

Mansukhani, A. (2017). Los patrones de vinculación patológica: más allá de la dependencia emocional. En M.A. Cabello-García, F.J. del Río y F. Cabello-Santamaría (compiladores). *Avances en Sexología Clínica*, 191-200. Cádiz: Editorial Sotavento.

LOS PATRONES DE VINCULACIÓN PATOLÓGICA: MÁS ALLÁ DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL.

Arun Mansukhani. Psicólogo especialista en psicología clínica (PsyD). Sexólogo.
www.arunmansukhani.com

1. DE LA DEPENDENCIA EMOCIONAL A LOS PATRONES DE VINCULACIÓN PATOLÓGICA:

El término dependencia emocional ha hecho fortuna en nuestro medio. Habitualmente se utiliza para hacer referencia a personas que muestran mucho temor y ansiedad ante la idea de ser abandonadas y llevan a cabo toda una serie de acciones para evitarlo. Así, se considera dependiente a la persona que está dispuesta a hacer o soportar casi cualquier cosa con tal de que no la abandonen. Sin embargo, la experiencia nos demuestra que la dependencia es un fenómeno mucho más complejo. De hecho, engloba diferentes tipos, algunos de los cuales a primera vista no parecen siquiera personas dependientes sino todo lo contrario. Por esta razón, desde hace ya años, vengo utilizando en mis distintos cursos y escritos el término más amplio e inclusivo de patrones de vinculación patológica. Estos patrones, como explicaré en detalle más adelante, se dividen en tres grandes tipos: los patrones sumisos (los clásicos dependientes emocionales), los patrones evitativos (o contra-dependientes) y los patrones dominantes¹. En los tres patrones hay sufrimiento y se causa sufrimiento. Además, están a la base de muchas de las patologías sociales y emocionales con las que nos encontramos en la actualidad, razón por la cual, es fundamental que los clínicos sepan distinguirlos y dispongan de herramientas para afrontarlos.

Las páginas que siguen son un intento de describir, comprender e intentar ayudar a todas aquellas personas que están trabajando con personas que sufren por estas formas patológicas de vinculación.

2. CONCEPTUALIZACIÓN: VINCULACIÓN SANA Y VINCULACIÓN PATOLÓGICA.

La dependencia interpersonal es absolutamente normal en humanos. De entre todas las especies, somos la especie más social que existe. De hecho, si encontrásemos a alguien absolutamente independiente, que no mantuviese vínculos con nadie, consideraríamos a esa persona como una persona enferma emocional y socialmente. Hasta cierto punto, la salud mental y emocional es la capacidad de poder tener relaciones saludables y gratificantes. Por tanto, para caracterizar los patrones de vinculación patológica, quizá sea interesante partir de qué es un patrón de vinculación sana entre adultos.

Hay dos variables que condicionan nuestra capacidad para relacionarnos y vincularnos de forma sana: la regulación y la seguridad. Veamos un poco más en detalle cada una de estas variables:

- Regulación del yo: en la actualidad definimos dos grandes formas de regulación del yo: la auto-regulación y la co-regulación. La auto-regulación es la capacidad de calmarme y volver a un estado de regulación óptima haciendo algo yo mismo (por ejemplo salir a correr si me encuentro bajo de ánimo o leer un libro o meditar). La co-regulación, por otro lado, es la capacidad de calmarme y volver a un estado de regulación óptima relacionándome con otros. Es frecuente que las personas cuando se encuentran mal o les ha pasado algo significativo, necesiten ir a ver o hablar con alguien a quién sienten cercano. Esto sería un ejemplo de co-regulación. Es interesante señalar que, desde un punto de vista evolutivo, la co-regulación es anterior a la auto-regulación. Los bebés e incluso los niños de cierta edad, carecen de estrategias auto-regulatorias y necesitan co-regularse cuando se encuentran mal. Sin profundizar mucho más, cuando a lo largo de los primeros años de nuestra vida se atienden estas necesidades co-regulatorias por parte de nuestros padres o cuidadores, aprendemos progresivamente a auto-regularnos. Sabemos sin embargo que hay niños que aprenden a auto-regularse sin haber sido adecuadamente co-regulados². Esto lo consiguen distanciándose de sus propias emociones y distanciándose también de los demás, puesto que la intimidad con otra persona es también la intimidad con uno mismo. En el proceso de aprender a regularse solos sin ayuda externa, estos niños forzosamente aprendieron a alejarse de los demás (de la intimidad) y de sí mismos (de sus sensaciones y emociones internas).
- Seguridad: Las personas también varían en su capacidad de sentirse seguras estando solas o acompañadas. Así, sabemos que hay personas que no se sienten seguras si están solas (física o emocionalmente) mientras que hay personas que no se sienten seguras en la relación con los demás. Mientras las primeras desconfían de su capacidad de proporcionarse seguridad a sí mismas, las segundas desconfían de los demás y, por ello, se sienten inseguras cuando se encuentran muy cercanos o en relación de intimidad con alguien. Por ello, como veremos más adelante, necesitan o bien alejarse o desplegar mecanismos de control sobre los demás. Así, las personas del primer grupo, para sentirse seguras, buscarán estar próximos físicos e emocionalmente a los demás, mientras que las personas del segundo grupo buscarán alejarse física o emocionalmente de los demás.

Teniendo en cuenta lo anterior, cuando una persona tiene capacidad de auto-regularse y sentirse segura estando sola, esta persona es capaz de sentirse autónoma. A la vez, cuando una persona es capaz de co-regularse (ayudar a regular a personas cercanas y regularse con su ayuda) y se siente segura con los demás tendrá capacidad de tener intimidad. Estas dos variables, la autonomía y la intimidad, son esenciales para poder tener lo que llamo una relación horizontal. Las relaciones horizontales son aquellas en las que se da un apego recíproco, en el que las personas son capaces de cuidarse, cooperar y regularse mutuamente. Esta idea ha sido defendida por muchos autores aunque varíen levemente los nombres usados (entre otros han hablado de ella Stephan Covey³ como interdependencia, Edward Tronick⁴ como regulación mutua, Alan Sroufe⁵ como auto regulación y regulación diádica, Allan Schore⁶ como regulación en contextos autónomos e interactivos, Hilburn-Cobb como apego recíproco, etc).

Por otro lado, cuando una persona tiene dificultades para la autonomía o para la intimidad (y a veces para ambas), nos encontramos con que la persona exhibirá un patrón vinculatorio patológico. Estas personas no son capaces de sentirse bien y satisfechas con las relaciones horizontales, intentando convertirlas todas en verticales. Es decir, como si no fuesen capaces de aceptar las relaciones vinculatorias entre adultos (ya sea con las parejas,

amigos, etc.), que deberían ser relaciones entre iguales, falibles e imperfectas, con un grado de incertidumbre, condicionales en mayor o menor medida. En su lugar, necesitarían una relación absolutamente incondicional y segura, casi perfecta, vertical, donde ellos dependan altísimamente de esa persona (esa persona satisfaga casi todas sus necesidades, cosa obviamente imposible), ellos controlen a la persona (directamente mediante la agresividad o indirectamente mediante el chantaje) o bien mantengan una distancia real o emocional con esa persona. Si la relación no es casi perfecta, para ellos supone una decepción confirmada o un riesgo. Además, son prácticamente ciegos a como contribuyen ellos, con sus miedos, angustias o prevenciones, a hacer que estas relaciones fracasen, culpando enteramente al otro/a de los problemas. En muchos casos, dan la sensación de simplemente confirmar, en la primera ocasión que tienen, sus preconcepciones. En otros casos aún más graves, parecería que no fuesen capaces de vincularse más que haciendo daño o hiriendo a la pareja o las personas significativas de su vida¹, seguramente como una forma extrema de control y dominio.

Las personas con patrones vinculatorios patológicos tienden exhibir alguno de los siguientes patrones en sus relaciones interpersonales:

- Tener una serie de relaciones interpersonales conflictivas, adoptando posturas de sumisión, dominancia o evitación (real o emocional) en sus diversas formas.
- Sentir que sus necesidades no están siendo satisfechas en las relaciones significativas con otros. Sentir de manera frecuente que dichas relaciones no le gratifican sino que más bien son fuente de frustración, responsabilidad o decepción (en ocasiones traición).
- Renunciar a tener relaciones interpersonales significativas a través del distanciamiento-aislamiento real o emocional.

3. PATRONES DE VINCULACIÓN PATOLÓGICA: TIPOS Y SUBTIPOS.

Antes de entrar brevemente a describir los distintos tipos y subtipos de vinculación patológica, hay que recordar que no estamos refiriéndonos a rasgos de personalidad, inamovibles. Más bien estamos hablando de patrones de comportamiento que se dan fundamentalmente en las relaciones significativas y de forma diádica. Por tanto, es frecuente que las personas presenten rasgos combinados de distintos tipos o que cambien a lo largo del tiempo o en distintas relaciones. Veamos brevemente estos tipos y subtipos de vinculación patológica:

3.1. PATRÓN SUMISO:

Es lo que tradicionalmente se ha considerado como dependencia emocional. La emoción más frecuente en este tipo es la ansiedad. Su miedo es ser abandonados (real o emocionalmente: no queridos). Su forma de regulación suele ser la co-regulación, teniendo en general muy pocas capacidades auto-regulatorias. Internamente, suelen sentir que no valen lo suficiente o que no merecen ser queridos, razón por la cual se tienen que esforzar mucho para no ser abandonados, ya sea cuidando a los demás, siendo encantadores, no dando problemas, etc. Este miedo a ser abandonados les lleva a adoptar roles sumisos en las relaciones, en las que suelen tener mucho más en cuenta las necesidades de los demás que las suyas propias. De hecho, suelen tener dificultades para reconocer sus propias necesidades. En general, toleran mal las críticas (por miedo a que si no son perfectos no serán queridos) y no suelen saber pedir ni recibir. Les cuesta en general decir que no a los demás. Quizá por ello, con frecuencia

sienten que los demás no se preocupan de ellos lo suficiente, que no les corresponden por todos los esfuerzos que ellos hacen. Esto de hecho es cierto muchas veces, pero depende sobre todo del comportamiento propio de este tipo de personas, aunque ellos no sean conscientes de ello. Son personas que están en riesgo de estar en relaciones abusivas, ante su dificultad para terminar una relación de este tipo cuando se inicia y su disposición a tolerar determinados comportamientos no adecuados por parte de otras personas.

Solemos dividirlos en tres subtipos:

- Complacientes-cuidadores: intentan siempre tener contenta a su pareja, se desviven por su bienestar olvidando el suyo propio, cuidan a los demás, etc.
- Indefensos: se muestran sumisas e indefensas, dispuestas a ceder con facilidad, aunque hace que la persona que se relaciona sea la que se ocupe de sus necesidades debido a su indefensión e inseguridad. Suelen tener una historia de maltrato o abuso en su infancia.
- Oscilantes: Son personas que están pendientes de los demás e intentan agradar pero también sienten con mucha facilidad que no se las atiende suficientemente y alternan la ansiedad y el miedo ante el abandono con el enfado y la ira por no ser atendidas. Pasan por tanto de un comportamiento sumiso y complaciente a uno demandante y enfadado. Si su relación se rompe, se muestran muy arrepentidas de su comportamiento y se vuelven absolutamente sumisas con tal de recuperar su relación. Este subtipo normalmente se auto-regula mal (como el resto de los subtipos sumisos) pero además también se co-regulan mal, no estando por tanto bien ni en una relación ni sin ella.

3.2. PATRÓN DOMINANTE:

Son personas que se muestra dominante en sus formas y comportamiento externo. La emoción predominante es el miedo, que se manifiesta en comportamientos de control e ira. Su miedo es ser dominados, rechazados u odiados. Internamente se consideran horribles o abyectos, no merecedores de ser queridos si no de ser repudiados, aunque este tipo de emociones no suelen ser conscientes del todo y tardan en emerger en terapia. Su forma de regulación es la co-regulación, pero permaneciendo de alguna manera siempre en control, a través del dominio de la otra persona. Tradicionalmente, no se ha considerado a estas personas dependientes sino todo lo contrario. De hecho, muchas veces se muestran como muy independientes y dispuestos siempre a terminar una relación con la que se sienten a disgusto o incómodos. Con frecuencia parecen completamente hartos de la relación y amenazan constantemente con dejarla o lo llegan a hacer en numerosas ocasiones, tras las cuales siempre vuelven ante la insistencia de su pareja. Pero todo esto no es más que una fachada, inconsciente para el propio sujeto. Observamos esto cuando estas personas son dejadas y sienten la sensación de pérdida, momento en el cual cae su fachada y se vuelven personas que quieren volver a toda costa con la persona a la que dejaron, a la que ahora consideran llena de virtudes mientras que antes sólo le veían defectos. Suelen mostrar entonces un alto nivel de compulsividad y dependencia. Un rasgo común a todos ellos es el gran miedo a ser dominados o abandonados, razón por la que se muestran ellos tan dominantes en la relación, buscando tener sensación de control y seguridad. También suelen presentar rasgos celotípicos. Varían mucho en niveles de desorganización emocional y, por tanto, en el peligro que suponen.

Las dividimos en tres subtipos:

- Agresivas: aquellas que muestran de forma directa su dominio y necesidad de control. Suelen con frecuencia presentar rasgos de personalidad narcisista, paranoide o tener

personalidades agresivas, aunque con mucha frecuencia en las primeras interacciones se pueden mostrar encantadoras y complacientes.

- Pasivo-agresivo: son aquellas personas que ejercen su dominio desde el chantaje emocional y con un estilo indirecto, forma en la que expresan su necesidad de controlar a la otra persona.
- Cuidadoras-codependientes (tb conocido como dependencia inversa): Su forma de cuidar se basa en hacer que la otra persona dependa de ellas. La diferencia con los cuidadores sumisos es que es que éstos cuidan para ser queridos mientras que los cuidadores dominantes cuidan como una manera de someter y llevar el control, haciendo a su pareja dependiente de ellos.

3.3. PATRÓN EVITATIVO (CONTRA-DEPENDIENTE):

Son aquellas personas que presentan un alejamiento, real o emocional, de los demás. La emoción primordial en este subtipo es la tristeza, que emana de una profunda sensación de soledad, y que aparece con frecuencia como apatía, desgana o desinterés. La mayoría de las veces no obstante, estas personas no son conscientes de su tristeza interna, debido a que también presentan un patrón de distanciamiento de sus propias emociones y sensaciones. Muestran con frecuencia desconfianza hacia los demás aunque en ocasiones también muestran pautas de idealización de las relaciones. Su miedo es ser controlados, invadidos o perder su libertad. Su forma de regulación es la auto-regulación, mediante la supresión interna de las emociones. Esto les lleva a parecer muy poco dependientes, pero lo son porque, a pesar de su fachada evitativa, necesitan a los demás. De hecho, si fuesen evitativos “perfectos” no mantendrían relaciones con los demás. Pero en la mayoría de los casos, mantienen relaciones pero muestran un bajo grado de implicación. Al inicio de una relación, mientras dura la fase de enamoramiento (que suele ser más corta en ellos) se pueden mostrar implicados, con frecuencia excesivamente, para después cambiar y mostrarse evitativos y emocionalmente distantes. Suelen vivir las relaciones como una responsabilidad y una carga y no disfrutan excesivamente del contacto interpersonal. En consulta al menos, es más frecuente ver patrones evitativos en hombres que en mujeres.

Los subtipos del patrón evitativo son:

- Manifiesto: El bajo grado de implicación puede ser palpable y explícito (no reconocer públicamente a su pareja o negarse a realizar actividades sociales con la misma por ejemplo).
- Emocional: En estos casos, el bajo grado de implicación es tácito y el alejamiento es fundamentalmente emocional, mucho más sutil y difícil de percibir (no se implican emocionalmente en sus relaciones y generan una sensación de vacío a las personas que los tratan). Este tipo de patrón con frecuencia se presenta como cuidador o complaciente pero, a diferencia de los complacientes y cuidadores de los dos anteriores tipos, en este caso el comportamiento complaciente o cuidador es la fachada tras la cual se esconde la persona para que se les deje en paz, y no tanto ser queridos o controlar, como ocurría con los anteriores.
- Suspica. Estas personas suelen aparecer socialmente muy implicadas y vinculadas pero, cuando hacemos un análisis cuidadoso de sus relaciones, todas suelen ser superficiales. Mantiene una fachada acomodaticia, en ocasiones durante años. Poseen con frecuencia un enorme encanto superficial (p ej., llevarse muy bien con la familia o los amigos de su pareja) y en algún momento se descubre algo (por ejemplo, numerosas infidelidades), momento en el que reaccionan con extremada dureza y crueldad y rompen las relaciones con todas las personas que los han descubierto.

Suelen generar la sensación, en ese momento, a las personas de su entorno de que no los conocían en absoluto. Muestran tácticos rasgos paranoides pero, a diferencia de los dominantes, grupo en el que los rasgos paranoides tomaban la forma de “los demás te pueden hacer daño, hay que dominarlos”, en los evitativos-suspicaces suele tomar la forma de “no te puedes fiar de nadie, mejor no implicarse porque al final todo el mundo te decepcionará”. Suelen tener una historia de abandono (real o emocional) temprano. Si bien los anteriores subtipos se podría decir que forman un vínculo pero uno evitativo, este tercer subtipo da la sensación de no poder realmente vincularse a los demás salvo como fachada.

3.4. CAMBIOS EN EL TIPO DE PATRÓN EXHIBIDO:

Aunque algunos de estos tipos no muestren rasgos dependientes inicialmente (en especial los dominantes y los evitativos) si perciben sensación de pérdida pueden cambiar radicalmente este aspecto. Esto conduce a otro elemento esencial en las relaciones de dependencia patológica: una persona puede cambiar de un tipo a otro con tal de que cambien las circunstancias externas. Ya se ha visto como algunas veces la dependencia cambiará de un estilo dominante a un estilo sumiso (al ser dejados por ejemplo). Recuerdo el caso de una paciente, mujer, inserta en una relación machista con su pareja en la que se mostraba totalmente sumisa, hasta que su pareja sufrió una grave ciática que lo hizo dependiente de ella, momento en el cual ella se convirtió en una dominante agresiva y él en un dependiente sumiso, intercambiando así durante meses los roles que habían llevado a lo largo de toda su vida de pareja. El cambio de evitativo a sumiso, también de forma temporal y ante el miedo a la pérdida, se observa igualmente con frecuencia.

A veces incluso es la terapia la que provoca los cambios, por ejemplo es frecuente que en un estadio intermedio de la terapia, una persona que era totalmente sumisa con su pareja, sea capaz de expresar más su ira o se vuelva más evitativa ante el miedo a la pérdida. Es importante tener esto en cuenta y ayudar a los pacientes a que completen el proceso y no a que cambien un estilo de vínculo patológico por otro.

Todo lo anterior destaca el hecho de que los tipos no son inamovibles ni rasgos esenciales de la personalidad, sino que más bien son un patrón de comportamiento (aunque a veces muestren una gran persistencia transituacional y temporal) que se da en el seno de una determinada relación y en un momento determinado.

3.5. PATRÓN VINCULATORIO Y FORMACIÓN DE PAREJA:

Otra cuestión interesante es cómo, si uno tiene un patrón principal de un tipo, es más fácil que se siente atraído por personas de un patrón complementario al suyo. Por ejemplo una persona con un patrón sumiso es muy poco probable que forme pareja con otra persona con el mismo patrón. Las personas con patrones sumisos, formarán pareja con más facilidad con una persona con patrones dominantes o evitativos. A su vez, dos personas con un patrón evitativo difícilmente formarán una pareja, y si lo hacen, casi siempre la menos evitativa de las dos empezará a mostrar un patrón más sumiso. Lo mismo podemos decir de las personas con un patrón dominante: difícilmente formarán relaciones entre sí pero con frecuencia formarán una pareja con personas con un patrón sumiso. En consulta, vemos una y otra vez que estas elecciones suelen estar relacionadas con la historia afectiva de la persona, retrocediendo hasta sus primeras relaciones de apego. Aunque este es un tema que escapa con mucho a este

artículo, hay una profunda relación entre los tipos de apego exhibidos en la infancia y los patrones vinculatorios en la edad adulta.

Por último, destacar que cada una de las posibles combinaciones genera un patrón específico de interacción, extremo que no puedo abordar, por la brevedad requerida, en este artículo.

4. TRATAMIENTO

Intentar dar una visión completa del trabajo a realizar con este tipo de pacientes resulta una tarea imposible para el espacio de este artículo. Por ello, me limitaré a dar una serie de pinceladas sobre la intervención que hay que realizar con este tipo de pacientes.

4.1. CONSIDERACIONES GENERALES:

- Los pacientes con patrones de vinculación patológica tienen un alto riesgo de descompensación y de sufrir abreacciones disociativas o retraumatización. Exigen pues extremar las precauciones con ellos.
- Los patrones de interacción rígidos crean y reflejan estados emocionales (de activación neuroendocrina) absorbentes. Los estados emocionales constituyen el epicentro del cambio. Cualquier intervención deberá disponer de herramientas de trabajo emocional y corporal.
- El núcleo de las dificultades de estos pacientes son las relaciones de apego, siendo el terapeuta una figura de apego. Hay que entender en ese contexto las dificultades que se presentan en terapia y usarlas para analizar las dificultades del paciente con otras figuras relevantes.
- El terapeuta debe ser consciente de su estilo de apego y de sus propios problemas vinculatorios para no confundirlos con los del paciente. El terapeuta debe saber con qué tipo de dependencias le resulta más fácil trabajar y con cuáles no. Es ideal en este sentido que el terapeuta haya hecho un trabajo con su propia historia de apego para evitar el fenómeno de “ceguera de apego”⁷.
- Hay que saber aceptar los “monstruos internos” de los pacientes cuando se expresan en terapia, porque de lo contrario no será más que una nueva confirmación para ellos de que las relaciones humanas son peligrosas y decepcionantes y que hay algo que va mal en ellos.
- La intervención debe basarse en una relación terapéutica sólida, segura y que respeta los límites, puesto que en muchas ocasiones será la primera relación de vinculación sana que experimente el paciente.
- El cambio implica una nueva comprensión y una experiencia del yo mismo, del otro y de la interacción.

4.2. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

Si bien el núcleo de la intervención con estos pacientes ha de ser la intervención psicológica, el tratamiento farmacológico resulta de gran ayuda en la mayoría de los casos, siendo imprescindible en algunos. Sin pretender hacer un listado exhaustivo de los fármacos empleados, señalar que, según los casos, se suelen usar antidepresivos (tanto ISRS como tricíclicos), estabilizantes del ánimo (como topiramato o lamotrigina), betabloqueantes y, en algunos casos, antipsicóticos.

El tratamiento farmacológico debe ser supervisado por médicos sensibilizados y formados en dependencia emocional y familiarizados con el tratamiento psicológico que se está llevando a cabo. Debido a la complejidad de estos casos, la intervención ha de ser necesariamente interdisciplinar, permitiendo que el tratamiento psicológico y farmacológico se complementen, razón por la cual debe haber un alto nivel de comunicación, entendimiento y confianza entre el psicólogo y el psiquiatra que estén llevando el caso.

4.3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

El marco teórico del tratamiento psicológico, tal y como la venimos desarrollando nosotros, se basa en la Teoría del Apego^{8, 9}, en especial el trabajo de apego en adultos^{10, 11, 12}. En cuanto al marco clínico, es esencial que el tratamiento se base en alguna terapia que permita trabajar con el trauma. Si bien disponemos actualmente muchos enfoques para trabajar el trauma como son Focussing¹³ o Somatic Experiencing¹⁴, nosotros usamos preferentemente Sensoriomotor Psychotherapy¹⁵ y EMDR¹⁶ desarrollada esta última por Francine Shapiro, por ser la primera de todas estas aproximaciones, la más contrastada científicamente y la que seguramente mejores resultados obtiene. Una alternativa a este tipo de enfoques podrían ser los enfoques basados en el Mindfulness. También es crucial trabajar con algún modelo de trabajo con personalidad no unitaria. Este tipo de aproximaciones han tenido un gran desarrollo en la última década y son numerosos los autores que están trabajando en esta línea. Por no hacer la lista interminable, citaremos a los dos en los que más se basa nuestra aproximación: Colin Ross¹⁷ y, en nuestro entorno, el interesantísimo trabajo de Dolores Mosquera y Anabel González¹⁸ combinando terapia EMDR¹⁶ con la propuestas sobre disociación y traumatización crónica efectuadas por Van der Hart et al¹⁹.

Sin pretender dar aquí una guía exhaustiva para abordar estos casos, que suelen ser de una enorme complejidad, sí voy a señalar una serie de puntos que creo que son importantes a la hora de abordar el trabajo con estos pacientes:

1. **Establecimiento de la relación terapéutica:** Son cada vez más los estudios que señalan que la relación terapéutica seguramente sea el elemento más sanador en la intervención psicológica. Esto que es cierto para cualquier intervención, lo es especialmente para este tipo de pacientes. Para ellos, el núcleo del problema tiene que ver con las relaciones significativas y de intimidad y, en palabras del psicólogo Jeremy Holmes, la terapia constituye “un experimento in-vitro de intimidad”²⁰, por lo cual en estos casos, la relación terapéutica debe cuidarse especialmente. Para ello, como ya hemos señalado, es imprescindible que el terapeuta haya trabajado sobre su propia historia de apego y maneje bien las situaciones de conflicto y escenificaciones que suelen darse con frecuencia en estos casos. Es importante empezar la terapia preguntando a los pacientes cuáles son sus temores sobre la terapia o el terapeuta y poder hablar abiertamente de estos extremos. También es importante que el terapeuta sea consciente del patrón principal de apego/vinculación del paciente, de manera que se pueda ajustar el tono y el ritmo de la terapia a sus necesidades.
2. **Estabilización y reducción de síntomas:** Constituye una fase esencial en el trabajo con este tipo de pacientes. A esto es lo que dedicamos la mayor parte del trabajo con estos pacientes, porque a partir de esta estabilización será posible ir desarrollando pautas de regulación (auto o co) y a partir de esa mayor regulación, que le dotará de seguridad, la persona será capaz de empezar a explorar su inseguridad y su historia vital. Es en esta fase en la que puede resultar muy útil un adecuado tratamiento farmacológico.

3. **Solución de problemas actuales:** Una vez que la persona se encuentra razonablemente estabilizada, se procederá a resolver los conflictos que la persona tenga en su vida actual. El abordaje y la resolución de estos conflictos es esencial para ahondar en la estabilización, pero además constituye una excelente puerta de entrada para ir explorando estos conflictos a lo largo de la vida de la persona y abordar situaciones traumáticas anteriores. Estas situaciones remotas constituyen los eventos nodales y nucleares sobre los cuales la persona ha ido construyendo sus patrones vinculatorios.
4. **Abordaje de los patrones vinculatorios pasados y traumas vitales:** Esto constituye el núcleo de la intervención con estos pacientes. Para ello, deberemos utilizar algunos de los abordajes específicos para trauma, y en concreto trauma de apego, modificados para este tipo de pacientes. Someramente, para ello:
 - (a) Desde el análisis del conflicto presente, ayudar a ver los patrones vinculatorios repetitivos que usa la persona y entender cómo fueron los vínculos infantiles en los que se sentaron las bases para las relaciones posteriores.
 - (b) Análisis y tratamiento (EMDR¹⁶ y Sensorimotor Psychotherapy¹⁶) de las distintas situaciones traumáticas (tanto trauma agudo como crónico) vividas.
 - (c) Entender el propio estilo de apego, basado en el estilo de apego de las figuras relevantes de la vida de uno. Progresar hacia un estilo de Apego Seguro Adquirido.
5. **Trabajo con partes:** Resulta tremendamente útil trabajar desde los modelos de personalidad no unitaria en cualquier caso pero además, en los casos especialmente graves, esto resulta imprescindible. Aquí resulta imposible resumir lo que se hace en este tipo de trabajo, ya se ha citado al principio de este apartado algunos de los modelos más conocidos en este sentido, como el desarrollado por el psiquiatra Colin Ross¹⁷ y, sobre todo y en nuestro entorno, el desarrollado por Dolores Mosquera y Anabel González¹⁸. Ambos libros exponen los respectivos modelos de trabajo de sus autores. El modelo de trabajo en partes lo hemos adaptado al trabajo en pareja ayudando a los pacientes a ver como la interacción con algunas partes emocionales de sus parejas activan diferentes partes emocionales en ellos. Además, estamos desarrollando un modelo que permite integrar los distintos estilos de apego con las necesidades expresadas por cada una de las partes, todo lo cual simplifica y facilita el trabajo con este tipo de pacientes.
6. **Aprender estilos vinculatorios sanos y generalización:** Una vez empieza a concluir todo el trabajo previo, es el momento de empezar a enfocar el trabajo hacia la generalización de los estilos vinculatorios sanos hacia todas las relaciones del entorno del paciente. Aquí también se trabaja con todo lo que tenga que ver con las futuras relaciones que las personas puedan establecer, para asegurarnos que éstas sean lo más sanas posibles. Como hemos dejado claro para el resto de puntos, hay técnicas muy específicas dentro de las aproximaciones teóricas que he citado para trabajar con estos aspectos. Señalar por último, que hasta que nos se haya trabajado con estos aspectos no se puede dar por concluida la intervención.

5. REFERENCIAS:

1. Mansukhani, A. Dependencias Interpersonales: Las Vinculaciones Patológicas. Conceptualización, diagnóstico y tratamiento. En: García AD y Cabello F, editores. Actualizaciones en Sexología Clínica y Educativa. Huelva: Universidad de Huelva; 2013. p 197-214.
2. Ainsworth, M, Blehar M, Waters E & Wall S. Patterns of Attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.

3. Covey S. Los siete hábitos de la gente altamente efectiva. Barcelona: Espasa; 1990.
4. Edward Tronick. The Neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. New York: WW Norton & Co; 2007.
5. Sroufe, A. Emotional Development. The organization of emotional life in the early years. New York: Cambridge University Press; 1995.
6. Schore, A. Affect regulation and the repair of the self. New York: WW Norton & Co; 2003.
7. Siegel DJ. The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience. New York: Guilford Press; 1999.
8. Bowlby J. A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory. New York: Routledge; 2005.
9. Bowlby J. The making and Breaking of Affectional Bonds. New York: Routledge; 2005.
10. Bowlby J. Attachment and Loss: Vol 1-3. London: Random House; 1969.
11. George C, Kaplan N, Main M. Adult Attachment Interview. Berkeley, CA: University of California Press; 1985.
12. Main M, Goldwyn R. Adult Attachment Rating and classification systems. Berkeley, CA: University of California Press; 1994.
13. Scaer RC. The Trauma Spectrum. Hidden Wounds and Human Resiliency. New York & London: W.W. Norton & Company, N.Y. & London; 2005
14. Levine PA, Frederick A. Waking the Tiger. Healing Trauma. Berkeley, CA: North Atlantic Books; 1997
15. Ogden P, Minton K, Pain C. Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. New York: Norton; 2006
16. Shapiro F. EMDR: Desensibilización y Reprocesamiento por medio de movimiento ocular. México DF: Pax; 2004.
17. Ross CA. The Trauma Model: A Solution to the Problem of Comorbidity in Psychiatry. Manitou Communications; 2000.
18. González A, Mosquera D. EMDR y Disociación. El abordaje progresivo. Madrid: Ed. Pléyades; 2012.
19. Van der Hart O, Nijenhuis ERS, Steele K. The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. New York: Norton & Company; 2006.
20. Holmes J. Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura. Bilbao: Desde de Brouwer; 2009