

A Research on the Characteristics in the Initial Sandtray and the Pathological Model and Inner World Model of Patients with Borderline Personality Disorder

Jiangxue Li^{1*}, Xinge Li²

¹The Research Center of Psychological Counseling, Guangzhou
²Psychology School, South China Normal University, Guangzhou
Email: *1019488129@qq.com

Received: Oct. 5th, 2013; revised: Oct. 25th, 2013; accepted: Nov. 2nd, 2013

Copyright © 2013 Jiangxue Li, Xinge Li. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Abstract: We used a case-control study design to explore the particular inner world of the borderline personality disorder with sandplay therapy and to summarize the characteristics in the initial sandtray of the borderline personality disorder. The research selected 56 university students with borderline personality disorder as the experimental group and 30 normal university students as the control group. All the 86 students applied the initial sandplay operation. We collected the initial sandtrays and analyzed them by *t* test, *Chi-square* test and regression analysis. The results showed: 1) the most typical characteristics in BPD patients' initial sandtrays were splitting, fantastic presentation and borderline problem, and the most frequent wounded themes were isolation and splitting. 2) The pathological characteristics and the defense mechanisms of BPD could be clearly presented in the initial sandtray. 3) Based on the analysis of the initial sandtray and the new literatures, we proposed a creative opinion about the individual-family-society pathological model and the inner world model of BPD patients. The results show that patients with borderline personality disorder have significant characteristics in the sandplay, and the initial sandtray also has a clinical psychological assessment value.

Keywords: Borderline Personality Disorder (BPD); Sandplay Therapy; Initial Sandtray; Sandplay Themes

边缘人格在沙盘中的表现及其病理模型和内心世界模型

李江雪^{1,2*}, 李新格²

¹华南师范大学心理咨询研究中心, 广州
²华南师范大学心理学院, 广州
Email: *1019488129@qq.com

收稿日期: 2013年10月5日; 修回日期: 2013年10月25日; 录用日期: 2013年11月2日

摘要:通过56例确诊的大学生边缘型人格障碍患者与30名正常大学生的初始沙盘内容分析,结果发现:1) BPD患者的沙盘中最典型的特征是分裂、奇异呈现和边界问题,最经常出现的创伤主题是隔离和分裂;2) BPD的病理特点和防御机制可以在沙盘中很清晰地呈现出来;3) 在本研究结果基础上结合国外最新文献,提出了BPD的个体-家庭-社会病理模型和内心世界模型。

关键词: 边缘型人格障碍(BPD), 沙盘游戏治疗, 初始沙盘, 沙盘主题

*通讯作者。

1. 引言

边缘型人格障碍(简称 BPD)是目前临床心理学界和精神医学界都非常关注的一个特殊的病症。之所以说其特殊,除了病情复杂、难以治疗之外,“边缘”的概念也经历了一个较长的历史演变过程,最早被学者们认为是“精神病的边缘”,把那些在临床表现上处于精神分裂症的边缘,但又不符合精神分裂症的诊断以及那些处于神经症和未特定的精神病之间、症状复杂多变的病人称为“边缘病人”。直到 1959 年 Schmeideberg^[1]首先提出了边缘障碍实质上是“性格障碍”的观点,之后有越来越多的学者用大量的临床病例描述了边缘型人格的特征,而那些与精神病相似的症状则不十分强调了。1979 年边缘型人格障碍作为一个独立的疾病单元被正式列入 DSM-III《美国精神障碍诊断与统计手册(第三版)》^[2]中,此后国外特别是美国关于 BPD 的研究文献很多,DSM-IV^[3]中仍然坚持它的存在,而 ICD-10(《国际疾病分类标准(第十版)》)^[4]经历了先否定又肯定的过程,最终将其归入情感不稳定型(分为冲动型和边缘型两个亚型)。

现在,边缘型人格障碍被定义为“以情感、人际关系、自我意象的不稳定及冲动行为为临床特征的一种复杂又严重的精神障碍”。该障碍起自早期成年时,前后过程多种多样,DSM-IV 中列出了以下 9 条标准,只要表现出其中的 5 条以上就可以作出该病的诊断:

1) 发狂似的努力以避免真正或想象的被抛弃。

注:不包括第 5 项的自杀或自残行为。

2) 人际关系不稳定和紧张,交替地变动于极端理想化和极端贬低之间。

3) 身份障碍:自我意象或自我感觉持久地和显著地不稳定。

4) 冲动性表现在至少两个方面:可能造成自我损害(例如,消费、性欲、物质滥用、鲁莽开车、暴食)。
注:不包括第 5 项的自杀或自残行为。

5) 反复有自杀行为,做出自杀姿态,以自杀相威胁,或有自残行为。

6) 由于心境的反应性过强而致情感不稳定(例如,发作强烈的苦闷、激惹或焦虑,一般持续几小时,很少超过几天)。

7) 长期感到空虚。

8) 不适当的强烈愤怒或对愤怒难以控制(例如,经常发脾气、发怒、屡次打架)。

9) 短暂的、与应激有关的偏执或严重的分离症状。

国外研究发现,边缘型人格障碍往往与一定的心理创伤有关,会造成患者的社会功能损害,以及高达 10%的自杀率(几乎是普通人群的 50 倍),在女性中更为普遍(约为 70%到 75%)。它在临床上不但可以伴发其它各种类型的人格障碍,还可以和各种精神障碍共病,比如重度抑郁(MDD)、创伤后应激障碍(PTSD)、进食障碍、物质滥用、惊恐障碍、双相障碍以及自杀企图等等,治疗起来非常困难,不但耗时较长,预后也不是十分理想。

由于人格障碍有着较高的患病率(2%-10%)和共病率(10%-20%),以及共病时引起对其它精神疾病治疗的抵抗和不良预后,所以精神病学界认为人格障碍是目前需要优先解决的问题^[5]。一项由世界卫生组织^[6]主持的研究结果显示:DSM-IV 中所描述的各种类型的人格障碍,在世界各地的临床人口中都能够被诊断出来,其中边缘型人格障碍(BPD)是最常见的一种类型,尤其是在北美。美国流行病学的研究显示^[7],BPD 影响的人口比例在 1%到 2%之间,是临床机构中最常见的一种人格障碍,约占精神科门诊病人的 10%,住院病人的 20%,人格障碍的 30%~60%。国外研究得较多,研究主要是医学模式,集中在流行病学、病因学和评估、诊断、治疗上,或精神分析模式,集中在防御机制和早年的客体关系、依恋模式上。

在我国,自从 1979 年凌敏猷^[8]在《国外医学·精神病学分册》中发表文章《精神病中的边缘状态》进行介绍后,二十多年来一直报道较少,直到最近七八年才陆续有一些研究文章出来。我国学者郑瞻培^[9]认为,其实临床上“很多疑难病例中实际有部分病例就属于此,所以在我国还是有必要继续深入开展边缘型人格障碍的相关研究。

本研究以高校学生群体(包括本科生和研究生)中的边缘型人格障碍患者为研究对象,采用问卷调查、心理访谈和初始沙盘分析法进行研究。其中沙盘分析法是近几年开始流行的一种研究方法,可以归为作品分析法的一种,一般会选取被研究者最初所做的一两次的沙盘作品为研究对象,这样的沙盘作品往往被称

为初始沙盘，它们在沙盘游戏治疗中具有特殊而重要的意义，常常会形象地呈现出来访者所面临的问题，有时还会蕴含一定的解决之道。在对初始沙盘进行分析的过程中，研究者会从沙具使用的数量和类型，初始沙盘作品的场景，初始沙盘作品的创伤主题和治愈主题，沙的使用情况，自我意象的出现情况，沙盘制作时间等多个维度进行分析，以了解被研究者的内心世界，并与对照组进行对比，发现差异等。此外，本研究还通过问卷调查法和心理访谈法，深入了解和分析 BPD 患者的早年家庭生活环境、成长过程中发生的应激事件、与众不同的内心感受等，并在此基础上提出 BPD 的个体 - 家庭 - 社会病理模型和内心世界模型。

2. 研究方法

2.1. 对象和主试

对象：广州市某大学本科生和研究生。共发放 PDQ-4 + 问卷 4000 份，回收有效问卷 3552 份，涉及到的专业方向有 11 个，其中文科生 1625 人(占 45.7%)，理科生 1927(占 54.3%)，研究生 661 人(占 18.6%)，本科生 2891 人(占 81.4%)。共筛查出 PDQ-4 + 边缘型一项得分 7 分以上(包括 7 分)者 254 人，占总人数的 7.15%。然后由受过 SCID-II 结构化访谈培训的两名研究人员先一起先对 15 人进行了面谈评估，评分者一致性系数(W)为 0.873，说明评估结果可靠性较高。最后分别对剩下的人进行评估，最后确诊 62 人，占 24.4%。假设 7 分以下的都不是 BPD，根据前面的结果可以粗略地推算出高校学生样本中 BPD 的患病率大约为 1.74%(7.15% × 24.4%)。确诊为 BPD 的 62 人中有 56 人愿意继续参加本研究，其中女 38 人，男 18 人，这 56 人为实验组；对照组(或称为非 BPD 组)30 人(女 18 人，男 12 人)，为 PDQ-4+边缘型一项得分为 0 或 1 者。

主试：接受过沙盘游戏治疗培训的心理分析方向研究生。

2.2. 工具

1) 自制“一般资料问卷”和“沙盘记录表”。前者包括姓名、性别、年龄、家庭经济情况、父母职业、父母关系、家族病史等十多项内容；后者包括做沙盘

的时间，对沙的态度，是否用到人物、动物或植物等，创造的过程，沙盘的主题，等等，约有二十多项记录指标。

2) 沙盘游戏治疗室一间，里面包括标准沙箱 2 个，箱子的内侧和底面是湛蓝色，并装有半箱子的细砂，一个用作干沙盘，一个用作湿沙盘。还有 4 个标准沙架，上面摆放着大约 1600 个沙具，包括人物、动物、植物、交通工具、家居用品、建筑类、果蔬类、贝壳和石头等自然元素、神秘物件等十几个种类的玩具模型。此外，还有数码相机一部、计时器一个。

3) PDQ-4 + (人格障碍诊断问卷/Personality Diagnostic Questionnaire)中文版本。PDQ-4 + 包括了 DSM-IV 中 12 种人格障碍(偏执型、分裂性型、分裂型、表演型、自恋型、边缘型、反社会型、回避型、依赖型、强迫型、抑郁型和被动攻击型)的临床分型的最新版本^[9]。它的中文版本是由杨坚博士翻译并根据中国的文化背景进行了修订，包括 107 个项目，归于 12 个领域。该问卷适合做初筛，杨蕴萍等做了中国样本的信效度研究^[10]。

4) SCID-II (DSM-III-R 人格障碍临床定式检测/Structured Clinical Interview For DSM-III-R Personality Disorders)中文版本^[11]。其提问条目分别归纳在各型人格障碍相应的诊断项目之下，可根据被试的具体情况选用相应的诊断项目，适合用于医学上的临床诊断。

2.3. 沙盘记分项目与评价指标

1) 沙具的使用情况，包括植物、动物、人物、栅栏、桥、神秘物件等的使用情况。分成“没有、有一个，有几个、有很多”4 个层次记分。

2) 沙具的非常规使用或摆放，包括特殊放置、奇异呈现(其操作定义见 4.2.2.)、创意使用或组合，以及边界问题四大方面。同样是有上述情况记 1 分，没有记 0 分，分数可以累加。

3) 创伤和治愈主题^[12]。创伤主题细分为混乱、空洞和分裂、隔离、限制、受阻、威胁、攻击和忽视等小主题；治愈主题细分为整合、联结、深入、抚育、新生、对话和仪式等小主题。每个小主题存在记 1 分，无在记 0 分，分别累加可得创伤主题和治愈主题的分

4) 沙盘的主题场景, 分为理想场景、现实场景、非现实场景和主题场景不明四个方面。

5) 其它, 包括沙盘创作过程、所用的时间、对沙的态度、选择干沙还是湿沙、是否用到水、自己是否在其中、被试对沙盘的自我感觉(分为积极感受和消极感受)等。

2.4. 程序

1) 先根据一般资料问卷的项目进行访谈, 时间约半小时。并对一般资料各项目进行编码, 得出每个被试的一般资料数据。

2) 向被试介绍沙盘游戏治疗, 要求被试在一定的时间内(一般是 50 分钟以内)完成一幅自己的沙盘作品。推荐的指导语为: “请先把双手放在沙上感受一下, 闭上眼睛, 让心情平静下来。(约 1 分钟后)请睁开双眼。现在你可以从沙开始, 也可以从架子上的物件开始, 构建你自己的沙盘世界。你想怎样做都可以, 可以选择干沙或湿沙, 也可以使用水, 不需要刻意想自己要做什么, 完全放松、随意地表达自己就好。时间是足够的, 不用着急, 等你完成了, 就告诉我。”

3) 被试完成沙盘后, 研究者根据“沙盘记录表”中的项目做好记录, 并用数码相机从各个角度拍下沙盘整体或细节的照片。

4) 研究者根据沙盘照片, 结合沙盘记录表, 按沙盘计分项目对每个沙盘进行评分。

2.5. 统计方法

使用 SPSS20.0 软件, 对收集的数据进行 *t* 检验、*fisher* 检验和 *logistic* 回归分析

3. 结果

3.1. BPD 组和非 BPD 组在一般资料上的差异情况

经 *fisher* 检验, 两组被试在父母职业、家里经济条件、父母关系、是否为独生子女等项目上均无显著差异。在父母教养方式和家庭气氛上则存在显著差异($\chi^2 = 4.37, P < 0.05; \chi^2 = 5.16, P < 0.05$)。非 BPD 组父母教养方式以民主、温和的居多, 而 BPD 组以限制、惩罚、溺爱的居多, 且 BPD 组的父母教养方式往往不一致, 一方严厉, 一方宽松。非 BPD 组的家庭气

氛以和谐、温暖居多, 而 BPD 组的家庭气氛以限制、冷漠居多。

此外, 与非 BPD 组相比, BPD 组被试家族中有人患精神疾病或自杀的情况明显要多($\chi^2 = 3.39, P < 0.05$), 比例高达 25.6%, 而非 BPD 组仅为 3.3%, 暗示着 BPD 可能有一定的家族病理因素。BPD 组被试在生理上和心理上生过病的情况也明显要多于非 BPD 组($\chi^2 = 3.90, P < 0.05; \chi^2 = 5.73, P < 0.05$)。还有在童年时自己的性格和现在自己的性格的变化上, BPD 组也明显比非 BPD 组要大的多($\chi^2 = 13.33, P < 0.001$), 而非 BPD 组的自我描述则比较稳定。

3.2. BPD 组和非 BPD 组在特定沙具使用频率上的差异

经 *t* 检验, BPD 组和非 BPD 组在特定沙具使用频率上存在显著差异, BPD 组使用的栅栏和神秘物件显著多于非 BPD 组, 而使用的植物和桥则显著少于非 BPD 组, 详见表 1。

3.3. BPD 组和非 BPD 组在沙具的非常规使用或摆放上的差异

经 *fisher* 检验, 在沙具的奇异呈现和边界问题这两项得分上, BPD 组显著高于非 BPD 组, 暗示着奇异呈现和边界问题可能是 BPD 在沙盘上的典型表现, 详见表 2。

3.4. BPD 组和非 BPD 组在沙盘主题特征上的差异

对沙盘主题特征进行 *Logistic* 回归分析: 以边缘

Table 1. Comparison of the numbers of miniatures in sandtrays of BPD group and non-BPD group
表 1. BPD 组和非 BPD 组在特定沙具使用情况上的差异情况

沙盘作品评价指标	BPD 组 (n = 56)	非 BPD 组 (n = 30)	<i>t</i>	
特定沙具的使用	植物	1.88 ± 0.57	2.37 ± 0.72	-3.25**
	人物	2.54 ± 0.90	2.87 ± 0.94	-1.53
	动物	2.58 ± 0.99	2.93 ± 1.11	-1.45
	桥的	1.38 ± 0.71	1.77 ± 0.90	-2.05*
	栅栏	1.02 ± 1.46	0.45 ± 0.83	2.37*
	神秘物件	1.05 ± 1.57	0.31 ± 0.97	2.73*

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

性人格障碍诊断结果为因变量, 沙盘主题特征为自变量, 首先对 20 个主题特征逐个进行单因素分析, 筛选出隔离、空洞、分裂、整合、联结、新生 6 个 p 值小于 0.1 的主题特征, 把筛选出的 6 个因素进行多元 Logistic 回归分析。表 3 结果显示有 4 个沙盘主题特征进入回归方程, 回归系数显著, 均小于 0.05, 分别是隔离、分裂、联结和新生。如果设 $Y =$ 边缘性人格障碍诊断结果, $X_1 =$ 隔离, $X_2 =$ 分裂, $X_3 =$ 联结, $X_4 =$ 新生, 可得回归方程: $Y = 0.450 + 1.663X_1 + 2.567X_2 - 1.889X_3 - 1.760X_4$, 回归模型的方差分析结果 $F = 8.732$, $P < 0.000$, Nagelkerke R^2 值为 0.420。

3.5. BPD 组和非 BPD 组在沙盘表现的主题场景上的差异

BPD 组和非 BPD 组在四类主题场景上的分布情况见表 4。经过经 fisher 检验, 得到 $\chi^2 = 55.95$, $p < 0.05$, 说明 BPD 组和非 BPD 组在沙盘上表现出的主题场景有显著差异, 与非 BPD 组相比, BPD 组的沙盘中更容易出现非现实场景和主题不明的情况。

3.6. BPD 组和非 BPD 组在其它指标上的差异

经 t 检验, 两组在创造时间和作品有无露出蓝色底面及面积大小得分上没有显著差异, 但是在对沙的态度和创造过程得分则有显著差异, 见表 5。BPD 组

Table 2. Comparison of the particular patterns of utilization of miniatures in sandtrays of BPD group and non-BPD group
表 2. BPD 组和非 BPD 组在沙具的非常规使用或摆放上的差异情况

沙盘作品评价指标	BPD 组 ($n = 56$)	非 BPD 组 ($n = 30$)	P
特殊放置	11(19.6%)	3(10.0%)	0.361
沙具非常规使用	奇异呈现	1(3.3%)	0.015*
	创意组合	12(40.0%)	0.651
	边界问题	7(12.5%)	0.091

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

Table 3. Comparison of the scenes in sandtrays of BPD group and non-BPD group
表 3. BPD 组和非 BPD 组在四类主题场景上的分布情况

组别	理想场景	现实场景	非现实场景	主题场景不明
BPD 组 ($n = 56$)	31(55.4%)	4(7.1%)	16(28.6%)	5(8.9%)
非 BPD 组 ($n = 30$)	20(66.7%)	6(20.0%)	3(10.0%)	1(3.3%)

Table 4. Comparison of the themes in sandtrays of BPD group and non-BPD group

表 4. BPD 组和非 BPD 组在在沙盘主题特征上的差异情况

主题特征	B	$S.E.$	$Wald$	p	$Exp(B)$
隔离	1.663	0.682	5.950	0.015	5.274
分裂	2.567	1.095	5.498	0.019	13.025
联结	-1.889	0.817	5.344	0.021	0.151
新生	-1.760	0.694	6.437	0.011	0.172
Constant	0.450	0.366	1.509	0.219	1.568

Table 5. Comparison of the other indexes in sandtrays of BPD group and non-BPD group

表 5. BPD 组和非 BPD 组在其他指标上的差异情况

沙盘作品评价指标	BPD 组 ($n=56$)	非 BPD 组 ($n=30$)	t	
创造时间	18.33±9.57	21.10±9.79	-1.23	
其它指标	对沙态度	2.60±1.18	4.23±1.50	-5.33**
	蓝色面积	2.38±1.12	2.33±1.03	0.16
	创造过程	1.73±0.45	1.31±0.55	3.51**

注: * $P < 0.05$, ** $P < 0.01$ 。

与非 BPD 组相比, 接触和使用沙子的程度明显要小。与非 BPD 组相比, BPD 组的创造过程中不断变化沙盘的情况明显要多。

此外, 本研究还对从沙还是从物件开始、选择干沙还是湿沙、是否用到水、自己是否在其中、被试完成沙盘后的自我感觉等几个方面进行了 χ^2 检验。结果发现, 仅在选择干沙还是湿沙上两组被试存在显著差异($\chi^2 = 7.17$, $p < 0.01$), BPD 组被试选择湿沙的情况比非 BPD 组明显要多。

4. 讨论与分析

4.1. BPD 的遗传、环境因素及个体 - 家庭 - 社会病理模型

许多研究已发现, BPD 是一种复杂的由很多因素决定的病症, 有先天的遗传和神经生物学的原因, 也跟后天的家庭、社会环境和成长中的心理创伤有关。本研究的一般资料调查和沙盘作品分析也证实了这一点。BPD 组被试中有 25.6% 的人反映家族中曾有人患过精神疾病或自杀, 46.5% 的人描述自己的父亲或母亲脾气暴躁、易冲动、情绪无常, 37.2% 的人有过父母离异、亲人去世、感情被骗等重大创伤性经历,

48.8%的人承认自己在身体上生过病，主要是肾炎、乙肝、皮肤病、肠胃炎等，39.5%的人承认自己在心理上出现过问题，主要是失眠、焦虑、抑郁、情绪波动大，甚至想过自杀等。在描述自己的性格时，BPD 组被试多选用负性的词语或矛盾的语句，比如“有时很脆弱，有时又很坚强；有时很悲观，有时又很乐观”等。在谈到自己童年时的性格和现在性格的变化时，BPD 组被试更多地反映自己的性格在成长过程中发生了很大的改变，多是变得不好了。在谈到父母的教养方式时，BPD 组多认为父母的方式是限制、惩罚、溺爱或放纵等，而且 BPD 组被试还反映其父母的教养方式往往不一致，一方严厉、限制，一方宽松、放纵，这也可能是导致 BPD 患者情绪不稳定的原因之一。至于家庭气氛，BPD 组被试多用“限制”、“紧张”、“冷漠”等字眼来形容，或同时选用两个矛盾的字眼，比如“温暖”和“冰冷”。此外，BPD 被试的沙盘中也反映出隔离、分裂等创伤性主题，象征着他们的心灵在成长中曾受到过的伤害。

因此，BPD 确实是遗传和环境相互作用的产物，从父母那里遗传来的生理因素，如易冲动性、超敏感性等先天素质，加上早年不良的家庭因素，如功能不全、虐待、忽视、分离等不良环境，可能造成潜在的

BPD 个体，如果他们又不幸在童年或青少年时期遇到一些比较重大的创伤性经历，如丧失亲人、父母离异、亲密关系失败等，而家庭和学校里又都缺少关怀和支持，社会文化大环境又没有起到很好的抑制、保护作用，那么，潜在的 BPD 个体就很可能最终成为 BPD 患者。这个过程我用个体 - 家庭 - 社会病理模型来描述，可以较为清楚、全面地理解 BPD 的发病原因和过程(详见图 1)。

这个模型与前人模型不同之处在于：一是提出了潜在 BPD 的概念，可以解释为什么类似的父母(类似的遗传素质)、类似的早年经历有的人发病，有的人却不发病；二是从发展的角度看待 BPD 的发病过程，除了早年的创伤，同样也强调童年和青少年时期(甚至是成人时期)的创伤经历；三是同等程度地强调了社会大环境的因素，这可以很好地解释为什么 BPD 在传统社会中少见，而在美国等西方发达国家多见，为什么以前在我们国家少见，现在却越来越多见。

4.2. BPD 的典型病理特点在沙盘中的表现

4.2.1. 特定沙具使用频率分析

BPD 的一个典型的病理特点“害怕真正或想象的被抛弃”可能源于内心深处安全感的缺乏，这一点在

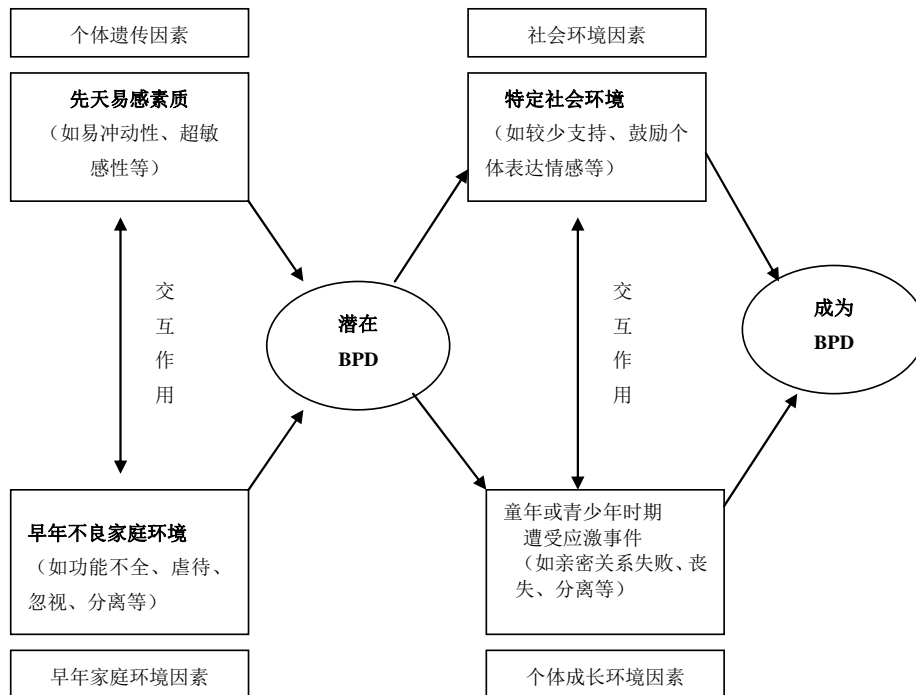


Figure 1. The individual-family-society pathological model of BPD
图 1. BPD 的个体 - 家庭 - 社会病理模型

沙盘中的表现为频繁或过多地使用栅栏、城墙类物件，在沙盘在四个角落或正上方放上带有神秘色彩的埃及法老或女神像、图腾柱、金字塔、观音或佛像等，甚至同时放很多个，以表达他们希望借助外界神灵的力量来庇护自己的愿望。此外 BPD 沙盘中隔离、威胁的主题传达的也是这种对安全感的需要和焦虑。

BPD 还有一个典型的病理特点，就是患者的内心常常体验到一种弥漫的空虚感和孤独感。在 BPD 的沙盘中，空无一人或只有一个人独坐的场景经常可以看到，远古时代、蛮荒之地等非现实场景也时有呈现。此外，与非 BPD 组相比，BPD 沙盘中成双物件少，有也常是作为背景和陪衬，更显出主角的孤独与落寞；桥也较少，或并没有起到实际的连接作用；还有象征着能量和活力的树木花草较少。以上这些都是 BPD 被试空虚、孤独的内心世界在沙盘中的表现。

4.2.2. 沙具的非常规使用或摆放分析

BPD 被试的沙盘中沙具常常会“奇异呈现”，表现出奇怪或矛盾的主题，这也是 BPD 沙盘非常独特的地方。具体来说，奇异呈现指沙具出现在它不该或不可能出现的地方，比如松果长在水里，蘑菇出现在浴室上面，珊瑚长在上岛，南瓜在海底，车在高台上架着等；奇异呈现还指矛盾的东西或不可能同时出现的东西同时出现，比如雪花和绿树同时出现，尖松树和椰子树同时出现，四季同时出现，圣诞老人在夏天出现，等等；奇异呈现还包括孤立地出现与整个场景关联不大的沙具等等。奇异呈现中表现出的不合逻辑、矛盾性和理想化，正是 BPD 的内心典型特点之一。

4.2.3. 沙盘主题特征分析

BPD 被试的沙盘中典型和独特的主题特征是隔离和分裂主题的出现与联结和新生主题的缺失。隔离是指用栅栏等将沙盘的一部分空间隔开；或用其他沙具排成一排与治疗师的方向隔开；或表征自己的沙具与整个沙盘中的其它部分隔开。BPD 患者在沙盘中创造出“自己的世界”，完全把自己与周围的世界隔离开来，这可能是 BPD 患者的典型病理特点，疏离感在沙盘中的表现。分裂是指沙盘被明显分割成两个或两个以上的部分，而且中间没有桥或其他连接物，或同类沙具的对立，沙盘中各个部分是孤立的、分离的，这部分证明了 Kernberg^[13]和 Linehan^[14]的观点，

即边缘型人格障碍的决定性特征是分裂(splitting)的防御机制的使用。但不同的是，分裂的防御机制是指把世界看成或者全好或者全坏，而在沙盘中，分裂更多地表现为不相干的、矛盾的、对立的的东西同时出现，并且没有得到很好的整合，没有协调统一起来，仅仅是“在一起”。Sheffield 等^[15]提出了“悖论”(paradox)的概念，也指出了它与“分裂”概念的细微差异：分裂意味着病人交替地坚持矛盾的两极，而悖论是同时地坚持矛盾的两极，本研究的结果更支持这一观点。

同时，联结是指元素之间的关联和对立面的联结，新生是指新的发展的出现，这些都属于治愈主题，是来访者内心世界协调统一、充满希望力量的表现，而边缘型人格障碍人群在这些主题上显著少于正常人群，正是 BPD 患者空虚、孤独的内心世界在沙盘中的表现。

4.2.4. 沙盘主题场景分析

BPD 会出现“自我身份感紊乱”的情况，不知道“我是谁”，“我要向何处去”，这在沙盘中会表现为主题不明确，或混乱主题，或一个沙盘中出现多个不同的“我”。

4.2.5. 其它指标分析

DSM-IV 中将边缘型人格障碍定义为：“一种人际关系、自我意象和情感的不稳定，并有明显的冲动性的普遍模式”，ICD-10 中将之纳入情绪不稳定型人格障碍的一个亚型，可见不稳定是 BPD 的一个最重要的病理特点。在沙盘游戏过程中，这一个特点同样可以明显地表现出来，比如 BPD 被试在沙盘过程中，不断变化沙盘布景的情况明显比非 BPD 被试要多，甚至有的在做的过程中把原来的布景改得面目全非。另外，在做系列沙盘时，BPD 被试每次完成沙盘后的情绪非常不同：这次感觉很好，下次就情绪压抑，再下次情绪又有变化。

还有，BPD 的“敏感、戒备、对人不信任”等特点可以从他们更少接触沙子或做完立刻试图破坏沙盘的举动表现出来；BPD “常陷于混乱情感状态”的情况也可以从他们更多地选用湿沙这一细节表达出来，因为湿沙往往象征着情感不明朗的状态。

4.3. BPD 的内心世界模型

根据上面的讨论与分析，以及很多国外学者的研

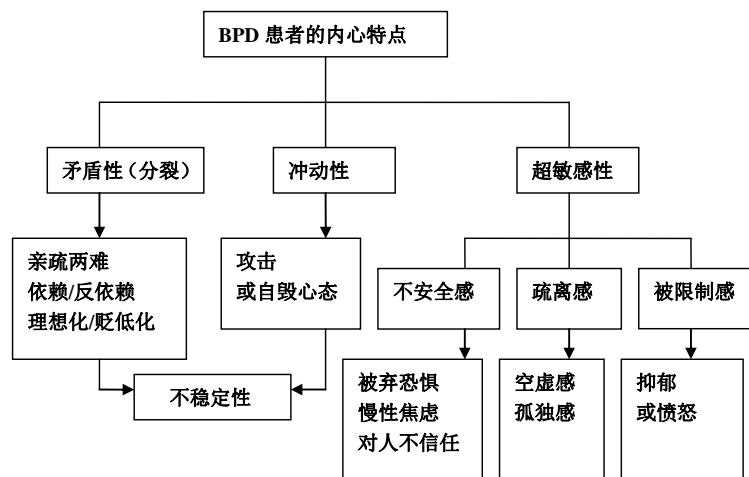


Figure 2. The inner world model of BPD
图 2. BDP 患者的内心世界模型

究成果, 我们可以总结性地描绘出 BDP 患者的内心世界模型(见图 2)。BDP 患者的内心特点主要有三个: 矛盾性(分裂性)、冲动性和超敏感性。其中矛盾性(分裂性)具体可表现在亲疏两难心态、依赖与反依赖心理以及理想化与贬低化共存上, 冲动性具体可表现在攻击或自毁心态上, 这两者都会带来 BDP 患者内心的不稳定性。此外, 超敏感性的特点会导致 BDP 患者的内心常常体验到极度的不安全感、与人的疏离感和被限制感, 不安全感会带来被弃恐惧和慢性焦虑, 疏离感会导致内心的空虚和孤独感, 而长期的被限制感则带来抑郁或愤怒的情绪体验。在沙盘中, 这些特点都有形象的表现, 比如疏离感体现为隔离主题, 不安全感体现为栅栏、神秘物件的使用和威胁主题, 被限制感体现为限制主题, 冲动性体现为攻击主题, 矛盾性体现为分裂主题和奇异呈现等等。

5. 结论

BPD 是先天遗传因素和后天不良家庭因素以及特定社会环境因素相互作用的结果。BDP 患者的沙盘中最典型的特征是分裂、奇异呈现和边界问题, 最经常出现的创伤主题是隔离和分裂。BDP 患者的沙盘中还有非现实场景多、主题不明情况多、神秘物件多和不断变化沙盘布景等特点。BDP 患者很多典型的内心特点都可以在沙盘中形象地表现出来, 我们通过沙盘, 也可以更好、更深入地理解 BDP 患者的内心世界和病理特点。此外, BDP 的个体-家庭-社会病理模型和内心世界模型也可以帮助我们更好地认识和

理解 BDP。

参考文献 (References)

- [1] Schmideberg, M. (1959) The borderline patient. *American Handbook of Psychiatry*, 1, 398-416.
- [2] American Psychiatric Association (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III. American Psychiatric Publishing, Arlington.
- [3] American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. American Psychiatric Publishing, Arlington.
- [4] World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (Vol. 1). World Health Organization.
- [5] Livesley, W.J., Schroeder, M.L., Jackson, D.N. and Jang, K.L. (1994) Categorical distinctions in the study of personality disorder: implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 6.
- [6] Loranger, A.W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S.M. and 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, 215.
- [7] Widiger, T.A. and Frances, A.J. (1989) Epidemiology, diagnosis, and comorbidity of borderline personality disorder. *Review of psychiatry*, 8, 8-24.
- [8] 凌敏猷 (1979) 精神病中的边缘状态. *国外医学精神病学分册*, 4, 209-214.
- [9] 郑瞻培 (2001) 人格障碍的临床问题及诊断误区. *上海精神医学*, 4, 232-234.
- [10] 杨蕴萍, 杨坚 (2002) 人格障碍诊断问卷(PDQ-4+)在中国应用的信效度研究. *中国临床心理学杂志*, 3, 165-168.
- [11] Spitzer, W., 著 (1996) 卢宁, 蔡贵庆, 译, 刘协和, 审校. DSM-III-R 人格障碍筛查问卷 (SCID-II PQ). 华西医科大学心理卫生研究所.
- [12] 蔡宝鸿 (2005) 初始沙盘及其临床诊断意义研究. 华南师范大学, 广州.
- [13] Kernberg, O.F. (1985) Borderline conditions and pathological narcissism. Rowman & Littlefield, Lanham.
- [14] Linehan, M.M., Heard, H.L., Clarkin, J., Marziali, E. and Mun-

roe-Blum, H. (1992) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Borderline personality disorder: Clinical and empirical perspectives*, 248-267.

[15] Sheffield, M.W., Barlow, S.H., Lambert, M.J., Hoyal, H.,

Thompson, K.C. and Garbutt, M. (1999) A qualitative examination of borderline personality disordered (BPD) patients: Interpersonal dynamics and underlying paradoxes. *Journal of Personality Disorders*, **13**, 287-296.