

# REVISION ACERCA DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD.

## COMPARACION DE DOS TRATAMIENTOS: TERAPIA DIALECTICA CONDUCTUAL Y GRUPO ANALISIS.

Blanca Carretero Quevedo  
Psiquiatra

Maria Neus Llabrés Fuster  
Residente de Psiquiatría. Hospital de Día de Psiquiatría del H. Son Llatzer. Palma de Mallorca.

Maria Antonia Ribot Miquel  
Residente de Psiquiatría. Hospital de Día de Psiquiatría del H. Son Llatzer. Palma de Mallorca.

M<sup>a</sup> Inmaculada Capllonch Gamundi.  
Psiquiatra

E mail: bcarrete@hsl.es

*Borderline personality disorder is one of the most common personality disorder. These patients involve a high cost, consume more services than others without benefit and stay unaffected by the various treatments tested. Over the last years, several therapies with different approach for treatment of this common disorder have been studied. We compare two techniques DBT and group analysis. We conclude that both techniques can be useful and that its focus of intervention being different, could be complementary, to be used in devices such Day Hospital. It is recommend to treat these patients, dimensional vision of the disorder, suggesting that at different times of the therapeutic process to treat some nuclear symptoms, performed with different techniques, with an eclectic approach.*

*Keywords: Dialectical behaviour therapy, Psychodynamic-oriented treatments, Borderline Personality disorder, other therapies.*

## INTRODUCCIÓN:

### CONCEPTUALIZACIÓN DEL TRASTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDAD

#### A) *DESDE EL MODELO TDC (TEORÍA DIALÉCTICA CONDUCTUAL)* (1 y 2), Linehan, 1993)

La Terapia Dialéctica conductual se basa en una teoría biosocial.

Considera como núcleo de la patología la dis-regulación emocional y la ruptura de los sistemas cognitivos, emocionales y conductuales, que tiene lugar cuando la persona experimenta una intensa emoción. Esta disfunción se desarrolla por la interacción de factores biológicos y la presencia de un entorno social “invalidante”.

Los factores biológicos determinan la vulnerabilidad de la persona a nivel emocional, que desarrolla y aprende conductas del entorno; las conductas se refuerzan de manera intermitente, por lo que es difícil cambiarlas.

El sujeto tiene esquemas de conducta que no se han desarrollado en el sentido de adaptación y funcionalidad, algo en el que el medio ha influido. Es una perspectiva teórica que aun no se ha confirmado empíricamente.

Ambiente o entorno invalidante: es un entorno que, de forma continúa, no acepta el comportamiento, califica siempre las respuestas del paciente como inadecuadas y no reconoce las necesidades del sujeto. Tendencia a responder erráticamente e inapropiadamente o de manera extrema (exageradamente o demasiado poco) a la experiencia del niño. Y dibuja un estilo de expresión emocional que va de la inhibición a la desinhibición. En definitiva es un ambiente anulador y es una anulación sistemática del sí mismo.

Para este modelo, habrían dos necesidades básicas: aprender el control de impulsos y el reconocimiento (ser validados por el ambiente)

#### B) *DESDE EL MODELO DEL GRUPOANÁLISIS* (3) Foulkes 2005, (4) Foulkes 2007, (5) Sunyer 2008, y (6) Kaplan, 1998.

Considera que el padecimiento de una persona, alude a dinámicas que se dan en contextos grupales, a los que la persona esta vinculada.

La sintomatología que presenta el individuo, sería la mejor expresión que ha encontrado, para poder seguir en la matriz a la que esta vinculada. Lo que denominamos patología personal, no es más que la concreción de lo que es grupal e incluso social en un individuo (Foulkes).

Las relaciones o mejor las interdependencias patógenas entre las personas, serían las que habrían que abordar. La patología, se expresaría en definitiva, como una dificultad de relación. Considera la enfermedad mental, no como una entidad interna del sujeto o externa a él, el síntoma no es, sino la expresión y la comunica-

ción, de un entramado de elementos que el sujeto no puede indicar de otra manera. Toda psicopatología, sería la expresión de un conflicto psíquico, entendido como la resultante de tensiones difícilmente articulables, entre la necesidad de funcionamiento autónomo individualizado y la de sentirse miembro de un grupo, con cuyas personas uno se siente vinculado. Cuando el sujeto desarrolla vínculos o interdependencias, en las que daña o se daña, es cuando adquieren características de psicopatológicas.

Los síntomas, provienen de bloqueos en los sistemas de comunicación, entre cada individuo y los demás, que acaban por hacerse bloqueos intrapsíquicos, lo que la persona lleva al grupo, refleja la incapacidad para reconocer y trabajar plenamente esos bloqueos comunicativos.

Si consideramos que la mente y por tanto el individuo, es un proceso resultante de las relaciones, de las interrelaciones constantes y continuas que tenemos con los demás, podremos aceptar que la sintomatología que presenta el individuo, es la expresión de las dificultades que tiene el sujeto y que provienen, de esa matriz de relaciones de interdependencias vinculantes, en las que esta inserto y con las que activamente se relaciona y que tienen concretamente una expresión individual pero también grupal (Ej. familia, trabajo) ya que el individuo y el grupo son dos caras de la misma moneda.

El restablecimiento de la comunicación, es el primer factor terapéutico en la situación analítica grupal.

Desde la perspectiva psicodinámica de las relaciones objetales, los pacientes Borderline desarrollarían relaciones de objeto parciales escindidas, muy idealizadas o denigradas, que surgirían de intensos y difusos estados afectivos, de naturaleza estática o bien de naturaleza persecutoria debido al dolor y miedo. Las relaciones de Objeto se harían evidentes en la relación externa con el Otro. Kernberg (7) propone que estos pacientes, tienen una forma desadaptada de regular las emociones, al usar mecanismos de defensa inmaduros (negación, escisión, proyección, identificación proyectiva) y además una difusión de la identidad (dificultad para formarse una representación madura y multifacética de si mismos y de los demás).

Los pacientes Borderline, funcionan en su relación con los demás, con un vínculo anaclítico, tienen el anhelo de ser alimentados, queridos y protegidos y tienen dificultades para separarse. La vivencia emocional que ocupa un lugar esencial en su mente, es el rechazo que representa cualquier separación, que es vivida como pérdida y como vacío.

Todas las experiencias emocionales de estar personas, giran alrededor de este problema, el vínculo que establecen es un vínculo anaclítico (están parcialmente unidos al objeto demandando gratificaciones positivas (necesarias para su identidad) y a la vez se defienden, con una defensa narcisista (no sentirse necesitado, ni dar muestras de necesidad) por el miedo a la pérdida, así rechazan la compañía, para

no volver a sufrir el abandono y no experimentar la pérdida o el arrancamiento precoz que sufrieron en su desarrollo infantil. El abandono rechazante hacia los demás, siempre será parcial, pues en el fondo son muy dependientes. Este narcisismo da lugar a actitudes de rechazo y manejo omnipotente de las relaciones, para negar la necesidad de acompañamiento materno y paliar el dolor del rechazo sufrido.

Las dos defensas más características que utilizan, para manejarse contra el abandono, son la organización “como si” y la escisión”. El “como si” es una defensa para evitar el abandono, se adaptan y mimetizan a los otros, organizando un yo adaptativo hacia los demás (inicialmente a la madre). Cuando pierden esta identidad, funcionan regresivamente como psicóticos, con ausencia de identidad y vivencia de muerte psíquica. Las otras defensas que usan son: la escisión y la identificación proyectiva, identificándose ellos con lo malo y expulsándolo fuera, tendrán personas diana donde albergar lo indeseable y así atacarlo y rechazarlo, esto les hace estar a la defensiva y no poder establecer relaciones de nutrición desde el exterior (Lopez, Blakakis, 8).

Desde la teoría de Mentalización, estos pacientes habrían desarrollado un vínculo desorganizado, una dificultad de representar los estados emocionales, una debilidad del self reflexivo y de mecanismos atencionales. (Fonagy, 9)

Desde la teoría del apego, el patrón de apego subyacente es inseguro, resistente/preocupado (Fonagy, 10; Liotti; 11, Liotti 12; Fonagy, 13). En estos casos, la imagen del sí mismo esta muy deteriorada, con modelos de sí mismo, de víctimas impotentes y/o de salvaguardas de los otros.

### ***TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL TDC*** (1 y 2) Linehan, 1993)

Es una terapia de aprendizaje y entrenamiento de habilidades. No es una terapia de apoyo, ni una psicoterapia.

Se acerca a al modelo cognitivo conductual, en algunos aspectos, por Ej. utiliza el análisis conductual, pero se diferencia de este enfoque, en que no parte fundamentalmente de que el paciente sufra de una distorsión cognitiva, sino de una desregulación emocional y añade en el tratamiento técnicas Orientales.

El tratamiento grupal siempre se haya al servicio de la psicoterapia individual, el tratamiento grupal nunca es el tratamiento total. Es una terapia de sesiones semiestructuradas y de tiempo de duración limitado (aunque bastante largo).

La tarea principal al inicio, es desarrollar un contrato terapéutico colaborativo que hay que firmar (con la aceptación de las normas, los objetivos y metodología de la terapia, rol del terapeuta y del cliente). El objetivo es forjar un compromiso entre terapeuta y paciente para trabajar juntos.

Las normas son: asistencia y puntualidad, no agresión y abstinencia.

Se establece una jerarquía de objetivos en la terapia que se negocian con el cliente: reducción de conductas suicidas, reducción de conductas que interfieren en

la terapia, reducción de conductas que interfieren en la calidad de vida, adquisición conductual de habilidades, comportamiento de estrés postraumático, conductas de respeto hacia sí mismo.

Los dos primeros objetivos se trabajan en psicoterapia individual, antes de empezar la grupal. No se trabaja el mejoramiento de las relaciones interpersonales a largo plazo y los efectos de los traumas y abusos de la infancia, hasta que no se han modificado estas dos conductas.

Utiliza: La teoría conductual (principios del aprendizaje), la conducta desadaptativa se mantiene por condicionamiento operante (eliminar las situaciones que la refuerzan y reforzar las conductas adaptativas) y por condicionamiento clásico (interrumpir la conexión entre el estímulo condicionado y el estímulo incondicionado).

Principios de Mindfulness. Mindfulness es la toma de conciencia o atención a conciencia plena, “Aparezca lo que aparezca en la mente simplemente contéplalo”. Con la práctica del Mindfulness se enseña, a controlar la mente para permanecer en el momento actual, sin juzgar lo que se percibe y con una actitud de aceptación y de cuidado. Para ello utiliza y entrena: la concentración en la respiración, el barrido-corporal, el yoga y otras técnicas orientales. También trabaja cambiar la manera de relacionarse con las emociones y pensamientos (Ej. no deprimirse o angustiarse por ellas). En definitiva se entrena la mente, esto produce cambios en el cerebro, y esto a su vez puede mejorar la salud mental y las relaciones interpersonales.

Es terapia dialéctica, porque utiliza o busca la síntesis de opuestos en sus planteamientos. Ej.: se mueve entre la aceptación de lo que es el paciente (validación del mismo) con estimular el cambio, es decir estrategias de aceptación/ cambio equilibradas.

Usa estrategias de compromiso y motivación: Ej. Uso de las paradojas, usar metáforas dialécticas, usa el “extender, aplazar, prolongar (extender el hecho hasta que se haga grotesco), aplicar “el juicioso entendimiento”, usa “el hacer limonada con limones” (ver los problemas, como oportunidades para el desarrollo, transformar algo que ha sido experimentado como negativo, en algo mas dulce), “invocar al diablo” (colocarse en el lugar, de defender las creencias disfuncionales del propio paciente ), utilizar “la irreverencia” (intentando reconducir lo que sienten o hacen a estados normales).

Midfulness y acciones opuestas trabajan, fomentando la exposición a estímulos emocionales, no reforzando y bloqueando las respuestas disfuncionales de escape o evitación

En el tratamiento grupal: se realiza un análisis funcional, para conocer los patrones desadaptativos de pensamiento y conductas, para posteriormente desarrollar habilidades y estrategias de afrontamiento.

Hay cuatro áreas de aprendizaje de habilidades que se dirigen a las cuatro áreas

de actuación de la regulación:

Primer modulo, habilidades Mindfulness, para abordar las alteraciones de la regulación cognitiva y del self, se aprenden técnicas para centrarse en el presente, establecer el estilo de vida de conciencia mental y conectividad interna.

Segundo modulo: habilidades de tolerancia al dolor, para no realizar conductas destructivas y sobrevivir a las crisis, enseña técnicas, como la distracción y la auto- tranquilidad, en situación de estrés, aceptación de las situaciones cuando no se pueden cambiar y análisis de pros-contras.

Tercer modulo: habilidades de regulación emocional: observar e identificar emociones, validar y aceptar las emociones, reducir la vulnerabilidad a las emociones negativas, aumentar la experiencia de emociones positivas.

Cuarto modulo o de efectividad interpersonal: enseña estrategias para resolver el conflicto interpersonal (equilibrio entre objetivos personales y demandas de los otros, entre deseos y obligaciones, como mantener las relaciones y la autoestima), enseña asertividad y reestructuración cognitiva.

Trabaja con las familias en grupo separado.

En definitiva busca que sean capaces de reducir el nivel de activación, reorientar la atención, inhibir las acciones que dependen demasiado de las emociones, organizar la conducta al servicio de lo externo, en lugar o en dependencia al estado emocional interno, ya que como consecuencia de ello no aprenden bien, en ellos algo pasa y ellos reaccionan, no hay nada en medio que module sus acciones.

**GRUPO ANÁLISIS** (3, 4,5 y 6) Foulkes, 2005, 2007 y Sunyer, 2008, Kaplan, 1998)

Karterud, 1992 (13), define grupo análisis como: “un dialogo continuo y abierto, entre los miembros del grupo, incluido el conductor del mismo”.

“La discusión flotante”, es una asociación grupal. Las mentes de extraños, con condicionamientos individuales totalmente distintos, reaccionan y se responden entre si.

La relación que se desarrolla surge de las interacciones complejas y mutuas entre los miembros, el terapeuta se centra en el campo de interacción total, en la matriz en la que se encuentran esas relaciones inconscientes, los conflictos se manifiestan de manera dinámica en el grupo, pero no por ello son menos intrapsíquicos.

El contenido, el tema de discusión y su análisis son importantes, pero tanto, como las relaciones interpersonales que se desarrollan y que se convierten en tema de análisis.

Hace hincapié en el presente inmediato en el “aquí y ahora” y tiene un efecto mas directo, en la situación de la vida actual y en su conducta.

El método es psicoanalítico, pero el contexto es el grupo. Incorpora muchos elementos de la t. de los Sistemas, de la Dinámica de grupos, de la Gestald y de la Sociología.

El encuadre es: pacto de no agresión, sinceridad, abstinencia, asistencia puntualidad. Grupos heterogéneos/homogéneos. Tiempo acotado de duración de cada sesión, pero el tiempo de duración de la terapia es semi-limitado. Sesiones no estructuradas.

En la situación grupal, el terapeuta trata con los mismos tres niveles de funcionamiento psíquico que usa el psicoanálisis: impulsos inconscientes, reacciones conscientes y realidad. Pero el equilibrio de fuerzas es distinto al de la psicoterapia individual, en la grupal el impacto con formas concretas de la realidad social, es inmediato, la adaptación a la realidad social es fluida, porque esta personificada de manera diversa por los distintos pacientes, por el grupo como conjunto y por el terapeuta.

La situación colectiva, reduce la severidad de la censura en el interior del individuo y el Ello se libera, al mismo tiempo, el grupo establece sus propios límites, bajo su propia y poderosa autoridad, que es un equivalente al Superyo, en otras palabras los límites del Yo tanto hacia el Ello como hacia el Superyo, son revisados y el resultado favorece una estructura del Yo más fuerte y libre. El trabajo a través de la situación de transferencia en el análisis individual, tiene un equivalente en el grupo, concretamente en la observación e interpretación de las reacciones del grupo como conjunto hacia sus tareas o hacia otros grupos y de los miembros individuales entre sí y hacia el grupo, así como sus reacciones hacia el líder.

Hay una ley básica de funcionamiento grupal: las fuerzas disruptivas se consumen en el análisis mutuo y las constructivas, se utilizan para la síntesis del individuo y la integración del grupo en su totalidad.

Como factores terapéuticos en la dinámica de grupo encontramos: la socialización; la reacción especular (por la que el individuo se ve a través del otro); la interacción con otros miembros y la consiguiente reducción de defensas; el intercambio por el que existe la interpretación de los pares.; además se crea un reacondicionamiento de las estructuras del Yo y Super-Yo teniendo el grupo como foro. La creación de la transferencia grupal (donde el grupo absorbe en buena parte lo que en el tratamiento individual está centrado en el terapeuta); aparece el fenómeno de la Cadena (en momentos de tensión, cuando se libera un fenómeno condensador colectivo, cada individuo asocia consigo mismo), y la Resonancia (en circunstancias idénticas se activan en cada miembro referencias diferentes); y es el propio grupo factor terapéutico.

Las Fases Fundamentales son el inicio, intermedio y terminación.

En la primera sesión se recuerda para que se reúne el grupo y se procura que participen todos. Presentación de cada uno, suelen traer su motivo de consulta. Los conflictos que van surgiendo en la fase de inicio son: la pertenencia y participación en el grupo, la identidad, la confianza, la conformidad con la norma, según los criterios impuestos por el grupo, conflictos con la autoridad, la dependencia, el cambio, los abandonos, las defensas y su comunicación. Se va creando la matriz

grupal contenedora.

En la fase intermedia aparecen los patrones de relación, los verdaderos problemas, la agresión, la envidia, la transferencia, las defensas más primitivas, las actuaciones, la empatía, la función materna del grupo, las expectativas de cambio, los cambios etc. y el grupo es más autónomo, más capaz de auto examinarse.

En la tercera fase o de terminación: aparecen más resistencias, las limitaciones en los cambios, las pérdidas, la fase de despedida, las agresiones y actuaciones.

Los patrones de comunicación en el proceso terapéutico, evolucionan de un grupo centrado en el líder, a un grupo centrado en el grupo. Al hablar de la comunicación, se piensa en todos esos procesos conscientes e inconscientes, intencionales y no intencionales, comprendidos y no comprendidos que operan entre los miembros del grupo.

El grupo se mueve por su propio ritmo, gobernado por una constelación de fuerzas progresivas y regresivas integrantes y perturbadoras que se oponen al cambio sin cesar y sin cesar cambian, nunca son iguales.

## **LOS OBJETIVOS EN LAS DOS TÉCNICAS SON DIFERENTES:**

**Objetivo de la TDC grupal:** enseñar estrategias de afrontamiento conductual, enseñar habilidades para el manejo de la inestabilidad emocional y la impulsividad, equilibrar las emociones, cogniciones y acciones, enseñar patrones dialécticos del comportamiento. Ayudar al paciente a ser funcional, aun en la presencia de intensas emociones.

**Objetivo del grupo análisis:** trabajar los patrones de interacción en el grupo y como estos patrones de interacción, guardan relación con aspectos de la vida pasada y actual. La relación que cada uno establece con el grupo como conjunto, acaba siendo una reproducción de la estructura relacional con la que se ha ido haciendo a lo largo de su historia y cuyo origen se encuentra en el grupo familiar. Aunque el objetivo es el individuo, la atención se ubica en la red total del proceso psicopatológico, tal red incluye la familia, los compañeros de trabajo, amigos etc. Se trataría de cambiar las interdependencias vinculantes patógenas en normogénicas.

Según Grotjahn, (citado por Sunyer), la meta de la experiencia grupal, es ayudar al individuo a convertirse en una persona consciente, directa y franca que se comunica honestamente que comienza a comprenderse a si misma, a su inconsciente y a los demás y que responde a las demás personas, de forma espontánea y sin ansiedad, ni temor, respecto de su propia necesidad de intimidad o agresión.

## **LA FUNCIÓN DEL TERAPEUTA EN TDC**

La función principal, es enseñar. Su posición es de Ayuda (Esforzarse razonablemente para ayudar a hacer los cambios que quiere hacer).

La relación con el paciente se basa en la colaboración con un estilo relajado, e interesado para ponerse de acuerdo para realizar las tareas. Colaborador como



experto transmitiendo especialización, credibilidad y eficacia.

El terapeuta utiliza, estrategias de compromiso, para obtener la implicación del paciente. Su posición es dialéctica buscando un equilibrio entre la aceptación del paciente y la ayuda para modificar pensamiento y conducta; lo que favorece la resolución de los problemas sin culpabilizar, validando el cambio y centrándose más en las capacidades que en las limitaciones.

Se mantiene la confidencialidad con la excepción si existe riesgo de suicidio y estar razonablemente a disposición del paciente

La función del terapeuta, es fomentar el auto cuidado, en lugar de cuidar al paciente, el terapeuta no puede salvar al paciente, queda claro, desde el principio que es el paciente, el que debe hacer la mayor parte del trabajo con la ayuda del terapeuta. Explica que va a hacer, intentando responder al problema, y lo orienta.

Parte de la suposición, de que el paciente, ha intentado resolver los problemas y los pacientes colaboran de la mejor manera, es decir es un abordaje acrítico del paciente.

Se realiza un entrenamiento en habilidades: la instrucción directa, información de la habilidad a aprender, el modelado de la conducta, por el terapeuta, el refuerzo de la conducta, después de observar las consecuencias favorables, enseña una conducta mediante refuerzo de componentes de la conducta objetivo, que son aproximaciones cada vez más próximas a la conducta objeto real, y la realización de la conducta enseñada: ensayo conductual, mediante tareas para casa (hoja de ejercicios), role-playing y prácticas repetidas.

El terapeuta, crea un contexto de aprobación, en lugar de culpar al paciente y dentro de este contexto, el terapeuta bloquea o extingue las conductas disfuncionales y hace emerger las conductas buenas del paciente y deduce, un modo, para hacer que las conductas buenas, sean tan reforzantes que el paciente continúe con las buenas y cesen las malas.

## **LA FUNCIÓN DEL TERAPEUTA EN EL GRUPO ANÁLISIS:**

La función primordial es facilitar el proceso de comunicación, procurar un ambiente de fiabilidad y seguridad, un clima emocional de calidez humana.

La actitud del conductor es la de ser franco y honesto, así que procurará tener el valor de ser su yo natural y animar a los pacientes a afrontar los problemas con él y a través de él, para luego hacerlo, solos.

Su papel es más de conductor que de líder, es una conducción más indirecta, aunque deliberada, una función catalizadora. En ocasiones hará de líder: el ejercicio activo y manifiesto de su influencia en el grupo, fundamentado en la posición excepcional que ocupa. El grupo analista es de principio a fin el conductor del grupo y por consiguiente su líder, pero solo asume de manera excepcional, el liderazgo real del grupo, siendo la participación activa de los miembros del grupo el principal objetivo del conductor.

La función inicial es: convocar al grupo y dirigir al grupo un proceso de formación “enseña al grupo a ser conducido”, utilizando al grupo como instrumento para la terapia.

Inicialmente, tratará de establecer la situación grupoanalítica. Más que con instrucciones directas, dejar que salga, de la experiencia y practica grupal. Se establece la actitud de comunicación, como el código de conducta aceptado en el grupo. Es decir todas las comunicaciones, son tratadas con respeto y de manera continua ayudando al grupo, a ver el significado y valor de las mismas y analizando las resistencias, y transferencias. El terapeuta actúa, como el eje en torno al que va a ir entretejiéndose el material que se aporta y las vinculaciones de los miembros del grupo, a medida que se hace el proceso de grupo, dirige-facilita al grupo, hacia la exploración y expresión de los miembros entre sí. Su función deberá ser contenedora, siguiendo la capacidad de pensar, aun cuando la intensidad de los sentimientos o las emociones, nublen a los pacientes, también esta capacidad la asumirá el grupo progresivamente y la capacidad de poner límites cuando por las actuaciones no dejan pensar. El conductor, permite que se produzca la transferencia con él (se proyecte en él) aunque la transferencia se da con el terapeuta, con los miembros del grupo y con el grupo como globalidad (función simbólica).

El terapeuta tiene, una tarea traductora del lenguaje verbal y no verbal, e interpreta el contenido de las comunicaciones, la conducta y las relaciones interpersonales. Pero no solo interpreta, también subraya, clarifica, confronta, entrelaza.

Los marcos de referencia fundamentales de la interpretación, son las reacciones de los individuos a los estímulos presentes y sus significados para la vida presente actual, las acciones y reacciones de los individuos, al presente de otras personas, otros miembros del grupo o el conductor y el significado de estas reacciones en términos de su experiencia pasada (historia pasada, historia internalizada), la actitud del individuo hacia su propio yo, en particular en su aspecto inconsciente (impulsos instintivos y reacciones contra ellos, mecanismos de defensa) y hacia su propio cuerpo, señalar el bagaje personal del individuo, dotes, inteligencia etc. que determinan su capacidad de solucionar cosas de manera constructiva.

Debe tratar de localizar de forma precisa una alteración y realizar interpretaciones correctas en el momento adecuado, pero el objetivo del conductor es que esto brote del propio grupo.

Observar al grupo como un todo, mientras observa a cada uno de los miembros y los efectos que ellos y sus manifestaciones provocan en los demás. Tiene que además de observar, vigilar los siguientes pasos del grupo, ver adonde se encamina, porque gobernar es predecir, todos los demás miembros del grupo pueden sumergirse en el, el conductor debe situarse aparte, debe minimizar algunas contribuciones, desalentando a algunos participantes y animar a otros, haciendo de contrapunto

para ayudar a elevar los murmullos inarticulados, a la dignidad de temas articulados, en ocasiones tiene que hacerlo el mismo, no puede esperar al grupo, ha de subir al escenario y hacerlo por ellos, es una actividad que Foulkes, llama discriminadora, el conductor esta dirigiendo el proceso, pero para ello tiene que dejar que se desarrolle y no alterarlo con su interferencia.

El foco de atención del conductor y del grupo, varia a lo largo del proceso: puede estar centrado en el grupo, centrado en los individuos, centrado en el líder, centrado en si mismo. Su foco puede cambiar desde la perspectiva intraindividual a la interindividual, en las transferencias, en la relación pasado-presente, en el grupo como conjunto, en un subgrupo etc....

Debe tratar de favorecer el proceso de integración, es otra de las tareas, lo hace mediante la articulación de visiones complementarias de los hechos, vivencias, sentimientos (figura-fondo), incluyendo lo que no se dice en ocasiones o lo que falta, conectar las diversas facetas de la experiencia humana: lo que se piensa, lo que se siente, lo que se percibe, lo que se actúa.

Tiene que observar sus propias reacciones, sus reacciones frente a cada uno de los miembros del grupo y sus reacciones frente al grupo como conjunto (contratransferencia) y por supuesto, obedecer a las pautas Éticas Stándar.

### **Discusión y Propuestas**

Los T. Borderline, son pacientes difíciles, siendo complicado su tratamiento en psicoterapias no estructuradas, por su tendencia a la exo-actuación y por la transferencia masiva psicótica y agresiva que desarrollan en el tratamiento. La intensidad de los elementos contra-transferenciales que suscitan, suelen generar mucho rechazo e impotencia en los equipos terapéuticos (Resnick (14), 1999, Zulueta, (15), Kenrberg (7). Y forman frecuentemente un antigrupo, Mishan y Bateman (16).

La Guía del 2003 del NHS (17), para la implantación de servicios especializados para el tratamiento de los Trastornos Límite de Personalidad, recomienda que deben tener un modelo teórico coherente y hacer hincapié en las relaciones de apego y la alianza terapéutica.

La mayoría de las unidades actuales en funcionamiento, específicas para el tratamiento del Trastorno de Personalidad Límite, son con múltiples programas integrados. (18 y 19, Gunderson).

Dentro de este esquema de tratamientos, me parece interesante combinar estas dos aproximaciones, ya que tienen objetivos muy diferentes.

La terapia de Linehan, busca un cambio en el afrontamiento de las situaciones emocionales y una reducción de la impulsividad, por medio del aprendizaje de habilidades conductuales, cognitivas y orientales. Es una terapia estructurada, con un límite claro en sus comunicaciones y actuaciones, y unos objetivos muy delimitados. Es la técnica que mas validación empírica tiene de su eficacia, para

problemas como autolesiones y gestos auto líticos; pero no ha demostrado un cambio, en el núcleo de personalidad de estos pacientes. Este tratamiento, estaría indicado para los momentos iniciales del tratamiento iniciaría la alianza terapéutica y la confianza en el grupo. No es un grupo en el que se trabajen los procesos interpersonales.

El eje de cambio en la técnica grupo analítica, es la relación vincular. Para que se produzcan cambios en la personalidad, el eje posibilitador de cambio psicoterapéutico y psico-educativo, es el vínculo entre los miembros del grupo y el terapeuta y el cambio que se produce, es un cambio en el tipo de vínculo que el paciente establecerá. En este sentido su objetivo es un cambio en la mente de los pacientes, en su individualidad psíquica y social, centrado en la búsqueda de cambios en el núcleo de la personalidad. La potencia y el poder de este tipo de tratamiento grupal es fundamentalmente interaccional-interpersonal.

También la posición y función del terapeuta es muy diferente: de un docente colaborador (posición vertical, es el que sabe) en la TDC, a un dinamizador de la comunicación en el grupo análisis (posición horizontal que trata de no mostrar lo que sabe, sino facilitar que los pacientes vayan descubriéndolo en la interacción del grupo, partiendo de la creencia en la posibilidad de evolución). En el primer caso es directivo, en el segundo cada vez lo será menos, a medida que avance el grupo, su presencia se hará menor. El terapeuta en la DBT esta fuera del grupo, en la psicoterapia grupo analítica, va cambiando, unas veces es parte del grupo, otras veces esta fuera. La función terapéutica inicial y primordial del terapeuta en grupo análisis, es pensar a estos pacientes de otra manera, de forma distinta a como fueron incluidos en la mente familiar. La comprensión de lo que sucede, es previa a la contención (puesto que desde ahí se pondrán los elementos de contención necesarios), sin embargo el paciente primero necesita sentirse contenido, para después entender lo que le sucede. (8) Lopez, Blakakis.

Para el funcionamiento de los grupos grupo analíticos tal vez serían mejores, los grupos heterogéneos, en los que la variedad de personalidades, mentes, se enriquecerían y complementarían más y tal vez se potenciarían menos, los aspectos mas destructivos de su psicopatología. La AGPA, 2007 (21), recomienda grupos heterogéneos en relación a tratamiento de dificultades interpersonales y homogéneos en relación a mejorar el funcionamiento del ego.

Diversos autores consideran necesario para el tratamiento de estos pacientes, la visión dimensional del trastorno, (citados por Livesley (22 y 23): Mulder and Joyce, Widiger and Simonsen), considerando cuatro dimensiones: desregulación emocional, comportamientos disociales, compulsividad y retirada social. Este autor (22) plantea que en diferentes momentos del proceso terapéutico, se tratarían diferentes dimensiones o problemas del trastorno, realizándose con diferentes técnicas, es decir con un enfoque ecléctico.

Y para finalizar, Nitzgen, 2006 (24) escribe: el grupo análisis ha de evolucionar

nar, acercándose a las necesidades de la sociedad y los servicios de salud. Una de las aperturas serían la combinación de diferentes técnicas, combinación de tratamientos individuales y grupales, combinaciones de grupos cognitivo conductuales con psicodinámicos u otras escuelas, los grupos focalizados a problemas específicos, de terapias más breves etc. Son necesarios estudios e investigaciones para ver la efectividad de estas técnicas, no solo cuantitativos, sino cualitativos, no solo de resultados sino también de procesos, la sociedad demanda “Medicina basada en la Evidencia”.

La psicoterapia grupal, es solo una psicoterapia parcial para los trastornos de personalidad más graves, que tendrían que combinar con la individual, que exploraría los elementos más regresivos e inconscientes del sujeto.

Así que proponemos los dos modelos de tratamiento grupal, como tratamientos complementarios, que se podrían realizar a diferentes niveles de la red asistencial, (hospitales de día serían dispositivos muy idóneos) y en diferentes momentos del proceso terapéutico.

---

*El Trastorno Límite de Personalidad es uno de los trastornos de personalidad más frecuentes. Dichos pacientes suponen un coste elevado, siendo los que más servicios consumen y los que menos se benefician de estos, permaneciendo inalterados por los diversos tratamientos ensayados. En los últimos años se han estudiado varios enfoques psicoterapéuticos para el tratamiento de dicho trastorno. Se comparan dos técnicas Terapia Dialéctica Conductual y Grupoanálisis. Se concluye que ambas técnicas, pueden ser útiles y que sus focos de intervención al ser diferentes, podrían ser complementarias, para ser utilizadas en dispositivos tipo Hospital de Día. Se considera necesario, para el tratamiento de estos pacientes, la visión dimensional del trastorno, planteando el tratamiento en diferentes momentos del proceso, para tratar algunos síntomas nucleares, realizándose con diferentes técnicas, adoptando así un enfoque ecléctico.*

*Palabras clave: terapia dialéctica conductual, grupo analisis, trastorno limite de personalidad, tratamientos complementarios.*

## Anexo1- Comparación entre La terapia Dialéctica Conductual y el Grupo Análisis

|                        | <b>TDC</b>  | <b>Grupoanálisis</b>   |
|------------------------|---|--|
| Foco                   | El individuo, Conducta del paciente<br>Interdependencias vinculantes  | Procesos interpersonales: Red,   |
| Eje de cambio          | Aprendizaje de habilidades<br>Análisis de conductas desadaptadas<br>Validar al paciente<br>Experiencia de aprendizaje compartido  | Relación vincular entre pares y con el terapeuta<br>Aprendizaje de interdependencias vinculantes normogénicas<br>Validar al paciente   |
| Fundamentos teóricos   | Teoría conductual, principios del aprendizaje, práctica del Mindfulness   | Eclecticismo<br>Psicoanálisis (T.relaciones objetales)<br>Teoría de sistemas (Agazarian)<br>Dinámica de grupos (Lewin), Gestald (Golman)<br>Sociología (Elías)   |
| Técnicas               | Análisis conductual<br>Técnicas de aprendizaje y solución de problemas<br>Meditación<br>Equilibrio entre cambio y validación  | Análisis psicodinámico psicopatológico<br>Matriz grupal, procesos de comunicación a través de subgrupos, fondo-figura<br>Apoyo, Clarificación, Confrontación, interpretación foco en el individuo, interpersonal, en el grupo como conjunto, etc.  |
| Medios complementarios | Análisis psicodinámico psicopatológico<br>Matriz grupal, procesos de comunicación a través de subgrupos, fondo-figura<br>Apoyo, Clarificación, Confrontación, interpretación foco en el individuo, interpersonal, en el grupo como conjunto, etc. | Psicoterapia individual, Psicoterapia grupal<br>Grupo Multifamiliar<br>Supervisiones<br>Trat auxiliares: farmacología- ingreso hospitalar  |
| Sesiones               | Semiestructuradas   | No estructuradas, Discusión flotante   |
| Grupo                  | abierto generalmente (podría ser cerrado) de duración limitada<br>Homogéneos generalmente   | Semicerrado/cerrado/abierto<br>Heterogéneos/homogéneos<br>Duración flexible según progresos del paciente   |
| Setting                | Hora y media de trabajo/sesión, cara a cara, 6-8 personas, frecuencia semanal. Tiempo limitado. Tratamiento combinado con psicoterapia individual concomitante.<br>Normas: asistencia y puntualidad, no agresión, abstinencia                     | Hora y media de trabajo/sesión, 8-10 personas, cara a cara. frecuencia semanal o bisemanal-<br>Tiempo semilimitado<br>Normas: no agresión, sinceridad, abstinencia y asistencia y puntualidad.<br>La posición de los conductores no es fija.   |
| Terapeuta              | Rol pedagogo-maestro (es directivo)<br>Rol de experto esta fuera del grupo<br>Realiza: psicoeducación, valida al paciente, función de continuidad e historia del grupo,<br>Se recomiendan dos terapeutas  | Rol dinamizador (esta dentro y fuera del grupo)<br>Rol de experto limitado, terapeuta no solo el conductor sino también el grupo, participante-observador<br>técnica de interferencia mínima<br>La autoridad también esta en el grupo, no se sienta en un lugar fijo<br>Se recomienda mas de un terapeuta - observador |

## Referencias Bibliográficas:

- Fonagy, P. y Target, M. (1997). Attachment and the reflective function. The role in self-organization. *Development and Psychopathology* 8, 679-700.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. y Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Foulkes, S.H. (2005). *Psicoterapia de grupo: el enfoque psicoanalítico*. (1º ed. castellano) Barcelona: CegaOp press.
- Foulkes, S.H. (2005). *Introducción a la psicoterapia grupo analítica*. Barcelona: CegaOp press.
- Gabbard G. (2007). Do All Roads Lead To Rome? New Findings on borderline Personality Disorder. *Am J Psychiat* 164(6):853-855.
- Guía para la implantación de servicios especializados de trastornos de personalidad del NHS (2003)
- Gunderson, J. (2002). *Trastorno límite de personalidad: guía clínica*. Barcelona: Ars medica.
- Gunderson J. y Gabbard G. *Psychotherapy for Personality disorders. Review of Psychiatry*. vol 19. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kaplan, H. et als. (1996). *Terapia de Grupo*. Madrid: Ed. Panamericana.
- Karterud S. (1992). Reflections on Group Analytic Research. *Group Analysis* 25, 353-364.
- Kernberg, O.F. (2003) The Management of affect storms in the psychotherapy of borderline patients. *J Amer Psychoanal Assoc*. 51(2):517-45
- Lineham, Marsha. (1993) *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Lineham, Marsha. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press
- Liotti, G. (2001). De la teoría del apego a la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia* 12: 63-95.
- Liotti, G. y Intreccialagli, B. (2003). *Disorganized attachment, motivational systems and metacognitive monitoring in the treatment of a patient with borderline syndrome*. En M. Cortina y M. Marrone (comps), Attachment Theory and the Psychoanalytic Process (356-381) London: Whurr pp
- Livesley, W.J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorder* 21, 199-224.
- Livesley, J (2008). Integrated therapy for complex cases of personality disorder. *Journal of Clin Psychol*. 64:207-221.
- Lopez Atienza, J.L. y Blajakis Lopez, M.I. ( 2006) Los Trastornos de Personalidad: Reflexiones desde la experiencia clínica grupal, familiar y multifamiliar. *Rev Psicoter Anal grupal* 1, 75-103
- Mishan, J. y Bateman, A. (1994) Group analytic Therapy of Borderline Patients in a day Hospital setting. *Group Analysis* 27, 483-495
- Nitzen, D. (2006). Contemporary Clinical Challenges of group Analysis. *Group Analysis*. 39, 295-303
- Practise Guidelines For Group Psychotherapy (2007). The American Group Psychotherapy Association.
- Resnik, S. (1999). Borderline Personalities in groups. *Group Analysis* 32 (3) 331-347
- Sunyer, J.M. (2008). *Psicoterapia de grupo grupoanalítica*. Madrid: Biblioteca nueva
- Zulueta, F. y Mark, P. (2000) Attachment and Contained Splitting: A Combined Approach of Group and Individual Therapy to the treatment of Patients Suffering from Borderline Personality Disorder. *Group Analysis* 33(4):486-500