

Dolores Mosquera, Anabel Gonzalez, & Onno van der Hart

Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad



Resumen

El trastorno límite de personalidad (TLP) y la disociación están fuertemente relacionadas. Los criterios DSM-IV-TR del TLP, por ejemplo, incluyen síntomas disociativos aislados (APA, 1994). Dos tercios de los TLP podrían diagnosticarse como trastornos disociativos (Korzekwa, Dell y Pain, 2009). Ambos diagnósticos se han relacionado con altas tasas de trauma infantil. La estrecha relación entre trauma, disociación y rasgos límite puede entenderse desde la perspectiva de la teoría de la disociación estructural de la personalidad (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2008) que va más allá de la perspectiva de describir "comorbilidad". En este artículo revisaremos la evidencia empírica que apoya la relación entre traumatización temprana y situaciones de disrupción de apego, con los síntomas límite y disociativos. El trastorno límite de la personalidad se explicará en términos de disociación estructural de la personalidad.

Abstract

Borderline personality disorder and dissociation are strongly related. DSM-IV-R criteria of BPD, for instance, include isolated dissociative symptoms (APA, 1994). Two thirds of BPD may be diagnosed of a dissociative disorder. Both diagnoses have been related with high rates of childhood trauma. The close relationship between trauma, dissociation and borderline features can be understood from the perspective of the theory of structural dissociation of the personality (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2008) which transcends the traditional approach of describing "comorbidity". In this article we will review the empirical data which supports the relation between early traumatizing and attachment disruption situations, and both borderline and dissociative symptoms. Borderline personality disorder will be explained in terms of structural dissociation of the personality.

Introducción

Se han propuesto varios factores para explicar el origen del trastorno de personalidad límite (TLP). Algunos autores han subrayado la importancia de los rasgos genéticos de la personalidad (Siever, Torgersen, et al, 2002) y su papel como factores de riesgo o protectores respecto a la sensibilidad al contexto (Steele & Siever, 2010). Otros han relacionado la sintomatología límite con las relaciones de apego temprano (Barone, 2003; Buchheim et al, 2007; Grover et al, 2007; Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2009; Newman, Harris & Allen, 2010). Algunos investigadores señalan una alta prevalencia de trauma, en particular trauma temprano, grave y crónico entre los pacientes borderline adultos (Horeh et al 2008; Tyrka et al, 2009; Ball & Links, 2009). En la literatura se habla de altas tasas de síntomas disociativos. Algunos autores consideran estos síntomas disociativos como síntomas de un trastorno de personalidad (Linehan, 1993, 2006), mientras otros argumentan que algunos trastornos disociativos genuinos han sido diagnosticados erróneamente como borderlines (Sar, Akyüz & Dogan, 2007; Putnam, 1997).

Algunos autores (Zanarini, 2000; Zanarini, Yong, Frankenburg et al, 2002) refieren una prevalencia elevada de eventos traumatizantes. Sobre todo son frecuentes en la historia de los pacientes límite la traumatización grave temprana y los trastornos de apego, y la TDSP puede dar alguna luz sobre la conexión entre experiencias tempranas y los síntomas en adultos, que describiremos en apartados posteriores.

El estudio de factores aislados es importante para comprender el papel de distintos aspectos en el desarrollo de un trastorno. Pero se necesitan teorías más explicativas para

incluir estos factores aislados en un marco global. La teoría de la disociación estructural de la personalidad (TDSP) ofrece una explicación teórica amplia sobre como las experiencias tempranas, incluyendo ciertos estilos de apego y trauma relacional, pueden generar una división de la personalidad. Esta división se manifiesta tanto en los síntomas límite como en los del trastorno disociativo. Desde esta perspectiva ambos comparten un origen común. El término "disociación estructural" no hace referencia únicamente a los trastornos disociativos, sino que implica el reconocimiento de que la disociación es la característica básica de la disociación y de las respuestas postraumáticas.

En este artículo revisaremos la evidencia respecto a los trastornos del apego, el trauma temprano, la disociación y los trastornos de personalidad. Describiremos brevemente la teoría de la disociación estructural de la personalidad. Los factores genéticos, el apego en la infancia y el trauma temprano, se describirán como factores confluente que pueden tener influencia en el desarrollo de rasgos límite en cada caso individual. Finalmente se presentará una descripción tentativa del fenómeno clínico del TLP.

TRAUMA TEMPRANO, DISRUPCIONES DE APEGO Y TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Trauma temprano y trastorno límite de personalidad.

Tal como se describe en el criterio A del trastorno de estrés postraumático (APA, 1994), la visión clásica del trauma considera a éste desde la perspectiva del evento traumatizante y sus características: una amenaza para la integridad física de uno mismo y de los demás. Pero en la infancia, muchas amenazas percibidas provienen más de las señales afectivas y de la accesibilidad del cuidador que del nivel real de peligro físico o el riesgo para la supervivencia (Schuder & Lyons-Ruth, 2004). Una forma de traumatización que a menudo se pasa por alto son los llamados “traumas ocultos” que se refieren a la incapacidad del cuidador para modular la desregulación afectiva (Schuder & Lyons-Ruth (2004).

Distintos estudios han descrito una comorbilidad frecuente entre TEPT y TLP (Driessen et al, 2002; McLean & Gallop, 2003; Harned, Rizvi, & Linehan 2010; Pagura et al, 2010; Pietrzak et al, 2010). Otros encuentran una relación entre TLP y abuso emocional (Kingdon et al, 2010) y distintos tipos de abuso (Grover, 2007; Tyrka et al, 2009). Una historia de trauma en la infancia predice un mal pronóstico en pacientes borderline (Gunderson, 2006). Los síntomas de TEPT predicen junto con la sintomatología disociativa las conductas autodestructivas (Spitzer et al, 2000; Sansone et al, 1995).

Zanarini (2000a) revisó la literatura empírica que describe una estimación de abuso sexual en la infancia en el TLP entre un 40 y un 70%, en comparación con las tasas de abuso sexual en otros trastornos del eje II (entre un 19% y un 26%). Mientras muchos de estos estudios son retrospectivos, algunos incluyen mediciones prospectivas, y todos muestran una relación significativa entre abuso sexual, maltrato en la infancia, precursores del TLP y TLP (Battle, Shea, Johnson et al, 2004; Cohen, Crawford, Johnson & Kasen, 2005; Rogosch & Chicchetti, 2005; Yen, Shea, Battle et al, 2002). El maltrato temprano se ha relacionado no sólo con el TLP, sino también con otros trastornos mentales. Sin embargo, los resultados muestran que la relación es más fuerte con el TLP en comparación con otros trastornos de personalidad. La severidad del abuso sexual también se ha relacionado con la severidad de los rasgos límites (Silk, Lee, Hill & Lohr, 1995; Zanarini, Yong, Frankenburg et al, 2002) y las conductas autodestructivas (Sansone et al, 2002).

Battle, Shea, Johnson, DM et al. (2004) desarrollaron un estudio multicéntrico en la que se valoró la historia autorreferida de experiencias de abuso y negligencia en 600 pacientes diagnosticados como trastornos de personalidad (borderline, esquizotípico, evitativo o obsesivo-compulsivo) o trastorno depresivo mayor sin TP. Encontraron que las tasas de maltrato infantil entre individuos con TP son altas en general (73% referían abuso and 82% referían negligencia). El TLP se asociaba con abuso y negligencia en la infancia de modo más consistente que otros diagnósticos de TP.

Graybar y Boutilier (2002) revisaron la literatura empírica sobre TLP y varios traumas infantiles. Concluyeron que las tasas referidas de abuso sexual, maltrato físico y verbal y negligencia entre los pacientes borderline iba del 60 al 80%. Laporte y Guttman (1996) también estudiaron diversas experiencias infantiles en mujeres con TLP y con otros trastornos de personalidad. Encontraron que los pacientes con TLP era más fácil que refirieran una historia de adopción, alcoholismo, divorcio y marcha de los padres, haber dejado el hogar antes de los 16, maltrato verbal, maltrato físico, abuso sexual y haber sido testigos de maltrato en mayor medida que los pacientes con otros trastornos de personalidad. Además un porcentaje significativamente mayor de pacientes con TLP que de pacientes sin TLP refirieron múltiples ocurrencias de más de un tipo de maltrato o abuso. Paris y Zweig-Frank (1997) encontraron que el grado de severidad del abuso podía distinguir entre individuos con TLP de aquellos sin TLP.

Ball y Links (2009) revisaron la literatura sobre trauma y TLP en el contexto de los criterios clásicos de Hill (1965) para demostrar causalidad (fuerza, consistencia, especificidad, temporalidad, gradiente biológico, plausibilidad, coherencia, evidencia experimental y analogía). Estos autores demostraron que el trauma puede ser considerado un factor causal en el desarrollo del TLP, como parte de un modelo etiológico multifactorial.

Goodman y Yehuda (2002) revisaron un grupo de estudios empíricos y concluyeron

ron que la tasa global de abuso sexual entre pacientes TLP iba del 40-70% comparado con el 19-26% entre los pacientes con otros trastornos de personalidad. Sin embargo, en años recientes, muchos investigadores han señalado que la asociación entre abuso sexual en la infancia (recordado) y TLP no es tan fuerte como indicaban los estudios previos. Golier et al (2003) encontraron altas tasas de trauma temprano y a lo largo de la vida en una muestra de trastornos de personalidad. Los pacientes borderline tienen tasas significativamente más altas de maltrato físico en la infancia y la adolescencia (52.8% versus 34.3%) y tuvieron dos veces más probabilidad de desarrollar TEPT. Yen et al. (2002) encontraron que entre distintos trastornos de personalidad, los participantes con TLP refirieron la tasa más alta de exposición traumática (particularmente trauma sexual, incluyendo abuso sexual en la infancia), las tasas más altas de trastorno de estrés postraumático, y una edad más temprana del primer evento traumático.

Johnson, Cohen, Brown et al. (1999) encontraron que las personas con abuso o negligencia documentadas en la infancia eran diagnosticados cuatro veces más fácilmente como trastornos de personalidad en la edad adulta después de controlar estadísticamente la edad, educación parental y trastornos psiquiátricos en los padres.

Sabo (1997) encontró una interacción entre trauma en la infancia y rasgos borderline, incluyendo también elementos de apego como factores relevantes. Fossati, Madeddu y Maffei (1999) hicieron un metaanálisis de 21 estudios que examinaron la relación entre TLP y abuso sexual en la infancia. Encontraron que el tamaño del efecto es solo moderado.

Tabla 1. Estudios sobre trauma en la infancia en el TLP

Estudios	Trauma en la infancia en el TLP
Zanarini (2000b)	40-70% of abuso sexual en la infancia en el TLP
Battle, Shea, Johnson et al, 2004; Cohen, Crawford, Johnson & Kasen, 2005; Rogosch & Chicchetti, 2005; Yen, Shea, Battle et al, 2002	Relación positiva en estudios prospectivos de abuso sexual y maltrato físico en la infancia y TLP
Silk, Lee, Hill & Lohr, 1995; Zanarini, Yong, Frankenburg et al, 2002; Sansone et al, 2002	Relación positiva entre severidad del abuso sexual, severidad de los síntomas borderline y conducta auto-destructiva.
Johnson, JG; Cohen, P; Brown, J et al. (1999)	Las personas con abuso sexual o negligencia documentados tienen 4 veces mayor probabilidad de ser diagnosticados como TP
Battle, Shea, Johnson, DM et al. (2004)	73% abuso sexual en la infancia 82% negligencia
Graybar & Boutilier (2002)	Maltrato físico y verbal, abuso sexual y negligencia 60-80%
Laporte & Guttman (1996)	El TLP tiene múltiples episodios y más de un tipo de abuso
Goodman & Yehuda (2002)	Abuso sexual en la infancia entre 40-70%
Golier et al (2003)	52,8% de maltrato físico en la infancia o la adolescencia
Fossati, Madeddu, & Maffei (1999)	Metaanálisis encontrando evidencia para un efecto moderado del abuso sexual en la infancia

ESTUDIOS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA TRAUMATIZACIÓN TEMPRANA

Anteriormente hemos visto cuan prevalentes son los antecedentes traumáticos en el TLP. Sin embargo, podemos analizar la relación entre trastorno límite de personalidad desde un ángulo diferente, por ejemplo focalizando en las consecuencias de la traumatización temprana y grave. Herbst et al (2009) afirman que el diagnóstico de TEPT no describe adecuadamente el impacto de la exposición al trauma en el niño en desarrollo. Examinando la prevalencia de diferentes tipos de trauma interpersonal y los efectos a largo plazo del maltrato y la negligencia en adolescentes, el 71% de los adolescentes traumatizados no cumplían criterios de TEPT. El diagnóstico más común en la muestra fue el de TLP.

Algunos autores (Herman, 1992; Van der Kolk et al, 2005) han remarcado también que los síntomas del TEPT sólo son adecuados para describir las consecuencias de eventos traumáticos aislados, pero que no incluyen la mayoría de las características que son consecuencia del maltrato y negligencia tempranos, graves y crónicos. Para describir esta presentación clínica, se ha propuesto una nueva categoría para la DSM-V: Los trastornos de estrés extremo (*Disorders of Extreme Stress*: DESNOS. Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005). Las víctimas de traumas interpersonales crónicos presentan características que no han sido descritas adecuadamente con los criterios del trastorno de estrés postraumático. Herman (1992) propone un concepto diferente que ha denominado TEPT complejo

Estos autores han organizado los síntomas en siete categorías: Desregulación de (a) afectos e impulsos, (b) atención o consciencia, (c) autopercepción, (d) percepción del perpetrador, (e) relación con los demás, (f) somatización y (g) sistemas de significado. Muchos de estos síntomas se solapan con los criterios borderline, apoyando desde un punto de partida diferente una relación entre trauma temprano, relacional y crónico y trastorno límite de personalidad (Roth, Newman, Pelcovitz, Van der Kolk, & Mandel, 1997; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005; Driessen et al., 2002; Gunderson & Sabo, 1993; McLean, & Gallop, 2003; Yen et al., 2002). Algunos autores (Classen et al, 2006) proponen hablar de trastorno de personalidad postraumático desorganizado (PTPD-D) y trastorno de personalidad postraumático organizado (PTPD-O). Esta categoría no explica el proceso que lleva de experiencias traumáticas tempranas a la psicopatología adulta, que nosotros describiremos más adelante en términos de disociación estructural. Aunque falla en incluir muchos síntomas disociativos que suelen estar presentes en estos pacientes, esto apoya la idea de que los síntomas borderline son consecuencias traumáticas.

¿Magnificación o minimización de la influencia del trauma en la infancia?

En los apartados anteriores hemos descrito estudios empíricos y metaanálisis relacionados con la frecuencia con que los pacientes borderline referían antecedentes traumáticos. En nuestras discusiones con colegas que tratan pacientes con TLP, hemos observado que cuestionan con frecuencia estos datos, aduciendo que los pacientes borderline tienen tendencia a magnificar, exagerar o inventar traumas infantiles con el fin de llamar la atención de los terapeutas. Estos comentarios no parecen confirmarse por la investigación empírica, que muestra que las informaciones sobre trauma no cambian cuando los pacientes con TLP mejoran de su trastorno (Kremers et al, 2007). Pero el problema opuesto necesita ser tenido en consideración: muchas experiencias traumáticas sufridas durante la infancia podrían no ser recordadas en la edad adulta (Chu et al, 1996). La probabilidad de amnesia disociativa podría ser un factor que llevase a clínicos e investigadores a minimizar la influencia de factores traumáticos en el TLP.

Los estudios sobre el fenómeno de la amnesia disociativa en relación con el trauma en la infancia y específicamente el abuso sexual, han llevado a resultados controvertidos. Herman y Schatzow (1987) encontraron que una mayoría de las mujeres (pacientes generales, no específicamente TLP) que habían buscado tratamiento en un grupo de tiempo limitado para supervivientes de incesto, experimentaron una amnesia completa o parcial para el abuso sexual en algún momento del pasado. La abrumadora mayoría de estas mujeres pudieron encontrar alguna evidencia que corroboraba el abuso. El 74% pudieron encontrar evidencia convincente de que el incesto había ocu-

rrido, como un miembro de la familia que lo confirmó, o en uno de los casos, diarios y otra evidencia de un hermano muerto que había sido el perpetrador. Otro 9% encontró a miembros de la familia que afirmaron que ellos pensaban que seguramente el abuso había ocurrido, aunque no pudieron confirmarlo. Un 11% no hicieron ningún intento de corroborar el abuso, dejando solo un 6% que no pudo encontrar una evidencia válida a pesar de sus esfuerzos en ese sentido. Los críticos de este estudio han señalado que una proporción de los sujetos amnésicos era muy jóvenes y quizás tenían una amnesia infantil normal, y que no se obtuvo una corroboración clara e independiente del abuso (Ofshe & Singer, 1994; Pope & Hudson, 1995).

Un estudio de Briere and Conte (1993) reflejó que el 54% de los pacientes que refirieron recuerdos de abuso sexual mencionaron que habían tenido alguna amnesia para el abuso entre el tiempo en que ocurrió y los 18 años. Williams (1994) contactó con mujeres adultas que habían sido tratadas por abuso sexual 17 años antes en un hospital de la ciudad, y les pidieron que participasen en un estudio sobre los servicios hospitalarios. 38% parecían ser amnésicas para dichas experiencias. Terr (1988, 1991) describe amnesias y alteraciones en el recuerdo en niños crónicamente traumatizados.

Apego y Trastorno Límite de Personalidad

Sabo (1997) revisa la literatura sobre experiencias infantiles entre pacientes con TLP, y concluyó que la negligencia biparental y la ausencia de figuras de apego sustitutas fueron factores traumatizantes muy poderosos en el desarrollo del TLP. Encontraron que en niños que tenían al menos un progenitor que les apoyaba o les cuidaba, posiblemente la existencia de una o más relaciones de apoyo podría contrarrestar el efecto del trauma. Otros autores han sugerido la importancia del fallo biparental en el desarrollo del TLP (Zanarini et al, 2000c; Zweig-Frank & Paris, 1991).

Otro factor principal que se ha relacionado con la patología límite es la vinculación parental (Guttman y Laporte 2002). Zweig-Frank y Paris (1991) encontraron que los individuos con TLP recordaban a sus padres (tanto la madre como el padre) como menos cuidadores y sobreprotectores que los individuos sin TLP, indicando que el control sin afecto caracteriza a algunos padres de individuos con TLP. La conducta parental parece afectar no sólo al desarrollo de la patología límite directamente, sino que la disfunción parental podría incrementar la vulnerabilidad a otros factores de riesgo, mediando el efecto de otros factores psicosociales. Por ejemplo, Zanarini et al (2000c) refirieron que las mujeres con TLP que recordaban a su madre como negligente y a su padre como abusivo tenían más probabilidad de haber sido abusadas sexualmente por una persona que no era uno de sus cuidadores. Zanarini et al hipotetizaron que una madre negligente no sería capaz de proteger al niño de un abuso sexual por parte de un no cuidador y un padre abusivo podría llevar a su hija a creer que ser usada o abusada es inevitable.

Gunderson (1984, 1996) sugirió que la intolerancia a la soledad era el núcleo de la patología límite. Consideraba que la incapacidad de los borderline para invocar una "introyección calmante" era una consecuencia del fallo de las figuras de apego tempranas. Describió pormenorizadamente patrones típicos de disfunción límite en términos de reacciones exageradas del niño apegado de modo inseguro, por ejemplo el enganche, el temor a las necesidades de dependencia, el terror al abandono y la monitorización constante de la proximidad del cuidador.

Diferentes autores han relacionado el apego desorganizado con el TLP, explicando cómo se relaciona con la falta de esquemas integrados del yo (Barone, 2003; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick et al, 2005; Liotti, 2004; Blizard, 2003; Fonagy, Gegerly, Jurist et al, 2002; Schore, 2001). Ha habido muchos intentos pasados de explicar los síntomas del TLP usando la teoría del apego (Bateman & Fonagy 2004). Implícita o explícitamente, se ha utilizado la sugerencia de Bowlby (1969, 1973, 1980) de que la experiencia temprana con el cuidador sirve para organizar las relaciones tardías de apego como un modo de explicar la psicopatología del TLP (Bateman & Fonagy 2004; Fonagy & Bateman 2007). Por ejemplo, se ha sugerido que la experiencia de ataque interpersonal, negligencia y amenazas de abandono de los borderline puede explicar su percepción de las relaciones actuales como de ataque y negligentes (Benjamin, 1993).

Crittenden (1997 a,b) se ha preocupado en particular de incorporar en su representación de la desorganización del apego adulto, el estilo profundamente ambivalente y temeroso de las relaciones íntimas, específico de los individuos límite. De otro lado,

Lyons-Ruth y Jacobovitz (1999) focalizan en la desorganización del sistema de apego en la infancia como predisponente a la patología borderline posterior. Identifican un patrón inseguro desorganizado como predisponente a problemas de conducta.

Fonagy (2000) y Fonagy et al (2000) también han usado el marco de la teoría de apego, enfatizando el rol del apego en el desarrollo de la función simbólica y el modo en el que el apego inseguro desorganizado puede generar vulnerabilidad frente a confusiones y desafíos posteriores. Todos estos, y otros abordajes teóricos, predicen que las representaciones de apego (Hesse & Main, 2001) son seriamente inseguras en pacientes con TLP (Fonagy y Bateman, 2007). Para Bateman y Fonagy (2004), no hay duda de que las personas con TLP son inseguras en su apego. Sin embargo, piensan que las descripciones de apego inseguro desde la infancia o la edad adulta proporcionan una explicación clínica inadecuada por varias razones, como que el apego ansioso es muy común y los patrones de apego ansioso en la infancia se corresponden con estrategias adultas relativamente estables (Main et al., 1985). Sin embargo, el distintivo de los trastornos de apego de los individuos borderline es la ausencia de estabilidad (Higgitt & Fonagy, 1992).

Paris (1994) propone una teoría integrada de la etiología del TLP: un modelo biopsicosocial que intenta explicar cómo los trastornos de personalidad en general, y el TLP en particular, pueden desarrollarse. Este modelo involucra tanto los efectos acumulativos e interactivos de muchos factores de riesgo, como la influencia de factores protectores: las influencias biológicas, psicológicas o sociales, que actúan para prevenir el desarrollo del trastorno. Paris piensa que el temperamento puede predisponer a cada niño a ciertas dificultades, pero que las características temperamentales en presencia de factores de riesgo psicológico, como el trauma o las pérdidas y fallos parentales, pueden verse amplificadas. Explica como ejemplo ilustrativo que la mayoría de los niños tímidos (temperamento) se desarrollan a partir de una timidez normal, pero que si el entorno familiar es poco sustentador, la introversión se acentuará (rasgo) y con el tiempo, si persiste, se volverá patológica (trastorno). La timidez puede llevar a un niño a establecer contactos sociales caracterizados por la ansiedad y/o la evitación, y un patrón de apego anormal. Pero si esto persiste, las conductas pueden empezar a corresponder a los criterios para trastornos de personalidad de los tipos dependiente y evitativo.

Otro aspecto interesante que señala Paris es que el futuro paciente TLP empezaría su vida con características temperamentales que son *compatibles con la normalidad* (por ejemplo, un niño más inclinado a la acción que a la reflexión); pero con un entorno psicosocial razonablemente adecuado, nunca desarrollarían un trastorno de personalidad. También afirman que los padres de los futuros pacientes borderline podrían tener ellos mismos trastornos de personalidad, y podrían ser no sensitivos a las necesidades de sus hijos y fallar a la hora de proporcionarles un entorno sustentador adecuado.

Las experiencias positivas con las figuras de apego seguro pueden ser uno de los factores sociales protectores más efectivos (Mosquera y Gonzalez, 2009b, 2011).

Allen (2003) habla de *confusión de roles parentales*. Describe cómo los padres de los TLP se focalizan aparentemente en sus hijos hasta el punto de la obsesión, pero al tiempo están enfadados con ellos. Un modo de entender la conducta contradictoria y aparentemente irracional en las familias de pacientes borderline es conceptualizarlas como reacciones ante un conflicto intrapsíquico grave y persistente respecto al rol de progenitor. Este conflicto está creado y reforzado por la experiencia de los progenitores en sus propias familias de origen. La ambivalencia sobre ser padres es el tema nuclear de conflicto en los progenitores (Luborsky & Crits-Cristoph, 1990). Sienten como si debiesen sacrificarse solemnemente por sus hijos, pero al mismo tiempo se sienten desbordados por la responsabilidad y resentidos por el sacrificio.

En conclusión, las dificultades de apego no pueden explicar completamente la complejidad del TLP y no son el único disparador para que una persona desarrolle un TLP, aunque es una de las piezas del puzzle (Mosquera, D., Gonzalez, A., 2009b).

FACTORES GENÉTICOS Y BIOLÓGICOS

Entender el papel de los aspectos ambientales en el desarrollo de la personalidad no es una negación de los factores constitucionales. El debate entre el origen constitucional y ambiental de los trastornos mentales no es el objetivo de este artículo. Entendemos que los aspectos genéticos influyen en los rasgos de carácter, y que el temperamento interactúa con los elementos ambientales de un modo complejo.

Algunos rasgos de carácter muy extremo (por ejemplo, una impulsividad extrema) pueden generar trastornos de personalidad con escasa contribución del entorno. Pero la mayoría de los casos están en la mitad del espectro, donde la relación con los cuidadores primarios y la presencia de situaciones traumatizantes pueden conducir a que el individuo desarrolle una personalidad borderline.

De cara a elaborar una teoría verdaderamente explicativa, es importante incluir el rol de los factores genéticos. Pero existen diferentes datos en diferentes estudios. Plomin, DeFries, McClearn, and McGuffin (2001) afirman que los genes explican el 40–60% de la variabilidad en los rasgos normales de personalidad. Estos rasgos normales de personalidad pueden evolucionar hacia un trastorno de personalidad cuando el individuo crece con un apego disfuncional o un entorno traumático.

Las relaciones entre apego, genética y trastornos de personalidad son complejas y no han sido bien establecidas. Podemos considerar que el apego inseguro causa disregulación emocional. Pero tanto el apego inseguro como la disregulación emocional podrían estar mediadas por las mismas diferencias heredables en el temperamento o los rasgos de personalidad (Goldsmith & Harman, 1994). Recientemente se ha subrayado la influencia de los factores ambientales en el rango de expresión de los genes en el fenotipo (Lobo & Shaw, 2008). Este aspecto necesita ser estudiado en referencia al apego temprano versus los factores genéticos en el desarrollo del TLP. Sin embargo, la interacción entre genética y ambiente probablemente es incluso más compleja de lo que se pensaba. Brussoni, Jang, Livesley y MacBeth (2000) encontraron que los genes dan cuenta del 43, 25 y 37% de la variabilidad en el apego temeroso, preocupado y seguro. Se encontró, en contraste, que la variabilidad en el apego distanciante era atribuible enteramente a los efectos ambientales. Skodol et al. (2002) afirmaron que los aspectos de los trastornos de personalidad que era fácil que tuviesen correlatos biológicos eran aquellos que involucraban regulación de los afectos, patrones de impulso/acción, organización cognitiva y ansiedad/inhibición. Para el TLP, los dominios psicobiológicos clave incluirían agresión impulsiva asociada con una actividad serotoninérgica en el cerebro reducida, e inestabilidad afectiva asociada con una alta respuesta de los sistemas colinérgicos. Siever et al. (2002) afirman que los estudios de agregación familiar sugieren que la heredabilidad, no para el TLP como diagnóstico sino la base genética de este trastorno, puede ser más fuerte para dimensiones como la impulsividad/agresión y la inestabilidad afectiva, que para los criterios diagnósticos en sí mismos.

Los factores ambientales y genéticos se diferencian mejor en estudios de gemelos, pero estas investigaciones son muy difíciles y caras de realizar. Algunos estudios de gemelos analizan los efectos heredables del apego en niños, sin encontrar efectos genéticos significativos. Los factores ambientales explican el 23-59% de la varianza (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Schuengel, & Bokhorst, 2004; Bokhorst, Bakermans-Kranenburg, Fearon, Van IJzendoorn, Fonagy & Schuengel, 2003; O'Connor & Croft, 2001). Otras investigaciones como la de Crawford et al (2007) encuentran que el apego ansioso y evitativo se relaciona con los trastornos de personalidad (TP). Relacionan el apego evitativo y la desregulación emocional, concluyendo de sus datos que el 40% de la varianza en el apego ansioso era heredable, y el 63% de su asociación con las dimensiones correspondientes del TP eran atribuibles a efectos genéticos comunes. El apego evitativo estaba influenciado por el entorno compartido en lugar de los genes.

La cuestión respecto a la posibilidad de que los cuidadores primarios compartan determinantes genéticos con el niño es más compleja que considerar esto una causalidad genética. Todos estos elementos (rasgos de carácter compartidos y estilos de apego) cuando ocurren eventos traumatizantes, pueden tener efectos multiplicativos. Por ejemplo, un padre impulsivo probablemente tendrá dificultades cuando tiene que regular conductas impulsivas en sus hijos, reaccionando con frecuencia de modo crítico o violento frente a la conducta del niño. La presencia de un rasgo de personalidad no invalida el rol del cuidador al manejar este rasgo. Por el contrario, la existencia de un rasgo de carácter es un factor de vulnerabilidad para el niño, que probablemente se verá más afectado por la actitud del cuidador.

La misma dinámica se produce con la desregulación emocional. Comentamos antes que la desregulación emocional y el apego inseguro pueden estar al menos parcialmente mediados por la herencia. Sería altamente probable que un niño con una tendencia genética a desregular sus emociones evolucionase mejor con un progenitor

que pueda modular sus emociones. Cuando el progenitor no tiene habilidades de regulación emocional, porque tanto éste como su hijo comparten los mismos rasgos genéticos, probablemente potenciará la desregulación emocional del niño. El efecto de un estilo desregulado en un cuidador puede ser más intenso en un niño que tiene una capacidad de regulación emocional deficiente.

En resumen, la relación entre factores genéticos, rasgos de personalidad y estilos de apego es probablemente compleja, y no ha sido claramente confirmada o refutada. La situación más probable es que los factores genéticos como la desregulación emocional puedan influenciar los rasgos de personalidad. Pero estos rasgos podrían ser modulados o exacerbados por la relación con el cuidador primario (Schoore, 2003 a, b).

Otro aspecto relacionado con los factores biológicos es el debate en torno a la comorbilidad y la confusión entre diagnósticos del eje I con una base más claramente genética o biológica y el TLP (Zanarini et al, 1998). Liebowitz (1979) argumenta que las personalidades borderline no están separadas claramente del antiguo concepto de esquizofrenia borderline, mientras que otros insisten en la separación entre ambos diagnósticos (Gunderson & Kolb, 1979; Kernberg, 1979; Spitzer & Endicott, 1979; Masterson, 1976). De modo similar algunos autores han considerado el TLP como una variante del trastorno bipolar (Akiskal et al, 1985) mientras que otros cuestionan esta idea (Paris, 2004). Probablemente, como comentaremos después, todas estas ideas contienen parte de verdad. Algunos pacientes con TLP manifiestan presentaciones atípicas de trastorno bipolar, siendo la desregulación emocional un síntoma del trastorno subyacente. Nosotros proponemos considerar la posibilidad de que algunos borderlines podrían tener una base más biológica y otros una base más traumática, siendo el peso de estos factores diferentes en distintos pacientes.

TRASSTORNOS DISOCIATIVOS Y TRASTORNO LIMITE DE PERSONALIDAD: UNA RELACIÓN MÁS ALLÁ DE LA COMORBILIDAD

Diferentes estudios de investigación refieren una alta frecuencia de disociación entre pacientes con TLP (Galletly, 1997; Paris & Zweig-Frank, 1997; Chu & Dill, 1991). Algunos investigadores afirman que muchos pacientes con TLP tienen también un trastorno disociativo no diagnosticado. Estos estudios emplean una aproximación categorial a la disociación que, sin embargo, no incluye aquellos casos en los que los rasgos disociativos no cumplen todos los criterios para un diagnóstico DSM-IV-TR de trastorno disociativo. Aún así, estos estudios reflejan cuan relevante es la disociación en los pacientes borderline. En un estudio empírico con pacientes psiquiátricos ingresados Ross (2007) encuentra que un 59% de pacientes TLP cumplen criterios para un trastorno disociativo según la DSM-IV-TR, en comparación con un 22% en pacientes no borderline. Korzekwa, Dell y Pain (2009) revisaron diversos estudios que usaban varios instrumentos diagnósticos en diferentes poblaciones. Encontraron síntomas disociativos relevantes en unos dos tercios de las personas con personalidad límite. Sar et al (2006) analizaron, en una población no clínica (estudiantes) la comorbilidad de los trastornos disociativos en pacientes con TLP y su relación con el trauma en la infancia referido. Entre los estudiantes diagnosticados como TLP (8,5%), una mayoría significativa (72.5%) de ellos tenían un trastorno disociativo mientras que esta tasa era únicamente del 18% en el grupo de comparación. Además, para los autores, la falta de interacción entre trastorno disociativo y TLP para algunos tipos de trama en la infancia no apoya la opinión de que ambos trastornos juntos podrían ser un único trastorno. Watson et al (2006) encontraron que los pacientes con TLP que tenían un trastorno disociativo comórbido tenían mayores tasas de trauma referido en la infancia. Zanarini et al. (2000b) encontraron que el abuso sexual se relacionaba con las experiencias disociativas en los borderlines. Brodsky et al (1995) encontraron una relación entre disociación, trauma en la infancia y automutilación, mientras que otros autores (Zweig-Frank, Paris, et al, 1994) no la encontraron.

Parte de la confusión diagnóstica puede deberse al hecho de que muchos instrumentos estandarizados para el diagnóstico de trastornos mentales no incluyen síntomas disociativos ni trastornos disociativos. Un ejemplo relevante es por ejemplo la SCID-I, la principal entrevista estandarizada para diagnosticar trastornos DSM-IV-TR del Eje I. Tampoco la SCID-II incluye síntomas disociativos en los diagnósticos del eje II. Por esta razón los estudios que incluyen estas entrevistas, subestiman de modo sistemático la presencia de síntomas y trastornos disociativos comórbidos. Por tanto,

sólo cuando se emplean instrumentos específicamente diseñados para evaluar síntomas disociativos y trastornos disociativos, es cuando puede detectarse esta parte de la psicopatología. Es cierto que el criterio 9 del TLP (ideación paranoide transitoria, relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves) tiene en cuenta síntomas disociativos. Sin embargo, estos pueden pasar desapercibidos para terapeutas que no están familiarizados con los trastornos disociativos. En países como España, los clínicos no incluyen en su exploración psicopatológica los síntomas disociativos (Gonzalez, 2010). Los delirios podrían relacionarse con comorbilidad con presentaciones atípicas de trastornos esquizotípicos o esquizofrénicos, estén mezclados (en el criterio 9) con síntomas disociativos. Entre estos síntomas disociativos es más probable que se identifiquen como tales la despersonalización o los estados de trance, que otros relacionados con la división mental (como los síntomas intrusivos).

La alta prevalencia de TLP entre pacientes con trastornos disociativos también avala una estrecha relación entre ambos trastornos. De acuerdo con Putnam (1997), los estudios clínicos sugieren que del 30% al 70% de los pacientes con trastorno de identidad disociativo (TID) reunían criterios para TLP (entre otros diagnósticos) más frecuentemente que participantes sin un trastorno disociativo (Sar, Akyüz & Dogan, 2007).

Una cuestión no resuelta tiene que ver con la comprensión de pacientes con TLP que también reúnen criterios para el TID o TDNE: ¿deben verse estos como diagnósticos comórbidos claramente delimitados, o han de considerarse los rasgos borderline como manifestaciones de un trastorno disociativo subyacente? La teoría de la disociación estructural de la personalidad ofrece un modo viable de superar este dilema (entendido como falsa elección entre opuestos).

LA TEORIA DE LA DISOCIACION ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD

Inspirándose en Allport (1981) y Janet (1907), Van der Hart et al (2006/2008) definen la personalidad como la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas biopsicosociales que determinan sus acciones mentales y conductuales características. Entre los sistemas biopsicosociales que comprende la personalidad juegan un papel principal los sistemas de acción preparados psicobiológicamente (Lang, 1995; Panksepp, 1998; Van der Hart et al., 2006/2008). Un sistema de acción principal es de naturaleza **defensiva** e incluye una variedad de esfuerzos para sobrevivir a la amenaza inminente para la integridad del cuerpo y la vida (Fanselow & Lester, 1988). El sistema de acción mamífero de defensa está dirigido al escape y la evitación de la amenaza física, y la amenaza psicológica asociada, e incluye subsistemas como la huida, congelación, lucha y sumisión total (Porges, 2003). Otros sistemas de acción se encargan de los intereses y funciones implicadas en la **vida diaria** (Panksepp, 1998). Estos sistemas incluyen regulación de energía, apego, cuidado, exploración, implicación social, juego y sexualidad/reproducción, e implican la aproximación a estímulos atractivos (Lang, 1995).

Figura 1. Sistemas de Acción



La teoría de la disociación estructural de la personalidad (TDSP) postula que en el trauma – no sólo eventos traumáticos incluíbles en el criterio A sino lo que podríamos denominar trauma de apego – la personalidad del paciente se divide (pero no completamente) en dos o más subsistemas disociativos o partes (Van der Hart et al., 2006/2008; Van der Hart, Nijenhuis, & Solomon, 2010), cada uno mediado por (sub)sistemas de acción particulares y cada uno con su propia perspectiva de primera persona. Estas partes disociativas, también denominadas estados del yo disociados, son disfuncionalmente estables (rígidas) en sus funciones y acciones, y demasiado cerradas unas a otras. Un subsistema de la personalidad prototípico es la llamada metafóricamente Parte Emocional de la Personalidad (PE; Myers, 1940; Van der Hart et al., 2006/2008). Como PE el paciente está fijado en reactuaciones sensoriomotoras y con alta carga emocional de las experiencias traumáticas. Como afirmó Janet (1919/25) hace años:

“Dichos pacientes [es decir, sus PEs]... están continuando la acción, o más bien el intento de acción, que empezó cuando todo ocurrió, y se agotan a sí mismos en estos continuos reinicios” (p. 663).

En resumen, el paciente como PE está fuertemente asociado a los recuerdos traumáticos. Mediados principalmente por los sistemas de acción mamíferos de defensa y de grito de apego, los reinicios de las PEs incluyen sistemas de acción de defensa frente a la amenaza percibida o auténtica a la integridad del cuerpo o la vida misma, así como las tendencias de acción relacionadas con la necesidad de apego y la pérdida del apego (Liotti, 1999). Es decir, la PE está básicamente fijada en recuerdos traumáticos que con frecuencia incluyen (una combinación particular de) maltrato físico y emocional, abuso sexual, negligencia emocional y cualquier otro sustitutivo del cuidado o el apego, atemorizador o temeroso. La PE está mediada por el sistema de acción innato de defensa contra la amenaza y puede ser guiada en particular por uno de estos subsistemas: lucha, huída, congelación, colapso, sumisión total, hipervigilancia, cuidado de las heridas o estados recuperativos.

El otro prototipo se denomina *Parte Aparentemente Normal de la Personalidad* (PAN; Myers, 1940; Van der Hart et al., 2006). Como PAN, el superviviente experimenta la PE y al menos algunas de las acciones y contenidos de las PE como egodistónicos, y está fijada en la evitación de los recuerdos traumáticos y con frecuencia de la experiencia interna en general. Mediada por los sistemas de acción para funcionar en la vida diaria, la PAN se focaliza en las funciones de estos sistemas, y en este contexto generalmente busca la aprobación de los cuidadores para ganar aceptación, protección y amor. Llegar a darse plenamente cuenta de estas metas relacionadas con el apego, tiene como doloroso resultado la contemporización de la PAN y el reforzamiento de su aparente normalidad, no la autenticidad del superviviente. Como PAN el paciente puede percibir que tiene un trastorno mental pero intenta aparentar “ser normal”. El hecho es que esta normalidad es sólo aparente y se manifiesta en síntomas negativos de distanciamiento, embotamiento y amnesia parcial o en casos excepcionales completa para la experiencia traumática. La normalidad aparente también se ve en la reexperimentación recurrente de recuerdos traumáticos desde la PE y otras intrusiones como el oír voces de la PE desde la PAN, o la PE oyendo la voz de la PAN. Las acciones mentales y conductuales de la PAN están mediadas principalmente por sistemas de acción de la vida diaria (implicación social, apego, cuidado, exploración, juego, regulación de energía y sexualidad/reproducción).

La disociación estructural es la esencia y la evolución de las experiencias traumáticas, pero se mantiene por acciones mentales y conductuales fóbicas. La fobia nuclear es la fobia a los recuerdos traumáticos, y desde esta fobia centra, emergen otras fobias dirigidas hacia el interior. Marilyn Van Derbur (2004), una superviviente de incesto, describe esto muy gráficamente:

“Era incapaz de explicarle a nadie por qué estaba tan amarrada, encerrada y desconectada de mis sentimientos... Estar en contacto con mis sentimientos hubiese significado abrir la caja de Pandora... Sin darme cuenta, luché para mantener separados mis dos mundos. Sin saber porqué yo hice seguro, sino imposible, que nada atravesara la compartimentalización que yo había creado entre la niña de día (PAN) y la niña de noche (PE)” (pp. 26, 98)

Aparte de la evidencia clínica consistente, están surgiendo investigaciones que apoyan los principios básicos de la teoría de la disociación estructural (ej: Reinders et

al., 2003, 2006; ver Van der Hart, Nijenhuis, & Solomon, 2010, para una breve revisión).

Niveles de Disociación Estructural

La TDSP postula que cuanto más intensa, frecuente y duradera es traumatización, y más temprano es su inicio en la vida, más compleja será la disociación estructural de la personalidad. La división de la personalidad entre una PAN y una PE únicas constituye una *disociación estructural primaria*, y caracteriza los trastornos postraumáticos simples, incluyendo el TEPT.

Cuando los eventos traumáticos empiezan temprano en la vida, son cada vez más abrumadores y/o prolongados o crónicos, la disociación estructural tiende a ser más compleja. En la *disociación estructural secundaria* hay también una única PAN, pero más de una PE. Esta división de PEs puede estar basada en el fallo de la integración entre subsistemas de acción defensivos relativamente discretos, por ejemplo lucha, huida, congelación o colapso. Nosotros consideramos que la disociación estructural secundaria está principalmente relacionada con el TEPT complejo, el TLP relacionado con el trauma y el TDNE subtipo 1. La PAN y las PEs están fijadas típicamente en un patrón de apego inseguro que incluye tanto la aproximación como la defensa en las relaciones (Steele et al., 2001). Se hipotetiza que, en los trastornos complejos relacionados con el trauma, la alternancia o competencia entre aproximación relacional y defensa entre estas partes es un substrato de lo que se ha denominado estilo de apego desorganizado/desorientado (Liotti, 1999). La resolución de los recuerdos traumáticos implica, por definición, (un cierto grado de) resolución de este apego inseguro.

Finalmente, la *disociación estructural terciaria* incluye no sólo más de una PE, sino también más de una PAN. La división de la PAN de acuerdo a diferentes sistemas de acción de la vida diaria, puede ocurrir cuando ciertos aspectos inescapables de la vida diaria se asocian de modo marcado con eventos traumatizantes que tienden a reactivar recuerdos traumáticos. La personalidad del paciente se dividirá cada vez más en un intento de mantener el funcionamiento al tiempo que se evitan las memorias traumáticas, o nunca había incluido una integración de sistemas de acción tanto para funcionar en la vida diaria como para la defensa.

La disociación estructural terciaria hace referencia únicamente a pacientes con TID. En unos pocos pacientes con TID que tienen una capacidad integrativa muy baja, y en los cuales la disociación de la personalidad tiene una fuerte habituación, pueden incluso desarrollarse nuevas PANs para afrontar frustraciones menores de la vida. La disociación de la personalidad en estos pacientes se ha vuelto un estilo de vida, y su pronóstico es generalmente malo (cf., Horevitz & Loewenstein, 1993). Los pacientes límite con un trastorno disociativo comórbido pueden tener una disociación estructural de la personalidad secundaria o terciaria.

Diferentes subgrupos de TLP y disociación estructural de la personalidad.

Argumentar si el TLP está generado por factores biológicos o ambientales implica probablemente un falso debate. La realidad suele ser un fenómeno complejo, y la ciencia llega a menudo a un punto común: todas las respuestas son válidas, y se necesitan más estudios. Sin caer en un relativismo total, un modelo verdaderamente explicativo del TLP necesita incluir toda la evidencia reciente e integrar distintas áreas de conocimiento. Actualmente tenemos suficientes datos que apoyan un modelo multimodal para el TLP.

Nosotros proponemos un modelo de este tipo que se basa en una perspectiva clínica, ya que un análisis estadístico de los grupos no explica por completo las diferencias individuales. La influencia relativa de distintos factores probablemente no es la misma para cada paciente, y debe ser en nuestra opinión, evaluada caso por caso. Basada en nuestra extensa observación clínica, creemos que los pacientes con TLP pueden constituir un grupo heterogéneo. Hunt (2007) afirmó que la etiología del TLP podría ser explicada mejor como una combinación de vulnerabilidad genética y neurológica, combinada con trauma en la infancia, incluyendo maltrato, abuso o negligencia, que lleva a emociones desreguladas, distorsiones cognitivas, déficits de habilidades sociales y pocas estrategias de afrontamiento adaptativas.

Entendemos el grupo borderline como el producto de la combinación de un factor traumático (que implica disociación estructural) y un factor biológico. De cara a conceptualizar los casos, sería útil clasificar a los pacientes borderline en tres grupos. En un extremo, colocaríamos a los pacientes borderline más disociativos (a veces trastornos disociativos diagnosticados erróneamente como TLP), con trauma más grave y en muchos casos con disrupciones de apego. En el otro extremo, colocaríamos a los casos de pacientes límites con base más biológica, con un trastorno bipolar, esquizofrénico, TDAH, lesiones cerebrales, etc. El grupo basado en los problemas de apego estaría ubicado entre ambos. Distinguiremos a groso modo tres subgrupos de TLP, en los que distintos factores etiológicos tendrán diferente peso (ver Figura 2).

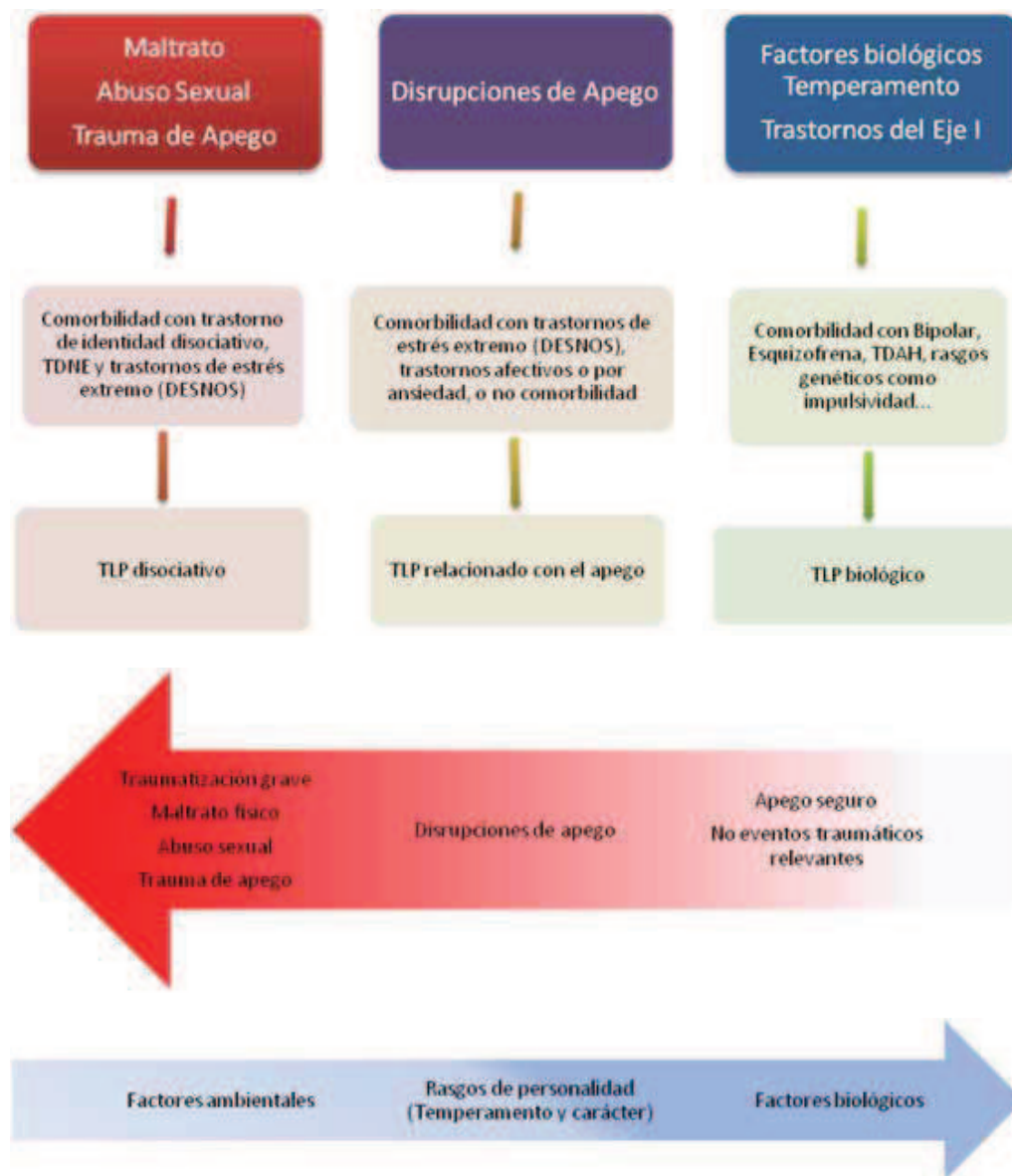
Un primer grupo consiste en pacientes con un TLP comórbido con trastorno disociativo. Estos pacientes tienen una historia de traumatización crónica en la infancia, y los síntomas de disociación de su personalidad estarían al nivel de la disociación secundaria o terciaria. Un segundo grupo consistiría en pacientes TLP sin diagnóstico de trastorno disociativo. Este grupo se solaparía probablemente con los llamados trastornos de estrés extremo o TEPT complejo, y tendrían relación con trauma temprano y crónico y factores ambientales relacionados con un apego disfuncional con los cuidadores primarios. Como Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2005) aducen respecto al TEPT complejo, la disociación en estos casos está al nivel de la disociación estructural secundaria. Un tercer grupo de pacientes tienen TLP con un trastorno comórbido más biológico, como el trastorno bipolar, el espectro esquizofrénico o el TDAH. Todos estos trastornos pueden interactuar, de modos complejos, con los factores ambientales, o funcionar ellos mismos como experiencias traumáticas (Goldberg & Garino, 2009). Algunos pacientes con presentaciones atípicas pueden ser diagnosticados erróneamente como TLP debido a las conductas y síntomas observables (este podría ser el extremo del espectro, ver Figura 1). En la mayoría de estos casos, sin embargo, los aspectos biológicos y los factores ambientales, pueden interactuar en modos complejos que se manifiestan en una auténtica comorbilidad. Debemos tener en cuenta, sin embargo, que debido a sus características conductuales innatas, los niños que pertenecen a este tercer grupo pueden también evocar disrupciones en el apego parental, como graves faltas de sintonía. Estos niños pueden demandar lo máximo de sus padres, los cuales a veces comparten rasgos o déficits comunes con sus niños.

Como comentábamos antes, algunos individuos gravemente traumatizados pueden cumplir criterios tanto para el TLP como para un trastorno disociativo complejo. Sin embargo, en algunos casos, los síntomas interpretados como manifestaciones límite pueden ser explicados mejor como pertenecientes a un trastorno disociativo complejo, y no representan una auténtica comorbilidad. Por ejemplo, una paciente con TID presentaba una alta impulsividad que se manifestaba en una conducta auto-destructiva, que en realidad se relacionaba con la activación de una parte emocional de la personalidad. Cuando trabajamos con el sistema interno de partes disociativas, este síntoma desapareció. Después de esto, la paciente no presentó más reacciones impulsivas. En este caso tenemos un diagnóstico de TID, y el síntoma “comórbido” de impulsividad era únicamente una manifestación del trastorno disociativo. Desde la perspectiva de la TDSP todas estas manifestaciones son inseparables. En otros casos, incluso teniendo partes disociativas, y habiendo trabajado efectivamente con ellas, la impulsividad es un rasgo de carácter que permanece presente. Esta distinción está lejos de ser clara, y cuando estamos trabajando desde la perspectiva de abordar la disociación estructural que subyace a estos fenómenos, hacer este diagnóstico diferencial no es tan importante. La cuestión relevante aquí sería cuándo está presente un factor biológico (una impulsividad de base genética, por ejemplo), porque esto conllevaría la necesidad de un tratamiento farmacológico complementario.

De modo similar, algunos pacientes del espectro bipolar o esquizofrénico pueden ser erróneamente diagnosticados como límites cuando las características clínicas se parecen a los criterios del TLP. Pero en la mayoría de los casos, trauma, apego y biología interactuarán en un modo complejo que se manifestará de modo diferente en cada paciente. Entender cuál es la contribución relativa de cada aspecto a un problema específico en un paciente es relevante, porque algunos aspectos del tratamiento, como las intervenciones farmacológicas o la terapia EMDR para aspectos relacionados con el trauma, tendrían más o menos peso en el tratamiento dependiendo de esta evaluación. Pensamos que es importante considerar estos factores, no como aspectos contradictorios unos con otros, sino como complementarios e interactivos. De este

modo, dibujar los factores biológicos y ambientales como extremos de un espectro, tal como hemos hecho, no es del todo adecuado, porque estos factores no son mutuamente excluyentes, y es posible encontrar casos donde pesan mucho tanto los factores biológicos como los ambientales.

Figura 2. Grupos de Trastorno límite de Personalidad.



Entendemos que existe un continuum que va desde el apego seguro (parte derecha de la flecha en la figura 2), pasando por las disrupciones de apego y llegando a la traumatización grave. A otro nivel, los factores biológico-genéticos pueden ser más fuertes en un extremo, y prácticamente ausentes en el otro, con una posibilidad intermedia donde el temperamento determinado genéticamente interactúa con otros factores para generar rasgos de carácter. Esta representación no es exacta, porque puede presentarse una fuerte base genética (al mismo tiempo) en un entorno altamente traumático. Todas las combinaciones son posibles, dando lugar a configuraciones específicas individuales. Los casos clínicos descritos más abajo son ejemplos de cada subgrupo, representando el factor más relevante. Sin embargo, la situación más común consiste en la coexistencia de varios factores, con distintos grados de influencia en cada individuo.

De acuerdo a la TDSP, el origen de la sintomatología borderline sería la traumatización, incluyendo el trauma de apego. Sin embargo, la TDSP puede explicar los casos de TLP en los tres grupos, no sólo en el primero, donde es más evidente. Describiremos las diferencias entre los tres grupos mencionados anteriormente. Las

características conductuales innatas podrían generar interrupciones en el apego parental y el TLP de apego puede incluir traumatización, a menudo de naturaleza “oculta”. Nos referiremos de modo diferencial a estos tres grupos.

El primer grupo, de **“TLP disociativo”**, comprende pacientes borderline con disociación estructural secundaria o terciaria, con partes disociativas de la personalidad que tienen una perspectiva de primera persona más desarrollada, y que en algunos casos tienen nombres y/o edades que difieren de los de la parte principal (la PAN principal). Algunas de estas partes pueden creer que son personas diferentes. En el grupo intermedio de **“TLP relacionado con el apego”**, la estructura de personalidad subyacente es la misma (generalmente disociación estructural secundaria), pero las partes disociativas tienen una perspectiva de primera persona menos desarrollada, y el paciente puede notar únicamente cambios dramáticos en sus emociones, conductas o cogniciones, sin una experiencia interna de “tener partes”, y cambios generales en los elementos que constituyen la identidad. El tercer grupo nos ayuda a entender la compleja interacción entre elementos de más base biológica y la historia traumática, y cómo los factores ambientales y de estructura cerebral son modulados o agravados por relaciones de apego temprano.

En su artículo proponiendo la categoría de trastornos de personalidad postraumáticos, Classen, Pain, Field y Woods (2006) sugieren reservar el nombre de TLP para personas con apego desorganizado temprano (apego tipo D) con los cuidadores primarios, pero con menos abuso crónico en la infancia. Esta categoría es bastante similar al grupo de TLP que hemos denominado “TLP relacionado con el apego”. Desde la perspectiva de la TDSP, ambos se caracterizan por algún grado de disociación estructural, que se basa en trauma de apego temprano y otras formas de trauma.

En la siguiente sección presentamos tres casos clínicos que destacan las diferencias entre el TLP disociativo, el TLP relacionado con el apego y el TLP de base biológica.

Caso 1. “Trastorno límite de personalidad disociativo”

Isabel, de 28 años, fue diagnosticada de TLP y más tarde de TID, lo que implica una disociación estructural terciaria. Presentaba conductas autodestructivas, rasgos anoréxicos, cambios conductuales, relaciones inestables, problemas de identidad y síntomas pseudopsicóticos (alucinaciones auditivas). Esta mujer ocultaba o minimizaba la mayoría de sus síntomas en las sesiones de terapia. Con el tiempo y una exploración más detallada, se hizo evidente una amnesia importante y que tenían un varias partes disociativas que se encargaban de distintos aspectos de la vida diaria. Una parte era una profesora eficiente (PAN-1), y desde esta parte ella no podía recordar nada de lo que había hecho el fin de semana previo con sus amigos (cuando la PAN-2 había estado activa). Estas partes tenían todas ellas una perspectiva de primera persona muy elaborada. A lo largo de la terapia se hizo evidente un sistema interno de partes disociativas muy complejo, con perspectivas de primera persona menos elaboradas, y muchos síntomas borderline se pudieron explicar como manifestaciones de su trastorno de identidad disociativo. Por ejemplo, sus relaciones inestables se relacionaban con el hecho de que diferentes partes se relacionaban con gente muy distinta y partes hostiles la empujaban a relacionarse con hombres potencialmente peligrosos. Sus alucinaciones auditivas eran intrusiones de varias partes emocionales y sus conductas autoagresivas representaban agresiones de unas partes contra otras.

Caso 2. “Trastorno límite de personalidad relacionado con el apego”

Mirta, de 42 años, era una mujer sin una historia de trauma grave, pero con un apego ambivalente con sus cuidadores primarios y rasgos de personalidad impulsivos. Sufrió una disregulación emocional severa con tendencia a la hiperactivación. En algunos momentos ella podía ser funcional, pero otras veces actuaba de modo más dependiente y era incapaz de hacer las cosas por sí misma. En esos momentos se comportaba en un modo muy infantil, con emociones que se conectaban a sus experiencias tempranas de falta de afecto por parte de sus padres y su ansiedad por los problemas paternos con el alcohol. O se comportaba como una adolescente, por ejemplo enamorándose intensamente de hombres diferentes. En esos momentos ella no tenía una experiencia interna de ser una persona diferente o tener una identidad diferente, pero se describía a sí misma como actuando o sintiéndose “como una niña pequeña” o

“como una adolescente”. Sus recursos en otras áreas no estaban accesibles para ella en esos estados mentales que pueden ser entendidos como partes disociativas. Ella no tenía la habilidad de modular estas partes de la personalidad o de cambiar de una a otra, y empleaba la cocaína y el alcohol para conseguir esos cambios, por ejemplo para disminuir el sentimiento de soledad conectado con la “parte niña pequeña”. Estas partes emocionales no estaban tan bien definidas, tenían una perspectiva de primera persona menos elaborada que en el caso previo, pero ella describía las conductas que había hecho en este caso como “ajenas”: “No puedo entender por qué hago estas locuras!” Esta estructura estaría caracterizada por una disociación estructural secundaria de la personalidad.

Caso 3. “Trastorno límite de la personalidad biológico”

Lucía, de 48 años, estuvo diagnosticada de TLP durante 10 años. Presentaba cambios de humor, con estados depresivos recurrentes de corta duración. Sus relaciones interpersonales eran inestables. Tenía un matrimonio problemático (que ella toleraba debido a su miedo a ser abandonada) y ningún apoyo social. Eran frecuentes las conductas autodestructivas y los intentos de suicidio. Había tenido una actitud demandante y dependiente con sus terapeutas previos. Después de varios años de síntomas depresivos crónicos, presentó un episodio maníaco franco. Un episodio depresivo posterior fue seguido de una nueva fase maníaca con síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo. Con una combinación de fármacos antidepresivos, eutimizantes y neurolépticos, muchos “rasgos” de personalidad cambiaron. Su desregulación emocional y las conductas autodestructivas se redujeron de modo marcado. En este ejemplo no es fácil establecer qué síntomas fueron debidos a oscilaciones subclínicas del humor y cuáles a los rasgos de personalidad, porque tantos años viviendo con las consecuencias de su enfermedad habían causado una gran traumatización secundaria.

Caso 4. “Todo en uno”

Julio, de 41 años, presentaba cambios de humor, alta impulsividad, conductas de riesgo, trastornos de identidad y relaciones inestables. Su familia de origen era disfuncional, su madre era emocionalmente muy distante y frecuentemente negligente, y su padre estaba ausente con frecuencia, y cuando estaba presente era emocional y físicamente abusivo. Julio había presentado problemas conductuales durante su infancia. Cumplía criterios para un trastorno por déficit de atención del adulto (TDAH) con baja atención sostenida y alta impulsividad e hiperactividad. Su madre también cumplía criterios de TDAH, presentaba una extrema falta de atención, y esta característica probablemente influyó en su cuidado negligente. Su padre era muy impulsivo, pero con una atención normal. Estos factores presentes en ambos padres podían haber influido en el desarrollo temprano del paciente: la influencia genética negativa puede ser incrementada por el estilo de apego y el efecto del maltrato físico y emocional. El presentaba signos de disociación estructural, alternando entre una parte dependiente centrada en el apego (PE) que necesitaba desesperadamente relaciones íntimas, una parte emocional agresiva, facilitada por el alcohol, y una PE depresiva (ligada a rasgos de infravaloración) que alternaban con una PAN con rasgos narcisistas. Por tanto, Julio estaba caracterizado por una disociación estructural secundaria.

OTRAS APROXIMACIONES A LA NATURALEZA DISOCIATIVA DEL TLP

La teoría de la disociación estructural de la personalidad (TDSP) no es el único abordaje terapéutico que enfatiza las características disociativas del TLP. Algunos autores han descrito incluso todos los trastornos de personalidad en términos de disociación. Bromberg (1998), por ejemplo, afirma:

“Trastorno de personalidad” representa una disociación egosintónica, no importa qué estilo de personalidad encarne... Un trastorno disociativo propiamente dicho (...) es desde esta perspectiva una pieza clave para comprender todos los demás trastornos de personalidad. (pp. 201-202)

Otros autores describen también conceptos que son similares a los de la TDSP. Blizard (2003) y Howell (2002, 2005) conciben los TLP como trastornos disociativos

con “un patrón significativo de estados del self” (Howell, 2002), por ejemplo, estados o estados del self de masoquista/víctima y estados del yo sádicos, también denominados estados del self rabiosos/perpetradores o estados del yo abusadores. Estos “estados del self” son equivalentes al concepto de la TDSP de “partes disociativas de la personalidad”. Nosotros preferimos el término “partes disociativas” porque pueden ser complejas y comprender distintos estados mentales en diferentes momentos (Van der Hart et al., 2006/2008). Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus (2004) afirman que los pacientes con TLP: *“a menudo se mueven de un estado de ánimo interpersonal reactivo a otro, con gran rapidez y fluidez, experimentando varios estados disfóricos y períodos de eutimia durante el curso de un día”*, una descripción que implica disociación.

Algunos modelos de TLP incluyen una perspectiva disociativa que presenta similitudes con la TDSP. La teoría cognitivo analítica (Ryle, 1997), por ejemplo, describe la conexión entre trauma temprano, estilos de cuidado y patología límite. Los modelos relacionados de funcionamiento borderline – el modelo de múltiples estados del self (MSSM) – explica muchas de las características del TLP en términos de dominancia alternante de uno u otro de un pequeño rango de estados del self “parcialmente disociados” (Ryle, 1997). Estos estados del self son el equivalente de las partes disociativas de la personalidad. Golyunkina y Ryle observaron que “entre estos estados la memoria puede estar alterada, y hay alguna capacidad de autoobservación en todos o algunos de ellos” (p. 431). Ryle (2007) afirma que los pacientes borderline manifiestan discontinuidades importantes en su experiencia y conducta, y que estas contribuyen a las dificultades con las que los clínicos se encuentran a la hora de tratarlos. Desde esta perspectiva, el problema subyacente es de una disociación estructural de los procesos del self en un pequeño rango de estados del self parcialmente disociados, con cambios entre unos y otros que pueden ser abruptos y evidentemente no provocados. Es obvio que esta visión tiene mucho en común con la TDSP, que enfatiza más claramente la perspectiva de primera persona de las partes disociativas. Algunos ejemplos de los tipos de estados del self descritos por Golyunka y Ryle (1999) son: un self ideal (*“otros me admiran”*), un estado de abusador con rabia (*“quiero hacer daño a otros”*), una víctima impotente (*“otros me atacan y yo soy débil”*) y un estado zombi. TDSP relaciona estos diferentes estados del self o partes disociativas con distintos (sub) sistemas de acción en base a de los cuales funcionan: por ejemplo, el abusador con rabia funciona en base al subsistema defensivo de lucha, y la víctima impotente lo hace basada en el subsistema defensivo de sumisión.

Ryle y Kerr (2006) definen el procedimiento de rol recíproco como un concepto subyacente a lo que ellos denominan el modelo de múltiples estados del self (MSSM). Los procedimientos son secuencias de percepción, evaluación, acción y análisis de las consecuencias, conformando acciones dirigidas a un objetivo. Cada rol es identificable por su conducta característica, humor, síntomas, visión del yo y los otros, y búsqueda de reciprocidad, que enlaza con el concepto de la TDSP de perspectiva de primera persona de las partes disociativas.

Otra orientación que enlaza las experiencias tempranas con los síntomas adultos y maneja conceptos muy cercanos a los de la TDSP es la terapia basada en esquemas para el TLP (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Young et al observan que los pacientes con TLP se caracterizan por la existencia de distintas “partes del self” que ellos retiquetan como “modos”. Identifican cuatro tipos principales: modos infantiles, modos desadaptativos de afrontamiento, modos parentales disfuncionales y el modo adulto saludable. Afirman que: *“En pacientes con trastornos borderline o narcisistas, los modos están relativamente desconectados, y la persona sólo es capaz de experimentar un modo cada vez. Los pacientes con TLP cambian rápidamente de un modo a otro”* (p. 272). Este cambio brusco entre distintos modos es equivalente a la alternancia entre PEs y PANs tal como es descrita por la TDSP. En ambas teorías, algunos modos o partes disociativas pueden a su vez disociarse en subpartes. Una de las diferenciaciones que Young et al hace pertenecen a los modos infantiles: el niño vulnerable, el niño enfadado, el impulsivo/indisciplinado y el niño feliz. De nuevo la TDSP considera que estas diferentes partes, algunas de las cuales son descritas como PEs, están mediadas por distintos (sub)sistemas, pueden tener diferentes niveles de desarrollo mental, y contienen diferentes (aspectos de) los recuerdos traumáticos. Young et al distinguen un modo adulto saludable, que no parece ser similar a la PAN. Los autores observan que este modo está virtualmente ausente en muchos pacientes borderline; por tanto sería algo a alcanzar en el curso de la terapia. Sin embargo, de acuerdo con la TDSP,

algunas PANs pueden ser altamente funcionales (ver también Horevitz & Loewenstein, 1994), comparable al modo adulto saludable de Young et al. Pero sin embargo, por muy funcional que la PAN parezca ser, es todavía una parte disociativa de la personalidad que no se ha integrado con otras partes. Una vez la personalidad está completamente integrada, la TDSP hablaría de una personalidad sana con una buena capacidad para la autorreflexión, la introspección y la autorregulación.

Finalmente, otro autor relevante en la conceptualización del TLP es Otto Kernberg (1993). En la psicoterapia basada en la transferencia, describe una teoría evolutiva de la organización de la personalidad borderline (Levy et al, 2006), conceptualizada en términos de afectos y representaciones del self y del otro, que tiene algunas similitudes con las partes disociativas descritas en la TDSP. Las representaciones parciales del self y los otros están asociadas de dos en dos y ligadas por un afecto en unidades mentales que Kernberg denomina díadas objetales relacionales. En borderlines estas díadas no están integradas y las representaciones totalmente negativas están escindidas o apartadas de las representaciones positivas idealizadas del yo y de los otros. El mecanismo del cambio en pacientes tratados con psicoterapia focalizada en la transferencia es la integración de estos estados afectivos y representaciones del self y los otros, que están polarizados, en un todo más coherente, siendo esta integración un objetivo compartido con el abordaje terapéutico de la TDSP.

Kernberg (1993) propone varias tareas de desarrollo en pacientes límite. Deben ser capaces de distinguir entre lo que es el self (y la propia experiencia) y lo que son los demás (y su experiencia). Este concepto está presente en la TDSP que establece la relevancia de la diferenciación y la síntesis. La relevancia de la síntesis en la TDSP está relacionada con la segunda tarea de desarrollo de Kernberg (1993): el paciente borderline debe reaprender a ver los objetos como un todo, tanto buenos como malos al mismo tiempo. Las similitudes entre ambas teorías no son tantas como con las de Ryle y Kerr (2006) y la de Young, Klosko, & Weishaar (2003), pero pueden verse algunos paralelismos.

En resumen, muchas conceptualizaciones del TLP se refieren, de distintos modos, a la disociación de la personalidad en pacientes con TLP, que está más elaborada en la TDSP. Varios autores han enfatizado el rol de la traumatización temprana y grave y del apego inseguro en el desarrollo del TLP. Mencionan el cambio entre estados mentales no integrados (partes disociativas) en borderlines. Algunas de estas partes parecen aparentemente funcionales en la vida diaria (PANs), otras partes están ligadas a las experiencias traumáticas (PEs). La TDSP ofrece una visión que comprende todos estos aspectos, integrando hallazgos e insights de la neurobiología y la psicotraumatología.

LOS CRITERIOS DEL DSM-IV-TR BPD COMO SÍNTOMAS DISOCIATIVOS POSTRAUMÁTICOS

Como Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2005) hicieron respecto a los clusters de síntomas del TEPT complejo/DESNOS, describiremos posteriormente cómo los síntomas principales del TLP pueden entenderse desde la perspectiva de la TDSP, es decir, relacionándose con distintas partes disociativas de la personalidad, principalmente aquellas que están mediadas por subsistemas de acción defensivos (PEs).

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario

Muchas personas con TLP afirman que les resulta muy duro estar solos, incluso por periodos muy cortos de tiempo. Otros se quejan de sentirse solos incluso cuando están rodeados de otros. El temor a estar solos les hace especialmente vulnerables a las “señales” de abandono, disparándose fácilmente por estímulos relacionales o situaciones que se perciben como peligrosas. Sentirse ignorados o rechazados puede desatar reacciones emocionales muy intensas en pacientes con este diagnóstico. Aunque la mayoría de la gente puede sentirse mal cuando tienen miedo de ser abandonados y pueden reaccionar de muchos modos frente a una pérdida, no es frecuente que esas reacciones alcancen los extremos que podemos observar en los pacientes límite (Mosquera, 2004, 2010). Estas características pueden entenderse desde la TDSP como diferentes PEs que son disparadas por memorias y experiencias traumáticas. Si el paciente tuvo una figura de apego que fue negligente, la necesidad de apego podría ser extrema, y frente a la posibilidad de perder una figura de apego, se activa-

rá la PE mediada por el sistema de acción del grito de apego (expresándose en el adulto borderline como “no me dejes”). Pero en el apego inseguro, los sistemas de acción defensivos tuvieron que activarse con el cuidador principal, y ahora se activará de manera similar con las figuras de apego adultas con una PE de lucha (“te odio”) que puede volverse contra la PAN (“si me dejas me mataré”). En el apego desorganizado-desorientado la situación es más extrema y las partes disociativas tienden a tener una mayor perspectiva de primera persona. Esta situación estaría más relacionada con el grupo TLP disociativo que con los otros tipos de apego inseguro.

La presencia de una fuerte base biológica podría funcionar como un factor multiplicativo, aumentando el efecto de lo que en otras circunstancias serían problemas de apego menores. Por ejemplo, la falta de habilidad para regularse emocionalmente puede hacer que resulte difícil tolerar emociones que surgen de la soledad y la pérdida, y la impulsividad puede incrementar las conductas disruptivas orientadas a recuperar el cariño perdido. Durante la niñez, estas reacciones extremas pueden exacerbar las dificultades del cuidador para apegarse de manera segura a este “niño tan difícil”, con una causalidad circular.

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por extremos de idealización y devaluación

Los pacientes borderline son conocidos por mantener relaciones interpersonales intensas, generalmente muy volátiles y problemáticas. Es difícil de entender que una afirmación como “déjame sólo”, “no quiero volver a verte nunca más” pueda significar en realidad: “por favor, no me dejes, te necesito”. Aunque esto podría ser evidente para otros, los pacientes con TLP no siempre perciben esta “falta de conexión” entre lo que ellos “sienten y necesitan” y lo que “hacen y dicen”. Esta es una de las razones por la que muchos límite se sienten confusos y perplejos por las reacciones que ven en los demás, y viceversa (Mosquera, 2004, 2010).

Los pacientes límite pueden cambiar rápidamente entre PEs a medida que se activan los sistemas de acción orientados a la defensa y al apego, por ello pueden idealizar a aquellos que les cuidan, incluso a gente que simplemente conocen, especialmente cuando perciben una “conexión especial”, cuando ellos se sienten cuidados, escuchados o valorados (Mosquera, 2010). Frecuentemente para cubrir sus necesidades de apego, el niño había filtrado los aspectos negativos en el cuidador, construyendo una figura idealizada. Cuando estos aspectos negativos se volvían innegables (por ejemplo durante un abuso) podían ser simultáneamente activados y bloqueados, para dar salida a las reacciones más eficientes para sobrevivir (como la sumisión o el colapso). Todas estas reacciones, incluso aquellas que nunca fueron actuadas, provienen de PEs. Sus percepciones y actuaciones con otros significativos, como la idealización, rabia (lucha), miedo y evitación (huída) o sumisión, están basadas en diferentes (sub)sistemas que no están integrados debido a que el niño tuvo que lidiar con cuidador(es) inconsistentes o dañinos. En las relaciones de intimidad adultas, incluyendo la relación terapéutica, se reproducirá esta alternancia entre PAN(s) y diferentes PEs.

Los pacientes borderline pueden cambiar bastante rápido, pasando de la idealización a la devaluación, si piensan que están siendo ignorados, no cuidados o rechazados (activación de una PE de grito de apego). Un detalle muy pequeño puede disparar un profundo sentimiento de traición y dolor emocional. Este detalle aparentemente pequeño puede ser una reminiscencia de un detalle muy relevante en la relación con los cuidadores primarios. Es decir, la aparente desproporción en la reacción puede reflejar que el paciente como PE(s) no está reaccionando realmente frente a la situación de aquí y ahora, sino a la de allí y entonces. En otras palabras, los pacientes viven en el tiempo del trauma (Van der Hart et al., 2010). Para un niño pequeño un grito, una crítica o una actitud hostil no son experiencias de poca importancia. Cuando este niño se hace adulto, un tono de voz alto o un comentario crítico pueden disparar una reacción aparentemente injustificada. Estas reacciones contradictorias en las reacciones íntimas se pueden relacionar con un apego desorganizado (tipo D) que el individuo desarrolló en la infancia. Esta desorganización externa puede ser la manifestación externa de la competición entre partes disociativas rígidamente organizadas que están mediadas por sistemas de defensa y apego, respectivamente. Estas partes tienen distintos estilos para solucionar el dilema de relacionarse con un cuidador inseguro, pero necesario (Liotti, 1999; Van der Hart et al., 2006/2008).

Un factor relacionado que complica las relaciones de los pacientes límite con otros es la tendencia a personalizar las reacciones y comentarios de los demás e interpretarlas como algo “contra ellos” (como un ataque). Suelen tener miedo de ser “descubiertos” (en muchos casos porque el abusador hizo un gran trabajo haciéndoles sentir culpables, “malos”, no queribles, etc), de modo que cualquier signo de rechazo puede activar una reacción muy fuerte en las PEs. Una PE sumisa (“soy débil”) puede activarse cuando se produce un rechazo percibido (o el recordatorio de una negligencia emocional temprana). Sin embargo, al mismo tiempo una EP llena de rabia (mediada por un subsistema de acción de lucha) puede reaccionar violentamente hacia la otra persona.

3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

Los pacientes límite refieren con frecuencia no saber quiénes son, qué les gusta o qué les gustaría hacer. Una base fenomenológica para esta alteración de la identidad puede estar en la baja capacidad integrativa y en la experiencia interna de cambios entre estados mentales, por ejemplo cambios entre diferentes PEs y PAN. Esto puede llevarles a embarcarse en proyectos y establecer objetivos que son difíciles de alcanzar. Hay una falta de eficiencia mental (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2008) que puede contribuir a las dificultades para implicarse en actividades adaptativas. Muchos pacientes con trastorno límite dicen que no tienen identidad y suelen usar frases como “Yo sé quién debo ser, qué debo hacer, qué sería normal que sintiera, pero soy incapaz”. Esta conciencia de “rareza” les hace sentir culpables y frustrados. Cuando los pacientes no tienen una identidad definida y no encuentran explicación para su sufrimiento, suelen buscar “claves” en otros: algo que puede explicar su confusión e incertidumbre, algo que les ayude a sentirse menos culpable y que ayudaría a que los otros entendiesen. Esto puede relacionarse con uno de los fenómenos que pueden observarse fácilmente en los pacientes con TLP durante la hospitalización: la imitación. Es frecuente que los pacientes borderline “copien” síntomas de otros. Muchos se sienten sobrepasados por cuestiones simples como “¿cómo te describirías a ti mismo?”, “¿Qué te gustaría hacer?” (Mosquera, 2010)

Los pacientes con trastorno límite tienden a actuar en función de las expectativas de los demás. De niños no aprendieron a pensar en ellos mismos ni en sus necesidades; tenía que actuar en función de las necesidades de otros. Tienden a reaccionar en función de sus percepciones sobre las opiniones y necesidades de otros. Su necesidad extrema de apego puede ser otro motivo por el que funcionan de este modo.

Es frecuente que los borderlines se sientan como “impostores”, “falsos”; por este motivo adoptan fachadas de aparente normalidad (la parte aparentemente normal de la personalidad, PAN). Tienden a crear máscaras y tratan de actuar como piensan que los demás quieren que actúen. Un paciente dijo: “*Me siento como un payaso que está siempre actuando cara a la galería. Siempre pongo una sonrisa y hago como que estoy bien para no tener problemas con los demás. Siento que no puedo expresar lo que siento porque la gente no lo entendería*” (Mosquera, 2010). Debemos comentar que algunos TLP son conscientes de los esfuerzos que hacen para tener un aspecto aparentemente competente, pero en los casos más disociativos, no se dan cuenta de la existencia de PEs mientras están en “modo PAN”. Esto puede reflejar la evitación de la PAN de los elementos traumáticos contenidos en las PEs y la ausencia de la capacidad de darse cuenta del trauma y de las acciones mentales derivadas del trauma características de la traumatización temprana. (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2008).

4. Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).

Los factores biológicos y ambientales pueden contribuir a estos síntomas. Una persona puede tener un rasgo de personalidad impulsivo, genéticamente heredado del padre. Este rasgo de impulsividad no puede ser regulado adecuadamente por el padre impulsivo, que reacciona de modo excesivo frente a la conducta de su hijo, o por la madre, que está victimizada por las conductas abusivo-impulsivas del padre. Cuando el niño expresa rabia, esta es reprimida consistentemente, en respuesta a padres hiper-

controladores y esto contribuye a la disociación de este estado mental respecto a otros. Cuando este niño de hace adulto, puede oscilar entre una PAN que controla rígidamente su rabia, o expresarla de modo incontrolado (PE) cuando necesita hacerlo. La rabia adaptativa que permite a la gente buscar la satisfacción de sus necesidades o les hace capaces de rechazar una demanda abusiva no es una opción para estas personas, porque los procesos integrativos altamente desarrollados están ausentes.

Algunos pacientes con trastorno límite recurren al abuso de sustancias o a la automedicación para evitar estar en contacto con los sentimientos de la/s PEs que reactivan recuerdos traumáticos. Otros recurren a la ingesta compulsiva de comida dado creando un estado de estupor que permite la evitación de la PE. En otros casos, la impulsividad se refleja en una necesidad incontrolable en la PE, necesidad que en la mayoría de los casos no fue reconocida o satisfecha durante la niñez. Estos pacientes han aprendido a ignorar o controlar rígidamente estas necesidades, que permanecen disociadas en una PE. Algunos borderline manifiestan una sexualidad compulsiva, que en ocasiones puede ser la repetición de un abuso sexual temprano en el que está involucrada una PE que imita al perpetrador y como mínimo otra PE que sufrió el dolor, el miedo y la vergüenza del abuso original. Muchas conductas impulsivas se pueden entender como activaciones de PEs que escapan al control rígido de la PAN.

5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.

Las conductas o gestos suicidas, o los comportamientos de automutilación suelen ser interpretados como chantajes o conductas manipulativas. Sin embargo, en muchos casos los pacientes, como PAN o como una PE controladora recurren a estas conductas como un modo de manejar emociones vehementes o intolerables. Muchos pacientes límite refieren sentirse mejor cuando se cortan o se queman. El dolor puede inducir un aumento de endorfinas que disminuye la percepción del dolor, y por medio de ello reduce el malestar emocional y produce analgesia. En algunos casos, la razón para inducir dolor físico es porque el paciente encuentra este dolor “más tolerable que el dolor emocional” (contenido en las PEs).

En casos de disociación más compleja, algunas PEs que quieren castigar pueden estar implicadas en acciones autolesivas con el objetivo de castigar a otras partes, que por ejemplo, ellas consideran culpables del abuso (por su respuesta de sumisión), expertas en reactivar recuerdos traumáticos o débiles (las partes hostiles consideran que ser fuertes es la única manera que puede evitar que sean abusados de nuevo). Las PEs que quieren castigar también se pueden expresar como pensamientos intrusivos o voces que culpan o amenazan a la PAN o a otra PE. Los pacientes límite pueden recurrir a la autolesión con diferentes niveles de planificación, que va desde la altamente impulsiva hasta acciones cuidadosamente planeadas. Además, en algunos casos la PAN está completamente presente y consciente de estas acciones. En otros casos, una o más PEs pueden haber tomado control ejecutivo hasta el punto de que la presencia de la PAN es completamente inhibida, teniendo como resultado que la PAN tiene amnesia para los disparadores, la intención y la planificación de hacerse daño o la autolesión en si misma. Es posible que una parte observadora observe al mismo tiempo desde la distancia lo que se está haciendo.

6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).

Los pacientes borderline presentan una inestabilidad afectiva que afecta a muchas áreas de sus vidas y que puede manifestarse como cambios abruptos en los estados emocionales. Muchos de estos pacientes se caracterizan por disforia crónica y sentimientos de vacío. Se disparan muy fácilmente por eventos ordinarios que les recuerdan aspectos traumáticos o no resueltos. Entonces su tendencia a sentirse vacíos y “planos” puede ser interrumpida por episodios de rabia, angustia y desesperación, en los que varias PEs están marcadamente presentes. Es importante tener en cuenta que eventos aparentemente ordinarios, que pueden funcionar realmente como “disparadores” debido a sus similitudes percibidas con los eventos traumatizantes originales, pueden reactivar recuerdos traumáticos y PEs a las cuales pertenecen estos recuer-

dos. Esto genera alternancias entre PAN y EP que pueden explicar muchos de los dramáticos cambios de humor (Steele, 2008; Mosquera & Gonzalez, 2009a; Mosquera, Gonzalez, & Van der Hart, 2010).

Por ejemplo, una paciente límite puede oscilar entre pensar (y sentir) que su pareja le maltrata a estar convencida de que “no puede vivir sin él” cuando se enfrenta a la amenaza de quedarse sola. Esta paciente puede expresar cambios muy rápidos e intensos en su humor, reaccionando en distintos modos que son percibidos como desconcertantes para ellos y para los demás. Cuando percibe que su pareja la está maltratando, puede estar reexperimentando una agresión previa por parte de su padre en la infancia, con una mezcla de rabia (PE basada en la lucha) y miedo (PE basada en la huida). Cuando ella cambia a la creencia “no puedo vivir sin él” puede estar cambiando a una PE sumisa o a una PE basada en el grito de apego. En la disociación estructural secundaria, estas PE no son muy complejas, y su perspectiva de primera persona no está muy desarrollada. Entonces el paciente como PAN es consciente de estos cambios, cuando por ejemplo está en contacto con la PE infantil que siente “no puedo vivir sin él” puede experimentar la reacción llena de rabia de la PE de lucha como ajena, como “no soy yo”.

Los pacientes límite son conocidos por su pensamiento “blanco y negro”. Estos extremos son característicos de la disociación estructural de la personalidad, con diferentes partes disociativas que tienen percepciones, pensamientos, emociones y conductas polarizadas. Cuando se sienten descorazonados pueden reaccionar con rabia y dirigir este sentimiento hacia otros (por ejemplo con ataques verbales) o hacia sí mismos (cortarse, quemarse).

La desregulación emocional es otro factor que necesita ser considerado, en relación con este cluster sintomático. Las personas con una historia de traumatización crónica y trauma de apego o disrupciones de apego, tienen dificultades para mantener sus emociones dentro de la denominada *ventana de tolerancia* (Ogden & Minton, 2000; Ogden, Minton, & Pain, 2006). Pueden volverse hiper o hipoactivados de modo incontrolado. La desregulación emocional puede ser parcialmente heredable (Goldsmith & Harman, 1994), pero este rasgo puede ser amplificado por un cuidador inadecuado o modulado por un cuidador seguro que da apoyo. Pero amplificada o modulada por un cuidador inadecuado o seguro. Durante las experiencias traumáticas las PEs pueden hiperactivarse (rabia, miedo extremo, pánico) o hipoactivarse (sumisión total), manifestando estas condiciones respectivas en cualquier momento en que son reactivadas. Cuando el cuidador es incapaz de regular las experiencias extremas del niño, o cuando es precisamente la causa de las mismas, estas partes disociativas se vuelven más rígidas y muy arraigadas.

Para muchos autores, este criterio parece tener una fuerte base biológica, y es uno de los que responderían mejor al tratamiento farmacológico. Sin embargo, sería un error obviar la tendencia a ser abiertamente reactivos que puede observarse en la mayoría de los pacientes borderline, ligada a factores externos y relacionales.

7. Sentimientos crónicos de vacío.

El vacío es un sentimiento que los pacientes límite tratan por lo general de atenuar. Los pacientes que se caracterizan por sentimientos crónicos de vacío pueden describir cómo hacen intentos desesperados de llenar esta aplastante sensación. Algunos pacientes refieren que esas sensaciones les hacen sentir muy dependientes de otras personas (creyendo que sólo otros pueden llenar ese vacío). A veces este sentimiento de vacío representa PEs, partes disociativas que contienen experiencias de negligencia emocional, distanciamiento o retraimiento del cuidador o de las necesidades de apego no cubiertas. Las personas con este diagnóstico suelen referir una sensación de vacío que “no pueden llenar con nada”. A veces la falta de emocionalidad se relaciona con los intentos desesperados de la PAN de evitar cualquier sentimiento o sensación corporal que podría disparar recuerdos traumáticos y afectos desbordantes, llevando a una vida “vívica en la superficie de la conciencia” (Appelfeld, 1994; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006/2008).

8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

Muchos borderline presentan reacciones impredecibles y repentinas “explosiones emocionales”. Estas explosiones pueden ser verbales, físicas, o una combinación de ambas (Mosquera, 2010). En algunos casos, esto depende de qué PE es reactivada. Los estallidos de rabia de las PEs de lucha, relacionadas con recuerdos traumáticos reactivados, pueden ser bastante intensas y tienen un fuerte impacto en el paciente como PAN y en otras PEs y otra gente. La persona tiene la impresión de estar completamente fuera de control, “dislocado”, actuando por impulso sin pensar en las consecuencias. El paciente como PAN puede experimentar estas reacciones como ajenas, como “no soy yo” (reflejando cierto grado de perspectiva de primera persona) o no recordar parte de ellas, o el episodio entero. En ese caso, el paciente como PAN se asusta mucho cuando los demás le cuentan lo que ha pasado.

9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

En nuestra opinión, la ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés, es crucial en el TLP, dado que como mencionamos anteriormente, explicaría muchas reacciones aparentemente desproporcionadas e incontroladas. Esto refleja las alternancias entre partes disociativas, con sus propias perspectivas de primera persona, que manifiestan muchos paciente borderline. Algunos pacientes límites son extremadamente vulnerables y sensibles a los estímulos generales, teniendo dificultades para regular los estados emocionales. Sin embargo, estos estímulos aparentemente sin importancia pueden funcionar más bien como disparadores específicos relacionados con el trauma. Los terapeutas empiezan a entender su significado cuando son capaces de relacionarlos con experiencias traumáticas tempranas. La desconfianza extrema que puede observarse en muchos límites cuando se activan emocionalmente puede relacionarse con una hiperactivación postraumática. En momentos de estrés extremo ellos, o más bien partes atascadas en la defensa relacionada con el trauma, pueden volverse muy suspicaces y tender a pensar que los demás quieren hacerles daño: esto se suele relacionar con experiencias tempranas de apego, negligencia y maltrato. En estos casos los recuerdos traumáticos y las PEs relacionadas pueden reactivarse (ver también Chan & Silove, 2000). Por ejemplo un familiar, una persona confiable, puede ser percibida de repente como un atacante (cambio a una PE basada en la defensa).

Las alucinaciones auditivas pueden ser incluidas como “síntomas disociativos graves” (Yee, Korner, McSwiggan, Meares & Stevenson, 2005; Moskowitz & Corstens, 2007; Chan & Silove, 2000). Esas alucinaciones auditivas se relacionan generalmente con PEs específicas con su propia, bien desarrollada perspectiva de primera persona, que pueden presentarse como intrusiones en la conciencia de la PAN o tomar completamente el control ejecutivo (Moskowitz, & Corstens, 2007; Van der Hart & Witztum, 2008) y son el modo en que muchas PEs son experimentadas desde la PAN. Otros síntomas disociativos graves pueden estar entre aquellos que son medidos con los instrumentos de screening para los trastornos disociativos (DES, Bernstein & Putnam, 1986; SDQ-20, Nijenhuis et al., 1996) y los instrumentos estandarizados de la DSM-IV-TR para evaluar trastornos disociativos (DDIS, Ross, 1989; SCID-D, Steinberg, 1994). En resumen, estos síntomas incluyen intrusiones de las partes disociativas o cambios entre ellas, y pueden ser categorizados como negativos (pérdidas funcionales como amnesia y parálisis) o positivos (intrusiones como flashbacks o voces) y psicomorfos (síntomas como amnesia, oír voces) o somatomorfos (síntomas como anestesia o tics) (Van der Hart et al., 2006/2008).

EJEMPLOS CLÍNICOS EN TÉRMINOS DE DISOCIACIÓN ESTRUCTURAL DE LA PERSONALIDAD

Siguiendo la descripción de los distintos criterios diagnósticos DSM-IV-TR en términos de la teoría de la disociación de la personalidad, las viñetas de casos presentadas más adelante pueden ayudar al lector a detectar mejor la posible implicación de diferentes partes disociativas en el funcionamiento y síntomas en pacientes con TLP. Esto puede abrir ventanas de oportunidad para un manejo y tratamiento más efectivo. Este tema está, sin embargo, más allá del alcance de este artículo.

Caso 1: “Trastorno límite de personalidad disociativo”

Susana, una mujer de 45 años con diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad. Aparentemente funcional. Su descripción de abuso sexual encaja con algunas conductas descritas por su familia: de niña había lavado su ropa interior en diversas ocasiones y parecía avergonzada, como si estuviese ocultando algo pero su madre pensó que “estaba jugando a ser ama de casa”. Desde niña había sido amenazada por la persona que abusaba de ella de diversas maneras “*“si dices algo no te que-rrán”, “si lo cuentas, no te creerán y te quedarás sola”, “si lo cuentas mataré a tu gati-to”*”. A pesar de esto ella fue capaz de finalizar estudios universitarios y obtener un empleo (PAN). En su trabajo es muy meticulosa y responsable (PAN). Habitualmente es tranquila y en ocasiones muy sumisa (PE1) pero ha tenido diversos estallidos emocionales con compañeros de trabajo (PE2). Tiene un grupo reducido de amigos, relacionado con creencias religiosas. No presenta conflictos en este contexto (PAN). En algunas situaciones se siente (PE3) “saturada” por los comentarios y gestos de otras personas, algo que vive (PAN) como desproporcionado a los eventos. En varias ocasiones se ha “castigado” introduciendo objetos por la vagina y haciéndose cortes (PE2) interfiriendo en el funcionamiento de la PAN). Se siente muy avergonzada y no entiende de “por qué se hace (PE2) estas cosas a sí misma” (PAN).

Caso 2: “Trastorno Límite de la Personalidad disociativo”

Roberto es un hombre de 37 años. Habitualmente tranquilo y dialogador, no le gustan los conflictos y los evita (PAN). Refiere una niñez muy buena pero tiene muy pocos recuerdos desde este periodo a la adolescencia y no puede dar detalles. Unos meses antes se sorprende (PAN) agrediendo (PE) a un señor mayor. No sabe qué se “apoderó de él” (PE) y se siente muy avergonzado y preocupado por su conducta (PE). Explica diversos incidentes parecidos a este, la mayoría asociados a un estresor previo. Refiere abusar del alcohol como una automedicación (para entumecer el dolor emocional). Su mujer explica que él (una PE furiosa basada en un sistema de acción de lucha) se ha intentado suicidar después de estos “estallidos” (PE infantil, temerosa, basada en la huida); Roberto (PAN) afirma sentirse culpable y tener “miedo a sus propias reacciones”.

Caso 3: “Trastorno Límite de la Personalidad relacionado con el Apego”

Claudia, una mujer de 29 años con trastorno borderline. Aparentemente funcional; su madre explica lo siguiente: *Los demás no saben que tiene problemas... cuando está bien es maravillosa, encantadora, tranquila y muy paciente (PAN). Sin embargo, “de repente” se convierte en un ser horrible: es agresiva, autodestructiva y muy difícil de calmar. En esos momentos la odio, es imposible aguantarla (PE)*. La paciente acude a su trabajo a diario, le va bien, se relaciona con sus compañeros y no presenta problemas en ese contexto (PAN). La madre comenta que cuando surge algún conflicto en el trabajo, llega a casa muy nerviosa y es difícil no discutir con ella. “Dice que nunca la ayudo pero es ella la que no quiere ayuda” (madre e hija con frecuencia discuten, se culpan mutuamente y se insultan). Cuando Claudia está saturada se va al baño y hace cortes (PE) o sale y se toma “un par de copas” (PE). Fuera del trabajo su vida es caótica e impredecible; mantiene relaciones intensas e inestables. No entiende “ciertas conductas” (PE) y explica que en determinados momentos, aunque “sabe que debería parar su conducta, no puede” (PAN): *“No sé por qué hago estas cosas, es como si no fuese yo en esos momentos”*.

Caso 4: “Trastorno Límite de la Personalidad con base biológica y Trauma de Apego”

Elisa, tiene 27 años y tiene mucho miedo al abandono. Es extremadamente dependiente y posesiva (PE). La mayor parte del tiempo intenta agradar a los demás y caer bien. En ocasiones se pone extremadamente violenta y hostil (PE), mostrando rencor hacia sus familiares por diversos motivos. Su relación con su pareja era muy intensa y oscilaba entre una dependencia extrema (PE, grito de apego) y reacciones muy negativas hacia él (PE basada en la lucha). Todas estas conductas se acentuaban por su

estado depresivo, que inicialmente parecía formar parte de su trastorno de personalidad. Cuando más tarde se presentó un episodio maníaco con síntomas delirantes, incluyendo una actitud paranoide hacia su marido, el diagnóstico se dirigió hacia un trastorno bipolar. La estabilización farmacológica redujo la intensidad de los problemas conductuales, pero sus relaciones continuaron siendo problemáticas, y parecían más conectadas con sus problemas de apego temprano. Las oscilaciones afectivas subsindrómicas desde su adolescencia temprana habían generado muchas experiencias negativas, y habían contribuido a una identidad personal basada en relaciones inestables, estados emocionales intensos y escasa autorregulación. Su madre presentaba un patrón de apego muy desorganizado con la paciente, alternando entre interés y rechazo o expresándolos de modo simultáneo. Cuando tenía problemas con su pareja, en ocasiones buscaba la compañía de su madre (PE, grito de apego) y, en otras ocasiones, tomaba medidas legales contra la madre, pidiendo a un juez que dictase una orden de alejamiento (PE basada en la lucha).

Por lo general, estos casos nos muestran que el terapeuta necesita entender qué partes disociadas de la personalidad están activadas y averiguar qué provoca estas reacciones y síntomas. Es probable que varias PE estén involucradas, cuyas conductas deberían entenderse como intentos de resolver ciertos problemas emocionales tales como hacer frente a memorias traumáticas reactivadas. Esta comprensión, puede llevar a intervenciones terapéuticas más en sintonía con las experiencias internas de los pacientes y desde ahí, al desarrollo de estrategias de resolución de problemas mucho más adaptativas.

CONCLUSIONES

La literatura existente pone cada vez mayor énfasis en la disociación con una característica principal de la traumatización. Por tanto, si el TLP es (en gran medida) un trastorno relacionado con el trauma, ha de estar caracterizado por algún grado de disociación. De hecho, tal y como se describe en este artículo, varios abordajes teóricos y clínicos ponen énfasis en la naturaleza disociativa del TLP o describen conceptos relacionados. Esta conceptualización es relevante, no solo para adquirir una mejor comprensión sino también poder tratar mejor y más eficazmente esta condición tan grave.

La teoría que ha recibido más atención en este artículo es la teoría de la disociación estructural de la personalidad, dado que la teoría que es más explicativa de la disociación y de la que disponemos de una creciente evidencia empírica (e.g., Hermans, Nijenhuis, Van Honk, Huntjens, & Van der Hart, 2006; Reinders et al., 2003, 2006, 2008). Los criterios del DSM para el TLP son por sí solos muy simplistas cuando se trata de entender la complejidad del TLP. Sin embargo, con la ayuda de la perspectiva disociativa, los clínicos e investigadores pueden desarrollar una mejor comprensión de los diversos síntomas y de las interacciones que establecen los pacientes con trastorno límite con otras personas. Partiendo únicamente de una perspectiva del aquí y ahora, resultaría muy difícil para el terapeuta comprender el significado y los motivos de estos síntomas. Por ello, con la teoría de la disociación estructural como marco de referencia, hemos descrito como los diferentes clusters de síntomas de TLP pueden ser entendidos como manifestaciones de intrusiones y/o cambios entre diferentes partes disociativas de la personalidad. Muchas de las reacciones aparentemente desadaptadas que adoptan estas partes disociativas deberían ser vistas como intentos de manejar experiencias intolerables, como recuerdos traumáticos de la infancia que son reactivados.

Hemos propuesto tres tipos principales de TLP, en los que los factores descritos están involucrados en diferentes grados: un TLP disociativo, un TLP relacionado con el apego y un TLP genético. Estos subtipos no son un intento de realizar una clasificación categorial, sino de poner énfasis en las diversas interrelaciones entre la genética y el entorno, especialmente el trauma temprano (incluyendo los traumas de apego escondidos). La interrelación de estos tres aspectos puede ser compleja, de manera diferente en cada caso. Tener en cuenta cómo cada uno de estos factores puede influenciar cada caso particular es relevante para planificar un tratamiento integral.

BIBLIOGRAFÍA

- Akiskal, HS; Chen, SE, & Davis GC (1985). Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry*, 46: 41-48.
- Allen, D.M. (2003). *Psychotherapy with Borderline Patients: An Integrated Approach*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-R)*. Washington, DC: Author.
- Appelfeld, A. (1994). *Beyond despair*. New York: Fromm.
- Bakermans-Kranenburg MJ, & Van IJzendoorn MH. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attach Hum Dev*. 11(3), 223-263.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C., & Bokhorst, C. L. (2004). The importance of shared environment in infant–father attachment: A behavioral genetic study of the Attachment Q-Sort. *Journal of Family Psychology*, 18, 545–549.
- Ball JS & Links PS (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.
- Barone, L. (2003). “Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview.” *Attach Hum Dev* 5(1): 64-77.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). The development of an attachment–based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 187–211.
- Battle, CL; Shea, MT; Johnson, DM; Yen, S; Zlotnick, C; Zanarini, MC; Sanislow, CA; Skodol, AE; Gunderson, JG; Grilo, CM; McGlashan, TH & Morey, LC. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*. 18: 193-211
- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorder*. New York: Guilford.
- Bernstein, E.M., & Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Blizard, R. A. (2003). Disorganized attachment, development of dissociated self states and a relational approach to treatment. *Journal of Trauma and Dissociation*, 4(3), 27-50.
- Bokhorst, C. L., Bakermans-Kranenburg, M. J., Fearon, R. M. P., Van IJzendoorn, M. H., Fonagy, P., & Schuengel, C. (2003). The importance of shared environment in mother–infant attachment security: A behavioral genetic study. *Child Development*, 74, 1769–1782.
- Bowlby, J. (1969), *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, Vol. 2: Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980a). *Attachment and loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books
- Briere, J., & Conte, J. (1993). Self-reported amnesia in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 21-31.
- Brodsky BS, Cloitre M, & Dulit RA. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 152, 1788-92.
- Bromberg, P. M. (1998). *Standing in the spaces: Essays on clinical process, trauma & dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Brussoni, M. J., Jang, K. L., Livesley, W. J., & MacBeth, T. M. (2000). Genetic and environmental influences on adult attachment styles. *Personal Relationships*, 7, 283–289.
- Buchheim A, George C, Liebl V, Moser A, & Benecke C. (2007). Affective facial behavior of borderline patients during the Adult Attachment Projective. *Z Psychosom Med Psychother*. 53(4):339-54.
- Chan, A & Silove, D. (2000). Nosological implications of psychotic symptoms in

- patients with established posttraumatic stress disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 34:522–525
- Chu, J, Matthews, J; Frey, L & Ganzel, B. (1996). The nature of traumatic memories of sexual abuse. *Dissociation*, 10, , 2-17.
- Chu, J. A., & D. L. Dill (1991). Dissociation, borderline personality disorder, and childhood trauma. *Am J Psychiatry* 148: 812-3.
- Classen, C, Pain, C; Field, N. & Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder: A reformulation of the complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 29: 87-112.
- Cohen, P; Crawford, TN; Johnson, JG & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 19: 466-486.
- Crawford, T. N., Livesley, W. J., Jang, K. L., Shaver, P. R., Cohen, P., & Ganiban, J. (2007). Insecure attachment and personality disorder: A twin study of adults. *European Journal of Personality*, 21, 191-208.
- Crawford, T; Livesley, WJ; Lang, K; Shaver, P; Cohen, P. & Ganiban, J. (2007). *European Journal of Personality*. 21: 191–208.
- Crittenden (1997a)[I HAVE ONLY THIS ONE:] Crittenden, P.M. (1995). Attachment and risk for psychopathology: The early years. *Journal of Developmental and Behavioural Pediatrics*, 16 (Suppl), S12-S16.
- Crittenden PM (1997b). Toward and integrative theory of trauma: a dynamic-maturation approach, in Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol 8: Developmental Perspectives on Trauma. Edited by Cicchetti D, Toth SL. Rochester, NY, University of Rochester Press, 1997, pp 33-84 I ALSO HAVE THIS ONE MARKED BUT MAYBE FOR ANOTHER ARTICLE:
- Driessen M, Beblo T, Reddemann L, Rau H, Lange W, Silva A, Barea RC, Wulff H, & Ratzka S. (2002). “Is the borderline personality disorder a complex post-traumatic stress disorder? - The state of research”. *Nervenarzt* 73(9): 820-9.
- Fanselow, M.S., & Lester, L.S. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. In R.C. Bolles & M.D. Beecher (Eds.), *Evolution and learning* (pp. 185-212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fonagy P, Target M, Gerfely G (2000): Attachment and borderline personality disorder: a theory and some evidence. *Psychiatric Clin North Am* 23:103-122.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2007). Teoría del apego y modelo orientado a la mentalización del trastorno límite de la personalidad. Capítulo 12 del libro *Tratado de los Trastornos de la Personalidad (Textbook of personality disorders pp. 189-203)*. Editorial: Elsevier Masson. Editores: John M. Oldham, Andrew E. Skodol & Donna S. Bender
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1129-1146; discussion 1175-1187.
- Fonagy, P; Gegerly, G; Jurist, EL, & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M & Maffei C. (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. *Compr Psychiatry*. 43:369–377.
- Fossati, A., Madeddu, F & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytical study. *Journal of Personality Disorder*, 13, 268–280.
- Galletly, C. (1997). Borderline-dissociation comorbidity. *Am J Psychiatry* 154: 1629.
- Goldberg JF & Garno JL (2009). Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder. *Bipolar Disorders*, 11, 205-208.
- Goldsmith, H. H., & Harman, C. (1994). Temperament and attachment: Individuals and relationships. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 53–57.
- Golier, J; Yehuda, R; Bierer, L; Mitropoulou, V; New, A; Schmeidler, J; Silverman, J & Siever, J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160, 2018-2024.
- Golyunkina, K., & Ryle, A. (1999). The identification and characteristics of the partially dissociated states of patients with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 72, 429–445.
- Gonzalez, A. (2010). *Trastornos Disociativos*. Madrid: Ediciones Pleyades.

- Gonzalez, A. & Mosquera, D. (2009) Sintomatología Disociativa en los Trastornos de Personalidad. Identificación y Abordaje. Trastornos de la Personalidad. I Jornadas gallegas. TP-Galicia. A Coruña
- Goodman, M., & Yehuda, R. (2002). The relationship between psychological trauma and borderline personality disorder. *Psychiatric Annals*, 33, 337–345.
- Graybar, S., & Boutilier, L. R. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39, 152–162.
- Grover KE, Carpenter LL, Price LH, Gagne GG, Mello AF, Mello MF, & Tyrka AR. (2007). The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J Pers Disord*. Aug;21(4):442-7.
- Gunderson JG, Daversa MT, Grilo CM, McGlashan TH, Zanarini MC, Shea MT, Skodol AE, Yen S, Sanislow CA, Bender DS, Dyck IR, Morey LC, Stout RL. (2006). Predictors of 2-year outcome for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 163: 822-6.
- Gunderson, J. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Gunderson, J. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: Insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153, 752-758.
- Gunderson, JG & Kolb, JE. (1979). Discriminating features of borderline patients. *Am J of Psychiatry*, 135: 792-796.
- Guttman, H & Laporte, L (2002). Family members' retrospective perceptions of intra-familial retrospectives. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24 (3), 505-521.
- Harned MS, Rizvi SL, & Linehan MM. (2010). Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. Oct;167(10):1210-7. Epub.
- Herbst G, Jaeger U, Leichsenring F, & Streeck-Fischer A. (2009). Effects of traumatic stress. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 58(8):610-34.
- Herman, JL & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 1-4.
- Herman, JL (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377–391.
- Hermans, E. J., Nijenhuis, E. R. S., Van Honk, J., Huntjens, R., & Van der Hart, O. (2006). State dependent attentional bias for facial threat in dissociative identity disorder. *Psychiatry Research*, 141, 233–236.
- Hesse, E. & Main, M. (2001) Disorganized infant, child, and adult attachment: Collapse in behavioral and attentional strategies. *Journal of the American psychoanalytic Association* 48:1097–1127.
- Higgitt, A., & Fonagy, P. (1992). Two psychotherapeutic treatment of borderline and narcissistic personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 161, 23-43.
- Hill, AB. (1965). The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 58: 295–300
- Horesh N, Ratner S, Laor N, & Toren P. (2008). A comparison of life events in adolescents with major depression, borderline personality disorder and matched controls: a pilot study. *Psychopathology*. 41(5):300-6. Epub Jul 1.
- Horevitz, R., & Loewenstein, R. J. (1994). The rational treatment of multiple personality disorder. In S. J. Kynn & S. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 289-316). New York: Guilford.
- Howell, E.F. (2005) *The dissociative mind*. London: The Analytic Press.
- Howell, EF (2002). Back to the "States": Victim and Abuser States in Borderline Personality disorder. *Psychoanalytic Dialogues*, 12:921-957.
- Hunt M. (2007). Borderline personality disorder across the lifespan. *J Women Aging*. 19(1-2):173-91.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. London & New York: Macmillan.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques*. Paris: Félix Alcan. English edition: *Psychological healing*. New York: Macmillan, 1925.
- Johnson, JG; Cohen, P; Brown, J et al. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56: 600-606.
- Kernberg, OF. (1979). Two reviews of literature on borderlines: An assessment.

- Schizophrenia Bulletin, 5: 53-58.
- Kernberg, OF. (1993). Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies. Yale University Press.
- Kingdon DG, Ashcroft K, Bhandari B, Gleeson S, Warikoo N, Symons M, Taylor L, Lucas E, Mahendra R, Ghosh S, Mason A, Badrakalimuthu R, Hepworth C, Read J, Mehta R. (2010). Schizophrenia and borderline personality disorder: similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *J Nerv Ment Dis.* Jun;198(6):399-403.
- Korzekwa MI, Dell PF, & Pain C (2009). Dissociation and borderline personality disorder: an update for clinicians. *Current Psychiatry Reports*, 11 (1), 82-88.
- Kremers IP, Van Giezen AE, Van der Does AJ, Van Dyck R, Spinhoven P. (2007). Memory of childhood trauma before and after long-term psychological treatment of borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* Mar;38(1):1-10. Epub 2006 May 19.
- Lang, P.J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist*, 50, 372-385.
- Laporte, L., & Guttman, H. (1996). Traumatic childhood experiences as risk factors for borderline and other personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 10, 247–259.
- Levy, K.N., Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Scott, L.N., Wasserman, R.H. & Kernberg, O.F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 481-501.
- Lieb, K., Zanarini, M.C.,Schmahl, C., Linehan, M., & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *Lancet*, 364, 453–460.
- Liebowitz, MR. (1979). Is borderline a distinct entity? *Schizophrenia Bulletin*, 5: 23-38
- Linehan, M (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. (2006). Treating borderline personality disorder: The dialectical approach. New York: Guilford Press.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 297-317). New York: Guilford.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy Theory, Research and Practice Training*, 41: 472-486.
- Lobo, I. & Shaw, K. (2008) Phenotypic range of gene expression: Environmental influence. *Nature Education* 1 (1)
- Luborsky, L. & Crits-Christoph P. (1990). Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme Method. New York: Basic Books
- Lyons-Ruth. K; Yellin, D; Melnick, S et al (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Deviant Psychopathology* 17: 1-23.
- Main, M, Kaplan, N, & Cassidy J (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. *Monogr Soc Res Child Dev* 50:66-104.
- Masterson, JF. (1976). Psychotherapy of the Borderline adult. New York: Brunner-Mazel.
- McLean, L. M., & R. Gallop (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*, 160, 369-71.
- Moskowitz, A & Corstens, D. (2007). Auditory hallucinations: Psychotic symptom or dissociative experience? *Journal of Psychological Trauma*, 6(2/3), 35-63.
- Mosquera, D. (2004). Diamantes en Bruto I. Un acercamiento al trastorno límite de la personalidad. Manual informativo para profesionales, pacientes y familiares. Madrid, Ediciones Pléyades.
- Mosquera, D. & Gonzalez, A. (2009a). Disociación estructural y trastorno límite de la Personalidad. *Trastornos de la Personalidad. I Jornadas gallegas. TP-Galicia. A Coruña*
- Mosquera, D. & Gonzalez, A. (2009b). El apego inseguro-ambivalente y sus efectos en el adulto con Trastorno Límite de la Personalidad. *X Jornadas de Apego y Salud Mental. Internacional Attachment Network. Madrid.*
- Mosquera, D. (2010). Trastorno Límite de la Personalidad. Una aproximación conceptual a los criterios del DSM-IV-R-TR. *Revista Persona*, 10(2), 7-22.

- Mosquera, D., Gonzalez A. & Van der Hart, O. (2010). El TLP desde la teoría de la disociación estructural de la personalidad. Presentado en la mesa “nuevas terapias, nuevos retos”. VIII Congreso Nacional de Trastornos de la Personalidad, Madrid.
- Mosquera, D. & Gonzalez A. Del apego temprano al TLP. *Revista Mente y Cerebro*. Enero-Febrero 2011, páginas 18-27.
- Myers, C.S. (1940). *Shell shock in France 1914-1918*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Newman LK, Harris M, & Allen J. (2010). Neurobiological basis of parenting disturbance. *Aust N Z J Psychiatry*. Oct. (Epub ahead of print)
- Nijenhuis, E.R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O., Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 688-694.
- O'Connor, T. G., & Croft, C. M. (2001). A twin study of attachment in preschool children. *Child Development*, 72, 1501–1511.
- Ofshe, R.J., & Singer, M.T. (1994). Recovered-memory therapy and robust repression: Influence and pseudomemories. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 391-410.
- Ogden, P & Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: A method for processing traumatic memories. *Traumatology - Volume VI, Issue 3, Article 3 (October)*.
- Ogden, P; Minton, K & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Pagura J, Stein MB, Bolton JM, Cox BJ, Grant B, & Sareen J. (2010). Comorbidity of borderline 2010 Dec;44(16):1190-8.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Paris, J. (1994). *Borderline personality disorder: A multidimensional approach*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Paris, J. (2004). Borderline or bipolar? Distinguishing borderline personality disorder from bipolar spectrum disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, May/Jun, Vol. 12 Issue 3, p140-144
- Paris, J., & H. Zweig-Frank (1997). Dissociation in patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 154: 137-8.
- Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. (2010). Personality disorders associated with full and partial posttraumatic stress disorder in the U.S. population: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Psychiatr Res*. [Epub ahead of print]
- Plomin, R., DeFries, J. C., McClearn, G. E., & McGuffin, P. (2001). *Behavioral Genetics (4th ed.)*. New York: W.H. Freeman.
- Pope, H.G., & Hudson, J.I. (1995). Can memories of child sexual abuse be repressed? *Psychological Medicine*, 25, 121-126.
- Porges, S. W. (2003). The polyvagal theory: Phylogenetic contributions to social behavior. *Physiology and Behavior*, 79, 503-513.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford Press.
- Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Paans, A. M., Korf, J., Willemsen, A. T., & Den Boer, J. A. (2003). One brain, two selves. *Neuroimage*, 20, 2119–2125.
- Reinders, A. A. T. S., Nijenhuis, E. R. S., Quak, J., Korf, J., Haaksma, J., Paans, A. M., et al. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: A symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60, 730–740.
- Reinders, A. A. T. S., Van Eekeren, M., Vos, H., Haaksma, J., Willemsen, A., Den Boer, J., Nijenhuis, E. (2008). The dissociative brain: Feature or ruled by fantasy? *Proceedings of the First International Conference of the European Society of Trauma and Dissociation*. Amsterdam, April 17-19, p. 30.
- Rogosch, FA & Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks and potential precursors to borderline personality disorder. *Deviant Psychopathology*, 17: 1071-1089.
- Ross, C.A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. Toronto, CA, John Wiley.
- Ross, CA. (2007). Borderline personality disorder and dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8(1), 71-80.

- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., Van der Kolk, B.A., & Mandel, F.S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: Results from the DSM-IV-R field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539–555.
- Ryle, A (2007). Investigating the Phenomenology of Borderline Personality Disorder with the States Description Procedure: Clinical Implications. *Clin. Psychol. Psychother.* 14, 329–341
- Ryle, A. & Kerr, I. (2006). Introducción a la Psicoterapia cognitivo analítica Desclee de Brouwer
- Sabo, AN (1997). Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder: Conceptual and clinical implications. *Journal of Personality Disorders*, 11, 50–70.
- Sabo, AN (1997). Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder: conceptual and clinical implications. *J Personal Disord* 11(1): 50-70.
- Sansone RA, Sansone LA, & Wiederman MW. (1995). Trauma, borderline personality, and self-harm behaviors. *Arch Fam Med* 4(12): 1000-2.
- Sansone, RA, Gaither, GA & Songer, DA (2002). The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence Vict* 17(1): 49-55.
- Sar V, Akyüz G, Dogan O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res.* Jan 15;149(1-3):169-76. Epub 2006 Dec 8.
- Sar V, Akyuz G, Kugu N, Ozturk E, Ertem-Vehid H. (2006). Axis I dissociative disorder comorbidity in borderline personality disorder and reports of childhood trauma. *J Clin Psychiatry.* Oct;67(10):1583-90.
- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health* 22: 201-269.
- Schore, A. (2003a). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: Norton.
- Schore, A. (2003b). *Affect regulation and the repair of the self*. New York: Norton.
- Schore, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.
- Schuder, M & Lyons-Ruth, K. (2004). "Hidden trauma" in infancy: attachment, fearful arousal and early dysfunction on the stress response system. In Osofsky J, Ed. *Trauma in infancy and early childhood*. NY. Guilford Press. PP 69-104.
- Siever LJ, Torgersen S, Gunderson JG, Livesley WJ, & Kendler KS. (2002). The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biol Psychiatry* 51(12): 964-8.
- Silk, KR; Lee, S; Hill, EMD & Lohr, NE. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152: 1059-1064.
- Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry* 51(12): 951-63.
- Spitzer C, Effler K, & Freyberger HJ. (2000). Posttraumatic stress disorder, dissociation and self-destructive behavior in borderline patients. *Z Psychosom Med Psychother* 46(3): 273-285.
- Spitzer, RL & Endicott, J. (1979). Justification for separating schizotypal and borderline personality disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 95-100.
- Steele, H & Siever, L. (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: advances in gene-environment considerations. *Curr Psychiatry Rep.* 2010 Feb; 12 (1):61-7.
- Steele, K. (2008). Borderline personality disorder and the theory of structural dissociation. *Proceedings 25th ISSTD Annual Conference*, p. 52.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79-116.
- Steinberg, M. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV-R dissociative disorders, revised*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Terr, L. C. (1988). What happens to memories of early childhood trauma? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 96-104.
- Terr, L.C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of*

Psychiatry, 148, 10-20.

Tyrka AR, Wyche MC, Kelly MM, Price LH, & Carpenter LL. (2009). Childhood maltreatment and adult personality disorder symptoms: influence of maltreatment type. *Psychiatry Res.* Feb 28;165(3): 281-7. Epub.

Van der Hart, O., & Witztum, E. (2008). Dissociative psychosis: Clinical and theoretical aspects. In A. Moskowitz, I. Schäfer, & M. Dorahy (Eds.), *Dissociation and psychosis: Multiple perspectives on a complex relationship* (pp. 257-269). London: John Wiley & Sons.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E & Steele, K. (2005). Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (5), 413-424.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Solomon, R. (2010). Dissociation of the personality in complex trauma-related disorders and EMDR: Theoretical considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(2), 76-92.

Van der Hart, O; Nijenhuis, E & Steele, K. (2006). *The Haunted Self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton. (Spanish edition: *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.)

Van der Kolk, B; Roth, S; Pelcovitz, D; Sunday, S & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, Vol. 18, No. 5, October, pp. 389–399

Van Derbur, M. (2004). *Miss America by day: Lessons learned from ultimate betrayals and unconditional love*. Denver, CO: Oak Hill Ridge Press.

Watson S, Chilton R, Fairchild H, & Whewell P. (2006). Association between childhood trauma and dissociation among patients with borderline personality disorder. *Aust N Z J Psychiatry*. May; 40 (5):478-81.

Williams, L.M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.

Yee, L., Korner, A. K., McSwiggan, S., Meares, R. A., & Stevenson, J. (2005). Persistent hallucinosis in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 147-154.

Yen S, Shea MT, Battle CL, Johnson DM, Zlotnick C, Dolan-Sewell R, Skodol AE, Grilo CM, Gunderson JG, Sanislow CA, Zanarini MC, Bender DS, Rettew JB, McGlashan TH. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *J Nerv Ment Dis* 190: 510-518.

Young, J; Klosko, J & Weishaar, M. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Publications.

Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AE, Trikha A, Levin A, & Reynolds V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 155(12): 1733-9.

Zanarini MC, Ruser TF, Frankenburg FR, Hennen J, & Gunderson JG. (2000a). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *J Nerv Ment Dis* 188(1): 26-30.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams, A. A., & Khera, G. S. (2000c). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. *Journal of Personality Disorders*, 149, 264–273.

Zanarini, MC. (2000b). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America* 23: 89-101.

Zanarini, MC; Yong, L; Frankenburg; FR et al (2002). Severity or reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*.190: 381-387.

Zweig-Frank H, Paris J & Guzder J. (1994). Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*.39:259–264.

Zweig-Frank, H., & Paris, J. (1991). Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 648–651.