

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

1. Resumen

La Asociación Americana de Psiquiatría define en el DSM-IV-TR los Trastornos de la personalidad como «un patrón persistente de formas de pensar, sentir y comportarse que es relativamente estable a lo largo del tiempo» y que «provoca malestar, déficit o dificultades significativas en las principales áreas de funcionamiento del individuo, familiar, laboral o social».

Estos trastornos son clasificados en tres grupos:

- Grupo A (Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico).
- Grupo B (Antisocial, Histriónico, Límite y Narcisista).
- Grupo C (Dependiente, Evitativo y Obsesivo-compulsivo).
-

En este trabajo nos proponemos abordar qué objetivos terapéuticos, en la intervención psicológica, debemos proponernos para cada uno de los tipos de Trastorno de Personalidad, de tal modo que sea óptimo el rendimiento terapéutico.

TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La prevalencia de los trastornos de la personalidad no es fácil determinar. Podría estar en un 10 % de la población general. Pero como según su gravedad se clasifican en leves, moderados y graves, los casos leves pueden pasar desapercibidos entre la población normal. Entre los pacientes con trastornos psiquiátricos la prevalencia se estima en torno al 50 %.

La personalidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. La parte biológica de la personalidad recibe el nombre de temperamento y la parte psicosocial carácter. El temperamento puede representar el 50 % de la personalidad y el carácter el otro 50 %. La relación entre el temperamento y el carácter es compleja y dinámica. El temperamento fija los límites del individuo y condiciona la experiencia que es capaz de asimilar. El carácter refleja los aspectos psicológicos del individuo, sociales y culturales.

El tratamiento de los trastornos de la personalidad influye sobre el temperamento con los psicofármacos y sobre el carácter con la psicoterapia.

La Asociación Americana de Psiquiatría define en el DSM-IV-TR los Trastornos de la personalidad como «un patrón persistente de formas de pensar, sentir y comportarse que es relativamente estable a lo largo del tiempo» y que «provoca malestar, déficit o dificultades significativas en las principales áreas de funcionamiento del individuo, familiar, laboral o social».

Estos trastornos son clasificados en tres grupos:

Grupo A (Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico),

Grupo B (Antisocial, Histriónico,

– Límite y

Narcisista), Grupo C (Dependiente,

– Evitativo y

- Obsesivo-compulsivo).

A continuación se abordará qué objetivos terapéuticos, en la intervención psicológica, conviene proponer para cada uno de los tipos de Trastorno de Personalidad, de tal modo que sea óptimo el rendimiento terapéutico.

GRUPO A: individuos excéntricos

TRASTORNO PARANOIDE

Tiene la frecuente sensación de que los demás intentan explotarle, dañarle o perjudicarlo. Recuerda frases hirientes durante largo tiempo. Controla la información que da por temor a que sea utilizada en su contra. Al más pequeño desprecio o trato frío reacciona con ira desusada y contraataca con facilidad. Culpa a los demás de sus propios problemas, teniendo poca conciencia de qué dificultades acarrea su conducta. Necesita independencia y control de la relación. Desprecio acusado por el débil y dificultad para expresar ternura.

El tratamiento no suele solicitarlo el paciente, que tiende a aferrarse a sus convicciones. La mayoría de las veces el tratamiento se inicia a partir de la aparición de comorbilidad o del desencadenamiento de conflictos que desbordan las posibilidades de tolerancia del entorno.

El primer objetivo terapéutico es conseguir que el paciente se convenza de que el terapeuta quiere ahorrarle sufrimientos y ayudarlo a que se adapte mejor a sus circunstancias, que pueda confiar en él. Para esto hay que empezar permitiéndole desconfiar, conviene demostrar mediante la realización de un objetivo inicial la confiabilidad del terapeuta.

El segundo objetivo terapéutico es reducir la rigidez y la inflexibilidad del paciente.

Hay que recurrir a estrategias indirectas, evitar las discusiones conceptuales, sugerir la conveniencia de probar modos menos racionales de vivir y entender la experiencia, cuestionar los principios de que los demás son potenciales enemigos, aceptar la ambigüedad. Se les debe enseñar a resolver problemas interpersonales, a aceptar sin hostilidad la crítica de los demás, a que expresen su enfado de manera socialmente apropiada y manifiesten sin reservas sus emociones positivas. En estos paciente están indicadas las técnicas de relajación, el entrenamiento en asertividad y las técnicas cognitivas de reatribución.

TRASTORNO ESQUIZOIDE

Se caracteriza por la tendencia a actividades solitarias y a rehuir las relaciones estrechas, excepto del grupo familiar más próximo recela hacer amigos. La vida de estas personas se desarrolla al azar, sin objetivos definidos. Su emotividad es bastante plana. Manifiestan frialdad en las expresiones afectivas corrientes. Se muestran indiferentes a los gustos y emociones de los demás. Les gusta más observar que participar. Su inadecuación social es la causa de su aislamiento.

El principal objetivo terapéutico es incrementar las relaciones interpersonales empezando por su relación con el terapeuta como puente de acercamiento social. Pueden ayudar las técnicas de entrenamiento en habilidades sociales y las de rol-playing. Simultáneamente es necesaria la reestructuración cognitiva para promover la introspección y corregir las convicciones erróneas.

El segundo objetivo terapéutico es promover la actividad y evitar la apatía. Conviene ayudar al paciente a que se cuestione la funcionalidad del aislamiento. También es importante que perciba diferencias emocionales. Se puede llevar a cabo un plan de conductas incentivadas en las que hay que conseguir que el

paciente realice una introspección y discrimine sus propias respuestas emocionales.

Existen pocos estudios controlados sobre el tratamiento psicológico del paciente esquizoide porque el porcentaje que accede a la clínica es bajo y porque el abandono terapéutico es importante en los estudios de seguimiento porque no acaba nunca de entrar en una verdadera relación o lo hace de una forma bastante apática.

TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO

Existe un acusado déficit de socialización y dificultades para la relación interpersonal, a lo que se añaden conductas excéntricas, actitud suspicaz, interpretaciones autorreferenciales, pensamiento mágico, experiencias perceptivas inhabituales y afectividad inapropiada.

El primer objetivo terapéutico del tratamiento psicológico es establecer una buena relación con el paciente. Debe empezarse con técnicas de apoyo de reestructuración cognitiva y técnicas de relajación, a las que seguirán el entrenamiento en habilidades sociales y las técnicas de modelado dirigidas a suprimir los manierismos, el lenguaje impropio y las excentricidades de vestuario.

El segundo objetivo es controlar el entorno, aunque esto es difícil en los casos en que el paciente está desvinculado de la familia y vive sin apoyo social.

GRUPO B: individuos emotivos

TRASTORNO ANTISOCIAL

Es una desadaptación crónica. Se caracteriza por el desprecio y violación de las normas y los derechos de los demás, conductas impulsivas y agresivas, irresponsables, sin autocrítica ni remordimientos, egocentrismo importante. Necesidad de emociones fuertes y gratificación inmediata de forma continua, incapacidad de planificar y de aprender y consideran que los demás están al servicio de sus necesidades y los manipulan con astucia.

Un objetivo terapéutico debe basarse en corregir el comportamiento impulsivo-agresivo y fomentar el aprendizaje en la anticipación de las consecuencias de los propios actos y en la búsqueda de gratificaciones alternativas.

Otro objetivo psicológico es fomentar el crecimiento cognitivo corrigiendo las convicciones erróneas y el establecimiento de relaciones basadas en el respeto y la reciprocidad.

TRASTORNO HISTRIONICO

Se define por la hiperreactividad emocional. Hipersensibilidad y aparatosidad en la expresión de las emociones debido a la necesidad desmedida de atención, aprobación, afecto y de ser el centro de atención constantemente. Sus emociones son muy cambiantes y superficiales, presentan cambios bruscos de humor suscitados por percepciones nimias

Un objetivo terapéutico es corregir la tendencia a satisfacer todas las necesidades valiéndose de los demás y atenuar el temor al rechazo con ayuda de técnicas cognitivas que ayuden a reconducir las conclusiones extremas o las generalizaciones abusivas.

Un segundo objetivo es corregir los comportamientos interpersonales superficiales, exhibicionistas y manipuladores mediante técnicas de resolución de problemas y de asertividad

TRASTORNO LÍMITE

Se caracterizan por su predisposición a presentar cambios rápidos y aparatosos en el estado de ánimo, con una extrema sensibilidad a los acontecimientos y una autoimagen negativa que genera sentimientos persistentes de vacío. Sus relaciones interpersonales son intensas pero inestables e imprevisibles y realizan sobre-esfuerzos para evitar el rechazo real o supuesto de los demás. Son proclives a presentar episodios psicóticos transitorios y estados de angustia, depresión y disociación de alto resgo autolítico. A veces recurren a conductas autodestructivas que no siempre responden a un propósito suicida bien definido, sino que persiguen reducir su insoportable tensión interior.

Un objetivo terapéutico sería conseguir que el paciente pierda el temor a la relación interpersonal y controle sus conductas sociales impulsivas o paradójicas y su tendencia a reaccionar ante la frustración de manera desproporcionada y autopunitiva y exprese sus estados emocionales negativos de forma mesurada. Conviene trabajar los límites para hacer y no hacer y conectar el pensamiento con los impulsos que puede experimentar repentinamente para conocerse y desarrollar la capacidad de pensar antes de actuar.

Otro objetivo es ayudarle a que su pensamiento no sea dicotómico y no tienda a la generalización inadecuada mediante las técnicas de reestructuración cognitiva.

TRASTORNO NARCISISTA

Se caracteriza por un patrón de grandiosidad en la fantasía y en la conducta. Presenta un sentimiento desmesurado de la propia

importancia y necesidad de admiración que se expresa a través de conductas vanidosas y fatuas, falta de empatía, envidia, convicción de ser único y relaciones interpersonales basadas solo en la explotación. Se motiva en el trabajo por el lucimiento personal. Se siente por encima de las reglas que rigen para los demás. Puede vivir recluida en fantasías compensatorias que cada vez la distancia más del código que regula las relaciones con los demás.

Un objetivo terapéutico es la corrección del comportamiento egocéntrico y de la hipersensibilidad al rechazo y a la crítica. Ayuda a generar eventos que generen aceptación y enseñar a desplazar el placer desde el reconocimiento de los demás por sus logros a el placer por los logros en sí mismos.

Un segundo objetivo es el aprendizaje de los límites de las relaciones personales y reducción de la conducta explotadora mediante técnicas en habilidades sociales y el desarrollo de empatía.

GRUPO C: individuos temerosos

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Se caracteriza por una conducta disciplinada, perfeccionista, rígida, con mínima espontaneidad, autoritaria, insistente en que los demás piensen y se comporten de la misma manera, dificultad para delegar, búsqueda activa de reforzamiento interpersonal de los logros, preocupación por el orden y el control, empatía escasa, dificultades emocionales, autopercepción de integridad y justicia, las situaciones nuevas e inesperadas generan dificultades de adaptación .

Un objetivo terapéutico estaría centrado en la conducta mediante técnicas de reestructuración del tiempo laboral, relajación, de resolución de problemas.

Un segundo objetivo sería cognitivo. Control de pensamientos obsesivos mediante técnicas de distracción y detección de pensamiento. Reestructuración de los pensamientos automáticos y disfunciones cognitivas incentivando los aspectos emotivos de los acontecimientos y los temas mayores de los que se desgranar. Ayudar a flexibilizar los aspectos productivos mediante el programa de actividad semanal y la técnica de la prueba experimental.

TRASTORNO EVITATIVO

Se caracteriza por una conducta hipersensible, hipervigilante, inquieta, temerosa, evitadora, vaciladora, impaciente e hiperreactiva, dificultad para experimentar experiencias gratificantes, excesivas fantasías gratificantes, autopercepción de ineptitud.

Un primer objetivo terapéutico es promover la confianza del paciente, reestructurar su elevada sensibilidad interpersonal. Conviene prolongar el tiempo dedicado a establecer la colaboración del paciente, evitar contrastar prematuramente los pensamientos automáticos, los problemas y las conductas y controlar la ansiedad incapacitante y mejorar las actitudes de tolerancia al sufrimiento.

Un segundo objetivo es a nivel cognitivo-conductual. Modificar la tendencia del paciente al retraimiento y la hipervigilancia previniendo las excusas y racionalizaciones como mecanismos evitativos, corregir las expectativas sociales distorsionadas, potenciar la atención y la percepción activa a estímulos agradables del ambiente, mejorar las habilidades sociales y la asertividad.

TRASTORNO DE DEPENDENCIA

Se caracteriza por una conducta pasiva, débil, necesitada, excesivamente sumisa por temor a defraudar, no competitiva, conciliadora, fácil de persuasión, evitadora de problemas objetivos, temerosa al abandono, necesitada de seguridad, autopercepción de ineptitud por lo que la desaprobación le hiere fácilmente.

Uno de los objetivos terapéuticos debe centrarse en estimular un papel activo en el paciente, mediante la interrogación socrática, para que éste pueda prescindir progresivamente de la dirección del psicoterapeuta. Hay que estimular patrones conductuales activos e independientes, fomentar la autonomía fomentando su sentido de auto-eficacia, disminuir el temor al abandono.

Un segundo objetivo psicológico es promover la exposición a diferentes situaciones sociales y ampliar las experiencias sociales, enseñar habilidades sociales y aumentar el comportamiento asertivo.

Bibliografía

- American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - IV - Texto revisado. Ed. MASSON, 2001.
- **Bateman, A.** Psychotherapy of Personality Disorders: Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles. *The British Journal of Psychiatry* 193: 428-429, 2008.
- Beck, Aaron T., Arthur Freeman, Denise D. Davis, et al. Cognitive Therapy of Personality Disorders. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2004.

- Bienenfeld, David, MD. "Personality Disorders." eMedicine August 18, 2004.
- **Glen O. Gabbard, M.D.** Psychotherapy of Personality Disorders J Psychother Pract Res 9:1-6, January 2000
- Meares R, Stevenson J, Comerford A: Psychotherapy with borderline patients, I: a comparison between treated and untreated cohorts. Aust NZ J Psychiatry; 33:467-472, 1999.
- Perris C, Patrick D. McGorry. Cognitive Psychotherapy of Psychotic and Personality Disorders: Handbook of Theory and Practice John Wiley & Sons 1999
- **Ronald M. Boggio, Ph.D.** Psychotherapy for Personality Disorders • Cognitive Behavior Therapy of DSM-IV Personality Disorders: Highly Effective Interventions for the Most Common Personality Disorders Psychiatr Serv 52:390-391, March 2001