

Стручни рад
UDK 616.89-008.485
159.97:13

ПОРЕМЕЋАЈИ ЛИЧНОСТИ И ПОРОДИЧНИ ОДНОСИ

**Душица Лечић-Тошевски,
Савета Драганић-Гајић и Драгана Стојановић**

Апстракт: Истраживање узајамног утицаја поремећаја породице и индивидуалне психопатологије праћено је бројним контроверзама. Постоје углавном три различита тумачења ове повезаности: 1) да породица условљава појаву психопатологије код појединачног члана; 2) да индивидуална психопатологија подстиче дисфункционалне реакције код чланова породице и 3) да се повезаност заснива на некој трећој варијабли, као што је генетска предиспозиција за психопатологију. Специфичности структуре личности брачних партнера и њихова евентуална индивидуална психопатологија испољавају се кроз различите облике дисфункционалности породице. Патологија структуре личности родитеља може умањити квалитет родитељства, утичући тако на психолошки развој деце. Мултидимензионални модел развоја менталних поремећаја подразумева интеракцију психолошких фактора ризика и конституционалних фактора. Као психолошки фактори ризика, удружени са искуствима у раном детињству, од значаја за развој поремећаја личности (превасходно граничног који ће претежно и бити дискутован у овом раду), у оквиру поменутог модела помињу се траума, рана сепарација или губитак и дисфункционално родитељство. С друге стране, код родитеља граничних пацијената у великом проценту региструју се одређени поремећаји (најчешће поремећаји контроле импулса и афективни поремећаји). У овом раду ће бити приказани само неки аспекти породичних односа као и специфичности динамике унутар дијаде мајка/дете односно отац/дете у оквиру породичног система, које сматрамо значајним у структурирацији поремећаја личности. Биће дискутоване и неке специфичности поремећаја личности које су важне за одржавање породичне дисфункционалности.

Кључне речи: поремећаји личности, породица, рана траума.

Увод

Функционални породични систем подразумева родитељски пар који чине здраве, интегрисане и зреле особе, способне да успоставе и остваре јасно дефинисане улоге и функционалне релације у партнерској дијади и родитељској улози. Специфичности структуре личности партнера и њихова евентуална индивидуална психопатологија испољавају се кроз различите облике дисфункционалности породице. Патологија структуре личности родитеља може умањити квалитет њиховог родитељства утичући тако на психолошки развој деце.

Истраживање узајамног утицаја поремећаја породице и индивидуалне психопатологије праћено је бројним контроверзама. Наводе се три различита, не и нужно узајамно искључива тумачења ове повезаности: 1) породица условљава појаву психопатологије код појединачног члана ("примарно етиолошки модел"); 2) индивидуална психопатологија подстиче дисфункционалне реакције код чланова породице ("реактивни модел") и 3) повезаност се заснива на некој трећој варијабли, као што је генетска предиспозиција за психопатологију ("модел подељене вулнерабилности").¹ Сваки од ових модела садржи одређене проблеме и социолошке импликације. Тако, рецимо, примарно етиолошки модел "оптужује" родитеље за развој психопатологије код деце, док реактивни модел сматра да је болесни члан узрок развоја поремећаја у његовој породици.

Мултидимензионални модел развоја менталних поремећаја подразумева интеракцију психолошких фактора ризика и конституционалних фактора.² Као психолошки фактори ризика, удружени са искуствима у раном детињству, помињу се траума, рана сепарација или губитак и дисфункционално родитељство. Значај ране трауме, најчешће преживљене у оквиру примарне породице, доводи се у везу са бројним менталним поремећајима, као што су мултипли поремећај личности,³ поремећај исхране,⁴ аутомутилација,⁵ злоупотреба супстанци⁶ и гранични поремећај личности.^{7,8} С друге стране, код родитеља граничних пацијената у великом проценту се региструју одређени поремећаји, најчешће поремећаји контроле импулса или афективни поремећаји.⁹ Теоретичари породичне терапије сматрају

да развој психопатологије настаје као последица суптилних али трајних фактора који утичу на јединку, као што је, нпр., дуготрајна дисфункција структуре породице.¹⁰

У оквиру истраживања мултифакторске етиологије поремећаја личности многе генетске студије породица близанаца и усвојеника указују да се одређене димензије личности у великом проценту (40-60%) наслеђују.^{11,12,13} Процена утицаја генетског наслеђа, породичне средине (тзв. дељено породично окружења) и утицаја непородичне средине (тзв. непородични средински ефекти) представља тему многих студија. Хередидет значајно утиче на инциденцију и феноменологију поремећаја личности. Тако, код потомака особа оболелих од схизофреније са већом учесталошћу развија се параноидни, схизоидни и схизотипални поремећај личности,¹⁴ док се код потомака особа оболелих од афективног поремећаја јављају гранични, циклотимни, хипоманични и депресивни поремећај.¹⁵ Показано је, такође, да се антисоцијална и хистрионична личност у значајној мери наслеђују, односно, антисоцијални отац има антисоцијалног сина или хистрионичну ћерку.^{16,17} Хередитет одређује и неуротрансмитерску основу димензија личности.¹⁸

У овом раду ће бити приказани само неки аспекти породичних односа као и специфичности динамике унутар дијаде мајка/дете односно отац/дете у оквиру породичног система, које сматрамо значајним у структурирању поремећаја личности. Биће дискутоване и неке специфичности поремећаја личности које су важне за одржавање породичне дисфункционалности.

На основу резултата наших истраживања и психотерапијске праксе,^{19,20,21,22} сви тешки, односно прави поремећаји личности функционишу гранично, нарочито у фази депресивне декомпензације, која представља тригер за гранична испољавања. Синдроме класификоване као индивидуалне поремећаје личности у DSM-IV²³ и ICD-X,²⁴ сматрамо категоријално издвојеним типовима бихејвиоралне маладаптације.¹⁹

Утицај породичних односа на формирање поремећаја личности

У разматрању етиопатогенезе поремећаја личности, намећу се следећа питања: да ли су поремећени породични односи (односно

трауматско детињство) увек повезани са тешким поремећајима личности и каква је улога мајке у настанку овог поремећаја?

Догађаји и искуства у детињству и адолесценцији (често укључујући и екстрапородичне идентификације) заједно са примарним капацитетима ега могу деловати компензаторно и корективно на утицај ране трауме у развоју личности. Поред тога, сама траума може имати двојаки ефекат. Она ствара психичке ране, деформацију самопоштовања и турбуленцију афекта. Код појединаца одраслих у породицама у којима је било физичког, емоционалног или сексуалног злостављања, нађене су изражене црте депресивности, социјалне интроверзије, психастеније и психопатије.²⁵ С друге стране, траума може да представља стимулус за раст ега, нарочито у областима самоповерења, алтруизма, сублимације и креативности. Не треба заборавити да постоје и тзв. "невулнерабилна деца", одрасла у дисфункционалним породицама, чија изузетна конституцијска снага им помаже да одрастају без значајних тешкоћа и без појаве психопатолошких феномена.²⁶ Према томе, вероватно је али не и нужно да трауматско детињство доведе до тешког поремећаја личности.

Међутим, ако посматрамо одраслу особу која има поремећај структуре личности, скоро са сигурношћу можемо да тврдимо да је она имала трауматско детињство. Поремећаји личности потичу из нестабилних породичних средина, са честим губицима и мултиплим родитељским заменама са којима није било могуће остварити дубоке и трајне односе.²⁷ Многи од њих су рођени као нежељена деца и никада нису били сасвим прихваћени. Други су имали родитеље који су били амбивалентни и хостилни, који су их лагали, физички тукли или сексуално злостављали.

Улога трауме претрпљене у раном детињству, како наводе извесни аутори,^{28,29} сматра се кључним фактором у развоју граничне организације личности. Zanarini и сар.³⁰ налазе да су искуства злостављања и занемаривања у раном детињству честа код пацијената са граничним поремећајем личности. Сексуално злостављање сматра се значајаним етиолошким фактором код више од 60% пацијената ове категорије.³¹ Будући да је сексуално злостављање у детињству обично удружено и са другим психолошким факторима ризика (најчешће са патолошком породичном атмосфером),^{31,32} заправо интеракција ових фактора утиче на то да ли ће сексуално злостављање условити развој "тешке" психопатологије у одраслом добу.

Heinz Kohut³³ сматра да порекло нарцистичке патологије лежи у недовољној родитељској емпатији са растућим дететом. Он тврди

даље, да мајке нарцистичких пацијената имају "патогени поремећај личности", што ремети њихове капацитете огледања и редукује емпатско учествовање у дететовом расту. Тако нарцизам детета и његов ексхибиционизам нису укроћени и каналисани у реалистичније амбиције. Уместо тога, развија се селф који тражи пажњу, односно грандиозни селф који формира језгро нарцистичке патологије. James Masterson³⁴ има аналогни став у вези са граничним поремећајем личности и сматра да је мајка граничне особе "јасно гранична". Наша искуства су слична, мајке наших граничних пацијената биле су или граничне или депресивне.³⁵

Већина наших пацијената добила је мање од "довољно добре" материнске неге, у Winikotovom смислу тог појма, у току раног детињства. Међутим, и други фактори, поред мајчине психичке организације, могу бити узроци лошег материнског понашања, нпр. мања од оптималне подршке од сопствене породице, неподржавајући партнер, конфликтна и дисфункционална брачна релација, као и фактори ван њене контроле (болест, хоспитализација). Фактори везани за природу самог детета (конституцијски висока анксиозност, несвесни живот фантазија) могу, такође, утицати на недовољно добро материнство. Према томе, оно што чујемо од пацијената као мање него добро материнство сигурно је аутентични интрапсихички конструкт, али не сме се узети као дијагностичка истина мајчине стварне карактерне организације.

Улога оца, често занемарена у психоаналитичким ставовима, значајна је у развоју нормалне и патолошке личности. Поред тога што је у најранијем добу детета отац важан јер су његова љубав и подршка неопходни мајци, отац је значајан и у развоју ега и суперега, у процесу одвајања од мајке, у организацији језика, модулацији агресије, успостављању баријере инцеста и прихватању генерацијских граница. Способност да се поштују и идеализују одрасли, улазак у временски след, и кроз то, дубљи осећај породичне и етничке припадности, улоге су и задаци који, такође, припадају оцу.

Није чудно, онда, да слабост или одсуство, али и интрузивност и садизам оца значајно доприносе тешкој карактерној патологији.¹³ Отворена сексуална или физичка злоупотреба од стране оца сигурно је контаминирајућа за растућу дететову психу. Међутим, улога оца обично је много суптилнија. У току преидипалног развоја, недостатак очеве љубави за мајку и подршке материнском понашању, има негативан утицај на однос мајке и детета преко мајчине психичке реалности. Ово може условити недовољан и слаб контакт и везаност мајке и детета, или мајчино анксиозно везивање за дете у циљу ком-

пензовања дефицитарне либидинозне енергије за партнера. Слаб или одсутан отац (физички или психолошки) не успева да одвоји дете из мајчине симбиотске орбите, што учвршћује дететову потребу за мајком, односно страх од фузије са њом и поставља основу за доживотну борбу између зависности и аутономије која је карактеристична за све тешке поремећаје личности.

Како поремећени породични односи утичу на поремећаје личности?

Неки аутори истичу да се емоционалне осцилације граничних пацијената често парцијално стабилизују у триангуларним односима.³⁶ Триангулацију индукује гранична личност која из позиције жртве тражи спасење од треће особе, јер га није добила у дијадном односу. Ствара се триангуларна интеракција између жртве, спасиоца и оног који одбацује. Оваква позиција олакшава граничном пацијенту регулацију дистанце од других и ублажава осцилације у дијадном односу. Тако дете, које рођењем улази у поремећену партнерску дијаду, са унапред додељеном улогом спасиоца бива увучено, без своје воље и могућности да се одбрани, у покушај регулације партнерске динамике. У току адолесценције или касније, дете већ постаје "идентификовани пацијент" иза кога се скрива патолошка породична динамика.

У дисфункционалним породицама (честим код пацијената са граничним и нарцистичким личностима), често је тешко разлучити патолошки допринос адолесцента од доприноса родитеља и друге деце. Поставља се питање - до ког степена гранични пацијент само рефлектује тешку породичну патологију или пати од интернализоване, структурисане болести?

Када процена пацијента покаже постојање примитивних одбрана, пре свега сплитинга, сматрамо да дијагноза граничне организације личности подразумева патолошку интрапсихичку структуру која има аутономну егзистенцију. Треба нагласити, међутим, да гранична патологија може бити и покушај одржавања патолошке равнотеже породице, која често и сама почиње гранично да функционише. Преминација примитивних одбрана, нарочито пројективне идентификације, омнипотенције, обезвређивања, сплитинга и негације, чине да гранични пацијент индукује комплементарну патологију код других чланова породице са којима живи (и са којима,

иначе, има парцијални објектни однос) који, онда, могу да пружају екстремно снажан отпор третману, односно промени. У таквим породицама често постоји патолошки садо-мазохистички затворени круг, из којег је, понекад, неопходно издвојити пацијента дуготрајном хоспитализацијом, за коју се, на пример, залаже Oto Kernberg.³⁷

Утицај типа поремећаја личности на породично функционисање

Према теоријским претпоставкама системске породичне терапије, односно принципима циркуларности и комплементарности, промена (проблем, поремећај) код једног од чланова породице, неминовно условљава промену и комплетног породичног система кроз читав низ сложених, узајамно зависних интеракција између свих њених чланова. Како су поремећаји личности, по дефиницији, алопластични, односно материјализују се у интерперсоналној равни, они имају велики утицај на породицу коју својом патологијом обликују. На овом месту истичемо само неке карактеристичне породичне обрасце који се организују око одређеног типа поремећаја личности. Треба нагласити, међутим, да се они најчешће не јављају засебно и да су, овако извучени, само део сложених породичних односа.

Параноидни поремећај личности стално тестира лојалност чланова своје породице и преокупиран је скривеним мотивима њихових поступака. Он активно тражи знакове коалиције против себе. Љубав и прихватање не сме и не уме да тражи, па тражи безбедне супституције као што је поштовање које, међутим, не успева да добије. Вербални, али и физички напади на чланове породице су чести, што онемогућава овакве породице да чак и привидно стабилно функционишу. Параноидна личност је често удружена са високим нарцизмом и представља праву рефлексiju дисфункционалне породице која није успела свом члану да развије базично поверење.

Антисоцијална личност тежи да у својој породици успостави доминацију која јој изгледа као једини безбедан облик егзистенције. Активно независан стил тражења стимулације, уз импулсивност, интерперсоналну неодговорност и осветољубивост, као и склоност делинквенцији, дестабилизују породицу до нивоа угрожености ос-

новног опстанка чланова (исхране, одржавања хигијене, примарне едукације). Чланови породице се не осећају безбедним и развијају одбрамбени манипулативни систем заштите, што код антисоцијалне личности провоцира даље акције за успостављање доминације.

Нарцистичка личност, чија доминантна потреба је за позицијом јединствене особе којој се сви диве, у оквиру своје породице најчешће ту позицију и оствари. Недостатак аутентичне љубави и прихватања који стоји иза оваквог "дивљења" покреће сталне захтеве нарцистичког члана за додатном пажњом. Предмет дивљења нису само потенцијални успеси, већ и проблеми и тешкоће. Критицизам чланова породице ове личности не подносе и на њега реагују грубо одбацујуће. Чланови породице су често и сами нарцистични, при чему потребе свог грандиозног селфа задовољавају кроз експонираног члана.

Хистрионична личност у породици не добија никада онолико љубави и прихватања колико осећа да јој је потребно, а чланови породице често и нису у стању да је пруже. Зато ове особе стално играју игре завођења и постављања себе у центар пажње (често соматизацијом и хипохондријазом) на шта одређени чланови породице позитивно реагују, али никада "до краја", па је хистрионични члан приморан да стално обнавља своју игру. Честа су исцрпљења и депресивне кризе и тада је видљива дестабилизација породице, која иначе (ван декомпензације хистрионичног члана) може да делује привидно функционално.

Зависна личност егзистира у породици кроз обрасце понашања којима задовољава своје зависне потребе. Обично постоји неки члан у породици који ове потребе и задовољава у оквиру субсистема, тако да и у породици са оваквим чланом није ретка псеудофункционалност. Сваки покушај промене, зависни поремећај личности доживљава витално угрожавајуће.

Опсесивно-компулзивна личност захтева од чланова породице да се строго придржавају крутих правила. Прописана дисциплина у понашању не сме да се прекрши а казна за непослушне је бескрајно наметљиво препирање и учење реду ("ауторитет" се постиже кроз исцрпљивање чланова пасивном агесијом). Награда за послушност је, такође, наметљиво подсећање на дисциплину, проналажење грешака и, у оба случаја, емоционална дистанцираност.

Депресивни поремећај личности, за чије класификовање се, иначе, залажемо, као личност високе организације не разликује се много од неуротичних поремећаја. Дифузна, слободно-лебдећа депресивност одређује понашање ове личности, које има многе одлике манипулативности.³⁵

Закључни коментари

Поремећаји личности често настају у оквиру дисфункционалних породица у којима постоје различите форме насилног понашања, емоционалног, физичког или сексуалног злостављања. С друге стране, поремећај личности код једног од чланова породице, скоро неминовно нарушава функционалне обрасце, границе и релације унутар породице, условљавајући појаву поремећаја на нивоу комплетног породичног система.

Веза између индивидуалне психопатологије и поремећаја породице је узајамно зависна. Породицу треба сагледати као фактор ризика или као протективни фактор који ће увећати или умањити вероватноћу да се скривена генетска и/или биолошка вулнерабилност код њеног члана манифестује као симптом менталног поремећаја. Мултидимензионални приступ дефинисању породичне патологије и унутар ње индивидуалне психопатологије, омогућује бољу дијагностику и терапију њених чланова.

Обзиром на сложену етиопатогенезу граничног поремећаја личности, као и чињеницу да он настаје у раном детињству, само породична терапија не може разрешити комплексну патологију овог поремећаја. Сматрамо да је за такве пацијенте индикован дуготрајни индивидуални третман, чак и у случају адолесцената који потичу из високо дисфункционалних породица. С друге стране, искључиво индивидуални третман има и извесна терапијска ограничења. Врло често адолесцентну психопатологију (период када се патологија организована на нивоу структуре личности и почиње манифестовати) "успешно" одржава породична патологија, штитећи на тај начин комплетан породични систем од крупнијих, неизвесних и тиме угрожавајућих промена (развод родитеља и сл.). У таквим случајевима, сматрамо оправданом комбинацију терапијских интервенција које су усмерене на комплетан породични систем (системска породична терапија) и индивидуалне психотерапије.

PERSONALITY DISORDERS AND FAMILY RELATIONSHIPS

**Dusica-Lecic-Tosevski, Saveta Draganic-Gajic,
Dragana Stojanovic**

Abstract: Numerous controversies are involved in studying the correlation between disrupted family and individual psychopathology. There are, mainly, three interpretations of this correlation: 1) family influences the development of psychopathology in individual members; 2) individual psychopathology causes the dysfunctional reactions in family members; and 3) that this intercorrelation is dependent on another variable, such as genetic predisposition for psychopathology. Specific personality structure of marital partners and their potential individual psychopathology are expressed through different forms of family dysfunctioning. Pathology of parental personality structure may lower the quality of parenthood and, therefore, affect the psychological development of children. Multidimensional model of the development of mental disorders implies the interaction between psychological risk factors and constitutional factors. In this model the following psychological risk factors associated with early childhood experiences have been mentioned as important for the development of personality disorders (primarily borderline personality which will be mainly discussed in this paper): trauma, early separation or loss, and dysfunctional parenthood. On the other hand, specific disorders have been frequently registered among parents of borderline patients (most commonly the impulse control and affective disorders). This paper presents only some aspects of family relationships, as well as specific dynamics of the mother-child, i.e. father-child interaction, within the family system which are considered important for structuring of personality disorders. Some specific features of personality disorders important for maintaining family dysfunctioning are also discussed

Key words: *personality disorders, family, early trauma.*

Др Душица ЛЕЧИЋ-ТОШЕВСКИ, др сц мед, неуропсихијатар, професор Медицинског факултета у Београду, координатор, Центар за научно истраживање, Институт за ментално здравље, Београд.

Dusica LECIC-TOSEVSKI, M.D., Ph.D., Professor of Psychiatry, School of Medicine, University of Belgrade, Coordonator, Department for Research and Training, Institute of Mental Health, Belgrade.

Литература

1. Miklowitz DJ. The evolution of family-based psychopathology. In: Mikesell RH, Lusterman DD and McDaniel SH: Integrative Family Therapy. American Psychological Association, Washington, 1995, 183-199.
2. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980, 137: 535-544.
3. Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G. Multicenter structured interview data on 102 cases of multiple personality disorder from four centers. Am J Psychiatry 1990, 147(5): 596-601.
4. Herzog DB, Staley JE, Carmody S, Robins WM, Van der Kolk BA. Childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a pilot study. J of Am Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1993, 32: 962-966.
5. Van der Kolk, Perry C, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. Am J Psychiatry 1991, 148: 1665-1671.
6. Abueg FR, Fairbank JA. Behavioral treatment of posttraumatic stress disorder and co-occurring substance abuse. In: Saibgh PA: Posttraumatic Stress Disorder: A Behavioral Approach to Assesment and Treatment. Allyn and Bacon, Boston, 1992, 111-146.
7. Herman JL, Perry JC, Van der Kolk BA. Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1989, 146: 490-495.
8. Herman JL, van der Kolk BA. Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: Van der Kolk BA (ed): Psychological Trauma. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1987.
9. Silverman JM, Pinkham L, Horvath TB. Affective and impulsive personality disorder traits in the relatives of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 1991, 148: 1378-1385.
10. Lewis JM, Beavers WR, Gosset JT. No Single Thread: Psychological Health in Family System. Bruner/Mazel, New York, 1976.
11. Perry JC and Vaillant GE. Personality Disorders. In: Kaplan HI and Sadock BJ: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vth ed. Williams and Wilkins, Baltimore, Hong Kong, London and Sydney, 1998, 1352-1387.
12. Baron M, Gruen R, Asnis L, Lord S. Familial transmissions of schizotypal and borderline personality disorders. Am J Psychiatry 1985, 142:927.
13. Gunderson JG. Borderline personality disorder. In: Kaplan HI and Sadock BJ: Comprehensive Textbook of Psychiatry, Vth ed. Williams and Wilkins, Baltimore, Hong Kong, London and Sydney, 1998, 1387-1395.
14. Kendler KS, Masterson CC, Ungaro R, and Davis KL. A family history study of schizophrenia related personality disorders. Am J Psychiatry 1984, 141: 424-427.
15. Stone MH. The Borderline Syndromes. Constitution, Personality and Adaptation. McGraw-Hill, New York, 1980.

16. Crowe RR. An adoption study of antisocial personality. *Arch of Gen Psychiatry* 1978, 35: 785-791.
17. Torgersen S. The oral, obsessive and hysterical personality syndromes. A study of hereditary and environmental factors by means of the twin method. *Arch of Gen Psychiatry* 1980, 37: 1272-1277.
18. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch of Gen Psychiatry* 1987, 44: 573-588.
19. Divac-Jovanovic M, Svrakic D, Lecic-Tosevski D. Personality disorders: model for conceptual approach and classification. Part I: General model. *Am J of Psychotherapy* 1993, 47: 558-571.
20. Lecic-Tosevski D, Divac Jovanovic M: Borderline personality disorder and depression. *Psychiatriki* 1995, 6: 154-160.
21. Lecic-Tosevski D, Divac-Jovanovic M. The effect of dysthymia on personality assessment. *European Psychiatry* 1996, 11, 244-248.
22. Lecic-Tosevski D. Description of specific personality disorders. In: *New Oxford Textbook of Psychiatry* (ed. M. Gelder, J.J. Lopez-Ibor, N. Andreasen), Oxford University Press 2000, 927-953.
23. APA. *Diagnostic and Statistical manual of mental Disorders (Fourth Edition revised)*. Washington DC: American Psychiatric Association Press, 1994.
24. *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO, Geneva, 1992.
25. Gumbiner J, Flowers JV, StPeter S, Booraem CD. Adult psychopathology on the MMPI and dysfunctional families of origin. *Psychol Rep* 1996, 79 (3Pt1): 1083-1088.
26. Walsh F. From family damage to family challenge. In: Mikesell RH, Lusteran DD and McDaniel S: *Integrative Family Therapy*, American Psychological Association, Washington DC, 1995, 587-607.
27. Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death and perceptions of parental caregiving. *J Pers* 1998, 66(5): 835-878.
28. Byrne CP, Velamoor VR, Cernovsky ZZ. A comparison of borderline and schizophrenic patients for childhood life events and parent-child relationships. *Can J Psychiatry* 1990, 35: 590-595.
29. Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, Schowartz EO, Frankenburg FR. Childhood experiences of borderline patients. *Compr Psychiatry* 1989, 30:18-25.
30. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE. Reported pathological childhood experiences associated with development of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1997, 154: 1101-1106.
31. Nash MR, Husley TL, Sexton MC. Long-term sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *J Consult Clin Psychol* 1993, 61: 276-283.

32. Finkelhor D, Hotaling G, Lewis IA. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence characteristics and risk factors. *Child Abuse Neglect* 1990, 14: 19-28.
33. Kohut H. Thoughts on narcissism and narcissistic rage, *Psychoanalytic Study of the Child*. International Universities Press, New Haven,CT, 1972, 27: 360 - 400
34. Masterson JF. *Psychotherapy of The Borderline Adults: A Developmental Approach*. Brunner-Mazel, New York, 1976.
35. Лечић-Тошевски Д. Дистимични поремећај – типологија и веза са поремећајима личности. Докторска дисертација, Београд, 1992.
36. Karpman S.B. Fairy tales and script – drama analysis. *Transactional Analysis Bulletin*, 1968, 7, No. 26.
37. Kernberg OF. *Severe Personality Disorder - Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press, New Haven, CT, 1984.