受而非質疑李奇「愛人太多」的感受，但在同時也要幫助李奇去了解自己空虛的感覺，以及他需要填補空虛的需求。

「點明事實」要試著指出，李奇的生活一再重覆同樣的模式。在這個階段也必須讓李奇體認到，他與女性的交往，與某些人利用酒精和毒品的目的的一樣；他把她們當成目標，或是把交往的過程當作是一場戰術的演練，為的是要減緩自己麻木的感受，並且感覺自己是完整的。只要李奇依然只向外找尋讓自己內心滿足的東西，就會一再感到挫折與失望，因為他不可能像控制自己一般地控制外界的力量，尤其是別人的意向。舉例來說，不論李奇如何拚命地掌控新任女友，女友仍將在他所能控制的範圍之外保

有某些獨立。又或者如果因為經濟環境不可抗力的因素，李奇可能會被公司裁撤因而失業，但是他還是可以擁有自己的創造力與求知慾等等個人的特質。此外個人的興趣，像是閱讀、嗜好、藝術、運動等等，才是培養成就感更可靠、更持久的根源，因為別人不可能剝奪他的興趣。

執著於不變的恆常：珮與傑克

適應一個不斷在改變、不能被信任的世界，是邊緣人格者所面對的主要挑戰。邊緣人格者的世界，缺乏既定的模式與可預測性，朋友、工作和技能永遠都不能信賴。患者必須一再測試生活的種種層面，時時處於恐懼之中，深怕自己信賴的人或情勢出現一百八十度的轉變，這對他來說有如絕對的背叛。就好比英雄變成了惡魔，或是原本完美的工作，到頭來卻將他毀於一旦。

珮是一位二十九歲的迷人女性，第一任丈夫不但酗酒，還虐待她。珮的律師傑克認為她是不幸的受害者，需要被人保護，常常打電話確定她一切安好，他們也開始在午餐時間碰面。當離婚案尚在進行時，他們已陷入熱戀，傑克離開妻子和兩個兒子，珮則搬去與他同居。

一開始，珮崇拜傑克的聰明才智和專業能力，在她自認為欠缺與不足的方面，他似乎都「很在行」。但經過一段時間之後，珮變得很苛刻，只要傑克護著她，珮就甜蜜地對他輕聲細語，但當傑克開始對她有所要求時，她就一副兇神惡煞。她痛恨他去上班，尤其當他經手的是其他的離婚案時。她阻止他去探望兩個兒子，指控他選擇兒子而

捨棄她。她甚至挑起嚴重的爭執，到後來還會一氣之下奪門而出，並與她所謂有著「柏拉圖情誼」的男人過夜。

珮缺乏「客體恆常」的概念（參見第二章與【附錄二】），她必須不斷測試友情和戀情，因為與任何人交往都沒有安全感，她需要不斷得到他人的保證，似乎永遠無法滿足。她經歷過無數的戀情，起初都表現得純真爛漫、楚楚可憐，之後便以過份的要求來測試對方，所有戀情都是因對方離開而結束，而被人遺棄又正好是她最恐懼的結局。即使如此，她仍會在下一次戀情中重覆相同的模式。

剛開始，珮認為傑克時時刻刻都會支持她、讓她安心，她將他們的關係過度理想化。但一有徵兆顯示他將獨立行動時，她便火冒三丈地咒罵他、詆毀他。當他在工作時，她會動不動就打電話給他，說是自己「快要忘記他了」。對珮的朋友來說，傑克在她的口中是兩個完全不同的人，而在珮的眼中，他確如此。

在面對缺乏「客體恆常」的案主採取「SET」步驟時，必須點出這個矛盾的困境。當傑克表達對珮的「支持」時必須指出，他對珮的關心是不變的，而且是沒有條件的。但不幸的是，身為邊緣人格者，珮很難理解她並不需要不斷獲取他人的接納。她時時處在恐懼當中，深怕一旦沒有討人歡心，別人將收回對她的「支持」。

「同理心」的訊息必須要證實，傑克已體認到珮尚未學會去信任他的再三保證。傑克要明白表示他已注意到珮嚴重的焦慮感，並且承認孤獨對她來說是非常可怕的事。

「事實」的陳述則必須將分歧的概念統合在一起。

傑克必須解釋，他一直都關心珮，就算珮使他感到挫折時也一樣。他也必須聲明，不容許自己被珮剝削虐待，因為臣服於珮的要求，只會導致她予取予求。試圖取悅或滿足珮，是一項不可能的任務，因為她總會產生新的不安全感，一再需索無度。如果他們的關係要繼續下去，依照「事實」所導出的結論，可能是兩人都需要接受長期的心理治療。

天真爛漫者的憤怒

邊緣人格者的憤怒之所以嚇人，是因為它非常強烈且無法預測。患者發洩怒氣的對象，可能是之前非常在意的人，引爆點可能是微不足道的小事，而且發生之前完全沒有預警，而暴力的威脅也常隨著怒火而升高。以上這些特質，使得邊緣人格者的憤怒與一般人的憤怒非常不同，

例如珮，她可以瞬間從一名溫順、無助、幼稚般的小女人，轉變成要求苛刻、尖聲大叫的怪物。有一回，她建議兩人享受一頓寧靜的午餐，但傑克說他必須到辦公室去時，她突然就對著他大吼大叫，指責他毫不體貼，粗暴地攻擊他沒有男子氣概，說他不是稱職的丈夫和父親，並且批評他一點也不專業，還威脅著要到律師公會控告他行為不當。當傑克想安撫她卻失敗時，他會悄悄地離開現場，這卻使得珮更加惱怒。但當他回來時，兩人又好像什麼事都沒發生過一樣。

「SET」的陳述必須先提到人身安全的問題與限制挑釁的行為。在之前所描述的情境中，傑克必須一開始傳達

「支持」和「同理心」的訊息，雖然珮可能認為他不真誠而嗤之以鼻。若發生這樣的狀況，傑克絕不能繼續爭辯，而是馬上進入「事實」的階段，先聲明雙方都不可傷害彼此，必要時要堅定地要求珮退後，保持兩人之間的距離。他可以告訴珮，他希望冷靜地與她溝通，如果她不願意，他必須表明自己會離開現場，直到情況冷靜下來，再繼續溝通。就算珮挑釁，傑克都必須避免肢體上的衝突。雖然在珮的潛意識中，她可能希望傑克使出蠻力將她制伏，但這個需求是源自過去不健康的經驗，倘若傑克真的強行制止她，往後很可能引發珮更多的批評。

當對方勃然大怒時，「事實」的陳述若只點出特定的衝突，倒不如指出患者行為背後的潛在動力來得有效。帶珮出外午餐是否比去辦公室重要，就這點進行更多的討論並沒有多大的意義。傑克可以點出，珮很明顯是想要引發一場爭鬥，而她可能希望被制伏並受傷。傑克也可以指出，珮的行為反映出她需要被人拒絕。是不是她預期自己將被拒絕因而感到恐懼，所以故意使情況惡化，想加快被人拒絕的這個過程？「事實」的陳述必須明白指出，珮的這些行為反而會驅使傑克離她遠去，傑克也可以提出疑問，珮是不是真的希望趕他離開。

致命的吸引力

在電影「致命的吸引力」(Fatal Attraction)中，男主角丹是個婚姻美滿的已婚男子，與魅力十足、事業成功的艾莉克絲有了短暫的婚外情。雖然該片並未深入的探討

艾莉克絲的個性，但很明顯的，電影工作者在創造艾莉克絲這個角色時，所設想的許多特質正好與邊緣人格有關。艾莉克絲的朋友很少（假設她有朋友的話），也換過許多工作。當丹想結束婚外情時，一想到被拋棄後將孤獨一個人，艾莉克絲非常憤怒又十分惶恐，從一位成熟世故、恣意挑逗男人的女性，搖身一變成爲依賴、黏人的小孩，還有自殺的傾向。絕望之餘，她衝動地割腕，想藉此強制丹留下來與她在一起。

電影從這一刻開始，艾莉克絲、丹和丹的妻子貝思三人之間產生一連串戲劇化、甚至是暴力的衝突。這部電影很明顯是關於邊緣人格者的故事，描寫她如何轉變成瘋狂的人，以及劇中其他人物面對她的過程。

只是，丹對艾莉克絲的回應忽略了基本的「SET」原則，因此最後以血腥收場。以下是劇情的另一種可能發展，或許不像原來的版本那般刺激（可能在票房上也不會那麼成功），但也許能免去劇中每個人所承受的痛苦：

當艾莉克絲割腕血流不止時，丹首先應表達他對她的「支持」和關心：「妳這麼做真的把我嚇到了，我很難過，想要幫助妳。」進一步對她的「支持」則包括傷口的清理與包紮。

「同理心」的訊息必須反映出丹已了解艾莉克絲的痛苦：「妳顯然很難過，比我想像得還要難過，妳一定非常的傷心。」鼓勵她抒發自己的寂寞，也是一種「發揮同理心」的方式，讓她抒發她的感覺，以及爲什麼會有這樣的感覺。

在「事實」的陳述中，丹必須提醒艾莉克絲，雖然在這段外遇中兩人是平等的，但艾莉克絲事先就知道丹已經結婚，最後也會回到他的家庭。最重要的是，有自毀傾向的是艾莉克絲，而不是丹。根據艾莉克絲傷勢的嚴重，丹得堅持她必須尋求醫療的照顧，也應該鼓勵她求助於心理治療（同時表明他不會強迫她這麼做）。他也必須承認，他在這段對雙方都有害的關係中所扮演的角色，並且指出他們顯然必須結束這段關係。在「點明事實」時，丹必須試著劃出一道界線，區分出自己可以做些什麼，艾莉克絲又可以做些什麼。

讓愛與理性同行

所有「事實」的陳述一定要根據事實。邊緣人格者的生活本來就反反覆覆，如果毫無原則地威脅他們哪些行為會導致什麼樣的後果，將比消極地允許他們繼續不當的行為還要糟糕。艾莉克絲在遭受拒絕時，習慣以操控他人來反制。丹口頭上說要結束這段關係，但行為卻又曖昧不明，因此使情況更加惡化。當然，丹並不知道，當這段激情結束之後，無法與邊緣人格者成為「單純的朋友」，因為患者無法忍受「界於中間」的關係。

正因為邊緣人格者難以接受模稜兩可的狀況，任何意圖都必須以明確的、可預期的行動加以支持。例如，在處理青春期的孩子某些不當的行為時，家長若威脅要取消孩子的一些權利，但之後並不嚴格執行，將使問題更加惡化。治療師訂出了某些限制，像是診療費用、限制患者於

非診療時段的來電次數等等，但若不堅持遵守，邊緣人格就會不斷測試治療師的底線和誠意。

在邊緣人格者所成長的環境中，通常只有靠脅迫和誇張的舉動，才能達到目的。就像患者認為他人對自己的接納是有條件的，被人拒絕也是有條件的。他們認為，只要擁有足夠的魅力、才智或財富，或是不斷地強求，最後才能得到自己要的東西。如果邊緣人格者發現，愈是採取過份的行為就愈能達到目的，他們就會變本加厲地奉行這個策略。

雖然「SET」是爲了和邊緣人格者溝通所發展出來的策略，也適合用於和其他人的互動。當人與人的溝通陷入了僵局，「SET」策略將有助於把焦點集中到尚未被成功傳達的訊息上。如果對方覺得沒有受到支持或尊重，或者遭人誤解，或是拒絕面對實際的問題時，可藉由加強「SET」的相關步驟，來補強溝通中不足的部份。在今日複雜的世界中，要克服邊緣性人格疾患所導致的混亂與痛苦，在溝通時必須要有一套包含愛與理性的明確原則才行。

【第七章】

接受治療

「我再給他一年的時間，如果還是沒效，那我就要到天主教聖地露得（Lourdes）去求神蹟了。」

——伍迪艾倫在「安妮·霍爾」（Annie Hall）中談到他的心理醫師

帶著壓力接下個案

全國知名的精神科權威史密斯醫師打來電話，說他的姪女患了憂鬱症，需要一名優秀的心理治療師，而他已經向姪女推薦了我。

與史密斯醫師的姪女敲定面談時間很不容易，她無法配合我的診療時段，我只好遷就她調整時間。接下這個案子讓我頗感壓力，覺得自己必須好好表現，配合度要很高，才不會辜負史密斯醫師對我的信心。當時我的診所才剛開幕，極需要一些專業上的肯定，但我知道出現這些情緒並不是好現象，這表示我太緊張了。

茉莉非常有吸引力，是位身材高挑的金髮美女，要當模特兒絕對輕而易舉。她是法律系的學生，二十五歲，非常聰明，說話很有條理。她遲到了十分鐘，但並沒有道歉，甚至連提都沒提。我仔細看她，發現她眼部的妝有點

濃，似乎是想掩飾心裡的悲傷和疲倦。

茉莉是家中的獨生女，非常依賴父母，但事業成功的父母，總是出差不在家。茉莉無法忍受孤獨，總是有接連不斷的新戀情。每一次分手後，她就陷入極度的憂鬱，直到開始新戀情為止。現在她正處於「空窗期」，上一任男友剛離開她，目前「尚未找到代替他的人」。

不出多久，她的治療過程便形成一種模式。每當面談接近尾聲，她就提起某件重要的事，總是會拖延一些時間才結束會談。而面談以外的時間，她的來電次數愈來愈頻繁，每次通話時間也愈來愈久。

治療初期的六個禮拜，我們每週進行一次面談，之後雙方同意增加為每週兩次。她談到她的孤獨，也提到她難以忍受分離，談過之後卻仍然覺得無助、寂寞。她說自己常常動不動就對朋友大發雷霆，但我很難想像她會勃然大怒，因為她總是非常端莊。她有睡眠障礙，食慾不振，體重逐漸下降，也開始談起自殺的話題。我開了抗憂鬱劑給她，但她更加沮喪，在學校也無法專心。經過三個月的治療，最後，她不情願地接受我的建議，住院觀察。她的憂鬱症狀持續不斷，顯然有必要接受更密集的診治。

我第一次見她生氣是在她入院第一天，那時她正述說自己入院的決定，一邊輕聲哭泣，一邊講起她向父親解釋要住院時的恐懼。

突然間，她臉一沉對我說：「你知道那個賤人做了什麼嗎？」我好一會兒才意會過來，她指的是幫她辦入院手續的護士。她氣沖沖地說那名護士是如何粗心，使用血壓

計的扣帶時笨手笨腳，說著，她朝桌子重重地一拍，把我嚇得跳了起來。

幾天之後，茉莉過份的要求與攻擊的言論，激怒病房的工作人員和病患。有些護士和病患試圖安撫她，有些則是當茉莉在團體治療中發脾氣，甚至丟東西時，一氣之下轉身離開。

「醫生，你知道『你的』病人今天早上做了什麼嗎？」一位護士這麼問我，還特別在「你的」兩字上加強語氣，好像我該為茉莉的行為負責，該為沒有將她控制好而忍受同事的責難。「你太保護她了，她是在操控你。必須要有人正面挑戰她。」

我馬上為自己也為茉莉辯護：「她需要的是支持和關心，需要有人像父母照顧子女般地對待她，她還需要學習信任。」同事們居然質疑我的判斷！連我自己都不敢呢！

誰才是受害者？！

茉莉住院的頭一週，就已抱怨過護士、病人，以及其他的醫生。但她說我善解人意，而且關心病患，是她見過最有見解、最有學問的治療師。

後來，茉莉要出外辦事必須向醫院請假，護士們對此都抱著懷疑的態度。我覺得是他們對茉莉的認識不夠，她在團體治療中，或是對其他醫療人員，都還沒有談到太多有關自己的事，只跟自己的醫生談。既然她需要准假的許可，我也就批准了。

結果，她回到醫院時爛醉如泥，手腕上還有抓痕。雖

然護士們沒有開口說「我早告訴過你」，傲慢卻清楚寫在臉上，讓我難以消受。我之前就已盡量迴避他們，之後，我決定重新開始對茉莉進行一對一的治療，取消她團體治療的療程。

接下來的週末，她又需要准假許可，當我拒絕她的要求時，她便爆發了：「我以為你會信任我，我還以為你了解我，但你只關心權力，你就是愛控制別人。」

也許她是對的，我這麼想。也許我控制慾太強，太缺乏安全感。或者她攻擊到我的弱點——我需要別人認為我是有愛心的、信任別人的？或者她只是燃起了我的罪惡感和被虐的慾望？到底她是受害者，還是我呢？

「我以為你跟別人不一樣，」她說：「我以為你很特別，我以為你真的關心我。」問題是，我自己也是這麼以為的。

幾個星期後，我又准了她的假。她輕率地與一名在酒吧認識的陌生人發生性關係，然後又醉著回到醫院，滿臉是淚。情況愈來愈明顯了，她是在要求別人控制她、限制她，把她約束在一個框架裡，但她又無法說清楚自己這個需求，只好以激烈的行為間接證明她的確需要別人的約束，但她又會因此生氣，否認自己想要受人控制。

我可以看出她這個傾向，但她自己卻不能。漸漸地，我不再期盼見到她，每回探視她時，總讓我想起自己的失敗。我發現自己其實希望她要不就馬上痊癒，要不就立刻消失。當她提起同病房室友的醫生也許比較好時，我的解釋是她想要逃避自己、逃避真正的問題。我知道換醫生對

她會產生反效果，但私底下又希望她能換醫生，因為對我比較好。她仍然提到要自殺，而我邪惡地幻想著，如果她真的這麼做，那我就幾乎解脫了。她的改變讓我從一個受虐狂變成了虐待狂。

接納自己的不完美，更了解患者

茉莉住院的第三個禮拜，有位病患請假獲准後，在家裡上吊自殺了。茉莉因恐懼而大發脾氣：「為什麼你和其他人不知道他要自殺？」她大吼大叫地說：「你怎麼能讓他自殺？為什麼不保護他？」

茉莉受到很大的打擊。又有誰會保護她？誰會趕走她的痛苦？我總算想通了，那個人就是茉莉自己。沒有人是她肚裡的蛔蟲，沒有人能完全了解她、保護她。對我和茉莉來說，情況開始變得比較明朗了。

茉莉意識到，不管她如何努力逃避自己的感受，她永遠不可能不作自己。雖然她認為自己是「壞人」，因而想要逃離自己，但她必須學習接納，接納自己的全部，包括缺點。她終將了解，單純作自己也不錯。

漸漸地，茉莉生氣的對象從醫療人員轉到自殺患者身上。「他沒有給自己一個機會。」當她體認到那位患者該負的責任，她也看到自己的責任。她發覺真正關心她的人，並不會像她的父母那般讓她為所欲為；有時候，關心意味著限制，有時得對她說她不想聽的話，有時又得提醒她對自己的責任。

不久之後，茉莉、醫院同事和我互相配合，開始進

行治療。我不再那麼辛苦地設法討人喜歡，硬要成為有智慧、決不犯錯的治療師。重點在於，原則要一致，並且讓患者相信治療師與他同在一起。

住院七週後，茉莉出院了，她仍然感到寂寞、恐懼，但不再需要傷害自己。更重要的是她接受了一個事實：她有能力度過寂寞和恐懼，同時也能關照自己。

過了一陣子，茉莉碰到一位似乎是真心關心她的男友。至於我，也學到了茉莉所學到的事，那就是有些情緒令自己反感，但也是定義自己是誰很重要的一部份，接納自己也有不完美的地方，能幫助我更了解病患。

如何治療？

治療邊緣人格者的治療師大多會發現，治療過程之艱難，對專業能力或耐心都是一大考驗。與病患的面談通常非常激烈、令人挫折，無法預測，而且治療進展非常緩慢。大部份的心理治療師都同意，治療要出現效果，至少需要幾年的時間。求診的邊緣人格者中，最後有超過90%的人會提早停止治療。〔註1〕

治療之所以如此困難，是因為邊緣人格者對治療過程的反應，與他們在其他的人際關係上的應對方式一樣。患者一會兒認為治療師關心病患，有能力且態度真誠，一會兒又認為治療師欺騙人，不誠懇且漠不關心。

患者在治療過程中可能極度苛求，會依賴並操控他人，可能在面談以外的時間打電話給治療師的次數會愈來愈頻繁，甚至出乎意料地出現在治療師的辦公室，威脅治

療師要馬上見他，否則他就要自傷。這些狀況並不罕見。

對治療師破口大罵，對治療過程諸多批評，也很常見。通常，邊緣人格者很清楚治療師敏感的地方，他們能輕易激怒治療師，教他感到挫折、無助、自我懷疑。

由於形成邊緣人格的可能原因很廣泛，患者行爲又如此極端，治療的方法當然也很多樣：（1）以心理分析爲導向的治療（psychoanalytically-oriented psychotherapy）；（2）支持性心理治療（supportive psychotherapy）；（3）特殊形式的心理治療，例如團體治療、家族治療、表達性心理治療（expressive psychotherapy，如藝術、音樂、舞蹈）；（4）藥物治療；（5）住院治療。這些療法可能被混合運用，例如，團體治療可以是探索性的（exploratory），也可以是支持性的。但由於成效不一，哪一種才是最有效的療法有廣泛的爭論。

其他如行爲治療（behavior modification）和催眠，除非情況特殊，否則通常不適用於治療邊緣性人格疾患。就催眠療法來說，也許有助於喚起過往的傷痛經驗，然而在催眠的狀態下，可能會引發結構不明或患者不熟悉的意識狀態，若應用在不適合的邊緣人格者身上，可能會讓他們驚惶過度，或甚至引發精神病。

診療椅上的邊緣人格者

四〇年代與五〇年代，一對一的精神分析被視爲治療所有心理疾病的首要方法，然而，接下來幾十年間，當邊緣性人格疾患的概念更加明確以後，專業人員便體認到，

傳統的精神分析對治療邊緣人格者並沒有效果。

古典的精神分析要求病患「自由聯想」，也就是心裡想到什麼就講什麼，不去過濾想法，分析師也不作特別的引導。病患通常會探索早期童年的記憶，以及針對夢境和不經意的想法作聯想。

然而，對邊緣人格者來說，這樣毫無結構的治療可能具有破壞性。進行古典精神分析時，邊緣人格者的自我防衛遭到攻擊，但又缺乏其他替代的機制；患者針對治療師以及其對他人所產生的移情作用可能非常激烈，導致患者出現精神異常的狀況。

精神分析師很快就發現，邊緣人格者坐在診療椅上時，病況會惡化。精神分析的刺激，對心理較健全的病人來說，可能具有很好的療效，但卻會造成邊緣人格者的驚慌，出現無法控制、無法排解的焦慮，有時甚至還會出現和現實脫離的狀況。

自六〇年代以來，邊緣性人格症候群取代其他精神疾患，成為從事臨床工作的精神科醫師最常碰到的病例。邊緣人格者過去被誤認為患有典型的精神官能症，一開始是以古典精神分析的方式進行治療，但卻造成慘痛的後果。隨著各界漸漸注意到各種精神疾患之間患者人數的消長，對傳統精神分析法也作了調整，發展出「以精神分析為導向」（psychoanalytically-oriented）或以「精神動力學」（psychodynamic）為依據的治療方法。基本上，這套方法保有了精神分析法的理論基礎，但捨去精神分析的設計。診間的診療椅、精神分析師的沉默、自由聯想的方式等等

都不再適用，取而代之的是，互動性較高的治療師與患者進行面對面的溝通。

到了五〇年代，其他的治療手法開始廣被接受。非分析性的一對一治療法在科學上取得了理論基礎。家族與團體治療的技巧，也被認為有助於各類精神疾患的治療。

「藥物治療時代」的來臨，使得人們相信藥物可以治癒精神疾患。不斷演進的住院治療也提供受到管制與具有架構的環境，讓患者接受密集的治療，而精神科病房也不再被視為患者的收容所。

治療的目標

所有的療法都竭力要達成一個共同的目標——使患者更適應這個世界，而這個世界在患者看來也變得更為怡人，不再那麼令人困惑與危機四伏。治療的過程中，患者必須檢視自己目前毫無益處的行為，這個部份比較容易；比較難的是，患者必須去除舊有的反射念頭和行為，並發展出新的方式來處理生活中的壓力。

不論採用任何療法，病患與治療師的關係是最重要的，雙方的互動將成為患者未來建立信任、客體恆常和親密關係的基礎。治療師必須成為可靠的對象，像一面鏡子一樣，不斷忠實地反映患者發展出來的自我認同。從與治療師建立關係開始，邊緣人格者也學著對其他人產生適當的期待和信任。

治療師的最主要工作目標，是希望漸漸失去病患，而不是一直保有病患。要達到這個目的，治療師必須引導

病患去檢視特定的失調層面，而非控制病患。治療師像是一名領航員，指出旅途上值得一看的風景，並協助修正航道以繞過暴風圈；雖然如此，這段旅程需要患者自己堅定地坐在駕駛座上。與患者關係密切的親友，通常也會受邀一同經歷，目的是希望病患能回歸家庭，改善與親友的關係，而不是到最後放棄了家庭與朋友。

有些人對精神醫學和心理治療懷有恐懼，認為是在對無助的病患進行「心智控制」或行為改造，害怕病患會被催眠術士塑造成沒有自由意志的機器人。實際上，心理治療的目的是在協助病患發展自己獨立的個性，並獲得更多的自由與個人尊嚴。不幸的是，就像有些人誤以為人可以在非自願的情況下被催眠，也有人認為可以在違反患者的意志下進行治療。患者因為這類非理性的恐懼而不願接受治療，反而失去了學習自我接納與掙脫自我束縛的機會。

治療的時間長短

眾所皆知，精神分析所需的時間長達好幾年，大多數的人便以為所有心理治療都拖得很久，因此也非常昂貴。有鑑於患者需要實用與負擔得起的治療方法，藥物和特殊的治療法，例如所謂的「約定次數」治療（time-limited therapy）也應運而生。骨折可以癒合，感染可以控制，但心靈上的傷痕需要更久的時間來治療。

如果療程很快就結束，有人會認為治療只是虛應故事。但如果心理治療拖了好幾年，可能也有人懷疑，這是否只是一場智力遊戲，讓心理治療師從中獲得財富，而仰

賴心理治療的無助病患，卻成了必須不斷掏腰包的奴隸。

治療到底該為期多久？答案要視治療的目標而定。針對特定症狀的治療，例如憂鬱、嚴重焦慮或突發的憤怒，可能短期內可以結束，例如幾週或幾個月。如果治療的目的是要重新建構患者的思考與行為模式，則需要更長的時間。

心理治療的過程也許會中斷，邊緣人格者會與不同的治療師合作，採取不同的治療方式，進行好幾回合的療程。暫停治療可能有助於凝聚想法、參考新的見解，或者讓患者趕上現實生活的進度，並給予患者自我發展與成熟所需的時間。暫停的原因可能是患者經濟拮据，或生活出現重大改變，或只是想從密集的治療中喘口氣。

通常邊緣人格者需要接受多年的治療，行為模式才能達到實質的改變。當患者的改變趨於緩慢時，很難判斷是否該繼續治療，或者「這已是患者所能達到的最佳狀況」。治療師必須考慮邊緣人格者一方面容易產生逃避的心態，不願面對自己不健全的行為，但另一方面又太容易依賴治療師和其他人。

對某些邊緣人格者而言，也能永遠沒有治療終結的一天，最好能與信賴的治療師保持斷斷續續的連繫。類似這種安排，就好像在患者通往完全獨立的路上設置加油站一樣，前提是患者不應讓這些聯繫主導自己的生活。

心理治療的運作

心理治療是一個討論過去和現在的過程，目的是要

發現有哪些行為模式可能會影響患者的未來。不論是在個別、團體或家族治療的情境中，治療師都要試著引導患者去檢視過去的經驗，並且擔任起試金石的角色，成為患者實際演練各種新的行為模式的對象。最後，患者開始接受自己在生活中的選擇，並改變自我形象，不再是那個不由自主被某種力量牽著走的傀儡。患者大部份的改變，最早會出現在與治療師的互動上；治療期間，雙方都會發展出強烈的情緒，也就是移情（transference）與反移情（countertransference）。

移情

移情是指患者將以往與重要的人互動的感情和態度，不切實際地投射到治療師身上。例如，患者可能會對醫師非常生氣，並不是因為與醫師溝通有問題，而是覺得醫師很像自己的母親，而母親以前總是惹他生氣。移情沒有所謂的好與壞，但將以往的情緒轉移到目前發生的事情上，畢竟是一種扭曲。

邊緣人格者的移情現象可能非常不一致，就像患者生活中的其他層面一樣，一下子認為治療師是個有能力、關心別人、真誠的人，但過一會兒又覺得治療師是個虛偽、不直率、無動於衷的人。這類的扭曲，常使得治療師和患者難以建立友善的合作關係。

治療初期，邊緣人格者既渴望又恐懼與治療師建立親密的關係。他希望被人照顧，但又怕無法忍受他人的控制。他試圖誘使醫師照顧他，但又認為醫師「想掌控

他的生活」，所以產生反抗。當治療師不為患者的言行所左右，保持堅定一貫的立場時，患者就會發展出「客體恆常」的心態，漸漸相信治療師不會棄他不顧。當患者建立對治療師的信任後，便可開始探索新的人際關係，建立可靠的人脈。但對邊緣人格者來說，剛開始要維持新的友誼並不容易，因為他之前可能認為，建立新友誼是種不忠實的表現，甚至害怕他的死黨、朋友、治療師會因為他擴展了人際關係，而感到嫉妒和憤怒。

當邊緣人格者的病情好轉，將與人建立起較為舒適與穩固的依賴關係。不過，當他準備要結束治療時，可能又會引起人際關係上的騷亂，也許懷念以前的行為模式，為自己必須向前邁進而不快；也許像一名發現自己已游過湖面中點而筋疲力竭的泳者，仍須繼續游到對岸，才能休息。

此時，邊緣人格者也必須體認到自己是獨立於治療師之外的個體，是自己促成了改變，而不是治療師改變了他。就像童話故事中的小飛象，一開始以為自己會飛是因為有「魔術羽毛」，之後發現其實是由於自己有飛行的天賦。邊緣人格者必須開始接受自己具有獨立行為的能力，並且發展出新的行為模式，取代以往行不通的應對方式。

隨著邊緣人格者病情好轉，移情作用的強度會逐漸減弱。通常針對治療師或故意表現給治療師看的憤怒、衝動及情緒起伏，不再那麼嚴重。過去會因為驚慌而依賴的現象，也逐漸減少，取而代之的是日益增加的自信心；此外，患者不再像以往那般時常發怒，而是下定決心要掌握

自己的人生。缺乏耐心或反覆無常的情況也會減少，因為患者不需依附他人就能發展出獨立的自我認同。

反移情

反移情指的是治療師本身對病患的情緒反應，但反移情所根據的並不是治療師對現實的考量，而是他本身的經驗和需求。舉例來說，醫師可能渴望作一名照顧者，需要覺得自己充滿愛心，並且極力避免與病患對立，因此把患者看得比實際更無助、更需要幫助。

邊緣人格者對人非常敏感，對治療師也是，因此常能挑起治療師本身尚未解決的情緒問題。醫師若需要被人感激，需要別人報以熱情，需要掌控權，很可能會作出不當的行為，譬如：過於保護病患，鼓勵病患形成依賴；過度控制，要求病患照著他的指示行事；或許他會抱怨自己的問題，誘使病患反過來照顧他；甚至以「教導什麼是親密」為由，而與患者發生性關係。治療師可能將一切合理化，宣稱都是為了病情嚴重的患者考量，但實際上全是為了滿足自己的需求。

邊緣人格者可能激起治療師憤怒、挫折、自我懷疑、無助等情緒，而這些正是患者內心情緒的反映。治療師若陷入某種情緒而影響到專業，很可能會真的對病患產生反移情的憎恨，認為病患不可能被治癒。治療邊緣人格者常令人惱怒，以至於專業人員有時會不當地污名化「邊緣人格」，用以形容任何極為棘手或治療效果不佳的病患。在這樣的狀況下所作的診斷，精確來說，應該是反映治療師

在反移情作用下所產生的挫折感。

醫病關係中的「最佳拍檔」

本章所描述的治療方法，對治療邊緣人格來說各有療效，不能說哪個方法比較好，而同一種治療技巧對所有的患者也並非都有同樣的療效。不論採用哪種方式幫助患者，都有一項不變的條件，那就是病患與治療師之間必須建立起互相尊重的關係。

就算一名醫師曾經成功地治療一位或多位邊緣人格者，仍無法保證他也能成功地治癒其他的邊緣人格者。成功治療的先決條件是，病患與治療師彼此都懷著同樣積極樂觀的態度，成為醫病關係的「最佳拍檔」。

很難精確定義什麼是好的醫病關係組合，但至少是患者和治療師都能容忍治療過程中可以想見的騷動起伏，同時又能維持穩定的合作關係。

治療師的角色

治療邊緣人格時，可能組合幾種療法，像是個別治療、團體與家族治療、藥物治療及住院治療，因此，治療師的角色可能就治療方式不同而有所改變。醫師可能採取與患者正面對立的立場，也可能不扮演引導的角色；醫師可能出於直覺地給予熱心的勸告和建議，也可能不主動挑起過多互動，反而期望患者為治療的進展負起較多責任。比選擇特定醫師或特定治療方式更重要的是，病患和治療師都很適應彼此，也很信任。雙方都必須體認到所建立的

是真正的合作關係，感受得到對方的決心與值得信賴。

要使彼此都感覺自在，患者和醫生必須了解共同的目的，並同意治療的方式，而雙方的作風也要合得來才行。最重要的是，治療師必須時時謹記在心他治療的對象是邊緣人格者。

若患者過去的病歷中，包含相互矛盾的診斷與多次住院紀錄，曾試用過多種藥物治療，治療師就應質疑該患者是邊緣人格者。從病歷中也可能發現，患者之前接受治療時曾有被「剔除」的紀錄，或被醫院急診室列為「不受歡迎的人物」，或是出入急診室的次數頻繁到被取了綽號，例如「吞藥王艾迪」之類。

經驗老到的醫師，能夠信任自己對病患的反移情反應。邊緣人格者通常會引發他人強烈的情緒反應，包括治療師在內。若在早期評估病情的階段，治療師發現自己想要保護或解救患者，覺得自己對患者有責任，或者對患者極為憤怒等等，應該要警覺自己強烈的情緒，可能是面對邊緣性人格者所產生的反應。

選擇治療師

治療師在治療邊緣人格者時，雖然風格各自不同，仍然能一樣稱職。

患者可以從各類的心理衛生專業人員中選擇，雖然精神科醫師曾接受多年心理治療技術的訓練（且是唯一能夠處理併發的生理疾病〔concurrent medical illnesses〕，並且像一般治療生理疾病的醫師一樣，可以開藥、安排病患住

院），但其他專業人員，如心理學家、社工人員、諮商心理師、精神科的臨床醫護士等，可能也受過治療邊緣人格者的相關訓練。

能夠勝任治療邊緣人格者的治療師，一般來說具有幾項特質，患者在選擇時通常可以分辨出來，例如要有治療邊緣人格者的經驗；有耐心、包容度要大，才能協助患者發展「客體恆常」的心態（參見第二章）；行事作風必須具有彈性又有創意，才能適應治療邊緣人格者時的曲折過程；具有幽默感，不然至少要身心平衡，才能作為患者的模範，也才能不在治療過程中被強烈情緒所影響。

在初期的評估面談中，醫師和患者應該相互評估，判斷雙方的合作是否會有效率。

首先，患者必須考量治療師的個性和風格，是否讓自己覺得舒服？自己是否能開誠佈公地與治療師談話？治療師是否過於強勢？是否令人恐懼？是否不夠積極？是否企圖誘惑患者？

其次，治療師對病況的評估及訂定的治療目標，是否與患者的想法相同？彼此希望達到什麼樣的治療結果？如何判定是否達到治療的目標？治療大約需要多久的時間？

最後，治療師建議的方式能否被患者接受？治療的方式必須經過雙方同意，治療師也必須建議面談的次數和間隔。是一對一的治療，還是與其他人一起面談？是否會混合採用不同的治療形式，例如，每週進行個別的面談，再穿插患者與配偶一起進行的面談？治療的本質是屬於探索性的？還是支持、鼓勵性的？需要配合藥物治療和住院治

療嗎？要採用哪種藥物，選哪家醫院？

通常需要很多次面談，才能做出初步的評估，病患和醫師都應該衡量自己的能力，以及與對方合作的意願。這樣的評估，「不牽涉誰對誰錯」，只要決定是否有可能成為治療上的合作夥伴。然而，如果患者認為每一位談過的治療師都不合適，那麼患者是否有接受治療的意願，更值得商榷了。

徵詢第二意見

治療雖開始，經常也會中斷，之後再接續，治療的形式有時會改變，調整可能是必要的，尤其是當邊緣人格者的病況好轉時。

然而有的時候很難分辨是在治療上碰到無法突破的瓶頸，還是患者對於正在進行的課題感到痛苦而裹足不前。此時我們將面臨一個問題：是否該繼續循著同一個脈絡治療？還是先退一步，重新整隊後再出發？經手的醫師通常會建議徵詢其他專業人士的意見，但有時候是患者必須自己作這樣的考量。

若要求徵詢他人的意見，患者可能會害怕冒犯到自己的醫師。但一位有能力、有安全感的治療師不會反對這樣的要求，也不會產生防衛的心態，反倒是必須在治療中探討，患者想要徵詢第二意見，是不是想逃避困難的課題，或是出於潛意識的憤怒，想藉此譴責治療師。不可否認，徵詢第二意見可能對病患和醫師都有幫助，重新評估治療的進展。

充分利用治療

要從治療中得到最佳療效，首先要體認到治療必須仰賴醫病之間的合作，邊緣人格者常忽略這個首要的原則，有時會將就診的目的設定為要取悅醫師，或與醫師爭執，或依賴醫師的照顧，或偽裝一切都沒問題等等。

邊緣人格者可能需要一再被提醒治療過程中會遇到哪些變數，也必須了解最基本的規則，包括是否找得到能配合的醫師，是否能接受醫師能力的極限，是否了解治療將受時間和資源所限，以及雙方必須就治療的目標達成共識。

患者必須牢記，一旦已勇敢地下定決心，一定要善用時間和資源，盡全力打贏這場戰爭，以便最後能更加了解自己，改變生活模式。

因此對患者來說，「誠實」是治療過程中最重要的原則。患者不應隱瞞心中最痛的部份，既然已答應與治療師合作，就不該玩鬥智遊戲。患者必須放棄控制治療師的慾望或是取悅治療師的念頭。當邊緣人格者將治療師視為他想要滿足的對象時，可能忽略自己的責任是要與治療師處在平等的地位上一起合作。

最重要的是，患者必須時時感受到自己在治療過程中是積極地與治療師配合，避免被動，或是完全受醫師主導，但是也不該和醫師成為對立的競爭對手，或對治療師的意見與回饋不屑一顧。當邊緣人格者啓程邁向心理健康之時，首要的任務就是，與治療師形成有效運作的合作關係。

一對一個別治療

臨床專業人員大多將一對一的治療分為探索性和支持性兩種技巧，這兩種形式有所重疊，也可按照治療密集的程度和使用的策略來區分。

探索性心理治療

探索性心理治療改良自古典精神分析，是歐托·肯伯格和詹姆士·馬斯特森等人推薦用來治療邊緣人格者的方法。治療師與患者通常每週進行三次或三次以上的面談，比支持性的個別治療更密集，設定的目標也較有野心——企圖改變人格的架構。治療師幾乎不直接引導患者，而是採取與患者正面對立的立場，指出患者特定的行徑對自己造成的傷害，並解讀患者出於潛意識的行為，希望能因此將之根除。

與其他較不激烈的治療形式一樣，探索性心理治療將焦點放在此時此地發生的議題上。以童年和發展階段上的問題為基礎來重建患者的出身背景，在探索性心理治療中也是很重要的課題，但重視的程度仍不比古典精神分析。治療初期主要的目的是減少患者的自我傷害，以及排除妨礙治療的行為（包括過早中止治療），強化患者自我改變的決心，並建立患者與治療師間互信的關係。之後幾個階段的重點，是患者必須塑造出獨立的、可為自己接受的自我意識，建立不變與互信的人際關係，以及忍受孤獨和別離（包括與治療師的別離）。〔註2〕〔註3〕當然，這些階段是互相重疊的。

探索性心理治療中的移情反應比支持性心理治療中的移情反應來得更激烈。患者對治療師的依賴、理想化或貶抑都比較強烈，與進行古典精神分析時的狀況相當。治療師估計，探索性心理治療為時至少四年，通常則需要六到十年。

支持性心理治療

支持性的個別治療是最常用來治療邊緣人格者的方法，通常面談為一週一次。與探索性心理治療不同的是，採取支持性心理治療時，治療師並不與患者正面對立，也不試圖解讀患者潛意識的行為和想法，而是提供患者直接的建議、教導與一再的保證。

在支持性心理治療中，醫師可能強化患者的壓抑，並不鼓勵將無法解決的痛苦回憶提出來討論。治療師並不質疑患者為什麼會有輕微的強迫行為，反而鼓勵患者將這些行為視為「嗜好」或輕度的怪癖。例如，當患者需要時時保持居家整潔，治療師並不會剖析這個行為背後的原因，反而認同這個作法的實用性，認為當患者感到沉重的壓力時，可藉由這個習慣感到自己對事情具有某種程度的控制。

支持性心理治療將焦點放在目前實際的問題上，試圖阻止患者自殺或做出其他傷害自己的行為，但目的不在徹底探討這些行為。

支持性心理治療通常為期四到五年，之後面談的頻率則視需要而定，患者可能需要與治療師保持斷斷續續的聯

繫，因此，治療師能否持續提供治療，是非常重要的。當患者在生活的其他層面建立了持久的人際關係，並且將生活重心放在令他滿意的活動上之後，即可逐漸中止治療。

在支持性心理治療中，患者比較不依賴治療師，移情的現象也不那麼激烈。雖然有些臨床心理師認為，這種形式的治療不太可能造成邊緣人格者持久的改變，但也有專業人員在採取這個治療方法後發現，邊緣人格者的行為模式已獲得顯著的改善。〔註4〕

葛林森醫師治療瑪麗蓮·夢露時，便結合支持性與探索性心理治療。雖然支持性心理治療到了五〇年代末期才開始風行（而邊緣人格的診斷標準是在二十多年後才被正式採用），他當時就感覺到，瑪麗蓮·夢露所需要的，是比古典精神分析更具結構性，也更有安撫作用的方法。

他容許瑪麗蓮·夢露與他的家人交往，甚至邀請她到家裡作客。他告訴魯斯坦：「治療方法必須適合患者。」而瑪麗蓮·夢露所需要的，正是支持與分析並行的心理治療。葛林森認為，以瑪麗蓮·夢露的案例來說，她當時需要實際的生活經驗，以彌補童年時缺乏的經歷。〔註5〕

有趣的是，佛洛伊德的診間就設在家中，他也經常讓病患直接接觸他的家人。雖然葛林森認為為了達到治療的效果，他的作法是必要的，但他也了解，讓瑪麗蓮·夢露與他的家庭建立親密的關係，並不合乎專業。

在你看來我是違反了專業的準則，但如果夠幸運的話，我想也許再過幾年，瑪麗蓮就能夠接

受精神分析的治療，她現在還沒準備好。我認為我可以告訴你這些事，是因為她已將你和荷妲看作親密的朋友，畢竟我也需要有人分擔責任。順帶一提，我已跟瑪麗蓮談過了，她允許我跟你聊起她，就只是聊聊。〔註6〕

團體治療

採用團體治療的方式來治療邊緣人格者，是有道理的，團體治療可以稀釋邊緣人格者針對某人的強烈情緒（例如治療師），在團體中，患者也會感受到自己因其他人的刺激而引發的情緒。邊緣人格者的內心老是不斷在親密與疏離之間掙扎，而在團體治療中，他比較能掌控這個掙扎；在個別治療中，聚光燈永遠在患者一個人身上，而在團體治療中，患者可以引起別人的注意，也可以避免被人注意。患者可能認為團體治療中的成員「真的了解我的遭遇」，所以比較能接受來自同儕的正面質疑，相較之下，他反而不能忍受那位被自己美化或貶抑的治療師的正面挑戰。

此外，邊緣人格者的種種依賴、自我中心、退縮孤僻、粗暴的態度和反常的舉止，將不時受到團體成員的挑戰；也可能比較能接受其他成員的期望與關懷，以及利他的表現。〔註7〕〔註8〕〔註9〕

團體中其他患者的成長和進步也可以作為模範。當一名成員達到治療目標後，其他人親眼目睹其進步過程，將能從中獲得啟發，並分享他的成功。而邊緣人格者喜歡

與他人競爭的特性，也會在團體的情境中凸顯出來，並被提出來加以討論，如果是在個別的治療中便沒有這樣的機會。最後，團體提供一個真實的實驗環境，邊緣人格者可嘗試採用不同的行為模式與人互動，而這個環境又不會像「外面的世界」那般懲罰他的行為。

由於團體治療對邊緣人格者的挑戰性很高，因此大部份的治療師均建議結合團體與個別的治療，以便提供患者個別的支持。然而對於團體治療最佳的成員組合，治療師們各有不同的看法。有些認為全由邊緣人格者組成的團體治療效果最好，因為患者具有同樣的困擾和掙扎，最能感同身受彼此的經驗；但大部份的治療師認為，在一個由邊緣人格者與其他心理較健全的病患所組成的團體中，較健康的成員所採取較恰當的行為模式，可作為邊緣人格者的榜樣，非邊緣人格者也能從混合的團體治療中獲益，他們原本可能難以接觸到自己的情緒，而邊緣人格者可以引發他們的情緒，或是作為情緒表達的範例。〔註10〕

然而，針對團體治療在邊緣人格治療上的運用，相關研究卻出奇的少。團體治療之所以在邊緣人格的治療上極有潛力，在於具有某些特性，但這些特性也正是許多邊緣人格者排斥團體治療的原因。邊緣人格者希望能獨佔所有的注意力，嫉妒他人，不信任他人，對親密關係又愛又怕，這些種種因素使得許多邊緣人格者不願接受團體治療。行為能力強的邊緣人格者，可以忍受在團體治療中所產生的挫折感，並運用治療中所發生的事，來探討自己與他人互動時的缺失。行為能力弱的邊緣人格者通常不會加

入團體治療，就算加入也不會持久。

邊緣人格者在團體治療中，可能會受到重大阻礙，他們太以自我為中心，對他人無法產生同理心，因此不會參與討論別人的問題。若邊緣人格者所關心的事太過反常，或者要討論的議題太過激烈，可能會在團體中感到孤立，覺得與其他成員沒有連結。例如，當一名患者想要討論童年時被近親性侵害的經驗，或變態的性行為，或嚴重的毒癮和酒癮，可能會害怕嚇到團體中其他的成員。實際上也是如此，有些成員可能不能理解其他人的傷痛。當團體中有好幾名邊緣人格者時，他們可能會產生同樣的感覺，認為治療師無法滿足他們的需求。在這樣的情況下，他們可能以自己希望被人照顧的方式，試著互相照顧，在團體治療以外的時間還保持連繫；但當他們試圖相互「治療」時，也形成對彼此的依賴。團體成員間若發生戀情或甚至商業往來，通常會以災難收場，因為這樣的關係其實是在重覆他們以往的行為模式，想要得到他人的照顧卻徒勞無功，患者當然也就無法客觀地利用團體治療的機會來探討彼此的關係。

伊蓮是一名二十九歲的女性，接受兩年的個別治療後，被轉介來接受團體治療。伊蓮是四姊妹的老大，五歲開始遭到父親性侵害，持續了十年。她認為母親軟弱無用，父親要求苛刻且難以討好。她在青春期時就已挑起照顧全家人的責任。妹妹們陸續結婚生子，但伊蓮還是單身一人，讀完大學後又進入研究所。她的女性朋友不多，也不常和男孩子約會，僅有的兩次戀情，對象都是比她大

許多的已婚主管。她下班後的時間通常用來安排全家的活動，照顧生病的家人以及處理家庭的問題。

個性孤僻、憂鬱的伊蓮求助於個別的心理治療，之後她體認到自己缺乏社交的能力，要求進入團體治療。在團體治療中，她很快便將自己定位為照顧他人的角色，否認自己有任何問題；也常常和治療師發脾氣，認為治療師沒有提供團體成員足夠的協助。

團體中的其他成員鼓勵伊蓮去檢視自己以往無法面對的課題，包括她總是一臉愁容和不友善的表情，以及潛藏著怒氣的言論。這個過程持續好幾個月，雖然令人挫折，最後她總算承認自己鄙視女性，這在團體的情境中很容易察覺。伊蓮體認到她對男性治療師的憤怒是來自對父親的憤慨，也發覺她不由自主地想與其他男性重覆這樣的父女關係。漸漸的，伊蓮開始嘗試以新的互動方式來對待男性與女性，同時，她也終於從家庭問題的束縛中抽身而出。

家族治療

由於邊緣人格者與父母的關係經常是騷動不安的，而邊緣人格者的父母之間也存在著長期的衝突，這個衝突甚至延伸到患者與配偶和子女的關係上，因此以家族治療的方式治療邊緣人格者，是非常合乎邏輯的作法。

門診治療有時也會採取家族治療的方式，但家族治療還是最常被併入住院治療，而住院治療也會同時採取個別治療或是其他支持性心理治療。此外，當病患經歷過一次危急情況而不得不住院治療時，家庭成員通常比較能克服

對參與治療的排斥感。

邊緣人格者的家庭會阻礙家族治療的原因有幾種，可能因患者的問題而懷有罪惡感，害怕受到責備；邊緣人格者的家庭成員關係非常緊密，常常懷疑外人，也害怕任何改變。邊緣人格者的行為（包括有意識與潛意識）之所以持續不變，家人可能也要負起部份的責任，即使家人對治療師的態度常常是：「把他治好，但不要怪我們，更重要的是，不要改變我們。」〔註11〕

然而，來自家人的支持對患者來說非常關鍵，如果沒有得到家庭的支持，可能會妨害患者治療的過程。以青少年或年輕的成人患者而言，進行家族治療時，通常會包括患者、家長，有時也包括患者的兄弟姐妹；至於已婚或對目前的戀情很認真的成人患者，其家族治療經常包括配偶、戀人，有時也包括他們的子女。

邊緣人格者與家人的互動，通常有兩類極端的模式：若不是彼此糾纏在一起，就是非常疏離。若是前一種模式，治療時必須與家庭中所有的成員建立合作的關係，因為缺少了家人的支持，患者可能無法獨自持續治療。當患者與家庭是疏離的，治療師必須小心評估患者家庭對治療造成的影響，如果有機會以健康的方式達成患者與家人的和解，則可視為重要的治療目標；但如果家庭和解會導致負面的結果，或者根本不可能達到，則患者也許必須停止對家庭和解的幻想。事實上，當患者理解到其家庭關係並不如自己想像得那般完美而感到哀傷時，可能會是患者在治療過程中一個重要的里程碑。

患者與家人的關係也左右療效

二十六歲的黛比入院時，已有憂鬱、自傷、酗酒和暴食的紀錄。治療師與家人面談評估後發現，她與丈夫間雖有矛盾，基本上還算是互相支持。治療初期的焦點放在她以往未曾透露過的性侵害事件，從她大約八歲時，一名較大的鄰居男孩開始對她性侵害，還強迫黛比跟他一起喝酒，然後用瓶子裝他的尿逼她喝。當她不願就範時，那男孩甚至用刀割傷她。

目前的病況觸動她對這些過往事件的記憶。當這些記憶被一一喚起時，黛比開始體認到自己對酗酒、消極的父親，與軟弱、冷漠的母親長期以來的憤怒，她認為他們無法保護她。雖然之前與父母保持著疏離與表面的關係，這時卻要求與父母進行家族治療的會談，以揭發過去的創痛、表達對他們的失望。

就如黛比所預料的，她的父母對這些事非常難堪。但這是黛比首次能直接面對父親的酗酒問題，並坦誠她對父親和母親的疏離的失望；同時，他們三人也藉著這個機會確認彼此的愛，並且承認不善表達對彼此的關心。雖然黛比知道，她與父母的關係在未來也不會有太大的變化，但她覺得自己邁出了一大步，對於家人間的距離以及互動上的失敗，也比較能夠接受。

家族治療所採用的手法與個別治療類似，取得詳細的家族歷史對於家族治療來說非常重要，甚至必須建構家譜，為的是有助於探討祖父母、教父母或其他重要的親友，是如何影響家族各世代成員的互動。

和個別治療一樣，家族治療的方式可能是支持與教導性的，也可能是探索性的。採用支持與教導性方式的治療師，首要目標包括與患者和其家庭建立合作關係，降低衝突、罪惡感與防衛心態，並促進患者與家庭的團結，以便朝互相支持的目標前進。而需重建家族歷史的探索性心理治療野心較大，其目標是要辨識出家庭成員所扮演的互補角色，並積極地改變這些角色模式。

前述的伊蓮的治療進行到某一階段時，將注意力集中在她與雙親的關係上。在她與父母當面提起父親對她的性侵害後，雙親的反應仍然讓她感到挫折。父母兩人都不願意進一步討論，並想阻止她繼續接受治療。伊蓮對父母的行為感到困惑，有時他們非常依賴她，有時又將她當成小孩子一樣看待，尤其是當他們堅持以她的小名稱呼她的時候。伊蓮要求進行家族治療，他們不情願地同意了。

會談中，父親逐漸承認伊蓮對他的指控，雖然他仍然拒絕回憶自己當時的行為；伊蓮的母親則了解到，從許多方面來說，她並未給予丈夫和子女情緒上的支持，她也承認自己對女兒的被性侵害事件應負間接的責任。伊蓮發現，父親在童年時也曾遭到性侵害。藉由家族治療，他們釋放各自被深鎖在櫃子裡的幽靈，也改善了彼此的溝通，伊蓮和父母終於開始以成人的態度對話。

表達性心理治療

不管在個別、團體與家庭治療中，患者都必須以言語表達想法與感受，但邊緣人格者經常無法以言語敘述自己

的感覺和看法，而傾向以行為來表達心中在意的事。表達性治療便運用了藝術、音樂、文學、肢體動作與戲劇，鼓勵患者以非口語形式溝通。

藝術治療鼓勵患者以素描、彩繪、拼貼、自畫像、陶塑、玩偶等為工具，表達心中的感受，例如畫出代表各種經驗的象徵——內心的祕密、親密感，或隱藏的恐懼。

音樂治療運用旋律與歌詞，去刺激患者產生自己原本難以接觸到的情感。在平靜的環境中，音樂通常能釋放情緒，鼓勵沉思。

肢體的律動與舞蹈治療，是運用身體的動作來表達情緒。另有一種名為心理劇（psychodrama）的表達性心理治療，藉由患者與「治療師導演」的合作，將病患特定的問題表演出來。而閱讀療法（bibliotherapy）又是另一種治療技巧，讓患者閱讀並討論文學、短篇故事、劇本、詩詞、電影與錄影帶。愛德華·艾比的《誰怕吳爾芙？》是閱讀療法常選讀、更常演出的劇本，劇中感情戲的部份，提供患者宣洩情緒的管道，患者所朗讀的台詞，正好反映自己對生活中的問題所感到的憤怒與失望。

艾琳長期的憂鬱與小時候被哥哥性侵害的事件有關，而她到最近才回想起這個往事。二十五歲的她一個人住，由於這個早年的回憶有如排山倒海一般向她襲來，使得她憂鬱症惡化而住院治療。她深感罪惡與自責，無法向他人講述，也無法體驗自己內心的憤怒。

在結合了藝術與音樂的表達性心理治療中，治療師協助艾琳察覺自己逃避的憤怒。在節奏強烈、喧囂的搖滾樂

的背景音樂下，治療師鼓勵她畫出心中的憤怒。她很驚訝自己居然畫出男人的陰莖，又在上邊加上醜陋的割痕。一開始，艾琳因自己的畫而覺恐懼、羞慚，但她很快便能感受並且接受自己的憤怒，以及想要報復的心態。

當她與治療師討論起這張畫對她產生的情緒反應時，她終於能描述被性侵害的經驗，以及這個事件所引發的感受。最後，她開始更坦然地在個別治療與團體治療中談話，有機會發展出處理這些可怕經驗的能力，並以適當的角度看待自己的過往。

藥物治療

藥物對於邊緣人格者的治療成效目前尚不明確。由於邊緣性人格疾患的症狀與其他疾患，例如精神分裂症與憂鬱症等如此相近，因此能有效治療其他症狀的藥物，也被試用在邊緣人格的治療。大部份醫師都同意，只有當患者明顯出現特定的症狀，如精神病發作或典型的憂鬱症狀時，以及當患者家族血親的病史明確記錄有這類症狀，或者血親中曾有人接受了藥物治療而獲得改善時，藥物治療才比較可能產生效果。

雖然藥物可能減輕某些嚴重的症狀，但卻無法改變長期養成的人格特質或行為模式。此外，藥物治療必須謹慎使用，因為邊緣人格者容易對藥物形成生理和心理上的依賴。在【附錄三】中所列的藥物類別中，只有輕鎮靜劑（minor tranquilizers）可能會造成生理成癮的危險。

治療邊緣人格者時會遇到非常複雜的狀況：患者不

只以分裂的態度對待他人，看待治療方法時也有同樣的傾向（參見第二章）。有些邊緣人格者將心理治療過於理想化，認為是唯一正當的治療方式；他們排斥藥物治療，認為那是對心智的控制，是化身為化學藥物的緊身夾克，目的是制伏病患。其他的邊緣人格者則認為藥物療法是唯一科學療法，可治療患者體內「化學物質失衡」的狀況；他們又貶低心理治療，認為治療師藉此讓患者形成依賴，好獲取金錢上的利益。當患者需要結合這兩種方式進行治療時（通常的情況都是如此），治療師必須謹慎地告訴患者使用不同療法的理由。〔註12〕〔註13〕〔註14〕〔註15〕

住院治療

住院的精神病患中，邊緣人格者所佔的比例相當大，而由醫院處理的人格疾患案例中，也以邊緣性人格疾患最為常見。〔註16〕邊緣人格者緊急送醫住院的原因，常是因為衝動、自毀的行為（自殺、服藥過量）以及短暫的精神病發。

醫院提供一個結構性的環境，得以包容並重整邊緣人格者混亂的內心世界。醫療人員與其他病患的支援和參與，提供邊緣人格者重要的回饋，對於邊緣人格者的某些認知與觀念會加以挑戰，某些則給予肯定。

邊緣人格者在醫院外會發生許多衝突，而在醫院內，這類衝突的發生將減至最低；醫院也提供了邊緣人格者較多密集的自我檢視的機會。邊緣人格者在門診治療時與治療師建立的密切關係，也可因為住院而得到喘息的空間；

在醫院裡，醫病關係的壓力可被分擔到其他醫療人員身上。在醫院這個較為中立的環境中，患者可以重新評估療程的安排，以及個人的治療目標。

邊緣人格者起初常會因為被要求住院而抗議，但到了該出院的時候，又因為已適應醫院的生活而恐懼出院。邊緣人格者渴望被人照顧，同時又可能成為住院患者的領導人，試圖控制並「幫助」其他病患；有時會承受不了困難而一蹶不振，但在其他時候又展現創意、積極主動。

令人驚訝的是，住院的邊緣人格者會運用其分裂與投射認同（參見第二章）的機制，使得醫療人員分裂成互相對立的兩個陣營。對於同一名邊緣人格者，部份人員會認為他是楚楚可憐的流浪兒，另一部份的人員則認為他是工於心計、意圖控制他人的虐待狂。當患者將醫療人員區分為百分百的好人與百分百的壞人時（就像他對生活中其他人的看法一樣，一邊是善解人意、支持患者的好人，一邊是要求嚴苛、與患者對立的壞人），醫療人員就會對患者出現南轅北轍的看法。當醫療人員真的接受患者對自己投射的觀點——不論是「好人」（「只有你能了解我」）或「壞人」（「你根本不在乎，你在這裡工作只是為了混口飯吃罷了」），兩方都陷入投射認同的陷阱，此時，醫療人員中的「好人」與「壞人」便產生了衝突。

住院的邊緣人格者處於這樣的掙扎之中，等於再一次重覆他在院外的人際模式——希望被保護，但終將引來失望；之後覺得被人遺棄，又導致他逃避自己的情緒，並作出傷害自己的行為。

邊緣人格者的住院治療，主要以住院時間的長短來分類。沒有非常明確的標準，一般來說，短期住院通常為期幾個星期，最久不超過三個月，長期住院至少六個月，可能長達兩、三年，有時甚至更久。之前所討論過的治療方式，都可能納入住院治療中。〔註17〕

短期住院治療

由於醫院的成本不斷增加，保險給付不斷減少，精神病患的住院治療多採取短期住院的方式。有些精神科醫師認為，姑且不論醫療費用與方便性，對所有的邊緣人格者來說，短期治療還是最合適的方式，因為能降低患者退步的風險，並避免形成過度的依賴，而這兩項正是長期住院治療的缺點。

讓患者入院治療，通常是因為患者出現自殺、突發的暴力、精神病發作等危急事故或自毀的行為（酗酒、嗑藥、厭食／暴食、賭博）。當門診病患的進展發生停滯時，治療師也可能建議住院，接受進一步的診斷評估與諮詢。〔註18〕當治療師預期患者將出現危機狀況時，也可以安排短期住院治療以為防範。舉例來說，過度依賴母親的邊緣人格者，當母親瀕臨死亡時，短期住院可能有助於為即將經歷的悲痛作準備，也可避免患者出現自殺的舉動。長期進行院外治療但十分脆弱的患者，當預期將面臨外來事件（特別是離別）的衝擊時，例如當離婚程序終結，或治療師長期休假，或其他危機隱約若現，以及治療師推測患者不尋常的平靜即將結束等等，短期的住院治療也會有

所助益。

醫院的環境重視結構與限制，強調支持與正向的親密關係；而短期住院治療重點在以務實和適當的方式，因應患者騷動混亂的狀況。住院期間，治療師會評估患者工作與生活的技能，若時機適當，也會安排患者與家人一起進行面談。患者與醫療人員如果能簽訂正式的協定，有助於將雙方的預期與限制具體化。這類的契約會列出患者每日必須參與的治療課程，以及醫病雙方同意要設法達成的特定目標。

短期住院治療的目標包括解除正在急速惡化的危機，制止患者自傷的行為，減輕嚴重的憂鬱與焦慮，指出患者個人與所處環境的優勢，並保持或加強這個優勢。過程中也將發掘或重新評估重要的治療議題，可能也會對門診的治療提出建議。短期住院治療對這些議題的探討可能不夠深入，通常有賴門診治療或長期住院治療來進行徹底的探討。既然短期住院治療最優先的考量是盡快讓患者重回院外的世界，當患者入院時，便會立刻計畫有關出院與出院後治療的事宜。

長期住院治療

贊成長期住院治療的人都了解，在長期住院下，病患可能面臨退步的危險，但他們認為，要真正改變患者的性格，需要長期密集的治療。需要接受長期住院治療的病例，包括長期消沉、缺乏動機、能得到的社會支援不足或甚至有害（例如身處病態的家庭）、因行為能力嚴重受損

而無法工作或自給自足、門診和短期住院的治療方式一再失敗。

長期住院治療所提供的環境，可能不如短期住院來得有結構，而且不會鼓勵患者挑起更多治療上的責任：除了關注目前實際的課題外，醫療人員會與患者一同探索以往典型的行為模式和移情的議題，此時醫院的運作像是個實驗室，邊緣人格者在其中發現自己特定的問題，並藉由與醫療人員和其他患者的互動，實際演練各種解決方式。

珍妮佛（參見第一章）最後接受長期住院治療，但剛開始的六個月，她常常藏進病房的衣櫃裡，躲避醫療人員。過了一陣子，她開始與治療師有較多的互動，生他的氣，企圖激怒他，不時要求甚至是哀求要出院。後來她在醫療人員堅定的態度下，開始談起父親，說父親與她的丈夫有多像，與所有的男人有多像；也開始與女性醫療人員分享她的感受，以往這對她來說是很困難的，因為她不信任也不尊重女性。住院的後期，她決定與丈夫離婚，並且放棄兒子的監護權。雖然下這些決定讓她很傷心，但她認為自己這麼做是出於「不自私的自私」，試著先照顧自己，是她能為所愛的人付出的最大關愛與犧牲。她最後回到學校讀書，並且取得學位。

長期住院治療的目標是短期住院治療目標的延伸——不只要辨認出患者行為能力不足的地方，也要調整相關的人格特質。當患者對衝動的控制力增加、較能信任他人、與他人互動的能力提高、自我的意識更為明確，以及更能忍受挫折時，就表示住院治療已獲得成功。藉由長期住院

治療，也可達到教育與職能目的，以及改變不健康的生活方式，例如決定搬離開家或離婚等等。

長期住院治療最大的危險，就是患者的病情退步。如果醫療人員不主動正面挑戰患者、激勵患者，邊緣人格者將陷入更無助的地步，甚至更需要依靠別人來主導他的生活。〔註20〕

部份住院治療

部份（日間）住院治療是指患者白天參與醫院內的治療活動，晚上返回家裡。也有些部份住院的療程是在晚間舉行，患者白天則照常上班、上學，晚上也可以住在醫院裡。

這種創新的方式使邊緣人格者能得到密集的、結構化的住院治療，同時又能保有治療以外的獨立生活。如此一來，患者因住院而產生依賴的狀況就會減少。此外，就成本考量來說，由於部份住院的費用負擔比傳統住院治療來得低，也使得這個模式較受歡迎。

對於需要密集治療但不需要二十四小時監管的邊緣人格者，或是容易因住院而導致嚴重退步的邊緣人格者，或是處於過渡時期、正準備要出院回到院外世界的病患，還有在接受醫院治療的同時必須持續工作或讀書的患者，以及對於負擔治療有困難的患者等等，都能因部份住院治療而受益。這類治療的醫療環境與治療目標，與相關的傳統住院治療類似。〔註21〕〔註22〕

有關邊緣人格者住院治療的效果的研究，大部份著重

在長期住院。這些研究結果大都指出，病患出院後病情大多有顯著的進步。一份研究發現，病患與治療師之間是否互相尊重，是住院治療效果好壞的最重要的先決條件。〔註²³〕短期住院治療的成效還有待更多的研究。

邊緣人格者可能治癒嗎？

既然沒有特定的治療是優於其他的療法，因此在選擇治療方法時，考量的因素通常是時間與經濟、是否找得到治療師等等，最重要的，甚至是要考慮治療到底對患者有沒有幫助。有些研究估計，約高達50%的邊緣人格者，在開始接受治療後六個月內便放棄治療；十名患者中大約只有一名，可以完成為期幾年的治療過程。〔註²⁴〕有些人認為，邊緣人格者最後會出於本能地「逐漸成熟」，不再具有病徵，接受治療並不會明顯加速這個自然成熟的過程。

「很幸運地，精神分析並不是唯一能解決內心衝突的方法。」卡倫·荷妮（Karen Horney）在《我們內心的衝突》

（*Our Inner Conflicts*）中寫到：「生活本身依舊是最有效的治療師。」然而，最近的研究卻顯示，邊緣人格者有極高的自殺率（8%~10%），〔註²⁵〕因此，患者首先必須活得夠久，才有機會逐漸康復。

有些研究試圖追蹤接受治療與沒有接受治療的邊緣人格者的進展，結果大都同意，治療的確具有顯著的效益。這類研究大多是以門診與住院治療中，接受個別治療的患者為對象，適當的藥物治療成功地減輕許多嚴重的症狀，心理治療也明顯地改善病況。大部份的患者在日常行事上

依然遭遇到一些困難，仍會表現出某些殘存的、根深蒂固的特質，也許因此不能視為「痊癒」，但他們已不再符合邊緣性人格疾患的診斷。〔註1〕〔註25〕

同時，他們也更有能力去信任他人，並且建立令人滿意的（雖然可能不是非常親密的）人際關係。他們很清楚自己的人生方向，也有了比較穩定的自我意識。也就是說，他們已成為比較健康的邊緣人格者。

「你總是提到無條件的接納，」一位邊緣人格者對治療師說：「直到最近，我總算比較明白你的意思。真是太好了……你給我一個安全的環境，讓我可以解開心結，敞開心胸。我曾經迷失在自己的內心世界裡，是你接納了我，給我足夠的自由，終於讓真實的自我現身了。」

面對邊緣人格者

「但他也是人，還遭遇到可怕的事，所以一定要關心他，不可以讓他像隻老狗似地掉進墳墓也不管，我們必須關懷這樣的人。」

——亞瑟·米勒的《推銷員之死》

(*Death of a Salesman*, Arthur Miller)

父母一味的縱容，讓雷長不大

沒有人知道該拿雷該怎麼辦，他進出醫院許多次，過去幾年看過很多醫生，但無法持續接受治療，也無法長期在同一個地方工作。他的妻子丹妮絲在一家牙醫診所上班，閒暇時間就和朋友在一起，當雷抱怨起頭痛、胸痛、背痛或感到憂鬱時，她一概置之不理。

雷是獨子，父母十分富有，也非常保護他。當他九歲時，父親的弟弟自殺，雖然雷不怎麼認識這位叔叔，但他知道對父母的打擊很大，之後，父母更加保護他，每當雷稍有不舒服的時候，他們就堅持讓他待在家裡不去上學。雷十二歲時表示自己陷入憂鬱，從那時便不斷地看過許多治療師，數目之多，幾乎可以列隊遊行。

雷是個不怎麼用功的學生，大學時認識丹妮絲，她是唯一對他有興趣的女生，經過短暫的追求之後他們便結

婚了。兩個人都沒有讀完大學，有如履行義務般地開始工作，家計與雷的醫療費仍仰賴雷的父母支助。

雷和丹妮絲經常搬家，每當丹妮絲對一個工作或一個地點感到無聊時，他們便搬到不同的地區。丹妮絲總是很快找到新工作、交到新朋友，但雷卻有很大的困難，也曾失業好幾個月。

他們愈來愈常喝酒，夫妻之間的爭吵也愈演愈烈。起爭執時，雷有時會回到父母家住，直到與父母也開始爭吵，他才會回到丹妮絲身邊。

雷的喜怒無常以及對身體處處不適的抱怨，讓丹妮絲與父母無法忍受，此時他便威脅要自殺，父母又會因此驚慌失措。他們堅持要他去看新的醫師，還帶著他到全國各地諮詢不同的專家。他們曾安排他住進幾家聲譽卓著的醫院接受治療，但總是沒過多久，雷便不願院方的建議自己出院，而父母仍提供機票讓他回家。他們不斷發誓要斷絕對雷的經濟支援，但從來沒有真的這麼做。

在雷的印象中，每一份友情與每一份工作，都只是模糊又不甚愉快的經驗。只要新朋友或新工作讓雷感到一點點失望，他就選擇絕交或辭職。他的父母對他束手無策，丹妮絲則不聞不問。因為沒有任何人限制他，包括雷自己，他便不斷地失去控制。

辨認親友中的邊緣人格者

儘管邊緣人格者心中的騷動有如火山一般激烈，但只看表面很難辨識出來。不像其他如精神分裂症、雙相情感

障礙症、酗酒或飲食性疾患的患者，邊緣人格者通常在工作或社交上表現優異，病徵也不明顯，看起來很普通「正常」，雖然會毫無預警地突然發怒，或是極端多疑，或罹患憂鬱，而且有自殺傾向。

對患者本身以及親近的人來說，邊緣人格者突發的憤怒十分恐怖，更令人不解。由於某些病徵出現得非常突然、甚至極端，所以特別明顯，關心的人很容易誤解，以為患者表現的是單純的症狀，而沒有察覺其實是邊緣性人格疾患的反應。例如，試圖吞藥或割腕自殺的人，可能被醫師診斷為憂鬱症患者，接受抗憂鬱劑和簡短支持性心理治療；如果患者是因生理化學物質失衡而產生憂鬱，這樣的治療方式的確可以改善病況。然而，如果這類自毀的行為是邊緣人格所引發的，患者不會因此就停止傷害自己。就算患者同時患有憂鬱症與邊緣人格（這是很常見的組合），上述的治療也只能治好部份的病徵，仍會發生進一步的問題。如果沒有辨識出邊緣人格的症狀，不論再怎麼治療，患者仍將採取其他自毀的行為或自殺，以致患者自己、醫師、每一位關心的人都深感困惑，且備受挫折

二十三歲的模特兒艾比因為酒癮而在勒戒中心接受治療，她在治療過程中反應良好，但卻逐漸出現強迫性暴食和自行催吐的症狀，於是又進入專門治療飲食性疾患的單位就醫，治療再度成功。

幾個星期以後，她在商店和辦公室中，甚至在開車回家的路上，有好幾次恐慌發作，最後因為過度恐懼而不敢離開家門一步，此外，她也變得更憂鬱。正當她考慮到恐

懼症門診接受治療時，一位被照會的精神科醫師辨認出她的症狀正是邊緣人格的病徵，建議她進入專攻邊緣人格的精神科治療。她以往的治療著重於酗酒或暴食，這次的住院治療，對她的生活作了全面的觀察。

艾比最後發覺，她和父母之間的矛盾關係是原因之一。當她在發展時期嘗試脫離父母並變得更成熟、更獨立時，曾受到父母的阻擾。她了解自己的各種病症，其實是想在沒有罪惡感的情況下逃掉父母的要求。她的暴食、酗酒和焦慮佔據了所有的精力和注意力，使她不必去正視自己與父母的衝突。身為「病人」也成了她的藉口，她不覺得自己有義務去修補親子關係。此外，這些病症也維繫了她與父母的連繫，因為父母的婚姻向來是問題重重（母親酗酒、父親又長期憂鬱），藉由模仿父母的角色，她便可以維持與父母的親密。

短暫的住院治療後，她仍繼續到門診接受心理治療。她的情緒改善了，焦慮和恐懼也減輕了，滴酒不沾，並且不再自行催吐。

艾比的案例顯示，有些顯著的行為可能源自邊緣人格，特徵包括不穩定的人際關係、衝動、情緒起伏、強烈的憤怒、要脅自殺、不穩定的自我定位、感覺空虛，或者為了避免被拋棄而做出瘋狂的舉動等等，可能會引發精神疾患症狀，而這些症狀又可能導致不完全或是錯誤的診斷。

應對與協助

有個觀念非常重要，邊緣性人格疾患是一種疾患，而

不是蓄意引起注意的手段。邊緣人格者無法靠自己的力量振作起來，對他們發脾氣，或以哄騙、哀求的方式要求他們改變，都是沒有用的。在沒有人協助的情況下，患者缺乏工具來改變行為。

然而，這並不表示邊緣人格者是無助的，因此不需對自己的行為負責。事實正好相反，即使患者最初可能沒有能力改變，他還是必須承受自己的行為所導致的後果，旁人不應替他找藉口，或是一味袒護。

面對邊緣人格者極端的行為，一般人典型的反應會強硬地說：「你這個懶散沒用的傢伙。」要不就是拍拍患者的頭，哄他說：「可憐的寶貝，你做不到的，讓我來照顧你。」每個人都應該警覺，自己與邊緣人格者的互動方式，對邊緣人格者的行為將產生什麼樣的鼓動或抑止的作用。

與邊緣人格者互動時，必須試著在微細的界線上保持平衡地行走，一方面要不斷肯定邊緣人格者的個人價值，另一方面要一再重申對患者必要的期許。回應患者時必須表達對他的支持，但不能過度。可以用熱烈的回應或肢體接觸（例如握著患者的手或給予擁抱）來表達對他的重視，但如果患者覺得被佔便宜、被吃豆腐，將會阻礙信任的建立。如果關心變成了過度的保護，患者就不會認為應該為自己的行為負責。

大部份的情況下，「SET」原則的「點明事實」（參見第六章），可以提供患者適當的導引。但當患者有自殺的徵兆時，應該連絡心理衛生專業人員或自殺防治機構，不

可讓患者將自殺當成「訴諸情感的勒索」，藉此達到他的要求，而是要嚴肅地看待患者的威脅，立即以合理、務實的行動因應，例如要求患者尋求專業的協助（這就是「點明事實」的應對）。

四十一歲的傑克目前單身，打工養活自己，也想回學校唸書。守寡的母親不斷資助他，每當他在工作、學業或感情上受挫時，母親便強化他的無助感，斷言他不可能達成目標，建議他回「家」與她同住。對傑克進行治療時，要幫助他了解，問題在於他希望繼續扮演無助的角色，以便獲得無助的好處，同時也要明白指出，母親是鼓勵他變得依賴的推手。

在這個故事裡，只需要改變其中一名演員，就能使劇情有不同的發展。傑克的母親可以採用「SET」步驟回應傑克的依賴，先表達她的關心（「給予支持」）和了解（「發揮同理心」），並承認現實的狀況（「點明事實」）——指出傑克必須為自己的行為負責。如果母親不願改變行為，傑克必須認清母親在他問題生活中所扮演的角色，並與她保持距離。

面對邊緣人格者的憤怒

邊緣人格者的行為時常出乎人意外，對關係密切的人來說可能已是家常便飯，因此也就成了「可預期的不可預期」。突發的憤怒是最常見的一種，通常毫無預警，而且患者生氣的原因與生氣的程度往往不成比例。

親友或同事應避免與患者「硬碰硬」，當邊緣人格

者聲音愈大、火氣愈大時，對方就應該更平心氣和，展現堅定的態度，與患者的憤怒形成對比；若發覺情況可能演變成肢體暴力，馬上離開現場。盛怒中的邊緣人格者是不可理喻的，任何討論或爭論非但不必要，反而會讓情況更糟。親友應該試著冷卻衝突，承認彼此意見不同，並且同意雙方可以互不贊同。等到氣氛和緩之後再進一步討論。

面對邊緣人格者起伏不定的情緒

邊緣人格者的情緒大起大落，讓患者本身及周圍的人同感苦惱。從小，梅芮迪斯就發現自己反覆無常，她可以沒來由地異常興奮，情緒高亢，又可以出乎意料地立刻墜入絕望的谷底。她的父母總是事事順她的意思；在學校裡，朋友來來去去，對她的反覆無常非常反感。有些人會叫她「那個躁鬱的人」，並想給粗暴的她一點教訓。

梅芮迪斯的丈夫班則說，他是被她的「仁慈」和「有趣」所吸引。但是她能瞬間從風趣幽默突然變得想要自殺。同樣的，她與班的互動，可以從樂於分享，一下變為陰鬱孤僻。每當班下班回家時，從不確定梅芮迪斯的心情到底處於何種狀態。有時他甚至想，應該用棍子頂著帽子，先伸到門口試探一下，看看妻子到底是上前擁抱，還是視若無睹，或是對著帽子大聲咆哮。

班受困於「你這麼做很可惡，不這麼做也很可惡」的典型邊緣人格劇本裡。正面挑戰妻子的憤怒，只會讓她更生氣並拒絕溝通，但忽視妻子的怒氣又會被認為毫不關心。班可以採取「SET」原則來處理，並堅持妻子要向班或

其他人說明該如何回應她的情緒。

梅芮迪斯不穩定的情緒，在各種藥物治療後都不見效果，對她本身來說是一大挫折。她的任務是要能立即察覺自己的情緒起伏，為情緒負責，學習適應自己的感受並採取彌補措施。譬如，當憂鬱的情緒出現時，她可以學習即時察覺，向周遭的人解釋自己正處於低潮，但會盡力表現正常。若她無法對周遭的人自在地解釋自己的狀況，她可以放低姿態，主動減輕自己的負擔和壓力。她最重要的目標是要建立起「客體恆常」的心態來面對自己和他人，也就是一致的、可靠的態度和行爲。

處理邊緣人格者的衝動行爲

邊緣人格者衝動的行爲，尤其是自毀衝動，讓親友們非常挫折。最讓人氣餒的是，當邊緣人格者的生活好不容易平靜了一段時間，這類的衝動卻再度出現（這種情況經常發生），因為他不習慣處於毫無危機的狀態中。

舉例來說，賴利平靜的婚姻讓他覺得無聊。結婚超過二十年，他和斐莉絲的互動很少。賴利在一家大公司辛勤工作，斐莉絲則全心照顧兒子。賴利的生活像是監獄，以規律作息和強迫行爲來箝制自己。他必須花幾個小時更衣打扮，晚上上床睡覺前，他必須以一連串儀式般的行爲，像是以特殊的方式打開衣櫃的門，小心地清潔浴室的洗臉盆、以特定的方式把肥皂和衛浴用品擺好，讓自己感覺一切都在掌握之中。

就算遵守如此嚴謹的規律，賴利卻會衝動地酗酒，挑

釀他人引起爭端，或突然離家一整天而沒有事先告知。他曾兩次服用過量的心臟病藥，為的是「試看看那是什麼樣的感覺」。當斐莉絲憤怒時，他通常默默地承受、變得憂鬱；但他也不時因為很小的事，對斐莉絲大發脾氣。

賴利也曾好幾個月滴酒不沾，但當別人讚許他戒酒的努力時，他又會喝得爛醉如泥。他的妻子、朋友、諮商心理師都想制止他，但不管如何軟硬兼施都沒有用。

「SET」策略也許能幫助斐莉絲處理賴利衝動的行為。與其懇求或威脅賴利，斐莉絲可以強調她對賴利的關心，並且表示她逐漸感到賴利對自己的生活愈來愈不滿：「事實」的陳述，也就是指出她對兩人目前的狀況也不滿意，必須採取行動改變現況，例如尋求心理治療。

若能根據過去的經驗預測患者何時會出現衝動，對親友幫助更大。例如，當賴利戒酒一段時間時，斐莉絲可以提醒賴利，過去當一切都很順利時，他內心的壓力便會累積到一定程度，再以酗酒的方式爆發出來。指出以往的模式，可以幫助邊緣人格者觀察到自己衝動出現之前的心境，因而學習到，自己原以為無法預期的混亂行為，其實是可以預期，可以理解，也可以控制的。

最後，賴利在接受治療的過程中開始體認到，這些看似無法預期的行為，代表的是他對自己和他人的憤怒。他總算了解，當他對自己感到失望挫折的時候，會如何虐待妻子或借酒澆愁。這些衝動的行為讓他產生罪惡感，並導致他自我懲罰，而他對自己的懲罰又成了為自己贖罪的手段。當賴利漸漸看重自己，尊重自己的想法和信念時，自

毀的行為也會逐漸減少。

了解自己的情緒

與邊緣人格者一起坐上他的情緒雲霄飛車時，你知道自己也會產生各式各樣的情緒，尤其是罪惡感、恐懼與憤怒。當邊緣人格者自暴自棄的時候，可能看起來很無助，他會把該為自己行為負的責任投射到他人身上，而其他他人也許會毫不猶豫就接受。罪惡感會造成很大的障礙，使人無法誠實地挑戰患者。同樣的，害怕肉體受到傷害，不管是對患者、他人或對自己，也可能使你無法與患者誠實地互動。此外，面對邊緣人格者時，常會覺得自己受到控制，或是對患者某種行為感到不悅或不解時，很容易就產生憤怒的情緒。

羅絲的母親時常打電話給她，抱怨頭痛、寂寞，對人生厭煩。羅絲的父親很早就過世了，而其他的子女與家裡的關係都很疏遠，羅絲是唯一還關心她的「乖女兒」。

當母親孤單或痛苦時，就會引發羅絲的罪惡感。雖然羅絲對母親既關愛又愧疚，但當她看到母親愈來愈無助、不願照顧自己的時候，也不由覺得憤怒。可是當羅絲生氣時，母親更會無助地哭哭啼啼，又加深羅絲的罪惡感，如此不斷惡性循環下去。只有羅絲自己從這個糾結中跳脫出來，才能迫使母親達到自我獨立的健全態度。

特殊的養育問題

邊緣人格者所描述的童年生活，大多都有共同的特

色：只有父親，或者只有母親，或者一位經常不在家，或因外遇、嗜好或事業而忽視家庭，或者有酗酒或嗑藥的問題。

就算父母都住在家裡，關係通常不和諧，在養育子女上缺乏共識，最後常常只有一位——通常是母親，擔起主要的養育工作。這類父母多半無法在子女面前表現出同心協力的態度，對子女來說，世界充滿矛盾，需要父母提供一個架構時，得到的仍是反覆無常的回應；需要父母堅守原則時，得到的卻是模糊不清的態度。這些孩子們缺乏機會培養一貫的自我認同，以至於日後發展出了邊緣人格。

有些邊緣人格者的母親有明顯的病徵，但大部份患者的母親的症狀並不易察覺。在旁人眼中，她可能是個「完美的母親」，全心全意為子女奉獻；但是如果細心觀察，就會發現她過度干涉孩子的生活，鼓勵孩子與自己相互依賴，不願讓孩子自然而然地成熟成為獨立的個體。

分離

邊緣人格者的自傳中常提到與父母的分離，尤其是在出生頭幾年，也就是幼兒時期的分離。這些分離表面上看起來不太重要，實際上卻有深遠的影響。例如，當弟弟或妹妹出生時，母親平時的作息會中斷幾個星期，而當她回復到一般作息時，對年長的子女已不再有求必應，那時候，媽媽不見了，被另一個人代替了，而照顧年幼弟妹的這個人永遠不會像之前的媽媽一樣。一名在健全環境中長大的健康小孩，可以輕易克服這個創痛；但對一名處在

邊緣人格家庭中的邊緣人格小孩來說，這種創痛經驗可能不只一次，他會不斷感覺失落，一再預期自己會被父母離棄。如果父母離異，或者雙親之中有人去世或長年臥病，或經常離家在外，處於發展關鍵時期的幼童無法從父母身上得到穩定的成長養分，當幼童的世界是如此不穩定、不可靠時，他可能沒有能力發展出信任和一貫對應的態度。

童年受虐的創痛

邊緣人格者常有身體受虐或被性侵害的經驗。當兒童受到虐待，他會認為是自己的錯，因為這是最好的一種解釋。如果他認為是大人的錯，就表示他仰賴的人其實沒有能力可以照顧他，這會讓他感到惶恐。如果他不怪任何人，就表示受虐的痛苦是隨機的，無法預期什麼時候會發生，而讓他更恐懼，因為如此一來，自己就不可能控制痛苦的發生。把受虐的原因歸咎於自己，這個邏輯對兒童來說比較容易接受，表示他可能有辦法控制受虐不發生，譬如找到一個方法讓它停止；或者，他相信自己就是「壞」，索性放棄嘗試。

邊緣人格者從小就認為自己很壞，也以為壞事都是自己造成的。因此他預期別人會懲罰他，而且可能只有在自己被懲罰過以後才會感覺安全。日後，邊緣人格者為了保有他所熟悉的、受罰後所產生的安全感，可能會出現自傷的舉動。他可能誤以為虐待是一種愛，因此重覆父母的行為模式，也開始虐待自己的孩子。邊緣人格者就算長大了，卻仍然困在孩童時期混淆不清的世界裡。在他的世

界裡，愛與恨的感覺是混在一起，事情非黑即白、非好即壞，沒有介於中間的灰色地帶，而唯一不變的是，所有的事都反覆無常。

有些虐待不同於肢體暴力或性虐待，而是以更微妙的形式呈現。情緒虐待與身體虐待同樣令人痛苦，像是言語騷擾、諷刺、污辱或冷漠等等。以史蒂芬妮為例，她從來都無法討父親歡心，父親在她小時候就取笑她為「胖妞」，而當她學男孩子的樣子，想以運動來取悅父親時，父親又會譏笑她笨手笨腳。當她的成績沒達到滿分時，或清理廚房卻打破碗盤時，父親就會說她「笨」。學校舉行畢業舞會時，父親爲了她的無肩帶禮服而取笑她，畢業典禮當天，又斷言她以後成不了大器。

史蒂芬妮長大以後，總是對自己不太有把握，從來不相信別人對她的讚美，也極力想取悅那些無法被取悅的人。在一連串惡質的戀情中受到傷害後，史蒂芬妮總算遇到了泰德，他似乎很關心她而且支持她。然而只要有機會，史蒂芬妮總是試著破壞這份感情，不斷測試泰德的忠誠，質疑他的承諾。

泰德必須了解史蒂芬妮的成長背景，並且體認到他們兩人需要經過很長的時間，才可能建立起真正的互信。

辨認青少年邊緣人格者

從定義上來說，青少年與邊緣人格者的掙扎極爲類似，正常的青少年與邊緣人格者都會爲了與父母分離和個體化的過程而掙扎，想要與朋友建立密切的關係，想要認

同團體，避免孤單，此外，情緒起伏非常戲劇化，易於衝動。青少年的注意力不容易集中，也與邊緣人格者難以貫徹目標的狀況相似。青少年偏好另類的打扮和震耳欲聾的音樂，通常是想刻劃出獨特的自我認同，對某個同儕團體產生歸屬感，而這些都與邊緣人格者的行為類似。

一名正常的青少年可能會聽陰鬱的音樂，寫下悲觀的詩句，讚美自殺的名人，誇張地大哭大叫或威脅他人。但是正常的青少年並不會割腕，不會每天好幾次暴食又催吐，不會染上毒癮，也不會攻擊自己的母親，這些極端的行為其實是邊緣人格者的特徵。

有些父母會否認青少年問題的嚴重性（例如大量吞藥），認為只是青少年要獲得注意力所使用的典型手段。子女的確常以戲劇化的方式爭取注意力，但自殺或任何自毀的行為都不「正常」，反而可能是邊緣人格或其他疾患的初期徵兆，必須接受心理衛生專業人士的診斷。

當原本正常的青少年一出現邊緣性人格疾患的行為時，通常周遭的人，如父母、老師、雇主和朋友們都會注意到，他們甚至會比青少年自己更早發現一些徵兆。持續嗑藥、不斷陷入混亂的戀情或厭食等等，都是判斷的指標，這些症狀所反映的可能是更深層的問題。要判斷一名青少年是否患有心理疾患，必須觀察他的整體行為模式，不能只注意個別症狀，而在考量他是否有自殺傾向時，尤其重要。

自殺是青少年死因中，僅次於意外的第二大原因，患有憂鬱、濫用毒品、行事衝動、社會支援有限的青少年

中（這些都是邊緣人格的明顯特徵），自殺的現象特別普遍。^{〔註1〕}當青少年威脅要傷害自己時，旁人必須嚴肅以對。當青少年做出不利自己或傷害自己的事時，常被人認為他們「只是要引起注意」，但這些行為卻可能導致悲劇的發生。若父母親一心想區分子女「真正的自殺行為」和「博取注意的行為」，就會忽略一個重點：這兩種都是病態的行為，都需要接受治療，而且通常需要住院治療。

與邊緣人格者共事

在工作的場合中，邊緣人格者經常被人認為「怪胎」或「異類」。有的患者會傾向孤立自己，避免私人的接觸，由於他們性格粗暴、多疑、怪異，經常也讓人退避三舍。也有些患者老是抱怨身體不適或個人的問題，有時候還會妄想或暴怒。有些患者在工作上表現得完全正常，但在工作場合以外的地方與同事在一起時，又顯得非常彆扭或不知所措。

邊緣人格者離職的原因常是「個性不合」（這的確是真正的原因）。此外，若工作上有重大的因素改變了原本的結構和規律（就算是單調的規律），也可能是離職的原因，例如換了新上司，換了新的電腦系統，或新的工作內容。

由於邊緣人格者非常有創意也非常盡心，可能是最有價值的員工。當他展現強大的行為能力時，是非常有趣的人，並且能激勵或啟發其他的同事。在一個權責分明、結構嚴謹、對員工有明確期望的工作環境中，邊緣人格者的

表現會達到最佳的水準。

邊緣人格者的同事若能認清他們將世界看成非黑即白，接受他們需要一個權責分明的架構時，便能自在地與他們共事。同事們必須避免「亂開玩笑」，以及「沒有惡意」的取笑，因為這些舉動常會遭邊緣人格者誤解。若邊緣人格者成了他人開玩笑的對象，最好有人能從中調解。指出邊緣人格者的錯誤時，應採對事不對人的態度，並且建議改進的方法而不加以責備，經常稱讚他們優秀的工作表現等等，將有助於增進邊緣人格者工作上的表現。

同樣的，當邊緣人格者任職管理階層時，下屬能否理解並學習適應他們非黑即白的思考模式非常重要。下屬必須學著去接受他們的善變，並盡量化解自己的挫折感，也必須避免與他們陷入邏輯的爭辯中，因為邊緣人格者不能保持一貫的立場。此外，若要得到有關自己工作表現真實的意見與評價，就必須求教其他的同事。

與邊緣人格者競技

邊緣人格者在遊戲競賽中經常不按牌理出牌，有時甚至讓人非常困擾。他可能難以投入休閒娛樂，以過於嚴肅的態度參與理應是輕鬆的活動。你的網球雙打的新搭檔可能是一位邊緣人格者，他一開始很友善，但是在打球的過程中卻變得愈來愈受挫、生氣，雖然你不斷提醒他「只是遊戲」，但他可能跺著腳走來走去，咒罵自己，亂甩球拍，發誓不再打球了。兒子的棒球教練也可能是邊緣人格者，他教球教得還不錯，但突然間，他對著才十來歲的

裁判瘋狂地口出惡言，或者只因自己的兒子（他總是將兒子視為自己的延伸）在滿壘的情況下被三振出局，就生氣地羞辱他。沒有邊緣人格的人也許也具有上述的特質，但是，當這些行為到了極端的地步，或是變成常態時，可能就表示他是邊緣人格者。

邊緣人格者緊繃的情緒，妨礙了他放鬆與享樂的能力。當別人只是想幽默一下，可能會讓邊緣人格者感到挫折或生氣，要「逗他開心」是不可能的。如果你決定繼續與邊緣人格者搭檔打網球，明智地使用「SET」原則，才可能繼續夥伴關係。

成長中的邊緣人格者

行為能力較強的成人邊緣人格者，可能擁有成功的事業，在家庭中擔任著傳統的角色，有朋友與社會網絡。他們可能在各自的小角落裡過著滿意的生活，雖然仍不時會對自己或周遭的人感到挫折。

然而，行為能力較弱的邊緣人格者，很難待在同一個職場，友情也不能持久，並且缺乏家庭和社會的支援。他們活在自己世界裡的黑洞中，過著極為孤獨與絕望的生活。

邊緣人格者共同的特徵是，他們的行為無法預期並且反覆無常，這個特徵在離群索居的患者身上最為明顯。但是在某個似乎感到很滿足的居家男人身上，也真能發現他的某些行為違反常理。邊緣人格者就算是個成功的企業家或專業人士，也可能被合作密切的同事認為是古怪的，或

甚至是瘋狂的，即使同事不能很明確地指出到底是什麼原因讓他看起來怪怪的。

隨著年齡增長，邊緣人格者的性格也可能在某種程度上變得比較「成熟」。行為衝動、情緒起伏以及傷害自己的狀況似乎都大幅減少了。這個現象可能是因為邊緣人格者本身真的有所改變，也可能是與邊緣人格者一同生活和工作的的人的評價；邊緣人格者的朋友與伴侶長期下來也許已適應他們反覆無常的行為，因此對他們激烈的行為不多加注意和反應。

也許因為邊緣人格者漸漸安定下來，生活比較規律，也不需要以周期性的發作（像是酗酒、自殺或其他誇張的行為）來滿足自己的需求；或許由於年紀大了，邊緣人格者再也沒有精力保持狂亂的步調；也可能因為某些人產生自然療癒的過程，當邊緣人格者日漸成熟時，邊緣性人格疾患也自然而然地痊癒了。無論哪種原因，那些與邊緣人格者共同生活的人，可以期待邊緣人格者的行為長期下來，令人比較能夠忍受（也許是非常長的一段時間，而且有時是在沒有進行治療的情況下）。到了這個時候，比較能夠預測他們不預期的反應，也比較容易因應；而邊緣人格者也能夠學習到如何以較健全的方式來愛人與被愛。

【附錄一】

《精神疾病診斷與統計手冊第四版》之第一軸向與第二軸向的分類

第一軸向 臨床疾患，可能為臨床關注焦點的其他狀況
用來報告列於本分類系統各種疾患或狀況，但人格疾患及智能不足除外（此二者於第二軸向報告）。

通常初診斷於嬰兒期、兒童期或青春期的疾患（Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence）

智能不足（mental retardation）

此應記碼於第二軸向

學習疾患（learning disorders）

運動技能疾患（motor skills disorder）

溝通疾患（communication disorders）

廣泛性發展疾患（pervasive developmental disorders）

注意力缺失及決裂性行為疾患（attention-deficit and disruptive behavior disorders）

嬰兒期或兒童早期之餵食及飲食性疾患（feeding and eating disorders of infancy or early childhood）

抽動性疾患（tic disorders）

排泄性疾患（elimination disorders）

嬰兒期、兒童期，或青春期的其他疾患

譫妄、痴呆、失憶性疾患、其他認知疾患

譫妄 (delirium)

痴呆 (dementia)

失憶性疾患 (amnesic disorders)

其他認知疾患 (other cognitive disorders)

他處未分類之一般性醫學狀況造成的精神疾患 (Mental Disorders due to a General Medical Condition Not Elsewhere Classified)

物質關聯疾患 (Substance-Related Disorders)

酒精關聯疾患

安非他命 (或類安非他命) 關聯疾患

咖啡因關聯疾患

大麻類關聯疾患

古柯鹼關聯疾患

幻覺劑關聯疾患

吸入劑關聯疾患

尼古丁關聯疾患

鴉片類關聯疾患

鎮靜劑、催眠劑，或抗焦慮劑關聯疾患

多種物質 (polysubstance) 關聯疾患

其他 (或未知) 關聯疾患

精神分裂病及其他精神病性疾患 (Schizophrenia and Psychotic Disorders)

情感性疾患 (Mood Disorders)

憂鬱性疾患 (depressive disorders)

- 雙極性疾患 (bipolar disorders, 又譯雙相情感障礙症)
- 焦慮性疾患 (Anxiety Disorders)
- 身體型疾患 (Somatoform Disorders)
- 人為疾患 (Factitious Disorders)
- 解離性疾患 (Dissociative Disorders)
- 性疾患及性別認同疾患 (Sexual and Gender Identity Disorders)
 - 性功能障礙 (sexual dysfunctions)
 - 性倒錯 (paraphilias)
 - 性別認同疾患 (gender identity disorders)
- 飲食性疾患 (Eating Disorders)
- 睡眠性疾患 (Sleep Disorder)
 - 原發性睡眠性疾患 (primary sleep disorders)
 - 其他睡眠性疾患 (sleep disorders related to another mental disorder)
- 他處未分類之衝動控制疾患 (Impulse-Control Disorders Not Elsewhere Classified)
- 適應性疾患 (Adjustment Disorders)
- 人格疾患 (Personality Disorders)
 - 此處應記碼於第二軸向
- 可能為臨床關注焦點的其他狀況 (Other Conditions That May Be A Focus of Clinical Attention)
 - 影響醫學狀況之心理因素 (psychologic factors affecting *medical condition*)
 - 臨床藥物誘發之運動性疾患 (medication-induced movement disorders)

其他臨床藥物誘發之疾患（other medication-induced disorder）

關係問題（relation problems）

與虐待或照顧疏忽相關聯之問題（problems related to abuse or neglect）

可能為臨床關注焦點的額外狀況（additional conditions that may be a focus of clinical attention）

第二軸向 用來報告人格疾患及智能不足

妄想性（paranoid）人格疾患

類分裂性（schizoid）人格疾患

分裂病性（schizotypal）人格疾患

反社會性（antisocial）人格疾患

邊緣性（borderline）人格疾患

戲劇性（histrionic）人格疾患

自戀性（narcissistic）人格疾患

畏避性（avoidant）人格疾患

依賴性（dependent）人格疾患

強迫性（obsessive-compulsive）人格疾患

其他未註明之人格疾患（personality disorder NOS）

智能不足

【附錄二】

邊緣人格概念的發展

邊緣人格的概念，主要是自精神分析法的理論架構中發展出來的。《精神疾病診斷與統計手冊》對邊緣人格的定義標準，均為經過實證統計，而且是可觀察到、客觀的診斷原則，而導出這些原則是根據過去有關精神分析的抽象與推理性論述。

佛洛伊德

佛洛伊德身處十九世紀與二十世紀之交，當時的精神醫學是一般醫學中的一個分支，和神經醫學並列。當時精神疾病症候群(psychiatric syndromes)的定義，是根據可以直接觀察到的行為，而不考量無法直接觀察的心理層面或「無意識」機制，將大部份心理疾病的形成歸因於腦神經機能的異常。

雖然佛洛伊德本身是位經驗豐富的神經生理學家，但他以不同的途徑探索人類的心理。他發展出無意識的概念，並首開風氣，對人類行為進行心理學的探索——有別於生理醫學上的探索。他深信人們總有一天會發現，生理運作的機制與他提出的心理學論點是殊途同歸的。

佛洛伊德劃時代的理論建立後九十年，我們幾乎繞了一大圈才走到此地。如今，診斷上的分類再度以可被觀察的現象來定義，此外，有關邊緣人格或其他心理疾病的尖端研究，雖然重新探究神經生理機能的生理因素（參見第三章），但也看重心理學和環境因素。

佛洛伊德對無意識的闡釋，是精神分析理論的基礎。他相信精神疾病症候群之所以出現，是因為無意識的原始衝動與意識的需求發生了衝突。人的意識上的需求，是想防堵無意識中令人反感又不被接受的心態進入到意識層面。他為了理論而探索患者的心理時，首先使用催眠的方法，之後又採取「自由聯想」及其他古典精神分析的技巧。

諷刺的是，佛洛伊德的本意是將古典精神分析作為探索的工具，而非治療的方法。他之所以將他遇到多采多姿的病例出版成書，像是《鼠人》（*The Rat Man*）、《狼人》（*The Wolf Man*）、《小漢斯》（*Little Hans*）、《安娜·歐》（*Anna O*）等，是為了支持他的理論推演，而不只在於推廣精神分析作為治療的方法。當今有許多精神科醫師相信，原本被佛洛伊德認為患有歇斯底里或其他精神官能症的案主，在今天必定會被診斷為邊緣人格者。

後佛洛伊德時期的精神分析理論家

現代有關邊緣人格病徵的概念，主要是由追隨佛洛伊德的精神分析學家所發展成型的。賴希（Wilhelm Reich）於1925年出版的《衝動性格》（*The Impulsive Character*）中，

描述了他嘗試將精神分析應用在診所中某些人格疾患的罕見病例上。他發現「衝動性格」通常潛藏於同時存在兩種針鋒相對的情緒中，但患者又藉著分裂的機制，同時處在兩種情緒中，不至於感到不適，這便成為日後所有有關邊緣人格理論的中心概念，尤其是對肯伯格（Kernberg）而言。〔註1〕

二〇年代晚期與三〇年代初期，英國精神分析師梅蘭妮·克萊恩（Melanie Klein）的追隨者，調查了許多似乎無法以精神分析理解的案例。克萊恩學派著重的是心理因素，而非生理體質因素。

邊緣性人格是由阿道夫·史登（Adolph Stern）於1938年首創的名詞，用來描寫一群在初步診斷上似乎無法歸類為精神官能症或精神病的患者。〔註2〕這些病患的病況顯然比精神官能症患者嚴重，「因為太嚴重而不能以古典精神分析法治療」，但他們又不像精神病患者一樣對現實世界持續抱持錯誤的認知。雖然這些患者也像精神官能症患者一樣，出現各式各樣的焦慮症狀，但精神官能症的病患通常具有比較堅定一貫的自我認同，對人的應對方式也比較成熟。

在四〇年代與五〇年代中，其他的精神分析師也發現，有一群病患的病徵與當時所有的診斷描述不符。有些患者看起來似乎患有精神官能症，或者有輕微精神官能症的症狀，但當他們接受特別是如精神分析等傳統心理治療時，就會「精神崩潰」。住院治療也會使症狀惡化，患者出現更多幼稚的行為，對治療師與醫院更加依賴。

另外一些病患似乎患有嚴重的精神病，通常被診斷有精神分裂，但病況卻在極短的時間內突然改善（這類戲劇化的康復過程，與精神分裂患者典型的發展不同）。還有一些病患似乎有憂鬱的症狀，但他們激烈的情緒起伏，又不符合一般對憂鬱症的描述。

心理測驗也證實有一種獨特的新病理型態。某些病患在接受結構化的心理測驗（如智商測驗）時表現正常，但當他們接受沒有結構性的投射測驗，需要敘述出個人的反應時（例如羅夏克〔墨跡〕測驗，Rorschach [inkblot] test），他們的反應則與精神病患者的反應非常類似，出現比較退化、幼稚的想法和幻想。

第二次世界大戰之後，精神分析師們分別專注於邊緣人格的不同面向，試圖勾勒出簡明的輪廓。但這簡直就跟瞎子摸象一樣，每個人圍著大象摸觸不同的部位，試著辨認大象的模樣。根據摸到的不同部位，每個人所描述的動物形象當然不同。同樣的，研究人員能觸碰並辨認邊緣人格不同層面的病徵，但無法看到整體樣貌。許多研究學者（濟爾柏格〔Zilboorg〕、霍哈〔Hoch〕與波拉廷〔Polatin〕、畢裘瓦斯基〔Bychowski〕等人），〔註3〕〔註4〕〔註5〕以及1968年出版的《精神疾病診斷與統計手冊第二版》，〔註6〕又環繞著這個病症中有關精神分裂的面向，使用了包括「可轉移的精神分裂症」（ambulatory schizophrenia）、「前精神分裂症」（pre-schizophrenic）、「偽精神分裂症」（pseudoneurotic schizophrenia），以及「隱性精神分裂症」（latent schizophrenia）等詞彙，描述這

些病患。其他學者著重的，則是這些病患欠缺一貫的、核心的自我認同。海倫·朵伊契（Helen Deutsch）於1942年的描述是，這些患者爲了要克服固有的空虛感，會像變色龍般地，配合當時所面對的人與事，來改變自己內在與外顯的情緒和感受。對於這種爲了爭取或保有他人的愛，而套用他人人格特質的傾向，朵伊契將之稱爲「彷彿人格」（as-if personality）。〔註7〕

1958年羅伯·奈特（Robert Knight）在針對「邊緣性人格狀態」的討論中，爲邊緣性人格一詞注入了新生命。〔註8〕他體認到雖然某些病患表現了截然不同的症狀，被診斷爲不同的病症，但其實擁有同一種病理。

當奈特的文章發表後，邊緣性人格一詞使用得更爲普遍，一般也較能接受按照史登的邊緣人格概念來診斷。洛伊·格林克爾（Roy Grinker）與同事於1968年定義了四種邊緣人格者的亞型：（1）瀕臨精神失常的重症患者；（2）人際關係不穩定、情緒激烈、寂寞的邊緣人格「核心族群」；（3）容易受人影響、缺乏穩定自我認同的「彷彿人格」患者；（4）缺乏自信且在光譜上臨近精神官能症的輕度疾患患者。〔註9〕

然而，就算有這些開拓性的研究，臨床專業人士對邊緣人格的診斷仍含混不明確。許多人將「邊緣人格」當成是垃圾桶一樣，把那些難以理解、抗拒治療的，或病情毫無起色的病患「丟」到這個診斷類別中，這樣的情形一直持續到七〇年代。

當邊緣人格有了更嚴謹的定義，並與其他病症有了明

確的區隔後，曾有人想更改這個含糊的名稱。當《精神疾病診斷與統計手冊第三版》尚在成型階段時，曾短暫考慮過「不穩定人格」（unstable personality）為替代名稱，然而儘管具有混亂的特質，邊緣人格的病理大體上是一成不變的，也就是對其不穩定性可抱持穩定的預期。除此之外，並沒有以其他名稱代替的具體建議。

七〇年代時，兩個重要的理論學派，均致力勾勒出一組定義邊緣人格的一貫標準。如同其他自然與社會科學的科目一樣，精神醫學在觀念上分為兩個主要的陣營，一方較以概念為導向；另一方則以可描述的、可觀察到的行為為依歸，而這些行為也比較容易在實驗的環境中被反覆測試與研究。

實證學派是以哈佛大學的約翰·甘德遜為首，其論點受到許多研究人員認同。此一學派發展出一套描述行為的結構化定義，由於這套定義根據的是可觀察的標準，因此在進行研究時較容易處理。這套標準獲得普遍的接受，並於1980年為《精神疾病診斷與統計手冊第三版》所採用。

以概念為導向的學派則是以康乃爾大學的歐托·肯伯格為首，也受到許多精神分析師的認同，他的主張是從心理架構入手，描寫症狀時所根據的是心理作用與防衛機制，而非外顯的行為。

肯伯格的「邊緣性人格組織」

肯伯格於1967年發表了「邊緣性人格組織」（Borderline Personality Organization，簡稱BPO）的概念，這比《精神

疾病診斷與統計手冊第三版》對邊緣性人格疾患的定義更為廣泛。肯伯格將邊緣性人格組織定位在精神官能症人格組織（neurotic personality organization）與精神病人格組織（psychotic personality organization）兩者中間。〔註10〕〔註11〕根據肯伯格的定義，邊緣人格者比精神病患的病況輕微，而精神病患對現實的理解是嚴重扭曲的，因此無法正常行事。另一方面，邊緣人格者的行為能力比不上患有精神官能症人格組織的病患，後者的特質是因情緒上的衝突而產生難以消受的焦慮。精神官能症患者的自我認同與防衛機制，通常比邊緣人格者得當。

邊緣性人格組織包含了第二軸向中的疾患，也就是其他的人格疾患，例如妄想性、類分裂性、反社會、戲劇性、自戀性的人格疾患。此外，邊緣人格組織也包括了強迫症和長期性焦慮症（chronic anxiety disorders）、慮病症、恐懼症、性別錯亂，以及解離性反應（dissociative reactions，例如多重人格疾患）。

在肯伯格的系統裡，目前診斷出邊緣性人格疾患的患者，僅佔邊緣性人格組織患者的10%~25%。診斷為邊緣性人格疾患的患者在整體邊緣性人格組織的診斷中，被認為是處於行為能力偏低、病況較嚴重的層次。

雖然肯伯格的系統並未被美國精神醫學學會正式採用，但作為一個理論模型，他的論述對研究人員與臨床專業人員，已產生了（並且持續產生）重大的影響。總而言之，肯伯格的架構所強調的是以下經由推論得知的心理機制。

變化無常的現實觀

就像精神官能症一樣，邊緣人格者大部份時間並未脫離現實，然而在壓力之下，邊緣人格者可能短暫地退化至精神病發的狀態。

二十九歲已婚的瑪尤莉，因日益嚴重的憂鬱與婚姻衝突而求醫。她是一名聰明迷人的女性，在八次治療面談中，談吐始終冷靜。她熱切地同意與丈夫一起進行一次聯合治療面談。在這次晤談中，她一反常態，說話非常大聲而且態度好戰。脫去自我控制的外衣後，瑪尤莉聲稱丈夫不忠並加以斥責，又指控治療師袒護丈夫：「你們男人永遠站在同一陣線！」指責他們兩人合起來想要對付她。她從一名一派輕鬆、略微憂鬱的女性，突然轉變成一名憤怒、偏執的人，這正是邊緣人格者常見的特質，他們現實世界的疆界變動得非常快速。

行為能力中不特定的弱點

邊緣人格者難以忍受挫折，也不善處理焦慮。在肯伯格的架構中，衝動的行為代表一種想平息壓力的嘗試。邊緣人格者也缺乏昇華情緒的方法，也就是說，他們無法以恰當的方式排解挫折與難過的感受。雖然邊緣人格者可能展現極度的同理心、濫情或罪惡感，但這些表現通常是虛偽的，目的是想控制他人，是爲了表現而表現，而非真情的流露。

的確，邊緣人格者的表現，好像他完全忘了自己不久前才出現戲劇化的情緒反應，有如小孩子般，大發脾氣後

馬上又一臉笑容。

原始的思考模式

在結構化的工作環境或專業中，邊緣人格者的表現良好，其實卻懷著強烈的自我懷疑、多疑和恐懼。邊緣人格者偽裝成博學、老練的世故模樣，但其思考過程可能簡單、原始到令人驚訝。邊緣人格者的保護罩一旦被刺穿，波濤洶湧的情緒可能從內心深處釋放出來。上述瑪尤莉的案例，便展現了這個特質。

投射測驗也顯示邊緣人格者原始的思考過程。例如，羅夏克測驗和主題統覺測驗（Thematic Apperception Test）等等，藉由含糊不清的刺激，像是墨跡或圖片來引發聯想，病患環繞著這些材料創造出一個故事。在這些測驗中，邊緣人格者的反應常與精神分裂症和其他精神疾病的患者反應相似。精神官能症患者對這類圖片的反應，通常是一致、有組織的，但邊緣人格者所描述的通常是怪異、原始的形象；精神官能症患者認為是一隻蝴蝶的形象，在邊緣人格者眼中，可能是一幅猛獸彼此撕咬的畫面。

原始的防衛機制

爲了逃避焦慮感，邊緣人格者採取分裂的機制來維持自己極端的世界觀，以此觀點看待的人與事，不是好的就是壞的，不是友善的就是敵視的，不是愛就是恨。

根據肯伯格的推論，分裂通常導致患者遁入白日夢的思考（magical thinking）：迷信、恐懼、著迷和強迫行爲，

都被當成護身符，用以去除無意識的恐懼；分裂也衍生出各種防衛機制：

- 過於簡單的理想化。堅持要將某人或某事歸類為「完全好」的，以避免發現該人或該事的錯誤時伴隨的焦慮。
- 貶抑。正好與理想化相反，對某人或某事一味賦予負面的評價。藉由這個機制，邊緣人格者可避免因自己的憤怒而愧疚，反而是那個「壞到家」的人罪有應得。
- 自認為無所不能。感到無限的力量，覺得自己不可能失敗或甚至不可能死亡（全能的感覺也是自戀性人格常見的特質）。
- 投射。對自己無法接受的特質加以否認，反而認為別人具有這些特質。
- 投射認同。這是屬於投射的一種更複雜的形式，在這個過程中，投射者持續操縱著另一個人，而此人也就是被投射的目標。被投射者為投射者「穿戴」著被認為不當的特質，而投射者則會盡力確保被投射者持續地展現這些特質。

就拿診斷出有邊緣人格的馬克為例，年輕已婚的他不能接受自己的憤怒的和虐待狂的衝動，便將這些特質投射到妻子莎莉身上。馬克根據於自己非黑即白的觀點，認為莎莉是「不分青紅皂白的憤怒女人」，她所有的行為都被馬克看作是虐待狂的行徑。馬克潛意識地「觸動她的神

經」，以引發她憤怒的反應，進而證實他所投射的看法是對的。如此一來，莎莉一方面令馬克恐懼，同時又被馬克所控制。

抱有病態的自我概念

肯伯格所提出「認同混淆」（identity diffusion）的概念，描述的是邊緣人格者缺乏穩定的核心定位。邊緣人格者的自我認同就好像果凍一般，形狀端視盛裝的模子而定，若想用手拾起，又會從指間流去。這種缺乏實體的特質，直接指向了《精神疾病的診斷與統計第四版》中邊緣人格的第三項標準，「混亂的自我認同」。

對他人抱有病態的概念

「客體不定性」（object inconstancy）則是描述患者對他人缺乏穩定的概念。患者的自尊程度將視目前的情況而定，對他人的態度也是奠基於最近一次的互動，而不會根據一貫、相關的經驗，發展出較穩定、持久的看法。

通常當某人或某物不在現場時，邊緣人格者便無法保留對該人或該物的記憶。小孩子在過渡期會對某些特定的物品產生依賴，而這些物品代表了母親提供慰藉的形象（就像史努比漫畫中奈勒斯〔Linus〕的安心毯一樣），同樣的，邊緣人格者會用照片或衣物等物品，以激起某人就在面前的感覺。例如，當邊緣人格者離家時，就算非常短期，他會帶著許多私人的物品作為慰藉，以喚起對家的回憶。他會抱著玩具熊或其他玩偶入睡，小心地擺設家人的

照片。如果他的妻子出遠門留他在家，他常會凝視她的照片和衣櫃，聞著她的枕頭等等。

對許多邊緣人格者而言，「眼不見，心不想」這句話是他們痛苦的親身經驗。邊緣人格者與所愛的人分離時就會感到恐慌，因為在他的感覺上就像是永久的分離。由於無法適當地運用記憶來保有他人的印象，邊緣人格者會忘記自己在意的人事物看起來、聽起來、感覺起來是什麼樣子。為了逃避被拋棄與孤獨時惶恐的感受，邊緣人格者會拚命地依附他人，像是打電話、寫信等等，運用各種方式保持連絡。

【附錄三】

藥物治療

重度鎮靜劑（major tranquilizers），也就是抗精神病藥物（Antipsychotics，或稱Neuroleptics〔神經安定劑〕）。

這類型藥物的主要效果，是減輕精神病的症狀，並控制自毀或妄想的行為及虛幻的感受。這些藥物對非精神病病患可能也有幫助，能平息衝動的行為、突發的憤怒與敵意、嚴重的焦躁不安，這些病徵都可能危害病患和他人。這些藥物能舒緩焦慮的狀態，有時也能減輕疼痛的症狀。最常見的藥品包括：Thorazine（chlorpromazine）、Stelazine（trifluoperazine）、Trilafon（perphenazine）、Mellaril（thioridazine）、Serentil（mesoridazine）、Haldol（haloperidol）、Navane（thiothixene）、Prolixin（fluphenazine）、Loxitane（loxapine）、Moban、Lidone（molindone〔譯註：此處所列均為藥品名，括號內則為藥物學名：在非典型抗精神病藥物發明後，也陸續運用到邊緣性人格疾患，包括Risperidone，Olanzapine和Clozapine等〕）。

近來有許多研究，將這些抗精神病藥物對治療邊緣

人格者的效果，拿來與安慰劑（placebos）和抗憂鬱藥物（antidepressants）的療效相比較，就研究中所探討的所有症狀來說，證實抗精神病藥物的療效最好，其中也包括憂鬱症的治療。〔註1〕

抗憂鬱藥物

憂鬱症大概是最常被診斷出與邊緣人格有關的疾患。當患者症狀包括憂鬱症特有的生理病徵，如睡眠與飲食模式改變、注意力與精力衰退，以及家族中有顯著的憂鬱症病史時，服用抗憂鬱藥通常能使病情大為改善。但也有報告顯示，抗憂鬱藥實際上會使某些邊緣人格者的病況惡化。〔註2〕

抗憂鬱藥物的種類繁多，包括：

三環類抗憂鬱劑（Tricyclic antidepressants）：是最早研發，也是最常用的抗憂鬱藥，（「三環類」所指的，是此類藥物化學原型中有三個環形分子結構）包括：Elavil（amitriptylene）、Pamelor 與 Aventyl（nortriptylene）、Vivactil（protriptylene）、Tofranil（imipramine）、Sinequan 與 Adapin（doxepin）、Norpramin 與 Pertofrane（desipramine）、Desyrel（trazodone）、Ludiomil（maprotilene）、Asendin（amoxapine）、Surmontil（trimipramine）。

單胺氧化酶抑制劑（Monoamine oxidase inhibitors，簡稱MAOIs）：這類抗憂鬱藥的使用較不普遍，部份原因是當單胺氧化酶抑制劑與某些藥物或某類食物混合時（藥物解充血劑〔decongestants〕、減重藥，或某些止痛劑如

Demerol；食物像是陳年的起司、某些葡萄酒和其他酒類飲料、雞肝等），可能會導致高血壓，進而引發危險的急性併發症。因此，服用單胺氧化酶抑制劑的病患，必須嚴格遵循飲食的規範，最常見的包括Nardil（phenelzine）與Parnate（tranylcypromine）、Eldepryl（selegiline）。

單胺氧化酶抑制劑似乎對具有非典型憂鬱症狀的患者較為有益，他們的症狀包括難以入眠、食慾增加、對他人的拒絕特別敏感，以及情緒會因處境改變而變化等等。相反的，典型的憂鬱症狀通常是半夜醒來後的失眠（起初入睡容易）、食慾不振，而且患者較能適應情況的改變。而許多邊緣人格者出現的是非典型的憂鬱病徵（編註：百憂解〔Prozac/Fluoxetine〕等各種屬於SSRI的新一代抗憂鬱藥，甚至後來更新的發明，也都可應用在該病）。

三環類抗憂鬱藥物與單胺氧化酶抑制劑也常用來治療其他病症，例如初期的焦慮、恐懼症、強迫症，以及某些疼痛症狀。

鋰鹽（lithium）。最常使用來治療躁鬱症患者，對憂鬱或情緒起伏劇烈的邊緣人格者也有所幫助。經證實，鋰鹽也有利於治療衝動和攻擊性的行為，有些研究並指出，鋰鹽能有效治療酗酒症。

興奮劑（psychostimulants）。這類藥品包括Ritalin（methylphenidate）、Dexedrine（dextroamphetamine），以及Cylert（pemoline），較少使用在憂鬱症的治療上。這些藥物經證實，對注意力缺陷疾患（也就是過動症）具有療效；這個疾患通常出現在兒童身上，症狀有時也會持續到成

人期。有此症狀的患者通常動作不靈活、注意力渙散、很難靜坐不動、無法專心地從頭到尾徹底完成一項任務（編註：這方面的用藥較有爭議，近年已不太使用）。

電痙攣療法（electroconvulsive treatment，ECT）。雖然各界對電痙攣治療的使用爭論不休，但它仍是治療憂鬱症最有效的方法之一，甚至比抗憂鬱藥的反應還要好。雖然進行電療時必須同時使用麻醉劑，仍是相當安全的治療過程。有關電療的研究報告中，沒有任何一篇能提出解剖學上的證據，證明電療會造成腦部的損害。不過，電痙攣治療進行期間，常會出現短期記憶的暫時或永久失憶。這類失憶的狀況通常會日漸恢復，但若嚴重喪失記憶力會影響心理治療，這也是以電療法治療憂鬱症患者最主要的缺點，因為這類患者需要同時配合心理治療。

抗焦慮藥物（anti-anxiety agents）

輕鎮靜劑（minor tranquilizers）。這類藥品是爲了治療時時處於焦慮狀態的患者而研發的，而邊緣人格者即深受焦慮症狀所擾。學名爲巴比妥酸鹽（barbiturates）的藥物，是最早開發出來的一種輕鎮靜劑，藥品品牌包括 Seconal、Nembutal、Pentothal、Amytal。之後研發的輕鎮靜劑則包括 Equanil 與 Miltown（meprobamate）、Placidyl（ethchlorvynol）、Doriden（glutethimide）、Quaalude 與 Sopor（methaqualone）、Noludar（methyprylon）、Noctec（chloral hydrate）。以上所有的藥品都具有高度的成癮性，停藥時可能出現危險的戒斷（withdrawal）症狀，若服用

過量會致死，並不是治療焦慮的最有效藥物。而Benadryl（diphenhydramine）、Paral（paraldehyde）、Phenergan（promethazine）、Vistaril與Atarax（hydroxyzine）等藥品副作用較輕，但療效也較差。

苯二氮平類藥物（benzodiazepines）。三十年前首度合成研製的，經過證實，是減輕焦慮症狀較有療效的一類藥物。雖然也可能引起成癮與戒斷的現象，但服用過量時，副作用比較不那麼嚴重。包括Librium（chlordiazepoxide）、Valium（diazepam）、Xanax（alprazolam）、Tranxene（chlorazepate）、Serax（oxazepam）、Klonopin（clonazepam）、Ativan（lorazepam）、Paxipam（halazepam），以及Centrax（prazepam），都是屬於這一類的藥品。

雖然許多研究都已指出，苯二氮平類藥物有助於治療邊緣性人格疾患，但也有少部份研究指出，有些邊緣人格者接受這類藥物治療後，反而產生比原本更為激烈的衝動、攻擊性以及失控的狀況。〔註3〕〔註4〕

Buspar（buspirone）是最近所發展出治療焦慮的藥物，副作用似乎較少，包括鎮靜的作用較小、成癮的傾向較低，但對邊緣人格者的療效尚不明確。

貝他阻斷劑（beta-blockers）。身體對焦慮所自動產生的某些反應，如心悸、心跳加速、顫慄、盜汗、肌肉痙攣等，是體內荷爾蒙的分泌所致，如腎上腺素。所謂貝他阻斷劑的藥物能干擾這些物質的分泌，並減緩伴隨焦慮而來的生理現象。Inderal（propranolol）是最常使用的貝他阻斷

劑，但這類藥物並不常用於治療邊緣人格者。

抗癲癇藥物 (anticonvulsants)

由於邊緣人格者的衝動、情緒的起伏、突發的憤怒，以及不自主的行為，有時與癲癇症和其他神經性疾患的症狀類似，因此有些精神科醫師建議以抗癲癇的藥物 (anti-seizure medicine) 治療邊緣人格者。此外，有些研究對患者進行腦波測驗 (brain-wave tests, EEGs) 後，在為數相當多的邊緣人格者身上發現了不正常的結果。〔註5〕〔註6〕 Tegretol (carbamazepine) 是至今最被廣為研究的一種抗癲癇藥，有些研究指出，此藥改善了邊緣人格者控制衝動的能力。〔註7〕〔註8〕 也有醫師建議使用如Dilantin (diphenylhydantoin) 以及Depakene (valproate。編註：後兩種藥物已有足夠的研究，同樣可以運用在相同的治療上)，等其他抗癲癇藥，但療效尚未被充份研究。

【附錄四】

註釋

第一章 邊緣人格者的世界

1. A. Loranger, J. Oldham, and E. Tulis, "Familial Transmission of DSM-III Borderline Personality Disorder," *Archives of General Psychiatry* 39 (1982): 795-799.
2. Miron Baron et al., "Familial Transmission of Schizotypal and Borderline Personality Disorders," *American Journal of Psychiatry* 142 (1985): 927-934.
3. John G. Gunderson, *Borderline Personality Disorder.* (Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1984)
4. Minna R. Fyer et al., "Comorbidity of Borderline Personality Disorder." *Archives of General Psychiatry* 45 (1988): 348-352.
5. Craig Johnson, David Tobin, and Amy Enright. "Prevalence and Clinical Characteristics of Borderline Patients in an Eating-Disordered Population." *Journal of Clinical Psychiatry* 50 (1989): 9-15.
6. Edgar P. Nace, J. Saxon, and N. Shore. "A Comparison of Borderline and Non- Borderline Alcoholic Patients." *Archives of General Psychiatry* 40 (1983): 54-56.
7. David J. Inman, Loy O. Bascue, and Thomas Skoloda, "Identification of Borderline Personality Disorders Among Substance Abuse Inpatients." *Journal of Substance Abuse Treatment* 2 (1985): 229-232.
8. Michael H. Stone, David K. Stone, Stephen W. Hurt, "Natural History of Borderline Patients Treated by Intensive Hospitalization," *Psychiatric Clinics of North America* 10 (1987): 185-206.
9. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd-revised ed. (Washington, D.C.: American Psychiatric

- Association, 1987), 346-347.
10. Craig Johnson, David Tobin and Amy Enright, "Prevalence and Clinical Characteristics of Borderline Patients in an Eating-Disordered Population," *Journal of Clinical Psychiatry* 50 (1989): 9-15.
 11. Jeffrey B. Bryer et al., "Childhood Sexual and Physical Abuse as Factor in Adult Psychiatric Illness," *American Journal of Psychiatry* 144 (1987): 426-430.
 12. Hagon S. Akiskal, "Subaffective Disorders: Dysthymic, Cyclothymic, and Bioplar II Disorders in the Borderline Realm," *Psychiatric Clinics of North America* 4 (1981): 25-46.
 13. Margaret Mahler, F. Pine, and A. Bergman, *The Psychological Birth of the Human Infant* (New York: Basic BOOK, 1975).
 14. Katherine A. Hency and Carl I. Cohen, "The Role of Labeling Processes in Diagnosing Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 140 (1983): 1527-1529.
 15. Ricardo Castaneda and Hugo Franco, "Sex and Ethnic Distribution of Borderline Personality Disorder in an Inpatient Sample," *American Journal of Psychiatry* 142 (1985): 1202-1203.
 16. Thomas H. McGlashan, "The Chestnut Lodge Follow-Up Study III Long-Term Outcome of Borderline Personalities," *Archives of General Psychiatry* 43 (1986): 20-30.
 17. Joel Sadavoy and Barbara Dorian, "Treatment of the Elderly Characterologically Disturbed Patient in the Chronic Care Institution," *Journal of Geriatric Psychiatry* 16 (1983): 223-240.
 18. Daniel J. Siegel and Gary W. Small, "Borderline Personality Disorder in the Elderly: A Case Study," *Canadian Journal of Psychiatry* 31 (1986): 859-860.
 19. Louis Sass, "Borderline Personality," *New York Time Magazine*, Aug. 2, 1982.

第二章 混亂與空虛

1. Owen D. Buck, "Multiple Personality as a Borderline State," *The Journal of Nervous and Mental Disease* 171 (1983): 62-65.
2. David G. Benner and Brenda Joscelyne, "Multiple Personality as a Borderline Disorder," *The Journal of Nervous and Mental Disease* 172 (1984): 98-104.

3. William F. Clary, Kenneth J. Burstin, and John S. Carpenter. "Multiple Personality and Borderline Personality Disorder," *Psychiatric Clinics of North America* 7 (1984): 89-99.
4. E. L. Bliss, "Multiple Personality: A Report of 14 Cases with Implications for Schizophrenia and Hysteria," *Archives of General Psychiatry* 36 (1980): 1388-1397.
5. Richard P. Horevitz and Bennett G. Braun, "Are Multiple Personality Borderline?" *Psychiatric Clinics of North America* 7 (1984): 69-87.
6. Vicki Westherfort, paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May, 1988.
7. Edgar P. Nace (1983), 54-56.
8. David J. Inman (1985): 229-232.
9. Hilda Bruch, "Four Decades of Eating Disorders." in *Handbook of Psychotherapy for Anorexia and Bulimia*, eds. David M. Garner and Paul E. Garfinkle (New York: Guilford Press, 1985), 7-18.
10. Craig Johnson, David Tobin, and Amy Enright, "Prevalence and Clinical Characteristics of Borderline Patients in an Eating-Disordered Population." *Journal of Clinical Psychiatry* 50 (1989): 9-15.
11. Regina C. Casper et al., "Bulimia: Its Incidence and Clinical Importance with Anorexia Nervosa," *Archives of General Psychiatry* 37 (1980): 1030-1035.
12. Centers for Disease Control, Suicide Surveillance, 1970-1980 (Atlanta: U.S. Dept. of Health and Human Services, 1985).
13. D. Shaffer and P. Fisher, "The Epidemiology of Suicide in Children and Young Adolescents," *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 20 (1981), 545-565.
14. Gerald L. Klerman, "Clinical Epidemiology of Suicide," *Journal of Clinical Psychiatry* 48 (1987): 33-53.
15. American Psychiatric Association. DSM-III-R (1987), 346-347.
16. John G. Gunderson and Margaret T. Singer, "Defining Borderline Patients: An Overview," *American Journal of Psychiatry* 132 (1975): 1-10.
17. John G. Gunderson and Jonathan E. Kolb, "*Discriminating of Psychiatry*" 135 (1978): 792-796.
18. Octavio Paz, *The Endless Instant* (1966).
19. E. Nowell, Thomas Wolfe, *A Bibliography* (New York: Doubleday, 1960), 167.

20. Norman Mailer, Marilyn (New York: Grosset & Dunlap, 1973), 86.
21. Ibid, 108.
22. George S. Zubenko et al., "Sexual Practices Among Patients with Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 144 (1987): 748-752.
23. Graham Greene, A Sort of Life (New York: Simon and Schuster, 1971).
24. Norman Rosten, Marilyn: *An Untold Story* (New York: New American Library, 1967), 112.
25. Gloria Steinem, Marilyn (New York: New American Library, 1986), 154.

第三章 邊緣性人格症候群的根源

1. James F. Masterson, *The Narcissistic and Borderline Disorders: an Integrated Developmental Approach* (New York: Brunner/Mazel, 1981), 131-133.
2. Margaret S. Mahler (1975).
3. A Letter from T. E. Lawrence to Charlotte Shaw, August 18, 1927, as quoted by John E. Mack, *A Prince of Our Disorder: The Life of T. E. Lawrence* (Boston: Little, Brown and Co., 1976), 31
4. Norman Mailer (1973).
5. Ibid, 36.
6. Norman Rosten (1967), 89.
7. John G. Gunderson, John Kerr, and Diane Woods Englund, "The Families of Borderline: A Comparative Study," *Archives of General Psychiatry* 37 (1980): 27-33.
8. Hallie Frank and Joel Paris, "Recollections of Family Experience in Borderline Patients," *Archive of General Psychiatry* 38 (1980): 1031-1034.
9. Ronald B Feldman and Herta A. Guttman, "Families of Borderline Patients: Literal Minded Parents, Borderline Patients, and Parental Protectiveness," *American Journal of Psychiatry* 141 (1984): 1392-1396.
10. Stewart A. Montgomery, "Psychopharmacology of Borderline Disorders," *ACTA of Psychiatry of Belgium* 87 supp. (1987): 260-266.
11. Paul H. Soloff, *Journal of Clinical Psychiatry* 48 supp. (1987):13.
12. Paul A. Andrulois et al., "Organic Brain Dysfunction and the Borderline Syndrome," *Psychiatric Clinical of North America* 4 (1980): 47-66.
13. Scott Snyder and W. N. Pitts, Jr., "Electroencephalography of DSM III Borderline Personality Disorder," *ACTA of Psychiatry of Scandinavia* 69

- (1984): 129 ff.
14. J. Bell et al., "Effect of Pre-Existing Borderline Personality Disorder on Clinical and EEG Sleep Correlates of Depression," *Psychiatry Resources* 9 (1983).
 15. C. F. Reynolds III et al., "Depression in Borderline Cases: A Prospective EEG Study," *Psychiatry Resources* 14 (1985):1-15.
 16. Hagop Akiskal et al., "The Nosologic Status of Borderline Personality: Clinical and Polysomnographic Study," *American Journal of Psychiatry* 142 (1985): 192-198.
 17. Herrison G. Pope Jr, et al., "The Validity of DSM III Borderline Personality Disorder: A Phenomenologic, Family History, Treatment Response and Long Term Follow-Up Study," *Archive of General Psychiatry* 40 (1983): 23-30.
 18. Paul H. Soloff, and James Millward, "Psychiatric Disorder in the Families of Borderline Patients," *Archive of General Psychiatry* 40 (1983): 37-44.
 19. Miron Barom (1985): 927-934.
 20. Seymour S. Kety et al., "The Types and Problems of Mental Illness in the Biological and Adoptive Families of Adopted Schizophrenics," in *the Transmission Schizophrenia*, eds. David Rosenthal and Seymour S. Kety (Oxford: Pergamon Press, 1968): 345-362.
 21. Michael H. Stone, "The Borderline Syndrome Evolution of the Term, Genetic Aspects and Prognosis," *American Journal of Psychotherapy* 31 (1977): 345-365.
 22. Thomas A. Aronson, "Historical Perspectives on the Borderline Concept: A Review and Critique," *Psychiatry* 48 (1985): 209-222.

第四章 邊緣人格的社會

1. Christopher Lasch, *The Culture of Narcissism* (New York: W. W. Norton, 1978), 34.
2. Louis Sass (1982), 13.
3. Peter L. Giovachinni, *Psychoanalysis of Character Disorders* (New York: Jason Aronson, 1975).
4. Christopher Lasch (1978), 5.
5. David S. Greenwald, *No Reason to Talk About It* (New York: Norton, 1987).
6. Nancy Traub, "Supertots: The Collapse of Childhood," *Diablo, June*, 1987.

27. Ibid.
28. M. Hetherington, "Children and Divorce," in *Parent-Child Interaction: Theory, Research, and Prospect*, ed. R. Henderson (New York: Academic Press, 1981).
29. Chaim f. Shatan, "Through the Membrane of reality: 'Impacted Grief' and Perceptual Dissonance in Vietnam Combat Veterans," *Psychiatric Opinion* 11 (1982): 6-15..
30. Paul Andrulonis (1987).

第七章 接受治療

1. John G. Gunderson, *Borderline Personality Disorder* (Washington D. C.: American Psychiatric Press, 1984), 77.
2. Otto Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological Narcissism* (New York: Jason Aronson, 1975).
3. James. F. Masterson, *Psychotherapy of the Borderline Adult* (New York: Brunner/Mazel, 1976).
4. William Goldstein, An Introduction to the *Borderline Conditions* (New York: Jason Aronson, 1985), 201-203. Also Gunderson (1984), 51-52.
5. Norman Rosten (1972), 100.
6. Ibid, 100-101.
7. Norman D. Masaskill, "Therapeutic Factors in Group Therapy with Borderline Patients," *International Journal of Group Psychotherapy* 32 (1) (1982): 61-63.
8. Wendy Froberg and Brent D. Slife, "Overcoming Obstacles to the Implementation of Yalom's Model of Inpatient Group Psychotherapy," *International Journal of Group Psychotherapy* 37 (3) (1987): 371-383.
9. Leonard Horwitz, "Indications for Group Therapy with Borderline and Narcissistic Patients," *Bulletin of the Menninger Clinic* 1(3) (1987): 248-260.
10. Gunderson (1984), 170-172.
11. Stephen A. Jones, "Family Therapy with Borderline and Narcissistic Patients," *Bulletin of the Menninger Clinic* 51(3) (1987): 285-295.
12. Gunderson (1984), 162-169.
13. Paul H. Soloff, "A Pharmacologic Approach to the Borderline Patients," *Psychiatric Annals* 17 (3) (1987): 201-205.

14. Phillip A. Berger, "Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder," *Bulletin of the Menninger Clinic* 51(3) (1987): 277-284.
15. Rex W. Cowdry and David L. Gardner, "Pharmacotherapy of Borderline Personality Disorder," *Arcives of General h Psychiatry* 45 (1988): 111-119.
16. Gunderson (1984).
17. Michael Rosenbluth, "The Inpatient Treatment of the Borderline Personality Disorder: A Critical Review and Discussion of Aftercare Implications," *Canadian Journal of Psychiatry* 32 (1987): 228-237.
18. Daniel H. Jacobs et al., "The Neglected Alliance: The Inpatient Unit as a Consultant to Referring Therapists," *Hospital and Community Psychiatry* 33 (5) (1982): 377-381.
19. Jerold J. Kreisman, "CTU: The Systematic Inpatient Treatment of the Borderline Patient," *Res Medica* 3 (2) (1986): 19-26.
20. Daniel Silver, Robert J. Cardish, and Edward J. Glassman. "Intensive Treatment of Characterologically Difficult Patients: A General Hospital Perspective," *Psychiatric Clinic of North American* 10 (2) (1987): 219-245.
21. Maetin Pildis et al., "Day Hospital Treatment of the Borderline Patients: A Clinical Perspective," *American Journal of Psychiatry* 135 (5) (1978): 594-596.
22. Alan B. Eppel and Mary Thomas Dart, "Day Hospital Treatment of the Borderline," paper presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, May 1985.
23. Han Soo Lee, "Patients' Comments on Psychiatric Inpatient Treatment Experiences: Patient-Therapist Relationships and Their Implications for Treatment Outcome" *Psychiatric Quarterly* 51 (1) (1979):39-54.
24. Robet J. Waldinger and John G. Gunderson, "Completed Psychotherapies with Borderline Patients," *American Journal of Psychotherapy* 38 (1984): 190-202.
25. Michael H. Stone, David K. Stone, Stephen W. Hurt, "Natural History of Borderline Patients Treated by Intensive Hospitalization," *Psychiatric Clinics of North America* 10 (1987): 185-206.
26. Robert J. Waldinger and John G. Gunderson, *Effective Psychotherapy with Borderline Patients: Case Studies* (New York: Macmillan Publishing Company, 1987).

第八章 面對邊緣人格者

1. David A. Brent et al., "Risk Factors for Adolescent Suicide," *Archives of General Psychiatry* 45 (June, 1988): 581-588.

【附錄二】邊緣人格概念的發展

1. Michael H. Stone, "The Borderline Syndrome: Evolution of the Term. Genetic Aspects and Prognosis," *American Journal of Psychotherapy* 31 (1977): 345-365.
2. Adolph Stern, "Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses," *The Psychoanalytic Quarterly* 7(1938): 467-489.
3. G. Ziboorg, "Ambulatory Schizophrenia," *Psychiatry* 4 (1941): 149-155.
4. Paul Hoch and Philip Polatin, "Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia." *Psychiatric Quarterly* 23 (1949): 248-276.
5. G. Bychowski, "The Problem of Latent Psychosis," *Journal of the American Psychoanalytic Association* 4 (1953): 484-503
6. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd edition (Washington D.C.): American Psychiatric Association. (1968).
7. Helen Deutsch, "Some Forms of Emotional Disturbance and the Relationship to Schizophrenia," *Psychiatric Quarterly* 11 (1942): 301-321.
8. Robert P. Knight, "Borderline States." *Bulletin of the Menninger Clinic* 17 (1953): 1-12.
9. Roy R. Grinker, B. Werble, and R. C. Drye, *The Borderline Syndrome* (New York: Basic Book, 1968).
10. Otto Kernberg, "Borderline Personality Organization," *Journal of the Psychiatric Association* 15(1967): 641-685.
11. Otto Kernberg, *Borderline Conditions and Pathological* (New York: Jason Aronson, 1975). *Psychiatric Quarterly* 23 (1949): 248-276.

【附錄三】藥物治療

1. Paul H. Soloff, Anselm George, and R. Swami Nathan. "Progress in Pharmacotherapy in Borderline Personality Disorders," *Archives of General Psychiatry* (43) (1988): 691-697.
2. Paul H. Soloff, Anselm George, and R. Swami Nathan. "Paradoxical Effects of Amitriptyline on Borderline Patients," *American Journal of Psychiatry* 143 (1986): 927-934.

3. Frank J. Faltus, "The Positive Effect of Alprazolam in The Treatment of Three Patients with Borderline Personality Disorders," *American Journal of Psychiatry* 141 (6) (1984): 802-803.
4. R. Gajnd and R. Jacoby, "Benzodiazepines Causing Aggression," in Vol. I *Current Themes in Psychiatry*, eds. R. Gajnd and B. L. Hudson (London: Macmillan Publishing Company, 1978), 371-379.
5. Scott Snyder and Wesley M. Pitts, Jr., "Electroencephalography of DSM III Borderline Personality Disorder," *Acta Psychiatry of Scandinavia* 69 (1984): 129-134.
6. Jack R. Cornelius et al., "EEG Abnormalities in Borderline Personality Disorder: Specific or Non-Specific," *Biological Psychiatry* 21 (1986): 977-980.
7. David L. Gardner and Rex W. Cowdry, "Positive Effects of Carbamazepine on Behavioral Dyscontrol in Borderline Personality Disorder," *American Journal of Psychiatry* 143(4)(1986): 519-522.
8. David L. Gardner and Rex W. Cowdry, "Anticonvulsants in Personality Disorder," in *Use of Anticonvulsants in Psychiatry: Recent Advance*, eds. Susan L. McElroy and Harrison G. Pope (Clifton, N.J.: Oxford Health Care, 1988), 127-140.

【附錄五】

延伸閱讀

- 《我和我的四個影子——邊緣性病例的診斷與治療》（2005），平井孝男，心靈工坊。
- 《我的孩子得了憂鬱症——給父母、師長的實用指南》（2005），法藍西斯·孟迪爾（Francis Mark Mondimore, M. D.），心靈工坊。
- 《兒童精神分析》（2005），梅蘭妮·克萊恩（Melanie Klein），心靈工坊。
- 《孩子，別怕——關心目睹家暴兒童》（2004），貝慈·麥克愛利斯特·葛羅芙（Betsy McAlister Groves），心靈工坊。
- 《割腕的誘惑——停止自我傷害》（2004），史蒂芬·雷文克隆（Steven Levenkron），心靈工坊。
- 《愛，上了癮——撫平因愛受傷的心靈》（2004），伊東明，心靈工坊。
- 《日漸親近——心理治療師與作家的交換筆記》（2004），歐文·亞隆（Irvin D. Yalom）、金妮·艾肯（Ginny Elkin），心靈工坊。
- 《心理疾患臨床手冊》（2004），David H. Barlow編

著，心理出版社。

- 《他不知道他病了》（2003），哈維亞·阿瑪多，安娜麗莎·強那森（Xavier Amodor、Anna-Lisa Johanson）著，心靈工坊。
- 《愛他，也要愛自己——女人必備的七種愛情智慧》（2002），貝芙莉·英格爾（Beverly Engel），心靈工坊。
- 《僵局與詮釋——精神病、邊緣人格與精神官能症的心理治療》（2002），Herbert Rosenfeld，五南圖書。
- 《難以承受的告別——自殺者親友的哀傷旅程》（2001），克里斯多福·路加斯（Christopher Lukas）、亨利·賽登（Henry M. Seiden, Ph.D.），心靈工坊。
- 《自我傷害的評估與治療》（2001），席米昂（Daphne Simeon）、賀蘭德（Eric Hollander）編，五南圖書。
- 《青少年自傷行為分析及其因應對策》（2001），陳毓文、鄭麗珍，行政院青年輔導會。
- 〈他們想說什麼？青少年自傷行為之初探〉（2000），陳毓文，《社會政策與社會工作學刊》P42，127-178。
- 《遺失心靈地圖的女孩》（1995），蘇珊娜·凱森（Susanna Kaysen），皇冠出版社。
- 《校園自我傷害防治處理手冊》（1995），教育部輔導計畫叢書。
- 〈校園自我傷害防治計畫〉研究報告（1993），吳英璋、金樹人、許文耀著，教育部訓育委員會。



財團法人吾心文教基金會

關於基金會

秉持著「了解孩子的壓力來源，讓孩子快樂上學」的願望，吾心關懷台灣青少年身心發展、人格養成，並積極推廣相關文教事業及心理衛生教育工作，以期社會大眾了解心理健康醫療保健的重要性。目前全力投注於台灣青少年「拒學症」問題，並舉辦講座與課程。

基金會網站：<http://www.wushin.org.tw/pl.htm>

電子信箱：wushin.wushin@msa.hinet.net

基金會理念

吾心以關懷青少年身心發展、人格養成為主要目標，並推廣相關文教事業及進行心理衛生教育工作以增進全民人格及身心的健全發展為宗旨：

1. 進行拒學症及其他心理衛生研究。
2. 舉辦有關拒學行為及其他心理健康等教育性講座與課程。
3. 幫助身心發展需要協助之青少年。
4. 出版及助印與本會宗旨有關刊物。
5. 贊助各項相關文教活動。
6. 促進國際間拒學行為相關議題的交流。
7. 招募及培訓前項有關義工人員。

社會腳步的快速變遷，過多的壓力、不適應、煩惱，迎面襲來。在越來越多人急著尋求心靈良藥的同時，孩子的問題常常在不經意中被遺忘。成長過程中所面臨的問題將影響一個孩子未來的發展。漫長的人生旅途中我們或許不能陪伴孩子走完全程，但我們所能做的就是給孩子一個健全的成長空間。

王浩威醫師策劃、吾心基金會協同企劃及贊助，心靈工坊出版的四本好書！

愛，上了癮——撫平因愛受傷的心靈

作者：伊東明博士，譯者：廣梅芳，審閱：顏薇玲
你或許會在書中看到親朋好友，甚至是自己的影子。對於無法從苦戀中脫身的人，總是害怕幸福的人，迷戀激情遊戲的人，或只能藉性愛撫慰內心痛苦的人，本書絕對是一帖遠離情傷痛苦的良方解藥！

孩子·別怕——關心目睹家暴兒童

作者：貝慈·葛羅思，譯者：劉小青
審閱：洪素珍
為孩子建立一個更安全的環境。本書讓我們看到目睹家暴而受創的孩子，如何理解、回應並深受暴力的影響，特別是來自家人的傷害所造成嚴重的心理危機。

割腕的誘惑——停止自我傷害

作者：史蒂芬·雷文克隆，譯者：李俊毅
審閱：王浩威
本書作者深入探究自傷者形成自我傷害性格的成因，如基因遺傳、家庭經驗、童年創傷及雙親的行為等，同時也為自傷者、他們的父母以及治療師提出療癒的方法。

我和我的四個影子

——邊緣性病例的診斷及治療

作者：平井孝男，譯者：廣梅芳，策劃：顏薇玲
邊緣性病例，是指介於精神官能症、精神病、憂鬱症、健康這四個狀態之間。它由許多層面融合而成，對應著人類的一個個心情。本書將解開邊緣性病例的謎團，可讓我們對憂鬱症、精神官能症、依賴問題、人格障礙等症狀有更深的理解。

Caring

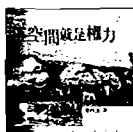


眼戲

【失去視力，獲得識見的故事】

作者—亨利·格倫沃
譯者—于而彥、楊淑智 定價—180元

慣於掌握全球動脈的資深新聞人，卻發現自己再也無法看清世界樣貌……這突如其來的人生戲碼，徹底改變他對世界的「看」法。



空間就是權力

作者—畢恆達 定價—320元

空間是身體的延伸、自我認同的象徵，更是社會文化與政治權力的角力場。



希望陪你長大

【一個愛滋爸爸的心願】

作者—鄭鴻 定價—180元

這是一位愛滋爸爸，因為擔心無法陪伴女兒長大，而寫給女兒的書……

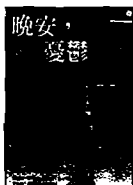


難以承受的告別

【自殺者親友的哀傷旅程】

作者—克里斯多福·路加斯·亨利·賽登
譯者—楊淑智 定價—280元

自殺的人走了，留下的親友則歷經各種煎熬：悔恨、遺憾、憤怒、自責、怨懣……漫漫長路，活著的人該如何走出這片哀傷濃霧？



晚安，憂鬱

【我在藍色風暴中】(增訂版)

作者—許佑生 定價—250元

正面迎擊憂鬱症，
不如側面跟它做朋友。
跟憂鬱症做朋友，
其實就是跟自己做朋友，



醫院裡的哲學家

作者—李察·詹納 譯者—譚家瑜
定價—260元

作者不僅在書中為哲學、倫理學、醫學做了最佳詮釋，還帶領讀者親臨醫療現場，實地目睹多位病患必須痛苦面對的醫療難題。



與愛對話

作者—伊芙·可樂夫斯基·賽菊寇
譯者—陳佳伶 定價—320元

作者以特異的寫作風格——結合對話、詩和治療師的筆記——探索對致命疾病的反應、與男同志友人的親密情誼、性幻想的冒險場域，以及她投入佛教思想的恩典。



愛他，也要愛自己

【女人必備的七種愛情智慧】

作者—貝芙莉·英格爾 譯者—楊淑智
定價—320元

本書探討女性與異性交往時，如何犧牲自己的主體性，錯失追求成長的機會。作者累積多年從事女性和家庭諮商的經驗，多角度探討問題的根源。



瘋狂天才

【藝術家的躁鬱之心】

作者—凱·傑米森
譯者—易之新、王雅韻 定價—320元

本書從多位詩人、文學家、畫家，談從憂鬱、躁鬱氣質逐漸到病症的過程，深刻反省現代醫學對躁鬱症和其他疾病所需考量的倫理觀點。



快樂是我的奢侈品

作者—蔡香蘋、李文珣 定價—250元

本書藉由真實的個案，輔以專業醫學知識，從人性關懷的角度探討憂鬱症患者的心路歷程，以同理心去感受病友的喜怒哀樂，為所有關懷生命、或身受憂鬱症之苦的朋友開啓了一扇希望之窗。



聽天使唱歌

作者—許佑生 定價—250元

我深信唯有親自走過這條泥濘路的人，才真正了解那種微細的心理糾纏、顛覆、拉扯，也才會在絕境中用肉身又爬又滾，找到一條獨特的出路……



揚起彩虹旗

【我的同志運動經驗 1990-2001】

主編—莊慧秋 作者—張娟芬、許佑生等
定價—320元

本書邀請近三十位長期關心、參與同志運動的人士，一起回看曾經努力走過的足跡。這是非常珍貴的一段回憶，也是給下一個十年的同志運動，一份不可不看的備忘錄。



終於學會愛自己

【一位婚姻專家的離婚手記】

作者—王瑞琪 定價—250元

知名的婚姻協商專家王瑞琪，藉由忠實記錄自己的失婚經驗，讓有同樣經歷的讀者，能藉由她的故事，得到經驗的分享與共鳴。



以畫療傷

【一位藝術家的養藝之旅】

作者—盛正德 定價—300元

……此刻我把繪畫當成一條救贖之道、一段自我的療程，藉著塗抹的過程，畫出真實或想像的心理傷痕，所有壓抑也靠著筆墨渲洩出來。我藉由繪畫來延續隨時會斷裂的生命與靈魂，來找到活下去的理由……



學飛的男人

【體驗恐懼、信任與放手的樂趣】

作者—山姆·全恩 譯者—魯瑟

定價—280元

為了一圓孩提時的學飛夢想，山姆以六十二歲之齡加入馬戲團學校，學習空中飛人。藉由細緻的述說，學飛成為一則關於冒險、轉化、克服自我設限、狂喜隱喻的性靈旅程。



太太的歷史

作者—瑪莉蓮·亞隆 譯者—何韻怡

定價—480元

這本西方女性與婚姻的概論史淋漓盡致呈現平凡女性的聲音，作者瑪莉蓮·亞隆博覽古今，記錄婚姻的演化史，讓我們了解其歷經的集體變遷，以及妻子角色的轉變過程，是本旁徵博引但可易讀的書。



跟自己調情

【身體意象與性愛成長】

作者—許佑生 定價—280元

身體是如何被眾多的禁忌所捆綁？要如何打破迷思，讓屬於身體的一切都更健康自然？本書帶領讀者以新的角度欣賞自己的身體，讓人人都可以擺脫傳統限制，讓身體更輕鬆而自在！



貧窮的富裕

作者—以馬內利修女 譯者—聶宇

定價—250元

現年95歲的以馬內利修女，是法國最受敬重的女性宗教領袖。她花了一生的時間服務窮人，跟不公義的世界對抗。本書是她從個人親身經驗出發的思考，文字簡單動人卻充滿智慧和力量，澆灌著現代人最深層的心靈。



染色的青春

【十個色情工作少女的故事】

編著—婦女救援基金會、譚元 定價—200元

本書呈現十位色情工作少女的真實故事，仔細聆聽，你會發現她們未被呵護的傷痛，對愛濃烈的渴望與需求，透過她們，我們能進一步思索家庭、學校、社會的總總危機與改善之道。



親愛的爸媽，我是同志

編著—台灣同志諮詢熱線協會

定價—260元

本書讓父母及子女能有機會看見其他家庭面對同性戀這個課題的生命經驗，或許關於出櫃，每位子女或父母當下仍承受著痛苦與不解，但在閱讀這本書的同時，我們希望彼此都能有多一點體諒與同理心。



醫院裡的危機時刻

【醫療與倫理的對話】

作者—李察·詹納

譯者—蔡靜雲、龔慈琪 定價—300元

詹納博士透過一個個真實深刻的故事，細膩生動而情感豐富地描繪了病患、家屬與醫護人員，在面對疾病考驗及種種醫療決策時所面臨的倫理難題與思維，藉由不斷的對話與互動，將問題釐清，找出彼此的價值觀與適當的醫療處置。

Master



故事·知識·權力

【敘事治療的力量】

作者—麥克·懷特、大衛·艾普斯頓
審閱—吳熙瑛 譯者—廖世德
定價—300元

本書針對敘事治療提出多種實例，邀請並鼓勵讀者以反省的立場，在敘述和重說自己的故事當中，為寫作與重寫自己的經驗與關係。



詮釋現象心理學

作者—余德慧 定價—250元

本書探詢語言是何等神聖，詮釋又是怎麼一回事，希望在心理學的基礎上，做更多的思考，孕育心理學更豐富的知識。



災難與重建

【心理衛生實務手冊】

作者—戴安·梅爾斯 審閱—魯中興
策劃—中華心理衛生協會
譯者—陳錦宏等十人 定價—300元

災後重建，除了理論依據，還需實際的方法與步驟。本書希望藉由美國的災難經驗及災後重建的實務運作，提供國內實際工作的參考。



母性精神分析

【女性精神分析大師的生命故事】

作者—珍妮特·謝爾絲 譯者—劉慧卿
定價—450元

作者企圖標示出不同於佛洛伊德的古典精神分析之路（注意焦點和研究主題的不同），用極端的二分法「母性和父系」，讓讀者注意到這種焦點的改變。



意義的呼喚

【意義治療大師法蘭可自傳】

作者—維克多·法蘭可 審閱—李天慧
譯者—鄭納無 定價—220元

法蘭可是從納粹集中營裡生還的心理治療師，更是意義治療學派的創始人。在九十歲的高齡，他自述其跨越一世紀的精采人生，向世人展現他追尋意義的心靈旅程。



尼金斯基筆記

作者—尼金斯基 譯者—劉森寬
定價—320元

舞神尼金斯基在被送入療養院治療精神疾病前寫下的筆記，見證這位藝術家對人類的愛、精神和宗教的追尋。這些文字來自一個崩潰的靈魂的吶喊，為了達到舞蹈極限，他跳向一個無人能及的地方—「上帝的心中」。



崔玖跨世紀

口述—崔玖 執筆—林少雯、龔善英
定價—300元

從國際知名的婦產科權威，到中西醫的整合研究，到花精治療及生物能醫學的倡導，台灣的「另類醫學之父」崔玖七十餘年的人生，不斷突破傳統，開創新局，是一則永遠走在時代尖端的傳奇！



生死學十四講

作者—余德慧、石佳儀 整理—陳冠秀
定價—280元

本書從現代人獨特的生存與死亡處境出發，以海德格、齊克果的哲學精神為經緯，結合作者多年累積的學養與體驗，引領你和我一起探索關於生命與死亡的智慧。



超越自我之道

作者—羅傑·溫許、法蘭西絲·方恩
譯者—易之新、胡夢琴 定價—450元

本書呈現的是超個人學派發展的大趨勢。且看超個人運動能不能引領我們化解全球迫切的危機，使人類徹底覺醒。



心理治療入門

作者—安東尼·貝特曼、丹尼斯·布瑞
強納森·佩德
譯者—陳發義 定價—450元

本書是心理治療的經典入門作品，詳盡地介紹精神動力的原理與實務概要，對於不同型式心理治療的歷史、理論、實務等方面的脈絡加以討論，是學習正統心理治療最佳的媒介。



愛的功課

【治療師、病人及家屬的故事】

作者—蘇珊·麥克丹尼爾、潔芮·赫羅斯
威康·黃錦提
譯者—楊淑智、魯宏 定價—600元

一群家族治療師勇敢打破傳統心理專業人士與病人、家屬之間的階級與藩籬，分享自己生病的經驗。讓治療的過程更富人性，醫病關係也更真誠。



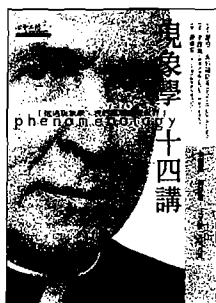
學習家族治療

作者—薩爾瓦多·米紐瓦、李維榕
喬治·賽門
譯者—劉瓊瑛、黃漢耀 定價—420元

米紐瓦在家族治療領域有深遠的影響力，他的典型面談甚至成為治療師評斷自己工作優劣的標準。本書提供了初學者與執業者少有的機會，在大師的帶領下，學習家族治療的藝術與技術。

在奔馳的想像中尋找情感的歸屬
在迷離的經驗中仰望生命的出口
在波動的人性中鑿定掙扎的路徑
在卑微的靈魂中趨近深處的起落

Story



現象學十四講

作者—羅伯·索科羅斯基
譯者—李維倫 定價—380元

這本認識現象學的入門書，將現象學的核心議題、基本要素、語彙、概念等做了詳盡的解釋，並也以日常生活為例，讓讀者從以往的習以為常，進入從現象學角度思考的哲學生活。



幸福

作者—威爾·弗格森 譯者—韓良旭
定價—280元

在陽光和幸福撒滿大地，人人微笑而滿足的時刻，由慾望架構起來的城市，卻像骨牌一般紛紛崩解。又悲慚決定了，這是最後的對抗，他必須去殺掉心靈大師，將世界從幸福中解救出來，讓痛苦、災難和體話重回人間……

迷惘與清明的纏綿糾葛，讓人渴盼清靈的暮鼓晨鐘，心靈的虔誠祈禱，智慧的凝練經句或是淡淡點綴，或是重重棒喝，內在靈性已然洗滌清澈，超越自我

Harmony



與無常共處

【108篇生活的智慧】

作者—佩瑪·丘卓
譯者—胡因夢 定價—320元

本書結集佩瑪·丘卓數本著作中的一百零八篇教誨，幫助我們在日常的挑戰中培養慈悲心和覺察力，深入探索友愛、禪定、正念、當下、放下，以及如何面對恐懼和各種痛苦的情緒。



生命的哲思

作者—葛瑞林
譯者—李維倫 定價—250元

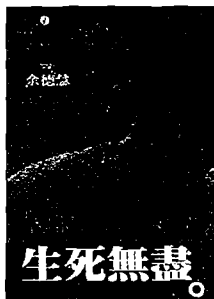
本書是英國著名哲人葛瑞林對人類日常生活的深思與反省。透過一篇篇短小精湛的文章，作者想傳達給我們的是，追求生命的意義與生命蘊含的寶藏，會使人獲得深刻的啟發與提升。



生命史學

作者—余德慧 定價—280元

時間賦予我們奇妙的感覺，使我們的生命產生某種氛圍，像薄薄的光暈籠罩著現在，也因此有了生命的厚重感。



生死無盡

作者—余德慧 定價—250元

承接「把死亡當作生命的立足點」的觀念，余德慧教授在本書中思考的是現實中與生共存的死亡，在剷除重重障礙的過程中，他提出「潮臨」的想法：「在任何活著的時刻，都能準確地捕捉到生死間同時存在。」呈現出一個「生死相通」的自在世界。



愛你，想你，恨你——走進邊緣人格的世界

I hate you, don't leave me —
understanding the Borderline Personality

作者—傑洛·柯雷斯曼 (Jerold J. Kreisman M. D.)、郝爾·史卓斯 (Hal Straus)
譯者—邱約文

財團法人吾心文教基金會—協同企劃及贊助

出版者—心靈工場文化事業股份有限公司
發行人—王浩威 諮詢顧問召集人—余德慧
總編輯—王桂花 執行編輯—周旻君 特約編輯—劉慧美
通訊地址—106台北市新生南路二段30巷26-1號2樓
郵政劃撥—19546215 戶名—心靈工場文化事業股份有限公司
電話—(02) 2341-8680 傳真—(02) 2341-8637
Email—service@psygarden.com.tw 網址—www.psygarden.com.tw

製版·印刷—德輝印刷設計有限公司
總經銷—大和書報圖書股份有限公司
電話—(02) 8990-2588 傳真—(02) 2990-1658
通訊地址—242台北縣新莊市五工五路2號 (五股工業區)
初版一刷—2005年10月 ISBN—986-7574-53-2 定價—300元

Copyright©1989 by Jerold J. Kreisman & Hal Straus
Published by arrangement with Andrew Nurnberg Associates International Ltd.
Chinese Edition Copyright©2005 by PsyGarden Publishing Company
All Right Reserved

版權所有·翻印必究。如有缺頁、破損或裝訂錯誤，請寄回更換。

國家圖書館出版品預行編目資料

愛你，想你，恨你——走進邊緣人格的世界／傑洛·柯雷斯曼 (Jerold J. Kreisman)、
郝爾·史卓斯 (Hal Straus) 作；邱約文譯。
—初版—臺北市：心靈工場文化，2005 [民 94]
面：公分
譯自：I hate you, don't leave me—understanding the Border line personality
ISBN 986-7574-53-2(平裝)
415.99 94017629

感謝您購買心靈工坊的叢書，爲了加強對您的服務，請您詳填本卡，
直接投入郵筒（免貼郵票）或傳真，我們會珍視您的意見，
並提供您最新的活動訊息，共同以書會友，追求身心靈的創意與成長。

書系編號—SH008

書名—愛你，想你，恨你

姓名

是否已加入書香家族？ 是 現在加入

電話 (O)

(H)

手機

E-mail

生日

年

月

日

地址

服務機構

職稱

您的性別—1.女 2.男 3.其他

婚姻狀況—1.未婚 2.已婚 3.離婚 4.不婚 5.同志 6.喪偶 7.分居

請問您如何得知這本書？

1.書店 2.報章雜誌 3.廣播電視 4.親友推介 5.心靈工坊書訊
6.廣告DM 7.心靈工坊網站 8.其他網路媒體 9.其他

您購買本書的方式？

1.書店 2.劃撥郵購 3.團體訂購 4.網路訂購 5.其他

您對本書的意見？

封面設計 1.須再改進 2.尚可 3.滿意 4.非常滿意
版面編排 1.須再改進 2.尚可 3.滿意 4.非常滿意
內容 1.須再改進 2.尚可 3.滿意 4.非常滿意
文筆／翻譯 1.須再改進 2.尚可 3.滿意 4.非常滿意
價格 1.須再改進 2.尚可 3.滿意 4.非常滿意

您對我們有何建議？

廣 告 回 信
台 北 郵 局 登 記 證
台 北 廣 字 第 1143 號
免 貼 郵 票



台北市106新生南路二段30巷26-1號2樓

讀者服務組 收

(對折線)

加入心靈工坊書香家族會員
共享知識的盛宴，成長的喜悅

請寄回這張回函卡 (免貼郵票)，
您就成爲心靈工坊的書香家族會員，您將可以——

◎隨時收到新書出版和活動訊息

.....

◎獲得各項回饋和優惠方案

.....

