CZU: 343.54:159.972 **DOI: 10.5281/zenodo.8223**

ABORDAREA PSIHOLOGICĂ A RELAȚIEI VIOLENȚA DOMESTICĂ ȘI TULBURĂRI DE PERSONALITATE

BÎTCA Lucia
doctorandă, master în psihologie clinică și consiliere psihologică,
Universitatea Liberă Internațională din Moldova
ORCID: 0000-0002-2801-4039

Domestic violence can be defined as a pattern of behaviors in any relationship that is used to gain or maintain power and control over an intimate partner. The problem of violence among people diagnosed with various mental disorders is a research topic with important implications for specialists working in the field of mental health, as well as for those in the judicial field (for example, criminologists or forensic psychologists). In the last two decades, numerous studies have been published that had as their main objective the relationship between mental disorders and antisocial behavior. The paper presents the introduction, the theoretical framework, the way to treat personality disorders and influences on children's development.

Keywords: *domestic violence, personality disorders, psychiatric comorbidities, developmental vulnerabilities, health-risk behaviors.*

1. Introducere

Violența domestică este atunci când o persoană încearcă să controleze și să-și impună puterea asupra partenerului său într-o relație intimă. Poate fi vorba de abuz fizic, abuz emoțional sau abuz financiar. În majoritatea cazurilor este săvârșită de bărbați și experimentată de femei. Orice femeie poate fi afectată și se poate întâmpla în orice cămin. Pot exista semne de avertizare pentru identifica dacă este abuzivă. Abuzul se poate manifesta prin acțiuni fizice, sexuale, emoționale, economice sau psihologice sau amenințări de acțiuni care influențează o altă persoană. Acesta include orice comportamente care sperie, intimidează, terorizează, manipulează, rănește, umilește pe cineva. Violența domestică poate apărea la oricine, de orice rasă, vârstă, orientare sexuală, religie sau sex. Se poate întâmpla la cuplurile care sunt căsătorite, locuiesc împreună sau in relații de orice tip.

Violența în familie afectează persoanele din toate mediile socio-economice și din toate nivelurile de educație.

Convenția de la Istanbul definește:

„violența domestică” *desemnează toate actele de violență fizică, psihică, sexuală, psihologică sau economică care apar în interiorul familiei sau a unei unități domestice, între foști sau actuali soți ori parteneri, chiar dacă aceștia împart sau nu*

aceeași rezidență cu victima.

„violența împotriva femeii” *este înţeleasă drept o încălcare a drepturilor omului şi o formă de discriminare împotriva femeilor şi va însemna toate acţiunile de violenţă de gen care rezultă în, sau care sunt probabile a rezulta în, vătămarea sau suferinţa fizică, sexuală, psihologică sau economică cauzată femeilor, inclusiv ameninţările cu asemenea acţiuni, coerciţia sau deprivarea arbitrară de libertate, indiferent dacă survine în public sau în viaţa privată.*

Tulburările de personalitate (mai ales cele care implică severitatea manifestărilor şi a consecinţelor, cum este *tulburarea antisocială* sau *tulburarea de tip borderline*) reprezintă o categorie clinică aparte, prin implicaţiile pe care le au pentru persoanele diagnosticate, familiile de apartenenţă, comunitate şi societate (Ruegg şi Francis, 1995; Magnavita, 2004; Millon, 2004).

Tulburările de personalitate severe (de tip psihopat) se asociază cu pattern-uri comportamentale care implică devieri semnificative de la cerinţele şi normele socio-culturale şi care se caracterizează prin stabilitate în timp, inflexibilitate (situaţională) şi pervazivitate (DSM-5, 2013). Etiologia include *factori biologici* (de exemplu: vulnerabilităţi genetice, traume fizice experimentate în cursul vieţii), la care se adaugă experienţele sociale şi emoţionale timpurii negative. Tulburările severe de personalitate se asociază cu numeroase complicaţii în domeniul funcţionării personale, familiale, profesionale şi sociale (Levy şi Scott, 2006; Millon, 2004; Trull, Stepp şi Solhan, 2006). Astfel, este bine documentat faptul că tulburările de personalitate reprezintă un factor de risc important pentru angajarea în comportamente infracţionale (Davison şi Janca, 2012; Fridell, Hesse, Jaeger şi Kühlhorn, 2008; Mendez, 2009), în special cele comise cu violenţă, cum sunt omorul, vătămarea corporală gravă sau violul (De Brito şi Hodgins, 2009; Stone, 2007).

Populaţia persoanelor private de libertate pentru diverse infracţiuni penale şi care sunt diagnosticate cu o tulburare de personalitate recunoscută din punct de vedere clinic prezintă o eterogenitate a caracteristicilor socio-demografice, la care se adaugă variabile specifice traseului dezvoltării şi socializării. Acestea din urmă cumulează vulnerabilităţi ale personalităţii şi riscuri comportamentale grefate, adesea, pe adversităţi care s-au manifestat cronic, pe parcursul dezvoltării din copilărie şi până la vârsta adultă (DSM-5, 2013). Pe lângă factorii toxici legaţi de traseul dezvoltării, tulburările de personalitate severe sunt recunoscute ca reprezentând un factor de risc major pentru trecerea la actele criminale, mai ales la cele care implică violenţa manifestată împotriva altor persoane (Mitrofan, Zdrenghea şi Butoi, 1997; Sirotich, 2008).

Rezultatele studiilor de factură epidemiologică realizate în populaţia studiată în unităţile corecţionale evidenţiază o prevalenţă destul de ridicată a tulburărilor de

personalitate (în special a celor cărora le sunt caracteristici manifestări şi consecinţe severe), atât în rândul bărbaţilor, cât şi în cel al femeilor (Fazel şi Danesh, 2002; Trestman, 2000; Watzke, Ullrich şi Marneros, 2006).

2. Cadrul teoretic

Personalitatea se manifestă în ceea ce gândeşte, simte şi face omul. Se constituie și se dezvoltă pe întreg parcursul vieții individului și are la bază trei determinanţi: biologic, psihic şi socio-cultural. Prin urmare, atunci când ne referim la componentele personalității, avem în vedere următoarele aspecte ale structurii sale (Rubinștein, 1962):

- particularitățile morfobiologice (particularităţile anatomo-fiziologice şi de vârstă, care sunt direct dependente de particularităţile funcţionale ale creierului);
- particularitățile individuale tipologice (se manifestă în temperament, caracter şi aptitudini);
- procesele psihice și activitatea (procese psihice cognitive - senzaţii, percepţii, memoria, gândirea, vorbirea, imaginaţia; procese psihice volitive - voinţa; procese psihice afective - emoţiile şi senzaţiile);
- orientarea personalității (se manifestă în trebuinţe, necesităţi, interese, idealuri, motive ale activităţii, în comportament, concepţia despre lume și viață).

Se întâmplă ca pe fondul structurii de personalitate, unele trăsături nu se dezvoltă armonios, ci, din anumite cauze, se dezvoltă dizarmonic. Astfel, trăsăturile individului se accentuează devenind simptome. În astfel de situații vorbim despre **tulburări ale personalității**.

Deși ne referim la accentuări, tulburările de personalitate nu se încadrează în tiparul clasic de boală. Nu au un debut limitat în timp, o perioadă de stare și apoi o vindecare în urma unui tratament. Nefiind boli, au fost denumite dezvoltări dizarmonice ale structurii psihice ale persoanei în cauză. Aceste structuri particulare au următoarele caracteristici generale (DSM IV, 2003):

- sunt schițate și se dezvoltă încă din copilărie;
- se cristalizează la adolescență;
- însoțesc persoana de-a lungul întregii sale existențe;
- sunt caracterizate printr-un ansamblu de trăsături (cognitive, afective și relaționale) persistente în timp care determină un comportament invalidant neașteptat și neadecvat grupului social;
- sunt egosintonice ceea ce înseamnă că persoanele cu tulburări de personalitate nu sunt pe deplin conștiente de impactul lor asupra celorlalți.

Având aceste caracteristici generale, tulburările de personalitate au fost definite drept *„tipare (modele) cognitive, emoționale, ale impuls-controlului și relațiilor cu ceilalți, constante și durabile în timp, nonfuncționale, perturbate, care nu permit funcționarea normală în viața de zi cu zi”* (DSM IV, 2003).

Debutul tulburărilor de personalitate se observă de timpuriu în viața unei persoane, încă din copilărie sau adolescență, iar consecințele tulburărilor de personalitate se identifică în probleme de integrare socială, profesională, relațională (apar relații sociale, profesionale, familiale perturbate care creează obstacole și dificultăți în funcționarea armonioasă a persoanei). Altă consecință este comportamentul antisocial și actele de violență. Cea mai serioasă consecință este comportamentul de autovătămare, automutilare, tentativele de suicid.

Cauzele tulburărilor de personalitate nu se cunosc. Aproximativ 5-10% din populația adultă suferă, sub o formă sau alta, de o tulburare de personalitate. Aceste tulburări psihice sunt mai frecvent întâlnite la persoane ce provin din familii dezorganizate, cu consum de alcool și droguri, comportament agresiv sau încercări de sinucidere în familie.

Factorii de risc implicați în dezvoltarea tulburărilor de personalitate sunt ereditari (genetici) și psihosociali (DSM IV, 2003):

Factorii genetici - materialul genetic, moștenit de la părinți, joacă un rol important în dezvoltarea tulburărilor de personalitate. S-a observat că aceste tulburări psihice apar mai frecvent la persoane care au în familie părinți cu tulburări psihice.

Factorii psihologici **-** sunt legați de traume în copilărie, maltratarea și abuzul din partea părinților, abuz sexual asupra copilului, ca și calitatea de martor la abuz și violență. Abuzul asupra copilului poate fi fizic și/sau verbal. Abuzul fizic constă în maltratarea fizică a copilului (bătăi și pedepse sub diferite forme). Abuzul verbal constă în exprimarea verbală din partea mamelor cum că nu-și iubesc copii, amenințarea că îi vor abandona, amenințarea cu sinuciderea etc. ceea ce crește riscul dezvoltării tulburărilor de personalitate. Copiii se simt neiubiți, neglijați, îndepărtați, nedoriți, vinovați, devin nesiguri, fără încredere în sine și în alții, paranoici, instabili emoțional.

Factorii psihosociali - sunt legați de mediul de dezvoltare psihică și formare a personalității. Se are în vedere dezvoltarea psihică și copilăria în familii dezorganizate, alături de părinți cu tulburări psihice, într-un mediu cu consum de alcool și droguri, cu deficiențe în îngrijire și educație. Se studiază rolul traumelor psihice, comportamentele agresive și conflictuale între membrii de familie, neglijarea emoțională a copilului, violența și abuzul în familie, absența unui membru al familiei

(de exemplu absența tatălui), dezvoltarea psihică alături de mame cu tulburări de personalitate sau alte tulburări psihice etc.

Toți acești factori pot duce la formarea și consolidarea personalității dizarmonice în perioada adolescenței. Astfel, în tulburările de personalitate pot apărea deficiențe în (DSM IV, 2003):

Dezvoltarea gândirii (se produc interpretări eronate ale semnalelor din mediul de viață). Distorsionarea gândirii duce la anticiparea unor consecințe nefavorabile sau catastrofale pentru persoana în cauză sau pentru cei apropiați. Distorsionarea gândirii se situează la granița cu psihoza, gândurile distorsionate nu sunt adecvate realității. De exemplu apar gânduri de urmărire, gânduri de vătămare sau atac la integritatea propriei persoane ca în cazul tulburării de personalitate paranoidă.

Dezvoltarea emoțională (răceală emoțională, capacitate imatură de trăire și reacție emoțională în cadrul contactelor cu alții, emoții inadecvate la mediul social). Creșterea și formarea personalității într-un mediu sărac în emoții pozitive de bucurie, dragoste, mulțumire, satisfacție duce la incapacitatea de trăire a acestor emoții. Dezvoltarea într-un mediu care nu oferă suficientă dragoste și siguranță, cu părinți detașați emoțional, cu reacții de rejecție a propriului copil, reacții de distanțare și detașare, duce la formarea unor modele de comportament și reacții similare la copil. Individul cu deficiențe emoționale se simte nesigur, lipsit de modele adecvate de comportament emoțional. De exemplu apare agresivitatea trăită intens în cazul unei critici minore sau în imposibilitatea satisfacerii unei nevoi. Astfel, emoțiile devin fie prea intense, fie nediferențiate sau apare instabilitatea emoțională, trecerea rapidă de la o stare emoțională la alta ca în cazul tulburării de personalitate borderline.

Dezvoltarea defectuoasă a capacității de interacțiune socială (cu alte persoane din mediul apropiat de viață sau cu persoane din cadrul autorităților sociale). Stabilirea de relații cu alții este greoaie, dificilă sau este evitată. Relațiile sunt lipsite de trăiri emoționale adecvate, apar relații reci, lipsite de comunicare și încredere, dominate de suspiciune și izolare, retragere socială ca în cazul tulburării de personalitate schizoidă.

Capacitatea de impuls-control. Viața într-un mediu de familie conflictual duce la formarea de comportamente reactive la stimulii de mediu. Astfel, controlul impulsurilor este slab, apar reacții neașteptate la stimulii psihosociali, de exemplu persoana sare la bătaie, se asociază cu necunoscuți, trece fără judecată la acte antisociale (ex. furt, atacuri), se implică ca membru în grupuri cu acțiuni antisociale, criminale, ilegale. Comportamentul unei persoane lipsită de un control adecvat al impulsurilor este reactiv, ceea ce înseamnă că comportamentul este o reacție la mediu și nu o elaborare în urma gândirii și raționamentelor, după analiza situațiilor cu

avantaje, dezavantaje, consecințe etc, ca în cazul tulburării de personalitate antisocială. De asemenea un control slab al impulsurilor duce la acte de automutilare și lezare a propriei persoane (de ex. ingestia de medicamente în scop de sinucidere sau încercării de mutilare prin alte mijloace) ca în cazul tulburării de personalitate de tip borderline.

Factorii care contribuie la dezvoltarea tulburărilor de personalitate (factori declanșatori) pot fi stresul, experiențele traumatice, dezmembrarea familiei, îmbolnăvirea sau dispariția unui membru al familiei, o boală incurabilă etc.

În funcție de aspectele care sunt afectate și gradul de afectare a acestora, tulburările de personalitate au fost împărțite în trei grupe (DSM IV, 2003):

Grupa A - ciudat și excentric:

Tulburare de personalitate paranoidă

Tulburare de personalitate schizoidă

Tulburare de personalitate schizotipală

Grupa B - dramatic, emoțional și imprevizibil:

Tulburare de personalitate antisocială

Tulburare de personalitate borderline

Tulburare de personalitate histrionică

Tulburare de personalitate narcisică

Grupa C - anxios sau temător:

Tulburare de personalitate evitantă

Tulburare de personalitate dependentă

Tulburare de personalitate obsesiv-compulsivă

Alte tulburări de personalitate care nu sunt incluse în aceste grupe sunt:

Tulburare de personalitate pasiv - agresivă

Tulburare de personalitate depresivă

Stabilirea diagnosticului tulburare de personalitate este dificil, granița între personalitatea normală și personalitatea patologică nefiind clară. Intervin factorii culturali așa că aceleași modele de personalitate sunt acceptate într-o cultură (societate) și respinse în alta.

Când se stabilește diagnosticul de tulburare de personalitate se au în vedere simptomele dar, și mai important, gradul de disfuncționalitate al persoanei. Simptomele tulburării de personalitate trebuie să aibă o semnificație clinică, să producă o disfuncție. Produce simptomul o disfuncție în viața persoanei respective? În ce grad tulburarea de personalitate împiedică persoana afectată să aibă o funcționare normală la locul de muncă, în școală, în familie și/sau societate? - Acestea reprezintă întrebări la care psihologul evaluator este necesar să răspundă.

3. Modalitatea de tratare a tulburărilor de personalitate

Cele mai multe persoane cu tulburări de personalitate găsesc strategii de adaptare și reușesc să aibă o viață normală fără tratament. Atunci când tulburările de personalitate au o patologie asociată cu risc de sinucidere, vătămare corporală, comportament antisocial sau funcționare defectuoasă în viața zilnică se recurge la tratament. Tratamentul tulburărilor de personalitate este simptomatic. Prima alegere ca metodă de tratament este psihoterapia. Tratamentul farmacologic în tulburările de personalitate este nespecific.

Ce se tratează? În tulburările de personalitate se tratează simptomele, se încearcă reducerea sau ținerea lor sub control. Prin psihoterapie se încearcă dezvoltarea capacității de a face față situațiilor dificile, formarea capacităților de reglare a afectelor și impulsurilor, ținerea sub control a izbucnirilor impulsive, dezvoltarea capacității de interacțiune cu alții, reducerea riscului de vătămare și sinucidere. Tulburările de personalitate nu se vindecă, dar prin tratament se îmbunătățește considerabil capacitatea de a funcționa optim în viața de zi cu zi. Cu alte cuvinte, relații mai bune, conflicte mai puține, stare de bine și mulțumire, izbucniri mai reduse, mai puține tentative de autovătămare.

Psihoterapia integrativă va urmări toate aceste obiective în procesul terapeutic, utilizând orice metodă sau tehnică potrivită în acest sens, specifice:

- psihoterapiilor cognitiv-comportamentale (de identificare a strategiilor disfuncționale de raționament și comportament și înlocuirea cu noi modele de conduite în situațiile dificile, de rezolvare de probleme sau conflicte);
- psihoterapiilor psihodinamice (de conștientizare a individului cu privire la ceea ce era inconștient - iraționalul și comportamentele disfuncționale, și sprijinire a persoanei afectate în procesul de maturizare a Eului);
- psihoterapiilor experiențiale (de aducere a persoanei în dificultate în prezentul trăirilor aici și acum prin conștientizarea emoțiilor și a manifestărilor fiziologice aferente și identificarea dinamicii relaționale dintre trecut și dificultățile relaționale produse în prezent).

Indiferent de strategia terapeutică utilizată, terapia tulburărilor de personalitate poate fi o provocare pe termen lung pentru ambii - terapeut și pacient. Dimensiunea principală în asistența oricărui tip de tulburare de personalitate este crearea și consolidarea alianței terapeutice a pacientului cu terapeutul. Încrederea, insuflarea optimismului și speranței, precum și lipsa deplină a judecării și etichetării pacientului reprezintă pilonii acestui tip de proces terapeutic.

4. Influenţe asupra dezvoltării copiilor

Într-o familie bântuită de violenţă, copiii cresc într-o atmosferă în care nevoile

lor de bază (nevoia de siguranţă, de viaţă ordonată, de dragoste) sunt profund neglijate. Copiii care cresc în familii violente dezvoltă comportamente şi o condiţie fizică ce-i face uşor de recunoscut:

- Probleme fizice: boli inexplicabile, dezvoltare fizică mai lentă;
- Probleme emoţionale şi mentale: anxietate mărită, frica de abandon, mânie, frica de răniri şi moarte;
- Probleme psihologice: neîncredere în sine, depresie, comparare cu viaţa mai fericită a colegilor;
- Probleme de comportament: agresivitate/pasivitate la agresiunile celorlalţi, bătăi, fuga de acasă, sarcini la vârste mici, consum de droguri şi alcool, comportament defensiv cu minciuna;
- Probleme şcolare - neîncredere, eliminare, schimbări bruşte în performanţele şcolare, lipsa de concentrare;
- Identificare cu eroi negativi.

Numărul mare de copii victimizaţi în familie dar şi violenţe crescute între concubini, care în prezent, potrivit legislaţiei în vigoare, nu beneficiază de statutul de „familie”. În rândul tinerilor a crescut fenomenul sinuciderii, a tentativelor de suicid - pe primul loc în rândul cauzelor se află climatul familial deteriorat şi slaba comunicare în cadrul familiei.

Nu există un tipar pentru victimele violenţei domestice, dar relaţiile abuzive au caracteristici similare. În majoritatea cazurilor, partenerul pretinde putere şi control absolut asupra celeilalte persoane.

Mânia constituie una dintre metodele la care recurge agresorul pentru a obţine autoritatea supremă. El mai poate apela la *violenţa fizică* (lovituri, ciupituri, palme, pumni, strangulări), chiar şi cu caracter *sexual* (forţând partenera să întreţină raporturi sexuale sau dorind să o implice în diferite activităţi sexuale împotriva propriei sale voinţe). În acest tip de relaţii abuzive, agresorul utilizează diferite tactici pentru a obţine puterea: copiii pe post de pioni; constrângere şi ameninţări; negare și cenzură; abuzul economic/emoţional; intimidare; izolare; putere.

Concluzii

Discrepanţa dintre Eul Real şi Eul Ideal nu îndeplineşte un rol esenţial în stabilirea echilibrului individual al victimelor în mod repetat al violenţelor în familie. Iar impactul pe care tulburările de personalitate îl au asupra pacienţilor, familiilor acestora, comunităţilor din care fac parte, precum şi la nivelul societăţii este substanţial.

R. Ruegg şi A. Francis (1995) sumarizează într-un stil elocvent implicaţiile tulburărilor de personalitate: *„Tulburările de personalitate se asociază cu infracţiuni,*

abuzul de substanţe, dizabilităţi, nevoia crescută pentru îngrijire medicală, tentative de suicid, comportamente de auto-vătămare, atacuri fizice, întârzierea recuperării în cazul unor boli psihice diagnosticate pe Axa I sau a unor boli organice, instituţionalizare, subrealizare, rată scăzută a angajării pe piaţa muncii, destrămarea familiei, neglijarea şi abuzarea copiilor, vagabondajul, ilegitimitatea, sărăcia, bolile cu transmitere sexuală, diagnosticarea şi tratarea incorectă a unor boli medicale şi psihiatrice, cazuri de malpraxis, recidiva medicală şi judiciară, insatisfacţia faţă de tratamentul psihiatric şi întreruperea acestuia, respectiv cu dependenţa de suportul public” (p. 16-17).

Pacienţii diagnosticaţi cu tulburări de personalitate întâmpină dificultăţi în controlul impulsurilor şi al emoţiilor. Adesea, au percepţii greşite despre ei înşişi şi despre ceilalţi. În general, prezintă diverse niveluri ale deficitului de adaptare la rolurile familiale şi profesionale şi de integrare în societate. Adesea, familiile pacienţilor diagnosticaţi cu tulburări de personalitate sunt forţate să asiste la manifestări impulsiv-explozive şi agresive, acte de automutilare, precum şi la episoade depresive severe, care sunt însoţite de comportamente parasuicidare sau suicidare (Beckwith, 2014).

Referințe:

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. 2002
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition (DSM-5 TM), Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
3. BECKWITH, H., MORAN, P.F., REILLY, J. Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: A systematic literature review. In:Personality and Mental Health, 2014, 8, 2, p. 91-101.
4. DAVISON, S., JANCA, A. Personality disorder and criminal behavior: What is the nature of the relationship? In: Current Opinion in Psychiatry, 2012, 25, 1, p. 39-45.
5. DE BRITO, S.A., HODGINS, S. Antisocial personality disorder, în M. MCMURRAN & R. HOWARD (Eds.), Personality, Personality Disorder and Violence, West Sussex, John Wiley & Sons, Ltd., 2009, p. 133-154.
6. FAZEL, S., DANESH, J. Serious mental disorder in 23 000 prisoners: A systematic review of 62 surveys, Lancet, 2002, 359, 9306, p. 545-550.
7. FRIDELL, M., HESSE, M., JAEGER, M.M., KÜHLHORN, E. Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behavior in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime. In: Addictive Behaviors, 2008, 33, 6, p. 799-811.

8. LEVY, K.N., & SCOTT, L.N., Other personality disorders, în M. HERSEN & J.C. THOMAS (Editors-in-Chief), Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology, Adult Psychopathology, New Jersey, John Wiley & Sons, Inc., 2, 2006, p. 316-336.
9. MAGNAVITA, J.J., Classification, prevalence, and etiology of personality disorders: Related issues and controversy, în J.J. MAGNAVITA (Ed.), Handbook or Personality Disorders. Theory and Practice, New Jersey, John Wiley & Sons, Inc., 2004, p. 3-23.
10. MILLON, T., Personality disorders in modern life (2nd ed.), New Jersey, John Wiley and Sons, Inc., 2004.
11. MITROFAN, N., ZDRENGHEA, V., BUTOI, T., Psihologie judiciară (Ediţia a III-a). Bucureşti: Casa de Editură şi Presă ,,Şansa”, 2000.
12. ROMILĂ, A. (coord.șt.) Manual de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale - ediția a IV-a (DSM-IV). București: Asociației Psihiatrilor Liberi din România, 2003.
13. RUBINSTEIN, S.L. Existență și conștiință, Editura Științifică, București, 1962.
14. RUEGG, R., & FRANCIS, A., New research in personality disorders, Journal of Personality Disorders, 1995, 9, 1, p. 1-48.
15. SIROTICH, F. Correlates of crime and violence among persons with mental disorder: An evidence-based review. In: Brief Treatment and Crisis Intervention, 8, 2, 2008, p. 171-194.
16. TRESTMAN, R.L. Behind bars: Personality disorders. In: Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 2000, 28, 2, p. 232-235.
17. TRULL, T.J., STEPP, S.D., & SOLHAN, M. Borderline personality disorder, în M. HERSEN & J.C. THOMAS (Editors-in-Chief). Comprehensive Handbook of Personality and Psychopathology, Adult Psychopathology, New Jersey, John Wiley & Sons, Inc., 2, 2006, p. 299-315.
18. WATZKE, S., ULLRICH, S., & MARNEROS, A. Gender and violence-related prevalence of mental disorders in prisoners In: European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 2006, 256, 7, p. 414-421.