

Apego y trastornos de la personalidad: breve revisión

Nicolas Lorenzini, MSc, MPhil.

Peter Fonagy, PhD, FBA.

University College London y Anna Freud Centre, Londres, Reino Unido.

Resumen:

La teoría del apego es un modelo biopsicosocial para describir y explicar la forma en que un individuo se relaciona con otros cercanos: como sus padres, hijos y parejas sexuales. Esta forma de relacionarse es aprendida durante la infancia temprana y sirve de molde para todas las relaciones íntimas durante la vida del sujeto. Un adulto con un apego seguro ha internalizado una relación de confianza con sus padres o cuidadores durante la infancia y es por lo tanto capaz de adaptarse a distintos contextos sociales, y de mantener un equilibrio adecuado entre autonomía y dependencia para la regulación del estrés. Los estilos inseguros de apego se dividen en 1) Ansioso (el individuo es hipersensible al rechazo e intenta llamar la atención de los otros de manera compulsiva); 2) Evitativo (el individuo es hiposensible a las interacciones sociales, por lo que tiende a aislarse); y 3) Desorganizado (el sujeto es incapaz de controlar sus reacciones de estrés, por lo que tiende a sufrir desregulaciones afectivas generalizadas). El presente artículo revisa los elementos teóricos, psicológicos, neurocientíficos y del desarrollo del apego desde una perspectiva basada en la evidencia. Otorgamos un reporte actualizado del estudio del apego y de su relevancia para la comprensión de la etiología, el diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Este artículo examina la relación privilegiada entre apego y trastornos de la personalidad desde diversos ángulos, con el objetivo de introducir los avances psicoterapéuticos más recientes para el tratamiento de los trastornos de la personalidad, especialmente del trastorno límite, basados en el estudio científico del apego. Describimos tres intervenciones terapéuticas cuya efectividad ha sido demostrada por evidencia científica: el Tratamiento Basado en la Mentalización, la Psicoterapia Centrada en la Transferencia y la Terapia de Esquemas.

Introducción: La teoría de apego y su relevancia para los trastornos de la personalidad

La teoría del apego, concebida por John Bowlby (1969), se refiere a las formas características con que una persona se relaciona con sus más cercanos o “figuras de apego”: con sus padres, hijos y parejas sexuales (Hazan & Shaver, 1987; Levy, Ellison, Scott, & Bernecker, 2011). Desde el nacimiento, las interacciones entre el infante y sus figuras primarias establecerán las bases para el desarrollo de la personalidad y moldearán las interacciones íntimas subsiguientes, las expectativas de aceptación social y las actitudes frente al rechazo. Una base segura es formada a través de la estabilidad y seguridad que la figura primaria de apego (usualmente la madre) provee al infante en momentos de estrés, lo que permite al infante explorar el ambiente a su alrededor. Así, el niño crea una serie de modelos mentales acerca de sí mismo y de los demás en un contexto de interacción social (los “modelos operantes internos”), basados en reiteradas interacciones con otros significativos (Bowlby, 1973). Estas relaciones de apego tempranas son cruciales para la adquisición de las capacidad de regulación afectiva, de control atencional, mentalización, y del sentido de autonomía del infante (Fonagy et al., 2010).

La literatura del apego está dominada por evaluaciones empíricas de ciertas formas características de relacionarse. La evaluación más influyente es la Técnica de la Situación Extraña (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978): Cuando un infante es separado de su madre y es dejado junto a un extraño durante algunos minutos en un ambiente poco familiar, los infantes tienden a mostrar un número limitado de comportamientos. Tres estilos de apego han sido identificados por este procedimiento: seguro (63% de los niños), ansioso-ambivalente (16%) y ansioso-evitativo (21%). En adultos, el estilo de apego se clasifica respectivamente como seguro-autónomo (58% de la población general), ansioso (19%) y evitativo (21%) (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009; Main, Kaplan, & Cassidy, 1985); estas clasificaciones provienen de la Entrevista de Apego Adulto (AAI) (George, Kaplan, & Main, 1994; Hesse, 2008), durante la cual el entrevistado narra experiencias de apego infantil. Trabajos posteriores han revelado un cuarto estilo, el apego desorganizado, tanto en niños como en adultos (Levy et al.,

2011). Los adultos clasificados en esta categoría son también clasificados dentro de alguna de las otras tres categorías primarias (Fonagy et al., 2010).

Durante la Situación Extraña, un infante con apego seguro explorará su alrededor fácilmente en presencia de la madre, se mostrará ansioso en la presencia del extraño, se afligirá frente a la ausencia de la madre y rápidamente buscará renovar el contacto con ella a su retorno. Asimismo, un adulto categorizado como seguro, integrará coherentemente sus recuerdos de relaciones de apego tempranas en una narrativa significativa y mostrará apreciación por tales relaciones.

Un infante evitativo evidenciará menos ansiedad ante la separación, es posible que no busque renovar el contacto con la madre cuando ella retorna y puede no preferir a la madre sobre el extraño. Las narrativas del AAI de un adulto evitativo carecerán de coherencia, el entrevistado será incapaz de evocar memorias específicas para ejemplificar argumentos generales, e idealizará o devaluará sus relaciones tempranas (Fonagy et al., 2010). Este comportamiento es resultado de una desactivación del sistema de apego caracterizada por la inhibición de la búsqueda de proximidad y por la decisión de manejar el estrés por uno mismo, lo que implica un intento de evitar emociones negativas a través de la regulación no-interpersonal (Barone, Fossati, & Guiducci, 2011).

El juego y la exploración que presenta un infante ambivalente serán limitados. Se mostrará muy ansioso ante la separación y no se calmará fácilmente ante la reunión con la madre. En la misma medida, las narrativas del AAI de un adulto ansioso serán poco coherentes y mostrarán rabia, confusión o miedo en relación a figuras de apego temprano (Fonagy et al., 2010). Esto corresponde a la sobreactivación de las conductas dirigidas a obtener proximidad y protección, a una hipersensibilidad (crónica) a los signos de un posible rechazo o abandono, y a una intensificación de emociones indeseadas (Barone et al., 2011).

Un infante desorganizado presentará comportamiento inentendible y bizarro ante la separación: se quedará inmóvil, se autolesionará o incluso puede intentar escapar de la habitación. Las narrativas del AAI de un adulto desorganizado contendrán confusiones semánticas o sintácticas, especialmente cuando se le pregunta acerca de pérdidas y duelos. Esto

corresponde al colapso de las estrategias para regular el estrés, lo que desembocará en desregulación emocional total o parcial.

Estos estilos de apego se mantienen estables durante todo el ciclo vital, y su prevalencia no presenta diferencias culturales, de lenguaje ni de género (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009). Existe un 68-75% de correspondencia entre las clasificaciones de apego durante la infancia y aquellas en la adultez (Fonagy et al., 2010). Si bien el estilo de apego se mantiene estable, cuando cambia es debido a sucesos negativos en la infancia temprana, como la pérdida de alguno de los padres, el divorcio de los padres, una enfermedad terminal de uno de los padres o del niño, un desorden psiquiátrico de uno de los padres, el maltrato físico y el abuso sexual (Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999; Waters, Hamilton, & Weinfield, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000).

Si bien los procesos de apego son normativos y necesarios para la supervivencia humana (y mamífera), la teoría del apego está siendo utilizada cada vez más para investigar e intervenir en trastornos de la personalidad (Aaronson, Bender, Skodol, & Gunderson, 2006; G. Adshead & Sarkar, 2012; Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009). Estos trastornos corresponden a patrones de comportamiento permanentes que incluyen un componente intrapersonal (descontrol de impulsos, afectividad y estrés), uno interpersonal (patrones de relación disfuncionales) y uno social (que crea conflictos con los demás y con las instituciones sociales) (Adshead & Sarkar, 2012). La teoría del apego da cuenta de estas cuatro características de los trastornos de la personalidad (Westen, Nakash, Thomas, & Bradley, 2006), proveyendo de una perspectiva ideal desde la cual entender estos trastornos a partir la integración de puntos de vista psicológicos (Zheng et al., 2011), psiquiátricos (Widiger, Huprich, & Clarkin, 2011), genéticos (Angelo Picardi, Fagnani, Nisticò, & Stazi, 2011), del desarrollo (Adshead, Brodrick, Preston, & Deshpande, 2012; Baird, Veague, & Rabbitt, 2005; Braun & Bock, 2011), neurocientíficos (Bartz et al., 2011; Braun & Bock, 2011; Fonagy, Luyten, & Strathearn, 2011; Insel & Young, 2001) y clínicos (Adshead, 2010; Fossati, 2012; Levy et al., 2011; Strauss, Mestel, & Kirchmann, 2011).

Existe una gran cantidad de literatura referida a la relación entre apego y trastornos de la personalidad. El presente artículo revisa esta literatura desde el punto de vista empírico, y discute las consecuencias clínicas de esta relación.

Estilos de apego y los diferentes trastornos de la personalidad

Muchas de las características del apego inseguro adulto se asemejan a los signos y síntomas de los trastornos de la personalidad (Adshead & Sarkar, 2012). Existe una gran cantidad de estudios acerca de los patrones de apego en personas que presentan trastornos de la personalidad, especialmente del clúster B (Bender, Farber, & Geller, 2001), que señalan que estos individuos exhiben mayores índices de apego inseguro que la población general (Cassidy & Shaver, 2008). A la inversa, se ha demostrado que el apego seguro está rara vez asociado al trastorno de la personalidad límite o por evitación (Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape, & Egan, 2001; Westen et al., 2006).

Adultos con un estilo de apego ansioso son más sensibles al rechazo y a la ansiedad, y por lo tanto son propensos a trastornos de la personalidad: histriónico, límite, por evitación y por dependencia. Por otro lado, la hipoactivación del sistema de apego exhibido por individuos con un estilo evitativo explica la asociación con trastornos de la personalidad esquizoide, narcisista, antisocial y paranoide (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009; Barone, 2003; Choi-Kain, Fitzmaurice, Zanarini, Laverdiere, & Gunderson, 2009; Fossati et al., 2003; McGauley, Yakeley, Williams, & Bateman, 2011; Westen et al., 2006).

El trastorno límite de la personalidad está significativamente asociado al apego ansioso en presencia de traumas no resueltos (Aaronson et al., 2006; Ainsworth et al., 1978; Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009; Barone, 2003; Fonagy et al., 1996; Westen et al., 2006) y con estilos de apego desorganizados (Westen et al., 2006). Los estudios demuestran que un 50-80% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad cumplen los criterios para al menos uno de estos estilos (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004; Barone et al., 2011). Esto es esperable, considerando la dinámica social de acercamiento-distanciamiento, la

sensibilidad al rechazo y los desórdenes cognitivos evidentes en pacientes límite (Westen et al., 2006). La malinterpretación de la causalidad social y los desordenes del pensamiento son características típicas de estos pacientes (Shedler & Westen, 2004; Westen, 1991; Westen, Lohr, Silk, Gold, & Kerber, 1990). En términos conductuales, los pacientes límite exhiben un patrón que oscila entre la búsqueda de atención compulsiva y el aislamiento irritable. Esto implica una capacidad limitada para obtener alivio emocional por medio de nuevas relaciones de apego, aspecto que tiene consecuencias importantes para la relación terapéutica: estos pacientes estarán atentos a las fallas del terapeuta más que a sus esfuerzos (Aaronson et al., 2006; Agrawal et al., 2004; Bachelor, Meunier, Laverdiere, & Gamache, 2010; Gabbard, 2005).

Estas mismas asociaciones entre estilos de apego y rasgos de personalidad patológicos están presentes en adolescentes (Adshead et al., 2012; Hulbert, Jennings, Jackson, & Chanen, 2011; Westen et al., 2006).

La gran mayoría de las investigaciones acerca de la relación entre trastornos de la personalidad y apego no controlan la comorbilidad del Eje I ni del Eje II, por lo que los patrones de asociación pueden resultar difusos. Por ejemplo, en el caso del trastorno de la personalidad límite, la comorbilidad con el Eje I resulta en diferentes estilos de apego: trastornos límites asociados a trastornos de ansiedad o de ánimo tienden a presentar estilos ansiosos de apego, mientras que el mismo trastorno de la personalidad con abuso de sustancias o alcohol se asocia al estilo evitativo. A pesar de estas diferencias, el apego desorganizado es transversal a todas las presentaciones del trastorno límite, lo que explica la desregulación emocional de estos pacientes (Barone et al., 2011). Estas limitaciones de las investigaciones acerca de los trastornos de la personalidad ponen en relieve el valor de los nuevos sistemas de diagnóstico dimensionales por encima de los categóricos (el DSM-V) (Miller & Levy, 2011; Widiger et al., 2011), y de un entendimiento de la psiquiatría basada en el individuo más que en los síntomas (Barone et al., 2011; Luyten & Blatt, 2007; McGauley et al., 2011; Tackett, Balsis, Oltmanns, & Krueger, 2009; Westen et al., 2006; Widiger et al., 2011; Widiger & Trull, 2007). Tal forma de entender y conceptualizar la psicopatología es necesariamente longitudinal, pues sólo una perspectiva del

desarrollo puede ofrecer un insight de los procesos subyacentes a las manifestaciones sintomáticas y permitir la evaluación de las debilidades y fortalezas de cada paciente en particular, dar cuenta de las altas tasas de comorbilidad, diseñar intervenciones personalizadas y mantener una relación terapéutica fructífera (Bachelor et al., 2010; Barone et al., 2011; Fonagy, Target, Gergely, Allen, & Bateman, 2003; Shah, Fonagy, & Strathearn, 2010).

Relaciones entre la historia de apego y el desarrollo de trastornos de la personalidad

Es probable que sean muchos los caminos que desemboquen en el desarrollo de cierto estilo de apego y en sus riesgos psicopatológicos concomitantes. Tales caminos implican interacciones complejas entre factores biológicos y psicosociales.

La naturaleza estable de los estilos de apego da cuenta del desarrollo de estrategias permanentes para la regulación afectiva y del contacto social. Individuos con apego seguro confían en sus figuras de apego y perciben el ambiente como poco amenazante. Esto resulta en la capacidad de enfrentar los desafíos de la vida diaria de manera fluida, sin necesidad de aplicar mecanismos de defensa masivos; por lo tanto, este grupo de individuos son los menos propensos a los trastornos de la personalidad. Estos sujetos continúan buscando relaciones de apego efectivas durante toda la vida (Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes, & Luyten, 2011). Sujetos evitativos, que han carecido crónicamente del apoyo de figuras de apego, suelen negar o desestimar las amenazas del ambiente (Bennett, 2005). Por lo tanto, presentan un umbral más alto frente a emociones negativas o frente a las necesidades de apego, fenómeno que Bowlby llamó “autoconfianza compulsiva” (Bowlby, 1980). Individuos con apego ansioso, luego de una historia de apoyo inconsistente por parte de sus figuras de apego primarias, presentan un umbral más bajo para la percepción de las amenazas ambientales y por tanto, para desarrollar estrés. Esto explica la frecuente activación del sistema de apego, lo que provoca angustia e ira. Por consiguiente, estos sujetos exhiben búsqueda compulsiva de atención y sobredependencia. Adultos desorganizados usualmente han tenido padres quienes han sido abusivos o incapaces de resolver sus propias experiencias

traumáticas (Botbol, 2010; Fonagy & Target, 2005; Lyons-Ruth & Block, 1996; Slade, Grienberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005). Estos individuos son los más propensos a desarrollar trastornos de la personalidad (Brennan & Shaver, 1998).

Estudios con gemelos muestran que factores genéticos son responsables de un 45% de las diferencias individuales en apego ansioso y de un 36% en apego evitativo (Picardi et al., 2011). La influencia de los factores genéticos en apego seguro ha sido estimada entre un 23% y un 45%, lo que enfatiza la naturaleza bidireccional del desarrollo de las relaciones de apego: padres e infantes co-construyen patrones de relación. Es común encontrar que los mismos factores genéticos predicen tanto estilos de apego como trastornos de personalidad al mismo tiempo (Brussoni, Jang, Livesley, & Macbeth, 2000; Crawford et al., 2007; Donnellan, Burt, Levendosky, & Klump, 2008; Torgersen, Grova, & Sommerstad, 2007). De esta evidencia se desprende que son los factores ambientales los que dan cuenta de la mayor parte de la variación en el desarrollo de los estilos de apego. Entre estos factores externos, el más importante es la presencia segura de una figura primaria de apego efectiva, sensible a las señales verbales y no verbales del infante, y que es capaz de responder a éstas sin ser inundada por la ansiedad. Un niño con apego seguro ha contado con un adulto capaz de reflejar sus estados emocionales agudos de una manera consistente, certera y no invasiva (Bennett, 2005; Bouchard et al., 2008; Fonagy et al., 2011). Este proceso equipa al infante con una creciente capacidad para el procesamiento mental, particularmente con la capacidad de mentalización, entendida como la habilidad para entender el mundo interno y el mundo social en términos de estados mentales, es decir, la habilidad para imaginar que los demás poseen una mente que es esencialmente similar a la propia (Allen, 2008; Fonagy et al., 1996; Fonagy & Target, 2005; Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy & Target, 2006; Fonagy et al., 2003; Slade et al., 2005). Esta capacidad implica que un individuo con una personalidad saludable puede interpretar y responder a los sentimientos del otro, no sólo a la propia experiencia. En este sentido, la aparición del lenguaje acerca de los sentimientos está relacionada con la habilidad de la figura de apego de poner la experiencia mental del niño en palabras: infantes

con un estilo de apego seguro adquieren lenguaje más rápidamente y son más competentes verbalmente que niños inseguros (Adshead, 2010; Meins, 1997). A la inversa, el apego inseguro conduce a un desarrollo disfuncional del léxico referido a los estados internos, lo que resulta en alexitimia en la adultez (Picardi, Toni, & Caroppo, 2005). Por consiguiente, las terapias que intentan ser efectivas debieran incluir un componente que permita a los pacientes reconocer, etiquetar y comunicar sentimientos verbalmente (Allen, 2008; Fonagy & Bateman, 2007; Fonagy et al., 2011; Zanarini, 2009).

Relaciones de apego de buena calidad son el elemento crítico en el desarrollo del apego seguro. A su vez, el apego seguro emocional más que la estimulación intelectual, es crucial para el desarrollo de una personalidad saludable (Braun & Bock, 2011). No es sorprendente entonces, que exista una alta prevalencia de trauma infantil tanto en individuos con apego inseguro como en pacientes con trastornos de la personalidad (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009; Buchheim et al., 2008; Gabbard, 2005; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2005; Riggs et al., 2007; Teicher, Andersen, Polcari, Anderson, & Navalta, 2002). Traumas durante la infancia se correlacionan especialmente con el estilo adulto de apego desorganizado (Barone, 2003; Westen et al., 2006).

Pacientes con trastornos de la personalidad presentan altos índices de trauma infantil (73% reporta abuso, del cual 34% es abuso sexual, y un 82% relata negligencia). En comparación con adultos sanos, pacientes con trastornos de la personalidad tienen una probabilidad 4 veces mayor de haber sufrido traumas durante la infancia (Johnson et al., 1999). El abuso físico en la infancia aumenta el riesgo de sufrir trastornos de la personalidad antisocial, límite, pasivo-agresivo, esquizoide y por dependencia (McGauley et al., 2011). Negligencia durante la infancia se asocia al riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad antisocial, límite, narcisista, pasivo-agresivo y por evitación (Battle et al., 2004; Bennett, 2005; Johnson et al., 1999). El trastorno de personalidad límite es el asociado más consistentemente al abuso y negligencia durante la infancia (Baird et al., 2005; Battle et al., 2004; Buchheim et al., 2008; Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy et al., 2003; Johnson et al., 1999; Teicher et al., 2002). El trastorno obsesivo-compulsivo

de la personalidad ha sido asociado con abuso sexual por personas ajenas al cuidado del infante (Battle et al., 2004).

Sin embargo, no todos quienes han sufrido traumas infantiles desarrollan trastornos de la personalidad. Los efectos del trauma son influenciados tanto por predisposiciones biológicas (examinadas en la sección siguiente) como por los estilos de apego (Riggs et al., 2007). Por ejemplo, mujeres víctimas de maltrato y abuso sexual durante la adolescencia y la adultez, son más propensas a desarrollar síntomas post-traumáticos si su estilo de apego es ansioso (Sandberg, Suess, & Heaton, 2010). Asimismo, mujeres víctimas de trauma infantil poseen mayor riesgo de desarrollar síntomas de somatización si poseen un estilo ansioso de apego (Waldinger, Schulz, Barsky, & Ahern, 2006). Si consideramos que los eventos traumáticos suelen provocar la activación del sistema de apego, entonces no es difícil hipotetizar que los individuos que tienden a responder a estos eventos con desregulación emocional e inhibición de la mentalización serán menos capaces de resolver tales eventos, y por lo tanto más propensos a manifestar patologías de la personalidad más tarde en la vida.

Correlatos neurobiológicos del apego y los trastornos de la personalidad

Las nuevas tecnologías en las neurociencias humanas y animales han permitido la expansión de la investigación tanto del apego como de los trastornos de la personalidad. El hallazgo inaugural de este campo ha sido la identificación de los correlatos neurológicos de la predisposición innata del ser humano no sólo a desarrollar relaciones de apego, sino la red neural que implica la necesidad física de relacionarse íntimamente con otros humanos durante la vida. Existe una neurobiología común entre las relaciones de un infante con su madre, de una madre con su hijo(a) y las relaciones de apego romántico, que implican sistemas opioides y alcaloides del cerebro, capaces de reproducir los mismos efectos comportamentales y neurológicos que se observan en las adicciones. El cerebro del ser humano está diseñado para convertirse en adicto a las relaciones de apego (Insel, 2003; Panksepp, 1998). Tras estos descubrimientos, las dos mayores redes neurológicas implicadas en los comportamientos de apego han sido identificadas: el

sistema dopaminérgico de recompensa y el sistema oxitocinérgico (Fonagy et al., 2011). El rol del sistema dopaminérgico de recompensa con respecto a los comportamientos de apego se entiende como un mecanismo evolutivo que motiva la reproducción, el cuidado materno y la supervivencia de los hijos. Este sistema impulsa a los individuos a buscar relaciones cercanas con otros y produce una sensación de satisfacción cuando tales relaciones son obtenidas. El área más importante del cerebro incluida en este sistema es el cuerpo estriado, una proyección masiva de neuronas dopaminérgicas del cerebro medio que incluye el putamen y el núcleo caudado (Fonagy et al., 2011).

La oxitocina es una hormona neuroactiva producida en el hipotálamo y proyectada sobre áreas del cerebro relacionadas con las emociones y el comportamiento social. Juega un rol muy importante en la activación del sistema dopaminérgico de recompensa (una gran cantidad de receptores de oxitocina se encuentran en el estriado ventral, zona dopaminérgica fundamental del cerebro), y en la desactivación de los sistemas neurocomportamentales que regulan la evitación y ansiedad social (Fonagy et al., 2011; Insel & Young, 2001). Los receptores de oxitocina se encuentran en zonas del cerebro que han sido identificadas como las reguladoras del apego y de otros comportamientos sociales, como el núcleo del lecho de la estría terminal, el núcleo paraventricular del hipotálamo, el núcleo central de la amígdala, el área tegmental central y el septum lateral. Además de oxitocina, estas áreas son ricas en receptores de vasopresina (V1a), sin embargo, la oxitocina ha sido más estudiada, dada la posibilidad de esta hormona de ser sintetizada artificialmente en un laboratorio y administrada de manera segura a sujetos de investigaciones psicológicas. La investigación referida a la relación entre la vasopresina y el apego aún no consigue obtener resultados significativos (Insel, 2010).

La oxitocina funciona como facilitador del apego (Baird et al., 2005; Buchheim et al., 2009): aumenta la sensibilidad a señales de comunicación social (Guastella, Mitchell, & Dadds, 2008; Strathearn, Fonagy, Amico, & Montague, 2009; Strathearn, Iyengar, Fonagy, & Kim, 2012), acelera el acercamiento social (Bartz & Hollander, 2006), mejora el desempeño de la memoria social (Baumgartner, Heinrichs, Vonlanthen, Fischbacher, & Fehr,

2008; Rimmele, Hediger, Heinrichs, & Klaver, 2009), y facilita la codificación y recuperación de recuerdos positivos acerca de encuentros sociales (Guastella, Mitchell, & Mathews, 2008). Dado que la oxitocina atenúa la actividad en la amígdala derecha (Petrovic, Kalisch, Singer, & Dolan, 2008), ayuda a neutralizar sentimientos negativos frente a situaciones sociales y aumenta la confianza en otros (Bartz & Hollander, 2006; Heinrichs, von Dawans, & Domes, 2009; Theodoridou, Rowe, Penton-Voak, & Rogers, 2009). La oxitocina tiene el poder de inhibir el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), regulador de las respuestas de estrés, en los momentos en que el sistema de apego se activa (Fonagy et al., 2011): el apego seguro se traduce en una hipoactividad adaptativa de ese eje, reduciendo tanto la ansiedad social como la ansiedad en general (Nolte et al., 2011).

Sin embargo, estos efectos positivos de la oxitocina no son universales. La administración de esta hormona facilita el comportamiento social exclusivamente dirigido a miembros del mismo grupo, y aumenta la confianza en personas neutrales y fiables. Pero no tiene el mismo efecto con miembros del exogrupo, ni con pares que han demostrado no ser dignos de confianza en el pasado (De Dreu et al., 2010; Mikolajczak et al., 2010). Los efectos variables de la oxitocina dependen también de rasgos de personalidad: cuando se administra oxitocina a individuos que presentan alexitimia, estos mejoran sus habilidades sociales en mayor grado que quienes no presentan ese rasgo (Luminet, Grynberg, Ruzette, & Mikolajczak, 2011).

Asimismo, los estilos de apego inseguro están estrechamente relacionados con efectos divergentes de la oxitocina. Este neuropéptido se encuentra en menores concentraciones en niños maltratados y en adultos con historias de separación temprana, como también durante el período puerperal de mujeres con apego inseguro, lo que a su vez dificulta el desarrollo del apego seguro en sus hijos (Fonagy et al., 2011). En pacientes con trastorno de la personalidad límite y apego inseguro, la oxitocina actúa disminuyendo la confianza y la probabilidad de comportamiento cooperativo, y reduce respuestas de tipo disfórico frente al estrés social (Bartz et al., 2011; Simeon et al., 2011).

En conclusión, la oxitocina no facilita la confianza y el comportamiento prosocial de manera uniforme. Sus efectos en el comportamiento están

mediados por el contexto social, rasgos de personalidad, y la calidad del apego temprano (Bartz et al., 2011; Bartz, Zaki, Bolger, & Ochsner, 2011). Tal hecho subraya la importancia de entender los trastornos de la personalidad, y la salud mental en general como una combinación inextricable de factores ambientales, psicológicos y físicos (Braun & Bock, 2011; Teicher et al., 2002).

Esta perspectiva biopsicosocial del entendimiento de los trastornos de la personalidad es aún novel. La gran mayoría de la investigación se ha concentrado en los trastornos de la personalidad límite y antisocial (Gabbard, 2005, 2012). Por ejemplo, el maltrato temprano aumenta las probabilidades de desarrollar comportamientos antisociales solamente en varones que presentan polimorfismos del gen involucrado en la producción de monoamino-oxidasa A (MAO_A), una enzima que participa en el metabolismo de neurotransmisores. Hombres con mayor actividad de la MAO_A muestran menos comportamiento antisocial, incluso habiendo sufrido maltrato infantil. Esto indica que ciertos genotipos pueden moderar la sensibilidad a los estresores (Caspi et al., 2002). En estudios con primates, la agresión impulsiva está correlacionada con menores concentraciones de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) en el fluido cerebroespinal, que está involucrado en el metabolismo serotoninérgico. Sin embargo, esta característica hereditaria es moderada por las experiencias de apego: primates criados por sus madres muestran mayores concentraciones de 5-HIAA que aquéllos criados por pares. Personas con apego evitativo muestran actividad reducida en el cuerpo estriado y en el área ventral tegmental, lo que sugiere sensibilidad reducida al refuerzo social positivo. A la inversa, individuos con apego ansioso muestran una actividad aumentada de la amígdala izquierda, lo que implica mayor sensibilidad al castigo social (Vrticka, Andersson, Grandjean, Sander, & Vuilleumier, 2008). En estos casos, es el apego el que modera la relación entre genotipo, actividad nerviosa y psicopatología.

Como se ha hecho evidente en el apartado anterior, el trauma temprano tiene importantes influencias en el apego y en los trastornos de la personalidad. El hipocampo es particularmente vulnerable al estrés, dado su alta concentración de receptores de glucocorticoides. Pacientes límite evidencian un volumen menor del hipocampo y de la amígdala, especialmente si han sufrido trauma temprano (Gabbard, 2005; Hall, Olabi,

Lawrie, & McIntosh, 2010; Ruocco, Amirthavasagam, & Zakzanis, 2012; Weniger, Lange, Sachsse, & Irle, 2009). Los traumas interpersonales promueven la lateralización de los hemisferios cerebrales, afectando su integración temprana (Miskovic, Schmidt, Georgiades, Boyle, & Macmillan, 2010; Schore, 2009). Esto tiene como consecuencia que las experiencias afectivas, que son procesadas y almacenadas en el lóbulo frontal derecho, se escinden de las funciones cognitivas del hemisferio izquierdo, lo que da cuenta en parte de la desregulación emocional presente en pacientes límite (Fonagy et al., 2011; Gabbard, 2005, 2012; Miskovic et al., 2010; Pally, 2002). La traumatización temprana produce un aumento persistente en la sensibilidad del eje HPA, encargado de regular las respuestas de estrés. Este efecto es particularmente evidente en mujeres con trastorno límite que han sufrido abuso (DeSantis et al., 2011; Rinne et al., 2002). El eje HPA está íntimamente ligado al funcionamiento de la serotonina, lo que puede explicar los efectos variables de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRSs) en pacientes límite (Ni, Chan, Chan, McMMain, & Kennedy, 2009; Thomas Rinne et al., 2002).

Estas interacciones complejas entre lo innato y lo aprendido, ponen al concepto de apego en una posición privilegiada desde donde entender la etiología, el desarrollo y el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Gabbard, 2005; Pally, 2002; Siever & Weinstein, 2009). El apego se ha convertido en un concepto central en la creación, diseño y evaluación de intervenciones psicoterapéuticas. Asimismo, los investigadores se están interesando en los efectos de la psicoterapia sobre el apego, e intentando relacionar estos efectos con el proceso psicoterapéutico y sus resultados (Davila & Levy, 2006; Levy et al., 2006; Strauss et al., 2011).

Relaciones entre apego y resultados psicoterapéuticos

Dado que la evidencia empírica ha demostrado que el apego inseguro es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de la personalidad y otras enfermedades mentales, los investigadores han comenzado a estudiar la relación entre este concepto y el éxito de los procesos psicoterapéuticos.

Es ampliamente aceptado que las características del apego individual influyen los resultados de la psicoterapia, sin embargo los resultados son

inconsistentes (Kirchmann et al., 2011; Sauer, Anderson, Gormley, Richmond, & Preacco, 2010). La mayoría de los estudios muestran que los pacientes con apego seguro obtienen mejores resultados (Conradi, De Jonge, Neeleman, Simons, & Sytema, 2011; Levy et al., 2011; Meredith, Strong, & Feeney, 2007; Meyer et al., 2001; Romano, Fitzpatrick, & Janzen, 2008; Sauer et al., 2010), pero otros informan de resultados más ventajosos con pacientes evitativos y desorganizados (Fonagy et al., 1996).

El metaanálisis más importante acerca de la influencia de los estilos de apego sobre los resultados psicoterapéuticos en varios diagnósticos (incluidos los trastornos de la personalidad), tratados desde diversas orientaciones terapéuticas, demostró que el apego ansioso tiende a obtener malos resultados en psicoterapia, mientras que el apego evitativo parece no tener efecto. Este metaanálisis confirma que el apego seguro predice el éxito psicoterapéutico de manera consistente (Levy et al., 2011).

Además de relacionarse con los resultados sintomáticos, el apego está asociado a la deserción en psicoterapia. En adultos, el apego evitativo constituye un riesgo de deserción, porque los pacientes no se comprometen fácilmente con el proceso ni con el terapeuta (Levy, Meehan, Weber, Reynoso, & Clarkin, 2005; McGauley et al., 2011). La psicoterapia puede ser entendida como una amenaza para la apatía defensiva de estos pacientes, y va en detrimento de la transferencia (Levy et al., 2005; Marmarosh et al., 2009). De manera opuesta, los pacientes con apego ansioso también presentan riesgo de desertar, pues se sentirán abandonados por el terapeuta cuando éste cancela sesiones debido a imprevistos o a vacaciones. Individuos ansiosos pueden desertar como respuesta a sentirse demasiado cercanos o dependientes del terapeuta y del tratamiento (Chen-Chieh Huang, 2011).

El apego influye también en la alianza terapéutica, que a su vez tiene importantes efectos en el resultado de la terapia (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000). Mientras los pacientes con apego seguro suelen percibir a sus terapeutas como receptivos y emocionalmente disponibles, los pacientes evitativos son más reticentes a revelar situaciones personales, pues se sienten amenazados al sospechar que el terapeuta las desaprobará. Pacientes con apego ansioso anhelan mayor contacto con el

terapeuta y desearían extender la relación más allá de los límites profesionales (Bachelor et al., 2010; Saypol & Farber, 2010).

De acuerdo a la teoría del apego de Bowlby, no sólo la búsqueda de atención y protección, sino que también el atender y proteger a otros está influenciado por el apego (Bowlby, 1988). Por lo tanto, el estilo de apego del terapeuta también influye en el proceso y resultado psicoterapéutico. Los terapeutas con apego ansioso crean alianzas de trabajo fuertes, pero la calidad de la alianza disminuye cuando los pacientes muestran ansiedad social (Dinger, Strack, Sachsse, & Schauenburg, 2009; Sauer, Lopez, & Gormley, 2003). En general, las sesiones entre un terapeuta evitativo y un paciente ansioso alcanzan menor profundidad (Romano et al., 2008).

Algunos estudios han evidenciado cambios en el estilo de apego como resultado del tratamiento. Uno de los autores (PF) reportó los resultados de la psicoterapia psicoanalítica en una muestra de pacientes límite. Luego del tratamiento, 40% de la muestra fue clasificada como teniendo apego seguro; ninguno de los pacientes era seguro antes de comenzar la psicoterapia (Fonagy et al., 1995). Otro estudio mostró un aumento del apego seguro en pacientes con varios diagnósticos luego de 21 sesiones de psicoterapia psicodinámica (Travis, Binder, Bliwise, & Horne-Moyer, 2001). Un estudio en varios lugares, acerca de los resultados de varios tipos de terapia grupal, encontró mejoras consistentes en la seguridad del apego (con respecto al grupo control) luego de 9 semanas de tratamiento, que se mantuvieron luego de 1 año de seguimiento (Kirchmann et al., 2011). En un ensayo controlado aleatorio de Psicoterapia Enfocada en la Transferencia (TFP), Terapia Conductual Dialéctica (DBT) y terapia de apoyo, sólo TFP logró un cambio positivo en los estilos de apego (Levy et al., 2006). Un tratamiento exitoso no implica necesariamente lograr un apego seguro: mujeres con trastorno límite cuyos estilos cambian de desorganizado a evitativo logran mayores remisiones sintomáticas luego de psicoterapia de corto plazo (Strauss et al., 2011).

Intervenciones psicoterapéuticas basadas en el apego

Si bien existe un gran interés en las aplicaciones clínicas de la teoría del apego, la gran mayoría de la investigación clínica en trastornos de la

personalidad es de tipo conceptual o basada en estudios de casos individuales (Davila & Levy, 2006). No obstante, la investigación ha sido más extensa en el caso del trastorno límite, incluyendo pruebas controladas aleatorias (RCT, por sus siglas en inglés) y varios metaanálisis. La guía clínica más influyente es la de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), que recomienda la psicoterapia como tratamiento primario, suplementada por tratamiento psicofarmacológico sintomático (American Psychiatric Association, 2001). Los ISRSs son recomendados para disminuir la desregulación emocional y la impulsividad, mientras que los antipsicóticos se recomiendan para tratar síntomas cognitivos y perceptuales. Los ISRSs son capaces de reducir la hiperactividad del eje HPA, lo que puede ayudar a los pacientes a reflexionar sobre su experiencia interna sin ser desbordados por ansiedad, facilitando así el trabajo psicoterapéutico (Gabbard, 2005).

El Tratamiento Basado en la Mentalización

La mentalización es el proceso a través del cual entendemos a los demás, y a nosotros mismos, de manera explícita e implícita, en términos de estados mentales (Anthony Bateman & Peter Fonagy, 2008). Los trastornos mentales pueden ser entendidos, en general, como el resultado de la malinterpretación por parte de la mente de su propia experiencia y por tanto de la experiencia de los demás (Bateman & Fonagy, 2010). El concepto de mentalización está anclado en la teoría del apego. Postula que el entendimiento de uno mismo y de los demás surge como resultado de la experiencia temprana del infante de haber contado en su ambiente con adultos cariñosos y atentos que reflejaron la propia experiencia del infante de manera adecuada. La desregulación emocional y el descontrol de la atención e impulsos, provienen de relaciones tempranas de apego disfuncional (Agrawal et al., 2004; Lyons-Ruth et al., 2005; Sroufe, Egeland, & Carlson, 2005). Pero esta relación está mediada por la incapacidad de desarrollar una capacidad mentalizadora robusta (Bateman & Fonagy, 2010; Bateman & Fonagy, 2004; Bouchard et al., 2008; Fonagy, 2000; Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy et al., 2011; Levy, 2005; Weinfield, Sroufe, & Egeland, 2000; Zanarini, 2009).

Bajo condiciones de estrés, y en presencia de la activación del sistema de apego disfuncional, los pacientes límite pierden temporalmente su capacidad de mentalizar, malentendiendo así la causalidad social y desarrollando desregulación emocional (Anthony Bateman & Peter Fonagy, 2008; Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy et al., 2011). El Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT, por sus siglas en inglés) apunta a estabilizar el sentimiento de sí mismo del paciente a la vez que mantiene un nivel óptimo de tensión emocional en el contexto de una relación terapéutica bien manejada, es decir, no demasiado intensa ni demasiado distante (Bateman & Fonagy, 2006; Fonagy & Luyten, 2009). El terapeuta debe estar atento a la hipersensibilidad de estos pacientes a la ansiedad social, que puede opacar la mentalización, poniendo a la relación terapéutica en peligro (Bateman & Fonagy, 2010; Fonagy et al., 2010; Fonagy & Luyten, 2009; Gabbard & Horowitz, 2009; Gabbard et al., 1994; Prunetti et al., 2008).

Pese a sus orígenes psicoanalíticos, las intervenciones que forman parte del MBT han sido extraídas de diversas orientaciones psicoterapéuticas. Esta pluralidad, junto con la mínima cantidad de entrenamiento y supervisión necesarias (Bateman & Fonagy, 1999, 2001; Bateman & Fonagy, 2008; K. Levy, Meehan, & Yeomans, 2012), han hecho de este tratamiento una alternativa atractiva para profesionales de diversas orientaciones. Las intervenciones del MBT están diseñadas para abordar las relaciones de apego en condiciones controladas, prestando mucha atención a la evolución de la relación terapéutica. Para una descripción detallada de las técnicas y de la actitud terapéutica, recomendamos la lectura de los manuales del tratamiento (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006).

La teoría de la mentalización está siendo actualmente utilizada en el tratamiento de varios trastornos (como el trastorno de estrés post-traumático, trastornos de la alimentación, trastorno antisocial de la personalidad y depresión), en diversos encuadres: pacientes hospitalizados total o parcialmente (Bateman & Fonagy, 1999, 2001; Bateman & Fonagy, 2008; McGauley et al., 2011), y pacientes ambulatorios (Bateman & Fonagy, 2009)), y en diversos grupos de pacientes como adolescentes, familias (Midgley & Vrouva, 2012) y abusadores de sustancias (Allen, Fonagy, & Bateman,

2008; Bateman & Fonagy, 2010). El MBT ha sido manualizado para trastornos de la personalidad (Bateman & Fonagy, 2004; Bateman & Fonagy, 2006) y ha mostrado ser eficaz en varios RCTs (Bateman & Fonagy, 1999, 2001; Bateman & Fonagy, 2008; Bateman & Fonagy, 2009).

El MBT para pacientes hospitalizados con trastorno límite severo, ha demostrado ser superior al tratamiento psiquiátrico de rutina en la mejora de síntomas depresivos, en la disminución de las autolesiones y de la ideación suicida, en la reducción de días de hospitalización, y en la mejoría del funcionamiento general. Las mejorías comienzan a los 6 meses y continúan acrecentándose hacia el final del tratamiento, que dura 18 meses (Bateman & Fonagy, 1999). Seguimientos cada 3 meses demostraron que los pacientes continúan mejorando incluso 18 meses después de terminado el tratamiento (Bateman & Fonagy, 2001). Otro seguimiento de este mismo estudio, llevado a cabo 8 años después del comienzo del tratamiento, evidenció que los pacientes tratados con MBT mantuvieron sus mejorías y muestran mejor estatus vocacional y social y menor sintomatología que aquellos sometidos a tratamientos psiquiátricos de rutina (Bateman & Fonagy, 2008). Los costos de la implementación del MBT son levemente mayores que los del tratamiento de rutina, pero esos costos son absorbidos por la reducción del cuidado médico necesario durante el tratamiento y por la menor utilización de recursos de salud después del tratamiento (Bateman & Fonagy, 2003). En un contexto ambulatorio, un RCT de MBT versus manejo clínico estructurado, mostró mejorías más rápidas en los pacientes tratados con MBT en intentos de suicidio, autolesiones graves, funcionamiento social y profesional general, y en sintomatología psiquiátrica (Bateman & Fonagy, 2009).

Una nueva versión del MBT para grupos de pacientes antisociales, con una duración de 18 meses, está actualmente siendo evaluada (McGauley et al., 2011). Los resultados preliminares muestran menos agresividad de acuerdo a autorreportes y reducciones en la sintomatología psiquiátrica, luego de los primeros 6 meses de tratamiento. Sin embargo, los autores de este estudio advierten acerca de la dificultad que conlleva mantener a estos pacientes comprometidos con la terapia. Otro estudio de la efectividad del MBT, que no ha sido publicado aún, está siendo llevado a cabo en

poblaciones penitenciarias antisociales de una prisión de alta seguridad en el Reino Unido (McGauley et al., 2011).

Psicoterapia Centrada en la Transferencia

Esta psicoterapia (TFP, por sus siglas en inglés) es un tratamiento psicodinámico manualizado para pacientes con trastorno de la personalidad límite (Clarkin, Yeomans, & Kernberg, 2006). Se basa tanto en la teoría de las relaciones de objeto como en la teoría del apego: las representaciones del self y de otros, junto a sus valencias afectivas, se derivan de la internalización de relaciones de apego temprano de bebé con sus cuidadores. El nivel de diferenciación e integración de estas representaciones está afectado en individuos con trastorno límite (Kernberg, Yeomans, Clarkin, & Levy, 2008; Levy et al., 2012).

El objetivo primario de la TFP es la reducción de la sintomatología y del comportamiento autodestructivo, a través de la modificación de las representaciones del self y de los demás que son actuadas en la relación transferencial, logrando un cambio en la estructura de la personalidad del paciente. La TFP consiste en dos sesiones semanales de 45 minutos de duración durante 3 años. Su foco prioritario son los temas afectivos que emergen en la relación terapéutica (transferencial), mientras se monitorean los aspectos de la vida del paciente fuera de las sesiones. El terapeuta utiliza técnicas como la clarificación, la confrontación y la interpretación de la transferencia (es decir, la interpretación de las relaciones actuales entre el paciente y el terapeuta, que ponen en evidencia lo disparatado de las percepciones del paciente acerca de sí mismo y de los demás, incluyendo al terapeuta). A diferencia del MBT, la TFP considera la interpretación como la técnica principal para la integración de estas percepciones y representaciones disparatadas, y no intenta evitar la activación del sistema de apego durante las sesiones (Hoglend et al., 2011; Levy et al., 2005). La integración de estas representaciones y sus emociones concomitantes, permite el desarrollo de una capacidad más compleja de pensar acerca de los pensamientos, sentimientos, intenciones y deseos de uno mismo y de los demás (es decir, aumenta la capacidad de mentalización) (Levy et al., 2006). Esto conlleva a una modulación más eficaz de los afectos, mayor coherencia

de la identidad, mayor capacidad para mantener relaciones cercanas, reducción en comportamientos autodestructivos y a una mejora general en el funcionamiento social y vocacional (Kernberg et al., 2008; Levy et al., 2006; Levy et al., 2012).

La TFP es bien tolerada por los pacientes, y ha demostrado resultados positivos en relación a comportamientos parasuicidas, menos visitas a las urgencias hospitalarias, menor necesidad y duración de la hospitalización, y mejoras en el funcionamiento global (Clarkin et al., 2001). La TFP para pacientes ambulatorios es mejor que el tratamiento psiquiátrico usual (Levy et al., 2006), y sus resultados con comparables a los resultados de la Terapia Conductual Dialéctica (DBT) (Linehan et al., 2006) en comportamiento suicida luego de 1 año del tratamiento y mejor que DBT en disminuir agresividad e irritabilidad. Luego de tres años de terminado el tratamiento, los estudios muestran reducciones en los síntomas y rasgos patológicos del trastorno límite y mejorías en la calidad de vida en general (Doering et al., 2010; Giesen-Bloo et al., 2006). La TFP también ha demostrado cambios estructurales tanto en apego como en mentalización (Levy et al., 2006; Levy et al., 2006).

Terapia de Esquemas

Nacida del enfoque cognitivo-conductual, la Terapia de Esquemas (SFT, por sus siglas en inglés) ve a los pacientes límite como niños, psicológica y emocionalmente (Kellogg & Young, 2006). El mundo interno de estos pacientes es entendido como formado por cuatro esquemas patológicos acerca de sí mismos, que no se han desarrollado de manera adulta debido a factores genéticos y a un maternaje inadecuado (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Los pacientes oscilan entre actuar como sus protectores distantes (en forma de aislamiento emocional y evitación de las relaciones interpersonales), como padres castigadores (autolesiones), como niños abandonados/abusados (aislamiento y pánico) o como niños enfadados/impulsivos (expresando rabia en contra de aquellos que no son capaces de saciar sus necesidades emocionales al nivel que ellos esperan) (Kellogg & Young, 2006). Los mismos esquemas se encuentran activos en pacientes antisociales, pero se agrega uno más: el esquema adulto/sano de

sí mismo, que facilita funciones ejecutivas y cognitivas de segundo orden (Lobbestael, Arntz, & Sieswerda, 2005). Las técnicas de la SFT son cognitivas, conductuales y experienciales. Una de las técnicas más importantes es la “recreanza limitada” por parte del terapeuta: el profesional intentará satisfacer las necesidades emocionales del paciente a través de mostrarse afectuoso, empático, revelando sus propios pensamientos y sentimientos, otorgando sesiones extras o contacto telefónico o por correo electrónico, e incluso elogiando al paciente. La idea es desarrollar una relación terapéutica que actúe tanto como contraste y como antídoto a las relaciones abusivas tempranas que el paciente experimentó en su infancia, mientras se intenta mantener los límites profesionales del encuadre (Kellogg & Young, 2006; Young et al., 2003). Una vez que se logra este vínculo, técnicas cognitivas son utilizadas para modificar esquemas patológicos y el paciente es alentado a practicar comportamientos nuevos fuera de la sesión. La SFT consiste en dos sesiones semanales durante al menos 2 años.

Los resultados de la SFT han demostrado ser mejores que los de la TFP en la reducción de sintomatología límite y en la mejoría de la calidad de vida. La SFT también ha demostrado menores tasas de deserción y mejor calidad de la alianza terapéutica (Giesen-Bloo et al., 2006; Spinhoven, Giesen-Bloo, van Dyck, Kooiman, & Arntz, 2007). La SFT mostró ser más costo-efectiva que la TFP (van Asselt et al., 2008). Estos resultados deben ser interpretados con cautela, dado que el ensayo en el cual fueron basados posee importantes errores metodológicos (Levy et al., 2012). Otro estudio que agregó SFT al tratamiento usual (psicoterapia individual), mostró nula deserción y aumentó los resultados de la psicoterapia individual entre un 16% y un 94%. Estos resultados sintomáticos positivos se mantuvieron a los 6 meses de seguimiento (Farrell, Shaw, & Webber, 2009). Los resultados preliminares de un estudio que se está llevando a cabo actualmente en pacientes diagnosticados con trastornos de la personalidad antisocial, límite, narcisista y paranoide en contextos forenses, han mostrado remisiones sintomáticas y tasas de deserción satisfactorias (Bernstein & Arntz, 2009). La SFT ha obtenido buenos resultados en problemas interpersonales en pacientes con agorafobia y trastornos de la personalidad del clúster C (Gude & Hoffart, 2008).

En todas las patologías, distintos tratamientos funcionan para distintos subgrupos. Se podría decir que mientras el MBT es un enfoque más general, que resulta óptimo para pacientes con problemas múltiples en la personalidad, aunque sin un foco particular en relaciones de apego específicas, la TFP y la SFT son más focalizadas y eficaces en explorar relaciones de apego significativas particulares.

Conclusión

La teoría del apego es transversal al trabajo psicológico, psiquiátrico, social y neurocientífico con los trastornos de la personalidad. Su utilidad ha sido demostrada en el campo científico y está siendo trasladada al contexto clínico. La práctica clínica puede enriquecerse mucho por el uso de medidas psicométricas simples que permitan evaluar el estilo de apego de los pacientes, para personalizar las intervenciones terapéuticas, maximizando las ganancias y minimizando los riesgos y efectos iatrogénicos, muy comunes en el tratamiento de los trastornos de la personalidad (Adshead et al., 2012; Adshead, 2010; Conradi et al., 2011; Davila & Levy, 2006; Levy et al., 2011; Westen et al., 2006). Muchas intervenciones en salud mental tienen el potencial de activar el sistema de apego de pacientes vulnerables, pero carecen de la estructura para contener las consecuencias emocionales y comportamentales del estrés provocado por tal activación, consecuencias que se extienden desde la deserción al suicidio (Levy et al., 2012; Spinhoven et al., 2007). Por lo tanto, es necesario modificar los tratamientos y sus encuadres para poder ofrecer una “base segura” desde la cual comenzar el cambio curativo en las representaciones de las relaciones humanas del paciente (Bateman & Fonagy, 2010; Fonagy & Bateman, 2006; Levy et al., 2006).

La correspondencia con respecto a este artículo debe ser dirigida a:

Nicolas Lorenzini, Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London,
Gower Street, London WC1E 6BT, United Kingdom.

Email: nicolas.lorenzini@ucl.ac.uk

Referencias

- Aaronson, Cindy J., Bender, Donna S., Skodol, Andrew E., & Gunderson, John G. (2006). Comparison of Attachment Styles in Borderline Personality Disorder and Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Psychiatric Quarterly*, 77(1), 69-80. doi: 10.1007/s11126-006-7962-x
- Adshead, G., Brodrick, P., Preston, J., & Deshpande, M. (2012). Personality disorder in adolescence. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(2), 109-118. doi: 10.1192/apt.bp.110.008623
- Adshead, G., & Sarkar, J. (2012). The nature of personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 18(3), 162-172. doi: 10.1192/apt.bp.109.006981
- Adshead, Gwen. (2010). Written on the body: Deliberate self-harm as communication. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 24(2), 69-80. doi: 10.1080/02668731003707501
- Agrawal, HR., Gunderson, J., Holmes, BM., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with boerdeline patients: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94-104.
- Ainsworth, M.S., Blehar, M.C., Waters, Everet, & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England: Lawrence Erlbaum.
- Allen, John G. (2008). Mentalizing as a conceptual bridge from psychodynamic to cognitive-behavioural therapies. *European Psychotherapy*, 8(1), 103-121.
- Allen, John G., Fonagy, Peter, & Bateman, Anthony. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association, APA. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 158(Oct suppl).
- Bachelor, Alexandra, Meunier, Gisele, Laverdiere, Olivier, & Gamache, Dominick. (2010). Client attachment to therapist: Relation to client personality and symptomatology, and their contributions to the

- therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 454-468.
- Baird, Abigail A., Veague, Heather B., & Rabbitt, C. Elizabeth. (2005). Developmental precipitants of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 1-19.
- Bakermans-Kranenburg, Marian J., & van Ijzendoorn, Marinus H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & Human Development*, 11(3), 223-263. doi: 10.1080/14616730902814762
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol*, 68(6), 1027-1032.
- Barone, Lavinia. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 5(1), 64-77. doi: 10.1080/1461673031000078634
- Barone, Lavinia, Fossati, Andrea, & Guiducci, Valentina. (2011). Attachment mental states and inferred pathways of development in borderline personality disorder: a study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development*, 13(5), 451-469. doi: 10.1080/14616734.2011.602245
- Bartz, J., Simeon, D., Hamilton, H., Kim, S., Crystal, S., Braun, A., . . . Hollander, E. (2011). Oxytocin can hinder trust and cooperation in borderline personality disorder. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 6(5), 556-563. doi: nsq085 [pii]
- 10.1093/scan/nsq085 [doi]
- Bartz, Jennifer A., & Hollander, Eric. (2006). The neuroscience of affiliation: Forging links between basic and clinical research on neuropeptides and social behavior. *Hormones and Behavior*, 50(4), 518-528. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2006.06.018>
- Bartz, Jennifer A., Zaki, Jamil, Bolger, Niall, & Ochsner, Kevin N. (2011). Social effects of oxytocin in humans: context and person matter.

Trends in Cognitive Sciences, 15(7), 301-309. doi:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2011.05.002>

- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *Am J Psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry*, 160(1), 169-171.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*, 165(5), 631-638. doi: appi.ajp.2007.07040636 [pii]
10.1176/appi.ajp.2007.07040636 [doi]
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1365.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15.
- Bateman, Anthony, & Fonagy, Peter. (2008). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64(2), 181-194. doi: 10.1002/jclp.20451

- Bateman, Anthony W., & Fonagy, Peter. (2004). Mentalization-Based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18*(1), 36-51. doi: 10.1521/pedi.18.1.36.32772
- Battle, Cynthia L., Shea, M. Tracie, Johnson, Dawn M., Yen, Shirley, Zlotnick, Caron, Zanarini, Mary C., . . . Morey, Leslie C. (2004). Childhood Maltreatment Associated With Adult Personality Disorders: Findings From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders, 18*(2), 193-211. doi: 10.1521/pedi.18.2.193.32777
- Baumgartner, Thomas, Heinrichs, Markus, Vonlanthen, Aline, Fischbacher, Urs, & Fehr, Ernst. (2008). Oxytocin Shapes the Neural Circuitry of Trust and Trust Adaptation in Humans. *Neuron, 58*(4), 639-650. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2008.04.009>
- Bender, Donna S., Farber, BA., & Geller, JD. (2001). Cluster B personality traits and attachment. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 29*, 551-563.
- Bennett, C. Susanne. (2005). Attachment Theory and Research Applied to the Conceptualization and Treatment of Pathological Narcissism. *Clinical Social Work Journal, 34*(1), 45-60. doi: 10.1007/s10615-005-0001-9
- Bernstein, D., & Arntz, A. (2009). S18-04 Schema focused therapy for forensic patients with personality disorders: New research findings. *European Psychiatry, 24, Supplement 1*(0), S94. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(09\)70327-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(09)70327-X)
- Botbol, Michel. (2010). Towards an integrative neuroscientific and psychodynamic approach to the transmission of attachment. *Journal of Physiology-Paris, 104*(5), 263-271.
- Bouchard, M., Target, M., Lecours, S., Fonagy, P., Tremblay, L., Schachter, A., & Stein, H. (2008). Mentalization in Adult Attachment Narratives: Reflective Functioning, Mental States, and Affect Elaboration Compared. *Psychoanalytic Psychology, 25*, 47-66.
- Bowlby, John. (1969). *Attachment and Loss. Volumen 1: Attachment* (Vol. 2: Attachment). London: The Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.

- Bowlby, John. (1973). *Attachment and Loss. Volume 2: Separation-anxiety and anger* (Vol. 2: Separation-anxiety and anger). New York: Basic Books.
- Bowlby, John. (1980). *Attachment and Loss. Volume 3: Loss, Sadness and Depression*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Bowlby, John. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Braun, Katharina, & Bock, JÖRg. (2011). The experience-dependent maturation of prefronto-limbic circuits and the origin of developmental psychopathology: implications for the pathogenesis and therapy of behavioural disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 53, 14-18. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.04056.x
- Brennan, Kelly A., & Shaver, Phillip 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. doi: 10.1111/1467-6494.00034
- Brussoni, Mariana J., Jang, Kerry L., Livesley, W. John, & Macbeth, Tannis M. (2000). Genetic and environmental influences on adult attachment styles. *Personal Relationships*, 7(3), 283-289. doi: 10.1111/j.1475-6811.2000.tb00017.x
- Buchheim, Anna, Erk, Susanne, George, Carol, Kächele, Horst, Kircher, Tilo, Martius, Philipp, . . . Walter, Henrik. (2008). Neural correlates of attachment trauma in borderline personality disorder: A functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 163(3), 223-235. doi: 10.1016/j.psychresns.2007.07.001
- Buchheim, Anna, Heinrichs, Markus, George, Carol, Pokorny, Dan, Koops, Eva, Henningsen, Peter, . . . Gündel, Harald. (2009). Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinology*, 34(9), 1417-1422.
- Caspi, Avshalom, McClay, Joseph, Moffitt, Terrie E., Mill, Jonathan, Martin, Judy, Craig, Ian W., . . . Poulton, Richie. (2002). Role of Genotype in

- the Cycle of Violence in Maltreated Children. *Science*, 297(5582), 851-854. doi: 10.1126/science.1072290
- Cassidy, J., & Shaver, Phillip R. (2008). *Handbook of Attachment* (2 ed.).
- Chen-Chieh Huang, Teresa. (2011). *Psychotherapy engagers versus non-engagers: attachment style, outcome expectations, need for therapy, session duration, and therapist helping skills in intake sessions*. (Master of Science), University of Maryland, College Park.
- Choi-Kain, Lois W., Fitzmaurice, Garrett M., Zannarini, Mary C., Laverdiere, Olivier, & Gunderson, John G. (2009). The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197(11), 816-821.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F., & Kernberg, OF. (2006). *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Clarkin, John F., Foelsch, Pamela A., Levy, K. N., Hull, James W., Delaney, Jill C., & Kernberg, Otto F. (2001). The Development of a Psychodynamic Treatment for Patients with Borderline Personality Disorder: A Preliminary Study of Behavioral Change. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 487-495. doi: 10.1521/pedi.15.6.487.19190
- Conradi, Henk Jan, De Jonge, Peter, Neeleman, Albert, Simons, Peter, & Sytema, Sjoerd. (2011). Partner Attachment as a Predictor of Long-Term Response to Treatment with Couples Therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(4), 286-297. doi: 10.1080/0092623x.2011.582435
- Crawford, Thomas N., John Livesley, W., Jang, Kerry L., Shaver, Phillip R., Cohen, Patricia, & Ganiban, Jody. (2007). Insecure attachment and personality disorder: a twin study of adults. *European Journal of Personality*, 21(2), 191-208. doi: 10.1002/per.602
- Davila, J., & Levy, K. N. (2006). Introduction to the special section on attachment theory and psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 74(6), 989-993. doi: 10.1037/0022-006x.74.6.989
- De Dreu, C.K.W., Greer, L.L., Handgraaf, M.J.J., Shalvi, S., Van Kleef, G.A., Baas, M., . . . Feith, S.W.W. (2010). The neuropeptide oxytocin

- regulates parochial altruism in intergroup conflict among humans. *Science*, 328, 1408-1411.
- DeSantis, Stacia M., Baker, Nathaniel L., Back, Sudie E., Spratt, Eve, Ciolino, Jody D., Moran-Santa Maria, Megan, . . . Brady, Kathleen T. (2011). Gender differences in the effect of early life trauma on hypothalamic–pituitary–adrenal axis functioning. *Depression and Anxiety*, 28(5), 383-392. doi: 10.1002/da.20795
- Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapists' attachment, patients' interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy (Chic)*, 46(3), 277-290. doi: 10.1037/a0016913
- Doering, Stephan, Horz, Susanne, Rentrop, Michael, Fischer-Kern, Melitta, Schuster, Peter, Benecke, Cord, . . . Buchheim, Peter. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395. doi: 10.1192/bjp.bp.109.070177
- Donnellan, M. Brent, Burt, S. Alexandra, Levendosky, Alytia A., & Klump, Kelly L. (2008). Genes, Personality, and Attachment in Adults: A Multivariate Behavioral Genetic Analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(1), 3-16. doi: 10.1177/0146167207309199
- Farrell, Joan M., Shaw, Ida A., & Webber, Michael A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *J Am Psychoanal Assoc*, 48(4), 1129-1146; discussion 1175-1187.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., . . . Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64(1), 22-31.
- Fonagy, P., Luyten, Patrick, Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., & Allison, Elizabeth. (2010). Attachment and personality pathology.

- In J. F. Clarkin, P. Fonagy & G. O. Gabbard (Eds.), *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook* (1 ed., pp. 37-88). Washington, DC
London, England: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 233-279). Hillsdale: Analytic Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7(3), 333-343. doi: 10.1080/14616730500269278
- Fonagy, Peter, & Bateman, Anthony. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 1-3. doi: 10.1192/bjp.bp.105.012088
- Fonagy, Peter, & Bateman, Anthony. (2008). The Development of Borderline Personality Disorder - A Mentalizing Model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4-21. doi: 10.1521/pedi.2008.22.1.4
- Fonagy, Peter, & Bateman, Anthony W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101. doi: 10.1080/09638230601182045
- Fonagy, Peter, & Luyten, Patrick. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(Special Issue 04), 1355-1381. doi: doi:10.1017/S0954579409990198
- Fonagy, Peter, Luyten, Patrick, & Strathearn, Lane. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47-69. doi: 10.1002/imhj.20283
- Fonagy, Peter, & Target, Mary. (2006). The Mentalization-Focused Approach to Self Pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576. doi: 10.1521/pedi.2006.20.6.544

- Fonagy, Peter, Target, Mary, Gergely, George, Allen, Jon G., & Bateman, Anthony W. (2003). The Developmental Roots of Borderline Personality Disorder in Early Attachment Relationships: A Theory and Some Evidence. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(3), 412-459. doi: 10.1080/07351692309349042
- Fossati, Andrea. (2012). Adult Attachment in the Clinical Management of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(3), 159-171. doi: 10.1097/01.pra.0000415073.36121.64
- Fossati, Andrea, Feeney, Judith A., Donati, Deborah, Donini, Michela, Novella, Liliana, Bagnato, Maria, . . . Maffei, Cesare. (2003). Personality disorders and adult attachment dimensions in a mixed psychiatric sample: a multivariate study. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 191(1), 30-37.
- Gabbard, G. O., & Horowitz, M. J. (2009). Insight, transference interpretation, and therapeutic change in the dynamic psychotherapy of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166(5), 517-521. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08050631
- Gabbard, G. O. (2005). Mind, Brain, and Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 648-655.
- Gabbard, G. O. (2012). Neurobiologically Informed Psychotherapy of Borderline Personality Disorder. In R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 257-268). New York: Springer.
- Gabbard, G. O., Horwitz, Leonard, Allen, Jon G., Frieswyk, Siebolt, Newsom, Gavin, Colson, Donald B., & Coyne, Lolafaye. (1994). Transference Interpretation in the Psychotherapy of Borderline Patients: A High-Risk, High-Gain Phenomenon. *Harvard Review of Psychiatry*, 2(2), 59-69. doi: doi:10.3109/10673229409017119
- George, Carol, Kaplan, J., & Main, M. (1994). *Adult Attachment Interview: Unpublished rating manual*. Department of Psychology, University of California at Berkeley. Department of Psychology. Department of Psychology, University of California. Berkeley.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., . . . Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for

- borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*, 63(6), 649-658. doi: 63/6/649 [pii]
10.1001/archpsyc.63.6.649 [doi]
- Guastella, Adam J., Mitchell, Philip B., & Dadds, Mark R. (2008). Oxytocin Increases Gaze to the Eye Region of Human Faces. *Biological Psychiatry*, 63(1), 3-5. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.06.026>
- Guastella, Adam J., Mitchell, Philip B., & Mathews, Frosso. (2008). Oxytocin Enhances the Encoding of Positive Social Memories in Humans. *Biological Psychiatry*, 64(3), 256-258. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.02.008>
- Gude, Tore, & Hoffart, Asle. (2008). Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia and Cluster C personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2), 195-199. doi: 10.1111/j.1467-9450.2008.00629.x
- Hall, Jeremy, Olabi, Bayanne, Lawrie, Stephen M., & McIntosh, Andrew M. (2010). Hippocampal and amygdala volumes in borderline personality disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Personality and Mental Health*, 4(3), 172-179. doi: 10.1002/pmh.128
- Hazan, Cindy, & Shaver, Phillip R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524.
- Heinrichs, Markus, von Dawans, Bernadette, & Domes, Gregor. (2009). Oxytocin, vasopressin, and human social behavior. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 30(4), 548-557.
- Hesse, Erik. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (2 ed., pp. 1020). New York: Guilford Press.
- Hoglend, Per, Hersoug, Anne Grete, Bogwald, Kjell-Petter, Amlø, Svein, Marble, Alice, Sorbye, Oystein, . . . Crits-Christoph, Paul. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and

- quality of object relations. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 79(5), 697-706.
- Hulbert, Carol A., Jennings, Tarni C., Jackson, Henry J., & Chanen, Andrew M. (2011). Attachment style and schema as predictors of social functioning in youth with borderline features. *Personality and Mental Health*, 5(3), 209-221. doi: 10.1002/pmh.169
- Insel, Thomas R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiology & Behavior*, 79(3), 351-357. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9384\(03\)00148-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0031-9384(03)00148-3)
- Insel, Thomas R. (2010). The Challenge of Translation in Social Neuroscience: A Review of Oxytocin, Vasopressin, and Affiliative Behavior. *Neuron*, 65(6), 768-779. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2010.03.005>
- Insel, Thomas R., & Young, Larry J. (2001). The neurobiology of attachment. *Nat Rev Neurosci*, 2(2), 129-136.
- Johnson, Jeffrey G., Cohen, Patricia, Brown, Jocelyn, Smailes, Elizabeth M., & Bernstein, David P. (1999). Childhood maltreatment increases the risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 600-606.
- Kellogg, Scott H., & Young, Jeffrey E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458. doi: 10.1002/jclp.20240
- Kernberg, Otto F., Yeomans, Frank E., Clarkin, John F., & Levy, K. N. (2008). Transference focused psychotherapy: Overview and update. *The International Journal of Psychoanalysis*, 89(3), 601-620. doi: 10.1111/j.1745-8315.2008.00046.x
- Kirchmann, Helmut, Steyer, Rolf, Mayer, Axel, Joraschky, Peter, Schreiber-Willnow, Karin, & Strauss, Bernhard. (2011). Effects of adult inpatient group psychotherapy on attachment characteristics: An observational study comparing routine care to an untreated comparison group. *Psychotherapy Research*, 22(1), 95-114. doi: 10.1080/10503307.2011.626807

- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Dev Psychopathol*, 17(4), 959-986.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*, 74(6), 1027-1040. doi: 2006-22003-005 [pii]
10.1037/0022-006X.74.6.1027 [doi]
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J. F. (2005). Attachment and Borderline Personality Disorder: Implications for Psychotherapy. *Psychopathology*, 38(2), 64-74.
- Levy, K. N., Clarkin, John F., Yeomans, Frank E., Scott, Lori N., Wasserman, Rachel H., & Kernberg, Otto F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 481-501.
- Levy, K. N., Ellison, William D., Scott, Lori N., & Bernecker, Samantha L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 193-203. doi: 10.1002/jclp.20756
- Levy, K.N, Meehan, KevinB, & Yeomans, FrankE. (2012). An Update and Overview of the Empirical Evidence for Transference-Focused Psychotherapy and Other Psychotherapies for Borderline Personality Disorder. In R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kachele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research* (pp. 139-167). New York: Springer.
- Linehan, MM. , Comtois, KA. , Murray, A. M., Brown, MZ., Gallop, RJ., Heard, HL., . . . Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7), 757-766. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757
- Lobbestael, Jill, Arntz, Arnoud, & Sieswerda, Simkje. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 240-253. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.006>

- Luminet, O., Grynberg, D., Ruzette, N., & Mikolajczak, M. (2011). Personality-dependent effects of oxytocin: greater social benefits for high alexithymia scorers. *Biol Psychol*, 87(3), 401-406. doi: S0301-0511(11)00140-2 [pii]
10.1016/j.biopsycho.2011.05.005 [doi]
- Luyten, Patrick, & Blatt, S.J. (2007). Looking back towards the future: Is it time to change the DSM approach to psychiatric disorders? The case of depression. *Psychiatry*, 70(2), 85-99.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Dev Psychopathol*, 17(1), 1-23.
- Lyons-Ruth, K. & Block, D. (1996). The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 257-275. doi: 10.1002/(sici)1097-0355(199623)17:3<257::aid-imhj5>3.0.co;2-l
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood, and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society fir Research in Child Development*, 50(1-2), 66-104. doi: 10.2307/3333827
- Marmarosh, Cheri L., Gelso, Charles J., Markin, Rayna D., Majors, Rebekah, Mallery, Coretta, & Choi, Jaehwa. (2009). The Real Relationship in Psychotherapy: Relationships to Adult Attachments, Working Alliance, Transference, and Therapy Outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 337-350.
- McGauley, Gill, Yakeley, Jessica, Williams, Andrew, & Bateman, Anthony. (2011). Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(4), 371-393. doi: 10.1080/13642537.2011.629118
- Meins, Elizabeth. (1997). *Security of attachment and the social development of cognition*. East Sussex: Psychology Press.

- Meredith, Pamela J., Strong, Jenny, & Feeney, Judith A. (2007). Adult attachment variables predict depression before and after treatment for chronic pain. *European Journal of Pain*, 11(2), 164-170. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.01.004
- Meyer, Bjorn, Pilkonis, Paul A., Proietti, Joseph M., Heape, Carol L., & Egan, Matthew. (2001). Attachment Styles and Personality Disorders as Predictors of Symptom Course. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 371-389. doi: 10.1521/pedi.15.5.371.19200
- Midgley, N., & Vrouva, I. (2012). *Minding the child: mentalization-based interventions with children, young people and their families*. London: Routledge.
- Mikolajczak, M., Øra, Gross, James J., Lane, Anthony, Corneille, Olivier, de Timary, Philippe, & Luminet, Olivier. (2010). Oxytocin Makes People Trusting, Not Gullible. *Psychological Science*, 21(8), 1072-1074. doi: 10.1177/0956797610377343
- Miller, J. D., & Levy, K. N. (2011). Personality and personality disorders in the DSM-5: introduction to the special issue. *Personal Disord*, 2(1), 1-3. doi: 2011-02954-001 [pii]
10.1037/a0022509 [doi]
- Miskovic, Vladimir, Schmidt, Louis A., Georgiades, Katholiki, Boyle, Michael, & Macmillan, Harriet L. (2010). Adolescent females exposed to child maltreatment exhibit atypical EEG coherence and psychiatric impairment: Linking early adversity, the brain, and psychopathology. *Development and Psychopathology*, 22(02), 419-432. doi: 10.1017/S0954579410000155
- Ni, Xingqun, Chan, David, Chan, Kirsten, McMain, Shelley, & Kennedy, James L. (2009). Serotonin genes and gene-gene interactions in borderline personality disorder in a matched case-control study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33(1), 128-133. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2008.10.022>
- Nolte, Tobias, Guiney, Jo, Fonagy, Peter, Mayes, Linda C., & Luyten, Patrick. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 5. doi: 10.3389/fnbeh.2011.00055

- Pally, Regina. (2002). The neurobiology of borderline personality disorder: the synergy of "nature and nurture". *Journal of Psychiatric Practice*, 8, 133-142.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford: Oxford University Press.
- Petrovic, Predrag, Kalisch, Raffael, Singer, Tania, & Dolan, Raymond J. (2008). Oxytocin Attenuates Affective Evaluations of Conditioned Faces and Amygdala Activity. *The Journal of Neuroscience*, 28(26), 6607-6615. doi: 10.1523/jneurosci.4572-07.2008
- Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of Alexithymia and Its Relationships with the "Big Five" Factors, Temperament, Character, and Attachment Style. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(6), 371-378.
- Picardi, A., Fagnani, C., Nisticò, L., & Stazi, M. A. (2011). A Twin Study of Attachment Style in Young Adults. *Journal of Personality*, 79(5), 965-992. doi: 10.1111/j.1467-6494.2010.00707.x
- Prunetti, E., Framba, R., Barone, L., Fiore, D., Sera, F., & Liotti, G. (2008). Attachment disorganization and borderline patients' metacognitive responses to therapists' expressed understanding of their states of mind: A pilot study. *Psychotherapy Research*, 18(1), 28-36. doi: 10.1080/10503300701320645
- Riggs, Shelley, A., Sahl, Gayla, Greenwald, Ellen, Atkison, Heather, Paulson, Adrienne, & Ross, Collin A. (2007). Family environment and adult attachment as predictors of psychopathology and personality dysfunction among inpatient abuse survivors. *Violence and Victims*, 22(5), 577-600.
- Rimmele, Ulrike, Hediger, Karin, Heinrichs, Markus, & Klaver, Peter. (2009). Oxytocin Makes a Face in Memory Familiar. *The Journal of Neuroscience*, 29(1), 38-42. doi: 10.1523/jneurosci.4260-08.2009
- Rinne, T., de Kloet, E. R., Wouters, L., Goekoop, J. G., DeRijk, R. H., & van den Brink, W. (2002). Hyperresponsiveness of hypothalamic-pituitary-adrenal axis to combined dexamethasone/corticotropin-releasing hormone challenge in female borderline personality disorder subjects

- with a history of sustained childhood abuse. *Biol Psychiatry*, 52(11), 1102-1112.
- Rinne, Thomas, de Kloet, E. Ronald, Wouters, Luuk, Goekoop, Jaap G., de Rijk, Roel H., & van den Brink, Wim. (2002). Fluvoxamine Reduces Responsiveness of HPA Axis in Adult Female BPD Patients with a History of Sustained Childhood Abuse. *Neuropsychopharmacology*, 28(1), 126-132.
- Romano, V., Fitzpatrick, M., & Janzen, J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *J Couns Psychol*, 55(4), 495-504. doi: 10.1037/a0013721
- Ruocco, Anthony C., Amirthavasagam, Sathya, & Zakzanis, Konstantine K. (2012). Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 201(3), 245-252. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychresns.2012.02.012>
- Sandberg, David A., Suess, Eric A., & Heaton, Jessica L. (2010). Attachment Anxiety as a Mediator of the Relationship Between Interpersonal Trauma and Posttraumatic Symptomatology Among College Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(1), 33-49. doi: 10.1177/0886260508329126
- Sauer, Eric M., Anderson, Mary Z., Gormley, Barbara, Richmond, Christopher J., & Preacco, Lara. (2010). Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: A psychology training clinic study. *Psychotherapy Research*, 20(6), 702-711. doi: 10.1080/10503307.2010.518635
- Sauer, Eric M., Lopez, Frederick G., & Gormley, Barbara. (2003). Respective Contributions of Therapist and Client Adult Attachment Orientations to the Development of the Early Working Alliance: A Preliminary Growth Modeling Study. *Psychotherapy Research*, 13(3), 371-382. doi: 10.1093/ptr/kpg027

- Saypol, Erica, & Farber, Barry A. (2010). Attachment style and patient disclosure in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 20(4), 462-471. doi: 10.1080/10503301003796821
- Schore, Allan N. (2009). Relational Trauma and the Developing Right Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1159(1), 189-203. doi: 10.1111/j.1749-6632.2009.04474.x
- Shah, P. E., Fonagy, P., & Strathearn, L. (2010). Is attachment transmitted across generations? The plot thickens. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15(3), 329-345. doi: 10.1177/1359104510365449
- Shedler, Jonathan, & Westen, Drew. (2004). Dimensions of personality pathology: An alternative to the Five-Factor Model. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1743-1754.
- Siever, L. J., & Weinstein, L. N. (2009). The Neurobiology of Personality Disorders: Implications for Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(2), 361-398. doi: 10.1177/0003065109333502
- Simeon, D., Bartz, J., Hamilton, H., Crystal, S., Braun, A., Ketay, S., & Hollander, E. (2011). Oxytocin administration attenuates stress reactivity in borderline personality disorder: a pilot study. *Psychoneuroendocrinology*, 36(9), 1418-1421. doi: S0306-4530(11)00102-8 [pii]
10.1016/j.psyneuen.2011.03.013 [doi]
- Slade, Arietta, Grienberger, John, Bernbach, Elizabeth, Levy, Dahlia, & Locker, Alison. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298. doi: 10.1080/14616730500245880
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J Consult Clin Psychol*, 75(1), 104-115. doi: 10.1037/0022-006x.75.1.104
- Sroufe, LA., Egeland, B., & Carlson, E. (2005). *The development of the person: the Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guilford.

- Strathearn, L., Fonagy, P., Amico, J., & Montague, P. R. (2009). Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology*, 34(13), 2655-2666. doi: npp2009103 [pii]
10.1038/npp.2009.103 [doi]
- Strathearn, L., Iyengar, U., Fonagy, P., & Kim, S. (2012). Maternal oxytocin response during mother-infant interaction: associations with adult temperament. *Horm Behav*, 61(3), 429-435. doi: S0018-506X(12)00015-3 [pii]
10.1016/j.yhbeh.2012.01.014 [doi]
- Strauss, Bernhard M., Mestel, Robert, & Kirchmann, Helmut A. (2011). Changes of attachment status among women with personality disorders undergoing inpatient treatment. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(4), 275-283. doi: 10.1080/14733145.2010.548563
- Tackett, Jennifer L., Balsis, Steve, Oltmanns, Thomas F., & Krueger, Robert F. (2009). A unifying perspective on personality pathology across the life span: Developmental considerations for the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Development and Psychopathology*, 21(03), 687. doi: 10.1017/s095457940900039x
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., & Navalta, C. P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am*, 25(2), 397-426, vii-viii.
- Theodoridou, Angeliki, Rowe, Angela C., Penton-Voak, Ian S., & Rogers, Peter J. (2009). Oxytocin and social perception: Oxytocin increases perceived facial trustworthiness and attractiveness. *Hormones and Behavior*, 56(1), 128-132. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yhbeh.2009.03.019>
- Torgersen, Anne Mari, Grova, Bjørn K., & Sommerstad, Renate. (2007). A pilot study of attachment patterns in adult twins. *Attachment & Human Development*, 9(2), 127-138. doi: 10.1080/14616730701349705
- Travis, Linda A., Binder, Jeffrey, L., Bliwise, Nancy G., & Horne-Moyer, H Lynn. (2001). Changes in clients' attachment styles over the course of

- time-limited dynamic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 149-159.
- van Asselt, Antoinette D. I., Dirksen, Carmen D., Arntz, Arnoud, Giesen-Bloo, Josephine H., van Dyck, Richard, Spinhoven, Philip, . . . Severens, Johan L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry*, 192(6), 450-457. doi: 10.1192/bjp.bp.106.033597
- Vrticka, P., Andersson, F., Grandjean, D., Sander, D., & Vuilleumier, P. (2008). Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. *PLoS One*, 3(8), e2868. doi: 10.1371/journal.pone.0002868 [doi]
- Waldinger, R. J., Schulz, M. S., Barsky, A. J., & Ahern, D. K. (2006). Mapping the road from childhood trauma to adult somatization: the role of attachment. *Psychosom Med*, 68(1), 129-135. doi: 10.1097/01.psy.0000195834.37094.a4
- Waters, Everet, Hamilton, Claire E., & Weinfield, NS. (2000). The stability of attachment security from infancy to adolescence and early childhood. *Child Development*, 71(3), 678-683.
- Waters, Everet, Merrick, Susan, Treboux, Dominique, Crowell, Judith, & Albersheim, Leah. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Development*, 71(3), 684-689.
- Weinfield, NS., Sroufe, LA., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: continuity, discontinuity, and their correlates. *Child Development*, 71(3), 695-702.
- Weniger, G., Lange, C., Sachsse, U., & Irle, E. (2009). Reduced amygdala and hippocampus size in trauma-exposed women with borderline personality disorder and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 34(5), 383-388.
- Westen, Drew. (1991). Clinical assessment of object relations using the TAT. *Journal of Personality Assessment*, 56(1), 56-76.
- Westen, Drew, Lohr, Naomi, Silk, Kenneth, Gold, Laura, & Kerber, Kevin. (1990). Object relations and social cognition in borderlines, major

- depressives, and normals: A thematic apperception test analysis. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 2(4), 355-364.
- Westen, Drew, Nakash, Ora, Thomas, Cannon, & Bradley, Rebekah. (2006). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 74(6), 1065-1085.
- Widiger, Thomas A., Huprich, Steven, & Clarkin, John. (2011). Proposals for DSM-5: introduction to special section of Journal of Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 25(2), 135.
- Widiger, Thomas A., & Trull, Timothy J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71-83. doi: 10.1037/0003-066x.62.2.71
- Young, Jeffrey E., Klosko, JS., & Weishaat, ME. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373-377. doi: 10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x
- Zheng, Leilei, Chai, Hao, Chen, Wanzhen, Yu, Rongrong, He, Wei, Jiang, Zhengyan, . . . Wang, Wei. (2011). Recognition of facial emotion and perceived parental bonding styles in healthy volunteers and personality disorder patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 65(7), 648-654. doi: 10.1111/j.1440-1819.2011.02285.x