

# Dimensions evolutives, neurobiològiques i clíniques dels Vincles d'Aferrament

Lluís Botella i Núria Grañó

**L**a teoria de l'aferrament és el producte dels treballs realitzats originalment per John Bowlby i seguits per la seva deixeble Mary Ainsworth sobre el vincle durador que el nounat estableix amb el seu principal cuidador, al que el nen es dirigeix quan se sent vulnerable o amenaçat. L'aferrament es pot considerar com a una conducta innata i fonamental per a la supervivència de l'infant, i la teoria de Bowlby l'entén com una conducta adaptativa. Tot i que la figura principal d'aferrament sol ser la mare, apareixen en la cura del nen altres figures que la substitueixen durant la seva absència amb les quals el nen establirà relacions d'aferrament de diferent intensitat, el que li permetrà organitzar-les jeràrquicament (veure, per exemple, Carrillo, Maldonado, Saldarriaga, Vega i Díaz, 2004).

Segons aquest model, el nen durant els seus primers anys de vida crea unes representacions mentals o models operants (*Internal Working Models*), com els anomena Bowlby, que integren la informació cognitiva i emocional relacionada amb les experiències de relació amb la figura d'aferrament (Crittenden, 2002). A partir d'aquests models operants el nen construeix una concepció de les seves figures d'aferrament

i de la seva identitat i autoestima (Oliva, 2004), el que determinarà la qualitat i el tipus de les seves futures relacions afectivo-socials.

Partint d'aquesta base Ainsworth es centra en la qualitat de la relació d'aferrament; en funció de la resposta de la figura d'aferrament a les necessitats del nen aquest es crea unes expectatives de la disponibilitat del seu cuidador. L'estudi de la qualitat d'aferrament es va dur a terme amb el disseny experimental de la *Situació Estranya* (Ainsworth, Blehar, Waters i Wall, 1978) que va permetre examinar la relació mare-fill sota condicions d'estrès. Els principals resultats amb aquest paradigma experimental indiquen que el nen utilitza la mare com a base segura per a la exploració i que les amenaces activen les conductes d'aferrament, inhibint les conductes exploratòries. A partir d'aquestes diferències en el comportament dels nens Ainsworth descriu tres tipus d'aferrament (Oliva, 2004):

- Segur
- Insecur-evitatiu
- Insecur-ambivalent

Taula 1. Característiques dels tres principals estils d'aferrament infantil (Feeney i Noller, 2001)

Estil	Característiques de la Cura	Conducta Infantil
Evitatiu (A)	Conductes de rebuig; rigidesa; hostilitat; aversió al contacte	Conductes de distanciament, evitació del cuidador
Segur (B)	Disponibilitat; receptivitat; calidesa	Exploració activa; disgust davant la separació; resposta positiva al cuidador
Ansiós-ambivalent (C)	Insensibilitat; intrusivitat; inconsistència	Conductes de protesta; ansietat de separació; enuig-ambivalència davant el cuidador

Amb posterioritat als plantejament inicials de la teoria ha estat necessari incloure noves subcategories que permeten descriure com els nens s'adapten a situacions perilloses, en aquest sentit els estudis sobre el maltractament infantil han portat a descriure una nova categoria, l'aferrament desorganitzat/desorientat (Main y Solomon, 1986), així com un quart patró mixt A/C sovint associat amb les experiències de abus i/o negligència (Crittenden, 2002). Els nens de la categoria desorganitzat/desorientat, que inclou característiques dels dos tipus d'aferrament insegur, tendeixen a mostrar conductes d'aproximació contradictòries, confusió o aprensió com a resposta a l'aproximació de la

figura d'aferrament i afecte canviant o deprimat. Al mateix temps el grup del patró A/C implica la combinació de conductes d'aproximació evitatives (A) i resistents (C).

## IMPLICACIONS CLÍNiques DE LA TEORIA DE L'AFERRAMENT

Cal ressaltar la rellevància de la teoria de l'aferrament en l'àmbit clínic. En aquest sentit Bowlby al llarg del seu treball exposa que la separació o pèrdua de la figura d'aferrament està associada amb diversos trastorns psicològics com l'ansietat i la depressió. En la mateixa línia Crittenden (2002) presenta un recull d'implícacions clíniques d'aquesta teoria. Aquesta autora comenta que els nens que duen a terme estratègies defensives contra l'afecte o coercitives de manera extrema han creat respectivament uns patrons mentals i conductuals que els fan vulnerables als trastorns de conducta i atenció, trastorns de les relacions íntimes i sexuals, depressió i, en casos extrems, a l'addicció a substàncies, al suïcidi o a la psicopatia; també parla del maltractament i abús des de l'òptica d'aquest model, exposant que aquestes estratègies poden ser apreses per nens que han patit maltractament com a forma de reduir el perill i que els pares maltractadors ofereixen una resposta esbiaixada a les circumstàncies de perill.

L'enfocament de Giovanni Liotti del paper dels patrons d'aferrament desorganitzat en l'origen del trastorn de la personalitat límit constitueix un exemple de com entendre els trastorns psicològics des d'aquest punt de vista. Liotti (2001) resumeix aquesta línia d'investigació així:

- Els pares dels nens amb patrons d'aferrament desorganitzat, degut als seus propis traumes o dols no resoltos, es comporten en formes que constitueixen a la vegada una font de seguretat i de por i perill per als seus fills.
- En aquestes circumstàncies, el nen construeix un model intern dissociat en el que tant el self com la figura d'aferrament oscil·len entre els rols mútuament incompatibles de salvador, abusador i víctima.
- Un Model Intern dissociat codificat en memòries implícites i en capes ocultes de processament neuronal fa impossible superar la experiència traumàtica o obtenir alleugeriment pel dolor. El Model Intern disfuncional es reactiva automàticament en cada situació d'aferrament, i evoca la por bàsica de que la font de seguretat s'acabi convertint en la font de dolor.
- Per a minimitzar les experiències profundament doloroses d'aferrament disfuncional generades per un Model Intern dissociat el nen pot aprendre a "desendollar" el sistema d'aferrament mitjançant l'activació inapropiada d'altres (e.g., el de domini, submissió, sexualitat ...) Aquest procés, jun-

tament amb els efectes patològics de la dissociació (sentiments de buidor, despersonalització...) pot explicar els símptomes del trastorn límit.

És mot probable que la psicoteràpia activi aquest sistema fragmentat, donat que implica l'establiment d'una relació de cura que, paradoxalment, evoca profunds sentiments de por i dolor en el pacient. Així, la consciència del pacient que necessita ajuda del terapeuta i que el terapeuta és capaç d'ajudar-lo incrementa el dolor emocional del pacient i la probabilitat que aquest abandoni la teràpia. Aquest increment en la tensió com a resultat de l'activació d'elements incompatibles poden explicar-se emprant l'enfocament de Caspar (2003) de la dinàmica de les xarxes neuronals en psicopatologia.

## AFERRAMENT I DESENVOLUPAMENT CEREBRAL

Dels avenços en diferents línies d'investigació durant les últimes dècades es dedueixen cada vegada més importants connexions entre la biologia, l'estudi de l'aferrament, la psicologia evolutiva, les neurociències i les teories sistèmiques de la família. La base d'aquestes connexions és el reconeixement creixent de que el cervell tal i com el coneixem és inconcebible al marge de les relacions socials.

Des dels últims mesos de gestació fins aproximadament els tres anys de vida del nen, el seu cervell experimenta un període crític de creixement accelerat. Aquest procés consumeix més energia que cap altra etapa del cicle vital, i requereix no solament dels nutrients necessaris, sinó de les experiències interpersonals òptimes per a la seva maduració màxima (Dobbing, 1997). Durant aquest període el focus de desenvolupament és l'hemisferi dret que està íntimament connectat tant amb el sistema nerviós simpàtic com parasimpàtic (que controlen funcions vitals per a la supervivència per a l'afrontament de l'estrès) així com amb el sistema límbic (Schore, 2001).

Donat que el còrtex cerebral desenvolupa més del 70% del seu ADN final després del naixement, el cervell en desenvolupament està influït directament pel seu entorn, en el que constitueix una dialèctica entre biologia i relacions (Cicchetti i Tucker, 1994). El que emergeix d'aquest anàlisi és una gran evidència de que l'estrès i el trauma perjudiquen greument el desenvolupament òptim del cervell, mentre que els patrons d'aferrament òptims els promouen (Schore, 2001, 2002).

### Ressonància i Dissonància Emocional

Per adquirir i mantenir l'equilibri emocional, els bebès requereixen d'una relació consistent i compromesa amb la seva figura d'aferrament

(Spangler et al., 1994). La relació d'aferrament és bàsicament un sistema de sincronització-la mare connecta amb els estats interns del bebè i respon consegüentment, cosa que manté el sistema (Penman et al., 1983). Aquest procés de ressonància contribueix al desenvolupament cerebral i crea el fonament per a la negociació de totes les interaccions socials futures (Schore, 2001).

Per a un bebè l'estrès es qualsevol cosa que li faci entrar en un estat de desconexió emocionalment negatiu (esdeveniment negatiu o experiències intenses inesperades). Els períodes de dissonància breus i no crònics que van seguits de la recuperació de la ressonància no semblen especialment nocius, tanmateix, la exposició perllongada a una dissonància estressant dispara una sèrie de processos neurobiològics potencialment nocius per al cervell del bebè.

Neurobiològicament, la cadena d'esdeveniment que segueixen a la manifestació de malestar per part del bebè consisteix en un cicle de hiperarousal i dissociació.

**(a) Hiperarousal:** La reacció de sobresalt davant el perill o l'amenaça activa la porció simpàtica del sistema nerviós autònom, el que incrementa el ritme cardíac, la pressió sanguínia i el ritme respiratori. En aquesta fase el malestar es sol manifestar amb el plor i si no es deté es converteix en crit. Mantenir aquest estat de forma perllongada resulta tòxic, provocant nàusees i vòmit.

**(b) Dissociació:** Si no es recupera la ressonància amb la figura d'aferrament, arriba un punt en que el bebè es desentén dels estímuls del món extern i es retira en el seu món intern. Aquesta reacció comporta insensibilització, evitació, obediència rígida i absència de reacció. Davant a una situació estressant perllongada en la que se sent desesperat i indefens el nen acaba inhibint i lluitant per no cridar l'atenció i resultar ser "invisible".

Les alteracions bioquímiques provocades per l'estrès generat pels patrons d'aferrament insegur tenen efectes de llarga durada sobre el cervell del bebè que s'està desenvolupant a gran velocitat. Mentre es mantingui aquesta reacció d'estrès el cervell del bebè no pot desenvolupar-se en altres aspectes, cosa que limita possibles oportunitats potencials d'aprenentatge en un moment evolutiu crític. La influència permanent del trauma no resolt també s'ha relacionat amb el desenvolupament de la memòria implícita (e.g., Siegel, 2001). En el cas de les experiències precoces traumàtiques o abusives, el procés inconscient combinat de la generalització implícita i el priming pot fer que un se senti sota l'ame-

naça del maltractament durant tota la seva vida com a resposta automàtica a indicis mínims relacionats amb la situació original.

La suspensió del control d'impulsos i del pensament racional, així com la inundació típica d'aquests estats compromet sèriament la capacitat dels pares per a ressonar amb les necessitats dels nens. El nen queda en un estat confós, desorganitzat i/o terroritzant així com privat de la possibilitat d'internalitzar conductes d'autocura i de modulació emocional.

## DESENVOLUPAMENT I AFERRAMENT

Amb els canvis maduratius els nens son cada cop més capaços d'ajustar la seva conducta observable a el que creuen que la situació requereix. Crittenden (2002) es refereix al "fals afecte" i la "falsa cognició" que els nens en edat preescolar utilitzen en funció del seu aferrament i les quals es resumeixen el següent quadre.

Estil d'aferrament	Concepció de les figures d'aferrament	Estratègia
<b>TIPUS A: EVITATIU</b>	No toleren l'afecte negatiu	Organitzen la seva conducta cognitiva, inhibeixen l'afecte negatiu, i mostren el que els pares desitgen.
A1-2: inhibits	Protectors	No atenen els sentiments d'ansietat i inhibeixen els de còlera produïts pel rebuig dels pares.
A3: cuidadors compulsius	Psicològicament no disponibles	Utilitzen el falç afecte positiu per demanar atenció
A4: complaents compulsius	Exigeixen de manera agressiva atenció i obediència	Els nens inhibeixen els seus desigs i la seva conducta gira entorn de les expectatives dels seus pares.
<b>TIPUS (C): AMBIVALENT</b>	Conducta inconsistent dels pares	Estratègia coercitiva de dividir, exagerar i alternar sentiments barrejats amb còlera, por a l'abandonament i desig de benestar
C1: amenaça	Inconsistència de les conductes	Amenacen als pares amb conductes de còlera.
C2: desarmant	Estan cansats de la conducta coercitiva	Conducta desarmant encantadora amb exageració de la por i de la necessitat de benestar
C3: agressió	Calmen la seva conducta coercitiva	Conducta agressiva, la por i el benestar s'inhibeixen
C4: indefensos fingits	Cansats de la conducta coercitiva	Simulació d'incompetència i de necessitat de rescat.
<b>TIPUS B: SEGUR</b>	Receptivitat i comunicació oberta	Utilitzen de manera reflexiva i integrada les fonts d'informació cognitiva i afectiva

A mesura que avança el cicle vital els patrons d'aferrament és transformen i esdevenen més complexes (Ainsworth, 1989, Bowlby, 1988) amb l'adolescència apareixen les figures d'aferrament alternatives als pares, són els iguals, els quals ofereixen protecció i consol en situacions d'amenaça lleu o moderada, establint-se una relació simètrica (Crittenden, 2002). És una forma dels adolescents de recerca d'autonomia i independència, tot i així els pares continuen actuant com a figures d'aferrament de reserva per a situacions d'emergència. Aquestes relacions alternatives es van dirigint cap a les relacions romàntiques que cada cop es tornen més recíproques pel que fa a la responsabilitat de cura de l'altre, així que cada una de les persones és tant la figura vinculada com la d'aferrament.

Les estratègies dels nens descrites en la taula anterior han resultat ser adaptatives en algunes ocasions, però en l'adolescència comencen ha ser desadaptatives. En aquesta etapa del cicle vital ha d'haver-hi una integració física, mental i emocional que permeti distingir les amenaces i el benestar, i al mateix temps, aprendre a utilitzar totes aquestes estratègies de manera adequada (Crittenden, 2002); aquesta integració els permetrà escollir adequadament les seves noves figures d'aferrament dirigides cap a la simetria i la reciprocitat.

Tenint en compte el que s'ha dit fins ara, des dels anys preescolars fins a l'adolescència el desenvolupament es centra en l'aferrament, i la seva influència s'estén més enllà pel que respecta als estils d'aferrament adult.

## ESTABILITAT I TRANSMISIÓ INTERGENERACIONAL DE L'AFERRAMENT

La estabilitat de les relacions d'aferrament al llarg del cicle vital s'ha explicat com a producte de la persistència dels models interns, el que permet a l'individu crear un sistema de pautes per a guiar el seu comportament i aprendre de la seva experiència (Carrillo i cols, 2004). Tot i així aquesta teoria entén que les relacions d'aferrament són un procés continu al llarg de la vida per tant els estils d'aferrament i els models operatius interns no queden fixats en la primera infància sinó que poden canviar al llarg de la vida. En aquest sentit, tot i que en moltes ocasions l'entorn familiar que ha creat aquest model es mantingui estable, els models interns operen al marge de la consciència i funcionen com a profecies d'autocompliment. En quan a la possibilitat de canvi, aquest sembla requerir la combinació de noves experiències relacionals i noves formes d'interpretar-les. Bowlby (1980) planteja varies circumstàncies que afavoreixen el canvi: la insatisfacció per-

sonal, determinades circumstàncies significatives (Crittenden, 2002) o la discordança entre els models interns i els socials.

El supòsit de la estabilitat dels patrons d'aferrament al llarg dels anys ha fonamentat els estudis que s'han realitzat sobre la transmissió intergeneracional de l'estil d'aferrament (Carrillo i col·ls, 2004). Tot i que alguns estudis han constatat la transmissió fins a tres generacions, Bretherton (1985) assenyalava que l'important no és quin ha estat el tipus d'aferrament infantil sinó la posterior avaluació i reestructuració d'aquestes experiències que és el que en realitat avalua l'AAI (*Adult Attachment Inventory*; George, Kaplan y Main 1985). Amb aquest instrument s'obtenen tres tipus de models operatius: pares segurs o autònoms, pares preocupats i pares rebutjats. Més endavant altres estudis (Main y Hesse, 1990) obtenen una quarta categoria (pares amb estil d'aferrament no resolt) equivalent al desorganitzat-desorientat.

## AFERRAMENT ADULT

Una de les controvèrsies que es dona entre mesures d'aferrament adult és la que afecta al sistema de classificació categorial versus dimensional (Martínez i Sanfelices, 2005). En el sistema categorial s'identifiquen quatre categories d'aferrament: segur, evitatiu, preocupat i desorganitzat, però és difícil que un adult s'identifiqui amb un sol estil; segons diversos estudis és necessari matisar que en un adult predomina un estil d'aferrament (encara que pot no ser l'únic del que disposi), ja que és important considerar la influència de l'experiència relacional al llarg de la seva vida. El sistema dimensional redueix la pèrdua d'informació sent més útil per a la pràctica clínica, les dues dimensions que s'utilitzen són: "ansietat de separació" i "recerca de proximitat". Una altra alternativa és el model de prototips, en el que es defineix un perfil ideal el qual reuneixi totes les característiques de cada categoria, tot i que és difícil també que s'identifiquin només amb un sol prototip.

L'interès per l'estudi de l'aferrament adult ha generat dues línies d'investigació (Martínez i Sanfelices, 2005); la primera se centra en les relacions pares-fill, la primera infància i les pèrdues i separacions, sent el principal instrument d'avaluació l'Adult Attachment Interview (George et al., 1985). A partir de la AAI sorgeix una classificació en quatre categories descrites per Ainsworth: segur-autònom, evitatiu, preocupat i desorganitzat.

La segona se centra en les relacions amoroses partint de la idea que existeixen paral·lelismes entre l'estil d'aferrament infantil i les relacions de parella, en aquest sentit Feeney i Noller (1990) comenten que



l'aferrament segur en al infància és un predictor de bones relacions de parella estables i satisfactòries; s'utilitza com a principal instrument de mesura l'Adult Attachment Scale (AAS).

En referència a l'estudi de les relacions romàntiques, sovint quan les persones descriuen la seva relació de parella fan referència a aspectes relacionats amb l'aferrament: obertura, proximitat, dependència, compromís i afecte. Feeney i Noller (1990) a partir de respostes obertes sobre la qualitat de relació identifiquen els trets principals que il·lustren els tres tipus de relació d'aferrament.

En l'estudi de les relacions de parella Collins i Read (1990) avaluant l'estil d'aferrament amb tres escales-proximitat, dependència i ansietat-van trobar diferències de gènere; les dones experimentaven més ansietat mentre que en els homes la qualitat de la relació de parella correlacionava amb la comoditat que sentien envers la proximitat.

### Referències bibliogràfiques

AINSWORTH, M.D.S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44: 709-716.

AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATERS, E., & WALL, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

BRETHERTON, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect (pp. 3-35). In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research in child development* 50 [1-2, Serial No. 209]. Chicago: The University of Chicago Press.

CARRILLO, S., MALDONADO, C., SALDARRIAGA, L.M., VEGA, L., y DIAZ, S. (2004). Patronos de apego en familias de tres generaciones: abuela, madre adolescente, hijo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36 (3), 409-430.

CASPAR, F. (2003). Psychotherapy research and neurobiology: Challenge, chance, or enrichment? *Psychotherapy Research*, 13, 1-23.

CICCHETTI, D., & TUCKER, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and Psychopathology*, 6, 533-549.

CRITTENDEN, P.M. (2001). Transformaciones en las relaciones de apego en la adolescencia: adaptación frente a la necesidad de psicoterapia. *Revista de psicoterapia*48, 33-62.

CRITTENDEN, P. M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. Valencia: Promolibro.

DOBBING, J. (1997). *Developing brain and behavior*. San Diego: Academic Press.

FEENEY, J.A., Y NOLLER, P. (1990). *Apego adulto*. Bilbao: DDB.

GEORGE, C., KAPLAN, N., & MAIN, M. (1985). *The Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript. Department of Psychology, University of California, Berkeley.

LIOTTI, G. (2001). De la teoría del apego a la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 48, 63-85.

MAIN, M., & HESSE, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behaviour the linking mechanism? (pp. 161-184). In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the pre-school years: Theory, research, and intervention*. Chicago: University of Chicago Press.

MAIN, M., & SOLOMON, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern (pp. 95-124). In T.B. Brazelton & M.W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy*. Norwood, NJ: Ablex Publishing Corp.

MARTÍNEZ, C. y SANFELICES, M.P. (2005) Evaluación del apego en el adulto: una revisión. *Psykhé*, 14 (1), 181-191.

OLIVA DELGADO, A. (2004) Estado actual de la teoría del apego. *Revista de psiquiatría y psicología del niño y del adolescente*, 4 (1), 65-81.

PENMAN, R., et al. (1983). Synchronicity in mother-infant interaction: A possible neurophysiological base. *British Journal of Medical Psychology*, 56,1-7.

SCHORE, A.N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 201-269.

SCHORE, A.N. (2002). Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 9-30.

SIEGEL, D.J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight", and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 22, 67-94.

SPANGLER, G., et al. (1994). Maternal sensitivity as an organizer for biobehavioral regulation in infancy. *Developmental Psychobiology*, 27, 425-437.

YARNOZ, S., ALONSO-ARBIOL, I., PLAZOLA M., y SAINZ DE MURIETA, L.M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Anales de psicología*, 17 (2), 159-170.