

# **Un enfoque al tratamiento desde el apego: El Tratamiento**

## **Integrativo DMM**

Patricia M. Crittenden y Rudi Dallos

*Ofrecemos un modelo de tratamiento del apego que es una síntesis de las modalidades de tratamiento existentes pero que se estructura alrededor de una nueva forma de formular las causas y respuestas terapéuticas a la disfunción. La nueva formulación se basa en la exposición al peligro sin protección ni cuidado, particularmente durante períodos de inmadurez evolutiva. El tratamiento que proponemos está basado en la relación ya que trabaja con las necesidades de todos los miembros de la familia y que se implementa a través de clínicos funcionando como “figuras de apego de transición” para los miembros de la familia. Citamos publicaciones que validan nuestras ideas a través de la observación descriptiva, estudios comparativos, estudios de caso y formulaciones funcionales familiares de trastornos específicos.*

La teoría del apego de Bowlby-Ainsworth conlleva un gran potencial a la hora de asegurar el tratamiento de la salud mental a lo largo del ciclo vital pero, hasta ahora, su potencial no se ha desarrollado completamente. Esto es, por una parte, porque las nociones de Bowlby acerca del peligro se han sustituido por un foco en la seguridad y su proceso de integrar teorías del desarrollo y tratamiento no se ha mantenido. Por otra parte, porque los patrones de apego infantiles de Ainsworth no se han expandido lo suficiente como para tener en cuenta la variación a edades más tardías en contextos amenazantes.

En este artículo, describimos un enfoque de tratamiento basado en el apego usando una síntesis de la teoría del apego con otras teorías, incluyendo especialmente la teoría de los sistemas familiares (FST, por sus siglas en inglés). El Modelo de Apego y Adaptación Dinámico-Maduracional (DMM, por sus siglas en inglés; Crittenden, 2008) incluye una expansión de los patrones ABC de diferencias individuales de apego de Ainsworth ofreciendo así una variedad más amplia de estrategias de protección Tipo A y Tipo C (Crittenden & Ainsworth, 1989). Abordamos cuatro puntos:

- (1) el tratamiento desde una perspectiva familiar;
- (2) la definición de problemas psicológicos e interpersonales en relación con la exposición al peligro;
- (3) una descripción del tratamiento integrativo DMM; y
- (4) aplicaciones del tratamiento integrativo DMM.

### **Las ventajas de basar el tratamiento con familias en el apego.**

*Una perspectiva sistémica.* Tanto el apego como la FST son teorías sistémicas que usan los conceptos de retroalimentación, procesos recíprocos y dinámicos, y patrones de comportamiento. Sin embargo, como las teorías de sistemas son esencialmente descriptivas, no pueden explicar las bases de desarrollo de los problemas. La idea de Bowlby de que el apego era un sistema organizativo para protegerse a uno mismo, a la propia pareja y a los hijos de uno, ofrece una base de desarrollo para comprender el papel que juega el peligro al promover la organización psicológica y comportamental, incluyendo el comportamiento desadaptativo.

***Enfoque en el peligro y en el éxito reproductivo.*** El comportamiento protector promueve la supervivencia tanto de los individuos como de la especie. La protección supone proteger a los niños y enseñarles cómo protegerse a sí mismos (Crittenden, 1999). Prácticamente, esto significa proteger a los niños hasta que alcanzan la madurez reproductiva. Esto también implica seleccionar parejas sexuales seguras y conseguir que se involucren a la hora de criar a los hijos. Es decir, el apego no se limita a la infancia y conlleva intrínsecamente la reproducción (cf. Belsky, 2012).

***Un modelo de desarrollo.*** Al usar un modelo de desarrollo, la teoría del apego ofrece una nueva manera de comprender la fuente, el significado y la secuencia temporal que lleva al comportamiento desadaptativo. En cualquier momento dado, los individuos se organizan con la mejor estrategia de protección de la que disponen, dada su madurez y experiencias pasadas. Cuando la estrategia implica un procesamiento de la información incompleto o distorsionado, puede haber consecuencias negativas no intencionadas. Por ejemplo, el hijo de un padre violento puede omitir de su conciencia información acerca de la violencia parental o exagerar (en otras palabras, distorsionar) las cualidades positivas de los progenitores o ambos. Durante la infancia esto es adaptativo porque hace posible que el niño permanezca junto y bajo el cuidado del padre, lo que es más seguro que intentar vivir solo. Sin embargo, tiene la consecuencia negativa inmediata del riesgo de lesiones y la potencial consecuencia de aumentar a probabilidad de que el niño tolere el abuso de compañeros o parejas en la edad adulta.

El DMM describe una expansión evolutiva de la diversidad de estrategias de protección y ofrece un entendimiento matizado de los efectos del trauma. Para los clínicos, esto sugiere que

las secuencias evolutivas de los miembros de una familia y sus zonas de desarrollo próximo deben comprenderse en las primeras fases de tratamiento.

***Representaciones disposicionales y las neurociencias cognitivas.*** El trabajo reciente en las ciencias neurocognitivas ha cambiado nuestra forma de comprender cómo se le da significado a la información y cuándo la maduración crea la disposición para atribuir diferentes tipos de significado. Bowlby introdujo estas ideas en 1980, pero investigaciones recientes han modificado la noción de “modelos de trabajo interno” por el de múltiples representaciones disposicionales interactuando dinámicamente (Eagelman, 2011) que reflejan las expectativas interpersonales de los individuos (Ainsworth et al, 1978). El término “representación disposicional” (DR, por sus siglas en inglés) se refiere al hecho de que cada representación predispone al individuo a responder de una forma particular (cf. Damasio, 1994).

En el DMM, hay ocho tipos de representaciones disposicionales (cf., sistemas de memoria, Schacter & Tulving, 1994). Tres son preconscientes (es decir, implícitas): representaciones corporales o “somáticas” (por ejemplo, sentir mariposas en el estómago); representaciones sensomotoras o “procedimentales” (por ejemplo, saber montar en bicicleta o hablar un idioma) y representaciones perceptivas o en “imágenes” (por ejemplo, el olor de la consulta de un dentista o el pinchazo de una bofetada). Tres son conscientes y verbales (es decir, explícitas): “habla corporal” somática (por ejemplo, me siento enfermo, me siento emocionado); representaciones “semánticas” generalizadas (es decir, cómo son las cosas generalmente o lo que pasa normalmente) y lenguaje “connotativo” que previene, o por el contrario, provoca emociones en el que escucha. Dos tipos de representaciones disposicionales son conscientes, verbales e integrativas: la memoria “episódica” integra información preconsciente y consciente acerca de

eventos específicos mientras que la “integración reflexiva” compara y contrasta todas las DRs para construir la representación que mejor encaja. Cada tipo de DR capta mejor algún aspecto de nuestra experiencia y, a la vez, se encuentra limitado en relación con los otros aspectos. Además, la mayoría de la gente tiene disposiciones que entran en conflicto y cualquiera de ellas puede regular el comportamiento.

Las DRs preconscientes operan más rápidamente, pero con una mayor riesgo de error. Las representaciones integrativas son las que necesitan más tiempo para producir un comportamiento, pero son las más precisas. Cuando el peligro ha sido frecuente y grande, se tiende a favorecer el atajo de auto-protección rápida. Sin embargo, en contextos nuevos, esto puede dejar paso a un comportamiento desadaptativo. Además, los niños pequeños no tienen acceso a DRs explícitas y, por tanto, deben usar atajos preconscientes para lidiar con situaciones complejas en las que no son protegidos. Con la llegada de la madurez, los niños en edad escolar terminan siendo capaces de usar representaciones verbales y, más tarde, integrar información, pero estas habilidades se aprenden en conversaciones con adultos sensibles.

Los clínicos necesitan comprender qué DR regula el comportamiento de cada miembro de la familia, para así poder seleccionar las herramientas terapéuticas que puedan modificar las DRs específicas y el comportamiento que predisponen. Un conjunto evolutivo de evaluaciones del DMM (Farnfield, Hautamäki, Nørbech, & Sahhar, 2010) puede identificar qué representaciones regulan el comportamiento de los individuos cuando se sienten en peligro.

En la terapia con niños un asunto específico es ayudarles a que generen DRs más ajustadas y, lo que es más importante, a que hagan la transición del funcionamiento preconsciente a la regulación consciente de su propio comportamiento. La mejor manera de hacer esto es a través del diálogo continuo con sus padres, pero los padres con problemas y los

padres de niños con problemas raramente son capaces de hacer esto. Ayudar a que los padres puedan apoyar a sus hijos a refinar la comprensión de los peligros pasados puede ser fundamental a la hora de prevenir consecuencias a largo plazo. Por ejemplo, los efectos de la adicción de un padre es algo que un niño pequeño no puede comprender del todo; esto le lleva a usar atajos preconscientes a la hora de procesar la información acerca de lo que ha pasado. El resultado puede ser el desarrollo de un comportamiento desadaptativo unos años más tarde. Los padres que ayudan a sus hijos a comprender lo que ha pasado pueden mitigar algunos de los efectos negativos de su adicción en sus hijos. Estos esfuerzos tienen que hacerse en la zona de desarrollo próximo del niño o si no el esfuerzo puede provocar un nuevo conjunto de distorsiones de protección. Así, el trabajo tiene que realizarse en pasos progresivos a lo largo de la infancia. El hecho de tener que volver repetidas veces a las dificultades del pasado puede ser duro para los padres que puede que prefieran hablarlo todo de una vez y cerrar el asunto. Los terapeutas que son conscientes de los conflictos entre el desarrollo de padres e hijos pueden ser de mayor ayuda que aquellos que no tienen información acerca del desarrollo infantil.

***El tratamiento como un proceso familiar.*** El tratamiento siempre implica a las familias, tanto a las familias de origen como a las familias actuales. Incluso cuando el tratamiento se dirige a un individuo, hay efectos recíprocos continuos entre el individuo y los miembros de su familia, tanto su pareja como sus hijos. Si no se le presta atención a estos efectos, se corre el riesgo de que la intervención ponga en peligro las relaciones familiares. Por ejemplo, a un niño abusado que usó una estrategia inhibitoria puede que se le anime durante el tratamiento a que use una estrategia más expresiva o puede que a una madre se le insista en que castigue menos. Sin embargo, este comportamiento más “seguro” en el niño puede desencadenar más abuso y una

disciplina más permisiva en la madre puede crear conflictos con su pareja. De igual modo, un tratamiento exitoso con un adulto, sin que su pareja haga los cambios correspondientes, puede que haga insostenible la relación entre ellos. Por ejemplo, una mujer cuya depresión disminuye a medida que se vuelve más independiente y asertiva puede desencadenar en su marido miedo al rechazo y al abandono. La prevención de estos resultados adversos requiere que prestemos atención al funcionamiento de todos los miembros de la familia. La terapia familiar sistémica aporta una gran experiencia en este aspecto y hace posible ayudar a las familias a cambiar (Dallos & Vetere, 2005; Stedman & Dallos, 2012).

### **Integrando Teorías de Tratamiento alrededor de la Protección y el Peligro.**

El Tratamiento Integrado DMM (Crittenden et al, en prensa) es novedoso en su definición de los problemas comportamentales e interpersonales como resultado de la exposición al peligro sin protección ni consuelo durante la infancia, pero resulta familiar en la variedad de teorías de tratamiento que contribuyen a la respuesta terapéutica. Nosotros cubrimos tres de ellas, pero hay otras.

*Teoría de Sistemas Familiares.* Para el Tratamiento Integrado DMM es crucial que la familia sea el foco central del tratamiento, incluso cuando algunos de sus miembros puede que no acudan a las sesiones o no estén presentes, por ejemplo, padres divorciados o fallecidos. Aunque a menudo no se reconoce, basándonos en su trabajo con el grupo de Palo Alto, Bowlby puede ser considerado como uno de los primeros terapeutas de familia (Byng-Hall, 2009).

**Teoría Psicodinámica.** Igualmente importante es el antecedente en teoría psicodinámica que comparten la noción de apego y FST, particularmente la atención que se le presta a los procesos inconscientes que transforman información para protegernos. Esta idea afecta tanto al tratamiento como a la investigación. Para el tratamiento, se trata de escarbar por debajo de la superficie del comportamiento y los síntomas para poder ocuparse de las raíces de la desadaptación. Para la investigación, es la necesidad de ir más allá de los cuestionarios de autoevaluación hacia evaluaciones que abordan las distorsiones preconscientes que surgen cuando la gente recuerda experiencias dolorosas y peligrosas. La teoría Psicodinámica también contribuye a nuestra comprensión de la relación entre terapeuta y pacientes (es decir, transferencia y contra transferencia) o, en términos del apego, a como los terapeutas funcionan como “figuras transitorias de apego”.

**Teorías Constructivistas.** Las tradiciones Constructivistas incorporan y expanden las tradiciones conductista y cognitiva al enfatizar las contingencias entre la gente, las representaciones psicológicas, y la cualidad subjetiva del significado. El hecho de comprender que no podemos saber “la verdad” objetivamente sino que solo podemos construirla a través de nuestras mentes sugiere que la comprensión que los individuos tengan del peligro se verá afectada por sus experiencias individuales en sus familias y su madurez en ese momento dado. De igual modo, las experiencias de los propios clínicos contribuyen a la atribución de significado que hacen en su trabajo clínico (Kelly, 1955). Muchos niños y padres que fueron amenazados en la niñez mantienen DRs simplificadas. Esto puede llevar a una comprensión incompleta de las intenciones de cada uno y al uso de amenazas o de la retirada emocional como la principal opción de respuesta. Cuando estos atajos se llevan adelante sin correcciones, se puede construir



erróneamente qué es peligroso y qué es seguro en el presente, con el consecuente sufrimiento e incluso peligro. Cuando el tratamiento incluye un diálogo acerca de las atribuciones de significado y cuál es la base para las diferentes atribuciones, se convierte en una labor colaborativa y reflexiva (Maturana & Varela, 1987; Willig, 2001). La reflexión es la marca distintiva de la estrategia Tipo B lo que en sí mismo promueve la seguridad y el cuidado a través de una mayor gama de situaciones. Este es, sin embargo, el punto final de un proceso de tratamiento que comienza con la revelación y corrección de las distorsiones en DRs no integrativas.

Muchos significados no conscientes se mantienen a través del lenguaje que se usa (Bandler & Grinder, 1975; Gergen & Davis, 1985). Por ejemplo, es crucial decir que una persona *usa* una estrategia de apego (no que él o ella *es* un Tipo A o B o C). El hecho de reconocer que los significados forman parte intrínseca del lenguaje hace posible el uso del análisis del discurso para inferir las estrategias de protección de los individuos. Este análisis se centra en cómo se emplea el lenguaje para llevar a cabo diferentes funciones, incluyendo especialmente los intentos de auto-protección (cf. Crittenden & Landini, 2011 para el análisis del discurso en la Entrevista de Apego Adulto del DMM).

Para concluir, el DMM reconceptualiza la base de la desadaptación como exposición al peligro sin protección ni consuelo e integra las aportaciones revolucionarias de la teoría psicodinámica, el constructivismo cognitivo y la neurociencia moderna para producir un proceso para evaluar y comprender las estrategias protectoras. Juntas, estas diferentes ramas de conocimiento crean una síntesis inclusiva que puede influir en el tratamiento.

## El Tratamiento Integrativo DMM

El DMM es un modelo completo de adaptación que permite una formulación novedosa de los problemas clínicos más comunes, claridad en cuanto al foco del tratamiento, y flexibilidad en relación con las técnicas de intervención. El Tratamiento Integrado DMM implica una serie de pasos reiterativos que se refinan repetitivamente a medida que se conoce más y que los miembros de la familia cambian.

1. La evaluación temprana es esencial. Normalmente es un diagnóstico psiquiátrico basado en síntomas o de apego “desorganizado”. Por el contrario, las evaluaciones DMM de las relaciones de apego se ocupan de la exposición al peligro sin protección ni consuelo, del procesamiento psicológico de la información acerca del peligro para crear representaciones disposicionales, y de la organización estratégica del comportamiento alrededor de los peligros. Es decir, las evaluaciones del apego del DMM revelan el rango de DRs de los miembros de la familia. La evaluación se ve en sí misma como parte de la intervención tanto en el contenido como en la función interpersonal. Además, al poner a los miembros de la familia a cargo de lo que se sabe sobre ellos, la evaluación ayuda a generar confianza en el terapeuta y una sensación de seguridad mientras se discuten temas amenazantes. A medida que la evaluación progresa, el terapeuta se convierte en una figura de apego transitoria para los miembros de la familia. Esto, a cambio, hace posible que los miembros de la familia revelen más acerca de sí mismos y re-evalúen sus propias ideas.
2. En base a las evaluaciones de los miembros de la familia, se puede generar una *formulación funcional familiar* (Crittenden, 2008; Crittenden & Landini, 2011; Johnstone & Dallos, 2013) alrededor de los peligros que provocan las estrategias y las causas de cambio más cruciales, es decir, las acciones catalíticas que pueden desencadenar una

cascada de cambios positivos (Crittenden & Ainsworth, 1989). La formulación funcional familiar es la DR del terapeuta acerca de la situación familiar. Ofrece una formulación del caso que es única para cada familia y que también parte de características compartidas por tipos de problemas particulares.

3. Una combinación de descripciones, comparaciones y estudios de caso es particularmente útil a la hora de guiar a los terapeutas a desarrollar formulaciones funcionales familiares para familias específicas. Un ejemplo de una formulación funcional familiar es la posibilidad de que en el autismo la evitación parental post-natal lleva a los niños a priorizar la vigilancia del cuerpo (en lugar del contacto visual), con consecuencias a largo plazo para el desarrollo neurológico, interpersonal, del lenguaje y emocional (ver Crittenden, Dallos, Landini, & Kozłowska, en prensa). Otro ejemplo es la diferenciación del TDAH en dos formulaciones DMM, una basada en un comportamiento infantil coercitivo (Tipo C) que distrae a los padres de sus propios problemas y el otro basado en la acomodación infantil Tipo A a las demandas parentales amenazantes que no pueden ser modificadas por el comportamiento del niño (Crittenden, Dallos, Landini, & Kozłowska, en prensa; Crittenden & Kulbotten, 2007). Con el paso del tiempo, las formulaciones para familias específicas se refinan y se comparten cada vez más con los miembros de la familia a medida que se mueven de explicaciones de sus problemas lineares y psiquiátricos hacia puntos de vista relacionales y basadas en el apego.
4. Con la formulación y comprensión del estado de desarrollo de cada miembro de la familia, un plan de tratamiento puede abordar las necesidades y disposición de cada miembro de la familia. El plan comienza donde se sobreponen las ideas, valores y zonas de desarrollo próximo de los miembros de la familia, haciendo que se pongan de acuerdo

acerca de los objetivos y medios para alcanzarlos. Éste puede describirse como un enfoque colaborativo y reflexivo de la práctica clínica.

5. Los planes se estructuran para moverse de lo implícito, pasando por lo explícito, al funcionamiento reflexivo. Esto promueve la corrección de las DRs distorsionadas antes de que el individuo se dedique a la integración reflexiva (cf., Walton, 2014 en “intervenciones sabias”). El trabajo con familias es complejo ya que algunos miembros de la familia pueden estar listos para beneficiarse de la exploración semántica y reflexiva, mientras que otros puede que necesiten comenzar con representaciones implícitas somáticas, procedimentales y de imágenes. Los niños en particular podrían beneficiarse de exploraciones conductistas. Aunque esto puede parecer abrumador para los terapeutas, la tarea diaria de los padres es funcionar en la zona de desarrollo próximo de cada uno de sus hijos.
6. El modo de implementar el plan parte del repertorio completo de herramientas psicoterapéuticas, cada una se selecciona porque se ocupa de un tipo específico de DR. Por ejemplo, los padres pueden considerar episodios verbales, mientras que los niños pequeños trabajan a través del juego en representaciones de los episodios. Para niños en edad escolar, una tarea crucial es conectar las DRs preconscientes con formas verbales que las representen; esto puede permitir que los niños piensen de forma concreta y hablen con los demás de su experiencia sin tener que revivirla.
7. La retroalimentación se utiliza para modificar la formulación y el plan ¿funcionó la técnica tal y como se esperaba? ¿Reveló algo nuevo? La formulación funcional familiar y el plan se reconsideran a la luz de la retroalimentación y la siguiente prueba, es decir, el siguiente paso en el tratamiento, se lleva a cabo. El tratamiento se convierte en una forma de “empirismo colaborativo” (Bennett-Levy, et al., 2004). Una particular ventaja de un plan a largo plazo basado en una formulación funcional familiar es que el trabajo puede

lograrse por partes, con la familia dejando el tratamiento y volviendo a él cuando se sientan preparados para avanzar de nuevo. Este modo de ver el tratamiento como un proceso planificado que se lleva a cabo por etapas difiere bastante de ver el tratamiento como fallido o incompleto. Además, si el terapeuta aborda la causa fundamental del cambio, puede que haya puesto en marcha una cascada de procesos de cambio que la familia sea capaz de manejar por sí misma, sin necesidad de tener un terapeuta en cada paso.

Así, el Tratamiento Integrativo DMM está basado en la formulación alrededor del peligro y ocurre en un proceso reiterativo que utiliza la retroalimentación para decidir el siguiente paso. Esto se diferencia bastante de los paquetes de tratamiento predefinidos que especifican técnicas y secuencias de acción antes de evaluar a los miembros de la familia. A través de este proceso, el terapeuta funciona como una figura de apego transitoria para los miembros de la familia.

### **Aplicaciones del Tratamiento Integrativo DMM**

Los investigadores usando el DMM han ofrecido ejemplos de cómo el enfoque de evaluación y formulación del DMM puede redefinir problemas psicológicos, comportamentales y somáticos de modo que resulten más susceptibles al tratamiento.

Al igual que con el trabajo de Bowlby, el DMM se desarrolló inicialmente a partir de observaciones en contextos de riesgo, en este caso, abuso infantil y negligencia. El trabajo comenzó en los hogares de familias maltratadoras y usó enfoques basados en la observación. Esto llevó a la comprensión de la importancia de las contingencias temporales, la sincronización afectiva, y la conciencia interpersonal somática. Más tarde las complejas relaciones entre las relaciones familiares se pusieron al descubierto (Crittenden, 1985). Se llevaron a cabo estudios

comparativos para definir funcionalmente grupos de individuos y familias (Crittenden, 1988). El trabajo evolucionó hasta llegar a formulaciones sistémicas de condiciones que no son tratadas efectivamente con los puntos de vista actuales.

Por ejemplo, los trastornos de alimentación pueden reconceptualizarse como tres procesos trans-generacionales, usando todos ellos las estrategias compulsiva (A3-4) y obsesiva (C3-6) o combinaciones A/C (Ringer & Crittenden, 2008; Zachrisson & Kulbotton, 2007); ninguno era A1-2, B, o C1-2 (es decir, que ninguno usa las estrategias de Ainsworth). En cada grupo, la preocupación de los padres por mantener su propio trauma infantil alejado de sus hijos (normalmente de sus hijas) creó un conflicto entre la activación implícita de sus DRs (del trauma) y sus DRs semánticas y prescriptivas (para proteger a su familia del trauma). Este conflicto afectó de forma adversa la interacción con sus hijas y parejas, siendo las horas de las comidas especialmente incómodas (Dallos, 2014). Las hijas, conociendo las intenciones de sus padres y sintiendo su vulnerabilidad psicológica, pero desconociendo su trauma, no podían ni entender qué pasaba ni se atrevían a protestar (Ringer & Crittenden, 2008). En su lugar, les costaba, y causaba cada vez mayor desesperación, conseguir contingencias con sus padres. Esto fallaba porque el trauma de los padres no guardaba relación con el comportamiento de las hijas. Rechazar la comida puede representar al menos cinco DRs para las chicas: procedimientos que motivaban la atención y preocupación parental, una comunicación metafórica (connotativa) en relación con la amplitud de su desesperación, amenaza somática real a su supervivencia (por tanto, dejando claro la importancia del problema), negación del enfado hacia los padres, y deseo procedimental de controlar las contingencias en relación con ellas mismas (a través del control de la ingesta de comida). Cuando varias DRs motivan un solo comportamiento, puede ser muy difícil invertir el comportamiento. El resultado es una familia con relaciones intensas, pero

inefectivas a la hora de proteger – y con una hija enferma o a punto de morir. Clínicamente, si uno trata una de las DRs, las otras mantendrán el comportamiento. En su lugar, si subimos un nivel sistémicamente hacia el trauma oculto de los padres, esto puede que abarque todas las DRs y que tenga efectos positivos en varios miembros de la familia.

Al igual que con los trastornos de la alimentación, se ha observado que el Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) tiene tres grupos estratégicos (A3-7, C3-8, A/C), pero la presencia de un trauma infantil descartado o desplazado creó una vulnerabilidad para el PTSD (Crittenden & Poggioli, 2011; Heller, este volumen). La comparación funcional de los trastornos de la alimentación con el PTSD sugiere la importancia que tiene para la planificación del tratamiento el saber de forma muy precisa cómo se representó la experiencia traumática en lugar de simplemente saber la historia de los sucesos peligrosos.

Además del abuso físico y la negligencia, el autismo, el TDAH, los trastornos de la alimentación y el PTSD, se han publicado formulaciones DMM para prematuridad (Baldoni, Facondini, Minghetti, et al. 2009), depresión post-parto (Crittenden, 2008; Teti & Gelfand, 1997), institucionalización (Chisholm, 1998; Pleshkova & Muhamedrahimov, 2008), castigo físico (Crittenden, 2005), homicidio infantil (Crittenden & Craig, 1990), problemas de comportamiento infantil (Fagot & Pears, 1996; DeVito & Hopkins, 2001), maltrato emocional de adolescentes (Crittenden, Claussen, & Sugarman, 1994), trastorno facticio por poderes (Kozlowska et al, 2012), abuso sexual infantil (Purnell, 2011; Crittenden, 2008; Kwako, Noll, Putnam, & Trickett, 2010), delitos sexuales (Crittenden, 2008; Haapasalo, Puuppone, & Crittenden, 1999; Purnell, 2011), abuso de sustancias (Crittenden & Claussen, 2002), violencia de pareja (Worley, Walsh & Lewis, 2004), trastorno obsesivo compulsivo (Wilkinson, 2010), síntomas somáticos (Kozlowska et al, 2013; Landini et al, 2012; Chudleigh et al, 2013;

Kozłowska, 2009, 2010), trastorno límite de la personalidad (Crittenden & Newman, 2010), y psicopatía (Nørbech, Crittenden, & Hartmann, 2013).

Esperamos que estas formulaciones funcionales familiares puedan ayudar tanto a que los terapeutas faciliten el cambio en familias donde sus miembros padecen estos trastornos como que también animen a que los clínicos consideren el desarrollo de formulaciones funcionales en sus casos. El resultado sería el tratamiento personalizado en el contexto familiar. Pero sobre todo, esperamos que trabajando con los peligros a los que se enfrentan las familias se pueda ampliar el foco del tratamiento de la reducción de síntomas al apoyo a la adaptación familiar.

## **Las Autoras**

### **Patricia McKinsey Crittenden**

Catedrática Asociada Adjunta, Dalhousie  
University, Halifax, Nova Scotia, Canada.

Email: pmcrittenden@gmail.com

### **Rudi Dallos**

Directora de Investigación, Plymouth University.

## **Referencias**

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates.



- Baldoni, F., Facondini, E., Minghetti, M., Romeo, N., Landini, A., & Crittenden, P.M. (2009): Family attachment and psychosomatic development in preterm-born children. *Panminerva Medica*, 51 (suppl. 1 to N.3): 7.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1975). *The Structure of magic: A book about language and therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Belsky, J. (2012). The development of human reproductive strategies: Progress and prospects. *Current Directions in Psychological Science*, 21, 310-316. DOI: 10.1177/0963721412453588.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford University Press.
- Byng-Hall, J. (2009). Preface. In R. Dallos & A. Vetere (Eds.) *Working systemically with attachment narratives*. London: Routledge.
- Chisholm, K. (1998). A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Development*, 69, 1092-1106.
- Chudleigh, C., Kozłowska, K., Kothur, K., Davies, F., Baxter, H., Landini, A., Hazell, P., & Baslet, G. (2013). Managing non-epileptic seizures and psychogenic dystonia in an adolescent girl with preterm brain injury. *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 163-174.
- Crittenden, P. M. (2008). *Raising parents: Attachment, parenting, and child safety*. Abingdon, UK: Routledge/Willan.
- Crittenden, P.M. (2005). The origins of physical punishment: An ethological/attachment perspective on the use of punishment by human parents. In M. Donnelly & M. A. Strauss (Eds.)

*Corporal punishment of children in theoretical perspective* (pp. 73-90). (New Haven: Yale University Press).

Crittenden, P. M. (1999). Danger and development: The organization of self-protective strategies. In J. I. Vondra and D. Barnett, (Eds.) *Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. Monographs of the Society for Research on Child Development* (Vol 64, 258, pp. 145–171). Malden, MA: Wiley-Blackwell.

Crittenden, P.M. (1988). Relationships at risk. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *The clinical implications of attachment*, (pp. 136-174). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.

Crittenden, P.M. (1985). Social networks, quality of child-rearing, and child development. *Child Development*, 56, 1299-1313.

Crittenden, P.M. & Ainsworth M.D.S. (1989). Child maltreatment and attachment theory. In D. Cicchetti and V. Carlson (Eds.), *Handbook of child maltreatment*, (pp. 432 463). New York: Cambridge University Press.

Crittenden, P. M. & Claussen, A. H. (2002). Developmental psychopathology perspectives on substance abuse and relationship violence. In C. Wekerle & A. M. Wall (Eds). *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence* (pp. 44-63). Philadelphia, PA: Brunner-Mazel.

Crittenden, P.M., Claussen, A.H., & Sugarman, D.B. (1994). Physical and psychological maltreatment in middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 6, 145-164.

Crittenden, P.M., & Craig, S. (1990). Developmental trends in child homicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 202 216.

- Crittenden, P. M., Dallos, R., Landini, & Kozłowska, K. (in press). *Attachment and family systems therapy*. London: McGraw-Hill.
- Crittenden, P. M., & Kulbotton, G. R. (2007). Familial contributions to ADHD: An attachment perspective. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *10*, 1220-1229.
- Crittenden, P. M. & Landini, A. (2011). *Assessing adult attachment: A Dynamic-Maturational Approach to discourse analysis*. New York: Norton.
- Crittenden, P. M. & Newman, L. (2010). Comparing models of borderline personality disorder: Mothers' experience, self-protective strategies, and dispositional representations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *15*, 433-452.
- Crittenden, P. M., & Poggioli, D. (2011). PTSD in the context of childhood endangerment: Implications for assessment and treatment. In V. Ardino (Ed). *Post-traumatic syndromes in childhood and adolescence*. Chichester, UK: Wiley/Blackwell Publishers.
- Dallos, R. (2014). Starving for affection. In K. Berry and A Danquah (Eds.) *Attachment theory in adult mental health. A guide to clinical practice* (pp. 129-145). London: Routledge.
- Dallos, R., & Vetere, A. (2005) *Research methods in psychotherapy*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason, and the human brain*. New York: Avon Books.
- DeVito, C., & Hopkins, J. (2001). Attachment, parenting, and marital dissatisfaction as predictors of disruptive behavior in preschoolers. *Development and Psychopathology*, *13*, 215-231.
- Eagleman, D. (2011). *Incognito: The secret lives of the brain*. New York: Pantheon.
- Fagot, B. I., & Pears, K. C. (1996). Changes in attachment during the third year: Consequences and predictions. *Development and Psychopathology*, *8*, 325-344.

- Farnfield, S., Hautamäki, A., Nørbech, P., & Sahhar, N. (2010). Dynamic-Maturational Model methods for assessing attachment. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 313-328.
- Gergen, K.J., & Davis, K.E. (1985). *The social construction of the person*. New York: Springer-Verlag.
- Haapasalo, J., Puupponen, M. & Crittenden, P.M. (1999). Victim to victimizer: The psychology of isomorphism in a case of a recidivist pedophile. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7, 97-115.
- Heller, M.B. (this issue). Attachment and treatment of chronic post-traumatic stress disorder.
- Johnstone, L., & Dallos, R. (2013). *Formulation in psychotherapy and counselling, 2nd Edition*. London: Routledge.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs. Vols 1 and 2*. New York: Norton.
- Kozłowska, K. (2009). Attachment relationships shape pain-signaling behavior. *Journal of Pain*, 10, 1020-1028.
- Kozłowska, K. (2010). Family-of-origin issues and the generation of childhood illness. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31, 73-91.
- Kozłowska, K., M. English, Savage, B., et al. (2013). Multimodal rehabilitation: A mind-body, family-based intervention for children and adolescents impaired by medically unexplained symptoms. Part 2: Case studies and outcomes. *American Journal of Family Therapy*, 41, 212-231.
- Kozłowska, K., S. Foley, & Savage, B. (2012). Fabricated illness: Working within the family system to find a pathway to health. *Family Process*, 51, 570-587.
- Kwako, L. E., Noll, J. G., Putnam, F. W., & Trickett, P. K. (2010). Childhood sexual abuse and attachment: An intergenerational perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 407-422.

- Landini, A., K. Kozłowska, Davies, F., & Chudleigh, K. (2012). Adolescence and the transition to Adulthood Attachment Interview. In M. Stokowy and N. Sahhar. (Eds.) *Das Dynamische Reifungsmodell der Bindung und Anpassung – DMM und seine Anwendungen* (pp. 113-140). Gießen, Germany: Psychosozial-Verlag.
- Maturana, H., & Varela, F.J (1987). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambhala.
- Nørbech, P., Crittenden, P. M., & Hartmann, E. (2013). Self-Protective strategies, violence and psychopathy: Theory and a case study. *Journal of Personality Assessment*, 95, 571-584. DOI: 10.1080/00223891.2013.823441.
- Pleshkova, N. L., & Muhamedrahimov, R. J. (2008). Attachment in family and orphanage children, *Defectology*, 2, 37-44.
- Purnell, C. (2011). The Application of The Dynamic-Maturational Model of Attachment to psychotherapy and some reflections on practice. *Attachment*, 5, 209-225.
- Ringer, F. & Crittenden, P. (2007). Eating disorders and attachment: The effects of hidden processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 119-130.
- Schacter D. L., & Tulving, E. (Eds.). (1994). *Memory systems*. Cambridge, MA: The MIT Press.
- Stedman, J. & Dallos, R. (2012). *Reflective practice in psychotherapy and counselling*. Maidenhead: McGraw-Hill.
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1997). The Preschool Assessment of Attachment: Construct validity in a sample of depressed and nondepressed families. *Development and Psychopathology*, 9, 517-536.
- Vygotsky, L. ( 1962) *Thought and language*. Cambridge, MA: MIT Press.

Walton, G. M. (2014). The new science of wise psychological interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 23, 73-82. DOI: 10.1177/0963721413512856.

Wilkinson, S. (2010). Another day older and deeper in therapy: Can the DMM offer a way out? *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 15, 423-433.

Willig, C. (2001) *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method*. Buckingham: Open University Press

Worley, K.O., Walsh, S. & Lewis, K. (2004). *An examination of parenting practices in male perpetrators of domestic violence: A qualitative study. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 77, 35-54.

Zachrisson, H.D., & Rindal, G. (2006). Attachment in anorexia nervosa: An exploration of associations with eating disorder psychopathology and psychiatric symptoms. *Eating & Weight Disorders*, 11, 163-170.