

邊緣型人格障礙症個案之 諮商倫理困境與因應

The Ethical Predicaments and Coping Alternatives while Working with Clients with Borderline Personality Disorder

林宏南¹、許洛滉²
Hong-Nan Lin¹, Min-Huang Hsu²

摘要

邊緣型人格障礙症（Borderline Personality Disorder, BPD）是臨床上常見的人格疾患類別，其多層面廣泛不穩定，包括情緒起伏不定、不確定的自我形象、面對人際關係的兩極化反應、將他人過度理想化或貶抑、高衝動性與自殺行為的特徵，易導致諮商師在諮商工作上的挑戰與困難，及遭遇相關諮商倫理困境。本文針對在與邊緣性人格疾患個案工作中，可能會出現的界線、反移情及自殺危機等相關倫理困境及因應做進一步的探究，涵括常見反移情與因應方式；對於界線議題的因應建議；自殺通報的評估、因應與自殺危機介入等議題，並連結辯證行為治療的諮商目標，嘗試提出因應倫理困境的積極性觀點，以期能降低倫理困境對諮商的負向影響，及建立諮商的良好基礎，顧及案主的最大福祉與權益。

關鍵詞：邊緣型人格障礙症、諮商倫理困境、辯證行為治療

壹、前言

倫理的基本要求是確認我們自己和他人的責任（洪莉竹，2011），而倫理規範的基本目的在於促進當事人的福祉，協助專業人員提供更好的服務（林家興，2016），是諮商專業人員在諮商工作過程中，需要關注與重視的。但因實務工作的複雜與多元性，諮商專業人員

會遇到倫理困境，而此倫理困境可能會對於案主權益或諮商成效造成影響，且因倫理守則的限制，無法提供所有倫理困境解答，因此諮商專業人員需要在透由倫理推理及評估後，針對兩難的倫理困境做出倫理決策，以確保當事人的福祉。在實務工作上，常見的倫理議題包含保密、雙重關係、專業界線、與同儕或其他專業人員的關係（或是同儕出現不道德行為）等（洪莉竹，2008；

¹國立屏東大學教育教育心理與輔導學系 碩士生

²國立屏東大學教育教育心理與輔導學系 碩士生

通訊作者：林宏南，（900）屏東市民生路4-18號國立屏東大學教育心理與輔導學系，
E-mail: redblueing@gmail.com



Mendes, Nascimento, Abreu-Lima, & Almeida, 2016; Pope & Vetter, 1992; Schank & Skovholt, 1997)。

而在針對邊緣型人格障礙症 (Borderline Personality Disorder, 以下簡稱BPD) 個案的諮商工作上, 容易因個案多層面的極端不穩定, 包括情緒起伏不定、不確定的自我形象、高衝動性行為, 面對人際關係的兩極化反應, 將他人過度理想化或貶抑, 及容易出現自殺或自傷行為的危機 (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), 而導致諮商工作者會面臨到自殺議題 (包含保密與通報)、反移情、界線等倫理困境。

筆者在精神科診所從事諮商實習過程中, 也曾協助過一位邊緣型人格障礙症的個案, 並遇到一些諮商倫理困境與阻滯, 因此對於在與邊緣型人格障礙症個案的諮商工作中, 會遭遇哪些倫理困境及如何因應感到好奇, 並想對此做進一步的探究。

貳、邊緣性人格障礙症簡述

邊緣性人格障礙症是國內相當常見的人格障礙類型 (董淑苓, 2005), 而依據美國精神疾病診斷與統計手冊第五版 (DSM-5) 對於邊緣性人格障礙症的描述與診斷準則, BPD始自成年早期開始, 主要特徵為在許多層面廣泛不穩定, 包含情緒起伏不定、不穩定的自我形象、高衝動性行為, 對他人細微的情緒表現過度敏感。診斷準則包含: 瘋狂的努力與避免被拋棄、不穩定且強烈的人際關係模式 (在理想化與貶抑兩極之間轉換)、認同障礙 (不穩定的自我感)、潛在自我傷害的衝動行為、一再的自殺行為、長期的空虛感、不適當且強烈的憤怒或對憤怒難以控制、短暫的與壓力相關的妄想或解離症狀 (台灣精

神醫學會譯, 2014)。BPD的成因包含神經生物因素與心理社會因素, 以下聚焦在心理社會因素及發展理論來探討BPD的成因。

國外研究發現, BPD個案在他們的早期記憶中, 比起重度憂鬱症患者或正常人, 有較多惡意的 (malevolence)、具傷害性且未受到幫助的人際經驗 (Nigg, Lohr, Westen, Gold, & Silk, 1992); 與持續性憂鬱症 (dysthymia) 患者或正常大學生樣本相比, 呈現較高的不安全依附型態 (Patrick, Hobson, Castle, Howard, & Maughan, 1994; Sack, Sperling, Fagen, & Foelsch, 1996)。相較於其他人格障礙症, BPD個案有較多兒童時期的受虐 (包含情緒、身體與性的受虐) 與忽視經驗 (對感受的否定、真實關係的缺乏等), 及有較高比率的創傷暴露 (traumatic exposure) (Battle et al., 2004; Yen et al., 2002; Zanarini et al., 1997)。由此可發現人際經驗、依附關係發展、創傷、受虐對BPD形成的影響與相關性。而在發展的面向上, Adler (1985) 認為BPD精神病理的基礎在於發展的失敗 (developmental failure), 關聯於母親的照顧, 缺乏良好及充足的母愛 (the absence of good-enough mothering) 是影響發展的重要因素之一 (引自Diamond, Kaslow, Coonerty, & Blatt, 1990)。此外, 部分學者 (Mahler, 1971; Mahler & Kaplan, 1977; Masterson & Rinsley, 1975; Rinsley, 1977) 認為BPD與幼兒於分離一個體化階段 (separation-individuation phase) 的發展受阻有關, 其中包含區辨及統整自我與客體表徵的失敗 (引自Diamond, Kaslow, Coonerty, & Blatt, 1990)。實徵研究亦顯示, BPD患者的羅夏克測驗 (Rorschach protocols) 結果相對於思覺失調症患者, 有較多的分離——個體化的主題 (Coonerty,



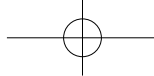
1986)。Masterson (1978) 則進一步指出分離一個體化階段發展的困難將會導致形成「全好」和「全壞」的分裂性客體關係，並可能是因為母親對於共生、依賴的行為提供鼓勵與支持，但阻礙孩子自主性的發展所導致（引自 Fall & Craig, 1998）。

參、倫理困境

BPD個案對於諮商師來說是相當困難與具挑戰性的（藍茜茹、徐麗明、林毓君，2015），即使是經驗豐富的治療者，若缺乏督導或專業支持下，也容易產生耗竭（董淑鈴，2005）。而因BPD在情緒及人際關係的強烈不穩定性、自殺或自傷危機等特徵，容易引發諮商師的反移情、界線跨越、自殺危機等倫理困境，並對諮商工作造成影響。在面對倫理困境的因應與抉擇的考量，第一優先即是要顧及案主的福祉，另外需考量的是如何來降低倫理困境的發生與透由倫理困境的因應與抉擇，對於諮商工作產生正向幫助，並將倫理困境放置在諮商的脈絡與歷程中來做思考。例如：面對自殺議題所引發的倫理困境，諮商師除了思考如何做抉擇與因應外，另需關切的是如何降低與解除個案的自殺危機，及自己是否具備危機介入的專業知能；可以預見的是，當個案的自殺危機得以在諮商師協助後降低，便可以預防或降低自殺議題倫理困境的發生，是為在面對倫理困境時的另外一個視框與觀點。廖俞榕（2010）曾針對邊緣性人格障礙案主的倫理議題進行相關探究，涵括自殺與自傷行為的倫理考量、移情與反移情的倫理考量及人際界線的倫理考量等三個層面。而本文將著重在此三個層面的倫理困境與因應做更進一步的探究，並連結辯證行為治療的觀點。

一、界線及反移情倫理困境

在藍茜茹（2015）等人針對大學中的BPD個案的研究發現，BPD個案可能會對專業工作者產生情感轉移，瘋狂的想要接近對方，而導致治療關係無法持續。當諮商師讓個案感到舒適時，個案會將諮商師視為熱於助人與完美的，但是當諮商師被認為是太過嚴格或不夠關注自己時，個案將會轉變為視其為可怕而全壞的，因而導致治療關係變得不可預測（董淑鈴，2005）。Farrugia（1992）認為BPD的投射性認同（projective identification）、理想化（idealization）及貶抑（devaluation）等防衛機轉之展現是讓治療者感受到挫折的原因，及導致諮商工作的困難，而諮商師也容易在這樣的狀況下產生反移情。常見的反移情包含罪惡感（guilt feelings）、拯救者的幻想（rescue fantasies）、盛怒與憎惡（rage and hatred）、無助感與無價值感（helplessness and worthlessness）、違反專業界線（transgressions of professional boundaries）、焦慮與恐懼（anxiety and terror）（Gabbard & Wikinson, 1994）。為避免諮商師的反移情對於諮商工作產生負向影響或傷害，諮商師需去覺察與了解自己的反移情，區分個人的反應與個案有關的成分，及哪些是與諮商師過去的經驗或未竟事宜有關，有時接受督導是必須的，或是透由書寫自我覺察札記來幫助自己對於反移情的覺察。林淑君與陳秉華（2002）的研究也指出自我覺察是面對反移情最重要的工作，「強調自我覺察」是四位受訪的諮商師共同的想法，諮商師若是可以予以覺察並加以處理，反移情可以是治療上的助力。反移情的覺察亦是諮商師洞察BPD個案



移情行動化的治療關鍵，在諮商歷程中極為重要。而處理對於BPD個案的反移情，對於諮商師本身亦有治療性。另外，諮商師需維持自身情緒的穩定度與高度的健康狀態，並限制BPD的個案量，以避免自身負荷過大而陷入耗竭（董淑鈴，2005）。

而對於個案送禮物，要求額外的約會、電話聯繫或發展諮商外的關係等界線倫理困境，諮商師可以與案主去探索其背後的意涵，協助人際模式的探索與覺察。此外，Benjamin曾在1996年提醒諮商師與個案間有可能會陷入一種惡性的循環（例如：諮商師因害怕個案自我傷害的行動而答應繼續與個案進行電話聯繫），讓諮商師陷入於供給個案所期待情感需求之困境，而這樣的情況可能會導致個案持續惡化和退步。為避免這種循環的發生，Benjamin也建議諮商師在一開始就要設定與維持界線，並在諮商過程中全程堅持（引自Millon, Millon, Meagher, Grossman, & Ramnath, 2004）。透由對治療關係的注意與主動的管理，可以降低誤解帶來的影響，對於在協助BPD個案重建人際模式的工作上有其重要性。另外，藉由彼此對於所期待的諮商歷程、角色與目標的開放討論，也有助於清楚界線的維持（董淑鈴，2005；Fall & Craig, 1998）。諮商師的功能在於示範一個成熟、能自我觀察的個體，並努力展現一致性的行為，來協助個案整合自我與他人分離的自我表徵，使其更加真實，有助於個案建立與他人之間更真實的界線（董淑鈴，2005）。藍茜茹等人（2015）亦指出諮商師有耐心的包容並維持適當的界線，並與個案維持長期穩定的治療關係，才能給予BPD案主持續且有效的幫助。

二、自殺危機倫理困境

自殺行為是BPD中特別被關注的部份，文獻顯示：自殺、自殺企圖或蓄意自傷與邊緣性人格障礙有密切關係（方俊凱，2007），一再重複的自殺行為也是DSM-5對BPD的診斷準則之一。因此，自殺危機會是在針對BPD個案的諮商工作中可能會遇到的倫理困境，其中包含自主權的考量、保密與通報的議題。針對自殺自主權的議題，筆者較偏向危機介入的觀點，因個案的自殺行為通常與個案的痛苦感受、與外界的溝通、求救或需求有關，個案受限於其情緒壓力狀態，無法做出對於自身最佳的選擇，若能保護其度過危急的時刻，才有機會在後續諮商中協助其對死亡做澄清與探索，若個案能夠覺察其對死亡的過度美化，即能接觸真實的死亡焦慮，便有機會降低其自殺意念（高慧芬譯，2000/1989；周穎琦，2014）。

對於個案自殺的通報，需先著重在自殺危機等級的評估，因若在缺乏判斷基準下貿然通報，有可能會侵犯到個案的隱私，或影響諮商關係。諮商師必須以直接開放的態度詢問個案的自殺議題，如此才較易評估自殺的危急等級程度，另可透由三角評估系統、簡式健康量表、評估自殺危機因子、評估自殺計畫等方式來進行一個較全面性的評估及獲取相關資訊。若個案對於自殺計畫的描述越具體詳細，自殺的風險即越高。除進行自殺危機評估外，也須評估其社會支持度及個案的接受度，再決定通報與否（周穎琦，2014）。且無論如何，諮商師在通報前務必要先與個案針對通報的對象、方式、內容，及通報的好處、後續效應與因應方法來進行討論，以降低個案的擔心，並以「最低侵犯」



(least intrusive) 為必要原則，降低傷害發生的可能性（周穎琦，2014；Corey, Corey, & Callanan, 2011）。

面對BPD個案的自殺議題，除了上述的倫理困境與因應外，更重要的是進行危機介入的處遇及降低個案的自殺風險，這樣才能真正確保個案的福祉，與讓後續的諮商工作得以延續與開展，並能預防與降低倫理困境的發生，是更積極面對倫理困境的一種觀點與態度。周穎琦（2014）整理出五個自殺危機介入模式，簡述如下：

（一）定義問題

聚焦目前的問題與需求，辨識導致自殺行為的導火線，傾聽個案的想法與敘述，理解其自殺脈絡，再進行後續處遇。

（二）確認個案安全

評估個案的危險情境，辨識潛在的威脅致命因子，注意個案的外在情境與社會支持系統，確認個案遠離可能導致自殺風險的物品與壓力源，必要時甚至代為保管自殺工具。

（三）提供支持

明確傳達關懷，提供個案支持，足夠的心理支持可以提供一個安全的環境，並鼓勵個案表達憤怒，調節情緒，使毀滅自我的衝動降低。另可主動聯繫外在資源，提供就業、法律、醫療或急難救助等資訊，提供生理與安全需求上的支持，提供案主安全與信任的同盟關係。

（四）檢視替代方案

協助案主探索其他的可能解決方法，並與案主討論最接近現實的幾個核心選項，並協助找出個案的內外資資源，另外與案主共同找到活下去的理由，引發案主的希望感亦是一個重要的

關鍵因素。

（五）取得承諾

針對所找到的方法，擬定計畫，並與案主確認行動步驟，透過概述計畫、口頭承諾、簽訂契約或握手等方式，協助案主對於其正向的行動步驟做出承諾。另外也可以與案主簽署不自殺契約，取得案主不自殺的承諾，此方法除了可以延緩自殺行動，簽約與履行過程也可以幫助個案較有控制感，並降低諮商者的焦慮感。或是以「安全計畫」替代不自殺契約，在安全計畫中清楚列出自殺可能性提高時的警訊，及個案覺得可行的因應步驟（例如：當我開始緊張時，我會去散步）。

而同樣的，在面對BPD個案的自殺危機時，尋求督導或諮詢的協助是必要的，以便能準確的評估出個案自殺的危機等級，並做出彈性的處遇介入，以盡合理的照顧之則。另外，自我照護，避免專業耗竭，亦是諮商師很重要的工作。

肆、從諮商脈絡中看倫理困境——從辯證行為治療的觀點

實徵研究發現辯證行為治療（Dialectic Behavioral Therapy, DBT）對於BPD個案有相當的療效，Linehan、Armstrong、Suarez、Allmon與Heard（1991）的研究發現辯證行為治療在慢性自我傷害與自殺嘗試的改善成效優於一般治療方法。一項近代的後設分析發現（針對十六個研究），辯證行為治療對減少自殺與自傷行為具有中度的正向效果（moderate effect size），且其中有十五個研究顯示辯證行為治療對於改善自傷行為的效益（Kliem, Kröger, & Kosfelder, 2010）。國外也有研究發現針



對有自殺意念與自傷行為的大學諮商中心的個案，正統辯證行為治療能夠減緩案主的憂鬱症狀、減少自殺意念和自傷行為（Pistorello et al., 2012）。因此對於BPD個案的諮商工作與降低自殺危機，辯證行為治療是值得參考的一個理論取向。辯證行為治療是由Linehan於80年代中期創立，主要是以認知行為療法為基礎，整合辯證哲學、行為科學及禪修的治療取向，為結構性手冊之治療取向，涵蓋每週的個別治療、技巧訓練團體、電話諮商與個案管理及治療師的督導，其治療目標如下（林美芳，郎世瑀，2012；葉芸芝，2017；Linehan, 1993；Linehan et al., 1999; Janowsky, 1999）：

一、治療前目標（Pretreatment targets）

建立支持、開放及保護的氛圍，協助個案了解辯證行為治療，在開始治療前，個案需承諾在減少自傷行為、處理人際困境等面向上一同工作及參與技巧訓練。

二、第一階段目標

（一）降低自殺行為

包含降低自殺危機行為及自殺意圖，是辯證行為治療優先與重要的治療目標。

（二）降低干擾治療的行為

對於治療過程任何影響案主或諮商師的治療因素都需要積極處理，常見的干擾行為涵括個案出席狀況不穩定、不合作的行為、威脅終止治療、讓諮商師耗竭的行為（包含界線議題）與諮商師的反移情。

（三）降低破壞生活品質的行為

當案主的自殺行為減少並且能夠參與治療後，將治療目標集中在減少干擾生活品質的行為，包含藥物濫用、酗酒、高風險的性行為、犯罪行為、嚴重的人際失常行為（dysfunctional interpersonal behaviors）等。而改善個案的生活品質，亦對於自殺危機的降低有所助益。

（四）幫助學習新的行為技巧

辯證行為治療發展出一系列的技巧訓練，包含正念技巧、痛苦耐受技巧、情緒調節技巧以及人際效能技巧，正念技巧是重要的核心技巧，主要是學習對於當下經驗的覺察及不評價的態度；痛苦耐受技巧強調學習有技巧的忍受痛苦，並認為接納與忍受痛苦的能力是不可或缺的，可以協助個案渡過危機；情緒調節技巧中應用了部分的正念技巧，教導個案不評價的經驗情緒，並學習辨識與調節情緒的技巧，以減少負向及強烈情緒；人際效能技巧，協助個案學習對於情境需求及人際衝突的有效回應方式、社交及自我肯定技巧，以發展正向的人際關係。

三、第二階段目標

降低與創傷後壓力有關的行為—處理過去的創傷經驗，包含接納創傷（或受虐）的事實、減少自責及創傷反應等，以改善創傷經驗的影響。

四、第三階段目標

提昇自尊感及達成個人目標—在治療的最後階段，將聚焦於培養個案自我信任、向他人尋求適當協助的能力，並透由降低自我厭惡與羞愧感來提升自尊



感；此外，針對個案的個人目標來進行工作也會在此階段進行。

從辯證行為治療的治療目標中，可以看見此治療取向對於自殺危機降低的重視，及關注於影響治療因素的積極性處理，而這些因素也涵括諮商師的反移情。因此對於在治療BPD個案中所可能產生的倫理困境，若能透由此諮商的架構與脈絡來進行處理，便可降低其對於諮商的負向影響。因此，除了在出現倫理困境時，進行倫理決策與抉擇外，更積極的作法是直接在此諮商的目標中進行處理，這樣才能建立起諮商的良好基礎，並在與案主的同盟關係下，逐步發展後續的諮商目標，幫助案主生活品質與整體狀態的改善。而辯證行為治療的三個階段目標與其所教導個案的行為技巧，也很值得我們諮商工作時的參考，建議可以閱讀Linehan（1993）所撰寫的「Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder」原文書籍，及國內翻譯出版的「辯證行為治療技巧手冊」（楊淑智譯，2012/2007）來進一步了解。

伍、結論

因BPD個案多層面的不穩定性特徵與較高的自殺風險，諮商師容易在與個案的諮商工作中遭遇到倫理困境。除了對界線、反移情、自殺危機等倫理困境的因應外，更積極的作法是直接在此諮商目標中來處理或預防倫理困境的發生，而諮商師也需要尋求督導的協助或諮詢，並需做好自我照顧與調適，提高自身覺察能力，降低專業耗竭情況的發生，與案主建立起良好的同盟關係及諮商基礎。諮商師也可以參考辯證行為治療的諮商目標與行為技巧教導，提供案主協助。對於BPD個案來說，當發展出

自我接納與自信，獲得對情緒的控制，改善關係與就業，自殺與自我傷害的症狀得到進展，正代表了他們的復原與進步（Katsakou et al., 2012）。而這一切的開端，需從看見個案這個「人」開始，關注案主生命的苦痛，而非「疾患」，那份陪伴個案走過苦痛險境的心意，才是我們因應倫理困境與產生影響的重要支點，也才能真正顧及案主的最大福祉及權益。

參考文獻

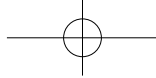
- 方俊凱（2007）。辯證行為治療：蓄意自傷與自殺企圖的治療模式。《諮商與輔導》，261，37-42。
- 台灣精神醫學會（譯）（2014）。**DSM-5 精神疾病診斷準則手冊**（原作者：American Psychiatric Association）。台北：合記圖書。（原著出版年：2013）
- 林家興（2014）。《諮商專業倫理：臨床應用與案例分析》。臺北：心理。
- 林美芳、郎世瑀（2012）。辯證行為治療運用於邊緣性人格疾患及其自殺行為之介紹。《台灣心理諮商季刊》，4（3），33-46。
- 林淑君、陳秉華（2002）。心理治療者的反移情研究。《教育心理學報》，34（1），103-121。
- 周穎琦（2014）。自殺的諮商倫理議題與危機介入。《輔導季刊》，50（1），44-55。
- 洪莉竹（2008）。學校輔導人員專業倫理困境與因應策略之研究。《教育心理學報》，39（3），451-472。
- 洪莉竹（2011）。中小學學校輔導人員倫理決定經驗研究。《輔導與諮商學報》，33（2），87-107。
- 修慧蘭、鄭玄藏、余振民、王淳弘（譯）（2016）。《諮商與心理治



- 療：理論與實務（原作者：Corey, G.）。臺北市：雙葉。（原著出版年：2013）
- 高慧芬（譯）（2000）。不想活下去的孩子：自殺心理分析及治療（原作者：I. Orbach）。台北市：心理。（原著出版年：1989）
- 張本聖、徐儷瑜、黃君瑜、古黃守廉、曾幼涵（譯）（2017）。變態心理學（修訂二版）（原作者：Kring, A. M., Davison, G. C., Neale, J. M., & Johnson, S. L.）。台北市：雙葉。（原著出版年：2013）
- 辜靖淳、葉在庭、劉宜釗（2014）。愛你恨你的背後——邊緣性人格患者的人際親密能力。中華輔導與諮商學報，41，123-151。
- 楊淑智（譯）（2012）。辯證行為治療技巧手冊：學習了了分明、人際效能、情緒調節和痛苦耐受的辯證行為治療實用練習（原作者：Mckay, M., Wood, J. C., & Brantley, J.）。台北：張老師文化。（原著出版年：2007）
- 董淑鈴（2005）。移情與反移情在邊緣型人格違常心理治療中的意涵處理策略～由客體關係的觀點。諮商與輔導，234，17-25。
- 葉芸芝（2017）。辯證行為治療法應用於大學諮商中心之挑戰。輔導季刊，53（2），71-83。
- 廖俞榕（2010）。面對邊緣性人格障礙案主的倫理議題。諮商與輔導，300，37-41。
- 藍茜茹、徐麗明、林毓君（2015）。大專校園中的邊緣型人格個案研究。中華輔導與諮商學報，44，69-103。
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., ... & McGlashan, T. H. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of personality Disorders, 18*(2), 193-211.
- Coonerty, S. (1986). An exploration of separation-individuation themes in the borderline personality disorder. *Journal of Personality Assessment, 50*(3), 501-511.
- Corey, G., Corey, M. S., & Callana, P. (2011). Issues and ethics in the helping professions. *Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing*.
- Diamond, D., Kaslow, N., Coonerty, S., & Blatt, S. J. (1990). Changes in separation-individuation and intersubjectivity in long-term treatment. *Psychoanalytic Psychology, 7*(3), 363-397.
- Farrugia, D. L. (1992). Recognizing emerging borderline personality disorders. *The School Counselor, 39*(3), 195-201
- Fall, K. A., & Craig, S. E. (1998). Borderline personality in adolescence: an overview for counselors. *Journal of Mental Health Counseling, 20*(4), 315-331.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. American Psychiatric Press.
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-



- analysis using mixed-effects modeling. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(6), 936-951.
- Katsakou, C., Marougka, S., Barnicot, K., Savill, M., White, H., Lockwood, K., & Priebe, S. (2012). Recovery in borderline personality disorder (BPD): A qualitative study of service users' perspectives. *Plos One, 7*(5), 1-8.
- Linehan, M. M. (1984). *Dialectical behavior therapy for treatment of parasuicidal women: Treatment manual*. Seattle: University of Washington.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry, 48*(12), 1060-1064.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *The American journal on addictions, 8*(4), 279-292.
- Janowsky, D. S. (1999). *Psychotherapy indications and outcomes*. American Psychiatric Pub.
- Millon, T., Millon, C. M., Meagher, S. E., Grossman, S. D., & Ramnath, R. (2012). *Personality disorders in modern life*. John Wiley & Sons.
- Mendes, S. A., Nascimento, I. M., Abreu-Lima, I. M., & Almeida, L. S. (2016). A study of the ethical dilemmas experienced by school psychologists in Portugal. *Ethics & Behavior, 26*(5), 395-414.
- Nigg, J. T., Lohr, N. E., Westen, D., Gold, L. J., & Silk, K. R. (1992). Malevolent object representations in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(1), 61-67.
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 982-994.
- Pope, K. S., & Vetter, V. A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association: A national survey. *American Psychologist, 47*, 397-411.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology, 6*(2), 375-388.
- Schank, J. A., & Skovholt, T. M. (1997). Dual-relationship dilemmas of rural and small-community psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 28*(1), 44-49.
- Sack, A., Sperling, M. B., Fagen, G., & Foelsch, P. (1996). Attachment style, history, and behavioral contrasts for a borderline and normal sample. *Journal of Personality Disorders, 10*(1), 88-102.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... & Zanarini, M. C. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive



personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(8), 510-518.
Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M.

F., ... & Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American journal of psychiatry*, 154(8), 1101-1106.

