



COMPRESION EXISTENCIAL DEL TRASTORNO EVITATIVO DE LA PERSONALIDAD II

EXISTENTIAL COMPREHENSION OF THE AVOIDANT PERSONALITY DISORDER II

Efrén Martínez*

Sociedad para el avance de la Psicoterapia Centrada en el Sentido

RESUMEN

Este artículo, busca enriquecer la perspectiva existencial frente a la comprensión del trastorno evitativo de la personalidad haciendo énfasis en los procesos noético-existenciales de la actividad-pasividad ante la amenaza de los significados existenciales subyacentes. De esta manera, se destacó al mismo tiempo la diversidad de expresiones de este trastorno dentro de las cuales se destacan: a) el modo sumiso, solidario, dependiente; b) Paranoide, desconfiado, c) Narcisista creído sobre seguro; d) depresivo, triste, nihilista; e) obsesivo-compulsivo, intenso o riguroso y f) pasivo agresivo; En cuanto a la vivencia de la ansiedad, se observa que esta se presenta comúnmente en forma de categorías existenciales como experiencia de insuficiencia, menosprecio, invalidación, peligro de destrucción de la propia dignidad, la vida o sus valores e incluso la experimentación de emociones positivas.

Palabras claves: Trastorno evitativo de la personalidad, psicología existencial, comprensión.

ABSTRACT

This article seeks to enrich the existential perspective compared to the understanding of avoidant personality disorder with emphasis on the noetic-existential processes of activity-passivity front the threatened of existential meanings. Thus, at the same time highlighted the diversity of expressions of this disorder among which are: a) way of being submissive, supportive, dependent, b) paranoid, suspicious, c) Narcissistic ,believed it, safe; d) depressed, sad, nihilistic, e) obsessive-compulsive, intense or rigorous f) passive aggressive; Regarding the experience of anxiety, we see that this is presented in the form of common mind as an experience of existential categories failure, contempt, invalidation danger of destruction of their dignity, life, or their values and even experiencing positive emotions.

Key words: Avoidant Personality Disorder, Existential Psychology, Understanding.

*Efrén Martínez Ortiz es Psicólogo de la Universidad Antonio Nariño con Especialización en Farmacodependencia de la Fundación Universitaria Luis Amigo y Doctor en Psicología de la Universidad de Flores.

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse al Email de Contacto cpp@colectivoaquihora.org

ARTÍCULO DE REVISIÓN. RECIBIDO: junio 5 de 2011 APROBADO: agosto 20 de 2011

INTRODUCCIÓN

El presente artículo es la continuación de un primer trabajo (Martínez, 2010) en donde se abordaron elementos descriptivos de

matiz fenomenológico existencial del trastorno de personalidad evitativo, incluyendo en esta oportunidad aportes de otros autores que por su trayectoria clínica e

investigativa enriquecen una mirada existencial, especialmente para el desarrollo de diagnósticos diferenciales, y complementando el anterior artículo con un planteamiento de la pasividad y actividad (lucha o huida) ante la amenaza de la existencia y las recomendaciones para el manejo de la relación terapéutica, todo ello con un especial énfasis logoterapéutico, dadas las características más prácticas de este enfoque a la hora de observar el tratamiento desde una perspectiva existencial.

Las diversas caras de la evitación

Cuando el rasgo evitativo predomina en una persona que también tiene aportes del modo de ser *sumiso*, *solidario* o *dependiente*, se presenta una pobre iniciativa y una evitación fuerte de la independencia, viéndose nerviosa y asustada gran parte del tiempo y puede tener estallidos de ira ante aquellos que no la comprenden. Realmente es difícil distinguir entre un rasgo y otro. Pues para estas personas les es complicado utilizar estrategias activas para buscar la aprobación de los demás, tendiendo a huir y a encerrarse

simbióticamente en las relaciones familiares cercanas. Algunos los denominan evitadores fóbicos que ante la dificultad de acceder a relaciones íntimas, se centran en encontrar un sustituto simbólico a donde puedan desplazar sus ansiedades (Millon & Davis, 2001, Millon & Grossman, 2007).

El modo de ser evitativo que se matiza con rasgos *paranoides*, *desconfiados* o *suspicious*, se muestra aprehensivo y alerta todo el tiempo, buscando señales ocultas acerca de personas que podrían burlarse de él o ridiculizarlo con la intención de hacerlo quedar mal, pueden ser ocasionalmente reacios y un poco agresivos, siendo denominados evitadores hipersensibles que llegan a creer “que su yo patético es el resultado de las acciones encubiertas por parte de las otras personas para “hundirles” o hacer que ellos mismos se inhiban (Millon & Davis, 2001). Viven con intenso cuidado y sospecha, asustados y nervioso ante lo que puede pasar.

La personalidad evitadora podría llegar a confundirse brevemente con una personalidad que posee algún

rasgo *narcisista, creído o sobreseguro*, sin embargo, podrían parecer rasgos similares pues comparten el miedo a la descalificación y a la inferioridad, así como las fantasías de grandeza. Esta confusión suele presentarse en el estado de desquite narcisista en donde se sienten con el deseo de “recuperar el tiempo perdido” de la socialización, se sienten autoexaltados y tratan con desdén el juicio ajeno. Suele presentarse al mejorar un poco sus habilidades y posicionarse en la vida (Procacci & Popolo, 2008).

Cuando la inhibición del evitativo esta bañada por el rasgo de la personalidad *depresiva, triste o nihilista*, el autodesprecio típico de este rasgo aumenta su malestar, encerrándose más en sí mismos para evitar el malestar, viviendo en el mundo de la fantasía, bloqueando las imágenes y recuerdos dolorosos, soliendo abandonarse a sí mismos y tener riesgos de suicidio (Millon & Grossmann, 2007).

Es así, como parte del espectro de la ansiedad, el modo de ser evitativo puede combinarse con el *obsesivo compulsivo*,

intenso o riguroso, caracterizándose por la restricción de la expresión emocional, mostrándose frío y tenso, y con cierto narcisismo descalificador y crítico, siendo esta estrategia la utilizada por este modo de ser: descalifica acciones, lugares o personas con la argumentación que le ayuda a evitar contextos en donde podría sentir el malestar de la evaluación.

Finalmente, el evitador con características del modo de ser *pasivo agresivo*, se muestra ambivalente en sus relaciones, pasando de la idealización de sus relaciones a la sensación de constricción y pérdida de autonomía que los invita a la sutil guerra interpersonal (Millon & Davis, 2001), similar a lo experimentado en el estado de injusticia sufrida en donde manifiesta disimuladamente su rabia (Procacci & Popolo, 2008). Tienen una gran discordia interna, son vacilantes, confusos y amargados (Millon & Grossman, 2007).

La pasividad y la actividad incorrecta: estrategias de afrontamiento

Protegerse de la vulnerabilidad y del avivamiento de vivencias de insuficiencia, menosprecio e invalidación, así como de las emociones y sentimientos desagradables que surgen al activarse las vivencias, es la tarea de las estrategias de afrontamiento que les caracterizan. Para Caponni (1987) este modo de ser “tiene una actitud de evitación de la relación tanto especializada como de compromiso afectivo. Habitualmente le resultan incómodos el acercamiento y contacto, la comunicación en general, y la interacción afectiva tanto de orden emocional, como de sentimientos.” Este modo de ser huye del peligro de ser destruido, en términos logoterapéuticos usa la pasividad y la actividad incorrecta (Frankl, 1992, 1994c, 2001, Martínez, 2007, 2009b, 2011, Lukas, 2004) como una pauta de reacción ante la amenaza de no existir –o la destrucción de la dignidad de vivir-, este modo de ser huye, no enfrenta o disminuye la probabilidad del “daño” a través de desarrollos conscientes y a veces no conscientes que se denominan pasividad incorrecta; de igual forma, ante la

amenaza de no existir, algunos luchan, enfrentan o intentan aniquilar lo que los puede dañar, utilizando así la actividad incorrecta, que no es muy característica de este rasgo de personalidad, pero como ya se ha dicho (Martínez, 2010), la personalidad es un complejo entramado de rasgos, por lo que es posible que algunos utilicen la actividad incorrecta o como algunos suelen llamarle: “La evitación activa”; finalmente, otros, ante la imposibilidad de huir o de luchar suelen hacerse los muertos, abandonarse o entregarse al daño.

En palabras de De Castro y Garcia (2008): “vale la pena hacernos directamente la pregunta ¿qué es la experiencia del no-ser? Se entiende por esta experiencia aquel aspecto trágico de la vida (que muchas veces nos empeñamos en negar) en el que se incluyen todos los aquellos peligros que amenazaran nuestro vivir, tanto en un sentido psicológico (como es la posibilidad de que los valores escogidos y proyectos y elegidos fracasen o no se pueden seguir afirmando en la vida

diaria) como físico (como es la posibilidad de muerte física).

En consecuencia, la amenaza de no-ser pondría en riesgo nuestra experiencia de sentirnos una persona plena de significación. En otras palabras, la experiencia de no-ser se refiere a la amenaza (real o posible) sobre los valores que sentimos como propios de nuestra existencia y que dan sentido a la misma.”

Al respecto, vale la pena dejar en claro, que no siempre la evitación se da ante la amenaza de perder la identidad, pues este modo de ser también huye de la emociones positivas (Taylor, Laposka & Alden, 2004), sin embargo, lo que aquí sucede, es que la evitación se da ante el malestar que produce la emocionalidad, y dejarse afectar por las emociones positivas es interpretado como de “personas débiles”, situación de la que hay que escapar, pues se estaría en riesgo de ser destruido como proyecto.

De esta manera y según Elisabeth Lukas (2004), el proceso de fijación se da de la siguiente manera: “Un suceso casual y desagradable, mayormente traumático, crea

el temor a que dicho incidente se repita en una situación parecida. Esta angustia ante la expectativa deja tan inseguro al afectado, o le hace actuar de forma tan forzada, que el suceso temido vuelve inmediatamente. Con ello ya se cierra el círculo, porque tras el retorno del suceso (“síntoma”), la angustia ante la expectativa aumenta a niveles altísimos (va creciendo hacia la “fobia”) y vuelve a producir el síntoma cada vez que aparece la situación ocupada por la angustia. El afectado, preso en el círculo vicioso, piensa que solo puede salvarse evitando la situación ocupada por la angustia, pero ello lo entrega definitivamente a la neurosis de ansiedad, porque la angustia acostumbra a extenderse (a generalizarse) a ámbitos de la vida no invadidos. Cuanto más evitemos las situaciones angustiosas, menos capacidad de resistencia tendremos frente a nuestras angustias (p. 127).”

Este proceso de fijación de la estrategia, es una trampa, pues “aquel que trata de evitar la ansiedad, en algún grado

fracasará siempre en el intento, debido a que ésta nunca se ‘acabará’ por el hecho de ser parte de nuestra condición humana, y los esfuerzos del individuo, en vez de hacer que dicha experiencia de ansiedad ayude a construirse como persona, lo harán extraviarse cada vez más” (De Castro & García, 2008, p. 59), dejándolo ante la imposibilidad de ampliar el mundo y encontrar respuestas diferentes a la huida.

Las estrategias de afrontamiento suelen ir más allá de las situaciones sociales (Taylor, Lapsa & Alden, 2004), pues las mismas también se dan con la intención de evitar la novedad, distraer los pensamientos que los dejen en posiciones vulnerables y ante las emociones negativas y positivas, en sí, usan estrategias conductuales, sociales, cognitivas y emocionales (Dimmaggio, Procacci, Nicolo, Popolo, Semerari, Carcione & Lysaker, 2007).

Sus *estrategias de primer nivel* se basan especialmente en el consumo de sustancias, principalmente el alcohol, en donde encuentran una estrategia de

automedicación de la ansiedad, corriendo el grave riesgo de generarse una dependencia, dada la contundencia de esta estrategia para este modo de ser. Es posible que tranquilizantes como las benzodiazepinas, puedan ser utilizadas, pues a través de ellas logran controlar la ansiedad constante.

Las *estrategias de segundo nivel* suelen caracterizarse por asumir la experiencia de ansiedad de una forma inadecuada, en donde “el individuo se encierra defensivamente ante las distintas posibilidades que se le presentan en la vida diaria, tratando de reducir las opciones que automáticamente generen ansiedad, sin pretender muchas veces incluso analizar los valores implicados en dicha experiencia. Como consecuencia, el proyecto de la vida de la persona se estancaría, reduciendo sus posibilidades de ser y no actualizando su potencial para confrontar constructivamente las situaciones en el momento presente”. (De Castro & García, 2008. P. 57). Dichas estrategias pueden ser del tipo pasivo o del

tipo activo, en cuanto a las primeras se encuentran:

1. *Estrategias de excusa:* En este tipo de estrategias, la persona necesita convencerse a sí misma de una serie de razones que le permitan justificar el aplazamiento de acciones por realizar y la no exposición a situaciones sociales, pues de no convencerse a sí mismo de lo inadecuado de hacer ciertas cosas, se evidenciaría ante sí su ineficacia, situación que genera el suficiente malestar como para requerir de otras estrategias, iniciando así un circuito sin fin. En este punto la persona dice cosas como “quien se habrá inventado esta actividad tonta de bailar”, “Qué sentido tiene hacer una actividad tan cursi”, “mejor lo llamo mañana, pues no quiero ser inoportuno a esta hora”, “es mejor esperar a que se dé la ocasión adecuada”, “estoy demasiado cansado como para ir”, “No tengo ganas en este momento”.

2. *Estrategias de invisibilidad:* En este tipo de estrategias, la persona intenta pasar desapercibido, manejando un bajo perfil y evitando hacerse visible ante cualquier

supuesto evaluador, para ello, prefieren ubicarse a la distancia prudente, en donde no puedan ser evaluados; suelen hablar lo menos posible y cuando lo hacen utilizan un tono de voz suave, entrecortado y rápido, como quien deja las cosas a la interpretación del otro para no sentirse plenamente responsable de lo que se dice o simplemente buscando no ser escuchado o entendido para disminuir riesgos. La invisibilidad implica concentrarse en textos, anotaciones, aparatos tecnológicos o supuestas llamadas telefónicas con tal de no compartir, aparentando encontrarse ocupado para no ser interrumpido.

3. *Estrategias de fantasía:* En ellas, la persona utiliza la imaginación para crear escenarios en donde puede realizarse sin sentirse frustrado, espacios en donde siente que tiene un lugar para ser todo aquello que en la vida cotidiana no puede. En la fantasía esperan un futuro sin angustia, en donde mágicamente pueden relacionarse con las personas y sin esfuerzo alguno consiguen generar relaciones íntimas, sexuales o de negocios. La fantasía puede llegar al extremo

de generar espacios mentales que el evitador sabe que nunca se van a dar, pero le permiten sentirse mejor, por ejemplo, convertirse en un superhéroe, tener poderes especiales o habilidades que le permiten sobresalir de manera exagerada liberando un grupo de mujeres secuestradas, golpeando a varios delincuentes y ganando, etc.

4. *Estrategias de Acomodación*

pasiva: En las que la persona se acomoda a las circunstancias y el liderazgo de los demás, asumiendo lo que otros quieren y lo que otros dicen para evitar de esta forma la posibilidad de ser rechazado o peor aún, de ser excluido y no considerado. En la acomodación pasiva se hace lo que los otros plantean, asumiendo las metas y los planes de los demás, así como los planteamientos que exponen.

5. *Estrategias de Distracción:*

En este tipo de estrategias, la persona logra “no prestarse atención”, logrando aparentemente tener la mente en blanco. Por un lado se eleva en un mundo de pensamientos desconectados, aislándose mentalmente de los demás, sin prestarle atención a lo que dicen y hacen –en

el caso de vínculos cercanos-, pues en el caso de otras posibles relaciones, prefieren cambiar el tema y distraer la conversación de aquellos temas que pueden generar emociones, también pueden quedarse callados y pensar en otras cosas o simplemente bloquear la comunicación. La interferencia cognitiva se da en este punto, aparece ruido interno que aleja y distrae a la persona de la experiencia emocional.

En cuanto a las estrategias activas se utilizan:

6. *Estrategias de Evitación*

Activa: Al no lograr escapar sin levantar sospecha y no contar con las estrategias adecuadas para enfrentar las situaciones de amenaza, reacciona abruptamente escapando del lugar. Se marchan de las reuniones sin despedirse, salen de los lugares rápidamente y sin mirar a nadie, se esconden en el baño en momentos en donde deberían compartir, huyen a su auto, al balcón o a cualquier lugar “seguro”. Esta estrategia es una combinación de pasividad y actividad incorrecta.

7. *Estrategias de desquite narcisista*: En donde a la manera del modo de ser narciso, descalifican e intentan destruir a quien plantea una amenaza, aunque no siempre lo hacen directamente. Suelen hablar mal de las personas, agrediéndolas y descalificándolas. Es posible, como ya se comentó anteriormente, que en fases más avanzadas de la terapia, lleguen a hacerlo más de frente como una reacción al sentimiento de exclusión (Procacci & Popolo, 2008).

Diferenciándose de otros modos de ser y uno que otro diagnóstico

En el caso del modo de ser *Dependiente, sumiso o solidario*, los dos tienen una gran necesidad de afecto, pero el evitador duda de su obtención, ambos parecen ser tímidos, le temen a la crítica y al conflicto interpersonal, son inseguros, buscan ser cuidados, son reactivos susceptibles a la amenaza, y aunque ante la autoridad suelen ser igual de sumisos, la diferencia radica en que en la dependencia no se reafirman a sí mismos por su miedo a ser abandonados,

mientras que en la evitación no lo hacen por su autoimagen negativa (Leising, 2006).

El dependiente busca a los demás e intenta agradecerles, mientras que en la evitación se huye de los otros por miedo al rechazo, la burla o la humillación (Millon, 2001). La diferencia fundamental está en la introversión del evitativo (Meyer, 2002) y aunque los dos trastornos se caracterizan por sentimientos de incapacidad, hipersensibilidad a las críticas y necesidad de reafirmación, en el modo de ser evitativo, la preocupación es evitar la vergüenza o la humillación, mientras que en la dependencia, la preocupación es por ser atendido (Skodol, 2007).

La imagen de sí es parecida en los dos trastornos, pero se diferencian en que para el dependiente los demás son fuertes y capaces de cuidarse, mientras que el evitador los ve como críticos (Beck, 2005). En sí, mientras los evitativos tienen problemas para acercarse e iniciar relaciones, los dependientes no tienen problema con esto (Alden, Mellings & Rydero, 2004; Alden, Lapsa, Taylor &

Ryder, 2002). Tal vez la principal confusión, además de la imagen de sí mismos compartida, se da por que los dos dependen en sus relaciones, pero el punto de diferenciación radica en cómo viven la separación, pues para el dependiente la misma se experimenta como una gran abandono, mientras para el evitador como una gran libertad (Procacci & Popolo, 2008).

En cuanto al modo de ser *aislado o esquizoide*, los dos se aíslan del mundo, pero el esquizoide tiene un aislamiento pasivo y el evitador un aislamiento activo (Millon & Davis, 2001; Cia, 2004), es decir, los esquizoides no se interesan por el contacto social, no tienen grandes impulsos ni emociones, muy pocas expresiones afectivas y poca respuesta a los estímulos, mientras que el modo de ser evitativo es hipersensible, ansioso y huye activamente del foco de la ansiedad.

Mientras el evitador tiene el deseo de relacionarse con los demás, pero huye de ello por la angustia que le generan (Caponni, 1997; Beck, 2005; Millon & Grossman,

2007), al modo de ser esquizoide simplemente no le interesa relacionarse y prefiere vivir solo (Herbert, 2007). El modo de ser esquizoide es plano cognitivamente, mientras que el evitador vive lleno de fantasías mentales. El modo esquizoide está emocionalmente aplanado y el modo de ser evitativo está preso de sus emociones; los individuos evitadores son inseguros interpersonalmente y los individuos esquizoides son indiferentes hacia los demás (Alden, Mellings & Rydero, 2004). Caponni (1997) presenta una buena síntesis para un diagnóstico diferencial diciendo: “En su relación con los demás, y a diferencia del esquizoide, es hipersensitivo a los estímulos sociales, a los sentimientos y afectos del otro, en especial a los que encierran matices de desprecio y rechazo. Esta hipersensitividad lo hace tener una actitud expectante y ansiosa frente a los demás, y si no recibe incondicionales garantías de valoración, acogida y aprobación, los evita y se retira. A diferencia del esquizoide, este retiro no le es indiferente, sino que lo hace sentirse solo. Es visto por los demás como tímido y aprensivo.

A primera vista pudiera confundirse con el esquizoide, pero su actitud atenta hacia el medio, su expresión tensa y temerosa descartan en él la indiferencia y lejanía del esquizoide. Se confirma la diferencia cuando se logra establecer una relación más personalizada con el evitador, a través de brindarle confianza y aceptación. Situación en la que se aprecia su extrema sensibilidad y deseo de relacionarse afectivamente con el otro (p. 268).” De todas formas, en la práctica, casi nunca se hace esta distinción, dada la baja prevalencia del trastorno esquizoide (Alden, Lapsa, Taylor & Ryder, 2002).

La diferenciación con el *excéntrico* o *esquizotípico*, es bastante similar a la del modo de ser aislado o esquizoide, pues también prefiere el aislamiento social (Beck, 2005, Caballo, 2004). La confusión con el evitador se puede dar por el hecho de compartir la ansiedad social, la constante fantasía interna, el aislamiento y la baja autoestima; sin embargo, el modo de ser excéntrico tiene comportamientos mucho más

extraños y visibles, así como ideas psicóticas (Millon & Davis, 2001; Caballo, 2004). El modo de ser evitativo no haría cosas que llamen la atención de los demás de manera contundente como en el caso del esquizotípico.

Las diferencias con el modo de ser *desconfiado* o *paranoico* se ocultan porque los dos viven tensos, temen ser vistos vulnerables, no les gusta confiar en otros pues temen ser burlados o humillados, pero los evitadores “creen que la causa de ese desprecio es su propia inferioridad, mientras que los paranoicos consideran que son los demás quienes tratan de anularles” (Millon & Davis, 2001); Al igual que el paranoico, el evitador tiene una postura egocentrada, pero no atribuye malas intenciones, su sensación de desconfianza se relaciona con el temor a sentirse incomodo (Procacci & Popolo, 2008), en sí, el miedo del evitador es ser humillado y el del paranoico es ser traicionado.

Con el modo de ser *intenso* u *obsesivo* se comparte la tendencia a disimular el mundo emocional y mantener controlado todo

aquello que los puede hacer ver vulnerables. Comparten la ansiedad de ejecución y el temor a la evaluación (Millon & Davis, 2001) motivo por el cual, el miedo al fracaso y a quedar mal ante los otros los tensiona, pero mientras el evitador huye de estas situaciones, el modo de ser intenso se prepara de forma exagerada y cree que solo él puede hacerlo; si bien los dos modos de ser aniquilan la espontaneidad, es posible observar diferencias en la manifestación fisiognómica de los dos modos de ser, ya que el control del obsesivo suele ser más funcional, mientras que la emocionalidad del evitador lo hace ver más tenso y angustiado.

En relación a las diferencias con la personalidad *nihilista* o *depresiva* las características comunes tiene que ver con que los dos modos de ser ansían tener relaciones, temen la evaluación negativa y evitan las relaciones; sin embargo, el evitador las evita por su miedo a ser descubierto en su inadecuación, mientras que el modo depresivo lo hace por creer que será decepcionado por los demás. El evitador se centra en la ansiedad

y el miedo de las relaciones, el depresivo en la frustración y la irritación de las mismas (Huprich, 2005). Un buen discriminante entre los dos modos de ser, es que el depresivo suele tener una red social más amplia (Rayder, Bagby, Marshall, & Costa, 2007). En estudios desarrollados por Huprich (2005) parece que el TPE y el TPD pueden ser diferenciados por que el nivel de hostilidad y enojo es más alto en el modo de ser depresivo, y la ansiedad más alta en modo de ser evitativo.

En relación a otros diagnósticos, la literatura es bastante extensa en la discusión concerniente a la *fobia social* (Holt, Heimberg & Hope, 1992; Tillfors, Furmark, Ekselius & Fredrikson, 2004; Herbert, 2007; Huppert, Strunk, Roth, Davidson & Foa, 2008, Cox, Pagura, Stein & Sareen, 2009; Chambless, Fydrich & Rodebaugh, 2008; Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002). Para Millon y Davis (2001) “los evitadores normalmente tratan de mantener una fachada de aplomo y autocontrol que oculta la ira interna, que han

heredado a partir de una historia evolutiva de burlas por sus faltas y debilidades. En cambio, la fobia social no necesita poseer el cuadro evolutivo completo que expresa el evitador. Así mismo, los evitadores desean ser queridos y aceptados, pero dudan de que puedan disfrutar de ese lujo, al menos para ellos. El fóbico social no tiene por qué padecer ese tipo de malestar". El TEP puede coexistir con la fobia social pero el modo de ser evitativo tiene patrones más globales de comportamiento, porque incluye sentimientos de incapacidad, inferioridad e ineptitud y un miedo general a asumir riesgos y la novedad (Skodol, 2007), teniendo el TEP un malestar más generalizado, mayores niveles de ansiedad y depresión, y mayor sensibilidad interpersonal y evitación social (Holt, Heimberg & Hope, 1992).

Diversas investigaciones parecen demostrar que la fobia social y el trastorno evitativo no son trastornos diferentes, pero al mismo tiempo no son un mismo trastorno, sino más bien un continuum de severidad patológica, en donde el TEP se encuentra en

el polo de mayor gravedad (Cox, Pagura, Stein & Sareen, 2009; Alden, Mellings & Rydero, 2004; Caballo, 2004; Herbert, 2007; Tillfors, Furmark, Ekselius & Fredrikson, 2004; Huppert, Strunk, Roth, Davidson & Foa, 2008; Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002). La diferencia radica en que al parecer, el fóbico social se siente inadecuado en situación de exposición, mientras que el evitante no consigue sentirse en relación (Procacci & Popolo, 2008) y presentan mayores niveles de evitación a la novedad, evitación social y evitación a emociones positivas (Huppert, Strunk, Roth, Davidson & Foa, 2008). Algunos autores consideran que la fobia social se circunscribe a miedos sociales específicos y en la Fobia social generalizada de la mayoría de situaciones (Cox, Pagura, Stein & Sareen, 2009), hasta el extremo máximo del Trastorno de la personalidad.

La comorbilidad entre estos trastornos suele ser bastante alta, haciendo más grave la sintomatología, pues cuando se presentan la fobia social generalizada y el TEP en una

misma persona, esta suele mostrar mayores niveles de ansiedad y depresión (Tillfors, Furmark, Ekselius & Fredrikson, 2004, Holt, Heimberg & Hope, 1992), mayor comorbilidad, más probabilidad de tenerle miedo a las situaciones en las que interactúan siendo observados (Cox, Pagura, Stein & Sareen, 2009), y habilidades sociales más pobres (Chambless, Fydrich & Rodebaugh, 2008), al parecer la principal diferencia al tener estas dos condiciones es que en el TEP hay una mayor tendencia a evitar tanto las emociones positivas como las creencias negativas acerca de las emociones, mucho más allá de las situaciones sociales (Dimmaggio, Procacci, Nicolo, Popolo, Semerari, Carcione & Lysaker, 2007).

Finalmente, se presentan similitudes con diferentes trastornos de ansiedad como los ataques de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo y la agorafobia, en el caso de esta última, la diferencia está en que el miedo aquí es acerca de la posibilidad de tener un ataque de pánico, mientras que en el modo de ser

evitativo, el miedo es a la crítica y al rechazo social (Beck, 2005).

Cuando la tensión empieza a salir por los poros

Cuando las estrategias de afrontamiento dejan de funcionar, no son suficientes o su uso exagerado termina siendo más nefasto que aquello que intentan “evadir”, la olla de presión se llena, al punto en donde es inevitable pequeñas o grandes explosiones sintomáticas, por las que generalmente es que se pide ayuda. Como explica Romero (2008): “Cuando alcanzamos esta etapa, nuestro poder de lucha sufre continuos quiebres, pero no somos capaces de soportar tanta tensión. En este caso nos deprimimos. Entonces es posible que entremos en un ciclo de depresión-angustia, alternados. Si llegamos a perder el aliento para continuar la tentativa de aún conquistar un lugar de amparo, un nuevo punto de partida y de apoyo, entraremos en otra forma de aniquilación, bastante peor que cualquier otra forma de angustia: la depresión (p. 151)”. Siendo estas *fases depresivas*, la expresión del

fracaso de las estrategias de afrontamiento (Procacci & Popolo, 2008). La profunda tristeza y soledad vivida puede manifestarse en episodios depresivos llenos de sensación de abatimiento e inutilidad (Millon & Davis, 2001), teniendo como agravante el factor de riesgo de la baja autoestima que se asocia fuertemente con la depresión (Lynum, Wilberg & Karterud, 2008). En síntesis, la depresión es uno de los estados de ánimo más reconocido en este modo de ser (Beck, 2005; Alden, Mellings & Rydero, 2004, Huppert, Strunk, Roth, Davidson & Foa, 2008, Alden, Lapos, Taylor & Ryder, 2002), especialmente el trastorno depresivo mayor y la distimia.

Dentro de la comorbilidad, también los *trastornos de ansiedad* juegan un papel clave, siendo la ansiedad generalizada y la fobia social los más frecuentes (Millon & Davis, 2001, Alden, Lapos, Taylor & Ryder, 2002), pero encontrando también manifestaciones del trastorno obsesivo compulsivo y los ataques de pánico (Alden, Lapos, Taylor & Ryder, 2002), siendo estos

problemas uno de los motivos por los que acuden a terapia (Beck, 2005). Cuando el modo de ser evitativo presenta fobia social generalizada, los síntomas se agravan como se ha expuesto en párrafos anteriores. Además de los problemas de depresión y ansiedad, pueden presentarse *trastornos disociativos* como una estrategia protectora a su hipersensibilidad (Millon & Davis, 2001, Millon & Grossman, 2007), presentando una perturbación de la identidad, la memoria o la conciencia (Beck, 2005), llegando en algunos casos a la esquizofrenia (Millon, 2001).

Los *síntomas físicos* también suelen ser frecuentes, los problemas neuromusculares, los problemas del aparato digestivo, la tensión constante y las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad suelen reportarse (Caballo, 2004), sin que pueda encontrarse una explicación médica adecuada; estos síntomas físicos pueden emplearse como 1. Una forma de enfrentar la disociación sintiendo una conexión corporal, 2. Una manera de distraerse de las sensaciones internas de humillación que son

inaceptables y, 3. Como una estrategia de evasión de los contextos sociales (Millon & Davis, 2001). Por esta misma línea se encuentran los trastornos somatoformes (Beck, 2005), especialmente el trastorno dismórfico corporal (Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002).

La *dependencia de sustancias* es uno de los factores más importantes, pues suele solapar y hacer casi imposible el trabajo terapéutico con el trastorno evitativo de la personalidad, como dice Procacci, Petrilli y Dimaggio (2008a): “El dolor de no pertenecer puede verse suavizado por el alcohol y otras sustancias, pero entonces se instaura la dependencia. A menudo hacemos reflexionar a los evitantes sobre la diferencia entre la “necesidad” de ingerir alcohol y el “placer” de hacerlo: con frecuencia, se identifican con la primera modalidad, solitaria, ligada a sensaciones de vacío y de tristeza, mientras que la segunda es comunicativa y un signo de pertenencia (p. 475)”. Entre los trastornos de la personalidad, este modo de ser tiene una alta prevalencia en el consumo de drogas.

Finalmente, se encuentra también cierta correlación con los trastornos alimenticios (Alden, Laposa, Taylor & Ryder, 2002).

La relación terapéutica: logrando romper y mantener el hielo roto

La relación terapéutica debe ser utilizada para movilizar los recursos personales del consultante, permitiéndole que en vivo y en directo vea lo que le sucede, manifieste su capacidad de auto comprensión y en síntesis, movilice los recursos noéticos que se plantean en la pasividad y actividad correcta (Martínez, 2007, 2011); sin embargo, el foco de este modo de ser se centra precisamente en la dificultad para relacionarse y su débil auto trascendencia, situación que plantea dos grandes dificultades, la primera tiene que ver con lo difícil que es, que estos consultantes lleguen a terapia, pues en los casos extremos, tan solo salir de la casa es todo un problema, y segundo, mantener la relación terapéutica con una persona que posee una altísima sensibilidad y una baja tolerancia al malestar, implica caminar

“pisando cascaras de huevo”, pues cualquier movimiento en falso, en el momento inadecuado, finalizara con las deserción del tratamiento, contando de suerte con una única ventaja: Los rasgos dependientes que tiene la mayoría de estos consultantes, situación por la que las primeras sesiones son las más importantes.

Ayudar al consultante a salir de sí mismo y hacerse real, es la tarea fundamental del terapeuta, encontrarse existencialmente con el consultante en una relación yo-tu (Buber, 1998), es la condición necesaria para hacer un buen tratamiento y en general, para llevar una existencia plena. “Para decirlo con otras palabras, la existencia humana está profundamente caracterizada por su «autotrascendencia» Por ella entiendo yo el hecho antropológico fundamental que remite al hombre, por encima y más allá de sí mismo, a algo que no es él mismo, a algo o a alguien: a un sentido que el hombre cumple, o aun ser - humano también como él- con quien él se encuentra (Frankl, 1992. P. 267)”.

Al igual que en la mayoría de trastornos de la personalidad, el motivo de consulta no suele estar directamente relacionado con la personalidad, pues la conciencia de cómo esta organización genera los síntomas que lo obligan a pedir ayuda, no se encuentra comúnmente en los consultantes, quienes generalmente llegaron por la depresión, los problemas somatoformes, la ansiedad, el estrés, el abuso de drogas o los síntomas físicos que están experimentando, siendo esto lo primero que hay que hacer: estabilizar a la persona sintomáticamente, aun corriendo el riesgo de perder la relación terapéutica ante las primeras mejorías; por ello, la relación terapéutica debe brindar el espacio seguro suficiente como para que el consultante pueda-ser y dé el salto hacia la autenticidad, pagando su angustioso precio.

En la relación terapéutica los consultantes necesitan saber que el terapeuta es diferente, deben sentirse tranquilos, aceptados incondicionalmente y sobre todo no acorralados, manteniendo una relación lo suficientemente autentica y segura como para

que pierdan el miedo a ser condenados (Millon & Davis, 2001), implicando un gran autoconocimiento y trabajo personal del terapeuta, pues es preciso que conozca los efectos potencialmente humillantes de ciertos comentarios (Bender, 2007), gesticulaciones y actitudes que pueden avivar las vivencias de insuficiencia y menosprecio, invitando al consultante a sacar sus estrategias de pasividad y actividad incorrecta, en un momento en el que aún no está preparado para manejar estos movimientos, ni logra identificar la manera como evade.

Los momentos iniciales de la relación deben centrarse exclusivamente en generar el espacio seguro, la afirmación y comprensión de lo que le pasa al consultante, evitando los juicios, interpretaciones y confrontaciones a las que el terapeuta pueda sentirse tentado por un diagnóstico temprano; si bien, es necesario empezar a movilizar los factores noéticos concretos (Martínez, 2010, 2011), el foco inicial debe estar ubicado en pequeños movimientos de la capacidad de autocomprensión ayudándole a identificar la

manera como todo lo que está viviendo le está afectando su vida y proyectando al consultante motivacionalmente (autoproyección) hacia los logros que obtendrá en el proceso terapéutico, sin evidenciar aun, todo lo que tendrá que hacer para lograrlo y mucho menos los elementos de exposición a los que tendrá que someterse. Al principio de la relación los consultantes experimentan muchos pensamientos “saboteadores” del proceso, las estrategias de afrontamiento se manifiestan pero aún no se sienten seguros para confesarlas, momentos que el terapeuta debe aprovechar para ayudar al consultante a que encuentre otras situaciones en donde se le vienen este tipo de juicios, descentrando al consultante de la atribución de dificultades que empieza a hacerle a la relación terapéutica, para llevarlo a una comprensión mayor, centrada en las dificultades que tiene en las relaciones en general y no exclusivamente con el terapeuta.

En la medida que la relación se ha estabilizado, el terapeuta debe perder un poco el miedo a las rupturas momentáneas de la

relación, sin perder de vista el cuidado de la misma, pues el manejo adecuado de estas rupturas, termina siendo terapéutico y altamente productivo para el proceso de cambio de la persona (Strauss, Johnson, Hayes, Newman, Brown, Barber, Laurenceau & Beck, 2006), pues abre el espacio para evidenciar las pautas de relación que se generan y también pone en marcha estrategias de tercer nivel (Martínez, 2007, 2011a) en donde aprende a resolver estos impases relacionales.

El cuidado de la relación es un eje fundamental del tratamiento, motivo por el cual, el terapeuta debe anticipar constantemente la evitación y la falta de adherencia a las propuestas terapéuticas (Alden, Mellings & Rydero, 2004), abriendo espacios para hablar del miedo o de las emociones que generan estas propuestas, planteando los temas en un clima comprensivo, libre de cualquier tono enjuiciador, y especialmente asumiendo que cuando algo anda mal en la relación

terapéutica, mucho de ello es responsabilidad del terapeuta y no solo del consultante.

Tal vez el principal semáforo de la relación terapéutica es la experiencia interna del terapeuta, en ocasiones se puede sentir perdido y desubicado, con la sensación de no poder acceder a la mente del consultante, es decir, se estrella con el bunker de cristal en el que habita la persona y experimenta lo que la mayoría de las personas que conocen al consultante sienten a veces; en otras ocasiones el terapeuta experimenta rabia e irritación, especialmente cuando ha juzgado que lo que hace o deja de hacer el consultante es totalmente su responsabilidad, como si el terapeuta no participara en la relación que se entabla.

El aburrimiento y la somnolencia también pueden surgir, pues la emocionalidad plana le quita vida a la relación; es posible que todo esto presione al terapeuta quien puede cometer graves errores como descalificar al consultante por su “falta de esfuerzo para cambiar”, expresar actitudes hostiles fruto de la frustración que

experimenta el terapeuta al relacionar los progresos del consultante con su valía interna como terapeuta, ganas de acabar la sesión lo más pronto posible o simplemente cancelarla. La emocionalidad y experiencia interna del terapeuta le permite comprender la manera como se entablan los ciclos interpersonales, dándole un material maravilloso para ayudarle al consultante a comprender la experiencia interpersonal, teniendo el cuidado de no culpabilizarlo de estos ciclos, sino más bien ayudándolo a encontrar lo que sucede interna e interpersonalmente, para que genere diferentes maneras y actitudes que despierten en los otros formas y expresiones que refuerzan el círculo vicioso mantenedor del problema.

Vale la pena aclarar, que al principio de la relación terapéutica, los consultantes no suelen estar listos para compartir este tipo de conversaciones, pues generalmente no han desarrollado la suficiente capacidad autocomprensiva y de diferenciación como para poder hacer útil estas intervenciones, siendo necesario trabajar primero en la

construcción de un espacio compartido, antes de hacer este tipo de movimiento.

En la relación terapéutica también es importante cuidarse de la sobreexigencia al consultante, pues si bien, ellos no quieren defraudar al terapeuta, el no cumplimiento de las aparentes expectativas, se convierte en toda una excusa para abandonar el proceso. No debe olvidarse que la tolerancia a la frustración es mínima.

La relación terapéutica como estado e instrumento terapéutico, debe esforzarse en fases avanzadas de la terapia, en lograr evidenciar en vivo y en directo todas las dinámicas relacionales que este modo de ser plantea, trabajando en conjunto y utilizándose el terapeuta a sí mismo para introducir elementos que favorezcan el cambio. Como dice Procacci, Petrelli y Dimaggio, (2008a): “En fases más adelantadas de la terapia, y cuando las habilidades de monitorización lo permitan, se pueden explicitar los ciclos interpersonales y conectar la actitud disfuncional en la sesión con la que aparece en las relaciones de la vida donde los

evitantes muestran estrategias egosintónicas. De desapego relacional o, como en el caso del evitante adolescente, descargan responsabilidades que otros van a tener que asumir. En tales casos, será oportuno mostrar los aspectos legítimos del juicio negativo de los otros, así como la disfuncionalidad de las estrategias de evitación” (p. 448).

Algunas recomendaciones adicionales para el manejo de la relación terapéutica pueden ser:

1. El humor en la relación, ayuda a desdramatizar los contenidos evidenciados; cuando el consultante aprende a reírse de sí mismo, el proceso va avanzando por buen camino. Como bien decía Viktor Frankl (1995): “Pocas cosas hay como el humor en la existencia del hombre, que le hayan hecho tomar distancia de sus problemas. Por eso nunca perdemos la oportunidad de trabajar consciente y metódicamente en esa dirección, llevando al enfermo a enfrentar sus síntomas, en particular los temores hipocondriacos producto de la neurosis de angustia, con

formulaciones que crea esta distancia por medio del humor. Permitirá al enfermo objetivar cabalmente el síntoma, más aún, toda su neurosis (p.184).”

2. Cuando el terapeuta se siente caminando “sobre cascaras de huevo”, con mucho miedo de lo que va a decir, hacer o a gesticular, debe utilizar esta sensación para compartirla con el consultante y hablar de cómo, entre dos personas, se puede poner el clima tenso, buscando en vivo y en directo como cambiar esa sensación.

3. Si bien la soledad del evitador lo puede llevar a pensar que su terapeuta es su único amigo, es importante recordar las palabras de Binswanger (1973): “como psicoterapeuta médico nunca podré ser “solamente” el amigo ni el simpatizante del enfermo, como en el caso de las relaciones puramente existenciales, aunque nunca tampoco estaré exclusivamente consagrado a la tarea. Un buen psicoterapeuta será siempre aquel que, para utilizar una excelente expresión de Martin Buber, en ese *contrapunto* creado por aquella relación

dialéctica, puede ver claro y trabajar profesionalmente (p. 120).”

4. El terapeuta debe cuidarse de no abusar de la relación terapéutica, pues debido a la dependencia de estos consultantes, así como de su dificultad para enfrentar los conflictos, puede ser fácil que el terapeuta se confunda y asuma que el consultante es “muy buena persona”, motivo por el cual puede cancelarles las citas sin mucha preocupación, cambiarlas de horario o hacerlas mucho más cortas que lo normal.

5. El terapeuta debe cuidar la relación como el principal tesoro, pues “Tras medio siglo de investigación psicoterapéutica aproximadamente uno de los hallazgos más sistemáticos consiste en que la calidad de la alianza terapéutica es el predictor más robusto del éxito del tratamiento. (Safran & Muran, 2005).

REFERENCIAS

Alden , L., Lapsa, J., Taylor, C., Ryder, A. (2002). Avoidant personality disorder; current status and future directions.

Journal of personality disorders, 16(1), 1-29.

Alden, L. Mellings, T. Rydero, A.(2004) El tratamiento del trastorno de la personalidad por evitación: una perspectiva cognitivo-interpersonal. En: Caballo, V. y cols (Eds.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.

Beck, A., Freeman, A., Davis, D. (2005) *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.

Bender, D. Alianza terapéutica. En: Oldham, J, Skodol y Bender, D. (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Elviesier Masson.

Binswanger, L. (1973) *Artículos y conferencias escogidas*. Madrid: Gredos.

Buber, M. (1998) *Yo y Tú*. Madrid: Caparros.

Caballo, V. Bautista, R. Lopez-Gollonet, C. Prieto, A. (2004). El trastorno de la personalidad por evitación. En: Caballo, V. y cols. (Eds.), *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.

- Capponi, R. (1997) *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago de Chile: Universitaria.
- Cia, A. Trastorno de ansiedad social. Manual diagnóstico, terapéutico y de autoayuda. Buenos aires: Polemos.
- Chambless, D., Fydrich, T., Rodebaugh, T. (2008) Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplication. *Depression and anxiety*, 25, 8-19.
- Cox, B., Pagura, J., Stein, M., Sareen J. (2009) The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and anxiety*, 26, 354-362.
- De Castro, C. Garcia, G. (2008) *Psicología clínica. Fundamentos existenciales*. Barranquilla: Uninorte.
- Dimmaggio, G., Procacci, M., Nicolo, G., Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A., Lysaker, P. (2007). Poor metacognition in narcissistic and avoidant personality disorders: four psychotherapy patients analysed using the metacognition assesment scale. *Clinical psychology and psychotherapy*, 14, 386-401.
- Frankl, V. (1992) *Teoría y terapia de las neurosis. Iniciación a la logoterapia y el análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1994c) *Logoterapia y análisis existencial*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1995) *La psicoterapia en la práctica médica*. Buenos Aires: San Pablo.
- Frankl, V. (2001) *Psicoterapia y existencialismo*. Ed. Barcelona: Herder.
- Herbert, J. (2007) Avoidant personality disorder. En: O' Donohue, W., Fowler, K., Lilienfeld, S. (Eds.), *Personality Disorders: toward the DSM IV*. Los Angeles: Sage.
- Holt, C., Heimberg, R., y Hope. D. (1992) Avoidant personality disorder and the generalized subtype of social phobia. *Journal of abnormal psychology*. 101, 2, 318-325.
- Huprich, S. (2005) Differentiating avoidant and depressive personality disorders. *Journal of personality disorders*, 19 (6), 659-673.
- Huppert, J., Strunk, D., Roth, D., Davidson, J., Foa, E. (2008) Generalized social anxiety disorder and avoidant personality

- disorder: structural analysis and treatment outcome. *Depression and anxiety*, 25, 441-448.
- Leising, D. Sporberg, D. Rehbein, D. (2006) Characteristic interpersonal behavior in dependent and avoidant personality disorder can be observed within very short interaction sequences. *Journal of Personality Disorders*, 20(4), 319-330.
- Lynum, L., Wilberg, T., Karterud, S. (2008) Self-esteem in patients with borderline and avoidant personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49, 469-477. 2008
- Lukas, E. (2004) *Logoterapia. La búsqueda de sentido*. Barcelona: Paidós.
- Martínez, E. (2007) *Psicoterapia y sentido de vida. Psicología clínica de orientación logoterapéutica*. Bogotá: Herder. Bogotá.
- Martínez, E. (2009b) El psicodiagnóstico en logoterapia. Saenz, S. (Eds.), *Logoterapia en acción. Aplicaciones prácticas*. Buenos Aires: San Pablo.
- Martínez, E. (2010) Comprensión Existencial del trastorno evitativo de la personalidad I. *Revista Vanguardia Psicológica*. 1 (2) 123-146 recuperado en Agosto 16 de 2011 en <http://umb.edu.co:82/revp/index.php/RVP/article/view/35>
- Martínez, E. (2011) *Manual de la escala de recursos noológicos*. Bogotá: Sociedad para el Avance e Investigación de la Psicoterapia Centrada en el Sentido. Bogotá. (en prensa)
- Martínez, E. (2011a). *Los modos de ser inauténticos. Psicoterapia centrada en el sentido de los trastornos de la personalidad*. Bogotá: Manual Moderno.
- Meyer, B. (2002) Personality and mood correlatos of avoidant personality disorder. *Journal of personality disorders*, 16(2), 174-188.
- Millon, T. Davis, R. (2001) *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. Grossman, S. (2007) *Moderating severe personality disorders. A personalized psychotherapy approach*. New Jersey: Willey.
- Procacci, M. Popolo, R. (2008). El trastorno de la personalidad por evitación: Modelo clínico. En: Semerari, A. Dimaggio, G. (Eds.), *Los trastornos de la personalidad. Modelos y Tratamiento*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

- Procacci, M. Petrilli, D. Popolo, R. (2008a) El tratamiento del trastorno de personalidad por evitación. En: Semerari, A. Dimaggio, G. (Eds.), *Los trastornos de la personalidad. Modelos y Tratamiento*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Rayder, A. Bagby, R, Marshall, M. Costa, P. (2007) Personalidad depresiva. Psicopatología, evaluación y Tratamiento. En: Rosentluth, M. Kennedy, R. Bagby, M. (Eds.), *Depresión y personalidad. Desafíos Clínicos y Conceptuales*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Romero, E. (2008) *Entre la alegría y la desesperación humana. Sobre los estados de ánimo*. Santiago de Chile: Norte-sur.
- Safran, J. Muran, J. (2005) *La alianza terapéutica. Una guía para el tratamiento relacional*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Skodol, A. (2007) Manifestaciones, diagnóstico clínico y comorbilidad. En: Oldham, J, Skodol, y Bender, D. (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Elviesier Masson. Barcelona.
- Strauss, J., Johnson, S., Hayes, A., Newman, C., Brown, G., Barber, J., Laurenceau, J., Beck, A. (2006) Early Alliance, Alliance Ruptures, and Symptom Change in a Nonrandomized Trial of Cognitive Therapy for Avoidant and Obsessive–Compulsive Personality Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74 (2), 337–345.
- Taylor, C., Laposa, J., Alden, L. (2004) Is avoidant personlity disorder more than just social avoidance. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 571-594.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L., y Fredrikson, M. (2004). Social Phobia and avoidant personality disorder: one spectrum disorder?. *Nord J psychiatry*, 58, 2.