No. 15, Marzo 2014

DMM news

www.iasa-dmm.org

The international association for the study of attachment

iasa

Entrevista de Apego en Adulto (AAI). Edición Especial Nº 2

Editores:
Nicola Sahhar y
Franco Baldoni

Nicola Sahhar

Franco Baldoni

Traducido por Carmen Gloria Alarcón Müffeler, Traductora-Intérprete. Psicóloga.
carmenglalarcon@gmail.com

¡Segunda edición especial dedicada a la Entrevista de Apego en Adulto (AAI)-DMM!

Estimados lectores del DMM News:

Es un placer presentarles, la segunda -de tres ediciones - dedicada a la Entrevista de Apego en Adulto (AAI-DMM), basada en el Modelo Dinámico Maduracional (Dynamic-Madurational Model-DMM). Tal como en la edición anterior, entrenadores en la AAI, discuten su aplicación en diversas áreas (clínica, forense y de investigación).

En los primeros dos artículos, se establecen las diferencias entre el diagnóstico clínico, con su respectiva sintomatología y una comprensión dinámico-estructural, de las estrategias de auto-protección. En ellos, se establece el riesgo de las pre-conceptualizaciones, derivadas de los síntomas clínicos. "Diagnósticos de moda", como la depresión, tienden a oscurecer lo que realmente es pertinente abordar el logro del cambio y de los factores que intervienen perpetuando la patología. De igual forma, no basta registrar la mera presencia de la conducta violenta y de prescribir un tratamiento "anti-agresión". Al comprender la funcionalidad que adquiere la violencia, en el contexto individual-experimentada de modo subjetivo, a través de la historia del propio desarrollo- es posible establecer un tratamiento más seguro, que permita ayudar en la prevención de recaídas en la conducta violenta.

Martin Stokowy, describe un caso en que la información de la AAI, reveló que la existencia de los síntomas depresivos, que presentaba un paciente -formando parte de un Trastorno Bipolar- servía una función oculta, dentro de una estrategia de apego obsesiva. La necesidad oculta del paciente de "ser rescatado", entretejida con duelos no resueltos y el miedo inconsciente de ser dramáticamente olvidado, desplegó sintomatología depresiva, que condujo a acudir por ayuda profesional. Por otra parte, aquella manifestación clínica llevó, aunque erróneamente, tanto al paciente como a los profesionales a tratar el problema "incorrecto", lo que condujo a un círculo vicioso de continuo sufrimiento no resuelto.

Por su parte, Val Hawes, nos ofrece una mirada acerca del trabajo realizado en una unidad forense del Reino Unido, destacando la relevancia de poder diferenciar en pacientes peligrosos, la función que cumple la rabia y la violencia, en pacientes peligrosos. Los profesionales debieran estar capacitados para lograr diferenciar, si la rabia en un individuo adquiere la forma de una "explosión" de sentimientos ocultos, desde una organización del Self altamente inhibida, o si ésta se manifiesta como un despligue instrumentalizado, para desviar sentimientos de vulnerabilidad y miedo.

En el tercer artículo, Airi Hautamäki, nos describe los cambios en las estrategias de autoprotección que realiza un niño, respecto a su propia necesidad de adaptación, a las estrategias de autoprotección de sus padres. Presenta dos estudios longitudinales, los cuales demuestran la estabilidad del patrón de apego, a través del desarrollo del individuo y su continuidad a través de las generaciones. Señala que dicha estabilidad, se presenta con mayor frecuencia en poblaciones de individuos de menor vulnerabilidad y adquiere menor frecuencia en poblaciones más vulnerables y de alto riesgo. La autora propone, que esta diferencia se debe a que los niños (as) necesitan adaptarse a la "pieza faltante" del tipo de procesamiento de información de sus madres.

Como es habitual, al final de la edición, encontrará un listado de los próximos Cursos DMM. Para mayor información puede visitar nuestro sitio www.familyrelationsinstitute.org

Nicola Sahhar, Editor Especial AAI
(nsahhar@mac.com)
Franco Baldoni, Editor a cargo de DMM News
(franco.baldoni@unibo.it)

Contenidos

Página

2 Dar sentido a la Depresión: Uso de la AAI en un paciente de custodia madre-hijo
Martin Stokowy, Colonia, Alemania

3 En Peligro y en Riesgo de Peligro
Val Hawes, Cambridgeshire, Reino Unido

5 Una Perspectiva Transgeneracional del Apego: Continuidad e Inversión
Airi Hautamäki, Helsinki, Finlandia

6 Próximos Cursos DMM

Directorio Editorial: Franco Baldoni (Editor a cargo), Patricia M. Crittenden, Clark Baim y Andrea Landini

Martin Stokowy

Dar sentido a la Depresión:

El uso de la AAI en una paciente, en un caso de custodia madre-hijo

Introducción

Nuestro Hospital Psiquiátrico, recibió a una mujer en el contexto de un caso de custodia de su hijo. Ingresa con el diagnóstico de depresión severa, en el curso de un Trastorno Bipolar Tipo II. Tenía casi cuarenta años y su hija un año de edad.

La mujer ingresa con tratamiento farmacológico (Litio, SSRI). Fue muy difícil completar su historia clínica. Contactamos a su psiquiatra y nos llamó la atención, que la paciente sólo acudía donde la profesional, cuando se sentía deprimida. Nuestras conversaciones con la psiquiatra, no revelaron mayor información relevante.

Establecimos además contacto su psicólogo, quien nos informa que la paciente habría reportado distintos niveles de actividad, por ejemplo, permanecía en cama durante días y luego, de manera repentina, se levantaba y salía de compras. Es por este motivo, que él sospechaba de la existencia de un Trastorno Bipolar tipo II.

Durante el comparendo por la custodia, la mujer se quejó de trastornos del sueño, los que se superaron de manera satisfactoria, con dosis bajas de prometazina. La mujer se observó estable en su estado anímico.

Durante ese fin de semana, su marido, quien trabajaba a cargo de un negocio, permaneció en el hospital. Luego de su visita, la paciente comenta que él era un hombre muy pasivo. Por primera vez, y una vez ingresada al Servicio, la mujer manifiesta síntomas somáticos.

Luego de esto, su madrastra sufre una fractura de cuello. Durante un breve periodo de tiempo, dio la impresión que la paciente podría haber interrumpido el tratamiento en nuestro hospital, debido al accidente que había sufrido su madrastra; pero, decide –deliberadamente- continuar.

Análisis de la AAI

Conjuntamente a estudiar su historia clínica, el equipo le ofrece a la paciente realizar la Entrevista de Apego en Adulto. La transcripción fue codificada por una persona calificada, el entrevistador estaba en conocimiento que la AAI, sería aplicada a una paciente interna del servicio, en el contexto de una custodia por motivos psiquiátricos. No manejaba mayores antecedentes.

La AAI fue codificada como Ul (p) Padre Utr (ds) hermano C5-6. Una de las características importantes de la clasificación, fue la ausencia absoluta de síntomas depresivos. El afecto penetrante era el miedo. Su autodescripción fue de una mujer dura e invulnerable. Sedujo al entrevistador, para que le entregara algunas conclusiones respecto de la entrevista y actuó de manera desarmante. Ella idealizaba de una manera triangulada, por ejemplo, idealizaba a su abuela materna, para descalificar a su madre.

La pérdida de su padre, ocurrida hacía ya algunos, fue una pérdida no resuelta, en un modo preocupado (terminología DMM). Respecto a la muerte de su hermano menor, presentaba trauma negado y no resulto. Cuando su hermano tenía un año y medio (y ella cinco), el niño se ahogó en su cuna, luego de asfixiarse con su propio vómito. Parecía ser que ella experimentaba a nivel inconsciente, la experiencia de

un miedo permanente de olvidarse por completo de aquello, debido a que aquella negligencia podría ocasionar, tal como en el caso de su hermano menor, consecuencias de muerte.

La rabia y el miedo estaban presentes, de forma alternada. De acuerdo a la transcripción de la entrevista, el deseo de bienestar y apoyo estaban prácticamente ausentes. La violencia de su padre aparece a nivel psicológico, como menos dañina que la negligencia de su madre. Debido a que

el padre, de alguna forma, se ocupaba de ella, aunque podía también golpearla. A pesar de la violencia, la representación que tenía de su padre era de protección. De acuerdo a esta disposición psíquica, la agresión emerge como estabilizadora a nivel de estructura psíquica, a pesar de la existencia de aspectos temerosos.

Conclusión

En esta paciente, se ve que la estrategia de auto-protección era desplegada a través de síntomas depresivos. Ello ayudó a que la paciente, dirigiera el foco de atención hacia su familia. Cuando esto deja de ser funcional, acude en busca de seguridad y cuidado hacia figuras de extraños. Debido a que, fuimos capaces de comprender la función psíquica –encubierta- que ejercían los síntomas depresivos en la paciente, es que logramos entender el motivo por el cual ella no manifiesta síntomas depresivos una vez que ingresa al Hospital. A través de la clasificación de la AAI, es que somos capaces de *dar significado* a los síntomas que la paciente revelaba y de su función en múltiples relaciones interaccionales.

(Con autorización explícita de la paciente.)

Martin Stokowy es Director Médico Asistente, Neurólogo, Psiquiátra y Psicoterapeuta, en Tagesklinik - Psiquiatría Adultos, Colonia, Alemania, ***martin@stokowy.com***

Val Hawes

En Peligro y en Riesgo de Peligro

Introducción

Durante los últimos años, ha existido un aumento considerable en la literatura (libros, artículos de investigación, documentos)- sobre las aplicaciones clínicas de la teoría del apego. Lo anterior ha incluido avances en tratamientos basados en el apego, para personas de un amplio espectro de psicopatología severa, los que podrían ser vistos como el reflejo de un “apego desorganizado”.

El Modelo Dinámico-Maduracional del Apego y la Adaptación (Crittenden 2008; Crittenden & Landini 2011), nos entrega una perspectiva alternativa al abordaje de la psicopatología severa, a través del reconocimiento de un amplio espectro de patrones de apego, que se han desarrollado como estrategias de auto-protección, en respuesta a la sensación de peligro, experimentada durante el transcurso del desarrollo. Estos patrones de apego pueden ser abordados utilizando la AAI-DMM.

La Unidad Fens

La Unidad Fens, es una unidad terapéutica, inserta en una prisión de alta seguridad, desarrollada a partir del año 2000, en Reino Unido. Se establece, como parte de una política de estado, para el abordaje y tratamiento de delincuentes de alto riesgo, quienes poseen diagnósticos de trastornos de personalidad graves. Durante los últimos siete años, se ha utilizado la AAI- DMM de manera regular, en las Unidades Fens (DSPD), con más de 40 entrevistas debidamente completadas, mayoritariamente, durante las evaluaciones y una minoría de posterior completación, durante el programa de intervención de 5 años.

Hallazgos de la AAI-DMM

Gran parte de estas entrevistas, han sido analizadas, utilizando la codificación y clasificación del DMM. Estas clasificaciones, muestran tanto características consistentes, como también una variedad de patrones existentes. La característica más consistente, es la de la existencia de trauma no resuelto en este tipo de internos, por ejemplo, la totalidad de los delincuentes han experimentado traumas significativos durante el desarrollo, particularmente en temas de negligencia y abandono, abuso físico de parte de las figuras de apego y abuso sexual, ya sea dentro o fuera del grupo familiar. En la mayoría de las transcripciones, existe evidencia de más de un tipo de trauma no resuelto, por ejemplo, abuso físico de parte del padre y abuso sexual. Al mismo tiempo y a través de las transcripciones, llama la atención, el hallazgo que la falta de resolución del trauma (desde la transcripción de la entrevista individual), se expresaba de maneras muy diversas.

La consistencia respecto al hallazgo de la existencia de trauma, contrasta con la variedad de patrones de clasificación, encontrados en delincuentes de alto riesgo. La mayoría de los patrones presentan subíndices altos, por ejemplo: la mitad inferior (izquierda y derecha) del modelo circular DMM, que incluye el Tipo A (estrategia cognitiva), el Tipo C (estrategia afectiva) y sus combinaciones, tanto de estrategias tipo A y C, como también la inclusión del patrón integrado AC, el cual da cuenta de la representación del DMM para psicopatía (perfil psicopático).

Una de las características más significativas, respecto a las diferencias encontradas entre los patrones Tipo A y Tipo C,

se refiere a la presencia del engaño – si es que era evidente o no y de estar presente, a la gravedad de su manifestación. Las transcripciones de los pacientes que manifestaban el Tipo A, tendían a ser de carácter declarativas (factuales) y no emocionales (incluso al describir padecimientos de victimizaciones graves), además estos individuos asumen la responsabilidad de sus propias acciones. Pueden eventualmente, negar o esconder información, pero queda clara la consciencia en el actuar de parte de ellos. Las transcripciones de los entrevistados Tipo C, tienden a tener una menor secuencia lógica o coherencia, con un claro afecto transversal y con evidencia que el paciente sufrió el engaño por parte de sus figuras de apego. El engaño se despliega incluso durante la entrevista, por ejemplo, al mostrarse ellos mismos como víctimas, al mismo tiempo de omitir la propia participación en los hechos.

Beneficios de utilizar la AAI-DMM

El conocimiento respecto a las diferencias en las estrategias de apego, permite una mayor comprensión de estos delincuentes, como también el logro de una planificación de tratamiento más efectiva. La mayor parte de la violencia, ocurre en el contexto de una desregulación del afecto/rabia. Para un tratamiento efectivo, es fundamental lograr discriminar si la manifestación de rabia es algo habitual (Tipo C), o constituye una manifestación no habitual, expresada en la forma de explosiones, en individuos inhibidos (Tipo A), o si su manifestación está ausente, como en aquellos individuos con rasgos callous/unemotional (CA) en el perfil psicopático (Tipo AC).

Conclusión

Cualquiera sea el tipo de estrategia de apego que utilice el individuo, éste necesitará ayuda con el manejo del afecto. Aquellos que utilicen el Tipo C, necesitarán ayuda para conectarse con el afecto “olvidado” o vulnerable, mientras que aquellos que utilizan estrategias de Tipo A, necesitarán ayuda para experimentar y expresar de manera segura, el afecto negativo. Los individuos que utilizan las estrategias del Tipo AC, requieren ayuda para conectarse con la amplia gama de emociones y sentimientos. Es poco probable, que los programas de CBT, logren por sí mismos, el cambio esperado. Incluso pueden llegar a ser especialmente problemáticos, en individuos que utilizan la estrategia Tipo A. El riesgo es debido a que los programas basados en el CBT, pueden favorecer la inhibición del afecto, con el riesgo de aumentar y mantener explosiones de ira, incluso de mayor intensidad a futuro. Por tanto, los clínicos que no incorporen una acabada comprensión de los aspectos emocionales, pueden coludirse, involuntariamente, con los patrones existentes.

Val Hawes, Consultora en Psiquiatría Forense, Unidad Fens, Prisión HM Whitemoor, Cambridgeshire, Reino Unido,
valhawes@doctors.org.uk

References

Crittenden, P. (2008). *Raising Parents: Attachment, parenting and child safety.* Abingdon: Willan.

Crittenden, P. & Landini, A. (2011). *Assessing Adult Attachment: A dynamic-maturational approach to discourse analysis.* New York: Norton.

Airi Hautamäki

Una Perspectiva Transgeneracional del Apego: *Continuidad e Inversión*

Introducción

Un proverbio chino dice: “Observa a tu nieto y sabrás qué tipo de padre has sido”. La investigación empírica basada en el modelo ABC-D, ha demostrado continuidad en el estilo de apego a lo largo de tres generaciones, especialmente, en lo que se refiere al estilo de apego seguro. No existiendo variación respecto a los resultados, si los datos son analizados retrospectivamente, en el tiempo presente, prospectivamente o si éstos se apoyan en estudios de meta-análisis. (Benoit & Parker, 1994; Van IJzendoorn, 1995).

¿Constituyen los patrones de apego, rasgos estáticos, de algún modo, transmitidos de una generación a otra?. El DMM no predice una continuidad a través de la vida de un individuo o a través de futuras generaciones. El DMM enfatiza las contingencias de seguridad y peligro que los padres tienden a crear en el niño (a). El niño (a), desarrolla su estrategia de apego para lidiar con el peligro asociado a sus padres y a su entorno más cercano. El DMM subraya el cambio, tratando la adaptación como el ajuste dinámico al contexto; por ejemplo, la relación de la estrategia a las contingencias parentales y a los peligros contextuales (Crittenden, 2008). La maduración establece posibilidades de cambio en las sendas del desarrollo. Al existir peligro, el DMM predice una organización de mayor complejidad, tanto a través del desarrollo del individuo como a través de las generaciones.

Últimas Investigaciones

Dos estudios recientes han revelado la transmisión transgeneracional del apego, utilizando métodos del DMM: El estudio de tres generaciones de Hautamäki et al. (2010a, b) y el estudio de dos generaciones de Shah et al. (2010). Hautamäki siguió una muestra de bajo riesgo (N =135) de padres primerizos y abuelas maternas, desde el embarazo hasta que el niño (a) tuvo tres años. La entrevista AAI, fue utilizada para evaluar el apego en las madres, los padres y las abuelas durante el último trimestre de embarazo de la madre. El estudio prospectivo de Shah, se compuso de 49 madres primigestas normativas y sus hijos (as). La investigación de Hautamäki et al. reveló que el apego Tipo B, era estable a lo largo de tres generaciones y que el del Tipo A, predominante en la muestra, mostró cierta continuidad. Adicionalmente, se registró una tendencia del efecto péndulo a través de las generaciones, es decir, se registraron inversiones hacia la estrategia opuesta, entre el Tipo A y el Tipo C. Del mismo modo, la investigación de Shah et al., encontró una congruencia significativa, para el Tipo B en madres y sus hijos, y una tendencia a la inversión en patrones de apego ansiosos.

Discusión

¿Porqué podría ocurrir esto?. Los Tipos A y C son estrategias psicológicamente opuestas. El Tipo A esta orientado a contingencias temporales del estímulo, mientras que el Tipo C a la intensidad de la estimulación. El niño desarrolla una estrategia, que calza con las expectativas maternas al contribuir con la pieza “faltante” al procesamiento de información de la madre. Particularmente, cuando los padres han experimentado el peligro, la forma en que cuidan a su hijo, puede constituir una amenaza para el propio niño, el cual organizará su estrategia en torno a la amenaza. Una madre fácilmente enojada y temerosa que utilice una estrategia Tipo C, puede elicitar una estrategia Tipo A del tipo Complaciente Compulsivo en su hijo (a). La madre, no será capaz de moderar la rabia en su propio hijo (a), pudiendo –eventualmente- criar a un niño que utilice la estrategia Tipo C. Una madre depresiva puede elicitar una estrategia de cuidador compulsivo en su hijo, que funcionará permitiendo el acercamiento de ese niño con su retirada madre. Además, estrategias de tipo ansioso de bajos subíndices, podrían permitir al mismo tiempo inversiones. Una madre que utilice la estrategia Tipo A, que desea ser más disponible para el niño y expresar sus emociones y sentimientos de manera más abierta de lo que lo hicieron con ella

sus padres, no será capaz de establecer una relación de autoridad, al priorizar exclusivamente la perspectiva del niño y silenciar la suya como madre, por tanto reforzará de manera involuntaria, la expresión de afecto negativo en el niño, (por ejemplo, desarrollo de la estrategia Tipo C).

Conclusión

El DMM ofrece una explicación viable, al hecho que la estabilidad en el patrón de Apego, tanto a nivel de desarrollo individual, como también a nivel transgeneracional, se presenta con mayor frecuencia en poblaciones de nivel socioeconómico medio, con menor situación de riesgo y en una frecuencia muchísimo menor, en poblaciones vulnerables y en riesgo.

Airi Hautamäki. Profesora de Pscología y Psicología Social, Colegio Suizo de Ciencias Sociales, Universidad de Helsinki, Finlandia, ***airi.hautamaki@helsinki.fi***

References

Benoit, D. & Parker, K. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development,* 65, 1444-1456.

Crittenden, P.M. (2008). Raising Parents. Attachment, parenting and child safety. Cullompton: Willan.

Hautamäki , A., Hautamäki, L., Neuvonen, L., & Maliniemi-Piispanen, S. (2010a). Transmission of attachment across three generations. *European Journal of Developmental Psychology,* 7, 5, 618-634.

Hautamäki, A., Hautamäki, L., Neuvonen, L., & Maliniemi-Piispanen, S. (2010b). Transmission of attachment across three generations: Continuity and reversal. *Clinical Child Psychology and Psychiatry,* 15, 3, 347-354.

Shah, P.E., Fonagy, P., & Strathearn, L. (2010). Is attachment transmitted across generations? The plot thickens. *Clinical Child Psychology and Psychiatry,* 15, 3, 329-345.

Van IJzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis of the predictive validity of Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin,* 117, 387-403

iasa
The international association for the study of attachment

Próximos Cursos DMM

Durante el año 2014, habrán cursos en:

1. **Apego y Psicopatología (Norte América, Alemania, Irlanda, Suecia y Reino Unido)**
2. **CARE-Index (en varios países)**
3. **CARE-Index en Jóvenes (Italia)**
4. **SAA Italia**
5. **TAAI (Norteamérica)**
6. **AAI (Irlanda, Italia, Reino Unido, USA) y**
7. **Entrevista para Padres (Reino Unido)**

Además de numerosos cursos avanzados. Para mayor información acerca de fechas y lugares, visite nuestra página: www.familyrelationsinstitute.org.

Para información acerca de DMM News y suscripción a la revista, contacte a: franco.baldoni@unibo.it