

I Jornada sobre Trastorno Límite de la Personalidad

Colegio Oficial de Psicólogos – Universidad de Málaga
Málaga, 2016

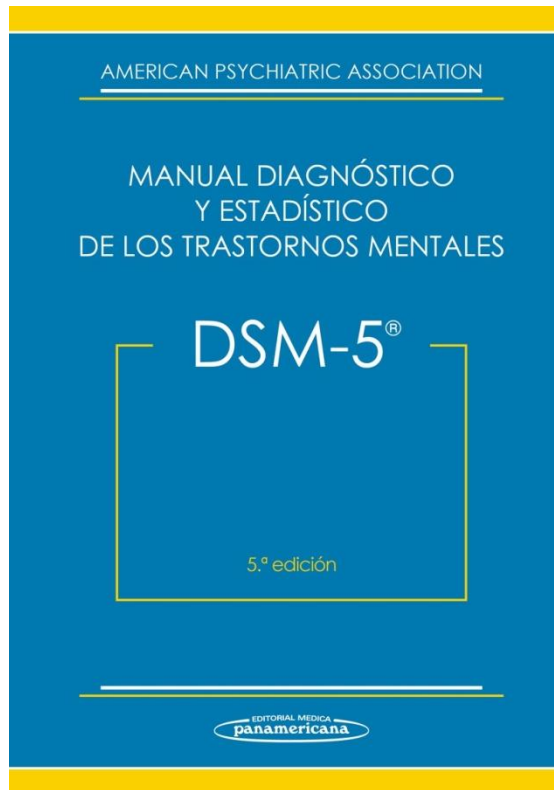


programa

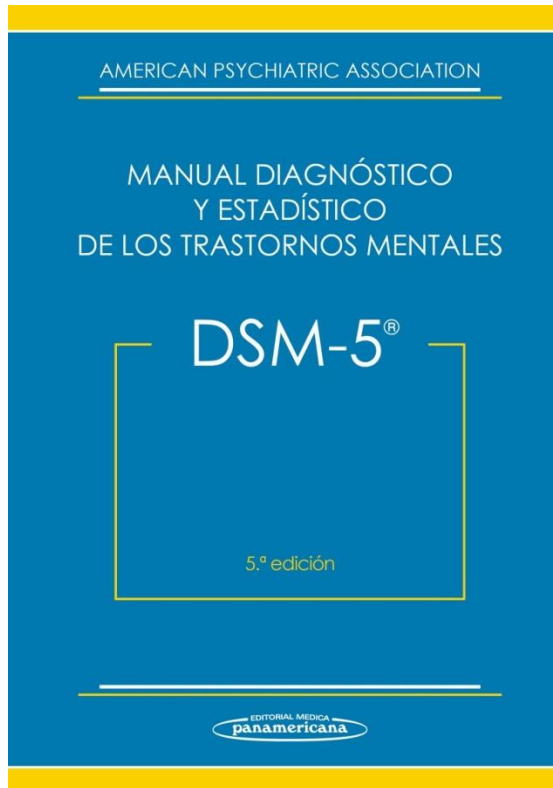
1. TLP
2. Trauma en psicología.
3. Trauma relacional en la infancia (trauma de apego).
4. Algunas indicaciones para terapeutas.



TLP



Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la auto imagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos y que se manifiesta por cinco o más de los siguientes hechos:



- Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas. Idealización y devaluación.
- Alteración de la identidad, la autoimagen y del sentido del yo
- Impulsividad.
- Amenazas de suicidio o conductas autolesivas
- Inestabilidad afectiva. Reactividad.
- Sensación crónica de vacío
- Enfado inapropiado o intenso o dificultad para controlar la ira.
- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.

TLP-bloques sintomáticos

Gradillas, 2002

- Relaciones interpersonales intensas e inestables: idealización – devaluación.
- Intolerancia al abandono.
- Alteración de la identidad. Yo inestable.
- Autoagresividad e impulsos nocivos
- Alteración de la afectividad: carrusel emocional.
- Síntomas transitorios.



trauma en psicología

estudio del trauma

“El estudio del trauma tiene una curiosa historia de amnesia episódica en psicología” (Solvey 2004).

- S. XIX - Estudio de la histeria.
- Entreguerras y Guerra del Vietnam -TEPT
- Finales del S. XX: progresiva conciencia de niveles pandémicos de los abusos sexuales y trauma relacional.

estudio del trauma

“El estudio del trauma tiene una curiosa historia de amnesia episódica en psicología” (Solvey 2004).

- S. XIX - Estudio de la histeria.
- Entreguerras y Guerra del Vietnam -TEPT
- Finales del S. XX: progresiva conciencia de niveles pandémicos de los abusos sexuales y trauma relacional.

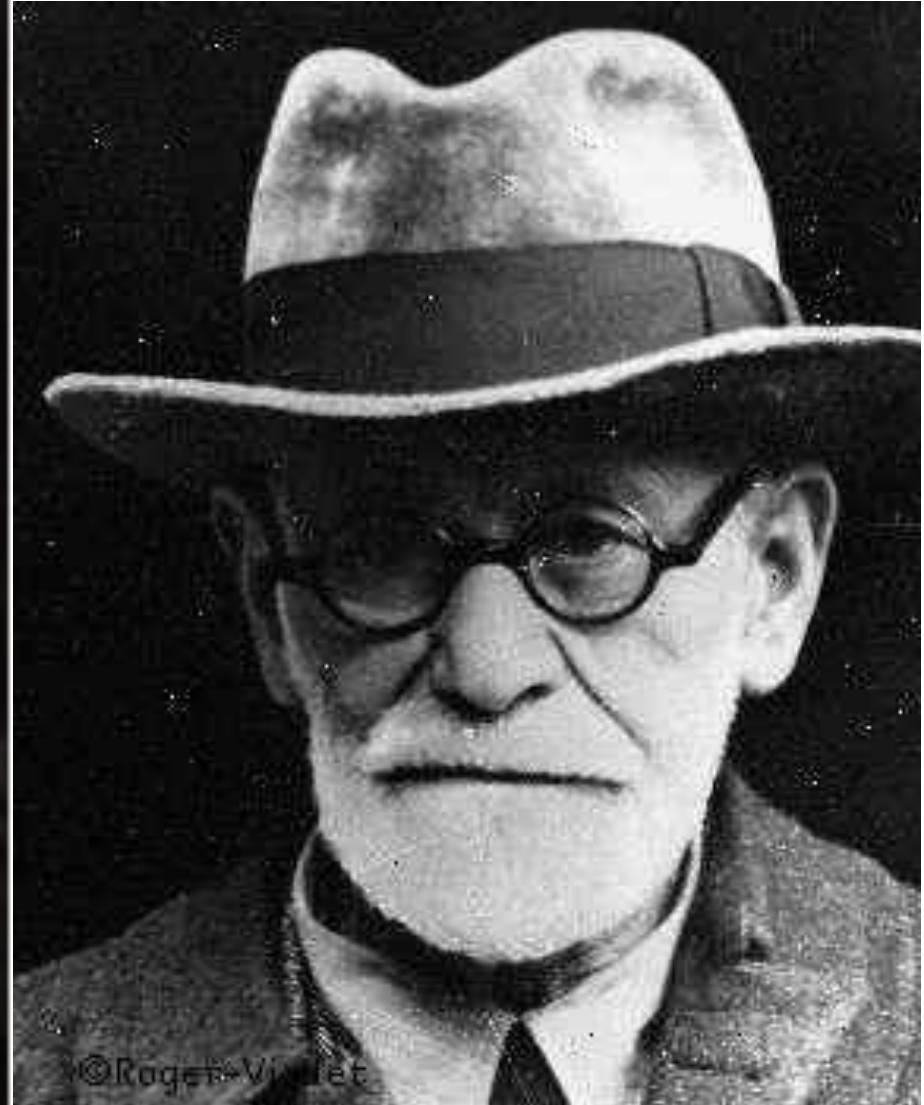
estudio del trauma

- S XIX, Charcot y la histeria:
 1. Da credibilidad al diagnóstico de la histeria, descripción de los síntomas.
 2. 1880 afirma que es de origen psicológico.
 3. No interesado en el aspecto subjetivo (vida interior).
- Las sesiones de los Martes: William James, Pierre Janet y Sigmund Freud.

- Charcot: Apretemos ahora el punto histerogénico (un hombre toca zona ovárica)... Aquí vemos que se muerde la lengua, miren la espalda arqueada tan típica.
- Paciente: Mamá, tengo miedo.
- Charcot: Observen la descarga emocional. Si dejamos seguir pronto tendremos la conducta epileptoide.
- Paciente: Mamá, mamá (llora).
- Charcot: Observen esos gritos. Es mucho ruido acerca de nada.

GOETZ 1987-Charcot the Clinician: The Tuesday Lessons.

hacia 1880...



“Propongo la teoría de que detrás de cada caso de histeria hay uno o más episodios de experiencias sexuales prematuras, episodios ocurridos en la más temprana infancia, pero que pueden ser recuperados por el psicoanálisis a pesar de las décadas transcurridas”.

Freud 1896: The Etiology of Hysteria.

“Me vi por fin obligado a reconocer que estas escenas de seducción nunca había ocurrido, eran sólo fantasías que mis pacientes inventaron”.

Carta a Fliess, 1897 (de Masson 1984).

“Si se da el caso de mujeres que cuentan un evento así en la historia de su infancia, en la cual el padre figura habitualmente como el seductor, no podemos albergar ninguna duda de la naturaleza imaginaria de esta acusación ni del motivo que lleva a ella [...] que hayan ocurrido en realidad o que sean resultado de fantasías [...] hasta el momento no hemos encontrado ninguna diferencia en cuanto a las consecuencias [...] las fantasías tienen una realidad psíquica y gradualmente comprendemos que en el mundo de las neurosis es la realidad psíquica la determinante”

EVENTO REAL x

FANTASÍA/DESEO

TRAUMA x FRUSTRACIÓN

DISOCIACIÓN x REPRESIÓN

Freud: Introducción al Psicoanálisis.

- 1890: William James describe hace descansar sobre el trauma la patología mental en *Principles of Psychology*.
- 1890 Alfred Binet desarrolla el concepto de trauma y disociación en *On Double Consciouness*.
- 1893: Pierre Janet publica Disociation, relacionando patología mental con el trauma.
- 1893: Freud y Breuer describen Double Conscience.
- 1896: Alfred Binet publica describe a los alters en *Alterations of Personality*.
- 1910-1970: no se publica ningún trabajo relevante respecto a disociación y trauma.

estudio del trauma

“El estudio del trauma tiene una curiosa historia de amnesia episódica en psicología” (Solvey 2004).

- S. XIX - Estudio de la histeria.
- **Entreguerras y Guerra del Vietnam -TEPT**
- Finales del S. XX: progresiva conciencia de niveles pandémicos de los abusos sexuales y trauma relacional.

estudio del trauma

- 1917: Rivers: Soldier's Declaration.
- 1915: Myer et al. "Shell Shock" The Lancet.

Síntomas:

- Tinnitus, and
tremor, and
- Neurasthenia,
neuralgia,
- Conversion
and fuge.
- 1940: Des
the Person
Personality



estudio del trauma

“El estudio del trauma tiene una curiosa historia de amnesia episódica en psicología” (Solvey 2004).

- S. XIX - Estudio de la histeria.
- Entreguerras y Guerra del Vietnam -TEPT
- Finales del S. XX: progresiva conciencia de niveles pandémicos de los abusos sexuales y trauma relacional.

prevalencia abusos sex.

- 1973 Ann Burgess y Lynda Holstrom: Efectos psicológicos de la violación.
- Diana Rusell 1983: Abuso intrafamiliar.
- Finkelhor 1990: 1st National Survey.
- 1994: Estudio estatal Español.
- CDC 2005; 2008. N=17.000
- Govt of India 2007 Study on Child abuse. N=15000.

prevalencia - datos

Países desarrollados:

25% niñas - 16% niños (1 d 4 / 1 d 6)

Sólo 1-2 de cada 10 es denunciado.

Países en vías (India):

53.22% total. 52%94 niños. 47.06% niñas.

21.90% sever forms of sexual abuse.

abusos sex. y psicopatología

- Friedrich 1986; Briere 1992; Faller 1993; Kendall-Tackett et al 1993; Finkelhor 1994; McLellan 1995; Gautier et al 1996; Widom 1999; Dozier 1999; Roosa, Reinholtz y Angelini, 1999; Dinwiddie et al, 2000; Ross 2000; Nelson et al 2002; Levitan 2003; Frank 2003; NIDA notes 2004; Arnow 2004; Freyd et al 2005; Arehart-Treichel 2005; Whealin 2007; Widom, DuMont y Czaja 2007; etc.
- No hay patrón específico (Fergus. y Mullen 1999). ASI fuerte predictor de Psicopatología (Mullen 1996)
- El dato más destacado en la anamnesis de pacientes con TLP son los abusos sexuales (Gradillas 2002).

Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies

Filippo Varese^{†,1,2}, Feikje Smeets^{†,3}, Marjan Drukker³, Ritsaert Lieve³, Tineke Lataster³, Wolfgang Viechtbauer³, John Read⁵, Jim van Os^{*,3,4}, and Richard P. Bentall¹

¹Institute of Psychology, Health and Society; University of Liverpool, UK; ²School of Psychological Sciences, University of Manchester, UK; ³Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University, The Netherlands; ⁴King's College London, King's Health Partners, Department of Psychosis Studies, Institute of Psychiatry, London, UK; ⁵Department of Psychology, University of Auckland, New Zealand

Table 1. Characteristics of Studies Reporting Adverse Childhood Events in Psychosis included in the Meta-Analysis

Case-control studies^a

Friedman and Harrison¹¹ (United States)
Convoy et al¹² (Czech Republic)

Furukawa et al¹³ (Japan)
Agid et al¹⁴ (Israel)
Dell' Erba et al¹⁵ (Italy)
Giblin et al¹⁶ (UK)
Fennig et al¹⁷ (Israel)
Morgan et al¹⁸ (UK)
Weber et al¹⁹ (Germany)
Rubino et al²⁰ (Italy)
Cohen et al²¹ (United States)
Fisher et al²² (UK)
Husted et al²³ (Canada)
Bartels-Velthuis et al²⁴ (The Netherlands)
Evans²⁵ (UK)
Heins et al²⁶ (The Netherlands)
Varese et al²⁷ (UK)
Daalman et al²⁸ (personal communication)
McCabe et al²⁹ (Australia)

Prospective cohort studies^a

Mäkikyrö et al³⁰ (Finland)
Janssen et al³¹ (The Netherlands)
Spauwen et al³² (Germany)
De Loore et al³³ (The Netherlands)
Schreier et al³⁴ (UK)
Arseneault et al³⁵ (UK)
Cutajar et al³⁶ (Australia)
Wigman et al³⁷ (The Netherlands)

Cross-sectional studies^a

Murphy et al³⁸ (United States)
Ross and Joshi³⁹ (United States)
Whitfield et al⁴⁰ (United States)
Kim and Kim⁴¹ (Republic of Korea)
Shevlin et al⁴² (United States)
Shevlin et al⁴³ (United States)
Houston et al⁴⁴ (United States)
Kelleher et al⁴⁵ (Ireland)
Nishida et al⁴⁶ (Japan)
Shevlin et al⁴⁷ (United States)
Harley et al⁴⁸ (Ireland)
Bebbington et al⁴⁹ (UK)
Van Nierop et al⁵⁰ (The Netherlands)

→ N=41 estudios

Adversidades en la infancia: abuso sexual, abuso físico, abuso emocional, negligencia f
negligencia emocional, bullying, muerto de padre/madre, perdida padre/madre o separa

Cortesía Dr. **Benedikt L Amann**

FIDMAG Germanes Hospitalàries Research Foundation CIBERSAM

Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years[☆]

Margaret C. Cutajar^{a,*}, Paul E. Mullen^a, James R.P. Ogloff^a, Stuart D. Thomas^a, David L. Wells^b, Josie Spataro^c

Table 1

Comparison between the rates for various mental disorders in all the child sexual abuse and the control subjects.

Child Abuse Negl. 2010

Diagnostic group	Controls (n = 2677)		Cases (n = 2688)		OR	95% CI	p
	n	%	n	%			
<i>Mental health contact</i>	206	7.7	627	23.3	3.65	3.09–4.32	<0.001
<i>Axis I clinical disorders</i>	187	7.0	495	18.4	3.01	2.52–3.59	<0.001
Psychotic disorders	37	1.4	78	2.9	2.13	1.44–3.17	<0.001
Affective disorders	86	3.2	173	6.4	2.07	1.59–2.70	<0.001
Organic disorders	0	0.0	9	0.3	–	–	–
Posttraumatic stress disorder	20	0.7	108	4.0	5.56	3.44–8.99	<0.001
Other anxiety disorders	60	2.2	155	5.8	2.67	1.97–3.61	<0.001
Eating disorders	6	0.2	7	0.3	1.16	0.39–3.46	0.79
Paedophilia	0	0.0	3	0.1	–	–	–
Known alcohol abuse	13	0.5	75	2.8	5.88	3.26–10.63	<0.001
Known drug abuse	20	0.7	115	4.3	5.94	3.68–9.58	<0.001
Other disorders	17	0.6	60	2.2	3.57	2.08–6.14	<0.001
<i>Axis II personality disorders</i>	18	0.7	96	3.6	5.47	3.30–9.08	<0.001
Non-cluster B PD	7	0.3	31	1.2	4.45	1.96–10.13	<0.001
Cluster B PD	12	0.4	65	2.4	5.51	2.97–10.22	<0.001
Borderline PD	8	0.3	48	1.8	6.07	2.87–12.85	<0.001
Antisocial PD	4	0.1	17	0.6	4.26	1.43–12.66	0.007 ^a
<i>Non-psychiatric complaint</i>	18	0.7	92	3.4	5.24	3.15–8.70	<0.001

^a Fisher's exact test.

TLP y trauma

- Hay un espectro de trastornos relacionados con el trauma (tanto de acción como de omisión) en los que se incluiría el TLP (*Van der Kolk 1988, Herman et al 1989, Perry et al 1991, Holmes 1993 y 2001, Siegel 1999, Schore 2000*).
- Hay correlación entre severidad del TLP y gravedad del trauma infantil (*Perry 1990, Famularo 1991, Van der Kolk 1996, Schore 1994, Saer 2001*)
- Los patrones de apego inseguros y desorganizados en la infancia actuarían como factor de vulnerabilidad en el TLP (*Holmes 1993, Siegel 1999, Schore 2000, Baird 2008, Liotti 2009*)

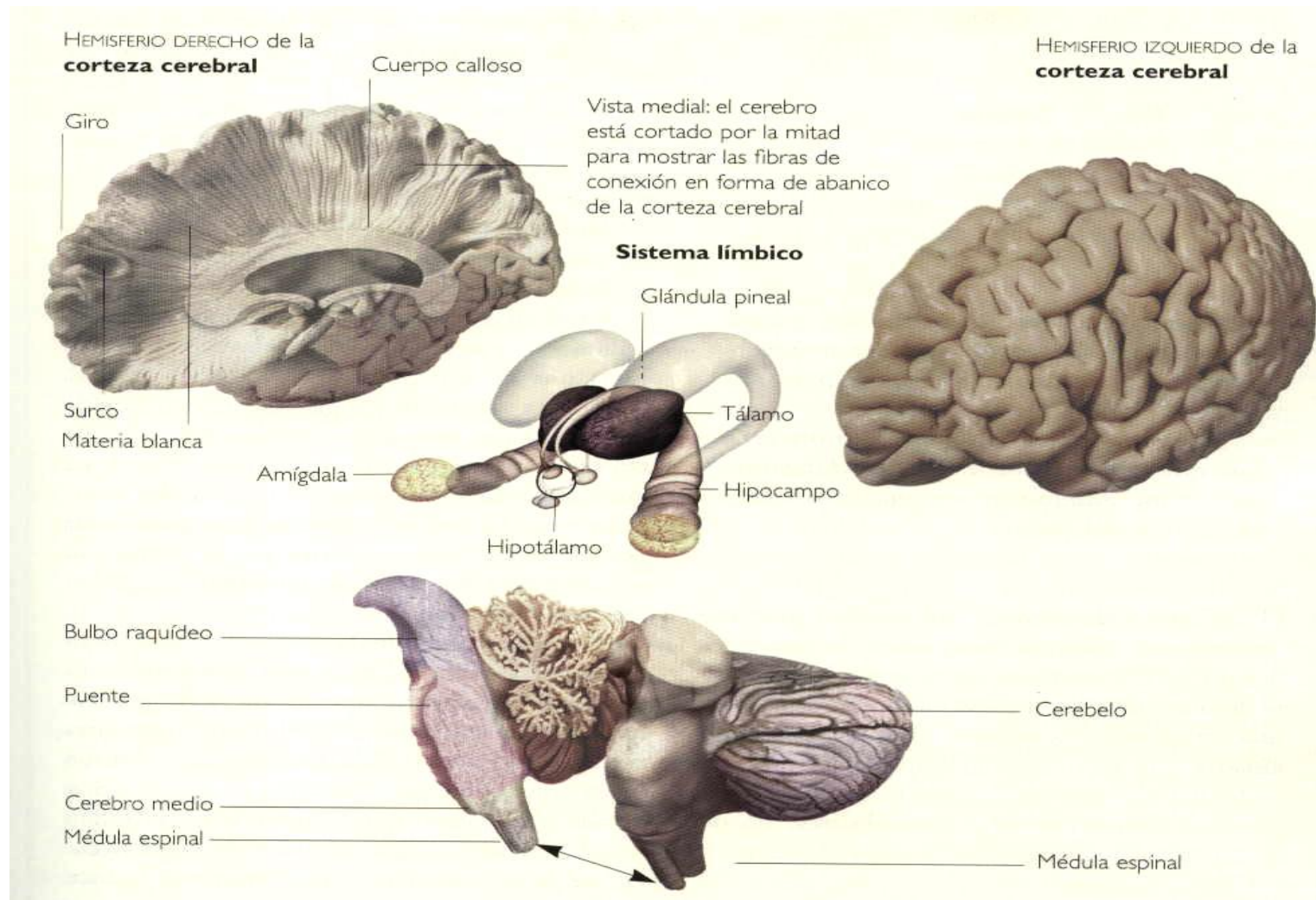


concepto actual de trauma

memoria

autobiográfica vs. traumática

- MLP explícita, episódica y/o semántica.
- Baja activación emocional
- Cortical: occipital y parietal / parte inferior y medial prefrontal
- MI y MCP, modalidades sensoriales. MLP implícita y DE.
- Alta activación emocional – fuera de ventana de tolerancia
- Subcortical y sublimbica.



James Papez 1930.

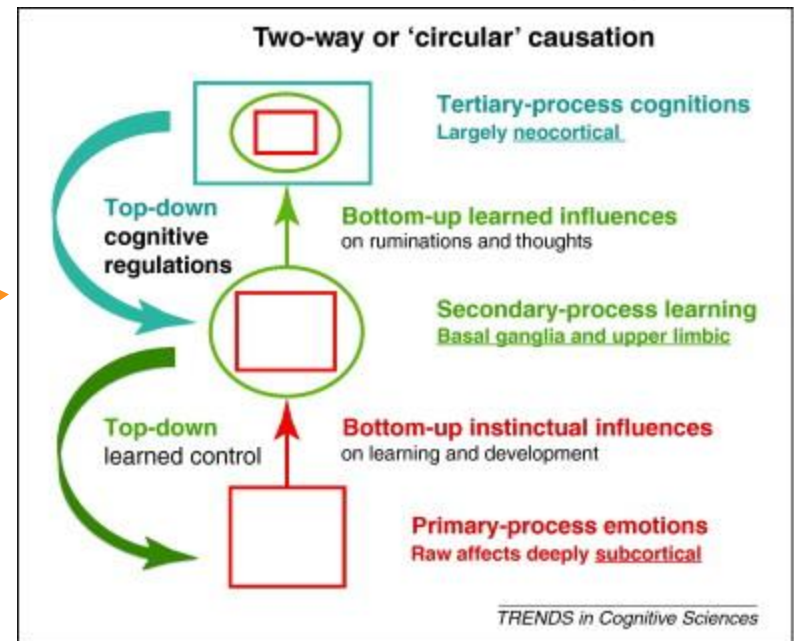
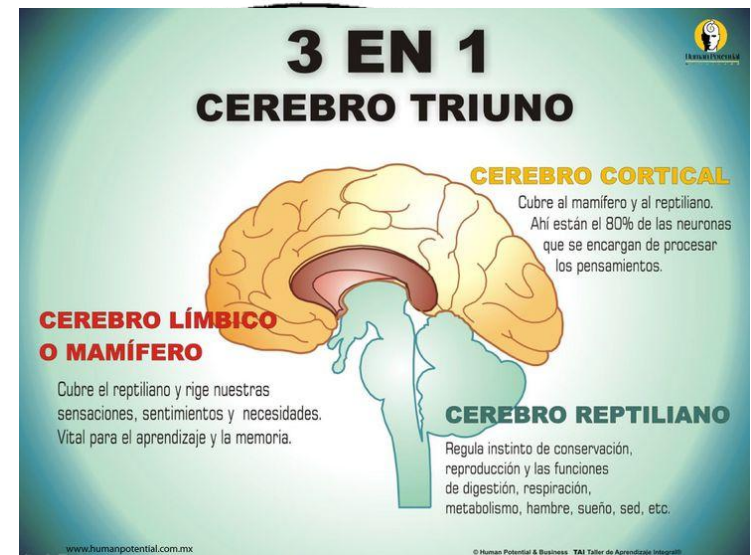
Paul MacLean 1952, 1970.

SNA:

- Stephen Porges:
CVD, SNS y CVV.

SNC:

- Paul McLean:
Complejo R, Sistema
Límbico y Neocórtex.
- Jaak Panksepp:
Procesos primarios,
secundarios y
terciarios.



“Higher levels function best when the lower ones are regulated”. *Jaak Panksepp*

trauma-concepto actual

- Los episodios traumáticos, debido a su alta activación, no son procesados e impiden su integración en las redes mnémicas biográficas (Shapiro 2004, Porges 2005).
- Los eventos pasados no procesados por el paciente son la causa de un amplio rango de condiciones patológicas en el presente (Perkins y Rouanzoin 2002; Ross 2000).

Tipos: T y t

- Trauma agudo (T): situación abrumadora, supera los recursos de la persona, impide su conversión en memoria episódica. Por acción.
- Trauma crónico, relacional o de apego (T y t): hechos traumáticos de naturaleza interpersonal. Pueden ser por acción u omisión.

trauma agudo vs. crónico

- Visible vs. oculto y no articulado.
- De acción vs. de omisión.
- Mecanismos de defensa: trauma agudo genera básicamente disociación, trauma de apego genera estructuras defensivas y de carácter.
- Suele ir acompañado de otros tipos de maltrato/abuso (desprotección).
- Implica traición (contradicción entre sistemas de acción).



**trauma relacional temprano
(apego)**

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.

“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
(WHO Report)*

Apego

- Vínculo que se genera entre los infantes y sus cuidadores, de forma diádica. Es un vínculo primario.
- Es uno de los sistemas innatos (behavior control systems) 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 naturaleza social.

Vínculo del apego

Aspectos definitorios

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



Mary Ainsworth

- Diseña la situación Extraña. Inicia investigación.
- Convierte el apego en una variable interactiva y dimensional. Identifica:
 - Apego seguro
 - Apego inseguro (el cual divide en evitativo (A) y resistente-ambivalente (C)).



Mary Main

- Identifica el Apego desorganizado (D).
- Diseña la EAA (AAI).
- Extiende el estudio del apego a adultos.

Apego Tipos

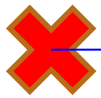
(*clasificación Ainsworth-Main)

EVITATIVO

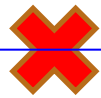
SEGURO

AN-AMBVL

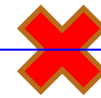
DESORGANZD



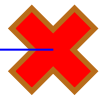
A



B

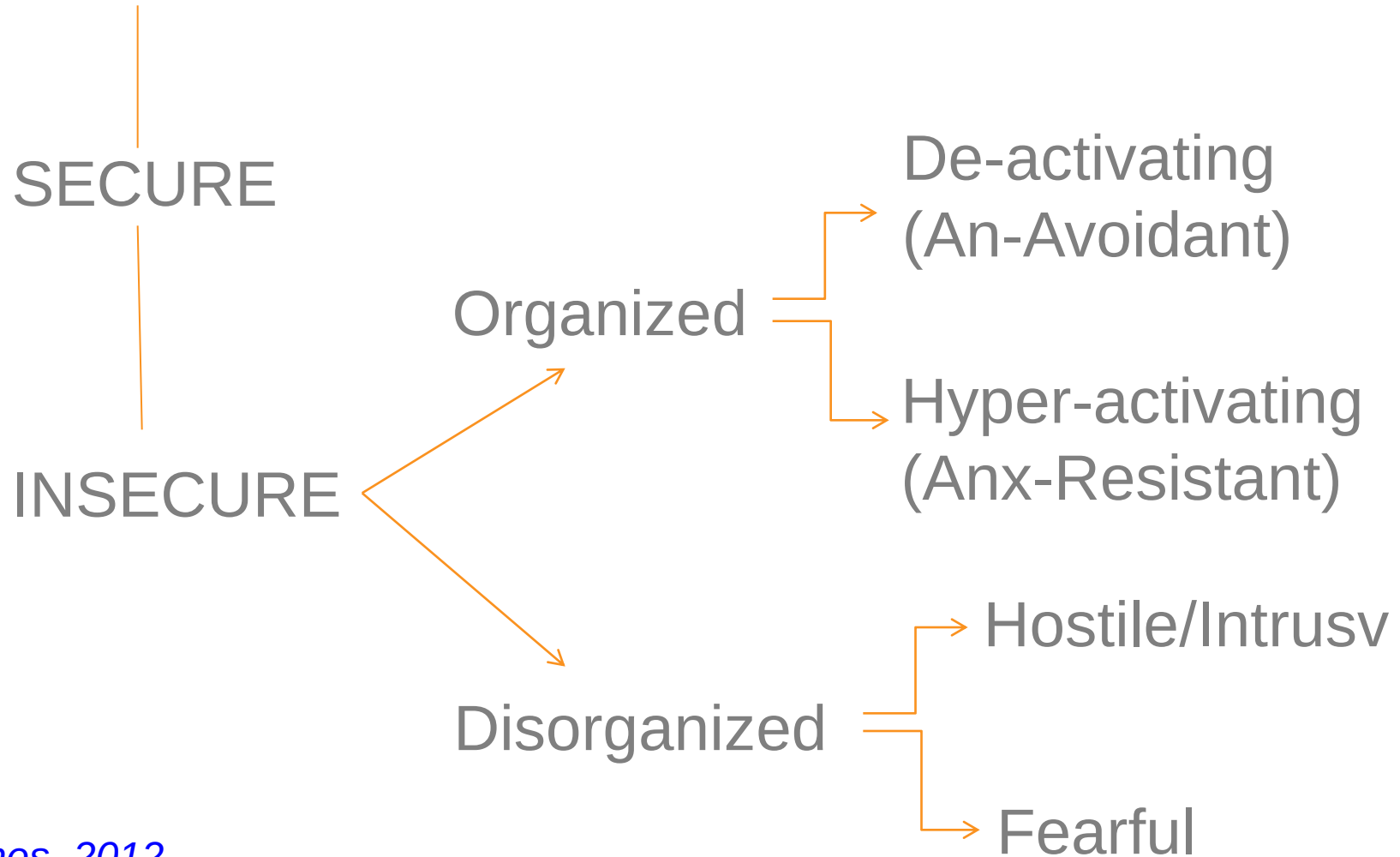


C



D

Attachment Types



**Holmes, 2012*

**Mikulincer and Shaver 2008 (De and Hypo-activating).*

**Lyons-Ruth and Jacobwitz, 2008 (Hostile/Fearful).*

Comportamiento casa

SEGUROS:

- Equilibrio entre exploración y apego
- Madre como base segura
- Lloran menos
- No se desregulan si madre abandona la habitación y se alegran a su vuelta.
- Comunicación más completa y sutil con madre
- Más cooperativo
- Muestra menos ira
- Mantienen más contacto ocular y corporal

EVITATIVOS:

- Poco apego. Madre no es base segura. Conductas de acercamiento-evitación.
- Menos comunicación, menos contacto ocular.
- Dificultad en el contacto físico. Toca preferentemente partes periféricas.
- No se relajan en brazos de la madre (“yield”).
- Muestran más conductas de enfado y rechazo.

Comportamiento en casa

RESISTENTES:

- Demandantes, buscan contacto con la madre y se enfadan si madre pretende que jueguen.
- Pocas conductas exploratorias.
- Llanto frecuente.
- Frecuente desregulación.
- Dificultades en la comunicación madre-hijo.
- Mantenían más contacto ocular y corporal

DESORGANIZADOS:

- Muestran comportamientos temibles o temerosos. Frecuentes problemas con iguales en entornos escolares.
- Contacto físico inapropiado: poco o excesivo.
- Impulsividad. Desregulación emocional.
- Evitan la interacción y tienden a aislarse o se muestran indiscriminadamente amistosos.

Características de cuidadores apego seguro.

- Afecto positivo (estado de ánimo) hacia el niño. Mantienen contacto ocular frecuente.
- Responsivos cuando se desregula. Cuidadores.
- Mindsight (Siegel) .
- Cooperación (vs Interferencia). Aceptación de las necesidades del niño
- Disponibilidad y continuidad (Base segura)
- Predictibilidad.
- Capacidad de mentalización (Fonagy & Steele)

Características de cuidadores

apego ansioso-evitativo.

Fríos emocionalmente o excesivamente intrusivos. No impredecibles.

apego ansioso-resistente.

Atención selectiva o sesgada ante estímulos incorrectos. Centrados más en si mismos y sus emociones.

apego desorganizado.

Temerosos o temibles. Ausentes.

Apegos Múltiples

Schaffer and Emerson, Glasgow Study 1965

- 7 m: 29% apegados a 2 personas.
- 10 m: 60% más de una figura de apego.
- 18 m: 87% más de una figura y 30% tenía 4-5 figuras de apego.

Hasta los 18-24 meses, el niño exhibirá diferentes patrones de apego en función de la relación del momento. A partir de los dos años, irá estabilizando progresivamente su estilo de apego.

Main y Weston (1981).

Apego Dual Primario

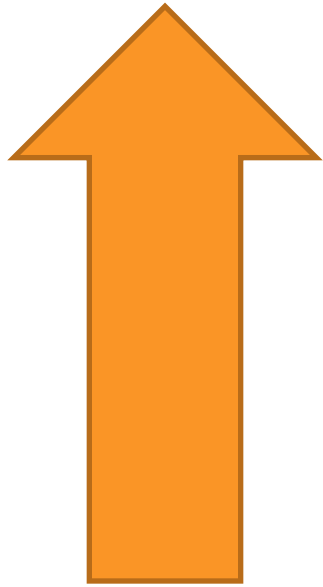
Crow y Randolph (1997).

- Los niños tienen la capacidad de hacer un apego dual primario, además de otros subsidiarios.
- Se observa más en parejas igualitarias.
- Funciones diferenciales:
 1. Figura primaria principal: Amor incondicional, protección, no cuestionamiento, etc.
Relacionada con la sensación de valía básica (con merecer ser querido)
 2. Figura primaria secundaria:
 - Da seguridad y alivia a la primaria principal.
 - Sirve más de nexo con el mundo: ayuda a afrontar pequeños retos y da sensación de valía en el mundo (capacidad).

apego y salud mental

- Relación con los demás: confianza y seguridad.
- Mecanismos de regulación del yo: auto y co-regulación.
- Imagen de sí mismo y autoestima.
- Apego infantil es factor de protección contra las experiencias adversas en la infancia (CAE).

apego y autoestima



- Auotestima base (relacionado con primario)
- Auto-imagen (relacionado con primario, fundamentalmente)
- Auto-concepto (relacionado con primario-secundario). Es independiente y se relaciona con áreas de competencia: profesional, cuidador, ma/paternidad, sexual-fertilidad, etc.

Se producen
fenómenos de
compensación
y sobre-
compensación

apego seguro como factor de protección en la infancia

- Directo (maltrato primario)
- Externo I (protección)
- Externo II (reparación)
- Interno I (competencia)
- Interno II (resiliencia).

TLP-bloques sintomáticos

Gradillas, 2002

- Relaciones interpersonales intensas e inestables: idealización – devaluación.
- Intolerancia al abandono.
- Alteración de la identidad. Yo inestable.
- Autoagresividad e impulsos nocivos
- Alteración de la afectividad: carrusel emocional.
- Síntomas transitorios.

apego y salud mental

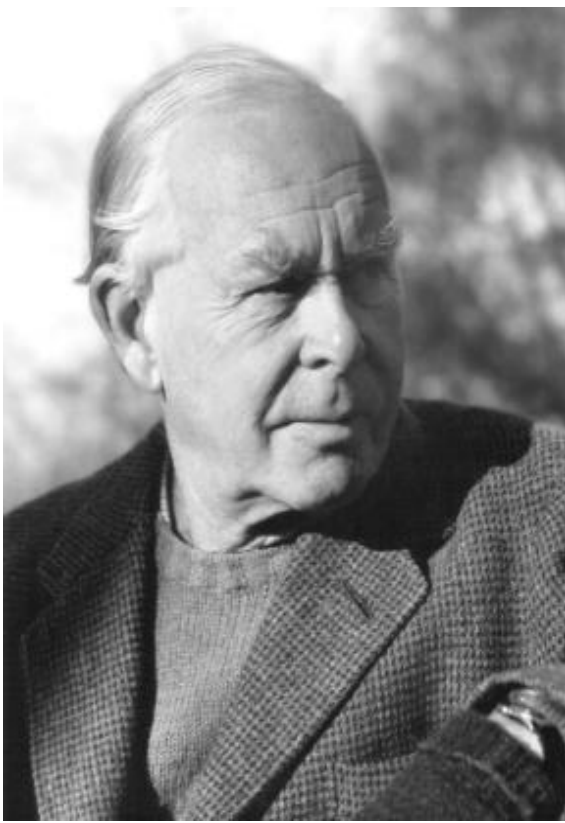
- Relación con los demás: confianza y seguridad.
- Mecanismos de regulación del yo: auto y co-regulación.
- Imagen de sí mismo y autoestima.
- Apego infantil es factor de protección contra las experiencias adversas en la infancia (CAE).



TLP-bloques sintomáticos

Gradillas, 2002

- Relaciones interpersonales intensas e inestables: idealización – devaluación.
 - Intolerancia al abandono.
 - Alteración de la identidad. Y
 - inestable.
 - Autoagresividad e impulsos nocivos
 - Alteración de la afectividad: carrusel emocional.
 - Síntomas transitorios.
- “La ausencia de un apego seguro, por numerosas razones que incluyen el abandono o el abuso, juega un papel en el desarrollo del TLP”.**
- Hakomi Forum, 2008.**



"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". "It performs a natural healthy function, even in adult life".

Bowlby, 1988, 1992.

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

Main & Goldwyn, 1993

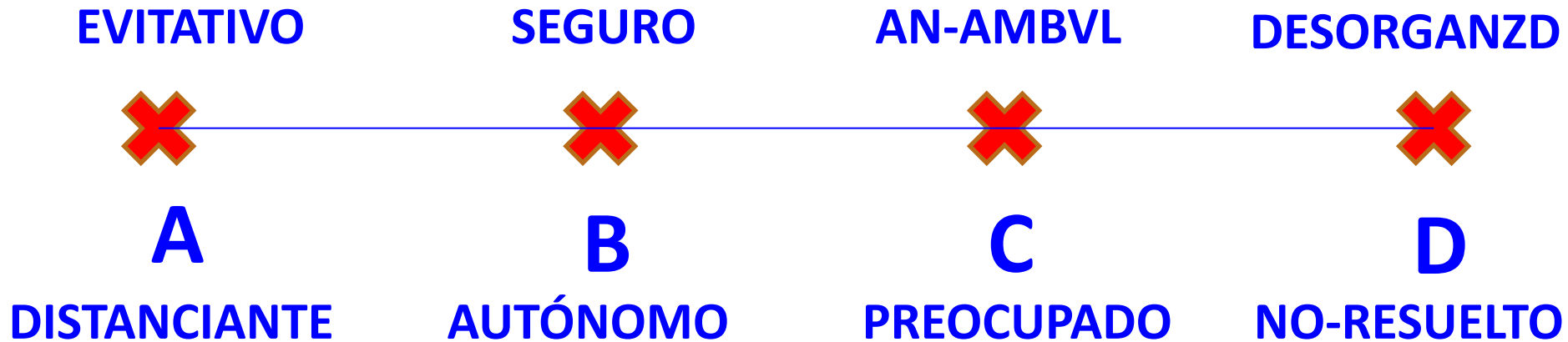


Apego y ciclo vital

- 0-6 meses: Apego Primario o Dual (Crow & Randolph, 2005).
- 6-9 m en adelante:
 - Figuras de apego subsidiarias: hermanos, abuelos, familiares, profesores, mascotas, etc.
 - Padres como modelos y agentes (en relación al mundo y los demás)
- 2-3 años: aumento de independencia
- Adolescencia: grupo de iguales y primeras relaciones romántic.
- Adultez:
 - Apego recíproco con amigos
 - Apego con pareja.
 - Hijos, sobrinos, etc.
 - Cambio relaciones padres

Apego Tipos

(*clasificación Ainsworth-Main)



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/index.htm

Apego Adulto Autónomo

- Narrativa coherente, explica largamente, entra en detalles. Realista, no polarizado ni idealista.
- Amplio rango de modelos internos de trabajo (IWM). Flexible.
- Distingue las relaciones sanas. Valora las interacciones positivas.
- Se muestra cooperativo y es capaz de protegerse.
- Tiene una comprensión intuitiva del apego y considera muy importantes los vínculos del apego.

Apego Adulto Preocupado

- Define su infancia como buena. Da muchos detalles pero contradictorios o erróneos.
- Pasa de exagerar a minimizar la importancia del apego.
- Alta expresividad emocional. Expresa diferentes emociones hacia la misma persona.
- Muestra frecuentemente patrones de dependencia.
- Dificultades en la auto regulación y sobre todo co-regulación.
- Inseguro. Baja autoestima

Apego Adulto Distanciante

- Define su infancia como “buena”, “sin problemas” o “normal”. No da muchos detalles. Pocos recuerdos.
- Minimiza la importancia de las relaciones de apego y la importancia de la infancia (en sí mismo y los demás).
- No percibe a los otros adultos como reguladores o confortantes.
- Auto-dependiente. Buena capacidad de análisis social.
- Hostilidad encubierta o manifiesta contra iguales.
- Capacidad emocional restringida. Mucho análisis cognitivo.
- Estrategias de evitación de intimidad.

Apego Adulto Desorganizado

- Muy pocas recuerdos. Narrativa desorganizada e incoherente. Frecuente fabulación.
- No tiene sensación de seguridad.
- Cambios bruscos emocionales o comportamiento disociado.
- Impulsivo. Conductas cambiantes.
- Dificultades con la autoregulación.
- Impulsivo. Comportamientos bizarros: temeroso o temible.

T I P O S A D U L T.

Seguro Autónomo

- Seguro-Autónomo (S2-F2)
- Seguro distanciante (S1-F1)
- Seguro preocupado (S3-F3)
- Seguro adquirido (S4-F5)

Dismissing Deactivating

- Inatento (D1)
- Devaluador (D2)
- Emociones restringidas (D3)
- Temeroso (D4)

Preoccupied Hyperactivating

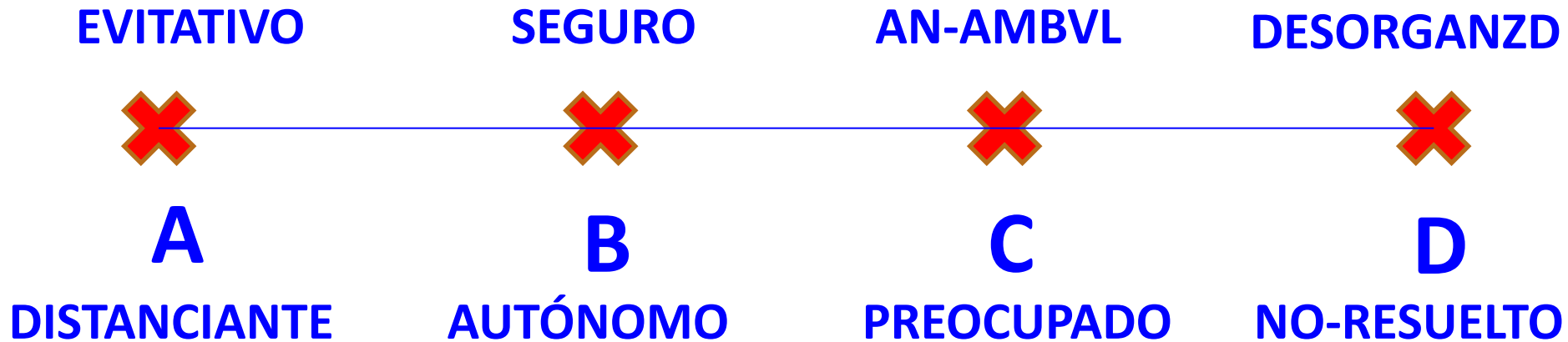
- Pasivo-sumiso (E1)
- Enfadado (E2)
- Enredado-enmeshed (E3)
- Controlador-cuidador

Unresolved Disorganized

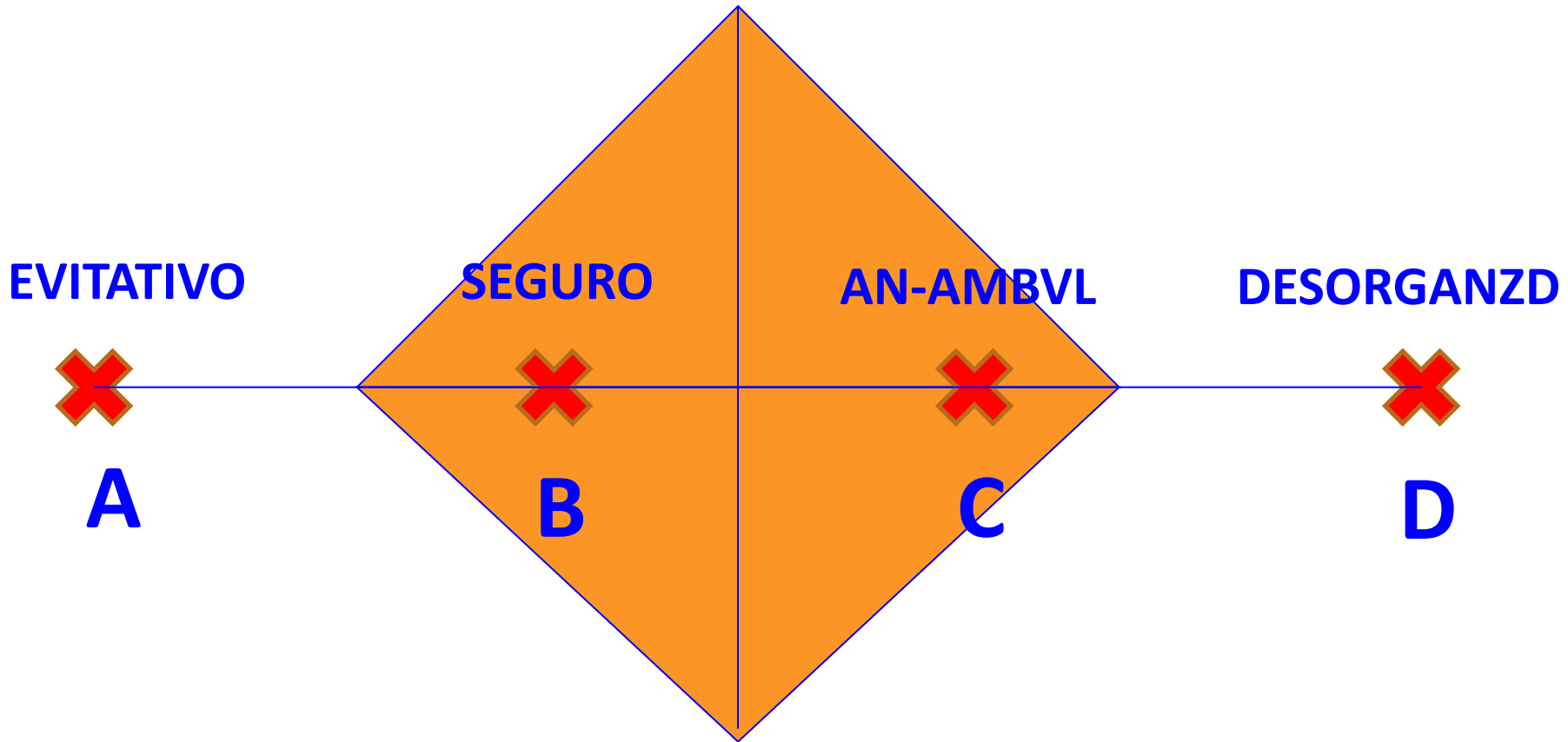
- Hostil-Intrusivo
- Temeroso

Apego Tipos

(*clasificación Ainsworth-Main)



Apego Tipos



Sistemas de acción

*(*Bowlby 1958, Panksepp 1998, Hilburn-Cobb 2004)*



Estrategias de control que pueden sustituir al sistema de apego

- Controlador-punitivo (estrategias dominantes)
- Controlador-cuidador (apego invertido)

Lyons-Ruth and Jacobwitz, 2008

- Controlador sumiso.
- Comportamiento sexualizado.

Liotti 2014

- Usar figuras de apego como “agentes”:
obtener recursos instrumentales para
protección y confort,

Hilburn-Cobb 2004

La búsqueda de la regulación

*(*adaptado de Crow & Randolph, 2005)*



Tratamiento – Relación terapéutica

-“La terapia es un *“experimento in-vitro de intimidad”* (Holmes, 2010). Como la intimidad es el núcleo de los problemas de estas personas:

Los conflictos son la norma y no la excepción
(debido a la actiación emocional de escenarios del pasado del paciente)

Schore (2003): *“El mayor reto para el terapeuta es manejar las escenificaciones que con frecuencia lo ponen a la defensiva o le provocan aburrimiento, irritación, ira y hostilidad y le impiden la escucha empática (...) mediante la activación emocional de escenarios de su pasado”.*

Tratamiento– El terapeuta

- Como figura de apego, debe haber trabajado sobre su propia historia de apego (attachment-blind; Holmes, 2006).
- Tener apego seguro adquirido (al menos). (Earned Secure Attachment, Mayn & Goldwyn, 1984; Hess 2008).
- Entender el estilo de apego (apegos) del paciente y sus partes, (“monstruos internos”).
- Capaz de estar en MF y ser un co-regulador activo.
- Manejar los conflictos en terapia para que empiecen siendo el principio del cambio terapéutico.

Tratamiento– Terapias

- Aproximaciones que prestan atención a la relación terapéutica (desde una óptica de apego)
- Favorecer las aproximaciones estructuradas y protocolizadas.
- Enfoques que puedan trabajar con las emociones y los estados internos que suscitan.
- Enfoques que tiendan a la regulación y no a la mera expresión o abreacción.





Arun Mansukhani

**Instituto Andaluz de
Sexología y Psicología**

+34 607 803 803

www.arunmansukhani.com

arunmans@hotmail.com

Muchas gracias!