



Intervención Clínica en Celos Patológicos y Dependencia Emocional

Málaga, 2014

Arun Sunder Mansukhani
Psicólogo Clínico • IASP

1

Aspectos generales

Celos afectivo-sexuales

- Emoción compleja, de 2º orden, compuesta por un agregado de varias emociones primarias-básicas (Tomkins, 1962).
- Experiencia emocional muy frecuente, se da en todas las culturas.
- Relacionados con el amor (... propio).
- Existen diferencias de género.
- No todos los celos son patológicos.
- Han recibido poca atención clínica hasta fechas muy recientes.

Los celos requieren atención clínica

- Los celos patológicos constituyen uno de los trastornos que más malestar generan al que los padece (Psychotherapy Networker, 2007).
- Relacionada con los Big Five Symptomatic Clusters (Sierra-Siegert, 2006)
- Es posiblemente la patología que más malestar genera a las parejas de quienes los padecen.
- Relacionada con la violencia de género (entre un 40-80%; correlaciona con nivel de violencia).
- Íntimamente relacionada con los crímenes pasionales, el homicidio y el suicidio.

Para que se den celos

- Henry Ey: “Sentimos que vamos a ser privados de objetos que están en nuestra posesión y que pasarán a ser dados a otros”. *La jalouise morbide-Etudes Psychiatriques, 1950.*

*Sistematización: Moscovici (1988); Maggini et al (2006)

- Los 3 elementos esenciales:
 - Sentido de posesión (inmadurez: relc objetal).
 - Certeza/Temor al abandono (pérdida, rechazo)
 - Sospecha/certeza de un/una rival mejor (miedo al ridículo).
- *Miedo desmesurado a la infidelidad (sexual o afectiva).

Cuando los celos son patológicos

FRECUENCIA  A mayor frecuencia.

TIPO "TRIGGERING EVENT"  Culturalmente aceptables

INTENSIDAD SUBJTV.
DEL SUFRIMIENTO

 TIPO REACCIÓN  Emocional: autocontrol
 Conductual: control, agresividad, etc.

Padecer celos patológicos

Factores de Riesgo

- Problemas de Apego-Trauma infantil (crónico)

Privaciones afectivas, abandono (emocional), maltrato, abandono, abuso, negligencia y/o sobreprotección



- Trastornos o rasgos “raros” de personalidad

Inmadurez emocional, apegos inseguros y ambivalentes; dependencia-rechazo

- Haber tenido un progenitor celoso
- Haber tenido una relación previa celosa
- Consumo de tóxicos.
- A veces, ser una persona normal

“Escepticismo cognitivo” (Cavel, 2001), los demás son una amenaza y le van a engañar, rasgos paranoides.

Baja autoestima: Narcisistas y/o Autodespreciativo

Problemas de autocontrol

Padecer celos patológicos

Factores de Riesgo

- Problemas de Apego-
Trauma infantil (crónico) → Privaciones afectivas, abandono (emocional), maltrato, abandono, abuso, negligencia y/o sobreprotección

Formas de maltrato

(Aceptación incondicional: afecto positivo y límites razonables)

1. **Aceptación condicional: Crítica, exigencias o chantaje emocional.**
2. **Sobreprotección.**
3. **Pautas de no aceptación y crítica constante. Problemas de expresión emocional en la familia.**
4. **Abandono real o emocional. Indiferencia. Pérdidas.**
5. **Ausencia de límites. Sobreprotección grave.**
6. **Maltrato físico. Enfermedad psiquiátrica crónica figura de apeg.**
7. **Abuso sexual.**
8. **Negligencia grave.**

APEGO

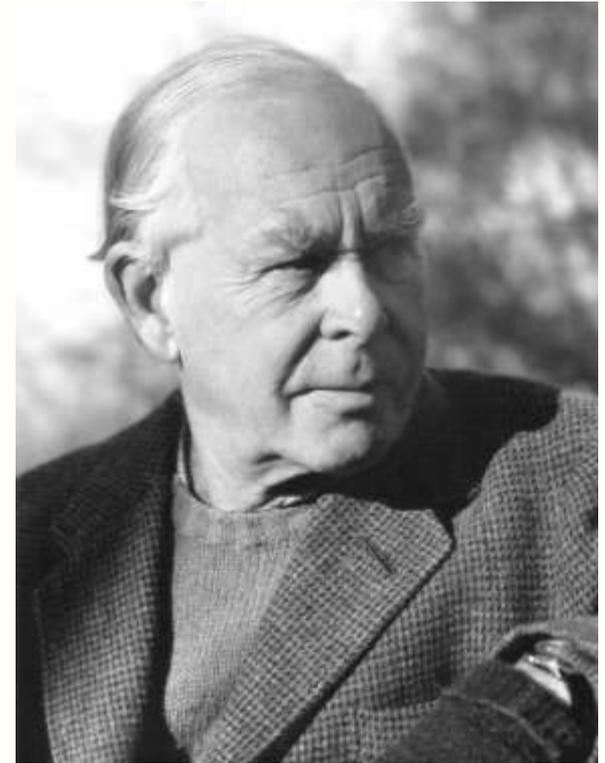
Konrad Lorenz
René Arpad Spitz

THE NATURE OF THE CHILD'S TIE TO HIS MOTHER₁

By

JOHN BOWLBY, LONDON

1. An abbreviated version of this paper was read before the British Psycho-Analytical Society on 19th June, 1957.
2. Although in this paper I shall usually refer to mothers and not mother-figures, it is to be understood that in every case I am concerned with the person who mothers the child and to whom it becomes attached rather than to the natural mother.



The Nature of Love

Harry F. Harlow (1958)^[1]

University of Wisconsin

First published in *American Psychologist*, 13, 673-685

Address of the President at the sixty-sixth Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, D. C., August 31, 1958.

First published in *American Psychologist*, 13, 573-685.

Apego

- Vínculo que se genera entre los infantes y sus cuidadores, de forma diádica. Es un vínculo primario.
- Es uno de los cuatro sistemas innatos y se activa en situaciones percibidas como distresantes o peligrosas.
- Un niño puede tener difer. apegos con difer. personas pero debe tener al menos uno para un desarrollo socio-emocional sano; el desarrollo del niño es de

Vínculo del apego

Aspectos definitorios

1. Mantenimiento de la proximidad.
Disponibilidad.
2. Ansiedad de separación (Attachment cry)
3. Refugio Seguro (Safe Haven).
4. Base Segura (Secure Base).

“The infant and young child should experience a warm, intimate and continuous relationship with his mother (or permanent mother substitute) in which both find satisfaction and enjoyment [and if this should not occur] will result in severe anxiety conditions and psychopathic personality”

Bowlby, 1951 Maternal care and mental health



Mary Ainsworth

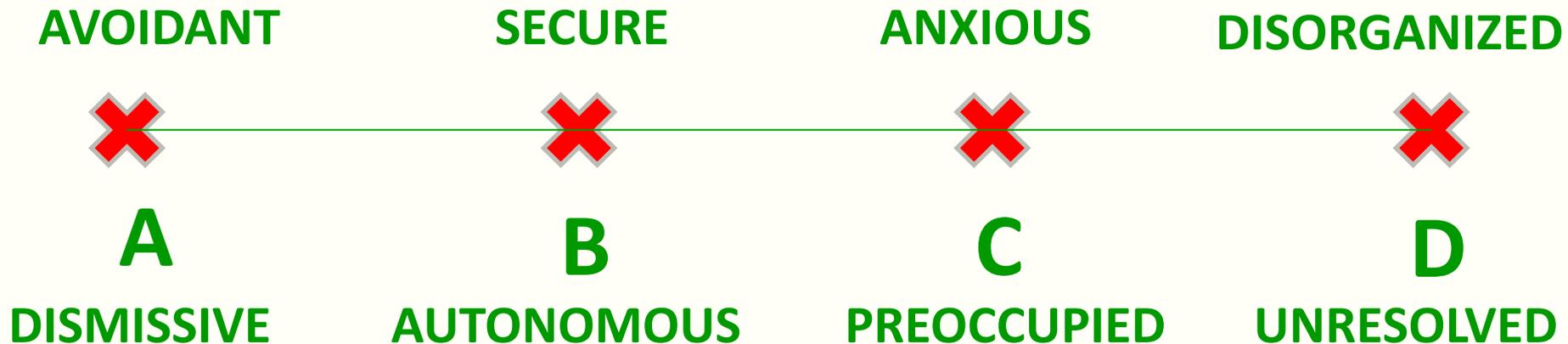
- Diseña la situación de extraño
- Convierte el apego en una variable dimensional (diferentes grados de disponibilidad psicológica) e interactiva. Identifica:
 - Apego seguro
 - Apego inseguro (que posteriormente dividiría en evitativo y ansioso-ambivalente).



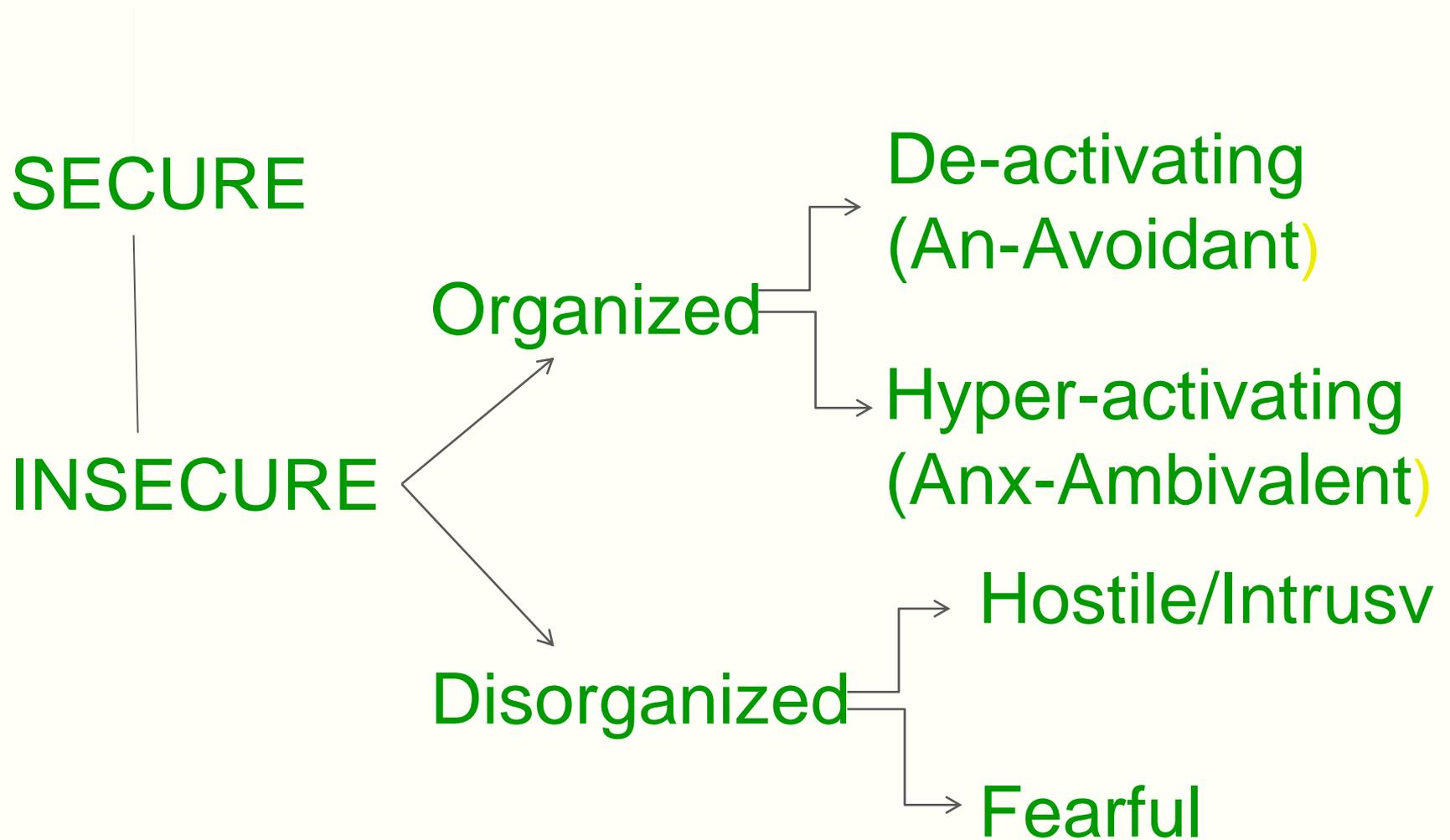
Mary Main

- Añade la categoría de Apego desorganizado.
- Diseña la Adult Attachment Interview
- Extiende el estudio del apego a lo largo del ciclo vital.

Attachment Types



Attachment Types



Desarrollo de Apego Seguro

Características Adulto

- Sensibilidad (Mindsight, Siegel).
- Cooperación (vs Interferencia).
- Disponibilidad (Secure Base Provider) y Continuidad (disponibilidad transituacional).
- Predictibilidad.
- Aceptación de las necesidades del infante.
- Capacidad de función cognitiva (Mentalising, Fonagy y Steele)

Apego Seguro

- Se muestran seguros, confían en los demás.
- Empáticos.
- Curiosidad por explorar el entorno.
- Búsqueda del adulto en situación de estrés.
- Buena capacidad de auto-regulación, de co-regulación y de interacción.

Apego Evitativo

Padres fríos emocionalmente o excesivamente intrusivos. No impredecibles

- Desconfían del adulto como fuente de confort.
- Independencia, buen análisis social.
- Hostilidad manifiesta o encubierta hacia iguales.
- Frialidad afectiva (no expresan emociones).

Apego Ansioso-Ambivalente

Padres que prestan atención de manera selectiva o ante estímulos incorrectos. Centrados más en si mismos.

- Alta expresividad emocional.
- Poca o nula curiosidad exploratoria.
- Dependencia.
- Dificultades en la auto-regulación.
- Inseguros.

Apego Desorganizado

Padres temerosos o temibles.

- Desconfianza del adulto.
- Cambios de humor.
- Conductas contradictorias.
- Impulsividad.
- Dificultad para la auto o co-regulación.
- Comportamientos bizarros: temerosos o temibles.



"Attachment theory regards the propensity to make intimate emotional bonds to particular individuals as a basic component of human nature, already present in germinal form in the neonate and continuing through adult life into old age."

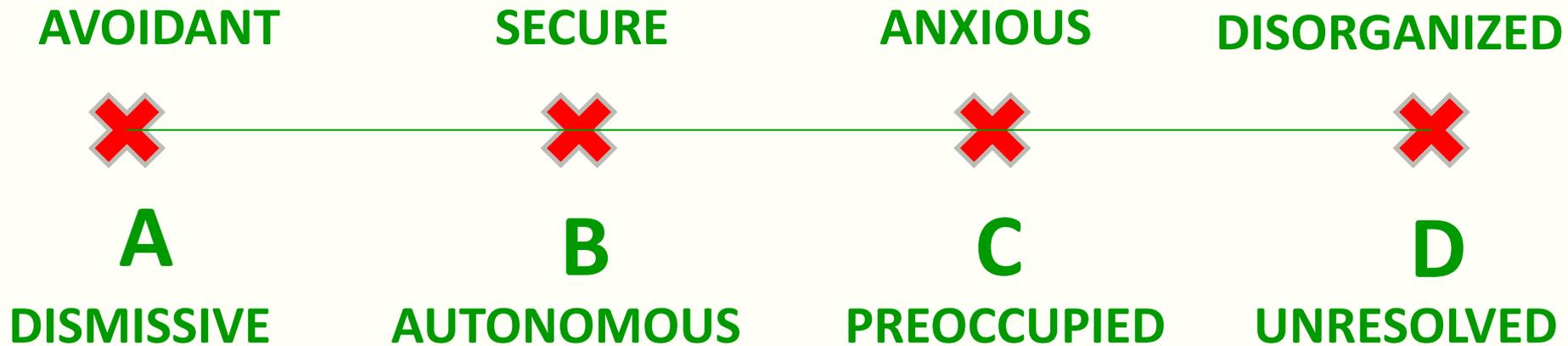
Bowlby, 1988. A secure base.

"There is a strong continuity between infant attachment patterns, adolescent patterns and adult attachment patterns"

Main & Goldwyn, 1993



Attachment Types



Apego adulto

- Autónimo – Resuelto
 - Autónimo (F3)
 - Autónimo adquirido (F4): distanciante (F1, F2) / preocupado (F5)
- Descartante – Distanciante – Desactivado
- Preocupado
 - Tipo Enfadado (E2)
 - Tipo Cuidador (E3)
 - Asustado (E4)
- No resuelto.

Apego Adulto - Evaluación

- AAI (Main y Godwyn 1993).
- AAI – Reflective Function (Fonagy y Target 1997).
- AAP (George y West 2001):
www.attachmentprojective.com
- Escala ECR (Brennan, Clark y Shaver 1998):
www.psyweb2.ucdavis.edu/labs/Shaver
- RSQ (Bartholomew y Horowitz 1991)
www.sfu.ca/psyc/faculty/bartholomew/research/i

Attachment

Type “B” - Secure

*Realistas, dan detalles, consideran relc muy importante

*En torno a un 60%

Type “A” – Avoidant

*Infancia “normal” pero no dan detalles concretos o no recuerdan

*10-20%, según países

Type “C” – Anxious Ambivalent/Resistant

*Largas historias difíciles de seguir, Idealizan o devaluan;
ansiosos, enfadados, dolidos

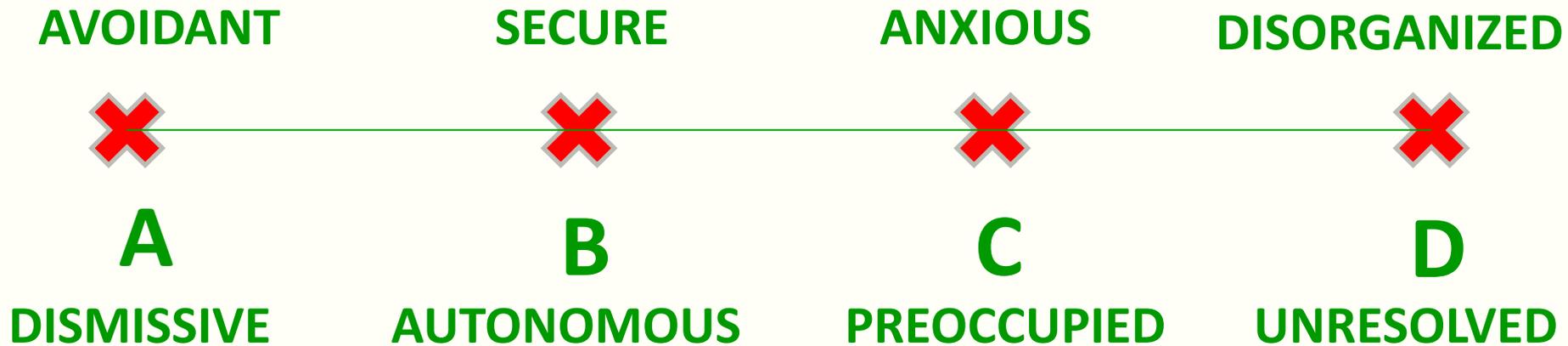
*10-20%, según países

Type “D” – Disorganised.

*Pocos recuerdos, poca importancia. Desorganizadas

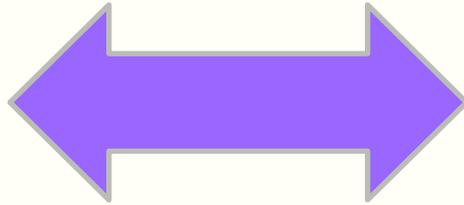
*Entre 5-10%

Attachment Types



Relación

**CELOS
PATOLÓGICOS**



**PATRONES DE
DEPENDENCIA
INTERPERSONAL**

DIP-Tipos

SUMISO
(Ansiedad)



Complaciente
Indefenso
*Oscilante

DOMINANTE
(Miedo/Ira)



Agresivo
Pasivo-Agresivo
Cuidador-Codependiente
(Dep. Inversa.)

EVITATIVO



Manifiesto
Emocional
*Suspicaz/Seductor

Variables that underly PBP

SECURITY

Security
Vs.
Fear

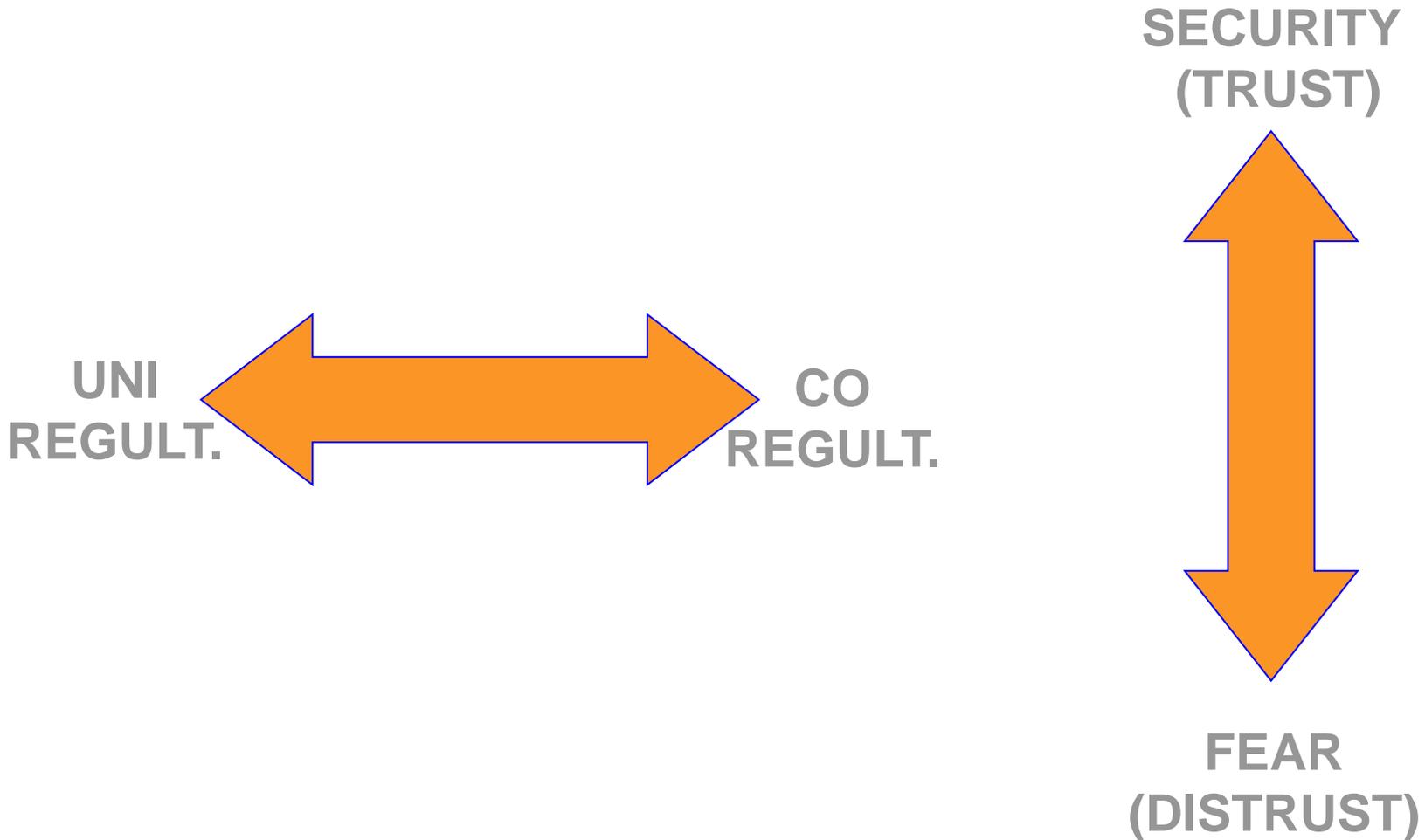
SELF REGULATION

Uni-Regulation
Vs.
Co-Regulate

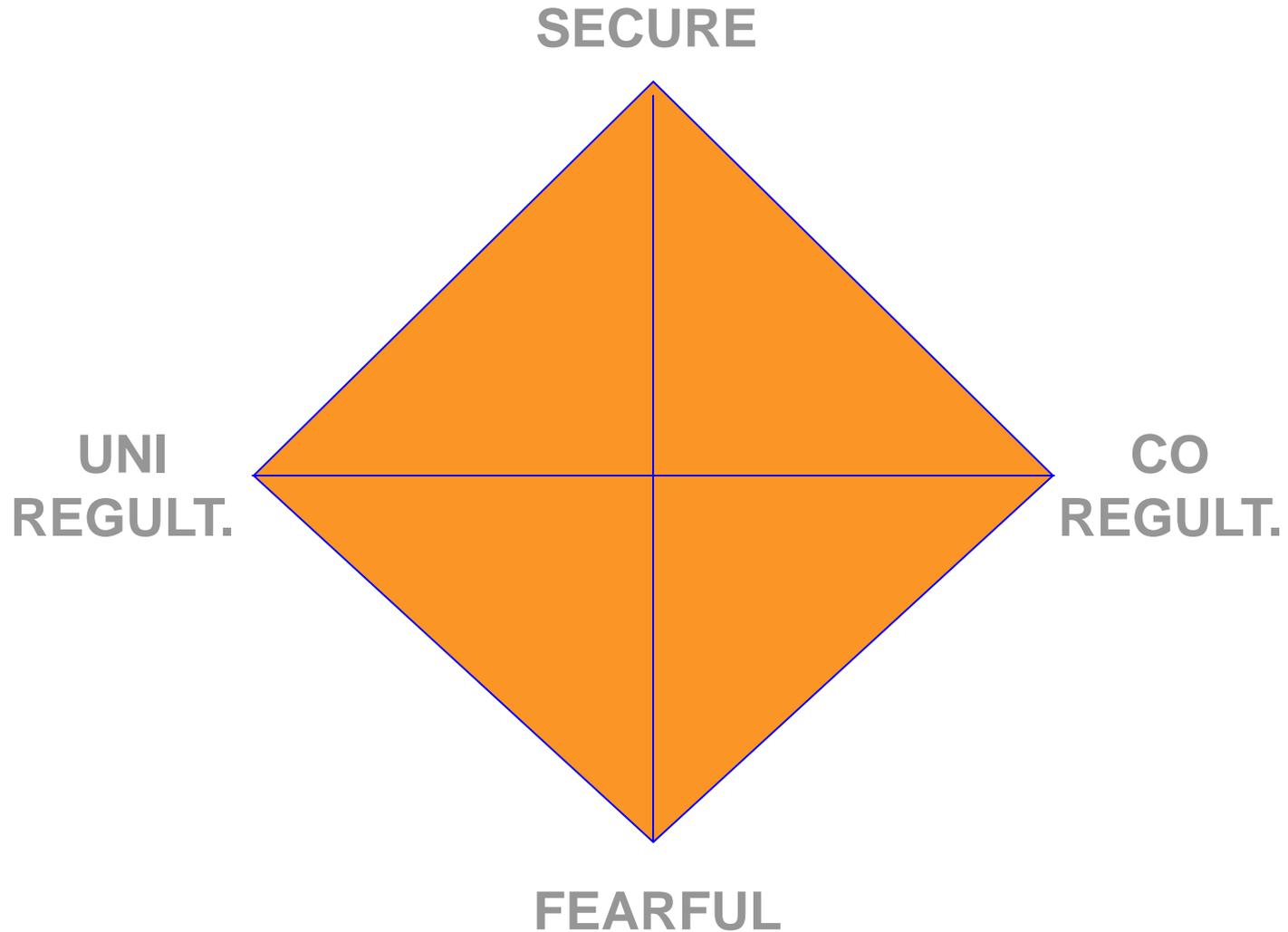
Myers 1940, Van der Hart 2006, 2010,
Panksepp 1998. Porges 1995, 1998
DLAS - DAS
Ventral vagal – Sympathetic – Dorsal Vag.

Attachment: Bowlby, Harlow, Ainsworth,
Tronic;
Gerzon 1998, Sanz 2007
Fusion-Separation.

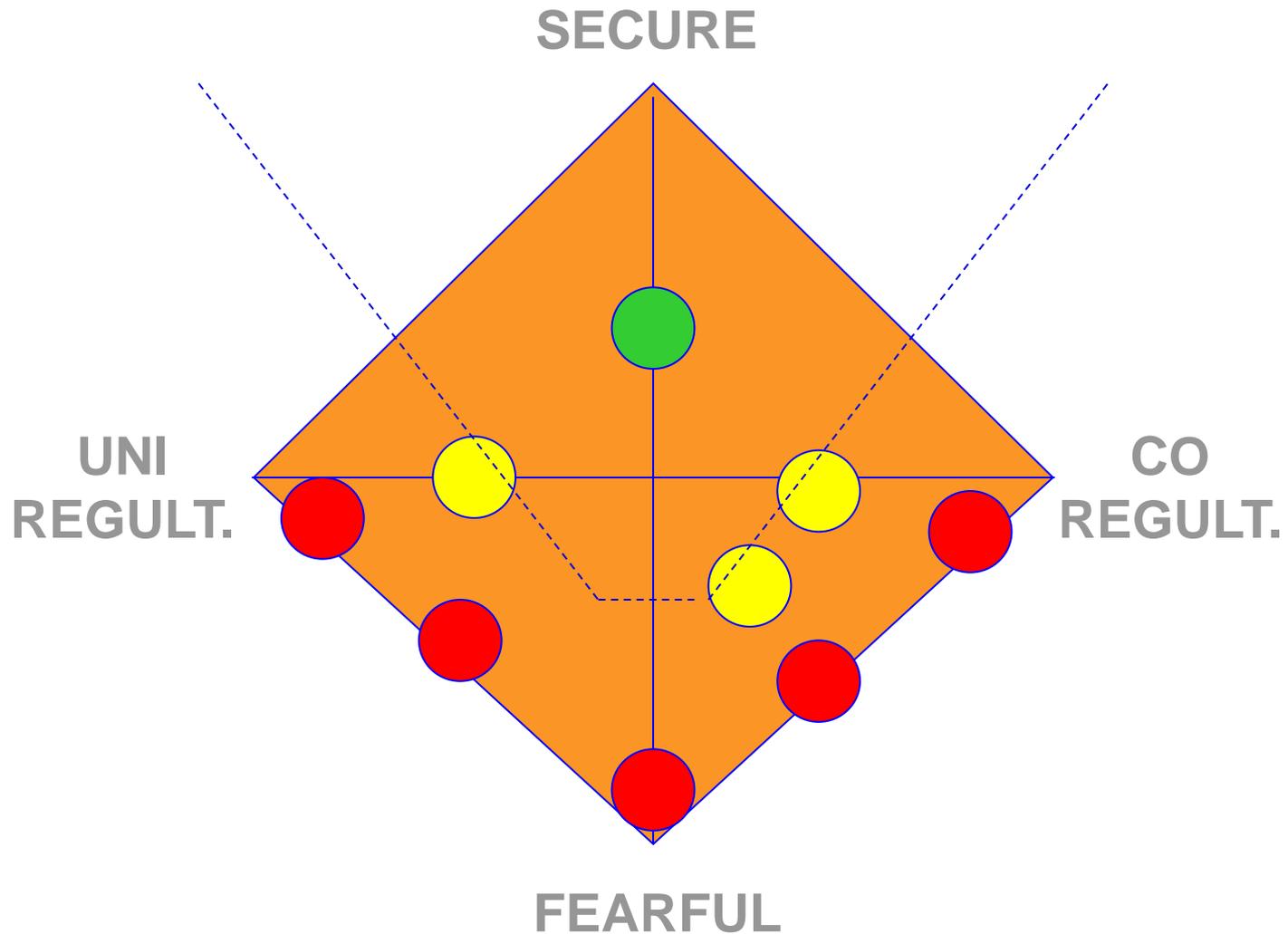
Variables that underly PBP



Bonding patterns



Bonding patterns



DIP-Tipos

SUMISO
(Ansiedad)



Complaciente
Indefenso
*Oscilante

DOMINANTE
(Miedo/Ira)



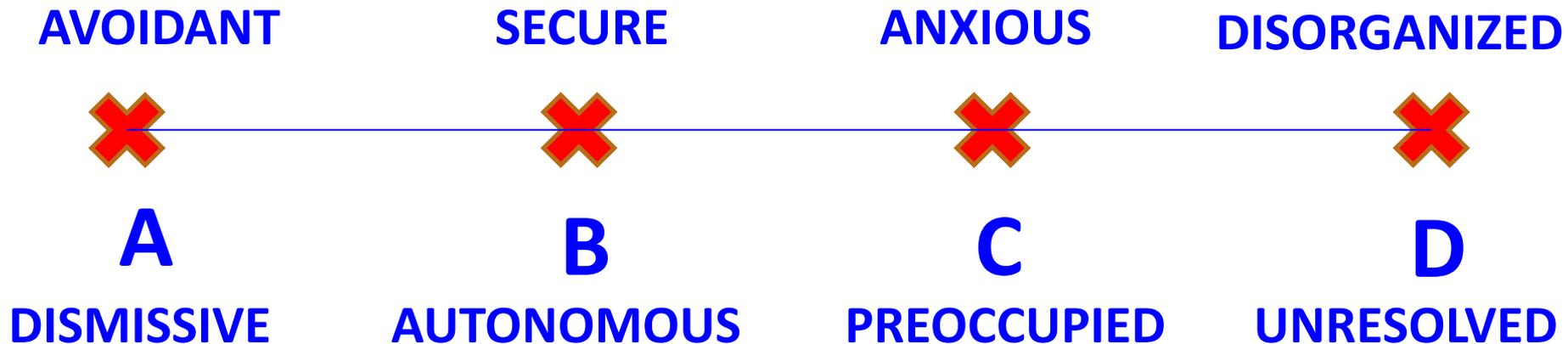
Agresivo
Pasivo-Agresivo
Cuidador-Codependiente
(Dep. Inversa.)

EVITATIVO

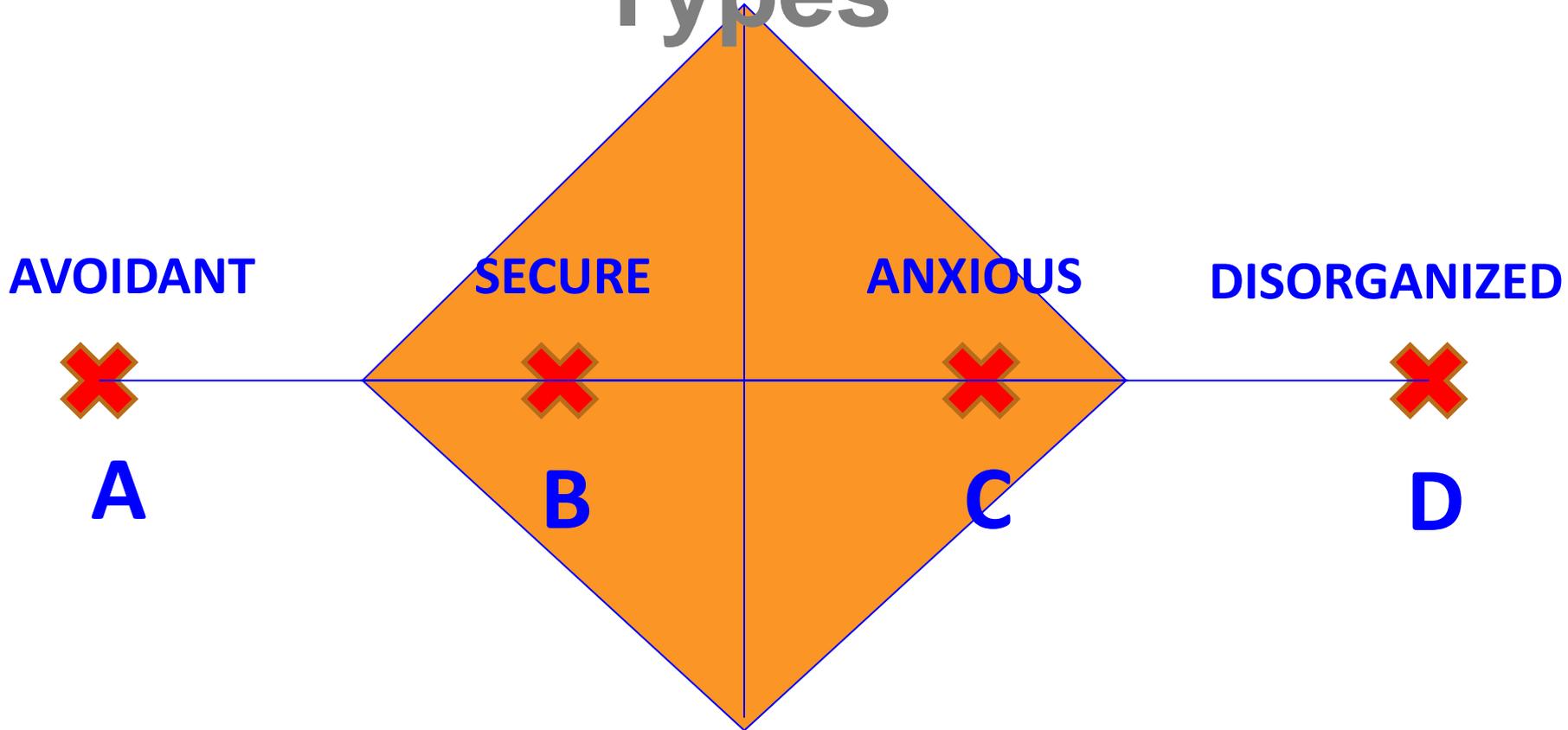


Manifiesto
Emocional
*Suspicaz/Seductor

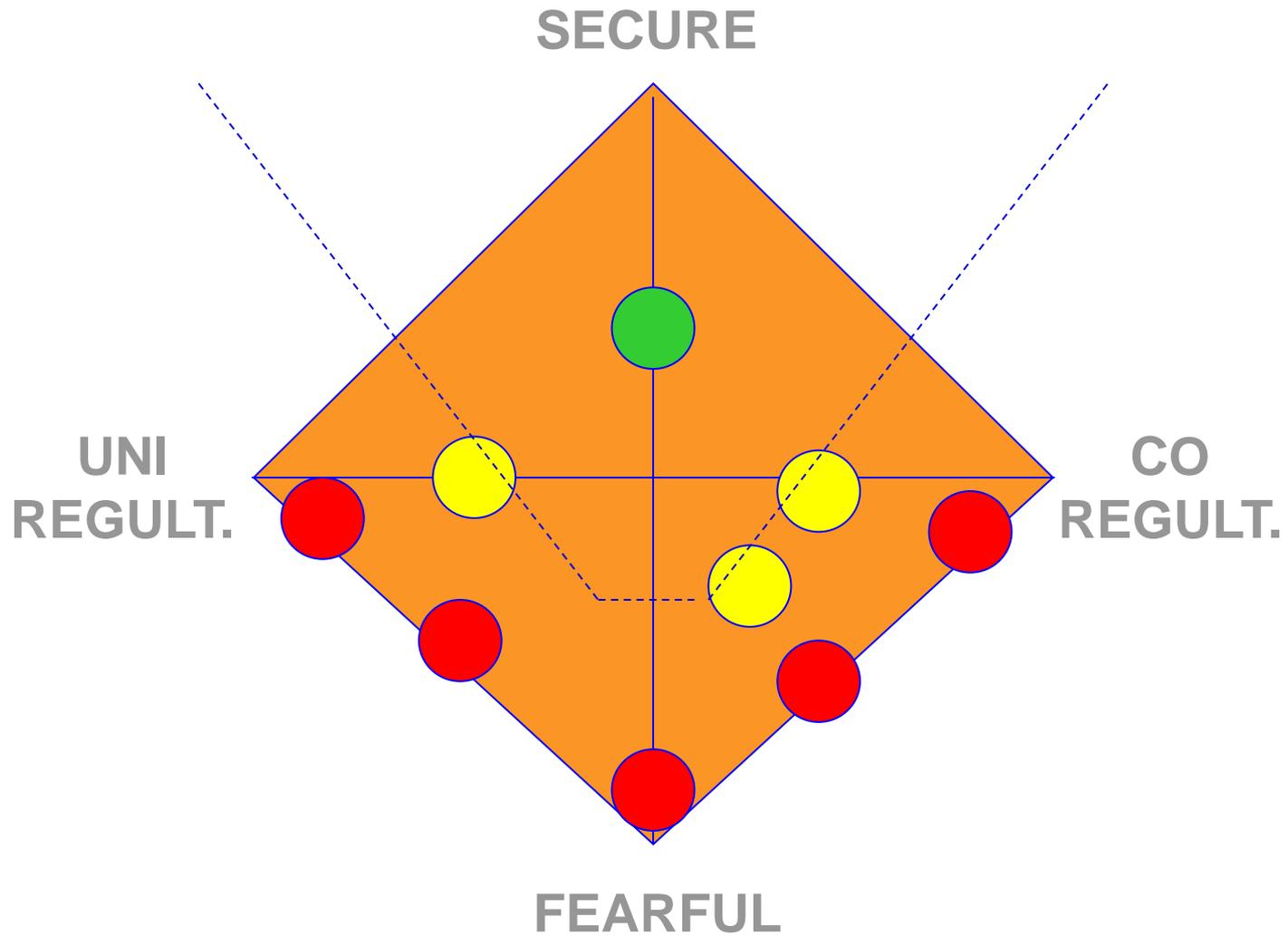
Attachment Types



Attachment Types



Bonding patterns



Padecer celos patológicos

Factores de Riesgo

- Problemas de Apego-Trauma infantil (crónico)

Privaciones afectivas, abandono (emocional), maltrato, abandono, abuso, negligencia y/o sobreprotección



- Trastornos o rasgos “raros” de personalidad

Inmadurez emocional, apegos inseguros y ambivalentes; dependencia-rechazo

- Haber tenido un progenitor celoso
- Haber tenido una relación previa celosa
- Consumo de tóxicos.
- A veces, ser una persona normal

“Escepticismo cognitivo” (Cavel, 2001), los demás son una amenaza y le van a engañar, rasgos paranoides.

Baja autoestima: Narcisistas y/o Autodespreciativo

Problemas de autocontrol

DISOCIACIÓN

Pierre Janet

Charles Myers

pacientes trauma crónico

- Son polisintomáticos y de diagnósticos comorbidos.
- Presentan síntomas del Eje I y del Eje II. Obligarán a reformar diagnósticos antiguos, en especial TP y DID.
- Requieren diagnósticos nuevos:

Complex PTSD
(Judith Herman, 1992).

DES-NOS
(Shapiro 2000, Forgash 2008).

Developmental Trauma
(Van der Kolk, 2005)

Personalidad

- Patrón de comportamientos generalizados y persistentes que muestran una consistencia transituacional y transtemporal
- Egosintónicos

Problemas del modelo

- Extensa comorbilidad intra/inter Eje I y Eje II:
 - Comorb es la norma en TLP, TCA, TrSust, PTSD, TS, TD.
 - Distintas formas de diagnosticar un mismo trastorno (TPL=200). TPnoE es el más frecuente.
 - Cambios temporales del diagnóstico
 - Ningún síntoma es específico de un solo trastorno
 - Prevalencias familiares cruzadas
 - Probabilidad no es la de sucesos independientes
- No existe una sola prueba de laboratorio específica de ninguno de los Tr. DSM.
- Distribuciones continuas (no bimodales). Modelos categoriales vs. dimensionales (DSM-V, 2013).
- Tto. polifarmacológicos; ISRS tto. de elección en distintos trastornos
- Personalidad no siempre es transituacional, ni transtemporal ni egosintónica.

el terrible Eje II

- Mientras más extremos, diferentes y contradictorias hayan sido los acontecimientos vitales de manera menos unitaria se comporta la persona (Rodríguez 2005).
- No sirven los modelos de personalidad unitaria y categoriales (transituacionales, persistentes y egosintónicos). Skodol, 2006.
- Modelos de personalidad disgregada o disociada.

“La personalidad adulta, tal y como la conocemos en nosotros y nuestros vecinos, es el resultado de un proceso de integración”

William McDougall (1926)

- Personalidad como construcción
- Tenemos que poder integrar experiencias adversas
- Cuando no lo logramos , resulta en un trauma
- El trauma es el inicio de la disociación

Para que se dé Integración, se tienen que dar los procesos de síntesis y realización (personificación y presentificación) (Pierre Janet)

Cuando esto no ocurre, la personalidad se divide en alters, estados del yo, identidades, partes, esquemas nucleares, modos...

Las diferentes partes tienen:

- Diferentes ideas del yo y del mundo (Nijenhuis 2008)
- Diferentes necesidades
- Diferentes funciones
- Diferentes tendencias de acción.

También difieren en ^o de autonomía mental y capacidad de tomar el control ejecutivo.

Con frecuencia, estas diferencias son contradictorias y conflictivas.

Las diferentes partes se pueden entender como mediadas por diferentes sistemas de acción:

- Panksepp 1998:
 - DLAS: Exploración, juego, vinculación social, de apego, sexuales, regulación de la energía.
 - DAS: Lucha, huída, parálisis, sumisión, apego aumentado (V d Kolk, 2009), inmovilización.
- Porges 1995:
 - Rama Ventral Vagal
 - SN Simpático.
 - Rama Dorsal Vagal

“En las personas traumatizadas se dará una alternancia entre las partes emocionales fijadas en el trauma (mediadas por Sistemas de Acción Defensivas) y partes que evitan el trauma (mediadas por Sistemas de Acción para la Vida Diaria). Llamamos a las primeras Partes Emocionales y a la segunda Parte Aparentemente Normal”.

Onno Van der Hart, 2010

Niveles Disociación Estructural

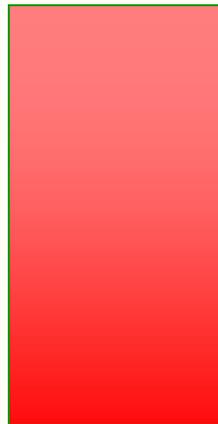
- **Primaria: 1 PAN , 1 PE**
 - PTSD simple
 - Trstornos Disociativos Simples.
- **Secundaria: 1 PAN, varias PE**
 - PTSD Complejo
 - BPD / DDNOS
- **Terciaria: Varias PAN, Varias PE.**
 - DID

2

Diagnóstico Clínico

Celos normales y patológicos

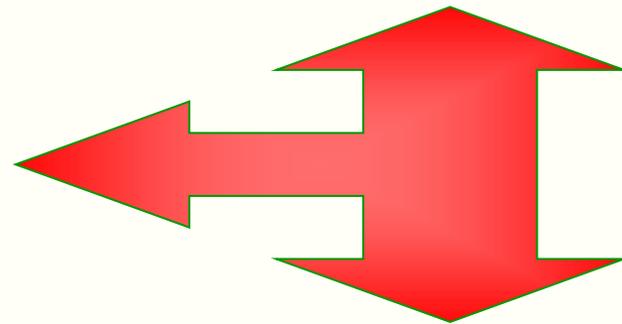
CELOS "NORMALES"



CELOS PATOLÓGICOS

**Cobb y Marks (1979)*

NEURÓTICOS



PSICÓTICOS/
DISOCIATIVOS

CELOS PATOLÓGICOS

CELOS NEURÓTICOS

Celos TOC-Estado*

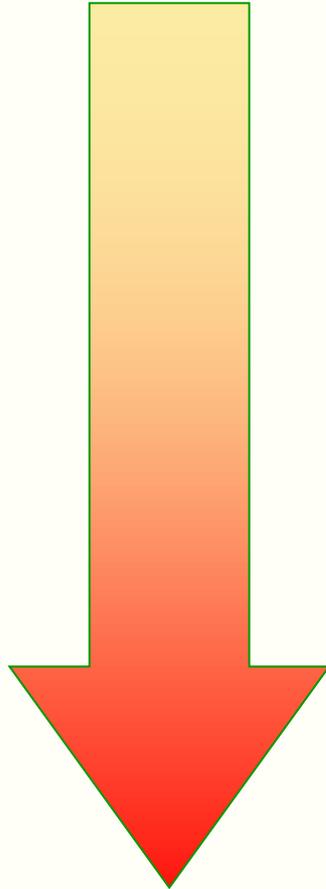
Celos TOC-Rasgo, sin CD

Celos TOC-R con Crisis
Delirantes.

Delirio Celotípico

Celos en Esquizofrenia, Psicosis
tóxicas o Det. Cereb-Orgánicas.

CELOS PSCTC-DSCT



Nivel deterioro pareja (trauma de apego-dependencia)

Nivel de disociación ambos

Disociación estructural primaria:

Trastornos simples del Eje I. No comorbilidad.

Disociación estructural secundaria:

Comorbilidad. TP. Complex PTSD, DESNOS.

Disociación estructural terciaria:

Personalidad múltiple

3

Tratamiento

TRATAMIENTO

“Para los celos tengo un remedio infalible, un antídoto formidable, un tratamiento refinado pero que no puede ser revelado”.

Burton, R. (1621). The Anatomy of Melancholy.

Final del capítulo dedicado a los celos.

- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento psicoterapéutico:
 - Tratamiento celos patológicos
 - Tratamiento de relación de dependencia.

TRATAM. FARMACOLÓGICO

- Antes distinguir claramente qué tipo de celos patológicos tenemos:

Celos TOC-Estado

ISRS

(Paroxetina, 20-40 mg/d)

Celos TOC-Rasgo, sin
CD

Clorimipramina

(25-150 mg/d)

Celos TOC-R con Crisis
Delirantes.

Sumial (40 mg x 3)

Topiramato (25-200)

Lamotrigina (25-200)

Delirio Celotípico

Sulpiride (150-300)

Risperdal (1 mg)

Tto. Celos patológicos

Fase 1: Preparación

- Intervención psicoeducativa. Sobre celos y dependencia (modelo del apego).
 - Intervención en/con pareja:
 - Cortar peleas y escalada de violencia
 - HH de comunicación, SP y asertividad.
 - Fase de no control:
 - Actividades fuera: elevación de la energía
 - Exposición a la incertidumbre (otras áreas)
 - Limitación de las compulsiones (ambos).
- **Cognitiva BTI (no tipo Beck).

Tto. Celos patológicos

Fase 2: estabilización.

- Autoestima (Fanning y McKay, 1991)
- Exposición al ridículo (Albert Ellis).
- Exposición a incertidumbre, frustración y fracaso (IASP).

- Técnicas de control emocional (Linehan, 2003, 2005).
- Técnicas de Acción Adaptativa (Van del Hart, 2006).

Tto. Celos patológicos

Fase 3: Trabajo con celos

- Exposición en imaginación:
 - Hora infernal, narrativa, EB, etc.
 - PSC (no parada de pensamiento)
 - Masturbación con sustitución
- Exposición en vivo: jerarquizada y muy, muy gradual.

T. PSICOTERAPEUTICO

Fase 4: Casos graves

- Tratamiento desde modelo del Apego-Disociación.
- Tratamiento del trauma:
 - EMDR - F. Shapiro (1987-2001).
 - FOCUSSING - E. T. Gendling (1982-2001).
 - SOMATIC EXPERIENCING - P. Levine (1997).
 - SENSORIOMOTOR PSYCHOTHERAPY - P. Ogden y K. Minton (2000).
- Tratamiento de personalidad disgregada:
 - Voces-Colin Ross (2000).
 - IFS – Schwartz (1995).
 - Modelo PSV-Rodríguez (2005).
 - Disociación Estructural-Van der Hart (2006).
 - Ego State Therapy-Forgash y Copeley (2008).
 - RFPD (2008).

Treatment Basic Assumptions

- Relationships are attachment bonds. Effective therapy should address this aspect in order to change pathological bonding.
- Change involves a new understanding and experience of the self, of the other and the interaction.
- Rigid interaction patterns create and reflect absorbing emotional states (neuroendocrine response patterns).
- Emotions (states) are the center of change.
- The therapist is also a attachment figure and should pay attention to the interactions.
- People cope as optimally as they can given their current circumstances and life history.

tratamiento

aspectos generales

- Alto riesgo de descompensación; abreacciones disociativas y retraumatización. Alta E y baja R.
- Pacientes muy conflictivos a nivel IP (problemas de apego, rol víctima-agresor, BTF).
- Relación terapéutica: sólida y que respeta los límites y que dé seguridad.
- Tener en cuenta el estilo de apego y respetarlo.
- Aceptar al “monstruo”. Espacio de aceptación y calma.

Fases generales del Tto.

1. **Des-escalada y estabilización:** comprender y frenar ciclo de interacción negativa.
2. **Solución de conflictos actuales:** comunicación y estilos de refuerzo. *Comunicación de quejas.
3. **Problemas individuales actuales:** Recursos. Autocuidado
4. **Exponer y tratar problemas subyacentes:** desde el conflicto presente a vínculos infantiles y trauma.
5. **Trabajo con partes:** co-conciencia, tipos de interacción interna y externa. Reducción de fobias. Aceptación de todas las partes.
6. **Aprender estilos vinculatorios sanos..**
7. **Generalización:** familia, trabajo, etc.

Fases generales del Tto.

1. **Des-escalada y estabilización:** comprender y frenar ciclo de interacción negativa.
2. **Solución de conflictos actuales:** comunicación y estilos de refuerzo. *Comunicación de quejas.
3. **Problemas individuales actuales:** Recursos. Autocuidado
4. **Exponer y tratar problemas subyacentes:** desde el conflicto presente a vínculos infantiles y trauma.
5. **Trabajo con partes:** co-conciencia, tipos de interacción interna y externa. Reducción de fobias. Aceptación de todas las partes.
6. **Aprender estilos vinculatorios sanos..**
7. **Generalización:** familia, trabajo, etc.

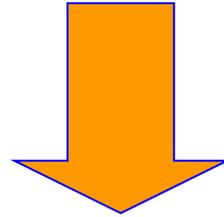
Des-escalada y estabilización

- Restablecer seguridad en la relación.
- Análisis de costes
- Objetivos mínimos: no conflictos (no sentirse amados ni apoyados ni etc.).
- Entender ciclos de discusiones
- Prohibición de hablar de temas conflictivos.
- Aprender a cortar discusiones y peleas: Análisis antes-durante-después.

Anatomía de una crisis

Celos como rasgo o predisposición

Curiosidad morbosa

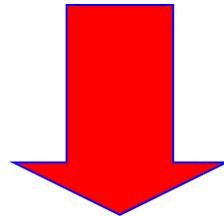


“Triggering event”

Celos Estado

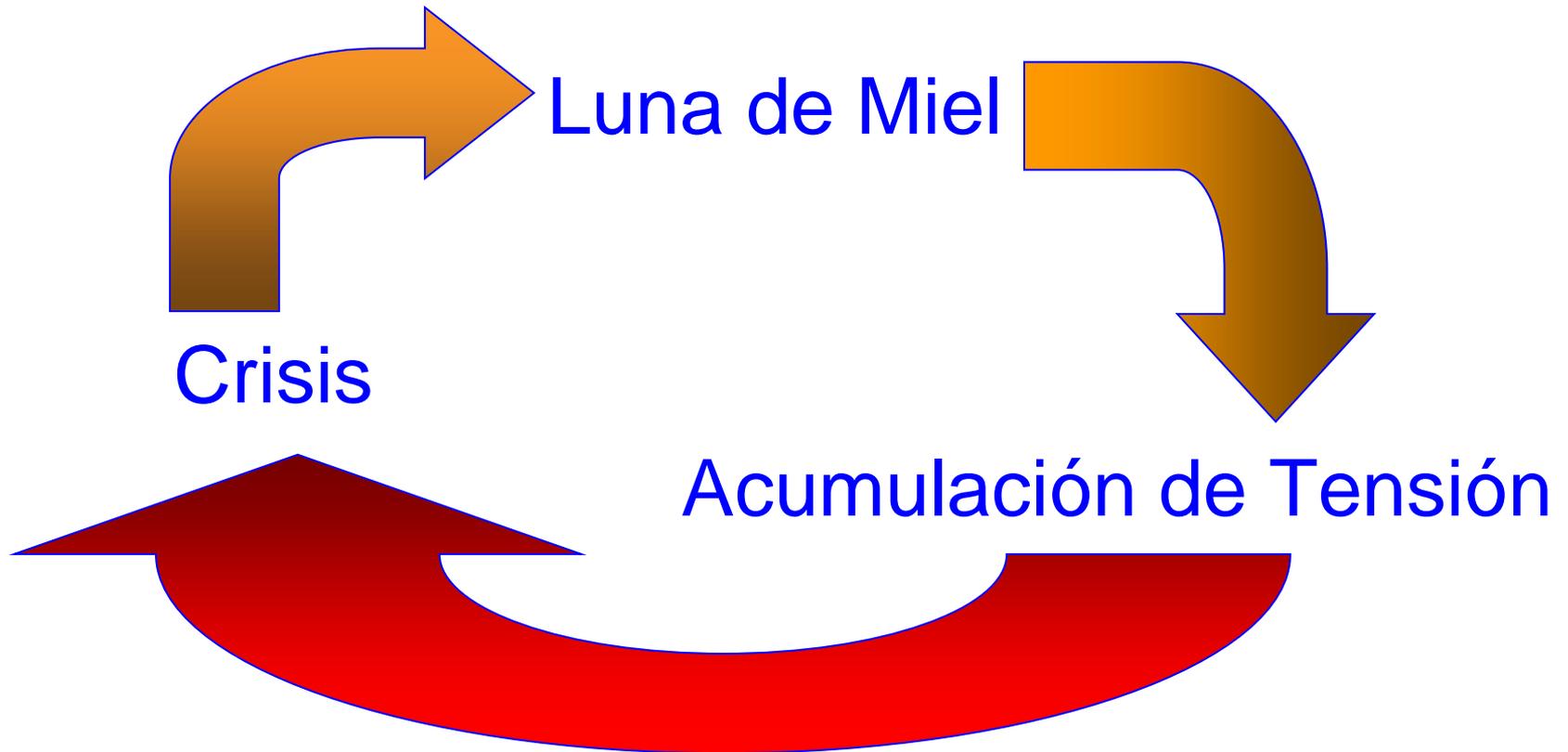
“Lecteurs de signes”: escepticismo cognitivo

(Levy y Ponnau, 1996; Cavel, 2001)

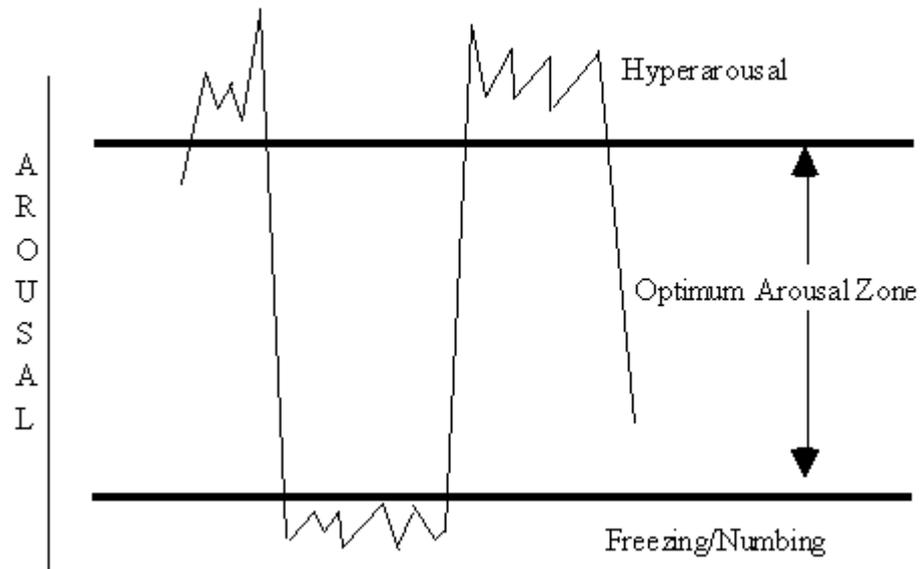
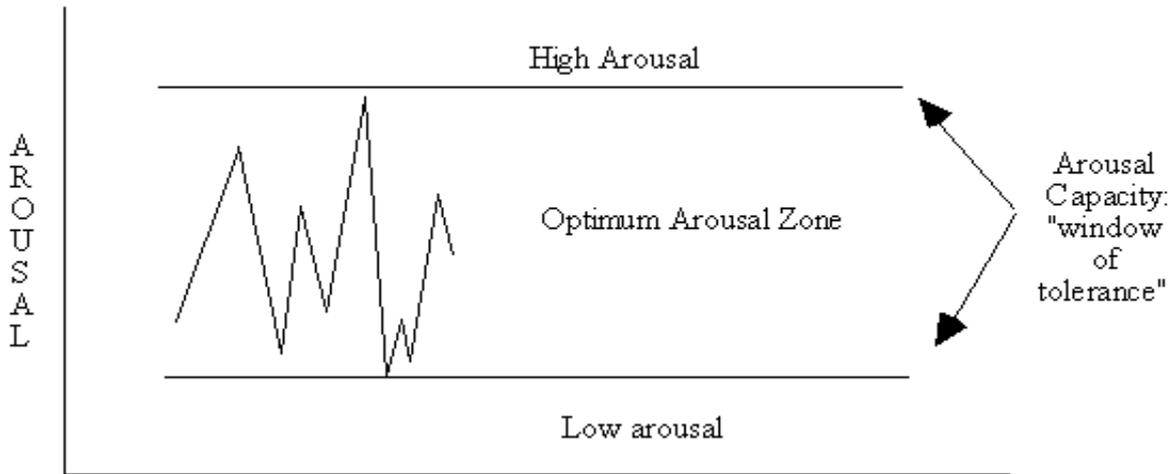


Crisis celotípica: secuestro límbico

Ciclo del conflicto



Window of affective tolerance



**Pat Ogden, 2006.*

**Liotti, 2012.*

Des-escalada: Discusiones

- No hay temas de discusión, hay personas que discuten. Suelen empezar por un tema y acabar en ninguno.
- Suelen tener un “orden del día oculto” (problema relacional)
- Llegan a un “punto de escalada” en el que la discusión sólo puede ir a peor
- No pensamos en el punto de vista del otro, sólo queremos tener la razón
- Utilizamos un lenguaje “tú” y crítico.

Actitudes en las discusiones

- Sentirse atacado: La guerra
**Hay que cortar de forma inmediata.*
- Sentirse ofendido: La guerra fría
**Tiranía emocional*
- Sentir que no hay solución: huída y negación
**Prolonga los conflictos.*
- Temer las peleas: ley del mínimo follón
**Aprender a recibir, enseñar a dar.*

Des-Escalada: Cortar peleas

- Técnicas de autoregulación emocional, comprensión del modelo de comunicación.
- Identificar beneficios secundarios.
- Personalizar la teoría de conflictos: antes, durante y después.
- Pactar forma de corte.
- Prevención proactiva y activa en:
 - Inicio: estados emocionales y hablar del pasado, en negativo y en general.
 - Escalada.
 - Minimizar daños.
- Prescripción: cambiar “si volvemos a discutir” por “cuando volvamos a discutir”.

Fases generales del Tto.

1. **Des-escalada y estabilización:** comprender y frenar ciclo de interacción negativa.
2. **Solución de conflictos actuales:** comunicación y estilos de refuerzo. *Comunicación de quejas.
3. **Problemas individuales actuales:** Recursos. Autocuidado
4. **Exponer y tratar problemas subyacentes:** desde el conflicto presente a vínculos infantiles y trauma.
5. **Trabajo con partes:** co-conciencia, tipos de interacción interna y externa. Reducción de fobias. Aceptación de todas las partes.
6. **Aprender estilos vinculatorios sanos..**
7. **Generalización:** familia, trabajo, etc.

Comunicación: Modelos

Shannon

Bateson-Watzlawick

Axiomas en comunicación

“No lea esta frase”

Es imposible no comunicar

“Diga las letras que tiene sin procesar la palabra”

-G A T O-

Es imposible no interpretar

“Le grito porque no me contesta”

“No le contesto porque se pone a gritar”

comunicación circular, recíproca y complementaria

“Sí cariño, claro que te quiero”

El nivel relacional predomina sobre el nivel de contenido

“Eres un egoísta y una mala persona; espero que no te importe”

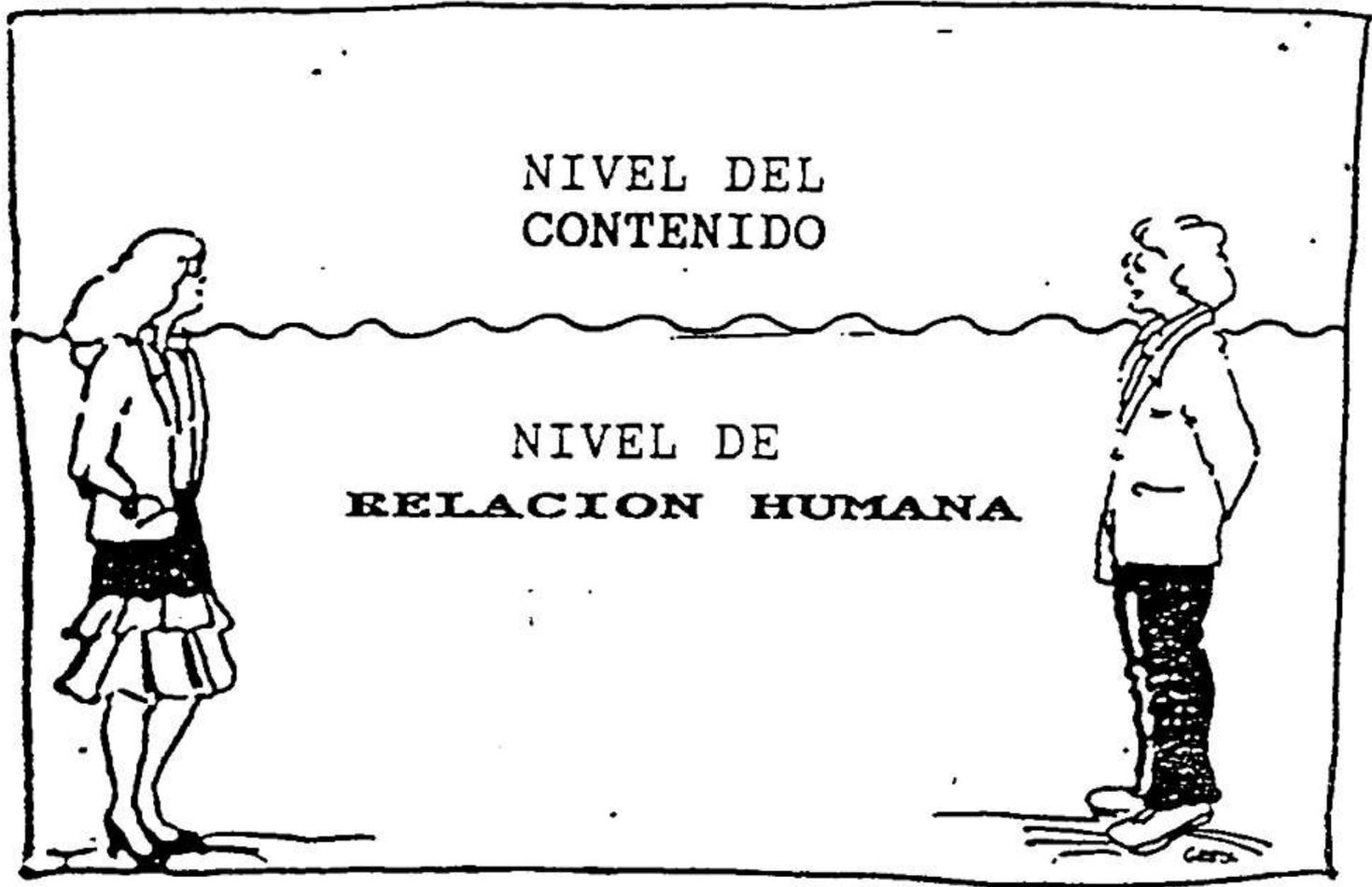
Interdependencia entre E de ánimo y comunicación

Modelo de Bateson y Watzlawick

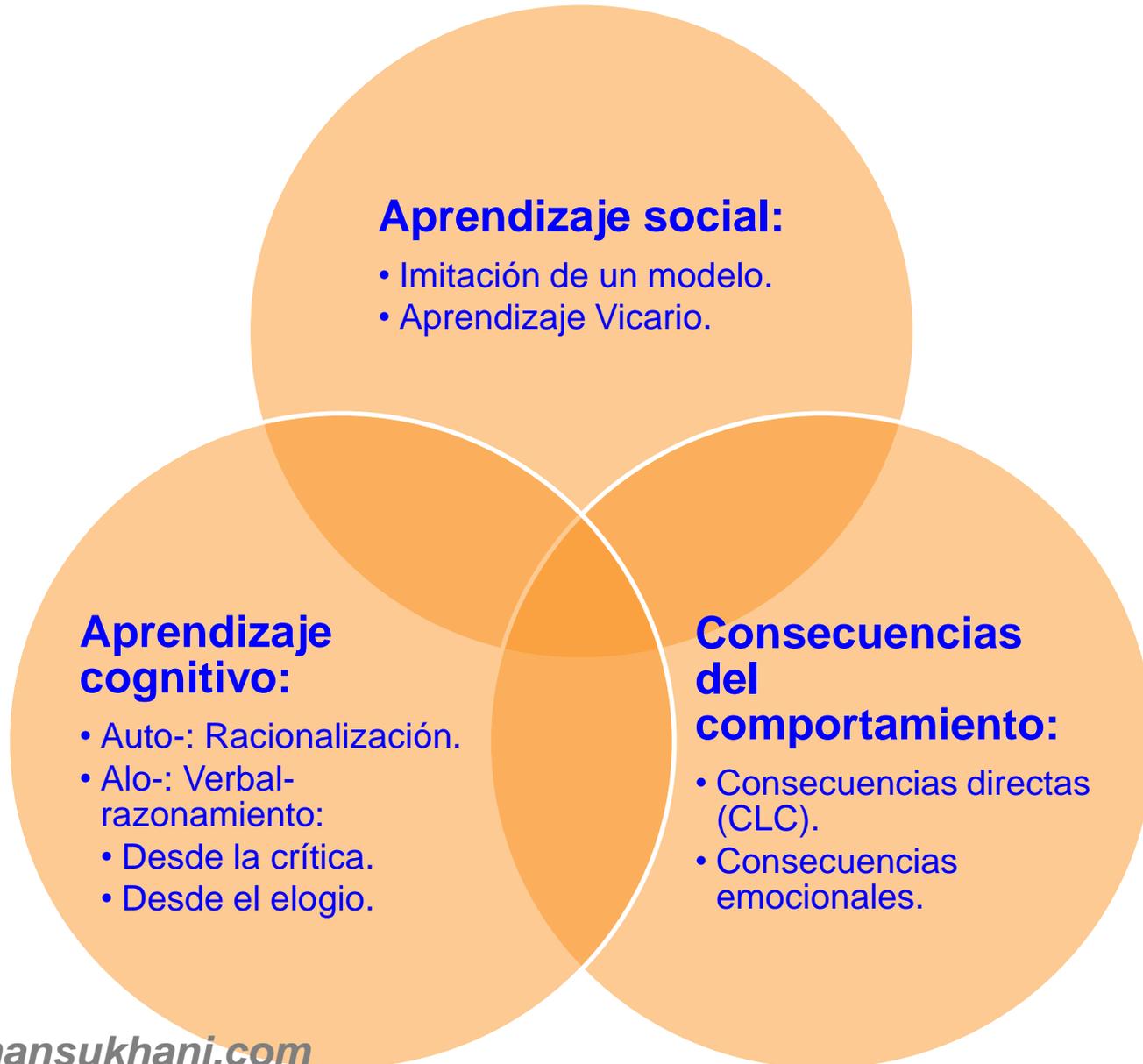
- La comunicación es un proceso que se da de forma constante entre las personas
- Los seres humanos utilizamos la comunicación para influir unos sobre otros (naturaleza manipulativa)
- Existen, al menos, dos niveles en comunicación:
 - Contenido
 - Relacional-emocional
- Si existen discrepancias entre ambas, predomina el nivel emocional.
- A nivel emocional, es difícil fingir.
- El que lleva la iniciativa a nivel emocional, domina la situación de comunicación:
 - Elegir el propio estado de ánimo.
 - Mantenerlo, a pesar de la interacción.

Tipos de comunicación

- Comunicación Verbal (10%)
- Comunicación no verbal-emocional (90%):
 - Paralenguaje (40%)
 - Contacto ocular y expresión facial
 - Kinestesia: postura, movimientos y gestos
 - Espacio y posición interpersonal
 - Información adicional: aspecto, olfato y tacto



Cambios de comportamiento



Solución de Conflictos: Comunicación de quejas

Expectativas realistas

Controlar nivel relacional

Expresar correctamente

****Sólo parejas con bajo nivel de conflicto***

Comunicación de quejas

- **Expectativas realistas:**
 - Los demás no tienen por qué comportarse como nos gustaría
 - No atribuir intenciones hostiles
 - No esperar que adivinen
- Controlar nivel relacional:
- Expresar correctamente:

Comunicación de quejas

- Expectativas realistas:
- **Controlar nivel relacional:**
 - Elegir bien el momento y el lugar
 - Mantener el estado de ánimo propio
 - Hacer que el otro se sienta bien
- Expresar correctamente:

Comunicación de quejas

- Expectativas realistas:
- Controlar nivel relacional:
- **Expresar correctamente:**
 - Tener clara nuestra queja
 - Exponerla en “lenguaje yo”
 - Hablar de cómo me afecta (“el problema no es lo que tú haces”).
 - No imponer soluciones: dar opciones y llegar a acuerdos
 - Si se inicia una discusión, cortar

Fases generales del Tto.

1. **Des-escalada y estabilización:** comprender y frenar ciclo de interacción negativa.
2. **Solución de conflictos actuales:** comunicación y estilos de refuerzo. *Comunicación de quejas.
3. **Problemas individuales actuales: Recursos.**
Autocuidado
4. **Exponer y tratar problemas subyacentes:** desde el conflicto presente a vínculos infantiles y trauma.
5. **Trabajo con partes:** co-conciencia, tipos de interacción interna y externa. Reducción de fobias. Aceptación de todas las partes.
6. **Aprender estilos vinculatorios sanos..**
7. **Generalización:** familia, trabajo, etc.

Recursos

- Detectar recursos de auto-regulación emocional.
- Crear hábitos (estructura).
- Dotar de recursos que falten. Utilizar plantillas de futuro. Modelo DAIP.
- Muy relacionados con los patrones de auto-cuidado.

Patrones de autocuidado

- Se originan en la infancia, a través del autocuidado.
- Autoconcepto realista: mirarse con los mejores ojos posibles (pero realistas).
- Aprender el estilo equitativo-assertivo: reconocimiento y validación de las propias necesidades y las de los demás.
- Aprender a reconocer los límites adecuados.
- Aprender a protegerse.

Patrones de autocuidado

- Se originan en la infancia, a través de la alo-cuidado: las personas crecidas en entornos negligentes no internalizan un correcto patrón de autocuidado (Ryle 2002).
- Muchos aprendieron que necesitar era malo y egoísta (Knipe, 2009).
- No consideran el auto-cuidado una necesidad básica.
- Se puede aprender a cuidar de uno mismo de modo diferente en el aquí y el ahora, no importa como de mal lo cuidaron a uno durante su infancia (Glez y Mosquera, 2012).

Necesidades básicas

- Cuidadas
- Protegidas
- Queridas
- Valoradas
- Guiadas/educadas:
 - Potenciar
 - Frustrar



**'Mindsight': D. Siegel.*

Patrones de autocuidado

- **Autocuidado físico-emociones primordiales:** dormir lo que se necesita, comer cosas sanas y alimentarse bien, hacer ejercicio físico regularmente, aseo, tener buen aspecto, etc. Estructura.
- **Reconocer derecho a nuestras propias necesidades y responder a ellas:** darnos a nosotros mismos. Equilibrio entre el debo y quiero. Saber pedir. Saber recibir.

Los afectos

Sensaciones

Emociones primordiales
u homeostásicas

Emociones básicas
universales

Sentimientos

Estados de ánimo

Funciones:

- *Regular el comportamiento propio.*
- *Influir sobre el comportamiento ajeno.*

Patrones de autocuidado

- **Visión realista del yo:** mirarse con los mejores ojos posibles pero tb realistas.
- **Eliminar las conductas autodestructivas:** son muy sutiles y mucho más extendidas de lo que se piensa.
- **Realizar actividades positivas:** orientadas a sentir placer o bienestar, incluyen en ocasiones relajarse y no hacer nada.

Patrones de autocuidado- Relaciones con los demás

- Tener un equilibrio entre mis necesidades y las de los demás
- Pedir a los demás (no sólo en casos extremos) y saber recibir.
- Tolerar y asimilar el afecto positivo y el reconocimiento interpersonal.
- Cuidado con el rol de cuidador.
- Mantener y fijar límites adecuados.
- Estar dispuesto a no respetar las convenciones cuando la otra persona no lo hace.

Fases generales del Tto.

1. **Des-escalada y estabilización:** comprender y frenar ciclo de interacción negativa.
2. **Solución de conflictos actuales:** comunicación y estilos de refuerzo. *Comunicación de quejas.
3. **Problemas individuales actuales:** Recursos. Autocuidado
4. **Exponer y tratar problemas subyacentes:** desde el conflicto presente a vínculos infantiles y trauma.
5. **Trabajo con partes:** co-conciencia, tipos de interacción interna y externa. Reducción de fobias. Aceptación de todas las partes.
6. **Aprender estilos vinculatorios sanos..**
7. **Generalización:** familia, trabajo, etc.

Phased Treatment

5. Work with parts:

**Mosquera & González, 2012*

- Co-conscienceness. Internal and external interaction types. Internal cooperation
- Understanding the needs of all parts.
- Phobia reduction. Acceptance of parts. Integration.

Phased Treatment

6. Analyze attachment patterns, and when and how they were formed.

- Progressive insights about attachment history
- Attachment styles of parents and relevant attachment figures. Combined effect.
- The role adopted in interaction with attachment figures.
- Mourning of the idealized family (Jung, 1967)

7. Learn healthy bonding patterns:

- Capacity to self-regulate and co-regulate.
- Heal past relations.
- Generalize to other relations. Future relations



Arun Mansukhani

**Instituto Andaluz de
Sexología y Psicología**

iasexologia.com

arunmansukhani.com

arunmans@hotmail.com

Muchas gracias!