

MEJNA OSEBNOSTNA MOTNJA IN STIGMA: ALI SMO RES SAMI ODGOVORNI ZA (SAMO)STIGMO?

Borderline personality disorder and stigma:
are we really responsible for self-stigma?

Dino Manzoni

POVZETEK

V raziskavah, ki obravnavajo problem stigme pri ljudeh s težavami v duševnem zdravju, je navadno govora o duševnih motnjah »na splošno«, pri čemer ostanejo zanemarjene specifične posebnosti procesov stigmatizacije pri različnih duševnih boleznih, kot je mejna osebnostna motnja (MOM). Izsledki številnih raziskav (npr. Aviram in sod., 2006; Klein in sod., 2021; Rivera-Segarra in sod.; 2014) kažejo, da se osebe z MOM soočajo s hudo diskriminacijo, socialno izključenostjo in pomanjkanjem socialne podpore, kar ima pomembne posledice za njihovo zdravljenje in blagostanje. Tu pa se pojavi neko temeljno vprašanje, in sicer kako sploh razumeti pojem stigma. Od njenega razumevanja in teorije je namreč odvisno, kako bomo delovali in intervenirali v družbeni prostor z namenom zmanjševanja njenih negativnih učinkov.

Ključne besede: mejna osebnostna motnja (MOM), (samo)stigma, strukturna stigma, Kernberg, Freud

Avtor: Dino Manzoni

Znanstveni in strokovni naziv: magister psihologije, asistent

Inštitucija/zaposlitev, naslov: ZRC SAZU, Družbenomedicinski inštitut,
Novi trg 2, 1000 Ljubljana

E-naslov: dino.manzoni@zrc-sazu.si

DOI: https://doi.org/10.3986/9789610506768_12

ABSTRACT

Research addressing the problem of stigmatisation of people with mental health problems usually focuses on mental disorders "in general" and ignores the specifics of stigmatisation processes in various mental disorders, such as borderline personality disorder (BPD). The findings of a number of studies (e.g., Aviram et al., 2006; Klein et al., 2021; Rivera-Segarra et al., 2014) show that people with borderline personality disorder face severe discrimination, social exclusion, and lack of social support, which has significant implications for their treatment and well-being. This raises a fundamental question, namely how to understand the concept of »stigma« in the first place. How we act and intervene in the social space to reduce its negative effects depends on our understanding and theory of stigma.

Keywords: *borderline personality disorder (BPD), self-stigma, structural stigma, Kernberg, Freud*

1 UVOD

V zadnjih desetletjih vse več raziskav ugotavlja, da je (samo)stigma eden najpogostejših razlogov, da ljudje s težavami v duševnem zdravju ne iščejo strokovne pomoči. Ker mejna osebnostna motnja (MOM) spada med najzahtevnejše duševne motnje – tako glede diagnostike kot terapije – z visoko stopnjo morbiditete in umrljivosti, ima (samo)stigma toliko večje učinke na - že po sebi - težavno obravnavo oseb s tovrstnimi težavami in na njihovo okrevanje oz. terapevtski izid. V znanstveni literaturi je že razmeroma dobro zabeležen in raziskan škodljiv vpliv stigmatizacije na zdravstveno stanje oseb s težjimi duševnimi motnjami, katere posledica so ohranjanje neenakosti v kakovosti življenja in procesu zdravljenja med ranljivimi skupinami prebivalstva (še toliko bolj npr. pri etničnih manjšinah). Etiketiranje, družbeno zavračanje in marginalizacija neposredno vplivajo na mrežo socialne podpore, izid zdravljenja in ohranjajo neenakosti na področju zdravja ranljivih populacij.

V raziskavah, ki obravnavajo problem stigme pri ljudeh s težavami v duševnem zdravju, je navadno govora o duševnih motnjah »na splošno«, pri čemer ostanejo zanemarjene specifične posebnosti procesov stigmatizacije pri različnih duševnih boleznih, kot je MOM. Izsledki številnih raziskav (npr. Aviram in sod., 2006; Klein in sod., 2021; Rivera-Segarra in sod., 2014) kažejo, da se osebe z MOM soočajo s hudo diskriminacijo, socialno izključenostjo in pomanjkanjem socialne podpore, kar ima pomembne posledice za njihovo zdravljenje in blagostanje

(angl. well-being). Celo strokovnjaki s področja duševnega zdravja nismo odporni proti tovrstnim učinkom stigme. Tako so se nekatere raziskave usmerile v analizo prepričanj, oznak, stereotipov in predsodkov, ki krožijo in se reproducirajo v populaciji zdravstvenih delavcev, ki so v stiku z osebami z diagnosticirano MOM.

Te raziskave kažejo, da imajo zdravstveni delavci pogosto negativen pogled na osebe z MOM in imajo do njih nekakšen odpor (ki se v psihoterapevtskem delu kaže kot učinek negativnega kontratransferja). Pogosto jih spontano dojemajo kot odporne na zdravljenje, manipulativne, zahtevne, nevarne, »premalo odgovorne« oz. »lene« in potrebne pretirane pozornosti (Aviram in sod., 2006; Klein in sod., 2021). Študija, ki so jo izvedli Cleary, Siegfried in Walter (2002), je preučevala in merila odnos zdravstvenega osebja do klientov z diagnosticirano MOM. Rezultati so pokazali, da več kot 80 % osebja meni, da je s to populacijo izjemno težko delati in da jo je težje obravnavati kot uporabnike z drugimi duševnimi motnjami - kar bistveno vpliva na diagnostiko, terapevtski odnos in prakso, v kateri so udeleženi strokovnjaki s področja duševnega zdravja ter pomožno zdravstveno osebje.

Z vidika sodobne družbe, ki je sistemsko usmerjena v neoliberalne politike in prakse, so simptomi in njihove manifestacije v procesu zdravljenja oseb z MOM še toliko bolj negativno vrednoteni, stigmatizirani in neodobravani, saj tovrstna aktualna "ideologija" (morala, ki jo občutimo kot obvezujočo in v obliki imperativa nadjaza, vesti) od nas zahteva veliko mero samoodgovornosti, samozadostnost, dobro (samo)obvladovanje v socialnem okolju in prilagajanje ter visoko stopnjo funkcionalnosti v medosebnih odnosih (npr. s strani delodajalcev, sodelavcev, sovrstnikov, družine, partnerjev, skupnosti in širše družbe). Vse skupaj pušča pomembne posledice na zdravstveno stanje oseb z MOM. Namreč socialna podpora je bila na podlagi raziskav opredeljena kot dejavnik uspešnega zdravljenja, okrevanja in ohranjanja zdravja ter kakovosti življenja na splošno. Krčenje mreže socialne in medosebne interakcije ima še posebej negativne učinke v marginaliziranih populacijah, kot so migranti, osebe z nizkim socialno-ekonomskim statusom, kmetje idr., ki imajo težave z duševnim zdravjem ali celo diagnozo MOM.

Kot smo že omenili, stigma spodbuja diskriminatorno vedenje ne samo s strani splošne populacije, marveč tudi s strani zdravstvenih delavcev in drugih strokovnjakov s področja duševnega zdravja. Kot ugotavljajo Aviram in sod. (2006), ima stigma celo klinično pomembnost, saj ovira zdravljenje, povečuje občutek sramu, krivde in samostigme pri klientih in lahko rezultira v poslabšanju simptomatike in zdravljenja na splošno. Stigma tako vpliva na odnos, odzive, vedenja, toleranco, čustva (apatija, oddaljenost), zaznavanje, mišljenje in motivacijo zdravstvenih delavcev, ki so v stiku s klientom. Ker so

osebe, diagnosticirane z MOM, še posebej občutljive za konflikte v medosebnih odnosih (zavrnitev in nesprejetost s strani drugega), se lahko odzovejo zelo negativno na zaznano zavrnitev; npr. umik iz terapevtskega procesa ali celo samopoškodovanje, ki sta v resnici manifestaciji klica na pomoč in potrebe po stabilnem odnosu s pomembnim drugim. Posledica tovrstnega procesa sta samouresničujoča se prerokba in začarani krog stigmatizacije.

Ravno zato je tako pomembno raziskovanje in spopadanje s stigmo na sistemski ravni. Eden od načinov krepitev kompetenc, znanja in empatije med zdravstvenimi delavci so lahko posebna, dodatna izobraževanja, ki bi prispevala k razumevanju kompleksnosti psihičnega aparata, vedenja in specifične problematike MOM.

K povedanemu lahko dodamo, da v zadnjih letih raziskovalci ugotavljajo vse bolj razširjen pojav t. i. »strukturne stigme« v zdravstvenih sistemih, ki so je deležne osebe z diagnozo MOM (Klein in sod., 2021). Če povzamemo ugotovitve Klein in sod. (2021), ki so izvedli obsežen pregled raziskav (angl. scoping review), se strukturna stigma v tem kontekstu nanaša na institucionalne politike, družbenokulturne norme in sprejete organizacijske prakse, ki ustvarjajo, utrjujejo in perpetuirajo določene razlike med ljudmi in klientom omejujejo dostop do zdravstvenih storitev, kakovostne oskrbe in doseganje optimalnega zdravljenja. Normativne strukture v zdravstvenih sistemih razvijajo in oblikujejo pričakovanja glede tega, kaj je »sprejemljivo« v nekem kontekstu, zato je treba raziskati in analizirati ključne dejavnike, ovire in mehanizme, ki prispevajo k stigmatizaciji v makrosocialnih okoljih oz. sistemih zdravstvenega varstva. Klein in sod. (2021) poudarjajo, da imajo politične odločitve izredno pomembno vlogo pri zagotavljanju ali omejevanju dostopnosti storitev za ljudi s težavami v duševnem zdravju, kar se lahko kaže v nepravilni porazdelitvi sredstev, namenjenih storitvam na področju duševnega zdravja, recimo v primerjavi s klasičnimi medicinskimi storitvami.

2 KAJ SPLOH JE STIGMA IN OD KOD PRIHAJA?

Čeprav smo v uvodu uporabljali pojem stigma v pomenu, ki mu ga navadno spontanopripisujemo, je treba izpostaviti, da znanstveni pojem nikoli ne sme biti zgolj samoumeven, saj je treba utemeljiti vse, kar zajema: strukturne razloge in pogoje, razlago mehanizmov stigmatizacije, njeno (re)produkcijo in dinamiko ter njeno nujnost, ki je pogojevana z dejstvom, da je človeška subjektivnost vselej že družbeno producirana, konstituirana in posredovana.

Dejstvo je, da vsaka družba in kultura delujeta na podlagi neosebnih pravil, predpisov, norm, »morale« (kaj je prav in kaj ni), ki se jih priučimo v procesu socializacije in uokvirjajo naše zaznavanje, mišljenje, vedenje, dinamiko socialnih interakcij, navade in delovanje v širšem družbenem okrožju. G. W. F. Hegel v svojem delu *Oris filozofije pravice* (2013 [1820]) uporabi pojem *Sittlichkeit*, 'nравnost', s katerim zajame nenapisana pravila obnašanja, manire, zakone, dolžnosti in norme, na podlagi katerih delujemo in čutimo v neki družbi. Le-ti omogočajo in usmerjajo socialno interakcijo oz. so njen pogoj in učinek obenem. Nравnosti ne moremo zvesti na kategorijo moralnosti, niti na kategorijo legalnosti, čeprav je nekakšna njuna hrbtna plat iz česar sledi, da se medsebojno podpirajo. Za delovanje in funkcioniranje neke družbe so torej bistvenega pomena načini, drže in obnašanja, ki niso formalizirani in eksplicitno postavljeni oz. definirani, a kljub temu usmerjajo naša občutja, vzgibe, percepcijo in vedenje v socialnih interakcijah.

Zakaj je to pomembno v kontekstu stigme? Je stigma nekaj, kar se priučimo zavestno in se je lahko enostavno odučimo, ali je ta pojav manifestacija neke družbene diferenciacije, antagonizma in razlike, ki je vselej konstitutivna tako za družbo kot za individualno identiteto subjekta, ki iz nje izhaja. Da odgovorimo na to vprašanje, si bomo pomagali s psihoanalitično teorijo in prakso. Med socializacijo se človeškemu subjektu v sorazvoju z instanco jaza oblikuje psihična instanca, ki jo Freud imenuje nadjaz. Tako psihoanaliza poskuša misliti razmerje med subjektom in družbenim, ki ga locira tako znotraj kot zunaj subjekta. Freud zavrne striktno ločevanje med sociologijo in psihologijo in dimenzijo družbenega izrecno postavi v jedro raziskovanja individualne psiho(pato)logije, saj se slednja oblikuje in izraža samo znotraj konstelacije in koordinat, ki jih zarisuje družbeno-simbolni red. Tako subjekt ni enostavno samozadosten, samozaveden, transparenten Jaz, Osebnost ali Posameznik kot eden izmed množice Posameznikov v družbi, marveč je družbeno v nekem oziru znotraj njega samega – ga obenem konstituira in razceplja – in s tem napravi tako družbeno kot subjektivnost problematična.

Nadjaz kot »družbena« instanca postavlja norme, ocene, merila individualnega, partikularnega jaza in ga po teh merilih vrednoti. V spisu *Jaz in nadjaz (ideal jaza)* (v *Metapsiholoških spisih*, 1987) Freud opozori, da je velik del nadjaza nezaveden in omogoča normalno delovanje subjekta v družbi, saj določa zapovedi, prepovedi, univerzalna pravila, norme in simbolne zakone, ki določajo vzgibe, čutenje in zaznavanje ter usmerjajo naše vedenje v družbi – kaj lahko počnemo in česa ne, kaj je bolj vredno in kaj manj. Vendar ima nadjaz obenem prisilni značaj, ki se izraža kot kategorični imperativ – tako bi *moralo* biti.

Od tod občutek krivde, ki nikoli ni v polni meri zavesten. Za nadjaz je tako bistven »etični aspekt«, ki ga tvori simbolni, univerzalni zakon, ki pa ni zgolj »simbolni«, marveč je utelešen v družbenih institucijah in dejanskih materialnih praksah, ki producirajo in urejajo socialna razmerja v neki družbi - in v katerih je utelešena prevladujoča ideologija.

Tako smo prišli do točke, v kateri lahko problematiziramo neko prevladujoče razumevanje pojava stereotipov, predsodkov, stigme, ki imajo za posledico socialno diskriminacijo in marginalizacijo specifičnih družbenih podskupin. Če upoštevamo prej opisane procese in mehanizme socializacije in oblikovanje individualnega (in obenem kolektivnega) psihičnega aparata, ki potekajo večinoma nezavedno, lahko rečemo, da je nujna posledica socializacije in s tem formacije subjektivnosti, izključevanje neželenega vedenja, lastnosti, mišljenja itd.

Najbolj razširjena in prevladujoča razlaga pojma stigme in procesov stigmatizacije izhaja iz socialnopsihološke kognitivne paradigme – od katere je prišel v uporabo tudi pojem samostigme – ki pa postane v perspektivi in razsežnosti, ki se odpre skozi optiko psihoanalitične teorije in konceptov, nadvse problematična. Stvar je v tem, da pravila in norme, po katerih delujeta navsezadnje tudi jezik in mišljenje vsakega partikularnega subjekta in s tem kognitivno kategoriziranje in organizacija prepričanj, oznak, shem itd., niso »zgolj« naši, subjektivni, ampak – razvojnopsihološko gledano – nujno privzeti v procesu socializacije in so za nas in našo identiteto nujno konstitutivni. Tako se jih ne moremo tako zlahka znebiti - npr. z nekakšno (psiho)edukacijo in ozavečanjem - saj organizirajo in konstituirajo socialno-simbolno resničnost, v kateri bivamo. Prek »implicitne pedagogike« se prav tako prenašajo preference, tendence in predispozicije (občutek) za reagiranje in delovanje v neki smeri in dispozicije za zaznavanje, vrednotenje in razumevanje sveta, ki v dobršni meri pogojujejo odzivanje in delovanje v socialnih situacijah in interakcijah. Individualno in kolektivno, telesno in umno so tukaj neločljivo prepleteni.

To, kar se označuje kot (samo)stigma, se na izkustveni ravni manifestira v obliki nadjazovskega pritiska, ki ga čutimo v tem, da se ne počutimo »normalne«, saj vidimo s perspektive velikega Drugega (in zato vemo), kako nas bodo drugi dojemali in kaj si bodo mislili, če npr. izvejo, da imamo duševne težave, kar ima za posledico občutke tesnobe, sramu in krivde. Sociokognitivne teorije, ki razlagajo »neprimerna« prepričanja, oznake, stereotipe, predsodke in stigmatizacijo kot zavestno naučene kognitivne kategorije, postanejo tako problematične. Procesi, kot so označevanje, stereotipiziranje, ločevanje »nas« od »njih«, večinoma ne potekajo zavestno in ne obstajajo neodvisno od naše osebne identitete, ki se je formirala in socializirala v nekem družbenem in zgodovinskem prostoru.

Iz tega izhaja, da se jih ni mogoče tako lahko znebiti oz. se jih niti ne moremo znebiti, saj naš psihični aparat, socialno-simbolni register (jaz in nadjaz), deluje vselej izključujoče in razlikovalno.

Tako (samo)stigma ne more biti enostavno individualni proces »napačnega pripisovanja«, ampak nanj vplivajo širše družbene, institucionalne okoliščine, materialne prakse in ideologija, v katerih smo operativni kot družba in se formiramo kot subjekti. Spreminjanje stališč, sodb in t. i. normalizacija lahko delujeta pozitivno in ublažita nekatere učinke stigmatizacije, vendar ne moreta odpraviti same simbolne, družbene strukture (ki je ponotranjena v nadjazu), katere učinki so »izključevanje«, ločevanje, diferenciacija. Tako npr. postane Goffmanov (2008) pojem poškodovane identitete stigmatizirane osebe problematičen, saj bi lahko rekli, da je v tem smislu naša identiteta vselej že poškodovana. Nekaj takega, kot je polna, celostna, nepoškodovana identiteta, je tako zgolj nujna iluzija, fikcija, ker je za konstrukcijo identitete vselej že konstitutivna operacija razlikovanja in izključitve.

Problem stigme smo tako primorani razumeti v navezavi na libidinalno ekonomijo (katere objekt je jaz; naša lastna vrednost), ki je vselej operativna in učinkujoča v socialnih interakcijah, v katerih si z drugimi nikoli nismo enostavno simetrični, enaki (kar recimo predpostavlja liberalen pojem posameznika). Razlika med sociokognitivističnim razumevanjem psihičnega aparata in psihoanalitičnim je potemtakem v posledicah, ki jih ima neka teorija za prakso, in v intervencijah v družbeni prostor, ki jih implicira. Če je problem stigme zgolj neko prepričanje ali kognitivna napaka, ki jo je treba odpraviti – tako kot za nekatere druge socialne psihologe, ki so se ukvarjali s temeljno napako atribucije, začenši z eksperimentom, ki sta ga izvedla Jones in Harris leta 1967 – je z vidika psihoanalize problem v tem, da napačno prepoznanje ni le kognitivna napaka, ampak je dejansko neka *vednost*, ki je locirana v področju nezavednega nadjaza kot simbolnega reda. Aficirati simbolni red kot tak na način, da dejansko pride do učinka in konkretne spremembe v sami konstelaciji, ki določa parametre, v katerih se dojemamo kot subjekti, pa je veliko bolj problematično in težje doseči, kot pa samo spremeniti »zgolj« neko subjektivno prepričanje. Tako si lahko predstavljamo, kako npr. neka oseba s težavami v duševnem zdravju odgovori na očitek, ko ji nekdo razloži »resnične vzroke« vedenja in procesa »napačnega pripisovanja«, (samo) stigmatizacije: »Ja, jaz že vem, da nisem ‚nor‘, nenormalen (občutek sramu), kriv za svoje stanje, ampak a ve to Drugi (družba sama in nadjaz, v katerem so ponotranjene družbene norme in pravila)?«

Dokler sama simbolna institucija (nadjaz, veliki Drugi) ne registrira spremembe v vednosti, ostaja sprememba zavestnega prepričanja neučinkovita, nerelevantna

tna. Tako ostanemo ujeti v obstoječi ideologiji, dokler ne pride do spremembe na ravni same simbolne institucije, ki se obenem uteleša v materialnih praksah neke družbe. Za spremembo ni dovolj, da vsi »poznamo« zgolj neko dejstvo o stanju stvari, marveč je nujna nekakšna »reifikacija« (popredmetenje), da postane sprememba vednosti dejanska, operativna in učinkovita. Za spremembo »vednosti« je zato potrebna nekakšna »utelešenost«, saj se resnične spremembe dogajajo na ravni materialnih praks (družbenih institucij, običajev, navad itd.), v katerih se vzajemno formirajo in strukturirajo naša subjektivnost in družbena razmerja na katerih je utemeljena neka družba.

3 ZAKLJUČEK

Če povedano navežemo na specifični problem stigmatizacije oseb z MOM, je treba poudariti, da imajo največji vpliv na stigma ravno način formuliranja problemov in razumevanje dotične problematike, iz katere izhaja specifična praksa, pristop k zdravljenju in dožemanje oseb z MOM v zdravstvenih institucijah. Pristop, ki je najmočnejše oblikoval razumevanje »borderline problematike«, izhaja izpod teoretskega horizonta ameriške psihoanalize, t. i. ego psihologije in teorije objektnih odnosov. Klasični Kernbergov diagnostični priročnik zajema tako osebnostno strukturo kot simptome MOM (1975: 3–43), med katere spadajo hipohondrija, nevezana tesnoba, paranoidne ideje, impulzivno in odvisniško vedenje, disociativne reakcije, polifobija, konverzivna simptomatika, nezadostna kontrola nad gonskimi impulzi, šibkost jaza in nevarnost fragmentacije, nezmožnost integracije različnih, »dobrih« in »slabih« potez v enotno podobo objekta itd. Kernberg (1975: 69–106) opiše tudi specifične obrambne mehanizme, ki so značilni za MOM, in sicer razcep, primitivna idealizacija, projekcijska identifikacija, zanikanje in operaciji »omnipotence« in razvrednotenja, ki se nanašata na identifikacijo z idealizirano predstavo lastnega jaza in drugega (objekta) in delujeta kot zaščita pred ogrožajočimi odnosi z okolico oz. pomembnimi drugimi. Teoretska opora takšnega opisa MOM je Freudova druga topika (jaz, nadjaz, ono), ki jo je ameriška ego psihologija vzela za ključ do (ne) razumevanja Freudove metapsihologije. Kernbergova diagnostika je imela velik vpliv na oblikovanje priročnika DSM in kategorijo MOM, vendar nekateri kliniki in diagnostiki, kot je npr. Verhaeghe (2004), kritizirajo diagnostične kriterije MOM iz DSM, saj ti temeljijo zgolj na opazovanju in deskripciji simptomov, kar ne omogoča postavitve *strukturne diagnoze*, ki je bistvena za razumevanje psihopatologije - in s tem funkcioniranja psihičnega aparata, njegove dinamike (interakcije med sistemi), mehanizmov, intersubjektivnih odnosov, razmerja s

simbolnim redom in razsežnosti nezavednega; kar seveda implicira bistvene razlike v terapiji oseb z diagnozo MOM. Ker tovrstna razprava zahteva veliko več prostora in raziskovanje, ki presega okvir tega članka, bi bilo v prihodnje smiselno resno soočiti razne teoretske in konceptualne okvirje, skozi optiko katerih vidimo in formuliramo problematiko MOM, njeno logiko, teorijo in na njej temelječo diagnostiko ter terapevtsko prakso oz. proces zdravljenja, ki iz njih izhaja.

Literatura

- Aviram, R., Brodsky, B. in Stanley, B. Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*. 2006; 14(5): 249–256.
- Cleary, M., Siegfried, N. in Walter, G. Experience, knowledge and attitudes of mental health staff regarding clients with a borderline personality disorder. *Int J Ment Health Nurs*. 2002; 11: 186–191.
- Freud, S. *Metapsihološki spisi*. Ljubljana: Studia Humanitatis; 1987.
- Goffman, E. *Stigma: zapiski o upravljanju poškodovane identitete*. Maribor: Aristej; 2008.
- Hegel, G. W. F. *Oris filozofije pravice*. Ljubljana: Krtina; 2013.
- Jone, E. E. in Harris, V. A. The attribution of attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*. 1967; 3(1): 1–24.
- Kernberg, O. *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson; 1975.
- Klein, P., Fairweather, A. K., Lawn, S., Stallman, H. M. in Cammell, P. Structural stigma and its impact on healthcare for consumers with borderline personality disorder: protocol for a scoping review. *Systematic Reviews*. 2021; 10(23): 1–7.
- Rivera-Segarra, E., Rivera, G., López-Soto, R., Crespo-Ramos, G. in Marqués-Reyes, D. Stigmatization Experiences among People Living with Borderline Personality Disorder in Puerto Rico. *The Qualitative Report*. 2014; 19(30), 1–18.
- Verhaeghe, P. *On Being Normal and Other Disorders: A Manual for Clinical Psychodiagnostics*. New York: Other Press; 2004.