

**Quaderns
de salut
mental
8**

CONSELL
ASSESSOR
SOBRE
ASSISTÈNCIA
PSIQUIÀTRICA
I SALUT
MENTAL

Trastorn límit de la personalitat (TLP)



Servei Català
de la Salut

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

**Quaderns
de salut
mental
8**

CONSELL
ASSESSOR
SOBRE
ASSISTÈNCIA
PSIQUIÀTRICA
I SALUT
MENTAL

Trastorn límit de la personalitat (TLP)

 **CatSalut**

Servei Català
de la Salut

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Grup de Treball sobre el Trastorn Límit de la Personalitat

Trastorn límit de la personalitat (TLP). _ (Quaderns de salut mental ; 8)

A la portada: Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. _ Bibliografia

ISBN 84-393-6493-8

I. Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental (Catalunya) II. Servei Català de la Salut III. Títol IV. Col·lecció: Quaderns de salut mental ; 8

1. Trastorn límit de la personalitat _ Tractament _ Catalunya 616.89-08(467.1)

Grup de treball sobre el Trastorn límit de la personalitat (TLP)

President

Dr. Carles Ballús, Psiquiatre

Coordinador

Dr. Enric Vicens, Psiquiatre
Sant Joan de Déu. Serveis de salut mental

Secretària tècnica

Sra. Montserrat Grané, Tècnic
Gerència d'Atenció Psiquiàtrica i Salut Mental

Vocals

Dr. Luís de Àngel, Psiquiatre
CSMA Dreta de l'Eixample

Dr. Jaume Claret, Psiquiatre
Hospital Infantil Sant Joan de Déu, d'Esplugues de Llobregat

Dra. Nilda Díaz, Psiquiatra
Responsable Programa SATMI – CSMA Ciutat Vella

Dr. Fernando Gutiérrez, Psicòleg
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Dr. Josep Lluís Macho, Psiquiatre
CSMA Badalona

Dr. Lluís Mauri, Psiquiatre
Fundació Hospital de Sant Pere Claver

Sra. María José Muñoz, Psicòleg
UCA Benito Menni. Complex Assistencial en Salut Mental

Dr. Víctor Pérez Solà, Psiquiatre
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Sra. Carmen Sánchez, Psicòleg
Fundació Sanitària d'Igualada

Sr. Àngel Soto, Psicòleg
Fundació Sanitària d'Igualada

Sr. Ramon Torra, Psicòleg
Associació Catalana d'Ajuda al Trastorn límit de la personalitat

© Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

Edició: CatSalut

1ª edició: Barcelona, juliol de 2004

Disseny gràfic: Anechina-Osambela

Producció gràfica: Uan-Tu-Tri

Tiratge: 2.000 exemplars

ISBN: 84-393-6493-8

Dipòsit legal:

Trastorn límit de la personalitat (TLP)

Índex	
Introducció	5
Definició del Trastorn límit de la personalitat (TLP)	7
Epidemiologia del Trastorn límit de la personalitat	8
Models teòrics etiopatogènics i factors predisposants	8
Història natural, clínica i curs del Trastorn límit de la personalitat	10
Etapa inicial	11
Segona etapa - Inici de la vida adulta	11
Tercera etapa - Vida adulta	11
Diagnòstic del Trastorn límit de la personalitat	12
Diagnòstic clínic	12
Instruments d'avaluació	12
Comorbiditat del Trastorn límit de la personalitat	14
Problemes específics lligats al Trastorn límit de la personalitat	15
Trastorn límit de la personalitat i abús de substàncies	15
Trastorn límit de la personalitat i conducta suïcida	15
Trastorn límit de la personalitat i l'entorn sociofamiliar	16
Trastorn límit de la personalitat i llei	16
Tractaments actuals	17
Tractaments farmacològics	17
Tractaments psicosocials	18
Tractaments hospitalaris	20
Problemàtica en l'assistència del Trastorn límit de la personalitat	20
Recursos actuals	21
Propostes del grup de treball	22
Bibliografia	28
SIGLES	31

Introducció

Diverses raons justifiquen la creació d'un grup de treball sobre el **Trastorn límit de la personalitat (TLP)**, conegut també com a trastorn Borderline. Una de les primeres i més evidents és que el TLP és una síndrome heterogènia, difícil de delimitar, que es diferencia en els seus determinants etiològics i en les seves formes clíniques i comportamentals de presentació, no tan sols d'un individu a un altre sinó, fins i tot, d'una etapa a una altra en l'evolució del mateix pacient. Això fa que la seva definició i fins i tot el seu diagnòstic siguin sovint problemàtics malgrat els criteris definidors, com el Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (versió IV) (DSM-IV), que, a més, no sempre són acceptats per tothom.

Val a dir que aquestes dificultats contrasten amb l'elevada prevalença del TLP, variable d'altra banda d'un país a un altre a causa de les mateixes limitacions que hem comentat abans. Malgrat això, els pacients diagnosticats avui dia ja ocupen un espai força ampli de la salut mental. Sens dubte, però, el seu nombre augmentaria si es milloressin el nivell de coneixement i els mitjans de filtratge d'aquests trastorns entre la població general, especialment en l'adolescència. També hem de tenir en compte la importància i transcendència del TLP en l'àmbit de la salut mental i en el sanitari en general, i considerar les seves característiques clíniques, entre les quals és coneguda la seva alta comorbiditat, que es dona en els trastorns psicòtics i de l'humor, tant de tipus depressiu com bipolar, de la impulsivitat, els trastorns ansiosos, obsessivocompulsius, alimentaris (anorèxia i bulímia), drogoaddiccions, tendències suïcides, etc., sense oblidar la simultaneïtat amb símptomes d'altres trastorns de la personalitat com aquells de tipus antisocial, paranoide, evitatiu i esquizoipic. Si a tot això hi afegim les greus repercussions en l'àmbit familiar d'aquests pacients i els problemes que comporten en l'àmbit social, jurídic i fins i tot econòmic, es fa palès que estem davant d'un trastorn psicopatològic mereixedor de més interès, tant per part dels estaments sanitaris i administratius, com per part de tot aquells que treballen en els corresponents sectors i nivells de l'assistència psiquiàtrica.

A la vista d'aquesta situació, el grup de treball sobre el Trastorn límit de la personalitat (TLP), conscient i coneixedor de les limitacions i deficiències actuals sobre aquesta patologia, s'ha proposat redactar aquest document informatiu perquè, partint de la realitat present –en els aspectes clínics, diagnòstics, terapèutics, rehabilitadors i assistencials en general, entre d'altres–, contribueixi a evidenciar la necessitat d'un programa que desvetlli l'interès sobre el TLP en tots els implicats en un tema tan polifacètic i en la societat en general, i també perquè activi la precària recerca sobre els seus factors etiològics, biològics i psicosocials, i sobre l'assistència que caldria donar per tal de millorar la qualitat de vida d'aquests pacients i de llurs famílies.

Hem de reconèixer que en els darrers decennis, les qüestions referents al TLP han començat a ser objecte de l'atenció científica i assistencial a diversos països, fins i tot a casa nostra, però també hem de ser conscients de tot el que encara ens queda per fer. Confiam que aquest grup de treball avanci en aquest sentit.

Definició del Trastorn límit de la personalitat

El Trastorn límit de la personalitat (TLP) és el trastorn de personalitat més freqüent en poblacions clíniques. El seu maneig i el seu tractament són uns dels reptes més difícils amb què s'enfronta la salut mental. A la pràctica clínica, diagnosticar els TLP no és senzill i la impressió general és que s'infradiagnostica o, fins i tot, es diagnostica malament.

La característica essencial del TLP és un patró persistent d'instabilitat en les relacions interpersonals, l'afecte i l'autoimatge i un escàs control dels impulsos. El més freqüent és que aquestes característiques es manifestin a l'inici de l'etapa adulta i estiguin presents en molts àmbits de la vida de l'individu. El Trastorn límit de la personalitat causa un malestar significatiu i genera una desadaptació social, ocupacional i funcional general. Aquest trastorn està associat amb elevades taxes de comportaments autodestructius com ara temptatives de suïcidi i suïcidis consumats.

Seguint el Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (versió IV); edició revisada per l'American Psychiatric Association l'any 1994) (DSM-IV (APA, 1994)), els criteris diagnòstics són els següents:

- Un patró de relacions interpersonals inestables i intenses caracteritzat per l'alternança entre els extrems d'idealització i de devaluació.
- Impulsivitat, com a mínim en dues àrees, que és potencialment nociva per al mateix individu (despeses, sexe, abús de substàncies, conducció temerària, etc.).
- Inestabilitat afectiva a causa d'una notable reactivitat de l'estat d'ànim (episodis d'intensa disfòria, irritabilitat o ansietat).
- Ira inapropiada i intensa o dificultats per controlar-la (mostres freqüents de mal geni, mal humor constant, baralles físiques recurrents).
- Comportaments, intents o amenaces suïcides recurrents o comportament d'automutilació.

- Alteració de la identitat; inestabilitat acusada i persistent de l'autoimatge i/o del sentit de si mateix.
- Sentiments crònics de buidor o avorriment.
- Esforços frenètics per evitar un abandonament real o imaginat.
- Ideació paranoide transitòria relacionada amb l'estrès o símptomes dissociatius greus.

Epidemiologia del Trastorn límit de la personalitat

La prevalença dels trastorns límits està entre l'1,1 % i el 4,6 % i la mitjana s'estableix en un 2 % (APA, 1994; Mattia i Zimmerman, 2001), és a dir, el TLP és el doble de prevalent que l'esquizofrènia. Es diagnostica predominantment en dones en una ràtio 3:1. A manca d'estudis de prevalença en el nostre medi, i si acceptem la taxa del 2 %, a Catalunya podrien patir aquest trastorn fins a 120.000 persones. Segons les dades que consten en el Registre del conjunt mínim bàsic de dades dels centres de salut mental (CMBDCSM) del CatSalut, durant l'any 2003 es van atendre 1.076 pacients diagnosticats com a TLP als centres de salut mental infantil i juvenil (CSMIJ) i d'adults (CSMA), un fet que dona idea del baix nivell de diagnòstic del trastorn al qual fèiem referència anteriorment.

El trastorn s'identifica a totes les cultures, si bé el context cultural determina l'expressió de les presentacions clíniques, i això pot explicar les taxes de prevalença atesa que s'han trobat.

El moment de màxima expressió clínica se situa a l'inici de la vida adulta, si bé trobem les primeres manifestacions d'aquest trastorn en l'adolescència i la preadolescència. Els símptomes s'atenuen amb l'edat i al voltant dels 40 o 45 anys declinen els més relacionats amb la impulsivitat. En arribar a aquest punt de la vida la meitat dels pacients s'hauran estabilitzat, però l'altra meitat s'aniran aïllant i, molt probablement, acabaran amb un sever deteriorament personal i relacional. Entre les persones diagnosticades des de l'adolescència fins a l'edat mitjana, un 70 % hauran fet algun intent de suïcidi i un 50 % el repetiran fins i tot diverses vegades al llarg de la seva vida. Entre un 8 % i un 10 % el consumaran.

D'altra banda, estem parlant d'una població amb un gran consum sanitari, que representa aproximadament el 10 % dels subjectes visitats als centres ambulatoris de salut mental i entorn del 20 % dels pacients psiquiàtrics ingressats. En les poblacions clíniques amb trastorns de la personalitat, els TLP són entre el 30 % i el 60 %

(American Psychiatric Association, APA 1994). Els pacients amb TLP poden presentar una gran variabilitat de símptomes, des de símptomes depressius, ansiosos o irritabilitat fins a conductes suïcides persistents i clínica paranoide. També s'observa una elevada comorbiditat amb diagnòstics simptomàtics i és freqüent que rebin tres o quatre diagnòstics diferents abans d'arribar al de trastorn de la personalitat.

Models teòrics etiopatogènics i factors predisposants

Els factors etiològics i mantenidors del TLP encara ens són força desconeguts. Els models teòrics vigents actualment se centren en diferents determinants biològics, psicològics i socials, però a hores d'ara encara no disposen de prou recolzament empíric. Majoritàriament es tracta de models generals sobre la personalitat en els quals el TLP apareix assenyalat com un dels trastorns de la personalitat que provoca més incapacitació.

TAULA 1: MODELS TEÒRICS

Model	Característiques
Classificació psiquiàtrica: DSM	<p>El DSM (APA, 1994) es fonamenta en el model mèdic tradicional i utilitza el concepte de categoria entès com un conjunt limitat de símptomes que se suposen relacionats i formen un prototipus freqüent en la clínica.</p> <p>Pretén ser ateòrica i no planteja hipòtesis explicatives. S'ha acceptat per consens com a taxonomia oficial. Tracta de descriure i classificar operativament els trastorns de la personalitat amb l'objectiu d'augmentar la fiabilitat diagnòstica.</p> <p>Pressuposa l'existència de límits clars entre normalitat i patologia i entre els diferents trastorns que són considerats entitats independents.</p>
Models de trets	<p>Es basen en un concepte dimensional de la personalitat. Els subjectes se situen al llarg de trets continus: neuroticisme-estabilitat; extraversió-introversió; afiliació-duresa; impulsivitat-control; etc. Presenten més suport empíric que el models categòrics i reflecteixen millor la naturalesa contínua de les diferències individuals.</p> <p>Els trastorns de la personalitat són l'expressió de característiques extremes en una o diverses d'aquestes dimensions. Així doncs, el diagnòstic de TLP s'aplica a subjectes amb trets extrems de neuroticisme, impulsivitat, necessitats d'estimulació, dependència, etc.</p> <p>Alguns d'aquests models tenen una base quasi exclusivament estadística [el de Cattell (1965), els Cinc Grans (Costa i McCrae, 1992)]. Altres han trobat relacions entre els trets i les estructures cerebrals o variables psicofisiològiques [els models d'Eysenck (Eysenck i Eysenck, 1985), Gray (1982), Zuckerman (1986), Cloninger (1994) o Siever i Davis (1991)].</p>
Models cognitius	<p>Utilitzen conceptes de procés de la informació. Els trastorns de la personalitat són conseqüència de biaixos perceptius (per exemple detecció d'amenaçes), pensaments irracionals (p.e. "m'abandonarà") o esquemes disfuncionals (p.e. "necessito que tinguin cura de mi"). S'han desenvolupat diferents teories cognitives dels trastorns de la personalitat (Beck i Freeman, 1992; o Young, 1994.)</p>
Models psicodinàmics	<p>Destaquen les propostes de Kernberg (1984), basades en el model de les relacions objectuals. El TLP es produeix per una fallada en el procés de diferenciació i es caracteritza per la síndrome de difusió d'identitat, amb prova de realitat conservada, impulsivitat, disregulació afectiva, predomini d'afectes negatius, baixa tolerància a la frustració i ansietats intenses.</p> <p>Com a mecanismes de defensa inconscients el pacient amb TLP utilitza l'escissió, la idealització i devaluació, la negació, l'omnipotència i la identificació projectiva. També hi ha un establiment de reaccions transferencials intenses, de vegades massives.</p> <p>Altres autors com Gunderson (2001) o Stone (1980) també han realitzat contribucions fonamentals al constructe del trastorn.</p>
Models biosocials	<p>El de Millon (Millon i Davis, 1996) és un model categòric que integra, no obstant, variables dimensionals, postulats evolucionistes i hipòtesis etiopatogèniques que inclouen factors biològics i experiències primerenques de l'aprenentatge.</p> <p>En el TLP destaquen tres característiques clíniques: ansietat per separació, conflictes cognitius i inestabilitat afectiva i comportamental. Aquest model considera el TLP l'exacerbació d'altres trastorns de gravetat més moderada.</p> <p>Linehan (1993) introdueix un model cognitiu-conductual del TLP que considera la disregulació emocional i l'efecte d'un ambient invalidant com a mecanismes etiopatogènics i mantenidors del trastorn.</p>

Factors predisposants

L'aparició d'un trastorn de la personalitat en un individu sempre estarà causada pel desenvolupament i el sumatori de diferents factors (genètics, perinatals, del desenvolupament, de temperament, estils educatius, etc.), que si bé no es poden considerar causals, sí que impliquen factors de risc per patir un Trastorn límit de la personalitat (TLP).

1. Trastorns psicopatològics que s'inicien en la infància

La hiperactivitat constitueix un marcador central de mala adaptació general a l'etapa adulta. El trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat, juntament amb altres variables com ara les relacions familiars poc definides, la manca de límits i un possible trauma a la infància, es considera el patró més associat al desenvolupament posterior del Trastorn límit de la personalitat. Un segon diagnòstic associat al desenvolupament d'aquest trastorn és el trastorn negativista desafiador, caracteritzat pel negativisme, la ràbia, els problemes de comportament, l'hostilitat i la inadaptació.

2. Esdeveniments vitals i fets psicosocials

- Carències afectives i distorsions relacionals de la primera infància (Kernberg, Kohut, Mahler, Masterson i Erikson).
- Estils educatius i actituds dels pares, lligades o no a trastorns psicopatològics d'aquests, sembla que tenen un paper predisposant en l'aparició del trastorn.
- Desestructuracions i disfuncions familiars greus, que incideixen directament en els estils de comunicació familiar.
- Una incidència més elevada d'abusos sexuals durant la infància en pacients diagnosticats de trastorn límit.

Història natural, clínica i curs del Trastorn límit de la personalitat

Els trastorns límit de la personalitat s'inicien normalment en l'adolescència o al principi de l'edat adulta. En l'adolescència la personalitat encara s'està desenvolupant, per tant, diagnosticar qualsevol trastorn en aquest moment comporta moltes limitacions. A més a més, hi ha pocs estudis sobre el Trastorn límit de la personalitat en aquesta etapa de la vida.

Segons els criteris actuals de classificació de les malalties mentals referits als trastorns de la personalitat (DSM-IV), per diagnosticar un trastorn de la personalitat en un subjecte de menys de 18 anys, els símptomes han d'estar presents com a mínim durant un any.

Les àrees de la persona que es veuen afectades més directament pel TLP són les següents:

Àrea emocional: ansietat, irritabilitat, ira i la seva expressió amb respostes emocionals canviants i excessives i amb descompensacions depressives.

Àrea interpersonal: relacions caòtiques, intenses i difícils. Intensos esforços per evitar l'abandonament.

Àrea conductual: conducta impulsiva, abús de drogues, conductes bulímiques, delictives, promiscuïtat sexual. Conducta suïcida i parasuïcida.

Àrea cognitiva: disregulació del pensament, fenòmens de despersonalització, dissociació, etc. Episodis psicòtics.

Problemes d'identitat: falta de sentit de si mateix, sentiments de buidor, dubte de la seva identitat.

Etapa inicial

Atès que l'adolescència és una etapa de la vida en què les disrupcions emocionals i conductuals són molt habituals, s'identifiquen alguns indicadors que poden ajudar a detectar la població adolescent en risc de patir un trastorn mal adaptatiu permanent com és el Trastorn límit de la personalitat.

Els indicadors són els següents:

- Mala adaptació social i escolar.
- Comportaments antinormatius, dissocials.
- Dèficits en la regulació dels afectes.
- Elevada impulsivitat.
- Temptatives de suïcidi repetides.
- Depressions greus.

Segona etapa - Inici de la vida adulta

Aquesta etapa se situa al final de l'adolescència, just en el moment en què la personalitat queda més conformada fins a l'edat adulta. Sovint trobem que aquelles evolucions que apuntaven disfuncionament es mantenen i s'intensifiquen en aquest període.

Una característica del TLP és la gran variabilitat dels símptomes interindividualment i intraindividualment que comporta que aquest sigui un grup heterogeni i alhora, amb uns símptomes canviants en el temps.

És habitual que a l'inici de la vida adulta predomini una simptomatologia disruptiva conductual i sovintegin les autolesions i les conductes parasuïcides.

En aquest moment també apareixen les crisis emocionals intenses, a causa de l'especial valoració que aquests pacients solen fer de les relacions interpersonals. El consum de tòxics i la mateixa inestabilitat fan que es vegi qüestionada

l'autonomia personal i apareguin conflictes amb l'entorn en general. Aleshores arriben al sistema sanitari, amb consultes als serveis d'urgències, i fan els primers contactes amb els recursos de salut mental. No cal dir que altres casos presenten trets clarament desadaptatius de la personalitat des de les primeres fases de l'adolescència.

Tercera etapa - Vida adulta

Cap a la meitat de la vida adulta s'observen dos processos evolutius diferenciats que esquemàticament podríem descriure així:

- Millora simptomàtica, malgrat que la persona presenta un cert desajust psicosocial (familiar, laboral, etc.) el deteriorament no és progressiu, la persona s'estabilitza i això li permet assolir prou autonomia personal i social.
- Persistència de la simptomatologia. En aquests casos el desajust personal, familiar i social es manté i s'agreuja. Apareixen implicacions familiars (pèrdua de vincles, desgast familiar), socials (habitatge, treball), sanitàries (consum de tòxics), legals (arrestos), etc.

Diagnòstic del Trastorn límit de la personalitat

Realitzar el diagnòstic del Trastorn límit de la personalitat és una tasca complexa a causa de la variabilitat de les seves presentacions clíniques. A més, l'existència d'altres patologies associades i de característiques no sempre ben definides subestima o sobreestima el mateix diagnòstic. Així doncs, ens trobem amb errors diagnòstics tant per defecte com per excés.

Es considera important detectar el trastorn al més aviat possible, ja que això ens permetrà abordar la malaltia d'una manera més correcta. No fer-ho implica més dificultat en la relació terapèutica i no detectar situacions de risc com ara temptatives de suïcidi, problemes legals del pacient, etc. D'aquesta manera s'exerceix una influència nul·la en l'evolució natural del trastorn.

Diagnòstic clínic

L'entrevista clínica és l'eina d'avaluació que ens permet identificar, diagnosticar i avaluar els trastorns psiquiàtrics. En el cas del TLP observem que el diagnòstic mitjançant l'entrevista clínica té poca fiabilitat entre els avaluadors i això planteja la necessitat de buscar altres sistemes que facin augmentar l'eficàcia diagnòstica. Davant la sospita d'un TLP s'aconsella incloure els següents elements d'avaluació en l'entrevista clínica.

- Antecedents biogràfics negatius.
- Antecedents familiars.
- Avaluació psicopatològica.
- Psicobiografia (recordem que el TLP es caracteritza per ser un patró persistent).
- Història toxicofílica.
- Problemes amb la llei.
- Gravetat psicosocial: dades biogràfiques, ambientals.

- Funcionament relacional (social, laboral, familiar).

Instruments d'avaluació

A la TAULA 2 es presenten els instruments d'avaluació més utilitzats en la clínica.

L'absència d'una mesura universalment acceptada exigeix del clínic uns criteris pràctics per escollir els instruments més idonis amb els quals valorarà els seus pacients amb patologia de la personalitat.

Hi ha algunes directrius de caràcter general sobre la utilització d'instruments psicomètrics en aquests trastorns:

- Les entrevistes presenten alguns avantatges respecte als qüestionaris autoadministrats: l'entrevistador pot aclarir millor les preguntes i evitar el problema de l'analfabetisme, discriminen millor els estats i els trets, permeten recollir respostes més complexes i redueixen al mínim les respostes incompletes o inapropiades. D'altra banda, el mateix pacient respon els qüestionaris, de manera que estalvien temps a l'avaluador, redueixen costos i permeten una àmplia utilització en la clínica.
- Els instruments dimensionals reflecteixen més fidelment que els categòrics la naturalesa quantitativa dels trets de personalitat, eviten dilemes diagnòstics i presenten més suport empíric i millors propietats psicomètriques.
- En qualsevol cas, sempre és aconsellable recórrer a instruments estandarditzats (entrevistes o qüestionaris) que complementin l'avaluació clínica, encara que l'objectiu no sigui la investigació.
- Són més útils els instruments "multitrets" o "multitrastorns", amb cobertura màxima de l'àmbit de la personalitat. Els instruments per a un únic trastorn requereixen el coneixement previ del diagnòstic.

Instruments categòrics	
a. Entrevistes estructurades	<p>Entrevista estructurada per al DSM-IV-Eix II (SCID-II (Entrevistes clíniques estructurades per a determinació dels trastorns de personalitat de l'Eix II segons el DSM-IV)). Inclou els 10 diagnòstics del DSM-IV i també els trastorns de personalitat depressiva, passiu-agressiu i no especificat. L'entrevistador ha de tenir experiència clínica i una formació específica per dur a terme aquesta entrevista. Existeix una versió espanyola (First i col.l., 1999).</p> <p>Examen Internacional dels Trastorns de la Personalitat (IPDE). Promogut per l'OMS i l'FDA americana, consta de dos mòduls que avaluen respectivament criteris DSM-IV i CIE-10. Per dur a terme aquest examen es requereix personal experimentat i amb un entrenament previ. Hi ha una adaptació espanyola (OMS, 1996).</p> <p>Entrevista estructurada per a personalitat del DSM-IV (SIDP-IV (Entrevista estructurada per a determinació de la personalitat segons el DSM-IV)). La SIPDP-IV (Pfohl, Blum i Zimmerman, 1997) és una entrevista semiestructurada, una mica més extensa que les anteriors (entre 90 i 120 minuts) i que pot dur a terme personal no especialitzat amb un entrenament previ. Avalua criteris DSM-IV organitzats en disset seccions temàtiques per facilitar la semblança amb una entrevista clínica.</p> <p>Entrevista diagnòstica per al trastorn límit – revisada (DIB-R (Entrevista per al diagnòstic del TLP: discriminació del TLP d'altres trastorns de l'Eix II)). Versió revisada de l'entrevista DIB que ha demostrat més eficàcia diagnòstica i més especificitat davant altres trastorns de l'Eix II que la DIB original (Zanarini i col.l., 1989). Avalua en el TLP 5 àmbits de contingut: adaptació social, patrons d'acció impulsius, afectes, psicosis i relacions interpersonals.</p> <p>Qüestionari clínic multiaxial de Millon- III (MCMI-III). És un instrument format per 24 escales clíniques que valoren tant la patologia de la personalitat, segons DSM-IV, com els trastorns d'estat més prevalents (Millon, Millon i Davis, 1994). La seva realització requereix un temps comprès entre els 20 i els 30 minuts.</p> <p>Qüestionari diagnòstic de la personalitat (PDQ-4+). És una translació directa dels criteris diagnòstics del DSM-IV per als trastorns de la personalitat (Hyler, 1994) que avalua els 10 diagnòstics oficials, a més del depressiu i el passiu-agressiu. Es pot respondre en una mitja hora aproximadament i es coneixen les propietats psicomètriques de l'adaptació espanyola (Calvo i col.l., 2002).</p>
b. Qüestionaris autoadministrats	
Instruments dimensionals	
Inventari NEO de la personalitat revisat (NEO PI-R)	<p>Inspirat en el model precursor de Cattell, el model dels cinc factors bàsics de la personalitat (neuroticisme, extraversió, obertura a l'experiència, amabilitat i responsabilitat) està obtenint un gran suport empíric. L'Inventari de Personalitat NEO Revisat (NEO-PI-R; Costa i McCrae, 1992) es pot respondre en 30 o 40 minuts i hi ha una versió castellana.</p> <p>Cloninger (Cloninger i col.l., 1994) ha anat desenvolupant des dels anys vuitanta un model que integra el paper de dimensions temperamentals heretables (percaça de novetats, evitació del dany, dependència de la recompensa i persistència) i variables caracteriològiques que es modifiquen durant el desenvolupament (autodirecció, cooperació i autotranscendència). El TCI està mostrant una concordança acceptable amb els trastorns de la personalitat del DSM i es disposa d'una validació espanyola (Gutiérrez i col.l., 2001).</p>
Inventari del temperament i el caràcter (TCI)	

Comorbiditat del Trastorn límit de la personalitat

Com a conseqüència de la variada simptomatologia que presenta, a més de la inestabilitat afectiva i la disminució del control que caracteritzen aquest patró i que provoquen l'aparició periòdica de diferents trastorns de l'Eix I, síndromes ansioses, somatoformes, depressives, esquizofrèniques i abusos de substàncies (Dolan-Sewell i col·l., 2001), hi ha una gran probabilitat que aquest trastorn es manifesti juntament amb altres trastorns de la personalitat.

La comorbiditat trobada amb diagnòstics de l'Eix I és la següent:

93 % tenen un trastorn afectiu

- 83 % depressió major
- 38 % distímia
- 9 % bipolars II

88 % tenen un trastorn d'ansietat

- 56 % trastorns per estrès posttraumàtic (61 % de les dones i 35 % dels homes)
- 48 % crisi d'angoixa (trastorn de pànic)
- 46 % fòbia social
- 32 % fòbia simple
- 16 % trastorn obsessiu compulsiu
- 13 % trastorn per ansietat generalitzada
- 12 % agorafòbia

64 % tenen un trastorn per ús de substàncies (65 % d'homes i 41 % de dones)

- 52 % abús/dependència de l'alcohol
- 46 % abús/dependència d'altres substàncies

53 % tenen un trastorn del comportament alimentari

- 26 % bulímia (30 % de dones i 10 % d'homes)
- 21 % anorèxia (25 % de dones i 7 % d'homes)

De fet, els TLP quasi sempre estan associats a trastorns en l'Eix I i tot sovint, a causa d'aquesta alta comorbiditat, abans de ser diagnosticats de TLP han rebut molts altres diagnòstics. Sembla

que l'associació d'un trastorn afectiu o d'ansietat amb un trastorn de la impulsivitat (un trastorn per ús de substàncies o un trastorn alimentari) és un indicador que permet predir amb força eficàcia la presència d'un TLP en l'Eix II.

Hi ha una gran unanimitat dels estudis a l'hora de manifestar que els trastorns de l'Eix I evolucionen pitjor quan s'associen a un TLP. Això s'ha comprovat àmpliament amb pacients diagnosticats de trastorns afectius, trastorns per ansietat, trastorns de conducta alimentària, trastorns per abús o dependència de substàncies, trastorns de control d'impulsos i trastorns adaptatius.

Aquests pacients presenten taxes més elevades d'abandonament dels tractaments prescrits, amb un pobre compliment de les prescripcions. Així doncs, la resposta als tractaments sovint és pitjor i tenen més tendència a la cronicitat.

La comorbiditat amb diagnòstics de l'Eix II:

El TLP sovint és comòrbid amb altres trastorns de la personalitat, en concret amb el trastorn antisocial, l'evitatiu, l'histrionic, el narcisista i l'esquizotípic.

Problemes específics lligats al Trastorn límit de la personalitat

Trastorn límit de la personalitat i abús de substàncies

Els trastorns per abús de substàncies són molt freqüents en els pacients amb TLP. La seva coexistència té grans implicacions per al tractament, ja que els pacients amb TLP que abusen de substàncies generalment evolucionen pitjor i tenen més risc de suïcidi i de mort per accident. Habitualment, l'abús es produeix de forma impulsiva i contribueix a disminuir la distància que els separa d'altres conductes autodestructives, com ara automutilacions o promiscuïtat sexual.

Tot sovint aquests pacients tenen poca consciència de la naturalesa i de la gravetat del seu abús, especialment en les primeres fases del tractament. Per aquesta raó, és important investigar específicament el consum de substàncies des del començament i educar els pacients respecte al risc que corren.

És essencial incloure en els programes de tractament dels pacients amb TLP qualsevol mena d'abús de substàncies. En el supòsit que el tractament ambulatori sigui ineficaç, pot ser necessari l'ingrés per desintoxicació i la inclusió en programes de deshabitació.

Trastorn límit de la personalitat i conducta suïcida

El TLP és el trastorn de la personalitat que més s'associa a la conducta suïcida. De fet, és l'únic que té la conducta autodestructiva com un dels criteris diagnòstics.

Un 70 % dels TLP fan algun intent de suïcidi al llarg de la seva vida. Un 50 % d'ells repeteixen, amb una mitjana de 3 intents/cas. Les conductes de risc, les autoagressions i els gestos suïcides són encara més freqüents, ja que afecten el 90 % dels pacients. De fet, molts autors consideren que les automutilacions (el 80 % es fan talls), les conductes temeràries i l'abús de substàncies po-

den representar aspectes indirectes de la tendència suïcida en aquests pacients.

La taxa de suïcidi consumat en estudis longitudinals oscil·la entre el 8 % i el 10 %. La mitjana d'edat en què la gravetat dels intents és més elevada se situa al voltant dels 30 anys. La taxa de suïcidi és més alta en els dos anys posteriors a un intent greu que hagi requerit hospitalització, màxima en l'any següent (75 %) i va decreixent i normalitzant-se a partir dels 5 anys.

Són factors que augmenten el risc de suïcidi:

- Història prèvia d'intents de suïcidi (és el principal factor predictiu de suïcidi consumat).
- No tenir parella, estar sense feina i trobar-se aïllat socialment.
- Història d'abús sexual.
- Nivell educatiu elevat (possiblement per trencament d'expectatives).
- Major gravetat de trastorn (més impulsivitat).
- La comorbiditat amb abús de substàncies i amb episodi depressiu major.

La disminució de les conductes autodestructives és un dels objectius prioritaris del tractament dels pacients amb TLP i cal avaluar contínuament el risc de dur-les a terme. Tot sovint cal posar límits dins del marc terapèutic i indicar al pacient les condicions que són necessàries per tal que el tractament sigui viable. Per aconseguir-ho s'identifiquen aquelles conductes que són destructives cap al mateix pacient, cap al terapeuta i cap a la relació terapèutica, i d'aquesta manera se l'ajuda a pensar sobre les conseqüències de les seves accions. Quan el risc de fer o fer-se mal és elevat, pot ser necessari l'ingrés hospitalari. També cal tenir en compte les reaccions contra-transferencials intenses que aquests pacients desenvolupen en els professionals que els tracten perquè el seu maneig inadequat pot augmentar el risc autolític.

Trastorn límit de la personalitat i l'entorn sociofamiliar

A Catalunya, i segons les dades de l'Associació Catalana d'Ajuda i Investigació del Trastorn límit de la personalitat (ACAI-TLP), el 80 % de les demandes d'assistència als malalts de TLP són formulades pels mateixos familiars. Aquest fet és un indicador de l'alt grau d'afectació que pateixen les famílies en relació amb aquesta patologia. A més, els familiars es veuen plenament immersos en les situacions de crisi que presenten els pacients (ingressos, altes hospitalàries, problemes judicials, etc.).

La resposta que donen els familiars davant d'aquesta situació és força variada:

- Negació del trastorn.
- Hipervigilància.
- Codependència (sobreimplicació).
- Cerca incessant de recursos (assistencials, socials, etc.).
- Cerca de protecció jurídica (demandes d'incapacitació, ingressos involuntaris, etc.).

A més, el TLP té conseqüències directes sobre els membres de la família:

- Desgast emocional.
- Quadres depressius.
- Problemes de parella.
- Violència domèstica.

Pel que fa a l'entorn social, observem que les persones que pateixen TLP presenten una taxa d'atur molt elevada malgrat les seves aparents capacitats socials i intel·lectuals, però la inestabilitat emocional, la por al rebuig i al fracàs i la impulsivitat fan que els sigui molt difícil mantenir l'estabilitat laboral.

Tanmateix, el seu cercle relacional és molt estret, amb relacions amistoses, però superficials, en què la por al rebuig els fa especialment vulnerables. Això provoca que sovint entrin en conflictitat relacional i personal.

Trastorn límit de la personalitat i llei

La freqüent coexistència, fins a un 25 %, de característiques inherents al trastorn antisocial de la personalitat entre els TLP fa que aquests pacients adoptin un patró de conducta que comporta problemes amb la llei. Les implicacions legals en què es veuen involucrats els TLP són significatives. En aquest sentit cal destacar delictes contra la salut pública (consum de substàncies), escàndol públic (conductes explosives i/o provocatives, baralles), delictes contra la seguretat vial (conducció temerària) i fins i tot conducta violenta amb danys a tercers.

Quan el TLP arriba a l'àmbit judicial es plantegen qüestions obertes com ara:

- La responsabilitat d'aquests individus en els actes comesos.
- La competència i/o capacitat d'autogovernar-se d'una manera adequada (bona administració econòmica, cura de si mateix, habilitats instrumentals de la vida diària).

Tractaments actuals

El tractament del TLP és un dels reptes més difícils amb què s'enfronten la psiquiatria i la psicologia. Tal com hem dit abans, els pacients amb TLP poden presentar una gran variabilitat de símptomes que van des de la clínica depressiva fins a la conducta suïcida permanent, passant per la clínica autoreferencial. Aquests símptomes fluctuen, però la seva severitat és molt important, ja que alteren greument les relacions interpersonals, l'activitat laboral, la qualitat de vida i la capacitat per rebre una assistència psiquiàtrica adequada.

En els últims anys es considera que el tractament més eficaç per a aquests pacients és la combinació d'abordatges psicològics i farmacològics, amb la finalitat d'alleugerir els símptomes i les conductes que més alteren la seva qualitat de vida. No obstant això, cap dels dos tractaments ha demostrat prou eficàcia terapèutica i sovint han provocat una notable controvèrsia. Els motius que impedeixen constatar l'eficàcia terapèutica dels tractaments són:

1. La validesa dels criteris diagnòstics per al TLP.
2. L'alta freqüència de comorbiditat.
3. Les altes taxes d'abandonament del tractament i l'escàs compliment, que oscil·len entre el 23 % i el 67 %.

Tractaments farmacològics

La diversitat observada en la psicopatologia fa que aquests pacients siguin bons candidats per a l'aplicació d'un gran ventall de fàrmacs. L'elecció d'aquests medicaments pot fer-se segons la relació dels símptomes més rellevants amb el comportament, amb els afectes o amb les cognicions. En general, es considera millor abordar el tractament en l'àmbit del comportament amb inhibidors selectius de la recaptació de la serotonina (fluoxetina, sertralina, venlafaxina) o amb eutimitzants (liti, valproato, carbamazepina) i deixar els antipsicòtics per al tractament de les afectacions cognitives (haloperidol, perfenazina, clozapina, olanzapina, risperidona). A la TAULA 3 es presenta l'eficàcia d'aquesta medicació en el Trastorn límit de la personalitat.

Per a una més àmplia revisió del tractament farmacològic en el TLP cal veure APA (2001).

TAULA 3 - EFICÀCIA DE LA MEDICACIÓ EN EL TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT

Tipus de medicació	Estat d'ànim	Impulsivitat/ autodestructivitat	Cognició/ percepció	Autoimatge/ rols interpersonals
ISRS	++	++	=	+
ADT	+	+/-	+/-	=
Antipsicòtics clàssics	+	+	+	=
Antipsicòtics atípics	+	+	+	?
Anticomicials	+/-	++	+	=
Benzodiazepinesa	=	-	?	=
Liti	+	+	?	?

ADT: antidepressiu tricíclic; ISRS: inhibidor selectiu de la recaptació de la serotonina; +: millora possible/lleu; ++: millora habitual/clara; +/- : pot millorar o empitjorar; = sense acció; -: cert empitjorament.

α: Només fan referència a les variants farmacològiques d'acció curta.

Tractaments psicosocials

L'evidència més gran de tractament psicoterapèutic efectiu fins ara prové de la teràpia dialècticoconductual de Linehan (1993), de la psicoteràpia psicodinàmica de Kernberg (1984) i de la psicoteràpia interpersonal.

Cal tenir en compte que els pacients amb TLP mobilitzen forts sentiments en els terapeutes, fonamentalment a causa de la gran emotivitat i la manca de control que despleguen al llarg del procés terapèutic. Això obliga a plantejar abordatges específics, força estructurats i continuats en el temps, que siguin capaços d'ajudar a fer front a la inestabilitat pròpia del trastorn i a contenir-la.

Per regla general, els objectius de la majoria de les psicoteràpies que s'apliquen als TLP estan orientats a aconseguir la disminució de la intensitat i la prevalença de les conductes autodestructives, l'autocontrol emocional, la millora de les relacions interpersonals del pacient i la consecució de més integració i comprensió dels seus conflictes interns i relacionals.

Psicoteràpies psicodinàmiques

Aquestes psicoteràpies parteixen de la combinació de diferents models teòrics: psicologia del jo, relacions objectuals i psicologia del *self*. Pretenen que el pacient prengui consciència de formes de funcionament inconscient per incrementar la tolerància als afectes, donar capacitat per retardar les accions impulsives, proporcionar coneixement sobre problemes relacionals, augmentar la funció reflexiva, integrar aspectes dissociats, augmentar la fortalesa del jo, disminuir la fragmentació i augmentar el sentit de cohesió en l'experiència cap a un mateix i cap als altres, enfortir les defenses, millorar l'autoestima, internalitzar (o interioritzar) la relació terapèutica i crear més capacitat per fer-se càrrec de sentiments desagradables.

Tècnicament utilitzen intervencions del tipus interpretacions, confrontacions, clarificacions i altres, de forma focalitzada i tant transferencials com extratransferencials.

Els pacients amb TLP tenen problemes d'adherència als tractaments en general a causa de la seva pròpia inestabilitat relacional. Cal realitzar un treball intens sobre l'aliança terapèutica. Com a conseqüència d'aquestes dificultats, molts pacients amb TLP són tractats amb psicoteràpia de recolzament, que es caracteritza per plantejar objectius clars i definits i enfocar-los cap al funcionament de la vida quotidiana. L'actitud del terapeuta és activa, no neutral; no fa interpretacions i sí que dona explicacions del funcionament personal i relacional, i tot mantenint una transferència positiva (gratificacions vinculars). La freqüència de la teràpia és d'un cop per setmana i de llarga durada (5-10 anys).

Segons Roth i Fonagy (1996) la majoria de les modalitats terapèutiques coincideixen en els següents aspectes a l'hora de tractar els pacients amb TLP:

- Necessitat de "cuidar" molt la relació amb el pacient.
- Paper actiu del terapeuta.
- Límits clars en l'enquadrament del tractament.
- Actitud flexible per part del terapeuta.
- Capacitat del terapeuta per crear una atmosfera càlida i empàtica.
- Control de la contratransferència.

Alguns estudis (Bateman i Fonagy, 1999; 2001) suggereixen l'eficàcia de les teràpies psicodinàmiques en pacients amb TLP per disminuir les conductes autoagressives, els intents de suïcidi, les conductes violentes, l'ús de drogues il·legals, els símptomes d'ansietat i depressió, l'ajust social, el nombre de visites mèdiques per qüestions somàtiques i els problemes interpersonals, així com l'hospitalització. Quan la durada del tractament ha estat com a mínim d'un any milloren el 75 % dels pacients, i entre el 87 % i el 95 % ho fan amb 2 anys de tractament.

Els efectes secundaris que se'n poden derivar

provenen de la creació de relacions de molta dependència o de les reaccions contratransferencials que sovint els pacients amb TLP poden provocar en els terapeutes i que els poden portar a transgredir límits professionals a través d'intervencions inapropiades o inefectives.

Aquests són tractaments difícils, que requereixen molta formació, flexibilitat per part del terapeuta i en què els límits del *setting* sempre es posen a prova. La supervisió és molt necessària.

Teràpies cognitivoconductuals (TCC)

Des de començaments dels anys noranta, alguns grups de treball en TCC enceten propostes de tractament dels trastorns de la personalitat (TP) que intenten anar més enllà de les aproximacions simptomàtiques (Eix I) per tal d'aconseguir una comprensió suficient i necessària dels TP. Aquestes propostes s'han polaritzat fonamentalment a l'entorn dels models de teràpia cognitiva (Beck i Freeman, 1992; Young, 1994) basats en el tractament d'aquelles "visions del món en relació al si mateix" que afavoreixen creences disfuncionals que provoquen desadaptació i fracàs adaptatiu. Aquests models no han publicat estudis controlats per avaluar eficàcia. Des d'un plantejament que arrela en la teràpia de conducta, el grup liderat per la professora M. Linehan va proposar en els anys 90 (Linehan, 1993) un programa de tractament altament estructurat anomenat Teràpia Dialèctica Conductual (TDC).

La Teràpia Dialèctica Conductual (TDC), o Dialectical Behavior Therapy (DBT), va ser publicada l'any 1991 per Marsha Linehan, Universitat de Washington, Seattle, Washington. El fonament teòric de la TDC resideix en un model biosocial dels trastorns de personalitat. D'una banda hi ha una disfunció biològica en el sistema de regulació emocional que, juntament amb un ambient invalidant, dona lloc a una disregulació emocional dominant pròpia del TLP.

Les tècniques utilitzades estan basades en la filosofia dialèctica, la teràpia conductual, cognitiva i en tècniques de meditació, així com en altres d'específiques (contacte telefònic, intervenció en

crisi, etc.). La teràpia està centrada principalment en el pacient, però també té en compte l'entorn ambiental amb altres intervencions com ara els grups de familiars o la consulta al pacient, entre altres.

El programa de tractament proposat per Linehan és d'un any de teràpia individual (1 hora setmanal) i un grup d'habilitats (2,3 hores setmanals). L'objectiu primari és treballar el maneig de la conducta suïcida i parasuïcida tot i que també en té d'altres (conductes que interfereixen en el procés terapèutic, qualitat de vida, objectius personals, autorespecte, habilitats interpersonals de regulació emocional i de tolerància al distrès, etc.). La TDC és un programa estructurat de suport vital en què s'equilibren l'acceptació de la situació del pacient i el canvi per millorar la seva vida. Un punt essencial és la relació terapèutica, tant la relació terapeuta-pacient com la necessitat que el terapeuta formi part d'un grup de consulta en què rebi supervisió tècnica i suport emocional.

Hi ha estudis controlats que valoren l'eficàcia del tractament i estudis de seguiment (Linehan i col·l., 1991, 1993, 1994) en què s'han trobat diferències significatives respecte a altres tractaments usualment utilitzats pel que fa a una major disminució de conductes parasuïcides, més retenció del pacient en teràpia, menys dies d'ingrés psiquiàtric, disminució de la ira, millor funcionament global i millor ajust social.

Teràpies de grup

Els seus objectius són semblants als de les teràpies individuals: estabilització del pacient i maneig de la impulsivitat i altres símptomes. Aquestes teràpies permeten donar suport social addicional i afavoreixen l'aprenentatge de relacions interpersonals.

No hi ha estudis controlats amb sèries àmplies de pacients. Sembla que les teràpies de grup mostren la màxima eficàcia a l'hora de consolidar millores obtingudes després d'hospitalitzacions, i també quan els pacients comparteixen un determinat traumatisme (p.e. grups de TLP amb antecedents d'abús sexual a la infància).

Clínicament sembla que la utilització conjunta de teràpia individual i de teràpia de grup és més eficaç que la utilització de qualsevol de les dues per separat.

S'han descrit efectes secundaris: interaccions hostils i destructives entre els pacients, ansietat davant l'exposició emocional al grup i fenòmens de contagi simptomàtic entre els participants. L'elecció del tipus de grup hauria de considerar els següents aspectes: grups amb diagnòstics homogenis o diversos, tractament únic o combinat i modificació de les tècniques grupals.

Teràpia familiar

La introducció de les intervencions psicoeducatives estructurades per a les famílies ha tingut una bona acollida. Els objectius són millorar el coneixement del trastorn per part dels familiars, implicar-los en els objectius terapèutics, adquirir habilitats de tracte amb el pacient, millorar la comunicació i disminuir les hostilitats envers el pacient.

Tractaments hospitalaris

Ja en la dècada dels anys seixanta els terapeutes d'orientació psicodinàmica que treballaven amb el TLP utilitzaven l'hospitalització articulada amb el tractament psicoterapèutic (comunitat terapèutica). Les modalitats d'hospitalització anaven des de les perllongades fins a les parcials. En el transcurs del temps han resultat més efectius els tractaments en els hospitals de dia (hospitalització parcial). Les hospitalitzacions perllongades generaven un augment de les conductes de dependència i passivitat i potenciaven els aspectes més regressius dels pacients, de manera que dificultaven la seva rehabilitació social, relacional i personal.

Problemàtica en l'assistència del Trastorn límit de la personalitat

Referida al mateix Trastorn límit de la personalitat

Presentació clínica inespecífica, irregular, sovint urgent, que no sempre permet una avaluació acurada del cas i limita una identificació adequada del trastorn.

Els canvis en les idees, els plans, els sentiments, les necessitats freqüents, etc. fan que sigui especialment costosa l'adherència al tractament i a la relació terapèutica.

La comorbiditat implica diferents professionals que intervenen en el mateix usuari.

Les implicacions legals fan que determinats TLP acabin en centres de reclusió.

Referida als professionals

Els trastorns de personalitat en general i els trastorns límits en particular són considerats trastorns de gran complexitat per al seu maneig.

La pràctica clínica està molt centrada en aspectes clínics, simptomàtics. Es troba a faltar una visió més global i integral que consideri aspectes psicosocials i la intervenció familiar.

Manca una cultura i experiència avaluadora dels trastorns i fins i tot, formació en els trastorns de personalitat per part del mateixos professionals.

Es consideren trastorns immodificables, inaccessibles, en què el professional pot aportar ben poca cosa per millorar-los. No hi ha una especificitat de tractament.

Referida a l'organització

La mateixa pressió assistencial als centres de salut mental fa que es prioritzin aquells malalts més vinculats i no es treballi amb aquells que són considerats "menys malalts" com els TLP, sovint mal vinculats.

Els serveis molt centrats en la programació de visites presenten dificultats per accedir a determinades patologies com és el cas del TLP.

Els TLP estan desubicats assistencialment; en el seu tractament participen múltiples centres i serveis, de manera que es genera una forta manca de coordinació.

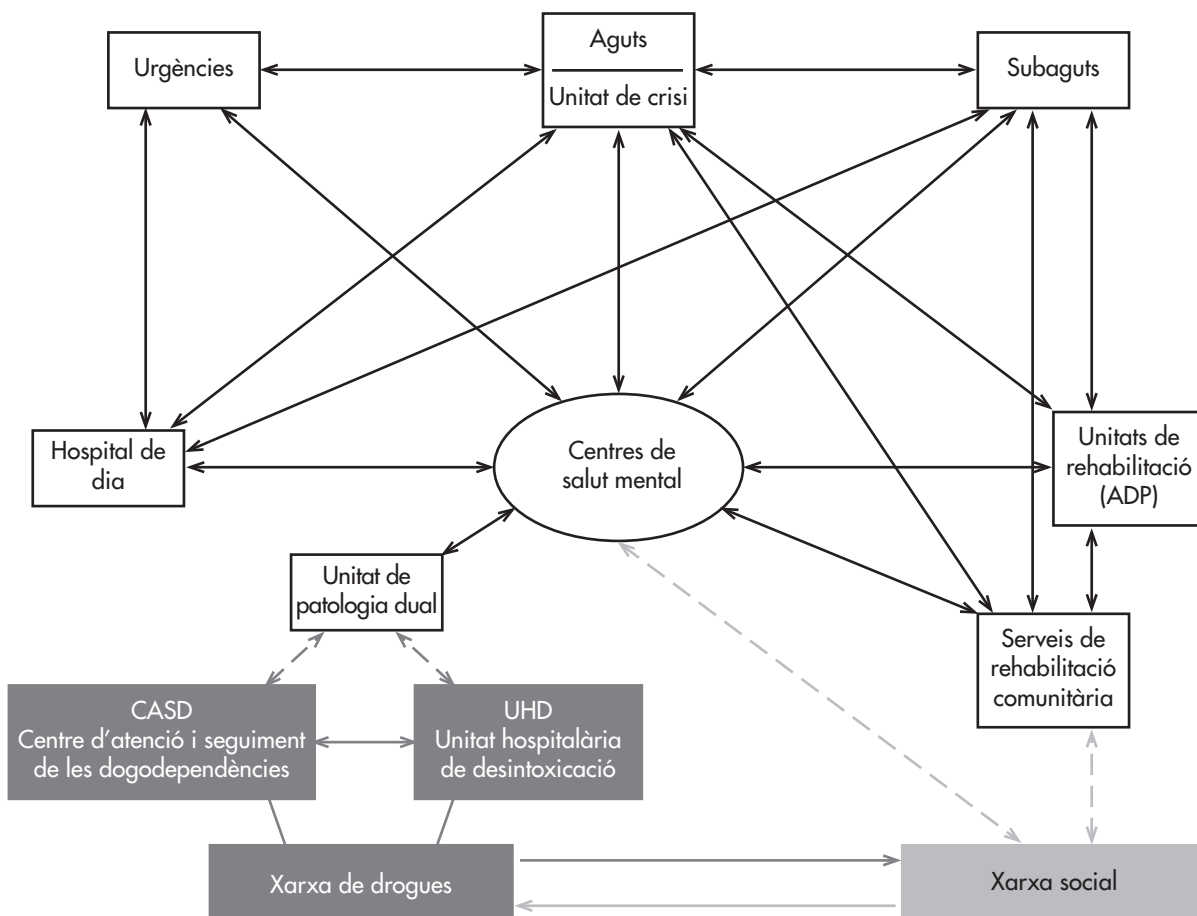
Recursos actuals

Els serveis de salut mental a Catalunya integren un conjunt d'equipaments que prenen com a model organitzatiu el treball en xarxa i que engloben des de l'atenció primària en salut mental (CSMIJ i CSMA) fins a la rehabilitació psicosocial passant pels diferents nivells d'hospitalització total o parcial. Per tal de garantir una continuïtat assistencial adequada en els diferents nivells assistencials, cal que hi hagi coordinació entre els diferents equipaments que intervenen en el procés assistencial i rehabilitador del malalt. Els

CSMA, en el cas dels adults, i els CSMIJ, pel que fa a la població infantil i juvenil, juguen un paper clau en la coordinació d'aquest procés. Les reunions interdisciplinàries del conjunt de la xarxa són una eina necessària per consensuar els plans individuals de tractament (PTI) i evitar així la fragmentació de l'assistència.

Els esforços d'aquests darrers anys per adequar els recursos de salut mental s'han centrat en millorar l'itinerari assistencial dels malalts mentals més greus, que són els que requereixen més dedicació per part dels professionals dels centres, i per tant, dels mateixos serveis. En aquest sentit el desenvolupament del Programa d'atenció específica al trastorn mental sever (PAE-TMS) i el Pla de serveis individualitzats (PSI) estan mostrant la seva eficàcia en el tractament d'aquests malalts.

La gràfica recull, de forma molt esquemàtica, l'organització de la xarxa de salut mental, així com la seva interrelació amb altres xarxes (xarxa de drogues i xarxa social).



Propostes del grup de treball

Les propostes d'actuació que el grup de treball ha elaborat s'estructuren al voltant dels eixos següents:

- Prevenció.
- Detecció del TLP.
- Tractament.
- Recerca i Investigació.

Prevenció

Actualment no disposem de coneixements que permetin una prevenció específica del Trastorn límit de la personalitat. La millor actitud preventiva és la que es pot adreçar a la detecció i el tractament dels factors predisposants, tal com ja queda recollit en el capítol 4 d'aquest document.

El grup considera que hi ha evidents similituds entre el risc de patir una malaltia mental i el de patir un trastorn de la personalitat. El fet de veure's inclòs en un grup de risc no comporta, necessàriament, patir un trastorn. Més específicament en el cas dels trastorns de personalitat cal tenir present que hi ha factors moduladors de la persona que generen un bon desenvolupament personal i eviten que emmalalteixi.

El trastorn de la personalitat, tal com queda recollit en el document, no és diagnosticable fins als 18 anys d'edat. Així doncs, en menors cal la persistència de símptomes durant un any. Per això la identificació de la població en risc és molt important. Aquesta identificació recau bàsicament en pares, educadors, pediatres i equips de seguiment especialitzat (CSMIJ, Centre de desenvolupament i atenció precoç (CDIAP), Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA), Direcció general d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), serveis socials de base, etc.).

Així doncs, el grup considera que seria necessari:

- Dur a terme campanyes de sensibilització envers el TP, principalment a educadors, treballadors socials i pediatres.
- A causa de les repercussions a tots els nivells del trastorn hom considera que davant la sospita o l'evidència d'alteracions de la conducta els equips bàsics han de derivar als equips especialitzats.
- Treball de coordinació entre els equipaments de salut mental infantil i juvenil per al seguiment de casos detectats.

Detecció del Trastorn límit de la personalitat

Si bé no hi ha prou evidència científica que la realització d'un diagnòstic precoç d'un TLP i la posterior aplicació d'un tractament signifiquin un millor pronòstic, el grup considera que detectar al més aviat possible aquest trastorn és el millor mecanisme de què es disposa actualment per tal d'atenuar els riscos i minimitzar la cronificació i les conseqüències socials indesitjables que són inherents a una gran part dels pacients que pateixen un TLP.

Així doncs, el grup considera que, per millorar la detecció dels TLP, cal millorar la capacitat avaluadora dels professionals de la xarxa de salut mental envers els trastorns de personalitat, i més específicament, el trastorn límit.

Els trastorns de la personalitat són infradiagnosticats, tal com hem esmentat anteriorment, segons les dades epidemiològiques que es coneixen i l'encara escassa recerca que existeix.

Així doncs, proposem la realització de programes de formació específica per als professionals de la xarxa de salut mental (psiquiatres i psicòlegs) que els permetin familiaritzar-se més amb els instruments d'avaluació que han demostrat més fiabilitat diagnòstica.

Cal tenir molt present que no tots els TLP requereixen el mateix grau d'assistència i que, a més, no tots els casos arriben a la xarxa sanitària, tant si és la general com si és l'especialitzada. Molts TLP no consideren que tinguin cap alteració que els faci necessari rebre ajut o fer alguna consulta, altres consulten, de manera esporàdica, el seu metge de capçalera i arriben a la xarxa especialitzada (xarxa de salut mental o xarxa de drogodependències) aquells trastorns que tenen un deteriorament més gran del funcionament global de la persona o amb conseqüències psicossocials o familiars greus.

Els professionals de l'atenció primària de salut han de col·laborar en la detecció del TLP. Considerem que diagnosticar un quadre tan complex com el TLP des de l'atenció primària de salut no és una feina fàcil. En aquells casos que presentin una clínica psiquiàtrica polimorfa (canvis bruscos en l'estat ànim, simptomatologia psicòtica, etc.), conductes impulsives o de risc o temptatives autolítiques reiterades és recomanable una derivació als serveis especialitzats per tal de realitzar una acurada avaluació clínica del possible trastorn.

El grup suggereix que es valori la conveniència de disposar d'alguna unitat de valoració, dins de la xarxa de salut mental i de caràcter suprasectorial, per a casos de gran complexitat diagnòstica.

Tractament

Per abordar el tractament del TLP cal definir de forma acurada el *model d'atenció*, els *objectius terapèutics i de tractament*, el tipus de *professional* que ha de realitzar-lo i el *lloc* més adequat per aplicar-lo.

Model d'atenció

El TLP és un trastorn amb una multitud d'àrees afectades i sovint presenta repercussions severes per a la vida de la persona i el seu entorn.

Aquests casos considerats com a TMS haurien de ser atesos seguint el model d'assistència definit en el PAE-TMS. A més, els pacients amb TLP no només són tractats pels diferents equipaments de salut mental, sinó que també utilitzen altres recursos o xarxes, com ara la de drogodependències, i això comporta un esforç complementari de coordinació.

La intervenció dependrà de l'avaluació que es faci de les necessitats individuals de cada pacient i del suport psicossocial amb què es compti. Si aquests recursos són escassos o inexistents caldrà implicar els diferents recursos sociocomunitaris que estiguin a l'abast.

Tal com es descriu en el PAE-TMS, la intervenció terapèutica passa per la definició d'uns objectius individualitzats, dissenyats i consensuats de manera interdisciplinari entre els diferents serveis assistencials en aquells TLP més greus, i que es formalitzin en el projecte terapèutic individualitzat (PTI). Aquest PTI ha de preveure la realització d'una anàlisi de les necessitats i competències personals del pacient i el seu entorn sociofamiliar més immediat. El PTI ha d'estar temporalitzat i cal que sigui avaluable.

Objectius terapèutics i de tractament

Abans ja hem comentat que els TLP presenten una gran variabilitat de símptomes, així com diferents nivells de gravetat. Per aquest motiu l'avaluació individualitzada de les àrees més afectades de cada pacient ens ha de permetre arribar a una definició dels objectius més prioritaris.

Els membres del grup, com a orientació, **proposen els següents objectius d'intervenció**, esglaonats amb diferents intensitats segons la gravetat del TLP:

- Creació d'un vincle terapèutic.
- Alleujament simptomàtic.
- Reducció de les temptatives d'autòlisi.

- Detecció i tractament de les comorbiditats psiquiàtriques i somàtiques.
- Millora de la consciència del trastorn per part del pacient.
- Afavoriment de la integració social i familiar.
- Afavoriment de la potenciació de mecanismes d'adaptació.
- Atenció a l'entorn familiar.
- Augment de l'autonomia personal.

On es tracta

A causa de la gran variabilitat que presenta el TLP, en les seves diferents fases evolutives, considerem que no hi ha un únic tractament, ni un únic recurs assistencial per aplicar-lo. Així doncs, considerem que un cop diagnosticat un TLP, el més important és l'avaluació de les àrees disfuncionals del subjecte, que són les que determinaran el lloc i la manera de tractar-lo.

Centres de salut mental

En general, el grup considera que els centres de salut mental són els equipaments més adients per detectar i seguir aquells TLP que requereixen una assistència més especialitzada, i haurien de ser el referent dins la xarxa de salut mental, tal com ja passa amb altres patologies psiquiàtriques que freqüenten més els recursos assistencials. Per tant, el seu paper és clau a l'hora de garantir una bona coordinació dels recursos que intervenen en el tractament d'aquests pacients i en el disseny dels PTI que han de permetre una adequada continuïtat assistencial.

Tractant-se d'una patologia greu, i amb freqüents canvis evolutius, cada TLP, igual que passa amb els malalts mentals més greus, ha de tenir un professional de referència, preferentment psiquiatre o psicòleg. Aquest referent hauria de tenir com a funció principal el tractament i la vinculació del pacient i la seva família, en els ca-

sos en què es consideri necessari, en relació a les diferents estratègies i els diversos objectius recollits en el PTI. La seva funció permetrà fer una detecció de les possibles descompensacions, dels riscos o les desvinculacions del tractament, per tal de donar-hi solució. El professional de referència podria variar si es produïssin canvis evolutius del mateix pacient que comportessin modificacions significatives en el projecte terapèutic individual (PTI).

A causa de les particularitats que presenten els pacients amb TLP, i que hem comentat abastament, els centres de salut mental han de disposar de prou espais (reserva d'agenda) per atendre la demanda espontània o sense cita prèvia que puguin generar. Aquests pacients han d'estar inclosos en els programes de psicoteràpia que actualment estan en fase de disseny.

Així mateix, i a causa de la dificultat de maneig d'aquests pacients, es recomana que l'equip de professionals de referència pugui comptar amb una supervisió i orientació específica, que pugui donar elements de garantia al professional i a l'equip que el tracti.

Hospitalització parcial

Si la situació de crisi fa que es presentin dificultats serioses per al maneig ambulatori s'haurà de considerar una hospitalització parcial. Els criteris per a una hospitalització parcial són:

- Perillositat, comportament impulsiu que no pot ser controlat adequadament en règim ambulatori.
- Falta d'adherència al tractament ambulatori i deteriorament del quadre clínic.
- Comorbiditat complexa que requereix un seguiment clínic més intensiu de la resposta al tractament.
- Síntomes prou greus com per interferir en el funcionament, el treball o la vida familiar i que no responen al tractament ambulatori.

El grup considera que:

- El règim d'hospitalització parcial és el més adient per al tractament intensiu dels pacients amb TLP. Cal aprofundir en aquesta modalitat terapèutica i formar especialment els professionals dels hospitals de dia per tal de dissenyar els programes d'avaluació i d'intervenció específica.
- Les modalitats de tractament psicoterapèutic, psicodinàmic i el dialecticoconductual són les escollides.
- El període de tractament aconsellable ha d'oscil·lar entre els 12 i els 18 mesos, amb una freqüència de visites d'una a dues per setmana. Això comporta un canvi substancial en el model d'atenció que actualment se segueix en els hospitals de dia de la xarxa de salut mental de Catalunya.
- Cal dissenyar un programa especial de durada definida per als hospitals de dia perquè els pacients diagnosticats amb TLP, i amb una indicació que s'ajusti als criteris d'inclusió de tractament intensiu, puguin ser tractats per psiquiatres i/o psicòlegs d'una manera intensiva i amb visites individuals i/o de grup. En aquests casos cal tornar a definir el PTI del pacient amb TLP de manera coordinada i consensuada amb el circuit assistencial (CSM) i delimitar la funció dels professionals que intervinguin en l'abordatge global (assistència a la família, coordinació amb els equipaments de suport comunitari i sanitari, etc.).

Hospitalització breu

En el supòsit que l'evolució del pacient plantegi riscos per a la seva integritat o per a la dels altres cal considerar una hospitalització breu (entre una i dues setmanes) en una unitat d'aguts o en unitats de crisi, amb els criteris següents:

- Perill imminent per als altres.
- Pèrdua de control d'impulsos suïcides o intents de suïcidi greus.

- Episodis psicòtics transitoris associats a la pèrdua del control d'impulsos o pèrdua de noció de la realitat.

- Síntomes prou greus per interferir en el funcionament laboral o familiar que no responen al tractament ambulatori ni a l'hospitalització parcial.

Atenció en crisi

El pacient amb TLP, a la fase més florida, presenta contínues reaguditzacions simptomatològiques que fan que necessiti una intervenció flexible, però ràpida en el temps. Sovint realitzen consultes als serveis d'urgències, però és molt important que aquestes intervencions no quedin deslligades del procés general del pla de tractament, sobretot quan es tracti de pacients ja coneguts per la xarxa de salut mental. En el cas d'aquells pacients que estiguin vinculats a un recurs concret (CSM o hospital de dia, o hospital psiquiàtric en una fase posterior a l'alta) la crisi s'haurà d'atendre a la mateixa unitat per tal de garantir la continuïtat assistencial.

En el cas de pacients no coneguts, caldrà que la intervenció a urgències no sigui una acció puntual i aïllada, sinó que s'aprofiti per orientar el cas cap a les estructures assistencials que es considerin més adequades, bàsicament els centres de salut mental.

Unitats de rehabilitació hospitalària (Alta Dependència Psiquiàtrica - ADP)

Es considera que només una petita part dels pacients amb Trastorn límit de la personalitat es podrien beneficiar d'ingressos més perllongats (1-2 anys). Aquests podrien fer-se a les noves unitats d'alta dependència psiquiàtrica perquè en aquestes unitats es potencien els aspectes de reinserció social, familiar i laboral.

Les indicacions per a un ingrés perllongat són:

- Ideació suïcida persistent i severa, autoagressivitat, falta d'adherència al tractament.

- Trastorn comòrbid de l'Eix I refractari que presenta risc vital potencial.
- Risc continuat de comportament violent envers els altres, malgrat haver fet un ingrés hospitalari breu.
- Abús o dependència comòrbida severa de substàncies que no respon al tractament ambulatori ni a l'hospitalització parcial ni breu.

La complexitat i especificitat d'alguns trastorns límit plantegen necessitats d'assistència molt concretes. Per aquest motiu, el grup proposa la conveniència que es valori la possibilitat de crear una o dues unitats suprasectorials de referència per a tot Catalunya.

Els criteris d'ingrés en aquesta unitat serien els que hem esmentat anteriorment, però amb un tipus d'intervenció més adreçada a treballar els aspectes més negatius del trastorn d'una manera diferent (comunitat terapèutica) de la que es planteja en els malalts mentals habituals.

A causa de les **característiques del pacient i del mateix tractament**, aquestes unitats haurien de tenir una dotació de personal més elevada que les d'alta dependència psiquiàtrica. També es considera que l'estada mitjana en aquesta unitat hauria de ser d'entre 6 i 24 mesos.

Serveis de rehabilitació comunitària (centres de dia)

En la mateixa línia comentada abans, cal preveure el disseny d'algun programa específic de rehabilitació comunitària de pacients amb TLP que es pugui dur a terme des d'alguns centres de dia existents actualment a la xarxa de salut mental. En casos en què el deteriorament de les relacions familiars sigui molt important, amb desajustos socials greus, s'haurà d'estudiar disposar de pisos supervisats i vinculats a la xarxa sociosanitària.

Considerem que la rehabilitació del Trastorn límit de la personalitat ha d'incloure la reinserció laboral. Millorar la formació professional i promoure incorporacions progressives i supervisades beneficiarà el precari funcionament social d'algunes persones afectades de TLP.

Recerca i investigació

En aquest àmbit, el grup de treball recomana que:

- Es realitzin estudis de recerca adreçats a conèixer la prevalença real dels TLP en el nostre medi i detectar els factors psicosocials que puguin influir de forma preventiva o positiva en la història natural del trastorn.
- Es realitzin estudis que avaluïn l'eficàcia dels tractaments, tant farmacològics com psicoterapèutics.

Aquests estudis es podrien canalitzar a través de les convocatòries anuals de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM).

criteris mínims que s'han de garantir en un programa específic d'atenció al TLP (des dels hospitals de dia)

(Per a adolescents i població adulta)

- Pla d'atenció individualitzat amb objectius terapèutics concrets i temporalitzats. Es preveu una durada màxima de 18 mesos.
- Assignació d'un terapeuta responsable (psiquiatre o psicòleg).
- 1 visita setmanal, com a mínim.
- 1 visita familiar al mes, com a mínim. (En aquells casos en què hi hagi família referent).
- 1 visita d'avaluació social a l'inici del tractament i cada 6 mesos.
- Sistema d'atenció preferent a les situacions de crisi o a les visites espontànies o no programades.
- Mecanismes per garantir l'adherència del pacient al programa.

Bibliografía

APA, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)". Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994 [*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995].

APA, "Practice Guideline for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder". Washington, DC: American Psychiatric Association, 2001 [*Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona: Psiquiatría Editores SL, 2002].

APA, *Guía Clínica para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona: Ars Medica, 2002.

Bateman A., Fonagy P. "Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial". *Am J Psychiatry*, 1999; 156, 1563-9.

Bateman A., Fonagy P. "Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up". *Am J Psychiatry*, 2001; 158, 36-42.

Beck A.T., Freeman A. "Cognitive therapy of personality disorders". Nova York: Guilford Press, 1992 [*Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós, 1995]

Bohus, M.H.B., Stiglmayer, C. "Evaluation of inpatient dialectical behavior therapy for borderline personality disorder-a prospective study". *Behavior Research and Therapy*, 2000; 38 (9), 875-87.

Calvo N., Caseras X., Gutiérrez F., Torrubia R. "Adaptación española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+)". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2002; 30, 7-13.

Cattell R.B. "The scientific analysis of personality". Chicago: Aldine, 1965.

Cloninger C.R., Przybeck T.R., Svrakic D.M., Wetzel R.D. "The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use". St. Louis, Missouri: Washington University, Center for Psychobiology of Personality, 1994.

Costa P.T., McCrae R.R. "Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R)". Odessa: Psychological Assessment Resources, 1992 [*NEO PI-R. Inventario de Personalidad NEO Revisado*. Madrid: TEA Ediciones, 1999].

Dolan-Sewell R.T., Krueger R.F., Shea M.T. "Co-Occurrence with Syndrome Disorders". A Livesley WJ (Ed.), "Handbook of personality disorders". Nova York: Guilford, 2001.

Eysenck H.J., Eysenck M.W. "Personality and Individual Differences. A natural science approach". Nova York: Plenum, 1985.

First M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams J.B.W., Benjamin L.S. "Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders (SCID-II) (Version 2.0)". Washington DC: American Psychiatric Press, 1997 [*Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la Personalidad del eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson, 1999].

Gray J.A. "The neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo-hippocampal system". Oxford: Oxford University Press, 1982.

Gunderson J., Gabbard G. *Psicoterapia en los trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars Medica, 2002.

Gunderson J.G. "Borderline Personality Disorder: A Clinical guide". Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2001 [*Trastorno Límite de la Personalidad: Guía Clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores SL, 2002].

Gunderson J.G., Kolb J.E., Austin V. "The diagnostic interview for borderline patients". *Am J Psychiatry*, 1981; 138, 896-903.

Gutiérrez F., Torrens M., Boget T., Martín-Santos R., Sangorrín J., Pérez G., Salamero M. "Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population". *Acta Psych Scand*, 2001; 103, 143-7.

Hyer S.E. "PDQ-4 Personality Questionnaire". Nova York State Psychiatric Institute: Manuscript no publicat, 1994.

Kernberg O.F. "Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies". New Haven, Conn, Yale University Press, 1984.

Koons C.R., Robins C.J., Tweed J.L. et al. "Efficacy of Dialectical Behavior Therapy in women veterans with borderline personality disorder". *Behavior Therapy*, 2001; 32, 371-390.

Linehan M.M. "Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder". Nova York: Guilford Press, 1993.

Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A., Allmon D., Heard H.L. "Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients". *Arch Gen Psychiatry*, 1991; 48, 1060-4.

Linehan M.M., Heard H.L., Armstrong H.E. "Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients". *Arch Gen Psychiatry*, 1993; 50, 971-4.

Linehan M.M., Tutek D.A., Heard H.L., Armstrong H.E. "Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients". *Am J Psychiatry*, 1994; 151, 1771-6.

Linehan M.M. "Skills Training Manual for Borderline Personality Disorders". Nova York: Guilford Press, 1993.

Linehan M.M., Smidt H.I., Dimeff L.A. et al. "Dialectical Behavior Therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence". *American Journal of Addictions*, 1999; 8, 279-92.

Linehan M.M., Dimeff L.A. et al. "Dialectical Behavior Therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder". *Drug Alcohol Dependence*, 2002; 67,13-26.

Low G., Jones D., Duggan C. et al. "The treatment of deliberate self-harm in BPD using DBT". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2001; 29, 85-92.

Livesley W.J. (Ed.) "Handbook of personality disorders". Nova York: Guilford, 2001.

Mattia J.I., Zimmerman M. Epidemiology. A Livesley W.J. (Ed.), "Handbook of personality disorders". Nova York: Guilford, 2001.

Millon T., Davis R.D. "Disorders of Personality. DSM-IV and Beyond". Nova York: John Wiley & Sons, 1996 [*Trastornos de la Personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson, 1998]

Millon T., Millon C., Davis R. "MCMI-III Manual". Minneapolis: National Computer Systems, 1994.

OMS, IPDE. *Exámen Internacional de los Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Meditor, 1996.

Grup de treball del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental. Servei Català de la Salut (Departament de Sanitat i Seguretat Social). Programa d'Atenció Específica als Trastorns

Mentals Severs (PAE-TMS). Barcelona, octubre del 1997.

Grup de treball del Consell Assessor sobre Assistència Psiquiàtrica i Salut Mental.

Servei Català de la Salut (Departament de Sanitat i Seguretat Social – Generalitat de Catalunya). Pla de Serveis Individualitzats (PSI). Barcelona, desembre del 1995

Pfohl B., Blum N., Zimmerman M.

“Structured Interview for DSM-IV Personality: SIDP-IV”. Washington DC: American Psychiatric Press, 1997.

Roth A., Fonagy P.

“What works for whom. A critical review of Psychotherapy Research”. Nova York: The Guilford Press, 1996.

Siever L.J., Davis K.L.

“A psychobiological perspective on the personality disorders”. *Am J Psychiatry*, 1991; 48, 1647-58.

Springer T., Silk K.

“A review of inpatient group therapy for borderline personality disorder”. *Harvard Review of Psychiatry*, 1996; 3, 268-278.

Stone M.H.

“The borderline syndromes”. Nova York: McGraw-Hill, 1980.

Van den Bosch L.M., Verheul R.,

Schippers G.M. *et al.* “Dialectical Behavior Therapy for borderline patients with and without substance use problems. Implementation and long term effects”. *Addiction Behavior*, 2002; vol. 27 (6): 911-23.

Young J.E.

“Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach”. *Sarasota, FL.: Professional Resource Press*, 1994.

Zanarini M.C., Gunderson J.G.,

Frankenburg F.R., Chauncey D.L. “The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders”. *J Pers Dis*, 1989; 3, 10-18.

Zuckerman M. “Sensation Seeking: a comparative approach to a human trait”. *Brain Behav Sci*, 1984; 7, 413-71.

SIGLES

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (versió IV)
Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (versió IV)

DSM-IV (SIDP-IV) Structured Interview for DSM-IV Personality
Entrevista estructurada per a determinació de la personalitat segons el DSM-IV

DSM-IV (APA, 1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (versió IV) revisada per l'American Psychiatric Association l'any 1994
Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals (versió IV); edició revisada per l'American Psychiatric Association l'any 1994

SCID-II Structured clinical interview for DSM-IV axis II personality disorders
Entrevistes clíniques estructurades per a determinació dels trastorns de personalitat de l'Eix II segons el DSM-IV

SIDP-IV Structured Interview for DSM-IV Personality
Entrevista estructurada per a determinació de la personalitat segons el DSM-IV

TCI Temperament and Character Inventory
Inventari del temperament i el caràcter

DIB-R Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders
Entrevista per al diagnòstic del TLP: discriminació del TLP d'altres trastorns de l'Eix II

MCMI-III Qüestionari clínic multiaxial de Millon-III

PDQ-4 Personality Questionnaire
Qüestionari diagnòstic de la personalitat

NEO PI-R Revised NEO Personality Inventory
Inventari NEO de la personalitat revisat

