

APEGO Y ORGANIZACIONES LÍMITE: AJUSTES EN PSICOTERAPIA

ATTACHMENT AND BORDERLINE ORGANIZATIONS: ADJUSTMENTS IN PSYCHOTHERAPY

Ignacio Serván García

Psicólogo clínico y psicoterapeuta

Director en CEPA: Centro Especializado en Psicoterapia y Apego, Madrid, España

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Serván García, I. (2018). Apego y Organizaciones Límite: Ajustes en Psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 93-109.

Resumen

El objetivo de este artículo es integrar las diferentes aportaciones del campo del apego a la comprensión del desarrollo de las personalidades límite, así como utilizar esta perspectiva de forma transversal para organizar y sistematizar los ajustes necesarios en la técnica habitual en psicoterapia e incrementar su eficacia. Se propone una ampliación de la comprensión de la génesis de estos trastornos, más allá del periodo crítico en torno al segundo año de vida, incorporando una mirada dimensional y abarcando la complejidad de las distintas etapas del desarrollo. Los ajustes terapéuticos propuestos se organizan en dos campos: la construcción del tratamiento y el trabajo sobre la relación terapéutica, prestando especial atención a los ciclos de ruptura y reparación de la alianza. Finalmente se propone como hipótesis la conveniencia de considerar diferentes formas de organización, ocultas bajo la etiqueta general de desorganización, para realizar intervenciones más específicas, y así incrementar la eficacia de las intervenciones genéricas.

Palabras clave: Trastorno límite de personalidad, Apego desorganizado, Psicopatología evolutiva, integración en psicoterapia.

Abstract

The aim of this article is to integrate the different contributions from the field of attachment to improve understanding of the development of borderline personalities, as well as to use this perspective, in a transversal manner, to organize and structure the necessary adjustments in the usual technique in psychotherapy and increase effectiveness. A widening of the understanding of the origin of these disorders is proposed, beyond the critical period around the second year of life, introducing a dimensional perspective and considering the complexity of the different stages of development. The proposed therapeutic adjustments are organized in two areas: the construction of the therapy and the work on the therapeutic relationship, paying special attention to the alliance's rupture and repair cycles. Finally, it is proposed as a hypothesis the convenience of considering different forms of organization, hidden under the general label of disorganization, making interventions more specific, thus increasing the effectiveness of generic technique.

Keywords: Borderline personality disorder, Disorganized attachment, Developmental psychopathology, Psychotherapy integration.

Fecha de recepción: 31 de julio de 2018. Fecha de aceptación: 16 de agosto de 2018.

Correspondencia sobre este artículo:

E-mail: nservan@gmail.com

Dirección postal: C/ Fernán González 38, bajo A. 28009, Madrid, España

© 2018 Revista de Psicoterapia



Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) representa una de las entidades que suscitan un mayor interés por parte de clínicos e investigadores de la salud mental durante los últimos treinta años. Hace casi veinte que J. Gunderson (2002) señalaba el incremento logarítmico de publicaciones al respecto que se había producido a finales del siglo XX y ha perdurado a primeros del XXI, debido en parte a la relación de esta patología con las condiciones sociales de nuestro tiempo (para una revisión ver Rodríguez Cahill, 2015).

Nosológicamente es una entidad compleja que ha sido considerada desde diferentes perspectivas: como organización de personalidad fronteriza entre neurosis y psicosis (Kernberg, 1979), como síndrome clínico (Grinker, 1968), como trastorno (Spitzer et al., 1979), y recientemente como un nivel de funcionamiento intra e interpersonal con diferente umbral de activación individual (Cancrini, 2007). Otros autores (Bergeret, 2005; Heinrich, 1997), prefieren describirlos como *a-estructuraciones* de la personalidad.

La descripción clínica es amplia, siendo la heterogeneidad de las manifestaciones una de las características principales, hasta el punto de que algunos autores (Stone, 2007) han descrito los trastornos de la personalidad como un *conjunto borroso*. El TLP representa el paradigma de esta concepción, como señala Parnas (1994, p. 29): “con los datos disponibles, el trastorno límite de personalidad es un marcador de severidad e inestabilidad inespecífica distribuido de forma amplia y dimensional.”

La expresión es múltiple, los pacientes presentan elevados niveles de comorbilidad, tanto simultánea como secuencial (Cervera et al., 2005) y un curso heterogéneo y difícilmente previsible. Habitualmente se describen alteraciones en las siguientes funciones:

1. **Regulación emocional:** vulnerabilidad emocional y dificultades para la autorregulación, elevados índices de malestar y tendencia a utilizar sus intensos estados emocionales coercitivamente; estados depresivos y panangustia.
2. **Desempeño interpersonal:** estilo de vinculación paradójico, hiper/hipoactivación del apego. Intolerancia a la soledad y preocupación por el abandono. Petrificación epistémica.
3. **Funcionamiento cognitivo y metacognitivo:** funcionamiento cognitivo caprichoso, representaciones opuestas no integradas del self y otros, problemas con la constancia objetal, déficits de mentalización y disfunciones en otras habilidades metacognitivas como la función narrativa y la conciencia.
4. **Integración de la identidad y disociación:** experiencias de vacío, frecuentes experiencias de despersonalización y desrealización, estados del self y estados mentales escindidos, identidad corporal y sexual poco integrada, etc.

5. **Control de impulsos:** conductas temerarias, autolesiones, elevada suicidalidad, consumo de sustancias, atracones, conductas de riesgo, gastos, agresividad, etc.
6. **Juicio de realidad:** microepisodios psicóticos, pérdidas breves del juicio de realidad.
7. **Afrontamiento desadaptativo y dificultad para el autocuidado**

Los distintos modelos etiológicos tienden a focalizarse en uno de estos aspectos y considerarlo como el elemento central en el trastorno, así, citando solo los tratamientos con mayor apoyo empírico (Choi-Kain, 2017), la terapia dialéctico conductual y el STEPPS se centran en la desregulación emocional, la terapia basada en la mentalización en la disfunción metacognitiva, la terapia centrada en esquemas en las representaciones interiorizadas acerca de las relaciones y en los estados del self disociados; y la terapia focalizada en la transferencia en la difusión de la identidad y el funcionamiento defensivo primitivo.

Tras unos años iniciales centrados en demostrar empíricamente la eficacia de sus terapias, los investigadores de estos grupos aportan datos que evidencian cómo el trabajo sobre una de estas funciones produce mejoras indirectamente en las demás, lo que apoya una idea enunciada por Giovanni Liotti (2001, p.142):

Es posible identificar un proceso mental unitario que se desarrolla en el contexto de las relaciones de apego (dinámicas de separación), y del cual emergen tanto una representación múltiple y disociada del sí mismo como una dificultad para reconocer y regular los estados mentales (incluidas las emociones). Este proceso unitario se conoce como Desorganización del Apego

La respuesta a la psicoterapia estándar es escasa, el objetivo de este artículo es utilizar la teoría del apego para comprender el desarrollo de las organizaciones borderline y proponer un abanico de ajustes en la técnica de intervención para prevenir terminaciones prematuras e incrementar las posibilidades de eficacia.

Desarrollo Evolutivo

La aproximación evolutiva resulta fundamental en la comprensión de aquellos trastornos en los que la personalidad y la identidad están alteradas (Cicchetti, 2014). Se ha dado especial importancia en la génesis de estos cuadros al periodo comprendido entre el final del primer y del quinto año de vida, la investigación de las últimas décadas confirma la importancia de esta etapa anticipada por los psicoanalistas, integrando información procedente de la psicología cognitiva, la epigenética, las neurociencias y el evolucionismo. Durante este periodo se instauran las funciones que se muestran deficitarias en las personalidades limítrofes (Fonagy et al., 2007). Se trata de un compendio de habilidades interrelacionadas que tradicionalmente se incluían bajo el concepto de constancia objetal, un constructo difuso, como señalan Blom y Bergman (2013).

Lo esencial para el desarrollo adaptativo de estas funciones es un contexto

interpersonal adecuado, el desarrollo emerge cuando el maternaje reúne una serie de condiciones que permiten la exploración y consolidación de nuevos procesos. La sensibilidad hacia los estados internos del niño, la disponibilidad y responsividad (Fonagy, 2004), la consistencia en el cuidado, el reconocimiento del niño como individuo con iniciativa (Meins, 2002), y la reparación de las inevitables rupturas en la sintonía (Holmes, 2017; George y Solomon, 1999), son característicos de las relaciones más favorecedoras.

Dos constructos provenientes del estudio de reuniones y separaciones con el cuidador en este periodo han sido utilizados para sustentar teóricamente la patogénesis borderline: la crisis de reaceramiento (Mahler, 1972) y el apego desorganizado (Main y Solomon, 1986). Desde la teoría del apego y la teoría cognitiva del desarrollo se han producido críticas fundadas a la teoría de Mahler (Lyons-Ruth, 1991; Gergely, 2000). Las principales objeciones sobre el reaceramiento son:

- **Considerar este periodo de ambivalencia como una etapa del desarrollo normal:** Mahler observó una muestra pequeña, hay numerosos estudios con muestras amplias que reflejan que las conductas ambivalentes: a) suceden en una minoría de los niños y b) se producen especialmente en diadas en las que la relación previa entre madre e hijo es menos positiva y el estilo de apego no es seguro. La adaptación en este periodo puede derivar en parte del cuidado recibido durante el mismo, pero también refleja parcialmente los cuidados previos y el apego establecido anteriormente (Sroufe et al., 2005).
- **Atribuir la ambivalencia a la pérdida de omnipotencia:** La omnipotencia es considerada un constructo teórico alejado de la experiencia infantil, y la evidencia apoya que la ambivalencia y la desorganización aparecen principalmente asociadas a variables del cuidador como la insensibilidad, la inconsistencia o la activación de estados mentales irresueltos, y no a variables infantiles. La flexibilidad del cuidador para adaptarse a los cambios en las necesidades del niño en esta etapa de transición será crucial.

Los modelos basados en la teoría del apego inciden especialmente en la desorganización del apego como precursor y elemento primordial en la génesis distal del trastorno. Plantean, resumiendo sus aportaciones, que la desorganización/desorientación se produce cuando el cuidador se convierte también en fuente de amenaza para el niño. En algunos casos esto se produce a través del maltrato o la negligencia, en otros es un proceso más sutil que pasa por la activación en la relación de crianza de estados mentales irresueltos en el cuidador, estados disociados procedentes de duelos o traumas antiguos, en algunos casos transmitidos intergeneracionalmente. Son estados de hostilidad o pavor que se activan en la interacción cuando el niño necesita ayuda para su regulación. Estos estados, que se reflejan en la expresión emocional y no son marcados como propios del cuidador, generan un estado de amenaza y temor en el niño. De este modo, la figura buscada como fuente de protección es percibida simultáneamente como fuente de peligro,

dejando al menor en un estado de miedo sin solución posible, con activación simultánea de disposiciones opuestas, y sin poder organizar una respuesta congruente para obtener seguridad o regulación, lo que le lleva a desplegar conductas contradictorias, comportamientos aparentemente sin sentido y sufrir marcados virajes atencionales, resultando difícil recuperar la homeostasis y un vínculo que facilite la exploración y el desarrollo.

A partir de este punto los modelos difieren en los aspectos del desarrollo que enfatizan, pero todos comparten la idea de que estos estados interfieren en la constitución de las habilidades metacognitivas, la regulación emocional y las representaciones internalizadas de las relaciones y las personas, que serán escasamente integradas. Esto supondrá un elevado coste para el desempeño social y la constitución de la identidad en los siguientes años, generando una elevada vulnerabilidad.

Propongo que estos aportes pueden ser útiles, entendidos como mitos que encierran una representación sencilla del conflicto borderline, pero:

1. Proporcionan una perspectiva engañosa, presuponiendo una continuidad evolutiva poco explicada y desatendiendo el desarrollo en periodos posteriores.
2. Se basan en una tendencia mayoritaria dentro del estudio del apego, la aproximación categorial, lo que comporta una serie de limitaciones.

Esto ha provocado críticas (Blum, 2004), y, especialmente, hace que resulte difícil explicar la relación asimétrica que mantienen la desorganización del apego y los trastornos borderline:

- La mayoría de los borderline presentan desorganización del apego o historia de apego altamente inseguro con traumas añadidos (Fonagy y Lorenzini, 2014).
- Sólo una minoría de los sujetos con historia de desorganización en la infancia desarrolla una personalidad limitrofe. El apego desorganizado es un predictor moderado/débil de este tipo de problemas en la adultez (Grangvist et al., 2017).

Este artículo propone una ampliación de nuestra comprensión desde la idea de fijación, más o menos explícita, hacia la complejidad del desarrollo evolutivo. Existe una tendencia a sobreutilizar el constructo apego desorganizado (Crittenden, 2001; Grangvist et al., 2017), la evidencia indica que se puede considerar tan solo como un factor de vulnerabilidad y debemos descartar un efecto dominó sobre el desarrollo (Lyons-Ruth et al., 2013). Los datos señalan que las trayectorias de conducta son más significativas que las dificultades manifiestas en un momento dado, desadaptación predice desadaptación, y en general la adversidad acumulativa tiene efecto más negativo que la adversidad por sí misma (Ogawa, 1997), por lo que conviene regresar a Bowlby y la idea de *sendas evolutivas*. Tal y como explica Sroufe (2009, p. 181):

La psicopatología (...) deriva de las sucesivas adaptaciones del individuo

a su entorno a través del tiempo, sirviendo cada adaptación para proveer un cimiento para la siguiente. De este modo, resultan de interés los procesos convergentes que inician caminos desadaptativos y los procesos que mantienen a los sujetos en el camino hacia el trastorno o les desvían de nuevo hacia un funcionamiento normal

Una de las ampliaciones más aceptadas es la que propone G. Liotti (2004): la desorganización del apego y las representaciones internalizadas generan una vulnerabilidad en el desarrollo que les hace más proclives a la disociación si los sujetos son expuestos posteriormente a nuevas experiencias traumáticas. Si esto sucede, se facilitarían el camino hacia la disociación estructural de la personalidad o self fragmentado.

Tratando de especificar los factores involucrados en este proceso, K. Lyons-Ruth (2013) ha realizado estudios longitudinales desde la infancia en personas diagnosticadas de trastorno límite. Describe diferentes evoluciones desde la desorganización del apego hacia diferentes estilos vinculares y de regulación en la media infancia: controlador-cuidador y controlador-punitivo, que se mantienen en la adolescencia (Obsuth et al., 2014). La principal variable predictiva que identifica empíricamente para la organización borderline y la suicidalidad en la primera juventud es el *retraimiento parental* a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo, la abdicación más o menos explícita de las funciones maternas, que deja al niño desguarnecido y teniendo que recurrir a estrategias controladoras para mantener el vínculo y regular sus estados internos. El papel de las transacciones en escalada entre la necesidad de ser regulado del niño y la retirada parental sería el factor con mayor peso diferencial.

Patricia Crittenden discrepa sobre el papel central de la regulación afectiva con Lyons-Ruth, y ha elaborado un modelo dimensional y madurativo con un gran fundamento científico, el DMM-A (ver Valero, 2018, en este mismo número). Es crítica con la desorganización del apego (2001, 2011): señala la vaguedad de este constructo, que puede enmascarar diferentes estrategias de organización o estrategias mezcladas, y apunta que considerarlo como una única categoría puede limitar la especificidad de nuestras intervenciones. El DMM-A diferencia organización de integración: partiendo de las estrategias básicas en la primera infancia, se produce un incremento de la organización y complejidad de las mismas, producto del desarrollo madurativo y la experiencia acumulada. En condiciones adversas se desarrollarán diferentes sub-estrategias que mantienen información relevante para el sujeto sin integrar, con coste personal, pero poder adaptativo en contextos peligrosos. Crittenden discrimina estrategias en adultos (A3-A8, C3-C8, A/C) que en los modelos categoriales quedarían englobadas dentro de la etiqueta general de desorganización.

Para ella es el peligro, no la búsqueda de seguridad, el principal organizador de la conducta y el procesamiento de la información. Los peligros que el niño enfrenta van cambiando a lo largo del desarrollo, así, por ejemplo, podemos revisar

el periodo crítico desde su perspectiva: hasta que el niño puede alejarse del cuidador, el único peligro al que se enfrenta es la falta de cuidados adecuados y sensibles por parte de su figura de apego, la falta de protección. Alejarse hace que su vida corra nuevos peligros, el cuidador deberá ampliar sus funciones y ser capaz de ayudar al niño a regularse por reglas (los enchufes no se tocan, no se cruza la calle solo...), con el objetivo de lograr una autorregulación guiada (Sroufe, 2005). Para ello el cuidador debe funcionar como figura de autoridad, necesariamente aparecerán conflictos entre el niño, que desafiará repetidamente el mandato del cuidador, y el adulto. Para una buena resolución, el cuidador deberá ser consistente, predecible, y capaz de sostener la agresividad del niño frustrado. Si tiene la capacidad de mantenerse firme y ejercer la autoridad de un modo sensible, reconociendo la subjetividad y el valor de la exploración, propiciará una resolución óptima: el niño eventualmente reconocerá al cuidador como alguien con una subjetividad diferente que le acoge bajo su protección, pudiendo incorporar la información proveniente de este como protectora, como hacen otros mamíferos. La emergencia del lenguaje en este periodo será relevante para fortalecer el puente entre las formas de regularse sensoriomotoras y las representacionales en las interacciones acuerdo-desacuerdo (Harpaz-Rotem y Bergman, 2006).

Esta explicación nos permite acercarnos a dos conceptos relevantes en relación a la patología borderline:

- La entrega, o *surrender*, que, tras el trabajo pionero de Ghent (1990) ha sido retomado por numerosos autores (p.g. Safran, 2014) y tiene evidente relevancia para el trabajo psicoterapéutico.
- La *confianza epistémica* (Fonagy et al., 2015, 2017), la característica de una relación que permite la transmisión de conocimiento, personalmente relevante y generalizable para el individuo, acumulado por generaciones anteriores.

Tras este periodo, en la etapa preescolar cobran especial relevancia la socialización con iguales y los riesgos de ser dejado de lado: se ponen en marcha sistemas motivacionales alternativos como el de rango o el de cuidado. Los niños cuyos cuidadores no puedan ayudarles a reorganizarse hacia estilos más equilibrados pueden evolucionar hacia variantes más complicadas e inauténticas. En el caso de los más evitativos estrategias cuidadoras u obedientes compulsivas, y en el caso de los más coercitivos hacia estilos que alternan la agresividad y la indefensión fingida.

En edad escolar se observa frecuentemente que los niños con mayor adversidad ya han evolucionado hacia este comportamiento controlador cuidador o punitivo. En el nuevo contexto de socialización, desarrollar un sentido de pertenencia a la vez que una identidad diferenciada, es un reto. Los evitativos, con un contexto familiar más confuso en el que sus estrategias sigan siendo ineficaces, pueden virar hacia una estrategia de promiscuidad social o de autosuficiencia compulsiva, mientras que los que utilizan estrategias coercitivas podrán exagerarlas y disfrazarlas, volviéndose punitivos-seductores.

Tras la pubertad, el logro de la satisfacción sexual y la capacidad reproductora se integran con la función protectora del apego, el reto es similar al del inicio de la deambulación y la tarea evolutiva se asemeja: integración frente a fragmentación (Crittenden 2001). El pensamiento abstracto es la principal herramienta, pero en los casos con mayor dificultad, estrategias ya distorsionadas pueden evolucionar hacia variaciones graves al inicio de la edad adulta: idealización delirante o falsos selfs en el caso de los evitativos, y para los coercitivos, extremos amenazadores-paranoicos.

Los estudios sobre pacientes borderline con este modelo parecen ser más discriminantes que los que utilizan los modelos categoriales. Los resultados, junto a la elevada presencia de traumas y pérdidas sin resolver, identifican diversos patrones, sobre todo organizaciones que combinan estrategias evitativas (con bruscas irrupciones de afecto disociado) y coercitivas graves, que no se constituyen hasta momentos avanzados del desarrollo. Estas complejas estrategias se apoyan más en disposiciones hacia la acción implícitas, poco conscientes, y conllevan fuertes distorsiones de la información y las relaciones causales, lo que dificulta el funcionamiento reflexivo. Estos resultados, que coinciden con los hallazgos de Mikulincer y Shaver (2007), hacen que Crittenden explique así su hipótesis evolutiva (2010, p. 448):

Las mujeres con TLP pueden haber necesitado afrontar peligros que desbordaban su capacidad representacional en la infancia. Consecuentemente utilizaron atajos fisiológicos y psicológicos que bypasearon la información ausente y los procesos explicativos. Estos atajos devinieron desadaptativos durante el desarrollo. Al ser incapaces de comunicarse verbalmente con cuidadores seguros y comprensivos sobre estas experiencias, arrastraron distorsiones explicativas en su desarrollo; resolvieron las discrepancias que se acumulaban organizando estrategias progresivamente más distorsionadas. Los peligros que no pudieron ser incorporados en las estrategias permanecieron como traumas sin resolver que interrumpían el funcionamiento estratégico. Cuando la combinación de estrategias desajustadas y peligros no resueltos promueve un comportamiento peligrosamente desadaptativo, los sujetos pueden entrar en estados de expectativas casi constantes de peligro.

La revisión de estas aproximaciones longitudinales nos lleva a pensar que, si bien en esta patología podemos encontrar aspectos comunes: disociación, problemas metacognitivos, dificultades de regulación y vinculación, transversales a la mayoría de personas diagnosticadas; podemos asimismo encontrar perfiles diferenciados en función del tipo de estrategias de vinculación y procesamiento de la información que hayan sido más funcionales en sus contextos previos.

Ajustes Técnicos

La literatura sobre los diferentes modelos específicos de psicoterapia para el TLP indica que hay evidencia empírica de su superioridad frente al tratamiento habitual, pero ninguno demuestra superioridad frente a las demás, ni siquiera, según algunos estudios, frente a la terapia de apoyo o la asistencia psiquiátrica general bien estructurada. Probablemente no sea tanto el contenido o la justificación teórico-técnica de estas intervenciones como algunos factores comunes lo que sustentan los resultados (una revisión en Livesley, 2018).

Revisaré los ajustes técnicos necesarios para incrementar las posibilidades de éxito terapéutico, y propondré alguna idea nueva, a la luz del conocimiento antes descrito sobre el desarrollo borderline. La mayoría de los aspectos estarán referidos a la construcción de la terapia y a la regulación de la relación, en este sentido es preciso tener en cuenta dos paradojas esenciales:

- Las personas acuden a terapia cuando no se sienten capaces de manejar sus dificultades sin ayuda, por lo que es habitual la activación del sistema de apego en la relación con el profesional. En los borderline esta situación probablemente active también el sistema de defensa ante el temor a ser dañado, dando lugar a un elevado malestar y desorganización, o bien hará que se activen alternativamente otros sistemas motivacionales como el de rango (Liotti et al., 2008), interfiriendo severamente en el proceso.
- Las funciones mentales necesarias para el éxito de la psicoterapia, como la capacidad de reflexionar sobre uno mismo o de transitar en la dialéctica realidad externa-realidad interna (Beattie, 2005), son precisamente las que muestran inestabilidad en el TLP. Debemos monitorizar el funcionamiento continuamente en consulta para intervenir siempre en la zona de desarrollo próximo (Stiles, 2016), evitando generar nuevas experiencias de retraumatización en una relación de ayuda.

La Construcción del Tratamiento

Encuadre:

Los tratamientos eficaces comparten un encuadre muy claro que se debe mantener de forma consistente. El encuadre no es más que un conjunto de reglas que van a establecer la regulación de la relación, favoreciendo que el cliente pueda beneficiarse de ésta. Son personas que frecuentemente han tenido dificultades en el tránsito a este tipo de regulación y que tienden a desatender las normas o testarlas explícita o implícitamente en terapia; también resulta frecuente que el profesional incumpla su parte del contrato trabajando con este tipo de población, sobreimplicándose, desentendiéndose de sus funciones o agrediendo al paciente, entrando a jugar roles complementarios.

El encuadre especifica la responsabilidad de cada uno de los participantes y las formas en las que la relación y el contacto se llevan a cabo; debe establecerse clara

y explícitamente. Es importante que el terapeuta se sienta cómodo con él y que el paciente lleve a cabo un acto subjetivo de compromiso a respetarlo.

Actividad y Firmeza:

El terapeuta debe ser más activo de lo habitual (Magnavitta, 2000) en lo referente a las salidas del encuadre, y en este sentido debe mantener una actitud firme y consistente. La mayoría de los modelos de tratamiento especifican que lo primero a trabajar es la suicidalidad y las conductas que, de cualquier modo, interfieren en la terapia; y que cuando se produce un ataque al encuadre se debe suspender el trabajo en curso y atenderlo. Es un trabajo tedioso, pero es función y responsabilidad del terapeuta mantener ese lugar de autoridad que hará que la relación siga siendo posible y transcurra dentro de los márgenes de lo terapéutico. No olvidemos la importancia diferencial en el pronóstico evolutivo de la *retirada* de la figura de cuidado de sus funciones contrastada por Lyons-Ruth, lo que Ghent (1990, p.123) denomina su *no supervivencia* psíquica ante los ataques:

“las variaciones de la no supervivencia incluyen: retaliación, retirada, defensividad en cualquiera de sus formas, así como cambios generales en la actitud hacia una mayor suspicacia o menor receptividad, y finalmente una forma de desmoronamiento en el sentido de perder la propia capacidad de funcionar adecuadamente como madre, o en el encuadre analítico, como analista”.

La firmeza debe aplicarse asimismo en la contención. Uno de los mayores expertos en la aplicación de la teoría del apego a la psicoterapia, J. Holmes, indica (2011, p.108) cómo trabajar con pacientes que tienen una historia de desorganización del apego:

Para ayudarles a vencer su miedo a la base segura, deben estar contenidos con fuerza, incluso aunque se resistan o se enfrenten, y sólo así llegarán a descubrir gradualmente que sus miedos carecen de sentido, que es posible confiar y que una estrategia relacional coherente puede funcionar como fuente de seguridad y punto de partida para la exploración.

El foco del tratamiento:

La pérdida de foco y la desorientación del terapeuta son aspectos que habitualmente aparecen en la supervisión al trabajar con estos pacientes, la presión que ejercen puede alterar la capacidad reflexiva del clínico acerca de sus propios estados mentales y los del paciente (Diamond et al., 2003).

Los modelos eficaces ofrecen en su mayoría un sustento teórico muy sencillo sobre las dificultades y la esencia de la intervención, que es compartido con el paciente. Puede ser una explicación relacionada con el apego, con la regulación emocional o la mentalización, probablemente su carácter de verdad no sea lo más relevante. Lo esencial es que desculpabiliza, favorece el establecimiento de objetivos comunes y una relación cooperativa. Junto al encuadre, es el ancla que

ambos pueden utilizar para regresar cuando la relación entra en fases de desorientación.

Secuenciación y parsimonia:

Avanzaremos de lo superficial a lo profundo. Atenderemos primero el peligro, luego la regulación y posteriormente la reflexión y aprendizaje, como en las secuencias descritas en la crianza. En terapia atenderemos inicialmente los aspectos de seguridad y contención, y cuando la situación se ha estabilizado, focalizaremos en los procesos de regulación. Sólo en las últimas etapas las intervenciones se centrarán en la exploración y cambio intrapsíquicos para finalizar con un proceso de integración. Ésta es la secuencia general en el curso del tratamiento e, isomórficamente, en el desarrollo de cada sesión. La introspección es siempre amenazante y, a veces, simplemente imposible.

El uso de la interpretación:

La mayoría de autores se inclinan por un modelo de intervención poco interpretativo, más focalizado, al menos inicialmente, en el fortalecimiento de las capacidades yoicas. Winnicott y Balint ya advirtieron sobre el uso peculiar de las interpretaciones que hacían estos pacientes y de su nula eficacia. Sin embargo, la integración de estados mentales irresueltos es uno de los objetivos principales de la terapia (Cirasola et al., 2017; Crittenden y Newman, 2010), y la interpretación es una herramienta que pone en relación aspectos no relacionados previamente, posee gran potencial integrador. Existe evidencia de que la eficacia de las interpretaciones no se asocia sólo al contenido de las mismas, también deben tener en cuenta los procesos, es decir, el hecho de que una interpretación es un acto que ejerce sus efectos en el contexto de una relación interpersonal (Caspar et al., 2000). Desde la Teoría del apego, J. Holmes (2011) aporta algo de luz respecto a este proceso: la regla esencial que propone es que la interpretación o la confrontación sólo serán terapéuticas una vez constituida una base segura. Se repetirán los ciclos de pérdida de seguridad y los test sobre la relación, incluso varias veces por sesión; el trabajo de re-establecimiento de la seguridad debe primar sobre el interpretativo. A. Semerari (2008, p. 114) lo expresa en su texto sobre psicoterapia con trastornos de la personalidad: “Si se produjera la activación de cualquier ciclo [interpersonal] problemático, dominarlo sería prioritario a cualquier otro tipo de intervención”.

Es por ello que el trabajo vincular sobre rupturas y reparaciones es la esencia de la eficacia del tratamiento (Horwitz et al., 1996). Cuando hay una pérdida sin reparación, tal y como expone Fonagy (2004, p.23), lo que se pierde “no es el vínculo, sino la oportunidad de generar un mecanismo regulador de nivel más alto”.

El trabajo vincular

Establecimiento de la relación:

La esencia de la alianza terapéutica, junto al acuerdo en objetivos y tareas ya descrito, es la cualidad afectiva del vínculo. La activación del apego en la relación terapéutica es frecuente, sin embargo, no es un requisito imprescindible para el éxito de la terapia y puede interferir negativamente en estos pacientes. Revisamos algunos aportes que favorecen la conducción del proceso:

- Liotti (2011) propone tratar de evitar la activación temprana del sistema de apego, y trabajar manteniendo activado el sistema de enlace y cooperación. De este modo, terapeuta y cliente trabajan alineados orientados hacia la mejora de la calidad de vida y regulación del paciente, sobre todo en las primeras etapas del tratamiento.
- También resulta de particular utilidad el *principio de tratamiento escindido* que propone Gunderson (2002): los planes de tratamiento para los pacientes límite deberían incluir por lo menos a dos especialistas, dos modalidades u otros dos componentes de cualquier tipo, de forma que cuando están coordinados pueden ser un mecanismo de contención para las posibles rupturas. La existencia de otra fuente de ayuda percibida puede prevenir terminaciones tempranas descargando intensidad de la relación principal y también ayudando a la recuperación del funcionamiento reflexivo del paciente ayudándole a considerar distintas hipótesis acerca del comportamiento del primero y saliendo del *triángulo del drama* o la rivalidad antagonista (Liotti et al., 2008).

Ambas sugerencias comparten el mantenimiento de una estructura triangular estable que ayude a mantener el funcionamiento intersubjetivo que se puede perder en las estructuras duales (Benjamin, 2008), tal vez la *terceridad* sea esencial en la constitución de la relación.

Reparación:

A pesar de nuestro esfuerzo preventivo las rupturas son inevitables, los ciclos ruptura-reparación pueden tener un efecto de inoculación de un estrés tolerable dentro de la zona de desarrollo próximo, favoreciendo el desarrollo de resiliencia, tal como explica Holmes (2017), mientras que en pacientes graves las rupturas sin reparación pueden tener un efecto retraumatizador.

Siguiendo a Muran y Safran (2017), las rupturas suponen un colapso de la colaboración y el vínculo afectivo, y suelen ser observables en dos tipos de comportamientos de los pacientes: *confrontación* y *retirada*, que suponen dos formas de afrontar la tensión dialéctica entre dos motivaciones humanas básicas: la necesidad de agencia y la necesidad de relación.

Hay dos indicaciones genéricas muy claras para el manejo de rupturas con pacientes de esta gravedad:

- Las habilidades metacomunicativas del terapeuta son fundamentales para explorar lo que se ha re-actuado inconscientemente en la relación; el terapeuta debe poner al servicio del paciente sus capacidades metacognitivas. (para una descripción estructurada del proceso de exploración ver Safran y Kraus, 2014).
- Es fundamental permitir y favorecer la expresión de la crítica y hostilidad hacia el terapeuta y la terapia sin poner en marcha mecanismos defensivos (Waldiger y Gunderson, 1984). Así, cuando sucede, no llevaremos a cabo un test de realidad o señalaremos distorsiones perceptivas (Rosbrow, 2014). De este modo se favorecerá la entrega, un estado de aceptación y relajación de las necesidades defensivas de controlar, defender la propia visión de los acontecimientos y oponerse, dando paso a la recuperación de la estabilidad y la percepción del terapeuta como una persona real dispuesto a la ayuda, instaurando esperanza y recuperando el funcionamiento intersubjetivo (Safran, 2016).

El estilo de apego predice la conducta interpersonal y la forma del discurso en las sesiones de psicoterapia (Talia et al., 2014). No determina el número de rupturas, pero afecta a los caminos de resolución posible de las mismas (Miller-Bottome et al., 2018), principalmente debido a las limitaciones que tienen los estilos más inseguros para:

- Acceder a su experiencia interna (sobre todo los más evitativos).
- Comunicarla en sesión adaptativamente (sobre todo los más coercitivos).

El manejo técnico puede variar, pero Muran y Safran (2017) proponen un camino prototípico hacia la reparación para cada tipo de ruptura:

- *Retirada*: avanzar facilitando la expresión cada vez más clara del malestar y descontento en la relación, promoviendo la afirmación del self y las necesidades del paciente, reactivando la sensación de agencia. Mi impresión es que este proceso es más habitual en pacientes de predominio evitativo, en los que todo el malestar subjetivo es disociado y apartado de la relación.
- *Confrontación*: Progresar desde los sentimientos de rabia hacia el reconocimiento de la decepción, y de ahí al contacto con la vulnerabilidad y necesidad de ser cuidado, reactivando la necesidad de relación. En los estilos coercitivos la disociación recuerda más a una escisión agresividad/vulnerabilidad entre las que se oscila, lo que no se pone en juego es la necesidad de confort, que es la meta de este proceso.

Un tipo especial de rupturas, frecuentemente descrito en las alteraciones severas de la personalidad, es la *reacción terapéutica negativa*: rupturas bruscas e inesperadas que se producen ante una actuación del terapeuta que puede ser acertada o avala el avance hacia la mejoría. Ante ello, el paciente responde realizando un movimiento regresivo grave como una fuerte actuación o un abandono. Podemos tratar de explicar desde la teoría del apego estas rupturas en dos variantes:

- El DMM-A define las estrategias coercitivas (C5-8), presentes muy frecuentemente en los pacientes borderline, como los *comfort disorders*. Son estrategias adaptativas en los contextos peligrosos y engañosos en que han crecido: sus figuras de apego se han mostrado disponibles y empáticas, pero han actuado de forma impredecible y atemorizante; sin embargo, son desadaptativas en contextos seguros como la terapia. La idea para prevenir este tipo de rupturas y actings en estos perfiles, es moderar las manifestaciones de reconocimiento y avance, así como la expresión de afecto positivo, ya que el confort es vivido como una señal de amenaza.
- Hay pacientes en los que predomina otro estilo de procesamiento de la información en la relación, los que desde la infancia han constituido un falso self e idealizado a sus figuras de apego para poder mantener el vínculo, desarrollando así estrategias evitativas con distintos grados de disociación y desconexión interna (A3-A8 en el DMM-A). En ellos se produce un subtipo frecuente de relación, las pseudo-vinculaciones, que habitualmente conllevan un proceso de idealización del terapeuta. En estos casos la emergencia de la vivencia real disociada y su posterior integración es un objetivo prioritario, sin embargo, las irrupciones bruscas de afecto negativo resultan muy amenazadoras a la integridad psicológica, por lo que la precaución del terapeuta debe ser extrema, moderando la intrusividad de sus intervenciones, manteniendo una actitud receptiva. Es un proceso largo, a veces implica años, pero si es conducido adecuadamente dará paso a la expresión de las vivencias de desconfianza en la relación terapéutica, de falta de cuidado y dolor disociadas durante el desarrollo (para una revisión con ejemplos clínicos ver Lyons-Ruth, 2017).

Discusión y Futuras Líneas de Investigación

A lo largo del texto he tratado de revisar y organizar los ajustes necesarios en la técnica psicoterapéutica para pacientes borderline a la luz de la teoría del apego. Una de las principales dificultades en el abordaje de estos pacientes sigue siendo la imprecisión de los conceptos que manejamos los profesionales. Existe una asociación entre el TLP y psicopatología general: hay una prometedora línea sugerida por el grupo de Fonagy (2017) que relaciona este diagnóstico con puntuaciones elevadas en el factor P (Caspi et al., 2014), dificultades que probablemente mejoren con intervenciones genéricas sobre los déficits metacognitivos y de regulación. Pero existe una segunda dimensión en la psicopatología de la personalidad que determina la forma en la que el sufrimiento se organiza, una dimensión internalización-externalización que se solapa con la defensa emocional predominante en el apego: evitativo – preocupado (Brennan y Shaver, 1998).

Hipotetizo que es posible incrementar la eficacia de nuestras intervenciones si comprendemos la organización subyacente debajo de la etiqueta de *desorganiza-*

ción, y confío en que los modelos evolutivos de apego nos pueden ayudar a reducir la incertidumbre e intervenir más eficazmente, especialmente en dos líneas:

- La reparación de rupturas en el vínculo terapéutico.
- La selección de intervenciones y modelos específicos: qué funciona para quién.

Referencias bibliográficas

- Beattie, M. T. (2005). Early development of personality disorders – Mother-Infant dyadic formation of the mind: The psychological dialectic. En J. F. Masterson (Ed.) *The personality disorders through the lens of attachment theory and the neurobiological development of the self: a clinical integration* (pp. 39-58). Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.
- Benjamin, J. (2008). El reconocimiento y la destrucción: un esquema de la intersubjetividad. En A. Liberman y A. Abelló (Eds.) *Winnicott hoy* (pp. 97-127). Madrid, España: Psimática.
- Bergeret, J. (2005, 3ª ed.) *La personalidad normal y patológica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Blom, I. y Bergman, A. (2013). Observing Development: A Comparative View of Attachment Theory and Separation-Individuation Theory. En J. E. Bettman y D. Demetri Friedman (Eds.) *Attachment-Based Clinical Work with Children and Adolescents* (pp. 9-43). Nueva York, NY: Springer.
- Blum, H.P. (2004). Separation-individuation theory and attachment theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 52(2), 535-553.
- Brennan K. A. y Shaver P. R. (1998). Attachment styles and personality disorders: their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of personality*. 66(5), 835-878.
- Cancrini, L. (2007). *Océano Borderline. Viajes por una patología inexplorada*. Barcelona, España: Paidós.
- Caspar, F., Pessier, J., Stuart, J., Safran, J. D., Samstag, L. W. y Guirguis, M. (2000). One step further in assessing how interpretations influence the process of psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 10(3), 309-320.
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... y Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119-137.
- Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (Eds.) (2005). *Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Buenos Aires, Argentina: Médica Panamericana.
- Cicchetti, D. (2014). Illustrative developmental psychopathology perspectives on precursors and pathways to personality disorders: commentary on the special issue. *Journal of Personality Disorders*, 28(1), 172-179.
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A. y Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 21-30.
- Cirasola, A., Hillman, S., Fonagy, P. y Chiesa, M. (2017). Mapping the road from childhood adversity to personality disorder: The role of unresolved states of mind. *Personality and mental health*. 11(2), 77-90.
- Crittenden, P. (2001) Transformaciones de las relaciones de apego en la adolescencia: adaptación frente a necesidad de psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 12(48), 33-62. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/transformaciones-en-las-relaciones-de-apego-en-la-adolescencia-adaptacion-frente-a-necesidad-de-psicoterapia.html>
- Crittenden, P. y Newman, L. (2010). Comparing models of borderline personality disorder: Mothers' experience, self-protective strategies, and dispositional representations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 433-451.
- Crittenden, P. y Landini, A. (2011). *Assesing adult attachment: a dynamic-maturational approach to discourse analysis*. Nueva York, NY: Norton.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. y Levy, N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 227-259.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*, Barcelona, España: Espaxs.
- Fonagy, P., Gergely, G. y Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of child psychology and psychiatry*, 48(3-4), 288-328.

- Fonagy, P. y Lorenzini, N. (2014). Apego y trastornos de la personalidad: breve revisión. *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, 2(1), 1-44.
- Fonagy P., Luyten, P. y Allison E. (2015). Epistemic Petrification and the Restoration of Epistemic Trust: A New Conceptualization of Borderline Personality Disorder and Its Psychosocial Treatment. *Journal of personality disorders*, 29(5), 575-609.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E. y Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(11).
- George, C., y Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 649-670). Nueva York, NY: Guilford.
- Gergely, G. (2000). Reapproaching Mahler: New perspectives on normal autism, symbiosis, splitting and libidinal object constancy from cognitive developmental theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1197-1228.
- Ghent, E. M. D. (1990) Masochism, Submission, Surrender. *Contemporary Psychoanalysis*, 26(1), 108-136.
- Granqvist, P., Sroufe, L. A., Dozier, M., Hesse, E., Steele, M., van Ijzendoorn, M., ... y Steele, H. (2017). Disorganized attachment in infancy: a review of the phenomenon and its implications for clinicians and policy-makers. *Attachment & human development*, 19(6), 534-558.
- Grinker, R. Werble, B. y Drye, R. (1968). *The borderline syndrome: a behavioural study of ego functions*. Nueva York, NY: Basic.
- Gunderson, J. G. (2002). *Trastorno límite de la personalidad. Guía clínica*. Barcelona, España.
- Harpaz-Rotem, I. y Bergman, A. (2006). On an evolving theory of attachment. *The psychoanalytic study of the child*, 61(1), 170-189.
- Heinrich, H. (1997). *Borde<R>S de la neurosis*. Rosario, Argentina: Homo sapiens.
- Holmes, J. (2011, 2ª ed.). *Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura*. Bilbao, España: Desclee De Brouwer.
- Holmes, J. (2017). Roots and routes to resilience and its role in psychotherapy: a selective, attachment-informed review. *Attachment & Human Development*, 19(4), 364-381.
- Horwitz, L. Gabbard, G. O., Allen, J. ... y Coyne, L. (1996) *Borderline personality disorder: tailoring the psychotherapy to the patient*. Washington, DC: American psychiatric press.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona, España: Paidós
- Liotti, G. (2001). El núcleo del trastorno límite de personalidad: una hipótesis integradora. *Revista de psicoterapia*, 13(45), 137-158. Recuperado de: <https://bit.ly/2q6KQwi>
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472-486.
- Liotti, G., Cortina, M. y Farina, B. (2008). Attachment theory and multiple integrated treatments of borderline personality disorders. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 36(2), 295-315.
- Liotti, G. y Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Etiopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano, Italia: Raffaello Cortina Editore.
- Livesley, W. J. (2018). Terapia transdiagnóstica y transteórica para el trastorno de la personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 89-110. Recuperado de: <http://tienda.revistadepsicoterapia.com/rp110.html>
- Lyons-Ruth, K. (1991). Rapprochement or approchement: Mahler's theory reconsidered from the vantage point of recent research on early attachment relationships. *Psychoanalytic psychology*, 8(1), 1-23.
- Lyons-Ruth, K. (2017) Revisiting the Idealizing Transferences: "Needful Things" and the Faustian Bargain. *Psychoanalysis, Self and Context*, 12(3), 197-210.
- Lyons-Ruth K., Bureau J. F., Holmes B., Easterbrooks, A. y Brooks, N. H. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, 206(2-3), 273-281.
- Magnavita, J. (2000). *Relational therapy for personality disorders*. Nueva York, NY: Wiley.
- Mahler, M. S. (1972). The rapprochement subphase of the separation-individuation process. *Psychoanalytic Quarterly*, 41, 487-506.
- Main, M., y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En M. Yogman y T. B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ: Ablex.

- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E. y Tuckey, M. (2002). Maternal Mind-Mindedness and Attachment Security as Predictors of Theory of Mind Understanding. *Child development*, 73(6), 1715-1726.
- Mikulincer, M. y Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Nueva York, NY: Guilford.
- Miller-Bottomo, M., Talia, A., Safran, J. D. y Muran, J. C. (2018). Resolving alliance ruptures from an attachment-informed perspective. *Psychoanalytic Psychology*, 35(2), 175-183.
- Muran, J. C. y Safran, J. D. (2017). Therapeutic alliance ruptures. En A. E. Wenzel (Ed.), *Sage Encyclopedia of Abnormal & Clinical Psychology*. Nueva York, NY: Sage Publications.
- Obsuth, I., Hennighausen, K., Brumariu, L. E. y Lyons-Ruth, K. (2014). Disorganized Behavior in Adolescent-Parent Interaction: Relations to Attachment State of Mind, Partner Abuse, and Psychopathology. *Child Development*, 85(1), 370-387.
- Ogawa, J. R., Sroufe, L. A., Weinfield, N. S., Carlson, E. A. y Egeland, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and psychopathology*, 9(4), 855-879.
- Parnas, J. (1994). The concept of borderline conditions: a critical comment on validity issues. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 379, 26-31.
- Rodríguez Cahill, C. (2015). *Los desafíos de los trastornos de la personalidad*. Madrid, España: Grupo 5.
- Rosbrow, T. (2014). Fear of attachment, ruptured adult relationships, and therapeutic impasse. *Attachment*, 8(3), 227-235.
- Safran, J. D., y Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381-387. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1037/a0036815>
- Safran, J. D. (2016). Agency, surrender, and grace in psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 58-72.
- Semerari, A. y Dimaggio, G. (Eds.) (2008) *Los trastornos de la personalidad. Modelos y tratamiento*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A. y Collins, W. A. (2005) *The development of the person: the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. Nueva York, NY: Guilford press.
- Sroufe, L. A. (2009). The concept of development in developmental psychopathology. *Child development perspectives*, 3(3), 178-183.
- Spitzer, R., Endicott, J. y Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Archives of general psychiatry*, 36, 17-24.
- Stiles, W. B., Caro Gabalda, I. y Ribeiro, E. (2016). Exceeding the therapeutic zone of proximal development as a clinical error. *Psychotherapy*, 53(3), 268-272.
- Stone, M. H. (2007). Treatability in severe personality disorders: how far do the science and art of psychotherapy carry us. En B. Van Luyn, S. Akhtar y J. Livesley (Eds.) *Severe personality disorders: everyday issues in clinical practice* (pp. 1-29). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Talia, A., Daniel, S. A. I., Miller-Bottomo, M., Brambilla, D., Miccoli, D., Safran, J. D. y Linguardi, V. (2014) AAI predicts patients' in-session interpersonal behavior and discourse: a "move to the level of the relation" for attachment-informed psychotherapy research, *Attachment & Human Development*, 16(2), 192-209. doi: 10.1080/14616734.2013.859161
- Waldinger, R. J. y Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38(2), 190-202.