

EL SELF EN EL BORDERLINE *

El mito del fracaso

Alfredo Ortiz Frágola

“Cuando era chico, mi tía Bigeois me decía: Si te miras largo rato en el espejo, verás un mono. Debí de mirarme más todavía; lo que veo está muy por debajo del mono, en las lindes del reino vegetal, al nivel de los pólipos. Vive, no digo que no, pero no es la vida en que pensaba Anny, veo ligeros estremecimientos, veo una carne insulsa que se expande y palpita con abandono”

Jean Paul Sartre: “La Náusea”

En el imaginario psicológico subyace una fuerte asociación entre borderline, vida tormentosa y destino penoso. Desde el campo de la clínica los profesionales tienden a prepararse para afrontar un tratamiento difícil, turbulento y con alta posibilidad de fracaso. Esto produce a veces un sesgo por el cual ciertos pacientes críticos con su terapeuta, que se enojan con él o evolucionan mal, suelen ser sobrediagnosticados como borderline.

De todos modos, los cuadros borderline, junto con los esquizoides y los antisociales, son trastornos de personalidad graves y frecuentes, a tal punto que constituyen el 25% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y el 15% de los pacientes ambulatorios. (8)

No es un dato menor el origen del concepto *borderline*, un constructo cambiante en el campo de la psicopatología. Del terreno límite entre neurosis y psicosis surgen los trabajos pioneros de los psicoanalistas Helen Deutsch y Robert Knight en los años 40 y 50. De allí en más se produce una frondosa bibliografía sobre este tipo de pacientes, que para algunos autores no son más que neuróticos graves con áreas de funcionamiento psicótico, para otros son esquizofrénicos pseudo neuróticos y para otros constituyen una entidad con psicopatología específica y estable, la *organización fronteriza de la personalidad* (9).

Lo cierto es que la patología grave reserva un espacio principal para el *borderline*. Su reflejo en el equipo terapéutico dibuja caóticas vivencias contratransferenciales y un clima de stress y desesperanza que por añadidura muestra parte de las vivencias tempranas del propio paciente. Situaciones de abuso infantil o tempranas relaciones objetales patógenas producen en el paciente un self sub o sobreestimulado, que tarde o temprano será experimentado, como vacío o como descontrol, por el propio terapeuta.

CRISIS Y ERRORES EN EL TERAPEUTA DEL BORDERLINE

En la práctica clínica con estos pacientes difíciles es común hallar, especialmente en adultos jóvenes, situaciones críticas que generan alarma en los pacientes, en sus familias y en los terapeutas encargados de estos casos.

Lesiones autoinflingidas, amenazas de suicidio, estados confusionales y disociativos con síntomas delirantes luego de la ingestión de drogas, violencia familiar o relaciones de pareja caóticas, se asocian y generan intensas reacciones contratransferenciales. Entonces la frustración del terapeuta ante la presunta inutilidad de sus esfuerzos se acompaña de frustración, rabia y dudas por su propia competencia.

Gabbard (4) ha señalado como en estos casos los terapeutas con frecuencia padecen el *splitting* de una suerte de contratransferencia cuasi psicótica por la cual tienden a repetir el mismo tipo de relación patógena vivida por el paciente en su infancia. El terapeuta se transforma en el abusador y el paciente en la víctima.

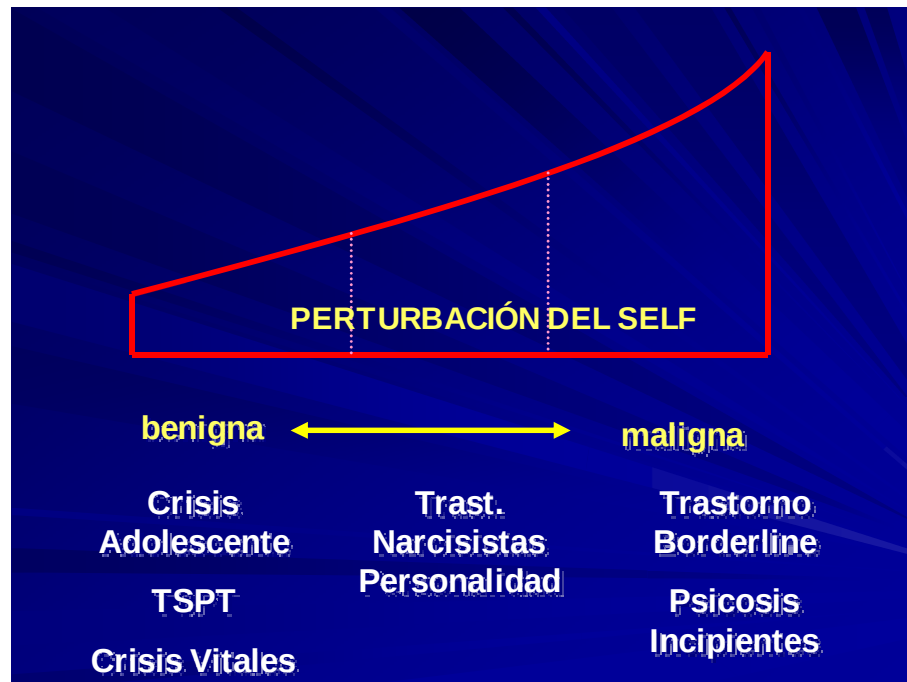
Inmerso en esta movilización contratransferencial, el terapeuta puede ver perturbada su propia perspectiva, y su evaluación de la situación y del caso se altera sutilmente.

La pérdida de referencias claras, coloreadas por el marco teórico o conceptual que le sirve de apoyo, puede llevar a no distinguir con nitidez las diversas variantes psicopatológicas y diagnósticas que implican estos casos. Es que en el contexto de complicadas manifestaciones clínicas como las que hemos mencionado, es fácil caer en errores de apreciación psicopatológica, que llevan a diagnósticos (explícitos o implícitos) equivocados.

¿Cuáles pueden ser esos errores? En el caso de los **falsos positivos**, sobre la base de presunción de psicosis o de trastorno borderline fuera de control, se formulan pronósticos dramáticos y se indican medidas terapéuticas innecesarias (internación, tratamiento o farmacología antipsicótica, psicoterapias de alta frecuencia) que a la postre repercuten de manera perjudicial en el paciente, la familia y el contexto. Por si fuera poco, el terapeuta, que hoy en día vive inmerso en una atmósfera social de judicialización de los actos terapéuticos, trata de cubrirse a través de lo que se ha llamado la “medicina defensiva” con explicaciones diagnósticas alarmantes, advertencias o actitudes evitativas. El indeseable resultado suele ser la estigmatización del paciente, que luego se ve exacerbada por el acceso a la bibliografía existente en la web, sea por parte del mismo paciente o de su familia.

En el caso de los **falsos negativos**, se atribuyen las manifestaciones ruidosas a situaciones coyunturales, a crisis vitales o a la evolución engañosa de la transferencia. En consecuencia se demora la terapéutica adecuada, cuando en realidad son cuadros que pueden evolucionar mal, con fuerte daño a la vida personal y familiar, al rendimiento laboral o académico y posibilidad de complicaciones serias como el abuso de sustancias o el suicidio (13, 14).

Es de rigor clínico y utilidad práctica considerar que la mayor parte de las manifestaciones clínicas tormentosas que hemos mencionado corresponden a **trastornos del self**, perturbaciones del sí mismo que abarcan un amplio espectro que incluye: 1. perturbaciones relativamente benignas como las crisis adolescentes patológicas o algunos trastornos por stress postraumático 2. Cuadros de mediana gravedad como los trastornos narcisistas de la personalidad 3. Graves trastornos fronterizos o psicosis incipientes.



Si bien todos estos cuadros que reflejan perturbaciones en la estructura y la cohesión del psiquismo tienen elementos comunes que pueden confundir al observador, implican pronósticos y posibilidades terapéuticas sustancialmente diferentes.

Aún con manifestaciones clínicas parecidas habrá entonces evolución favorable en trastornos del self benignos, que aparecen en sujetos capaces de establecer vínculos estables integrados y recíprocos. También en trastornos narcisistas de la personalidad en los cuales el psiquismo no posee una estructura sólida pero sí alberga núcleos o sectores de dotes o capacidades que permiten experiencias terapéuticas estabilizadoras que atenúan y compensan las fallas estructurales (11). En el extremo más patológico del espectro de trastornos del self están los trastornos borderline más comprometidos, con impulsividad caótica y fallas graves de la identidad que sugieren un déficit estructural severo que hace sombrío el pronóstico y exige al máximo a familias y terapeutas.

De todas maneras, quien trata pacientes severamente perturbados sabe que se va a encontrar con cuadros aparentemente alarmantes que a veces evolucionan favorablemente (para alegría de la familia y satisfacción del terapeuta) y otros cuadros que pareciendo benignos en las primeras consultas, se agravan progresivamente.

(Excede a estas consideraciones la controversia sobre la utilidad de las formulaciones diagnósticas, descalificadas en algunos autores por razones epistemológicas o simplemente por formación o estilo de trabajo).

Tal como señalan Bateman y Fonagy (1), en la psicoterapia de pacientes borderline una aproximación diagnóstica es parte intrínseca del proceso terapéutico, no algo decapitado del tratamiento. Forma parte de las sesiones iniciales y es esencial para comprometer al paciente en el proceso y lograr que sus estados mentales puedan ser objetos de observación y reflexión.

DEL NARCISISMO A LA INTERSUBJETIVIDAD

Son dos ejes centrales a la hora de considerar los fenómenos borderline. En este tipo de pacientes se producen estados de desequilibrio narcisista que ejercen un efecto inquietante y perturban su estabilidad emocional. La angustia existencial, las vivencias de vacío, ciertos fenómenos hipocondríacos, los sentimientos de vergüenza, inadecuación e inferioridad, los procesos alternantes de idealización y desvalorización en los vínculos interpersonales, se asocian a profundos disturbios en la regulación del estado de sí mismo - el self - y se acompañan de crónica vulnerabilidad en la autoestima.

Las perturbaciones de la identidad, la pérdida transitoria de la cohesión, vigor e integración del self son generados por fenómenos de desequilibrio narcisista y pueden ser hallados también en individuos que abarcan ese amplio espectro que va desde la adolescencia normal, las situaciones de duelo y otras crisis vitales, hasta los trastornos fronterizos, pasando por los llamados por Kohut trastornos narcisistas de la personalidad (10).

Algunas personas atraviesan las situaciones vitales de tensión psíquica con mayor dificultad, y en esos momentos su estado mental se asemeja notablemente a aquellos otros que presentan trastornos crónicos del sentimiento de identidad, impulsividad caótica y labilidad afectiva propios de los trastornos borderline (11).

Naturalmente cuando el desequilibrio narcisista tiene carácter transitorio, breve, el proceso tiende a ser benigno.

También ocurre algo similar con ciertos mecanismos que el sujeto utiliza para enfrentar sus vivencias desagradables. Las personas borderline buscan vivir estados de agitación, tensión o incluso dolor a modo de estímulos que consolidan al self y le señalan sus límites. Protegen al sujeto del vacío, del temor al derrumbe y le hacen sentirse vivo. La hipersociabilidad superficial, la sexualidad compulsiva o el uso de sustancias psicoactivas sirven a los mismos fines (14).

Si reflexionamos acerca de estas constelaciones psicopatológicas es muy probable que evoquemos nuestra experiencia con los pacientes fronterizos que hayamos tratado.

Pero así también la clínica de la transferencia o la simple observación atenta de la vida psíquica de personas del rango neurótico, nos dejan ver ejemplos de lo que es el sufrimiento narcisista y los mecanismos para sobrellevarlo.

Otro aspecto a considerar pasa por la repercusión afectiva en el entorno. Los estados borderline sacuden necesariamente la vida familiar, así como son moldeados o deformados por ese continente. Los terapeutas no escapan al impacto de esa turbulencia, que a veces se asemeja al “turmoil” adolescente. Así aparecen las consultas de familiares angustiados por las situaciones de riesgo en que se coloca un paciente o por la confesión alarmante de su falta de ganas de seguir viviendo así.

En el equipo terapéutico se generan stress e impotencia que corren paralelos con la vivencia de los familiares y con las experiencias infantiles del paciente.

En el mundo de las relaciones objetales y los vínculos interpersonales el fenómeno borderline emerge entonces en un campo intersubjetivo compuesto por un self precario y vulnerable inmerso en una matriz de relaciones arcaicas y fallidas.

Esto no significa necesariamente un grupo familiar con objetos enloquecedores, al decir de Garcia Badaracco, sino que alcanza con un medio ambiente incapaz de sintonizar afectivamente con el sujeto, de brindarle suficiente contención emocional y lograr alguna comprensión empática de sus vivencias.

AFECTIVIDAD BORDERLINE Y DEPRESIÓN

Un frecuente motivo de controversia clínica es el problema de la relación entre borderline y trastornos afectivos. Si bien como señalábamos al principio el concepto de borderline nace en la frontera de neurosis y psicosis, hoy en día ha ganado espacio la discusión acerca de la relación entre la patología borderline y trastornos afectivos, especialmente lo que se ha dado en llamar el espectro bipolar. Uno de los impulsores más claros de esta postura es Hagop Akiskal, que ya en un estudio de follow up de corto plazo que realizó con 100 pacientes borderline en 1981 planteaba el tema. Según aquel estudio, con el paso del tiempo sólo un paciente evolucionó en dirección a la esquizofrenia, mientras 37 desarrollaron diversas formas de trastorno afectivo; depresiones recurrentes, distimias, ciclotimias y bipolaridad atípica.

Desde una postura semejante, Ghaemi (6) cree que es mejor abstenerse de diagnosticar trastorno borderline de personalidad en personas que padezcan cuadros depresivos severos o estados hipomaniacos. Piensa que es mejor tratar primero (farmacológicamente) las alteraciones del humor. Si éstas se resuelven pero persisten los rasgos border, allí admite la comorbilidad con borderline. La labilidad del humor no sería, según Ghaemi, una característica que permite distinguir las dos patologías. Los actos impulsivos, en cambio, son menos comunes en los bipolares y orientan hacia la patología borderline.

En los últimos tiempos Akiskal en una posición más radical se ha mostrado hipercrítico respecto al diagnóstico borderline y tiende a extender e incluso sobredimensionar el concepto de bipolar para incluir lo que serían pacientes con “síntomas subafectivos”. Si bien esta postura tiene bastantes seguidores en el campo de la psiquiatría, prácticamente hace desaparecer de la clínica a los trastornos borderline, y si uno está en contacto cotidiano con una consulta variada sabe que eso sería desconocer o forzar la realidad.

De todas maneras en algunos pacientes parece haber una relación entre ambos tipos de trastorno. Una consecuencia terapéutica directa de estas observaciones es la tendencia a contemplar la utilización de medicación antidepresiva y/o antirrecurrential en el tratamiento de los pacientes borderline con síntomas depresivos. El resultado en muchos casos es bastante satisfactorio y facilita el abordaje psicoterapéutico.

Pero estos aportes, que se sustentan en las investigaciones neurobiológicas y epidemiológicas, no deben hacernos perder de vista que las intensas vicisitudes emocionales de la vida del sujeto borderline van a teñir de manera incisiva todas las facetas de su psiquismo, sin que necesariamente esto signifique la presencia de un cuadro depresivo o un estado maníaco.

En este sentido, Fonagy (2) ha estudiado en detalle las formas de apego ansioso y desorganizado que caracterizan a los vínculos del borderline. Este modo de relación interpersonal dependiente confiere un carácter dramático a las situaciones de pérdida. Esto es vivido como un desamparo y abandono que atenta contra el inestable sentido del self.

Gabbard (5) ha mostrado como estos rasgos caracterológicos propios del borderline llevan a que estas personas utilicen el término *depresión* para describir sentimientos crónicos de tedio, vacío y soledad. Si esto no puede ser compensado por el paciente y/o el terapeuta, se hacen presentes la desesperanza, la rabia y la autodestructividad. Sería una suerte de pseudodepresión, cercana a lo caracterológico en algunos sujetos, episódica o reactiva a diversas injurias en otros.

PSEUDODEPRESIÓN DEL BORDERLINE

- Vivencia subjetiva de vacío
- Angustia existencial
- Falta de sentido de la vida
- Indiferencia afectiva
- Tédio, aburrimiento
- Necesidad de estimulación



En otras palabras, una postura apoyada en la perspectiva abarcativa que brinda la psicopatología dinámica nos permite avizorar un espectro más variado de posibilidades psicopatológicas y en consecuencia una visión diferente de las posibles evoluciones clínicas y alternativas terapéuticas. Por otra parte, al menos por el momento, carece de sentido embarcarse en una polémica interminable sobre el peso relativo de ciertos factores como la predisposición genética, las experiencias tempranas de abuso o negligencia y los antecedentes personales y familiares de depresión en la etiología del trastorno borderline.

EL PROBLEMA DE LAS DIFICULTADES TÉCNICAS Y EL MITO DEL FRACASO TERAPÉUTICO

Si en algo han coincidido la mayoría de los psicólogos, psicoanalistas y psiquiatras en los últimos 50 años es en la naturaleza resistente al tratamiento de los pacientes borderline. No por casualidad muchos de estos pacientes han pasado por 4 o 5 terapeutas a lo largo de los años.

Sin embargo hay otra visión de esta realidad que merece ser considerada. Lo hemos apreciado en forma definida con los borderline adolescentes (13) y ha merecido un interesante estudio de Fonagy y Bateman (3) que abarca todos los grupos etarios.

Estos autores señalan el creciente reconocimiento de que a pesar de las dificultades que genera, el borderline puede tener una evolución más benigna de lo que se pensaba tradicionalmente. Se puede afirmar que un gran porcentaje de ellos experimenta una reducción sustancial de su sintomatología mucho antes de lo que se presume habitualmente, luego de un período de alrededor de 5 años.

Pero no fueron los primeros en aportar una cuota de esperanza que se contrapone a lo que podríamos atrevernos a llamar *el mito del fracaso borderline*. Una de las investigaciones más medulosas sobre la clínica borderline fue el proyecto PI 500, un estudio de seguimiento a largo plazo que publicó Michael Stone (15), de Columbia, sobre 500 pacientes borderline que habían sido hospitalizados entre 1963 y 1976 en el servicio que llegó a dirigir Otto Kernberg.

Se logró localizar a 502 pacientes y se estudiaron en una serie de entrevistas, múltiples items como rehospitalizaciones, tratamientos ulteriores, historia laboral, situación social y familiar, así como estado clínico y factores intercurrentes. El propósito era averiguar **qué sucede con el paciente borderline a medida que pasan los años**. Por supuesto que la respuesta no es simple e incluye una serie de posibilidades que abarcan un libro entero. Aquí, para terminar, nos referiremos solamente a un par de elementos que coinciden al menos en parte con lo que observamos en nuestro medio.

En cuanto al origen de estos cuadros, más que aseverar de modo simplista que la patología borderline es un trastorno afectivo, o que se debe simplemente a tempranas relaciones objetales patógenas, parecería más prudente señalar que en cualquier serie de pacientes borderline vamos a hallar. 1) un porcentaje que ha desarrollado el cuadro sobre la base de una carga genética de trastorno afectivo. Entre otras manifestaciones padecerán seguramente síntomas relacionados con alteraciones del humor que pueden llegar en algunos casos a dominar el cuadro; 2) otro porcentaje de pacientes según Stone enferman sobre la base de abusos severos en la vida temprana. Sin negar la existencia de estos casos dramáticos de violencia física o sexual, se puede extender el concepto al decir que en muchos de esos pacientes hallamos evidencias significativas de tempranos vínculos objetales patógenos (lo que algunos llaman abuso emocional y Massud Khan llamó trauma acumulativo)) que suelen persistir e incluso autoperpetuarse a lo largo de la vida. Queremos decir con esto que el sujeto continúa entablando a lo largo de la vida relaciones amorosas y de amistad tempestuosas y conflictivas que generan eterna insatisfacción y desesperanza. El trastorno crónico de la identidad, observable especialmente desde la perspectiva psicoanalítica, acompaña e ilustra el déficit identificador resultante de tal perturbación en las relaciones objetales tempranas.

Un tercer grupo de pacientes padece su enfermedad como resultado de la interacción dinámicamente complementaria entre el terreno de la predisposición y un marco de vínculos interpersonales perturbadores. El conjunto de manifestaciones que se explica mejor por esta interacción patógena es la serie impulsividad caótica – agresividad, que también es manifestación central en muchos borderline.

Con esto estamos señalando algo que con pequeñas modificaciones podría aplicarse a tantos pacientes en los cuales reconocemos una etiología multifactorial, pero lo apuntamos acá para subrayar la necesidad de una capacitación adecuada para tratar pacientes borderline. Este entrenamiento debería abarcar desde las neurociencias hasta los aspectos psicodinámicos e intersubjetivos para poder encarar con la convicción que sólo otorga el conocimiento del tema, las diversas estrategias terapéuticas con pacientes borderline, una tarea nada fácil por cierto.

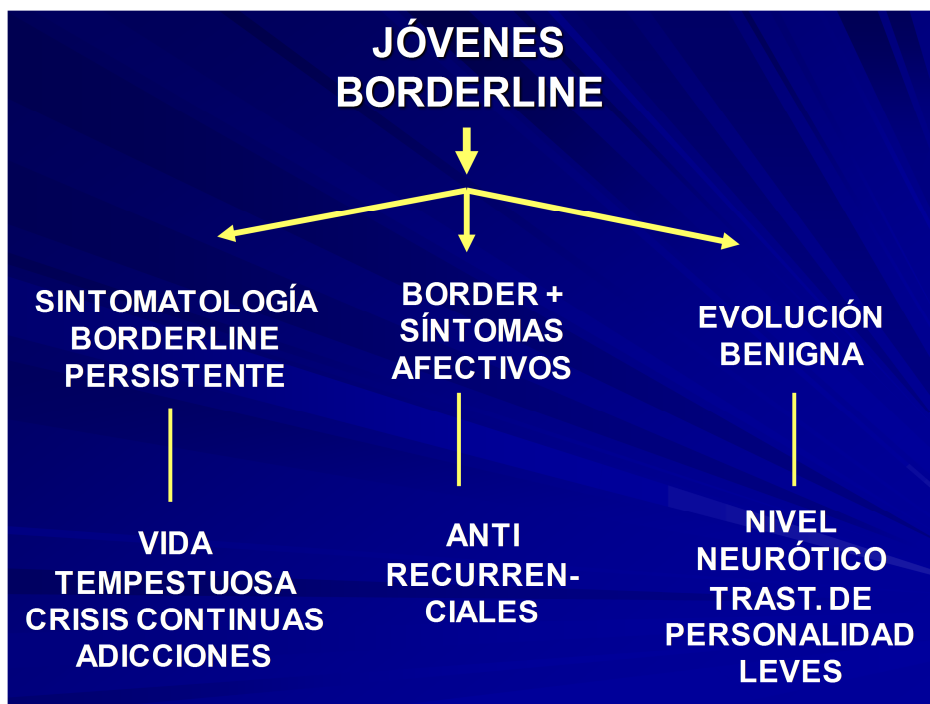
Podríamos decir que estos pacientes tienen un *self desafortunado*, por lo que les pasa y por como lo viven, por eso suelen quejarse amargamente de su condición. Especialmente en su juventud tienen que atravesar la experiencia de sentirse de una manera que definía con agudeza Arnold Goldberg (6). Este autor describía la naturaleza del “misfit”, que no tiene traducción exacta pero que sería algo así como inadaptado, no necesariamente revoltoso, sino más bien el que no encaja con el resto, el que resulta inadecuado, y ésta es una experiencia muy desagradable que atraviesan los jóvenes con ese self desafortunado. La perspectiva del fracaso se extiende desde estos pacientes difíciles hasta quienes tienen que encargarse de su tratamiento y produce desaliento.

Sin embargo, al volver nuestra mirada a los estudios de seguimiento prolongados vuelven a aparecer argumentos que permiten mayor optimismo. (Tanto el optimismo como la idea del fracaso terapéutico son sutilmente detectados por estos pacientes que a pesar de tener un déficit simbólico o una limitada mentalización, a veces poseen una especial sensibilidad para captar los estados mentales de otras personas, incluyendo a su psicoterapeuta)

Mc Glashan efectuó un estudio con pacientes de Chestnut Lodge, la clínica donde trabajaba Harold Searles. (Se investigaron 82 pacientes que habían sido tratados entre 2 y 32 años antes) En el trabajo de Mc Glashan vemos que 2/3 de los pacientes tuvieron una evolución favorable y desarrollaron una vida casi plena, mientras 1/3 tuvo un desempeño regular o malo. Y aún dentro de este grupo de mala evolución hubo un porcentaje de pacientes con desarrollo “atípico” generado por el abuso de sustancias, esto es: muy mal durante los años de adicción y bien durante períodos de recuperación.

En el estudio PI 500 que mencionamos antes, la conclusión global es semejante a la de Mc Glashan y probablemente contraria a lo que muchos de nosotros solemos pensar

cuando tenemos que lidiar con personas borderline. Ciertamente algunos pacientes mantienen la sintomatología borderline a lo largo de los años y llevan vidas tempestuosas y dramáticas, o vuelcan su impulsividad en el abuso de alcohol u otras sustancias. Un poco más del 8% cometió suicidio, un porcentaje levemente menor que el de los pacientes esquizofrénicos que es de cerca del 10%. Aquellos que tenían elementos depresivos, conservan alguna sintomatología borderline pero asociada con cuadros afectivos más nítidos que suelen ser abordables farmacológicamente. Pero resulta sorprendente (o no tanto si recordamos nuestra distinción del comienzo sobre el espectro de trastornos del self con los borderline graves en un extremo) y resulta alentador, encontrar que en una cantidad apreciable de pacientes el estado borderline no tiene un final nefasto. Más bien podría verse como una estación en un espinoso camino del desarrollo que comenzó con algunos síntomas del humor y desemboca en una variedad de condiciones, desde las más severas hasta otras benignas. El seguimiento muestra que en muchos casos se atenúa y pasa a un nivel neurótico, especialmente luego de un largo o corto tratamiento psicoterapéutico adecuado. Y por último un grupo apreciable pasa a tener trastornos de personalidad menos definidos que les permiten llevar vidas productivas.



Los estudios de Stone y de Mc Glashan, así como otro con resultados semejantes llevado a cabo por Paris en Montreal, son de carácter retrospectivo (follow back).

Otra forma de investigar el tema es a través de estudios prospectivos. Se toma un grupo de pacientes borderline que están en tratamiento y se los sigue observando durante un período de varios años (follow up). Zanarini y sus colaboradores publicaron en 2003 los resultados de 6 años de seguimiento de pacientes tratados en el Hospital McLean. Ellos distinguieron dos tipos de manifestaciones, unas agudas y otras temperamentales. Las agudas, que incluyen las conductas autolesivas, las relacionadas con amenazas o intentos suicidas y los síntomas psicóticos (factores usualmente determinantes de internaciones), tienden a resolverse en corto tiempo. Otras manifestaciones de orden caracterológico como las relaciones afectivas tempestuosas, la ansiedad por el abandono, el resentimiento, persisten durante un tiempo mucho más prolongado. Pero las mejorías, evidenciadas en el estudio por desaparición de los criterios de diagnóstico borderline, eran mucho más frecuentes de lo esperado. Zanarini (16) subraya que estos pacientes estaban siendo tratados en forma intensiva con psicoterapia y medicación.

Por supuesto que estas observaciones no deben conducirnos a la ingenuidad de un optimismo negador que pase por alto dificultades y riesgos.

Fonagy (1,3) ha señalado con acierto que los diversos enfoques psicoterapéuticos sustentan su efectividad en la capacidad del individuo de considerar la experiencia de su propio estado mental junto con la representación alternativa presentada por el psicoterapeuta. La integración de ambas está en los cimientos del proceso de cambio. Esta “mentalización” es deficiente en las patologías graves y esto se relaciona con su difícil acceso.

Aquí otro punto clave es no confundir mejoría clínica con la activación de procesos de apego que tienden a producirse en estas personas y que en la psicoterapia pueden llevar a un estado de bienestar en la transferencia y pseudoalianza terapéutica.

Hechas estas salvedades, que señalan como el fenómeno borderline se despliega en un escenario interpersonal, la observación en ese espacio, a través de un tiempo prolongado, permite cuestionar el paradigma del fracaso borderline.

A pesar de su self desafortunado, muchos de estos pacientes borderline logran remontar su comienzo accidentado y compensar las falencias de su armazón psíquica, se vuelven menos dependientes de sus impulsos y alcanzan a encontrar una existencia que merece ser vivida.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2004): *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford, Oxford University Press.
- 2) Fonagy, P. Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas psicoanalíticas*, abril 2000, No 4.
- 3) Fonagy, P. y Bateman, A.: Progress in the treatment of borderline personality disorder. *Brit. J. Psych*, 2006, 188, 1-3.
- 4) Gabbard, G.: Commentary on “Dissociative processes and transference-countertransference paradigms” by J. Messler and M Frawley. *Psychoanalytic Dialogues*. 1992, 2 (1), 37-47.
- 5) Gabbard, G.(2000): *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Ed. Med. Panamericana, 2002.
- 6) Ghaemi, N. y El Mallakh, R.: *Bipolar Depression*. Washington, American Psychiatric Press, 2006.
- 7) Goldberg, A. (1983): Sobre la naturaleza del inadaptado. En G. Lancelle comp. *El Self en la teoría y la práctica*. Buenos Aires, Paidós, 1999.
- 8) Gunderson, J. (2001): *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona Arsmedica, 2002.
- 9) Kernberg, O. (1975): *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires, Paidós, 1979.
- 1) Kohut, H. (1977): *La restauración del Si-mismo*. Buenos Aires, Paidós, 1980.
- 10) Maremmani I, Pacini M, Akiskal HS, et al: Addiction and the bipolar spectrum. Dual diagnosis with a common substrate? *Addict Disord and Their Treatment* 2004;3:156-164.

- 11) Ortiz Frágola, A.: Sobre una aplicación de la Psicología del Self al análisis de adolescentes. En G. Lancelle (comp) *El Self en la teoría y la práctica*. Buenos Aires, Paidós, 1999.
- 12) Ortiz Frágola, A.: Crisis en la Familia. La rebelión de los adultos. *Psicoanálisis, Revista de APdeBA*, Vol XXIII, 2, 2001.
- 13) Ortiz Frágola, A.: Sobre algunos aspectos narcisistas en el análisis de adolescentes. Depto. de Niñez y Adolescencia, APdeBA, 2005.
- 14) Ortiz Frágola, A.: Depression in adolescence and vulnerability to addictive disorders. *Addictive Disorders*, March 2006, Vol 5, 1.
- 15) Stone, M. H.: *The fate of Borderline Patients*. New York, Guilford Press, 1990
- 16) Zanarini, MC et al: The longitudinal course of borderline psychopathology: six year prospective follow up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 160:274-283, 2003