

METACOGNICIÓN Y TRASTORNO PARAONOIDE DE PERSONALIDAD

Giuseppe Nicolò, Giancarlo di Maggio, Antonio Semerari & Antonino Carcione

III Centro di Psicoterapia Cognitiva, Via Ravenna 9, 00161 - Roma (Italia)
e-mail: terzocentro@iol.it

A new psychopathological model, related to diagnosis, cognitive profile and treatment of Paranoid Personality Disorder is considered in this article. The specific interpersonal cycles, the schemes of relationship, the problematic mental states and the metacognitive profile are identified. Deficits in decentration and differentiation, as well as problematic mental states related to specific emotions and themes of thinking, characterize the Paranoid Personality Disorder. Metacognitive deficits deteriorate the mental states that have circular influences on these metacognitive functions. The therapeutic relationship can be a way to treat and to overcome this situation. Such a model allows to understand and to prevent symptomatological expressions of this type of patients, as well as to develop specific strategies of intervention.

Key words: Paranoid Personality Disorder; metacognition; problematic mental states; interpersonal cycles; therapeutic relationships.

“La locura no es más que la exageración del carácter habitual de la persona” (Minkowsky, 1927)

En este artículo consideraremos el problema del trastorno paraonoide personalidad, que en el DSM-IV forma parte del grupo A y que necesita ser profundizado por parte de los clínicos en cuanto presenta características peores que un trastorno psiquiátrico: a) casi siempre se halla subyacente; b) no resulta fácil llevar a cabo un diagnóstico diferencial de él respecto a los trastornos esquizofrénicos o con la psicosis en general; c) las terapias farmacológicas resultan casi siempre ineficaces o bien no se sigue adecuadamente el tratamiento; d) con frecuencia el tratamiento psicoterapéutico resulta ineficaz y expone al terapeuta al riesgo de entrar a formar parte de las temáticas delirantes del paciente.

Todo esto podría ser suficiente para descorazonar al clínico que intenta enfrentarse a este tipo de patología. Y así es, en efecto, dado que de estos pacientes

se encuentran pocas trazas en la literatura, o bien el trastorno paranoide se considera concomitante de patologías consideradas más graves.

La fenomenología de la personalidad paranoide

La descripción del trastorno y los criterios diagnósticos referidos por el DSM-IV no pueden considerarse como la base heurística para la comprensión del funcionamiento mental de estos pacientes. Esta patología se describe como una entidad enfática sin variación alguna del estado mental de los pacientes, que parecen transcurrir su existencia en un único estado mental, dando la impresión, además, de tratarse de una condición egosintónica. A partir de una descripción de las dimensiones psicopatológicas, procesos cognitivos y metacognitivos, que describa de manera completa los contenidos y las disfunciones de una tipología de pacientes, nuestro objetivo será explicar, a partir de los elementos disfuncionales, de qué manera se mantiene en el tiempo la psicopatología.

A partir de la descripción del trastorno, analizaremos con detalle los componentes y, finalmente construiremos un modelo de psicopatología de la personalidad paranoide. Su característica particular es la sensación que los pacientes dicen ser víctimas de la injusticia por parte de una gran cantidad de personas.

Ya en 1918 Kretschmer había descrito una forma de desarrollo de personalidad caracterizado por ideas paranoides, distinta del delirio en cuanto no se asociaba a un curso deteriorado. Se dio cuenta, en efecto, de que estos pacientes recordaban sensaciones penosas de injusticia de forma inalterable durante años, sin poder ni expresarlas ni olvidarlas de ninguna manera.

El término paranoide gozó de gran prestigio en la cultura analítica, sobre todo gracias a la definición de la posición esquizoparanoide del niño, descrita por Melanie Klein (Klein, 1946), en la que con este nombre se hace referencia explícita al mecanismo de defensa de la proyección. El niño, en la teoría de Klein, intenta con este mecanismo separar lo que es bueno de lo que es malo. En una fase inmadura de desarrollo no consigue integrar la representación de una madre que pueda ser, a la vez, buena y mala, intenta separar en su interior la figura de una madre buena de la de una madre mala y posteriormente proyecta las instancias psíquicas, percibidas como malas sobre la madre, que se considera ahora mala, al mismo tiempo que introyecta lo que ha proyectado, a fin de controlar estos objetos malos. El niño que sigue un proceso evolutivo normal pasará por la fase depresiva en la que se dará cuenta que la madre buena y mala en realidad coinciden.

Esta posición es refinadamente aguda para la definición de las dos posiciones, o sea la esquizoparanoide y la depresiva, pero seguramente los procesos cognitivos necesarios para una fantasía tan sofisticada, no son precisamente los de un niño de un año de edad. La idea que, probablemente, no deja de ser una intuición clínica aún hoy completamente válida, es que cualquiera de nosotros puede oscilar en una posición esquizoparanoide, si se halla sometido a una gran angustia. En otras

palabras, cualquiera de nosotros puede experimentar una tendencia “maniquea” a separar buenos y malos y habérselas con los demás, cuando no se soporta la idea de haberse equivocado o de haber fracasado en una tarea: en estas situaciones, que esperamos transitorias, proyectamos, disociándolas, partes nuestras sobre los demás. Las sensaciones subjetivas de miedo y angustia pueden considerarse una base predisponente para la ideación paranoide. Parece plausible, en efecto, suponer que los niños que han vivido en situaciones reales de amenaza, o con padres particularmente violentos, desarrollen una tendencia a detectar en los demás aspectos malos, incluso allí donde no los hay. Klein, sin embargo, en su trabajo no prestó particular atención a las relaciones reales del niño, sino a las fantasías de éste, lo que representa, desde luego, en la clínica y en la formulación de la teoría, una clara limitación.

El conocimiento del mecanismo de defensa definido como identificación proyectiva puede prestar, en cualquier caso, una gran ayuda en la gestión del tratamiento psicoterapéutico del paciente paranoide. En la definición que da Ogden (1979), el paciente desconoce algunas partes de sí poco aceptables y las proyecta sobre el terapeuta, el cual devuelve esta proyección al paciente, después de haberla “procesado psicológicamente”. A continuación el paciente la reintroyecta. Shapiro (1965) subraya que si el sujeto paranoide (sin procesamiento del terapeuta) se ve forzado a reintroyectar en una relación interpersonal lo que ha proyectado, aumentará la propia tensión y la propia angustia, de manera tan intensa que las defensas se hagan todavía más fuertes. Colby (1981) comparte la posición de Shapiro y hace la hipótesis de que la paranoia sea en realidad una especie de sistema estratégico, dirigido a prevenir y enfrentar la vergüenza o la humillación. Este autor ha creado un modelo cibernético de la paranoia. Algunos psiquiatras expertos que le han hecho preguntas o han entrevistado el programa han emitido un diagnóstico de paranoia sin dudarle un instante.

Debe citarse también, históricamente, la posición de Freud (1911), que suponía que en la base de los mecanismo paranoides se hallase el miedo a la aparición de impulsos homosexuales reprimidos.

Una línea diferente de pensamiento propone la hipótesis que en la base de la suspicacia, del temor a ser engañado o burlado, y por tanto del esquema paranoide, haya una baja autoestima (Meissner, 1986).

La aportación cognitivista a los trastornos de personalidad se ha profundizado poco. Pretzer y Bech (1997) proponen un modelo de las distorsiones cognitivas, presentes en los trastornos de personalidad que explicarían su organización y sus ciclos disfuncionales. Las propuestas de los dos autores se basan sobre pocos casos de pacientes afectados por trastornos de personalidad, y los modelos negativos de sí y de los demás, así como los modelos negativos de relación que se describen, aun resultando interesantes para la práctica clínica, no explican de hecho cómo estos pacientes hayan originado distorsiones cognitivas, ni siquiera por qué las propias

distorsiones cognitivas produzcan trastornos de ‘personalidad tan distintos entre sí. El modelo mantiene un constructo teórico irrenunciable que es el de la alianza terapéutica y el empirismo colaborador que vuelven a ser de nuevo colocados como bases para el tratamiento de tales pacientes.

Beck y Freeman (1990) y Pretzer y Beck proponen, además el modelo de tratamiento basado sobre un empirismo colaborador prudente, que tenga como objetivo el incremento del sentido de autoeficacia y las estrategias de solución de problemas. Les falta, sin embargo, explicar cómo puede el terapeuta conquistar la confianza de un paciente que presenta como constructo dominante, precisamente, la desconfianza hacia los demás. Los autores, además, tampoco proporcionan un modelo explicativo del mantenimiento psicopatológico de la personalidad paranoide. La focalización sobre el problema de la autoestima y de la autoeficacia es común, en efecto, a otros trastornos de personalidad, como por ejemplo el evitante, el dependiente o el narcisista. Si el problema de base fuera la autoestima no se entendería por qué éste problema puede dar lugar a configuraciones psicopatológicas tan diversas. Subrayan, además los autores, el problema de los malos tratos como matriz de un esquema de suspicacia generalizado, pero investigaciones recientes encuentran y correlacionan el problema de los malos tratos o de la violencia familiar a otros trastornos psiquiátricos como los trastornos límite o borderline y disociativos (Pasquini *et al.*, 2000). Millon (1981; 2000) sostiene que el trastorno paranoide es una variante y sobreposición de los modelos antisocial, sádico, compulsivo y narcisístico. El modelo que propone resulta extremadamente claro, resaltando ocho elementos que explican su organización y mantenimiento. La combinación de 1) humor irascible; 2) imagen inviolable de sí; 3) utilización del mecanismo de defensa de la proyección; 4) estilo cognitivo suspicaz; 5) comportamiento social defensivo; 6) estructura rígida de personalidad; 7) conducta interpersonal provocativa; 8) relaciones objetales inalterables, determinan un trastorno de personalidad paranoide. La tarea del terapeuta consiste en enfrentar cada uno de estos aspectos a través de estrategias integradas que pueden ser técnicas conductuales en las que el paciente se desensibiliza respecto al “pensar mal”, a través del uso de la técnica interpersonal de Benjamin (1990), en la que se ayuda a los pacientes a recordar los acontecimientos prototípicos en los que por primera vez han tenido la percepción de ser perjudicados. De este modo Benjamin sostiene igualmente la teoría del maltrato como acontecimiento causal determinante. Millon propone, además, un tratamiento farmacológico para estos pacientes.

Mancini (2000) comparte la hipótesis de que una de las distorsiones cognitivas en la base de la paranoia la constituye el uso de procedimientos pseudodiagnósticos para la validación de las hipótesis temidas por el sujeto. En el proceso pseudodiagnóstico (Fischhoff y Beyt-Marom, 1983; Trope y Liberman, 1993), el sujeto toma en cuenta solamente la hipótesis focalizada, o bien busca datos que sean congruentes con dicha hipótesis, razón por la que presta atención, por ejemplo, sólo

a los síntomas característicos de la enfermedad supuesta. Se exploran las implicaciones de los datos recogidos sólo respecto a la hipótesis focalizada y no se toman en consideración la posibilidad de que haya otra enfermedad capaz de generar los mismos síntomas (Klar, 1990). Para tener acceso a procesos diagnósticos, el nivel de incertidumbre de la hipótesis debe ser más bien alto, dado que no se sigue un proceso de diagnóstico si se está razonablemente cierto de cómo son las cosas (Hilton *et al.*, 1991).

La hipótesis focalizada del paranoico es, obviamente, la de ser perjudicado de algún modo. Al estar ya *a priori* el paciente paranoico bastante seguro de ser perseguido, difícilmente tendrá en cuenta las hipótesis benévolas cuando debe estar controlando la hipótesis de que alguno de los presentes le esté tomando el pelo. Otra distorsión consiste en suponer que la suspicacia y la desconfianza no tienen un “coste mental”, o que, en cualquier caso, este coste sea inconmensurablemente menor que el tener que sufrir una humillación: “seguro que de este modo tengo poco que perder”, dicen los pacientes. Pero, de hecho, el coste que se paga por vivir como paranoico es muy elevado, dado que uno se ve obligado a vivir en un estado de hipervigilancia, de alerta constante. Dedicar la existencia entera a la sospecha es no vivir; es mucho peor que el precio que se pagaría por sufrir un daño verdadero.

Desde la perspectiva del constructivismo kellyano (Kelly, 1955), Lorenzini y Sassaroli (1992) afirman que el sistema de constructos personales de los pacientes paranoicos responde a cuatro criterios: 1) posee una elevada organización jerárquica, de modo que cualquier acontecimiento activa una larga cadena de constructos; 2) implica una hipertrofia de uno solo de los polos de los constructos (el negativo), mientras que el otro polo en realidad se halla vacío; 3) posee un alto grado de integración (los nexos entre constructos son rigidísimos y estrechísimos); 4) le falta la capacidad de diferenciación, con lo que sus constructos son extremadamente pobres: acontecimientos distintos acaban por tener el mismo significado personal.

El sujeto paranoico explica los acontecimientos según su propio sistema rígido de constructos: no sigue un procedimiento de interpretación que partiendo del análisis del acontecimiento, pase a una categorización y luego a una explicación. La relación entre teorías categoriales interpretativas y explicativas se halla invertida; no existe espacio para una posible confutación. La rígida jerarquización del sistema paranoico es una estructura monolítica con la que no es posible confrontarse ni invalidar, dado que cualquier posible intento de confutación o confrontación produce una rigidificación progresiva del sistema de constructos del paciente.

Un modelo integrado de la personalidad paranoico

En consonancia con cuanto hemos expuesto en el artículo introductorio de este número monográfico intentaremos descomponer la personalidad paranoico en tres aspectos: un conjunto típico de estados mentales, un perfil de disfunciones metacognitivas y de ciclos interpersonales característicos; así como reconstruir en

su conjunto el funcionamiento de los pacientes afectados por este trastorno a la luz del circuito de refuerzo recíproco existente entre cada uno de los componentes psicopatológicos. Describiremos en detalle los elementos a partir de los contenidos que permiten reconocer el discurso desarrollado por estos pacientes.

Estados mentales problemáticos

El concepto de estados mentales, tal como hemos apuntado, fue propuesto por Horowitz (1987). El sufrimiento subjetivo, según el autor, se organiza en estados mentales discretos. Nuestra hipótesis, basada sobre la observación clínica, a partir del análisis del texto de los pacientes, en este caso tanto de la escucha del discurso de los pacientes, como de transcripciones textuales de las sesiones con pacientes paranoides, es que existe un conjunto característico de estados mentales, constituido por temas de pensamiento, emociones y estados corporales recurrentes.

El tema de la “amenaza”, por ejemplo, se halla prácticamente presente en todas las narraciones del paciente:

Paciente: *He visto a aquella chica en la discoteca que hablaba con el de la guardarropía y he pensado que estaban hablando mal de mí, como si la tuvieran conmigo, y me he dicho a mí mismo: aquí me dejo el pellejo*

En esta breve intervención refiere claramente el paciente la sensación de agresión potencial, de peligro percibido. A esta percepción le sigue inmediatamente una activación neurovegetativa intensa: el paciente cae en un estado de tensión física insoportable, que aumenta de modo recurrente el estado de amenaza. La representación de la amenaza es tan general, incluso en la revocación de algunos episodios pasados, que las reacciones neurovegetativas se activan con el mero recuerdo de la situación problemática.

El paciente describe, además, la situación en que se encuentra como intolerable, constrictiva, en la que se ve obligado a adoptar ciertos comportamientos o a actuar de un modo determinado. El tema de la constrictión se asocia a otras dos variables: la primera es el tema de pensamiento del “daño injusto infligido” o bien “de la falta de cuidados”. En las historias de vida de los pacientes los demás se describen como egoístas que se abstienen voluntariamente de prestar ayuda, de dar una mano al paciente o que, incluso, producen un daño intencionado al paciente que cree no merecer. El segundo constructo recurrente, expresado de forma emocional, es la rabia que puede manifestarse tanto a través de comportamientos violentos o incluso peligrosos, como a través de un resentimiento generalizado y un estado de irritabilidad constante.

Paciente: *Aun ahora que se lo cuento me sube la sangre a la cabeza, lo mataría, no me había visto nunca con buenos ojos y delante de los otros profesores me ha hecho aquel demonio de pregunta fuera de lugar, he sacado 56 puntos cuando me merecía 60; si lo encuentro por la calle me lo cargo, lo juro.*

Terapeuta: *¿Pero cuántos años han pasado desde aquel entonces?*

P.: *27 o 28 años.*

T.: *Me da la impresión que es un poco exagerado pensar en una venganza después de tantos años.*

P.: *Puede pensar lo que quiera..., pero a veces no puedo ni dormir en toda la noche pensando en ello.*

El paciente se describe casi siempre como inadecuado, falto de recursos respecto a las tareas que se le piden, con un sentido de autoeficacia muy escaso.

P.: *Tengo la impresión de participar de manera totalmente marginal a las elecciones que me implican y tengo la impresión de encontrarme en contextos que intentan decidir, efectuar elecciones en mi lugar, interpretando no las demandas explícitas, sino intentando llegar por deducción a entender cuáles pueden ser las elecciones más oportunas ..., puedo decir que necesito cambiar el coche y comprar un utilitario, pero no consigo hacerlo porque apenas me miro un coche de gran cilindrada el concesionario me anima a comprarlo y acabo por sentirme obligado a comprarlo.*

En el episodio descrito el tema de la constricción se halla relacionado con la percepción de tener escasa capacidad de dominar la situación.

Los conceptos descritos más arriba se combinan en dos estados mentales dominantes: el primero es el Estado Asténico, caracterizado por un Sentido de Amenaza, vivido con miedo y con el sentido de debilidad personal, una astenia frente a un peligro inminente. En este estado problemático el paciente siente y cuenta que carece de energías para hacer frente a un mundo amenazador, vive en un estado de terror y de miedo, desconfía de todo y evita las interacciones sociales e interpersonales. En este estado se halla en alto riesgo de conductas suicidas.

P.: *Me he dado cuenta de que en internet se me considera un crío, se burlan de mí, me toman el pelo; me he quedado tres días sin levantarme de la cama, me siento deprimido, no consigo salirme de ésta, me he llegado a emborrachar.*

Y otro paciente

P.: *...y después una sensación de relajación, de debilidad.*

T.: *Sí, pero parece más una sensación de postración que de relajación, de abatimiento.*

P.: *Sí, de falta de tono.*

T.: *La pérdida del tono muscular se produce después de sentirse perdido; no he entendido bien si es la expresión de su desánimo o éste se produce después.*

P.: *Yo diría que se produce después, en el momento en que me doy cuenta que creía dominar una situación y que en cambio no la domino en absoluto. No pienso que sea tanto una incomodidad interna; no tengo la sensación de deprimirme cuando se produce una situación de este tipo; es más bien*

una impresión de extrañeza. Tal vez en resumidas cuentas no consigo dominar el contexto y le dejo hacer; tal vez es éste el mecanismo.

El segundo estado mental es el que podríamos definir como “ira funesta”, constituido por Amenaza/Rabia/Injusticia sufrida/Activación neurovegetativa, en la que el paciente reacciona y se rebela a las supuestas maquinaciones a que se halla sometido. Es posible que determinados contextos personales determinen la transición entre un estado y otro o la agudización de las emociones y los correlatos somáticos en el segundo estado, pero profundizaremos el tema hablando de los ciclos interpersonales.

Déficits metacognitivos:

Los déficits metacognitivos más destacados en estos pacientes son: 1) déficit de descentramiento; 2) déficit de diferenciación.

El paciente paranoide presenta siempre un déficit de descentramiento. Formula constantemente hipótesis sobre el funcionamiento mental de los demás desde una perspectiva egocéntrica, examinando los datos desde su punto de vista, y descartando cualquier otra posible alternativa.

El paciente se halla, por tanto, totalmente inmerso en una posición egocéntrica. Se entiende por egocentrismo la operación por la que el sujeto es incapaz de diferenciar el propio punto de vista del de los demás, atribuyéndoles características propias de su funcionamiento mental y de sus puntos de vista. Una persona con un trastorno paranoide puede ser incapaz de descentrar, pero es capaz, a veces, de captar perfectamente el estado mental del otro (El famoso político italiano Giulio Andreotti afirmaba que “pensar mal es pecado porque se acierta”)

En la operación de descentramiento, los sujetos tienen conciencia de la subjetividad de la representación y por tanto adquieren la capacidad de discriminar entre sí mismo y los demás y, aun sin abandonar el propio punto de vista, lo sitúan entre otros muchos posibles.

En el déficit de descentramiento esta capacidad se halla ausente, como puede colegirse del ejemplo que sigue:

P.: Por ejemplo, podría ser el comportamiento de otra persona que tiende a interpretar de forma distinta, de forma ajena, diversa de la realidad. Comportamientos o frases o hechos ocasionales que no consigo clarificar y permanecen en el aire; considero que con frecuencia atribuyo un significado distinto del que es en realidad y que generalmente es mucho más reductivo, o que en algunos casos ni existe.

P.: Ahora me pasa una frase por la cabeza, como por ejemplo “es tarde”, que yo según el contexto la puedo interpretar no como un hecho relacionado con el horario, con el reloj, sino como un hecho ligado a factores de carácter existencial en el sentido de que ya es tarde respecto a lo que me hubiera gustado ser si hubiese seguido un proceso normal en mi existencia.

Este es un ejemplo que me pasa por la cabeza, que he construido yo, pero que podría sentir como un juicio sobre mí si viniera pronunciada por otra persona.

T.: *Pero ¿qué es lo que le haría suponer que es un juicio sobre usted?*

P.: *Debería ser alusiva, estar inscrita de alguna manera en un contexto en el que la puedo recibir sólo yo o siento que la podría recibir sólo yo.*

Asumir una perspectiva egocéntrica no es, por sí mismo, sinónimo de patología. La patología radica, más bien, en la incapacidad de prescindir de esta perspectiva y de pensar de manera descentrada.

Otro componente del perfil metacognitivo es el déficit de diferenciación. La función de diferenciación se entiende como la capacidad de distinguir entre representación mental y realidad externa (siendo conscientes, por ejemplo, de que la representación no coincide necesariamente con la realidad y que los pensamientos no actúan directamente sobre las cosas, Carcione et al. 1997). Según Kretschmer el déficit puede ponerse en marcha y mantenerse por la emoción de vergüenza, anticipadora de un desarrollo delirante. Los pacientes no se plantean nunca la cuestión de si lo que han percibido pertenece a la realidad interna o a la externa, casi no distinguen entre estos dos mundos. La percepción de la amenaza es un sensación omnipresente, la existencia de estos pacientes se halla consumida por las temáticas de amenaza y sospecha. Nunca una amenaza se considera una vivencia subjetiva: el monstruo, el enemigo, el peligro están, literalmente, detrás de la puerta.

P.: *Me he dado cuenta de que incluso en internet se han dado cuenta de que soy considerado como un niño, lo que me ha obligado a desconectar y lo he dejado correr, cuanto más lo intentaba más evidente resultaba que las burlas en el chat iban dirigidas contra mí.*

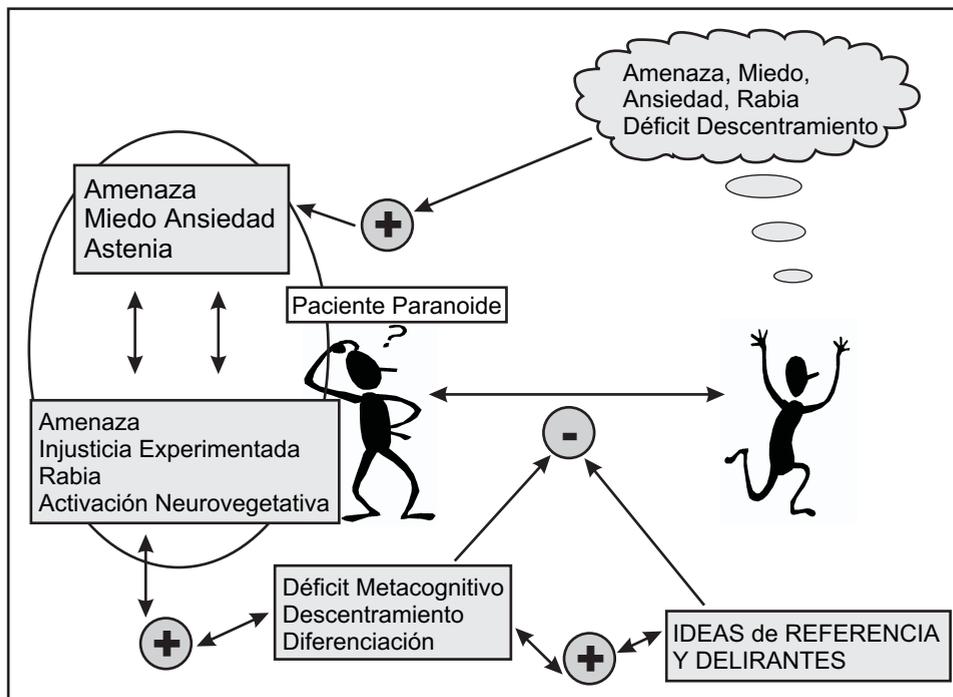
T.: *¿Continúa pensando lo mismo ahora?*

P.: *No lo sé; a veces me parece verdad, a veces, no; pero esta vez pienso que sí, que verdaderamente es así; yo no me las invento estas cosas.*

Ciclos interpersonales y circuitos de mantenimiento de la psicopatología

En este párrafo describiremos los principales circuitos interpersonales disfuncionales (Safran, 1984; Safran y Segal, 1990; Safran y Muran, 2000) indicando cómo las posiciones recíprocas asumidas por uno y otro en la relación contribuyen a reforzar recurrentemente los déficits metacognitivos. Una vez descritos los estados mentales y los déficits metacognitivos el problema que se plantea es el de comprender si el estado problemático produce un déficit metacognitivo o al revés. Resulta más sencillo imaginar que en los pacientes con determinados déficits metacognitivos algunas experiencias emocionales se vuelvan “obligatorias”: si alguno de nosotros no consiguiera comprender de ninguna manera el estado de ánimo de los demás, no consiguiera diferenciar entre sensaciones diversas, es muy probable que tendiera a experimentar, sobre todo, emociones de amenaza y

miedo. Pero es posible suponer lo contrario: determinadas experiencias emocionales pueden generar, si son demasiado generalizadas, déficits metacognitivos. La hipótesis más plausible parece poder representarse en un modelo no jerárquico, sino circular, tal como se plantea en la figura 1.



Si observamos la interacción entre los dos personajes de la figura y suponemos que el paciente paranoico presenta un déficit de descentramiento, veremos que no le resulta posible al paciente tener acceso al estado mental del otro. Imaginemos que nos encontramos en situación de interactuar con una persona cuyas intenciones, que sospechamos amenazadoras, no llegamos a comprender e imaginemos que este hecho se produzca treinta veces durante el día. Nos quedan sólo dos posibilidades: o reaccionamos violentamente o bien nos rendimos impotentes. Para el paciente paranoico la sensación de amenaza en la interacción se vuelve tan intensa que las únicas posibilidades que le quedan son el paso a la acción o la huida. Los pacientes oscilan, de hecho, entre dos estados mentales discretos, uno caracterizado por la sensación de amenaza, miedo y astenia psicofísica; el otro por las reacciones de rabia y activación neurovegetativa, provocadas por la sensación de amenaza.

El estado asténico es interpretado, casi siempre, en sentido básicamente disfuncional, como demostración del daño sufrido:

P.: No consigo dormir por la noche con el pensamiento de que me han

trasladado, he perdido 6 kilos, se da cuenta cómo me están reduciendo. Se ceban ferozmente en mí y yo estoy cediendo a sus ataques; si tuviese coraje y fuerza debería hacer algo claramente vengativo; me gustaría verlos en la hoguera, junto a María que le está usurpando el lugar a mi madre.

Un Ciclo Interpersonal característico es el que se define como “agresivo”. En esta situación la interacción interpersonal del paciente paranoide se caracteriza por un estado emocional negativo en el que el tema es la expectativa de sufrir un daño, de ser objeto de burla de los demás, de sentirse humillado y engañado. Las observaciones efectuadas sobre las transcripciones de las grabaciones de un caso particular han puesto de manifiesto de qué modo en cualquier situación el tema de pensamiento, definido como “desapego/exclusión” en el que el paciente percibe una inquietante sensación de no pertenencia al grupo, se halla presente de modo generalizado. Esta percepción empeora el estado de ánimo del paciente, el cual a su vez influye, empeorándolas, las distorsiones cognitivas del paciente. En efecto, cualquier expectativa y/o previsión sobre el futuro se vuelve más dominante si el estado de ánimo y la tonalidad afectiva son negativos e inestables. Es la misma situación en la que en una escena de una película imagen y banda sonora se potencian mutuamente¹. Desde esta perspectiva cualquier modificación en el estado mental del otro será interpretada inexorablemente como un indicio seguro de amenaza, de ataque o de desafío, mientras no se demuestre lo contrario. El paciente percibirá constantemente a los demás como enemigos acérrimos. El déficit de diferenciación no permite distinguir al paciente entre lo que teme y lo que percibe: el aspecto amenazante del otro se interpreta como real. Por otra parte el riesgo de considerarlo imaginario (caso de que fuera real) lleva consigo un coste considerado demasiado elevado, “¿por qué debería bajar la guardia si no estoy seguro de que no haya peligro?”.

Tiene miedo el paciente de ser atacado en temas que tienen que ver con su autoestima o su propia integridad, por lo que se pone en una actitud anticipatoriamente agresiva, activando de forma intensísima el sistema motivacional interpersonal agonístico (que no puede considerarse inadaptado, dado que el paciente percibe la presencia de una amenaza). En esta situación el otro se sentirá atacado y amenazado y percibirá que cualquier intento de salir de este clima de amenaza que se ha creado, es mal interpretado por el sujeto paranoide. La reacción será la de irritarse y evitar una interacción que resulta tremendamente molesta e inútil². El mantenimiento de las distorsiones y de los estados mentales temidos se halla directamente relacionado con la relación del otro, que no consigue comprender el estado mental (opaco) del sujeto paranoide. Resulta opaco incluso el modo en que el paciente interpreta los intentos de establecer un diálogo o una interacción significativa. Si el otro no contraataca, lo más probable es que empiece a sentir miedo e incomodidad y que termine por alejarse de la interacción, empeorando, de este modo, su estado de

aislamiento. En efecto, cuando no conseguimos comprender el estado de ánimo el otro, no sabemos, de hecho, qué pensar y nuestra mente se vuelve opaca incluso para nosotros mismos. No tenemos idea de cómo actuar y nos quedamos en una situación de estancamiento.

Los pacientes con déficit de descentramiento empeoran si se encuentran de hecho en una situación en la que el otro se encuentra en la condición (inducida o facilitada por el mismo paciente) de mente opaca. La ausencia de claridad del otro se interpreta como intencional: “me esconde información porque quiere engañarme”. La experiencia con pacientes graves pone de manifiesto el riesgo que implica la interacción entre dos pacientes paranoicos. Al no comprender al otro, el paciente aplica su propio sistema de constructos, pobre y rígido, llegando a la conclusión de que el otro está maquinando algo en contra suyo. Si además pide explicaciones al interlocutor (en este clima interpersonal de hostilidad) sus requerimientos serán interpretados de nuevo de forma disfuncional: al sentirse agredido y desorientado el otro conseguirá explicar sus propias intenciones y, lo más probable es que intente sustraerse de la interacción. Tanto una respuesta como la otra confirman la hipótesis de peligro y amenaza del paciente. En resumen: la sospecha generalizada induce en el otro una opacidad mental que, al ser percibida por el paciente, empeora el déficit de descentramiento y el estado de la relación: la salida de estas interacciones es la actuación o la huida.

Una de las pruebas más evidentes de la importancia diagnóstica de los fenómenos contratransferenciales consiste precisamente en el hecho que los pacientes con mayor déficit de descentramiento producen en sus terapeutas la sensación de poder ser mal entendidos o mal interpretados. El punto crucial para la disciplina interior del terapeuta consiste en estos casos en no confundir el déficit con una intencionalidad contraria a la curación. El paciente desea estar mejor y recibir ayuda a este fin, pero tiene una representación opaca de la mente del terapeuta que le impide fiarse de él. Este se convierte también en el problema del terapeuta: la costosa construcción de la confianza mutua se convierte, con ello, en el terreno natural por el que atravesar hacia una compartición colaboradora. El grado de señalización se regula, sin embargo, en base al conocimiento mutuo que se desarrolla y a la sensación subjetiva de “estar pisando huevos”.

El segundo ciclo interpersonal se define como de “*abatimiento*”. En nuestras observaciones este ciclo es frecuentemente el resultado del anterior y representa tal vez la situación menos sintomática, pero de mayor riesgo para el paciente. El paciente ha adquirido ya la conciencia de que la interacción con los demás es fuente de sufrimiento y de estrés, o bien ha desarrollado un delirio estable a propósito de la interacción con determinadas personas o, encima, un delirio de autorreferencia. En este estado la presencia de temáticas delirantes infecta todavía más las funciones metacognitivas de descentramiento, el estado mental se caracteriza por temas de pensamiento tales como rechazo y separación, llegando a prevalecer las sensacio-

nes de abatimiento y desconsuelo. El paciente no desarrolla ningún intento de interacción, con el consiguiente progresivo aislamiento social. Cuanto más crece el estado de aislamiento tanto más estables y fosilizados se vuelven los déficits. La ausencia de interacción lleva consigo la anulación de cualquier tipo de descentramiento, cuya capacidad empeora con la falta de ejercicio. El aislamiento social equivale a una especie de privación sensorial, por la que el paciente se instala en una especie de aparente equilibrio (en un estado precatastrófico, de hecho) en el que elabora continuamente en el vacío los propios temas de resentimiento, de injusticia o daño sufrido y se vuelve incapaz de diferenciar el origen fantástico o real de tales elaboraciones; la sola perspectiva posible en esta situación es la de confirmar las propias sospechas a través de una organización delirante bien estructurada. En estas condiciones el riesgo de suicidio que corre el paciente es elevado. Los intentos de los familiares o de las personas con las que el paciente tenía una interacción de retomar los contactos con el paciente, de estimularle a reaccionar al propio aislamiento, pueden producir resultados imprevisibles y/o catastróficos. El paciente tendrá la sensación de ser agredido, de ser objeto de intenciones malévolas de los demás.

Los pacientes con mejor pronóstico son los que consiguen, de alguna manera, conservar algún antiguo contacto de amistad, fiarse de alguien aunque tales relaciones se vean constantemente sometidas a prueba.

P.: y esto ha determinado un derrumbe, digamos una ruptura, algo de dimensiones limitadas, porque he tenido la impresión que se tratase de una situación construida, peor, una situación construida dirigida a demostrar que tiene razón mi padre, es decir dirigida a demostrar que, es verdad porque no se sabe nunca de una parte o de la otra, y esto es un poco contradictorio, pero se dan tanto la una como la otra cosa, al menos aquella actitud suya respecto a mí y que no tienes que preocuparte de los intentos de ejercer presión sobre ti, que se fundamentan no sobre una realidad efectiva y concreta, sino sobre, digamos, básicamente en no tener miedo de la amenaza, y este es precisamente otro mensaje típico..., lo que me parece una imposición en la hipótesis de que sea todo verdad, me parece una imposición.

El aislamiento social mejora aparentemente la sintomatología, mientras que en realidad contribuye a fosilizar todavía más los esquemas disfuncionales del paciente, la ausencia de contacto con la realidad no permite utilizarla como prueba. La pobreza de relaciones interpersonales que experimentan los pacientes es dramática, el índice de matrimonios es inferior a la media de la población y sólo comparable al del trastorno esquizoide (Fullon y Winokour, 1993). Cuando los pacientes salen con una pareja o se enamoran puede esperarse lo peor. La atracción sexual, de hecho induce instintivamente a la interacción con la persona deseada, y, por tanto, obliga a intentar comprender con cierta sofisticación su estado mental. En tales situacio-

nes, con frecuencia, los deseos del otro condicionan las expectativas o las previsiones dando lugar a posibles malentendidos. A la luz de lo que venimos diciendo podemos imaginarnos el efecto que puede producir el rechazo en una condición de déficit de descentramiento y de diferenciación.

P.: *Quiero dejar la terapia*

T.: *¿En qué momento lo ha decidido?*

P.: *Son asuntos míos*

T.: *Respeto su decisión.*

P.: *¡Sólo faltaría!*

T.: *Con todo, me gustaría entender mejor qué ha sucedido*

P.: *Mejor no hablar de ello.*

T.: *Bueno, yo necesito entender.*

P.: *Es a causa de las grabaciones, de los cassettes, de mi empresa, de aquella chica...*

T.: *¿Cómo dice...?*

P.: *Estoy convencido que todo no es más que una conspiración, por lo tanto, basta...*

T.: *Desde mi punto de vista no estoy de acuerdo en usted deje la terapia, porque creo que la necesita y que yo todavía le puedo ayudar. De todas formas respeto su decisión, le sugiero, sin embargo, que si no se ha sentido bien conmigo continúe con otro terapeuta, ya que en mi opinión usted necesita ayuda.*

P.: *El otro día, después de salir con aquella chica...*

T.: *¿Con Giovanna?*

P.: *Sí, con Giovanna. Me daba la impresión que quería estar conmigo, había aceptado la invitación, salimos, pero cuando estábamos en el estadio casi no me dirigió la palabra, lo que me ha hecho ver claro que ella forma parte del Sistema. Del experimento que se está haciendo conmigo: a ver cómo se porta con las mujeres.*

T.: *Y al frente de este Sistema ¿estoy, yo?*

P.: *Sí, usted, mi padre, el director de la empresa, también ella, creo.*

T.: *Y ¿qué ha hecho pues?*

P.: *Le he llamado a esta tal Giovanna y le he dejado en el contestador una serie de insultos, que ¿cómo se atrevía?. Después he ido al garaje, he puesto en marcha el motor del coche y me he puesto a aspirar con la boca el tubo de escape. Después he pensado en usted.*

T.: *¿En mí?*

P.: *Sí, en usted. Es como si usted pudiera sentirse mal, como el psiquiatra de la gran cabeza de melón, entonces he ido a casa, he buscado el número de otra persona (que no le diré) y he pedido hora para de aquí a dos días [llora].*

T.: De todos modos sepa que yo continuaré estando siempre a su disposición; espero que le vaya bien.

De hecho el paciente volvió a llamar al cabo de cuatro meses de interrupción, el cese de la terapia se relacionaba con la sensación de que el terapeuta pudiera estar implicado de lleno en las temáticas delirantes como el mismo paciente llegará a explicar más adelante. Por tanto, la suspensión no debía considerarse una resistencia contra la terapia, sino un intento de protegerla.

Con frecuencia, los pacientes más graves tienen el despacho del terapeuta como único contacto con la realidad. No debe desaconsejarse la exposición a interacciones sociales, pero debe discutirse previamente y ensayarse eventualmente con el paciente. El aislamiento del paciente se halla con frecuencia asociado con los intentos de suicidio y con acciones autolesivas.

El paciente puede vivir atrincherado y reaccionar violentamente a las presuntas amenazas u ofensas, aunque si a la larga el coste de la vida en trinchera lleva al estado asténico de rendición y derrota. Este estado no es el resultado de la conciencia del coste que acarrea este estilo de vida, sino, como ya se ha dicho, de la creencia de haber sufrido a este punto una derrota, un daño irreparable.

Un paso del ciclo de mantenimiento de la patología consiste en la relación entre estados mentales temidos y déficits metacognitivos. El paciente que se encuentra en un estado de astenia, porque cree haber agotado todos los recursos para defenderse de sus enemigos, difícilmente podrá modificar su estado de sufrimiento si presenta, además, un déficit de diferenciación, o bien una incapacidad permanente para distinguir entre realidad y fantasía.

Una persona normal puede intentar verificar si lo que supone (que alguien se la tenga jurada) es verdad o no mediante una interacción más profunda. Pero ya hemos visto que la interacción empeora el estado mental de este tipo de pacientes. O bien el sujeto podría intentar reflexionar sobre los propios contenidos mentales valorando si, a la luz de los hechos, se está llevando a cabo un complot en su contra o bien se trata de una interpretación particular de los hechos. Para llevar a cabo esta simple operación, los seres humanos necesitan la capacidad de diferenciación, habilidad que en este tipo de pacientes es deficitaria.

Se puede ver, por tanto, cómo los déficits metacognitivos y los estados mentales problemáticos se refuerzan y se mantienen recíprocamente. Un problema teórico que se plantea con estos pacientes hace referencia a la existencia de una asociación entre déficit de descentramiento y trastornos delirantes del pensamiento. No existe, naturalmente, una relación entre ellos, dado que el primero puede encontrarse igualmente en sujetos no delirantes y, en algunos casos, en sujetos sin diagnóstico psiquiátrico.

Sin embargo, los déficits de descentramiento y de diferenciación puede concurrir de varias maneras en la instauración y el mantenimiento de una patología delirante. En primer lugar, la situación mental autárquica de quien no consigue

captar la perspectiva del otro constituye, desde luego, una condición favorable para la elaboración de ideas extravagantes y prevalecientes. En segundo lugar, una vez instaurado el delirio, el déficit de descentramiento no permite la utilización de recursos metacognitivos que, más que cualquier otro, lo podrían corregir. El déficit de diferenciación impide distinguir al paciente entre realidad interna y externa. En consecuencia, el déficit de diferenciación más que un factor etiológico del trastorno, representa la ausencia de un factor curativo endógeno respecto a determinadas ideas que podrían acudir a la mente de cualquiera.

Los déficits metacognitivos actúan frente al delirio como una deficiencia inmunitaria: afectan precisamente a los mecanismos que deberían curarlo (Nicolò, 1999). La presencia del delirio o ideas autorreferenciales empeora las interacciones y refuerza en sentido peyorativo los déficits metacognitivos. Un paciente inmerso en una temática delirante posee todavía menos capacidad de descentramiento y diferenciación, por lo que empeorará en cascada su estado mental. En esta situación es altamente probable que el paciente pueda llevar a cabo acciones o comportamientos condicionados por las temáticas delirantes.

Problemas para el tratamiento psicoterapéutico

El paciente paranoide nos hace percibir inmediatamente una sensación de amenaza en la dimensión interpersonal, el terapeuta que se encuentra con este tipo de paciente se da cuenta de la fijación desafiadora de la mirada, no de la mirada escurridiza típica del esquizofrénico; el paciente se muestra reservado, sospechoso, quisiera confiar desesperadamente, pero no lo consigue de ninguna manera. Los intentos que hace para entrar en relación con otras personas tienden a confirmar lo desastroso y peligroso que resulta confiar en alguien.

Su vida es pobre en experiencias, sin que aparentemente su funcionamiento cognitivo y social dé la impresión de estar mermado. Consigue mantener un trabajo, pero circunscribe cada vez más su ámbito de acción. La actividad exploratoria se halla muy limitada, tiende a reducir cada vez más la imprevisibilidad de los acontecimientos. Se presenta casi siempre solo a la entrevista, teme intensamente que otros puedan llegar a saberlo, lo que sería intolerable.

T.: *No he entendido cómo ha llegado a saber mi dirección.*

P.: *La he conseguido por casualidad*

T.: *Sí, pero ¿se lo ha dado alguien a quien yo conozca?*

P.: *Es una cuestión en la que no me gustaría entrar en detalles*

T.: *Como quiera; era una simple curiosidad, Sr. R.*

P.: *Por cierto, no me llamo R., sino S.*

T.: *Disculpe, Sr. S., debo haberme confundido*

P.: *No tiene por qué. Dejé por precaución en el contestador automático el nombre de R. y dije que se trataba de un problema de alcoholismo; pero he evitado dejar mi nombre expresamente.*

El verdadero nombre del paciente no era tampoco S.; éste fue revelado al terapeuta sólo al cabo de un mes. El paciente temía que las llamadas telefónicas pudieran grabarse y de este modo pensaba despistar a los curiosos de turno. El paciente lo explica así:

P.: *Vivo en el clima de aquella película, “Los Tres Días del Cóndor”. Desde hace algún tiempo me doy cuenta que todo puede convertirse en una amenaza; no consigo seguir viviendo; estoy siempre en tensión; tengo miedo de llegar a explotar.*

De estas observaciones se deduce que en las fases iniciales del tratamiento es necesario modular nuestras intervenciones evitando mostrarse demasiado distantes o demasiado curiosos, como el terapeuta anterior. El paciente, en efecto, no está manipulando o resistiéndose al tratamiento, sino sólo probando, con las modalidades propias de su sufrimiento, si puede dejarse curar. Esta fase se halla típicamente caracterizada por una serie de pruebas a las que el paciente someterá al terapeuta y al contexto de terapia.

No se aconseja, al menos en las fases iniciales de la terapia una frecuencia de sesiones mayor que semanal, dado que una interacción intensiva podría activar el ciclo disfuncional del paciente. Quien se encuentra en interacción con un paciente afectado por este trastorno experimenta un estado mental caracterizado por emociones y temas de pensamiento isomorfos con los del paciente, nota una sensación de amenaza y de opacidad en la propia representación de la mente de la mente del paciente. Todo ello puede llevar a un ciclo interpersonal patológico que refuerce el estado mental inicial del paciente e interrumpa la interacción. El terapeuta espantado puede hacer, en efecto, maniobras para interrumpir la relación o evitar al paciente, sus comportamientos serán percibidos agudamente como falsos, y su miedo podrá interpretarse como rechazo o desaprobación. El tratamiento de estos pacientes debe llevarse a cabo con “las cartas sobre la mesa”. El terapeuta se convierte en el objeto de relación más comprensible para el paciente, activando su estado mental durante la sesión. En el caso que el terapeuta tuviera miedo, debería manifestarlo al paciente: *“en este momento tengo la sensación de que usted está muy enfadado conmigo; y aunque respeto su punto de vista tengo que hacerle saber que una de las condiciones esenciales de la terapia es que yo no me sienta amenazado por usted, como me está sucediendo en este momento, porque en este estado no soy capaz de ayudarle; creo que esto le puede haber sucedido también a usted”*.

La estrategia terapéutica se orienta al reconocimiento del déficit y a la creación de una base emocional positiva en las sesiones a través de un clima intenso de compartición y una relación terapéutica auténtica.

El paciente tiene que ver claro, por tanto, el funcionamiento del terapeuta. Es útil que el terapeuta diga su propia opinión, evitando obviamente condicionar al paciente o interferir con sus decisiones autónomas.

Cuando la relación se halle más consolidada el terapeuta puede favorecer la

colaboración en este tema con intervenciones como “*en estas sesiones he tenido, frecuentemente, la sensación de que usted hubiera podido interpretar mal mis intenciones*”; “*me doy cuenta de que no puede leer mis pensamientos, pero si algo de lo que le digo no le convence, dígamelo abiertamente, igual que yo le comunico abiertamente mis impresiones*”. Una intervención de este tipo puede, naturalmente, ser, a su vez, incluida en el esquema delirante, en cuanto el paciente puede leerlo como un nuevo intento más sofisticado de engaño. En este sentido la sensación subjetiva del terapeuta de “andar pisando huevos” resulta un indicador claro del momento oportuno para este tipo de intervenciones. Constituye una medida de cómo el terapeuta capta a través de las señales no verbales del paciente su nivel de tensión interpersonal.

CONCLUSIONES

El modelo que hemos propuesto en esta artículo no puede considerarse, al menos por ahora, exhaustivo o explicativo de todos los problemas que los pacientes con trastorno paranoide de personalidad causan en el tratamiento. Se hace necesario someter este modelo a la prueba clínica para obtener su confirmación o rechazo. Por el momento las pruebas clínicas llevadas a cabo con doce sujetos con trastornos de contenido del pensamiento ha confirmado cuanto hemos expuesto en este trabajo. Como mínimo la ventaja es que puede ser fácilmente sometido a prueba clínica en el contexto terapéutico. Tener un modelo de referencia ayuda al terapeuta a no perderse frente a la agresividad de los pacientes que más ayuda necesitan. El paciente paranoide posee como característica la de considerar amenazador lo que los terapeutas consideramos terapéutico: la relación interpersonal de ayuda es considerada como un ataque; los intentos del terapeuta de conquistar la confianza del propio cliente son interpretados como sofisticadas maniobras o estrategias de engaño. A través de un monitoreo atento de sus propios estados mentales, el terapeuta puede escoger el momento oportuno para discutir con el paciente otro punto de vista desde el que interpretar la realidad, reconocer y diagnosticar los déficits de descentramiento y de diferenciación, pudiendo de este modo gestionar adecuadamente en la sesión situaciones que podrían concluir con el abandono de la terapia o el suicidio. El paciente no se opone a la curación, pero cuanto más afecta la patología a las funciones metacognitivas, tanto más deberá el terapeuta asumir el difícil rol de mente vicaria.

Notas

- ¹ Este estado se diferencia de la ideación paranoide de un paciente borderline en quien la ideación está orientada por el humor y el estado paranoide dura cuanto dura la oscilación del humor. En el paciente borderline la oscilación emocional determina un giro ideativo, mientras que en el paciente paranoide la persistencia ideativa induce un estado emocional que acaba por empeorar la ideación.
- ² Éste es uno de los ciclos típicos descritos por Safran y Muran (2000) en los que el sujeto teme anticipadamente la rabia del otro y actúa, en consecuencia, con rabia anticipatoria que suscita la agresión del otro. Esta agresión confirma la expectativa de amenaza inicial.

En este trabajo se presenta una reseña de las publicaciones en el ámbito del marco diagnóstico, de la identificación del perfil cognitivo y del tratamiento del trastorno paranoide de personalidad. Se plantea un nuevo modelo psicopatológico del trastorno y del mantenimiento de la patología, identificando los ciclos interpersonales característicos, los esquemas de relación, los estados mentales problemáticos y el perfil metacognitivo. El trastorno paranoide de personalidad se caracteriza por un déficit de descentramiento y diferenciación, y por estados mentales problemáticos con emociones y temas de pensamiento específicos. Los déficits metacognitivos empeoran los estados mentales que influyen circularmente sobre las funciones metacognitivas de los pacientes. Una de las posibilidades para superar esta situación se halla en la propia relación terapéutica. Dicho modelo permite comprender y prever las manifestaciones sintomatológicas de los pacientes, así como desarrollar estrategias de intervención específicas.

Palabras clave: Trastorno paranoide de la personalidad; funciones metacognitivas; estados mentales problemáticos; ciclos interpersonales; relación terapéutica.

Traducción: Manuel Villegas Besora

Referencias bibliográficas

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). Manuale dei criteri diagnostici e statistici dei disturbi mentali, quarta edizione Milano: Masson.
- BECK, A. T. & FREEMAN, A. (1990). *Terapia cognitiva dei disturbi della personalità*. Firenze: Mediserve.
- BENJAMIN, L. S. (1990) Interpersonal analysis of cathartic model. In R. Plutchick, H. Kellerman et.al. (Eds.) *Emotion, psychopathology, psychotherapy. Emotion: Theory, research and experience* (vol. 5, pagg. 209-229). San Diego Academic Press.
- COLBY, K. M. (1981) Modeling Paranoid mind The behavioral and Brain. *Sciences*, 4, 515-560
- COLBY, K. M., FAUGHT, W. S. & PARKINSON, R. C. (1979), Cognitive therapy of paranoid condition: Heuristic suggestions based on a computer simulation model. *Cognitive therapy and Research* 3, 5-60
- DIMAGGIO, G., CARCIONE, A., SEMERARI, A., MARRAFFA, M., FALCONE, M., NICOLÒ, G., PONTALTI, I. & PROCACCI, M. (in questo numero). *Modelli di mantenimento dei disturbi di personalità*.
- FISCHHOFF & BEYT-MAROM (1983). Hypothesis evaluation from a Bayesian perspective. *Psychological Review*, 90, 239-260.
- FREUD, S. (1911) Poscritto a "Osservazioni Psicoanalitiche su un caso di paranoia (dementia paranoides) descritto autobiograficamente. *OSF. Vol. 6*.

- FULTON, M. & WINOKOUR G. (1993) A Comparative Study of Paranoid and Schizoid Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry* 150: 1363-1367.
- HILTON ET AL.. (1991). Attention allocation and impression formation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 548-559.
- HOROWITZ, M. J. (1987). *States of mind. Configurational analysis of individual psychology* 2nd edition. New York: Plenum Press.
- KRETSCHMER, E. (1918) *Der Sensitive Beziehungswahn*. Berlin: Springer.
- KLAR, Y. (1990). Linking structures and sensitivity to judgment relevant information in statistical and logical tasks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 841-858.
- KELLY, G.A. (1955) *The psychology of personal construct*. New York: Norton.
- KLEIN, M. (1946) Note su alcuni meccanismi schizoidi. In *Scritti 1921-1958*. Torino: Boringhieri.
- LORENZINI, R., SASSAROLI, S. (1992) *Cattivi pensieri*. Firenze: La nuova Italia Scientifica.
- MANCINI, F. (2000) Invited paper to Congress: "Il futuro della psicoterapia". Milano 20-22 ottobre 2000
- MEISSNER, W. W. (1986) *Psychotherapy and the paranoid process*. Northvale NJ: Jason Arosen.
- MILLON, T. (1981) *Disorders and Personality: axis II*. New York: Wiley and Sons.
- MILLON, T. (1999) *Personality Guided Therapy*. New York: Wiley & Sons.
- MINKOWSKI, E. (1927) *La Schizophrénie*. Paris: Desclée de Brouwer.
- NICOLÒ G. (1999) Il deficit di decentramento, in: Semerari A. (a cura di) *Psicoterapia cognitiva del paziente grave*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- OGDEN, T.H. (1979) On Projective identification *International Journal Psychoanalysis* 60, 356-373
- PASQUINI P, LIOTTI, G, FASSONE, G, CIRRINCIONE, R., MAZZOTTI, E., CATTARUZZA, M. S., CECERE, F., CHIAIA, E., COLOMBO, G., COTUGNO, A., MONTICELLI, F., NICOLÒ, G. & PICARDI, A., Predictive factors for borderline personality disorder: patients' early traumatic experiences and losses suffered by the attachment figure. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000: 102: 282-28
- PRETZER, J.L. & BECK, T. A., (1997) Teoria Cognitiva dei Disturbi di Personalità in *I Disturbi di Personalità* a cura di Clarkin J.F., Lezenwenger M.F., pagg. 37-105; Bergamo: Raffaello Cortina.
- SHAPIRO, D. (1965) *Stili nevrotici*. Roma: Astrolabio
- TROPE, Y. & LIBERMAN, A. (1993) Trait conceptions in identification of behavior and inference about person. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 19, 553-562.
- SAFRAN, J. D. (1984) Assessing the cognitive-interpersonal cycle. *Cognitive Therapy and Research*, 8(4), 333-347
- SAFRAN, J. D. & SEGAL Z. (1990). *Il processo interpersonale in psicoterapia cognitiva*. Milano: Feltrinelli.
- SAFRAN, J. D. & MURAN, J.C. (2000) *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.