

EL NUCLEO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD: UNA HIPÓTESIS INTEGRADORA

Giovanni Liotti

Scuola di Formazione in Psicoterapia della Associazione di Psicologia Cognitiva (A.P.C.)
Viale Castro Pretorio, 116. 00189 – Roma (Italia)

E-mail: liotti@apc.it

In this article two different approaches to borderline personality disorder are considered. The first comes from psychoanalytical tradition (Otto Kernberg), the second one is inscribed in the cognitive-behavioural context (Marsha Linehan). The integration of both is attained by the author through theoretical explanations and clinical observations. The main concept to explain the characteristics of the borderline personality disorder is the disorganization of attachment in early childhood, derived from Bowlby's theory of attachment.

Key words: Attachment, personality disorders, borderline, psychoanalysis, cognitive-behavioural therapies.

El Trastorno Límite de Personalidad ha sido objeto de mucha atención y de muchas controversias en la nosografía psiquiátrica y en la psicoterapia contemporánea (Paris, 1993). La atención se debe a la elevada frecuencia con que se presentan en la observación clínica los sufrimientos atribuidos al trastorno. Las controversias se deben a los problemas diagnósticos y etiopatogénicos que el estudio del Trastorno Límite de Personalidad conlleva.

Para hacer el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad según el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) tienen que darse, simultáneamente, al menos cinco de los nueve criterios diagnósticos siguientes, relativos a los estilos de comportamiento y a las actitudes emocionales habituales del paciente:

- 1) fuertes sentimientos de inestabilidad e incertidumbre sobre la propia identidad,
- 2) miedo crónico a ser abandonado,
- 3) dramática inestabilidad en las relaciones afectivas,
- 4) marcada reactividad del humor (rápidas oscilaciones del tono emotivo entre depresión, euforia, irritabilidad y ansiedad),
- 5) frecuentes experiencias de cólera inmotivada,

- 6) sentimientos crónicos de vacío interior,
- 7) síntomas disociativos transitorios, pero recurrentes (despersonalización, amnesias lacunares, estados oníroides) o bien ideación paranoide,
- 8) comportamientos autolesivos impulsivos o incontrolables (atracones compulsivos, promiscuidad sexual sin atender a los riesgos de infecciones o de embarazos no deseados, cleptomanía, abuso del alcohol o drogas, heridas autoinfligidas),
- 9) amenazas o intentos recurrentes de suicidio.

La complejidad de la evaluación diagnóstica necesaria para identificar, más que síntomas psiquiátricos bien definidos (como sucede en la ansiedad, la depresión, la fobia, las conductas alimentarias anormales, las obsesiones o el delirio), estilos de comportamiento emocionales –los cuales inevitablemente se desdibujan, entre los diferentes candidatos al diagnóstico, de los límites de la normalidad a la patología evidente- contribuye a las dudas sobre la legitimidad de elevar el Trastorno Límite de Personalidad al rango de categoría nosográfica distinta y bien definida. En efecto, basándonos en los criterios del *DSM-IV*, es a menudo imposible distinguir claramente el Trastorno Límite de Personalidad de los demás trastornos de personalidad, sobre todo los del espectro impulsivo (Paris, 1993, 1996). Otros motivos de duda sobre la existencia de una categoría nosográfica propia y distinta que sea posible denominar Trastorno Límite de Personalidad provienen del estudio de la etiopatogénesis.

El desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad ha sido atribuido a la coincidencia de numerosos factores de riesgo. En especial, el modelo bio-psico-social (Paris, 1996) sostiene que factores biológicos (ligados al aspecto hereditario del temperamento o a disfunciones neuropsicológicas específicas), factores psicológicos (ligados a experiencias traumáticas o a estilos anormales de cuidado y comunicación en el seno de la familia) y a factores sociales (ligados a la anomia, es decir, a la disgregación de los valores tradicionales, típica de las sociedades occidentales contemporáneas) intervienen en variadas combinaciones en la etiopatogénesis del Trastorno Límite de Personalidad. La complejidad de los itinerarios etiopatogénicos que, en el curso del desarrollo, deberían llevar al trastorno contribuye a desdibujar la fisionomía. Y tal fisionomía indefinida se refleja, por otra parte, en la elevada frecuencia de comorbilidad existente entre el Trastorno Límite de Personalidad y los otros trastornos psiquiátricos (Paris, 1993).

Quienes afirman la existencia de una específica organización de personalidad –que, en situaciones de descompensación clínica, se manifiesta con todos o muchos de los nueve criterios diagnósticos enumerados en el *DSM-IV*- han intentado responder a las dudas sobre la legitimidad del diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad a través de la identificación de un único núcleo, bien definido, del trastorno. De este único problema nuclear emergerían las actitudes y los estilos desregulados de conducta y de experiencia emocional que componen el cuadro

clínico del trastorno. Dicho cuadro clínico podría, pues, ser reconocido como una categoría nosográfica distinta a pesar de la multiformidad de los criterios diagnósticos propuestos para identificarlo. Si existe dicho problema central, podríamos además estudiar cómo los varios factores de riesgo convergen y concurren a constituirlo y reforzarlo en el curso del desarrollo, hasta que resulta tan imponente e insoluble para el paciente como para dar lugar a los varios signos y síntomas del Trastorno Límite de Personalidad: podría de este modo reconducirse, a pesar de su multiforme etiopatogénesis, a un itinerario bien definido de desarrollo anormal.

Sobre el problema nuclear del Trastorno Límite de Personalidad se han propuesto diferentes modelos teóricos, tanto en el ámbito psicoanalítico como en el ámbito cognitivo-comportamental. El hecho que dichos modelos aparezcan (al menos a primera vista) en fuerte contraposición entre sí parecería que dificulta la ardua tarea de atribuir una dignidad nosográfica distintiva al Trastorno Límite de Personalidad a través de la identificación de su núcleo. En este artículo, sostengo que este contraste entre los diferentes modelos del núcleo del Trastorno Límite de Personalidad es más aparente que real: en otras palabras, es posible entrever un modelo unitario e integrado del núcleo del Trastorno Límite de Personalidad, considerando las diferentes descripciones que los psicoanalistas y cognitivistas han dado sobre dicho núcleo *como diversos aspectos de un único proceso de desarrollo morboso*. Hay que añadir que, si la hipótesis formulada en este artículo fuera correcta, contribuiría a identificar un grupo de procesos psicopatológicos de los cuales forman parte, además del Trastorno Límite de Personalidad, también otros desarrollos morbosos. Sobre este grupo de procesos psicopatológicos próximos al Trastorno Límite de Personalidad se hará mención en el penúltimo apartado de este artículo. En cambio, ahora, es necesario iniciar nuestra reflexión recordando los diferentes modelos del núcleo central del Trastorno Límite de Personalidad .

1. El núcleo central del Trastorno Límite de Personalidad: Teorías psicoanalíticas y cognitivistas

La teoría psicoanalítica dominante concibe el núcleo del Trastorno Límite de Personalidad como un *conflicto* entre pulsiones libidinosas y agresivas, surgido en la etapa pre-edípica, que es afrontado con un mecanismo de defensa primitivo, la escisión (*splitting*). La escisión impide confrontar entre sí, en la conciencia, las representaciones positivas y negativas de sí mismo y de las otras personas (Kernberg, 1975). Otras teorías psicoanalíticas sostienen que el trastorno central de la personalidad límite deriva no de un conflicto, sino de un *déficit* en la representación interna (introyección) de la persona cuidadora, causado por la grave incapacidad de dicha persona (en general, la madre) de sintonizar con las necesidades de apoyo y protección del niño. A causa de este déficit, en momentos de estrés emocional, el paciente no tiene la capacidad de evocar mentalmente imágenes tranquilizadoras: de ello deriva la extrema vulnerabilidad a las experiencias dolorosas de miedo,

vergüenza, soledad y abandono (Adler, 1985). También otras teorías psicoanalíticas subrayan el papel del déficit en las capacidades metacognitivas (capacidad de distinguir apariencia y realidad, de pensar sobre el propio pensamiento, de formarse una “teoría de la mente”: Fonagy *et al.*, 1995; Maffei, 1998). Otras teorías psicoanalíticas se sitúan en una posición de equilibrio entre las tesis opuestas del conflicto y del déficit. Estas teorías postulan un déficit en la atención, por parte de la madre, de las necesidades de autonomía e individuación (más que de cuidado y de apoyo) que el niño manifiesta alrededor de los dos años, pero también un consiguiente conflicto entre la necesidad de autonomía y de protección (Masterson, 1972).

En el ámbito de las psicoterapias cognitivas, se han propuesto dos modelos del problema nuclear del que emerge el Trastorno Límite de Personalidad: el modelo de Aaron Beck y el de Marsha Linehan. Según Beck y sus colaboradores, el núcleo de la patología límite está constituido por la concurrencia y concatenación de tres temas fundamentales sobre el Sí mismo y el mundo, de los cuales emergen las creencias patógenas correspondientes: la creencia que el mundo es peligroso y malo, la creencia de ser especialmente frágil y vulnerable, y la creencia de ser intrínsecamente inaceptable y, por tanto, destinado a ser abandonado por los demás. De la primera creencia derivan el miedo y las fobias pero también la propensión a la cólera inmotivada e intensa. De la segunda, derivan la incapacidad de implicarse en proyectos coherentes de vida y también las fuertes reacciones emocionales ante el abandono en las relaciones interpersonales. De la tercera creencia derivan el sentimiento de vacío y los comportamientos autolesivos (Pretzer y Beck, 1995).

En cambio, el modelo de Marsha Linehan del Trastorno Límite de Personalidad afirma que el núcleo del trastorno consiste en un grave déficit del sistema de regulación de las emociones. A causa de tal déficit, todas las emociones tienden a manifestarse con excesiva intensidad, tanto en la experiencia subjetiva como en el comportamiento y en la comunicación. De este modo se explican, según el modelo de Linehan, la rabia inmotivada e intensa, las oscilaciones rápidas del humor o estado de ánimo, la intensidad caótica de las relaciones afectivas, el miedo exagerado ante la posibilidad de ser abandonado, y la incapacidad de controlar los impulsos emocionales que pueden llegar a convertirse en comportamientos autolesivos. En el intento de reducir la experiencia dolorosamente intensa y caótica de las emociones, el paciente límite puede hacer uso de las drogas, el alcohol o los atracones de comida, o bien puede conseguir inhibir totalmente, en algunos momentos, la experiencia emocional completa, lo cual le lleva a experimentar inquietantes sensaciones de vacío y anihilamiento (Linehan, 1993). Según la teoría de Linehan, el déficit del sistema de regulación de las emociones deriva de la interacción entre variables ligadas al temperamento, que comportan una respuesta emocional especialmente intensa y rápida (vulnerabilidad emocional), y variables ligadas al aprendizaje social del valor y significado de las emociones. Estas variables aprendidas se resumen en el concepto de “invalidación de la experiencia

emocional”: el ambiente interpersonal dentro del cual el paciente desarrolla el conocimiento de sí mismo y de los otros le llevaría a quitar significado y valor a las emociones que percibe en sí mismo y que observa en los demás (Linehan, 1993).

Y finalmente podemos apuntar, entre los modelos cognitivistas del Trastorno Límite de Personalidad, algunas aportaciones recientes que, como sucede con los psicoanalíticos de Fonagy y de Maffei citados anteriormente, subrayan el papel central del déficit metacognitivo (Cotugno, 1995; Liotti e Intreccialagli, 1998).

2. ¿Es posible integrar los diferentes modelos del Trastorno Límite de Personalidad?

Los diversos modelos propuestos para identificar el núcleo central del Trastorno Límite de Personalidad insisten, aunque con lenguajes teóricos diferentes, sobre tres problemas fundamentales:

- 1) la respuesta emocional anormal ante acontecimientos reales o imaginarios de abandono, separaciones y soledad (Adler, Beck, Materson);
- 2) la dificultad de modular las reacciones emocionales a causa de un déficit de procesos mentales superiores destinados a tal función (Adler, Fonagy, Linehan);
- 3) la representación múltiple, contradictoria y no integrada que el paciente tiene de sí mismo y de los demás (puesta en relieve sobre todo en el modelo de Kernberg).

Al clínico que lleva en psicoterapia pacientes límite, estos tres problemas le parecerán razonables candidatos a ocupar el centro o núcleo del trastorno. En el trabajo psicoterapéutico concreto, a menudo no parece necesario escoger uno solo entre los tres problemas anteriores como centro alrededor del cual giran las diversas disfunciones del paciente (Maffei, 1997). En otras palabras, para el psicoterapeuta a menudo es ventajoso escuchar al propio paciente límite teniendo presente que el núcleo central de su trastorno es tanto una representación contradictoria y no integrada de sí mismo y de los demás, como una especial reactividad ante el abandono y, a la vez, una dificultad de modular y regular la experiencia emocional. Desde esta perspectiva, evidentemente sería muy deseable un modelo teórico unitario e integrado de la patología límite, que describa su núcleo de tal manera que tanto las representaciones disociadas de sí mismo como la sensibilidad ante el abandono y la regulación anormal de las emociones aparezcan como aspectos de un único proceso patológico del desarrollo mental.

En la perspectiva de la investigación sobre la etiopatogénesis del Trastorno Límite de Personalidad, y, por tanto, sobre los factores de riesgo que facilitan su aparición, un modelo integrado y unitario del trastorno nuclear que está en la base de la patología límite sería tan importante como desde la perspectiva del tratamiento. Si pudiéramos identificar un proceso unitario que determinara tanto la multiplicidad representacional disociada como la reactividad ante el abandono y la escasa

regulación de las emociones, sería más fácil reflexionar sobre el peso relativo que, en la patogénesis del Trastorno Límite de Personalidad, tienen los diversos factores de riesgo hasta el momento conocidos o supuestos (rasgos de personalidad genéticamente determinados, disfunciones en la comunicación familiar, traumas psicológicos, factores sociales de riesgo: Paris, 1996).

La tesis central de este artículo es la siguiente: *en la actualidad es posible identificar un proceso mental e interpersonal unitario, que se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego (que implica, por tanto, directamente las dinámicas de separación), y del cual emergen tanto una representación múltiple y disociada del Sí mismo como una dificultad de reconocer y regular los estados mentales (incluidas las emociones)*. Este proceso unitario se conoce como “**Desorganización del Apego**” (Main, 1995; Main y Hesse, 1990, 1992; Main y Solomon, 1990; Solomon y George, en prensa). Si esto es cierto, resulta interesante no sólo investigar en qué medida la Desorganización del Apego puede considerarse tanto un factor de riesgo en la génesis del Trastorno Límite de Personalidad, como reflexionar sobre la posibilidad de que ésta constituya, en su desplegarse dinámico a lo largo de todo el desarrollo y después en edad adulta, un modelo adecuado del núcleo central de la patología límite.

3. La Desorganización del Apego

La investigación sobre el apego durante el primer año de vida demuestra que, en las familias de bajo riesgo de trastornos psicopatológicos, la mayor parte de los niños consigue *organizar* su comportamiento de apego hacia cada uno de sus progenitores. Los niños organizan su comportamiento de apego hacia cada uno de sus progenitores según una modalidad o patrón (*pattern*) que refleja el estilo con que el progenitor los cuida (revisiones de las investigaciones sobre el tema se han publicado a lo largo de los años, confirmando siempre dichas conclusiones: Ainsworth *et al.*, 1978; Bretherton, 1985, 1990; Main, 1995; Meins, 1997). Han sido identificados tres patrones organizados de apego, llamados *seguro*, *inseguro-evitante* e *inseguro-resistente*. Alrededor del 80% de los niños en las muestras de bajo riesgo consigue organizar el propio comportamiento de apego según alguno de estos tres patrones. Entre el 15% y el 20% de los niños de estas muestras, en cambio, no consigue realizar esta tarea organizativa: el comportamiento de apego de estos niños aparece desorganizado (Main y Morgan, 1996; Solomon y George, en prensa). Si posteriormente se estudia el comportamiento de apego, al final del primer año de vida, en los niños provenientes de familias de alto riesgo (hijos con madres solteras, adolescentes y con dificultades económicas; niños que crecen en familias caóticas y donde hay maltratos; o bien hijos de madres gravemente deprimidas o alcohólicas), se encuentra que la mayoría o casi la mayoría (alrededor del 40% al 80%, según las muestras estudiadas) muestra desorganización en el apego (Carlson *et al.*, 1989; Lyons-Ruth, 1996; O'Connor, Sigman y Brill, 1987; Radke-Yarrow *et al.*, 1995).

Podemos comprender el constructo teórico “Desorganización del Apego” en contraste con las tres estrategias organizadas básicas del apego. Como es conocido, estas estrategias organizadas (*pattern*) han sido identificadas, al final del primer año de vida, mediante una secuencia estandarizada de breves episodios de separación y reencuentro entre niños y progenitores u otras figuras de apego estables. Esta secuencia se conoce como “Situación de Extañamiento” (*Strange Situation*) (Ainsworth *et al.*, 1978). En el patrón de apego seguro (observado en casi el 50-60% de los niños en las muestras de bajo riesgo), los niños protestan en la fase de separación, y se calman rápidamente en el momento de reencuentro con la figura de apego. En el patrón inseguro-resistente (relativo al 5-10% de las muestras de bajo riesgo), en cambio, los niños se resisten al consuelo que se les ofrece en el momento del reencuentro y continúan protestando, aunque se encuentren en brazos de la figura de apego. Y finalmente, en el patrón inseguro-evitante (observado en el restante 15-20%) los niños no protestan en el momento de la separación; y además evitan el contacto con la figura de apego en el momento del reencuentro. Estos tres patrones están correlacionados con el tipo de respuesta que los niños han obtenido de la figura de apego a lo largo del primer año de vida. El patrón seguro es la consecuencia de respuestas rápidas y eficaces ante las demandas de cuidado, consuelo y protección del niño. El patrón evitante se correlaciona con una invitación coherente a la autosuficiencia emocional que la figura de apego dirige al niño, a través de una actitud estable de no estar disponible ante las demandas de proximidad que el niño hace con su llanto. El patrón resistente deriva de respuestas del adulto ante el llanto de separación del niño que son imprevisibles e inconstantes oscilando entre la aproximación y la desatención. Fácilmente se puede inferir como el patrón de apego que el niño muestra en la Situación de Extañamiento es una estrategia bien organizada que se corresponde al modo con el cual el progenitor le ha cuidado. En el patrón seguro el niño expresa en su comportamiento el recuerdo y expectativa de una respuesta rápida a su llanto. En cambio, en el patrón evitante expresa la intención de no molestar inútilmente a la figura de apego con demandas de proximidad que en la experiencia del niño no han sido ni bien recibidas ni bien acogidas. El patrón resistente evidencia la memoria de la imprevisibilidad en perder y obtener la proximidad de la figura de apego (el niño continúa llorando aunque esté en los brazos del progenitor, como si temiera un nuevo y repentino alejamiento e intentase prevenirlo o impedirlo). En los tres casos, los niños saben bien qué se puede esperar de la figura de apego, y organizan coherentemente su comportamiento basándose en tal expectativa (para más información sobre los tres patrones de apego organizado, ver: Ainsworth *et al.*, 1978; Bretherton, 1985; Liotti, 1994; Meins, 1997).

Como queda dicho, un porcentaje considerable de niños en las muestras de bajo riesgo, y la mayoría de los de las muestras de alto riesgo, no consiguen organizar el comportamiento de apego, al final del primer año de vida, de ningún modo coherente (es decir, ni en el sentido de una demanda segura de proximidad,

ni en el de una demanda persistente aunque la proximidad se haya conseguido, ni en el de una actitud autosuficiente o bien evitativa de cualquier demanda de proximidad). Por definición, el comportamiento de apego no organizado se manifiesta con modalidades que pueden ser diferentes entre sí, pero que tienen todas ellas en común la presencia simultánea, o en rápida sucesión, de acciones incompatibles entre sí o dotadas de finalidades irreconciliables, o bien de la pérdida de orientación y finalidad de la conducta (Main y Solomon, 1990). Se clasifican como apego desorganizado casos en que, en la Situación de Extrañamiento, los niños buscan la proximidad de la figura de apego durante la separación, para después evitarla activamente durante el reencuentro. También se consideran casos de apego desorganizado aquellos en que los niños se dirigen hacia la figura de apego con la cabeza girada hacia otro lado, evitando el contacto ocular, o aquellos en que después de la demanda de proximidad, siguen claras manifestaciones de miedo, de inmovilidad repentina o de fuga. Muy a menudo, durante la realización de acciones en las que coexisten la tendencia a aproximarse y la tendencia a alejarse, también se manifiestan en los niños con apego desorganizado expresiones del rostro o posturas que sugieren la existencia de alteraciones funcionales de la atención y de la conciencia, parecidas a las que se observan en los estados de trance (Main, 1995; Main y Hesse, 1992; Main y Morgan, 1996): mirada fija en el vacío, pérdida de la expresividad del rostro, posturas corporales extrañas, movimientos especialmente enlentecidos, tonos de voz insólitos que resulta difícil atribuir a un estado emocional experimentado comúnmente en la Situación de Extrañamiento (miedo, cólera, tristeza, interés).

Las investigaciones que han intentado definir los antecedentes de la Desorganización del Apego en el primer año de vida han identificado hasta el momento una fuerte correlación con la existencia de duelos u otros traumas no elaborados e irresueltos en el progenitor hacia el cual el comportamiento de apego del niño resulta desorganizado (los niños con apego desorganizado hacia un progenitor muestran a menudo una suficiente organización del apego hacia el otro progenitor, lo cual excluye la hipótesis de que la Desorganización del Apego dependa de variables de temperamento o de disfunciones neurológicas primarias). La correlación entre Desorganización del Apego en los niños y traumas no resueltos en los padres fue observada por primera vez por Main y Hesse (1990, 1992). Posteriormente, dicha observación ha sido replicada diversas veces por grupos de investigación independientes (Ainsworth y Echberg, 1991; Benoit y Parker, 1994; Lyons-Ruth y Block, 1996; Ward y Carlson, 1995).

Para explicar la asociación entre duelo o trauma no resuelto en los progenitores y la Desorganización del Apego en los niños, Main y Hesse (1990, 1992) han planteado la siguiente hipótesis. El recuerdo del trauma no resuelto tiende a aflorar en la conciencia de un modo compulsivo, fragmentario e imprevisible (Horowitz, 1986). Cuando esto sucede en la mente de un progenitor que está cuidando a un niño pequeño, se producen expresiones de miedo en el rostro del progenitor, y el niño

se asusta al percibir las (la tendencia innata de los niños pequeños a reaccionar con miedo ante el miedo percibido en el rostro del adulto que lo cuida es bien conocida: Fields y Fox, 1985). Se crea de este modo en el niño un conflicto irresoluble entre dos sistemas motivacionales innatos²: el sistema de apego, que lo obliga a buscar la proximidad protectora del progenitor cada vez que se encuentra en peligro, y el sistema defensivo más arcaico, que lo obliga a huir o a inmovilizarse frente a un estímulo que le provoca miedo (Main y Hesse, 1990, 1992). Naturalmente este conflicto insoluble entre necesidad de proximidad protectora y necesidad de alejarse del progenitor convertido en fuente de miedo o de peligro se da igualmente aunque el progenitor con un trauma no resuelto se muestre repentinamente violento hacia el niño mientras lo cuida (la posibilidad de que padres traumatizados y asustados se vuelvan repentinamente violentos hacia sus propios hijos ha sido magistralmente examinada por Bowlby, 1988, Capítulo 5). De todas formas, para que se produzca la Desorganización del Apego, no es necesario que el padre provoque miedo al niño mediante la violencia: el simple hecho de mostrar miedo hace que el progenitor mismo se convierta en una fuente de miedo para el niño, activando de este modo el conflicto entre sistema de apego y otros sistemas motivacionales defensivos. Main y Hesse (1990, 1992) han llamado *frightened/frightening* (asustado / inductor de miedo) al progenitor responsable de la desorganización del apego del niño.

4. Desorganización del apego y multiplicidad de las representaciones del sí mismo

La teoría del apego (Bowlby, 1969/1982, 1988) afirma que la experiencia realizada por el niño durante las primeras experiencias de apego queda grabada en determinadas estructuras de la memoria implícita (Amini *et al.*, 1996), llamadas *Internal Working Models* (Modelos Operativos Internos). Los Modelos Operativos Internos contienen representaciones del Sí mismo y del progenitor dentro de las relaciones de apego, y guían por consiguiente el comportamiento de apego (Bowlby, 1973, 1988; Bretherton, 1985, 1990). Es gracias a la acción de los diversos Modelos Operativos Internos que el comportamiento de apego, de por sí innato, se va diferenciando en función de la experiencia y se organiza en uno de los tres patrones (seguro, evitante o resistente), o bien resulta desorganizado.

En el patrón seguro, el Modelo Operativo Interno contiene una representación unitaria, coherente y organizada del sí mismo o self y de la figura de apego, en la cual las emociones experimentadas por el self son valoradas positivamente porque son validadas por una figura de apego disponible y fiable. En el patrón evitante, las emociones de vulnerabilidad del self son inversamente representadas como una fuente de molestias para la figura de apego, y por tanto como algo cuya expresión hay que evitar. A pesar de la representación negativa de las emociones de apego, el Modelo Operativo Interno del patrón evitante conserva suficientes características de unidad, coherencia y organización. También el Modelo Operativo Interno del

patrón resistente permite una suficiente coherencia representacional: la figura de apego resulta imprevisible en sus respuestas, mientras que el self es representado, aún unitariamente, como dispuesto a manifestar con especial energía y continuidad las propias emociones de apego, en modo de poder controlar los movimientos (de otra forma serían imprevisibles) de alejamiento de la otra persona. En cambio, en el Modelo Operativo Interno correspondiente a la Desorganización del Apego, cualquier unidad y coherencia representacional, por débil que sea, se ve inexorable y gravemente dañada (Hesse y Main, en prensa; Liotti, 1992, 1995; Main, 1991).

La naturaleza múltiple, incoherente y fragmentaria del Modelo Operativo Interno correspondiente a la Desorganización del Apego puede ser captada con una simple inferencia: ¿qué contenidos representacionales explícitos corresponderían a la experiencia grabada en la memoria implícita³ de los niños cuidados por progenitores *frightened/frightening*? El niño, a partir de la memoria implícita de la figura de apego que *lo acoge con la expresión de miedo*, puede construir una representación de sí mismo como la causa del miedo que ve en el rostro del otro (Self “perseguidor”, Otro “víctima”), pero también, y *simultáneamente*, una representación del otro como malo, y como responsable del miedo que experimenta uno mismo (Self “víctima”, Otro “perseguidor”). Además, el niño, a partir de la misma secuencia registrada en la memoria implícita, puede representar el Self como “víctima” y al Otro como “salvador” (la figura de apego *acoge* al niño, aunque sea con la expresión de miedo), y también el Self como “salvador” y el progenitor como “víctima” (el progenitor traumatizado, que *acoge* al niño mientras evoca con miedo un trauma no elaborado, será fácilmente consolado por la ternura que normalmente induce el contacto con un niño). Y finalmente, el niño podrá representar tanto el self como la figura de apego como vulnerables, asustados e impotentes frente a algo invisible, y por eso mismo aún más amenazador y peligroso (Self “víctima”, Otro “víctima”). En resumen, se puede inferir que la experiencia de ser cuidado por un progenitor *frightened/frightening* queda reflejada en la tendencia a construir representaciones del Sí mismo-con-el Otro en el apego que son múltiples y recíprocamente incompatibles, mutando continuamente entre las polaridades representacionales dramáticas del “salvador”, del “perseguidor” y de la “víctima” (Liotti, 1995, en prensa). Esta inferencia es avalada por una serie de estudios sobre la representación del self en niños en edad escolar y en adolescentes que han sido desorganizados en su apego precoz (para una revisión de estos estudios, pueden verse Hesse y Main, en prensa; Liotti, 1999, en prensa; Main y Morgan, 1996).

Es evidente la semejanza entre el estilo representacional fragmentario y contradictorio que emerge del Modelo Operativo Interno del Apego Desorganizado, y el que corresponde a los efectos de la “escisión” (*splitting*) según Kernberg (1975). Se podría objetar que en la teoría de Kernberg la escisión es un mecanismo de defensa intrapsíquico, mientras que el Modelo Operativo Interno Desorganizado debe la multiplicidad disociada de sus representaciones a dinámicas cognitivas

(traducción de los elementos de la memoria implícita en conocimientos declarativos) que se basan, a su vez, en características de una relación real. Sin embargo, las diferencias en la teoría explicativa de base (teoría pulsional clásica en el modelo de Kernberg; epistemología evolucionista y neuropsicología cognitivista en el caso de la teoría del apego) no anulan el hecho que se pone el mismo acento sobre el estilo representacional múltiple, contradictorio y sobre todo no integrado, que caracteriza tanto al paciente límite según Kernberg como al apego desorganizado.

5. Desorganización del apego y déficit en el desarrollo metacognitivo

Una línea de investigación de gran interés teórico y clínico relaciona la inseguridad del apego en general, y la Desorganización del Apego en particular, con un déficit en el desarrollo y en las funciones metacognitivas (Flavell, 1979).

Un grave déficit en el monitoraje metacognitivo (es decir, en la capacidad de observar las operaciones mentales del pensamiento y de la afectividad en curso, de tal manera que sea posible controlar su desarrollo) es característico de las relaciones en cuyo interior aparece la Desorganización del Apego (Main, 1991; Main, 1995; Main y Hesse, 1992; Main y Morgan, 1996). También otra función dependiente de la metacognición, la capacidad del Self de reflexionar sobre los estados mentales (pensamientos, emociones, creencias, recuerdos) como entidades discretas, relativas y subjetivas, parece estar especialmente afectada en las relaciones de apego inseguro, y, por tanto, también de apego desorganizado (Fonagy *et al.*, 1995). Ciertamente, la seguridad del apego en el primer año de vida se correlaciona con una mayor capacidad de superar, entre los tres y cinco años, las tareas de la falsa creencia que demuestran que los niños han construido una “Teoría de la Mente” (Meins, 1997). Por tanto, los niños con un apego seguro muestran, respecto a los niños con apego inseguro o desorganizado, una facilitación de las funciones metacognitivas implicadas en la distinción entre apariencia y realidad (sobre la cual se basan las tareas de la falsa creencia: Flavell, Flavell y Green, 1983; Wimmer y Perner, 1983). Adolescentes con historias de Desorganización del Apego muestran una menor capacidad de pensamiento lógico-formal respecto a sus coetáneos de igual inteligencia pero con historias de apego seguro o inseguro-resistente o inseguro-evitante (Jacobsen, Edelstein y Hoffman, 1994)⁴. En un estudio reciente, adolescentes que habían sido desorganizados en su apego precoz (a un año de edad) eran considerados por sus profesores como inclinados a “ausentarse mentalmente”, es decir, a entrar en un estado de atención y conciencia parecido a un trance espontáneo (Carlson, 1997): tal tendencia a los estados disociativos de la conciencia indica un uso reducido y disfuncional de las capacidades metacognitivas.

Es evidente que el monitoraje metacognitivo y la capacidad de reflexionar sobre los estados mentales propios y ajenos son pre-condiciones esenciales para regular y modular la experiencia emocional tanto cuando uno está solo como cuando interactúa con los demás. Por tanto, la metacognición y la “Teoría de la

Mente” constituyen el centro del sistema mental de regulación de la experiencia emocional que Linehan (1993) considera deficitario en su modelo del Trastorno Límite de Personalidad. Sólo gracias a un eficiente monitoreo metacognitivo es posible, a lo largo del desarrollo cognitivo-afectivo: (1) comprender la naturaleza contextual, relacional y transitoria de las emociones (así como también de todos los estados mentales); (2) construir una “teoría” eficiente de la relación entre emociones y determinados acontecimientos ambientales; (3) asignar a cada emoción un nombre apropiado. En pocas palabras, solamente gracias a las capacidades metacognitivas es posible disponer, en el curso del desarrollo, de instrumentos mentales que, según Linehan, constituyen el sistema de regulación de las emociones.

Naturalmente, la idea que de una relación de apego perturbada se pueda derivar un déficit de las funciones mentales (metacognición) que intervienen en la modulación de la experiencia emocional está totalmente de acuerdo con la tesis central de los modelos psicoanalíticos vinculados a la Psicología del Yo. Dicha tesis afirma que las funciones del objeto-yo (de crucial importancia para la capacidad de auto-consuelo) resultan deficitarias debido a determinados trastornos en las primeras relaciones de objeto. Gracias a esta similitud, un modelo de la patología límite derivado de la Desorganización del Apego resulta compatible no sólo con el modelo cognitivo-comportamental de Linehan, sino también con modelos psicoanalíticos del Trastorno Límite de Personalidad como el de Adler (1985).

6. Desorganización del Apego y respuestas a traumas

La teoría del apego postula que, en el curso de la vida, las respuestas más funcionales a la separación, a la pérdida, al abandono y en general a los acontecimientos traumáticos están relacionadas con la experiencia previa de (al menos un) apego seguro, y por tanto, a la existencia de un Modelo Operativo Interno seguro en el momento de la separación, de la pérdida o del trauma (Bowlby, 1969/1982, 1973, 1080). Los datos provenientes de investigaciones disponibles hasta el momento avalan y confirman esta hipótesis, pero sólo en parte. En particular, un estudio sugiere que la dimensión organización-desorganización es más importante que la dimensión seguridad-inseguridad en la medida en que permite prever, en función del apego, respuestas negativas a traumas de separación y pérdidas (Adams, Keller y West, 1995). En otras palabras, sería la desorganización previa –más que la simple inseguridad- del apego lo que llevaría a anticipar respuestas claramente patológicas a acontecimientos traumáticos o de pérdida.

Visto el papel que los traumas parecen ejercer en la génesis del Trastorno Límite de Personalidad –un rol central aunque controvertido (Paris, 1996)- el tema de la Desorganización del Apego como factor predisponente a los trastornos afectivos post-traumáticos merece una digresión y algunas reflexiones.

Ser víctima de un acontecimiento psicológico potencialmente traumático comporta, por definición, la activación del sistema motivacional de apego (para una

profundización sobre este tema, véase Liotti, en prensa (1 y 2)). El dolor físico y psíquico, unido a la percepción de la propia vulnerabilidad, constituye el más potente activador de la necesidad humana innata de ayuda, consuelo, protección (apego). Por tanto, la respuesta al trauma psicológico comporta la activación no sólo de la necesidad innata de apego, sino también del Modelo Operativo Interno que lo regula, es decir, de las expectativas sobre la respuesta que los otros darán a la propia demanda de cuidado y el significado y valor atribuido a las propias emociones de apego. Las expectativas de respuestas positivas de los demás y el significado positivo atribuido a la propias emociones (expectativas vinculadas al Modelo Operativo Interno del Apego seguro) reducen, en el plano intrapsíquico, los efectos dolorosos del trauma, y guían eficazmente el comportamiento, en el plano relacional, hacia interacciones interpersonales reales intrínsecamente capaces de dar ayuda y consuelo. Así pues, el Modelo Operativo Interno del Apego Seguro constituiría un factor de protección de cara al Trastorno por Estrés Postraumático. Y viceversa, los Modelos Operativos Internos de los diferentes tipos de apego inseguro, y aún más los Modelos Operativos Internos del Apego Desorganizado, conllevan expectativas de rechazo, de intrusividad o (en el caso del apego desorganizado) de posteriores peligros conectados a las propias demandas de apego, y, por tanto, no protegen de los efectos psicológicos de los acontecimientos traumáticos, bien al contrario, incluso los amplifican (Liotti, en prensa (1 y 2)). En el caso del Modelo Operativo Interno Desorganizado, su activación además acarrea, de por sí, una experiencia disociativa. Efectivamente, un Modelo Operativo Interno de este tipo vehicula representaciones no integradas, contradictorias y dramáticas del Sí mismo y del Otro a quien se pide ayuda. A los bien conocidos efectos disociantes del trauma se suma de este modo la disociación en la representación del Sí Mismo-con-el Otro, derivada de la Desorganización del Apego. De este modo, resultan comprensibles los datos aportados por investigaciones, como la citada de Adams *et al.*, (1995): la Desorganización del Apego es un factor de riesgo para el desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático.

Si tenemos presente que las familias donde se da más fácilmente la Desorganización del Apego son también familias donde el riesgo de abuso (maltratos o violencia) es más alto (Carlson *et al.*, 1989), podemos entender por qué dos factores de riesgo para el desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad –la Desorganización del Apego precoz y la exposición a traumas psicológicos durante el desarrollo– están frecuentemente interconectados en la aparición de la disociación o escisión que caracteriza este trastorno. Además, el hecho que la Desorganización del Apego sea ya de por sí un factor de disociación de las representaciones del Sí mismo-con-el Otro, puede ayudar a comprender los casos de Trastorno Límite de Personalidad en cuya historia de desarrollo no encontramos ninguna experiencia traumática en particular. Y finalmente, el valor protector de los Modelos Operativos Internos de apego seguro puede contribuir a explicar por qué no siempre la exposición a traumas

durante el desarrollo da lugar a la aparición de patologías disociativas en general y a la Límite en particular (ver Paris, 1996, para una reflexión crítica sobre el papel de los traumas en la patogénesis del Trastorno Límite de Personalidad).

7. Una hipótesis sobre el desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad a partir de la Desorganización del Apego

Todo lo expuesto permite entender de qué manera la Desorganización del Apego proporciona un modelo unitario de los dos principales trastornos nucleares hipotetizados para la patología límite por los modelos psicoanalíticos (en particular, el de Kernberg) y los modelos cognitivo-comportamentales (en particular, el de Linehan). La multiplicidad representacional del Sí mismo y el déficit en la función de regulación de las emociones dolorosas (conectada al déficit metacognitivo) aparecen como dos aspectos de un mismo desarrollo (intrapésquico y relacional al mismo tiempo) que es la Desorganización del Apego. Además, un modelo de la patología límite centrado en la Desorganización del Apego permite comprender otros dos aspectos cruciales en el desarrollo y en la expresión clínica de estos trastornos: la respuesta a los traumas y la reacción anormalmente intensa a la separación (el sistema de apego media tanto las respuestas a los traumas como la reacción a la separación).

Los modelos psicoanalíticos y cognitivo-comportamentales (basados sobre la multiplicidad disociada y dramática de la representación del Sí mismo-con-el Otro, sobre la escasa regulación de la experiencia emocional y sobre los déficits de la metacognición) explican bien, a partir del trastorno nuclear hipotetizado, los aspectos clínicos del Trastorno Límite de Personalidad: impulsividad, oscilaciones entre idealización y desvalorización de uno mismo y de los demás, sentimiento de vacío, cólera inmotivada e intensa, comportamientos autolesivos, relaciones inestables e intensas. Así pues, el modelo basado sobre la Desorganización del Apego es capaz de explicar dichos aspectos clínicos, ya que unifica en un único proceso mental e interpersonal los trastornos nucleares hipotetizados por los otros modelos. El modelo de la Desorganización del Apego explica mejor, además, la *dinámica interpersonal* que podría estar a la base de las experiencias y de las conductas típicas de los pacientes límite. Esta dinámica interpersonal puede relacionarse con la activación del sistema motivacional de apego.

El niño con apego desorganizado tenderá a tener representaciones mentales dramáticas, disociadas, no integradas de sí mismo y de los demás cada vez que se active en él el sistema motivacional de apego. Dicha activación: (1) se produce *inevitablemente* cada vez que se experimenta malestar o vulnerabilidad personal⁵; (2) comporta, en la medida en que es mediado por el Modelo Operativo Interno Desorganizado, interacciones emocionalmente muy intensas, y también dolorosas de los demás a quienes se pide ayuda (recuérdese la representación del Sí mismo-con-el Otro oscilante entre los roles de perseguidor, de salvador y de víctima); (3)

implica también el riesgo de terroríficas experiencias disociativas (sensaciones de anihilamiento, estados alterados de conciencia) conectadas con la imposibilidad de gestión, por parte de las funciones integradoras de la conciencia, de las representaciones incompatibles simultáneas del Sí mismo y del Otro vehiculadas por el Modelo Operativo Interno Desorganizado. Además de desarrollar un estilo relacional inestable y emocionalmente intenso, quien viva repetidas veces esta dolorosa experiencia inherente a la activación del sistema de apego, tenderá con toda probabilidad a inhibir defensivamente dicho sistema. Para hacerlo, existen dos posibilidades: (1) esforzarse para conseguir un distanciamiento emocional, o bien (2) activar subrepticamente otras modalidades de relación, distintas del apego, cuando se advierte la propia vulnerabilidad (por ejemplo, modalidades seductoras-sexuales, modalidades competitivas: Gilbert, 1989; Liotti, 1994)⁶. De este manera, pueden darse, en el contexto de activación del sistema de apego, experiencias de distanciamiento emocional (el sentimiento de vacío del cual frecuentemente los pacientes se lamentan) o bien tendencias a comportamientos sexuales promiscuos o de riesgo, o incluso explosiones inmotivadas de cólera competitiva. En el esfuerzo a alcanzar un distanciamiento emocional que proteja de la dolorosa experiencia de la desorganización durante interacciones de apego, es posible también que el paciente aprenda a utilizar estímulos que lo “distrayan” de la desesperada y desesperante necesidad de un consuelo que nunca llega (abusando de la comida, del alcohol y de las drogas, o lanzándose a conductas de riesgo que por otra parte corresponden con las dos representaciones negativas del Self –perseguidor o víctima impotente- que forman parte del Modelo Operativo Interno Desorganizado). La deficitaria capacidad metacognitiva impide, durante dicho proceso de desarrollo anormal, la reflexión crítica sobre la propia conducta y de sus propios estados mentales que sola –*en ausencia de importantes experiencias relacionales correctivas del apego desorganizado*- podría dar lugar a diferentes tipos de conductas interpersonales y explorar diversas modalidades de gestión de las emociones dolorosas.

Subrayamos que la hipótesis presentada en este artículo identifica en el Apego Desorganizado el trastorno nuclear de la patología límite, pero no afirma en ningún momento que la Desorganización del Apego sea el único factor de riesgo. Diferentes factores pueden converger junto con los efectos de la Desorganización del Apego en la génesis del Trastorno Límite de Personalidad. *Es probable que ninguno de dichos factores produzca, por sí solo, el trastorno* que como la mayor parte de los trastornos psiquiátricos, tiene una génesis multifactorial o bien bio-psico-social (Paris, 1996). Experiencias traumáticas, posteriores a una Desorganización del Apego precoz, contribuyen ciertamente, en modo notable, a dirigir el desarrollo de la personalidad hacia una condición límite. Rasgos de personalidad determinados por variables genéticas o constitucionales (por ejemplo, la impulsividad y la especial reactividad del sistema neurovegetativo a los estímulos emocionales) son

probablemente importantes factores de riesgo añadidos (Linehan, 1993; Paris, 1996). Anomalías neuropsicológicas congénitas o adquiridas podrían sumarse a la Desorganización del Apego y a los efectos psicológicos de los traumas en la patogénesis del Trastorno Límite de Personalidad (Van Reekum, Links y Boiago, 1993). Estilos anormales de comunicación familiar no directamente implicados en las interacciones de apego seguramente también tienen un peso en la génesis del trastorno. Y además es absolutamente necesario, al estudiar la patogénesis del Trastorno Límite de Personalidad, considerar el rol de los factores protectores que pueden, en el curso del desarrollo, neutralizar la influencia de los anteriores factores de riesgo. En este sentido, la existencia de experiencias posteriores de apego seguro, que corrijan las precedentes experiencias de desorganización, son obviamente un importante factor de protección.

8. Desorganización del Apego y trastornos psicopatológicos diversos

El modelo interpretativo que estamos considerando permite estudios empíricos precisos, destinados a verificar o invalidar la hipótesis que afirma que la Desorganización del Apego precoz es un factor de riesgo importante en la génesis del Trastorno Límite de Personalidad. Una posibilidad de contrastar la hipótesis nos la ofrece la correlación hallada entre la Desorganización del Apego del niño y la falta de elaboración de duelos o traumas en quien lo cuida, correlación que ya ha sido ampliamente comentada en el apartado 3 de este artículo. Los pacientes límite tendrían que tener una mayor probabilidad que otros pacientes psiquiátricos de ser hijos de padres con duelos o traumas no elaborados en el período en que los pacientes desarrollaron los primeros patrones de apego. Una amplia investigación epidemiológica destinada a contrastar si esto es cierto se está realizando en Italia, y sus resultados preliminares (Pasquini, 1998) están a favor de la hipótesis según la cual el apego desorganizado es un factor de riesgo para el Trastorno Límite de Personalidad.

En interesante subrayar, que se han hallado relaciones entre experiencias de duelo no resueltas en los padres y riesgo de desarrollos patológicos en los hijos (siendo presumiblemente la Desorganización del Apego el mediador entre la experiencia traumática del progenitor y los trastornos de los hijos) no sólo para el Trastorno Límite de Personalidad, sino también para los trastornos disociativos (Liotti, 1992, en prensa (1 y 2); Liotti, Intreccialagli y Cecere, 1991) y los trastornos de la conducta alimentaria (Dalle Grave, Oliosí y Todisco, 1998). Además, el modelo de la Desorganización del Apego parece estar en la base de las experiencias disociativas de pacientes víctimas de abusos (Anderson y Alexander, 1996; Coe *et al.*, 1995), independientemente del hecho que el cuadro clínico en el que aparecen las experiencias disociativas corresponda a un Trastorno Límite de Personalidad, a un trastorno disociativo, a un trastorno de ataques de pánico con fuertes síntomas de despersonalización, o bien a otro tipo de trastorno. Clínicamente, el modelo de

la Desorganización del Apego ha sido estudiado en el marco de la relación terapéutica con pacientes que durante el tratamiento presentaban síntomas de tipo obsesivo-compulsivo (Liotti, 1993b, 1995; Liotti e Intreccialagli, 1998; Monticelli, comunicación personal), lo cual recuerda las semejanzas estructurales profundas observadas entre algunos subtipos de pacientes obsesivos y pacientes con trastornos disociativos de identidad (Ross y Anderson, 1988). Y finalmente, el modelo de la Desorganización del Apego ha sido contrastado, clínicamente, en la relación terapéutica con pacientes que sufrían otros tipos de trastornos de personalidad. ***Estas observaciones nos llevan a considerar la Desorganización del Apego como un factor de riesgo y como un trastorno nuclear subyacente en un continuum psicopatológico caracterizado por la experiencia disociativa y por la desorganización de los significados personales*** (desorganización de tipo y de grado distinto de la que se observa en los trastornos esquizofrénicos). Dentro de dicho *continuum* se hallarían cuadros actualmente diagnosticados como Trastorno Límite de Personalidad o como trastornos disociativos, pero también otros cuadros diversos, en los que la desorganización cognitiva y la experiencia disociativa quedan englobadas en cuadros sintomatológicos que los hacen menos evidentes a los ojos del clínico que no los busca activamente. Disociación y desorganización de los significados personales pueden observarse en algunos casos de trastorno de personalidad no-límite o en comorbilidad con el Trastorno Límite de Personalidad (sobre todo en trastornos del espectro impulsivo), y por otra parte algunos subtipos de trastornos psicógenos de la alimentación (donde la experiencia disociativa generalmente toma forma de una grave alteración del esquema corporal), de trastornos de ataques de pánico (despersonalización), y de trastornos obsesivo-compulsivos (donde la desorganización y disociación aparecen cuando no pueden realizarse los rituales).

Así pues, partiendo de la investigación de un modelo integrado del núcleo de la patología límite, que permite el concepto de Desorganización del Apego, podemos llegar a identificar un grupo de trastornos no psicóticos que tienen en común el fracaso, más o menos evidente, en la construcción de una organización de significados personales (organización de conocimiento del Sí mismo, en el sentido que se da a este término en la psicopatología cognitivista: Guidano y Liotti, 1983). Este grupo de trastornos, caracterizado por una *desorganización* cognitiva, se distinguiría, por una parte, de los trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria ligados a *organizaciones* cognitivas disfuncionales (Guidano y Liotti, 1983), y por otra parte de los trastornos psicóticos. Si esto corresponde a una distinción nosológica válida, entonces quedarían por estudiar los factores de riesgo añadidos que, *a partir de la Desorganización del Apego*, pueden decantar el desarrollo psicopatológico hacia un típico Trastorno Límite de Personalidad más que hacia otro trastorno de personalidad, o hacia un trastorno disociativo, o hacia un trastorno que enmascare la disociación bajo la apariencia de una anorexia o una bulimia (Vanderlinden y Vanderreycken, 1997), de un trastorno obsesivo-compul-

sivo (Liotti, 1993b, 1995; Liotti e Intreccialagli, 1998), o de un trastorno agorafóbico con ataques de pánico (Liotti, 1993a, pág. 31-33).

9. Implicaciones para la psicoterapia

El modelo de la Desorganización del Apego permite una aproximación a la psicoterapia de los pacientes límite que integra técnicas igualmente útiles a pesar de estar basadas en modelos considerados recíprocamente incompatibles, como el psicoanalítico de Kernberg o el cognitivo-comportamental de Linehan. Al partir de un único y coherente modelo, el terapeuta puede apuntar tanto al aumento de las capacidades metacognitivas de su paciente (por ejemplo, realizando una validación sistemática de la experiencia emocional como sugiere Linehan), como apuntar a la integración de representaciones escindidas del Sí mismo (como propone Kernberg). Un buen ejemplo de este doble foco de tratamiento puede hallarse en el reciente trabajo de Cotugno (1997).

Teniendo presente que la mayor parte de las dificultades relacionales y experiencias anormales del paciente límite se explican, en último término, por la activación del sistema de apego, el terapeuta puede obtener notables ventajas de prestar especial atención a la manera en que la dimensión motivacional de apego es vivida dentro de la relación terapéutica. Gracias a esta especial atención focalizada en captar los momentos en que el paciente manifiesta y dirige sus necesidades de apego al terapeuta, es posible dar sentido a muchas dificultades típicas de la relación con el paciente límite (Cotugno, 1997; Liotti, 1995, en prensa (3); Liotti e Intreccialagli, 1998). Y también es posible, gracias al modelo de la Desorganización del Apego, comprender el valor de las co-terapias de cara a reducir el riesgo del abandono (*drop-out*)⁷ durante el proceso de psicoterapia de los estados límite (Liotti, en prensa (3)). Un tipo de co-terapia que ha mostrado ser capaz de reducir el número de abandonos en la psicoterapia de los pacientes límite es el formato de doble setting, individual y grupal, con dos terapeutas diferentes, tal como plantea el modelo de Linehan (1993). La co-terapia, según el modelo de la Desorganización del Apego, previene el riesgo que el terapeuta sea percibido exagerada y dramáticamente como peligroso o como impotente. Dicha percepción es inevitable dentro del triángulo representacional “Salvador-Perseguidor-Víctima”, conectado a su vez con la reactivación, en la relación terapéutica, de los Modelos Operativos Internos de apego desorganizado. Al poder el paciente dirigir sus necesidades de apego a dos terapeutas distintos (que, subrayamos, *tienen que* estar en estrecha colaboración y seguir un modelo teórico común), el sistema motivacional no se activa hacia ninguno de los dos con aquel grado de intensidad que cabría esperar en un paciente que sólo ve en un único terapeuta la fuente de toda esperanza y consuelo. Si el sistema de apego no se activa tan frecuentemente y con intensidad tan alta, es más probable que el paciente no experimente estados de desorientación y las representaciones mutables y amenazantes de Sí mismo y del Otro conectadas al

Modelo Operativo Interno Desorganizado. Y si estas penosas experiencias no se repiten dentro de la relación terapéutica, es más probable que el paciente límite no abandone el tratamiento.

Notas

- 1) Comentarios sobre la hipótesis de que la desorganización del apego precoz pueda contribuir al desarrollo del Trastorno Límite de Personalidad pueden consultarse en los trabajos de Liotti (1993, 1994) y de Cotugno y Monticelli (1995), donde se afirma la existencia de semejanzas y de continuidad entre los trastornos disociativos (que fueron históricamente los primeros en relacionarse genéticamente con el apego desorganizado) y los estados límite. En este artículo, dicha hipótesis será analizada detalladamente.
- 2) La naturaleza innata de las tendencias en las crías de los mamíferos en general y de los primates en particular a buscar, cuando se sienten ante el peligro, la proximidad protectora de los adultos que habitualmente cuidan de ellos es la tesis de fondo de la teoría del apego de Bowlby (1969). Naturalmente se activan otros sistemas motivacionales innatos para hacer frente al peligro a través de la fuga, de la agresión defensiva o de la inmovilidad repentina (LeDoux, 1996) que en los primates coexisten con el sistema que controla la conducta de apego.
- 3) La memoria implícita (Amini *et al.*, 1996) contiene recuerdos que no están mediados por el pensamiento conceptual ni por el lenguaje (esquemas perceptivo-motores, esquemas emocionales). Debido a su naturaleza, estos recuerdos no tienen, por tanto, la cualidad de ser claramente conscientes como sucede con los contenidos de la memoria explícita (llamada también declarativa o bien, al referirse al Sí mismo, autobiográfica; Rubin, 1986). Algunos usan el término “memoria implícita” como sinónimo de “memoria inconsciente” (Le Doux, 1996).
- 4) La capacidad de realizar operaciones formales, hipotético-deductivas, del pensamiento en edad adolescente, tal como la define Jean Piaget, se correlaciona con la capacidad de descentramiento, que a su vez está ligada a la metacognición (Flavell, 1963).
- 5) Recuérdese que el sistema de apego, al ser innato, media la búsqueda de proximidad protectora “de la cuna a la tumba” (Bowlby, 1988). El sistema es activado por la percepción de vulnerabilidad personal.
- 6) Diferentes sistemas motivacionales innatos median las relaciones humanas. Dichos sistemas se activan normalmente ante determinadas condiciones subjetivas e interpersonales: la percepción de vulnerabilidad activa el sistema de apego; las señales de reto para conquistar un bien escaso activan el sistema agonístico; las señales de cortejo activan el sistema sexual (Gilbert, 1989; Liotti, 1994). Se afirma que es posible, en presencia de una vulnerabilidad percibida, una activación vicaria e impropia de otros sistemas motivacionales, como el sexual o el agonístico-competitivo. Esto puede suceder siempre y cuando el Modelo Operativo Interno del apego anticipe un fracaso de la demanda directa de protección o consuelo.
- 7) El elevado riesgo de interrupción prematura de la psicoterapia es unánimemente reconocido como uno de los principales motivos del fracaso en el tratamiento del paciente límite (Gunderson *et al.*, 1989; Linehan, 1993).

El autor considera el trastorno límite de personalidad desde dos perspectivas, la psicoanalítica, con especial referencia a la teoría de Kernberg, y la cognitivo-conductual, inspirada en el trabajo de Linehan. El artículo plantea la posibilidad de integrar ambas perspectivas tanto desde el punto de vista teórico como clínico, basándose en el concepto de desorganización del apego, extraído de los estudios de Bowlby sobre apego en los primeros años de vida del niño y aplicándolo a la comprensión de las características del trastorno límite de personalidad.

Palabras clave: apego, trastornos de personalidad, personalidad límite, psicoanálisis, terapia cognitivo-conductual.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Referencias bibliográficas:

- ADAM, K. S., KELLER, A.E.S. & WEST, M. (1995). Attachment organization and vulnerability to loss, separation and abuse in disturbed adolescents. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- ADLER, G. (1985). *Borderline psychopathology and its treatment*. New York: Jason Aronson.
- AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C, WATERS, E. & WALL, S. (1978). *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- AINSWORTH, M.D.S. & EICHBERG, C. (1991). Effects on infant-mother attachment of mother's unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experiences. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge (pp.160-180).
- ANDERSON, C.L. & ALEXANDER, P.C. (1996). The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry*, 59: 240-254.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMINI, F. ET AL. (1996). Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59, 213-239.
- BENOIT, D. & PARKER, K.C. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- BOWLBY, J. (1969/1982). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment* (2nd ed.: 1982). London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss*. London: Hogarth Press
- BOWLBY, J. (1988). *A secure base*. London: Routledge.
- BRETHERTON, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In: I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research* (pp.3-35). Chicago: Monographs of the Society for Research in Child Development, The University of Chicago Press.
- BRETHERTON, I. (1990). Open communication and internal working models: Their role in attachment relationships. In R. Thompson (Ed), *Socioemotional development*. Lincoln: University of Nebraska Press (pp.57-113).
- CARLSON, E.A. (1997). A prospective longitudinal study of consequences of attachment disorganization/disorientation. *Paper read at the 62nd Meeting of the Society for Research in Child Development*.
- CARLSON, E.A, CICCETTI, D, BARNETT, D. & BRAUNWALD, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- COE, M.T, DALEENBERG, C, ARANSKY, K.M. & RETO, C.S. (1995). Adult attachment style, reported childhood violence history and types of dissociative experiences. *Dissociation*, 8: 142-154.
- COTUGNO, A. (1995). La psicoterapia nella patologia borderline. *Psicoterapia*, 1: 89-116.
- COTUGNO, A. (1997). Psicoterapia cognitiva e stati borderline. *Psicobiettivo*, 17(3): 17-34.
- COTUGNO, A, MONTICELLI, F. (1995). Disturbi dissociativi e disturbo borderline di personalità: Analogie e differenze. In: *Una sola moltitudine: La coscienza e i suoi disturbi* (a cura di A.Cotugno & Intreccialagli). Roma: Melusina.

- DALLE GRAVE, R., OLIOSI, M. & TODISCO, P. (1998). *Esperienza di lutto tra le madri di pazienti con disturbi del comportamento alimentare e caratteristiche psicopatologiche delle figlie*. Artículo presentado al IX Congreso della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale, Torino, 13-15 Novembre 1998.
- FIELDS, T.M. & FOX, N.A. (1985). *Social perception in infants*. Norwood, NJ: Ahler.
- FLAVELL, J.H. (1963). *The developmental psychology of Jean Piaget*. New York: Van Nostrand.
- FLAVELL, J.H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- FLAVELL, J.H., FLAVELL, E.R., & GREEN, F.L. (1983). Development of the appearance-reality distinction. *Cognitive Psychology*, 15, 95-120.
- FONAGY, P. et al. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. (pp. 233-278).
- GILBERT, P. (1989). *Human nature and suffering*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Guidano, V.F. & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- GUNDERSON, J.G. et al. (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *Journal of Mental and Nervous Disease*, 177: 38-42.
- HESSE, E. & MAIN, M. (próxima aparición). Second-generation effects of trauma in non-maltreating parents: Previously unexamined risk factor for anxiety. *Psychoanalytic Inquiry*.
- HOROWITZ, M.J. (1986). *Stress response syndromes (2nd ed.)*. New York: Aronson.
- KERNBERG, O.F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- JACOBSEN, T., EDELSTEIN, W. & HOFMANN, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representation of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology*, 30 (1), 112-124.
- LE DOUX, J. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.
- LINEHAN, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- LIOTTI, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196-204.
- LIOTTI, G. (1993a). *Le discontinuità della coscienza*. Milano: Angeli.
- LIOTTI, G. (1993b). Disorganized attachment and dissociative experiences: An illustration developmental-ethological approach to cognitive therapy. In K.T. Kuehlvein & H. Rosen (Eds.). *Cognitive therapies in action* (pp.213-239). San Francisco: Jossey-Bass.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: NIS.
- LIOTTI, G. (1995). Disorganized / disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. (pp. 343-363).
- LIOTTI G. (próxima aparición(1)). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In: J. Solomon, C. George (Eds), *Disorganization of attachment*. New York: Guilford Press.
- LIOTTI, G. (próxima aparición(2)). Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*.
- LIOTTI, G. (próxima aparición(3)). Disorganised attachment, models of borderline states, and evolutionary psychotherapy. In: P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Hove: Psychology Press.
- LIOTTI, G. & INTRECCIALAGLI, B. (1998). Metacognition and motivational systems in psychotherapy: A cognitive-evolutionary approach to the treatment of difficult patients. In C. Perris & P.D. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice*. Chichester: Wiley (pp.333-349).
- LIOTTI, G., INTRECCIALAGLI, B. & CECERE, F. (1991). Esperienza di lutto nella madre e predisposizione ai disturbi dissociativi della prole: Uno studio caso-controllo. *Rivista di Psichiatria*, 26: 283-291.
- LYONS-RUTH, K. (1996). Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 64-73.
- LYONS-RUTH, K. & BLOCK, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving and infant attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17, 257-275.

- MAFFEI, C. (1997). Interpretazione di transfert e relazione interpersonale nella psicoterapia analitica dei disturbi di personalità. In: *Conoscenza ed emozione nei disturbi di personalità* (a cura di L.Barone & C. Maffei). Milano: Angeli.
- MAFFEI, C. (1998). *Disturbo borderline di personalità, metacognizione ed autoregolazione*. Articolo presentato al IX Congresso della Società Italiana di Terapia Cognitiva e Comportamentale, Torino, 13-15 Novembre 1998.
- MAIN, M. (1991). Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp.127-159). London: Routledge.
- MAIN, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, N. J.: Analytic Press. (pp. 407-474).
- MAIN, M. & HESSE, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago: Chicago University Press.
- MAIN, M. & HESSE, E. (1992). Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali alterati nei genitori. In *Attaccamento e psicoanalisi* (a cura di M. Ammaniti & D. Stern). Roma: Laterza (pp. 86-140).
- MAIN, M. & MORGAN, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states? In L. Michelson & W. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp.107-137). New York: Plenum Press.
- MAIN, M. & SOLOMON, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/ disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.
- MASTERSON, J. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: The developmental approach*. New York: Wiley
- MEINS, E. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press.
- O'CONNOR, M.J, SIGMAN, M. & BRILL, N. (1987). Disorganization of attachment in relation to maternal alcohol consumption. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 831-836.
- PARIS, J. (Ed). (1993). *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- PARIS, J. (1996). *Social factors in the personality disorders*. New York: Cambridge University Press.
- PASQUINI, P. (1998). *Risultati preliminari di uno studio caso-controllo su lutti e traumi nelle madri di pazienti borderline e dissociativi*. Contributo alla giornata di studio su "Scissione e dissociazione nei disturbi borderline e dissociativo", Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, Roma, 5 Dicembre 1998.
- PRETZER J.L. & BECK, A.T. (1995). Cognitive theory of personality disorders. In: J.F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (Eds.), *Theories of personality disorders*. New York: Guilford
- RADKE-YARROW, M. et. al. (1995). Attachment in the context of high-risk conditions. *Development and Psychopathology*, 7, 247-265.
- ROSS, C. & ANDERSON, G. (1988). Phenomenological overlap of multiple personality disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176: 295-299.
- RUBIN, D. (Ed.). (1986). *Autobiographical memory*. Cambridge: Cambridge University Press. Solomon, J. & George, C. (Eds.). (próxima aparición). *Disorganization of attachment*. New York: Guilford Press.
- VANDERLINDEN, J. & VANDEREYCKEN, W. (1997). *Trauma, dissociation and impulse control in eating disorders*. New York: Bruner/Mazel.
- VAN REEKUM, R, LINKS, P.S. & BOIAGO, I. (1993). Constitutional aspects of borderline personality disorder. In J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press
- WARD M.J. & CARLSON E.A. (1995). The predictive validity of the adult attachment interview for adolescent mothers. *Child Development*, 66: 69-79.
- WIMMER, H. & PERNER, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representations and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128.