

# LA CONTRIBUCIÓN DE LA TEORÍA DEL APEGO A LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

## ATTACHMENT AND SYSTEMIC FAMILY THERAPY

**Matteo Selvini**

Psicólogo Clínico

Escuela de Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”, Milán, Brescia, Turín (Italia) y Mendrisio (CH).

**Anna Maria Sorrentino**

Pedagoga y especialista en psicología

Escuela de Psicoterapia “Mara Selvini Palazzoli”, Milán, Brescia, Turín (Italia) y Mendrisio (CH).

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (2018). La Contribución de la Teoría del Apego a la Terapia Familiar Sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 29(111), 5-19.

### Resumen

Los autores muestran cómo la teoría del apego ha sido fundamental para ayudar a una parte del movimiento de la terapia familiar a liberarse de los límites de un purismo sistemático que no se interesa por la historia evolutiva de los pacientes y que se centra solo en los recursos, ignorando los límites del paciente y de sus familiares. Así pues, la teoría del apego es decisiva para construir hipótesis que no se quedan atrapadas en el aquí y ahora. El terapeuta no es solo una base segura, sino que trabaja para activar una red de bases seguras: el trabajo en equipo crea la posibilidad de ser una referencia para padres y hermanos, favoreciendo el acercamiento y la reconciliación. Las cinco reorganizaciones del apego desorganizado son una guía útil para una valoración que integra los rasgos individuales de la personalidad con sus posibles matrices relacionales. Se centra no solo en el individuo estratégico sino también en el que sufre.

Palabras clave: explicación psicológica del problema, historia evolutiva, trauma, diagnóstico del apego, reorganización del apego

### Abstract

The authors show how the theory of attachment has been fundamental to help part of the movement of family therapy to get rid of the limits of a systemic purism that doesn't consider the evolutive history of the patient and that focuses only on the resources ignoring the limits of the patients and of their families. The theory of attachment is decisive to build up hypotheses, which do not remain confined in the here and now: it can be used as a deductive map that helps the therapist in his work of making hypotheses not only on the development of the patient, but also on problems regarding his childhood and on the reactions of the caregiver. The five re-organizations of the disorganized attachment are a useful guide that puts together the individual personality traits with their possible relational schemes. They help to understand the evolutive paths that lead to different personality disturbs. In this way not only the strategic subject is focused but also the suffering one. These theoretic thoughts are explained in a more extensively exposed clinic case and other more concise examples.

Keywords: psychological explanation, developmental history, trauma, attachment diagnosis, attachment reorganization.



## Premisa

Los psicoterapeutas sistémicos históricos, a partir de Mara Selvini Palazzoli, han mirado la teoría del apego con hostilidad/indiferencia durante mucho tiempo. De hecho, la fuerte oposición al psicoanálisis, en su versión kleiniana (es decir, la más anti Bowlby) había llevado en los años sesenta/setenta a un radicalismo o purismo sistémico (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1975) en el que se teorizaba que la unidad de observación clínica más pequeña debía ser la triada y tenía por objeto, por ejemplo, no cómo el niño reaccionaba ante cada uno de sus padres, sino cómo reaccionaba a la relación entre sus padres (Ricci, Selvini y Palazzoli, 1984). La teoría del apego venía pues dejada de lado por ser diádica (Ugazio, 1984).

## Las Decepciones Clínicas Enseñan...

A partir de los años noventa, sin embargo, la experiencia clínica empieza a poner en crisis el modelo purista sistémico. Hablamos básicamente de nuestra experiencia, caracterizada por el hecho de que Matteo Selvini era el responsable de gestionar todas las entrevistas iniciales/preliminares con las familias que solicitaban una terapia con Mara Selvini Palazzoli y su equipo (Selvini, 2003). Se trataba de un trabajo muy intenso y absorbente; cada año Selvini veía entre setenta y cien nuevas familias, casi siempre con pacientes adolescentes/jóvenes adultos, más bien reticentes, que presentaban anorexia, psicosis, graves trastornos del comportamiento.

La práctica sistémica de entonces preveía un contrato de terapia familiar basado en una explicación de este tipo: “Trabajamos con toda la familia porque cuando hay un hijo alterado estamos siempre ante relaciones disfuncionales en la familia que son anteriores a la aparición del síntoma”, de acuerdo con las afirmaciones de otro histórico pionero de la terapia sistémica, James Framo, según el cual cuando hay un hijo alterado hay siempre una pareja alterada, si bien no todas las parejas alteradas tienen un hijo paciente (Framo, 1965, 1992). Los porcentajes de abandono después de la primera entrevista eran elevados, alrededor del 40 % (Selvini, 2003). Comenzamos así a comprobar que esta aproximación era percibida como insoportablemente crítica y acusatoria por muchas de las familias (aunque alguna lo soportaba). Una buena parte del movimiento sistémico, entre la que se incluye el modelo de terapia narrativa (White, 1992) o el modelo de terapia breve centrado en soluciones (De Shazer, 1985), evitaba este escollo renunciando *a priori* a la investigación, por lo menos explícita, de las causas de los síntomas. Era la vieja línea, un tanto hipócrita, ya perseguida con la “connotación positiva” (Selvini Palazzoli et al., 1975). No se ocupaba del pasado, sino del “aquí y ahora”, y se apostaba por los recursos del paciente y de sus familiares. Elección que en muchos casos individuales era seguramente eficaz y correcta, pero resultaba abandonista, reduccionista y simplista para un movimiento nacido con la gran ambición de revolucionar la psiquiatría y la psicoterapia; perdía valor al quedarse con un modesto rincón de práctica clínica/formación.

La escuela de Mara Selvini Palazzoli no renuncia al espíritu investigador y empieza, por su parte, a caminar en otra dirección: integrar en el modelo sistémico, del que por supuesto no negamos sus grandes novedades/potencialidades –como demuestran los alentadores seguimientos de las anoréxicas tratadas por Mara Selvini que son precisamente de esos años noventa (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1998)–, la dimensión individual de cómo la persona (paciente, padre, hermano) sufre e intenta sobrellevar su sufrimiento. La concepción del individuo como mero actor de un juego (véase el título de nuestro libro con Selvini Palazzoli del año 1988: *I giochi psicotici nella famiglia* [*Los juegos psicóticos en la familia*]), empieza a molestarlos en cuanto, además de banalizar el sufrimiento, se desinteresa de la dimensión evolutiva de las personas; el énfasis en el aquí y ahora de las relaciones provoca un aplanamiento donde no hay espacio para elementos fundamentales como la historia, la reconstrucción etiopatogénica y la dimensión carencial y traumática. Además, no es posible poner un síntoma en correlación simplemente con el comportamiento de los familiares ya que el paciente no es una marioneta que sus padres manejen a su antojo. En el caso del trastorno alimenticio, por ejemplo, hemos podido ver que chicas diferentes reaccionan de forma muy diversa ante situaciones familiares también muy variadas (Selvini Palazzoli et al., 1998) incluso con un síntoma de base que es siempre el mismo. Se puede hacer una observación análoga con la drogodependencia (Cirillo, Berrini, Cambiasso y Mazza, 1996).

Así fue como en los años noventa, con la aportación de muchos colegas internos del equipo o externos que citaremos, empezamos a integrar la dimensión evolutiva individual en el modelo sistémico, llegando a los cuatro tipos de anoréxicas descritas en *Ragazze anoressiche e bulimiche* [*Muchachas anoréxicas y bulímicas*] (Selvini Palazzoli et al., 1998). Y para recuperar al mismo tiempo la dimensión individual y la evolutiva sin salir de un contexto relacional, la teoría del apego resultará valiosísima.

Los seminarios de Grazia Attili (2007) fueron muy importantes para nuestra escuela de psicoterapia. Por otra parte, en esos años la teoría del apego empezaba a influir en sectores menos constructivistas de la terapia sistémica (véase la interesante reconstrucción histórica de Bruni y De Filippi, 2007, pp. 197-206). En el extranjero el trabajo de Doane y Diamond (1994) y el de Byng-Hall (1995) creaban escuela. En Italia, Onnis alentaba en la revista *Psicobiettivo* una comparación entre el enfoque cognitivista y el sistémico familiar en el que participábamos también nosotros (Sorrentino, 2000), y en el 2002 organizó un congreso en Roma que confrontó a Grazia Attili (2010) con cognitivistas, psicoanalistas y sistémicos (Onnis, 2010). Pero ya en el año 1996 la teoría del apego había tenido influencia en la investigación del grupo de Cirillo sobre la familia del drogodependiente (Cirillo et al., 1996, p. 52) y en la de Mara Selvini sobre la anorexia (Selvini Palazzoli et al., 1998, pp. 90-93, 117).

## Integrar la Teoría del Apego y las Investigaciones sobre los Traumas

En nuestro campo, que era cada vez más complejo, necesitábamos la “navaja de Ockham”, es decir, la teoría más simple posible. Para que la investigación etiopatogénica sirviese de apoyo a una hipótesis diagnóstica hacía falta, como decíamos, una teoría que fuese estructuralmente tanto individual como relacional. Por este motivo nos pareció que en adelante el mejor instrumento sería la teoría del apego, mientras aprovechábamos para redimensionar el psicoanálisis: demasiado oscuro, contradictorio e individualista precisamente en sus bases. Obviamente necesitamos conocer el psicoanálisis puesto que la mayor parte del saber psicoterapéutico proviene de ahí. Sin embargo, debemos utilizarlo solo como fondo para nuestras reflexiones, considerándolo dentro de la propia aportación cultural fundamental parte integrante de la teoría de la mente que casi todos comparten.

Al reflexionar sobre el funcionamiento de nuestro paciente empezamos a preguntarnos, siguiendo la teoría del apego, cómo aparecen sus dimensiones internas en la interacción con nosotros y con sus interlocutores. Nos preguntamos ahora cuáles son los MOI (Modelos Operativos Internos) de nuestros pacientes. ¿Pertenecen al estilo ansioso, ambivalente o evitativo? ¿Por tanto el terapeuta deberá ser directivo o no directivo? ¿Hay elementos tanto evitativos como ambivalentes? ¿Hay indicios de una historia de vínculos primarios atemorizados y atemorizantes? En caso afirmativo, nos dirigimos hacia una hipótesis de desorganización del apego y de la personalidad. Y este diagnóstico guiará nuestra terapia hacia la integración de partes de la persona que conviven en escasa armonía. Además, nos preguntamos cómo han nacido estas partes (Selvini, Sorrentino y Gritti, 2013). ¿De qué experiencias negativas o de qué defensas/técnicas de supervivencia surgen? ¿El paciente ha recibido respuestas apropiadas a sus exigencias de desarrollo o ha experimentado carencias y traumas? ¿Estamos ante una organización defensiva post-traumática? A este respecto consideramos indispensable tener presentes las investigaciones sobre las adaptaciones post-traumáticas, entre las que es fundamental el texto de Herman *Guarire dal trauma [Trauma y recuperación]* (1992), que las describe en los siguientes términos: *Fight*: hipervigilancia; *Flight*: disociación; *Frozen*: congelamiento depresivo. Nosotros creemos que se debería añadir “sumisión”, estropeando por desgracia la estética de la triple F., aunque podemos considerar la sumisión como una variante del congelamiento en cuanto a intento de superar el bloqueo y aún más como variante eficaz de la parentificación (Selvini, 2014a). ¿En nuestro paciente, cuál es la combinación/integración defensiva de estas técnicas de la resiliencia?

Las investigaciones y reflexiones recientes acerca de la disociación (véase por ejemplo Van der Hart, 2006) desde el punto de vista del apego son mucho más claras y utilizables que las construcciones psicoanalíticas tales como la negación, la escisión, la represión, etc., lastradas por antiguas confusiones pulsionales y basadas en teorías evolutivas ampliamente superadas (las fases preedípicas y las etapas del desarrollo psicosexual, Attli 2007, p. 150). Tal y como sostenía Onnis (2010, p. 22),

la teoría del apego ayuda a la investigación sistémica a encontrar una base sólida en el estudio de los traumas y de las experiencias infantiles adversas.

### **Inventar Nuevas Conclusiones para las Primeras Sesiones**

En las primeras sesiones familiares pudimos constatar que, más allá de la fórmula genérica sobre las disfunciones familiares, incluso las intervenciones/interpretaciones (hipótesis sistémica, Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980) sobre los problemas en la familia, compatibles con los síntomas del llamado paciente identificado, a menudo no obtenían una acogida positiva, incluso independientemente de su agudeza y pertinencia y de la modalidad empática con la que eran formuladas.

Una de las explicaciones posibles es que solo tiene sentido hablar a quien es capaz de escuchar, y la premisa necesaria para la acogida de reconstrucciones similares es que la familia vea que el paciente sufre, y acepte que, en cierto modo, todos tienen algo que ver con este sufrimiento. Muy a menudo estas condiciones no se daban en la primera sesión. El denominador común era más bien el de la dificultad de los familiares para ver al paciente como quien realmente era, con sus límites y su malestar, y que el síntoma trataba de controlar y compensar (véase el artículo de Selvini de 1993 sobre el desconocimiento de la realidad). Así pues, decidimos, tal y como decíamos anteriormente, que una valoración rápida por nuestra parte del área más evidente del apego, especialmente cuando es muy evidente, nos puede ayudar a dar a la familia o al mismo paciente una explicación psicológica inicial del problema que nos presenta (Berrini y Sorrentino, 2011).

### **El caso de Francesco**

Nos encontramos por ejemplo ante Francesco, un adolescente mutista y bloqueado con importantes obsesiones dismorfofóbicas (se atormenta con el pensamiento angustioso de que una de sus piernas es más corta que la otra), aislado, sin amigos, que acude como un fantasma al último curso del instituto, sus notas siguen siendo buenas. El sustrato evitativo es evidente. Nuestra primera devolución/explicación psicológica puede subrayar que Francesco se ha encerrado en sí mismo, atrapado por la desconfianza de que los demás (amigos o familiares) puedan serle de ayuda/consuelo, y cuenta solo con sus propios recursos, por lo que se siente aterrorizado al pensar que algo en él pueda no ser perfecto. ¿Pero cómo ha aprendido esta triste y agotadora visión del mundo que subyace en su modelo operativo interno (MOI)? ¿Cuáles han sido las uniones que le han llevado por este camino y cómo se han entrelazado con los de su familia? De esta manera, empezando a examinar cuánto son capaces de “ver” a Francesco tanto los familiares como el propio paciente, de pensar en él no según estereotipos culturales o biológicos, sino en términos psicológicos y evolutivos, podemos empezar a construir con paciencia la alianza terapéutica.

Este planteamiento de la primera sesión es coherente con el uso de la teoría del

apego y de las investigaciones sobre la personalidad; permite individuar los rasgos clave que presenta el paciente, y permite describirlos y devolverlos en un clima de construcción de sentido, para llevar finalmente a una modificación de las técnicas básicas de conducción de las sesiones (Selvini, 2008). Evidentemente se pueden pensar devoluciones análogas cuando se presente de forma clara una personalidad de rasgos ambivalentes: “¿Cómo es posible que esta chica pida ayuda desesperadamente pero luego no sea capaz de conseguir ningún alivio?” (véase Camisasca, Miragoli y Di Blasio, 2014).

### **El Diagnóstico del Apego como Guía al Iniciar la Alianza Terapéutica**

Para usar el diagnóstico de la personalidad del paciente como guía cuando nos hacemos cargo del caso, hemos visto que es necesario partir del nivel de clasificación más simple: el diagnóstico del apego. Después, durante el tratamiento, poco a poco haremos más complejo y específico el cuadro de esa particular subjetividad de la persona a la que tratamos (Berrini y Sorrentino, 2011). Por lo tanto, queremos reiterar que desde la primera entrevista es útil atribuir a nuestro paciente un estilo ambivalente o uno evitativo. Incluso si nos encontráramos ante formas desorganizadas del apego es posible identificar, de manera hipotética, una dimensión predominante, aunque aparezca solo de forma sutil. Attili (2007) se refiere a esta clasificación hablando de apego desorganizado ansioso ambivalente o de apego desorganizado evitativo.

La manera de presentarse a sí mismo en la relación tanto con los demás como con el terapeuta, que se remonta a las estructuras mentales relacionadas con el apego, es un hecho macroscópicamente evidente en la mayoría de los casos. Por ejemplo, una chica con una obesidad desfigurante que en la sesión agrede con insultos a unos padres silenciosos y avergonzados, al ser abordada con tranquila firmeza y empatía por su mal disimulada desesperación, no tarda mucho en llorar, y esto es mucho más comprensible para sus padres como señal de sufrimiento. El joven que con la mirada perdida en el vacío se declara incapaz de sentir emociones y deseo y vive, por tanto, una vida bloqueada, en un limbo sin opciones ni decisiones de ningún tipo, abandonando su prestigiosa carrera porque no se siente capaz, demuestra con su retirada la anhedonia, la inaccesibilidad, la propia base autárquica que ahora lo encarcela y exaspera a sus seres queridos.

Esta clasificación simple remite a unas pautas a seguir: el paciente ambivalente necesitará sobre todo guía y contención (*mastering*) antes que empatía; el evitativo se beneficiará de la acogida y la bondad (*mirroring*). De hecho, con el primero es más fácil entrar en contacto pero la relación terapéutica debe servir enseguida de brújula, debe mostrar una dirección. Con el segundo, sin embargo, hay que superar un cierre, una falta de confianza básica, y entrar en contacto es un objetivo fundamental. Con los sujetos narcisistas y antisociales, donde los aspectos de la desorganización traumática se esconden detrás de una máscara fría y desdeñosa, la actitud de acogida sería ridiculizada. Con estos es posible utilizar un contacto inicial

basado en el desafío para poder acceder después a la apertura empática, cuando la máscara defensiva se haya aflojado.

Pensando en nuestra experiencia, el desafío se refiere al contexto de la terapia familiar, donde las personalidades narcisistas y antisociales llegan a menudo como familiares “acompañantes sanos” de hijos o cónyuges pacientes. Hacerlos entrar en crisis forma parte entonces de una estrategia fundamental de protección del paciente, de ataque a su liderazgo patológico, dentro de las estrategias sistémicas clásicas de la “equiparación” de las responsabilidades del paciente con las de los otros miembros de la familia.

El narcisista puede convertirse en demandante solo cuando ha sufrido una confrontación seria, el antisocial cuando está contenido (Cirillo, 2013). Sin embargo, el desafío no es la estrategia de acceso que preferimos en estos casos; lo será más bien la de valorar las partes mejores del paciente (es decir, recurrir a la llamada “connotación positiva”) (Telfener, 2006). La dimensión de la cooperación ofrecerá las pautas para la construcción de la alianza terapéutica, si bien con los pacientes narcisistas y antisociales no se debe caer en el ciclo disfuncional de la sumisión, lo que les permite dominarnos: se propondrán aspectos de desafío concretos como técnica de participación o cuando se haya consolidado una relación positiva. Es más que probable que el mismo concepto clásico de “connotación positiva” se inventase en los años de *Paradossal e Controparadossal [Paradoja y Contraparadoja]*, (Selvini Palazzoli et al., 1975) para no entrar demasiado pronto en simetría con pacientes y familiares muy evitativos (a menudo narcisistas).

### **Una Guía para las Hipótesis no Encarceladas en el Aquí y Ahora**

Desde el punto de vista del terapeuta familiar, un primer uso de la teoría del apego se presenta cuando se propone el propio apego como mapa inferencial que le ayuda a suponer no solo el desarrollo del paciente, sino también los problemas de su crianza y las reacciones del cuidador.

#### **De nuevo el caso de Francesco**

Volviendo al ejemplo de Francesco, el adolescente mutista y bloqueado que va a terapia obligado por una madre que se declara atenta y preocupada, podríamos suponer, después de una investigación exhaustiva sobre la historia de la organización defensiva del joven, que la atención materna ha debido tener en el pasado, durante el desarrollo del niño, importantes fallos como para hacer que el hijo entrara en la modalidad “hacerlo solo” que ahora lo encarcela. ¿Cómo así esta mujer, que ahora muestra una capacidad de sana preocupación, puede haber fallado en su tarea de ofrecerle una base segura que lo iniciase en una exploración apacible del mundo, pudiendo contar con su comprensión? ¿Qué le ha sucedido a esta madre? Las respuestas que surgirán de la historia de su vida deberán darnos una respuesta exhaustiva.

Por ejemplo, será esclarecedor saber que la mujer es hija de una paciente

psiquiátrica, infantil y demandante, en la que nuestra madre nunca ha podido apoyarse ni siquiera durante su infancia. También nos sorprenderá constatar que el marido, por otra parte un buen profesional, se comporta de una forma que no concede a la mujer un apoyo y una intimidad, permitiéndose en el ámbito doméstico “comentarios” denigrantes y agresiones hacia sus hijos, a los que considera sus contrincantes en su derecho pretencioso de poseer todas las atenciones de su mujer. Ésta, por su parte, siempre ha esperado que sus hijos se las apañaran, soportando el “fastidio” de las malas palabras del padre, sin defenderlos, casi actualizando la expectativa inconsciente de su pasado de que a cada uno nos toca soportar a un padre loco.

Naturalmente, estos datos nos habrían interesado de todos modos, incluso sin el énfasis que el tema del apego nos permite hacer; a saber, que la madre ha ofrecido a su hijo un apego evitativo habiendo tenido que desarrollar ella misma un apego evitativo con una madre poco responsiva, apego que ha mantenido hacia su marido, con el cual no ha desarrollado ninguna experiencia de complicidad. Tal vez habríamos tardado en hacer preguntas cuyas respuestas nos han iluminado tanto a nosotros como a ella misma, dándole una idea de sus incapacidades y sugiriéndole estrategias de cambio, y no habríamos ido más allá de su actitud de sana preocupación, demonizando la figura del padre como la más patogénica, sin justificar al paciente, a la propia mujer y al marido los comportamientos no protectores de la madre, puestos en práctica por la convicción de que el chico tuviese un poco “de cuento”, con su bloqueo y su depresión. Habríamos profundizado en su “ser madre”, “considerando oro todo lo que reluce”, sin ayudarle a reencontrarse a sí misma antes de empujarla a estar cerca de su hijo. En este caso ella habría hecho los deberes como una alumna aplicada, pero sin esa autenticidad que ahora le empuja a poner en duda su propia competencia (Selvini y Sorrentino, 2010).

Este caso demuestra a la perfección cómo la teoría del apego ofrece una base útil en la investigación de la etiopatogenia, y una complejización indispensable para terapeutas “demasiado sistémicos”, es decir, hiperrelacionales, como por ejemplo Watzlawick (Watzlawick et al., 1967) en su clásico *Pragmatica della comunicazione [Teoría de la comunicación humana]* o como son a día de hoy los llamados postmodernos constructivistas, narrativistas (White, 1992) o solucionistas (De Shazer, 1985). Modelos que se centran exclusivamente en el aquí y ahora, en las soluciones probadas, en la función homeostática del síntoma y anulan/ignoran la dimensión evolutiva del paciente.

### **Los Recursos del Sistema: el Terapeuta no es solo una Base Segura, sino que Trabaja para Reactivar una Red de Bases Seguras**

El resultado de una buena fase de consulta, que ocupa las primeras entrevistas y las primeras sesiones de consulta de una terapia familiar, es una dimensión de reconocimiento y aceptación compartida por todos los miembros de una familia del entrelazarse de las historias y los sufrimientos de cada uno. Solo sobre esta base es

possible plantear el difícil trabajo del cambio.

### **El tratamiento de Francesco**

En el caso de Francesco, el joven autárquico, se ayudó a la madre con empatía a comprender la raíz de los sentimientos distanciantes que albergaba hacia sus hijos y hacia el marido, llamando su atención sobre cómo reaccionaba a los signos evidentes de su malestar al minimizarlos y alejarse con la convicción de haberlos mimado con sus cuidados puntuales. Durante las sesiones, esta madre pudo darse cuenta de que se había dedicado siempre a la buena marcha de la casa y de hecho había garantizado a la familia un nivel de vida normal. Sin embargo, había sido poco empática tanto con la hija mayor, ansiosa y enfermiza, como con el marido, a cuyas pretensiones se sometía como quien da la razón a un loco, considerándolo más un paciente que un compañero y un interlocutor. O con el hijo varón, que había crecido en silencio junto a ella sin dar problemas aunque solo y encerrado en sí mismo, y que ahora le pasaba factura con su angustia bloqueante. Por otra parte, y pese a las resistencias iniciales, se ayudó al padre a dar importancia a una infancia difícil, de penurias y abandono, que él definía como “formativa”, mostrándole que esta era la raíz de sus actitudes despectivas hacia los hijos y de sus pretensiones compensatorias hacia su mujer, lo que le ayudó a calmarse gracias también al uso de fármacos para corregir un grave problema de insomnio que lo atormentaba, herencia de una adolescencia de tensión, y que por supuesto no ayudaba a que tuviera un carácter más fácil.

Su aceptación del rol de paciente en vez del de hombre duro, padre de un hijo “flojo”, ayudó al adolescente a percibirse a sí mismo como un sujeto con derechos y no solo con culpas, y también a tomar conciencia de la gran rabia que guardaba dentro sin atreverse a ponerle nombre. Con poquísimas palabras, levantando la mirada que siempre apuntaba hacia abajo y mirando a su padre a la cara, Francesco, con la ayuda de su hermana, consiguió cuestionarlo por los estúpidos y crueles episodios de los que había sido víctima (Selvini y Sorrentino, 2010).

El recurso fundamental del enfoque familiar/sistémico viene precisamente de la fuerza transformadora de no tener que depender solo de la relación paciente-terapeuta, sino de poder confiar en un conjunto de bases seguras: el equipo terapéutico es un punto de referencia tanto para el paciente como para los padres y hermanos, apostando por procesos de acercamiento y reconciliación que produzcan una verdadera red de apoyo emocional. Se trata de una forma de actuar totalmente opuesta a recurrir a un terapeuta individual que, a menudo, corre el riesgo de recibir por parte de los padres del paciente una obligación implícita de ser un padre mejor que ellos, arriesgándose a desencadenar peligrosos conflictos de lealtad y/o devaluando a los familiares (Selvini, 2014b).

Veamos una aplicación específica en el caso de Francesco. Al finalizar la fase de consulta valoramos que invertir en el padre en lugar de la madre, como factor de cambio a largo plazo, habría tenido menos eficacia y menos lógica con la organi-

zación natural del sistema familiar. De hecho, la madre era emocionalmente el único progenitor; el padre únicamente había sido capaz de aceptar adoptar una dimensión menos destructiva y competitiva hacia su hijo, pero su capacidad de apoyarle, ayudándole empáticamente a expresarse, era muy modesta. Así pues, aceptamos que los dos hombres se evitasen en una primera fase, con la esperanza de inducir al hijo a comprender la disfunción paterna para acercarse a él con una modalidad menos reactiva y sufridora en una fase posterior del tratamiento.

En una primera evaluación, la estructura de la personalidad del padre parecía más difícil de modificar respecto a la del hijo dados los núcleos narcisistas. La estructura de personalidad del hijo estaba aún sin consolidar, teniendo en cuenta su corta edad y la dependencia que mostraba de aceptar aún a la madre. El eje principal de la terapia fue la modificación de la relación con la madre. Ayudando a la señora a ofrecer al hijo un apoyo sensible y responsivo, defendiéndolo de los ataques paternos cuando fuese necesario, y animándolo a apoyarse y a hablar sobre sus propias angustias, le estaría ofreciendo una base segura.

Durante este trabajo la señora contó con el apoyo de la coterapeuta, supervisora, mientras que el paciente utilizó entrevistas individuales con el terapeuta directo que le ayudó a abrirse hacia una figura “paternal” menos comprometida. La dimensión evitativa del joven se ponía así en entredicho, junto con la dimensión evitativa de la madre, que no estaba acostumbrada a darse prioridad. Las sesiones individuales con ambos no fueron muy frecuentes, respetando sus esfuerzos para aceptar la implicación. Los temas que se trataban con la madre, además de su historia personal con su familia de origen, tenían que ver con la peculiar dimensión dismorfofóbica que presentaba el hijo y su origen en la relación con ella. Llamaba de hecho la atención la constante justificación de la señora respecto a sus decisiones, por ejemplo en el ámbito matrimonial, relacionadas con lo guapo que era su marido, o su intolerancia hacia el novio de su hija por ser feo y poco saludable. En su escala de valores la belleza y el aspecto físico tenían mucha importancia, al contrario de lo que pudiera parecer a simple vista, ya que era una mujer culta y reservada, muy poco dada a la exhibición en sus maneras, su ropa o su estilo. Ella consideraba que tanto el paciente como el padre (y ella misma) eran guapos, mientras que consideraba a la hija poco agraciada. Esta, efectivamente, era presa desde su más tierna infancia de un trastorno de ansiedad generalizado con muchas somatizaciones que habían comprometido su florecimiento juvenil incluso en el aspecto. Sobre un terreno como este, la obsesión dismorfofóbica del hijo adquiría matices cargados de significado.

El origen de este énfasis en la belleza estaba curiosamente relacionado con la única complicidad que la señora había tenido con su propia madre, con la que compartía la costumbre de juzgar a las personas, su valor y su capacidad en base al criterio infantil de cuánto pareciesen guapos, cuidados y bien parecidos. Reflexionar sobre estos temas, sobre cuánto había buscado una cercanía y una dependencia de su madre, contentándose con complacerla en las expresiones infantiles de su

narcisismo, ayudó a la señora a acercarse al hijo con una conciencia más reflexiva y sensible a las necesidades de “buena apariencia” del joven, necesidades que ella misma le había inculcado.

Este caso pone de manifiesto cómo a través de los recorridos paralelos la terapia familiar puede favorecer, ofreciendo contención, confrontación y reflexión, una recuperación de los apegos naturales, ayudando a las personas a liberarse de los problemas y de los vínculos inconscientes que les impiden criar hijos sanos, incluso con un estilo peculiar. En otros términos, el terapeuta familiar activa las uniones naturales, limitándose a dar un apoyo sustitutivo solo cuando falten los recursos del sistema (Selvini y Sorrentino, 2010).

### Las Cinco Reorganizaciones del Apego

Estudios recientes en población no clínica calculan que hay entre un 15 y un 20 % de sujetos con un apego desorganizado y este porcentaje sube al 50-80 % en la población de pacientes en tratamiento (Monticelli, Panchieri, Armovidi y Liotti, 2008, p.45). Así pues, es altamente probable que una gran parte de nuestros pacientes presente esta matriz en la historia evolutiva. Liotti, siguiendo a Lyons-Ruth y sus colegas (2009), concibe la desorganización como una fractura, es decir, como un estado subjetivo de angustia elevada en el dilema miedo-necesidad respecto a la(s) figura(s) de referencia: una especie de ambivalencia angustiada imposible de soportar. Los históricos conceptos de defensa pueden ser reinterpretados como una necesidad de encontrar una vía de escape a experiencias insopportables. Lyons-Ruth y otros investigadores del apego han individuado dos estrategias fundamentales para retomar el control, es decir, para reorganizar la desorganización:

1. *La estrategia protectora: el salvador.* Se trata de la clásica inversión de los roles; el niño se convierte en su propio abuelo al ser él el padre de su propio padre/figura de referencia. Es evidente que el hecho de que predomine esta decisión existencial conducirá a la pseudoidentidad en los típicos cuadros desorganizados de tipo parentificado, en los que la reorganización suele estar entrelazada con la reorganización basada en la sumisión (Selvini, 2014a).
2. *La estrategia punitiva: el verdugo.* El niño se convierte en tiránico/dominante sobre la figura de referencia. Encontramos esta reorganización sobre todo en los cuadros *border* (el vértice “verdugo” del triángulo dramático), pero también puede ser una de las bases de la personalidad antisocial o narcisista. El niño aprende a combatir el miedo haciéndose “el malo”, “el duro”.

Estas reorganizaciones pueden ir cambiando con el tiempo y sumándose unas a otras. Por ejemplo, la chica obesa de la que hablábamos anteriormente, que insultaba a sus padres en la sesión, mostraba en el momento de la consulta un evidente intento de asumir la modalidad tiránica, pero su historia evolutiva hablaba

de una personalidad con importantes rasgos parentificados. Hija de una mujer cuyo padre, suicida, la había dejado siendo adolescente al cuidado de una madre hiper crítica y fría, había soportado desde que inicio la escuela primaria (periodo en el que comenzó el sobre peso) sus crisis hipocondríacas y los ataques de pánico, tomándole la tensión, llevándole las medicinas, intentando hacerle entrar en razón como una buena enfermera. Ahora, sin embargo, era presa del pánico ante la idea de acudir al médico para controlar los riesgos de su grave sobre peso. Alternaba el pánico con comportamientos intimidatorios de ataque a su madre, que cedía subordinándose a sus exigencias sin mostrar ninguna autoridad. La paciente negaba sus propios problemas y se retiraba a la esfera doméstica, donde dominaba. Al mismo tiempo, quería huir de casa y hacía planes para estudiar en el extranjero, planes que luego su padre frustraba. A pesar de que la situación era precaria, decidimos apoyar a los padres para que alentasen la maniobra de emancipación con buenos resultados: la joven se tranquilizó al comprobar que sus recursos funcionaban y perdió sesenta kilos en un año.

A estas dos estrategias fundamentales Liotti (Liotti y Monticelli, 2008) añadió otras tres:

3. *La estrategia de la sumisión: la víctima.* El niño puede aprender que para controlar a la figura de referencia y hacerla así menos amenazadora y más previsible, le funciona ponerse totalmente “a sus órdenes” en un estado de complacencia/sumisión absoluto. Esta idea nos llama mucho la atención porque resuelve una gran contradicción que nos atormentaba en la descripción del tipo “dependiente-simbiótico” (Selvini, 2008). En efecto, la experiencia clínica a menudo no confirmaba en absoluto la presencia de un contexto de aprendizaje hiperprotector; por el contrario, encontrábamos historias de graves carencias al límite del maltrato. Al mismo tiempo, para estos casos también hemos encontrado en la literatura la referencia a una crianza de tipo autoritario. Así, hemos asumido la existencia de dos tipos de personalidades dependientes, tan diferentes entre ellas que hacen dudar seriamente de la sensatez de conservar un término único. De hecho, el niño y el adulto sumisos parece más bien que nos remiten al origen de un rasgo masoquista o pasivo agresivo, es decir, a una identidad basada en la sumisión a la voluntad de una figura de referencia amenazante. Por lo tanto, debemos distinguir bien entre la incapacidad de pensar y obrar por uno mismo sobre la base de una infantilización provocada por una crianza hiperprotectora y la misma incapacidad construida sobre la base de la estrategia de sumisión a una referencia poco fiable/amenazante. Algunos ejemplos importantes de esta casuística aparecen en los casos de protección y maltrato para los cuales es necesario consultar Cirillo (2005).
4. *La estrategia seductora: el manipulador.* La referencia aquí es a una estrategia clásica en la historia de la psicoterapia, la utilizada por las famosas niñas histéricas de Freud, rebautizadas como histriónicas. Se trata

de niñas temerosas por no ser vistas, que buscan llamar la atención con estrategias activas de implicación excesiva de la figura de referencia (usando la seducción, el exhibicionismo e incluso el malestar y la enfermedad). Tenemos cuidado de no negar que estas niñas son, en muchos casos, principalmente víctimas de abusos. Sin embargo, la idea de este tipo de reorganización nos ayuda a suponer un papel activo por su parte, precisamente sobre el terreno específico de la búsqueda de atención.

5. *La estrategia autárquica: el autosuficiente.* Se trata de la estrategia que Liotti define como el “desapego del apego”, es decir, los apegos fuertemente evitativos que nos llevan al trasfondo de las personalidades obsesivas, esquizoides o paranoides, pero que a menudo podemos encontrar presentes de forma inestable en los cuadros psicóticos: si mi figura de referencia me da miedo la borro, prescindiré de ella. Es evidente la conexión entre estas estrategias y muchos problemas de confianza en los demás.

Si retomamos el ejemplo del joven con la mirada perdida en el vacío, incapaz de sentir o de planear su propia vida, encontramos un válido ejemplo de esta reorganización que empieza, en este caso, en la segunda infancia. Es entonces cuando la madre atraviesa un periodo de depresión grave a causa de dos eventos trágicos: la detención del hermano menor en un país del tercer mundo y una dolorosa enfermedad articular que le bloquea. La mujer triste no se siente comprendida por el marido, enfadado con la familia de ella por las críticas injustas que reciben por parte de los hermanos de la mujer, y tampoco muestra empatía por su sufrimiento físico, juzgándolo como somatización. El clima familiar alrededor del niño se carga de repente de tensión, con la madre que desaparece y evita sin dar explicaciones la interacción con él, y el padre que arma escándalos agrediéndola, poco protector con los niños. Aquí se originó la defensa autárquica que ahora lo encarcela. También en este caso el recurso resulta ser la madre, que hace de conexión y pone a los terapeutas en condiciones de dar un significado a lo que está ocurriendo y de poder así devolver al paciente el sentido de su estado de ánimo.

Este simple modelo de cinco tipos de reorganización nos parece clínicamente muy útil, sobre todo para restablecer el concepto clásico de defensa sobre una base más etológica. Además, nos ayuda a ver con más claridad los posibles recorridos evolutivos que llevan a los diferentes tipos de trastornos de la personalidad, (Selvini, 2014b). Por último, señala un punto importante en la continuidad histórica de la investigación sistémica; la idea de la desorganización del apego, de hecho, surge como una excelente concreción clínica de la histórica intuición de Bateson (1972) del doble vínculo que describía a un paciente colocado en una posición sin salida recibiendo mensajes contradictorios e incompatibles en un contexto que no permite escapar (Selvini, 2008; Onnis, 2010).

## Conclusiones

La teoría del apego puede ser una guía útil pero no debe convertirse en un “pensamiento único”. Lo que hemos intentado mostrar con los ejemplos clínicos es una forma de pensamiento clínico complejo que funciona de manera multifocal, para ir y venir entre siete enfoques distintos: 1) el tipo de solicitud de ayuda, 2) la psicopatología, 3) el diagnóstico/hipótesis sistémico/a, 4) la evaluación del apego, 5) el diagnóstico de la personalidad, 6) la reconstrucción del recorrido trigeneracional, 7) las emociones del terapeuta (Selvini, 2008; Sorrentino, 2012). Esta forma de pensar nos permite volver a introducir la diádica y tratar el trauma, especialmente en su dimensión de trauma del desarrollo (Liotti y Farina, 2011). Así podremos enfocar junto al individuo estratégico que juega cierto juego, al individuo que sufre y que trata de sobrevivir a sus crisis existenciales y a las de sus familiares (Cirillo y Selvini, 2013).

## PUBLICADO ANTERIORMENTE EN:

Attaccamento e Sistemi Complessi (Attachment and Complex Systems), Vol. 2, n.1, enero 2015, pp, xxxxx

ISSN 2283-8279-c) 2015 ScioneEditoreRoma

Cedido para su publicación en este monográfico por los autores y la editorial

Traducción: **Nerea Hernando Mújica**

## Referencias bibliográficas

- Attili, G. (2007). *Attaccamento e costruzione evoluzionistica della mente. Normalità, patologia, terapia*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Attili, G. (2010). Storia e sviluppi della teoria dell’attaccamento. En L. Onnisi (Ed.), *Legami che creano, legami che curano* (pp. 45-65). Turín, Italia: Bollati Boringhieri.
- Bateson, G. (1972). Steps to an Ecology of Mind. (Trad. It) *Verso un’ecologia della mente*, Milán, Italia: Adelphi.
- Benjamin, L. S. (1999). *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi della personalità*. Roma, Italia: LAS.
- Bruni, F. y De Filippi, G (2007). *La tela di Penelope*. Turín, Italia: Bollati Boringhieri.
- Byng Hall, J. (1998). *Le trame della famiglia: Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Berrini, R. y Sorrentino, A. M. (2011). I colloqui di presa in carico nella terapia individuale relazionale-sistematica. *Terapia Familiare*, 95, 5-17.
- Camisasca, E., Miragoli, S. y Di Blasio, P. (2014). Strategie di coping e copingefficacy nei bambini esposti al conflitto genitoriale: Il ruolo dell’attaccamento. *Attaccamento e Sistemi Complessi*, 1(1), 91-111.
- Cirillo, S. (2005). *Cattivi genitori*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Cirillo, S. (2013). Autonomía e dependencia: Due términos que se oponen. *Terapia Familiare*, 102, 15-34.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1996). *La famiglia tossicodipendente*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Cirillo, S. y Selvini, M. (2013). Teoria e pratica delle terapie familiari. En F. Del Corno y M. Lang (Eds.), *Elementi di psicología clínica*. Milán, Italia: Franco Angeli.

- De Shazer, S. (1986). *Le chiavi per la soluzione in terapia breve*. Roma, Italia: Astrolabio.
- Doane, J. A. y Diamond, D. (1995). *Affetti ed attaccamento nella famiglia. Trattamento familiare dei più gravi disturbi psichiatrici*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Framo, J. L. (1965). Intensive Family therapy: Theoretical and practical aspects. (Trad. it. G. Beltrami Gadola). En I. Boszormeny-Nagy y J. Framo (Eds.), *Psicoterapia intensiva della famiglia*. Turín, Italia: Boringhieri.
- Framo, J. L. (1992). Family-of-origin therapy: An intergenerational approach (Trad. It. P. Bertrando). En R. Cortina (Ed.), *Terapia intergenerazionale. Il lavoro con le famiglie di origine*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Herman, J. L. (1992). Trauma and Recovery. *Il guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Roma: Edizioni Magi.
- Liotti, G. y Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. y Monticelli, F. (Eds.) (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M. R. y Bianchi, I. (2009). Il legame tra disorganizzazione dell'attaccamento in età infantile e dissociazione in età adulta. En R. Williams (Ed.), *Trauma e relazioni* (pp. 313-343). Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Monticelli, F., Panchieri, L., Armovidi, C. y Liotti, G. (2008). Dinamiche motivazionali e psicopatologia. En G. Liotti y F. Monticelli (Eds.) *I Sistemi Motivazionali nel dialogo clinico: Il manuale AIMIT* (pp. 43-63). Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Onnis, L. (2010). Introduzione. En L. Onnis (Ed.), *Legami che creano, legami che curano* (pp. 9-40). Turín, Italia: Bollati Boringhieri.
- Ricci, C. y Selvini Palazzoli, M. (1984). Interaction complexity and communication. *Family Process*, 23, 169-176.
- Selvini, M. (1993). Psicosi e misconoscimento della realtà. *Terapia Familiare*, 41, 45-46.
- Selvini, M. (2003). Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente. *Terapia Familiare*, 73, 5-33.
- Selvini, M. (2008). Undici tipi di personalità – L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso. *Ecologia della mente*, 31(1), 29-55.
- Selvini, M. (2014a). Verso un modello evolutivo individuale/sistemico dei disturbi della personalità. *Psicobiettivo*, 2, 46-58.
- Selvini, M. (2014b). L'integrazione della diagnosi di personalità e dei funzionamenti post-traumatici nel pensiero sistemico. *Ecologia della Mente*, 37(1), 49-59.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Milán, Italia: Cortina.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Ipotizzazione, circolarità, neutralità: Tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 7, 7-19.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1988). *I giochi psicotici della famiglia*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (1988). *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Selvini, M. y Sorrentino, A. M. (2010). Riattivare l'attaccamento. En Onnis (Ed.), *Legami che creano, legami che curano*. Turin, Italia: Bollati Boringhieri.
- Selvini, M., Sorrentino, A. M. y Gritti, M. C. (2012). Promuovere la resilienza "individuale-sistematica": un modello a sei fasi. *Psicobiettivo*, 32, 32-51.
- Sorrentino, A. M. (2000). Teoria dell'attaccamento e psicoterapia familiare. Come ci siamo avvicinati alla teoria dell'attaccamento. *Psicobiettivo*, 20(3), 37-47.
- Sorrentino, A. M. (2012). L'incontro terapeutico e gli interrogativi diagnostici: un'esperienza di reciprocità. *Terapia familiare*, 99, 35-53.
- Telfener, U. (2006). *Ho sposato un narciso. Manuale di sopravvivenza per donne innamorate*. Roma, Italia: Castelvecchi.
- Ugazio, V. (1984). Oltre la teoria dell'attaccamento. En H. R. Schaffer (Ed.), *L'integrazione madre-bambino* (pp. 13-48). Milán, Italia: Franco Angeli.
- Var der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S. y Steele, K. (2006). *The haunted self. Fantasmi nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milán: Raffaello Cortina.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. y Jackson, D. D. (1967). Pragmatic of human communication *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*. Roma, Italia: Astrolabio.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione. Proposte cliniche*. Roma, Italia: Astrolabio.