

Vida adulta (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017])

Adulthood (Psychoanalytic diagnostic manual 2 [Lingiardi and McWilliams, 2017])

Hugo Filippe dos Reis

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

Reseña de Lingiardi, V. y McWilliams, N. (2017). Adulthood. En V. Lingiardi y N. McWilliams, (Eds.), *Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM-2* (pp. 15-119). The Guilford Press.

Capítulo I. Nancy McWilliams y Jonathan Shedler. Eje-P - Síndromes de Personalidad

El uso de un marco para comprender la personalidad es esencial en la práctica clínica, ya que aporta una valiosa orientación al profesional de salud mental en la intervención. La propuesta del Eje-P en la segunda edición del Manual de Diagnóstico Psicodinámico, ofrece un mapa donde profundizar en la comprensión clínica de los pacientes y ayudar a los terapeutas a organizar el territorio intrapsíquico de cada paciente. El DSM-5 (American Psychoanalytic Association, 2013) o el (CIE-10, Organización Mundial de la Salud, 2000) son mapas para diferentes propósitos, delimitan categorías psicopatológicas según la presencia de conjuntos de síntomas. Según McWilliams y Shedler, a diferencia de las taxonomías nosológicas de los sistemas DSM y CIE, el PDM-2 destaca por realizar un esfuerzo en la comprensión de la experiencia interna de los pacientes, situando sus conflictos psicológicos dentro de un amplio contexto del funcionamiento de su personalidad, con el objetivo de ayudar a desarrollar la formulación de los casos de una manera lo suficientemente rica como para guiar efectivamente el tratamiento. Este enfoque sitúa a cada sujeto según los siguientes pilares organizativos en el Eje-P:

- *Nivel de organización de la personalidad*, es decir, un continuo de rangos de funcionamiento psicológico, desde saludables a neuróticos, limítrofes y psicóticos.

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse al autor a psicoterapia@hugofilippe.com. Tlf. (+34)644 73 50 49 - hugofilippe.com

- *Estilo o tipo de personalidad*, es decir, las *estructuras sindrómicas* clásicas, (los autores utilizan indistintamente los tres términos) clínicamente familiares, que cruzan transversalmente los niveles de organización de la personalidad. No implica una connotación patológica, si no esquemas psicológicos nucleares organizadores de la personalidad.

McWilliams y Shedler afirman que la personalidad no nos señala qué trastorno padece un paciente, sino cómo es, cuáles son sus diferencias individuales en procesos internos relativamente estables (motivaciones, fantasías, patrones de pensamientos y sentimientos, experiencia del *self* y los demás, afrontamiento frente a estresores, etc.), mediados por su sistema de creencias y valores. Las dificultades de muchos pacientes están intrínsecamente ligadas a cómo son, y buscan ayuda para tomar consciencia de estos aspectos y poder transformarlos.

Todos tenemos diferentes estilos de personalidad, los cuales no son patológicos en sí mismos. Alguien puede tener un estilo narcisista de personalidad (esquemas internos y preocupaciones en torno al éxito y la inferioridad) sin tener un trastorno narcisista de personalidad. El término clínico “trastorno”, denota una rigidez psicológica, de larga duración, que causa una disfunción significativa con especial consideración hacia el malestar que se produce a sí mismo o a otros, causados por procesos internos no siempre conscientes. Señalan que, bajo suficiente tensión o trauma, cualquier persona puede parecer límite o psicótico, y que los conceptos de normalidad y patológico no son fijos ni universales.

Nivel de organización de la personalidad: continuo de la severidad de la perturbación

El PDM-2 se apoya en décadas de observación clínica e investigación sobre la salud y patología de la personalidad. La organización de la personalidad se distribuye a lo largo de un continuo dimensional de estabilidad/perturbación. En uno de los polos, se sitúan las personas que muestran un buen funcionamiento en todas o la mayoría de las áreas de funcionamiento psicológico, como las capacidades de regulación emocional, socialización, diferenciación, etc., evaluadas en el Eje-M del PDM-2 o Funcionamiento Básico Mental, mientras que en el polo opuesto, encontramos a las personas con mayores respuestas de rigidez y mayores déficits en el funcionamiento mental.

Los autores realizan un breve recorrido histórico sobre la organización psicológica de los síndromes de personalidad, a lo largo del continuo de gravedad clásico, sano/estable, neurótico, *borderline* y psicótico. En el diagnóstico del PDM-2, cada estilo o síndrome de personalidad puede tener cualquier tipo nivel de organización. Puntualizan que en la práctica algunos estilos son más propensos a organizarse en un nivel neurótico (p. ej. histéricos, obsesivos), mientras que otros tienden al polo más severo, (p. ej. paranoides o psicopáticos en la organización límite). La distinción entre niveles de organización y estilos de personalidad permite una evaluación completa del funcionamiento de la personalidad, sin ocluir la evaluación en categorías sintomatológicas cerradas.

Los términos *borderline*, *límitrofe* o *límite*, en la literatura psicodinámica tienen un significado distinto de la categoría trastorno límite de la personalidad (TLP) tal como se utiliza en los DSM, porque esta describe una variante específica de la organización *borderline*. El diagnóstico categorial del DSM de TLP se solapa con el trastorno

histriónico de personalidad, volviéndose en ciertos casos empíricamente indistinguible. Otto Kernberg observó la discrepancia histórica entre los usos del término, distinguiendo el concepto en el DSM, y la organización de la personalidad como concepto psicoanalítico. El PDM-2 engloba estas dos perspectivas, consistentes con las observaciones clínicas y la investigación, adoptando la solución de poder incluirlo en el psicodiagnóstico como nivel de organización, y añadir la posibilidad de diagnosticarlo como síndrome (reconocen que es una alternativa teórica inconsistente pero necesaria, debido a la extensa investigación basada en el constructo del DSM). Esta perspectiva permite incluir a personas con estilos de personalidad distintos del cluster B con un funcionamiento *borderline*, por ejemplo, la identificación de pacientes TLP “tranquilos” (Sherwood y Cohen, 1994), es decir, individuos con un estilo esquizoide que están organizados psicológicamente en un nivel *borderline*.

El PDM-2 se sitúa en una perspectiva bio-psico-social de la personalidad. La tradición psicoanalítica más clásica ha tendido a ver el nivel de severidad dependiente de la fijación o regresión a una etapa evolutiva o conflicto particular, pero la investigación contemporánea sobre la patología en la personalidad asume la confluencia de factores como la herencia genética (evidencia proveniente de estudios genéticos y neurobiológicos), el temperamento (componentes constitucionales estables desde el nacimiento) o el impacto de las experiencias tempranas con el entorno (p. ej., trauma, negligencia, etc.) y el apego.

La organización de la personalidad se entrelaza con el estilo defensivo. El uso generalizado y rígido de defensas desadaptativas influye en la formación de síntomas y de problemáticas lo suficientemente graves como para denominarse “trastornos”. En el PDM-2, una de las principales técnicas de distinción entre niveles de organización es la observación de los mecanismos de defensas utilizados. Hay defensas más maduras o adaptativas (como el humor, el altruismo, la sublimación) que contribuyen a un funcionamiento eficaz, y otras menos adaptativas (como la negación, *acting-out*, identificación proyectiva, escisión) que son psicológicamente costosas, disfuncionales, distorsionando la imagen del *self*, de los demás y la realidad. En contraste con las estrategias de afrontamiento, operan de una manera automática y son parcial o totalmente inconscientes, buscando la homeostasis frente a amenazas psicológicas y emociones aversivas.

Nivel de organización estable/sana

En el nivel de organización saludable, los sujetos son capaces de mantenerse estables ante la aparición de síntomas elicitados por estresores. Todos tenemos constelaciones de rasgos o estilos de personalidad, pero no implican patrones psicopatológicos ni inclusiones en un diagnóstico psiquiátrico (p. ej. alguien con un estilo obsesivo puede tener rasgos y defensas adaptativas). La patología se expresa en la interacción entre los estresores y la organización del individuo, por lo que un estilo será funcional si existen estrategias de afrontamiento y regulación adecuadas, con la flexibilidad suficiente para adaptarse eficazmente a la realidad externa. La evaluación de la salud global de la personalidad se realiza a través del Eje-M del PDM-2.

Nivel de organización neurótica

Destacan por su relativa rigidez al responder a ciertos estresores, manteniendo un abanico restringido de defensas y estrategias de afrontamiento (Shapiro, 1965, 1981,

1989, 2002). Los estilos y trastornos más frecuentes en este continuo de severidad son la personalidad depresiva, histérica, fóbica y obsesiva-compulsiva. Generalmente el patrón de sufrimiento tiende a estar restringido a un área específica, (p. ej. la pérdida, el rechazo o el autocastigo en el estilo de personalidad depresiva, o los problemas con la sexualidad, el género y el poder en el estilo histérico/histriónico). Frecuentemente experimentan sus dificultades envueltas en un conflicto interno (p. ej., sentir un deseo sexual en conflicto con una prohibición interna). Los patrones defensivos disfuncionales pueden estar también limitados a esas áreas de conflictos.

McWilliams y Shedler aclaran que la rigidez o disfuncionalidad de los mecanismos de defensa en el nivel neurótico, tienden a circunscribirse a un área concreta, en contraste con el nivel *borderline* o psicótico que distorsionan la realidad de una manera global (p. ej. problemas con figuras de autoridad frente a tener problemas en todas sus relaciones). Fuera de las áreas de conflicto, pueden tener una historia biográfica y profesional satisfactoria, mantener buenas relaciones con los demás, tolerar afectos disfóricos sin comportamientos dañinos, o mostrarse colaborativos en la terapia. En las primeras sesiones, los terapeutas reaccionan de manera respetuosa, cercana, cómoda, y con la expectativa de un vínculo colaborativo. Los pacientes tienden a lograr una perspectiva de sus dificultades recurrentes, visualizan cómo será el cambio, y forman alianzas terapéuticas adecuadas.

Nivel de organización borderline

En este nivel de funcionamiento mental, destacan las dificultades en la regulación emocional y la vulnerabilidad ante emociones extremadamente abrumadoras, incluyendo intensos episodios de depresión, ansiedad y rabia. Los autores señalan las dificultades recurrentes en sus relaciones, problemas graves en la intimidad, problemas en el trabajo, en el control de sus impulsos, incluyendo la vulnerabilidad a las adicciones y dependencias (juegos, cleptomanía, compulsión alimentaria o sexual, adicción a internet o videojuegos). En periodos de estrés (p. ej., cuando el vínculo de apego se ve amenazado) tienen un alto riesgo de tener conductas dañinas, incluyendo comportamientos autolíticos, conductas sexuales de riesgo, acumulación de deuda, y otras actividades autodestructivas. (Bourke y Grenyer, 2010, 2013; Clarkin et al., 1999; Yeomans, Clarkin y Kernberg, 2015). Son un reflejo de sus desesperados esfuerzos por regular un afecto insostenible, la incapacidad de regular sus impulsos, o ambos.

Los autores dividen el continuo en dos: un *nivel superior* (cerca de la frontera con la neurosis), donde se encuentran pacientes cercanos a una presentación global cercana a la organización neurótica (Caligor, Kernberg y Clarkin, 2007), y un *nivel inferior* (cercano a la psicosis) describiendo a los pacientes con mayores déficits (Clarkin et al., 2004; Kernberg, 1984). La distinción es importante porque requieren diferentes aproximaciones terapéuticas, desde más exploratorias (interpretativas, orientadas al *insight*) para el nivel superior y terapias de apoyo, de construcción de capacidades para el nivel inferior.

La línea de investigación clínica utilizando el Procedimiento de evaluación de Shedler–Westen (SWAP en su acrónimo en inglés) (Shedler, 2015; Westen y Shedler, 1999a, 1999b, 2007; Westen, Shedler, Bradley y DeFife, 2012) ha enfatizado los problemas de regulación de emociones e impulsos, observando una emocionalidad extrema con un pobre apoyo en defensas, que muchos teóricos definen como primitivas, inmaduras o costosas. Los autores señalan que, aunque esta división de las defensas

(primitivas/inmaduras vs maduras/orden superior) está poco investigada, es utilizada en la investigación empírica sobre trastornos severos de la personalidad y mecanismos de defensas. A pesar de que en el nivel neurótico también podemos encontrar este tipo de defensas, lo que es indiscutible y que diferencia ambos niveles es *la ausencia de defensas maduras* en la organización *borderline* (McWilliams, 2011). Las más destacadas son la escisión y la identificación proyectiva.

La *escisión* es la compartimentalización total de la percepción y sentimientos sobre sí mismos y los demás, reducidos a categorías dicotómicas bueno-malo (ver al otro como héroe y rescatador o villano y abusador). Ven a ciertas personas como todo-bueno y otras todo-malo, o alternan percepciones contradictorias de una misma persona. La consecuencia es una falla en la integración de diferentes aspectos de la identidad en un todo coherente, por lo que presentan una difusión de identidad (valores, metas o sentimientos sobre sí mismos, son oscilantes entre extremos polarizados), pudiendo parecer muy diferentes según la ocasión dependiendo de qué aspectos compartimentados emerjan. Los autores ejemplifican cómo pueden parecer indiferentes hacia una depresión con tendencias suicidas la semana anterior si se sienten bien, y cuando están deprimidos parece que no tuvieran acceso a ningún sentimiento o autopercepción positiva.

La *identificación proyectiva* implica una falla en el reconocimiento de un aspecto perturbador de su propia personalidad, atribuyéndolo erróneamente a otra persona (p. ej. al terapeuta) y tratando la persona acorde con esto, hasta que esos sentimientos o actitudes proyectados son evocados finalmente. En la práctica clínica, puede vivirse como una presión intensa a asumir las proyecciones, como si la mente fuera secuestrada o colonizada por algo externo (Gabbard, 2009).

Otras defensas costosas, indicadoras de un trastorno de personalidad más severo: son la *negación* (negar categóricamente aquello que causa perturbación como si no existiera); *retirada* (escape hacia la fantasía); formas indiscriminadas de *introyección o identificación introyectiva* (asimilación de las características, actitudes, gestos del otro); *control omnipotente* (tratar al otro como una extensión, con poco o nulo reconocimiento de que un ser humano separado); *acting-out* (representar repetidamente un drama interno que no puede recordar, sentir, o simbolizar); *somatización* (desarrollar síntomas físicos bajo estrés); *disociación grave* (desconexiones incongruentes entre diferentes aspectos de experiencia interna, o cambios de estados del yo sin sentido de la continuidad de la experiencia); *idealización primitiva* (ver a otro como un todo bueno absoluto, igual que un niño a un adulto admirado); y *devaluación primitiva* (denigración total del otro, sin cualidades de ningún tipo). La investigación de Vaillant (1992) añade las *preocupaciones hipocondríacas* y *patrones pasivo-agresivos* a la lista.

En terapia, tienden a provocar emociones intensas, difíciles de contener y gestionar (p. ej. miedo, confusión, impotencia u hostilidad), pero también potentes fantasías de rescate y cura a través de amor o deseo sexual, debido a que evocan una contratransferencia hacia el *acting-out*, que implica cruzar los límites del encuadre para salvarlos.

Nivel de organización psicótica

McWilliams y Shedler coinciden en la conceptualización tradicional de la psicosis como una *ruptura con la realidad*, presentando en este nivel: pensamiento sobregeneralizado, concreto o extraño; comportamientos sociales inapropiados; ansiedad

de aniquilación generalizada y severa; y la inquebrantable convicción de las atribuciones de sus propios pensamientos y percepciones de los demás, manteniendo rígidamente sus distorsiones.

En respuesta a angustias aterradoras, pueden utilizar defensas primitivas: negación, retraimiento autista, distorsión, proyección delirante, fragmentación y concretización (Berney, De Roten, Beretta, Kramer y Despland, 2014; Vaillant, 1971). Estas características del nivel de organización pueden aparecer incluso en pacientes sin diagnóstico psicótico previo que han padecido algún episodio psicótico del que se recuperan rápida y completamente.

Un nivel psicótico de organización de la personalidad implica difusión de la identidad, escasa diferenciación entre representaciones de uno mismo y de los demás, indiscriminación entre fantasía y realidad externa, dependencia de defensas primitivas y graves déficits en las pruebas de realidad.

Los autores mencionan algunos ejemplos del funcionamiento psicótico, como pacientes anoréxicos peligrosamente cerca de la inanición, que siguen sosteniendo que tienen sobrepeso; personas con compulsiones extremas que se aferran a sus rituales y experimentan ansiedad de aniquilación cuando se les sugiere que no realicen sus compulsiones; pacientes somatizadores que consideran sus propios cuerpos como sádicos perseguidores; pacientes disociados que no distinguen el pasado traumático de la realidad presente; individuos que sufren reacciones paranoides recurrentes y graves, incluso en ausencia de alucinaciones o delirios francos. Otro ejemplo de la organización que ofrecen los autores, sería un hombre que acecha a su objeto de amor con la convicción de que lo ama a pesar de todas las protestas en sentido contrario, demostrando un déficit en la prueba de la realidad y una falta de diferenciación entre sí mismo y el otro. En todos estos casos, las *ideas fijas* de los pacientes son tan absolutas que se acercan al delirio y cuestionar sus creencias provoca reacciones de ansiedad y hostilidad, hacia los profesionales.

McWilliams y Shedler ofrecen valiosas *consideraciones clínicas* según la ubicación en el continuo de severidad, ya que influirá en la elección del tipo de terapia, el nivel de actividad del terapeuta, el estilo de comunicación, la claridad del establecimiento de límites, la frecuencia de las sesiones, etc. Los individuos con niveles de organización *de rango neurótico a saludable* tienden a beneficiarse de terapias psicodinámicas y psicoanalíticas que enfatizan la autocomprensión y el conocimiento (Grenyer, 2012; National Health and Medical Research Council, 2012; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009; Project Air Strategy, 2015; Zancarini, 2009). Realmente se benefician de cualquier enfoque porque su capacidad para formar una alianza terapéutica aporta buen pronóstico, adherencia al tratamiento farmacológico, realización de tareas (p. ej. cognitivo-conductual), y voluntad de experimentar y expresarse en terapias centradas en emociones. En la organización neurótica, se desarrollan alianzas basadas en la confianza con rapidez, y las respuestas regresivas por la toma de conciencia de sentimientos intensos y primitivos están contenidas dentro de la hora terapia, reanudando un funcionamiento normal después. Las contratransferencias en pacientes con funcionamiento superior tienden a ser leves y se perciben como interesantes más que disruptivas (Gazzillo et al., 2015). Toleran adecuadamente la ansiedad y la ambigüedad, y la exploración abierta facilita el descubrimiento y el progreso, apoyando su sentido de agencia.

Para aquellos con un *trastorno de personalidad*, la terapia de larga duración y de final abierto puede proporcionar una ayuda significativa (Caligor et al., 2007). También hay evidencia de los beneficios de las psicoterapias psicodinámicas altamente focalizadas y de corta duración, (Abbass, 2015; Abbass et al., 2014; Abbass, Town y Driessen, 2011; Town, Abbass y Hardy, 2011), especialmente si ha habido terapia de larga duración previa (Grenyer, Deane y Lewis, 2008). McWilliams y Shedler explican que en la *organización borderline*, necesitan un compromiso activo y auténtico, con sensibilidad hacia su intensa desregulación, la oscilación de sus representaciones, y los profundos miedos vinculados al apego. Se ven beneficiados por límites claros y estructura, que ofrezca una seguridad y protección. Las contratransferencias que evocan necesidades de mayor disponibilidad y excepciones fuera del encuadre, (p. ej., sesiones inusualmente largas o frecuentes, atención fuera del horario,) son contraproducentes, porque indican regresiones y desorganización emocional, provocando agotamiento y sobrecarga. El vínculo debe de ser empático, como seres vulnerables ambos. En los casos de *organización psicótica*, los autores destacan una actitud respetuosa, paciente, con los pies en la tierra, donde los terapeutas ejerzan una autoridad basada en la realidad y profundamente igualitaria; crear sintonía auténtica, humana, y normalizar la angustia y psicoeducación de sus experiencias internas; evitar silencios, la actitud debe ser conversacional y activa; ayudar con el cumplimiento de la medicación, reforzar el autocuidado básico e identificar fortalezas.

Estilo o tipo de organización de la personalidad (síndromes)

Los síndromes del Eje-P, se ordenan en consonancia a dos agrupaciones identificadas empíricamente: internalizadores / externalizadores (Westen et al., 2012). Los primeros, sufren internamente y son crónicamente vulnerables a la culpa, ansiedad y depresión; los externalizadores son estilos que tienden a generar sufrimiento interpersonal (aunque el histérico-histriónico y narcisistas pueden experimentar también un nivel de sufrimiento elevado), culpan a los demás y son propensos a la rabia y la agresión. Sitúan el TLP en último lugar porque no puede situarse en ninguno de los espectros, es "establemente inestable" (Schmideberg, 1959), oscilando entre ambos.

Personalidades depresivas

Se trata del estilo de personalidad más común en la práctica clínica (Shedler y Westen, 2004). Encuentran muy poco placer en las actividades de su vida (o sienten conflicto al experimentarlo), y son crónicamente vulnerables a la depresión, culpa, vergüenza y sentimientos de inadecuación, inhibiendo emociones positivas como la alegría o el orgullo. Las temáticas psicológicas principales se centran en ataques internos hacia el *self*, el rechazo y la pérdida, o ambos. Tienden a ser altamente autocríticos y autopunitivos, manteniendo metas irreales y culpabilizándose cuando van mal, a menudo como protección ante la hostilidad inconsciente (Westen et al., 2012).

Según McWilliams y Shedler, no necesariamente debe existir un diagnóstico de Trastorno del Estado de Ánimo (TEA), ni todos los sujetos crónicamente vulnerables a la depresión tienen este estilo de personalidad. Aunque frecuentemente coexisten, pueden diferenciarse claramente ya que el estilo de personalidad es más constante, con temáticas repetitivas que se agudizan con el estrés, mientras que los TEA tienden a ser episódicos, con periodos agudos y remisiones, con mayor sintomatología vegetativa (perturbación en patrones de apetito, sueño, sexo) e intensidad en la disforia. Los psicofármacos

antidepresivos tienden a aliviar estos síntomas, pero tienden a ser inefectivos en los aspectos nucleares de la personalidad (p. ej., la sensibilidad al rechazo).

Blatt y su equipo (Blatt, 2008; Blatt y Bers, 1993) distinguieron dos tipos de afecto depresivo: el *introyectivo* o melancólico y el *anaclítico*. Los primeros padecen una intensa tendencia a la autocritica, castigo y culpa, residuos de la negación defensiva de una imagen negligente, abusiva o frágil de sus cuidadores, y asumiendo que son culpables de su propio sufrimiento. Tienden a esforzarse por ser buenos, pero raramente se sienten satisfechos por ello. Los sujetos depresivos anaclíticos destacan por la desorganización ante la pérdida, rechazo y la separación, y las temáticas que les atormentan son conflictos sobre la relación, el afecto, confianza, intimidad y la cercanía. Se sienten vacíos, débiles, existencialmente desesperados y desamparados, en vez de expresar perfeccionismo o autocritica. También se ha identificado empíricamente un estilo en el que convergen ambos (Shedler, 2015; Westen et al., 2012).

La contratransferencia con estos pacientes tiende a ser positiva, se muestran colaborativos y se desarrolla una alianza cálida y cómoda. Son “buenos” pacientes, por lo que es esencial reconocer que esos sentimientos provienen de los patrones del paciente (como la sumisión, autoculpabilización o evitación de emociones negativas), y se ven beneficiados terapéuticamente en las intervenciones que ayudan a comprender, aceptar y expresar esos sentimientos, especialmente la hostilidad y crítica. Según McWilliams y Shedler, los pacientes con una predominancia anaclítica, se benefician de la aceptación de su lado malo, aceptado en un contexto relacional. En torno a la pérdida, pueden necesitar ayuda para completar sus duelos antes de invertir emocionalmente en lo que su vida puede ofrecerles en el presente. La psicoterapia interpretativa y aquellas centradas en aspectos relacionales, son beneficiosas en estos casos.

Los autores incluyen un subtipo, el *estilo depresivo con defensas hipomaníacas*, en los que el impulso enérgico y el optimismo forzado, protegen de los temas y afectos depresivos subyacentes. Las defensas hipomaníacas pueden ser tanto extremadamente costosas como altamente adaptativas. Akhtar (1992) los caracteriza por un estado de ánimo y autoestima inflado, elevada energía, ausencia de culpa notable, autoestima inflada, abuso de sustancias, y encanto interpersonal en el contexto de relaciones superficiales. Por ello la evaluación puede apuntar erróneamente a una etiología bipolar. En terapia, la interpretación y señalamientos acerca de sus comportamientos como reflejo de una defensa inconsciente (p. ej., “parece que ud. usa mucha energía para evitar sentir algo”) puede ayudar a reformular problemas crónicos, mientras que en el trastorno bipolar son poco efectivas.

En la contratransferencia, inicialmente los terapeutas pueden encontrarlos cautivadores, pero pronto sentirse confundidos, sobreestimulados, irritados y distantes, siendo terapias lentas y con brotes de intenso afecto negativo y actuaciones (*enactments*). Tienden a ser resistentes a la psicoterapia, y pueden ser difíciles de mantener debido a la tendencia a escapar de las relaciones que provocan dependencia; les aterroriza ser abandonados y buscan dominar ese miedo abandonando al otro. La fuga brusca en sus relaciones generalmente impregna la historia de la persona, por lo que en terapia también puede expresarse (p. ej., negociar la frecuencia, intentar suspender el tratamiento unilateralmente).

Los autores aportan una revisión para diferenciar las *dinámicas depresivas y masoquistas*, ya que requieren distintas aproximaciones. El masoquismo no es un

constructo teórico unitario; en la práctica puede referirse a aspectos de la personalidad muy distintos (dinámicas sádicas dominancia-sumisión, narcisistas, dependientes, paranoides, etc.):

- La versión más anaclítica se solapa con la personalidad dependiente: manifiesta necesidad de vínculo y la condición del sufrimiento para mantenerlo. El miedo a la pérdida amenaza su seguridad y bienestar. Debajo de la sumisión abierta, a menudo hay un trasfondo de agresión encubierta, que expresan de forma pasivo-agresiva, provocando el maltrato de otros a menudo. En los niveles de organización más severos puede ocultar su sadismo tras la identificación proyectiva y provocar la actuación agresiva en el otro.

- El estilo masoquista introyectivo encaja con aquellos que sitúan el sufrimiento y la renuncia como virtud y valor, porque su narcisismo contiene dicho código, y les impulsa a demostrar que su sufrimiento les enaltece moralmente, en la línea del *carácter masoquista* de Reich (1933/1972) o el *masoquismo moral* de Reik (1941). Se desatienden por cuidar a los demás, pero su sadismo latente puede expresarse mediante intolerancia o agresión a aquellos que no comparten su moralidad.

- Un estilo masoquista donde existe la convicción de que el mundo les debe, en proporción a su sufrimiento (*patrón agraviado* en Millon y Grossman, 2007). Fantasean con la compensación y pueden esforzarse por vencer los esfuerzos del profesional por ayudarles (*queja rechazante de ayuda*, Frank et al., 1952). En la contratransferencia, puede evocar irritación, juicio y sadismo. El enfoque de la alianza terapéutica debe estar en las necesidades de duelo por desgracias pasadas, reconocer las consecuencias y sus esfuerzos por convencer al mundo de sus agravios, y ayudar a asumir la responsabilidad de las elecciones actuales independientemente de su pasado.

- El estilo más paranoide dentro del masoquismo, contiene la convicción de que algo terrible va a pasar. Existe un patrón que provoca un ataque que anticipa como inevitable, identificable por el alivio que acompaña la actuación destructiva. Pacientemente, deben entender el patrón y aprender a gestionar la angustia que impulsa a la actuación.

En la transferencia, las dinámicas masoquistas se diferencian en que la empatía y generosidad en el vínculo pueden reforzar la convicción de que el sufrimiento asegura el vínculo, o bien con actuaciones autodestructivas sí sienten que no merecen ese trato. La confrontación con tacto estimula la búsqueda de comprensión de los patrones autodestructivos, y ayudar a reconocer que el interés y la atención de los demás no dependen de manifestar sufrimiento.

Personalidades dependientes

Existen individuos caracterológicamente dependientes en todos los niveles de gravedad; se definen en relación con los demás y buscan seguridad y satisfacción predominantemente en ese contexto, apareciendo sintomatología cuando algo va mal en sus principales relaciones de apego. Según los autores, en el nivel neurótico buscan tratamiento en la mediana edad o más tarde, después de una pérdida, divorcio, o de la jubilación (un contexto sin reglas y expectativas claras). En los niveles límite y psicótico, pueden descompensarse cuando se espera que dependan de sí mismos, y puede usar defensas costosas (ej. somatización o *acting-out*) en un intento desesperado por obtener atención y cuidado.

Pueden sentirse ineficaces cuando están solos, tienden a considerar a los demás como poderosos y capaces, organizando sus vidas en torno a aquellos que se someten, sintiendo satisfacción o angustia aguda según el curso de la relación. Las preocupaciones emocionales incluyen ansiedad por rendimiento y miedo a la crítica y abandono (Bornstein, 1993). Tienden a sentirse débiles e impotentes, a ser pasivos, no asertivos, y fácilmente influenciados por otros, pudiendo parecer ingenuos. Tienen dificultades para terminar relaciones (p. ej. abusivas) y expresar rabia. Las defensas centrales son: regresión, inversión, evitación y somatización.

Bornstein (1993, 2005) ha realizado el único análisis empírico sobre la dependencia patológica. Sugiere la etiología en la crianza sobreprotectora y/o autoritaria, y un entorno con una socialización influida por roles de género y actitudes sobre la orientación al logro en oposición al apego. Tienden a utilizar estrategias de autopresentación que facilita el vínculo. En contra del prejuicio popular que asume que las mujeres tienden a ser dependientes, Bornstein señala que simplemente las mujeres podrían reconocer con más facilidad sus anhelos dependientes que los hombres.

En terapia, se adaptan con facilidad y tienden a idealizar al terapeuta, buscando ser “buenos pacientes” a través del cumplimiento de las expectativas del profesional que ellos captan, aunque haya fallas en la terapia. En la contratransferencia, típicamente positiva al comienzo, a medida que avanza aumenta la irritación y la sensación de carga. En este estilo, el paciente puede poner a prueba de manera inconsciente (Bugas y Silberschatz, 2000; Weiss, 1993) para testear si la terapia apoya la autonomía y mantener el papel idealizado del terapeuta. Esta seducción hacia el papel de autoridad debe resistirse, y fomentar el funcionamiento autónomo, conteniendo las angustias que surjan en el proceso. Dejar espacio a la rabia y hostilidad puede facilitar el sentido de agencia personal y satisfacción por sus logros.

Existe una variante con *patrones pasivo-agresivos*. Crean vínculos con una dependencia hostil, se definen estando en relación con los demás con una valencia emocional negativa y en oposición (p. ej., "soy el marido de esa estúpida), como defensa a la falta de una autonomía propia. Pueden atacar para adelantarse a ataques esperados, pero de manera indirecta. A menudo desencadenan el maltrato de los demás, perpetuando un círculo vicioso: la rabia o resentimiento se retroalimenta por la reacción de los demás que provoca su patrón; perpetúa la expresión hostil encubierta. El humor es útil ante la impaciencia y exasperación en la contratransferencia. Las provocaciones y luchas de poder deben tomarse con calma, manteniendo la terapia centrada en el coste de sus defensas, y evitar manifestar interés en el progreso ya que pueden volverse saboteadores.

Por último, describen la variante *contradependiente*. Bornstein (1993) describe un continuo desde la dependencia desadaptativa (sumisión), a interdependencia saludable (conectividad), hasta la independencia inflexible (desconexión-desapego). En el extremo inflexible, existen anhelos dependientes que mantienen fuera de la conciencia a través de la negación y la formación reactiva (pseudoindependencia). Pueden definirse a sí mismos como aquellos de quienes dependen los demás, y pueden enorgullecerse de poder cuidar de sí mismos. Las expresiones de necesidad y la evidencia de vulnerabilidad emocional son vistas despectivamente. Desde un punto de vista de la teoría del apego, su estilo de apego infantil es evitativo. Suele existir un área secreta de dependencia (p. ej. sustancia, pareja, mentor,) y pueden centrarse en enfermedades o lesiones que les da un motivo legítimo para ser cuidados. Son contrafóbicos, rara vez buscan psicoterapia. Necesitan aceptar sus necesidades dependientes como aspectos humanos normales y crear un

equilibrio saludable entre la conexión y la separación. Tolerar las protestas defensivas en torno a la independencia el tiempo suficiente permite crear una alianza terapéutica que posibilita la emergencia de necesidades dependientes tempranas e insatisfechas, seguidas de autonomía más genuina.

Personalidades ansioso-evitativas y fóbicas

McWilliams y Shedler afirman que muchos diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada como se define en los DSM, se comprenden mejor como un estilo de personalidad en el que la ansiedad es la experiencia nuclear de organización. El trabajo de Shedler y Westen (2004) sugiere que existe un espectro de ansiedad más amplio que el utilizado en el DSM, y en sus investigaciones basadas en el SWAP (Shedler, 2015; Westen et al., 2012), enfatizan un continuo global en lugar de subtipos categóricos de personalidad, incluyendo la personalidad ansiosa, evitativa y fóbica.

Según los autores, la ansiedad nuclear, se encuentra a lo largo de los rangos neurótico y *borderline*. A nivel psicótico, el pavor es tal que se sostienen en defensas primitivas externalizantes. Generalmente la patología severa se solapa con el área paranoide. En los niveles superiores de funcionamiento, aparentan ser histéricos (antiguamente *histeria de ansiedad*) u obsesivos, según cómo afrontan el miedo omnipresente, pero se caracterizan por el fracaso de ese estilo en mantener la angustia fuera de la conciencia. Los pacientes fóbicos y evitativos focalizan las ansiedades a objetos o situaciones específicas, las cuales evitan; otros pueden experimentar una sensación global de ansiedad sin saber su motivo (ansiedad flotante).

Contribuye a su constitución la disposición a la ansiedad o timidez. La temática central de sus conflictos gira en torno a la necesidad de seguridad frente a los sentimientos de amenaza y peligro. Frecuentemente existe la creencia irracional de que otros son fuentes de grandes peligros, o bien protectores mágicos. Las formas centrales de defensa son simbolización, desplazamiento, evitación y racionalización; algunas angustias incipientes pueden enmascarar otras específicas más perturbadoras (ansiedad en sí misma como defensa). Pueden ser tímidos y reservados, sentirse inferiores, inadecuados, indecisos e inhibidos, y tener dificultades para reconocer y describir sus sentimientos y pensamientos, desconectándose de la ansiedad.

La amplia experiencia clínica ha profundizado en angustias nucleares que son universales: ansiedad de separación, ansiedad de castración, ansiedad moral, y ansiedad de aniquilación. La ansiedad de aniquilación implica un terror a la fragmentación y la consiguiente pérdida del sentido de sí mismo (Kohut, 1977) o un terror a la destrucción con base en experiencias traumáticas pasadas. A mayor perturbación a nivel de organización, mayor probabilidad de que domine el cuadro clínico (Hurvich, 2003). Requieren una forma de terapia más profunda que las terapias de exposición tradicionales empíricamente validadas para tratar la ansiedad (Boulanger, 2007; Kirsten, Grenyer, Wagner y Manicavasagar, 2008).

El origen parece estar en la desregulación afectiva y el fracaso en el desarrollo estrategias de afrontamiento adecuadas (Schore, 2003). A menudo informan haber tenido cuidadores que, por su propia ansiedad, no transmitían calma o seguridad (encajan con un estilo de apego ansioso). La evidencia señala que los estilos de apego inseguros pueden cambiar lentamente hacia un apego más seguro en el contexto de psicoterapias de larga duración y profunda (Sroufe, 2005).

En la contratransferencia, los terapeutas se sienten abrumados y, por lo tanto, tentados a ofrecer alivio más allá el encuadre, frecuentemente aparecen sentimientos paternalistas. En terapia, se conectan sumisa y aprensivamente, buscando alivio. La prescripción de medicamentos ansiolíticos debe hacerse con gran precaución: en muchos casos desarrollan adicciones. Existe un pensamiento mágico acerca de que sus terapeutas tendrán una fórmula para resolver la ansiedad sin que ellos tengan que afrontarla. Se sienten pequeños, y se protegen obteniendo protección de aquellos a quienes otorgan ese poder salvador. Una vez que existe una alianza terapéutica segura, los pacientes fóbicos necesitan enfrentar los miedos, con exposiciones graduales a los objetos y situaciones temidos (Sadock y Sadock, 2008; Weinberger, 2014). Es importante tratar de ayudar al paciente a simbolizar y controlar sus estados; las técnicas de prevención respuesta y exposición, así como educación en mindfulness y meditación son beneficiosas (Wallin, 2007). Por último, a los pacientes *contrafóbicos*, aunque poco frecuentes en terapia, la defensa contra el miedo puede empujarles a exponerse a peligros, buscando una autoimagen de control y calma frente al peligro. Las contratransferencias pueden ser angustiantes, ya que los terapeutas ven los peligros reales en sus decisiones. Es fundamental trabajar lentamente antes de empujarlos a reconocer el miedo y puede haber un período con una reacción depresiva al renunciar al pensamiento mágico.

Personalidades obsesivo-compulsivas

McWilliams y Shedler los definen emocionalmente constreñidos, con un estilo defensivo basado en la rigidez, la reglamentación (procedimientos, orden, organización, horarios, etc.) y la intelectualización. Se ven a sí mismos como seres lógicos y racionales, poco influidos por emociones. Sus preocupaciones centrales son conflictos sobre la pérdida de control y la dicotomía entre el sometimiento ante las demandas de los demás (provoca rabia y vergüenza) y la necesidad de rebelarse y desafiarlos (provoca ansiedad y miedo a la retaliación). Los padres con tendencias controladoras pueden contribuir a este estilo de carácter y a conflictos característicos entre dar/retener, generosidad/egoísmo, sumisión/oposición. Se ha identificado que los cuidadores inoculan una expectativa de madurez en edades prematuras. Ven los afectos como expresiones inmaduras, rechazando el supuesto infantilismo y sobrevalorando la racionalidad y (p. ej. la ira solo es admisible cuando es defendible por su lógica o moral). Parecen temer la pérdida de control por impulsos agresivos, codiciosos o de desorden, por lo que su psiquismo se esfuerza por impedirlos. Su conciencia es patológicamente autocrítica y se tratan duramente (y a los demás). Siguen las reglas literalmente para alcanzar metas difícilmente alcanzables, se pierden en los detalles y posponen decisiones buscando la perfecta. Son escrupulosos hasta el extremo de que pueden tener problemas para relajarse, bromear y tener intimidad.

Aunque las cualidades obsesivas y las compulsivas expresan preocupaciones inconscientes similares y suelen presentarse juntas, no son idénticas: aquellos con tendencia obsesiva dependen crónicamente de sus pensamientos y juicios, mientras que los compulsivos tienden al acto, a estar meticulosamente ocupados y su autoestima depende de su perfeccionismo.

En terapia, pueden esforzarse por cooperar, pero resistirse encubiertamente a los esfuerzos del terapeuta (ej. olvidos en el pago o interrupciones anticipándose al terapeuta, son ejemplos del oposicionismo). Contratransferencialmente, la insistencia en la argumentación sin compromiso emocional auténtico puede ser exasperante. Se requiere una exploración sostenida y paciente de esos aspectos de la personalidad.

Personalidades esquizoides

McWilliams y Shedler aseguran que “esquizoide” es un término confuso en la literatura clínica. En el trastorno esquizoide de la personalidad del DSM, pueden manifestar graves déficits en las capacidades básicas e incluso sintomatología psicótica subsindrómica (p. ej., aplanamiento afectivo, pensamiento empobrecido). Los autores identifican la presentación esquizotípica entre los rasgos del nivel severo de organización (no lo consideran un síndrome en sí mismo). Westen et al. (2012) identificaron empíricamente un grupo de pacientes, que llamaron "esquizoide-esquizotípico", caracterizados por gran empobrecimiento interpersonal, emocional, y cognitivo. El PDM-2 identifica los rasgos esquizotípicos en los rangos más severos del funcionamiento de la personalidad.

Existen dos perspectivas: enfocada en el conflicto (necesidades de cercanía versus distancia) o en el déficit (detención del desarrollo). Dentro del psicoanálisis, permite comprender mejor la estructura psicológica desde el conflicto intrapsíquico, cuyos temores centrales se son el miedo a ser engullidos, controlados, invadidos, sobreestimulados o traumatizados por el otro (Klein, 1946), oscilando entre la distancia o la socialización normal pero focalizados en su mundo interior antes que al entorno relacional (Fairbairn, 1952), y reclusándose en entornos solitarios o fantasía (Winnicott, 1971). Pueden parecer indiferentes a la aceptación o rechazo, incluso ser excéntricos, pero la retirada física o hacia la fantasía es la defensa principal, en busca de un nivel tolerable de espacio.

Según los autores, son personas solitarias, que se sienten cómodos en soledad, pero que pueden sentir un profundo anhelo de cercanía, con elaboradas fantasías sobre la intimidad emocional y sexual, que su evitación oculta (Shedler y Westen, 2004). La generalización del DSM de que rara vez experimentan emociones fuertes no está respaldada por la experiencia clínica o la investigación.

Son beneficiosas las terapias que permiten la intimidad emocional, y respetan su necesidad de suficiente espacio interpersonal (Ridenour, 2014), comunicándose de manera particular o metafórica con referencias a sus intereses. En el nivel límite o psicótico, evidencian severas deficiencias en la comprensión de sus propios comportamientos y de los de otras personas, lo cual debe ser considerado de cara a la intervención.

Personalidades somatizadoras

Dentro de este estilo, básicamente las patologías y preocupaciones psicósomáticas son el medio de expresión de experiencias dolorosas no formuladas. Son comunes en todo el espectro de severidad, particularmente difíciles en el rango límite donde interfieren en la continuidad del tratamiento, y en el rango psicótico, donde pueden aparecer delirios somáticos. Existe escasa literatura empírica; la experiencia clínica sugiere la existencia de una personalidad con inclinación hacia la expresión de disforia en quejas corporales (McDougall, 1989), presentando una combinación confusa de hipocondría, preocupaciones, una enfermedad diagnosticable vinculada al estrés, o síntomas corporales que expresan vivencias no formuladas (conversión). A menudo, acuden resentidos y a la defensiva, por la insistencia de otros especialistas médicos, y es frecuente la adicción a los analgésicos.

La *hipocondría*, es una condición más grave caracterizada por una preocupación excesiva por el cuerpo, miedos exagerados de enfermedad física, un umbral bajo de malestar físico, rituales relacionados con el cuerpo preocupaciones, y la sustitución de las preocupaciones por vínculos. En una psicoterapia psicodinámica pueden reaccionar con paranoia cuando el terapeuta intenta explorar la transferencia.

Los pacientes somatizadores destacan por la existencia de alexitimia, que les previene defensivamente de sentir emociones intensas (McDougall, 1989). La evidencia señala que sus cuidadores no lograron fomentar la capacidad de representar sentimientos, dejando que sus cuerpos transmitan lo que sus mentes no podían (Van der Kolk, 1994, 2003). Haya existido o no alguna ganancia secundaria del papel enfermo, el dolor que sufren es real y debilitante. Su preocupación central está en el conflicto por la integridad frente a la fragmentación y destrucción del *self* corporal, se sienten frágiles, vulnerables, en peligro mortal, y sus emociones están afectadas por estrés. El estilo defensivo tiende a la regresión y la somatización. A menudo informan que se sienten repetidamente ignorados, en parte porque los oyentes se desconectan ante la frustración de sus esfuerzos por ayudar; posiblemente existan experiencias tempranas con cuidadores que no respondieron adecuadamente ante sus necesidades.

En terapia pueden mostrar impotencia u oposición, y generan irritación, impaciencia y aburrimiento, pero el terapeuta debe recordar que son quejumbrosos o molestos porque en sus esquemas internos se codificó la enfermedad como condición de ser cuidado. Tienden a enfermar y cancelar las citas cuando la terapia progresa. El reconocimiento empático de su sufrimiento es fundamental, acompañado un estímulo hacia sentir, nombrar y aceptar sus estados emocionales.

Personalidades histéricas-histriónicas

Los autores explican que antes del DSM-I, el término "histérico" designaba a pacientes organizados neuróticamente, e "histriónico/histeroide" a niveles limítrofes y psicóticos. El diagnóstico de DSM del TLP representa un estilo histérico-histriónico organizado en un nivel límite de severidad. Las preocupaciones centrales son el género, la sexualidad y su relación con el poder, ya que, inconscientemente, ven su sexo como débil o inferior en oposición al sexo opuesto como poderoso, excitante, asustador o envidiable. Tienden a la búsqueda de atención y a la seducción, a veces encubierta por una actitud naíf e inhibida (Horowitz, 1991; McWilliams, 2011).

Según McWilliams y Shedler, buscan el poder a través de la seducción, utilizando defensivamente la sexualidad para evitar los sentimientos de debilidad, y ganar un sentido de poder conquistando al género envidiado. Hacen alarde de su sexualidad de manera exhibicionista, pero se trata de una falsa hipersexualidad, ya que, en la intimidad sexual real, existen conflictos inconscientes de vergüenza hacia el cuerpo y temores de ser dañados; algunos evitan el sexo o no tienen respuesta sexual. Se ha observado la influencia de factores culturales en la expresión histérica (mayor frecuencia en culturas con roles de género estrictos y jerárquicos). En culturas occidentales tienden a dramatizar, mientras que en otras culturas inhiben la sexualidad (como en la Viena de Freud).

Los individuos que crecen decepcionados por un progenitor del mismo sexo y sobreestimulado por el sexo opuesto pueden desarrollar este estilo (p. ej., mujeres que tienden a describir a sus madres como frías, deprimidas o ineptas, y padres que llenan toda su vida); los progenitores pueden haber sido incluso inapropiadamente seductores o

sexuales. Temen por ello la sobreestimulación emocional interna, pero tienden a expresarlo teatralizando la emoción. Sus propios sentimientos y deseos evocan ansiedad. En algunos casos, los síntomas físicos inexplicables, expresan conflictos disociados (conversión). No identifican estados internos en consonancia con el comportamiento impulsivo que exteriorizan. Su exhibicionismo y competitividad van dirigidos a reasegurar su valor, pero únicamente en el ámbito de la sexualidad y género. De cara a la terapia, los autores señalan que son capaces de crear vínculos cálidos y estables. En el nivel de severidad neurótica, el despliegue seductor hacia el terapeuta del género deseado es frecuente. Dependiendo de su género, el terapeuta puede ser devaluado o idealizado. En el nivel de organización *borderline*, tienden a evocar miedo y exasperación, ya que su intensa ansiedad inconsciente los impulsa al *acting-out*; los intentos seductores pueden ser inquietantes. Los pacientes histriónico-histéricos pueden beneficiarse de los aspectos relacionales e interpretativos (exploratorios) de la psicoterapia, un vínculo seguro y estable para aprender a relacionarse de otros modos y cambiar su código sobre el género, sexo y poder.

Personalidades narcisistas

McWilliams y Shedler afirman que los individuos con problemáticas narcisistas existen a todo el continuo de severidad. Son individuos cuya preocupación se centra en el aumento o disminución de su autoestima, construyen una línea directriz en base a la convicción profunda de que necesitan ser perfectos para sentir satisfacción, y tienen fantasías de disfrute de riqueza, belleza, poder y fama. Cuando disminuye su autoestima, aparecen sentimientos de inferioridad, vergüenza, humillación, y desprecio y envidia hacia aquellos con los que se comparan y que disponen de aquello que desean. Suelen defender su herida mediante una combinación de idealización y devaluación de los otros (Bradley, Heim y Westen, 2005). Cuando idealizan a alguien, se sienten más especiales o importantes dependiendo de la asociación con esa persona; cuando devalúan a alguien se sienten superiores.

En el nivel neurótico pueden estar razonablemente adaptados a su entorno, trabajo e intereses, ser exitosos y encantadores socialmente (aunque tienen dificultades para la intimidad). En los niveles más patológicos, tengan o no éxito personal, sufren de difusión de identidad (a menudo oculta por su grandiosidad), carecen de una dirección moral interna y pueden tener conductas interpersonales destructivas y tóxicas

Kernberg (1984) caracteriza el tipo narcisista más problemático como *narcisismo maligno* (narcisismo mezclado con agresión sádica), situándolo en el continuo de la psicopatía. El trastorno de personalidad narcisista en el DSM describe a los más grandiosos o arrogantes, pero omite a pacientes avergonzados, tímidos, evitativos, sin éxito, que también comparten preocupaciones nucleares y fantasías de grandiosidad. La investigación en esta área ha coincidido en la dicotomía, con diferente terminología (p. ej. piel gruesa/piel fina, abierto /encubierto, etc.).

Russ, Shedler, Bradley y Westen (2008) identificaron un tercer subtipo: de alto funcionamiento/exhibicionista. Este último destaca por sus amplias fortalezas, con actitudes de búsqueda atención, conductas seductoras o provocadoras, y puede no actuar con arrogancia a pesar de la necesidad de grandiosidad.

Diamond y sus grupos de investigación (Diamond et al, 2013, Diamond et al, 2014) sugieren que las personas narcisistas tienen un estilo de apego inseguro (en ambos

polos ansioso y evitativo) como resultado de vínculos de apego confusos, con personas impredecibles y con intereses ocultos.

Según McWilliams y Shedler la experiencia subjetiva característica es el sentimiento de vacío interior, e incapacidad de placer auténtico (p. ej. trabajo, amor), que requieren una compensación constante de importancia y valor (en forma de estatus, admiración, riqueza, éxito). Cuando lo logran sienten euforia, con conductas grandiosas y arrogantes, sentimientos de tener derecho sobre los demás, y tratan con desprecio a quienes perciben inferiores. Con frecuencia tienen preocupaciones hipocondríacas y quejas somáticas.

Los terapeutas tienden a sentirse irrazonablemente idealizados o devaluados. La contratransferencia incluye aburrimiento, desapego, distracción, impaciencia, la sensación de ser invisibles y la presión a ser brillantes (Colli et al., 2014); si la vulnerabilidad es grande puede aparecer una contratransferencia paterna (Gazzillo et al., 2015). Los terapeutas contemporáneos adoptan una aproximación integradora, confrontando las defensas cuando son intensas, y con una sintonía empática hacia las heridas y vulnerabilidades cuando son accesibles. Puede existir un temor oculto al progreso en terapia, ya que implicaría asumir una inferioridad o fallas a mejorar, por lo que son terapias lentas, pero cualquier mejoría será positiva para el paciente y su entorno relacional. Para aquellos más psicopáticos puede ser más fácil en la mediana edad o más tarde, cuando la inversión narcisista se ha topado con límites y frustraciones vitales, y pueden tener una visión realista de su propia grandiosidad.

Personalidades paranoides

Según McWilliams y Shedler, los estilos paranoides más severos se encuentran principalmente en los niveles *borderline* y psicótico. Se caracterizan por emociones, impulsos e ideas insoportables que son rechazadas, o vividas con miedo y/o indignación. Los sentimientos proyectados son: hostilidad, por la convicción común de estar siendo perseguido por otros hostiles; dependencia, por considerarla humillantemente; y atracción, como la creencia de que otros tienen intenciones sexuales hacia ellos o hacia sus figuras de apego (p. ej., celos paranoides o erotomanía). Las emociones centrales son dolorosas: odio, envidia, vergüenza, desprecio, disgusto y miedo, que también pueden ser negadas y proyectadas.

El estilo se organiza defensivamente en torno a los temas de amenaza y angustias persecutorias sobre el poder del otro. Tienden a tener biografías marcadas por sentimientos vergüenza y humillación, esperando ser humillados o atacados, y adelantándose a estas expectativas hostilmente para evitar la agonía del ataque que creen inevitable. La suspicacia y la hipervigilancia muchas veces evocan las respuestas hostiles y humillantes que temen. Las defensas más comunes son: proyección, identificación proyectiva, negación, formación reactiva.

Se ha sugerido que han experimentado a un progenitor como seductor o manipulador y, en consecuencia, estarán alerta a ser explotados por el terapeuta u otros. Tienen serias dificultades para ponerse en el lugar de los demás, y son muy rígidos. La contratransferencia puede reflejar intensamente su proyección (impotencia, miedo a ser criticado), cuando el paciente expresa rabia y no muestra miedo ni vulnerabilidad. Se enfatiza la importancia de mantener a un actitud paciente, respetuosa, basada en los hechos y objetiva, especialmente cuando el paciente plantea preguntas. Recomiendan no

ser demasiado cálidos, ya que pueden estimular la regresión y alimentar suspicacias temidas sobre por qué el terapeuta es tan amable.

Personalidades psicopáticas

McWilliams y Shedler aclaran que prefieren el término clásico “psicopático”, porque el término “antisocial” del DSM no se ajusta a un estilo que no necesariamente tiene problemas con las normas ni son antisociales. Paradójicamente, muchas personas con personalidades psicopáticas logran la aprobación social y admiración. Muchos tienen problemas con las autoridades, aunque suelen eludir la responsabilidad por el daño que hacen a los demás. Las personalidades psicopáticas se encuentran principalmente en los niveles *borderline* y psicótico. El esquema nuclear gira en torno al poder y la manipulación, frente al miedo a ser manipulado por un mundo que perciben egoísta, manipulador, deshonesto y débil. Las emociones más frecuentes son la rabia y la envidia, y tienden a sentirse con derecho de hacer lo que deseen. Tienen una necesidad crónica de estimulación. El principal mecanismo de defensa es el control omnipotente.

En terapia, abordarles con simpatía y calidez, puede ser ineficaz por ser captado como signo de debilidad. Sin embargo, es posible tener una influencia terapéutica, si el terapeuta transmite una presencia poderosa, es escrupulosamente íntegro, y si reconoce las motivaciones en torno al deseo de poder. Igual que el estilo narcisista, cuando alcanza la mediana edad o más tarde puede ser más receptivo para una terapia porque su estado físico y mental ha menguado y ya experimentaron límites a su omnipotencia.

Personalidades sádicas

Actualmente, el antiguo trastorno de personalidad sádica (DSM-III-R) se solapa parcialmente con el trastorno antisocial, y a pesar de la relación con la psicopatía, se diferencian claramente. Se observan principalmente en entornos médico-forenses o pericial, y se presentes únicamente en los niveles psicóticos y *borderline*. Son individuos que se sienten emocionalmente muertos o estériles, y buscan el alivio de ese estado interno infligiendo daño y humillación, en su fantasía o realidad. Su motivación central implica controlar, subyugar y forzar al dolor o la humillación. Puede incluir la preparación metódica de un escenario sádico, donde se sienten con derecho a la dominación y deshumanización del otro (Bollas, 1995). Se caracterizan por afectos como el odio, la frialdad, el desprecio, y el placer (júbilo sádico). Las defensas principales son el desapego, el control omnipotente, la inversión. Fromm (1973) llamó *transformación de impotencia en omnipotencia* a la búsqueda de sometimiento. El sádico siempre elige objetivo a subordinados, más débiles y comparativamente impotentes (Shapiro, 1981). El componente sexual en el despliegue sádico es frecuente, pero no se puede incluir en este estilo de personalidad a aquellos que tienen fantasías o simbolizaciones sádicas sexuales. McWilliams y Shedler advierten que, en las contratransferencias, las reacciones de perturbación, inquietud latente, intimidación, escalofríos, deben ser tomadas en serio como indicio de sadismo y la necesidad de un plan de tratamiento que tenga en cuenta a posible peligrosidad. Indican que no existen casos registrados de psicoterapia exitosa para el sadismo caracterológico. La desorganización del apego, manifestado en la deshumanización o cosificación, impiden la alianza terapéutica.

Personalidades borderline o límite

Su conflicto central se centra en el miedo a la fragmentación, vinculado a sus necesidades de apego, y el terror y desesperación ante el abandono. Los autores señalan que la investigación sobre la personalidad límite, se asocian con el estilo desorganizado de apego o Tipo D. Es característico que sufran intensas emociones, especialmente rabia, vergüenza y miedo, que son incapaces de controlar de modo que comprometen su adaptación y sentido de continuidad. Son catastrofistas y requieren la presencia de otra persona para ayudar a regular su afecto y calmarse. En sus vínculos, oscilan entre sentimientos de ahogo y control, y un profundo miedo a ser rechazado y abandonado, malinterpretando al otro y sintiendo posible el rechazo y abandono.

Existen dificultades para conectar sus propias acciones y sentimientos, tienen fallas en la mentalización y empatía, a menudo interpretando los estados internos de los demás a través de la proyección, o asumiendo que otros piensan y sienten abandono, como ellos. Codifican a los demás de forma binaria (buena o mala). Tienen dificultades para sentir una sensación de continuidad en su propia experiencia, alternando bruscamente en sus emoción o autoimagen, sin notar inconsistencias. Despiertan frecuentemente emociones similares que las que experimentan. Sienten un vacío crónico interior y pueden entrar en un estado de trance disociado.

Las autolesiones les hacen sentir vivos, recuperar la calma y reconectados con sus cuerpos, y en otros momentos, las utilizan para atraer la atención de otras personas y/o manipularlas. Pueden comportarse sexual o agresivamente cuando se despiertan sus necesidades de apego. A menudo pueden ser impulsivos, y son incapaces de tener estabilidad y satisfacción en sus relaciones y vidas laborales estables.

Las recomendaciones generales del rango límite de gravedad se aplica a las personas con TLP diagnosticable.

Capítulo 2. Vittorio Lingiardi y Robert F. Bornstein. Eje-M - Perfil de funcionamiento mental

A continuación, se describen y definen brevemente las 12 áreas que evalúa este Eje, siguiendo el mismo orden del manual, divididas en cuatro bloques: procesos cognitivos y emocionales, identidad y relaciones, defensas y afrontamiento, y autoconocimiento y dirección. El procedimiento es más prolijo y detallado que la EEAG del Eje-V del DSM. En el manual, los autores ofrecen al profesional una exhaustiva lista de herramientas de evaluación para cada área, con base empírica y coherencia teórica con el PDM-2. Entre ellas hacemos una mención destacada al Procedimiento de Evaluación de Shedler–Westen–200 (The Shedler–Westen Assessment Procedure–200 o SWAP-200; Westen y Shedler, 2007) ya que es la única herramienta psicométrica de corte psicodinámico empíricamente validada y ampliamente utilizada en investigación, cuyos ítems cubren prácticamente todas las capacidades del Eje-M.

Cada área o capacidad, se puntúa en una escala tipo *lyckert* de 1 a 5 y la suma total de la escala (entre 12 y 60) permite situar cuantitativamente al paciente en el espectro de severidad del nivel de organización descrito anteriormente, dividido en siete rangos (incluye dos niveles, inferior y superior dentro de cada: neurótico, *borderline* y psicótico).

Procesos cognitivos y emocionales

Capacidad de regulación, atención y aprendizaje

Procesos regulación de atención y procesamiento de información aprendizaje de las experiencias.

Se utilizan las pruebas psicométricas clásicas que evalúan la inteligencia, la memoria de trabajo y la memoria autobiográfica/episódica, funciones neuropsicológicas, capacidad de aprendizaje, regulación y déficits atencionales:

Capacidad de rango afectivo, comunicación y comprensión

Refleja la capacidad del individuo para simbolizar experiencia afectivamente significativa (representarla mentalmente en lugar de somática o conductualmente) y verbalizar los estados afectivos de manera apropiada. Deficiencias en están relacionadas con tendencias alexitímicas.

Capacidad de mentalización y funcionamiento reflexivo

Capacidad de inferir y reflexionar sobre estados mentales propios y ajenos, y utilizar esta capacidad en interacciones interpersonales. Es simbólica, preconsciente (fuera del foco de atención) y permite comprender e interpretar los comportamientos en términos de estados mentales (p. ej., deseos, sentimientos, creencias, intenciones). Permite describir y expresar la vida interna; regular los afectos y desarrollar un sentido coherente de sí mismo.

Identidad y relaciones

Capacidad de diferenciación e integración (identidad)

Refleja específicamente la capacidad de construir y mantener una representación del yo diferenciada, realista, coherente y compleja (identidad) y los demás, y conectar estos conjuntos de representaciones (distinción Yo/otro, fantasía/realidad, representaciones internas de los objetos externos, presente del pasado y del futuro).

Capacidad relacional y de intimidad

Profundidad, satisfacción y estabilidad de los vínculos, y ajuste de la distancia-cercanía interpersonal, según sea necesario de acuerdo con las expectativas culturales. Refleja la calidad de las relaciones internas de objeto. Incluye la sexualidad, formada por la conciencia de deseos y las emociones, capacidad de participar en actividades sexuales placenteras y de combinarlas con la intimidad emocional.

Capacidad de regulación de autoestima y calidad de experiencias internas

Regulación y calidad de la captura de experiencia interna el nivel de confianza y autoestima que caracteriza la relación de un individuo a uno mismo, a los demás y el mundo. Autoconfianza y autoestima basado en percepciones positivas y los logros. Refleja un sentido de control interno, autoeficacia y agencia.

Defensas y afrontamiento

Capacidad de control de impulsos y regulación

Modulación y regulación de impulsos y su expresión adaptativa y apropiada. También detecta la inhibición de los impulsos. Implica un nivel de tolerancia a la frustración, y el reconocimiento los impulsos como medio de autorregulación. Refleja la capacidad de autorregulación en el desarrollo de hemisferio derecho, dependiendo de la calidad de los vínculos de apego.

Capacidad de funcionamiento defensivo

Estilos defensivos y expresión de estados internos; capacidad para modular ansiedad y el conflicto interno, ante los desafíos y amenazas externas. Define el nivel de distorsión en la percepción de sí mismo o la realidad.

Capacidad de adaptación, resiliencia y fortaleza

Capacidad adaptativa ante circunstancias inesperadas y cambios, afrontamiento eficaz ante incertidumbre, pérdida, estrés y desafíos. Refleja una elección consciente de la mejor respuesta. Incluye fortalezas como la asertividad, empatía, apertura ante puntos de vista alternativos. Cuando es óptimo, afrontan los obstáculos con un enfoque para el crecimiento y el cambio positivo.

Autoconciencia y autodirección

Capacidades de auto-observación (mentalidad psicológica)

Capacidad de observar su propia vida interna de forma consciente y realista, de forma adaptativa. Refleja el grado de introspección y el interés de autocomprensión.

Capacidad de construir y estándares e ideales internos

Sentido moral y la formulación de valores e ideales internos. Implica la consideración de uno mismo en el contexto de su cultura, y la toma de decisiones conscientes basadas en criterios coherentes y principios morales subyacentes. También implica una conciencia del impacto de las decisiones morales en otros.

Capacidad para dar sentido y propósito

Capacidad para construir una narrativa personal coherente que aporta un sentido de dirección y propósito, una preocupación por las generaciones venideras y una espiritualidad (no necesariamente religiosa) que le da sentido a la vida. Capacidad de pensar más allá de lo inmediato y considerar las implicaciones de las actitudes, creencias y comportamientos propios.

Capítulo 3. Emanuela Mundo y John Allison O'Neil. Eje-S - Patrones de síntomas: experiencia subjetiva

El tercer eje toma como punto de partida las categorías diagnósticas del DSM-5 y CIE-10, y describe los estados afectivos, procesos cognitivos, experiencias somáticas y patrones relacionales asociados a cada una. El valor de la propuesta reside en evitar el reduccionismo descriptivo, presentando en términos de experiencias personales y subjetivas las dificultades más comunes de los pacientes, así como las contratransferencias frecuentes hacia ellas por parte de los terapeutas. Incluye un

apéndice final con otras descripciones psicológicas que pueden requerir atención clínica (condiciones relacionadas con la identidad de género, orientación sexual, pertenencia a minorías).

El Eje-S se divide en 7 grandes categorías, muy similares a los sistemas DSM/CIE:

- Trastornos predominantemente psicóticos (S1): psicótico breve (incluyendo psicosis histérica, *Bouffée Délirante Polymorphe Aigüe*), trastorno delirante (paranoia pura), trastorno esquizotípico (esquizofrenia simple y residual), y esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo.
- Trastornos del estado de ánimo (S2): análogo a los trastornos del DSM/CIE. Incluyen trastornos afectivos maternos.
- Trastornos primarios de ansiedad (S3): el primer grupo son los trastornos de ansiedad igual que el DSM/CIE. El segundo grupo se centra Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados (dismorfofobia, acumulación, tricotilomanía, excoiación).
- Trastornos relacionados con eventos traumáticos y factores de estrés (S4): incluyen tres subcategorías, trastornos de adaptación, por estrés agudo y postraumático, y trastorno de estrés postraumático complejo. Encontramos también trastornos disociativos y de conversión.
- Síntomas somáticos y trastornos relacionados (S5): somatización, hipocondría y trastornos facticios.
- Trastornos de síntomas específicos (S6): trastornos de la conducta alimentaria, del sueño y la vigilia, y disfunciones sexuales, parafilias, trastornos de conducta y control de impulsos.
- Trastornos relacionados con adicciones y otras afecciones médicas (S7): el primer grupo incluye dependencia de sustancias y comportamentales (juego, adicción a Internet, adicción al sexo). El segundo, trastornos mentales debidos a otra condición médica y el trastorno neurocognitivo relacionado con el VIH.

Ilustración clínica y perfil PDM-2. Martin

Se trata de un hombre soltero heterosexual (39), con apariencia normal, primogénito de una familia de estatus socioeconómico elevado, con una única hermana (2 años menor). Su padre es un abogado de éxito, culto, de carácter fuerte y racional; describe a su madre como atenta, activa, pragmática, alineada con las creencias del padre, y poca capacidad de conexión emocional. Se describe a sí mismo ecuánime, adaptable, apegado a su madre y al abuelo materno, sociable aunque no particularmente abierto, tiende a actividades intelectuales y evitar el contacto social. Teme involucrarse emocionalmente por miedo a perder el control y padece bloqueos en la expresión emocional de sus experiencias, trasladándolas a una rumiación egosintónica. Refiere dificultades en establecer relaciones de pareja, añadiendo una acusada falta de autoestima, deseo sexual limitado, y preocupaciones en torno al rendimiento sexual.

Respecto a la historia del problema, al final de la adolescencia en el contexto de su examen final de instituto, sufrió ansiedad, sentimientos de fracaso e inadecuación, pensamientos intrusivos sobre su futuro y de imágenes no deseadas, que desaparecieron al aprobar el examen sin recibir tratamiento. Hasta entonces había sido un estudiante normal, impulsado por el sentido del deber y la sumisión hacia sus profesores. Dos años después comenzó una relación con una mujer, y tras una discusión después de un año juntos, sufrió un ataque de pánico, desarrollando agorafobia hacia espacios cerrados y transporte público. La ansiedad anticipatoria regresó antes de terminar su graduado en ciencias políticas (inadecuación, ideación rumiativa de ideas de fracaso). En terapia, los síntomas mejoraron hasta cierto punto, pero su terapeuta de entonces le derivó a un psiquiatra para una intervención farmacológica.

La ideación obsesiva (dudas penetrantes, replanteamiento constante, control de emociones consideradas inadecuadas), le produce, ansiedad, insomnio y aislamiento. No reconoció estas tendencias como problemáticas; se resistió al uso de ansiolíticos, en parte porque temía que pudiera disminuir su autocontrol. Hubo mejoría asociada a la prescripción de fluvoxamina durante 9 a 10 meses. La tendencia hacia la intelectualización le impulsó a comenzar un psicoanálisis hace 10 años (tres sesiones semanales), manteniendo la supervisión psiquiátrica. Su confianza en el análisis le llevó a suspender la medicación, por interferencia en su vida sexual.

Hace cinco años retoma el contacto con el psiquiatra debido a una notable reanudación de los síntomas, con sentimientos de impotencia, gran duda y angustia, aislando totalmente del contacto externo, con un incontrolable pensamiento obsesivo de temas extraños (p. ej. obsesión por la letra A, pensamientos autoreferenciales), y estado de alerta al sentir que no tenía vínculos de referencia, ni siquiera familiares. La crisis comienza tras un *impasse* en terapia, donde creía no poder entender más y se dio cuenta de que había utilizado la terapia como mecanismo para enfrentarse a su vida, incluso a nivel práctico, aumentando su percepción de inutilidad.

El terapeuta señaló la aparición de los síntomas en el contexto de una crisis vital. Destacó la tendencia del paciente de ponerle en el rol de salvador, delegando toda responsabilidad sobre él, y en otras ocasiones, se sintió impotente frente a la intelectualización y simbolización limitada, que hacía imposible acceder a su mundo interno, centrándose únicamente en aspectos prácticos. A pesar de la gravedad de los síntomas, Martín mantenía un procesamiento cognitivo adecuado, y su capacidad relacional comenzó a mejorar.

Diagnóstico DSM-5/CIE-10

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42)

Resumen diagnóstico PDM-2

Organización de la personalidad (Eje P). El conflicto intrapsíquico central se centra en la seguridad versus peligro. Sus defensas centrales son la evitación, simbolización, desplazamiento, la intelectualización, y racionalización. Las obsesiones y compulsiones son esfuerzos para reducir una elevada ansiedad, como forma de control simbólico sobre el mundo exterior.

Nivel de organización de personalidad. Neurótico Puntuación 5 (escala 1-10). En las cuatro funciones mentales básicas de la organización (escalas 1-10), puntúa 3 en Identidad, 5 en Relaciones de objeto, 6 en Nivel de defensas, y por último puntúa 7 en juicio de realidad.

Síndromes de personalidad. Personalidad ansioso-evitativa y fóbica. Puntúa 3 (escala de 1-5). Personalidad obsesiva-compulsiva. Puntúa 2 (1-5).

Funcionamiento mental (Eje M). Puntuación: 24. M6: Deficiencias significativas en la mayoría de las áreas del funcionamiento mental (rango = 19-25). Se añaden las dificultades en la diferenciación objeto-*self* e integración de identidad.

Patrones de síntomas (Eje S). S32.1. Trastorno Obsesivo compulsivo. Puntúa 2 en severidad (escala 1-5).

Referencias

- Abbass, A. A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Seven Leaves Press.
- Abbass, A. A., Kisely, S. R., Town, J. M., Leichsenring, F., Driessen, E., de Maat, S. y Crowe, E. (2014). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004687.pub4>
- Abbass, A., Town, J. y Driessen, E. (2011). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depressive disorders with comorbid personality disorder. *Psychiatry*, 74(1), 58–71.
- Akhtar, S. (1992). *Broken structures: Severe personality disorders and their treatment*. Aronson
- Berney, S., de Roten, Y., Beretta, V., Kramer, U. y Despland, J. N. (2014). Identifying psychotic defenses in a clinical interview. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 428–439.
- Blatt, S. J. y Bers, S. A. (1993). The sense of self in depression: A psychodynamic perspective. En Z. V. Segal y S. J. Blatt (Eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives* (pp. 171–210). Guilford Press.
- Blatt, S. J. (2008). *Polarities of experience: Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process*. American Psychological Association.
- Bollas, C. (1995). *Cracking up: The work of unconscious experience*. Hill & Wang.
- Bornstein, R. F. (1993). *The dependent personality*. Guilford Press.
- Bornstein, R. F. (2005). *The dependent patient: A practitioner's guide*. American Psychological Association.
- Bourke, M. E. y Grenyer, B. F. S. (2010). Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. *Psychotherapy Research*, 20, 680–691.
- Bourke, M. E. y Grenyer, B. F. S. (2013). Therapists' accounts of psychotherapy process associated with treating patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27, 735–745.
- Boulanger, G. (2007). *Wounded by reality: Understanding and treating adult onset trauma*. Analytic Press.

- Bradley, R., Heim, A. y Westen, D. (2005). Transference patterns in the psychotherapy of personality disorders: Empirical investigation. *British Journal of Psychiatry*, 186, 342–349.
- Bugas, J. y Silberschatz, G. (2000). How patients coach their therapists in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 37(1), 64–70.
- Caligor, E., Kernberg, O. F. y Clarkin, J. F. (2007). *Handbook of dynamic psychotherapy for higher level personality pathology*. American Psychiatric Association.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. y Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. American Psychiatric Association.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. y Kernberg, O. F. (2004). The Personality Disorders Institute/Borderline Personality Research Foundation randomized control trial for borderline personality disorder: Rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18, 51–72.
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G. y Lingardi, V. (2014). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171, 102–108.
- Diamond, D., Levy, K. N., Clarkin, J. F., Fischer-Kern, M., Cain, N. M., Doering, S., Hörz, S. y Buchheim A. (2014). Attachment and mentalization in female patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 5(4), 428-433.
- Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B., Levy, K. N., Hörz, S., Doering, S. y Clarkin, J. F. (2013). Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanalytic Inquiry*, 33, 527– 551.
- Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object-relations theory of the personality*. Basic Books.
- Frank, J. D., Margolin, J., Nash, H. T., Stone, A. R., Varon, E. y Ascher, E. (1952). Two behavior patterns in therapeutic groups and their apparent motivation. *Human Relations*, 5, 289–317.
- Fromm, E. (1973). *The anatomy of human destructiveness*. Fawcett.
- Gabbard, G. O. (2009). *Textbook of psychotherapeutic treatments*. American Psychiatric Association.
- Gazzillo, F., Lingardi, V., Del Corno, F., Genova, F., Bornstein, R. F., Gordon, R. y McWilliams, N. (2015). Clinicians' emotional responses and *Psychodynamic Diagnostic Manual* adult personality disorders: A clinically relevant empirical investigation. *Psychotherapy*, 52(2), 238–246.
- Grenyer, B. F. S. (2012). The clinician's dilemma: Core conflictual relationship themes in personality disorders. *ACPARIAN (Australian Clinical Psychologist)*, 4, 20–26.
- Grenyer, B. F. S., Deane, F. P. y Lewis, K. (2008). Treatment history and its relationship to outcome in psychotherapy for depression. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8, 21–27.
- Horowitz, M. J. (1991). *Hysterical personality style and the histrionic personality disorder*. Aronson.
- Hurvich, M. (2003). The place of annihilation anxiety in psychoanalytic theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 579–616.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kirsten, L. T., Grenyer, B. F. S., Wagner, R. y Manicavasagar, V. (2008). Impact of separation anxiety on psychotherapy outcomes for adults with anxiety disorders. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8, 36–42.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. International Universities Press.

- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. *International Journal of Psychoanalysis*, 27, 99–110.
- Millon, T. y Grossman, S. (2007). *Moderating severe personality disorders: A personalized psychotherapy approach*. Wiley.
- McDougall, J. (1989). *Theaters of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. Norton.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (2nd ed.). Guilford Press.
- National Health and Medical Research Council (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management*. British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists
- National Health and Medical Research Council (2012). *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. Author.
- Project Air Strategy. (2015). *Treatment guidelines for personality disorders* (2nd ed.). New South Wales Health and Illawarra Health and Medical Research Institute. www.projectairstrategy.org/content/groups/public/@web/@ihmri/documents/doc/uow189005.pdf.
- Reich, W. (1972). *Character analysis*. Farrar, Straus & Giroux. (Obra original publicada en 1933).
- Ridenour, J. M. (2014). Psychodynamic model and treatment of schizotypal personality disorders. *Psychological Assessment*, 13, 577–591.
- Reik, T. (1941). *Masochism in modern man*. Farrar & Rinehart.
- Russ, E., Shedler, J., Bradley, R. y Westen, D. (2008). Refining the construct of narcissistic personality disorder: Diagnostic criteria and subtypes. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1473–1481.
- Sadock, B. J. y Sadock, V. A. (2008). *Kaplan y Sadock's concise textbook of clinical psychiatry* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. Norton.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. Basic Books.
- Shapiro, D. (1981). *Autonomy and rigid character*. Basic Books.
- Shapiro, D. (1989). *Psychotherapy of neurotic character*. Basic Books.
- Shapiro, D. (2002). *Dynamics of character: Self-regulation in psychopathology*. Basic Books.
- Shedler, J. y Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: Integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1350–1365.
- Shedler, J. (2015). Integrating clinical and empirical perspectives on personality: The Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP). En S. K. Huprich (Ed.), *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment*. American Psychological Association.
- Sherwood, V. R. y Cohen, C. P. (1994). *Psychotherapy of the quiet borderline patient: The as-if personality revisited*. Aronson.
- Schmideberg, M. (1959). The borderline patient. En S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry* (Vol. 1, pp. 398–416). Basic Books.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and Human Development*, 7, 349–367.
- Town, J. M., Abbass, A. y Hardy, G. (2011). Shortterm psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A critical review of randomized controlled trials. *Journal of Personality Disorders*, 25(6), 723–740.

- Vaillant, G. E. (1971), Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24, 107–118.
- Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: A guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Press.
- van der Kolk, B. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253–265.
- van der Kolk, B. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12, 293–317.
- Wallin, D. (2007). *Attachment in psychotherapy*. Guilford Press.
- Weinberger, J. (2014). Common factors are not so common and specific factors are not so specified: Toward an inclusive integration of psychotherapy research. *Psychotherapy*, 51, 514–518.
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works: Process and technique*. Guilford Press.
- Westen, D. y Shedler, J. (1999a). Revising and assessing Axis II: Part. I. Developing a clinically and empirically valid assessment method. *American Journal of Psychiatry*, 156, 258–272.
- Westen, D. y Shedler, J. (1999b). Revising and assessing Axis II: Part II. Toward an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273–285.
- Westen, D. y Shedler, J. (2007). Personality diagnosis with the Shedler–Westen Assessment Procedure (SWAP): Integrating clinical and statistical measurement and prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 810–822.
- Westen, D., Shedler, J., Bradley, B. y DeFife, J. A. (2012). An empirically derived taxonomy for personality diagnosis: Bridging science and practice in conceptualizing personality. *American Journal of Psychiatry*, 169, 273–284.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Routledge.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. y Kernberg, O. F. (2015). *Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. American Psychiatric Association.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120, 373–377.