

# El tratamiento de las personalidades límite con terapia racional emotiva conductual

Albert Ellis

Institute for Rational-Emotive Therapy, New York City

## Resumen

La teoría de la terapia racional emotiva conductual (REBT) sostiene que los individuos con trastornos graves de la personalidad en general, y las personalidades límite en particular, son normalmente diferentes biológicamente de los neuróticos “normales” y nacen con predisposición a ser altamente vulnerables a condiciones medioambientales estresantes. Tienden a tener déficits o discapacidades cognitivas, emocionales y de comportamiento que les ponen en desventaja socialmente, profesionalmente y en otros aspectos importantes de sus vidas. Pero también tienen distintas, y en ocasiones excepcionalmente fuertes, tendencias neuróticas a reivindicar que pueden actuar completamente bien, que otra gente tiene que tratarles amable y justamente y que las condiciones frustrantes no deberían existir. Sus neurosis exacerban sus limitaciones cognitivas-emotivas-conductuales, producen incluso más dificultades en sus vidas y a menudo interfieren con su duro trabajo en la terapia. Se presenta un resumen de cómo pueden tratarse las personalidades límite con la terapia racional emotiva conductual (REBT).

Yo he trabajado con miles de personas con trastornos de la personalidad durante los últimos 50 años, primero como psicoanalista y posteriormente como terapeuta racional emotivo conductual y obviamente he dedicado mucha atención a cómo se originan estos trastornos y a cuales son algunos de los mejores métodos para ayudar a la gente a aliviar o a arreglárselas con este grave problema. Tras mucho pensar y experimentar, he llegado a varias hipótesis que a mí me parecen originales, pero que pueden ser meramente reafirmaciones de las ideas de otros clínicos. En cualquier caso, trataré de exponerlas claramente con la esperanza de que pueda ser probado clínica y experimentalmente.

Mi primera hipótesis apenas es sorprendente pero sigue la teoría racional emotiva conductual: Todos los trastornos “emocionales” tienden a tener fuertes elementos cognitivos, emotivos y conductuales y que esto

es particularmente verdad acerca de los trastornos de la personalidad y de los llamados estados límites de la personalidad. Los individuos afectados de estas patologías tienen usualmente disfunciones graves de su pensamiento, sentimiento y conducta, mientras los llamados neuróticos tienen menos y los llamados psicóticos a menudo tienen disfunciones más graves en estas tres áreas. (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987; Beck, Freeman y col., 1990; Benjamín, 1993, Ellis, 1965; Kernberg, 1984, 1985; Klein, 1984, Kohut, 1971, 1991; Linehan, 1993; Masterson, 1981, Young, 1990).

Las personas con trastornos de la personalidad casi siempre tienen déficits orgánicos cognitivos, emotivos y conductuales por diversas razones incluyendo las predisposiciones hereditarias. Ellos (y más adecuadamente los psicóticos diagnosticados) tienen anomalías en su cerebro y sistema nervioso central (así como a menudo, otros defectos fisiológicos) que contribuyen de manera significativa, conjuntamente con otros factores medioambientales, a sus trastornos de la personalidad (Adler, 192; Brown, 191; Ellis, 1965a; 1985; Gottesman, 1991; Gazzinga, 1993; Huessy, 1992; Larsen & Agresti, 1992; Meehl, 1962; Pies, 1992).

Como señalé en 1956 en mi primer artículo sobre la terapia racional emotiva conductual (REBT) (Ellis, 1958),

el pensamiento, el sentimiento y la conducta no son procesos separados si no el pensamiento.....es, y hasta cierto punto tiene que ser, sensorial, motor, y emocional conductual...Nosotros podemos definir la emoción, al igual que el sentimiento y que los procesos sensoriales motores, como un estado excepcionalmente complejo de la reacción humana,

la cual está íntegramente relacionada a todos los otros procesos de percepción y respuesta. No es una sola cosa, si no una combinación y la integración holística de varios fenómenos aparentemente diversos aunque estrechamente relacionados...El pensamiento y la emoción están tan estrechamente relacionados que normalmente uno acompaña al otro, actúan en una relación causa efecto circular, y en ciertos aspectos (casi en todos) son esencialmente lo mismo, por lo que el pensamiento de uno llega ser la emoción de uno y la emoción de uno llega a ser el pensamiento de uno (Ellis, 1958, pp. 35-36).

Tal como también señalé (Ellis, 1991) y como han indicado Hayes y Hayes (1992) y otros contextualistas, el pensamiento, el sentimiento y la acción ocurren siempre en contextos y fondos medioambientales, por lo que las personas y sus situaciones influyen y afectan interactivamente cada una a las otras. Los humanos tienen objetivos y propósitos; y en diversos medioambientes, y especialmente en sus relaciones sociales, construye pensamientos, sentimientos y comportamientos que les realizan o les frustran, y por tanto crean estados de "salud mental" y "trastorno emocional".

Casi todos los humanos nacen con tendencias fuertes, constructivas auto cambiantes y auto realizantes e incluso cuando claramente no padecen un trastorno de la personalidad o en un estado psicótico, también tienen fuertes tendencias irracionales auto frustrantes. Hasta cierto grado están casi siempre neuróticos o innecesariamente auto destructivos; y aunque tienden a aprender, a adquirir o a llegar a estar condicionados por pensamientos, sentimientos y acciones perturbadas, tienen también tendencias innatas a construir o a crear estos estados neuróticos. Pocos, si alguno, de ellos están regularmente en auto ayuda y socialmente adecuados. (Brown, 1991; Ellis, 1962, 1965b, 1976, 1985, 1988; Ellis & Dryden, 1990; Gilovich, 1992).

Lo que llamamos neurosis incluye y en gran parte (aunque no completamente) surge de la disfuncionalidad, el pensamiento irracional y auto frustrante o la filo-

sofía básica de la gente. Tal como desde 1955 hemos señalado yo, Beck, Meichenbaum (Beck, 1976, 1991; Ellis, 1957, 1958, 1962, 1985, 1988, 1992; Meichenbaum, 1977) y otros teóricos y terapeutas racionales emotivo conductuales y cognitivo-conductuales, las personas ansiosas, deprimidas e iracundas tienen muchas ideas disfuncionales o creencias irracionales por las que crean principalmente sus trastornos neuróticos; y tal como sostiene la teoría de la terapia racional emotiva conductual (REBT), estas creencias casi siempre parecen consistir en o estar derivadas en sus deseos y preferencias irreales, ilógicos y rígidos no trastornantes convertidas en deberes, obligaciones, demandas y órdenes divinas absolutistas. Por tanto tienden a crear problemas neuróticos de ego y la ansiedad y depresión consecuentes, mientras insisten con fuerza "¡Yo debo comportarme absolutamente bien y ser aceptado por otras personas relevantes o si no soy una persona inadecuada y no estimable! Tienden a crear problemas interpersonales y sociales, y especialmente sentimientos de ira, cuando piden con fuerza, "¡Otras personas deben tratarme completamente bien y con justicia o si no, no son extremadamente buenos!" Y tienden a crear problemas con el mundo cuando ordenan, "¡Las cosas y las circunstancias deben ser exactamente como yo quiero que sean, si no es horrible, no puedo soportarlo, y mi vida no es buena! (Ellis, 1957, 1962, 1985, 1988; Ellis & Becker, 1982; Ellis & Harper, 1975).

Las cogniciones, sentimientos y conductas funcionales y apropiadas de las personas, raramente son, si lo son, puras y separadas, si no al contrario, interactúan significativamente y se influyen unas a otras. Por tanto, sus pensamientos tienden a crear sus sentimientos y comportamientos, sus emociones y actos ocasionan pensamientos y actos, y sus acciones ocasionan ideas y sentimientos (Ellis, 1962, 1985, 1991). La REBT junto con la mayoría de las otras terapias cognitivo conductuales, teoriza que cuando la gente experimenta Acontecimientos Activantes o Experiencias Activantes (A) sus Creencias (B) acerca de estas Aes crean principalmente sus Consecuencias (C) emocionales y conductuales, pero la REBT también teoriza que A, B y C a menudo interactúan potentemente de modo que los Acontecimientos Activantes (A) influyen en las Creencias (B) y en las Consecuencias (C). Las Bes influyen en las Aes y las Ces; y las Ces influyen en Aes y Bes. Por tanto, los fracasos graves de las personas y las pérdidas de aprobación (A) conducen a menudo a Creencias negativas (B) y a retirada (C). Las Creencias

negativas (B) fomentan fracasos y pérdida de aprobación (A) así como retirada (C). Y las retiradas (C) a menudo fomentan fracasos graves y pérdidas de aprobación (A) y creencias negativas (B). Parece ser la naturaleza de casi todos los humanos estar importantemente afectados tanto por su medioambiente como por su propia biología (parcialmente heredada) y que sus pensamientos, sentimientos y comportamientos interactúen significativamente y causen y se afecten unos a otros.

Por tanto, siguiendo a Skinner (1938, 1987, 1989), los conductistas y contextualistas radicales están probablemente en lo correcto al mantener que los humanos (y otros animales) no actúan fuera del medio ambiente y están inevitable y crucialmente afectados por los cambios medioambientales (Biglan, 1993; Hayes & Hayes, 1992). Pero los cognitivo-conductistas también están acertados en mantener que los humanos tienen pensamientos, sentimientos y comportamientos interactuantes, y todos ellos se afectan significativamente los unos a los otros, y que sus pensamientos influyen y cambian claramente sus sentimientos y acciones. Por tanto, cambios significativos en el funcionamiento humano pueden estar afectados por cambios medioambientales - la mayoría de los cuales tiene que planear y ejecutar ellos mismos pero pueden estar afectados por su elección de trabajar en sus pensamientos, emociones, y comportamientos. ¿Por qué son ambos cambios de procesos cruciales para las funciones humanas? Porque la llamada naturaleza humana tiene fuertes componentes hereditarios - que también están sujetos a influencias medioambientales evolucionarias (Davidson & Cacioppo, 1992; Ellis, 1992; Eysenck, 1967; Gazzinga, 1993; Ruth, 1992; Wilson, 1975).

Todos los humanos parecen ser tanto auto-realizantes como auto-frustrantes (o lo que yo llamaría neurótico). Los tres principales procesos neuróticos pueden ser vistos como (a) auto-infravaloración (culparse uno mismo de pobres comportamientos y rechazo); (b) hostilidad e ira (culpar a otros de pobre comportamientos y reacciones desagradables); y (c) baja tolerancia a la frustración (culpar a las cosas y al mundo de situaciones pobres y desagradables). Estos tres trastornos "emocionales" principales tienden a ser experimentados individualmente y/o colectivamente en ocasiones por casi todos los humanos y cuando dos o más coexisten (lo que ocurre con frecuencia) tienen tendencia a interactuar uno con otro y exacerbarse mutuamente. Estos se añaden y

exacerban particularmente a trastornos de la personalidad, tal como mostraré con detalle más adelante (Ellis, 1991; Ellis & Dryden, 1987, 1990, 1991; Ellis & Harper, 1975).

Hay muchos trastorno de la personalidad, tales como narcisismo, trastorno límite del carácter de la personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) personalidad esquizoide, trastorno histriónico de la personalidad, personalidad narcisista, trastorno de la personalidad huidiza y trastorno de la personalidad dependiente. Varían en intensidad, a menudo se acompañan unos a otros y a menudo van junto a otros trastornos neuróticos graves tales como la depresión neurótica, los estados de pánico y auto odio (Ellis, 1965a, 1965b; Kernberg, 1985; Masterson, 1981).

Debido a que son tan variados y complejos, me limitaré en este estudio a analizar la personalidad límite (borderline) que es en si misma bastante compleja y variada y que a menudo también - o usualmente - se acompaña de trastornos neuróticos graves y en ocasiones incluye episodios psicóticos. Las características principales de la personalidad límite incluyen un patrón de relaciones inestables, impulsos de auto lesión, afectividad inestable, enfado intenso e impropio, amenazas repetidas de suicidio, trastorno marcado y persistente de identidad, sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento, y frenéticos esfuerzos para evitar abandono real o imaginado (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987).

¿Cómo llegan a ser como son los trastornos de la personalidad? Podemos empezar casi en cualquier parte para examinar las causas principales de los problemas pero déjeme empezar arbitrariamente con sus déficits orgánicos, que según mi hipótesis en gran parte se heredan. Parece que nacen con diversas tendencias innatas que interactúan con sus experiencias para producir diversos déficits. Por tanto, cognitivamente ellos tienen a menudo (probablemente a partir de la infancia) trastornos de déficit de atención, maneras rígidas de pensamiento, incapacidad de organizarse adecuadamente, pensamiento impulsivo, olvidadizo, imágenes inconsistentes de otros, incapacidad para mantener el sentido del tiempo como un proceso en curso, incapacidad de aprendizaje, incapacidad de percepción, tendencia a exagerar el significado de las cosas, rigidez, auto infravaloración grave, indecisión, dificultad para recordar y

reconocer, deficiente codificación semántica, etc. Los neuróticos también pueden tener todas estas deficiencias orgánicas cognitivas. Pero normalmente las tienen mucho menos intensamente, se ajustan y se las arreglan mejor con ellas y las exhiben principalmente bajo situaciones medioambientales estresantes, mientras las personalidades límite tienden a tenerlas más endogénicamente y más gravemente (Barkley, 1990; Benjamín, 1993; Cohen & Gara, 1992; Cohen & Sherwood, 1991; Gold y col. 1992; Kazdin, 1992; Lenzenwenger y col., 1991; Linehan, 1993; Nestor y col., 1992; Rhodes & Word, 1992, Rosenbaum y col., 1998; Rourke & Fuerst, 1991; Swanson & Keogh, 1990; Yee y col., 1992).

De nuevo, yo tengo la hipótesis de que las personalidades emocionalmente límite, tienen dificultades y déficits emocionales innatos. Por tanto, son frecuentemente distímicos, depresivos, fácilmente irascibles, sobre excitables, muy nerviosos, sienten pánico fácilmente, e histriónicos (Adler & Buie, 1979; Andreason, 1979; Barinaga, 1992; Berenbaum & Poltmanns, 1992; Volví, 1969; Davis, 1992; Hauser, 1992; Sperline & Sharp, 1991; Pediaditakis, 1991; Plutchick, 1990; Plutchick & Kellerman, 1990).

En cuanto al comportamiento, las personalidades límite, nacen de nuevo a menudo, con tendencias distintas a ser hiperactivos, hipervigilantes, impulsivos, protestones, inconstantes, excesivamente inquietos, de humor cambiante y antisocial, o a menudo son distantes, adictivos, sobre dependientes, distraídos e indecisos (Cole, 1991; Iocono, 1989).

De nuevo, los neuróticos pueden en ocasiones y hasta cierto grado tener los rasgos emocionales y de comportamiento mencionados anteriormente, pero las personalidades límite tienden a tenerlos más intensa, grave, frecuente, regular y endógenamente. (Asociación Americana de Psiquiatría 1987; Benjamín, 1993; Ellis, 1965a; Kernberg, 1986; Linehan, 1993; Masterson, 1981).

Asumamos, de momento que las personas con personalidad límite tiene algunos déficits cognitivos graves. ¿Cómo reaccionarán neuróticamente a ellos? En primer lugar, ellos, según la teoría de la REBT, tenderán en algunos niveles a observar o sentir estos déficits y se deprimen por tenerlos. A menudo se darán cuenta de que tiene una pobre función intelectual, requiere que no deban actuar inadecuadamente, se censuran ellos mis-

mos por tener defectos, y con facilidad se sienten como gente inadecuada – personalidades límite que a menudo tienden a sentir de cualquier manera y que estarán ahora significativamente exacerbadas.

Si, tal como yo teorizo, las personalidades límite tienen deficiencias cognitivas reales, a menudo tenderán a estar celosos y hostiles hacia gente menos disfuncional, insistirán en que estos individuos no deben tener mayores ventajas que las que tienen ellos mismos y mostrarán a menudo características de DSM III-R, “ira intensa o falta de control de la ira, por ejemplo, frecuentes muestras de temperamento, ira constante, luchas físicas recurrentes” (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987, p. 347).

Si las personalidades límite, tal como yo teorizo otra vez, tienen a menudo problemas conductuales innatos tales como hiperactividad y ataques de mal humor, tenderán a crear o exacerbar su natural baja tolerancia a la frustración mediante la demanda “Yo no debo estar como disminuido y ser menospreciado por estas deficiencias, tal como indudablemente lo soy”. Por lo que fácilmente tienen y agravan, tal como recoge el DSM III-R, “un marcado y persistente trastorno de identidad” y “frenéticos esfuerzos para evitar el abandono real o imaginado” (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987, p. 347).

Si estoy en lo cierto acerca de esto, y las personas con minusvalías cognitivas, emocionales y conductuales tienden muy a menudo a deprimirse gravemente ellos mismos, a odiar a otra gente y a odiar al mundo; ¿por qué las personalidades límite que pueden tener las tres minusvalías no deberían mostrar un odio similar – o peor – hacia ellos mismos o hacia los otros? Biológicamente, pueden ser más propensos a odiarse ellos mismos, a los otros y al mundo, que el resto de los neuróticos. Pero incluso si ellos no son directamente así, sus otras minusvalías cognitivas, emocionales y conductuales específicas tenderían, interactuando con sus tendencias neuróticas generales, a producir estos desoladores resultados.

Para empeorar las cosas, si las personalidades límite están, primero, innatamente disminuidas en aspectos importantes; si son neuróticos por naturaleza o están quejosos acerca de estas deficiencias; y si ellos directa o indirectamente producen sus condiciones límite; estas condiciones son por si mismas bastante invalidantes

cognitiva, emocional y conductualmente – los cuales, a menos que sean excepcionalmente estúpidos o defensivos, apenas pueden evitar observarlas. Sí y cuando ellos realmente observan sus características límite y las minusvalías reales a las que les conducen en nuestra sociedad, ellos tenderán, una vez más, a demandar neuróticamente (a) “Yo debo hacerlo mejor de lo que lo estoy haciendo realmente” (b) “Las otras personas no deben, en absoluto, tratarme incorrectamente debido a mis desventajas” y (c) “Las situaciones bajo las que vivo no deben ser tan invalidantes. Es terrible y no puedo soportarlo cuando lo son”. Si ellos piensan neuróticamente de esta manera las personalidades límite les harán a ellos mismos más trastornados – y más límite! (Leaf, Ellis, DiGiuseppe, Mas & Allington, 1991; Priester & Clum, 1993).

Además, ellos tenderán entonces normalmente a llevar el odio a ellos mismos, a los otros y a sus desventajas a sus terapias, les crea malestar acerca de ello y acerca de sus terapeutas y, de nuevo, empeoran su estado y su mejorabilidad. Tal como indican Benjamín (1993), Linehan (1993), y otros autoridades, sus extremas dificultades sociales incluirán a menudo problemas interpersonales con sus, con frecuencia, bastante afectuosos, terapeutas.

Por tanto, yo sugiero que, las personalidades límite (así como la mayoría de otros individuos con trastornos graves de la personalidad) tienen diversos niveles de trastorno todos los cuales interactúan y afectan los unos a los otros, y que mejor deben considerarse conjuntamente si queremos entender cuales son las principales causas y efectos de los trastornos de la personalidad límite. Permítame hacer una lista resumen de estos niveles.

**Nivel 1:** Las personalidades límite tienen normalmente déficits cognitivos, emocionales y conductuales a algunos de los cuales están predisuestos a tener innatamente (y probablemente genéticamente). Parte de sus comportamientos límite pueden provenir directamente de estos déficits; y algunos de sus inadecuaciones individuales y sociales lo hacen casi con certeza.

**Nivel 2:** Las personalidades límite (como los neuróticos) también tienen tendencias innatas y adquiridas a demandar que deben tener éxito en el trabajo, en el amor y en el juego y a denigrarse

ellos mismos cuando fracasan; y tienen tendencias innatas y adquiridas para insistir que ellos no deben estar muy frustrados o incapacitados y a tener baja tolerancia a la frustración, la ira y la auto compasión cuando están seriamente impedidos. Por lo tanto, tienen tendencia a estar tan, y probablemente más, neuróticos y auto frustrados de lo que están los individuos sin trastornos de la personalidad.

**Nivel 3:** A causa de sus deficiencias innatas cognitivas, emocionales y conductuales y a causa de su auto infravaloración y baja tolerancia a la frustración a cerca de estas deficiencias, las personalidades límite llegan a ser incluso más psicobiológicamente impedidas y disfuncionales; y entonces su neurótica auto infravaloración y su trastorno de malestar acerca de sus deficiencias, tienden a hacerles aún más incapacitados. Se crea un círculo vicioso en el curso del cual la deficiencia fomenta la neurosis, la neurosis fomenta la deficiencia y una mayor deficiencia fomenta una mayor neurosis.

Este círculo vicioso puede ser aliviado parcialmente si las personalidades límite son ayudadas a minimizar su auto denigración y su bajo tolerancia a la frustración. Pero sus déficits cognitivos, conductuales y emocionales originales – que a menudo los presentan con tendencias a mantener demandas fuerte y rígidamente “masturbatorias” (el autor juego con las palabras *must*, *deber*, y *masturbatory*, *masturbatoria*) que les conducen a auto infravaloración e intolerancia a la frustración – bloquean sus alivios a sus neurosis y a menudo las exacerbaban gravemente. Ellos pueden también estar más predisuestos biológicamente a provocar síntomas secundarios de neurosis al demandar que no deben, en absoluto, estar ansiosos y deprimidos acerca de (a) sus déficits cognitivos, emocionales y conductuales originales, acerca de (b) su neurótica no aceptación de estos déficits, acerca de (c) sus síntomas graves y acerca de (d) su inusual dificultad en trabajar en terapia y/o por ellos mismos para mejorar.

El círculo vicioso mencionado anteriormente puede aliviarse parcial o principalmente si es posible maquillarlo para los déficits biosociales originales de las personalidades límite. Pero estos déficits son generalmente tan variados y profundos que nuestros medicamentos

actuales y métodos de enseñanza son a menudo de ayuda pero solo parcialmente efectivos y no hay indicios de que vayan a ser verdaderamente curativos en un futuro cercano.

Por tanto, yo creo que es mejor que afrontemos la realidad y las personalidades límite no son desesperadas y totalmente incurables pero aún están tan biológica, psicológica y socialmente disminuidas que raramente podemos ayudarles a alcanzar lo que puede llamarse una curación “real”. En ocasiones podemos ayudarles a minimizar sus neurosis acerca de su condición límite, pero incluso esto puede estar limitado porque a menudo ellos se aferran fuertemente a su auto infravaloración y su abismal baja tolerancia a la frustración, y por tanto, tienen que trabajar más duro que los neuróticos normales para dejarlos. Pero la parte negativa es que ellos raras veces trabajan duro y nada consistentemente, a causa de sus déficits cognitivos, emocionales y conductuales de base – tales como el trastorno del déficit de atención y de focalización – y porque su abismal baja tolerancia a la frustración y el poco hedonismo interfiere con la disciplina sostenida.

¿Qué debemos hacer terapéuticamente? ¿Esperaremos mejoras muy limitadas? ¿Trabajaremos principalmente sobre la neurosis acerca de su condición límite? ¿Les entrenaremos para superar parcialmente o compensar sus déficits cognitivos, emocionales y conductuales básicos?

Probablemente todo lo anterior, dependiendo de nuestros conocimientos y paciencia como terapeutas y según la las ganas de mejorar altamente individuales de los límite, de hacer un trabajo terapéutico duro y persistente y relacionado con alguien, incluyendo sus terapeutas. Aquí hay algunas guías para el tratamiento que yo sugeriría para terapeutas que tengan el aguante para trabajar persistentemente con ellos.

1. Intente una mejora real pero espere ganancias limitadas con la mayoría de ellos. Incluso los neuróticos normales raramente mejoran tanto como nos gustaría que lo hicieran, y las personalidades límite están mucho más trastornadas y normalmente son mucho más resistentes a cambiar. Acepte completamente esta realidad y no se desanime cuando la encuentre. Tenga mucha paciencia y fortaleza.

2. Trabaje en usted mismo para adquirir aceptación incondicional - o lo que Rogers (1961) denominó estima positiva incondicional – de sus clientes límite. Deplora e incluso odie sus irritantes, a menudo hostiles y antisociales rasgos., pero acéptelos con su pobre comportamiento. Confróntelos a menudo con sus detestables y auto frustrantes pensamientos, sentimientos y acciones pero hágalo como apoyo, protectoramente y completamente no recusable. Perdona al pecador pero no necesariamente al pecado.

3. Al contrario que Carl Rogers, si bien con sus maneras y verbalizaciones, usted acepta incondicionalmente personalidades límite, pero no algunos de sus peores comportamientos, enséñeles – sí, enséñeles lo mejor que pueda, específicamente, como aceptarse ellos mismo de forma incondicional. La REBT presenta clientes con una solución menos elegante y otros con una más elegante a este importante problema humano.

Menos elegantemente, usted puede enseñar a sus pacientes la filosofía existencial humanística que pueden aceptar ellos mismos incondicionalmente tanto si como si no la realizan o la relatan bien – solo debido a que son humanos, solo porque están vivos., solo porque eligen hacerlo así. Toda auto aceptación es realmente una elección y es una definición. Cuando tenemos lo que normalmente se denomina auto estima – probablemente la mayor enfermedad de hombres y mujeres – decidimos erróneamente aceptarnos como individuos “buenos” o “merecedores” a condición de que nos portemos bien y seamos estimables. Esto realmente no funcionará: Por que incluso aún cuando cumplamos estas condiciones hoy, no las cumpliremos mañana. Por tanto, estamos básicamente siempre ansiosos, sobre preocupados acerca de nuestras actuaciones.

Cuando decidimos aceptarnos incondicionalmente con todos nuestros defectos y fallos, nuestro sentido de ego o identidad es todavía elegido y todavía definicional. Pero en esta ocasión nuestra definición de nosotros mismos como “buenos” o “justos” es más práctica y útil. Nos aceptaremos de forma segura todo el tiempo que vivamos –y presumiblemente solo tendremos que preocuparnos acerca de nuestra identidad cuando ¡estemos muertos!

Esta solución al problema de auto valoración es de algún modo inelegante, sin embargo, por que no es veri-

ficable. Por tanto, usted pude decir con rotundidad, “Yo, me acepto a mi mismo como una persona que vale la pena porque estoy vivo y soy humano” y yo (y otra gente) puede objetar, “Pero yo creo que, debido a que usted está vivo y es humano, usted no es bueno ni vale la pena. De hecho, todos los humanos no valen nada y merecen morir!”

¿Quién de nosotros tiene razón, usted o yo?  
Respuesta: Ninguno de nosotros puede probar o falsificar nuestra visión del valor humano – por que ambas visiones son definicionales y tautológicas. La suya funcionará probablemente mejor que la mía si su objetivo es mantenerle a usted y a la raza humana viva, sana y feliz. Pero es todavía bastante definicional.

La REBT por tanto ha propuesto durante más de dos décadas una solución más elegante al problema del valor humano que usted puede enseñar a sus clientes límite (y a otros). Ellos pueden escoger solo considerar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos y no caer en el peligroso error de valorar o medir su ego, su esencia, su ser, o su totalidad. Por tanto, ellos pueden decir, “Dado que elijo estar vivo y ser sano y razonablemente feliz, muchos de mis actos y rasgos son “malos; perjudiciales”, o “contra mi voluntad”, pero soy demasiado complejo, “demasiado de un proceso en marcha” para dar una valoración, buena o mala, a mi ego o ser”

Esta solución más elegante de la auto aceptación es, yo lo he comprobado, difícil de alcanzar para la mayoría de los neuróticos y personalidades límite. ¿Por qué? Porque, hipotetizo, la auto valoración tiene, a lo largo del curso de la evolución humana, algunas claras ventajas, está biológicamente predispuesta, y es difícil rendirse. Pero incluso las personalidades límite pueden minimizarla, si son aceptados incondicionalmente por sus terapeutas y enseñados activamente para aceptarse ellos mismos.

4. Las personalidades límite, por las razones explicadas anteriormente, tienen normalmente una abismal baja tolerancia a la frustración tanto innata como adquirida (BTF) y la BTF incluye las creencias irracional y disfuncional que “¿Las condiciones no deben ser absolutamente tan duras como son; ¿Es horrible y no puedo soportarlo;” Pero estas creencias pueden ser claramente reveladas y discutidas de manera convincente. Tal como se ha señalado previamente, la BTF por si misma, frena a los clientes a pensar y a trabajar duro para superar su BTF;

Pero usted como terapeuta, puede persistir en mostrar a los clientes límite como auto derrotar su BTF y como mejorarla. No ceda y no se rinda a nuestra propia BTF.

5. Los clientes neuróticos y psicóticos tienen muchas disfunciones cognitivas que acompañan sus creencias, obsesiones, compulsiones, pensamientos paranoides, tendencia al suicidio y otros trastornos. Esto puede reducirse satisfactoriamente con los métodos usuales de terapia racional emotiva conductual. La curación completa en este sentido es improbable, pero a menudo se puede conseguir una mejora evidente (Beck, Freeman & Associates, 1991; Benjamín, 1993; Cahill, 1993; Benjamín, 1993; Ellis, 1965a, 1985; Friedberg, 1993; Leaf & DiGiuseppe, 1992; Linehan, 1993; Stone, 1990; Yankur y col.; 1993; Young, 1990).

6. Los originales y parcialmente biológicos déficits de pensamiento, sentimiento y comportamiento de las personalidades límite que menciono al comienzo de este artículo no son fáciles de mejorar pero a menudo pueden serlo por psicoterapeutas, neuropsicólogos, consejeros, rehabilitadores, profesores y otros profesionales. Usted, como terapeuta, puede intentar ayudar a sus clientes límite en este aspecto, o puede remitirlos a otros profesionales apropiados. Tal como indican tanto Benjamín (1993) como Linehan (1993) el entrenamiento de las habilidades, que puede ser parcialmente compensado por sus déficits, es obligatorio con muchos de ellos.

7. Los clientes límite a menudo piensan en lo que puede denominarse “perverso” o “maneras intencionalmente auto frustrantes”, subyacente al cual puede encontrarse un método para sus locuras. Consecuentemente, pueden llevar a cabo intentos de suicidio para controlar a los otros y tenerlos rendidos a su desmesurada necesidad de atención y apoyo. Pero pueden también intentar matarse ellos mismo, tal como intentó una de mis clientes, debido a que intentaba convencerme de cuan realmente enferma estaba y que yo estaba equivocado al intentar mostrarle que ella podía vivir y tener una existencia feliz.

Por tanto, los terapeutas harían mejor, en ocasiones, en ser bastante inteligentes al no revelar, revelar y discutir algunos de los pensamientos disfuncionales límite. Ellos pueden usar la clase de técnicas persuasivas dialectales u de oposición de Linehan (1993), el uso del cliente según los métodos de consulta de Benjamín (1993) o los métodos paradójicos y metafóricos que

Hayes (Hayes, McMurry, Afari & Wilson, 1991) usa con agarofóbicos pero que en ocasiones pueden ser usados en personalidades límite. Dado que estos clientes a menudo son diabólicamente inteligentes en mantener hacia sus trastornos la discusión igualmente inteligente del terapeuta, en ocasiones gana.

Sin embargo - aunque en ocasiones las inteligentes y bien calculadas réplicas del terapeuta ganan el juego - y sobre el papel parece maravilloso - la dieta común de carne con patatas de terapia cognitivo-conductual regular más a menudo, y especialmente a largo plazo, es probablemente más efectiva.

8. Dado que los clientes límite son a menudo tan impredecibles y únicos, la terapia cognitivo-conductual, que es notablemente multimodal y multifaceta, parece ser la mejor elección general. La REBT, al igual que la terapia multimodal de Lazarus (1990), incluye un gran número de métodos cognitivos, emocionales y conductuales, por lo que cuando los métodos normales parecen no estar funcionando, yo pruebo algunos de los menos usuales y en ocasiones encuentro que funcionan mejor. Por tanto, aunque enseñé a mis pacientes que la ira es casi siempre auto destructiva, yo induje a uno de mis clientes límite a dejar todos los pensamientos de asesinarse porque su principal rival de su afición de amante por descontento viviría y estaría delirantemente feliz. Por lo que yo animé a mi cliente al menos temporalmente, a mantener y a dar rienda suelta a su ira hacia su rival y de ese modo motivarle a vivir y trabajar para su propia felicidad.

9. El tratamiento psicofarmacológico algunas veces funciona bien con clientes límite - y a menudo no funciona o tiene pocos efectos secundarios. Yo recomiendo frecuentemente que mis clientes prueben experimentalmente antidepressivos u otra medicación y si no funcionan y/o les vuelve demasiado detestables, siempre pueden volver a la psicoterapia sola. Mi ayuda aumenta su tolerancia a la frustración y disminuye sus fobias a los medicamentos y frecuentemente sirve para llevarles a probar medicación adecuada y a superar los efectos adversos de algunos medicamentos. Por el contrario, tomar antidepressivos y/o tranquilizantes les ayuda algunas veces a pensar mejor y a beneficiarse de la REBT. Pero siendo tramposos, también pueden usar el tratamiento farmacológico como una excusa para no trabajar duro en cambiar sus pensamientos, sentimientos y acciones.

10. Habiendo probado a lo largo de los años tanto el psicoanálisis como la terapia cognitivo-conductual con muchos individuos límite, yo he abandonado el primero, excepto para alguno de sus aspectos de relación, y he usado intensamente la última. Otros terapeutas cognitivo-conductista, y yo creo que los terapeutas en general, han encontrado métodos cognitivos conductuales bastante útiles con las personalidades límite (Beck, Freeman & Asociados, 1991; Benjamín, 1993; Ellis, 1962, 1965a, 1985; Linehan, 1993). Yo ahora siento que el psicoanálisis es un derroche excepcional para la mayoría de los neuróticos y bastante iatrogénico para la mayoría de las personalidades límite. El método de Kohut (1971) es básicamente Rogeriano y probablemente menos lesivo que otras técnicas psicoanalíticas. Kernberg (1984, 1985) y Masterson (1981) son más confrontativos pero demasiado psicoanalíticamente apartadas del asunto principal para mis gustos prejuizados.

Permítame concluir con la presentación de uno de mis casos, Rona, una mujer de 25 años que visité hace nueve a causa de lo que ella llamaba una depresión grave. Trabajaba como tenedora de libros en una pequeña oficina, por que temía las relaciones humanas, se consideraba "terriblemente fea" (aunque era bastante atractiva) y sentía con fuerza que era un caso raro, estaba en un lado de la raza humana mientras cualquier otra persona estaba en el lado opuesto - el lado bueno. No tenía relaciones sociales y estaba segura de que no podría tener ninguna dada su extrema timidez, su necesidad de amor y su auto rechazo. Había hecho intentos de suicidio a las edades de 16 y 21, pero en cada ocasión fue salvada por sus padres y llevada al hospital. Fue hospitalizada brevemente en cada ocasión, rechazó tomar medicación tras dejar el hospital y volvió a vivir con sus críticos padres, a los que odiaba pero de quienes no podía librarse. Se sintió abandonada por ellos y decidió a no arriesgarse de nuevo a un abandono. Se sentía también continuamente aburrida y vacía y empleaba sus horas de ocio en dormir o en mirar la televisión aunque era bastante inteligente y había obtenido un MBA con mención honorífica. Típicamente, Rona no había hecho amigos en la universidad ni en el trabajo. Su única relación justo antes de venir a verme, fue una breve con John, que estaba bastante atraído por ella, que la empujó a citarse, pero que se sintió pronto desanimado por la intermitente hostilidad y la necesidad acuciante de ella de estar constantemente segura de que él la quería y de que nunca le abandonaría.

Rona vino a verme cuando estaba gravemente deprimida tras la ruptura con John. Yo pude ver rápidamente por su historia, por su inestabilidad emocional, por su completa focalización en si misma, y por sus reacciones fóbicas y de pánico que era apenas una bonita neurótica y que sería, probablemente una cliente difícil lo que yo llamo una CD.

Yo estaba en lo cierto. Ella estaba alternativamente muy seductora – y muy hostil – hacia mí. Sabía acerca de la REBT pero era escéptica hacia ella debido a los nueve años previos de terapia psicoanalítica a la que consideraba “profunda” pero “altamente ineficaz”. Amenazaba con dejar de visitarme desde la primera sesión en adelante y durante los tres años que la vi abandonó dos veces durante un mes cada una de ellas. Al principio me identificó con su crítico padre, pero luego llegó a estar sobre atada y sobre dependiente de mí. Estuvo muy resentida cuando me fui de la ciudad por algunos días por charlas, sesiones de trabajo y conferencias e insistió en sesiones telefónicas desde los hoteles en los que me hospedaba.

Siguiendo los principios de la REBT, acepte a Rona completamente con sus dificultades e intenté enseñarle, una y otra vez, a como aceptarse incondicionalmente, a aceptar a sus críticos padres y a aceptar su bastante incapacitante estado límite. Yo continué honestamente y con firmeza mostrándole que probablemente ella estaba innatamente trastornada – tal como estaban sus padres – y que ha menudo se comportaba hostilmente y que mejor tenía que – no debía – cambiar su hostilidad para su propia paz.

Aunque Rona objetó fuertemente la filosofía REBT de aceptarse completamente ella misma y a los otros, yo le mostré persistentemente que los resultados que estaba obteniendo de si misma por su auto odio, retirada y hostilidad no merecían la pena y que solo algo como la auto aceptación incondicional brindaría mejores resultados. Finalmente, mis esfuerzos prevalecieron y dentro de los seis primeros meses de terapia ella empezó a “conseguirlo” y llegó a ser una devota de la aceptación no condenatoria. Se alistó en uno de mis grupos regulares de terapia y vino continuamente a mi regular Taller de Trabajo del Viernes por la Noche, donde yo demostraba la REBT con voluntarios que tenían sesiones de terapia pública. Ella asistió también a un número record de cuatro horas de trabajo público que se dan semana si semana no en el Instituto para la Terapia Racional-Emotiva Conductual en Nueva York. En el grupo y en los talleres de trabajo

convenció fuertemente a otros del valor de la aceptación incondicional de ellos mismos y de los demás.

Tuve una mayor dificultad en ayudar a Rona a reducir su abismal baja tolerancia a la frustración, pero fui capaz, finalmente, de convencerla de que pedir gratificación inmediata a expensas de dolor tardío no valía la pena. Así, no importa como se sentía de incómoda, ella empezó a superar citas, a hacer y mantener amistades con gente de alguna manera informal, a trabajar en una oficina más grande, a forzarse a si misma a superar la fobia de hablar en público, a aceptar mis ausencias de sus sesiones de terapia cuando estaba fuera de la ciudad, a dejar de fumar y a hacer muchas otras cosas incómodas para su posterior satisfacción.

Yo, su grupo de terapia, y su grupo del taller de trabajo ayudamos a Rona a adquirir diversas habilidades en las que era deficiente. En el curso de este entrenamiento de habilidades ella llegó a ser bastante asertiva, empezó a escuchar más atentamente a los otros, aprendió como romper activamente el hielo y conocer a gente nueva, llegó a ser una adepta a las entrevistas de trabajo y tomó cursos que la llevaron a ser una CPA. Al mismo tiempo, sus tendencias innatas y adquiridas a no ser centro de atención, a pensar impulsivamente, a exagerar el significado de las cosas, a ser emocionalmente lábil, y a ser indecisa, mejoraron definitivamente o interfirieron menos con su comportamiento social y laboral.

Aún veo a Rona en sesiones ocasionales de terapia y como visitante en alguno de mis talleres de lo Viernes por la Noche; y se de ella por medio de algunos de sus amigos y parientes que ella continúa enviándome para tratamiento. Por todos los estándares visibles ella es ahora solo moderadamente neurótica – como la mayoría de la raza humana. Pero como clínico entrenado, aún puedo ver algunos de sus estados límite remanentes mostrados por medio de su conducta externa. Ahora ella se enfada o deprime en relativamente pocas ocasiones, pero cuando lo hace, llega a estar bastante confusa, tartamudea y balbucea, y durante varios días está desorganizada y consternada. Tiene buenas relaciones sociales pero nunca llega a involucrarse profundamente con nadie. Muestra poca hostilidad pública pero soterradamente es muy celosa de la gente exitosa y algo paranoide acerca de ser explotada por sus amigos. Es una CPA de éxito pero en ocasiones siente que su vida no tiene sentido que es indecisa y que no está verdaderamente integrada en la raza humana.

Rona, aunque vástamente mejorada, no está perfecta. Yo he dicho durante bastantes años que la REBT puede ayudar a la gente a superar sus neurosis acerca de sus psicosis y acerca de sus personalidades límite; y trabajando muy duro para aceptarse plenamente y para adquirir una mayor tolerancia a la frustración, Rona la ha usado para llegar a ser mucho menos neurótica. Pero yo no me engaño a mi mismo creyendo que ella o cualquiera de los otros individuos límite a los que he ayudado con la REBT durante los pasados 43 años se ha curado verdaderamente. Tampoco he visto clientes de otros terapeutas con trastornos límite y psicóticos quienes, incluso tras muchos años de tratamiento, que estén ahora verdaderamente sanos. Significativa y magníficamente mejorados, sí. Pero todavía subyaciendo el estado límite o psicótico.

Siendo algo optimista y algo realista, creo que tanto el arte de la psicoterapia como la psicofarmacología están en su infancia y que algún día se combinarán para ayudar más a las personalidades límite de lo que lo hacen ahora, quizás incluso los curen de los estado límite y les dejen, al igual que al resto de la humanidad, solo neuróticos. Mientras, el trabajar con personalidades límite es extraordinariamente difícil – pero puede ser bastante desafiante y recompensador. Sí, tanto para los clientes como para los terapeutas.

## Bibliografía

- Adler D, & Buie D H (1979) Aloneness and borderline pathology and psychopathology, *International Journal of Psychoanalysis*, 60,83-96.
- Adler T (1992) *Personality, like plaster, is pretty stable over time*, *APA Monitor*, 23 (10),9.
- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreason, NC (1979) Affective flattening and the criteria for schizophrenia, *American Journal of Psychiatry*, 135:944-947.
- Barinaga M (1992) How scary things get that way, *Science*, 258,887-888.
- Barkley BA (1990), *Attention deficit hyperactivity disorder*, New York: Guilford.
- Beck AT (1976), *Cognitive therapy and the emotional disorders*, New York: International Universities Press
- Beck AT (1991) *Cognitive therapy: A 30-year retrospective*, *American Psychologist*, 46:382-389.
- Beck AT, Freeman, AT, & Associates (1991), *Cognitive therapy of personality disorders*, New York: Guilford.
- Benjamin LS (1993), *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*, New York: Guilford.
- Berenbaum HJ, & Polrmanns, TE (1992), *Emotional experience and expression in schizophrenia and depression*, *Journal of Abnormal Psychology*, 101,37-44.
- Biglan A (1993) *Capturing Skinners's legacy to behavior therapy*, *Behavior Therapist*, 16,3-5.
- Bowlby J (1969) *Attachment and loss*, New York: Basic Books.
- Brown DE (1991), *Human universals*, Philadelphia: Temple University Press.
- Cahill K (1993), *Cognitive Therapy frontiers extend to addictions phobias*, *Psychiatric Times*, 10(1),1.
- Cohen BD & Gara MA (1992), *Self-structure in borderline personality disorder*, *American Journal of Orthopsychiatry*, 62,618-625.

- Cohen CP, & Sherwood VR (1991) *Becoming a constant object in psychotherapy with the borderline patient*, Northvale, NJ: Aronson.
- Cole, CA (1991) Preliminary support for the competency-based model of depression in children, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 181-190.
- Davidson G, & Cacioppo J (1992), New developments in the scientific study of emotion, *Psychological Science*, 3,21-22.
- Davis M (1992) The role of the amygdala in fear and anxiety, *Annual Review of Neuroscience*, 15,353-365.
- Ellis, A (1975) *How to live with a neurotic: At home and at work*, New York: Crown, Rev ed Hollywood, CA: Wilshire Books, 1975.
- Ellis, A (1958), Rational psychotherapy, *Journal of General Psychology*, 59,35-49, Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A (1962), *Reason and emotion in psychotherapy*, Secaucus, NJ: Citadel.
- Ellis, A (1965a) *The treatment of borderline and psychotic individuals*, New York: Institute for Rational-Emotive Therapy, Rev, ed 1988.
- Ellis, A (1965b) *Workshop in rational-emotive therapy*, Institute for Rational-Emotive Therapy, New York City, September 8.
- Ellis A (1976) The biological basis of human irrationality, *Journal of Individual Psychology*, 32,145-168, Reprinted: New York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Ellis, A (1985), *Overcoming resistance: Rational-emotive therapy with difficult clients*, New York: Springer.
- Ellis, A (1988), *How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything-yes anything!* Secaucus, NJ: Lyle Stuart.
- Ellis A (1991), The revised ABCs of rational-emotive therapy (RET), *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behaviour Therapy*, 9, 139-172.
- Ellis A (199, April), Rational-emotive therapy and evolutionary psychology, Paper presented at a conference on evolutionary psychology, McLean Hospital, Boston.
- Ellis A, & Becker, II (1982), *A guide to personal happiness*, North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Ellis A, & Dryden W (1987), *The practice of rational-emotive therapy*, New York: Springer.
- Ellis A, & Dryden W, (1990), *The essential Albert Ellis*, New York: Springer.
- Ellis, A, & Dryden, W (1991) *A dialogue with Albert Ellis: Against dogma*, Philadelphia: Open University Press.
- Ellis A, & Harper, RA (1975), *A new guide to rational living*, North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Eysenck HJ, (1967), *The biological basis of personality*, *Springfield II*, Thomas.
- Friedberg RD (1993), *Inpatient cognitive games cognitive therapists play*, *Behavior Therapy*, February, 41-42.
- Gazzinga, MS, (1993), *Nature's mind*, New York: Basic Books.
- Gilovich, T (1992), *How we know what isn't so: The fallibility of human reason on everyday living*, New York: Free Press.
- Gold JM, Randolph C, Carpenter CJ, Goldberg TE, & Weinberg DR, (1992), Form of memory failure in schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 191,487-494.
- Gottesman, IJ (1991), *Schizophrenia genesis: The origins of madness*, San Francisco, Freeman.
- Hauser, P (Ed) (1992) *Brain imaging and the pathology of affective disorders: Hope deferred*, Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hayes SC, & Hayes LJ (1992) Some clinical implications of contextualist behaviorism: The example of cognition, *Behavior Therapy*, 23,225-250.
- Hayes, SC, McMurry, SM, Afary N, & Wilson K, (1991), *Acceptance and commitment therapy (ACT)*, Reno, NV: Context Press.
- Huessy HR (1992), The varied adult psychopathologies of children's behavior disorders, *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 17, 147-157.
- Icocono WS (1989), Eye movement abnormalities in schizophrenia and affective disorders in CW Johnson and FJ Pirozzolo (Eds) *Neuropsychology of eye movement* (pp 115-145) Hillsdale, NJ; Erlbaum.
- Kazdin AE (1992) Child and adolescent dysfunction and paths toward maladjustment: Targets for intervention, *Clinical Psychology Review*, 12,793-817.
- Kernberg O (1984) *Object relations and clinical psychoanalysis*, Northvale NJ: Aronson.
- Kernberg O (1985) *Borderline conditions and pathological narcissism*, Northvale, NJ Aronson.

- Klein M (1984) *Envy and gratitude and other works*, New York: Free Press.
- Kohut H (1971) *The analysis of the self*, New York, International Universities Press.
- Kohut H (1991) *The search for the self; Selected Writings of Heins Kohut* Madison, Ct, Interational Universities Press.
- Larson PC & Agresti AA (1992) Counseling psychology and neuropsychology, An overview, *Counseling Psychologist*, 20,549-553.
- Lazarus AA (1990) *The practice of multimodal therapy*, Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- Leaf RC, Allington, DE, Ellis A, DiGiuseppe R, & Mass R (1992) Personality disorders, underlying traits, social problems, and clinical syndromes, *Journal of Personality Disorders*.
- Leaf RC, Allington DE, Mass R, DiGiuseppe, R & Ellis A (1991) A personality disorders, life events, and clinical syndromes, *Journal of Personality Disorders*, 5,264-280.
- Leaf RC, DiGiuseppe R (1992) Review os A T Beck et al, Cognitive Therapy of Personality Disorders, *Journal-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 10,105-106.
- Leaf RC, Ellis A, DiGiuseppe R, Mass R & Allington DE (1991) Rationality, Self-regarded and the "Healthfulness" of Personality Disorder, *Journal or Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9,3-36.
- Lenzenweger MF, Cornblatt BA, & Putnick M (1991) Schizotype and sustained attention, *Journal of Abnormal Psychology*, 100,84-89.
- Masterson JF (1981) *The narcissistic borderline disorder*, New York: Brunner, Mazel.
- Meichenbaum D (1977) *Cognitive-behavior modification*, New York: Plenum.
- Pediaditakis N (1991) Boredom: *The unexplored and rarely mentioned phenomenon*, *Psychiatric Times*, November, 49.
- Pies RW (1992) Splitting the discipline of psychiatry: Modern Manichaen *Psychiatric Times*, April, 13-14.
- Plutchik R (1990) Emotions and psychotherapy; A psychoevolutionary perspective, In R Plutchik & H Kellerman (Eds) *Emotion: Theory, Research, Research and Practice*, Vol 5, San Diego: Academic Press.
- Plutchik R, & Kellerman H (1990) *Emotion, Psychopathology, and Psychotherapy*, San Diego, CA: Academic Press.
- Priester MJ, & Clum GA (1993) Perceiving solving ability as a predictor of depression, hopelessness, and suicide ideation in a college population, *Journal of Counseling Psychology*, 40,79-85.
- Rhodes NB, & Wood W (1992) Self-esteem, intelligence and affect influence-ability: The mediating role of message reception, *Psychological Bulletin*, 111,156-171.
- Rosenbaum G, Shapiro DL & Chapin K (1988) Attention deficit in schizophrenia and schizotypy, *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 41-47.
- Rourke BF & Fuerst DB (1991) *Learning disabilities and psychosocial dysfunctioning*, New York: Guilford.
- Ruth WJ (1992) Irrational thinking in human: An evolutionary proposal for Ellis' genetic postulate, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 10,3-20.
- Skinner BF (193) *The behavior of organisms*, New York: Appleton-Century.
- Skinner BF (1988) *On further reflection*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Skinner BF (1989) *Recent issues in the analysis of behavior*, Columbus, OH: Merrill.
- Sperling MB & Sharp KL (1991) On the nature of attachment in a borderline population: A preliminary investigation, *Psychological Reports*, 68,543-546.
- Stone MH (1990) *The fate of borderline patients, Successful outcome and psychiatric practice*, New York: Guilford.
- Swanson HL, & Keogh B (Eds) (1990) *Learning disabilities: Theoretical and research issues*, Hillsdale, NJ: Eribaum.
- Wilson EO (1975) *Sociobiology: The new synthesis*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Yank GR, Bentley KJ & Hargrove DS (1993) The vulnerability stress model of schizophrenia: Advances in psychosocial treatment, *American Journal of OrthoPsychiatry*, 63,55-69.
- Yee CM, Deleon PJ, & Miller GA (1992) Early stimulus processing in dysthemia and anhedonia, *Journal of Abnormal Psychology*, 101,230-233.
- Young J (1990) *Cognitive therapy for personality disorders*, Sarasota, Fl: Professional Resources Exchange
- Young J (1990) *Cognitive therapy for personality disorders*, Sarasota.