

# 本文章已註冊DOI數位物件識別碼

## ► 邊緣性人格患者在情緒覺察與同理心之表現探討

The Performance of Emotional Awareness and Empathy in Patients with Borderline Personality Disorder

doi:10.30074/FJMH.201406\_27(2).0004

中華心理衛生學刊, 27(2), 2014

Formosa Journal of Mental Health, 27(2), 2014

作者/Author：葉在庭(Zai-Ting Yeh);辜靖淳(Ching-Chun Ku);方俊凱(Chun-Kai Fang)

頁數/Page：253-281

出版日期/Publication Date：2014/06

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

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

請使用本篇文獻DOI永久網址進行連結:

To link to this Article:

[http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201406\\_27\(2\).0004](http://dx.doi.org/10.30074/FJMH.201406_27(2).0004)



DOI Enhanced

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

若想得知更多DOI使用資訊，

請參考 <http://doi.airiti.com>

For more information,

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

請往下捲動至下一頁，開始閱讀本篇文獻

PLEASE SCROLL DOWN FOR ARTICLE



## 邊緣性人格患者在情緒覺察與同理心之表現探討

葉在庭 辜靖淳 方俊凱

**研究目的：**邊緣性人格疾患為臨床上最常見的人格疾患種類，臨床特徵為情緒調適與人際關係困難，病因可能來自分離個體化歷程困難，而導致無法正確區辨自我與他人的情緒狀態，他們在理解他人想法與感受上有困難，錯誤解釋社會刺激因而產生不適當的行為反應，因此本研究以情緒覺察與同理心作為能力的指標進行探討，情緒覺察能力包括自我情緒與他人情緒的覺察，同理心則包括從他人角度瞭解推論他人感受與想法，感受他人情緒經驗並感同身受，本研究目的為排除情緒辨識及憂鬱指標的影響後，邊緣性人格患者組是否在情緒覺察及同理心與一般健康組有差異。**研究方法：**以31位經精神科醫師確立診斷之邊緣性人格疾患組與31位健康組，進行情緒臉孔與聲調綜合辨識、情緒覺察與同理心的評估。**研究結果：**邊緣性人格疾患者在情緒覺察方面，覺察自我或他人情緒皆表現較差，在情感同理心的反應較為強烈，而在認知同理心的表現較差，呈現出不對稱的同理心表現樣貌。**研究結論：**邊緣性人格患者無法區分自我與他人的情緒不同，加上觀點取替能力較弱，導致人際關係方面產生較高的個人受苦感，相關強化認知同理心的介入模式亦加以討論。

**關鍵詞：**邊緣性人格疾患、同理心、情緒覺察、情緒辨識

---

葉在庭：輔仁大學臨床心理學系副教授；國立台灣大學心理學系博士；專長領域與研究興趣為臨床心理學，情緒與社會認知。(通訊作者；E-mail: yehzaiting@ntu.edu.tw)

辜靖淳：衛生福利部玉里醫院臨床心理師；輔仁大學臨床心理學系碩士；輔仁大學心理復健系學士；專長領域與研究興趣為臨床心理學。

方俊凱：馬偕紀念醫院精神科主任；國立陽明大學生物醫學影像暨放射科學系博士；國立臺北護理健康大學生死教育與輔導研究所碩士；專長領域與研究興趣為精神醫學、自殺防治、酒癮戒治。

收稿：2012年10月18日；接受：2014年01月29日。

## 一、文獻探討

### (一) 邊緣性人格疾患

邊緣性(borderline)一詞最初是由精神分析理論學者Stern(1938)所提出，用以描述難以歸類於精神官能症或精神病的患者，故此類病患是處於診斷上的邊界而得名，但直到1980年邊緣性人格疾患(以下簡稱BPD)才被納入精神疾病診斷與統計手冊第三版(DSM-III)中，而有了描述患者行為的結構化定義。在2013年五月最新出版的美國精神醫學會出版的精神疾病診斷與統計手冊(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition Text Revision, DSM-5)，BPD的診斷內容並未改變，但是過去五個軸向的概念已經刪除，也就是人格疾患不再列為第二軸診斷，依據最新的診斷系統，BPD是一種普遍缺乏彈性的內在經驗與外在行為模式，此模式是穩定而持久地，它的發生至少可追溯至青春期或成年早期，其基本特質是對人際關係、自體形象、情感表現極為不穩定，且非常容易衝動，其診斷需表現於下列各項中五項(或五項以上)：(1)瘋狂努力以避免真實或想像中被拋棄。(2)不穩定且緊張的人際關係模式，特徵為變換在過度理想化及否定其價值兩極端之間。(3)認同障礙：自體形象或自體感受持續明顯不穩定。(4)至少兩方面可能導致自我傷害的衝動行為(如：花錢、性、物質濫用、魯莽駕車、暴食)。(5)一再自殺的行為、姿態、或威脅，或自傷行為。(6)由於心情過度易於反應而情感表現不穩定(如：強烈且陣發性的心情惡劣、易怒、或焦慮，通常僅持續數小時，極少會超過幾天)。(7)長期感到空虛。(8)不合宜且強烈的憤怒或對憤怒難以控制(如：常發脾氣、總是憤怒，一再打架)。(9)暫時性與壓力源相關連的妄想樣意念或嚴重的解離性症狀(American Psychiatric Association, 2013)。

而在盛行率方面，美國的研究指出，估計其盛行率約為總人口1.6至5.9%，醫學中心精神科門診患者約10%，精神科住院患者則約15-20%(APA, 2013)，臨床所見人格疾患個案中，BPD所佔比例約為30%~60%，是目前最頻繁被診斷的人格疾患，其中女性明顯較多於男性，且患者家族史中有較多酒精、藥物、重鬱症病史(Loranger et al., 1994)。許多邊緣性人格障礙的個案是聰明有能力的，但情緒及發展過程的障

airiti

礙讓造成他們自我概念的缺損，缺乏一貫的自我認同感，經常為了小事或不順心而否定自己，病患中有許多人無法完成適當的教育，更沒有持續的工作，或從事收入較低的工作(Grant et al., 2008)。

BPD最常和情感性疾患共病，約有70%到90%的共病率，其次為焦性慮疾患約有80%的共病率，亦同時與創傷後壓力症候群、物質濫用及飲食疾患相關，和其他人格疾患也有共病的情況(Zanarini et al., 1998)，且因表達憤怒與處理憤怒情緒上的困難，會頻繁地出現嚴重情感性發作和衝動性失控，這些議題大多與人際關係處理不當為主，常導致自殺或自傷的危險，帶給臨床工作者巨大挑戰(Shearin & Linehan, 1989; APA, 2013)。憂鬱發作經常是BPD患者住院的主要原因，普遍認為憂鬱疾患和BPD有高度相關，故本研究將使用貝克憂鬱量表(BDI-I)評估BPD患者之憂鬱情緒，並排除憂鬱情緒對測量變項的影響。

有關BPD的病理因素，Mahler、Pine與Bergman(1975)提出一個系統化的「分離-個體化(separation-individuation)」歷程的理論，此歷程是指個體與母親有共生關係之後，逐漸與母親分離且同時形成個體自我特質的過程，這是兩個互補但又明顯不同的發展過程，個體若不能成功地與母親建立良好的關係，將無法建立自己與他人的穩固關係，並且有可能形成BPD，因此BPD的形成與早年的分離依附關係不良和個體分離化過程不順利有關連，本研究將使用分離一個體化歷程量表進行評估，此量表的理念來自幼年時期因分離一個體化歷程困難所引發之人際功能障礙，可在成年時期用此量表測量，分數愈高表示人際功能障礙愈大，邊緣性人格特質越高。

從「分離一個體化」理論而言，BPD患者在幼年時期可能經歷了兩種極端渴望與恐懼的拉扯，那就是想要自主的渴望與想要親密與依賴的渴望，以及害怕被束縛與害怕被拋棄的恐懼，在幼年時期和父母或主要照顧者之間的分離與個體化困難，將導致BPD患者自我認同與價值感不明確，情緒表達的困難，衝動控制及情感的不穩定狀態(Betan, Heim, Conklin, & Westen, 2005; Fonagy, Target, Gergely, Allen, & Bateman, 2003)。隨著神經生物科學的發展，在Mahler之後，其他學者依據實徵科學的研究，陸續提出新的理論模式，Putman與Silk(2005)回顧過去有關BPD的相關神經解剖及腦神經造影的資料，提出情緒調節異常的神經發展模式(Neurophysiological

models of emotion regulation)，他同意上述依附理論的看法，並且認為個體生命早期與照顧者之間互動所造成的情緒創傷，加上個體已存有的生物素質(例如對壓力的HPA軸反應過強)，經歷與成長環境的相互影響後，造成對神經生物功能的缺損，如杏仁核、眼眶額葉皮質、海馬迴及前額葉皮質的受損，至終表現出情緒調適不良的諸多指標，例如選擇性的知覺社會訊息，無法抑制衝動行為及情緒反應過強等(Putnam & Silk, 2005)；Crowell、Beauchanine與Linehan於2009年整合Linehan(1993)已有的生物社會理論，提出BPD患者之生物社會發展理論(Biosocial development model of borderline personality)，該理論模式包括BPD患者的一系列發展歷程：(1)生物脆弱性。(2)成長過程的高風險因素相互作用，影響成年後的。(3)情緒調適失功能，造成BPD患者在社會，認知，情緒及行為的特徵，其中生物脆弱性包括血清素分泌異常，HPA軸的過度反應，成長過程的高風險因素相互作用包括：孩童時期的衝動與情緒敏感性，照顧者不適當的情緒教導，無效環境的增強，不足的家庭資源，而情緒調適失功能則包括情緒敏感度高，情緒反應強烈情緒及恢復時間較長，由上述各項理論模式可知，情緒失功能是由生物脆弱性加上兒童時期發展階段交互影響所致的高危險因子，往往展現在社會互動情境中，情緒失功能可能導致BPD患者無法正確區辨自我與他人的情緒狀態，使他們在理解他人想法與感受上有困難，錯誤解釋社會刺激因而產生不適當的社會反應和行為表現，他們對社會刺激高度警戒，特別是關於人際間模糊，不一致或負向的訊息(Linehan & Schmidt, 1995)，因此許多研究開始探討他們的人際知覺歷程，包括了情緒覺察與同理心(Wagner & Linehan, 1999; Westen, 1991)。

由於人際關係的不穩定與情緒調適困難是邊緣性人格的特徵，學者認為人際衝突的原因可能來自上述之理論架構，而導致無法正確區辨自我與他人的情緒狀態，他們在理解他人想法與感受上有困難(Drew, Naomi, Kenneth, Laura, & Kevin, 1990; Marwick & Hall, 2008; Wagner & Linehan, 1999)，有關邊緣性人格在情緒覺察方面的研究，早期集中於靜止的情緒臉孔辨識(Domes et al, 2008; Lynch et al, 2006; Wagner & Linehan, 1999)，或增加不同感覺輸入例如情緒音調(Minzenberg, Poole, & Vinogradov, 2006)，較為一致的發現是邊緣性人格對於生氣情緒的辨識有偏差，此外對於



airiti

中性的臉孔刺激，容易往負向情緒進行解讀。此外，亦有考慮生態效度及增加人際互動複雜度的研究，以社會情境脈絡下的故事呈現，探討邊緣性人格患者在自我與他人的情緒覺察及同理心與一般正常控制組的差異 (Flury, Ickes, & Schweilne, 2008; Frank & Hoffman, 1986; Guttman & Laporte, 2002; Ladisich & Feil, 1988; Levine, Marziali, & Hood, 1997)，但是在此兩方面的研究結果並不一致，靜止情緒臉孔辨識是複雜社會脈絡下情緒辨識的基礎，在真實社會互動情境中，除了情緒臉孔是動態的歷程，還有說話聲音的線索，而這些綜合線索可能是情緒覺察與同理心的影響因素，因此本研究將以情緒覺察與同理心為主題，同時測量基本情緒臉孔(視覺)的辨識並且加上情緒聲調(聽覺)的測量，探討邊緣性人格患者可能的心理病理因素，以下將從此兩面向進行文獻回顧。

## (二) 邊緣性人格患者的情緒覺察

情緒覺察是指能適當地覺察自我或他人情緒，基於上述BPD的形成與早年的分離依附關係不良和個體分離化過程不順利有關連，因此以下將從發展的觀點來看情緒覺察的過程。幼兒時期在探索新的物體或情境後，會看看他們同伴的反應，這表示他們正在使用別人的情緒反應來評估自己判斷的正確性，幼兒階段逐漸出現情緒調適的認知策略及精緻化，逐漸明瞭社會所認可的情緒表達規則，因此也會出現部份情緒隱藏，學到更多在某種情境下可表達或壓抑情緒的社會經驗，而在情緒理解上，在瞭解引發情緒的外在因素能力會增進，國小階段兒童可以覺察自我情緒，也可整合外在和內在線索來瞭解他人的情緒，明瞭人們對相同的事件可能會有不同的情緒反應，也瞭解自己和他人都會出現複合的情緒 (Hornik & Gunnar, 1988; Zeman & Shipman, 1997)，在孩童學習過程中，辨識與解釋他人情緒能力是一項很重要的發展，隨著年齡增長，情緒覺察的複雜度逐漸建立，使得個體的情緒調適方式日漸成熟健全(Terwogt & Stegge, 2001)。

從上述可知，情緒覺察能力有其發展過程層次上的差異，Lane、Quinlan、Schwartz、Walker與Zeitlin等人(1990)認為個體辨識與描述自我與他人情緒的能力是經過一段發展歷程的改變而漸趨成熟，根據Lane等人(1990)所發展的情緒覺察層次

量表，情緒覺察的五個層級將覺察能力由低到高為：(1)感覺動作的反射反應期：主要為身體感覺或臉部表情。(2)感覺動作的行動期：有身體感覺及採取行動的衝動。(3)前運思期：對情緒的瞭解除了身體表情外，逐步有心理認知上的瞭解。(4)具體運思期：可以察覺到多種情緒，而且可以描述主觀經驗中複雜的情緒及不同的情緒狀態。(5)形式運思期：可以覺察到更多不同的情緒，而且有能力區辨不同情緒程度的細微差異，可以瞭解他人複雜的情緒，此模式中，情緒經驗被假設是在不同個體中會經歷發展等級的結構式轉換，越高層級的情緒覺察代表有越佳的知覺自我與他人的複雜情緒經驗能力，而且較高層級的情緒覺察建立在基本的情緒辨識能力上，例如在第五階段形式運思期中區辨自我情緒與他人情緒的差異，建立在第四階段具體運思期中可以區辨不同的情緒狀態。

由以上文獻中可發現情緒覺察的形成或表現型態與個體發展有相當關聯，目前研究指出BPD患者可能在依附關係的建立失敗，進而造成情緒覺察的發展不順利，這將導致他們缺乏建立良好人際關係的功能(Johnson, Bornstein, & Krukonsis, 1992)，Levine等人(1997)使用Lane等人(1990)所發展出的情緒覺察量表(The levels of emotional awareness scale, LEAS)，以30位臨床診斷為BPD患者進行研究，結果發現他們在自我及他人的情緒覺察表現皆較差，無法整合混合的情緒訊息，對負向情緒的反應強度較為強烈且在辨識他人情緒表情方面正確率較低，該研究認為在衝突與模糊情緒情境中，BPD患者對自我和他人有較差的情緒覺察，後續Leib、Zanarini、Schmahl、Linehan與Bohus(2004)使用多面向情緒覺察問卷(Multidimensional Emotional Awareness Questionnaire, MEAQ)篩檢不同人格特質的大學生，發現有較高BPD特質者對他人的情緒關注度較高、對自我情緒覺察度較差、情緒理解度及情緒規律度也較差，對他們自己的情緒瞭解度和述說自己情緒的頻率都較少，且在面對負面情緒經驗處理能力上明顯較差。

但是也有相反的結果，Lynch等人(2006)以20位邊緣性人格疾病患者及20位控制組進行情緒敏感度的辨識研究，該研究以電腦合成情緒臉孔影像進行評估，結果發現BPD疾患者最早階段可以正確地分辨從中立到最大強度的臉部表情變化，BPD比健康組在分辨情緒表情有更高敏感度，例如在60%程度的生氣表情時，他們會比其

他人更早辨識出，表示不過該項研究也發現當情緒刺激是100%呈現時，也就是完全呈現生氣表情時，兩組在對他人的情緒辨識能力並沒有差異。

綜合上述，BPD患者的情緒覺察研究結果並不一致，有研究顯示情緒覺察較為敏感，因此容易導致人際關係的緊張關係，也有研究顯示情緒覺察較差，容易造成人際關係的誤解與錯誤反應，探討其可能原因發現，上述Levine等人(1997)的研究比較邊緣性人格患者與健康組在較高層次情緒覺察能力的差異時，並未測量其基本的情緒辨識能力(例如：臉孔情緒辨識)，在較高層次的情緒覺察表現不好，可能是具體運思期基本不同情緒的辨識有缺損所致；而Leible等人(2004)的研究僅以大學生為對象，並非以臨床個案進行探討，其結論有其限制性；Lynch等人(2006)僅以20位臨床患者為研究對象，且其測量的情緒覺察能力是基本的臉孔情緒辨識，而非較高層區辨自我與他人在社會脈絡下情緒覺察，因此本研究將以30位左右在臨床診斷為BPD的患者進行情緒覺察度的研究，並將情緒臉孔辨識能力先進行排除，以便能系統性的探討對自我及他人高層次情緒覺察能力的表現。

### (三) 邊緣性人格患者的同理心研究

Hoffman認為同理心是對他人感覺與情境做出適當的情緒反應，個體能感知與體驗他人情感的能力(Hoffman, 1982; Hoffman, Levy-Shiff, & Ushpiz, 1993)，Marshall、Hudson與Fernandez(1995)提出同理心是指個體必須先察覺另一人的情緒狀態，同時將自己置於對方的觀點看事情，Davis(1994)則較完整的將同理心分為兩大向度：一是對他人的觀察經驗有情感反應或分享同伴感受，稱為「情感同理心」，另一被描述為認知轉換能力或致力於接收他人對事件的心理觀點，稱為「認知同理心」，情感同理包括「個人受苦感」：自我取向的感覺，在緊張的人際狀態下，個人出現焦慮和不安的反應傾向，及「同理感受」：他人取向的感覺，對不幸的他人感到同情和關懷的反應傾向，而認知同理則包括：「觀點取替」：採用他人心理觀點的自動傾向，及「角色置入」：將自己轉換於特定情境(如：故事或電影中角色人物的感覺)的反應傾向。

由於BPD患者的社會互動存有障礙，因此許多研究開始探討該疾患在同理心的



airiti

表現，Frank與Hoffman(1986)以測量非語言式的社會情境來瞭解患者的同理心，使用Profile of Nonverbal Sensitivity(PONS)，此作業有20個社會情境的短片，結果發現BPD患者比一般健康組有更高的同理心反應，Guttman與Laporte(2000)以人際反應指標量表測量同理心，受試者有28位厭食症、27位BPD組與27位控制組，該研究假設BPD組的同理心較差，但結果卻發現BPD患者的同理心，在個人受苦感與同理感受的得分均較高，以上研究發現BPD患者在同理能力較一般人來得好。

也有相反的證據指出邊緣性人格疾病患者的同理能力並不好，Guttman與Laporte(2002)發現BPD的女性中有許多情感表達不能者(alexithymia)，研究發現他們的情感表達能力與同理心有負相關，情感表達不能的程度越高，同理心的能力越低。Flury、Ickes與Schweinle(2008)思考臨床上BPD患者的表現經常被形容為可以準確地“閱讀”他人(包括情緒與想法)，且他們似乎與他人建立關係是容易的，但卻經常有嚴重的人際關係衝突困擾，因此在其實驗設計中，安排高BPD特質和低BPD特質彼此有10分鐘的互動(詢問對方實驗設定的八個問題)，之後需要填寫性格評量問卷(Personality rating scale)，覺得自己和伙伴應該屬於那一個層級，研究結果顯示低BPD特質比高BPD特質在互動實驗中可以更為坦率去報告其真實感受和想法，BPD特質高的受試者有更多難以令人預測的人格特質、對他人有錯誤的推論與感受，從與同理心優勢相關結果來看高BPD特質者並無較佳的情緒反應能力，較難去“閱讀”他人感覺，在同理心上表現是較差的。

由上述可知BPD患者的同理心測量結果有不一致之處，一部份研究支持BPD患者的同理心相對於非BPD患者組是較高的，但也有研究結果支持其同理心是較一般人低的。探討其原因，從概念定義而言，Hoffman(1982)強調同理心的情感層面，而Marshall等人(1995)則強調同理心的認知觀點層面，Davis(1994)的概念是較為整全的看法，將同理心區分為認知與情感同理，上述Frank與Hoffman(1986)及Guttman與Laporte(2002)的研究並未將同理心的此兩個層面加以詳細檢視，Flury等人(2008)的結果則提醒後續的研究，人際互動中的基本臉孔情緒辨識可能會影響BPD患者在同理心的表現，因此本研究將嘗試以認知與情感同理兩層面探討BPD患者的同理心表現，並且亦同時測量基本情緒辨識能力，檢視其可能的影響程度。

## 二、研究目的

由以上文獻回顧發現，BPD患者在情緒覺察與同理心兩方面的社會認知，研究結果尚未有一致的結論，在情緒覺察部分，有研究指出情緒辨識較為敏感、亦有研究認為他們的情緒覺察表現較差，在同理心部分，有研究指出他們在個人受苦感與同理感受的得分較高，但是也有研究指出他們錯誤判斷他人的動機與想法。因此，本研究目的為探討BPD患者組是否在情緒覺察不同層面與一般健康組有差異，及探討BPD患者組是否在同理心反應不同變項與一般健康組有差異，由於過去研究指出有些BPD患者在基本的情緒臉孔辨識作業上有缺損，且依據情緒覺察發展的理論，較高層級的情緒覺察建立在基本的情緒辨識能力上，因此，本研究同時測量情緒臉孔辨識作業，評估所造成的影響，將以佛羅里達情緒測驗(Florida Affect Battery)進行，因為此量表可以同時評估基本視覺與聽覺的情緒辨識且已具有中文文化的信效度，藉此探討較為高層次之自我及他人情緒覺察及不同面向同理心的表現。此外，考慮到BPD與憂鬱症的共病率約70%到90%(Zanarini et al., 1998)，情緒的低落會造成他們在情緒覺察或同理心的表現，因此本研究同時測量其憂鬱情緒程度以檢視其影響。

## 三、研究方法

### (一)受試者

研究對象分為兩組，BPD患者組為台北市某一醫學中心之精神科門診病患，納入條件為經精神專科醫生依據精神疾病分類系統診斷為BPD，且在分離-個體化歷程量表到達切截分數208分以上者，年齡介於二十歲至五十五歲之間，排除條件包括不識字、智能障礙、視聽力障礙者、腦部神經系統受傷、精神分裂症患者。正式研究收案時間為民國九十九年一月至一〇〇年二月間。原本共有41名研究參與者，剔除亂填及遺漏值過多之1位受試者，另外有9位受試者的學歷為國中肄業或畢業，無法找到符合年齡且為國中畢業的控制組與之配對，由於必須排除學歷因素造成兩組間在

測量變項上的差異，因此最後納入有效樣本為31名，包含2位男性和29位女性，年齡分佈介於20至48歲之間，平均年齡為30.32歲，平均的教育程度13.71年。根據DSM-IV精神疾病分類，BPD者組中，有45.16%同時診斷為的雙極性疾患，31.83%的個案同時診斷為低落性情感疾患，有19.35%同時診斷為重鬱病，有3.66%同時診斷為社交恐懼疾患。

健康對照組樣本來自台灣北部地區之一般社會大眾，經由使用網路文宣來徵求受試者，研究參與者除必須意識清楚，考慮情緒辨識與同理心可能有年齡、性別與教育程度方面的差異，為了排除此三項基本資料的影響，因此年齡與教育程度需與配對BPD患者組差異不超過兩年，性別則與BPD患者組完全配對，以一般晤談方式及臨床觀察詢問其過去疾病史與學業成就，排除可能BPD患者、智能障礙者、精神分裂症患者及腦部神經系統受傷者，最後共計有效樣本為31名，包含2位男性和29位女性，年齡分佈介於20至48歲之間，平均年齡30.32歲，平均教育程度為14.29年，基本人口變項資料列於表一，依據表一，可知BPD患者組與一般健康組在性別比率、平均年齡、教育程度在統計並無顯著差異。

所有的受試者皆依照台北市某醫學中心之人體試驗委員會規定，簽署知情同意書，自願加入研究；在實驗結束後給予合理車馬費以酬謝受試者之辛勞，並且在受試者有需要時提供受試回饋表，以維護受試者之權益。

## (二) 研究工具

研究工具主要分為五大部分，確認BPD特質並排除憂鬱指數及情緒辨識，然後比較其情緒覺察與同理心表現。分述如下：

表一 人口學變項相關基本資料

	邊緣性人格疾患患者組 (N=31)	一般健康組 (N=31)	差異檢定
性別比率	29女：2男	29女：2男	——
平均年齡	30.32 (7.20)	30.32 (7.35)	——
教育程度	13.71 (2.16)	14.29 (1.97)	$t(60)=-1.11, p=.274$

## 1. 分離一個體化歷程量表(Separation-Individuation Inventory)

因本研究之對象為BPD患者，所有受試者均經過精神科專科醫師之診斷，此外受試者填寫分離一個體化歷程量表，若分數超過國內常模之70%以上，切截分數為208分，則納入本研究之研究對象。原英文版量表是由Christenson與Wilson(1985)所編制，隨後又新增量表指導語，此量表依據Mahler等人(1975)提出此分離一個體化理論，個體若不能成功地與母親建立良好的關係，將無法建立自己與他人的穩固關係，並且有可能形成BPD，不順利的分離一個體化歷程可能會導致青少年產生破壞的行為、對社會與家庭的不滿與放棄以及有自殺的傾向(Daniels, 1990; Mahler, Pine, & Bergman, 2000)，分數愈高表示自我功能障礙愈大，有較高的邊緣性人格特質。此量表共有39題，施測時間約5至10分鐘，採用10點量尺作答，數字越大表示具有這個特質的程度越強，題目內容包含區分人我界限(differentiation)14題、利用分裂(splitting)此防衛機制12題和人際關係13題。在信、效度研究方面，此量表的內部一致性 $\alpha$ 值為.92~.94，因素分析結果顯示只有一個主要因素，解釋共變量49%(Christenson & Wilson, 1985; Dolan, Evans, & Norton, 1992)。

而分離一個體化歷程量表的翻譯及修訂版中文化量表則是由譚偉象、張淑慧、夏允中與蔣世光(2006)所翻譯及修訂，根據量表資料分析結果顯示，本測驗除原有的39題外，宜因應本土化的特性增加三個題目，即現在測驗中的第40至42題。在中文版邊緣型人格特質量表標準化的過程，分別針對高中職學生、大學生、成人等三個組別建立常模，三組合併所得的內部一致性 $\alpha$ 值為.90，在74位大學生的樣本中，相隔28天的再測信度為.77，本測驗分數與DSM-IV邊緣性人格疾患診斷標準中的邊緣性人格症狀有顯著相關，且正常組與BPD患者組之測驗分數有顯著差異(Tam, Sffiah, & Chiang, 2003)。

## 2. 貝克憂鬱量表(Beck Depression Inventory, BDI-I)

最早的貝克憂鬱量表是1961由Beck等學者所設計，用來評估上13-80歲成人的憂鬱程度，受檢者至少應有小學5-6年級以上的閱讀能力，此為自陳式憂鬱症狀檢測量表，填表時間約為10分鐘，共包含21題，每組題目包括4個選項，分別為0~3分，總分為0~63分之間，得分越高顯示憂鬱程度越嚴重，根據Beck與Steer(1993)所出版的



使用手冊對得分的定義，總分在0~9為正常，10~16分為輕度憂鬱，17~29分為中度憂鬱，30~63分屬於重度憂鬱。在信效度研究方面，再測信度係數為0.69至0.90之間，折半信度係數的範圍為0.58至0.93之間；在同時效度方面，BDI與臨床人員對病患憂慮評估之間係數為0.69至0.90(Beck, Guth, Steer, & Ball, 1997; Beck, Steer, Beck, & Newman, 1993)。

### 3. 佛羅里達情緒測驗(Florida Affect Battery, FAB)

佛羅里達情緒測驗於西元1992年由Bowers等學者發展出來，用來測量神經或精神疾病患者的情緒辨識能力，讓臉部情緒與聲調情緒做配對，可以同時檢測臉部情緒辨識與聲調情緒辨識的能力(Bowers, Blonder, & Heilman, 1992)。

佛羅里達情緒測驗共測量五種情緒的辨識：快樂、悲傷、生氣、驚訝和中介情緒，分測驗有三大類：(1)情緒臉孔表情配對，例如呈現生氣臉孔、請受試者在五種情緒臉孔中選出另一張也是生氣的臉孔，是視覺配對視覺的辨識；(2)情緒性聲調與臉孔配對，請受試者聽完帶有情緒的句子之後，選出符合句子情緒的圖片，是聽覺配對視覺的情緒辨識；(3)情緒聲調的配對，請受試者聽帶有不同情緒的三個句子之後，選出符合圖片情緒的句子，例如：受試者聽到生氣、快樂及驚訝三種句子，然後選出哪一項情緒聲音符合所呈現的單一情緒臉孔，每階段共計有二十個題目，可計算出答對率與不同情緒錯誤類型，分數越高表示其臉部情緒與聲調情緒辨識的能力越好。

劉又綺、葉在庭與蔡明成(2012)將佛羅里達情緒測驗中文化，以63位大學生及12位額葉腦傷患者進行信效度研究，在內容效度方面，各分測驗的同意度介於.81~.99的範圍，效標關聯效度部分，本測驗與測量推論他人想法與意念的作業(心智推理)相關達顯著水準，與國外常模無顯著差異，由於過去研究顯示情緒辨識與腦傷有關，而此測驗在額葉腦傷患者的臉部及聲調情緒辨識能力低於對照組，顯示中文化後具有良好的效度。

### 4. 情緒覺察量表(The levels of emotional awareness scale, LEAS)

本量表根據Lane等人(1990)所發展的情緒覺察層次量表進行編制，分為四種向

度：情緒覺察層次、對他人情緒覺察的層次、情緒的性質、情緒強度。共計20題，每一個描述有2~4個情境，其中都包含兩個人，每個場面會引誘出四種類型情緒(憤怒、恐懼、開心、悲傷)，其有五個情緒層級持續增加的複雜度。每一個場景以一頁呈現，情境內容提供的線索包括持續增加的層級複雜度，第一種情境線索是身體知覺，如：你在幫你鄰居修理家具時，把鐵鎚打到指頭上；第二種情境線索是行動傾向或目標的激發，如：熟識的外國朋友對你國家做出貶低的言論；第三種情境線索等級是經驗兩極的情緒。如：銀行排隊時，前一個人需要辦理的程序異常繁瑣；第四種情境線索等級是混合不同情緒且情緒經驗彼此對抗，如：一位總是希望你可以在任何時間在他打來電話時是醒著的；最後，第五種情境線索是更多複雜和不同情緒情境，如：朋友對一起投資的事業突然改變心意，每一個情境，參與者都需要被問兩種問題：你感覺怎樣？其他人會感覺怎樣？，反應將會以每一個情境和每一個問題(自我和他人)被分開計分，受試者在每一頁填寫他們的反應，使用可以很多頁數，但要可以清楚表達回答這兩個問題(感覺如何)，每一個情境反應會被分開計分，每一回應會以自我和他人來接受分開的情緒描述計分。

情緒覺察量表與其他認知發展複雜度有高相關、與情緒範圍、情緒的覺察、對經驗的開放度有正相關，以使用40位大學生所做的評分者間信度可達.84，內部一致性為.81(Lane et al., 1990)，研究發現LEAS可對憂鬱症的情緒缺乏測量加以有效地解釋，結果指出憂鬱症患者缺乏情緒的覺察，特別是與一般健康組比較後，發現他們將情緒歸因於他人能力上有困難(Bydlowski et al., 2005)，情緒覺察量表可以有效的判定情感表達不能者(alexithymic)在辨識情緒上的正確性(Lane, Sechrest, Riedel, Shapiro, & Kaszniak, 2000)。

### 中文化情緒覺察量表之編制過程

經由原作者Dr. Lane授權同意後，本研究始由一位雙修臨床心理系與外語系的大學生將原始LEAS的20題題項翻譯成中文，再由另一位於美國主修財經碩士的研究生譯回英文，回譯後的題項，再讓原作者Dr. Lane重新確認中文化題項與原量表有達高度一致性，才決定最後題項之中譯文字，中文版情緒覺察量表與原量表填答方式相同，皆屬於他評式量表。

以本研究所收集到BPD患者組與一般健康組62份，進行內部一致性係數分析，結果顯示，中文版情緒覺察量表中的「對自我的情緒覺察」與「對他人的情緒覺察」分量尺之內部一致性係數 $\alpha$ 值(Cronbach's Alpha)分別為.91與.88，而中文版情緒覺察量表的全量表之內部一致性係數為.92，三者皆達高度信度範圍；評分者間信度部分，由三位研究生依據評分手冊(Lane, et al, 1990)進行，以BPD患者組與一般健康組各自隨機抽取12份，使用Kendall's相關係數來檢驗，BPD患者組之「對自我的情緒覺察」的信度為.72，「對他人的情緒覺察」為.73，而一般健康組之「對自我的情緒覺察」的信度為.91，「對他人的情緒覺察」為.80，因此中文化之後，此量表具有良好的評分者間信度。

## 5. 人際反應指標量表(The Interpersonal Reactivity Index, IRI)

人際反應指標量表是Davis根據其同理心概念模式，試圖以「歷程」的概念來詮釋同理心本身的構念內涵與同理心發生的基本要件，因此量表包括四個指標：(1)觀點取替(Perspective Taking, PT)分量表用來評估個體在日常生活中，是否能自發性獲取他人心中所思考的觀點傾向。如：我有時候會嘗試藉著朋友的觀點看事情來多瞭解我的朋友，在批評他人之前，我會試著想像如果我處在相同處境的感受。(2)角色置入(Fantasy, FS)分量表用來評估個體運用想像力將自己轉換到另一個虛構情境的傾向。如：當我讀到一本有趣小說或故事時，我會想像故事中事件若發生在自己身上的感覺。(3)個人受苦感(Personal Distress, PD)分量表用來評估個體在面對極端不幸的他人時，所經驗到的受苦感或不舒服的感覺傾向，如：在緊張的情緒情境中會嚇到我。(4)同理感受(Empathic Concern, EC)分量表用來評估個體對於不幸的人，是否能經驗到同情與憐憫的感覺傾向，如：我通常會對比自己不幸的人有同情關心的感受，該量表中的「觀點取替」與「角色置入」屬於「認知」成分的同理心，而「個人受苦感」與「同理感受量表」屬於「情緒」成分的同理心，該量表的內部一致性介於.70至.78之間，二個月後的再測信度介於.61至.81之間，皆達可接受範圍(Davis, 1983, 1994)。

本研究使用中文化的人際反應量表，經過丁耕原(2008)中文化因素分析後，以202位大學生受試者進行刪題後人際反應量表之信度的內部一致性信度考驗，各分量

表的內部一致性係數分別為：觀點取替分量表Cronbach's Alpha為0.75，角色置入分量表為0.80，個人受苦感分量表為0.73，同理感受分量表為0.69，顯示中文化後的分量表與原量表的信度相近，可以測量到不同種類的同理心反應。

## 四、研究結果

本研究採取兩組之間平均數檢定之統計方式，檢定BPD與一般健康組平均值之差異，最後以ANCOVA控制憂鬱情緒與基本情緒辨識能力後，呈現組間差異之檢定。

### 1. BPD與一般健康組之人格特質、憂鬱指標與情緒辨識結果

從表二可知，BPD患者組與一般健康組在邊緣性人格特質量表有顯著差異( $t_{(60)}=9.64, p<.001$ )，在貝克憂鬱量表亦達顯著差異( $t_{(60)}=9.81, p<.001$ )，BPD患者組在邊緣性人格特質、憂鬱指數上皆顯著高於一般健康組的得分，而在佛羅里達情緒測驗中，兩組在情緒臉孔表情配對、情緒性聲調臉孔配對及情緒聲調配對，六種情緒辨識的正確率均顯示出一般健康組的得分高於BPD患者組，但是未達顯著差異，除了在情緒聲調配對中總分有顯著差異( $t_{(60)}=-2.43, p<.05$ )。由此結果可知，本研究BPD組的確有較高的邊緣性人格特質，由於憂鬱分數及情緒聲調配對中總分有顯著差異，為了排除憂鬱情緒及聲調情緒辨識的影響，因此在後續的統計分析中，將分別以貝克憂鬱量表及聲調情緒辨識總分為共變項進行分析。

### 2. BPD與一般健康組的情緒覺察結果

從表三可知，在「覺察自我情緒」部分，BPD患者( $M=39.23$ )顯著低於一般健康組( $M=49.71, F(1,60)=10.96, p<.01$ )，在「覺察他人情緒」部分BPD患者( $M=34.19$ )亦顯著低於一般健康組( $M=45.97, F(1,60)=12.64, p<.001$ )。

由於憂鬱分數及情緒聲調配對總分在兩組中有顯著差異，為了排除憂鬱情緒及聲調情緒辨識的影響，分別以貝克憂鬱量表及聲調情緒辨識總分為共變項進行兩組在情緒覺察的差異檢定(表四)。以貝克憂鬱量表為共變項進行分析後發現，在「覺察



表二 邊緣性人格疾患與一般健康組之人格特質、憂鬱指標與情緒辨識的結果

	邊緣性人格疾患 患者組(N=31)	一般健康組 (N=31)	差異檢定 t(60)
邊緣型人格特質量表	261.93 (43.68)	162.35 (36.84)	9.64***
貝克憂鬱量表	31.03 (10.27)	8.52 (7.6)	9.81***
佛羅里達情緒測驗正確率(%)			
情緒臉孔表情配對			
總分	76.29 (10.08)	79.19 (8.67)	-1.22
快樂	84.68 (15.38)	85.48 (12.54)	-.23
悲傷	71.77 (23.04)	75.00 (20.41)	-.58
生氣	62.10 (20.28)	68.55 (14.39)	-1.45
害怕	87.10 (18.11)	83.06 (16.31)	.92
中性	75.81 (26.21)	83.87 (18.87)	-1.39
情緒性聲調與臉孔配對			
總分	71.45 (15.21)	75.97 (10.03)	-1.39
快樂	37.90 (28.77)	45.16 (26.94)	-1.03
悲傷	89.52 (22.15)	91.13 (17.96)	-.36
生氣	72.58 (26.10)	78.23 (17.96)	-.99
害怕	77.42 (26.10)	82.26 (25.98)	-.73
中性	79.03 (19.47)	82.26 (18.48)	-.67
情緒聲調的配對			
總分	82.26 (9.47)	87.74 (8.25)	-2.43*
快樂	75.00 (19.36)	79.03 (15.94)	-.90
悲傷	83.87 (20.96)	91.13 (15.20)	-1.56
生氣	85.48 (20.18)	91.13 (12.16)	-1.33
害怕	87.90 (16.92)	89.52 (16.80)	-.38
中性	79.03 (23.36)	87.90 (20.28)	-1.60

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

自我情緒」部分，兩組差異消失( $F(1,59)=1.30, p=.26$ )，在「覺察他人情緒」部分，兩組仍有差異，接近顯著( $F(1,59)=3.04, p=.08$ )。

以聲調情緒辨識總分為共變項分析後結果顯示，在「覺察自我情緒」部分，

差異仍然顯著( $F(1,59)=9.5, p<.01$ )，在「覺察他人情緒」部分，差異仍然顯著( $F(1,59)=10.50, p<.01$ )。

### 3. BPD與一般健康組的同理心量表結果

從表三可知，同理心部分，在「觀點取替」分量表，BPD患者( $M=3.19$ )顯著低於一般健康組( $M=3.60, F(1,60)=4.14, p<.05$ )；在「角色置入」分量表，BPD患者( $M=2.99$ )高於一般健康組( $M=2.76$ )，但是未達顯著差異( $F(1,60)=.51, p=.48$ )；在「個人受苦感」分量表，BPD患者( $M=3.70$ )高於一般健康組( $M=3.06$ )，且達顯著差異( $F(1,60)=10.46, p<.01$ )，在「同理感受」分量表，BPD患者( $M=2.66$ )與一般健康組( $M=2.65$ )則沒有差異( $F(1,60)=.04, p=.95$ )。

從表四可知，以貝克憂鬱量表為共變項分析後結果顯示，在「觀點取替」部分，差異消失( $F(1,59)=.43, p=.51$ )，但是在「個人受苦感」部分，兩組仍有差異，接近顯著( $F(1,59)=3.14, p=.08$ )。

以聲調情緒辨識總分為共變項分析後發現，在「觀點取替」部分，差異消失( $F(1,59)=2.69, p=.10$ )，但是在「個人受苦感」部分，兩組仍有顯著差異( $F(1,59)=10.02, p<.01$ )。

表三 邊緣性人格疾患與一般健康組在情緒覺察量表及同理心之結果

	邊緣性人格疾患患者組 ( $N=31$ )	一般健康組 ( $N=31$ )	差異檢定 $F(1,60)$
情緒覺察			
覺察自我	39.23 (14.40)	49.71 (10.18)	10.96**
覺察他人	34.19 (13.40)	45.97 (12.46)	12.64***
同理心			
觀點取替	3.19 (.87)	3.60 (.72)	4.14*
角色置入	2.99 (1.35)	2.76 (1.12)	.51
個人受苦感	3.70 (.82)	3.06 (.74)	10.46**
同理感受	2.66 (.74)	2.65 (.52)	.04

\* $p<.05$ , \*\* $p<.01$ , \*\*\* $p<.001$

表四 控制憂鬱情緒及情緒聲調配對後之組間差異檢定結果

	差異檢定(ANCOVA)	
	$F(1,59)$	
	控制憂鬱情緒	控制情緒聲調配對
情緒覺察		
覺察自我	1.30	9.53**
覺察他人	3.04	10.50**
同理心		
觀點取替	.43	2.69
角色置入	—	—
個人受苦感	3.14*	10.02**
同理感受	—	—

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

綜合上述，邊緣性人格患者在情緒覺察的兩個向度部分均低於健康組，包括「覺察自我情緒」與「覺察他人情緒」，且不受基本聲調情緒辨識能力影響，排除憂鬱情緒的影響後，「覺察他人情緒」的分數依然低於健康組。

邊緣性人格患者在同理心的四個向度中，在「角色置入」及「同理感受」兩個向度與健康組並未有差異，但是在「觀點取替」及「個人受苦感」的兩個向度與健康組有顯著差異，且呈現不平衡的現象，在「觀點取替」的分數，邊緣性人格患者顯著低於健康組，但是在「個人受苦感」中，邊緣性人格患者卻顯著高於健康組，排除憂鬱情緒及基本聲調情緒辨識能力之後，患者組在個人受苦感的分數依然高於健康組。

因此，本研究顯示邊緣性人格患者在社會脈絡下覺察他人情緒能力是較差的，但是在同理他人的過程中卻容易有較高的個人受苦感，此不平衡的現象可能是邊緣性人格患者容易造成人際誤會與衝突的原因。

## 五、綜合討論

本研究目的之一為探討BPD患者的情緒覺察能力與一般正常人是否有差異，研究結果顯示BPD患者在中文版情緒覺察量表中的覺察自我情緒與覺察他人情緒皆低於一般正常人，本研究結果與Levine等人(1997)使用相同情緒覺察量表測量BPD患者研究結果一致，皆在衝突或模糊情境中其覺察自我和他人情緒表現較一般健康組差；研究結果也與使用其他類型情緒覺察量表結果相符，支持BPD患者其自我情緒覺察能力比一般人不好(Leible & Snell, 2004)，本研究更發現BPD患者對他人情緒覺察力也是不佳的。

相較於其他研究，本研究進一步將憂鬱分數及情緒聲調配能力進行排除，以釐清個體本身的憂鬱情緒及對外在環境情緒臉孔及聲調辨識能力對高層次情緒覺察的影響，結果發現邊緣性人格患者覺察自我情緒的能力受到憂鬱情緒影響，但是不受情緒聲調配能力影響，而在覺察他人情緒部分，則不受憂鬱情緒及情緒聲調配能力影響，這說明了邊緣性人格所伴隨的憂鬱情緒與覺察自我情緒有較大的關係，Rieffe與De Rooij(2012)以663位十歲至十六歲左右的青少年進行追蹤，發現自我情緒覺察能力較低的個體可以預測六個月後的負向情緒的指標，包括更多的憂鬱情緒、恐懼、擔憂與反芻思考，區辨自我內在情緒與六個月後的憂鬱情緒有極大關係，而隱藏情緒則與恐懼、擔憂與反芻思考等內化行為問題有關，此外，以19位憂鬱症及暴食症患者的研究亦發現，他們有較差的自我內在情緒覺察(Sim & Zeman, 2004)，發展的觀點來看，覺察自我情緒能力可預測成年後負向情緒的發生，臨床研究也顯示偏差行為的產生與覺察自我情緒有密切關係。

邊緣性人格患者在覺察他人情緒能力也較差，且不受憂鬱情緒及情緒聲調配能力影響，根據Fonagy與Bateman(2006)曾指出BPD患者在親密關係中缺乏可以正確察覺伴侶情緒狀態的能力，而導致人際關係的障礙，Levine(1997)認為BPD患者顯著的人際問題不只是管理他們自己的情緒有困難，更有辨識他們自己和他人情緒的困難，BPD患者比健康組在處理基本情緒訊息時的能力是相當有限。

本研究目的之二在探討BPD患者是否在同理心能力與一般人有差異由結果可



知，同理心所包括的四個向度：觀點取替、角色置入、個人受苦感及同理感受，BPD患者有較低的「觀點取替」分數，卻有較高的「個人受苦感」，顯示BPD患者較無法從不同觀點獲取他人心中的想法，或瞭解他人的思考方式，但是卻容易置入過多個人所經驗到的受苦狀態或不舒服的感受，在一般人際互動中在面對他人極端痛苦情緒時，更容易經驗與陷入與他人相似或更大的受苦感，此外在激烈極端情緒人際情境中，也較無法忍受自我情緒的焦慮與不安，較容易被痛苦感所纏繞；若區分「認知」與「情感」成分之同理心，本研究顯示邊緣性人格患者在情感同理心的反應較為強烈，而在認知同理心的表現較差，呈現出不對稱的同理心表現樣貌。此項研究結果支持Guttman與Laporte(2000)的結果，即BPD患者的個人受苦感(情感成分的同理心)都比一般健康組有較高分數，亦與使用其他類型同理心量表測量結果一致，即BPD患者相較一般健康組在認知同理心的表現是較差。

本研究進一步發現，邊緣性人格「觀點取替」能力受憂鬱情緒及聲調情緒辨識能力影響，這可能反映出憂鬱情緒降低個體與外界互動時的思考廣度，而情緒聲調辨識能力亦反映出邊緣性人格在基本有關快樂、悲傷、生氣、害怕、中性的情緒辨識方面的缺損縮減個體從他人觀點去思考的能力。

邊緣性人格有較高的「個人受苦感」，此部分並不受憂鬱情緒及聲調情緒辨識能力影響，顯示邊緣性人格置入過多個人所經驗到的受苦狀態或不舒服的感受於人際互動中，並非由於憂鬱情緒或較差的聲調情緒辨識所導致，這與臨床上的觀察一致，邊緣性人格往往有重複性的自我傷害行為，經常以割腕、物質濫用降低自身的受苦感，其情緒的脆弱性與較大情緒反應性是該疾患亟需第一時間處理的議題。

同理心的神經機制研究顯示大腦前額葉的結構在調節同理心反應有重要地位，特別是內腹側前額葉是整合認知和情感來完成同理心反應的特殊角色，Shamay-Tsoory、Tomer與Aharon-Peretz(2003)將前額葉皮質受損組、後額葉皮質受損組與一般健康組測量其同理心能力，發現前額葉損傷者，特別是在內腹側前額葉受損組同理心的損傷上特別顯著。Salavent等人(2011)以正子放射斷層掃描(PET)發現BPD患者在前額葉皮質和邊緣系統的葡萄糖代謝率較為低，而內腹側前額葉正是連結情感和認知訊息的決定機制角色，觀察BPD患者看不同情緒臉部表達圖片並觀察其杏仁

核的反應性，發現BPD患者的左側杏仁核出現比一般人更大的反應，尤其是對負向情緒反應最大，且對中立刺激較容易解釋為負向或具威脅性的情緒。

本研究發現有較低的情緒覺察及認知同理心，卻有較高的個人受苦感，從理論角度來看，此現象符合Mahler等人所提出的「分離一個體化」歷程的理論，由於同理的過程需要至少最低限度的人我分化才能完成同理，其意指認知發展需達一定程度，得以區分自我與他人的分際，並瞭解情緒之來源為他人並非自身時，才能稱為同理，邊緣性人格可能是因早期缺乏良好的人我分化，使他們在情緒覺察能力較差及認知同理心(觀點取替)的表現較差。此結果也符合本論文之文獻探討中Crowell 等學者所提出生物社會發展理論，該理論認為BPD患者的情緒功能匱乏，是由於先天的生物脆弱性、成長過程的高風險因素相互作用，影響成年後的情緒調適失功能，往往展現在社會互動情境中，情緒失功能可能導致邊緣性人格患者無法正確區辨自我與他人的情緒狀態，使他們在理解他人想法與感受上有困難，錯誤解釋社會刺激因而產生不適當的社會反應和行為表現，導致較高的個人受苦感。

BPD患者處理有關情緒議題的心理治療方面，Linehan(1993)發展出「辯證行為治療」技術(The Dialectical Behavior Therapy Skills, DBT)以協助改善其困擾，其中所提到的幾個治療技術包括建立「痛苦耐受性」(distress tolerance)、「了了分明」(mindfulness)、「情緒調節技巧」(emotion regulation)、以及「人際效能改善」(interpersonal effectiveness)：(1)痛苦耐受性：是一種協助轉移注意力、放鬆、因應情緒的方法，包括教導個案如何應用各種轉移注意力的方法達到自我撫慰與全然接納自己。(2)了了分明：指察覺自己當下思想、情緒、身體、知覺、行動的能力，而不論斷批評自己或經驗，意思是留意現在正在發生的事，回到現實或活在當下，因為個案內心經常充斥許多內在對話與批判，也由於經常分心去注意自己內在的對話與情緒，很難去注意現實中正在發生的事，而易對環境訊息或他人訊息產生誤解，把刺激導向符合自己內在架構的結論裡。(3)情緒調節技巧：包括確認情緒，確認刺激事件對個案的意義、覺察身體與情緒的反應、把「想要做」與「實際做」的事情做比較，覺察自己正在說、正在做的事及覺察後果等。(4)人際效能技巧：包括社交技巧訓練、自信決斷訓練、傾聽技巧與協商技巧練習，主要治療重點為建立個案的自信決斷態度，讓個案能夠要求想要的東西、懂得拒絕、在不損害關係的前提下，協商

解決衝突。上述辯證行為治療提出的四項治療技術中，其中「痛苦耐受性」技巧是降低性個案與人相處過程中不合理升高的「個人受苦感」，而「了了分明」及「情緒調節技巧」的目標為提高個案在自我及他人的情緒覺察能力，因此辯證行為治療的治療重點與本研究所得到的結果相符，即他們在人際相處的過程中有過高的「個人受苦感」與較低的「情緒覺察能力」。

此外，Mayer與Geher(1996)及Mayer與Salovey(1997)提出情緒智商中包括解決情緒問題，為了要解決情緒困擾，個體必須先能覺察到他們自己的情緒，並使用此資訊來辨識他人的情緒，這種可辨識情緒的能力是人們要能有更好情緒表現的要素，因辨識他人情緒的能力是情緒智商的附加成分，這包括同理心和開放性，若缺乏情緒性心智能力去偵測他人的想法，個體可能會較不能去同理與瞭解他人的經驗，因此，情緒智商不只是包括個人成分(覺察自我情緒)還有人際關係成分(覺察他人情緒和同理心)，由此可知BPD患者若需改善其人際困難，可以從情緒智商觀點思考，如何增進覺察自我情緒能力與認知同理心是BPD患者在人際關係上的重要課題。

本研究的限制在於：(1)BPD患者收案人數過少，在統計結果中可發現有些數據在顯著邊緣值，若再增加受試者人數，結果應更為穩定。(2)由於必須排除學歷因素造成兩組間在測量變項上的差異，本研究並未將9位學歷為國中肄業或畢業的受試者納入分析，是否有選擇性收案的問題亦要考量，這些受試者由於其情緒不穩定因素，導致在青春早期無法順利完成學業，因此本研究的結果僅能應用於學歷程度約為13年左右(約為高中或專科畢業)以上的患者，對於教育程度較低的患者有其應用的限制性。(3)本研究並未排除BPD與其他疾病之共病，這是由於本研究屬於臨床應用研究，在臨床上，BPD的共病比例相當高，如果研究者為了排除共病的影響，所納入的BPD患者沒有任何共病，這樣高度選擇的樣本，恐怕將缺乏外在效度，反而影響研究結果所能推論的臨床患者以及未來治療策略應用，然而，未來研究將仍可考慮增加其他可能共病疾患組，可由此確實比較BPD患者與其他共病疾患在情緒辨識及同理心的影響。

## 參考文獻

- 丁耕原(2008)：《性侵害加害人的羞恥感、罪惡感、自我專注與同理心之關連性研究》。輔仁大學臨床心理研究所碩士論文(未出版)。
- 劉又綺、葉在庭、蔡明成(2012)：〈中文版佛羅里達情緒測驗的信效度研究及其在前額葉腦傷患者的表現初探〉。《中華心理衛生學刊》，25卷2期，299-334。
- 譚偉象、張淑慧、夏允中、蔣世光(2006)：《邊緣型人格特質測驗指導手冊》。台北：心理出版社。
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5<sup>th</sup> ed-TR.). Washington DC: American Psychiatry Association.
- Beck, A. T., Guth, D., Steer, A. R., & Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 785-791.
- Beck, A. T. & Steer, R. A. (1993). *Manual for the revised Beck depression inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Beck, J. S., & Newman, C. F. (1993). Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(2), 139-145.
- Betan, E., Heim, A. K., Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: an empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 890-898.
- Bowers, D., Blonder, L., & Heilman, K. M. (1992). *The Florida Affect Battery*. University of Florida: Center for Neuropsychological Studies.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Paterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., ... Consoli S. M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 321-329.
- Christenson, R. M., & Wilson, W. P. (1985). Assessing pathology in the separation-individ-



- uation process by an inventory: A preliminary report. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(9), 561-565.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., Linehan, M. M. (2009) A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495-510.
- Daniels, J. A. (1990). Adolescent separation-individuation and family transitions. *Adolescence*, 25(97), 105-116.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113-126.
- Davis, M. H. (1994). *Empathy: A social psychological approach*. Boulder: Westview Press.
- Dolan, B. M., Evans, C., & Norton, K. (1992). The Separation-Individuation Inventory: association with borderline phenomena. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(8), 529-534.
- Domes, G., Czeschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *The Journal of Personality and Disorders*, 22(2), 135-147.
- Drew, W., Naomi, L., Kenneth, R. S., Laura, G., & Kevin, K. (1990). Object relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normals: A Thematic Apperception Test analysis. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2(4), 355-364.
- Flury, J. M., Ickes, W., & Schweinle, W. (2008). The borderline empathy effect: Do high BPD individuals have greater empathic ability? Or are they just more difficult to "read?" *Journal of Research in Personality*, 42(2), 312-332.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 411-430.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459.
- Frank, H., & Hoffman, N. (1986). Borderline empathy: An empirical investigation.

*Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 387-395.

- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545.
- Guttman, H. A., & Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process*, 39(3), 345-358.
- Guttman, H., & Laporte, L. (2002). Alexithymia, empathy, and psychological symptoms in a family context. *Comprehensive Psychiatry*, 43(6), 448-455.
- Hoffman, M. A., Levy-Shiff, R., & Ushpiz, V. (1993). Moderating effects of adolescent social orientation on the relation between social support and self-esteem. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(1), 23-31.
- Hoffman, M. L. (1982). Development of prosocial motivation: Empathy and guilt. In N. Eisenberg-Berg (Ed.), *The Development of Prosocial Behavior* (pp. 281-313). New York: Academic Press.
- Hornik, R., & Gunnar, M. R. (1988). A descriptive analysis of infant social referencing. *Child Development*, 59(3), 626-634.
- Johnson, J. G., Bornstein, R. F., & Krukonis, A. B. (1992). Defense styles as predictors of personality disorder symptomatology. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 408-416.
- Ladisich, W., & Feil, W. (1988). Empathy in psychiatric patients. *British Journal of Medical Psychology*, 61(2), 155-162.
- Lane, R. D., Quinlan, D. M., Schwartz, G. E., Walker, P. A., & Zeitlin, S. B. (1990). The Levels of Emotional Awareness Scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment*, 55(1-2), 124-134.
- Lane, R. D., Sechrest, L., Riedel, R., Shapiro, D. E., & Kaszniak, A. W. (2000). Pervasive emotion recognition deficit common to alexithymia and the repressive coping style.

*Psychosomatic Medicine*, 62(4), 492-501.

Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(4), 240-246.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.

Leible, T. L., & Snell, W. E., Jr. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 393-404.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M. M., & Schmidt, H. (1995) The dialectics of effective treatment of borderline personality disorder. In W. T. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 553-584). Washington, DC, US: American Psychological Association.

Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S., ... Regier, D. A. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 215-244.

Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C., & Blair, R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6(4), 647-655.

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the infant*. New York: Basic Books.

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2000). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books.

Marshall, W. L., Hudson, S. M., & Fernandez, Y. M. (1995). *Cognitive Behavior Treatment of Sexual Offenders*. UK: Wiley.

Marwick, K., & Hall, J. (2008). Social cognition in schizophrenia: a review of face processing. *British Medical Bulletin*, 88(1), 43-58.

- Mayer, J. D., & Geher, G. (1996). Emotional intelligence and the identification of emotion. *Intelligence*, 22(2), 89-113.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). *Emotional development and emotional intelligence*. New York: Basic Books.
- Minzenberg, M. J., Poole, J. H., & Vinogradov, S. (2006). Social-emotion recognition in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 47(6), 468-474.
- Putnam, K. M., & Silk, K. R. (2005). Emotion Dysregulation and the Development of Borderline Personality Disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 899-925.
- Rieffe, C., & De Rooij, M. (2012). The longitudinal relationship between emotion awareness and internalising symptoms during late childhood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(6), 349-356.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Salavert, J., Gasol, M., Vieta, E., Cervantes, A., Trampal, C., & Gispert, J. D. (2011). Fronto-limbic dysfunction in borderline personality disorder: A 18F-FDG positron emission tomography study. *Journal of Affective Disorders*. 155(3), 231-243.
- Shamay-Tsoory, S., Tomer, R., Berger, B., & Aharon-Peretz, J. (2003). Characterization of empathy deficits following prefrontal brain damage: The role of the right ventromedial prefrontal cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 15(3), 324-337.
- Shearin, E., & Linehan, M. (1989). Dialectics and behavior therapy: A metaparadoxical approach to the treatment of borderline personality disorder. In L. M. Ascher (Ed.), *Therapeutic Paradox* (pp. 255-288). New York: Guilford Press.
- Sim, L., & Zeman, J. (2004). Emotion Awareness and Identification Skills in Adolescent Girls with Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(4), 760-771.
- Tam, W. A. I. C. C., Sffiah, Y. J., & Chiang, S. K. (2003). Chinese version of the separation-individuation inventory. *Psychological Reports*, 93(1), 291-299.

- Terwogt, M. M., & Stegge, H. (2001). The development of emotional intelligence. *The depressed child and adolescent*. UK: Cambridge University Press.
- Westen, D. (1991). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin*, 109(3), 429-455.
- Wagner, W. A., & Linehan, M. M. (1999). Facial Expression Recognition Ability Among Women with Borderline Personality Disorder: Implications for Emotion Regulation? *Journal of Personality Disorders*, 13(4), 329-344.
- Zeman, J., & Shipman, K. (1997). Social-contextual influences on expectancies for managing anger and sadness: The transition from middle childhood to adolescence. *Developmental Psychology*, 33(6), 917-924.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733-1739.



# The Performance of Emotional Awareness and Empathy in Patients with Borderline Personality Disorder

ZAI-TING YEH, CHING-CHUN KU, CHUN-KAI FANG

**Purpose:** Borderline personality disorder is the most common type of personality disorder identified in clinical practice. Affective dysregulation and disturbed relationships are the significant features of this disorder. Difficulty in separation-individuation processing might be the core psychopathology, which led to inappropriate perception the emotion state of self and others resulting disturbed personal relatedness. The present study explores the influence of borderline personality on the functions of emotional awareness and empathy. Emotional awareness is the ability to perceive one's own and others' emotions. Empathy is being able to interpret others' feelings and thoughts from their perspective, feeling others' emotional experiences, and obtaining the same feeling. **Methods:** Participants included 31 patients with borderline personality disorder diagnosed by a trained psychiatrist and 31 healthy individuals. Patients group had 29 females and 2 males with mean age of 30.32 years old, while the control group had also 29 females and 2 males with mean age of 30.32 year old. Emotional awareness, empathy, and emotional faces integrated with tone recognition tasks were assessed. **Results:** Patients with borderline personality had poor performance on the awareness of perceiving ones' and others' emotions. They also had poorer performance on the perspective-taking measure and higher scores on the personal distress measure than the control group. **Conclusion:** Inability to distinguish one's own and others' emotional status and impaired perspective-taking may lead to stronger feelings of personal suffering in patients with borderline personality disorder. The related intervention to improve cognitive empathy is discussed.

**Key words:** borderline personality disorder, empathy, emotional awareness, affective recognition

---

Zai-Ting Yeh: Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Fu-Jen Catholic University. (Corresponding Author, E-mail: yehzaiting@ntu.edu.tw)

Ching-Chun Ku: Clinical psychologist Division of Clinical Psychology, Yu-Li Hospital, Ministry of Health and Welfare, Executive Yuan; Department of Clinical Psychology, Fu-Jen Catholic University.

Chun-Kai Fang: Chief, Department of Psychiatry, Mackay Memorial Hospital, Taipei & New Taipei, Taiwan.