

PERSONA



Volumen 11
Suplemento 1
Septiembre 2011

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

Dolores Mosquera Barral

Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality

Dolores Mosquera, Anabel Gonzalez, & Onno van der Hart

FUNDAP
ex - IAEPD

Fundación Argentina de Personalidad
PARA EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Personality Argentine Fundation
FOR STUDY AND TREATMENT OF PERSONALITY DISORDERS

DIRECTOR: Néstor Mario Saúl Koldovsky | PROPIETARIO: Néstor Mario Saúl Koldovsky
Registro de Propiedad Intelectual N° 637025

Indice

3	Comité
4	Editorial
5	Editorial (English)
10	Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad Dolores Mosquera, Anabel Gonzalez, & Onno van der Hart
44	Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality Dolores Mosquera, Anabel Gonzalez, & Onno van der Hart
74	Reglamento de publicaciones
75	Instructions to authors

Comité

Editor Fundador:

Prof. Dr. Néstor M. S. Koldobsky

Editores Asociados:

Prof. Dra. Claudia Astorga

Prof. Dra. Adhelma Pereira

Colaboradores:

Dr. Alvaro Galeano

Comité Editorial:

Prof. Ricardo Angelino (Argentina)

Prof. Edgar Belfort (Venezuela)

Prof. Jorge Folino (Argentina)

Prof. Eduardo Gastelumendi (Perú)

Prof. Eduardo Mata (Argentina)

Prof. Hilda Morana (Brasil)

Prof. José Rivas Recaño (Cuba)

Prof. Danilo Rolando (Uruguay)

Prof. Roberto Sivak (Argentina)

Prof. Dante Warthon (Perú)

Comité Científico Consultor:

Prof. Julio Acha (Perú)

Prof. Renato Alarcon (EEUU - USA)

Antonio Andreoli, MD. (Suiza - Switzerland)

Prof. Thomas Bronisch (Alemania - Germany)

Prof. Vicente Caballo (España-Spain)

Prof. José Luis Carrasco Perera (España - Spain)

Prof. José Luis Carrera (Argentina)

Prof. Herbert Chappa (Argentina)

Robert Cloninger, Md. (EEUU - USA)

Prof. Jan Derksen (Holanda - The Netherlands)

Prof. Héctor M. Fernandez Alvarez (Argentina)

Arthur Freeman MD. (EEUU - USA)

Prof. Hugo Lande (Argentina)

Prof. Fernando Linares (Argentina)

John Livesley, Ph. D., MD. (Canada)

Prof. Juan Maass (Chile)

Cesare Maffei, MD. (Italia - Italy)

Prof. Juan Mezzich (Perú - USA)

Theodore Millon, Ph.D.(EEUU - USA)

Gerard Moeller, MD. (EEUU - USA)

Prof. Roger Montenegro (Argentina)

Prof. Norma Najt (Argentina)

John Oldham, MD. (EEUU - USA)

Joel Paris, MD. (Canada)

Prof. Antonio Perez Urdaniz (España - Spain)

Elsa Ronningstam Pd.D. (EEUU - USA)

Prof. Vicente Rubio Larrosa (España - Spain)

Prof. Jerónimo Saiz Ruiz (España - Spain)

Larry J. Siever, MD. (EEUU - USA)

Kenneth Silk, Md. (EEUU - USA)

Erik Simonsen, MD. (Dinamarca - Denmark)

Prof. Néstor Stingo (Argentina)

Michael Stone, MD. (EEUU - USA)

Prof. Dr. Manuel Suarez Richards (Argentina)

Peter Tyrer, MD. (Inglaterra - United Kingdom)

Per Vaglum, MD. (Noruega - Norway)

Prof. Angel Valmaggia (Uruguay)

Prof. Raquel Zamora Cabral (Uruguay)

Corresponsales:

Prof. Julio Acha (Perú)

Dra. Thalia Attie (México)

Prof. Juan Maass (Providencia, Chile)

Lic. Silvina Hollidge (Rosario, Argentina)

Prof. Javier Irastorza (Madrid, España - Spain)

Prof. Fernando Linares (Mendoza, Argentina)

Prof. Raúl Masino (Tucumán, Argentina)

Prof. Danilo Rolando (Montevideo, Uruguay)

Editorial

Se publica en este Suplemento un extenso y profundo trabajo de la Licenciada **Dolores Mosquera**, Directora de los Centros de Psicología y Logopedia LOGPSIC, Psicoterapeuta de Conducta, Experto en Trastornos de la Personalidad, Máster en Psicología Clínica, Formación en terapia sensoriomotor, Clínico y Supervisor EMDR, Anabel Gonzalez, Onno van der Hart, se titula: "**Trastorno límite de personalidad, trauma en la infancia y disociación estructural de la personalidad**", relacionado con un tema sumamente actual, la búsqueda etiológica y clínica de factores de riesgo y/o etiológicos y síntomas Y/o rasgos clínicos centrales para el desarrollo y la clínica del Trastorno Borderline o Límite de la Personalidad.

Este suplemento se asocia con la presentación en sociedad de la FUNDACIÓN ARGENTINA DE PERSONALIDAD para el Estudio y Tratamiento de los Trastornos de Personalidad - FUNDAP.

¿Qué es la FUNDAP?

Después de largos años de funcionamiento, de estudio, investigación y de asistencia en el campo de la personalidad y sus trastornos, el Instituto Argentino para el Estudio de la Personalidad y sus Desórdenes - IAEPD se transforma en la FUNDACIÓN ARGENTINA DE PERSONALIDAD para el Estudio y Tratamiento de los Trastornos de Personalidad - FUNDAP.

Esencialmente FUNDAP mantendrá la estructura y la filosofía previamente establecida por el IAEPD.

¿Y por qué entonces una FUNDACION?

FUNDAP permitirá como Fundación abarcar mayores proyectos, no solo en las clásicas áreas asistencial, de asesoramiento, educativas, académicas, investigación, y de publicaciones, sino en el desarrollo y crecimiento de las mismas, así como la realización de convenios con otras instituciones públicas y privadas, para asesoramiento en la puesta en marcha de programas relacionados con la Personalidad y los Trastornos de Personalidad, su prevención temprana, la asistencia, la psicoeducación de pacientes y familiares, etc. Como organización sin fines de lucro, tendrá una apertura mayor hacia la Comunidad. Promoverá la aceptación por las Prestadoras de salud de la atención de estos pacientes. Protegerá a estos pacientes. Anhelamos seguir contando con el apoyo de nuestros tradicionales patrocinados, e incorporar a muchos otros en la medida que sigamos haciendo comprender el enorme peso y costo social que tienen los Trastornos de Personalidad.

PRÓXIMAS ACTIVIDADES de FUNDAP

Participación en el Primer Simposio Internacional de los Trastornos de Personalidad. Lima, Perú. Octubre 14 y 15 de 2011.

XI Curso anual de personalidad 2012.

Nuevas publicaciones

Director: Prof. Dr. Néstor M Koldobsky

SEDES**CAPITAL FEDERAL**

Luis Saenz Peña No. 189 -1º C

TE. Provisorio: 02216401491

Email: iaepd@iaepd.com.ar

LA PLATA

Calle 12 No 1889

TE. 02214514449

Email: iaepd@iaepd.com.ar

INTERNACIÓN

Clínica Psiquiátrica Luminar

Calle 13- 1886

TE: 02214511082/3261

Email: iaepd@iaepd.com.ar

Editorial

It is published in this Supplement an extensive and deep work of **Dolores Mosquera**, Director of the Psychology and Language Center LOGPSIC, Conduct Psychotherapist, Personality Disorders Expert, Master in Clinical Psychology, Trained in Sensorimotor Therapy, Clinical and Supervisor in EMDR, Anabel Gonzalez, Onno van der Hart. The title: **"Borderline Personality Disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality"**, highly related to a very current aspect: the search of the clinical and etiology of the risk factors and the symptoms and/or core clinical features in the development and clinical of the Borderline Personality Disorder.

This supplement is associated with the presentation in society of the ARGENTINA PERSONALITY FOUNDATION for the Study and Treatment of Personality Disorders - FUNDAP.

What is FUNDAP?

After many years of work, study, research and assistance in the field of personality and its disorders, the Argentine Institute for the Study of Personality and its Disorders - IAEPD is transformed in the ARGENTINA PERSONALITY FOUNDATION for the Study and treatment of Personality Disorders - FUNDAP.

FUNDAP essentially will maintain the structure and philosophy previously established by the IAEPD.

Why then a Foundation?

FUNDAP will cover major projects as a foundation, not only in the traditional areas of care, counseling, education, academics, research, and publications, but on the development and growth of these, and making agreements with other public and private institutions, for advice and develop the implementation of programs related to personality and personality disorders, early prevention, care, patient and family psycho-education, etc. As a nonprofit organization, FUNDAP will have a greater openness to the Community. Promote the acceptance of the caring of these patients by the health providers. It will help to develop measures to protect personality disorders patients. We hope to have the continuity of the support of our traditional sponsors, and incorporate many others in spite of we continue doing understand of the weigh and enormous social costs that have personality disorders.

Upcoming activities of FUNDAP

Participation in the First International Symposium on Personality Disorders. Lima, Peru. October 14 and 15, 2011.

XI Annual Course of Personality 2012.

New Publications

Funder: Prof. Dr. Nestor M Koldobsky

LOCATIONS**CAPITAL FEDERAL**

Luis Saenz Peña No. 189 -1º C

TE. Provisorio: 02216401491

Email: iaepd@iaepd.com.ar

LA PLATA

Calle 12 No 1889

TE. 02214514449

Email: iaepd@iaepd.com.ar

INTERNMENT

Luminar Psychiatric Clinic

Street 13-1886

TE: 02214511082/3261

Email: iaepd@iaepd.com.ar

CURSO ANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO 2012

"LA PERSONALIDAD Y SUS TRASTORNOS"

Auspiciado por:

**Fundación Argentina de Personalidad
Para el Estudio y Tratamiento
de los Trastornos de Personalidad (FUNDAP)**

**Departamento de Postgrado
de la Facultad de Ciencias Médica
de la Universidad Nacional de La Plata**

Director:

PROF. DR. NÉSTOR KOLDOBSKY

Coordinadoras:

DRA CLAUDIA ASTORGA

PROF. DRA. ADHELMA PEREIRA

**Para mayor información sobre el curso,
dirigirse a: iaepd@iaepd.com.ar**

FUNDAP
ex - IAEPD

SEDE LA PLATA: Calle 12 N° 1889 (1900)
TEL-FAX: ++54 221 451-1082/3261
SEDE CAPITAL FEDERAL: Luis Sáenz Peña N° 189 – 1° C
TEL (provisorio): ++54 221 156401491
WEB: www.iaepd.com.ar / E-MAIL: iaepd@iaepd.com.ar

● AREA ASISTENCIAL

- Evaluación y Diagnóstico
- Atención Ambulatoria
- Atención Bajo Internación (Clínica privada psiquiátrica LUMINAR)
- Individual
- Grupal (Familiar, Pareja)
- Psicofarmacológica
- Psicoeducación

● AREA DE ASESORAMIENTO

- Profesionales
- Individual
- Grupal
- Padres y familias
- Instituciones públicas y privadas
- Médico Legal

● AREA EDUCATIVA

- Curso Anual:
"Trastornos de la Personalidad, diagnóstico, clínica, tratamiento".
- Cursos y seminarios Internacionales:
con la presencia de Arthur Freeman, Larry Siever, Michael Stone, Eric Simonsen; Julio Acha, Danilo Rolando, Juan Mass, entre otros.

- Realización del 8vo. Congreso Mundial de la International Society for the Study of Personality Disorders (ISSPD).

- Pasantías para alumnos y profesionales argentinos y extranjeros.

- Cursos en Congresos e Instituciones del país y del extranjero.

- Participación en la realización de programas Educativos de la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

● AREA DE INVESTIGACIONES

Los equipos de Profesionales del IAEPD realizan, publican y presentan en foros científicos de forma permanente, trabajos de investigación en diferentes áreas relacionadas con los trastornos de la personalidad y la patología dual.

● AREA DE PUBLICACIONES

- Material para profesionales.
- Libros.
- Folletos de información y prevención.
- Revista "PERSONA".

SEDE LA PLATA: Calle 12 N° 1889 (1900)
TEL-FAX: ++54 221 451-1082/3261
SEDE CAPITAL FEDERAL: Luis Sáenz Peña N° 189 – 1°C
TEL (provisorio): ++54 221 156401491
WEB: www.iaepd.com.ar / E-MAIL: iaepd@iaepd.com.ar

FUNDAP
ex - IAEPD

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 (Horeish 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 concluye-

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 sustitutivas 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 disregulación 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 disregulación emocional. Comentamos antes que la disregulación 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).

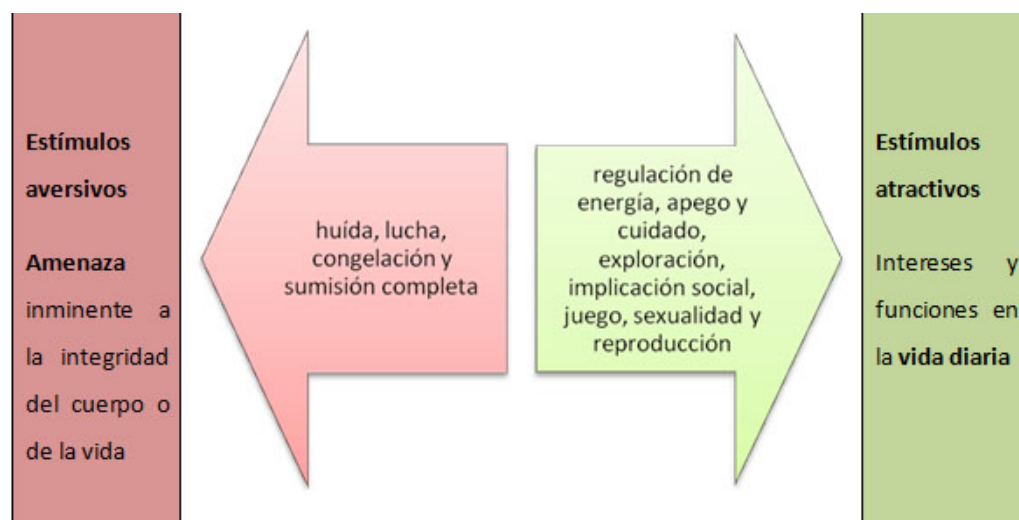
La alta prevalencia de TLP entre pacientes con trastornos disociativos también avala una estrecha relación entre ambos trastornos. De acuerdo con Putnam (1997), los estudios clínicos sugieren que del 30% al 70% de los pacientes con trastorno de identidad disociativo (TID) reunían criterios para TLP (entre 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, huida, 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 sustrato 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).

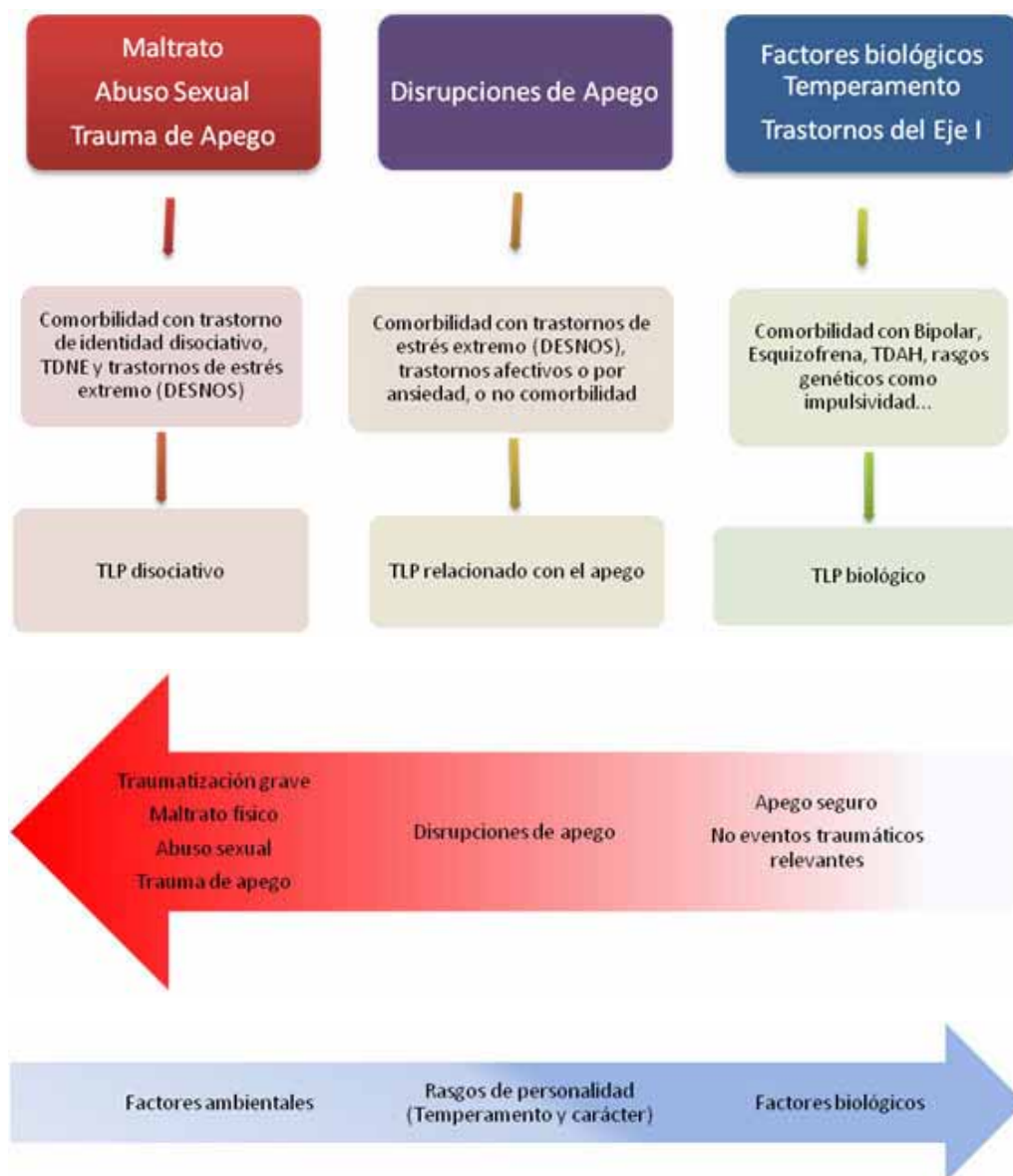
Un primer grupo consiste en pacientes con un TLP comórbido con trastorno disociativo. Estos pacientes tienen una historia de traumatización crónica en la infancia, y los síntomas de disociación de su personalidad estarían al nivel de la disociación secundaria o terciaria. Un segundo grupo consistiría 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 disrupciones 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 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 PE 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 alterancias 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 quedarán”, “si lo cuentas, no te creerán y te quedarás sola”, “si lo cuentas mataré a tu gatito”*”. 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 & Ganiel, 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, Berea 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 & Garino 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.
- Golynkina, 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, RJ., & 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.

Trastornos de Personalidad

Aspectos generales para su tratamiento

Néstor M. S. Koldobsky (comp.). Ed. Polemos, 2009.



"El Instituto Argentino para el Estudio de la Personalidad y sus Desórdenes (IAEPD), formado hace 18 años, realiza desde hace varios períodos lectivos, un curso anual de tres módulos acerca del estudio y tratamiento de los Trastornos de la Personalidad, destinado a profesionales de la salud mental. Nos motiva el rol que en estos trastornos tienen la etiología, la clínica, la evolución, el sufrimiento de los pacientes y sus familias, y los largos peregrinajes en búsqueda de soluciones, ya sea cuando son entidades únicas o en su amplia participación de la patología dual. La presencia de uno o varios trastornos de la personalidad determina enormes dificultades para el abordaje y tratamiento específico o cuando participan de la comorbilidad de otros trastornos. La realización del tercer módulo dedicado al tratamiento, nos permitió convocar a reconocidos expertos argentinos y extranjeros, junto al equipo multidisciplinario del Instituto, todos con larga experiencia en el tema. Un extenso programa e intenso proceso de trabajo teórico práctico, acentuando los últimos aspectos teóricos y los avances en el abordaje del paciente, posibilitó transmitir a los alumnos tan ricos aportes. Este libro nos permite acercar a los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental, los contenidos del módulo de tratamiento del curso anual del IAEPD, los que serán de mucha utilidad para que los TP sean tenidos en cuenta, mejor abordados, y se alcancen técnicas integradas de tratamiento (psicoterapéuticas y psicofarmacológicas), que posibiliten una notable mejoría de la calidad de vida de los pacientes y sus familias, muchos de los cuales se acercan al tratamiento con seria disfuncionalidad en muchos aspectos de su vida". Prof. Dr. Néstor Koldobsky.

INDICE:

- 1- Introducción
- 2- Aspectos Generales para El Tratamiento de los trastornos de personalidad. **Néstor Koldobsky**
- 3- Teorías. **Néstor Koldobsky**
- 4- Teorías actuales del tratamiento de los TP. **Adhelma Pereira**
- 5- La Psicopatía y la antisocialidad. Su tratamiento. **Claudia Astorga**
- 6- Terapia con foco en los esquemas cognitivos. **Herbert Chappa, Héctor Fernández Álvarez**
- 7- Terapia conductual dialéctica (DBT) para consultantes con desorden límite de la personalidad. **Pablo Gagliesi**
- 8- Terapia enfocada en la transferencia. **Danilo Rolando**
- 9- Plan para el tratamiento bajo internación para pacientes con trastornos de personalidad. **Néstor Koldobsky**
- 10- El borderline en la internación. **Néstor Koldobsky, Álvaro Galeano, Inés Zaidman, Victoria Kyriacópulos**
- 11- Principios. Un caso clínico. **Néstor Koldobsky**
- 12- Tratamiento farmacológico de los TP. Generalidades y fundamentos en la evidencia. Violencia, inestabilidad afectiva, ansiedad e impulsividad. **Andrea Márquez López Mato, Pablo Beretta**
- 13- Tratamiento de los TP en los servicios nacionales de Salud. **Juan Maass Vivanco**

CURSO PERSONALIDAD AÑO 2011

Organizado por:

*Instituto Argentino para el Estudio de la Personalidad
y sus Desórdenes (IAEPD)
y
Departamento de Postgrado de la Facultad de Ciencias Médicas
de la Universidad Nacional de La Plata*

Auspiciado por: *Laboratorio Bagó S.A.*

Director: Prof. Dr.: Néstor Koldobsky

Coordinadores: Dra. Claudia Atorga
Prof. Dra. Adhelma Pereira
Dr. Javier Hermida.

Secretarios: Dra. Romina Biasin
Dr. Alvaro Galeano

PROGRAMA

MAYO 21
TEMA I: «CONSIDERACIONES GENERALES-ETIOLOGÍA», «NORMALIDAD Y ANORMALIDAD- CLASIFICACIÓN-TEORÍAS ACTUALES»

JUNIO 25
TEMA II: «DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN CLÍNICA»

JULIO 2
TEMA III: TRASTORNOS PARANOIDE, ESQUIZOIDE Y ESQUIZOTÍPICO», TRASTORNOS EVITATIVO, DEPENDIENTE, OBSESIVO-COMPULSIVO»

AGOSTO 20
TEMA IV: «TRASTORNO NARCISISTA, HISTRIÓNICO Y ANTISOCIAL, TBP»

SEPTIEMBRE 17
TEMA V: «TRATAMIENTOS INTEGRATIVOS»

OCTUBRE 22
TEMA VI: «ASPECTOS GENERALES DEL TRATAMIENTO»

NOVIEMBRE 5
TEMA VII: «ASPECTOS ESPECÍFICOS DEL TRATAMIENTO»

NOVIEMBRE 26
TEMA VIII: «FAMILIA Y PSICOEDUCACIÓN»

DICIEMBRE 17
TEMA IX: «INTEGRACIÓN DE TRATAMIENTO PSICOSOCIALES Y PSICOFARMACOLÓGICOS» – EVALUACIÓN FINAL.

FUNDAP
ex - IAEPD

Instituto Argentino para el Estudio
de la Personalidad y sus Desórdenes
Argentine Institute for the Study
of the Personality and its Disorders

www.iaepd.com.ar



Clínica Psiquiátrica Luminar

Atención de trastornos de la personalidad
Atención ambulatoria
Internación
Equipo interdisciplinario

Hospital Universitario

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de La Plata

Asiento del IAEPD

(Instituto Argentino para el Estudio
de la Personalidad y sus Desórdenes)

Clínica Psiquiátrica Luminar

Calle 13 Nro. 1826 / 1832 - 1900 - La Plata - Buenos Aires - Argentina
Telefax (0221) 451-1082 / 451-3261 E-mail: clinica_luminar@hotmail.com

Dolores Mosquera, Anabel Gonzalez, & Onno van der Hart

Borderline personality disorder, childhood trauma and structural dissociation of the personality



Abstract

Borderline personality disorder and dissociation are strongly related. DSM-IV-TR criteria of BPD, for instance, include isolated dissociative symptoms (APA, 1994). Two thirds of BPD may be diagnosed of a dissociative disorder (Korzekwa, Dell and Pain, 2009). 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 support 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.

INTRODUCTION

Different factors have been proposed in the origin of borderline personality disorder (BPD). Some authors have remarked on the importance of genetic personality traits (Siever, Torgersen, et al, 2002) and their role as risk or protective factors with regard to sensitivity to context (Steele & Siever, 2010). Others have related early attachment relationships and BPD symptomatology (Barone, 2003; Buchheim et al, 2007; Grover et al, 2007; Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2009; Newman, Harris & Allen, 2010). Some researches point to a higher prevalence of trauma, in particular early, severe and chronic trauma among adult borderline patients (Horeish et al 2008; Tyrka et al, 2009; Ball & Links, 2009). High rates of dissociative symptoms have been reported in the literature. Some authors consider these dissociative symptoms as symptoms of a personality disorder (Linehan, 1993, 2006), while others argue that some

true dissociative disorders have been misdiagnosed as borderlines (Sar, Akyüz & Dogan, 2007; Putnam, 1997).

Some authors (Zanarini, 2000; Zanarini, Yong, Frankenburg et al, 2002) found a high prevalence of traumatizing events. Overall severe early traumatization and attachment disturbances are frequent in the history of BPD patients, and TDSP can bring some light to the link between early experiences, and the adult symptoms, as we will describe in further sections.

The study of isolated factors is important to understand the role of different aspects in the development of a disorder. But more comprehensive theories are needed to include individual factors in a global framework. The theory of structural dissociation of the personality (TSDP) offers a comprehensive theoretical explanation of how early experiences, including certain attachment styles and relational trauma, can generate a division of the personality. This division manifests in both borderline symptoms and those of dissociative disorders; from this perspective, they share a common origin. Thus, the term "structural dissociation" does not refer only to dissociative disorders, but involves the recognition that dissociation is the basic feature of traumatization and posttraumatic responses.

This article will review the evidence regarding attachment disturbances, early trauma, dissociation and personality disorders. Theory of structural dissociation of the personality will be briefly described. Genetic factors, childhood attachment and early trauma will be described as confluent factors that influence the development of different borderline features in each individual case. Finally, a tentative description of the BPD clinical phenomena will be presented.

EARLY TRAUMA, ATTACHMENT DISRUPTIONS, AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Early Trauma and Borderline Personality Disorder

As described with regard to Criterion A of posttraumatic stress disorder (APA, 1994), the classic vision of trauma considers it from the perspective of a traumatizing

event and its characteristics: a threat to the physical integrity of oneself or other people. But in childhood, many perceived threats stem more from caregivers' affective signals and caregiver availability than from the actual level of physical danger or risk for survival (Schuder & Lyons-Ruth, 2004). An often overlooked form of traumatization pertains to the so-called "hidden traumas," that are related to the caregiver's inability to modulate the affective dysregulation (Schuder & Lyons-Ruth (2004).

Different studies have described a frequent comorbidity between PTSD and BPD (Driessen et al, 2002; McLean & Gallop, 2003; Harned, Rizvi, & Linehan 2010; Pagura et al, 2010; Pietrzak et al, 2010). Others found a relationship between BPD and emotional abuse (Kingdon et al, 2010) and different kinds of abuse (Grover, 2007; Tyrka et al, 2009). A history of childhood trauma predicts a poor outcome in borderline patients (Gunderson, 2006). PTSD symptoms together with dissociative symptomatology predict self-destructive behaviors (Spitzer et al, 2000; Sansone et al, 1995).

Zanarini (2000a) reviewed the empirical literature that described estimates of childhood sexual abuse in BPD ranging between 40 to 70% compared with the rate of childhood sexual abuse in other Axis II disorder patients (19% to, 26%). While many of these studies were retrospective, some studies included prospective measures, and all showed a significant relationship between sexual abuse, childhood maltreatment, BPD precursors and BPD (Battle, Shea, Johnson et al, 2004; Cohen, Crawford, Johnson & Kasen, 2005; Rogosch & Chiccetti, 2005; Yen, Shea, Battle et al, 2002). Early maltreatment has been related not only to BPD, but to other mental disorders. However, these studies show that the relation is strongest with BPD as compared to other personality disorders. The severity of sexual abuse has also been related with the severity of BPD features (Silk, Lee, Hill & Lohr, 1995; Zanarini, Yong, Frankenburg et al, 2002) and self-harming behaviors (Sansone et al, 2002).

Battle, Shea, Johnson, DM et al. (2004) developed a multisite investigation in which self-reported history of abuse and neglect experiences were assessed among 600 patients diagnosed with either a PD (borderline, schizotypal, avoidant, or obsessive-compulsive) or major depressive disorder without PD. They found that rates of childhood maltreatment among individuals with PDs are generally high (73% reporting abuse and 82% reporting neglect). BPD was more consistently associated with childhood abuse and neglect than other PD diagnoses.

Graybar and Boutilier (2002) reviewed the empirical literature on BPD and various childhood traumas. They concluded that the reported rates of physical, sexual, and verbal abuse and neglect among BPD patients ranged from 60–80%. Laporte and Guttman (1996) also studied a range of childhood experiences in female patients with BPD and those with other personality disorders. They found that the patients with BPD were more likely to report a history of adoption, paternal alcoholism, parental divorce, parental desertion, leaving home before age 16, verbal abuse, physical abuse, sexual abuse, and witnessing more abuse than patients with other personality disorders. Furthermore, a significantly higher percentage of BPD patients than non-BPD patients reported multiple occurrences and more than one type of abuse. Paris and Zweig-Frank (1997) found that the degree of severity of the abuse could distinguish individuals with BPD from those without BPD.

Ball and Links (2009) review the literature on trauma and BPD in the context of Hill's classic criteria (1965) for demonstrating causation (strength, consistency, specificity, temporality, biological gradient, plausibility, coherence, experimental evidence and analogy). These authors demonstrated that trauma can be considered a causal factor in the development of BPD, as part of a multifactorial etiologic model.

Goodman and Yehuda (2002) reviewed a number of empirical studies and concluded that the frequency of the overall rate of childhood sexual abuse among BPD patients ranged from 40–70% compared to 19–26% among patients with other personality disorders. However, in recent years, many researchers have pointed out that the association between (remembered) childhood sexual abuse and BPD might not be as strong as the previous studies indicated. Golier et al (2003) found high rates of early and lifetime trauma in a sample of personality disorders. Borderline patients had significantly higher rates of childhood/adolescent physical abuse (52.8% versus 34.3%) and were twice as likely to develop PTSD. Yen et al. (2002) found that between different personality disorders, BPD participants reported the highest rate of traumatic exposure (particularly sexual trauma, including childhood sexual abuse), the highest rate of posttraumatic stress disorder, and youngest age of first traumatizing event.

Johnson, Cohen, Brown et al. (1999) found that persons with documented childhood abuse or neglect were more than 4 times as likely as those who were not abused or neglected to be diagnosed with PDs during early adulthood after age, parental education, and parental psychiatric disorders were controlled statistically.

Sabo (1997) found an interaction between childhood trauma and borderline features, also including attachment issues as relevant factors. Fossati, Madeddu, and Maffei (1999) conducted a meta-analysis of 21 studies that examined the relationship between BPD and childhood sexual abuse. They found that the effect size is only moderate.

Table 1. Studies about childhood trauma in BPD

Studies	Childhood trauma in BPD
Zanarini (2000b)	40-70% of childhood sexual abuse in BPD
Battle, Shea, Johnson et al, 2004; Cohen, Crawford, Johnson & Kasen, 2005; Rogosch & Chiccetti, 2005; Yen, Shea, Battle et al, 2002	Positive relationship in prospective studies of childhood sexual and physical abuse and BPD
Silk, Lee, Hill & Lohr, 1995; Zanarini, Yong, Frankenburg et al, 2002; Sansone et al, 2002	Positive relationship between severity of sexual abuse, severity of borderline symptoms and self-harming behavior
Johnson, JG; Cohen, P; Brown, J et al. (1999)	Persons with documented childhood abuse or neglect have 4 times higher probability to be diagnosed with PDs
Battle, Shea, Johnson, DM et al. (2004)	73% childhood abuse and 82% neglect
Graybar & Boutilier (2002)	Physical, sexual, and verbal abuse and neglect 60-80%
Laporte & Guttman (1996)	BPD have multiple occurrences and more than one type of abuse
Goodman & Yehuda (2002)	Childhood sexual abuse range from 40-70%
Golier et al (2003)	52,8% of childhood/adolescent physical abuse
Fossati, Madeddu, & Maffei (1999)	Meta-analysis founding evidence for a moderate effect of childhood sexual abuse

STUDIES ABOUT CONSEQUENCES OF EARLY TRAUMATIZATION

Above we have seen how prevalent traumatic antecedents are in BPD. However, we can analyze the relationship between borderline personality and trauma from a different angle, i.e., focus on the consequences of early and severe traumatization. Herbst et al (2009) say that the diagnosis of PTSD does not adequately describe the impact of exposure to trauma on the developing child. Examining the prevalence of different interpersonal trauma types and the long-term effects of maltreatment and neglect in adolescents 71% of the traumatized adolescents did not meet the criteria for PTSD. The most common diagnosis in the sample was BPD.

Some authors (Herman, 1992; Van der Kolk et al, 2005) have also remarked that

PTSD symptoms are only adequate to describe the consequences of single traumatic events, but do not include most of the features which are consequences of early, severe and chronic maltreatment and neglect. To describe these clinical presentations, a new category has been proposed for DSM-V: The Disorders of Extreme Stress (DESNOS: Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday & Spinazzola, 2005). Victims of chronic interpersonal trauma present features that have not been adequately described with the posttraumatic stress disorder criteria. Herman (1992) proposes a different concept that she has called Complex PTSD. They arranged the symptoms in seven categories: Dysregulation of (a) affect and impulses, (b) attention or consciousness, (c) self-perception, (d) perception of the perpetrator, (e) relations with others, (f) somatization and (g) systems of meaning. Many of these symptoms overlap with borderline criteria, supporting from a different point of departure a relationship between early, chronic relational trauma and borderline personality disorder (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). Some authors (Classen et al, 2006) proposed to speak of post-traumatic personality disorder-disorganized (PTPD-D) and posttraumatic personality disorder-organized (PTPD-O). This category does not explain the process, which leads from early traumatic experiences to adult psychopathology, that we will further describe in terms of structural dissociation. Although PTPD-D fails to include many dissociative symptoms which are usually present in these patients, it does support the idea of borderline symptoms as traumatic consequences.

Magnification or minimization of childhood trauma influence?

In previous sections we described different empirical studies and meta-analyses related to the frequency with which borderline patients reported traumatic antecedents. In our discussions with colleagues who treat BPD patients, we observed that they often question these data, arguing that borderline patients may have a tendency to magnify, exaggerate or make up childhood trauma in order to attract attention from the therapists. These comments do not seem to be confirmed by empirical research, which shows that trauma reports did not change when BPD patients improve from their disorder (Kremers et al, 2007). But the opposite problem needs to be considered: many severe traumatic experiences suffered during childhood might not be remembered during the adulthood (Chu et al, 1996). The presence of dissociative amnesia could be a factor which leads some clinicians and researchers to minimize the influence of traumatic factors in BPD.

Studies about the phenomenon of dissociative amnesia with regard to childhood trauma and specifically sexual abuse, have yielded controversial results. Herman and Schatzow (1987) found that a majority of women (general patients, not specifically BPD) who had sought treatment in a time-limited incest survivors' groups experienced complete or partial amnesia for their sexual abuse at some time in the past. The overwhelming majority of these women, were able to find some corroborating evidence of the abuse. Seventy-four percent (74%) were able to find convincing evidence that the incest had occurred, such as a family member who confirmed it, or, in one case, diaries and other evidence of a deceased brother who had been the perpetrator. Another 9% found family members who indicated that they thought the abuse had likely occurred, but who could not confirm it. Eleven percent (11%) made no attempt to corroborate their abuse, leaving only 6% who could find no validating evidence despite efforts to do so. Those critical of this study have noted that a proportion of the amnesic subjects were very young and perhaps had normal childhood amnesia, and that clear, independent corroboration of abuse was not obtained (Ofshe & Singer, 1994; Pope & Hudson, 1995).

A study by Briere and Conte (1993) indicated that 54% of patients who reported sexual abuse memories mentioned having had some amnesia for the abuse between the time of occurrence and age eighteen. Williams (1994) contacted adult women who had been treated for sexual abuse seventeen years earlier in a city hospital, and asked them to participate in a study about hospital services. Thirty-eight percent (38%) seemed to be amnesic for those experiences. Terr (1988, 1991) describes amnesias and disruptions in recall in chronically traumatized children.

Attachment and Borderline Personality Disorder

Sabo (1997) reviewed literature on childhood experiences among patients with BPD, and concluded that biparental emotional neglect and absence of substitute adult attachment figures were powerful traumatizing factors in the development of BPD. He found that with children who had at least one supportive parent or caretaker the risk of developing BPD was lessened. Other authors have suggested the importance of biparental failure in the development of BPD (Zanarini et al, 2000c; Zweig-Frank & Paris, 1991).

Parental bonding is another major factor that has been believed to be associated with BPD pathology (Guttman & Laporte 2002). Zweig-Frank and Paris (1991) found the BPD individuals recalled their parents (both mother and father) as less caring and more overprotective than did the non-BPD individuals, indicating that control without affection characterizes some parents of BPD individuals. Parental behavior not only seems to affect development of BPD pathology directly, but dysfunctional parenting might increase vulnerability to other risk factors, mediating the effects of other psychosocial factors. For example, Zanarini et al (2000c) reported that female BPD patients who recalled their mother as neglectful and their father as abusive were more likely to have been sexually abused by a noncaretaker. Zanarini and colleagues hypothesized that a neglectful mother might not be able to protect the child from sexual abuse by a noncaretaker and an abusive father might lead his daughter to believe that being used or abused is unavoidable.

Gunderson (1984, 1996) suggested that intolerance of aloneness was at the core of borderline pathology. He regarded the inability of those with BPD to invoke a “soothing introject” to be a consequence of early attachment failures. He carefully described typical patterns of borderline dysfunction in terms of exaggerated reactions of the insecurely-attached infant, for example clinging, fearfulness about dependency needs, terror of abandonment and constant monitoring of the proximity of the caregiver.

Different authors have related disorganized attachment with BPD, explaining how it relates to a lack of integrated self schemata (Barone, 2003; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick et al, 2005; Liotti, 2004; Blizard, 2003; Fonagy, Gegerly, Jurist et al, 2002; Schore, 2001). There have been many past attempts to explain BPD symptoms using attachment theory (Bateman & Fonagy 2004). Implicitly or explicitly, Bowlby’s (1969, 1973, 1980) suggestion that early experience with the caregiver serves to organize later attachment relationships has been used in explanations of psychopathology in BPD (Bateman & Fonagy 2004; Fonagy & Bateman 2007). For example, it has been suggested that the borderline person’s experience of interpersonal attack, neglect and threats of abandonment may account for their perception of current relationships as attacking and neglectful (Benjamin, 1993).

Crittenden (1997 a,b) has been particularly concerned to incorporate in her representation of adult attachment disorganization, the specific style of borderline individuals who are deeply ambivalent and fearful of close relationships. On the other hand, Lyons-Ruth and Jacobovitz (1999) focused on the disorganization of the attachment system in infancy as predisposing to later borderline pathology. They identified an insecure disorganized pattern as predisposing to conduct problems.

Fonagy (2000) and Fonagy et al (2000) have also used the framework of attachment theory, emphasizing the role of attachment in the development of symbolic function and the ways in which insecure disorganized attachment may generate vulnerability in the face of further turmoil and challenges. All these, and other theoretical approaches, predict the representations of attachment (Hesse & Main, 2001) to be seriously insecure and arguably disorganized in patients with BPD (Fonagy & Bateman, 2007). For Bateman and Fonagy (2004), there is no doubt that people with BPD are insecure in their attachment. However, they point out that descriptions of insecure attachment from infancy or adulthood provide an inadequate clinical account for several reasons, such as anxious attachment being very common and anxious patterns of attachment in infancy corresponding to relatively stable adult strategies (Main et al., 1985). Yet, the hallmark of the disordered attachments of borderline individuals is the absence of stability (Higgitt & Fonagy, 1992).

Paris (1994) proposes an integrated theory of the etiology of BPD: a biopsychosocial model that attempts to explain how personality disorders in general, and BPD in particular, could develop. This model involves the cumulative and interactive effects of many risk factors as well as the influence of protective factors: the biological, psycho-

logical, or social influences that act to prevent the development of the disorder. Paris thinks that temperament can predispose each child to certain difficulties but that temperament characteristics in the presence of psychological risk factors, such as trauma, loss and parental failure, could become amplified. As an illustrated example he explains that most shy children (temperament) grow out of normal shyness but if the family environment is unsupportive, introversion can become accentuated (trait) and with time, if they persist, become pathological (disorder). Shyness can lead a child to establish social contacts characterized by anxiety and/or withdrawal, and an abnormal attachment pattern. But if this persists, the behaviors can begin to correspond to the criteria for personality disorders of the dependent and avoidant types.

Another interesting aspect that Paris points out is that the future BPD patient would begin life with temperamental characteristics that are compatible with normality (for example, a child more inclined toward action than reflection); but given a reasonably adequate psychosocial environment, they might never develop a personality disorder. He also states that parents of the future borderline patients might themselves have personality disorders, they might be insensitive to the needs of their children and fail to provide an adequate holding environment. Positive experiences with secure attachment figures can be one of the most effective protective social factors (Mosquera y Gonzalez, 2009b, 2011).

Allen (2003) talks about parental role confusion. He describes how the parents of BPD are seemingly focused on their children nearly to the point of obsession, yet simultaneously angry with them. One way to understand the parent's contradictory and seemingly irrational behavior within the families of BPD patients is to conceptualize it as a reaction to a severe and highly pervasive intrapsychic conflict over the parenting role. This conflict is created and reinforced by the parents' experience within their own families of origin. Ambivalence over being a parent is the parent's core conflictual relationship theme (Luborsky & Crits-Christoph, 1990). They feel as if it is their solemn duty to sacrifice everything for their children, but at the same time they feel overwhelmed by the responsibility and resentful of the sacrifices.

All in all, attachment difficulties cannot completely explain the complexity of BPD and are not the only factor for a person to develop BPD, even though it is a piece of the puzzle (Mosquera, D., Gonzalez, A., 2009b).

GENETIC AND BIOLOGICAL FACTORS

To understand the role of early environmental aspects in personality development is not a denial of constitutional factors. A debate between constitutional versus environmental origins of mental disorders is not the goal of this article. We understand that genetic aspects influence character traits, and temperament interacts with environmental elements in a complex way. Some very extreme character traits (i.e.: an extreme impulsivity) may generate personality disorders with little environmental contribution. We believe the majority of the cases are in the middle of the spectrum, where insecure relationships with primary caregivers and the presence of traumatizing situations could drive the individual to develop a borderline personality.

In order to design a truly comprehensive theory, it is important to include the role of genetic factors. But there are different data from different researches. Plomin, DeFries, McClearn and McGuffin (2001) state that genes account for 40–60% of the variability in normal personality traits. These normal personality traits could develop in a personality disorder when the individual grows with a dysfunctional attachment or a traumatic environment.

Relations between attachment, genetics and personality disorders are complex and have not been established. We can consider that insecure attachment causes emotional dysregulation. But both insecure attachment and emotional dysregulation could be mediated by the same heritable differences in temperament or personality traits (Goldsmith & Harman, 1994). Recently, the influence of environmental factors in phenotypic range of gene expression has been outlined (Lobo & Shaw, 2008). This aspect needs to be studied with regard to early attachment versus genetics in the development of BPD. However, the interaction between genetics and environment probably is even more complex than has been assumed. Brussoni, Jang, Livesley and MacBeth (2000) found that genes accounted for 43, 25 and 37% of the variability in fearful, pre-occupied and secure attachment. Variability in dismissing attachment, in contrast, was

found to be entirely attributable to environmental effects. Skodol et al. (2002) stated that aspects of personality disorder that are likely to have biologic correlates are those involving regulation of affects, impulse/action patterns, cognitive organization and anxiety/inhibition. For BPD, key psychobiological domains would include impulsive aggression, associated with reduced serotonergic activity in the brain, and affective instability, associated with increased responsivity of cholinergic systems. Siever et al. (2002) state that family aggregation studies suggest the heritability for BPD, not as a diagnosis but the genetic basis for this disorder, may be stronger for dimensions such as impulsivity/aggression and affective instability than for the diagnostic criteria itself.

Environmental and genetic effects are better differentiated in twin studies, but these researches are very difficult and expensive to do. Some twin studies analyze the heritable effects of attachment in children, finding no significant genetic effects. Environmental influences explain 23-59% of the variance (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Schuengel, & Bokhorst, 2004; Bokhorst, Bakermans-Kranenburg, Fearon, Van IJzendoorn, Fonagy & Schuengel, 2003; O'Connor & Croft, 2001). Other research by Crawford et al (2007) found that anxious and avoidant attachment are related to personality disorder (PD). They related avoidant attachment and emotional dysregulation, concluding from their data that 40% of the variance in anxious attachment was heritable, and 63% of its association with corresponding PD dimensions was attributable to common genetic effects. Avoidant attachment was influenced by the shared environment instead of genes.

The question regarding the possibility that primary caregivers share genetic determinants with the children is more complex than merely considering this a genetic causation. All these elements (shared character features and attachment styles) with the occurrence of traumatizing events, could have a multiplicative effect. For example, an impulsive father will probably have difficulties when it comes to regulating impulsive behaviors in his children, frequently reacting in a critical or violent way to the child's behavior. The presence of a character trait does not invalidate the role of the caregiver management of this trait. On the contrary, the existence of a personality trait is a vulnerability factor for the children, who will be probably more affected by the caregiver attitude.

The same dynamics take place with emotional dysregulation. We commented before that emotional dysregulation and insecure attachment could be partially mediated by heritability. It would be highly probable that a baby with a genetic tendency to dysregulate emotions will evolve better with a parent who can modulate her/his emotions. When the parent has few emotional regulation skills, because both baby and parent share the same genetic traits, s/he probably will potentiate the baby's emotional dysregulation. The effect of a dysregulated style in a caregiver would be more intense on a baby who has a deficient emotional regulation capacity.

In summary, relationship between genetic factors, personality traits, and attachment styles are probably complex, and have not been clearly confirmed or refused. The most probable situation is that genetic factors such as emotional dysregulation, may influence personality traits. But these traits could be modulated or exacerbated by the relationship with the primary caregiver (Schore, 2003 a, b).

Another issue involving biological factors is the debate around comorbidity versus diagnostic confusion between Axis I diagnosis – with more clear genetic/biologic basis – and BPD (Zanarini et al, 1998). Liebowitz (1979) argued that borderline personalities are not clearly separated from the older concept of borderline Schizophrenia, while others have insisted in the separation of both diagnosis (Gunderson & Kolb, 1979; Kernberg, 1979; Spitzer & Endicott, 1979; Masterson, 1976). In a similar way some authors have considered BPD as a variant of Bipolar Disorder (Akiskal et al, 1985) and others question this assumption (Paris, 2004). Probably, as we will further comment, all these ideas are partially true. Some BPD patients manifest atypical presentations of Bipolar Disorder, where emotional dysregulation is just a symptom of the underlying disorder. We propose to consider the possibility that some borderline cases could have a more biological basis and others a more environmental basis, with the weight of these factors being different among different patients.

DISSOCIATIVE DISORDERS AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A RELATIONSHIP BEYOND COMORBIDITY

Different research studies report a high frequency of dissociation among BPD

patients (Galletly, 1997; Paris & Zweig-Frank, 1997; Chu & Dill, 1991). Some researchers state that many patients with BPD also have an undiagnosed dissociative disorder. These studies used a categorial approach of dissociation which, however, does not include those cases in which the dissociative features do not fully meet criteria for a DSM-IV-TR diagnosis of dissociative disorder. Still, these studies reflect how relevant dissociation is in borderline patients. In an empirical study with psychiatric inpatients Ross (2007) found that 59% of BPD patients met criteria for a DSM-IV-TR dissociative disorder, as compared with 22% of non-borderline patients. Korzekwa, Dell and Pain (2009) reviewed a number of studies that used various diagnostic instruments with different populations. They found relevant dissociative symptoms in about two thirds of people with borderline personality. Sar et al (2006) analyzed, in a non-clinical (student) population, the dissociative disorder comorbidity in BPD patients and its relation to childhood trauma reports. Among the students diagnosed as BPD (8.5%), a significant majority (72.5%) of them had a dissociative disorder whereas this rate was only 18.0% for the comparison group. Furthermore, for the authors the lack of interaction between dissociative disorder and BPD for any type of childhood trauma that was found in this research contradicts the opinion that both disorders together might be a single disorder. Watson et al (2006) found that BPD patients with a comorbid dissociative disorder have higher scores on reported childhood trauma. Zanarini et al. (2000b) found that sexual abuse is related to dissociative experiences in borderlines. Brodsky et al (1995) found a relationship between dissociation, childhood trauma and self-mutilation, while other authors (Zweig-Frank, Paris, et al, 1994) did not.

Part of the diagnostic confusion could be due to the fact that many standardized instruments for diagnosing mental disorders do not include dissociative symptoms and dissociative disorders. A main example is the SCID I, i.e., the major standardized interview for diagnosing Axis I DSM-IV-TR mental disorders, which does not include dissociative symptoms. With regard to Axis II disorders, the SCID-II does not include dissociative symptoms either. For this reason, studies based on these interviews systematically underestimate comorbid dissociative symptoms and disorders. Therefore, only when specifically designed instruments to evaluate dissociative symptoms and dissociative disorders are included, can this part of the psychopathology be detected. It is true that Criterion 9 for BPD (transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms) does take into account dissociative symptoms. However, these can go unnoticed for therapists not familiar with dissociative disorders. In countries like Spain, clinicians commonly do not include dissociative symptoms in their psychopathological exploration (Gonzalez, 2010). Delusions, which could be related to comorbidity with atypical presentations of schizotypic or schizophrenic disorders, are mixed (in criterion 9) with dissociative symptoms. Among dissociative symptoms, depersonalization or trance-like states are probably more commonly identified as dissociative than are other dissociative symptoms which are related to division of the personality (such as intrusive symptoms).

A high prevalence of BPD among patients with dissociative disorders also supports a close relationship between both disorders. According to Putnam (1997), clinical studies suggest that 30% to 70% of patients with dissociative identity disorder (DID) meet criteria for BPD. In a study aimed at determining the prevalence of dissociative disorders among women in the general population, participants with a dissociative disorder presented more frequently with BPD (among other diagnoses) than did participants without a dissociative disorder (Sar, Akyüz & Dogan, 2007).

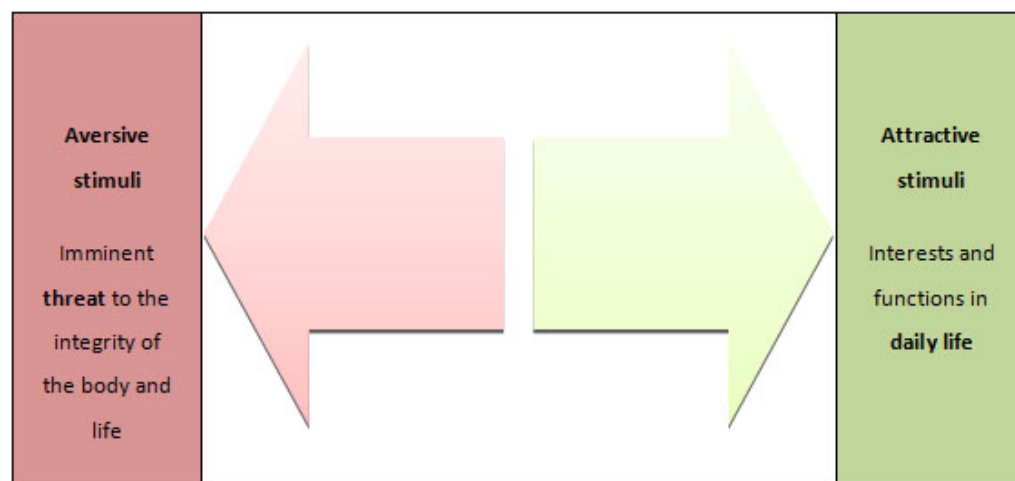
An unresolved major question pertains to understanding BPD patients who also meet the diagnostic criteria for DID or DDNOS: are these to be seen as clear-cut comorbid diagnoses, or should the borderline features be regarded as manifestations of an underlying dissociative disorder. The theory of structural dissociation of the personality offers a feasible way out of this dilemma (false choices between opposite options).

THE THEORY OF THE STRUCTURAL DISSOCIATION OF THE PERSONALITY

Inspired by Allport (1981) and Janet (1907), Van der Hart and colleagues (2006/2008) define personality as the dynamic organization within the individual of those biopsychosocial systems that determine his or her characteristic mental and behavioral actions. Among the biopsychosocial systems that comprise the personality,

evolutionary prepared psychobiological action systems play a major role (Lang, 1995; Panksepp, 1998; Van der Hart et al., 2006/2008). One major action system is defensive in nature and involves a variety of efforts to survive imminent threat to the integrity of the body and life (Fanselow & Lester, 1988). The mammalian defense action system is geared toward escape from and avoidance of physical and associated psychological threat, and includes subsystems such as flight, freeze, fight, and total submission (Porges, 2003). Other action systems are concerned with interests and implied functions in daily life (Panksepp, 1998). These systems include energy regulation, attachment and care-taking, exploration, social engagement, play, and sexuality/reproduction, and involve approaching attractive stimuli (Lang, 1995).

Figure 1. Action systems



TSDP thus postulates that in trauma - not only criteria A trauma events but also what we could call attachment trauma - the patient's personality becomes unduly but not completely divided among two or more such dissociative subsystems or parts (Van der Hart et al., 2006/2008; Van der Hart, Nijenhuis, & Solomon, 2010), each mediated by particular action (sub) systems and each with its own first-person perspective. These dissociative parts, also known by other names such as dissociated self-states, are dysfunctionally stable (rigid) in their functions and actions, and overly closed to each other. One prototypical personality subsystem is metaphorically called the Emotional Part of the Personality (EP; Myers, 1940; Van der Hart et al., 2006/2008). As EP the patient is fixated in sensorimotor and highly emotionally charged reenactments of traumatic experiences. As Janet (1919/25) stated years ago:

"Such patients [i.e., their EP's]... are continuing the action, or rather the attempt at action, which began when the thing happened, and they exhaust themselves in these everlasting recommencements" (p. 663).

In short, the patient as EP is strongly associated with traumatic memories. Primarily mediated by the mammalian action systems of defense and attachment cry, EP's reenactments include action tendencies of defense against perceived or actual threat to the integrity of the body or to life itself, as well as action tendencies regarding the need for attachment and the fear of attachment loss (Liotti, 1999). That is, EP is basically fixated in traumatic memories that frequently involve (particular combinations of) childhood emotional, physical, and sexual abuse, emotional neglect, and otherwise frightening and frightened parental or parent substitutes' caretaking and attachment. EP is mediated by the innate action system of defense against threat and may be guided in particular by one of its subsystems: fight, flight, freeze, collapse, total submission, hypervigilance, wound care, restorative states.

The other prototype is called the *Apparently Normal Part of the Personality* (ANP; Myers, 1940; Van der Hart et al., 2006). As ANP, the survivor experiences EP and at least some of EP's actions and contents as ego-dystonic and is fixated in avoidance of traumatic memories and often of inner experience in general. Mediated by action systems for functioning in daily life, ANP focuses on the functions of these systems and in this context commonly seeks the approval of caretakers to gain acceptance, protection, and love. To the degree that such attachment-related goals are realized at all, the painful

result is that ANP's appeasement and apparent normality are reinforced, not the survivor's authenticity. As ANP, the patient may be aware of having a mental disorder but attempts to appear "normal." The fact that this normality is only apparent manifests in negative symptoms of detachment, numbing, and partial or, in rather exceptional cases, complete amnesia for the traumatic experience. Apparent normality also shows in recurrent re-experiencing of traumatic memories from EP and other intrusions such as ANP hearing EP's voice, or EP hearing ANP's voice. ANP's mental and behavioral actions are mainly mediated by daily life action systems (social engagement, attachment, care-giving, exploration, play, energy regulation, sexuality/reproduction).

Structural dissociation is the essence and outcome of traumatic experiences, but is maintained by phobic mental and behavioral actions. The core phobia is the phobia of traumatic memories, and from this central phobia, emerge other related inner-directed phobias. Marilyn Van Derbur (2004), a survivor of incest, describes it very graphically:

"I was unable to explain to anyone why I was so tied up, walled off and out of touch with my feelings... To be in touch with my feelings would have meant opening Pandora's box... Without realizing it, I fought to keep my two worlds separated. Without ever knowing why, I made sure, whenever possible that nothing passed between the compartmentalization I had created between the day child [ANP] and the night child [EP]." (pp. 26, 98)

Apart from clinical evidence, there is emerging research that supports the major tenets of the theory of structural dissociation (e.g., Reinders et al., 2003, 2006; see Van der Hart, Nijenhuis, & Solomon, 2010, for a brief overview).

Levels of Structural Dissociation

TSDP postulates that the more intense, more frequent, longer lasting traumatization is, and the earlier in life it started, the more complex the structural dissociation of the personality becomes. The division of the personality into a single ANP and a single EP involves primary structural dissociation, and characterizes simple posttraumatic dissociative disorders, including PTSD.

When traumatizing events start earlier in life, are increasingly overwhelming and/or prolonged or chronic, structural dissociation tends to be more complex. In secondary structural dissociation there is also a single ANP, but more than one EP. This division of EP's may be based on the failed integration among relatively discrete subsystems of the action system of defense, e.g., fight, flight, freeze, collapse. We consider secondary structural dissociation to be mainly relegated to Complex PTSD, trauma-related BPD and DDNOS-subtype 1. ANP and EPs are typically fixated in a particular insecure attachment pattern that involves either approach or defense in relationships (Steele et al., 2001). It is hypothesized that, in complex trauma-related disorders, the resulting alternation or competition between relational approach and defense among these parts is a substrate of what has been called a disorganized/disoriented attachment style (Liotti, 1999). The resolution of traumatic memories, by definition, involves (a degree of) resolution of this insecure attachment.

Finally, tertiary dissociation involves not only more than one EP, but also more than one ANP. Division of ANP, along different action systems of daily life, may occur as certain inescapable aspects of daily life become saliently associated with traumatizing events such that they tend to reactivate traumatic memories. The patient's personality becomes increasingly divided in an attempt to maintain functioning while avoiding traumatic memories, or has never included an integration of action systems for functioning in daily life as well as for defense. Tertiary structural dissociation refers only to patients with DID. In a few DID patients who have a very low integrative capacity and in whom dissociation of the personality has become strongly habituated, new ANPs may also evolve to cope with the minor frustrations of life. Dissociation of the personality in these patients has become a lifestyle, and their prognosis is generally poor (cf., Horevitz & Loewenstein, 1993). Borderline patients with a comorbid dissociative disorder can have secondary or tertiary structural dissociation of the personality.

Different subgroups of BPD and structural dissociation of the personality

To argue whether BPD is generated either by biological or environmental factors

probably involves a false debate. Reality comprises complex phenomena, and science often reaches a common point: all the answers are true and more research are needed. Without falling into an absolute relativism, a truly comprehensive model of BPD needs to include all the recent evidence and integrate different areas of knowledge. Currently, enough data exist that support a multimodal model for BPD.

We propose that such a model based on a clinical perspective, as statistical analysis of groups of symptoms does not fully explain individual differences. The relative influence of different factors is probably not the same for each patient, and should in our opinion be evaluated case by case. Based on our extended clinical observations, we believe that BPD patients may constitute a heterogeneous group. Hunt (2007) stated that BPD's etiology would be best explained as consisting of a combination of genetic, neurobiological vulnerability combined with childhood trauma, including abuse or neglect, that lead to dysregulated emotions, distorted cognitions, social skills deficits, and few adaptive coping strategies.

We understand the borderline group as stemming from a combination of a trauma factor (and implied structural dissociation) and a biological factor. In order to conceptualize cases, it could be useful to classify borderline patients in three groups. At one end, we would place the more dissociative borderline patients (sometimes dissociative disorders misdiagnosed as BPD), with more severe early trauma and with attachment disturbances. At the other end, we would place the more biologically-based borderline cases, with comorbid bipolar, schizophrenic, ADHD, organic injuries, etc. The attachment-based group is placed in the middle. We thus roughly distinguish three subgroups of BPD patients, in which the various etiological factors have different weights (see Figure 2).

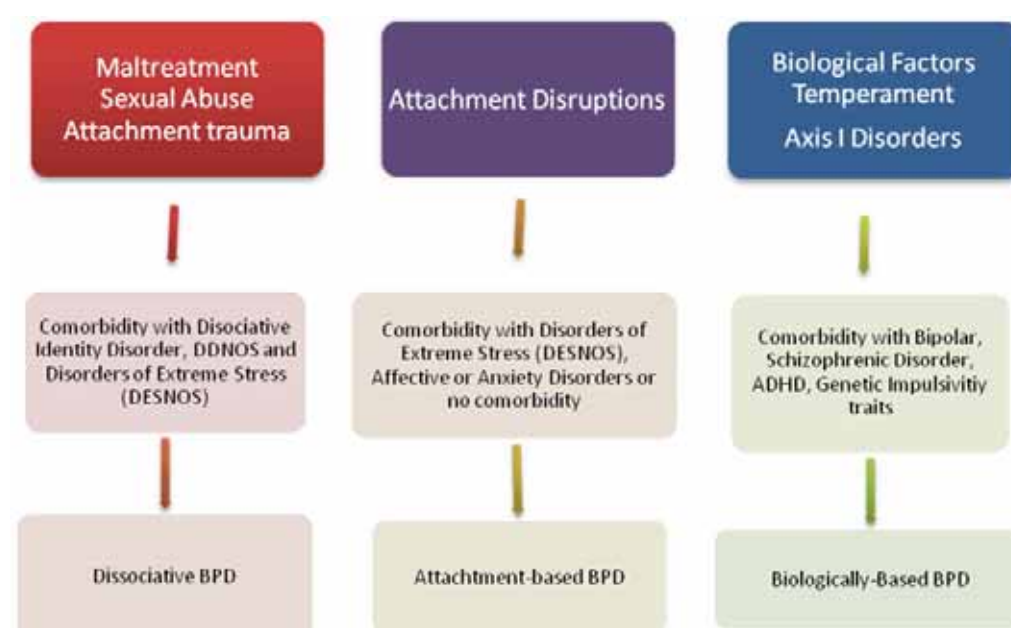
A first group consists of patients with comorbid BPD and dissociative disorders. These patients have a history of chronic childhood traumatization, and the dissociation of their personality symptoms would be at the level of secondary or tertiary structural dissociation. A second group consists of BPD patients with no dissociative disorder diagnosis. This group would probably overlap with the so-called disorders of extreme stress or Complex PTSD, and would have a relationship with early, chronic trauma and environmental factors related to dysfunctional attachment with primary caregivers. As Van der Hart, Nijenhuis and Steele (2005) argue with regard to Complex PTSD, dissociation in these cases is at the level of secondary structural dissociation. A third group of patients have BPD with comorbid disorders of a more biological nature, such as bipolar disorder, the schizophrenic spectrum or ADHD. These more biological disorders may interact, in complex ways, with environmental factors, or function themselves as traumatic experiences (Goldberg & Garino, 2009). Some patients with atypical presentations of biological disorders, can be wrongly diagnosed as BPD because of the observable behaviors and symptoms (this would be the end of the spectrum, see Figure 1). In most of these cases, however, biological aspects and environmental factors can interact in complex ways that manifest in a true comorbidity. It should be noted, however, that, because of their innate behavioral characteristics, children that eventually will belong to this third group can also evoke parental attachment disruptions, such as severe misattunements. These children may demand the utmost of their parents, who sometimes share common genetic features or deficits with their children.

As we mentioned before, some severely traumatized individuals can meet BPD criteria and also meet criteria for a complex dissociative disorder. However, in some cases, symptoms interpreted as borderline manifestations can be better explained as belonging to a complex dissociative disorder and do not represent actual comorbidity. For example, a DID patient presented high impulsivity which manifests in a self-harming behavior, which actually related to the activation of an emotional part of the personality. When we worked with the internal system of dissociative parts, this symptom disappeared. After this, the patient no longer manifested impulsive reactions. In this case, we have a DID diagnosis, and the apparently "comorbid" symptom of impulsivity was only a manifestation of the dissociative disorder. From the TSDP perspective, the various manifestations are inseparable. In other cases of true comorbidity where there are dissociative parts, and having worked effectively with them, the impulsivity is a character trait that remains present. This differentiation is far from being clear, and indeed, when we are working from the perspective of structural dissociation underlying both phenomena, this differential diagnosis may not be crucial to the treatment strategy. The more relevant question is assessing when a biological

factor (genetically based impulsivity, for example) is present, because of the need for a complementary pharmacological treatment.

In a similar way, some patients from the bipolar or schizophrenic end of the spectrum are misdiagnosed as borderline when the clinical features look like they meet BPD criteria. But in the majority of the BPD spectrum of cases, trauma, attachment and biological factors will interact in a complex way that will manifest differently in each patient. What is essential is the need to understand the relative contribution of each of these factors to a specific problem in a patient, because many aspects of treatment, such as pharmacological interventions or EMDR therapy, would need to have more weight depending on this evaluation. We think that it is important not to consider these factors as contradictory with each other, but rather complementary and interactive. Thus, to draw environmental and biological factors as extremes of a spectrum, as we did, is not entirely adequate, because these factors are not mutually exclusive and it is possible to find cases with high weights of both biological and environmental factors.

Figure 2. Groups of Borderline Personality Disorder



We could understand the existence of a continuum from secure attachment (right part of red arrow), passing through attachment disruptions, to severe traumatization. At another level biologic-genetic factors could be stronger at one extreme, and practically absent at the other, with an intermediate possibility where genetically determined temperament generates interacting with other factors to develop in character traits. This representation is not exact, because a strong genetic basis can be present (at the same time) in a severely traumatizing environment. All the combinations are possible, forming specific individual configurations.

The clinic cases described below are examples of each subgroup, representing its most relevant factor. However, the most common situation consists of the coexistence of various factors, with different degrees of influence in each individual.

According TSDP, the origin of borderline symptomatology lies in attachment trauma. However, TSDP can explain cases of BPD in the three groups, i.e., not only in the first, most evident one. We will describe the differences among the three groups mentioned before. Innate behavioral characteristics can evoke parental attachment disruptions and attachment based BPD may involve traumatization, often of “hidden” nature.

The first group, of “dissociative BPD”, comprises of BPD patients with tertiary or secondary structural dissociation, with dissociative parts of the personality that have a more developed first-person perspective, and in some cases even names or ages that differ from the main part (the main ANP). Some of these parts may believe that they are different people. In the intermediate group of “attachment-based BPD”, the underlying personality structure is the same (usually secondary structural dissociation), but the dissociative parts have less developed first-person perspectives, and the patient can only notice dramatic changes in emotions, behaviors or cognitions, without an inner experience of “having parts”, and general changes in elements constitut-

ing identity. The third group (“biologic BPD”) helps us to understand the complex interaction between more biologically-based elements and trauma history, and how the environmental and structural brain aspects are modulated or aggravated by early attachment relationships.

In their article on a proposed class of Posttraumatic Personality Disorders, Classen, Pain, Field and Woods (2006) suggested to keep the name BPD for people with early disorganized attachment (D-attachment) with primary caregivers but with less chronic childhood abuse. This category is rather similar to the BPD group that we have named “attachment-based BPD”. From a TSDP perspective, both are characterized by some degree of structural dissociation, that is based on early attachment-trauma and other forms of trauma.

In the following section we present three clinical cases that highlight the differences between the “Dissociative BPD”, the “Attachment-based BPD,” and the “Organic BPD”.

Case 1. “Dissociative Borderline Personality Disorder”

Isabel, age 28, was diagnosed as BPD and later as DID, which involves Tertiary Structural Dissociation. She presented with self-harming behaviors, anorexic features, changes in behavior, unstable relationships, identity problems, and psychotic-like symptoms (auditory hallucinations). This woman hid the majority of her symptoms or minimized them in the therapy sessions. With time and a more detailed exploration, it became evident that she suffered from major amnesia and that she had a number of dissociative parts dealing with different aspects of daily life. One part was an efficient teacher (ANP-1), and as this part she couldn’t remember anything about what she had done the past weekend with her friends (when ANP-2 had been active). These parts each had an elaborated first-person perspective. A complex inner system of dissociative parts (EPs) become evident during the therapy, with less elaborated first-person perspectives, and many borderline symptoms could be understood as manifestations of her dissociative identity disorder. For instance, her unstable relationships resulted from different parts of personality relating to different people, with hostile parts pushing the patient to relate with potentially damaging men. Her auditory hallucinations were intrusions of several emotional parts, and her self-harming behaviors represented aggressions from some parts against others.

Case 2. “Attachment-based Borderline Personality Disorder”

Mirta, age 42, was a woman without a severe trauma history but an ambivalent attachment with primary caregivers and with personality traits of impulsivity. She experienced severe emotion dysregulation with a tendency to hyperarousal. In some moments she could be functional, but at other times she acted in a more dependent style and was unable to do things by herself. In these moments she behaved in a child-like way, with emotions that were connected with early experiences of lack of affection by her parents and the anxiety related to her father’s problems with alcohol. At other times she behaved like an adolescent, for example, falling intensely in love with different men. In those moments when she shifted into different modes of behavior, she did not have the inner experience of being a different person or having a different identity. Instead, she described herself as acting and feeling “as a little child” or an “adolescent”. The resources she displayed at other times, in other areas of her life were not accessible for her when these mental states, which may be understood as dissociative parts, were activated. She did not have the ability to modulate these parts of the personality or the change between them. Instead she used cocaine and other drugs to achieve those changes, for instance to decrease the fear of loneliness connected with the “little child part”. These emotional parts were not so well defined, with less elaborated first-person perspectives, than in the previous case. Rather, she described the behaviors done in these states as “not me” and “I can’t understand why I did such crazy things!”. This structure could be characterized as secondary structural dissociation of the personality.

Case 3. “Biologic Borderline Personality Disorder”

Lucia, age 48, was diagnosed as BPD for 10 years. She presented mood changes,

with recurrent and short-length depressive states. Her interpersonal relationships were unstable. She had a problematic marriage (which she tolerated because of her fear of being abandoned) and no social support. Self-harming behaviors and suicide attempts were frequent. She had a demanding and dependent attitude with her previous therapists. After some years of chronic depressive symptoms, she presented a clear manic episode. A further depressive state was followed by a new manic phase with psychotic symptoms incongruent with the affect. With a combination of antidepressant drugs, mood stabilizers and neuroleptic medication, many “personality” features changed. Her emotional dysregulation and self-harming behaviors were strongly reduced. In this example it is difficult to establish which symptoms were due to sub-clinical mood oscillations and which were related to personality features, because so many years living with the consequences of her disease caused so much secondary traumatization.

Case 4. “All-in-one”

Julio, age 41, presented mood changes, high impulsivity, risk behaviors, identity disturbances, and unstable relationships. His family of origin was dysfunctional, his mother was emotionally very distant and frequently neglectful, and his father was frequently absent and emotionally and physically abusive when he was present. Julio presented behavior problems during his childhood. He met criteria for adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) with low maintained attention and high impulsivity and hyperactivity. His mother also met ADHD criteria, she presented an extreme lack of attention, and this characteristic probably influenced her neglectful care. His father was very impulsive, but with normal attention. All these factors in both parents may have influenced the patient’s early development: the negative genetic influence can be increased by the attachment style and the effects of emotional and physical maltreatment. He frequently presented signs of structural dissociation, alternating between an attachment-dependant part (EP) which desperately needed intimate relationships, an aggressive EP (facilitated by alcohol use) and a depressive EP (linked with a self-defeating features), which alternated with an ANP with narcissistic features. Thus, Julio was characterized by secondary structural dissociation.

OTHER APPROACHES TO THE DISSOCIATIVE NATURE OF BPD

The theory of structural dissociation of the personality (TSDP) is not the only theoretical approach that emphasizes the dissociative features of BPD. Some authors even have described all personality disorders in terms of dissociation. Bromberg (1998), for instance, states that:

“Personality disorder” represents ego-syntonic dissociation no matter what personality style it embodies... A dissociative disorder proper (...) is from this vantage point a touchstone for understanding all other personality disorders. (pp. 201-202)

Other authors also describe concepts which are similar to those of TSDP. Blizard (2003) and Howell (2002, 2005) conceive BPD as a dissociative disorder with “a significant pattern of dissociated self-states” (Howell, 2002), i.e., masochistic/victim ego states or self-states and sadistic self-states, also labeled as rageful/perpetrator self-states or abuser self-states. These “self-states” are equivalent to the TSDP concept of “dissociative parts of the personality”. We prefer the term “dissociative parts” because they can be complex and comprise different mental states at different times (Van der Hart et al., 2006/2008). Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan and Bohus (2004) state that patients with BPD: “often move from one interpersonally reactive mood state to another, with great rapidity and fluidity, experiencing several dysphoric states and periods of euthymia during the course of one day”, a statement which implies dissociation.

Some models of BPD involve a dissociative perspective that shows similarities with TSDP. Cognitive analytic therapy (Ryle, 1997), for instance, describes the connection between early trauma, caregiving styles and borderline pathology. The related model of borderline functioning—the multiple self states model (MSSM)—explains many of the features of BPD in terms of the alternating dominance of one or other of a small range of “partially dissociated” self-states (Ryle, 1997). These self states are the equiv-

alent of the dissociative parts of the personality. Golyunkina and Ryle observed that “between these states there may be impaired memory but complete amnesia is rare, and some capacity for self-observation across all, or nearly all states is present” (p. 431). Ryle (2007) stated that BPD patients manifest major discontinuities in their experience and behavior, and these contribute to the difficulties of clinicians seeking to treat them. In his view, the underlying problem is one of structural dissociation of self processes into a small range of partially dissociated self-states, the switches between which can be abrupt and evidently unprovoked. It is obvious that this view has much in common with TSDP, which more clearly emphasized the first-person perspective of dissociative parts. Some examples of the types of self-states described by Golyunkina and Ryle (1999) are: an ideal self (“others admire me”), an abuser rage state (“I want to hurt others”), a powerless victim (“others attack me and I am weak”) and a zombie state. TSDP relates these different self-states or dissociative parts are mediated by different action (sub)systems: for instance, the abuser rage part is mediated by the fight defense subsystem, and the powerless victim by the submissive defense action subsystem.

Ryle and Kerr (2006) define the Reciprocal Role Procedure as an underlying concept in what he calls the Multiple Self States Model of BPD (MSSM). Procedures are sequences of perception, appraisal, action and evaluation of the consequences shaping aim-directed action. Each role is identifiable by its characteristic behavior, mood, symptoms, view of self and others, and sought-for reciprocation, that links with the TSDP concept of the first-person perspective of dissociative parts.

Another approach which links early experiences with adult systems managing concepts very close to TSDP is the Schema Therapy for BPD (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Young and colleagues observe that BPD patients are characterized by the existence of different “parts of the self” that they re-labeled as “modes”. They identify four main types: child modes, maladaptive coping modes, dysfunctional parent modes and healthy adult mode. They state that: “In patients with borderline or narcissistic disorders, the modes are relatively disconnected, and the person is capable of experiencing only one mode at a time. Patients with BPD switch rapidly from mode to mode” (p. 272). This switching between different modes is equivalent to the alternation between EPs and ANPs as described by TSDP. In both theories, some modes or dissociative parts can themselves dissociate in subparts. One of the differentiations that Young and colleagues made pertains to the child modes: the vulnerable child, the angry child, the impulsive/undisciplined and the happy child. Again, TSDP argues that these different parts, some of which may be described as EPs, are mediated by different action (sub)systems, may have different levels of mental development, and hold different (aspects of) traumatic memories. Young and colleagues distinguish a Healthy Adult Mode, which does not seem to be similar to ANP. The authors observe that this mode is virtually absent in many borderline patients; thus, it would be something to strive for the course of therapy. However, according to TSDP some ANPs may be highly functional (see also Horevitz & Loewenstein, 1994), comparable to Young and colleagues’ Healthy Adult Mode. But however healthy ANP’s functioning seems to be, it is still a dissociative part of the personality which has not integrated other parts. Once the personality is fully integrated, TSDP would speak of a healthy personality with a good capacity for self-reflection, insight and self-regulation.

Finally, another relevant author in BPD conceptualization is Otto Kernberg (1993). In Transference Focused Psychotherapy, he describes a developmentally based theory of Borderline Personality Organization (Levy et al, 2006), conceptualized in terms of unintegrated and undifferentiated affects and representations of self and other, which may have some similarities with the dissociative parts described in TSDP. Partial representations of self and other are paired and linked by an affect in mental units that Kernberg calls object relation dyads. In borderlines these dyads are not integrated and totally negative representations are split off/segregated from idealized positive representations of self and other. The mechanism of change in patients treated with Transference Focused Psychotherapy is the integration of these polarized affect states and representations of self and other into a more coherent whole, this integration being a shared goal with TSDP therapeutic approach.

Kernberg (1993) proposes several developmental tasks for borderline patients. They should become able to make a distinction between what is self (and own experience) and what is others (and their experience). This concept is present in TSDP

which establishes the relevance of differentiation and synthesis. The concept of synthesis in TSDP is similar to Kernberg's (1993) second developmental task of overcoming splitting: the borderline patients should re-learn to see objects as a whole, both good and bad at the same time. Similarities between both theories are not so close as those from Ryle & Kerr (2006) and Young, Klosko, & Weishaar (2003), but some parallels can be found.

In summary, many conceptualizations of BPD refer, in different ways, to the dissociation of the personality in BPD patients, which is most elaborated in TSDP. Various authors emphasized the role of early and severe childhood traumatization and insecure attachment in the development of BPD. They mentioned the switching between unintegrated mental states (dissociative parts) in BPD patients. Some of these parts appear apparently functional in daily life (ANPs), other parts are linked to traumatic experiences (EPs). TSDP offers a comprehensive vision of all these aspects, integrating findings and insights from neurobiology and psychotraumatology.

DSM-IV-TR BPD CRITERIA VIEWED AS POSTTRAUMATIC DISSOCIATIVE SYMPTOMS

As Van der Hart, Nijenhuis and Steele (2005) did with regard to the symptom clusters of Complex PTSD/DESNOS, below we describe how the main symptoms of BPD can be understood from TSDP's perspective, i.e., as being related to various dissociative parts of the personality, notably those mediated by defense action subsystems (EPs).

1. Frantic efforts to avoid real or imagined abandonment

Many people with BPD maintain they have a very hard time when they are alone, even for very short periods of time. Others claim they feel alone even when surrounded by others. The fear of being alone makes them especially vulnerable to abandonment "signals" which are easily triggered by relational stimuli or by situations perceived as dangerous. Feeling ignored or rejected can unleash very intense emotional reactions in patients with this diagnosis. Although most people can feel bad when they are afraid of being abandoned and can react in many different ways in the face of loss, it is not frequent that these reactions reach the extremes that can be observed in borderline patients (Mosquera, 2004, 2010). These features can be understood from the TSDP as different EPs getting triggered by traumatic memories and experiences. If the patient has had an attachment figure who was neglectful, the need of attachment could be extreme, and when faced with the possibility of losing an attachment figure, the EP mediated by the attachment cry action system gets activated (being expressed in the adult borderline as *"don't leave me"*). But in insecure early attachment, defensive action systems should be activated with the primary caregiver, and this is now similarly activated with adult attachment figures with a fight EP (*"I hate you"*) that can turn against the ANP (*"if you leave me I will kill myself"*). With a disorganized-disoriented attachment this situation is more extreme and dissociative parts tend to have more self-person perspective. This situation would be more related with the dissociative BPD group than other types of insecure attachment.

The presence of a strong biological basis could function as a multiplicative factor, increasing the effect of – in different circumstances – minor attachment problems. For example the lack of emotional regulatory capacities can make difficult to tolerate disturbing emotions coming from loneliness and loss, and impulsivity can increase disruptive behaviors oriented to recover the lost love. During childhood, these extreme reactions can exacerbate difficulties from the caregiver to safely attach "this so difficult child", in a circular causation.

2. A pattern of unstable and intense interpersonal relationships characterized by alternating between extremes of idealization and devaluation

Borderline patients are known for maintaining intense interpersonal relations, usually very volatile and problematic relations. Certainly it is hard to understand how statements like "leave me alone" and "I never want to see you again" can really mean "please don't leave me, I need you". Although this might be evident to others, border-

lines are not always aware of this “lack of connection” between what they “feel and need” and what they “do and say”. This is one of the reasons why many borderlines feel confused and puzzled by the reactions they get from others and vice versa (Mosquera, 2004, 2010).

Borderline patients can idealize those that take care of them, even people they just met – especially when they perceive a “special connection”, when they feel cared for, listened to or valued (Mosquera, 2010). Frequently, to meet their attachment needs, the children have filtered the negative aspects in the caregiver, constructing an idealized figure. When these negative aspects became undeniable (for example, during abuse) different defensive action systems could be simultaneously activated and blocked, to give way to reactions judged as more efficient to survive (like submission or collapse). All these reactions, even those never acted out, stem from EPs. Their perceptions of and actions toward significant others, such as idealization, rage (fight), fear and avoidance (flight) or submission are based on different action (sub)systems that are not integrated due to the child originally having to deal with inconsistent or harmful caregiver behaviors. In adult intimate relationships, including the therapeutic relationship, this alternation between ANP (or ANPs) and different EPs is reproduced.

Borderline patients can switch quite fast between the activation of EPs as defensive and attachment action systems and they can pass from idealization to devaluation if they think they are being ignored, not cared for or rejected (activation of attachment cry EP). A very small detail can trigger a profound sense of betrayal and emotional pain. This apparently small detail can be a reminiscence of a very relevant detail in the relationship with primary caregivers. That is, the apparent disproportion in the reaction can reflect that the patient as EP(s) is not actually reacting to the here and now situation, but to the there and then one. In other words, the patient lives in trauma time (Van der Hart et al., 2010). For a little child yelling, criticism or hostile attitudes are not a minor experience. When this child becomes an adult, any high tone of voice or critical comment can trigger an apparently unjustified reaction. These contradictory reactions in intimate relationships may relate to a disorganized D attachment that the individual developed in childhood. This external disorganization may be the outward manifestation of competition among rigidly organized dissociative parts that are mediated by defense and attachment systems, respectively. These parts have contradictory approaches to solving the dilemma of relating to an unpredictable and unsafe, but needed caregiver (Liotti, 1999; Van der Hart et al., 2006/2008).

A related factor that complicates BPD patients' relations with others is the tendency to personalize other's reactions and comments and to interpret them as something “against them” (like an attack). They are usually afraid of being “found out” (in many cases because the abuser did a very good job making them feel guilty, “bad”, unlovable, etc.), so any possible sign of rejection can activate very strong reactions in EPs. A submissive EP (“I am weak”) can be activated when a perceived rejection or reminder of an early emotional neglect takes place. However, at the same time an enraged EP – mediated by the fight action subsystem – may react violently to the other person.

3. Identity disturbance: markedly and persistently unstable self-image or sense of self

Frequently borderlines refer to not knowing who they are, what they like or what they would like to do. A low integrative capacity and the inner experience of changes in mental states, i.e., a switching between different EPs and ANP, can be a phenomenological basis for this identity disturbance. This can lead them to embark on projects and establish objectives that are hard to accomplish. The low level of mental efficiency (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2008) can contribute to their difficulties to engage in adaptive activities. Many borderlines say they lack an identity and often say phrases like “I know how I should be, what I should do, what would be normal to feel but I am incapable”. This consciousness of “being strange” makes them feel guilty and frustrated. When preoccupied patients do not have a well-defined identity and cannot find an explanation to their suffering, they look for “cues” in others: anything that can explain their confusion and uncertainty, anything that helps them feel less guilty and might help others understand them. This can be related to one of the phenomena that can be easily observed in BPD patients during hospitalization: mimicking. Borderline patients frequently “copy” symptoms from others. Many feel overwhelmed by simple

questions such as “How would you describe yourself?” and “What do you like to do?” (Mosquera, 2010)

Borderline patients show a tendency to do what others expect. As children they did not learn to think about themselves and their needs; they had to act according to other's needs. They tend to act / react according to their perceptions of other's needs and opinions. Their extreme need of attachment can be another reason for this way of functioning.

Borderlines frequently say they feel “fake” or “phony”; for this reason they adopt apparently normal facades (the apparently normal part of the personality, ANP). They tend to create masks and try to act as they think others want them to act. A patient said: “I feel like a clown who is always acting for the gallery; I always have a smile and pretend I'm ok so I don't have any problems with others; I feel I cannot express what I feel because others wouldn't understand” (Mosquera, 2010). We must comment that some borderlines are aware of their efforts to make a facade of apparent competence but in more dissociative cases, they are not aware of the existence of EPs while being in “ANP mode”. This may reflect ANP's avoidance of traumatic elements contained in the EPs and the absence of realization of trauma and trauma-derived mental actions characteristic of early traumatization (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006/2008).

4. Impulsivity in at least two areas that are potentially self-damaging (e.g., spending, sex, substance abuse, reckless driving, binge eating)

Biological and environmental factors may contribute to these symptoms. A person may have an impulsivity personality trait, genetically inherited from his father. This impulsivity trait cannot be adequately regulated by the impulsive father, who overreacts to his son's behaviors, or by the mother, who is victimized by the father's abusive-impulsive behaviors. When the young child expresses rage, it is consistently repressed in response to the overcontrolling parents, and this contributes to the dissociation of this mental state from others. When this child becomes an adult, he may oscillate between an ANP rigidly controlling his rage, or expressing it in an uncontrolled way (EP) when he needs to express rage. The adaptive anger that allows people to search for their necessities or enable them to refuse an abusive demand is not an option for this person, because highly developed integrative processes are absent.

Some borderline patients turn to substance abuse and self-medication as a way to avoid getting in touch with EP's feelings and reactivates traumatic memories. Others resort to binge eating, since this may create a stuporous state that allows the avoidance of EP. In other patients, impulsivity reflects an uncontrollable need in an EP, a need that in most of them was not recognized and satisfied during childhood. These patients learned to ignore or rigidly control this need, which remains dissociated in an EP. Some borderline patients manifest compulsive sexuality, which sometimes can be a reenactment of an early sexual abuse. Such reenactments involve an EP that imitates the original perpetrator and at least one other EP that suffered the pain, fear and shame of the original abuse. This behavior is not always related with sexual abuse, for example a child EP can tend to reenact a relationship with a verbally abusive parent, with an absence of hindsight in sexual partner which reproduces the same pattern from early caregivers, while the ANP suffers for being trapped in degrading relationships. Many different impulsive behaviors can be understood as EP activations which escape from ANP's rigid control.

5. Recurrent suicidal behavior, gestures, or threats, or self-mutilating behavior

Suicidal behavior, gestures or self mutilating behavior are usually interpreted as blackmail or manipulative behavior. However, in most cases the patients, as ANP or as a controlling EP resorts to these behaviors in order to manage vehement or unbearable emotions. Many borderline patients report feeling better when they cut or burn. Unbearable emotional pain together with the anticipation of the danger of self-injury may induce an increase of endorphins – secondary to states of derealization – which decreases pain awareness, reduces emotional distress and induces analgesia. In other cases, the reason for self-injury is to cause physical pain because the patient find this

physical pain “more bearable than emotional pain” (contained in EPs).

In more complex dissociative cases, some punishing EPs may be involved in the acts of self-harm with the goal to punish other parts, for instance, they consider these parts to be guilty of the abuse (because their submissive response), as experienced in reactivated traumatic memories, or to be weak (hostile parts consider that to be strong is the only way for not being abused anymore). The punishing EPs may also express themselves as intrusive thoughts or voices that blame or threaten the ANP or another EP. Borderline patients may resort to self-harm with different levels of planning, ranging from highly impulsive to carefully planned actions. Furthermore, in some cases ANP is completely present and aware of these actions. In other cases, one or more EPs may have taken over executive control to such a degree that ANP's presence is completely inhibited, with the result that ANP has amnesia for the triggers, the intention and planning to self-harm and/or the act of self-harm itself. It is possible that an observing part (EP) simultaneously watches from a distance what is being done.

6. Affective instability due to a marked reactivity of mood (e.g., intense episodic dysphoria, irritability, or anxiety usually lasting a few hours and only rarely more than a few days)

Borderline patients present an affective instability that has an effect on many areas of their life and can be manifested by abrupt changes in emotional states. Many of these patients are characterized by chronic dysphoria and feelings of emptiness. They are easily triggered by ordinary events that remind them of traumatic experiences or unresolved conflicts. Then their tendency toward feeling empty and “flat” may be interrupted by episodes of rage, anguish and desperation, in which various EPs are highly present. It is important to keep in mind that apparently ordinary events, that can actually function as “triggers” because of their perceived similarities with the original traumatizing events, may reactivate traumatic memories and EPs to which these memories belong. This can generate shifts between ANP and EP that explain many of the dramatic mood changes (Steele, 2008; Mosquera & Gonzalez, 2009a; Mosquera, Gonzalez, & Van der Hart, 2010).

For example, a female borderline patient can oscillate between thinking that her partner is maltreating her (while feeling hurt or rage) and being certain she “cannot live without him” when faced with the menace of being alone. This patient can manifest very rapid and intense changes in her affect, reacting in diverse ways that both she and other find confusing. When she perceives that her partner is mistreating her, she can be re-experiencing a past aggression by her father in childhood, with a mixture of rage (fight-based EP) and fear (flight-based EP). When she shifts to the belief “I cannot live without him,” she may be shifting to a submissive EP or an attachment cry-based EP. In secondary structural dissociation, these EPs are not very complex and their first-person perspective is not well-developed. The patient as ANP may be aware of these changes; when, for example, she is in touch with the child EP that feels “I cannot believe without him”, she may experience the fight EP's enraged reaction as “not me”.

Borderline patients are known for their “black and white” thinking. These extremes are characteristic of structural dissociation of the personality, with different dissociative parts having polarized perceptions, thoughts, emotions, and behavioral actions. When they feel disheartened, they can react with rage and direct their feelings towards others (for example with verbal assaults) or towards themselves (cutting, burning).

Emotion dysregulation is another factor that needs to be considered related with this symptom cluster. People with a background of early chronic traumatization, attachment trauma or attachment disturbances have difficulties maintaining their emotions within a window of tolerance (Ogden & Minton, 2000; Ogden, Minton, & Pain, 2006). They can become uncontrollably hyperaroused or hypoaroused. Emotional dysregulation can be partially inheritable (Goldsmith & Harman, 1994), but this trait will be either amplified by an inadequate caregiver or moderated by a safe and supportive caregiver. During traumatizing experiences, EPs may become hyperaroused (rage, extreme fear, panic) or hypoaroused (total submission), manifesting these respective conditions whenever they are reactivated. When the caretaker is unable to regulate the child's extreme experiences or even is the cause of them, these dissociative parts become all the more rigid and entrenched.

For many authors, this criterion seems to have a stronger biological weight, one which would respond best to pharmacological treatment. However, it would be a mistake to ignore the presence of external and relational factors in the patient's past and present relationships that influence the tendency of most borderline patients to be overly reactive.

7. Chronic feelings of emptiness

Emptiness is a chronic feeling in most borderline patients which they usually try to attenuate. Patients characterized by chronic feelings of emptiness may report how they make desperate efforts to fill their overwhelming emptiness. Some patients report that these sensations make them feel very dependent on other people (believing only others can fill up this emptiness). Sometimes this feeling of emptiness represents EPs, dissociative parts that contain experiences of emotional neglect, distancing or withdrawing from the caregiver and their unmet attachment needs. These patients report a feeling of emptiness that they "cannot fill with anything". Sometimes a lack of affect relates to ANP's desperate attempts to avoid any feeling or bodily sensation that could trigger traumatic memories and overwhelming affect, leading to a life "lived at the surface of consciousness" (Appelfeld, 1994; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006/2008).

8. Inappropriate, intense anger or difficulty controlling anger (e.g., frequent displays of temper, constant anger, recurrent physical fights)

Many borderline patients show unpredictable reactions and sudden "emotional outbursts". These outbursts can be verbal, physical or a combination of both (Mosquera, 2010). In some cases, this will depend on which EP is reactivated. Anger outbursts by "Fight EPs", related to reactivated traumatic memories, can be quite intense and have a deep impact on the patient as ANP and other EPs and on other people. The person might give the impression of being totally out of control, "dislocated", acting on impulses without thinking of consequences. The patient as ANP can experience those reactions as "not me" (reflecting a certain level of first-person perspective) or cannot remember part of, or the entire episode. Then, the patient as ANP may feel very scared or humiliated when others tell them what has happened.

9. Transient, stress-related paranoid ideation or severe dissociative symptoms

In our opinion, transient stress-related paranoid ideation is crucial in BPD, since, as we mentioned before, it is the source of many apparently out-of-proportion and uncontrolled reactions. In our view, it reflects switches between dissociative parts, with their own first-person perspectives. Some borderline patients are extremely vulnerable and sensitive to general stimuli, having general difficulties in regulating their emotional states. However, apparently insignificant stimuli often actually function as specific trauma-related triggers. Therapists begin to understand their significance when they are able to relate them to the patient's early traumatic experiences. The extreme lack of trust that can be observed in many borderline patients when they are emotionally activated can be related to posttraumatic hyperarousal. In moments of extreme stress they, or rather EPs stuck in trauma-related defense, can become quite suspicious and imagine other want to harm them: this is usually related to early attachment experiences, neglect and abuse. In these cases, then, traumatic memories and related EPs may be reactivated (see also Chan & Silove, 2000). For example, a familiar, trusted person may suddenly be perceived as an attacker (due to a switch to a defensive EP).

Auditory hallucinations can be included under "severe dissociative symptoms" (Yee, Korner, McSwiggan, Meares & Stevenson, 2005; Moskowitz & Corstens, 2007; Chan & Silove, 2000). Those auditory hallucinations usually are related to specific EPs with their own, well developed first-person perspective that may intrude into the ANP's consciousness or completely take over executive control (Moskowitz, & Corstens, 2007; Van der Hart & Witztum, 2008). It is as intrusive auditory hallucinations that some defensive EPs are experienced by the ANP. Other severe dissociative

symptoms may be among those that are measured by screening instruments for dissociative disorders (DES: Bernstein & Putnam, 1986; DES-T: Waller, Putnam & Carlson, 1996; SDQ-20: Nijenhuis et al., 1996) and structured diagnostic instruments for the DSM-IV-TR dissociative disorders (MID: Dell, 2006; DDIS: Ross, 1989; SCID-D: Steinberg, 1994). In short, they involve intrusions from or switches among dissociative parts and can be categorized as negative (functional losses such as amnesia and paralysis) or positive (intrusions such as flashbacks or voices), and psychoform (symptoms such as amnesia, hearing voices) or somatoform (symptoms such as anesthesia or tics) (Van der Hart et al., 2006/2008).

CLINICAL EXAMPLES IN TERMS OF STRUCTURAL DISSOCIATION OF THE PERSONALITY

The case vignettes presented below may help the reader to become more sensitive to the possible involvement of dissociative parts in BPD patients' functioning and symptoms. This may open windows of opportunity for more effective management and treatment. These issues are, however, beyond the scope of this article.

Case 1: "Dissociative Borderline Personality Disorder"

Susan was a 45 year old borderline woman. She was apparently functional. Her disclosure of childhood sexual abuse fit with some behaviors described by her family: as a child she washed her underwear on several occasions and seemed embarrassed like she was hiding something, but mother thought she was "playing house wife". Since she was a little child, she was threatened by the perpetrator in different ways "if you say something, they won't love you", "if you tell, they won't believe you and you will be left alone", "If you tell, I will kill your kitten". Still, she was able to finish college and get a job (ANP). In her job she was meticulous and very responsible (ANP). She was usually quiet and calm, and sometimes very submissive (EP1) but had several anger outbursts with co-workers (EP2). She had a small group of friends, linked to spiritual beliefs. She had no conflict in this context (ANP). In some situations she (EP3) felt "overloaded" by some comments and gestures from people, that she (as ANP) experienced as out of proportion to those events. On several occasions, she "punished" herself, introducing objects in her vagina and cutting herself (EP2 interfering in the functioning of the ANP). She was very ashamed and did not understand "why I (EP2) did that to myself" (ANP).

Case 2: "Dissociative Borderline Personality Disorder"

Robert is a 37 year old borderline man. Usually easy going, he did not like conflicts and avoided them (ANP). He referred to a very good childhood, but had very few memories from the period before his adolescence, and could not offer any details about that time. A few months ago, he was shocked when he realized (ANP) he began hitting an old man (EP). He didn't know "*what got into myself*" and was very ashamed and worried about his reaction (ANP). He described several situations similar to this incident, most of them related to a previous stressor. He described alcohol abuse as a kind of self-medication (to numb the emotional pain). His wife explained that he (an enraged, fight-based EP) tried to kill himself after those "out of control outbursts" (childhood, fearful, flight-based EP); Robert (ANP) stated that he felt guilty and was "*afraid of my own reactions*".

Case 3: "Attachment-Based Borderline Personality Disorder"

Claudia was an apparently functional 29 year old woman with BPD. Her mother explained the following: "Other people don't know she has problems... when she is ok she is wonderful, charming, calm, patient (ANP). However, "suddenly", she becomes an awful person. She is aggressive, self-destructive and very hard to soothe. In those moments I just hate her, she is impossible to handle" (EP). The patient went to work on a daily basis; she did well, related to co-workers and had no conflicts (ANP). When there was a conflict at her work, she came home very agitated and it was hard not to argue with her. "She said, I never help her but she is the one that doesn't want

help” (mother and daughter usually argued and ended up blaming and cursing each other) “. When Claudia was overwhelmed, she went to the bathroom and cut (EP) or went out and had “several drinks” (EP). Outside her work, her life was chaotic and unpredictable; she maintained intense and unstable relationships. She did not understand “certain reactions” (EP) and explained that although she knew she should “*stop my behavior*”, in certain moments, “I can’t” (ANP): “I don’t know why I do those things, it’s as if it wasn’t me in those moments”.

Case 4: “Biologic Borderline Personality Disorder and Attachment Trauma”

Elisa, 27 years old, was very afraid of abandonment. She was extremely dependent and possessive (EP) most of the time, tried to please others and be liked. From time to time, she became extremely violent and hostile (EP), showing resentment toward her relatives for different reasons. Her relationship with her partner was very intense and oscillated between extreme dependence (attachment cry EP) and negative reactions toward him (fight-based EP). All these behaviors were exacerbated by a depressive mood, which initially seemed to be part of the personality disorder. The further occurrence of a manic episode with delusional symptoms, including paranoid attitude toward her partner, pointed to a diagnosis of bipolar disorder. Pharmacological stabilization reduced the intensity of behavioral problems, but her relationship continued to be problematic, and seemed to be connected with early attachment disturbances. Subsyndromal affective oscillations since her early adolescence generated many negative experiences, and contributed to a personal identity based on unstable relationships, intense emotional states and low self-regulation. Her mother presented a very disorganized pattern of attachment with the patient, alternating (or simultaneously showing) interest and rejection. The patient sometimes sought the mother’s help when she had problems with her partner (attachment cry EP) and, at other occasions, took legal actions towards the mother, asking the judge to establish a protective order against her (fight EP).

In general, what these cases teach us is that the therapist needs to understand which dissociative parts are active and when and find out what provokes their often symptomatic reactions. Often several EPs are involved, whose behaviors should be understood as attempts to solve certain emotional problems, such as coping with reactivated traumatic memories. Such understandings provide the foundation for specific therapeutic interventions that address the nature the patient’s inner experiences and, from there, lead to the development of more adaptive problem-solving strategies.

CONCLUSIONS

The existent literature has increasingly emphasized dissociation as a major feature of traumatization. Thus, if BPD is (largely) a trauma-related disorder, it should be characterized by some degree of dissociation. In fact, as described in this article, several theoretical and clinical approaches emphasize the dissociative nature of BPD or describe related concepts. This conceptualization is relevant, not only for a better understanding but also for the purpose of more effective and efficient treatment of this severe condition.

The theory that received most attention in this article is the theory of structural dissociation of the personality, as we believe this is the more comprehensive theory about severe traumatization and it’s having increasing empirical support (e.g., Hermans, Nijenhuis, Van Honk, Huntjens, & Van der Hart, 2006; Reinders et al., 2003, 2006, 2008). Due to its categorical model the DSM-IV-TR criteria of BPD by themselves are too simple to provide an adequate understanding of the complexity of BPD. However, by drawing on the perspective of the theory of structural dissociation of the personality, clinicians and researchers can develop a deep understanding of the various symptoms and social interactions of BPD patients. It is extremely difficult to understand the meaning and purpose of these symptoms when therapists use only a here-and-now perspective. Thus, with the theory of structural dissociation as frame of reference, we have described how the various BPD symptom clusters can be understood as manifestations of the intrusions from, and/or switches, among, various dissociative parts of

the personality. Many of the apparently maladaptive actions these dissociative parts engage in should be regarded as attempted solutions in dealing with intolerable experiences, such as reactivated traumatic memories of childhood traumatization.

We have proposed three main types of BPD, in which these factors are involved in varying degrees: a dissociative BPD, an attachment-based BPD and an organic BPD. These subtypes are not an attempt to offer another system of categorical classification, but rather to emphasize the varying interrelations between genetics and environment, overall early trauma (including hidden attachment trauma). These three aspects can interrelate in complex ways, and manifest quite differently in each case. We believe insights into how these factors are influential in each case are crucial to case formulation and for planning comprehensive treatment.

REFERENCES

- 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.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 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:

Dell, P. F. (2006). The multidimensional inventory of dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation : The Official Journal of the International Society for the Study of Dissociation (ISSD)*, 7(2), 77-106.

Driessen M, Beblo T, Reddemann L, Rau H, Lange W, Silva A, Berea 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 & Garino 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.
- Golynkina, 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. & Mosquera, D. (2009) *Sintomatología Disociativa en los Trastornos de Personalidad. Identificación y Abordaje. Trastornos de la Personalidad. I Jornadas gallegas*. TP-Galicia. A Coruña
- Gonzalez, A. (2010). *Trastornos Disociativos*. Madrid: Ediciones Pleyades.
- 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, J.G., & Sabo, A. (1993). The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 19-27.
- 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 intrafamilial 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.
- 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.
- 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.

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. & Gonzalez A. Del apego temprano al TLP. *Revista Mente y Cerebro*. Enero-Febrero 2011, páginas 18-27.
- 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. (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. (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.
- 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, RJ., & 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 bor-

- derline 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.
- Waller, N. G., Putnam, F. W., & Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1(3), 300-321.
- 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.

Reglamento de publicaciones

- 1) Los artículos deben enviarse por E-mail a koldobsky@speedy.com.ar o por correo a: calle 35 n° 1473 - 1900 Las Plata - Argentina.
- 2) Los artículos que se envíen deben ser inéditos, redactados en castellano y escritos a máquina, presentados en diskette o CD, (en Microsoft Word o Word Office) acompañado de su respectiva copia en papel por triplicado. El título debe ser breve y preciso. Los originales incluirán apellido y nombre del/los autor/es, títulos profesionales, funciones institucionales en el caso de tenerlas, dirección postal, teléfono, fax y E-mail. Deberá acompañarse, en hoja aparte, un resumen en castellano y otro en inglés que no excedan 150 palabras cada uno y 4 ó 5 palabras claves. El texto total del artículo deberá abarcar un máximo de 12 a 15 páginas tamaño A4, tipografía Arial, cuerpo 12. Tendrán palabras claves en inglés y castellano
- 3) Las referencias bibliográficas se ordenarán por orden alfabético al final del trabajo, luego se numerarán en orden creciente y el número que corresponde a cada una de ellas será incluido en el correspondiente lugar del texto. Ej:
Texto: El trabajo que habla de la esquizofrenia en jóvenes(4) fue revisado por autores posteriores(1).
Bibliografía:
1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
a) Cuando se trate de artículos de publicaciones periódicas: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del artículo, nombre de la publicación en que apareció, año, volumen, número, página inicial y terminal del artículo.
b) Cuando se trate de libros: apellido e iniciales de los nombres del autor, título del libro, ciudad de edición, editor y año de aparición de la edición.
- 4) Las notas explicativas al pie de página se señalarán en el texto con asterisco y se entregarán en página suplementaria inmediata siguiente a la página del texto a que se refiere la nota.
- 5) Gráficos y tablas se presentarán aparte con su respectivo texto (impresas en tres copias y en diskette o CD), cuidadosamente numerados y en forma tal que permitan una reducción proporcionada cuando fuese necesario.
- 6) Los artículos para la sección "Cartas de lectores y comunicaciones breves" consistirán en presentaciones de caso/s, efectos poco frecuentes de drogas, comentarios sobre artículos ya publicados o sobre temas de interés acerca de personalidad y/o sus desórdenes. Deberán ser breves y concisos, evitando información complementaria. Con una extensión máxima de 2 páginas, con las características de edición del punto 2) y una breve bibliografía complementaria, según el punto 3). Salvo extrema necesidad y a criterio del Comité Editorial se podrán incluir tablas o ilustraciones.
- 7) El artículo será leído por, al menos dos miembros del Comité Científico quienes permanecerán anónimos, quedando el autor del artículo también anónimo para ellos. Ellos informarán a la Redacción sobre la conveniencia o no de la publicación del artículo concernido y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- 8) La revista no se hace responsable de los artículos que aparecen firmados ni de las opiniones vertidas por personas entrevistadas.
- 9) Los artículos, aceptados o no, no serán devueltos.
- 10) Todo artículo aceptado por la Redacción debe ser original y no puede ser reproducido en otra revista o publicación sin previo acuerdo de la redacción.

Instructions to authors

- 1) Articles should be submitted via e-mail to koldobsky@speedy.com.ar or posted to the following address: Calle 35 n° 1473 - 1900 La Plata - Argentina.
- 2) Articles must be original. The manuscripts must be typewritten in word processor format (Microsoft Word o Word Office), in either Spanish, Portuguese or English. Title must be brief and concise. Original reports will include author's full name, affiliations and e-mail address.
All articles must be preceded by an abstract of 100-150 words and 4-5 key words. Full lenght for the manuscript should not exceed 15 pages (size A 4), typed in Arial 12.
- 3) References will be arranged in alphabetical order at the final part of the text. They will be numbered in ascendant order and the number regarding each reference will be included in the correspondant part of the text. E.g., Text: The paper which discuss about Schizophrenia in young people(4) was revised by subsequent authors(1).
References:
1. Adams, J., ...
4. De López, P., ...
a) When references include articles from periodical publications: author's surname and name's initials, article's title, journal's name (in which the article was published), date of publication, volume, number, initial and final page of the article.
b) When they include books: author's surname and name's initials, book's title, city of printing, editor and date of the edition's publication.
- 4) Aclaratory notes will be signaled within the text with an asterisk and will be developed at the bottom of the page.
- 5) Tables and figures will be carefully numbered and arranged within the text.
- 6) Articles can be submitted for a special section of Readers Notes and Short Reports. They will consist of case presentations, rare drugs' effects, coments either on articles already published or on interesting subjects about personality and/or its disorders. They must be brief and concise, avoiding supplementary information. Full lenght should not exceed 2 pages, with the same characteristics described in item 2) and a short complementary bibliography as required in item 3). Unless really neccesary and with the Editorial Board's authorization, tables or figures could be included.
- 7) Articles will be revised by at least, two members of the Scientific Committee. They will report the convenience of its publication to the Editorial Board and suggest if neccesary, some modifications to be finally accepted.
- 8) Persona Journal is not responsible for neither signed articles nor expressed opinions of interviewed people.
- 9) Articles either accepted or not accepted will not be returned.
- 10) All the articles accepted for publication must be original and they are not to be reproduced in another journal whitout the Editorial Board's authorization.