Artículos temáticos

Cuando menos es más.
Exploración de un tratamiento hospitalario de orientación psicoanalítica para el trastorno grave de la personalidad [1]

Marco Chiesa, Peter Fonagy y Jeremy Holmes [2]

En las primeras décadas del siglo pasado, surgió en un puñado de centros pioneros de Estados Unidos y de Europa la psicoterapia de orientación psicoanalítica aplicada a pacientes internados. Los antecedentes teóricos y conceptuales que sustentaron las prácticas de tratamiento en estos centros contrastaban notablemente con la cultura institucionalista y deshumanizante vigente en los hospitales psiquiátricos tradicionales (Barton, 1959; Goffman, 1961) y, por ende, dichos tratamientos constituían una respuesta radical alternativa para toda una gama de trastornos psiquiátricos.

Los pacientes que ingresaban a tales centros para recibir tratamientos de largo plazo sufrían de graves psicopatologías y se consideraba que no eran curables mediante el tratamiento psicoanalítico ambulatorio clásico. La índole y frecuencia de sus conductas de *acting-out*, que incluían serias automutilaciones e intentos de suicidio, exigían un control adecuado para proteger tanto al paciente como al medio en el cual se lo atendía. Se juzgaba que los pacientes con una

---

[1] Versión revisada y ampliada de un trabajo que ganó, en el año 2000, uno de los tres Premios Biananuales de la IPA para Contribuciones Excepcionales en Investigación Psicoanalítica.
© *The International Journal of Psychoanalysis* 84 (3), 637–650 doi:10.1516/1VYH-YL0W-WRDT-YT7F
Traducido por Leandro Wolfson.

[2] Los autores desean expresar su reconocimiento a la Sociedad de Beneficencia Sir Jules Thorn, la Fundación Welton y la Asociación Psicoanalítica Internacional, gracias a cuyas subvenciones pudo llevase a cabo este estudio durante varios años.

estructura de la personalidad fronteriza o psicótica eran incapaces de forjar una alianza terapéutica estable sin el apoyo externo de una estructura hospitalaria, y que su fuerza yoica, insuficiente para tolerar el estrés provocado por la terapia psicodinámica, los haría propensos a episodios psicóticos agudos. Además, se pensaba que para estos pacientes, cuyo pronóstico era poco alentador, la amplia gama de modalidades de tratamiento ofrecidas por el marco de la internación podría mejorar el resultado final (Main, 1958; Horwitz, 1974; Kernberg, 1984). Al principio, la forma más frecuente de tratamiento era de cuatro a cinco sesiones individuales de psicoanálisis impartido por un analista experto, y el hospital funcionaba como marco de contención física para salvaguardar la vida del paciente así como la integridad del encuadre analítico. Con el tiempo, elaborados programas de rehabilitación social de distinto tipo, que utilizaban la posibilidad de la convivencia como herramienta del tratamiento, enriquecieron el marco hospitalario. La interacción cotidiana dentro de estos programas bien estructurados permitía el despliegue de formas patológicas de relacionarse con los demás, que podían aclararse y enfrentarse tanto en pequeños como en grandes grupos.

Por añadidura, el estudio de los efectos de la dinámica institucional en el proceso de tratamiento (Stanton y Schwartz, 1954) llevó a generar estrategias terapéuticas integradas, que se centraban en tres dimensiones: a) la psicodinámica individual; b) los procesos de interacción; y c) la dinámica de funcionamiento institucional y en grandes grupos.

En los últimos años, se produjo una diversificación del enfoque del tratamiento, que dio lugar a la inclusión de internaciones parciales (Karterud et al., 1992; Bateman y Fonagy, 1999) y a programas ambulatorios especializados (Najavitis y Gunderson, 1995; Clarkin et al., 1999).

La eficacia general del tratamiento hospitalario psicoanalítico ha sido documentada por una serie de estudios (McGlashan, 1986; Wallerstein, 1986; Rosser et al., 1987; Tucker et al., 1987; Stone, 1990; Dolan et al., 1997; Gabbard et al., 1999). Sin embargo, en ausencia de grupos de control, no existían claras pruebas de que estos programas produjeran mejores resultados en comparación con el control psiquiátrico general o la farmacoterapia por sí solos. Una finalidad primordial del presente trabajo es proporcionar tales pruebas.

En la literatura farmacológica, es relativamente sencillo recoger pruebas vinculadas con la eficacia. Se administra a los pacientes

cápsulas no identificadas que contienen preparados activos o bien placebos inertes. Ni el paciente ni el médico saben qué comprimido recibe aquél. Esta falta de información incorpora a los ensayos sobre drogas una deseada objetividad, pues se piensa que los sesgos basados en las expectativas no pueden influir en la aparente eficacia del tratamiento. No obstante, no siempre es así. Los pacientes detectan si se les está aplicando un tratamiento real a partir de los efectos colaterales de la medicación, y este conocimiento influye en sus informes. De hecho, se ha comprobado a menudo que los efectos psicotrópicos de las drogas comparadas con los placebos activos (que reproducen algunos de los efectos colaterales de la medicación) reducen la eficacia alrededor del cincuenta por ciento, en comparación con los casos en los que se administró placebos inertes (Fisher y Greenberg, 1997).

En los ensayos relacionados con la psicoterapia, no es dable suponer que el paciente o el evaluador estarán "ciegos". No existe ningún tratamiento de placebo verosímil que pueda compararse con un psicoanálisis de cuatro o cinco sesiones semanales. La única comparación apropiada es la que se realiza con lo que podría ocurrirle al paciente si no tuviera acceso a la psicoterapia mientras está internado. Esto no implica controlar los elementos del tratamiento (como la esperanza que genera un procedimiento médico oneroso), sino que su función es proporcionar una base para juzgar la eficacia de un tratamiento caro, como es una internación. ¿Qué le pasaría al paciente internado que recibe un tratamiento si no existiera tal servicio hospitalario? Esta clase de comparaciones son útiles a los fines administrativos, por ejemplo para evaluar el beneficio previsible de un programa de tratamiento; pero no demuestra si el tratamiento que se examina (en este caso, el que se realiza durante la internación) fue, en efecto, el causante del cambio en el grupo tratado. Para establecer una conexión causal entre el tratamiento activo y la mejoría observada, los estudios de fármacos cuentan con un segundo mecanismo más apropiado para las terapias psicológicas: determinar la llamada "relación dosis-efecto". Se piensa que si el fármaco es el agente causal del cambio, el aumento de la dosis debe asociarse a efectos crecientes (hasta cierto punto). El mismo razonamiento se aplicó a las investigaciones sobre la psicoterapia, y en reiteradas ocasiones se demostró que el aumento de la dosis (la cantidad de sesiones) se asociaba con una mayor probabilidad de mejoría clínica (Howard et al., 1986, 1993; Howard et al., 1989).

Apoyándonos en esta lógica, deberíamos suponer que un menor tiempo de internación tiene que producir resultados inferiores, ya que se le da a los pacientes menos oportunidades para abordar los procesos patológicos en el marco de contención hospitalaria; si hablamos de tratamientos de pacientes internados, podría pensarse que los más prolongados darían mejores resultados. Por supuesto, esta argumentación no tiene en cuenta las constelaciones intrapsíquicas en las que "menos puede ser más", o sea, los casos en que está contraindicada una terapia intensiva de largo plazo. Las personas que adhieren al enfoque psicoanalítico suelen suponer que la metáfora "dosis-efecto" es válida para la terapia psicológica. En general, rara vez se varía sistemáticamente la duración del tratamiento (incluido el que se efectúa durante una internación) para establecer cuál es la ideal. Por otra parte, se presume que una misma duración del tratamiento puede ser válida para todos los tipos de casos clínicos en los que el diagnóstico ha recomendado internación.

Además de examinar la eficacia de la terapia con internación en comparación con los tratamientos psiquiátricos habituales que se administran a estos pacientes en el Reino Unido, el presente estudio procura examinar si, para pacientes con graves trastornos de la personalidad, fueron más fructíferos los períodos de internación relativamente breves (24 semanas) o largos (un año), y estudiar retrospectivamente las diferencias de estas dos formas de servicio disponibles con respecto a los grupos diagnósticos para los cuales resultan más adecuadas.

SINTESIS DEL ESTUDIO DEL HOSPITAL CASSEL EN EL CONDADO DE DEVON

El estudio se llevó a cabo en el hospital Cassel, establecimiento totalmente estatal en el que desde 1919 se vienen atendiendo graves afecciones neuróticas y trastornos de la personalidad. El enfoque psicoanalítico utilizado se basa en una amplia comprensión psicoanalítica de la psicopatología del paciente así como de sus expresiones y de su interacción con diversos aspectos del entorno terapéutico. El programa socioterapéutico cotidiano se caracteriza por un programa psicosocial estructurado que abarca reuniones en pequeños y grandes grupos, así como laborterapia. Se asigna a los pacientes cierto grado de responsabilidad en el funcionamiento diario del hospital, de modo

tal que cumplen un papel en la planificación de las comidas y en los quehaceres domésticos. Psicoanalistas capacitados, que no tienen contacto alguno con los pacientes fuera de las sesiones, les brindan una psicoterapia formal de orientación psicoanalítica, tanto en forma individual como en pequeños grupos. Además, los pacientes asisten diariamente a reuniones de sus respectivas salas, donde se contribuye a su control general mediante el seguimiento de su estado anímico y de la dinámica institucional (Main, 1989). Tradicionalmente, la estadía del paciente en el hospital variaba entre doce y dieciocho meses, tras lo cual eran dados de alta y volvían a sus respectivas comunidades sin que se indicara ningún tratamiento a modo de seguimiento. Más recientemente, se introdujo un programa en dos etapas, que comprende una estadía de 24 semanas en el hospital seguida de una etapa ambulatoria con psicoterapia de grupo dos veces por semana (Chiesa, 1997). Los pacientes escogidos para este tratamiento especializado sufrían trastornos psiquiátricos diagnosticables (trastorno de ansiedad [angustia], del estado de ánimo [depresión, manía, trastorno bipolar], de la conducta alimentaria o por consumo de sustancias),* así como trastornos de la personalidad (límite [fronterizo], paranoide, histriónico [egocéntrico], por dependencia y por evitación, ya sea aislados o combinados). Los que padecían cuadros graves de personalidad antisocial fueron excluidos del estudio y derivados a otros especialistas forenses, como el grupo Henderson de comunidades terapéuticas (Norton, 1992). También se aplicaron otros criterios excluyentes, como el hecho de tener antecedentes de esquizofrenia, psicosis paranoide, o de padecer en ese momento una seria adicción al alcohol o las drogas.

En otras publicaciones (Chiesa, 2000; Chiesa y Fonagy, 2000; Chiesa et al., 2003a) pueden consultarse descripciones técnicas más detalladas de este estudio; aquí sólo informaremos acerca de sus características principales y sus resultados. Entre 1993 y 1997 se seleccionaron en forma naturalista tres grupos de pacientes y se les asignaron tres tipos diferentes de tratamientos. El primer grupo de pacientes, provenientes de zonas externas a Londres, recibieron durante un año el programa de terapia psicosocial para internados del

---

* Para la designación de los cuadros psiquiátricos, nos hemos basado en la edición española del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* publicada por la editorial Masson en 1995. Entre corchetes damos variantes terminológicas más corrientes en muchos países hispanoamericanos. *(N. del T.)*

hospital, sin ningún tratamiento ambulatorio posterior (llamaremos a este grupo "tratamiento de internación solamente"). El segundo grupo estaba conformado por personas que residían dentro de los límites del Area Metropolitana de Londres, y su tratamiento consistió en seis meses de tratamiento psicosocial para internados en el hospital Cassel, seguidos de 18 meses de tratamiento ambulatorio de psicoterapia de orientación psicoanalítica a razón de dos sesiones por semana, y, los primeros seis meses, también atención psicosocial en la comunidad externa ("tratamiento en dos etapas"). El tercer grupo era una muestra apareada de pacientes con trastornos de la personalidad que no recibieron psicoterapia sino atención psiquiátrica corriente de servicios locales del distrito Devon Norte, en el Reino Unido ("tratamiento psiquiátrico general").[3]

Se reunieron y examinaron datos amplios sobre 141 pacientes, divididos en forma pareja entre los tres grupos. Los pacientes fueron evaluados en el momento de la internación y 6, 12 y 24 meses después en una serie de dimensiones clínicamente significativas, a fin de verificar los progresos hechos en el tratamiento y el seguimiento. En resumen, se midieron diversas dimensiones de su funcionamiento mediante instrumentos estandarizados y la recolección sistemática de variables sobre los resultados clínicos obtenidos en las siguientes áreas: angustia sintomática, adaptación social, funcionamiento global, patrones de uso del servicio de salud, y estado vincular.

Como era de prever, en promedio los pacientes tenían algo más de treinta años, dos terceras partes eran mujeres, y la mayoría eran solteros. Una alta proporción comentaron haber sufrido en su infancia y/o niñez hechos traumáticos y experiencias perturbadoras (o ambas cosas), como privación materna, pérdidas tempranas, abusos o ataques sexuales, y maltrato físico o negligencia de las personas que debían cuidarlos. En ese mismo período, más de la mitad había cometido automutilaciones o intentos de suicidio (o ambas cosas) por lo menos en una oportunidad. La mayor parte tenía un largo prontuario psiquiátrico que incluía reiteradas internaciones en servicios psiquiátricos y amplio uso de psicotrópicos a lo largo de los años. Antes de su internación, habían demandado frecuente asistencia de servicios de salud física y mental (visitas a médicos clínicos, salas de

[3] Se eligió el distrito Devon Norte por la relativa escasez de servicios psicoterapéuticos especializados en esa región, que permitía realizar comparaciones más válidas con los resultados previsibles del enfoque psiquiátrico general.

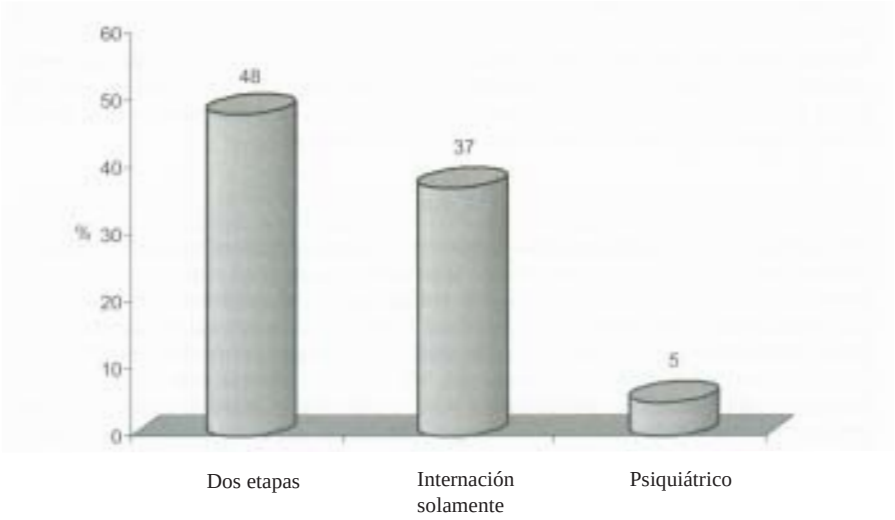
guardia y servicios generales de psiquiatría). Se estimó que, teniendo en cuenta sólo el uso que hicieron de servicios de salud, cada uno de estos pacientes le costaba al Departamento Nacional de Salud un promedio de 9.509 libras esterlinas anuales antes de su internación y tratamiento (Chiesa et al., 2002b).

Se comprobó que la interrupción temprana del tratamiento antes de las doce semanas de la internación en el hospital Cassel era significativamente mayor en el grupo "tratamiento de internación solamente", lo cual reducía la duración prevista de la internación de ese grupo a nueve meses. En contraste con ello, en el "tratamiento en dos etapas" la suma del tiempo de tratamiento durante la internación y ambulatorio era de dieciséis meses.

Los dos grupos de pacientes que recibieron tratamiento de orientación psicoanalítica mostraron una mejoría sumamente significativa en el período de dos años posterior a su internación, en las dimensiones de angustia sintomática, adaptación social y evaluación global de su salud mental, en tanto que el grupo de "tratamiento psiquiátrico general" se mantuvo igual, en lo esencial, durante dicho período. Sin embargo, el grupo del "tratamiento en dos etapas" continuó mejorando en sus síntomas en el lapso de los doce a los veinticuatro meses posteriores, mientras que el grupo "de internación solamente" mantuvo los avances que hizo durante la internación, pero no mostró ninguna mejoría ulterior; a los 24 meses, la diferencia entre ambos grupos en lo tocante a la angustia sintomática era significativa. También hubo diferencias significativas en favor del "tratamiento en dos etapas" a los 12 y los 24 meses en lo concerniente a la adaptación social, y a los 12 meses en lo concerniente al funcionamiento global. La proporción de "cambio confiable" [4] en estas dos medidas indica, en la muestra del hospital Cassel, que el 45 al 65 % presentaron una mejoría sustancial, en comparación con el 10 al 30 % de la muestra del "tratamiento psiquiátrico general". Además, si se define la mejoría como la existencia de un cambio confiable en dos de las tres dimensiones del funcionamiento, en el "tratamiento en dos etapas" mejoró el 48 % de los pacientes, en comparación con el 37 % en el "tratamiento de internación solamente" y el 5 % apenas en el "tratamiento psiquiátrico general" (ver la Figura 1).

[4] Se entiende por "cambio confiable" la mejoría no atribuible a errores de medición que, en cierta medida, siempre están presentes cuando se emplean instrumentos como éstos. Una fórmula estadística permite calcular los índices de cambio confiable (Jacobson y Truax, 1991).

FIGURA 1 – INDICES DE MEJORIA CONFIABLE EN POR LO MENOS UNA DE LAS TRES MEDICIONES ESTANDARIZADAS DE LOS RESULTADOS, EN LOS TRES GRUPOS, A LOS 24 MESES



Los pacientes del "tratamiento en dos etapas" presentaban a los 24 meses una disminución significativa de su morbilidad psiquiátrica aguda. Se había reducido a la mitad la cantidad de los que se infligían automutilaciones, en tanto que los intentos de suicidio pasaron del 56 al 16 %, y sólo uno de cada diez de estos sujetos debió ser internado nuevamente antes de los 24 meses. En los otros dos grupos, los cambios en estas mismas variables fueron menores (ver el Cuadro 1). En lo que respecta al grado de utilización de los servicios médicos, las dos muestras de pacientes que recibieron tratamiento de orientación psicoanalítica redujeron sus posteriores visitas psiquiátricas ambulatorias, en tanto que entre los pacientes del "tratamiento psiquiátrico general" hubo un acusado aumento de éstas.

CUADRO 1 – RESULTADOS CLINICOS DE LAS TRES MUESTRAS
(las cifras representan los valores del año anterior a la internación, en el momento del alta prevista y a lo largo del año posterior al alta prevista)

	Internación solamente N = 47		Dos etapas N = 45		Psiquiátrico general N = 49	
Variable	N	%	N	%	N	%
Automutilaciones						
Ingreso	23	48,9	25	55,6	24	49,0
Alta	31	66,0	14	31,0	18	36,7
24 meses después	23	48,9	12	26,7	20	40,8
Intentos de suicidio						
Ingreso	21	44,7	25	55,6	20	40,8
Alta	19	40,4	6	13,3	18	36,7
24 meses después	13	27,7	7	15,6	15	30,6
Internación hosp.						
Ingreso	24	51,1	24	53,3	28	57,1
24 meses después	21	44,7	5	11,1	16	32,7

IMPLICACIONES PSICOANALITICAS DE LOS RESULTADOS

El estudio demuestra que, en un grupo de pacientes con graves trastornos de la personalidad sometidos a intervenciones de orientación psicoanalítica, se produjo con el tiempo (24 meses después de su ingreso al hospital) una mejoría significativa en las dimensiones de la angustia sintomática, la adaptación social y la evaluación global de los resultados. Esta mejoría es mayor que la obtenida por un grupo apareado de pacientes tratados sin psicoterapia, aunque con un buen

enfoque farmacológico y medidas de apoyo social, en el marco de un "tratamiento psiquiátrico general". Este último grupo no mostró, esencialmente, ningún cambio durante el período de dos años que abarcó el estudio. Estos resultados confirman hallazgos anteriores según los cuales el enfoque psicoanalítico, basado en la comprensión dinámica, la confrontación y la contención emocional de los distintos aspectos psicopatológicos del trastorno de la personalidad, es útil para lograr una mejoría sustancial perdurable en una sintomatología penosa y angustiante, en la adaptación de cada sujeto a su medio social y en su grado general de salud mental (Kernberg, 1984; Wallerstein, 1986; Bateman y Fonagy, 1999). Además, la velocidad de la mejoría lograda en los grupos de tratamiento especializado fue mayor que la esperada según estudios previos, los que habían mostrado que debían transcurrir hasta nueve años luego del ingreso del paciente al hospital antes de que se hiciera evidente en él una marcada mejoría (McGlashan, 1986). Debe señalarse que el modelo de tratamiento psicoanalítico ofrecido en esos estudios retrospectivos anteriores difería en forma considerable del utilizado en el hospital Cassel.

Caso 1

Una paciente, a quien llamaremos A, padecía desde hacía quince años un grave trastorno alimentario surgido al final de su adolescencia, que se caracterizaba por períodos de abstinencia y atracones seguidos de vómitos y el uso de enemas de agua caliente como laxante, pero también como forma de automutilación. La vida de A estaba sometida a su preocupación por la comida y el peso, y había elegido un estilo de vida evitativo que la condujo al aislamiento social. A la madre le habían diagnosticado psicosis paranoide cuando A tenía siete años; la asaltaba la idea delirante de que una inexistente hermana melliza de A había sido raptada, así como preocupaciones delirantes por el sexo y el temor a ser envenenada. Acusaba reiteradamente a A de trabajar como prostituta, y en cada novio de A veía a un "rufián" que se aprovechaba de ella. La conducta imprevisible de su madre aterrorizaba a A, quien por otro lado guardaba dolorosos recuerdos del modo en que su padre (a quien al comienzo había querido mucho) la despreciaba continuamente y no correspondía a los sentimientos de afecto que A tenía por él, hasta que al fin comenzó a odiarlo.

Tras algunas dificultades iniciales para adaptarse al medio terapéutico, A mostró notable receptividad al enfoque psicoanalítico. En los primeros meses de tratamiento individual fue posible comprender que la aparición de su bulimioanorexia, desencadenada por su sensación de que se estaba poniendo regordeta, representaba el temor que tenía a la identificación con su madre gorda/loca. Dicho temor a ser invadida por la locura de su madre se hizo evidente en la actitud contrafóbica que adoptó en la vida hospitalaria, donde evitaba todo conflicto y mantenía a las personas a distancia o bien se vinculaba con ellas en forma complaciente, para aplacarlas y controlarlas. Esto fue dicho en reiteradas ocasiones por el personal y otros pacientes, en las reuniones de sala y comunitarias. De manera cordial pero persistente, se enfrentó la fantasía de A de vivir en una "burbuja", encerrada en su propio estado de ánimo, donde la conciencia del tiempo, el conflicto, el dolor y la persecución podían hacerse a un lado y reemplazarse por sonrisas, amabilidad y gentilezas.

A medida que fue mejorando su trastorno alimentario, la preocupación de A derivó hacia su relación con los demás, en particular con los hombres. En su diario personal, los comentarios sobre sus hábitos alimenticios fueron sustituidos por sus emociones y pensamientos, que transmitía con creciente soltura en la terapia y a la enfermera que la tenía a su cargo. En las sesiones individuales comprendió que hasta ese momento sólo había podido optar entre una relación absorbente y abusiva, o quedarse en su "burbuja" sin relacionarse con nadie, y esto la llevó a admitir el intenso temor que tenía a la intimidad. Por primera vez en muchos años, quizá por primera vez en su vida, pudo iniciar una relación sexual en la que no permitía que la maltrataran. Al aproximarse el momento en que sería dada de alta, se angustió mucho por la posibilidad de que la dejaran totalmente sola, sin nadie a quien recurrir. Su temor al vacío interior coincidió con una reincidencia temporaria en síntomas bulímicos leves. Cinco años después de finalizado el tratamiento, su trastorno alimentario había quedado atrás y su calidad de vida había mejorado notablemente. Tras terminar su educación, consiguió un trabajo de tiempo completo e inició una relación personal duradera. Frente al entrevistador, mostraba entonces una actitud menos tendiente a congraciarse y más directa, y la información obtenida posteriormente reveló que actuaba de un modo más autoafirmativo y era capaz de entrar en franco conflicto con otras personas en lugar de amoldarse a lo que, según suponía, requerían de ella.

A diferencia del enfoque psicoanalítico, el modelo psiquiátrico general, basado puramente en la biología y el control de la conducta personal y social, si bien puede lograr alguna estabilidad en las fluctuaciones psicopatológicas y disminuir la proporción de casos agudos que exigen internación, sólo tiene efectos marginales en la calidad de vida de estos pacientes, como lo indica la siguiente viñeta clínica.

Caso 2

Bella pasó los dos primeros años de su vida en asilos y finalmente fue adoptada cuando tenía dos años. Sus padres adoptivos ya tenían dos hijos varones propios, pero resolvieron adoptar una niña "para no aumentar el número de hijos indeseados que hay en el mundo". Bella fue sometida a un régimen estricto, por el cual se pretendía que estuviera agradecida. Cuando tenía 13 años, un derrame cerebral confinó a su madre a quedar postrada en cama para siempre. Bella se encargaba de cocinar, y según informó, fue objeto de abuso sexual por parte de su padre adoptivo y de sus dos hermanastros. A los 17 años logró quedar embarazada del primer muchacho que conoció, y así ser echada de la casa por sus padres. Su compañero resultó ser un drogadicto irresponsable. Bella tomó su primera sobredosis cuando le quitaron el cuidado de su bebé, que ya había sido incluido en la lista de "niños en riesgo". A ello le siguieron una serie de internaciones psiquiátricas, con frecuencia compulsivas, por lo general posteriores a episodios en los que Bella se infligía autocastigos deliberados que invariablemente amenazaba con repetir si no la admitían en el hospital. El personal de la sala estaba dividido: una parte la veía como una chica vulnerable que necesitaba protección, en tanto que para otros era manipuladora y controladora. Los que tenían una actitud más conmiserativa comenzaron a explorar con ella los abusos a que había sido sometida, pero Bella se negaba a hablar, o la actitud comprensiva de los demás desencadenaba en ella estallidos de furia que obligaban a "recluirla" y a darle fuertes dosis de sedantes. Cuando tenía alrededor de veinticinco años, se relacionó con un hombre mayor que también acudía a los servicios de salud mental; él la protegió y toleró sus esporádicos ataques de infidelidad, siempre seguidos de remordimientos y de nuevos episodios de autolesiones.

Luego de discutir el caso con todos los que la atendían, se le ofreció un sistema de internación hospitalaria "de emergencia", si era

necesario, pero durante no más de una semana cada dos meses. Se decidió evitar toda internación compulsiva. La situación se estabilizó, y la cantidad de días que Bella pasaba en el hospital disminuyó, así como la de sus episodios de autolesiones. Siguió mostrándose dependiente de su compañero en un grado infantil, y de vez en cuando sufría ataques de furia y desdicha incontrolables, normalmente provocados por ideas sobre la separación respecto de su hija. Insistía en que quería morir, pero aceptó no dañarse más a sí misma porque, dijo, "ustedes no me lo van a permitir". Se la derivó a psicoterapia psicoanalítica una vez por semana, pero nunca se comprometió realmente con el tratamiento y decía que su terapeuta era un "boludo", así que a la larga se abandonó este camino. El tipo de relación (asexual y en apariencia sumamente dependiente) que tenía con su compañero parecía muy patológica. De tanto en tanto se la veía triste y tomaba grandes dosis de psicotrópicos, pero lo cierto es que no se quitó la vida, su relación se mantuvo y, a medida que fueron pasando los años, su presencia en los servicios de salud mental poco a poco disminuyó.

Nuestro estudio demostró, asimismo, que en el caso de ciertos indicadores clínicos, la combinación de la internación con el tratamiento ambulatorio era siempre más eficaz, y que una internación prolongada apenas mejoraba los resultados obtenidos con el "tratamiento psiquiátrico general". En el "tratamiento en dos etapas" la terapia que recibían los pacientes internados era menor, pero sumando las horas de tratamiento en internación y ambulatorio, era mayor que las del "tratamiento de internación solamente". Esto parece indicar que, para obtener resultados positivos, es importante que el tratamiento sea más extenso, aunque menos intensivo en cuanto al aporte terapéutico. En los "tratamientos en dos etapas", los pacientes tendían a trasladar a su programa comunitario los conflictos y la dinámica surgidos en la internación.

Caso 3

C, una mujer soltera de 29 años, fue admitida en el programa de dos etapas del hospital Cassel luego de tres breves internaciones en una sala psiquiátrica de la localidad, donde había exhibido conducta suicida y manipuladora, y se le había diagnosticado depresión y trastorno fronterizo de la personalidad. Según sus declaraciones, había sido abusada sexualmente por su padrastro durante varios años

desde que ella tenía 13, con la presunta complicidad de la madre. También informó sobre los maltratos físicos y emocionales a que la sometía su madre, quien la encerraba en habitaciones a oscuras durante días enteros, dejándola sola con una bacinilla y llevándole apenas un poco de comida y agua.

Al poco tiempo de haber ingresado al Cassel, C se infligió cortes, y estas autolesiones continuaron durante varias semanas. Su relación con los demás pacientes y con el personal se volvió muy tensa y vivía casi al margen de la comunidad terapéutica, sin poder tolerar la intensidad y las demandas de ese medio. La terapia psicodinámica individual puso de manifiesto la presencia de una organización narcisista patológica de la personalidad (Steiner, 1993), que se expresaba en la imposibilidad de sentirse vulnerable y dependiente respecto del terapeuta, sentimientos que C no reconocía como propios y proyectaba en otros pacientes. Como parte de esa configuración patológica, se identificó con su madre abusiva y cruel, y recurría con frecuencia a actos crueles y sádicos, que le permitían hacer frente a sus profundos sentimientos de humillación y vergüenza respecto de su necesidad de ayuda y de que el terapeuta no la abandonase. En el momento de darla de alta de la comunidad terapéutica, la labor terapéutica sobre estas cuestiones se llevaba a cabo tanto en forma individual como en pequeños y grandes grupos, mientras que en la etapa ambulatoria siguió abordando estos problemas, que se prolongaron durante dos años. En esta etapa cobró conciencia de sus grandes dificultades para confiar en los demás, ya que en su mente siempre acechaba la posibilidad de que, si desarrollaba lazos emocionales con su terapeuta de grupo y la asistente psicosocial, la traicionasen. Pero en estas relaciones no estaba ausente el conflicto: ella pensaba que esas dos personas no la invitaban a formar un vínculo sino que la seducían, para luego explotar sádicamente su dependencia y abandonarla de manera inhumana.

En el grupo, reconoció su tendencia a proyectar en los demás su *self* infantil vulnerable y a experimentar el sentimiento de ser cuidada, ya fuese cuando trabajó de niñera, cuando se ocupó de mujeres golpeadas o cuando atendió a niños hambrientos como asistente social en Africa. A pesar de las serias dificultades de C para establecer una relación de trabajo confiable con su terapeuta, en su vida externa funcionaba cada vez mejor. Dejó de autoinfligirse lesiones, sus síntomas depresivos y fóbicos aminoraron, obtuvo un

cargo en una universidad, se mudó a un nuevo departamento y lo amuebló, comenzó a tener amigos y, antes de finalizar el tratamiento, se comprometió para casarse. Un año después del término de la terapia, seguía bien y con ganas de tener un bebé.

Los resultados obtenidos nos obligan a reexaminar los argumentos psicoanalíticos en favor de la terapia de largo plazo para pacientes internados. A la luz de los presentes hallazgos empíricos, creemos que deben hacerse algunas salvedades respecto de las aseveraciones del pasado sobre el valor que tiene brindar a pacientes con trastornos de la personalidad experiencias terapéuticas psicoanalíticas intensivas. En particular, los resultados concernientes al nivel de deserción precoz, autolesiones, intentos de suicidio e índices de reinternación psiquiátrica del grupo con "tratamiento de internación solamente" son incompatibles con la idea de que la internación ofrece mayor contención y seguridad, y facilita la cura (Horwitz, 1974). Nuestro estudio confirma hallazgos clínicos y empíricos previos según los cuales una proporción de sujetos afectados por trastornos graves de la personalidad, en especial los que tienen un núcleo psicopatológico fronterizo, pueden reaccionar mal frente a las condiciones imperantes en una internación hospitalaria de largo plazo (Rosser et al., 1987; Main, 1989). Tom Main, uno de los creadores originales de la comunidad terapéutica de orientación psicoanalítica, dijo con llamativa sinceridad en un trabajo que *"para los pacientes que necesitan psicoterapia, la internación* [prolongada] *suele conllevar más peligros que beneficios"*, y que el pedido de internación es, en sí mismo, un síntoma (Main, 1958, págs. 1-2). Pensaba Main que ni siquiera el más potente programa psicosocial podría contrarrestar los peligros de regresión inherentes a la internación hospitalaria prolongada, y afirmaba que si se vio obligado a admitir tantos pacientes en el hospital Cassel, fue por la escasez, en el Reino Unido, de establecimientos que ofrecieran psicoterapia ambulatoria a cargo de especialistas suficientemente capacitados.

Caso 4

D era una muchacha soltera de 19 años, la mayor de tres hijos, cuando se incorporó al programa de "tratamiento de internación solamente" del Cassel. En los dos años anteriores, se había entregado al abuso de sustancias tóxicas, con estallidos de comportamiento

agresivo, episodios de autolesiones e ideas de suicidio. Durante dos breves lapsos estuvo internada en un centro psiquiátrico local, asistió al hospital de día y recibió psicoterapia de apoyo una vez por semana. Tenía una actitud sumamente ambivalente hacia su familia; en el plano consciente, sentía que debía proteger a sus objetos parentales, internos y externos, pero en lo profundo sentía hacia ellos odio y resentimiento. Desde los 10 años se había visto cada vez más envuelta en relaciones sexuales abusivas con adolescentes mayores que ella, de las que salió con profundos problemas de identidad sexual y una escasa diferenciación entre la sexualidad, por un lado, y la violencia y agresión, por el otro.

Le fue difícil ser aceptada en el Cassel. Tenía serias dificultades para explayarse en situaciones grupales, y su silencio y vaguedades suscitaban en los demás reacciones exasperadas y temibles desafíos, frente a los cuales respondía sintiéndose perseguida. Expresó su gran temor frente al hecho de tener sesiones psicoterapéuticas, que daban lugar a prolongados silencios o a conversaciones insustanciales. Su material, caótico, a menudo aludía a la violación; se entendió que D experimentaba la psicoterapia como una tentativa del terapeuta de invadir y penetrar su mente de un modo que para ella era horrendo y abominable. Después de las sesiones, solía incurrir en *actings-out*, emborrachándose o tajeándose el cuerpo. Estas autolesiones y otras conductas autodestructivas se tornaron frecuentes; cuando otros pacientes o el personal se lo señalaban, ella reaccionaba en forma explosiva, hasta llegar en una ocasión a destruir una pieza del mobiliario. Durante su estadía en el hospital, tuvo síntomas psicóticos, como alucinaciones y trastorno del pensamiento, que exigieron administrarle neurolépticos y transferirla en dos oportunidades a la sala de psiquiatría general. Su tratamiento parecía avanzar a los tumbos de una crisis a otra, y al equipo se le hizo cada vez más difícil poder elaborar su caso de modo constructivo y trazar un plan de tratamiento basándose en la comprensión de su estado anímico. D abandonó el hospital prematuramente a los diez meses de haber entrado, dos meses antes de la fecha prevista para que lo hiciera. En los dos años posteriores, continuó siendo internada en salas psiquiátricas o en hospital de día la mayor parte del tiempo, y una tentativa de ayudarla a vivir en un albergue de readaptación fracasó. Continuó provocándose autolesiones cada tanto y tomando altas dosis de medicación antipsicótica.

Al reflexionar sobre los resultados terapéuticos negativos del caso

de D, el equipo del hospital debió reconocer, tardíamente, que la intensidad de las relaciones terapéuticas que brindaba el programa de un año la habían aterrorizado. En lugar de tranquilizarse por el tiempo de que disponía para su tratamiento, como ocurrió con C, D percibió la internación como una seducción seguida de un cruel abandono. Nunca pudo comprometerse debidamente con el programa, porque en todo lo que se le ofrecía no veía otra cosa que el rechazo definitivo.

CONCLUSIONES

Las pautas observadas en los resultados pueden examinarse también a la luz de las teorías psicoanalíticas sobre los trastornos fronterizos. Los pacientes con "tratamiento de internación solamente" ingresan a un medio similar al de una comunidad terapéutica, de intensa carga emocional, y se pretende que permanezcan un año en el hospital, donde mantendrán relaciones intensas y ambivalentes con otros pacientes y con los profesionales a cargo; luego se les da de alta y vuelven a la comunidad externa sin que se haya planeado ningún tipo de tratamiento o apoyo ulterior. La dependencia que tienen con la institución que los recibe y los vínculos desarrollados durante su prolongada internación se interrumpen de cuajo en ese momento. De ahí que a menudo los pacientes vivan el alta como una expulsión forzada, un rechazo y un quedar librados a su suerte. Deben tramitar sin ningún apoyo la transición entre el hospital y la vida externa en la comunidad, y con frecuencia su futuro, en lo que toca a trabajo, vivienda y relaciones sociales, es incierto. Gunderson (1996) describe agudamente como rasgo esencial de la psicopatología fronteriza la sensación de soledad y la intolerancia a cualquier separación súbita y traumática. Por otra parte, sabemos que los pacientes con una organización fronteriza de la personalidad presentan las siguientes características comunes: a) extrema sensibilidad a toda experiencia, real o imaginaria, de separación y abandono, frente a la cual reaccionan con una grave perturbación; b) inclusión en relaciones personales emocionalmente desgastantes, caóticas y turbulentas; c) confusión del sentido de identidad; d) impulsividad y poca tolerancia a la frustración (Kernberg, 1975; American Psychiatric Association, 1995). Estos rasgos manifiestos constituyen la externalización de relaciones objetales internas de tipo claustrofóbico y agorafóbico, que han sido brillantemente descriptas por Rey (1979)

y otros autores. Cuando el paciente ingresa al complejo entorno donde será internado, la multiplicidad de pretensiones y expectativas de funcionamiento como miembro constructivo de la comunidad pueden ser vividas por él como un bombardeo de demandas insoportables. El medio hospitalario se le convierte en un objeto atrapante, rígido y persecutorio (reacción claustrofóbica). Esto explica, en parte, el alto índice de deserciones en las doce primeras semanas posteriores al ingreso, así como el aumento de las autolesiones en los pacientes con "tratamiento de internación solamente" durante el año posterior, como lo muestra el caso de D. El hecho de que en el "tratamiento en dos etapas" las deserciones precoces y los episodios de autolesiones sean significativamente menores indica que el acortamiento de la internación puede representar un factor de protección, al disminuir la intensidad de las reacciones persecutorias y regresivas y atenuar la angustia claustrofóbica inicial.

Al término del tratamiento, los pacientes con "tratamiento de internación solamente" enfrentan el alta luego de una prolongada internación y la intimidatoria tarea de reestablecer su lazos personales y su vida laboral. Muchos de ellos siguen teniendo un albergue precario y se sienten solos y abandonados. El hospital desalienta todo contacto ulterior con él, como una manera de evitar la dependencia del paciente y de encauzarlo hacia la realidad exterior; pero, de hecho, viven esto como un cruel rechazo y se sienten empujados a irse y no queridos. El programa terapéutico que ofrece el modelo en dos etapas brinda un marco de contención para la elaboración de estas angustias y dinámica, con lo cual contribuye a una mayor readaptación y a una mejoría del paciente, como lo indica el caso de C.

En nuestro estudio, el programa en dos etapas, más largo pero menos intensivo, dio mejores resultados que el "tratamiento de internación solamente", más caro e intensivo pero más breve. Esto coincide con investigaciones previas acerca de la relación dosis-efecto en la terapia psicoanalítica. Por ejemplo, se halló una relación positiva similar entre la duración del tratamiento y los resultados en el estudio de Heidelberg, donde se demostró una asociación positiva entre la duración del tratamiento y la obtención de buenos y perdurables resultados en pacientes con trastornos psicosomáticos (Kordy et al., 1989; Rad et al., 1998). Debe señalarse, empero, que Kächele et al. (2001) no pudieron comprobar dicha relación dosis-efecto en un programa hospitalario de orientación psicoanalítica aplicado a una gran muestra de pacientes con trastornos alimentarios, que formó

parte de un estudio nacional llevado a cabo en varios establecimientos. Es posible que en el estudio de Kächele et al. esta ausencia de una relación fácilmente demostrable se debiera a que se fusionaron los tratamientos por internación y ambulatorio. Tal vez algunas de las internaciones más breves fueran seguidas por terapia ambulatoria, como en el modelo de dos etapas aquí descripto, en tanto que las internaciones más prolongadas no.

Al grupo de pacientes con trastornos graves de la personalidad, en particular, los intensos sentimientos de abandono les reviven tempranas experiencias traumáticas de privación física y emocional, tan comunes en la niñez de estos sujetos (Links et al., 1988). La consecuente intensa hostilidad que sienten hacia el objeto que los abandona y despoja interfiere con los procesos positivos de introyección (Klein, 1957) y, por ende, internalizan al hospital como un objeto malo y cruel. En otro lugar (Fonagy, 2000), hemos dicho que en el contexto de relaciones vinculares emocionalmente cargadas, como las que ocurren de modo inevitable cuando el paciente ingresa a un hospital para recibir psicoterapia, se desencadenan modelos internos de funcionamiento no reflexivo. Con frecuencia, la conducta muy desorganizada del paciente a que esto da lugar provoca reacciones poco adecuadas del personal, que sin quererlo vuelve a poner en acto respuestas parentales disfuncionales (conducta atemorizada o atemorizante), que el paciente vive como un abandono. La irreflexividad de los modelos internos de funcionamiento pone de relieve modalidades evolutivamente primitivas de experimentar la realidad psíquica, que fuerza a los pacientes a experimentar el mundo de un modo predominantemente concreto, tornándolo aún más excitante, y en apariencia más incontrolable, que antes (Fonagy y Target, 2000). Esto, a su vez, genera en el paciente respuestas disociativas (la "modalidad fingida" de realidad psíquica), con un incremento de las perturbaciones interpersonales, como en el caso de D. Si esta secuencia negativa no es comprendida y remediada mediante medidas correctivas, puede generar un grave *acting-out* y llevar a la interrupción del tratamiento (Ployé, 1977). Pensamos que la configuración estructural del modelo de "tratamiento de internación solamente" puede agravar este estado de cosas, ya que no brinda un marco adecuado de contención para las graves angustias de separación basadas en pautas vinculares perturbadas, fallas en las relaciones objetales internas y déficits en el funcionamiento reflexivo. En verdad, confiamos en que los resultados del análisis (todavía

en curso) de las Entrevistas sobre Vínculos Adultos (Adult Attachment Interviews) arrojen más luz sobre estos complicados procesos.

Las conclusiones anteriores han recibido apoyo adicional de dos estudios sistemáticos sobre las percepciones de los pacientes sobre diversos aspectos de la vida hospitalaria, y su satisfacción o insatisfacción al respecto (Chiesa et al., 2000, 2003). Los pacientes con "tratamiento de internación solamente" manifestaron luego del alta, en promedio, mayores críticas sobre el tratamiento recibido que los atendidos mediante el "tratamiento en dos etapas". Por ejemplo, el 80 % de los primeros estaban insatisfechos con la forma en que se los había dado de alta, en tanto que entre los segundos sólo lo estaban el 20 %. Su resentimiento, insatisfacción y quejas continuas reflejaban una relación interna irresuelta con un objeto mezquino, incapaz de darles nada y que los abandonó, relación que no había sido suficientemente equilibrada con experiencias internas positivas, dejando a los pacientes fronterizos más vulnerables y propensos a recurrir a modalidades patológicas previas de funcionamiento. Inevitablemente, esto conduce a descompensaciones psicóticas y depresivas agudas, como lo muestran los altos índices de reinternación luego del alta del grupo de "tratamiento de internación solamente". En contraste con ello, en el modelo del "tratamiento en dos etapas" los pacientes se sentían apoyados y contenidos en la fase externa del programa, de modo tal que podían tramitar mejor la transición entre el alta y su reincorporación a la comunidad general. El aporte psicodinámico permanente y la nueva experiencia emocional les permiten contener y reelaborar angustias a menudo graves relacionadas con la separación, el abandono y la desesperanza, y esto promueve un ulterior crecimiento de las funciones yoicas; a su vez, hace que los pacientes superen mejor esa transición y adquieran un estilo de vida menos disfuncional, evidenciado en una marcada reducción de las autolesiones e intentos de suicidio, así como de los reingresos a servicios psiquiátricos.

Estos hallazgos sugieren que un programa de internación para pacientes con núcleo patológico fronterizo debe modular la intensidad del aporte terapéutico de modo de prevenir las agudas reacciones claustrofóbicas, que pueden originar la interrupción precoz del tratamiento. Un programa en que dicha intensidad sea baja o mediana parece más apto para crear un mayor espacio interno y externo dentro del cual pueda producirse sin problemas la aparición del objeto interno atrapante y persecutorio, que entonces será más accesible a la

interpretación y la reelaboración, en lugar de generar una puesta en acto. Además, el programa debe dividirse en etapas e incluir un componente ambulatorio para la reelaboración gradual a largo plazo de la psicopatología crónica y arraigada.

En el presente estudio hemos mostrado la eficacia relativa de un enfoque de orientación psicoanalítica, comparado con el enfoque psiquiátrico general, para el tratamiento de los trastornos de la personalidad. También hemos mostrado que un método hospitalario y comunitario de orientación psicoanalítica produce mejores resultados que una terapia psicoanalítica prolongada con internación, o que la atención psiquiátrica corriente. Hemos expuesto y discutido los posibles factores psicodinámicos subyacentes que quizás expliquen estos resultados.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995) *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (DSM-IV,* 4ª ed.). Washington: American Psychiatric Press.

BARTON, R. (1959) *Institutional neurosis.* Bristol: Wright.

BATEMAN, A. Y FONAGY, P. (1999) "Effectiveness of partial hospitalization in a treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial". *Am. J. Psychiat,* 156: 1563-69.

CHIESA, M. (1997) "A combined in-patient/out-patient programme for severe personality disorders". *Therapeutic Communities,* 18: 297-309.

— (2000) "Hospital adjustment in personality disorder patients admitted to a therapeutic community milieu". *Br. J. Med. Psychol.,* 73: 259-67.

— ET AL. (2000) "Early termination of treatment in severe personality disorders treated in a psychotherapy hospital. Quantitative and qualitative study". *Br. J. Psychiat.,* 177: 107-11.

— ET AL. (2002b) "Health service use costs by personality disorder following specialist and non-specialist treatment. A comparative study". *J. Personality Disorders,* 16: 170-73.

— ET AL. (2003) "Users´ views of therapeutic community treatment: A satisfaction survey at the Cassel Hospital". *Therapeutic Community.*

— ET AL. (2003a) "Residential versus community treatment of personality

disorder: A comparative study of three treatment programs". *Am. J. Psychiat.* (en evaluación).

— Y FONAGY, P. (2000) "Cassel personality disorder study: Methodology and treatment effects". *Br. J. Psychiat.,* 176: 485-91.

CLARKIN, J. F. ET AL. (1999) *Psychotherapy for borderline personality.* New York: John Wiley and Sons.

DOLAN, B. ET AL. (1997) "Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder". *Br. J. Psychiat.,* 171: 274-79.

FISHER, S. Y GREENBERG, R.P. (1997) *From placebo to panacea: Putting psychiatric drugs to the test.* New York: Wiley.

FONAGY, P. (2000) "Attachment and borderline personality disorder". *J. A. Psychoanal. Assoc.,* 48: 1129-46.

— Y TARGET, M. (2000) "Playing with reality, III: The persistence of dual psychic reality in borderline patients". *Int. J. Psychoanal.,* 81: 853-74.

GABBARD, G. O. ET AL. (1999) "Evaluation of intensive in-patient treatment of patients with severe personality disorders". *Psychiatric Services,* 51: 893-98.

GOFFMAN, E. (1961) *Asylums,* Hamondsworth: Penguin.

GUNDERSON, G. J. (1996) "The borderline patient intolerance of aloneness: Insecure attachment and therapist availability". *Am. J. Psychiat.,* 1543: 752-58.

HORWITZ, L. (1974) *Clinical predictions in psychotherapy.* New York: Jason Aroson.

HOWARD, K. L. ET AL. (1986) "The dose-effect relationship in psychotherapy". *Am. Psychol.,* 41: 159-64.

— (1989) "Patterns of psychotherapy utilization". *Am. J. Psychiat.,* 146: 775-78.

— (1993) "A phase model of psychotherapy outcome. Casual mediation of outcome". *J. Consult. Clin. Psychol.,* 61: 678-85.

JACOBSON, N. Y TRUAX, P. (1991) "Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research". *J. Consult. Clin. Psychol.,* 59: 12-19.

JANSSEN, P. (1986) "On integrative analytic-psychotherapeutic hospital treatment". *Int. J. Therapeutic Communities,* 7: 225-41.

KÄCHELE, H. ET AL. (2001) "Therapy amount and outcome of in-patient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study". *Psychoter. Res.,* 11: 239: 57.

KARTERUD, S. ET AL. (1992) "Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders". *J. Nerv. & Mental Diseases,* 180: 238-43.

KERNBERG, O. F. (1975) *Borderline conditions and pathological narcissism.* New York: Aronson.

— (1984) *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies.* New Haven: Yale Univ. Press.

KLEIN, M. (1957) *Envy and gratitude.* En *The writings of Melanie Klein.* Londres: Hogarth Press, págs. 176-235.

KORDY, H. ET AL. (1989) "Empirical hypotheses on the psychotherapeutic treatment of psychosomatic patients in short- and long-term time-unlimited psychotherapy". *Psychotherapy and Psychosomatics,* 52: 155-63.

LINKS, P. S. ET AL. (1988) "Characteristics of borderline personality disorder: A Canadian study". *Can J. Psychiat.,* 33: 336-40.

MAIN, T. (1958) "In-patient psychotherapy of neurosis". En *The ailment and other psychoanalytic essays,* Londres: Free Association Books, 1989, págs. 36-50.

— (1989) *The ailment and other psychoanalytic essays.* Londres: Free Association Books.

MCGLASHAN, T. (1986) "Long-term outcome of borderline patients". *Arch. Gen. Psychiat.,* 40: 20-30.

NAJAVITIS, L. M., GUNDERSON, J. G. (1995) "Better than expected: Improvements in borderline personality disorder in a 3-year prospective study". *Compar. Psychiat.¸* 36: 296-302.

NORTON, K. (1992) "Personality-disordered individuals: The Henderson Hospital model of treatment". *Criminal Behaviour and Mental Health,* 2: 180-91.

PLOYÉ, P. (1977) "On some difficulties of in-patient psychoanalytic ally oriented therapy". *Psychiat.,* 40: 133-45.

RAD, V. M. ET AL. (1998) "Psychotherapie und psychoanalyse in der krangenversorgung: Ercgebnisse des Heidelberg katamnesenprojektes". *Psychotherapie, Psychosomatik, med. Psychologie,* 48: 88-100.

REY, J. H. (1979) "Schizoid phenomena in the borderline". En A. Capponi (ed.), *Advances in the psychotherapy of the borderline patient,* New York: Jason Aronson, págs. 449-84.

ROSSER, R. M. ET AL. (1987) "Five year follow-up pf patients treated with in-patient psychotherapy at the Cassel Hospital for Nervous Diseases". *J. Roy. Soc. Med.,* 80: 549-55.

STANTON, A. H. Y SCHWARTZ, M. S. (1954) *The mental hospital*. Londres: Tavistock.

STEINER, J. (1993) *Psychic retreats; Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients.* Londres: Routledge.

STONE, M. H. (1990) *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. New York: The Guilford Press.
TUCKER, L. ET AL. (1987) "Long-term hospital treatment of borderline patients: A descriptive outcome study". *Am. J. Psychiat.* 144: 1443-48.
WALLERSTEIN, R. S. (1986) *Forty two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy.* New York: Guilford Press.

Marco Chiesa
The Cassel Hospital
Richmond TW10 7JF
Reino Unido

Peter Fonagy
Subdepartamento de Psicología Clínica
University College, Londres
Reino Unido

Jeremy Holmes
North Devon Healthcare NHS Trust
Barnstaple
Reino Unido