

# Psicoterapia de los trastornos de la personalidad

I. Rubio García<sup>a</sup>, A. Pérez Urdániz<sup>b</sup>, J. M. Santos García<sup>c</sup>, J. L. Carrasco Perera<sup>d</sup>, R. Molina Ramos<sup>e</sup> y J. M.<sup>a</sup> Misiego Peral<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centro de Salud Mental. Parla (Madrid). <sup>b</sup> Universidad de Salamanca y Hospital Universitario de Salamanca.

<sup>c</sup> St. John's Hospital. Livingston. Escocia. <sup>d</sup> Hospital Universitario San Carlos. Madrid.

<sup>e</sup> Hospital Fundación Manacor. Mallorca

## Psychotherapy of personality disorders

### Resumen

Se proporciona una revisión de los conceptos psicodinámicos clásicos en la psicoterapia de los trastornos de la personalidad (TP). Se estudian asimismo nuevos abordajes, como la terapia dialéctica conductual o la terapia cognitivo analítica. Cuando es posible, la evidencia sobre la eficacia de estos métodos es señalada. El artículo acaba con un estudio de los aspectos psicoterapéuticos más importantes de cada TP.

**Palabras clave:** Psicoterapia. Trastornos de la personalidad. Psicodinámico. Terapia de grupo. Terapia cognitivo conductual.

### Summary

A review of classical psychodynamic concepts in the psychotherapy of personality disorders (PD) is carried out. New approaches, such as dialectic behavioral therapy or cognitive analytic therapy, are also studied. Whenever possible, evidence is given on the efficacy of these approaches. The article finishes with a PD by PD study of relevant psychotherapeutic issues.

**Key words:** Psychotherapy. Personality disorders. Psychodynamic. Group therapy. Cognitive behavioral.

## INTRODUCCIÓN

Hay niños que soportan grandes adversidades sin desarrollar psicopatología. Mucha gente lo pasa mal y no por ello enloquece. Existen personas que con idéntico tipo de estrés, educación familiar y entorno social desarrollan enfermedades diferentes. Otros, por otro lado, no las desarrollan. Más aún, muchos pacientes mentales lo son sin haber tenido ningún tipo de estrés especial ni de niños ni de adultos. Livesley<sup>1</sup> afirma que casi el 50% de las diferencias entre individuos dependen de complejos factores genéticos poligénicos y, de hecho, los gemelos monocigóticos criados por separado presentan personalidades similares. El otro 50% de las diferencias se deberían al entorno. Para el conjunto de la sociedad es bueno que haya diferencias de personalidad, talentos distintos que se complementan en aras de un bien común. Probablemente lo que hay en realidad es una compleja interacción genética-entorno, genotipo-fenotipo y diátesis o predisposición-estrés<sup>2</sup>.

En los trastornos de la personalidad (TP) la predisposición o diátesis serían los rasgos de personalidad, siendo la compleja relación entre rasgos y entorno la clave

para entender este grupo de entidades. Con carga genética similar se puede desarrollar o no una determinada patología aún en circunstancias similares. De ahí la inutilidad de los enfoques reduccionistas. Se podría ironizar afirmando que a la psiquiatría social y psicodinámica le falta «cerebro» y a la psiquiatría biológica le falta «espíritu» y «corazón».

Todo el mundo tiene un potencial genético de enfermar que bajo ciertas condiciones físicas, sociales y ambientales puede hacerse manifiesto. Hay un *continuum* entre salud-normalidad y enfermedad-anormalidad y hay un «umbral» que, si se cruza, supone el paso de la salud a la enfermedad. Este dintel es dinámico y a menudo está determinado por el entorno. Los TP son el paradigma de la compleja interacción genética-entorno, y en esta interacción parece tener mayor influencia el estrés crónico (incluso leve o medio) que el agudo. No es, pues, tan importante el «gran trauma» psicoanalítico, sino los pequeños y medianos traumas repetidos, crónicos y sin solución de la vida diaria. Los factores sociales son tan importantes como los psicológicos<sup>3</sup> y puede que se subestimen en los modelos teóricos dominantes. La interacción biopsicosocial es muy compleja y todavía sabemos muy poco sobre ella.

Desde la vertiente psicoanalítica es opinión comúnmente aceptada que la historia vital afecta a la personalidad del sujeto y que el presente está determinado por el pasado. Sin embargo, Paris<sup>4</sup> señala que esto es así en un grado mucho menor de lo que se cree. Según este autor, la predominancia de las experiencias infantiles tempranas

### Correspondencia:

Iluminada Rubio García  
Centro de Salud Mental de Parla  
Pablo Solozábal, 4  
28980 Parla (Madrid)  
Correo electrónico: ilurubi@wanadoo.es

nas se ha convertido en un dogma que deja sin respuesta otras influencias importantes en la estructuración de la personalidad, como son la constitución, las experiencias de la vida adulta y el entorno social. Debido a estos factores, el conocimiento del pasado por sí mismo no bastaría para producir cambios en el presente. Hillman<sup>5</sup>, psicoanalista junguiano, afirma incluso que el futuro (el destino elegido) explica el pasado, puesto que el individuo desde pequeño elige un futuro, unas metas, un destino, en función del cual se organiza su manera de ser.

### ASPECTOS GENERALES DE LA PSICOTERAPIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y EVIDENCIA GENERAL DE SU EFICACIA

Tras 30 años de práctica psicoterapéutica con éxitos, fracasos y resultados mediocres, Paris<sup>6</sup> observa que los relatos que van surgiendo en la psicoterapia no son representativos de lo que realmente ha ocurrido en el pasado. Llega así a la conclusión de que las experiencias de la infancia por sí mismas no pueden justificar el desarrollo de un TP. Para Paris el modelo biopsicosocial es el único capaz de enfocar adecuadamente la complejidad de la psicopatología. En su opinión, todos los psicoterapeutas empiezan aplicando la técnica que han aprendido; con el tiempo descubren sus limitaciones y, por el método de ensayo y error, empiezan a modificarla y se hacen más eclécticos. Los psicodinámicos se centran menos en las interpretaciones y empiezan a ser más confrontativos, y los conductistas dejan de centrarse tanto en los síntomas y se hacen expertos en tratar al individuo completo. En resumen: los buenos terapeutas dejan sus dogmas y hacen lo que funciona, lo que da resultados. Paris cree que es muy probable que en el futuro, en vez de hablar de «escuelas» de psicoterapia se desarrolle un método psicoterapéutico consensuado con un alto grado de eclecticismo que será aceptado por la mayoría de los clínicos.

El enfoque predominante, aunque no único, de este artículo será psicodinámico, si bien ecléctico. En esto nos vemos apoyados por una revisión sobre la psicoterapia de los TP realizada por Shea<sup>7</sup>, donde reconoce la utilidad de distintos tipos de abordajes psicoterapéuticos psicodinámicos en el tratamiento de los TP. Hasta el momento, desde un enfoque sustentado en la evidencia, la mayor parte de los datos proceden de estudios de cohorte. La psiquiatría basada en la evidencia (PBE), o factual, ha utilizado metodología diversa (autocuestionarios, escalas puntuadas por observadores, etc.) en un intento de medir (lo cual en psicoterapia es siempre difícil) aspectos como la salud mental o el funcionamiento personal y/o social. Es cierto que no hay mucha investigación realizada desde la perspectiva de la PBE en lo que a psicoterapia de los TP se refiere. Sí que parece haber una mejoría cuando se compara a los pacientes con TP que tienen acceso a distintas formas de psicoterapia con aquellos en los cuales la historia natural del TP transcurre sin terapia alguna<sup>8,9</sup>. Bateman y Fonagy señalan las

características generales que tiene que tener toda psicoterapia de los TP para ser moderadamente efectiva<sup>10</sup>:

1. Buena estructuración.
2. Tiempo considerable dedicado al aumento y promoción de la adherencia.
3. Objetivo claro, ya sea éste un problema específico (p. ej., el comportamiento autolesivo) o los patrones de relación interpersonal.
4. Gran coherencia teórica tanto para el terapeuta como para el paciente, lo que en ocasiones obligará a la eliminación de cierta información incompatible con el modelo teórico.
5. A largo plazo (al menos relativamente).
6. Promoción de unos lazos y relación fuerte entre el terapeuta y el paciente con unos límites bien marcados, pero al mismo tiempo permitiendo cierta flexibilidad.
7. Posibilidad de integración de la psicoterapia con otros servicios disponibles para el paciente.

Todos los individuos tienen un perfil característico de rasgos de personalidad. Ya se dijo al principio que estos rasgos están modulados tanto por factores genéticos como por la experiencia y tienden a suscitar respuestas que los refuerzan, especialmente en la infancia. Un modelo conceptual útil de los TP sería entenderlos como exageraciones patológicas de rasgos normales de la personalidad<sup>11</sup>. Los TP representarían la exageración no adaptativa de dichos rasgos y los factores psicosociales serían cruciales en la transformación de rasgos en trastornos. El paso de rasgo a trastorno dependerá de la genética, de los agentes psicosociales y de las distintas combinaciones de rasgos<sup>12</sup>.

En consecuencia con dichos principios las metas de la psicoterapia serían invertir el proceso por el cual los rasgos se convierten en trastornos, demostrar a los pacientes el uso no adaptativo que hacen de sus rasgos y desarrollar maneras de usar los rasgos existentes de manera más adaptativa, ampliando el repertorio de conductas. Este método difiere de los preexistentes en varios aspectos:

1. No acepta que todos los pacientes con TP sean tratables psicoterapéuticamente, por lo que trata de localizar al subgrupo tratable para que se beneficie en lo posible de la intervención terapéutica.
2. No asume que la introspección (*insight*) sea la meta del tratamiento, sino sólo el primer paso hacia el cambio.
3. No pretende ser neutral ante conductas poco adaptativas y reconoce que la psicoterapia tiene la misión de aumentar la integración social y promover cambios específicos.

Los rasgos de la personalidad se solapan con los mecanismos de defensa. Paris considera que el concepto de mecanismos de defensa es una manera equívoca de describir modelos de conducta. Él propone que sería mejor denominarlos «estilos de adaptación», ya que no hay evidencia de una constelación psicodinámica asociada a cada TP como creían los clásicos.

La conversión de los rasgos de la personalidad en trastornos se realiza de manera muy inespecífica. Un extrovertido es sociable, gregario, bien integrado; pero si el entorno se vuelve estresante se «adapta» buscando más contacto y apoyo de los otros, como sabe hacer, y si esto se acentúa y prolonga mucho tiempo se produce la patología probablemente de tipo histriónico. Un introvertido vive bien centrado en sí mismo y autónomo, pero si el entorno se torna hostil se ensimisma y aparece la patología de los grupos A o C (sobre todo esquizoide y evitativo). Es decir, ante el estrés los rasgos se agudizan, especialmente con el estrés crónico y permanente y cuando los entornos familiar y social son inadecuados.

Siguiendo a Paris la psicoterapia de los TP debe basarse en trabajar con los rasgos, no contra ellos. Se trata de atenuar los rasgos, sacarles el máximo provecho y ampliar el repertorio conductual. Así pues, el tratamiento psicoterapéutico debe ir encaminado a revertir el ya mencionado proceso de amplificación de los rasgos. Si la terapia funciona los rasgos se mantienen, pero a un nivel menos disfuncional. Es decir, los rasgos no desaparecen, pero sí se atenúan. Se trataría, pues, de reajustar un alterado sistema homeostático.

Hay dos maneras fundamentales de trabajar con los rasgos de personalidad. La primera consiste en modificar conductas maladaptativas identificando primero cuando se aplican mal los rasgos para luego manejarlos mejor. Algunos rasgos son más fáciles de modificar que otros. Por ejemplo, es más fácil que un anancástico trabaje menos que conseguir que un impulsivo encuentre trabajo. La segunda es enseñar a los pacientes a usar mejor los rasgos sacándoles partido, si es posible, en los entornos adecuados.

La creencia de que la transferencia psicodinámica es oro puro no se corresponde ni con la práctica ni con la investigación<sup>13</sup>. Lo que funciona es la sensación del paciente de ser comprendido por su terapeuta. Hay que evitar las complicaciones regresivas y dejar el uso de la transferencia para puntos concretos. Tampoco cree Paris que las interpretaciones psicodinámicas hayan sido útiles en la práctica o hayan sido validadas en investigación. Duda que focalizarse en la infancia sirva para mucho, puesto que el presente es el objeto principal de la psicoterapia. Ya en 1946 Alexander y French<sup>14</sup> dijeron lo fácil que es quedarse mirando al pasado como justificación para no cambiar en el presente.

La terapia ha de incluir la recogida de la historia, la alianza terapéutica, las habilidades de escucha del terapeuta, la confrontación de conductas maladaptativas, las clarificaciones y el desarrollo de alternativas conductuales más maduras. La hora semanal de 50 min sigue siendo válida. No hay evidencia de que dos veces a la semana sea más eficaz y una vez a la semana permite analizar los eventos semanales. Un concepto alternativo a la terapia a largo plazo es la terapia intermitente, también enunciada por Alexander y French<sup>15</sup>, Silver<sup>16</sup> y McGlashan<sup>17</sup>. En cualquier caso, la psicoterapia ha de ser el arte de lo posible y no de lo imposible.

La comunidad terapéutica, salvo unidades especializadas, parece no ser el método preferido de psicoterapia

de los TP hoy día, aunque este abordaje estuviera vigente en las décadas de 1960 y 1970 de un modo más patente. Cierto es que hay poca evidencia que apoye dicho manejo terapéutico y que incluso algunos autores le niegan validez en el caso de los TP<sup>18</sup>. Sin embargo, sí existe evidencia en los casos de los TP límite y antisocial.

La implantación de modelos integrativos de psicoterapia<sup>19</sup> es una tendencia clara ya hoy día. Esta psicoterapia llamada integrativa tiene la flexibilidad como para integrar modelos híbridos y también para realizar distintos tipos de psicoterapia en cada paciente en distintas fases de su vida. Se debe decir que la psicoterapia integrativa no es un cajón de sastre, sino que su abordaje tiene un cimiento en modelos teóricos coherentes. Pues bien, en lo que respecta a los TP existen ciertas evidencias de que la psicoterapia integrativa es útil<sup>20,21</sup>.

## **PSICOTERAPIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO A: PARANOIDE, ESQUIZOIDE Y ESQUIZOTÍPICO**

### **Trastornos de la personalidad paranoide**

El pensamiento paranoide no es en sí mismo patológico. La posición esquizoparanoide es un modo básico de experiencia organizativa que persiste en la psique humana a través del ciclo vital. En este modo los pensamientos y sentimientos peligrosos o desagradables son escindidos, proyectados fuera y atribuidos a otros. El TP paranoide no es un estado transitorio de crecimiento. Implica un estilo de pensamiento, de sentimientos y de relación con los otros que es extraordinariamente rígido e invariable.

Como en la mayoría de los TP, los rasgos clave del TP paranoide son egosintónicos. Son los familiares, amigos o compañeros de trabajo quienes les empujan a buscar tratamiento. Su estilo de pensamiento se caracteriza por una búsqueda de significados ocultos, de claves para descubrir la verdad detrás de la cara de una situación. Lo obvio, lo superficial, lo aparente enmascara la realidad. Esta búsqueda interminable implica un estado de intensa hiperatención que lleva aparejada una incapacidad de relajarse. También exhiben una falta de flexibilidad: ni el más persuasivo de los argumentos impacta en las creencias del paranoico. El pensamiento no es delirante. No hay una distorsión de la realidad, sino del significado de la realidad aparente.

La proyección y la identificación proyectiva son dos mecanismos de defensa claves en este TP. La necesidad de controlar a los otros refleja la bajísima autoestima en el núcleo de la paranoia según Meissner<sup>22</sup>. En un plano profundo el paranoico se siente inferior, débil e ineficaz. Así, la grandiosidad o el sentido de ser especial, frecuente en estos pacientes, se puede entender como una defensa compensatoria de los sentimientos de inferioridad. Están muy preocupados por la humillación procedente de figuras de autoridad. Perciben como amenazada su autonomía. Sienten que cualquiera que se acerca a ellos

intenta secretamente sacar partido. Los terapeutas conoedores de esa otra dimensión de la personalidad paranoide (debilidad y baja autoestima) pueden empatizar más fácilmente con estos difíciles pacientes. Gracias al conocimiento de que la baja autoestima crea la necesidad de ver faltas en los otros, los terapeutas pueden empatizar con el punto de vista del paciente y buscar sugerencias acerca de cómo hacer el tratamiento más productivo.

Por su suspicacia los paranoicos son reacios a la psicoterapia de grupo. La mayoría acuden a tratarse por alguna presión externa y desconfían de cualquiera. A la luz de estos obstáculos el primer paso en la psicoterapia debería ser la construcción de una alianza terapéutica<sup>23</sup>. Sin embargo, este proceso se dificulta todavía más por su tendencia a evocar respuestas defensivas y el terapeuta no es una excepción. El paciente trata al terapeuta como un objeto malo persecutorio, por lo que éste se siente inducido a defenderse y suele terminar dando una interpretación que intenta forzar que la proyección vuelva al paciente. Entonces el paranoico responde sintiéndose atacado, incomprendido y decepcionado. Para evitar esta escalada, el terapeuta debe empatizar con las necesidades del paciente de proyección como medios de supervivencia emocional. De acuerdo con Epstein<sup>24</sup>, el terapeuta debe servir de contenedor para los sentimientos de odio, maldad, impotencia y desesperación. Debe ser capaz de aceptar la culpa, incluso hasta el punto de reconocer la falta de habilidad para ayudar al paciente<sup>25</sup>.

Un tratamiento fallido o la acusación de incompetencia puede provocar en el terapeuta una fuerte reacción contratransferencial. Llegar a defenderse es también una reacción natural al ser acusado de deshonestidad. Sin embargo, la defensa puede ser malinterpretada como confirmación de que el terapeuta tiene algo que esconder. La «apertura» es la mejor política con los paranoicos. Si el paciente sospecha de las notas que toma el terapeuta éste haría bien compartiéndolas con él, puesto que el rechazo a compartirlas induciría mayor paranoia<sup>26</sup>.

Los terapeutas también tienen que empatizar con la tendencia del paciente a guardar su intimidad. El permitir períodos de silencio en lugar de hacer preguntas de forma intrusiva puede ayudar al paciente a abrirse un poquito más. Otra técnica es focalizar en el estado de tensión secundario a la intensa vigilancia necesaria para mantener el estilo cognitivo paranoide. Cuando el paciente desee hablar el terapeuta debe fomentar la elaboración, la cual puede revelar antecedentes históricos de la situación actual de estrés<sup>27</sup>.

El fin principal del trabajo psicoterapéutico con paranoicos es ayudarles a cambiar sus percepciones, origen de sus problemas, de un lugar externo a uno interno. Este cambio sólo puede seguir a un horario sin prisas que es único para cada paciente. El terapeuta debe soportar repetidas acusaciones y suspicacias sin exasperarse. A medida que el paciente se abre más, el terapeuta puede ayudarle a distinguir entre emociones y realidad<sup>28</sup>.

A través del proceso terapéutico el terapeuta debe contener sentimientos más que actuar sobre ellos. Esto

le proporciona al paciente una forma diferente de relación que se irá complementando con cambios graduales en el pensamiento. La clave es conseguir una «duda creativa» de sus percepciones del mundo y que las cosas pueden llegar a ser «como si» fueran ciertas más que realmente ciertas.

### Trastornos de la personalidad esquizoide y esquizotípico

Se consideran aquí juntos por los paralelismos dinámicos y psicoterapéuticos de estos TP. El mundo interior del esquizoide es a menudo una fuente de contradicciones. Akhtar<sup>29</sup> ha agrupado estas contradicciones en manifestaciones públicas y disimuladas: «el esquizoide es públicamente independiente, autosuficiente, distraído, desinteresado, asexual e idiosincráticamente moral mientras que secretamente es exquisitamente sensible, emocionalmente necesitado, acusadamente vigilante, creativo, a menudo perverso y vulnerable a la corrupción». Estas polaridades no reflejan rasgos de personalidad conscientes e inconscientes. Más bien representan una escisión o fragmentación del *self* en diferentes representaciones que permanecen desintegradas. Desde la perspectiva psicodinámica el término «esquizoide» refleja esta escisión fundamental del *self*. El resultado es una identidad difusa que hace la relación con los otros problemática. Quizás el rasgo más acusado de los esquizoides y esquizotípicos sea su aparente no relación con los otros.

Los pacientes esquizoides que han permitido a sus terapeutas tener acceso a sus mundos internos han revelado a menudo fantasías de omnipotencia. Las emplean para alcanzar directamente el éxito en las relaciones interpersonales o en sus carreras. A menudo sienten vergüenza por estas fantasías y se resisten a compartirlas con sus terapeutas hasta que no se sienten seguros.

Los esquizoides y esquizotípicos se pueden beneficiar de una psicoterapia individual expresiva de apoyo, de una psicoterapia de grupo dinámica o de una combinación de ambas. Puesto que las demandas interaccionales del grupo producen generalmente una gran ansiedad, la mayoría de los pacientes se sienten más confortables empezando con una psicoterapia individual. Probablemente el mecanismo terapéutico tenga lugar más a través de la internalización de la relación terapéutica que de la interpretación del conflicto, según la literatura más moderna<sup>30</sup>. La tarea del terapeuta es aportarles una nueva experiencia de relación. Éste debe figurarse cómo relacionarse con el paciente de forma maduramente correctiva.

Ahora bien, decir que el objetivo de la terapia es crear una nueva relación para la internalización es demasiado simple. Esta estrategia tiene muchos obstáculos. En primer lugar, el modo básico de existencia del paciente es el de la no relación y el terapeuta pretende que se mueva en la dirección contraria. Esta estrategia se topará con distancia emocional e importantes silencios. La pacien-

cia es clave porque el proceso de internalización es lento. El terapeuta debe aportar una actitud permisiva respecto al silencio y éste ha de verse como algo más que una simple resistencia. El silencio es además una forma específica de comunicación no verbal que da información esencial sobre el paciente. Gabbard<sup>31</sup> sostiene que, a través de la identificación proyectiva, el comportamiento del paciente evocará ciertas respuestas en el terapeuta que contienen información diagnóstica importante sobre el mundo interno del paciente. Con este modelo las reacciones emocionales del terapeuta hacia el paciente, aunque sutiles, son la fuente primaria de información: los terapeutas reciben las proyecciones de los pacientes y las monitorizan en sí mismos sin actuar la contratransferencia.

La decisión de no interpretar puede ser la estrategia más terapéutica. Si el silencio es interpretado como resistencia estos pacientes pueden sentirse responsables y humillados por la incapacidad básica para comunicarse<sup>32</sup>. Respetar su silencio puede ser el único acercamiento terapéutico viable para construir una alianza terapéutica<sup>33</sup>. Nuestra tendencia natural es cargar a los pacientes con las expectativas de que deberían ser diferentes de cómo son. Específicamente queremos que nos hablen y se relacionen con nosotros. Sin embargo, esta expectativa implica que debemos pedir a los pacientes que confronten lo doloroso de su evitación esquizoide. Esto conducirá paradójicamente a un mayor aislamiento. Ciertos pacientes responderán a su aceptación tolerante y empática con una mayor apertura en la relación terapéutica. Stone<sup>34</sup> sugirió que los esquizotípicos que funcionan mejor en la psicoterapia tienen más síntomas depresivos o alguna capacidad para la calidez emocional y empatía y advirtió a los terapeutas de las expectativas excesivas porque sólo se podía esperar un progreso limitado. Desde el punto de vista de este autor los esquizoides necesitan más que una psicoterapia expresiva de apoyo. Los esquizotípicos de menor nivel de funcionamiento necesitan también entrenamiento en habilidades sociales, reeducación y apoyos sociales.

Estos pacientes pueden beneficiarse de una psicoterapia de grupo puesto que ésta está orientada a ayudar a los pacientes con la socialización, que es exactamente de lo que adolecen. Pueden beneficiarse considerablemente simplemente exponiéndose regularmente a los otros. A medida que empiezan a sentirse aceptados y se dan cuenta de que sus miedos no se realizan, gradualmente llegan a sentirse más cómodos con la gente. Las reacciones de los otros miembros del grupo pueden suponer una experiencia correctiva respecto a las experiencias previas. Pueden surgir dificultades cuando los demás no paran de contar sus vidas y milagros mientras ellos permanecen en silencio. En esos momentos el terapeuta debe apoyar al esquizoide y ayudar a que los otros miembros acepten su necesidad de silencio<sup>35</sup>. Los otros pacientes pueden asimismo ignorar al esquizoide y proceder como si no estuviese allí. En este caso la tarea del terapeuta es introducir al paciente en el grupo señalando cómo el patrón que tiene lugar fuera del grupo se repite dentro.

Los esquizotípicos tienden a beneficiarse de la terapia grupal tanto como los esquizoides, pero los que tienen un comportamiento extraño o un pensamiento psicótico pueden llegar a ser los chivos expiatorios, simplemente porque son muy diferentes a los demás miembros. Con estos pacientes la terapia individual sola puede ser la modalidad preferida. Para la mayoría de los esquizoides la combinación de psicoterapia de grupo e individual es lo ideal porque el campo social que se encuentran en el grupo puede ser discutido y procesado con su psicoterapeuta individual. Un número importante de esquizoides sentirán empero que la terapia de grupo es como «arrojarles a los leones». Pueden incluso sentirse traicionados cuando su terapeuta les hace la sugerencia. Un paso preliminar es a menudo trabajar sus fantasías sobre lo que ocurrirá en una psicoterapia grupal.

## **PSICOTERAPIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO B: LÍMITE, NARCISISTA, ANTISOCIAL, HISTRIÓNICO**

### **Trastorno de la personalidad límite**

Los pacientes con TP límite son difíciles, puesto que quieren un alivio inmediato a su gran malestar, disforia, impulsividad, microepisodios psicóticos, relaciones inestables y sentimientos de vacío. En general mejoran algo a partir de los 40 años, sobre todo por disminución de su impulsividad. No obstante, se trata de un trastorno crónico y el riesgo de suicidio en estos pacientes es alto.

Otto Kernberg<sup>36</sup> relaciona el TP límite con la fijación durante la fase de separación-individualización de Margaret Mahler, concretamente con la subfase de reaceramiento que se da entre los 16 y 30 meses. Según él estos pacientes reviven repetidamente la crisis infantil en la que temen que sus intentos de separación de su madre terminen en su desaparición y abandono. Las razones para la fijación se deben, siguiendo a Kernberg, a una alteración en la disponibilidad emocional de la madre durante este período, bien por un exceso constitucional de agresión en el niño, bien por problemas maternos o bien por una combinación de ambos. El componente importante de esta fijación es la falta de la constancia objetal que da lugar a la intolerancia a la separación y soledad. El resultado es una condición que Kernberg<sup>37</sup> caracteriza por el predominio de las introyecciones negativas. La teoría de Kernberg enfatiza el significado del exceso constitucional de la agresión oral en los TP límite, lo que reduce su habilidad de integración de las buenas y malas imágenes del *self* y de los otros; la maldad destruye a la bondad. Cuando lo introyectado se proyecta fuera se sienten a merced de malévolos perseguidores y cuando se reintroyecta, lo malo introyectado les hace sentir despreciables y poco valiosos, lo que ocasionalmente les lleva a pensamientos suicidas.

Siever y Davis<sup>38</sup> destacan la labilidad afectiva, la impulsividad y la extroversión como rasgos en estos pacientes. Según Paris estos rasgos deben ser «amplifica-

dos» en un entorno desfavorable, pero ¿cuál sería ese entorno desfavorable en los TP límite? Las investigaciones publicadas no han demostrado ningún patrón específico. A veces se trata de padres que descuidan o traumatizan a sus hijos o de familias desorganizadas que brindan poco apoyo. Pero esto no basta para producir un TP límite. Según Links<sup>39</sup> en ese mismo entorno los hermanos del límite no desarrollan el TP y aunque, como dice Paris<sup>40</sup>, los niños son muy resistentes, no todos lo son, y el que tiene labilidad emocional e impulsividad está en desventaja para aguantar las desgracias.

Stone<sup>41</sup> y Linehan<sup>42</sup> ya señalaban que tiene que haber ambos factores, predisposición más estrés, para que haya un TP límite. Linehan discrepa de Siever al opinar que lo nuclear en este TP es la «disregulación emocional», siendo la impulsividad secundaria. En cualquier caso, en psicoterapia hay que tener en cuenta ambas, labilidad emocional e impulsividad, que al interactuar entre sí y con el entorno provocan los síntomas típicos de estos pacientes. Además hay otras características de los límites no tan fáciles de explicar basándose en la impulsividad, la labilidad afectiva y la extroversión como, por ejemplo, los síntomas psicóticos breves.

Sólo una minoría de estos pacientes serían adecuados para una psicoterapia de larga duración en opinión de Paris<sup>43</sup>. Serían aquellos con cierta fuerza del yo, trabajo y/o estudios, relaciones interpersonales significativas actuales o en el pasado y estilos de defensa más adaptativos. También Kernberg<sup>44</sup> es de la opinión que sólo se debe asumir la carga que supone el tratamiento de los pacientes con TP límite cuando hay una probabilidad razonable de éxito. Con aquellos TP límite menos idóneos para la psicoterapia a largo plazo queda la intervención durante las crisis (urgencias) y algo de psicoterapia de apoyo, individual o en grupo, según permitan los recursos disponibles. Hay escuelas como la de Rockland<sup>45</sup> o Zetzel<sup>46</sup> que recomiendan sólo terapia de apoyo a los límites. Zetzel fue quizás el mayor defensor del abordaje de apoyo, pues creía que la psicoterapia interpretativa era demasiado disruptiva de la alianza terapéutica. Otras escuelas como la de Adler<sup>47</sup>, Gunderson y Waldinger<sup>48</sup> y la de Kernberg<sup>49</sup>, aunque reconocen que la terapia de apoyo es mejor para pacientes de bajo nivel de funcionamiento, recomiendan terapia psicoanalítica para casos seleccionados. Ya Shea<sup>50</sup> apuntó en una revisión del tema que el abordaje conductual de los pacientes con TP límite presentaba evidencias de eficacia. Ahora, además, se están empezando a ver algunos resultados prometedores con el abordaje psicofarmacológico del TP límite<sup>51</sup>.

En general hay o ha habido poco optimismo en el tratamiento psicoterapéutico del TP límite. Algunos trabajos más recientes empiezan a desafiar algo esta asunción. Es muy probable que estos pacientes abandonen, actúen autodestructivamente y hagan demandas extrañas y excesivas al terapeuta. Un problema importante es la naturaleza de la alianza terapéutica, porque tienen mucha dificultad para ver a su terapeuta como una figura útil que trabaja en colaboración con ellos hacia objetivos mutuos. Stern<sup>52</sup> y sus sucesores, como Hoch<sup>53</sup>, ya dijeron

que los límites no eran aptos para los métodos psicoanalíticos tradicionales, puesto que tendían a la regresión. Skodol<sup>54</sup> y Gunderson<sup>55</sup> afirman que dos terceras partes de los pacientes que inician psicoterapia abandonan en unos meses. Otros autores, como Stevenson y Meares<sup>56</sup>, creen que si se eligen bien los pacientes las tasas de abandono son menores. Mencionemos de paso que los trabajos de Stevenson y Meares utilizan una metodología psicodinámica de orientación interpersonal influenciada por Kohut y que su estudio era abierto y bien diseñado. También Linehan<sup>57</sup> dice que, con su terapia de comportamiento dialéctica, sólo abandonan el 16 % de los pacientes.

Un aspecto esencial dentro de los TP límite es precisamente la propensión al comportamiento suicida y parasuicida. Tony Bateman y Peter Fonagy llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado (ECA)<sup>58</sup> tratando de mensurar los resultados de la psicoterapia en este aspecto particular. Este ECA apunta a que un hospital de día con abordaje psicoterapéutico de tipo más bien analítico disminuye la conducta parasuicida de los pacientes con TP límite. La terapia conductual dialéctica de Linehan presenta cierta evidencia de poder ayudar a disminuir la conducta parasuicida<sup>59-62</sup>, incluso en casos donde este problema es crónico. Linehan et al. han articulado otro de los pocos ECA en el campo de la psicoterapia de los TP.

Por el tamaño y rigor (ECA) de la investigación merece la pena hablar de ese programa de hospital de día de orientación psicoanalítica desarrollado por Bateman y Fonagy<sup>63</sup>. Este abordaje para el TP límite fue comparado con la atención psiquiátrica normal en el Reino Unido de los equipos de salud mental comunitarios. Los resultados en disminución de síntomas depresivos, conductas suicidas y parasuicidas, número de días de hospitalización y mejora en los índices de funcionamiento social e interpersonal fueron patentes a la finalización de la terapia<sup>64</sup> y a los 18 meses, cuando se efectuó un seguimiento de estos pacientes<sup>65</sup>.

Diversos estudios demuestran la utilidad de un abordaje psicodinámico en el tratamiento del TP límite tanto en índices clínicos<sup>66</sup> como económicos<sup>67</sup>, produciéndose un ahorro significativo en comparación con el tratamiento estándar comunitario.

La comunidad terapéutica tiene también su lugar en la psicoterapia del TP límite. Hay un estudio ya clásico del Hospital Henderson<sup>68</sup>. En este hospital tienen una comunidad terapéutica de pacientes con TP graves (la mayor parte límites) en régimen de internamiento. Esta investigación arrojó resultados de mejoras clínicas significativas en casi la mitad de los pacientes estudiados y, además (en lenguaje fácilmente asequible para gerentes y administradores), proporciona evidencia que al año de este tipo de tratamiento hay un descenso en los costes de los servicios de atención mental por parte de estos pacientes. En el centro de Cassel, Chiesa y Fonagy<sup>69</sup> han analizado el impacto de este tipo de terapia en el TP límite demostrando mejora en estos pacientes cuando participan en una comunidad terapéutica como pacientes ingresados durante 1 año. Lo interesante de este estudio es que

los pacientes que son ingresados por un periodo más corto, pero éste se sigue de trabajo ambulatorio con enfermeras psiquiátricas comunitarias y terapia de grupo en régimen ambulatorio, obtienen incluso mejores resultados. Ambos grupos mejoran más que aquellos que son simplemente evaluados y seguidos por los equipos de psiquiatría comunitaria estándares.

### *Mecanismos de acción en psicoterapia dinámica*

1. *Trabajar el pasado.* Linehan<sup>70</sup> considera que la validación de los sentimientos de estos pacientes hacia el pasado y la reconstrucción del mismo es importante, ya que han visto de pequeños como sus emociones eran invalidadas por sus padres. Hay que tener en cuenta también que si el paciente permanece anclado en el pasado puede responder erróneamente al contexto actual y de lo que se trata es de cambiar la conducta en la vida presente.
2. *Establecer una buena relación terapéutica.* Fromm-Reichmann<sup>71</sup> dijo que «la terapia no es una explicación sino una experiencia», la experiencia emocional de sentirse comprendido. El problema del TP límite es la dificultad de establecer una buena experiencia emocional por la escisión, las violentas transferencias negativas y lo arduo de la relación terapéutica, siempre muy frágil. Adler<sup>72</sup> vio la alianza terapéutica como un mito en la psicoterapia del TP límite. Pero si el terapeuta consigue el «enganche» la psicoterapia puede funcionar.
3. *Modificación de defensas.* Se pretende que adopte otras más maduras.

En una revisión de la literatura, Waldinger<sup>73</sup> entresacó de los diversos abordajes técnicos de diferentes clínicos ocho dogmas básicos que están consensuados en la psicoterapia del TP límite:

1. Marco de tratamiento estable: horarios de citas, terminación de las sesiones a tiempo a pesar de la insistencia del paciente en prolongarlas, claras expectativas sobre el pago, etc.
2. Evitar una postura terapéutica pasiva, ya que a menudo malinterpretan el silencio como falta de atención o una negación malevolente de apoyo.
3. Contención de rabia del paciente.
4. Confrontación de los comportamientos autodestructivos.
5. Establecer la conexión entre sentimientos y acciones. La acción es a menudo su lenguaje. Se sienten controlados por los intensos estados afectivos y ven la acción como la única manera de aliviarse, aunque suelen desconocer que sus acciones están motivadas por sentimientos.
6. Sentar límites claros.
7. Mantener el foco de las intervenciones terapéuticas en el aquí y ahora.
8. Monitorizar los sentimientos contratransferenciales.

Según Gunderson y Waldinger<sup>74</sup> incluso con terapeutas experimentados el índice de abandono del tratamiento es alto. De su muestra aproximadamente una tercera parte completó el tratamiento, si bien los pacientes que lo terminaron mejoraron de forma sustancial.

### *Problemas especiales en el tratamiento del trastorno de la personalidad límite*

Son cuatro, principalmente:

1. *Contratransferencia*<sup>75</sup> por la ira intensa que les domina, la cual es difícil de aguantar y provoca sentimientos contratransferenciales («allá tú si te suicidas»).
2. *Mantenimiento de límites* sexuales y no sexuales entre terapeuta y paciente.
3. *Suicidabilidad* crónica que no es meramente manipulativa. Esto agota al terapeuta por el estrés, las llamadas con amenazas suicidas y las automutilaciones. Linehan<sup>76</sup> cree que los TP límite al cortarse sustituyen emociones insoportables por un flujo de sangre que les relaja y alivia su disforia, sintiéndose menos vacíos y despersonalizados («¿terapia de sangría?»). El terapeuta debe asumir que no es responsable si no puede impedir el suicidio ya que nadie sabe cómo impedir que un suicida, si quiere, se suicide.
4. *Historias de trauma infantil.* Se han puesto de moda las historias de trauma infantil, que en muchos casos no son ciertas. Sólo una cuarta parte de los niños que sufrieron abuso tienen niveles medibles de psicopatología. Además, los pacientes con TPL se caracterizan por distorsionar los recuerdos de manera negativa, resultando éstos cargados de mucha fantasía. Paris<sup>77</sup> considera que los «recuerdos recuperados» son muy poco fiables y a veces inducidos por los terapeutas, puesto que estos pacientes son muy sugestionables.

No hay que esperar que la terapia resuelva todos los problemas. Pocos se recuperan completamente. Con frecuencia los pacientes mejoran con el tiempo, pero tienen dificultades, a veces considerables, en las relaciones íntimas y también en relación a sus hijos<sup>78</sup>. Por tanto la mejora va ligada al desarrollo de competencia profesional<sup>79</sup> y no tanto a la búsqueda de una intimidad interpersonal. Paris<sup>80</sup> considera que los pacientes con TP límite permanecerán vulnerables de por vida, especialmente en las fases más difíciles del ciclo vital, y pueden necesitar asistencia intermitente o esporádica.

### *Terapia conductual dialéctica (de Linehan)*

La terapia conductual dialéctica es una mezcla de varios métodos<sup>81</sup>, puesto que reúne elementos de terapia cognitiva, de terapia conductista, de psicoeducación y algunas intervenciones de tipo psicodinámico. Este modelo conceptual se puede resumir así:

1. El TP límite es una disfunción de la regulación emocional que se produce como resultado de una tendencia genética más un «entorno invalidante» en el que los padres fracasan en ayudar al niño a manejar la emoción. Por tanto, una meta es ayudar al paciente a modular y manejar los afectos intensos.
2. El paciente y el terapeuta deben estar de acuerdo en las metas de la terapia.
3. El trabajo del terapeuta es «dialéctico». La patología del paciente es comprendida y aceptada, pero debe cambiarla.
4. El tratamiento enfoca conductas problemáticas dentro de la siguiente jerarquía de prioridades: disminuir la conducta suicida, disminuir las conductas que interfieran con la terapia, disminuir las conductas que interfieran con la calidad de vida y aumentar las habilidades conductuales.

Estas estrategias van acompañadas de originales maniobras tácticas. Cada paciente necesita un «entrenador» para cambiar las conductas maladaptativas<sup>82</sup>. Es curiosa la «estrategia telefónica» de Linehan, que consiste en animar a los pacientes a llamar al terapeuta cuando están con ideación suicida, pero no se les permite a los pacientes llamar al terapeuta si ya han hecho un gesto suicida. La idea es animar al paciente a llamar pidiendo consejo para manejar las emociones disfóricas, pero simultáneamente se le desanima a poner en práctica dichas emociones. El contacto telefónico es breve y estructurado y consiste en dar instrucciones que van desde métodos de distracción hasta métodos de pedir al paciente que considere soluciones alternativas a los problemas que le preocupan.

Linehan<sup>83</sup> hizo un estudio controlado con su método frente a la terapia de apoyo en la comunidad. Tras 1 año de tratamiento su grupo comparativamente tenía menos conductas parasuicidas, menos ingresos hospitalarios y menos actos impulsivos. La principal limitación de esta terapia es que al final del tratamiento los pacientes no relataban que sus sentimientos fuesen menos disfóricos. Tampoco sabemos si con un tratamiento más largo se arreglarían sus problemas interpersonales. Ha de destacarse que los pacientes del grupo estudiado por Linehan presentaban disfunción crónica y vivían de pensiones.

Un año de seguimiento no es mucho y cabe plantearse diferentes cuestiones: ¿hasta qué punto los resultados de esta terapia están relacionados con sus técnicas específicas, o con parte de ellas, o con la fuerte estructuración del programa y el establecimiento de una fuerte alianza terapéutica?, ¿depende el resultado de la terapia del entusiasmo del equipo o es generalizable a otros equipos?, ¿sería más útil un tratamiento similar pero de más años de duración?, o ¿está indicada la terapia conductual dialéctica para todos los pacientes límites o sólo para subgrupos específicos?

Stone<sup>84</sup> y Ryle<sup>85</sup> tienen enfoques integradores similares a la terapia conductual dialéctica.

### *Terapia cognitivoanalítica (de Ryle)*

La terapia cognitivo analítica<sup>86</sup> es una terapia breve (16 a 20 sesiones, a veces incluso más), muy estructurada, cuyas bases teóricas beben en dos fuentes: una de tipo psicodinámico, sobre todo las relaciones objetales, y otra de modelos más cognitivos. El método es muy colaborativo. Las tres primeras sesiones son exploratorias y en ellas se busca identificar:

1. Objetivos basados en las quejas del paciente.
2. *Dilemas* o dicotomías falsas.
3. *Trampas*, principalmente en las relaciones interpersonales.
4. «Pegas» o miedos a las consecuencias del cambio, los cuales pueden estar relacionados con las experiencias tempranas y son a menudo racionalizados.

Inmediatamente se pasa a hacer una reformulación en la cual el paciente con TP límite tiene una participación activa y a partir de ahí se trabaja sobre los mecanismos previamente identificados que son causa de problemas en la vida del cliente y donde las reciprocidades y relaciones con los demás son a menudo presentadas en forma de diagramas.

No existe una evidencia rotunda de la utilidad de esta terapia, pero sí que hay trabajos que apuntan en esa dirección<sup>87,88</sup>. Otros investigadores han realizado en los últimos años seguimientos a medio (6 meses) y largo plazo (18 meses) en pacientes que han recibido esta forma de terapia y los resultados son bastante prometedores, en tanto en cuanto la mayoría de los pacientes no reúnan los criterios diagnósticos del TP límite<sup>89</sup>. La medición del impacto de la terapia cognitivo analítica en el TP límite sobre las relaciones interpersonales arroja resultados positivos.

### **Trastorno de la personalidad narcisista**

La psicoterapia del TP narcisista es un reto, por ser este trastorno el paradigma de la patología egosintónica.

Kohut<sup>90,91</sup> entendía esta patología, o bien como una falta de empatía asociada a un fallo parental en reflejar los sentimientos del niño, o bien como un fallo en la idealización al sufrir el niño una pérdida temprana y traumática de la imagen positiva de un padre. El niño necesita que le reflejen los sentimientos, es decir, que se los validen y aprueben y así internalizar dichas respuestas. Si esto falta el niño se siente solo y con falta de cohesión interna, pudiendo desarrollar la grandiosidad como mecanismo de defensa contra este sentido de fragilidad. Como adulto siente que si nadie le cuida se cuidará a sí mismo, pero en realidad sigue necesitando el refuerzo constante de los otros. Kohut habla de búsqueda constante de figuras aprobatorias y empáticas. Si al niño le falta la idealización del padre, busca, falto de protección, una figura para idealizar. La terapia que propone Kohut pasaría por empatizar con el paciente y aceptar sus idealizaciones. Pero esta terapia adolece de objetivación empírica y no tiene en cuenta otros factores psicológicos.



Kernberg<sup>92</sup> considera el narcisismo como agresivo más que como defensivo. Su teoría enfatiza distorsiones en la psique del TP narcisista que crearían una imagen del mundo incompatible con la empatía, la preocupación por los demás o el amor. El terapeuta tiene que confrontar esta visión distorsionada de la realidad. Kernberg no cae en sentimentalismos y ve al narciso no como incomprendido, sino como potencialmente hostil y explotador.

No sabemos los mecanismos precisos por los que los rasgos narcisistas se amplifican con la experiencia. Millon y Davis<sup>93</sup> creen que pudiera deberse al hecho de dar todos los gustos a los niños o, por el contrario, al de ser demasiado duros y críticos con ellos. Lamentablemente, hay poca investigación sobre la dinámica de las familias de pacientes con TP narcisista.

Hay que tener en cuenta que en muchos aspectos el narcisismo es un individualismo exagerado, un rasgo altamente apreciado en la sociedad actual<sup>94,95</sup> y también que la psicoterapia puede reforzar el narcisismo. Ésta les da a estos pacientes la atención y autoobservación que precisan y por esto a muchos les gusta la psicoterapia. Cualquier terapia en este TP requiere confrontación con el paciente para reducir su grandiosidad. El problema técnico es confrontarle sin dañar sus sentimientos y provocar ira narcisista. Kohut<sup>96,97</sup> opina que empatizando con el paciente, internalizando la cohesión interna y haciendo el terapeuta de padre, se conseguirá a largo plazo reducir su grandiosidad.

Hay quien cree que la grandiosidad se produce por una baja autoestima y que, por tanto, al narcisista hay que aumentársela, ya que según el mito si la gente se siente mejor sobre sí misma se comportará mejor. Pero como Dawes<sup>98</sup> señala, no hay ninguna evidencia de esta hipótesis, y así gente con poca autoestima puede ser un paradigma de virtud y gente con alta autoestima puede portarse muy mal. Si los narcisistas se portan mal deben sentirse mal por ello para poder cambiar, y si se portan bien con los demás esto les dará auténtica autoestima a largo plazo. Una culpabilidad sana es buena siempre que ésta no sea neurótica e improductiva.

No hay que dar el mensaje de que la conducta mala es comprensible cuando simplemente es mala. Los psicoterapeutas confrontan poco a los pacientes por su mala conducta porque se impuso el mito freudiano de que las acciones malas son motivadas por experiencias negativas del pasado, y así todo el mundo es una especie de víctima. Éste es el paradigma de Rousseau, es el mito del buen salvaje, que fue adoptado por la escuela británica de relaciones objetales psicoanalíticas con Winnicott<sup>99</sup>, quien hablaba del verdadero *self*, el bueno, y el falso *self*, el malo, formado en la relación con las expectativas parentales y sociales. También fue adoptado por el americano Carl Rogers con su terapia centrada en el cliente<sup>100</sup>, quien creía en la bondad esencial de la gente que el terapeuta tenía que aceptar de manera positiva incondicional. Freud<sup>101</sup> y Klein<sup>102</sup> no eran tan sentimentales y sabían lo amoral y egoísta que puede ser el niño (ya decía San Agustín que la inocencia del niño deriva de la debilidad de sus fuerzas y no de sus intenciones).

Según principios previos en el trabajo terapéutico con el TP narcisista hay que procurar dar marcha atrás al proceso de amplificación de rasgos narcisistas. Hay que seleccionar a los pacientes entre aquellos que sufran lo bastante como para desear un cambio y sean capaces de formar una alianza terapéutica. El narcisismo es más alto en la juventud y Kernberg<sup>103</sup> incluso ha sugerido que sólo son tratables cuando se suavizan algo al llegar a la edad mediana.

Torgersen<sup>104</sup> mostró que los TP narcisista tienen un alto nivel de disforia, en gran parte provocado por su fracaso en las relaciones íntimas. Hay narcisos exitosos en el mundo externo que sólo tienen problemas en las relaciones íntimas; otros tampoco triunfan en el mundo externo y se sorprenden cuando sus jefes y compañeros de trabajo se lo hacen saber.

La primera meta de la terapia es que entiendan y consideren las necesidades de los demás. En cuanto a las tácticas a emplear es muy importante centrarse en los conflictos actuales con otras personas e identificar los modelos de conducta maladaptativos. Estos pacientes deben tratar de ver los problemas desde el punto de vista de la gente con la que discuten; hay que enseñarles esta habilidad para que negocien compromisos, indicándoles que el narcisismo les perjudica en las relaciones con los demás.

La idealización inicial del paciente narcisista conjuntamente con la devaluación de terapeutas previos puede activar el narcisismo del terapeuta creyendo poseer facultades únicas de las que adolecieron los terapeutas previos. Es necesario que el terapeuta conozca y acepte sus propias necesidades narcisistas. Otro problema contratransferencial frecuente es el aburrimiento derivado de sentirse ignorado por el paciente o ser simplemente utilizado como objeto. La intensa desvalorización del terapeuta por parte del paciente pueden hacerle sentir inútil, impotente, así como dañado y enfadado. Cuando el terapeuta crea que estas circunstancias han rebasado su límite personal es necesaria una confrontación, señalando al paciente cómo esto puede destruir la posibilidad de conseguir un tratamiento efectivo.

No se recomienda la psicoterapia de grupo en el TP narcisista como tratamiento exclusivo<sup>105-108</sup>. El narcisista puede sentirse atraído por la idea de tener una audiencia en el grupo de psicoterapia, pero también molestarse porque otros le quitan el tiempo y la atención del terapeuta. Puede sentirse ofendido por la simple sugerencia de participar en psicoterapia grupal, lo cual interpreta como una falta de interés del terapeuta y siente al grupo como una situación que hiere su sentimiento de ser especial y único. En el grupo suelen comportarse monopolizando la conversación y/o actuando de «coterapeutas», haciendo observaciones sobre los problemas de otros pacientes y negando los propios<sup>109</sup>. Por otro lado, la terapia grupal puede suponer algunas ventajas a estos pacientes, como confrontarles con el hecho de no ser el centro de atención, de que los demás tienen también necesidades propias y permitirles recoger la retroalimentación (*feedback*) que producen en el grupo sus intervenciones.

Algunos autores<sup>110</sup> sugieren mayor beneficio combinando psicoterapia individual y de grupo. Wong<sup>111</sup> recomienda un período previo de terapia individual en la línea de Kohut para crear una sólida alianza terapéutica. Este período preparatorio permite también explorar fantasías sobre la psicoterapia grupal. Este autor aconseja utilizar el mismo terapeuta en ambas modalidades. El terapeuta rescatará, si fuera necesario, al paciente durante la terapia de grupo, y puede ayudar a los otros pacientes a empatizar con la necesidad del narcisista de ser reconocido y admirado.

### Trastorno de la personalidad histriónico

Nestadt<sup>112</sup> afirma que el TP histriónico puede ser tan frecuente en hombres como en mujeres, aunque quizás a los hombres se les diagnostica más de narcisistas.

El funcionamiento en el TP histriónico es mejor que en el TP límite, pero pudiera haber un espectro. Paris<sup>113</sup> opina que casos graves límites y antisociales y casos leves histriónicos y narcisistas pueden ser, respectivamente, la versión femenina y masculina del mismo trastorno.

Hay varios modelos explicativos del TP histriónico. Zetzel<sup>114</sup> describe uno en el que el TP histriónico se desarrollaría cuando en la familia la mujer (niña) está demasiado apegada a su padre y distanciada de la madre, es decir, una situación edípica. Otro factor importante puede ser la ausencia del padre o la debilitación de la figura masculina. Esto es muy común en la oleada actual de divorcios y, sin embargo, puede tener un impacto muy distinto en una chica de rasgos histriónicos que en una con rasgos, por ejemplo, ansiosos. Muchos de los problemas de las histriónicas son los hombres de sus vidas y quizá la ausencia paterna les lleva a la búsqueda de un sustituto idealizado que ningún hombre puede llenar adecuadamente. Otro modelo se ve en las pacientes histriónicas con una relación íntima, retorcida y complicada con una madre también histriónica en el cual la hija, si es extrovertida, busca la atención masculina histriónicamente. Estos modelos no son autoexcluyentes y no hay un mecanismo único de amplificación de rasgos histriónicos. Muchas chicas crecen en entornos así y no se vuelven histriónicas. Se necesita la base biológica más un entorno patológico para que desarrolle el TP.

A la hora de trabajar con rasgos histriónicos lo más difícil es la extroversión que constantemente requiere estímulo y atención. El éxito en la vida requiere, como dijo Winnicott<sup>115</sup>, de «la capacidad de estar solo», y esta capacidad han de desarrollarla también estos pacientes. También hay que trabajar la labilidad emocional que, junto con lo anterior, pone al individuo a merced del entorno, puesto que en este TP cada brisa es una tormenta, un huracán.

A diferencia de otros TP, el paciente histriónico se caracteriza por establecer desde el inicio una alianza terapéutica en la que el terapeuta es valorado como «útil». Sin embargo, se hace necesario confrontar las expectativas inconscientes del paciente sobre la capacidad del terapeuta para conocer intuitivamente su mundo intra-

psíquico. Para ello hay que explicarle la necesidad del detalle y de narrar pensamientos y sentimientos frente a la vaguedad del universo de percepciones que tienen el discurso del histriónico<sup>116</sup>. Allen<sup>117</sup> recomienda enseñar al paciente a identificar, en profundidad, deseos y pensamientos frente a la superficialidad que actuaría como defensa. En un intento de evitar la ansiedad producida por las autorrevelaciones este autor señala cómo el paciente puede interesarse por obtener información de tipo personal sobre el terapeuta como maniobra defensiva, circunstancia ésta que debe ser evitada a toda costa.

La modificación de estilos cognitivos es un paso previo a cualquier tipo de interpretación y el paciente ha de entender el papel activo que juega en las relaciones con los demás en lugar de verse como una víctima pasiva.

El trabajo terapéutico sobre la transferencia constituye la principal herramienta para el cambio, al quedar reflejados en ésta los problemas que el paciente encuentra en sus relaciones fuera de la terapia. La transferencia erótica, que Person<sup>118</sup> describe como «mezcla de sentimientos eróticos, sexuales y de cariño que el paciente experimenta hacia el terapeuta», puede en ocasiones ser vivida de forma egosintónica por el paciente, llegando a considerar sus expectativas de consumación sexual como razonables y deseables<sup>119</sup>. Esta transferencia erótica puede ser examinada y comprendida en una relación segura, sin riesgo de abuso o explotación, y su manejo adecuado exige:

1. Examinar las contratransferencias como pueden ser ver transferencia erótica donde no existe; silencio, frialdad, distanciamiento y falta de empatía por parte del terapeuta; ansiedad por el temor a la pérdida de control del paciente o bien del propio terapeuta y permitir o incluso acrecentarla por la gratificación personal que pueda suponer.
2. Considerarla como material relevante para ser estudiado. Puede tratarse de una resistencia a la profundización en el proceso terapéutico y en ocasiones actúa como una especie de máscara tras la cual el paciente esconde sadismo y agresividad hacia la figura del terapeuta.
3. Interpretación de las conexiones entre la transferencia y relaciones actuales y pasadas (aunque en general no se recomienda interpretar la transferencia hasta que no se convierta en una resistencia).

Estos pacientes pueden beneficiarse de terapia grupal. En general consideran al grupo como una oportunidad para recibir el cariño maternal que creen que les faltó durante la infancia, y es frecuente que intenten ser el centro de atención y se ganen el afecto de los demás miembros. El señalamiento por parte de éstos de las distorsiones derivadas de su estilo cognitivo puede servirles de ayuda.

El enfoque cognitivo conductista también obtiene buenos resultados.

### Trastorno de la personalidad antisocial

Los pacientes con TP antisocial no son del todo conscientes de las otras personas como individuos separa-

dos con necesidades propias. No han desarrollado la capacidad de sentir culpa o ansiedades depresivas. Son incapaces de sufrir una verdadera depresión, aunque pueden utilizar el término para referirse a la rabia contra el mundo por no satisfacer sus deseos acompañada de sensación de vacío y aburrimiento<sup>120-122</sup>.

La característica básica de la psicopatía desde el punto de vista dinámico es la profunda alteración del desarrollo del superyó. La falta de interés en justificar o racionalizar el comportamiento antisocial distingue al verdadero psicópata de otras patologías que puedan asociar comportamientos antisociales. En ocasiones usan la mentira para evitar responsabilidades por su conducta. Sitúan sistemáticamente en el exterior sus problemas.

Meloy<sup>123</sup> describe cinco características clínicas que contraindican la psicoterapia individual en estos pacientes: historia de comportamiento violento y sádico hacia otros que haya resultado en muerte o graves daños, ausencia total de remordimiento o racionalización de este comportamiento, inteligencia muy superior a la media o, por el contrario, cercana al retraso mental, historial de incapacidad para desarrollar lazos afectivos y una reacción contratransferencial de miedo intensa en clínicos experimentados, incluso en ausencia de factores precipitantes por parte del paciente.

Si se considera susceptible de tratamiento psicoterapéutico es conveniente la hospitalización. No se recomienda la psicoterapia en pacientes ambulatorios.

Existen seis principios básicos en cuanto a la técnica a seguir:

1. El terapeuta debe ser estable, persistente, incorruptible y especialmente escrupuloso.
2. Debe confrontar repetidamente la negación y minimización del comportamiento antisocial. Especial atención en remarcar al paciente la palabra correcta que le ayuda a evitar externalizar toda la responsabilidad.
3. Ayudar al paciente a conectar acciones con estados internos.
4. La confrontación del aquí y ahora es más efectiva que la interpretación de material inconsciente del pasado.
5. Detectar con la mayor rigurosidad cualquier tipo de contratransferencia.
6. El terapeuta debe evitar excesivas expectativas de mejoría. Los terapeutas cuya autoestima dependa de la mejoría de su paciente no deben tratar este TP.

El terapeuta no ha de mostrarse neutro ante los comportamientos antisociales del paciente ni empatizar con dichos comportamientos.

Desde el punto de vista de la PBE el trabajo más clásico es el de Cambridge-Somerville<sup>124</sup>. Esta investigación evaluaba el impacto del asesoramiento en psicoterapia en régimen ambulatorio y voluntario en el TP antisocial. Lamentablemente, la Segunda Guerra Mundial truncó este proyecto. Los resultados hasta aquella fecha arrojaron que no había diferencia entre este método y el no tratamiento de estos sujetos. En todo caso, la mayor parte de

los datos proceden precisamente de la psiquiatría forense o penitenciaria. Aunque hay muchos grupos que dicen tener éxito con el manejo psicodinámico de estos pacientes (como, p. ej., la clínica Van der Hoeven en Utrecht, Holanda) no hay una evidencia probada en la literatura científica revisada. Marie Quayle y Estelle Moore<sup>125</sup>, del Hospital Forense de alta seguridad de Broadmoor, revisaron la eficacia de la psicoterapia de grupo en el TP antisocial con resultados poco concluyentes. Otros trabajos apuntan a que el abordaje psicoterapéutico múltiple en este tipo de patología es útil, pero lo es menos en aquellos antisociales con delitos sexuales a sus espaldas<sup>126</sup>. Una revisión de la evidencia de la eficacia de la psicoterapia del TP antisocial ponía sobre el tapete la prolijidad, complejidad y heterogeneidad, amén de la falta de resultados concluyentes, en este campo<sup>127</sup>. En ciertos hospitales, como es el clásico Henderson en Inglaterra, sí parecen haber logrado resultados positivos en el tratamiento del TP antisocial (y del TP límite)<sup>128,129</sup>. Bien es cierto que en este caso los pacientes sólo son admitidos como voluntarios y tras un proceso muy selectivo.

Salvo en unidades altamente especializadas, la comunidad terapéutica como método de tratamiento del TP antisocial ha caído un poco en desuso y esto se debe lamentar. En el Reino Unido sí que sigue siendo práctica habitual en los hospitales forenses de alta seguridad, donde existe un alto porcentaje de pacientes con TP antisocial y existe un metaanálisis<sup>130</sup> que sustenta este abordaje, a pesar de los problemas metodológicos derivados del polimorfismo de las comunidades terapéuticas y la medición del impacto. Sí parece existir una evidencia en distintos niveles de que este abordaje es terapéuticamente efectivo, incluso en los casos graves de TP antisocial.

## **PSICOTERAPIA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD DEL GRUPO C: OBSESIVO COMPULSIVO O ANANCÁSTICO, EVITATIVO, DEPENDIENTE**

### **Trastorno de la personalidad obsesivo compulsivo o anancástico**

La primeras ideas psicodinámicas lo relacionaban con conflictos derivados de la fase anal con un predominio patológico del control en el binomio control-descontrol. Contribuciones más modernas<sup>131</sup> lo centran en elementos interpersonales, autoestima, manejo de la rabia y la dependencia, estilo cognitivo y problemas de balance entre el trabajo y las relaciones emocionales. En todo TP anancástico hay un niño que no se siente querido y valorado por sus padres. Crecen con la convicción de que simplemente no lo intentaron lo suficiente y de adultos sienten continuamente que no están haciendo lo suficiente. El padre siempre insatisfecho se internaliza como un duro superego que espera más y más del paciente.

El estilo cognitivo de estos pacientes es el contrario al de la impulsividad. Livesley et al.<sup>132</sup>, tras estudiar rasgos

patológicos en gemelos normales, encuentran que la compulsividad se hereda en un 40%. Y aunque no hay modelos familiares específicos en los TP anancásticos, éstos suelen tener padres que apenas alaban y aprueban.

El énfasis de la terapia en estos pacientes se pone en la modificación de expectativas perfeccionistas y no razonables. El trabajo psicoterapéutico puede ser aburrido porque son repetitivos, rígidos y pueden usar la psicoterapia como un medio de esconderse. No obstante, a muchos les va bien y disminuyen su exigencia perfeccionista.

A diferencia de la naturaleza refractaria del trastorno obsesivo compulsivo el TP anancástico a menudo mejora de forma importante con la psicoterapia individual con énfasis expresivo<sup>133</sup>. Resistencias comunes de estos pacientes son la negación inicial de que el terapeuta esté diciendo algo nuevo que ellos no supieran ya. Asimismo, el aislamiento afectivo, el cual puede presentarse como una falta de conocimiento de cualquier sentimiento hacia el terapeuta, sobre todo de dependencia o rabia. El discurso típico divagante de estos pacientes en psicoterapia es la frecuente cancelación de pensamientos o deseos que acaban de verbalizar. Además, la sobreinclusividad del pensamiento conduce a que traigan eventos periféricos que progresivamente divagan más allá del tema principal de la sesión.

Muchos anancásticos pretenden llegar a ser el «paciente perfecto». Intentan producir exactamente lo que ellos piensan que el terapeuta quiere oír, con la fantasía inconsciente de que finalmente obtendrán el amor y estima que echaron de menos de niños. Como están seguros de que cualquier expresión de rabia será desaprobada, pueden no experimentar rabia conscientemente, mientras que inconscientemente la expresan monopolizando completamente la sesión. Otros pacientes con TP anancástico manifestarán su resistencia recreando en la transferencia con el terapeuta su lucha de poder con la madre.

Las aproximaciones terapéuticas para manejar estas resistencias características de los TP anancásticos comienzan con una atención cuidadosa a la contratransferencia. El terapeuta puede sentir un fuerte impulso a deshacerse de la prolija y mecánica presentación del material de hechos. Puede comenzar a aislar el afecto, como hace el paciente, más que experimentar irritación y rabia como parte importante del proceso que necesita ser interpretado al paciente. Una estrategia efectiva es abrirse paso entre la pantalla de humo de palabras para ir directamente a los sentimientos<sup>134</sup>. Los anancásticos también evitarán los sentimientos transferenciales retrayéndose en largos discursos sobre eventos históricos lejanos. El terapeuta tiene que traer al paciente al aquí y ahora en la transferencia e intentar establecer qué es lo que sucede en la situación presente que lleva al paciente a buscar refugio en el pasado<sup>135-137</sup>.

Un objetivo global del tratamiento psicoterapéutico del TP anancástico es la modificación del superego<sup>138</sup>. Deben aceptar que su deseo de superar los sentimientos de rabia, odio, dependencia, etc., está condenado al fracaso. Estos sentimientos deben ser integrados como parte de la propia experiencia personal más que suprimidos, negados o reprimidos. Para lograr este objetivo de hacer del

superego una estructura más benigna, las promesas tranquilizadoras son raramente útiles. Comentarios como «tú no eres tan malo como piensas que eres» o «tú eres demasiado duro contigo mismo» le sonarán a falso. Los cambios del superego son más probables que ocurran a través de la interpretación detallada de los conflictos del paciente sobre la dependencia, la agresión y la sexualidad y por la neutralidad estable del terapeuta a través del tiempo. El paciente intentará repetidamente ver al terapeuta como crítico, pero éste puede facilitar el reconocimiento de que le está atribuyendo su propia actitud crítica.

A medida que estos pacientes empiezan a comprender que los otros no son tan críticos como ellos, su autoestima puede aumentar. Al experimentar su aceptación por el terapeuta por lo que ellos son también aumenta su autoaceptación. El terapeuta puede usar confrontaciones periódicas sobre expectativas no realistas que los pacientes tienen sobre sí mismos. Cuando pueden finalmente experimentar y expresar su ira no disimulada hacia el terapeuta aprenden que esto no es tan destructivo como habían pensado. El terapeuta es una figura que está allí, ileso de las expresiones de cólera. De forma similar descubren que ellos mismos no se transforman en monstruos por su rabia.

### Trastorno de la personalidad evitativo

Tanto el TP evitativo como el dependiente están caracterizados por ansiedad patológica que interfiere en la competencia social. Son muy comunes en la práctica clínica<sup>139,140</sup> y hay bastante solapamiento entre ambas categorías<sup>141,142</sup>.

Las personas pueden ser tímidas y evitativas por varias razones. Según Gunderson<sup>143</sup> pueden tener una predisposición constitucional para evitar situaciones estresantes basada en el temperamento innato que es elaborado secundariamente en su estilo de personalidad. Algunas investigaciones sugieren que el rasgo de timidez es de origen genético constitucional, pero que requiere una experiencia ambiental específica para convertirse en un rasgo completo<sup>144</sup>. La timidez o la evitación defienden de la humillación, la vergüenza, el rechazo y el fracaso. La psicoterapia a menudo descubre la vergüenza como experiencia afectiva central.

En el TP evitativo eluden las situaciones sociales porque éstas permiten que sus insuficiencias se exhiban ante todos. Las evitan para esconderse del afecto intensamente desagradable de la vergüenza al exponerse a un grupo de gente que significa mucho para ellos.

Según Kagan<sup>145</sup>, una tercera parte de los niños con rasgos importantes de inhibición conductual se curan y las otras dos terceras partes que llegan con dichos rasgos a la adolescencia y pueden luego convertirse en trastornos de ansiedad y TP del grupo C. Kagan observó que los que mejoraban eran aquellos a los que sus padres les obligaban a enfrentarse con las situaciones sociales, es decir, con los objetos fóbicos ansiógenos. De lo que se desprende que si los padres sobreprotegen o dan ejemplo de evitación persistirá la ansiedad.

La psicoterapia de naturaleza expresiva o de apoyo puede ser muy eficaz con estos pacientes. Los elementos de apoyo implican una apreciación empática de la vergüenza y humillación asociadas con la exposición y el convencimiento de no exponerse más a las situaciones temidas. Los elementos expresivos de la psicoterapia implican explorar las causas subyacentes de vergüenza y su asociación a experiencias pasadas. Los esfuerzos exploratorios iniciales pueden ser frustrantes porque los evitativos no saben seguro qué es lo que ellos temen. El aspecto expresivo se refuerza sobre todo si el paciente desea arriesgarse a confrontar las situaciones temidas.

Robinson<sup>146</sup> dice que el paciente se encuentra inmerso en un círculo vicioso. Percibe una situación de rechazo potencial que automáticamente le provoca un pensamiento negativo que incluye distorsiones cognitivas sobre sí mismo, lo que le provoca a su vez una emotividad disfórica y esto propende a una conducta evitativa para disminuir la disforia.

Millon<sup>147</sup> dice que la intervención terapéutica en estos pacientes tiene por meta restablecer el equilibrio entre las polaridades placer-dolor y actividad-pasividad, potenciando «que los pacientes se centren de forma activa en los estímulos agradables y disminuyan la evitación activa de los estímulos potencialmente dolorosos».

Existe cierta evidencia, que el abordaje conductual de este tipo de pacientes también resulta útil<sup>148</sup>. El enfoque psicoterapéutico que suele dar mejores resultados en estos pacientes es el cognitivo conductista, junto con técnicas de relajación y de fomento de competencia en habilidades sociales<sup>149</sup>. Las técnicas cognitivas focalizadas sobre el cambio lento de las asunciones maladaptativas del paciente en relación a la ineficacia subjetiva han demostrado su efectividad. Son útiles tanto la terapia individual, particularmente el entrenamiento asertivo, como la de grupo, siendo especialmente válida esta última para el desarrollo de habilidades sociales, particularmente al mantener grupos de apoyo homogéneos. Asimismo, la psicoterapia focalizada en el aprendizaje y desarrollo de habilidades y capacidades sociales resulta útil y esto está respaldado por la PBE<sup>150</sup>.

### Trastorno de la personalidad dependiente

La psicoterapia de estos pacientes presenta un inmediato dilema terapéutico, puesto que primero deben desarrollar dependencia de su terapeuta. Este dilema a menudo llega a elaborarse en una forma específica de resistencia en la que el paciente ve la dependencia del terapeuta como un fin en sí mismo más que como un medio para el fin<sup>151</sup>. Una regla en el tratamiento de estos pacientes es recordar que lo que ellos dicen que quieren es probablemente lo que no necesitan. Intentarán que su terapeuta les diga qué hacer y al final evitar la toma de decisiones o reafirmarse en sus propios deseos. El terapeuta debe ser capaz de frustrar estos deseos y de promover el pensamiento independiente y la acción en el paciente.

La psicoterapia dinámica limitada en el tiempo ha sido útil con algunos de ellos<sup>152</sup>. Saber desde el principio que la relación paciente-terapeuta terminará después de un número determinado de sesiones les fuerza a confrontar sus ansiedades más profundas sobre la pérdida y la independencia. Pero también hay un subgrupo de dependientes que son incapaces o no desean hacer uso del trabajo de la psicoterapia breve. La perspectiva de perder al terapeuta después de «nada más haber empezado» les crea demasiada ansiedad<sup>153</sup>. Estos pacientes necesitan desarrollar una transferencia positiva dependiente con el terapeuta por mucho tiempo. Sin embargo, con esta estrategia de apoyo son posibles importantes ganancias terapéuticas según la investigación de Wallerstein<sup>154</sup>. Algunos pacientes cambian como parte de un «negocio transaccional» con el terapeuta. Están deseando hacer ciertas alteraciones en sus vidas para obtener la aprobación del terapeuta. Algunos pueden sentirse bien cuando el terapeuta disminuye el número de sesiones a una cada pocos meses, siempre que no haya miedo a la terminación.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Livesley WY, Jang K, Schroeder ML. Genetic and environmental factors in personality dimensions. *Am J Psychiatry* 1993;150:1826-31.
2. Nigg JT, Goldsmith HH. Developmental psychopathology, personality and temperament: reflections on recent behavioral genetics research. *Hum Biol* 1998;70:387-412.
3. Pérez Urdániz A, Santos JM, Molina R. Aspectos socioculturales en la génesis de los trastornos de la personalidad. *Actas Esp Psiquiatría* 2001;29:47-57.
4. Paris J. Working with traits. *Psychotherapy of personality disorders*. Northvale: Jason Aronson, 1998.
5. Hillman J. El código del alma, la respuesta a la voz interior. Barcelona: Martínez Roca, 1998.
6. Paris J (1998). Op. cit.
7. Shea MT. Psychosocial treatment of personality disorders. *J Personality Disord* 1993(Suppl 1):167-80.
8. Perry JC, Banon E, Ianni E Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999;156:1312-21.
9. Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of psychotherapeutic treatment of personality disorders. *Br J Psychiatry* 2000; 177:138-43.
10. Bateman AW, Fonagy P (2000). Op. cit.
11. Paris J (1998). Op. cit.
12. Nigg JT, Goldsmith HH (1998). Op. cit.
13. Greenson R. The technique and practice of psychoanalysis. Nueva York: International Universities Press, 1967.
14. Alexander F, French T. Psychoanalytic therapy. Nueva York: Ronald, 1946.
15. Alexander F, French T (1946). Op. cit.
16. Silver D. Psychotherapy of the characterologically difficult patient. *Can J Psychiatry* 1983;28:513-21.
17. McGlashan TH. Implications of outcome research for the treatment of borderline personality disorder. En: Paris J, editor. *Borderline personality disorder: etiology and treatment*. Washington: American Psychiatric Press, 1993; p. 235-60.
18. Tyrer P, Davidson K. Management of personality disorder. En: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen NC, editores. *The new Oxford textbook of psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 2000; p. 4.12.7.

19. Holmes J, Bateman A. Integration in psychotherapy: models and methods. Oxford: Oxford University Press; 2002.
20. Sanislow CA, McGlashan T. Treatment outcome of personality disorders. *Can J Psychiatry* 1998;43:237-50.
21. Bateman AW, Fonagy P (2000). Op. cit.
22. Meissner WW. Psychotherapy and the paranoid process. Northvale: Jason Aronson, 1986.
23. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington: American Psychiatric Press, 1990.
24. Epstein L. Countertransference with borderline patients. En: Epstein L, Feiner AH, editores. Countertransference. Nueva York: Jason Aronson, 1979;375-405.
25. Epstein L. An interpersonal-object relations perspective on working with destructive aggression. *Contemporary Psychoanalysis* 1984;20:651-62.
26. Gabbard GO (1990). Op. cit.
27. Meissner WW. Psychotherapeutic schema based on the paranoid process. *Int J Psychoanalysis Psychother* 1976; 5:87-114.
28. Meissner WW (1976). Op. cit.
29. Akhtar S. Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. *Am J Psychoter* 1987;61:499-518.
30. Gabbard GO (1990). Op. cit.
31. Gabbard GO. On «doing nothing» in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient. *Int J Psycholanalytic Psychother* 1989;70:527-34.
32. Nachmani G. Hesitation, perplexity, and annoyance at opportunity. *Contemporary Psychoanalysis* 1984;20:448-57.
33. Gabbard GO (1989). Op. cit.
34. Stone MH. Psychotherapy with schizotypal borderline patients. *J Am Acad Psychoanalysis* 1983;11:87-111.
35. Azima FJC. Group psychotherapy with personality disorders. En: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. *Comprehensive group psychotherapy*, 2.ª ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983; p. 262-8.
36. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. Nueva York: Jason Aronson, 1975.
37. Kernberg OF. Structural derivatives of object relationships. *Int J Psychoanalytic Psychother* 1966;47:236-53.
38. Siever LJ, Davis L. A psychobiological perspective on the personality disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:1647-58.
39. Links PS, Steiner B, Huxley G. The occurrence of borderline personality disorder in the families of borderline patients. *J Psychiatry* 1988;2:14-20.
40. Paris J (1998). Op. cit.
41. Stone MH. The borderline syndromes. Nueva York: McGraw Hill, 1980.
42. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Nueva York: Guilford, 1993.
43. Paris J (1998). Op. cit.
44. Kernberg OF (1975). Op. cit.
45. Rockland LH. Supportive therapy for borderline patients: a dynamic approach. Nueva York: Guilford, 1992.
46. Zetzel E. A developmental approach to the borderline patient. *Am J Psychiatry* 1971;127:867-71.
47. Adler G. Borderline psychopathology and its treatment. Nueva York: Jason Aronson, 1985.
48. Gunderson JG, Waldinger RJ. Effective psychotherapy with borderline patients. Nueva York: MacMillan, 1987.
49. Kernberg OF (1975). Op. cit.
50. Shea MT (1993). Op. cit.
51. Rubio Larrosa V, Molina Ramos R, Pérez Urdániz A. Trastorno límite de la personalidad. En: Rubio Larrosa V, Pérez Urdániz A, editores. Manual de trastornos de la personalidad. Elsevier (en prensa).
52. Stern A. Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly* 1938;7:467-89.
53. Hoch PH, Cattell JP, Strahl MD, Penness HH. The course and outcome of pseudoneurotic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1962;119:106-15.
54. Skodol AE, Buckley P, Charles E. Is there a characteristic pattern in the treatment history of clinic outpatients with borderline personality? *J Nerv Mental Dis* 1983;171:405-10.
55. Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, et al. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Mental Dis* 1989;177:38-42.
56. Stevenson J, Meares R. An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1992;149:358-62.
57. Linehan MM (1993). Op. cit.
58. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Am J Psychiatry* 1999;156: 1563-9.
59. Linehan MM, Armstrong HE, Suárez A, Allmon D, Heard H. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48: 1060-4.
60. Linehan MM, Heard H, Armstrong HE. Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50: 971-4.
61. Linehan MM, Heard H, Armstrong HE. Errata correction. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:422.
62. Linehan MM, Tutek DA, Heard H, Armstrong HE. Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* 1994;151:1771-6.
63. Bateman A, Fonagy P (1999). Op. cit.
64. Bateman A, Fonagy P (1999). Op. cit.
65. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18 month follow-up. *Am J Psychiatry* 2001;158:36-42.
66. Meares R, Stevenson J, Comerford A. Psychotherapy with borderline patients I: a comparison between treated and untreated cohorts. *Austr N Z J Psychiatry* 1999;33:467-72.
67. Stevenson J, Meares R. Psychotherapy with borderline patients II: a preliminary cost benefit study. *Austr N Z J Psychiatry* 1999;33:473-7.
68. Dolan B, Warren E, Norton K. Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. *Br J Psychiatry* 1997;171:274-9.
69. Chiesa M, Fonagy P. The Cassel Personality Disorder Study: methodology and treatment effects. *Br J Psychiatry* 2000; 176:485-91.
70. Linehan MM (1993). Op. cit.
71. Fromm-Reichmann F. Principles of intensive psychotherapy. Chicago: University of Chicago, 1950.
72. Adler G. The myth of the alliance with borderline patients. *Am J Psychiatry* 1979;47:642-5.
73. Waldinger RJ. Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry* 1987; 144: 267-74.
74. Gunderson JG, Waldinger RJ (1987). Op. cit.
75. Maltzberger JT, Buie D. Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 30:625-33.
76. Linehan MM (1993). Op. cit.

77. Paris J. Memories of abuse in BPD: true or false? *Harvard Rev Psychiatry* 1995;3:10-7.
78. Stone MH. The fate of borderline patients. Nueva York: McGraw Hill, 1990.
79. McGlashan TH (1993). Op. cit.
80. Paris J (1998). Op. cit.
81. Linehan MM (1993). Op. cit.
82. Swenson C. Dialectical behavior therapy for suicidal borderline patients. 6<sup>th</sup> Annual Summer Session of the American Association of Suicidology. Santa Fe, New Mexico; 1995.
83. Linehan MM (1993). Op. cit.
84. Stone MH. Abnormalities of personality. Nueva York: Norton, 1993.
85. Ryle A. The structure and development of borderline personality: a proposed model. *Br J Psychiatry* 1997;170:82-7.
86. Ryle A. Cognitive analytic therapy: active participation in change. Chichester: Wiley, 1990.
87. Brockman B, Poynton A, Ryle A. Effectiveness of time limited therapy carried out by trainees: comparison of two methods. *Br J Psychiatry* 1987;151:602-9.
88. Margison F, Barkham M, Evans CE. Measurement and psychotherapy: evidence based practice and practice based evidence. *Br J Psychiatry* 2000;177:123-30.
89. Ryle A, Golyunkina K. Effectiveness of time-limited cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: factors associated with outcome. *Br J Med Psychol* 2000; 73:197-210.
90. Kohut H. The analysis of the self. Nueva York: International Universities Press, 1970.
91. Kohut H. The restoration of the self. Nueva York: International Universities Press, 1977.
92. Kernberg OF (1975). Op. cit.
93. Millon T, Davis RD. Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson, 1998.
94. Millon T, Davis RD (1998). Op. cit.
95. Paris J. Social factors in the personality disorders: a biopsychosocial approach to etiology and treatment. Nueva York: Cambridge University Press, 1996.
96. Kohut H (1970). Op. cit.
97. Kohut H (1977). Op. cit.
98. Dawes R. House of cards. Nueva York: Free Press, 1994.
99. Winnicott, DW. Psychoses and child care. En: *Collected papers*. Londres: Tavistock, 1958; p. 219-28.
100. Rogers C. On becoming a Person. Nueva York: Houghton Mifflin, 1961.
101. Freud S. A general introduction to psychoanalysis. 1916. Standard edition 15, 16:9-463.
102. Klein M. Envy and gratitude. Nueva York: International Universities Press, 1946.
103. Kernberg OF (1975). Op. cit.
104. Torgersen S. Correlates of personality disorder diagnoses. Meeting of the International Society for the Study of Personality Disorders. Dublin, Junio 1995.
105. Azima FJC (1983). Op. cit.
106. Horner AJ. A characterological contraindication for group psychotherapy. *J Am Acad Psychoanalysis* 1975;3: 301-5.
107. Wong N. Clinical considerations in group treatment of narcissistic disorders. *Int J Group Psychother* 1979;29:325-45.
108. Yalom ID. The theory and practice of group psychotherapy, 3.<sup>a</sup> ed. Nueva York: Basic Books, 1985.
109. Wong N (1979). Op. cit.
110. Horowitz L. Group psychotherapy of the borderline patient. En: Hartocollis P, editor. *Borderline personality disorders: the concept, the syndrome, the patient*. Nueva York: International Universities Press, 1977; p. 399-422.
111. Wong N. Combined group and individual treatment of borderline and narcissistic patients: heterogeneous versus homogeneous groups. *Int J Group Psychother* 1980; 30:389-404.
112. Nestadt G, Romanovski AJ, Chahal R, et al. An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychol Med* 1990;20:413-22.
113. Paris J. Antisocial and borderline personality disorders: two separate diagnoses or two aspects of the same psychopathology? *Comprehensive Psychiatry* 1997;38.
114. Zetzel E. The so-called good hysteric. En: *The capacity for emotional growth*. Nueva York: International Universities Press, 1970; p. 229-45.
115. Winnicott DW. The capacity to be alone. En: *The maturational processes and the facilitating environment*. Nueva York: International Universities Press, 1965; p. 29-38.
116. Horowitz MJ. Structure and the processes of change. En: Horowitz MJ, editor. *Hysterical personality*. Nueva York: Jason Aronson, 1977; p. 329-99.
117. Allen DW. Basic treatment issues. En: Horowitz MJ, editor. *Hysterical personality*. Nueva York: Jason Aronson, 1977; p. 283-328.
118. Person ES. The erotic transference in women and in men: differences and consequences. *J Am Acad Psychoanalysis* 1985;13:159-80.
119. Blum HP. The concept of erotized transference. *J Am Psychoanalytic Assoc* 1973;21:61-76.
120. Yochelson S, Samenow SE. The criminal personality. Vol. II. The treatment process. Nueva York: Jason Aronson, 1977.
121. Gabbard GO, Coyne L. Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment. *Hosp Comm Psychiatry* 1987;38:118-1185.
122. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42: 1081-6.
123. Meloy JR. The psychopathic mind: origins, dynamics, and treatment. Northvale: Jason Aronson, 1988.
124. McCord W, McCord J. Origins of crime. Nueva York: Columbia University Press, 1959.
125. Quayle M, Moore E. Evaluating the impact of structured groupwork with men in a high security hospital. *Criminal Behav Mental Health* 1998;8:77-92.
126. Reiss D, Grubin D, Meux C. Young «psychopaths» in special hospital: treatment and outcome. *Br J Psychiatry* 1996; 168:99-104.
127. Lösel F. The effectiveness of treatment in institutional and community settings. *Criminal Behav Mental Health* 1993; 3:416-37.
128. Dolan B, Warren F, Norton K (1977). Op. cit.
129. Norton K, Hinshelwood RD. Severe personality disorder: treatment issues and selection for in-patient psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1996;168:723-31.
130. Lees J, Manning N, Rawlings B. Therapeutic community effectiveness. A systematic international review of therapeutic community treatment for people with personality disorders and mentally disordered offenders. NHS Centre for Reviews and Dissemination. University of York, 1999 (CRC Report 17).
131. Gabbard GO (1990). Op. cit.
132. Livesley, et al (1993). Op. cit.
133. Salzman L. Treatment of the obsessive personality. Nueva York: Jason Aronson, 1980.

134. Gabbard GO (1990). Op. cit.
135. Salzman L (1980). Op. cit.
136. Salzman L. Psychoanalytic therapy of the obsessional patient. *Curr Psychiatr Ther* 1983;22:53-9.
137. Salzman L (1983). Op. cit.
138. Gabbard GO (1990). Op. cit.
139. Oldham JM, Skodol AE, Kellman D. Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *Am J Psychiatry* 1995;152:571-8.
140. Hirschfeld RMA, Shea MT, Weise R. Dependent personality disorder: perspectives for DSM-IV. *J Personality Disord* 1991;5:135-49.
141. Oldham JM, Skodol AE, Kellman D. Diagnosis of DSM-III-R personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *Am J Psychiatry* 1992; 149:213-20.
142. Reich J. Relationship between DSM-III avoidant and dependent personality disorders. *Psychiatr Res* 1990;34: 281-92.
143. Gunderson JG. Personality disorders. En: Nicholi AM Jr, editor. *The new Harvard guide to psychiatry*. Cambridge: Belknap, 1988; p. 337-57.
144. Kagan J, Reznick JS y Snidman N. Biological bases of childhood shyness. *Science* 1988;240:167-71.
145. Kagan J. *Galen's prophecy*. Nueva York: Basic Books, 1994.
146. Robinson DJ. *Disordered personalities: a primer*, 2.<sup>a</sup> ed. Londres: Rapid Psychler Press, 1999.
147. Millon T, Davis RD (1998). Op. cit.
148. Shea MT (1993). Op. cit.
149. Santos JM, Pérez Urdániz A, Rubio García I. Trastorno evitativo de la personalidad. En: Rubio Larrosa V, Pérez Urdániz A, editores. *Manual de trastornos de la personalidad*. Elsevier (en prensa).
150. Roth A, Fonagy P. What works for whom?: A critical review of psychotherapy research. Nueva York: Guilford, 1996.
151. Gabbard GO (1990). Op. cit.
152. Reich J (1990). Op. cit.
153. Gabbard GO (1990). Op. cit.
154. Wallerstein RS. *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Nueva York: Guilford, 1986.