

Psicoterapia relacional del Trastorno Límite de Personalidad – Parte II.

Relational psychotherapy of borderline personality disorder, II.

José Manuel Martínez Rodríguez ^a, Beatriz Martín Cabrero ^b.

^a *Psiquiatra. Analista Transaccional Docente y Supervisor. Psicoterapeuta Integrativo Docente y Supervisor Internacional. Servicio de Psiquiatría del Hospital Río Hortega. Valladolid, España.* ^b *Psicóloga Clínica. Analista Transaccional Certificada. Psicoterapeuta Integrativa Certificada. Servicio de Psiquiatría del Hospital Son Llútzter. Palma de Mallorca, España.*

Correspondencia: José Manuel Martínez Rodríguez (Inst.atpi@gmail.com)

Recibido: 26/01/2015; aceptado con modificaciones: 10/03/2015

RESUMEN: El presente artículo constituye la segunda parte de dos artículos dedicados a la psicoterapia relacional del trastorno límite de personalidad. En el artículo se describen los métodos relacionales de tratamiento y las distintas dimensiones en la relación terapéutica que ayudan a reintegrar los aspectos escindidos o disociados de la personalidad, entre ellas la implicación del terapeuta, la sintonía con el paciente, la indagación multidimensional de la experiencia de éste, el abordaje relacional de la transferencia y la contra-transferencia. El objetivo del tratamiento es reparar los aspectos deficitarios del self, mejorar la contención de los afectos, estabilizar las relaciones afectivas y reducir la impulsividad mediante la resolución del sistema relacional escindido del paciente.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de personalidad límite, Psicoterapia, Psicoterapia relacional, Análisis transaccional, Psicoterapia integrativa, Psicoanálisis relacional.

ABSTRACT:The current article is the second part of two devoted to relational psychotherapy in borderline personality disorders. The relational methods of treatment are described and also different dimensions of therapeutic relationship that help to reintegrate split or dissociated fragments of personality, among others therapist involvement, attunement to the patient, multidimensional inquiry and a relational approach to transference and countertransference reactions. The goal or treatment is to repair deficits of self experience, to improve emotional regulation, to establish affective relationships and to reduce impulsiveness by means of integration of the split relational system of the patient.

KEY WORDS: Borderline personality disorder, Psychotherapy, Relational psychotherapy, Transactional analysis, Integrative psychotherapy, Relational psychoanalysis.

Construcción de una relación terapéutica intersubjetiva

En la terapia relacional del trastorno límite de la personalidad la relación terapéutica es el instrumento privilegiado de trabajo para la resolución de los aspectos deficitarios y los conflictos que han generado la psicopatología en el paciente (1). Erskine, Moursund y Trautmann (2) han descrito detalladamente las diferentes variables que ayudan a reintegrar los aspectos escindidos o disociados de la personalidad en una terapia relacional orientada al contacto identificando como aspectos relacionales clave la indagación multidimensional de la experiencia, la sintonía con el cliente y la implicación del terapeuta mediante intervenciones de reconocimiento, de validación, de normalización y otras que manifiesten su presencia en la relación terapéutica.

El objetivo de la primera etapa en el tratamiento de los pacientes con trastorno límite es que el paciente consiga utilizar su capacidad adulta para tomar conciencia de sus conflictos, distinguir entre reacciones adaptativas y desadaptativas, identificar la forma en que contribuye a los problemas interpersonales, y asumir su propia responsabilidad en los mismos. Esta fase se puede considerar alcanzada cuando la persona puede emitir juicios realistas sobre sus propios problemas y está en condiciones de elaborar una alianza de trabajo operativa con el terapeuta.

Esta fase comienza con el conocimiento mutuo y el establecimiento de una relación empática. En la literatura la empatía ha sido definida como una reacción emocional de características similares al estado emocional que atraviesa el paciente (3-6) o como una experiencia vicaria de dicho estado (7). Sin embargo, así definida se refiere únicamente a un estado de la mente del terapeuta. Desarrollando los aspectos interpersonales de este concepto en psicoterapia, Clark (8) ha definido como transacción empática la transacción única que viene representada por el hecho de comunicar la empatía al cliente. El estímulo de la transacción brota del terapeuta que envía un mensaje empático al paciente y la respuesta viene del cliente con su experiencia de sentirse o no entendido. Así pues, se produce una transacción empática cuando el terapeuta comunica su entendimiento o comprensión de lo que el cliente está experimentando seguida por la confirmación del paciente de que se siente entendido. Este tipo de transacciones conduce a crear una relación confiable y segura muy importante en el tratamiento de los trastornos límite. La confianza básica es la percepción del paciente que ve la relación con el terapeuta como segura, confiable y no amenazante. La utilización continuada de transacciones empáticas conduce a la formación de un vínculo empático con los pacientes límites. Este vínculo les permitirá a la larga sentirse suficientemente seguros como para revivir estadios arcaicos de su desarrollo en la terapia.

Es por otra parte de particular importancia asegurar una buena alianza de trabajo con estos pacientes. Este puede llevar un período muy prolongado de la terapia, pero es un punto clave para avanzar en la misma. La alianza terapéutica o alianza de trabajo es un tipo particular de vínculo psicoterapéutico caracterizado por una relación de cooperación entre paciente y terapeuta. Sterba (9-10) fue el primero en destacar la importancia de la identificación positiva del paciente con su terapeuta para trabajar en la consecución de las tareas terapéuticas establecidas en común. Zetzel (11) distinguió entre transferencia y alianza sugiriendo que la alianza era la parte no neurótica de la relación entre terapeuta y paciente que posibilita el insight y el uso de las interpretaciones para distinguir entre las experiencias relacionales del pasado y la relación real con el terapeuta. Esto mismo plantea Berne (12) cuando destaca la existencia de una relación adulta entre terapeuta y paciente al margen de la relación transferencial, haciendo así énfasis en la existencia de una relación genuina y no neurótica entre ambos. Esta filosofía conduce a considerar la realización de acuerdos

de trabajo con el paciente como parte de la terapia. Inicialmente fue introducida por el análisis transaccional y viene sustentada por las aportaciones de Luborsky (13-14) que subrayan la importancia de acordar tareas y objetivos entre terapeuta y paciente como aspecto importante para establecer la alianza y para el proceso de cambio.

La alianza de trabajo con los pacientes límites se fortalece mediante la formulación de contratos de trabajo consensuados y delimitados en el tiempo en orden a alcanzar objetivos compartidos cuya pertinencia es aceptada por ambos participantes en la díada terapéutica (12, 15-18). El establecimiento de objetivos terapéuticos consensuados contribuye a dar dirección y estructura a la experiencia del cliente en la terapia y ayuda a contenerla. Proporciona una orientación del presente hacia el futuro y una referencia de trabajo conjunta. A la vez subraya la necesidad de que el paciente se ponga en contacto con sus propios deseos, sus necesidades e identifique aspectos realistas en sus relaciones.

Para alcanzar una alianza de trabajo operativa es necesario hacer desde el comienzo del tratamiento una distinción entre expectativas grandiosas o irreales y objetivos factibles y realistas. Buena parte del trabajo terapéutico en esta primera fase consiste en elaborar dichas expectativas y ajustarlas a la consecución de metas posibles.

Durante esta etapa terapeuta y cliente se conocen mutuamente y tienen lugar las primeras transacciones empáticas que serán la base para la construcción de una relación de confianza. El terapeuta escucha y se interesa por la experiencia del cliente, realizando indagaciones fenomenológicas sobre la experiencia del paciente, la forma en que experimenta sus dificultades, las reflexiones o creencias que éstas suscitan, sus reacciones emocionales, sus patrones de comportamiento. Este tipo de indagación implica que el terapeuta reconoce la existencia de su mundo interno, que posee una mente propia, y también que el cliente tiene capacidad para pensar sobre su experiencia. Esta toma de conciencia fortalecerá progresivamente la capacidad de observación y actuación adulta dentro y fuera de las sesiones.

Tal y como hemos descrito en otra publicación (19) la estructura intrapsíquica de base del paciente se pone de manifiesto en los aspectos interpersonales que se despliegan fuera y dentro de la relación terapéutica. Se le invita a que lleve a la sesión sus observaciones para que puedan ser objeto de análisis conjunto. En esta primera fase el terapeuta aprende de su cliente la organización psíquica que está en la base de sus vivencias, las normas que le sirven para autorregularse, sus creencias sobre sí mismo, el mundo y los otros; sus fantasías; sus introyecciones; identifica aspectos escindidos o disociados y también las defensas que utiliza para afrontar el estrés y sus estados emocionales intensos. También la forma en que se relaciona, las circunstancias en que se realizan proyecciones activas, así como la reacción del entorno.

Una de las metas más importantes de esta fase es que el paciente pueda distinguir vivencialmente entre pensamientos, sentimientos y comportamientos. Este

trabajo es analítico pero también fenomenológico y principalmente utiliza como material de trabajo los acontecimientos externos a los que reacciona el paciente, y, más adelante, lo que ocurre durante las sesiones. El trabajo de indagación en la experiencia fenomenológica actual del cliente le ayuda a identificar sus emociones, ubicarlas en secuencias interpersonales, darlas significado contextual en sus relaciones, incluida la relación terapéutica, identificar los aspectos transferenciales y los prototipos arcaicos de sus patrones de relación interpersonal. Por otra parte el terapeuta valida las emociones del cliente que subyacen a sus comportamientos, lo que implica que tienen un significado en su mundo interno. Las intervenciones de validación no implican la justificación de la experiencia emocional del paciente sino simplemente el reconocimiento de que ésta tiene un significado específico.

Más adelante el terapeuta vehicula al paciente lo que observa en el proceso de la sesión e indaga respetuosamente por la experiencia del cliente en la misma, le pregunta por sus pensamientos, sus sentimientos, sus reacciones corporales, y las pone en relación con lo que ocurre en el proceso terapéutico. El terapeuta ayuda al cliente a dosificar su experiencia emocional de forma que se establezca de hecho un espacio de contención de vivencias desbordantes.

Parte del trabajo en esta primera fase es distinguir entre las conductas del cliente que resultan adaptativas y las que implican una regresión a soluciones defensivas establecidas previamente en el desarrollo evolutivo. El terapeuta escucha y valida el significado y la importancia que tienen para el sujeto sus actuaciones defensivas, si bien la elaboración regresiva de dichas vivencias se postpone para un momento mucho más avanzado de la terapia.

A. acude diariamente a un Hospital de Día, al que se aferra ansiosamente y del que se siente dependiente. Sorpresivamente un día comienza la sesión pidiendo el alta. Su terapeuta le pregunta por sus razones y respeta su decisión, considerando la importancia de que A. tenga la experiencia relacional de sentirse escuchada y respetada. Pasadas dos semanas, la paciente solicita reiniciar tratamiento en el Hospital de Día. Mediante una indagación respetuosa, la terapeuta se interesa por sus vivencias durante el tiempo transcurrido y valida su experiencia emocional. A continuación ésta comienza a hablar del miedo e inseguridad que experimenta en su vida y en sus relaciones. También la forma en que este miedo estimula actuaciones impulsivas. La terapeuta le invita a reflexionar sobre este patrón de comportamiento y su relación con el alta voluntaria que solicitó recientemente.

Mediante la indagación fenomenológica el paciente toma conciencia de sus formas idiosincráticas de hacer frente a las situaciones de estrés y a identificar y comprender los aspectos escindidos de su experiencia. Este último aspecto es crucial para que las personas con trastorno límite puedan tener claridad sobre los aspectos confusos de su identidad y sobre sus relaciones interpersonales escindidas e inestables.

En esta fase se dan situaciones transferenciales que ponen “a prueba” la confiabilidad del/la terapeuta y de la relación terapéutica. Son un adelanto de lo que mucho más adelante en el proceso terapéutico aparecerá como una relación transferencial a trabajar y resolver. El abordaje de la transferencia en esta fase se realiza como si las reacciones transferenciales hacia la/el terapeuta únicamente tuvieran que ver con el presente. No se trabajan los antecedentes arqueopsíquicos que están en el origen de la repetición transferencial. El análisis se enfoca en posibilitar al cliente la toma de conciencia de las creencias, sentimientos y emociones que se encuentran en la base de sus conductas. La validación de todas esas vivencias internas resulta de enorme importancia para el establecimiento de una relación terapéutica que pueda sostener un trabajo a largo plazo.

Tras llevar unas semanas hablando de sus ideas de suicidio y su firme intencionalidad de matarse, C. comienza una sesión diciendo que “se encuentra muy bien”, que se ha sentido bien con su pareja el fin de semana y que tiene pensado “avanzar” y reiniciar actividades que había abandonado hacía meses. Su terapeuta no entiende este cambio repentino en la temática de las sesiones. Con un interés real por conocer los motivos del mismo, lo señala y le pregunta por ello. Sincerándose C. explica que estaba hablando desde su “máscara” social porque era lo que pensaba que nosotros, los profesionales, esperamos de ella, y que se siente “presionada” para hacerlo así. Su terapeuta indaga respetuosamente mediante una exploración libre de juicios y crítica el punto de vista de la paciente y su experiencia interna de sentirse “presionada a estar bien”. Valida su miedo a ser rechazada por la terapeuta por no mejorar; al mismo tiempo que perfila una discriminación entre la relación real y la relación transferencial, entre los aspectos transferenciales de la relación temida y los de la relación necesitada. Finalmente C. expresa sobre sí: “en realidad soy yo quien se presiona a sí misma de la misma forma en que me presiona mi madre”. Su terapeuta puede observar como, a medida que la paciente experimenta el reconocimiento a la existencia de sus sentimientos y validación de los mismos, libera progresivamente tensión a través de la respiración.

Tabla 1.

Componentes del tratamiento relacional de los trastornos límites

Construcción de una relación terapéutica basada en el contacto intrapsíquico e interpersonal.
Elaboración de una alianza de trabajo consensuada con objetivos y tareas de trabajo.
Transacciones empáticas
Indagación fenomenológica
Diferenciación de pensamientos, sentimientos y comportamientos.
Identificación de la relación entre comportamientos, sentimientos y pensamientos.
Validación de las experiencias internas.
Distinción entre pensamientos, emociones y comportamientos defensivos y otros adaptativos.
Identificación de la función relacional de los pensamientos, emociones y comportamientos defensivos
Control adulto de los acting outs.
Identificación de estados del ego escindidos, disociados y/o autogenerados.
Identificación de sistemas relacionales escindidos.
Elaboración relacional de la transferencia y la contratransferencia.
Elaboración de los impasses terapéuticos como momentos claves
Identificación y respuesta a las reacciones de yuxtaposición
Indagación histórica de los patrones de comportamiento y de la transferencia.
Sintonía afectiva, cognitiva, rítmica, con el momento evolutivo y con las necesidades relacionales del paciente.
Normalización de las respuestas emocionales arcaicas.
Identificación de experiencias genuinas del Self.
Implicación y presencia terapéutica ante las experiencias de vulnerabilidad.
Identificación de las necesidades actuales
Identificación de un plan de vida.

Trabajo intrapsíquico e interpersonal. Control de los acting outs.

Esta fase requiere que el terapeuta y el cliente hayan establecido previamente una alianza de trabajo efectiva y operante y su objetivo es que el sujeto pueda controlar sus acting outs en situaciones de estrés. Como decíamos más arriba la alianza de trabajo se expresa en la formulación de contratos de trabajo consensuados y delimitados en el tiempo para alcanzar objetivos compartidos cuya pertinencia es aceptada por ambos participantes en la diada terapéutica. El contenido de los contratos en esta fase se va a centrar en el análisis en profundidad de las vivencias intrapsíquicas e interpersonales y alcanzar el control de los acting outs. Hasta que el paciente no entienda la función intrapsíquica de sus comportamientos disfuncionales es improbable que pueda controlarlos. Así pues éstos son objeto de análisis y elaboración con un abordaje relacional. En este proceso, el/la terapeuta ayuda con su indagación a la distinción entre comportamientos y sentimientos con función defensiva de otros genuinos, la identificación de secuencias de comportamiento problemático en las relaciones interpersonales fuera del despacho y la clarificación de cuál es la función defensiva de determinados comportamientos.

ORIGINALES Y REVISIONES

M. es una mujer de 37 años de edad que al principio de su terapia presentaba reacciones emocionales explosivas e incontroladas. Éstas tenían como función, por un lado, reprimir emociones y sentimientos genuinos que no sabía tolerar ni gestionar en sus relaciones, y por otro, crear un impacto en sus figuras de afecto. M. acude una de sus sesiones individuales con visible malestar: está seria, apenas establece contacto visual, su rostro expresa tristeza y desesperación; se sienta en la silla cabizbaja, con los hombros más inclinados de lo habitual. Explica que “se encuentra mal” porque en este tiempo se ha estado “dejando la piel” y su madre no lo ha percibido ni valorado; siente que se ha estado esforzando mucho y no “ha servido para nada”. La terapeuta piensa que existe el riesgo de que, una vez más, M. se defienda de los sentimientos de desvalorización e invalidación en la relación con su madre a través de un episodio de rabia descontrolada. La reacción contra-transferencial de la terapeuta es de miedo sentido como una leve opresión en el pecho y el estómago. Además, tiene la hipótesis de que con su reacción M. está reviviendo transferencialmente en la relación terapéutica una parte de la relación infantil con su madre. Siendo muy pequeña M. experimentó en su entorno familiar la experiencia vergonzosa de que sus sentimientos no se consideraban “ajustados a la realidad” y que estaban “equivocados”. No había tenido la experiencia de expresar sentimientos de malestar y ser tenida en cuenta en la relación con personas significativas. En su lugar había encontrado la forma de crear impacto en los otros atemorizándoles mediante el descontrol emocional. A medida que la terapeuta valida en la sesión su necesidad de sentirse valorada y reconocida por sus esfuerzos, tanto por su madre como en la relación terapéutica, la paciente se va calmando. Esta es invitada a hablar de cómo se siente en la terapia mostrando así la terapeuta su disposición a escuchar y tener en cuenta su experiencia interna. Su objetivo es que M. pueda experimentar el sentirse tenida en cuenta sin necesidad de utilizar estrategias defensivas. Se crea así un espacio donde puede hacerse consciente de sus defensas emocionales y discriminarlas de sus sentimientos genuinos.

Una de las adquisiciones de esta fase es un control incrementado de los acting outs por parte del paciente a medida que la relación terapéutica se convierte en un espacio donde entender la experiencia interna. El paciente va tomando conciencia de estados del ego escindidos o contradictorios. Como resultado se abre la posibilidad de analizar el tipo de relaciones interpersonales que se asocian a distintos estados del ego, los ámbitos y estímulos interpersonales que estimulan cada uno de estos sistemas relacionales escindidos y la reflexión sobre la oscilación entre estados del ego escindidos y contradictorios.

El paciente identifica los distintos aspectos de su personalidad y la dificultad para integrarlos. Junto a ello comienza a entender el papel de las introyecciones y

de las proyecciones en su comportamiento. Empieza a apreciar la dinámica intrapsíquica entre los distintos aspectos de su personalidad y la influencia que tiene en sus relaciones interpersonales (19).

J. está elaborando sentimientos profundos que hace unos años no toleraba sentir. En situaciones en las que se sentía humillado, conectaba con un sentimiento de odio destructivo que a menudo no lograba controlar. Se imaginaba a sí mismo humillando a otros y “destrozándolos psicológicamente”, incluso “matándolos”. En este estado se agitaba y se sentía compelido a pelear verbalmente y a hacer actings outs. La imagen que tenía de sí mismo por sentir odio y fantasías destructivas era la de ser despreciable. En el transcurso de su terapia había logrado controlar sus actings. También se había hecho consciente de los sentimientos destructivos y de la vergüenza que le producían. Esta vergüenza era tan profunda que eludía hablar de ella con su terapeuta. En una sesión, J. comenzó a hablar de una forma confusa de su sentimiento de desprecio hacia sí mismo. Su terapeuta indagó respetuosamente sobre su experiencia y a partir de ahí, J. fue haciéndose consciente de que esa parte de sí despreciativa era la misma que menospreciaba a los demás. En un clima de confianza y seguridad, J. pudo verbalizar sus más genuinos sentimientos sin experimentar vergüenza y encontrar respuesta a su necesidad relacional de ser escuchado y comprendido en su experiencia sin que el otro se alejara con miedo o le etiquetara de “loco”. De esta manera, J. pudo elaborar esos sentimientos, su utilidad defensiva en el pasado y en el presente, y distinguir lo que imaginaba en la fantasía y lo que vivía en la realidad.

El paciente comienza a experimentar y tolerar las emociones genuinas de las que se ha defendido mediante acting outs. La relación terapéutica permite contener los afectos intolerables y pensar sobre ellos gracias a la presencia del terapeuta y a su respuesta sintónica con las características de las emociones implicadas, su correlato fisiológico, el nivel evolutivo en que se produjo la ruptura relacional y las necesidades relacionales que quedaron descubiertas (2, 20-21).

E. es una paciente que lleva cuatro años en terapia y que después de varios años ha conseguido iniciar una relación de pareja. Un día, llama a su terapeuta con una emergencia. Explica que se encuentra muy mal porque ha tenido una crisis de ira durante la cual se ha golpeado desencadenada por un comentario de su pareja. E. no puede entender sus reacciones desproporcionadas, está asustada. Hablando con su terapeuta, consigue tranquilizarse lo suficiente hasta la siguiente sesión. En ella E. explica que desde la crisis ha seguido sintiéndose muy mal, y que no sabe qué le ocurre. E. está desbordada por emociones que no identifica y no comprende, y de las que se protege mediante acting outs en forma de explosiones de ira. Su terapeuta indaga respetuosamente cómo se había sentido ante el comentario de su pareja y repasa

con ella los posibles sentimientos que acompañaron a su rabia inicial, hasta que, al mencionar el sentimiento de vergüenza, la paciente se siente profundamente emocionada. E. puede ahora llorar junto a su terapeuta. Esto es muy significativo dado que el origen de su vergüenza tiene que ver con el hecho de estar en una relación de dependencia emocional y económica con su pareja que es paralela a la dependencia emocional con su terapeuta. Ambas exploran la situación de poder llorar en compañía; también la creencia sobre sí misma de “ser cansina” experimentada por E. cuando siente la necesidad de apoyarse en otro. También hablan de la experiencia subjetiva de la terapeuta en el proceso de ayudarla a buscar significado a sus emociones. Todo esto contrasta con la experiencia de soledad arcaica de la paciente, de humillación no reconocida en sus relaciones y de falta de contención de sus vivencias.

El/la terapeuta aprende a distinguir la función de los estados del ego escindidos y de los disociados. Indaga con el paciente el origen evolutivo de las reacciones disociativas, en el caso de existir, sus antecedentes y elabora los aspectos traumáticos de las mismas. La sintonía evolutiva, afectiva y relacional del terapeuta es muy importante a este respecto. También se identifica la función de las introyecciones y de los fragmentados escindidos y autogenerados que sirven para regular su conducta. Realiza indagaciones respetuosas sobre los orígenes de la estructura arqueopsíquica escindida y la función relacional de los estados del ego correspondientes.

En la terapia relacional el terapeuta sintoniza con el cliente a un nivel multidimensional: afectivamente, rítmicamente, cognitivamente, con el nivel de regresión evolutiva del paciente, con sus necesidades relacionales, etc., lo que permite que el paciente límite pueda reparar en el contexto de la relación terapéutica los déficits de mentalización previos. Durante esta etapa es muy importante identificar, señalar y elaborar las reacciones defensivas del paciente que tienen lugar ante las características positivas de la relación terapéutica en este contexto relacional. El paciente puede rechazar la terapia precisamente porque la experiencia relacional es adecuada a sus necesidades frustradas y esa experiencia hace que sus experiencias arcaicas presionen para hacerse dolorosamente conscientes. Este fenómeno transferencial negativo ha sido denominado “reacción de yuxtaposición” por Erskine (2, 21).

Elaboración relacional de la transferencia y contratransferencia. Trabajo sobre la estructura escindida.

Cuando el paciente ha adquirido la capacidad de controlar sus acting outs se abre la posibilidad de iniciar un análisis y elaboración relacional de la transferencia (22-23). El objetivo final de esta fase es la resolución de la estructura escindida que, como ya

hemos señalado en otros trabajos (19, 24), es para diversos autores el aspecto nuclear en las estructuras límites en general y en el trastorno límite de la personalidad en particular. Las proyecciones transferenciales en los trastornos límites de la personalidad son complejas. En estos trastornos no sólo se proyectan introyecciones edípicas sino también preedípicas. En estas últimas la representación del otro introyectado está más indiferenciada dado que, al responder a rupturas relacionales muy precoces en el desarrollo evolutivo, la percepción de las figuras de apego está muy distorsionada por la fantasía (22, 25-31). La pérdida que el sujeto experimenta en la relación corresponde a la de una figura muy idealizada a cuyas demandas la persona se adaptó escindiendo de sí una parte que Little (32) denomina “self vulnerable aislado”.

Hay que tener en cuenta también que las introyecciones postedípicas en los trastornos límites pueden corresponder a introyectos muy hostiles, abusivos, crueles, negligentes o abandonicos (33-35). Para preservar la relación con las figuras parentales el paciente lucha por mantener su idealización mediante la creación de estructuras intrapsíquicas autogeneradas, que sirven para mantener la negación del efecto de los cuidadores primarios sobre el niño. Fairbairn denominaba coloquialmente a estas estructuras “saboteador interno” (36-37), ya que es una parte de la personalidad que desprecia las necesidades relacionales, y Erskine (21, 38) las denomina “padre autogenerado” debido a la influencia y el control regulatorio que ejercen sobre la experiencia de sí mismo. Para este último autor tienen la cualidad de un estado del ego fijado, que aleja a la persona tanto de la percepción de la realidad parental como de la conciencia de las propias necesidades y deseos. Tales fantasías infantiles primarias funcionan para este autor como una protección intrapsíquica y pueden ser terroríficas y punitivas o grandiosas y maravillosas. En las terroríficas el sujeto proyecta en el exterior un introyecto persecutorio y así el peligro se externaliza. En las nutritivas el sujeto proyecta una imagen idealizada sobre el terapeuta debido a su deseo de obtener una fusión simbiótica con un padre idealizado y omnipotente “totalmente bueno” y sentirse así protegido contra el “objeto malo”. Estas últimas son similares a las descripciones de Kohut de las transferencias idealizadoras (39-40). Poco a poco el “padre autogenerado” incrementa la presión sobre el sí mismo para aliviar el conflicto de ambivalencia con los padres reales y poder así mantener la idealización de éstos. Esto podría describirse también como un intenso sentimiento de culpa preedípico (22). Sin embargo en momentos de estrés se realiza la proyección de estos introyectos para poder aliviar su presión interna (41).

El manejo relacional de estas proyecciones transferenciales requiere que el terapeuta sea consciente de cómo su propia historia puede estar evocando ciertas reacciones por parte del paciente en un escenario co-construido por ambos. Se abre así un espacio intersubjetivo donde los impasses terapéuticos pueden ser superados con un abordaje co-creativo (22).

Una mujer de 40 años elabora en las sesiones de terapia sus actos autolesivos, que se remontan a su infancia. A lo largo de las últimas sesiones se

viene mostrando retraída, silenciosa, sin recuerdos, sin conectar su presente con su pasado. El terapeuta percibe en sí mismo una presión a “entender” la situación clínica. A la vez el terapeuta se da cuenta de que en el pasado de esta mujer existen indicios de que su madre sólo ha aceptado en ella las cosas que coincidían con sus expectativas y ha ignorado amplias áreas de su personalidad. Parece que la niña reaccionó con pasividad y alejamiento para evitar sentirse definida o interpretada y mantener algún sentido de autonomía. En la adolescencia su forma de comunicar aspectos de sus necesidades descubiertas a su familia fue autolesionarse. Ahora repite transferencialmente esta escena de protocolo en las sesiones de psicoterapia. Si el terapeuta tuviese la necesidad de “entender” el caso conforme a lo establecido por la teoría existiría el riesgo de recrear el mismo escenario traumático de la infancia de su paciente. Esta repite esta situación arcaica en su vida de pareja ya que sus esfuerzos por mostrar sus diferencias son redefinidos por su marido como síntomas. La implicación relacional pasa en este caso por no apresurarse a tener una imagen completa de las motivaciones inconscientes de la paciente. Más bien esperar con tranquilidad a verificar si las hipótesis del terapeuta son correctas y “dejar que aparezcan” los aspectos ocultos de la personalidad de la paciente que no fueron reconocidos en su día por sus figuras significativas. Esto implica no definir a la paciente con hipótesis parcialmente correctas realizadas a partir de una teoría psicopatológica y abordar cada sesión como si el terapeuta no supiera nada de la paciente.

El trabajo relacional también requiere que el terapeuta tolere ser el objeto de las proyecciones transferenciales, que pueda contener las proyecciones negativas y que no confronte las proyecciones idealizadoras, más bien que pueda entenderlas como una expresión de la necesidad que tiene el paciente de sentirse protegido ante los ataques internos de sus introyectos hostiles (2, 20-21, 42-43). El terapeuta se dedica a señalar las incongruencias, a indagar sobre la experiencia interna del paciente en el curso de las transacciones transferenciales, y a realizar una investigación histórica en orden a que la persona se torne consciente de los prototipos infantiles de sus reacciones actuales.

C. es una mujer de 35 años que repite su escenario familiar con el psicoterapeuta. En su segunda infancia sentía que a su padre desvalorizaba sus aproximaciones afectivas como “tonterías” y por otra parte se sentía dolida por no poder “darle satisfacciones”. Su padre viajaba y ella no sabía cuando iba a regresar. Se sentía menos importante que las ocupaciones de éste. Posteriormente su padre sufrió un accidente cerebrovascular que le dejó postrado en una silla de ruedas y con un síndrome cerebral orgánico que le impedía comunicarse y entrar en contacto con sus familiares. Este padre idealizado, de quien la niña esperaba recibir la fuerza para resistir las presiones simbióticas de su madre, no pudo responder a sus necesidades relacionales. Tampoco

hubo alguien que pudiera ayudarle a poner en palabras su necesidad de respuesta de un otro masculino. En el presente la paciente vive con culpa su resistencia inconsciente a mejorar en el tratamiento y teme “no dar satisfacciones al terapeuta”. Si el marco de referencia teórico del terapeuta le llevara a estar insatisfecho con la marcha del tratamiento la relación entre ambos contribuiría a recrear el marco original donde se gestó la ruptura relacional que sigue mortificando a C. en su vida real, en la relación con su madre, en su pareja y en su terapia. La paciente espera de su pareja una relación más personal e íntima, que ahora no tiene, y con ello la ayuda para resolver su dependencia. Se obsesiona con ser abandonada por su marido dadas las relaciones que establece en sus viajes profesionales. En una sesión, tras elaborar relacionamente sus fantasías de “aburrir al terapeuta”, descalifica la atención que recibe en la terapia como un simple producto de la relación profesional que mantienen. El terapeuta entiende esto como una resistencia transferencial a revivir el enfado y la decepción con su padre. La implicación del terapeuta se traduce en intervenciones de indagación sobre el estado emocional de la paciente durante la sesión, en una investigación histórica de la transferencia, en ayudar a poner palabras a los movimientos afectivos de su relación mutua y en mantener su presencia para ser un otro receptivo de las vivencias experimentadas durante la sesión.

Buena parte del abordaje transferencial es la simbolización de experiencias emocionales arcaicas que carecieron de una respuesta sintónica por parte del entorno durante el desarrollo evolutivo. Otro objetivo de la elaboración relacional de la transferencia es la desconfusión afectiva de los estados del ego arcaicos que resultaron del sistema relacional escindido que la persona experimentó durante su desarrollo emocional (19, 32, 44). El terapeuta reconoce y valida la experiencia y el significado de las reacciones transferenciales, ayuda a poner palabras a las experiencias afectivas arcaicas y normaliza las defensas utilizadas por el sujeto para adaptarse a sus relaciones primarias.

Una parte muy importante del abordaje relacional de la transferencia es la sintonización afectiva con la experiencia inconsciente del paciente y la presencia del terapeuta a la vulnerabilidad del paciente. Esto permite un cambio en las creencias nucleares del sujeto sobre sí mismo, los demás y la vida (42-43). Este tipo de intervenciones relacionales repara el déficit experimentado por el sujeto en el curso de rupturas relacionales precoces y permite cambiar el tipo de vínculo interpersonal establecido sobre la base de las mismas. En la dialéctica entre la relación temida y la relación necesitada la relación terapéutica se establece como un ámbito tercero donde es posible la integración de los fragmentos relacionales escindidos (32).

Por otra parte los importantes déficits de mentalización de los pacientes con trastorno límite determina que tengan una tendencia a realizar intensas identificaciones proyectivas. Dorpat (45) describió las diversas fases de la identificación proyecti-

ORIGINALES Y REVISIONES

va y Bion (46) y Langs (47) la necesidad de que el terapeuta, “contenga” y “procese” de una forma más madura los pensamientos y sentimientos inducidos. Esto ayuda al paciente a transformar su experiencia en algo significativo, razón la cual Hargaden y Sills (48) denominan a este proceso transferencia transformacional.

Una terapeuta experimenta más deseo de conexión con su cliente que él mismo. Este tiene un carácter paranoide en el contexto de una estructura límite subyacente. Adoptado en sus primeros años de vida tiene dificultades para confiar en la gente distanciándose con una visión desdeñosa y crítica. Rígido, sobreestructurado, trabaja como fisioterapeuta, profesión de la que obtiene inconscientemente la mayor parte del contacto físico que necesita diariamente. En ocasiones su frialdad y autocontrol caracterial se ve interrumpido por explosiones violentas en las que se exoactúan sus permanentes fantasías agresivas. Su relación con la terapeuta se ha ido consolidando a lo largo de la terapia. Parece sentirse algo más relajado y es capaz de hablar de sí mismo y no sólo de los demás. La terapeuta siente, no obstante que le gustaría que él fuera más abierto, más cálido, más próximo en las sesiones. En su propia terapia ella ha descubierto su deseo de intimidad, de afecto y en las sesiones de psicoterapia se muestra más receptiva a los aspectos afectivos de sus pacientes y dispuesta a realizar un trabajo más emocional. En el trabajo de supervisión la terapeuta se hace consciente de la forma en la que su propia apertura personal favorece la identificación proyectiva con aspectos aún no percibidos por su paciente, con su necesidad de confiar y de obtener una respuesta confiable. La terapeuta se hace consciente de la frustración que conlleva el necesitar un afecto del que se carece y que juega un papel tan importante en la vida de su cliente. La implicación de la terapeuta, con su disponibilidad a sintonizar afectivamente con la experiencia inconsciente del paciente y a dejarse impactar por ella, permitió a éste aceptar dicha experiencia, en lugar de destruirla, a partir de una relación co-construida.

En los trastornos límites la identificación proyectiva es el motor para la puesta en marcha de relaciones interpersonales muy conflictivas que Berne denominaba “juegos psicológicos” (49). El receptor de la identificación proyectiva puede responder con otra identificación proyectiva. Cada parte apoya inconscientemente las creencias inconscientes de la otra y facilita que se mantengan las actividades defensivas del otro. Cada uno tiene la sensación de una “profecía autocumplida”, lo que para Dorpat (45) y Räkölainen y Alanen (50) es una confirmación de que ambos participantes están angustiados ante la perspectiva de perder a su figura de apego y sienten terror a ser abandonados. Se desconectan de este terror contribuyendo a verificar las proyecciones defensivas de sus figuras de apego. Cuando esta situación se produce entre una figura parental y sus hijos estos sienten la presión a identificarse con lo proyectado por sus padres lo que da lugar al fenómeno que English denomina

epiguión (51). Estos aspectos relacionales escindidos se reviven ulteriormente en la psicoterapia. Es en ese entorno donde la elaboración terapéutica permite reintegrar los fragmentos relacionales escindidos.

Elaboración de un nuevo plan de vida

La relación terapéutica es un proceso intersubjetivo que moviliza las fuerzas transformadoras de los dos miembros de la diada terapéutica (52-57). El resultado del tratamiento es una nueva forma de estar en relación. Al final del tratamiento el paciente deja de utilizar sus relaciones en el presente para satisfacer sus necesidades descu-biertas del pasado. Ya no utiliza sus relaciones como medios sustitutivos para reforzar los fragmentos contradictorios de su personalidad. Es más consciente del rol que ha demandado a los demás en su vida y la forma en que esto ha desestabilizado sus relaciones. Ahora necesita realizar un plan adaptado a sus capacidades, intereses y preferencias que le permita satisfacer sus necesidades adultas (59-60). La integración de los aspectos escindidos (44) y la desconfusión de los estados del ego arcaicos (61) permite una asunción de nuevas responsabilidades y el abandono de exoactuaciones en la vida interpersonal (62-63).

C. enfoca en este momento de la terapia los aspectos de su vida que necesita cambiar para que no entren en contradicción con los aspectos de su personalidad que se han transformado a lo largo de la terapia. Siente que necesita relaciones que respondan a sus necesidades internas y ahora carece de ellas. Durante muchos años el tipo de amistades que elegía y el tipo de parejas que ha tenido cumplían un papel sintónico con sus conflictos internos. Elegía hombres que abusaban de ella emocionalmente y con los que acababa estableciendo relaciones intensas y fugaces tras las que terminaba sintiendo confusión. Ahora ha ido dejando estas relaciones y acusa la falta de otras que se adapten a sus necesidades actuales. Sus relaciones en el trabajo han dejado de ser fuertemente conflictivas y se enfoca más en su desarrollo profesional, pero siente que sus intereses profesionales han cambiado y ahora es más consciente de las parcelas de sí misma que tiene aún por desarrollar. Durante muchos años ha trabajado en un puesto por debajo de sus cualificaciones, pero con el tiempo ha perdido el tren de sus compañeros de promoción. Acepta con realismo sus errores y aprende de ellos sin proyectar la culpa en los demás. En las relaciones con su familia de origen ya no entra en conflictos pero a la vez echa de menos otra dinámica familiar que no existe y esto la produce tristeza. Es capaz de vivir en el presente y disfrutar del momento. Ha conseguido una pareja estable con la que se dispone a convivir. Ha desarrollado la capacidad de negociar con su pareja y de valorar su aportación doméstica sin sentirse obligada a realizarla como un deber.

Conclusiones

Como afirman Mosquera y González (64) el tratamiento de los trastornos límites es probablemente una de las mejores escuelas de psicoterapia, existiendo diferentes enfoques para abordar los problemas asistenciales que plantea. Por nuestra parte podemos añadir que el tratamiento de los trastornos límites es un buen método de validación y de mejora para los diferentes abordajes terapéuticos puesto que los trastornos límites ponen a prueba las diferentes técnicas. En el presente se han propuesto nuevos planteamientos terapéuticos como la terapia dialéctica conductual (65), que combina psicoterapia individual y formación en habilidades psicosociales para resolver los problemas de disregulación emocional de estos pacientes que son considerados por los autores como la consecuencia de un “ambiente invalidante” en lo que al desarrollo emocional se refiere. También hay que destacar la terapia icónica (66), el modelo EMDR (64), los programas de tratamiento para problemas específicos como las autolesiones (67) y el abordaje desarrollado por Gunderson en el hospital McLean denominado “Good Psychiatric Management” (GPM) (68). Las nuevas propuestas desde una perspectiva psicodinámica incluyen las realizadas por Meares (69-70) que desarrolló un tratamiento interpersonal para el trastorno límite de personalidad basado en el modelo conversacional de Hobson (71). También hay que mencionar el tratamiento basado en la mentalización de Bateman y Fonagy (72-78) y los desarrollos realizados por Kernberg quien, desde comienzos de los años 80, dirige junto con John Clarkin el Borderline Psychotherapy Research Project en el New York Presbyterian Hospital-Weill Cornell Medical Center (79-83). Estos autores han desarrollado manuales de tratamiento que describen las técnicas de una forma modificada de tratamiento psicodinámico que denominan “Psicoterapia Centrada en la Transferencia”.

Por su propia naturaleza el abordaje relacional resulta muy apropiado a las dificultades interpersonales de los trastornos límite y también en el tratamiento de otros trastornos de personalidad a los que subyace una estructura límite. Esto es así debido a la importancia que se da en el modelo relacional a varias dimensiones en la relación terapéutica que ayudan a reintegrar los distintos aspectos escindidos o disociados de la personalidad, entre ellas la implicación del terapeuta, la sintonía con el paciente y la indagación multidimensional de la experiencia de éste (5, 22, 62). Orientadas a reparar los aspectos deficitarios del sí mismo son complementarias a la utilización de la transferencia y la contratransferencia como instrumentos terapéuticos ampliamente utilizados por las escuelas psicodinámicas.

El tratamiento relacional permite desarrollar los aspectos deficitarios de mentalización que están en la base de muchas actuaciones impulsivas y de la dificultad de regulación emocional que presentan estos pacientes. Estas dificultades han sido subrayadas por Linehan (65) como una de las características que explican la sinto-

matología y han inspirado su programa de tratamiento dirigido a mejorar las capacidades de autorregulación. En un contexto relacional es posible reducir la sensibilidad a los estímulos interpersonales que desencadenan emociones arcaicas mediante un abordaje conjunto en el que es básica la implicación del terapeuta. De esta manera las emociones correspondientes a estados del ego fijados, que en su momento no obtuvieron una respuesta interpersonal sintónica adaptada a las necesidades del si mismo en relación, encuentran una respuesta terapéutica. El sujeto se encuentra ante una relación nueva diferente de la relación transferencial temida y también de la relación transferencial anhelada.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Martínez JM, Martín B. Psicoterapia Relacional del Trastorno Límite de la Personalidad. Parte I. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2015; 35 (125): 19-35.
- (2) Erskine RG, Moursund JP, Trautmann RL. Beyond empathy: A therapy of contact-in-rerelationship. New York: Routledge, 1999.
- (3) Hoffman ML. The contribution of empathy to justice and moral judgment. En: Eisenberg N, Strayer J, editors. Empathy and its development. Cambridge: Cambridge University Press, 1987; p. 47-80
- (4) Eisenberg N, Carlo G, Murphy B, Van Court P. Prosocial Development in Late Adolescence: a Longitudinal Study. Child Development 1995; 66: 1179-1197.
- (5) Holmgren R, Eisenberg N, Fabes RA. The Relations of Children's Situational Empathy related Emotions to Dispositional Prosocial Behaviour. International Journal of Behavioral Development 1998; 22: 169-193.
- (6) Eisenberg N, Zou Q, Koller S. Brazilian Adolescents' Prosocial Moral Judgment and Behavior: Relations to Sympathy, Perspective Taking, Gender – Role Orientation, and Demographic Characteristics. Child Development 2001; 72: 518-534.
- (7) Mehrabian A, Epstein N. A measure of emotional empathy. Journal of Personality 1972; 40: 523-543.
- (8) Clark BD. Empathic transactions in the deconfusion of child ego states. Transactional Analysis Journal 1991; 5: 163-165.
- (9) Sterba R. The fate of the ego in analytic therapy. International Journal of Psychoanalysis 1934; 115: 117-126.
- (10) Sterba R. The dynamics of the dissolution of the transference resistance. Psychoanalytic Quarterly 1940; 4: 114-123.
- (11) Zetzel ER. Current concepts of transference. International Journal of Psychoanalysis 1956; 37: 369-375.
- (12) Berne E. Transactional Analysis in Psychotherapy. New York: Grove Press. Inc., 1961. Versión castellana: Análisis Transaccional en Psicoterapia. Buenos Aires: Editorial Psique, 1985.
- (13) Luborsky L. Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. En: Horvath AO, Greenberg LS, editors. The working alliance: Theory, research, and practice. New York: Wiley, 1994; p. 38-50.
- (14) Luborsky L. A pattern-setting therapeutic alliance study revisited. Psychotherapy research 2000; 1: 17-29.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (15) Bordin ES. The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1976; 16: 252-260.
- (16) Hartley D. Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En: Hales R, Frances A, editors. *Psychiatry update annual review*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1985; p. 532-549.
- (17) Bordin ES. Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. En: Horvath AO, Greenberg LS, editors. *The working alliance: Theory, research, and practice*. New York: Wiley, 1994; p. 13-37.
- (18) Martín DJ, Garke JP, Davis MK. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; 68 (3): 438-450.
- (19) Martínez JM, Fernández B. Análisis Estructural y Transferencia en los Trastornos Límite. *Revista Española de Análisis Transaccional* 1991; 27: 1082-1099.
- (20) Erskine RG. A relationship therapy: developmental perspectives. En: Loria BR, editor. *Developmental theories and the clinical process: conference proceedings of the Eastern Regional Transactional Analysis Conference*. Madison, WI: Omnipress, 1989; p. 123-135.
- (21) Erskine RG. Theories and methods of an integrative transactional analysis. A volume of selected articles. San Francisco, CA: TA Press, 1997.
- (22) Martínez JM. Transferencia y contratransferencia en los trastornos de la personalidad. *Revista de Análisis Transaccional*, 2013; 2: 43-60.
- (23) Martínez JM, Fernández B. Tres psicodinamias en los intentos de suicidio. *Revista de Análisis Transaccional* 2013; 2: 61-76.
- (24) Martínez JM. Trastorno Límite de la Personalidad. En: *Trastornos Mentales en Atención Primaria*. Salamanca: Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 1992; p. 323-48.
- (25) Goulding R. New Directions in Transactional Analysis: Creating an Environment for Redecision and Change. En: Sager CJ, Kaplan HS, editors. *Progress in Group and Family Therapy*. New York: Brunner/Mazel, 1972.
- (26) Goulding R, Goulding M. *The Power is in the Patient*. San Francisco: TA Press, 1978; p. 252.
- (27) Goulding R, Goulding M. *Changing Lives Through Redecision Therapy*. New York: Grove Press, 1982.
- (28) Goulding M, Goulding R. *Not to worry: How to free yourself from unnecessary anxiety and channel your worries into positive action*. New York: Silver Arrow Books, 1989.
- (29) Wollams S, Brown M. *Transactional Analysis*, Ann Arbor: Huron Valley Press, 1978.
- (30) Holtby ME. You Become what I Take You to Be: R.D. Laing's Work on Attributions as Injunctions. *Transactional Analysis Journal* 1973; 3(4): 25-28.
- (31) Holtby ME. The origin and insertion of Script Injunctions. *Transactional Analysis Journal* 1976; 6(4): 371-376.
- (32) Little R. Treatment considerations when working with pathological narcissism. *Transactional Analysis Journal* 2006; 36(4): 303-317.
- (33) Adler G. The Borderline-Narcissistic Personality Continuum. *American Journal of Psychiatry* 1981; 138: 46-50.
- (34) Schultz R, Kluft R, Braun B. The Interface Between Multiple Personality Disorder and Borderline Personality Disorders. En: Braun B, editor. *Proceedings of the Third International Conference on Multiple Personality and Dissociative States* Chicago: St. Luke's Presbyterian Hospital, 1986; p. 56-57.
- (35) Price R. Borderline Disorders of the Self: Toward a Reconceptualization. *Transactional Analysis Journal* 1990; 20(2): 128-134.

- (36) Fairbairn WRD. *An object-relations theory of the personality*. New York: Basic Books, 1952.
- (37) Fairbairn WRD. *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé, 1978.
- (38) Erskine RG. Ego structure, Intrapsychic Function, and Defense Mechanisms: A Commentary on Eric Berne's Original Theoretical Concepts. *Transactional Analysis Journal* 1988; 18: 15-19.
- (39) Kohut H. *Análisis del self*. Buenos Aires: Amorrortu, 1977.
- (40) Kohut H. *La restauración del sí mismo*. Barcelona: Paidós, 1980.
- (41) Erskine RG. Transference and transactions: Critique from an intrapsychic and integrative perspective. *Transactional Analysis Journal* 1991; 21: 63-76.
- (42) Erskine RG. Early Affect-Confusion: The Borderline between despair and rage. Part 1 of a case study trilogy. *International Journal of Integrative Psychotherapy [revista electronica]* 2012; 3(2) [consultado OS-1-2015] Disponible en: <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/65>
- (43) Erskine RG. Early Affect-Confusion: The Borderline between despair and rage. Part 2 of a case study trilogy. *International Journal of Integrative Psychotherapy [revista electronica]* 2013; 4 (1) [consultado OS-1-2015] Disponible en: <http://www.integrative-journal.com/index.php/ijip/article/view/74>
- (44) Haykin MD. Type casting: the influence of early childhood experience upon the structure of the child ego state. *Transactional Analysis Journal* 1980; 10(4): 354-364.
- (45) Dorpat THL. Interactional Perspectives on Denial and Defence. En: Edelstein EL, Nathanson DL, Stone AM, editors. *Denial: A Clarification on Concepts and Research*. New York: Plenum Press, 1989; p. 17-35.
- (46) Bion WR. *Second Thoughts*. New York: Jason Aronson, 1967.
- (47) Langs R. *The Listening Process*. New York: Jason Aronson, 1978.
- (48) Hargaden H, Sills CH. *Transactional Analysis: A Relational Perspective*. New York: Routledge, 2002.
- (49) Berne E. *Juegos en que participamos*. México: Ed. Diana, 1966.
- (50) Rakköläiner V, Alanen YO. On the Transactionality of Defensive Processes. *International Review of Psychoanalysis* 1982; 9: 263-272.
- (51) English F. Episcrypt and the "Hot Potato" Game". *Transactional Analysis Bulletin* 1969; 8: 77-82.
- (52) Stolorow RD, Atwood GE. *Faces in a Cloud. Intersubjectivity in Personality Theory*. New Jersey: Jason Aronson, 1979.
- (53) Stolorow RD, Atwood GE. *Contexts of Being. The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1992.
- (54) Mitchell SA. *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. México: Siglo XXI, 1993.
- (55) Mitchell SA, Aron L, editors. *Relational psychoanalysis: the emergence of a tradition*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1999.
- (56) Atwood GE, Stolorow RD. *Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1984.
- (57) Stolorow RD. Reflexiones autobiográficas sobre la historia intersubjetiva de una perspectiva intersubjetiva en psicoanálisis. *Intersubjetivo [revista electronica]* 2002; 4(2): 193-205. [consultado OS-07-2012] Disponible en: <http://www.psicoterapiarelacional.es/Documentaci%C3%B3n/Debatesreuniones/Almagro2002/Conferenciadeapertura/tabid/121/Default.aspx>.
- (58) De Young P. *Relational Psychotherapy*. New York: Brunner-Routledge, 2003.
- (59) Berne E. *Transactional Analysis: A New and Effective Method of Group Therapy*. *American Journal of Psychotherapy* 1958; 735-743.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (60) Berne E. *Transactional Analysis in Psychotherapy*. New York: Grove Press, 1961. Versión en castellano: *Análisis Transaccional en Psicoterapia*. Buenos Aires: Editorial Psique, 1985.
- (61) Moursund JP, Erskine RG. *Integrative Psychotherapy: The Art and Science of Relationship*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole - Thomson/Wadsworth, 2003.
- (62) Woods K, Woods M. Treatment of borderline conditions. *Transactional Analysis Journal* 1982; 12(4): 288-300.
- (63) Shmukler D. Reflections on transactional analysis in the context of contemporary relational approaches. *Transactional Analysis Journal* 2001; 31(2): 94-102.
- (64) Mosquera D, González A. *Trastorno Límite de la Personalidad y EMDR*. Madrid: Ediciones Pléyades S.A., 2014.
- (65) Linehan MM. *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Barcelona: Espasa Libros S.L.U., 2013.
- (66) Santiago S. *Tratando Inestabilidad Emocional: Terapia Icónica*. Madrid: Pirámide, 2005
- (67) Mosquera D. *La autolesión. El lenguaje del Dolor*. Madrid: Ediciones Pléyades S.A., 2008.
- (68) Gunderson, JG y Links, PS. *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2014.
- (69) Meares R. The conversational model: An outline. *American Journal of Psychotherapy* 2004; 58: 51– 66.
- (70) Meares R, Stevenson J, Comerford A. Psychotherapy with borderline patients: I. A comparison between treated and untreated cohorts. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1999; 33: 467–472.
- (71) Hobson RP. Self-representing dreams. *Psychoanalytic Psychotherapy* 1985; 1: 43–53.
- (72) Bateman AW, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry* 2010; 9(1): 11–15.
- (73) Bateman AW, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156: 1563–1569.
- (74) Bateman AW, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158: 36–42.
- (75) Bateman AW, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- (76) Fonagy P, Bateman AW. Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology* 2006; 62: 411–430.
- (77) Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press, 2002.
- (78) Fonagy P, Steele M, Steele H, Target M. *Reflective-function manual: Version 5.0 for application to the adult attachment interview*. London: University College, 1998.
- (79) Kernberg OF. The couch at sea: Psychoanalytic studies of group and organizational leadership. *International Journal of Group Psychotherapy* 1984; 34: 5–23.
- (80) Clarkin JF, Levy KN, Lenzeweger MF, Kernberg OF. A multivariate RCT evaluating three treatments for borderline personality disorder. *American Journal Psychiatry* 2007; 164: 1–8.
- (81) Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, Hull JW, Delaney JC, Kernberg, OF. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorders: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders* 2001; 15: 487– 495.

(82) Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapy for borderline personality. Hoboken, NJ: Wiley, 1999.

(83) Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2006.