

Introducción

En la niñez, cuando se debe limitar severamente la búsqueda de comodidad o la expresión de los verdaderos sentimientos negativos, frente a la amenaza de abandono o de violencia, los niños se adaptan estratégicamente para agradar a los padres peli-grosos. Si su estrategia fracasa, su castigo puede producir titu-lares espectaculares en las noticias.

En nuestro 4to boletín, nos focalizamos en el sexo y la violencia. Nuestros colaboradores dan a conocer cómo los prometedores tratamientos necesitan de la empatía (no exoneración) y la empatía puede surgir de la comprensión. Disponemos también de un resumen de lo que se tratará en Bertinoro, Italia, del 5 al 7 de Octubre.

Mike Blows Editor mikeblows@hotmail.com

Contenidos

- **La columna de Pat: Utilizar el afecto positivo falso para identificar el riesgo grave.**
- **Aprender sobre SEXO como estrategia. (Reino Unido)**
- **Es necesaria la comprensión para tratar a los deli-cuentes sexuales (US)**
- **Enfoques de Tratamiento Forense Especializado para delincuentes peligrosos, en Alemania, Noruega y Reino Unido.**
- **IASA & IAN Iberoamérica**
- **Agradecimiento a los Fundadores de IASA**



Pat Crittenden

El Legado de Victoria

Este ejemplar del boletín del DMM se focaliza en el sexo y la violencia. Es un momento apropiado para recordar a Victoria Climbié y reflexionar sobre lo que se puede aprender de su sufrimiento, de manera que podamos prevenir - y no tan inadvertidamente crear-el sufrimiento en otros niños. Lamentablemente, en nuestro nuevo afán de proteger, algunas veces podemos dañar.

Victoria Climbié era una niña de ocho años de la Costa de Marfil, a quien su tía-abuela ofreció educarla en Europa. Un año después, Victoria murió en un hospital Británico de escualidez, negligencia física y fallas orgánicas, con 128 hematomas y heridas en su cuerpo. A pesar de repetidas admisiones en hospitales tanto en Francia como en Inglaterra, y el interés de la protección al niño, incluyendo a su tía abuela que acusaba a su novio de abuso sexual y físico; nadie se hizo cargo de Victoria y murió. La tía abuela y el novio fueron condena-dos y encarcelados.

Esto es el comienzo de la historia. Tan preocupante es lo que sucedió después, que Victoria murió. Se llevó a cabo una minuciosa inves-tigación. Victoria fue vista repetidamente por profesionales y sus lesiones quedaron registradas en los archivos de los hospitales. ¿Por qué nadie sospechó de abuso o negligencia? De hecho lo hicieron, pero esa explicación a cada vez se descartaba y no se comprobaba. ¿Por qué? Varios profesionales recordaron que Victoria afirmaba que no era abusada, y más bien que era torpe, que sonreía en forma

llamativa y que estaba bien. En el hospital, ella era un "rayo de sol", y bailaba por los corredores. Los profesionales, uno a uno, concluían que ella era feliz y no tenía miedo ni era abusada.

Sin duda, el informe certifica varios errores de cómo la información fue apartada de modo que ningún profesional tenía la historia completa simultáneamente. Mi interés aquí es poner de manifiesto dos puntos de vista diferentes, posiblemente pasados por alto o ignorados.

El primero es que los profesionales necesitan cono-cer y saber reconocer **el afecto positivo falso**. Supuestamente los niños hospitalizados no son felices, especialmente cuando están heridos, enfermos, desnutridos y separados de sus padres. Incluso sin la información de otros hospitales y profesio-nales, cada especialista que vio a Victoria mostrándose alegre debería haber percibido la discrepancia entre su situación y su comportamien-to. El falso afecto positivo señala la posibilidad de un peligro muy serio; puede esconder el verdadero afecto negativo (ira y miedo y el deseo de ser consolado). Para proteger a los niños adecuadamente, los profesionales necesitan saber esto, tenerlo en mente, y **usar la señal para iniciar una i dagación ulterior**.



El Segundo punto es que, tratando de prevenir a otros sobre el sufrimiento del destino de Victoria, los profesionales están mucho más atentos - y duros. Dado que es difícil de diferenciar a niños como

Continúaden la página 2

Victoria, de niños que sufren un golpe suave, castigos y magulladuras, a veces los abusos menores se tratan como si fueran una amenaza de vida. Cuando se descubre, la acción puede ser rápida –quitarlos a sus padres y darlos en cuidado. Incluso a veces se refiran a los hermanos ilesos. Nadie quiere arriesgarse a perder a una niña como Victoria. Pero refirar a un chico por abuso moderado causa más daño que trabajar con una familia. La separación es aterradora y dolorosa- para ambos, padres y niño. Además, si alguna vez ocurre, ninguno, ni el progenitor ni el niño, nunca pueden nuevamente creer totalmente que pueden estar seguros juntos. Los padres adoptivos también pueden ser peligrosos, y las emociones y conductas de los niños pueden deteriorarse. **Así como los tratamientos médicos poderosos, tal protección conlleva riesgo, y debería utilizarse sólo cuando sea absolutamente necesario.**

Mi punto es que ambos - identificar el peligro de menos o de más - son arriesgados para los niños y sus familias. La lección correcta sobre Victoria Climbié es que debemos ser expertos y responder investigando la discrepancia, especialmente al afecto positivo donde la tristeza y el miedo serían apropiados. Para evitar que los profesionales dañen a los niños a pesar de las buenas intenciones, debemos equilibrar entre el ver peligro por todos lados, y perder de vista el peligro porque parecía felicidad, cuando la felicidad era improbable.

Debemos aprender a leer el afecto correctamente y combinarlo con otra información para tomar decisiones apropiadas de protección.

Citas de Laming, L. (Julio, 2003). La investigación sobre Victoria Climbié. Documento presentado al Parlamento por el Secretario de Estado de Salud y el Secretario de Estado para el Departamento del Hogar por Mandato de Su Majestad. Londres: derechos de autor de la Corona.

La Política de Familia del Reino Unido toma forma en los lineamientos del Modelo Dinámico Madurativo (DMM)

Después de haber escrito "El DMM va al Parlamento", el informe final refleja las ideas del DMM enfatizando la importancia del desarrollo saludable y de la conducta pro-social de:

- 1. Relaciones Familiares (parentales y maritales):** El informe afirma: *Nos hemos adherido de modo inflexible a los intentos de cambiar el comportamiento, pero esto es un resultado del estado emocional individual y del bienestar social. Para que ocurra un cambio verdadero la intervención debe concentrarse en mejorar las relaciones padre- hijo.* (2008, p.14)



- 2. Estabilidad familiar y coherencia:** Varias recomendaciones promueven el matrimonio por medio de la consulta pre-nupcial, de los servicios de resolución de conflictos, reestructurando las regulaciones de los impuestos y los requisitos de alojamiento. El informe recomendó específicamente a las "familias adoptivas" (2008, p. 23) en vez de colocarlos en servicios de asistencia (Crittenden & Farnfield, 2007), con la idea que la generación de los baby-boomer ofrece un enorme recurso de padres experimentados

que podrían funcionar como padres para familias jóvenes con trastornos.

- 3. Prevención a través de la intervención temprana:** La elegibilidad de los servicios de salud mental está sujeta al diagnóstico de los problemas que la prevención vence. El informe recomienda cambiar el requisito para promover la asistencia antes que se desarrollen los problemas. Se menciona el desarrollo temprano del cerebro: *Los cerebros de los niños se adaptan al medio en el que viven...Un niño puede crecer siendo incapaz de manejar bien el stress... Él o ella pueden prestar atención constantemente a la amenaza, ser propenso a la ansiedad, la depresión y la ira, tanto en la niñez como en las siguientes de la vida. Las necesidades centrales de los infantes son el apego seguro y una respuesta emocional sensible.* (2008, p. 15)

- 4. Servicios coordinados:** *Un elemento clave es un llamado para una mayor integración a través de la prestación de servicios* (2008, p. 16, Crittenden, 1992). Esto incluye tener un acceso más fácil a los servicios y también entrenamiento conjunto para profesionales de diferentes disciplinas y organismos. El entrenamiento en el DMM se realiza de esta manera- y pensamos que funciona crear objetivos y conocimiento compartidos.

Breakthrough Britain: The Next Generation: A policy report from the Early Years Commission, Chaired by Dr Samantha Callan, September 2008.

Crittenden, P.M. (1992). The social ecology of treatment: Case study of a service system for maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 22-34.

Crittenden, P. M., & Farnfield, S. (2007). Fostering families: An integrative approach involving the biological and foster family systems. In R. E. Lee & J. B. Whiting (Eds.) *Handbook of Relational Therapy for Foster Children and their Families*. (pp. 227-250). Washington, D.C.: Child Welfare League of America.

IASA & IAN Iberoamérica

IASA y la sección Iberoamericana de IAN (Red Internacional del Apego) están trabajando conjuntamente en programas comunes. Mario Marrone (España), Roberto Frenquelli (Argentina), y Sagrario Yarnoz (España) de IAN, participaron en el congreso de IASA en Bertinoro , Italia y Patricia Crittenden habló en el congreso de IAN en Palma de Mallorca.



El Sexo y 'Permanecer Vivo'



John Hoffman

Mi primer contacto con el Modelo Evolutivo de Maduración (DMM) del apego y la adaptación fue en el 2004, cuando asistí al Seminario de Apego y Psicopatología (A&P) en Reading, Reino Unido.

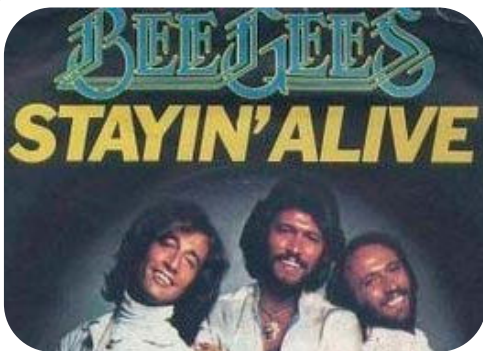
Recuerdo mi entusiasmo por lo que parecía ser un modelo coherente que explicaba mucho de lo que había observado en la práctica. El DMM proporcionaba lentes y lenguaje nuevos para conceptualizar los apegos de una manera que no había

apreciado previamente en su totalidad. Seguí con esto en Abril del 2007, participando en el CARE-Index dictado por Steve Farnfield en Portsmouth, Reino Unido. Durante el programa, Steve compartió algunas ideas en desarrollo y nos incitó a considerar cuidadosamente los episodios donde aparecían los besos, analizar el contexto y su función! Su consejo fue recibido con un cabeceo afirmativo y cierta incomodidad, mientras que algunas implicancias tácitas de lo que había dicho se hicieron visibles. La conducta sexual no sólo sirve como función específica en los videos, por extensión, era probable que todos hayamos utilizado el sexo por una variedad de otras razones que las sexuales. Obvio! Pero la introspección a menudo es incómoda.

Soy miembro de la Organización Nacional para el Tratamiento de los Abusadores (NOTA), por eso cuando recibí del aviso del congreso, "Daño Sexual y Apego", en Noviembre del 2007 por la Dra. Patricia Crittenden, pensé que quizás era un signo de que ya era tiempo de que yo también averiguara de qué se trataba el sexo.

El material impreso del pre - curso era particularmente agradable ya que indicaba que no sólo me familiarizaría acerca del sexo, sino que también sería una ocasión para recapitular el DMM- con un énfasis específico en la sexualidad en cada etapa, así como una bienvenida revisión de la DMM -, seguida por la aplicación de estas ideas a los delincuentes sexuales, sus víctimas y a los temas de tratamiento. El congreso llenó todas mis expectativas y me gustaría indicar tres puntos principales de los muchos que se destacaron.

Primero, "Permanecer vivos" (anunciado por los Bee Gees) ratificó que la seguridad y el sexo son los medios por los cuales garantizamos el objetivo de la vida. Exploramos las similitudes entre el apego y los sistemas de comportamiento sexual, y cómo si uno funciona mal, a veces el otro es sustituido en un intento de alcanzar el mismo fin. Esta premisa era interesante, especialmente cuando se suma al punto ulterior de distinguir entre la intención y el efecto. Siendo el argumento que los padres y los adultos a veces utilizan comportamientos basados en el sistema de comportamiento sexual con la intención de encontrar las necesidades del apego (supervivencia) de los niños. Por ejemplo, acariciar los genitales puede disminuir la ansiedad, por consiguiente, aumentando el sentimiento de seguridad. Se planteó el ejemplo obvio del amamantamiento junto con el tema tabú de cómo el amamantamiento podría desempeñar funciones sexuales para la madre.



Segundo, la denominada noción de "complicidad de la víctima", lleva a repensar la dicotomía del simple autor de un delito y la "víctima" y a analizar la conducta de la víctima para ver si ha aumentado la probabilidad de convertirse en víctima. El punto era diferenciar entre múltiples factores contribuyentes y la atribución de la responsabilidad del abuso. La

noción de complicidad estaba ligada a las víctimas de mayor edad, especialmente víctimas repetidas. Por razones obvias, esto generaba algunos sentimientos muy fuertes. Algunos participantes trazaron paralelos con "culpar a las víctimas" y pensé que tal análisis de la contribución de las víctimas no debe dar suficientemente cuenta de los procesos de "grooming" (producirse, arreglarse, acicalarse) y sirve a las distorsiones cognitivas que a menudo se piensa que emplea el perpetrador. Crittenden intentó señalar que la intención implícita en la palabra 'grooming' (producirse, arreglarse, acicalarse) puede o no ser la intención verdadera del abusador, y que el reclamo de que la víctima haya señalado algo puede ser correcto descriptivamente sin que la víctima haya tenido la intención de atraer la atención sexual. Sin lugar a dudas, la pasión expresada en el debate y después del café, fue alimentada, en parte al menos, por los informes de los medios, de los "bajos porcentajes de sentencia" por la violación, y la tendencia a considerar a las mujeres responsables por la depredación sexual de algunos hombres.

El objetivo del análisis era facultar a las víctimas para que consideren su conducta, por ejemplo, conducta coy, que se había desarrollado en respuesta a ciertos contextos, y se habría generalizado a otras situaciones, y luego fueron malinterpretadas y asignadas a un significado sexual por parte del perpetrador.

Hacer que la víctima concientice esto podría darle mayor control y por lo tanto minimizar el riesgo de daño futuro. Crittenden señaló que uno de los mayores indicadores de una salud mental pobre es que una persona crea que no podía haber hecho nada para escapar de su condición de víctima.

Finalmente, la noción de "Práctica Basada en la Evidencia", con bastante razón, ha adquirido importancia a través de las profesiones involucradas en el cuidado y control, y por lo tanto, la cita de Pat al trabajo de Young, Klosk, & Weishar (2003), Lilienfeld (2007) y Creighton & Towl (2007) fue desafiante y nos hizo sentarnos y reflexionar críticamente acerca de nuestras intervenciones, intenciones y resultados. El tratamiento fue 65% efectivo a corto plazo. Ningún tratamiento fue 50% efectivo, generando la pregunta obvia si el beneficio neto del 15% era una justificación verdadera para todo este esfuerzo. Quizás lo más convincente de todo fue la estadística que sugiere que el tratamiento fue considerado dañino en el 15% de los casos. Creighton & Towl (2007) revisaron 2039 estudios, la mayoría CBT, observando el tratamiento para delincuentes sexuales. Sólo 66 de los estudios fueron considerados válidos, y sólo un estudio mostró un tratamiento eficaz - la castración química. Posiblemente la falta de alineamiento entre las estrategias auto-protectivas del individuo y el tratamiento ofrecido pudo explicar porqué nuestras intervenciones, aunque eran fuertes, no parecían dar los resultados que buscamos a largo plazo. El DMM está bien situado para ofrecer un nuevo y tal vez mejor calce al problema; tiene un desarrollo sofisticado, que se adecua a las poblaciones clínicas, ligado a la adaptación en condiciones peligrosas y por lo tanto lógicamente ligado al tratamiento.

Para mí, como profesional y educador, me fui con una extraña mezcla de sentirme esperanzado y sin embargo inseguro. Esperanzado, porque parece claro que el DMM tiene bastante para ofrecer como se señaló anteriormente, pero inseguro por la naturaleza del discurso político y la política pública en Gran Bretaña. Estamos cada vez más obsesionados con los trucos ingeniosos y parches. Las soluciones complejas que no pueden reducirse a "bocados sólidos" difícilmente sean favorecidas por sobre las intervenciones que hacen grandes afirmaciones aparentemente insostenibles. Y si, ahora sé un poco más acerca del sexo.

John Hoffman es un Guardian ad Litem en el Reino Unido.

Referencias

- Crighton, D., & Towl, G. (2007). Experimental interventions with sex offenders: A brief review of their efficacy. *Evidence-Based Mental Health, 10*, 35-37.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science, 2*, 53-70.
- Young, J., Klosk, J., Weishar, M.E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. Guilford Press: New York

Adoptar un Enfoque De Desarrollo para el Tratamiento de Jóvenes Abusadores Sexuales



Phil Rich

El tratamiento de los criminales sexuales juveniles está cambiando. No está cambiando solamente el tratamiento, si no lo que es más importante, está cambiando nuestro entendimiento de la experiencia de los niños y adolescentes con los que trabajamos.

Hemos empezado a reconocer que el desarrollo del comportamiento sexualmente abusivo no es blanco y negro y no sucede en un ambiente blanco y negro.

Ni puede ser entendido ni tratado con un modelo "talle único" que se enfoque en modelos de tratamiento psico-educativos y cognitivo-conductuales.

En vez, hemos visto una creciente concientización del rol y el poder de los procesos y las experiencias de desarrollo en las vidas y conductas de los jóvenes abusadores sexuales. A su vez, esto ha introducido una forma significativamente diferente de conceptualizar los factores y las fuerzas que propulsan las conductas sexualmente abusivas y la conducta humana en general. Estamos aprendiendo a aceptar una visión mucho más sofisticada y holística que le presta atención a esos niños y adolescentes como personas "completas" que necesitan un enfoque multi-dimensional para el tratamiento. Esto demanda ideas e intervenciones que reconozcan más claramente el rol y el impacto de la conexión social y las experiencias tempranas del desarrollo. Lo más significativo, nuestro cambio en el tratamiento está conducido por un cambio en cómo entendemos el desarrollo de los niños y adolescentes sexualmente problemáticos y abusivos, particularmente cuando los comparamos con criminales sexuales adultos.

La importancia de los procesos de apego en el comportamiento de los criminales sexuales adultos fue destacada hace casi 20 años por William Marshall, y en los últimos cinco años hemos visto la creciente aplicación de estas ideas para la gente joven. Ahora entendemos mejor la naturaleza crítica de reconocer, responder y tratar su apego social temprano y en curso y otras experiencias sociales que los han llevado a comprometerse con conductas de abuso sexual. Hay una necesidad profunda de ayudar a darle una nueva forma a estos apegos y conexiones en el contexto dinámico de la maduración del desarrollo del niño y el adolescente. Bajo esta luz, cada vez entendemos más al comportamiento de abuso sexual como un crimen que refleja la inseguridad en el apego y una falta de relacionamiento social, más que un problema primario de desviación sexual o de delincuencia.

Estas ideas de tratamiento son todavía nuevas. Sin embargo, el imperativo de que reconozcamos la experiencia evolutiva y el apego social se ha impuesto. Nuestro campo frecuentemente reconoce y le presta atención a los elementos complejos que conforman la psicología humana, incluyendo el de arrollo emocional y cognitivo, la maduración neurológica, la predisposición genética y biológica y el crisol de experiencias sociales en las que interactúan, con especial énfasis en el apego temprano y en curso y los lazos sociales.

En nuestra evaluación y tratamiento de los jóvenes abusadores sexuales, y en nuestra conceptualización de estos chicos, vemos un creciente foco en los procesos sociales que promueven la adquisición de habilidades sociales esenciales y un sentido de conexión social. Estamos entendiendo y tenemos evidencia concreta para ello, del impacto del entorno social en el desarrollo neurológico de los niños, adolescentes y adultos. Las nuevas tecnologías – con el trabajo pionero actual de los neuro-científicos como Martin Teicher, Michael DeBellis, Linda Apear y Bruce Perry – que señalan el impacto de las experiencias tempranas en el desarrollo del cerebro, incluyendo las experiencias de entornos inseguros, estresantes o física y emocionalmente traumáticos.

Aferrados a las nuevas ideas e insights y alimentados por una nueva sensibilidad acerca del trabajo que hacemos, los médicos clínicos han llegado tanto a reconocer las necesidades complejas de los jóvenes abusadores sexuales que tratan como a aplicar un pensamiento crítico a su trabajo. Los modelos de tratamientos unidimensionales y simplistas están siendo reemplazados, o al menos, aumentados por modelos clínicamente más sofisticados y completos que toman en cuenta la totalidad y complejidad de los pacientes y sus necesidades. Los clínicos están adoptando un enfoque evolutivo tanto para entender la etiología del comportamiento de abuso sexual como para proveer de un tratamiento multi-dimensional en un entorno de tratamiento basado en las relaciones. Esto está bien descrito por Longo y Prescott cuando escriben, "Nuestro Nuevo siglo encuentra un creciente apoyo para este modelo de tratamiento holístico/integrado."

Phil Rich es el Director Clínico del Stetson School en Massachusetts, USA, y autor de 'Attachment and Sexual Offending: Understanding and Applying Attachment Theory to the Treatment of Juvenile Sexual Offenders'.

Referencias

Longo, R. E., & Prescott, D. S. (2006). (p. 37). Current Perspectives: Working with sexually aggressive youth and youth with sexual behavior problems. Holyoke, MA: NEARI Press.

"Una Búsqueda de lo Humano en los Actos Malignos"



Peder Nørbech

La violencia es un fenómeno extremadamente excitante. Muchos de nosotros la disfrutamos en la televisión o en las películas, sobretodo cuando la figura del héroe trata de manera brutal al malvado. Sin embargo, la excitación se transforma cuando experimentamos la violencia de manera personal; en estos casos a uno lo invaden el pavor, la rabia y tal vez la repulsión. Para entregar un significado real de esto, quisiera citar una descripción de la violencia, hecha por uno de los

entrevistados que participa en mi investigación de criminales violentos (extracto del discurso verbal de la entrevista sobre violencia).

"Bien, dije,...tú me debes dinero y ya es tiempo que pagues tu deuda..., y él no estaba muy interesado en darme el dinero, entonces

miré alrededor del departamento y encontré un taladro eléctrico..., que estaba en una repisa... Y le dije: "Okey, ahora pon tu mano en el suelo", y puse el taladro a su máxima velocidad..., y cuando encendí el taladro, él retiró su mano hacia atrás y gritó: "¡no puedes hacer esto!", y cosas parecidas, y le dije: "dame el dinero que me debes y no tendrás un hoyo en tu mano", pero él no quería entregarme el dinero. Entonces puse el taladro en su cabeza y le dije: "ey, es tu opción. La mano o la cabeza". Y sacó de nuevo la mano, yo me paré con el pie encima de su mano para que estuviera abierta y luego sólo taladré a través de la mano...yyyy lueeeego pasó derecho por la mano y atravesó la mesa... y mientras el taladro estaba andando y había pasado derecho por entremedio, él trató de sacar la mano hacia atrás, entonces...destrozó todos los pequeños huesos...y todo, y luego le dije que tenía la opción,... las dos manos...si me pagas el dinero o seguimos... y ahí estuvo de acuerdo."

Continúaden la página 5

A pesar que no podemos saber exactamente qué parte de esto es verdadero, la narración de este evento resulta terrorífica, sádica, cruel y muy violenta. Presumo que uno podría, fácilmente, sentirse envuelto por emociones tales como el miedo, la rabia y la repulsión al leerlo. ¿Qué podemos pensar de este hombre?

Nos vienen a la memoria respuestas automáticas, como "psicópata" y "sádico". Ambas son descripciones comunes y a la vez científicas de individuos que "a sangre fría" cometen actos terroríficos. Sin embargo; la mayoría de los actos de violencia no son como el descrito. Por el contrario, la violencia es un fenómeno multi-causal complejo y extremadamente heterogéneo.

Generalmente, en la literatura científica se describe la violencia como emocional o instrumental. La emocional se refiere a aquel tipo de violencia gatillada por estados emocionales fuertes, de elevada activación. La instrumental se refiere a actos de violencia conscientemente-intencionales, de baja activación. En las poblaciones penitenciarias, sólo un tercio de los criminales violentos en prisión, son considerados psicopáticos, quienes junto a los demás agresores constituyen una población heterogénea.

En sí el término "psicópata" no alude a nada más que a "dañado psicológicamente". Hoy en día, las ideas relativas a este concepto describen lo psicopático como un desorden de la personalidad del tipo insensible-agresivo, con una combinación específica de rasgos de personalidad y sintomatología conductual (Blackburn, 2007). De acuerdo a la comunidad científica, los individuos psicopáticos son insensibles, grandilocuentes, impulsivos y engañadores. Muestran una tasa de reincidencia mayor que la de otros criminales violentos y el pronóstico para el tratamiento psicoterapéutico se presume ser prácticamente nulo e incluso negativo. Sin embargo, recientes investigaciones demuestran que esta afirmación carece de una evidencia empírica sólida, ya que la posibilidad de tratamiento de la psicopatía es aún una pregunta empírica abierta (Salekin, 2002; D'Silva et al. 2004).

Mi investigación está dirigida a explorar aquellos mecanismos de la personalidad subyacentes, su desarrollo y relación con el acto violento en sí mismo. La etiología de la psicopatía es incierta (Blair, 2003), aunque se la ha asociado, generalmente, a un temperamento osado congénito (Lykken, 1957), de baja activación (Hare, 1982), emocionalidad insensible (Frick & White, 2008) e indiferencia congénita (Meloy, 1988), junto a un enfoque biológico y determinista.

En mi opinión esta perspectiva sesga nuestra percepción y tratamiento de estos individuos.

Por otra parte, la Teoría del Apego nos entrega una perspectiva basada en el desarrollo y la experiencia. Bowlby (1944) destacó la separación temprana como precursor en el desarrollo de lo que él denominó el "carácter insensible", lo que retrata muy de cerca la imagen moderna de la psicopatía. La contribución que hace Bowlby en relación a la separación temprana es indudablemente importante; pero, hoy estamos en un momento en que comprendemos cómo la exposición temprana al peligro moldea la regulación del afecto, el mundo representacional interno y la formación de identidad.

Mi interés en el tema de la formación de identidad proviene de mi experiencia clínica al trabajar con individuos recluidos en prisión; extremadamente violentos. De sus "Entrevista de Apego en Adultos" ("Adult Attachment Interview", de aquí en adelante AAI), he aprendido que el crecer en un mundo plagado de horror y violencia moldea la propia percepción. Uno de mis entrevistados eligió el seudónimo de "Psico" para su AAI, relatando que: "Mis amigos me llaman Psico". La historia de Psico estuvo plagada de violencia y negligencia desde etapas muy tempranas. Al hablar del "odio", él relató esta historia.

"Aquellas veces él (voz de rabia)...mi madre...que yo ahí...realmente de alguna manera...las veces que yo lo vi acercarse también... cinco veces...y si yo no hubiera llegado...donde ella pudo haber sido herida...de muerte...(mmm)...me acuerdo de casi todas las veces...luego me levanté...no recuerdo qué hora era...;pero, era a medianoche...tarde en la noche...cuando digo noche...es...entre las 3 y las 6 de la mañana...por un ruido espantoso (sube la voz)... luego... cuando bajé, por la escalera...lo que vi...no era bueno... toda la parte que él había comprado estaba destrozada...el sillón estaba partido en pedazos con un hacha... la tele destrozada... mi madre estaba tendida en un charco de sangre... y justo en ese momento... ahí... en ese preciso momento... él estaba por lanzarle un candelabro de cuatro kilos en su cabeza... y ella hubiese sido golpeada de muerte... él se detuvo justo cuando yo... estaba ahí parado en la escalera... ¿y qué es esto?... (mmm)... yo tenía ahí, ocho años."

Si fuese Psico el agresor en nuestro escenario introductorio, ¿cambiaría su percepción de él?, ¿tendría mayor empatía con él?

Pero; no se equivoque, Psico es un hombre potencialmente muy peligroso. Cuando su mundo interno hostil se activa, él le hará sentir el horror que ha sentido. En él cohabitan tanto la víctima como el agresor, y necesitamos ver a ambos. Nuestra opción para él debiera ser recluirlo en una institución; pero, si tomamos en consideración su ambiente de desarrollo, podemos entender que el miedo y la violencia son lo que él conoce. El tratamiento es una pregunta empírica; pero, al ser capaces de percibirlo como a un ser humano, igual que nosotros, y no como a un monstruo, es de suma importancia el ser capaces de trabajar con él y con otros individuos igualmente violentos. Esto no significa que no deban temerle, de hecho debieran hacerlo; pero, él sigue siendo un ser humano, y debería ser tratado como tal.

En momentos difíciles, la teoría me ayuda a recordar esta perspectiva y el DMM es dicha teoría, ya que por una parte, respeta el proceso de desarrollo que moldea a cada persona y por otra, nos brinda una esperanza para el cambio.

Peder Nørbech, Psicólogo clínico, candidato a Doctor en la University of Oslo. Ha trabajado en la clínica Jessheim, en la cárcel de alta seguridad de Ullersmo.

Bibliografía

- Blackburn, R. (2007). "Personality disorder and antisocial deviance: comments on the debate on the structure of the psychopathy checklist-revised". *Journal of Personality Disorders* 21.2, 142-59.
- Blair, R. J. R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, 182, 5-7.
- Bowlby, J. (1944a). Forty-four juvenile thieves: their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis* 25, 19-53.
- Bowlby, J. (1944b). Forty-four juvenile thieves: their characters and home life (II). *International Journal of Psychoanalysis* 25, 107-127.
- D'Silva, K., Duggan, C., & McCarthy, L. (2004). Does treatment really make psychopaths worse? A review of the evidence. *Journal of Personality Disorders*, 18, 163-177.
- Hare, R. D. (1982). Psychopathy and Physiological Activity During Anticipation of an Aversive Stimulus in a Distraction Paradigm. *Psychophysiology*, 19 (3), 266-271.
- Lykken, D.T. (1957). A study of anxiety in the sociopathic personality. *J. Abnormal and Social Psychology*, 55:6-10.
- Frick, P. J., White, S. F. (2008). Research Review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (4), 359-375.
- Meloy, J. R. (1988). *The Psychopathic Mind. Origins, Dynamics, and Treatment.* J Aranson Inc. Northvale, NJ London.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism. *Clinical lore or clinical reality?* *Clinical Psychology Review*, 22, 79-112

La perspectiva de un terapeuta acerca del trabajo psicológico en un marco forense



Nicola Sahhar

En los comienzos de mi carrera clínica en una unidad forense y antes de entrenarme como psicoanalista, mi interés en el pensamiento psicodinámico era visto con suspicacia por mis colegas. Era fácil imaginar que mis pacientes, la mayoría de los cuales eran etiquetados como "esquizofrénicos", tuvieran una actitud similar hacia mí, pero en una forma más concreta; algunos de ellos me ignoraban completamente y no se iban de sus cuartos, mientras que la mayoría de ellos simplemente me pedían que me ocupara de sus necesidades.

Me acuerdo vívidamente de mi primer encuentro con un paciente más comprometido. Tenía unos cincuenta y cinco años, había sido adicto al alcohol durante algunas décadas, y mostraba síntomas esquizofrénicos. Sentado frente a mí, con su barba descuidada, me sonrió con ojos chispeantes, se me acercó y me describió en un vívido lenguaje callejero su primer contacto sexual no violento, cuando tenía 9 años, con una niña de su edad. Inmediatamente tuve en mi cabeza una imagen involuntaria de lo sucedido. Conciente de que estaba aguardando mi reacción, no tenía idea de qué decir o hacer.

Ya no me acuerdo qué le dije, pero recuerdo que tenía curiosidad acerca de sus motivos. Por qué presentar esto durante nuestro primer encuentro terapéutico? Unos minutos más tarde, me contó cómo fue golpeado por su padre, y nuevamente me resultó más difícil enfrentarme a la imagen intensa de un niño ensangrentado, que era golpeado por un hombre en un granero. A pesar de sus revelaciones destructivas, llegamos a simpatizar, aunque al principio no parecía probable.

Un colega masculino, a quien este hombre había recibido de la misma manera, estaba curioso acerca de mi reacción. Cuando le conté lo que había sucedido, estaba indignado: "Este es un comportamiento inaceptable! Desagradable! No se le debería permitir hablar así". Describió su rabia acerca de este paciente y se negó a tener más encuentros con él a menos que pidiera disculpas por sus revelaciones irrespetuosas. Finalmente, me sugirió que me comporte de la misma manera "Profesional".

Quiero resaltar algunos hechos centrales de la experiencia interpersonal dentro de contextos forenses:

1. Casi todos los encuentros llevan a auto-reproches por parte del profesional.
2. Los reproches generalmente salen inesperadamente e intensamente.
3. Te sientes culpable, sin ser capaz de entender lo que ha sucedido.
4. Tu "culpa" está relacionada con casi todas las formas de auténtica auto-expresión, por ej. hacer o decir ingenuamente lo que piensas que no está permitido. Por ejemplo, en esta unidad había límites para los pacientes o el personal en cuanto a hablar de sus experiencias y resistencia a pensar psicodinámicamente o de forma psicológica en general; esto es, interesarse en el significado relacional de los comportamientos extraños y aún violentos.
5. Se demanda la inhibición de la auto-expresión, insistiendo en tomar la perspectiva de las otras personas. La discrepancia entre uno mismo y los otros apenas se tolera.
6. Aunque la superficie del trabajo diario aparezca calma, establecida, aún aburrida, puedes sentir corporalmente que cesa la elevada activación.

Cuáles son los motivos subyacentes y las funciones de esas dinámicas interpersonales?

Un año más tarde, cuando presenté los planes anuales de tratamiento a mi jefe, aceptó que ahora entendía mejor el significado del comportamiento de los pacientes, incluyendo su comportamiento violento (sin exonerarlo). Sin embargo, no lo veía como una buena cosa: "No quiero entender a los pacientes! Esto dificulta mi trabajo. No puedo trabajar de esta forma. Por favor, detente!"

Una necesidad humana fundamental es verse reflejado y apreciado en la mente de otro. Este concepto teórico de "espejamiento" es el punto de partida de un sentido emergente del self. La alteración de este proceso puede llevar a severos disturbios psicológicos e interpersonales. Con la ayuda de la evaluación basada en videos para las interacciones entre cuidador y niño, como el CARE-Index (Crittenden, 1981, 1988) podemos observar directamente cómo los procesos tempranos de desarrollo de la díada permiten el desarrollo del self nuclear. En algunos casos vemos hasta dónde estos procesos tempranos fallan en la asistencia del niño en su auto-expresión y desarrollo. Dos aspectos de esta falla se describen como:

- "No responsividad" – falla en responder a las necesidades de un infante, y
- "Intrusión" – hostilidad (a veces encubierta) hacia el infante, castigándolo y rechazando las necesidades del niño.

En contextos forenses, he observado ambos aspectos. Algunas personas no tienen sensibilidad y predomina la hostilidad encubierta. En casos extremos – en la interacción infante-cuidador o dentro de contextos forenses – esto es peligroso, física y psicológicamente. Los pacientes forenses usualmente son peligrosos físicamente (mayoritariamente hacia otros), y sus historias, como la del caso arriba mencionado, proveen ejemplos contundentes de cuán peligrosa era su vida cuando eran jóvenes y vulnerables. Esto no los exonera de sus actos, pero nos permite compartir su perspectiva – y este es un punto de partida esencial para el cambio.

Qué hay acerca de los peligros psicológicos? Reflexionando sobre mi primera experiencia forense; se me eligió como contenedor de las experiencias de los otros.

Las experiencias dispares, apenas tolerables, conectadas con altos niveles de activación, buscaban su validación en otro ser humano.

En resumen: la intensidad del trauma interpersonal experimentado muestra la necesidad fundamental de encontrar una contraparte que ayude a regular su propia activación, al tolerar, reflejar y validar la experiencia propia, y al hacerlo, abre un espacio para el desarrollo terapéutico y psicológico. Al igual que en las familias abusadoras, en los encuadres forenses encontramos una severa intolerancia por parte de los profesionales hacia la mayor parte de los pacientes más necesitados. Esto puede suceder aún entre el personal más cuidadoso. Los profesionales y los pacientes, especialmente en los encuadres psiquiátricos y forenses, comparten la misma necesidad fundamental de auto-validación.

Al mismo tiempo, la intolerancia es desafiada por la fuerza de las demandas del paciente para ser incluidas y consideradas en la mente de las otras personas. Tal vez el sexo y la violencia (o las huellas de estos) son (mal) usadas como una forma de lograr encontrar conexiones y posiblemente conseguir ayuda (Crittenden, 1997, 2008). Si uno no consigue encontrarse en la mente del otro, al menos uno puede entrar en el cuerpo de la otra persona y dejar una prueba de su potencia para afectar a otros, aún arriesgándose a silencios para siempre.

Nicola Sahhar anteriormente trabajó en un hospital forense de alta seguridad, cerca de Colonia, y ahora trabaja independientemente como psicoanalista y supervisor en Düsseldorf, Alemania.

Referencias

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for borderline personality disorder. Ox. Univ. Press.
- Crittenden, P.M. (1997). Patterns of attachment and sexuality: Risk of dysfunction versus opportunity for creative integration. In L. Atkinson & K. J. Zuckerman (Eds.) Attachment and psychopathology (pp. 47-93). New York: Guilford Press.
- Crittenden, P.M. (1988). Relationships at risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), The clinical implications of attachment, (pp. 136-174). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Crittenden, P.M. (1981). Abusing, neglecting, problematic, and adequate dyads: Differentiating by patterns of interaction. Merrill-Palmer Quarterly, 27, 1-18.
- Crittenden, P. (1996). CARE-Index Infant Coding Manual.
- Fonagy, P., Gergely G., Jurist E.L., Target, M. (2002). Affect regulation, mentalization and the development of self. New York: Other Press.
- Schore, A.N. (1994). Affect regulation and the origin of the self. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stolorow, R. D. (2007). Trauma and human experience: Psychoanalytic Inquiry Book Series. New York, London: The Analytic Press.

Resistencia al Tratamiento en un Criminal Violento: Estudio de un Caso

Raf es un hombre soltero de treinta y tantos años; actualmente cumple con una condena indefinida en el Reino Unido, condenado por homicidio y ataque sexual. Satisface los criterios del DSM-IV para el diagnóstico de desórdenes de la personalidad del tipo paranoide, antisocial, límite, narcisista y obsesivo-compulsivo; al igual que de sado-masquista. Registra una alta puntuación en el PCL-R (percentil 96 en prisioneros hombres). Desde mediados del año 2003 ha estado bajo tratamiento en un lugar especializado en el manejo de criminales de alto riesgo.

Raf se crió en el Norte de Inglaterra. En su hogar, experimentó abuso físico por parte de su padre biológico hasta la edad de 6 años, abuso psicológico y negligencia por parte de su madre y luego abuso sexual por parte de su hermano mayor. Sin embargo; él describe a su padrastro como un hombre preocupado y contenedor (a pesar de la violencia posterior en contra de su madre). Debido a su conducta disruptiva y despreocupada, conjuntamente a una dislexia no diagnosticada, fue ingresado a un colegio en modalidad de internado; pero, regresaba a casa durante los feriados escolares.

Luego de abandonar el colegio, sin calificaciones, se empleó como repartidor; pero, se vio envuelto en el consumo excesivo de alcohol, consumo ilícito de drogas y en delitos con condenas. Sus primeras relaciones heterosexuales fueron con mujeres mayores y sus fantasías sexuales se hicieron cada vez más violentas. Durante un tiempo, participó como paciente externo en un tratamiento psicológico siguiendo una condena de presidio y debía iniciar un nuevo tratamiento cuando cometió los siguientes delitos: los homicidios de una pareja de avanzada edad y dos casos de abuso sexual a dos mujeres jóvenes.

Durante los primeros años de su sentencia, las mujeres del equipo manifestaron en más de una oportunidad su preocupación por él, incluyendo a dos psicólogas, quienes se sintieron fuertemente intimidadas (una de ellas temía que él la tomara como rehén). La estructura del programa de tratamiento en el que Raf ha participado incluyen sesiones individuales semanales y tres sesiones semanales grupales (cognitivo- interpersonal, terapia de esquemas y de regulación afectiva). Se le asignó trabajar con una terapeuta y desde un comienzo él tomó el control de las sesiones y levantaba la voz. La terapeuta reconoció que la conducta de Raf constituía una defensa hacia la intimidad y la vulnerabilidad y continuó en sus intentos por establecer una alianza terapéutica por más de tres años. Aparte de algunas sesiones en las que reveló, brevemente, su encubierta vulnerabilidad, comenzó a comportarse de manera resistente a la terapia, cada vez más, protegiéndose a sí mismo con la reiteración de los ataques verbales a la terapeuta durante las sesiones individuales y grupales (específicamente en el grupo en que la terapeuta era facilitadora).

Un aspecto de su reacción negativa hacia la terapeuta (y hacia otras profesionales con las que había tenido problemas) fue que la terapeuta tenía casi la misma edad que él. Su negatividad pudo haberse desarrollado, por una parte, como una defensa contra una posible atracción romántica/sexual. Por otra parte, pudo haberse basado en la negativa relación con su madre, quien debió haber tenido esa edad cuando él era un niño. Lo que respalda esta posibilidad es la percepción totalmente distinta que Raf tenía en relación a las profesionales de más edad. Mantuvo relaciones positivas (incluso aceptando algunos comentarios críticos) con al menos dos mujeres mayores y esto podría estar asociado al tipo de relación más positiva que tuvo con su abuela cuando niño.

Debido a la importancia en la reducción del riesgo en su trabajo, a través de la relación negativa con la terapeuta, el equipo a cargo del tratamiento se resistió a la idea del cambio de terapeuta. Sin embargo, se acordó que Raf (y ella) pausarían las sesiones. Durante la pausa él tendría sesiones individuales con un terapeuta hombre con el propósito de esclarecer los problemas y preparar la vuelta con su terapeuta inicial. Durante este período, otros miembros de su grupo han estado trabajando con Raf en sesiones grupales, conteniendo; pero, además y en forma reiterada, instándolo a cambiar su visión negativa y distorsionada de la terapeuta y de sus dificultades con ella.

Un entrevistador estuvo a cargo de realizarle la AAI a los dos años de estar en tratamiento y antes de que las dificultades con la terapeuta fueran graves.

La codificación de su transcripción arrojó resultados considerados como los de mayor psicopatía en términos del DMM, que cualquier otro prisionero entrevistado como parte del estudio piloto de la AAI en la Unidad X. La codificación principal fue A7/C8 esto es, idealización alucinatoria de su

padrastro y triangulación con peligro impredecible ilusorio relativo a cualquier tipo de relación. Además hubo evidencia de duelo no resuelto (la inexplicable muerte de su hermana cuando él era aún un niño) y múltiples traumas no resueltos tanto de abuso físico como sexual.

Al momento de preparar este estudio de caso, el futuro de Raf es incierto. Con el propósito de reducir su nivel de activación, defensas paranoideas y rumia, se le ha comenzado a tratar con Clozapina, un medicamento antipsicótico atípico, usado generalmente en los casos de esquizofrenia refractaria; pero, útil además en ciertos tipos de desórdenes de personalidad. Al mismo tiempo se continúa con el tratamiento psicológico con la esperanza de que esta combinación de tratamientos facilitará el cambio necesario para que Raf pueda continuar con su progreso en el tratamiento. Si este enfoque fracasa, será necesario que Raf abandone el tratamiento y regrese junto a la población penal común, donde sus expectativas de progreso hacia una eventual liberación serán muy limitadas.

(Raf es el pseudónimo elegido para la AAI y es el nombre usado por algunos de sus compañeros. Tanto los profesionales como sus compañeros se mostraron consternados al conocer los orígenes del nombre – es una abreviación de “peligroso y preparado” (en inglés “rough and ready”). Así lo llamaban otros niños, mientras estuvo internado debido a su apariencia descuidada.

Val Hawes, M.D. Psiquiatra, Especialista en Psiquiatría Forense en el Reino Unido.

Comentario de Pat Crittenden:

Si tres años de tratamiento no han producido cambio, es tiempo de considerar otros enfoques que puedan ser más eficientes. Un concepto básico en el tratamiento basado en el DMM, es el de partir desde donde está el individuo, no desde donde debería estar o necesita llegar. Esta idea es particularmente importante en los casos de criminales y en los de abuso infantil, donde la brecha entre la conducta del individuo y la conducta aceptable es evidente. La AAI de Raf nos sugiere que él debiera poder respetar a una figura paternal, especialmente a una que no haya ofrecido más de lo que pudo dar. La conducta de Raf sugiere que se siente más seguro y mejor capacitado para mostrarse a sí mismo ante mujeres mayores. Esto a su vez sugiere que él podría estar preparado para relaciones terapéuticas del tipo parental, contenedoras.

Otra idea del DMM es que las estrategias presentes en la parte inferior del modelo reflejan desórdenes del “bienestar”; por ejemplo, condiciones en las que las señales de bienestar eliciten miedo y rabia. Se plantea la hipótesis que la Psicopatía (A7C7-8) es el epítome de un desorden del “bienestar”. La conducta criminal de Raf sugiere que él no está preparado para entablar relaciones en las cuales deba diferenciar deseos positivos (en búsqueda de bienestar o sexo) de otros sentimientos excitatorios (por ejemplo, la rabia y el miedo). Esto nos sugiere los riesgos que podrían presentarse al estar con una terapeuta que fuese deseable.

Adicionalmente, la conducta criminal de Raf sugiere que él ataca a personas desconocidas que pudieran elicitarse el deseo de bienestar o el deseo sexual. Por lo tanto, las terapeutas, como figuras de apego substitutas mayores, que utilizaron una forma calmada de empatía predecible y estructurada podrían estar en condiciones de ayudar a Raf a identificar sus sentimientos, unirlos a eventos e imágenes específicas (para que se eliciten con menor frecuencia ante situaciones no relevantes) y a predecir la relación entre los eventos, los sentimientos y la conducta. Sin una toma de conciencia de este proceso de percepción, activación y luego acción, no podemos esperar que Raf regule bien sus sentimientos ni su conducta. Estas ideas se oponen a la idea de la regulación del afecto al ser una inhibición del afecto negativo. (Para una explicación detallada, ver Crittenden, 2008). Lo que estoy sugiriendo es que la toma de conciencia del afecto y su reconocimiento pueden ser un prerrequisito para la eficiente regulación del afecto. Los sentimientos negativos, en particular, debieran ser vistos simplemente como información más que algo que deba ser inhibido. Como información, ellos precisan articulación y una consideración reflexiva dentro de un contexto que anule la necesidad de actuar. Una vez que Raf reconozca sus sentimientos, sepa qué condiciones los elicitan y pueda analizarlos en palabras, podría ser razonable el considerar regularlos, primero en terapia, luego en situaciones sociales comunes intracarcelarias y luego de todas ellas, en situaciones emocionalmente fuertes (como una terapeuta joven y atractiva).

Debe señalarse claramente que estas ideas son experimentales; pero verificables, extraídas desde la teoría.

Respuesta de Val:

Sí, gracias Pat. Al inicio ofrecemos, crecientemente, un extenso entrenamiento en toma de conciencia del afecto. También nos ayudará realizar la AAI al comienzo, para encontrar la mejor correspondencia paciente-terapeuta.

Nuevas indicaciones para el uso de la Entrevista de Apego Adulto (AAI) con delincuentes de alto riesgo: un estudio piloto con prisioneros que cumplen los criterios DSPD.



Val Hawes

Introducción y Antecedentes

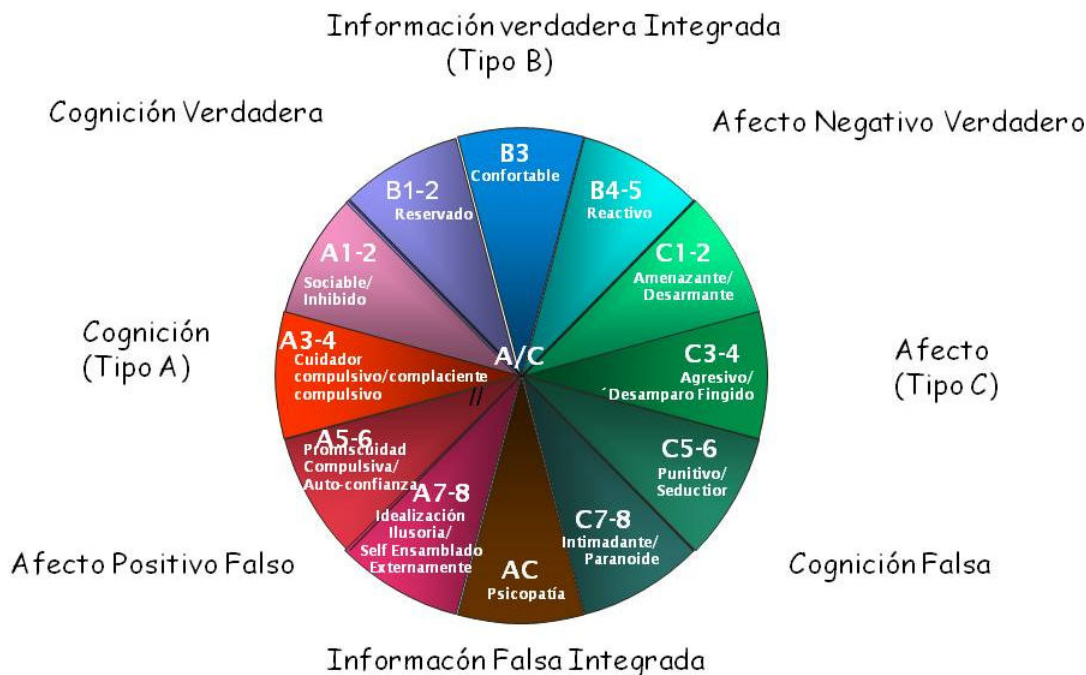
La Entrevista de Apego Adulto (George et al 1985) fue desarrollada a partir del trabajo anterior de John Bowlby y Mary Ainsworth sobre el apego en niños pequeños. En las últimas dos décadas se ha usado extensivamente para evaluar los patrones de apego de adultos tanto en muestras normativas como clínicas usando la clasificación ABCD desarrollada por Main y Goldwyn (1994) y equivalente a las 5 secciones superiores del diagrama circular. Como la investigación se ha expandido para incluir una mayor variedad de muestras no-normativas, se han notado dificultades crecientes para calzar todas las transcripciones en este modelo. Intentando superar esta dificultad, Hesse (1996) describió un grupo que "no se puede clasificar" y en un estudio Holandés de delincuentes criminales con trastornos de personalidad, encontró que el 53% de las transcripciones en esa muestra entraban en este grupo (van IJzendoorn et al, 1997). La investigación de la AAI con una población de alto riesgo de un hospital del Reino Unido también despertó desafíos tanto de procedimiento como de codificación (Turton et al, 2001) relacionados con las experiencias extremadamente tempranas y el estado psicológico de los sujetos, así como el contexto de la entrevista en que los sujetos habían contado la historia de su vida muchas veces.

El Modelo Dinámico Madurativo (DMM) Crittenden (1997) provee de un

enfoque evolutivo a la teoría del apego y a la codificación de las transcripciones de la AAI. Este modelo reconoce que los individuos deben haber estado expuestos a diversas y continuas relaciones disfuncionales y a experiencias traumáticas a lo largo del período de desarrollo. Enfatiza que el patrón de apego es una expresión de la estrategia de auto-protección psicológica desarrollada por un individuo en respuesta a una variedad de amenazas, más que una simple medida del apego seguro o inseguro. La creciente variedad y severidad de amenaza lleva a una creciente distorsión del procesamiento cognitivo y afectivo y esto es evidente en la transcripción de la AAI. El DMM también provee un enfoque que entienda el trauma y la pérdida complejo y no resuelto.

El DMM describe 10 estrategias básicas que pueden mostrarse en un diagrama circular en el cual los 3 segmentos superiores son todas variantes de los patrones de apego seguro Tipo B. Los patrones Tipo A implican un énfasis en el proceso cognitivo con inhibición de afecto y desarrollo en respuesta a padres relativamente predecibles que incluye amenaza real o peligro. Las amenazas más severas llevan a patrones que pueden incluir la auto-confianza compulsiva (A6) o la idealización alucinatoria (A7). Los patrones Tipo C implican una demostración afectiva exagerada con ineficiencia cognitiva y se desarrollan en respuesta a amenazas y peligros impredecibles. En respuesta a la amenaza extrema, se pueden desarrollar las estrategias de amenaza (C7) y paranoia (C8). Los individuos que experimentan diversos tipos de amenaza pueden también desarrollar estrategias mixtas (AC) que en la forma más extrema funcionan en una manera estable en la psicopatía, la imagen espejo del verdadero individuo seguro (B3).

Un Modelo Dinámico Madurativo de Patrones de Apego en la Adulthood



La Unidad Fens en el HMP Whitemoor es uno de los sitios de alta seguridad desarrollados como parte de la estrategia del gobierno del Reino Unido para tratar y gerenciar a los delincuentes que cumplen con los criterios de Peligroso y Severo Desorden de Personalidad. La Unidad (abierta en Setiembre 2000), situada en un ala adaptada de la prisión, tiene un gran equipo multidisciplinario de personal clínico y operacional. Más de 50 prisioneros están actualmente en varias etapas del programa de tratamientos, basado en un modelo cognitivo-interpersonal.

Continúaden la página 9

Objetivo

El objetivo del estudio piloto era usar el enfoque DMM para las entrevistas de la AAI con una pequeña muestra de prisioneros en tratamiento en la Unidad Fens, para evaluar su utilidad como un adjunto a la evaluación regular y la formulación de las necesidades del tratamiento.

Método

La Entrevista AAI se administró a un grupo piloto de 8 prisioneros. Los tres entrevistadores eran médicos experimentados en la Unidad que habían completado el entrenamiento en el enfoque DMM para la AAI. Las entrevistas fueron filmadas y las cintas se transcribieron en su totalidad. Las transcripciones anónimas fueron codificadas en un Seminario AAI avanzado o por el autor del DMM.

Resultados

Las 8 transcripciones mostraron evidencia de significativos traumas no resueltos y/o pérdidas no resueltas. Los patrones de apego reflejaron estrategias de auto-protección que incluyeron distorsiones significativas tanto a nivel cognitivo como afectivo.

Terminología Utr/UI = trauma/pérdida no resuelto; dx = moderadores múltiples (desorganizado); Dp = depresión; v = indirecto; [ina] = intrusiones en afecto negativo prohibido; p = preocupado; ds = descartado; dpl = desplazado.

Los patrones de la AAI fueron consistentes con las historias conocidas de los prisioneros concernientes, pero también produjeron nueva información. Dieron una perspectiva adicional y/o una confirmación de la experiencia clínica con implicancias para el tratamiento:

Nº Suj.	Índice de delito	Diagnóstico del trastorno personalidad	Resumen de los hallazgos de la AAI
1	Homicidio	Antisocial, borderline 30+	Utr(dx) A7/C5-6
2	Homicidio	Antisocial, narcisista 30+	Utr (dx) A7
3	Homicidio	Paranoico, antisocial 20+	Dp Utr(v) A3,6 C4-5 [ina]
4	Violación, intento de asesinato	Paranoico, antisocial, borderline, narcisista 30+	Dp Utr(dx) A7(8) [ina]
5	Homicidio Acoso Sexual	Antisocial, borderline, histriónico, narcisista 30+	UI(p),tr(dx) A7C8
6	Violación + Homicidio	Paranoico, antisocial homicida borderline, evasivo 20+	Dp UI(ds),tr(dpl,p) A?C3
7	Homicidio	Antisocial, borderline 25+	Utr(dx) A?C5-6

- Idealización alucinatoria de un padre que tiene el potencial de desestabilizar cuando surgen memorias más realistas en el tratamiento.
- El afecto intrusivo negativo, evidente durante la entrevista AAI, también es probable que sea repetidamente evidente en el tratamiento con la posibilidad de planear y proveer contención efectiva sin rechazo, cuando esto ocurre.
- Donde hay evidencia de maneras múltiples y desorganizadas de enfrentar el trauma no resuelto, se pueden esperar ciclos repetidos de trabajo a través del trauma.

Conclusiones

- El enfoque DMM permite la clasificación detallada de las transcripciones de la AAI de agresores de alto riesgo de desorden de

personalidad. La información de la AAI confirmó los hechos conocidos anteriormente y agregó nuevas perspectivas adicionales relevantes para el tratamiento psicológico. Se necesita más trabajo para adaptar esta información para presentarla a los prisioneros y a los terapeutas no entrenados en el DMM.

- Aquellos prisioneros cuyas estrategias auto-protectoras (como se revela en la AAI) incluyen un fuerte elemento cognitivo probablemente no se beneficien de los programas CBT para reducción del riesgo. Es más probable que se beneficien de un tratamiento que enfatice la necesidad de cambio afectivo y que atienda los traumas pasados.



Propuesta para nueva investigación

La Unidad Fens está trabajando en una propuesta para continuar investigando mediante el uso de la AAI. Esta investigación incluirá los siguientes elementos:

1. La entrevista AAI se realizará con todos los prisioneros que consientan para desarrollar una base de datos de entrevistas codificadas por DMM para este sector más avanzado de esta población forense. Los resultados se compararán con la base de datos que se desarrolla a través de una investigación similar con agresores de alto riesgo en Noruega.
2. Como las entrevistas AAI se realizarán con individuos en diferentes etapas del tratamiento, se compararán los resultados obtenidos en las tres etapas del tratamiento.
3. Después de la codificación, se dará un resumen de los hallazgos a cada prisionero y a su terapeuta individual. La respuesta a este feedback será investigada por entrevistadores cualitativos (usando un enfoque de teoría fundamentada) con los prisioneros y con los terapeutas.

Val Hawes, M.D., es un Psiquiatra Consultante Forense en el Reino Unido. Naomi Murphy, Ph.D., es una Asesora Clínica y Psicóloga Forense. Ambos son empleados de la Prisión HM Whitmoor.

Referencias

- Crittenden, P.M. (1997) Toward an integrative theory of trauma: a dynamic maturational approach in D. Cicchetti & S. Toth (Eds.), *The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology*, Vol. 10, Risk, Trauma and Mental Processes (p 34-84). Rochester, NY: University of Rochester Press.
- George, C., Kaplan, N & Main, M. (1996). *The Adult Attachment Interview: Interview protocol*. University of California, Berkeley.
- Hesse, E. (1996). Discourse, memory and the AAI: a note with emphasis on the CC category. *Infant Mental Health Journal* 17,(1), p4-11
- Main, M. & Goldwyn, R. (1984) Adult attachment scoring and classification system. Unpublished manuscript, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Turton, P., McGauley, G., Marin-Avellan, L. & Hughes, P. (2001). The Adult Attachment Interview: Rating and classification problems posed by non-normative samples. *Attachment and Human Development* Vol. 3, p284-303.
- Van IJzendoorn, M.H., Feldbrugge, J.T.T.M., Derks, F.C.H., de Rooter, C., Verhagen, M.F., Philipse, M.W., van der Staak, C.P. & Riksen-Walraven, J.M. (1997). Attachment representations of personality disordered criminal offenders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 449-459.

Agradecimiento a nuestros Miembros Fundadores

Finalmente IASA quisiera agradecer cálidamente a nuestros miembros fundadores por su contribución al éxito de nuestra organización

Trish Ackland

Marco Allegri

Marina Altman

Clark Baim

Franco Baldoni

Mike Blows

Julet Butler

Sally Byrne

Patricia Carranza

Chip Chimera

Pat Crittenden

Steve Farnfield

Lucia Di Filippo

Ben Gray

Cecilia Moraga Gutiérrez

Elisabeth Hanser

Airi Hautamäki

Val Hawes

Hélène Héту

Paul Holmes

Steve Hothersall

Simon Howell

Kasia Kozłowska

Marie-Anne Knüdsen

Kajsa Lagerkvist

Furio Lambruschi

Andrea Landini

Betty Lanzafame

Silvio Lenzi

Nicole Letourneau

Barbro Lindhe

Gabrielle Lodnert

Dolores Masè

Angela de Mille

Irmie Nickel

Bente Nilsen

Daniele Poggioli

Elisabetta Pistolesi

Chris Purnell

Katrina Robson

Nicola Sahhar

Emilia Sasson

Charley Shults

Jari Sinkkonen

P. O. Svanberg

Catherine Thomas

Alison Tooby

Tito Zagmutt