

從敘事治療觀點談 「邊緣性人格障礙」及應用

Treatment of Borderline Personality Disorder from the viewpoint of Narrative therapy

陳蓓莎¹
Pei-Sha Chen¹

摘要

「關係議題」一直以來都是邊緣性人格障礙的核心問題，伴隨著自我認同的不確定，困於過去的經驗，對自我以及關係形塑出一支單薄的主線故事，混亂、操弄、懷疑、空虛、被拋棄、自殘、威脅、受害……等狀態充斥其中。然而，從敘事治療的概念和精神出發，撕去「障礙」、「疾患」這些標籤，掙脫狹隘的視框，解構問題與人的關係，讓人有機會從負向的自我認同走向更多元的視野，在時間軸的挪動、藍圖敘說裡重新和生命對話，寫出有別於以往受傷不信任文本的新故事，自我開始發芽，關係跟著豐厚，過去的故事並沒有消失，只是發現更多閃亮的情節，那些受傷、壓迫下生存下來的力量，可以真正的發聲，為生命故事改寫新的篇章。

雖然目前邊緣性人格障礙的治療主要都以現代取向的客體關係、辯證行為療法為主，國內極少有採取後現代取向的治療方式研究，因此，希望透過本文的分析能提供給相關輔導專業人員一個參考，以期未來有更多的實務經驗可以彼此交流。

關鍵詞：邊緣性人格障礙、敘事治療

壹、前言

許多精神醫療專業人士認為我們正處於邊緣人格的時代（Kreisman & Straus, 1989/2005）。在國外，邊緣性人格障礙的盛行率約占所有人口的2%，所有臨床個案的10%（American Psychiatric Association, 2000/2007）在國內，李文瑄

（2004）指出，在人格障礙的臨床個案中，邊緣性人格障礙佔了30%~60%。方俊凱（2007）的研究更指出，邊緣性人格障礙有7%~8%的自殺率，其中自殺成功比率高達10%。除此之外，從影響層面來看，邊緣性人格障礙的影響範圍並不侷限於個人，有時候甚至擴及家庭的受累，或是衝擊社會的風氣（吳華，2009）。

¹彰化師範大學輔導與諮商所研究生

通訊作者：陳蓓莎，（500）彰化市進德路一號 彰化師範大學輔導與諮商系，
Email：besa0305@gmail.com

然而，對邊緣性人格障礙的治療工作並非一件容易的事。在許多心理治療專業人員眼中，邊緣性人格障礙的個案總被認為是困難的治療族群（Goldstein, 1990）。筆者過去在學校輔導工作中，也曾接觸過此類型個案，其情緒的強烈起伏，關係中的反覆變化，容易衝動、操弄的行為常常讓治療陷入困難，其中困難的來源主要有兩方面，一方面是在治療過程中，邊緣性人格障礙個案常表現出違背人與人相處之間的界線（Gunderson, 1984），並在受挫或被治療師拒絕之後，出現自傷、自殺或傷害治療關係的行為；另一方面，因為情緒、行為的反覆無常，有時候可能會出現激怒治療師，讓治療師挫折與自我懷疑，導致治療關係陷入危機與僵局，影響治療工作（Kreisman & Straus, 1989/2005）。因此，如果治療師對邊緣性人格障礙特質不夠了解，又缺乏自身反移情的覺察，在治療工作中，極有可能陷入困境，不僅造成邊緣性人格障礙個案的傷害，甚至是自身的傷害（許世慧，2010）。

目前所有的治療方式中，Stone（2006）認為最常被採用的心理治療模式為精神動力取向、認知行為取向、及支持性心理治療法。在國內，許世慧（2010）發現國內的心理治療師在邊緣性人格障礙的治療裡除了會使用現代取向的客體關係治療、辯證行為治療法外，也有採取後現代取向的焦點解決治療，其在治療邊緣性人格障礙的人際問題上也具有相當的成效。是否在邊緣性人格障礙的治療裡，除了傳統的現代取向治療外，其他取向的治療方式也有其可行性？因此，筆者試著以邊緣性人格障礙為對象，從後現代的敘事治療觀點進行分析，進一步探討可行的應用方式。

貳、邊緣性人格障礙概述

一、邊緣性人格障礙成因與治療

邊緣性人格障礙的成因相當多，許多研究者試著從遺傳和環境交互作用的立場來作解釋，例如：生物觀點、心理動力的客體關係理論、人際歷程、社會文化等（吳華，2009）。而目前許多的精神科醫師比較會根據生理上的觀點來理解，相信邊緣性人格障礙的情緒無常、容易衝動的行為與神經傳導物質-血清素的代謝失調有關，所以採取服用抗憂鬱藥物，使邊緣性人格障礙在情緒、衝動行為上有所改善（Soloff, George, & Nathan, 1986）。除此之外，也有研究認為因為早年經歷的創傷經驗，導致血清素分泌異常減少，影響衝動行為、壓力的調適以及適應能力，出現與邊緣性人格障礙相關的特質（Figeroa & Silk, 1997）。如果就早期創傷經驗來看，確實在過去創傷經驗的研究中發現成人邊緣性人格障礙的個案中有71%在兒童時期曾經有過身體受虐的經驗，40~50%遭到性虐待，約有三分之一的個案曾有過與重要他人分離的失落經驗（Sabo, 1997）。因此，邊緣性人格障礙個案早期的創傷經驗可能是一個重要的關鍵，對往後的人格養成具有很高比例的影響性。

縱然根據生理上的因素，可以藉由藥物的使用來降低情感症狀，然而，在美國精神醫學會二零零一治療手冊進一步指出心理治療會是邊緣性人格障礙個案最主要的治療模式，而以症狀為目標的藥物治療則是扮演輔助的角色（American Psychiatric Association, 2001）。

二、邊緣性人格障礙定義

關於邊緣性人格障礙的定義，主要根據美國精神疾病診斷及統計手冊（DSM-5）臨床用版本對於邊緣性人格障礙的描述如下（American Psychiatric Association, 2013）：

始於成年早期之前，在各種環境背景下表現的一種廣泛模式，對人際關係、自體形象（self-image）、情感表現都很不穩定，而且非常容易衝動。表現下列各項中五項（或五項以上）：

1. 瘋狂努力以避免真實或想像中的被放棄。
2. 不穩定的人際關係，將他人過度理想化或貶低。
3. 不穩定的自我感覺。
4. 自我毀滅，至少在兩方面出現衝動行為，例如：花錢、性、物質濫用、魯莽的駕車，暴食（binge eating）。
5. 重複自殺行為、表態或自傷行為（例如割腕）。
6. 長期的空虛感。
7. 重複爆發強烈或失控的憤怒。
8. 在壓力下，經驗到暫時性妄想意念與解離症狀。

總和上述，邊緣性人格障礙具有僵化而且缺乏彈性的人格特質，導致在人際關係中容易採取不當的應對方式造成關係的緊張與不穩定，其特徵大多是強烈起伏的情緒感受、衝動無法控制自己的行為、無法忍受寂寞而感到空虛感、對自我認同的混亂、可能會出現物質濫用，甚至出現自傷、自殺的傾向（李文瑄，2005；Dinn, Harris, Aycicegi, Greene, Kirkley, & Reilly, 2004）。為了要對此類型個案有更清楚的了解，進一步將其臨床上的特徵詳加說明如下：

1. 非黑即白的世界

邊緣性人格障礙看待世界與他人的想法非黑即白，就跟小孩子一樣，在他們的眼中，不是全然的大好人，就是十惡不赦的大壞人。他們無法認知一個人包含自己可以同時具有優點和缺點兩部分。

2. 反覆無常的關係

邊緣性人格障礙在關係中會過度理想化對方猶如阿拉丁神燈般滿足自己的期待，然而，當期待破碎則全面否定對方。「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。」（Kreisman & Straus, 1989/2005）這樣的反覆無常、常讓關係的彼此陷入混亂。

3. 無止盡地懷疑、不信任

邊緣性人格障礙渴望親密關係但又不信任親密關係。在關係中，容易先入為主地懷疑，只要稍有不順心，馬上怪罪、指責對方，認為都是別人的錯。即使事實非如此，他們仍然容易不斷地在關係中懷疑、測試，最後造成關係的緊張、耗損。

4. 如坐雲霄飛車的情緒伴隨著無法控制的衝動

邊緣性人格障礙在關係中常常陷入緊張、混亂、懷疑，因此情緒也容易隨之劇烈起伏。遭遇不順心時，會突然變得沮喪、或是容易發怒、焦慮。大部分的情況不是在亢奮、無法控制之下，就是處在悲觀、憤世、抑鬱的情緒（Kreisman & Straus, 1989/2005）。因此，隨著情緒的起伏，控制能力低的邊緣性人格障礙容易採取衝動的行為對外發洩情緒，例如脾氣暴躁地對他人破口大罵，與他人產生肢體衝突，或者是沒有多加考慮，就採取一些會傷害自己的行為，例如酗酒、暴食、自殘。

5.一再自殘，以自殺要脅

邊緣性人格障礙身上，特別是手上常有密密麻麻的傷痕，或是因自殺頻繁地進入醫院。當情緒陷入極度的憂鬱、無助時，他們容易採取自殘、自殺的行為，有時候目的並非真的求死，而是一種痛苦的表達，期待他人的拯救。許多邊緣性人格障礙的個案表示「自殘的過程不會感受到疼痛，甚至在事後感到情緒的解脫感」（Kreisman & Straus, 1989/2005）。另一方面，在遭遇關係的挫敗與失落時，有時會透過自殘、自殺行為作為手段來控制他人，挽回關係，再度獲得期待的關注。然而，一再重複的自殘行為反而容易帶來反效果，當他人漸漸因為害怕、疲累、痛苦而不再願意關注時，就會促發邊緣性人格障礙採取更激烈的自殺行為。這樣的威脅、操弄、控制行為常常導致嚴重的關係破壞，讓伴侶、自身都陷入無止盡的傷害。

6.不斷尋找自己的定位

邊緣性人格障礙通常在描述自己時，會描述出困惑、矛盾的自我形象。他們無法明確的認同、定位自己，他們就像一個變色龍，隨著環境、他人的互動而改變對自我的認同，情緒也因此容易隨之波動。同時，也因為自我是空洞的，所以常常難以忍受孤獨，而陷入空虛。許多邊緣性人格障礙為了排解空虛，容易染上對自己有害的習慣，例如使用毒品，或是陷入混亂的人際關係。

7.努力避免被拋棄

邊緣性人格障礙無法忍受孤獨，因此，在關係中不論是重要他人的離開或是察覺到有任何一絲被拋棄的可能，就會使其陷入憂鬱的情緒，也可能引發憤怒，去嚴厲指責對方，或是如上述第五點，採取激烈的自殘、自殺行為去控制對方，挽回關係，以避免真實或是想像中可能被拋棄。

8.早期受創的經驗

邊緣性人格障礙的家族成員通常有酗酒、憂鬱或情緒不穩等特質。因為父母的漠不關心、忽略，或是受虐、情緒表達被剝奪，他們的童年常是孤獨、受傷、被遺棄的感受（Kreisman & Straus, 1989/2005）。也有研究結果發現邊緣性人格障礙中曾遭受情緒虐待、身體虐待或性侵害的人，佔全數邊緣性人格障礙20%~75%不等（Craig, David, Amy, 1989; Jeffrey, 1987）。

9.敏銳、聰明、有創意

邊緣性人格障礙雖然在人際關係、情緒控制上有很大的困擾，但他們大多是非常聰明的，容易產生強烈的情感，很有創意，使其在藝術上能夠得以有不錯的發揮（Meekeren, 2003）。此外，在工作上大多都有效率，特別是當工作架構完整清楚，並且能獲得全面的支持，此時邊緣性人格障礙長期的工作表現是可以非常優異（Kreisman & Straus, 1989/2005）。而在人際之間的溝通上，具有高度的敏銳觀察力與感受能力，儘管這些觀察和感受比較偏向負向的以及主觀認知（許世慧，2010）。

參、敘事治療概述

由Michael White與David Epston發展出來的敘事治療屬於後現代的治療取向。後現代主義者認為人們對世界的理解都是建構而來，並沒有絕對的真理。而我們的生活是由社會文化所建構而成，因此敘事治療引導人們思考社會中的故事是如何建構或影響我們的生活（Freedman & Combs, 1996/2000）。當中特別關注文化中的主流故事，因主流故事會漸漸地建構成生活中的現實，然而，這些現實並非適合所有人或所有情況。因此，Michael White與David Epston

在從事的敘事治療工作就是以『個案的問題在社會、文化以及政治背景中製造』為基礎 (Etchison & Kleist, 2000)，希望透過治療過程挑戰這些支配性故事 (dominant story) (Freedman & Combs, 1996/2000)。不適合的支配性故事會在敘事、語言、提問的過程中，藉由治療者與當事人共同合作，漸漸朝向更適合、更有力量的新故事發展 (邱聖玲, 2004; 曾正奇、陳信昭, 2004)。

一、敘事治療的基本假設

敘事治療強調社會脈絡對人的影響，其重要的基本假設如下面六點 (吳熙娟, 2001)：

1. 問題才是問題，問題不代表這個人，人與問題是切割的。
2. 每個人是自己生命、問題的「專家」，沒有人比自己更瞭解自己的問題。
3. 自己是自己生命的作者，每個人都可以根據自己的意願，重寫生命故事。
4. 許多問題是文化環境所建構而成，因此，問題的了解需要根據其背後的文化脈絡。
5. 透過發現支線故事的自我資源，就能取得生命主權 (agency)，擺脫受害者 (victim) 的角色。

二、敘事治療的諮商關係

敘事治療的諮商師不以專家的姿態自居 (White, 1991)。而是保持著「不知道」的好奇立場來傾聽，與個案形成平等、尊重、合作的關係 (周志建, 2004; 曾正奇、陳信昭, 2004)。因為敘事治療相信個案是有能力的，也是自己生命的專家，因此，敘事治療師並不

需要過度介入、引導去改變個案，而是成為一位聽眾，在過程中欣賞、感動個案的生命故事 (周志建, 2004)。

三、敘事治療重要概念

1. 問題外化 (externalizing conversations)

敘事治療認為問題是問題，問題不代表這個人，因此需要將問題客觀化，使問題與人切割 (Michael, 2007/2012)。當問題與人分開時，人不再受限於「病理」、「障礙」的詮釋，以擺脫負向的自我認同，從而在面對生活困境時，能夠取回生活的主權，有力量的採取行動與問題奮鬥，進而擺脫問題。而外化的範圍包括人的情緒、人際關係及所面臨的困境與轉變 (Michael & David, 1990/2001; Martin, 2006/2008; 何仲蓉, 2001)。有時候可以透過擬人化方式將問題栩栩如生地呈現 (周志建, 2002)，或是媒材的使用，例如繪畫、卡片等方式，透過繪畫將問題具體化、擬人化，進而有效地拉開問題和人的空間，從新的角度檢視，對問題產生新的視野，看到問題的影響，也看到自己的力量。

2. 重寫對話 (re-authoring conversations)

重寫對話幫助個案在述說生活故事時，納入某些被忽略且具有潛在重要性的事件與經驗，而這些事件與經驗並不在主要故事裡，它們可被視為「特殊意義事件」或「例外」 (Michael, 2007/2012)。這些「特殊意義事件」或「例外」通常發生在生活中不被壓迫的時刻，或是偏愛的價值經驗，反應個案在面對生活困境時潛在對抗問題的力量 (Michael, 2007/2012)。因此，重寫對話主要發生在個案的次要故事線，隨著對話進行，這些另類的故事越來越豐厚，在因應生活問題或困境時，能創造更多新的想法和做法。

3. 「行動藍圖」與「意識藍圖」

在重寫對話時，敘事治療師會發展「行動藍圖」、「意識藍圖」的問句來豐富次要故事線，而行動藍圖的問句主要是引發個案詳細述說所發生的「特殊意義事件」或「例外」，例如：人、事、時、地、物、如何發生等細節，然後再透過「意識藍圖」了解這些經驗背後重要的價值、信念，例如：動力、渴望、期望、夢想、價值等。透過「行動藍圖」、「意識藍圖」的敘說，開啟原本與主要故事線衝突的文本，強化個人力量，不僅鬆動原本比較負向的自我認同，同時也剝奪主要故事線一直以來對生活的影響（Michael, 2007/2012）。

4. 時間軸的挪動

透過不同時間點的位置觀看，可以擴張人的視野與角度，而不會侷限在某個狹窄的框架中（Carr, 1998）。因此，敘事治療認為時間軸的挪動可以帶動多元的視框，讓個案有機會重新發現故事中被忽略的「特殊意義事件」或「例外」，也讓個案有機會透過不同時間點的觀看讓自己成為支線故事的重要資源（黃錦敦，2012）。

5. 重組會員對話（re-membering conversations）

敘事治療相信自我認同立基於「與生活的關聯性」，而並非以自己為核心。因此重組會員對話提供機會，重新修正與生活相關的組成成員：提升或貶抑某些組成成員的地位，重視或廢除某些組成成員，對個人自我認同重要的聲音賦予正當性，不重要的成員則撤銷其會員資格（Michael, 2007/2012）。個案可以從中將自己獨特的經驗與自己內在、重要他人、人際網絡重新產生連結，並透過這些人物的眼光來欣賞、肯定個案難得的力量，使個案自我肯定，重建正向的自我認同（Carr, 1998）。而這些成員未必是在實

際生活中真的認識的人物，也可能是某些偶像、漫畫人物。

6. 定義式儀式（definitional ceremonies）

定義式儀式可以為豐富的故事提供發展脈絡，透過局外見證人（outside witnesses）的重述，有力的重現個案重視的生活方式，並給予高度認可，透過這樣的重新，感受到自己的主權，當再次遭遇生活困境與困擾時，自身的對抗策略、力量都將更為強大（Michael, 2007/2012）。

肆、敘事治療在邊緣性人格障礙的觀點

一、「問題與人的結合」-害怕被拋棄、空洞的自我

敘事治療認為個案的問題在社會、文化以及政治背景中製造（Etchison & Kleist, 2000）。因此，如果以『病理』的角度看待問題，指出某人的「病理」或「障礙」狀態，從更廣的文化層面來看，個案會認為自己或他人是天生「無能」或「不足」，更加深對生命的負面認定（Michael, 2007/2012）。因此，當問題與人無法劃分，邊緣性人格障礙個案，容易因其早期所經歷的創傷事件，而將自我與創傷所引發的負向情緒、想法鑲嵌一起，覺得自己孤獨、受傷、被拋棄，加深自我的否定，無法明確的認同、定位自己。「自我」因為和問題的結合，使其就像一條變色龍，隨著環境、他人的互動而改變對自我的認同，但始終無法突破問題的包圍，形成嶄新、正向的自我認同，不斷重現那個空洞、害怕被拋棄的自我，相信著那個終將被拋棄的預言就等同於自我的命運。

二、「貧瘠的生命文本」-非黑即白、反覆無常、不信任的人際關係

從前面的介紹中，可以看到邊緣性人格障礙中曾遭受情緒虐待、身體虐待或性侵害的人，佔全數邊緣性人格障礙20%~75%不等（Craig, David, Amy, 1989; Jeffrey, 1987）。在這些創傷中，因為父母的漠不關心、施虐、情緒表達被剝奪，童年常是孤獨、受傷、被遺棄的感受（Krisman & Straus, 1989/2005）。因此，早期的創傷故事建構了貧瘠、受限的生命文本，時間軸侷限地停留在早期受傷的視框裡，那些否定、不被愛、不安全、被傷害的關係經驗，深深烙印也深深形塑出其僵化的人際關係，讓他們渴望親密關係但又不信任親密關係，面對關係可以如此善變，原本愛一個人，毫無保留；瞬間翻臉怨恨，也毫無來由。（Krisman & Straus, 1989/2005）。因為，不信任、害怕受傷害這兩個因素建構了狹隘的生命文本，使其看不到多元的支線故事、例外經驗、不被壓迫的力量，而受困其中，成為被害者的角色，無法自拔。

三、「文化環境建構而來的問題」——一再自殘，以自殺要脅

如第一點所述，個案的問題在社會、文化以及政治背景中製造（Etchison & Kleist, 2000）。許多問題是文化環境所建構而成，因此，問題的了解需要根據其背後的文化脈絡（吳熙娟，2001）。Blustein、Mc Whirter與Perry（2005）主張個人的心理健康無可避免會受到社會文化、政治與經濟因素的影響。因此，在理解邊緣性人格障礙自殺、自殘問題

時，並非單一的從個人角度出發。因為將一個人出現自殺意念、自殺行為的原因，單純歸因個人的認知僵化、抗壓性不足、缺乏問題解決能力或是憂鬱情緒等生理、個人因素，如此只是將自殺看成是個人的能力或缺陷問題，而這樣的理解忽略個人因素背後更大的系統性因素，潛在影響個人的認知、情緒與行為（張曉佩、蕭文，2014）。因此，邊緣性人格障礙個案出現自殘、自殺行為，未必只有個人內在議題需要注意，也需要考量背後系統，如家庭、學校、社會、文化價值等影響，就好比有些邊緣性人格障礙個案會以自殘、自殺行為為要脅，所反應的也許並非只是內在痛苦，而是在個案所處的系統，當中是如何互動、影響，而產生需要用自殘、自殺為脅的行為，來建構與他人的關係。這需要治療師細緻的深入了解，打破單一走到多元的脈絡。

伍、輔導策略

一、去「專家化」的治療關係提供一個不一樣的人際關係文本

邊緣性人格障礙有一段貧瘠的生命文本，充斥著非黑即白、反覆無常、不信任、操弄的關係經驗，裡面包著受傷、不被愛、不安全、否定的心情故事，貧瘠的關係與自我是他們的主線故事，因著這樣的故事，不斷地困住、痛苦、受傷。因此，如何協助他們發展、看到一段不一樣的關係故事以修改原本的故事文本是一個核心關鍵。新的文本可以從個案的生命故事去探索，從例外經驗中發現，同時，也可以在治療中的「治療關係」裡去發展。敘事治療的諮商師不以專家的姿態自居，而是與個案形成平等、尊重、合作的關係（周志建，2004；曾正奇、陳信昭，

2004)。個案在這樣的治療關係中，能夠體驗到一種新的人際互動關係經驗（林杏足，李華璋，釋宗白，姜兆眉，2009）。進一步在人際關係經驗裡開展出新的故事，不再拘泥於過去貧瘠的人際關係文本，只有看到不信任、受傷、害怕，而是可以看見與人相處感到安全、被尊重、平等的關係，這樣的經驗，有機會去修改過去的文本文故事，以更多元的向度去看待與人互動，鬆動關係上的困擾。

二、去「病理化」的角度把「人」與「問題」拉開，解構「問題」的發生

邊緣性人格障礙根據美國精神疾病診斷及統計手冊（DSM-5）視為一種人格障礙（American Psychiatric Association, 2013）。然而，敘事治療不以『病理』的角度看待問題，因為這只會更加深個人對生命的負面認定（Michael, 2007/2012）。因此，面對邊緣性人格障礙個案，必須將問題解構，鬆動問題發生的單一歸因，使用外化技巧將問題與人拉開，重新檢視問題發生的脈絡，如何在系統、文化環境下建構而成。使其重新理解那些被標籤化的問題，例如情緒憂鬱、暴怒、自殘、自殺行為、人際互動問題、被拋棄感、空虛、否定、不信任，是如何在脈絡互動底下一次次來敲門，影響、捉弄、傷害自己。透過解構問題、拉開人與問題的距離，不僅解放個案一直以來看自己的視框，從負向的自我認同走向彈性、不一樣的視野，這樣的視野，也讓個案有機會看到自己反擊的可能和力量。曾經有位個案這麼說：「原來有問題的不是我，是那個討厭的大雄（挑選的物件，代表不信任），一直告訴我會被拋棄，我永遠不夠好，讓我害怕痛苦。」當大雄被發現

時，個案眼神第一次閃著一絲既好奇又感到不可思議的光芒，那些鋪天蓋地而來的問題、否定，就在那一刻得到鬆動。在重新建構下，人不等於問題，人因此可以成為問題的主人甚至是朋友。

三、時間軸的挪動、藍圖的敘說，在「重寫對話」中找到自我與關係的多元故事

如前所述，許多邊緣性人格障礙個案早期可能都曾經歷這麼一段受虐、創傷的生命故事。而這段故事闡述著貧瘠、侷限、否定的單一情節，讓邊緣性人格障礙個案的「關係」與「自我」始終乏味、枯萎，無法長出新的生命與枝芽。因此，除了如第一點所述，在治療關係中發展出不一樣的關係文本之外，個案的生命故事裡本身就具有豐富多元的故事題材，只是需要透過時間軸的挪動、行動藍圖、意識藍圖的敘說，在重寫對話下看到故事裂縫中那些閃閃發亮的例外經驗。這些「特殊意義事件」或「例外」通常發生在生活中不被壓迫的時刻，或是偏愛的價值經驗，反應個案在面對生活困境時潛在對抗問題的力量（Michael, 2007/2012）。因此，藉由敘事治療的「重寫對話」，聆聽受虐故事以外的支線故事，使個案能得以發現自己在受壓迫中如何生存，對自己的創傷經驗和生命有新的知覺與詮釋，重拾生命中的控制權，打開多元面向的自我認識與認同（林杏足、李華璋、釋宗白、姜兆眉，2009）。隨著多元、豐富自我認同開展，邊緣性人格障礙個案能漸漸的找尋自我認同感，擺脫只是受壓迫、被拋棄的自我詮釋，在逐漸增加的正向行為與經驗中，開始肯定自我（許世慧，2010）。並且在關係與自我的文本，因著這些另類故事越來越豐厚，在因應生活問題或困境時，能創造更多新的想法和做法，開啟更

豐富多元的生命故事。

四、在「重組會員」中活出更豐富 的自我與關係

邊緣性人格障礙許多的困擾大多來自於關係上的互動。而敘事治療透過「重組會員」方式讓個案有機會將自己獨特的結果、支線中的故事與自己內在、重要他人、人際網路重新產生連結，並且透過這些人物的眼光來欣賞個案難得的力量（Carr, 1988）。透過局外見證人做出生命故事的重述，一方面持續肯定、支持個案的正向力量，另一方面也讓個案在時間軸、空間軸的挪動中看到關係中多元的向度，有別於以往某些創傷、受虐、忽視的經驗，而看到其他信任、肯定的聲音，持續的支持個案。在多元的關係聲音裡，活出更豐富的關係與自我文本！

陸、結語

「關係議題」一直以來都是邊緣性人格障礙的核心問題，伴隨著自我認同的不確定，困於過去的經驗，對自我以及關係形塑出一支單薄的主線故事，混亂、操弄、懷疑、空虛、被拋棄、自殘、威脅、受害……等狀態充斥其中。然而，從敘事治療的概念和精神出發，撕去「障礙」、「疾患」這些標籤，掙脫狹隘的視框，解構問題與人的關係，讓人有機會從負向的自我認同走向更多元的視野，在時間軸的挪動、藍圖敘說裡重新和生命對話，寫出有別於以往受傷不信任文本的新故事，自我開始發芽，關係跟著豐厚，過去的故事並沒有消失，只是發現更多閃亮的情節，那些受傷、壓迫下生存下來的力量，可以真正的發聲，為生命故事改寫新的篇章。

因此筆者相信敘事治療的精神和概念在應用於邊緣性人格障礙的諮商工作中是具有其可行性。雖然目前邊緣性人格障礙的治療主要都以現代取向的客體關係、辯證行為療法為主，國內極少有採取後現代取向的治療方式研究，因此，希望透過本文能提供給相關輔導專業人員一個參考，以期未來有更多的實務經驗可以彼此交流。

參考文獻

- 方俊凱（2007）。辯證行為治療：蓄意自傷與企圖自殺的治療模式。*諮商與輔導*，261，37-42。
- 李文瑄（2004）。根本問題之探討（IV）——自戀與邊緣型人格之心理治療——個別心理治療（25）。*諮商與輔導*，217，38-42。
- 李文瑄（2005）。精神醫學講座（二）——邊緣型人格。*諮商與輔導*，231，51-53。
- 吳華（2009）。從客體關係理論談邊緣性人格障礙的成因與預防。*諮商與輔導*，279，16-21。
- 吳熙瑀（2001）。敘事治療—解構並重寫生命故事工作坊，講義未出版。台中張老師主辦。
- 何仲蓉（2001）。焦點解決諮商對個案復原力建構之影響研究（未出版之碩士論文）。國立彰化師範大學，彰化。
- 林杏足、李華璋、釋宗白、姜兆眉（2009）。性侵害倖存者的敘事治療歷程分析——以安置機構少女為例。*亞洲家庭暴力與性侵害期刊*，5(2)，281-304。
- 邱聖玲（2004）。敘事治療——以一個創傷復原個案為例。*諮商與輔導*，226，2-6。
- 邱約文（譯）（2005）。愛你，想你，恨你——走進邊緣人格的世界（原作者：Kreisman, J. J., & Straus, H.）。台北：心靈工坊。（原著出版年：1989）
- 易之新（譯）（2000）。敘事治療——建構並重寫生命的故事（原作者：Freedman, J., & Combs, G.）。台北：張老師文化。（原著出版年：1996）
- 周志建（2002）。敘事治療的理解與實踐——以一個諮商個案為例之敘說研究（未出版之碩士論文）。國立台灣師範大學，台北。
- 周志建（2004）。運用敘事治療於憂鬱症個案的諮商實例。*諮商與輔導*，226，11-18。
- 周勵志（2008）。邊緣性人格障礙之教戰守則。*諮商與輔導*，266，2-6。
- 陳增穎（譯）（2008）。敘事治療入門（原作者：Martin, P.）。台北：心理出版社。（原著出版年：2006）
- 黃孟嬌（譯）（2012）。敘事治療的工作地圖（原作者：Michael, W.）。台北：張老師文化。（原著出版年：2007）

- 黃錦敦 (2012)。陪孩子遇見美好的自己。台北：張老師文化。
- 曾正奇、陳信昭 (2004)。運用敘事治療取向處理青少年偏差行為——以偷竊行為為例。諮商與輔導，226，7-10。
- 許世慧 (2010)。治療師對邊緣型人格個案之治療關係經驗研究 (未出版之碩士論文)。國立彰化師範大學，彰化。
- 張曉佩、蕭文 (2014) 跳脫個人框架：從生態系統觀點理解自殺現象。輔導季刊，50(1)，56-66。
- 廖世德 (譯) (2001)。故事、知識、權力：敘事治療的力量 (原作者：Michael, W., & David, E.)。台北：張老師文化。(原著出版年：1990)
- American Psychiatric Association (2013). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5tm)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association(2001). *Practical Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder*. Washington, D. C: American Psychiatric Press.
- Blustein, D. L., McWhirter, E. H., & Perry, J. C.(2005). An emancipatory communitarian approach to vocational development theory, research, and practice. *The Counseling Psychologist*, 33, 141-179. doi:10.1177/0011000004 272268
- Carr, A. (1998). Michael White's narrative therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 20(4), 485-503.
- Craig, J., David, T., & Amy, E. (1989). Prevalence & Clinical Characteristics of Borderline Patients in an Eating-Disordered Population. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, 9-15.
- Dinn, W. M., Harris, C. L., Aycicegi, A., Greene, P. B., Kirkley, S. M., & Reilly, C. (2004). Neurocognitive function in borderline personality disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 28, 329-341.
- Etchison, M., & Kleist, D. (2000). Review of narrative therapy: research and utility. *Family Journal*, 8, 61-66.
- Figneroa, E., & Silk, N.K. (1997). Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 11, 71-92.
- Goldstein, E. G. (1990). *Borderline disorders clinical Models and techniques*. New York: The Guilford Press.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washinton D. C.: American Psychiatric Press.
- Jeffrey, B. (1987). Childhood Sexual and Physical Abuse as Factor in Adult Psychiatric Illness. *American Journal of Psychiatry*, 144, 426-430.
- Meekeren, E. (2003). *Life and psychiatric history of Vincent van Gogh*. Amsterdam: Benecke N.I.
- Soloff, H. P., George, A., & Nathan, R. S.(1986). Paradoxical effects of amitriptyline on borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 143, 927-934.
- Sabo, A. N. (1997). Etiological significance of association between childhood trauma and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 11, 50-70.
- Stone, M. H. (2006). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry*, 5, 15-20.
- White, M. (1991). Deconstructions and theory. *Dulwich Center Newsletter*, 3, 21-40.