



La Entrevista de Apego Adulto y la Perspectiva Psicoanalítica Un estudio de Caso Único¹

Anna Buchheim, Ph.D. y Horst Kächele, M.D.²
Universidad de Ulm, Ulm, Alemania

En este estudio de caso presentamos a una paciente femenina diagnosticada con trastorno narcisista de la personalidad y con organización límite. El trabajo versa sobre la interacción entre el apego y la perspectiva psicoanalítica. El analista describe sus impresiones de la entrevista inicial con la paciente y los pasos esenciales durante el tratamiento. La paciente fue entrevistada mediante la *Entrevista de Apego Adulto* y clasificada como “insegura preocupada”, con “estado mental desorganizado” respecto a su historial de pérdida y abuso. Se le pidió al analista comentar las características esenciales de la paciente que se obtuvieron de la *Entrevista de Apego Adulto*. Trataremos los aspectos convergentes y divergentes de la interpretación clínica y del apego en este caso individual.

Palabras clave: Apego, Entrevista de Apego Adulto, Psicoanálisis.

In this single case study we present a female patient diagnosed with a narcissistic personality disorder and a borderline organization. The interplay between attachment and psychoanalytic perspective will be focused. The analyst describes his impressions of the initial interview with the patient and essential steps during treatment. The patient was interviewed with the Adult Attachment Interview and classified as “insecure preoccupied” with an “unresolved state of mind” concerning loss and abuse. The analyst was asked to comment the AAI's essential characteristics of this patient. We discuss converging and diverging aspects of clinical and attachment interpretation in this single case.

Key Words: Attachment, Adult Attachment Interview (AAI), Psychoanalysis

English Title: Adult Attachment Interview and Psychoanalytic Perspective. A Single Case Study

Cita bibliográfica / Reference citation:

Buchheim, A. y Kächele, H. (2008). La Entrevista de Apego Adulto y la perspectiva psicoanalítica. Un estudio de caso único. *Clínica e Investigación Relacional*, 2 (2): 417-432. [http://www.psicoterapiarelacional.es/CEIRREVISTAOnline/CEIRPortada/tabid/216/Default.aspx] [ISSN 1988-2939]

Cuando Daniel Stern publicó su monografía “El Mundo Interpersonal del Infante” (1985), empezó una nueva fase en la historia del psicoanálisis. A partir de un trabajo inmenso de muchas generaciones de clínicos se reconstruyeron los relatos de los pacientes que cuentan su historia en un encuadre clínico³, subrayando la importancia del desarrollo.

Adicionalmente ha habido, aunque sea en gran parte desconocido, un constante aumento del ámbito de la investigación observacional del desarrollo, desencadenado por las nuevas tecnologías de “preguntar al bebé” y de ésta manera encontrar respuestas a las preguntas que nadie se atrevía a plantear antes. Es lo que llevó al concepto del “niño observado”.

Mientras tanto nuestro conocimiento sobre los procesos de desarrollo en la infancia temprana ha cambiado dramáticamente. Multitud de estudios sobre “la historia natural de la relación madre-hijo en el primer año de vida” (para citar a Rene Spitz, 1965) han llevado a nuevos pensamientos sobre la creación del “infante clínico”. Las nuevas teorías sobre el desarrollo temprano integraron las teorías de la comunicación y de la acción, lo que tuvo un impacto considerable en todas las orientaciones psicoanalíticas (Kächele, 2000). El impacto de las investigaciones más novedosas sobre el psicoanálisis está brevemente descrito en un artículo en el número reciente de *Psychoanalytic Quarterly*: “El legado de Freud es importante para nosotros, en el punto que, gran parte de la teoría de Freud es informativa para nuestra perspectiva contemporánea. Sin embargo, creo que la teoría de Freud puede ser enriquecida y desarrollada por la información actual sobre la investigación del desarrollo. Me refiero específicamente a la función reguladora del afecto en el sistema de apego” (Silverman, 2001, p. 325).

Bowlby fue el primer psicoanalista de su generación que utilizó términos etiológicos para describir la tendencia biológica del infante a la disponibilidad para el apego con su cuidador principal. Él propuso como meta del desarrollo, principal e independiente, la capacidad para relacionarse, que no está al servicio de una necesidad biológica, como por ejemplo el hambre. Desde este punto de vista, el infante es percibido desde una perspectiva interaccional, poniendo el foco sobre las relaciones con las figuras de apego primarias. La teoría de apego ha recogido aspectos de la teoría psicoanalítica como los conceptos de desarrollo, y también ha desarrollado adicionalmente algunos aspectos, particularmente la delineación del mundo interno (Diamond y Blatt, 1994). Fonagy (1999, 2001) demuestra que la relación entre la teoría del apego y el psicoanálisis es más compleja que lo que han reconocido generalmente los partidarios de ambos enfoques. En un excelente prólogo propone tanto un gran número de puntos de contacto como puntos significativos de divergencia entre ambos enfoques.

George y Solomon (1999) proponen que una considerable diferencia entre el psicoanálisis y la teoría de apego recae en la descripción de los procesos defensivos en sí. Los modelos psicoanalíticos tradicionales proporcionan una constelación compleja de defensas para interpretar el amplio rango de fenómenos intrapsíquicos, incluidos la fantasía, los sueños, el deseo y los impulsos (Horowitz, 1988, Kernberg, 1994). Según George y Solomon (1999), la perspectiva de Bowlby concibe la exclusión defensiva en términos de dos formas de procesamiento de la información cualitativamente distintas: la desactivación (similar a la

represión) y la desconexión cognitiva (similar a la disociación). Estas dos estrategias cognitivas proporcionan al individuo (infante o adulto) una manera organizada de excluir la información de la consciencia o el afecto disociativo de la situación o persona que lo suscita. Respecto a la psicopatología severa, Bowlby (1980) sugirió que en ciertas circunstancias éstas dos formas de exclusión pueden llevar a una manera desorganizada de la representación, lo que él llama sistemas segregados. George y West (1999) concluyen: "Para comprender la relación entre apego adulto y el riesgo para la salud mental, necesitamos examinar los conceptos de defensa y de sistemas segregados en la teoría de apego, que son los procesos mentales que definen la desorganización" (p.295). El concepto de sistemas segregados resulta útil para explicar algunas formas de psicopatología de adultos, basada en la relación, al sugerir que esas estructuras representacionales se han desarrollado bajo condiciones de apego traumático (abuso, pérdida).

En el siguiente capítulo proporcionamos algunas ideas sobre la utilidad de los conceptos de apego para nuestro trabajo clínico, mostrando cómo la perspectiva de un clínico y de un investigador de apego puede mejorar la comprensión de un caso individual.

Apego y Psicopatología

En 1988, Bowlby afirma explícitamente que la resiliencia de eventos vitales estresantes en la vida adulta está influenciada por un patrón de apego desarrollado en los primeros años. Al revisar los volúmenes de la trilogía de Bowlby (1969, 1973, 1980), se puede comprobar que la teoría de apego descansa sobre tres constructos: (1) sistemas de comportamiento, (2) modelos representacionales y (3) exclusión defensiva.

1. El sistema de apego se considera un sistema interno corrector de metas que permite que los comportamientos de apego (llorar, buscar proximidad) se organicen en torno a una figura de apego específica. Bajo ciertas condiciones, el sistema de apego está intensamente activado, llevando al niño a buscar y a satisfacerse con nada menos que con una proximidad íntima a la figura de apego.
2. Bowlby propuso que el niño construye representaciones del self y de la figura de apego que él llamó "modelos de trabajo interno". Los modelos reflejan la confianza del niño en el self, como aceptable y merecedor de cuidados y protección. Estos modelos, a su vez, organizan los pensamientos, la memoria, los sentimientos respecto a la figura de apego, y sirven para guiar el comportamiento futuro y las representaciones internas del apego.
3. Cuando el comportamiento de apego (llorar, llamar) fracasa persistentemente a recuperar la figura de apego, el niño se esfuerza para desarrollar estrategias defensivas que excluyen esa información dolorosa de la consciencia.

Aunque se puede decir que existen diferencias sustanciales entre los estudios, en términos generales se puede afirmar legítimamente que los niños con apego seguro tienden a crecer más sanos en términos de expresión emocional y relaciones sociales, más competentes en términos de habilidades y logros lingüísticos, y que acaban teniendo una imagen de sí mismos más positiva que los niños con apego inseguro (Grossmann, 1999). Los niños con apego desorganizado son más propensos a desarrollar problemas sociales sustanciales en el colegio y a exhibir comportamientos agresivos y numerosas dificultades psiquiátricas (Lyons-Ruth, 1993; Solomon y George, 1999).

Bowlby, sin embargo, nunca sostuvo una visión determinista sobre las experiencias tempranas de apego. Él consideraba el desarrollo de la organización del apego como flexible y no se adhería a la opinión de que una vez que la relación de apego estaba segura, seguiría siéndolo siempre (Bowlby, 1988). Experiencias emocionales extremas debidas a separación o pérdida pueden cambiar la calidad del apego y pueden llevar a cambios en el auto-estima (Zimmermann and Grossmann, 1997). De manera similar se puede asumir que el modelo de trabajo interno de las experiencias tempranas de apego inseguro puede ser reorganizado después de una nueva experiencia positiva con una pareja o a través de la psicoterapia (Fonagy, 1995).

La relación sistemática de las experiencias relacionales de la infancia llevó a la creación de una teoría de apego con una perspectiva del ciclo vital. Ya que parece que las experiencias en las relaciones tempranas influyen en las relaciones adultas, ha habido un interés creciente sobre las representaciones de apego en los adultos. Un paso esencial para este desarrollo fue el llamado “movimiento a nivel de representación”, que fue tomado por George, Kaplan, y Main (1985). Los autores han desarrollado una entrevista semi-estructurada- La Entrevista de Apego Adulto (AAI), diseñada para evocar pensamientos, sentimientos y recuerdos sobre experiencias tempranas de apego y evaluar el estado mental del individuo respecto al apego: seguro-autónomo, negador, preocupado y no resuelto o desorganizado⁴.

Las entrevistas, transcritas literalmente, se valoran mediante diferentes escalas, como por ejemplo, una relación cariñosa con la madre y con el padre, la calidad del recuerdo, la idealización y la derogación de las relaciones y, lo más importante, la coherencia (Grice, 1975) de la narrativa. AAI mide la representación actual de las experiencias de apego en términos pasados y presentes en base a las narrativas. La técnica interrogativa tiene como objetivo comprobar hasta qué punto el hablante es capaz de contar espontáneamente su historia infantil de una manera cooperativa, coherente y plausible.

Grice (1975) evaluó el discurso racional o coherente como una continuación de un “principio de cooperación” primordial, que normalmente requiere adherencia a cuatro máximas que se resumen como sigue:

- Calidad- ser sincero y evidenciar lo que se dice (este principio se viola cuando la persona está siendo imprecisa, o muestra contradicciones fácticas o lógicas, con oscilaciones rápidas de puntos de vista, o con dos o más líneas de desarrollo del relato).
- Cantidad- conciso y aún así completo (este principio se viola cuando una persona proporciona más o menos información de la que se necesita).
- Relación- relevante al tópico que se está tratando (este principio se viola cuando una persona pierde el hilo, introduce experiencias personales o salta del pasado al presente).
- Manera- ser claro y ordenado (este principio se viola cuando una persona utiliza jerga, muletillas, frases extrañas o frases seguidas sin nexo).

La identificación de una organización específica del discurso a través de la técnica de análisis del discurso conduce a una de las siguientes disposiciones mentales respecto al apego (Main y Goldwyn, 1996):

- Adultos clasificados como *Seguros* (F) relatan de manera abierta, coherente y consistente los recuerdos de su infancia, sin importar de si son positivos o negativos. Son capaces de integrar sus numerosas experiencias en un todo unitario y reflexionar sobre sus relatos durante la entrevista. Estas personas tienen acceso libre a los temas de los que se les pregunta y se muestran equilibrados.
- Adultos con la clasificación *Negador* (Ds o Dismissing) dan cuenta de sus experiencias de manera incoherente e incompleta y muestran a menudo lagunas de memoria. Minimizan la importancia del apego como defensa para que las memorias dolorosas no salgan a la superficie. Estas personas insisten en la normalidad y en su independencia de los otros. Las figuras de apego están representadas positivamente la mayoría de las veces, pero la persona negadora no es capaz de dar ejemplos concretos de ello. Las posibles influencias negativas se niegan.
- Adultos con clasificación de preocupados (E) cuentan, de una manera excesiva, no objetiva y enfadada, los conflictos vividos con sus figuras de apego. Parecen confusos y da la impresión que las experiencias pasadas están pasándoles actualmente y que no son capaces de distanciarse de ellos. Describen los eventos marcados por el dolor y ofrecen exagerados análisis pseudofisiológicos de ellos. La oscilación entre evaluaciones positivas y negativas es característica de las personas preocupadas, sin ser consientes de la contradicción inherente. En general, su lenguaje parece confuso, poco claro y vago.

En resumen: Se sugiere que el discurso seguro se puede entender en términos de la capacidad para la atención cambiante entre los recuerdos y el mantenimiento de un discurso coherente con el entrevistador. Las diferentes formas de discurso organizado pero incoherente (inseguro) identificados por Main y Goldwyn se conceptualizan como estrategias que incluyen maximización o minimización de la atención hacía temas relacionados con el apego (Hesse, 1999).

Se ha descubierto que las categorías de seguro, negador y preocupado clasifican adecuadamente 80% de todos los individuos. Además de esas tres categorías principales se ha desarrollado una cuarta categoría de clasificación del estado mental desorganizado para dar cuenta de las experiencias de trauma y pérdida:

- Los adultos clasificados como desorganizados (Ud) muestran lapsus temporales en el seguimiento del razonamiento o el discurso durante la discusión de eventos potencialmente traumáticos. Específicamente, lapsus en razonamiento- por ejemplo, indicaciones de que el hablante cree que un difunto está a la vez muerto y no muerto- pueden sugerir la existencia de creencias paralelas e incompatibles y de sistemas de memoria respecto a eventos traumáticos que han sido disociados. Los lapsus en el seguimiento del discurso, como un cambio brusco hacía un discurso elogioso, sugieren la posibilidad de cambios de estado.

Aunque la Entrevista de Apego Adulto (George, 1985; Main y Goldwyn, 1996) fue desarrollada en un contexto no clínico transgeneracional, se puede mostrar que este sistema puede distinguir entre poblaciones clínicas y no clínicas (Van Ijzendoorn y Bakermans-Kranenburg, 1996). El tamaño del efecto de discriminación entre ambos grupos ($d = 1.03$) se considera fuerte. Últimamente, en un análisis de cuatro direcciones, sólo 8% de

los miembros de la muestra clínica fueron considerados seguros. Además, el “estatus desorganizado” fue el estado mental representado en mayor medida entre las personas con desordenes psiquiátricos (Dozier, 1999). Recientemente George y West (1999) concluyeron que “en resumen, la contribución del apego a la mala salud mental no es producto de la evitación, sino más bien el producto de la desorganización del apego que resulta en experiencias repetidas de desregularización y de malfuncionamiento de las defensas” (p. 298).

La representación del apego ha emergido como un importante constructo de la comprensión del desarrollo de la psicopatología y para enfocar áreas de intervención (Bowlby, 1988). Varios estudios han sugerido que las medidas del estatus de apego proporcionan un índice de patología en cuanto a las relaciones de objeto en poblaciones clínicas, los cambios del self patológico y las representaciones de objeto que se espera que ocurran en el curso de la psicoterapia. Los constructos de apego han sido utilizados en mayor proporción para comprender la etiología, el tratamiento y el pronóstico de desórdenes de personalidad severos, como la patología límite (Fonagy, 1991, Fonagy, 1995, 1996; Diamond, 1999). Los investigadores clínicos han entendido los aspectos fundamentales de las condiciones del trastorno límite, tales como la inestabilidad, las intensas relaciones interpersonales, las sensaciones de vacío, los estallidos de rabia, los miedos crónicos de abandono, la intolerancia a la soledad, como provenientes de la organización de apego inseguro (Fonagy, 1991; Diamond et al., 1999).

No está todavía claro lo que estos descubrimientos significan en términos de la conexión causal entre los estados mentales de apego y los trastornos psiquiátricos (Dozier et al., 1999). Los investigadores clínicos (Patrick y Hobson, 1994; Cole-Detke y Kobak, 1996; Rosenstein y Horowitz, 1996) sugieren que algunos trastornos externalizantes (es decir, trastornos de la alimentación, trastornos de conducta) se asocian con el estado mental negador y que los trastornos internalizantes (es decir, el trastorno límite) se asocian con el estado preocupado. Dozier (1999) demostró que los resultados inconsistentes en la literatura (por ejemplo, los estudios con pacientes depresivos) señalan la importancia de las cuestiones de diagnóstico cuando uno está considerando las relaciones entre el estatus de apego y los desordenes heterogéneos como la depresión (unipolar/bipolar) o la ansiedad (fobia/ansiedad generalizada).

El caso que presentamos a continuación es de una paciente femenina con diagnóstico de trastorno de personalidad narcisista con organización límite. Clínicamente, los pacientes con personalidad límite tienen una representación del self notablemente inestable y unas representaciones de los otros poco desarrolladas e inestables (es decir, los otros están idealizados a veces y menospreciados otras veces). Una cuestión central para los pacientes límite es el miedo al abandono por el otro idealizado. Otro criterio es la presencia de un serio enfado y de rabia manifestada en estallidos intensos (Kernberg, 1996). La patología límite está generalmente asociada con la exageración de la sintomatología y del efecto negativo, y también con la “preocupación” sobre las dificultades en las relaciones pasadas y actuales.

Dos estudios con la *Entrevista de Apego Adulto* (George, 1985) indicaron que los pacientes límite pueden ser diferenciados de otros grupos clínicos por su tendencia a ser clasificados como preocupados con miedo (E3) con respecto a los traumas relacionados con el apego. Por ejemplo, Fonagy (1996) descubrió que 75% de las personas con trastorno de personalidad límite tenían estados mentales “preocupados” y que la mitad de ellos cayeron

en un subgrupo raramente utilizado – preocupados con miedo (E3), con respecto a los eventos traumáticos. De los pacientes límite, 89% fueron clasificados como “desorganizados” respecto a los abusos. De manera similar, Patrick y Hobson (1994) encontraron que todas las mujeres con personalidad límite fueron clasificadas como “preocupadas”, y que 10 de 12 fueron clasificadas como E3, lo que a menudo ocurría en conjunción con la clasificación adicional de estatus “desorganizado”. En el estudio, 75% de los pacientes límite fueron clasificados como “desorganizados”. De hecho, el descubrimiento más consistente hasta la fecha es la asociación de la patología límite con el apego desorganizado, es decir, la falta de resolución de la pérdida y el trauma en AAI (Fonagy, 2001).

Según el trabajo de Rosenstein y Horowitz (1996), las variaciones en las clasificaciones del apego pueden discriminar entre subtipos del trastorno límite. Algunos estudios indican que aquellos con características antisociales, narcisistas o paranoides tienden a ser clasificados como negadores, mientras que aquellos con características histriónicas, obsesivo-compulsivas, afectivas o esquizotípicas tienden a ser clasificados como preocupados (Levy y Blatt, 1999). Los pacientes límite que se autolesionan crónicamente o son parasuicidas tienden a ser clasificados como desorganizados con respecto a eventos potencialmente traumáticos.

Diamond (1999) discute que, aunque los abusos físicos y sexuales han sido incluidos repetidamente como factores etiológicos en trastornos límite, varios estudios muestran que un clima familiar de violencia familiar y negligencia en conjunción con el apego inseguro está más fuertemente asociado al desarrollo de la personalidad límite que el trauma específico o el abuso sexual en sí. Los investigadores sugieren la necesidad de clasificación en posteriores investigaciones de las interconexiones complejas en personalidades límite entre el abuso intrafamiliar, el caos familiar y el apego inseguro.

Un caso de Paciente Femenina Narcisista con Organización Límite

Material Clínico

Una profesora de 50 años, mujer de buena educación, trabajando en una escuela de gramática, se acercó directamente a mi (HK) como director del departamento de psicoterapia de la universidad. Antes de venir a la primera entrevista, me entregó una larga carta, cuidadosamente escrita, describiendo no sólo sus quejas, sino también incluyendo extractos de tratados psicoanalíticos. Bajo el punto de vista de la paciente, estos contenían los asuntos psicodinámicos básicos relacionados con su caso. Ella describía un estado de dolor psíquico intratable que resultaba desde hace años en un enfado irresuelto y pena, por haber estado implicada en una relación amorosa claramente sadomasoquista y después abandonada por su amante. Su estado mental doloroso y sus múltiples correlatos somáticos habían sido mitigados ligeramente por una psicoterapia de apoyo de cinco años de duración con una psicoterapeuta de avanzada edad. Esa terapia anterior le había ayudado a controlar su ideación suicida. De vez en cuando, sin embargo, ella volvía a decir, “si este sentimiento no cambia/desaparece, me voy a suicidar. Pero cuando eso pase, me llevaré a dos o tres personas conmigo”. Su intenso enfado, fácilmente activado estaba dirigido a su ex amante y a los jefes de dos hospitales de psicoterapia que le habían tratado. Bajo su punto de vista ambos le habían maltratado. Había llevado a juicio a uno de ellos y había logrado un

reembolso del 50% de los honorarios porque él no había hecho su trabajo apropiadamente.

Durante la entrevista inicial me encontré con una mujer de pensamientos claros, políticamente bien educada, de una amabilidad demandante, que me vigilaba cuidadosamente. Me había elegido, viniendo de una ciudad regional, como experto que ella conocía del libro de texto de Ulm sobre terapia psicoanalítica, del que yo era coautor junto con Thomä (Thomä y Kächele, 1987, 1991). A pesar de su actitud aparentemente positiva hacía mí, completó los impresos psicométricos, que se le pidió que rellenara, con comentarios críticos y devaluadores como, “¿Dónde estamos... esto es un campo de concentración?” Se refería a la petición de rellenar los impresos como a un “acto de violación”. La dinámica de la primera entrevista confirmaba su descripción escrita de que había sido una persona traumatizada tempranamente en su vida, que sin embargo se había manejado bien durante un periodo considerable. Estudió ciencias políticas en alemán y se hizo profesora en una ciudad regional cerca de su pueblo natal. Se casó mientras todavía era estudiante con un colega, diez años mayor que ella que enseñaba en el colegio donde ella sería más tarde profesora.

Mi actitud, que muy pronto era una mezcla heroica de escepticismo y curiosidad, fue determinada por sus declaraciones emocionales, tales como, “*Nunca utilices el término transferencia y nunca hables de mi padre y de mi madre. Siempre cuando oigo esas palabras, me pongo enferma*”.

Ella aceptó una terapia psicoanalítica dos veces por semana, cara a cara. El diagnóstico del trastorno de personalidad narcisista con estructura de organización límite estaba basado en sus respuestas intensas y enfadadas hacía sus parejas íntimas, acompañadas por intensos estados de vacío interior. Situaciones de pérdida de control llevaban a interrupciones rápidas de sus relaciones- una capacidad que en su carrera exitosa de político local era de gran utilidad. Desde la infancia había sufrido de miedo a la oscuridad, un síntoma del que supe más tarde en el tratamiento. Sus recursos positivos consistían en un altruismo creativo y en la capacidad para adaptación y el trabajo. Ayudaba a víctimas como los alumnos de la escuela y las empleadas pobres en el gobierno local, lo que desarrolló sus talentos/puntos fuertes. Con su marido, que sufría de ansiedad crónica ligeramente elevada, ella compartía el talento musical que había desarrollado a nivel de competencia semiprofesional. Durante muchos años ella y su marido tenían una vida estable íntima y socialmente. Mantenían pocas relaciones sexuales, siendo ella la que las iniciaba. Su estabilidad fue gradualmente socavada por la insatisfacción y ella empezó a tomar parte en la política local con éxito. Su crisis existencial empezó a los 41 años al involucrarse en una relación romántica con un músico casado con el que también tocaba. Mientras resistía sus ofertas se sentía bien, pero cuando finalmente cumplió sus deseos, resultó ser una pesadilla para ella. De repente él estaba raramente disponible y su lucha de por lo menos oír su voz por teléfono le hicieron sentirse loca.

La paciente había pagado el tratamiento de apoyo de forma privada para mantener la ilusión de no ser una paciente. Aunque los terapeutas prefieren el pago en privado por razones prácticas, yo insistí en que hiciera el procedimiento formal de cobertura por la póliza de seguro para no facilitar su desaprobación. El tratamiento era complicado desde el principio. Era difícil conseguir una alianza terapéutica estable o un ego observador vivencial (en el sentido que le da Sterba, 1934). La rápidamente generada idealización intensa de mis “espléndidas cualidades técnicas” se rompía repentinamente por desmoronamientos

psíquicos depresivos despertados por comentarios que ella consideraba inadecuados. Después de sesiones como esas, ella me mandaba un fax amenazando que no volvería nunca. Con la ayuda de conversaciones telefónicas sobre lo que pasó, sobrevivíamos a muchas crisis y logramos lentamente una alianza terapéutica más estable. El proceso terapéutico se caracterizaba por altibajos que resultaban de los cambios rápidos de las identificaciones. Defensas primitivas repentinas de escisión de todo lo bueno y de todo lo malo de un momento a otro causaban la ruptura de su capacidad psíquica para la integración. El mismo proceso ocurría con sus quejas corporales de dolores somáticos intratables que podían desaparecer en cuanto la relación terapéutica se restablecía. El trabajo terapéutico estaba enfocado principalmente en la relación actual con su madre. Ella cuidaba a su madre demandante de 81 años que todavía no lograba encontrar ni una característica positiva en su hija. Con el tiempo la perspectiva biográfica de la relación madre-hija abrió camino a que la paciente trabajara su implicación inconsciente y masoquista en unos esfuerzos repetidos para obtener el apoyo y el reconocimiento de su madre.

Después de dos años, el estado de la paciente había cambiado considerablemente. En vez de buscar constantemente la maldad en el mundo, y especialmente la de su madre, había alcanzado una clase de *Nachdenklichkeit*, lo que Fonagy describía como el aumento en la función auto-reflexiva. Ahora podía observar/reflexionar sobre el hecho de que cada vez que mis palabras no se conformaban con sus ideas, ella se enfurecía y se sentía indefensa. Podíamos diferenciar su participación y la de su madre en la relación, y ella decidió aceptar la ayuda de un servicio geriátrico para su madre.

El concepto de transferencia en términos de las experiencias durante toda su vida hizo posible que entendiera el por qué de su vivencia de que yo le maltrataba. El sentimiento de impotencia se identificó claramente como su vivencia nuclear. Las referencias a su padre eran escasas; una vez mencionó un sueño en el que una persona extraña aparecía pareciéndose a la figura paterna. En los primeros dos años ella negaba las conexiones con esa persona desconocida, pero más tarde su padre se introdujo en el tratamiento.

La Entrevista de Apego Adulto de la Paciente

La paciente fue entrevistada con el método AAI por el primer autor 6 meses después de empezar el tratamiento psicoanalítico. Fue clasificada como preocupada, y además, con estado mental desorganizado con respecto a la pérdida y el trauma. A continuación detallaremos partes de la transcripción de AAI para clarificar el procedimiento de codificación.

Ejemplo de la Transcripción: Estado Mental Preocupado

I: Hmm, hm, ¿Cómo describirías la relación con tus padres, con tu madre y con tu padre cuando eras una niña?

P: -Hm- Ese silencio largo dice mucho (se ríe), no podía contar con ellos, nunca podía contar con ellos.

I: Hmhm.

P: Todavía no puedo, mi madre necesita ser cuidada hoy en día, y otras personas se tienen que coordinar conmigo todo el tiempo, los vecinos y la institución social, tienen que comprobar si es verdad lo que ella está diciendo o si está mintiendo, esas experiencias con ella, yo diría “cuidados agresivos”, yo no podía estar enferma, y cuando lo estaba, entonces esas infusiones, no me gustaban, eso es porque no he sido capaz de beber esos tés de hierbas hasta ahora, solamente sin azúcar, algo así, hm, estar enferma era realmente un lío para mí, patatas calientes alrededor de mi cuello, diría que cuidados agresivos, intentaba ponerme bien y sana de nuevo lo más rápido posible, hoy puedo ser más generosa conmigo misma en este caso, muy lentamente, estando enferma, pero me costó muchos años, con mi padre tampoco tenía una buena relación, no puedo contar algo positivo, muy poco, mi madre siempre le decía a mi padre lo que yo hacía mal, probablemente hacía eso también con mi hermano, 10 años mayor que yo, ella se lo decía a mi padre, y cuando él volvía por la noche, nos pegaba, algo así, justo ocurrió ayer, hace dos semanas yo me asusté, él siempre me asustaba cuando era una niña, sigo sufriendo de eso, a menudo ocurre hoy en día que me asusto cuando hay alguien en la misma habitación aunque sé quien está presente. No tengo ningún sentimiento de seguridad, y siempre pensé, algún día tendremos una crisis, mi padre estará desempleado, él era popular en su trabajo, pero de niña siempre tenía el sentimiento de que todo se desmoronaría rápidamente, y trabajé desde una edad temprana, también en las vacaciones, e intenté ganar algo de dinero, siempre sentí que no había seguridad, no había nada en lo que confiar.

Este fragmento nos muestra que la paciente está todavía luchando con el pasado y que no puede presentar una imagen objetiva de las experiencias de su infancia. Acusa a su madre de manera enfadada y oscila entre el pasado y el presente. Teme a su padre y todavía sufre de un sentimiento dominante de inseguridad. No proporciona un discurso coherente, a menudo pierde el hilo, y nos da demasiada información. Viola el criterio de cantidad y relevancia.

Según los criterios de Main y Goldwyn (1996) un individuo debería estar clasificado como “desorganizado” cuando, durante las discusiones de pérdida y abuso muestra lapsus llamativos del seguimiento del razonamiento y el discurso:

Pérdida

- Indicación de incredulidad de que una persona está muerta.
- Indicación de confusión entre el self y la persona muerta.
- Desorientación respecto al tiempo y el espacio.
- Estados psicológicamente confusos.
- Una reacción comportamental extrema a la pérdida.

Abuso

- Negación sin éxito de las ocurrencias o la intensidad de las experiencias de abuso.
- Sentimiento de ser la causa del abuso y merecedor de él.
- Discurso desorientado.

La paciente muestra dos de esos aspectos en AAI, que eran indicadores de su estado mental desorganizado: (1) negaba haber sido abusada (ataques físicos, golpes hasta la muerte) por su madre y (2) se olvidó del día en el que murió su padre.

Ejemplo de la Transcripción: Estado Mental Desorganizado con Respecto al Abuso

I: ¿Te has sentido alguna vez amenazada por tus padres cuando eras una niña?

P: No, estar amenazada, no, no me he sentido así, puedo recordar que siempre pensaba, cuando me sentía muy mal, que puedo suicidarme, hm en cambio, cuando mi madre me golpeaba, pensaba que me iba a golpear hasta la muerte, cuando llegaba a casa demasiado tarde, tenía mucha ansiedad, de ser golpeada así, pero cuando ocurría pensaba que iba a sobrevivir, ese era el sentimiento del que te hablaba antes, ese tipo de emigración interior, la muerte nunca me asustaba, era de algún modo una solución.

Ella continúa más tarde:

Realmente no puedo decir que me sentía amenazada, no estaba tan cerrado/tan encerrada para eso, podía salir fuera en el aire/a tomar el aire, quizá había algunas situaciones en las que me sentía amenazada, no lo sé.

La paciente muestra una contradicción lógica al ser preguntada sobre algún abuso en la infancia. Oscila entre los recuerdos de tener una ansiedad enorme, cuando su madre le golpeaba, y la incredulidad de que se había sentido amenazada por ello. Considera a la muerte simultáneamente como una solución y como un acontecimiento terrorífico. Un criterio crucial para el procedimiento de codificación es que ella misma no comenta sobre esa contradicción, lo que refleja el proceso de desorganización.

El siguiente fragmento muestra su estado mental desorganizado con respecto a la pérdida de una figura de apego importante. También en este fragmento la paciente no se da cuenta de los lapsus en el pensamiento y el razonamiento.

Ejemplo de la Transcripción: Estado Mental Desorganizado con Respecto a la Pérdida

Cuando se le pregunta sobre las pérdidas en su vida, la paciente recuerda la pérdida de su abuelo, la pérdida de su profesora de música y la pérdida del hijo de su hermano. Habla de esas pérdidas en detalle y no muestra ningún lapsus. Insiste en que no ha sufrido ninguna otra pérdida. La entrevistadora entonces llegó a las siguientes preguntas de AAI. Cuando se le preguntó a la paciente sobre la presencia de algún cambio en las relaciones con sus padres, ella dice de repente:

Ahora no sé, no me atrevo con mi sentimiento, esa cosa con mi padre es tan nueva, esto es algo, realmente no sé cuándo él murió, hace 10 o 15 años, pero no lloré cuando murió, era un sentimiento bastante neutral, no sentí nada cuando llegamos al crematorio, no tenía ninguna manera de contactar con él, el interés/tenía interés, cómo ocurre que un ser humano cambia después de haber muerto, en un día para otro, cómo cambia el cuerpo, cosas así, cómo son los pies.

Aquí, el aspecto crucial para la codificación es que la paciente se olvidó de la muerte de su padre cuando le preguntaron por todas las pérdidas importantes en su vida, lo que es un indicador de su negación. Más adelante muestra desorientación en el tiempo al pensar sobre el año de la muerte (10 años, 15 años). Característicamente, se acuerda de un pequeño y extraño detalle, los pies, lo que implica una cualidad desorganizada del discurso.

Aspectos Convergentes y Divergentes del Apego y la Perspectiva Psicoanalítica

Al resumir las características principales de la paciente en AAI introduciremos algunos aspectos convergentes y divergentes de la teoría de apego y de la perspectiva psicoanalítica del caso. El procedimiento era el siguiente: La investigadora del apego (AB) dio su diagnóstico de apego al analista (HK) y él comentó sobre esos resúmenes desde la perspectiva clínica:

Características de la Paciente en AAI

- A menudo ella acusa a su madre de manera enfadada, “No podía confiar en mi madre, hasta ahora,” “Eran cuidados agresivos,” “Todavía sufro,” “Podría llorar pensando en aquello”
- Recuerda sólo los adjetivos negativos con respecto a la relación con sus padres en la infancia: “no comprensivos”, “no honestos” “torturadores”.

El comentario del analista: “Como analista, no estoy satisfecho con este descubrimiento. Aunque es verdad que el foco exclusivo sobre los aspectos negativos de las relaciones ha sido una de las actitudes principales de la paciente hacia objetos específicos, es sorprendente y llama la atención sobre la necesidad de que el analista encuentre dónde y cómo ella esconde sus anhelos positivos. Lo hace a través de la identificación vicaria, o lo que es lo mismo, al actuar cuidando a sus alumnos o a la hija de su hermano. Por tanto ella se identifica inconscientemente con los objetos de su trato benevolente”.

A menudo viola el criterio de coherencia (cantidad y calidad).

Comentario del analista: “Esta característica de la incoherencia parece muy dominante en el intercambio verbal a veces, cuando nuestra alianza terapéutica está en peligro. Entonces la persona sofisticada que ella puede ser de repente se convierte en una mujer enfadada y amenazante que habla demasiado y muestra poca lógica”.

A menudo no es capaz de encontrar la distancia adecuada de la inmediatez de sus experiencias, “No puedo hacer las paces con mis experiencias, aunque siento un cambio”.

Comentario del analista: “Mi aproximación implica la cuestión del valor funcional de su incapacidad para hacer las paces. Como analista me pregunto: ¿En este momento es bueno que ella me confronte en mi incapacidad para ayudarle a encontrar la paz?”

Ella está oscilando entre el pasado y los recuerdos actuales, con poca diferenciación entre el pasado y hoy.

Comentario del analista: “El descubrimiento de AAI me hizo más consciente de la peculiaridad del estilo de organización del discurso, quizás como clínicos tendemos a minimizar y a descuidarlo, como ocurre tan a menudo en nuestro trabajo. He aprendido que el estilo coloquial puede ser más indicativo de una patología de lo que normalmente se asumía”.

Ella no es realmente capaz de reflexionar o mentalizar de una manera objetiva o indulgente. En vez de ello, hace un análisis pseudopsicológico de sus experiencias infantiles, por ejemplo con el término “emigración interior”.

Comentario del analista: “El estilo pseudopsicológico me parece una característica de su larga lucha para acomodarse a sus experiencias tempranas, utilizando mecanismos más tardíos, por ejemplo, al tomar prestados conceptos de sus estudios de políticas donde “emigración interior” es una expresión importante. Desde mi punto de vista puede ser una capacidad para el uso de la metáfora que le ha ayudado a mentalizar las experiencias en su manera”

Ella habla de inversión de roles: “Mi madre era un niña desatendida. Yo tenía que cuidarle. Ella abusó de mi por recordarle de sus objetos parentales”.

Comentario del analista: “Desde mi perspectiva esos son productos de las soluciones subóptimas que la paciente ha encontrado; era parte de mi trabajo ayudarle a que ella deshiciera la inversión de roles y aceptara que podía desear ser cuidada también”.

Ella niega haber sido abusada por su madre (golpes) y se olvida de la muerte de su padre (estado mental desorganizado).

Comentario del analista: “El rol del padre es todavía opaco. Aquí AAI ayudó a comprender la fuerza de su negación concerniente al padre. Hasta ahora aprendí de ella que sólo después de su muerte ella descubrió que él también era políticamente activo. Utilizamos esa información en el tratamiento como primer paso para clarificar que ella puede tener algo en común con él, lo que abrió una nueva fase en el tratamiento que todavía está con un final abierto”.

Al analizar esos comentarios se ve que el analista elige un enfoque consistentemente divergente al tratar la tendencia de la paciente a evaluar a los objetos parentales de una manera negativa y en estimar su capacidad para reflexionar. El analista da menos importancia al enfado y la agresión hacia su madre. Enfatiza más en sus identificaciones positivas e interpreta su incapacidad para hacer las paces con su madre en un contexto funcional. En el material clínico el analista describe su dificultad para “mantener” a esa paciente en el tratamiento. Obviamente la actitud tolerante del analista hacia sus estados mentales agresivos y la búsqueda de sus puntos fuertes y sus recursos tuvieron un importante impacto para establecer una base segura.

Cuando los criterios de AAI dieron pistas sobre el estilo pseudopsicológico que caracteriza a los sujetos preocupados, el analista consideró su estrategia de distanciamiento como enormemente adaptativa en el contexto psicodinámico. Desde la perspectiva del apego las personas están consideradas como “hiperanalíticas” cuando “el sujeto viene como psicológicamente mentalizado, pero al estudiar su narrativa, sus reflexiones son en su mayor parte irrelevantes para la tarea... la transcripción refleja un estado de acontecimientos donde la búsqueda para el insight es bastante compulsiva, pero infructuosa. “La mentalización gira como el volante de un coche que ha perdido contacto con el suelo” (Fonagy, 1998, p. 43). En nuestro caso esa descripción encaja con la manera de la paciente de reflejar su experiencia de “una forma sobreproductiva”. Pero eso también muestra que

tenemos que asumir que la situación de la entrevista semi-estructurada utiliza otras tareas/otro enfoque que la situación terapéutica, y que además el criterio de coherencia de la función auto-reflexiva puede ser demasiado estricto para los sujetos clínicos.

Sin embargo, la ventaja del procedimiento de AAI está en el análisis cuidadoso de las expresiones singulares, en el foco en las contradicciones lógicas y en la cooperación del sujeto para producir y reflejar temas relacionados con el apego. En AAI, los afectos negativos de la paciente ocuparon su atención y perturbaron su capacidad para los principios de cooperación. El analista está de acuerdo que la paciente muestra oscilaciones impredecibles en la relación transferencial también. Los criterios de AAI confirman algo de lo que él también era consciente- de los cambios bruscos entre todo -es-bueno y todo-es-malo y entre el pasado y el presente. Creemos que los clínicos pueden aprender de la lectura de las transcripciones de sesiones palabra-a-palabra que revelan los procesos defensivos de una manera mucho más obvia (Thomä y Kächele, 1987, 1991).

En general las clasificaciones de los estados mentales desorganizado y preocupado encajan con los datos de los dos estudios de apego (Patrick y Hobson, 1994; Fonagy, 1996) y parecen ser una "combinación clásica" de patrones de apego en pacientes con patología límite. Para el analista el reconocimiento "observable" en AAI de la represión de la paciente de la muerte de su padre y su significado para ella es el argumento más fuerte para la aplicación de esa medida en el principio del proceso terapéutico. Esa información confirma que el padre de la paciente es opaco en el tratamiento. En correspondencia con el pensamiento de Bowlby sobre los sistemas segregados como aspecto crucial para comprender la psicopatología, aquí el desmoronamiento de las defensas de la paciente al hablar de la pérdida y también del abuso evoca aspectos adicionales para la observación del cambio terapéutico.

En resumen, podemos decir que tratar a pacientes que han sido evaluados con AAI lleva a una apreciación realista de con qué intensidad los patrones de la infancia están formando el estilo de discurso y la desenvoltura del paciente. La proximidad entre las relaciones de objeto y las formulaciones de la teoría de apego se hacen evidentes en las conexiones entre el apego seguro (confianza básica) y la alianza terapéutica, la desorganización y las observaciones clínicas de la identificación proyectiva, la noción de la coherencia y la noción de narrativa de la historia de una persona (Fonagy, 1999). Según Fonagy, por un lado, las observaciones clínicas de patrones de relación entre el paciente y el terapeuta pueden enriquecer los estudios de apego, porque las relaciones terapéuticas pueden ser conceptualizadas como relaciones de apego, por otro lado, la clasificación de apego con pacientes psicoanalíticos puede ser de utilidad para la evaluación del proceso psicoanalítico. Siguiendo el trabajo de Mallinckrodt (1995), la naturaleza de las estrategias psicoterapéuticas y de los sentimientos transferenciales engendrados está determinada probablemente por la naturaleza de los vínculos de apego primarios.

REFERENCIAS

- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss*, Vol. 1. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*, Vol. 2. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*, Vol. 3. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base*. London: Routledge.
- Cole-Detke, H. & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *J.*

- Consult. Clin. Psychol.*, 64: 282-290.
- Diamond, D. & Blatt, S. (1999). Prologue: Attachment research and psychoanalysis. *Psychoanal. Inq.*, 19: 424-447.
- Diamond, D., Clarkin, J., Levine, H., Levy, K., Foelsch, P. & Yeomans, F. (1999). Borderline conditions and attachment: A preliminary report. *Psychoanal. Inq.*, 19: 831-884.
- Dozier, M., Stovall, C. & Albus, K. E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In: *Handbook of Attachment*, ed. J. Cassidy & P. Shaver. New York: Guilford Press, pp. 497-519.
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int. J. Psycho-Anal.*, 72: 639-656.
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalysis and attachment theory. In: *Handbook of Attachment*, ed. J. Cassidy & P. Shaver. New York: Guilford Press, pp. 595-624.
- Fonagy, P. (2001). *Psychoanalysis and Attachment Theory*. London: Karnac.
- Fonagy, P., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., Steele, H., Target, M., Steele, M. & Higgitt, A. (1995). Attachment, borderline states and the representation of emotions and cognition in self and other. In: *Emotion, Cognition and Representation*, ed. D. Cicchetti & S. Toth. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 64: 22-31.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, M. & Steele, H. (1998). *Reflective-Functioning Manual: For Application to Adult Attachment Interviews*. Confidential document (Version 5.0). London: University College.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- George, C., & Solomon, J. (1999). The development of caregiving: A comparison of attachment theory and psychoanalytic approaches to mothering. *Psychoanal. Inq.*, 19: 618-646.
- George, C. & West, M. (1999). Developmental vs. social personality models of adult attachment and mental ill health. *Brit. J. Med. Psychol.*, 72: 285-303.
- Grice, H. P. (1975). Logic and conversation. In: *Syntax and Semantics*, ed. P. Cole & J. L. Moran. New York: Academic Press, pp. 41-58.
- Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Zimmermann, P. (1999). A wider view of attachment and exploration: Stability and change during years of immaturity. In: *Handbook of Attachment*, ed. J. Cassidy & P. Shaver. New York: Guilford Press, pp. 760-786.
- Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview: Historical and current perspectives. In: *Handbook of Attachment*, ed. J. Cassidy & P. Shaver. New York: Guilford Press, pp. 395-433.
- Horowitz, M. J. (1988). *Introduction to Psychodynamics*. New York: Basic Books.
- Kächele, H., Buchheim, A., Schmücker, G. & Brisch, K. H. (2000). Development, attachment and relationship: New psychoanalytic concepts. In: *Contemporary Psychiatry*, ed. H. Helmchen, F. A. Henn, H. Lauter & N. Sartorius. Berlin: Springer.
- Kernberg, O. F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. In: *Major Theories of Personality Disorder*, ed. J. Clarkin & M. F. Lenzenweger. New York: Guilford Press, pp. 106-140.
- Kernberg, P. (1994). Mechanisms of defense: Development and research perspectives. *Bull. Mennin. Clinic.*, 58: 55-58.
- Levy, K. & Blatt, S. (1999). Attachment theory and psychoanalysis: Further differentiation within

- insecure attachment patterns. *Psychoanal. Inq.*, 19: 541-575.
- Lyons-Ruth, K., Alpern, L. & Repacholi, B. (1993). Disorganized infant attachment classification and maternal psychosocial problems as predictors of hostile-aggressive behavior in the preschool classroom. *Child Dev.*, 64: 572-585.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1996). *Adult attachment scoring and classification systems*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- Mallinckrodt, B., Gantz, D. & Coble, H. (1995). Attachment patterns in the psychotherapeutic relationship: Development of a Client Attachment to the Therapist Scale. *J. Counsel. Psychol.*, 42: 307-317.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R. & Maughn, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Devel. Psychopathol.*, 375-388.
- Rapaport, D. (1960). *The Structure of Psychoanalytic Theory*. New York: International Universities Press.
- Rosenstein, D. & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 64: 244-253.
- Silverman, D. K. (2001). Sexuality and attachment: A passionate relationship or a marriage of convenience? *Psychoanal. Q.*, 70: 325-358.
- Solomon, J. & George, C. (1999). *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press.
- Spitz, R. (1965). *The First Year of Life*. New York: International Universities Press.
- Sterba, R. F. (1934). Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. *Internat. Z. Psychoanal.*, 15: 456-470.
- Stern, D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1987). *Psychoanalytic Practice*, Vol. 1. Berlin: Springer.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1991). *Psychoanalytic Practice*, Vol. 2. Berlin: Springer.
- van IJzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 64: 8-21.
- Zimmermann, P. & Grossmann, K. E. (1997). Attachment and adaptation in adolescence. In: *Development of Interaction and Attachment*, ed. W. Koops, J. B. Hoeksma & D.C. van den Boom. Amsterdam: North-Holland, pp. 271-280.

NOTAS

¹ Reproducido con permiso de los autores. Publicado originalmente en: Buchheim, A. and Kächele, H. (2003). Adult Attachment Interview and Psychoanalytic Perspective: A Single Case Study. *Psychoanalytic Inquiry* 23: 81-101. Traducción castellana de Gergana Svetoslavova Ivanova, revisada por Alejandro Ávila Espada.

² Ambos pertenecen al *Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University Ulm, Ulm, Alemania*.

³ Estos intensos esfuerzos crearon al bebé "reconstruido clínicamente"- para ser más concretos, crearon a muchos "bebés clínicos", cada uno desde una teoría. Estas descripciones son construcciones creadas por padres y madres como Freud, Abraham, Klein, Ferenczi, A. y M. Balint, Winnicott, Mahler, y Kohut. Todos eran conscientes de que los distintos bebés psicoanalíticos diferían en gran medida. Los diseñadores de los modelos tenían que soportar el hecho de que sus creaciones estaban siendo comparadas entre sí.

⁴ Las primeras tres condiciones mentales son formas de exclusión organizada, la cuarta es la forma desorganizada, la que Bowlby (1980) llamó sistemas segregados.