

DE LA TEORÍA DEL APEGO A LA PSICOTERAPIA

Giovanni Liotti, Psiquiatra, Psicoterapeuta. Docente de la Scuola di Formazione in Psicoterapia della Associazione di Psicologia Cognitiva (A.P.C.)

Viale Castro Pretorio, 116 - 00189 – Roma (Italia)

E-mail: liotti@apc.it

This paper aims at outlining the main themes of attachment theory and research in their relationship with psychotherapy in general, avoiding as much as possible to link them at the theoretical principles and the practice of the prevailing models of psychotherapy (psychoanalytic, cognitive, and family therapy). Psychotherapeutic practice is considered with respect to: (1) the evolutionary foundations of attachment theory, (2) the dialectic between types and dimensions of attachment, (3) the relationships between attachment and cognition, personality development and organization stemming from the first attachments (with particular regard to attachment disorganization) and, (4) the regulation of emotion. Finally, the paper reflects on how psychotherapy informed by attachment theory stands in relation to the debate between modern and post-modern epistemologies.

Key words: evolutionary foundations of attachment theory, attachment and cognition, regulation of emotion, internal working models, psychotherapy.

0. INTRODUCCIÓN

Casi treinta años después de que John Bowlby completara su formulación (Bowlby, 1969), la teoría del apego, se ha convertido en un centro de interés para psicoterapeutas de distintas escuelas (para revisiones recientes sobre el interés que suscita la teoría del apego entre psicoanalistas, psicoterapeutas cognitivos y terapeutas, véase: Byng-Hall, 1999; Fonagy, 1999a; Liotti, 2000b; Slade, 1999). La razón de este interés tan difundido y ecuménico puede hallarse, por una parte, en las extensas y científicamente convincentes investigaciones controladas que la teoría del apego ha generado (para una vasta revisión véase el *Handbook of Attachment*: Cassidy & Shaver, 1999) y, por otro lado, en la estructura conceptual que está en la base de la teoría.

Bowlby edificó su teoría sobre tres fundamentos conceptuales: la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, la psicología cognitiva y la etología

(basada, a su vez, en la biología evolucionista). Para el cognitivismo clínico fue fácil, a partir de la base común de la psicología cognitiva experimental, reconocer la compatibilidad entre sus tesis y las de la teoría del apego (Guidano & Liotti, 1983; Liotti, 1986, 2000b). Después de un rechazo inicial de la teoría del apego, que no sería exagerado definir como violento (Bretherton, 1991, pág. 18), por parte del mundo psicoanalítico, éste le fue reconociendo poco a poco la compatibilidad con uno de sus sectores en mayor desarrollo: la perspectiva relacional surgida en el psicoanálisis contemporáneo, de la teoría de las relaciones objetales a la cual Bowlby se remontaba (Fonagy, 1999a; Mitchell, 2000). Y finalmente, dada la naturaleza intrínsecamente relacional del apego, vinculado constantemente a las experiencias intrafamiliares del niño en la obra de Bowlby, también ha resultado fácil para algunos terapeutas familiares, al intentar renovar su praxis terapéutica, remitirse a la teoría del apego (Byng-Hall, 1999).

Si bien el ecumenismo de las aplicaciones clínicas de la teoría del apego constituye una preciosa contribución, éste comporta no obstante el riesgo de que cada escuela psicoterapéutica subraye sólo aquellos aspectos de la teoría que le son más afines, perdiendo de vista la formidable síntesis de contribuciones al pensamiento psicológico contemporáneo, aparentemente lejanos y diversos entre sí, que Bowlby supo realizar. Psicoanalistas (Fonagy, 1999; Slade, 1999), cognitivistas (Liotti, 2000b) y terapeutas familiares (Byng-Hall, 1999) han tratado hasta el momento las aplicaciones clínicas de la teoría del apego remitiéndose cada uno a la teoría y praxis terapéutica de su propia escuela. Nadie, sin embargo, hasta el momento ha intentado enumerar sintéticamente los aspectos conceptualmente fundamentales de la teoría del apego y de la investigación que se deriva de ella en relación a las posibles aplicaciones psicoterapéuticas con independencia del modelo de psicoterapia. El presente artículo se presenta como un primer intento de colmar esta laguna. Para ello, definiremos sintéticamente los aspectos fundamentales de la teoría del apego haciendo siempre referencia a la praxis concreta de la psicoterapia pero sin poner el acento en ninguna escuela psicoterapéutica determinada, en el marco de cinco temas generales: (1) evolucionismo, (2) cognitivismo, (3) desarrollo y organización de la personalidad; (4) regulación de las emociones, (5) intersubjetividad.

1. EVOLUCIONISMO: LAS DISPOSICIONES INNATAS A LA RELACIÓN INTERPERSONAL

Según la teoría de Bowlby, el ser humano nace con una disposición *innata* a solicitar cuidado, ayuda y protección ante el peligro y consuelo ante el dolor. Esta disposición innata y universal se va completando de manera individualizada a través de la experiencia concreta de relaciones de cuidado que cada persona tiene primero en el seno de su familia, y posteriormente dentro de otras relaciones interpersonales. Ésta es la base del fenómeno relacional llamado “apego”.

De esta definición de las bases innatas del apego derivan dos consideraciones básicas, de gran importancia para la psicoterapia. La primera hace referencia a la distinción (y al mismo tiempo a la coexistencia en cada ser humano) entre la disposición innata al apego y las estructuras individuales de memoria, expectativa y significado, los llamados *Internal Working Models* (Modelos Operativos Internos), derivados del ejercicio actual de dicha disposición. La segunda se refiere al rol que ocupa el apego respecto a otras disposiciones innatas, diferentes del apego, pero que como él son fruto de una larga historia evolutiva de los mamíferos en general y de los primates en particular.

1.1. “De la cuna a la tumba”

La distinción entre disposición innata y Modelos Operativos Internos vinculados a dicha disposición invita al psicoterapeuta a no olvidar nunca la existencia de la motivación fundamental a pedir ayuda, aunque dicha motivación quede reprimida por Modelos Operativos Internos derivados del ejercicio inadecuado de dicha disposición, y no se muestre explícitamente en la experiencia subjetiva y en la conducta de la persona.

Ni las experiencias individuales ni el transcurso del tiempo llegan a anular dicha disposición innata: la tendencia a buscar en los demás cuidado, ayuda y consuelo se mantiene en el ser humano, tal como indica la famosa afirmación de Bowlby, “de la cuna a la tumba” (Bowlby, 1979, pág. 129). Su exteriorización, incluso en la edad adulta, no debe pues ser atribuida, apriorísticamente, al infantilismo o a una dependencia anormal. Incluso las personas que han desarrollado un estilo de conducta tendente a la autosuficiencia, cuando se encuentran en dificultad, o cuando experimentan una soledad demasiado prolongada, activan el sistema de control que regula el comportamiento y las emociones de apego. En ese caso, el sistema puede ser reprimido o inhibido por las estructuras aprendidas de memoria-expectativas-significado (Modelos Operativos Internos), pero a pesar de ello siempre se activará ante experiencias de dolor y soledad. Y naturalmente también es posible que los Modelos Operativos Internos actúen no inhibiendo la activación de la disposición innata de apego, sino todo lo contrario amplificándola o haciendo que sea difícil de satisfacer a través de las respuestas normales de ayuda recibidas de los demás (como suele suceder en los trastornos de ansiedad y en algunos trastornos de personalidad).

Para el psicoterapeuta, este aspecto de la teoría invita a prestar especial atención a las emociones de apego cuando el paciente, aun estando expuesto a la soledad o afligido por dolores físicos o mentales, afirma que no siente ninguna necesidad de ayuda o consuelo, o bien evita pedirlo por temor a molestar a los demás, o a ser rechazado o frustrado. Básicamente, el terapeuta que quiera aplicar de un modo coherente la teoría del apego a su trabajo clínico deberá tener constantemente presentes dos niveles de actividad mental en sus pacientes: uno explícito, mediado

por los Modelos Operativos Internos, relativo a la experiencia que el paciente tiene (o conscientemente no tiene) de las propias emociones de apego, y el otro implícito, relativo a la activación fisiológica de la disposición innata al apego que, en cuanto ser humano, no puede no experimentar en determinadas situaciones y evocarla (dolor y soledad). De este modo, no comentar una afirmación de autosuficiencia de un paciente, o confirmarla aprobándola, o intentar inducir una autosuficiencia obligada y total en un paciente que declare, aunque sea de manera excesiva, su necesidad de ayuda, son operaciones terapéuticas incompatibles con la teoría del apego. Y al contrario, es una meta importante de cualquier terapia que quiera aplicar la teoría del apego ayudar al paciente a: (1) reconocer y valorar sus emociones de apego, (2) manifestarlas de manera adecuada, y (3) comprender qué personas en su ambiente pueden responder apropiadamente o al menos parcialmente, y cuáles no.

1.2. Múltiples motivaciones innatas para diferentes formas de relación

La psicología evolucionista, de la cual la teoría del apego forma parte, afirma que existen diferentes tipos de interacción entre los miembros de una misma especie y grupo social, cada uno de los cuales tiene su propia base innata y su propia historia evolutiva (Gilbert, 1989, 2000). En otros términos, la disposición del apego es sólo una entre muchas disposiciones innatas que regulan la relación interpersonal. Así pues, la teoría del apego, en la medida que forma parte de la psicología evolucionista, *no* afirma que apego sea sinónimo de “relación”. Bien al contrario, esta teoría afirma que la relación interpersonal está compuesta de la sucesión de diferentes tipos de interacción, de las cuales sólo una puede llamarse apego. En cada relación humana, además de las interacciones organizadas por el sistema motivacional de apego, se producen otras interacciones, organizadas por distintos sistemas motivacionales (cuya base es también innata del mismo modo que lo es la base del sistema de apego). El sistema que regula las interacciones competitivas (sistema agonístico), el que coordina las interacciones cooperativas, el que organiza las interacciones sexuales y finalmente el que regula la prestación de ayuda (sistema de cuidado), se suceden unos a otros, junto al sistema de apego, motivando las experiencias y comportamientos que componen la relación humana (Gilbert, 1989; Liotti, 1994; Liotti & Intreccialagli, 1996).

Ha sido la observación etológica comparada (realizada en especies de reptiles, aves y mamíferos) la que ha sugerido que en los primates (y, por tanto, en el hombre) la evolución biológica ha construido las bases de las formas de interacción antes enunciadas: apego-cuidado, dominación-sumisión, formación de la pareja sexual, cooperación paritaria (Gilbert, 1989). En todos los primates, y en la mayoría de los mamíferos, estas formas de relación están constituidas, cada una de ellas, por la producción, percepción e intercambio de una secuencia de señales emocionales precisa, distintiva y característica (por ejemplo: el llanto y el abrazo para el apego-cuidado, la amenaza agresiva y la postura de sumisión para la dominancia-

subordinación, las señales de cortejo para la formación de la pareja sexual, la sonrisa y la indicación de una meta de interés común para la cooperación entre iguales). Cabe suponer que la sede donde distintas redes neuronales, preprogramadas por la evolución, dan lugar a la producción, percepción e intercambio de las señales emocionales correspondientes a cualquier forma básica e innata de interacción, sea el sistema límbico. Estas redes límbicas se conectan posteriormente a las de las áreas corticales, que contienen la memoria de los resultados de anteriores experiencias de relación (cfr. el concepto de memoria valor-categoría en Edelman, 1989, y ver también, Migone & Liotti, 1998). De este modo, a partir de la interconexión de redes neuronales límbicas de base innata con redes neuronales que almacenan los recuerdos individuales adquiridos, toman forma diferentes sistemas motivacionales, que regulan distintos tipos de interacción a lo largo de la vida.

Para el psicoterapeuta que quiera aplicar coherentemente la teoría del apego a su práctica clínica, es importante tener presente la multiplicidad de los sistemas motivacionales interpersonales de base innata. Es necesario que el psicoterapeuta, observando con atención cuanto sucede dentro de la relación terapéutica, pueda en cada momento diagnosticar si la interacción en curso comporta la activación del sistema motivacional de apego en el paciente, o bien de otro sistema motivacional (para ver un caso clínico detallado, véase Liotti & Intreccialagli, 1998). En efecto, para explorar adecuadamente los Modelos Operativos Internos de apego de un paciente, conviene no basarse sólo en los relatos verbales, sino también observar directamente sus efectos sobre la interacción en curso: naturalmente, la relación terapéutica se presta espléndidamente a dicha observación. Pero si el terapeuta piensa erróneamente que cada intercambio relacional está influenciado por los Modelos Operativos Internos de apego, podría imaginar que está asistiendo a la influencia de tales Modelos Operativos Internos sobre la conducta relacional de paciente en un momento de la relación terapéutica en que el paciente, en cambio, se encuentra motivado por el sistema agonístico (está intentado, por ejemplo, afirmar de algún modo su dominio sobre el terapeuta, o al contrario muestra signos de sumisión o subordinación), o del sistema sexual, o del de cooperación. Vale aquí el principio general de que cuando cualquiera de los sistemas motivacionales se activa en una relación humana, lleva consigo una determinada “mentalidad” (*social mentality*, Gilbert, 1988, 2000). La modalidad básica de representación de uno mismo o de los otros, relacionada con un determinado sistema motivacional de base innata, sólo se puede explorar completamente cuando el sistema se halla activado en la relación en cuyo seno se realiza la exploración¹. Por tanto, para explorar del modo más completo posible las representaciones del sí mismo y del otro (Modelos Operativos Internos) ligadas al sistema de apego de un paciente, es necesario que, en el momento de la exploración, se halle activada en el paciente y dirigida al terapeuta la disposición innata de apego (y no la agonística, o la sexual, o la cooperativa, o la de cuidado).

En sus obras teóricas, Bowlby (1969, 1972, 1979, 1980) se centró en un único sistema motivacional distinto del apego, y no se trata de un sistema motivacional interpersonal, sino más bien de un sistema motivacional genéricamente cognoscitivo (el sistema exploratorio). Esto no significa que Bowlby no estuviera interesado en ubicar diferenciadamente el sistema de apego dentro de la gama de los diferentes sistemas motivacionales interpersonales de base innata, como demuestran sus dispersas pero claras afirmaciones que invitan a distinguir entre disposiciones innatas a la sexualidad y disposiciones innatas al apego, o a explorar de qué modo la seguridad en el apego corresponde a un óptimo desarrollo de diversas formas de experiencia interpersonal como la cooperación o el conflicto agonístico entre padres e hijos (Bowlby, 1969). Gracias también a la contribución de Bowlby, la psicología evolucionista ha conseguido ese grado de desarrollo que hoy en día la caracteriza, permitiendo aplicaciones directas del pensamiento evolucionista a todas las formas de relación que interesan al psicoterapeuta (Gilbert & Bailey, 2000). Considerar el apego en el contexto más amplio de todas las formas de interacción humana de base innata es ciertamente el modo de llevar adelante la herencia cultural, impregnada fuertemente del pensamiento evolucionista, que Bowlby nos ha dejado².

Tomar en consideración los distintos aspectos, todos de base innata, de la relación humana permite contrastar la idea de que la teoría del apego induzca una visión excesivamente optimista tanto de la psicoterapia como de la naturaleza humana. El aspecto optimista de las aplicaciones clínicas de la teoría del apego, que aparecerá en muchos de los apartados de este artículo, hace referencia solamente a la posibilidad de modificar en sentido positivo las operaciones del sistema de apego, y las representaciones vinculadas a dicho sistema, dentro de la relación terapéutica: lo cual no implica necesariamente que sea posible modificar las operaciones de otros sistemas motivacionales, como el sistema agonístico y el sistema sexual. Por ejemplo, en una relación terapéutica en que el sistema de apego raramente se active, mientras que en cambio se active a menudo el sistema agonístico, el psicoterapeuta no será capaz de ayudar al paciente a mejorar sus experiencias de apego. Además, en este caso nada infrecuente, el psicoterapeuta no hallaría en la teoría del apego ningún ayuda especial para ayudar al paciente a abandonar determinadas estrategias agonísticas inadaptadas o contraproducentes.

2. COGNITIVISMO: REPRESENTACIÓN CONSCIENTE O INCONSCIENTE DEL *SÍ-MISMO-CON-EL-OTRO*

El tema de los Modelos Operativos Internos, es decir, de las estructuras aprendidas de memoria, expectativas y significado relativas a las experiencias de apego, es realmente el punto de unión más importante entre la psicología cognitiva contemporánea y la teoría del apego³.

Cuando la investigación empírica empezó a obtener un conocimiento profundo y sólido sobre los patrones de apego, y, por tanto, también sobre los diferentes

tipos de Modelos Operativos Internos que se desarrollan a partir de las diferentes experiencias de apego (Ainsworth et al., 1978), algunos psicoterapeutas comenzaron a explorar la hipótesis de Bowlby, que plantea que algunos tipos de Modelos Operativos Internos están en la base del desarrollo de organizaciones cognitivas que predisponen a trastornos psicopatológicos específicos (Guidano & Liotti, 1983). En otras palabras, se puede estudiar el desarrollo y organización progresiva del conocimiento del sí mismo, a partir de las primeras representaciones del *sí-mismo-con-el-otro* (Modelos Operativos Internos) que el niño desarrolla en función de respuestas reales (es decir, no de sus fantasías o deseos inconscientes) que su progenitores dan ante sus demandas de apego. El conocimiento de la organización cognitiva que caracteriza y mantiene los trastornos emocionales y comportamentales de un determinado síndrome psicopatológico, es, evidentemente, de gran importancia en la formulación de la estrategia psicoterapéutica.

En el apartado siguiente, retomaremos el tema sobre los diferentes patrones de apego seguro e inseguro recordando la categorización de los comportamientos de apego elaborada por dicha célebre línea de investigación. En cambio, ahora nos detendremos en otro descubrimiento fundamental de la investigación sobre el apego, perteneciente a la psicología cognitiva: el desarrollo del conocimiento – desde el nivel tácito del intercambio emocional (representado en la memoria implícita), hasta el nivel declarativo mediado por el lenguaje y plenamente consciente– se ve influido por la calidad de las primeras relaciones de apego. La relaciones de apego seguro, en comparación a las de apego inseguro, permiten un mejor desarrollo de la capacidad de reflexión explícita sobre las propias vivencias, y construir, por tanto, una “Teoría de la Mente” (Baron-Cohen, 1995) más amplia y adecuada. Este aspecto del estudio del apego, iniciado en un escrito ya clásico de Mary Main (1991), está en el origen de un filón extremadamente interesante de investigación y de aplicación clínica (véase, por ejemplo, Fonagy et al., 1995; Liotti, 1994, 2000, 2001; Meins, 1997).

El clínico que quiera utilizar la teoría del apego en su trabajo deberá, pues, tener presente no sólo los diversos patrones de apego, sino también los diversos tipos de conocimiento, implícito y explícito, semántico y episódico, que intervienen en las representaciones (o “narrativas”) de las experiencias de apego (Amini et al., 1996; Crittenden, 1999; Main, 1995; Siegel, 1999). Deberá, además, si quiere sacar pleno provecho de la riqueza de la teoría e investigación sobre el apego, reflexionar sobre la calidad y eficacia, en el paciente, de los procesos de monitoreo metacognitivo y construcción de la “Teoría de la Mente”, que intervienen en la construcción del conocimiento del *sí-mismo-con-el-otro* relativo a las dinámicas de apego.

La distinción entre conocimiento implícito y explícito, y la consideración de los eventuales déficits de monitoreo metacognitivo vinculada a relaciones de apego inseguro, permite al clínico recuperar la distinción entre procesos mentales conscientes y no conscientes en una clave teórica compatible con las bases evolucionistas

y cognitivas de la teoría de apego. Si algunos recuerdos (y sus correspondientes expectativas) de interacciones de apego permanecen en el nivel implícito originario (Amini et al., 1996) por falta de desarrollo de las capacidades metacognitivas, tales recuerdos (y expectativas) operarán en el paciente a un nivel no consciente de la actividad mental. El clínico deberá, pues, tener en cuenta este nivel del inconsciente cognitivo (bien distinto del concepto psicodinámico clásico del Inconsciente: Eagle, 1996) si quiere comprender cómo los recuerdos de apego que no afloran a la conciencia pueden influir en el comportamiento de su paciente en las relaciones actuales donde se activa el apego (incluida la relación terapéutica).

Esta manera de tomar en consideración la actividad mental no consciente en relación a las vicisitudes del apego invita al psicoterapeuta a considerar las actividades defensivas de la mente humana no sólo en la clave tradicionalmente intrapsíquica de los mecanismos de defensa explorados por el psicoanálisis, o de las estrategias cognitivo-conductuales de evitación, sino más bien en una perspectiva básicamente interpersonal. Es sobre todo la comunicación con las otras personas significativas lo que permite o prohíbe manifestar y explorar las propias experiencias, facilitando u obstaculizando su representación consciente (Bowlby, 1988). También el hecho que una persona excluya selectivamente de la atención y de la conciencia emociones o experiencias de apego para evitar el dolor mental que éstas comportan (como en el caso de interacciones traumáticas), está ligado a la indisponibilidad de las figuras de apego a escuchar y acoger el dolor de la persona para mitigarlo. La indisponibilidad de las otras personas significativas a ofrecer consuelo juega, por tanto, en la dinámica entre procesos conscientes y no conscientes, un rol tan importante o central como la motivación individual a minimizar el riesgo de sufrimiento (psicoanálisis) o el riesgo de incoherencia cognoscitiva (cognitivismo). El psicoterapeuta que quiera utilizar coherentemente la teoría del apego en su práctica clínica deberá, pues, abstenerse de atribuir principalmente a procesos intrapsíquicos de la persona la organización de las defensas (psicoanálisis) o bien de la incoherencia cognoscitiva (cognitivismo). Por tanto, el principio-guía de la intervención del psicoterapeuta no consistirá en conducir al paciente a reconocer que no se ha detenido a reflexionar sobre una determinada experiencia para evitar dolor o desorientación cognitiva, sino más bien que no ha explorado dicha experiencia porque nadie hasta el momento lo ha animado o ayudado a hacerlo, o porque alguien dotado de autoridad y carisma se lo ha impedido (directa o indirectamente). El terapeuta, además, asumirá que la motivación que ha inducido al paciente a atribuir dicho poder a las otras personas significativas es principal y primariamente el apego, y no una motivación de tipo sexual o agonístico, ni tampoco de búsqueda de coherencia cognoscitiva. El modelo de psicoterapia, basado en la investigación sobre el proceso psicoterapéutico, propuesto por Weiss y por el *San Francisco Psychotherapy Research Group* (Weiss, 1993) es un óptimo ejemplo de cómo puede operar dicho principio-guía basado en la teoría del apego.

3. DESARROLLO Y ORGANIZACIÓN DE LA PERSONALIDAD

Las relaciones de apego, en función de su calidad, influyen pues tanto sobre los contenidos de la memoria y de las expectativas relativas al sí mismo-con-el-otro (correspondiendo a estos diversos contenidos diferentes patrones de apego observables ya en el primer año de vida), como sobre las modalidades (implícitas y explícitas, conscientes e inconscientes) del conocimiento que van desarrollándose. Como ya se ha apuntado anteriormente, en base a estos conocimientos adquiridos gracias a la investigación empírica sobre el apego, se han realizado diversos estudios sobre los cursos diferenciales de desarrollo y de organización de la personalidad (o, en términos cognitivistas, del conocimiento del sí mismo), y sobre la posibilidad de que estos procesos organizadores predispongan a un determinado trastorno psicopatológico (Guidano & Liotti, 1983; Crittenden, 1995, 1999)⁴.

El intento de definir itinerarios de desarrollo y organización de la personalidad a partir de las primeras representaciones del *sí-mismo-con-el-otro* correspondientes a los diferentes patrones de apego precoz, nos lleva a la tensión dialéctica existente entre el pensamiento tipológico (que explora estructuras mentales y define categorías de conducta) y el pensamiento dimensional (que explora procesos y funciones mentales). Como demuestran las recientes controversias sobre categorías diagnósticas en psiquiatría, obtenidas por el procedimiento puramente tipológico que ha dado lugar a los últimos Manuales Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM III y IV), la tensión dialéctica entre modelos tipológicos y modelos dimensionales no tendría que olvidarse nunca.

3.1. Tipos y dimensiones del apego

El modelo tipológico en la investigación sobre el apego ha hallado expresión en la definición, ya clásica, de los patrones de apego precoz observables mediante la Situación de Extrañamiento (*Strange Situation*) (seguro [tipo B], evitativo [tipo A], resistente [tipo C]: Ainsworth et al., 1978), y en los correspondientes estados mentales relativos al apego observables en el adulto a través de la Entrevista de Apego en Adultos (*Adult Attachment Interview*) (*free* o F [libres o disponibles], *dismissing* o Ds [dimisionarios], y *entagled* o E [intrusivos]: Hesse, 1999; Main, 1995). Son notables los méritos del modelo tipológico, que ha permitido evaluar con notable precisión cómo el estado mental del progenitor influye en el tipo de apego (y de Modelo Operativo Interno) que el niño desarrolla hacia dicho progenitor. Sin embargo, una adhesión demasiado apresurada y rígida al modelo tipológico de investigación puede llevarnos a dejar de lado el modelo dimensional, también contenido en la teoría originaria de Bowlby. En un ensayo reciente, Fraley y Waller (1998) han analizado y discutido detalladamente los límites del modelo tipológico de los estudios sobre el apego, respecto al modelo dimensional.

En el ámbito del apego como en otros ámbitos, el modelo dimensional permite explicar la continuidad, mediante grados variables de adaptación o de disfunción,

de los procesos interactivos y de las funciones mentales implicadas en el apego de los diferentes individuos. Contrariamente, el modelo tipológico induce a reflexionar sobre la discontinuidad, y lleva a clasificar netamente las personas como pertenecientes a una u otra categoría. El modelo dimensional invita a tomar en consideración las tendencias y disposiciones que varían manteniendo una continuidad; el modelo tipológico presta atención a la existencia de comportamientos, rasgos o síntomas discretos que, siendo patognomónicos, permiten la categorización o clasificación diagnóstica de la persona que los presenta. Obviamente tanto al clínico como al investigador del apego, le sirven ambos modelos: el problema es combinarlos de manera armónica.

Un modo, especialmente interesante para el clínico, de darse cuenta de la necesidad de integrar los modelos tipológico y dimensional en el estudio del apego, nos lo ofrece la investigación reciente sobre la desorganización del apego (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Main & Solomon, 1990; Main & Hesse, 1990; Main, 1995; Solomon & George, 1999). En presencia de un estado mental del progenitor afligido por duelos o traumas no elaborados y, por tanto, tendente a expresar miedo, dolor, confusión mental o violencia, los niños tienen una alta probabilidad de no conseguir organizar su comportamiento de apego hacia ese progenitor. El concepto de falta de organización se concibe en sentido relativo: estos niños no consiguen organizar su comportamiento de apego tan bien como lo organizan (en la dirección de la seguridad, de la evitación o de la resistencia) los hijos de padres (respectivamente libres o disponibles, dimisionarios o intrusivos) que no están afectados por una falta de elaboración de duelos o traumas. Nótese que, en un modelo dimensional, los términos “organización” y desorganización” (como también los de “seguridad” o “inseguridad”) se refieren a polos ideales y extremos de un *continuum* en cuyo interior se puede situar cualquier actividad mental de construcción de significado a partir de la experiencia. Nunca ninguna construcción o síntesis de significado estará en perfecta coherencia y total unidad con el polo ideal denominado “organización”. Del mismo modo, ningún intento de construir un significado relativamente unitario y coherente partiendo de un experiencia múltiple y dramática fallará totalmente aunque se sitúe cerca del polo del *continuum*, ideal y abstracto, denominado con el término “desorganización”. Hablar de “desorganización” del apego (seguro o inseguro) significa, pues, hablar de diferentes grados, siempre relativos, de éxito en la construcción de una estructura de significado (Modelos Operativos Internos) unitaria y coherente de la propia experiencia de apego. Y hablar de desorganización significa hablar de un fracaso relativo en dicha construcción. Se trata del mismo principio que permite al médico, por ejemplo, identificar casos de hipertensión arterial, aunque no exista un punto preciso discriminante entre fallos menores y esporádicos de la presión arterial, y fallos más frecuentes y marcados de tales procesos de regulación.

El modelo dimensional, al ser aplicado al apego, requiere estudiar conjunta-

mente la dimensión “seguridad-inseguridad” (implicada en la clásica distinción entre patrón seguro y los dos patrones inseguros, evitativo y resistente) y la dimensión “organización-desorganización”. Cuando se olvida la diferencia entre estas dos diferentes dimensiones, implicadas ambas en el desarrollo de cualquier patrón de apego, se tiende a considerar la desorganización del apego como un cuarto patrón general (el llamado patrón D), y, en particular, como un tercer patrón de apego inseguro después del evitativo y el resistente. Esto es legítimo, pero también ligeramente sesgado. En efecto, en las observaciones empíricas, lo que en el niño aparece desorganizado es un estilo de comportamiento que, si no se viera influido por las consecuencias intersubjetivas del duelo o trauma no elaborado del progenitor, tendería a organizarse en la dirección de la seguridad, o bien en la de la evitación o bien de la resistencia. En la codificación de las observaciones concretas, pues, no se habla de patrón D, sino de patrones D/B, D/A, o D/C. Paralelamente, la dimensión “elaboración/falta de elaboración de traumas” se sobrepone en el progenitor a la dimensión “libertad/falta de libertad del estado mental”. Por tanto, las entrevistas que evalúan el estado mental del progenitor se puntuarán solamente respecto al grado de libertad de representación mental (F, Ds o E) si los eventuales traumas han sido resueltos; pero se puntuarán también, caso de existir, respecto a la falta de elaboración de los traumas, utilizándose en este caso las siglas U/F, U/Ds o bien U/E (la sigla para la falta de elaboración es U, *Unresolved*).

Nótese que estamos utilizando las siglas oficiales del instrumento de medida que evalúa qué estado mental tiene el adulto respecto al apego (*Adult Attachment Interview*, AAI: Hesse, 1999; Main, 1995). Crittenden (1999) ha propuesto un sistema diferente de siglas, y sobre todo un esquema conceptual distinto para el estudio del desarrollo de la personalidad desde los primeros patrones de apego hasta la edad adulta. El resultado de la propuesta de Crittenden, que nos interesa especialmente de cara al análisis de los aspectos tipológicos y dimensionales de la teoría del apego, afirma que la desorganización del apego es un hecho muy poco frecuente y raro, y que muchas de las clasificaciones “desorganizadas” realizadas con el método originario de Main y Goldwin para codificar la AAI en la Situación de Extrañamiento (véase Hesse, 1999) son en realidad comportamientos organizados y adaptativos. Crittenden propone clasificar A/C muchos de estos estilos que según su opinión son estilos organizados de apego, y que en cambio la mayoría de los investigadores consideran desorganizados.

Considerando la divergencia de opiniones entre la mayoría de los investigadores sobre el apego y Crittenden, resulta evidente que la dimensión “organización/desorganización” del apego necesita un análisis más preciso y profundo⁵.

3.2. La desorganización del apego y los trastornos psiquiátricos correlacionados con dicha desorganización

Si se utiliza el modelo dimensional, que yuxtapone el estudio de la dialéctica entre organización y desorganización de los procesos mentales al de la dialéctica entre seguridad e inseguridad en el apego, se puede hacer la hipótesis que la desorganización del apego que de otro modo tendería a organizarse de modo seguro (D/B) conlleva, en el curso del desarrollo, menor riesgo psicopatológico que un apego desorganizado que de otro modo tendería a organizarse de modo evitativo (D/A) o resistente (D/C). Teniendo presente que el apego D/B del niño está correlacionado con un estado mental U/F del progenitor, y que los apegos D/A y D/C correlacionan con los estados mentales U/Ds y U/E del progenitor, respectivamente, podemos encontrar en la experiencia clínica inicial una validación de esta hipótesis (algunas investigaciones longitudinales actualmente en curso quizás ofrecerán una mayor confirmación). Para el clínico, resulta obvio que una relación con un progenitor traumatizado, pero que a pesar de la experiencia traumática tiende a estados mentales “libres” y favorables al intercambio afectivo del apego (U/F), es potencialmente menos patógena que una relación con un progenitor que, además de las secuelas del trauma, rechaza (U/Ds) las demandas de cuidado que el niño le dirige o bien se muestra ambivalente (U/E) ante ellas.

La importancia del tema de la desorganización del apego para la psicopatología se manifiesta cada vez con mayor claridad, a través de un número ya verdaderamente notable de aportaciones clínicas e investigaciones (Anderson & Alexander, 1996; Carlson, 1998; Coe et al., 1995; Fonagy, 1996b; Hesse & Van Ijzendoorn, 1998; Liotti, 1992, 1995, 1999a, 1999b; Liotti, Intreccialagli & Cecere, 1991; Liotti, Pasquini & The Italian Group for the Study of Dissociation, 2000; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999; Main & Morgan, 1996; Ogawa et al., 1997). Para el psicoterapeuta, la importancia de estas investigaciones radica en la posibilidad de comprender mejor y tratar más adecuadamente los trastornos caracterizados por fallos más o menos completos de las funciones integradoras de la memoria, de la conciencia y de la identidad, tanto si estos trastornos se configuran bajo la forma clásicamente descrita como disociación, como si toman forma de lo que los psicoanalistas denominan “escisión” (*splitting*), pérdida de cohesión o fragmentación del Sí Mismo (*Self*). Se trata básicamente de trastornos actualmente clasificados como trastornos disociativos o trastornos límite de personalidad.

El valor aplicado a la psicoterapia de las investigaciones basadas en la hipótesis de que la desorganización del apego es un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos límite y disociativos, ha sido descrito extensamente, en sus múltiples aspectos, en otros trabajos (Liotti, 1992, 1993, 1994, 1995, 1999a, 1999b, 2000a, 2001). En el presente artículo nos limitaremos a recordar que un punto fuerte de dichas aplicaciones psicoterapéuticas de la investigación sobre la desorganización del apego es la posibilidad de comprender adecuadamente el dramatismo y la

dificultad en las relaciones interpersonales que padecen estos pacientes. La esencia del razonamiento clínico que la investigación sobre la desorganización del apego ofrece al psicoterapeuta puede resumirse de la siguiente manera:

- 1) En el apego desorganizado, se establece una comunicación entre figura de apego y niño caracterizada por un conflicto grave e insoluble entre distintos sistemas motivacionales de base innata, o dicho según otra perspectiva teórica, un doble vínculo y paradojas comunicativas. En el centro de este conflicto o paradoja comunicativa encontramos que la figura de apego (a causa de sus traumas no resueltos) se comporta con el niño de modo que se muestra, al mismo tiempo, como fuente de seguridad y fuente de miedo y peligro (Main & Hesse, 1990; Liotti, 1992, 2000).
- 2) En dichas circunstancias, el niño construye un Modelo Operativo Interno dramático, múltiple y disociado (es decir, un Modelo Operativo Interno constituido por temas representativos o “narrativos” donde tanto el Sí Mismo como la figura de apego oscilan entre roles recíprocos de salvador, perseguidor y víctima (Liotti, 1995, 1999a, 1999b, 1999c, 2000a).
- 3) Este tipo de Modelo Operativo Interno obstaculiza fuertemente, en el curso del desarrollo, la posibilidad de obtener consuelo para el propio dolor mental o ayuda frente a experiencias traumáticas (Liotti, 1999b). La activación del Modelo Operativo Interno de apego desorganizado reactiva, así pues, el temor a que quien da ayuda y consuelo pueda convertirse también después en fuente de daño.
- 4) Las capacidades metacognitivas se ven, igualmente, fuertemente interferidas durante la activación del Modelo Operativo Interno de apego desorganizado: de este modo resulta muy difícil o casi imposible reflexionar sobre la naturaleza de la experiencia dramática y subjetiva, ligada a la reactivación del sistema de apego, cada vez que se produce (Fonagy et al., 1995; Liotti, 1999c, 2000a; Meins, 1997).
- 5) La imposibilidad de llegar a una síntesis de significado unitario de la experiencia subjetiva durante la activación del sistema de apego puede llegar hasta la dramática vivencia disociativa de aniquilamiento o de otros dolorosos estados alterados de conciencia (por ejemplo, sensación de vacío mental, despersonalización: Liotti, 1993, 1995, 1999a, 1999b, 2000a).
- 6) A fin de evitar las dolorosas experiencias de apego conectadas a la reactivación del Modelo Operativo Interno desorganizado, el niño puede aprender, a lo largo del desarrollo, a desactivar el sistema motivacional de apego mediante la activación impropia de otros sistemas motivacionales (agonístico, sexual, de cuidado). Esta inhibición defensiva del sistema de apego mediante la activación enmascarada de otros sistemas motivacionales puede crear notables dificultades en las relaciones interpersonales y en la regulación de las emociones (Liotti, 2000a, 2001).

7) La reactivación del Modelo Operativo Interno de apego desorganizado es muy probable en el curso de la relación terapéutica con pacientes límite o con trastornos disociativos. Dicha reactivación comporta paradójicamente un aumento del dolor mental y del miedo en los momentos en que el paciente siente que necesita la ayuda del terapeuta, y que éste es capaz de dársela: se crea entonces una situación desesperada que a menudo precede a la interrupción prematura del tratamiento, tan típica en estos pacientes (Liotti, 1999c, 2000a, 2001b).

En base a este razonamiento clínico, el terapeuta puede comprender mejor qué tipo de dificultad está experimentando el paciente en la relación terapéutica (y en otras relaciones de ayuda o en cualquier relación que active el apego). Entonces, si las capacidades metacognitivas del paciente lo permiten, el terapeuta intentará reflexionar conjuntamente con el paciente sobre el origen, en la reactivación de los recuerdos dramáticos de los apegos del pasado, de la dificultad actual que sienten que existe en la relación terapéutica, y de este modo superar el *impasse*. Cuando las capacidades metacognitivas del paciente no permiten este tipo de trabajo clínico de reflexión sobre la relación terapéutica en curso a la luz de los recuerdos de anteriores relaciones de apego, puede intentar prevenir el *drop-out* (abandono del tratamiento) y los sufrimientos del paciente introduciendo a su lado una segunda figura terapéutica (por ejemplo, un psicoterapeuta familiar que vea al paciente junto con su familia mientras se sigue una psicoterapia individual, un psicoterapeuta de grupo, o bien incluso un segundo terapeuta individual: Wine & Carter, 1999).

La teoría del apego ofrece una explicación elegante y económica para la praxis frecuente que utiliza dos distintos *settings* terapéuticos en el tratamiento de los pacientes límite y con trastornos disociativos (y de otros pacientes difíciles). La activación del sistema de apego, cuando sólo se cuenta con una figura de apego (por ejemplo, un solo terapeuta) es más frecuente e intensa (por ejemplo, ante eventuales ausencias del terapeuta, o ante algunas inevitables y pequeñas faltas de empatía), que cuando se puede contar con dos figuras de apego (dos terapeutas). Por tanto, si el riesgo de sufrimiento emocional del sistema de apego y de trastornos de conciencia que anteceden al *drop-out* se correlaciona con la activación del sistema de apego (como parece que sucede en el apego desorganizado y en los trastornos límite y disociativos), un dispositivo de tratamiento, que incluya dos terapeutas y que prevenga activaciones demasiado intensas y frecuentes de dicho sistema motivacional, protegerá todo el proceso terapéutico. El hecho que dos terapeutas, que trabajen de manera coordinada entre ellos y siguiendo un mismo modelo teórico, obtengan mejores resultados con los pacientes límite respecto a otros *settings* terapéuticos (sólo terapia individual, o sólo grupal, o sólo familiar) está ya ampliamente demostrado por algunas investigaciones bien controladas, realizadas tanto en el ámbito psicoanalítico (Bateman & Fonagy, 1999, 2001) como en el cognitivo-comportamental (Linehan, 1993; Bohus et al., 2000).

4. REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES

El contexto terapéutico que encontramos en el tratamiento de trastornos límite y disociativos, con su intensa y dramática expresividad emocional, nos da pie a detenernos ahora en otro tema conceptual fundamental de la teoría del apego, de enorme importancia para la conducción de la psicoterapia: el tema de la regulación de las emociones.

La teoría del apego invita al psicoterapeuta, que se encuentra ante cualquier experiencia emocional demasiado intensa de un paciente (el miedo excesivo en un trastorno de ansiedad, la cólera explosiva de un trastorno de personalidad, la tristeza excesiva de un trastorno distímico, el sentido de culpa excesivo de un trastorno obsesivo-compulsivo, la vergüenza excesiva de una fobia social) a preguntarse no solamente y no tanto de qué conflicto, o de qué estructura cognitivo-narrativa disfuncional, pueda derivarse tal exceso de experiencia emocional, sino a indagar, en la estructura del Modelo Operativo Interno de apego del paciente, qué es lo que obstaculiza la autorregulación eficaz de esa determinada emoción.

Según la teoría del apego, el niño no es capaz de regular su propia experiencia emocional, tanto si deriva de la activación del sistema de apego (por ejemplo, ansiedad ante una separación anticipada), como si deriva de la activación de otros sistemas motivacionales (por ejemplo, humillación o vergüenza cuando es vencido en una competición). Para regular sus emociones, el niño necesita que sus figuras de apego den respuestas eficaces de cuidado. En el apego seguro, dichas respuestas permiten al niño no sólo obtener la reducción de la intensidad excesiva de cualquier experiencia emocional, sino también la confianza en el sentido y valor de las mismas emociones. En otras palabras, en el apego seguro, no sólo se calman las emociones del niño, sino que también se validan (para usar la feliz expresión de Linehan, 1993) a través de la actitud que toma la figura de apego hacia dichas emociones. El niño con un apego seguro aprende de este modo a conocer, sin temerlas o tener que esforzarse para prevenirlas o evitarlas, todas las emociones, agradables o desagradables, aunque siempre funcionales a la adaptación interpersonal, que la gama de sus sistemas motivacionales innatos potencialmente le ofrece. Este adecuado conocimiento de su propia vida emocional es, por una parte, la condición para poder autorregular mitigándola la intensidad y, por otra parte, es la base para comprender adecuadamente la vida emocional de los otros, condición indispensable para una vida interpersonal mínimamente satisfactoria. De este modo, del Modelo Operativo Interno del apego seguro afloran las bases del sistema cognitivo que permiten la autorregulación de las emociones.

En cambio, en las distintas formas de apego inseguro y en el apego desorganizado podemos suponer que el Modelo Operativo Interno vehicula expectativas y significados que conducen a una invalidación, más o menos amplia, de la propia experiencia emocional. Algunas emociones, en lugar de ser reconocidas como normales manifestaciones de la inevitable activación de los sistemas motivacionales

de base innata (y, por tanto, dotadas de valor y función en la vida interpersonal), se experimentan como algo intrínsecamente negativo (por ejemplo, porque son desaprobadas por la figura de apego, o bien porque la figura de apego no las capta), que es necesario evitar a toda costa y sobre lo cual no es bueno pararse a reflexionar. Tales emociones, por definición no pueden ser reguladas adecuadamente por el paciente y, por tanto, se manifiestan con notable intensidad (hasta incluso convertirse en síntomas de un determinado trastorno emocional), o bien alteran las funciones fisiológicas en el intento de reprimirlas (hasta poder provocar trastornos psicosomáticos).

La reflexión sobre la teoría del apego como teoría de la regulación de las emociones es actualmente objeto de atención por parte de muchos investigadores, incluso en relación a los aspectos neuropsicológicos del problema (Shrore, 2000; Siegel, 1999). Para el psicoterapeuta, este aspecto de la teoría del apego se refleja en adoptar una actitud de atención constante centrada en perseguir algunas metas psicoterapéuticas fundamentales (por ejemplo: poder nombrar y reconocer correctamente las emociones en uno mismo y en los demás; dejar de prevenirlas o evitarlas, intentando, por el contrario, conocerlas y encauzarlas; reflexionar sobre el significado y valor, evolutivamente determinado, de cada emoción, incluso de las más desagradables). Estas metas contribuyen a ayudar al paciente a volver a tener confianza en sus propias experiencias emocionales inmediatas, respecto a las descripciones-valoraciones negativas eventualmente dadas por los demás o por sus propias estructuras cognitivas (Modelo Operativo Interno de apego inseguro o desorganizado).

Es obvio que la teoría del apego no es compatible con las praxis psicoterapéuticas que consideran las emociones, privadas de bases innatas y, por tanto, sin ningún valor de cara a la supervivencia o valor adaptativo (*fitness*) evolutivamente determinado. Para la psicología evolucionista cada emoción (incluso la envidia, la vergüenza, la tristeza, la culpa) tienen una base originaria útil de cara a la adaptación. Lo que hace que una emoción sea anormal o patológica es sólo y siempre una falta de conocimiento de su valor y de sus límites, y, por tanto, un déficit de regulación de su intensidad y expresión (para profundizar en este tema, respecto a la concepción de la psicopatología y a la conducción de la psicoterapia, véase Liotti, 2001). El psicoterapeuta que utilice la teoría del apego acogerá cualquier emoción del paciente como sana en su base innata y anormal sólo en su modalidad experiencial y expresiva, para luego esforzarse en identificar, en el Modelo Operativo Interno de un apego inseguro o desorganizado, cuáles son los orígenes de dicho déficit de regulación emocional. Un importante corolario de dicha actitud terapéutica es rechazar la hipótesis que supone una destructividad primaria en el ser humano: las emociones y sentimientos destructivos quedan adscritos a la ignorancia del significado y valor de la vida mental propia y ajena, y los orígenes de esta ignorancia pueden hallarse a menudo en las vicisitudes del apego (De Zulueta, 1993).

5. INTERSUBJETIVIDAD

Dado que, según la psicología evolucionista, las emociones se producen en contextos interpersonales, y la capacidad de reconocer su significado y valor, y de regularlas, depende también de contextos interpersonales, la teoría del apego pertenece a las corrientes de pensamiento psicoterapéutico que hacen suya la tesis de la intersubjetividad (Mitchell, 2000). La tesis central que está en la base del concepto de intersubjetividad afirma que cada fenómeno psicológico, incluida la experiencia subjetiva consciente (Liotti, 1994), sólo puede ser adecuadamente comprendida tomando en consideración los contextos interpersonales en los que se origina, se desarrolla y se observa.

No es posible, por tanto, si se quiere aplicar de modo coherente la teoría del apego a la psicoterapia, considerar el estilo de apego de un paciente adulto como una característica suya intrapsíquica, dependiente en su origen de las primeras relaciones de apego, pero independiente de sus relaciones actuales, incluida la psicoterapéutica. Bien al contrario, todo lo que el terapeuta hace, y todo lo que hacen las otras personas significativas en la vida actual de un paciente adulto contribuye a modular su estilo de apego observable en el mismo grado con que en su origen contribuyeron las primeras relaciones de apego. Y esto tiene varias e importantes implicaciones para la psicoterapia.

En primer lugar, la idea de que la predisposición del paciente a recibir respuestas positivas o negativas ante sus demandas de apego interactúa continuamente con la disposición del terapeuta a responder positiva o negativamente ante tales demandas, permite hacer una revisión más próxima a la tesis de la intersubjetividad que los conceptos clásicos de transferencia y contratransferencia (para una reformulación de los problemas del estudio de la transferencia y contratransferencia a la luz de la teoría del apego, véase Slade, 1999). En segundo lugar, la naturaleza intersubjetiva actual (y no sólo ligada al pasado) de las interacciones ligadas al apego tiene importantes implicaciones para el estudio de la psicoterapia. En efecto, si el psicoterapeuta actúa respecto a las dinámicas de apego que el paciente expresa en la relación terapéutica, de modo sistemáticamente distinto al que actuaron las figuras de apego originarias (y distinto también al que actúan las figuras de apego actuales), el estilo de apego del paciente cambiará, como mínimo dentro de la relación con el terapeuta, y si dicha relación perdura en el tiempo, cambiará bastante y de modo duradero. En otras palabras, según la teoría del apego, el Modelo Operativo Interno que el paciente ha construido en sus primeras relaciones de apego y ha confirmado en sus posteriores relaciones interpersonales significativas, aunque haya sido muy importante en el desarrollo y mantenimiento de su organización cognitiva y de su personalidad, no puede concebirse, en principio, como algo absolutamente inmodificable. Sólo la tendencia humana a buscar ayuda y consuelo en situaciones de peligro, dolor o soledad excesiva es inmodificable. Experiencias correctivas del Modelo Operativo Interno

originario dentro de la relación terapéutica, por muy difíciles que pueda resultar llevarlas a la práctica, son siempre, en principio, posibles.

Estas consideraciones nos invitan a reflexionar sobre qué dirección tendría que tomar una experiencia correctiva del Modelo Operativo Interno de apego, dentro de una relación psicoterapéutica. Si es cierto que el apego seguro facilita una mayor eficacia de los procesos metacognitivos y también un desarrollo más adecuado de los sistemas de regulación de las emociones, resulta entonces claro que una experiencia correctiva, dentro de la relación terapéutica, tendría que aproximarse lo más posible al ideal de apego seguro. La existencia de una norma ideal y funcional para el sistema de apego, fundamentada en bases evolucionistas y representada por el apego seguro, marca una importante diferencia entre la psicoterapia basada en la teoría del apego (es decir, la teoría que fue originariamente desarrollada por Bowlby y que posteriormente ha sido aplicada a la investigación científica) y otras líneas de psicoterapia que aunque hayan hecho suya la idea de intersubjetividad, se inspiran fundamentalmente en los principios del constructivismo radical y no tanto en los del evolucionismo.

Como es sabido, la tesis subyacente a una concepción constructivista radical de la intersubjetividad es la afirmación que el paciente y el terapeuta co-construyen la experiencia y la narrativa que constituyen el proceso psicoterapéutico. El trabajo mental que paciente y terapeuta realizan en psicoterapia es, por tanto, una co-construcción, una construcción conjunta de nuevos significados para la experiencia. Desde el punto de vista de la teoría del apego, lo que constituye la esencia y núcleo central del trabajo psicoterapéutico no es tanto la construcción conjunta de nuevos significados, sino más bien la regulación conjunta de las experiencias emocionales, *orientada hacia una dirección determinada y precisa por el ideal evolucionista de la seguridad en el apego y de la cooperación paritaria* (Liotti, 1994, 2001). Además de co-construir significados, paciente y terapeuta corregulan emociones. La construcción terapéutica de nuevos significados es válida y eficaz sólo si permite una mejor regulación de las emociones. Qué se debe entender por “mejor” regulación de las emociones puede a su vez definirse, según la teoría del apego, mediante principios basados en la historia evolutiva de la especie humana más que en la cultura o en el grupo social de pertenencia.

En el panorama de la psicopatología y de la psicoterapia contemporánea, profundamente influenciada por el pensamiento postmoderno, la indicación a seguir una norma ideal y funcional para un sistema de conducta humana, una norma definida por la evolución de la vida y, por tanto, universal respecto a las variables culturales y sociales, suena ciertamente como una afirmación difícil de aceptar. Sin embargo, dicha afirmación caracteriza decididamente la teoría del apego tal como fue originariamente formulada por Bowlby, y se ha visto validada por los resultados obtenidos hasta el momento en todas las investigaciones realizadas sobre las correlaciones entre apego seguro por una parte y por otra de diversos aspectos del

funcionamiento mental que cada cultura considera positivos o deseables para la salud del individuo (capacidad metacognitiva, desarrollo óptimo de la Teoría de la Mente, regulación eficaz de las emociones, protección frente al desarrollo de determinados trastornos psicopatológicos). El psicoterapeuta que quiera aplicar de modo coherente y completo a su trabajo clínico la teoría del apego y sus resultados empíricos, tendrá que prestar especial atención a intentar conjugar una teoría y una línea de investigación profundamente fundamentadas en el pensamiento científico moderno con posiciones epistemológicas postmodernas (para una extensa discusión de este tema, véase Cortina, 1999). La teoría y la investigación sobre el apego prevén una amplia variabilidad, también en función de la sociedad y cultura, de las construcciones individuales de significado compatibles con un grado suficiente de seguridad y organización del apego. Dicha variabilidad no es absoluta, y debe respetar, si se quiere preservar la salud mental, los vínculos biológicos impuestos por la evolución a la gran libertad humana de construir significados y estilos de vida alternativos.

En otras palabras, los tipos de constructivismo compatibles con la teoría del apego no son ni el constructivismo radical, ni el constructivismo social postmodernos, sino el que en los años veinte del siglo pasado proponía Jean Piaget (quien reconocía la existencia de leyes universales, evolutivamente fundamentadas y científicamente investigables del desarrollo cognitivo humano, Flavell, 1963) y la concepción filosófica de Martin Buber (1923), que identificaba en el principio dialógico la base tanto de la libertad humana, como de los vínculos a los cuales dicha libertad está sujeta. Parafraseando el pensamiento de Buber, podemos decir que la seguridad en el apego aflora, gracias a la aceptación de la naturaleza humana propia y universal, de una relación en la cual dominan las experiencias de Yo-Tú, una relación en la cual progenitor y niño se encuentran y progresivamente se reconocen como centros autónomos de iniciativa y al mismo tiempo como interdependientes uno del otro. En cambio, en la inseguridad del apego predominan los aspectos dialógicos ligados al Yo-Eso, en el cual el otro es percibido como «una cosa entre las cosas», a la que se puede idolatrar, explotar, mantener alejada, conquistar, manipular. En la vivencia humana, en el diálogo humano, el Yo-Tú y el Yo-Eso están, siempre y necesariamente, ambos presentes (Buber, 1923). De la dialéctica continua entre el Yo-Tú y el Yo-Eso nace la libertad humana de construir significados distintos en distintos lugares y distintos tiempos de la Historia. Sin embargo, si en el diálogo humano, el Yo-Eso privado del reconocimiento de leyes universales llega a predominar sobre el Yo-Tú (que se basa tácitamente en el reconocimiento de la existencia de dichas leyes), entonces se abren las puertas al aumento del sufrimiento que la psicopatología estudia, y que la psicoterapia intenta curar.

El presente artículo se propone hacer una revisión de los temas teóricos y empíricos ligados a la teoría del apego y a la investigación que de ella se deriva, focalizándose en sus aplicaciones psicoterapéuticas pero sin hacer referencia a ninguno de los principales modelos de psicoterapia actuales (psicoanálisis, terapia cognitiva, terapia familiar). Se analizan en detalle, debido a sus repercusiones en el praxis clínica del psicoterapeuta: (1) las bases evolucionistas de la teoría del apego, (2) la dialéctica existente entre los diferentes tipos y dimensiones del apego (en especial, la desorganización del apego), (3) los aspectos de la teoría relacionados con la cognición humana, el desarrollo y organización de la personalidad y (4) la regulación de las emociones. Y finalmente se analiza cómo una psicoterapia basada sobre la teoría del apego debe situarse en el marco de un debate entre el pensamiento moderno y postmoderno en psicoterapia.

Palabras clave: *teoría del apego, evolucionismo, Modelos Operativos Internos, regulación de las emociones, apego y cognición, psicoterapia*

Notas al texto:

- ¹ Nótese que, por esta razón, la exploración de las representaciones del sí-mismo y de los demás, ligadas al sistema sexual del paciente se ve necesariamente limitada en psicoterapia. De las expectativas, fantasías o estrategias comportamentales referidas a la sexualidad del paciente, el terapeuta sólo puede conocer lo que se puede deducir del relato de dichos estados mentales mientras terapeuta y paciente están motivados, dentro de la relación, por un sistema distinto al sexual (cooperativo, o de apego-cuidado, o agonístico). Y esto debido a razones obvias, tanto deontológicas como de necesaria praxis profesional.
- ² Como testimonio de la centralidad del pensamiento evolucionista en su obra, Bowlby quiso dedicar las últimas energías de su vida a una biografía de Charles Darwin, que se publicó justamente dos meses antes de su muerte (Bowlby, 1990).
- ³ Para una revisión reciente de la evolución del concepto de Modelo Operativo Interno, y de sus relaciones con los patrones de apego, véase Bretherton & Munholland (1999).
- ⁴ Las aplicaciones a la psicoterapia de la hipótesis sobre los itinerarios de desarrollo que llevan de los diversos patrones de apego a los diversos trastornos psicopatológicos han sido objeto de diversos trabajos, (por ejemplo, véase: Guidano & Liotti, 1983; Bara, 1996, para una mayor profundización).
- ⁵ Para situar adecuadamente, en el panorama actual de la investigación sobre el apego, la polémica creada por Crittenden sobre el tema de la desorganización, conviene recordar que el modelo de Crittenden, por declaración explícita de la autora, se ubica fuera del paradigma originario de la teoría del apego. En efecto, Crittenden, en su libro italiano, declara ser la “oveja negra” de la investigación del apego, y basar su reflexión en una inversión del concepto de “base segura” (Crittenden, 1999, pág. 26). El concepto de “base segura” es la metáfora fundamental (*ground metaphor*, en el lenguaje de la filosofía de la ciencia contemporánea) de la teoría del apego (Bowlby, 1988). Invertir la metáfora fundamental de una teoría científica significa querer construir una teoría distinta, lo cual es obviamente legítimo cuando, como hace Crittenden, se dice claramente. Nótese también que la propuesta de nuevas categorías de apego que hace Crittenden en su último libro no está respaldada por pruebas empíricas de correlación, es decir, contrariamente a lo que sucede con la categorización utilizada por otros investigadores del apego, no se basa por el momento en ningún

resultado empírico capaz de conectar las nuevas y numerosas categorías de apego de los adultos, propuestas por ella, a los patrones de apego de los niños observados en la Situación de Extrañamiento.

Traducción: Empar Torres i Aixalà

Referencias bibliográficas

- AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATERS, E. & WALL S. (1978) *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- AMINI F., LEWIS T., LANNON R., LOUIE A., BAUMBACHER G., MCGUINNES T. & ZIRKER E. (1996) Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59, 213-239.
- ANDERSON, C.L. & ALEXANDER, P.C. (1996) The relationship between attachment and dissociation in adult survivors of incest. *Psychiatry*, 59, 240-254.
- BARA, B. (1996), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- BARON-COHEN, S. (1995) *Mindblindness: An essay on autism and the theory of mind*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (1999) Effectiveness of partial hospitalisation in the treatment of borderline personality disorder: A randomised control trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- BATEMAN, A.W. & FONAGY, P. (2001) Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- BOHUS, M., HAAF, B., STIGLMAYR, C. & LINEHAN, M. (2000) Evaluation of inpatient dialectical-behavioural therapy for borderline personality disorder: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 38, pp. 875-887.
- BOWLBY, J. (1969) *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1972) *Attachment and Loss. Vol. 2: Separation*. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1979) *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock.
- BOWLBY, J. (1980) *Attachment and Loss. Vol. 3: Loss*. London: Hogarth Press.
- BOWLBY, J. (1988) *A secure base*. London: Routledge.
- BOWLBY, J. (1990) *Charles Darwin: A new biography*. London: Hutchinson.
- BUBER, M. (1923) *Ich un Du*. In "Das dialogische Prinzip". Heidelberg: Lambert Schneider.
- BRETHERTON, I. (1991) The roots and growing points of attachment theory. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- BRETHERTON, I. & MUNHOLLAND, K.A. (1999) Internal Working Models in attachment relationships: A construct revisited. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- BYNG-HALL, J. (1999) Couple and family therapy. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- CARLSON, E.A. (1998), A prospective longitudinal study of disorganized/ disoriented attachment. *Child Development*, 69, 1970-1979.
- CASSIDY, J. & SHAVER, P.R. (Eds.) (1999) *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- COE, M.T., DALEENBERG, C.J., ARANSKY, K.M. & RETO, C.S. (1995) Adult attachment style, reported childhood violence history and types of dissociative experiences. *Dissociation*, 8, 142-154.
- CORTINA, M. (1999) Causality, adaptation and meaning: A perspective from attachment theory and research. *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 557-596.
- CRITTENDEN, P.M. (1995) *Attachment and psychopathology*. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- CRITTENDEN, P.M. (1999) *Attaccamento in età adulta*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- EAGLE, M. (1987) The psychoanalytic and the cognitive unconscious. In R. Stern (Ed.) *Theories of the unconscious and theories of the self*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- EDELMAN, G. M. (1989) *The Remembered Present: A Biological Theory of Consciousness*. New York: Basic Books.

- DE ZULUETA, F. (1993) *From pain to violence: The traumatic origins of human destructiveness*. London: Routledge.
- FLAVELL, J.H. (1963) *The developmental psychology of Jean Piaget*. New York: Van Nostrand.
- FONAGY, P. (1999a) Psychoanalytic theory from the perspective of attachment theory and research. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- FONAGY, P. (1999b) The transgenerational transmission of holocaust trauma: Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Attachment & Human Development*, 1, 92-115.
- FONAGY, P., STEELE, M., STEELE, H., LEIGH, T., KENNEDY R., MATTOON, G. & TARGET, M. (1995) Attachment, the reflective self, and borderline states. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- FRALEY, R.C. & WALLER, N.G. (1998) Adult attachment patterns: A test of the typological model. In J.A. Simpson, W.S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (p.77-113). New York: Guilford Press.
- GILBERT, P. (1989) *Human nature and suffering*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- GILBERT, P. (2000) Social mentalities: Internal "social" conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In: P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. London: Brunner/Routledge.
- GUIDANO, V.F. & LIOTTI, G. (1983) *Cognitive processes and the emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- HESSE, E. (1999) The Adult Attachment Interview. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford.
- HESSE, E. & VAN IJENDOORN, M. (1998) Parental loss of close family member and propensities towards absorption in the offspring. *Developmental Science*, 1, pp. 299-305.
- LIOTTI, G. (1986) Structural cognitive therapy. In W. Dryden & W. Golden (Eds.), *Cognitive-behavioural approaches to psychotherapy*. London: Harper & Row.
- LIOTTI, G. (1992) Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 5, 196-204.
- LIOTTI, G. (1994) *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: NIS. (Terza ristampa: Roma: Carocci Editore, 2000).
- LIOTTI, G. (1995) Disorganized / disoriented attachment in the psychotherapy of the dissociative disorders. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- LIOTTI, G. (1999a) Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press.
- LIOTTI, G. (1999b) Understanding the dissociative processes: The contribution of attachment theory. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 757-783.
- LIOTTI, G. (1999c) Il nucleo del disturbo borderline di personalità: Una ipotesi integrativa. *Psicoterapia*, 16, pp. 53-65.
- LIOTTI, G. (2000a) Disorganised attachment, models of borderline states, and evolutionary psychotherapy. In: P. Gilbert & K. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. London: Brunner/Routledge.
- LIOTTI, G. (2000b) Tipi e dimensioni dell'attaccamento nella terapia cognitiva. *Psicobiettivo*, 20 (3), 17-32.
- LIOTTI, G. (2001) *Le opere della coscienza: Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionista*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- LIOTTI, G. & INTRECCIALAGLI, B. (1996) Los sistemas comportamentales interpersonales en la relacion terapeutica. *Revista de Psicoterapia*, 26, 13-24.
- LIOTTI, G. & INTRECCIALAGLI, B. (1998) Metacognition and motivational systems in psychotherapy. In C. Perris, P.D. McGorry (Eds.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders*. New York: Wiley.
- LIOTTI, G., INTRECCIALAGLI, B. & CECERE, F. (1991) Esperienza di lutto nella madre e predisposizione ai disturbi dissociativi della prole: Uno studio caso-controllo. *Rivista di Psichiatria*, 26, 283-291.
- LIOTTI, G., PASQUINI, P., & THE ITALIAN GROUP FOR THE STUDY OF DISSOCIATION (2000). Predictive factors for borderline personality disorder: Patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 282-289.
- LINEHAN, M. M. (1993) *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- LYONS-RUTH, K. & JACOBVITZ, D. (1999) Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- MAIN, M. (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring, and singular (coherent) versus multiple (incoherent) models of attachment. In C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- MAIN, M. (1995) Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, developmental and clinical perspectives*. Hillsdale, NJ: Analytic Press. (pp. 407-474).
- MAIN, M. & HESSE, E. (1990) Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years*. Chicago: Chicago University Press.
- MAIN, M. & MORGAN, H. (1996) Disorganization and disorientation in infant Strange Situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states? In L. Michelson & W. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation*. New York: Plenum Press.
- MAIN, M. & SOLOMON, J. (1990) Procedures for identifying infants as disorganized/ disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.
- MEINS, E. (1997) *Security of attachment and the social development of cognition*. Hove: Psychology Press.
- MITCHELL, S. (2000) *Relationality: From attachment theory to intersubjectivity*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- OGAWA, J.R., SROUFE, L.A., WEINFELD, N.S., CARLSON, E.A. & EGELAND, B. (1997) Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, pp. 855-879.
- SCHORE, A.N. (2000) Attachment and the regulation of the right brain. *Attachment and Human Development*, 2, 23-47.
- SIEGEL, D.J. (1999) *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.
- SLADE, A. (1999) Attachment theory and clinical research: Implications for the practice of individual psychotherapy with adults. In Cassidy, J. & Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of attachment*. New York: Guilford Press.
- SOLOMON, J. & GEORGE, C. (Eds.) (1999) *Attachment disorganization*. New York: Guilford Press.
- WEISS, J. (1993) *How psychotherapy works*. New York: Guilford Press.
- WINE, B. & CARTER, J. (1999) Parallel individual therapy: A treatment model for the seriously disturbed. *Voices*, 35, N°1.