

THE ROLE OF SOCIO-CULTURAL FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF IDENTITY DISTURBANCE OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Dana Cîmpan, Assist. Prof., PhD, University of Medicine and Pharmacy, Tîrgu-Mureş

Abstract: In the etiopathogenesis of borderline personality disorder are involved genetic, biological, psychological and socio-cultural factors. Psychosocial influences are essential in the development of identity disorder which is the core of borderline personality disorder. Identity disturbance generates instability of self-image, emotions, personal and spiritual beliefs, interpersonal relationships and behavior, often with self-harm consequences. We evaluated a lot of 70 patients diagnosed with borderline personality disorder in the Psychiatric Clinic 2, Tg. Mures, between September 2009 and March 2014. The lot was distributed for demographic and psychiatric nosological criteria. Disturbances in socio-cultural factors, such as general and specific cultural and educational models, types of parenting, temperamental and characterial traits of the family members, educational and financial familial level, pattern of moral and spiritual principles of the family, play a fundamental role in development of borderline personality.

Keywords: identity, disorder, borderline, personality, parenting.

Tulburările de personalitate sau psihopatiile reprezintă modele deviate de viață, inflexibile, stabile în cursul timpului, cu debut în adolescență sau prima tinerețe, care produc deteriorare psihosocială a individului. Tulburarea de personalitate de tip borderline constituie 30-60% din totalul cazurilor de psihopatie, respectiv 10% dintre pacienții psihiatrici evaluați ambulator și 20% dintre cei internați (5).

Trăsăturile caracteristice personalității patologice de tip borderline sunt reprezentate prin instabilitate marcată a emoțiilor, identității și imaginii de sine, relațiilor interpersonale și comportamentelor, impulsivitate cu conotații autodestructive, furie intensă, teamă de abandon, sentiment persistente de vid interior, ideea paranoidă, stări disociative și acte de autovătămare sau autosabotare. În acord cu exegeții psihanalisti, considerăm drept nucleu de bază al dezvoltării borderline a personalității alterarea identității, având drept mecanism de instalare disociația/clivajul. Perturbarea identității se instalează precoce în cursul personogenezei datorită perturbării relației de atașament cu îngrijitorii, în mod deosebit cu mama.

Tulburarea de identitate s-a bucurat de mare interes din partea psihopatologilor în decursul timpului, fiind în general considerată o tulburare de spectru isteric. David Hume, filozof francez interesat de problematica identității persoanei, menționează încă din secolul al XVIII-lea existența mai multor fragmente ale Eului - "Creierul uman este un teatru unde se joacă în același timp mai multe piese, pe mai multe planuri, dintre care doar unul singur este în lumina reflectoarelor. Nimic nu poate fi mai demn de studiu decât această pluralitate funciară a Eului, care merge mai departe decât ne putem imagina"(13). Pentru Karl Jaspers, tulburarea de identitate este o tulburare a conștiinței de sine caracterizate prin pierderea

libertații interioare și a sentimentului de a fi unitar și identic cu sine însuși (9). Alfred Binet descrie ”pluralitatea conștiinței la un individ”, admitând că în afara conștiinței pot să apară emoții, gânduri sau așteptări ce au drept sursă un fragment psihic necunoscut și neasumat de către conștient. Considerăm că la subiecții diagnosticați cu personalitate borderline, chiar mai mult decât la cei cu patologie isterică, aceste aspecte sunt nucleare, semnificative și cu impact asupra funcționării psihosociale.

Psihanaliștii explică identitatea difuză a subiecților borderline prin ”fragmentarea” Eului datorită fenomenului psihic al disociației. Disociația, apărută în personogeneza precoce (primii ani de viață), ca mecanism prereflexiv de apărare, adaptare și răspuns la o psihotraumă semnificativă, realizează eliminarea din câmpul conștiinței a amintirilor și emoțiilor insuportabile. Otto Rank compară disociația cu o stare de autohipnoză, în care copilul vulnerabil și abuzat se detașează de situația lui, înregistrează cognitiv evenimentele, dar este deconectat emoțional de la situația traumatizantă (14). Acest clivaj este considerat o defensă de tip narcisic, entitatea protectoare concepută prin ficțiune fiind o instanță fără conștiință morală și incapabilă de a discerne binele de rău. Disociația poate fi însoțită de tulburări mnestică și anestezie dureroasă, iar gravitatea ei poate varia între moderată, la 42% dintre pacienții borderline și severă, îndeplinind criteriile pentru o tulburare disociativă la 26% dintre acești subiecți (23).

Cea mai gravă formă a perturbării identității este reprezentată de personalitatea multiplă sau alternă care, afirmă Freud în eseul ”Eul și Sinele”, ”rezidă în identificări ce acaparează conștiința în mod alternativ” și care, fiind incompatibile cu trăirile și cognițiile subiectului sunt izolate unele de altele prin rezistențe psihice (13). Se consideră că între personalitatea multiplă și cea de tip borderline există o mare superpozabilitate a criteriilor de diagnostic. După anii 1970, teoreticienii nord-americani au susținut că termenul de personalitate multiplă nu desemnează existența mai multor personalități ci simultaneitatea, în baza disociației psihismului, a unor fragmente ale Eu-lui care se pot activa simultan și inconștient pe modelul unui computer.

Se consideră ca în etiopatogenia structurării borderline a personalității sunt implicați factori genetici, biologici și psiho-socio-culturali.

Torgensen susține că există puține date în literatură care să susțină importanța factorilor genetici în etiopatogenia personalității borderline (22). Muller sugerează că alterarea comunicării interemisferice a creierului între vârstele 18-36 luni poate crea modificări neurologice care să explice tendința spre disociere. Studiile lui Bower indică un volum hipocampic mult diminuat la pacienții borderline expuși situațiilor de abuz, de un aspect asemănător MRI celui evidențiat la veteranii de război din Vietnam suferind de tulburare de stres posttraumatic (2). De Vegvar sumarizează o serie de studii care corelează disfuncția serotoninergică specifică pacienților borderline cu manifestărilor lor de hipersensitivitate la stres, impulsivitate și agresivitate (4). Teicher și colaboratorii indică afectarea sistemului limbic, în special al hipocampului și amigdalei (21).

Este de subliniat importanța predilectă acordată de specialiștii factorilor psihologici și socio-culturali implicați în etiopatogenia personalității borderline. Încă din 1975, Kernberg sublinia ca semnificativă în structurarea borderline a personalității combinația de frustrare extremă și agresivitate experimentate în primii ani de viață ai copilului în condițiile unui parenting disfuncțional. Linehan (1993) atestă că pacienții borderline au fost expuși unui

mediu în care comunicarea a fost inadecvată, inconstantă, cu răspunsuri extreme și în care subiectul nu s-a simțit acceptat, validat ca persoană, ci pedepsit sau umilit. Invalidarea, manifestată prin negarea, ignorarea, ridiculizarea, criticarea sau judecarea emoțiilor și atitudinilor copilului, constituie una dintre cele mai răspândite greșeli de parenting. Copiii cresc cu impresia că trăirilor lor sunt indecuate sau că greșesc, ceea ce conduce la confuzie sau neîncredere în propria simțire.

Sensibilitatea crescută la rejecție, trăsătură ce seamănă pacientul borderline cu cel evitant, constituie un ansamblu afectiv și cognitiv care implică anticipații anxioase și reacții comportamentale exagerate la respingere, motiv pentru care este considerată o formă diminuată a fricii de abandon. Gunderson susține că subiecții cu personalitate borderline prezintă o predispoziție mediată biologic prin amigdală, sistem limbic hipotalamo-pituitar-catecolaminergic și aria mezolimbică pentru hipersensitivitate interpersonală și stres relațional, dezvoltând în condițiile unui parenting inadecvat un atașament de tip dezorganizat-ambivalent. Sunt predispuși biologic la vulnerabilitate pentru anxietate de separare mediată dopaminergic, suferind ”sevrăj” la separarea de persoana de referință, la care se raportează inconștient cu o coloratură emoțională asemănătoare celei din relația mamă-copil sau din relațiile romantice adulte (6). Astfel, ei elaborează strategii interpersonale dezorganizate și de control datorită combinației paradoxale de nevoi imperioase și frică intensă cu impuls de evitare.

Metaanalizele atestă corelarea dintre diagnosticul de personalitate borderline și psihotraumele suferite în copilărie. În studiul efectuat, Herman afirmă că dintre pacienții borderline, 71% au suferit de abuz fizic, 67% de abuz sexual, iar 62% au fost victimele violenței domestice (7). Stone susține că 38% dintre pacienții borderline evaluați au avut dolii/pierderi importante în copilărie, 13% dintre ei au fost brutalizați fizic și 19% dintre femei și 8% dintre bărbați au fost victimele abuzului sexual de către un membru al familiei (17). Runeson, evaluând un lot de 58 persoane din mediul urban, cu vârsta cuprinsă între 15 și 29 ani care au realizat tentative suicidare repetate, a raportat că pacienții borderline suicidari au avut semnificativ statistic mai multe dolii, antecedente de abuz de substanțe în familie și lipsa unei locuințe permanente comparativ cu ceilalți pacienți care au comis tentativă de suicid (15).

Berziganian, efectuând un studiu prospectiv pe 776 adolescenți, a descoperit că stilul parental marcat de alternarea între inconsistență și hiperimplicare din partea mamei poate fi factor predictor pentru structurarea borderline a personalității copiilor (1). Weaver și Clum au raportat că, semnificativ statistic în comparație cu alte medii, familiile din care provin pacienții borderline sunt mult mai axate pe control (19).

Am investigat un lot format din 70 pacienți diagnosticați conform DSM-IV și SCID-II cu personalitate patologică de tip borderline, care au fost evaluați în Clinica Psihiatrie II Tg. Mureș în intervalul septembrie 2009 - martie 2014. Lotul a fost eșalonat conform criteriilor demografice și nozologice psihiatrice. Am acordat o importanță deosebită analizei factorilor socio-culturali implicați în structurarea acestui tip de personalitate. Pentru evaluare am mai utilizat testul YSQ-S3 (Young Short Questionnaire) și un chestionar format din 20 întrebări vizând aspecte precum: structura familiei și funcționarea în roluri a fiecărui membru, stilul de parenting, elemente de dizarmonie a personalității sau de patologie psihică a părinților, existența unor psihotraume în perioada precoce a dezvoltării copilului (decese, divorț,

accidente, schimbări dramatice, etc), antecedente medico-legale, statutul profesional, nivelul economic și cultural-educational al părinților, nivelul de coeziune și armonie dintre membrii familiei, etnia, valorile morale și religioase transmise și practicile existente în acest sens.

Din perspectiva criteriilor demografice, lotul investigat a fost format din 20 bărbați (28%) și 50 femei (72%), cu vârsta cuprinsă în următoarele intervale: 10-19 ani - 10 persoane (14,26%), 20-29 ani - 21 persoane (30%), 30-39 ani - 23 persoane (32,85%), 40-49 ani – 6 persoane (8,57%), 50-59 ani – 8 persoane (11,42%), 60-69 ani – 2 persoane (2,85%). Aceste date confirmă datele din literatura de specialitate privind prevalența crescută a personalității borderline în rândul femeilor și faptul că vârstele cele mai vulnerabile sunt cele corespunzătoare adultului tânăr, adesea suprasolicitat și vulnerabilizat de amploarea cerințelor din partea rolului profesional și personal.

44 (62,85%) dintre pacienții evaluați provin din mediul urban, iar restul din mediul rural, fapt explicat prin nivelul de adresabilitate și de educație pentru sănătate crescut din mediul urban. Din perspectiva nivelului educațional, am constatat că 16 (22,85%) dintre pacienți prezintă studii universitare finalizate, 4 (5,71%) sunt studenți, 8 (11,42%) sunt elevi, 26 au studii liceale (37,14%), 7 (10%) au studii gimnaziale, iar 3 (4,28%) au studii primare. Ca și statut profesional, 10 (14%) pacienți au profesii liberale, 5 (7,14%) profesiază în domeniul intelectual, 6 pacienți (8,57%) prestează munci necalificate, 33 (47,14%) sunt fără ocupație, 4 (5,71%) sunt asistați social, iar 12 sunt pensionari (17,14%). După cum indică datele, un procent semnificativ dintre acești pacienți nu pot sau nu vor să se implice în profesie, acest lucru antrenând un deficit de resurse financiare și de relații interpersonale cu repercusiuni negative asupra funcționării generale. Analizând criteriul statutului marital, am constatat că la momentul evaluării, 10 (14%) pacienți sunt căsătoriți, 6 (8,57%) sunt într-o relație de concubinaj, 8 (11,42%) sunt divorțați, 1 (1,42%) este văduv, 57 (81,42%) sunt singuri, ceea ce confirmă teoria care postulează că pacienții borderline au dificultăți în a menține o relație stabilă cu un partener. Menționăm faptul că 2 bărbați (2,85%) și 6 femei (8,57%) au prezentat fenomene specifice tulburării de identitate sexuală și orientare homosexuală egosintonă.

Din perspectiva factorilor psiho-socio-culturali evaluați, primul aspect investigat a fost cel al mediului familial. Anamneza și chestionarul aplicat ne-au indicat faptul că 12 pacienți (17,14%) au crescut într-un mediu familial relativ armonios și stabil, 44 (62,85%) într-unul dezorganizat și nesuportiv, 9 (12,85%) într-un mediu intens perturbator, iar 5 (7,14%) au fost instituționalizați până la vârsta de 18 ani. Aceste rezultate sugerează faptul că majoritatea pacienților investigați au fost expuși unui mediu marcat de instabilitate, lipsă de afecțiune, coeziune și suport între membrii familiei, prielnic dezvoltării unei forme patologice de atașament.

Am decelat psihotraume majore în cursul personogenezei la mai mulți subiecți - 6 (8,57%) au indicat decesul unui părinte, în 3 cazuri acesta fiind prin suicid, 18 (25,71%) au fost abandonați de către unul din părinți, 5 (7,14%) au fost afectați de divorțul parental, 15 (15,42%) au suferit schimbări dramatice de statut socio-economic în copilărie. Aceste rezultate indică faptul că 62,85% dintre subiecții vizați au suferit traume emoționale cu risc mare de a nu putea fi prelucrate la vârsta și în contextul mediului neprielnic respectiv, ceea ce poate constitui factor de risc pentru stres cronic, depresie recurentă și adicții.

Analizând aspectele legate de parenting și relația cu persoanele de referință din familie, am constatat că 14 subiecți (20%) au menționat că s-au simțit neglijați în copilărie în ceea ce privește nevoile fizice, emoționale și educaționale, 11(15,71%) că au fost abuzați emoțional, 22 (31,42%) au fost abuzați fizic și emoțional, 12 (17,14%) au menționat că au suferit abuz sexual anterior vârstei de 18 ani. Rezultatele obținute arată că pentru pacienții investigați, expunerea la situații de neglijare și abuz a fost semnificativ inferioară comparativ cu datele furnizate de literatura de specialitate. Ne explicăm aceasta prin faptul că este posibil ca o parte din subiecți să nege inconștient amploarea traumei în scopul minimalizării pierderilor sau să ascundă voluntar date în scopul prezervării intimității.

Investigând structura familiei parentale, am constatat că 16 pacienți (22,85%) provin din familii monoparentale, în general reprezentate prin mamă celibatară, cu suport relațional și financiar deficitar, 4 (5,71%) au crescut în familii cu un părinte vitreg cu care au avut o relație tensionată sau conflictuală, 9 (12,85%) provin din familii în care un părinte a lipsit mai multe luni consecutiv, cel mai adesea pentru că a lucrat la distanță sau a suferit o detenție, 10 (14,28%) au fost îngrijiți o perioadă semnificativă în decursul copilăriei de către altcineva decât părinții, motiv pentru care au experimentat trăiri din spectrul fricii de abandon.

Un segment important al lotului evaluat provine din familii în care a existat patologii psihiatrice, cum ar fi: dependență de alcool sau tranchilizante - 18 pacienți (25,71%), dependență de jocuri de noroc - 7 pacienți (10%), depresie recurentă, cel mai frecvent tratată inconstant sau cu scăzută eficiență – 11 pacienți (15,71%), schizofrenie – 2 pacienți (2,85%), tulburare delirantă persistentă – 3 cazuri (4,28%), tulburări de comportament din sfera agresivității – 21 pacienți (30%), tulburări de personalitate nediagnosticate – 13 pacienți (18,57%), fenomene de autovătămare – 10 pacienți (14,28%), antecedente medico-legale de tip infracțional, respectiv detenție pentru furt, vătămare corporală sau prostituție – 11 cazuri (15,71%). Aceste date indică faptul că majoritatea pacienților investigați provin din familii în care, cel puțin unul din părinți, a prezentat una sau mai multe forme de afectare psihică. Aceasta antrenează drept corolar o scăzută disponibilitate emoțională, stil de parenting și model comportamental disfuncțional și chiar un risc genetic de transmitere a unui fond constituțional predispozant pentru structurare patologică a personalității.

În ceea ce privește identitatea etnică, 4 pacienți (5,71%) au menționat faptul că provin din familii mixte, în care părinții aparțin etniilor română și maghiară, iar 5 (7,14%) au avut un părinte de etnie romă, ultimii subiecți indicând stres intrafamiliar crescut datorită diferențelor culturale și lipsei de coeziune din familia extinsă. 5 pacienți (7,14%) sunt de etnie romă și particular am remarcat în cazul lor încercarea de a-și păstra identitatea culturală prin refuzul adaptării la normele socio-culturale ale societății moderne, deși utilizează limba română ca mijloc de comunicare și ocazional desfășoară diferite munci necalificate. În cadrul acestui grup am remarcat un scăzut nivel educațional (studii primare sau gimnaziale), dominanța crescută a stilului comportamental instabil-impulsiv, cu tendință spre acting-out și autovătămare în condiții de frustrare și stres, existența credințelor și practicilor religioase precreștine (vrăji) și un pronunțat sentiment de a fi marginalizat și discriminat, cu solicitarea de beneficii secundare compensatorii care sugerează necesitatea integrării într-un program în care să fie abordată problema stigmei sociale.

Din perspectiva criteriului care evaluează religia de apartenență, 29 subiecți (41,42%) au indicat că sunt de credință ortodoxă, 9 catolică (12,85%), 15 reformată (21,45%) și 7

neoprotestantă (10). 9 subiecți (12,85%), deși aparținând formal unor religii tradiționale, s-au declarat ca fiind adepți New Age, manifestând credințe și practici specifice sincretismului religios ai acestui curent spiritual postmodern, constând în tehnici de meditație, exerciții corporale de tip yoga și ezoterism, iar 10 subiecți (14,28%) s-au declarat atei. 11 subiecți (15,71%) s-au descris ca fiind credincioși practicanți, 4 (5,71%) ai unor religii neoprotestante, 3 (4,28%) ai religiei ortodoxe, 2 (2,85%) ai religiei catolice și 2 (2,85%) ai celei de rit reformat. Aceștia au menționat că în familiile de proveniență s-a acordat importanță preocupărilor religioase, sărbătorilor și ritualurilor, părinții fiind credincioși practicanți, iar copii participând la viața religioasă a familiei. Ei menționează credințele religioase ca fiind factor de suport emoțional, de aderare la valorile comunității și la tradițiile moștenite de la predecesori.

25 (35,71%) dintre pacienții evaluați indică un comportament tipic dependenței de mijloacele mass-media (internet sau televizor), petrecând mai mult de 4 ore pe zi în fața ecranului. Considerăm că acest comportament poate fi înțeles ca un substitut religios găsit de către individul din ce în ce mai însingurat (uneori până la alienare) al societății postmoderne, care caută suport, bucurie, comuniune a valorilor și modele de viață în mesajele furnizate explicit sau subliminar de către comunicarea mass-media.

Evaluând succesiv mai mulți factori psihologici și socio-culturali implicați în structurarea personalității patologice de tip borderline, ni s-a reconfirmat importanța fundamentală a acestora. Considerăm că mediul familial nesuportiv sau ostil, abuzurile, psihotraumele, deficitul educațional și socio-economic, modelele disfuncționale de creștere și educație a copiilor, patologia psihiatrică netratată a părinților, lipsa unui sistem coerent de valori care să ofere repere și suport individului pot constitui, în condițiile unei predispoziții biologice preexistente, factori de risc pentru dezvoltarea unei personalități patologice de tip borderline.

Un aspect deosebit de valoros legat de factorii psihologici și socio-culturali perturbatori constă în faptul că ei ar putea fi corecți în contextual conștientizării și asumării riscurilor corolare. Corecția ar trebui să se deruleze atât global, la nivelul societății, cât și individual, prin asumarea responsabilității și deciziei de schimbare de către fiecare individ.

Numeroși factori de risc pentru crearea de dizarmonie familială și socială provin din ”valorile” societății postmoderne, în care domină agitația, pragmatismul, axarea pe aparențe în detrimentul profunzimii, propaganda prin mass-media și neglijarea timpului de calitate dedicat regăsirii de sine, relațiilor și valorilor autentice.

Bibliografie

1. Berziganian, S, Cohen, P, Brook, J.S. (1993) - The Impact of Mother - Child Interaction on the Development of Borderline Personality Disorder, *American Journal of Psychiatry*, 150 (12), 1836-1842.
2. Bower, B. (1995) - Child Sexual Abuse leave Mark in the Brain, *Science News*, 147 (1), 395.
3. Briere, J. - Psychological Assesment of Adult Posttraumatic States, Washington DC, American Psychological Association, 1997.
4. De Vegvar, ML, Siever, LJ, Trestman, RL (1994) - Impulsivity and Serotonin in Borderline Personality Disorder. In Silk, KR (Ed) *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*, Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994.

5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, American Psychiatric Association, 2013
6. Gunderson, J.G., Karlen Lyons-Ruth - BPD's Interpersonal Hypersensitivity Phenotype: a Gene-Environment-Developmental Model, *J of PD*, feb 2008, 22 (1), 22-41.
7. Herman, J.L., Perry, J. C. Van der Kolk, B. A., (1989) – Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder, *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
8. Hollander, F, Stein, DJ, DeCaria, CM, Cohen, L, Saoud, JB, Skodol, AE, Kellman, D, Rosnick, L, Oldman, JM (1994) - Serotonergic Sensitivity in Borderline Personality Disorder Preliminary findings, *Am Journal of Psychiatry*, 151 (2), 277-280.
9. Jaspers, K (1928)- *Psychopathologie generale*, Paris, F. Alcan.
10. Kernberg, O.(1975) - *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, New York, Jason Aronson, 1975.
11. Kroll, J (1988) - *The Challenge of Borderline Patient*, New York: Norton and Company.
12. Linehan, M. (1993) - *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, Guilford Press.
13. Osiceanu, M.E. (2011) – Personalitatea multiplă: disociere psihică sau tulburare de identitate, în vol *Cercetări filozofico-psihologice*, ian-iunie 2011, pp 113-131
14. Rank, O., Sachs, H (2012) – *Psihanaliza și științele umaniste*, Ed. Herald, Colecția Psihoterapia, București.
15. Runeson, B, Beskow, J (1991) - Borderline Personality Disorder in Young Swedish Suicides, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (3), 152-156.
16. Silk, K.R., Lee, S, Hill, E, Lohr, N.E. (1995) - Borderline Personality Disorder Symptoms and Severity of Sexual Abuse, *American Journal of Psychiatry*, 152 (7), 1059-1064.
17. Stone, J. (1990) - *The Fate of Borderline Patients*, New York, Guilford, 1990.
18. Waller, G. (1994) - Childhood Sexual Abuse and Borderline Personality Disorder in the Eating Disorders, *Child Abuse and Neglect*, 18 (1, 97-101)
19. Weaver, T.L., Clum, G.A (1993) - Early Family Environments and Traumatic Experiences associated cu Borderline Personality Disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (6), 1068-1075.
20. Yehuda, T.L, Southwick, SM, Perry, BD, Giller, El (1994) – Peripheral Catecholamine Alterations in Borderline Personality Disorder, in KR Silk (Ed), *Biological And Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*, Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994
21. Teicher, Mh, Ito, Y, Glad, CA, Schiffer, F, Gelbard, HA (1994) - Early Abuse Limbic System Dysfunction and Borderline Personality Disorder, in Kr Silk (Ed) *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder*, Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994
22. Torgensen, S (1994) - Genetics in Borderline Conditions, *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 379, 19-25.
23. Zanarini, M. C. (2000). - Childhood Experiences associated with the Development of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89-101