
CAPÍTULO II

PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA

Marcela Biagini Alarcón¹

PRESENTACIÓN

Actualmente diversos autores han abandonado la idea relativa a que el tratamiento para pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) debe ser básicamente de apoyo y sin esperar que ellos sean capaces de funcionar en forma autónoma (Bateman y Fonagy, 2005; Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006; Linehan, 2003, Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr, y Appelbaum, 1995). Al respecto, se han propuesto distintos enfoques de tratamientos psicodinámicos cuyos principios generales de acuerdo a Waldinger (1987), son los siguientes:

- Énfasis en la estabilidad del marco de tratamiento,

¹ Psicóloga Clínica egresada de la Facultad de Psicología, Universidad de Chile. Especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo, Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Terapeuta certificada por la International Society of Transference-Focused Psychotherapy, Weill Cornell Medical College, Personality Disorders Institute, New York. Se desempeña como Coordinadora del Departamento de Psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría *Ramón de la Fuente Muñiz*.

- Un aumento en el nivel de la participación del terapeuta durante las sesiones, en comparación con la terapia para pacientes neuróticos,
- Tolerancia hacia la hostilidad de los pacientes manifestada en la transferencia negativa,
- Énfasis en desalentar las conductas auto-destructivas a través de clarificación y confrontación, en un esfuerzo para volverlas ego-distónicas y no gratificantes,
- Uso de la interpretación para ayudar al paciente a establecer puentes entre sus acciones y sus sentimientos,
- Bloqueo de las conductas de actuación de los impulsos estableciendo límites a las acciones que ponen en peligro al paciente,
- Enfoque del trabajo terapéutico inicial en el aquí y ahora más que en material genético,
- Monitoreo cuidadoso de los sentimientos contratransferenciales.

En concordancia con las tendencias actuales en el campo del tratamiento de los desórdenes mentales, se han desarrollado principalmente tres manuales para tratamientos psicodinámicos a largo plazo para pacientes con trastorno límite. El primer tratamiento psicodinámico *manualizado* fue desarrollado por Luborsky (1984) y plantea un tratamiento expresivo y de apoyo, donde su meta fue modificar los temas focales relativos a relaciones conflictivas centrales en las quejas de los pacientes.

Los otros dos tratamientos psicodinámicos *manualizados* son la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y el Tratamiento Basado en Mentalización desarrollado por Bateman *et al.* (2005).

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia –TFP– (Clarkin *et al.*, 2006; Levy, Clarkin, Yeomans, Scott., Wasserman y Kernberg, (2006); Kernberg, 1999; Kernberg, 2006; Kernberg, Yeomans, Clarkin, y Levy, 2008) desarrollada para tratar trastornos severos de la personalidad (trastorno límite, trastorno histriónico, trastorno narcisista, trastorno dependiente, trastorno paranoide), combina el

enfoque psicodinámico con estructura, fijación de límites y atención al beneficio secundario de la enfermedad. Se trata de un procedimiento, estructurado, *manualizado* y basado en evidencia.

Está diseñado para acrecentar la habilidad del paciente para vivenciarse a sí mismo y ver a los demás en forma realista y coherente, como individuos integrados, y para reducir la necesidad de utilizar defensas que debiliten la estructura del yo y empobrezcan su repertorio de respuestas disponibles. Como resultado, se espera que el paciente desarrolle una capacidad creciente para controlar sus impulsos, tolerar la ansiedad, modular los afectos, sublimar sus necesidades instintivas, desarrollar relaciones interpersonales estables, satisfactorias y experimentar intimidad y amor. Estos objetivos se alcanzan a través del diagnóstico y la clarificación de los componentes disociados o escindidos del mundo objetal interno del paciente, a medida que aparecen en las transferencias que emergen rápidamente hacia el terapeuta.

Los componentes de cada disposición transferencial siempre incluyen una representación del sí mismo, una representación del objeto y un afecto que los une. La transferencia que se desarrolla es primitiva y refleja los esfuerzos del paciente por evitar el conflicto mediante la separación irreal de los aspectos amados y odiados del sí mismo y de los otros, de modo que, aun cuando aparecen juntos en la conciencia, lo hacen sin influirse el uno al otro (mecanismo de defensa primitivo de escisión). La TFP enfatiza el entendimiento y la interpretación consistente de la transferencia; en vez de gratificar las necesidades y demandas del paciente por medio de técnicas de apoyo, esta terapia intenta integrar por medio de la interpretación los aspectos disociados del mundo interno del paciente.

La meta central del tratamiento –integrar las representaciones parciales del sí mismo y del objeto–, está basada en la suposición de que las relaciones objetales internas disociadas adquieren su naturaleza primitiva precisamente en virtud del acto disociativo, que separa completamente la agresión del amor, creando relaciones ya sea totalmente idealizadas o totalmente persecutorias de sí mismo y de los

otros; la integración se facilita mediante el análisis de los mecanismos defensivos que mantienen activos estos estados de escisión.

Las técnicas básicas de la TFP son las mismas que las del psicoanálisis: interpretación, análisis de la transferencia y neutralidad técnica; sin embargo, se utilizan de manera diferente en el tratamiento de los trastornos límite. Esta psicoterapia se realiza cara a cara, en dos o tres sesiones a la semana, instruyendo al paciente para que mantenga una comunicación abierta y continua de lo que está en su mente. Se enfatiza el “aquí y ahora” durante la mayor parte del tratamiento; sólo en etapas avanzadas se hacen interpretaciones del “allá y entonces”.

La TFP permite la total activación de las representaciones internas distorsionadas del paciente tanto de su *self* como de los otros, en la relación actual paciente- terapeuta. Se espera que tanto las relaciones de objeto primitivas como los sistemas motivacionales dominantes, se activen en el escenario terapéutico ya que están constantemente activos en la vida del paciente.

Los pacientes utilizan el tratamiento para desplegar estas relaciones objetales y el terapeuta trata de analizar y de clarificar cognitivamente, lo que el paciente percibe al nivel más profundo. La relación con el terapeuta se estructura bajo condiciones controladas para prevenir que los afectos exploten y destruyan la comunicación; la seguridad y estabilidad del ambiente terapéutico permite al paciente empezar a reflexionar acerca de lo que está sucediendo en el presente y lo que aconteció en el pasado, debido a que sus percepciones están más basadas en representaciones internas que en lo que realmente ocurre en el presente. En este mismo sentido, la TFP fomenta el cambio a través de la reactivación de relaciones objetales primitivas bajo condiciones controladas, sin el círculo vicioso de provocar la temida reacción del ambiente cuando el paciente actúa con desregulación emocional. Esta es la esencia del trabajo terapéutico en la transferencia.

El tratamiento no reproduce una experiencia específica en el tiempo sino más bien una construcción interna, cuyo último

origen no puede ser identificado con precisión. Por lo tanto, un mecanismo de cambio fundamental es la facilitación de la reactivación de relaciones objetales internalizadas que han sido disociadas, reprimidas o proyectadas, bajo condiciones controladas.

La reactivación de relaciones objetales en relación con el terapeuta se denomina *transferencia*. La formulación cognitiva que el terapeuta hace de esta experiencia se denomina *interpretación*. El marco de protección en el tratamiento, formulado en el contrato terapéutico, contribuye fundamentalmente a la contención en el sentido de estructurar cognitivamente lo que de inicio parece cognoscitiva y afectivamente caótico.

La desorganización del paciente involucra no sólo los conceptos relativos al *self* y a los otros, a las relaciones consigo mismo y los otros y el predominio de afectos primitivos, sino también, el proceso de protección que evita la plena conciencia; el proceso mismo de pensamiento se ve afectado de manera tan poderosa que los afectos, particularmente los más negativos, se expresan en acción sin la conciencia cognitiva de su existencia. Así, los pacientes pueden actuar de formas extremadamente agresivas sin conciencia de ello. El afecto está sólo en la acción.

Conductas mecanizadas, automatizadas son re-transformadas en la relación interna que les da origen, lo que los teóricos del apego denominan *modelos internos de trabajo*; así, el terapeuta asiste al paciente a conjuntar cognición y afectos que fueron anormalmente disociados y desorganizados.

Existe la suposición relativa a que es la relación humana cálida la que permite el crecimiento del paciente; sin embargo, es el análisis de la transferencia lo que permite gradualmente al paciente aceptar una nueva relación como algo de valor que puede usar para su crecimiento. Con estos pacientes la alianza terapéutica es una consecuencia del tratamiento, no una precondition; es el resultado de la resolución sistemática de los aspectos negativos de la transferencia.

Como un principio guía, la TFP se focaliza tanto en las conductas externas del paciente (por ejemplo, tipo y grado de su relación

con otros, involucramiento en actividades productivas) como en la realidad interna del paciente (por ejemplo, concepto del *self* y de los otros).

En cuanto a la duración del tratamiento, es difícil establecer un tiempo estimado al respecto; sin embargo, se han visto varios casos en los que los *acting out* del paciente quedan controlados durante los primeros seis meses de tratamiento y en los que el uso de mecanismos de defensa primitivos disminuye significativamente durante el segundo año de tratamiento.

La TFP es un proceso repetitivo, nada se resuelve pulcramente en un primer momento; existen ciclos repetitivos en los que las modificaciones y los cambios ocurren en un proceso gradual.

Existen cuatro estrategias para llevar a cabo el proceso

Estrategia 1

Definir las relaciones de objeto dominantes. Se trata de identificar las representaciones del *self* y las representaciones de los otros activas en la actual interacción; ello se consigue especialmente identificando el rol que el paciente está actuando en el momento de la terapia y el rol en el que el terapeuta ha sido puesto; de este modo, el terapeuta puede obtener un sentido muy vívido del mundo representacional interno del paciente.

A continuación se presenta una tabla ilustrativa de algunos pares de roles frecuentes en la interacción paciente-terapeuta:

Paciente	Terapeuta
Infante malo, destructivo	Padre/madre sádico, punitivo
Niño controlado, enfurecido	Padre/madre controlador
Niño no deseado	Padre/madre indiferente
Niño imperfecto, sin valor,	Padre/madre despreciativo
Víctima abusada	Padre/madre atacante/persecutor sádico
Niño deprivado	Padre/madre egoísta
Niño fuera de control, enojado	Padre/madre impotente
Niño agresor	Padre/madre asustado
Niño sexualmente excitado	Padre/madre seductor
Niño dependiente, gratificado	Padre/madre perfecto proveedor
Self controlador, omnipotente	Padre/madre débil
Self sumiso, amistoso	Padre/madre admirador
Self competitivo, agresivo	Padre/madre punitivo

Estrategia 2

Observar e interpretar la inversión de roles. Una característica importante de las representaciones del *self* y de los otros que conforman una díada es que en el curso de una sesión de terapia, como en la vida real, a menudo intercambian lugar, de modo que una caracterización del *self* alterna con la del objeto y viceversa. Es especialmente importante que el terapeuta esté consciente de esta alternancia ya que este cambio en los roles a menudo no es advertido por el paciente; generalmente éste piensa que está siendo razonable ya que su conducta le resulta adecuada en relación a su mundo interno.

Estas oscilaciones abruptas explican en parte la confusión en la experiencia subjetiva, la desregulación afectiva y las características de las relaciones interpersonales de los pacientes límite. Esta alternancia de roles a menudo ha ocurrido cuando el terapeuta repentinamente siente que ha perdido la pista y se siente perplejo.

Estrategia 3

Observar e interpretar vínculos entre díadas que se defienden unas de las otras. Los sistemas representacionales internos incluyen díadas opuestas, aunque uno de los términos opuestos puede estar más cerca de la conciencia que otro; este es el *quid* de la escisión. Este mecanismo no es sólo el fuerte contraste entre representaciones de un *self* bueno y un objeto malo en la misma díada, sino que, más fundamentalmente, la brecha insalvable que existe entre díadas totalmente investidas con afectos negativos, de odio y otras investidas con afectos positivos, amorosos. Estas díadas coexisten, pero están totalmente disociadas unas de otras y esta disociación tiene el propósito defensivo de proteger cada díada de la contaminación o destrucción por otra.

Un ejemplo de lo que hemos expuesto podría ser el caso de un paciente que a menudo se siente como una víctima asustada y paralizada, que airadamente le reclama al terapeuta ser un *sádico guardia carcelario* cuyas reglas arbitrarias lo han forzado a someterse. En otro momento, el mismo paciente percibe al terapeuta como una madre perfecta y nutricia mientras se experimenta a sí mismo como un bebé satisfecho, contento, amado, objeto exclusivo de la atención materna.

Estrategia 4

Trabajar con la capacidad del paciente para experimentar una relación en forma diferente. La exploración que realiza el paciente de su relación con el terapeuta y el aumento del conocimiento respecto a las distorsiones que puede provocar en ésta, le permiten gradualmente experimentar esta relación en forma más sana, más realista y balanceada; ello se ve acompañado por una modulación de los afectos extremos. A medida que la relación con el terapeuta evoluciona, el paciente y el terapeuta pueden revisar como esta nueva capacidad para experimentar las relaciones de forma compleja, pero matizada, empieza a extenderse a otras relaciones significativas.

Desde un punto de vista de las relaciones objetales, el trabajo del terapeuta consiste en entender lo que a primera vista parece una relación caótica y en empezar a percibir el patrón en las oscilaciones y alternancias en las díadas de la relación, a medida que se presentan en la transferencia; las relaciones objetales estimuladas en la transferencia en los pacientes límite pueden concebirse como una combinación de representaciones distorsionadas de relaciones pasadas importantes, realistas y fantaseadas.

Se plantean cinco técnicas básicas en psicoterapia focalizada en la transferencia:

1. Manejo de la neutralidad técnica,
2. Integración de la información proporcionada por la contra-transferencia al proceso interpretativo,
3. Mantenimiento del encuadre del tratamiento,
4. Análisis de la transferencia,
5. Proceso interpretativo: clarificación, confrontación e interpretación.

1.- Manejo de la neutralidad técnica

Neutralidad significa mantener una posición no aliada con los impulsos, prohibiciones o las actuaciones del paciente, sino permanecer equidistante de ellos; desde esta posición ventajosa el terapeuta es libre para comentar ampliamente cualquier material proporcionado por el paciente, siempre que permanezca aliado a la salud del paciente, al ego observador.

La neutralidad técnica permite al terapeuta analizar los conflictos inconscientes del paciente, particularmente la transferencia desde una posición de objetividad con interés, sin perder la perspectiva aliándose con una parte del conflicto. Un ejemplo clásico de lo que el terapeuta no debería decir es “Usted está expresando mucha culpa por engañar a su esposa; no creo que

debiera sentirse así”, en vez de explorar la culpa, el deseo y sus implicaciones.

Además de aliarse con el “yo” observador del paciente, es importante que el terapeuta encuentre algún aspecto agradable, auténticamente humano en el paciente, un área potencial de crecimiento del sí mismo que constituirá la mínima y esencial base inicial para una comunicación auténtica del terapeuta hacia el paciente. En otras palabras, la posición de neutralidad técnica del terapeuta implica un compromiso auténtico con lo que espera que constituya un núcleo disponible de la capacidad para relacionarse en el paciente, un núcleo que sugiera capacidad para el establecimiento de una relación terapéutica.

2. Integración de la información proporcionada por la contratransferencia al proceso interpretativo

El tercer canal de comunicación entre el terapeuta y el paciente, adicionalmente a las comunicaciones verbales del paciente y a las conductas no verbales, es la contratransferencia; ésta es la totalidad de la respuesta emocional del terapeuta frente al paciente en cualquier punto determinado en el tiempo. La TFP enfatiza la importancia del constante monitoreo del terapeuta de su propia contratransferencia y la utiliza como una fuente de información acerca de las relaciones de objeto del paciente.

El terapeuta actúa como una tercera parte separada que interrumpe la relación objetal primitiva a través del análisis de su contratransferencia y de sus intervenciones interpretativas que incorporan el conocimiento obtenido escuchando el discurso verbal del paciente, observando su conducta no verbal y analizando la contratransferencia; así, la relación diádica en la transferencia está continuamente expuesta a una potencial relación triádica.

Como regla, mientras más enfermo esté el paciente, más destacada es su transferencia para generar reacciones contratransferenciales; ello se debe a que los pacientes con la patología más seria utilizan mecanismos de defensa más primitivos, especialmente

identificación proyectiva, lo que tiende a inducir elementos del mundo interno del paciente en el terapeuta, como parte del esfuerzo que realiza el paciente para evitar sentimientos de la máxima intensidad en relación a su conflicto interno.

3. Mantenimiento del encuadre del tratamiento

El *encuadre* se refiere a las condiciones necesarias para que el tratamiento tenga lugar: condiciones concernientes a los acuerdos de horario y frecuencia, honorarios profesionales, como se procederá en el tratamiento en términos de las responsabilidades del terapeuta y del paciente. En el curso de éste, cuando el paciente se comporta de un modo que amenaza el encuadre, el terapeuta debe intervenir; puede interpretar los desafíos del paciente, que a menudo implican una parte agresiva de éste atacando el proceso de búsqueda de la salud o un intento de evitar la ansiedad que surge cuando las defensas primitivas del paciente comienzan a fallar.

4. Análisis de la transferencia

Podemos definir *la transferencia* como la activación de relaciones de objeto internas en la relación con el terapeuta. Estas relaciones internalizadas con los otros significativos, no son representaciones literales del pasado, son modificadas por fantasías y defensas.

En los pacientes límite las relaciones de objeto internalizadas han sido segregadas y escindidas entre cada una de ellas e incluyen fantasías persecutorias y relaciones idealizadas

Trabajar con las relaciones de objeto que se activan en el momento inmediato crea una terapia que resulta “cercana a la experiencia”.

Con respecto a la transferencia negativa, ésta debería ser interpretada lo más completamente posible y sistemáticamente elaborada en el *aquí* y *ahora*. Su análisis permite el surgimiento de sentimientos más positivos en la transferencia y el desarrollo de la ambivalencia. Si el paciente siente que el terapeuta evita la transferencia negativa, se reforzará su miedo o su creencia de que sus sentimientos son demasiado dañinos como para ser tolerados;

entonces, el paciente podría reaccionar tratando de suprimir o desplazar sus sentimientos negativos o *sacando de la escena al terapeuta* en un arranque triunfante/destructivo, o haciendo a ambas cosas.

Con respecto a la transferencia positiva, el foco de la interpretación debería ser la idealización primitiva y exagerada que refleja la escisión entre relaciones de objeto completamente buenas y completamente malas. Ello debe ser interpretado sistemáticamente como parte del esfuerzo de trabajar con las defensas primitivas y la integración de las representaciones del *self* y de los objetos.

En las últimas etapas del tratamiento, una transferencia idealizada, que podría incluir rasgos dependientes o erotizados, puede funcionar como defensa contra la posición depresiva, que implica la aceptación de una mezcla de bueno y malo que es lo que realista-mente se puede esperar del mundo.

5. El Proceso interpretativo: clarificación, confrontación e interpretación

Estas tres técnicas requieren una cuidadosa atención a los tres canales de comunicación entre el paciente y el terapeuta:

- a) Comunicaciones verbales del paciente, lo que dice directamente,
- b) Comunicaciones no verbales del paciente; a través de la acción y otros tipos de comunicaciones no verbales,
- c) Contratransferencia del terapeuta, en la medida en que proporciona información del proceso proyectivo del paciente.

Clarificación

Es el primer paso en el proceso interpretativo. Este término se usa para referirse a la invitación que el terapeuta hace al paciente para explorar y explicar cualquier información poco clara, vaga o contradictoria. Se puede enfocar en los elementos de la realidad externa, en el pasado del paciente, en la transferencia o en las defensas presentes. Tiene la función dual de esclarecer la información específica y de descubrir el grado de comprensión que el paciente tiene del material. En su forma más básica, la *clarificación* simplemente

permite al terapeuta entender el nivel superficial de lo que el paciente está diciendo.

Confrontación

La finalidad de la *confrontación* es que el paciente advierta los aspectos incongruentes del material que está comunicando. En un segundo paso hacia la interpretación, la confrontación reúne tanto material consciente como preconsciente e inconsciente, que el paciente experimenta separadamente ya que los diferentes elementos de este material están escindidos unos de otros. Esta técnica a menudo involucra destacar las discrepancias de lo que se plantea a través de diferentes canales de comunicación.

Interpretación

La finalidad de la *interpretación* es resolver la naturaleza conflictiva del material y, especialmente en el caso de los pacientes límite, de conductas arraigadas en los conflictos intrapsíquicos escindidos. El proceso supone que la comprensión del paciente sobre los motivos y defensas inconscientes subyacentes harán aparentes las contradicciones lógicas anteriores y comprensibles los comportamientos desadaptativos. Involucra los siguientes elementos: claridad de la interpretación, velocidad o “tempo” de las intervenciones interpretativas, pertinencia de la interpretación y profundidad adecuada de la interpretación.

Los principios *económico*, *dinámico* y *estructural* guían el foco y el contenido de la interpretación. De acuerdo al principio económico, la interpretación debe ligarse al afecto dominante en la sesión; esto es porque el estado afectivo del paciente es un marcador de las relaciones objetales inconscientes que están siendo estimuladas.

El principio dinámico se refiere a enfocar las interpretaciones en las fuerzas en conflicto en la psique. Este principio guía al terapeuta a trabajar desde lo superficial a lo profundo, desde las defensas hasta las motivaciones de los impulsos. En general, el

material cercano a la conciencia debe ser interpretado primero; como regla, en las etapas tempranas de la terapia, las interpretaciones se refieren principalmente a la naturaleza defensiva del material del paciente.

El principio estructural se refiere a enfocar las interpretaciones en el nivel de las díadas de las relaciones objetales predominantes. Con esto último, el objetivo es entender e interpretar las díadas que tienen un rol defensivo y desarrollar advertencia sobre díadas más profundas, asociadas con el impulso sobre el que actúa la defensa.

El terapeuta que trabaja con pacientes límite debe estar preparado para cambiar el foco desde el realista *aquí y ahora* a una relación de objeto poco realista, fantaseada, activada en la transferencia, relación que a menudo incluye características primitivas que el terapeuta debe hacer explícitas apenas su comprensión se lo permita. Estas interpretaciones deben realizarse pronto en el tratamiento cuando hay riesgo de que la experiencia interna del paciente se active de un modo que ponga en riesgo al paciente, a alguien más o al tratamiento.

La interpretación podría ser considerada como riesgosa con pacientes límite debido a la suposición errónea respecto a que el paciente es *bombardeado* con explicaciones más allá de su capacidad de comprensión. Como se ha previamente señalado, la interpretación parte de la superficie, esto es, en el punto en el que el paciente y el terapeuta comparten un punto de vista sobre la realidad inmediata, para luego ayudar al paciente a sentir curiosidad sobre aspectos más profundos de lo que está sucediendo y sobre la razón por la que estos aspectos de su vida psicológica le parecen atemorizadores o inaceptables.

REFERENCIAS

- Bateman, A. y Fonagy, P. (2005). *Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad. Tratamiento basado en la mentalización*. Guadalajara, Jalisco: Editorial Universitaria, Asociación Psicoanalítica Mexicana.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. y Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality. Focusing on object relations*. Washington, D C: American Psychiatric Publishing.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, A. W., Carr, A. C. y Appelbaum, A. H. (1995). *Psicoterapia psicodinámica de pacientes limitrofes*. México: Planeta.
- Kernberg, O. F. (1999). *Trastornos graves de la personalidad* (2ª ed.). México: Manual Moderno.
- Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 481-501.
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. y Levy, K. N. (2008). Transference Focused Psychotherapy: Overview and update. *International Journal of Psychoanalysis*, 89, 601-620.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., y Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (4), 481-501.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy. A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Waldinger, R. J. (1987). Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 144, 267-274.