

# TRATAMIENTO DE TIPOS DE PERSONALIDAD BORDERLINE CON TERAPIA RACIONAL EMOTIVA Y COMPORTAMENTAL

ALBERT ELLIS.

Instituto De Terapia Racional Emotiva  
(New York City)

La teoría de la terapia racional emotiva y comportamental (REBT) dice que por lo general, todos los individuos con graves trastornos de personalidad y en particular los de tipo de personalidad borderline son, biológicamente diferentes de los neuróticos "normales" y nacen con una predisposición a ser más vulnerables ante un ambiente en condiciones estresantes. Además, también tienden a presentar déficits cognitivos, emocionales y de conducta o unas discapacidades que les limitan en los campos social y vocacional así como en otros aspectos importantes de la vida. Estas personas también padecen distintas tendencias neuróticas que a veces son muy fuertes y piensan que los demás les han de tratar bien, de forma justa y creen que además las frustraciones no deben existir. La neurosis acentúa sus limitaciones cognitivas, emotiva y comportamentales y provoca grandes dificultades en su vida y a menudo interfiere en su terapia. Aquí presentamos un resumen de cómo se pueden tratar con la terapia racional emotiva y comportamental (REBT) las personalidades de tipo borderline.

(Journal of Rational-Emotive&Cognitive-Behavior Therapy. Vol 12, Nº 2, 1994)

He trabajado con miles de personas con trastornos de personalidad durante estos últimos 50 años, primero como psicoanalista y después como terapeuta de la terapia racional emotiva y comportamental; es por ello que le doy más importancia a cómo se originan estos trastornos y a cuáles son los mejores métodos para ayudar a estas personas a aliviar o hacer frente a este problema. Después de analizar, experimentar y estudiar mucho sobre el tema, llegué a algunas hipótesis que me parecían originales pero que bien podrían ser meras afirmaciones de las ideas de otros" clínicos". En cualquier caso intentaré exponerlas de forma clínica y experimental para que se puedan poner en práctica.

Mi primera hipótesis es un poco sorprendente pero sigue la terapia racional emotiva y comportamental: Todos los trastornos "emocionales" tienden a presentar fuertes elementos cognitivos, emotivos y comportamentales y esto se hace especialmente visible en trastornos de

personalidad y en los borderline. Los individuos que presentan estas características, por lo general tienen una grave disfunción de pensamiento, sentimiento y conducta, mientras que los llamados neuróticos presentan menor grado de disfunción. Los llamados psicóticos a menudo presentan una disfunción más aguda en esas 3 áreas. (Asociación de Psiquiatría Americana 1987; Beck, Freeman, et al 1990; Benjamin 1993; Ellis 1965; Kernberg 1984, 1985; Klein 1984, Kohut 1971, 1991; Linehan 1993; Masterson 1981, Young 1990).

Las personas con trastornos de personalidad casi siempre tienen deficiencias orgánicas, cognitivas, emotivas y comportamentales por varios motivos en las que se incluyen predisposiciones hereditarias. Estas personas (y más aquellas con un diagnóstico de psicopatía), presentan anomalías en el cerebro y en el sistema nervioso central (así como también otros defectos psicológicos), que contribuyen significativamente junto con otros factores

ambientales a los trastornos de personalidad. (Adler 1992, Brown 1991, Ellis 1965a, 1985, Gottesman 1991, Gazzinga 1993, Hussey 1992, Larsen & Agresti 1992, Meehl 1962, Pies 1992).

Tal como ya indiqué en 1956 en mi primera publicación sobre la terapia racional emotiva y comportamental (REBT) (Ellis 1958), el sentimiento, el pensamiento y la conducta no son procesos aislados sino:

El pensamiento ... es, y hasta cierto punto, tiene que ser sensorial, motor y comportamiento emocional.. La emoción, los pensamientos y los procesos sensoriales los podríamos definir como un estado de reacción humana excepcionalmente complejo que está íntegramente relacionado con todas las demás procesos de percepción y de respuesta. No se trata de una sola cosa sino de una combinación e integración completa de varios fenómenos en apariencia diversos, pero en realidad estrechamente relacionados. Los pensamientos y las emociones están estrechamente interrelacionados y suelen ir juntos, actúan en una causa circular y afectan a las relaciones personales, en algunos (aunque en pocos) puntos de vista, son en esencia la misma cosa, por lo tanto, los pensamientos de una persona se convierten en la emoción de esta persona y la emoción llega a convertirse en pensamiento (Ellis 1958, pp. 35-36).

Tal como ya señalé (Ellis 1991) y tal como Hayes y Hayes (1992) y otras personas relacionadas con ello indicaron que el pensamiento, el sentimiento y la acción siempre tienen lugar en contextos ambientales y en el background que provocan que las personas junto con sus situaciones personales se influyan entre sí interactivamente. Los seres humanos se fijan objetivos y propósitos según su entorno y especialmente en sus relaciones personales con la sociedad, construyen pensamientos, sentimientos y comportamientos con los que viven en la realidad y les llevan a estados de "salud mental" y otras que les aleja y les lleva a "trastornos emocionales".

En realidad todos los seres humanos nacen con capacidad de autocambio y de autorealización muy marcadas y además constructivas e incluso cuando éstas no presentan un tipo de trastorno de personalidad o en un psicótico, también tienen unas marcadas tendencias irracionales autoderrotistas. Con algunas excepciones estas personas, casi siempre son neuróticas o innecesariamente autodestructivas y aunque tienden a aprender, adquirir, o estar condicionadas por pensamientos incómodos, sentimientos y acciones inquietantes, también presentan una tendencia innata para desarrollar o crear estos estados neuróticos. Pocos, si hay alguno están

socialmente aceptadas y son de auto ayuda. (Brown 1991, Ellis 1962, 1956b, 1976, 1985, 1988; Ellis & Dryden 1990, Gilovich 1992).

Lo que llamamos neurosis, engloba y prácticamente emerge del pensamiento disfuncional, irracional y auto-destructivo de la gente. Tal como, Beck, Meichenbaum, yo y otros teóricos y terapeutas de la terapia racional emotiva y comportamental señalaron desde 1955 (Beck 1976, 1991; Ellis 1957, 1958, 1962, 1985, 1988, 1992; Meichenbaum 1977), las personas ansiosas, depresivas y con sentimientos de rabia, tiene muchas ideas disfuncionales que es lo que en gran parte origina sus trastornos neuróticos y tal como sostiene la teoría de la terapia racional emotiva y comportamental (REBT), éstas creencias casi siempre parecen consistir o estar derivadas de la transformación de una manera no realista, ilógica y rígida de sus deseos y preferencias no perturbadoras que adquieren el carácter de deberes, obligaciones, solicitudes y órdenes absolutistas y autoritarias. Por lo tanto, estas personas tienden a crear problemas neuróticos de ego y la consiguiente ansiedad y depresión cuando insisten en, "Debo hacerlo todo a la perfección para que las personas importantes de mi alrededor me aprueben, si no seré una persona inadecuada y desagradable". Este tipo de personas tienden a tener problemas interpersonales y sociales y sobre todo sentimientos de rabia cuando piden con todas sus fuerzas: "Los demás deben tratarme bien y con justicia, si no, no son buenas en ningún sentido". También tienen problemas con el mundo, baja tolerancia a la frustración (LFT) y sentimientos de depresión, cuando ellos exigen: "Las cosas y mis estados de ánimo deben ser tal y como yo quiero de lo contrario todo será horrible, no podré soportarlo y mi vida no valdrá nada". (Ellis 1957, 1962, 1985, 1988; Ellis & Becker 1982, Ellis & Harper 1975).

Las cogniciones, sentimientos y conductas funcionales y apropiadas de las personas raramente son, por no decir nunca, puras e independientes, sino que se influyen mutuamente, de aquí llegamos a la conclusión de que sus pensamientos tienden a originar sus sentimientos y conductas, sus emociones conducen hacia sus pensamientos y actos, y sus actos les llevan hacia sus ideas y sentimientos. (Ellis 1962, 1985, 1991). La REBT junto con la mayoría de las demás terapias cognitivas comportamentales dicen que cuando las personas Experimentan sucesos y Experiencias Activadoras (A) sus Creencias dan lugar, en gran medida, a Consecuencias emocionales y conductuales (C) pero la REBT también teoriza que A, B y C a menudo se influyen entre sí por lo que los Sucesos Activadores (A) influyen las Creencias (B) y las Consecuencias (C). Las B influyen en las A

y en las C, las C en las A y las B. Así que los grandes fracasos y la desaprobación (A) a menudo les llevan a Creencias negativas (B) y a la recaída (C). Las creencias negativas a menudo provocan fracasos y desaprobación (A), así como recaídas (C). Y éstas a menudo provocan graves fracasos y la pérdida de la aprobación (A) y creencias negativas (B). Parece ser propio de la naturaleza humana de prácticamente todos los seres humanos el hecho de que les afecte de manera significativa el entorno ambiental y su propia biología (en parte heredada) y el que se influyan mutuamente en sus pensamientos, sentimientos y conductas.

De ese modo, los conductistas radicales y los contextualistas, Skinner (1938, 1987, 1989), probablemente tienen razón cuando sostienen que los seres humanos (y otros animales) no funcionan fuera de su medio ambiente y que además dichos cambios les afectan inevitable y crucialmente (Biglan 1993, Hayes & Hayes 1992). Sin embargo los conductistas cognitivos también tienen razón al sostener que los seres humanos tienen pensamientos, sentimientos y comportamientos que se influyen mutuamente, y que su pensamiento influencia y cambia sus sentimientos y sus actos de manera significativa. Los cambios ambientales pueden, por lo tanto, causar cambios significativos en el funcionamiento de los seres humanos, la mayoría de ellos los efectúan y planean ellos mismos pero también pueden ser realizados por el deseo de trabajar sus pensamientos, emociones y conductas. ¿Por qué estos dos procesos de cambio son cruciales para los propósitos del ser humano?. Porque la llamada naturaleza humana posee importantes componentes hereditarios, que también están sujetos a influencias ambientales evolutivas (Davidson & Cacioppo 1992, Ellis 1992, Eysenck 1967, Cazzinga 1993, Ruth 1992, Wilson 1975).

Todos los seres humanos parece que pueden ser tanto autorealizadores o derrotistas (o lo que yo llamaría un neurótico). Los 3 procesos neuróticos principales podrían considerarse como: (a) autodevaluarse, maldecirse uno mismo por actuaciones mal echas y rechazo (b) hostilidad y rabia (maldecir a los demás por realizar actos malos y tener reacciones desagradables), y (c) poseer baja tolerancia a la frustración (maldecir las cosas y al mundo por ser mezquinos y desagradables). Estas 3 perturbaciones "emocionales" se viven individualmente o a veces colectivamente por prácticamente todos los seres humanos y cuando coexisten dos o más (lo que ocurre bastante a menudo) tienden a influirse mutuamente y a exagerarse el uno al otro. Estas perturbaciones incrementan y exacerbaban los trastornos de personalidad tal como mostraré con detalle mas adelante (Ellis 1991, Ellis & Dryden 1987, 1990, 1991; Ellis & Harper 1975).

Existen muchos tipos de trastornos de personalidad tales como son el narcisismo, el borderline, trastorno obsesivo-compulsivo (OCD), de personalidad esquizoide, histriónica, trastorno de personalidad narcisista, trastorno de personalidad evitador y de personalidad dependiente. Varían en intensidad, a menudo se manifiestan juntas y casi siempre van unidas a otros trastornos neuróticos graves tales como la depresión neurótica, estados de pánico y odio a si mismos (Ellis 1965a, 1965b, Kernberg 1985, Masterson 1981).

Debido a su complejidad y diversidad, me limitaré a comentar en este documento principalmente la personalidad de tipo borderline siendo de por sí lo bastante compleja y diversa y a menudo se manifiesta también junto con otros graves trastornos neuróticos que veces incluyen episodios psicóticos. Las principales características del tipo de personalidad borderline incluyen un patrón de inestabilidad en sus relaciones personales, carácter impulsivo punitivo, inestabilidad afectiva, excesiva ira e inapropiada, constantes amenazas de suicidio, marcados y persistentes trastornos de identidad, sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento y esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario (Asociación Americana de Psiquiatría, 1987).

¿Cómo llegan a convertirse en lo que definimos como tipos de personalidad borderline?. Podemos empezar por cualquier punto para examinar las causas principales de estos problemas, pero voy a empezar arbitrariamente por sus déficits orgánicos, que creo como hipótesis heredan en gran parte. Parecen nacer con varias tendencias innatas, que confluyen con sus experiencias y originan varias carencias. De ahí que a menudo sufran trastornos de déficit de atención (Attention Deficit Disorder) o patrón rígido en su manera de pensar, falta de aptitud para poder organizarse, tener una forma de pensar impulsiva, falta de memoria, una imagen de los demás inconsistente, inaptitud para percibir el paso del tiempo como un proceso continuado, incapacidad para el aprendizaje y para la percepción, facilidad para extralimitarse, tendencia a exagerar el significado de las cosas, actitudes rígidas, un acentuado autoderrotismo, falta de objetivos, deterioro en la memoria y en el reconocimiento, dificultades semánticas, etc. Los neuróticos podrían sufrir todas estas deficiencias organico-cognitivas. Normalmente las tienen mucho menos acentuadas, se adaptan y se enfrentan mucho mejor a ellas y prácticamente sólo las desarrollan en condiciones ambientales opresivas, mientras que los tipos de personalidad borderline las padecen de formas endógenas y graves. (Barkley 1990, Benjamin 1993, Cohen & Gara 1992, Cohen & Sherwood 1991, Gold et al 1992, Kazdin 1992, Lenzenweger et al 1991, Linehan

1993, Nestor et al 1992, Rhodes & Wood 1992, Rosenbaum et al 1988, Rourke & Fuerst 1991, Swanson & Keogh 1990, Yee et al 1992).

Emocionalmente los tipos de personalidad borderline y continuo con la hipótesis, presentan dificultades y déficits emocionales innatos. De aquí que sean frecuentemente distímicos, depresivos, irritables, sobreexcitados, hipertensos y entran fácilmente en estado de pánico e histriónico (Adler & Buie 1979, Andreason 1979, Barinaga 1992, Berenbaum & Poltmann 1992, Bowlby 1969, Davis 1992, Hauser 1992, Sperline & Sharp 1991, Pediatitakis 1991, Plutchik 1990, Plutchik and Kellerman, 1990).

En cuanto a la conducta, los tipos de personalidad borderline nacen con unas claras tendencias a ser hiperactivos, hipervigilantes, impulsivos, excesivamente inquietos, son coléricos, antisociales y también a menudo se automarginan, son adictos, demasiado dependientes, distraídos y carentes de objetivos (Cole 1991, Iocono 1989).

Los neuróticos a veces presentan estos mismos rasgos emocionales y de conducta aunque los tipos de personalidad borderline acostumbran a tener éstos mas acentuados, mas frecuentes, consistentes y endógenos. (Asociación Americana de Psiquiatría 1987, Benjamin 1993, Ellis 1965a, Kenberg 1986, Linehan 1993, Masterson 1981).

Supongamos que las personas con personalidad borderline tienen serios déficits cognitivos. ¿Cómo reaccionan neuroticamente ante esto?. En primer lugar, según la teoría de la REBT, tienden a darse cuenta de estas carencias y sentir rechazo hacia ellos mismos. También son conscientes de tener un bajo rendimiento intelectual, se demandan que no *deben* actuar de forma inadecuada, se censuran por tener defectos y es fácil que se sientan personas *inadecuadas*, algo que los tipos de personalidad borderline a menudo tienden a sentir, pero que ahora van a sentir de una forma exagerada.

Siguiendo mi teoría, los tipos de personalidad borderline presentan *verdaderas* deficiencias cognitivas, a menudo tienden a tener celos y a sentir hostilidad hacia personas menos conflictivas, insistirán en la idea de que los demás individuos no *deben* tener mas ventajas de las que ellos tienen y a menudo: demuestran, tal como se indica en los apuntes del DSM III-R: "ira inmensa o pérdida del control de la misma, por ejemplo: constantes muestras de mal genio, rabia y repetidas peleas." (Asociación Americana de Psiquiatría 1987, p.347).

Si las personalidades del tipo borderline, y sigo teorizando, a menudo presentan unos problemas innatos de conducta, tales como hiperactividad y rabieta, potenciarán su ya natural baja tolerancia a la frustración exigien-

do "no *debo* sentirme ni tan perjudicado ni tan despreciado por mis deficiencias como sin duda me siento ahora", por lo que estas personas facilmente agravaran, tal como se observa en el DSM III-R "acusadas y persistentes perturbaciones de identidad" y "esfuerzos frenéticos para evitar sentirse desamparados real o imaginariamente". (Asociación Americana de Psiquiatría 1987, p.347).

Si tengo razón en este punto y si las personas con deficiencias cognitivas, emocionales y de conducta tienden a derrumbarse facilmente, odiar a los demás y al resto del mundo intensamente, ¿Por qué los tipos de personalidad borderline que presentan estos tres tipos de deficiencias no sienten un odio similar o incluso peor hacia ellos mismos o hacia los demás?. Biológicamente, tendrían que ser *mas* propensos a odiarse a si mismos, a los demás y al mundo entero que el resto de neuróticos. Aunque no sea exactamente así, sus otras deficiencias cognitivas, emotivas y de conducta, que influyen en sus otras tendencias neuróticas, tenderían a ocasionar unos resultados inexorables.

Para empeorar las cosas, cuando los tipos de personalidad borderline presentan deficiencias innatas importantes de naturaleza neurótica o se quejan por estas deficiencias, originan directa o indirectamente estados de tipo borderline que ya de por sí son lo bastante perjudiciales a nivel cognitivo, emocional y de conducta. Es prácticamente imposible que ellos mismos no observen estos estados, a menos que sean excepcionalmente estúpidos o defensivos. Cuando se dan cuenta que padecen características del tipo borderline y de las verdaderas deficiencias a las que les conduce nuestra sociedad, *vuelven a* exigirse hacerlo mejor de lo que lo están haciendo (a) "debo hacerlo mejor de lo que lo estoy haciendo" (b) "el resto de las personas *no deben* tratarme injustamente por mis deficiencias (c) "las condiciones en las que vivo no tienen porqué ser tan perjudiciales. Es *horrible y no puedo soportarlo*". Si los tipos de personalidad borderline piensan así, aún se alteran y acentúan más sus características de personalidad borderline. (Leaf, Ellis, DiGiuseppe, Mass & Allington 1991, Priester & Clum, 1993).

Además y por lo general tienden a llevar a la terapia el odio que sienten a sí mismos, a los demás y a sus limitaciones, sintiéndose desconcertados y empeorando su estado. Tal como Benjamin 1993, Linehan 1993 y otros profesionales indican, sus grandes dificultades sociales a menudo esconden problemas de carácter personal con sus terapeutas habituales.

Así que, lo que expongo es que los tipos de personalidad borderline (así como la mayoría de las personas con algún trastorno de personalidad serio) tienen varios

niveles de trastornos que se influyen entre sí y que creo mejor considerarlos como algo global si queremos entender cuáles son las causas y consecuencias principales de los trastornos del tipo de personalidad borderline.

- Nivel 1: Las personalidades del tipo borderline generalmente tienen una predisposición innata (y probablemente genética) a presentar deficiencias cognitivas, emocionales y de comportamiento. Algunos comportamientos llamados borderline podrían tener su origen en estas deficiencias, como sin lugar a duda ocurre con sus carencias personales y sociales.
- Nivel 2: Los tipos de personalidad borderline (al igual que los neuróticos) poseen unas tendencias innatas y adquiridas que les *demandan* triunfar en el trabajo, en el amor y en el juego y se castigan cuando fracasan; también insisten en que no *deben* sentirse frustrados o estar en desventaja con respecto a los demás y tener baja tolerancia a la frustración, sentir auto compasión e indignación cuando se les impide seguir su camino. Es entonces cuando tienden a ser al menos tan o probablemente más neuróticos y autoderrotistas que las personas sin trastornos de personalidad
- Nivel 3: Debido a su innato deterioro cognitivo, emocional y de conducta y a su autoderrotismo y baja tolerancia a la frustración, los tipos de personalidad borderline son más psicobiológica y disfuncionalmente deterioradas; es entonces cuando su propia desaprobación neurótica y su malestar por el deterioro que sufren hace que se sientan más perjudicados, trastornados y deteriorados. Se inicia un ciclo durante el cual que el deterioro provoca la neurosis, esta crea más deterioro y un aumento de este causa más neurosis.

Se puede aliviar parcialmente este círculo vicioso si se ayuda a los tipos de personalidad borderline a minimizar su autodenigración y su baja tolerancia a la frustración (LFT). Pero los primitivos déficits cognitivos, emotivos y de comportamiento, que a menudo les provoca una tendencia a aferrarse fuertemente a exigencias rígidas y obligatorias les llevan a la autofrustración y a la intolerancia con la frustración, les bloquea el tratamiento que les alivia su neurosis y a menudo se les incrementa. También es probable que tengan una predisposición biológica a acelerar el desarrollo de síntomas neuróticos secundarios al hacerse la demanda de que no deben sentirse ansiosos o deprimidos por (a): sus propios déficits cognitivos, emocionales y de comportamiento (b): su neurótica no aceptación de estos déficits (c): sus graves síntomas y (d): su extraordinaria dificultad para seguir una terapia o para mejorar su situación.

El antes mencionado círculo vicioso se puede mitigar parcialmente o en gran parte, si se pudieran compensar sus propios déficits biosociales por el tipo de personalidad borderline. Sin embargo estos déficits son tan diversos y profundos que nuestra medicación actual y enseñanza terapéutica es sólo en parte efectiva y no existe ninguna indicación de que sean del todo curativas en un futuro cercano.

Por lo tanto, pienso que es mejor enfrentarse a la realidad y admitir que aunque los tipos de personalidad borderline no son del todo incurables, los handicaps biológicos, psíquicos y sociales son tantos que raramente podemos ayudarles a conseguir lo que podríamos llamar una cura "verdadera". A veces, podemos ayudarles a minimizar sus neurosis relativas a su estado de tipo borderline pero incluso esto podría ser limitado porque a menudo estas personas se aferran a su autodestrucción y mantienen su baja tolerancia a la frustración; por lo tanto nuestra labor con ellos es más dura que la que tenemos con los neuróticos normales para conseguir que lo superen. Pero "la prueba del 9", es que pocas veces se implican en algo con entidad debido a sus déficits cognitivos, emocionales y de comportamiento básicos, tales como trastornos por falta de atención y también de objetivos, su baja tolerancia a la frustración (LFT) y la interferencia de un cierto hedonismo.

¿Qué podemos hacer terapéuticamente? ¿Hay poca esperanza de éxitos? ¿Tenemos que trabajar la neurosis relativa a su estado borderline? ¿Enseñarles a superar parcialmente o a compensar sus déficits cognitivos, emocionales y de conducta?.

Probablemente todo sea válido, depende de nuestra habilidad o paciencia como terapeutas y las ganas que tenga el individuo borderline de recuperarse, realizar un trabajo terapéutico duro y constante y no intimar con nadie ni con su terapeuta. De aquí apuntamos algunas pautas a seguir de terapia que sugeriría a los terapeutas que tengan valentía para trabajar insistentemente con ellos.

1- Intentar conseguir una verdadera mejora sin esperar grandes logros. Ni siquiera los neuróticos normales mejoran todo lo que deseáramos, y las personalidades borderline están mucho más trastornadas y generalmente se resisten más a los cambios. Aceptar completamente esta realidad y no desanimarse cuando uno se enfrenta a ella. Tener mucha paciencia y fortaleza.

2- Trabaja contigo mismo en adquirir una aceptación incondicional- o lo que Rogers (1961) llamó una consideración incondicional positiva para tus clientes con personalidad borderline. Deplora e incluso odia sus rasgos antisociales molestos y a menudo hostiles, pero acéptales con su mala conducta. Confrontales, a menudo,

sus pensamientos, sentimientos y actos detestables y autoderrotistas pero hazlo protectoramente, respaldándoles y sin ningún tipo de acusación. Perdona al pecador pero no necesariamente el pecado.

3- Al contrario que Carl Rogers, mientras que con tu conducta y tus palabras aceptas incondicionalmente las personalidades borderline exceptuando algunas de sus peores conductas, enséñales tan bien como puedas cómo aceptarse a ellos mismos *incondicionalmente*. La REBT da a sus clientes una solución mas o menos elegante para este problema humano tan importante.

Menos elegantemente, puedes enseñar a tus clientes con la filosofía existencial humanista, que pueden aceptarse a si mismos incondicionalmente tanto *si actúan* o se relacionan correctamente, *como si no*, sólo por el hecho de ser personas, estar vivos o por haber hecho esta *elección*. Cualquier aceptación de uno mismo es una elección y es una definición. Cuando poseemos lo que generalmente se conoce como autoestima, probablemente la mayor enfermedad emocional de los hombres y las mujeres, *decidimos* de forma equivocada aceptarnos a nosotros mismos como individuos "buenos" o "meritorios" a condición de que actuemos bien y seamos agradables. Pero esto realmente no funciona porque si reuniéramos estas condiciones hoy, podríamos no tenerlas mañana, por lo tanto siempre estaremos angustiados lo que significa que nos preocupamos demasiado por nuestras actuaciones.

Cuando decidimos aceptarnos *incondicionalmente* con todos nuestros defectos aún seguiremos eligiendo y definiendo el sentido de la propia identidad, pero esta vez, al definirnos a nosotros mismos como "buenos" o "respetables" es algo mas práctico y util ya que nos aceptamos a nosotros mismos sin correr peligro mientras estemos vivos y probablemente solo nos tendremos que preocupar por nuestra identidad cuando estemos muertos.

Esta solución al problema de la propia valía es poco elegante ya que no es falseable, de ahí que un persona pueda afirmar: "puedo aceptarme completamente como persona de valía porque estoy vivo y soy humano" aunque yo y otras personas pueden oponerse "Pero yo creo que al estar vivo y ser humano, uno no es bueno y no vale nada, de hecho, ningún ser humano vale nada y tan solo merece morir".

¿Quién tiene razón, tu o yo?. Respuesta: Ninguno de nosotros puede establecer o tergiversar nuestra opinión sobre la valía del ser humano porque ambas opiniones son definiciones y son tautológicas. Las tuyas seguramente funcionarán mejor que las mías, si tu objetivo es mantenerte a ti y a la raza humana vivas, sanos y felices. Pero aún así sigue siendo una definición.

La REBT por lo tanto, ha propuesto durante mas de

dos decadas una solución mas elegante al problema de la valía del ser humano ,que puedes enseñar a tus clientes del tipo borderline (y a otros). Pueden decidirse *a tan sólo* evaluar o estimar sus pensamientos, sentimientos o comportamientos y a *no* caer en el peligroso error de valorar su propio yo, su esencia, su ser o su totalidad. Por ello podrían decir: 'Ya que decido estar vivo, sano y feliz de una manera razonable, muchos de mis *actos y rasgos* son "malos" y "perjudiciales" o van en contra de mis objetivos, pero yo soy demasiado complejo, *el proceso esta demasiado adelantado* para poder valorarme bien o mal.

Pero esta solución mas elegante de aceptarse es difícil conseguir para la mayoría de los neuróticos y las personalidades borderline ¿Por qué? Porque, hipotetizo, a través de la evolución del hombre, el hacer una valoración de uno mismo tiene distintas ventajas, es una predisposición biológica y es difícil renunciar a ella.. Pero incluso la personalidad borderline pueden minimizarlo si son aceptados incondicionalmente por sus terapeutas y si se les enseña activamente a aceptarse a si mismo.

4- Los tipos de personalidad borderline, por los motivos mencionados anteriormente poseen una innata y adquirida baja tolerancia a la frustración (BTF) y la BTF incluye las creencias irracionales y disfuncionales de que *¡las condiciones no deben ser tan duras! ¡es horrible y no puedo soportarlo!*. Pero estas creencias se pueden cuestionar tal como se ha dicho anteriormente. La misma BTF hará que los clientes eviten pensar y trabajar mucho para superar su BTF, pero tu como terapeuta, puedes insistir en mostrar a los clientes del tipo borderline, lo autoderrotista que puede ser la BTF y enseñarles cómo mejorarla. No te rindas e introduce nuestra propia BTF en lo que a esto se refiere.

5- Los clientes de tipo borderline y los psicóticos tienen muchas cogniciones específicas disfuncionales que van unidas a sus desilusiones, obsesiones, coacciones, ideas paranoicas y suicidas y otros transtornos que se pueden reducir con éxito con los métodos usuales de conducta racional emotiva y terapia cognitiva comportamental. Es poco probable que se produzca un curación completa pero a menudo se puede conseguir una significativa mejoría (Beck, Freeman & Associates 1991, Benjamin 1993, Cahill 1993, Ellis 1965a, 1985, Friedberg, 1993, Leaf&DiGiuseppe 1992, Linehan 1993, Stone 1990, Yankura et al 1993, Young 1990).

6- Los déficits del pensamiento, sentimientos y conducta originales y parcialmente biológicos de los borderline que mencioné al principio de este escrito no pueden mejorar facilmente pero los psicoterapeutas,

neuropsicólogos, terapeutas de rehabilitación y otros profesionales, a menudo pueden conseguir una notable mejoría. Tu, como terapeuta puedes intentar ayudar a tus clientes borderline en lo que a esto se refiere, o puedes dirigirlos a otros profesionales adecuados. Como señalan Benjamin (1993) y Linehan (1993), es casi una obligación para ellos que aprendan técnicas que compensen parcialmente sus déficits.

7- Los clientes del tipo borderline a menudo piensan en lo que se podrían llamar "maneras perversas o intencionalmente autoderrotistas" bajo las que se esconde un método para tratar su locura. Así pues, en cualquier momento podrían intentar suicidarse para controlar a los demás y hacer que se rindan a su desmesurada necesidad de atención y apoyo. También podrían intentar suicidarse, tal como ocurrió con una de mis clientes porque quería convencerse a sí misma de lo enferma que estaba y de mi error al intentar demostrarle que ella podía tener una existencia feliz.

Los terapeutas por lo tanto, a veces tendrían que usar toda su habilidad e inteligencia para poder desenmascarar, desvelar o disputar sus dudas sobre el pensamiento disfuncional del tipo borderline. Se podrían también utilizar el tipo de técnicas persuasivas o disconformes de Linehan (1993), otro método según Benjamin sería utilizar al cliente como terapeuta, (1993) o los métodos paradójicos y metafóricos que Hayes (Hayes, McMurry, Afaxi & Wilson, 1991) utiliza con agorafóbicos y que a veces también se pueden aplicar en personalidades borderline. Ya que estos clientes utilizan toda su inteligencia para aferrarse perversamente a sus trastornos, el terapeuta tiene que saber expresar su disconformidad inteligentemente para tener éxito.

Sin embargo, aunque las respuestas inteligentes y bien calculadas del terapeuta a veces ganan la partida y su resultado parece maravilloso, lo cierto es que la terapia conductual cognitiva es especialmente a la larga, la más efectiva.

8- La terapia cognitiva-conductual que se presenta en múltiples facetas y modalidades, parece ser la mejor de todas, porque los clientes borderline son a menudo impredecibles e singulares. La REBT, como la teoría multimodal de Lazarus (1990) incluye un gran número de métodos cognitivos, emotivos y de comportamiento; así que cuando las terapias más habituales no parecen funcionar utilizo algunas de las menos habituales que a veces funcionan bien. Aunque enseñé a mis clientes que la ira es casi siempre auto-destructiva, una vez induje a una de mis clientes borderline a abandonar todas las ideas suicidas que tenía con el argumento de que su rival sentimental seguiría viviendo felizmente. Por lo tanto animé a mi

cliente, al menos temporalmente, a descargar su ira contra su rival y así motivarla a vivir y a trabajar por su propia felicidad.

9- El tratamiento psicofarmacológico a veces funciona bien en clientes borderline. En caso de no funcionar tampoco tiene efectos secundarios. A menudo recomiendo que mis clientes prueben antidepresivos u otros medicamentos de modo experimental, y si no funcionan, y/o no les gusta tomarlos, siempre se está a tiempo de dejarlos y utilizar solamente la psicoterapia. Ayudarles a incrementar su tolerancia a la frustración y disminuir sus fobias por la medicación permite que acepten tomar una medicación adecuada y soporten los efectos secundarios de algunos medicamentos. Y a la inversa, al tomar antidepresivos y/o tranquilizantes a veces les ayuda a beneficiarse más de la REBT, aunque también podrían utilizar el tratamiento farmacológico como excusa para no esforzarse en cambiar su pensamiento, sentimiento y comportamiento.

10- Después de probar en muchas personas borderline, tanto el psicoanálisis como la terapia cognitiva-conductual durante varios años, he desechado el psicoanálisis, excepto en lo que se refiere a algunos de sus aspectos de las relaciones personales; sin embargo he utilizado con asiduidad la terapia cognitiva-conductual. Otros terapeutas de esta terapia y creo, los terapeutas en general, han encontrado los métodos cognitivos-conductuales muy efectivos en personalidades borderline (Beck, Freeman & Associates 1991, Benjamin 1993, Ellis 1962, 1956a, 1985, Linehan 1993). En lo que se refiere al psicoanálisis, lo considero como una pérdida de tiempo para el tratamiento de la mayoría de los neuróticos y bastante iatrogenico para la mayoría de las personalidades del tipo borderline. El método Kohut (1971) es básicamente Rogeliano y probablemente menos dañino que el resto de las técnicas psicoanalíticas. Kernberg (1984, 1985) y Masterson (1981) son más confrontativos pero se apartan demasiado de los propósitos psicoanalíticos, desde mi punto de vista.

Voy a concluir, con la exposición de uno de mis casos. Rona, una mujer de 25 años, a la que visité hace 9 años, porque sufría de lo que ella llamaba depresión profunda. Trabajaba de contable en una oficina pequeña, por el miedo que sentía a tener contacto con otras personas, se consideraba "muy fea", (a pesar de ser bastante atractiva), se sentía como una basura, y como si estuviera en un bando y el resto de las personas estuvieran en el otro, el bueno. No se relacionaba socialmente y estaba segura de no poder hacerlo debido a su exagerada timidez, necesidad de cariño y rechazo de sí misma. Había intentado suicidarse a los 16 y 21 años, sus padres la habían

cogido a tiempo y la habían llevado inmediatamente al hospital. En ambos casos permaneció hospitalizada durante poco tiempo y cada vez se negaba a tomar medicación fuera del hospital. Siguió viviendo con sus críticos padres a los que odiaba pero de los que no sabía librarse. Se sintió abandonada por sus padres y decidió no volver a arriesgarse a perderlos. Siempre se sentía aburrida y vacía y pasaba el tiempo libre durmiendo o mirando la televisión, a pesar de ser inteligente y tener un título universitario. Tuvo una única y corta relación sentimental con John, antes de venir a verme, estaba bastante interesado en ella, y la había invitado a salir varias veces hasta que se cansó de su hostilidad y de su necesidad de sentirse constantemente segura de que realmente la amaba y nunca la abandonaría.

Rona vino a verme cuando estaba profundamente deprimida después de que John la dejara. En seguida me di cuenta de su historia, su inestabilidad emocional, su egocentrismo y sus reacciones fóbicas y de pánico y vi que probablemente no iba a ser una neurótica fácil y sí una cliente difícil, lo que yo llamo una DC.

Tenía razón. A veces era muy seductora y otras muy hostil conmigo. Aunque conocía la REBT, se mostraba escéptica ya que estuvo nueve años yendo al psicoanalista, que consideraba "profunda" pero "prácticamente inútil". Me amenazó con dejar de visitarme desde la primera sesión, y durante los tres años de tratamiento lo dejó dos veces durante un mes. Al principio me identificó con su odiado y supercrítico padre, pero al cabo de un tiempo se volvió excesivamente vinculada y dependiente de mí. Se sintió muy ofendida cuando me fui de la ciudad durante unos días para participar en unas charlas, talleres y conferencias, e insistió en hacer sesiones telefónicas desde los hoteles donde me alojaba.

Siguiendo los principios de la REBT, acepté a Rona con sus dificultades e intenté enseñarle una y otra vez cómo aceptarse a sí misma incondicionalmente, aceptar a sus críticos padres y a su personalidad borderline, así como su estado anormal. Me mantuve firme y honesto, para hacerle entender que sus trastornos eran innatos, al igual que los de sus padres, a menudo se comportaba con hostilidad y le dije que era mejor, *no que debía*, cambiar su hostilidad por su propio bien.

Aunque Rona se oponía a la filosofía de la REBT de aceptarse completamente a sí misma y a los demás, insistí en demostrarle que los resultados que obtenía de su hostilidad, odio a sí misma y abandono, no valían la pena y que sólo la aceptación incondicional de uno mismo tiene un resultado bueno. Mis esfuerzos, finalmente, prevalecieron y antes de que se cumplieran los 6 meses de terapia empezó a "asimilar" y a convertirse en una seguidora de

la autoaceptación. Se unió a una de mis habituales terapias de grupo y empezó a acudir con regularidad a mis Talleres del Viernes Noche, donde se hacen demostraciones de REBT con voluntarios. También acudió a talleres con sesiones de 4 horas que tenían lugar cada 2 semanas en el Instituto de Terapia Racional Emotiva de New York. En estos talleres y en las terapias de grupo, no paró de intentar convencer a los demás participantes de la importancia de aceptarse incondicionalmente a sí mismo y a los demás.

Reducir su baja tolerancia a la frustración fue lo más difícil, pero al final pude convencerla de que exigir una gratificación inmediata a costa del dolor, no valía la pena. Por lo tanto, dejando a un lado lo incómodo que en realidad se sentía, empezó a salir y a tener citas, a hacer y mantener amistades con gente que creía poco fiable, a trabajar en una oficina más grande, a esforzarse por superar su fobia de hablar en público, a aceptar mis ausencias de las terapias cuando yo estaba en la ciudad; dejó de fumar e hizo una serie de cosas incómodas para poder sentirse satisfecha en un futuro próximo.

Yo mismo, sus compañeros de terapia y los demás del grupo, la ayudamos a adquirir varias técnicas que compensaran sus deficiencias. Durante este último proceso se volvió asertiva, empezó a escuchar más atentamente a los demás, aprendió a relacionarse con gente, se volvió una experta en entrevistas de trabajo e hizo unos cursos que le sirvieron para conseguir el certificado CPA. Al mismo tiempo sus tendencias innatas y adquiridas a no tener objetivos, pensar impulsivamente, exagerar la importancia de las cosas y falta de propósitos, mejoraron o interfirieron menos en su conducta social y laboral.

Todavía veo ocasionalmente a Rona en sesiones de terapia y en los Talleres del Viernes Noche y sé de ella por varios de sus amigos y parientes a los que me manda para sesiones de terapia. Rona, ahora, es tan solo moderadamente neurótica, como la mayoría del género humano, pero como profesional clínico aún percibo algunas características de su estado borderline que se ven reflejadas en su conducta. Ahora se irrita o deprime en contadas ocasiones pero cuando esto ocurre, tartamudea y balbucea y además se siente turbada y desorganizada. Tiene relaciones sociales sanas pero nunca se compromete con nadie. Nunca demuestra una marcada hostilidad pero en el fondo se siente muy celosa de las personas que triunfan y paranoica ante la idea de que sus amigos la puedan utilizar. Es una brillante graduada en CPA pero a veces cree que su vida no tiene sentido, que carece de objetivos y que en realidad no está verdaderamente integrada en el género humano. Rona, aunque haya mejorado significativamente, no está totalmente curada. He repeti-



do durante muchos años que la REBT sólo puede ayudar a las personas a superar la neurosis de su psicosis y personalidad borderline trabajando mucho para llegar a aceptarse a si mismo y adquirir un grado mas alto de tolerancia a la frustración, Rona ha conseguido llegar a ser mucho menos neurótica. Pero no me engaño a mi mismo con la creencia de que ella o cualquier otro psicótico o individuo borderline a quien he prestado mi ayuda durante estos ultimos 43 años esten verdaderamente curados.

Tampoco he visto que ningún cliente con las características antes mencionadas de otros terapeutas, esten verdaderamente sanos incluso al cabo de muchos años

de tratamiento. Sin embargo, llegan a mejorar ostensiblemente. Aunque siguen siendo psicóticos o sufren transtornos de tipob orderline.

Soy optimista, sin dejar de ser realista, creo que las artes de la psicoterapia y de la farmacología estan todavía a un nivel poco avanzado y creo que algún día se fusionarán para ayudar a las personalidades borderline mas de lo que se hace actualmente, quizás se les pueda llegar a curar y dejarles igual que al resto del género humano, solo neuróticos. Mientras tanto, el trabajo con este tipo de personas sigue siendo extremadamente difícil pero también puede significar un desafío muy gratificante tanto para los clientes como para los terapeutas.

#### BIBLIOGRAFIA

- Adler,D.&Buie,D.H. (1979) Aloneness and bordeline 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,N.C. (1979) Affective flattening and the criteria for schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 135,944-947.
- Barinaga,M. (1992)How scary things get that way. *Scienze*, 258,887-888.
- Barkley,B.A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder*. New York:Guilford.
- Beck,A.T. (1976) *Cognitive therapy and the emotionl disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck,A.T. (1991). Cognitive Therapy: A 30- year retrospective. *American Psychologist*, 46, 382-389.
- Beck, A.T. Freeman,A.T. & Associates. (1991). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York:Guilford.
- Benjamin,L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York:Guilford.
- Berenbaum,H.J. & Poltmanns,T.E. (1992). Emotional experience and expression in schizophrenia and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 101,37-44.
- Biglan,A. (1993). Capturing Skinner' s legacy to behavior therapy. *Behavior Therapist*, 16, 3-5.
- Bowlby,J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Brown,D.E. (1991). *Human universals*. Philadelphia: Temple University Press.
- Cahill,K. (1993). Cognitive Therapy frontiers extend to addictions phobias *Psychiatric Times*. 10 (1),1.
- Cohen,B.D. & Gara, M.A. (1992). Self-structure in bordeline personality disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62,618-625.
- Cohen,C.P. & Sherwood, V.R. (1991). Becoming and constant object in psychotherapy with the bordeline patient. Northvale, N.J:Aronson.
- Cole,C.A. (1991). Preliminary support for the competency-based model of depression in children. *Journal of Abnormal Pssychology*, 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*. Secaucu, NJ: Citadel.
- Ellis,A. (1965a). *The treatment of bordeline 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!* Secucus,NJ: Lyle Stuart.
- Ellis,A. (1991). The revise ABCs for rational-emotive therapy (RET).*Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9, 139-172.
- Ellis,A. (1992, April) Rational emotive-therapy and evolutionary psychology. McLean Hospital,Boston.
- Ellis,A. & Becker, II (1982). *A guide to personal hapiness*. 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, R.A. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood, CA: Wilshire Books.
- Eysenck,H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Thomas.
- Friedberg, R.D. (1993). Inpatient cognitive games cognitive therapists play. *Behavior Therapist*, February, 41-42.
- Gazzinga, M.S. (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, J.M., Randolph, C., Carpenter, C.J., Goldberg, T.E., & Weinberg, D.R. (1992). Forms of memory filure in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, 487-494.
- Gottesman, I.J. (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,D.C: American Psychiatric Press.

- Hayes, S.C., & Hayes, L.J. (1992). Some clinical of contextualist behaviorism: The exemple of cognition. *Behavior Therapy*, 23, 225-250.
- Hayes, S.C., McMurry, S.M., Afari, N., & Wilson, K. (1991). *Acceptance and commitment therapy (ACT)*. Reno, NV: Context Press.
- Huessy, H.R. (1992). The varied adult psychopathologies of children's behavior disorders. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 17, 147-157.
- Iocono, W.S. (1989). Eye movement abnormalities in schizophrenia and affective disorders in C.W. Johnson and F.J. Pirozzolo (Eds.) *Neuropsychology of eye movement* (pp.115-145). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kazdin, A.E. (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). *Bordeline 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 Heinz Kohut*. Madison, Ct: International Universities Press.
- Larson, P.C. & Agresti, A.A. (1992) Counseling psychology and neuropsychology: An overview. *Counseling Psychologist*, 20, 549-553.
- Lazarus, A.A. (1990). *The practice of multimodal therapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- Leaf, R.C., Allington, D.E., Ellis, A., DiGiuseppe, R., & Mass, R. (1992). Personality disorders, underlying traits, social problems, and clinical syndromes. *Journal of Personality Disorders*.
- Leaf, R.C. Allington, D.E., Mass, R., DiGiuseppe, R., & Ellis, A. (1991) A personality disorders, life events, and clinical syndromes. *Journal of Personality Disorders*, 5, 264-280.
- Leaf, R.C., DiGiuseppe, R. (1992). Review of A. Beck et al, *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 10, 105-106.
- Leaf, R.C., Ellis, A., DiGiuseppe, R., Mass, R., & Allington, D.E. (1991). Rationality, Self-regard and the "Healthfulness" of Personality Disorder. *Journal or Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 9, 3-36.
- Lenzenweger, M.F., Cornblatt, B.A., & Putnick, M. (1991). Schizotypy and sustained attention. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 84-89.
- Masterson, J.F. (1981). *The narcissistic bordeline disorders*. New York: Brunner, Mazel.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum.
- Pediaditakis, N. (1991). Boredom: The unexplored and rrely mentioned phenomenon. *Psychiatric Times*, November, 49.
- Pies, R.W. (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, Psychopatology, and Psychotherapy*. San Diego, CA: Academic Press.
- Priester, M.J., & Clum, G.A. (1993). Perceiving solving ability as a predictor of depression, hopelessness and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 79-85.
- Rhode, N.B., & Wood, W. (1992). Self-esteem, intelligence and affect influence-ability: The mediating role of message reception. *Psychological Buletin*, 111, 156-171.
- Rosenbaum, G., Shapiro, D.L., & Chapin, K. (1988). Attention deficit in schizophrenia and schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 41-47.
- Roure, B.F., & Fuerst, D.B. (1991). *Learning diabilities and psychological dysfunctioning*. New York: Guilford.
- Ruth, W.J. (1992). Irrational thinking in human: An evolutionary proposal for Ellis' genetic postulate. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 10, 3-20.
- Skinner, B.F. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton-Century.
- Skinner, B.F. (1988). *On further reflection*. Engewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Skinner, B.F. (1989). *Recent issues in the analysis of behavior*. Columbus, OH: Merrill.
- Sperling, M.B., & Sharp, J.L. (1991). On the nature of attachment in a bordeline population: A preliminary investigation. *Psychological Reports*, 68, 543-546.
- Stone, M.H. (1990). *The fate of bordeline paients. Successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford.
- Swanson, H.L., & Keogh, B. (Eds.). (1990). *Learning disabilities: Theoretical and research issues*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Wilson, E.O. (1975). *Sociobiology: The new synthesis*. Cambridge, MA: Harvard Univesity Press.
- Yank, G.R., Bentley, K.J., & Hargrove, D.S. (1993). The vulnerability-stress model of schizophrenia: Advances in psychosocial treatment. *American Journal of OrthoPsychiatry*, 63, 55-69.
- Yee, C.M., Delon, P.J., & Miller, G.A. (1992). Early stimulus processing in dysthymia and anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 230-233.
- Young, J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, Fl: Professional Resources Exchange.
- Adler, D & Buie, D.H. (1979). Aloness and bordeline pathology and psychopatology. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83-96.
- Adler, T (1992). Personality, like plaster, is retty stable over time. *APA Monitor*, 23 (10), 9.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washinton, DC: American Psychiatric Association.
- Andreason, N.C. (1979). Affective flattening and the criteria for schizophrenia. *American Journal of Pschiatry*, 135 944-947.