

CENTRALIDAD DE LA ÓPTICA EVOLUTIVA EN EL COGNITIVISMO CLÍNICO POST-RACIONALISTA Y NUEVOS ARGUMENTOS EXPLICATIVOS DE LA PSICOPATOLOGÍA INFANTIL

Furio Lambruschi

Università di Siena. Italia

Inspired by the work of Vittorio Guidano and Patricia Crittenden this article develops clinical and therapeutic applications of theory of attachment to children's specific developmental problems

Key words: Attachment theory, Internal Working Model, Postrationalism, Cognitive Therapy; Developmental Psychology.

1. INTRODUCCIÓN

Como es sabido, el desarrollo post-racionalista más reciente del enfoque clínico cognitivista describe el ser humano, los procesos psicopatológicos y los mecanismos de cambio psicoterapéutico, poniendo gran énfasis en dos aspectos fundamentales: la dimensión *organizativa*, o mejor auto-organizativa, del sistema cognoscitivo humano y la visión *evolutiva* del Sí mismo.

A diferencia del primer cognitivismo de carácter racionalista (Ellis, 1962; Beck, 1976), la evaluación y la intervención ya no se orientan hacia creencias específicas, normas o esquemas cognitivos disfuncionales; el ser humano es entendido como un sistema cognoscitivo complejo que ordena constantemente la realidad que le circunda, un conjunto jerárquicamente organizado de esquemas cognitivo-afectivos interpersonales codificados en diversos niveles y sistemas de memoria. Una representación del hombre como Sí mismo auto-organizado, incesante y activo constructor de significados personales.

Según la acepción de Vittorio Guidano (1988, 1991), el significado personal representa el modo cómo un sistema organiza todas las posibles tonalidades de su dominio emocional en una configuración de conjunto capaz de proporcionarle una

percepción estable y definida de sí mismo y del mundo. Una configuración unitaria de esquemas interpersonales que comprende todos los aspectos sensoriales-afectivos-motores y neurofisiológicos en los que se basa el sentido de continuidad, permanencia y unidad de nosotros mismos y del mundo externo. Uno de los muchos modos posibles de poner orden al multiforme flujo sensorial que nos envuelve en el *multiverso* constructivista.

La psicopatología, desde esta perspectiva, debe ser vista como ciencia del significado personal: el estudio de cómo este sentimiento de nosotros mismos toma forma y se estructura en la primera infancia y adolescencia, de cómo se articula y diferencia a través del tiempo y la observación, y de lo que sucede cuando un individuo, ante ciertos acontecimientos críticos, experimenta algún tipo de fractura o cambio brusco en su sentido de sí mismo. En esta fractura se instauran los síntomas como un modo de explicarse y recomponer esta discontinuidad percibida.

De ahí que sea imprescindible adoptar una óptica evolutiva, en la cual la comprensión del comportamiento humano (tanto en sus manifestaciones adaptativas como psicopatológicas) sólo es posible mediante la reconstrucción de la continuidad y coherencia de sus procesos de desarrollo, del modo cómo tales procesos dan lugar a organizaciones cognoscitivas individuales específicas que, en caso de desequilibrarse, pueden llegar a producir, en el ciclo de vida individual, los cuadros psicopatológicos que definimos como trastornos clínicos. Al tiempo que se ha ido asumiendo este «espesor» evolutivo, también el proceso terapéutico ha ido adquiriendo una consistencia y un espesor nuevos, desplegándose, con una ampliación progresiva del campo, desde el presente (reconstrucción de la experiencia actual) hacia la reconstrucción del propio estilo afectivo, hasta el pasado remoto (reconstrucción de la historia de desarrollo evolutivo y de las relaciones primarias de apego).

2. UNA TEORÍA EVOLUTIVA

Una teoría evolutiva, sí; pero ¿cuál de entre todas las posibles? La elección del cognitivismo clínico, ya a finales de los años 70 (y por tanto en un período nada sospechoso, dada la gran notoriedad de que goza actualmente) recae sobre la teoría del apego de Bowlby (1969, 1973, 1979, 1980, 1988) que desde entonces, con todas sus evoluciones posteriores, representa la referencia conceptual principal, por constituir un marco explicativo capaz de aportar un argumento de referencia unitario para organizar los datos disponibles sobre el desarrollo infantil.

A diferencia de otras perspectivas teóricas sobre el desarrollo infantil, la teoría del apego ha tenido un gran atractivo para el enfoque clínico cognitivista, el cual, como es sabido, se ha caracterizado siempre por su tendencia a basarse en los métodos de la psicología experimental, los estudios etológicos y la investigación empírica. La teoría del apego ahonda sus raíces en la etología contemporánea y se basa en observaciones sistemáticas y repetidas en el tiempo de las interacciones

madre/niño, en lugar de hacerlo en reconstrucciones retrospectivas basadas en las fantasías del paciente adulto: de acuerdo con Grossmann y Grossmann (1993), Bowlby ha conseguido «poner en marcha a Freud», puesto que una investigación científica satisfactoria en este campo sólo es posible en términos prospectivos. Además, la descripción de los procesos de interiorización de la relación en términos de *Internal Working Model* se adapta muy bien a los modelos cognitivistas que conciben el sistema cognoscitivo humano como un conjunto organizado de «esquemas», «constructos», «normas» que guían la elaboración de la información, la actuación y el sentir del individuo. Finalmente, la teoría del apego se distancia de las viejas conceptualizaciones motivacionales de carácter «pulsional» o «energético», para abrazar nuevos modelos científicos de tipo «cibernético», tal como el «sistema de control conductual» y considera el sistema conductual que regula el apego como biológicamente fundado y destinado a garantizar la supervivencia del individuo.

Disponemos en la actualidad de una descripción suficientemente coherente y fundada de cómo, a partir de los patrones de apego respecto a las figuras primarias de referencia, se perfilan diversos itinerarios de desarrollo a lo largo de los cuales una organización cognoscitiva evoluciona hacia niveles crecientes de complejidad, aun manteniéndose la propia coherencia interna. El hecho de que desde una perspectiva cognitivo-evolutiva se privilegie una concepción del desarrollo en términos de «itinerarios» en vez de «fases» es sintomático del énfasis que pone este enfoque en la continuidad y la coherencia en el tiempo de estos procesos evolutivos y, por lo tanto, del Sí mismo. Una madre con escasos potenciales en términos de sensibilidad, o distante, o discontinua, o intrusiva, lo será también en la relación con su hijo en cada una de las fases evolutivas («oral», «anal» o «fálica»), con diversas formas y modalidades, naturalmente. Y es en esta cualidad específica del vínculo, más que en las características de los diversos estadios evolutivos, donde resulta más útil buscar la patología o la salud.

Como es sabido, Bowlby considera el sistema conductual del apego como un «patrón de objetivo prefijado»² que tiene una importancia fundamental en los seres humanos, puesto que desempeña la función biológica de mantener la proximidad entre el niño y la figura cuidadora primaria, garantizando así la seguridad física del niño y la satisfacción de sus necesidades físicas fundamentales. En situaciones de malestar o vulnerabilidad pueden activarse una serie de comportamientos específicos dirigidos a estimular el sistema de cuidado del adulto significativo (por ej.: llanto, sonrisa), o a movilizar el mismo niño hacia esta figura (por ej.: seguir, agarrarse). El objetivo del modelo de acción (mantener o reestablecer la proximidad) está biológicamente integrado en el sistema, mientras que los diversos comportamientos o combinaciones de éstos pueden seleccionarse con cierta flexibilidad, en función de su capacidad de perseguir el objetivo en esas contingencias ambientales particulares. Y, en función de las contingencias ambientales en las que

se encuentra al actuar, con especial referencia a las actitudes y el grado de sensibilidad y capacidad de respuesta del cuidador, el sistema conductual del apego se plasmará para cada niño en configuraciones específicas y originales, en un continuo proceso de regulación basado en el *feedback* procedente de los padres.

Estas primeras configuraciones o patrones de apego funcionan, inicialmente, como esquemas sensorio-motores que conectan directamente las percepciones inmediatas que el niño tiene del cuidador con comportamientos específicos de éste, destinados a seguirlo o a reclamar su atención. En la segunda mitad del primer año de vida, el niño ya empieza a interiorizar el contexto de relación: prueba de ello es el miedo a lo extraño que aparece hacia el séptimo mes y su reacción totalmente distinta ante la separación de la madre, por ejemplo en casos de hospitalización (Schaffer y Callender, 1959), antes y después de esta edad. Gradualmente, a través de los conocidos procesos de asimilación y adaptación a las nuevas capacidades que aporta la maduración cognitiva, la experiencia transforma los esquemas sensorio-motores del apego originarios en verdaderos esquemas cognitivos, que constituyen «modelos representativos internos» de las figuras de apego y de sí mismo en la relación. Desarrollándose sobre la base de las interacciones cotidianas y repetidas con la figura de apego, estos modelos operativos internos reflejan, ya no tanto una representación objetiva de los padres sino más bien la historia de las respuestas parentales en términos de disponibilidad, accesibilidad y prontitud ante las demandas de seguridad del niño. En adelante, los comportamientos y las experiencias emocionales del niño se organizarán y construirán en función de dichas representaciones prototípicas de sí mismo y del otro con quien se relaciona, y se convierten en una especie de matriz que regula la asimilación de cada nueva experiencia de relación.

Safran (1990) (véase también Safran y Segal, 1990) propuso para ello la noción de esquema cognitivo interpersonal, que puede definirse como una representación generalizada de interacciones entre el Sí mismo y el otro, fruto de la experiencia interpersonal, una suerte de «programa para el mantenimiento del estado de relación». Su estructura organizativa está constituida por unidades interaccionales más que de elementos o atributos del Sí mismo o del otro. En un esquema interpersonal, la contingencia relativa al Sí mismo funciona como una norma o un plano que tiene como objetivo el mantenimiento del estado de relación. Su naturaleza intrínsecamente interaccional y diádica se ve confirmada por la complementariedad sustancial de los modelos operativos de sí mismo y del otro: a un modelo operativo interno de la madre como disponible, dispuesta y capaz de ofrecer confort, corresponderá un modelo operativo del sí mismo como persona amable y digna de atención y cuidados, así como capaz de obtenerlos mediante la activación del propio comportamiento; y viceversa, a un modelo operativo de madre como inaccesible o despreciativa, le corresponderá una representación del sí mismo como no amable, indigno de cuidados e incapaz de obtenerlos.

Como es sabido, hasta los 16/18 meses de edad estas estructuras se presentan esencialmente bajo la forma de configuraciones de esquemas sensorio-motores³ dotados de antemano de una organización precisa: patrones corporales (formas gestuales, expresiones faciales, modulaciones vocales) y esquemas de acción que se conectan en secuencias conductuales complejas y organizadas, aptas para mantener el estado de relación con el cuidador. Este niño “procesual” puede ser observado y comprendido en su relación con el otro significativo mediante instrumentos como la conocida *Strange Situation* (Ainsworth y otros, 1978) o el *Care Index* (Crittenden, 1981, 1994) que se basan en una observación y clasificación detallada de los índices conductuales explícitos, a través de los cuales se expresan directamente las expectativas diádicas recíprocas. Posteriormente, con la llegada del pensamiento pre-operatorio y de nuevas competencias sociales, las «creencias motoras» originarias se diferencian y enriquecen integrando nuevas formas de conocimiento (o sistemas de memoria) como la llamada «declarativa», en sus componentes semánticos primero y episódicos después. Las modificaciones conceptuales e instrumentales aportadas por Crittenden (1992, 1994) al procedimiento y los criterios de clasificación de la *Strange Situation* en edad preescolar (*Preschool Assessment of Attachment*), reflejan precisamente las transformaciones cognitivas y sociales características de esta edad: la observación ya no puede basarse únicamente en la conducta manifiesta, en tanto que las solas secuencias conductuales pueden estar ahora al servicio de varias estrategias relacionales, formas diversas e interrelacionadas de regulación afectiva y de comunicación verbal de los afectos, patrones de negociación de las necesidades, etc.

Desde esta perspectiva, resulta evidente que la misma mente humana se va redefiniendo gradualmente, pasando de una descripción en términos de estructuras predeterminadas emergentes desde el interior de un organismo individual (óptica de la maduración fisiológica interna), a una descripción basada en modelos transaccionales, estructuras internas derivadas de un campo interactivo interpersonal: que nos lleva a pensar en términos de Sí mismo con el Otro.

3. UNA NUEVA PERSPECTIVA SOBRE LA MOTIVACIÓN HUMANA

En este sentido, podría decirse que la teoría del apego ha promovido el desarrollo de una nueva teoría de la motivación humana. Una perspectiva en la que la necesidad de relación se convierte en necesidad primaria, fundamental para todo ser humano: no sólo un medio para lograr otros objetivos pulsionales (de tipo sexual o agresivo), sino que la relación se convierte por sí misma en el fin.

La imagen de un recién nacido inmerso en una especie de bruma autística, que sólo gradual y sucesivamente se orienta hacia el mundo social, ya no puede continuar sosteniéndose. Actualmente está claro que todos los sistemas perceptivos del individuo funcionan desde el momento del nacimiento, y lo que resulta perceptivamente más «interesante» para el recién nacido desde los primeros

segundos de vida son justamente los otros seres humanos (la voz humana, el rostro humano, etc.). En otras palabras, venimos al mundo para ser «sociales», dotados de un estructura perceptivo-motora que nos orienta hacia el otro, y sentimos constantemente la necesidad de mantener un estado de relación significativa con el otro.

Una vez aceptado esto, también es verdad que existen diversos metadominios y perspectivas que debemos considerar a la hora de interpretar esta inexorable necesidad de relación.

Situándonos, por ejemplo (Mitchell, 1988), en una postura *fenomenológica descriptiva*, podría sostenerse que simplemente es así porque resulta extraordinariamente evidente al observar cualquier experiencia humana: el ser humano desea la relación, la implora; y esta intención de establecer relaciones es un dato de constatación irrefutable. Piénsese, por ejemplo, en la devoción que los niños maltratados nutren hacia sus padres abusadores, a pesar de la relación tan «dolorosa» que se supone que viven. Si la «libido» persiguiera ante todo el placer, los objetos libidinosos deberían ser bastante más intercambiables, en función de la gratificación pulsional que son capaces de producir. Pero no es así: para bien o para mal nuestros pacientes quieren conservar sus relaciones, aunque sea repitiéndolas de manera dolorosa, porque a menudo, precisamente en ese dolor, las figuras de apego existían para ellos, o mejor dicho, ellos sentían que existían para sus figuras de apego.

En cambio, según la *posición biológica* (la posición bowlbiana más clásica), el ser humano es relacional simplemente «por destino», en tanto que posee desde su nacimiento una estructura biológica (un sistema motivacional del apego), constituido por disposiciones innatas a percibir y actuar que han sido seleccionadas filogenéticamente por su elevado valor adaptativo, promoviendo la protección y la supervivencia: condiciones necesarias para la satisfacción de cualquier otra necesidad o motivación personal e interpersonal. Se trata, en consecuencia, de un legado arcaico, genéticamente codificado. Algunos teóricos y clínicos cognitivistas han desarrollado su pensamiento particularmente desde esta perspectiva, anclada firmemente en el metadominio biológico, y han construido teorizaciones basadas en la existencia hipotética de una serie de sistemas motivacionales interpersonales que se activarían de manera distinta o integrada en diversas situaciones (Liotti, 1994). Esta óptica parece poner énfasis en los procesos motivacionales y cognoscitivos particulares más que en la coherencia sistémica general del Sí mismo, focalizándose más en las discontinuidades que en las regularidades. Además es una óptica que lleva consigo, inevitablemente, algunos aspectos reduccionistas, ya que intenta explicar una serie de fenómenos psíquicos complejos reduciéndolos, precisamente, al metadominio biológico; mientras que en cambio, en la epistemología constructivista moderna, cada dominio tiene su relatividad pero también su legitimidad e irreductibilidad respecto a los demás.

Y es aquí precisamente donde se sitúa la tercera posición metateórica, la más sintónica con el cognitivismo de tipo sistémico-procesual que subraya la continua

y estrecha *interdependencia entre procesos de apego y Sí mismo*: una posición, por así decir, más molar y sintética que molecular. Necesitamos relacionarnos porque sólo en el interior de un estado de relación, más o menos estable y cohesionado, conseguimos desarrollar un sentimiento de nosotros mismos igualmente estable y cohesionado. Dicho de forma más sencilla: no se puede vivir sin esta posibilidad de ordenar el mundo y a nosotros mismos, porque vivir es conocer y construir la propia realidad. El hombre es concebido como «animal-que-habla», que vive y se nutre incesantemente de un contexto intersubjetivo. Los seres humanos solamente logran adquirir un conocimiento de sí mismos a través de la interacción con los otros significativos de su propio ambiente: el comportamiento de las figuras parentales para con el niño constituye para él la matriz de la cual él empieza a percibir y extraer algunas invariables referidas a su propio sentido de sí; es decir, representa el espejo en el que aprende a reconocerse, a través de la conciencia que los demás tienen de él. Esta perspectiva (Guidano, 1988) ve los procesos de apego como *procesos autorreferenciales*, como búsqueda continua de modelos de contingencia, de interdependencia en los ritmos entre niño y figura de apego, que lentamente circunscriben un sentido de sí percibido como estable, duradero, único y unitario.

Si pensamos en el Sí mismo como emergencia activa de un sentido de unicidad e individualidad personal, de *unicidad* y de *continuidad* (permanencia) en el tiempo: es decir, el sentirse, el reconocerse como portador de atributos específicos y personales que nos diferencian de cualquier otro individuo, atributos coherentes entre sí y permanentes en el tiempo frente a la mutabilidad de los acontecimientos ambientales, entonces, un Sí mismo dotado de estas características únicamente puede emerger en el interior de una relación dotada, justamente, de características análogas: unicidad y exclusividad (el otro significativo se dirige a nosotros, nos sonríe, nos mira, nos toca, atiende a nuestras señas de necesidad, de manera absolutamente única; tenemos, por así decirlo, la exclusividad absoluta), unicidad (el otro significativo no se relaciona con una parte de nosotros, como puede suceder por ejemplo en una relación amical, sino con nosotros en nuestra totalidad) y constancia (es precisamente esta estabilidad en el tiempo de las relaciones de apego la que permite al niño extraer las redundancias e invariabilidades significativas en los esquemas afectivo-motores que construirán más tarde el sentido de sí). A esto nos referimos cuando hablamos de estrecha interdependencia entre apego y Sí mismo.

Por lo demás, el bebé que muestra la investigación neonatal más reciente (Stern, 1985, Tronick, 1982, 1989) es un niño al que no se le pueden atribuir estrategias sostenidas por fuertes emociones de amenaza y placer (como presupondría la óptica biológica que se basa en la protección), emociones que aparecen de modo organizado sólo después del sexto-séptimo mes; es un niño que se autorregula continuamente, que se mantiene reactivo incluso a pesar de los numerosos fracasos en la sintonización; un niño que parece «dar por supuesta» la

relatividad de la accesibilidad y disponibilidad maternas y estar dispuesto a afrontarlas (Seganti, 1995). Los modelos operativos internos no se forman a partir de categorías específicas de emociones, sean éstas negativas (como el peligro y la sensación de amenaza) o positivas (como la sensación de seguridad), sino a partir de categorías relativas a la experiencia del mantenimiento de la coherencia en el flujo de los estados de activación interna que se generan en la interacción con el ambiente. Lo que interesa al sistema cognoscitivo/niño es conservar una identidad y estabilidad en el tiempo propias (sea ésta «positiva» o «negativa»), y ser capaz de anticipar y ordenar la propia realidad.

Los patrones de apego que se estructuran hacia el noveno mes de vida y se hacen reconocibles, precisamente como anticipaciones o expectativas organizadas respecto al comportamiento paterno, se entienden (incluso en sus formas más inseguras: evitativas/defensas o ansioso-resistentes/coercitivas) no como distorsiones afectivo-relacionales, sino más bien como reciprocidades milagrosas que esas diádicas consiguieron estructurar, verdaderos programas para el mantenimiento del estado de relación.

Por ejemplo, las intensas y a menudo dramáticas llamadas de atención del niño ansioso-resistente son el fruto de un largo proceso de aprendizaje y resultan absolutamente funcionales al objetivo de maximizar las probabilidades de respuesta de una madre cuya disponibilidad y accesibilidad es inexplicablemente discontinua. Se olvida, a menudo, el carácter vital que asumen estas estrategias para el niño, que está teniendo la experiencia en aquel momento y en aquel contexto, en tanto que la posibilidad de mantener un estado mínimo de relación con la figura parental puede que pase exclusivamente a través de la «capacidad» de controlar al otro «perdiendo» el control de las propias emociones.

Del mismo modo, la actitud cautelosa y evitativa que puede presentar un niño defensivo, forma parte de una inhibición muy bien calibrada de su repertorio de señalización, forjada gradualmente, y absolutamente vital en su adaptación a un contexto tendencialmente rechazante o intrusivo: es esencial en vistas a la propia regulación de estado y a una coherencia interna adecuada; estabiliza la relación en una óptima «distancia de seguridad»: ni tan lejos como para no sentir una mínima sensación de protección, ni tan cerca como para correr el riesgo de una intimidad, causa de sufrimiento. Como diría Tronick (1982, 1989), es el modo cómo el niño logra experimentar un mínimo sentido de factibilidad y anticipación activa de los acontecimientos.

Lejos pues de considerarse y tratarse como fracasos interactivos, estas configuraciones merecen ser consideradas como formas muy refinadas de modulación del estado de relación y, por lo tanto, de regulación y organización de los estados internos. Las categorías valorativas, positivas o negativas, de estos esquemas relacionales, se colocan simplemente en un punto de vista externo, objetivo y adultocéntrico, y tienen muy poco que ver con la experiencia interna de ese

individuo, en el interior de aquel contexto diádico.

4. MÁS ALLÁ DE LAS APARIENCIAS: CENTRALIDAD DE LAS DINÁMICAS AFECTIVAS

Todo esto, obviamente, pone en el centro de nuestra atención, teórica y clínica, el análisis de las dinámicas afectivas a lo largo de todo el ciclo de vida. Es aquí donde hemos aprendido a buscar la salud y la patología psíquica: en las vicisitudes de los vínculos afectivos, en la posibilidad de conservar a través del tiempo la continuidad y la coherencia de los propios procesos auto-organizativos, y por lo tanto del Sí mismo. Los seres humanos, como diría Bowlby, experimentan las emociones más intensas y lacerantes en fases de construcción, crisis o ruptura de sus lazos afectivos. Aquellos signos que en el plano descriptivo definimos como «síntomas» o «trastornos» comportamentales y emocionales, encuentran un sentido preciso, que es siempre, inexorablemente, un sentido de tipo afectivo, si los colocamos en el interior de los lazos de apego que se han estructurado con las figuras significativas del propio ambiente. Se nos presentan como modalidades específicas orientadas a mantener el estado de relación con las propias figuras de apego y, en consecuencia, de una estabilidad idónea del sentido de uno mismo que se forma en estas relaciones. No sirven, en efecto, para expresar conflictos sexuales o agresivos; ni tampoco para dirigir dinámicas de poder en el interior del propio orden familiar y relacional. No hay niño, adolescente o adulto a quien le interese conservar una posición de poder y de control en la relación si esto no tiene la función vital de dirigir y reequilibrar un desequilibrio afectivo percibido como intolerable para la estabilidad del sentido de sí mismo⁴.

Para los clínicos cognitivistas, ésta ya se ha convertido en una guía terapéutica preciosa e imprescindible. Podemos dar por supuesto, desde luego, que reconstruyendo atentamente, con el paciente, los acontecimientos vinculados a su fase de descompensación clínica (ya sea agorafóbica, depresiva u obsesiva), invariablemente reencontraremos un importante desequilibrio afectivo en sus relaciones significativas: un desequilibrio que ha comportado un cambio repentino de la imagen del otro capaz de sostener y dar estabilidad a la imagen de sí mismo y, por lo tanto, una ruptura en el propio sentido de coherencia y continuidad personal.

También, y quizás sobre todo, los síntomas del niño se hacen extraordinariamente transparentes desde una óptica que subraya la centralidad absoluta del sistema comportamental del apego en el interior del orden motivacional humano y, en consecuencia, la centralidad y supraordenación de los esquemas cognitivos interpersonales que se originan a partir de la activación de este sistema. En la organización de conocimiento del niño primero, y del adolescente después, los esquemas relativos a los otros sistemas sociales de conducta están sostenidos por construcciones relativas a las experiencias de apego, y sólo podrán desarrollarse y articularse dentro de los límites puestos por esta estructura de fondo. Por lo tanto,

más allá de sus apariencias más explícitas, que a menudo se configuran en términos de conflictividad, de desafío-poder, de manipulación recíproca, las dimensiones de significado más profundas del síntoma son siempre de tipo afectivo, se nutren de las necesidades de cuidado presentes en la relación de apego con los padres, de los equilibrios en su relación de pareja y de las necesidades afectivas irresueltas de su historia.

Gianni es un niño de 10 años que presenta un trastorno de aprendizaje, pese a poseer un nivel intelectual normal y con habilidades instrumentales adecuadas. El cuadro se configura en términos de «inhibición intelectual», etiqueta poco explicativa, que debe llenarse conectándola con los procesos relationales subyacentes.

En la historia de Gianni, la relación con la figura paterna resulta absolutamente dominante, dada la centralidad emocional que reviste el padre en la organización y las dinámicas familiares. Su incapacidad de aprender es tolerada por la madre, culturalmente pobre y con expectativas limitadas respecto al hijo, mientras que el padre, que es maestro, la ha etiquetado desde el principio como falta de motivación y negativismo para con él: «*Es un vagabundo delincuente... sabe la importancia que doy al estudio... ¡pero él, nada!*». La relación con el padre, que antes del problema se describía en términos un poco idealizados pero faltos de emoción (en realidad con muchas características de una relación evitante), desde la escuela básica se ha polarizado completamente en los conflictos relativos a las dificultades escolares, que culminaban en el alejamiento temporal de Gianni del ambiente familiar para pasar el último año escolar en casa de los abuelos paternos: «*¡A ver si ellos son capaces de hacerte estudiar!*».

Ayudando a los padres a tomar gradualmente conciencia de la distancia afectiva general que existe en la relación con su hijo, independientemente del problema concreto, fue posible mostrar gradualmente cómo aquél trastorno escolar inexplicable y tenaz de Gianni, más allá de su apariencia de desafío frente al padre, constituía un intento desesperado de mantener su oscilante idealización paterna: «*qué bueno y amable sería papá si yo no le hiciera poner furioso con esta historia de la escuela*». La función del síntoma consistía en marcar distancia con el padre, al mismo tiempo que justificarla. Focalizar la negatividad de la relación en un aspecto específico y limitado consentía a la diádica salvarlo en su globalidad, evitando entrar en contacto con los aspectos dolorosos y con el sentido de soledad vinculado a su incapacidad de intimidad y reciprocidad afectiva profunda. Para Gianni significaba salvar al padre, para salvarse un poco a sí mismo y a un mínimo sentido de amabilidad personal.

Tal como sucede con el sistema motivacional de dominio-subordinación, es importante tener también claras las relaciones de supra/subordinación entre apego

y sexualidad si quieren comprenderse a fondo los significados de algunas manifestaciones clínicas infantiles con connotaciones aparentemente sexuales.

Derivado por la escuela, acude Antonio a la consulta psicológica cuando está cursando segundo de primaria a causa de dificultades en el aprendizaje en el área de la lectura y escritura, pero ante todo por ciertas particularidades comportamentales que los maestros describen con embarazo: Antonio tiene la costumbre, para hacerse el adulto, de describirse a sí mismo en términos de valor y de fuerza, ostentando sus cualidades y competencias masculinas, entre las cuales destaca su habilidad como piloto de *minicar*. Pero enfatiza sobre todo sus características de virilidad con frecuentes alusiones o referencias directas y concretas a la propia dotación sexual, mostrando a menudo, y casi ostentando, su interés por la esfera de la sexualidad, emitiendo juicios particulares dirigidos a compañeras, maestras y mujeres en general. Las maestras, con una mezcla de embarazo y curiosidad, conocedoras de algunos conocimientos básicos de psicología, se preguntan si estos comportamientos pueden atribuirse a un «complejo edípico no resuelto», salvo que luego no saben qué hacer con esta etiqueta. En el trabajo clínico con Antonio y sus padres surge un cuadro bastante complejo, en el que la marcada, y casi caricaturesca, asunción del papel masculino desplegada por el chico se revela como una especie de «versión en miniatura» de la actitud paterna. Un padre en quien el énfasis extremo en su virilidad personal, en algunos aspectos hasta lo obsesivo, funciona como un importante mecanismo de compensación respecto a profundos temas de no ser digno de ser amado, ligados a una historia dolorosa de lutos (en particular, el luto paterno), llevados con modalidades reservadas y de negación del dolor y de vulnerabilidad personal. Antonio (al igual que su padre) ha aprendido a jugar con estas actitudes en la relación de apego con una madre solitaria y deprimida, con las modalidades típicas del hijo parental. Ya a partir de la edad preescolar descubrió que, invirtiendo la relación de apego con su madre y mimándola, ella era capaz de activarse mostrando aspectos de sensibilidad. Sus «mimos» deben asumir una forma particular en lo cotidiano, acercándose y sustituyendo puntualmente al padre en su colusión específica de pareja con la mujer, mantiene activada y motivada a una madre que de otro modo estaría apagada y deprimida, reforzando principalmente su atractivo físico a través de esmerados rituales de cortejo, cumplimientos y apreciaciones dirigidos particularmente a la imagen física materna.

La sensibilidad que desarrollan los niños hacia los esquemas de compensación de la organización cognitiva paterna y su capacidad de adaptarse a ellos para asegurarse un mínimo estado de relación, es verdaderamente sorprendente. La literatura psicológica en materia de trastornos de la identidad sexual, se pregunta a

menudo cómo puede ser que, en casos particulares, el aprendizaje, la cultura, el dominio de la fantasía tomen la delantera sobre el «*bios*», identidad que, por lo general, está biológicamente fundada, distorsionando la manera de percibirse a sí mismo pese a la presencia de una marca biológica opuesta. Desde una clave de lectura cognitivo-evolutiva, en estos casos, no se plantea un problema de conflicto entre «*bios*» y cultura: más bien, en función del metadominio de referencia que se asume, el conflicto será entre «*bios*» y «*bios*», y por tanto entre dos sistemas comportamentales fundamentados ambos biológicamente, el del apego y el sexual; o entre las representaciones procesuales y declarativas aprendidas en uno u otro dominio motivacional; donde, sin embargo, *las demandas del primero, más precoz y supraordenado, son por naturaleza capaces de orientar y plasmar el desarrollo del segundo.*

Los padres de David llegan a la consulta mostrando una gran preocupación, sobre todo la madre, por las actitudes marcadamente femeninas de su hijo. David, que ahora tiene diez años, está casi siempre con amigas, y juega con ellas a juegos típicamente femeninos. Muestra actitudes agraciadas y pasivas. Desde pequeño ha mostrado modalidades comportamentales de este tipo, señaladas varias veces por los maestros de la guardería donde tenía la costumbre de jugar con las muñecas y a menudo se transvestía con prendas femeninas. Los padres han confiado siempre en la «maduración» y el desarrollo para la resolución de este problema, pero ahora estas explicaciones empiezan a perder peso. Además, hace poco sorprendieron a su hijo en su habitación, intentando ponerse los vestidos y las prendas íntimas de la madre, un ritual que creían que había abandonado hacía tiempo.

Desde las primeras entrevistas, la historia de David se configura como una triste historia de distancia afectiva y negligencia. Nacido, sin ser deseado, con varios años de diferencia respecto a sus dos hermanas mayores, con quienes todavía comparte el dormitorio, se integra, sin diferenciación alguna, en el contexto de los cuidados reservados a las hermanas: la misma habitación, los mismos juegos, las mismas costumbres cotidianas, delicadas atenciones y demandas más o menos implícitas de autosuficiencia obligada, en un triste desarrollo evitante en la primera infancia y luego más refinadamente complaciente. David aprende en la vida cotidiana a dejar de lado su propia existencia causando la menor molestia posible a una madre dedicada totalmente al quehacer compulsivo de la casa y el trabajo, sin espacio para la afectividad y la intimidad interpersonal, correspondiendo a sus expectativas y asimilándose al universo mental de las hermanas.

Resulta particularmente interesante observar cómo esta plasmación de las disposiciones de papel sexual en el interior de este peculiar vínculo con la madre, acaba siendo decididamente funcional a los equilibrios de relación

en la pareja conyugal, en la que un marido absolutamente ambiguo e incapaz de definirse afectivamente en la relación de pareja (*«no estamos hechos el uno para el otro... hace mucho tiempo que no funciona... si no fuera por nuestros hijos me marcharía mañana mismo... podríamos volverlo a intentar, sí... pero no serviría de nada»*) soportado durante muchos años por la madre, presionando sobre sus responsabilidades parentales, en particular respecto al pequeño: *“¿No cree, doctor, que estos comportamientos de David se deben al hecho de que ha tenido poco papá?... tú nunca estás con él... nunca estás con nosotros... nunca te he visto llevártelo...; ¡sólo tú le puedes enseñar a ser un hombre!»*.

De este modo, día a día, David ha aprendido a mantener un mínimo estado de relación con sus figuras parentales, respondiendo a sus necesidades de seguridad afectiva y plasmando gradualmente los contornos de una identidad sexual femenina tranquilizadora.

Por lo tanto, más allá de las diversas disposiciones que los sistemas motivacionales van planteando, la matriz más genuina y profunda del comportamiento interpersonal del niño, así como del adulto, sigue siendo la afectiva. El enfoque terapéutico cognitivo-evolutivo en la infancia podrá ser entendido como un proceso gradual de reconstrucción, junto a los padres y el niño, del sentido afectivo que el síntoma intenta vehicular. En general, la aproximación a este re-descubrimiento de sentido tiene un fuerte impacto emocional, ligado a la reestructuración positiva de la percepción del hijo que esto conlleva (Lambruschi, 1996).

En consecuencia, las configuraciones sintomatológicas, lejos de ser un desagradable incidente en el recorrido evolutivo del niño, se construyen y mantienen activamente dentro del espacio relacional padre/niño, por el valor que asumen en la diáada, pasando, de modo coherente y funcional, a formar parte de su programa dirigido a mantener el estado de relación.

En particular, cuando determinados acontecimientos de vida (por ejemplo, la desaparición de un miembro de la familia extensa que desempeñaba respecto uno o ambos padres un papel importante de contención y soporte emocional) ponen en crisis las configuraciones de relación habituales, plasmadas en la interacción cotidiana con aquel progenitor, el síntoma puede insertarse con el objetivo de restaurar el estado de regulación afectiva perturbado. Por lo tanto, más allá de las apariencias negativas y de sufrimiento, desempeña siempre una función reguladora positiva, al conservar una especie de reciprocidad milagrosa padre/niño, a despecho de las adversas o discrepantes condiciones ambientales. Podría decirse que asume un significado de «curación» de aquella misma relación herida. Sigue representando lo mejor que aquella diáada puede expresar en aquel momento particular de su ciclo vital.

La teoría del apego es fundamentalmente una teoría diádica, con todos los límites que esto conlleva. No obstante, ofrece aspectos particularmente prometedores.

res para una integración equilibrada entre datos «internos» (las características de la construcción del Sí mismo en el niño) y datos «relacionales» (los equilibrios de los vínculos de apego de los que emerge y en los cuales ese Sí mismo mantiene sus contornos). En este sentido, las hipótesis explicativas que nos ayuda a formular tienden a asumir un valor sistémico.

En el triángulo familiar mínimo, constituido por la pareja parental y el hijo, cada uno de los padres está ocupado en varios frentes afectivos, en los que repropone coherentemente su estilo afectivo fundamental: la relación de protección y cuidado hacia el hijo, la relación afectiva con la pareja, la relación (interiorizada y/o real) con su familia de origen y, en consecuencia, con su propia historia. Un número creciente de estudios nos hace suponer que gran parte de los padres de niños con apego inseguro, tiene relaciones de tipo ansioso, tanto con sus propios padres como con sus compañeros adultos (Cicchetti y Lynch, 1993; Crittenden, 1994, 1995). La relación de protección hacia el hijo (el último frente afectivo, en orden temporal) puede considerarse, al mismo tiempo, como expresión y como «cuidado» respecto a las otras, en tanto que el estado de regulación afectiva y emocional en la diádica padre-niño, resultará eficaz en función de su capacidad de confirmar y estabilizar en el tiempo los contornos del Sí mismo y la percepción del mundo que mantiene cada uno de los padres. Y, por tanto, el modo específico en que se desarrolla su organización cognoscitiva en la relación con la propia historia y en el acuerdo de pareja establecido con el cónyuge, entendido como proceso de construcción autorreferencial recíproca de la imagen del otro capaz de hacer consistente el Sí mismo individual (Guidano y Dodet, 1993). En otras palabras, mientras que el niño «trabaja» para regular a sus padres y su relación de pareja, trabaja fundamentalmente para regular su propio estado afectivo.

5. PARA UNA LECTURA SISTÉMICO-PROCESUAL DE LA PSICO-PATOLOGÍA INFANTIL

Nuestro conocimiento de la psicopatología infantil se fundamenta, en primer lugar, en una perspectiva descriptiva articulada, contenida en obras de clasificación tales como el D.S.M.-IV o el I.C.D.-10, cuyo objetivo principal es reducir la complejidad y variabilidad de los signos con los que puede manifestarse el malestar del niño, encuadrándolos dentro de una lista de categorías diagnósticas, imprescindibles, por otro lado, para compartir y comunicarse mínimamente en el ámbito clínico y de la comunidad científica. Pero cuando nos acercamos a ese malestar con la intención de promover niveles significativos de cambio respecto a la complejidad cognitiva, emocional y conductual del niño y del equilibrio de su sistema familiar, es preciso equiparse con una metodología de análisis capaz de moverse del plano puramente descriptivo a niveles más declaradamente explicativos.

El marco teórico que hemos perfilado constituye, precisamente, el nuevo argumento explicativo con el que el terapeuta cognitivo puede acercarse ahora al

niño y a su familia intentando restituir sentido a su sufrimiento y orientarles hacia modalidades de relación dotadas de mayores potencialidades evolutivas. En efecto, en esta perspectiva, resulta particularmente estimulante releer y reconsiderar las diversas categorías de la psicopatología descriptiva de la edad evolutiva, relacionándolas con los diversos patrones de apego en acto y con los correspondientes modelos de sí mismo y del otro desarrollados en el niño.

Las hipótesis teóricas y la investigación empírica en este ámbito avanzan con ahínco, pero, también hay que admitirlo, con notables dificultades. No es fácil constatar correlaciones específicas y claras entre diagnósticos descriptivos, por un lado, y cualidades de los vínculos de apego, por el otro. Ciertamente, gran parte de los estudios muestra una asociación significativa entre configuraciones inseguras y nivel general de psicopatología. Pero estas formas inseguras también pueden encontrarse ampliamente en poblaciones no clínicas. Es posible, como afirman algunos investigadores, que las clasificaciones de apego, tanto en el niño como en el adulto, estén relacionadas de modo más significativo no tanto con diagnósticos clínicos específicos como con otras medidas clínicamente relevantes del comportamiento interpersonal, expectativas de rol, estructuras emocionales repetitivas, constructos personológicos, en definitiva más globales. Se necesitan, además, nuevos estudios longitudinales que vinculen el apego en la primera infancia con las diversas salidas psicopatológicas en la edad evolutiva y en el adulto.

Pero, más allá de estos problemas de naturaleza metodológica acerca de la investigación en este campo, considero que el problema principal todavía es el de seguir pensando de forma un poco ingenua y poco compleja sobre las relaciones entre psicopatología y apego, sosteniendo que podemos trazar correlaciones más o menos directas y unilineales entre patrones y subpatrones de apego, por un lado, y síndromes psicopatológicos por el otro. En realidad, la psicopatología es algo bastante más articulado y complejo, que merece un marco explicativo igualmente articulado y respetuoso con dicha complejidad.

La capacidad explicativa aumenta considerablemente, sin embargo, si se reconsideran los patrones de apego, bajo una óptica sistémico-procesual, como dimensiones de significado susceptibles de ser elaboradas en diversos niveles de flexibilidad y generatividad. Durante demasiado tiempo hemos estado acostumbrados a considerar los patrones de apego y las organizaciones de significado que se derivan de ellos, principalmente, en términos de contenidos de conciencia, de temas de significado personal (esquemas interpersonales centrados en la amabilidad, el valor, la restricción, la decepción, etc.), a pesar de darnos cuenta a continuación de que estos temas y estos contenidos representativos, en sí mismos, no logran diferenciar las diversas condiciones, así llamadas, de normalidad, neurosis y psicosis. Desde una óptica sistémico-procesual, en cambio, normalidad, neurosis y psicosis son vistas no ya como entidades descriptivas o estáticas, sino más bien como dimensiones de elaboración de la coherencia de una organización de signifi-

cado dada en función de las capacidades de abstracción e integración que el sujeto, en su itinerario evolutivo, ha sido capaz de elaborar. «*La organización misma del significado personal, sobre la base de la cualidad y el tipo de organización de las experiencias evolutivas, puede evolucionar hacia una condición neurótica si la dimensión concreción/abstracción está insuficientemente articulada, o bien derivar hacia una condición psicótica cuando, en el límite representado por una elaboración demasiado concreta de las informaciones, venga a añadirse una interferencia, más o menos intensa, de las capacidades de autointegración del Sí mismo que sostienen la unidad funcional de la dinámica entre los contornos del Sí mismo*» (Guidano, 1991).

En efecto, los modelos operativos del Sí mismo y del otro, característicos de los diversos patrones de relación, pueden considerarse tanto sobre la base de los contenidos representativos que vehiculan, como en relación con la mayor o menor cohesión interna que puede caracterizarlos. Debemos recordar al respecto que, entre los desarrollos más recientes de la teoría del apego, reencontramos dos interesantes filones de investigación, que se apoyan en dos modos bastante distintos de entender el apego y la psicopatología.

Por un lado, la perspectiva clínica y de investigación, innaugurada por Mary Main y sus colaboradores (Main y Solomon, 1990; Main y Hesse, 1990, 1992) y desarrollada posteriormente por muchos otros autores, a la que podríamos llamar categorial, describe los patrones subdividiéndolos en cuatro grandes categorías (A, B, C, D), considerando, fundamentalmente, las tres primeras como estados relativa y funcionalmente organizados y el cuarto como un estado «desorganizado» donde se colocarían gran parte de los fenómenos y experiencias definibles como psicopatológicos. Este concepto de desorganización tiende a comprimir en el interior de la mente lo que si se observara en relación con las interacciones y el contexto se manifestaría, en realidad, como una forma inteligente de organización. Un comportamiento cualquiera adquiere significados que se deducen, no ya de su morfología, sino de su función en relación con otros comportamientos. Si los observamos desde este punto de vista funcional y relacional, gran parte de estos comportamientos aparentemente faltos de organización y orientación, asumen una «inteligencia» inesperada y puede considerarse más bien que actúan en esquemas altamente autoprotectores y organizados. Incluso intensas emociones de miedo, presunta raíz de la desorganización cuando provienen de la figura de apego, llevan en realidad a construir rápidamente funciones autoprotectoras.

Por el contrario, el modelo dinámico-madurativo propuesto por Patricia Crittenden (1994, 1997, 1998) ofrece un amplio esquema de configuraciones, asociada cada una de ellas con diversas formas de peligro. Además, estas configuraciones están organizadas de acuerdo con dos dimensiones, la que se refiere *al tipo de información* (cognitiva o afectiva) empleada para organizar el comportamiento y la que ataña *al grado de integración* en la organización. En otras palabras: en vez

de enfatizar lo que la mente *no hace* (desorganización), el modelo pone énfasis en lo que la mente *hace activamente*: los tipos de distorsión, omisión e inversión con que los individuos organizan el comportamiento autoprotector ante el peligro, en especial si es oculto e imprevisible.

En efecto, los patrones de apego y los modelos operativos internos correspondientes pueden verse y analizarse no sólo en términos de contenidos representativos emergentes, sino también como *modos específicos de elaborar la información sobre sí mismo y el mundo*. Piénsese simplemente lo distinta que es la disposición y la orientación perceptiva de un niño en una díada resistente (focalización selectiva y clara en la figura de apego que debe controlar obsesivamente por miedo a perderla, y exclusión selectiva del ambiente del propio campo perceptivo); respecto a un niño en una díada evitante (desplazamiento generalizado de la atención de la relación, percibida como dolorosa, al ambiente). Y en qué grados e intensidades tan distintos esto puede determinarse. Piénsese además en cómo los primeros (ansioso-resistentes) se convierten gradualmente en «especialistas» en la elaboración de la información *afectiva*, con grandes dificultades en cambio en la ordenación conceptual de la experiencia, en los procesos secuenciales de solución de problemas y, en general, en la integración de los datos cognitivos. Mientras que los segundos (evitantes) se convierten en cambio, con diversos grados y matices, en «especialistas» de lo *cognitivo*, con dificultades más o menos destacadas por integrar datos afectivos, cuya percepción y expresión siempre ha amenazado, en su experiencia, el estado de relación.

Esta perspectiva se esfuerza por tanto en captar los aspectos de *funcionalidad interactiva* en cada condición diádica y, en vez de dividir el mundo de las relaciones y de las posibles representaciones del Sí mismo en «organizadas» y «desorganizadas», dispone los diversos patrones en un continuum de flexibilidad y de integración del Sí mismo. Es interesante notar cómo esta óptica coincide extraordinariamente con la antedicha perspectiva sistémico-procesual en el hecho de subrayar que los modelos operativos del Sí mismo y del otro, característicos de los diversos patrones de relación, pueden ser considerados tanto sobre la base de los contenidos representativos que vehiculan como en relación con la mayor o menor flexibilidad y cohesión interna que puede caracterizarlos⁵.

En la función de atención-cuidado una dimensión fundamental está sin duda representada por la *accesibilidad* del progenitor, su continua disponibilidad hacia el niño, su estar ahí/proximidad, su capacidad, en definitiva, de tener el sistema motivacional de cuidado en un nivel supraordenado respetto a otras necesidades o motivaciones (por ejemplo necesidades no resueltas de apego en el mismo padre, o activaciones inapropiadas de los sistemas agnóstico y sexual). Obviamente, el padre perfecto no existe, y tal vez sea esto precisamente lo que hace que la búsqueda del vínculo sea un problema tan intrincado y fascinante: cada padre es alcanzable en algunas situaciones y de ciertos modos, mientras que permanece fuera del alcance

del niño en otras situaciones y modos. En cualquier caso, las diversas posibilidades de modulación de esta primera condición de fondo son ya capaces de definir las configuraciones centrales de apego: en términos de relativa constancia en la disponibilidad (modelo seguro), de gran inaccesibilidad y rechazo (evitante) o de discontinuidad e imprevisibilidad en el estar ahí (resistente).

Sin embargo, en su mayor o menor disponibilidad cada madre puede expresar distintos niveles de actividad, de *control* y de *intrusividad* en el espacio mental del niño, en sus ritmos y en la fluidez de sus señales de necesidad. Winnicott (1958) enfatizó mucho este aspecto de la relación madre-niño: a su idea de madre ideal como madre “invisible” le corresponde la de un niño felizmente absorto en sí mismo, generador de deseos y gestos espontáneos que se ven favorecidos por una madre que le proporciona la ilusión de ser él mismo quien ha creado lo que desea. En cambio, cuando no se tienen demasiado en cuenta sus gestos espontáneos y los padres parecen actuar respondiendo más a las propias prioridades, entonces el niño, para hacerse visible, empieza a adaptarse a las prioridades que proceden de su figura de apego. Respecto a esto también se podría decir que cada padre es en ciertos aspectos intrusivo e interferente: el problema reside en la intensidad y alcance de tales dinámicas interactivas, y por lo tanto en la posibilidad que se ofrece al niño de llevar a cabo una diferenciación y demarcación adecuada *Sí mismo*-otro. La madre tendencialmente no intrusiva y/o hostil permite una estructuración del *self* en el niño más clara y cohesionada. Cuanto más aumentan los niveles de interferencia sobre las necesidades del niño más se reducen sus capacidades de adaptación, y los contornos del *self* se hacen más difuminados y vagos. Hasta el límite en que la intrusividad se hace tan predominante y generalizada y la sensación de amenaza tan potente que se vuelven necesarios e incluso oportunos elevados déficits de integración entre funciones afectivas, cognitivas y comportamentales: en este punto la cohesión del *self* y sus contornos se dilatan y confunden irremediablemente hasta el punto que se pueden perder las líneas de demarcación entre *self* y no *self*, tal como sucede en el universo psicótico.

En consecuencia, las relaciones entre psicopatología infantil y apego se releerían teniendo en cuenta dicha complejidad. Ante todo, *las mismas categorías descriptivas pueden estar constituidas por distintos itinerarios de desarrollo y organizaciones del Sí mismo*, a veces hasta radicalmente distintos. Sostengo incluso que no es útil pensar en las diversas categorías nosográficas de la psiquiatría infantil (así como las de la edad adulta), como categorías unitarias: es posible más bien observar la riqueza de sus diferenciaciones internas correlacionadas con otras tantas diferenciaciones en el plano explicativo y evolutivo. Pero sobre todo, *niveles distintos de flexibilidad e integración del mismo modelo de apego pueden expresarse con distintas salidas psicopatológicas*, (Fig. 1) a veces incluso muy distintas respecto al perfil sintomatológico y a su gravedad (Lambruschi y Ciotti, 1995, Lambruschi, 1996).

	+ NIVELES DE	INTEGRACIÓN Y COHESIÓN	DEL SÍ MISMO -
A	<p>EMOCIONAL (IDEATIVA)</p> <p>(A+) CONDUCTUAL</p> <p>(A++ y vulnerabilidad biológica)</p> <p>SOMATICA</p> <p>(A++, A/C – D)</p>	<p>Cuadros depresivos infantiles Rumiaciones infantiles y Rituales de orden (obsesivo “frío”)</p> <p>Trastornos de déficit de atención Graves síndromes hiperactivos e hiperactividad (como “distractor”)</p> <p>Trastornos de conducta Cuadros de autismo infantil (aislamiento y objetivos agresivos)</p> <p>Trastornos psicosomáticos (de inhibición)</p> <p>Trastornos reactivos (inhibición) de la atención infantil Tics motóricos y tartamudeo, Inhibición motoria (por hipercontrol y rigidez motora)</p>	DAP (obesidad infantil: comida como “distractor”)
C	<p>EMOCIONAL</p> <p>IDEACIONAL</p> <p>(C++)</p> <p>CONDUCTUAL</p> <p>SOMATICA</p>	<p>Trastorno por ansiedad de separación Trastorno desinhibido de la atención infantil y manifestaciones fóbicas infantiles</p> <p>(C1-3 consticción, C2-4 pérdida de protección) Trastorno fóbico-obsesivo (patrón caliente) Psicosis simbióticas</p> <p>Trastornos por déficit de atención Graves síndromes hiperactivos e hiperactividad (por control C1–3) con implicación de riesgo (C3-5)</p> <p>Trastornos del comportamiento (niños “tiránicos”, trastornos por oposición provo- cativa???. C1-3) Graves retrasos del desarrollo motórico, lingüístico, a(fectivo?). (C4-6) Retrasos del desarrollo motórico, lingüísti- co, a(fectivo?) (C-4)</p> <p>Trastornos psicosomáticos (por control) Tics motóricos, tartamudeos, impedimento motórico (por hiperactivación)</p>	DAP (estilo anoréxico) (comida como control)

Los trastornos de conducta, por ejemplo, son particularmente frecuentes en las consultas infantiles. Están caracterizados por modalidades repetitivas y persistentes de conducta agresiva, provocativa e incluso antisocial, violaciones de las expectativas sociales en relación con la edad. Pueden estar o no limitados al contexto familiar; asociarse o no a una socialización reducida; o adoptar la forma de trastorno opositivo provocativo con modalidades persistentemente negativas y hostiles. En un plano más específicamente explicativo, estos cuadros pueden asumir funciones y significados distintos en caso de que expresen el componente comportamental de un patrón evitante o, por el contrario, de un patrón resistente. En el primer caso, toman habitualmente la forma de conductas de retiro y aislamiento, que se pueden alternar con episodios y súbitos estallidos de ira (expresada por lo general fuera del contexto familiar propio, como por ejemplo con las amistades o en la escuela). En un itinerario ansioso-resistente, en cambio, tienden a adoptar la forma de comportamientos “tiránicos” y dramáticamente vinculantes respecto a uno de los padres, el cual llega a la consulta sintiendo que ha perdido la autoridad y el control educativo sobre su hijo: la relación entre padres y niño se centra, a diario, en el desafío y la provocación, con actitudes recíprocamente amenazadoras y punitivas (C1-5).

Se pueden hacer consideraciones análogas para los llamados *síndromes hiperactivos* (*o trastornos por déficit de la atención y por comportamiento impulsivo*), condiciones que normalmente se caracterizan por un exordio precoz, la combinación de un comportamiento hiperactivo escasamente modulado con una falta de perseverancia en la ejecución de una tarea, por la presencia de dichos comportamientos en diversas situaciones y por su persistencia en el tiempo. En un itinerario de desarrollo ansioso-resistente éstos presentan una mayor situacionalidad y conexión con la actitud paterna: la hiperactividad y la distracción tiene una clara función coercitiva y de control del padre. Por el contrario, en un itinerario evitante, aparecen claramente como una exasperación del uso de la exploración continua como “distractor”: la hiperactividad se utiliza como una defensa activa respecto a la desesperación, la impotencia, la soledad (hacer para no sentir) y también como gestión y descarga de la rabia; el niño nunca juega a ella de modo coercitivo, en un contexto de relación en el que la figura de apego debe estar lo menos implicada posible en el plano emocional.

Entre los trastornos de la esfera emocional con exordio característico en la infancia, *síndrome ansioso por separación* y las diversas *manifestaciones fóbicas* de la infancia ocupan sin duda una posición central. Un síndrome de ansiedad por separación se diagnostica cuando en el niño se presenta una ansiedad excesiva y específica relacionada con la separación de aquellos familiares a los que el niño está mayormente ligado y que no es simplemente parte de una ansiedad generalizada extendida a más situaciones. Podrán observarse preocupaciones irrealistas acerca de incidentes que podrían implicar a los familiares, o acerca de acontecimientos desfavorables (desapariciones, hospitalizaciones) que lo alejarían de los mismos

familiares. Puede existir un miedo persistente a quedarse solo, así como una repugnancia o rechazo persistente a ir al colegio, más ligada al miedo de separación que no al temor de lo que pueda suceder en la escuela, como sucede en cambio en las fobias escolares específicas. En efecto, en los síndromes fóbicos, se focaliza una ansiedad de niveles anormales en situaciones u objetos específicos. En el plano relacional estos cuadros clínicos tienden a expresar, por lo general, un modelo ansioso-resistente en su componente más específicamente emocional, con una organización del *self*, sin embargo, todavía suficientemente integrada y cohesionada. Es necesario sin embargo hacer algunas distinciones de rigor. Los niños coercitivos pasivos (C2-6), construyéndose como abiertamente incapaces y dependientes, pueden vivir momentos de crisis o de descompensación emocional ante situaciones inevitables de separación o de pérdida de protección percibida por parte de la figura de apego, situaciones que no pueden manejar valiéndose de los mecanismos habituales de control de la relación. En cambio, los niños coercitivos activos (C1-5) resultan bastante intolerantes a la restricción y pueden entrar en crisis, por ejemplo, ante el encuentro con un profesor particularmente rígido y vinculante, con quien los esquemas cognitivos interpersonales elaborados en la relación con la madre fracasan. Los síntomas que producen, por ejemplo una fobia escolar con dolores abdominales y vómito matutino, les permiten restablecer el equilibrio relacional amenazado. No resultará difícil reconocer en los perfiles de los niños que acabamos de esbozar, las diversas formas que puede adoptar “en estado embrionario”, la patología fóbica en el paciente adulto, manifestándose ya en la vertiente constrictiva (claustrofóbica), ya en la de la pérdida de protección (agorafóbica), cada una con su propia configuración sintomatológica propia.

Los *Trastornos Psicosomáticos* de la infancia así como los *Trastornos de la alimentación* deberían leerse también en relación con la función específica que desempeñan en relación con la figura de apego. En la vertiente ansioso-resistente es fácil observar que el niño construye, amplifica y utiliza el síntoma somático con el objetivo de anclar a sí mismo una madre discontinua, a la que descubre insólitamente sensible y reactiva al malestar físico y a la enfermedad. En esta vertiente reencontramos gran parte de aquellos cuadros somáticos, a falta de alteraciones orgánicas evidentes, sobre los que se focaliza, con un gran gasto de energías, una porción considerable del trabajo cotidiano de los pediatras: cólicos abdominales recurrentes, algunas formas de cefalea, vómitos, síndromes dolorosos de naturaleza diversa y quejas somáticas no claramente definidos (en los dedos, en las rodillas, en el tórax, etc.). Un simple análisis funcional del síntoma, en sus antecedentes y en sus consecuencias ambientales, basta con frecuencia para sacar a la luz la valencia de anclaje de los síntomas ante las figuras de apego: su función de control de la relación es inmediata y directa. El aspecto más sorprendente de estas formaciones somáticas es la capacidad que tiene el niño de salir al paso con algunas prioridades emocionales absolutamente peculiares de los padres, con la finalidad de mantener con ello un

estado de relación estable. Un ejemplo particularmente explicativo es el de las llamadas *apneas respiratorias afectivas* (o espasmos afectivos) que pueden surgir entre los seis meses y los cinco años de edad. Se trata de crisis anóxicas, precedidas por una frustración o un límite enérgico que se le pone al niño, que generalmente va seguido de llanto, cianosis o palidez, convulsión de los glóbulos oculares, pérdida de conciencia más o menos breve con alteraciones de tono muscular, y en consecuencia sueño y entorpecimiento para la recuperación después del síncope. Estas crisis, excluido obviamente un diagnóstico de epilepsia, se viven en un clima de particular dramaticidad y emotividad expresada. Lo que más sorprende en la observación clínica de los padres de estos niños es la presencia de una destacada sensibilidad a la experiencia de muerte, ligada a particulares situaciones traumáticas (pérdidas de figuras significativas, abortos o, más concretamente, experiencias de cianosis y asfixia del mismo hijo durante el parto) (Tortolani, Montecchi, 1990). Son estas prioridades paternas con las que el niño se sintoniza ante las discontinuidades que advierte en el adulto.

En un itinerario evitante o defensivo, en cambio, los trastornos psicosomáticos se muestran a menudo más graves, persistentes en el tiempo y muy poco anclados al comportamiento contingente de los padres, en un contexto relacional connotado en general por una escasa emotividad expresada. Parecen más bien el resultado de un precoz y generalizado mecanismo de inhibición de los estados afectivos y de la acción: en estos casos, presumiblemente, el mantenimiento del estado de relación con el cuidador está subordinado a la inhibición global de los componentes tanto comportamentales como emocionales del sistema motivacional de apego. La desregulación diádica se expresa entonces en el plano corporal, el único posible, es decir, directamente como desregulación fisiológica. Entonces, la enfermedad somática se inserta y se utiliza muchas veces como explicación semántica (espacio atributivo no culpabilizador) de las dificultades recíprocas en la construcción de una intimidad interpersonal adecuada. En algunos casos se puede convertir en el mito de las potencialidades inexpresadas: “*¿Si no hubiera existido esta enfermedad desafortunada, quien sabe la relación que hubiéramos podido tener!?*” Para los padres se convierte en la mejor y más objetiva explicación respecto a los propios límites afectivos. Para el niño, un proceso de atribución centrado en sus características físicas, aún sacrificando una parte relativamente superficial de su autoestima, le preserva de la activación de emociones críticas de valor más profundo y vital (núcleo de la amabilidad personal): salva a los padres, idealizándolos, para salvar algo de él mismo.

En los cuadros que hemos descrito hasta ahora, se hallan conservadas relativamente, todavía, las capacidades autointegradoras del *self*, mientras que se derrumban irremediablemente en los llamados *Síndromes de alteración global del desarrollo*, caracterizados por anomalías cualitativas de las interacciones sociales y de las modalidades de comunicación, además de por un repertorio limitado y

estereotipado de intereses y actividad. Anomalías que representan una característica preeminente del funcionamiento del individuo en todas las situaciones de la vida. Entre estos síndromes, el *autismo infantil* es sin duda una de las más importantes y quizás también una de las más controvertidas en el plano etiológico, diagnóstico y del tratamiento. Se caracteriza por una afección del desarrollo que se hace manifiesta antes de los tres años de vida y afecta las competencias en la interacción social: capacidad inadecuada de captar las señales socio-emocionales en las otras personas; escaso uso de las propias señales sociales y una integración débil de los comportamientos sociales, emocionales y comunicativos; falta de reciprocidad socio-emocional. Existe a menudo una ausencia de uso social de cualquier capacidad de lenguaje que pueda estar presente, con un uso a menudo comprometido de la cadencia y el énfasis. Los modelos de comportamiento, las actividades y los intereses son muchas veces bastante limitados y estereotipados. Se manifiestan a menudo como tendencia a imponer rigidez y monotonía a una gran variedad de aspectos de la vida cotidiana. Es bastante común un interés particular por los elementos no funcionales de los objetos, como su olor o la sensación que dan al tacto. Pueden estar presentes además trastornos del sueño y de la alimentación, autolesiones, miedos y fobias de diversos tipos. Si prescindimos de las consistentes áreas de duda en el plano etiológico y las frecuentes implicaciones orgánicas que se hallan en estos cuadros clínicos, desde el punto de vista relacional, indudablemente, el autismo parece representar la modalidad más extrema y generalizada de evitación activa y de retiro de la relación con el ambiente humano (figuras de apego y no), en el que los diversos indicadores del patrón evitante aparecen sólidamente: evitación de la comunicación verbal, del contacto físico, de la mirada directa, falta de reacción al alejamiento o vuelta de la madre, etc. Mientras que por lo general se conserva la relación con los objetos del ambiente físico, aunque de un modo tan estereotipado y monótono que da la idea de ser una función extrema de la exploración como "distractor". Al mismo tiempo se observan aspectos de desorientación y desorganización típicos del patrón D e indicios de conflicto aproximación-alejamiento: por ejemplo, balanceos, caminar en dirección a alguien y luego bloquearse balanceándose, la mano que se abre y se cierra, etc. (La Rosa, 1992). Su necesidad de constancia y de uniformidad en el ambiente, su resistencia que llega hasta reacciones catastróficas incluso frente a cambios poco significativos del ambiente circundante, adquieren un sentido si se observa que estos niños, de un modo coherente con las modalidades típicas de elaboración de la información del modelo evitante, han llevado a cabo un desplazamiento generalizado de la atención de la figura de apego al ambiente físico: todo su campo mental está focalizado en el ambiente y en consecuencia se encuentra muy fijado en sus regularidades, ya que es de estas regularidades de las que consiguen obtener unos mínimos elementos de estabilidad, continuidad y unicidad en el sentido de sí mismos.

La *psicosis simbiótica*, que tradicionalmente ha ocupado siempre un lugar

importante entre las psicosis infantiles junto al autismo, goza de una posición más incierta en las clasificaciones actuales. Sin embargo, puede ser interesante observar que ésta representa la modalidad más extrema y menos integrada de resistencia angustiosa. En estos casos, la descomposición parece derivar de alguna causa externa (como por ejemplo el nacimiento de un hermanito, enfermedad de la madre, etc.), que se vive como una amenaza para la relación entre madre y niño recíproca y poderosamente vinculante: se presentan entonces en el niño reacciones de pánico con una evidente angustia y cólera dirigida hacia la madre, seguidas por lo general de una condición de dependencia total de la madre y cerrazón ansiosa respecto al carácter amenazador de la realidad externa. La exasperación de la ambivalencia típica de este patrón resulta evidente por la mezcla o alternancia de sentimientos de deseo de los padres hasta la excitación, y de rabia hasta la cólera.

6. BREVES NOTAS SOBRE EL PROCESO PSICOTERAPÉUTICO EN EDAD EVOLUTIVA

En itinerarios de desarrollo inseguros, las relaciones actuales no sólo resultan insatisfactorias sino que la misma organización del conocimiento ya estructurada en el niño hace el proceso de recolección e integración de la información escasamente flexible y, en consecuencia, inadaptado respecto a su realidad compleja. Por lo tanto, más allá de las técnicas específicas utilizadas, uno de los objetivos generales de la intervención será la creación de contextos en los cuales el esfuerzo mental de los niños y los padres pueda dirigirse a crear modelos de experiencia que a) sean abiertos a nuevas informaciones; b) permitan a los individuos experimentar mentalmente interpretaciones y respuestas alternativas; c) animen a padres e hijos a integrar y utilizar, de manera cada vez más sofisticada, todas las informaciones que se encuentran a su disposición. Estos contextos requieren intercambios interactivos que integren la información afectiva con otras informaciones de manera que reflejen el proceso que caracteriza las relaciones seguras (Crittenden, 1994). Obviamente, en la primera infancia estas modalidades tomarán principalmente la forma de técnicas procesuales y emocionales. Se abrirán a intercambios y elaboraciones en el plano semántico siempre que el desarrollo cognitivo del niño lo permita. El papel del terapeuta será el de introducir en el sistema perturbaciones estratégicamente orientadas (Guidano, 1988) hacia la reorganización de patrones de apego manifiestos y hacia la articulación y diferenciación de los correspondientes esquemas cognitivos interpersonales a través de los cuales el niño tiende a asimilar su realidad.

El trabajo clínico cognitivista en edad evolutiva (Rezzonico, Lambruschi, 1985; Lambruschi, Ciotti, 1985; Lambruschi, 1996) prevé generalmente una primera fase de evaluación del problema que se basa en la recopilación y organización de los datos anamnésicos personales y familiares y sobre la información directa del niño en la relación con las figuras paternas. Esta fase, que se lleva a cabo bajo la luz del sistema conceptual referido, podrá permitir un primer nivel amplio

“diagnóstico-explicativo” sobre los patrones de apego activos y sobre las hipotéticas dimensiones de significado que gobiernan el síntoma. A partir del desenredo de los datos observados y anamnésicos los padres pueden empezar a extraer conexiones útiles para comprender cada vez más la calidad de la relación con su hijo y, al mismo tiempo, alguna significación del síntoma.

El proceso de cambio de los esquemas de relación padre-niño suele pasar a través de un ciclo de experiencia en el cual, a partir de los fragmentos de conciencia expresados por el padre o el niño, se suceden: experimentaciones activas en la sesión, donde el plano comportamental y la activación emocional dominan el campo; elaboraciones en el plano semántico de las experiencias que se han tenido; compartición de objetivos a llevar adelante entre una sesión y la otra, con finalidades ya no banalmente prescriptivas sino exploradoras y cognoscitivas respecto a las propias potencialidades y a los propios límites en la relación de apego-cuidado.

El trabajo terapéutico parte del análisis y la gestión directa de la relación de apego- cuidado real entre padres y niño, intentando gradualmente conectarla a aspectos significativos de la historia de apego de los mismos padres en sus familias de origen. Ayudar a los padres a recuperar el acceso a los recuerdos infelices conectados con sus propias experiencias de apego, reelaborándolos e integrándolos de modo significativo y coherente en la imagen que tienen de sí mismos puede permitirles gradualmente recuperar la capacidad de responder de modo más sensible a las señales de necesidad de su hijo, promoviendo de este modo su apego seguro.

Inspirado en los trabajos de Vittorio Guidano y Patricia Crittenden este artículo desarrolla la teoría del apego en el ámbito de aplicación de la psicología y psicopatología infantiles

Palabras clave: Teoría del apego, Modelos operativos internos, Postracionalismo, Terapia cognitiva; Psicología evolutiva.

¹ Universidad de Siena (Italia) - As. U.S.L. de Cesena (Italia)

² A diferencia de los modelos de acción prefijada, esquemas altamente estereotipados y estructurados de movimiento, los modelos de objetivo prefijado constituyen esquemas innatos más complejos y más típicos de las especies superiores en las que, dado el objetivo biológicamente integrado, las formas específicas de comportamiento aptas para lograrlo son seleccionadas de manera relativamente flexible en relación con el contexto ambiental.

³ Sería más correcto decir, bajo la forma de esquemas afectivo-motores, en tanto que la acepción piagetiana de esquema sensorio-motor se adapta mejor a la descripción del conocimiento que el niño desarrolla en referencia a los elementos inanimados de su propio ambiente. En la construcción de su conocimiento de los seres humanos, de su propia persona vinculada a las otras, a la dimensión

sensorial y motora se le conecta siempre un tono afectivo específico. Una cosa, como afirma Daniel Stern (1985), es construir un esquema sensorio-motor de un sonajero, y otra la construcción del esquema relativo al sí mismo vinculado a la propia madre.

- 4 Las intervenciones de redefinición positiva del síntoma características del enfoque sistémico-familiar acaban teniendo un impacto real en términos de cambio cuando se focalizan en funcionalidades afectivas más profundas del mismo síntoma.
- 5 Las configuraciones centrales de apego en la primera infancia son ampliamente descritas y conocidas (Ainsworth y colaboradores, 1987). No obstante, merece la pena detenerse brevemente en sus diferenciaciones en subpatrones específicos, con los diversos niveles de flexibilidad e integración que éstos prevén, tanto en la primera infancia como en la edad preescolar y escolar, puesto que el trabajo clínico en la edad evolutiva requiere la asunción de «lentes» capaces de focalizar el comportamiento de relación del niño, tanto en sus expresiones adaptativas como psicopatológicas, llevando a cabo las discriminaciones más articuladas y ricas posibles. Por cuanto se refiere a la primera infancia, Mary Ainsworth y colaboradores observaban ya que, entre las diversas configuraciones centrales, no es posible trazar una línea clara de separación, en tanto que se funden gradualmente una en la otra. Además, dentro de cada una de ellas, hallamos rasgos comportamentales y emocionales muy distintos. Por ejemplo, es posible observar a niños seguros que están solamente en relación distal con la madre, sin buscar una proximidad física particular (B1), y niños igualmente seguros, pero muy hábiles en mantener el contacto físico con la madre y en buscárselo, mostrando constantemente niveles elevados de activación emocional (B4). En niveles intermedios de seguridad encontramos niños con algún rasgo de evitación, escasa señalación emocional ante la separación, y sin embargo una búsqueda patente de proximidad en la unión (B2); y niños con pocas o ninguna señal de resistencia o evitación, y con una búsqueda bastante intensa de contacto físico con la madre (B3). Tenemos luego niños resistentes que muestran muy abiertamente su rabia hacia la madre o el extraño (C1); y niños resistentes cuya característica más evidente, contrariamente, es la pasividad (C2). Finalmente, es posible observar niños evitantes extremadamente inhibidos y desesperados (A1), y otros que en cambio todavía no han perdido completamente la esperanza de obtener reciprocidad afectiva de su figura de apego (A2). Con el pasaje de la primera infancia a la edad preescolar, la diferenciación y la articulación de las estructuras cognoscitivas del *self* y de la realidad se hacen todavía más complejas. Las competencias cognitivas y sociales del niño se enriquecen, el pensamiento simbólico y el lenguaje se desarrollan: esto lleva al niño a modular el sistema comportamental de apego en una variedad de nuevas configuraciones, todavía más refinadas en vistas al alcance del objetivo que sigue representándose como la máxima protección y confort, compatiblemente con las características de respuesta de esa madre en particular. Estas nuevas configuraciones han sido descritas en detalle por Crittenden (1992) y recientemente reelaboradas tanto en el plano descriptivo-clasificatorio como en el plano conceptual (Crittenden, 1994). Por ejemplo, niños evitantes con madres retiradas y deprimidas pueden llegar a ser brillantes y estimulantes en edad preescolar, aprendiendo que, ofreciendo cuidado a la madre, ésta probablemente se activará positivamente en relación con ellos (A3, *compulsivamente paternales*). En cambio, niños evitantes con madres con tendencia a la hostilidad pueden aprender a inhibir selectivamente lo que produce rabia en la madre y corresponder a sus expectativas: es decir, comprender la norma social según la cual no se puede rechazar abiertamente la propia madre sin correr el riesgo de aumentar su hostilidad: en consecuencia pueden convertirse en *compulsivamente complacientes* (A4). Finalmente, niños evitantes con madres intrusivas pueden aprender a corresponder o a inhibirse de manera cada vez más atenta y sofisticada (A1-2, *inhibidos*). Por sus características de control poderoso de los afectos, en edad preescolar los niños evitantes son definidos como *defensivos*. Los niños ansioso-resistentes, en cambio, en edad preescolar se definen como *coercitivos* en tanto que dirigen todas sus energías a perfeccionar estrategias cada vez más potentes de control coercitivo hacia las figuras de apego, con el fin de

tenerlas lo más orientadas hacia sí posible. Transforman su penosa situación caracterizada por la incapacidad de prever el comportamiento paterno en una situación de control compulsivo en la que son ahora los padres quienes sienten al hijo como imprevisible y vinculante. En este modelo es también interesante observar las diferenciaciones internas específicas entre las dos categorías activas (C1 *amenazador* y C3 *agresivo*, con rabia explícita y vínculo provocativo de intensidad variable hacia uno de los padres y las dos categorías pasivas (C2 *desarmante/desarmador* y C4 *indefenso*, que intentan con diversas intensidades y graduaciones vincular el adulto mostrándose débiles, necesitados de ayuda, incapaces, abiertamente dependientes). Con el pasaje a la edad escolar las diversas subconfiguraciones de apego van perfeccionando cada una de las propias estrategias en función de las mayores competencias sociales (inversión mayor en la realidad externa, exploración, amistades) y cognitivas (pensamiento lógico concreto). En particular, los niños coercitivos tienen mayores probabilidades de adoptar una “falsa cognitividad” para derivar a los demás hacia sus propias intenciones, integrándola en sus estrategias de regulación del acceso a las figuras de apego. Algunos coercitivos activos centran las propias preocupaciones en el castigo del otro, dirigiendo la rabia de forma engañosa, obsesionándose con la venganza, utilizando el engaño al servicio del comportamiento punitivo (C5 *Punitivo*). Otros niños menos agresivos integran en cambio el engaño con un comportamiento desarmador y se vuelven seductores (C6) y obsesionados con la necesidad de ayuda. Como veremos, todas estas diferenciaciones son reconocibles con evidencia particular precisamente en sus derivaciones clínicas.

Traducción: Laia Villegas Torras

Referencias bibliográficas

- AINSWORTH, M. D. S. (1985). «I. Patterns of Infants-Mother Attachment: Antecedent and Effects on Development; II. Attachment across Life Span», *Bulletin of New York Academy of Medicine*, 61, 771-791.
- AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E & WALL, S. (1978). *Patterns of Attachment: Assessed in the Strange Situation and at Home*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*, Int. Univ. Press, New York.
- BOWLBY, J., (1969). *Attachment*, London: Hogart..
- BOWLBY, J., (1973). *Separation: Anxiety and Anger*, London: Hogart.
- BOWLBY, J., (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London: Tavisctock
- BOWLBY, J. (1980). *Loss: Sadness and Depression*. London: Hogarth.
- BOWLBY, J., (1988). *A secure Base*, Lonodn: Routledge,
- CICCHETTI, D. & LYNCH, M. (1993). «Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development», *Psychiatry*, 56, 96-118.
- CIOTTI, F. & LAMBRUSCHI, F. (en prensa). *Stile relazionale genitori-bambino e comportamento in contesti extrafamiliari: uno studio trasversale su bambini in età prescolare alla luce della teoria dell'attaccamento*.
- CRITTENDEN, P. M. (1981). “Abusing, neglecting, problematic and adequate dyads, differentiating by patterns of interaction”, *Merrill-Palmer Quarterly*, 27, 201-218.
- CRITTENDEN, P. M. (1990). «Internal representational model of attachment relationship», *Infant Mental Health Journal*, 11, 259-277.
- CRITTENDEN, P. M. (1992). «Quality of attachment in the preschool years», *Development and Psychopathology*, 4, 209-41.
- CRITTENDEN, P. M. (1994). *Nuove prospettive sull'attaccamento*. Milano: Guerini.
- CRITTENDEN, P. M. (1997). *Pericolo, sviluppo e adattamento*. Milano: Masson..
- CRITTENDEN, P. M. (1999). *Attaccamento in età adulta: l'approccio dinamico maturativo all'Adult Attachment Interview*. Milano: Cortina.
- ELLIS, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York: Stuart

- FROST, A. A. K. & PAKIZ, B (1990). «The Effects of Marital Disruption on Adolescent: Time as a Dynamic», *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, 4, 544-555.
- GROSSMANN, K. E. & GROSSMANN, K. (1991). «Attachment quality as an organizer of emotional and behavioral responses in a longitudinal perspective», in C. M. Parkes, Teonson J., Hinde J., Harris P., *Attachment across the life cycle*, London: Tavistock, Routledge.
- GROSSMANN, K. E. & GROSSMANN, K. (1993). «Legame d'attaccamento infantile e sviluppo delle dinamiche psichiche individuali nel corso della vita», *Terapia Familiare*, 41, 5-18.
- GUIDANO, V. F. (1987). *Complexity of the Self*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F., (1991). *The Self in Process*. New York: Guilford.
- GUIDANO, V. F. & DODET, M. (1993) «Terapia cognitiva sistematico processuale della coppia», *Psicobiettivo*, 1, 29-41.
- GUIDANO, V. F. & LIOTTI, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. New York: Guilford.
- LAMBRUSCHI, F. & CIOTTI, F. (1995). «Teoria dell'attaccamento e nuovi orientamenti psicoterapeutici nell'infanzia», *Età Evolutiva*, 52, 109-126.
- LAMBRUSCHI, F. (1996). *Il bambino*. In: B. Bara, *Manuale di psicoterapia cognitiva*, Boringhieri, Torino, 1996.
- LAMBRUSCHI F. (1996). *Il lavoro terapeutico con il bambino e la sua famiglia in un'ottica cognitivo-evolutiva*, in Rezzonico G., Ruberti S. (a cura di), *L'attaccamento nel lavoro clinico e sociale*, Franco Angeli,
- LA ROSA, C. (1992). «Etiologia e prospettiva cognitivo-evolutiva nel comportamento autistico infantile», *Psicobiettivo*, 2, 27-35.
- LIOTTI, G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*, La Nuova Italia Scientifica, Roma..
- 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. Fumblings (eds.), *Attachment in Preschool Years*, University of Chicago Press, Chicago,
- MAIN, M. & HESSE, E. (1992). *Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori*, in M. Ammaniti, D. N. Stern, *Attaccamento e psicoanalisi*, Laterza, Bari.
- MAIN, M. KAPLAN, N &. CASSIDY J. (1985). *Security in Infancy, Childhood and Adulthood: A Move to the Level of Representation*, in I Bretherton, E. Waters (eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research*, Monographs of the Society of Research in Child Development, University of Chicago Press, Chicago, vol. 50, 1985, 66-104.
- MAIN, M. , J. SOLOMON, *Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented during the Ainsworth Strange Situation*, in M. T. Greenberg, D. Cicchetti, E. M. Fumblings (eds.), *Attachment in Preschool Years*, University of Chicago Press, Chicago, 1990.
- MAIN, M. , J. STADTMAN, «Infant Response to Rejection of Phisical Contact by the Mother: Aggression, Avoidance and Conflict», *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 20, 1981, 292-307.
- MITCHELL A.S., *Relational Concepts in Psychoanalysis: an Integration*, Harvard University Press, Cambridge, Mass-London, 1988.
- G. REZZONICO, F. LAMBRUSCHI, *Psicoterapia Cognitiva nei servizi pubblici*, Franco Angeli, Milano, 1985.
- M. H. RICKS, *The Social Transmission of Parental Behavior: Attachment across Generation*, in I. Bretherton, E. Waters (eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research*, Monographs of the Society for Research in Child Development, University of Chicago Press, Chicago, vol. 50, 1985, 211-227.
- J. D. SAFRAN, J. D. & SEGAL, Z. V. (1990). *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*, New York: Basic Books
- SAMEROFF, J. & EMDE, R. N. (1988). *Relationships Disturbances in Early Childhood: A Developmental Approach*. New York: Basic Books.
- SEGANTI, A. (1995). *La memoria sensoriale delle relazioni*. Torino: Bollati Boringhieri.
- STERN, D. (1985) *The interpersonal World of the Infant: a View from Psychoanalysis and Development Psychology*. New York: Basic Books
- SHAFFER, H. & CALLENDER, M. (1959). Psychologic Effects of Hospitalization in Infancy", *Pediatrics*, n. 21, pp. 528-539.
- TORTOLANI, D. & MONTECCHI, F. (1990). *Intervento sistemico in pediatria: la trasformazione della diagnosi medica nei casi di apnee affettive respiratorie*, in C. Loriedo, A Bianchi di Castelbianco, *Il bambino e i suoi sistemi*. Roma: Edizioni Kappa.
- TRONICK, E. Z. (1982). *Social Interchange in Infancy. Affect Cognition and Communication*, University Park Press, Baltimore.
- TRONICK, E. Z. (1989). "Emotion and Emotional Communications in Infants", *Am. Psychol.*, n.44, pp.112-127.
- WINNICOTT, D. W. (1958). *Collected Papers*. New York: International University Press.