

Maria De Rivas Rull

**AFERRAMENT I TRAUMES: ESTUDI DE LES DIFERENTS VARIABLES
IMPLICADES EN CASOS AMB ESTRUCTURA
LÍMIT DE LA PERSONALITAT EN USUARIS D'UN CENTRE
D'ATENCIÓ I SEGUIMENT DE
DROGODEPENDÈNCIES.**

TREBALL DE FI DE GRAU

dirigit per la Dra. Diana Ribes Fortanet

Grau de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2023

Agraïments

Amb aquest treball he pogut experimentar de primera mà la complexitat que suposa fer un estudi científic en condicions i la importància de comptar amb un equip per a fer-ho. És per això que vull donar les gràcies a moltes persones que han fet possibles el meu treball.

Primerament, donar les gràcies a la meva tutora de pràctiques i psicòloga del CASD de Tarragona, la Noemi, que n'ha sigut una de les grans impulsores, ajudant-me a plantejar-lo des de l'inici i a dur-lo a terme fins al final. En conjunt amb la Blanca, la coordinadora i una de les psicòlogues del centre, han sigut un punt clau per a la recollida de dades. Sense elles no ho hagués pogut fer. Gràcies de tot cor.

Agrair també a la meva tutora del TFG, la Diana, que m'ha acompanyat i resolt dubtes en tot moment i que m'ha donat seguretat i ànims. Gràcies a tu, he pogut gaudir de fer aquest treball i he après molt en el procés.

Finalment, m'agradaria agrair als meus familiars, amics i parella pel suport i paciència que m'han proporcionat durant tot el transcurs del TFG, perquè han sigut ells els que han vist tot el desenvolupament del treball de primera mà, llegint-se cada nou esborrany que confeccionava. Sou els millors.

Resum

El trastorn límit de la personalitat (TLP) consisteix en un patró d'intensa impulsivitat, d'instabilitat emocional i de problemes d'identitat i amb les relacions interpersonals, amb una prevalença de 1,4-5,9% a la població general adulta i incidència aparentment tres cops major en dones. Tot i que se'n desconeix la causa exacta, se sospita que el TLP és el resultat de la interacció de factors genètics i ambientals, alguns autors es centren en els traumes durant la infància i altres donen molta importància a la teoria de l'aferrament de Bowlby i Ainsworth. El principal objectiu d'aquest estudi és avaluar la relació entre el TLP i l'aferrament, la drogoaddicció i el trauma en usuaris del CASD (Centre d'Atenció i Seguiment de Drogodependències) de Tarragona mitjançant una sèrie de tests que s'ha passat a la mostra de 13 participants (N=13) d'aquesta recerca. Els resultats obtinguts reflecteixen que la substància més prevalent, amb un 84,63% de la mostra, és l'alcohol. A més a més, el 84,62% dels usuaris presenta un aferrament insegur, sent l'estil predominant l'ansios (53,85%) i no s'ha observat cap relació estadísticament significativa entre les experiències adverses durant la infància i els estils d'aferrament. Finalment, tots els participants han viscut alguna experiència traumàtica a la seva vida, la majoria (69,23%) ha experimentat la mort sobtada d'una persona important per a ells.

Paraules clau: Trastorn límit de la personalitat, aferrament, trauma, drogodependències.

Abstract

Borderline personality disorder (BPD) consists of a pattern of intense impulsivity, emotional instability, and problems with identity and interpersonal relationships, with a prevalence of 1,4-5,9% in the general adult population and an apparent incidence three times higher in women. Although the exact cause is unknown, it is suspected that BPD is the result of the interaction of genetic and environmental factors. Some authors focus on childhood trauma, while others grant more importance to Bowlby and Ainsworth's attachment theory.

The main objective of this study is to assess the relationship between BPD and attachment, drug addiction, and trauma in users of the Center for Care and Follow-up of Drug Addiction in Tarragona, through a series of tests administered to a sample of 13 participants (N=13). The obtained results reflect that the most prevalent substance, accounting for 84,63% of the sample, is alcohol. Furthermore, 84,62% of the users exhibit insecure attachment, with the predominant style being anxious (53,85%), and no statistically significant relationship was observed between adverse childhood experiences and attachment styles. It was also found that all participants have experienced some traumatic event in their lives, with the majority (69,23%) reporting the sudden death of an important person to them.

Keywords: Borderline personality disorder, attachment, trauma, drug addiction.

Índex

1. INTRODUCCIÓ	6
2. MARC TEÒRIC	8
2.1. TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT (TLP).....	8
2.2. TEORIA DE L'AFERRAMENT (APEGU).....	10
2.2.1. <i>Estat de la qüestió en relació al TLP</i>	14
2.3. DROGOADDICCIONS.....	16
2.3.1. <i>Estat de la qüestió en relació al TLP</i>	17
2.4. TRAUMA.....	18
2.4.1. <i>Estat de la qüestió en relació al TLP</i>	19
2.5. ESTAT DE LA QÜESTIÓ EN ESTUDIS SIMILARS.....	21
3. OBJECTIUS I HIPÒTESIS	23
4. METODOLOGIA	24
4.1. MOSTRA.....	24
4.2. INSTRUMENTS.....	25
4.2.1. <i>Qüestionari d'experiències traumàtiques</i>	25
4.2.2. <i>Escala EARLY</i>	26
4.2.3. <i>Qüestionari d'experiència en les relacions de parella</i>	27
4.3. PROCEDIMENT.....	28
5. RESULTATS	29
6. DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS	35
6.1. LIMITACIONS DE L'ESTUDI.....	38
7. REFERÈNCIES	39
8. ANNEXOS	46
ANNEX 1: EQUIVALÈNCIES EN NOMENCLATURA DE L'AFERRAMENT SEGONS L'IDIOMA.....	46
ANNEX 2: RESULTATS EXPERIÈNCIES TRAUMÀTIQUES (EARLY G I TQ).....	47
ANNEX 3: FULL INFORMATIU.....	48
ANNEX 4: FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT.....	49
ANNEX 5: FORMULARI DE RECOLLIDA DE DADES.....	50
ANNEX 6: QÜESTIONARI D'EXPERIÈNCIES TRAUMÀTIQUES.....	51

1. Introducció

El trastorn límit de la personalitat (TLP) consisteix en un patró d'intensa impulsivitat, d'instabilitat emocional i de problemes d'identitat i amb les relacions interpersonals (Associació psiquiàtrica americana, 2013), amb una prevalença de 1,4-5,9% a la població general adulta i una incidència aparentment tres cops major en dones, tot i que alguns autors consideren que afecta per igual a ambdós sexes (Vall d'Hebron, 2022). Actualment se'n desconeix la causa exacta, però se sospita que el TLP és el resultat de la interacció de factors genètics i ambientals, en concret, sol haver-hi abusos sexuals o altres traumes durant la infància, pel qual, alguns autors (Lieb et al., 2004) el consideren un Trastorn per Estrès Post Traumàtic complex (TEPTc) ja que hi ha molt solapament de símptomes i una elevada comorbiditat. No obstant, de manera empírica i fenomenològica, es poden distingir, ja que cada símptoma té matisos diferents (Ford & Courtois, 2021). Estudis recents (Ford & Courtois, 2021) han trobat que el TEPT i el TEPTc sovint ocorren sense símptomes de TLP, en canvi, el TLP majoritàriament es manifesta amb un TEPT o TEPTc comòrbids.

Una altra possible teoria explicativa de l'origen del TLP és la teoria de l'aferrament, proposada per John Bowlby i Mary Ainsworth als anys 60 (Bretherton, 1992; Crittenden, 2017), que es basa en l'instint innat dels infants a establir un vincle afectiu amb els seus cuidadors, que és el fonament per a un posterior desenvolupament socioafectiu adequat i suposa una base segura des de la qual poden explorar el món (Bretherton, 1992; Flaherty & Sadler, 2011; Crittenden, 2017; Lang, 2020). Segons la disponibilitat, capacitat de resposta i suport de les figures d'aferrament en moments de necessitat s'establirà un aferrament segur o insegur (Shaver, 2005; Flaherty & Sadler, 2011). Diversos estudis, com els realitzats per Beck et al. (2017) i Ball Cooper et al. (2021) han identificat empíricament que l'aferrament insegur és un precursor del TLP, sent, dels quatre estils d'aferrament proposats per Bartholomew i Horowitz (Kidd et al., 2011), l'estil ansiós i el desorganitzat els més predominants entre adults amb TLP. Segons Bateman i Fonagy (2010), això s'explica perquè els pacients amb TLP han sigut vulnerables a traumes en edats primerenques, desenvolupant aquest aferrament insegur, que interromp el desenvolupament de la mentalització, la capacitat per reflexionar sobre els propis estats mentals i els aliens, el qual deriva en problemes de regulació emocional i d'autocontrol propis dels TLP.

D'altra banda, el TLP sol presentar molta comorbiditat amb altres trastorns, entre ells, el d'ús de substàncies (Leichsenering et al., 2023). Entre el 34,8%-73% dels casos de drogodependències reben un diagnòstic de trastorn de la personalitat, sobretot el límit i l'antisocial (Becoña et al., 2011; Parmar & Kaloiya, 2018) i es calcula que un 78% dels adults amb TLP desenvolupen un trastorn per ús de substàncies al llarg de la seva vida, el qual, en comparació amb casos de TLP que no consumeixen, els fa més impulsius i inestables, mostren més comportaments suïcides i més sovint abandonen el tractament (Kienast et al., 2014). Aquest consum sovint ve motivat per alleujar el malestar, per dissociar o per substituir-lo per estats positius com el d'intoxicació (Kienast et al., 2014). Resulta difícil determinar el tipus de relació que s'estableix entre ambdós ja que comparteixen factors etiològics com influències genètiques o factors de risc com l'abús infantil i la violència familiar (Wapp et al., 2015; Trull et al., 2018).

En context de pràctiques al CASD (Centre d'Atenció i Seguiment de Drogodependències) de Tarragona, es va observar un elevat nombre de casos amb estructura de TLP que, a més a més, presentaven relacions conflictives familiars i una sèrie de successos traumàtics viscuts al llarg de la seva vida. Això va obrir pas a investigar els estudis realitzats sobre aquest tema i es va trobar que molts estudiaven la relació entre algunes de les variables, com l'aferrament, amb el TLP, però en cap cas s'estudiaven les quatre variables (aferrament, TLP, trauma i drogodependència) alhora, el qual va justificar obrir una nova línia d'investigació a través del present estudi, que té l'objectiu d'avaluar aquestes variables en usuaris del CASD de Tarragona. Per a fer-ho, primerament s'ha realitzat una recerca teòrica sobre el TLP, l'aferrament, el trauma i les drogodependències i posteriorment s'ha procedit a avaluar aquestes variables en 13 casos reals del centre CASD de Tarragona mitjançant una recollida de dades i l'aplicació de tres tests (CRP, EARLY i TQ).

2. Marc Teòric

2.1. TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT (TLP)

Els trastorns de personalitat són un grup de psicopatologies que es caracteritzen per patrons de pensament, percepció, reacció i relació duradors en el temps i desadaptatius per a la persona, que comencen a l'adolescència o a l'inici de l'edat adulta (Zimmerman, 2021). Segons el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition*, el DSM-5 (2013), es coneixen deu trastorns de la personalitat, que es divideixen en tres clústers (A, B i C). Dintre del clúster B, hi trobem el trastorn límit de la personalitat, que, segons el DSM-5 (*American Psychiatric Association*, 2013) consisteix en un:

“Patró dominant d'inestabilitat de les relacions interpersonals, de l'autoimatge i dels afectes i impulsivitat intensa, que comença en les primeres etapes de l'edat adulta i està present en diversos contextos”, a més a més sol incloure 5 o més símptomes dels següents:

- Evitació de l'abandonament (real o imaginat)
- Patró de relacions interpersonals inestables i intenses on se sol alternar entre extrems d'idealització i devaluació
- Alteració de la identitat
- Impulsivitat en diverses àrees potencialment autolesives com el sexe, les drogues i la conducció temerària, entre d'altres
- Comportaments de suïcidi o d'automutilació, com a conductes desadaptatives per a controlar el malestar
- Inestabilitat afectiva deguda a una forta reactivitat de l'estat d'ànim
- Sensació crònica de buidor
- Dificultat per controlar la ira
- Idees paranoïdes transitòries relacionades amb l'estrès o símptomes dissociatius greus.

Per tant, el TLP afecta a quatre àrees principalment (Lieb et al., 2004), que es mostren a la Taula 1.

Taula 1. Resum de les àrees afectades en el TLP (Lieb et al., 2004).

Alteració afectiva	Solen tenir episodis afectius molt disfòrics ¹ que poden incloure ràbia, tristor, vergonya, pànic, terror i sentiments crònics de buidor i soledat. També presenten una elevada reactivitat anímica, poden canviar l'estat d'ànim ràpidament, experimentant diversos episodis disfòrics i eutímics ² durant el dia.
Alteració cognitiva	Es pot presentar en diferents graus, des d'idees sobrevalorades de ser dolent, experiències de dissociació en forma de despersonalització ³ i desrealització ⁴ , desconfiança i idees de referència ⁵ , fins a deliris i al·lucinacions, sovint en casos de depressió psicòtica. També inclou la pertorbació greu de la identitat, que es basa en una sèrie de creences falses, per exemple, pensar que un és bo un moment i dolent a l'altre.
Impulsivitat	Es pot presentar com a una autodestrucció física deliberada, com autòlisi o intents de suïcidi, o com a formes d'impulsivitat més generals, com abús de substàncies, trastorns alimentaris, conducció temerària, etc.
Relacions inestables	Se solen caracteritzar per una por molt intensa a ser abandonat, el qual implica intents desesperats per evitar quedar-se sol, i relacions properes molt turbulentes, amb discussions freqüents, ruptures reiterades, etc.

¹ Disfòria és una disminució del to de l'humor acompanyada de desconsol, ansietat, irritabilitat i excessiva reactivitat als estímuls. (Galimberti, 2002)

² Eutímia és una condició especial de l'ànim caracteritzada per tranquil·litat i absència de pors i emocions; avui en dia s'utilitza com a sinònim de serenitat i bon humor. (Galimberti, 2002)

³ Sensació de veure's a un mateix des de fora o de que les coses del voltant no son reals(Mayo clínic, 2021)

⁴ Pèrdua del sentit de la realitat i del contacte que normalment cadascú te amb la seva pròpia experiència entre les coses si persones del seu entorn. (Galimberti, 2002)

⁵ Suposició de que paraules, gestos, somriures, al·lusions de les persones que ens envolten ens pertoquen personalment, quan un simple examen de la realitat podria demostrar que no és així. (Galimberti, 2002)

Sovint, els pacients amb TLP presenten comorbiditat amb altres trastorns de l'ànim com el trastorn depressiu major o trastorn bipolar (83%), amb trastorn per ús de substàncies (78%) i trastorns d'ansietat (85%), entre d'altres (Leichsenering et al., 2023).

Pel que fa a l'etiologia, actualment, se'n desconeix la causa exacta, però sembla ser el resultat de la interacció entre una vulnerabilitat biològica determinada per la genètica i factors ambientals, com esdeveniments adversos durant la infància, que contribueixen en el desenvolupament del trastorn (Lieb et al., 2004). Amb molta freqüència es troben casos de TLP que han patit abusos sexuals durant la infància, la severitat dels quals es relaciona amb la severitat del trastorn, sense ser-ne causa suficient ni necessària pel desenvolupament d'aquest (Lie et al., 2004). Això ha portat a alguns professionals a considerar-lo un Trastorn per Estrès Post Traumàtic crònic (Lieb et al., 2004). La prevalença és de 0.7-2.7% dels adults a Estats Units (Leichsenering et al., 2023) i de 1,4-5,9% a la població general adulta, considerant-se un dels Trastorn de Personalitat més diagnosticats (Vall d'Hebron, 2022). En adolescents, trobem una prevalença d'entre 0,7-2,7% (Vall d'Hebron, 2022). La incidència del TLP aparentment és tres cops major en dones ja que la clínica més característica del trastorn és més freqüent en aquestes, mentre que els homes sovint son diagnosticats erròniament amb altres trastorns; per això, alguns autors consideren que no existeix una diferència real entre gèneres (Vall d'Hebron, 2022).

Alguns dels tractaments efectius més utilitzats pel TLP són la teràpia dialèctica conductual i la teràpia psicodinàmica (com la teràpia basada en la mentalització), així com també es poden utilitzar fàrmacs per tal de reduir alguns dels símptomes associats (Leichsenering et al., 2023), no obstant, no hi ha evidències de l'efectivitat de fàrmacs concrets pels símptomes propis del trastorn en si (Lieb et al., 2010).

2.2. TEORIA DE L'AFERRAMENT (APEGO)

La teoria de l'aferrament va sorgir al voltant dels anys 60 i és el resultat del treball conjunt de John Bowlby, que en va proposar les bases, i Mary Ainsworth, que va proporcionar evidència empírica amb la seva metodologia innovadora (Crittenden, 2017; Bretherton, 1992).

La paraula aferrament fa referència al vincle afectiu únic que s'estableix als primers anys de vida entre l'infant i les seves figures cuidadores, que és el

fonament per a un posterior desenvolupament socioafectiu adequat, és a dir, promou la regulació de les emocions i l'establiment de futures relacions interpersonals (Flaherty & Sadler, 2011; Lang, 2020).

La teoria de l'aferrament tracta sobre els vincles humans i parteix de que els humans tenen un instint o resposta psico-biològica innata (el sistema conductual de l'aferrament) que en moments de necessitat, o perill percebut, els motiva a buscar proximitat amb figures significatives per a ells (les figures d'aferrament), o a representacions internes d'aquestes, per tal d'aconseguir retornar a un estat de protecció i seguretat i així satisfer les necessitats bàsiques i assegurar la seva supervivència (Shaver, 2005; Flaherty & Sadler, 2011). A mesura que s'acosta l'edat adulta, s'utilitzen més les representacions internes de les figures d'aferrament, però al llarg de la vida mai se'n prescindeix completament (Shaver, 2005).

La disponibilitat, capacitat de resposta i suport de les figures d'aferrament en moments de necessitat suposa diferències en el funcionament del sistema d'aferrament: si els cuidadors es mostren disponibles i receptius, s'aconseguirà un aferrament segur, en canvi, si les figures no es mostren disponibles i són incapaços d'oferir suport i cobrir la necessitat, es produeix un aferrament insegur (Shaver, 2005; Flaherty & Sadler, 2011).

Un aferrament segur es genera al llarg de repetides experiències on l'infant comprova que la seva demanda ha sigut satisfeta i promou una sensació bàsica de seguretat que farà que més tard desenvolupi resiliència i confiança en la capacitat de les figures d'aferrament per proporcionar suport efectiu i en la seva pròpia capacitat per aconseguir-lo (Shaver, 2005). Pel contrari, en un aferrament insegur no s'assoleix la sensació bàsica de seguretat, el qual implica que la persona dubti de la seva autoeficàcia i de les intencions dels altres i posi en marxa estratègies secundàries per regular els afectes, ja que l'apropament a figures d'aferrament no ha resultat efectiu (Shaver, 2005). Les estratègies secundàries poden consistir en una híper activació del sistema d'aferrament (el que s'anomena aferrament ansiós o ambivalent) o en una desactivació d'aquest (aferrament evitatiu) (Shaver, 2005). La primera implica esforços intensos per assolir la proximitat desitjada amb les figures d'aferrament i assegurar-ne la seva atenció i suport, mentre que la segona inhibeix el desig i accions per a la cerca de proximitat i elimina qualsevol amenaça que pugui activar el sistema d'aferrament (Shaver, 2005). Les persones que utilitzen estratègies d'hiperactivació busquen de manera

compulsiva obtenir la proximitat i protecció desitjades, són hipersensibles a senyals d'abandonament o rebuig i tenen tendència a rumiar sobre les deficiències personals i les amenaces a les seves relacions; en canvi, els que utilitzen estratègies de desactivació, tendeixen a mantenir la distància amb els altres, se senten incòmodes amb les relacions íntimes on valoren que hi ha excessiva proximitat, persegueixen l'autosuficiència i suprimeixen records i pensaments desagradables (Shaver, 2005).

Mary Ainsworth, al 1970, mitjançant la "situació estranya", o *Strange Situation Procedure* (SSP) en anglès, va observar com els infants reaccionaven i utilitzaven als cuidadors per a calmar-se en una situació d'estrès un cop aquests havien marxat de la sala i retornat i va comprovar empíricament que els nens utilitzen estratègies provinents del sistema conductual d'aferrament innat per acostar-se als cuidadors i així establir el vincle d'aferrament, que els proporcionarà protecció i consol i que suposa una base segura des de la qual explorar el món (Follan & Minnis, 2010). La SSP va permetre obtenir tres patrons o estils d'aferrament, segons el comportament del nadó vers el retorn del cuidador: segur, ambivalent i evitatiu; tot i que més tard es va descobrir un quart, el desorganitzat-desorientat (Bretherton, 1992; Flaherty & Sadler, 2011; Crittenden, 2017; Lang, 2020), per a més informació sobre aquests estils, consultar la taula 2.

Taula 2. Patrons d'aferrament obtinguts de la SSP (Flaherty & Sadler, 2011).

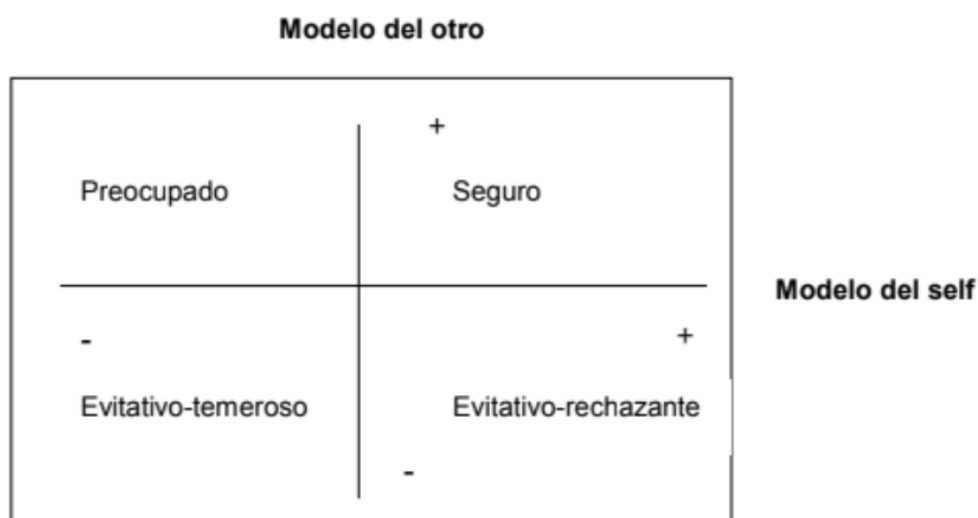
Segur	S'angoixen quan la mare marxa i deixen de jugar o explorar, però són capaços de ser consolats un cop aquesta retorna.
Evitatiu	No sembla afectar-los que la mare marxi i quan retorna no s'hi acosten o poden protestar pel seu retorn evitant-la.
Ansiós	Tenen molta angoixa quan la mare marxa i amb el seu retorn son difícils de consolar i es mostren ambivalents entre el seu desig de proximitat i la resistència a ser consolats.
Desorganitzat	No presenten una resposta estàndard al retorn de la mare, mostrant així patrons impredecibles i desorganitzats.

Els estils d'aferrament son patrons sistemàtics d'expectatives, emocions i comportaments que deriven dels esquemes mentals i afectius que el nen construeix del primer vincle format amb els cuidadors i la interacció amb aquests. Aquests esquemes relacionals son el model amb el qual percep el món, a si mateix

i modula les relacions d'aferrament que s'establiran al llarg de la vida (Shaver, 2005; Follan & Minnis, 2010).

Posteriorment, Hazan i Shaver van extrapolar l'aferrament a les relacions de parella (Levy et al., 2011) i finalment, al 1991, Bartholomew i Horowitz van unificar els models anteriors categorials i dimensionals i van elaborar un model bidimensional que incloïa la visió dels altres i la imatge pròpia, així definint quatre estils d'aferrament (Kidd et al., 2011), veure Figura 1 i Taula 3 per a més informació. Consultar Annex 1 per a veure una taula amb les diferents nomenclatures que s'utilitzen per a referir-se als diferents estils d'aferrament segons l'idioma.

Figura 1. Dimensions dels estils d'aferrament segons el model de Bartholomew i Horowitz (Yárnoz et al., 2001).



Les dues dimensions d'aquest últim model són el grau d'evitació, on la persona desconfia de les bones intencions dels altres i s'esforça per mantenir l'autosuficiència i distanciament respecte a les parelles, i el grau d'ansietat, on la persona es preocupa constantment de que la parella no estarà disponible quan ho necessiti; aquestes, alhora, es relacionen amb el grau d'intimitat i d'autonomia que presenta la persona (Shaver, 2005). La visió dels altres es relaciona amb l'avaluació de la figura d'aferrament com algú disponible i en qui es pot confiar, i la visió d'un mateix o imatge pròpia es relaciona amb l'avaluació de la pròpia capacitat per a captar l'atenció i provocar una resposta dels altres (Yárnoz et al., 2001; Kidd et al., 2011).

Taula 3. Estils d'aferrament (Yarnoz et al. 2001; Shaver, 2005; Kidd et al., 2011)

ESTIL D'AFERRAMENT	SEGUR	EVITATIU	ANSIÓS	DESORGANITZAT
Visió pròpia	Positiva	Positiva	Negativa	Negativa
Visió dels altres	Positiva	Negativa	Positiva	Negativa
Grau d'ansietat	Baix	Baix	Elevat	Elevat
Grau d'evitació	Baix	Elevat	Baix	Elevat
Pares	Consistents	Indiferents	Inconsistentes	Abús o negligència
Intimitat	Elevada	Baixa	Elevada	Ambivalent
Autonomia	Elevada	Elevada	Baixa	Ambivalent
Característiques	Se senten còmodes confiant en els altres i se'ls pot reconfortar fàcilment.	Es perceben a si mateixos com a persones resilients i autosuficients. Neguen les seves necessitats d'aferrament.	Es mostren hipervigilants a les amenaces i solen experimentar emocions negatives i baixa autoestima.	Persegueixen el contacte social, però els frena la por al rebuig, així mostrant comportaments d'acostament i allunyament. Experimenten emocions negatives i baixa autoestima.

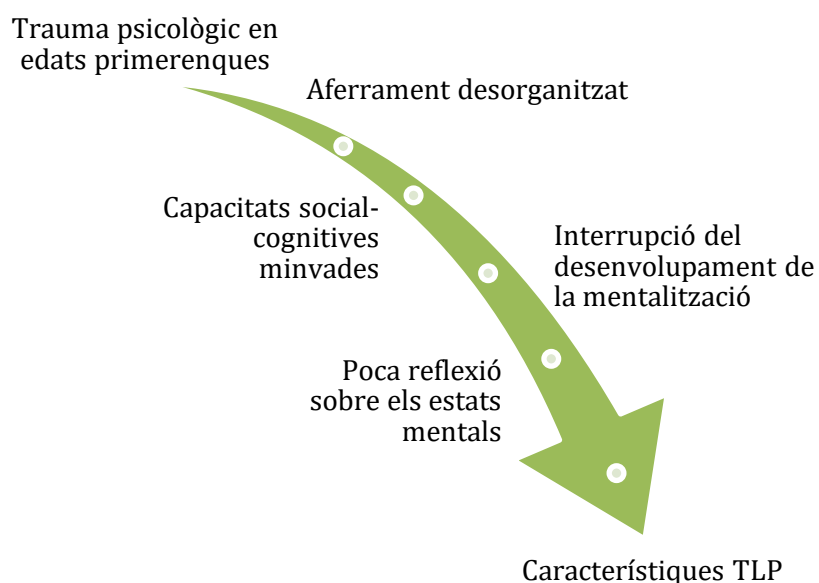
2.2.1. Estat de la qüestió en relació al TLP

La teoria de l'aferrament continua desenvolupant-se al llarg dels anys; una de les recents adicions ha sigut la teoria de la mentalització, introduïda per Fonagy i Bateman, que neix de la pròpia teoria de l'aferrament (Bateman & Fonagy, 2010). La mentalització és la capacitat d'entendre i interpretar de manera implícita i explícita els processos mentals propis i aliens, com sentiments, pensaments, fantasies, creences i desitjos (Beck et al., 2017). Molts trastorns mentals presenten dificultats amb la mentalització, però l'aplicació del concepte s'ha centrat sobre tot amb el TLP, teoritzant que els pacients amb aquest trastorn

mostren poques capacitats de mentalització o de funció reflexiva i que d'aquí en deriven els problemes amb la gestió de la impulsivitat, la regulació emocional i les relacions interpersonals (Ball Cooper et al., 2021). Aquesta falta de mentalització prové del desenvolupament primerenc i no es deu tan a un procés de maduració, sinó que vindria a ser un desenvolupament assolit gràcies a les relacions primerenques que s'estableixen, és a dir, a l'aferrament (Bateman & Fonagy, 2010). Els cuidadors exerceixen la funció de mirall afectiu, interaccionant emocionalment i enviant missatges sobre les emocions, que serveixen d'aprenentatge de la mentalització pels infants. Si això no es produeix, el nen no és capaç d'interpretar les pròpies emocions ni les dels altres perquè no ho ha après i això resultarà en una alteració del seu funcionament personal i interpersonal (Ball Cooper et al., 2021).

Diversos estudis han identificat empíricament que l'aferrament insegur és un correlat precursor del TLP, sent l'estil ansiós i desorganitzat els més predominants entre adults amb TLP (Beck et al., 2017; Ball Cooper et al., 2021). Segons Bateman i Fonagy (2010), això s'explicaria perquè els pacients amb TLP han sigut vulnerables a traumes psicològics en edats primerenques o a finals de la infància, desenvolupant així un aferrament desorganitzat que no els permetria adquirir les capacitats social-cognitives necessàries i això interrompria el desenvolupament de la mentalització, disminuint així la seva capacitat per a reflexionar sobre els propis estats mentals i els aliens, finalment conduint-los a problemes amb la regulació emocional, l'atenció i l'autocontrol, propis del TLP. Per a un esquema resum d'aquesta explicació, consultar la Figura 2.

Figura 2. Esquema explicatiu creat per l'autora a partir de la teoria de la mentalització de Bateman i Fonagy (2010).



2.3. DROGOADDICCIONS

L'addicció és considerada un trastorn des de mitjans dels anys 60 i l'abús de substàncies continua sent un dels problemes mèdics, socials i econòmics actuals al qual s'enfronta la societat (Kreek, 2001). Segons el *World Drug Report (United Nations Office on Drugs and Crime, 2016)* o informe mundial de drogues, en català, al 2014 dins de les 247 milions de persones d'entre 15 i 64 anys que van consumir alguna droga, hi havia més de 29 milions a nivell mundial que patien un trastorn per ús de substàncies amb una estimació d'unes 207.400 morts relacionades, sent els opioides la droga que va provocar més mortalitat i el cànnabis la més comunament consumida a nivell global.

Es pot definir l'addicció com a una malaltia mental crònica amb manifestacions comportamentals en un context social que es caracteritza per una pèrdua de control del consum que implica una compulsió a la cerca de la droga i a l'administració d'aquesta, sense tenir en compte les conseqüències negatives per a un mateix i pels altres (Kreek, 2001; Liu et al., 2018).

Una droga és una substància legal o il·legal que, un cop introduïda dins l'organisme, pot modificar una o més funcions d'aquest i, si és una droga d'abús, pot produir dependència (Becoña et al., 2011).

Les addiccions poden ser comportamentals, com el joc, tecnologies i sexe, o derivades de substàncies, com la cocaïna i tabac, i poden crear dependència tan psíquica, si es necessita l'administració continua i regular de la droga per produir plaer o evitar malestar, com física, si apareixen trastorns físics quan s'interromp l'administració de la droga i hi juguen un rol important la tolerància i el síndrome d'abstinència (Becoña et al., 2011).

Es considera que hi ha tres possibles factors que promouen el desenvolupament i manteniment de l'addicció: factors genètics heretats que augmenten la vulnerabilitat de la persona, alteracions en la fisiologia provocades pel consum de drogues i factors ambientals o del desenvolupament (Kreek, 2001). Les drogues produeixen canvis neuroquímics en el cervell que, amb un consum continuat, es poden convertir en permanents i acabar alterant el comportament de la persona (Kreek, 2001). En general, hi ha quatre tipus d'ús de substàncies: ocasional, recreacional, regular i addicció (Liu et al., 2018).

Els tractaments per al trastorn per ús de substàncies solen ser el farmacològic, que se centra en els receptors específics de cada droga, i el psicològic, amb teràpies com la cognitiva-conductual o teràpies d'exposició (Liu et al., 2018).

En els casos de drogoaddicció, és molt comú que hi hagi patologia dual, és a dir, coexisteixen el trastorn per ús de substàncies i un trastorn mental (Becoña et al., 2011). La presència d'aquest darrer és un factor de risc per desenvolupar una drogoaddicció, que alhora és un factor de risc de presentar un trastorn mental (Becoña et al., 2011). Per aclarir la relació entre ambdós, s'utilitza el terme *induit per substàncies*, si el consum d'aquestes en pot ser la causa, i *primari*, per a referir-se a trastorns no induïts per substàncies ni malalties mèdiques, com podria ser un trastorn de personalitat (Becoña et al., 2011).

2.3.1. Estat de la qüestió en relació al TLP

Els trastorns de personalitat, sobretot el límit i l'antisocial, son el diagnòstic més comú en consumidors de drogues, que comprenen entre el 34,8%-73% dels casos de drogodependències, mentre que en la població normal la incidència és de 10-15% (Becoña et al., 2011; Parmar & Kaloiya, 2018).

Un 78% dels adults amb TLP desenvolupen un trastorn per ús de substàncies o alguna addicció al llarg de la seva vida, el qual, en comparació amb persones amb TLP sense drogoaddicció, els fa més impulsius i inestables, mostren més comportaments suïcides i més sovint abandonen el tractament (Kienast et al.,

2014). L'ús de substàncies es pot deure a diferents factors, en els casos de persones amb TLP, sovint s'utilitzen per a alleujar el malestar o per substituir-lo per estats positius com el d'intoxicació (Kienast et al., 2014). Altres causes podrien ser el desig de dissociar o els entorns socials, on hi ha pressió per consumir (Kienast et al., 2014). Característiques del TLP com la impulsivitat i la tendència a exposar-se a conductes de risc, entre d'altres, s'associen a un risc més elevat de desenvolupar una drogoaddicció (Parmar & Kaloiya, 2018).

Aquesta elevada comorbiditat fa sospitar de que hi ha una interrelació causal entre el TLP i el trastorn per ús de substàncies, amb diferents hipòtesis possibles; sovint s'explica com un trastorn de personalitat primari seguit del desenvolupament d'un trastorn d'ús de substàncies. A més a més, correlaciona amb la severitat del trastorn per ús de substàncies i és un predictor de mal pronòstic per aquest (Parmar & Kaloiya, 2018). No obstant, hi ha autors com Wapp et al. (2015) i Trull et al. (2018) que prefereixen parlar de co-ocurrència enlloc de comorbiditat ja que se sap que en molts casos els trastorns són presents al mateix moment, però és difícil establir-ne una relació causal o no causal ja que ambdós comparteixen factors de risc, com són les influències ambientals o una personalitat base amb trets de neuroticisme o inestabilitat emocional i impulsivitat, entre d'altres. Alguns estudis han trobat evidències de que ambdós trastorns podrien compartir influències genètiques, compartint així factors etiològics (Trull et al., 2018). Wapp et al. (2015) va fer un estudi on es va veure que l'abús infantil i la violència familiar son factors de risc per a una comorbiditat entre TLP i trastorn per ús de substàncies.

Finalment, cal destacar que tenir un trastorn de personalitat no és condició exclusiva ni essencial per a tenir un trastorn per ús de substàncies (Parmar & Kaloiya, 2018).

2.4. TRAUMA

Les experiències traumàtiques consisteixen en una "exposició a un esdeveniment o sèrie d'esdeveniments de naturalesa extremadament amenaçadores o horribles" (OMS, 2019) per a la persona i augmenten el risc de desenvolupar trastorns mentals com el TEPT o el TLP, tot i que es desconeix per què algunes persones els desenvolupen i altres no. Segons la 11^a Classificació Internacional de malalties, la CIE-11 (OMS, 2019), el TEPT és un trastorn que es caracteritza per una re-experimentació de l'esdeveniment traumàtic, l'evitació de pensaments, records o

estímuls que puguin recordar l'esdeveniment i un estat d'hipervigilància o reacció de sobresalt davant d'estímuls inesperats. Recentment, la CIE-11 (OMS, 2019) ha introduït el diagnòstic de TEPT complex (TEPTc), que conté els símptomes propis del TEPT i, en addició, es caracteritza per una persistència de problemes de regulació dels afectes (desregulació emocional), problemes interpersonals (dificultats per mantenir relacions i sentir-se a prop dels demés) i un autoconcepte negatiu (sentir-se derrotat i sense valor i amb sentiments de vergonya, culpa o fracàs per l'esdeveniment traumàtic). El trauma complex fa referència a esdeveniments traumàtics de llarga durada, dels quals no s'ha pogut escapar, que solen ser de naturalesa interpersonal (abús infantil, violència domèstica, violacions, trauma mèdic, etc.) i s'ha associat amb desregulació emocional, dissociació, desconfiança, problemes interpersonals i conductes d'afrontament desadaptatives com l'autolesió o comportaments suïcides (Krause-utz, 2021).

La dissociació es defineix com una alteració de funcions com la consciència, percepció, atenció i identitat, on es manifesten una sèrie de símptomes psicològics com una separació subjectiva de la pròpia persona (despersonalització) o de l'entorn (desrealització) (Krause-Utz, 2022). Aquest símptoma pot aparèixer en diferents trastorns, entre ells el trastorn per estrès post-traumàtic (TEPT) i el TLP, i actualment no es coneix amb certesa la causa, tot i que es sospita que interaccionen diversos factors com la vulnerabilitat genètica, el temperament i l'ambient, incloent experiències d'abús i maltractament a la infància (Krause-Utz, 2022). Les teories socio-cognitives sobre la dissociació destaquen la importància d'aquesta vulnerabilitat genètica, de factors socials i de perturbacions de la son, mentre que models del trauma consideren el trauma com a un factor de risc crucial i expliquen la dissociació com un mecanisme de defensa per afrontar experiències desbordants durant un fet traumàtic, que es torna desadaptatiu si es generalitza per a totes les situacions estressants (Krause-Utz, 2022).

2.4.1. Estat de la qüestió en relació al TLP

La dissociació lligada a l'estrès és un símptoma que sol aparèixer en pacients amb TLP, un 80% d'ells han patit alguns dels símptomes dissociatius com despersonalització, analgèsia o desrealització (Krause-Utz, 2022). La severitat de la dissociació es relaciona amb la severitat d'experiències traumàtiques viscudes, que, com ja s'ha vist, solen ser molt presents en pacients amb TLP (Krause-Utz, 2022). També va molt lligada a altres característiques del trastorn com la

desregulació emocional o els problemes d'identitat i podria contribuir als episodis autolítics, tan per la dificultat en entendre les pròpies emocions com per l'analgèsia que pot provocar (Krause-Utz, 2022).

Pel que fa al TEPTc, diferents investigadors es pregunten com diferenciar-lo, tan empíricament com teòricament, del TLP ja que hi ha molt solapament de símptomes i una elevada comorbiditat; en una mostra psiquiàtrica danesa d'individus hospitalitzats, es va trobar que el 79% de pacients amb TEPTc també presentava TLP i el 40,5% de casos amb TLP presentava de manera comòrbida TEPTc (Dijke, Hopman & Ford, 2018). La principal diferència entre ambdós trastorns és que el TLP no requereix la presència d'esdeveniments traumàtics per a ser diagnosticat -mentre que el TEPT sí ho requereix-, no obstant, les persones amb TLP sovint presenten un historial d'abús i maltractament i el trauma infantil és major que en altres trastorns (Krause-utz, 2021). Segons Ford & Courtois (2021), tot i que la definició dels símptomes se solapa, els trastorns es poden distingir de manera empírica i fenomenològica, ja que la manifestació de cada símptoma té matisos diferents; per exemple, en el TEPTc la desregulació emocional es manifesta com dificultats per auto calmar-se i per una sensació crònica d'adormiment o insensibilitat, mentre que en el TLP es manifesta com una labilitat emocional (experimenten emocions contràries en un període curt de temps) i ràbia descontrolada; per a més exemples consultar Taula 4.

Taula 4. Exemples dels matisos entre els símptomes del TEPTc i el TLP (Ford & Courtois, 2021; The Wave Clinic, 2022).

TEPTc	TLP
Autopercepció negativa	
Més aviat estable i relacionada amb una baixa autoestima i el sentiment crònic de culpa, vergonya i fracàs.	La identitat és més fragmentada i inestable, canvien més sovint de hobbies i gustos.
Problemes relacionals	
Caracteritzats per directament evitar les relacions íntimes a causa de la por a la proximitat i la desconfiança.	Busquen relacions íntimes, però sovint son incapaços de mantenir-les, degut a "atacs" d'hostilitat i a una alternança entre dependència i desvinculació per evitar l'abandonament real o imaginat
Dissociació	
Com a mecanisme protector per evitar re-experimentar el trauma, emocions intenses o quan es troben amb un detonador dels records traumàtics.	Com a reacció transitòria durant una situació molt estressant o davant un abandonament (real o percebut).
Desregulació emocional	
Regulen en excés les seves emocions, utilitzant l'adormiment emocional, l'evitació o retirada i la dissociació per gestionar els records traumàtics. Poden tenir dificultats per calmar-se quan aquests mecanismes fallen.	Regulen poc les emocions intenses, manifestant sovint labilitat emocional i expressant molta ira o autolesionant-se.

Per acabar, estudis recents han trobat que el TEPT i el TEPTc sovint succeeixen sense símptomes de TLP, però que el TLP majoritàriament es manifesta amb un TEPT o TEPTc comòrbids (Ford & Courtois, 2021).

2.5. ESTAT DE LA QÜESTIÓ EN ESTUDIS SIMILARS

En aquest apartat es pretén recollir les troballes realitzades per altres estudis similars al present que han intentat relacionar les variables estudiades en aquesta recerca amb el TLP.

No s'han trobat gaires estudis que avaluïn TLP, trauma i aferrament i encara menys que estudiïn la variable de l'ús de substàncies, ja que en molts casos simplement es té en compte com una conducta derivada de la simptomatologia del TLP. Com s'ha vist en l'apartat 2.3.1, diferents investigadors hipotetitzen que el TLP precedeix a la drogodependència i que trets com la desinhibició i la impulsivitat augmenten el risc de desenvolupar un trastorn per ús de substàncies. Tampoc s'han trobat gaires estudis que tinguessin explícitament en compte la variable aferrament com a tal, però molts estudis que aborden el trauma, menciona experiències traumàtiques durant l'etapa de la infantesa, tan per abusos com per maltractament (Krause-utz, 2021; Ford & Courtois, 2021; Krause-utz, 2022).

L'estudi de Mosquera et al. (2014) examina la relació entre problemes d'aferrament, història de maltractament i negligència infantil (experiències d'aferrament traumàtiques), dissociació estructural i símptomes observats en pacients amb TLP, amb l'objectiu de descriure el procés pel qual es passa d'un aferrament problemàtic a la simptomatologia de TLP. Segons Mosquera et al. (2014), els patrons d'aferrament son un factor causal rellevant pel desenvolupament del TLP, tot i que també destaquen la predisposició genètica i les experiències traumàtiques viscudes. Per entendre el procés que pot conduir d'un aferrament insegur al desenvolupament i manteniment de símptomes de TLP, utilitzen la teoria de la dissociació estructural de la personalitat (Mosquera et al., 2014). Aquesta teoria va ser creada pel Dr. Onno Van der Hart a principis dels 2000 i postula que un trauma sever i crònic pot portar a la fragmentació de la personalitat en diferents parts o estats, cadascuna amb els seus records, emocions i comportaments (Van der Hart et al., 2005; Mosquera et al., 2014). Segons aquesta teoria, hi ha dos tipus principals d'estats de la personalitat que son la part aparentment normal (PAN) i la part emocional (PE): la primera s'ocupa del funcionament diari de la persona i sovint no té consciència dels records o experiències traumàtiques, mentre que la segona sí que està associada a aquests i s'activa quan algun estímul fa recordar el trauma (Van der Hart et al., 2005; Mosquera et al., 2014).

Tot aquest sistema basat en una dissociació és una estratègia adaptativa, però pot esdevenir un problema quan l'individu te dificultats per integrar les diferents parts de la seva personalitat, el qual pot conduir-lo a símptomes dissociatius com

l'amnèsia dissociativa, la despersonalització o, fins i tot, el trastorn d'identitat dissociativa, comunament conegut com trastorn de personalitat múltiple (Van der Hart et al., 2005; Mosquera et al., 2014). Per a aquests investigadors, els problemes clínics post-traumàtics se situen en un continu que va des del trauma agut i TEPT en un extrem i el trastorn d'identitat dissociativa a l'altre extrem, considerant-se el perfil més greu, i al mig d'aquest espectre hi situarien el TLP (Mosquera et al., 2014).

Mosquera et al. (2014) conclouen que les persones amb TLP sovint tenen un aferrament insegur i desorganitzat i que això, per si sol, no pot explicar la complexitat del TLP ni és causa única, però, en conjunt amb les experiències traumàtiques primerenques, poden portar a la fragmentació o dissociació de la personalitat, i a la desregulació emocional i altres símptomes del TLP. També especifiquen que cada patró d'aferrament pot generar diferents problemes en la regulació emocional, així manifestant diferents característiques i subtipus de TLP.

L'estudi de del Blanco & Higes (2019), també dona molta importància a identificar els traumes precoços i els estils d'aferrament dels pacients que acudeixen a salut mental degut a la seva associació amb el desenvolupament i gravetat de la psicopatologia. Aquestes investigadores van trobar una associació significativa entre la presència d'esdeveniments traumàtics durant la infància i el desenvolupament d'un aferrament insegur.

3. Objectius i hipòtesis

El principal objectiu del present estudi és avaluar la relació entre el TLP i l'aferrament, la drogoaddicció i el trauma en usuaris del CASD (Centre d'Atenció i Seguiment de Drogodependències) de Tarragona.

Els objectius específics són:

1. Estudiar la història toxicològica en usuaris amb estructura TLP en una mostra del CASD de Tarragona per tal de determinar la substància més prevalent.
2. Analitzar i descriure els estils d'aferrament entre els casos estudiats en el CASD de Tarragona i observar si hi ha un estil d'aferrament predominant.
3. Estudiar la relació entre experiències adverses durant la infància i els estils d'aferrament en una mostra d'usuaris del CASD de Tarragona.

4. Observar la presència de traumes vitals en usuaris amb estructura de TLP en una mostra del CASD de Tarragona i si coincideixen els tipus de traumes entre els diferents participants de l'estudi.

Les hipòtesis referents als objectius anteriors són:

1. Existeix una o varies drogues comunes entre tots els subjectes estudiats, en concret, el cànnabis.
2. L'ús de substàncies es relaciona amb una motivació per disminuir el malestar emocional associat al TLP.
3. Predomina l'estil d'aferrament insegur desorganitzat o ansiós entre els casos estudiats.
4. Tots els subjectes d'aquest estudi han patit diversos traumes al llarg de la seva vida.
5. S'intueix una comorbiditat amb TEPT en la mostra estudiada.
6. Els subjectes d'aquest estudi tenen en comú un o més episodis d'abús sexual.
7. Existeix una relació entre experiències familiars adverses durant la infància i adolescència i l'aferrament.
8. La mostra reflecteix una majoria de dones amb estructura de TLP, concordant amb prevalença indicada per la bibliografia prèvia.

4. Metodologia

Per a realitzar aquest estudi, s'ha seguit un disseny de tipus observacional descriptiu i transversal. A continuació, es descriu amb detall la metodologia utilitzada.

4.1. MOSTRA

S'ha realitzat l'estudi a una població que té dues característiques en comú, tots son usuaris del CASD de Tarragona i presenten TLP o estructura de TLP. Aquestes característiques eren alhora les condicions per a participar en l'estudi, a més a més de ser major d'edat.

S'ha tingut en compte la presència o no de diagnòstic de TLP, sense ser un criteri d'exclusió, acceptant casos que no el presenten, però sí la estructura de TLP, en base al criteri de les psicòlogues del CASD de Tarragona. Cal remarcar que el fet de no tenir el diagnòstic de TLP no vol dir que la persona no en tingui, sinó que fa referència a si ha sigut avaluada al respecte. Així, pot haver-hi persones sense

diagnòstic que presentin TLP, per aquest motiu s'ha decidit incloure a participants amb estructura de TLP.

S'ha obtingut una mostra inicial de N= 14 persones que han participat en l'estudi, però una persona s'ha exclòs per falta d'informació i errors en la contestació dels tests, obtenint així una mostra final de N=13. Per caracteritzar la mostra s'ha registrat informació sobre diferents variables sociodemogràfiques, com l'edat i el sexe dels participants, que es pot consultar en l'apartat de resultats.

La selecció de participants s'ha realitzat de forma aleatòria, segons les visites programades amb les psicòlogues del centre durant el període de recollida de dades, que va ser durant els mesos d'abril i maig de 2023. La seva participació s'ha realitzat sota el seu consentiment informat un cop proporcionada la informació pertinent a l'estudi i els resultats obtinguts amb la recollida de dades s'han retornat al les seves psicòlogues assignades. Per a revisar el full informatiu i el full de consentiment informat, consultar l'Annex 3 i l'Annex 4, respectivament.

4.2. INSTRUMENTS

Els materials utilitzats en aquest estudi han sigut els següents:

- Formulari de recollida de dades de cada participant amb les seves dades sociodemogràfiques i la seva història toxicològica. A més a més, la seva psicòloga assignada anota el seu número identificatiu -corresponent al número d'història clínica-, per tal de mantenir el seu anonimats de cara a l'autora de l'estudi, la presència de diagnòstic de TLP i altra informació d'interès. Per últim, amb les dades recollides amb els tests, s'omple l'apartat d'aferrament i traumes. Per a veure la plantilla, consultar Annex 5.
- Tres qüestionaris que s'expliquen més profundament a continuació.

4.2.1. Qüestionari d'experiències traumàtiques

És un instrument creat per Davidson, Hughes i Blazer al 1990 amb l'objectiu de servir de cribratge pel TEPT, sense fer-ne un diagnòstic (Bobes et al., 2000).

Consta de 45 ítems en format d'afirmació amb una alternativa de resposta dicotòmica (si/no) que es divideixen en tres blocs:

- El primer bloc inclou 18 ítems que quantifiquen la presència de successos estressants al llarg de la vida i, en cas afirmatiu, s'escriu addicionalment l'edat en que es van experimentar i la durada.

- El segon bloc especifica l'esdeveniment viscut com a més desagradable per a la persona i inclou 9 ítems que avaluen les característiques d'aquest, amb una alternativa de resposta de SÍ i NO.

- El tercer bloc inclou 18 ítems que examinen els símptomes del TEPT associat a l'esdeveniment traumàtic i, dels quals, s'obtenen les dades quantitatives de l'instrument, ja que és l'únic bloc que es puntua. S'assigna un valor d'un punt a cada símptoma present i se sumen les puntuacions obtingudes, amb una puntuació final que pot anar de 0, el qual representa absència des símptomes, a 18, el qual representa màxima gravetat dels símptomes del TEPT, sense haver-hi un punt de tall assignat.

En el present estudi, aquest instrument s'ha utilitzat com a eina per a recollir, de manera qualitativa, les experiències traumàtiques viscudes per cada participant i, de manera quantitativa, el número de símptomes de TEPT que reunia cada participant, com a indicador de la possible presència de TEPT a la mostra. Donat que no hi havia un punt de tall assignat, s'ha utilitzat una puntuació superior a 9 com a valor de referència per a sospitar un TEPT en els participants ja que suposa la puntuació que se situa al mig i puntuacions superiors indiquen que la persona presenta més de la meitat dels símptomes del TEPT.

Per a consultar el qüestionari, veure Annex 6.

4.2.2. Escala EARLY

És un instrument creat per González, Mosquera i Santed al 2019 per a avaluar el trauma relacional a la infància i l'adolescència (des del naixement fins als 18 anys).

Consta de 77 ítems dividits en tres blocs:

- EARLY G és un qüestionari qualitatiu que inclou 14 ítems sobre esdeveniments traumàtics en diferents contextos intra i extra familiars, en forma d'afirmació i amb resposta dicotòmica (si/no).

- EARLY FP és una escala quantitativa sobre experiències de cures positives en l'entorn familiar que conté 19 ítems amb resposta en escala de Likert de 0 a 10, segons el grau en que l'afirmació s'ajusta a l'experiència de la persona (0= no té res a veure amb la meva experiència; 10=coincideix totalment amb la meva experiència), sent 0 la puntuació mínima i 190 la màxima, tot i que, un cop feta la mitjana, la puntuació final s'estableix en un rang de 0 a 10.

- EARLY FN és una escala sobre les experiències familiars adverses que conté 44 ítems subdividits en 7 subescales, recollides a la taula 5 amb els seus ítems

corresponents, amb resposta en escala de Likert de 0 a 10, les puntuacions màximes i mínimes funcionen igual que al EARLY FP. A més a més, els últims 5 ítems no puntuen a cap subescala ja que són de control i proporcionen informació sobre la poca fiabilitat de l'escala degut a una actitud d'idealització o defensiva o per problemes en recordar l'etapa a la qual fa referència el qüestionari.

Taula 5. Subescales i ítems del EARLY FN.

SUBESCALA	ÍTEMS
Abandonament emocional (A)	1, 8, 16, 23, 30 i 37
Sobreprotecció (S)	2, 9, 17, 24, 31 i 38
Maltractament físic (M)	3, 11, 18, 25 i 32
Veure problemes a casa (O)	4, 12, 19, 26 i 33
Inversió de rols (I)	5, 13, 20, 27, 34 i 39
Alta exigència (EX)	6, 14, 21, 28, 31 i 35
Abús emocional (AE)	7, 10, 15, 22, 29 i 36
Ítems de control (C)	40, 41, 42, 43 i 44

Per a obtenir puntuacions quantitatives, en el segon bloc se suma la puntuació de cada ítem i es divideix pel nombre total d'ítems del bloc, mentre que en el tercer bloc es fa el mateix, però amb cada subescala. Els autors no marquen un punt de tall, però, de manera orientativa, s'utilitzarà una puntuació de 5 ja que és el punt mig de l'escala de Likert i s'ha estimat que puntuacions superiors indiquen presència considerable de l'esdeveniment.

En el present estudi, s'ha decidit utilitzar aquest instrument ja que proporciona molta informació sobre les diferents experiències traumàtiques viscudes per la persona i les relacions familiars, que pot complementar de manera qualitativa la informació ja recollida amb els altres instruments de l'estudi.

4.2.3. Qüestionari d'experiència en les relacions de parella

És un instrument que va ser creat per Brennan, Clark i Shaver al 1998, extraient ítems de tots els instruments per a mesurar l'aferrament que hi havia fins al moment, amb l'objectiu de servir de mesura definitiva de l'aferrament adult (Levy et al., 2011; Yárnoz & Comino, 2011). Conté 36 ítems en escala de Likert d'1 a 7, segons el nivell d'acord amb l'afirmació plantejada (0=Totalment en desacord; 10=totalment d'acord), que mesuren les dimensions d'ansietat (18 ítems parells) i evitació (18 ítems imparells). Es pot obtenir una puntuació mínima de 36 i una

màxima de 252, però, un cop feta la mitjana, s'obté una puntuació final compresa entre 1 i 7.

La correcció d'aquest test, segons Shaver & Fraley (1997), consisteix en fer un promig de les puntuacions dels ítems que corresponen a cada dimensió, tenint en compte que hi ha 10 ítems invertits (ítems 3, 15, 19, 22, 25, 27, 29, 31, 33 i 35), el qual requerirà canviar la codificació, per exemple, una puntuació de 1 es canviarà per una de 7. Per a més informació al respecte, consultar Taula 6.

Taula 6. Canvi de codificació dels ítems inversos.

ÍTEM	1	2	3	4	5	6	7
CANVI	7	6	5	4	3	2	1

Els autors no van assignar un punt de tall per establir els estils d'aferrament, aquest s'hauria de trobar establint la mitjana de cada estudi. En el present estudi s'utilitzarà una puntuació de 4 com a mitjana orientativa ja que és el punt mig dins de l'escala de Likert i en estudis similars al present (Blanco & Higes, 2019) també s'ha utilitzat aquest punt de tall.

S'ha decidit utilitzar aquest instrument en el present estudi ja que és una mesura per trobar el nivell d'ansietat i d'evitació de cada persona i, posteriorment, assignar un estil d'aferrament.

4.3. PROCEDIMENT

Per a realitzar la recollida de dades es va elaborar un portafolis per a cada participant que contenia el full informatiu, el consentiment informat, el formulari de recollida de dades i quatre tests, els tres explicats anteriorment a l'apartat d'instruments i un quart, el qüestionari de relació de Bartholomew i Horowitz, que mesurava l'estil d'aferrament dels participants, però finalment no s'han tingut en compte les dades extretes d'aquest instrument ja que molts participants no el van contestar o el van contestar malament. Aquest material el van distribuir els professionals del CASD als pacients que complien les condicions de l'estudi, en context de la seva visita programada. Se'ls proposava participar en un estudi, del qual es faria una devolució al seu terapeuta per tal de que pogués utilitzar la informació obtinguda en la teràpia. En el cas d'accedir a participar, se'ls entregava el portafolis, explicant-ne els continguts, que omplien i s'autoadministraven fora del context de la consulta. El pròxim cop que acudien al centre, ja fos per la visita assignada o per controls d'orina, si s'esqueia, ho retornaven.

Cal destacar que a l'hora de fer la recollida de dades es va assignar un número identificatiu a cada participant, que corresponia al número de la seva història clínica, per tal de respectar la confidencialitat i la protecció de dades.

La recollida de dades es va realitzar durant el mesos d'abril i maig de 2023, i un cop retornats tots els tests, es va procedir al seu anàlisi i extracció de dades.

L'anàlisi estadístic de les dades s'ha realitzat mitjançant els programes Microsoft Excel versió 16.41 (2020) i IBM SPSS Statistics versió 29, realitzant un anàlisi de freqüències de les variables i dels seus descriptius, com mesures de tendència central i de dispersió. Com a mesura de significació estadística, s'ha utilitzat el coeficient de correlació de Spearman amb un nivell de significació del 0,05 per estudiar la possible relació entre les variables aferrament i experiències traumàtiques.

5. Resultats

Variabes sociodemogràfiques

La mostra es compon d'un 23,08% d'homes (N=3) i un 76,92% de dones (N=10), amb edats que van de 28-59 anys, amb una mitjana de 44,21 anys (DT= 11,11). Un 46,15% dels participants (N= 6) presenta diagnòstic de TLP, mentre que un 53,85% (N=7) no en disposa, però té estructura de TLP.

Consum de substàncies

Respecte a la variable Drogoaddicció, un 38,46% (N=5) dels participants consumeix dues drogues, seguit d'un 30,77% (N=4) que en consumeix una, un 23,08% (N=3) que en consumeix tres i un 7,69% (N=1) que en consumeix més de tres.

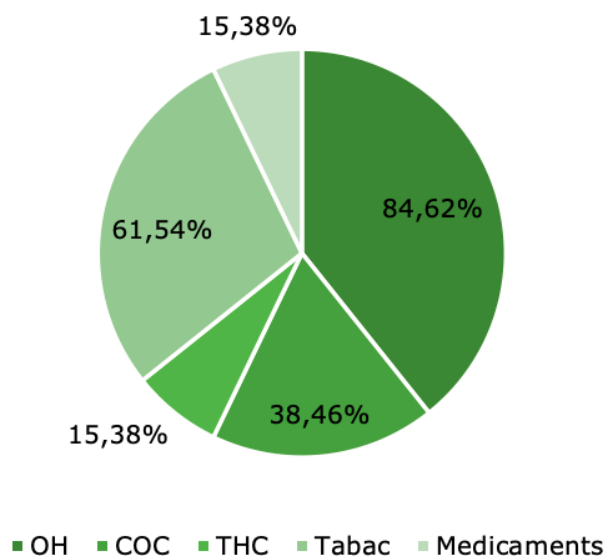
La mitjana d'edat a la qual es va iniciar el consum és de 17,7 anys (DT=3,59) i el 53,85% (N=7) de la mostra ho va fer per motius socials i d'oci, el 23,08% (N=3) per parelles i el 23,08% (N=3) no contesta.

El motiu de consum o funció que exerceix la droga actualment més comú és d'anestèsic emocional, representant un 69,23% (N=9) de la mostra, seguit d'un 15,38% (N=2) que ho utilitza com a desinhibidor, un 7,59% (N=1) que ho utilitza com a anestèsic pel dolor i, finalment, un 15,38% (N=2) que no ha contestat.

A la Figura 3 es recullen les prevalències de cada droga dins de la mostra utilitzada per a aquest estudi, sent l'alcohol (OH) la que més predomina, amb un 84,63%

(N=11) de la mostra que en consumeix, seguit pel Tabac amb un 61,54% (N=8), la cocaïna (COC) amb un 38,46% (N=5), el cànnabis (THC) i el consum de medicaments o psicofàrmacs amb un 15,38% (N=2), cadascun.

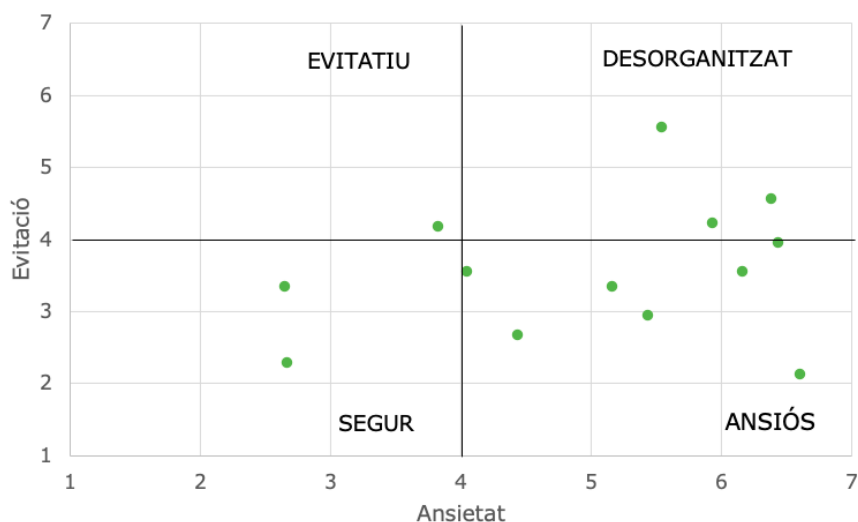
Figura 3. Prevalença de cada droga a la mostra avaluada.



Aferrament

Pel que fa la variable aferrament, a través del qüestionari d'experiències en les relacions de parella (CRP), s'han obtingut els següents resultats, recollits a la figura 4.

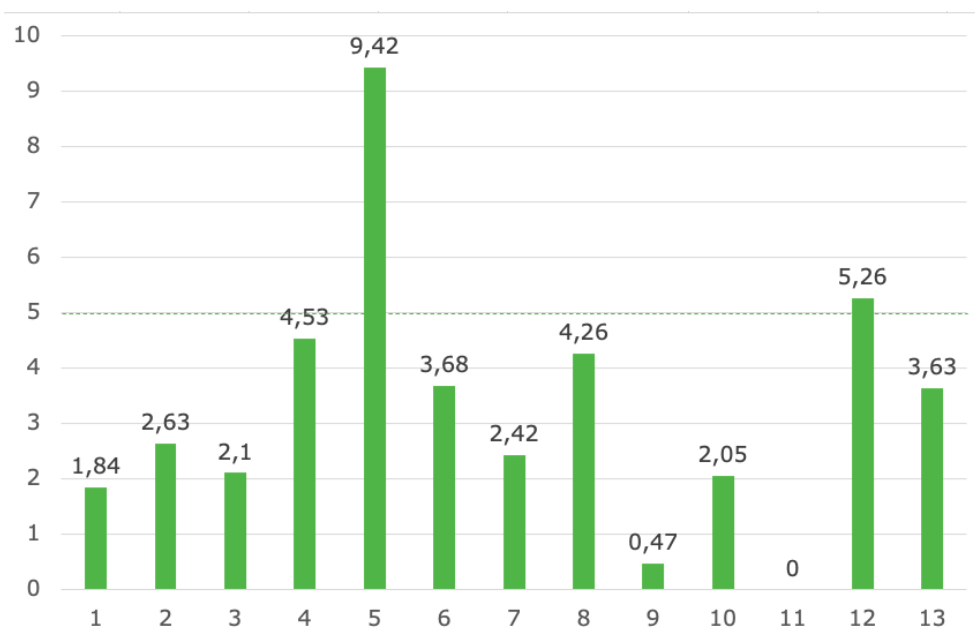
Figura 4. Distribució de l'estil d'aferrament segons el CPR.



Un 84,62% dels participants (N= 11) presenta un aferrament insegur, representat pels estils evitatiu, ansiós i desorganitzat en els quadrants de la figura 4, mentre que un 15,38% (N=2) presenta un aferrament segur.

Dins de l'aferrament insegur, un 53,85% de la mostra (N=7) presenta un estil ansiós, sent l'estil predominant, seguit per l'estil desorganitzat que representa un 23,08% de la mostra (N=3), l'estil segur que representa un 15,38% de la mostra (N=2) i, per últim, l'estil evitatiu que representa un 7,69% de la mostra (N=1). Examinant els resultats obtinguts mitjançant l'escala EARLY FP, recollits a la figura 5, sobre cura positiva en l'entorn familiar durant la infància i adolescència, es pot observar com la majoria de participants, un 84,62% (N=11), presenta puntuacions inferiors a 5, amb una mitja global de 3,25 (DT= 2,4), indicant poca cura positiva en l'entorn familiar i només un 15,38% (N=2) presenta indicadors d'una cura positiva.

Figura 5. Cura positiva en l'entorn familiar (EARLY FP).

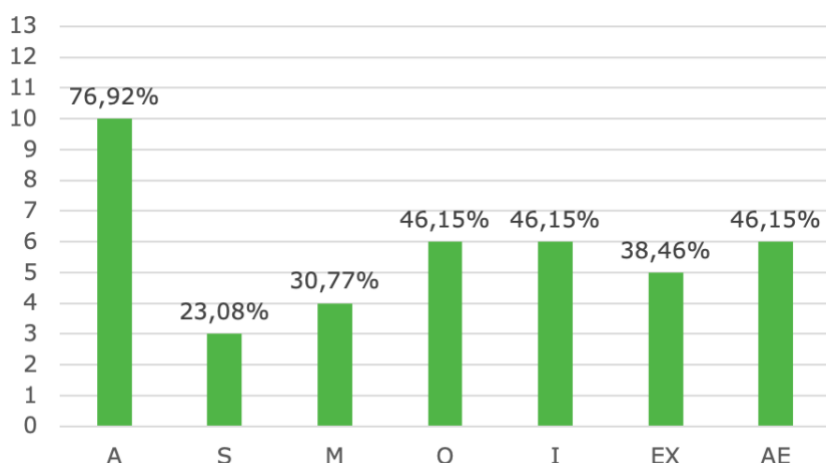


Respecte els resultats obtinguts a la escala EARLY FN, que avalua la presència d'experiències familiars adverses, s'observa que un 23,08% (N=3) de la mostra avaluada no n'ha viscut cap, front a un 76,92% (N=10) que sí ha viscut alguna d'aquestes experiències.

Com es pot veure a la figura 6, l'abandonament emocional (A) representa un 76,92% de la mostra, el qual vol dir que és una experiència familiar adversa comuna entre tots els participants que sí n'han experimentat alguna, sent així la més freqüent, amb una puntuació mitjana obtinguda de 6,27 (DT=2,39), com s'observa a la Taula 7. A la Figura 6, també destaquen les dimensions de veure problemes a casa (O), inversió de rols (I) i abús emocional (AE), representant gairebé la meitat de la mostra, un 46,15% (N= 6) d'aquesta, que ha viscut alguna

d'aquestes situacions. Revisar la Taula 7 per a veure els resultats de les diferents dimensions de l'escala EARLY FN.

Figura 6. Freqüències obtingudes al EARLY FN.



Taula 7. Resultats dimensions de l'EARLY FN.

Dimensió FN	Freqüència	%	Mitjana	Desviació Típica
Abandonament emocional (A)	10	76,92%	6,27	2,39
Sobreprotecció (S)	3	23,08%	3,87	1,45
Maltracte (M)	4	30,77%	3,66	3,08
Veure problemes a casa (O)	6	46,15%	3,8	3,09
Inversió de rols (I)	6	46,15%	4,7	3,35
Exigència (EX)	5	38,46%	3,99	2,59
Abús emocional (AE)	6	46,15%	4,62	2,9

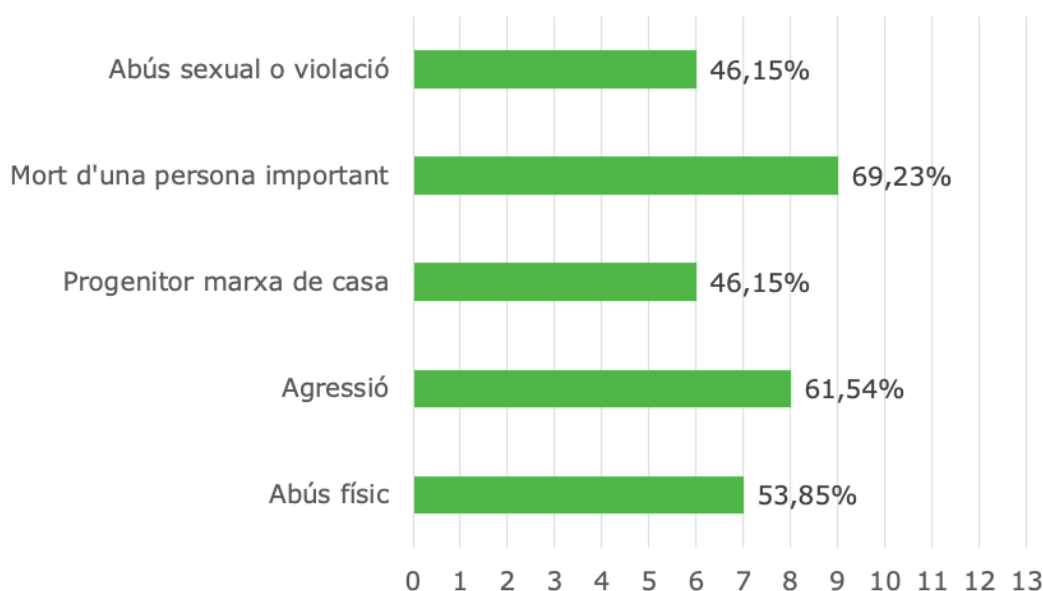
Experiències traumàtiques

Respecte a la variable de trauma, segons les dades recollides amb els instruments EARLY i TQ, tots els participants han viscut alguna experiència traumàtica al llarg de la seva vida, amb un rang de 1 a 9 experiències i una mitjana de 5,61 experiències per participant (DT=2,14). Cal destacar que s'ha avaluat si cada participant havia experimentat o no la situació traumàtica, sense tenir en compte si aquesta s'havia repetit, pel qual és possible que el número d'esdeveniments traumàtics que ha viscut la persona sigui superior a l'obtingut amb la present recollida de dades. Tenint això en compte, la prevalença d'haver viscut entre 7-9

experiències traumàtiques és del 46,15% (N=6) dels participants de la mostra, el 38,46% (N=5) i el 15,38% (N=2) restants corresponen a haver-ne viscut entre 4-6 i 1-3, respectivament. Així doncs, podem afirmar que la majoria de la mostra, un 84,6% (N=11), ha experimentat quatre o més situacions traumàtiques a la seva vida.

A l'annex 2 es poden consultar les freqüències de cada experiència traumàtica en aquesta mostra i, a continuació, a la Figura 7, es mostren les experiències més freqüents en els participants d'aquest estudi, tenint en compte aquelles que han incidit en cinc o més dels participants.

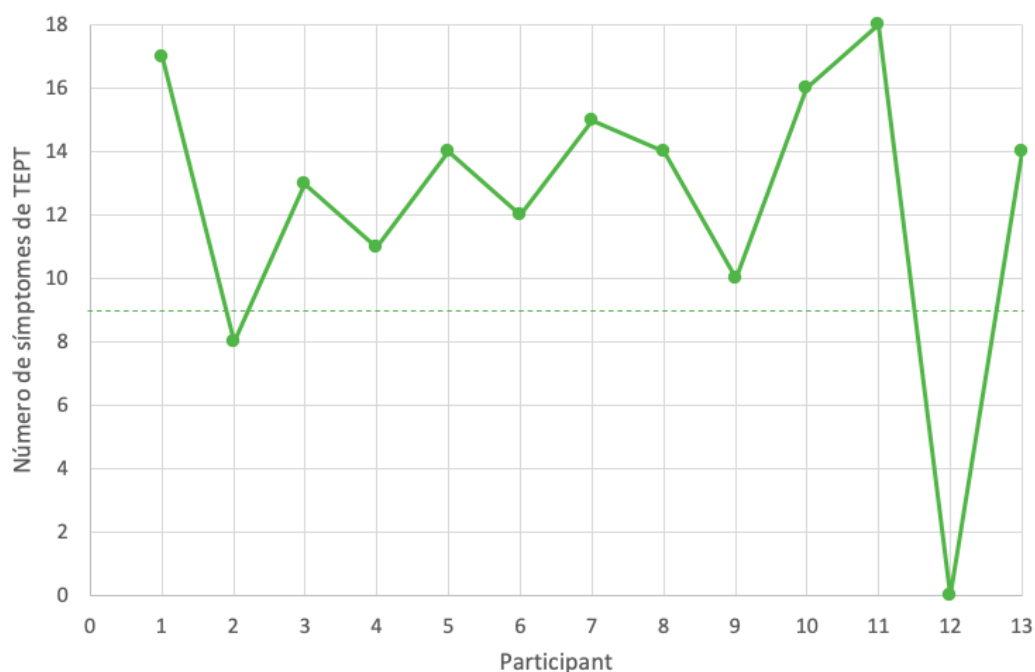
Figura 7. Incidència d'experiències traumàtiques.



Com s'observa a la Figura 7, l'experiència que més predomina és haver viscut la mort d'una persona important per al participant, representant un 69,23% (N=9) de la mostra, seguit d'haver experimentat una agressió amb un 61,54% (N=8) dels participants, abús físic amb un 53,85% (N=7), abús sexual o violació amb un 46,15% (N=6) i que un progenitor marxi de la llar amb un 46,15% (N=6) dels casos estudiats.

A la Figura 8 podem veure com la majoria dels participants, en concret, un 84,62% (N=11), presenta més de 9 símptomes de TEPT, indicant així una possible presència del trastorn.

Figura 8. Síntomes de TEPT al qüestionari d'experiències traumàtiques.



Relació entre variables

Amb l'objectiu de relacionar el trauma infantil i l'estil d'aferrament s'ha fet un estudi de correlacions entre els resultats obtinguts de les escales EARLY FP, EARLY FN i CRP, mitjançant el coeficient de correlació de Spearman.

Tenint en compte la mida de la mostra ($N=13$) i el nivell de significació ($\alpha=0,05$), s'ha tingut en compte el valor de la probabilitat associada per acceptar o rebutjar la hipòtesi nul·la i la hipòtesi alternativa.

Com es pot observar a la Taula 8, no s'ha trobat cap relació estadísticament significativa en aquesta mostra ja que cap de les probabilitats associades és inferior al nivell de significació 0,05, pel qual s'accepta la hipòtesi nul·la que nega l'existència d'una relació entre les variables estudiades i es rebutja la hipòtesi alternativa que afirmava el contrari. Que no s'hagi trobat cap relació significativa en aquesta mostra es podria deure a la mida reduïda de la mostra, que podria ser insuficient per a observar els efectes d'aquesta variable i també a altres limitacions que ha tingut el present estudi, per a més informació, consultar l'apartat 6.1.

Taula 8. Correlacions de Spearman entre diferents variables amb la seva probabilitat associada p.

SPEARMAN	CRP: Dimensió d'Evitació	CRP: Dimensió d'Ansietat
EARLY FP	-0,17 (p=0,571)	0,412 (p=0,162)
EARLY FN: Abandonament	0,237(p=0,435)	0,179 (p=0,559)
EARLY FN: Sobreprotecció	0,204 (p=0,504)	0,443 (p=0,130)
EARLY FN: Maltractament	-0,004 (p=0,989)	-0,342 (p=0,253)
EARLY FN: Problemes a casa	0,128 (P=0,676)	-0,154 (p=0,615)
EARLY FN: Inversió de rols	0,282 (p=0,351)	0,039(p=0,900)
EARLY FN: Exigència	0,401 (p=0,175)	0,058(p=0,851)
EARLY FN: Abús emocional	0,312 (p=0,300)	0,058(p=0,851)
Nº TRAUMES (EARLY i QT)	-0,260 (p=0,391)	-0,320 (p=0,286)
Síntomes TEPT (QT)	0,141 (p=0,645)	0,243(p=0,424)

6. Discussió i Conclusions

Els resultats obtinguts i la recerca bibliogràfica realitzada en aquest treball ens porten a una sèrie de discussions i conclusions sobre els mateixos que es veuran a continuació.

Amb un 76,92% de la mostra actual composta per dones sembla confirmar-se el que indicava la bibliografia, que la prevalença de TLP és tres cops major en dones que en homes (Vall d'Hebron, 2022). Com ja s'ha comentat al marc teòric, això es podria deure a que els homes estiguin infradiagnosticats o diagnosticats erròniament, sovint confonent el TLP amb un trastorn antisocial.

Referent a la variable drogoaddicció, en aquest estudi s'ha observat que el més comú era consumir dues drogues, amb una representació del 38,46% de la mostra. Es rebutja la hipòtesi inicial de que hi hauria una droga comú en tots els participants i que aquesta seria el cànnabis, en base a les dades obtingudes per l'informe mundial de drogues (*United Nations Office on Drugs and Crime, 2016*), però sí que s'ha trobat que l'alcohol i el tabac predominen en la majoria de participants de l'estudi, representant un 84,63% i un 61,54%, respectivament.

Així, també s'ha vist que el motiu de consum més freqüent (69,23% de la mostra) era com a anestèsic emocional, el qual recolza la teoria (Kienast et al., 2014) i corrobora la hipòtesi plantejada, explicant-ho com a una manera de gestionar el malestar emocional habitual en casos amb TLP. Seria interessant en futurs estudis poder agafar una mostra amb consumidors i no consumidors de drogues, per tal de poder observar la incidència d'aquesta variable ja que en aquesta mostra tots els participants consumeixen, pel qual no s'ha pogut comparar amb un grup control. Igualment, es recomanaria mesurar el nivell d'impulsivitat de cada persona per tal de relacionar-ho amb el consum, explicant-lo com a un derivat de la impulsivitat característica del TLP.

Respecte a l'aferrament, es confirma la hipòtesi inicial plantejada de que la majoria de participants presentaria un aferrament insegur, amb un 84,62% de la mostra i que l'estil d'aferrament predominant seria el desorganitzat (23,08%) o l'ansiós, en concret ha predominat l'estil ansiós, representant un 53,85% dels participants. Aquests resultats van en la mateixa línia que els dels estudis de Mosquera et al. (2014), Beck et al. (2017) i Ball Cooper et al. (2021). Aquesta predominança de l'aferrament insegur entre els participants d'aquest estudi apunta a una possible relació amb la falta de cura familiar positiva que predomina entre els usuaris ja que el 84,62% ha obtingut puntuacions molt baixes en aquesta dimensió, però en la mostra estudiada no s'ha trobat una relació estadísticament significativa, pel qual es rebutja la hipòtesi plantejada al respecte. Això podria deure's a la mida de la mostra que podria ser insuficient per a observar els efectes d'aquesta variable.

Pel que fa a les experiències familiars adverses, la majoria de la mostra (76,92%) n'ha experimentat alguna, el qual concorda amb l'estudi de Lieb et al. (2004). L'abandonament emocional ha estat present en tots els participants que havien viscut alguna experiència familiar adversa, el qual recolza que l'estil prevalent en aquesta mostra sigui l'ansiós, on sol predominar la por a ser abandonat provinent de previs episodis on la persona s'ha sentit abandonada (Lie et al., 2004), no obstant, no s'ha trobat una relació estadísticament significativa en la present mostra. Les dimensions del EARLY FN d'abús emocional i problemes a casa han estat presents en gairebé la meitat de la mostra (46,15%), el qual era d'esperar amb casos d'estructura límit de la personalitat (Shaver, 2005; Mosequera et al., 2014), però sense ser estadísticament significatiu.

Finalment, en referència a la variable trauma, s'ha observat que tots els participants de la mostra han experimentat alguna experiència traumàtica al llarg de la seva vida, la majoria (84,6%) més de quatre i el més freqüent (46,15%) entre 7-9. Això confirma la hipòtesi inicial sobre la presència de traumes en tots els participants, el qual recolza les troballes en l'estudi de Lieb et al. (2004) i Mosquera et al. (2014).

En base a l'estudi de Lie et al. (2004) s'esperava que l'experiència traumàtica predominant i comú en la majoria de participants fos una violació o abús sexual, el qual ha estat molt present en la mostra, amb un 46,15% dels participants, però l'experiència més freqüent observada ha sigut la mort d'una persona propera, amb el 69,23% dels participants que ho havien viscut. Així doncs, la hipòtesi no s'ha confirmat, ja que l'abús sexual no ha sigut l'experiència traumàtica més freqüent i comú entre la majoria dels participants, però els resultats sí que van en línia amb l'estudi de Lie et al. (2004).

Per acabar, com s'esperava, el 84,62% dels participants presentava més de 9 símptomes de TEPT, el qual podria indicar una possible comorbiditat amb aquest trastorn en la majoria de la mostra; això concorda amb estudis previs realitzats al respecte (Dijke, Hopman & Ford, 2018; Ford & Courtois, 2021).

Tenint en compte l'objectiu general d'aquest estudi, que era avaluar la relació entre el TLP i l'aferrament, la drogoaddicció i el trauma en usuaris del CASD (Centre d'Atenció i Seguiment de Drogodependències) de Tarragona, i els objectius específics, que eren estudiar la història toxicològica per determinar la substància més prevalent, analitzar els estils d'aferrament i quin n'era el més prevalent, estudiar la relació entre experiències adverses a la infància i els estils d'aferrament i observar la presència de traumes en els participants per veure si coincidien, es pot concloure, en base als resultats obtinguts en aquesta mostra, que la substància més prevalent és l'alcohol, l'estil d'aferrament predominant és l'insegur ansiós, que no hi ha relació estadísticament significativa entre les experiències adverses durant la infància i els estils d'aferrament i que tots els participants han viscut alguna experiència traumàtica a la seva vida, la majoria ha experimentat la mort sobtada d'una persona important per a ells.

6.1. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Pel que fa a les limitacions d'aquest estudi, n'hi ha hagut varies, entre elles la reduïda mida de la mostra, ja que no s'ha disposat de temps suficient per a fer una recollida de dades del calibre d'aquest estudi degut a la complexitat del mateix. A més a més, s'ha fet evident la dificultat per accedir a la mostra ja que molts usuaris no acudeixen a les visites. Tanmateix, per tal de disposar de més participants, s'han inclòs els usuaris que tot i no tenir diagnòstic de TLP presentaven estructura; en futurs estudis es recomana que l'absència de diagnòstic sigui un criteri d'exclusió ja que podria actuar com a variable estranya. No obstant, amb la realització d'aquest estudi, s'ha pres consciència de la dificultat diagnòstica en casos de drogoaddiccions degut al solapament de símptomes i a la interferència de les drogues, que sovint no permeten veure amb claredat alguns símptomes o la relació entre ells.

Una altra limitació ha sigut la impossibilitat d'utilitzar l'espai de consulta per a passar els test en persona, degut a la falta de recursos i temps dels quals es disposava al centre on s'han recollit les dades. Això ha determinat la falta d'informació i l'existència d'errors en la contestació dels test, que ha resultat en haver de descartar un dels instruments utilitzats, ja que s'ha observat les dificultats que presentaven alguns usuaris per a la comprensió dels instruments. No s'ha tingut en compte, tampoc, l'estat de la patologia mental en el moment de recollir les dades, trobar-se desorganitzat o inestable, és a dir, en un moment més de crisi en el trastorn, podria haver contribuït a aquests errors de comprensió. Respecte a la falta d'informació, si hagués estat possible realitzar entrevistes s'hauria pogut estudiar amb més profunditat les característiques de cada experiència traumàtica i la història toxicològica de cada participant, així com comentar amb la persona qualsevol discrepància, aclarir les seves respostes i assegurar-nos de que s'entén tot bé, controlar la fatiga i recollir informació que hagin pogut ometre o errors a l'hora de contestar els tests.

De cara a futurs estudis en aquesta línia, es proposa la possibilitat de passar també un instrument que mesuri la gravetat o els símptomes del TLP per tal de poder relacionar cada variable estudiada amb una mesura del trastorn en si. Igualment, seria interessant comparar un grup que presenti TLP amb un grup control que no presenti cap psicopatologia per comparar la incidència de TLP en relació amb la presència de les diferents variables.

7. Referències

- Blanco Capitán, M. & Higes Díaz, A. I. (2019). *Estudio de la relación entre eventos traumáticos precoces, problemas de apego y psicopatología en pacientes en equipo de salud mental* [Treball de fi de grau, Universidad de Valladolid]. Repositorio documental Universidad de Valladolid. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/36516>
- American Psychiatric Association. (2013). Trastornos de la personalidad en *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Ball Cooper, E., Anderson, J. L., Sharp, C., Langley, H. A., & Venta, A. (2021). Attachment, Mentalization, and Criterion B of the Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders (AMPD). *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 23. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00163-9>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Beck, E., Sharp, C., Poulsen, S., Bo, S., Pedersen, J., & Simonsen, E. (2017). The mediating role of mentalizing capacity between parents and peer attachment and adolescent borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4, 23. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0074-4>

Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorribas, C., Berdullas Barreiro, J., Iraurgi Castillo, I., Llorente del Pozo, J.M., López Durán, A., Madoz Gúrpide, A., Martínez González, J.M., Ochoa Mangado, E., Palau Muñoz, C., Palomares Martínez, A., & Villanueva Blasco, V.J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol. <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/Manual-de-adicciones-para-psicologos-especialistas-en-psicologia-clinica-en-formacion,-Elisardo-Becona,-Maite-Cortes,-2011.pdf>

Bohus, M., Stoffers, J., Sharp, C., Krause, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 398 (10310), 1528-1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)

Bobes, J., Calcedo-Barba, A., Garcís, M., François, M., Rico-Villademoros, F., González, M., Bacarán, M., Bousoño, M., & Grupo español de Trabajo para el estudio de trastornos por estrés postraumático. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno por estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental psychology*, 28 (5), 759-775. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>

Crittenden, P.M. (2017). Gifts from Mary Ainsworth and John Bowlby. *Clinical child Psychology and Psychiatry*, 22(3), 436-442. <https://doi.org/10.1177/1359104517716214>

Flaherty, S. C., & Sadler, L. S. (2011). A review of attachment theory in the context of adolescent parenting. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 25(2), 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2010.02.005>

- Follan, M., & Minnis, H. (2010). Forty-four juvenile thieves revisited: from Bowlby to reactive attachment disorder. *Child: care, health and development*, 36(5), 639–645. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01048.x>
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2021). Complex PTSD and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00155-9>
- Galimberti, U. (2002). *Diccionario de Psicología*. Siglo veintiuno editores. <https://saberrespsi.files.wordpress.com/2016/09/galimberti-umberto-diccionario-de-psicologc3ada.pdf>
- González M., A. *Escala EARLY*. Anabel González. <https://anabelgonzalez.es/recursos-para-terapeutas/>
- Joubert, D., Webster, L., & Hackett, R. K. (2012). Unresolved attachment status and trauma-related symptomatology in maltreated adolescents: an examination of cognitive mediators. *Child psychiatry and human development*, 43(3), 471–483. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0276-8>
- Kidd, T., Hamer, M., & Steptoe, A. (2011). Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress. *Psychoneuroendocrinology*, 36(6), 771–779. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2010.10.014>
- Kienast, T., Stoffers, J., Bempohl, F., & Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Arzteblatt international*, 111(16), 280–286. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0280>
- Krause-Utz, A. (2021). Stimulating research on childhood adversities, borderline personality disorder, and complex post-traumatic stress disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 8(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00152-y>

- Krause-Utz, A. (2022). Dissociation, trauma, and borderline personality disorder. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 9(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00184-y>
- Kreek M. J. (2001). Drug addictions. Molecular and cellular endpoints. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 937, 27–49.
- Lang, D. (2020). 1950s: Harlow, Bowlby and Ainsworth en Lumen Learning (Ed.), *Parenting and family diversity issues*. Iowa State University Digital Press. <https://doi.org/10.31274/isudp.8>
- Leichsenring, F., Heim, N., Leweke, F., Spitzer, C., Steinert, C., & Kernberg, O. F. (2023). Borderline Personality Disorder: A Review. *JAMA*, 329(8), 670–679. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.0589>
- Levy, K. N., Ellison, W. D., Scott, L. N., & Bernecker, S. L. (2011). Attachment style. *Journal of clinical psychology: in session*, 67(2), 193–203. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0019>
- Lieb, K., Völlm, B., Rücker, G., Timmer, A., & Stoffers, J. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *British Journal of Psychiatry*, 196 (1), 4–12. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.062984>
- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M.M., & Bohus, M. (2004). Borderline Personality Disorder. *Lancet*, 364 (9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Liu, J. F., & Li, J. X. (2018). Drug addiction: a curable mental disorder?. *Acta pharmacologica Sinica*, 39(12), 1823–1829. <https://doi.org/10.1038/s41401-018-0180-x>
- Mercer, P. (2011). Attachment theory and its vicissitudes: Toward an updated theory. *Theory & Psychology*, 21 (1), 25–45. <https://doi.org/10.1177/0959354309356136>

Mosquera, D., Gonzalez, A., & Leeds, A.M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline personality disorder and emotional regulation*, 1, 15. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-15>

National Institute of Mental Health. (2023). *Borderline Personality Disorder* (NIMH Identifier No. 22-MH-4928). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health. Recuperat el 08/04/23, de: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/borderline-personality-disorder#:~:text=Borderline%20personality%20disorder%20is%20a,impact%20their%20relationships%20with%20others>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (01/2023). 6B40 Trastorno de estrés postraumático y 6B41 Trastorno de estrés postraumático complejo en *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*, <https://icd.who.int/browse11>

Parmar, A., & Kaloiya, G. (2018). Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. *Indian journal of psychological medicine*, 40(6), 517–527. https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_164_18

Personal de Mayo Clinic. (29 de juliol de 2021). *Trastorno de despersonalización-desrealización*. Mayo Clinic. Recuperat el 19 d'abril de 2023 de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depersonalization-derealization-disorder/symptoms-causes/syc-20352911#:~:text=El%20trastorno%20de%20despersonalizaci%C3%B3n%20desrealizaci%C3%B3n,no%20son%20reales%2C%20o%20ambos>

Shaver, P.R., & Fraley, R.C. (desembre de 1997). *Self Report Measures of Adult Attachment*. Self Report Measures of Adult Attachment. Recuperat el 15 de maig del 2023 de <http://labs.psychology.illinois.edu/~rcfraley/measures/measures.html>

Shaver, P.R., & Mikulincer, M. (2005). Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality. *Journal of Research in Personality*, 39 (1), 22-45. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2004.09.002>

The wave clinic. (2022). cPTSD vs BPD. The wave clinic. Recuperat el 03/05/23 de: <https://thewaveclinic.com/blog/cptsd-vs-bpd/#:~:text=Individuals%20with%20complex%20PTSD%20often,intense%20anger%20or%20self%2Dharm>

Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5, 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2016). *World Drug Report 2016*. (No. E.16.XI.7). United Nations publication.

Vall d'Hebron. (01 de febrer de 2022). *Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)*. Vall d'Hebron Hospital. Recuperat el 20 d'abril del 2023 de <https://hospital.vallhebron.com/es/asistencia/enfermedades/transtorno-limite-de-la-personalidad-tlp#:~:text=La%20prevalencia%20del%20TLP%20en,y%20el%202%2C7%25>.

Van Dijke, A., Hopman, J. A. B., & Ford, J. D. (2018). Affect dysregulation, psychoform dissociation, and adult relational fears mediate the relationship between childhood trauma and complex posttraumatic stress disorder independent of the symptoms of borderline personality disorder. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1400878. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1400878>

Van der Hart, O.; Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2005). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. Norton & Company.

Wapp, M., van de Glind, G., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Dom, G., Verspreet, S., Carpentier, P. J., Ramos-Quiroga, J. A., Skutle, A., Bu, E. T., Franck, J., Konstenius, M., Kaye, S., Demetrovics, Z., Barta, C., Fatséas, M., Auriacombe, M., Johnson, B., Faraone, S. V., Levin, F. R., Allsop, S., Carruthers, S., Schoevers, R.A., Koeter, M.W.J., Van den Brink, W., Moggi, F.; IASP Research Group (2015). Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Treatment Seeking Patients with a Substance Use Disorder: An International Multicenter Study. *European addiction research*, 21(4), 188–194. <https://doi.org/10.1159/000371724>

Yárnoz, S., Alonso-Arbiol, I., Plazaola, M., & Sainz de Murieta, L.M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de psicología*, 17(2), 159-170.

Yárnoz, S., & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergència entre diferentes instrumentos. *Acción psicològica*, 8(2), 67-85.

Zimmerman, M. (maig de 2021). *Introducción a los trastornos de la personalidad*. MSD Manuals. Recuperat el 20 d'abril del 2023 de <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-de-la-personalidad/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-la-personalidad>

8. Annexos

Annex 1: Equivalències en nomenclatura de l'aferrament segons l'idioma

CATALÀ	CASTELLÀ	ANGLÈS
Segur	Seguro	Secure
Evitatiu / desentès	Evitativo – rechazante / desvalorizador	Dismissive
Ansiós / preocupat / ambivalent	Preocupado	Preoccupied / ambivalent
Desorganitzat / ansiós- evitatiu / temorós	Evitativo -Temeroso	Fearful / unresolved / disorganized

(Kidd et al., 2011; Yárnoz et al., 2001)

Annex 2: Resultats experiències traumàtiques (EARLY G i TQ).

Experiència traumàtica	Freqüència	%
Accident laboral o de cotxe	3	23,08%
Pèrdua casa per incendi	1	7,69%
Amenaça seria	2	15,38%
Ofegament	3	23,08%
Abús físic	7	53,85%
Agressió	8	61,54%
Problemes mare després del naixement	4	30,77%
Progenitor marxa de casa	6	46,15%
Mort d'una persona important	9	69,23%
Institucionalitzat o criat per persones diferents	3	23,08%
Abús sexual o violació	6	46,15%
Problemes econòmics familiars	3	23,08%
Problemes amb els companys a l'escola (bullying)	5	38,46%
Emigrar	2	15,38%
Maltractament parella a l'adolescència	3	23,08%
Maltractament verbal i psicològic	2	15,38%
Canvi reiterat de residència	3	23,08%
Situacions de perill per prostitució	1	7,69%

Annex 3: Full informatiu

Full Informatiu

DE RECOLLIDA DE DADES

DADES DE CONTACTE DE L'INVESTIGADOR PRINCIPAL

NOM: Maria De Rivas Rull

CORREU ELECTRÒNIC: mariaderivasrull@gmail.com

CENTRE: CASD - Universitat Rovira i Virgili (URV)

TELÈFON: 648249086

INTRODUCCIÓ

Ens dirigim a vostè per tal d'informar-lo sobre l'estudi d'investigació en el que se'l convida a participar.

La nostra intenció és que rebí la informació correcta i suficient perquè pugui avaluar i decidir si vol o no participar en aquest estudi. Per aquest motiu, llegeixi aquest full informatiu amb atenció i nosaltres li aclarirem els dubtes que li puguin sorgir.

DESCRIPCIÓ GENERAL DE L'ESTUDI

Aquest estudi té com a objectiu estudiar una sèrie de variables (estil d'aferrament, droga consumida i experiències traumàtiques) en usuaris del CASD per tal d'investigar si aquestes estan relacionades o si hi ha alguna mena de patró.

L'estudi es realitzarà a partir de les dades recollides al formulari de recollida de dades, que omplirà cada participant (excepte l'apartat d'aferrament que s'extreurà dels tests) i dels següents quatre qüestionaris:

- Qüestionari d'experiències traumàtiques i EARLY: amb preguntes relacionades amb fets traumàtics que hagin succeït en la seva vida.
- Qüestionari d'experiències en les relacions de parella i qüestionari de relació: amb preguntes relacionades amb el seu estil d'aferrament (apego).

CONFIDENCIALITAT I PROTECCIÓ DE DADES

Aquest estudi no implica el tractament de dades personals ja que les dades que es recullen no es podran vincular, directa o indirectament, als seus titulars.

Tota la informació recopilada sobre les persones participants es mantindrà estrictament confidencial i amb aplicació de les corresponents mesures de seguretat que garanteixin la seva confidencialitat. Les dades personals estaran identificades mitjançant un codi i només l'investigador principal o els seus col·laboradors podran relacionar aquestes dades amb els participants. Mai s'identificarà a les persones participants en cap informe, presentació ni publicació que sorgeixi d'aquest estudi. Per tant, la seva identitat no serà revelada a cap persona.

Annex 4: Full de consentiment informat

Consentiment informat

DE RECOLLIDA DE DADES

Jo, amb identificador

- He llegit el full d'informació al participant sobre l'estudi del qual se m'ha entregat una còpia.
- He pogut fer preguntes i resoldre els meus dubtes sobre l'estudi i la meua participació.
- Comprenc la meua participació a l'estudi d'acord amb allò expressat al full d'informació al participant sobre l'estudi i de les respostes a les meves preguntes.
- Accepto que la meua participació és voluntària i dono lliurement la meua conformitat per participar a l'estudi.
- Conec que em puc retirar en qualsevol moment de la participació a l'estudi sense que això em pugui causar cap perjudici.
- Estic informat sobre el tractament que es realitzarà de les meves dades personals.
- Dono el meu consentiment per a l'accés i utilització de les meves dades en les condicions detallades al full d'informació al participant sobre l'estudi.
 - Sí No
- Un cop finalitzada la investigació, és possible que les dades obtingudes siguin d'interès per a altres estudis relacionats. En relació amb això, s'ofereixen les següents opcions:
 - NO autoritzar l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.
 - SÍ autoritzar l'ús de les seves dades en altres projectes d'investigació relacionats.
 - La seva utilització en futurs projectes d'investigació biomèdica relacionats amb el mateix tema

I per expressar aquest consentiment, el participant signa en data i lloc aquest full de consentiment:

Signatura del participant: _____

Annex 5: Formulari de recollida de dades

<i>Formulari</i>	
DE RECOLLIDA DE DADES	
Núm ID	DATA
LOCALITAT	PSICÒLOGA
SEXE	<input type="checkbox"/> home <input type="checkbox"/> dona <input type="checkbox"/> no binari EDAT

Hª TOXICOLÒGICA

Quina/es droga/es consumeix?

Cocaïna Tabac Marihuana Alcohol Altres: _____

Quantitat: _____ Abstinència: No Sí: _____

Motiu de consum (funció): _____

Primer consum: _____ Fet amb que ho relaciona: _____

Malaltia o succés mèdic important? _____

TRAUMES	ESTIL D'AFERRAMENT
----------------	---------------------------

<input type="checkbox"/> Abús sexual <input type="checkbox"/> Accident de trànsit <input type="checkbox"/> Accident laboral <input type="checkbox"/> Mort familiar <input type="checkbox"/> Malaltia: <input type="checkbox"/> Agressió: <input type="checkbox"/> Altres: _____	<input type="checkbox"/> Ansiós <input type="checkbox"/> Evitatiu Nivell evitació: _____ <input type="checkbox"/> Ansiós-evitatiu Nivell ansietat: _____ <input type="checkbox"/> Segur
---	--

PRESENCIA DE DIAGNÒSTIC DE TRASTORN LÍMIT DE LA PERSONALITAT

Sí No

ALTRA INFORMACIÓ D'INTERÉS

Annex 6: Qüestionari d'experiències traumàtiques

7.15. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

1

Algunas personas han experimentado uno o más acontecimientos que están fuera del rango habitual de las experiencias humanas y que podrían ser marcadamente angustiantes para casi todo el mundo. Podrían ser sucesos que representarían una amenaza seria para la vida de unos o para su bienestar físico; amenaza seria o daño para un miembro de la familia o amigo íntimo; la destrucción repentina de la casa de uno o de la comunidad; ver otras personas gravemente heridas o muriendo como resultado de un accidente o de violencia.

¿Ha experimentado alguna vez alguno de los siguientes acontecimientos? Si no, rodee con un círculo «no». Si los ha experimentado rodee con un círculo «sí», e indique qué edad tenía en aquel momento. Por favor, especifique tanto como pueda acerca de cuánto tiempo duró el acontecimiento (p. ej., 10 minutos, 8 horas, 3 días, 2 semanas o 4 años).

<i>Acontecimiento</i>	<i>Edad (cuando ocurrió el suceso)</i>	<i>Duración (anote la unidad de tiempo empleada: minutos, horas, etc.)</i>
1. Accidente de coche, tren o avión	NO	SI
2. Accidente industrial o de trabajo	NO	SI
3. Pérdida del hogar por incendio	NO	SI
4. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por inundaciones	NO	SI
5. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por un tornado o huracán	NO	SI
6. Pérdida del hogar o de un miembro familiar por terremoto	NO	SI
7. Amenaza seria o daño a un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	SI
8. Muerte inesperada de un miembro de la familia o amigo íntimo	NO	SI
9. Estar próximo a ahogarse	NO	SI
10. Abuso físico	NO	SI
11. Sufrir graves quemaduras	NO	SI
12. Ser tomado como rehén	NO	SI
13. Combate	NO	SI
14. Agresión	NO	SI
15. Violación	NO	SI
16. Incesto	NO	SI
17. Secuestro	NO	SI
18. Otra situación (especificar):	NO	SI

Nota: si no ha experimentado ninguna de las situaciones anteriores, no necesita responder las preguntas que están a continuación. Si ha experimentado uno o más de los anteriores acontecimientos, indique por favor el que le resulte más desagradable recordar ahora.

ACONTECIMIENTO:

1. ¿Estaba preparado para el suceso?	NO	SI
2. El acontecimiento, ¿supuso miedo, espanto, vergüenza, asco o disgusto para usted? En caso afirmativo, por favor subraye la/s palabra/s apropiada/s	NO	SI
3. ¿Sufrió lesiones físicas por este acontecimiento?	NO	SI
4. ¿Pensó que su vida estaba en peligro?	NO	SI
5. ¿Estuvo solo durante algún momento de esa situación?	NO	SI
6. ¿Tenía la sensación de que podía hacer algo para detener la situación?	NO	SI
7. ¿Se ha sentido «diferente» de otras personas debido al acontecimiento?	NO	SI
8. ¿Ha hablado alguna vez con alguien acerca del acontecimiento?	NO	SI
9. En caso negativo, ¿sintió alguna vez que le gustaría hacerlo?	NO	SI

7.15. Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ)

2

Después del tipo de acontecimiento que ha experimentado, algunas personas a veces presenta síntomas desagradables. Cada síntoma se describe a continuación. Por favor, indique si ha notado o no alguno de ellos en cualquier momento después del suceso.

1. Pesadillas acerca del acontecimiento o en relación con el tema	NO SÍ
2. Actuar como si estuviera otra vez en la misma situación	NO SÍ
3. Estar nervioso o fácilmente asustado	NO SÍ
4. Sentir como si tuviera que permanecer en guardia	NO SÍ
5. Dificultad para dormir	NO SÍ
6. Problemas de concentración	NO SÍ
7. Experimentar menos sentimientos hacia las personas a las que normalmente tiene cariño	NO SÍ
8. Pérdida de interés/placer en cosas que antes del suceso tenían importancia para usted	NO SÍ
9. Sentirse avergonzado de estar todavía vivo tras el acontecimiento	NO SÍ
10. Evitar hacer algo que le recuerde el suceso	NO SÍ
11. Evitar pensamientos o sentimientos asociados con el suceso	NO SÍ
12. Tener imágenes dolorosas y recuerdos recurrentes del suceso	NO SÍ
13. Los recuerdos le producen ansiedad, tristeza, enfado, irritabilidad o temor	NO SÍ
14. No poder recordar una parte importante del suceso	NO SÍ
15. Sentir pesimismo sobre el futuro, pero no lo sentía antes del suceso	NO SÍ
16. Sentirse más irritable, o fácilmente molesto, o tuvo ataques de enfado que no tenía antes del suceso	NO SÍ
17. Experimentar síntomas físicos cuando se expone a un recuerdo: sudoración, temblor, palpitaciones, náuseas, respiración acelerada, mareos	NO SÍ
18. Sentirse distanciado o alejado de la gente	NO SÍ
¿Ha visitado al médico alguna vez para el tratamiento de síntomas causados por el acontecimiento?	NO SÍ
¿Ha sido hospitalizado alguna vez como consecuencia directa del acontecimiento?	NO SÍ