

ESTUDIOS LONGITUDINALES SOBRE EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMÍTROFE: ¿QUÉ NOS ESTÁN SEÑALANDO?

LONGITUDINAL STUDIES ON BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: WHAT ARE THEY SHOWING?

Recibido: 25 de Mayo del 2015 | Aceptado: 28 de Julio del 2015

Alfonso **Martínez-Taboas**¹, Michelle M. **Cordero-Soto**¹
(UNIVERSIDAD CARLOS ALBIZU, San Juan, Puerto Rico)

RESUMEN

Anterior a la década de los 1980s se mantenía una creencia general que postulaba que los pacientes con Trastornos de Personalidad Límitrofe (TPL) difícilmente se podrían recuperar de su diagnóstico clínico. Por varias décadas reinó un pesimismo terapéutico respecto a un mejor pronóstico. Sin embargo, dichas opiniones no se basaban en estudios longitudinales. En los últimos 30 años ya han salido a relucir los resultados de varios estudios longitudinales, los cuales revelan que los Trastornos de Personalidad (TP) en general son mucho más maleables e inestables de lo que se suponía. Cuando se estudia el TPL de manera específica, tenemos que en seguimientos de 10 años, más de la mitad han mantenido una recuperación sostenida. Sin embargo, tal parece que algunos de los rasgos de personalidad son más resistentes al cambio. En este artículo se realiza una revisión detallada de dichos hallazgos y se plantean recomendaciones sobre el manejo clínico de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: Trastorno de personalidad límitrofe, estudios longitudinales, psicopatología.

ABSTRACT

Prior to the 1980s there was a general belief that patients with Borderline Personality Disorders (BPD) could not show recovery from their disorder. For various decades there was a therapeutic pessimism regarding their prognosis. Nevertheless, those opinions were not based on longitudinal studies. In the last 30 years a diverse group of researchers have published the results of several longitudinal studies, which show that patients with Personality Disorders in general demonstrate marked favorable changes in their clinical profile. When persons with BPD are included in prolonged follow-ups, the results show that more than 50% demonstrate a marked recovery from their disorder. Nevertheless, it seems that there are some personality traits that are more recalcitrant to show changes and adjustments. In this article we review recent longitudinal data and make some therapeutic recommendations.

KEY WORDS: Borderline personality disorder, longitudinal studies, psychopathology.

1. Afiliado/a a la Universidad Carlos Albizu, San Juan, Puerto Rico. E-mail de correspondencia: amtaboas@coqui.net

En el campo de las psicopatologías es relativamente común encontrar que las condiciones psiquiátricas plantean estabilidad en el diagnóstico, a veces a través de décadas de vida (Laub & Sampson, 2003; Koenen, Rudenstine, Susser & Galea, 2014). Así, por ejemplo, se ha encontrado que la mayoría de las personas con el diagnóstico de esquizofrenia van a tener un curso clínico de recurrencias, recaídas y hasta de cronicidad. Sin embargo, esta misma literatura plantea el hallazgo contundente de que alrededor de un 20% de personas con esquizofrenia, al ser localizadas una o dos décadas más tarde, no presentan sintomatología de su condición ni se han incapacitado por la misma (Perkins, Miller-Andersen & Lieberman, 2006).

Sir Michael Rutter (1989), en uno de sus más reveladores artículos, realizó una revisión de lo que se conoce en psicopatología como *Continuidades* y *Descontinuidades*. Por *continuidades* nos referimos a personas que muestran un perfil clínico relativamente severo, y que a través de los años su condición clínica sigue afectándole y estando presente en su vida personal, laboral e interpersonal. Asimismo, sus síntomas suelen tener recurrencias frecuentes. Algunos psicólogos clínicos han atendido clientes adultos que al indagar sobre su fobia social, su depresión mayor o su trastorno disociativo, de inmediato nos ilustran su condición relatando anécdotas de cómo su condición ya se manifestaba en su niñez o adolescencia. En esta misma línea, sabemos que hay ciertas psicopatologías que con el pasar de los años muestran una progresión hacia perfiles más complejos y recalcitrantes. Ejemplos de esto lo tenemos con ciertos trastornos como la drogodependencia, la conducta antisocial, y dietas estrictas que se transforman en trastornos alimentarios (Gibson & Krohn, 2013; Ahern & Leslie, 2014; Mitchell & Bulik, 2014).

Por otro lado, por *descontinuidades* nos referimos a personas que en un momento

previo de su vida manifestaron una condición clínica bastante severa y que con el pasar de los años su condición remitió completamente; esto es, ausencia longitudinal de síntomas y un funcionamiento psicosocial normal. Por ejemplo, Laub y Sampson (2003) informan el seguimiento hasta la edad de 70 años de un grupo de 500 pacientes con trastorno antisocial. De los pacientes que ellos lograron entrevistar a dicha edad, cerca de 30% habían desistido de una carrera criminal décadas atrás. La mayoría, sin embargo, mostró un curso crónico de continuidad y de problemas con la ley.

Rutter (1989) documenta en su trabajo el hecho de que en psicopatología necesitamos urgentemente conceptos y nociones de tipo dinámico que le den un énfasis prominente a influencias intrínsecas y extrínsecas en el desarrollo humano. Este dinamismo entre variables intrapsíquicas, sociales, culturales, neurales y genéticas plantea una visión del ser humano mucho más maleable de lo que hace décadas atrás proponían autores inclinados a un biologismo determinista, como también a una visión intrapsíquica de personalidad que se mostraba fijada por supuestos estadios en las primeras etapas de vida.

Utilizando la literatura de rasgos de personalidad, innumerables estudios longitudinales apoyan la noción de que ciertos rasgos tienden a ser bastante estables para algunas personas (tales como la extraversión y el neuroticismo), pero para muchas otras los cambios y transformaciones de estilo de personalidad son más adecuadas a su historia de vida. Matthews, Deary y Whiteman (2009) en una revisión detallada del tema, plantean lo siguiente: "Revisiones detalladas de este tema muestran que hay un nivel robusto de evidencia para apoyar la idea de la plasticidad de los rasgos de personalidad desde la adolescencia hasta la mitad de vida. Luego, esta plasticidad comienza a decrementar con la edad" (p.69).

Aunque la idea de que los rasgos de personalidad muestran plasticidad y cambio, en los Trastornos de Personalidad (TP) tradicionalmente se pensó que el pronóstico era mucho más sombrío y reservado. La lógica detrás de este razonamiento es que los TP no son síntomas, sino más bien patrones cíclicos interpersonales desadaptativos y percepciones frágiles y distorsionadas de variables intrapsíquicas. Por lo tanto, por mucho tiempo se hizo énfasis en que en los TP debería de haber una continuidad marcada.

Esta creencia fue avalada por las sucesivas ediciones del *Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2000), en donde expresamente se enfatiza en lo siguiente: “Un trastorno de personalidad es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento...es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto” (p. 765). Más adelante señala que los TP son “patrones persistentes”, y constituyen “un patrón estable y de larga duración” (p. 766). Las palabras *permanentes*, *inflexibles*, *estables* y *persistentes* reflejan el énfasis de que los TP son condiciones clínicas que difícilmente remiten y cuyo pronóstico es sombrío. En otras palabras, en los TP la continuidad es la característica medular de este trastorno.

Sin embargo, ya terminando la década de los 1990s comenzaron a surgir dudas de la sabiduría de estas premisas. Grilo, McGlashan y Oldman (1998) en una de las primeras revisiones detalladas de este tema, y utilizando datos longitudinales, fundamentan las siguientes tres premisas: 1) los TP en términos generales sólo demuestran una estabilidad moderada; 2) muchos pacientes con TP muestran mejorías marcadas con el pasar de los años; 3) las terapias psicosociales pueden alterar el curso clínico de estos trastornos, haciendo que un número creciente de pacientes mejoren substancialmente. Estos tres

hallazgos daban al traste con la postura clínica anterior que había dominado el tema del pronóstico de los TP. Estos autores concluyen su revisión diciendo: “Aunque los TP son generalmente asociados con resultados pobres y con una tasa alta de morbilidad y mortalidad psiquiátrica, muchas personas con TP experimentan mejorías funcionales y sintomáticas según pasa el tiempo” (p. 73).

Grilo y colaboradores (1998) a su vez sugieren algunas razones de por qué los TP fueron vistos por décadas como inflexibles y estables. En primer lugar, hasta los 1980s no existían escalas confiables y válidas para medir los TP. Esto daba paso a que la medición del cambio se basara en juicios clínicos subjetivos que no fueran sensitivos al cambio. Al existir medidas confiables de cambio, el mismo puede ser documentado con más precisión. En segundo lugar, hasta los 1990s casi no existían estudios longitudinales de los TP. Por lo tanto, había un desconocimiento sobre cómo estas condiciones clínicas evolucionaban a través del tiempo. En tercer lugar, el marco conceptual que dominó el estudio de los TP hasta los 1980s fue el psicoanalítico. Esto es importante señalarlo, ya que dentro de este paradigma conceptual la personalidad tiende a verse como algo estable y relativamente permanente. En caso de haber patologías severas, como lo son los TP, se planteaba que ciertas estructuras psíquicas habían sido deformadas o dañadas, con una visión lúgubre de posible recuperación o cambio. En cuarto lugar, hasta los 1990s no existían terapias o intervenciones efectivas dirigidas específicamente a los TP. Al comenzar a crearse terapias para los TP, el pronóstico de esta condición se torna en uno más maleable y más positivo.

En este trabajo nos damos a la tarea de revisar los últimos estudios longitudinales que se han publicado sobre la continuidad o discontinuidad de los TP, y muy en particular con pacientes que cumplen los criterios diagnósticos del Trastorno de

Personalidad Límite (TPL). Estamos definiendo el TPL como uno que consiste de inestabilidad marcada en las relaciones interpersonales, el afecto y la autoimagen. Asimismo, suele haber un escaso control de impulsos. Entendemos que este conocimiento es importante por varias razones. En primer lugar, porque nos permite descartar o atemperar nociones clínicas erradas y desatinadas. En segundo lugar, si el TPL no es permanente o inflexible esto implicaría que nuestra visión tendría que atemperarse a una en donde los TP no son necesariamente “moldeados en cemento”, sino que pueden resultar más permeables a nuevas experiencias positivas, incluyendo las psicoterapias. En tercer lugar, podríamos suplantar el pesimismo terapéutico que ha dominado el tema, con una postura más optimista de las potencialidades de cambio real de nuestros pacientes (Clarkin, Meehan & Lenzenweger, 2015).

Un poco de historia

Varias revisiones de literatura señalan que antes de los 1990s casi no había datos sobre el seguimiento extenso de pacientes con TPL. Grilo, McGlashan y Oldman, (1998) apenas encontraron siete estudios antes de los 1980 que auscultaran este tema. Un informe pionero lo reportó Gunderson, Carpenter y Strauss (1975) en donde se le dio un seguimiento de dos y luego cinco años a 24 pacientes con TPL. Al transcurrir los dos años, los pacientes TPL funcionaban de manera muy pobre en casi todas las áreas de vida. Sin embargo, a los cinco años de seguimiento, ya tenían indicadores claros de mejor funcionamiento en su trabajo y su vida social. Asimismo, los estudios iniciales de Carpenter y Gunderson (1977) indicaban que el menoscabo de los pacientes con TPL era tan severo y generalizado como el de pacientes con esquizofrenia. Por su parte, Robins, Gentry, Muñoz y Marten (1977) en un seguimiento prospectivo de casi dos años a personas con Trastorno de Personalidad Antisocial, encontraron que el 95% aún cumplía con los criterios del trastorno.

El estudio clásico de Stone (1990) es importante ya que utilizó una muestra de 500 pacientes. De éstos, 206 cumplían criterios de un TPL y otros 299 mostraban un cuadro más difuso de “organización límite de personalidad”. El seguimiento promedio de estos pacientes fue de 15 años, pero algunos de ellos fueron localizados luego de 25 a 30 años luego de ser diagnosticado su trastorno de personalidad. Al localizarlos, casi el 66% tenían un GAF de 70 o más alto. Dice Stone: “esto significa que estos pacientes mostraban síntomas leves, con poca necesidad de terapia, podían trabajar bien, aunque todavía tenían algunas restricciones en su vida interpersonal” (2001, p. 264). Otros eran “clínicamente indistinguibles” de personas sin trastornos de personalidad. Sin embargo, una minoría aún mostraba patologías profundas y un 9% se había suicidado. Esto muestra la heterogeneidad diagnóstica en los pacientes con TPL.

Por lo tanto, antes de comenzar a reportar estudios sistemáticos longitudinales, ya había indicadores claros de que una parte substancial de personas con TPL mostraban un perfil favorable, remitiendo de sus patologías y síntomas anteriores.

¿Qué nos dicen los estudios longitudinales recientes?

Para propósito de este estudio, hemos revisado de una manera detallada los estudios longitudinales mejor diseñados y con el mayor número de años de seguimiento. Para localizar estos estudios utilizamos sistemas de motores de búsqueda en EBSCO, PubMed y PsycINFO. Además, localizamos los estudios citados en revisiones de este tema como las de Paris (2003), Morey y Meyer (2012), Morey y Hopwood (2013) y Grilo y McGlashan (2005, 2014). Para nuestra revisión, sólo se incluyeron estudios publicados en revistas arbitradas de psicología o psiquiatría. Se excluyeron ponencias o disertaciones doctorales sin publicar. Afortunadamente, en la última década se han publicado los

resultados de tres importantes estudios longitudinales, los cuales formarán parte esencial de nuestra revisión. Estos estudios son el *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* (Gunderson y colaboradores, 2000), el *McLean Study of Adult Development* (n= 362; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005), y el *Longitudinal Study of Personality Disorders* (n= 250; Lenzenweger, 1999). Además de estos estudios, utilizaremos otros según aporten a contestar nuestras preguntas.

Vamos a presentar interrogantes y brindaremos su contestación a base de los datos disponibles. Al final del artículo elaboraremos posibles explicaciones para los hallazgos más sobresalientes.

¿Pueden los pacientes con TP remitir su perfil diagnóstico patológico?

En la Tabla 1 se puede encontrar respuesta a esta y otras preguntas, a través de la presentación de algunos datos longitudinales. En términos generales la contestación a dicha pregunta es afirmativa; sí, muchos pacientes con TP y TPL remiten su condición diagnóstica de manera consistente y estable. Tomando como ejemplo los datos que han provenido del *McLean Study of Adult Development*, con 290 pacientes hospitalizados con un diagnóstico de TPL, dos años luego de la primera evaluación, un 34.6% había remitido su diagnóstico de TPL; o sea, no cumplían los criterios del DSM-IV-TR ni de otros instrumentos diagnósticos utilizados. A los cuatro años de seguimiento esto aumentó a 49.5%. A los seis años siguió aumentando a un 68.6%. A los 10 años de seguimiento, 93% había demostrado una remisión del TPL con una duración mínima de dos años. Más aún, las recaídas fueron raras, consistiendo sólo del 6% de los que remitieron para el sexto año (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2005; Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2003; Zanarini, Frankenburg, Reich & Fitzmaurice, 2010; Zanarini, Frankenburg, Reich, Silk, Hudson &

McSweeney, 2007). Como bien mencionan Morey y Meyer (2012): “Estos hallazgos ofrecen apoyo empírico de una mejoría sintomática considerable en el TPL a través del tiempo” (p.282). Estos datos se tornan más llamativos aún, cuando recordamos que la muestra que se utilizó en este estudio fue de pacientes con TPL que inicialmente habían sido hospitalizados por la severidad de sus síntomas.

En este estudio, los predictores de una remisión rápida y duradera eran ser personas jóvenes, ausencia de abuso sexual en la niñez, no tener historial de abuso de sustancias y tener un historial reciente estable laboral (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich & Silk, 2006).

Zanarini y colaboradores (2003) se dieron a la tarea de auscultar cuáles características clínicas tenían una tendencia a remitir con más facilidad. Encontraron que del 81% que habían informado conductas de lesionarse a sí mismo, sólo un 25% retenía esas conductas seis años más tarde. Sin embargo, los síntomas relacionados a un temperamento volátil y disfunciones interpersonales tendían a mantenerse en un 20-40% de la muestra aún 10 años luego.

Si le damos una mirada a los resultados producidos por el *Longitudinal Study of Personality Disorders* (Lenzenweger, 2006; Lenzenweger, Johnson & Willett, 2004) encontramos que a través de un seguimiento de cuatro años, las características sintomáticas patológicas del TPL declinaban con el tiempo, notándose que de año en año los pacientes perdían síntomas y características a nivel lineal.

TABLA 1.
Ejemplos de algunos resultados de estudios longitudinales con TP

Gunderson y colaboradores (2011).	175 pacientes con TPL y 312 con otros Eje II. Diez años de seguimiento	85% de pacientes con TPL remitieron. Muy pocos pacientes con TPL recayeron luego de mejorar (12%). Comparados con otros Eje II, los pacientes con TPL mejoraron más lento en el curso de 10 años. Mejorías modestas en funcionamiento social.
Zanarini y colaboradores (2006)	Seguimiento de 10 años a pacientes (n= 290) con TPL.	88% lograron remisión total del trastorno. En los primeros dos años, ya el 39% había remitido. Variables favorables para remitir: ausencia abuso sexual, no historial uso de sustancias, buen historial vocacional, neuroticismo no muy alto, ausencia de trastornos de ansiedad.
Gunderson y colaboradores (2006).	160 pacientes con TPL con seguimiento de 2 años. En este estudio se querían identificar factores impedían mejorías.	Retrasaban mejorías clínicas el tener una severidad extensa en su sintomatología, y tener historial de maltrato en la niñez.
Zanarini, Frankenburg, Reich, Silk, Hudson & Mcsweeney (2007)	Estudio duró un periodo de 3 años. Muestra final – 275 personas con TPL. Las edades fluctuaban entre 18-35 años. 72 personas eran comórbidas con otros TP.	Luego de seguimiento por un periodo de 10 años, se observó una reducción en patrones de conductas relacionadas a su diagnóstico médico. Sin embargo, en síntomas afectivos que reflejaban soledad y dependencia, los patrones podían ser más estables. Los resultados reflejan que los TPL pueden consistir de síntomas que son manifestaciones de una condición aguda y síntomas que presentan aspectos más perdurables del trastorno.
Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk (2003).	Muestra final era de 275 personas con TPL Las edades fluctuaban entre 18-35 años Estudio duró 6 años.	Resultados sugieren que la reducción de síntomas es común dentro de los pacientes con TLP severamente perturbados y que se encuentran bajo tratamiento. Estos resultados reflejan que para la mayoría, pero no todos, con TLP existe una prognosis mejor a lo que se pensaba hace unos años. (o sea, hay una tendencia a que con el pasar del tiempo, los pacientes con TP experimenten una reducción en los criterios a cumplir para ser Diagnosticado con TP). 75% de los pacientes de TLP demostraron una remisión en algún momento.
Gunderson, Bender, Sanislow, Yen, Rettew, Rettew, Dolan-Sewell, Dyck, Morey, McGlashan, Shea, and Skodol (2003)	Rango de edad de participantes; 18-45. De la muestra original se tomó 160 participantes con TPL	Al pasar de los dos años, al menos 14.4% de las personas con TPL obtuvieron menos de 2 criterios en su diagnóstico. Quiérase decir que al pasar de los dos años, 14.4% habían experimentado una reducción en la cantidad de criterios con los cuales cumplían para ser diagnosticados con TPL. Clientes con TPL pueden hacer importantes mejorías que son rápidas y de duración suficiente para ser considerado remisiones.
Lenzenweger, Johnson y Willett (2004).	Muestra Final= 250, Edades fluctuaban entre 18-19 años y eran estudiantes de primer año universitario de Cornell University en NY.	Se observó variabilidad significativa entre la severidad de los criterios de TP entre individuos a través del tiempo. Esto sugiere que los TP no son tan estables como realmente se piensa.

En un estudio reciente, Zanarini, Frankenburg, Reich, Bradford y Fitzmaurice (2012) comenzaron a publicar los primeros resultados del seguimiento de 16 años de 290 pacientes que presentaron TPL y 72 otros pacientes con TP. Los resultados indican que al cabo de 16 años, los pacientes con un TPL mostraban una mejoría más lenta que los pacientes con otros TP. Sin embargo, al final de los 16 años, ambos grupos de pacientes mostraron unas mejorías marcadas en su perfil clínico (78% TLP; 97% otros TP). Debe notarse que estos porcentajes incluyen recobrase de los síntomas psiquiátricos y remisión de problemas sociales y vocacionales).

Por otro lado, en el *Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study* (Gunderson, et al., 2000; Skodol, Gunderson, et al., 2005), se le dio también un seguimiento de 10 años a 573 pacientes con trastornos de personalidad. La distribución fue como sigue: 175 pacientes con TPL; 158 con trastorno de personalidad evitativo; 154 con trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo, y 86 con trastorno de personalidad esquizotípico. Los datos longitudinales indicaron que el 56% de los pacientes con TP evitativos, 42% de los pacientes con TP obsesivo-compulsivo, el 41% con TPL, y el 41% del TP esquizotípico mantenían su diagnóstico al año de seguimiento (Shea, et al., 2002). Estos datos dramatizan el hecho de que en un periodo relativamente corto de tiempo, cerca del 50% de los pacientes no retenían características de trastornos de personalidad. En el caso específico de personas con TPL, el 59% mostró remisión del diagnóstico en apenas un año.

En un trabajo más reciente, Gunderson, Stout, McGlashan, Shea, Morey, Grilo...Skodol (2011) compilaron todos los diagnósticos de TP y analizaron el nivel de recuperación durante un periodo de 10 años. Los datos revelaron, utilizando un criterio estricto (tener dos o menos características de TP), que el 85% de los pacientes habían

remitido su trastorno. También encontraron que estas mejorías se mantenían con el tiempo, donde solamente el 11-25% mostraba recaídas. Interesantemente, al utilizar un grupo control de pacientes con Trastorno de Depresión Mayor, un 67% de éstos mostraron recaídas en una década. Esto apunta a que aunque la recuperación de los TP es más lenta, los cambios tienden a mantenerse con el tiempo.

Datos como estos, motivaron a Gunderson y colaboradores (2003) a realizar un estudio a fondo de 18 pacientes que habían mostrado una remisión marcada de su TPL en su primer año de seguimiento. Al localizarlos dos años más tarde, encontraron que solo uno había mostrado una recaída. Adicional, en siete de estos pacientes se documentaron cambios notables en trastornos de Eje I, y en 10 pacientes el haber recibido terapias para sus problemas pareció facilitar su recuperación. Los autores indican: "En conclusión, los pacientes con un TPL pueden mostrar mejorías significativas que son rápidas y de la suficiente duración como para ser consideradas remisiones" (p. 111).

En un estudio más pequeño, Paris y Zweig-Frank (2001) les dieron seguimiento a 64 pacientes con TPL por un promedio de 27 años. Sólo cinco pacientes aún demostraban un perfil cónsono con el TPL luego de 20 años de seguimiento. También se encontró que varios de los Trastornos del Eje I del DSM-IV-TR, tales como la depresión mayor y abuso de sustancias, habían remitido. Sin embargo, también hacen notar que algunos mostraban dificultades interpersonales y el 10.3% se suicidaron.

Debido a que los TP por lo general comienzan a identificarse en la adolescencia tardía, Mattanah, Becker, Levy, Edell y McGlashan (1995) realizaron uno de los pocos estudios longitudinales con adolescentes diagnosticados con TP mixtos. A los dos años de seguimiento, encontraron que sólo el 50% retenía el diagnóstico.

Podemos concluir esta sección indicando que los estudios recientes más sofisticados, con seguimientos relativamente extensos, demuestran claramente que los TP muestran solamente una estabilidad moderada. En particular, seguimientos de seis a diez años revelan que ya menos de la mitad retiene su diagnóstico. Esta conclusión revela que los TP en general, incluyéndose el TPL, son mucho más maleables de lo que se suponía apenas unas décadas atrás (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad, 2011).

¿Estos datos indican que los pacientes con TPL que remitieron síntomas son personas funcionales?

Aquí la contestación no es tan positiva. Por ejemplo, Zanarini y colaboradores (2010) han recalcado que en el seguimiento de 10 años, sólo un 50% de los pacientes con TPL podían ser descritos como que se habían recuperado, si se incluían datos de funcionamiento laboral, social y vocacional. O sea, del 93% de pacientes que ya no tenían el perfil sintomático de TPL, sólo un 50% podía ser descrito como funcional si se añadían variables de funcionamiento psicosocial general.

Por su parte, los hallazgos del CLPS indican que aunque un número considerable de pacientes habían remitido sus síntomas de trastornos de personalidad utilizando un sistema categórico como el del DSM-IV-TR, muchos pacientes no mostraban de una manera tan clara dichas mejorías en sus relaciones interpersonales y en rasgos de personalidad patológicos. Así, por ejemplo, Skodol, Pagano, Bender, Shea, Gunderson, Yen.,...McGlashan (2005) compararon los niveles de estabilidad en funcionamiento psicosocial a través de un periodo de dos años de seguimiento, en donde incluyeron las siguientes áreas: ocupacional, social, pasatiempos, amistades, pareja, familiares y funcionamiento global. Interesantemente, aún esos pacientes que habían mostrado mejorar marcadamente en su TP, sólo

mostraron mejorías leves en áreas de funcionamiento psicosocial.

Gunderson y colaboradores (2011) examinaron específicamente el nivel de mejoría psicosocial a través de un periodo de una década en pacientes con TPL. Encontraron una mejoría significativa de .30 de unidades de desviación estándar, lo que apunta a una mejoría leve a moderada. Tomando el ejemplo de estar empleado de manera exitosa, sólo un 33% informó un trabajo a tiempo completo, lo que es muy parecido a los hallazgos reportados por Zanarini y colaboradores (2010).

Morey y Meyer (2012) evalúan toda esta literatura diciendo: "A pesar de que se han encontrado mejorías globales estadísticamente significativas en el funcionamiento, la magnitud de estas mejorías son menos dramáticas y menos impresionantes que las logradas en medidas de psicopatología." (p.288). Por lo tanto, estos datos revelan que los pacientes con TP suelen mejorar mucho más en sus perfiles de sintomatología psiquiátrica, que en áreas de funcionamiento psicosocial. En términos del TPL, Gunderson y colaboradores encontraron que éstos mostraron menos mejoría psicosocial que los pacientes con trastornos de personalidad obsesivo compulsivo y los evitativos.

Una mirada diferente la ofrecen Morey y Meyer (2012). Estos autores presentan datos de seguimiento de pacientes que habían mejorado en su TPL, pero esta vez el nivel de análisis fue en documentar cambios en rasgos de personalidad patológicos. Al analizar los datos, se halló que la variable de neuroticismo tuvo una reducción estadísticamente significativa (estabilidad de $r = 0.72$). Esto es consistente con las mejorías en psicopatología, ya que el neuroticismo se relaciona a patologías mentales. Sin embargo, Morey y Mayer (2012) recalcan que el declive de 0.38 de desviación estándar puede ser descrito como leve/moderado, por lo que muchos pacientes

con TPL todavía muestran puntuaciones elevadas en neuroticismo.

Revisando el área de los rasgos de personalidad disfuncionales en los TP, Grilo y McGlashan (2005) indican que estos rasgos patológicos tardan más en transformarse o cambiar, comparados con las manifestaciones clínicas sintomáticas. De hecho, la relativa estabilidad de estos rasgos disfuncionales tiene el potencial de generar conflictos interpersonales e intrapersonales que pueden resultar en manifestaciones sintomáticas de un TP.

CONCLUSIÓN

¿Qué podemos concluir de todo esto? Hay una conclusión que ha sido corroborada en los mejores estudios longitudinales: los síntomas psiquiátricos característicos de los TP, según son medidos por el sistema categórico del DSM-IV-TR, y otras medidas diagnósticas, revelan que los TP son bastante inestables y en seguimientos largos, más del 50% de los pacientes ya no presentan dichos cuadros clínicos (Clark, 2009). Coincidimos con lo expresado por Paris (2015): “Los estudios de seguimiento han demostrado que la mayoría de los pacientes con TPL mejoran con el tiempo. El pronóstico incluso es mejor que el de muchos otros trastornos mentales” (p. 60). Este hallazgo es uno sólido, y refleja un nivel de psicoplasticidad impresionante. Estos datos deben ser atemperados ya que hay un grupo minoritario de pacientes que perduran con dichos perfiles. Asimismo, no debemos olvidar que en el TPL cerca de un 10% de los pacientes terminan suicidándose (Carballo, Stanley, Brodsky & Oquendo, 2012). Por lo tanto, no podemos subestimar la incapacidad, letalidad y sufrimiento que suponen los TP para algunos pacientes.

Por otro lado, varios estudios recientes han documentado que un número considerable y probablemente mayoritario de pacientes con TP, aún cuando ya no cumplan criterios diagnósticos, todavía no

muestran un funcionamiento óptimo a nivel psicosocial (Morey & Hopwood, 2014). Sólo como un 30-50% muestran un funcionamiento adecuado psicosocial. Muchos aún se quejan de desempleo, soledad y conflictos interpersonales. Por lo tanto, tal parece que la mayoría de los pacientes con TP, aún 10 años luego, no son personas con un bienestar psicológico alto. Claro está, se sienten y se describen mejor, ya que han eliminado gran parte de su sintomatología psiquiátrica, la cual motivaba hospitalizaciones recurrentes, problemas con la justicia, mutilaciones corporales y servicios interminables de ayuda psicológica.

Por esta misma línea, estudios recientes apuntan que los pacientes con TPL aún muestran rasgos de personalidad problemáticos (tales como neuroticismo) que les harán difícil una vida plena y saludable. En este sentido, los rasgos de personalidad resultan más permanentes que la sintomatología psiquiátrica. Sin embargo, y del lado optimista, ya documentamos que aún en un periodo bastante corto de tiempo, los rasgos más problemáticos de personalidad del TPL muestran un declive de 0.38 unidades de desviación estándar.

La pregunta es: ¿qué hace posible esta movilidad de algunos pacientes con TPL a dejar de manifestar sintomatología psiquiátrica? Varias respuestas vienen a la mente.

En primer lugar, al día de hoy ya existen ciertos enfoques terapéuticos que son muy exitosos con el TPL. Entre ellos están: las terapias dialécticas conductuales, las terapias de esquemas cognitivos, y las terapias basadas en constructos psicodinámicos y de mentalización (Roth & Fonagy, 2005; Crits-Christoph & Barber, 2015). Todas estas terapias, las cuales se están utilizando ampliamente en el campo de la salud mental, han sido puestas a prueba en ensayos clínicos controlados, notándose que añaden de manera considerable al tratamiento que un clínico usualmente le

ofrece a un paciente con TP. Tomemos dos ejemplos. Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt,... Arntz (2006) en un estudio comparando la terapia de esquema contra la terapia psicoanalítica de Kernberg, documentaron que al terminar el tratamiento, cerca del 65% de los pacientes con TPL se habían recuperado de su condición, versus cerca de un 40% en terapia psicoanalítica. Un segundo ejemplo lo tenemos en el estudio de Bateman y Fonagy (2008) en donde informan el seguimiento de 5 años de pacientes con TPL que recibieron psicoterapia de mentalización versus terapia de cuidado usual. A los cinco años, el 87% ya no cumplía criterios de TPL, mientras que sólo el 13% del grupo de cuidado usual había mejorado significativamente.

Diversos meta-análisis donde se evalúa la efectividad de intervenciones psicoterapéuticas con TP revelan que los tamaños de los efectos son grandes ($d > 1.0$) y robustos, lo que apunta claramente que al día de hoy ya se han identificado unas intervenciones que son confiablemente efectivas con pacientes con TP y TPL (Brazier, Tumor, Holmes, Ferriter, Parry, Dent-Brown & Paisley, 2006; Leichsenring & Leibing, 2003; Perry, Banon & Ianni, 1999). Este es uno de los factores claves para entender porqué los pacientes con TP al día de hoy presentan perfiles más favorables que los pacientes con TP hace unas décadas atrás (Crits-Christoph & Barber, 2015).

Otra segunda razón que ayuda a entender la maleabilidad de los TP es que hoy en día contamos con evidencia considerable que apunta que los rasgos de personalidad pueden ser más maleables y cambiantes de lo que se suponía hace décadas atrás. La psicología, y las teorías de personalidad en particular, tuvieron en el pasado un romance con las concepciones clásicas psicoanalíticas en donde la personalidad quedaba fijada y determinada por estadios de etapas psicosexuales. Esta

visión trajo un pesimismo generalizado sobre la posibilidad de traer cambios estructurales de personalidad.

Sin embargo, al día de hoy tenemos cientos de estudios, algunos longitudinales, que arrojan el dato de que la gente puede experimentar cambios en sus rasgos principales de personalidad. Así, por ejemplo, la extraversión declina con la edad; la amabilidad aumenta con la edad; la organización tiende a aumentar con la edad; el neuroticismo gradualmente declina con la edad; y la apertura a la experiencia declina con la edad (Donnellan & Robins, 2009). Por lo tanto, la personalidad es mucho más maleable de lo que se pensaba.

Por su parte, el estudio meta-analítico de Roberts y DelVecchio (2000) puede arrojar alguna luz en esta controversia. Estos autores meta-analizaron 152 estudios longitudinales de personalidad para determinar cuán estables son los rasgos de personalidad de la gente normal. Los datos indicaron que hay poca estabilidad en los rasgos de niños (0.31), moderados en la adultez temprana (0.54), más alta luego de los 30 (0.64), y bastante estable luego de los 50 años. Este dato refleja que en la adultez temprana, que es cuando muchos casos de TPL son detectados y floridos, hay bastante margen para que la personalidad tenga cambios notables. Esto puede coincidir con la observación de muchos clínicos que han notado que muchos pacientes con TPL que cumplen edades de 35-40 años comienzan a perder criterios diagnósticos, y a disminuir la impulsividad (Stevenson, Meares & Comerford, 2003).

En el caso de los TP, tal parece que nuevas experiencias de vida hacen posible que estos pacientes pongan en marcha fortalezas y estilos más saludables. Por ejemplo, Gunderson y colaboradores (2003) en su estudio con 18 personas que se habían recuperado del diagnóstico de TPL, encontraron que en 11 de los 18 pacientes, éstos reportaron cambios situacionales muy favorables que *precedieron* los cambios en

su TPL. Por ejemplo, algunos de estos eventos se relacionaban a haber terminado relaciones amorosas largas y sufridas; otros reportaron el haberse liberado de secretos dolorosos con otras personas; y otros informaron haberse reconciliado con sus padres luego de conflictos extensos. Estos datos coinciden con la revisión de Sir Michael Rutter (1989) de factores que potencian discontinuidades, en donde se resalta que una razón que causa discontinuidad es removerse de factores de riesgo ambientales (familias tóxicas; ambientes comunitarios dañinos; matrimonios disfuncionales).

Estos cambios, a veces rápidos y dramáticos, han sido documentados en gente con perfiles normales. A esto Miller y C'de Baca (1994) le llamaron *Cambios Cuánticos*. Los cambios cuánticos se refieren a personas que pasando una crisis situacional, de pronto encuentran apoyos externos o fortalezas internas que los hacen sentir muy diferentes a como eran antes. Luego del cambio, la mayoría de estas personas informan un sentido mayor de propósito de vida, mayor felicidad, cercanía con la gente y satisfacción con la vida. En este estudio, el 96% de la gente indicó que su vida era mucho mejor ahora y el 93% indicó que el cambio era duradero. Las áreas que cambiaron eran: temperamento, metas de vida; valores y estilo perceptual.

Por último, hay evidencia consistente que apunta a que las personas con un TPL suelen mostrar disfunciones neurobiológicas que resultan claves para la regulación del afecto y el auto-control. Específicamente, se han identificado disfunciones en el proceso emocional de la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal (Roussos & Siever, 2012). Esto contribuye a la impulsividad y la inestabilidad afectiva típica en el TPL. Sin embargo, estudios longitudinales muestran que con el pasar de los años muchas personas que se caracterizan por ser impulsivas y agresivas, suelen abandonar ese estilo y sustituirlo por uno más

ecuánime y balanceado (Gutierrez, Vall, Peri, Baillés, Ferraz, Gárriz & Caseras, 2012). Autores como White, Lamm, Helsinsein y Fox (2012) han señalado que en el desarrollo a la adultez, muchos de esos sistemas de conectividad biológica muestran una maduración en su funcionamiento y desarrollo. Precisamente, los neurocircuitos asociados con la regulación de funciones sociales y emocionales tiende a mostrar cambios substanciales, logrando que el individuo logre un sistema de neuroconexión más integrado. Aunque esta es un área que amerita investigarse más a fondo, es probable que algunos pacientes con TLP logren estabilizarse con el pasar del tiempo, esto debido a una mayor neuro-maduración que les posibilita una integración afectiva y conductual más balanceada. El resultado final es que la persona logra poco a poco estabilizar su afecto y su impulsividad.

Los pacientes con TPL no son fáciles de tratar, presentan riesgos suicidas, pueden cronificarse, y sus rasgos de personalidad no son tan flexibles. Sin embargo, el panorama no es tan sombrío para estos pacientes. Como bien indican Fonagy y Bateman (2006): "Los clínicos deben estar más optimistas acerca del tratamiento y del curso a largo plazo de esta condición" (p. 1). Esperamos que este artículo haya ofrecido una visión más adecuada y realista de las personas que acuden al consultorio con un perfil cónsono con un TPL.

REFERENCIAS

- Ahern, J., & Leslie, H. H. (2014). Life course approach to substance use. En K. C. Koenen, S. Rudenstine, E. Susser & S. Galea (Eds.), *A life course approach to mental disorders* (pp. 133-140). New York: Oxford University Press.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. rev.). Washington, DC: Autor.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder-mentalization based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Brazier, J., Tumor, I., Holmes, M., Ferriter, M., Parry, G., Dent-Brown, & Paisley, S. (2006). Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: A systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 10, 1-136.
- Carballo, J. J., Stanley, B., Brodsky, B. S., & Oquendo, M. A. (2012). Personality disorders. En R. I. Simon & R. E. Hales (Eds.), *Textbook of suicide assessment and management* (pp. 189-207). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Carpenter, W. T., & Gunderson J. G. (1977). Five year follow-up comparison of borderline and schizophrenic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 18, 567-571.
- Clark, L. A. (2009). Stability and change in personality disorder. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 27-31.
- Clarkin, J. F., Meehan, K. B., & Lenzenweger, M. F. (2015). Emerging approaches to the conceptualization and treatment of personality disorders. *Canadian Psychology*, 56, 155-167.
- Crits-Christoph, P., Barber, J. F. (2015). Psychological treatments of personality disorders. En P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (4^{ta} ed.) (pp. 851-870). New York: Oxford University Press.
- Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2009). The development of personality across the lifespan. En P. J., Corr & G. Matthews (Eds.), *The Cambridge handbook of personality psychology* (pp. 177-190). New York: Cambridge University Press.
- Fonagy, P., & Bateman, G. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 188, 1-3.
- Gibson, C. L., & Krohn, M. D. (Eds.) (2013). *Handbook of life-course criminology*. New York: Springer.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T.,...Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Oldman, J. M. (1998). Course and stability of personality disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 61-75.
- Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2005). Course and outcome of personality disorders. En J. M. Oldman, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders* (pp. 103-115). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2014). Course and outcome. En J. M. Oldman, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders* (2nd ed., pp. 151-173). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders* (2nd ed., pp. 151-173). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la

- personalidad* (2011). Barcelona: Fórum de Salud Mental.
- Gunderson, J. G., Bender, D. S., Sanislow, C. A., Yen, S., Rettew, J. B., Dolan-Sewell, R., ...Skodol, A. E. (2003). Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. *Psychiatry*, *66*, 111-119.
- Gunderson, J. G., Carpenter, W.T., & Strauss, J. S. (1975). Borderline and schizophrenic patients: A comparative study. *American Journal of Psychiatry*, *132*, 1257-1264.
- Gunderson, J. G., Daversa, M. T., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Zanarini, M., Shea, M. T., ...Sanislow, C. A. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 822-826.
- Gunderson, J. G., Shea, M. T., Skodol, A. E., McGlashan, T., Morey, L. C., Stout, R. I., ...Keller, M. B. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders: Study I. Development, aims, design, and sample characteristics. *Journal of Personality Disorders*, *14*, 300-315.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Gillo, C. M., ...Skodol, A. E. (2011). Ten year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, *68*, 827-837.
- Gutierrez, F., Vall, G., Peri, J. M., Baillés, E., Ferraz, L., Gárriz, M., & Caseras, X. (2012). Personality disorder features through the life course. *Journal of Personality Disorders*, *26*, 763-774.
- Koenen, K. C., Rudenstine, S., Susser, E., & Galea, S. (Eds.) (2014). *A life course approach to mental disorders*. New York: Oxford University Press.
- Laub, J. H., & Sampson, R. J. (2003). *Shared beginnings, divergent lives: Delinquent boys to age 70*. Cambridge, MASS: Harvard University Press.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1223-1332.
- Lenzenweger, M. F. (1999). Stability and change in personality disorder features: The Longitudinal Study of Personality Disorders. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 1009-1015.
- Lenzenweger, M. F. (2006). The longitudinal study of personality disorders: History, design, considerations, and initial findings. *Journal of Personality Disorders*, *20*, 645-670.
- Lenzenweger, M. F., Johnson, M. D., & Willett, J. B. (2004). Individual growth curve analysis illuminates stability and change in personality disorder features: The longitudinal study of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 1015-1024.
- Mattanah, J. J. F., Becker, D. F., Levy, K. N., Eddell, W. S., & McGlashan, T. H. (1995). Diagnostic stability in adolescents followed up 2 years after hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 889-894.
- Matthews, G., Deary, I. J., & Whiteman, M. C. (2009). *Personality traits*. New York: Cambridge University Press.
- Miller, W. R., & C' de Baca, J. (1994). Quantum change: Toward a psychology of transformation. En T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 253-280). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mitchell, K. S., & Bulik, C. M. (2014). Life course epidemiology of eating disorders. En K. C. Koenen, S. Rudenstine, E. Susser & S. Galea (Eds.), *A life course approach to mental disorders* (pp. 148-155). New York: Oxford University Press.
- Morey, L. C., & Hopwood, C. J. (2013). Stability and change in personality disorders. *Annual Review of Clinical psychology*, *9*, 499-528.

- Morey, L. C., & Meyer, J. K. (2012). Course of personality disorders. En T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp.275-295). New York: Oxford University Press.
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time: Precursors, course, and outcome. *Journal of Personality disorders*, *17*, 479-488.
- Paris, J. (2015). *A concise guide to personality disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, *42*, 482-487.
- Perkins, D. O., Miller-Andersen, L., & Lieberman, J. A. (2006). Natural history and predictors of clinical course. En J. A. Lieberman, T. S. Stroup, & D. O. Perkins (Eds.), *Textbook of schizophrenia* (pp. 289-302). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Perry, J. C., Banon, E., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1312-1321.
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality from childhood to old age: A quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, *126*, 3-25.
- Robins, E., Gentry, K. A., Muñoz, R. A., & Marten, S. (1977). A contrast of the three more common illnesses with the ten less common in a study and 18-month follow-up of 314 psychiatric emergency room patients. *Archives of General Psychiatry*, *34*, 285 - 291.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Roussos, P., & Siever, L. J. (2012). Neurobiological contributions. En T. A. Widiger (Ed.), *The Oxford handbook of personality disorders* (pp. 299-324). New York: Oxford University Press.
- Rutter, M. (1989). Pathways from childhood to adult life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *30*, 23-51.
- Shea, M. T., Stout, R. L., Gunderson, J. G., Morey, L. C., Grilo, C. M., McGlashan, T.,...Keller, M. B. (2002). Short-term diagnostic stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive disorders. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 2036-2041.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T., Morey, H., Sanislow, C. A.,...Stout, R. L. (2005). The collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLIPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders*, *19*, 487-504.
- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S.,...McGlashan, T. H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, *35*, 443-451.
- Stevenson, J., Meares, R., Comerford, A. (2003). Diminished impulsivity in older patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 165-166.
- Stone, M. H. (1990). *The fate of borderline patients: Successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford Press.
- Stone, M. H. (2001). Natural history and long-term outcome. En W. John Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders* (pp. 259-273). New York: Guilford.
- White, L. K., Lamm, C., Helfinstein, S. M., Fox, N. A. (2012). Neurobiology and neurochemistry of temperament in children. En M. Zentner & R. L. Shiner (Eds.), *Handbook of temperament* (pp. 347-367). New York: Guilford Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, B., & Silk, K. R. (2005).

- Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders*, 19, 19-29.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827-832.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160, 274-283.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Bradford, D., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169, 476-483.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 929-935.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167, 663-667.